
ZUKUNFTSFORUM DEMENZ

Geriatrische Rehabilitation
Vom Ermessen zur Pflicht –
auch für den dementen Patienten

Herausgeber
Professor Dr. med. Ingo Füsgen

26. Workshop
des „Zukunftsforum Demenz“
9. Juli 2007, Erlangen
Dokumentationsreihe • Band 22



Geriatrische Rehabilitation

Die seit längerer Zeit geführte Diskussion über die Um-, Aus- oder besser Neugestaltung des deutschen Gesundheitswesens hat mit dem im April 2007 in Kraft getretenen Wettbewerbsstärkungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) im Bereich der Rehabilitation zumindest auf dem Papier entscheidende Veränderungen gebracht. So enthält die Reform gezielte Maßnahmen zur Lösung von Schnittstellenproblemen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege (z.B. unnötige Wartezeiten oder Pausen in der Behandlungsabfolge). § 11 Absatz 4 SGB V gewährt dem Versicherten einen Rechtsanspruch auf ein Versorgungsmanagement, das den Übergang zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen harmonisieren soll.

Ziel ist eine bessere Verzahnung. Dabei ist es dem vorliegenden Gesundheitsreformgesetz anscheinend ein besonderes Anliegen, dass ältere Menschen nicht so früh in die Pflege „abgeschoben“ werden, sondern mithilfe der geriatrischen Rehabilitation so lange wie möglich aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Dies hat direkte Auswirkungen insbesondere für Patienten mit chronischen Krankheiten wie z.B. der Demenz.

Noch ist nicht einzuschätzen, welche Entwicklungsfaktoren und Elemente des deutschen Gesundheitssystems in den nächsten drei bis fünf Jahren im Vordergrund stehen werden. Zu denken ist zum Beispiel an die Einführung des Gesundheitsfonds, dem ein rigoroses Zusammenstreichen aller nicht eindeutig definierten Leistungen durch die Krankenkassen nach dem Jahr 2009 folgen könnte. So kann gegenwärtig und vermutlich auch in naher Zukunft niemand eine absolut verlässliche Prognose für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation abgeben. Dennoch lassen sich wesentliche Trends und daraus resultierende Konsequenzen erkennen.

Langwierige Anträge bei Krankenkassen und zeitaufwendige Teamsitzungen mit Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeitern, Pflegedienst und Sanitätshaus bis zur Genehmigung bzw. Ablehnung einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation werden mit den neuen gesetzlichen Bedingungen hinfällig. Die geriatrische Rehabilitation wird zur Pflicht und die Möglichkeit der mobilen geriatrischen Rehabilitation bietet besondere Vorteile für den dementen Patienten, der noch zu Hause in seiner eigenen Wohnung oder im stationären Bereich der Altenhilfe lebt. Die ganzheitlichen Vorstellungen zur Behandlung der Demenz werden oft durch kurzzeitige Ortsveränderungen gestört. Mit den neuen gesetzlichen Möglichkeiten entsteht hier eine weitere erfolgreiche rehabilitative Behandlungsmöglichkeit auch für den von Demenz Betroffenen.

Wie wichtig die ambulanten rehabilitativen Maßnahmen sind, wurde gerade durch die Verleihung des Berliner Gesundheitspreises durch die Ärztekammer, dem AOK Bundesverband und der AOK Berlin an zwei Hausärzte deutlich. Sie leiten den ambulanten geriatrischen Rehakomplex (AGR) in Schönebeck und konnten nachweisen, dass von den bisher 700 behandelten Patienten kaum einer in eine höhere Pflegestufe eingruppiert werden musste.

Ministerialrätin Dr. Gabriele Hartl macht deutlich, dass für das Bundesland Bayern die geriatrische Rehabilitation eine hohe Bedeutung hat und dass man diese Form der Rehabilitation auch in Zukunft weiter ausbauen will. Dabei könnte jede geriatrische Rehabilitationseinrichtung eine zentrale Stelle für die älteren Menschen vor Ort sein. Ein besonderes Gewicht wird dabei auch auf die Fort- und Weiterbildung der niedergelassenen Ärzte gelegt.

Privatdozent Dr. Karl Gaßmann, Chefarzt der Geriatrischen Klinik am Waldkrankenhaus St. Marien, untermauerte dann die Ausführungen von Dr. Hartl durch Zahlen aus dem Projekt „Geriatrische-in-Bayern-Datenbank“ (GiB-DAT), die die erfolgreiche geriatrische rehabilitative Arbeit dokumentiert. Ergänzend dazu wies er aber auch auf die spezifischen er-

folgreichen Aktivitäten z.B. zur Sturzprophylaxe hin. Deutlich machte er in seinem Referat, dass insbesondere die Demenz in Bayern einen großen Stellenwert in der geriatrischen Rehabilitation hat und keinesfalls als ein Hinderungsgrund für eine erfolgreiche Rehabilitation angesehen werden darf.

Privatdozentin Dr. Annette Welz-Barth bestätigte diese eindrucksvollen Zahlen durch eine Untersuchung aus Nordrhein-Westfalen, die ähnliche rehabilitative Erfolge auch bei dementen Patienten aufzeigte. Sie wies explizit darauf hin, dass somatische Erkrankungen bei dementen Patienten weder den rehabilitativen Erfolg im Vergleich zu nicht-dementen Patienten schmälern noch die Verweildauer und damit die Kosten erhöhen.

In der anschließenden Diskussion wurde aber auch deutlich, dass man unterscheiden muss zwischen der Rehabilitation mit der Erstdiagnose Demenz und der Rehabilitation von Patienten mit körperlichen Beschwerden, die gleichzeitig eine Demenz aufweisen.

Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS), ging auf diesem Workshop auf die neue Gesetzgebung ein und stellte dar, welche Probleme sich speziell für den MDK ergeben. Es fielen hier auch einige kritische Anmerkungen, die auf ein wünschenswerteres Gesetzgebungsverfahren hinwiesen, das nicht so viele offene Fragen übrig ließe. Edelinde Eusterholz, Abteilungsleiterin Rehabilitation des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen, konkretisierte dies an einigen Beispielen. Auch hier wurde deutlich, dass die neue Gesetzgebung der Rehabilitation einen Schub nach vorn gibt, was ohne Zweifel auch den dementen älteren Patienten zugute kommt. Dr. Michael Penz vom MDK Bayern verdeutlichte in seiner Eigenschaft als Leiter des Fachbereiches Geriatrie noch einmal die genauen Antragstellungen und Durchführungen des neuen Gesetzes. Abschließend ging Privatdozent Dr. Dr. Paul Reuther auf die Vorstellungen und Umsetzungen einer wohnortnahen Rehabilitation aufgrund seiner Erfahrungen in einer regionalen Versorgung ein. Er verdeutlich-

te, welche Breite an Problemen nicht nur in medizinischer, sondern auch in psycho-sozialer Hinsicht bewältigt werden muss, wenn die Rehabilitation erfolgreich sein soll.

Ohne Frage, der Gesetzgeber hat die geriatrische Rehabilitation gestärkt. Ob dies nur ein Lippenbekenntnis ist, wird die Zukunft zeigen. Eine kritische Frage ist die zukünftige Finanzierbarkeit rehabilitativer Leistungen auch für progrediente Krankheiten wie der Demenz, bei der häufig noch der therapeutische Nihilismus trotz gegenteiliger Kenntnisse überwiegt.

Professor Dr. med. Ingo Füsgen

Herausgeber

Professor Dr. med. Ingo Füsgen
Geriatrische Kliniken Wuppertal
der Kliniken St. Antonius
Lehrstuhl für Geriatrie der
Universität Witten-Herdecke
Carnaper Str. 60
42283 Wuppertal

Referenten des Workshops

Im Rahmen des interdisziplinären 26. Workshops führten Experten aus unterschiedlichen Bereichen einen fachübergreifenden Dialog zum Thema „Geriatrische Rehabilitation: Vom Ermessen zur Pflicht – auch für den dementen Patienten“.



*Professor Dr. med. Ingo Füsgen
Ärztlicher Direktor des Zentrums für Geriatrie –
Kliniken St. Antonius; Lehrstuhl für Geriatrie der
Universität Witten-Herdecke, Wuppertal*



*Dr. med. Gabriele Hartl
Ministerialrätin, Leiterin des Referates Stationäre Geriatrie,
Stationäre Palliativ- und Hospizversorgung, Kranken-
hausangelegenheiten der EU, Bayerisches Ministerium für
Arbeit- und Sozialordnung, Familie und Frauen, München*



*Privatdozent Dr. med. Karl-Günter Gajßmann
Chefarzt der Klinik für Geriatrie und geriatrische
Rehabilitation, Erlangen*



*Professor Dr. med. Annette Welz-Barth
Chefärztin der Geriatrischen Rehabilitationsklinik der
Kliniken St. Antonius, Wuppertal*



*Dr. rer. oec. Peter Pick
Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Spitzen-
verbände der Krankenkassen (MDS), Essen*



*Dr. med. Michael Penz
MDK Bayern, Fachbereichsleiter Geriatrie,
München*



*Edelinde Eusterholz
Abteilungsleiterin Prävention und Rehabilitation des
Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V.,
AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg*



*Privatdozent Dr. Dr. med. Paul Reuther
Ärztlicher Leiter des Ambulanten Neurologischen
Rehabilitationscentrums Ahrweiler (ANR),
Bad Neuenahr-Ahrweiler*

© 2008 Zukunftsforum Demenz
Postfach 11 13 53
60048 Frankfurt am Main
E-Mail: zukunftsforum@demenz.de
www.zukunftsforum-demenz.de

Redaktion, Gestaltung und Produktion:
Medical Tribune
Verlagsgesellschaft mbH, Wiesbaden

Februar 2008

Printed in Germany
ISBN 978-3-938748-10-7

PROFESSOR DR. MED. INGO FÜSGEN

**Vom Ermessen zur Pflicht – auch für
den dementen Patienten** 11

DR. MED. GABRIELE HARTL

**Die Zukunft der geriatrischen
Rehabilitation in Bayern** 19

PRIVATDOZENT DR. MED. KARL-GÜNTER GASSMANN

**Qualitätssicherung von
größtem Interesse** 27

PROFESSOR DR. MED. ANNETTE WELZ-BARTH

**Erfolgreiche Rehabilitation – auch
bei Dementen ambulant möglich?** 37

DR. RER. OEC. PETER PICK

Perspektiven aus Sicht des MDS 43

DR. MED. MICHAEL PENZ

**Grundlagen der sozialmedizinischen
Beurteilung** 49

EDELINDE EUSTERHOLZ

**Bedeutung der neuen Regelleistung
für die Krankenkassen** 55

PRIVATDOZENT DR. DR. MED. PAUL REUTHER

**Erfahrungen aus der regionalen
Versorgung** 59

Die Chancen überwiegen 69

Zukunftsforum Demenz 73

Das Zukunftsforum Demenz

hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung der Demenzkranken in Deutschland zu verbessern, um ihnen möglichst lange ein würdevolles und – entsprechend ihren noch vorhandenen Fähigkeiten – erfülltes Leben zu ermöglichen.

Daher auch das Motto des Zukunftsforums:

„Für ein lebenswertes Morgen“.

Geriatrische Rehabilitation

Vom Ermessen zur Pflicht – auch für den dementen Patienten

PROFESSOR DR. MED. INGO FÜSGEN

Ob es nun die verschiedenen Arztgruppen, Krankenhäuser, die gesetzlichen oder die privaten Krankenversicherungen sind – sie alle sind mit der letzten Gesundheitsreform unzufrieden. Zumindest aber ein Bereich im Gesundheitswesen wird definitiv vom GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) profitieren: die medizinische Rehabilitation und hier insbesondere die geriatrische Rehabilitation. Denn mit dem GKV-WSG ergibt sich nun eine rechtliche Klarstellung.

Wegen ungenauer Formulierungen im Sozialgesetzbuch vertraten viele Krankenkassen bislang den Standpunkt, die Rehabilitation sei eine Ermensfrage, weil sie nicht in den Risikostrukturausgleich mit einbezogen worden sei. Besonders benachteiligt waren dabei demente Patienten, denn alte, inzwischen aber überholte wissenschaftliche Daten besagten, dass demente Patienten nicht zu rehabilitieren seien, und wenn, dann nur mit erheblich höheren Kosten. Eigene Untersuchungen, wie sie im Rahmen dieses Workshops von Privatdozentin Dr. Annette Welz-Barth präsentiert werden, widerlegen aber diese Meinungen.



*Prof. Dr. med.
Ingo Füsgen*

Da geriatrische Rehabilitation beim Demenzkranken praktisch immer mit Fragen der Prävention zu verbinden ist, erscheint es sinnvoll, die Dreiteilung der Prävention auch für die Rehabilitation zu übernehmen. In den gesetzlichen Ausführungen wird dies noch einmal deutlich:

- **primäre** Prävention/Rehabilitation bei bestehenden Risikofaktoren: Rehabilitation vor Auftreten von Krankheitssymptomen

- **sekundäre** Prävention/Rehabilitation beim Auftreten von Krankheitssymptomen: Rehabilitation, um einer Verschlimmerung des Krankheitsbildes möglichst entgegenzutreten
- **tertiäre** Prävention/Rehabilitation bei bestehendem fortgeschrittenem Krankheitsbild (z.B. Demenz-Stadium 3): Rehabilitation, um noch eine Wiedereingliederung und Reduzierung der Pflegebedürftigkeit zu erreichen. Entsprechend wird dies auch vom Gesundheitsministerium ausgedrückt:
 1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit dem Ziel, möglichen Behinderungen oder möglicher Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie zu beseitigen oder Verschlimmerungen zu verhüten.
 2. Leistungen zur sozialen Rehabilitation, welche die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft fördert. Sie zielen auf die Bewältigung der alltäglichen Anforderungen und die Wiedereingliederung in das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten.

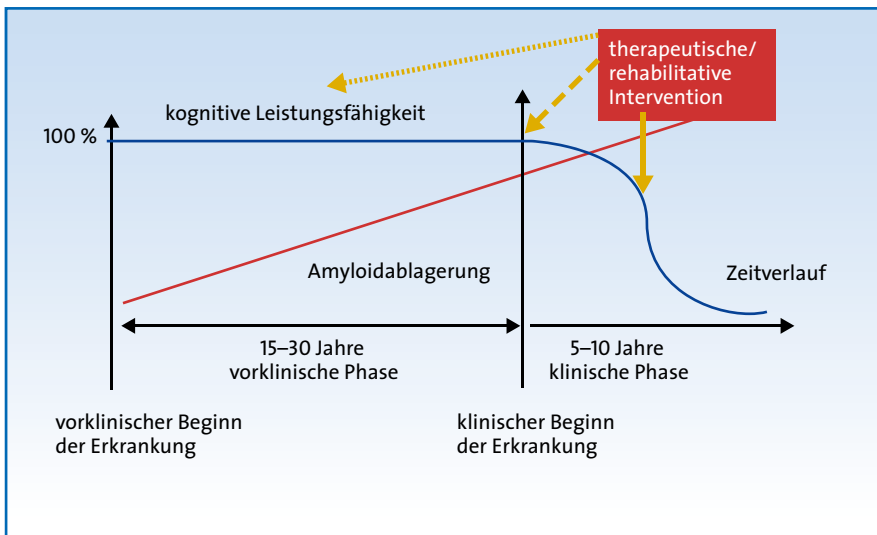


Abbildung 1: Hypothetisches Modell zur Entwicklung der Alzheimer-Krankheit.

Quelle: nach Hampel et al.

Ganzheitlicher Ansatz in der Therapie

Dies bedeutet aber auch, ganz bewusst die ganzheitlichen Bedürfnisse des an Demenz erkrankten Patienten zu sehen. Neben der Basisdiagnostik und -therapie der Multimorbidität kommen hier eine besondere Bedeutung der medikamentösen Therapie und der begleitenden, am Stadium der Demenz ausgerichteten spezifischen Therapie (z.B. Ergotherapie, Angehörigenschulung) zu.

Es reicht nicht aus, nur über Pflege zu sprechen, wie es zurzeit geschieht. Man muss auch die anderen therapeutischen Maßnahmen vorrangig betonen und nicht aus der Diskussion nehmen. Am Beispiel von Memantine wird deutlich, wie erfolgreich der Einsatz der antidementiven Therapie sein kann (Abbildung 2 bis 4). Sowohl Kognition als auch Alltagsaktivitäten werden positiv beeinflusst, wie in der Metaanalyse* zu Memantine, die sechs placebokontrollierte Doppelblindstudien einschloss, deutlich wird (Winblad et al., 2007).

