

**Mobile Rehabilitation.  
Ein neues Dienstleistungsangebot in der  
Medizinischen Rehabilitation**

Matthias Schmidt-Ohlemann  
Bad Kreuznach

Vortrag am 14. März 2007  
Berlin

# **Mobile Rehabilitation: Definition**

- **Mobile Rehabilitation ist ein neues Konzept der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation, bei dem ambulante aufsuchende Rehabilitationsleistungen durch ein interdisziplinäres Team (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Rehabilitationspflege und Sozialberatung) unter ärztlicher Leitung in der Häuslichkeit des Rehabilitanden selbst erbracht werden.**
- **Dabei werden die wichtigen Kontextfaktoren, wie häusliche Umgebung, soziales Umfeld und Familie in die Rehabilitation unmittelbar einbezogen. Ressourcen können so erschlossen, Barrieren abgebaut werden.**
- **In der vertrauten Umgebung entfallen u. U. schwierige Gewöhnungs- und Transferprozesse. Mobile Rehabilitation schließt ein Case-Management der sozialen Problematik mit ein.**

## Gesetzliche Grundlagen (Stand 14.3. 2007)

- Das GKV-WSG schafft ab 1.4.2007 eine eindeutige gesetzliche Grundlage für Mobile Rehabilitation durch Änderung des § 40 Abs. 1 SGB V.
- Aus der Gesetzesbegründung zur Änderung des § 40 Abs. 1 geht eindeutig hervor, dass damit die Voraussetzungen für eine regelhafte Verbreitung von Mobile Rehabilitation geschaffen werden sollen .
- Mobile Rehabilitation ist nach § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB V auch in Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI möglich.

# Mobile Rehabilitation im GKV-WSG

§ 40 Abs. 1 SGB V n.F.:

„Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, .....erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, **durch** (*früher in*) wohnortnahe Einrichtungen . Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des 11. Buches zu erbringen.“

# Mobile Rehabilitation

## Auszug Gesetzesbegründung zu § 40 Abs. 1 SGB V:

- **Die Änderung stellt sicher, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation nicht nur in wohnortnahen Einrichtungen, sondern auch als mobile Rehabilitationsleistungen erbracht werden können.**
- Die mobile Rehabilitation ist ein aufsuchendes medizinisches Rehabilitationsangebot und damit eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation.
- Ein interdisziplinäres Team erbringt Maßnahmen zur Rehabilitation in der Wohnung der Patienten.
- Zielgruppe sind multimorbide Patienten mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf.
- Das aufsuchende Rehabilitationsangebot bezieht damit einen Patientenkreis ein, der bislang keine Rehabilitationschancen hat; zugleich werden der Grundsatz des Vorrangs der Rehabilitation vor und in der Pflege und die Zielsetzung "ambulant vor stationär" fachgerecht umgesetzt.

# Mobile Rehabilitation

## Auszug Gesetzesbegründung zu § 40 Abs. 1 SGB V:

- Mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit sind im Bereich der medizinischen Rehabilitation mehrere aufsuchende (mobile) Angebote entwickelt worden.
- Die Implementierung des Leistungsangebots der mobilen Rehabilitation ist jedoch aufgrund unterschiedlicher Auslegungen des § 40 Abs. 1 durch Landesverbände der GKV auf Schwierigkeiten gestoßen.
- Die jetzige Fassung des § 40 Abs. 1 ist nicht ausreichend auf die ambulante mobile Rehabilitation zugeschnitten, ohne diese aber ausdrücklich auszunehmen.
- **Die Neuregelung stellt klar, dass auch diese Form der ambulanten Rehabilitation regelhaft erbracht werden kann.**

## Mobile Rehabilitation

Auszug Gesetzesbegründung zu § 40 Abs. 1 SGB V:

Satz 2 stellt klar, dass ambulante Rehabilitationsleistungen auch für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI zu erbringen sind.

Kommentar:

Dieser Satz ist insbesondere auf Mobile Rehabilitation zu beziehen.

# Mobile Rehabilitation im GKV-WSG

Gesetzliche Grundlagen - weitere Aspekte:

- es gelten auch alle anderen gesetzlichen Bestimmungen zur ambulanten Rehabilitation, z.B. zur Qualitätssicherung
- Eine Erprobungsregelung nach § 63 SGB V entfällt
- Es gelten die Reharichtlinien des GemBA, soweit die Mobile Rehabilitation durch Vertragsärzte eingeleitet bzw. verordnet wird.
- Mobile Reha ist wie die anderen Leistungen zur Rehabilitation Pflichtleistung
- MoRe ist nicht nur als geriatrische Rehabilitation möglich, sondern ist allen rehabilitationsbedürftigen, v.a. multimorbiden Patienten mit komplexem Hilfebedarf zur Verfügung zu stellen.



# Mobile Rehabilitation Rahmenempfehlungen

**Aktuell existiert nur ein Entwurf einer Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation gemäß § 111b SGB V**

**Vorläufig endgültiger Entwurf: Stand 23. Januar 2007**

**Erarbeitet von einer Arbeitsgruppe der Spitzenverbände der Krankenkassen und der BAG MoRe unter Beteiligung des MDS, des MDK (SEG1) und des Kompetenzzentrums Geriatrie in einem fast 2 jährigen Prozess.**

**Stand am 14.3.07: Auswertung der Stellungnahmen der Verbände**

**Nächste Verhandlungsrunde: 29.3.2007**

# Mobile Rehabilitation Rahmenempfehlungen

Auch wenn z.Zt. nur eine Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation erarbeitet wird, schließt dies Zulassungen mobiler Rehabilitationseinrichtungen mit anderen Indikationsgebieten nicht aus.

