

Universität Vechta

Institut für Gerontologie, Fakultät 1

Erstprüfer: Prof. Dr. Andrea Teti

Zweitprüferin: Katja Rackow

Sommersemester 2025

Masterarbeit

Rehabilitation im Alter

Die Randexistenz der Mobilen Geriatrischen Rehabilitation:
Hemmnisse der Angebotsausweitung einer innovativen Reha-
bilitationsform

Lea Groß

Willenberg 16

49356 Diepholz

E-Mail: lea.gross@mail.uni-vechta.de

Studiengang: Master Alternswissenschaften/Gerontologie

Matrikelnummer: 884063

Fachsemester: 4

Abgabedatum: 28.08.2025

Abstract

Rehabilitation im höheren Lebensalter ist ein zentraler Bestandteil der Altersmedizin. Für bestimmte Gruppen multimorbider älterer Menschen ist das herkömmliche stationäre oder teilstationäre Rehabilitationssetting jedoch nicht geeignet. Aufgrund komplexer Versorgungsbedarfe, die in konventionellen Settings nicht berücksichtigt werden können, gelten sie häufig als nicht rehabilitationsfähig. An dieser Stelle entsteht für diese Gruppe von Menschen eine Versorgungslücke. Die mobile geriatrische Rehabilitation (MoGeRe), die seit 2007 sozialgesetzlich verankert ist, kann diese Lücke durch eine wohnortnahe und bedarfsgerechte rehabilitative Versorgung schließen. Dennoch existieren bis Mitte 2025 lediglich 22 Standorte in Deutschland. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, herauszufinden, warum sich die mobile geriatrische Rehabilitation bisher nicht flächendeckend implementieren ließ. Dabei wird untersucht, welche Faktoren eine breitere Etablierung der MoGeRe erschweren. Hierzu wurden elf leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Dabei fanden sich Herausforderungen im Zusammenspiel mit den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst, ein Mangel an Initiative potenzieller Träger, Schwierigkeiten bei der Personalgewinnung sowie unsichere wirtschaftliche Rahmenbedingungen. Darüber hinaus erschweren Wissensdefizite, ablehnende Einstellungen relevanter Akteure und Akteurinnen sowie strukturelle Hürden im Zulassungs- und Umsetzungsprozess die Gründung neuer Einrichtungen. Auch fehlende politische Unterstützung auf Landesebene wirkt sich bremsend auf die Entwicklung des Angebots aus. Die gewonnenen Erkenntnisse bieten Anhaltspunkte für die gezielte Entwicklung von Lösungsansätzen für verschiedene Hemmnisse im Rahmen der Angebotsausweitung.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Grundlagen und Entwicklung der Geriatrie.....	5
2.1 Die Geriatrie – Ursprünge und Entwicklung.....	5
2.2 Grundlagen geriatrischer Behandlung	7
2.3 Der geriatrische Patient.....	9
2.4 Rehabilitation: Definition und Begriffsbestimmungen.....	11
3. Die Mobile Geriatrische Rehabilitation.....	13
3.1 Mobile geriatrische Rehabilitation in Deutschland	13
3.2 Zielgruppe und Ausweitung der Indikationen	18
3.3 Rechtliche Grundlagen.....	19
3.4 Gründung.....	22
3.5 Bestandsaufnahme	24
3.6 Forschungsstand	29
4. Fragestellung	32
5. Methode	32
5.1 Auswahl und Beschreibung der Methode	32
5.2 Feldzugang und Stichprobe.....	34
5.3 Transkription und Aufbereitung der Interviewdaten.....	37
5.4 Auswertungsmethode.....	38
6. Ergebnisse	42
7. Diskussion.....	51
7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	51
7.2 Interpretation der Ergebnisse.....	52
7.3 Limitationen	60
7.4 Implikationen für die Zukunft	62
8. Fazit	64
Literaturverzeichnis.....	67
Anhang.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Eidesstattliche Erklärung.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF.....	8
Abbildung 2: Aktuelle Standorte mobiler Rehabilitation in Deutschland.....	24
Abbildung 3: Fallzahl mobiler Rehabilitationsmaßnahmen im zweistelligen PLZ-Bereich...	27
Abbildung 4: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung	40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Teilnehmerzahlen an den Gründerseminaren.....	25
Tabelle 2: Entwicklung der Anzahl an Einrichtungen und Fallzahlen.....	26
Tabelle 3: Darstellung der interviewten Personen.....	36

1. Einleitung

„Es ist nicht genug, zu wissen, man muss auch anwenden;

Es ist nicht genug, zu wollen, man muss auch tun.“

(Johann Wolfgang von Goethe, 1829)

Goethes Worte verweisen auf eine zeitlose Herausforderung: die Kluft zwischen Erkenntnis und Handlung. Im Kontext aktueller demografischer Entwicklungen erhält diese Aussage eine besondere Relevanz. Wir leben in einer Zeit, die durch die Herausforderungen des demografischen Wandels und eine zunehmend älter werdende Gesellschaft geprägt ist. Mit der Alterung der Bevölkerung steigt sowohl die Prävalenz chronischer Erkrankungen als auch die altersassoziierte Multimorbidität. Parallel dazu wächst die Zahl pflegebedürftiger Menschen und die Kosten für einen Platz im Pflegeheim nehmen stetig zu, was für viele ältere Menschen eine große finanzielle Belastung darstellt (Neuroth, 2025).

Diese Entwicklungen führen zu einem wachsenden Bedarf an geeigneten und altersgerechten Versorgungsangeboten. Besonders relevant ist in diesem Zusammenhang die Geriatrie, insbesondere der Teilaspekt der Rehabilitation im Alter. Geriatriische Rehabilitation zielt nach Akutereignissen oder fortschreitenden funktionellen Einschränkungen darauf ab, funktionelle Fähigkeiten zu verbessern. Dadurch sollen ältere Menschen wieder mehr Selbstständigkeit in ihrem Leben erhalten und ihre gesellschaftliche Teilhabe gefördert werden. Durch gezielte Maßnahmen kann Pflegebedürftigkeit vorgebeugt oder einer drohenden Verschlimmerung entgegengewirkt werden. Rehabilitative Angebote sind daher unerlässlich, um eine bedarfsgerechte Versorgung älterer Menschen sicherzustellen, auf die ein rechtlich abgesicherter Anspruch besteht. Darüber hinaus können solche Maßnahmen auch gesellschaftliche und wirtschaftliche Effekte entfalten. Wenn Menschen durch Rehabilitation selbstbestimmter und unabhängiger leben, können der Pflegeaufwand und die damit einhergehenden Kosten sinken. Gleichzeitig werden Angehörige entlastet und die häusliche Pflege erleichtert (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, 2020b, S. 18-19). Gerade dieser Aspekt gewinnt angesichts der stetig steigenden Pflegeheimkosten zunehmend an Bedeutung.

Die rehabilitative Versorgung in Deutschland weist allerdings ein Problem auf: Es existiert eine Versorgungslücke, die insbesondere ältere Menschen mit fortgeschrittener demenzieller Erkrankung sowie Patientengruppen betrifft, die auf die besonderen Bedingungen ihres häuslichen Versorgungsumfelds oder auf die Unterstützung durch nahestehende Personen angewiesen

sind. Diese Personen haben oft keinen Zugang zu rehabilitativen Maßnahmen oder gelten im Kontext stationärer oder teilstationärer Rehabilitation als nicht rehabilitationsfähig (Lübke & Siegert, 2021). Die bestehende Versorgungslücke könnte durch die 2007 sozialgesetzlich verankerte mobile geriatrische Rehabilitation (MoGeRe) geschlossen werden. Ihr mobiles Setting ermöglicht es, der bislang unter- oder fehlversorgten Patientengruppe eine bedarfsgerechte rehabilitative Versorgung anzubieten und eröffnet vielen von ihnen überhaupt erst den Zugang zur Rehabilitation (GKV-Spitzenverband, 2021).

Das mobile Rehabilitationssetting gewinnt insbesondere vor dem Hintergrund sich verändernder Versorgungsrealitäten zunehmend an Relevanz. Der Anteil informeller Pflege in Deutschland hat deutlich zugenommen. Immer mehr pflegebedürftige Personen werden im häuslichen Umfeld durch Familienangehörige oder andere nahestehende Bezugspersonen versorgt (Nowossadeck, 2018, S. 3-4). Die pflegenden Angehörigen übernehmen damit häufig umfangreiche Aufgaben, die mit physischen, psychischen, emotionalen und sozialen Belastungen einhergehen. Hinzu kommt, dass die häusliche Pflege oft eine erhebliche zeitliche Beanspruchung mit sich bringt, die zu gesellschaftlicher Isolation und dem Gefühl der Überforderung führen kann (Schwinger et al., 2016, S. 189-190). Auch in diesem Zusammenhang kann die MoGeRe einen Ansatz zur Entlastung bieten, den herkömmliche Rehabilitationsformen in dieser Form nicht leisten können. Sie ermöglicht die aktive Einbindung der pflegenden Angehörigen in die therapeutischen Prozesse, fördert die Entwicklung adaptiver Bewältigungsstrategien im konkreten Lebensumfeld und stärkt durch gezielte Anleitung der Angehörigen auch ihre Handlungssicherheit im Umgang mit den unterstützungsbedürftigen Familienmitgliedern.

Angesichts der wachsenden Zahl älterer Menschen und der Tatsache, dass die geburtenstarken Babyboomer-Jahrgänge bereits jetzt und auch in den kommenden Jahren ein pflege- und rehabilitationsintensives Lebensalter erreichen, werden die strukturellen Defizite in den Versorgungskapazitäten immer deutlicher. Vielerorts mangelt es an schnell verfügbaren und bedarfsgerechten Angeboten. Für stationäre geriatrische Behandlungsplätze in Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen bestehen oft lange Wartelisten und Einrichtungen der Lang- und Kurzzeitpflege stoßen bei der Weiterversorgung nach Krankenhausaufenthalten zunehmend an ihre Kapazitätsgrenzen. Dabei ist eine bedarfsgerechte geriatrische Rehabilitation von großer Bedeutung, denn ohne sie können akute gesundheitliche Ereignisse im höheren Lebensalter schnell in dauerhafte Pflegebedürftigkeit übergehen. Insbesondere wenn nach einem stationären Aufenthalt keine anschließende Rehabilitation erfolgt, besteht die Gefahr, dass erste Therapieerfolge nicht in das häusliche Umfeld übertragen und dort langfristig gesichert werden. Die

MoGeRe kann diesem Risiko gezielt entgegenwirken, indem sie Patientinnen und Patienten beim Übergang von der Akutbehandlung in die Kurzzeitpflege oder zurück in die häusliche Umgebung begleitet und die nachhaltige Umsetzung rehabilitativer Maßnahmen im Alltag der Betroffenen unterstützt. Außerdem kann die MoGeRe Personen rehabilitativ versorgen, die im stationären Setting bislang nicht adäquat rehabilitiert wurden und ihnen eine bedarfsgerechte Rehabilitation im häuslichen Umfeld ermöglichen. Dadurch lassen sich Fehlbelegungen im stationären Bereich vermeiden und Kapazitäten für diejenigen freisetzen, die tatsächlich von einer stationären Rehabilitationsmaßnahme profitieren würden.

An diesem Punkt drängt sich die Frage auf: Wenn der Bedarf an einem solchen Angebot doch scheinbar besteht, warum gibt es bislang nur 22 Standorte der mobilen geriatrischen Rehabilitation in ganz Deutschland? Diese Anzahl an Einrichtungen reicht nicht aus, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Vielen, die davon profitieren könnten, bleibt der Zugang somit verwehrt. Trotz ihres Potenzials, einen bedeutenden Beitrag zur zukunftsorientierten Versorgung einer alternden Gesellschaft zu leisten, ist die MoGeRe damit aktuell ein randständiges Angebot innerhalb des rehabilitativen Versorgungssystems. Obwohl das Wissen über zukünftige Versorgungsbedarfe vorhanden ist, die Vorteile des Angebots scheinbar offensichtlich sind und eine gesetzliche Legitimation besteht, bleibt eine flächendeckende Umsetzung bisher aus. Was hindert potenzielle Träger oder Gründer/-innen daran, ein entsprechendes mobiles Angebot umzusetzen? Die eingangs beschriebene Diskrepanz zwischen Wissen und Handeln, zwischen dem, was notwendig und möglich wäre, und dem, was tatsächlich umgesetzt wird, verleiht Goethes Worten ihre aktuelle Schärfe im Kontext der vorliegenden Fragestellung.

Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Arbeit, welche hemmenden Faktoren einer Ausweitung der mobilen geriatrischen Rehabilitation in Deutschland seit 2007 entgegenstehen. Was erschwert Gründungsvorhaben, warum verläuft die Entwicklung so zögerlich und weshalb ist das Angebot bis heute nicht flächendeckend etabliert?

Für dieses Vorhaben erfolgt zunächst eine theoretische Einführung in das Themenfeld der Geriatrie, da Rehabilitation im Alter einen Teilaspekt dieses Fachgebiets bildet. Neben der Definition der Begriffe Geriatrie und Rehabilitation werden in diesem ersten theoretischen Kapitel die historischen Ursprünge sowie die Entwicklung der Geriatrie behandelt, um die Einbettung der geriatrischen Rehabilitation in den fachlichen Kontext nachvollziehbar zu machen. Daran anschließend werden die Grundlagen geriatrischer Behandlung sowie die Charakteristika des geriatrischen Patienten erläutert, auf denen auch das Konzept der MoGeRe maßgeblich aufbaut. Im Anschluss widmet sich Kapitel 3 vertieft dem spezifischen rehabilitativen

Versorgungsansatz der mobilen geriatrischen Rehabilitation. Dabei wird das Konzept der MoGeRe systematisch beschrieben, indem ihre Zielgruppe, die wesentliche Ausweitung der Indikationen in den vergangenen Jahren und ihre rechtlichen Grundlagen dargestellt werden. Darüber hinaus wird, mit Blick auf das Forschungsinteresse dieser Arbeit, aufgezeigt, wie die Gründung einer MoGeRe-Einrichtung erfolgt, um potenzielle Hemmnisse in diesem Kontext besser verstehen und analysieren zu können. Ergänzend dazu erfolgt eine aktuelle Bestandsaufnahme der MoGeRe in Deutschland, um relevante Zahlen und Fakten sowie die allgemeine Angebotsentwicklung darzulegen und die MoGeRe insgesamt besser einordnen zu können. Zum Abschluss des Theorieteils wird ein grober Überblick zum empirischen Forschungsstand zur Rehabilitation im Alter gegeben. Dabei wird der Fokus vor allem auf die mobile geriatrische Rehabilitation sowie auf die für diese Arbeit relevante Forschungsfrage gelegt. Daran anknüpfend wird in den Methodenteil der Arbeit übergeleitet. Im darauffolgenden Kapitel 6 werden die Ergebnisse der Untersuchung in Bezug auf die Forschungsfrage präsentiert. In der anschließenden Diskussion werden die Ergebnisse im Hinblick auf den theoretischen Rahmen dieser Arbeit interpretiert und in den bestehenden Forschungsstand zur konkreten Fragestellung eingeordnet. Darüber hinaus werden Limitationen der vorliegenden Untersuchung sowie mögliche Ansätze für künftige Forschungsarbeiten thematisiert.

Beim Lesen der vorliegenden Arbeit ist zu beachten, dass die Begriffe mobile Rehabilitation (MoRe) und mobile geriatrische Rehabilitation (MoGeRe) synonym verwendet werden. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der mobilen geriatrischen Rehabilitation, also auf der rehabilitativen Versorgung speziell für ein geriatrisches Klientel. Ursprünglich richtete sich das Angebot ausschließlich an geriatrische Patientengruppen. Allerdings wurde das Angebot 2016 auch indikationsspezifisch für nicht geriatrische Patient/innen geöffnet. Doch auch unter dieser Bedingung sind seitdem keine neuen mobilen Einrichtungen gegründet worden (Lübke, 2019, S. 2). Darüber hinaus ist beim Lesen dieser Arbeit zu beachten, dass in Übereinstimmung mit der Fachliteratur die Formulierung „geriatrischer Patient“ verwendet wird. Dies wird in der Literatur als feststehender Begriff gehandhabt und soll auch in dieser Arbeit deshalb nicht anders ausformuliert werden. Selbstverständlich sind dabei dennoch Personen jeden Geschlechts gleichermaßen gemeint. In allen übrigen Teilen der Arbeit wird eine geschlechtergerechte Sprache verwendet.

2. Grundlagen und Entwicklung der Geriatrie

2.1 Die Geriatrie – Ursprünge und Entwicklung

Die Geriatrie, im Deutschen auch als Altersmedizin bezeichnet, ist ein medizinisches Fachgebiet, das sich auf die umfassende und ganzheitliche Versorgung älterer Menschen spezialisiert. Sie umfasst ein breites Spektrum von der Prävention und Diagnose akuter und chronischer Erkrankungen bis hin zu deren Behandlung und der entsprechenden Rehabilitation. Es geht also speziell um die Erkrankungen des alternden Menschen und deren Auswirkungen auf das Leben dieser Personen. Dabei sollen nicht nur physische, sondern auch kognitive, alltagsbezogene und soziale Faktoren berücksichtigt werden. Eine einheitlich festgelegte Altersgrenze für die Behandlung in der Geriatrie existiert nicht, da der biologische Alterungsprozess von Mensch zu Mensch variiert. Dennoch gilt in der Regel als grober Richtwert ein Mindestalter von 65 Jahren. Die meisten Menschen, die diese Art von Versorgung erhalten, befinden sich allerdings in einem Alter von 75 bis 90 Jahren (Bundesverband Geriatrie (BVG), 2023, S. 14).

Im Gegensatz zu vielen anderen medizinischen Fächern etablierte sich die Geriatrie erst relativ spät als eigenständiges Fachgebiet und zählt damit zu den jüngeren Fachrichtungen innerhalb der Medizin (BVG, 2023, S. 14). Der Gründervater der Geriatrie ist Dr. Ignatz Leo Nascher (Denkinger & Polidori, 2024, S. 15). Der New Yorker Arzt erwähnte den Begriff „Geriatrie“ 1909 erstmals im New York Medical Journal. 1914 veröffentlichte Nascher sein Buch „Geriatrics: The Diseases of Old Age and Their Treatment“ (Nascher, 1914, S. vii). In seinem Werk betrachtet Nascher unter anderem die Entwicklungen in der Pädiatrie und das wachsende Interesse an dieser Disziplin. Dabei werden in Naschers Buch einige Parallelen zwischen der Pädiatrie und der Geriatrie gezogen. In diesem Zusammenhang stellt er die Frage, warum sich ein vergleichbares Interesse nicht ebenso auf die gesundheitlichen Herausforderungen des höheren Lebensalters übertragen hat (Nascher, 1914, S. xvi). Aus dieser Überlegung heraus forderte Nascher, dass die Geriatrie als eigenständige medizinische Fachrichtung denselben Bereich für das Alter abdecken solle, wie es in der Pädiatrie längst für die Kindheit der Fall ist (Nascher, 1914, S. 11). Mit seinem Buch schuf Nascher die Grundlage für ein medizinisches Fachgebiet, das sich gezielt mit den besonderen Lebensumständen älterer Menschen auseinandersetzt und die für das höhere Lebensalter charakteristischen Gesundheitsrisiken und Erkrankungen in den Fokus der Betrachtung rückt (BVG, 2023, S. 22; Clarfield, 1990, S. 948).

Die zweite prägende Figur, die als Pionierin der Geriatrie gilt, ist Dr. Marjorie Warren. Während ihrer Arbeit in britischen Pflegeeinrichtungen stieß sie auf zahllose ältere Menschen mit bisher

nicht erkannten und unbehandelten Leiden, die in diesen Einrichtungen ein weitgehend unbeachtetes Dasein fristeten. Gemeinsam mit ihrem Team bewies sie, dass viele ältere Menschen durch eine gezielte medizinische Versorgung deutlich an Selbstständigkeit gewinnen konnten. Bei einigen wurde die Pflegebedürftigkeit erheblich gemindert, sodass manche von ihnen sogar wieder zurück in ihr Zuhause kehren konnten (Clarfield, 1990, S. 944-945). Durch Warren etablierte sich in Großbritannien eine gänzlich neue, ressourcenorientierte Sichtweise auf die Versorgung und Behandlung älterer Menschen. Sie machte darauf aufmerksam, dass die Entlassung chronisch erkrankter Personen häufig an einem Mangel grundlegender Versorgungsstrukturen in diesem medizinischen Bereich scheiterte. Dazu gehörten unter anderem die mangelhafte Befunderhebung, fehlende ärztliche Konsultationen, unzureichende Behandlungsmaßnahmen, die nicht-existente interdisziplinäre Kooperation zwischen einzelnen Berufsgruppen und fehlende Möglichkeiten der Rehabilitation, also jene Angebote zur Wiederherstellung und Förderung der Selbstständigkeit. Die Ärztin erkannte die besonderen medizinischen Bedürfnisse älterer Menschen und verstand, dass diese nur richtig eingeordnet und behandelt werden konnten, wenn man systematisch alle relevanten körperlichen sowie geistigen Funktionen überprüft. Sie schuf erstmals eine Form der strukturierten Untersuchung des geriatrischen Patienten. So stellte sie bereits damals fest, dass ältere Menschen nicht in erster Linie wegen einer bestimmten Krankheit in eine Einrichtung aufgenommen wurden, sondern vor allem wegen ihrer funktionellen Einschränkungen. Nicht die konkrete medizinische Diagnose stand im Vordergrund, sondern Probleme wie die damit einhergehende eingeschränkte Beweglichkeit oder kognitive Beeinträchtigungen (Warren, 1943, S. 822-823; Denkinger & Polidori, 2024, S. 15). Dieser Ansatz der Betrachtung und Behandlung war zur damaligen Zeit revolutionär und prägte die Geriatrie (Denkinger & Polidori, 2024, S. 15). Warrens Ansatz legte den Grundstein für die Entwicklung geriatrischer Fachabteilungen. Durch sie wurde es möglich, dass ärztliches Personal eine spezialisierte Ausbildung im Fachbereich Geriatrie erhalten konnte (Clarfield, 1990, S. 822-823).

Ab den späten 1960er-Jahren entstanden in Deutschland erste Strukturen, die auf die medizinische Behandlung älterer Menschen ausgerichtet waren, etwa durch die Einrichtung von „Spezialkliniken für Altersleiden“ (BVG, 2023, S. 14). Die Etablierung der ersten spezialisierten Kliniken zur Versorgung geriatrischer Patient/innen erfolgte in Hessen, Niedersachsen und Hamburg und wurde durch bundesweite Förderprogramme begünstigt. Im Jahr 1987 wurde erstmals ein bundesweites Konzept zur geriatrischen Rehabilitation eingeführt, das zunächst zur Einrichtung von Modellprojekten führte (BVG, 2023, S. 14). Im stationären Akutbereich hingegen verlief der Aufbau geriatrischer Fachabteilungen und spezialisierter Kliniken zunächst nur schleppend. Ein spürbarer Ausbau dieses Versorgungssektors setzte erst in den

vergangenen zwei Jahrzehnten ein und wurde maßgeblich durch gesundheitspolitische Steuerungsmaßnahmen angestoßen. Darunter insbesondere die Einführung eines Rechtsanspruchs auf medizinische Rehabilitationsleistungen (BVG, 2023, S. 23). Laut einer Erhebung des Bundesverbands Geriatrie verfügten im Jahr 2019 rund 476 Krankenhäuser in Deutschland über eine geriatrische Fachabteilung mit insgesamt etwa 23.297 Betten. Gleichzeitig gab es 168 geriatrische Rehabilitationskliniken mit einer Kapazität von 8.563 Betten. Im Bereich der nicht-vollstationären Versorgung waren 172 Krankenhäuser mit einer geriatrischen Tagesklinik ausgestattet, die zusammen 2.644 Plätze umfassten. Die mobile geriatrische Rehabilitation wurde Mitte der 1990er Jahre zunächst in ersten Modellprojekten erprobt. In der medizinischen Rehabilitationspraxis galt sie als Innovation und fand bereits in der Erprobungsphase große Beachtung bei Fachexperten (Schweizer, 2005, S. 7). Es dauerte noch bis 2007 bis sie letztendlich auch im Sozialgesetzbuch (SGB) V rechtlich verankert wurde (Deutscher Bundestag, 2007). Im Jahr 2019 existierten bundesweit 17 Einrichtungen, die mobile geriatrische Rehabilitation anboten, in denen insgesamt 2.121 Fälle versorgt wurden (BVG, 2023, S. 57-89).

2.2 Grundlagen geriatrischer Behandlung

In der Regel suchen Menschen erst dann ärztliche Hilfe auf, wenn sie Krankheitssymptome wahrnehmen. Oft liegt der medizinische Fokus in solchen Fällen lediglich auf der Identifikation und Behandlung der Defizite. Solche gängigen medizinischen Ansätze werden deshalb häufig als defizitorientiert angesehen. Es gibt jedoch auch einige wenige Bereiche, in denen auch die vorhandenen Ressourcen von erkrankten Personen berücksichtigt werden. Ein solcher Ansatz, der auch die verbleibenden Fähigkeiten und Stärken einbezieht, wurde in der Geriatrie erfolgreich aus der Wissenschaft in die Praxis überführt. Dabei spielt das geriatrische Assessment, das sowohl die vorhandenen Ressourcen als auch Defizite des älteren Menschen identifiziert, eine wesentliche Rolle. In einem Großteil der wissenschaftlichen Literatur wird das geriatrische Assessment unter dem Begriff des comprehensive geriatric assessment (CGA) beschrieben. Das CGA erweitert die herkömmliche vom Arzt erhobene Anamnese und Untersuchung, indem es weitere relevante Dimensionen des geriatrischen Patienten einbezieht. Dazu gehören zum Beispiel physische sowie kognitive Funktionen, Aktivitäten des täglichen Lebens, Emotion und Affekt oder auch das soziale Umfeld des älteren Menschen. Das derzeit gebräuchliche Konzept des CGA entwickelte sich in den 1960er- und 1970er-Jahren und basiert maßgeblich auf dem von George L. Engel eingeführten bio-psycho-sozialen Modell von Krankheit (Denkinger & Polidori, 2024, S. 15-16). Dieses geht davon aus, dass Krankheiten nicht nur durch körperliche

bzw. biologische Faktoren erklärt werden können. Stattdessen werden im bio-psycho-sozialen Modell auch psychische und soziale Einflüsse berücksichtigt. Engel kritisiert, dass das rein biomedizinische Modell oft nicht ausreicht, weil es den Menschen auf Laborwerte oder körperliche Befunde reduziert. Im bio-psycho-sozialen Modell hingegen steht der Patient mit seinen Erfahrungen, seinem sozialen Umfeld und seiner psychischen Verfassung im Mittelpunkt. Gesundheit und Krankheit werden als Ergebnis des Zusammenspiels dieser drei Ebenen verstanden. Der Arzt muss deshalb nicht nur körperliche Befunde beachten, sondern auch soziale und psychologische Aspekte einbeziehen, um Patienten richtig zu verstehen und behandeln zu können (Engel, 1977, S. 129-131). Das in der Geriatrie und geriatrischen Rehabilitation eingesetzte CGA erfasst gezielt körperliche, psychische und soziale Faktoren. Es orientiert sich am bio-psycho-sozialen Modell und setzt es in eine praxisorientierte und messbare Form um (Denkinger & Polidori, 2024, S. 15-16).

