

Thema des Monats Dezember 2009/
Januar 2010

Geriatrische Rehabilitation



Impressum:

Inhalte und Gestaltung: Marlen Holnick

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V., Kaiserstraße 62, 55116 Mainz

E-Mail: rheinland-pfalz@vdk.de

Internet: www.vdk.de/rheinland-pfalz

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, November 2009

Die Inhalte wurden sorgfältig erarbeitet. Es kann jedoch keine Gewährleistung für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden.

Die in dieser Informationsmappe verwendeten männlichen Bezeichnungen dienen ausschließlich der besseren Lesbarkeit und gelten ausdrücklich für beide Geschlechter. Eine Diskriminierung weiblicher Personen wird damit nicht beabsichtigt.

Inhaltsverzeichnis

I.	Allgemeines.....	4
II.	Voraussetzungen für eine geriatrische Rehabilitation.....	4
III.	Geriatrische Patienten.....	4
IV.	Antrag.....	5
V.	Formen der geriatrischen Rehabilitation.....	6
VI.	Mobile geriatrische Rehabilitation.....	6
1.	Indikations- und Zuweisungskriterien.....	7
2.	Kontextbezogene Voraussetzungen.....	7
3.	Rehabilitationsdauer.....	7
VII.	Maßnahmen im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation.....	8
VIII.	Versorgung mit technischen Hilfsmitteln.....	9
IX.	Zuständigkeiten und Rechtsansprüche.....	10
X.	Qualitätssiegel „Geriatrische Rehabilitation in Rheinland-Pfalz“.....	11

I. Allgemeines

In § 31 SGB XI wird der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ konkretisiert. Rehabilitationsmaßnahmen können wichtige Bausteine sein, um ein selbstbestimmtes Leben auch im Alter zu führen. Zwar bedeutet Alter nicht zwangsläufig Krankheit. Mit den Lebensjahren steigt jedoch die Wahrscheinlichkeit zu erkranken und somit die Gefahr einer dauernden Behinderung und Abhängigkeit von fremder Hilfe.

Bei alters- und krankheitsbedingten Einschränkungen spielt die geriatrische Rehabilitation eine wichtige Rolle. Durch entsprechende Maßnahmen ist es für Ältere nach akuten Krankheiten oder bei chronischen Erkrankungen durchaus möglich, weiter zuhause zu leben oder nach einer solchen Erkrankung wieder schnell in die vertraute Umgebung zurück zu kehren und Alltagskompetenzen zurück zu gewinnen.

Die Geriatrie beschäftigt sich mit Krankheiten des alternden Menschen. Dies betrifft vor allem Probleme aus den Bereichen der Inneren Medizin, der Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie (Gerontopsychiatrie). Die Geriatrie hat das Ziel, den alten, aber vor allem den sehr alten Menschen zu einem besseren Leben zu verhelfen. Dabei ist der Geriater hauptsächlich dann gefordert, wenn Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) vorliegen, denen der einzelne Facharzt aufgrund vielfältiger Verflechtungen nicht gerecht werden kann. Die Geriatrie ist somit als eine fächerübergreifende Disziplin zu verstehen (Interdisziplinarität). Die geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen sind demnach auf die Mehrfacherkrankungen der Patienten besonders ausgerichtet.

II. Voraussetzungen für eine geriatrische Rehabilitation

Voraussetzungen für eine geriatrische Rehabilitation sind:

- der Patient erfüllt die Voraussetzungen eines geriatrischen Patienten (siehe Punkt III.)
- er ist rehabilitationsbedürftig
- er ist rehabilitationsfähig
- es liegt eine positive Rehabilitationsprognose vor
- das angegebene Rehabilitationsziel ist realistisch und alltagsrelevant.

Für eine geriatrische Rehabilitation muss das Potential vorhanden sein, eine Verbesserung zu erreichen. Die Rehabilitationsziele sind unter Berücksichtigung der individuellen Wohn- und Lebensbedingungen im Rahmen des Antragsverfahrens zu formulieren und entsprechend zu begründen.

III. Geriatrische Patienten

Für die Genehmigung einer geriatrischen Rehabilitation wird genau geprüft, ob es sich um einen geriatrischen Patienten handelt. Andernfalls kann eine Anschlussheilbehandlung oder eine medizinische Rehabilitation in Betracht kommen.

