

Basisdokumentation mobile geriatrische Rehabilitation: Impulsgeber für die Weiterentwicklung zugehender Angebote in der GKV

KCG-Expertenforum: Innovative Geriatrie

Hamburg, 10.06.2021

Norbert Lübke, Leiter Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst





- Wir fragten uns: Kann mobile Rehabilitation im gewohnten Lebensumfeld besser sein als in einer etablierten, gut ausgestatteten geriatrischen Rehaklinik?

Wer sind „wir“ ?


Spitzenverband

 **MDK** KOMPETENZ-CENTRUM
GERIATRIE


**MDK
SEG 1**
LEISTUNGSBEURTEILUNG / TEILHABE


MDS


Bundesarbeitsgemeinschaft
Mobile Rehabilitation e.V.

- Initial statt GKV-SV Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene (Rehareferen)

Wir wussten nicht, für wen MoRe Sinn
macht



Wir wollten darüber mehr Klarheit, um
eine sinnvolles Rehabilitationsangebot
zu konzipieren



- Ausgangssituation
- und Ziel
- nach formaler Implementierung von MoRe als Rehaleistung nach § 40 (1) SGB V 2007
- Definition MoRe: Rehasetting, bei dem das Rehateam die zu Rehabilitierenden in ihrem jeweiligen Wohnumfeld – ggf. auch dem Pflegeheim – zur Rehabilitation aufsucht

Start low, go slow !

Die Basisdokumentation
Mobile Geriatrische Rehabilitation
stellt das
zentrale Weiterentwicklungselement dar



Der eingeschlagene Weg:

- Implementierung sukzessive unter Berücksichtigung hierbei gewonnener Erfahrungen im Rahmen einer Basisdokumentation

Das Wissen war
klein und die
Sorgen groß



Der Einsatz war
erheblich,
das Vertrauen hoch



Veränderungsdruck,
Offenheit und langer
Atem haben sich
gelohnt



- Einstiegsphase (geprägt von Unsicherheit und Sorgen)
- Beobachtungsphase (mittlerweile > 12 Jahre, dokumentationsbedingt hoher Aufwand, dennoch kooperative und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen KCG und MoGeRe-Einrichtungen)
- Anpassungsphase (mit zunächst kleineren zwischenzeitlichen Adaptationen und jetzt erster grundlegender Überarbeitung, die als GE MoRe seit 01.06.21 in Kraft ist)
- Auf dieser Basis wird jetzt eine neue Beobachtungsphase starten



Wir

- bilanzierten
- minimierten
- limitierten



Wir

- dokumentierten
- analysierten
- diskutierten



Wir

- plausibilisierten
- adaptierten
- reformierten

Entsprechend ging es

- in der Einstiegsphase v.a. um die Erhebung des Wissensstandes zu MoRe, eine Beschränkung des Leistungsvolumens und eine Begrenzung des Zugangs hierzu
- in der Beobachtungsphase um die Erhebung der Basisdokumentationsdaten, deren Analyse und auf dieser Basis die Diskussion des Leistungsgeschehens
- in der Anpassungsphase um die Einordnung und Bewertung dieser Praxiserfahrungen im Hinblick auf die Vorgaben der RE MoGeRe, dann zunächst kleinere Anpassungen und schließlich die jetzige erste generelle Überarbeitung

Wir
- bilanzierten
- minimierten
- limitierten



Die Einstiegsphase

Wir
- bilanzierten ✓
- minimierten
- limitierten

Die Evidenz zur MoRe
war begrenzt und
ihre Notwendigkeit
umstritten



Wissensstand:

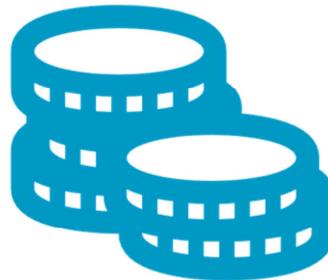
- In den 90ern bis ca. 2004 mehrere multizentrische Modellprojekte zu MoRe (insb. durch das BMAS und den Freistaat Bayern gefördert) allerdings mit begrenzter Evidenz (unkontrollierte Beobachtungsstudien) und wenig Aussagekraft hinsichtlich speziell geeigneter Zielgruppen (E-/A-Krit.). Nur wenige Einrichtungen konnten nach der Modellphase fortbestehen

