



BUNDESVERBAND
GERIATRIE

Position der DVfR zur geriatricspezifischen Versorgung Positionspapiere 2012 / 2017

**10.04.2018
Berlin**

Historie / Hintergrund

- **Sommer 2012:**

Positionspapier der DVfR zur Weiterentwicklung der geriatrischen Rehabilitation im Kontext der Behindertenrechtskonvention (BRK)

→ Schwerpunkt: geriatricspezifische Versorgung / stationäre Versorgung

→ Ziel: Sachgerechte Umsetzung der BRK

- **Herbst 2017:**

Positionspapier der DVfR zur nichtvollstationären rehabilitativen Versorgung geriatrischer Patienten

→ Schwerpunkt: nicht vollstationäre Versorgung

→ bedarfsorientierter Auf- bzw. Ausbau der Versorgungsstrukturen

- Geriatrie wichtiger Versorgungsbereich
- 2017 Ergänzung des Positionspapiers aus dem Jahr 2012
- Zusammenschau beider Papiere: Berücksichtigung und strukturelle Abbildung des gesamten Spektrums geriatrischer rehabilitativer Versorgung
- Intensive und enge Abstimmung zwischen Vorstand der DVfR und dem Ausschuss Geriatrische Rehabilitation
- Inhaltlicher Ansatz und Breite der Positionen spiegeln fachlich-personelle Besetzung des Ausschusses / der DVfR

- Die Ressourcen der geriatrischen Rehabilitation sind dem steigenden Bedarf anzupassen. (Grundlage: gezielten Versorgungsforschung)
- Erforderlich ist die Entwicklung, Erprobung, Evaluation, Verbreitung und regionale Vernetzung innovativer geriatrischer Versorgungsangebote (geriatriespezifische Versorgungsverbände usw.)
- Sicherstellung, dass alle individuell notwendigen fachspezifischen Versorgungsangebote wohnortnah und gut vernetzt stehen

- geriatrische Patienten müssen in der täglichen Versorgungspraxis schnell und effizient erkannt und deren individueller Versorgungsbedarf ermittelt werden
- zeitnahe, frühestmögliche Beginn notwendiger Rehabilitationsmaßnahmen bei geriatrischen Patienten
- Überwindung der strikten Trennung in „Geriatric im Krankenhaus“ (§ 109 SGB V) und „Geriatrische Rehabilitation“ (§ 111 SGB V) (stärkere Bedarfsorientierung)

- Die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Geriatrie muss qualitativ und quantitativ deutlich verbessert werden.
- Der Nutzen der geriatrischen Rehabilitation sollte auch deren Kostenträgern zu Gute kommen (finanziellen Ausgleich zwischen GKV (SGB V) und der SoPfv (SGB XI))
- Sicherstellung einer ggf. notwendigen geriatrischen Rehabilitation für pflegebedürftigen Personen

Ausbau der ambulanten rehabilitativen Angebote

- Flächendeckender Ausbau ambulanter geriatrischer Rehabilitationsangebote
- Schaffung von Versorgungsstrukturen, als Ansprechpartner für Hausärzte (weiterführende fachspezifische Bedarfsanalyse)
- Prüfung des Ausbaus niedrigschwelliger sekundärpräventiver Angebote
- Erleichterung der Zulassung neuer ambulanter / ambulantomobiler Rehabilitationseinrichtungen durch ein strukturiertes und beschleunigtes Verfahren

Ausbau der ambulanten rehabilitativen Angebote

- Beibehaltung bzw. Umsetzung der einheitlichen Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer auf Landesebene gemäß § 111c SGB V

Qualifikation

- Etablierung einer geriatricspezifischen strukturierten Grundqualifikation der Hausärzte durch Fort- und Weiterbildung (Kompetenzen für eine geriatrisch-rehabilitative Basisversorgung sicherstellen)
- Sicherstellung der geriatricspezifischen Kompetenz in der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Ausbildung
- Ausbau der Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu rehabilitativen Pflegekonzepten

Erleichterung des Zugangs zur Rehabilitation

- Frühzeitige Feststellung des Rehabilitationsbedarfs und Verstärkung der Beratung und Information der Versicherten
- ärztlich nachvollziehbar Begründung bei einer Ablehnung eines Rehabilitationsantrags bzw. einer abweichenden Empfehlung durch die Krankenkasse
- Individuelle Begründung von Ablehnungen und Nennung konkreter, zumutbarer und verfügbarer Behandlungsalternativen
- Stärkere Beachtung des Vorrangs des medizinischen Bedarfs des Versicherten gegenüber der Vierjahresfrist

Verbesserung der Strukturen und Prozesse

- Integration mobiler rehabilitativer Leistungserbringung auch als abschließende Phase einer ambulanten oder stationären geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme zur Erhöhung der Nachhaltigkeit
- Aufbau eines Schnittstellenmanagements zwischen ambulanter Pflege/Therapie/Ärzten und ambulanter Rehabilitation
- Qualitätssicherungssysteme, die zueinander kompatibel sind und die Schnittstellen miterfassen
- Konzeptionelle und leistungsrechtliche Weiterentwicklung von sektorenübergreifender kurativ- und rehabilitativ-geriatrischer Versorgung, z. B. in geriatrischen Versorgungsverbänden

Forschung und Wissenschaft

- Aufbau bzw. Intensivierung der eigenständigen Versorgungsforschung im Bereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation
- Stärkere Einbeziehung der geriatrischen Rehabilitation in die rehabilitative Versorgungsforschung