



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

1 Zielsetzung und Anwendungsbereich

Die mobile Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist seit dem 01.04.2007 sozialrechtlich verankert. Mobile Rehabilitation ist eine besondere Form der ambulanten Rehabilitation, die sich an eine Personengruppe richtet, die mit der herkömmlichen ambulanten oder der stationären Rehabilitation nicht erreichbar ist. Mit den Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007 wurden die konzeptionellen und strukturellen Anforderungen sowie die Indikations- und Zuweisungskriterien für den Bereich der mobilen geriatrischen Rehabilitation definiert.

Die ausdrückliche Erwähnung des Begriffes mobile Rehabilitation wurde durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz im § 40 SGB V aufgehoben, ohne dass damit die mobile Rehabilitation als Form der ambulanten Rehabilitation ausgeschlossen werden sollte. Nunmehr sind mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen wieder ausdrücklich in den § 40 Abs. 1 SGB V aufgenommen worden, um damit deren Bedeutung zu unterstreichen (vgl. GKV-VSG vom 16. Juli 2015, Bundesgesetzblatt 2015, Teil 1 Nr. 30, Seite 1211ff.).

Zur Weiterentwicklung der mobilen Rehabilitation haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V. die nachfolgenden Eckpunkte entwickelt. Sie sollen als Umsetzungshinweise dienen, um auch außerhalb der geriatrischen Rehabilitation die Inanspruchnahme der mobilen Rehabilitation in geeigneten Fällen zu fördern.

2 Sozialmedizinische Umsetzungshinweise

2.1 Mobile Rehabilitation

Mobile Rehabilitation ist den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuzurechnen, wie sie im SGB V, SGB IX und der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses beschrieben sind. Danach umfasst die medizinische Rehabilitation einen ganzheitlichen Ansatz, der den Prinzipien der Finalität, Komplexität, Interdisziplinarität und Individualität folgt (Reha-RL). Es handelt sich weder um Heilmittelerbringung im Sinne der Heilmittel-Richtlinie, noch um Nachsorge. Der Transfer des Rehabilitationsergebnisses der ambulanten oder stationären Rehabilitation in die Häuslichkeit stellt keine eigene Leistung der mobilen Rehabilitation dar.

Mobile Rehabilitation wird als eine besondere Form der ambulanten Rehabilitation im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld des Rehabilitanden erbracht. Dies kann z. B. seine Wohnung bzw. die seiner Familie oder das Pflegeheim sein. In Einzelfällen kann es angezeigt sein, die mobile Rehabilitation in Kurzzeitpflegeeinrichtungen zu beginnen, wenn die über-

wiegenden Therapieeinheiten im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld des Rehabilitanden¹ erbracht werden, um einen Transfer der Rehabilitationsleistungen/Rehabilitationserfolge in die Häuslichkeit zu ermöglichen. Eine komplette Leistungserbringung in der Kurzzeitpflege widerspricht dem Ziel der mobilen Rehabilitation, eine Adaption der Rehabilitationsinhalte an die Häuslichkeit zu ermöglichen.

Eine Grundvoraussetzung der ambulanten Rehabilitation ist, dass die häusliche Versorgung und ggf. Pflege sichergestellt ist.

2.1.1 Leistungsumfang und -dauer

Ambulante Rehabilitationsleistungen werden in der Regel für bis zu 20 Behandlungstage erbracht, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen erforderlich (§ 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V). Verlängerungsanträge sind rechtzeitig zu stellen und medizinisch unter Darlegung des bisherigen Therapieverlaufs zu begründen.

Je nach Art, Anzahl und Ausmaß der Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe in Abhängigkeit von den Rehabilitationszielen sind die individuell erforderliche Dichte und Dauer der Therapie festzulegen und im Verlauf anzupassen. Die Einrichtung zur mobilen Rehabilitation muss grundsätzlich gewährleisten, dass die individuell notwendige Therapieintensität organisatorisch sichergestellt wird.