Entsprechend divergente Bewertungen von MDK-Seite:

- SEG 1: für orthop. und neurol. Reha Schnittstellenverbesserung vorhandener Angebote ausreichend, empirische Absicherung eventueller E-/A-Kriterien kann in den erhalten gebliebenen MoRe-Einrichtungen erfolgen
- KCG: partielle Indikation für Zielgruppe geriatrischer Rehabilitand*innen gesehen, die zwingend auf häusliches Umfeld angewiesen waren

Das Angebot sollte
eingeschränkt
werden

Wir
- bilanzierten ✓
- minimierten ✓
- limitierten



Kostenträger:

- traumatisiert durch Erfahrungen mit EAP (erweit. amb. PT)
- fürchteten neues, teures „Add on“ (ohne Substitutionseffekt) von zweifelhaftem Nutzen, somit hohe Folgekosten

Unterstützung für eine restriktive Implementierung fand sich zudem in der Gesetzesbegründung:

- MoRe bezieht Patienten ein, die bisher keine Rehachancen hatten

[Bei genauer Betrachtung hatte der Gesetzgeber das allerdings etwas differenzierter ausgeführt:

- Zielgruppe sind multimorbide Patienten mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf ..., die deshalb bisher keine Rehachancen hatten

und betont, dass damit auch die Grundsätze

- Reha vor Pflege und ambulant vor stationär fachgerecht umgesetzt würden]

Wir
- bilanzierten ✓
- minimierten ✓
- limitierten ✓

Die MoRe wird unter einen
„Exklusivitätsvorbehalt“
gestellt



Faktisch wurde auf dieser Grundlage der Zugang zu MoRe durch einen einschneidenden „Exklusivitätsvorbehalt“ limitiert:

- nur für geriatrische Rehabilitand*innen,
- die in stat. oder amb. geriatr. Rehaeinrichtungen nicht rehabilitierbar waren (d.h. Refähigkeit und pos. Rehaprognose vorhanden, aber nur wenn die Reha im häuslichen Umfeld erfolgt)

MoRe war damit faktisch weitgehend auf

- mittelgradig an Demenz erkrankte Rehabilitand*innen beschränkt

Weitere, diesem Exklusivitätsvorbehalt entsprechend aufgenommene Indikationen (z.B. häusliche technische Installationen bei schweren Hör- oder Sehstörungen oder im Wohnumfeld etablierte Kommunikationshilfen bei Stimm- Sprech-, Sprachstörungen spielten faktisch im späteren Leistungsgeschehen keine wesentliche Rolle

Wir

- dokumentierten
- analysierten
- diskutierten



Die Beobachtungsphase

Wir vereinbarten eine
Basisdokumentation
aller Behandlungsfälle

Wir
- dokumentierten ✓
- analysierten
- diskutierten



Die Basisdokumentation umfasst:

- Patientenseitige Basisdaten (Geschlecht, Geburtsjahr, Postleitzahl (zweistellig), Krankenkassenart, Pflegegrad nach SGB XI, Bewohner eines Pflegeheims (nach SGB XI))
- Prozesseitige Basisdaten (Zuweisungspfad, Aufnahme datum, Entlassdatum, Behandlungstage, Rehabilitationsverlängerung, Behandlungsunterbrechung länger als eine Woche, Grund für das Behandlungsende, Therapieanteile in der Kurzzeitpflege, Anzahl und Art der Therapieeinheiten)
- Medizinische Befunde (Hauptdiagnose, Art der Schädigung gem. der vier speziellen MoGeRe-Indikationskriterien)
- Assessmentbefunde (Barthel-Index bei Aufnahme und Entlassung)

Z Gerontol Geriatr 2017 · 50:226–232
 DOI 10.1007/s00391-016-1033-2
 Eingegangen: 7. Oktober 2015
 Überarbeitet: 16. Dezember 2015
 Angenommen: 25. Januar 2016
 Online publiziert: 22. Februar 2016
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



Matthias Meinck · K. Pippel · N. Lübke
 Kompetenzzentrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste,
 MDK Nord, Hamburg, Deutschland

Mobile geriatrische Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung: Konzeptionelle Ausrichtung und Ergebnisse der bundesweiten Basisdokumentation (Teil 1)

Hintergrund

Versicherte haben einen klaren gesetzlichen Anspruch auf Maßnahmen der mobilen Rehabilitation [7]. Dieser Anspruch folgt den Grundsätzen „Reha vor und in der Pflege“ und „ambulant vor stationär“. Zielgruppe sind multimorbide Patienten mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf mit bis dato fehlendem Zugang zur Rehabilitation [2].