Denkbar sind sowohl Rahmenempfehlungen für einzelne Indikationsgruppen, z.B. Neurologie als auch für fachübergreifende Rehabilitation, z.B. mit dem Schwerpunkt behinderte (im Sinne der ICF) bzw. pflegebedürftige Menschen. Die BAG Mobile Rehabilitation sieht bei diesen Personengruppen einen erheblichen Bedarf.

## Mobile Rehabilitation: Zulassung und weiteres Vorgehen

- Nach Verabschiedung der Rahmenempfehlungen (MoGeRe) können Einrichtungen auf deren Grundlage eine Konzeption erarbeiten und einen Antrag auf Zulassung bei den Landesverbänden der Krankenkassen stellen.
- Mitglieder der BAG MoRe werden dabei von der BAG unterstützt
- Die BAG bietet offene Workshops an, auf denen die Grundlagen der MoRe und die bisherigen Erfahrungen vermittelt und Empfehlungen zur Gestaltung der Konzeption und der Arbeitsweise gegeben werden. (nächster Termin 4/5.Mai in Karlsruhe)
- Auch wenn eine Erprobungsregelung nicht vorgesehen ist, sollte der Aufbau mobiler Rehabilitation behutsam erfolgen. In der Regel sollte rehabilitative Kompetenz der Einrichtung bereits vorliegen.
- Die Teilnahme der Einrichtungen an einem Qualitätszirkel Mobile Rehabilitation sollte obligatorisch sein.

# Rahmenempfehlung MoGeRe

## Voraussetzungen:

- Geriatrische Rehabilitation
- Der geriatrische Patient
- Indikation für geriatrische Rehabilitation

- Definition MoGeRe:

Mobile geriatrische Rehabilitation wird als Leistung der medizinischen Rehabilitation im Wohnumfeld des Patienten durchgeführt. Sie erfolgt durch ein interdisziplinäres Team unter ärztlicher Verantwortung und Steuerung und zwar auf der Basis eines umfassenden Rehabilitationskonzeptes.

# Aktueller Entwurf einer Definition geriatrischer Patienten

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie - DGG

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie - DGGG

BAG der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e. V.

Geriatrische Patienten sind definiert durch:

- Geriatrietypische Multimorbidität und
- höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter);
  - *die geriatrietypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen -*

**oder durch**

- Alter 80+
  - auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. wegen des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen,
  - der Gefahr der Chronifizierung sowie
  - des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus

# Rahmenempfehlung: MoGeRe Besonderheiten 1

Mobile geriatrische Rehabilitation zeichnet sich gegenüber anderen Rehabilitationsformen u.a. dadurch aus, dass

- sie den alten Menschen in seinem vertrauten Umfeld behandelt.
- das Reha-Assessment zur Erstellung des individuellen Rehabilitationsplans die person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren optimal erfassen kann.
- negative Einflüsse durch die fremde Umgebung oder die Beeinträchtigung der Rehabilitation durch ungewohnte, fremde oder fehlende Alltagsroutinen vermieden werden können.

# Rahmenempfehlung: MoGeRe Besonderheiten 2

- Der Alltag mit seinen Anforderungen an die alltägliche praktische Lebensführung wird selbst zum Übungs- und Trainingsfeld, ohne dass Transferprozesse für den Rehabilitanden notwendig werden.
- Hilfsmittel, Wohnung und Assistenz der Angehörigen können optimal einbezogen werden und für eine nachhaltige Rehabilitation im Sinne des Kompetenzerwerbs und der Förderung der Teilhabe genutzt werden.
- Die Behandlungen werden in den normalen Tagesablauf eingepasst.
- Es entfallen belastende Transporte. Barrieren im Wohnumfeld können abgebaut werden.

## Rahmenempfehlung: MoGeRe Besonderheiten 3

- Das soziale Umfeld lernt den praktischen Umgang des Rehabilitationsteams mit dem Patienten u.a. auch in der Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und in kommunikativ schwierigen Situationen kennen.
- Das Lernen am Modell wird erleichtert und die Beratung kann handlungsorientiert erfolgen.
- Die Einheit von Behandlung, Beratung, Erprobung und die Integration in den Alltag ist eine besondere Stärke mobiler geriatrischer Rehabilitation.
- Der Rehabilitationsprozess kann dabei flexibel an die Leistungsfähigkeit des Patienten angepasst werden.



# Rahmenempfehlung: Indikation zur MoGeRe

- Nicht jeder geriatrische Rehabilitand benötigt eine mobile geriatrische Rehabilitation.
- Mobile geriatrische Rehabilitation wird insbesondere für solche geriatrischen Rehabilitanden erwogen, die mit den bestehenden ambulanten und stationären Rehabilitationsangeboten nicht angemessen zu versorgen sind.
- Bei dieser potentiell unter- oder fehlversorgten Patientengruppe handelt es sich um rehabilitationsbedürftige geriatrische Patienten im Sinne des Abschnitts 4.6.2 der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation (Oktober 2005), bei denen die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose im Sinne des Abschnitts 4.6.5 nur für die gewohnte häusliche Umgebung festgestellt werden kann.

