

SOZIALVERBAND

**VdK**

RHEINLAND-PFALZ



**Oktober 2019**

**Die geriatrische Rehabilitation**

## **Impressum**

Inhalte: Moritz Ehl

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

E-Mail: [rheinland-pfalz@vdk.de](mailto:rheinland-pfalz@vdk.de)

Internet: [www.vdk.de/rheinland-pfalz](http://www.vdk.de/rheinland-pfalz)

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, September 2019

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

# Inhalt

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Besonderheiten der geriatrischen Rehabilitation</b> .....	<b>4</b>
<b>3. Voraussetzungen</b> .....	<b>5</b>
3.1 Geriatrisches Krankheitsbild.....	5
3.2 Reha-Bedarf .....	6
3.3 Reha-Fähigkeit .....	6
3.4 Positive Reha-Prognose.....	6
<b>4. Ablauf</b> .....	<b>6</b>
4.1 Antragstellung .....	6
4.2 Formen.....	7
4.3 Verlauf der Behandlung.....	7
4.4 Zuzahlung.....	9
<b>5. Qualitätssiegel</b> .....	<b>9</b>
5.1 Qualitätssiegel Geriatrische Rehabilitation des MDK .....	9
5.2 Qualitätssiegel Geriatrie des Bundesverbands Geriatrie .....	10
<b>6. Geplante Änderungen</b> .....	<b>10</b>

## 1. Einleitung

„Eine Reha in dem Alter? Lohnt sich das denn noch?“ – So oder so ähnlich denken wahrscheinlich viele, wenn sie von der geriatrischen Reha hören.

Mit dem Begriff Rehabilitation verbindet man meistens jüngere Patientinnen und Patienten, die nach einer Erkrankung, einer Operation oder einem Unfall wieder fit für das Berufsleben gemacht werden sollen. Aber warum sollten Hochbetagte noch eine Rehabilitation absolvieren?

Das wichtigste Argument für die geriatrische Rehabilitation ist, dass mit dem Alter nicht nur das Krankheitsrisiko steigt – auch die Heilung geht nicht mehr so einfach vonstatten. Bei den meisten älteren Menschen ergeben mehrere Erkrankungen und Alterserscheinungen ein kompliziertes Netz von Diagnosen. Und die Zahl älterer Menschen steigt, während gleichzeitig die Verweildauer in den Krankenhäusern abnimmt. Wie sollen diese Patientinnen und Patienten sich an die neue Situation anpassen?

Eine geriatrische Reha kommt dann gerade nach einem einschneidenden Ereignis infrage, wie zum Beispiel nach einem Schlaganfall (zur Behandlung der Gefäßerkrankungen), bei einer Hüftgelenksfraktur, nach operativer Versorgung, Prothetik oder Amputationen (z.B. aufgrund Diabetes oder Arthrose) oder bei einer neurologischen Erkrankung.

Dabei handelt es sich nicht nur um eine Nachsorge nach dem Krankenhausaufenthalt, sondern um ein ganzheitliches Programm, mit dem die Rehabilitanden Selbständigkeit im Alltag wiedererlangen können. Ziel ist es, Alltagsfunktionen der älteren Menschen zu verbessern und ihre Lebensqualität zu steigern, auch wenn häufig keine vollständige Genesung (mehr) möglich ist.

Bei Jüngeren mit einer Erkrankung lautet der Grundsatz „Reha vor Rente“. Sie sollen lieber durch eine Rehabilitation wieder fit werden, statt in die Erwerbsminderungsrente abgeschoben zu werden. Ebenso formuliert der Paragraf 31 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) den Grundsatz „Reha vor Pflege“ – die älteren Menschen sollen mit der Unterstützung durch Reha-Maßnahmen ein möglichst selbstbestimmtes Leben im Alter führen, statt auf die Pflege Dritter angewiesen zu sein.

Ziel ist es, möglichst lange in den eigenen vier Wänden bleiben zu können beziehungsweise nach einer Erkrankung wieder dorthin zurückzukehren. Auch sollen Alltagskompetenzen zurückgewonnen und die körperliche und geistige Beweglichkeit möglichst erhalten werden.

Um diesem Leitbild gerecht zu werden, wird auch im Rahmen jeder Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) das Reha-Potential ermittelt. Bei der Einstufung der Pflegekasse wird dann entsprechend eine Rehabilitationsempfehlung gegeben, um dem Prinzip „Reha vor Pflege“ zu entsprechen.