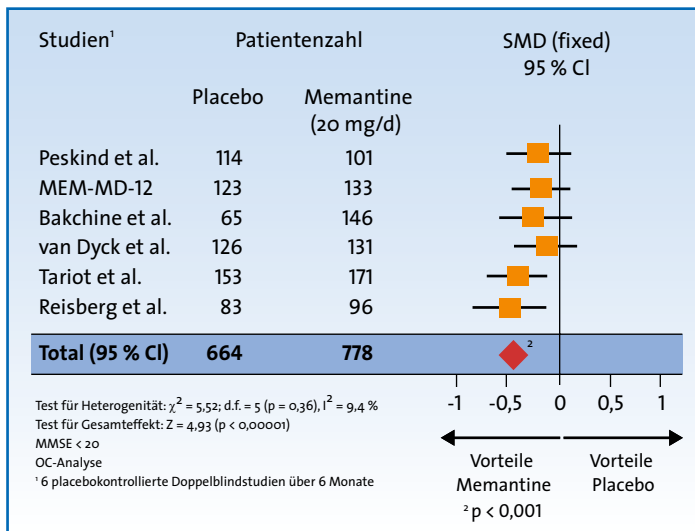


Abbildung 2: Metaanalyse zur Wirksamkeit von Memantine – Kognition.

Quelle: Winblad et al., *Dement Geriatr cogn Disord*, 2007

Wie mehrfach vom Bundesministerium für Gesundheit betont wurde, hat dieses neue Gesetz zum Ziel, Rehabilitation auch für den chronisch kranken und älteren Patienten möglich zu machen. Unions-Fraktionsvize Zöller sieht hier gerade die Stellung multimorbider älterer Patienten mit dem GKV-WVG deutlich gestärkt. Nicht nur dem Grundsatz „Reha vor Pflege“, sondern auch dem „Reha in der Pflege“ wird Geltung verschafft. Mit dem Rechtsanspruch auf Rehabilitation sollte besonders der Ausbau geriatrischer Angebote gefördert werden.

Neu: „Mobile Rehabilitation“

Ausdrücklich als Kassenleistung wird die „Mobile Rehabilitation“ als Sonderform der ambulanten Reha ermöglicht. Dieses Angebot ist wichtig für den Demenzkranken und hier insbesondere für den schon pflegebedürftigen Patienten. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ Nachdruck verliehen, indem im Gesetz darauf hingewiesen wird, dass auch in stationären Pflegeeinrich-

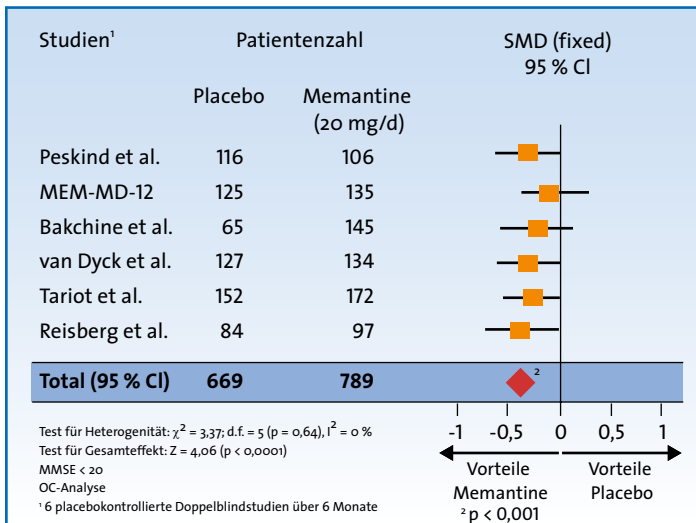


Abbildung 3: Metaanalyse zur Wirksamkeit von Memantine – klinisches Gesamturteil. Quelle: Winblad et al., *Dement Geriatr cogn Disord*, 2007

tungen Rehabilitation erbracht werden kann. Dabei stellt sich allerdings die Frage, in welcher Größenordnung und für welchen Personenkreis mobile Rehabilitation angezeigt ist.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen gehen zunächst davon aus, dass für die geriatrischen Patienten die mobile Rehabilitation eine sinnvolle Ergänzung zu den derzeitigen Angebotsformen der Rehabilitation sein kann.

Daher haben sie in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst sowie extern mit Experten und Leistungserbringerverbänden bereits im Vorfeld zum Gesetzgebungsverfahren Rahmenempfehlungen für die mobile geriatrische Rehabilitation entwickelt. Die Rahmenempfehlungen definieren Anforderungen an die Leistungserbringer und die Leistungserbringung.

Fortschritt mit bleibenden Hürden

Besonders zu begrüßen ist, dass die Qualität der Rehabilitation durch das GKV-WSG deutlich gestärkt wird. Manche

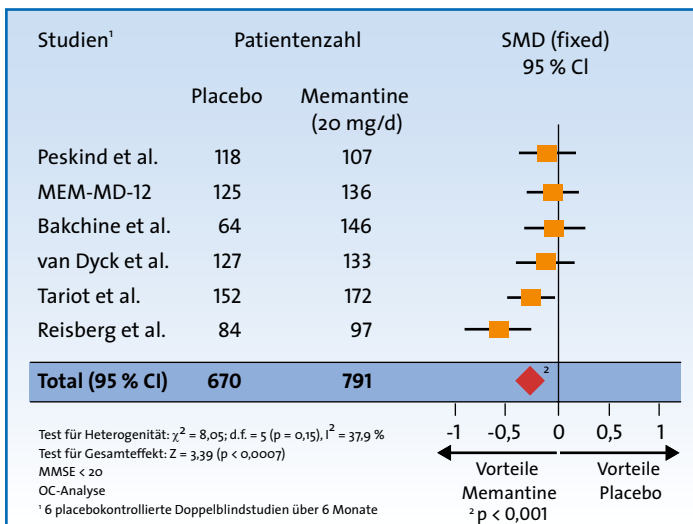


Abbildung 4: Metaanalyse zur Wirksamkeit von Memantine – Alltagsaktivitäten. Quelle: Winblad et al., *Dement Geriatr cogn Disord*, 2007

gesetzlichen Ausführungen scheinen allerdings nicht vollständig durchdacht worden zu sein.

Beispielhaft sei hier die neue Perspektive für Verträge der integrierten Versorgung herausgegriffen, die nun übergreifend Pflege- und Krankenversicherung beinhalten können.

Allerdings ist hier für den Bereich der Pflegeversicherung noch keine entsprechende gesetzliche Bestimmung deutlich. In diesem Sinne ist zu fordern, wie es auch vonseiten der Krankenkassen (z.B. BEK) geschieht, dass Rehabilitation für Pflegebedürftige auch Leistung der Pflegeversicherung werden muss. Überhaupt erscheint manche positiv zu beurteilende gesetzliche Aussage mit einem „Pferdefuß“ behaftet zu sein.

So können Betroffene Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die zugelassen und zertifiziert sind, eigenständig auswählen. Ist allerdings die vom Versicherten ausgewählte, zertifizierte Klinik teurer als die von der Kasse vorgeschlagene, dann muss er/sie die Mehrkosten tragen. Nicht vergessen darf man dabei, dass eine Vielzahl der von Demenz Betroffenen Reha-Patienten ältere, fast immer multimorbide Menschen sind. Diese Patienten werden kaum dazu in der Lage sein, sich selbst eine Einrichtung auszuwählen.

In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, dass die Vergütung aus Sicht der Reha-Anbieter in den letzten Jahren nicht mehr den neuen Anforderungen angepasst worden ist. Vielmehr ist seit Jahren eine Diskrepanz zwischen Kostensteigerung und einer vergleichsweise marginalen Vergütungssatzerhöhung zu verzeichnen. Hier wird unter Umständen dann ein „Schnäppchen“ als Vergleichskriterium vonseiten der Krankenkassen herangezogen und der zu rehabilitierende Ältere muss die Mehrkosten selbst tragen.

Die Gesundheitsreform stärkt ohne Zweifel für den Demenzkranken den Reha-Sektor, aber es besteht weiterhin eine Reihe von Hürden für eine Rehabilitation gerade dieser Patienten. Dabei sei an die oben erwähnten Rahmenempfehlungen für die „mobile“ geriatrische Rehabilitation

erinnert. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass seit dem 1. April 2007 nur noch solche Vertragsärzte eine Rehabilitation beantragen können, die eine spezielle Qualifikation haben. Bisher ist das Interesse aufseiten der niedergelassenen Ärzte für die geriatrische Rehabilitation relativ gering. In der eigenen Rehabilitationsklinik betrifft die Antragstellung auf ambulante Rehabilitation nur ca. 3 % der Patienten. Hinzuweisen ist auch darauf, dass die Schnittstellenprobleme zwischen gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung durch das GKV-WSG nicht entscheidend gelöst wurden.

Allen Unkenrufen zum Trotz darf man festhalten, dass mit dieser letzten Gesundheitsreform die Rehabilitation für den geriatrischen und häufig dementen Patienten einen wichtigen Anstoß erlebt. Angesichts der demografischen Entwicklung wird die Rehabilitation langfristig ohnehin eine immer wichtigere Rolle spielen müssen. Das GKV-WSG ist hier ohne Zweifel ein erster und wichtiger Schritt in diese Richtung. Und man kann der Politik nur beipflichten: „Es ist schlimm, dass man etwas Gutes zur Pflicht machen muss.“ (Wolfgang Zöllner, CSU, Unions-Fraktions-Vize 2007 zum GKV-WSG).

** Winblad et al., Dement Geriatr cogn Disord 2007; 24: 20–27*

Bayerisches Geriatriekonzept

Die Zukunft der geriatrischen Rehabilitation in Bayern

DR. MED. GABRIELE HARTL

Wesentliche Ziele der medizinischen Versorgung älterer Menschen sind, die Selbsthilfefähigkeit und Selbstständigkeit zu erhalten, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, das Wohnen im häuslichen Umfeld möglichst lange zu ermöglichen und damit die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu bewahren. Diese Ziele sind die ureigensten Aufgaben der Rehabilitation.

Unter Beachtung des sozialpolitischen Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ wurde der Schwerpunkt des Bayerischen Geriatriekonzepts von 1990 auf den Ausbau eines wohnortnahen Netzes an geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen gelegt. Das damalige Ausbauziel von 2400 Betten ist erreicht und mit inzwischen 2727 Betten an 64 geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen sogar übertroffen. In keinem anderen Bundesland stehen heute so viele geriatrische Rehabilitationsbetten wie in Bayern.



*Dr. med.
Gabriele Hartl*

Datenbank dokumentiert Erfolg der geriatrischen Rehabilitation

Die **Geriatrie in Bayern-Datenbank (GiB-DAT)** dokumentiert den Erfolg der geriatrischen Rehabilitation. Sie erfasst weit über 80 % der geriatrischen rehabilitativen Behandlungskapazität in Bayern, verfügt somit über valide Daten und bildet die Strukturen zur geriatrischen Rehabilitation homogen ab. Neben der wissenschaftlichen Überprüfung des Bayerischen Geriatriekonzepts dient GiB-DAT vor allem dem Qualitätsmanagement der beteiligten Einrichtungen, der Schaffung und Weiterentwicklung gemeinsamer Stan-

dards in Dokumentation und Untersuchung und sie ist Ausgangsbasis für weitere Untersuchungen. GiB-DAT ist heute die größte Datenbank für geriatrische Rehabilitation auf nationaler und europäischer Ebene und hat bereits mehrere Preise gewonnen.

Die Auswertung der GiB-DAT-Daten macht deutlich, dass eine qualitativ hochwertige geriatrische Rehabilitation die gesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen verbessert: In einem wohnortnahen Netz an stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen werden ältere Menschen befähigt, ein eigenverantwortliches und selbstständiges Leben im häuslichen Umfeld zu führen. Heimeinweisungen und Pflegebedürftigkeit werden zum überwiegenden Teil vermieden und die Fähigkeiten zur Bewältigung

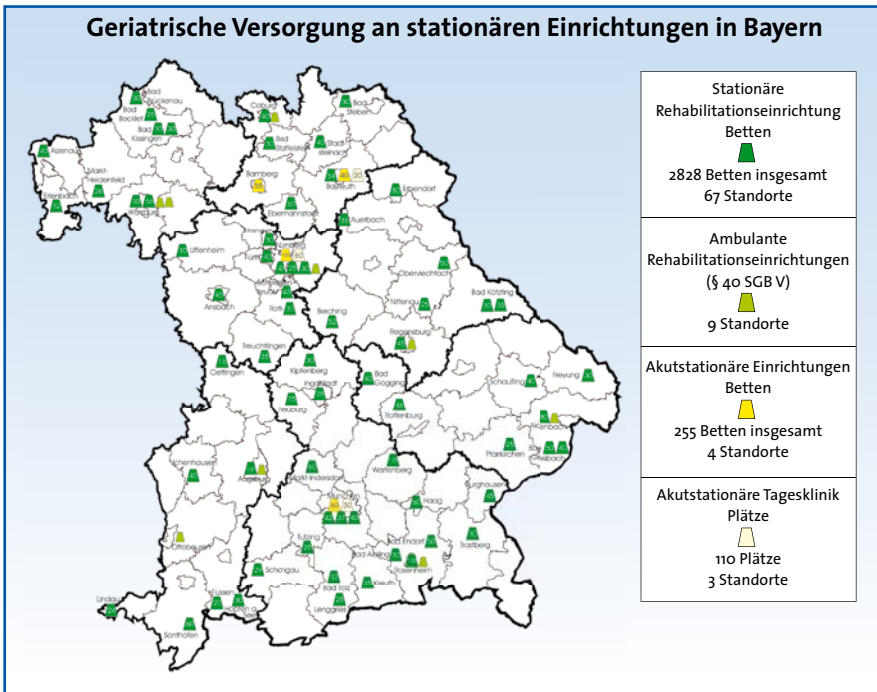


Abbildung 5: In keinem anderen Bundesland gibt es heute so viele geriatrische Rehabilitationsbetten wie in Bayern.
Stand Oktober 2007

des täglichen Lebens werden deutlich gesteigert. Beachtenswert ist dabei, dass auch Patienten mit kognitiven Einschränkungen und depressive Patienten von einer gezielten Rehabilitation profitieren – wenn auch in etwas geringerem Umfang als geistig Gesunde. Diese Beobachtung ist deshalb wichtig, da ca. 40 % der Rehabilitanden in einer geriatrischen Reha-Einrichtung an kognitiven Einbußen unterschiedlicher Schweregrade und ca. 35 % an depressiven Verstimmungen leiden.

Im Rahmen einer Nachfolgestudie zu GiB-DAT wurden 2000 Patientinnen und Patienten ein halbes Jahr nach Entlassung aus der geriatrischen Rehabilitationsbehandlung zu ihrer Lebenssituation befragt. Diese Erhebung zeigt die Nachhaltigkeit der geriatrischen Rehabilitation: 82 % der Patienten wohnten zu diesem Zeitpunkt noch in einer Privatwohnung. Allerdings kamen nur 10 % völlig ohne Hilfe aus.

Fälle geriatrischer Rehabilitation und geriatrischer Frührehabilitation in Bayern 2004 und 2005

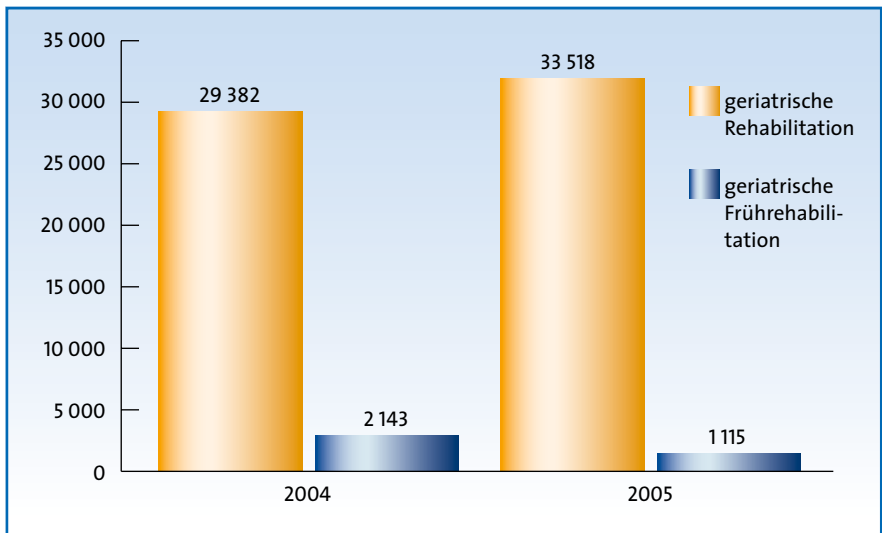


Abbildung 6: Der Schwerpunkt der geriatrischen Versorgung in Bayern liegt in der Rehabilitation.