Zur praktischen Umsetzung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurden in der Indikation Geriatrie seitens der Spitzenverbände der Krankenkassen 2007 Rahmempfehlungen [14] veröffentlicht. Ferner wurde ein Konzept für die bundesweite Dokumentation der Maßnahmen erarbeitet. Die Ergebnisse sollten für wesentliche Fragen künftiger Versorgungsentscheidungen und ggf. die Weiterentwicklungen mobiler Rehabilitation in der GKV nutzbar sein. Diese Basisdokumentation soll keine wissenschaftliche Evaluation ersetzen. Sie ersetzt auch nicht die gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung gemäß § 137d des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V, QS-Reha-Verfahren der GKV).

Der Beitrag berichtet anhand der im Rahmen dieser Basisdokumentation erfassten Daten über das Leistungsgeschehen der mobilen geriatrischen Re-

habilitation in der GKV [9,10] und damit über die praktische Umsetzung unlangst modifizierter gesetzlicher Normen in Deutschland.

Material/Methoden

Die 2008 implementierte Basisdokumentation basiert auf begrenzten patienten-, prozess- und strukturspezifischen Erhebungsmerkmalen, die eng an den Anforderungen der Rahmempfehlungen [14] ausgerichtet wurden. Die Datenerhebung berücksichtigt alle Rehabilitationsmaßnahmen während der GKV und ist auf die Zeitsdauer der Rehabilitation beschränkt.

In den Rahmempfehlungen [14] wurde die Indikation in Abgrenzung zur stationären und zu anderweitiger ambulanter Rehabilitation eng gefasst. Im Einzelfall muss ein Bedarf für eine

medizinische Rehabilitation gegeben sein, der eine Durchführung im vertrauten Lebensumfeld medizinisch zwingend erforderlich macht. Für die Durchführung einer Rehabilitation in einem anderen Setting darf im Unklarschluss somit keine positive Rehabilitationsprognose bestehen. Der Bedarf muss u. a. in einer der nachstehenden, erheblichen Schädigungen begründet sein:

- erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen, z. B. der Kognition, der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit ...
- erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen verhaltensbezogener Art wie Angst, Wahnvorstellungen ...
- erhebliche Schädigungen der Stimm-, Sprech- und Sprachfunktion, z. B. durch Aphasie ...
- erhebliche Schädigungen der Seh- und Hörfunktion (z. B. blinde oder taube Patienten) ...

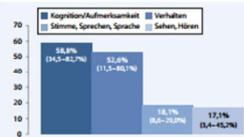


Abb. 1 ◀ Erhebliche Schädigungen im Sinne einer Indikation für mobile geriatrische Rehabilitation (Spitzenverbände in Klammern)

Z Gerontol Geriatr 2017 · 50:325–331
 DOI 10.1007/s00391-016-1033-4
 Eingegangen: 8. Oktober 2015
 Überarbeitet: 18. Dezember 2015
 Angenommen: 25. Januar 2016
 Online publiziert: 12. Februar 2016
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



Kristina Pippel · M. Meinck · N. Lübke
 Kompetenzzentrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste, MDK Nord, Hamburg, Deutschland

Mobile geriatrische Rehabilitation in Pflegeheim, Kurzzeitpflege und Privathaushalt

Settingspezifische Auswertung der bundesweiten Basisdokumentation (Teil 2)

Hintergrund

Nicht allen Menschen ist – aus verschiedenen Gründen, insbesondere aufgrund erheblicher kognitiver Beeinträchtigungen – die Teilnahme an einer Rehabilitation außerhalb ihres gewohnten örtlichen und sozialen Lebensumfeldes möglich. Diese Versorgungslücke schließt die mobile geriatrische Rehabilitation, in der die Patienten in ihrem vertrauten Lebensumfeld durch ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam unter fachärztlicher Leitung aufgesucht werden.