Nicht jeder ältere Mensch ist gleichzeitig ein geriatrischer Patient.

Von einem geriatrischen Patienten wird gesprochen, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre und älter) und
- geriatrietypische Multimorbidität (mindestens 2 behandlungsbedürftige Krankheiten).

Es muss eine drohende akute oder chronisch langsam fortschreitende Einschränkung der Selbsthilfefähigkeit bis hin zur Pflegebedürftigkeit - einschließlich der Gefahr des Anstieges einer vorhandenen Pflegebedürftigkeit - zu befürchten sein. Die (mindestens zwei) behandlungsbedürftigen Diagnosen müssen sich auf neu aufgetretene therapierbare alltagsrelevante Fähigkeitsstörungen in folgenden Bereichen beziehen: Essen und Trinken, persönliche Hygiene, Mobilität, Kommunikation, Gestaltung des Tagesablaufes und Beschäftigung sowie soziale Integration.

Bei der geriatrietypischen Multimorbidität handelt es sich um eine Kombination von Schädigungen und Fähigkeitsstörungen im Sinne eines geriatrischen Symptoms wie beispielsweise Immobilität, Sturzneigung und Schwindel, kognitive Defizite, Depressionen, Inkontinenz, starke Sehbehinderung oder ausgeprägte Schwerhörigkeit.

Aufgrund der Mehrfacherkrankung und damit einhergehender Komplikationen müssen die geriatrischen Patienten oft akutmedizinisch und gleichzeitig rehabilitativ behandelt werden.

Folgende Ereignisse können typischerweise eine geriatrische Rehabilitation erfordern: altersbedingte Gefäßerkrankungen aufgrund von Schlaganfällen oder Herzinfarkten, hüftgelenksnahe Frakturen, operative Versorgung mit Totalendoprothesen von Hüfte und Knie, Gliedmaßenamputationen bei arteriellen Verschlusskrankheiten oder diabetischen Gefäßleiden, Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie neurologische Erkrankungen.

Akute unklare Krankheitszustände, akute Infektionen, schwere Verwirrheitszustände oder ungesicherte Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sowie akute Lebensgefahr sind keine Indikationen für eine geriatrische Rehabilitation.

In der geriatrietypischen Befundkonstellation finden sich beim Patienten weitere Diagnosen, die aber zum Beispiel wie gut eingestellter Bluthochdruck, Diabetes mellitus oder Parkinson-Syndrom nicht zwangsläufig aktuell behandlungs- oder überwachungsbedürftig sind.

IV. Antrag

Die Antragstellung für eine geriatrische Rehabilitation kann sowohl über einen dafür qualifizierten Arzt als auch über das Krankenhaus, in dem der geriatrische Patient behandelt wird, erfolgen.

Der Antrag wird dann mit einer ärztlichen Begründung zur zuständigen Krankenkasse geschickt. In diesem Rahmen wird unter anderem auf Diagnosen, Nebendiagnosen, Funktionseinschränkungen, aktuelle Medikationen, Hilfsmittel und sonstige Besonderheiten eingegangen.

Der Patient hat ein Wahlrecht bezüglich der Rehabilitationseinrichtung, sofern diese zugelassen und zertifiziert ist. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, hat der Patient die Mehrkosten selbst zu tragen. Ansonsten

trägt der Patient lediglich die Kosten in Höhe von 10 Euro täglich. Diese Zuzahlungskosten gelten sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Rehabilitation und sind auf maximal 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt.

Bei der Antragstellung sollten die Patienten von dem betreuenden Arzt miteinbezogen werden. Hinsichtlich der Wahl der Klinik können nämlich Aspekte wie Alter, Geschlecht oder Religion mitberücksichtigt werden. Aus dem Antrag geht bereits hervor, für wie viele Wochen eine geriatrische Rehabilitation voraussichtlich erforderlich ist. Zudem schlägt der Arzt beziehungsweise das Krankenhaus die Versorgungsform vor, d.h. ob eine vollstationäre oder eine teilstationäre Reha-Maßnahme erfolgen soll.