# Rahmenempfehlung: Indikation für MoGeRe

Die Indikation für MoGeRe wird u.a. gesehen, bei

- Rehabilitanden, die 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 häuslichen Umfeld sichergestellt ist
- **und/oder**  
im gewohnten oder bereits krankheitsspezifisch bzw. behindertengerecht adaptierten Wohnumfeld verbleiben müssen
- **und/oder**  
die Rehabilitanden den angestrebten Rehabilitationserfolg nicht aus der ambulanten/ stationären geriatrischen Rehabilitation in die häusliche Umgebung übertragen können
- **und**

# Rahmenempfehlung: Indikation für MoGeRe 2

- der Grund dafür in mindestens einer der nachstehenden Schädigungen der Körperstruktur oder der Körperfunktion liegt:
  - Erhebliche Schädigung mentaler Funktionen, z.B. der Kognition, der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses, der Konzentration, der Orientierung (auch im Sinne eines amnestischen Syndroms), der Planung und Durchführung von Handlungen sowie
  - demenzassoziierten Einschränkungen der Handlungsfähigkeit im Sinne eines Kompetenzverlustes,
  - sofern Krankengeschichte und/oder bisheriger Behandlungsverlauf Anhaltspunkte bieten, dass ihre Ausprägung und Handlungsrelevanz in fremder Umgebung zunehmen, eine vertraute und gewohnte Umgebung dagegen zur Besserung der neuropsychologischen Leistungsfähigkeit und damit zu einer positiven Rehabilitationsprognose führt.

## Rahmenempfehlung: Indikation für MoGeRe 3

- Erhebliche Schädigung mentaler Funktionen verhaltensbezogener Art wie Angst (incl. sturzassoziierte Angst), Wahnvorstellungen, psychomotorische Unruhe und Agitiertheit, Zwangssymptomatik, delirantes Syndrom, Hospitalismus, schwere Störungen des Schlaf-Wachrhythmus, Selbstgefährdung u.ä., z.B. als nicht kognitionsbezogene Begleitsymptome der Demenz, die sich in fremder Umgebung verstärken, dort eine zusätzliche Pharmakotherapie notwendig machen oder eine gezielte Behandlung erheblich erschweren,
- sofern Krankengeschichte und/oder bisheriger Behandlungsverlauf Anhaltspunkte dafür bieten, dass eine Besserung dieser Symptome und die Sicherstellung der notwendigen Kooperationsbereitschaft des Patienten nur in der vertrauten Umgebung, z.B. durch die Wiederaufnahme gewohnter Tätigkeiten und Rückkehr in den vertrauten Alltag möglich ist.

## Rahmenempfehlung: Indikation für MoGeRe 4

- Erhebliche Schädigung der Stimm-, Sprech- und Sprachfunktion, z.B. durch Aphasie, schwere Dysarthrophonie für die im häuslichen Umfeld bereits Kompensations- und/oder Ersatzstrategien bestehen.
- Erhebliche Schädigung der Seh- und Hörfunktion, so dass das vertraute und angepasste Wohnumfeld zur Unterstützung und Förderung genutzt werden muss.

# Rahmenempfehlung: Indikation für MoGeRe 5

Die mobile geriatrische Rehabilitation kann dann erfolgen, wenn die medizinischen Voraussetzungen erfüllt sind und das häusliche Umfeld dafür geeignet ist:

- Die häusliche Versorgung und ggf. notwendige Grund- und Behandlungspflege müssen sichergestellt sein.
- Eine Unterstützung in Notfällen muss auch ausserhalb der Therapiezeit durch das soziale Umfeld des Patienten gesichert sein (Angehörige, Nachbarn, Hilfskräfte, Notrufanlage usw.)
- Die Bezugspersonen, z.B. die Angehörigen, müssen mit der Rehabilitation in häuslicher Umgebung nicht nur einverstanden, sondern sie müssen auch bereit sein, bei der Therapie aktiv mitzuwirken und den Rehabilitationsprozess nach Anforderungen des mobilen Rehabilitationsteams zu unterstützen.

## Rahmenempfehlung: Behandlungsfrequenz und -organisation

- Die Zahl der Behandlungstage beträgt in der Regel bis zu 20, pro Behandlungstag sind über die gesamte Maßnahme gesehen durchschnittlich mindestens 2 Therapieeinheiten zu leisten. Verlängerung ist möglich.
- Dabei darf die Therapiefrequenz 3 Behandlungstage in der Woche nicht unterschreiten. Therapieeinheiten werden vom mobilen geriatrischen Rehabilitationsteam erbracht.
- Eine Therapieeinheit am Patienten beträgt mindestens 45 Minuten und umfasst alle durch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Neuropsychologen/ Psychologen erbrachten therapeutischen Interventionen inklusive der rehabilitativen Pflege.
- Leistungen durch andere Berufsgruppen des Rehabilitationsteams (z.B. Arzt, Sozialdienst) sind bei Bedarf zusätzlich zu erbringen.

