

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V.
Solmsstraße 18 | 60486 Frankfurt/Main | Telefon: +49 69 605018-0 | Telefax: +49 69 605018-29
info@bar-frankfurt.de | www.bar-frankfurt.de

Nachdruck nur auszugsweise mit Quellenangabe gestattet.
Frankfurt am Main, September 2018

Die BAR in Frankfurt

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Vorwort

Das Angebot rehabilitativer Leistungen muss immer differenzierter und passgenauer werden, um individuelle Teilhabeziele auch wirklich erreichen zu können. Dies ist zum einen der zunehmenden Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO bei der Bedarfsfeststellung und zum anderen den Veränderungen im Morbiditätsspektrum einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung und damit zusammenhängend längeren Lebensarbeitszeit geschuldet.

Damit gerät auch der Aspekt der Multimorbidität der Rehabilitanden bzw. der behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen stärker in den Fokus der Betrachtung. Sowohl bei der Zuweisung in eine geeignete Reha-Einrichtung als auch bei der Erbringung der Rehabilitationsleistung sind neue oder andere Ansätze notwendig.

Der Sachverständigenrat der Ärzteschaft der BAR hat sich in einem Positionspapier, das Grundlage dieses Themenheftes ist, zu dieser Thematik geäußert. Neben einer begrifflichen Auseinandersetzung, Literaturempfehlungen und Kernbotschaften, werden Auswirkungen auf die Leistungsgestaltung diskutiert und mögliche Anforderungen an das Reha-System formuliert – insbesondere zur medizinischen Rehabilitation.

Der Themenbericht wendet sich mit seinen Handlungsansätzen einerseits an die wissenschaftliche Fachwelt und andererseits an die Akteure im Gesundheitswesen, die diese Problematik der Multimorbidität konzeptionell bei ihren Entscheidungen mit berücksichtigen müssen: Reha-Träger, Leistungserbringer, politische Verantwortliche, insbesondere Gesetzgeber, BMG, BMAS und ebenso weitere relevante Akteure wie die Bundesärztekammer.

Für die wissenschaftliche Fachwelt wurde der Text in der Zeitschrift Gesundheitswesen in zwei Teilen erstveröffentlicht (Seger et al. ,2016).

Vorstand und Geschäftsführung danken allen Beteiligten, die an der Erstellung dieses Themenheftes mitgewirkt haben



Dr. Helga Seel
Geschäftsführerin der BAR e. V.
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation



Prof. Dr. med. Wolfgang Seger
Vorsitzender des Sachverständigenrates
der Ärzte

Ein Positionspapier des Ärztlichen Sachverständigenrates der BAR

Zusammenfassung

Sowohl unter den erwerbstätigen Personen als auch den Ruheständlern rücken Menschen mit zwei und mehr Erkrankungen, verbunden mit vielfältigen Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen, wegen ihrer zunehmenden Anzahl immer mehr in den Vordergrund rehabilitativer Versorgung. Für die zuständigen Sozialleistungsträger und Rehabilitationseinrichtungen resultieren daraus besondere Anforderungen und Herausforderungen. Diese reichen von der funktionsbezogenen, individuellen Bedarfsermittlung über die Zuweisungspraxis, Rehabilitationsdurchführung und -nachsorge bis zur Reintegration der Rehabilitanden in den Sozialraum.

Die dafür notwendigen Maßnahmen sind vielfältig. Sie reichen von der Überprüfung des Formularwesens auf valide Identifizierung der rehabilitativen Bedarfe über eine diesbezügliche Sensibilisierung und Kompetenzerweiterung des involvierten Personals für die besonderen Aspekte von Multimorbidität bis hin zu einer Berücksichtigung von Leitlinien sowie Klärung noch offener Forschungsfragen. Der Sachverständigenrat der Ärzteschaft der BAR empfiehlt dringend, in Zeiten zunehmender Erwerbstätigkeitsdauer und demografiegeprägter Impulse in unserer Gesellschaft, dem Thema Multimorbidität einen besonderen Stellenwert einzuräumen.

Inhalt

1. Einführung	7
2. Begriffsbestimmungen und Bedeutung von Multimorbidität	7
a. Literaturobwertung über das Vorkommen und die Folgen von Multimorbidität	8
b. Begriffsbestimmung und Bedeutung der geriatrischen Multimorbidität in der etablierten geriatrischen Rehabilitation	12
c. Begriffsbestimmung und Bedeutung von Multimorbidität im allgemeinen rehabilitativen Kontext	14
d. Ausgewählte Fragen zur Klärung möglicher Auswirkungen im Kontext der Multimorbidität auf die allgemeine rehabilitative Versorgung	14
3. Beispielhafte Kasuistiken multimorbider Patienten im allgemeinen rehabilitativen Kontext	24
4. Auswirkungen von Multimorbidität auf die Leistungsgestaltung	27
a. Leistungsgestaltung in der geriatrischen Rehabilitation	27
b. Herausforderungen im allgemeinen rehabilitativen Kontext	29
5. Strukturelle Voraussetzungen im Bereich stationärer medizinischer Rehabilitationseinrichtungen	31
6. Anforderungen an das rehabilitative Versorgungssystem in Deutschland	34
a. Erkennung von Multimorbidität im rehabilitativen Kontext	34
b. Bedarfsgerechte Zuweisung von Rehabilitationsleistungen	35
c. Konsequenzen für die Durchführung medizinischer Rehabilitationsleistungen	37
d. Überführung des Rehabilitationserfolges in die individuelle Lebenswelt	38
e. Kompetenzerwerb und -erhalt der Therapeuten in Rehabilitationseinrichtungen und der administrativen Mitarbeiter bei den Rehabilitationsträgern	39
f. Leitliniengenerierung mit dem Ziel der Vermeidung einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung multimorbider Rehabilitanden	39
g. Forschungsbedarf	40
h. Weiterführende Überlegung	41
7. Kernbotschaften des Ärztlichen Sachverständigenrates der BAR	42
8. Literatur	44
9. Verzeichnis der Mitwirkenden	49

1. Einführung

Der Sachverständigenrat der Ärzteschaft der BAR beschrieb 2008 in einem Positionspapier zukünftige Herausforderungen der Rehabilitation, die sich aus der soziodemografischen Entwicklung und den strukturellen Besonderheiten eines gegliederten Gesundheitssystems ergeben (Seger et al 2008). Prioritäre Themen für die Rehabilitation waren die Erwerbsfähigkeit älterer Arbeitnehmer sowie die Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung nicht (mehr) erwerbsfähiger Menschen.

Die Zunahme von chronischen und altersassoziierten Erkrankungen stellt das Rehabilitationssystem vor neue Herausforderungen. Die oftmals mit einer Multimorbidität einhergehenden vielfältigen aktivitäts- und teilhaberelevanten Beeinträchtigungen führen zu komplexen Belastungen im Alltags- und Berufslebens. Unterstützungsbedarf bei Verlust von Selbstständigkeit und Autonomie nehmen mit dem Alter zu und führen zu einer verstärkten Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen und einem daraus resultierenden Anstieg der Versorgungskosten. Multimorbidität gilt als hoch signifikanter Prädiktor der Versorgungskosten (Lehnert und König 2012).

Wegen der hohen sozialmedizinischen und gesundheitsökonomischen Bedeutung des gleichzeitigen Vorliegens mehrerer Gesundheitsprobleme werden im Folgenden die Anforderungen an und Konsequenzen für die rehabilitative Versorgung beschrieben, die sich aus einer Zunahme der Zahl multimorbider Menschen ergeben.

2. Begriffsbestimmungen und Bedeutung von Multimorbidität

Während der von Feinstein (1970) geprägte Begriff der „Komorbidität“ eine bestimmte Grunderkrankung vorrangig betrachtet (Indexerkrankung nach van den Akker et al. 1996) ist dies bei der Multimorbidität nicht der Fall. Bei der Multimorbidität bestehen mehrere Erkrankungen gleichzeitig, jedoch wird deren Bedeutung für die Wiederherstellung von Gesundheit nicht in ein Rangverhältnis gebracht. Die individuelle Krankheitslast resultiert aus dem Zusammenwirken aller Krankheitsfolgen. Der Begriff „Multimorbidität“ wird in der Literatur unterschiedlich verwendet. Wegen nicht nur unterschiedlicher Definitionen und Erfassungsmethoden von „Multimorbidität“, sondern auch unterschiedlich zusammengesetzten Studienpopulationen resultieren im Ergebnis teilweise erhebliche Unterschiede in der Prävalenz (17 bis 80 %). Die bisherigen in der akutmedizinischen Versorgung gebrauchten Definitionen reichen von der einfachen Aufsummierung aller Erkrankungen über den Rückgriff auf eine begrenzte Liste verschiedener (chronischer) Krankheiten bis hin zur Verwendung unterschiedlicher Multi- und Komorbiditätsindices wie der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) oder dem Charlson Comorbidity Index (Charlson et al. 1987, Greenfield et al. 1993, Linn et al. 1968).

2011 stellen die Autoren der OMAHA – Studie folgerichtig fest, dass bisher kein Konsens besteht, welche Gesundheitszustände berücksichtigt werden sollen, wie deren Auswirkungen ermittelt und summiert werden und nach welchen Gewichtungsfaktoren die Krankheitslast bestimmt wird (Holzhausen et al. 2011).

2.a Literaturlauswertung über das Vorkommen und die Folgen von Multimorbidität

Zur Feststellung der Häufigkeit des Vorkommens von Multimorbidität und der mit ihr einhergehenden Beeinträchtigungen und Teilhabestörungen erfolgte zunächst eine Auswertung von für die Fragestellung maßgeblicher deutsch- und englischsprachiger Literatur durch eine Medline-Recherche mit folgenden Schlagwörtern:

- multimorbidity and quality of life,
- multimorbidity and old age,
- multimorbidity and dysfunction,
- multimorbidity and impairment,
- multimorbidity and demography,
- multimorbidity and guidelines,
- multimorbidity and clinical trial,
- Multimorbidität und Alter,
- Multimorbidität und Lebensqualität,
- Multimorbidität und Funktionsstörungen,
- Multimorbidität und Beeinträchtigungen,
- Multimorbidität und Demografie,
- Multimorbidität und Leitlinien,
- Multimorbidität und Reha,
- Multimorbidität und Rehabilitation
- Multimorbidität und chronische Erkrankungen,
- Multimorbidität und Demenz und
- Multimorbidität und Geriatrie.

Die gefundene Literatur über das Vorkommen und die Folgen von Multimorbidität stammt nahezu ausschließlich aus der akutmedizinischen Versorgung. Daher wurden im zweiten Schritt insbesondere diejenigen Literaturstellen näher betrachtet, die mögliche Aussagen zum rehabilitativen Kontext enthielten. Dies erschien sinnvoll, da die Klientel der Rehabilitation aus der Gruppe der ambulant und stationär versorgten Patienten stammt.

Die Literatur weist methodische Differenzen auf, beispielsweise hinsichtlich Studienpopulation, Studiendesign, Stichprobengröße, zugrunde liegenden Daten, Setting der Erhebung, Art (Interviews, Selbstbeurteilungen, medizinische Analysen, administrative Daten, klinische Untersuchungen) und Anzahl der erhobenen Krankheitsinformationen sowie die berücksichtigten Confounder. Subtraktive, additive und synergetische Effekte der nebeneinander vorliegenden Erkrankungen wurden lediglich in einzelnen Studien anhand einer kleinen Auswahl von Krankheitskombinationen näher betrachtet.

Der Einfluss von person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren findet dabei oft keine Berücksichtigung, obwohl gerade die Wohn- und Lebensbedingungen, Geschlecht, Bildungsgrad, sozioökonomischer Status, Einkommen, Erwerbsstatus sowie Familienstand Prädiktoren für die Lebensqualität darstellen. Allerdings zeigen Fortin et al.

(2004) im Rahmen einer multifaktoriellen Analyse, dass Mehrfacherkrankungen die Lebensqualität auch dann beeinträchtigen, wenn die Effekte dieser Kontextfaktoren statistisch herausgerechnet werden. Für den deutschen Versorgungskontext finden sich in einer Auswertung nach Lehnert und König allerdings bisher nur wenige Untersuchungen multimorbider Patienten.

Bei der Beurteilung von Studienergebnissen ist je nach angewandter Methodik auch zu berücksichtigen, dass mit zunehmendem Alter, aber unabhängig vom kognitiven Status, die Akkuratessse von Selbsteinschätzungen von Krankheiten sinkt (Kriegsman et al. 1996).

Aussagen von Personen mit kognitiven Defiziten sind begrenzt zuverlässig, deshalb findet man in der Literatur hierzu nur wenige Angaben. Daneben lassen fast alle Studien den Einbezug psychiatrischer Diagnosen vermissen. Mit Zunahme der Zahl der Erkrankungen sinkt auch die Übereinstimmung zwischen Selbsteinschätzungen und medizinischen Befundberichten bei älteren Frauen (Simpson et al. 2004), je nach persönlicher Präferenz. Insbesondere zu beachten ist auch, dass in Studien mittels Selbstauskunft erhobenen Aktivitäts- bzw. Teilhabebeeinträchtigungen subjektiv unterschiedliche Referenzen zu Grunde liegen können: Für jüngere Leute bedeutet mobil zu sein, sich mit verschiedenen Verkehrsmitteln fortzubewegen, ältere Personen verstehen Mobilität als fundamentale Kompetenz im Alltag (Bewegungsradius durch Gehen).

Im Kontext der zu untersuchenden Fragestellung wurden – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – folgende Ergebnisse zusammengestellt: (vgl. dazu Tab.1)

Tab.1: Orientierende Literaturlauswertung zu Prävalenz und Folgen von Multimorbidität

Multimorbidität in Bezug auf:	Kontextsensitive Aussagen:	Auswahl von Literaturstellen, z. T. als Übersichtsarbeiten
Alter	Steigende Prävalenz von Multimorbidität im Alter.	Hodek et al. 2010
	Multimorbidität betrifft mehr als 50 % der älteren Bevölkerung.	Marengoni et al. 2011
	Die Prävalenz von Multimorbidität im Alter ist deutlich höher als die Prävalenz der meisten beim Älteren auftretenden singulären Krankheiten wie Herzinsuffizienz oder Demenz.	Marengoni et al. 2008
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Multimorbidität tritt in Wechselwirkung zu altersphysiologischen Einschränkungen der Körperfunktionen.	Scheidt-Nave et al. 2010
	Starke Korrelation zwischen Alter und Lebensqualität.	Gunzelmann et al. 2006
	Gesundheitsbezogene Lebensqualität sinkt mit dem Alter, während Anzahl chronischer Erkrankungen im Alter zunimmt	Hodek et al. 2010

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Tab.1: Fortsetzung: Orientierende Literaturlauswertung zu Prävalenz und Folgen von Multimorbidität

Multimorbidität in Bezug auf:	Kontextsensitive Aussagen:	Auswahl von Literaturstellen, z. T. als Übersichtsarbeiten
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Lebensqualität sinkt mit zunehmender Krankheitszahl (unabhängig vom Alter).	Hodek et al. 2010
	Physische, psychische und soziale Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität können im Einzelfall unterschiedlich betroffen sein, je nach individuellem Erleben und Empfinden.	Hodek et al. 2010, Rose et al. 2000
	Die Abnahme der körperlichen Lebensqualitätswerte zeigt mit zunehmender Anzahl an Erkrankungen einen deutlich steileren Verlauf als die Abnahme der Werte im psychischen Bereich.	Cheng et al. 2003
Körperliche Einschränkungen	Vor allem Erkrankungen mit körperlichen Einschränkungen spielen für die gesundheitsbezogene Lebensqualität eine wichtige Rolle.	Grimby et al. 1997 Von Steinbüchel et al. 2005
	Am häufigsten: Muskel-Skelett-Erkrankungen als starker negativer Einflussfaktor auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität.	Hodek et al. 2010 diverse Autoren
	Arthritis oder Arthrose oft größter negativer Prädiktor für die physische Funktion.	Hodek et al. 2010 diverse Autoren
	Kardiologische und zerebrovaskuläre Erkrankungen führen zu starken Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.	Hodek et al. 2010 diverse Autoren, 10 Studien
Mentale und psychische Aspekte	Psychische Komorbidität besitzt relevanten Einfluss auf mentale und physische Aspekte der Lebensqualität.	Hodek et al. 2010 diverse Autoren 5 Studien
	Depression starker negativer Faktor für die Lebensqualität.	Hodek et al. 2010
Funktionelle Einschränkungen	Vergleich der Effekte von Krankheitsschwere und Ausmaß funktioneller Einschränkungen. Negative Effekte auf die Lebensqualität häufig im Ausmaß der funktionellen Einschränkungen begründet, weniger in der (medizinischen) Krankheitsschwere bzw. dem Mortalitätsrisiko.	Hodek et al. 2010, diverse Autoren
	Vor allem die mit der Krankheit verbundene Schmerzintensität und erlebten Einschränkungen in alltäglichen Situationen sind ausschlaggebend.	Kilian et al. 2000
	Multimorbidität verstärkt bereits vorhandene Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen deutlich.	Wijhuiizen et al. 2012

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Tab.1: Fortsetzung: Orientierende Literaturlauswertung zu Prävalenz und Folgen von Multimorbidität

Multimorbidität in Bezug auf:	Kontextsensitive Aussagen:	Auswahl von Literaturstellen, z. T. als Übersichtsarbeiten
Kombination verschiedener Krankheitsbilder	Es bestehen additive Effekte, Synergieeffekte und substraktive Effekte bei der Kombination verschiedener Krankheitsbilder für die verschiedenen Lebensqualitätsdimensionen.	Kempfen et al 1997 Sprangers et al 2000 Fortin et al. 2006 Hodek et al. 2010, diverse Autoren
Nutzung der Institutionen des Gesundheitswesens	Multimorbidität geht mit hohen Gesundheitsausgaben einher. Die Zahl der Krankheiten war signifikant assoziiert mit der Zahl an Arztbesuchen/-kontakten innerhalb eines Jahres, der Zahl der kontaktierten Ärzte, insbesondere auch Fachärzte unter multimorbiden Menschen, der Zahl der Verordnungen, Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und -ausgaben, der Krankenhaustage und -nächte, der Notaufnahmen sowie der ungeplanten Wiedereinweisungen.	Marengoni et al. 2011 Lehnert und König 2012
Pflegebedürftigkeit	Häufige und unumkehrbare Folge von Multimorbidität als Ausdruck der mit dem Alter zunehmenden Vulnerabilität.	Scheidt-Nave et al. 2010
Sozialer Bezug	Angehörige niedriger sozialer Klassen werden durch Multimorbidität häufiger beeinträchtigt.	Marengoni et al. 2011
	Existenz eines umfassenden sozialen Netzwerks spielt eine protektive Rolle gegenüber Multimorbiditätsfolgen.	
Mortalität	Kontroverse Ergebnisse eines Effektes von Multimorbidität auf Mortalität.	Marengoni et al. 2011
Leitlinien	Bei der Multimorbidität ist das Fehlen von Leitlinien eher die Regel als die Ausnahme Bei Recherche in 2008/2009 enthielten lediglich 5 von 477 Leitlinien der AWMF Aussagen zur Multimorbidität (therapeut. Empfehlung).	Weiss 2011
Erkenntnisstand zur Multimorbidität	Es herrscht Erkenntnismangel, da ältere, morbide Patienten tendenziell von klin. Studien ausgeschlossen werden. Multimorbidität wird nicht nur durch die Aufzählung der Krankheitszahl erfasst, sie muss sich als Matrix verschiedener Faktoren verstehen wie „physical functioning, mental well-being, social relationships, environmental factors as well as the influence exerted by multiple conditions and pathological states“.	Thiem et al 2011 Baldini et al 2005 Bartlett et al 2005 Boyd et al. 2007 Tinetti & Fried 2004

Da – wie bereits ausgeführt – die gefundenen Studien sich fast ausschließlich auf die akutmedizinische Versorgung beziehen, erfolgt nunmehr eine spezifische Betrachtung der bereits in der Versorgung etablierten geriatrischen Rehabilitation.

2.b Begriffsbestimmung und Bedeutung der geriatritypischen Multimorbidität in der etablierten geriatrischen Rehabilitation

Explizit als Zielgruppe werden Rehabilitanden mit Multimorbidität bereits in der geriatrischen Rehabilitation definiert. Dies entspricht dem in dieser Altersgruppe aufgrund kumulierender chronischer Krankheiten deutlich zunehmenden Anteil an Rehabilitanden mit Multimorbidität (s.u. Abb. 1 GEDA-Studie 2012). Zwar treffen nicht auf jeden älteren Rehabilitanden die Kriterien eines geriatrischen Patienten zu, die der geriatrischen Rehabilitation zugewiesenen Patienten müssen aber gemäß der in diesem Versorgungssektor geltenden Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation (BGR) neben einem höheren Lebensalter definitionsgemäß das Kriterium der Multimorbidität erfüllen (GKV Spitzenverband, MDS 2012).

Der Problematik einer einheitlichen Definition von Multimorbidität wird dort durch eine zusätzliche Spezifizierung auf die so genannte geriatritypische Multimorbidität (GtMM) Rechnung getragen. GtMM ist hiernach gekennzeichnet durch das Vorliegen von mindestens zwei mit strukturellen oder funktionellen Schädigungen einhergehenden, behandlungsbedürftigen Erkrankungen, die mit alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten im Sinne eines geriatrischen Syndroms einhergehen und mit einem vergleichsweise hohen Risiko für eine eingeschränkte Selbstständigkeit im Alltag (Beeinträchtigung der Teilhabe). Krankheitskomplikationen können die Funktionsfähigkeit zusätzlich beeinträchtigen (ebd. S.41f).

Die BGR spezifiziert das geriatrische Syndrom durch eine Reihe explizit genannter Schädigungen beispielsweise:

- Sturzneigung/Schwindel,
- kognitive Defizite,
- Harn-/Stuhlinkontinenz

im Zusammenhang mit beispielsweise

- Mehrfachmedikation,
- herabgesetzter Medikamententoleranz,
- häufiger Krankenhausbehandlung (GKV-Spitzenverband, MDS, 2012, S.41).

Die geriatrischen Fachgesellschaften haben unter Zugrundelegung eines ICD10-basierten Operationalisierungsschemas hieraus 15 geriatritypische Merkmalskomplexe (GtMK) abgeleitet:

Geriatritypische Merkmalskomplexe

■ Immobilität	■ kognitive Defizite	■ Fehl-/Mangelernährung
■ Sturzneigung/Schwindel	■ Inkontinenz, Dekubitus	■ Schmerz
■ Flüssigkeits-/Elektrolyt-haushaltsstörung	■ Sensibilitätsstörung	■ Seh-/Hörstörung
■ Depression/Angststörung	■ herabgesetzte Belastbarkeit/Gebrechlichkeit	■ Medikationsprobleme
■ erhöhtes Komplikationsrisiko	■ verzögerte Rekonvaleszenz	

Für 13 dieser Merkmalskomplexe (Ausnahme Seh-/Hörstörungen und Schmerz) konnten Meinck/Lübke in längsschnittlichen Routinedatenanalysen jeweils signifikant und relevant erhöhte Einjahresverlaufsrisiken nachweisen. Bei Vorliegen von zwei dieser 13 GtMK (im Algorithmus der BRL V&R gleichbedeutend mit Vorliegen von GtMM) erhöht sich das Mortalitätsrisiko um das 4,6-fache, das Heimübertrittsrisiko um das 5,8-fache, das Risiko eines höheren Pflegebedarfs um das 4,2-fache und das Risiko einer Krankenhausaufnahme im Folgejahr um das 1,9-fache gegenüber Versicherten ohne GtMK. Alters- und geschlechtsstandardisiert beträgt der Anteil in dieser Art von geriatritypischer Multimorbidität betroffener Versicherter auf Basis von GKV-Routinedaten in der Bevölkerung unter den 70-Jährigen 11 %, unter den 80-Jährigen 25 % und unter den 90-Jährigen 44 % (Meinck/Lübke 2013). Die Zugangsvoraussetzungen in die geriatrische Rehabilitation ergeben sich, außer durch die genannten Definitionskriterien eines geriatrischen Patienten, durch die Erfüllung in der BRL V&R teilweise an die Bedingungen geriatrischer Rehabilitation adaptierter Rehabilitationsindikationskriterien (ebd. S.47ff.). Die wichtigsten Adaptationen betreffen niederschwelligere, der herabgesetzten körperlichen, psychischen und geistigen Belastbarkeit und der größeren Hilfsbedürftigkeit multimorbider geriatrischer Rehabilitanden angepasste Anforderungen an die Rehabilitationsfähigkeit. Ein Entscheidungsalgorithmus „Empfehlungen von Leistungen der (geriatrischen) Rehabilitation – Begutachtungs- und Bewertungsschritte“ fasst das Zugangsverfahren in die geriatrische Rehabilitation in Abgrenzung zur indikationsspezifischen Rehabilitation und anderen Versorgungsformen zusammen (ebd. S. 53).

Die Rehabilitationsstatistik des Statistischen Bundesamtes weist für 2012 106.658 geriatrische Rehabilitationsleistungen (5,4 % von 1.964.711 gesamt) in 7.429 Betten (4,4 % von 168.968 gesamt) in 148 Fachabteilungen (12,2 % von 1.212 gesamt) aus (Statistisches Bundesamt 2013). Eine Erfassung ambulanter Rehabilitationsleistungen erfolgt in dieser Statistik nicht.

2006 publizierten Trögner et al. Daten aus GiB-DAT (Geriatrische in Bayern-Datenbank), der größten deutschen Datenbank zur geriatrischen Rehabilitation, basierend auf 21.656 geriatrischen Rehabilitationsfällen aus 2003. Hierin

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

wurden pro Rehabilitand im Schnitt 9,1 Diagnosen, davon 3,9 als im Rahmen der Rehabilitation aktuell relevant, kodiert. Unter den rehabilitationsbegründenden Hauptdiagnosen führen Frakturen mit 30 %, gefolgt von Schlaganfällen mit 21 %, weiteren Erkrankungen des Bewegungsapparates mit 12 %, kardialen Erkrankungen mit 8 %, geriatrischen Syndromen mit 5 %, weiteren neurologischen Erkrankungen mit 4 %, arteriellen Verschlusskrankungen mit 2 % sowie einer noch immer großen Restgruppe sonstiger Erkrankungen von 18 %. Bundesweit lassen sich für 2011 in der geriatrischen Rehabilitation von den rehabilitationsbegründenden Hauptdiagnosen 49 % muskuloskelettalen Erkrankungen (dabei 36 % Frakturen), 25 % internistischen Erkrankungen, 19 % nervenärztlichen Erkrankungen, 6 % geriatrischen Syndromen und 1 % sonstigen Fachgebieten zuordnen (Statistisches Bundesamt 2011/2012 Sonderauswertung). Zu spezifischen Verteilungsmustern der Multimorbidität in der geriatrischen Rehabilitation in Deutschland existieren bisher keine Publikationen, aus ergänzenden GiB-DAT-Einzelauswertungen ergeben sich aber bspw. Anteile von knapp 40 kognitiv beeinträchtigten Rehabilitanden (Gassmann 2007).

2.c Begriffsbestimmung und Bedeutung von Multimorbidität im allgemeinen Reha-Kontext

Die Begrifflichkeit „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ist im deutschen Sprachraum klar beschrieben: Sie soll auf der Grundlage krankheitsbedingter Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen und -strukturen insbesondere die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe vor dem Hintergrund positiv wie negativ wirkender person- und umweltbezogener Kontextfaktoren in den Fokus nehmen. In Verbindung mit der UN-Behinderten-Rechtskonvention (UN-BRK) und der von den Rehabilitationsträgern als Bezugsrahmen anerkannten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), ist eine alleinige Orientierung an der Zahl der bei einer Person vorliegenden chronischen Krankheiten zur Beschreibung von deren Multimorbidität unzureichend. Vielmehr rückt die medizinische Rehabilitation als Mittel zur Teilhabesicherung am Arbeitsplatz, in der Häuslichkeit und in der Gemeinschaft in den Vordergrund. Von der Multimorbidität abzugrenzen sind multiple Beeinträchtigungen aufgrund verschiedener Störungen bei einer einzelnen auslösenden Erkrankung wie z. B. Schlaganfall. Denn diese können i. d. R. im Rahmen monoindikativer, aber durchaus komplexer, Rehabilitationskonzepte behandelt werden, dem gegenüber Multimorbidität i. d. R. integrative Konzepte von indikationsbezogenen Ansätzen erfordert.

Im rehabilitativen Kontext dieses Beitrags wird Multimorbidität als das Vorliegen von mindestens zwei chronischen Krankheiten mit sozialmedizinischer Relevanz verstanden. Eine Krankheit ist chronisch, wenn Sie mindestens ein halbes Jahr anhält/anhalten wird. Sie ist von sozialmedizinischer Relevanz, wenn sie für den betroffenen Menschen hinsichtlich seiner Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF für die Teilhabe im Hinblick auf seine persönliche Lebensgestaltung und sein Lebensumfeld bedeutsam ist. Hieraus ergeben sich für die Rehabilitationsträger insbesondere auch Fragen der Bedarfsermittlung, Zuweisungspraxis, Rehabilitationsdurchführung und -nach-sorge sowie der anschließenden Integration in den ambulanten Versorgungsbereich.

2.d Ausgewählte Fragen zur Klärung möglicher Auswirkungen im Kontext der Multimorbidität auf die allgemeine rehabilitative Versorgung











Im Kontext der gegenwärtigen rehabilitativen Versorgung ergeben sich spezielle Fragen zum Vorkommen der Multimorbidität und den möglichen Auswirkungen bzw. Konsequenzen. Diese werden im Folgenden aufgegriffen und hinsichtlich der Aussagen in der Literatur näher beleuchtet.

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Sind von zunehmender Multimorbidität nur Menschen nach dem altersgemäßen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben betroffen?

Die Auswertungen der GEDA-Studie (Fuchs et al. 2012; Methodik: Strukturierte Telefon-Interviews, morbidity count) zeigen, dass das Thema Multimorbidität in Deutschland grundsätzlich unter den Erwachsenen aller Altersgruppen ab 18 Jahren bei Männern wie auch Frauen vorkommt (Tab.2). Während die Prävalenz von fünf oder mehr Erkrankungen in den beiden jüngsten Gruppen der GEDA-Studie noch lediglich 1-2 % bzw. bis zu 13 % beträgt, steigt diese bei den 50- bis 64-Jährigen auf etwa 20 bis 30 % und weiter bei den 65- bis 74-Jährigen über 25 %, bei Frauen 75 Jahre und älter auf über 34 %.

Tab. 2: Zahl der Erkrankungen nach Geschlecht und Alter, entnommen aus der GEDA-Studie (in Anlehnung an Fuchs et al. 2012)

		Keine Diagnose	1 Diagnose	2 Diagnosen	3 Diagnosen	4 Diagnosen	5 und mehr Diagnosen
18-29 Jahre		73,5%	19,6%	5,0%	1,2%	< 1%	< 1%
		65,3%	22,5%	8,6%	2,4%	0,7%	< 0,5%
30-49 Jahre		52,0%	25,4%	12,8%	5,1%	2,5%	2,2%
		48,3%	27,9%	12,5%	5,8%	2,7%	2,8%
50-64 Jahre		26,5%	21,3%	17,8%	12,9%	9,3%	12,2%
		21,4%	22,3%	19,3%	14,1%	9,5%	13,4%
65-74 Jahre		18,1%	18,9%	18,2%	17,1%	13,1%	19,6%
		9,2%	15,0%	18,1%	16,5%	13,9%	27,3%
75+ Jahre		9,3%	16,5%	19,9%	16,1%	12,3%	25,9%
		7,7%	10,6%	15,6%	15,8%	15,7%	34,6%

Diese Daten stimmen mit den Feststellungen von Taylor et al. (2010) überein. Die Autoren fanden ebenfalls in der Gruppe der 20- bis 39-Jährigen 4,5 % Personen mit zwei und mehr Erkrankungen, in der Gruppe der 40- bis 59-Jährigen 15,3 %. Dies war eine populationsbasierte biomedizinische Kohortenstudie mit Personen aus Südaustralien (Befragung mit einer ergänzenden medizinischen Anamnese inklusive Auswertung von klinischen Untersuchungsergebnissen). Auch der Gesundheitssurvey des Robert Koch-Institutes (Kohler und Ziese 2004) ergab unter Zuhilfenahme eines summarischen Multimorbiditätsindex aus verschiedenen Diagnosen, dass bei Männern im Alter von 18 bis 65 Jahren drei bis vier Erkrankungen in einer Häufigkeit von 12,5 (18 bis 29 Jahre) bis 20,7 % (40 bis 65 Jahre) auftraten, bei Frauen ebenfalls etwa in der gleichen Größenordnung.

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Eine Befragung von beruflichen Rehabilitanden in Trägerschaft der Bundesagentur für Arbeit und im Rahmen der Ersteingliederung behinderter Menschen ermittelte bei 31 % der Befragten eine bestehende Multimorbidität durch zwei oder mehr bestehende chronische Erkrankungen oder Behinderungen (Beyersdorf und Rauch 2012, 14f.).

Multimorbidität tritt nicht nur bei älteren Menschen über 65 Jahren auf. Eine 2012 in der Fachzeitschrift Lancet veröffentlichte Studie von Barnett und Kollegen zeigt, dass in schottischen Praxen Patienten mit Multimorbidität eher die Norm als die Ausnahme sind. Zwar steigt die Multimorbidität mit dem Alter an, jedoch war bei Betrachtung der absoluten Zahlen die Gruppe der unter 65-jährigen Patienten, die eine Multimorbidität aufwiesen, größer als die Gruppe der über 65-jährigen Patienten.

Die Statistik der Deutschen Rentenversicherung über stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene im Berichtsjahr 2010 bestätigt die Bedeutung des Vorkommens von Multimorbidität auch für Versicherte im Erwerbsalter (DRV Bund 2011). Danach bezogen sich von 837.864 Leistungen lediglich 73.977 Leistungen auf Versicherte ohne zweite Diagnose bzw. 179.247 Leistungen auf Versicherte ohne dritte Diagnose.

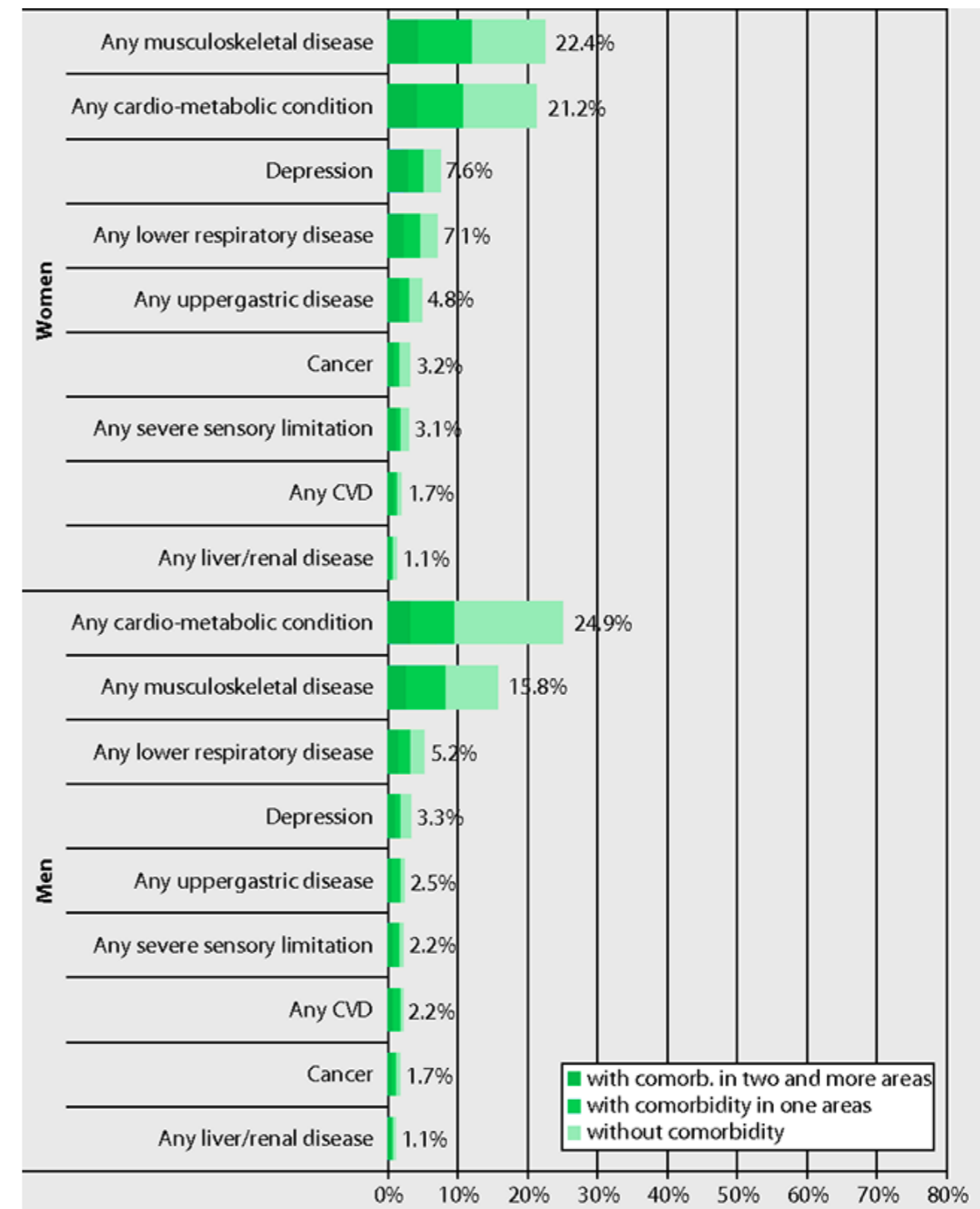
Fazit: Die vorgestellten Ergebnisse verdeutlichen die altersgruppenübergreifende Bedeutung von Multimorbidität im Krankheitsgeschehen. Auch wenn empirische Prävalenzdaten bisher weitgehend aus der Akutversorgung stammen, kommt der Multimorbidität aktuell und zukünftig ebenso in der Rehabilitation eine zunehmende Bedeutung zu. Sie spielt daher im Bereich der Leistungen zur Teilhabe nicht nur eine Rolle im Leistungsgeschehen der Gesetzlichen Krankenversicherung (und damit jenseits des Erwerbstätigenalters), sondern gleichfalls bei Sozialleistungsträgern von Leistungen zur Teilhabe im Erwerbsalter, beispielsweise der gesetzlichen Rentenversicherung. Auch die Anhebung der Altersgrenze zum Rentenbezug betont das Thema Multimorbidität in der gesetzlichen Rentenversicherung als relevanten Aspekt bei der Auswahl, Durchführung und Nachsorge rehabilitativer Maßnahmen.

Gibt es gehäuft auftretende Kombinationen von Erkrankungen im Kollektiv der Multimorbiden?

Zur Beantwortung dieser Fragestellung ergeben sich ebenfalls aus der GEDA-Studie weitere Erkenntnisse. Bei Begrenzung der Prävalenzexistenz auf ein Morbiditätsvorkommen in der Häufigkeit von 5% finden sich bei Personen bis 50 Jahre lediglich Kombinationsmuster kardiometabolischer und muskuloskelettaler Erkrankungen (Abb. 1a und Abb. 1b). Bei Personen über 50 Jahre fanden sich neben diesen Krankheitsgruppen als häufigste Kombination weitere Komorbiditätskombinationen. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass weniger häufig auftretende Erkrankungen wie Multiple Sklerose und Morbus Parkinson in den strukturierten Interviews nicht nachgefragt wurden. Auch bestehen methodische Begrenzungen hinsichtlich der Aussagekraft. So konnten beispielsweise dementiell oder schwer erkrankte hospitalisierte sowie pflegebedürftige Personen in der Studie nicht befragt werden. Ebenfalls ist eine Unterschätzung der Prävalenz wegen selbstberichteter Diagnosen bei begrenztem Wissen der Studienteilnehmer einzubeziehen.

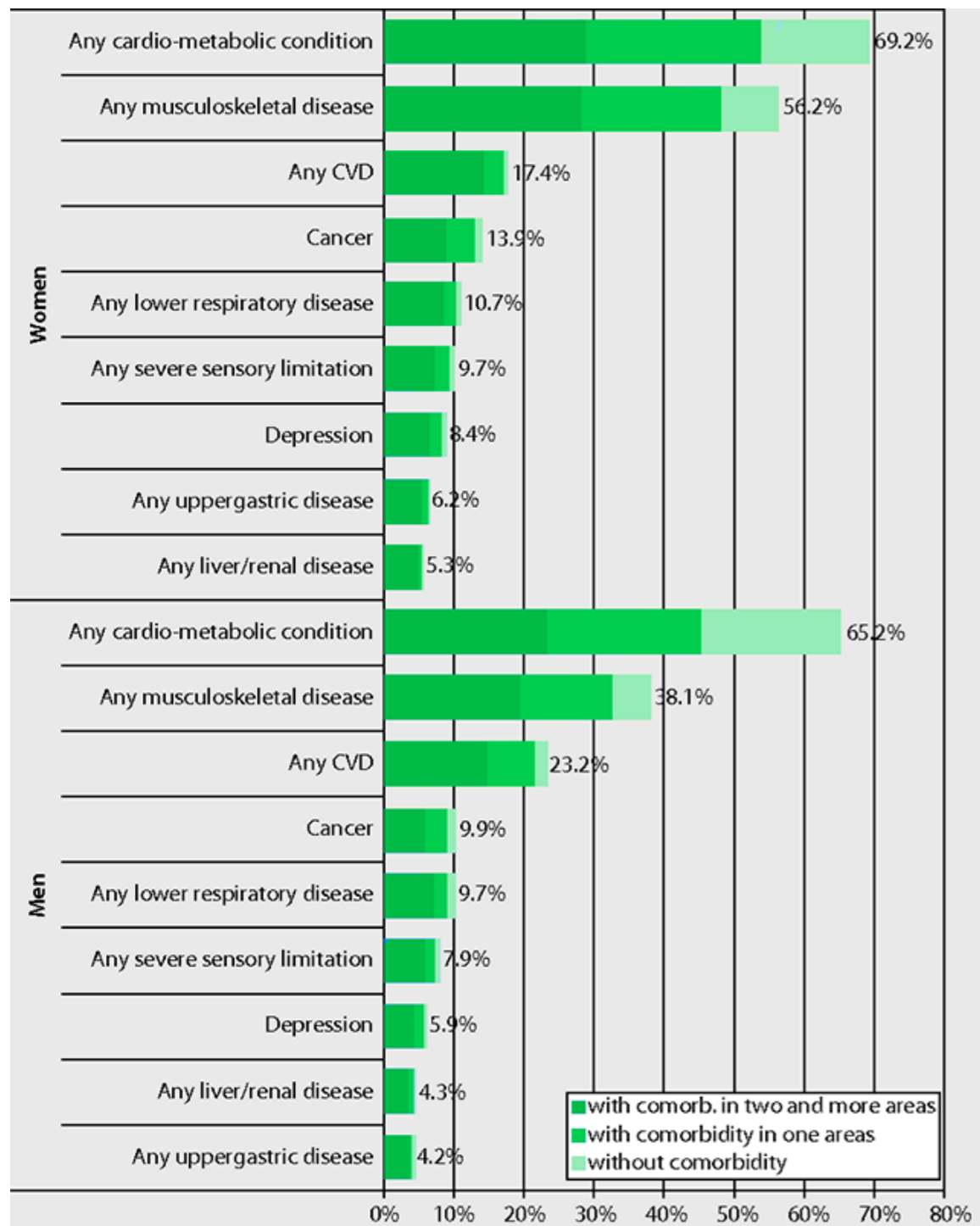
Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Abb. 1a: Prävalenz von Komorbidität: Personen unter 50 Jahren (entnommen aus GEDA-Studie, Fuchs et al. 2012)



Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Abb. 1b: Prävalenz von Komorbidität: Personen über 50 Jahren (entnommen aus GEDA-Studie, Fuchs et al. 2012)



Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Einen anderen Datenzugang wählten van den Bussche et al. (2011) in ihrer Untersuchung zu Multimorbiditätskombinationen bei über 65-Jährigen. Sie nutzten Sekundärdaten der Gmünder Ersatzkasse. Als chronisch krank wurden Personen eingestuft, die eine von 46 auf einer Liste aufgeführten definierten chronischen Erkrankungen über mindestens drei Quartale aufwiesen. Akute bzw. subakute Erkrankungen blieben unberücksichtigt. Außerdem mussten mindestens drei chronische Erkrankungen vorliegen, sodass die Prävalenz von Multimorbidität eher unterschätzt wurde. 62 % dieser Kohorte war in diesem Sinne als multimorbide anzusehen. Die häufigste Kombination fand sich für Hypertension, Fettstoffwechselstörungen und chronischer Rückenschmerz der unteren Lendenwirbelsäule (7,5 % der gesamten Kohorte), gefolgt von Kombinationen mit Diabetes Mellitus, Osteoarthritis und chronisch-ischämischen Herzerkrankungen. Dabei lag die Hypertension unter den zehn häufigsten Kombinationen in 9 von 10 Konstellationen vor, Fettstoffwechselstörungen in 6 von 10 und der chronische untere Rückenschmerz in 5 der 10 relevanten Triaden.

Aus Tab. 3 sind die relativen Risiken der Zugehörigkeit einzelner Erkrankungen zu dem definierten Multimorbiditätsmuster zu entnehmen. Niereninsuffizienz und Adipositas wiesen die höchsten Risikorate mit 25,5 bzw. 20,3 auf. Ein RR von 25 heißt, dass Menschen mit dieser Erkrankung 25-mal häufiger multimorbid waren als nicht-multimorbid.

Demgegenüber weisen der Hypertonus und die Demenz beispielsweise sehr niedrige relative Risiken auf. Dies bedeutet, dass diese Erkrankungen auch in der nicht-multimorbiden Population sehr häufig vorkommen. Auch Marengoni et al. (2011) fanden in der Schwedischen Kungsholmen-Studie, dass die Demenz den höchsten Prozentsatz aufwies, der nicht mit Multimorbidität einherging. Inwieweit dies zumindest bezüglich der Demenz die reale Multimorbiditätslast an Demenz erkrankter Menschen widerspiegelt oder andere vor allem in der Erhebungsmethodik dieser Daten zu vermutende Ursachen diese Ergebnisse begründen, muss an dieser Stelle offen bleiben (vgl. bspw. in Abschnitt 2b den Anteil von knapp 40 % kognitiv beeinträchtigten Rehabilitanden in der geriatrischen Rehabilitation).

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Tab. 3: Chronische Erkrankungen mit hohem und niedrigem relativen Risiko für Multimorbidität nach Geschlecht und Altersgruppen (in Anlehnung an van den Bussche et al. 2011)

Chronic conditions with high and with low relative risk for multimorbidity according to gender and age groups

Diagnosis group	RR all	RR woman	RR men	RR age 65-74	RR age 75+
High relative risk for multimorbidity					
Renal insufficiency	25,5	34,3	23,2	32,6	17,2
Obesity	20,3	19,0	22,1	20,8	26,3
Liver disease	18,1	19,3	17,9	18,4	21,8
Chronic cholecystitis/gallstones	17,8	16,5	19,1	19,5	14,4
Intestinal diverticulosis	17,1	18,8	14,9	16,1	20,0
Urinary tract calculi	16,7	27,0	15,5	17,8	17,9
Purine/ pyrimidine Metabolism disorders/ Gout	16,2	31,4	12,9	15,5	18,2
Atherosclerosis/ PAOD	16,1	16,8	16,2	18,0	12,1
Anemia	15,8	17,3	14,5	20,8	10,5
Neuropathy	15,2	14,9	15,6	17,5	11,6
Low relative risk for multimorbidity					
Hypertension	3,7	3,4	4,1	3,9	3,2
Dementias	3,9	3,4	4,9	4,6	2,6
Cancers	4,3	4,4	4,5	4,2	4,2
Severe vision reduction	4,5	4,4	4,6	4,5	4,0

RR = risk ratio (or relative risk)

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Die Statistik der Deutschen Rentenversicherung (Tab. 4 a + b) lässt die quantitativ bedeutsamen Beziehungen zwischen den verschiedenen Diagnosegrundgruppen nach zweiter (Tab. 4 a) und dritter (Tab. 4 b) Diagnose erkennen. Zunächst geht aus der Statistik für stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Jahr 2012 hervor, dass 93% der Rehabilitanden mindestens zwei Diagnosen und 81% mindestens drei Diagnosen aufwiesen. Bei Personen mit zwei Diagnosen stammen diese bei 53% der Fälle aus unterschiedlichen Diagnosegrundgruppen. Häufige Kombinationen von Erkrankungen aus verschiedenen Indikationsbereichen (1. und 2. Diagnose) finden sich entsprechend Abbildung 3 beispielsweise zwischen Orthopädie und Kardiologie bzw. Krankheiten des Verdauungssystems/Stoffwechselkrankheiten sowie zwischen psychischen Störungen und Orthopädie bzw. Kardiologie.

Auch wenn - wie bereits ausgeführt - die vorliegenden Untersuchungen zur Multimorbidität überwiegend dem akutmedizinischen Bereich zuzuordnen sind, so ist es durchaus gerechtfertigt, diese hilfsweise bis zum Vorliegen von differenzierten Erkenntnissen auch anderer Sozialleistungsträger aus dem rehabilitativen Sektor zur Einschätzung des Vorkommens und der Auswirkungen von Multimorbidität hinzuzuziehen.

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Tab. 4 a: Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene im Berichtsjahr 2010: Verteilung nach 1., 2. und 3. Diagnose (Diagnosegrundgruppen) (DRV 2011)

Verteilung nach 1. Diagnose (Diagnosegrundgruppen) sowie nach 2. Diagnose (Diagnosegrundgruppen)																		
2.Diagnose (Diagnosegrundgruppen)	Leistungen insgesamt	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Krankheiten des Kreislaufsystems				Krankheiten des Verdauungssystems/ Stoffwechselskrankheiten	Krankheiten des Atmungssystems	Neubildungen	Krankheiten des Urogenitalsystems	Psychische und Verhaltensstörungen				Krankheiten des Nervensystems	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	sonstige Erkrankungen	keine Aussage möglich
			insgesamt	Zerebrovaskuläre Krankheiten	Ischämische Herzkrankheiten	sonstige Kreislaufkrankheiten					insgesamt	durch Alkohol	durch Medikamente/Drogen	Psychische Erkrankungen ohne Sucht				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Männer und Frauen																		
Ohne 2. Diagnose	62245	20035	3212	1418	923	871	1360	1157	14158	80	13754	1970	2039	9745	2477	829	3844	1339
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	202586	143655	1475	385	182	908	2792	2055	5169	93	27118	620	82	26416	2425	1401	16389	14
Krankheiten des Kreislaufsystems	108751	15490	41374	8553	22900	9921	6188	2876	18900	280	12724	785	62	11877	2240	581	8091	7
davon:																		
Zerebrovaskuläre Krankheiten	5188	224	3355	2990	104	261	58	25	348	3	481	18	1	462	398	6	286	4
Ischämische Herzkrankheiten	26242	810	19599	300	17422	1877	351	245	1353	15	938	50	2	886	141	26	2764	-
sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems	77321	14456	18420	5263	5374	7783	5779	2606	17199	262	11305	717	59	10529	1701	549	5041	3
Krankheiten des Verdauungssystems/ Stoffwechselskrankheiten	62147	15286	6086	1051	1531	3504	9753	1979	8663	197	14774	1922	118	12734	1218	648	3514	2
Krankheiten des Atmungssystems	17674	2101	825	81	192	552	504	6644	2770	16	2512	144	51	2317	304	872	1124	2
Neubildungen	22507	797	861	167	30	664	364	231	17699	126	1399	45	8	1346	314	58	657	1
Krankheiten des Urogenitalsystems	9957	407	159	29	24	106	373	55	7264	580	461	8	9	444	261	18	379	-
Psychische und Verhaltensstörungen	122482	9405	2849	1217	672	960	1524	2391	5722	69	95113	22094	10727	62292	2526	539	2337	7
davon:																		
durch Alkohol	5470	127	71	47	5	19	68	15	66	3	4938	515	1914	2509	74	5	102	1
durch Medikamente/Drogen	9954	45	24	12	4	8	12	8	19	-	9786	4146	4620	1020	25	-	35	-
Psychische Erkrankungen ohne Sucht	107058	9233	2754	1158	663	933	1444	2368	5637	66	80389	17433	4193	58763	2427	534	2200	6
Krankheiten des Nervensystems	30450	6957	3933	3484	67	382	680	766	5080	18	7360	535	61	6764	3842	90	1721	3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	5374	1278	106	25	7	74	137	415	733	11	981	46	32	903	65	1475	172	1
Sonstige Krankheiten	170709	48461	17198	3037	9332	4829	3955	2386	64932	850	11217	370	760	10087	2923	629	18154	4
Keine Aussage möglich	28437	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	28435
Insgesamt	843319	263872	78078	19447	35860	22771	27631	20955	151091	2320	187413	28539	13949	144925	18595	7140	56409	29815

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Tab. 4 b: Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene im Berichtsjahr 2010: Verteilung nach 1., 2. und 3. Diagnose (Diagnosegrundgruppen) (DRV 2011)

Verteilung nach 1. Diagnose (Diagnosegrundgruppen) sowie nach 2. Diagnose (Diagnosegrundgruppen)																		
2.Diagnose (Diagnosegrundgruppen)	Leistungen insgesamt	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Krankheiten des Kreislaufsystems				Krankheiten des Verdauungssystems/ Stoffwechselskrankheiten	Krankheiten des Atmungssystems	Neubildungen	Krankheiten des Urogenitalsystems	Psychische und Verhaltensstörungen				Krankheiten des Nervensystems	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	sonstige Erkrankungen	keine Aussage möglich
			insgesamt	Zerebrovaskuläre Krankheiten	Ischämische Herzkrankheiten	sonstige Kreislaufkrankheiten					insgesamt	durch Alkohol	durch Medikamente/Drogen	Psychische Erkrankungen ohne Sucht				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Männer und Frauen																		
Ohne 3. Diagnose	161498	59136	7398	2928	1980	2490	3840	3321	29894	309	37536	4424	4273	28839	5265	2064	11372	1363
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	161414	89856	2785	561	566	1658	3890	3241	10083	152	37451	1941	212	35298	2199	1278	10470	9
Krankheiten des Kreislaufsystems	115336	28427	26793	5203	14361	7229	6175	3152	22609	382	16046	2102	144	13800	1866	615	9266	5
davon:																		
Zerebrovaskuläre Krankheiten	3204	406	1347	947	177	223	64	38	472	4	468	64	4	400	164	4	236	1
Ischämische Herzkrankheiten	12477	1524	5612	320	4033	1259	333	222	1948	23	1042	162	5	875	151	35	1586	1
sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems	99655	26497	19834	3936	10151	5747	5778	2892	20189	355	14536	1876	135	12525	1551	576	7444	3
Krankheiten des Verdauungssystems/ Stoffwechselskrankheiten	106263	32700	14687	3227	6557	4903	6471	3505	14032	318	25148	4400	361	20387	1810	887	6701	4
Krankheiten des Atmungssystems	17009	3898	1163	163	399	601	668	2183	3167	27	3993	434	159	3400	304	505	1101	-
Neubildungen	11634	1213	499	144	68	287	295	204	7274	68	1308	118	15	1175	175	48	549	1
Krankheiten des Urogenitalsystems	18467	816	418	91	94	233	351	95	14977	307	864	47	18	799	242	36	360	1
Psychische und Verhaltensstörungen	82040	16927	5673	2044	2061	1568	2033	2235	7542	147	41461	12515	7573	21373	2149	596	3273	4
davon:																		
durch Alkohol	3867	252	186	120	22	44	102	45	116	1	2872	445	955	1472	80	9	204	-
durch Medikamente/Drogen	5762	82	35	14	7	14	12	16	24	-	5532	2433	2120	979	27	2	32	-
Psychische Erkrankungen ohne Sucht	72411	16593	5452	1910	2032	1510	1919	2174	7402	146	33057	9637	4498	18922	2042	585	3037	4
Krankheiten des Nervensystems	28116	6052	2479	1690	234	555	798	776	5423	29	9260	1224	110	7926	1647	95	1553	4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	6114	1530	176	55	35	86	179	394	1496	7	1650	162	73	1415	92	316	273	1
Sonstige Krankheiten	107005	23317	16007	3341	9505	3161	2930	1849	34592	574	12696	1172	1011	10513	2846	700	11491	3
Keine Aussage möglich	28423	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	28420
Insgesamt	843319	263872	78078	19447	35860	22771	27631	20955	151091	2320	187413	28539	13949	144925	18595	7140	56409	29815

Adipositas (Fettsucht) gehört bei Männern wie Frauen über alle Altersgruppen zu den risikoreichsten Gesundheits-/Krankheitsformen als Teil einer Multimorbiditätskombination (Tab. 2, Auswertung von GEK-Daten durch van den Bussche et al. 2011). Dies ist nicht verwunderlich, da Adipositas häufig in Verbindung mit kardiovaskulären Erkrankungen wie Hypertonie, koronarer Herzkrankheit, apoplektischem Insult und metabolischen Störungen auftritt (Sailer 1998). Sailer sprach von der Adipositas als „Eintrittspforte zur Multimorbidität“. Damit erhält sie

als bedeutsamer Confounder einen nicht hinwegzudenkenden Stellenwert als Multimorbiditätsrisiko gleichrangig den oben aufgeführten Erkrankungen und muss konsequenterweise auch in der Rehabilitationszuweisung und -durchführung berücksichtigt werden. Allerdings müssten präventive Maßnahmen zur Unterstützung von Lebensstiländerungen lange vor dem Eintritt von Rehabilitationsbedürftigkeit einsetzen. Hierfür ergeben sich sektoren übergreifende Aufwands-/Nutzenaspekte, die eine sektoren- und sozialleistungsträgerübergreifende Kooperation erfordern. Im Zeitalter von steigender Multimorbidität sollte die Krankheitslast der Adipositas/Fettsucht dennoch im Treiberbaum eines Multimorbiditäts-Controlling für die medizinisch-rehabilitative Versorgung aufgeführt werden.

Wird die Multimorbiditätshäufigkeit zunehmen?

Prognosen über die Entwicklung der in Multimorbiditätskonstellationen auftretenden Erkrankungen lassen in Verbindung mit der demographischen Entwicklung zweifellos ein Ansteigen der in der rehabilitativen Versorgung auftretenden Erkrankungen erwarten: So werden beispielsweise die jährlichen Neuerkrankungen des Herzinfarktes von 313.000 im Jahr 2007 auf vermutlich 548.000 im Jahr 2050 ansteigen, also um 75 % zunehmen. Beim Diabetes mellitus steigen diese im gleichen Zeitraum um etwa 20 bis 22 % und die der Niereninsuffizienzen um ca. 20 % (Beske et al. 2009).

3. Beispielhafte Kasuistiken multimorbider Patienten im allgemeinen Reha-Kontext

Die besonderen Anforderungen, die sich aus einer bestehenden Multimorbidität bei Rehabilitanden an die Fähigkeiten, Kenntnisse und das Organisationsmanagement des Personals von Rehabilitationseinrichtungen ergeben, werden nunmehr an mehreren Kasuistiken beispielhaft verdeutlicht:

Beispiel 1:

Herr K. Müller, 53 Jahre alt, Programmierer von Beruf, leidet seit fünf Jahren an einer durch Schlaganfall entstandenen Hemiplegie (Halbseitenlähmung) und zieht sich sturzbedingt ipsilateral (auf derselben Körperseite) eine mediale Schenkelhalsfraktur zu. Er erhält eine Hüftprothesenimplantation. Dem Entscheider über die Rehabilitationszuweisung muss bekannt sein, dass aufgrund der Hemiplegie im Zeitverlauf mit Wahrscheinlichkeit Muskelatrophien und Sehnenverkürzungen aufgetreten sind. Damit liegt voraussichtlich eine spezielle therapeutische Problematik aufgrund geänderter Biomechanik der Hüfte vor. Der Krankengymnastik muss dann ggf. eine Wärmebehandlung, Elektrostimulation und/oder Botoxinjektion vorangehen. Dieser Mensch benötigt bei sach- und fachgerechter Beurteilung vorausschaubar nach der akutstationären Versorgung u. a. ein die verschiedenen Krankheitsfolgen berücksichtigendes adaptiertes orthopädisches Rehabilitationsprogramm mit einer speziellen Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage inklusive einer auf seine Körperschemastörung eingehenden Ergotherapie. Er benötigt also, auch wenn das die Rehabilitation auslösende Krankheitsgeschehen unfallchirurgisch/orthopädisch bedingt ist, insbesondere auch neurokompetente Therapeuten. Besondere Anforderungen an das Pflegepersonal bestehen darüber hinaus auch durch eine luxationsprophy-

laktische Lagerung in der Nacht. Die in der Rehaklinik bestehende pflegerische Versorgung mit üblicherweise maximal 1-2 Pflegefachkräften je Station sowie Versorgung mit einer Pflegefachkraft für die ganze Klinik in der Nacht lässt eine suffiziente pflegerische Betreuung dieses Menschen (und in der Einrichtung gibt es nach allgemeiner Erfahrung sicherlich mehrere dieser Personen) nicht zu. Die Krankengymnastin kommt in unserem Fall nach einigen Tagen zu ihrem behandelnden Reha-Orthopäden und teilt diesem mit, dass sie gegen die Spastik nicht ankomme, die Nachtschwester hat nach Plan zwischenzeitlich drei Mal gewechselt und das Problem ist im pflegerischen Bereich gar nicht erst wahrgenommen worden. Wegen der Spastik ist also ein neurologisches Konsil erforderlich, der Neurologe kann aber erst in drei Tagen kommen, ein Wochenende liegt dazwischen, eine der drei Wochen ist bereits (ineffektiv) vergangen. Wegen des hohen Behandlungsaufwandes ist oft auch noch eine Kostenklärung notwendig, da der allgemeine Pflegesatz die Besonderheiten der zunehmenden Zahl multimorbider Personen mit besonderem Behandlungsbedarf bisher meist nicht berücksichtigt. Hier stellt sich insbesondere die Frage nach dem Gelingen einer sach- und fachgerechten, zum Beantragungszeitpunkt bereits erkennbar aufwändigeren Versorgung und der Vorbeugung des Scheiterns oder der Insuffizienz einer Rehabilitationsmaßnahme durch adäquates Versorgungsmanagement bereits vor Antritt der Rehabilitation.

Fragen:

- Wie können derartige multimorbiditätsbedingte Problemkonstellationen bereits bei der Rehabilitationszuweisung erkannt und wie kann diesen entsprochen werden?
- Wie können im Falle einer Fehlzuzuweisung spätestens am der Aufnahme folgenden Tag Fehlallokationen korrigiert oder beseitigt werden?
- Wie erkennt eine Einrichtung Patientenkonstellationen, die vom „Üblichen“ abweichen?
- Hat ein „übliches“ Orthopädie-Therapeuten-Team die notwendige Kompetenz für diese spezielle Fallkonstellation? Welche Kompetenz ist im Zweifel vorrangig? Wie und durch wen kann dies eruiert werden?
- Kann oder muss sich eine Klinik ökonomisch die für solche Fälle notwendige Kompetenz der bei ihr beschäftigten Ärzte und Therapeuten leisten?
- Wie können Rehabilitationsziele im Hinblick auf medizinische Schwerpunktbildungen priorisiert werden, z. B. bezüglich der zeitlichen Rangfolge?
- Wie können zwei verschiedene Therapeutenrichtungen (aus der orthopädischen und der neurologischen Abteilung) zusammengeführt werden? Wie kann eine interdisziplinäre Therapie in einer monoindikativ arbeitenden Rehabilitationsklinik gewährleistet werden?
- Lässt sich bei gehäuftem Auftreten interdisziplinärer Therapiebedarfe eine integrative, interdisziplinär arbeitende Station (virtuell oder real) einrichten?
- Wer koordiniert und verantwortet mit welcher Kompetenz die ganzheitliche, interdisziplinäre Rehabilitation (von der Aufnahme über die Therapieanordnung und -modulation bis hin zur integrierenden Teilhabebeurteilung am Maßnahmeende)?

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

- Müssen die Rehabilitationstherapeuten im Umgang mit multimorbiden Rehabilitanden ihre Kompetenzen erweitern oder lässt sich das organisatorisch lösen?
- Welche innovativen organisatorischen Strukturen und Prozesse führen zu einem Betreuungsoptimum?

Beispiel 2:

Frau M. Schulze, 47 Jahre alt, leidet seit Jahren an einer bipolaren depressiven Störung. Sie ist gegenwärtig in ihrem Antrieb nachhaltig gestört. Sie liegt den ganzen Tag im Bett. Eine intensive Einzelbetreuung und -therapie sind erforderlich. Die Einnahme von kardiogen potentiell negativ wirkenden Psychopharmaka wurde bisher vom Hausarzt als notwendig angesehen. Nach akutem Vorderwandinfarkt wurde eine Stenteinlage erforderlich sowie eine unmittelbar folgende Herzklappen-Operation mit Aortenteilersatz wegen intraoperativer Komplikation erforderlich. Die Gabe von Antiarrhythmika wird kardiologisch empfohlen. Im Hinblick auf ihre zugleich durch die Ereignisse verstärkte Depression besteht eine schwierige Versorgungsproblematik, um die Patientin wieder seitens des Herz-Kreislaufsystems wie auch der Depression für ein selbständiges Leben in eigenen Räumlichkeiten zu aktivieren und zu stabilisieren.

Fragen:

- Welche Anforderungen sind an die Rehabilitation zu stellen? Soll die Patientin in eine kardiologische Rehabilitationsklinik verlegt werden, der eine psychosomatische/psychiatrische Klinik eines anderen Trägers benachbart ist?
- Welche Rehabilitationseinrichtungen stehen zur Verfügung?
- Welche Indikation ist im Zweifel vorrangig?
- Wer nimmt wie und wann die Abschätzung einer möglichen Suizidgefährdung vor?
- Gibt es eine Rehabilitationseinrichtung, die auch ärztliches und unterstützendes Personal aufweist, welches mit depressiven Rehabilitanden umgehen kann?
- Wie und wie schnell erfolgen die klinikinternen Kommunikationswege über die besonderen Anforderungen für eine optimale kardiorehabilitative wie auch psychiatrische, physikalische, mobilisierende, medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie dieser Patientin?
- Sind die Mitarbeiter in der Klinik über die besonderen Aktivierungsmöglichkeiten für depressive Rehabilitanden unterrichtet?
- Wie wird erreicht, dass die Patientin nicht nur in einer reinen kardiologischen Klinik aufgenommen wird (der Entlassungsbericht der Akutklinik enthält keine Aussagen zu einer Depression, die der Rehabilitandin, den Verwandten und dem Hausarzt jedoch sehr wohl bekannt ist) und zügig am Tag nach der Aufnahme und nicht erst nach einer Woche Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik ein Konsil durch einen Psychiater mit Umsetzung psychisch orientierter Aktivierungsmaßnahmen erhält?
- Wie wird vermieden, dass Therapieempfehlungen seitens des aufnehmenden Assistenzarztes (in der Ausbil-

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

dung) ausgesprochen werden, die mangels fehlendem Schwung der Patientin während der üblichen Dienstzeit der Therapeuten nicht umgesetzt werden können, ungünstigstenfalls außer Acht gelassen werden, und die Patientin quasi Herz-Kreislauf-bezogen unrehabilitiert und in den möglichen Wechselwirkungen zwischen Psycho- und Kardiopharmaka nicht feinjustiert aus der kardiologischen Rehaklinik mit einem inadäquaten medikamentösen Risikoprofil und fehlender Mobilisierung und psychischer Stabilisierung in die Häuslichkeit entlassen wird?

Beispiel 3:

Herr R. Wurzmann, 20 Jahre alt, Polytrauma nach Suizid, benötigt orthopädische, neurologische und psychotherapeutische Behandlung.

Beispiel 4:

Frau S. Berg, 50 Jahre alt, Schizophrenie, Insulinpflichtiger Diabetes Mellitus, Mamma Ca-OP mit Lymphödem am Arm.

Beispiel 5:

Herr P. Stelzner, 62 Jahre, berufstätiger MS-Patient, rollstuhlabhängig, Mitralklappenersatz, zunehmende „Einstiefung“ vor der OP.

Beispiel 6:

Frau O. Holberg, 37 Jahre, Hausfrau, instabiles metabolisches Syndrom, Hypertonus, Hüftoperation.

Beispiel 7:

Anette Husmann, 14 Jahre, seit vielen Jahren verhaltensgestört, insulinpflichtige Diabetikerin, OP wegen Herzfehler ohne nachfolgende Komplikationen.

4. Auswirkungen von Multimorbidität auf die Leistungsgestaltung

Die allgemeinen Anforderungen, die sich aus dem Vorliegen einer Multimorbidität an das medizinisch-rehabilitative Versorgungssystem stellen, wurden bei der Leistungsgestaltung in der Geriatrischen Rehabilitation bereits weitgehend erfüllt und werden hier für eine mögliche Referenzierung aufgeführt. Zusätzlich ergeben sich besondere (sozial-)medizinische und ärztliche Herausforderungen, die in die weiteren Überlegungen einfließen sollten.

4.a Leistungsgestaltung in der geriatrischen Rehabilitation

Für die Behandlung multimorbider geriatrischer Rehabilitanden gilt gemäß BRL V&R Abschn. 4.6.5, dass das ärztliche, pflegerische und therapeutische Personal der Einrichtung in der Lage sein muss, auch die bestehenden Begleiterkrankungen, Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen und typischen Komplikationen behandeln zu können. Dies stellt vor allem breitere Anforderungen an die fachliche Qualifikation des ärztlichen Personals sowie große Anforderungen an die Breite der vorzuhaltenden therapeutischen Professionen und Interventionen.

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Im Kontext reduzierter Ressourcen geriatrischer Rehabilitanden ist deren Multimorbidität in der Regel auch mit einem höheren Bedarf an pflegerisch-rehabilitativem Einsatz verbunden. Hieran orientieren sich u. a. auch die seit 2004 bestehenden Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation (GKV Spitzenverband 2004) sowie die Kriterien zur Struktur- und strukturnahen Prozessqualität des 2013 auch für die Geriatrie implementierten QS-Reha®-Verfahrens (GKV Spitzenverband 2013).

So sind als Leiter nur Fachärzte bestimmter Gebiete (Innere Medizin, Neurologie oder Allgemeinmedizin) mit der Weiterbildung Geriatrie zugelassen. Die Musterweiterbildungsordnung (Bundesärztekammer 2008) des als Leiter vorgeschriebenen Geriaters umfasst neben der zugrundeliegenden Facharztqualifikation generell die Erkennung, Behandlung und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen des biologisch fortgeschrittenen Lebensalters mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit. Sie umfasst hierfür u. a. die Durchführung strukturierter (Akut)Diagnostik inkl. des geriatrischen Assessments, die Akuttherapie und (Früh-)Rehabilitation sowie ergänzende Reintegrationsmaßnahmen. Als Schwerpunkte nennt die MWBO geriatrische Syndrome wie Sturzkrankheit, Hirnleistungsstörungen incl. Delir, Demenz und Depressionen, Inkontinenz, Dekubitus, chronische Schmerzen, verzögerte Remobilisation/Gebrechlichkeit, aber auch metabolische Instabilität, Hemiplegiesyndrom, Tumorerkrankungen und weitere nicht maligne Begleiterkrankungen. Gefordert sind ferner Kenntnisse und Erfahrungen in Problemen der Polypharmazie und Ernährung im Alter, in prothetischer Versorgung, mit physiotherapeutischen, ergotherapeutischen und logopädischen Maßnahmen, Hilfsmitteln sowie der Erstellung interdisziplinärer Therapiepläne und der Anleitung eines interdisziplinären therapeutischen Teams.

In den RE AGR resp. dem QS-Reha®-Verfahren Geriatrie sind auch die Mindestzusammensetzung des Rehabilitationsteams (Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/Facio-orale Therapie, Neuropsychologie, rehabilitative Pflege, Ernährungsberatung, Sozialdienst; in den RE AGR auch mit Anhaltswerten für die Personalschlüssel hinterlegt) inkl. dessen jeweils apparativer Mindestausrüstung sowie die Mindestqualifikationen der jeweiligen Leitungen und deren Erfahrung in der interdisziplinären geriatrischen Teamarbeit (zumeist mind. 2 Jahre) sowie weitere in einzelnen Therapiebereichen obligat nachzuweisende Zusatzqualifikationen (z. B. Therapiekonzepte auf neurophysiologischer Grundlage für Physiotherapie und Ergotherapie oder manuelle Lymphdrainage für Physikalische Therapie) spezifiziert.

Ferner sind in den RE AGR resp. dem QS-Reha®-Verfahren Geriatrie die Multimorbidität geriatrischer Rehabilitanden berücksichtigende spezifische Vorgaben zur erforderlichen Prozessqualität festgelegt. Dies betrifft insbesondere die Erhebung eines über die Hauptrehabilitationsindikation hinausreichenden, multidimensionalen standardisierten Assessments zur Erhebung eines umfassenden Status der "Funktionsfähigkeit" im Sinne der ICF unter Einschluss aller Behinderungen aber auch Ressourcen der Rehabilitanden (bspw. Krit. 143 QS-Reha®). Darüber hinaus gehört die Zusammenarbeit in festen interdisziplinären Teams mit mindestens wöchentlichen Teambesprechungen zu den Prozessstandards geriatrischer Rehabilitation (Krit. 149 QS-Reha®). Die RE AGR weisen aber bspw. auch darauf hin, dass die Notwendigkeit einer sehr individuellen Anpassung der Therapie an die Bedürfnisse des einzelnen multimorbiden Rehabilitanden Gruppentherapie im Vergleich zu indikationsspezifischer Rehabilitation oft nicht zulässt und Einzeltherapien daher vorrangig sind (2004 S.15). Wegen der Häufigkeit kognitiver Beein-

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

trächtigungen neben der generellen Multimorbidität, ist im Rahmen der notwendigen Verzahnung der Therapieformen bei Bedarf auch das häusliche Umfeld zu prüfen (ebd. S. 16).

Die geriatrische Rehabilitation berücksichtigt insofern die Multimorbidität ihrer Rehabilitanden, angefangen von den partiell spezifizierten Indikationskriterien, über eine breite initiale Befunderhebung, eine eher generalistisch ausgerichtete ärztliche Behandlungskompetenz, eine relativ große Breite des therapeutisch rehabilitativen Teams und Behandlungsspektrums einschließlich eines höheren Stellenwerts aktivierend-therapeutischer Pflege bis hin zu stärker individualisierter Leistungserbringung mit einem Vorrang von Einzeltherapien oder sogar unter besonderen Bedingungen der bedarfsweisen Erbringung im gewohnten Lebensumfeld wie in der mobilen geriatrischen Rehabilitation.

Das Angebot mobiler geriatrischer Rehabilitation mit Erbringung der Rehabilitation im gewohnten, in der Regel häuslichen, Lebensumfeld ist explizit für multimorbide geriatrische Rehabilitanden konzipiert, die zwar Rehabilitationspotenzial im Hinblick auf ihre rehabilitationsbegründende Hauptdiagnose haben, deren Rehabilitationsfähigkeit und damit verbunden positive Rehabilitationsprognose jedoch wegen besonderer Kontextfaktoren - zumeist demenziellen Beeinträchtigungen – nur bei Erbringung der Leistung in der Häuslichkeit als gegeben angesehen werden können (vgl. GKV Spitzenverband 2007).

Besonders für Menschen mit Mehrfachbehinderungen, z. B. mit Körper- und Sinnesbeeinträchtigungen (insbesondere Blindheit), geistiger Behinderung sowie bei erworbenen Hirnschädigungen, kann die Rehabilitation mit großem Vorteil in häuslicher Umgebung durchgeführt bzw. nach stationärer Rehabilitation dort fortgeführt werden. Das häusliche Umfeld und die Bezugspersonen stellen das unmittelbare Trainingsfeld dar. Die Klienten können sich sofort und allzeit orientieren, da u. U. schwierige Transferprozesse entfallen und die Angehörigen unmittelbar einbezogen werden können. Unter Koordination des Arztes der mobilen Rehabilitation können der Hausarzt und alle vertrauten Fachärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung die verschiedenen Krankheitsprobleme indikationsübergreifend und multidisziplinär angehen.

4.b Herausforderungen im allgemeinen rehabilitativen Kontext

Veränderungen in der kurativen Versorgung multimorbider Patienten können sich auch auf deren rehabilitative Versorgung auswirken. Mit dem Zeitalter der sogenannten „Industrialisierung der Medizin“ sind die Schwierigkeiten einer adäquaten Betreuung bei multimorbiden Patienten zunehmend offensichtlich geworden (Salisbury 2012, Barnett et al. 2012). Abendstein wies bereits 2000 darauf hin, dass Multimorbidität als häufige Realität sowohl von Ärzten wie auch vom Gesundheitssystem akzeptiert werden muss. Multimorbidität stellt eine hohe Herausforderung an interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation dar. Der Arzt wird dieser Herausforderung als Einzelkämpfer nicht gewachsen sein. Bei allen Systempartnern ist eine unbedingte Bereitschaft zur Teamarbeit und Vernetzung erforderlich. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund eines mit der Multimorbidität erhöhten Risikos für das Eintreten von Behinderungen sowie funktionellen Einbußen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe erforderlich, die sich nicht einfach summieren, sondern sich oft in komplexer und synergetischer Weise wechselseitig beeinflussen (Kuhlmey 2009). Zahlreiche Arztbesuche und -wechsel, eine professionsübergreifende Betreuung mit für die Personen zeitintensiven und anstrengenden Übergängen, wiederholte Klinikaufenthalte, Po-

lypharmazie mit häufigeren unerwünschten Arzneimittelwirkungen, unnötige Untersuchungen oder Doppeluntersuchungen sowie widersprüchliche Therapieanweisungen bis hin zu gehäuften Komplikationen, stellen eine Herausforderung in der Therapie multimorbider Menschen dar.

Die alleinige Fokussierung auf die Hauptindikation bei multimorbiden Rehabilitanden verhindert zumeist die gezielte Berücksichtigung aller Facetten und erhöht die Gefahr, dass durch die Konzentration auf eine Leitdiagnose wesentliche Aspekte weiterer Erkrankungen auch im Rehabilitationsgeschehen keine oder eine nur unzureichende Berücksichtigung finden. Hier ist vielmehr ein ganzheitlicher Ansatz erforderlich. Der Mensch ist als vollständige Einheit von Körper und Geist sowie als in ein Lebensumfeld eingebettetes Individuum zu behandeln und nicht als „Addition verschiedener Krankheiten“.

Die Betreuung multimorbider Patienten erfordert sowohl in der ambulanten als auch akutstationären und rehabilitativen Versorgung von den behandelnden Ärzten und Therapeuten eine hohe Fachkompetenz. Sie müssen in der Lage sein, die Notwendigkeit einer Versorgung über einen weiten Bereich unterschiedlicher Spezialdienste ggf. auch sektorenübergreifend erkennen, bewerten und koordinieren zu können, komplexe Konsultationen in einem überschaubaren Zeitraum zügig zu veranlassen und deren Ergebnisse bei konkurrierenden Prioritäten ausgewogen zum Wohle der anvertrauten Menschen zu gewichten (Salisbury et al. 2011) und anschließend in eine rationale Rehabilitationsstrategie mit einem Bündel komplexer Interventionen umsetzen zu können. Je differenzierter ein Gesundheitssystem strukturiert ist, desto größer ist die Gefahr, dass multimorbide Patienten diese vernetzte Versorgung nicht erhalten. So kann die von einem Orthopäden für erforderlich gehaltene Bewegungstherapie mit dem fehlenden Antrieb einer gleichzeitig vorliegenden Depression kollidieren, Wechselwirkungen und mögliche Kontraindikationen für die Verordnung von Antidepressiva stellen eine ebenso große Gefahr dar, wie sich widersprechende Verhaltensvorschläge von Ärzten und Therapeuten unterschiedlicher Fachrichtungen mit der Folge, dass der Patient keiner rationalen Verhaltensprävention mehr folgen kann. Bei der Koordinierung und Planung von Behandlungsstrategien bzw. eines abgestimmten Therapiekonzeptes bei multimorbiden Patienten kommt in der ambulanten ärztlichen Versorgung der Allgemeinmedizin besondere Bedeutung zu.

Ein integrierendes Therapiekonzept muss dabei all diese Aspekte berücksichtigen. Idealerweise sollte der multimorbide Mensch von einer einzelnen Arztkonsultation zu verschiedenen Erkrankungen profitieren können, beispielsweise beim gleichzeitigen Vorliegen einer kardiovaskulären Erkrankung und eines Diabetes mellitus (Bower et al. 2011). Dies muss auch bei einer indikationsbezogenen Rehabilitationsmaßnahme eines multimorbiden Rehabilitanden gewährleistet werden können. Damit ergeben sich nicht nur hohe Anforderungen an die fachübergreifende Kompetenz überwiegend fachgebietsspezifisch ausgebildeter und tätiger Ärzte und Therapeuten sowie deren Kompetenzerwerb und -erhalt durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen. Auch die organisatorischen Abläufe für eine Gewährleistung der integrativen Betreuung multimorbider Rehabilitanden im Hinblick auf Zeitabläufe, Terminkoordination, Konsultationsvielfalt und -häufigkeit müssen überdacht werden.

Schließlich sind die Sozialleistungsträger gefordert, die besonderen Anforderungen aufgrund von Multimorbidität bei deren Entscheidungen für die Rehabilitationszuweisung, -durchführung und -nachsorge zu berücksichtigen. Kann die vorgesehene Rehabilitationsmaßnahme oder -einrichtung diesen entsprechen? Ist

das auf eine indikationsspezifische Rehabilitationsdurchführung eingestellte hochleistungsmedizinische Rehabilitationszentrum auf multimorbide Rehabilitanden eingestellt? Wie für den Menschen mit einer Primärdiagnose eine geeignete indikationsspezifische Rehabilitationseinrichtung gefunden werden muss, so müssen wir auch für den multimorbiden Rehabilitanden eine Antwort auf die Frage nach der für ihn bestmöglich geeigneten Rehabilitationseinrichtung suchen, um dem Slogan „Der richtige Patient/Rehabilitand zum richtigen Zeitpunkt in die richtige Einrichtung“ gerecht zu werden.

5. Strukturelle Voraussetzungen im Bereich stationärer medizinischer Reha-Einrichtungen

Hinsichtlich der bedarfsgerechten Behandlung von multimorbiden Personen ist die Frage struktureller Voraussetzungen in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen bedeutsam. Hierbei insbesondere, inwieweit Möglichkeiten der indikationsübergreifenden Behandlung und Therapie z. B. durch Bestehen mehrerer Fachabteilungen in einer Einrichtung begünstigt werden könnte.

Bundeseinheitliche, qualitätsgesicherte Daten liegen dazu nach aktueller Kenntnislage nicht vor. Gleichwohl können die nachfolgend dargestellten Ergebnisse der Auswertung des Rehasstättenverzeichnisses für stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen der BAR hierzu erste Hinweise geben¹.

Von insgesamt 876 Kliniken, zu denen auswertbare Daten vorlagen, verfügen knapp die Hälfte der Einrichtungen (48 %) über mindestens zwei Indikationsbereiche bzw. Fachabteilungen (Abb. 2); jede vierte Einrichtung (26 %) über drei und mehr Indikationsbereiche. Die 451 monoindikativen Einrichtungen haben folgende Behandlungsschwerpunkte: Suchterkrankungen (33 %), Orthopädie (20 %), psychische/psychosomatische Erkrankungen (17 %), Krankheiten des Nervensystems (9 %), andere (12 %). Weitere 9 % der Kliniken mit einem Behandlungsschwerpunkt sind der indikationsübergreifenden geriatrischen Rehabilitation zuzuordnen.

Bei mehreren Indikationen in einer Klinik finden sich darüber hinaus unterschiedliche und unterschiedlich häufige Kombinationsmuster. Abbildung 3 stellt dies zunächst für zwei Indikationsbereiche dar. Demnach bieten 15 % aller ausgewerteten Kliniken (nicht nur derjenigen mit mind. zwei Indikationsbereichen) Rehabilitationsleistungen im Bereich Orthopädie und Kardiologie an. Jeweils ca. 10 % der Einrichtungen tun dies im Bereich Orthopädie und Stoffwechselerkrankungen bzw. des Nervensystems.

¹ Das Rehasstättenverzeichnis der BAR (verfügbar unter www.bar-frankfurt.de) beruht auf Selbstangaben der jeweiligen Rehabilitationseinrichtungen. Die Aufnahme in das Verzeichnis ist freiwillig. Daher bildet die Datenbank keine vollständige Verzeichnung aller stationären Rehabilitationseinrichtungen ab. Eine Überprüfung der getätigten Angaben durch die BAR erfolgt bislang nicht. Entsprechend können sich Abweichungen zu Auswertungsergebnissen anderer Datenquellen ergeben. Die Belastbarkeit der Ergebnisse ist somit grundsätzlich auch kritisch zu betrachten. Im hier verwendeten Kontext sollen die Ergebnisse Anhaltspunkte für die weitergehende Betrachtung bieten. Die Bettenzahl pro Klinik wurde nicht berücksichtigt, unterliegt aber insgesamt einer hohen Schwankungsbreite. Ebenso unberücksichtigt blieb die Betrachtung einer ggf. bestehenden räumlichen Nähe mehrerer Rehabilitationseinrichtungen.

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Abbildung 2: Zahl an Indikationsbereichen in stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen

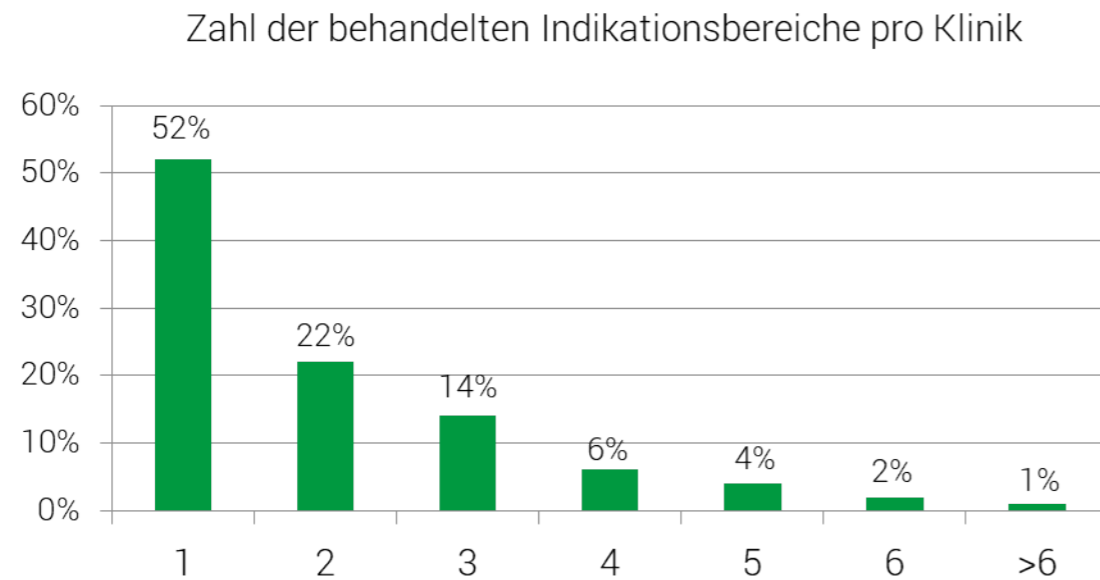
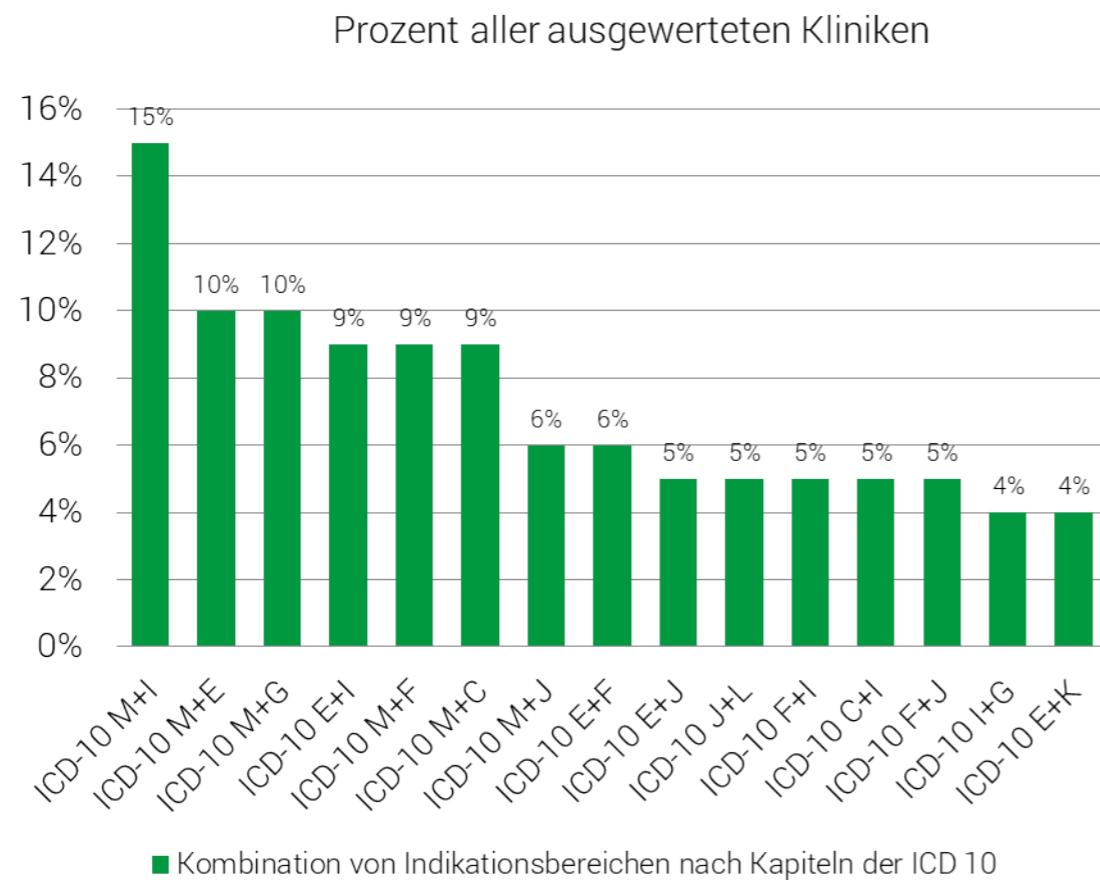


Abbildung 3: Häufige Kombinationen von zwei Indikationsbereichen in stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen



Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Tabelle 5 weist ferner häufig bestehende Kombinationen von drei Indikationsbereichen innerhalb einer Klinik aus. So finden sich im Rahmen dieser Auswertung immerhin 33 Kliniken, die orthopädische und kardiologische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Nervensystems schwerpunktmäßig in einer Einrichtung behandeln.

Tabelle 5: Die zehn häufigsten Kombinationen von drei Indikationsbereichen innerhalb einer stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Platz	Indikation	Indikation	Indikation	Häufigkeit	Anteil (n=876)
1	Krankheiten der Haltungs- und Bewegungsorgane	Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Krankheiten des zerebrovaskulären Systems)	Krankheiten des Nervensystems (einschl. gutartige Neubildungen, kongenitale Anomalien, zerebrovaskuläres System und Schädel-Hirn-Verletzungen sowie Spätfolgen nach Verletzungen)	33	3,8%
2	Krankheiten der Haltungs- und Bewegungsorgane	Bösartige Neubildungen und maligne Systemerkrankungen	Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Krankheiten des zerebrovaskulären Systems)	30	3,4%
3	Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien	Krankheiten der Haltungs- und Bewegungsorgane	Psychosomatische Erkrankungen/ Psychiatrische Krankheiten (ohne Abhängigkeitserkrankungen)	29	3,3%
4	Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien	Krankheiten der Haltungs- und Bewegungsorgane	Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Krankheiten des zerebrovaskulären Systems)	26	3,0%
5	Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien	Psychosomatische Erkrankungen/ Psychiatrische Krankheiten (ohne Abhängigkeitserkrankung)	Krankheiten der Atmungsorgane	23	2,6%
6	Krankheiten der Haltungs- und Bewegungsorgane	Psychosomatische Erkrankungen/ Psychiatrische Krankheiten (ohne Abhängigkeitserkrankung)	Krankheiten der Atmungsorgane	23	2,6%
7	Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien	Bösartige Neubildungen und maligne Systemerkrankungen	Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Krankheiten des zerebrovaskulären Systems)	22	2,5%
8	Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien	Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Krankheiten des zerebrovaskulären Systems)	Krankheiten des Nervensystems (einschl. gutartige Neubildungen, kongenitale Anomalien, zerebrovaskuläres System und Schädel-Hirn-Verletzungen sowie Spätfolgen nach Verletzungen)	20	2,3%

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Platz	Indikation	Indikation	Indikation	Häufigkeit	Anteil (n=876)
9	Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Haut/ Allergien	18	2,1%
10	Krankheiten der Haltungs- und Bewegungsorgane	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Krankheiten des zerebrovaskulären Systems)	18	2,1%

Im Ergebnis kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass zur Behandlung von multimorbiden Rehabilitanden hinsichtlich grundsätzlich verfügbarer Fachkompetenzen der therapeutischen Teams verschiedener Fachrichtungen eine positive Ausgangslage zu konstatieren ist.

Neben der im Einzelfall bedeutsamen Frage der Erforderlichkeit der Hinzuziehung einrichtungsexternen Sachverständigen (z. B. mittels Konsil), ist damit der Fokus insbesondere auf Fragen der passgenauen Zuweisung in geeignete Kliniken als auch auf Anforderungen an und die Organisation von inter-indikativer Zusammenarbeit innerhalb von Rehabilitationseinrichtungen zu richten.

6. Anforderungen an das rehabilitative Versorgungssystem in Deutschland:

Die Mitglieder der Projektgruppe des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR haben die Ergebnisse der Literaturrecherche mit Blick auf rehabilitativ ausgerichtete Teilhabeleistungen im Versorgungssystem bewertet und haben - soweit möglich - die nachstehenden Überlegungen und Vorschläge im Kontext einer dem multimorbiden Menschen zweckmäßigen Versorgung und unter Einbezug durchaus unterschiedlicher eigener Erfahrungen, Kenntnisse und Wahrnehmungen des Versorgungssystems zusammengestellt. Viele von diesen können bereits jetzt, unabhängig von ggf. zukünftig weiterführenden Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Forschungsvorhaben, umgesetzt werden.

6.a Erkennung von Multimorbidität im rehabilitativen Kontext

- Die **individuelle** Bedarfserkennung für eine rehabilitative Leistung eines multimorbiden Patienten muss dort ansetzen, wo der Patient wahrscheinlich als erster mit seinen multiplen Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe in Erscheinung tritt: beim behandelnden Arzt in Praxis und Klinik. Nur so kann es gelingen, dass der multimorbide Patient schon in der vertragsärztlichen oder stationären Versorgung hinsichtlich seiner krankheitsbedingten Ressourcen wie auch Beeinträchtigungen ganzheitlich vor dem Hintergrund seiner person- und umweltbezogenen Lebensumstände betrachtet wird.
- Die daraus resultierenden Erkenntnisse und Bewertungen müssen vollständig in das Antragsformular oder den Befundbericht einfließen. Insbesondere muss diesem auch zu entnehmen sein, ob die Person mehr als zwei Erkrankungen mit Auswirkungen im Alltag aufweist. Diese sollten konkret benannt

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

werden. Nur so hat die Verwaltung des Rehabilitationsträgers eine Chance, für ihre Versicherten die geeignete Versorgungsform auszuwählen. Die Kommunikation zwischen behandelndem Arzt (ggf. auch Ärzten) und Rehabilitationsträger erfolgt in der Regel unter Nutzung von Formularen. Diese müssen Raum für entsprechend strukturierte Eingaben unter dem besonderen Aspekt der Multimorbidität ermöglichen.

6.b Bedarfsgerechte Zuweisung von Rehabilitationsleistungen

- Bereits bei der Anregung oder Einleitung von Teilhabeleistungen sollte beim Rehabilitationsträger dem Aspekt der relevanten Multimorbidität und den hieraus resultierenden Problemstellungen ein entsprechender Stellenwert in den Ordnungsformularen eingeräumt werden. Es ist notwendig, das Vorliegen von Multimorbidität transparent und nachvollziehbar darzustellen:
 - ◆ bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfes, der Rehabilitationsfähigkeit und –prognose
 - ◆ in der sozialmedizinischen Begutachtung und deren Auswertung durch den Rehabilitationsträger
 - ◆ in der anschließenden Rehabilitationszuweisung
 - ◆ bei den anschließenden administrativen Entscheidungen zur Festlegung von Art, Umfang, Dauer und Ort einer notwendigen Rehabilitationsmaßnahme.

Dies erfordert die Dokumentation aller relevanten Teilhabebeeinträchtigungen, aller den Rehabilitationsprozess potenziell beeinflussender Krankheiten sowie deren Wechselwirkungen unter Berücksichtigung umwelt- und personbezogener Kontextfaktoren. Der ergänzende Einsatz eines Selbstauskunftbogens mit Blick auf eine mögliche Multimorbidität könnte hilfreich sein.

- Ist dem Formular das Vorliegen von Multimorbidität zu entnehmen, dann muss verwaltungsseitig eine kompetente Klärung über die Möglichkeit einer Aktenlagebeurteilung durch den Sachbearbeiter oder die Notwendigkeit einer sozialmedizinischen Begutachtung per Aktenlage oder mit persönlicher Untersuchung und Befragung erfolgen. Das Ziel ist nicht nur eine fachlich begründete sozialmedizinische Entscheidung über die notwendigen und erfolgversprechenden Rehabilitationsmaßnahmen, sondern insbesondere auch darüber, ob die Rehabilitation individuellen Beeinträchtigungen und Teilhabestörungen, die mit zwei oder mehr sozialmedizinisch relevanten Krankheitskomplexen einhergehen, hintereinander (i. S. e. Sukzessivreha) oder gleichzeitig (i. S. e. Simultanreha) erfolgen sollten oder müssen. Von dieser Entscheidung hängt wiederum ab, ob eine indikationsübergreifende (generalistisch mehrere medizinische Fachgebiete abdeckende) Kompetenz, eine spezialisierte (indikationsspezifische) Kompetenz und /oder eine integrative (verschiedene Indikationen integrierende) Kompetenz seitens der Ärzte und Therapeuten und damit eine dem individuellen Multimorbiditätsspektrum entsprechende kommunikative Kompetenz für die nach Aufnahme in der Rehabilitationseinrichtung folgenden Rehabilitationsorganisationsabläufe erforderlich ist. Auch die altersabhängigen Kompensationspotentiale unterschiedlich betroffener Organsysteme und die Besonderheiten der Wechselwirkungen biologischer - normaler wie pathologischer - Prozessabläufe sind individuell zu berücksichtigen. Die frühzeitige sach-

und fachgerechte Erstellung eines Gesamt-Reha-Konzepts für multimorbide Rehabilitanden kann zu einer Reduzierung von Fehleinweisungen beitragen

Als Faustregel kann gelten: Je vielfältiger und komplexer die Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabestörungen umso höher der Kompetenzbedarf über die Fächergrenzen hinweg

- Es wird die Weiterentwicklung von rehasträgerinternen Anweisungen über die besonderen Zuweisungskriterien für multimorbide Personen an geeignete Rehabilitationseinrichtungen mit klarer Definition von Anforderungen an die Auswahl und Betreuung multimorbider Menschen über die sozialmedizinischen Basis-kriterien hinaus empfohlen. Dazu gehören auch klare Abgrenzungskriterien zur indikationsspezifischen Reha-bilitation im Verhältnis zu einer fachübergreifenden Rehabilitation bei Multimorbidität.
- Die Sensibilisierung für das Thema der Multimorbidität bei den fachlichen (z. B. behandelnden Therapeu-ten) und administrativen Entscheidungsträgern (z. B. Rehabilitationsberatern, Servicestellen oder Case-Mana-gern) kann durch entsprechende Formularinhalte und Vermittlung kompetenzgeleiteten Hintergrundwissens über die hohen Anforderungen von Multimorbidität für das antragsentscheidende Personal zeitnah erfolgen. Hierzu müssen keine erst nach Jahren möglichen Forschungsergebnisse abgewartet werden, da wichtige Er-kenntnisse bereits vorliegen.
- Es ist zu prüfen, ob Maßnahmen zur Intensivierung der Kooperation zwischen dem Rehabilitationsträger und der Rehabilitationseinrichtung ein geeigneter Weg zur Optimierung der Rehabilitationszuweisung multimor-bider Rehabilitanden sein können. Die marketingartige Darstellung aller Krankheitsbilder in Rehaklinik-Katalo-gen sagt über die tatsächliche und qualifizierte Betreuungsmöglichkeit multimorbider Rehabilitanden i. d. R. gar nichts aus. Es könnte hingegen die Vorabzuleitung von Unterlagen über multimorbide Rehabilitanden zur Sicherung einer multimorbiditätsadäquaten Rehabilitation beitragen. Der Gebrauch eines „Eye-Catchers“ auf Formularen könnte den Focus auf das Thema Multimorbidität lenken. Der Einsatz eines speziellen Selbstaus-kunfts- oder Screeningbogens zur Identifizierung von multimorbiden Personen könnte die Entscheidung einer sach- und fachgerechten Zuweisung als wichtiges Hilfsmittel unterstützen.
- So hat die Deutsche Rentenversicherung einen Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation entwickelt (Baumeister et al. 2011). Als erster Schritt ist da-nach vorgesehen, alle Rehabilitanden der medizinischen Rehabilitation vor oder zu Beginn der stationären Behandlung routinemäßig mittels geeigneter Screeninginstrumente zu untersuchen. Es ist vorstellbar, der-artige Screeningverfahren zur Allokation multimorbider Personen systematisch einzusetzen, nicht nur in der Psychodiagnostik.
- Der gesetzlichen Krankenversicherung wird empfohlen, das Formular 61 im Hinblick auf das Thema Multi-morbidität zu überdenken. Wenn mehrere Diagnosen aufgelistet werden, dann könnte zur Vermeidung von Fehlallokationen eine Frage nach der Wichtigkeit der aufgeführten Diagnosen für die Auswirkungen im All-tag der Person aus Sicht des behandelnden Arztes mehr Licht ins Dunkel bringen: „Welche der aufgeführten Krankheiten sind im Reha-Prozess primär zu beachten?“ oder „Welche weiteren Krankheiten sind in der Wech-selwirkung bedeutsam zur Hauptindikation?“ Eine Überarbeitung der Formulare – auch im Hinblick auf das

Sprachvokabular eines niedergelassenen Arztes - könnte zur Praxisorientierung des Ausfüllenden und zur Allokationssicherheit des Auswertenden beitragen. Ein „Eye-Catcher „Achtung: Multimorbidität“ könnte weg-weisend sein. Für alle Rehabilitationsträger ist die Entwicklung eines rehabilitationsorientierten Multimorbi-ditätsscores „MuMo-Score“ von Interesse. Die vorliegenden Daten eines derartigen, in der Originalarbeit als Comorbiditätsscore bezeichneten Messinstrumentes weisen auf dessen Praktikabilität und Validität hin. Sein Praxiseinsatz in seiner Arzt- wie auch Patientenversion würde die Allokationssicherheit durch Identifizierung multimorbider Menschen erhöhen und sollte begleitend evaluiert werden (Glattacker et al. 2007).

6.c Konsequenzen für die Durchführung medizinischer Rehabilitationsleistungen

- Bereits mit der Aufnahmeuntersuchung in einer Rehabilitationseinrichtung sind im Rahmen der partizipativen Rehabilitationszielfindung neben der/den rehabilitationsrelevanten Diagnose(n) alle mit in die Therapiepla-nung einzubeziehenden Morbiditäten zu berücksichtigen. Dies ist insbesondere deshalb notwendig, weil Akut-kliniken im DRG-Zeitalter und weiterhin sinkenden Verweildauern oft nur noch auf die abrechnungsrelevante Erkrankung fokussieren, wodurch andere Erkrankungen, aus denen sich auch Teilhabebeeinträchtigungen er-geben können, mitunter keine ausreichende Berücksichtigung finden.
- Die zum Teil komplexen Teilhabebeeinträchtigungen erfordern hinsichtlich der Rehabilitationsplanung und -durchführung eine kontinuierliche Überprüfung des Erreichens von Teilzielen im Team und mit dem Rehabili-tanden sowie ggf. Nachjustierung. Das Wissen über das Vorliegen von Multimorbidität könnte durch den Haus-arzt bzw. einleitenden Arzt an die Rehabilitationseinrichtung weitergegeben und dort durch eine verstärkte zeitnahe Einbindung von „Konsiliarärzten“ das Fachwissen zu das Hauptindikationsgebiet ergänzenden not-wendigen Behandlungen bzw. Reha-Ansätzen sichergestellt werden. Gerade für multimorbide Rehabilitan-den in indikationsspezifischen Rehabilitationseinrichtungen ist zu gewährleisten, dass die interdisziplinären Teambesprechungen alle für die Beachtung der unterschiedlichen Erkrankungen erforderlichen Professionen einbeziehen. In Rehabilitationskliniken mit mehreren Indikationsbereichen können eine zielgerichtete, indika-tionsübergreifende Kooperation des therapeutischen Teams (beispielsweise die Einführung interdisziplinärer Morgenkonferenzen, welche dem Multimorbiditätsaspekt besondere Bedeutung beimessen) bis hin zur Ent-wicklung eines spezifischen, integrativen Behandlungskonzeptes für multimorbide Rehabilitanden bedeut-sam sein. Eine konzeptionelle Darlegung besonderer fachlicher Eignung für spezifische Konstellationen von Multimorbidität birgt hierbei den Vorteil der transparenten Leistungsbeschreibung und somit der Möglichkeit zielgerichteter Zuweisung. Auch die vor Ort oft vorhandenen unterschiedlichen indikationsspezifischen Kom-petenzen verschiedener Kliniken könnten sich wechselseitig bei der Betreuung multimorbider Rehabilitanden auf der Fachebene ergänzen. So könnte auch das Thema Multimorbidität zur Sensibilitätserhöhung des ärztli-chen und therapeutischen Personals die klinikübergreifende Agenda eines „Journal Club“ mit diesem Schwer-punkt Multimorbidität wiederbeleben. Soweit Assessments durchgeführt werden müssen, sind sie so zu wäh-len, auszuwerten und zu bewerten, dass sie stets den Multimorbiditätsaspekt berücksichtigen.
- Die Rehabilitationsdurchführung, von der Aufnahme bis zur Entlassung, setzt ein fachübergreifend ganzheitli-ches Reha-Verständnis aller beteiligten Ärzte und Therapeuten mit flexibler Anpassung und Abstimmung des Therapiemanagements an die Umstände der Multimorbidität voraus. Damit steigt der Aufwand von der Planung der Zielsetzung der Rehabilitation über die Feststellung der Vielzahl verschiedener Beeinträchtigungen und Teil-

habestörungen und ihre unterschiedlichen Ursachen sowie die Wahl möglicher und sinnvoller Interventionen bis hin zur Integrationsleistung des behandelnden Arztes und der Therapeuten während der Rehabilitation und der abschließenden Ergebnismittlung im Entlassungsbericht mit zugleich differenzierter Einzelschau wie auch zusammenfassender Gesamtschau. Es muss überlegt werden, wer diese integrierende Funktion leisten soll. Sollte die notwendige Integrationsleistung personell oder organisatorisch (z. B. durch fallbezogene Teamkonferenzen und rechtzeitige Weichenstellung notwendiger Konsiliarabstimmungen) nicht erbracht werden können, besteht trotzdem die Verpflichtung der Klinikleitungen, diese anderweitig sicherzustellen. So könnte regional mit mehreren Rehabilitationskliniken verschiedener Schwerpunktausrichtungen eine klinikträgerübergreifende Kooperation und personelle Vernetzung auch auf der organisatorischen Ebene erfolgen. Kann durch eine Rehabilitationseinrichtung die fachlich und organisatorisch kompetente Betreuung multimorbider Rehabilitanden nicht gewährleistet werden, dann besteht nicht nur die Möglichkeit, sondern die Verpflichtung der Rehabilitationsträger, multimorbide Rehabilitanden zum Vermeiden eines möglicherweise haftungsbezüglichen Organisationsverschuldens nicht mehr in diese Einrichtung zu senden.

- Natürlich müssen spezielle Aspekte zur Multimorbidität im Entlassungsbericht der Rehabilitationseinrichtungen ihren Niederschlag finden. Die aus den Wechselwirkungen der Multimorbidität relevanten Ergebnisse und Empfehlungen für die nachfolgend durch den behandelnden Arzt erfolgende Betreuung, sollten sich dem Entlassungsbericht an prominenter Stelle sofort und übersichtlich entnehmen lassen.
- Es wird angeregt, das Thema Multimorbidität in der Qualitätssicherung gesondert zu berücksichtigen. So wäre seitens einer mit multimorbiden Rehabilitanden belegten Rehabilitationseinrichtung durch Dokumente (Aufzeichnungen, Team-Protokolle etc.) die Bedeutung und tatsächliche Realisierung des erforderlichen Integrationsgrades in der Betreuung multipler Morbiditäten und deren Auswirkungen zu belegen. Die Integrationsleistungen fördernden dokumentierten Strukturen würden die vorgehaltenen Prozessabläufe untermauern.
- Das Ergebnis könnte wiederum sowohl in der Belegungsentscheidung Berücksichtigung finden als auch bei Pflegesatzverhandlungen. Es ist zu prüfen, ob die Dokumentation von bestimmten Integrationsleistungen oder deren Nichterbringung (beispielsweise durch Erweiterung der KTL) Basis für finanzielle Zu- und Abschläge einer die Aufwände für multimorbide Rehabilitanden sachgerecht beschreibenden und geeigneten Vergütung sein könnten. Den üblichen diagnostischen und therapeutischen Dokumentationen lassen sich derartige für multimorbide Rehabilitanden notwendigen Integrationsleistungen nicht entnehmen.

6.d Überführung des Rehabilitationserfolges in die individuelle Lebenswelt

Die Multimorbidität stellt hohe Anforderungen an eine personenzentrierte, flexible, interdisziplinäre ambulante Versorgung im Anschluss an die Rehabilitation. Ihr muss daher ein breites Instrumentarium für die individuelle Gestaltung des eigenen Lebensbereiches zur Verfügung stehen. Es ist somit zu erwarten, dass die Nachsorgeempfehlungen i. R. des Entlassmanagements bei multimorbiden Rehabilitanden umfangreicher ausfallen und möglicherweise häufiger eine Inspektion des häuslichen Kontextes zur Beurteilung der fördernden und hemmenden Umweltfaktoren erfordern. Gerade bei Rehabilitanden mit Multimorbidität können wegen multipler Aktivitäts- und Teilhabestörungen ggf. vor Entlassung ein Hausbesuch oder zwei bis drei Reha-Einheiten zu Hause/vor Ort sinnvoll sein. Diese Flexibilisierung rehabilitativer Leistungen von der wohnortfernen, stationären Durchführung

über die ambulante Durchführung wohnortnah bis in die individuelle häusliche Umgebung, z. B. im Rahmen einer mobilen Rehabilitation multimorbider Personen und gegebenenfalls notwendiger Unterstützung durch Nachsorge, erfordern ein grundsätzlich interdisziplinäres Überleitungsmanagement mit dem Ziel der integrativen Gesamtschau unter Einbezug des behandelnden Arztes. Auch die berufliche Wiedereingliederung und die erfolgreiche Teilhabe am Erwerbsleben können sich infolge Multimorbidität und damit einhergehender höherer Risiken schwierig gestalten. Bei vorliegender Multimorbidität kann u. a. die Einschaltung des Betriebsarztes im Einzelfall zielführend sein.

6.e Kompetenzerwerb und -erhalt der Therapeuten in Rehabilitationseinrichtungen und der administrativen Mitarbeiter bei den Rehabilitationsträgern

- Fortlaufende Sensibilisierung für das Thema Multimorbidität
- Spezielle (insbesondere allgemeinmedizinische) Fortbildungen in anderen als den eigenen Fachgebieten
- Aufnahme des Themas „Multimorbidität“ in die Rehabilitationscurricula der Sozialmedizinischen Akademien

6.f Leitliniengenerierung mit dem Ziel der Vermeidung einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung multimorbider Rehabilitanden

- Da die Leitliniengenerierung sich nahezu ausschließlich auf einzelne Krankheitsbilder bezieht, müssen Leitlinien in Zukunft zum Erhalt von deren Nützlichkeit und Akzeptanz bei zunehmendem Multimorbiditätsaufkommen unter den betreuten Personen mindestens ein gesondertes Kapitel enthalten, welches sich mit der Wertigkeit der Leitlinie in Verbindung mit einer vorliegenden Multimorbidität befasst. Dabei sollte neben kurativen Wechselwirkungsaspekten auch auf die Betreuungsstruktur und den Versorgungsprozess, die Rehabilitationsindikation und -durchführung fokussiert werden.
- Es wird darüber hinaus angeregt zu prüfen, ob für besonders häufig vorliegende Multimorbiditätsmuster spezielle Leitlinien generiert werden können. Es wäre eine dankbare Aufgabe für die Rehabilitationsträger in diesem Sinne eine Kooperation der entsprechenden Fachgesellschaften anzuregen und zu fördern.
- Es wird angeregt, dass die Rehabilitationsträger für bestimmte Multimorbiditätsmuster eigene Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung wie auch die Rehabilitation entwickeln bzw. das Thema Multimorbidität in den bereits vorhandenen, unter rehabilitativen Aspekten zu überarbeitenden, Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung deutlich vertiefen. Bisher wird lediglich auf eine Teilgruppe hingewiesen, für die beim Vorliegen mehrerer Erkrankungen mit unterschiedlichen Fähigkeitsstörungen Rehabilitationsbedürftigkeit gegeben sein kann, „auch wenn die isolierte Betrachtung der einzelnen Erkrankungen und den damit auf verschiedenen Ebenen verbundenen Beeinträchtigungen jeweils keine Rehabilitationsbedürftigkeit bedingen würde“ (DRV 2002). Da Leitlinien zum Thema Multimorbidität für alle Rehabilitationsträger von Bedeutung sind, bietet es sich an, auf der BAR-Ebene entsprechende Entwicklungen abgestimmt voranzutreiben.

6.g Forschungsbedarf

- Für die Rehabilitation stehen nicht primär die Zahl der Erkrankungen und die damit einhergehenden komplexen medizinischen Probleme im Vordergrund, sondern darüber hinaus insbesondere auch die sozialmedizinische Relevanz der sich daraus ergebenden verschiedenen Teilhabebeeinträchtigungen vor dem Hintergrund der personbezogenen und Umweltfaktoren als Förderfaktoren oder Barrieren. Die zurzeit vorliegende wissenschaftliche Literatur zum Umgang mit dem Thema Multimorbidität in der Rehabilitation ist in dieser Hinsicht noch spärlich. Die Notwendigkeit, dieses Thema in den Fokus zu nehmen, ergibt sich beispielsweise quantitativ aus der Rehabilitationsstatistik der Deutschen Rentenversicherung (DRV 2011). Danach weisen von der Gesamtzahl der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene im Berichtsjahr 2010 von 837.864 Fällen bei Männern und Frauen lediglich 73.977 keine zweite Diagnose auf und wiederum lediglich 179.247 keine Drittdiagnose.

Qualitativ konnte anhand einer ICF-Core-Set-orientierten Erfassung bspw. gezeigt werden, dass bei Patienten mit einer rheumatischen Erkrankung durch das Hinzutreten von Multimorbidität eine erhebliche Verstärkung funktioneller Beeinträchtigungen erfolgt. Daher regen die Autoren empirische Analysen zur Auswirkungen von Multimorbidität auf die Funktionsfähigkeit an (Scheidt-Nave et al 2010, van den Bussche et al. 2011). Forschungsbedarf besteht darüber hinaus hinsichtlich der Dynamik und Bedingungsabhängigkeit funktioneller Aktivitätsauswirkungen und ihrer Interaktionen bei Vorliegen mehrerer Krankheiten als Basis für eine rationale Therapie. Wir wissen noch viel zu wenig über die notwendigen Konsequenzen für die praktische Versorgung und den rehabilitativen Ansatz multimorbider Personen.

Die Rehabilitationsträger sind somit gut beraten, in Ihren Forschungsvorhaben bei der Analyse der Rehabilitationszuweisung, -durchführung und -nachsorge auch die komplexen Zusammenhänge in Bezug auf multiple Teilhabebeeinträchtigungen bei multimorbiden Rehabilitanden zu analysieren. So ist beispielsweise von Interesse zu erfahren, wie viele und welche multimorbiden Rehabilitanden nicht ausreichend diagnostiziert und kurativ behandelt in die Rehabilitationseinrichtung kommen, woraus sich voraussichtlich komplexe, ggf. akutmedizinische und rehabilitative Interventionsbedarfe und auch multiple Teilhabebeeinträchtigungen ergeben. Nicht nur Querschnitts-, sondern vor allem auch Längsschnittuntersuchungen wären notwendig, um Einblicke in die Dynamik und die Schnittstellenfunktionalität zwischen den verschiedensten Leistungserbringern und Sozialleistungsträgern zu erhalten sowie relevante Risiko- und Schutzfaktoren zu identifizieren und Ansätze für gezielte erfolgversprechende Interventionen und Kompensationsstrategien für multimorbide Personen zu entwickeln.

- Die Forschungsergebnisse müssen als Grundlage für die Beantwortung der Frage dienen, ob, was zu vermuten ist, für multimorbide Rehabilitanden flexible (mehrere verkürzte, unterschiedlich lange, verlängerte oder abwechselnd stationär/ambulante/mobile) Rehabilitationszeiten zum Erreichen eines Rehabilitationserfolges notwendig sind. So ist anzunehmen, dass bei multimorbiden Rehabilitanden das hierdurch modifizierte Restitutions-/Kompensations- und Adaptationspotenzial einer besonderen Aufmerksamkeit bedarf. Aufgrund der komplexen von mehreren gleichzeitig vorliegenden Erkrankungen ausgehenden Aktivitäts- und Teilhabestörungen müssen das möglicherweise altersbedingt veränderte Kompensationspotential wie auch die schwer absehbaren Wechselwirkungen aus verschiedenen Organsystemen untereinander berücksichtigt

werden. Arbeitshypothese wäre, dass standardisierte und starre, dem Krankheits-, Beeinträchtigungs- und Teilhabegeschehen wenig anpassungsfähige Rehabilitationszeiten von generell 21 Tagen wenig zielführend für bestimmte zeitweise aufwandsintensiv und zeitweise aufwandsarme, sequentiell oder parallel, ambulant und/oder stationär zu rehabilitierende Konstellationen der Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen multimorbider Rehabilitanden sein können. So könnte z. B. die Notwendigkeit längerer Erholungsphasen nach rehabilitativ sinnvollen Trainingsphasen die zumutbare Wochenfrequenz bestimmter Maßnahmen vermindern mit der möglichen Folge einer zum Erreichen des Rehabilitationszieles notwendigen Verlängerung der gesamten Rehabilitationsdauer.

- Die Zunahme multimorbider Menschen verändert den Blick auf die Rehabilitationsstatistiken der Rehabilitationsträger in Richtung auf Kombinationsdiagnosen und nicht nur auf die Erstdiagnose. Darüber hinaus sind entsprechende differenzierte Auswertungen komplexer Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen multimorbider Rehabilitanden anzustreben. Hierzu gehören auch organisatorische Fragestellungen, bspw.: Wie kann sichergestellt werden, dass spezialisierte Einrichtungen andere Krankheiten außerhalb ihres Indikationsgebietes mit adäquater Zuwendungsintensität behandeln können, wenn die Rehabilitationszuweisung sich nicht nur an den Folgen einer einzigen (Haupt-) Krankheit orientiert, sondern auch an der Funktionsfähigkeit sowie den Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen und -potentialen aller vorhandenen Gesundheitsstörungen ansetzen würde?
- Im Rahmen von Nachsorgeüberlegungen ist auch zu klären, welche besonderen Maßnahmen und ggf. prozessualen Veränderungen für einen möglichst reibungslosen Übergang von der rehabilitativen in die ambulante Versorgung bei multimorbiden Menschen einzuleiten sind.
- Es wird angeregt, dass die sozialmedizinischen Dienste der Rehabilitationsträger sowie der Forschungsbereiche die Ergebnisse der derzeit bundesweit geförderten Forschungsverbünde aufmerksam verfolgen (Übersicht bei Scheidt-Nave et al. 2010). Dazu gehören: AMA (Autonomie trotz Multimorbidität im Alter), ESTHER-Netzwerk (Kohortenstudie zu Multimorbidität und Gebrechlichkeit im hohen Alter), KORA-AGE (Kohortenstudie zu Langzeitdeterminanten und Konsequenzen der Multimorbidität), LUCAS (Hamburger Verbund zur longitudinalen urbanen Kohorten-Alters-Studie), MultiCare (Verbund Komorbidität und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung) sowie PRISCUS-Verbund (Entwicklung eines Modells angemessener gesundheitlicher Versorgung älterer Menschen mit mehrfachen Erkrankungen). Da diese Studien jedoch alle unterschiedliche Schwerpunktsetzungen mit unterschiedlichen Zugängen und methodischen Ansätzen verfolgen, wird angeregt, dass auf BAR-Ebene trägerübergreifend mit Unterstützung der Rehabilitationsträger sowie des BMBF, Studien gezielt zur Rehabilitation multimorbider Rehabilitanden in ambulanten wie auch stationären Rehabilitationseinrichtungen im Hinblick auf Wirksamkeit und Wirkung unter Alltagsbedingungen sowie Wirtschaftlichkeit durchzuführen.

6h Weiterführende Überlegungen

Im Rahmen einer im rehabilitativen Kontext bestehenden Multimorbidität (Definition siehe Punkt 2c) kann sich bei spezifischen Fallgestaltungen die Notwendigkeit einer intensiven, multimorbiditätsbezogenen Behandlung (z. B. bei der Dialyse, bei bestimmten Formen der Chemotherapie, bei laufender intensiver Psychotherapie etc.)

oder das Erfordernis wichtiger diagnostischer Maßnahmen ergeben, welche die Rehabilitation nicht hinauszögern sollten. In diesen Fällen kommen verstärkt ambulante und mobile Rehabilitationsformen in Betracht da während solcher Rehabilitationsleistungen eine intensive, multimodale Behandlung oft parallel zur Rehabilitation erfolgen kann. Auch kommt hier eine konsiliare Einbindung von wohnortnah verfügbaren Vertragsärzten in Betracht², wenn die Berücksichtigung der Multimorbidität die Möglichkeiten einer wohnortnah erforderlichen und dringend indizierten stationären Rehabilitation ansonsten sprengen würde. Diese Sachverhalte gehen jedoch über das vorgelegte Papier hinaus und bedürfen zukünftig einer weiteren Aufarbeitung.

7. Kernbotschaften des Ärztlichen Sachverständigenrates der BAR:

- Multimorbidität bezeichnet im rehabilitativen Kontext des SGB IX das Vorliegen von mindestens zwei chronischen Krankheiten mit sozialmedizinischer Relevanz. Eine Krankheit ist chronisch, wenn Sie mindestens ein halbes Jahr anhält/anhalten wird. Sie ist von sozialmedizinischer Relevanz, wenn sie für den betroffenen Menschen hinsichtlich seiner Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF für die Teilhabe im Hinblick auf seine persönliche Lebensgestaltung und sein Lebensumfeld bedeutsam ist. Hieraus ergeben sich für die Rehabilitationsträger insbesondere auch Fragen der Bedarfsermittlung, Zuweisungspraxis, Rehabilitationsdurchführung und -nachsorge sowie der anschließenden Integration in den ambulanten Versorgungsbereich. Multimorbidität ist in diesem Kontext abzugrenzen von multiplen Störungen und Beeinträchtigungen wie sie bei einer einzelnen Krankheit, z. B. nach einem Schlaganfall auftreten können.
 - ➔ Adressat: Der Gesetzgeber, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), die Rehabilitationsträger, die Rehabilitationseinrichtungen, alle weiteren Leistungserbringer.
- Das Informationsmanagement zum Erkennen des medizinischen oder leistungsrechtlichen Teilhabebedarfes rehabilitationsbedürftiger Personen wie auch die Auswahl passgenauer und erfolgversprechender (sozial-)medizinischer und sozialer Interventionen bedarf einer besonderen Ausrichtung auf das Thema Multimorbidität.
 - ➔ Adressat: Der Gesetzgeber, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), die Rehabilitationsträger, die Rehabilitationseinrichtungen, alle weiteren Leistungserbringer.
- Multimorbidität ist ein zunehmend bedeutsam werdendes Thema für die Rehabilitation Erwerbstätiger wie auch jenseits des Erwerbstätigenalters. Multimorbidität ist daher ein Thema für alle Rehabilitationsträger.
 - ➔ Adressat: Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), die Rehabilitationsträger, die Rehabilitationseinrichtungen.

² Hinweis: Die konsiliare Einbindung von ortsansässigen niedergelassenen Ärzten ist grundsätzlich möglich bei akutmedizinischem Handlungsbedarf während einer Rehabilitation.

- Strukturen und Prozessabläufe der Rehabilitationszuweisung, -durchführung und -nachsorge müssen auf deren Eignung zum Erkennen und zur Betreuung multimorbider Rehabilitanden geprüft werden.
 - ➔ Adressat: Rehabilitationsträger, Rehabilitationseinrichtungen, alle Rehabilitationstherapeuten Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).
- Eine Rehabilitationseinrichtung, die multimorbide Rehabilitanden betreut, muss ihre Eignung zur Versorgung multimorbider Rehabilitanden belegen können (Grad der systematischen Zusammenarbeit gemessen an den erbrachten Integrationsleistungen).
 - ➔ Adressat: Rehabilitationseinrichtungen.
- Ambulante, ambulant-mobile wie auch stationäre Versorgungsmodelle mit integrativen, ganzheitlich orientierten generalisierten Ansätzen sowie einer Flexibilisierung von Rehabilitationsleistungen sind gezielt für multimorbide Menschen zu entwickeln.
 - ➔ Adressat: BAR als gemeinsame Plattform der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger in Verbindung mit den Rehabilitationseinrichtungen.
- Die Qualifizierung von Ärzten und Therapeuten wie auch der Verwaltungsmitarbeiter bei den Rehabilitationsträgern muss multimorbide Personen miteinbeziehen. Entsprechend sind die Arbeitsmaterialien und Fortbildungen anzupassen.
 - ➔ Adressat: Bundesärztekammer, Rehabilitationseinrichtungen, Rehabilitationsträger.
- Der bisherige Stellenwert der Adipositas/Fettsucht in der Rehabilitation muss im Hinblick auf deren statistische Zunahme bei Kindern und den Zusammenhang mit anderen Erkrankungen i. R. d. Multimorbidität von Rehabilitanden verstärkt beachtet werden.
 - ➔ Adressat: Rehabilitationsträger, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Präventionsaktivisten.
- Spezielle systematische Filterkriterien zum Erkennen multimorbider Personen mit geringen sozioökonomischen Status sind zur Vermeidung einer Fehl- und Unterversorgung anzuwenden.
 - ➔ Adressat: Rehabilitationsträger und Rehabilitationseinrichtungen.
- Forschungsvorhaben zur rehabilitativen Versorgung multimorbider Personen sind dringend notwendig.
 - ➔ Adressat: Bundesforschungsministerium, Rehabilitationsträger, Rehabilitationsinstitute der Hochschulen.
- Der Finanzbedarf für die Rehabilitation multimorbider Rehabilitanden ist zu ermitteln und ggf. einzupreisen.
 - ➔ Adressat: Rehabilitationseinrichtungen, Rehabilitationsträger.

8. Literatur

Abendstein, B.: Multimorbidität als Aufgabe: 1000 Krankheiten – eine Gesundheit – *Arztbild 2000, Gesundheitswesen 2000*, 62 Sonderheft 1, 560-561.

Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, B., Wyke, S., Guthrie, B.: Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study, *Lancet*, 2012, Vol. 380, 37-43.

Baumeister, H., Jeanette, J., Vogel, B., Härter, M., Barth J., Bengel, J.: Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation (DIBpS): Ein Leitfadens zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation, *Deutsche Rentenversicherung Bund*, 11, 2011

Beyer, J.: Positionspapier zur Fachübergreifenden Frührehabilitation, 2009, online verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/down.asp?typ=PDF&id=4321> [20.10.2013].

Beyersdorf, J., Rauch, A.: Junge Rehabilitanden zwischen Schule und Erwerbsleben. IAB-Forschungsbericht 14/2012, www.iab.de.

Bower, P., Macdonald, W., Harkness, E., Gask, L., Kendrick, T., Valderas, J.M., Dickens, Chr., Blakeman, T., Sibbald, B.: Multimorbidity, service organization and clinical decision making in primary care: a qualitative study, *Family Practice*, 2011, 28, 579-687.

Boyd, D. M., Boulton, Ch., Shadmi, E., Leff, B., Brager, R., Dunbar, L., Wolff, J. L., Wegener, St.: Guided Care for Multimorbid Older Adults, *The Gerontologist*, 2007, Vol. 47, No.5, 697-704.

Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung vom Mai 2003 in der Fassung vom 28.03.2008. Berlin, 2008.

Cheng, L., Cumber, L., Dumas, C., Winter, R., Nguyen, K. M., Nieman, L. Z.: Health related quality of life in pregeriatric patients with chronic diseases at urban, public supported clinics, *Health and Quality of Life Outcomes*, 2003, 63.

DRV (2011): Statistik der Deutschen Rentenversicherung Rehabilitation – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sonstige Leistungen zur Teilhabe und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 2010, Band 184, Berlin, Seite 110 und 111.

DRV (2002): Leitlinien „Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problembereiche“. www.deutsche-rentenversicherung.de.

Feinstein, AR: The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease, *J. Chronic Dis.* 1970, 23: 455-468.

Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Lapointe, L., Almirall, J., Dubois, M.-F., Vanasse, A.: Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care, *Quality of Life Research* 2006, 15, 83-91.

Fortin, M., Lapointe, L., Hudon, C., Vanasse, A., Ntutu, A.O.L., Maltais, D.: Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review, *Health and Quality of Life Outcomes*, 2004, 2, 51.

Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (IGSF): Gesundheitsversorgung 2050 – Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein, Schriftenreihe Band 108, 2007.

Fuchs, J., Busch, M., Lange, C., Scheidt-Nave: Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany, *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 4, 2012, 576-586.

Gassmann K. Geriatrische Rehabilitation vor der Gesundheitsreform - Beispiele aus Bayern: Qualitätssicherung von größtem Interesse. In: Füsgen I (Hrsg.): *Zukunftsforum Demenz: Geriatrische Rehabilitation : Vom Ermessen zur Pflicht - auch für den dementen Patienten* (26. Workshop des Zukunftsforum Demenz am 09.07.2007, Erlangen). Dokumentationsreihe Band 22. Wiesbaden : Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH, 2008. - ISBN 978-3-938748-10-7, 27-35.

GKV-Spitzenverband, MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 01.01.2004. Berlin, 2004. Online verfügbar unter: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/reha/leistungen/geriatrie/index.html> [13.03.2013].

GKV-Spitzenverband, MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation. Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation: 01.05.2007, 2007. Online verfügbar unter: http://www.mds-ev.de/Dokumente_Formulare_Gesundheit.htm [13.03.2013].

GKV-Spitzenverband, MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation. Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation: 01.05.2007, 2007. Online verfügbar unter: http://www.mds-ev.de/Dokumente_Formulare_Gesundheit.htm [13.03.2013].

GKV-Spitzenverband. QS-Reha@-Verfahren: Geriatrie. Online verfügbar unter: <http://www.qs-reha.de/indikationen/geriatrie/geriatrie.jsp> [13.03.2013].

GKV Spitzenverband, MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.). *Beurteilung-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation*. Essen, 2005 mit Aktualisierungen Februar 2012.

Glattacker, M., Meixner, K., Farin, E., Jäckel, W.H.: Entwicklung eines rehabilitationsspezifischen Komorbiditätsscores und erste Prüfung methodischer Gütekriterien, *Phys Rehab Kur Med* 2007; 17(5): 260-270.

Grimby, A., Svanborg, A.: Morbidity and health-related quality of life among ambulant elderly citizens, *Aging Clin. Exp. Res.*, 1997, 9, 356-364.

Gunzelmann, T.; Albani, C.; Beutel, M.; Brähler, E.: Die subjektive Gesundheit älterer Menschen im Spiegel des SF-36. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2006, vol. 39, 109-119.

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Hodek, J. M., Ruhe, A., Greiner, W.: Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Multimorbidität: Gesundheitswesen 72, 2010, 455-465.

Holzhausen, M., Fuchs, J., Busch, M., Ernert, A., Six-Merker, J., Knopf, H., Hapke, U., Gaertner, B., Kurzawe-Seitz, I., Dietzel, R., Schödel, N., Welke, J., Wiskott, J., Wetzstein, M., Martus, P., Scheidt-Nave, C.: Operationalizing multimorbidity and autonomy for health services research in aging populations- the OMAHA study, BMC Health Services Research, 2011, 11, 47.

Kempen, G., Ormel, J., Bilman, E. et al.: Adaptive responses among Dutch elderly: The impact of eight chronic medical conditions on health related quality of life, American Journal of Public Health, 1997, 87, 38-44

Kilian, R., Matschinger, H., Angermeyer, M.C.: Die subjektive Lebensqualität bei Patienten mit somatischen und psychischen Erkrankungen in stationärer Behandlung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, in: Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U., und Siegrist, J.: Hrsg. Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und –soziologischer Sicht, Hogrefe-Verlag 2000, 79-97.

Kohler, M., Ziese, T.: Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen, Robert Koch-Institut, Berlin, 2004.

Kriegsman, D. M., Penninx, B. W., van Eijk, J. et al.: Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic disease in community dwelling elderly. A study on the accuracy of patients' self-reports and on determinants of inaccuracy. Journal of Clinical Epidemiology 1996; 49: 1407-1417.

Kuhlmey, A.: Spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen – im Spiegel des neuen Sachverständigenratsgutachtens, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2009, 6, 425-431.

Lehnert, T., König, H.-H.: Auswirkungen von Multimorbidität auf die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen und die Versorgungskosten, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5, 2012, 685-692.

Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B., Fratiglioni, L.: Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature: Ageing Research Reviews 10, 2011, 430-439.

Meinck M, Lübke N. Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten - Teil 3: Prävalenz und prädiktiver Wert geriatrietypischer Merkmalskomplexe in einer systematischen Altersstichprobe. Z Gerontol Geriatr 2013, vol.46, 645-657.

Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt M. et al: „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“, ein Teil der „allgemeinen“ Lebensqualität?, in: Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U. und Siegrist, J., Hrsg. Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und –soziologischer Sicht, Hogrefe-Verlag, 2000, 206-221.

Sailer, D.: Adipositas: Eintrittspforte zur Multimorbidität, WMW, 1998, 17, 388-392.

Salisbury, Chr., Johnson, L., Purdy, S., Valderas, J. M., Montgomery, A. A.: Epidemiology and impact of multimorbi-

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

dity in primary care: a retrospective cohort study, British Journal of General Practice, Jan. 2011, e12-21.

Salisbury, Chr.: Multimorbidity: redesigning health care for people who use it, Lancet, Vol. 380, Juli 2012.

Scheidt-Nave, C., Richter, S., Fuchs, J., Kuhlmey, A.: Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für die alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“, Bundesgesundheitsblatt 2010, 53, 441-450.

Seger, W., Cibis, W., Devener, A., Grotkamp, S., Lübke, N., Schönle, P. W., Schubert, M.: Die Zukunft der medizinisch-rehabilitativen Versorgung im Kontext der Multimorbidität – Teil I: Begriffsbestimmungen, Versorgungsfragen und Herausforderungen. Das Gesundheitswesen 2016, Online <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0042-108440.pdf>.

Seger, W., Cibis, W., Devener, A., Grotkamp, S., Lübke, N., Schönle, P. W., Schubert, M.: Die Zukunft der medizinisch-rehabilitativen Versorgung im Kontext der Multimorbidität – Teil II: Strukturelle Voraussetzungen und Anforderungen an das rehabilitative Versorgungssystem. Das Gesundheitswesen 2016, Online: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0042-108441>.

Seger, W., Petri, B., Müller-Fahrnow, W., Lay, W., Grotkamp, C., Hüller, E., Seidel, E., Steinke, B., Deetjen, W., Grone-meyer, St., Lübke, N., von Mittelstaedt, G., Korsukéwitz, Ch., Aubke, W., Schian, H.-M., Heipertz, W., Wallrabenstein, H., Zelfel, R.C., Cibis, W., Philgus, B.: Perspektiven der Rehabilitation – Ein Positionspapier des Ärztlichen Sachverständigenrates der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur Weiterentwicklung der Rehabilitation, Gesundheitswesen 2008; 70: 267-280.

Simpson, C. F., Boyd, C., Carlson, M. D. et al.: Agreement between self-report of disease diagnosis and medical record validation in disabled older women: factors that modify agreement. Journal of the American Geriatrics Society 2004; 52: 123-127.

Sprangers, M., de Regt, E., Andries, F., et al.: Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? Journal of Clinical Epidemiology 2000, 53, 895-907.

Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.2. Gesundheit: Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Wiesbaden, 2012. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/VorsorgeRehabilitation/GrunddatenVorsorgeReha.html> [13.03.2013].

Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.2.2. Vollstationäre Patienten und Patientinnen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2011. Nach Europäischer Kurzliste und Altersgruppen: Fachabteilung Geriatrie. Wiesbaden, 2012 - Sonderauswertung.

Statistisches Bundesamt, Destatis: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/OperationenProzeduren5231401117014.pdf?__blob=publicationFile [20.10.2013].

Taylor, A.W., Price, K., Gill, T.K., Adams, R., Pilkington Rh., Carrangis, N., Shi, Z., Wilson, D.: Multimorbidity – not just an older person's issue. Result from an Australian biomedical study: BMC Public Health 2010, 10: 718.

Thiem, U., Theile, G., Junius-Walker, U., Holt, S., Thürmann, P., Hinrichs, T., Platen, P., Diederichs, C., Berger, K., Hodek, J.-M., Greiner, W., Berkemeyer, S., Pientka, L., Trampisch, J.J.: Prerequisites for a new health care model for elderly people with multimorbidity, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2011, 2, 115-220.

Trögner J., Tümena T., Schramm A., Heinrich R., Sieber C.: Geriatrie in Bayern Datenbank (GIB-DAT): Patientenstrukturen und Ergebnisse der geriatrischen Rehabilitation. Eine statistische Analyse von Benchmarking-Parametern Teil II. Z Gerontol Geriatr 2006;39(2):134-142.

Van den Akker, M., van den Buntinx, F., Knottnerur, J. A.: Comorbidity or multimorbidity: what's in a name. A review of literature, Eur. J. Gen. Pract. 1996, 2: 65-70.

Van den Bussche, H., Koller, D., Kolonko, T., Hansen, H., Wegschneider, K., Glaeske, G., Von Leitner, E-Chr., Schäfer, I., Schön, G.: Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany, BMC Public Health, 11, 2011, 101ff.

Von Steinbüchel, N., Lischetzke, T., Gurny, M. et al.: The WHOQL-OLD Group. Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität älterer Menschen mit dem WHOQL-BREF-Fragebogen, Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2005, 14, 13-23.

Weiss, B.: Evidenzbasierte Informationen mit Bezug zum höheren Lebensalter in deutschen Leitlinienportalen – Eine vergleichende Darstellung am Beispiel der Herzinsuffizienz, Z. Gerontol. Geriatr., 2011, 44, 85-90.

Wijhuizen, G. J., Perenboom, R. J. M., Galindo Garre, F., Heerkens, Y.F., van Meeteren, N.: Impact of multimorbidity on functioning: Evaluating the ICF core set approach in an empirical study of people with rheumatic diseases: J. Rehabil. Med. , 2012, 44: 664-668.

9. Verzeichnis der Mitwirkenden

Cibis, Dr. med. Wolfgang,	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR),	Frankfurt
Deventer, Angela,	Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e. V.,	Dresden
Grotkamp, Dr. med. Sabine,	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN),	Hannover
Lübke, Dr. med. Norbert,	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG),	Hamburg
Schmidt-Ohlemann, Dr. med. Matthias,	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR),	Heidelberg
Schönle, Prof. Dr. Dr. Paul,	Universität Konstanz	Konstanz
Schubert, Dr. Michael,	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR),	Frankfurt
Leiter der Projektgruppe: Seger, Prof. Dr. med. Wolfgang,	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN),	Hannover

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Notizen

Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation

Notizen

BAR Publikationen

Reha

Grundlagen

Praxisorientiertes und konzeptionelles Wissen bietet Orientierung zu Leistungen und dem System der Rehabilitation.




REHA
Grundlagen

Reha

Vereinbarungen

Trägerübergreifende Vorgaben und gemeinsame Empfehlungen konkretisieren die Zusammenarbeit in der Rehabilitation sowie die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.



REHA
Vereinbarungen

Reha

Entwicklungen

Positionen, Stellungnahmen und Projekte geben Impulse zur Weiterentwicklung von Rehabilitation und Teilhabe.



REHA
Entwicklungen

BAR Report

Die BAR berichtet über Themen und Aktivitäten. Darunter z. B. Tagungsbericht, Geschäftsbericht und Orientierungsrahmen.



BAR
Report



Downloads und weitere Informationen unter
www.bar-frankfurt.de/publikationen/