V. Formen der geriatrischen Rehabilitation

Es gibt die geriatrische Rehabilitation in ambulanter und stationärer Form. Neben den medizinischen Voraussetzungen muss für eine ambulante Rehabilitation die erforderliche Mobilität bestehen. Die Einrichtung muss in einer zumutbaren Fahrtzeit erreichbar sein. Außerdem muss die häusliche und sonstige medizinische Versorgung während dieser Leistung sichergestellt sein. Andernfalls kommt eine stationäre Rehabilitation in Betracht. Insbesondere wenn pflegerische Betreuung und ständige ärztliche Überwachung notwendig sind, ist die stationäre Versorgungsform sinnvoll.

Stationäre Rehabilitationsleistungen dauern längstens drei Wochen und ambulante Rehabilitationsleistungen längstens 20 Behandlungstage.

Durch die ambulante geriatrische Rehabilitation soll die funktionelle Selbständigkeit in der gewünschten Umgebung erhalten sowie die Pflegebedürftigkeit vermieden beziehungsweise vermindert werden. Ziel ist sowohl bei der ambulanten als auch bei der stationären geriatrischen Rehabilitation die Wiedererlangung körperlicher, geistiger und seelischer Funktionen sowie die Ermöglichung alltagsrelevanter Aktivitäten und die Teilhabe. Durch geeignete Maßnahmen in Form von funktionellen Anpassungen sollen ältere Menschen trotz Erkrankungen und Einschränkungen eine größtmögliche Selbständigkeit erreichen beziehungsweise erhalten.

VI. Mobile geriatrische Rehabilitation

Bei der mobilen geriatrischen Rehabilitation handelt es sich um eine Sonderform der ambulanten geriatrischen Rehabilitation.

Sie kommt insbesondere für eine Gruppe rehabilitationsbedürftiger geriatrischer Patienten in Betracht, die mit den bestehenden ambulanten und stationären Rehabilitationsangeboten nicht angemessen zu versorgen sind. Zudem kann die mobile geriatrische Rehabilitation in den Fällen erforderlich sein, in denen die Rehabilitationsprognose nur in der gewohnten oder ständigen Wohnumgebung positiv einzuschätzen ist. Sie wird daher durch ein interdisziplinäres Team in der häuslichen Umgebung erbracht. Dies ist beispielsweise daher begründet, weil die geriatrischen Patienten unter kognitiven Einschränkungen leiden oder in besonderem Maße auf die Mitwirkung und Unterstützung der Angehörigen sowie die Bedingungen des gewohnten Wohnumfeldes angewiesen sind.

Grundlage ist ein individuell ausgerichteter Rehabilitationsplan basierend auf einem bio-psycho-sozialen Rehabilitationskonzept der Einrichtung. Behandlung, Beratung, Erprobung und die Integration im Alltag spielen zusammen. Es ist erforderlich, dass an diesem komplexen therapeutischen Ansatz Therapeuten unterschiedlicher Berufsgruppen mitwirken. Eine Heilmittelerbringung ist keine Rehabilitation in diesem Sinne. Personen- und umweltbezogene Faktoren werden umfassend ermittelt. Der Alltag mit seinen Anforderungen an die alltägliche praktische Lebensführung wird selbst zum Übungs- und Trainingsfeld. Die Behandlungen werden in den normalen Tagesablauf integriert, belastende Transporte und Behandlungen außer Haus entfallen. Hilfsmittel, das Wohnumfeld und die Assistenz der Angehörigen können optimal einbezogen und aufeinander abgestimmt werden. Der Rehabilitationsprozess kann dabei flexibel an das Leistungsvermögen und die Ressourcen des Patienten angepasst werden.

1. Indikations- und Zuweisungskriterien

Ebenso wie in der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation sind die typischen antragsrelevanten Hauptdiagnosen wie beispielsweise der Zustand nach einem Schlaganfall oder nach einer hüftgelenksnahen Fraktur anzugeben. Rehabilitationsziel ist auch hier die Verbesserung oder Erhaltung der Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen.