# MoGeRe Anforderungen

## *Anforderungen an die mobile geriatrische Rehabilitation*

- **Rehabilitationskonzept**
- **Ärztliche Leitung und Verantwortung**
  - **Ärztliche Aufgaben**
- **Rehabilitationsdiagnostik**
- **Rehabilitationsplan**
- **Behandlungselemente**
  - **Medikamentöse Behandlung**
  - **Physiotherapie (Krankengymnastik)**
  - **Ergotherapie**
  - **Logopädie**
  - **Pflege in der mobilen geriatrischen Rehabilitation**
  - **Physikalische Therapie**
  - **Neuropsychologie**
  - **Sozialarbeit**
  - **Ernährungsberatung**



# Rahmenempfehlung: Ärztliche Leitung und Verantwortung

- Die mobile geriatrische Rehabilitation sollte unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Internisten mit der Weiterbildung "Klinische Geriatrie" stehen.
- In Ausnahmefällen kann die mobile geriatrische Rehabilitationseinrichtung auch unter der ärztlichen Leitung eines Neurologen oder Allgemeinmediziners oder eines anderen Facharztes mit der Weiterbildung "Klinische Geriatrie" stehen.
- In jedem Fall muss während der regulären Dienstzeiten ein Arzt mit internistischer und geriatrischer Fachkompetenz erreichbar und verfügbar sein.
- Der Vertreter des Leiters der Einrichtung muss eine den Anforderungen an die Leitung entsprechende Qualifikation aufweisen.
- Der ärztliche Leiter oder sein Stellvertreter müssen während der Dienstzeiten erreichbar und verfügbar sein.
- Ist weitere fachärztliche Kompetenz notwendig, muss im Bedarfsfall eine konsiliarische Zusammenarbeit mit einem entsprechenden Facharzt durch Kooperationsverträge sichergestellt sein.
- Die reguläre haus- und fachärztliche Versorgung der Patienten wird durch die Vertragsärzte sichergestellt.

# Anforderungen an die MoGeRe

- **Kooperation**
- **Personelle Ausstattung**
  - Rehabilitationsteam und Qualifikation
  - Personalbemessung
- **Räumliche Ausstattung**
- **Apparative Ausstattung**
- **Entlassungsbericht**
- **Dokumentation**
- ***Qualitätssicherung***
  - Strukturqualität
  - Prozessqualität
  - Ergebnisqualität

# MoGeRe Finanzierung 1

- Die Finanzierung ist durch Definition von Leistungen und die Vereinbarung entsprechender Vergütungen sicherzustellen
- Die Form der Vergütung liegt nicht fest und ist Gegenstand der Verträge auf Landesebene
- Erfahrungen aus den bestehenden Standorten liegen vor
  - Um die ökonomischen Vorteile für die Kostenträger von MoGeRe nutzen zu können, sind Tagespauschalen nicht zu empfehlen
  - Sinnvoll sind leistungsbezogene Preise, die auf die tatsächlich erbrachte Leistung, die vom Patienten bestätigt sein muss, bezogen sind.
  - Dabei kommen einheitliche Preise für alle Leistungen oder differenzierte Leistungen in Betracht.

## MoGeRe Finanzierung 2

- Die Leistungsvereinbarung sollte ggf. separat zum Versorgungsvertrag geschlossen werden
- Eine auskömmliche Finanzierung setzt die Nutzung von Synergien mit einer vorhandenen Einrichtung voraus
- Die Sicherstellung einer hinreichenden Vergütung setzt ein exaktes tagesbezogenes Controlling voraus.

Nähere Informationen dazu auf den Workshops der BAG  
MoRe !

# Implementation MoGeRe - Zeitschiene

- Schwerpunkt Geriatrische Reha, andere Indikationsbereiche denkbar.
- Abwarten der Verabschiedung der Rahmenempfehlung
- 1. Workshop der BAG zur Implementation von MoGeRe Mai 2007 vorgesehen
- Zeitschiene auch abhängig von der Verständigung der verschiedenen Ebenen der Krankenkassen

# Warum Mobile Rehabilitation ?

Im Gesundheitswesen sind insbesondere solche Ansätze und Lösungen vorrangig zu entwickeln, die Krankheitsfolgen verringern, Behinderungen und Pflegebedarf vermeiden, Selbständigkeit und soziale Integration fördern und wohnortnah für die Betroffenen tatsächlich verfügbar sind.

Dabei sollen sie bei chronischen Krankheiten mit unausweichlichen Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens den **Bedarf an Hilfeleistungen senken** oder, wo dies nicht möglich ist, **Hilfe, Unterstützung und Pflege stabil und nachhaltig sichern**, um so Krankheitsrezidive, Komplikationen, **vermehrten Behandlungsbedarf** oder vorzeitigen Tod sowie **negative Folgen für die Pflegenden** vermeiden zu helfen.

# Forderungen und gesetzliche Aufträge an das Gesundheits- und Rehabilitationswesen

Hierzu gehören vor allem:

- Rehabilitation vor Pflege und die Realisierung aktivierender Prinzipien in der Pflege,
- verstärkte Orientierung der Medizin an chronischen Krankheiten und ihrer Bewältigung und der Vermeidung von Hilfebedarf statt allein an der Heilung akuter Krankheiten,
- Stützung der Hilfe- und Pflegebereitschaft der Familien, Förderung von Ehrenamt und informellen Hilfestrukturen,
- Verbesserung der Selbständigkeit von Menschen mit Behinderung bzw. Pflegebedarf und Ermöglichung aller relevanten Aktivitäten,
- Ermöglichung der Teilhabe am Leben der Gesellschaft, auch mit Hilfe von Hilfsmitteln und Wohnungsgestaltung,
- Vorrang ambulanter vor stationärer Behandlung durch Verbesserung der wohnortnahen Rehabilitation vor allem nach stationärer intensiver Behandlung zur Sicherung und zum Ausbau dieser Erfolge auch bei alten Menschen in häuslicher Umgebung,
- Ausbau der Nachsorge und Hilfestellungen durch Case- oder Disability-Management.