Auf diese Weise können zusätzliche Beeinträchtigungen durch den Eintragungsweg Orientierungshilfen vermieden werden. Schwierige Gewöhnungs- und Transferprozesse entfallen, da die Rehabilitanden das Erlernen direkt in ihrem Alltag umsetzen. Hilfsmittel können angepasst und Angehörige und andere Pflegepersonen unmittelbar angeleitet und zur Unterstützung eingebunden werden. Die Indikationskriterien für die Erbringung mobiler Rehabilitation sind in den Rahmempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation [5] und deren ergänzenden Umsetzungsempfehlungen/Übergangsempfehlungen [7] festgelegt.

Inwieweit diese Erbringungsform rehabilitativer Leistungen insbesondere auch die Rehabilitationschancen von Pflegeheimbewohnern und in der Kurzzeitpflege (KZP) betreuter Patienten ver-

bessern kann, soll aktuell ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Forschungsprojekt „Mobile geriatrische Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege“ klären [1]. Der vorliegende Teil 2 der Ergebnisse aus der Basisdokumentation „Mobile Geriatrische Rehabilitation“ wertet die Daten auf potenzielle Unterschiede hinsichtlich patienten-, prozess- oder ergebnisbezogener Merkmale in Abhängigkeit von den 3 Erbringungssettings Pflegeheim, KZP oder ausschließlich Privathaushalt aus.

Material/Methoden

Die vorliegende Auswertung basiert auf Daten der Basisdokumentation „Mobile Geriatrische Rehabilitation“. Zielsetzung, Konzeption und grundsätzliche Ergebnisse wurden in einer ersten Publikation (Teil 1) dargelegt [4].

Für den vorliegenden Teil 2 wurden mobil erbrachte geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen der Jahre 2011–2014 (n = 1879) aus 11 mobilen Rehabilitationseinrichtungen anhand der 3 nachfolgend unterschiedlichen Settings ausgewertet:

- Pflegeheim: Patienten in einem nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflegeheim.
- Kurzzeitpflege: Patienten, die anstelle in einer KZP-Einrichtung eine mobile

geriatrische Rehabilitation erhalten. (Um Verlagerungen rehabilitativer Maßnahmen zu vermeiden, können Patienten, denen es im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung nicht direkt möglich ist, in ihren Privathaushalt zurückzukehren, in die KZP mit einer mobilen geriatrischen Rehabilitation beginnen. Hierbei ist gemäß dem Umsetzungsleitfaden [7] der überwiegende Teil der Maßnahmen im dauerhaft vorgesehenen Lebensumfeld des Patienten durchzuführen.)

- Privathaushalt: Patienten, die allein oder mit einer Partnerin/einem Partner in eigenen Haushalt oder bei Kindern oder Verwandten leben.

Die Auswertungen erfolgten mit dem Programmpaket SPSS (Version 13). Unterschiede der Settings wurden nach den Eigenschaften der zugrunde liegenden Variablen auf statistische Signifikanz überprüft, soweit nicht anders vermerkt, jeweils mit dem Setting Privathaushalt als Referenzkategorie. Hierbei wurde zunächst global mithilfe von ANOVA für intervallskalierte Variablen bzw. Kruskal-Wallis-Test für kategoriale Variablen getestet. Bei signifikantem Ergebnis in einem Globaltest wurden Einzelgruppen paarweise getestet. Nominale Variablen wurden mit dem χ^2 -Test geprüft. Es erfolgte eine Adjustierung nach

Das KCG hat dazu 2016 in zwei Publikationen in der ZfGG berichtet

Wir vereinbarten eine
Basisdokumentation
aller Behandlungsfälle

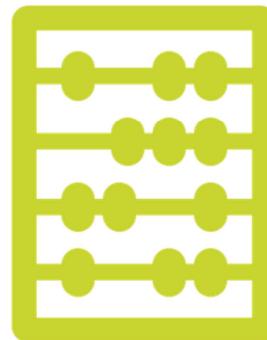
Wir
- dokumentierten ✓
- analysierten
- diskutierten



- Die Basisdokumentation schafft somit eine empirische Datengrundlagen für weitere Versorgungsentscheidungen
- Die Basisdokumentation stellt keine wiss. Evaluation und kein QS-Instrument dar