2. Kontextbezogene Voraussetzungen

Die mobile geriatrische Rehabilitation ist nur möglich, wenn die medizinischen Voraussetzungen gegeben sind und das Wohnumfeld hierfür geeignet ist. So müssen die Versorgung sowie die Grund- und Behandlungspflege aber auch die Unterstützung in Notfällen außerhalb der Therapiezeit sichergestellt sein. Die Bezugspersonen müssen bei der Therapie aktiv mitwirken und den Rehabilitationsprozess unterstützen. So sollten beispielsweise verordnete Hilfsmittel angewendet oder die Rehabilitanden in Gespräche im Rahmen des Alltagsgeschehens mit einbezogen werden. Eine mobile geriatrische Rehabilitation ist unter anderem ausgeschlossen bei nicht beeinflussbarer Fremd- oder Selbstgefährdung sowie fehlender oder nicht erreichbarer Motivation des Patienten bzw. fehlender Kooperation der Bezugspersonen.

3. Rehabilitationsdauer

Die individuell erforderliche Dichte und Dauer der Therapie richtet sich nach Art, Anzahl und Ausmaß der Schädigungen und den Beeinträchtigungen der Aktivitäten. Die Behandlung dauert in der Regel bis zu 20 Tagen, pro Behandlungstag sind durchschnittlich mindestens 2 Therapieeinheiten am Patienten zu leisten. Die Therapieeinheiten können durch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten, Klinische Psychologen/Neuropsychologen, Ernährungsberater und andere Berufsgruppen wie Sozialdienste erbracht werden. Die Einrichtung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation muss gewährleisten, dass die individuell notwendige Therapieintensität organisatorisch sichergestellt wird. Der leitende Arzt sollte nach Möglichkeit über geriatrisch-internistische Erfahrungen ver-

fügen. Er ist für die Umsetzung und kontinuierliche Überwachung des individuell ausgestalteten bio-psycho-sozialen Rehabilitationskonzeptes verantwortlich und entscheidet demnach über die Rehabilitationsdauer.

Nach Beendigung der mobilen geriatrischen Rehabilitation müssen der behandelnde Arzt und der zuständige Rehabilitationsträger einen Entlassungsbericht mit Angaben über den Verlauf, Ergebnissen der Diagnostik, Einschätzung bezüglich der Wiedereingliederung sowie Angaben zur Überleitung in andere Versorgungsstrukturen erhalten.

VII. Maßnahmen im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation

Zunächst werden die Probleme und Ressourcen des geriatrischen Patienten ermittelt. Darauf aufbauend wird unter Einbeziehung des Rehabilitanden und dessen Angehörigen/Bezugspersonen ein umfassender Rehabilitationsplan entwickelt.

Die Besonderheit der geriatrischen Rehabilitation liegt in der umfassenden Versorgung der Patienten. Mehrere Bereiche wie Sprache und Bewegung werden behandelt. Komplexe Behandlungs- und Rehabilitationsangebote werden auf die Situation der alten und in besonderem Maße hilfebedürftigen Menschen abgestimmt. Die soziale Aktivierung in Kleingruppen spielt eine besondere Rolle. Das Rehabilitationsteam arbeitet interdisziplinär: Ärzte, Krankenschwestern, Physio-, Psycho- und Ergotherapeuten, Sozialarbeiter sowie Ernährungsberater können beteiligt sein.

Die Multimorbidität des geriatrischen Rehabilitanden führt in aller Regel zur Vielfachmedikation. Eine wesentliche Aufgabe während der Rehabilitation ist es daher, die **Medikation** des Patienten kontinuierlich zu überprüfen und unter Umständen anzupassen. Zudem muss die regelmäßige Einnahme der Arzneimittel im Rahmen der Tagesstrukturierung trainiert und angeleitet werden.

Schwerpunkte der **physikalischen Therapie** sind die Rückgewinnung, Verbesserung und Erhaltung körperlicher Funktionen einschließlich der Schmerz-beseitigung. Die Thermotherapie (Wärme-, Kältetherapie), die Elektrotherapie, die Lymphdrainage sowie Narbenbehandlungen sind beispielhafte Verfahren.

Die **Ergotherapie** wird bei der geriatrischen Rehabilitation immer den alltagsrelevanten Aktivitäten angepasst, beispielsweise Wasch- und Anziehtraining. Neben der Verbesserung der Sensomotorik und dem Umgang mit Hilfsmitteln sollen auch alltagsrelevante Störungen der Kognition bzw. neuropsychologische Störungen durch ein entsprechendes Training vermindert werden.

