

# Mobile Rehabilitation

## Ein neues Konzept der Teilhabsicherung

Diakonie für kranke  
Menschen

Umsetzung  
in der Diakonie

## ■ Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	3
Zusammenfassung .....	4
1 Einleitung .....	5
2 Konzept, Bedarf, Wirksamkeit und rechtliche Rahmenbedingungen der Mobilen Rehabilitation .....	7
3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien .....	11
4 Zugangswege, Antragsverfahren, Bewilligung und Zulassung .....	32
5 Kooperationen mit stationären Pflegeeinrichtungen und stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe .....	35
6 Umsetzung der Mobilen Rehabilitation .....	40
7 Wirtschaftlichkeit der Mobilen Rehabilitation .....	45
8 Perspektiven der Mobilen Rehabilitation .....	48
Impressum .....	51

## Vorwort

---

Multimorbide, behinderte und pflegebedürftige Menschen haben keine ausreichenden Rehabilitationschancen. Die Mobile Rehabilitation antwortet auf diese Problemlage. Sie ist auf den Personenkreis der Patienten mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf ausgerichtet, für die die etablierten Formen der ambulanten und stationären Rehabilitation nicht greifen. Indem das komplexe rehabilitative Leistungsangebot in das direkte Wohnumfeld der Patientinnen und Patienten gebracht wird, wird die medizinische Rehabilitation lebensweltnah gestaltet und weit mehr als bislang geschehen, sozialräumlich ausgerichtet. Dies eröffnet, ja erzwingt geradezu neue regionale Kooperationen der Leistungserbringer. Auf diese Weise könnte es gelingen, über die medizinische Rehabilitation als leistungsrechtlichen Sektor hinaus die rehabilitative Orientierung in anderen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung zu stärken.

Das Diakonische Werk der EKD hat bereits in seinen „Forderungen der Diakonie zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation“ (Positionspapier 02.2007) sowie in seinen Stellungnahmen zur Gesundheitsreform (GKV-WSG) für die Mobile Rehabilitation plädiert. Diakonische Einrichtungen und Dienste gehören zu den Pionieren der Mobilen Rehabilitation. Sie waren an den von der Bundesregierung geförderten Modellprojekten beteiligt und zählen zu den bisherigen Regelstandorten. Sie nehmen auf diese Weise den diakonischen Auftrag wahr, sich für und mit Personengruppen zu engagieren, die in besonderem Maße von sozialer Ausgrenzung und Leid bedroht sind.

Die vorliegende Handreichung ermöglicht es den Trägern der diakonischen Einrichtungen und Dienste zu prüfen, ob mobile Rehabilitationsleistungen für sie als Anbieter oder als Kooperationspartner in Frage kommen. Dies gilt auch für die stationären

Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe, in denen die neue Form der medizinischen Rehabilitation erbracht werden kann.

Derzeit konzentrieren sich mobile Rehabilitationsangebote fast ausschließlich auf den Kreis der geriatrischen Patientinnen und Patienten. Der Umsetzung der Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation kommt eine wichtige Rolle bei der Etablierung der neuen Rehabilitationsform zu. Über die mobile geriatrische Rehabilitation hinaus befürwortet das Diakonische Werk der EKD die Entwicklung mobiler Rehabilitationsangebote für chronisch psychisch kranke und abhängigkeiterkrankte Menschen. Fach- und indikationsübergreifend arbeitende (komprehensive) mobile Rehabilitationsdienste können in einem Sozialraum flächendeckend Teilhabeleistungen für weitere Patientengruppen anbieten.

Die Rehabilitationsträger, insbesondere die Krankenkassen, sind aufgefordert, bei der Entwicklung neuer Konzepte und deren Verwirklichung mitzuwirken. Dabei geht es auch darum, neben der Verwirklichung von Teilhabezielen die gesundheitsökonomischen Potentiale der medizinischen Rehabilitation nutzen.

Mein Dank gilt den Mitgliedern der beim Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege im Diakonischen Werk der EKD angesiedelten interdisziplinären Projektgruppe, die die Handreichung erarbeitet und praxisnahe Anregungen mit konzeptionellen Impulsen verbunden hat.

Klaus-Dieter Kottnik,  
Präsident des Diakonischen Werkes der EKD

## Zusammenfassung

---

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt die seit dem 01. 04. 2007 im SGB V verankerte Mobile Rehabilitation als Beitrag zu einer sozialraumorientierten Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation, die auf Versorgungsdefizite von multimorbiden Patienten und Menschen mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf antwortet, eine Patientengruppe, die bislang kaum Rehabilitationschancen hatte. Aus der Sicht des Diakonie-Bundesverbands kann die Mobile Rehabilitation dazu beitragen, die Teilhabechancen dieser Patientengruppen zu verbessern und wird damit einem zentralen diakonischen Anliegen gerecht.

Das vorliegende Papier verbindet konzeptionelle Überlegungen und Hinweise für die Praxis.

In konzeptioneller Hinsicht werden Überlegungen dahingehend entwickelt, die Mobile Rehabilitation über den Kreis der geriatrischen Patienten hinaus für chronisch psychisch kranke Menschen und Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zugänglich zu machen. Als weitere indikationsspezifische Rehabilitationen kommen insbesondere die mobile neurologische Rehabilitation und die mobile Rehabilitation bei muskuloskelettalen Krankheiten in

Frage. Darüber hinaus wird angeregt, indikations- und fachübergreifende („komprehensive“) mobile Rehabilitationsdienste (mit dem Schwerpunkt neuromuskuläre Erkrankungen) zu entwickeln, die für eine Region die Versorgung für mehrere Indikationen bzw. Teilhabebeeinträchtigungen sicherstellen.

Mit den Ausführungen zu Zugangswegen, Antragsverfahren, Bewilligung (für die Patienten) und Zulassung (der Dienste) sowie zur Umsetzung der Mobilen Rehabilitation – auch in Kooperation mit stationären Pflegeeinrichtungen und stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe – und zur Wirtschaftlichkeit werden praxisnahe Hinweise gegeben.

In politischer Hinsicht wird angeregt, die Weiterentwicklung der Mobilen Rehabilitation für neue Indikationen und Patientengruppen in Implementationsprojekten zu erproben und wissenschaftlich zu begleiten. In Rahmenvereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den in der Mobilen Rehabilitation tätigen Spitzenverbänden der Leistungserbringer können im Anschluss daran Konzeption und Umsetzung vereinbart werden.

# 1 Einleitung

---

Die Mobile Rehabilitation ist eine neue Form der medizinischen Rehabilitation und kann doch auf eine mehr als fünfzehnjährige Erfahrung zurückgreifen. Bereits in den 90er Jahren wurden an mehreren Modellstandorten, gefördert durch das zuständige Bundesministerium sowie wissenschaftlich begleitet und evaluiert durch ein Forschungsinstitut, mobile Rehabilitationsdienste erprobt. Nach dem Ende der Modellphase wurde an drei Standorten ein Regelbetrieb weitergeführt. Unterschiedliche Rechtsauslegungen des § 40 Abs. 1 SGB V verhinderten jedoch unter anderem, dass die Mobile Rehabilitation durch die zuständigen Rehabilitationssträger bundesweit und flächendeckend institutionalisiert wurde.

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) zum 01.04.2007 hat sich die Situation grundlegend verändert. Durch eine Umformulierung des § 40 Abs. 1 SGB V wurde die Mobile Rehabilitation eindeutig als Form der ambulanten medizinischen Rehabilitation im SGB V verankert.

Bereits zum 01. 05. 2007 sind die „Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft getreten.

Das Diakonische Werk der EKD ist dem Evangelium von Jesus Christus verpflichtet und nimmt deshalb Partei für Menschen, deren Leben von sozialer Ausgrenzung, Isolation und Leid bedroht ist. Ihre soziale Inklusion durch Abbau von gesellschaftlichen Barrieren und ihre Befähigung, sich am sozialen Leben gleichberechtigt und selbstbestimmt beteiligen zu können, ist ein zentrales Anliegen der Diakonie.

Vor dem Hintergrund ihrer Wertentscheidungen hat die Diakonie in ihrem Positionspapier „Forderung

der Diakonie zur Weiterentwicklung der Medizinischen Rehabilitation“ (DW EKD 02/07) eine kritische Bilanz des gegenwärtigen Systems der medizinischen Rehabilitation gezogen.

„Die medizinische Rehabilitation ist in unzureichendem Maße in das Versorgungsmanagement zahlreicher chronisch kranker Menschen eingebettet. Akutmedizin, Rehabilitation und Pflege sind unzureichend miteinander verzahnt. Der Rehabilitationsbedarf insbesondere von älteren, behinderten und pflegebedürftigen Menschen wird oftmals nicht erkannt“ (ebenda, S. 5).

Zugleich hat die Diakonie Reformvorschläge erarbeitet, die die medizinische Rehabilitation als komplexes, am Leitbild der ICF ausgerichtetes und multidisziplinäres Leistungsangebot profiliert. Sie muss über den Kreis der (akut) Kranken mit teilhabebeeinschränkenden Krankheitsfolgen hinaus auch für chronisch kranke oder von Chronifizierung ihrer Krankheit bedrohte Menschen (einschließlich psychisch kranker und abhängigkeiterkrankter Menschen), für multimorbide Menschen und für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen (einschließlich seelische behinderte und pflegebedürftige Menschen) zugänglich sein.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen ist die Mobile Rehabilitation als eine neue Form der Teilhabeversicherung positiv zu bewerten. Sie erweitert die Angebotspalette der medizinischen Rehabilitation um einen Baustein, der flexibel den individuellen Rehabilitationsbedarfen angepasst werden kann, und ist auf den Kreis der multimorbiden Menschen mit erheblichen Teilhabebeeinschränkungen bezogen, der bislang kaum Rehabilitationschancen hat. Durch die unmittelbare Gestaltung der Kontextfaktoren kann die Lebenswelt der Rehabilitanden beeinflusst werden. Die Diakonie achtet darauf, dass niemand vergessen wird und allein bleibt, der rehabilitative

## ■ 1 Einleitung

Hilfe benötigt. Deshalb setzt sie sich für neuartige Versorgungsstrukturen wie fachübergreifende Rehabilitation ein, um eine flächendeckende Versorgung für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, Pflegebedürftigkeit und Behinderung zu gewährleisten.

Die vorliegende Handreichung führt in das Konzept der Mobilen Rehabilitation ein. In vielfältiger Weise wird an die Erfahrungen und konzeptionellen Überlegungen angeknüpft, die die bisherigen mobilen Rehabilitationsdienste gemacht haben und die in Publikationen und Tagungen ihren Niederschlag gefunden haben. Zugleich werden in der Handreichung erste und neue Überlegungen zur Möglichkeit der Mobilen Rehabilitation für psychisch kranke und abhängigkeiterkrankte Menschen entwickelt. Gerade hierzu möchte das Papier zu einer Diskussion einladen und verbindet dies mit der Forderung, in Implementationsprojekten die Mobile Rehabili-

tation für die genannten Patientenkreise zu erproben. Dies gilt auch für die indikationsübergreifende Komprehensive Rehabilitation, zu der konzeptionelle Überlegungen vorgestellt werden.

Neuland wird ebenso in dem Kapitel betreten, das sich mit der Mobilen Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe beschäftigt. Auch hierzu liegen nur wenige praktische Erfahrungen vor, doch sind es gerade pflegebedürftige und behinderte Menschen, die von der neuen mobilen Rehabilitationsform profitieren können.

Im Zentrum der Handreichung stehen jedoch praktische Fragen der Umsetzung der Mobilen Rehabilitation. Das Diakonische Werk der EKD möchte dazu ermutigen, sich intensiv mit dieser neuen Form der Teilhabesicherung vertraut zu machen.

## 2 Konzept, Bedarf, Wirksamkeit und rechtliche Rahmenbedingungen der Mobilen Rehabilitation

---

### 2.1 Konzept der Mobilen Rehabilitation, Bedarf und Wirksamkeit

Mobile Rehabilitation ist ein neues Konzept der ambulanten Rehabilitation, bei dem aufsuchende Rehabilitationsleistungen durch ein interdisziplinäres Team (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Rehabilitationspflege, Ernährungsberatung, Neuropsychologie und Sozialarbeit) unter ärztlicher Leitung und Verantwortung in der Häuslichkeit des Rehabilitanden erbracht werden. Dabei werden die wichtigen Kontextfaktoren, wie häusliche Umgebung, soziales Umfeld und Familie unmittelbar in die Rehabilitation einbezogen. Ressourcen können so erschlossen und Barrieren abgebaut werden. In der vertrauten Umgebung entfallen u. U. schwierige Gewöhnungs- und Transferprozesse. Mobile Rehabilitation schließt ein Überleitungs- und Case-Management mit ein. Sie ist aus konzeptionellen Gründen zwingend sozialräumlich orientiert.

Allgemeine Aussagen zur Zielgruppe für Leistungen der Mobilen Rehabilitation und zum Bedarf finden sich in der Gesetzesbegründung zur Änderung des für die Mobile Rehabilitation maßgeblichen § 40 SGB V:

„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“ (Deutscher Bundestag, DS 16/3100, S. 106).

Durch die Mobile Rehabilitation werden insbesondere multimorbiden Menschen mit starken funktionellen Einschränkungen Teilhabechancen eröffnet, und damit einem grundlegenden diakonischen Anliegen gefolgt. In Kap. 3 wird in dem vorliegenden Papier auf den Patientenkreis näher eingegangen. Trotz unterschiedlicher Indikationen und Teilhabe einschränkungen liegen bei den beschriebenen Personengruppen Gemeinsamkeiten in den Einschränkungen der funktionalen Gesundheit und Kontextgestaltungen vor, die es notwendig machen, die medizinische Rehabilitation, soll sie ihre Ziele (nach §§1 und 4 SGB IX, § 11 SGB V) erreichen, in der Häuslichkeit der Rehabilitanden durchzuführen.

In quantitativer Hinsicht liegen zum Bedarf an Mobiler Rehabilitation lediglich Schätzungen vor. Von Seiten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und der BAG Mobile Rehabilitation wird hinsichtlich mobiler *geriatrischer* Rehabilitation von einem Bedarf von 25.000 bis 60.000 neuen Fällen im Jahr (ohne Heimbewohner) ausgegangen. Dies entspricht ca. 31 bzw. 75 Fälle pro 100.000 Einwohner. Für die Einrichtungen und Dienste, die erwägen, einen mobilen Rehabilitationsdienst zu gründen, zeigen diese Daten die Notwendigkeit auf, den regionalen Bedarf und die Versorgungsstrukturen vor Ort genau zu eruieren, um ein auf die Region zugeschnittenes Angebot zu entwerfen.

Vorliegende Untersuchungen belegen die Wirksamkeit der Mobilen Rehabilitation bei geriatrischen Rehabilitanden<sup>1</sup>. Katamnestiche Untersuchungen

---

<sup>1</sup> Ablesbar am Barthel-Index am Anfang und am Ende der Mobilen Rehabilitation und in Verbindung mit dem niedrigen „Eingangs-Barthel“ wird die Wirksamkeit der Mobilen Rehabilitation an verschiedenen Standorten auch für schwer beeinträchtigte Rehabilitanden evident. Ebenso konnte die Wirksamkeit bei Schlaganfallpatienten (anhand von Veränderungen beim FIM) plausibel dargestellt werden.

## 2 Konzept, Bedarf, Wirksamkeit und rechtliche Rahmenbedingungen der Mobilen Rehabilitation

konnten zeigen, dass die Effekte über einen Zeitraum von 6 – 12 Monaten stabil blieben. Ebenso wurde eine hohe Patientenzufriedenheit festgestellt<sup>2</sup>.

Über die bislang durchgeführten im Wesentlichen deskriptiven Studien hinaus sind Forschungen zur Wirksamkeit und Nachhaltigkeit sinnvoll. Vergleichende Studien treffen auf erhebliche methodische Probleme.

### 2.2 Mobile Rehabilitation im System der Gesundheitssicherung

Das Diakonische Werk der EKD spricht sich aus mehreren Gründen für die Entwicklung einer Infrastruktur mobiler Rehabilitationsdienste aus:

In epidemiologischer Hinsicht sprechen die zukünftig veränderte Altersstruktur der Bevölkerung, der Bedeutungsgewinn chronischer Krankheiten und die zunehmende Zahl pflegebedürftiger und damit behinderter Menschen für die Implementierung einer neuen Form der medizinischen Rehabilitation.

In versorgungspolitischer Hinsicht zielt die Mobile Rehabilitation auf bislang unterversorgte Versichertengruppen, deren Rehabilitationsbedarf bislang nicht befriedigt wurde. Vorhandene Rehabilitationsangebote können durch Mobile Rehabilitation bedarfsgerecht ergänzt werden. Dies gilt auch für den Kreis der Patientinnen und Patienten, für den eine (in der Regel) stationäre Rehabilitationsleistung keine ausreichende Wirkung entfaltet bzw. diese im Alltag nicht nachhaltig umsetzen können. Es handelt sich um einen Patientenkreis, für den das tatsächliche Wohnumfeld eine entscheidende Bedeutung für die Förderung der funktionalen Gesundheit hat. Viele (potentielle) Patienten der Mobilen Rehabilitation haben nach einer stationären Rehabilitationsmaßnahme weiterhin alltagsrelevante Beeinträchtigungen in Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe. Die Mobile Rehabilita-

tion zielt im Sinne des Befähigungsansatzes darauf ab, die Rehabilitanden in die Lage zu setzen, alltagsrelevante Aktivitäten auszuführen und sich am sozialen Leben zu beteiligen.

Damit ist in fachlicher Hinsicht eine neue Aufmerksamkeit für Menschen verbunden, deren funktionale Gesundheit u. U. dauerhaft – trotz Rehabilitation – eingeschränkt bleibt. Die Mobile Rehabilitation stellt darüber hinaus auch eine neue methodisch-didaktische Form der rehabilitativen Leistungserbringung dar, die mit einer alltagsnahen Beratung und einem Case-Management gut kombinierbar ist.

Die Mobile Rehabilitation stellt einen Beitrag dazu dar, den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ zu verwirklichen und insbesondere pflegebedürftigen Menschen Rehabilitationsleistungen zu ermöglichen. Sie stützt die Hilfe- und Pflegebereitschaft der Familien, das Ehrenamt und informelle Hilfestrukturen. Für pflegende Angehörige, bei denen es sich meistens um Töchter oder Schwiegertöchter handelt, kann die Mobile Rehabilitation eine informierende, beratende, unterstützende und auch entlastende Funktion darstellen, die durch die i. d. R. gemischtgeschlechtliche Zusammensetzung des Reha-Teams in besonderem Maße gefördert wird.

Vor allem nach stationärer Behandlung (im Akutkrankenhaus und in Reha-Einrichtungen) kann sie den Behandlungs- und Teilhabeerfolg ambulant sichern. Sie stellt deshalb auch ein wichtiges Element der Nachsorge dar.

Von besonderer Bedeutung ist, dass mobile Rehabilitationsdienste eine definierte Versorgungsregion versorgen. Dazu ist es notwendig, dass in der Region stabile Kooperationsstrukturen aufgebaut werden.

Die mobile Rehabilitation kann ferner einen Beitrag dazu leisten:

- Heimeinweisungen zu vermeiden, wenn es gelingt, das soziale und wohnliche Umfeld des Patienten in den rehabilitativen Prozess ausreichend einzubeziehen,

<sup>2</sup> Zu Fragen der nachhaltigen Wirksamkeit siehe: C. Schweizer, M. Schmidt-Ohlemann, P.W. Schönle (2006): Nachhaltigkeit der (mobilen) geriatrischen Rehabilitation. Definition und Messung von Outcomes in langfristiger Perspektive. Saarbrücken.



## 2 Konzept, Bedarf, Wirksamkeit und rechtliche Rahmenbedingungen der Mobilen Rehabilitation

- Hilfsmittel unter den Bedingungen der Häuslichkeit optimal anzupassen.

Für das Diakonische Werk der EKD ist es wichtig zu betonen, dass Leistungen der Mobilen Rehabilitation stets dem umfassenden Ansatz der medizinischen Rehabilitation, wie er im SGB IX als Leistung zur Teilhabe formuliert ist, entsprechen müssen. Deshalb handelt es sich – wie auch bei anderen ambulanten oder stationären Formen der medizinischen Rehabilitation – um ein komplexes, ärztlich geleitetes und von einem multidisziplinären Team auf der Grundlage eines mehrdimensionalen teilhabeorientierten Reha-Konzepts und Reha-Plans strukturiertes Angebot. Es unterscheidet sich konzeptionell von der bloßen Heilmittelerbringung. Methodisch-didaktische Unterschiede zu den bekannten Formen der ambulanten und stationären Rehabilitation ergeben sich daraus, dass die Behandlung in der Häuslichkeit unter direktem Einbezug der Alltagsgestaltung und des primären sozialen Netzes geschieht.

### 2.3 Rechtliche Rahmenbedingungen

Durch eine Änderung des § 40 Abs. 1 SGB V wurde mit dem GKV-WSG die Mobile Rehabilitation im Recht der Krankenversicherung (SGB V) als Form der medizinischen Rehabilitation verankert: Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation, denen die Mobile Rehabilitation zugerechnet wird, können auch „durch wohnortnahe Einrichtungen“ (statt: in wohnortnahen Einrichtungen) erbracht werden. Angefügt wurde schließlich als Satz 2, dass „Leistungen nach Satz 1 (...) auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 SGB XI (zu) erbringen (sind)“.