Wir haben die Dokumentationsergebnisse ausgewertet

Wir
- dokumentierten ✓
- analysierten ✓
- diskutierten



- Das KCG bereitet die Daten auf und erstellt jährliche Berichte (bisher 12 zw. 2008 und 2020)
- Die Berichte zeigen Umsetzungsunterschiede zwischen den MoGeRe-Einrichtungen, z.B. in
 - PG, Heimbewohneranteil
 - Patientenzugang
 - BI-A-E,
 - Rehabegründende Diagnosen
 - Therapeuteneinsatz
 - Therapieintensität etc.
- Teilweise weisen die Berichte auch Abweichungen von den Vorgaben der RE MoGeRe aus, z.B. bzgl.
 - Erfüllung der speziellen Indikationskriterien für eine mobile Leistungserbringung
 - Umfang erbrachter TE
 - Anteile in der KZP erbrachter TE
- Diese wurden dann zunächst intern besprochen

Wir haben Auffälligkeiten mit den Einrichtungen besprochen

Wir

- dokumentierten ✓
- analysierten ✓
- diskutierten ✓



- Wir besprachen relevante Abweichungen i.A. des GKV-SV direkt mit den Einrichtungen im Hinblick auf deren Gründe
- Hieraus ergaben sich - vielfach auch unerwartete - Erkenntnisse aus der Umsetzungspraxis der MoRe, z.B.
 - Eine ausgefallene 2.TE/Behandlungstag lässt sich bei der Zielgruppe praktisch nie durch eine 3.TE an einem and. Bhdg.tag ausgleichen, durchschnittlich 2 TE/Bhdgs.tag sind daher kaum erreichbar (< 20%).
 - Kassen genehmigten auch weitere, dem Exklusivitätsvorbehalt entsprechende, in den RE aber nicht genannte Indikationen (ggf. Bsp.)
 - Kassen genehmigten MoRe z.T. auch auf Wunsch von Rehabilitand*innen oder deren Angehörigen
 - Kassen widmeten teilweise von sich aus stat. Rehaanträge in MoGeRe um
- Wesentliche Nebenerkenntnis: MoRe war i.d.R. für die Kostenträger dtl. günstiger als stationäre Rehabilitation!
- Große Offenheit in den Gesprächen!

Wir

- plausibilisierten
- adaptierten
- reformierten



Die Anpassungsphase

**Wir fragten:
Hat die Praxis recht?**

Wir
- plausibilisierten ✓
- adaptierten
- reformierten



Interne Reflexion der gewonnenen Umsetzungserfahrungen und
Bewertung auf deren Plausibilität und mögliche Relevanz

Auch unter Einbezug weiterer zwischenzeitlicher Befunde,
Untersuchungen, Studien und Rechercheaufträgen i.S. externer
Begleitforschung



Medizinische Fakultät
der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg

ABSCHLUSSBERICHT

für das Forschungsprojekt: „Nachverfolgung von
Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der
Pflegebegutachtung“

Golla, A.¹, Richter, C.², Mau, W.¹, Saal, S.²

¹Institut für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
²Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg



Ministerium für
Gesundheit
und
Sozialleistungen
des Deutschen Bundes

Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und
Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stati-
onären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege

Abschlussbericht

10. September 2018

Gutachterliche Stellungnahme (GZ Gutachten)

KCG-2385-2018

Bestandsaufnahme der
aktuellen ambulant geriatrisch-rehabilitativen Versorgungsstrukturen
für pflegebedürftige Menschen in Deutschland
und deren Evaluationsstand

MDK KOMPETENZ-CENTRUM
GERIATRIE

Im Auftrag des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der
Krankenkassen e.V. (MDS)

Beispiele:

- Vom GKV-SV beauftragte Untersuchung der Uni Halle-Wittenberg zu möglichen Ursachen der geringen Umsetzung (<25%) seitens der MD i.R. der Pflegebegutachtung ausgesprochener Rehabilitationsempfehlungen
- Vom BMG beauftragte Studie der Uni Bremen zu Rehabilitationsbedarfen von Pflegeheimbewohner*innen und Gästen der KZP und deren Umsetzungsvoraussetzungen
- Vom MDS beauftragte KCG-Recherche zu ambulant geriatrisch rehabilitativen Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen in und außerhalb der Regelversorgung und deren Evaluationsstand