Eine angemessene Versorgung älterer Menschen berücksichtigt, dass Gesundheit und Lebensqualität auch von funktionalen Fähigkeiten und individuellen Ressourcen abhängen und nicht allein von Alter oder Erkrankungen. Eine wesentliche Grundlage für dieses ganzheitliche Verständnis bildet die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte International Classification of Functioning, Disability & Health (ICF), die auf dem bio-psycho-sozialen Modell basiert und die frühere, stärker defizitorientierte International Classification of Disability & Health (ICIDH) ablöste (Denkinger & Polidori, 2024, S. 15-16).



Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF. (Quelle: WHO, 2005)

Abbildung 1 veranschaulicht, wie verschiedene Elemente der ICF miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig beeinflussen. Im Mittelpunkt steht dabei die Betrachtung der Aktivitäten des jeweiligen Menschen. Die ICF beschreibt, wie ein Gesundheitsproblem das Leben einer Person in unterschiedlichen Bereichen beeinflussen kann. Es hat sowohl Auswirkungen auf die

Aktivitäten des Menschen als auch auf seine Körperfunktionen und -strukturen sowie seine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Zugleich betrachtet die ICF den Menschen aber nicht nur unter dem Gesichtspunkt seiner Gesundheitsstörung oder Krankheit, sondern setzt ihn in einen ganzheitlichen Zusammenhang mit seiner Umwelt und seinen persönlichen Lebensumständen. Dabei wird deutlich, dass Gesundheit nicht allein von Diagnosen abhängt, sondern davon, wie gut ein Mensch trotz Einschränkungen alltägliche Aktivitäten bewältigen und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen kann. Umwelt- und personenbezogene Faktoren können dabei sowohl helfen, als auch Hindernisse darstellen (WHO, 2005, S. 23-24; Thiem et al., 2024, S. 38-39). Die ICF hilft zudem dabei, die persönlichen Ziele einer Person hinsichtlich ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gezielt zu erfassen. Durch sie können maßgeschneiderte Rehabilitations- und Unterstützungsziele formuliert werden, die sich an den individuellen Bedürfnissen und Lebenszielen eines Menschen orientieren. Darüber hinaus, schafft sie eine fachübergreifende Verständigungsbasis zur Beschreibung der funktionalen Gesundheit (Benzinger, 2024, S. 134). Die mobile geriatrische Rehabilitation, die im Fokus dieser Arbeit steht basiert maßgeblich auf den Grundlagen des bio-psycho-sozialen Modells und der ICF. Bei Gründung einer neuen MoGeRe-Einrichtung ist ein Konzept basierend auf diesen Grundlagen vorzuweisen (GKV-Spitzenverband, 2021).

2.3 Der geriatrische Patient

Um die spezifischen Bedürfnisse und Herausforderungen älterer Menschen zu verstehen, ist es hilfreich, den Begriff des geriatrischen Patienten zu betrachten. Nach der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), dem Bundesverband Geriatrie (BVG) sowie der Sektion Geriatrie des Bundes Deutscher Internisten (BDI) wird der geriatrische Patient einheitlich als eine Person definiert, die entweder 80 Jahre oder älter ist oder eine Person, in der Regel überwiegend 70 Jahre oder älter in Verbindung mit einer geriatritypischen Multimorbidität. Unter Multimorbidität wird das gleichzeitige Vorliegen von zwei oder mehr chronischen Erkrankungen verstanden. Eine Erkrankung gilt als chronisch, wenn sie über einen Zeitraum von sechs Monaten andauert oder voraussichtlich noch darüber hinaus bestehen bleibt (Medizinischer Dienst Bund, 2023, S. 93-94). Ein Lebensalter ab etwa 80 Jahren gilt aufgrund der altersbedingten erhöhten Vulnerabilität als wesentliches Kriterium für die geriatrische Einstufung (BVG, 2023, S. 17). In dieser Altersgruppe ist eine Kopplung von Lebensalter und Multimorbidität damit nicht zwingend erforderlich. Mit zunehmendem Alter sinkt die körperliche Widerstandskraft, was insbesondere infolge

eingeschränkter Reservekapazitäten zu einer erhöhten Anfälligkeit gegenüber gesundheitlichen Belastungen führt. Dies kann sich in diesem Lebensalter unter anderem in einem vermehrten Auftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen äußern. Typische Beispiele sind delirante Zustände, Infektionen, Stürze oder besonders langwierige Heilungsverläufe (Medizinischer Dienst Bund, 2023, S. 50-51; BVG, 2023, S. 17). Darüber hinaus besteht die erhöhte Gefahr, dass gesundheitliche Beschwerden im höheren Lebensalter einen chronischen Verlauf entwickeln. In diesem Alter steigt zudem das Risiko für den Verlust von Selbstständigkeit, womit eine Abnahme der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung einhergeht (BVG, 2023, S. 17). Krankheiten werden in diesem Zusammenhang sozialmedizinisch bedeutsam, wenn sie zu so schweren Einschränkungen führen, dass sie die Fähigkeiten der betroffenen Person einschränken, alltägliche Aufgaben zu erledigen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (Medizinischer Dienst Bund, 2023, S. 50-51). Der Begriff „geriatrietypisch“ in der Definition der Fachgesellschaften verweist auf bestimmte Erkrankungskombinationen, die im höheren Lebensalter besonders häufig auftreten. Typische Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen sind hierbei beispielsweise Immobilität, kognitive Einschränkungen, erhebliche Sehbehinderungen oder starke Schwerhörigkeit (Medizinischer Dienst Bund, 2023, S. 93-94).

Die Europäische Union der medizinischen Spezialisten (UEMS) fügt der weiteren Begriffsbestimmung des geriatrischen Patienten noch hinzu, dass über die medizinische Behandlung hinaus oft auch ein sozialer Unterstützungsbedarf besteht. Die Behandlung des geriatrischen Patienten verfolgt einen ganzheitlichen Behandlungsansatz, der über die rein organbezogene Betrachtung hinausgeht. Das heißt, es wird sich nicht nur darauf beschränkt, einzelne Organe oder Krankheiten isoliert zu betrachten, vielmehr steht auch hier die Gesamtsituation des älteren Menschen im Mittelpunkt (UEMS, 2008). Angesichts des komplexen Versorgungsbedarfs ist an der Behandlung des geriatrischen Patienten ein interdisziplinäres Team beteiligt (BVG, 2023, S. 15). Die UEMS weist darauf hin, dass die Geriatrie nicht strikt an ein bestimmtes Lebensalter gebunden ist, sie sich jedoch auf Krankheitsbilder fokussiert, die charakteristisch für ältere Menschen sind. Sie unterstützt damit den Konsens der deutschen Fachgesellschaften, indem auch sie betont, dass die Mehrheit der Patientinnen und Patienten über 65 Jahre alt ist. Darüber hinaus stellt sie ebenfalls fest, dass Menschen ab einem Alter von 80 Jahren von der spezialisierten geriatrischen Versorgung besonders profitieren (UEMS, 2008).

2.4 Rehabilitation: Definition und Begriffsbestimmungen

Der Begriff Rehabilitation lässt sich auf das lateinische Wort „rehabilitare“ zurückführen, was übersetzt so viel wie „wiederherstellen“ oder „wiederbefähigen“ bedeutet (Engelhardt, 1990; Zimmermann, 2007, S. 2-3). Dementsprechend zielt Rehabilitation darauf ab, die körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten eines Menschen wiederherzustellen (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, 2020a; WHO, 2017, S. 1). Menschen mit bestehenden oder drohenden Behinderungen sollen in die Lage versetzt werden, ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen und gleichberechtigt am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können (§ 1 SGB IX). Dies entspricht auch den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (United Nations, 2006, S. 18-19). Zu den betroffenen Gruppen zählen Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie pflegebedürftige Personen (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, 2020a). Im SGB IX sind die gesetzlichen Grundlagen für Menschen mit Behinderungen sowie für Personen mit drohender Behinderung verankert. Sie bilden den übergeordneten Rahmen für alle Rehabilitationsmaßnahmen.

Grundsätzlich lässt sich Rehabilitation in mehrere zentrale Handlungsfelder unterteilen: die medizinische, die schulisch/berufliche und die soziale Rehabilitation (Sachverständigenrat, 2014, S. 255). Bei der Rehabilitation jüngerer Personen geht es oft um die Sicherung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Im höheren Lebensalter verschiebt sich der Fokus insbesondere auf die Aufrechterhaltung grundlegender Alltagsfunktionen. Rehabilitation verfolgt in diesem Zusammenhang das Ziel, Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe zu fördern (SGB IX § 1) sowie Pflegebedürftigkeit zu verhindern, bestehende Pflegebedarfe zu verringern oder einer Verschlechterung entgegenzuwirken (SGB IX § 4). Mit der veränderten Zielsetzung der Rehabilitation im jüngeren und höheren Lebensalter geht häufig auch ein Wechsel des zuständigen Leistungsträgers einher. Während bei jüngeren Menschen in der Regel die Rentenversicherung verantwortlich ist, geht diese Aufgabe für das höhere Lebensalter meist auf die gesetzliche Krankenversicherung über (Lübke, 2018, S. 139).

Im weiteren Verlauf steht die medizinische Rehabilitation im Fokus, wie sie in § 40 SGB V geregelt ist. Demnach handelt es sich bei medizinischen Rehabilitationsleistungen um zeitlich begrenzte Maßnahmen, in der Regel drei Wochen stationär oder etwa 20 Behandlungstage ambulant. Die Durchführung erfolgt unter fachärztlicher Aufsicht auf Grundlage eines individuellen Rehabilitationsplans. Zum Einsatz kommt ein vielfältiges Spektrum an Maßnahmen, darunter Heilmittel wie Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie. Je nach Bedarf werden diese durch medizinische, psychologische und edukative Angebote ergänzt (SGB V § 40; Lübke,

2019, S. 8). Die Rehabilitationsleistungen orientieren sich an den Prinzipien Komplexität, Interdisziplinarität, Finalität und Individualität. Das bedeutet, dass die Maßnahmen auf die persönlichen Bedürfnisse der betroffenen Personen abgestimmt sind, ein klares Ziel verfolgen und in enger Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen umgesetzt werden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024, S.6; Lübke, 2019, S.8). Innerhalb des Rehabilitationsprozesses können auch technische Angebote und die Anpassung des persönlichen Umfelds genutzt werden, um die Selbstständigkeit im Alltag zu fördern und Barrieren zu reduzieren (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, 2020a).

Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 SGB V sind antragspflichtig und werden vom zuständigen Kostenträger bewilligt, sofern die medizinischen Voraussetzungen erfüllt sind. Bei geriatrischer Rehabilitation sind die Krankenkassen an die ärztliche Feststellung der medizinischen Notwendigkeit gebunden (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Grundlage für eine Rehabilitation ist das Vorliegen von bestimmten Rehabilitationsindikationskriterien: Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsziele und Rehabilitationsprognose. Rehabilitationsbedürftigkeit liegt vor, wenn körperliche, psychische oder kognitive Beeinträchtigungen zu langfristigen Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten führen oder führen können und dadurch die gesellschaftliche Teilhabe gefährdet ist. In solchen Fällen reicht eine rein medizinische Behandlung nicht aus, sodass eine umfassende, fachübergreifende Rehabilitationsmaßnahme erforderlich wird. Rehabilitationsfähigkeit ist dann gegeben, wenn eine Person körperlich und geistig ausreichend belastbar ist, um aktiv an einer rehabilitativen Maßnahme teilnehmen und davon profitieren zu können. Bei den Rehabilitationszielen handelt es sich um individuell festgelegte, alltagsbezogene und realistische Zielsetzungen, die auf die Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation von Aktivitäts- und Teilhabe einschränkungen abzielen. Diese Ziele werden gemeinsam mit der betroffenen Person entwickelt (Lübke, 2019, S. 8-9; SGB V § 40). Schließlich muss auch eine positive Rehabilitationsprognose vorliegen. Diese basiert auf einer medizinisch fundierten Einschätzung der Erfolgsaussichten der Maßnahme. Grundlage dafür sind unter anderem die Art und der Verlauf der zugrunde liegenden Erkrankung oder Behinderung, das Potenzial zur Kompensation sowie persönliche und soziale Kontextfaktoren (Medizinischer Dienst Bund, 2023, S. 20; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024, S. 8-9).

Rehabilitation basiert im Wesentlichen auf drei grundlegenden Konzepten, die den therapeutischen Ansatz bestimmen. Erstens die Restitution, bei der die Wiederherstellung beeinträchtigter körperlicher Funktionen und Strukturen im Mittelpunkt steht. Zweitens die Kompensation, bei der verlorene Funktionen, Strukturen oder Aktivitäten durch verbleibende

Teilfunktionen sowie durch das Erlernen von Ersatzstrategien ausgeglichen werden. Drittens die Adaptation, die darauf abzielt, das Leben an bestehende Einschränkungen anzupassen und die Umgebung entsprechend zu gestalten. Ziel ist es, Barrieren zu reduzieren und unterstützende Faktoren zu stärken, um den Alltag und die Teilhabe zu erleichtern. Dies kann durch verschiedene Maßnahmen erfolgen, etwa durch den Einsatz technischer Hilfsmittel wie Rollstühle oder Hörgeräte, bauliche Anpassungen im Wohnumfeld oder gezielte Unterstützung von Angehörigen, damit diese Betroffene im Alltag besser begleiten können (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 9; Lübke, 2019, S. 8).

3. Die Mobile Geriatriische Rehabilitation

3.1 Mobile geriatriische Rehabilitation in Deutschland

In Deutschland stehen unterschiedliche Formen geriatrischer Rehabilitation zur Verfügung, die sich teils hinsichtlich ihres Settings und ihrer gesetzlichen Grundlage unterscheiden. Dazu gehören stationäre und teilstationäre Behandlungen im Krankenhaus nach § 39 SGB V sowie rehabilitative Versorgungsangebote gemäß § 40 SGB V, die entweder stationär oder ambulant durchgeführt werden können (Ernst et al., 2020, S. 91-92).

Ambulante Rehabilitationsangebote stellen ganz allgemein die Möglichkeit dar, medizinische Rehabilitation in Wohnortnähe zugänglich zu machen und dadurch rehabilitative Maßnahmen zur Verfügung zu stellen, ohne dass dafür eine stationäre Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung notwendig ist (Kraft, 2024, S. 142; Benzinger, 2024, S. 137). Damit eine ambulante Rehabilitation möglich ist, müssen allerdings bestimmte Bedingungen erfüllt sein. Dazu gehört: eine gesicherte medizinische und pflegerische Versorgung im häuslichen und ambulanten Bereich, eine hinreichende Mobilität der betroffenen Person, die den Transport in die Einrichtung zulässt sowie die Lage der Einrichtung in zumutbarer Distanz zum Wohnort, maximal 45 Minuten Fahrzeit (Ernst et al., 2020, S. 83). Die ambulanten Angebote nehmen aber auch relativ viel Zeit in Anspruch, da neben den Therapieeinheiten in der Einrichtung auch Ruhezeiten berücksichtigt werden müssen, um insbesondere der geringen Belastbarkeit geriatrischer Patient/innen gerecht zu werden. Noch dazu kommt die Fahrtzeit zur Einrichtung und zurück nach Hause. Für einige ältere Menschen stellt dieser zeitliche und logistische Aufwand eine Herausforderung dar, die ihre Akzeptanz für ambulante Reha-Angebote verringern kann (Benzinger, 2024, S. 140).

Gerade in solchen Fällen bietet die mobile geriatrische Rehabilitation eine geeignete Alternative. Sie stellt eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation dar (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 6; SGB V § 40). Bei der MoGeRe unterscheidet sich das Versorgungskonzept grundlegend, denn die Rehabilitation findet im dauerhaften Wohnumfeld der betroffenen Personen statt wie z. B. in der eigenen Wohnung oder in der Pflegeeinrichtung. Im Gegensatz zu anderen Rehabilitationsformen, die stationär durchgeführt werden, benötigen Einrichtungen der MoGeRe deutlich weniger bauliche Infrastruktur. Es genügen geeignete Räumlichkeiten für administrative Tätigkeiten sowie für regelmäßig stattfindende Teambesprechungen (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 10-17). Die MoGeRe gilt als zugehende Rehabilitationsleistung, da das Rehabilitationsteam die betroffenen Personen direkt in ihrem häuslichen Umfeld aufsucht (Lübke, 2019, S. 9). Zu diesem Zweck haben MoGeRe-Einrichtungen mehrere PKWs mit denen das Personal zu den Patienten fährt (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 17).

Das multiprofessionelle Behandlungsteam kann sich unter anderem aus Fachkräften folgender Bereiche zusammensetzen: ärztliches Personal, Physiotherapie, Masseur/-innen und medizinische Bademeister/-innen, Ergotherapie, Logopädie bzw. Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, klinische Psychologie, Sozialarbeit bzw. Sozialpädagogik, Diätassistenten bzw. Ökotrophologie, rehabilitative Pflege, Sportpädagogik, Sportwissenschaft bzw. Sporttherapie sowie Psychotherapie. Die Mitarbeitenden müssen bestimmte Qualifikationsanforderungen erfüllen. So wird z. B. vom therapeutischen Personal regulär gefordert, dass mindestens zwei Jahre Berufserfahrung vorliegen. Darüber hinaus muss mindestens eine therapeutische Fachkraft pro Fachrichtung mindestens ein Jahr in Vollzeit in einer Einrichtung mit rehabilitativem Schwerpunkt im jeweiligen Indikationsgebiet gearbeitet haben (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 11-17). In Bezug auf die rehabilitative Pflege, liegt der Schwerpunkt in der MoGeRe nicht auf der Durchführung von Grund- und Behandlungspflege. Diese Aufgaben bleiben weiterhin in der Verantwortung ambulanter Pflegedienste, stationärer Pflegeeinrichtungen oder den Angehörigen der Betroffenen (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 31-32). Pflegekräfte innerhalb der mobilen Rehabilitation übernehmen eher eine anleitende Funktion. Im Vergleich zur stationären geriatrischen Rehabilitation ist der Personalbedarf in der mobilen Rehabilitation deshalb niedriger. Während in stationären Einrichtungen etwa eine Pflegekraft auf 1,4 bis 2 Patient/-innen kommt, betreut in der mobilen Rehabilitation eine Pflegekraft bis zu 10 oder sogar 15 Personen. Diese Struktur macht die mobile Rehabilitation besonders geeignet in Zeiten des Fachkräftemangels in der Pflege (Schmidt-Ohlemann, 2023).

In manchen Fällen kann es sinnvoll sein, bereits in der Kurzzeitpflege mit rehabilitativen Maßnahmen zu beginnen. Die Möglichkeit dazu ist in der mobilen Rehabilitation gegeben. Dennoch sollte der größte Teil der Therapien im dauerhaften Wohnumfeld der Betroffenen stattfinden. Denn der besondere Vorteil der MoGeRe besteht gerade darin, therapeutische Maßnahmen gezielt an die individuellen Bedingungen im häuslichen Umfeld anzupassen. Durch diese Berücksichtigung persönlicher Kontextfaktoren können die erlernten Fähigkeiten unmittelbar im Alltag angewendet und nachhaltig gefestigt werden (GKV- Spitzenverband, 2021, S. 7-8).

Insbesondere Pflegebedürftigkeit stellt häufig eine erhebliche Hürde für den Zugang zu stationärer geriatrischer Rehabilitation dar (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, 2020b, S. 38). Reha-Anträge von schwer betroffenen Personen mit höherem Pflegegrad werden oftmals mit der Begründung einer fehlenden Rehabilitationsfähigkeit abgelehnt, sowohl von Kostenträgern als auch von Einrichtungen selbst. Widerspruchsverfahren seitens der Antragsteller sind in vielen Fällen erfolgreich. Dennoch stellt ein Widerspruch für viele Betroffene eine große Hürde dar und wird oft nicht eingelegt, weil ein solches Verfahren für die Betroffenen nur schwer zu bewältigen ist und wertvolle Zeit kostet. In der Folge bleibt dieser besonders schutzbedürftigen Personengruppe häufig die Chance auf Rehabilitation verwehrt (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, 2020b, S. 32). Dies betrifft insbesondere die Zielgruppe der MoGeRe. Diese erfordert häufig einen hohen Einsatz an Ressourcen, während gleichzeitig nur begrenzte Verbesserungen in Richtung einer vollständigen Wiederherstellung der ursprünglichen Funktionsfähigkeit zu erwarten sind. Der Zugang zu herkömmlicher stationärer geriatrischer Rehabilitation bleibt ihnen daher oft verschlossen. Bei den Betroffenen lassen sich Verbesserungen der Teilhabe meist besser durch Kompensation und Adaptation erreichen. Also indem in der Therapie gezielt Strategien entwickelt werden, mit denen alltägliche Aktivitäten trotz bestehender Einschränkungen möglichst selbstständig bewältigt werden können, etwa durch neu erlernte Techniken oder Wohnraumanpassungen. Genau hier setzt auch die MoGeRe als aufsuchende Versorgungsform an. Sie hat das Potenzial, die bestehende Versorgungslücke zu schließen, indem sie eine individuell abgestimmte Rehabilitation im vertrauten Umfeld ermöglicht. Sie eröffnet einer bislang unterversorgten Gruppe gesundheitlich beeinträchtigter, oft älterer Menschen den Zugang zu rehabilitativen Maßnahmen und trägt damit maßgeblich zur Verbesserung ihrer Teilhabechancen bei (Lübke & Siegert, 2021).

Auch auf dem 126. Deutschen Ärztetag wurde die Ausweitung mobiler Rehabilitationsangebote befürwortet. Dabei wurde konstatiert, dass in der Praxis, Patient/-innen häufig zu früh aus der Kurzzeitpflege in ein häusliches Umfeld entlassen werden, das rehabilitationsmedizinisch

unzureichend versorgt wird. Infolgedessen bleibt wertvolles Rehabilitationspotenzial ungenutzt. Vor diesem Hintergrund wurde das Potenzial der mobilen Rehabilitation erkannt und deshalb im Jahr 2022 die Selbstverwaltung dazu aufgefordert, die flächendeckende Etablierung mobiler Rehabilitationsangebote zu unterstützen (Deutsche Ärztekammer, 2022, S. 181).

Durch die enge Einbindung der rehabilitativen Maßnahmen in den Alltag der Betroffenen wird deutlich, dass sich die MoGeRe an der konkreten Lebenswelt der Zielgruppe orientiert (Benzinger, 2024, S. 140). Damit steht sie im Einklang mit dem Teilhabeverständnis des Soziologen und Gerontologen Anton Amann (2019), der Teilhabe als „Handeln, das von Ressourcen ausgeht“ beschreibt (Amann, 2019, S. 35). Dieses Handeln wird durch Potenziale oder Ressourcen gelenkt. Sie können sowohl im Individuum selbst, etwa in Form von Motivation liegen, als auch in dessen Umwelt z. B. in Form von unterstützenden Strukturen oder sozialen Netzwerken. Entscheidend für die Teilhabe ist dabei, ob Menschen Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen haben und ob diese Zugänge für sie in ihrer konkreten Lebensrealität tatsächlich nutzbar sind (Amann, 2019, S. 35-53). Genau hier setzt die MoGeRe an. Sie findet im vertrauten Wohnumfeld statt und ermöglicht es, An- und Zugehörige aktiv in den Rehabilitationsprozess einzubeziehen. Auf diese Weise schafft sie einen Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen, die für die Betroffenen nur durch das mobile Setting tatsächlich nutzbar werden. Darüber hinaus lassen sich dadurch bestehende Unterstützungs- und Pflegearrangements optimieren und die Belastung pflegender Angehöriger verringern (Lübke & Siegert, 2021).

Die erste praktische Umsetzung und Erprobung der MoGeRe erfolgte im Rahmen zweier größerer Modellvorhaben (Schweizer et al., 2006; Kreiß, Salzmann-Zöbele, S. 2003). Eins davon wurde im Rahmen des Modellprojekts „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung umgesetzt. In diesem Zusammenhang wurden im Zeitraum von 1992 bis 1999 vier mobile Rehabilitationseinrichtungen aufgebaut. Innerhalb desselben Modellvorhabens erhielt ab dem Jahr 2000 eine weitere Einrichtung Unterstützung im Rahmen des Modellprojekts „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Schweizer et al., 2006, S. 8). Das zweite Modellvorhaben „Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation im Freistaat Bayern“ wurde zwischen 1996 und 2004 durch ein Förderprogramm des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen umgesetzt. Insgesamt wurden dabei sechs Modellvorhaben an vier verschiedenen Standorten realisiert (Kreiß, Salzmann-Zöbele, S. 2003, S. 5-6). Nach Abschluss der Modellphase gelang es einigen dieser Einrichtungen reguläre Versorgungsverträge zu schließen oder weiterführende Erprobungen zu vereinbaren.