# Besonderheit der Rehabilitanden für MoRe

Die Besonderheit der Rehabilitanden mit Bedarf an Mobiler Rehabilitation besteht überwiegend darin, dass sie voraussichtlich auch nach einer Rehabilitationsmaßnahme noch alltagsrelevante Beeinträchtigungen in Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe aufweisen, die Hilfen zur Bewältigung des Lebens in der Lebenswelt und im Alltag in der eigenen häuslichen Umgebung im Sinne der Befähigung zu relevanten Aktivitäten und zur Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren und ggf. ihrer Beeinflussung notwendig machen.

(Vgl. Capability-Approach)



# Personengruppen mit Bedarf an MoRe

**Zu den unter- oder fehlversorgten Patienten, die die herkömmlichen Rehabilitationsangebote nicht oder nicht mit ausreichendem Erfolg im Hinblick auf die Erreichung möglicher und relevanter Ziele nutzen können, gehören insbesondere Menschen mit folgenden Krankheiten und entsprechenden Folgen:**

- **Cerebrale Schädigungen, insbesondere**
  - Schlaganfall,
  - Schädelhirntrauma,
  - hypoxischer Hirnschaden,
  - nach Hirntumor-OP,
  - Encephalitis
- **Spinale Schädigungen: Tetraplegie, Paraplegie, etc.**
- **Frakturen oder Erkrankungen der Bewegungsorgane, v.a. nach Operationen, insbesondere an Knie und Hüfte**
- **Schwere neurologische Erkrankungen (v.a. bei erheblicher Verschlechterung) insbesondere M. Parkinson, MS, ALS, MD, Critical illness Polyneuropathie (CIP) etc.**
- **AVK, periphere Durchblutungsstörungen verschiedener Genese, Z. n. Amputation**

# Besonderer Bedarf an MoRe bei Patienten

- Bei denen Kontextfaktoren für die Rehaprognose von entscheidender Bedeutung sind
- Bei denen der Verbleib in der Häuslichkeit nur mit MORE zu sichern ist
- Bei denen neuropsychologische Beeinträchtigungen (HOPS, amnestische Störungen, Aphasie, beginnende Demenz, Orientierungsstörungen) oder Sinnesbehinderungen vertrautes Umfeld erfordern.
- Bei denen psychosoziale Problemkonstellationen (psychische Comorbidität, z.B. Angst, Depression; hilfsbedürftige weitere Familienmitglieder, Migrationshintergrund) die häusliche Reha erfordern oder Hintergrund des Patientenwunsches sind, zu Hause behandelt zu werden.

## **individuelle persönliche Präferenz für MoRe**

- Patient entscheidet sich bewusst für oder gegen stationäre oder ambulante Rehabilitation bzw. MORE.
- Wegen Angst vor mangelnder familiärer Unterstützung, z.B. keine Besuchsmöglichkeit für die Angehörigen in der Rehaklinik, vor Kontrollverlust der häuslichen Situation, vor Hospitalisierung oder Einweisung ins Pflegeheim Bevorzugung der sofortigen Rückkehr ins häusliche Umfeld.
- Die Angehörigen drängen auf die Entlassung nach Hause und engagieren sich aktiv für Therapie und Teilhabe.

## Individuelle psychopathologische Faktoren für MoRe

- Psychische Co-Morbiditäten wie Angst- und Zwangserkrankungen, Depression, auch geronto-psychiatrische Erkrankungen, die in fremder Umgebung verstärkt werden (z.B. Agitiertheit, Weglauftendenz, Regression) legen vertraute Umgebung als Ort für die Rehabilitation nahe.
- Stärkung des Selbstbewusstseins und Förderung des Selbstvertrauens in vorhandene Handlungskompetenzen in vertrauter Umgebung mit Selbstbestimmungsmöglichkeit ist besonders wichtig.
- Anpassungsprobleme in fremder Umgebung sind zu beobachten oder wahrscheinlich

## MoRe zur Sicherstellung der kommunikativen Performanz

- Einschränkungen der Kommunikationsmöglichkeiten erfordern vertraute Bezugspersonen, z.B. bei Aphasie, Sprachbarrieren (Migration), Desorientierung, kognitiven Einschränkungen.
- Aktivierung und Ermutigung erfordern Förderung und Zusprache von Angehörigen.
- Sensorische Beeinträchtigungen wie Schwerhörigkeit, Sehschwäche erfordern spezielle Kommunikationsstrategien.