Hierbei ergaben sich zahlreiche Hinweise darauf, dass Rehabilitand*innen mit zunehmendem Alter und ansteigender Pflegebedürftigkeit:

- weniger bereit sind, sich von ihrem Sicherheit gebenden gewohnten Lebensumfeld zu entfernen und eine stationäre rehabilitative Maßnahme anzutreten
 - ihre Teilhabe- und Rehazielen immer stärker auf das unmittelbare soziale und wohnliche Umfeld ausrichten
- und dass
- die Erbringung rehabilitativer Maßnahmen bei dieser Zielgruppe oft effizienter in ihrem Lebensumfeld gelingen kann
 - da Teilhabeverbesserungen bei dieser Zielgruppe oft vor weniger durch Restitution als durch Kompensation und v.a. durch Anpassung der Kontextfaktoren (Adaptation) ggf. in Verbindung mit Casemanagement zu erwarten sind

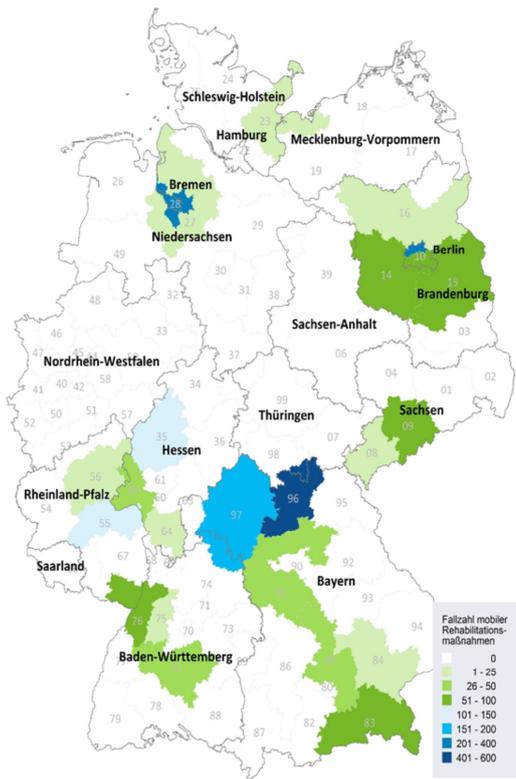


Tabelle 1: Einrichtungs- und Fallzahlentwicklung

| Jahr | Anzahl der Einrichtungen zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres | Anzahl der Fälle im Berichtsjahr erbrachten MoRe-Fälle |
|------|---|--|
| 2008 | 2 | 97* |
| 2009 | 2 | 132* |
| 2010 | 6 | 167* |
| 2011 | 8 | 230 |
| 2012 | 10 | 367 |
| 2013 | 10 | 503 |
| 2014 | 11 | 780 |
| 2015 | 11 | 997 |
| 2016 | 12 | 1242 |
| 2017 | 14 | 1357 |
| 2018 | 15 | 1710 |
| 2019 | 17 | 2131 |

* bis 2011 erfolgte eine unterjährige und damit nicht am Kalenderjahr ausgerichtete Fallzahlerfassung mit daher nur orientierender Vergleichbarkeit

Trotz dieser zunehmenden Hinweise auf vorhandene Bedarfe für zugehende Rehabilitationsangebote entwickelt sich die MoRe nur sehr zögerlich

Es entstehen nur wenige neue Einrichtungen

Wir
- plausibilisierten ✓
- adaptierten ✓
- reformierten



Der Rechtfertigungsdruck seitens des BMG wächst!

Zwei erste Ergänzungen zu den RE MoGeRe

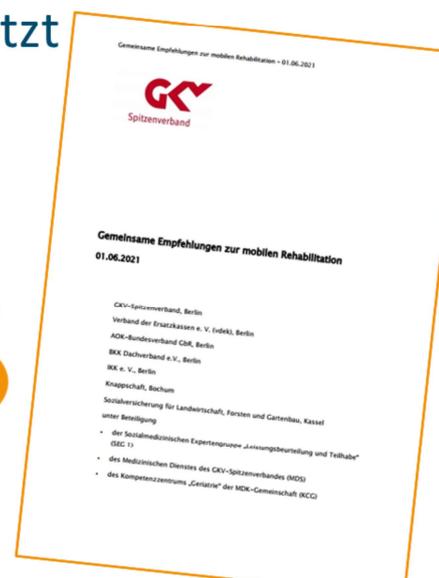
- die sog. Umsetzungshinweise/Übergangsregelungen vom 01.06.10 (v.a. mit initialen Erleichterungen in der Aufbauphase einer MoGeRe)
- und die Eckpunkte für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation vom 05.04.16 (Aufhebung der Beschränkung der MoRe auf geriatrische Rehabilitandinnen, aber weiterhin unter Beibehalt des Exklusivitätsvorbehalts im Hinblick auf die etablierten stat. und amb. Rehaangebote)