Die Zahl der Behandlungstage beträgt in der Regel bis zu 20, pro Behandlungstag sind dem Patienten 3 Therapieeinheiten anzubieten. Dabei darf die Therapiefrequenz durchschnittlich 3 Behandlungstage und 8 Therapieeinheiten in der Woche nicht unterschreiten. In Absprache mit den Krankenkassen kann in begründeten Einzelfällen (z. B. bei besonderen Einschränkungen der psychischen oder physischen Belastbarkeit) von dieser Regelung abgewichen werden. Therapieeinheiten werden vom mobilen Rehabilitationsteam erbracht. Eine Therapieeinheit am Patienten beträgt mindestens 45 Minuten und umfasst alle durch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Masseur und medizinische Bademeister, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten, Sportlehrer/Sporttherapeuten, Klinische Psychologen/Neuropsychologen, Diätassistenten/Ökotrophologen erbrachten therapeutischen Interventionen inklusive der Gesundheits- und Krankenpflege. Leistungen durch andere Berufsgruppen des Rehabilitationsteams (z. B. Arzt, Sozialdienst) sind zusätzlich zu erbringen.

Sofern innerhalb einer Behandlungswoche kein Behandlungstermin zustande kommt, ist die Rehabilitationsfähigkeit durch den Rehabilitationsarzt (erneut) zu prüfen. Sollte sich hierbei weiterhin Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose ergeben, ist dies

¹ Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit der Vereinbarung erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

gegenüber dem zuständigen Rehabilitationsträger durch eine schriftliche Mitteilung zu begründen.

2.2 Indikations- und Zuweisungskriterien der mobilen Rehabilitation

Anlass für die Rehabilitation ist eine Gesundheitsstörung mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe, die eine indikationsspezifische Ausrichtung erfordert. Der besondere Bedarf einer mobilen Rehabilitation ergibt sich unter Berücksichtigung der folgenden Aspekte.

Auch in der mobilen Rehabilitation gelten die Indikationskriterien für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, d. h. der Patient muss rehabilitationsbedürftig und -fähig sein, für ihn bestehen realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele und die Rehabilitationsprognose ist positiv. Mobile Rehabilitation kommt für solche Patienten in Betracht, die mit anderen Rehabilitationsangeboten nicht angemessen versorgt werden können. Bei dieser potentiell unter- oder fehlversorgten Patientengruppe handelt es sich um rehabilitationsbedürftige Menschen, bei denen die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose nur für das gewohnte oder ständige Wohnumfeld festgestellt werden kann. Denn mobile Rehabilitation zeichnet sich gegenüber anderen Rehabilitationsformen dadurch aus, dass sie den Menschen in seinem vertrauten Umfeld berücksichtigt und dieses mit einbezieht. Dabei können die person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren optimal erfasst werden.

Folgende Indikations- und Zuweisungskriterien kommen für die mobile Rehabilitation in Betracht:

- a) Die Rehabilitanden sind in der Regel auf die umfassende Anwesenheit eines Angehörigen/einer Bezugsperson zur aktiven Unterstützung des Rehabilitationsprozesses (z. B. zur Sicherung der erforderlichen Kommunikation) angewiesen und diese kann bei anderen Formen der medizinischen Rehabilitation nicht sichergestellt werden.

oder

- b) Die Rehabilitanden müssen in ihrem gewohnten/ständigen oder bereits krankheitsspezifisch bzw. behindertengerecht adaptierten Wohnumfeld verbleiben (z. B. bei schweren Schädigungen der Sinnesfunktion).

oder

- c) Die Rehabilitanden können den Rehabilitationserfolg aus der ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtung nicht in die gewohnte oder ständige Umgebung übertragen (z. B. müssen die Übungen zur Mobilität in der speziellen eigenen Häuslichkeit erfolgen).

und

Der Grund für die unter a) bis c) genannten Indikations- und Zuweisungskriterien liegt in einer der folgenden Schädigungen der Körperstruktur oder der Körperfunktion:

1. Erhebliche² Schädigungen mentaler Funktionen wie z. B. der Kognition, der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses, der Konzentration, der Orientierung (auch im Sinne eines amnestischen Syndroms), der Planung und Durchführung von Handlungen sowie demenzassoziierten Einschränkungen der Handlungsfähigkeit im Sinne eines Kompetenzverlustes. Die Krankengeschichte und/oder der bisherige Behandlungsverlauf bieten Anhaltspunkte dafür, dass die Ausprägung und Handlungsrelevanz der mentalen Schädigung in fremder Umgebung zunehmen, eine vertraute und gewohnte Umgebung dagegen zur Besserung der neuropsychologischen Leistungsfähigkeit und damit zu einer positiven Rehabilitationsprognose führt.
2. Erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen verhaltensbezogener Art wie Angst, Affektkontrolle, Einsichtsvermögen, psychomotorische Unruhe und Agitiertheit, Wahn- oder Zwangssymptomatik, delirantes Syndrom, Hospitalismus, Störungen des Schlaf- Wachrhythmus, Selbstgefährdung, z. B. als nicht kognitionsbezogene Begleitsymptome der Demenz. Die Krankengeschichte und/oder der bisherige Behandlungsverlauf bieten Anhaltspunkte dafür, dass sich die Krankheitssymptome in fremder Umgebung verstärken und dort eine zusätzliche Pharmakotherapie notwendig machen oder eine gezielte Behandlung erheblich erschweren. Es bestehen ferner Anhaltspunkte dafür, dass eine Besserung dieser Symptome und die Sicherstellung der notwendigen Kooperationsbereitschaft des Patienten in der vertrauten Umgebung, z. B. durch die Wiederaufnahme gewohnter Tätigkeiten und Rückkehr in den vertrauten Alltag, möglich ist.
3. Erhebliche Schädigungen der Stimm-, Sprechfunktion sowie kognitiv-sprachlicher Funktionen, z. B. durch Aphasie oder schwere Dysarthrophonie, für die im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld und bei Anwesenheit der Angehörigen/Bezugspersonen bereits Kompensations- und/oder Ersatzstrategien bestehen.
4. Erhebliche Schädigungen der Seh- und Hörfunktionen (z. B. blinde oder taube Patienten), so dass das vertraute und angepasste Wohnumfeld zur Unterstützung und Förderung der Rehabilitation genutzt werden muss.
5. Erhebliche Schädigungen neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen (z. B. Amyotrophe Lateralsklerose im fortgeschrittenen Stadium) so dass das bereits krankheitsspezifisch bzw. behindertengerecht adaptierte Wohnumfeld und die

² Erheblich beschreibt einen hohen Ausprägungsgrad der vorliegenden Schädigung (Referenz z. B. Beurteilungsmerkmale nach der ICF Klassifikation).

umfassende Anwesenheit eines Angehörigen/einer Bezugsperson zur aktiven Unterstützung und Förderung der Rehabilitation genutzt werden muss.

6. Erhebliche Schädigungen kardiovaskulärer und das Atmungssystem betreffender Funktionen, insbesondere der kardiorespiratorischen Belastbarkeit, sodass auf Grund eines erhöhten pflegerischen Unterstützungsbedarfs die Durchführung in einer stationären indikationsspezifischen Rehabilitation nicht möglich ist und die umfassende Anwesenheit und Unterstützung eines Angehörigen/einer Bezugsperson zur aktiven Unterstützung und Förderung der Rehabilitation genutzt werden muss.
7. Angeborene oder erworbene Mehrfachbehinderung mit hohem Assistenz- und Pflegebedarf.

Bei den zuvor beschriebenen Patientengruppen lässt sich nicht generell festlegen, welche Fachabteilung einer Rehabilitationseinrichtung für die Rehabilitationsleistung am geeignetsten ist. Vielmehr sollte der die Rehabilitationsleistung verordnende Arzt eine Empfehlung geben, welche Fachabteilung(en) für die Behandlung des Patienten in Betracht kommen.

2.3 Kontextbezogene Voraussetzungen für die mobile Rehabilitation

Das Wohnumfeld muss für die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen während der Rehabilitationsleistung geeignet sein. Die Versorgung im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld und die ggf. notwendige Grund- und Behandlungspflege müssen sichergestellt sein. Die Angehörigen/Bezugspersonen müssen nach den Anforderungen des mobilen Rehabilitationsteams den Rehabilitationsprozess aktiv unterstützen. Die mobile Rehabilitation soll auch die nachhaltige Befähigung der Bezugsperson(en) berücksichtigen. Eine Überforderung der Angehörigen ist zu vermeiden.