Im Rahmen der **Sprech-, Stimm- und Sprachtherapie** erfolgt die Wiederherstellung, Besserung und der Erhalt der Kommunikationsfähigkeit. Hiervon umfasst sind ebenso das Training mit Kommunikationshilfen, das Erlernen nonverbaler Kommunikation und die Anwendung von Ersatzstrategien. Insbesondere bei der Gefahr des Verschluckens können Therapien im Gesichts-, Mund- und Schlundbereich wie beispielsweise das Schlucktraining sinnvoll sein.

Zu den Aufgaben der **geriatrisch-rehabilitativen Pflege** gehört es, die Patienten in ihren Alltagsverrichtungen wie beispielsweise beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege, dem Toilettengang oder der Nahrungsaufnahme zu unterstützen. Durch die rehabilitative Pflege soll auch der Bedarf an Grundpflege verringert werden. Zusätzliche Aspekte, die bei der Pflege älterer Menschen zu beachten sind, sind beispielsweise die Gefahr von Druckgeschwüren, Inkontinenz oder Flüssigkeitsmangel.

Untersuchungen und Behandlungen psychischer und neuropsychologischer Störungen, die für die Rehabilitation bedeutsam sind, erfolgen durch **klinische Psychologen/Neuropsychologen**. Diese Untersuchung liefert ein Profil des kognitiven Leistungsvermögens im Bereich Intelligenz, Gedächtnis, Konzentration, Raumverarbeitung und Planungsvermögen. Hierbei erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit den Ergotherapeuten. Demenzen und Depressionen sind die häufigsten anhaltenden psychiatrischen Erkrankungen im höheren Lebensalter. Behandlungen können als Einzelbehandlungen, themenkonzentrierte Gesprächsgruppen, Vermittlung von Entspannungstechniken oder psychotherapeutische Behandlungen sein.

Im Rahmen der **Sozialarbeit** werden die Rehabilitanden und ihre Angehörigen beraten sowie hinsichtlich der Krankheitsbewältigung unterstützt. Dies kann sich beispielsweise auf eine Beratung hinsichtlich personeller, materieller oder finanzieller Sozialleistungen beziehen. Zudem können Sozialarbeiter/Sozialpädagogen über mögliche Versorgungsformen nach der Entlassung und ihre Organisation beraten.

Die **Ernährungsberatung** erstreckt sich auf eine Erfassung des Ernährungszustandes sowie auf Informationsweitergabe über Ernährungsfragen. Insbesondere bei Fehl- und Mangelernährungen oder bei Schluckstörungen können individuelle Maßnahmen wie etwa die Umstellung auf Sonderkostformen ergriffen werden.

VIII. Versorgung mit technischen Hilfsmitteln

Technische Hilfen sollen ausgefallene oder beeinträchtigte Körperfunktionen ganz oder teilweise ausgleichen. Damit soll die Teilnahme an der rehabilitativen Behandlung ermöglicht und der Rehabilitationserfolg gesichert werden. In Frage kommen

- Hilfsmittel zur Verständigung mit der Umwelt (z.B. Telefone mit Blindentastatur)
- Hilfsmittel im Haushalt (z.B. Handgriffe für Amaturen)
- Alltagshilfen (z.B. Toilettenaufsatz)
- Mobilitätshilfen (wie Rollstühle oder Treppenlifte)
- Körperersatzstücke (wie Prothesen) und
- Hilfen zur Orientierung.

Auch orthopädische Hilfsmittel sollen noch vorhandene, aber fehlgebildete Körperteile in ihre natürliche Lage bringen, sie in ihrer Funktion stützen oder unterstützen.

IX. Zuständigkeiten und Rechtsansprüche

Kostenträger ist die Krankenversicherung. Ein Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) prüft, ob die Voraussetzungen für eine geriatrische Rehabilitation erfüllt sind.