In der Gesetzesbegründung wird betont:

„Die Änderung stellt sicher, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation nicht nur in wohnortnahen Einrichtungen, sondern auch als mobile Rehabilitationsleistungen erbracht werden können“ (DS 16/3100, S. 106). Ferner wird ausgeführt, dass mit „Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (...) im Bereich der medizinischen Rehabilitation mehrere aufsuchende (mobile) Angebote entwickelt worden (sind). 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“ (ebd.).

Diese Aussagen verdeutlichen, dass es sich bei der Gesetzesänderung um eine Klarstellung handelt, mit der die Mobile Rehabilitation als regelhaftes Angebot etabliert werden soll. Dabei kann auf die Erfahrungen der geförderten Projekte zurückgegriffen werden.

Der 2. Satz des § 40 Abs. 1 („Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs.1 SGB XI zu erbringen) war im ursprünglichen von den Koalitionsparteien in das Parlament eingebrachten Gesetzentwurf als Satz 2 eines neuen § 40a (Geriatrische Rehabilitation) vorgesehen, der speziell den Rechtsanspruch auf Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation als Pflichtleistung stärken sollte. Im Gesetzgebungsverfahren wurde jedoch der Rechtsanspruch für alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt (in § 40 SGB Abs. 1 und 2), von der Schaffung eines auf die speziellen Belange der geriatrischen Rehabilitation abhebenden § 40a wurde abgesehen. In der Begründung zu Satz 2 (§ 40a) heißt es: „Satz 2 stellt klar, dass ambulante Rehabilitationsleistungen auch an Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI zu erbringen sind. Leistungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen (§ 40 Abs. 2) bleiben Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen nicht vorenthalten. Sofern Rehabilitationsfähigkeit besteht, ist dem Rechtsanspruch auf Leistungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen Rechnung zu tragen“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 16/3100, S. 107).

Versicherte in Pflegeheimen haben einen Rechtsanspruch sowohl auf Leistungen der ambulanten wie der stationären Rehabilitation.

## ■ 2 Konzept, Bedarf, Wirksamkeit und rechtliche Rahmenbedingungen der Mobilen Rehabilitation

Wie in 2.1. ausgeführt, wird in der Gesetzesbegründung die Zielgruppe („multimorbide Patienten mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf“) für mobile Reha-Leistungen genannt: „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“.

Die Mobile Rehabilitation ist weder im Gesetz noch in der Begründung auf Indikationen bzw. ein Spektrum von Teilhabe Einschränkungen beschränkt.

Sowohl für die Rehabilitationsziele und die leistungs- und verfahrensrechtlichen Bestimmungen, wie auch für das Leistungserbringungsrecht gelten die Vorschriften des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) sofern sich aus den für den zuständigen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nicht Abweichendes ergibt (§ 7 SGB IX). Dies bedeutet, dass sich nur die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Teilhabeleistungen nach den für die jeweils zuständigen Reha-Träger spezifischen Leistungsgesetzen richten.

§ 40 Abs. 1 SGB V verankert dabei mit der Formulierung „durch wohnortnahe Einrichtungen“ mobile Rehabilitation im Leistungsgesetz für die gesetzliche Krankenversicherung. Als Leistungsform der *ambulanten* medizinischen Rehabilitation kann mobile Rehabilitation aber auch von den anderen in § 6 Abs. 1 SGB IX genannten Rehabilitationsträgern erbracht werden.“

Durch die Mobile Rehabilitation wird insbesondere die leistungserbringerrechtliche Bestimmung des § 19 Abs. 1 Satz SGB IX verwirklicht, nach der die Rehabilitationsträger darauf achten, „dass für eine ausreichende Zahl solcher Rehabilitationsdienste und -einrichtungen Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen“ und setzt zugleich den § 2a SGB V um: „Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen“.

In Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts (nach § 9 SGB IX) ist den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten (z. B. bei Angst vor fremder Umgebung) nach mobiler medizinischer Rehabilitation zu entsprechen.

## 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

---

### 3.1 Allgemeines

Mobile Rehabilitationsangebote ersetzen nicht bestehende Formen (ambulant und stationär), sondern sind aus der Sicht des Diakonischen Werks der EKD auf die spezifischen Bedarfe von Zielgruppen auszurichten, die bislang kaum Rehabilitationschancen hatten.

Die Reha-Intervention muss in jedem Einzelfall auf den individuellen Teilhabebedarf (vgl. § 10 SGB IX) ausgerichtet sein. Die Allokationsentscheidung, d. h. die Entscheidung, welcher Dienst bzw. welche Einrichtung durch den Reha-Träger in Anspruch genommen wird, ist von der Beantwortung der Frage abhängig, wie die Reha-Ziele, die im Einzelfall zu spezifizieren sind, in der am besten geeigneten Form bedarfsgerecht und wirtschaftlich realisiert werden können. Im Einzelfall hängt die Allokationsentscheidung neben dem individuellen Ressourcen-/ Problemhaushalt des (potentiellen) Rehabilitanden wesentlich auch vom Verlauf der Krankenbehandlung, dem prognostizierten Reha-Erfolg, dem Zeitfenster für rehabilitative Maßnahmen sowie dem Versorgungsangebot ab. Im Mittelpunkt muss stets die Beantwortung der Frage nach dem einzelfallbezogenen Reha-Bedarf vor dem Hintergrund des Konzepts der funktionalen Gesundheit stehen.

Die bisherigen Erfahrungen von mobilen Rehabilitationsdiensten zeigen, dass die Indikation (und daraus folgend die Allokationsentscheidung) am besten auf der Grundlage eines ICF-kompatiblen Assessments durch ein entsprechend qualifiziertes Team im Rahmen eines Konsils zu entwickeln ist und nicht primär auf der Grundlage isolierter Merkmale des Patienten. Durch dieses Vorgehen erscheint es möglich, folgende Anforderungen an Reha-Angebote zu erfüllen:

- Beachtung des gesamten individuellen Ressourcen-/Problemhaushalts bei gleichzeitiger Fokussierung auf diejenigen Aspekte, die für Teilhabe und Aktivitäten bedeutsam sind
- Angemessene Behandlung der Erkrankungen, die der Teilhabe einschränkung zugrunde liegen oder sie begleiten
- Orientierung der Reha-Ziele und des Reha-Plans auf Teilhabe und Aktivitäten (im Sinne der ICF).

Mit den „Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen liegen für den Bereich der geriatrischen Patienten Indikations- und Zuweisungskriterien vor. Die Rahmenempfehlungen präjudizieren nicht den Kreis der für die Mobile Rehabilitation in Frage kommenden Patienten. Eine indikationsbezogene Beschränkung von Leistungen zur Mobilen Rehabilitation ist nicht gegeben.

Neben den Störungen von Körperfunktionen und -strukturen (einschließlich der psychischen Ebene) müssen zusätzlich jedoch, wie bei anderen Rehabilitationsformen auch, weitere Merkmale erfüllt sein. Diese lassen sich als Beeinträchtigungen auf der Ebene der Aktivitäten und der Teilhabe im Sinne der ICF beschreiben:

Diese betreffen im Sinne der ICF mindestens die Bereiche:

- Mobilität
- Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- Selbstversorgung
- Häusliches Leben
- Bedeutende Lebensbereiche (Bildung, Arbeit)

Zusätzlich können folgende Bereiche betroffen sein:

### ■ 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

- Lernen und Wissensanwendung
- Kommunikation
- Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Um einen Bedarf an Mobiler Rehabilitation zu begründen, müssen jedoch zusätzliche Faktoren, insbesondere Kontextfaktoren, berücksichtigt werden:

- es besteht eine so erhebliche Mobilitätsbeeinträchtigung, dass Therapeut/innen und Ärztinnen und Ärzte nicht ambulant aufgesucht werden können
- eine Sinnesbehinderung erfordert vertrautes und ggf. angepasstes Umfeld
- kognitive oder neuropsychologische Beeinträchtigungen machen ein Lernen in fremder Umgebung, in fremden Alltagsvollzügen oder einen Transfer des Gelernten in die neue Umgebung unmöglich
- wegen Kommunikationsstörungen ist die Rehabilitandin/der Rehabilitand auf vertraute Bezugspersonen bzw. spezielle Kommunikationsassistenten angewiesen
- aufgrund biographischer Erfahrungen (z. B. Migrationshintergrund) oder psychischer Erkrankungen (z. B. Zwangs- und Angsterkrankungen) ist die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand auf vertraute Bezugspersonen und ihre Unterstützung während der Rehabilitation angewiesen
- trotz seiner eigenen Erkrankung trägt er wesentlich Verantwortung für andere Familienmitglieder und ist für die Organisation des Alltagslebens in erheblichem Umfang verantwortlich, so dass die Rehabilitation im familiären Umfeld stattfinden muss
- aufgrund von Verhaltensstörungen in Kombination mit geistiger Behinderung kann sie/er an Reha-Maßnahmen in fremder Umgebung nicht teilnehmen
- als Träger multiresistenter Keime (MRSA) stellt die Rehabilitandin/der Rehabilitand eine erhebliche Ansteckungsgefahr für andere Patienten dar und müsste deshalb isoliert werden. Dadurch wird seine Rehabilitation wesentlich beeinträchtigt,

so dass sie in häuslicher Umgebung stattfinden muss

- vorher vorhandene Behinderungen machen es notwendig, die Rehabilitation in speziell angepasster häuslicher Umgebung durchzuführen.

#### **Exkurs:**

Die Personengruppe für Mobile Rehabilitation zeichnet sich durch einige allgemeine Charakteristika aus, die für verschiedene Krankheitsgruppen der verschiedenen Organsysteme gemeinsam zutreffen. Sie hat einen gemeinsamen „Problemaushalt“, also eine individuell bestimmbare Menge relevanter Probleme im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe, die durch eine Rehabilitationsmaßnahme positiv beeinflusst werden können.

Dabei geht es insbesondere um folgende Bereiche, in denen Aktivitäten und Teilhabe durch Rehabilitation in häuslicher Umgebung ermöglicht bzw. gesichert werden soll:

1. Ermöglichung des ggf. mehrstündigen Sitzens im Sinne der Teilhabe am familiären Leben im konkreten Wohnumfeld, ggf. mit in der Häuslichkeit benutzbaren und akzeptierten Hilfsmitteln
2. Ermöglichung von Sitz, Mobilität und Pflege durch an die Häuslichkeit und die Assistenzpersonen angepasste Transfertechniken bzw. Hilfsmittel.
3. Ermöglichung von Kommunikation durch Verwendung von im konkreten familiären und sozialen Umfeld angepassten, erprobten und akzeptierten Kommunikationsstrategien und Kommunikationshilfsmitteln bei eingeschränkter expressiver und rezeptiver Sprache
4. Ermöglichung der im familiären Kontext akzeptierten Ernährung bei orofazialer Dysfunktion unter Förderung der Kompetenzen des sozialen Umfeldes bei Zubereitung und Zuführung (Schlucktraining) ggf. einschließlich der Akzeptanz veränderter Essensgewohnheiten

### ■ 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

5. Bewältigung der Inkontinenz mit dem Ziel der (ggf. relativen) Kontinenz einschließlich Hilfsmittel, Management, Toilettengang und Toiletentraining im häuslichen Umfeld
6. Optimierte Lokomotion, ggf. mit Hilfsmitteln einschließlich Anleitung zur Eigenübung, Kontrollkompetenz
7. Sicherstellung der Mobilität in Wohnung, Nachbarschaft, naher Stadt und Fernverkehr
8. Sonstige Aktivitäten des täglichen Lebens (selbstständig, mit Hilfe, mit Hilfsmitteln, ggf. Kontrollkompetenz, im konkreten Kontext)
9. Strategien zur Bewältigung eingeschränkter Sinnesfunktionen, u. a. zur Orientierung, Kommunikation, Beherrschen von Kulturtechniken, zur soziale Teilhabe, ggf. mit Hilfsmitteln
10. Förderung der Belastbarkeit und Handlungskompetenz im konkreten, individuellen Alltagsleben, insbesondere der Handlungsplanung, der Ausführungskontrolle, der Verantwortlichkeit und der Selbstständigkeit im eigenen häuslichen Umfeld
11. Optimierung der Möglichkeiten der Handlungssteuerung (Hilfsmittel) mit dem Ziel der Umfeldkontrolle
12. Ermöglichung des Lernens, der Wissensanwendung und Förderung der kognitiven Funktionen einschließlich Gedächtnis, Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit etc. speziell im Hinblick auf die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge im häuslichen Umfeld
13. Ermöglichung eines selbstgesteuerten Schmerzmanagements unter häuslichen Bedingungen
14. Bewältigung psychischer Probleme, Erkennung, Behandlung, Bewältigung psychiatrischer oder psychosomatischer Komorbiditäten, insbesondere im sozialen Kontext
15. Bewältigung von Atmungsproblemen, u. a. bei Schluckstörungen, rez. Infekten, COPD, Unterbeatmung, Sauerstoffgabe, intermittierende oder dauerhafte Beatmung in häuslicher Umgebung
16. Vermeidung und Bewältigung von Hautschäden (z. B. Dekubitus, Infektionen) im alltäglichen Leben unter Beibehaltung möglichst hoher Mobilität und Teilhabe einschließlich der Hilfsmittelnutzung im Wohnumfeld
17. Praktische Ermöglichung und Förderung der Ausübung von Kulturtechniken im Alltag
18. Ermöglichung relevanter Beschäftigung im Alltag einschließlich solcher Aktivitäten, die dem Betroffenen Bedeutung geben können
19. Ermöglichung einer Tagesstruktur, ggf. durch Nutzung von Angeboten der Senioren- oder Eingliederungshilfe
20. Förderung und Stabilisierung des sozialen Netzes durch Information, Beratung, Stützung, Beseitigung von Begegnungshindernissen, Erschließung des öffentlichen Raumes (z. B. Gaststätten)
21. Information und Kontakt zu Organisationen der Selbsthilfe, ggf. Selbstorganisation
22. Ermöglichung und Förderung eines fachgerechten, teilhabefördernden medizinischen Managements bei Pflegebedürftigkeit, interkurrenten Erkrankungen oder Komplikationen der Grunderkrankungen in der eigenen Häuslichkeit durch das primäre und sekundäre soziale Netz
23. Ermöglichung und Förderung der Beantragung und Organisation sozialstaatlicher Leistungen unter den konkreten häuslichen Bedingungen u. a. als bedarfsgerechter Hilfsmix
24. Stützung und Beratung der Bezugspersonen
25. Förderung des regionalen sozialraumbezogenen sekundären sozialen Netzwerks.

## ■ 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

Diese Zielsetzungen werden im Übrigen in allen Rehabilitationsformen angestrebt und soweit möglich umgesetzt.

### 3.1.1 Strukturentwicklung in der medizinischen Rehabilitation

Das Diakonische Werk der EKD setzt sich dafür ein, dass das bestehende System der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen durch mobile Rehabilitationsdienste ergänzt wird. Bislang gibt es nur für die mobile geriatrische Rehabilitation Rahmempfehlungen auf Bundesebene. Die Gesetzesbegründung hebt ausschließlich auf Multimorbidität, erhebliche funktionelle Beeinträchtigungen und komplexe Hilfebedarfe ab, zeigt also eine finale Orientierung. Sie lässt die Entwicklung mobiler Rehabilitationsangebote für verschiedene Indikationsgruppen oder indikationsübergreifende Rehabilitation offen. Hierzu sind Konzepte zu entwickeln und mit den Rehabilitationsträgern abzustimmen. Das Diakonische Werk der EKD möchte hierzu erste Impulse geben.

Das Diakonische Werk der EKD befürwortet die Entwicklung mobiler Rehabilitationsdienste in den folgenden Feldern:

- Geriatrische Rehabilitation
- Rehabilitation chronisch psychisch kranker Menschen
- Rehabilitation abhängigkeiterkrankter Menschen
- Komprehensive Rehabilitation

Denkbar sind auch weitere indikationsspezifische Ansätze, z. B. als mobile neurologische Rehabilitation und als mobile Rehabilitation bei muskuloskelettalen Krankheiten (Orthopädie, Rheumatologie).

Mit diesen Optionen setzt sich die Diakonie dafür ein, das System der medizinischen Rehabilitation in stärkerem Maße als bislang sozialräumlich auszurichten und es für nicht streng indikationsspezifische Rehabilitationsformen zu öffnen.

Rehabilitationspolitisch wurde bislang kaum diskutiert, ob es sinnvoll sein könnte, eine indikationsübergreifende, sogenannte komprehensive Rehabilitation zu etablieren. Anders als z. B. in den Niederlanden, wo indikationsübergreifend tätige Rehabilitationsärzte in Kooperation mit der Akutmedizin zur Verfügung stehen, hat man in Deutschland auf die Entwicklung einer wohnortnahen Rehabilitationsstruktur zugunsten der hausärztlichen Betreuung mit niedergelassenen Therapeuten und vereinzelt Vertragsärzten für physikalische und rehabilitative Medizin und vor allem zugunsten der organbezogenen stationären, meist wohnortfernen Rehabilitationsangebote, verzichtet. Allerdings wurde vielerorts die geriatrische Versorgung – wie auch die Versorgung in den Bereichen Sucht und Psychiatrie – wohnortnah ausgerichtet. Nach wie vor ist freilich der Anteil ambulanter bzw. teilstationärer Reha-Maßnahmen an allen Rehabilitationsmaßnahmen gering.

Vor dem Hintergrund des oben skizzierten gemeinsamen Problemhaushalts der für die Mobile Rehabilitation in Frage kommenden Rehabilitanden und der Tatsache, dass der Bedarf nur bei ca. 0,1 % der Bevölkerung (ohne die Felder Sucht und Psychiatrie und ohne Heimbewohner) im Jahr liegt, kann es sinnvoll sein, neben der geriatrischen mobilen Rehabilitation und Angeboten in den Bereichen Sucht und Psychiatrie die Mobile Rehabilitation indikationsübergreifend zu gestalten, um flächendeckend Rehabilitation anbieten zu können. Die notwendigen fachlichen Reha-Strategien gleichen sich bei Rehabilitanden verschiedener Fachgebiete, wenn sie den gleichen umfassenden, oben dargestellten Problemhaushalt haben, auch wenn diesem unterschiedliche Ursachen aus den verschiedenen Fachgebieten zugrunde liegen (Orthopädie, Neurologie, Innere Medizin etc.). Mit der komprehensiven Rehabilitation würde neben der geriatrischen Rehabilitation eine in Bezug auf die teilhabebezogenen Ziele hochkompetente Rehaform etabliert werden, die jedoch durchaus im Hinblick auf organfachspezifische Fragen in Einzelfällen Spezialisten hinzuziehen kann oder einzelne Patientinnen und Patienten mit einem hochspezialisierten Bedarf an andere Reha-Einrichtungen verweisen muss.

### ■ 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

Bislang gibt es nur wenige spezifisch teilhabekompetente fachübergreifende Einrichtungen, an die eine solche Mobile Rehabilitation angebunden werden könnte (u. a. Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation an Krankenhäusern und Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie geriatrische Rehabilitationseinrichtungen mit Kompetenz im Hinblick auf den beschriebenen Problemhaushalt).

Hingegen gibt es an vielen Orten schon stationäre und ambulante Rehabilitationsangebote aus den Fachgebieten Orthopädie und Neurologie, so dass es sich unter anderem anbieten kann, diese Einrichtungen als Kristallisationspunkte auch für komprehensiv Mobile Rehabilitation zu nutzen, zumal dort im Einzelfall durchaus auch umfassende teilhabbezogene Erfahrungen vorliegen können.

Da eine Entscheidung über den künftigen Weg der Rehabilitation, insbesondere der mobilen, derzeit nicht abschließend getroffen werden kann, befürwortet das Diakonische Werk der EKD eine Pluralität der Einrichtungskonzeptionen aus indikationsbezogenen, geriatrischen und indikationsübergreifenden Angeboten an mobiler Rehabilitation, die regionale Besonderheiten berücksichtigen und an die Bedarfslage angepasst sind.

Dabei ist aber auf zwei Aspekte zu achten (vgl. auch Kap. 6):

- Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass es erforderlich ist, die Mobile Rehabilitation durch ein eigenes, darauf spezialisiertes Team durchzuführen, da sonst qualitativ hochwertige Ergebnisse nicht zu erzielen sind. Damit dieses Team effektiv arbeiten kann, ist zudem eine Mindestgröße erforderlich, u. a. um Vertretungen sicherzustellen (Zweifachbesetzungen).
- Um ein solches Team auszulasten, aber auch, um die Qualität sicherzustellen, ist eine Mindestzahl an Patienten im Jahr notwendig. Diese liegt zwischen 80 und 100 Patienten im Jahr. Zugleich gibt es auch eine Maximalgröße, ab der die Organisation der Teamarbeit nicht mehr effektiv sicherzustellen ist. Diese liegt nach den bisherigen Erfahrungen bei ca. 200 Patienten im Jahr je Team.

Das bedeutet aber, dass bei Errichtung einer Mobilen Rehabilitation eines Fachgebietes aufgrund des geringen Klientenaufkommens eine weitere Mobile Rehabilitation in derselben Region nicht organisierbar ist, es sei denn, es handelt sich um ein großes Ballungsgebiet. Insofern ist im Hinblick auf die Errichtung von Einrichtungen der Mobilen Rehabilitation zu beachten, dass ein Verdrängungswettbewerb eintreten kann, der die Versorgung einzelner Klientengruppen für Mobile Rehabilitation gefährdet. Eine solche Gefahr kann durch fachübergreifende Rehabilitation weitgehend vermieden werden, wenn dadurch keine indikationsspezifischen Mobilen Rehabilitationsdienste miteinander konkurrieren müssen und wenn nicht mehrere komprehensiv Einrichtungen vor Ort an den Markt gehen.