# Unterversorgung

Von Unterversorgung oder Fehlversorgung bedroht sind solche Patienten

- die nach einer Akutbehandlung gar keine Maßnahme der Rehabilitation erhalten. (Dieser Fall ist nicht selten!)
- bei denen der Zeitraum von 3-6 Wochen nicht ausreicht, um einen ausreichenden Rehabilitationserfolg zu erzielen, z.B. bei instabilen Frakturen, noch nicht belastungsfähigen Amputationsstümpfen;
- weil sie nach einer stationären Behandlung einer weiteren stationären Behandlung nicht gewachsen sind oder diese aus nachvollziehbaren psychosozialen Gründen ablehnen und sich für eine Rehabilitation zu Hause entscheiden;

# Unterversorgung

## Oder solche Patienten

- die als hochaltrige Patienten eine starke Bindung an die vertraute Umgebung aufweisen und für die eine häusliche Form der Rehabilitation auch funktionelle Vorteile bietet;
- die als **Singles** alleine leben und nach Krankheiten und/oder mit verbleibenden Behinderungen zu Hause allein zurecht kommen müssen;
- mit Sehstörungen oder Blindheit, Schwerhörigkeit, mit hirnorganischem Psychosyndrom, mit neuropsychologischen Beeinträchtigungen, mit Kommunikationseinschränkungen z.B. durch Aphasie oder schwerer Dysarthrophonie, die sich in fremder Umgebung nicht oder nur schwer zurechtfinden können und die auf ein vertrautes Umfeld zur Wiedererlangung ihrer Handlungskompetenz auch aus therapeutischen Gründen (Gedächtnisleistungen!) zwingend angewiesen sind und für die ein Transfer des in der fremden Umgebung Gelernten in die vertraute Umgebung auf Schwierigkeiten stößt;

# Unterversorgung

Oder solche Patienten

- die **zusätzlich an psychischen Erkrankungen** leiden, die ihre Rehabilitationsfähigkeit in einer stationären Rehabilitationseinrichtung (z.B. mit Gruppentherapie) in Frage stellen;
- die an **geistigen Behinderungen oder Demenz** leiden, und sich deshalb im stationären Setting nicht anpassen oder zurechtfinden können;
- mit außergewöhnlichem Hilfebedarf, z.B. Menschen im Wachkoma, unter Beatmung oder im Locked-in Syndrom, bei denen die **Integration in die häusliche Umgebung nur mit rehabilitativen Hilfen**, ggf. unter Verkürzung stationärer Behandlung, erfolgreich möglich ist;



# Unterversorgung

Oder solche Patienten

- bei denen wegen **vorbestehender Behinderungen** oder Verbleiben relevanter Behinderungen die Ermöglichung weiterer Aktivitäten in der häuslichen Umgebung bzw. in der Lebenswelt im Vordergrund steht;
- bei denen wegen zusätzlicher Faktoren (MRSA-Besiedlung, AIDS, Hepatitis B, Tracheostoma etc.) eine stationäre Rehabilitation nur mit **unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich** ist oder deshalb eine sachgerechte Durchführung der Rehabilitation nicht möglich ist (z.B. bei Isolationspflicht, Verzicht auf Gruppenbehandlung, Bewegungsbad) oder überhaupt kein stationärer Rehabilitationsplatz zur Verfügung gestellt werden kann.

## Bedarf an MoRe

Für diese Personengruppen erfüllt das bestehende Gesundheitssystem die Forderungen nach einer bürgernahen, vernetzten wohnortnahen, leistungsfähigen, kostengünstigen und transparenten Versorgung mit Rehabilitationsleistungen, die auf Verbesserung der funktionalen Gesundheit, der Aktivitäten und der Teilhabe zielen, derzeit nicht.

Sie bleiben unversorgt, ihre Versorgung ist, z.B. durch verlängerte stationäre Behandlung zu teuer, oder sie zielt nicht nachhaltig genug auf die Senkung des Hilfebedarfs, auf die Verminderung der Sozialleistungen und die Befähigung zur Teilhabe am sozialen Leben.

# Rolle der MoRe im Versorgungssystem

**Die Mobile Rehabilitation kann Lücken und Defizite des Gesundheitswesens schließen helfen:**

- **sie ersetzt in einigen Fällen die stationäre Rehabilitation oder verkürzt diese. Damit wirkt sie als substitutives, nicht bloß additives Rehabilitationsangebot.**
- **Sie kann in geeigneten Fällen auch stationäre Krankenhausbehandlung verhindern oder verkürzen.**
- **Dabei kooperiert sie mit allen anderen Partnern des regionalen Gesundheitswesens;**
- **sie arbeitet zuverlässig mit definierter Verantwortung für den Rehabilitationsprozess unter ambulanten Bedingungen (aufsuchende Hilfeform);**
- **sie kann flexibel auf den Einzelfall abgestimmt werden (individuell und befundgerecht mit variabler Frequenz und Dauer, Probebehandlungen sind möglich);**

# Rolle der MoRe im Versorgungssystem

- sie erfolgt in der Regel in aufsuchender Form in der eigenen Häuslichkeit des Patienten, sie kann bei Bedarf aber auch ambulant erbracht werden;
- sie **nutzt und fördert die personellen und sachlichen Ressourcen** des Patienten und seines Wohnumfeldes. Dabei bezieht sie das Wohnumfeld und das soziale Umfeld in die Rehabilitation mit ein und beseitigt ggf. Barrieren durch Anpassung der Wohnung und Optimierung der Hilfsmittel unter realen Bedingungen.
- Gleichzeitig verwendet sie speziell auf die Rehabilitation in häuslicher Umgebung **angepasste Übungsmethoden**. Sie arbeitet unter starkem Alltagsbezug mit direkter Einbindung des sozialen Netzwerkes. Sie schließt dabei ein Case-Management der gesundheitsbezogenen sozialen Problematik des Einzelfalles mit ein;
- sie geht weit über die Leistungen der kurativen Heilmittel hinaus und ist mit der vertragsärztlichen Versorgung nicht vergleichbar;
- sie versorgt eine **definierte Versorgungsregion** (max. 30 Min. Fahrzeit);