Eine Einrichtung stellte ihr Angebot jedoch nach Ablauf einer zeitlich befristeten Erprobungsregelung wieder ein. Andere Projekte in Bayern scheiterten daran, dass die Koordination der Gesamtversorgung, inklusive Casemanagement, nur während der Projektlaufzeit über Fördermittel finanziert wurde. Nach Projektende fehlte es an einer Anschlussregelung mit den Kostenträgern, weshalb diese Einrichtungen nicht in den Regelbetrieb übergingen. Bis 2007 kam es insgesamt bundesweit zu keiner weiteren Zulassung mobiler Reha-Einrichtungen (Lübke, 2019, S. 11-12).

Aufgrund der demografischen und sozialen Wandlungsprozesse, insbesondere vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung mit zunehmender Multimorbidität, sah der Gesetzgeber 2007 die Notwendigkeit, mobile geriatrische Rehabilitation sozialgesetzlich zu verankern (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 6). Mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurde die MoGeRe als besondere Form der ambulanten medizinischen Rehabilitation in § 40 Abs. 1 SGB V aufgenommen (Bundestag, 2007, S. 386; Janßen, 2018, S. 6). Die Formulierung in § 40 SGB V wurde von einer Kann- in eine verbindlichere Soll-Vorschrift überführt (Bundestag, 2007, S. 386). Sie richtet sich an Personen mit meist mehreren chronischen Erkrankungen, deutlich eingeschränkter Selbstständigkeit im Alltag und einem ausgeprägten Bedarf an Unterstützung. Notwendigkeit der gesetzlichen Verankerung sah der Gesetzgeber geboten, weil die neue Formulierung den spezifischen Personenkreis adressiert, der bisher keine Rehabilitationschancen hatte. Zu dieser von Unterversorgung betroffenen Gruppe von Patienten gehören überwiegend ältere Menschen, sie umfasst aber auch jüngere Personen mit schweren Behinderungen und ausgeprägtem Rehabilitationsbedarf. Wie bereits beschrieben fallen diese Menschen trotz Rehabilitationsfähigkeit oft durchs Raster und werden nicht in bestehende Rehabilitationsstrukturen aufgenommen, da diese nicht ausreichend auf ihre spezifischen Bedarfe und Lebenssituationen ausgerichtet sind (Schmidt-Ohlemann, Schweizer, 2009, S. 16-17).

Anfangs richtete sich das Angebot der mobilen Rehabilitation ausschließlich an eine geriatrische Klientel. Seit dem Jahr 2016 gibt es jedoch die Möglichkeit diese Form der Rehabilitation auch indikationsspezifisch für Patientengruppen außerhalb des geriatrischen Spektrums anzubieten. Trotz dieser Erweiterung wurden bisher aber keine neuen indikationsspezifischen mobilen Einrichtungen gegründet. Theoretisch lässt sich somit zwar allgemein von mobiler Rehabilitation sprechen, in der praktischen Umsetzung beschränkt sich diese Versorgungsform in Deutschland jedoch weitgehend auf den geriatrischen Bereich. Daher ist meist von mobiler geriatrischer Rehabilitation die Rede (Lübke, 2019, S. 6).

3.2 Zielgruppe und Ausweitung der Indikationen

Im Jahr 2007 wurden spezifische Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation veröffentlicht, an denen sich neue Einrichtungen bei der Ausgestaltung ihres Angebots orientieren mussten (Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2007). 2021 folgten aktualisierte Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation (GKV-Spitzenverband, 2021). Ein wesentlicher Unterschied zwischen den Rahmenempfehlungen von 2007 und den Gemeinsamen Empfehlungen von 2021 betrifft die Zielgruppe der MoGeRe. Die Indikationsstellung wurde deutlich erweitert (Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2007, S. 4; GKV-Spitzenverband, 2021, S. 6). In der Präambel der Rahmenempfehlungen von 2007 hieß es noch:

Die mobile Rehabilitation kommt dabei insbesondere für eine Gruppe rehabilitationsbedürftiger geriatrischer Patienten in Betracht, deren Rehabilitationsprognose nur in der gewohnten oder ständigen Wohnumgebung positiv einzuschätzen ist, z. B. weil sie unter kognitiven Einschränkungen leiden oder in besonderem Maße auf die Mitwirkung und Unterstützung der Angehörigen/Bezugspersonen oder die Bedingungen des gewohnten oder ständigen Wohnungsumfeldes angewiesen sind. (Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2007, S. 4)

Die MoGeRe war demnach lange Zeit ausschließlich für Personen vorgesehen, bei denen eine erfolversprechende Rehabilitation nur im gewohnten oder dauerhaften Umfeld als realistisch eingeschätzt wurde. Entsprechend war der potenzielle Kreis an Anspruchsberechtigten von vornherein deutlich eingeschränkt (Ernst et al., 2020, S. 84). Unter diesen Rahmenempfehlungen kam die MoGeRe vor allem für Menschen infrage, die neben ihrer rehabilitationsbegründenden Erkrankung kognitive Beeinträchtigungen aufwiesen, wie Gedächtnis-, Konzentrations- oder Orientierungsprobleme, etwa infolge einer fortgeschrittenen Demenz. In einer ungewohnten Umgebung können sich diese Symptome weiter verschlimmern, während ein vertrautes Umfeld die geistige Leistungsfähigkeit fördert und so die Erfolgsaussichten einer Rehabilitation verbessert. Für andere Rehabilitationsformen würde diese Personengruppe in der Regel oft nicht als rehabilitationsfähig gelten. Außerdem richteten sich die damaligen Rahmenempfehlungen auch an Personen mit ausgeprägten Hör-, Seh- oder Kommunikationsbeeinträchtigungen, die in besonderem Maße an die spezifischen Gegebenheiten ihres bereits modifizierten Wohnraums gebunden sind, beispielsweise durch technisch-apparative Hilfen (Lübke & Siegert, 2021; Ernst et al., 2020, S. 84). Darüber hinaus können auch starke verhaltensbezogene Symptome wie Angst, Unruhe oder Wahnvorstellungen, die sich außerhalb des gewohnten Umfelds verstärken und eine Behandlung erschweren, eine MoGeRe im häuslichen Umfeld

erforderlich machen (Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2007, S. 8). Lediglich diese beschriebenen speziellen Indikationen waren ursprünglich für eine MoGeRe vorgesehen.

Seit 2021 gelten neue Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation, durch die eine deutliche Indikationsausweitung vorgenommen wurde. Dort heißt es in der Präambel nunmehr:

Die mobile Rehabilitation kommt dabei insbesondere für eine Gruppe rehabilitationsbedürftiger Patienten in Betracht, für die das Erreichen der für sie relevanten Rehabilitationsziele mit größtmöglichem Erfolg im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld anzunehmen ist. (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 6)

Bei der Wahl des Rehabilitationssettings steht inzwischen nicht mehr allein der Ausschluss anderer Rehabilitationsformen im Vordergrund, sondern vielmehr die Frage, unter welchen Rahmenbedingungen die individuellen Rehabilitationsziele einer Person bestmöglich erreicht werden können. Dadurch lassen sich vor allem pflegebedürftige Personen besser in rehabilitative Maßnahmen einbinden, was ihnen wiederum den Zugang zu besseren Teilhabechancen ermöglicht (Lübke & Siegert, 2021).

Kognitive Beeinträchtigungen oder ein erhöhter Pflegebedarf stellen grundsätzlich keinen Hinderungsgrund für die Durchführung einer Rehabilitation dar. Viele Betroffene stehen einem Wechsel ihres gewohnten Umfelds, etwa in eine stationäre Rehabilitation, allerdings skeptisch gegenüber und lehnen diesen häufig ab. Eine Rehabilitation kommt für sie oft nur dann infrage, wenn sie in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Zudem äußern die Betroffenen häufig den Wunsch, dass Angehörige stärker in den Rehabilitationsprozess einbezogen werden (Benzinger, 2024, S. 138-139). Gerade in solchen Fällen ist die MoGeRe geeignet und erweist sich mit ihrer erweiterten Indikationsstellung als vorteilhaft.

Durch die Ausweitung der Indikationen wurde das Angebot der MoGeRe insgesamt für einen größeren Personenkreis zugänglich gemacht. Mit der wachsenden Zahl potenzieller Patientinnen und Patienten, die gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen von 2021 Anspruch auf mobile geriatrische Rehabilitation haben, steigt auch der Bedarf an entsprechenden Einrichtungen.

3.3 Rechtliche Grundlagen

Die rehabilitative Medizin bildet neben der Akut- und Heilbehandlung einen zentralen Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung. Ihr rechtlicher Rahmen ist in Deutschland im SGB IX verankert. Diese gesetzliche Grundlage sichert Menschen mit (drohender) Behinderung einen

Anspruch auf Leistungen, die ihre Selbstbestimmung fördern, eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen und Benachteiligungen entgegenwirken sollen. Nach § 4 SGB IX zählen zu den Teilhabeleistungen auch sämtliche soziale Unterstützungsmaßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, eine Pflegebedürftigkeit zu verhindern, deren Ausmaß zu verringern oder eine Verschlechterung des Zustands zu vermeiden. Ebenso sollen sie dazu beitragen, dass weitere Sozialleistungen nicht frühzeitig in Anspruch genommen werden müssen. Die gesetzliche Grundlage sichert den Grundsatz „*Rehabilitation vor Pflege*“. Damit hebt sie die Bedeutung von Leistungen zur Förderung der Teilhabe hervor, um auch zu verhindern, dass Pflegeleistungen früher als nötig in Anspruch genommen werden (Jamour et al., 2014, S. 389).

Die MoGeRe fällt unter den Sicherstellungsauftrag gemäß § 36 SGB IX. Dieser legt dar, dass die Rehabilitationsträger gemeinsam, unter Einbeziehung von Bund und Ländern, dafür verantwortlich sind, dass es bundesweit genügend Reha-Dienste und Einrichtungen gibt. Diese sollen sowohl fachlich geeignet als auch regional gut erreichbar sein. Außerdem müssen sie sicherstellen, dass es keine Barrieren beim Zugang gibt, damit alle Menschen die Angebote nutzen können (SGB 9 § 36; Schmidt-Ohlemann, 2023).

Rehabilitationsträger für Leistungen der medizinischen Rehabilitation und somit für die Finanzierung verantwortlich, sind die gesetzlichen Krankenkassen (Benzinger, 2024, S. 139; SGB IX § 5; SGB IX § 6). Dabei besteht ein grundsätzliches Schnittstellenproblem: Während die Kosten der Rehabilitation von den Krankenkassen getragen werden, liegt der Nutzen häufig auf Seiten der Pflegekassen. Die Krankenkassen haben daher nur einen geringen Anreiz, in rehabilitative Maßnahmen zu investieren, da der positive Effekt, etwa in Form geringerer Pflegebedürftigkeit, vor allem den Pflegekassen zugutekommt (Jacobs & Greß, 2017, S. 207-208).

Laut § 40 Abs. 1 SGB V zählt MoGeRe zu den ambulanten Angeboten der medizinischen Rehabilitation. Der rechtliche Rahmen dieser Rehabilitationsleistungen, ist im SGB V, im SGB IX sowie in der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu finden (GKV-Spitzenverband, 2021, S. 7; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024, S. 4-5). Damit eine Einrichtung ambulante Rehabilitation erbringen darf, muss sie einen Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V vorweisen. Dieser stellt sowohl die Leistungserbringung als auch deren Finanzierung sicher (Benzinger, 2024, S. 140).

Mit der MoGeRe werden zwei sozialgesetzliche Leitlinien praktisch umgesetzt. Zum einen der bereits erwähnte Grundsatz „*Rehabilitation vor Pflege*“, der darauf abzielt, Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden oder hinauszuzögern und zum anderen das Prinzip „*ambulant vor*

stationär“ (Deutscher Bundestag, 2006, S. 106). Der Grundsatz „*Rehabilitation vor Pflege*“ ist seit 1989 Bestandteil des Rechtsrahmens und wurde mit dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) fest verankert. Paragraph 31 SGB XI legt fest, dass dieser Grundsatz auch dann bestehen bleibt, wenn Pflegebedürftigkeit bereits eingetreten ist. Das Ziel der Rehabilitation ist in solchen Fällen, die Pflegebedürftigkeit zu verringern, deren Verschlimmerung zu verhindern oder sie im besten Fall ganz zu überwinden (Benzinger, 2024, S. 139). Im Kontext der ambulanten Rehabilitation kommt dem Grundsatz „*ambulant vor stationär*“ besondere Bedeutung zu. Stehen geeignete ambulante Rehabilitationsangebote wohnortnah zur Verfügung und ist ihre Inanspruchnahme für die betroffenen Personen sowohl möglich als auch medizinisch sinnvoll, sind diese gegenüber stationären Maßnahmen vorrangig zu nutzen. Die gesetzliche Grundlage hierfür bildet § 40 SGB V. Nur wenn ambulante Angebote nicht ausreichen oder nicht geeignet sind, soll auf stationäre Rehabilitationsmöglichkeiten zurückgegriffen werden (Ernst et al., 2020, S. 83).

Eine bedeutende Entwicklung für die Rehabilitation im Alter lieferte 2020 das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG). Das IPReG trug maßgeblich dazu bei, den Zugang zu medizinischer Rehabilitation zu verbessern und schuf zugleich bessere Rahmenbedingungen für eine wirtschaftlich angemessenere Vergütung entsprechender Leistungen. Im Zuge des Gesetzes wurde erstmals eine bundesweit verbindliche Schiedsstelle für Rahmenempfehlungen und Versorgungsverträge im Bereich der medizinischen Rehabilitation eingerichtet. Diese Schiedsstelle dient der Klärung von Konflikten zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen, insbesondere bei Uneinigkeiten über die Rahmenempfehlungen und Vertragsabschlüsse. Außerdem gab es bis zu diesem Zeitpunkt keine einheitliche Grundlage für die Gestaltung von Versorgungs- und Vergütungsverträgen in der medizinischen Rehabilitation. Durch das IPReG wurden deshalb der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene, zur verbindlichen Entwicklung bundeseinheitlicher Regelungen verpflichtet (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Diese sind zum 01.07.2025 in Form der neuen Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation als untergesetzliche Regelungen in Kraft getreten. Erstmals wurde durch diese Vereinbarungen eine bundesweit einheitliche Grundlage für die inhaltliche Ausgestaltung, den Umfang und die Qualität der entsprechenden Leistungen geschaffen. Zudem enthalten sie verbindliche Grundsätze für eine leistungsgerechte Vergütung. Ziel ist es, dadurch die Transparenz im Reha- und Vorsorgesektor bundesweit zu erhöhen und vergleichbare Rahmenbedingungen zu schaffen (Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation, 2025, S. 4).

3.4 Gründung

In den Rahmenempfehlungen zur mobilen Rehabilitation werden hinsichtlich der Trägerschaft keine konkreten gesetzlichen Vorgaben festgelegt. Es wird lediglich beschrieben, dass MoGeRe idealerweise von Einrichtungen durchgeführt werden soll, die bereits in der geriatrisch-rehabilitativen oder mobil-rehabilitativen Versorgung anderer Indikationen tätig sind. Hierzu zählen unter anderem Akutkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Sozialstationen oder Pflegeeinrichtungen. Dies ist aber keine zwingende Vorschrift, sodass die Gründung neuer, ausschließlich auf mobile Rehabilitation spezialisierter Einrichtungen grundsätzlich genauso möglich ist (GKV-Spitzenverband et al, 2021, S. 21-27). Um eine MoGeRe-Einrichtung zu gründen bedarf es eines Versorgungsvertrags, der zwischen dem Leistungserbringer und den Krankenkassen geschlossen wird. Mit dem Abschluss erhält der Leistungserbringer die Zulassung zur Erbringung mobiler geriatrischer Rehabilitationsleistungen für die Dauer der Vertragslaufzeit (Bundesarbeitsgemeinschaft MoRe, o.D.a). Zentrale Voraussetzung für die Zulassung und den Erhalt des Versorgungsvertrags ist zuvor die Erstellung eines detaillierten Konzeptes, dass die geplante Struktur, Organisation und Durchführung der mobilen Rehabilitation umfassend und strukturiert darlegt. Dieses Konzept wird von der Einrichtung, die die MoGeRe plant, entwickelt und verschriftlicht. Es muss sich eng an den Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation aus dem Jahr 2021 orientieren und in Übereinstimmung mit den Grundsätzen des biopsychosozialen Modells der WHO stehen. Die Leistungen sind indikationsspezifisch und auf Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes auszugestalten. Dabei muss das Rehabilitationskonzept neben klaren Zieldefinitionen auch Angaben zur rehabilitativen Diagnostik und Behandlung, zur Therapieplanung und -durchführung sowie zur systematischen Dokumentation enthalten. Ferner sind Informationen zur personellen Besetzung, zur räumlichen und materiellen Ausstattung der Einrichtung sowie zum vorgesehenen Einzugsgebiet darzustellen. Ebenso erforderlich sind Beschreibungen zu anzuwendenden Behandlungsstandards sowie Informationen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung. Das von der Einrichtung erstellte Konzept für den Betrieb einer MoGeRe-Einrichtung wird vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen begutachtet, der als sozialmedizinischer Beratungs- und Begutachtungsdienst im Auftrag der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung fungiert (GKV-Spitzenverband, 2010, S. 5). Er prüft das eingereichte Konzept der entstehenden MoGeRe-Einrichtung und stellt gegebenenfalls Nachbesserungsbedarf fest. Sind Anpassungen erforderlich, soll er sämtliche notwendige Änderungen vollständig und abschließend in seiner Stellungnahme zusammenfassen und diese an die Krankenkasse übermitteln. Dadurch soll sichergestellt werden, dass bei späteren Prüfungen keine weiteren Beanstandungen zu bislang nicht bemängelten Aspekten erfolgen.

Im Anschluss soll die Krankenkasse den Leistungserbringer zeitnah über die festgestellten konzeptionellen Schwachstellen informieren (GKV-Spitzenverband, 2010, S. 5-6). Sobald der Versorgungsvertrag vorliegt, ist die Vereinbarung über die Vergütung der nächste entscheidende Schritt zur Aufnahme des Betriebs der MoGeRe-Einrichtung. Die Vergütung der erbrachten Leistungen wird in gesonderten Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen ausgehandelt. Sowohl die Ausgestaltung der Versorgungsverträge als auch die der Vergütungsvereinbarungen basiert auf den Rahmenempfehlungen, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringer auf Bundesebene vereinbart wurden (SGB V § 111c). Entsprechende Verhandlungen können in Abstimmung mit allen Kassenverbänden geführt werden, allerdings zielen einzelne Krankenkassen auch auf den Abschluss separater Vergütungsvereinbarungen ab. Die Vergütung ist bislang nicht bundesweit einheitlich geregelt, sondern wird auf Landesebene teils unterschiedlich berechnet, wodurch die Höhe der Vergütung in den einzelnen Bundesländern verschieden ist. Sie setzt sich in der Regel aus zwei Komponenten zusammen: dem Entgelt für eine Therapie- bzw. Leistungseinheit sowie einer pauschalen Erstattung der Fahrtkosten pro Behandlungstermin. In die Kalkulation der Vergütung pro Therapie- bzw. Leistungseinheit fließen alle personellen und sachlichen Ressourcen ein, die für die Durchführung der rehabilitativen Maßnahme notwendig sind. Darüber hinaus beinhalten die Vergütungsanforderungen der Einrichtungen in der Regel einen Zuschlag zur Absicherung betrieblicher Risiken (Bundesarbeitsgemeinschaft MoRe, o.D.a). Außerdem dürfen Gehälter grundsätzlich bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen gezahlt werden, ohne dass dies als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann (SGB V § 111c).

3.5 Bestandsaufnahme

Nach aktuellen Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (BAG MoRe) gibt es derzeit 22 Standorte mobiler Rehabilitation in Deutschland.

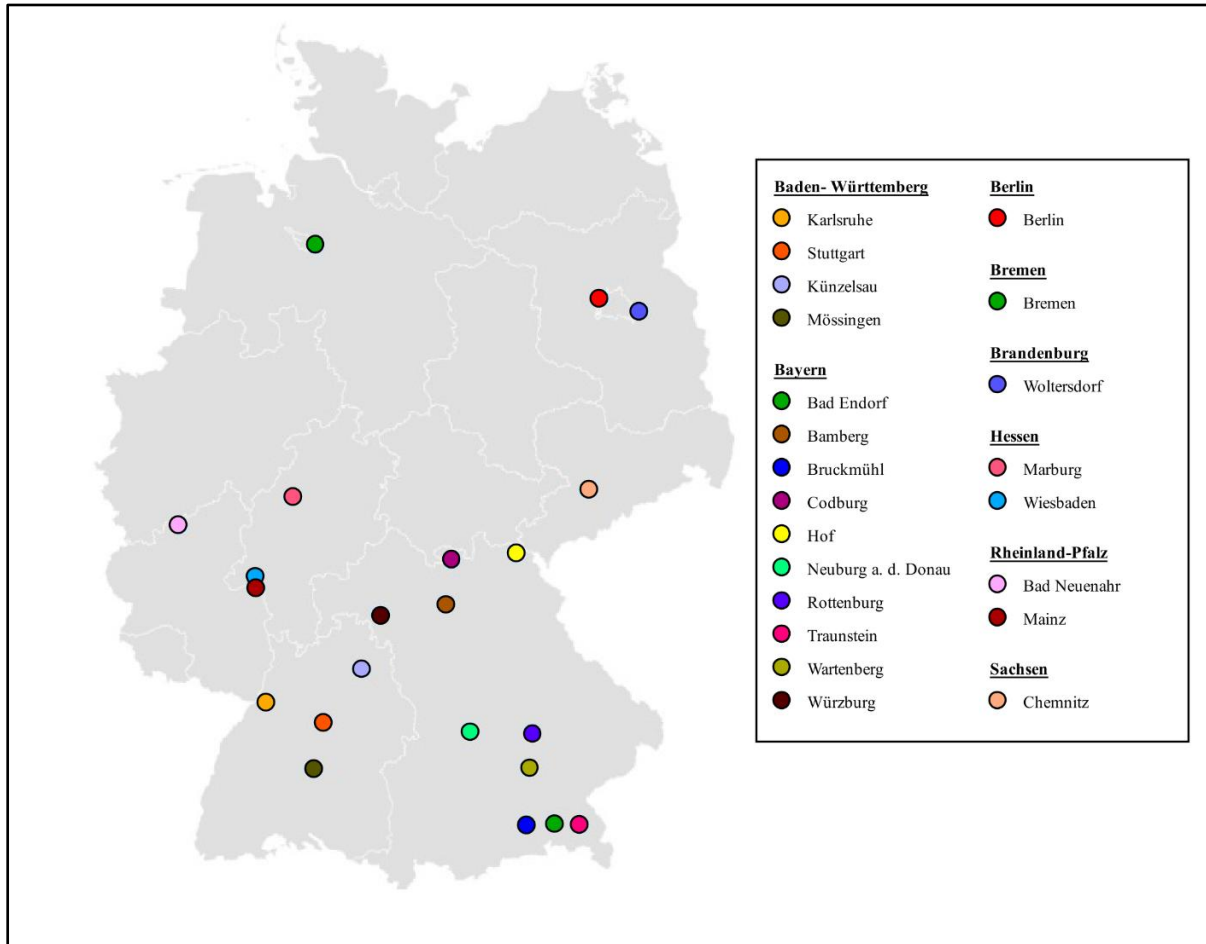


Abbildung 2: Aktuelle Standorte mobiler Rehabilitation in Deutschland. (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation, o.D.b)

Wie Abbildung 2 zu entnehmen ist, zeigt sich deutlich die ungleiche regionale Verteilung der Standorte. Zehn der bestehenden und damit fast die Hälfte aller Einrichtungen, befinden sich in Bayern, gefolgt von Baden-Württemberg mit vier Standorten (BAG MoRe, o.D.b). Ein möglicher Grund für die Vorreiterrolle Bayerns ist die dort verfügbare Anschubfinanzierung für die Gründung einer entsprechenden Einrichtungen (Lübke & Siegert, 2021). Die Entwicklung mobiler geriatrischer Rehabilitationsstrukturen wird in Bayern speziell vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention vorangetrieben. MoGeRe gilt in Bayern als Bestandteil einer umfassenden Gesundheitsversorgung älterer Menschen, mit dem Ziel auch bislang unterversorgten Personengruppen den Zugang zu rehabilitativen Maßnahmen zu ermöglichen. Laut Angaben des Staatsministeriums waren in Bayern bis 2014 lediglich drei MoGeRe-Einrichtungen offiziell zugelassen. Ab 2015 wurden neu entstehende Einrichtungen in

der Anfangsphase mit einer Anschubfinanzierung von bis zu 25.000 Euro gefördert. Damit wollte Bayern den Aufbau dieser Einrichtungen erleichtern und die Umsetzung beschleunigen (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention, 2024, S. 2-3).

Als Anlaufstelle rund um das Thema mobile Rehabilitation in Deutschland fungiert die BAG MoRe. Ihr Ziel ist es, den Ausbau mobiler Rehabilitationsangebote bundesweit voranzutreiben. Zu diesem Zweck bietet sie fachliche Beratung und Unterstützung für Personen und Einrichtungen, die an einer Gründung interessiert sind. Zu den Angeboten der BAG MoRe für Interessierte zählen die mindestens einmal jährlich stattfindenden Gründerseminare. In diesen soll vermittelt werden, wie der Aufbau einer entsprechenden Einrichtung gelingen kann und welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Darüber hinaus steht die BAG MoRe Einrichtungen auch im Gründungsprozess zur Seite und berät sie in Gründungsverhandlungen (BAG MoRe, o.D.c). Aktuell befinden sich 19 Einrichtungen aktiv im Gründungsprozess (Siegert, 2025).

Tabelle 1: Teilnehmerzahlen an den Gründerseminaren. (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Siegert, 2025)

Jahr	Teilnehmeranzahl
2018	14
2019	15
2020	pandemiebedingte Pause
2021	24
2022	34
2023	18
2024	27
2025	20*

*Stand: Mai 2025

Tabelle 1 zeigt die Anzahl der Teilnehmenden an den Gründerseminaren im Zeitraum von 2018 bis Mitte 2025. Für das Jahr 2025 ist noch ein weiteres Gründerseminar geplant, sodass die bisher erfassten 20 Teilnehmenden noch keine endgültige Zahl für das Gesamtjahr darstellen. Bei der Interpretation der Zahlen ist zu beachten, dass pro Einrichtung häufig mehrere Personen, in der Regel zwei bis drei, an den Seminaren teilnehmen (Siegert, 2025). Die Teilnehmerzahlen lassen daher keine direkten Rückschlüsse auf die Anzahl tatsächlich geplanter Gründungsvorhaben zu, zumal nicht alle Teilnehmenden anschließend auch gründen. Dennoch verdeutlichen die Zahlen das grundsätzliche Interesse potenzieller Gründer an der Thematik der mobilen Rehabilitation.