Das Diakonische Werk der EKD wird der Bundesregierung vorschlagen, dass die konzeptuelle Entwicklung und Implementierung der Mobilen Rehabilitation für chronisch psychisch kranke und abhängigkeiterkrankte Menschen durch Implementationsprojekte an einzelnen Standorten erprobt und wissenschaftlich begleitet wird. Auch für das Feld der komprehensiven mobilen Rehabilitation, zu der bereits positive Erfahrungen vorliegen, sowie für evtl. weitere indikationsbezogene mobile Reha-Dienste sollten evaluierte Implementationsprojekte entwickelt werden.

Das Diakonische Werk der EKD schlägt vor, dass nach (positiver) Auswertung der Implementationsprojekte zunächst der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung als der für die Mobile Rehabilitation maßgebliche Rehabilitations-träger (u. U. zusammen mit der gesetzlichen Unfallversicherung) mit den Leistungserbringern im Bereich der mobilen medizinischen Rehabilitation auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung zur komprehensiven sowie zur mobilen Rehabilitation für psychisch und abhängigkeiterkrankte Menschen Rehabilitation – und u. U. auch zu weiteren indikationsbezogenen Rehabilitationen – abschließt.

Die folgenden Ausführungen nehmen hinsichtlich geriatrischer Rehabilitanden auf die diesbezüglichen Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen Bezug. Hinsichtlich der Mobi-

## ■ 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

len Rehabilitation für psychisch und suchtmittelkrankte Menschen werden erste konzeptuelle Überlegungen formuliert. Für die comprehensive Rehabilitation wird auf Diskussionen der BAG Mobile Rehabilitation und erste Erfahrungen bei deren Umsetzung zurückgegriffen. Erste Anregungen werden zudem für zwei indikationsbezogene Ansätze formuliert.

### 3.2 Mobile geriatrische Rehabilitation

#### 3.2.1 Allgemeines

Wie schon aus der (oben zitierten) Gesetzesbegründung hervorgeht, ist die Rehabilitation pflegebedürftiger oder von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen ein besonderes Anliegen der Mobilen Rehabilitation. Da in den nächsten Jahren im Zuge der demographischen Entwicklung die Zahl der pflegebedürftigen Menschen zunehmen wird, wird die medizinische Rehabilitation pflegebedürftiger Menschen zu einer drängenden Aufgabe.

Das Diakonische Werk der EKD hat schon in seinem Positionspapier zu Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation auf strukturelle Probleme der rehabilitativen Versorgung pflegebedürftiger Menschen hingewiesen. Das neue Leistungsangebot der Mobilen Rehabilitation kann einen Baustein zur besseren rehabilitativen Versorgung dieser Personengruppe darstellen.

Rehabilitative Leistungen für Pflegebedürftige werden in unterschiedlichen institutionellen und sozialrechtlichen Komplexen erbracht. Aus der Sicht des Diakonischen Werks der EKD sollte für die Allokation pflegebedürftiger Menschen zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation die Bedarfsgerechtigkeit des Rehabilitationsangebots den Ausschlag geben.

Hinsichtlich der Ausgestaltung der mobilen geriatrischen Rehabilitation ist auf die „Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation“ der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 01.05.2007 (im Weiteren: „Rahmenempfehlungen“) zu verweisen, auf die sich die folgenden Hinweise

auch beziehen. Die mobile geriatrische Rehabilitation ist eine Sonderform der ambulanten geriatrischen Rehabilitation im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld des Patienten.

#### 3.2.2 Geriatrische Patienten

In den Rahmenempfehlungen wird der geriatrische Patient definiert durch eine geriatritypische Multimorbidität und ein höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre und älter). Zur weiteren Bestimmung von geriatritypischer Multimorbidität wird auf das Kapitel 4.6.2 der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation des MDS vom Oktober 2005 verwiesen.

#### 3.2.3 Indikations- und Zuweisungskriterien

Die Rahmenempfehlungen betonen, dass nur solche geriatrischen Rehabilitanden für die Mobile Rehabilitation in Frage kommen, die mit den bestehenden ambulanten und stationären Reha-Angeboten nicht angemessen zu versorgen sind. (vgl. Punkt 2.5, S. 7 Rahmenempfehlungen). Bei dieser potentiell unter- oder fehlversorgten Patientengruppe handelt es sich um rehabilitationsbedürftige geriatrische Patienten, bei denen die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose nur für das gewohnte oder ständige Wohnumfeld festgestellt werden kann.

Bei gegebener Indikation (Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und positiver -prognose sowie alltagsrelevanten realistischen Rehabilitationszielen) kann Zuweisung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation erfolgen, wenn die Rehabilitanden

- auf die umfassende Anwesenheit eines Angehörigen/einer Bezugsperson und deren rehabilitationsfördernde Unterstützung während der Rehabilitation angewiesen sind und dies durch Mitaufnahme in einer Einrichtung nicht gewährleistet, andererseits im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld sichergestellt ist und/oder
- im gewohnten oder bereits krankheitsspezifisch bzw. behindertengerecht adaptierten Wohnumfeld verbleiben müssen und/oder



### ■ 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

- die Rehabilitanden den angestrebten Rehabilitationserfolg nicht aus der ambulanten/stationären geriatrischen Rehabilitation in die gewohnte Umgebung übertragen können

und zusätzlich, wenn mindestens eine der folgenden Schädigungen der Körperstruktur oder -funktion vorliegt

- erhebliche Schädigung mentaler Funktionen, z. B. der Kognition, der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit des Gedächtnisses, der Konzentration, der Orientierung, der Planung und Durchführung von Handlungen sowie demenz-assoziierten Einschränkungen
- erhebliche Schädigung mentaler Funktionen verhaltensbezogener Art wie Angst, Wahnvorstellungen, psychomotorische Unruhe und Agitiertheit, Zwangssymptomatik, delirantes Syndrom, Hospitalismus, schwere Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Selbstgefährdung u. ä.
- erhebliche Schädigung der Stimm-, Sprech- und Sprachfunktion, für die im gewohnten Wohnumfeld und bei Anwesenheit der Angehörigen/Bezugspersonen bereits Kompensations- und/oder Ersatzstrategien bestehen
- erhebliche Schädigung der Seh- und Hörfunktion (z. B. blinde oder taube Patienten), so dass das vertraute und angepasste Wohnumfeld zur Unterstützung und Förderung genutzt werden muss.

Die Zuweisung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation erfolgt nur dann, wenn die medizinischen Voraussetzungen erfüllt sind und das gewohnte oder ständige Umfeld dafür geeignet ist:

- die Versorgung zu Hause muss sichergestellt sein (einschließlich notwendiger Grund- und Behandlungspflege)
- die Unterstützung in Notfällen muss durch Angehörige, Nachbarn, Hilfskräfte, Notrufanlage etc. gesichert sein
- die Bezugspersonen müssen bereit sein, bei der Therapie aktiv mitzuwirken
- die sonstige medizinische Versorgung des Rehabilitanden muss sichergestellt sein.

Als Ausschlusskriterien werden u. a. genannt:

- „Verwahrlosung“
- die Therapie beeinträchtigende Abhängigkeitserkrankungen
- nicht beeinflussbare Fremd- oder Selbstgefährdung
- fehlende oder nicht erreichbare Motivation/Kooperation des Patienten oder seiner Angehörigen/Bezugspersonen.

#### 3.2.4 Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer

Die Zahl der Behandlungstage beträgt in der Regel bis zu 20, pro Behandlungstag sind über die gesamte Maßnahme gesehen durchschnittlich mindestens zwei Therapieeinheiten am Patienten zu leisten. Dabei darf die Therapiefrequenz drei Behandlungstage in der Woche nicht unterschreiten. Eine Therapieeinheit am Patienten beträgt mindestens 45 Minuten (Erbringung durch alle Therapeutengruppen inklusive rehabilitative Pflege). Leistungen durch andere Berufsgruppen des Rehabilitationsteams (z. B. Arzt, Sozialdienst) sind bei Bedarf zusätzlich zu erbringen.

#### 3.2.5 Anforderungen

Die Rahmenempfehlungen gehen recht detailliert auf die Anforderungen ein, die mobile geriatrische Rehabilitationsdienste zu erfüllen haben: Die mobile geriatrische Rehabilitation sollte durch Einrichtungen erbracht werden, die bereits an der geriatrisch-rehabilitativen Versorgung von Patienten beteiligt sind. Wesentliche Anforderungen an die Dienste sind:

- *Ein strukturiertes Rehabilitationskonzept muss vorliegen: Die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtung muss dargestellt und Musterbehandlungspläne erstellt werden.* In diesem Zusammenhang wird vermerkt, dass, falls der mobile Rehabilitationsdienst an eine andere Einrichtung angebunden ist, eine organisatorische und wirtschaftliche Trennung gegeben und im Konzept dargestellt sein muss. Aber „die gemeinsame Nutzung von Therapieeinrich-

### ■ 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

tungen und der Infrastruktur ist möglich“ (Rahmenempfehlungen, Punkt 7.2, S. 12).

- *Ärztliche Leitung und Verantwortung:* Die ständige Leitung und Verantwortung sollte durch einen Internisten mit der Weiterbildung „Geriatric“ erfolgen. In Ausnahmefällen kann die Leitung bei einem Neurologen, Allgemeinmediziner oder einem anderen Facharzt mit der Weiterbildung „Geriatric“ liegen. Der Vertreter des Leiters muss eine entsprechende Qualifikation aufweisen. In jedem Fall muss während der Therapiezeiten ein Arzt mit internistischer und geriatrischer Fachkompetenz erreichbar und verfügbar sein. Die reguläre haus- und fachärztliche Versorgung der Patienten wird durch die Vertragsärzte sichergestellt. Die Rahmenempfehlungen stellen (unter 7.3) die ärztlichen Aufgaben dar.
- *Rehabilitationsdiagnostik und Rehabilitationsplan:* Ein wichtiges Element der Rehabilitationsdiagnostik ist neben der Anamneseerhebung und der körperlichen Untersuchung das geriatrische Assessment. Die Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik fließen in den individuell auf die Rehabilitandin bzw. den Rehabilitanden zugeschnittenen Rehabilitationsplan ein. Er ist auf die Teilhabe des Rehabilitanden auszurichten. Der Rehabilitand bzw. seine Bezugspersonen sind bei der Erstellung einzubeziehen. In wöchentlichen Teambesprechungen ist der Rehabilitationsplan dem Verlauf anzupassen.
- *Behandlungselemente:* Elemente der Behandlung sind die medikamentöse Behandlung in Abstimmung mit dem behandelnden Vertragsarzt, die Physikalische Therapie, die Ergotherapie, die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, die rehabilitative Pflege, die Klinische Psychologie/Neuropsychologie, Sozialarbeit und Ernährungsberatung. Dabei hilft der Sozialdienst bei der Organisation eines rehabilitativ orientierten Versorgungsmanagements zu Hause mit, berät Patienten und Angehörige/Bezugspersonen über Hilfen im Wohnumfeld, ggf. notwendige Anpassungen, über Sozialleistungen u. a. und unterstützt den Patienten bei der Krankheitsbewältigung. Die Ernährungsberatung beinhaltet eine Erhebung des Ernährungszustandes, Information und Beratung über Ernährungsfragen für den

Patienten und seine Angehörigen/Bezugspersonen sowie Beratungen bei Fehl- und Mangelernährung oder Schluckstörungen.

- *Kooperation:* Der mobile Rehabilitationsdienst kooperiert mit den an der Versorgung des Rehabilitanden Beteiligten und ist Bestandteil der regionalen Versorgungsstruktur.
- *Personelle, räumliche und apparative Ausstattung:* Hierzu geben die Rahmenempfehlungen Vorgaben bzw. Anhaltswerte. Hinsichtlich der Personalbemessung ist bei Ärzten vom Verhältnis 1:20, bei Pflegekräften 1:10 – 1:40, bei Physio- und Ergotherapeuten 1:10 – 1:15 auszugehen, wobei aufgrund der spezifischen Arbeitsorganisation der Mobilen Rehabilitation keine Platzzahl wie bei stationären oder ambulanten Angeboten angegeben werden kann.<sup>3</sup> An Räumen sind ein Arztzimmer, ein Sekretariat, Büroräume, ein Besprechungsraum, ein Abstell-/Geräteraum und Personalumkleideräume mit Dusche und WC erforderlich. Geräte für die Mobile Rehabilitation müssen handlich und transportabel sein, dazu können z. B. gehören: Therapieliegen, Bodenmatten, Gehbarren, körperhohe Spiegel, Elektrotherapiegeräte, Hilfsmittel und vieles andere mehr.
- *Dokumentation und Qualitätssicherung:* Angaben hierzu sind in den Rahmenempfehlungen unter Punkt 8 bis 10 enthalten, vgl. dazu Kap. 6.

### 3.3 Mobile Rehabilitation für chronisch psychisch erkrankte Menschen

#### 3.3.1. Einleitung

Die Lebenssituation chronisch psychisch erkrankter Menschen ist häufig von wiederholten stationären klinischen Behandlungen bestimmt, von einer im Laufe des Krankheitsprozesses wachsenden Beeinträchtigung der psychischen, körperlichen und sozialen Aktivitäten und einer fortschreitenden Ausgrenzung aus vielfältigen sozialen Lebensbezügen.

<sup>3</sup> Der AOK-Bundesverband empfiehlt die Anhaltswerte der Rahmenempfehlung zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 01.01.2004.

### ■ 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

Chronische psychische Erkrankungen oder psychische Behinderungen zeichnen sich in der Regel dadurch aus, dass nach einer Akuterkrankung trotz Behandlung und Besserung Residualsymptome bestehen bleiben. Diese können spezifisch sein, etwa das gelegentliche Wiederaufflackern der Akutsymptomatik. Es können aber auch unspezifische Residualsymptome fortbestehen, wie Antriebs- und Interessenmangel, Ängstlichkeit, depressive Stimmungslagen sowie die Verringerung des Energiepotentials.

Das Risiko der Chronifizierung einer psychischen Erkrankung ist erheblich. Die Zahl der chronisch psychisch Erkrankten wird von Experten für die Bundesrepublik mit ca. 666.000 Menschen angegeben (vgl. Berger 2005)<sup>4</sup>. Circa 506.000 Menschen leben mit schweren und chronischen Behinderungen außerhalb von Facheinrichtungen, in der eigenen Wohnung, bei Angehörigen, in Einrichtungen für Wohnungslose (Berger a. a. O.). Andere Schätzungen gehen davon aus, dass etwa ein halbes Prozent der Bevölkerung eine längerfristige Behandlung, Rehabilitation und Unterstützung auf Grund einer schweren chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung oder Behinderung benötigt (BAR Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter und behinderter Menschen S. 18, Frankfurt, o. J.).

Die gesundheitliche Gesamtsituation chronisch psychisch erkrankter Menschen ist häufig durch das gleichzeitige Vorkommen von zusätzlichen somatischen Erkrankungen (somatische Komorbidität) sowie Suchterkrankungen gekennzeichnet. Damit einhergehen Beeinträchtigungen aller wesentlichen Aktivitäten und Lebensgewohnheiten. Insbesondere ist zu beobachten, dass chronisch psychisch erkrankte Menschen auch in Folge ihres oft langjährigen Medikamentenkonsums und ihrer krankheitsbedingten Lebensweisen unter erheblichen und nachweisbaren Gesundheitsrisiken leiden, die

zu einer signifikanten Zunahme der somatischen Morbidität und des Mortalitätsrisikos führen<sup>5</sup>.

Chronische psychische Erkrankungen entwickeln sich nicht linear oder vorhersehbar. Biologische, psychische und soziale Faktoren beeinflussen sich wechselseitig und bestimmen den Krankheitsverlauf. Leistungen der Behandlung, der Rehabilitation und Pflege sind daher personenzentriert, flexibel und sowohl im zeitlichen Sinne als auch im Hinblick auf die inhaltliche Schwerpunktsetzung bedarfsorientiert zu kombinieren.

Ein Merkmal psychischer Erkrankungen ist häufig die Beeinträchtigung der Fähigkeit, notwendige Hilfen annehmen zu können. Die im Verlauf psychotischer Erkrankungen häufig auftretende Minus-Symptomatik ist gekennzeichnet durch einen Wegfall früher vorhandener Aktivitäten und Persönlichkeitsmerkmale. Dabei kommt es zu Antriebsverlust, verarmter kommunikativer Kompetenzen, verminderter Leistungsfähigkeit, Reduktion sozialer Kontakte, Rückzug in die eigene Erlebniswelt, mangelnder Fähigkeit zur Körperpflege, psychomotorischer Verlangsamung und einer oft ausgeprägten Gefühlsverflachung. Rehabilitative Hilfen bei chronisch psychisch erkrankten Menschen müssen daher unmittelbar in der Lebenswelt der Betroffenen ansetzen und diese zu zielorientierten Veränderungsschritten motivieren. Vielfach muss eine der komplexen Lebens- und Krankheits-situation entsprechende Grundeinstellung und Motivation (Compliance) zu gesundheitsförderlichen Lebensweisen in geeigneten Rehabilitationsprozessen unter Einbeziehung des relevanten sozialen und familiären Umfelds aufgebaut und gefördert werden. Rehabilitationsziele müssen sich in der Regel zunächst auf die unmittelbare Bewältigung des Alltags beziehen. Teilhabeförderung setzt die Berücksichtigung der spezifischen Lebensumstände voraus. Die Förderung von Bewältigungskompetenzen und die Erschießung von Ressourcen müs-

4 H. Berger, Chronisch Kranke – ein neues altes Problem? Tagungsdokumentation „Chronisch psychisch krank – chronisch schlecht versorgt?“ FH Wiesbaden 23.04.2005, <http://www.psychiatrie.de/data/downloads/48/00/00/DBergerE.pdf>

5 vgl. W. Rössler / H. J. Salize (1996): Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen, Band 77 BMG, Baden-Baden 1997, S.64, sowie: V. Aderhold: Mortalität durch Psychopharmaka; in: Soziale Psychiatrie 4/2007 siehe auch: [http://psychiatrie.de/data/pdf/3d/05/00/sp\\_118\\_5.pdf](http://psychiatrie.de/data/pdf/3d/05/00/sp_118_5.pdf)

### ■ 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

sen sich jeweils auf den konkreten Lebenskontext des psychisch erkrankten Menschen beziehen.

#### **3.3.2 Diagnosespektrum und funktionale Gesundheit**

Die wichtigsten Krankheitsformen, die mit dem Risiko der Chronifizierung verbunden sind, sind nach ICD 10 die folgenden Störungsgruppen:

- F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3 Affektive Störungen
- F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Nähere Erläuterungen hierzu finden sich in der „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen“ der BAR (o. J.: 20f). Über Störungen und Schädigungen von Körperfunktionen- und -strukturen (inklusive psychischer Funktionen) hinaus können ein breites Spektrum der Aktivitäten und der Teilhabe betroffen sein (vgl. BAR o. J.: 28 f.). Persönlichen und umweltbezogenen Kontextfaktoren sowie der Wechselwirkung aller Dimensionen der funktionalen Gesundheit kommt sowohl für Entstehung und Verlauf, als auch für Behandlung und Rehabilitation eine wichtige Rolle zu.

#### **3.3.3 Lücke im Versorgungssystem**

Chronisch psychisch erkrankte Menschen erhalten bislang praktisch keine Angebote der medizinischen Rehabilitation. Die stationären und teilstationären Angebote der Rehabilitation für psychisch Kranke (RPK) zielen auf einen Personenkreis mit günstigen Prognosen der beruflichen Wiedereingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt. Bei einem großen Teil der chronisch psychisch erkrankten Menschen ist diese Perspektive zumindest zeitweilig nicht gegeben.

Sie werden häufig aus stationärer klinischer Behandlung entlassen, ohne dass sie selbst darauf vorbereitet sind, mit den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen ihrer funktionalen Gesundheit umgehen zu können und ohne dass ihr soziales und familiäres Umfeld im Umgang mit ihren Beeinträchtigungen geschult und angeleitet wurde. Gerade bei dem Personenkreis der chronisch psychisch erkrankten Menschen müssen rehabilitative Maßnahmen im häuslichen Umfeld durch ambulant aufsuchende Hilfen angeboten werden. Einrichtungen mit Komm-Struktur (z. B. Tagesstätten, Sozialpsychiatrische Beratungsstellen, Ambulanzen) werden dem sozial zurückgezogen lebenden Personenkreis nicht gerecht, die ambulante Soziotherapie (nach § 37a SGB V) ist keine Leistung der medizinischen Rehabilitation, sondern dient vorrangig der selbstständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen durch die Patienten sowie der Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlungen oder deren Ersatz, wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist (vgl. Begutachtungs-Richtlinien Ambulante Soziotherapie, P. 2.2.2, S. 7).

Auch für die Mobile Rehabilitation für psychisch kranke Menschen gilt, dass sie in das regionale Versorgungsnetzwerk eingebettet sein muss. Vielerorts bestehen gemeindepsychiatrische Verbundsysteme. Die Mobile Rehabilitation macht in gebündelter Form Angebote des gemeindepsychiatrischen Verbunds für chronisch psychisch kranke Menschen zugänglich.

#### **3.3.4 Zuweisungsargument für die Mobile Rehabilitation**

Nicht jeder chronisch psychisch erkrankte Mensch benötigt eine Form der Mobilen Rehabilitation. Mobile Rehabilitation ist bei Patienten erforderlich, die krankheitsbedingt aus psychischen, somatischen und sozialen Gründen in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Dabei handelt es sich um Patienten, die nach der Phase der Akutbehandlung in besonderer Weise zu depressivem oder paranoidem Rückzug und sozialer Inaktivität neigen oder um Patienten die im Laufe ihrer chronischen Erkrankung eine ausge-

### ■ 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

prägte Minussymptomatik oder phobische Ängste entwickelt haben. Diese Patienten können in der Familie leben, in einer eigenen Wohnung oder in ambulanten oder stationären Formen des betreuten Wohnens.