Rund 80 % der Hilfebedürftigen wurden regelmäßig – mindestens einmal am Tag – durch Familienmitglieder unterstützt. Zum nachhaltigen Erfolg der geriatrischen Rehabilitation tragen demnach vor allem die Angehörigen bei.

Unter dem Blickwinkel der demografischen Entwicklung – steigende Anzahl älterer und pflegebedürftiger Menschen einerseits, schwindende Zahl pflegender Angehöriger andererseits – lohnt es sich, neben den Behandlungszielen und Bedürfnissen der Betroffenen auch den Hilfebedarf und die Probleme ihrer pflegenden Angehörigen genau anzusehen. Dies soll in einem weiterführenden zweijährigen Forschungsprojekt genau analysiert werden.

Ziel: Erhalt der geriatrischen Reha

Erklärtes Ziel der Partner im Gesundheitswesen ist es, die bewährte geriatrische Rehabilitationsstruktur in Bayern zu

Aus den GiB-DAT-Daten: Hilfestellung

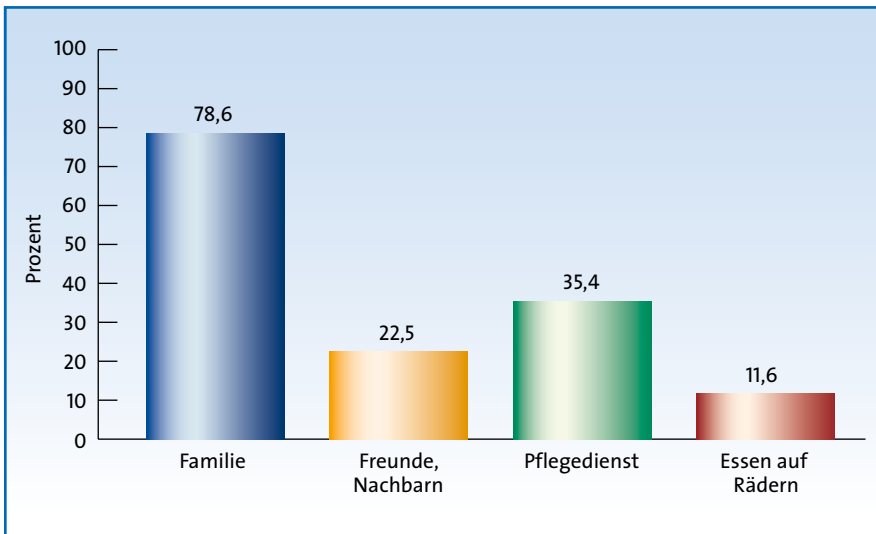


Abbildung 7: Familienangehörige leisten den entscheidenden Beitrag zum nachhaltigen Erfolg der geriatrischen Rehabilitation, denn der überwiegende Teil der nach Hause entlassenen Patienten wird von Angehörigen unterstützt.

Quelle: AFGiB

erhalten. Akutkrankenhäuser können seit 2004 Fallpauschalen für „frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung“ abrechnen.

Damit diese Fallpauschalen nicht zu einer Bedrohung der geriatrischen Rehabilitation werden, ist auf eine – dem Sozialgesetzbuch V entsprechende – gesetzeskonforme Weiterentwicklung zu achten. Das bedeutet, dass diese Fallpauschalen nur die akutstationäre Behandlung umfassen und keine Anteile der weiterführenden Rehabilitation enthalten.

Auch der Bayerische Krankenhausplanungsausschuss hat sich im Jahr 2004 unter dem Eindruck der neu geschaffenen Geriatrie-Fallpauschalen mit der Thematik befasst und einstimmig beschlossen: Die bewährte geriatrische Rehabilitationsstruktur muss in Bayern erhalten bleiben. Der

Entwicklung der Anzahl geriatrischer Reha-Patienten in Bayern

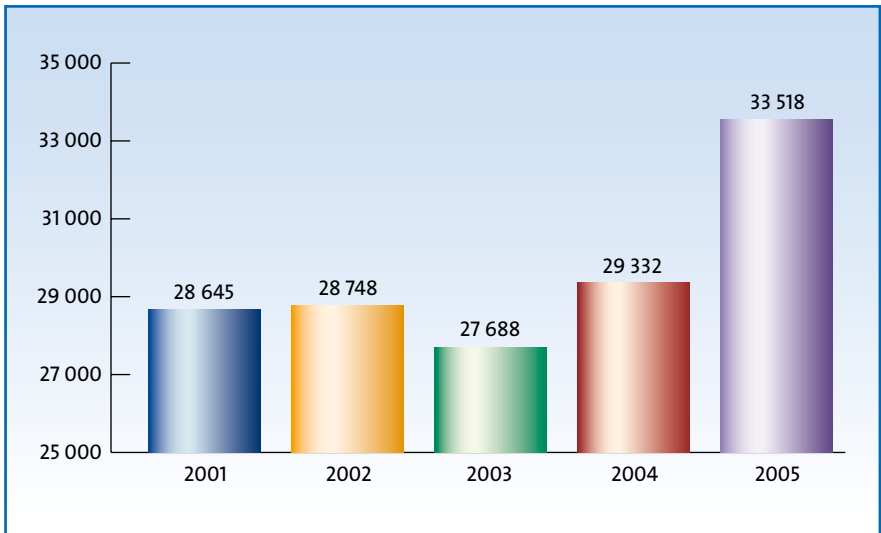


Abbildung 8: Mit Ausbau der geriatrischen Rehabilitation ist auch die Anzahl der geriatrischen Reha-Patienten gestiegen. Unter dem Blickwinkel der demografischen Entwicklung ist auch weiterhin ein hoher Bedarf zu erwarten.

Schwerpunkt der geriatrischen Versorgung wird nicht in den Akutbereich verschoben.

Gesundheitsreform stärkt Rehabilitation

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG), das am 1. April 2007 in Kraft getreten ist, hat die gesamte medizinische Re-

habilitation und damit auch die geriatrische Rehabilitation, zur Pflichtleistung ausgestaltet. Es besteht nun ein Anspruch auf medizinische Rehabilitation.

Ambulante Rehabilitationsleistungen sind nach der neuen Gesetzeslage auch in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen.

Abgrenzung Frührehabilitation und Rehabilitation (SGB V-konform)

- **Frührehabilitation:** Es besteht akutstationärer Behandlungsbedarf bei gleichzeitigem Rehabilitationsbedarf.
- **Medizinische Rehabilitation:** Es besteht Rehabilitationsbedarf ohne akutmedizinischen Behandlungsbedarf.

Zudem wurde die mobile ambulante Rehabilitation gestärkt. Damit wird pflegebedürftigen und immobilen Menschen, die bisher nur unzureichend von rehabilitativen Versorgungsangeboten profitiert haben, der Zugang zur Rehabilitation erleichtert. Es wird zu beachten sein, inwieweit durch die neuen gesetzlichen Regelungen die Zahl der geriatrischen Rehabilitationen weiter ansteigen wird. Nach den Zahlen der Geriatriedatenbank erfolgt die geriatrische Rehabilitation fast ausschließlich im Krankenhaus. Lediglich knapp 4 % der Rehabilitanden erhalten die Rehabilitation infolge einer Verordnung des Hausarztes. Hier finden sich sicher noch viele Patienten, deren Reha-Potenzial bisher noch nicht ausgeschöpft wurde.

Bedenklich stimmt allerdings, dass seit dem 1. April 2007 nur noch Vertragsärzte eine Rehabilitation verordnen dürfen, die eine spezielle Qualifikation vorweisen können, da der Gemeinsame Bundesausschuss die Übergangsfrist in der Rehabilitationsrichtlinie nicht mehr verlängert hat. Hier sind die Ärzte aufgefordert, sich entsprechend zu qualifizieren.

Zukunft der geriatrischen Rehabilitation: Vernetzung

Die Zukunft der Geriatrie liegt in einer Vernetzung der Versorgungsangebote in den verschiedenen Leistungssektoren. Die medizinische Versorgung der älteren Bevölkerung muss zu einem abgestuften und vernetzten System mit hoher Qualität in allen Bereichen weiterentwickelt werden. Orientiert an den Bedürfnissen der Patienten muss enges, sektorenbegrenzendes Denken überwunden werden. Wegen der hohen Anzahl demenzieller Erkrankungen im Alter ist auch eine Vernetzung mit gerontopsychiatrischen Behandlungsangeboten sinnvoll. Defizite bestehen im ambulanten Bereich. Alle Facetten des ambulanten Bereichs müssen gestärkt werden: die ambulante geriatrische Rehabilitation, die Fortbildung der Hausärzte, die Versorgung der Bewohner in Alten- und Pflegeheimen.

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Rehabilitation mit ihrem Ziel, die Fähigkeiten zur Bewältigung des alltäglichen Lebens zu verbessern und damit Selbstständigkeit und Lebensqualität zu erhalten, versorgungspolitisch ein größeres Gewicht bekommen. Die Gesetzesänderungen der Gesundheitsreform geben hier schon die Richtung an. Jetzt ist die Aktivität der einzelnen Klinik gefragt.

Jede geriatrische Rehabilitationseinrichtung könnte ein Kristallisationspunkt für die älteren Menschen vor Ort sein. Gelungene geriatrische Rehabilitation dient den älteren Menschen, deren Autonomie und Würde es bis zum letzten Atemzug zu wahren gilt.

Geriatrische Rehabilitation vor der Gesundheitsreform – Beispiele aus Bayern

Qualitätssicherung von größtem Interesse

PRIVATDOZENT DR. MED. KARL-GÜNTER GASSMANN

Ein wesentlicher Aspekt bei der Weiterentwicklung der Geriatrie in Bayern ist die Qualitätssicherung. Strukturen und Qualität einer künftigen Rehabilitationsversorgung alter Menschen sind auch gesundheitspolitisch von größtem Interesse. Zu den wichtigen Strukturen, durch deren Einsatz die Qualität der geriatrischen Versorgung in Bayern verbessert werden konnte, zählt die ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern (AFGiB).

Unterstützt vom Sozialministerium hat die AFGiB eine Langzeitstudie durchgeführt, mit der alle erforderlichen Daten erfasst und bewertet werden. Das Projekt Geriatrie-in-Bayern-Datenbank (kurz: **GiB-DAT**) wurde 1999 gestartet (siehe Kasten Seite 28). Ziel ist die Dokumentation möglichst aller Behandlungsfälle geriatrischer Einrichtungen in einer zentralen bayerischen Datenbank, auf deren Grundlage weitere qualitätsverbessernde Maßnahmen eingeleitet und wissenschaftlich begleitet werden können.

Erstmals können so die Patientenstruktur der geriatrischen Einrichtungen Bayerns abgebildet und die Erfolge der medizinisch-therapeutischen Behandlung dokumentiert werden. In differenzierter Form werden u.a. Patientendaten, Behandlungsdaten, Diagnosen und Therapieergebnisse erfasst.

Zur Dokumentation ihrer Daten in GiB-DAT verwenden 90 % der teilnehmenden Kliniken die vom Projektteam neu entwickelte Software GERIDOC. Diese ermöglicht zugleich



*Privatdozent Dr. med.
Karl-Günter Gassmann*

Geriatrie in Bayern

Zurzeit gibt es in Bayern 64 geriatrische Rehabilitationseinrichtungen, in denen multimorbiden älteren Patientinnen und Patienten kompetente Hilfe bei der Überwindung ihrer krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen angeboten wird. Davon sind

36 Einrichtungen an ein Akutkrankenhaus angegliedert,

17 bestehen in Verbindung mit anderen Reha-Einrichtungen,

4 bestehen gemeinsam mit Pflegekliniken und

7 Einrichtungen sind eigenständige Kliniken zur geriatrischen Rehabilitation.

Neben diesem Netz an geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen gibt es in München, Nürnberg und Bayreuth auch drei akutgeriatrische Schwerpunkte an Krankenhäusern. An der Universität Erlangen-Nürnberg besteht der Lehrstuhl für Innere Medizin – Geriatrie.

eine Arbeitsentlastung durch die Erleichterung von Routinetätigkeiten, Befund- und Arztbriefherstellung sowie statistischen Auswertungen.

Aktuell beteiligen sich rund 85 % der bayrischen geriatrischen Einrichtungen am Projekt (entspricht 90 % der Behandlungskapazität). Sie übermitteln pro Quartal ca. 6500 Datensätze (Abbildung 9). Die Projektteilnehmer erhalten quartalsweise sowohl Auswertungen ihrer eigenen Daten als auch Benchmarking-Statistiken, in welchen die Verteilung der bayernweiten Werte anschaulich gemacht wird. Die vorliegenden Daten geben detailliert Auskunft über die Patientenstruktur der geriatrischen Einrichtungen in Bayern. Sie belegen den Erfolg der geriatrischen Rehabilitation.^{1,2} Nach einer Pilotphase erfolgt jetzt zusätzlich eine weitere Studie zur Überprüfung des Langzeiterfolges geriatrischer Rehabilitation.

In den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen werden Patienten mit einem breiten Spektrum an Diagnosen behandelt, wobei auffällt, dass der Anteil an Schlaganfallpati-

enten kleiner ist als in anderen Bundesländern (Abbildung 10). Demenzielle Erkrankungen erscheinen nicht gesondert in der Statistik der Hauptdiagnosen, zum einen, da diese unter der Rubrik „Geriatrische Syndrome“ zu finden sind, zum anderen, weil diese hier wohl noch nicht als rehabilitationsbegründende Diagnose durchgängig akzeptiert sind. Bei vielen Patienten bestehen jedoch demenzielle Erkrankungen als Begleitdiagnose.

Die GiB-DAT-Analyse aus dem Jahr 2006 verdeutlichte, dass 39,2 % der geriatrischen Reha-Patienten an einer demenziellen Erkrankung litten, 23,47 % an einer leichten, 12,37 % an einer mittelschweren und 3,38 % an einer schweren Form. Dabei zeigte sich eine deutliche Altersab-

hängigkeit der Patienten im Hinblick auf den Schweregrad der Demenz (Abbildung 11). Besonders häufig kommen demenzielle Erkrankungen vor bei den Hauptdiagnosen geriatrische Syndrome, Schlaganfall, neurologische Erkrankungen, aber auch bei Frakturen (Abbildung 12). Bei der stationären Aufnahme in der Rehabilitation sind diese Patienten noch stärker in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt als die nicht-dementen Patienten. Auch bezüglich der Mobilität zeigen demente Patienten größere Defizite.

Das GiB-DAT-Projekt

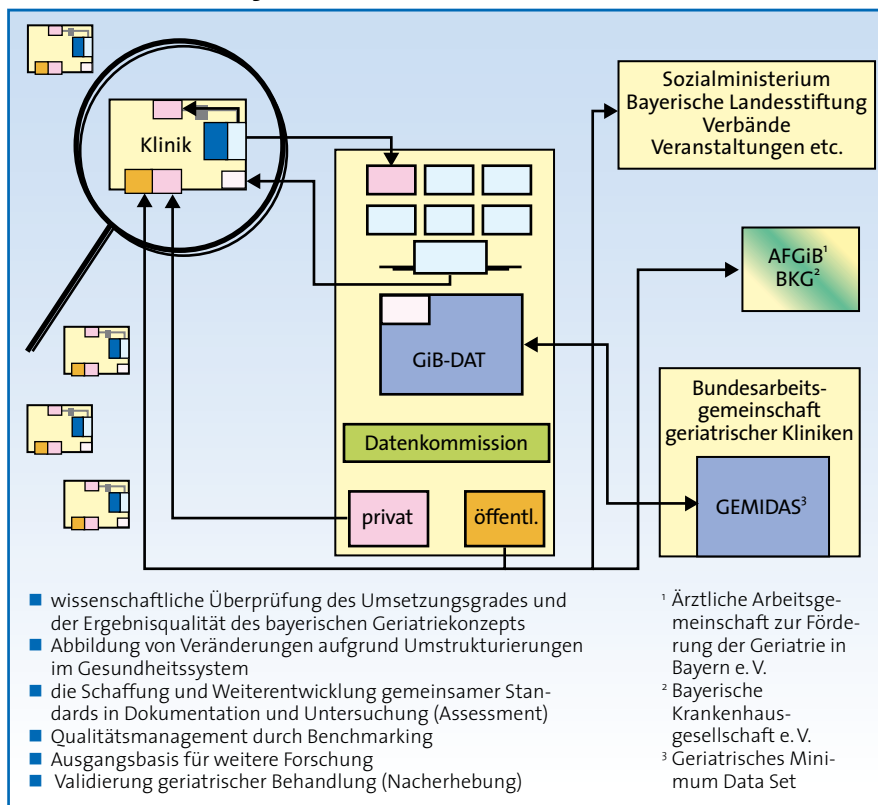


Abbildung 9: Im Rahmen des GiB-DAT-Projektes werden pro Quartal 6500 Datensätze von geriatrischen Patienten ausgewertet. 85 % der bayerischen Geriatrie-Einrichtungen sind beteiligt.

