

Umsetzungshinweise / Übergangsregelungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation

01.05.2010

1. Zielsetzung und Anwendungsbereich

Die mobile Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist seit dem 01.04.2007 sozialrechtlich verankert (§ 40 Abs. 1 Satz 1 2. Variante SGB V). Die Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007 (RE MoGeRe) definieren die konzeptionellen und strukturellen Anforderungen sowie Indikations- und Allokationskriterien für die mobile geriatrische Rehabilitation.

Bei der Umsetzung der mobilen Rehabilitation haben sich in der Praxis einige Probleme gezeigt, die durch die nachfolgenden Umsetzungshinweise / Übergangsregelungen

**zur Indikationsstellung - siehe Kapitel 2,
zur Leistungsbewilligung - siehe Kapitel 3 und
zur Zulassung / Vergütung - siehe Kapitel 4 bis 6**

ausgeräumt werden sollen.

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

2. Sozialmedizinische Umsetzungshinweise

2.1. Mobile geriatrische Rehabilitation (Abschn. 2.4 der RE MoGeRe)

Mobile geriatrische Rehabilitation im Sinne der RE MoGeRe ist den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuzurechnen, wie sie im SGB V, SGB IX und der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses beschrieben sind. Es handelt sich weder um Heilmittelerbringung im Sinne der Heilmittel-Richtlinie, noch um Hausbesuche im Rahmen einer ambulanten Rehabilitation in einer Einrichtung, noch um Nachsorge.

2.2. Indikations- und Zuweisungskriterien der mobilen geriatrischen Rehabilitation (Abschn. 2.5 der RE MoGeRe)

Die RE MoGeRe beschreiben im Abschnitt 2.5 unter den Nummern 1.a., 1.b., 2., und 3., wie eine Unter- oder Fehlversorgung der dort genannten Patientengruppe entstehen kann. An dieser Stelle sind Unklarheiten aufgetreten, in welcher Anzahl die dort genannten Kriterien erfüllt sein müssen, damit für

einen konkreten Antragsteller eine mobile Rehabilitation in Betracht kommt und keine Unter- oder Fehlversorgung durch andere Leistungsformen entsteht.

Eine Unter- oder Fehlversorgung ist dann vorstellbar, wenn sich der angestrebte Rehabilitationserfolg nur in der Häuslichkeit / der stat. Pflegeeinrichtung erzielen lässt, weil die Rehabilitanden aufgrund der unter Abschnitt 2.5, Nummer 3 der RE MoGeRe genannten Funktionsschädigungen

- in der Regel auf die Angehörigen/Bezugspersonen angewiesen sind (z.B. bei erheblichen Schädigungen der mentalen Funktion)
- oder
- im gewohnten oder angepassten Wohnumfeld verbleiben müssen (z.B. bei schweren Schädigungen der Sinnesfunktion)
- oder
- die während der Rehabilitation eingeübten Aktivitäten nicht in das Wohnumfeld übertragen können (z.B. Apraxie).

Im Abschnitt 2.5 der RE MoGeRe werden unter Nummer 3 mögliche Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen aufgezählt.

Erläuterung: Der Ausdruck „Erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen“ im ersten und zweiten Spiegelstrich von Nr. 3. bezieht sich ausschließlich auf die Handlungsrelevanz der Schädigung. Es kommt darauf an, ob die Schädigung so ausgeprägt ist, dass dies – im Sinne der dort jeweils nachfolgenden Ausführungen – als Hinweis auf die Notwendigkeit mobiler Rehabilitation gewertet werden kann. Eine Bezugnahme auf krankheitsspezifische klinische Schweregradeinteilungen, z.B. einer Demenzerkrankung, ist damit nicht gemeint und soll in der Praxis nicht vorgenommen werden.

Der Begriff „Selbstgefährdung“ im 2. Spiegelstrich soll hier als möglicher Hinweis auf die Notwendigkeit mobiler Rehabilitation und nicht als mögliches Ausschlusskriterium für eine Rehabilitationsmaßnahme verstanden werden.

2.3. Kontextbezogene Voraussetzungen für die mobile geriatrische Rehabilitation (Abschn. 2.6 der RE MoGeRe)

Abschnitt 2.6 der RE MoGeRe skizziert die kontextbezogenen Voraussetzungen einer mobilen Rehabilitation.