Mobile Rehabilitation benötigen insbesondere die Menschen, deren krankheitsbedingter sozialer Rückzug zu Barrieren für die Entfaltung ihrer Teilnahmefähigkeiten führt.

Nicht geeignet für Maßnahmen der Mobilien Rehabilitation sind Patienten, die auf Grund des akuten Charakters ihrer Erkrankung vorrangig akutmedizinische Behandlungsmaßnahmen benötigen. Ebenso auszuschließen sind Patienten deren funktionale Beeinträchtigungen so ausgeprägt sind, dass sie ein stationäres Setting für rehabilitative Maßnahmen benötigen. Patienten, die über die Mobilität verfügen, ambulante Angebote in Anspruch nehmen zu können, benötigen ebenfalls keine ambulante aufsuchende Hilfe.

#### 3.3.5 Rehabilitationsziele

Mobile Rehabilitation benötigen insbesondere die Menschen, deren krankheitsbedingter sozialer Rückzug und deren konkrete Lebenskontextbedingungen zu Barrieren für die Entfaltung ihrer Teilnahmefähigkeiten führen.

Allgemein werden bei der Rehabilitation psychisch kranker Menschen folgende miteinander verflochtene Rehabilitationsziele verfolgt:

- Krankheitsbewältigung: Inzwischen stehen zur Behandlung und Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen vielfältige gut evaluierte psychoedukative Programme zur Verfügung, die dazu dienen, kognitive Einstellungen und Verhaltensweisen im Umgang mit der Erkrankung zu verändern. Familienorientierte Beratungsansätze können darüber hinaus dazu dienen, den systemischen Zusammenhang des Krankheitsgeschehens positiv zu beeinflussen.
- Verhinderung von Pflegebedürftigkeit: Im Rahmen rehabilitativer Programme müssen psy-

chisch erkrankte Menschen dazu motiviert und angeleitet werden, die notwendigen Maßnahmen und Aktivitäten der Grund- und Behandlungspflege (Medikation) zu akzeptieren und schrittweise in den eigenen Verantwortungsbereich zu übernehmen.

- Gesellschaftliche Eingliederung: Psychisch erkrankte Menschen benötigen häufig unmittelbare persönliche Begleitung, um wieder in soziale Zusammenhänge zurückkehren zu können, um Anschluss an frühere Aktivitäten zu erlangen und um sich neue sinnhafte Lebenszusammenhänge zu erschließen.
- Erlangung der Teilerwerbsfähigkeit: Die Hinführung zu Formen der sinnhaften Tätigkeit und der Beschäftigung ist ein wesentliches Moment für die Stabilisierung seelischer Gesundheit. Vielfach gibt es im Rahmen der Gemeindepsychiatrischen Verbundsysteme niedrigschwellige Angebote der Beschäftigung und des Tätigseins. In vielen Fällen benötigen psychisch erkrankte Menschen zeitweilig oder längerfristig Motivation und Begleitung, um diese Angebote für sich nutzen zu können. Das Ziel der Wiedererlangung der vollen Erwerbsfähigkeit ist häufig bei Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen nicht oder nur längerfristig zu erreichen. Dennoch sind über gestufte personenzentrierte Angebote der medizinischen und daran anschließend der beruflichen Rehabilitation Fähigkeiten und Ressourcen zur Teilhabe im Bereich der Arbeit zu erschließen und zu fördern. Diese sind aber nicht Gegenstand der Mobilien Rehabilitation; Leistungen zur Mobilien Rehabilitation können jedoch weitere medizinische, einschließlich medizinisch-berufliche Maßnahmen vorbereiten.

Das Verfolgen der genannten Ziele setzt eine umfassende Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen der sozialen und familiären Umgebung voraus.

Die *Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung* erfordert therapeutische Prozesse, um die kränkende Erfahrung der eigenen Beeinträchtigung annehmen zu können und um in einem breiten salutogenetischen Sinne angemessene Bewältigungsstrategien entwickeln zu können.

### ■ 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

Die *Verhinderung der Pflegebedürftigkeit* erfordert die Entwicklung von Sensibilität für gesundheitsgefährdende Lebensweisen und das Einüben von Aktivitäten, die der Mobilität und der Gesundheitsförderung dienen.

Die Förderung der *gesellschaftlichen Eingliederung* kann unterstützt werden durch die Entwicklung persönlicher Beziehungsnetzwerke und durch die Erschließung des Zugangs zu den teilhabefördernden Angeboten der gemeindepsychiatrischen Versorgung.

Die *Erlangung der (Teil-) Erwerbsfähigkeit* ist bei vielen chronisch psychisch erkrankten Menschen, die aus psychischen und somatischen Gründen in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, häufig erst ein mittelbares Ziel. Durch rehabilitative Maßnahmen können beeinträchtigte kognitive und emotionale Funktionen gestärkt, Aktivitäten des täglichen Lebens und der Kommunikation sowie Teilhabemöglichkeiten so gefördert werden, dass in der Folge auch Perspektiven der Beschäftigung und der Erwerbsfähigkeit eröffnet werden können – vielfach im Rahmen besonderer geschützter und unterstützter Beschäftigungsverhältnisse.

#### 3.3.6 Multiprofessionelles Team und Behandlungselemente:

Auch die Mobile Rehabilitation für psychisch kranke Menschen wird durch ein ärztlich geleitetes interdisziplinäres Team umgesetzt. Seine Zusammensetzung und die Behandlungskomponenten sind auf die Teilhabebedarfe chronisch psychisch kranker Menschen abzustimmen und können sich an den Ausführungen der BAR-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen (S.56 ff.) orientieren.

- **Ärztliche Behandlung:**  
Behandlung und Rehabilitation stehen unter ärztlicher Gesamtverantwortung. Die Behandlung beinhaltet dabei die umfassende somatische und psychiatrische Diagnostik, die Rehabilitationsplanung sowie die Anwendung diagnosespezifischer psychotherapeutischer Verfahren. Die

pharmakologische Behandlung erfolgt in Kooperation mit dem zuständigen Vertragsarzt.

- **Klinische Psychologie / Psychotherapeutische Beratung**  
umfasst psychoedukative und verhaltenstherapeutische Verfahren sowie eine Vielzahl methodischer Zugänge mit dem Ziel, dysfunktionale Krankheitskonzepte zu modifizieren und salutogenetische Kompetenzen zu fördern.
- **Sozialarbeit / Sozialpädagogik**  
dienen zur Überwindung materieller und sozialrechtlicher Barrieren, fördern das Verständnis der Lebens- und Alltagswelt und das Erschließen hilfreicher Ressourcen.
- **Ergotherapie**  
fördert die Überwindung funktionaler Beeinträchtigungen ausgehend von der unmittelbaren Alltagssituation. Aktivitäten zur Mobilisierung und Förderung der Teilhabe können unmittelbar im häuslichen Umfeld erlernt und eingeübt werden.
- **Gesundheits- und Krankenpflege:**  
Die psychiatrische Krankenpflege sichert zunächst unmittelbar die notwendige medikamentöse Behandlung, hilft beim Erlernen notwendiger Alltagsfertigkeiten zur Krankheitsbewältigung, verfügt über die spezielle Kompetenz, Menschen in ihrer subjektiven oft mit Ängsten besetzten Welt erreichen, annehmen und begleiten zu können.
- **Physiotherapie**  
setzt an dem oft beeinträchtigten Körperselbstbild an, fördert Aktivitäten, um die Mobilität, die Körpersensibilität und -beherrschung wiederzuerlangen.
- **Ernährungsberatung**  
vermittelt die Kompetenz und die Pflege gesundheitsfördernder Lebensweisen angesichts der besonderen Ernährungs- und Gewichtsprobleme unter denen psychisch erkrankte Menschen vielfach leiden.
- **Sporttherapie**  
fördert die Beweglichkeit, bewirkt die unmittelbare Beeinflussung der seelischen Befindlichkeit durch Aktivierung förderlicher neurobiologischer Mechanismen und stärkt die interaktionale Kompetenz im gemeinsamen Tun.

### 3.4 Mobile Rehabilitation für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung

#### 3.4.1 Einleitung

Die Angebote der medizinischen Rehabilitation für abhängigkeiterkrankte Menschen reichen von ambulanter Behandlung in Beratungsstellen über ganztägig ambulante Behandlungen bis zu stationären Behandlungen in speziellen Fachkliniken. Auch das Nachsorgeangebot ist mit entsprechenden Beratungsstellen und einem Verbund von Selbsthilfegruppen gut strukturiert. Dennoch stehen für einen Teil der abhängigkeiterkrankten Menschen keine auf ihren Bedarf zugeschnittenen rehabilitativen Angebote zur Verfügung. Nach Wienberg<sup>6</sup> erreichen die klassischen Suchthilfestrukturen 5 Prozent des zu behandelnden Klientels. 95 Prozent der Anhängigkeitserkrankten werden von Hausärzten und Allgemeinkrankenhäusern grundversorgt, aber nicht ausreichend behandelt. Dies gilt insbesondere für Menschen mit Behinderung oder einer erheblichen Komorbidität. In diesem Fall haben psychische oder somatische Störungen, die neben der Abhängigkeit bestehen „selbst Krankheitswert oder stellen eine erhebliche zusätzliche Belastung für die betroffenen Menschen dar“<sup>7</sup>. Werden diese Menschen nicht erreicht und bleiben ohne eine suchtspezifische Behandlung, besteht ein erhebliches Chronifizierungsrisiko.

#### 3.4.2 Diagnosespektrum und funktionale Gesundheit

Abhängigkeitserkrankte Menschen werden in der akutmedizinischen Versorgung überwiegend wegen ihrer suchtmittelbedingten Zweiterkrankungen versorgt. Dazu zählen u. a. Herzerkrankungen, neurologische Beschwerden, unfallbedingte Schädigungen und Erkrankungen der Organe.

6 G. Wienberg, M. Driessen (Hrsg.) (2001): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn

7 BAR (2006): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Frankfurt/Main: 18.

Neben Störungen der Körperfunktionen und -strukturen (hierzu zählen auch das Gedächtnis, die emotionale Stabilität und die Urteilsfähigkeit) sind die Dimensionen der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen betroffen. „Bei Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen kann es im Laufe der Zeit zu schwerwiegenden Veränderungen der Persönlichkeit, des Arbeits-, Gesundheits- und Sozialverhaltens kommen. Somit sind alle Aspekte der Teilhabe (..) bei Abhängigkeitskranken massiv betroffen. Der Abhängigkeit liegt in der Regel ein Ursachenbündel zugrunde, das sich aus körperlichen, psychischen und sozialen Elementen zusammensetzt“ (BAR 2006: 18).

#### 3.4.3 Lücke im Versorgungssystem

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (wie auch andere Teilhabeleistungen) sind so frühzeitig wie nötig einzuleiten, auf den individuellen Bedarf zu beziehen, komplex und interdisziplinär auszurichten und nahtlos und zügig qualitätsgesichert zu erbringen, um ein Höchstmaß an selbstbestimmter Teilhabe zu ermöglichen. Eine besondere Herausforderung des Systems besteht in der Komplexität der Suchtabhängigkeit, in der körperliche, psychische und soziale Dimensionen miteinander verwoben sind (vgl. das ICF-basierte Schaubild BAR 2006: 19). Insbesondere die Aufgabe, einen Rehabilitationsbedarf frühzeitig zu erkennen, wird nur unzureichend verwirklicht, da akutmedizinische und rehabilitative Interventionen aufeinander bezogen und die Klienten und Angehörigen im Sinne der sozialen Eingliederung umfassend beraten werden müssen. Dies ist vor allem deshalb zu betonen, da Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung oftmals nicht von sich aus auf Suchthilfeeinrichtungen zugehen und Angehörige nicht in der Lage sind, sie zu unterstützen. Gegenüber den Hausärzten werden zuweilen von den Patienten gesundheitliche Beeinträchtigungen vorgeschoben und zur Behandlung angeboten, obwohl sie im Kontext mit der bestehenden Suchterkrankung stehen. Akutkrankenhäuser entlassen einen abhängigkeiterkrankten Patienten sobald eine medizinische Behandlung abgeschlossen ist, meist nach Erreichen der 0,0 Promillegrenze und der Beendigung der entzugsbegleitenden Medikation; die chronifizierten Störungen der

### ■ 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

funktionalen Gesundheit begründen dagegen keine Akutbehandlung. Ein weiteres Problem besteht darin, dass Beratungsstellen aufgrund mangelnder Finanzierung nicht bundesweit flächendeckend aufsuchend arbeiten. Die soziale Wiedereingliederung nach SGB XII ist oftmals nicht sofort umzusetzen, eine motivierende, auf Veränderung hinzielende Rehabilitation findet aufgrund der vorliegenden Behinderung nicht statt. Ein weiterer Verfall kann nicht aufgehalten werden.

Ein strukturelles Unterangebot besteht zudem für Menschen mit erheblichen körperlichen oder psychischen Schädigungen bzw. Funktionsstörungen (chronisch kranke und behinderte Menschen) mit entsprechenden Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen. Da sie weder einen ambulanten Dienst aufsuchen können, noch stationäre Einrichtungen auf sie eingestellt sind, haben sie faktisch kaum Chancen, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch zu nehmen.

Die BAR-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen betont, dass „Rehabilitations- und Therapieplanung (...) flexibel an den individuellen Verlauf und Bedarf anzupassen (sind)“ (BAR 2006: 52). Eine Grundvoraussetzung hierfür ist neben der frühzeitigen Bedarfserkennung ein „schneller und angemessener Zugang zum Hilfesystem“ (ebd.: 47) unter Einbeziehung des sozialen Umfelds (ebd.: 48).

In der Mobilen Rehabilitation sieht das Diakonische Werk der EKD ein auf die Bedarfe der oben genannten Zielgruppe ausgerichtetes Angebot, das es erlaubt, den Eintritt in die Rehabilitationsphase für stark beeinträchtigte Menschen effektiv zu gestalten und zugleich verhindern kann, dass Klienten nicht schon in der Kontakt- und Vorphase „verloren gehen“ oder ihre Erkrankung weiter chronifiziert.

#### 3.4.4 Zuweisungsargument

Bei den Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, für die eine Mobile Rehabilitation in Frage kommt, handelt es sich oftmals um Menschen mit häufigen Krankenhausbehandlungen,

einer oder mehreren chronifizierten organischen Erkrankungen und einen krankheitsfördernden Lebenskontext, den sie von sich aus nicht verändern können.

Abhängigkeitserkrankte Menschen mit Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positiver Rehabilitationsprognose, sind insbesondere dann der Mobilen Rehabilitation zuzuweisen, wenn:

- eine körperliche Einschränkung vorliegt, die ein Aufsuchen anderer rehabilitativer Behandlungsangebote behindert
- eine kognitive Einschränkung vorliegt, die es verunmöglicht, ambulante oder stationäre Rehabilitationsangebote wahrzunehmen
- eine psychische Einschränkung vorliegt, die schon häufiger zu einem Abbruch der vom medizinischen Behandlungssystem vorgeschlagenen Rehabilitation geführt hat (und damit auch gesundheitsökonomisch bedeutsam ist)
- substituierte drogenabhängige Personen, die wegen eines Beigebrauchs von Drogen in einer Klinik entziehen und aufgrund ihrer multimorbiden Beeinträchtigungen keine weiteren ambulanten Angebote nach stationärer Behandlung aufsuchen können
- funktionale Störungen vorliegen, die eine Unfähigkeit zur Bewältigung der Alltagsaufgaben hervorrufen, z.B. Verwahrlosung, dysfunktionale Einnahme von notwendigen Medikamenten oder Unterlassen notwendiger Therapien
- die Wiedererlangung der Mobilität und der Alltagsbewältigungskompetenzen im Vordergrund der medizinischen Rehabilitation steht.

Die mobile Sucht-Rehabilitation sollte nur in Verbindung mit einer Entzugsbehandlung (im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung) zum Tragen kommen. Sie kann auch als erstes Ziel eine Mobilisierung (körperlich und psychisch) des Patienten bzw. Rehabilitanden haben, um ihn zu weiteren (ambulanten oder stationären) Entwöhnungsbehandlungen zu führen. In diesem Rahmen dient sie auch dazu, die Abstinenz zu stützen und die Motivation für weitere akutmedizinische und rehabilitative Behandlungen zu stärken. Danach kommen wei-



### ■ 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

tere Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Frage.

Ferner ist die mobile Sucht-Rehabilitation zusätzlich zu der oben beschriebenen Personengruppe geeignet

- in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe für geistig behinderte Menschen
- bei Menschen mit sozialen Störungen und eingeschränkter Gruppenunfähigkeit
- bei in einem Alten- und Pflegeheim fehlplatzierten Menschen im erwerbsfähigen Alter, um ihnen durch fallspezifische Rehabilitationsangebote eine Lebensperspektive außerhalb des Heims zu eröffnen.

#### 3.4.5 Rehabilitationsziele

Für die mobile Suchtrehabilitation gelten die im SGB IX sowie die in den anderen Sozialgesetzbüchern fixierten Ziele der Rehabilitation. Für die Suchtrehabilitation hat die o. g. Arbeitshilfe der BAR (2006) Teilhabeziele spezifiziert (vgl. ebd.: 37 ff.). Besondere Anliegen der mobilen Sucht-Rehabilitation können in Folgendem liegen:

- Abbau von Mobilitätshemmnissen (physisch wie psychisch)
- Reduzierung des Suchtmittelmissbrauchs durch Verlängerung der abstinenten Phasen
- Stabilisierte Abstinenz
- Verselbständigung
- Steigende Motivation
- Erlangung funktionaler sozialer Kompetenz
- Erlangung psychischer Stabilität
- Stabilisierung psychiatrischer Krisen und Dekompensationen
- Einbeziehung des häuslichen Umfelds/Wohnheim im Umgang mit der suchtmittelbedingten Abhängigkeitserkrankung
- eine stationäre oder ambulante Entwöhnungsbehandlung bzw. eine Alkohol- oder Drogentherapie aufzunehmen
- Krankheitsbewältigung
- Verhinderung von Pflegebedürftigkeit
- Gesellschaftliche Eingliederung

- Förderung der Kompetenzen zur (Teil-)Erwerbsfähigkeit. Die Aussagen zur Erwerbsfähigkeit bei chronisch psychisch kranken Menschen (unter 3.3.5) sind sinngemäß zu übertragen.
- eine Hinführung zu ambulanten oder stationären Eingliederungshilfen nach SGB XII, wenn eine weitere medizinische Therapie nicht indiziert ist.

#### 3.4.6 Multiprofessionelles Team und Behandlungselemente

Die Behandlung wird in einem multiprofessionellen Team geleistet, das aus den stationären und ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen bekannt ist. Es handelt sich um folgende Berufsgruppen:

- Fachärzte der Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenärzte
- Psychologen und Psychotherapeuten
- Pflegekräfte
- Sozialarbeiter und Sozialtherapeuten
- Ergotherapeuten
- Physiotherapeuten.

Behandlungselemente können sein:

- Psychiatrische Behandlung und Überwachung psychopharmazeutischer Therapien
- Gesprächstherapie (sozialtherapeutische Hilfestellungen)
- Sozialpflegerische Hilfestellungen zur Erlangung und zum Erhalt der Teilhabe an der Gesellschaft (Hygiene, Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Diabetes, Inkontinenz))
- Ergotherapie (Vermittlung und Training sozialer Strategien und Alltagskompetenzen Überwindung motorischer Beeinträchtigungen)
- Training alltäglicher Lebensstrategien und Orientierung nach außen
- Ernährungsberatung
- Sozialarbeit / Sozialpädagogik
- Sporttherapie
- Physiotherapie
- Psychotherapeutische Beratung
- Umfeldbezogene Beratung und Training im Umgang mit dem suchtmittelabhängigen Menschen
- Krisenintervention und Rückfallprophylaxe.

### 3.5 Weitere indikationsspezifische Rehabilitationen

Für die Mobile Rehabilitation kommen v. a. zwei Bereiche der indikationsspezifischen Rehabilitation in Betracht, und zwar die neurologische Rehabilitation und die Rehabilitation bei muskuloskeletalen Krankheiten. Es gibt zwar sicher auch Klienten aus anderen Indikationsbereichen, für die Mobile Rehabilitation in Einzelfällen in Betracht kommt. Dennoch sollen hier lediglich die zwei genannten Gebiete näher beleuchtet werden.

#### 3.5.1 Mobile neurologische Rehabilitation

Für die Neurologische Rehabilitation stehen Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation der BAR zur Verfügung. Auf diese lassen sich die oben dargestellten allgemeinen Überlegungen zur Mobilen Rehabilitation und die besonderen zur geriatrischen Rehabilitation ohne Weiteres analog übertragen. Folgende Besonderheiten sind zu beachten:

Maßgeblich für die Allokationsentscheidung sind auch bei der neurologischen mobilen Rehabilitation die individuelle Notwendigkeit der häuslichen Umgebung und die Bedeutung der psychosozialen Kontextfaktoren für den Erfolg der Rehabilitation.

Bei der neurologischen Rehabilitation handelt es sich häufig um jüngere Patienten, bei denen auf Grund der noch langen Lebensperspektive und der Lernfähigkeit auch des geschädigten Gehirns Rehabilitationschancen oft über einen sehr langen Zeitraum bestehen und genutzt werden müssen. Deshalb gibt es hier ein oft langdauerndes Rehabilitationszeitfenster.