Hauptdiagnosen bei geriatrischer Rehabilitation in Bayern

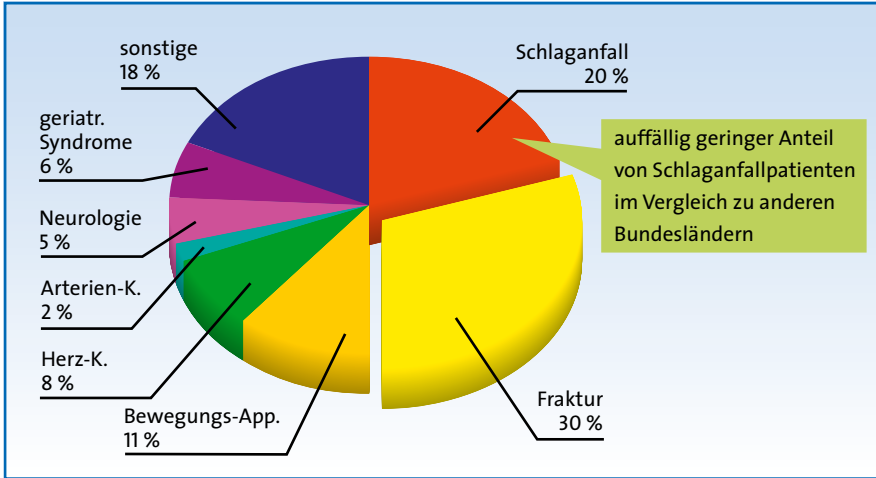


Abbildung 10: In den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen werden Patienten mit einem breiten Diagnosespektrum behandelt. Der Anteil an Schlaganfall-Patienten ist in Bayern geringer als in anderen Bundesländern.

Demenz-Schweregrade und Altersgruppen

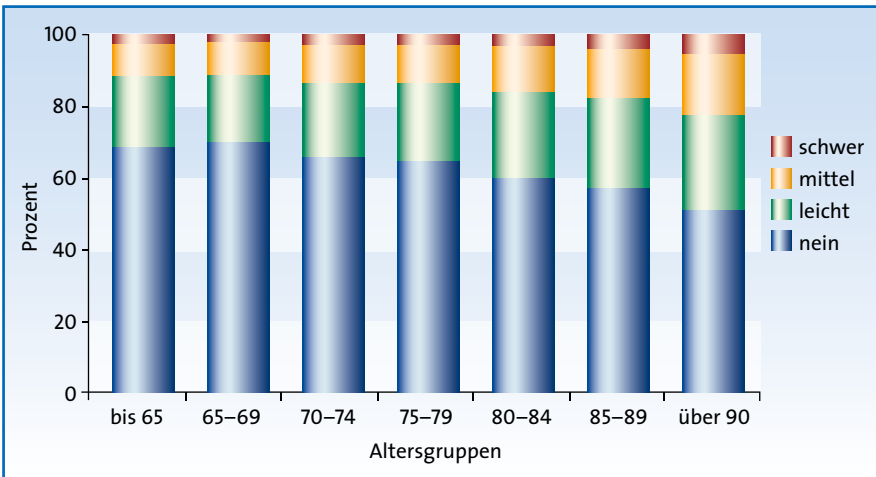


Abbildung 11: Im Schweregrad der Demenz zeigt sich eine deutliche Altersabhängigkeit – dies bestätigt auch die Analyse der GiB-DAT-Daten.

Reha verbessert Eigenständigkeit

Angesichts des progredienten Verlaufs der meisten demenziellen Erkrankungen wird ein Reha-Potenzial solcher Patienten nicht selten bestritten, insbesondere beim Nachweis von alltagsrelevanten kognitiven Einschränkungen. Die Ergebnisse aus der GiB-DAT zeigen jedoch, dass trotz der ungünstigen funktionellen Ausgangslage bei Aufnahme deutliche Verbesserungen auch bei Patienten mit Demenz erzielt werden können.

Konnte bei den geriatrischen Patienten ohne Demenz eine durchschnittliche Verbesserung des Barthel-Wertes um 23,8 Punkte erreicht werden, so lag dieser Wert bei allen Demenzkranken, einschließlich der schweren Stadien, nur wenig darunter bei 20,3 Punkten – ohne dass eine längere Behandlungsdauer notwendig gewesen wäre!

Insbesondere bei Patienten mit leichter und mittelschwerer Ausprägung der Demenz lassen sich fast gleich gute Rehabilitationsergebnisse erzielen wie bei nicht-dementen Patienten. Aber selbst bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz können deutliche funktionelle Verbesserungen erzielt werden (Abbildung 13).

Indikationsgebiete	Demenzgrad (%)			
	nein	leicht	mittel	schwer
Schlaganfall	54,3	25,7	15,5	4,5
Fraktur	56,8	24,6	14,5	4,0
Bewegungsapparat	71,5	19,6	7,2	1,7
Herzerkrankung	65,8	23,0	9,6	1,6
Arterienerkrankung	66,8	20,4	11,7	1,1
Neurologie	50,7	28,3	16,1	4,9
geriatr. Syndrome	55,6	25,8	13,8	4,8
sonstige	65,9	21,3	10,0	2,8

Abbildung 12: Demenz wird besonders häufig bei geriatrischen Syndromen, Schlaganfall und neurologischen Erkrankungen, aber auch bei Frakturen als Hauptdiagnosen beobachtet.

Dies betrifft neben der Alltags selbstständigkeit insbesondere auch die Mobilität. So verbesserten sich selbst schwer demente Patienten in ihrer Mobilität, entweder dass zuvor Immobiler sich wieder selbstständig fortbewegen oder dass sie immerhin mit Hilfe wieder gehen konnten (Abbildung 14). Dies führte zu einer erhöhten Autonomie dieser Patienten und reduzierte den Pflegebedarf erheblich.

Auch die Gangunsicherheit, ein großer Risikofaktor bei Patienten mit demenziellen Syndromen, wurde verbessert (Abbildung 15). Leicht demente Patienten profitierten im Hinblick auf eine Zunahme der Gangsicherheit sogar mehr als nicht-demente.

Positive Effekte ließen sich auch bei Patienten mit mittel- und höhergradigem demenziellen Syndrom belegen. Nur jeder fünfte Patient mit Demenz musste am Ende der

DELTA-Barthel (E-A)

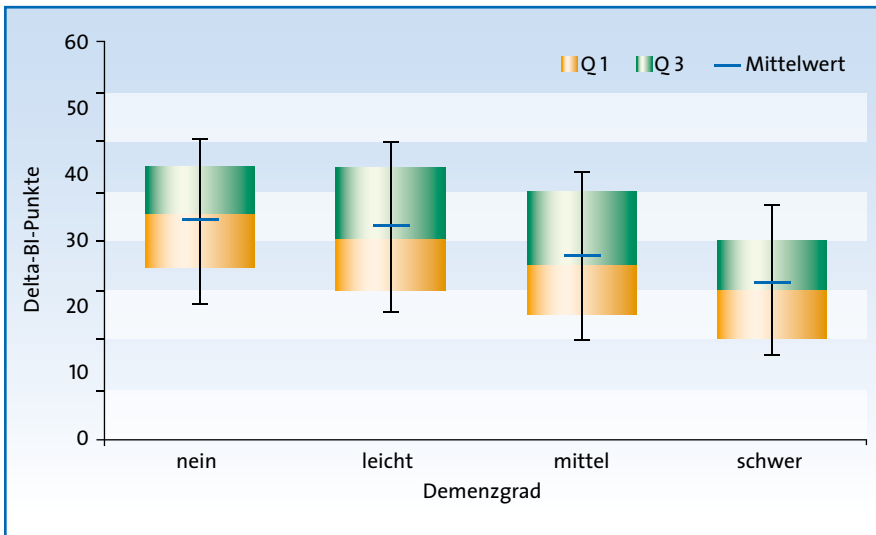


Abbildung 13: Bei Patienten mit leichter und mittelschwerer Demenz sind fast gleich gute Reha-Ergebnisse wie bei nicht-dementen Patienten zu erzielen, selbst bei fortgeschrittener Demenz sind noch deutliche funktionelle Verbesserungen möglich.

Mobilität nach Erhebungszeitpunkt und Demenz

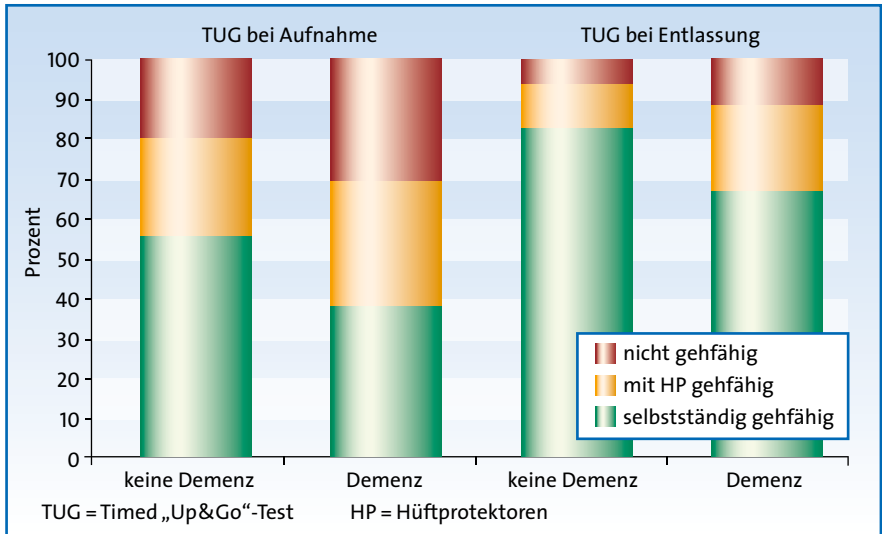


Abbildung 14: Eine Verbesserung der Mobilität ist selbst bei schwer dementen Patienten möglich – dies führt bei allen Patienten zu einer erhöhten Autonomie sowie zur Reduktion des Pflegebedarfs.

Verbesserung der Gangsicherheit

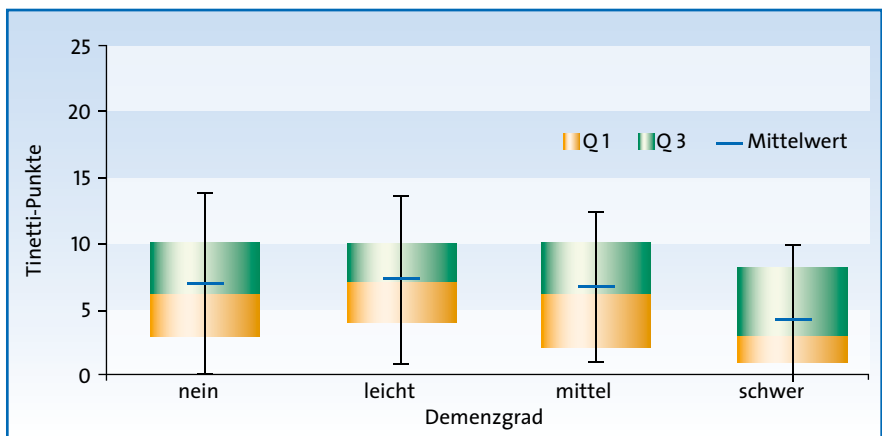


Abbildung 15: Bezüglich einer Verbesserung der Gangsicherheit profitieren leicht demente Patienten sogar mehr von der Rehabilitation als nicht-demente Patienten, aber auch bei schwer dementen Patienten ist noch eine Verbesserung zu verzeichnen.

Wohnsituation nach Rehabilitation

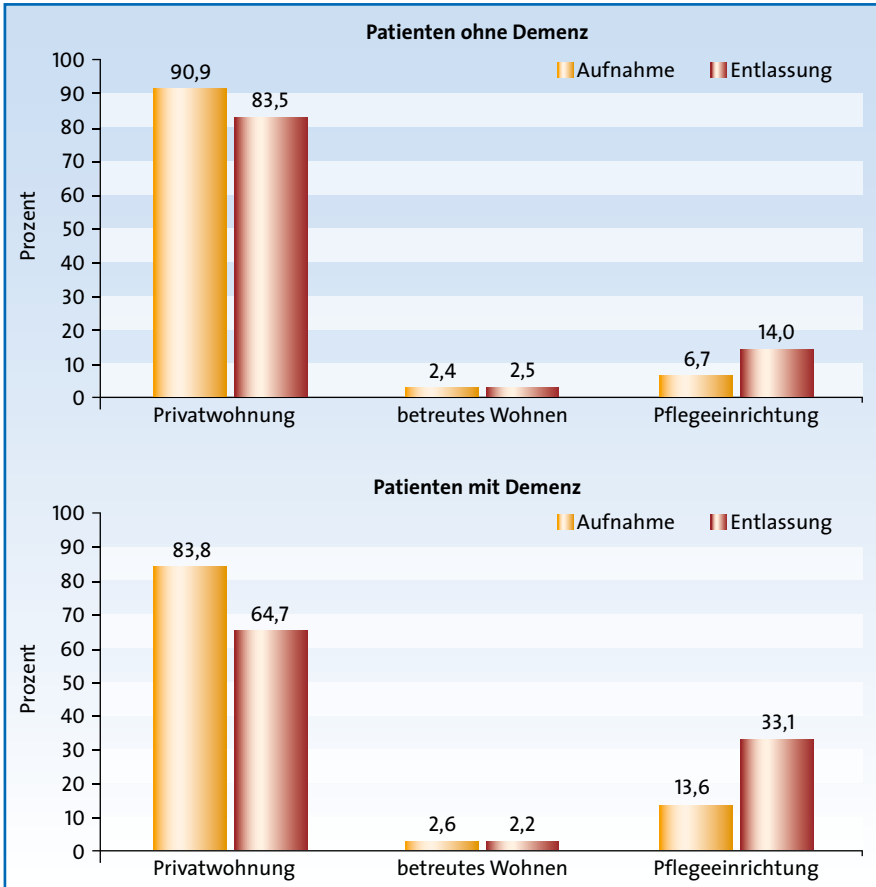


Abbildung 16: Nur jeder fünfte Demenzpatient musste nach der Reha wieder neu in eine Pflegeeinrichtung übersiedeln, die meisten konnten wieder in einen Privathaushalt entlassen werden.

Rehabilitation neu in eine Pflegeeinrichtung übersiedeln, die meisten konnten wieder nach Hause in einen privaten Haushalt entlassen werden (Abbildung 16).

Fazit

- Auch geriatrische Patienten mit demenziellen Störungen verbessern sich häufig durch eine geriatrische Rehabili-

tation, insbesondere im Hinblick auf ihre Mobilität und Gangsicherheit sowie in der Selbstständigkeit im Alltag

- Geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen sind in der Lage, auch bei dementen Patienten die Pflegebedürftigkeit zu senken und die Entlassung in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu vermeiden bzw. zu verzögern
- Deshalb sollte gerade auch bei dementen Patienten die Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme überprüft werden. Fachärztliche geriatrische Kompetenz sollte aus diesem Grund in den Akutkrankenhäusern sichergestellt sein.

Literatur

¹Trögner J, Tümena T, Schramm A, Heinrich R, Sieber C, GiB-DAT-Gruppe. Geriatrie in Bayern-Datenbank (GiB-DAT): Konzept, Struktur und Ergebnisse der Implementation. (Teil I). *Z GERONTOL GERIAT* 2006; 39, Nr. 2, 126–133

²Trögner J, Tümena T, Schramm A, Heinrich R, Sieber C, GiB-DAT-Gruppe. Geriatrie in Bayern-Datenbank (GiB-DAT): Patientenstrukturen und Ergebnisse der geriatrischen Rehabilitation. Eine erste statistische Analyse von Benchmarking-Parametern. (Teil II). *Z GERONTOL GERIAT* 2006; 39, Nr. 2, 134–142

Erfolgreiche Rehabilitation

Auch bei Dementen ambulant möglich?