## 2. Besonderheiten der geriatrischen Rehabilitation

Die „normale“ Reha arbeitet indikationsbezogen, das heißt, es werden nur konkrete Diagnosen berücksichtigt. Wer beispielsweise ein psychisches Leiden hat, wird auch nur in diesem Bereich behandelt. Dagegen geht die geriatrische Reha grundsätzlich funktional vor, es steht weniger die Heilung der Erkrankungen im Vordergrund, sondern vielmehr die Alltagsbewältigung der Rehabilitanden.

Bei älteren Menschen bestehen sehr häufig Mehrfacherkrankungen, die sogenannte Multimorbidität. Symptome sind miteinander verflochten und lassen sich gar nicht eindeutig einer Einzelerkrankung zuschreiben. Dazu kommen verringerte Anpassungsfähigkeit und die große Schwankungsbreite der Alterserscheinungen. Unterschiedliche Fachgebiete müssen dabei zusammenarbeiten, zum Beispiel die Innere Medizin, die Orthopädie, die Neurologie, die Psychiatrie oder die Urologie. Ein ausgebildeter Geriater bzw. eine Fachärztin für Geriatrie kann durch die interdisziplinäre Herangehensweise den Menschen als Ganzes in den Blick nehmen. Dazu kommt gegebenenfalls auch psychiatrische Unterstützung durch die Gerontopsychiatrie. Zur interdisziplinären Herangehensweise trägt auch die Miteinbeziehung weiterer Fachleute bei, beispielsweise aus der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie, Ernährungsberatung oder Sozialarbeit.

Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten beträgt in der geriatrischen Reha 80 Jahre. Sie weisen neben der auslösenden Erkrankung durchschnittlich fünf weitere behandlungsbedürftige Diagnosen auf. Ein besonderes Handlungsfeld in der Rehaeinrichtung ist der Aufbau von Mobilität, da Stürze eine häufige und komplikationsreiche Alterserscheinung darstellen. Gerade durch Bettlägerigkeit setzt ein schneller Abbau der Muskulatur ein, pro Tag im Bett geht bis zu fünf Prozent Muskelmasse verloren!

Dazu kommt, dass ältere Rehabilitanden oft eine unzureichende soziale Unterstützung haben. 60 Prozent von ihnen leben allein. Bei vielen anderen sind die Lebenspartner aber auch überfordert, beispielsweise bei Demenzerkrankungen oder wenn sie selbst bereits hochbetagt sind.

### **3. Voraussetzungen**

#### **3.1 Geriatrisches Krankheitsbild**

Die erste der vier Voraussetzungen für die geriatrische Reha ist, dass überhaupt ein geriatrisches Krankheitsbild vorliegt.

Dazu muss ein höheres Lebensalter erreicht sein, in der Regel mindestens 70 Jahre, wobei das Alter allein aber nicht entscheidend ist. Außerdem müssen mindestens zwei behandlungsbedürftige Krankheiten zusammentreffen (geriatrische Multimorbidität). Dadurch ergibt sich eine Kombination von Funktionsstörungen, wie beispielsweise Unbeweglichkeit, Sturzneigung, Schwindel, kognitive Defizite, Demenz, Depressionen, Inkontinenz, Sehbehinderung, Schwerhörigkeit, Fehlernährung oder chronische Schmerzen. Man spricht von den typischen Funktionsstörungen im Alter als den „vier geriatrischen I“: intellektueller Abbau, Immobilität, Instabilität und Inkontinenz.

Zudem liegt bei einem geriatrischen Krankheitsbild eine eingeschränkte Selbständigkeit vor, bis hin zur Pflegebedürftigkeit, und ein vergleichsweise hohes Risiko von Komplikationen wie zum Beispiel Thrombosen, Infektionen oder verlangsamter Heilung. Oft ist daher eine Kombination aus akutmedizinischer und rehabilitativer Behandlung erforderlich, zumal Symptome aufgrund der Multimorbidität nicht mehr klar einer Ursache zugeordnet werden können.

Akute Erkrankungen wie eine Infektion müssen zunächst therapiert werden, bevor an eine Rehabilitation gedacht werden kann.

Dagegen genügen unklare Krankheitszustände wie Verwirrtheit oder ungesicherte Nahrungszufuhr nicht als Indikation für eine geriatrische Reha. Außerdem werden

solche Diagnosen nicht in Betracht gezogen, die aktuell nicht behandlungsbedürftig sind, wie beispielsweise ein medikamentös gut eingestellter Bluthochdruck oder Diabetes mellitus.

### **3.2 Reha-Bedarf**

Eine weitere Voraussetzung ist ein tatsächlicher Reha-Bedarf. Es muss eine Gefahr der Pflegebedürftigkeit bestehen, oder eine Gefahr der Verschlimmerung einer bereits vorhandenen Pflegebedürftigkeit. Das kann durch drohende Einschränkung der Selbsthilfefähigkeit oder Selbstversorgung, durch Einschränkung der Mobilität oder durch ein Defizit in der Kommunikation begründet sein.

### **3.3 Reha-Fähigkeit**

Eine geriatrische Reha kann zudem nur durchgeführt werden, wenn die Patientin oder der Patient dazu in der Lage ist. So muss Reisefähigkeit und die Stabilität der vitalen Parameter vorliegen. Die älteren Menschen brauchen die nötige physische und psychische Belastbarkeit, um ein strukturiertes Reha-Programm mit ausgeplanten Tagen durchzuhalten. Zudem ist es notwendig, den passenden Zeitpunkt für die Reha zu finden. So muss man nach einer Operation zunächst ausreichend Zeit zum Ausheilen der OP-Wunde geben.

Außerdem ist die Zustimmung der Patientin oder des Patienten erforderlich.

### **3.4 Positive Reha-Prognose**

Schließlich muss ein hinreichendes Potential bestehen, dass die bestehenden Defizite durch eine Reha verbessert werden können. Es muss also ein realistisches und für den Alltag des älteren Menschen relevantes Rehabilitationsziel vorliegen, dessen Erfüllung zumindest wahrscheinlich ist. Daher sind die konkreten Ziele bereits im Reha-Antrag unter Berücksichtigung der individuellen Wohn- und Lebensbedingungen zu formulieren.

## **4. Ablauf**

### **4.1 Antragstellung**

Zuständig ist die Krankenversicherung, wobei die geriatrische Reha bei Erfüllung aller Voraussetzungen eine Pflichtleistung darstellt. Die Überprüfung der Voraussetzungen erfolgt über Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK).

Eine Verordnung nimmt in der Regel eine speziell qualifizierte Ärztin oder Arzt vor, oder das behandelnde Krankenhaus über den Sozialdienst. Hausärztinnen und Hausärzte können eine Verordnung nur mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation vornehmen.

Im Antrag sind die Reha-Ziele und die erforderliche Zeitdauer bereits zu beschreiben und ärztlich zu begründen. Dazu sollte die medizinisch sinnvollste Versorgungsform (vollstationär, teilstationär oder mobil) vorgeschlagen werden. Die erforderlichen Angaben umfassen daneben aktuelle Diagnosen und Nebendiagnosen, Funktionseinschränkungen und ihre Auswirkungen, die aktuelle Medikation, Hilfsmittel und weitere Besonderheiten.

Wie alle Rehabilitanden haben auch Patientinnen und Patienten der geriatrischen Reha ein Wahlrecht zwischen den zugelassenen und zertifizierten Reha-Einrichtungen. Wenn die Wunschklinik teurer als die Vertragseinrichtungen der Krankenkasse ist, müssen die Mehrkosten aber unter Umständen selbst getragen werden. Man sollte in jedem Fall auf eine möglichst wohnortnahe Versorgung in einer möglichst passend spezialisierten Einrichtung bestehen.

Bei Ablehnung des Antrags können die üblichen Rechtsmittel angewandt werden. Innerhalb eines Monats kann Widerspruch gegen den Bescheid eingelegt werden. Sollte dem Widerspruch nicht abgeholfen werden, ist eine Klage vor dem Sozialgericht möglich.

## 4.2 Formen

**Stationäre** Maßnahmen werden vor allem durchgeführt, wenn Patienten ärztliche Überwachung oder professionelle Pflege benötigen, wenn sie funktionelle Einschränkungen aufweisen oder wenn es notwendig ist, sie aus dem gewohnten sozialen Umfeld für die Dauer der Reha herauszulösen. Sie werden dabei Vollzeit in einer Einrichtung aufgenommen.

Eine Sonderform bildet dabei die Tandem-Station. Hier wird neben einem demenzerkrankten Rehabilitanden auch der pflegende Angehörige aufgenommen, um die notwendigen Hilfen und Informationen für die Pflege eines dementiell erkrankten Angehörigen zu vermitteln. Die Angehörigen werden zudem, soweit möglich, in die Therapie miteingebunden.

Dagegen ist eine **teilstationäre** Durchführung nur möglich, wenn eine entsprechende Mobilität gegeben und eine passende Reha-Einrichtung erreichbar ist. In dieser Form besuchen die Rehabilitanden die Reha-Einrichtung nur für die Anwendungen. Die Abende und die Wochenenden verbringen sie zu Hause, deshalb muss für eine teilstationäre Durchführung auch die häusliche Versorgung sichergestellt sein.

Eine dritte Form ist die **mobile** geriatrische Rehabilitation. Dabei werden die Rehabilitanden in der eigenen Wohnung durch das Reha-Team versorgt, häufig um eine Verschlechterung des Zustands durch einen Klinikaufenthalt in fremder Umgebung zu vermeiden, beispielsweise bei einer Demenz-Erkrankung. Auf diese Weise ist auch Unterstützung durch Angehörige möglich, und die Rückkehr in das häusliche Umfeld nach einem Krankenhausaufenthalt wird erleichtert. Auch bei fehlender Reisefähigkeit bietet sich dieses Modell an.

Durch die mobile Reha wird oft ein nachhaltiger Behandlungserfolg bei stark gefährdeten Patientinnen und Patienten erzielt, da die Behandlung bereits auf ihr häusliches Umfeld angepasst ist. Dadurch ergibt sich eine lebensnahe Versorgung mit Alltagsbezug. Zudem kann abgeschätzt werden, ob der Wohnraum angepasst werden sollte. Eine mobile geriatrische Reha ist dagegen bei Verwahrlosung, Selbstgefährdung oder bei Vorliegen von Abhängigkeitserkrankungen nicht möglich.

## 4.3 Verlauf der Behandlung

Wichtigstes Instrument der geriatrischen Rehabilitation ist das „geriatrische Assessment“. Dabei handelt es sich um eine standardisierte geriatrische Beurteilung, die oft schon bei Antragstellung, zum Reha-Beginn, vor der Entlassung und gegebenenfalls auch zwischendurch stattfindet. Es werden zum Beispiel Beweglichkeit, Gleichgewichtssinn, Merkfähigkeit und Sprachvermögen getestet. So können nicht nur

die festgestellten Probleme gezielt trainiert werden, sondern durch die Wiederholung der Tests findet auch eine Kontrolle von Reha-Verlauf und -Erfolg statt.

Die Höchstdauer einer stationären Reha beträgt bislang drei Wochen, in der ambulanten Form sind es zwanzig Tage. Mit Zustimmung der Krankenkasse kann eine Reha auch jeweils verlängert werden, wenn dies medizinisch notwendig ist.

Es finden in der Regel zwei bis vier Therapien am Tag statt, die teilweise nur 15 oder 30 Minuten lang sind, um die Rehabilitanden nicht überzustrapazieren. Dazu kommt oft noch die weiter geführte Akutbehandlung.

Mögliche Anwendungen sind:

- Physikalische Therapien zur Wiedererlangung der Beweglichkeit, Schmerzbeseitigung, Verbesserung körperlicher Funktionen, z.B. durch Physiotherapie, Massage, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lymphdrainage
- Ergotherapie, hier häufig auf alltagsspezifische Notwendigkeiten angepasst, z.B. Anziehtraining, Verbesserung der Sensomotorik, Umgang mit Hilfsmitteln
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapien zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit, aber ggf. auch Schlucktraining
- Psychologisch-neurologische Untersuchungen, um das kognitive Leistungsvermögen zu überprüfen, Hinweise zur Ergotherapie geben, oder zur Demenzfrüherkennung
- Psychotherapeutische Behandlungen, auch in themenbezogenen Gesprächsgruppen, oder zur Vermittlung von Entspannungstechniken
- Ernährungsberatung, insbesondere zur Vermittlung von Informationen bei bestehender Fehl- oder Mangelernährung, bei Krankheiten wie Diabetes, bei Schluckstörungen oder zur Umstellung auf Sonderkostformen
- Hilfsmittelversorgung zum Ausgleich beeinträchtigter Körperfunktionen, etwa durch Hilfsmitteltraining oder Unterstützung bei der Beantragung von Hilfsmitteln; unter anderem zur Kommunikation (Telefon mit Blindentastatur), im Haushalt (Handgriffe, Toilettenaufsatz), der Mobilität (Rollstuhltraining) oder Körperersatzstücke (Prothesenanpassung)

Während der gesamten Maßnahme sollen Rehabilitanden und Angehörige durch Sozialarbeit bei der Bewältigung der Folgen der Erkrankung unterstützt werden. Vor allem sollen Angehörige in Entscheidungsprozesse und Therapieverlauf einbezogen sein, um für die Zeit nach der Reha den Umgang mit den Beschwerden des Patienten zu erlernen.

Aufgrund der Multimorbidität nehmen die Rehabilitanden häufig eine Vielzahl von Medikamenten. Aufgabe der geriatrischen Reha ist daher auch, die Medikation der Patientinnen und Patienten zu überprüfen und anzupassen, sowie die regelmäßige Einnahme im Rahmen der Tagesstrukturierung zu trainieren, sodass Rehabilitanden optimal für die Zeit nach der Reha eingestellt sind.

Eine kritische Phase ist auch die Entlassungsplanung, weil für die Rehabilitanden ein soziales Netz gewährleistet sein muss, welches die Versorgung zu Hause gewährleistet. Insbesondere nach einer Operation oder einem Schlaganfall ist die Alltagsfähigkeit in der Regel trotz erfolgreicher Rehabilitation noch eine Weile eingeschränkt. Bei der Entlassungsplanung muss also die medizinische, pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung während der weiteren Genesung betrachtet werden. Der Versorgungsbedarf muss genau festgestellt und dokumentiert sein. Die Reha-Einrichtungen bieten Hilfe bei der Beantragung von Leistungen der Kranken- oder Pflegekasse oder stellen Kontakte zu Selbsthilfegruppen her.



Außerdem dürfen sie für sieben Tage nach der Entlassung Medikamente, Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege und ambulante Betreuung durch Psychotherapie verordnen. Somit soll eine lückenlose Versorgung gesichert werden.

#### **4.4 Zuzahlung**

Durch die Versicherten muss wie üblich eine Zuzahlung geleistet werden. Diese beträgt für alle Reha-Maßnahmen zehn Euro am Tag. Eine Unterscheidung zwischen stationären und ambulanten Maßnahmen wird dabei nicht vorgenommen.

Allerdings ist die maximale Zuzahlungsdauer bei Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Bei stationärer Rehabilitation liegt die Grenze bei sechs Wochen im Kalenderjahr. Wenn eine ambulante Reha aus medizinischen Gründen länger als 42 Tage dauert, ist nur für höchstens 28 Tage eine Zuzahlung zu leisten. Außerdem werden bereits geleistete Zuzahlungen für einen Krankenhausaufenthalt angerechnet.

Zudem gibt es im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eine Belastungsgrenze. Insgesamt dürfen die Zuzahlungen zwei Prozent des Bruttoeinkommens nicht überschreiten, bei chronisch Kranken ein Prozent. Geht die Belastung über diese Grenze hinaus, kann bei der Krankenkasse eine Befreiung von der Zuzahlung beantragt werden.

### **5. Qualitätssiegel**

Gesetzlich besteht eine Verpflichtung, dass die geriatrische Rehabilitation wie alle Maßnahmen der Krankenversicherung angemessen und wirtschaftlich sein soll.

Dazu werden Verfahren des Qualitätsmanagements eingesetzt, um diese Angemessenheit zu erreichen und für die Versicherten gute Ergebnisse sicherzustellen. Durch die Zertifizierung mit dem „Qualitätssiegel Geriatrische Rehabilitation“ des MDK Rheinland-Pfalz lassen sich diese Prozesse auch nach außen hin darstellen. Auch der Bundesverband Geriatrie zertifiziert Einrichtungen mit dem „Qualitätssiegel Geriatrie“.

#### **5.1 Qualitätssiegel Geriatrische Rehabilitation des MDK**

Eine Besonderheit dieses Zertifikats ist, dass die Qualitätsvorgaben zwischen den Reha-Einrichtungen, den Krankenkassen und dem MDK gemeinsam abgestimmt werden. Daher handelt es sich zugleich auch um eine Art Selbstverpflichtung.

Unter den Mindestanforderungen finden sich regelmäßige Patientenbefragungen, die Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems, Vorgaben zu räumlicher und personeller Ausstattung oder ein definierter Ablauf der Reha-Planung.

Die Einhaltung dieser Vorgaben wird durch ein Team überprüft, dem Vertreter der Kassen, der Einrichtungen und des MDK angehören. Neben der Prüfung von Dokumenten und Aufzeichnungen werden auch Gespräche mit Führungskräften und Mitarbeitenden geführt sowie die jeweilige Einrichtung besichtigt. Bei der Vergabe der Qualitätssiegel (immer für drei Jahre) werden jeweils auch konkrete Maßnahmen zur weiteren Verbesserung vereinbart.

In Rheinland-Pfalz tragen laut Auskunft des MDK aktuell sechs Einrichtungen das Siegel für geriatrische Rehabilitation. Es sind die geriatrischen Kliniken in Baumholder, Bad Bergzabern, Burgbrohl, Bad Münster am Stein-Ebernburg sowie die Reha-

Abteilung am Marienkrankenhaus Nassau und die Geriatrische Reha-Klinik St. Irminen in Trier.

## **5.2 Qualitätssiegel Geriatrie des Bundesverbands Geriatrie**

Der Bundesverband Geriatrie ist eine Vereinigung von Leistungserbringern, wobei neben der politischen Vertretung auch die Sicherung der Versorgungsqualität eine wichtige Aufgabe ist.

Dieser Zertifizierungsprozess richtet sich nicht nur an Rehabilitations-Einrichtungen, sondern auch an Kliniken im akut-medizinischen Bereich. Das Prüfverfahren läuft ähnlich ab wie beim MDK-Siegel, wobei hier verschiedene Zertifizierungsfirmen beauftragt werden können, die einen festgelegten Prozess durchführen.

In Rheinland-Pfalz tragen derzeit insgesamt fünf Einrichtungen dieses Siegel. Im Reha-Bereich sind es die Klinik in Bad Kreuznach und ebenfalls St. Irminen in Trier, dazu kommen die Akuteinrichtungen in Alzey, Montabaur sowie am St. Marien und St. Anna-Stift Ludwigshafen.

## **6. Geplante Änderungen**

Im August 2019 hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Referentenentwurf für ein „Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz“ (RISG) vorgelegt. Noch ist unklar, ob das Gesetz in dieser Form auch verabschiedet wird oder wann es in Kraft tritt.

Grundsätzlich möchte die Bundesregierung jedoch den Grundsatz „Reha vor Pflege“ stärken. Vor allem soll älteren Menschen der Zugang zu Reha-Maßnahmen erleichtert werden, indem die Krankenkasse bei ärztlich verordneten Maßnahmen nicht mehr die medizinische Notwendigkeit überprüfen darf. Dafür müssen die verordnenden Ärzte bereits vorab ein geriatrisches Assessment durchführen. Durch das vereinfachte Genehmigungsverfahren sollen Versicherte die Leistung zudem früher erhalten.

Die bisherige Höchstdauer der geriatrischen Reha soll zur Regeldauer werden (ambulant 20 Tage, stationär drei Wochen), da beim Kreis der geriatrischen Rehabilitanden die Wiedererlangung von Funktionen länger dauere als bei Jüngeren. Zudem soll das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten gestärkt werden: wenn die Behandlung in einer anderen Einrichtung durchgeführt werden soll, als von der Krankenkasse vorgesehen, sollen die Versicherten zukünftig nur noch die Hälfte der Mehrkosten selbst zahlen müssen.

Das Gesundheitsministerium rechnet durch diese Leistungsverbesserungen mit Einsparungen an anderen Stellen, weil durch eine verbesserte Reha Krankheitsfolgen behoben oder gemildert werden und man somit Pflegebedürftigkeit vermeiden oder hinauszögern kann.

Grundsätzlich sind die Kosten für eine Rehabilitation in der Regel niedriger als die Kosten durch einen dauerhaft erhöhten Pflegeaufwand. Allerdings wird die geriatrische Reha von den Krankenkassen gezahlt, während von niedrigeren Pflegekosten in erster Linie die Pflegekassen profitieren. Nicht nur deshalb ist fraglich, ob das RISG in der derzeitigen Fassung verabschiedet werden wird.