Bei schweren Schädigungen erfolgt in der Regel eine stationäre Frührehabilitation, der sich dann oft eine weitere stationäre Rehabilitationsphase anschließt. Nach einigen Wochen oder Monaten stabilisiert sich die Situation jedoch oft und die stationäre Umgebung kann sich als Hindernis für weitere Fortschritte erweisen, die in vertrauter Umgebung noch zu erzielen sind, eine angemessene Reha-

ilitation vor Ort vorausgesetzt. Insofern wird sich die mobile neurologische Rehabilitation oft an eine stationäre neurologische Rehabilitation anschließen und muss mit dieser eng vernetzt werden, ggf. auch im Sinne einer im weiteren Verlauf erneuten stationären Intervallrehabilitation, wobei während des Intervalls Mobile Rehabilitation erfolgt.

Bei schwer betroffenen Patienten mit prolongiertem Verlauf kommt Mobile Rehabilitation auch schon in der Phase C in Betracht<sup>8</sup>. Mobile Rehabilitation kann zudem die Phase E optimal gestalten und ebenso den Anfangszeitraum der Phase F. Mobile Rehabilitation ist gerade auch angezeigt und effektiv im Hinblick auf die Teilhabe, wenn sehr schwere Beeinträchtigungen vorliegen, so dass das Ausschlusskriterium „Barthel-Index unter 80“ keinesfalls zweckmäßig und zielführend ist. Erfahrungen zeigen, dass Mobile Rehabilitation gerade bei sehr schwer beeinträchtigten Patienten einschließlich Beatmung, im sog. Wachkoma und insbesondere im sog. Locked-in-Syndrom für die soziale Re-Integration in die Familie von entscheidender Bedeutung sein kann. Auch kann über die Mobile Rehabilitation die Integration in eine Einrichtung der Eingliederungshilfe bewerkstelligt werden.

Der enormen Bandbreite der Betroffenheit entsprechend ist Häufigkeit und Intensität der Behandlung breit zu variieren. Dennoch sollten drei Behandlungstage zu je mindestens zwei Therapieeinheiten und zusätzlicher ärztlicher und sozialarbeiterischer Betreuung nicht unterschritten werden. Meist sind deutlich längere Gesamtdauern als bei Reha-

<sup>8</sup> Zu den Behandlungs- und Reha-Phasen in der Neurologie siehe: BAR (1998): Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten, Frankfurt/Main. In Phase C ist der Patient überwiegend bewusstseinsklar und kooperativ, jedoch noch z. T. auf pflegerische Hilfe angewiesen; grundlegende Funktionen sollen wieder hergestellt und der Patient für die Rehabilitation motiviert werden. Die Phase D beginnt mit der abgeschlossenen Frühmobilisierung des Patienten und entspricht dem, was in der stationären (oder ambulanten) medizinischen Rehabilitation an Leistungen erbracht wird. Die Phase E umfasst die nachgehenden Rehabilitationsleistungen und die berufliche Rehabilitation, die Phase F umfasst unterstützende und/oder zustandserhaltende Maßnahmen für Patienten, die in den Phasen B und C keine Reha-Fortschritte erzielen konnten.

### ■ 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

bilitationsmaßnahmen mit anderer Indikation erforderlich.

Bei jüngeren Patienten ist es oft erforderlich, deutlich hochfrequenter zu behandeln, zumal die Belastbarkeit meist deutlich höher ist als bei geriatrischen Patienten.

Besonderes Augenmerk ist auf die Betreuung von Patienten mit neuropsychologischen Beeinträchtigungen zu legen. Eine enge Verzahnung mit Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Selbsthilfe ist sicherzustellen.

Eine spezielle Gruppe stellen Menschen mit vorbestehenden geistigen oder mehrfachen Behinderungen sowie angeborenen neurologischen Störungen (Infantile Cerebralparese, Spina bifida, etc.) dar, u. a. auch nach neuroorthopädischen Operationen, Behandlung mit Botulinum oder neurochirurgischen Eingriffen (Hydrocephalus, Tethered Cord), Dekubitus-Chirurgie bei neurologischen Erkrankungen) etc.

Gerade von betroffenen Familien mit einem schädeldirn-geschädigten Familienmitglied wird eine Unterstützung, wie sie die Mobile Rehabilitation bieten kann, nachdrücklich gefordert.

In Einzelfällen gelingt auch bei schwerer Betroffenheit eine berufliche Reintegration. Diese kann optimal wohnortnah durch Mobile Rehabilitation angebahnt und eingeleitet werden. Allerdings ist eine solche Perspektive meist nicht von Anfang an gegeben, so dass der Rentenversicherungsträger als Kostenträger zunächst ausscheidet. (Ausnahme: Perspektive einer Tätigkeit in einer anerkannten Werkstatt für Behinderte, die allerdings eine Berentung nicht ausschließt).

Neurologische mobile Rehabilitation kann optimal an eine ambulante oder stationäre neurologische Rehabilitationseinrichtung oder auch an eine Einrichtung der Eingliederungshilfe, insbesondere für Menschen mit Körperbehinderungen, angedockt werden.

Die Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität entsprechen denen der geriatrischen Rehabilitation analog. Die Leitung sollte dann ein Facharzt für Neurologie/Nervenheilkunde haben, wobei auch ein Arzt für physikalische und rehabilitative Medizin mit entsprechender Erfahrung in Betracht kommen kann.

#### **3.5.2 Mobile Rehabilitation bei muskuloskelettalen Krankheiten (Bereich Orthopädie-Rheumatologie)**

Auch für die ambulante Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen stehen Rahmenempfehlungen der BAR zur Verfügung.

Unter der insgesamt großen Zahl von grundsätzlich rehabilitationsbedürftigen Patienten dieser Indikationsgruppe ist die Mobile Rehabilitation allerdings nur relativ selten notwendig.

Dies ist dann der Fall, wenn die allgemeinen Bedingungen für Mobile Rehabilitation (Kap. 3.1) bei einzelnen Rehabilitanden erfüllt sind. Auch gibt es einzelne Klienten, bei denen eine prolongierte Behandlung notwendig ist, bei denen Heilmittel nicht ausreichen oder bei denen spezielle Probleme durch ein Team zu lösen sind. Dies gilt u. a. für Menschen bei Amputationen mit Problemstümpfen, Menschen mit Polytrauma, mit osteoporotischen Frakturen oder vorher bestehenden oder begleitenden neurologischen oder kognitiven Beeinträchtigungen, insbesondere bei Demenz oder hirnorganischen Psychosyndromen und neurologischen Erkrankungen wie MS, Parkinson oder Muskelerkrankungen. Mobile Rehabilitation ist bei muskuloskelettalen Erkrankungen v. a. dann indiziert, wenn zu erwarten ist, dass auch nach der stationären Rehabilitation noch relevante Beeinträchtigungen verbleiben, daraus Beeinträchtigungen der Teilhabe zu erwarten sind und deshalb ein spezifischer Rehabilitationsbedarf in der eigenen Häuslichkeit resultiert.

Da muskuloskelettale Beeinträchtigungen der Funktionen im Vordergrund stehen, muss die Physiotherapie einen besonderen Stellenwert haben,

## ■ 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

dennoch sind auch die anderen Fachgruppen analog der geriatrischen Rehabilitation erforderlich, auch wenn die Logopädie und die Neuropsychologie nur im Einzelfall benötigt werden. Wichtig ist die Kooperation mit der Orthopädietechnik.

Die Leitung sollte ein Facharzt für Orthopädie oder ein Arzt für physikalische und rehabilitative Medizin haben.

### 3.6 Indikations- und fachübergreifender Ansatz: Komprehensiver mobile Rehabilitation

Neben indikationsspezifischen Rehabilitationsangeboten sollte auch die Konzeption fachübergreifender mobiler Rehabilitation weiterentwickelt werden. Da es hierzu nur wenige Vorarbeiten gibt, wird darauf etwas ausführlicher eingegangen.

#### 3.6.1 Definition: Komprehensiver mobile Rehabilitation

Komprehensiver mobile Rehabilitation kann vorläufig definiert werden als indikationsübergreifende, altersmäßig zwischen dem sozialpädiatrischen und dem geriatrischen Rehabilitanden angesiedelte, sozialraumorientierte Form der Mobilen Rehabilitation, die mit deutlichem Schwerpunkt im Bereich der neuromuskulären Erkrankungen alle relevanten Beeinträchtigungen der Teilhabe in der medizinischen Rehabilitation berücksichtigt, dabei wesentliche Elemente des Fachgebietes physikalische und rehabilitative Medizin umfasst und ein flächendeckendes Angebot an Mobiler Rehabilitation für bisher unversorgte Personengruppen ermöglicht.

#### 3.6.2 Diagnosespektrum und funktionale Gesundheit

Das Diagnosespektrum umfasst für die komprehensiver mobile Rehabilitation insbesondere folgende Hauptdiagnosen:

- Cerebrale Schädigungen, insbesondere Schlaganfall, Schädel-Hirntrauma, hypoxischer Hirnschaden, Zustand nach Hirntumor-OP, Enzephalitis, Infantile Cerebralparese,
  - Spinale Schädigungen (angeboren, erworben), Tetraplegie, Paraplegie, etc. Zustand nach Frakturen und/oder Operationen der Bewegungsorgane, insbesondere Knie und Hüfte, Oberarm und komplizierte Radiusfrakturen, Polytrauma, neuroorthopädischen Eingriffen. Schwere neurologische Erkrankungen, insbesondere M. Parkinson, MS, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), jeweils bei erheblicher Verschlechterung, Critical Illness Polyneuropathie (CIP), Muskelerkrankungen
  - Arterielle Verschlusskrankheit (AVK), periphere Durchblutungsstörungen verschiedener Genese einschließlich schwerer Komplikationen des Diabetes mellitus, Zustand nach Amputationen
  - Entzündlich-rheumatische Erkrankungen wie chronische Polyarthritiden.
- Besondere Indikationen können darstellen:
- Patienten mit Rehabilitationsbedarf mit MRSA oder anderen Problemkeimen, die stationär einer Isolation unterzogen werden müssen
  - Patienten unter Beatmung zur häuslichen Eingliederung.
- Um einen Bedarf an Mobiler Rehabilitation zu begründen, müssen Merkmale erfüllt sein, die sich als Beeinträchtigungen auf der Ebene der Aktivitäten und der Teilhabe im Sinne der ICF beschreiben lassen: Allen Klienten sind erhebliche alltagsrelevante Beeinträchtigungen auf der Ebene der Aktivitäten (nach ICF) gemeinsam (vgl. Kap. 3.1).
- Darüber hinaus ist diesen Patienten gemeinsam, dass die Erkrankung, die Beeinträchtigungen und die spezifischen Kontextfaktoren die Behandlung im gewohnten Umfeld erfordern und eine Behandlung im ambulanten oder stationären Setting nicht möglich oder nicht gleichermaßen erfolgversprechend ist. Die Bedingungen wurden in Kap. 3.1 aufgeführt.
- Die charakterisierte Personengruppe kann unabhängig von einem Fachgebiet gemeinsam beschrieben werden, da bei den erfassten Personen Beeinträchtigungen auf den Ebenen der Funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe bestehen, die strukturell

## ■ 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

ähnlich sind und rehabilitationspraktisch gleich oder ähnlich angegangen werden, z. B. im Rahmen der Physiotherapie, Ergotherapie etc.. Kontextfaktoren sind für die Rehabilitationsprognose von entscheidender Bedeutung.

### 3.6.3 Ausschlusskriterien

Komprehensive mobile Rehabilitation kommt für die genannten Indikationen oder Klienten mit ähnlichem Problemhaushalt nur dann in Betracht, wenn keine indikationsspezifische oder geriatrische Rehabilitation erforderlich, die häusliche Versorgung sichergestellt, Heilmittel nicht ausreichen oder stationäre Behandlung nicht fallangemessen ist.

### 3.6.4 Reha-Ziele

Es gelten die allgemeinen und die trägerspezifischen Rehabilitationsziele, wie sie für die Krankenversicherung und die Unfallversicherung Gültigkeit haben.

Komprehensive mobile Rehabilitation zeichnet sich dadurch aus, dass sie die Teilhabe und die selbstständige Lebensführung im eigenen Lebenskontext und damit die Handlungskompetenz im Alltag in den Vordergrund stellt. Alle relevanten Beeinträchtigungen der Teilhabe, soweit sie durch rehabilitationsmedizinische Teilhabesicherungskonzepte beeinflussbar sind, können bearbeitet werden. Damit können im Einzelfall die Voraussetzungen geschaffen werden, weitere medizinische, medizinisch berufliche oder berufliche Rehabilitationsmaßnahmen einzuleiten.

Komprehensive mobile Rehabilitation zielt dabei wie alle anderen Formen der Mobilien Rehabilitation wesentlich auf:

1. die Modifikation von Behinderung (Schädigung von Strukturen und Funktionen) durch medizinische Maßnahmen an der Person
2. die Modifikation der Beeinträchtigung von Aktivitäten durch medizinisch vermittelte Hilfen
3. die Verbesserung der Teilhabe durch Ressourcenanalyse und -erschließung unter Nutzung medizinischen Wissens für Kontextfaktoren

4. die Erlangung von Leistungen der Rehabilitations- und Sozialleistungsträger

5. die Selbsthilfe

6. die Stützung und Begleitung bei der Bewältigung nicht änderbarer Beeinträchtigungen in Aktivitäten und Teilhabe.

Komprehensive mobile Rehabilitation ist in der Lage, zu (fast) allen Problembereichen aus einem umfassenden Problemhaushalt (vgl. Exkurs Kap. 3.1.) Beiträge zur Ermöglichung oder Verbesserung von Aktivitäten und Teilhabe zu leisten.

### 3.6.5 Behandlungselemente im Rahmen der komprehensiven mobilen Rehabilitation

Die Behandlungselemente umfassen ärztliche und therapeutische Leistungen in einem interdisziplinären Team mit den Berufsgruppen Arzt für physikalische und rehabilitative Medizin mit Erfahrungen in der Rehabilitation bei den genannten Indikationsgruppen, ggf. mit Zusatzqualifikation, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Rehapflege, Sozialberatung, bei Bedarf Neuropsychologie und Ernährungsberatung unter ärztlicher Leitung. Die Rehabilitation findet in der gewohnten häuslichen Umgebung statt unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes und umfasst auch ein Case-Management. Besonderer Wert wird auf die regionale Netzwerkbildung und die Sicherstellung einer nachhaltigen medizinischen Versorgungskonzeption und den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit gelegt sowie auf die Erschließung der Ressourcen zur sozialen Teilhabe.

### 3.6.5 Comprehensive Rehabilitation – eine Innovation in der Rehabilitation

Mobile Rehabilitation ist bislang nur für geriatrische Rehabilitanden mehrfach erprobt und konzeptionell umgesetzt worden. Dieser Bedarf ist unstrittig.

### ■ 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

Erfahrungen mit einem fach- und altersübergreifend konzipierten mobilen Rehabilitationsdienst gibt es bislang nur in Bad Kreuznach, der Behinderungen im neuromuskulären Bereich fokussiert.<sup>9</sup>

Um entscheiden zu können, ob die die Mobile Rehabilitation analog zu bisherigen ambulanten Rehabilitationsformen indikationsspezifisch oder aber indiaktions- und fachübergreifend etabliert werden soll, sind für die Mobile Rehabilitation und ihren Klientenkreis zwei Fragen zu beantworten:

1. Ist nur eine indikationsspezifische mobile Rehabilitation wirksam und effizient möglich oder ist auch eine geriatricanalog fachübergreifende, hier komprehensiv genannte Mobile Rehabilitation genauso gut oder eher geeignet, diesen besonderen Personenkreis jüngerer Klienten mit spezifischem Bedarf an Mobiler Rehabilitation zu versorgen?
2. Ist es aufgrund der strengen Sozialraumbindung der Mobilen Rehabilitation möglich, alle notwendigen Einrichtungen zur Mobilen Rehabilitation in einer Region von 30 – 40 km Durchmesser (Erreichbarkeit von zentral gelegener Stelle innerhalb von maximal 30 Minuten) qualitäts- und wirtschaftlich gesichert als indikationsspezifische Rehabilitation vorzuhalten oder ist es stattdessen zur Sicherstellung einer Versorgung nahezu aller Reha-Bedürftigen in einer Region notwendig, eine fachübergreifende komprehensiv mobile Rehabilitation für Patienten mit ähnlichem Problemhaushalt verschiedener Ursache zu konzipieren, die dann auch ausreichend ausgelastet und im Rahmen eines Konzeptes des Fachgebietes physikalische und rehabilitative Medizin qualitätsgesichert und wirtschaftlich betrieben werden kann (vgl. Kap. 3.3.1 und 7.2).

Ob Mobile Rehabilitation indikationsübergreifend erfolgreich durchgeführt werden kann, ist aus den Erfahrungen der Geriatrie und den Erfahrungen der indikationsübergreifenden Mobilen Rehabilitation

<sup>9</sup> Auch dieses Konzept ist vom gesetzlichen Auftrag zur Mobilen Rehabilitation umfasst, da dieser keine Beschränkung auf bestimmte Patientengruppen vornimmt.

in Bad Kreuznach zu erwarten. Dass fachübergreifende Rehabilitation im Fachgebiet physikalische und rehabilitative Medizin grundsätzlich fachgerecht durchgeführt werden kann, kann aus den Ergebnissen der stationären Frührehabilitation gezeigt werden. Außerdem stehen hier Erfahrungen aus dem Ausland zur Verfügung.

Menschen mit Rehabilitationsbedarf werden z. T. auch jetzt schon fachübergreifend und nicht indikationsspezifisch rehabilitiert:

- Menschen über 70 Jahre in der geriatrischen Rehabilitation
- Menschen unter 18 Jahren in der Sozialpädiatrie und
- Menschen aller Altersgruppen in fachübergreifender Frührehabilitation.

Der Personenkreis mit Rehabedarf zwischen dem 18. (z. T. dem 16.) und dem 70. Lebensjahr erhält bislang außer der Frührehabilitation nur indikationsspezifische Rehabilitationsmaßnahmen, wobei ambulante Rehabilitation nicht flächendeckend zur Verfügung steht. Allerdings erhält auch hier ein Teil der rehaedürftigen Patienten keine Rehabilitationsmaßnahme, z. B. wegen kognitiver Beeinträchtigungen und bliebe ohne Mobile Rehabilitation unversorgt.

Besonders häufig zeigt sich aber bei dem Kreis der jüngeren schwer betroffenen Patienten, dass die stationäre Rehabilitationsmaßnahme dringend der Ergänzung um eine anschließende häusliche Rehabilitation bedarf, weil die stationäre oder ambulante Reha Maßnahme nicht oder nicht mehr ausreichend wirksam ist. Dieser Bedarf ist vielfach besonders bei Patienten mit Schädel-Hirntrauma, nach Hirn-OP oder nach Querschnittlähmung artikuliert worden. Beklagt wird ein therapeutisches und rehabilitatives Loch nach stationärer Rehabilitation. Gerade für diese Personengruppe ist die Mobile Rehabilitation besonders geeignet. In diesem Zusammenhang werden oft Defizite in den neurologischen Rehaphasen C, D, E und F und generell im Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung angegeben.

### ■ 3 Indikationen, Patientengruppen und Zuweisungskriterien

Mobile Rehabilitation ist ein Angebot für Patienten, die besondere Problemkonstellationen aufweisen, die im Gesundheitswesen hohe Kosten verursachen und bei denen sowohl Qualität als auch Wirtschaftlichkeit ihrer gesundheitlichen Versorgung durch Mobile Rehabilitation gesteigert werden können, indem diese als Knoten im sozialen regionalen Netzwerk eingebunden wird. Die comprehensive mobile Rehabilitation folgt eher diesem sozialraum- und problembezogenen Netzwerkansatz als dem medizinischen Indikationsspektrum. Dabei wird im Einzelfall bei besonderen hochspezifischen Problemen in Kauf genommen, dass dieser Patient in der Mobilien Rehabilitation ggf. nicht behandelt werden kann, wenn der in diesem Fall erforderlich besondere Spezialist nicht im mobilen Reha-Team vertreten ist

und (allerdings nur ausnahmsweise) nicht konsiliarisch eingebunden werden kann. Mobile Rehabilitation gewinnt ihre Fachlichkeit nicht dadurch, dass sie alle medizinische Fachkenntnis selbst vorrätig hält, sondern auf diese als Bestandteil eines Netzwerkes im Bedarfsfall zuverlässig zurückgreifen kann, selbst aber den Kernbestand aller teilhaberelevanten rehabilitationsmedizinischen Leistungen sicherstellt.

## 4 Zugangswege, Antragsverfahren, Bewilligung und Zulassung

---

### 4.1 Zugangswege und Antragsverfahren

Die Mobile Rehabilitation stellt eine Leistungsform der medizinischen Rehabilitation dar. Deshalb gelten auch hinsichtlich der Zugangswege und des Antragsverfahrens die einschlägigen rechtlichen Regelungen.

Neben den gesetzlichen Rehabilitationsträgern (nach § 6 SGB IX) können auch die Beihilfe und die private Krankenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gewähren.

Da für die meisten gesetzlich versicherten mobilen Rehabilitanden die gesetzliche Krankenversicherung der zuständige Rehabilitationsträger ist, gelten demnach die Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Da Leistungen zur medizinischen Rehabilitation „Antragsleistungen“ sind, kann der bzw. die Versicherte auch direkt bei einem Rehabilitationsträger beantragen.