PROFESSOR DR. MED. ANNETTE WELZ-BARTH

Das GKV-WSG stärkt die geriatrische Rehabilitation – wenn auch einige offene Fragen bleiben. Nun gilt es, die neuen Optionen wie z.B. die mobile Rehabilitation trotz aller ökonomischen Hürden auch sinnvoll umzusetzen.

Aufgrund der demografischen Entwicklung mit der Zunahme älterer, multimorbider Menschen und damit auch demenzieller Erkrankungen hat sich in den letzten Jahren die Situation im Bereich der geriatrischen Rehabilitation stark verändert. Hinzu kommen noch die Einführung des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups = diagnosebezogene Fallgruppen) und das Inkrafttreten der Gesetzesänderung (GKV-WSG/Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung), welche auch im Bereich der Rehabilitation entscheidende Veränderungen aufzeigt.

Die Einführung des DRG-Systems hat für die Rehabilitation ein deutlich verändertes Patientenklentel mit sich gebracht. Auch aufgrund der veränderten Strukturen in den Akutkrankenhäusern werden in den Rehabilitationskliniken zunehmend Patienten aufgenommen, die Veränderungen ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit aufweisen, was jedoch in keinsten Weise kommuniziert wird. Es kommt hinzu, dass demente oder zerebral eingeschränkte Patienten oftmals keine Rehabilitation erhalten, weil davon ausgegangen wird, dass kein Reha-Erfolg möglich sei, zu lange Verweildauern zu erwarten seien oder weil spezielle Behandlungskonzepte bei dementen Patienten nach wie vor umstritten sind. Stattdessen wird oft der „direkte Weg“ ins Pflegeheim gewählt.



*Prof. Dr. med.
Annette Welz-Barth*

Die Erkrankungsmuster werden immer komplexer, die Verweildauern im Akutkrankenhaus immer kürzer. Aufgrund der genannten demografischen und politischen Entwicklung sowie der Entwicklung demenzieller Erkrankungen verändern sich auch die Strukturen in den Rehabilitationseinrichtungen.

In einer Studie mit 100 aufeinander folgend aufgenommenen Patienten wurde die oben beschriebene Situation eingehend untersucht.¹ Dazu wurden in der geriatrischen Anschlussrehabilitation in Wuppertal sowohl soziale als auch medizinische Faktoren einschließlich der Abklärung kognitiver Funktionsstörungen erfasst. Die Patienten dieser Untersuchung waren im Durchschnitt 82 Jahre alt, Frauen waren doppelt so oft vertreten wie Männer. 96 % bekamen Reha-Maßnahmen zu Hause – von diesen lebten 59 % allein, 30 % in einer festen Partnerschaft und 11 % in einer Fa-

Diagnostizierte kognitive Defizite

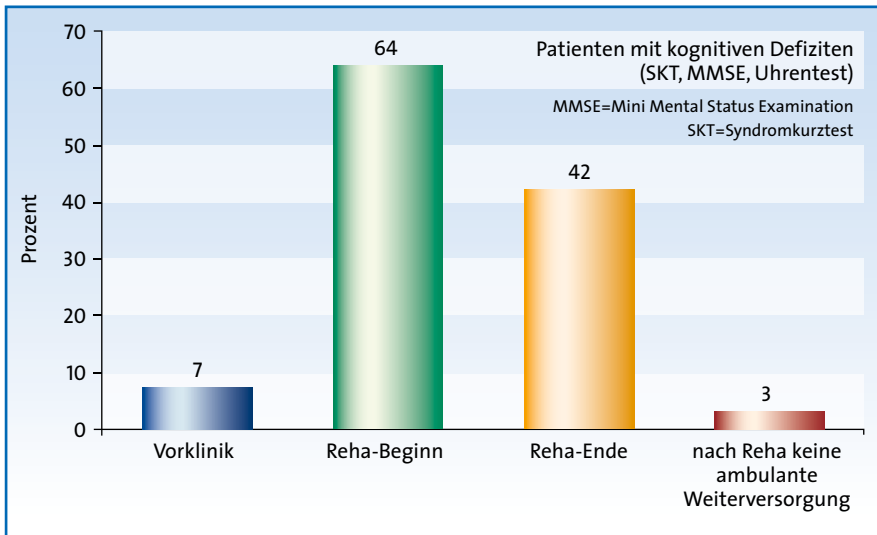


Abbildung 17: Fast zwei Drittel der geriatrischen Reha-Patienten weisen bei Aufnahme in die Rehabilitation kognitive Defizite auf – doch nur selten werden diese von den verlegenden Kliniken berichtet. Viele kognitive Defizite werden durch die Rehabilitation gebessert.

milie. Ein Pflegestatus bei Aufnahme war bei 26 % zu verzeichnen. Bei den Patienten sollte die Frage geklärt werden, inwieweit eine Rehabilitation auch bei dementen Patienten möglich und sinnvoll ist.

Testergebnisse vor und nach geriatrischer Rehabilitation

	Aufnahme	Entlassung	Normalwert
Barthel Index	51	75	> 70 Punkte
Uhrentest	4,3	2,6	< 4 Punkte
MMSE nach Folstein	23	26	> 24 Punkte
SKT	14	8	< 4 Punkte
GDS	29 % \geq 5 Punkte		\geq 5 Punkte

Auch demente Patienten profitieren von der Rehabilitation

Es fanden sich bei Aufnahme in den Assessmentparametern bei 64 % der Patienten kognitive Defizite bis hin zu demenziellen Zustandsbildern (Abbildung 17). Diese kognitiven Störungen wurden aber von den verlegenden Kliniken in nur 7 % mitgeteilt.

Einer der Gründe dafür könnte sein, dass gegenüber einer Rehabilitation kognitiv gestörter Patienten bisher vonseiten der Kostenträger Einwände formuliert wurden. Dennoch waren die Patienten im weiteren Verlauf unter multimodalem Therapiesetting und unter Berücksichtigung aller therapeutischen Optionen mit den in der Geriatrie gängigen Therapiestrategien gut rehabilitierbar. Nur 3 % der Untersuchten konnten aufgrund der kognitiven Einschränkung nicht mehr weiter ambulant versorgt werden.

Bei Ende der Rehabilitationsmaßnahme waren nur noch bei 42 % kognitive Auffälligkeiten zu verzeichnen. Eine wichtige Beobachtung war auch die Tatsache, dass es in der durchschnittlichen Verweildauer von 23 Tagen keine Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne kognitive Defizite gab.

Diese und weitere Ergebnisse machen deutlich, dass neben der schon vorliegenden ausgeprägten Multimorbidität im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation gerade kognitive Defizite eine zunehmende Bedeutung haben und nicht mehr als Ablehnungsgrund für eine Rehabilitation gelten

Häufigste somatische Begleiterkrankungen der Demenz

- *neurologische Erkrankungen*
- *interkurrente Infektionen*
- *Diabetes mellitus*
- *Inkontinenz*
- *kardiovaskuläre Erkrankungen*
- *Mangelernährung*
- *Schmerztherapie*
- *iatrogene Störungen*

dürfen. Allerdings müssten die kognitiven Defizite therapeutisch berücksichtigt werden.

Beachtet werden sollten darüber hinaus auch Funktionsverluste (z.B. Inkontinenz), die im Zusammenhang mit Demenz und Multimorbidität häufig sind. Auch die Inzidenz von sonstigen Begleiterkrankungen ist bei Demenzpatienten deutlich erhöht. Eine Fall-Kontroll-Studie, in der die Daten von 7195 Totenscheinen ausgewertet wurden, fand bei Verstorbenen mit Alzheimer-Demenz erhöhte Inzidenzen

für neurologische Begleiterkrankungen (Morbus Parkinson, Schlaganfall, Anfallsleiden), Infektionen (Pneumonien, Harnwegsinfektionen) und Malnutrition.²

Mobile Reha als neue Option

Inwieweit werden nun gerade demente Patienten, die im häuslichen Bereich gut kompensiert leben, auch ambulant weiterversorgt? Es erscheint sinnvoll, ambulante Therapieoptionen in Form z.B. einer mobilen geriatrischen Rehabilitation unter Ausnutzung des therapeutischen Teams zu forcieren. Dies wird im GKV-WSG ausdrücklich ermöglicht: „Die mobile Rehabilitation ist ein aufsuchendes medizinisches Rehabilitationsangebot und damit eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation.“

Die mobile Rehabilitation ist dabei eine spezielle Versorgungsform für rehabilitationsbedürftige Patienten anstatt des stationären Aufenthaltes oder danach. Mobile Rehabilitation bedeutet, dass die Patienten in der Regel einige Wochen unter zentraler Koordination vom Therapeutenteam in der eigenen Wohnung behandelt werden. Das Ziel ist auch hier das Erreichen der größtmöglichen Selbstständigkeit des Patienten. Der große Vorteil der mobilen Rehabilitation ist, dass die Probleme der Patienten direkt dort angegangen werden, wo sie auftreten.

Fazit

- Die Zunahme geriatrischer, multimorbider – und damit auch dementer – Menschen verändert die Situation der Rehabilitation.
- Kognitive Defizite der Patienten werden bei Aufnahme in die Rehabilitation nicht mitgeteilt.
- Eine Studie belegt den Rehabilitationserfolg auch bei Demenzpatienten.
- Die ambulante geriatrische Rehabilitation bietet erhebliche Vorteile.

Literatur

¹ Welz-Barth A, Stella S, Füsgen I, Häufigkeit kognitiver Störungen in der Geriatrischen Rehabilitation. *Phys Rehab Kur Med* 2007; 17: 94–97

² Volicer L, Hurley A, *Alzheimer Disease and Associated Disorders* Vol. 11, 1997, Lippincott Raven Publishers, Philadelphia

Geriatrische Rehabilitation

Perspektiven aus Sicht des MDS

DR. RER. OEC. PETER PICK

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz verfolgt die Politik die Zielsetzung, dass „Patienten notwendige Präventions- und Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung oder Verhinderung einer Verschlechterung von Pflegebedürftigkeit tatsächlich erhalten.“ Zu diesem Zweck wird auch die geriatrische Rehabilitation von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung umgewandelt. Außerdem wird eine integrierte Versorgung unter Einschluss der Pflegeversicherung ermöglicht. Hinter diesen gesetzlichen Änderungen steht offensichtlich die Einschätzung der Politik, dass die Möglichkeiten der geriatrischen Rehabilitation nicht ausreichend genutzt werden.

Schon nach bisherigem Recht galt, dass bei Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen die Krankenkassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erbringen haben. Durch die gesetzlichen Änderungen ab dem 1. April 2007 haben sich daher die medizinischen Anspruchsvoraussetzungen für die Gewährung der geriatrischen Rehabilitation nicht geändert. Aufgabe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ist es in diesem Zusammenhang, im Auftrag der Krankenkassen eine sozialmedizinische Empfehlung zur Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Art sowie Dauer der Rehabilitation abzugeben. Auf die Aufgaben des MDK ergeben sich insofern keine grundsätzlichen Auswirkungen durch die Gesetzesänderung.

Unter Berücksichtigung der im MDK-Gutachten festgestellten medizinischen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit entscheidet die Krankenkasse über den Leistungsanspruch und wählt die am besten geeignete Einrichtung der Reha-



Dr. rer. oec. Peter Pick

bilitation aus. Dabei sind Aspekte der Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie regionsspezifische Besonderheiten des Leistungsangebots, also die Verfügbarkeit ambulanter und stationärer geriatrischer und indikationsspezifischer Rehabilitationseinrichtungen gebührend zu berücksichtigen (Abbildung 18).

Geriatrische oder indikationsspezifische Rehabilitation?

In seiner gutachterlichen Stellungnahme hat der MDK darzulegen, ob eine Leistung der geriatrischen Rehabilitation sozialmedizinisch erforderlich ist, d.h., ob Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und eine positive

Rehabilitationsprognose auf der Grundlage eines realistischen alltagsrelevanten Rehabilitationsziels bei einem geriatrischen Patienten gegeben ist. Dabei gilt es zu beachten, dass nicht jeder ältere Patient zwangsläufig auch ein geriatrischer Patient ist. Da es eine allgemein akzeptierte Definition des geriatrischen Patienten nicht gibt, geht der MDK von den beiden Identifikationskriterien geriatritypische Multimorbidität und höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter) aus. Hierbei gilt es im Einzelfall zu prüfen, ob eine geriatrische oder indikationsspezifische Rehabilitation angezeigt ist.

Maßnahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

- Umwandlung der ambulanten und stationären Rehabilitation von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung
- Rehabilitation auch als mobile Rehabilitation möglich
- Versorgungsmanagement zur verbesserten Vernetzung der Leistungsangebote bei Entlassung aus dem Krankenhaus
- Einbeziehung der Pflegeversicherung in die integrierte Versorgung
- ambulante Rehabilitation in stationäre Pflegeeinrichtungen

Rehabilitationsprognose auf der Grundlage eines realistischen alltagsrelevanten Rehabilitationsziels bei einem geriatrischen Patienten gegeben ist. Dabei gilt es zu beachten, dass nicht jeder ältere Patient zwangsläufig auch ein geriatrischer Patient ist. Da es eine allgemein akzeptierte Definition des geriatrischen Patienten nicht gibt, geht der MDK von den beiden Identifikationskriterien geriatritypische Multimorbidität und höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter) aus. Hierbei gilt es im Einzelfall zu prüfen, ob eine geriatrische oder indikationsspezifische Rehabilitation angezeigt ist.

Stationäre, ambulante oder mobile Rehabilitation?

Darüber hinaus ist eine Empfehlung zur Zuweisung im gestuften Versorgungssystem abzugeben. Konkret ist die Frage zu beantworten, ob die indizierte Leistung durch eine

ambulante, stationäre oder mobile Rehabilitation erbracht werden soll. Gerade für die geriatrische Rehabilitation der an Demenz erkrankten Patienten kann die mobile Rehabilitation von besonderer Bedeutung sein.

Für die Durchführung einer **ambulanten** geriatrischen Rehabilitation müssen neben den medizinischen Voraussetzungen folgende individuelle Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der/die Rehabilitand/-in muss die für die ambulante Rehabilitation erforderliche Mobilität besitzen,
- die Rehabilitationseinrichtung muss in einer zumutbaren Fahrzeit erreichbar sein und
- die häusliche sowie sonstige medizinische Versorgung des Rehabilitanden/der Rehabilitandin
- Eine **stationäre** geriatrische Rehabilitation ist indiziert, wenn neben den medizinischen Voraussetzungen
- die Kriterien für eine ambulante geriatrische Rehabilitation nicht erfüllt sind,
- Art und Grad der Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe durch eine ambulante geriatrische Rehabilitation nicht adäquat behandelt werden können,
- der/die Rehabilitand/-in immobil ist (ggf. mobile Rehabilitation),
- die Notwendigkeit der zeitweisen Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld besteht und
- die Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und ständiger Überwachung besteht.

Eine wichtige Erweiterung ist die **mobile** geriatrische Rehabilitation, die als Sonderform der ambulanten geriatrischen Rehabilitation im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld des Patienten durchgeführt wird. Sie erfolgt durch ein interdisziplinäres Team unter ständiger ärztlicher Verantwortung und Steuerung. Grundlage ist ein individuell zu erstellender Rehabilitationsplan auf Basis eines biopsychosozialen Rehabilitationskonzeptes der Einrichtung. Der komplexe therapeutische Ansatz erfordert die Mitwirkung von Therapeuten unterschiedlicher Berufsgruppen. Eine

Entscheidungsgrundlagen geriatrischer Rehabilitation

Zuständigkeitsebene

MDK	Empfehlung <ul style="list-style-type: none"> ■ Notwendigkeit ■ Zweckmäßigkeit ■ Art und Dauer der Rehabilitation
Krankenkassen	Entscheidung über <ul style="list-style-type: none"> ■ Art ■ Dauer ■ Umfang ■ Beginn der Rehabilitation und ■ Reha-Einrichtungen

Heilmittelerbringung, auch in hochfrequenter Form, ist daher keine Rehabilitation in diesem Sinne.

Die mobile geriatrische Rehabilitation kommt für solche geriatrischen Rehabilitanden/-innen in Betracht, die mit den bestehenden ambulanten und stationären Rehabilitationsangeboten nicht angemessen zu versorgen sind. Bei dieser potenziell unter- oder fehlversorgten Patientengruppe handelt es sich

um rehabilitationsbedürftige geriatrische Patienten, bei denen die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose nur für das gewohnte oder ständige Wohnumfeld festgestellt werden können. Dies sind in der Regel Personen mit erheblicher Schädigung mentaler Funktionen, z.B. der Kognition, der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses, der Konzentration, der Orientierung, der Planung und Durchführung von Handlungen sowie demenzassoziierten Einschränkungen der Handlungsfähigkeit.