# Mobiler Rehabilitationsdienst kreuznacher diakonie

## Hinweise zur Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme und zur Allokation

- Ausgangspunkt: Patient mit Rehabilitationsbedarf und Mobilitätsbehinderung
- Voraussetzung: Rehabilitationsfähigkeit, positive Rehabilitationsprognose
- Eine akutmedizinische bzw. umfangreiche kurative Intervention ist nicht erforderlich
- Häusliche Versorgung ist sicherstellbar (ansonsten Mobile Rehabilitation ausgeschlossen), ggf. unter Nutzung der Überleitungspflege einer Kurzzeitpflegeeinrichtung
- Hauptdiagnose aus der Indikationsliste liegt vor

# Allokationsentscheidung

Die Rehabilitation geriatrischer Patienten soll prinzipiell wohnortnah erfolgen. Für die Allokationsentscheidung sind deshalb die rehabilitativen Angebote der näheren Umgebung zu berücksichtigen:

- Stationäre Rehabilitation
- Tagesklinische Rehabilitation
- Ambulante Rehabilitation
- Mobile Rehabilitation
  
- Vertragsärztliche Versorgung mit rehabilitativer Zielsetzung

# Kriterien für die Allokation (stationär, tagesklinisch, ambulant, mobil)

- Kurativer medizinischer Interventionsbedarf
  - Einschränkungen der Transportfähigkeit
  - Nicht lösbare Probleme in der häuslichen Versorgung Probleme mit der Umsetzung des Erlernten ins eigene Wohnumfeld
  - Spezieller Adaptationsbedarf an die eigene Wohnung und die Umgebung (ADL-Kompetenz)
  - Kognitive Einschränkungen mit Fixierung auf das vertraute Umfeld
  - Eingeschränkte Adaptationsfähigkeit an fremde (Reha-) Umgebung, vertraute Umgebung für das Erreichen der Therapieziele erforderlich
  - Hohe Therapiefrequenz erforderlich
  - Hilfsmittelversorgung bzw. Hilfsmitteloptimierung erforderlich
  - Wohnraumanpassung erforderlich
  - Prolongierte Rehabilitation erforderlich
  - Herstellung einer stabilen Pflege- und Versorgungssituation incl. Anleitung der Bezugspersonen erforderlich
  - Sicherung der sozialen Teilhabe erforderlich
  - Effekt der gegenseitigen emotionalen Unterstützung („Selbsthilfegruppe“)
  - Kostenminimierung der rehabilitativen Maßnahme
  - Kontamination des Patienten mit hochresistenten Keimen (MRSA)
  - Individuelle persönliche Präferenz
  - Individuelle psychopathologische Faktoren
  - Sicherstellung der kommunikativen Performanz
- Gesamtbeurteilung (individuell für jeden Patienten)

# Erfahrungen von MoRe-Einrichtungen

- Die Wirksamkeit der Mobilen Rehabilitation auf die Verbesserung der funktionalen Gesundheit ist nachgewiesen, und zwar in vergleichbarem Umfang wie in stationären und mit durchschnittlich besseren Ergebnissen als in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen.
- Die Behandlungspfade unter Einschluss der Mobilen Rehabilitation (modellhaft berechnet für 90 Tage) führen zu günstigeren Fallgesamtkosten als Behandlungspfade mit stationärer Rehabilitation.
- Die Abgrenzung geeigneter Personen für Mobile Rehabilitation, die Umsetzung der Rehabilitation und die Leistungen der Einrichtungen sind transparent und gut zu gewährleisten und gerade von den regionalen Krankenkassen und dem örtlichen MDK gut kontrollierbar.



# Erfahrungen von MoRe-Einrichtungen

- **Mobile Rehabilitation vermeidet schematisierte und zeitlich stark fixierte, aber oft nicht an den Erfordernissen des Einzelfalles orientierte Behandlungen und gewährleistet flexibel gestaltete Rehabilitationsverläufe.  
Individualisierung !**
- **Die anerkannten Einrichtungen für Mobile Rehabilitation (vgl. Rahmenkonzeption) erfüllen die Qualitätsanforderungen der BAR in den Rahmenempfehlungen für ambulante medizinische Rehabilitation in einer der mobilen Arbeitsweise angepassten Form.**
- **Mobile Rehabilitation ist eine im wohnortnahen Bereich sinnvolle und machbare Rehabilitationsform, die den Anforderungen der Zweckmäßigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Sinne der Sozialgesetzbücher V, IX und XI entspricht.**
- **Sie sichert auch bei Problempatienten die soziale Integration und den Verbleib in der Häuslichkeit und hilft bei der Etablierung einer rehabilitativ orientierten Pflege auch im Alltag.**
- **Sie fördert die Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen Akutversorgung und Rehabilitation, zwischen Medizin und Pflege sowie zwischen Rehabilitation und Altenhilfe und führt damit zu erheblichen Synergieeffekten.**

# Folgen des Fehlens von MoRe

Für die betroffenen Menschen aus der genannten Personengruppe und damit auch für die Rehabilitations- bzw. Leistungsträger und für das Gemeinwesen hat das derzeitige Fehlen eines ausreichenden Angebotes Mobiler Rehabilitation schwerwiegende Folgen:

- Eine notwendige Rehabilitationsmaßnahme unterbleibt trotz eines vorhandenen Rehabilitationsbedarfs, einer vorliegenden Rehabilitationsfähigkeit und einer guten Rehabilitationsprognose. Pflege-, Versorgungs- und Hilfebedarf bleibt in nicht notwendigem Ausmaß bestehen;
- Die durchgeführte (fast immer stationäre) Rehabilitation entfaltet für einen Teil der Patienten aus o.g. Gründen keine ausreichenden Wirkungen oder diese können im Alltag nicht umgesetzt werden;
- wesentliche Probleme solcher Patienten können nur in seinem tatsächlichen Wohnumfeld gelöst und nicht, oder mit geringerem Langzeiterfolg, in einer stationären Einrichtung bewältigt werden. Komplikationen können nicht vermieden oder bewältigt werden, Re-Hospitalisierung und Drehtüreffekte sind die Folgen;

# Folgen des Fehlens von MoRe

- Wenn Rehabilitation nicht oder nur stationär stattfindet, kommt es zu Heimeinweisungen, wenn das soziale Umfeld des Patienten bei der Rehabilitation nicht ausreichend einbezogen werden konnte oder im Laufe der Zeit durch fehlende Einübung der Angehörigen zu Hause eine Überforderung eintritt;
- mögliche Einsparungen durch den Einsatz Mobiler Rehabilitation bleiben ungenutzt. So unterbleibt oft eine Optimierung der Hilfsmittel unter häuslichen Bedingungen mit der Folge von Fehlversorgung (Unterversorgung/Übersorgung) verbunden mit hohen, aber unnötigen Kosten;
- es verbleibt ein höherer Grad an Behinderung/Hilfeabhängigkeit, Hilfebedarf und Bedarf an Sozialleistungen als dies mit Mobiler Rehabilitation der Fall wäre.

# MoRe und gesellschaftliche Ökonomie

- Die negativen Folgen des Fehlens von MoRe betreffen nicht nur das Gesundheitswesen sondern auch das Gemeinwesen und die Systeme der sozialen Sicherung. Gesundheitsökonomische Studien zeigen, dass eine relativ kleine Patientengruppe einen hohen Anteil der finanziellen Ressourcen der Krankenkassen benötigt: Das dargestellte Klientel der Mobilen Rehabilitation dürfte in weiten Teilen dazu gehören.
- Mobile Rehabilitation ist deshalb gerade aus ökonomischer Sicht ein notwendiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Für die Verbesserung und gleichzeitig Schonung von Ressourcen des Gesundheitssystems ist es notwendig, Mobile Rehabilitation als neues Angebot in die Gesundheitsversorgung aufzunehmen und weitere Standorte aufbauen.
- Eine unkontrollierte und additive Ausdehnung Mobiler Rehabilitation ist bei Beachtung der Qualitätskriterien und sorgfältiger Konzeptionsgestaltung nicht zu befürchten. Hierzu ist eine gemeinsame Weiterentwicklung der Konzeption Mobiler Rehabilitation und eine vernünftige Vertragsgestaltung, die Qualität und Wirtschaftlichkeit sichert, mit den Kostenträgern notwendig.

# Zusammenfassung

- Mobile Rehabilitation ist eine sinnvolle Ergänzung des Angebotes an medizinischer Rehabilitation
- Sie sollte von rehabilitativ kompetenten Anbietern als Erweiterung ihres Angebotes aufgefasst und organisatorisch unter Nutzung von Synergien umgesetzt werden
- MoRe ist ein ideales Angebot auch in ländlichen Gebieten mit medizinisch-therapeutischer Unterversorgung, sofern sie fachübergreifend praktiziert wird.
- MoRe stellt eine erhebliche Kompetenzerweiterung für Rehaeinrichtungen dar
- MoRe kann eine stationäre Behandlung optimal ergänzen, wenn sie zur Nachsorge eingesetzt wird.
- MoRe ist ökonomisch auch für Träger vertretbar.
- MoRe ist für die Rehabilitation Pflegebedürftiger eine ideale Rehaform. Paradigmatisch stellt sie eine neue Form komprehensiver Rehabilitation dar.

# Mobile Rehabilitation

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !**

## BAG MoRe

Zur Information und Beratung bietet sich die Mitgliedschaft in der BAG MoRe an.

Informationswünsche , u.a. zu Workshopterminen

per Mail [andresre@kreuznacherdiakonie.de](mailto:andresre@kreuznacherdiakonie.de)

oder Post **BaG MoRe**

**c/o Mobile Rehabilitation Frau Andres**

**Waldemarstr. 26**

**55543 Bad Kreuznach**

**Tel: 0671/605-3872**

**Fax: -3441**

## Zum Autor

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann  
Arzt für Orthopädie, Rheumatologie  
Arzt für physikalische und rehabilitative Medizin  
Chirotherapie

Ltd. Arzt des Rehabilitationszentrums Bethesda  
kreuznacher diakonie  
Landesarzt für Körperbehinderte  
Vorsitzender der BAG Mobile Rehabilitation

Waldemarstr. 24  
55543 Bad Kreuznach  
[rmdo@kreuznacherdiakonie.de](mailto:rmdo@kreuznacherdiakonie.de)