Vor einer schlichten Übernahme der Regelungen zur Anschlussrehabilitation und des Verfahrens der Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (nach § 92 Abs. 1 P. 8 SGB V) für den Bereich der niedergelassenen Vertragsärzte ist jedoch abzuraten. Alle erfolgreichen Modellstandorte haben eine davon abweichende Regelung, die vor Ort mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart wurde. Das Diakonische Werk der EKD schließt sich deshalb dem Votum der BAG Mobile Rehabilitation an, konkrete Regelungen den Vertragspartnern vor Ort zu überlassen. Hintergrund hierfür sind drei Sachverhalte:

- Im Unterschied zu anderen Rehabilitationsformen lässt der Rehabilitand das Reha-Team in sein privates Wohnumfeld. Dies setzt selbstver-

ständig nicht nur die Einwilligung des Rehabilitanden voraus, sondern bedeutet vor allem, dass mit der Einwilligung hierzu und Beantragung der Reha-Leistung ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen Rehabilitand und Reha-Team gestiftet werden muss.

- Ob die mobile Rehabilitationsform für den Patienten geeignet ist, lässt sich nicht alleine der diagnosebezogenen Indikation entnehmen, sondern vor allem der Teilhabebeeinträchtigung. Um die mit dem (möglichen) Rehabilitanden realistischen Rehabilitationsziele (vor dem Hintergrund einer Reha-Prognose) bestimmen zu können, müssen wesentliche persönliche und weitere Kontextfaktoren, die vor allem das soziale Netzwerk und die Wohnung betreffen, bekannt sein. Deshalb sollte das Reha-Assessment entweder in der Wohnung des Rehabilitanden stattfinden bzw. die Einleitung des Reha-Verfahrens durch Ärzte erfolgen, die entweder mit dem Patienten vertraut sind oder aufgrund ihrer besonderen Erfahrung in der Lage sind, einzuschätzen, ob die Mobile Rehabilitation für diesen Patienten die geeignete Reha-Form ist.
- Viele niedergelassene oder in Krankenhäusern arbeitende Ärzte sind mit der Mobilen Rehabilitation nicht vertraut. Deshalb bietet es sich in diesen Fällen an, dass die Einleitung bzw. das Assessment in Kooperation oder durch das mobile Reha-Team erfolgt.

Typischerweise kann von folgenden Fallgestaltungen hinsichtlich Bedarfserkennung, Einleitung des Verfahrens, Beantragung und Assessment ausgegangen werden:

1. Verordnung durch den niedergelassenen Vertragsarzt

In Abweichung von den Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses können



## ■ 4 Zugangswege, Antragsverfahren, Bewilligung und Zulassung

verschiedene Varianten mit den Krankenkassen vereinbart werden. Bewährt hat sich folgendes Prozedere: Der verordnende Hausarzt leitet mit dem Formular 60 (Vordruck „Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation“) das Verfahren zur Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein und beantragt ein Konsil in der Wohnung des Patienten durch das mobile Reha-Team bei der Krankenkasse. Ein Antrag auf Erstuntersuchung ist bei der BAG Mobile Rehabilitation bzw. dem regionalen mobilen Rehabilitationsdienst erhältlich. Nach Genehmigung durch die Krankenkasse erfolgt das Reha-Konsil in der Häuslichkeit des Patienten. Reha-Plan und Antrag der Ärztin bzw. des Arztes der Mobilien Rehabilitation gehen an die Krankenkasse. Das Muster 61 (Vordruck „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“) kann in diesem Fall entfallen.

Die Vergütung des Konsils kann als Leistungsbestandteil der Mobilien Rehabilitation erfolgen. Ergibt das Konsil, dass keine Maßnahme der Mobilien Rehabilitation indiziert ist, wird ein ausführlicher Bericht an die Krankenkasse erstellt, der zu vergüten ist.

### 2. Anschlussrehabilitation

Auch im Fall der Anschlussrehabilitation sind verschiedene Varianten möglich, die sich auch danach unterscheiden, ob die Mobile Rehabilitation an eine stationäre Einrichtung (Krankenhaus, geriatrische Einrichtung) angedockt ist oder sie zu einem „fremden“ Krankenhaus (in ihrem Einzugsgebiet) gerufen wird. Im Fall des Krankenhauses mit eigenem mobilen Reha-Team kann das Prozedere folgendermaßen aussehen: Nach Bedarfserkennung (z. B. durch das Pflege-Team) und Indikation durch den Stationsarzt erfolgt ein hausinternes Konsil (mit dem Arzt der Mobilien Rehabilitation). Die Ergebnisse des Assessments und der Antrag auf mobile Rehabilitation gehen an die Krankenkasse, die innerhalb von drei Tagen entscheidet. Nach Kostenzusage durch die Krankenkasse beginnt die mobile Rehabilitation am ersten Werktag nach der Entlassung. Falls der Patient in einer geriatrischen Einrichtung liegt,

wird das Assessment durch den behandelnden Geriater durchgeführt.

Im Fall eines „fremden“ Krankenhauses kann mittels eines speziellen Antragsformulars um ein Reha-Konsil durch den Arzt der Mobilien Rehabilitation im Krankenhaus gebeten werden, der das Assessment durchführt und die Ergebnisse mit dem Antrag an die Krankenkasse leitet. In Abweichung davon kann in beiden Fällen nach Bedarfserkennung mittels eines an die Krankenkasse gesendeten Screeningbogens zunächst das Assessment beantragt werden.

Die Details des Vorgehens sind immer mit den Krankenkassen zu vereinbaren.

## 4.2 Überleitungsvereinbarung

Zur Sicherung einer möglichst nahtlosen Überleitung aus dem Krankenhaus hat sich für die Mobile Rehabilitation eine Überleitungsvereinbarung bewährt. Erfolgt bei der Krankenkasse die Bescheidung eines Reha-Antrags nicht innerhalb von drei Tagen, darf die Mobile Rehabilitation im unmittelbaren Anschluss an den stationären Aufenthalt fünf Leistungseinheiten erbringen.

Die verordnende Ärztin bzw. der verordnende Arzt weist in seinem Antrag die Krankenkasse darauf hin, wenn ihm dieser Weg indiziert erscheint. Eine derartige Lösung sollte vor Ort vereinbart werden. Sie trägt den Vorschriften des § 11 Abs. 4 SGB V, dem Rechtsanspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement, Rechnung.

## 4.3 Leistungszusagen und Bewilligung

Bei der Verordnung von mobiler Rehabilitation hat sich bewährt, dass die Ärztin bzw. der Arzt angibt, welches Leistungsvolumen indiziert ist. Dazu gehört die Zahl der geplanten Leistungseinheiten bzw. der Hausbesuche.

Alle bisherigen Standorte der Mobilien Rehabilitation haben eine Höchstgrenze für die Erstverordnung vereinbart, die maximal im Erstantrag

## ■ 4 Zugangswege, Antragsverfahren, Bewilligung und Zulassung

beantragt werden kann. Die Höchstgrenze wird in der Regel bei 45 bis 55 Hausbesuchen liegen bzw. einer – je nach Leistungsvereinbarung – entsprechenden Zahl von Leistungseinheiten.

Als Kommunikationsweg zwischen Krankenkassen und Arzt hat sich das Fax bewährt.

### 4.4 Zulassungsverfahren

Nach dem SGB IX (§ 19) wirken die Rehabilitationsträger gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Einrichtungen und Dienste, die geeignet sind, sind zuzulassen.

Im Fall der Mobilien Rehabilitation können Einrichtungen und Dienste – bei der mobilien geriatrischen Rehabilitation auf der Grundlage der „Rahmenempfehlungen zur mobilien geriatrischen Rehabilitation“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen – einen Antrag auf Zulassung bei den Landesverbänden der Krankenkassen stellen.

Auch wenn Erprobungsregelungen im engeren Sinne nicht vorgesehen sind, sollte der Aufbau der Mobilien Rehabilitation dennoch behutsam erfolgen. Nach Möglichkeit sollte eine rehabilitative Kompetenz der Einrichtung bereits vorliegen.

Der Antrag auf Zulassung muss darlegen, inwieweit – im Fall der mobilien geriatrischen Rehabilitation – die Rahmenempfehlungen zur mobilien geriatrischen Rehabilitation, im Fall anderer Indikationsbereiche die Rahmenempfehlungen der BAR in modifizierter und an mobile Rehabilitation angepasster Form umgesetzt werden. Dazu ist eine schlüssige Konzeption vorzulegen. Sie sollte die Notwendigkeit der Mobilien Rehabilitation für die Region überzeugend darlegen.

Erfüllen Dienste und Einrichtungen die Bedingungen der Rahmenempfehlungen der Krankenkassen, oder sind sie im Sinne des Gesetzes geeignet, haben sie einen Anspruch auf Zulassung.

## 5 Kooperationen mit stationären Pflegeeinrichtungen und stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe

---

### 5.1 Mobile Rehabilitation im Pflegeheim

#### 5.1.1 Rechtliche Grundlage

Nach § 40 Abs. 1 SGB V ist die Mobile Rehabilitation auch in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen (vgl. Kap. 2.3)

Zur Erbringung von mobilen Rehabilitationsleistungen in Pflegeheimen liegen bislang nur wenige Erfahrungen vor, die erst in den letzten Monaten systematisch reflektiert wurden.<sup>10</sup>

Auch für die Mobile Rehabilitation im Pflegeheim gilt, dass sie den umfassenden Anforderungen des SGB IX zu genügen hat.

Selbstverständlich gilt auch für die Erbringung von medizinischen Rehabilitationsleistungen in Pflegeheimen, dass jeder Leistungserbringer eine Zulassung (nach § 40 Abs. 1 SGB V) benötigt.

Auch für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen wird der Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch einen Antrag (das kann auch eine Verordnung einer Ärztin bzw. eines Arztes sein) bei einem Rehabilitationsträger eingeleitet.

#### 5.1.2 Bedarf

Obwohl pflegebedürftige Menschen unabhängig von ihrem Lebens- und Wohnmittelpunkt einen Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben, haben die Rehabilitationsträger bislang Erstanträge zumeist abgelehnt.

<sup>10</sup> Am 30.11.2007 fand unter Beteiligung des Diakonischen Werks der EKD hierzu ein Workshop in Berlin statt: „Ambulante und Mobile Rehabilitation im (Pflege-) Heim. Möglichkeiten und Grenzen.“

Ein Bedarf lässt sich u. a. für folgende Personengruppen, die im Pflegeheim wohnen, vermuten:

- Jüngere Pflegebedürftige mit längerer Lebenserwartung, z. B. nach Schädel-Hirntrauma, nach Schlaganfall oder bei MS
- Klienten zur Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt, für die eine stationäre Rehabilitation nicht geeignet ist und deren Rückkehr in die Häuslichkeit vorbereitet werden kann
- Pflegebedürftige nach Akutbehandlung (z. B. nach Fraktur) zur Prävention von Behinderung und Pflegebedürftigkeit, für die eine ambulante stationäre Reha-Maßnahme nicht geeignet ist.

Über das Ausmaß des Bedarfs liegen keine Daten vor. Rehabilitationsbedarf wurde bislang kaum vom MDK im Rahmen der Pflegebegutachtung, dem Facharzt oder den Pflegeeinrichtungen, jedoch in Einzelfällen durch die behandelnden Therapeuten oder den Hausarzt festgestellt.

Bei den notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Heimen kann es sich sowohl um eine geriatrische oder comprehensive als auch um eine indikationsspezifische Rehabilitation handeln.

Eine Anbindung oder Kooperation des mobilen Rehabilitationsdienstes an eine geriatrische (Rehabilitations)klinik bietet für eine gelingende Versorgung pflegebedürftiger Menschen (in Heimen) eine Reihe von Vorteilen (fachlich-geriatrische Kompetenz, Synergieeffekte, Nutzung vorhandener Organisationserfahrungen), ist aber nicht zwingend.

Es ist zu vermuten, dass auch bei regionalem Vorliegen (genügender) stationärer und teilstationärer geriatrischer Angebote ein mobiler Rehabilitationsdienst dennoch für Heimbewohner ein sinnvolles

## ■ 5 Kooperationen mit stationären Pflege- und Behinderteneinrichtungen

Angebot ist. Dafür spricht, dass nur ein sehr geringer Anteil der geriatrischen Klinikpatienten aus Heimen stammt. Zudem ist die Nachsorge in Heimen mindestens genauso schwer zu organisieren wie in der eigenen Wohnung.

Die Etablierung regionaler mobiler Rehabilitationsdienste, die Klienten in Pflegeheimen aufsuchen, wird, so kann vermutet werden, nicht zur Konkurrenz mit geriatrischen Kliniken führen, da das potentielle Klientel der mobilen Dienste ohne aufsuchenden Reha-Dienst vermutlich keine Rehabilitationschance hätte.

### 5.1.3 Ziele der Mobilen Rehabilitation im Pflegeheim

Die Ziele der Mobilen Rehabilitation im Pflegeheim sind grundsätzlich dieselben, die mit allen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verbunden sind: Die Förderung selbstbestimmter Teilhabe im Allgemeinen und die Vermeidung, Verminderung und Verhütung der Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit im Besonderen. Sie sind in den Sozialgesetzbüchern IX und V fixiert.

Im Pflegeheim kann die Mobile Rehabilitation insbesondere folgende Ziele verwirklichen helfen:

- Selbstständigkeit in persönlich relevanten Bereichen
- Vermeidung von Komplikationen und Rehospitalisierung
- Verhinderung oder Minderung von Lasten und Leiden
- Steigerung der Erträglichkeit der alltäglichen Pflegeprozesse
- Verminderung und qualitative Änderung des Pflegebedarfs als Beitrag zur Verminderung von Abhängigkeit und zur (Wieder-) Gewinnung von Souveränität
- Anschluss an eine Einrichtung der Eingliederungshilfe
- Auszug in eine angemessene Wohnform.

Während eine Senkung der Pflegestufe nur schwer erreichbar sein wird, ist eine Verzögerung des Anstiegs der Pflegestufe leichter zu realisieren. Der

alltägliche Pflegebedarf kann vermindert und die Pflege erleichtert werden.

Darüber hinaus kann die Mobile Rehabilitation als Bestandteil einer Kultur der Anerkennung, der Achtsamkeit und der Inklusion pflegebedürftiger Menschen verstanden werden.

### 5.1.4 Umsetzung der Mobilen Rehabilitation im Pflegeheim

Die Umsetzung der Mobilen Rehabilitation im Pflegeheim erfolgt durch verschiedene Interventionen und Strategien. Zu nennen sind (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

- Einzelbehandlung durch Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, Reha-Pflege, Sozialberatung, Ernährungsberatung und Psychologie im Rahmen eines Teilhabesicherungskonzeptes
- Sicherung einer tragfähigen Kommunikationsstrategie (Kommunikationsmittel, Techniken, Gebärden etc.)
- Hilfsmitteloptimierung (im Heim vorhandene und/oder individuelle)
- Funktionale und konzeptionelle Vorarbeit für die Wohnraumgestaltung (Erinnerungsarbeit, Arbeitsecke, Umfeldkontrolle)
- Umsetzungskonzepte funktionaler und aktivitätsbezogener Maßnahmen für/mit Pflegeteam
- Information, Anleitung und Anregung (i. S. eines Empowerments) der Angehörigen/Bezugspersonen
- Tagesstruktur
  - Erarbeitung von realistischen, behinderungsgerechten Optionen
  - Identifizierung fördernder / hemmender Kontextfaktoren
  - Kommunikation mit Heimmitarbeitenden und Bezugspersonen
- Befähigung zur Teilnahme von Highlights bzw. Events (Geburtstagen, Festen etc.)
- Strategien zum Umgang mit Erinnerungen.

## ■ 5 Kooperationen mit stationären Pflege- und Behinderteneinrichtungen

### 5.1.5 Herausforderungen für die Mobile Rehabilitation im Pflegeheim

Im Pflegeheim stellen die baulichen, sächlichen und personellen Bedingungen die wesentlichen Kontextfaktoren für die Entstehung, aber auch für die Vermeidung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe dar. Sie sind deshalb Förderfaktoren und Ressourcen oder aber Barrieren für die Teilhabe der Heimbewohner und damit für die Chancen des Rehabilitationsprozesses. Die Mitarbeitenden im Pflegeheim sind dabei die entscheidenden Partner im Rehabilitationsprozess. Die unmittelbare Kooperation der Mitarbeitenden ist entscheidend für die Arbeit des mobilen Reha-Teams. Somit entscheidet das Heim wesentlich über die Möglichkeit, den Erfolg und die Nachhaltigkeit des Rehabilitationsprozesses. Dem entspricht die professionelle Haltung des Teams der Mobilen Rehabilitation, in Kooperation mit dem Patienten und dem Heim die persönlichen und nicht-persönlichen Kontextfaktoren zu analysieren und fördernd in den Reha-Prozess einzubeziehen. Das Mobile Rehabilitationsteam ist dabei Gast im Heim und beim Patienten.

Für das Gelingen der Mobilen Rehabilitation im Heim sind folgende Aspekte wesentlich:

- klare Kooperationsstrukturen (Absprachen etc.) zwischen Heim und mobilem Reha-Team
- Absprachen darüber, ob Case-Management erforderlich ist und wer Aufgaben des Case-Managements übernimmt
- Verabredung über die Umsetzung rehabilitativer Ansätze in der Pflege: Transfer, Lagerung, Ernährung, Kommunikation, Kontinenz
- Verständigung über den Einsatz der Hilfsmittel.

Die medizinische Rehabilitation im Pflegeheim als Teilhabeleistung wird nur erfolgreich sein, wenn sie in einem teilhabe- und ressourcenorientierten Umfeld stattfindet. Aus der Sicht der Mobilen Rehabilitation verlangt dies

- eine teilhabeorientierte Gestaltung des Heimalltags
- ein aktivierendes Pflegekonzept
- eine Selbstständigkeit fördernde Gestaltung des Wohnumfelds und ein

- förderndes, einbeziehendes Angehörigenkonzept.

### 5.1.6 Folgerungen

Wie für die medizinische Rehabilitation allgemein, kommt es auch bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für pflegebedürftige Menschen, die in Heimen leben, auf die frühzeitige Bedarfserkennung und Einleitung von Leistungen an.

Rehabilitationsbedarf, -fähigkeit und positive -prognose sind im Einzelfall fachlich qualifiziert und frühzeitig festzustellen. Für die Einleitung, Verordnung und Begutachtung ist eine tragfähige Kooperation sowohl mit den geriatrisch und rehabilitativ qualifizierten Ärzten als auch mit den Rehabilitationsträgern (in der Regel die Krankenkassen) zu etablieren.

Bezogen auf das einzelne Heim muss berücksichtigt werden, dass u. U. nur eine kleine Gruppe von Bewohnern aus der Dauerpflege für die medizinische Rehabilitation in Frage kommt. Bei poststationärer Kurzzeitpflege sollte regelmäßig die Möglichkeit einer Mobilen Rehabilitation geprüft werden.

In der Anfangsphase der Kooperation von Mobiler Rehabilitation und Pflegeheim sind Reibungsverluste fast unvermeidlich. Dies darf aber nicht zu einer Aufgabe des Rechtsanspruches auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation führen, da in vielen Fällen dennoch positive Ergebnisse erzielt werden.

Die Heime sollten sich grundsätzlich entscheiden, wie sie mit dem regionalen mobilen Reha-Dienst zusammenarbeiten und dies in einem Kooperationskonzept gemeinsam mit dem regionalen Dienst festlegen.

Die Kooperation zwischen mobilem Reha-Dienst und Pflegeheim stellt für *beide* Seiten eine konzeptionelle und organisatorische Herausforderung dar.

Für den mobilen Reha-Dienst ist dies verbunden mit einem neuen Patientenkreis, neuen Kontextfaktoren und Anforderungen für deren Gestaltung.

## ■ 5 Kooperationen mit stationären Pflege- und Behinderteneinrichtungen

Für viele Pflegeheime kann die Kooperation mit einem mobilen Reha-Dienst Anlass eines Organisationsentwicklungsprozesses sein, der die Verwirklichung der Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner in den Mittelpunkt der Anstrengungen stellt. Die dabei gewonnenen Erfahrungen können in das Qualitätsmanagement der Einrichtung aufgenommen werden. Für beide Seiten wird es wichtig sein, zu erforschen und zu erproben, welche Ressourcen durch die Mobile Rehabilitation im Heim erschlossen werden können. Seitens der Heime ist die Durchführung von Mobiler Rehabilitation im Heim als Führungsaufgabe aufzufassen.

### 5.2 Mobile Rehabilitation in der Eingliederungshilfe

#### 5.2.1 Rechtlicher Hintergrund

Menschen, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe wohnen, haben einen uneingeschränkten Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation und fallspezifischer Begründung kann die Allokationsentscheidung der Rehabilitationsträger zugunsten der Mobilen Rehabilitation fallen. Die Mobile Rehabilitation kann also unstrittig auch in einem Wohnheim der Eingliederungshilfe erbracht werden.

#### 5.2.2 Bedarf

Wie im Bereich der Menschen, die in Pflegeheimen leben, gibt es auch in der Behindertenhilfe keine validen Daten zum Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Allgemeinen und der Mobilen Rehabilitation im Besonderen.

In Einrichtungen mit medizinischem Dienst kann oftmals eine Behandlung unterhalb der Schwelle der Komplexleistung „medizinische Rehabilitation“ erfolgen; ebenso gilt aber auch, dass die Möglichkeiten der umfassenden medizinischen Rehabilitation in den Einrichtungen in sehr unterschiedlicher Qualität und Quantität vorhanden sind. In dem Maße, in dem der fachdienstlich-medizinische Anteil in der Behindertenhilfe zurücktritt und in dem Maße, in

dem Hilfen dem selbstbestimmten Wohnen dienen, kann der Bedarf an Leistungen zur medizinischen mobilen Rehabilitation steigen.