Erläuterung: Angehörige/Bezugspersonen, die nicht der häuslichen Gemeinschaft angehören müssen, spielen als Teil der umweltbezogenen Kontextfaktoren eine besondere Rolle im Konzept der mobilen Rehabilitation. In der Regel sind die Verfügbarkeit und soweit erforderlich die Mitwirkung von Angehörigen/ Bezugspersonen während der Therapiezeiten sicherzustellen, damit die mobile Rehabilitation erfolgreich durchgeführt werden kann. In begründeten Einzelfällen können Abweichungen notwendig sein. Darüber hinaus sollten die Angehörigen/Bezugspersonen in einem angemessenen Zeitrahmen auch weiter zur Verfügung stehen, damit die durch die abgegebenen Therapien erreichten Fortschritte durch Anwendung und Training gefestigt und durch Teilhabe am Alltagsleben ausgebaut werden können.

Der individuell gebotene Einbezug der Angehörigen/Bezugspersonen ist durch den Leistungserbringer sicherzustellen und im Konzept entsprechend darzulegen. Eine Überprüfung der Verfügbarkeit der Angehörigen/Bezugspersonen im Einzelfall erscheint nur bei begründeten Zweifeln an der Durchführbarkeit einer mobilen Rehabilitation angebracht. Dies gilt auch, wenn die mobile Rehabilitation in einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgt.

Der Hinweis auf Unterstützung in Notfällen bezieht sich auf die Möglichkeiten, die üblicherweise in der privaten Wohnsituation bestehen. In erster Linie ist damit ein telefonisch erreichbarer Ansprechpartner gemeint. Die unter Ziffer 2.6 der RE MoGeRe angeführten Beispiele (Angehörige, Nachbarn, Hilfskräfte, Notrufanlage usw.) sind fakultativ. Keinesfalls ist die 24-stündige Anwesenheit von Angehörigen/Bezugspersonen generell gefordert.

2.4. Mobile Rehabilitation in der Kurzzeitpflege

Wenn noch vor der Entlassung aus dem Krankenhaus die Indikation für eine mobile Rehabilitation besteht, die Entlassung aber nur über eine Kurzzeitpflegeeinrichtung möglich ist, so kann die mobile Rehabilitation bereits dort beginnen. Die überwiegende Anzahl an Therapieeinheiten muss jedoch in der angestrebten dauerhaften Wohnumgebung erfolgen.

3. Umsetzungshinweise zur Leistungsbewilligung (Abschn. 3 der RE MoGeRe)

Abschnitt 3 der RE MoGeRe stellt die Zuständigkeit der Krankenkassen als Rehabilitationsträger für die Entscheidung über die Durchführung einer mobilen Rehabilitation klar.

Erläuterung: Die Krankenkassen können Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den MDK prüfen lassen (§ 275 SGB V). Voraussetzung für eine zügige und sachgerechte Bearbeitung sind umfassende Informationsgrundlagen. Die für die sozialmedizinische Begutachtung durch den MDK notwendigen medizinischen Unterlagen oder Befundberichte sollen vollständig vorliegen. Eine zügige Bearbeitung des Antrags kann insbesondere dadurch gewährleistet werden, dass bereits im Antrag deutlich wird, dass die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose aus den in Abschn. 2.5 der RE MoGeRe genannten Gründen nur für das gewohnte oder ständige Wohnumfeld des Versicherten festgestellt werden kann.

Die Anträge aus dem vertragsärztlichen Bereich sind gemäß Rehabilitations-Richtlinie unter Verwendung der Muster 60/61 zu stellen. Etwaige Zusatzinformationen bspw. für die Erfüllung der Bedingungen nach Abschn. 2.5 und 2.6. der RE MoGeRe können durch ergänzenden Freitext oder separate Unterlagen übermittelt werden. Es gelten die Bearbeitungsfristen nach § 14 SGB IX, wobei in Einzelfällen ein besonderer Eilbedarf angezeigt sein kann.

Über Anträge auf Anschlussrehabilitation ist umgehend zu entscheiden, da die mobile Rehabilitation unmittelbar nach der Krankenhausentlassung erfolgen muss. Die Genehmigung kann nicht an die Vorlage des Entlassungsberichtes aus der stationären Krankenhausbehandlung geknüpft werden.

4. Übergangsregelungen

Zur Sicherstellung eines wohnortnahen Angebotes mobiler Rehabilitation bietet es sich an, auf bereits bestehende ambulante oder stationäre Rehabilitationseinrichtungen aufzubauen. Die Schaffung neuer, ausschließlich mobiler Rehabilitationseinrichtungen ist damit nicht ausgeschlossen. Das unternehmerische Risiko für die Erweiterung eines bereits bestehenden oder die Schaffung eines neuen Leistungsangebotes trägt aber ausschließlich der Leistungserbringer.