Tabelle 2: Entwicklung der Anzahl an Einrichtungen und Fallzahlen. (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kompetenz-Centrum Geriatrie, 2024; Bundesverband Geriatrie, 2023, S. 89)

Jahr	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Fälle
2008	2	97
2009	2	132
2010	6	167
2011	8	230
2012	10	367
2013	10	503
2014	11	780
2015	11	997
2016	12	1.242
2017	14	1.357
2018	15	1.710
2019	17	2.121
2020	19	2.144
2021	20	2.644
2022	20	2.943
2023	21	3.089

In Tabelle 2 wird die Entwicklung der Anzahl mobiler Rehabilitationseinrichtungen sowie der jährlich behandelten Fälle in Deutschland im Zeitraum von 2008 bis 2023 abgebildet. Im Jahr 2008 gab es lediglich zwei Einrichtungen mit insgesamt 97 dokumentierten Behandlungsfällen. Trotz mehrerer Phasen ohne Zuwachs bei der Anzahl der Einrichtungen ist die Zahl der behandelten Fälle kontinuierlich gestiegen. Bis 2023 erhöhte sich die Anzahl der Einrichtungen auf 21, während die Behandlungsfälle von anfänglich 97 im Jahr 2008 auf 3.089 im Jahr 2023 anstiegen (Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG), 2024). Trotz erleichternder Umsetzungshinweise/Übergangsregelungen zur MoGeRe im Jahr 2010 sowie einer indikationsbezogenen Öffnung des Angebots auch für jüngere Personen im Jahr 2016 kam es nicht zu einer nennenswerten Ausweitung mobiler Einrichtungen (Lübke & Siegert, 2021). Bis Mitte 2025 haben sich 22 MoGeRe-Einrichtungen etabliert (BAG MoRe, o.D.b). So wird deutlich, dass das Angebot für viele Menschen gar nicht nutzbar ist, da es bei dieser Anzahl an Einrichtungen einem Großteil der Betroffenen nicht wohnortnah zur Verfügung steht. Um die in den Gemeinsamen Empfehlungen genannten Patienten und Patientinnen bedarfsgerecht zu versorgen, wird pro 200.000 Einwohner ein mobiles geriatrisches Behandlungsteam benötigt. Daraus ergibt sich ein bundesweiter Bedarf von etwa 400 Einrichtungen (Schmidt-Ohlemann, 2023).

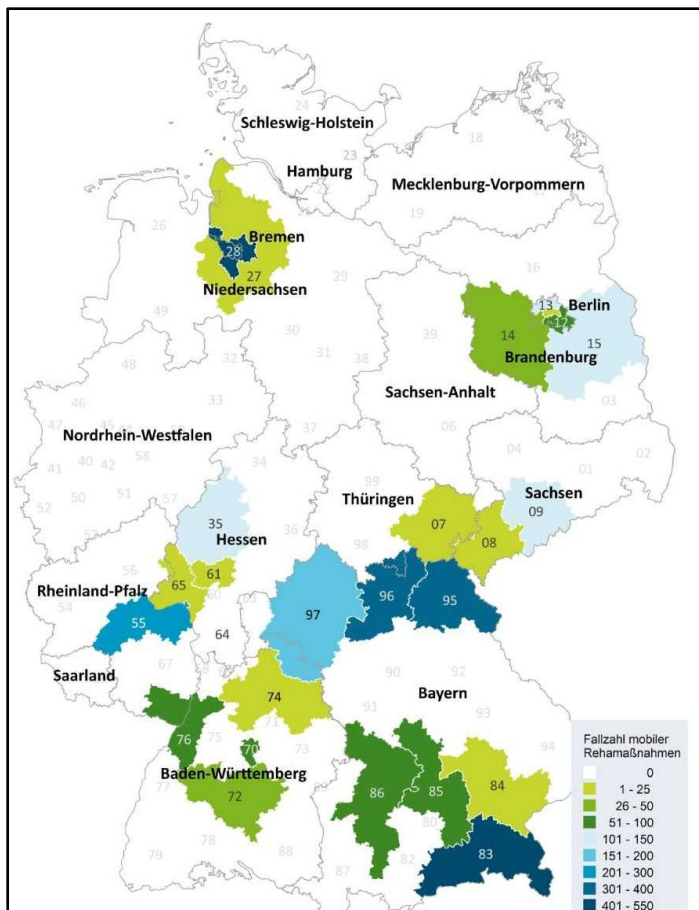


Abbildung 3: Fallzahl mobiler Rehabilitationsmaßnahmen im zweistelligen PLZ-Bereich. (Quelle: Kompetenz-Centrum Geriatrie, 2024)

Neben der zuvor beschriebenen zeitlichen Entwicklung der Einrichtungen und Fallzahlen liefert Abbildung 3 nun eine räumliche Perspektive. Dabei wird gezeigt, wie sich die Fallzahlen mobiler Rehabilitationsmaßnahmen im Jahr 2023 regional verteilen. Die Darstellung nach zweistelligen Postleitzahlenbereichen macht deutlich, in welchen Teilen Deutschlands MoGeRe bereits stärker in Anspruch genommen wird und wo sie kaum oder gar nicht stattfindet. Jede farblich markierte Fläche repräsentiert dabei einen PLZ-Bereich, in dem die jeweils dokumentierten Fallzahlen für das Jahr 2023 eingetragen sind. Die Karte macht erhebliche regionale Unterschiede deutlich. Besonders hohe Fallzahlen zeigen sich in Bremen sowie in den südlichen Bundesländern, insbesondere in Bayern, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz. Im Gegensatz dazu finden sich in weiten Teilen Nord- und Ostdeutschlands sowie im bevölkerungsreichen Nordrhein-Westfalen nur sehr geringe Fallzahlen oder gar keine dokumentierten Maßnahmen (KCG, 2024). Die Abbildung verdeutlicht ein erhebliches regionales Ungleichgewicht. Eine bedarfsgerechte Versorgung ist im bundesweiten Vergleich somit nicht gewährleistet (KCG, 2024; BVG, S. 68-69).

Auch der Bundesverband Geriatrie weist darauf hin, dass der bestehende Versorgungsbedarf im Bereich der MoGeRe mit den gegenwärtigen Strukturen nicht annähernd gedeckt werden kann. Vielmehr besteht erheblicher Ausbaubedarf des mobilen Angebots. Diese Einschätzung gewinnt auch im Kontext der zunehmenden Ambulantisierung medizinischer Versorgungsstrukturen in den letzten Jahren an Bedeutung. Immer mehr Leistungen werden außerhalb des stationären Sektors erbracht. Eine Entwicklung, die sowohl auf patientenseitige Präferenzen als auch auf gesetzliche Vorgaben zurückzuführen ist. Letztere räumen ambulanten Angeboten grundsätzlich den Vorrang ein. Im Bereich der geriatrischen Versorgung zeigt sich diese Entwicklung bislang jedoch nur in begrenztem Umfang, obwohl auch hier im teilstationären und ambulanten Bereich eine verstärkte Nachfrage nach altersgerechten und wohnortnahen Versorgungsangeboten festzustellen ist (BVG, 2023, S. 84-89).

Seit 2008 wird die MoGeRe durch eine verbindliche Basisdokumentation begleitet. Alle Einrichtungen, die mobile Rehabilitationsmaßnahmen anbieten, sind verpflichtet, jedes Jahr Daten an das Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) zu übermitteln. Dieses wertet die Daten im Auftrag der bundesweiten Krankenkassenverbände aus und erstellt jährlich entsprechende Berichte (KCG, 2024, Anhang A). Die MoGeRe gilt damit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung als die am besten dokumentierte Rehabilitationsform (KCG, 2021). Die Auswertung der erhobenen Daten verfolgt das Ziel eine belastbare Datenbasis zu schaffen, die als Grundlage für zukünftige Versorgungsentscheidungen sowie zur möglichen Weiterentwicklung der MoGeRe und ihrer konzeptionellen Ausrichtung dienen soll. Im Jahr 2023 wurden insgesamt 3.089 mobile geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen dokumentiert, die von den 21 zu diesem Zeitpunkt tätigen Einrichtungen durchgeführt wurden (KCG, 2024, Anhang A).

Ein Blick auf bestimmte Merkmale der behandelten Personen im Jahr 2023 zeigt, welche Personen besonders häufig von MoGeRe Gebrauch machen. Im Schnitt waren die betroffenen Personen 83 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Frauen lag bei 84 Jahren und das der Männer bei 81 Jahren. Frauen waren mit 64 % häufiger als Männer Empfängerinnen mobiler rehabilitativer Maßnahmen. Etwa 30 % der behandelten Personen waren Pflegeheimbewohner/-innen (KCG, 2024, Anhang A). Der Jahresbericht erfasst auch die sogenannten Allokationsgründe für die MoGeRe. Dabei handelt es sich um fachlich begründete Kriterien, auf deren Basis eine Person dieser Versorgungsform zugewiesen wird. Diese Erhebung gewinnt insbesondere im Zusammenhang mit der Indikationsausweitung im Jahr 2021 an Bedeutung. Seitdem wird zwischen exklusiven und erweiterten Gründen unterschieden. Exklusive Gründe gemäß der alten Rahmenempfehlungen liegen vor, wenn die rehabilitative Maßnahme ausschließlich im mobilen

Setting durchführbar ist. Erweiterte Gründe beschreiben Fälle, in denen die Maßnahme auch in einem anderen Setting möglich wäre, jedoch die Ziele der Rehabilitation im mobilen Rahmen voraussichtlich besser erreicht werden können. Im Jahr 2023 wurden erweiterte Allokationsgründe öfter als exklusive angegeben. Am häufigsten wurde bei den exklusiven Gründen eine erhebliche Schädigung mentaler Funktionen benannt. Zu den am meist dokumentierten erweiterten Gründen zählten ein eingeschränktes Restitutionspotenzial sowie der Kontextfaktor eines begrenzten Lebensumfelds (KCG, 2024, Anhang A). Bei den rehabilitationsrelevanten Hauptdiagnosen führten Frakturen des Oberschenkels, Störungen des Ganges und der Mobilität sowie Hirninfarkte die Statistik an. Die Mehrheit der Betroffenen wies außerdem einen Pflegegrad 2 oder 3 auf. Bezüglich der Zuweisungspfade zeigt der Jahresbericht, dass ein Großteil der Fälle im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt (75 %) oder direkt aus der vertragsärztlichen Versorgung (22 %) in die MoGeRe überwiesen wurde (KCG, 2024, Anhang A).

3.6 Forschungsstand

Das Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit besteht darin, zu untersuchen, warum das Angebot der MoGeRe bislang in der Breite nicht existiert und dabei auch Barrieren zu identifizieren, die Gründungsvorhaben erschweren. In diesem Zusammenhang sind auch Studien zum Bedarf und zur Wirksamkeit geriatrischer Rehabilitation von Bedeutung. Eine Ausweitung des Angebots ist nur bei nachgewiesenem Bedarf gerechtfertigt und die Etablierung weiterer Standorte ist nur bei Wirksamkeit des Angebots sinnvoll. Daher werden zunächst Forschungsergebnisse behandelt, die den Bedarf und die Wirksamkeit geriatrischer Rehabilitation thematisieren.

Die Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen konnte in internationalen Studien auch für ältere und pflegebedürftige Personen grundsätzlich nachgewiesen werden. Dabei zeigten sich positive Effekte in zahlreichen für die Betroffenen wichtigen gesundheitsbezogenen Ergebniskriterien, etwa hinsichtlich der Mortalität, dem Grad der Pflegeabhängigkeit, der Pflegeheimaufnahmerate sowie den Fähigkeiten zur Bewältigung alltäglicher Aktivitäten. Einzelne Befunde deuten sogar darauf hin, dass insbesondere hochaltrige und stärker beeinträchtigte Personen im Verhältnis zu ihrem Ausgangszustand tendenziell größere Behandlungseffekte erzielen als jüngere oder weniger eingeschränkte Personen (KCG, 2015, S. 3-5). Speziell im deutschen Forschungskontext konnte die Wirksamkeit geriatrischer Rehabilitation auch bei hochaltrigen Menschen sowie bei älteren Personen mit der Nebendiagnose Demenz belegt werden (Jamour et al., 2014; Korczak et al., 2012). So zeigten sich selbst bei über 90-Jährigen zum Abschluss der Rehabilitation relevante funktionelle Verbesserungen (Jamour et al., 2014, S. 392). Bei Personen mit

dementiellen Erkrankungen wirken sich insbesondere eine vertraute häusliche Umgebung sowie die Einbindung von Angehörigen in den Behandlungsprozess positiv auf den Rehabilitationserfolg aus (Korczak et al., 2012, S. 1-2).

Ebenso weisen Studienergebnisse auch für den spezifischen Bereich der MoGeRe auf die Effektivität der Maßnahmen hin (Schweizer, 2005; Kreiß & Salzmann-Zöbele, 2003; Schulz et al., 2013). Die Ergebnisse fielen durchweg positiv aus, etwa im Hinblick auf funktionelle Fähigkeiten, das Erreichen von festgelegten Rehabilitationszielen und subjektiv wahrgenommene Verbesserungen der eigenen Lebenssituation. Dies zeigte sich teilweise auch mit positiven Langzeiteffekten (Schweizer, 2005, S. 74; Kreiß & Salzmann-Zöbele, 2003, S. 32). Auch mobile Rehabilitation speziell bei funktionell schwer beeinträchtigten Menschen führte zu deutlichen Verbesserungen der Alltagskompetenz und Mobilität (Schulz et al., 2013, S. 150).

Im Hinblick auf den Bedarf an geriatrischer Rehabilitation stellt das Weißbuch Geriatrie aktuelle Bedarfszahlen dar. Dabei wird deutlich festgestellt, dass das bestehende Angebot mobiler geriatrischer Rehabilitation den tatsächlichen Versorgungsbedarf bei weitem nicht deckt und erheblicher Ausbaubedarf besteht (BVG, 2023, S. 89). Diese Einschätzung deckt sich mit den Ergebnissen einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Studie aus dem Jahr 2018 zur Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs sowie zur Evaluation der MoGeRe in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege (Janßen et al., 2018). Erstmals wurde ein Vergleich zwischen einer Interventionsgruppe mit rehabilitativer Behandlung und einer Vergleichsgruppe von Personen mit Rehabilitationsindikation, die jedoch keine Maßnahmen erhielten, durchgeführt. Dabei zeigten sich in sämtlichen betrachteten Bereichen bei den Personen, die mobile Rehabilitationsleistungen erhielten durchschnittlich Verbesserungen, die auch in der Nacherhebung noch stabil blieben. Die Studie zeigte sowohl in stationären Langzeit- als auch in Kurzzeitpflegeeinrichtungen einen hohen Bedarf an rehabilitativen Maßnahmen. Besonders ausgeprägt war der Versorgungsbedarf im Bereich der MoGeRe, da viele der Betroffenen weder für stationäre noch für andere ambulante Angebote infrage kamen. Darüber hinaus wurde eine gesundheitsökonomische Analyse durchgeführt, die darauf hindeutet, dass die MoGeRe potenziell zu Kosteneinsparungen im Pflege- und Krankenkassensystem beitragen kann. Die Untersuchung erweckt aber auch den Eindruck, dass entsprechende mobile Rehabilitationsleistungen zum Zeitpunkt der Betrachtung nicht adäquat gegenfinanziert waren (Janßen, 2018, S. 6-10). Durch Gespräche mit leitenden Akteur/-innen mobiler Rehabilitation konnten zudem verschiedene (unternehmerische) Risikofaktoren identifiziert werden. Auf personeller Ebene wurde unter anderem auf die angespannte Marktlage für die Neugewinnung von Personal

sowie auf die hohen Qualifikationsanforderungen hingewiesen. Auf Seiten der Kostenträger wurden insbesondere verzögerte Zusagen und eine geringe Akzeptanz der Versorgungsform als problematisch bewertet. Patientenbezogene Risiken wurden in der Abbruchquote, Unsicherheiten im Verlauf der Therapie und einer möglichen gesundheitlichen Verschlechterung, gesehen. Darüber hinaus wurden auch Risikodimensionen in der unklaren Umsetzung gesetzlicher Vorgaben und den logistischen Hürden ausgemacht (Janßen et al., 2018, S. 82-84).

Weitere Erkenntnisse zum Thema MoGeRe liefert zudem eine Arbeit von Lübke (2019), die einen umfassenden Überblick über die Entwicklung der MoGeRe in Deutschland bietet. Mithilfe eines Mixed-Methods-Ansatzes untersucht sie sowohl bestehende Barrieren für eine flächendeckende Implementierung als auch bislang ungenutzte Potenziale des Versorgungsangebots. Zur Identifikation der Barrieren wurden unter anderem strukturierte Gespräche mit Einrichtungen geführt, die MoGeRe anbieten. Die Ergebnisse weisen auf hemmende Faktoren hin, die den sachlichen Implementierungsaufwand betreffen. Dazu zählen beispielsweise die zunehmend schwierige Gewinnung qualifizierten Personals sowie der Aufbau des Fuhrparks. Auch zähe Vertrags- und Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern sowie damit teilweise einhergehende Kompensationsanforderungen in anderen Leistungsbereichen wirken sich hemmend auf die Angebotsentwicklung aus. Des Weiteren thematisiert Lübke den sogenannten Exklusivitätsvorbehalt, der sich aus den engen Indikationsvorgaben der Rahmenempfehlungen von 2007 ergibt. Dieser wirkte sich ebenfalls negativ auf die wirtschaftliche Planbarkeit des Angebots aus. Besonders in Regionen mit begrenztem Einzugsgebiet erhöht sich dadurch das wirtschaftliche Risiko (Lübke, 2019, S. 30-31).

Insgesamt liegt zur MoGeRe bislang nur eine geringe Anzahl wissenschaftlicher Untersuchungen vor, was den bestehenden Forschungsbedarf in diesem noch wenig erschlossenen Versorgungsfeld deutlich macht. Bezogen auf das Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit liefert der aktuelle Forschungsstand insgesamt Hinweise auf die Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen im höheren Lebensalter sowie auf einen bestehenden Bedarf an entsprechenden Angeboten. In diesem Kontext stellt die MoGeRe eine vielversprechende und innovative Versorgungsform dar. Trotz ihrer Potenziale hat sie sich bislang jedoch nicht flächendeckend im deutschen Versorgungssystem etabliert, eine Tatsache, die Fragen nach den zugrunde liegenden Ursachen aufwirft. Erkenntnisse hierzu finden sich vor allem in der Arbeit von Lübke (2019), der bereits Hürden in der Implementierung identifizierte und in der Studie von Janßen et al. (2018), bei der unternehmerische Risikofaktoren des Angebots dargestellt wurden. Da zwei Forschungsarbeiten noch keine breite Evidenzbasis bieten und die Arbeiten inzwischen einige Jahre

zurückliegen, greift die vorliegende Untersuchung die Fragestellung erneut aus aktueller Perspektive auf und mit einem methodischen Zugang, der sich von bisherigen Ansätzen unterscheidet. Außerdem wird die Fragestellung erstmals vor dem Hintergrund der seit 2021 geltenden neuen Rahmenempfehlungen und der damit verbundenen Ausweitung der Indikationen untersucht. Darüber hinaus werden Personengruppen einbezogen, deren Perspektiven in früheren Untersuchungen noch nicht berücksichtigt wurden. Hierzu zählen Personen, deren Einrichtungen sich aktuell im Gründungsprozess befinden sowie Teilnehmende früherer Gründerseminare, die sich letztlich gegen eine Gründung entschieden haben.

4. Fragestellung

Warum ist das Angebot der mobilen geriatrischen Rehabilitation (MoGeRe) auch im Jahr 2025 noch nicht flächendeckend implementiert? Welche Faktoren haben seit ihrer sozialgesetzlichen Verankerung im Jahr 2007 zur bislang begrenzten Verbreitung in Deutschland beigetragen und welche Herausforderungen erschweren die Gründung entsprechender Einrichtungen?

5. Methode

5.1 Auswahl und Beschreibung der Methode

Die Forschungsfrage bildet den Ausgangspunkt jeder empirischen Untersuchung und bestimmt maßgeblich die Wahl des geeigneten methodischen Zugangs. Unabhängig von der methodologischen Orientierung herrscht bei Forschenden weitgehend Einigkeit darüber, dass sich die Auswahl der Methode immer an der zugrunde liegenden Fragestellung orientieren muss (Horvath, 2022, S. 35). Besonders im Bereich der qualitativen Forschung gestaltet sich diese Entscheidung aufgrund der Vielzahl methodischer Ansätze komplex. Innerhalb der qualitativen Methode gibt es keine klaren Grenzen oder einheitlichen Merkmale aller Ansätze, sondern vielmehr ein Geflecht aus Ähnlichkeiten, Überschneidungen und Widersprüchen (Reichertz, 2022, S. 74). Diesbezüglich hielt bereits Reichertz fest: „Die Auswahl der Methoden hängt von der Frage ab, auf welche die Forschung eine Antwort produzieren soll“ (Reichertz, 2022, S. 75). Dabei kann zwischen verschiedenen Fragestellungen differenziert werden, wobei die sogenannte „Rekonstruktion deutungs- und handlungsgenerierender Strukturen“ (Lüders & Reichertz, 1986, S. 90-102), dem Erkenntnisinteresse dieser Arbeit entspricht. Genauer gemeint ist damit die Frage:

„Welche latenten Strukturen determinieren das Handeln der Subjekte?“ (Lüders & Reichertz, 1986, S. 90-102). In diesem Sinne untersucht die vorliegende Arbeit auch tiefgreifende, nicht unmittelbar sichtbare Strukturen, die dazu führen, dass MoGeRe trotz ihrer gesetzlichen Verankerung nicht flächendeckend etabliert ist.

Die qualitative Forschung zielt dabei darauf ab, soziale Wirklichkeit so zu erfassen, wie sie von den beteiligten Personen selbst erlebt und verstanden wird. Flick beschreibt dies als das Bestreben „Lebenswelten «von innen heraus» aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben“ (Flick et al., 2015, S. 14). Im Zentrum steht dabei nicht eine distanzierte Außenperspektive, sondern die Sichtweise der handelnden Personen selbst. Ziel ist es, ein tieferes Verständnis für soziale Zusammenhänge zu ermöglichen, indem Deutungsmuster, Handlungsabläufe und strukturelle Bedingungen sichtbar gemacht werden (Flick et al., 2015, S. 14). Aus diesem Grund wurde sich in der vorliegenden Forschungsarbeit für eine qualitative Herangehensweise entschieden, mit der die subjektiven Sichtweisen von Experten, aus dem unmittelbaren Handlungsfeld der MoGeRe, erhoben werden. Dabei geht es nicht um die quantitative Erfassung von Häufigkeiten, sondern um das Verstehen komplexer Zusammenhänge und Wirkungen. Daher kommt eine offene Erhebungsmethode in Form von Interviews zum Einsatz, da sie den Befragten Raum für individuelle Darstellungen und Reflexionen lässt.

In der qualitativen Sozialforschung werden Interviews häufig in zwei grundlegende Formen unterteilt: zum einen das problemzentrierte Interview, das auch als leitfadengestütztes Interview bekannt ist und zum anderen das narrative Interview. Mittlerweile haben sich aber auch zahlreiche weitere Interviewtypen herausgebildet (Rahnfeld, 2024, S. 83-86). Experteninterviews zeichnen sich besonders dadurch aus, dass gezielt Personen mit spezifischem Fachwissen oder einer besonderen Funktion im Untersuchungsfeld ausgewählt werden (Helfferich, 2022, S. 875). Die Frage, wer als Expertin oder Experte betrachtet wird, lässt sich nicht klar beantworten und ist je nach Forschungskontext unterschiedlich zu bestimmen. Es gibt keine einheitliche Definition, vielmehr richtet sie sich nach der konkreten Forschungsfrage und dem Bereich, in dem die befragte Person tätig ist. Entscheidend kann entweder die Rolle sein, die Forschende der Person zuschreiben oder ihre tatsächliche Position innerhalb einer Organisation. Damit verknüpft kann insbesondere das Fachwissen, das eine Person mitbringt, ausschlaggebend für die Zuweisung des Expertenstatus sein. Ein zentrales Merkmal des Experteninterviews ist, dass die Befragten nicht als Privatpersonen, sondern wegen ihrer fachlichen Kompetenzen ausgewählt werden (Helfferich, 2011, S. 163). So sind Experten, Personen, die durch fundiertes Erfahrungs- oder Praxiswissen in einem spezifischen Aufgabenfeld dazu befähigt sind, dieses Feld durch

ihre Einschätzungen so zu strukturieren, dass es für andere nachvollziehbar wird (Bogner et al., 2014, S. 13). Bevor das Experteninterview durchgeführt wird, sollte ein entsprechender Interviewleitfaden erstellt werden. Dieser kann Erzählaufforderungen und fest formulierte Fragen umfassen, die im Interview selbst als Gedächtnisstütze dienen und dabei helfen, den Gesprächsverlauf gezielt zu strukturieren. Bei der Entwicklung dieses Interviewleitfadens gilt: „So offen wie möglich, so strukturierend wie nötig“ (Helfferich, 2022, S. 876). Auch wenn das Gespräch relativ offen verlaufen soll, ist es dennoch sinnvoll, einen roten Faden für die Interviewdurchführung zu verfolgen, der eine gezielte Ausrichtung am Forschungsinteresse ermöglicht (Helfferich, 2022, S. 876). Der Leitfaden bietet den Vorteil, dass durch den vorformulierten Fragenkatalog eine gewisse Einheitlichkeit geschaffen wird. Diese sorgt dafür, dass alle Interviewten ähnliche Fragen beantworten und die Antworten sich so besser miteinander vergleichen und systematisch auswerten lassen (Mayring, 2016, S. 70). Die vorliegende Forschungsarbeit greift diese theoretischen Grundlagen auf und setzt sie im Rahmen der Untersuchung zur MoGeRe praktisch um.