Bedarf an Leistungen der Mobilen Rehabilitation können Menschen haben mit vorbestehenden Behinderungen und neu aufgetretenem Rehabilitationsbedarf:

- Patienten mit Behinderung, die wegen akuter Erkrankung, Unfall oder operativer Behandlung rehadürftig sind, aber aufgrund der Behinderung im stationären oder ambulanten Setting nicht rehabilitiert werden können, z. B. bei geistiger Behinderung (zwischen 19 und 70 Jahren bzw. nichtgeriatrisch), ggf. auch bei Heimbeatmung
- Behinderte Kinder und Jugendliche postoperativ bzw. nach Unfall oder bei Beatmung
- Menschen nach einer Akutbehandlung, die so behindert bleiben, dass sie aktuell oder zukünftig eine Einrichtung der Behindertenhilfe in Anspruch nehmen wollen, dafür als Voraussetzung aber spezifische medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in ihrem bisherigen oder zukünftigen sozialen Kontext benötigen (vgl. Neurologische Rehabilitation nach Schädel-Hirntrauma Phase D, E, F).

#### 5.2.3 Ziele der Mobilen Rehabilitation in einem Wohnheim der Eingliederungshilfe

Für behinderte Menschen, einschließlich der Menschen, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben, gelten selbstverständlich die Ziele, die in SGB IX und SGB V für die Rehabilitation bzw. medizinische Rehabilitation formuliert sind.

Für die Mobile Rehabilitation in der Behindertenhilfe können folgende Ziele besonders bedeutsam sein:

- Für jüngere Menschen kann eine Mobile Rehabilitation Voraussetzung der Eingliederung in eine Einrichtung der Eingliederungshilfe sein (z. B. in eine WfbM, gegebenenfalls einschließlich der stationären Aufnahme in eine Wohneinrichtung) i. S. der Ermöglichung von Teilhabe

## ■ 5 Kooperationen mit stationären Pflege- und Behinderteneinrichtungen

- Die Mobile Rehabilitation ermöglicht oft erst die Aufnahme in eine Eingliederungshilfeeinrichtung statt in eine Pflegeeinrichtung
- Ein Wartezeitraum zur Heimaufnahme wird zur Entwicklung von Funktionsverbesserungen und verbesserten Teilhabemöglichkeiten genutzt
- Heimaufnahmen werden hinausgezögert oder ganz vermieden.

### 5.2.4 Umsetzung und Herausforderungen für die Mobile Rehabilitation in einem Wohnheim bzw. Wohngruppe der Eingliederungshilfe

Da Einrichtungen der Behindertenhilfe der Teilhabe dienen, sind die Ziele von Eingliederungshilfe und medizinischer Rehabilitation nach SGB IX im Grundsatz identisch. Je nach Ausprägung der Einrichtung, vor allem aber abhängig davon, wie eine Assistenz bei Menschen, die selbstständig wohnen, gestaltet ist, hat auch die Umsetzung der Mobilen Rehabilitation zu erfolgen. Im Fall des Wohnheims bestehen grundsätzlich vergleichbare Herausforderungen wie im Pflegeheim, insbesondere hinsichtlich der Etablierung von Kooperationsstrukturen und der teilhabeorientierten Alltagsgestaltung.

### 5.2.5 Folgerungen

Die Mobile Rehabilitation stellt auch im Bereich der Behindertenhilfe einen Weg dar, Aktivitäts-

ten und Teilhabe beeinträchtigende Struktur- und Funktionsstörungen zu beseitigen, zu mindern, zu kompensieren oder zu bewältigen und Kontextfaktoren so zu gestalten, dass ein Optimum im Sinne der Freiheit der Entscheidungen für oder gegen Aktivitäten und Teilhabe möglich wird. Durch ihre Alltagsnähe ist sie auch für behinderte Menschen hervorragend geeignet, deren Teilhabe zu fördern.

Die Einrichtungen der Behindertenhilfe sind angefragt, ob und wie sie sich der medizinischen Rehabilitation öffnen. Wie im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen kann auch hier die Ermöglichung der Nutzung von mobilen Rehabilitationsdiensten eine Aufgabe der Organisationsentwicklung als Leitungs- und Managementaufgabe sein.

Aber auch die Mobile Rehabilitation ist herausgefordert zu prüfen, ob und wie Konzepte der indikationsspezifischen (neurologischen) Rehabilitation in den Lebenskontext der behinderten Menschen (in Einrichtungen der Eingliederungshilfe) zu übertragen sind. Ein spezifischer fachlicher Akzent der Mobilen Rehabilitation wird derzeit unter dem Stichwort „komprehensive Rehabilitation“ geführt (vgl. hierzu Kap. 3.6).

## 6 Umsetzung der Mobilen Rehabilitation

---

Die folgenden Aussagen zur Umsetzung der Mobilen Rehabilitation orientieren sich einerseits an den Erfahrungen, die an den Modell- und Regelstandorten der Mobilen Rehabilitation gemacht wurden, andererseits an den Bestimmungen der Rahmenvereinbarung „Mobile geriatrische Rehabilitation“ der gesetzlichen Krankenkassen. Sie sind jedoch so formuliert, dass sie auch für andere Indikationen und Patientengruppen hilfreich sein können.

### 6.1 Ablauf von der Genehmigung bis zum Abschluss

Die Mobile Rehabilitation beginnt nach Kostenzusage durch die Krankenkasse am ersten Werktag nach der Entlassung aus der stationären Behandlung oder bei Patienten aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nach Absprache.

Wurde der Erbringung von Übergangseinheiten durch die Krankenkassen – bei vorausgesetzter Übergangsvereinbarung – nicht widersprochen, werden diese Einheiten erbracht (vgl. Kap. 4.2). Erfolgt keine Kostenzusage, ist die Leistung abzubrechen und der Patient in die ambulante oder stationäre Versorgung weiterzuleiten.

Die Maßnahme beginnt in der Regel durch die Eingangsuntersuchung der Ärztin bzw. des Arztes der Mobilen Rehabilitation.

Die Ärztin bzw. der Arzt stellt den Patienten mit seinem Reha-Bedarf und besonderen Problemen den Mitarbeitenden des therapeutischen Teams vor deren Behandlungsbeginn vor.

Alle Mitarbeitende führen ein jeweils fachspezifisches Assessment in gegenseitiger Absprache durch.

Im Fall der mobilen *geriatrischen* Rehabilitation gelten zu Frequenz und Häufigkeit die Bestimmungen der Rahmenempfehlungen. Die Intensität wird von der Ärztin bzw. dem Arzt der Mobilen Rehabilitation in Absprache mit Team und Patient festgelegt. Sie ist wesentlich von der Belastungsfähigkeit des Patienten und von seiner Einbeziehung in die Familienaktivitäten gekennzeichnet. Dem Patienten wird ein Behandlungsplan vorgelegt einschließlich einer Terminplanung. Beim Patienten verbleibt während der Rehabilitation eine Dokumentationsmappe, die dem Informationsaustausch auch mit dem Hausarzt, dem Pflegedienst etc. dient.

Ärztliche Zwischenuntersuchungen erfolgen bei Bedarf, in der Regel einmal im Reha-Verlauf, obligatorisch vor jeder Verlängerung und als Abschlussuntersuchung zu Hause. Eine Zwischenuntersuchung ist insbesondere bei Problemen während der Behandlung, bei Komplikationen und zur Klärung medizinischer Sachverhalte erforderlich.

Spätestens eine Woche nach Behandlungsbeginn erfolgt die erste ausführliche Besprechung des Patienten im Team mit Absprache der Reha-Ziele und zur Konkretisierung des Reha-Verlaufs. Bis dahin liegen die Ergebnisse der Eingangsassessments dokumentiert vor.

Die Maßnahme wird abgebrochen, sobald die dafür maßgeblichen Umstände eingetreten sind. In der Regel ist dazu eine Abschlussuntersuchung der Ärztin bzw. des Arztes erforderlich.

Eine Verlängerung ergibt sich aus dem Reha-Verlauf. Die Ärztin bzw. der Arzt führt eine erneute Untersuchung zu Hause durch und stellt ggf. einen entsprechenden Antrag an die Krankenkasse. Die Maßnahme wird erst fortgeführt, wenn eine Genehmigung der Krankenkasse vorliegt.



## ■ 6 Umsetzung der Mobilen Rehabilitation

Wird die mobile Rehabilitation länger als eine Woche bzw. fünf Werktage unterbrochen, informiert die Ärztin bzw. der Arzt des mobilen Reha-Dienstes die Krankenkasse über den Fortbestand der Indikation.

Werden der Krankenkasse Informationen zugänglich, die gegen eine Fortsetzung der mobilen Rehabilitation sprechen, klärt sie die Fortsetzung mit dem mobilen Reha-Dienst. Weitere Hinweise finden sich in den Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Am Ende der Reha-Maßnahme werden von den Fachdisziplinen Abschlussassessments erstellt, die Grundlage des Abschlussberichtes sind. Bei Bedarf erhalten die Nachbehandler Hinweise für die therapeutischen Inhalte.

Die Ärztin bzw. der Arzt der Mobilen Rehabilitation führt eine Abschlussuntersuchung durch und erstellt einen Kurzbericht an den Vertragsarzt, der insbesondere Vorschläge für das weitere Prozedere enthält.

Die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt erhält zeitnah einen ärztlichen Abschlussbericht.

### 6.2 Leistungserbringung

Die Mobile Rehabilitation ist eine zeitlich begrenzte Komplexleistung. Das Leistungsspektrum variiert je nach Indikation bzw. Patientengruppe. In der mobilen *geriatrischen* Rehabilitation umfasst sie ärztliche, physiotherapeutische, ergotherapeutische und sprachtherapeutische/logopädische sowie rehabilitationspflegerische Behandlung und wird ergänzt durch Sozialberatung, die in enger Kooperation mit dem Hausarzt, anderen Vertragsärzten, niedergelassenen Therapeuten und Institutionen des Gesundheitswesens erfolgt. Bei Bedarf stehen Ernährungsberatung und Neuropsychologie zur Verfügung.

Der verantwortliche Arzt ist zuständig für die rehabilitative Diagnostik, das Assessment sowie die Verordnung und Überwachung des Rehabilitations-

prozesses. Die kurative Behandlung verbleibt beim Haus- bzw. Facharzt.

Das Leistungsspektrum der einzelnen Fachdisziplinen umfasst unter Einbeziehung der Sozialarbeit im Rahmen der Mobilen Rehabilitation neben der fachlichen Behandlung im engen Sinne u. a. folgende Leistungen:

- die Erstellung eines fachspezifischen Assessments
- die Konkretisierung des Rehabilitationsplanes auf der Basis der häuslichen Verhältnisse (z. B. Treppen, Sanitäranlagen)
- die Erstellung eines häuslichen Trainingsprogramms mit direktem Bezug zu den Aktivitäten des täglichen Lebens
- die Anleitung und Planung von Aktivitäten in der Lebenswelt unter Berücksichtigung der positiven Beeinflussung der Teilhabe einschränkung
- die Abstimmung der eigenen Therapie mit anderen Teammitgliedern sowie die Aufnahme anderer Behandlungsinhalte in das eigene Therapieprogramm
- die Abstimmung mit externen Therapeuten
- die Beratung und Anleitung des Patienten und seiner Angehörigen
- die Anregung von Maßnahmen zur Wohnraumgestaltung
- die Koordination der verschiedenen Behandlungseinheiten
- die Dokumentation der Behandlungen
- die Erstellung des Abschlussberichtes
- die Optimierung der Hilfsmittelversorgung.

Die Leistungen des Rehabilitationsteams lassen sich vier Bereichen zuordnen:

- **Hausbesuch:** Hierzu gehört die Behandlung, die Vor- und Nachbereitung der häuslichen Situation und zusätzliche Leistungen. Zu den zusätzlichen Leistungen gehören Anleitung und Beratung von Patienten bzw. Angehörigen sowie die Hilfsmittelversorgung und die Wohnraumgestaltung unmittelbar im Zusammenhang mit dem Hausbesuch. Der Hausbesuch umfasst in der Regel mindestens 45 Minuten.

## ■ 6 Umsetzung der Mobilen Rehabilitation

- *Patientenbezogene Leistung außerhalb des Hausbesuchs:* Dazu gehören insbesondere: Vor- und Nachbereitung der Therapie, Fallbesprechung im Team, Koordination und Kooperation anderer Leistungserbringer (insbesondere Vernetzung zur Pflege, zu den Hilfsmittelerbringern, und Kommunikation mit den Kostenträgern sowie ggf. anderen Institutionen, Dokumentation, Hilfeberatung u. a).
- *Allgemeine Leistungen außerhalb des Hausbesuchs:* Hierbei handelt es sich um Teamarbeit während der Teambesprechungen und im direkten Kontakt zum leitenden Arzt bzw. anderen Therapeuten, um Maßnahmen zur Organisation des Mobilen Rehabilitationsteams, interne und externe Fortbildungen.
- *Fahrt:* Die Fahrten umfassen die Fahrzeit, die Bereitstellung des PKW einschließlich Treibstoff und der Mitführung zur Behandlung benötigter Geräte.

Im Sinne einer sogenannten transdisziplinären Arbeitsweise ist im Rehabilitationsteam zu klären, ob und wie Teilziele des Rehabilitationsplans aus benachbarten Fachdisziplinen in die eigene Behandlung, insbesondere hinsichtlich des Trainings der Aktivitäten des täglichen Lebens, übernommen werden können. Die Notwendigkeit dafür leitet sich aus der Tatsache ab, dass nicht jede Berufsgruppe an jedem Tag den Patienten besucht, sich aber bestimmte Behandlungsinhalte verschiedener Professionen überschneiden. Die sich daraus ergebende interdisziplinäre und transdisziplinäre Arbeitsweise wird im Rehabilitationsprozess eng aufeinander abgestimmt.

### 6.3 Therapiefrequenz und -dauer

Die beim Rehabilitationsträger zu beantragende Zahl an Behandlungstagen bzw. Therapieeinheiten richtet sich nach den individuellen Rehabilitationszielen und ist aus dem Assessment heraus zu begründen. Im Gesamtvolumen hat sie in der Regel 20 Behandlungstagen zu entsprechen.

Unter dem Gesichtspunkt einer Flexibilisierung des zeitlichen Ablaufs der mobilen Rehabilitation bei gleichwertigem Rehabilitationsprogramm werden

die unterschiedlichen Rehabilitationskomponenten zum Erreichen des Rehabilitationszieles ggf. über einen längeren Zeitraum gestreckt erbracht, wenn es die individuelle Situation des Rehabilitanden erfordert. In der Regel werden insgesamt 45 bis 55 Hausbesuche bei mindestens zwei Besuchen an mindestens drei Tagen in der Woche beantragt und erbracht.

### 6.4 Ärztliche Aufgaben und Leitung

Der mobile Rehabilitationsdienst arbeitet unter ärztlicher Leitung und Verantwortung. Die Ärztin bzw. der Arzt ist verantwortlich für die auf den Einzelfall bezogene Umsetzung des bio-psycho-sozialen Rehabilitationskonzepts. Sie/Er hat die Aufgabe die „erforderliche(n) rehabilitationsdiagnostische(n) Maßnahmen durchzuführen bzw. zu veranlassen, die individuell geeigneten Rehabilitationsmaßnahmen festzulegen, ihre Qualität zu sichern und den Rehabilitanden rehabilitationsspezifisch zu behandeln und zu betreuen“ (BAR 2004: Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Allgemeiner Teil, S. 24). Dabei ist den Komponenten der Gesundheit nach der ICF einschließlich der Kontextfaktoren, d. h. den Gegebenheiten des gewohnten oder ständigen Wohnumfeldes, den darauf bezogenen Rehabilitationszielen sowie der langfristigen Rehabilitationsprognose und den nach der Rehabilitation ggf. einzuleitenden Maßnahmen Rechnung zu tragen. Für die mobile geriatrische Rehabilitation stehen in den diesbezüglichen Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen präzise Aussagen zu den ärztlichen Aufgaben einschließlich der Qualifikationsanfordernisse. Indikationsübergreifend formuliert die BAR (im allgemeinen Teil ihrer Rahmenempfehlungen) für die ambulante Rehabilitation als (weitere) Aufgaben des leitenden Arztes bzw. der leitenden Ärztin:

- Leitung des Rehabilitationsteams
- Koordination und Abstimmung der Rehabilitationsplanung
- Durchführung von regelmäßigen (mindestens einmal pro Woche) patientenbezogenen Teambesprechungen

## ■ 6 Umsetzung der Mobilen Rehabilitation

- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten
- Durchführung von Zwischenuntersuchungen und Anpassung des Rehabilitationsplans
- Abschlussuntersuchung
- Entlassungsbericht mit sozialmedizinischer Beurteilung und Hinweisen für weiterführende Maßnahmen im Rahmen der Nachsorge.

Ferner muss die leitende Ärztin oder ihre Stellvertreterin während der Therapiezeiten erreichbar sein. Es ist darauf hinzuweisen, dass die reguläre haus- und fachärztliche Versorgung der Rehabilitanden durch die Vertragsärzte sichergestellt wird.

### 6.5 Rehabilitationsplan

Von zentraler Bedeutung ist der Rehabilitationsplan. Anhand der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik einschließlich des Assessments ist für jeden Rehabilitanden ein detaillierter individueller Rehabilitationsplan zu erstellen, der die Zielsetzungen der verschiedenen Therapiebereiche in eine nachhaltige Umsetzung der Gesamtrehabilitationsziele einbindet. Der Rehabilitationsplan ist vom Arzt bzw. der Ärztin unter Mitwirkung der anderen Mitglieder des Rehabilitationsteams zu erstellen. Auf Anfrage ist dem verordnenden bzw. behandelnden Vertragsarzt der aktuelle Rehabilitationsplan zur Verfügung zu stellen (vgl. § 13 Abs.1 Satz 2 der Rehabilitations-Richtlinie). Weiterführende Maßnahmen, d. h. auch die Beratung bei einer notwendigen Wohnungsumgestaltung, bei der Auswahl von Hilfsmitteln und bei der Gestaltung der Versorgung im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld sind anzuregen. Darüber hinaus sollte gegebenenfalls Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe hergestellt werden. Der Rehabilitationsplan berücksichtigt neben der Art und dem Schweregrad der Erkrankung insbesondere die Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten und der Teilhabe des Rehabilitanden, das soziale Umfeld und die weitere Lebensplanung. Er entspricht den berechtigten Wünschen und Rehabilitationszielen des Patienten. Daher sind der Rehabilitand und ggf. seine Bezugspersonen bei der Erstellung des Rehabilitationsplans einzubeziehen.

Wöchentliche Besprechungen des Rehabilitationsteams dienen der Verlaufsbeobachtung. Der Rehabilitationsplan ist dem Verlauf anzupassen. Der relevante Inhalt dieser Besprechungen einschließlich der Änderungen im Bereich der Schädigungen, der Aktivitäten und der Teilhabe ist zu dokumentieren.

### 6.6 Leistungsdokumentation und Abrechnung

Leistungstransparenz liegt nicht nur im Interesse des Rehabilitationsträgers, sondern auch im Interesse des Rehabilitanden, der die Ärztin/den Arzt bzw. Therapeuten in seine Wohnung lässt. Deshalb sollte jede Leistung beim Patienten mit seiner Unterschrift dokumentiert werden.

Zur Leistungsdokumentation gehört die exakte Erfassung der Teambesprechungen, die Assessmentszeiten sowie die ärztlichen und sozialarbeiterischen Leistungen. Zur Leistungsdokumentation ist mit den Reha-Trägern ein Abrechnungsbogen zu vereinbaren. Jeder erbrachte Hausbesuch wird dokumentiert und ist vom Patienten durch Unterschrift zu bestätigen. Dies gilt auch für den ärztlichen Besuch und die Besuche des Sozialdienstes des mobilen Reha-Dienstes.

Im Vertrag mit den Kostenträgern sollten die Modalitäten der Abrechnung vereinbart werden. Hinsichtlich des elektronischen Datenaustauschs gelten die Bestimmungen des § 301 Abs. 4 SGB V und die Datenübermittlungs-Rahmenvereinbarung<sup>11</sup>.

### 6.7 Internes Qualitätsmanagement und externe Qualitätssicherung

SGB IX (§ 20) und SGB V (§ 135a i.V.m. § 137d) verpflichten auch die Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation zur Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements bzw. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. In Umsetzung des § 137d, Abs.1, 2, und

<sup>11</sup> Die Ve0vereinbarung wird derzeit, Stand September 2008, zur Unterschriftsreife vorbereitet.

## ■ 6 Umsetzung der Mobilen Rehabilitation

4 SGB V haben sich die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen sowie die Spitzenverbände der Leistungserbringer auf eine Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungs-internen Qualitätsmanagement in der stationären und ambulanten Rehabilitation und der stationären Vorsorge geeinigt (QS-Reha-Vereinbarung)<sup>12</sup>. Darin werden u. a. Kriterien für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement formuliert und bestimmt, dass sich die Einrichtungen und Dienste, die vorrangig durch die Krankenkassen belegt werden, am QS-Reha-Verfahren beteiligen. Das Verfahren wird indikations- und einrichtungstypspezifisch (weiter-) entwickelt. Für die Mobile Rehabilitation bedeutet dies, dass das Verfahren auf sie abgestimmt wird.