Sofern die Rehabilitanden in einem Pflegeheim leben, ist vor dem Beginn der Rehabilitation zu klären, wie Angehörige oder ggf. das Einrichtungspersonal die erforderliche Unterstützung des Rehabilitationsprozesses sichern können.

Eine mobile Rehabilitationsleistung kommt nicht in Betracht bei

- Verwahrlosung,
- die Therapie beeinträchtigenden Abhängigkeitserkrankungen,
- nicht beeinflussbarer Fremd- oder Selbstgefährdung,
- fehlender oder nicht erreichbarer Motivation/Kooperation des Patienten oder seiner Angehörigen/Bezugspersonen.

2.4 Leistungsbewilligung

Die Antragstellung, Verordnung und Leistungsbewilligung bei der mobilen Rehabilitation entsprechen den allgemeinen Grundsätzen zum Reha-/AR-Verfahren der Krankenkassen.

Mobile Rehabilitation kann auch als Anschlussrehabilitation erbracht werden.

Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls sowie unter Berücksichtigung der berechtigten Wünsche des Patienten Art, Dauer, Umfang und Beginn der Rehabilitationsleistung.

3 Anforderungen an die mobile Rehabilitations(-Einrichtung)

Die mobile Rehabilitation muss den in den betroffenen Einzelfällen erforderlichen Leistungsbedarf zur Verfügung stellen. Zur Weiterentwicklung eines möglichst wohnortnahen Angebotes mobiler Rehabilitation bietet es sich an, dass bestehende ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen entsprechend des regionalen Bedarfs für ihren jeweiligen Indikationsbereich entsprechende Angebote entwickeln. Die Schaffung neuer, ausschließlich mobiler Rehabilitationseinrichtungen bzw. eigenständiger Abteilungen ist damit nicht ausgeschlossen. Das unternehmerische Risiko für die Erweiterung eines bereits bestehenden oder die Schaffung eines neuen Leistungsangebotes trägt aber ausschließlich der Leistungserbringer.

Rehabilitationseinrichtungen sind zur Erbringung von Leistungen der mobilen Rehabilitation zugelassen, wenn sie einen Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V über die mobile Rehabilitation abgeschlossen haben. Sofern eine Einrichtung bereits über einen Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V im Bereich der ambulanten Rehabilitation oder nach § 111 SGB V für die stationäre Rehabilitation verfügt, kann dieser während der Anschubphase über eine entsprechende befristete Ergänzungsvereinbarung um die mobile Rehabilitation erweitert werden. Die Ergänzungsvereinbarung ist entsprechend §§ 111 und 111c SGB V von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu schließen. Leistungserbringer ohne einen Versorgungsvertrag müssen zunächst die vertraglichen Voraussetzungen nach § 111c SGB V erfüllen, um zur Leistungserbringung zugelassen zu werden.

Damit der Ausbau mobiler Rehabilitationsangebote nicht an institutionellen Barrieren scheitert, sollte es in der Anschubphase akzeptiert werden, wenn eine bestehende Rehabilitationseinrichtung das vorhandene Personal für die mobile Leistungserbringung einsetzt. Die personellen Anforderungen an das ambulante und/oder stationäre Leistungsangebot der bestehenden Rehabilitationseinrichtung müssen jedoch weiterhin erfüllt sein. Die Anschubphase ist bis zum 31.12.2021 befristet.

3.1 Personal

Zur Durchführung der mobilen Rehabilitation muss ein multiprofessionelles Therapeutenteam zur Verfügung stehen. Dieses setzt sich aus Ärzten und nicht ärztlichem Personal wie z. B. Physiotherapeuten/Krankengymnasten, Masseurinnen und Medizinischen Bademeistern, Ergotherapeuten, Logopäden/Sprachtherapeuten, Klinischen Psychologen, Sozialarbeitern/Sozialpädagogen, Sportlehrern/Sporttherapeuten, Diätassistenten und Gesundheits- und Krankenpflegern zusammen. Diese müssen entsprechend ihrer Profession interdisziplinär eingesetzt werden. In der Regel wird für alle Therapeuten eine zweijährige Berufserfahrung vorausgesetzt. Ausnahmen sind zu begründen. Der/die leitende Arzt/Ärztin oder sein/ihr Stellvertreter/Stellvertreterin müssen während der Therapiezeiten erreichbar und verfügbar sein.