5.2 Feldzugang und Stichprobe

Der Zugang zum Feld erfolgte über den Vorsitzenden eines Fachverbands der mobilen Rehabilitation. Aufgrund seiner langjährigen Tätigkeit in diesem Bereich, seiner Rolle als Referent in Gründerseminaren sowie seiner ausgewiesenen Expertise verfügt er über ein weitreichendes Netzwerk innerhalb des Feldes. Damit übernahm er im Rahmen des Feldzugangs die Funktion eines Gatekeepers und ermöglichte den Zugang zu relevanten Akteursgruppen. Die Stichprobenziehung erfolgte deduktiv auf Ebene der relevanten Personengruppen. Auf Grundlage des bestehenden Vorwissens sowie theoretischer Überlegungen zur Fragestellung wurden Akteursgruppen identifiziert, die für die Beantwortung der Forschungsfrage besonders relevant erschienen (Reinders, 2005, S. 116-119). Daraus ergaben sich folgende Personengruppen, die für die angedachten Experteninterviews infrage kamen:

1. Personen aus existierenden Einrichtungen der MoGeRe
2. Personen oder Einrichtungen, die sich gerade im Gründungsprozess befinden
3. Personen oder Einrichtungen, die in der Vergangenheit ein Gründerseminar besucht haben, sich letztlich aber gegen eine Gründung entschieden haben
4. Fachexperten der MoGeRe, ohne Tätigkeit in einer MoGeRe-Einrichtung
5. Experten bei den medizinischen Diensten
6. Experten im Bereich der Krankenkassen und der Krankenkassenverbände

Auf dieser Basis wurde eine E-Mail verfasst, die über den E-Mail-Verteiler des Vorsitzenden des Fachverbands an potenziell relevante Personen weitergeleitet wurde. Die E-Mail enthielt Informationen zum Forschungsinteresse sowie einen Aufruf zur Teilnahme an den Experteninterviews. Somit enthielt die Stichprobenziehung auch ein Element der Selbstaktivierung, da die endgültige Teilnahmebereitschaft von der freiwilligen Rückmeldung der angeschriebenen Personen abhing (Reinders, 2005, S. 119-120). Die Rückmeldungen erfolgten sukzessive. Dem Aufruf zum Experteninterview war eine Frist bis Mitte Mai 2025 gesetzt. Innerhalb eines Monats erklärten sich insgesamt 11 Personen bereit, an einem Interview teilzunehmen. Alle Personen, die sich meldeten und zur Teilnahme bereit waren, wurden in die Stichprobe aufgenommen. Eine Selektion oder Ausschlussentscheidung zur Verkleinerung der Stichprobe fand nicht statt. Vielmehr sollte durch die Einbeziehung aller zur Teilnahme bereiten Personen eine möglichst große Bandbreite an Sichtweisen berücksichtigt werden. Je vielfältiger die Gruppe an Befragten, desto umfassender lässt sich das Untersuchungsthema verstehen. Reinders bezeichnet dies als Varianzmaximierung (Reinders, 2005, S. 115). Aus diesem Grund war es für das vorliegende Forschungsinteresse entscheidend, bereits vor der Kontaktaufnahme verschiedene Personengruppen zu identifizieren, die unterschiedliche Perspektiven auf die geringe Verbreitung mobiler geriatrischer Rehabilitationsangebote einnehmen.

Aus insgesamt fünf der sechs zuvor definierten Akteursgruppen konnten Personen für Interviews im Rahmen des Forschungsvorhabens gewonnen werden. Insgesamt nahmen 11 fachkundige Personen aus unterschiedlichen Teilen Deutschlands teil, wobei sich die Befragten auf neun verschiedene Bundesländer verteilten. Drei der Interviewten waren zum Befragungszeitpunkt in bestehenden MoGeRe-Einrichtungen tätig. Vier Personen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung im Gründungsprozess einer MoGeRe-Einrichtung. Eine Person hatte in der Vergangenheit ein Gründerseminar besucht, jedoch in Folge dessen selbst nicht gegründet. Zwei weitere verfügten über Expertise im Bereich der MoGeRe, ohne zum Zeitpunkt der Befragung selbst in einer Einrichtung tätig zu sein. Außerdem wurde eine Person aus dem Bereich der medizinischen Dienste befragt. Aus der Gruppe der Krankenkassen und Krankenkassenverbände konnte bis zum Ablauf der gesetzten Frist hingegen keine Person für ein Interview gewonnen werden, da aus dieser Gruppe keine Rückmeldung kam. Die befragten Fachpersonen nehmen verschiedene Funktionen innerhalb ihrer Organisationen wahr. Hierzu zählen Positionen in der medizinischen Leitung, der Geschäftsführung, im Projekt- und Betriebsmanagement, in der Therapieleitung, in leitender Funktion im Bereich der medizinischen Dienste sowie in Vorstandspositionen innerhalb eines bundesweiten Fachverbands für mobile Rehabilitation. Die Dauer der Interviews variierte zwischen ca. 28 und 67 Minuten, abhängig vom Umfang der

Antworten auf die jeweiligen Fragen sowie von weiterführenden Ausführungen. Tabelle 3 gibt einen Überblick darüber, aus welchen Organisationen die befragten Fachpersonen stammen, welche Funktionen sie dort ausüben und wie lange die jeweiligen Interviews dauerten.

Tabelle 3: Darstellung der interviewten Personen. (Quelle: Eigene Darstellung auf Datengrundlage der Experteninterviews)

Organisation	Position	ID	Interviewdauer
Bundesweiter Fachverband	Vorstandsmitglied	E1	ca. 64 min.
Krankenhaus	Medizinische Leitung	E2	ca. 28 min.
Gesundheits- und Sozialverbund (mit einer sich in Gründung befindenden Einrichtung)	Projektleitung	E3	ca. 35 min.
Einrichtung des Medizinischen Dienstes im Bereich Geriatrie	Leitungsfunktion	E4	ca. 67 min.
Mobile geriatrische Rehabilitationseinrichtung	Medizinische Leitung	E5	ca. 57 min.
Krankenhaus (mit einer sich in Gründung befindenden Einrichtung)	Therapieleitung	E6	ca. 33 min.
Rehaklinik (mit einer sich in Gründung befindenden Einrichtung)	Geschäftsführung	E7	ca. 41 min.
Bundesweiter Fachverband	Vorstandsmitglied	E8	ca. 37 min.
Krankenhaus (mit einer bestehenden Einrichtung)	Koordination	E9	ca. 53 min.
Krankenhaus (mit einer bestehenden Einrichtung)	Ärztliche Direktion	E10	ca. 44 min.
Therapiegesellschaft im Klinikverbund (mit einer sich in Gründung befindenden Einrichtung)	Betriebsleitung	E11	ca. 49 min.

Mit allen Teilnehmenden wurden individuelle Gesprächstermine für Online-Videokonferenzen vereinbart. Die Durchführung der Interviews erfolgte innerhalb eines dreiwöchigen Zeitraums im Mai 2025. Zur Gesprächsführung kam ein halbstrukturierter Interviewleitfaden zum Einsatz, der einerseits eine gezielte Erhebung relevanter Inhalte ermöglichte, andererseits aber auch ausreichend Raum für individuelle Ausführungen und weiterführende Gedanken der Befragten ließ. Obwohl sich die Forschungsfrage dieser Arbeit hauptsächlich auf die geringe Verbreitung mobiler geriatrischer Rehabilitationsangebote sowie auf Hürden im Gründungsprozess konzentriert, wurden im Interviewleitfaden auch darüber hinausgehende Themen berücksichtigt. Dies diente dem Ziel, die Thematik in ihrer Gesamtheit zu erfassen und Kontextfaktoren einzubeziehen, die mit möglichen Gründungshemmnissen sowie der begrenzten Verbreitung des Versorgungsangebots in Verbindung stehen könnten. Da Interviews mit Personen aus unterschiedlichen Akteursgruppen und mit verschiedenen fachlichen Hintergründen geführt wurden,

wurde der Interviewleitfaden im Gespräch jeweils an die spezifische Expertise und das jeweilige Tätigkeitsfeld der Gesprächspartner/-innen angepasst, ohne dabei die Vergleichbarkeit der Daten zu gefährden (Anhang B).

5.3 Transkription und Aufbereitung der Interviewdaten

Vor Beginn der Interviews wurden die Teilnehmenden über die Aufzeichnung der Gespräche sowie den datenschutzkonformen Umgang mit den erhobenen Daten informiert und um ihre Einwilligung gebeten. Dabei wurde zugesichert, dass die Auswertung der Interviews unter Wahrung der Anonymität erfolgt und sämtliche personenbezogenen Daten vertraulich behandelt werden (Anhang C). Die aufgezeichneten Audiodateien dienten ausschließlich als Grundlage für die Transkription und die anschließende Auswertung.

Die Interviews wurden mithilfe der Software noScribe transkribiert, einem KI-gestützten Programm, das speziell für die qualitative Sozialforschung entwickelt wurde und die automatisierte Verschriftlichung von Audioaufnahmen ermöglicht (Universität Hildesheim, Methodenzentrum, 2025). Die Transkription wurde mit folgenden Einstellungen durchgeführt: Sprache „Deutsch“, Modell „precise“, Markierung von Pausen ab einer Dauer von drei Sekunden und automatische Erkennung von zwei sprechenden Personen. Zusätzlich wurden Funktionen zur Erfassung überlappender Sprache und zur Berücksichtigung von Füllwörtern aktiviert (noScribe, Version 0.6, Kai Dröge, 2025). Die Verschriftlichung eines Interviews nahm auf diese Weise mehrere Stunden in Anspruch und erforderte im Anschluss eine sorgfältige Überarbeitung. In einem ersten Durchgang wurde das Transkript durch gleichzeitiges Abhören der Audiodatei und Mitlesen einer ersten inhaltlichen Prüfung unterzogen. Dabei wurden unvollständige, fehlerhaft wiedergegebene oder nicht erkannte Passagen ebenso korrigiert wie fehlende Pausenmarkierungen oder inkorrekte Zuordnungen der sprechenden Personen. Alle erkennbaren Abweichungen wurden manuell korrigiert. In einem weiteren Lesedurchgang wurde das vollständige Transkript erneut auf inhaltliche Stimmigkeit und eine korrekte Wiedergabe geprüft.

Die Überarbeitung der Transkription orientierte sich an den Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2024). Allerdings erfolgte keine vollständige Anwendung aller Regeln. Der gesprochene Wortlaut der Interviews sollte insgesamt möglichst originalgetreu wiedergegeben werden, auch wenn dadurch grammatikalisch unvollständige oder fehlerhafte Sätze erhalten blieben. Nicht eindeutig verstandene Formulierungen wurden mit „(unv.)“ markiert, vermutete

Begriffe in Klammern mit einem Fragezeichen versehen. Pausen von mindestens drei Sekunden Dauer wurden durch „(...)“ kenntlich gemacht. Formal sind alle Transkripte einheitlich strukturiert, jeder Sprechbeitrag beginnt in einem eigenen Absatz und wird mit einem Kürzel eingeleitet, das entweder die teilnehmende Person (E1-E11) oder die interviewende Person (G) kennzeichnet, gefolgt von einem Doppelpunkt. Abgebrochene Wörter und Sätze wurden durch einen Schrägstrich „/“ gekennzeichnet, Wortwiederholungen immer vollständig verschriftlicht. Fülllaute sowie zustimmende oder bestätigende Äußerungen aller Gesprächsteilnehmer wurden ebenso schriftlich festgehalten. Überlappende Redeanteile wurden in den Transkripten durch Doppelschrägstriche „(/)“ markiert (Dresing & Pehl, 2024, S. 20-26). Auf die Verschriftlichung von Emotionen und Betonungen wurde verzichtet, da der Fokus der Auswertung auf den inhaltlichen Aussagen der befragten Personen lag und nonverbale Elemente für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht relevant waren (Meuser & Nagel, 1991, S. 455). Darüber hinaus wurden die Interviews durch Platzhalter in eckigen Klammern anonymisiert. Insgesamt entstanden auf diese Weise elf Transkripte, jeweils eins zu jedem Experteninterview (Anhang D-N).

5.4 Auswertungsmethode

Die Auswertung der Interviews orientiert sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, die eine systematische und nachvollziehbare Analyse von Material ermöglicht, das im Rahmen kommunikativer Prozesse entsteht (Mayring, 2022, S. 11). Dabei folgt sie keinem starren Schema, sondern wird jeweils an den spezifischen Untersuchungsgegenstand, das vorhandene Material und die jeweilige Forschungsfrage angepasst. Ein zentrales Element der qualitativen Inhaltsanalyse stellt das Kategoriensystem dar. Es dient als zentrales Auswertungsinstrument und soll die Ziele der Untersuchung durch die Bildung von Kategorien übersichtlich darstellen (Mayring, 2022, S. 50). Für den Umgang mit dem erhobenen Datenmaterial unterscheidet Mayring drei Grundformen des Interpretierens: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Diese Analysetechniken sind voneinander unabhängig und werden je nach Forschungsfrage sowie Beschaffenheit des Materials ausgewählt. Sie dienen dazu, das Datenmaterial entsprechend dem Untersuchungsziel gezielt zu reduzieren, zu erläutern oder zu strukturieren und somit systematisch auszuwerten. Für die Auswertung kommen darüber hinaus prinzipiell zwei unterschiedliche Kategorisierungstechniken in Betracht. Die induktive Kategorienbildung, bei der die Kategorien direkt aus dem Material selbst entstehen, ohne dass vorher theoretische Vorgaben festgelegt werden (Mayring, 2022, S. 84-86) und die deduktive Kategorienbildung, bei

der das Kategoriensystem bereits im Vorfeld der Analyse auf Grundlage der Forschungsfrage und bestehender theoretischer Überlegungen entwickelt wird (Mayring, 2022, S. 97-98).

In der vorliegenden Arbeit wurde ein induktives Vorgehen bei der Kategorienbildung gewählt. Das Datenmaterial soll so ausgewertet werden, wie es tatsächlich ist, ohne dass Vorannahmen der forschenden Person den Analyseprozess vorstrukturieren oder beeinflussen. Dabei werden in einem Verallgemeinerungsprozess inhaltlich ähnliche Aussagen gebündelt und zu Kategorien zusammengeführt, die sich unmittelbar aus dem Material heraus entwickeln. Diese Kategorien orientieren sich eng an der sprachlichen Gestaltung der Aussagen, um eine möglichst gegenstandsnahe und unverfälschte Darstellung der Inhalte zu gewährleisten. Am Ende der Auswertung soll ein Kategoriensystem entstehen, das die wesentlichen Erkenntnisse zur Beantwortung der Forschungsfrage abbildet. Die einzelnen Kategorien werden dabei mit konkreten Aussagen aus dem Material belegt. Im Rahmen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse lassen sich außerdem übergeordnete Hauptkategorien ableiten, die zentrale inhaltliche Muster des Materials bündeln (Mayring, 2015, S. 85-87). Im Kontext der MoGeRe erscheint ein induktives Vorgehen für die Fragestellung dieser Arbeit besonders geeignet. Das Versorgungsfeld ist vergleichsweise jung und wissenschaftlich bislang nur wenig untersucht, sodass es an übergeordneten Theorien und Modellen fehlt, die zur Ableitung deduktiver Kategorien zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen werden könnten. Ziel dieser Arbeit ist es daher, ein bisher kaum erforschtes Feld mithilfe eines induktiven Vorgehens zu untersuchen, um die Gründe für die geringe Verbreitung entsprechender Angebote herauszuarbeiten und besser zu verstehen. Eine deduktive Kategorienbildung erscheint vor diesem Hintergrund wenig zielführend, da es bislang an allgemein anerkannten theoretischen Modellen speziell zur MoGeRe mangelt.

Der genaue Prozessablauf soll im Folgenden kurz in der Theorie dargestellt und anschließend speziell für die vorliegende Forschungsarbeit beschrieben werden. Mayring hat die qualitative Inhaltsanalyse in einzelne aufeinanderfolgende Analyseschritte unterteilt und zu jedem Schritt Interpretationsregeln formuliert. Für die Zusammenfassung wird zwischen einer aufsteigenden Verarbeitung unterschieden, die sich direkt am Text orientiert (textgeleitet) und einer absteigenden Verarbeitung, die auf vorhandenem Vorwissen oder Theorien basiert (schemageleitet). Außerdem müssen für die zusammenfassende Inhaltsanalyse Makrooperatoren der Reduktion wie Generalisation, Selektion und Bündelung formuliert werden. Weiterhin ist festzulegen, auf welchem Abstraktionsniveau gearbeitet werden soll, also zu bestimmen wie allgemein oder detailliert zusammengefasst wird. Die Zusammenfassung erfolgt dabei mithilfe der Makrooperatoren

(Mayring, 2022, S. 67-68). Grundlegend ergeben sich daraus folgende Schritte der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring:

1. Schritt: Bestimmung der Analyseeinheiten
2. Schritt: Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen
3. Schritt: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus, Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau
4. Schritt: Erste Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen
5. Schritt: zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau
6. Schritt: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem
7. Schritt: Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial (Mayring, 2022, S. 69).

Die Auswertung der in dieser Arbeit erhobenen Daten orientierte sich an einer Kombination aus zusammenfassender Inhaltsanalyse und induktiver Kategorienbildung. Dabei lassen sich ihre jeweiligen Einzelschritte in der praktischen Anwendung nicht strikt voneinander trennen, sondern gehen vielmehr fließend ineinander über.

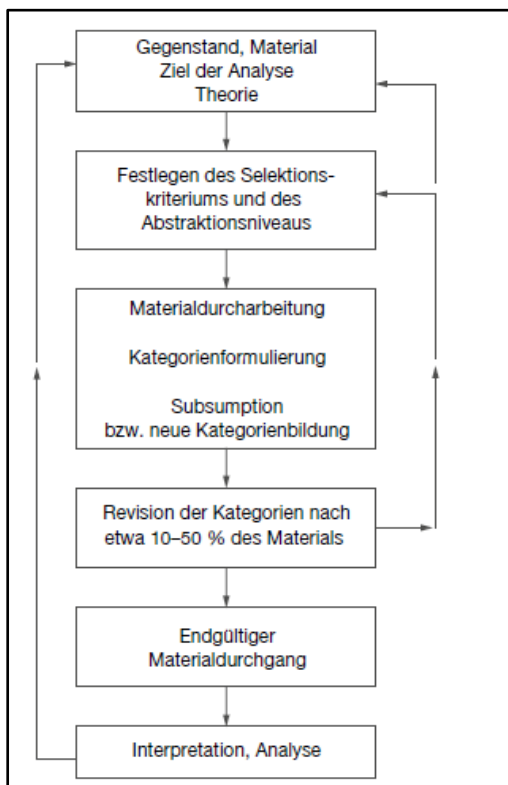


Abbildung 4: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung. (Quelle: Mayring, 2022, S. 85)

Abbildung 4 stellt das Prozessmodell der induktiven Kategorienbildung nach Mayring dar. Übertragen auf die vorliegende Untersuchung ergibt sich daraus das Ziel, aus dem erhobenen Interviewmaterial systematisch hemmende Faktoren für die Verbreitung mobiler geriatrischer Rehabilitationsangebote in Deutschland sowie erschwerende Bedingungen im Gründungsprozess entsprechender Einrichtungen herauszuarbeiten. Das durch die Forschungsfrage definierte Selektionskriterium in Form des Erkenntnisinteresses bildet die Grundlage der Analyse. Berücksichtigt wurden alle Textstellen, die Aussagen über Hemmnisse, Barrieren oder Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Verbreitung, Einführung und Gründung mobiler geriatrischer Rehabilitationsangebote enthalten (Mayring, 2022, S. 66-67). Parallel dazu wurde ein mittleres Abstraktionsniveau gewählt, um die Aussagen inhaltlich zu verallgemeinern, ohne sich dabei aber zu stark vom Ausgangsmaterial zu entfernen. In der anschließenden Phase der Materialdurcharbeitung wurden die 11 Interviews einzeln durchgesehen und alle relevanten Textstellen entsprechend dem Selektionskriterium farblich markiert. Die jeweils identifizierten Sätze im Originaltext bildeten die Analyseeinheiten. Diese wurden zunächst paraphrasiert, wobei der Inhalt des Originaltextes in vereinfachter Form zusammengefasst wurde. Im Anschluss daran erfolgte eine weitere Bearbeitung mithilfe der Makrooperatoren (Generalisierung und Reduktion) unter Beachtung des gewählten Abstraktionsniveaus. Nach diesem Prozedere ist jedes Interview zunächst separat analysiert worden. Zur besseren Übersicht wurde für jede Auswertung eine eigene Tabelle erstellt. In der ersten Spalte sind das jeweilige Experteninterview und die Zeilenangabe im Transkript vermerkt, in der zweiten Spalte die Paraphrase der Aussage, in der dritten Spalte die Generalisierung und in der vierten Spalte die weitere Reduktion. Auf diese Weise entstanden insgesamt elf Auswertungstabellen, jeweils eine pro Interview (Anhang O).

Diese bisherigen Einzelauswertungen aus den elf Tabellen wurden im Folgenden zu einem Kategoriensystem zusammengeführt. Ziel war die schrittweise Zusammenfassung der Aussagen in entsprechende Kategorien. Ausgehend von den Reduktionen der Einzelauswertungen wurden die Kategorien induktiv abgeleitet. Während der weiteren Materialbearbeitung erfolgte gemäß den Schritten 4 und 5 nach Mayring eine zusätzliche Reduktion, indem bedeutungsgleiche Paraphrasen entfernt und thematisch zusammengehörige Aussagen auf dem zuvor festgelegten Abstraktionsniveau durch Bündelung, Konstruktion und Integration zusammengeführt wurden. Im Verlauf der Kategorienbildung wurden die entstehenden Kategorien kontinuierlich überprüft und bei Bedarf angepasst. Anschließend folgten die Schritte 6 und 7 nach Mayring, in denen das vollständige Kategoriensystem zusammengestellt und abschließend am Ausgangsmaterial rücküberprüft wurde (Mayring, 2022, S. 67-71). Das entstandene Kategoriensystem umfasst die finale Kategorienbezeichnung und unterteilt sie nochmals in Ober- und Unterkategorien. Zur

besseren Nachvollziehbarkeit wurde für jede Unterkategorie eine präzise Definition formuliert, die die Zuordnung der jeweiligen Aussagen transparent begründet. Zudem enthält jede Unterkategorie ein Ankerbeispiel, das das Verständnis der Kategorie erleichtert (Anhang P).

6. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse dargestellt. Die Kategorien wurden induktiv aus dem erhobenen Datenmaterial abgeleitet. Grundlage der Analyse bilden insgesamt 11 leitfadengestützte Experteninterviews mit Expert/-innen aus verschiedenen Bereichen der MoGeRe. Zur Anonymisierung wurden die interviewten Personen jeweils mit der Bezeichnung „Expert/-in“ und einer fortlaufenden Nummer von 1 bis 11 (E1-E11) gekennzeichnet. Die induktiv entwickelten Ober- und Unterkategorien stellen die zentralen Hemmnisse für die Angebotsausweitung und die erschwerenden Bedingungen im Kontext von Gründungen entsprechender Einrichtungen dar. Nachfolgend sollen die konkreten Ergebnisse jeweils unter ihrer Oberkategorie zusammenfassend beschrieben werden. Im Anhang P bietet eine tabellarische Darstellung zusätzlich einen kompakten Überblick über das Kategoriensystem. Insgesamt ließen sich sieben Oberkategorien mit dazugehörigen Unterkategorien identifizieren. Um die gebildeten Kategorien und die inhaltliche Einordnung der Aussagen nachvollziehbar und anschaulich zu gestalten, werden ausgewählte Textpassagen wörtlich zitiert und in die Ergebnisse eingebaut.

Die erste induktiv entwickelte Oberkategorie (OK1) trägt den Titel **„Hürden durch Krankenkassen und Medizinischen Dienst“** und fasst die Aussagen der Befragten zusammen, die auf Gründungshemmnisse im Zusammenhang mit den zentralen genehmigenden Akteuren verweisen. Dazu zählen die Krankenkassen als Kostenträger sowie der Medizinische Dienst in seiner Funktion als Gutachterinstanz. Die Aussagen wurden innerhalb dieser Kategorie nochmals drei inhaltlich verschiedenen Unterkategorien zugeordnet. In Unterkategorie 1.1 (UK1.1) wurden *„Langwierige Verhandlungs-, Abstimmungs- und Genehmigungsprozesse“* mit den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst, als hinderlich für Gründungsvorhaben, benannt. Einige der Interviewten berichteten, dass der Weg von der Konzeptentwicklung und dem Einreichen des Konzepts bei den Krankenkassen bis hin zur Implementierung des Angebots häufig durch lange Wartezeiten oder fortlaufendes Nachfordern von Unterlagen seitens der genehmigungsrelevanten Akteure verzögert und erschwert wird. Dies wird von potenziellen

Leistungserbringern als frustrierend empfunden und kann bis hin zum Abbruch des Gründungsvorhabens führen:

„Das ist aber schon eine Zeitspanne, wo dann manche auch aufgeben und sagen, ich mach das jetzt nicht mehr. Wir haben gerade ein Beispiel, wo eine Einrichtung sich in Gründung befindet. Die werden sich jetzt anwaltlich vertreten lassen, weil sie mit den Kassen nicht mehr weiterkommen“ (E1, Z. 136ff.).

„Ich glaube, es sind die Hürden der Krankenkassen. Ähm A. dieser superlange Weg von dem Plan, ich möchte gründen, bis hin, dass man eventuell gründen kann. Also es gab ja wohl auch vor zehn Jahren ungefähr schon mal so eine Bewegung, wo relativ viele Einrichtungen in [Bundesland anonymisiert] gründen wollten und die Krankenkassen den Weg so langgezogen haben, dass sie gesagt haben, wir lassen es“ (E3, Z. 214ff.).