Es war lange Zeit umstritten, ob Rehabilitationsleistungen im Ermessen der Krankenkassen stehen. Infolge der Gesundheitsreform im 1. April 2007 ist die Rechtslage jedoch eindeutig dahin gehend, dass die Rehabilitation, einschließlich der geriatrischen Rehabilitation, gemäß § 40 SGB V als Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankert ist. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz im Rahmen der Pflegereform vom 1. Juli 2008 hat unter anderem zum Ziel, die Rehabilitation in der Pflege zu stärken. Werden Rehabilitationsleistungen nicht rechtzeitig – d.h. innerhalb von 6 Monaten nach Antragstellung – erbracht, müssen Krankenkassen den Pflegekassen gem. § 40 Abs. 3 Satz 6 SGB V einen Ausgleichsbetrag zahlen.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit einhergehenden steigenden Anzahl der Menschen über 80 Jahre ist es erforderlich, ein integratives und nachhaltiges Versorgungskonzept für ältere Menschen zu entwickeln. Sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Rehabilitation muss eine einheitliche Betrachtung und Vernetzung unter Einbeziehung der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, der geriatrischen stationären Versorgung und der Palliativmedizin (Schmerztherapie) erfolgen. Insbesondere bei älteren Menschen sind qualifizierte Rehabilitationsmaßnahmen wichtig, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit diese zu überwinden oder zu mindern.

Leider kommt es nicht selten vor, dass älteren Menschen trotz eindeutiger Indikation die notwendige Rehabilitation abgelehnt wird. Mitunter werden die Patienten mit Zahlungen in Höhe von mehreren hundert Euro konfrontiert, wenn sie auf Leistungen der geriatrischen Rehabilitation bestehen. Im Falle einer Ablehnung werden sie oft an eine so genannte fachspezifische Rehabilitationsklinik mit niedrigeren Tagespflegesätzen – wie beispielsweise eine orthopädische Rehabilitation – verwiesen. Diese sind in vielen Fällen sehr weit vom Wohnort entfernt. Die geriatrischen Rehabilitationskliniken können nicht mehr wirtschaftlich arbeiten, wenn sie nicht ausgelastet sind. Dadurch entsteht die Gefahr, dass es die geriatrischen Rehabilitationskliniken zukünftig gar nicht mehr geben wird. Allerdings kann am besten im Rahmen einer geriatrischen Rehabilitation auf die altersspezifischen Probleme mit entsprechenden ganzheitlichen Therapieansätzen eingegangen werden. Zudem können die Kosten für eine Rehabilitation weitaus geringer als für Pflegeleistungen sein.

Patienten und deren Angehörige sollten auf die Durchführung von ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen in einer speziellen wohnortnahen Rehabilitationsklinik mit dem Schwerpunkt Geriatrie bestehen. Im Fall einer Ablehnung seitens der Krankenkasse sollte gegebenenfalls Widerspruch eingelegt werden.

X. Qualitätssiegel „Geriatrische Rehabilitation in Rheinland-Pfalz“

Rehabilitationseinrichtungen, Rehabilitationsträger und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz sind verpflichtet, eine angemessene und wirtschaftliche geriatrische Rehabilitation zu schaffen. Durch systematisches Planen, Durchführen, Messen und Verbessern soll eine gute Ergebnisqualität für die geriatrischen Patienten erzielt werden. Qualitätsmanagementsysteme und entsprechende Qualitätssicherungsverfahren wirken hierbei unterstützend. Das Siegel „Qualitätssiegel Geriatrische Rehabilitation“ ist für die Außenwirkung einer Einrichtung entscheidend. Es wird denjenigen Einrichtungen verliehen, die nachweisen, dass sie die erforderlichen Grundsätze verwirklichen.

Die Mindestanforderungen umfassen vier Bereiche:

- Struktur (u. a. räumliche & personelle Ausstattung)
- Prozess (u. a. Standards für die Aufnahme, die Betreuung einschließlich diagnostischer sowie therapeutischer Maßnahmen & die Entlassung)
- Ergebnis (Dokumentation)
- Qualitätsmanagementsystem (Therapiekonzepte, Organigramm, Leitbild, Kommunikation, Messung, Analyse & Verbesserung, Verpflichtung der Leitung).

Das Prüfverfahren besteht aus einer Dokumentenprüfung, einer Überprüfung vor Ort in Form von Gesprächen sowie Einsichten in Dokumente und Aufzeichnungen. Bei Nichterfüllen der Anforderungen gibt das Prüfungsteam Verbesserungshinweise bzw. formuliert entsprechende Maßnahmen. Es wird schließlich ein Abschlussbericht erstellt sowie eine Empfehlung ausgesprochen, ob das Qualitätssiegel erteilt wird. Das Qualitätssiegel ist Ausdruck der Selbstverpflichtung zur Qualität.