Wegen der Neuartigkeit der mobilen Rehabilitation kann nicht ohne weiteres die Bekanntheit dieser Leistungsform bei zuweisenden Krankenhaus- oder Vertragsärzten sowie bei Versicherten und ihren Angehörigen erwartet werden. Dies kann in einer Anfangsphase Auswirkungen auf die Kapazitätsauslastung von Einrichtungen haben. Daher sind befristete Übergangsregelungen vertretbar, die den Leistungserbringern im Hinblick auf die strukturellen und personellen Anforderungen in dieser Phase dabei helfen, ihr Leistungsangebot zu etablieren. Nach Ende der Aufbauphase muss der Leistungserbringer die strukturellen und personellen Anforderungen der RE MoGeRe vollständig erfüllen.

4.1. Personalbemessung: Flexibler Personaleinsatz bei Anbindung an stationäre oder ambulante Rehabilitationseinrichtung (Abschn. 7.8.2 der RE MoGeRe)

In Abschnitt 7.8.2. der RE MoGeRe sind Anhaltzahlen für die Personalbemessung genannt.

Erläuterung: In der Aufbauphase einer mobilen Rehabilitation bei einem Leistungserbringer, der bereits stationäre oder ambulante Rehabilitationsleistungen erbringt¹, kann das dort be-

¹ Schließt für die mobile geriatrische Rehabilitation Einrichtungen nach § 109 SGB V nicht aus, soweit sie geriatrisch rehabilitativ arbeiten.

schäftigte Personal in die mobile Rehabilitation eingebunden werden. Dabei ist jedoch zu dokumentieren, welcher Personaleinsatz für die mobile Rehabilitation tatsächlich erfolgt.

Nach Ende der Aufbauphase muss die mobile Rehabilitation organisatorisch und wirtschaftlich getrennt von der ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtung geführt werden und über eigenes Personal verfügen.

In der Aufbauphase eines mobilen Leistungserbringers, der unabhängig von bestehenden stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtungen errichtet wird, ist eine Orientierung am unteren Ende der Anhaltzahlen für die Personalbemessung vertretbar.

4.2. Fixierung der Übergangsfrist

Das Ende der Aufbauphase / Übergangsregelungen muss durch die Vertragspartner in der Vereinbarung nach § 40 Abs. 1 SGB V geregelt werden. Übergangsregelungen sollten nicht für einen Zeitraum von mehr als 24 Monaten vereinbart werden.

5. Umsetzungshinweise zur Konzeptprüfung im Rahmen des Zulassungsverfahrens (Abschn. 7 der RE MoGeRe)

Abschnitt 7.1 der RE MoGeRe regelt die konzeptionellen Anforderungen, die Leistungserbringer der mobilen Rehabilitation erfüllen müssen. Leistungserbringer müssen gegenüber den Krankenkassen die Erfüllung dieser Voraussetzungen nachweisen. Der MDK kann im Auftrag der Krankenkassen Einrichtungskonzepte und -strukturen im Zusammenhang mit Anträgen von Leistungserbringern auf Zulassung zur mobilen Rehabilitation überprüfen.

Voraussetzung für eine zügige und sachgerechte Bearbeitung von Anträgen auf Abschluss einer Vereinbarung sind umfassende Informationsgrundlagen. Die sozialmedizinische Prüfung von Einrichtungskonzepten und -strukturen erfordert daher aussagefähige und vollständige Unterlagen der Leistungserbringer. Dazu gehören insbesondere ein umfassendes rehabilitationsmedizinisches Konzept zur mobilen Rehabilitation auf der Basis der einschlägigen Richtlinien und Empfehlungen² und der ICF³ und die Spezifizierung der zu erwartenden Gruppe von Rehabilitanden (Indikation). Wenn der MDK Nachbesserungsbedarf an den Einrichtungskonzepten und -strukturen feststellt, soll er der Krankenkasse in seiner Stellungnahme den gesamten Nachbesserungsbedarf vollständig und abschließend mitteilen. Damit ist ausgeschlossen, dass bei einer späteren Wiederholungsprüfung Nachbesserungsbedarf an zuvor nicht beanstandeten Punkten entsteht. Ebenso teilt die Krankenkasse dem Leistungserbringer zügig festgestellt konzeptionelle Mängel mit und fordert ihn zur Nachbesserung auf.

Um länger dauernde Klärungsprozesse durch ausschließlichen Schriftverkehr zu vermeiden, sollten Klärungen im Gespräch gesucht werden.

6. Vergütungsvereinbarung

In den Vergütungsverhandlungen soll einbezogen werden, dass diese Leistung als aufsuchende interdisziplinäre Leistung erbracht wird und dass Gruppentherapien nicht möglich sind.

² z.B. Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007, Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

³ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit