

Informationspapier zur Mobilen Rehabilitation

- Stand 10. Mai 2007 -

1. Ansatzpunkte

Angebote mobiler Rehabilitation sind als aufsuchende Reha-Leistungen zu verstehen. Interdisziplinäre Therapeutenteams erbringen bei den Patienten in ihren individuellen Wohnformen (häusliches Umfeld/Privatwohnung, betreute Wohneinrichtung, Pflegeheim) Reha-Leistungen.

Zur Zeit bestehen fünf Modellprojekte¹, die sich alle dadurch charakterisieren lassen, dass eine starke regionale Eingrenzung des Angebots gegeben ist. Regionale Rahmenbedingungen (z.B. soziale Netze/Familienstrukturen, Stadt, Land) und vorhandene Strukturen der Gesundheitsversorgung haben maßgeblichen Einfluss auf die konkrete Ausgestaltung der Angebote vor Ort. Vertreten sind in allen Projekten die Professionen Arzt, Pflege, Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprachtherapie und Sozialarbeit.

2. Zielgruppe

Zielgruppe für Angebote mobiler Rehabilitation sind Patienten, die entweder keine Möglichkeit haben, ambulante oder stationäre Reha-Angebote wahrzunehmen oder es ablehnen, an Reha-Maßnahmen teilzunehmen. Darüber hinaus kann mobile Rehabilitation eine flankierende Maßnahme im Zusammenspiel mit ambulanter und stationärer Rehabilitation oder stationärer Krankenhausbehandlung darstellen.

Mobile Rehabilitation wendet sich somit in erster Linie an Menschen,

- die eine notwendige stationäre Rehabilitation nicht antreten können oder wollen, weil sie beispielsweise andere Personen (z.B. Familienmitglieder) versorgen müssen oder Angst vor einer fremden Umgebung haben.
- einer genauen individuellen Abstimmung rehabilitativer Maßnahmen auf das individuelle Wohnumfeld bedürfen und deren Rehabilitation eben deshalb dort ansetzen muss.
- im Nachgang zu einer stationären Behandlung (Rehabilitation oder Krankenhaus) einer besonderen, durch Reha-Maßnahmen flankierten, Wiedereingliederung in den häuslichen Alltag bedürfen um den Reha-Erfolg nachhaltig zu sichern,
- bei denen durch einen Verbleib im häuslichen Kontext positive, bzw. den Reha-Erfolg unterstützende psychische Rahmenbedingungen erschlossen und zusätzliche Belastungen (z.B. durch einen Ortswechsel) vermieden werden können.

¹ Modellprojekte in Bad Kreuznach, Karlsruhe, Magdeburg, Woltersdorf, Marburg.

In jedem Fall liegen bei typischen Patienten der Mobilen Rehabilitation Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens vor. Sie sind deshalb pflegebedürftig oder von Pflegebedürftigkeit bedroht bzw. von Hilfeleistungen Dritter abhängig. Typische Krankheitsbilder sind in diesem Zusammenhang neben Multimorbidität (geriatrische Patienten): Schlaganfälle, Schädel-Hirn-Traumata, postoperative Zustände nach Eingriffen an den Bewegungsorganen, internistische Krankheiten, chronische neurologische Erkrankungen, MRSA, Sehbehinderungen, Querschnittslähmungen, Amputationen sowie schwere degenerative Erkrankungen des Skelettsystems².

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass Mobile Rehabilitation **nur dann eine Alternative** zu anderen Behandlungsformen bildet, wenn die Einbeziehung von Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld (insbes. Angehörige) sinnvoll und realisierbar ist. Hierbei geht es auch darum, diese Personenkreise für die Rehabilitationsmaßnahmen zu sensibilisieren und zu qualifizieren. Die Situation im Alltag muss zudem ein hinreichendes Übungsfeld für rehabilitative Maßnahmen darstellen.

Ausgehend von den Erfahrungen der Modellprojekte lassen sich die **Grenzen mobiler Reha** wie folgt spezifizieren:

- Fehlende Motivation des Patienten oder der Angehörigen
- Krankheitsbilder wie bspw. fortgeschrittene Demenz der Patienten oder komplexe Suchtproblematiken
- Umstände, die eine Behandlung im häuslichen Umfeld unmöglich machen (z.B. Wohnungsausstattung, -lage) oder auch eine nicht zu bewältigende Verwahrlosung des Patienten in seiner häuslichen Umgebung

Mobile Rehabilitation richtet sich nach der Erfahrung der Modellprojekte nur an einen sehr kleinen Kreis von Patienten.

3. Konzeption

3.1 Reinform

Mobile Rehabilitation bedeutet, dass Patienten von einem interdisziplinären Therapeutenteam in der eigenen Wohnung behandelt werden. Die Behandlung richtet sich primär aus an der Mobilität, den Aktivitäten des täglichen Lebens, der Kommunikation (Sprachtherapie), der Neuropsychologie und anderen rehabilitativen Aspekten. Eingeschlossen ist ein Case-Management sozialer Aspekte.

In der Konzeption der mobilen Rehabilitation wird bewusst das persönliche soziale Umfeld der Patienten einbezogen. Die vorhandenen Ressourcen sollen gebündelt, gefördert und erweitert werden. Integriert werden hierbei zum einen direkte soziale Bezugspartner wie Angehörige, Nachbarn und Freunde und zum anderen auch ambulante Dienste, die den Patienten zur Verfügung stehen (bspw. ambulante Pflegedienste). Die Behandlung erfolgt in enger

² Aufzählung unter Bezugnahme auf die BAR Mobile Rehabilitation e.V.

Kooperation mit dem Hausarzt, anderen Vertragsärzten, niedergelassenen Therapeuten und Institutionen des Gesundheitswesens.

Der Arzt der Mobilen Rehabilitation (Reha-Arzt) ist zuständig für die rehabilitative Diagnostik, das Assessment³ sowie die Verordnung und Überwachung des Rehabilitationsprozesses. Die kurative Behandlung verbleibt beim Fach- bzw. Hausarzt. Alle Mitglieder des Rehabilitationsteams übernehmen Teilziele des Rehabilitationsplanes aus benachbarten Fachdisziplinen in ihre eigene Behandlung. Dies gilt insbesondere für den Bereich des Trainings der Aktivitäten des täglichen Lebens. Die sich aus dieser Konzeption ergebende inter- und transdisziplinäre Arbeitsweise setzt eine sehr enge und kontinuierliche Abstimmung im Rehabilitationsprozess voraus. Die einzelnen Behandlungseinheiten im Rahmen der mobilen Rehabilitation erfolgen idealtypisch von einem Therapeuten in Kooperation mit Angehörigen des Patienten.

3.2 Mischformen und Kombinationen

Mobile Rehabilitation muss nicht als ausschließliche Umsetzungsform rehabilitativer Maßnahmen gesehen werden. Vielmehr kann sie als Ergänzung oder in Kombination mit ambulanten und/oder stationären Reha-Maßnahmen umgesetzt werden. Denkbar wären hierbei insbesondere drei Optionen:

1. Eine Kombination von mobilen und ambulanten Maßnahmen (bspw. jede dritte Behandlungseinheit in häuslicher Umgebung) mit dem Ziel, den Reha-Erfolg durch eine gezielte Einbeziehung des häuslichen Umfelds nachhaltiger zu gestalten. Für eine solchen Kombination könnte eine – verglichen mit ausschließlich ambulanten Maßnahmen – kostenneutrale Umsetzung angestrebt bzw. realisiert werden.
2. Der Einsatz von mobiler Rehabilitation in Kombination mit Kurzzeitpflege, insbesondere im Nachgang zu einer stationären Krankenhausbehandlung und vor stationärer Rehabilitation. Ziel einer solchen Maßnahme könnte es sein, schneller eine Rehabilitationsfähigkeit der Patienten zu erreichen. Auch in diesem Fall besteht die Möglichkeit Erfahrungen aus der mobilen Rehabilitation und die Kenntnis des häuslichen Umfelds in spätere stationäre Maßnahmen einfließen zu lassen, um einen nachhaltigen Erfolg der Reha zu gewährleisten.
3. Stationäre Reha-Maßnahmen könnten durch mobile Maßnahmen ergänzt werden, um den Reha-Erfolg in das häusliche Umfeld der Patienten zu übertragen. Entsprechende Konzepte wären auch beim Übergang der Patienten in eine Pflegeeinrichtung denkbar. Eine Kombination stationärer und mobiler Rehabilitation wäre kostenneutral denkbar.

In wie weit eine Umsetzung solcher kombinierten Reha-Angebote möglich sein wird, dürfte zum einen von den ökonomischen Rahmenbedingungen (Vergütungen) und zum anderen von den zugrunde liegenden medizinischen Konzepten abhängen.

³ .Das Assessment umfasst im Regelfall: Anamnese und körperlicher Status, psychischer Status und Motivation, subjektives Befinden, medizinische Daten (soweit sie für den Rehabilitationsprozess relevant sind), die Performance der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), motorische Funktionen und Mobilität, Kommunikationsfähigkeit, Wohnung und Wohnverhältnisse, soziales Umfeld und ökonomischer Status.

4. Genehmigungsquote in Modellprojekten

Die Quoten bewilligter Anträge sind in den Modellprojekten enorm hoch. Grund hierfür dürfte auch die besondere Detailliertheit der Anträge sein, um Patienten in das Modellprojekt zu bekommen. Rechtliche Grundlagen bilden derzeit §40 Abs. 1 SGB V und §63 SGB V (Erprobungsmodelle) in Verbindung mit §65 SGBV.

5. Finanzierung

Die Vergütungen in den Modellprojekten liegen deutlich über den Ansätzen, die aktuell für ambulante geriatrische Rehabilitationsangebote diskutiert werden. Gezahlt werden Pauschalen, die in der Regel 20 Therapieeinheiten abdecken. Wenn im Rahmen der Behandlung festgestellt wird, dass das Therapieziel nicht erreicht werden kann, wird die mobile Reha abgebrochen und nicht geleistete Einheiten nicht abgerechnet. Auf der Basis der in den Modellprojekten gezahlten Vergütungen kann - unter Ausnutzung von Synergieeffekten - mobile Rehabilitation kostendeckend erbracht werden.

Zukünftig steht zu erwarten, dass deutlich geringere Vergütungen gezahlt werden⁴. Der Entwurf der Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation macht zudem deutlich, dass die Anforderungen an die Erbringung mobiler Reha deutlich steigen werden (vgl. auch Punkt 7 bzw. Rahmenempfehlung). Eine kostendeckende Erbringung von Leistungen der mobilen Reha erscheint vor diesem Hintergrund unwahrscheinlich.

6. Diskussion

Die Anmerkungen zur Finanzierung und nicht zuletzt die Erfahrungen aus der Umsetzung ambulanter (geriatrischer) Reha-Angebote machen deutlich, dass den Vorteilspotenzialen, die in den Modellprojekten erkennbar sind, auch Risiken gegenüberstehen. In Diskussionen zur mobilen Rehabilitation werden insbesondere folgende Kritikpunkte vorgetragen:

- Die hohen Anforderungen mobiler Reha-Angebote sind nur durch die Nutzung von Synergieeffekten kostendeckend zu erfüllen.
- Eine echte multiprofessionelle Struktur der Rehabilitation kann über mobile Angebote nur schwer an den Patienten herangetragen werden.
- Mobile Rehabilitation als zusätzliches Angebot würde steigende Reha-Ausgaben für die Kostenträger bedeuten und ist somit unrealistisch.
- Mobile Reha kann eine Gefahr für die stationäre geriatrische Reha darstellen, weil sich beide an eine ähnliche Zielgruppe wenden. Auch wenn dies in den Modellprojekten nicht der Fall war, ist zu erwarten, dass mobile Rehabilitation grundsätzlich auf eine Substitution stationärer Angebote ausgerichtet ist.

⁴ Dies wurde auch von einem Vertreter der GKV auf der Info-Veranstaltung der BWKG am 29. März 2007 in Neuhausen bestätigt.

- Aus der Mobilen Reha kann sich eine „Reha-Light“ entwickeln, wenn das Ziel der Teilhabe aufgeweicht wird⁵. Eine solche Nutzung mobiler Angebote wird aktuell von Kostenträgerseite explizit abgelehnt.
- Mobile Reha kann dazu beitragen, den Kostenwettbewerb in der Rehabilitation weiter zu verschärfen.

7. Rahmenempfehlung Mobile geriatrische Rehabilitation (Stand 1. Mai 2007)

Seit 1. Mai 2007 liegt eine gemeinsame Rahmenempfehlung für mobile geriatrische Rehabilitation vor (s. Rahmenempfehlung)⁶. Als Patienten für mobile geriatrische Rehabilitation werden nur solche Patienten definiert, für die eine positive Rehabilitationsprognose nur für das gewohnte oder ständige Wohnumfeld festgestellt werden kann. Patienten haben folglich dann Anspruch auf mobile Rehabilitation, wenn sie

- auf die umfassende Anwesenheit eines Angehörigen/einer Bezugsperson und deren rehabilitationsfördernde Unterstützung während der Rehabilitation angewiesen sind und dies durch die Mitaufnahme bzw. Teilnahme in einer Einrichtung nicht gewährleistet, andererseits im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld sichergestellt ist *und/oder*
- im gewohnten/ständigen oder bereits krankheitsspezifisch bzw. behindertengerecht adaptierten Wohnumfeld verbleiben müssen *und/oder*
- den angestrebten Rehabilitationserfolg nicht aus der ambulanten/stationären geriatrischen Rehabilitation in die gewohnte oder ständige Umgebung übertragen können.

Die Definition schränkt den Kreis potenzieller Patienten erheblich ein. Insbesondere die Verfügbarkeit und verlangte Belastbarkeit des sozialen Umfelds (Angehörige, Bezugspersonen) können als Schlüsselgrößen gesehen werden.

Zusätzlich werden in den Rahmenempfehlungen spezifische Schädigungen der Körperstruktur oder der Körperfunktionen als Bedingung für eine mobile geriatrische Rehabilitation definiert. Allen angeführten Krankheitsbildern ist gemein, dass der Verbleib in einer gewohnten Umgebung eine einfachere und wirkungsvollere Rehabilitation zulässt. Das ständige Wohnumfeld muss Reha-Maßnahmen zulassen bzw. auf ebensolche anpassbar sein. Zudem muss die medizinische Versorgung des Rehabilitanden während der mobilen Rehabilitationsmaßnahme sichergestellt sein.

Die Strukturierung der Behandlung ist in der Rahmenempfehlung wesentlich rigider gehalten, als dies in den bisherigen Modellprojekten gehandhabt wurde. Insbesondere ist die Festlegung herauszustellen, dass die Frequenz drei Behandlungstage pro Woche nicht unterschreiten darf. Zudem wird geregelt, dass - wenn in einer Woche kein Behandlungstermin zustande kommt -

⁵ In Darstellungen der Mobilen Reha in Modellprojekten wurde als Beispiel für ein Teilhabeziel u.a. die Nutzung des Rollstuhls „auf der Straße“ oder der Theaterbesuch im Rollstuhl angeführt. Mobile Rehabilitation zielt primär auf ein Arrangement des Patienten und seines Umfelds mit den bestehenden Beeinträchtigungen, da eine traditionelle medizinische Reha ohne entsprechende Geräte im Wohnumfeld nicht möglich ist.

⁶ Erarbeitet wurde die Empfehlung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sowie in Abstimmung mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (BAG MoRe).

die Rehabilitationsfähigkeit durch den Rehabilitationsarzt (erneut) zu prüfen ist. Dies schränkt die Flexibilität der mobilen Reha deutlich ein. Eine positive Rehabilitationsprognose ist schriftlich gegenüber dem Rehabilitationsträger zu begründen. Eine Maßnahme ist zu beenden, wenn die Indikationskriterien für die Rehabilitation nicht mehr erfüllt sind oder das Rehabilitationsziel nicht erreicht wurde oder nicht mehr erreichbar ist.

Wenn der Erbringer mobiler Rehabilitationsangebote an eine andere Einrichtung angebunden ist (z.B. Rehabilitationsklinik, Krankenhaus, Arztpraxis), so muss eine organisatorische und wirtschaftliche Trennung gegeben sein. Dies ist im Konzept darzustellen. Synergieeffekte, die einer wirtschaftlichen Erbringung mobiler Angebote zuträglich wären, werden hierdurch erheblich erschwert.

Die Rehabilitation muss unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Internisten mit Weiterbildung „klinische Geriatrie“ stehen. In Ausnahmefällen sind hier auch Neurologen oder Allgemeinmediziner mit einer entsprechenden Weiterbildung zugelassen. Während der Therapiezeiten muss jedoch ein Arzt mit internistischer und geriatrischer Fachkompetenz erreichbar und verfügbar sein. Die Zusammensetzung des interdisziplinären Reha-Teams ist in der Rahmenempfehlung weitestgehend festgeschrieben, ebenso wie die Aufgabenspezifikation der einzelnen Professionen. Zudem enthält die Rahmenempfehlung konkrete Angaben zur apparativen Ausstattung, den Räumlichkeiten und der Personalbemessung und Qualifikationserfordernisse.

(Dr. Alexander M. Würfel)