„Sie ähm kriegen das Konzept, dann tut sich erstmal ein halbes Jahr gar nichts und der Konzept-schreiber fragt nach, dann kommt ein Gutachten, wo ein paar Fragen gestellt werden, dann beantworten sie das ganz schnell, dann ist wieder ein Vierteljahr Ruhe, dann kommen die/ kommen Nachfragen, dann kommt nochmal und dann kommen nochmal Nachfragen nach einem Vierteljahr. Schon ist ein Jahr rum und so haben die Kassen es wirklich geschafft, nicht nur an unserem Standort, sondern da wirklich Zeit zu schinden und auch Frustration zu erzeugen bei, bei anderen, ne?“ (E8, Z. 324ff.).

Die zweite Unterkategorie (UK1.2) wurde unter dem Titel *„Kostenbedenken und Infragestellung der Wirtschaftlichkeit“* zusammengefasst. Dabei ging es vor allem um ökonomische Vorbehalte der Krankenkassen, die MoGeRe als potenziell kostenintensiv einschätzen. Diese Bedenken der Krankenkassen führen laut Aussagen der Befragten häufig zu zögerlichem Verhalten bei der Vertragsgestaltung:

„Aber die Kassen haben schon immer befürchtet, dass das zusätzliches Geld kostet und wenn man fürchtet, zusätzliches Geld zahlen zu müssen, dann bremst man“ (E1, Z. 477ff.).

„Und die Kassen hatten Panik natürlich ne. Die stand natürlich immer so, ach, die alten Leute kosten uns sowieso schon so viel [...] und wir machen doch schon so viel und jetzt kommt ihr noch und jetzt sollen wir auch noch zu denen hinfahren in die Wohnungen und dort Rehabilitation machen. Da hatten die also ne Riesenpanik davor, dass das so ein Fass ohne Boden wird und da jetzt also wieder völlig neue Leistungen angestoßen werden, wo sie dann keinen Deckel mehr draufkriegen und die Kosten ihnen wieder weiter davonlaufen“ (E4, Z. 114ff.).

Die dritte Unterkategorie (UK1.3) umfasst das Thema *„Verhandlungsmacht und Interessenkonflikte“* zwischen potenziellen Leistungserbringern und Kostenträgern. Die Aussagen der Fachexpert/-innen wiesen auf ein früher stärker bestehendes Machtungleichgewicht in Vertragsverhandlungen hin, bei denen die Krankenkassen eine dominante Position einnahmen. Diese Überlegenheit führte teilweise zu Nachteilen für gründungswillige Einrichtungen und schränkte dadurch ihren Handlungsspielraum ein:

„Also das eine sind die Kassen und wie ich eben schon sagte, spielt das insbesondere dann eine Rolle, wenn diejenigen, die für die mobile Reha verhandeln, wenn die die Kassenvertreter auch im anderen Zusammenhang zu Verhandlungen sehen. Die verhandeln zum einen für die mobile Reha, zum anderen ihren Vergütungssatz für das Krankenhaus oder für die Reha-Einrichtung und da knickt man manchmal schnell ein, wenn man sagt, wir wollen jetzt eine mobile Reha gründen und die Kasse sagt, ja und wo sparen wir das Geld an anderer Stelle ein?“ (E1, Z. 492ff.).

„[...] am Ende, waren die Reha, die MoRe-Einrichtungen den Kassen unterlegen und mussten irgendwann sagen, ja, wir machen es oder machen es nicht. Das heißt, da war die Verhandlungsmacht der Kassen wesentlich stärker. Auf eine sehr unangenehme Art und Weise [...]“ (E8, Z. 184ff.).

Die zweite Oberkategorie (OK2) **„Hemmnisse durch mangelnde Initiativen potenzieller Betreiber“** macht deutlich, dass die Umsetzung mobiler geriatrischer Rehabilitationsangebote nicht ausschließlich an externen Rahmenbedingungen scheitert, sondern auch durch eine fehlende Motivation oder unzureichende Bereitschaft aufseiten potenzieller Trägereinrichtungen behindert wird. Diese Zurückhaltung zeigt sich insbesondere in drei zentralen Aspekten, die hier in drei Unterkategorien unterteilt wurden. Aussagen innerhalb der ersten Unterkategorie *„Nachrangige Priorisierung bzw. Fokus aufs Kerngeschäft“* (UK2.1) beziehen sich darauf, dass bestehende Einrichtungen ihre Aufmerksamkeit vorrangig auf etablierte Leistungsbereiche richten. Mobile Rehabilitationsangebote hingegen werden häufig als strategisch weniger relevant bzw. nachrangig eingestuft und damit nicht in Erwägung gezogen:

„Für unser Krankenhaus war es nicht interessant, eine mobile Reha zu gründen, weil das so ein kleines Anhängsel gewesen wäre und damit wollte man sich nicht beschweren“ (E1, Z. 29f.).

„[...] wir wollen nicht noch ein weiteres Geschäftsfeld aufmachen, wir wollen jetzt erstmal zusehen, dass der Laden oder das die Situation in [Ort anonymisiert] stabil ist und stabil bleibt und so, da wollte man sich jetzt nicht noch irgendwie was Neues mit, ja aufbürden, sag ich jetzt mal“ (E11, Z. 59ff.).

Darüber hinaus ist die Umsetzung eines neuen Angebots mit zusätzlichem Arbeitsaufwand im laufenden Betrieb verbunden, etwa durch die Erstellung eines umfassenden Konzepts. Dieser Aspekt wird in der zweiten Unterkategorie *„Organisatorischer Mehraufwand“* (UK2.2) aufgegriffen:

„[...] es ist unheimlich anstrengend, in dem normalen Alltag, diesen Aufwand zu betreiben, ein Konzept zu schreiben. Also es kostet ja unheimlich viel Zeit. Das muss man sich wirklich ausdenken, ähm/ muss man in Extraarbeit leisten. Also es ist, äh wirklich Leidenschaft hinter verbunden, dass man das on top macht“ (E6, Z. 240ff.).

In der dritten Unterkategorie (UK2.3) wird auf die *„Geringe Veränderungsbereitschaft und institutionelle Trägheit“* hingewiesen. Einige der befragten Expert/-innen erwähnten, dass

insbesondere größere Einrichtungen mitunter nicht bereit scheinen, ihre etablierten Versorgungs- und Organisationsstrukturen zugunsten neuer, ambulanter Angebote wie der MoGeRe zu überdenken. Hinzu kommt, dass der stationäre Bereich in der Regel gut ausgelastet ist, wodurch ein unmittelbarer Handlungs- oder Innovationsdruck häufig ausbleibt:

„[...] Kliniken hatten bisher noch kein „zu wenig an Patienten“, also, dass sie ein bisschen danach gucken müssen, wo ist ihr Klientel, weil, man ist ja beschäftigt mit den Patienten, die man hat. Ich hab immer genug Warteliste in Reha-Kliniken, in geriatrischen Reha-Kliniken. [...] und ähm das ist neu gedacht, ne, also man, äh, muss weg von seinen vier Wänden und macht was ambulantes, wofür Kliniken eigentlich nicht geeig/ also noch nicht so sich spezialisiert haben. [...]. Also ich glaube, Krankenhäuser müssen sich trauen, neu zu denken. Da waren Krankenhäuser und Reha-Kliniken noch nie zu gezwungen“ (E6, Z. 207ff.).

„Und möglicherweise hat es auch sozusagen mit einer Strategie zu tun, die nicht, das ist jetzt eine Unterstellung, äh nicht immer bei allen, ähm größeren Häusern vielleicht vorliegt, dass man auch veränderungswillig ist, ja, dass man ein sich/ also, dass man die Organisation als veränderndes/ sich veränderndes System begreift, dass da auch Mitarbeiter mitgenommen werden. Und bei verkrusteten, starren Strukturen ist es halt schwierig, sozusagen was Neues zu etablieren ähm und wenn man das nicht gewohnt ist, umso mehr“ (E9, Z. 392ff.).

Die dritte Oberkategorie (OK3) **„Personalgewinnung“** erfasst Hemmnisse im Zusammenhang mit der Verfügbarkeit und Qualifikation von Fachpersonal. Viele der in den Interviews genannten Herausforderungen im Kontext der Gründung einer MoGeRe bezogen sich auf Schwierigkeiten bei der Gewinnung qualifizierter Fachkräfte. Zum einen besteht ein *„Fachkräftemangel“* (UK3.1) im Bereich geriatrischer Ärzt/-innen und therapeutischer Berufsgruppen. Zum anderen sind mit der MoGeRe besonders *„hohe Qualifikationsanforderungen“* (UK3.2) an das Personal verbunden. Diese doppelte Herausforderung in Form von quantitativer Personalknappheit und qualitativen Anforderungen erschwert Gründungsvorhaben erheblich:

„Dann sind die Qualifikationen, die das Therapeutenteam aufweisen muss, einfach superhoch. Also alleine den Arzt mit diesen ganzen Qualifikationen von Facharzt über Geriatriebezeichnungen, Rehaerfahrungen, rehabilitative Medizin, Sozialmedizin, so einen zu finden, braucht man einfach schon wirklich viel Glück“ (E3, Z. 219ff.).

„Aber jetzt haben wir natürlich das Problem mit Fachkräftemangel. Wir haben eine Reihe von Einrichtungen [...], die im Prinzip gerne eine [MoGeRe] aufmachen würden, denen aber einfach das Personal fehlt und das ist ein genereller Fakt“ (E4, Z. 680ff.).

„[...] Personalgewinnung ist auch ein Riesenthema für jede Einrichtung. Man kann natürlich nicht sagen, ich gründe jetzt so eine zusätzliche Einheit, brauche zusätzlich Personal, finde keins, ja, Stellen sind teilweise ein halbes Jahr unbesetzt. Also, das heißt, wir haben natürlich einfach ein Personalproblem“ (E9, Z. 415ff.).

Die vierte Oberkategorie (OK4) **„Wirtschaftliche Rahmenbedingungen“** bündelt die Hemmnisse, die auf ökonomisch bedingte Barrieren verweisen. Die Aussagen der fachkundigen

Expert/-innen lassen sich in vier Unterkategorien einsortieren. Die erste Unterkategorie „*Geringe wirtschaftliche Attraktivität*“ (UK4.1) beinhaltet Aussagen der Interviewten, wonach die MoGeRe als wirtschaftlich wenig attraktiv gilt, da sie trotz hoher personeller und qualitativer Anforderungen nur geringe Gewinne abwirft. Dabei ist vor allem die Vergütung des Angebots in der Vergangenheit als unzureichend wahrgenommen worden:

„Zu der Zeit muss man sagen, es ist ja auch schon sechs Jahre her, da war die Vergütung auch noch wesentlich unauskömmlicher. [...] Es wurde zum Beispiel früher gesagt, wie ihr zahlt nach Tarif, nach Tarif des öffentlichen Dienstes, das ist euer Problem, wenn ihr nach diesem Tarif bezahlt und dann wurde in Vergütungsverhandlungen das abgelehnt, diese Gehaltshöhe, doch zu vergüten. Das musste sogar gesetzlich geregelt werden, weil man sonst den Leistungsträgern nicht beikam“ (E1, Z. 542ff.).

„Rentabel ist sie nicht. Also wir schufteten schon sehr, dass es so funktioniert und vor allen Dingen deckt es sich nicht mit dieser Forderung nach hoher Qualifikation. Fachärztin für hier und dort, erfahrene Mitarbeiter, die müssen wir, sollten wir ja auch entsprechend entlohnen, entsprechend ihrer Erfahrung“ (E5, Z. 295ff.).

„Das heißt, man hat oft nicht optimal abgeschlossen. Nicht/ Und dann hat man entweder gesagt, der Träger hat gesagt, okay, wir machen das jetzt, wir kriegen das schon irgendwie hin, Quersubventionierung oder wie auch immer oder man musste verdammt hart sparen und vielleicht auch, ähm Kompromisse und Einschränkungen machen, um den Laden dann hochzuhalten oder einfach mehr Umsatz generieren, als man eigentlich äh wollte, um dann sozusagen die/ dem/ was über die Masse zu regeln“ (E8, Z. 187ff.).

In der zweiten Unterkategorie (UK4.2) mit dem Titel „*Wirtschaftliche Unsicherheit und finanzielles Risiko*“ wurden Aussagen von Fachpersonen gebündelt, die sich neben allgemeinen wirtschaftlichen Unsicherheiten und finanziellen Risiken auch auf die Auswirkungen gesundheitspolitischer Reformprozesse, wie etwa die Krankenhausstrukturreform, beziehen. Auch Reformen wie diese können in Verbindung mit bestehenden Gründungshemmnissen stehen. Viele Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen befinden sich derzeit in einer angespannten finanziellen Situation. Vor dem Hintergrund dieser schwierigen Finanzlage sind viele potenzielle Trägereinrichtungen nicht bereit, das finanzielle Risiko einer Angebotserweiterung einzugehen:

„[...] aber ähm was jetzt die Gründungen erschwert, ist einfach, A. die die Finanzlage vieler Krankenhäuser und Reha-Träger, die haben alle große Finanzsorgen oder die meisten, da ist man nicht nur willig, noch irgendwie was aufzumachen, was noch dazu kommt [...]“ (E8, Z. 257ff.).

„Also ich glaube, ähm es hat unter anderem damit zu tun, dass wir eine Krankenhausstrukturreform seit einigen Jahren, äh durchführen. Das heißt, Krankenhäuser, die vielleicht angegliederte Reha-Kliniken haben und eigentlich auf Expertise zurückgreifen könnten, sind unsicher. Äh in den vergangenen Jahren mussten auch stationäre Reha-Kliniken schließen. Das heißt, eine Neugründung oder neue Leistungsform zu etablieren, stand gar nicht auf der Agenda. Man wollte ja überleben. Also das ist sozusagen politisch getriggert teilweise, dass da eine Unsicherheit

entstanden ist und gar nicht sozusagen deshalb aus organisatorischer Perspektive dieser Schritt gegangen werden konnte“ (E9, Z. 383ff.).

„Gut, natürlich sind alle Träger von, sag ich mal, von Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen, sind ja schon unter starkem wirtschaftlichem Druck und dann zu sagen, okay ich baue noch was Neues auf, wo ich vielleicht noch wirtschaftliche Risiken habe [...]“ (E10, Z. 298ff.).

In der dritten Unterkategorie (UK4.3) geht es um Aussagen die sich auf die „*Lange Amortisationsdauer und hohe Anfangsinvestitionen*“ beziehen. Diese Aussagen thematisieren, dass gerade in der Aufbauphase einer MoGeRe hohe Anfangsinvestitionen erforderlich sind. Diese müssen häufig bereits vor Leistungserbringung und Umsatzgenerierung getätigt werden. Da es einige Zeit dauert, bis sich entsprechende Investitionen amortisieren, erschwert dies insbesondere in der Startphase die wirtschaftliche Tragfähigkeit und kann auf potenzielle Träger abschreckend wirken:

„Und in der ambulanten, mobilen Reha, ähm, hat man ja einen großen Aufwand erstmal an Investitionen. Den ganzen Fuhrpark, die Therapeuten, wollen alle bezahlt werden und ehe sich das dann wirklich finanziert, das dauert“ (E2, Z. 214ff.).

„Ähm, ich glaube, ein ganz großer Punkt sind die finanziellen Mittel, weil man muss quasi erst alles auf die Beine stellen, bevor man die Zulassung überhaupt bekommt und das ist, glaube ich, das größte Problem. Ähm, also ich bin ja jetzt auch schon seit über einem Jahr dort angestellt und es wird ja Geld investiert, aber ich spiele ja kein Geld rein, zum Beispiel und so ist das halt auch bei dem kompletten therapeutischen Team“ (E3, Z. 90ff.).

Unterkategorie Vier (UK4.4) umfasst Aussagen, die darauf hinweisen, dass es „*Überwiegend keine Anschubfinanzierung*“ für die Gründung einer MoGeRe-Einrichtung gibt. Dabei könnte gerade diese einen Anreiz bieten bzw. als Motivation zur Gründung einer entsprechenden Einrichtung dienen. Da die Anschubfinanzierung überwiegend fehlt, erschwert auch dies die Umsetzung entsprechende Gründungsvorhaben:

„[...] ich brauche eine Anschubfinanzierung am Anfang, am Anfang ist es ja nicht kostendeckend, ja“ (E10, Z. 301ff.).

„[...] gerade in der jetzigen Situation, wo, äh, die Krankenhäuser alle in den wirtschaftlichen Notlagen sind, ähm, auch am Start wirtschaftlich zu arbeiten. Also da wäre so eine Anschubfinanzierung unheimlich wichtig“ (E6, Z. 323ff.).

„[...] quasi keine Vorfinanzierung (unv.), dass mir irgendjemand sagt, so, ihr wollt eine mobile Reha beantragen, gar kein Problem, hier gibt es einen Förderfonds [...], dann können sie zumindest die ersten paar Monate überbrücken und äh überlegen, ob es passt, sag ich jetzt mal, wenn ich das (unv.) ich sag jetzt mal, wie ich das als großer Konzern mache/ dann ist das auch einfacher, weil ich dann ein gewisses Volumen hinter mir habe, aber wenn ich jetzt quasi sage, als so ne Privatperson, ich möchte eine mobile Reha machen [...] wenn man es eben so für Privatpersonen vereinfachen würde, dass man sagt so, komm gibt ne Anschubfinanzierung oder was auch immer, dann könnte ich zumindest erst mal ein paar Monate überbrücken, bis ich da irgendwie meine Strukturen etabliert habe. Ich denke, das ist doch (unv.) die größte Hürde (E11, Z. 490ff.).

Die fünfte Oberkategorie (OK5) fasst „**Hemmnisse durch Wissensdefizite und ablehnende Einstellungen**“ zusammen. Die erste Unterkategorie (UK5.1) beinhaltet Aussagen, die „*Mangelndes Wissen und fehlende Kenntnisse*“ als erschwerende Faktoren für die bislang geringe Ausweitung des Angebots benennen. Dabei unterstreichen die Aussagen der befragten Fachpersonen, dass es einigen relevanten Akteur/-innen an grundlegender Kenntnis über die Existenz der mobilen geriatrischen Rehabilitation fehlt, während es anderen an inhaltlichem Wissen über das Angebot und seine Rahmenbedingungen mangelt. In der Folge führt dies mitunter zu pauschalen Vorurteilen, etwa hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit, durch die die MoGeRe als grundsätzlich nicht rentabel wahrgenommen wird.

„Und so lange keiner davon weiß, dass es überhaupt eine mobile geriatrische Reha gibt oder sie auch kostendeckend arbeiten kann, macht es auch keiner“ (E2, Z. 45ff.).

„Und dann auch diese Aussage, die trägt sich nicht. Die hört man immer wieder, wenn ich das anspreche, auch bei Geriatern, auf dem Kongress, auf dem deutschen Geriatrie-Kongress, äh, kommt auch die Aussage, das rechnet sich nicht. Dieses, ja, dieses Urteil oder Vorurteil besteht schon, so dass sich keiner damit beschäftigt“ (E2, Z. 217ff.).

„Weil, wissen Sie, ich meine, man muss mal auch sagen, fragen Sie mal bei irgendwelchen Verbänden danach in einem Bundesland, wo es bisher keine MoGeRe gab, da wissen die Verhandler eigentlich gar nicht, was das ist. Also da muss man denen das erst noch mal wieder verklickern eigentlich. Es ist noch nicht so eine Vokabel. Weder, weder niedergelassene Vertragsärzte können oft mit mobiler Reha was anfangen, noch Krankenhausärzte“ (E4, Z. 718ff.).

„[...] ich glaube, das größte Problem ist, dass es noch nicht groß bekannt ist. Sowohl von Krankenkassen als auch bei, ich sag jetzt mal, Gründern, dass man weiß, lohnt sich das, ist das wirtschaftlich sinnvoll [...]“ (E11, Z. 484ff.).

Die zweite Unterkategorie (UK5.2) bezieht sich auf „*Ablehnende Haltungen und Konkurrenzgedanken*“ relevanter Akteur/-innen, die die Ausweitung des Angebots seit dessen sozialgesetzlicher Verankerung erschwert haben. Expert/-innen berichteten von institutionellen Widerständen sowie von Befürchtungen, dass das Angebot der MoGeRe als Konkurrenz wahrgenommen werde. Insbesondere in der Anfangsphase nach der gesetzlichen Verankerung zeigten sich solche Vorbehalte seitens der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Kostenträger. Diese ablehnenden Haltungen beruhen teils auf fehlender inhaltlicher Auseinandersetzung, teils auf der Sorge, bestehende Versorgungsstrukturen könnten untergraben werden.

„Wir haben auch versucht, einen guten Kontakt zur Kassenärztlichen Vereinigung, also zur Vertretung der niedergelassenen Ärzte aufzubauen, um denen zu zeigen, dass ist ein sinnvolles Angebot für die Patienten, die ihr zu Hause, in eurer Praxis, ambulant in der Pflegeeinrichtung versorgt. Da sind wir auf massiven Widerstand gestoßen, was aber, ja, ich nenn das einfach mal so, wirklich Ignoranz war. Die haben sich inhaltlich überhaupt nicht damit auseinandergesetzt und wir kriegten nur zu hören, was wildert ihr in unserm Gebiet“ (E1, Z. 217ff.).

„[...] auch kassenseitig ein gewisser, gewisser Nihilismus gegenüber dem Thema Hochbetagte und äh Rehabilitation ähm immer so die Frage im Raum, ähm bringt das denn überhaupt was?“ (E8, Z. 319ff.).

„Aber sicherlich sind auch unbegründete Ängste da, [...], nehmen wir uns gegenseitig Patienten weg“ (E9, Z. 390ff.).

Die sechste Oberkategorie (OK6) umfasst hemmende Faktoren, die **„strukturelle Hürden im Zulassungs- und Umsetzungsprozess“** betreffen. Diese Oberkategorie wurde nochmals in drei Unterkategorien unterteilt. Die erste Unterkategorie (UK6.1) trägt den Titel *„Einschränkende Indikationsvorgaben in den alten Gemeinsamen Empfehlungen“*. Die Rahmenbedingungen für die Gründung und den Betrieb einer MoGeRe sind in den Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation festgehalten. In den Rahmenempfehlungen von 2007, die bis 2021 galten, war die Zielgruppe der MoGeRe sehr eng gefasst. Daraus ergab sich für potenziell gründungswillige Einrichtungen eine erhebliche Unsicherheit, ob in ihrem Versorgungsgebiet überhaupt genügend Patient/-innen mit den geforderten Indikationen vorhanden wären, um ein entsprechendes Angebot wirtschaftlich tragfähig betreiben zu können.

„Und das haben wir diese Jahre mit uns rumgeschleppt und jemand, der unter den Bedingungen eine mobile Reha aufbauen sollte, der also eigentlich nur solche Patienten aufnehmen durfte, der stand immer unter der Frage, habe ich eigentlich genügend von der Sorte in meinem Einzugsgebiet?“ (E4, Z. 594ff.).

Darüber hinaus zeigen sich strukturelle Hürden auch in der zweiten Unterkategorie (UK6.2) *„Qualifikations- und Personalanforderungen zur Zulassung“*. Sie beinhaltet Aussagen, die sich auf restriktive Vorgaben der Gemeinsamen Empfehlungen in Bezug auf das Personal und die Qualifikationen der Mitarbeiter/-innen beziehen.

„Also, wenn man hört, welche Voraussetzungen erfüllt werden müssen, die sind schon sehr hoch angesetzt, äh, für ein startendes Team berufserfahrene Therapeuten zu haben, die auch schon eine Bobath/ also einer aus dem Berufsteam ne Bobath, ähm, Fortbildung hat, das ist für eine, eine separate startende mobile Reha nicht zu schaffen, denn die haben ja keinen Therapeutenstamm“ (E6, Z. 271ff.).

„[...] was natürlich auch, ja, vielleicht auch nochmal die Rahmenempfehlungen äh tangiert. Da sind Berufsqualifikationen hinterlegt, die sind aber nicht allumfassend, ja, die schließen Berufsgruppen aus, [...] Bewegungstherapeuten oder beispielsweise sowas, ja oder wenn ich jetzt/ äh da steht auch drin, ich muss einen Sozialdienst beschäftigen, was ist denn mit weitergebildeten Pflegekräften und Case-Management, die machen die gleiche Arbeit. Die dürften formal das nicht, ja. Das heißt, man muss da so kleinteilig in Verhandlungen treten, obwohl sozusagen am Ende doch zählt, wird die Leistung sachgerecht erbracht“ (E9, Z. 523ff.).

In einer dritten Unterkategorie (UK 6.3) *„Bürokratische Hürden und fehlende Flexibilität“* werden weitere erschwerende Faktoren benannt. Auch diese Aspekte führen zu Hürden im Kontext

von Gründungen, da ein schrittweiser Aufbau einer Einrichtung unter den bestehenden Bedingungen oft nicht möglich ist. Zwar sind in den Gemeinsamen Empfehlungen diesbezüglich mittlerweile Übergangsregelungen vorgesehen, nach Aussage befragter Fachpersonen werden diese jedoch von den Krankenkassen teilweise nicht berücksichtigt. Stattdessen werden bestimmte Vorgaben zu nachzuweisenden Qualifikationen und zur Personalvorhaltung rigide verfolgt. In Folge dessen lässt sich auch die fehlende Flexibilität beim Aufbau einer MoGeRe-Einrichtung als hemmend im Kontext der Angebotsausweitung identifizieren. Außerdem ist die Gründung einer MoGeRe-Einrichtung auch mit umfangreichen bürokratischen Hürden verbunden, die eine Gründung ebenfalls erschweren.

„Ähm, es müsste so eine Übergangszeit eingeräumt werden. Ähm, also in den gemeinsamen Empfehlungen für die mobilen Rehas steht ja drin, dass es einen Übergangszeitraum geben muss, ähm, in dem man quasi aufbauen kann. Also zum Beispiel dürfen die Therapeuten in diesem Zeitraum die Qualifikationen erwerben. Ähm der Therapeut, der noch keinen Bobath hat, der darf innerhalb von, ich weiß nicht, vier Monaten, hat er die Zeit, noch einen Bobath zu erwerben, bis man dann quasi die komplette Zulassung, äh, bekommt. Das ist so verankert, das ist auch so gesetzlich geregelt. Die Krankenkassen in [Bundesland anonymisiert] äh, wollen das aber nicht. Die wollen, dass man direkt zum Start das komplette Team mit allen Qualifikationen hat und es keinen Aufbauzeitraum gibt“ (E3, Z. 239ff.).