Hinsichtlich des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements gelten auch für die ambulanten (und damit auch für die mobilen) Rehabilitationsdienste

die im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) durch die Rehabilitationsträger formulierten grundsätzlichen Anforderungen (§ 20 Abs. 3 SGB IX) bzw. die diesbezüglichen Bestimmungen der QS-Reha-Vereinbarung. Die im Rahmen der BAR von den Rehabilitationsträgern formulierten Anforderungen für ein einheitliches und unabhängiges Zertifizierungsverfahren zum Nachweis der erfolgreichen Umsetzung des Qualitätsmanagements nach § 20 Abs. 2a SGB IX bestehen für die ambulante Rehabilitation nicht. Die Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sieht vor, dass das QM-System auf drei Wegen überprüft werden kann: über eine Selbstbewertung alle drei Jahre (hierzu werden die Vertragspartner Vorgaben erstellen), ein Qualitätsmanagement-Zertifikat gemäß § 20 Abs. 2a SGB IX oder durch ein Qualitätsmanagement-Zertifikat, das die in einer Anlage der Vereinbarung genannten Anforderungen erfüllt.

---

<sup>12</sup> Die Vereinbarung trat zum 01.06.2008 in Kraft.

## 7 Wirtschaftlichkeit der Mobilen Rehabilitation

---

### 7.1 Mobile Rehabilitation und gesellschaftliche Ökonomie

Wenn im Folgenden von „Wirtschaftlichkeit“ die Rede ist, ist damit gemeint, dass ein erstrebtes Ergebnis mit einem vertretbaren Aufwand erzielt wird, also auch nicht durch einen geringeren Einsatz von Ressourcen zu erzielen bzw. nicht zu den gleichen Kosten ein besseres Ergebnis zu erreichen wäre.

Zur Wirtschaftlichkeit der Mobilen Rehabilitation liegen durch die Kostenträger geprüfte detaillierte Berechnungen vor, die in die Entwicklung der Vergütungsvereinbarungen auch der Regelstandorte eingeflossen sind. Wirtschaftlichkeitsaspekte sind eng mit der Konzeption der Mobilen Rehabilitation verbunden, wie sie in den Modell- und Regelstandorten umgesetzt wird. Dazu zählen folgende Punkte:

- es werden ausschließlich vom Reha-Team erbrachte Leistungen abgerechnet
- bei Ausfällen erfolgt keine Vergütung; es erfolgt keine Leistungserbringung und Berechnung, wenn der Rehabilitand nicht kooperationsfähig ist
- wird eine Maßnahme aufgrund der Verschlechterung der Gesundheit des Rehabilitanden abgebrochen, wird nur die tatsächlich erbrachte Leistung vergütet.

Ein Vergleich der Mobilen Rehabilitation mit anderen Reha-Maßnahmen ist aufgrund von zwei Problemen schwierig:

Erstens gibt es für die Zielgruppe der Mobilen Rehabilitation (multimorbide Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe, deren Rehabilitation der besonderen Berücksichtigung der Kontextfaktoren in der häuslichen Umge-

bung und des sozialen Umfeldes bedarf) keine vergleichbare Leistung. Eben weil für diesen Personenkreis ambulante oder stationäre Rehabilitationsleistungen kaum geeignet waren, wurde die neue Rehabilitationsform explizit im SGB V verankert. Dieser Aspekt ist deshalb wichtig zu betonen, weil die Bewertung der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Rehabilitation nicht vom tatsächlichen Erreichen des Zieles der Leistung, der Sicherung von selbstbestimmter Teilhabe, abstrahieren darf: Als wirtschaftlich können nur diejenigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten, die unter Berücksichtigung des Einzelfalls die Ziele der §§ 1 und 4 Abs. 1 SGB IX verwirklichen.

Zweitens greift eine vergleichende Betrachtung isolierter Maßnahmekosten – nicht nur bei der mobilen medizinischen Rehabilitation – zu kurz. Stets müssen für einen gegebenen Patientenkreis über einen Zeitraum alternative Behandlungspfade analysiert werden. Hierzu liegen zwar Modellrechnungen, aber keine empirisch gesättigten gesundheitsökonomischen Studien vor. Plausible Argumente sprechen für die Wirtschaftlichkeit der Mobilen Rehabilitation:

- die mit der längeren Nutzung des Reha-Zeitfensters verbundene Optimierung der Zielerreichung
- Kostenersparnis bei Heilmitteln (wegen längerer Dauer der mobilen Rehabilitation im Vergleich zu stationären und anderen ambulanten Formen)
- ein optimierter Hilfsmiteleininsatz
- die Schnittstellenprobleme mindernde Prozesssteuerung von multimorbiden Patienten bei der Überleitung aus der stationären Behandlungsphase
- die Verminderung zusätzlichen Pflegebedarfs und von Pflegekosten sowohl hinsichtlich der Pflegestufen als auch möglicher Heimeinweisungen

## ■ 7 Wirtschaftlichkeit der Mobilen Rehabilitation

- die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten (Drehtüreffekt).

Gesundheitsökonomisch besonders bedeutsam ist, dass die Mobile Rehabilitation Leistungen für eine verhältnismäßig kleine Patientengruppe erbringt, die zu dem Versichertenkreis gehören dürfte, für den viele finanzielle Ressourcen ausgegeben werden. Die Mobile Rehabilitation kann mit ihrem alltagsbezogenen tertiärpräventiven Ansatz einen Beitrag dazu leisten, die Inanspruchnahme weiterer Sozialleistungen vorzubeugen oder zumindest zu verzögern.

Zusammenfassend kann formuliert werden, dass die bisherigen Erfahrungen dafür sprechen, dass die Mobile Rehabilitation eine wirtschaftliche Versorgungsform darstellt. Ihre Wirtschaftlichkeit ist davon abhängig, dass die Indikation korrekt gestellt, sie im Versorgungspfad richtig platziert wird, die Leistungen konzeptionsgerecht erbracht werden und die Binnenorganisation des mobilen Reha-Dienstes effektiv gestaltet ist.

### 7.2 Vergütung und Kostenrechnung

Das SGB IX formuliert, dass die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation „die Leistung nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, insbesondere zu angemessenen Vergütungssätzen ausführen“ (§ 35 Abs.1 Punkt 4). „Angemessene Vergütungssätze“ werden mit den Rehabilitationsträgern in Verhandlungen vereinbart. Als Kostenträger kommen im Wesentlichen die gesetzlichen Krankenkassen als zumeist zuständige Rehabilitationsträger in Frage.

Aus der Sicht des Diakonischen Werks der EKD ist für die Zukunftsfähigkeit der Mobilen Rehabilitation entscheidend, dass Vergütungsverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen zu Ergebnissen führen, die es den Einrichtungen und Diensten erlauben, mobile Rehabilitationsleistungen ohne Quersubventionierungen durch andere Unternehmensfelder zu refinanzieren. Die bisherigen Erfahrungen mit der Mobilen Rehabilitation zeigen, dass die Leistungserbringung kostendeckend erbracht werden kann.

Für einen kostendeckenden Dienst sind drei Komponenten entscheidend:

- die Kosten der Leistungserbringung
- die Anzahl abrechenbarer Leistungseinheiten und
- die Höhe der Vergütung.

Die Kosten des mobilen Rehabilitationsteams lassen sich organisatorisch den vier Leistungsbereichen (vgl. Kap. 6.2) zuordnen:

- Hausbesuch (z. B. Erst- und Abschlussuntersuchungen, therapeutische Maßnahmen)
- Patientenbezogene Leistungen außerhalb des Hausbesuchs (z. B. Fallbesprechungen im Team)
- Allgemeine Leistungen außerhalb des Hausbesuchs (z. B. Terminabstimmungen, Einsatzplanung)
- Fahrt (Fahrzeit einschließlich Bereitstellung des Dienstfahrzeugs, Treibstoff etc.).

Zur Frage nach der optimalen Teamgröße und -zusammensetzung existieren Erfahrungen aus Modellprojekten. Aufgrund der empirischen Erfahrungen scheint eine personelle Besetzung mit sieben Therapeuten, einem Arzt, einer halben Vollzeitstelle für Sozialarbeit sowie eine 0,9-Vollzeitkraft in der Verwaltung als optimale Teamgröße. Die Personalkosten haben einen Anteil von ca. 84 Prozent, die notwendigen Sachkosten haben einen Anteil von 16 Prozent an den Gesamtkosten. Zu den Sachkosten gehören u. a. die Kosten für die PKW (jährliche Abschreibung, Wartung, Betriebskosten), Mietkosten sowie der Bürobedarf.

Unter Berücksichtigung der 8 Vollzeitkräfte steht dem Dienst der Mobilen Rehabilitation ein Leistungsvolumen von ca. 12.320 Stunden im Jahr zur Verfügung. Mit diesem Leistungsvolumen müssen für jeden Patienten die oben genannten vier Leistungsbereiche abgedeckt werden.

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen in den Modell- und Regelstandorten der Mobilen Rehabilitation sind verschiedene Darstellungsformen für die Refinanzierung der Leistungen möglich, die sich beziehen auf

## ■ 7 Wirtschaftlichkeit der Mobilen Rehabilitation

- Hausbesuche
- ärztliche und therapeutische Leistungen oder
- eine Kombination von Hausbesuchen, Assessments und fallbezogenen Teambesprechungen.

Erfahrungen aus den bestehenden Standorten aufgreifend, sind Tagespauschalen nicht zu empfehlen. Sinnvoll sind dagegen leistungsbezogene Preise, die sich auf tatsächlich bezogene Leistungen beziehen und die, im Fall von Hausbesuchen, auch vom Patienten bestätigt werden müssen.

Leistungen und Preise müssen den Kostenträgern gegenüber gut darstellbar sein.

Eine Möglichkeit besteht in der Vereinbarung eines Stundensatzes, wobei neben den patientenbezogenen Kosten auch die indirekten Kosten in den Stundensatz einkalkuliert werden müssen. Im Rahmen der Modellversuche hat man von einer Zeitvergütung Abstand genommen und sich auf die Verrechnungseinheit „Leistungseinheit“ verständigt. Diese Leistungseinheit basiert auf einer Pauschale pro Hausbesuch unabhängig von der tatsächlichen Dauer des Hausbesuchs. Allerdings verlangen die Kostenträger eine Mindestdauer von 45 Minuten für jeden Hausbesuch. Diese Verständigung auf Leistungseinheiten hat den Vorteil, dass keine Versorgung nach der Stoppuhr stattfindet, sondern sich die Dauer der Hausbesuche ausschließlich am Therapiebedarf orientiert. Für die Kalkulation der Leistungseinheit gilt ebenfalls, dass die indirekten Kosten in die Kalkulation einfließen müssen. Weitere Faktoren, die es bei der Kalkulation der Pauschale für die Leistungseinheit zu berücksichtigen gilt, sind die durchschnittliche Dauer eines Hausbesuchs sowie die Gesamtzahl der Hausbesuche, die von dem mobilen Reha-Dienst im Jahr erbracht werden kann.

Über die Kalkulation der durchschnittlichen Dauer einer Leistungseinheit muss gewährleistet werden, dass die Leistungseinheiten im Durchschnitt wirtschaftlich sind. Aber auch dann, wenn die einzelne Leistungseinheit im Durchschnitt wirtschaftlich ist, bedarf es einer hinreichenden Menge von Lei-

stungseinheiten, um die jährlichen Gestehungskosten des mobilen Reha-Dienstes zu refinanzieren. Zudem ist ein exaktes tagesbezogenes Controlling unabdingbar.

Aus den Erfahrungen der bisherigen mobilen Reha-Dienste lassen sich folgende Hinweise für die Praxis ableiten:

- Mobile Reha-Dienste bedürfen einer jährlichen Fallzahl von mindestens 90 – 100 Fällen, um wirtschaftlich arbeiten zu können. Die mobilen Dienste können demnach nicht beliebig klein organisiert werden, denn erst ab einer bestimmten Größenordnung ist eine ausreichende Teamgröße mit festangestellten Mitarbeitenden und entsprechend auch Qualität zu erreichen.
- Sowohl bezüglich der Patientenzahl als auch bezüglich der Fahrtzeiten ist der regionale Einzugsbereich zu bestimmen. Die Fahrtzeit pro Rehabilitand sollte 30 Minuten nicht überschreiten. Die Anzahl von Rehabilitanden des mobilen Reha-Dienstes ist für die in Frage kommenden Patientenkreise unterschiedlich groß. Im Bereich der *geriatrischen* Rehabilitation schätzt der MDK – ohne Heimbewohner – ca. 31 Fälle im Jahr auf 100.000 Einwohner, die BAG-MoRe schätzt ca. 75 Fälle pro Jahr auf 100.000 Einwohner.
- Mitarbeitende des mobilen Reha-Dienstes sollten – so die Erfahrungen der bisherigen Standorte – nur geringfügig an anderen Stellen des Trägers eingesetzt werden.

Dagegen ist auf Vorteile aufmerksam zu machen, die in der Kooperation zwischen mobilem Reha-Dienst und stationären Rehabilitationseinrichtungen (teils auch mit anderen Bausteinen eines Verbundes) bestehen: Hierzu zählt die Optimierung der Patientensteuerung, die Mitversorgung von Klienten aus eigenen stationären Einrichtungen und die Nutzung zahlreicher Synergien, einschließlich des Qualitätsmanagements. Auch ist die Rolle des mobilen Reha-Dienstes für Bekanntheitsgrad und Außendarstellung des Einrichtungsträgers, aber auch für die Etablierung von Kooperationen und Behandlungspfaden mit anderen Bausteinen des Netzwerks nicht zu unterschätzen.

## 8 Perspektiven der Mobilen Rehabilitation

---

Wie soll es weitergehen mit der Mobilen Rehabilitation, damit sie als Form der ambulanten medizinischen Rehabilitation ihren begrenzten, aber regelhaften und wirksamen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung in Deutschland leisten kann?

Gute Grundvoraussetzungen sind gegeben.

Das Konzept der mobilen (geriatrischen) Rehabilitation ist in seinen medizinischen Grundlagen und in der verlässlichen Gestaltung der Leistungserbringung ausgereift und erprobt. Es bietet ein gutes Modell für die Einbeziehung weiterer Zielgruppen, die bisher kaum Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten. Rehabilitationsleistungen müssen grundsätzlich so ausgerichtet sein, dass sie die Menschen mit Rehabilitationsbedarf tatsächlich erreichen, von ihnen akzeptiert werden und Umfeldfaktoren mit einbeziehen.

Die gesetzliche Grundlage ist geschaffen. Mobile Rehabilitation wurde im Jahr 2007 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen, um die Leistungsformen der medizinischen Rehabilitation sinnvoll zu ergänzen.

Nun bedarf es des Willens, der Kooperation und Vernetzung aller beteiligten Akteure des Gesundheitssektors, um das Ziel des Gesetzgebers der regelhaften Versorgung mit Mobiler Rehabilitation umzusetzen.

Die unterschiedlichen Aufgaben, die den Akteuren dabei zuwachsen können, sind hier kurz skizziert:

- Die Diakonie ist dem Gedanken verpflichtet, dass niemand mit Bedarf an Hilfe und Unterstützung, also auch an Rehabilitation, vergessen und allein gelassen werden darf. Deshalb wird sich die Diakonie mit den sozialräumlichen Aspekten

der medizinischen Rehabilitation beschäftigen und nach Rehabilitationsarten und Organisationsformen suchen, die die von Ausgrenzung bedrohten Menschen tatsächlich erreichen.

- Die Krankenkassen sind als Sozialleistungsträger für die Zulassung der Leistungserbringer vor Ort zuständig. Rahmen- und Musterverträge, die Leistungserbringung und auskömmliche Vergütung verbindlich regeln, geben den Vertragspartnern Sicherheit, vereinfachen die Implementierung in den Regionen und sind die Voraussetzung dafür, dass die Versorgungslandschaft schnell um dieses neue Angebot erweitert wird.
- Den potentiellen Leistungserbringern insbesondere im Bereich der Diakonie kommt die Aufgabe zu, sich im Spannungsfeld zwischen diakonischem Auftrag, wirtschaftlichen Herausforderungen und den Erfordernissen des Alltagsgeschäftes mit einem neuen Angebot und dessen Bedeutung für die Zukunftsfähigkeit des eigenen Unternehmens auseinander zu setzen.
- Die Verwurzelung im Gemeinwesen ist Teil der Geschichte, Kennzeichen und zukunftsfähige Ressource der Diakonie. Akteure, die neben der Erbringung von sozialen Dienstleistungen in ihrem Gemeinwesen bzw. in der Region Aufgaben der Steuerung und Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft wahrnehmen, fällt die Aufgabe zu, sich dafür einzusetzen, dass Mobile Rehabilitation vor Ort aufgebaut, bekannt gemacht und unterstützt wird. Hierbei ist Information und Öffentlichkeitsarbeit gefragt, aber auch die Anpassung der Strukturen der eigenen Dienstleistungsorganisation im Rahmen realer Kooperation. Hier ist die Altenhilfe, aber auch die Behindertenhilfe und Psychiatrie angesprochen.
- Insbesondere für die Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen ist die Mobile Rehabilitation eine Form der Teilhabegewährleistung und sollte konsequent umgesetzt werden. Stationäre Einrichtungen müssen sich den He-



## ■ 8 Perspektiven der Mobilen Rehabilitation

rausforderungen stellen und mobile Rehabilitation konzeptionell zur Verbesserung der Lebenssituation verankern.

- Den diakonischen Fach- und Spitzenverbänden auf Landes- und Bundesebene obliegt nach innen die Aufgabe der Information, Beratung und evtl. Unterstützung beim Aufbau. Gegenüber den Vertretern von Politik und Verwaltung ist politische Überzeugungsarbeit, gemäß dem rehabilitationspolitischen Positionspapier der Diakonie (Forderungen der Diakonie zur Weiterentwick-

lung der medizinischen Rehabilitation, Diakonietexte, Positionspapier 02.2007) zu leisten.

- Die Diakonie setzt sich dafür ein, in Implementationsprojekten die Mobile Rehabilitation auch für psychisch kranke und abhängigkeiterkrankte Menschen sowie in der Form der komprehensiven Rehabilitation zu erproben und dadurch die rehabilitative Versorgungsstruktur fortzuentwickeln.



Die vorliegende Handreichung wurde von der Projektgruppe „Mobile Rehabilitation – Konzept der Teilhabesicherung – Umsetzung in der Diakonie“ im Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege im Diakonischen Werk der EKD erarbeitet.

Mitglieder der Projektgruppe waren  
**Prof. Dr. Jürgen Armbruster**,  
Evangelische Gesellschaft Stuttgart  
Mail: juergen.armbruster@eva-stuttgart.de

**Andreas Kruse**,  
von Bodelschwingsche Anstalten Bethel,  
Birkenhof Altenhilfe gGmbH, Hannover  
Mail: andreas.kruse@birkenhof.de

**Dr. Brigitte R. Metz**,  
Geriatrisches Zentrum Karlsruhe am Ev. Diakonischen Krankenhaus Karlsruhe-Rüppurr, Karlsruhe  
Mail: b.metz@diak-ka.de

**Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann**,  
Rehabilitationszentrum Bethesda kreuznacher diakonie, Bad Kreuznach  
Mail: rmdo@kreuznacherdiakonie.de

**Armin Schomberg**,  
Blaukreuz-Zentrum gGmbH, Kassel  
Mail: armin.schomberg@blaukreuzzentrum.de

**Dr. Tomas Steffens** (Leitung),  
Diakonisches Werk der EKD e. V., Berlin  
Mail: steffens@diakonie.de

**Karin I. Voigt**,  
(bis 31. 12. 07 für, danach beauftragt durch) Diakonisches Werk im Rheinland e. V., Düsseldorf  
Mail: Karin.Voigt@t-online.de

unter Mitarbeit von

**Holger Springfeld**  
(betriebswirtschaftliche Expertise),  
Diakonisches Werk der EKD, Berlin  
Mail: springfeld@diakonie.de

## Impressum

Diakonisches Werk der  
Evangelischen Kirche  
in Deutschland e. V.  
Staffenbergstraße 76  
70184 Stuttgart

Verantwortlich für die Reihe:  
Andreas Wagner  
Zentrum Kommunikation  
Postfach 10 11 42  
70010 Stuttgart  
Telefon: +49 711 21 59-454  
Telefax: +49 711 21 59-566  
redaktion@diakonie.de  
www.diakonie.de

Kontakt:  
Dr. Tomas Steffens  
Reichensteiner Weg 24  
14195 Berlin  
Telefon: +49 30 830 01-361  
steffens@diakonie.de

Layout:  
H. M. Saecker, A. Stiefel

Bestellungen:  
Zentraler Vertrieb des  
Diakonischen Werkes  
der Evangelischen Kirche  
in Deutschland e. V.  
Karlsruher Straße 11  
70771 Leinfelden-  
Echterdingen  
Telefon: +49 711 902 16-50  
Telefax: +49 711 797 75 02  
vertrieb@diakonie.de

Die Texte, die wir in der  
Publikationsreihe Diakonie  
Texte veröffentlichen, sind  
im Internet frei zugänglich.  
Sie können dort zu nicht-  
kommerziellen Zwecken  
heruntergeladen und ver-  
vielfältigt werden.  
Diakonie Texte finden Sie  
unter [www.diakonie.de/Texte](http://www.diakonie.de/Texte).  
Im Vorspann der jeweiligen  
Ausgabe im Internet finden  
Sie Informationen, zu  
welchem Preis Diakonie  
Texte gedruckt im Zentralen  
Vertrieb bestellt werden  
können.

© September 2008 · 1. Auflage  
ISBN 978-3-937291-84-0

Druck:  
Zentraler Vertrieb des  
Diakonischen Werkes  
der Evangelischen Kirche  
in Deutschland e. V.

Karlsruher Straße 11  
70771 Leinfelden-  
Echterdingen

[www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)

Diakonisches Werk  
der Evangelischen Kirche  
in Deutschland e. V.  
Staffenbergstraße 76  
70184 Stuttgart  
Telefon: +49 711 21 59-0  
Telefax: +49 711 21 59-288  
[diakonie@diakonie.de](mailto:diakonie@diakonie.de)  
[www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)