Ein flächendeckendes Versorgungsangebot fehlt

Da die medizinischen Voraussetzungen der geriatrischen Rehabilitation nicht verändert wurden und auch nicht umstritten sind, dürften die Hindernisse für eine den Bedarf deckende Gewährung der geriatrischen Rehabilitation in anderen Feldern liegen. Aufseiten der Krankenkasse sind mit dem Einbezug der Rehabilitationsaufwendungen in den Risikostrukturausgleich die ökonomischen Voraussetzungen verbessert. Aufseiten der Leistungserbringung fehlt es weiterhin an dem ausreichenden flächendeckenden Versorgungsangebot, um den Rechtsanspruch auf geriatrische Rehabilitation einzulösen. In den Versorgungskapazitäten gibt

es erhebliche regionale Unterschiede (Abbildung 18). Auch gilt es, die behandelnden Ärzte, insbesondere die hausärztlich tätigen Ärzte, weiter zu sensibilisieren und zu qualifizieren, ihre Weichenstellerfunktion in Richtung geriatrische Rehabilitation wahrzunehmen. In diesem Kontext ist die Abschaffung der regelhaften MDK-Prüfung bei (geriatrischen) Rehabilitationsanträgen kritisch zu sehen.

Auch mit der anstehenden Reform der Pflegeversicherung soll eine bessere Ausgestaltung der Prävention und Rehabilitation in der Pflege erreicht werden. Dabei sollen mit finanziellen Anreizen Anstrengungen von stationären Pflegeeinrichtungen gefördert werden, mit aktivierender Pflege und Rehabilitation qualitativ gute Pflege zu bieten. So sollen Pflegeheime, denen es durch verstärkte aktivierende und rehabilitative Bemühungen gelingt, Pflegebedürftige in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, einen einmaligen Geld-

Versorgungskapazitäten in Deutschland

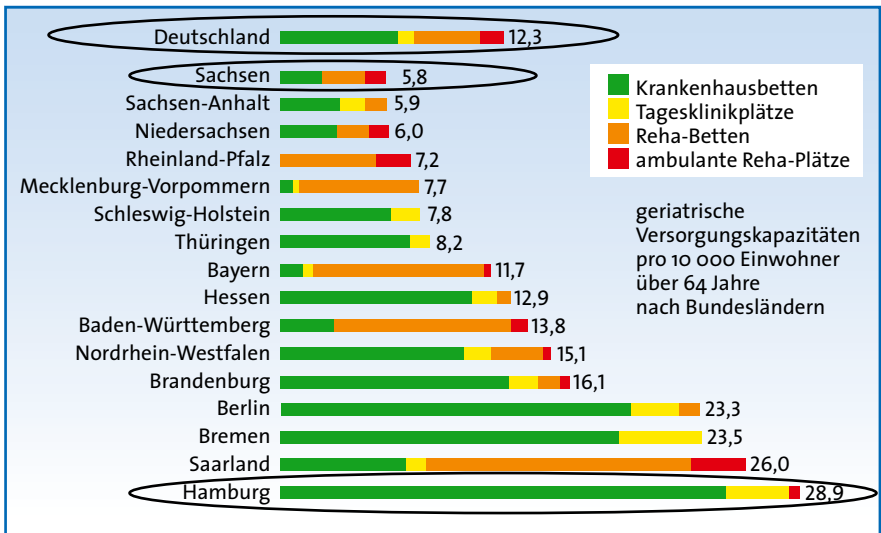


Abbildung 18: In den Versorgungskapazitäten für die geriatrische Rehabilitation gibt es erhebliche regionale Unterschiede – vielerorts fehlt ein ausreichendes flächendeckendes Versorgungsangebot, um den Ansprüchen gerecht zu werden.

betrag in Höhe von einheitlich 1536 Euro erhalten. Auch können von dem geplanten Fallmanagement für pflegebedürftige Versicherte Impulse für aktivierende bzw. rehabilitative Maßnahmen ausgehen.

Fazit

- Die Möglichkeiten der geriatrischen Rehabilitation, auch zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, werden nicht ausreichend genutzt.
- Es bedarf gemeinsamer Anstrengungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen, um ein am Bedarf orientiertes Versorgungsangebot zu schaffen.
- Behandelnde Ärzte, Krankenkassen und MDK haben auf indikationsorientierte Fallauswahl hinzuwirken.
- Die Integration zwischen Kuration, Rehabilitation und Langzeitpflege ist sowohl aufseiten der Leistungserbringer als auch der Kostenträger zu vertiefen.

Geriatrische Rehabilitation

Grundlagen der sozialmedizinischen Beurteilung

DR. MED. MICHAEL PENZ

Nicht jeder ältere Patient ist ein geriatrischer Patient. Doch wer ist ein geriatrischer Patient? Wann ist bei einem geriatrischen Patienten eine Rehabilitation angezeigt? Welche Fragen gilt es dabei zu beachten? Vor diesen Problemen steht tagtäglich der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK). Die sozialmedizinische Beurteilung durch den MDK erfolgt auf einheitlicher Grundlage der dargestellten Grundsatzpapiere.

Die Grundlagen der sozialmedizinischen Beurteilung sind die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen verabschiedeten Richtlinien bzw. Empfehlungen:

- Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation vom Oktober 2005,*
- Rahmenempfehlung zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 1.1.2004 und
- Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 1.5.2007.

Diese Grundsatzpapiere wurden vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände (MDS) unter Einbeziehung von Expertengruppen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, Experten der Fachgesellschaften, der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) bzw. der Bundesarbeitsgemeinschaft für Mobile Rehabilitation (BAG MoRe) erarbeitet.

Auf dieser einheitlichen Grundlage erfolgt die sozialmedizinische Begutachtung zur medizinischen Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation. Grundsätzlich ist eine Einzelfallprüfung erforderlich.



Dr. med. Michael Penz

Wann besteht Rehabilitationsbedürftigkeit?

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

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

Der Zustand der Pflegebedürftigkeit gehört dabei zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe. Rehabilitationsbedürf-

Geriatric in BRD (grob orientierender Überblick)



Abbildung 19: Geriatric Rehabilitation findet derzeit überwiegend im Krankenhaus statt.

tigkeit ist dagegen **nicht gegeben** bei Vorliegen des nachfolgenden Ausschlusskriteriums:

- Kurative oder ausschließlich pflegerische bzw. andere Maßnahmen sind angezeigt bzw. ausreichend (z.B. Behandlung durch Hausarzt/Facharzt, Krankenhausbehandlung, Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, aktivierende Pflege, häusliche Einzelfallberatung/Pflegekurse).

Wann liegt Rehabilitationsfähigkeit vor?

Patienten sind dann rehabilitationsfähig, wenn er/sie aufgrund seiner/ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und die Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzen.

Geriatrische Patienten verfügen im Unterschied zu Patienten, für die eine indikationsspezifische Rehabilitation in Betracht kommt, über eine herabgesetzte körperliche, psychische oder geistige Belastbarkeit und zeichnen sich durch größere Hilfsbedürftigkeit aus.

Damit auch diese Patienten die erforderlichen, auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Rehabilitationsleistungen erhalten, sind die nachstehenden niedrigschwelligeren Einschlusskriterien sowie spezifische Ausschlusskriterien für die Indikationsstellung einer geriatrischen Rehabilitation zu berücksichtigen. Geriatrische Rehabilitationsfähigkeit ist dann gegeben, wenn alle nachfolgend genannten Einschlusskriterien erfüllt sind:

- Die vitalen Parameter sind stabil,
- die bestehenden Begleiterkrankungen, Schädigungen und typischen Komplikationen können vom ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personal der geriatrischen Einrichtung behandelt werden und
- die Stabilität des Kreislaufs sowie die allgemeine psychische und physische Belastbarkeit des Patienten erlauben, dass er mehrmals täglich aktiv an rehabilitativen Maßnahmen teilnehmen kann.

Die geriatrische Rehabilitationsfähigkeit ist nicht gegeben, wenn mindestens eines der nachfolgend genannten Ausschlusskriterien erfüllt ist:

- fehlende Zustimmung des Patienten zur Rehabilitation,
- fehlende oder nicht ausreichende Belastbarkeit, die die aktive Teilnahme verhindert (z.B. nach Frakturen und nach Gelenkoperationen),
- Stuhlinkontinenz, wenn diese Ausdruck einer weit fortgeschrittenen geistigen und körperlichen Erkrankung ist,
- Begleiterkrankungen bzw. Komplikationen, die eine aktive Teilnahme an der Rehabilitation verhindern (z.B. Desorientiertheit, Weglauftendenz, erhebliche Störung der Hör- und Sehfähigkeit, Lage und Größe eines Dekubitus, Probleme am Amputationsstumpf, schwere psychische Störungen wie schwere Depression oder akute Wahnsymptomatik).

Geriatric-Begutachtung: gesetzliche Grundlagen

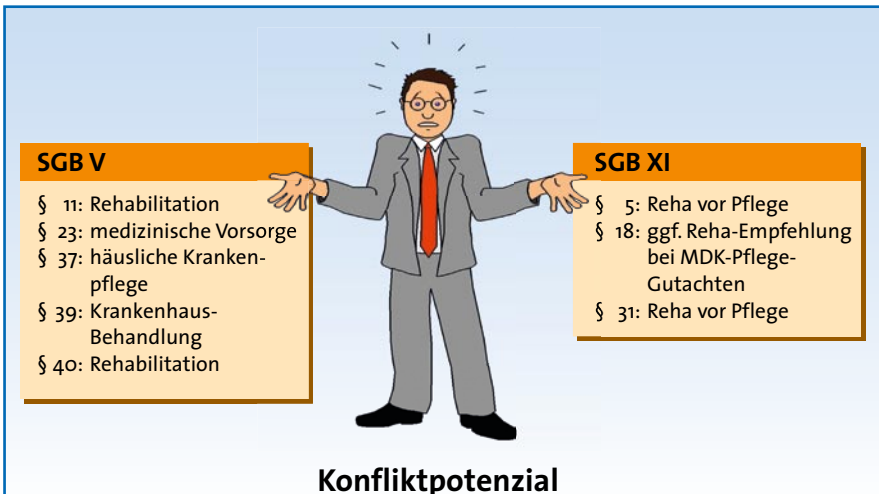


Abbildung 20: Gesetzliche Grundlagen sind vorhanden, werden aber in der Geriatrie nicht ausreichend umgesetzt.

Wann liegt ein individuelles, alltagsrelevantes und realistisches Rehabilitationsziel vor?

Das allgemeine Rehabilitationsziel der Geriatrie ist die dauerhafte Wiedergewinnung, Verbesserung oder Erhaltung der Selbstständigkeit bei den alltäglichen Verrichtungen, damit ein langfristiges Verbleiben in der gewünschten Umgebung möglich wird. Konkrete alltagsrelevante Rehabilitationsziele können in diesem Zusammenhang z.B. sein:

- Erreichen der Stehfähigkeit,
- Erreichen des Bett-Rollstuhl-Transfers,
- Verbesserung der Rollstuhlfähigkeit,
- Erreichen des Toilettenganges/persönliche Hygiene,
- selbstständige Nahrungsaufnahme,
- selbstständiges An- und Auskleiden,
- Gehfähigkeit über mehrere Treppenstufen,
- Gehfähigkeit innerhalb und außerhalb der Wohnung,
- Tagesstrukturierung.

Wann liegt eine positive Rehabilitationsprognose vor?

Aufgrund der klinischen Erfahrung muss der/die Gutachter/-in die Erfolgsaussichten der geriatrischen Rehabilitation, bezogen auf ein realistisches Rehabilitationsziel, abschätzen. Eine positive Rehabilitationsprognose ist anzunehmen, wenn mindestens eines der nachfolgenden Kriterien zutrifft:

- Beseitigung bzw. Verminderung der Beeinträchtigung(en) der Aktivitäten durch Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit sind erreichbar,
- Kompensationsmöglichkeiten zur Alltagsbewältigung sind mit nachhaltigem Erfolg anzuwenden (trainierbar) und/oder
- Adaptionsmöglichkeiten, welche die Beeinträchtigungen der Teilhabe vermindern, können erfolgreich eingeleitet werden.

Fazit

- Verbindliche gesetzliche Grundlagen zu Voraussetzung und Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation sind vorhanden. Allerdings werden sie aktuell in der Geriatrie noch nicht ausreichend umgesetzt.
- Demenz als Diagnose ist kein Ausschlusskriterium für eine medizinische Rehabilitation. Individuell müssen Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, positive Prognose sowie ein alltagsrelevantes und realistisches Rehabilitationsziel vorliegen.

** Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation, Oktober 2005, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS). Auf Empfehlung des Vorstandes des MDS vom Beschlussgremium nach § 213 SGB V am 28. Oktober als Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V beschlossen.*

Rehabilitation vor Pflege

Bedeutung der neuen Regelleistung für die Krankenkassen

EDELINDE EUSTERHOLZ

Die Liste der Kritiker des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) ist lang. Und tatsächlich enthält es Regelungen, die den Bürgerinnen und Bürgern als besondere Errungenschaft verkauft werden, aber die geweckten Erwartungen nicht erfüllen können. Dazu gehört auch der Slogan „Reha vor Pflege“ – der in seinem Inhalt durchaus begrüßenswert ist. Doch ob das neue Gesetz hier wirklich wesentliche Verbesserungen erwarten lässt, ist in so mancher Hinsicht fraglich.

Die Bundesregierung hatte in ihren Eckpunkten zur Gesundheitsreform bekundet, die geriatrische Rehabilitation als zusätzliche Leistung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufnehmen zu wollen. Gleichzeitig sollte der Anspruch auf ambulante und stationäre Rehabilitation für den Bereich der Geriatrie von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung umgewandelt werden.

Allein diese Aussagen führten zu Irritationen und falschen Erwartungen, da zu diesem Zeitpunkt bereits ein Angebot insbesondere für stationäre, aber auch für ambulante geriatrische Rehabilitation in Deutschland bestand und auch in Anspruch genommen wurde.

Wäre die geriatrische Rehabilitation nicht durch den seinerzeitigen Leistungskatalog abgedeckt gewesen, hätte die gesetzliche Krankenversicherung entsprechende Leistungen nicht zur Verfügung stellen dürfen und damit über Jahre gesetzeswidrig gehandelt. Im Übrigen setzt die Umwandlung einer Leistung üblicherweise voraus, dass diese bereits vor-



Edelinde Eusterholz

handen ist. Insofern ist die Neuregelung lediglich eine Klarstellung, dass Anspruch auf diese Leistung besteht.

Begründet wurde die angedachte Sonderstellung der geriatrischen Rehabilitation mit der Absicht, dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ Nachdruck zu verleihen. Nur der Intervention zahlreicher Interessenvertretungen, die darauf hingewiesen haben, dass auch indikationsspezifische Rehabilitation der Vermeidung und Minderung von Pflegebedürftigkeit

Auszüge aus dem Informationsblatt des BMG:

- Stärkung der medizinischen Rehabilitation
- Die Genehmigung sinnvoller Reha-Maßnahmen liegt jetzt nicht länger im Ermessen der Krankenkasse.
- Reha vor Pflege – Anspruch auf Rehabilitation auch für alte Menschen
- mehr Wettbewerb, mehr Wahlfreiheit
- hohe Qualität auf allen Ebenen

dient, ist es zu verdanken, dass im Ergebnis alle Rehabilitationsleistungen zu Pflichtleistungen erklärt wurden.

Auch nach der gesetzlichen Neuregelung entscheiden die Krankenkassen weiterhin über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung. Ob eine Maßnahme bewilligt wird, hängt auch weiterhin davon ab,

ob eine medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden kann – erst dann besteht ein Anspruch auf diese Leistung. Und die Leistungen werden auch weiterhin budgetiert, das Budget aber wurde nicht entsprechend erhöht.

Die Neuregelung, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) die Erstanträge auf Vorsorge und Rehabilitation in Zukunft nicht mehr regelhaft, sondern nur noch stichprobenartig begutachten soll, ist eher kritisch zu betrachten. Denn dies bedeutet keineswegs den Direktzugang zur Leistung ohne Begutachtung, sondern lediglich, dass in Zukunft über einen Teil der Anträge ausschließlich die Sachbearbeiter der Krankenkassen anstelle der Ärzte des MDK entscheiden.

Dann kommt es darauf an, dass der ärztliche Antrag sachgerecht und nachvollziehbar die medizinische Notwendigkeit der Leistung darstellt, andernfalls haben die Versicherten das Nachsehen. Die Praxis zeigt nämlich, dass die Qualität der ärztlichen Verordnung häufig noch nicht aus-

reicht. Es bleibt abzuwarten, wie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Richtlinien zur MDK-Begutachtung ausgestaltet.