führen zu keiner auch nur annähernd flächendeckenden Angebotsstruktur an MoGeRe und keinen zusätzlichen indikationsspezifischen mobilen Einrichtungen

Die RE MoGeRe werden durch die GE MoRe ersetzt

Wir

- plausibilisierten ✓
- adaptierten ✓
- reformierten ✓



- Im Herbst 2019 beauftragt der GKV-SV die Zusammenfassung der bisherigen RE MoGeRe und ergänzenden Papiere in einer neuen GE MoRe auf Basis von Erkenntnissen aus der Basisdokumentation MoGeRe und der Antrags- und Bewilligungssituation der Krankenkassen

Am 01.06.21 traten die neuen GE MoRe in Kraft. Sie umfassen:

- angepasste Vorgaben zu Therapieumfang, Behdlgs.frequenz und Rehadauer
- nicht abschließende Ergänzungen der bisherigen „exklusiven“ Indikationskriterien
- die indikative Berücksichtigung von Fällen, in denen die individuellen Rehabilitationsziele weniger Restitution als durch Kompensation und insbesondere Adaptation und daher am ehesten im unmittelbaren Lebensumfeld der Rehabilitand*innen erreichbar erscheinen

Neuer allokativer Ansatz in der med. Reha der GKV, der zwangsläufig neue Abgrenzungsfragen generieren wird, mit denen umzugehen, noch zu lernen sein wird!



- Diese Historie ist kein Paradebeispiel evidenzbasierter Versorgungsforschung, aber real life!
- Das KCG hat mehrfach kontrollierte Studien vorgeschlagen.
- Diese wären trotz aller Schwierigkeiten, die sich für randomisierte Studien bei Leistungen, die bereits fester Gegenstand eines SGB-Leistungskatalogs sind, ergeben, im Rahmen von Settingvergleichen prinzipiell möglich.
- Methodisch erschwert wäre das Vorhaben allerdings durch die Hypothese unterschiedlich geeigneter Zielgruppen für die zu vergleichenden Settings stationärer und mobiler Reha und die mögliche Einflussnahme persönlicher Settingpräferenzen der Rehabilitand*innen auf die Rehaergebnisse.
- Trotz erster Interessensbekundungen des BMG wurden unsere Überlegungen zu einem entsprechenden Studien-design im Rahmen der Corona-Pandemie wieder in den Hintergrund gedrängt und konnten sich bisher nicht durchsetzen.



Fazit:

- Mit der Basisdokumentation MoGeRe wurde die MoRe über mehr als 12 Jahre zu der mit Abstand am besten dokumentierten Rehabilitationsform der GKV
- Die Basisdokumentation wurde nicht als Sanktionsinstrument, sondern in engem Austausch mit den Leistungserbringern zur Gewinnung aus der empirischen Praxis abgeleiteter Erkenntnisse zur Weiterentwicklung des Angebots genutzt – auch das ist eine Form von Evidenz!
- So hat die Basisdokumentation MoGeRe aus dem ursprünglichen „No-go-Setting“ MoRe über ein langjähriges „Slow-go-Setting“ jetzt mit den neuen GE MoRe hoffentlich ein „Go-go-Setting“ gemacht

Wir werden das mit unserer Basisdokumentation weiter verfolgen!



Literatur:

Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation.
01.06.2021

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation/mobile_rehabilitation/mobile_reha.jsp

Lübke N. Entwicklung mobiler (geriatrischer) Rehabilitation in Deutschland 2007 – 2019. Schattendasein eines vielversprechenden Rehabilitationssettings.

https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/200630-Abschlussarbeit_L%C3%BCbke_SGM.pdf