In den Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur ambulanten med. Rehabilitation sind für die einzelnen Indikationen für die jeweilige Berufsgruppe Qualifikationsanforderungen beschrieben.³ Es gelten jeweils die den Schädigungsmustern zugeordneten indikationsspezifischen Rahmenempfehlungen entsprechend.

In dem Rehabilitationskonzept für die mobile Rehabilitation ist auszuweisen, welches Personal die Rehabilitationseinrichtung für die mobile Rehabilitation einsetzt.

3.1.1 Ärztliche Aufgaben

Der leitende Arzt ist für die Umsetzung und kontinuierliche Überwachung des biopsychosozialen Rehabilitationskonzepts im Rahmen der Trägervorgaben bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. Dabei ist den Komponenten der Gesundheit nach der ICF einschließlich der Kontextfaktoren, d. h. den Gegebenheiten des gewohnten oder ständigen Wohnumfeldes, den darauf bezogenen Rehabilitationszielen sowie der langfristigen Rehabilitationsprognose und den nach der Rehabilitation ggf. einzuleitenden Maßnahmen Rechnung zu tragen.

Zu den ärztlichen Aufgaben gehören:

- Eingangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen (im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld des Patienten – nur aus wichtigem Grund kann hiervon abgewichen werden)

³ Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation (Frankfurt a.M. 2004), Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation (Frankfurt a.M., Mai 2004), Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation (Frankfurt a.M., September 2005), Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen (Frankfurt a.M., Dezember 2005), Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation (Frankfurt a.M., Dezember 2005), Rahmenempfehlungen zur ambulanten pneumologischen Rehabilitation (Frankfurt a.M., Juni 2008)

- Durchführung von zusätzlichen Hausbesuchen beim Rehabilitanden bei Bedarf (z. B. bei längerer Behandlungsdauer als 6 Wochen, bei die Rehabilitation betreffenden Komplikationen, vor Verlängerungsanträgen)
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik mit der Verpflichtung, eine Fehlallokation zu vermeiden und ggf. in Absprache mit dem Rehabilitationsträger rückgängig zu machen
- Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans gemeinsam mit dem Rehabilitationsteam
- Abstimmung des Rehabilitationsziels sowie des Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden, dem Rehabilitationsteam und ggf. mit den Angehörigen/Bezugspersonen
- Durchführung aller für die mobile Rehabilitation erforderlichen ärztlich therapeutischen Maßnahmen. Der Arzt ist zur Kooperation mit den Vertragsärzten verpflichtet. Deren Aufgaben bleiben unberührt. Sofern durch die Durchführung einer mobilen Rehabilitationsmaßnahme Absprachen und Koordinationstätigkeiten mit anderen Behandlern notwendig sind, obliegen diese dem Arzt.
- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln soweit sie für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme erforderlich ist. Im Übrigen verbleibt der Versicherte in der vertragsärztlichen Versorgung.
- Beratung der behandelnden Haus- und Fachärzte
- Koordination, Anpassung und Verlaufskontrolle der Therapiemaßnahmen
- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechungen (mind. 1 x pro Woche)
- Sicherstellung des täglichen Kommunikationsflusses mit dem und im Rehabilitationsteam
- Information und Beratung des Rehabilitanden unter Einbeziehung der Angehörigen/Bezugspersonen
- Erstellung von Verlängerungsanträgen
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung
- Empfehlungen für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Befundberichte der nicht-ärztlichen Therapeuten des Rehabilitationsteams
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten und den an der Nachsorge beteiligten Diensten sowie Selbsthilfegruppen
- Qualitätssicherung

3.2 Ausstattung

Die in der mobilen Rehabilitation eingesetzten transportablen Geräte müssen in geeigneter Ausführung vorhanden sein. Im Rehabilitationskonzept sind die für die einzelnen Therapien entsprechend verwendeten Untersuchungs-, Test- und Therapiemethoden einschließlich der hierfür erforderlichen technischen Ausstattung zu benennen. Zu der speziell für die mobile Rehabilitation geeigneten apparativen Ausstattung gehören z. B.