Einführung der mobilen Rehabilitation ist eine echte Verbesserung

Das GKV-WSG enthält aber auch Regelungen, die eine Verbesserung der Versorgung ermöglichen. Hierzu zählt die Einführung der mobilen Rehabilitation für alle Indikationsbereiche.

Damit wurde die gesetzliche Grundlage für eine neue Leistungsform und damit für ein Konzept geschaffen, das die Spitzenverbände der Krankenkassen unter Federführung des VdAK/AEV (Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.) in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst und der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation bereits im Jahr 2006 entwickelt haben.

Die Rahmenempfehlungen für die mobile geriatrische Rehabilitation sind am 1.5.2007 in Kraft getreten und ermöglichen die Durchführung der Rehabilitation in der Wohnung der Patienten und auch in stationären Pflegeeinrichtungen.

Dies ist insbesondere für geriatrische Patienten ein weiterer wesentlicher Schritt, um die Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu mindern beziehungsweise eine Verschlimmerung zu verhüten. Denn gerade bei älteren Menschen ist es teilweise schwierig, sie mit den bisherigen Angeboten der ambulanten oder stationären Rehabilitation adäquat zu versorgen. Diese Versorgungs-

Risikostrukturausgleich

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde im Januar 1994 der Risikostrukturausgleich (RSA) als das umfassendste Finanzausgleichsverfahren, das je unter den Sozialversicherungsträgern eingerichtet wurde, eingeführt. Damit sollte die Ungleichverteilung der Einnahmen, Morbiditätsrisiken und Familienlasten zwischen den gesetzlichen Krankenkassen aufgehoben werden. Um Anreize für eine höhere Wirtschaftlichkeit zu schaffen, werden im RSA nicht die tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen für bestimmte Leistungen, sondern durchschnittliche – sogenannte „standardisierte“ – Leistungsausgaben berücksichtigt.

Die Kernelemente bei der Berechnung sind:

- **die Finanzkraft**, d.h. das Potenzial der Krankenkasse, einkommensabhängige Beiträge zu erheben,
- **der Beitragsbedarf** d.h. durchschnittliche Finanzressourcen, welche die Kasse zur Versorgung ihrer Ausgabenrisiken benötigt.

Ein Ausgleichsanspruch besteht, wenn der errechnete Beitragsbedarf einer Krankenkasse größer ist als ihre Finanzkraft. Ist dagegen die Finanzkraft größer, dann hat die entsprechende Kasse eine Ausgleichspflicht.

lücke kann jedoch durch die mobile Rehabilitation geschlossen werden.

Rehabilitation wird an Bedeutung gewinnen

Die Rehabilitation ist ein wesentlicher Bestandteil unserer modernen Gesundheitsversorgung. In einem Zeitalter chronischer Krankheiten und einer zunehmend älteren multimorbiden Bevölkerung wird sie sowohl unter ökonomischen als auch unter Versorgungsgesichtspunkten weiterhin an Bedeutung gewinnen.

Allein vor diesem Hintergrund ist die Gleichstellung der Rehabilitation mit anderen wesentlichen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Klarstellung, dass es sich hierbei um eine Pflichtleistung handelt, sachgerecht. Als positive Auswirkung ist die damit verbundene Einbeziehung der Ausgaben für Rehabilitation in den Risikostrukturausgleich bzw. zukünftig in den Gesundheitsfonds zu verzeichnen.

Für die Versicherten ändert sich jedoch in der Praxis bei der Antragstellung nichts, da die Krankenkassen schon in der Vergangenheit ihr Ermessen nicht darauf „ob eine Leistung gewährt wird“, ausüben konnten, sondern nur auf die Art der Ausführung.

Fazit

Bezüglich der geriatrischen Rehabilitation wird das neue GKV-WSG den geweckten Erwartungen nicht in vollem Umfang gerecht. Die erhoffte Zunahme geriatrischer Rehabilitationsleistungen wird allein durch die fehlende Anpassung des Budgets gebremst. Die Problematik der Über-, Unter- und Fehlversorgung wird leider nicht gelöst. Allerdings ist positiv zu bewerten, dass sich die Politik – anders als noch vor zehn Jahren – für die Stärkung der Rehabilitation einsetzt.

Wohnortnahe Neurorehabilitation

Erfahrungen aus der regionalen Versorgung

PRIVATDOZENT DR. DR. MED. PAUL REUTHER

Wohnortnahe ambulante, teilstationäre und mobil aufsuchende Rehabilitation sowie rehabilitativ und präventiv orientierte Nachsorge können und müssen dazu beitragen, die medizinischen, ökonomischen und sozialmedizinischen Probleme der Langzeitversorgung von Patienten mit Schlaganfall und anderen neurologischen und neurogeriatrischen Erkrankungen – auch frühen demenziellen Syndromen – zu lösen. Die Anzahl von Schlaganfallpatienten und die Versorgungskosten für diese Patienten werden in den nächsten Jahren steigen. Reha- und Langzeitbedarf für andere neurologische Krankheiten wie zum Beispiel für das oft vergessene Schädel-Hirn-Trauma und die neurodegenerativen Erkrankungen nehmen zu.

Bis heute stehen die vier Säulen „Prävention, Akutmedizin, Rehabilitation und Pflege“ in Deutschland weiterhin meist solitär nebeneinander. Sozialrechtlich folgen sie verschiedenen Rechtsräumen mit verschiedenen Sozialgesetzbüchern und getrennter (konkurrierender) Ressourcenverteilung. Medizinisch und sozialmedizinisch finden die Sektoren nur schwer zusammen.

Die Versorgung folgt dabei oft traditionell gewachsener Beliebigkeit und kommerziellen Interessen. Durchgängige Behandlungspfade und Versorgungsleitlinien von akut zu rehabilitativ und nachsorgend und von stationär zu ambulant fehlen weitgehend.

Dabei lassen sich die verschiedenen Aufgaben nach dem Phasenmodell der Neurorehabilitation (BAR/Bundearbeits-



*Privatdozent Dr. Dr. med.
Paul Reuther*

gemeinschaft für Rehabilitation) ordnen (Abbildung 21). Das Erarbeiten und Wiedererlangen von biologischer, vegetativer und basal- funktioneller Autonomie (Phase B und C), die Weiterentwicklung der funktionellen und sozialen Autonomie im Lebensumfeld (Phase D und E) und die Langzeitversorgung bei bleibender Hilfsabhängigkeit (Phase F) können so inhaltlich und prozedural geregelt und bearbeitet werden.

Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und die flächendeckende Verfügbarkeit einer durchgängigen Versorgung bis in das konkrete Lebensumfeld bedürfen weiterer Anstrengungen:

- Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ – seit 20 Jahren in den Sozialgesetzbüchern – ist meist nicht umgesetzt.

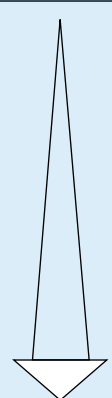
Phasenabhängigkeit der Reha-Ziele				
Reha-Stufen	BAR-Phasen-Modell	Grad der Autonomie	Reha-Ziele	Grad der Teilhabe
Akutbehandlung Früh-Reha	A ↓ B	biologische Autonomie (Vitalfunktionen, basale neurologische Funktionen)	Unabhängigkeit von Überwachung, Maschinen und dauernder Pflege	
postakute stationäre und ambulante Reha	C ↓ D	funktionelle Autonomie (ADLs: Schlucken, Toilettene-fähigkeit, Selbstversorgung, Mobilität, Kommunikation)	Unabhängigkeit von Pflege und ständiger funktioneller Hilfestellung	
ambulante wohnortnahe Reha	D ↓ E	soziale Autonomie (soziale Reintegration einschließlich beruflicher Wiedereingliederung)	unabhängige, selbstbestimmte Lebensführung in der sozialen Gemeinschaft	
Langzeit-Reha wohnortnah, ambulant, mobil, zu Hause oder in Einrichtung	F	dauerhaft eingeschränkte Autonomie (bestmögliche ADL-Selbstständigkeit, Kommunikation und Mobilität)	betreute Lebensführung, Vermeidung von Komplikationen, Unterstützung betreuender Personen	

Abbildung 21: Die Aufgaben und Ziele der neurologischen und neurogeriatrischen Rehabilitation können in Abhängigkeit vom Grad der Autonomie nach dem Phasenmodell der Neurorehabilitation (BAR/Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) geordnet werden.

Anreize zum Überleiten des gebesserten und sich bessernden Patienten in die nächste Versorgungsebene fehlen; die Rehabilitation wird weiterhin oft abgebrochen und die Nachhaltigkeit des Erfolges ist nicht gewährleistet. Die Überleitung in ambulante nachsorgende Strukturen und die qualitative Kompetenz der Nachsorge sind defizitär.

- Wohnortferne Strukturen, tradierte – eher schonende (paternalistisch-beschützend) als aktivierende (selbstbestimmt-ungeschützt) – Konzepte in den Köpfen und das Beharren an den Sektorengrenzen wirken oft hemmend. Die Beschleunigung der Versorgungsprozesse durch Fallpauschalen betont die ökonomischen Aspekte der Versorgung, vergisst aber oft, dass restaurative Neurologie und Anpassungsleistungen Zeit und intensive Therapieinterventionen benötigen, und birgt die Gefahr der medizinischen Unterversorgung und des frühzeitigen Abschiebens in den verwahrenden Pflegesektor.

Mangel an wohnortnahen Versorgungsstrukturen

Neurowissenschaftlich basierte alltagsorientierte und repetitive Therapieverfahren sind personal- und zeitaufwendig und setzen sich trotz ihrer evidenzbasiert belegten Wirksamkeit nur langsam durch (Wissenschaft versus Versorgungsrealität nach „Schulen“). Die gemeinsame Orientierung der Leistungserbringer und der Sozialverwaltungen am nachhaltigen Teilhabeziel und an den sozialrechtlichen Anforderungen des Gesetzgebers (SGB IX und SGB V) sind noch nicht ausreichend entwickelt und umgesetzt. Große Teile der neurologischen und neurogeriatrischen Rehabilitation können ambulant durchgeführt werden und führen erst durch die Aktivierungs- und Anpassungsleistung in Wohnortnähe und die intensive Einbindung der Angehörigen zu Nachhaltigkeit und zu den erwarteten Teilhabeergebnissen.

Mit dem systematischen Aufbau integrierender, wohnortnaher Rehabilitations- und Nachsorgestrukturen und mit eigenständigen teilhabeorientierten Rehakonzepten inklu-

Sozialgesetzbuch IX § 4

Die Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation) umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

sive der Schulung in Prävention (aktiverer Lebensstil) können viele der Probleme der Langzeitversorgung von chronisch neurologisch Kranken und Behinderten gelöst werden.

Entsprechende wohnortnahe Konzepte sind bekannt und veröffentlicht und außerhalb Deutschlands mit den Charakteristika „community based“ und „early discharge“ bereits umgesetzt (aktuelle Übersicht siehe Fries et al.: Teilhaben! Thieme Verlag

2007). In Deutschland sind solche Konzepte nur vereinzelt begrenzt verfügbar, könnten aber z.B. das deutsche Stroke-Unit-Konzept sinnvoll ergänzen (Comprehensive Stroke Unit).

Das Bezugssystem der Rehabilitation ist im SGB IX eindeutig definiert. Der Paradigmenwechsel zur Teilhabe ist bislang nicht vollzogen: Das Krankheitsfolgenmodell der WHO (2001), die ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, www.dimdi.de) liefert der Rehabilitation die neue Sichtweise und die Kommunikationsgrundlage für den Behandlungsplan im interdisziplinären Reha-Team und mit dem Patienten. Das strukturierte Arbeiten an den verschiedenen Zielebenen, an den Beeinträchtigungen von Körperfunktion und -struktur, an der Behinderung von Aktivität und Teilhabe und die besondere Berücksichtigung der Kontextfaktoren sind wertvolle Hilfen (Abbildung 22).

Evidenzbasierte Interventionen in der Neurorehabilitation

Für die Behandlung der verschiedenen ICF-Ebenen stehen in der Neurorehabilitation evidenzbasierte Therapieein-

terventionen und komplexe Rehabilitationskonzepte zur Verfügung, die von dem multiprofessionellen Team phasenabhängig in allen Sektoren und besonders in Wohnortnähe und im konkreten Lebensumfeld angewandt werden können. Die Berücksichtigung und Modifikation der Kontextfaktoren ist besonders im wohnortnahen Rehabilitationskonzept möglich (Fries et al., Teilhaben! Thieme 2007, Dettmers et al., Schlaganfall Rehabilitation, Hippocampus 2007). Dies betrifft vor allem auch die emotionalen Anpassungsleistungen (Angst, Depression, Beschämung, Ichbild-Kränkung und Komorbiditäten).

Die ICF-orientierte Neurorehabilitation erfordert mehr als den klassischen Neurostatus. Die Folgen einer Krankheit erschließen sich erst in umfangreicher medizinischer und sozialmedizinischer Anamnese, Fremdanamnese und Be-

Das bio-psychosoziale Modell der internationalen ICF-Klassifikation

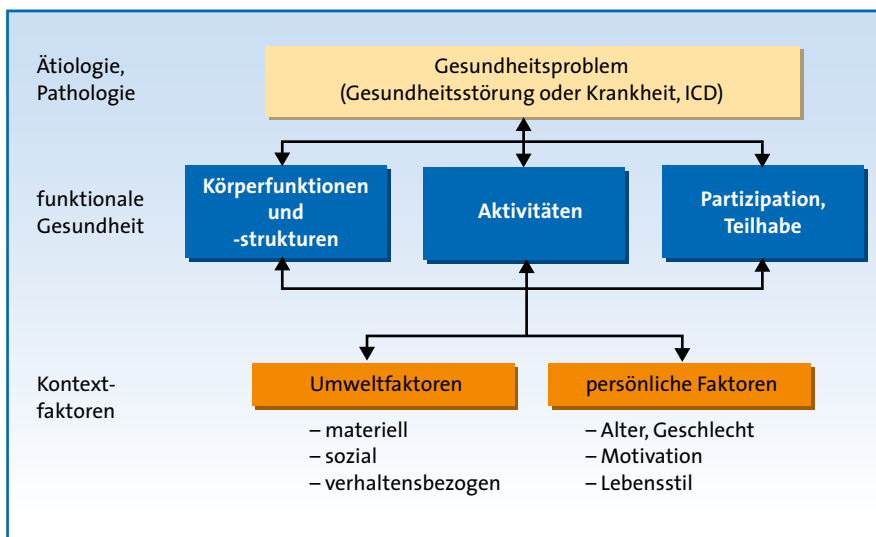


Abbildung 22: : Das Krankheitsmodell der WHO berücksichtigt neben der funktionalen Gesundheit auch die Kontextfaktoren und liefert so die Grundlage für ein ganzheitliches Therapiekonzept (ICD = International Classification of Disease).

Ebenen der Neurorehabilitation

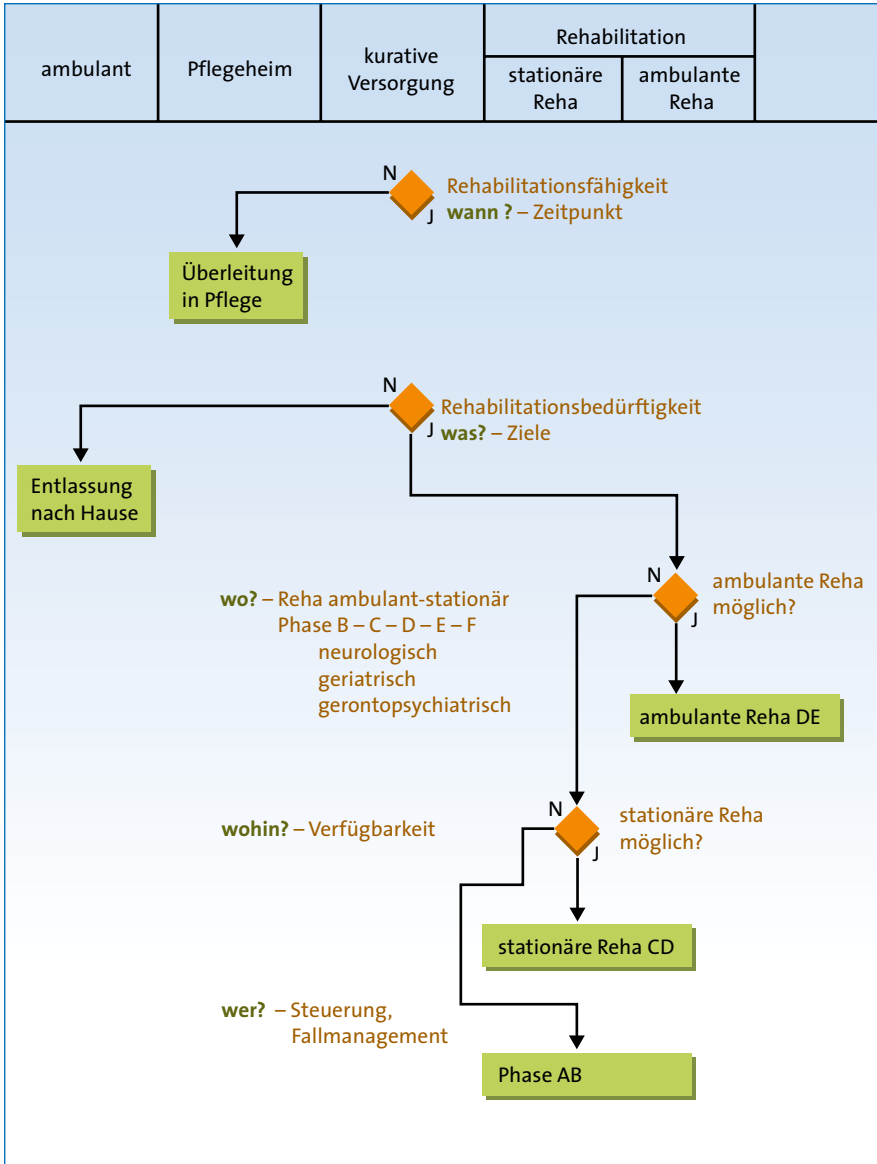


Abbildung 23: Die entscheidenden Fragen in der kurativen Versorgung betreffen einerseits die Rehabilitationsfähigkeit und -bedürftigkeit, andererseits die ambulante oder stationäre Form der Rehabilitation.

funderhebung und in einem „clinical reasoning“ über Strategien und Ziele.

Die ICD-Diagnose allein, beispielsweise Schlaganfall oder neurologisches Syndrom, helfen nur begrenzt weiter.

Am Ambulanten Neurologischen Rehabilitationszentrum Ahrweiler (www.anr-ahrweiler.de) werden seit nunmehr zehn Jahren ambulante Rehabilitationen durchgeführt. Mit einer Kapazität von 22 Therapieplätzen für BAR-Phase D und drei bis fünf Therapieplätzen für Phase C liegt die Jahresleistung bei 150 bis 170 Patienten pro Jahr, die Hauptdiagnosen sind Schlaganfall (60 %), Schädel-Hirn-Trauma (12 %), Morbus Parkinson (10 %) und andere neurodegenerative Erkrankungen sowie Multiple Sklerose (5 %). Die Arbeitskonzepte des ANR Ahrweiler orientieren sich mit bedarfsabhängiger Modifikation an den BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulant-teilstationären neurologischen Rehabilitation (www.bar-frankfurt.de). Ein interdisziplinäres, hoch

ICF 1 Ebenen der Funktionsstörungen > Impairments

kognitive Funktionen
 affektive Funktionen
 Wahrnehmungsfunktionen (inkl. Schmerz)
 Sprechen und Sprache (inkl. Schlucken)
 Funktionen von Haltung und Bewegung
 Handfunktionen
 vegetative Systeme
 kardiopulmonales System
 intestinaler Stoffwechsel
 urogenitales System
 Schlaf

ICF 2 Ebenen Aktivitäts- und Teilhabestörungen

Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
 Persönliche Lebens- und Haushaltsführung
 Mobilität
 Kommunikation
 Bewältigung von Aufgaben und Wissen
 interpersonelle Beziehungen
 soziale Aktivitäten (Ausbildung, Beruf)
 gesundheitsbezogene Lebensqualität
 Patientenbefähigung (Empowerment, Informiertheit)

ICF 3 Umweltbezogene Kontextfaktoren

Hilfsmittel
 Barrierefreiheit
 Wohnfeld-/Lebensbedingung
 Angehörigenbefähigung
 Arbeitsplatzbedingung
 Arbeitgeber
 sozialrechtlicher Kontext

Personbezogene Kontextfaktoren

Flexibilität – Anpassungsfähigkeit
 Störungseinsicht – Awareness
 Akzeptanz
 Selbsteinschätzung der Fähigkeiten
 Antrieb (Vitalität)
 Motivation
 Depressivität und Angst
 Reizbarkeit, Aggressivität und Unruhe
 Selbstregulation und Selbstkontrolle
 Nebendiagnosen
 Krankheitsgewinn

Aus: Reuther 2007, Neurologie & Rehabilitation, 4/2007; 225–227

qualifiziertes Team aus Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden, Neuropsychologen und Verhaltenstherapeuten, Sozialarbeitern, therapeutischen Pflegekräften und Ernährungsberatern behandelt die Patienten unter Leitung eines reha-bilitationserfahrenen Facharztes für Neurologie.

Wichtige Instrumente in der Teamarbeit sind:

- interdisziplinäre Befunderhebung sowie eine gemeinsame Bewertung der medizinischen und sozialmedizinischen Situation und der Kontextfaktoren,
- stringente ICF-Orientierung in der Dokumentation,
- Abstimmung und Festlegung der Behandlungsziele zwischen Patient und Therapie-Team (Bezugstherapeut, ausreichend Teamzeit) unter ärztlicher und therapeutischer Moderation,
- inter- und transdisziplinäre Interventionen (möglichst evidenzbasierte Verfahren und begleitende Umsetzungs- und Anpassungstherapie) im Zentrum, in der Wohnung und im Lebensumfeld (Arbeitsplatz),
- gemeinsame Ergebnisbewertung, kontinuierliche Zielüberprüfung und -anpassung im Verlauf,
- fall- und prozessorientierte Supervision,
- Ergebnisbewertung und Zufriedenheitsbefragung Patient, Angehörige und Therapie-Team.

Auch der Aufbau und die Aufrechterhaltung eines regionalen Netzwerkes sowie die Integrationsleistung werden gefördert:

- regionales Schlaganfallnetz mit gemeinsamer Fortbildung,
- Kooperation mit regionaler Stroke-Unit, mit geriatrisch-neurologischer Frühmobilisationsabteilung am regionalen Krankenhaus und mit neurologischen Akut- und Rehakliniken der Region,
- systematische Übernahme des Case-Managements (sofern Kostenträger dies zulässt),
- Kontaktpflege und systematische Überleitung zu Nachbehandlern (Haus-, Fachärzte, Fachtherapeuten, Pflege-

dienste), Abschlussbericht am Abschlusstag bei 95 % der Fälle,

- gemeinsame Fortbildung, Qualitätsbericht,
- Zusammenarbeit mit Krankenkassen und MDK,
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, Behindertensportvereinen und Fitness-Studios,
- fortlaufendes Reha-Sport-Angebot für Schlaganfallpatienten im ANR, für Parkinson-Patienten im Ort,
- fortlaufende Angehörigengruppe im ANR.

Fazit

Mit dem systematischen Aufbau integrierender, wohnortnaher Rehabilitations- und Nachsorgestrukturen und mit eigenständigen teilhabeorientierten Rehabilitationskonzepten können viele der Probleme der Langzeitversorgung von chronisch-neurologisch Kranken und Behinderten gelöst werden. Dies zeigen die Erfahrungen am Ambulanten Neurologischen Rehabilitationszentrum Ahrweiler.

Literatur beim Verfasser

Geriatrische Rehabilitation

Die Chancen überwiegen

Angesichts der demografischen Entwicklung wird die geriatrische Rehabilitation an Bedeutung gewinnen. Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ergeben sich in diesem Bereich einige Neuerungen. Trotz aller Kritik an dieser Gesetzesänderung scheinen im Fall der geriatrischen Rehabilitation die Chancen zu überwiegen wie dieser Workshop des „Zukunftsforums Demenz“ deutlich machte:

- Das GKV-WSG hat zum Ziel, Rehabilitation auch für den chronisch kranken und älteren Patienten möglich zu machen. Es wird erstmals rechtlich klargestellt, dass die geriatrische Rehabilitation eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen ist.
- Die mobile Rehabilitation als neue Sonderform der ambulanten Rehabilitation ist gerade für geriatrische Patienten eine wichtige Ergänzung des bisherigen Reha-Angebotes.
- Problematisch ist, dass nur noch Vertragsärzte, die eine spezielle Qualifikation vorweisen können, eine Rehabilitation beantragen können. Hier ist das Engagement der Ärzte im Erwerb dieser Qualifikation gefordert.
- Die GiB-DAT-Daten (Geriatric in Bayern-Datenbank) machen deutlich, dass eine qualitativ hochwertige geriatrische Rehabilitation die gesundheitsbezogene Lebensqualität alter Menschen verbessert: In einem wohnortnahen Netz von stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen werden ältere Menschen befähigt, ein eigenverantwortliches und selbstständiges Leben im häuslichen Umfeld zu führen.
- Die GiB-DAT-Daten zeigen darüber hinaus, dass auch Patienten mit demenziellen Erkrankungen von der Rehabilitation profitieren – insbesondere im Hinblick auf ihre Mobilität und Gangsicherheit sowie in der Selbstständigkeit im Alltag.

- Geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen sind in der Lage, auch bei dementen Patienten die Pflegebedürftigkeit zu verringern und die Entlassung in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu vermeiden bzw. zu verzögern.
- In der geriatrischen Rehabilitation haben kognitive Defizite eine zunehmende Bedeutung und dürfen nicht mehr als Ablehnungsgrund für eine Rehabilitation gelten. Allerdings müssen die kognitiven Defizite diagnostiziert und im Therapiekonzept berücksichtigt werden.
- Insbesondere in den Versorgungskapazitäten für geriatrische Rehabilitation gibt es erhebliche regionale Unterschiede. Es bedarf gemeinsamer Anstrengungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen, um ein am Bedarf orientiertes Versorgungsangebot zu schaffen.
- Die Vernetzung von Kuration, Rehabilitation und Langzeitpflege ist sowohl aufseiten der Leistungserbringer als auch der Kostenträger zu verstärken.
- Verbindliche gesetzliche Grundlagen zur sozialmedizinischen Beurteilung von Anträgen auf geriatrische Rehabilitation sind vorhanden. Allerdings werden sie aktuell in der Geriatrie noch nicht ausreichend umgesetzt.
- Auch nach der gesetzlichen Neuregelung entscheiden die Krankenkassen weiterhin über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung. Ob eine Rehabilitationsmaßnahme bewilligt wird, hängt auch weiterhin davon ab, ob eine medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden kann – erst dann besteht ein Anspruch auf diese Leistung. Diese Leistungen werden auch weiterhin budgetiert, das Budget aber wurde nicht entsprechend erhöht.
- Mit dem systematischen Aufbau integrierender, wohnortnaher Rehabilitations- und Nachsorgestrukturen und mit eigenständigen Teilhabe-orientierten Rehabilitationskonzepten können viele der Probleme der Langzeitversorgung von chronisch-neurologisch Kranken und Behinderten wie zum Beispiel Demenzpatienten gelöst werden.
- Die Rehabilitation darf nicht nur unter dem pflegerischen Aspekt betrachtet werden. Bewusst sind die ganzheit-

lichen Bedürfnisse des meist multimorbiden Patienten zu sehen; so kommt auch in der Rehabilitation der medikamentösen Therapie ein fester Stellenwert zu.

Zukunftsforum Demenz

Das „Zukunftsforum Demenz“ wurde 2001 gegründet und hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung der Demenzkranken in Deutschland zu verbessern, um ihnen möglichst lange ein würdevolles und – entsprechend ihren noch vorhandenen Fähigkeiten – erfülltes Leben zu ermöglichen.

Dass die Versorgung der Demenzkranken verbesserungswürdig ist, ist unter den an der Versorgung Beteiligten unumstritten. Das Spektrum dieser Beteiligten reicht von den Ärzten der verschiedenen Fachrichtungen und deren Fachverbände über Pflegepersonal bis zu Pflege- und Krankenkassen, Selbsthilfeorganisationen und Sozialbehörden. Um Synergismen im Sinne der Versorgungsoptimierung zu erzeugen oder Versorgungsstrukturen zu verbessern, ist ein intensiver Dialog aller Beteiligten unabdingbar. Das „Zukunftsforum Demenz“ hat sich die Aufgabe gestellt, den interdisziplinären Austausch zu fördern.

Dies geschieht hauptsächlich durch Workshops für verschiedene Fachgruppen, Fachtagungen in Kooperationen mit Versorgungsbeteiligten sowie daraus resultierende Informationsschriften wie Dokumentationen, Ratgeber oder Newsletter.

Bei den Workshops des „Zukunftsforum Demenz“ werden wichtige Aspekte des Versorgungsproblems bei Demenz thematisiert und von Vertretern der verschiedenen mit der Versorgung betrauten Gruppen diskutiert. Das „Zukunftsforum Demenz“ versteht sich bei diesen Workshops allerdings nicht nur als Diskussionsplattform. Es wird vielmehr angestrebt, auf den Workshops Konzepte zur Versorgung der Demenzkranken anzustoßen, Forderungen zu artikulieren und deren Umsetzung zu unterstützen. Der fachliche Austausch soll – je nach Möglichkeit – die Arbeit der einzelnen Teilnehmer bereichern, Ideen liefern und so dazu beitragen, die Versorgung der Demenzkranken letztlich zu verbessern.

Zu den folgenden Themenbereichen haben bisher Workshops bzw. Fachtagungen stattgefunden:

- „Geriatrisches Assessment“
- „Die Arzneimittelversorgung des Demenzkranken unter den Gesichtspunkten der aktuellen Gesetzgebung“
- „Probleme bei der Pflege Demenzkranker“
- „Betreuungsrecht – Wer wahrt die Rechte des Demenzkranken?“
- „Demenz – auf dem Weg zu einem Disease-Management-Programm?“
- „Demenzkranker im Leistungsstreit zwischen Kranken- und Pflegeversicherung“
- „Neues aus der Demenzforschung“
- „Demenz – Prävention und Erkennung von Risikofaktoren“
- „Sprech- und Schluckstörungen – Problemfeld in der Demenztherapie“
- „Demenz – Die Rolle des Apothekers in der Demenzberatung“
- „Versorgung von Demenzkranken – Chancen und Risiken nach der Gesundheitsreform 2004“
- „Qualitätsgesicherte Heimbetreuung für Demente – Wohin geht der Weg?“
- „Frühformen der Demenz – Früherfassung, Risikofaktoren und Prävention bei MCI“
- „Innovative Therapieansätze in welche Richtung geht die Alzheimer-Therapie?“
- „Demenz – Prävention vor Pflege“
- „Musik- und Kunsttherapie bei Demenz“
- „Integrierte Versorgung – der Hausarzt in der Schnittstelle Geriatrie/Demenz/Pflege“
- „Perspektiven in der medizinisch-therapeutischen Versorgung in der Altenhilfe“
- „Patientenrelevante Endpunkte bei der Behandlung von Demenzkranken“
- „Der Nutzen der Demenztherapie für pflegende Angehörige und Pflegekräfte“
- „Demenzbehandlung in Pflegeheimen – Wirklichkeit, Chancen und Grenzen“

- „Nutzen einer verbesserten medizinischen Versorgung für Demenzpatienten und stationäre Pflegeeinrichtungen“
- „Therapiebegrenzung im Alter“
- „Demenz-Patienten erkennen und betreuen“
- „Tabuthemen bei dementen Patienten – Inkontinenz, Schmerz, Mangelernährung“
- „Demenzversorgung – Anforderungen an die Kranken- und Pflegeversicherung“
- „Wie können wir Menschen mit Demenz (noch) gerecht werden?“
- „Demenzversorgung nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – Perspektiven für Verträge der Integrierten Versorgung“

Für Betroffene und Betreuende wurden darüber hinaus Broschüren vom Zukunftsforum Demenz herausgegeben:

- „Das schleichende Vergessen“ – Hintergrundinformationen zum Krankheitsbild der Alzheimer-Demenz und Therapiemöglichkeiten
- „Rechte der Kranken- und Pflegeversicherten“ – Erläuterungen für Versicherte
- „Leben mit Demenzkranken – Tipps für den Alltag“ – Hilfestellung für Betreuende

Weiterführende Informationen und Dokumentationen sind erhältlich bei:

Zukunftsforum Demenz
Eckenheimer Landstraße 100
60318 Frankfurt am Main
E-Mail: zukunftsforum@demenz.de
www.zukunftsforum-demenz.de