- transportable Therapieliegen,
- Bodenmatten,

- transportable Gehbarren,
- Laken, Tücher, Lagerungskissen, Polster, Decken und
- transportable Trainingsgeräte wie Therapiebänder, Hanteln, Bälle, Balancekissen.

3.3 Rehabilitationskonzept

Jeder Erbringer mobiler Rehabilitationsleistungen muss ein strukturiertes, ICF basiertes Rehabilitationskonzept erstellen, in dem dargelegt wird, für welche der unter Ziffer 2.2 genannten Schädigungsmuster die Leistung der mobilen Rehabilitation erbracht werden soll. Darüber hinaus ist die erforderliche rehabilitative Diagnostik und Behandlung darzulegen und zu beschreiben, wie die Festlegung sowie Durchführung der Therapieplanung und die Dokumentation erfolgt. Zudem sind die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtung, Angaben zu Behandlungsstandards sowie zum Einzugsgebiet darzulegen und Ausführungen zu den eingesetzten Qualitätssicherungsverfahren sowie zur Entwicklung einer auf die mobile Rehabilitation ausgerichteten Teamstruktur vorzunehmen.

Die Dokumentation umfasst folgende Inhalte:

- die Anamnese, Assessments, klinische Befunde und deren Interpretation,
- die definierten Rehabilitationsziele,
- den Rehabilitationsplan mit Angaben zu Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungsinhalte,
- die geleisteten Therapieeinheiten am Patienten,
- die gesonderten Anleitungen von Angehörigen/Bezugspersonen,
- die Bewertung des Rehabilitationserfolges,
- den Entlassungsbericht.

3.4 Qualitätssicherung

Mobile Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet an dem Qualitätssicherungsverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung teilzunehmen. Die Leistungsfälle der mobilen Rehabilitation werden jedoch zurzeit noch nicht in die externe vergleichende Qualitätssicherung der Rehabilitationseinrichtungen durch das QS-Reha®-Verfahren einbezogen.

Ambulante Rehabilitationseinrichtungen und somit auch mobile Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementverfahren durchzuführen. Die grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement für Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation sind in § 4b der Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement in der stationären und ambulanten Rehabilitation nach § 137d Absätze 1, 2 und 4 SGB V vom 01.06.2008 geregelt. Als Nachweis des internen Qualitätsmanagements führen die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen eine schriftliche Selbstbewertung durch oder ersetzen diese Verpflichtung

durch ein Qualitätsmanagement-Zertifikat. Der zwischen den Vertragspartnern der vorgenannten Vereinbarung abgestimmte Selbstbewertungsbogen ist u. a. auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes unter folgendem Link eingestellt:

https://www.gkvspitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation/rehabilitation_qualitaetsmanagement/rehabilitation_qualitaetsmanagement.jsp

3.5 Basisdokumentation

Zur Evaluation des Leistungsgeschehens und als valide Grundlage für eine fachliche Bewertung nach Abschluss der Anschubphase (auch mit Blick auf die ggf. erforderliche Anpassung von Versorgungsverträgen) wird es als notwendig und zweckmäßig angesehen, für die mobilen Rehabilitationsleistungen eine Basisdokumentation analog zur mobilen geriatrischen Rehabilitation (Anlage) zu erstellen. In den Versorgungsverträgen/Ergänzungsvereinbarungen mit den Rehabilitationseinrichtungen ist die Verpflichtung zur Basisdokumentation zu vereinbaren.

Die Basisdokumentation ist an das

**Kompetenz-Centrum Geriatrie
Hammerbrockstr. 5
20977 Hamburg**

zu senden

Die Sozialmedizinische Expertengruppe Leistungsbeurteilung/Teilhabe (SEG 1) wertet die Basisdokumentationen aus und legt dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene für jedes Kalenderjahr bis zum 31.03. des Folgejahres einen Auswertungsbericht vor.

4 Überprüfung der Eckpunkte

Die Überprüfung dieser Eckpunkte erfolgt spätestens bis zum 31.12.2021.

Anlage: Basisdokumentation (Strukturfragebogen, Fallbogen)