„[...] äh diese bürokratischen Hürden, die da entstehen. Ähm, ich gehe absolut damit einher, dass es gewisse Qualitätsanforderungen geben muss, äh ohne, ohne Frage, äh und gleichzeitig, äh darf es aber nicht, äh zu sehr in dem Klein-Klein und in dem, ähm, dritten Anhang und dort nochmal eine Fußzeile und ähm da muss es für noch einen Leitfaden geben und so weiter und so fort ähm ich glaube, das ist, äh schon erst mal ein Berg der einen schon erschlägt [...]“ (E7, Z. 391ff.).

In einer siebten Oberkategorie (OK7) geht es um **„Politisch-strukturelle Rahmenbedingungen“**. Innerhalb dieser Kategorie wurde lediglich eine Unterkategorie identifiziert. Um die inhaltliche Konsistenz und formale Einheitlichkeit des Kategoriensystems zu wahren, wurde dennoch eine Differenzierung in Ober- und Unterkategorie vorgenommen. Die Unterkategorie (UK7.1) trägt den Titel *„Fehlende politische Unterstützung auf Landesebene“*. Sie beschreibt das Ausbleiben gezielter politischer Impulse sowie mangelnde aktive Unterstützung durch die Landespolitik. Diese wird dabei eher als abwartend und verharrend wahrgenommen, anstatt eine Reform zu stärkerer Unterstützung ambulanter bzw. mobiler Versorgungsformen aktiv voranzutreiben, was Gründungsinteressierte in ihrem Vorhaben motivieren würde:

„Aber wir brauchen auch eben entsprechende Unterstützung von der Politik. Die ist aber nicht da. Die Politik wartet hier in [Bundesland anonymisiert] erstmal ab, was alles in Berlin passiert, um mal irgendwann eine Gesundheitsreform irgendwie umzusetzen“ (E2, Z. 123ff.).

7. Diskussion

7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, hemmende Faktoren der Angebotsausweitung der MoGeRe in Deutschland zu identifizieren und herauszufinden, welche Barrieren Gründungsvorhaben erschweren. In den Ergebnissen ließen sich Herausforderungen im Zusammenhang mit den Krankenkassen und den medizinischen Diensten finden. Diese sind maßgeblich für die Genehmigung der Konzepte sowie die Finanzierung der Leistungen verantwortlich. Verhandlungen gestalten sich oft langwierig und werden von den Krankenkassen verzögert. Kostenbedenken seitens der Kassen führen dazu, dass die Wirtschaftlichkeit des Angebots infrage gestellt wird. Auch das in der Vergangenheit bestehende Machtungleichgewicht in Verhandlungen erschwert die Angebotsausweitung. Die Krankenkassen verfügten oftmals über eine stärkere Verhandlungsposition, weshalb MoGeRe-Einrichtungen im Gründungsprozess häufig nachgeben mussten. Darüber hinaus zeigen die erhobenen Daten, dass die begrenzte Ausweitung der MoGeRe auch auf eine mangelnde Initiative potenzieller Betreiber zurückzuführen ist. Als vergleichsweise kleines Versorgungselement wird die MoGeRe von vielen Trägern als nachrangig eingestuft und in ihrer Umsetzung nicht priorisiert. Diese Zurückhaltung deutet auf eine geringe Veränderungsbereitschaft und eine gewisse institutionelle Trägheit hin. Zudem stellt der mit dem Aufbau eines neuen Angebotsbereichs verbundene organisatorische Mehraufwand im laufenden Arbeitsalltag ein weiteres Hemmnis dar. Auch der Fachkräftemangel erschwert die Entwicklung neuer Einrichtungen wesentlich. Sowohl die begrenzte Verfügbarkeit, insbesondere ärztlichen und therapeutischen Personals, als auch die hohen formalen Qualifikationsanforderungen wirken einschränkend auf die Personalgewinnung. Ein weiteres Hemmnis liegt in den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Die geringe wirtschaftliche Attraktivität im Verhältnis zu den hohen Qualifikationsanforderungen hemmt die Ausweitung des Angebots. Hinzu kommt eine allgemeine wirtschaftliche Unsicherheit. Viele Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen können aufgrund der angespannten Finanzlage keine zusätzlichen Angebote realisieren. Hohe Anfangsinvestitionen sowie lange Amortisationszeiten erhöhen das wirtschaftliche Risiko zusätzlich. Zudem gibt es meist keine Anschubfinanzierung, was den Aufbau weiterer Einrichtungen erleichtern würde. Weiterhin wurden Wissensdefizite und ablehnende Einstellungen gegenüber dem MoGeRe-Angebot als hinderlich für dessen Ausweitung identifiziert. Fehlendes Wissen über diese Form der Rehabilitation sowie falsche Annahmen und Konkurrenzgedanken führten in der Vergangenheit und teilweise bis heute zu Vorbehalten und institutionellen Widerständen. Darüber hinaus erschweren auch strukturelle Hürden im Zulassungs- und Umsetzungsprozess

die Ausweitung der MoGeRe. Lange Zeit führten einschränkende Indikationsvorgaben zu einer unsicheren Auslastung, da nur ein eng definierter Personenkreis für das Angebot infrage kam. Den Einrichtungen fehlte dadurch Planungssicherheit, weshalb sie Geld und Ressourcen hätten investieren müssen, ohne sicher sein zu können, ob ausreichend dieser Patient/-innen vorhanden wären, um das Angebot wirtschaftlich betreiben zu können. Auch das wirkte sich negativ auf Gründungsentscheidungen aus. Zusätzlich wirken hohe personelle und formale Anforderungen sowie die oft fehlende Berücksichtigung von Übergangsregelungen durch die Krankenkassen als herausfordernd für den sukzessiven Aufbau eines Behandlungsteams. Bürokratische Hürden und starre Auslegungen der Vorgaben verstärken diese Probleme. Schließlich erschweren auch politisch-strukturelle Rahmenbedingungen einen zügigeren Ausbau des Angebots. Zwar wurde das MoGeRe-Angebot auf Bundesebene durch gesetzliche Anpassungen gestärkt, auf Landesebene fehlt jedoch häufig politische Unterstützung. Es mangelt an aktiven Impulsen, was sich ebenfalls negativ auf die Verbreitung des Angebots auswirkt.

7.2 Interpretation der Ergebnisse

Die Auswertung der Experteninterviews zeigt, dass die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen mit verschiedenen Herausforderungen verbunden ist. Dazu zählen insbesondere langwierige Verhandlungsprozesse, Kostenbedenken sowie die Infragestellung der Wirtschaftlichkeit des Angebots. Die vorliegenden empirischen Ergebnisse stützen damit insbesondere die Befunde aus der früheren Untersuchung von Lübke (2019), der ebenfalls auf erschwerte Bedingungen in den lang andauernden Vertragsverhandlungen mit den Kostenträgern hinwies. Eine mögliche Erklärung dafür könnte in dem bereits in Kapitel 3.3 beschriebenen grundlegenden Schnittstellenproblem im Finanzierungssystem liegen. Während die Krankenkassen die Kosten für die Rehabilitation tragen, sind die Pflegekassen nicht an der Finanzierung beteiligt. Dabei verfolgt die MoGeRe ausdrücklich das Ziel, „Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten“ (SGB IX § 4). Der Hauptnutzen rehabilitativer Maßnahmen liegt demnach bei den Pflegekassen, während die finanzielle Last bei den Krankenkassen verbleibt. Problematisch ist daran, dass die Krankenkassen als Kostenträger dieser Leistungen dadurch selbst nicht unbedingt an einer Angebotsausweitung der MoGeRe interessiert sind. Vielmehr sind dies die Pflegekassen, die den Nutzen für sich erkennen. Jacobs und Greß (2017, S. 207-208) bezeichnen dies als einen Konstruktionsfehler der Pflegeversicherung. Zwar wurde in § 5 SGB XI der gesetzliche Vorrang medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen gegenüber pflegerischen Leistungen verankert, doch bleibt diese Regelung aufgrund

der beschriebenen Schnittstellenproblematik in der Praxis häufig wirkungslos. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive handelt es sich hierbei um den klassischen Fall eines positiven externen Effekts, bei dem der Nutzen einer Leistung überwiegend bei einem anderen Akteur auftritt, als demjenigen, der die Kosten trägt. Für die Krankenkassen ergeben sich dadurch ökonomisch nachteilige Anreizstrukturen, die Investitionen in geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen generell wenig attraktiv erscheinen lassen. Obwohl ein Angebot wie die MoGeRe gesamtgesellschaftlich vorteilhaft ist und auf lange Sicht zur Reduzierung von Pflegekosten beitragen könnte, führt der beschriebene Effekt häufig zu einem Unterangebot entsprechender Leistungen (Jacobs & Greß, 2017, S. 207-208). Für die zukünftige Weiterentwicklung und Verbreitung des Angebots erscheint es daher sinnvoll, die Pflegekassen, als eigentliche Nutznießer der MoGeRe stärker in die Finanzierung einzubeziehen. Eine solche Mitfinanzierung könnte dazu beitragen, die bestehenden Fehlanreize im System zu korrigieren und die Akteure zu aktivieren, die tatsächlich ein Interesse am Ausbau der MoGeRe haben.

Die empirischen Befunde dieser Arbeit zeigen, dass auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen als hinderlich für die Ausweitung des MoGeRe-Angebots zu bewerten sind. Dabei ergeben sich inhaltliche Überschneidungen zwischen der Oberkategorie „Wirtschaftliche Rahmenbedingungen“ und der Oberkategorie „Hemmnisse durch mangelnde Initiativen potenzieller Betreiber“. Ökonomische Bedingungen und das institutionelle Verhalten sind eng miteinander verknüpft. Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen wirken nicht isoliert, sondern beeinflussen auch die Bereitschaft von Institutionen, neue Versorgungsformen wie die MoGeRe umzusetzen. Dennoch erscheint eine differenzierte Betrachtung beider Kategorien in der Auswertung sinnvoll, um systembedingte Hemmnisse klar von akteursspezifischen Barrieren abzugrenzen.

Die Studie von Janßen et al. (2018) wies darauf hin, dass eine wirtschaftlich tragfähige Umsetzung mobiler Rehabilitationsangebote unter den damals bestehenden Vergütungsbedingungen kaum realisierbar schien. Insbesondere dann, wenn die mobile Rehabilitation als eigenständige organisatorische Einheit betrieben wurde, erwies sich die Finanzierung ohne zusätzliche Zuschüsse oder Fördermittel als nicht ausreichend zur Deckung der laufenden Betriebskosten. Diese Erkenntnis stimmt teilweise mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit überein. Auch in den geführten Experteninterviews wurde berichtet, dass die Vergütung in der Vergangenheit unauskömmlicher war, dass Verträge oft nicht optimal abgeschlossen wurden oder dass Einrichtungen auf Quersubventionierung angewiesen waren. Diese Faktoren könnten dazu beigetragen haben, dass potenzielle Träger von einer Gründung Abstand nahmen. Aus heutiger Sicht

haben sich jedoch wesentliche Rahmenbedingungen verbessert. Das 2020 in Kraft getretene Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz trug zu verbesserten Rahmenbedingungen für eine wirtschaftlich angemessenere Vergütung rehabilitativer Leistungen bei. In Kapitel 3.4 wurde bereits darauf verwiesen, dass durch die gesetzliche Regelung in § 111 SGB V Gehälter bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen mittlerweile nicht mehr als unwirtschaftlich abgelehnt werden dürfen. In früheren Verhandlungen schien das laut Aussage der Expert/-innen durchaus der Fall gewesen zu sein. Diese Änderung von § 111 SGB V trat erst 2020 im Zuge des IPReGs ein. Die bereits beschriebene Untersuchung von Janßen et al. (2018) konnte die verbesserten rechtlichen Rahmenbedingungen daher noch nicht berücksichtigen, weshalb sich zur aktuellen Vergütungssituation ein positiveres Bild als noch zur Zeit der Untersuchung von Janßen et al (2018) ergibt. Neben den Verbesserungen durch das IPReG ist davon auszugehen, dass auch die im Juli 2025 in Kraft getretenen „Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation“ weitere Verbesserungen bewirken werden, indem sie den Einrichtungen in Verhandlungen mehr Sicherheit geben. Das betrifft sowohl die mobile geriatrische Rehabilitation als auch alle anderen Rehabilitationsformen. Diese Regelungen stellen aber insbesondere für ein noch junges und wenig verbreitetes Versorgungssegment wie die MoGeRe, durch mehr Transparenz und Einheitlichkeit, eine bedeutsame Grundlage für die Entwicklung und Etablierung des Angebots dar. Vor diesem Hintergrund lässt sich festhalten, dass sich sowohl die Vergütung als auch die rechtlichen Rahmenbedingungen insgesamt verbessert haben. Unter den aktuellen Rahmenbedingungen kann eine MoGeRe-Einrichtung wirtschaftlich tragfähig betrieben werden. Voraussetzung dafür ist, dass sie gut konzeptioniert ist, strategisch mit den Leistungsträgern verhandelt und die Abläufe stringent geplant und organisiert sind. Es empfiehlt sich, jährlich neue Vergütungsverhandlungen durchzuführen, um Kostensteigerungen durch Inflation und allgemeine Preisentwicklungen im Markt auszugleichen. Ohne regelmäßige Anpassung könnten Träger langfristig Verluste machen (BAG MoRe, 2024).

Ein weiterer hemmender Faktor für Gründungsvorhaben, der in den empirischen Befunden identifiziert wurde, ist das weitgehende Fehlen von Anschubfinanzierungen, insbesondere bei gleichzeitig hohen Anfangsinvestitionen. Wie in Kapitel 3.5 dargestellt, ist Bayern bislang das einzige Bundesland, das gezielt finanzielle Anreize für die Gründung mobiler geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen geschaffen hat. Ein möglicher Erklärungsansatz für die vergleichsweise hohe Anzahl an Einrichtungen in Bayern könnte darin liegen, dass potenzielle Träger, die bereits grundsätzlich an der Gründung einer MoGeRe interessiert waren, den Standort Bayern gerade wegen der Anschubfinanzierung gewählt haben. Dieses Szenario erscheint insbesondere bei größeren Klinikverbünden mit mehreren Standorten in verschiedenen Bundesländern oder

bei Einzelgründungen plausibel. In solchen Fällen wäre die Anschubfinanzierung zwar nicht der eigentliche Auslöser für das Gründungsvorhaben, wohl aber ein ausschlaggebender Standortfaktor zugunsten Bayerns. Auf der anderen Seite stehen Einrichtungen, die keinen zweiten Standort betreiben und deren Entscheidung nicht zwischen verschiedenen Bundesländern getroffen wurde, sondern zwischen Gründung oder Nicht-Gründung. Für diese Träger könnte die Anschubfinanzierung den entscheidenden Impuls geliefert haben, gewissermaßen als „Zünglein an der Waage“, das eine bereits erwogene Gründung ermöglicht oder beschleunigt hat. Derzeit befinden sich nahezu die Hälfte aller MoGeRe-Einrichtungen Deutschlands in Bayern. Zum Vergleich: Im Jahr 2014 existierten in Bayern lediglich drei Einrichtungen. Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit Pflege und Prävention scheint die Potenziale des Versorgungsangebots der MoGeRe erkannt und entsprechenden Handlungsbedarf festgestellt zu haben. In der Folge wurde beschlossen, Gründungsvorhaben ab dem Jahr 2015 durch eine Anschubfinanzierung in der finanziell besonders belastenden Startphase zu unterstützen. Die Maßnahme zeigte offenbar Wirkung, denn seither hat sich die Zahl der MoGeRe-Einrichtungen in Bayern auf inzwischen zehn, mehr als verdreifacht. Diese Entwicklung legt nahe, dass bereits eine vergleichsweise moderate finanzielle Unterstützung einen entscheidenden Impuls für die Umsetzung entsprechender Gründungsvorhaben geben kann. Obwohl die Förderung in Bayern im Verhältnis zu den tatsächlichen Investitionskosten (z. B. Anschaffung des Fuhrparks, Personal- aufbau etc.) gering ausfällt, kann sie dennoch eine praktische Starthilfe sein und Einrichtungen die nötige Motivation zur Gründung bieten. Außerdem signalisiert sie politisches Interesse und schafft ein unterstützendes Gründungsklima. Für die Zukunft wäre denkbar, dass auch Ministerien in anderen Bundesländern finanzielle Anreize schaffen oder das in Bayern etablierte Fördermodell übernehmen, um die Gründung von MoGeRe-Einrichtungen gezielt zu unterstützen.

Darüber hinaus könnte für die Bundesländer auch ein finanzielles Potenzial in einer Förderung der MoGeRe verborgen liegen. Wie am Beispiel Bayerns zu sehen ist, scheint finanzielle Förderung einen positiven Einfluss auf die Gründung entsprechender Einrichtungen zu haben. Durch gezielte Förderprogramme könnten Bundesländer nicht nur Gründungshemmnisse abbauen, sondern auch langfristig Kosten im Sozial- und Pflegebereich reduzieren, etwa durch die Vermeidung einer Verschlechterung von Pflegebedürftigkeit oder einer Höherstufung des Pflegegrads. Zudem könnten pflegende Angehörige durch ein Angebot wie die MoGeRe entlastet werden, etwa indem die Selbstständigkeit der zu pflegenden Person verbessert wird. Mussten die Angehörigen ihre Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflege reduzieren oder ganz aufgeben, könnte ein solches Angebot sie möglicherweise auch dabei unterstützen, wieder ins Berufsleben zurückzukehren, was sich wiederum positiv auf Steuereinnahmen auswirken könnte.

Die empirischen Ergebnisse dieser Arbeit weisen auf eine teilweise fehlende politische Unterstützung auf Landesebene hin, die die Angebotsausweitung erschwert. Der Fokus liegt dabei vor allem auf einem passiven Verhalten der Landespolitik sowie einem Mangel an Impulsen und Reformwillen im Kontext mobiler Angebote. Möglicherweise könnte einigen Bundesländern eine strategische Ausrichtung der Landespolitik auf ambulante bzw. mobile Versorgungsangebote fehlen. Dabei sollten die Bundesländer doch ein eigenes Interesse daran haben, die bestehende Versorgungslücke zu schließen, um ihrem gesetzlichen Auftrag gemäß SGB IX, insbesondere dem Sicherstellungsauftrag nach § 36, wie in Kapitel 3.3 erläutert, gerecht zu werden. Ziel muss es sein, mit Angeboten wie der MoGeRe die Selbstbestimmung insbesondere jener Menschen zu stärken, die bislang häufig durchs Raster fallen und dadurch bestehende Benachteiligungen abzubauen. Dazu gehört, ihnen überhaupt Zugang zu den rehabilitativen Leistungen zu verschaffen, die für sie die besten Aussichten auf die Verbesserung von Teilhabe und Selbstständigkeit bieten. Für bestimmte Patientengruppen ist dies nur im Rahmen eines mobilen Settings und unter Einbeziehung des häuslichen Umfelds und der Angehörigen möglich. Forschungsergebnisse in Kapitel 3.6 bestätigen speziell für ältere Menschen mit der Nebendiagnose Demenz, dass die heimische Wohnsituation und die Einbindung von Angehörigen den Rehabilitationsprozess positiv beeinflussen. Diese Aspekte schaffen Vertrautheit und ersparen Betroffenen oft eine vollständige Neuorientierung in einer ungewohnten Umgebung, wie sie etwa bei stationärer Rehabilitation notwendig wäre. Für diese Personen liegt der Fokus sonst häufig mehr auf der Orientierung im neuen Umfeld als auf der eigentlichen Therapie.

Darüber hinaus gilt es auch das Wunsch- und Wahlrecht (§ 8 SGB IX) anderer Patientengruppen zu berücksichtigen, etwa indem berechtigten Wünschen nach einer Rehabilitation im mobilen Setting entsprochen wird. Viele Betroffene haben zuvor bereits lange Krankenhausaufenthalte hinter sich und wünschen sich ausdrücklich, die Rehabilitationsmaßnahme in ihrem häuslichen Umfeld durchzuführen. Die Möglichkeit, im eigenen Zuhause therapiert zu werden, stellt für sie nicht nur eine emotionale Entlastung dar, sondern kann auch die Motivation und den Therapieerfolg positiv beeinflussen.

Wie bereits in Kapitel 3.5 dargelegt, besteht im teilstationären und ambulanten Bereich eine wachsende Nachfrage nach altersgerechten, wohnortnahen Versorgungsangeboten. Auch in diesem Zusammenhang sind die Bundesländer gefordert, den seit Jahren erkennbaren Trend zur Ambulantisierung aktiv zu unterstützen. So könnte auch den zunehmenden Herausforderungen des demografischen Wandels flexibler begegnet werden. Hinzu kommt, dass die Kapazitäten in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen begrenzt sind und es vielerorts bereits zu langen

Wartezeiten kommt, auch hier besteht dringender Handlungsbedarf zu ergänzenden, bedarfsgerechten Angeboten wie dem der MoGeRe. Die empirischen Befunde dieser Arbeit verdeutlichen zudem, dass die Unterkategorie „geringe Veränderungsbereitschaft“ als Hemmnis für die Angebotsausweitung zu werten ist. Potenzielle Träger müssen daher bereit sein, bestehende Strukturen kritisch zu hinterfragen und gegebenenfalls aufzubrechen, wenn ein mobiles Angebot umgesetzt werden soll. Gerade größere Einrichtungen verharren jedoch oft in bewährten Strukturen und tun sich schwer damit, sich als wandelbare Organisationen zu begreifen. Dieses Festhalten an tradierten Mustern kann die Einführung innovativer und zukunftsfähiger Versorgungsformen wie die MoGeRe erheblich erschweren. Die Überwindung dieser inneren Widerstände könnte zukünftig dazu beitragen, die erfolgreiche Etablierung des Angebots zu erleichtern.

In Kapitel 6 wurden Wissensdefizite bei zentralen Akteurinnen und Akteuren im Kontext der MoGeRe festgestellt, was die Verbreitung des Angebots erschwert. Die Ergebnisse zeigen, dass in der Praxis viele maßgeblich verantwortliche Personen aus der Geriatrie, den niedergelassenen Praxen, Kliniken sowie den Verhandlungsteams der Krankenkassen das Angebot der MoGeRe entweder gar nicht kennen oder nur unzureichende Kenntnisse über dessen Potenziale und Wirtschaftlichkeit besitzen. Fehlt es zentralen Akteuren und Akteurinnen wie Krankenhaus/-ärztinnen an Wissen über die Existenz der MoGeRe oder herrscht Unsicherheit hinsichtlich ihrer Tragfähigkeit, fehlt es zugleich an potenziellen Impulsgeber/-innen. Gerade diese Personen könnten aufgrund ihrer Nähe zur Zielgruppe eine zentrale Rolle dabei spielen, das Thema MoGeRe überhaupt erst innerhalb ihrer Einrichtung ins Gespräch zu bringen und mögliche Gründungsvorhaben anzustoßen. Bleibt dieses Wissen jedoch aus, werden Chancen zur Etablierung dieser Versorgungsform oft gar nicht erst erkannt. Hinzu kommt, dass häufig die Annahme kursiert, MoGeRe sei wirtschaftlich nicht tragfähig. Diese Einschätzung beruht oft auf einer unzureichenden Informationslage, hat sich aber als hartnäckiges Vorurteil etabliert. Insbesondere in Bundesländern ohne bestehende MoGeRe-Strukturen fehlt es teils selbst auf Verbandsebene an grundlegendem Wissen über diese Versorgungsform. In Vergütungsverhandlungen führt dies dazu, dass zunächst ein gemeinsames Verständnis geschaffen werden muss, bevor inhaltlich fundierte Gespräche überhaupt möglich sind, was wiederum Zeit kostet. Ein mögliches Wissensdefizit auf Seiten der Bundesministerien wurde bislang nicht explizit benannt, erscheint jedoch ebenso plausibel. Fehlendes Wissen über die Existenz des Angebots oder mangelndes Verständnis für die Potenziale und den Nutzen der MoGeRe könnte auch hier eine Erklärung dafür liefern, warum in anderen Bundesländern noch keine Fördermechanismen etabliert wurden. Um dem entgegenzuwirken, bedarf es gezielter Informations- und Aufklärungsarbeit, die die Potenziale der MoGeRe sichtbar macht und politische sowie fachliche

Aufmerksamkeit erzeugt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft MoRe leistet hier bereits seit Jahren einen zentralen Beitrag, indem sie das Thema aktiv an relevante Akteure und Akteurinnen heranträgt wie z. B. durch Fachbeiträge auf Veranstaltungen wie dem gemeinsamen Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. Ergänzt wird dieses Engagement durch die regelmäßig stattfindenden Gründerseminare, die ein- bis zweimal jährlich angeboten werden und gründungsinteressierten Einrichtungen sowie Einzelpersonen umfassende Informationen zum Aufbau einer MoGeRe-Einrichtung bereitstellen.

Des Weiteren stellt der Fachkräftemangel, vor allem im ärztlichen und therapeutischen Bereich, eine erhebliche Herausforderung für Gründungsvorhaben dar. Die in dieser Arbeit gewonnenen empirischen Ergebnisse zeigen, dass die Personalgewinnung durch die hohen Qualifikationsanforderungen, wie sie in den Gemeinsamen Empfehlungen festgelegt sind, zusätzlich erschwert wird. Einerseits ist es für gründungsinteressierte Einrichtungen herausfordernd, geeignetes Fachpersonal mit den geforderten Qualifikationen zu finden, zumal sie in direkter Konkurrenz zu anderen Einrichtungen wie Krankenhäusern und stationären Reha-Einrichtungen stehen. Andererseits ist es trotz dieser schwierigen Ausgangslage erforderlich, in einem Bereich wie der MoGeRe, besonders qualifiziertes Personal einzusetzen, da die Zielgruppe häufig komplexe Behandlungsbedarfe aufweist und oftmals aus schwer betroffenen, pflegebedürftigen Patient/-innen besteht. Vor diesem Hintergrund erscheint auch die Anforderung, dass therapeutisches Personal mindestens zwei Jahre Berufserfahrung vorweisen muss, durchaus sinnvoll. Diese Erfahrungswerte sind erforderlich, um auch in herausfordernden Therapiesituationen sicher auftreten und handeln zu können. Berufsanfänger/-innen ohne entsprechende Praxiserfahrung könnten hier schnell an ihre Grenzen stoßen. Die hohen Qualifikationsanforderungen tragen somit dazu bei, den Qualitätsstandard in der MoGeRe zu sichern. Dennoch stellen sie, gerade in Zeiten, in denen es ohnehin schwierig ist Personal zu finden, eine zusätzliche Hürde für Gründungsvorhaben dar.

Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit, dass die in den Gemeinsamen Empfehlungen (2021) festgelegten Berufsqualifikationen viele ebenfalls relevante Berufsgruppen nicht miteinbeziehen, die fachlich in der Lage wären, vergleichbare Aufgaben zu übernehmen. Auch viele gesundheitsbezogene Studiengänge, die inzwischen fester Bestandteil der Ausbildungslandschaft in Deutschland sind, bleiben unberücksichtigt. Dadurch ist es diesen Berufsgruppen formal trotz fachlicher Eignung nicht möglich, in der MoGeRe tätig zu sein. In der Praxis führt dies dazu, dass Einrichtungen häufig in aufwendige Einzelfallverhandlungen treten müssen, um diese alternativen Qualifikationen anerkennen zu lassen. Angesichts des sich weiter

verschärfenden Fachkräftemangels erscheint es daher mittelfristig sinnvoll, die Gemeinsamen Empfehlungen in dieser Hinsicht zu überarbeiten. Vor diesem Hintergrund sollte insbesondere geprüft werden, inwiefern eine Öffnung gegenüber weiteren, vergleichbar qualifizierten Berufsgruppen möglich ist, ohne dabei die Qualität der Versorgung zu vernachlässigen. Eine solche Erweiterung könnte nicht nur den Zugang zu geeignetem Personal erleichtern, sondern auch der zunehmenden Vielfalt und Spezialisierung in den Gesundheitsberufen gerecht werden.

Auch eine weitere Flexibilisierung der zeitlichen Vorgaben zur Erlangung qualifikationsbezogener Anforderungen könnte einen Beitrag zur Verbesserung der Personalsituation leisten. In diesem Zusammenhang ist es jedoch von noch größerer Relevanz, dass die bereits in vorherigen Kapiteln angesprochenen Umsetzungshinweise/Übergangsregelungen, wie sie in den Gemeinsamen Empfehlungen vorgesehen sind, von den Krankenkassen tatsächlich beachtet und den Leistungserbringern gewährt werden. Die empirischen Befunde dieser Arbeit deuten darauf hin, dass dies nicht immer der Fall ist. Sollte die Einhaltung der Übergangsregelungen hartnäckig verweigert werden, sollten betroffene Einrichtungen nicht zögern, das in Kapitel 3.3 gesetzlich verankerte Schiedsstellenverfahren gemäß § 111b SGB V in Anspruch zu nehmen, um deren Durchsetzung einzufordern.

In Kapitel 3.2 ist auf die Einschränkungen der Indikationen durch die alten Rahmenempfehlungen aus dem Jahr 2007 und die neuen Gemeinsamen Empfehlungen aus dem Jahr 2021 eingegangen worden. Mit den Gemeinsamen Empfehlungen im Jahr 2021 sind die zuvor engen Indikationsvorgaben weggefallen, womit eine deutliche Ausweitung der Indikationen für die MoGeRe eingetreten ist. Die empirischen Ergebnisse dieser Arbeit weisen auf die restriktiven Indikationsvorgaben der früheren Rahmenempfehlungen als hemmenden Faktor für die Angebotsausweitung seit 2007 hin. Zwar ist diese Hürde inzwischen entfallen, stellte jedoch bis zur Geltung der Vorgaben der neuen Gemeinsamen Empfehlungen im Jahr 2021 eine wesentliche Barriere für die Entwicklung und Ausweitung des mobilen Angebots dar. Einrichtungen, die das mobile Rehabilitationssetting grundsätzlich als sinnvoll erachteten, sahen sich durch die engen Indikationskriterien mit erheblicher Unsicherheit hinsichtlich der Fallzahlpotenziale im jeweiligen Einzugsgebiet konfrontiert. Die Ausweitung der Indikationen erhöht somit nicht nur die potenzielle Patientenzahl, sondern verbessert auch die wirtschaftliche und organisatorische Planbarkeit. Insofern wurde mit den Gemeinsamen Empfehlungen (2021) ein wesentliches Hemmnis beseitigt, das zuvor Gründungsvorhaben erschwerte. Einrichtungen, die seither die mobile Rehabilitation in ihr Angebotsspektrum aufnehmen möchten, können nun unter verbesserten Rahmenbedingungen agieren.

7.3 Limitationen

Für die vorliegende Arbeit wurde ein qualitativer Forschungsansatz mit leitfadengestützten Experteninterviews als Erhebungsmethode gewählt. Wie in Kapitel 5.2 beschrieben, wurden zunächst sechs unterschiedliche Personengruppen als potenzielle Interviewpartner/-innen identifiziert. Ziel war es, ein möglichst breites Spektrum an Perspektiven im Kontext der Fragestellung zu hinderlichen Faktoren der Angebotsausweitung der MoGeRe abzubilden. Mit fünf der sechs Personengruppen konnten tatsächlich Interviews geführt werden. Lediglich mit Personen aus der Gruppe der Experten im Bereich der Krankenkassen und Krankenkassenverbände konnte kein Interview realisiert werden. Das Fehlen dieser Perspektive stellt eine Einschränkung der Untersuchung dar, da es sich um eine Personengruppe handelt, die wesentlich an der Ausgestaltung von MoGeRe-Angeboten beteiligt ist. Sie repräsentiert die Perspektive der Leistungsfinanzierung und steht damit strukturell der Anbieterseite gegenüber. Gerade weil im Rahmen der Experteninterviews mehrfach auf Hemmnisse im Zusammenspiel mit den Krankenkassen verwiesen wurde, wäre die Sichtweise der Krankenkassen und Krankenkassenverbände für ein vollständiges Bild der bestehenden Herausforderungen sinnvoll gewesen. Es bleibt offen, inwiefern sich die Einschätzungen und Erfahrungen der Kassenvertreter/-innen mit den geschilderten Herausforderungen decken oder ob sie ihnen möglicherweise widersprechen. Für weiterführende Forschung bietet die gezielte Integration der Perspektive der Kostenträger künftig wertvolles Potenzial. Die Berücksichtigung dieser Sichtweise könnte dazu beitragen, bestehende Barrieren differenzierter zu analysieren und auch aus Sicht der Leistungsträger kritisch zu reflektieren.

Darüber hinaus konnte lediglich ein Interview mit einer Person aus der Gruppe geführt werden, die nach dem Besuch eines Gründerseminars letztlich nicht gegründet hat. Möglicherweise ist das darauf zurückzuführen, dass potenzielle Gesprächspartner/-innen aus dieser Gruppe grundsätzlich schwer erreichbar sind, vielleicht, weil sie ohne ein konkretes Gründungsvorhaben nicht aktiv in die relevanten Netzwerke eingebunden sind oder sich thematisch bereits wieder von der ursprünglichen Idee bzw. Auseinandersetzung mit dem Thema MoGeRe entfernt haben. Das könnte dazu führen, dass ihr Interesse an einer Teilnahme an einer wissenschaftlichen Untersuchung zu diesem Thema gering ausfällt. Zudem ist nicht auszuschließen, dass sich Personen aus dieser Gruppe selbst nicht als relevante Auskunftspersonen zu diesem Thema wahrnehmen und fälschlicherweise davon ausgehen, keinen nennenswerten Beitrag zum Forschungsvorhaben leisten zu können. Auch eine solche Selbsteinschätzung könnte die Initiative, sich für ein Interview zu melden, verringern. Dabei würde gerade ihre Perspektive Einblicke in die für

sie ausschlaggebenden Gründungsbarrieren ermöglichen, die zum Verständnis bestehender Herausforderungen beitragen können.

Eine weitere Limitation der vorliegenden Arbeit betrifft die Auswertung des erhobenen Datenmaterials. Die Kategorisierung wurde von einer einzelnen codierenden Person vorgenommen. Sowohl die Bezeichnung der Kategorien als auch die Zuordnung von Textstellen zu diesen Ober- und Unterkategorien basieren somit auf einer individuellen Einschätzung und sind entsprechend subjektiv geprägt. Aus methodischer Sicht wäre es für zukünftige Forschungsvorhaben sinnvoll, mehrere Codierer/-innen einzubeziehen, um die Konsistenz der Codierung zu überprüfen. Entscheidend ist dabei, inwieweit verschiedene Personen unabhängig voneinander zu vergleichbaren Ergebnissen bei der Codierung desselben Datenmaterials gelangen. Dies erhöht die Reliabilität und damit auch die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Codierung (Mayring, 2014, S. 42; Klein, 2022, S. 1559). Die überwiegend fehlende Anschubfinanzierung für den Aufbau einer MoGeRe wurde im Kategoriensystem dieser Arbeit als Unterkategorie der Oberkategorie „Wirtschaftliche Rahmenbedingungen“ zugeordnet. An dieser Stelle bestehen inhaltliche Überschneidungen, da die fehlende Anschubfinanzierung auch als Ausdruck mangelnder politischer Unterstützung auf Landesebene interpretiert werden könnte. Eine Doppelkodierung wäre aufgrund dieser Mehrdeutigkeit prinzipiell möglich, wurde jedoch bewusst vermieden. Die Entscheidung für eine eindeutige Zuordnung zur Kategorie der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen wurde getroffen, um die inhaltliche Kohärenz der Kategorienstruktur zu wahren. Zudem orientiert sich die Einordnung an der empirischen Datenstruktur, da die Interviewten die Problematik der fehlenden Anschubfinanzierung nicht im Zusammenhang mit fehlender politischer Unterstützung, sondern primär als wirtschaftliche Herausforderung beschrieben. Es ist dennoch denkbar, dass andere Codierer/-innen, mit entsprechender Argumentation, dieselbe Unterkategorie, der Oberkategorie „politisch-strukturelle Rahmenbedingungen“ zugeordnet hätten. Das zeigt, dass die Einbindung mehrerer Codierender von Vorteil sein kann, um unterschiedliche Perspektiven einzubeziehen und dadurch die interne Validität der Kategorienbildung zu stärken. Nichtsdestotrotz wurde in der vorliegenden Arbeit durch eine präzise Definition der Kategorien sowie die sorgfältige Dokumentation des Forschungsprozesses und der Ergebnisse eine möglichst hohe intersubjektive Nachvollziehbarkeit angestrebt (Meyer & Meier zu Verl, 2022, S. 300-301).

7.4 Implikationen für die Zukunft

Die vorliegende Forschungsarbeit konnte eine Reihe hemmender Faktoren identifizieren, die erklären, warum sich das Angebot mobiler geriatrischer Rehabilitation in Deutschland seit 2007 nur langsam entwickelt hat und bis heute nicht flächendeckend implementiert werden konnte. Die ermittelten Hemmnisse wurden systematisch anhand inhaltsanalytischer Verfahren ausgewertet und in sieben Oberkategorien aufgeteilt. Hürden für den schleppenden Ausbau mobiler Rehabilitationsangebote wurden insbesondere in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst, der mangelnden Initiative potenzieller Betreiber, Problemen bei der Personalgewinnung, den schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, Wissensdefiziten sowie ablehnenden Einstellungen, strukturellen Hürden im Zulassungs- und Umsetzungsprozess und den politisch-strukturellen Rahmenbedingungen ausfindig gemacht. Damit leistet diese Arbeit einen Beitrag zur empirischen Fundierung eines bislang wenig erforschten rehabilitativen Versorgungsbereichs und schafft eine Grundlage für weiterführende Forschung. Die im Rahmen der Analyse gewonnenen Erkenntnisse zu hemmenden Faktoren bei der Angebotsausweitung der MoGeRe in Deutschland sowie deren Verständnis stellen eine grundlegende Voraussetzung für die Entwicklung gezielter Lösungsstrategien dar. Künftige Forschung kann an diese qualitativen Ergebnisse anknüpfen und sie durch quantitative Erhebungen erweitern. Auf Basis der bestehenden qualitativen Datengrundlage ließen sich beispielsweise standardisierte Befragungen entwickeln, um die Häufigkeit und Verbreitung einzelner Hemmnisse zu erfassen und zu bewerten. Dadurch könnten sehr häufig auftretende Barrieren identifiziert und von selteneren unterschieden werden. Die besonders häufig auftretenden Hemmnisse könnten als Ausgangspunkt für gezielte Interventionen dienen. Eine entsprechende Priorisierung würde ermöglichen, jene Hürden in den Fokus zu rücken, deren Beseitigung voraussichtlich den größten Effekt auf die Ausweitung mobiler geriatrischer Rehabilitationsangebote hätte. Das könnte nicht nur dazu beitragen, Ressourcen gezielt zu bündeln und effizient einzusetzen, sondern auch die Entwicklung konkreter Lösungsansätze im Dialog mit relevanten Akteurinnen und Akteuren fördern.

In Kapitel 7.3 wurde darauf hingewiesen, dass mit der Perspektive der Krankenkassen und Krankenkassenverbände als Leistungsträger eine zentrale Sichtweise fehlt, nämlich diejenige, die den Leistungserbringern unmittelbar gegenübersteht. Ebenso konnte aus der Gruppe von Personen, die bereits ein Gründerseminar besucht, jedoch im Anschluss nicht gegründet haben, lediglich eine Person für ein Experteninterview gewonnen werden. Beide Gruppen wären jedoch für weiterführende Forschung von Bedeutung. Sie können wertvolle Hinweise auf

bestehende Barrieren aus bislang wenig beleuchteten Perspektiven liefern. Zukünftige Untersuchungen sollten daher darauf abzielen, Vertreter/-innen dieser beiden Gruppen stärker einzubeziehen. Da bereits im Rahmen der vorliegenden Untersuchung versucht wurde, diese Zielgruppen zu erreichen, dies jedoch nicht erfolgreich war, stellt sich die Frage, wie eine höhere Beteiligung in künftigen Studien gelingen kann. Vielleicht könnten zukünftig alternative Rekrutierungsstrategien in Betracht gezogen werden, etwa über gezielte Kooperationen mit bestimmten Verbänden oder Institutionen oder durch mehrere Gatekeeper in unterschiedlichen Positionen. Auch persönliche Besuche bei Krankenkassen und das direkte Werben um Unterstützung könnten die Teilnahmbereitschaft erhöhen, gerade auch weil persönliche Gespräche vertrauenswürdiger wirken als Anfragen per E-Mail. Darüber hinaus könnten auch niedrigschwellige Untersuchungsformate, wie kurze telefonische Interviews oder Online-Fragebögen Anreize zur Mitwirkung schaffen.

Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine eher explorative Untersuchung handelt, die primär darauf abzielt, potenzielle Hemmnisse zu identifizieren und ein erstes Verständnis für deren Vielfalt zu entwickeln, ist es methodisch vertretbar, dass einzelne Personengruppen stärker vertreten sind als andere. Eine Gewichtung der genannten Gründe wurde bewusst nicht vorgenommen, da das allgemeine Erkenntnisinteresse im Vordergrund der Untersuchung stand. Für zukünftige, stärker quantifizierende Studien, in denen auch die Häufigkeit bestimmter Hemmnisse von Bedeutung ist, wäre hingegen eine gleichmäßige Verteilung der Stichprobe über alle relevanten Gruppen hinweg anzustreben. Nur so kann verhindert werden, dass bestimmte Barrieren allein aufgrund einer größeren Fallzahl innerhalb einer Gruppe überrepräsentiert erscheinen. Eine ausgeglichene Stichprobenszusammensetzung würde es ermöglichen, die hemmenden Faktoren differenziert und repräsentativ darzustellen.

Ein weiterer Ansatzpunkt für zukünftige Forschung wäre die Durchführung von Langzeitstudien. Dabei könnten ausgewählte MoGeRe-Einrichtungen über einen längeren Zeitraum hinweg begleitet werden, um zu untersuchen, welche Hemmnisse in der Startphase auftreten, welche langfristig bestehen bleiben, welche sich im weiteren Verlauf abbauen lassen und ob im laufenden Betrieb neue Herausforderungen entstehen.

8. Fazit

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der fehlenden flächendeckenden Implementierung der mobilen geriatrischen Rehabilitation in Deutschland, die seit 2007 durch § 40 SGB V gesetzlich verankert ist. Die MoGeRe findet im häuslichen oder dauerhaften Lebensumfeld der Betroffenen statt und lässt sich dadurch optimal in deren Lebensrealität und Alltagsbedingungen integrieren. Sie basiert auf den Grundlagen geriatrischer Behandlung und orientiert sich am ressourcenorientierten Ansatz der ICF der WHO. Dabei richtet sie sich speziell an eine Patientengruppe, die besonders von adaptiven und kompensatorischen Rehabilitationsstrategien profitiert. Im Vordergrund steht dabei weniger die vollständige Wiederherstellung der Gesundheit, als vielmehr die Befähigung zu einem möglichst selbstständigen Leben im vertrauten Umfeld, auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit.

In diesem Zusammenhang ist entscheidend, ob ältere Menschen tatsächlich Zugang zu den notwendigen gesellschaftlichen Ressourcen, in diesem Fall zu einer bedarfsgerechten Rehabilitation, haben und ob diese Angebote in ihrer konkreten Lebensrealität auch nutzbar sind. In der Praxis ist das aufgrund einer bestehenden Versorgungslücke oft nicht der Fall. Viele von ihnen erhalten entweder gar keine Rehabilitation oder werden in stationären bzw. teilstationären Settings rehabilitiert, die den spezifischen Anforderungen ihrer Lebenssituation nicht gerecht werden. Damit fehlt ihnen der Zugang zu einer für sie angemessenen Rehabilitation. Durch das Angebot der MoGeRe lässt sich die bestehende Versorgungslücke gezielt schließen. Sie eröffnet der bislang unter- oder fehlversorgten Personengruppe den Zugang zu genau der Form von Rehabilitation, die sie benötigen, um nachhaltig davon profitieren zu können. Gleichzeitig können auch Angehörige aktiv in den Rehabilitationsprozess einbezogen werden, was insgesamt zu einer Optimierung von Unterstützungs- und Pflegearrangements beitragen kann.

Für eine flächendeckende Umsetzung der mobilen Rehabilitation fehlt jedoch eine ausreichende Anzahl an Einrichtungen, die diese Leistung anbieten. Dabei ist genau dies eine grundlegende Voraussetzung dafür, dass Betroffenen das Angebot überhaupt nutzen können. Zum Zeitpunkt dieser Arbeit (2025) existieren bundesweit lediglich 22 MoGeRe-Einrichtungen. Diese Zahl verdeutlicht, dass der Zugang zur MoGeRe vielerorts nicht gewährleistet ist und das Angebot für viele Menschen, die davon profitieren könnten, de facto unzugänglich bleibt. Die existierende Versorgungslücke kann somit bei weitem nicht geschlossen werden. Studien weisen auf den Bedarf und die Wirksamkeit dieser Rehabilitationsform hin. Zudem zeichnet sich in der medizinischen Versorgung der letzten Jahre ein klarer Trend zur Ambulantisierung ab. Vor diesem Hintergrund lag das Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit darin,

herauszufinden, warum sich die mobile Rehabilitation trotz dieser Rahmenbedingungen bisher nicht flächendeckend etablieren konnte. Welche Faktoren tragen zu ihrer bislang begrenzten Verbreitung bei und welche Herausforderungen erschweren oder verhindern die Gründung entsprechender Einrichtungen?

Um diesen Fragen nachzugehen, wurden insgesamt elf leitfadengestützten Experteninterviews durchgeführt. Die erhobenen Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Dabei konnten sieben Oberkategorien mit dazugehörigen Unterkategorien identifiziert werden. Zentrale Hemmnisse zeigten sich im Zusammenhang mit den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst. Besonders deutlich wurden langwierige Verhandlungs-, Abstimmungs- und Genehmigungsprozesse, die aber auch mit Kostenbedenken und einer Infragestellung der Wirtschaftlichkeit des Angebots einhergehen. Im Rahmen der Diskussion wurde auf die grundsätzliche Schnittstellenproblematik hingewiesen, in der ein Grund liegen könnte, dass weniger mobile Angebote entstehen, als gesellschaftlich sinnvoll und notwendig wären. Die beschriebene Problematik stellt zwar ein generelles Problem im Rehabilitationssektor dar, trifft jedoch ein vergleichsweise kleines und sich noch in Entwicklung befindliches Versorgungssegment wie die MoGeRe in besonderem Maße.

Weitere hemmende Faktoren liegen in den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und dem Mangel an Initiativen potenzieller Betreiber, wobei die finanziellen Voraussetzungen diesen Mangel zum Teil mitverursachen. In Zeiten finanzieller Unsicherheit, wie sie derzeit viele Krankenhäuser und Reha-Träger erleben, wird der Aufbau einer MoGeRe häufig als nachrangig eingestuft. Noch verstärkt wird diese Unsicherheit durch hohe anfängliche Investitionen in den Aufbau eines entsprechenden mobilen Angebots. An diesem Punkt könnte eine Anschubfinanzierung Einrichtungen zu einer Gründung motivieren, wie es in Bayern zu sehen ist, allerdings fehlt es in den meisten Fällen an einer solchen finanziellen Förderung. Hinzu kommt, dass die empirischen Ergebnisse auch auf eine bislang unzureichende politische Unterstützung auf Landesebene und in diesem Kontext auf fehlende Impulse zur aktiven Unterstützung mobiler Angebote verweisen.

Weiterhin erschweren eine häufig geringe Veränderungsbereitschaft potenzieller Leistungserbringer, gepaart mit institutioneller Trägheit, die Entwicklung des mobilen Angebots. Besonders größere Einrichtungen verharren oft in etablierten Strukturen und verstehen sich nicht als wandelbare Organisationen. In vielen Fällen fehlt, bedingt durch eine konstante Auslastung, ein akuter Handlungsdruck, das eigene Angebot strategisch weiterzuentwickeln. Die Etablierung mobiler Rehabilitation als ergänzendes Versorgungselement erfordert jedoch ein Umdenken,

das über gewohnte Routinen hinausgeht. Weitere Hürden lassen sich in der schwierigen Personalgewinnung, aber auch in Wissensdefiziten über das mobile Angebot und strukturelle Hürden im Zulassungs- und Umsetzungsprozess, finden.

Die empirischen Ergebnisse dieser Masterarbeit bestätigen zentrale Befunde früherer Studien und stützen damit den bestehenden Forschungsstand. Gleichzeitig liefert die Arbeit durch einen anders gewählten methodischen Zugang neue Erkenntnisse, indem sie mithilfe qualitativer Inhaltsanalyse eine differenzierte Kategorisierung der hemmenden Faktoren vorgenommen hat. Damit leistet sie einen Beitrag zur Erweiterung der bislang begrenzten Evidenzbasis im Forschungsfeld der mobilen geriatrischen Rehabilitation, das insgesamt noch wenig untersucht ist. Darauf aufbauend lassen sich künftig sowohl gezielte Lösungsansätze für die identifizierten Barrieren entwickeln als auch weiterführende Studien initiieren. So wären quantitative Folgeuntersuchungen denkbar, die auf den vorliegenden qualitativen Ergebnissen basieren. Auf diese Weise ließen sich Häufigkeiten einzelner Hemmnisse in der Praxis systematisch erfassen.

In der Summe stellt die MoGeRe ein vielversprechendes Rehabilitationssetting dar, dessen Stärke vor allem in der Ausrichtung auf die individuellen Lebensrealitäten multimorbider, oft pflegebedürftiger Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen liegt. Indem sie Rehabilitation dorthin bringt, wo Menschen leben, schließt sie eine Versorgungslücke, die von konventionellen Rehabilitationsangeboten nicht ausreichend abgedeckt wird. In den kommenden Jahren wird sich zeigen, inwiefern die bereits angestoßenen Entwicklungen zu einem Anstieg an Gründungen führen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass an den identifizierten Hemmnissen weiterhin gezielt gearbeitet werden muss, damit der vielfach geforderte Ausbau des mobilen Angebots beschleunigt und unter möglichst guten Rahmenbedingungen erfolgen kann. Vor diesem Hintergrund soll das einleitende Zitat von Goethe erneut aufgegriffen werden: Das bloße Wissen um die bestehende Versorgungslücke und die gesetzlich verankerte Möglichkeit diese Lücke durch mobile geriatrische Rehabilitationsangebote schließen zu können reicht nicht aus. Entscheidend ist, ob entsprechende Angebote auch in die Tat umgesetzt werden und ob das Wissen um die Hemmnisse der Angebotsausweitung auf politischer, institutioneller und praktischer Ebene in konkretes Handeln übersetzt wird. Genau darin liegt eine zentrale Herausforderung für die zukünftige Entwicklung der mobilen geriatrischen Rehabilitation in Deutschland.

Literaturverzeichnis

- Amann, A. (2019). Generelle Konzeption der Teilhabe. In A. Amann (Hrsg.). *Leben – Teilhaben – Altwerden. Vermutungen und Gewissheiten* (S. 35-53). Wiesbaden: Springer VS.
- Bauer, J., Becker, B., Denking, M. & Wirth, R. (Hrsg.). (2024). *Geriatric. Das gesamte Spektrum der Altersmedizin für Klinik und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention. (2024). Information zur Förderung der Anfangsphase von Leistungserbringern der mobilen geriatrischen Rehabilitation (MoGeRe) ab 2015. Zugriff am 27.06.2025. Verfügbar unter https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2024/04/20240401_mogere_foerderinformation.pdf.
- Benzinger, P. (2024). Die geriatrische Rehabilitation. In J. Bauer, C. Becker, M. Denking & R. Wirth (Hrsg.). *Geriatric. Das gesamte Spektrum der Altersmedizin für Klinik und Praxis* (S. 132-142). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V. (BAG MoRe). (2024). Symposium 2024. MoGeRe als selbständige wirtschaftliche Einheit Gelingens-/Misslingensfaktoren. Zugriff am 29.07.2025. Verfügbar unter https://bag-more.de/wp-content/uploads/Zenker_MoRe-Gelingens-Misslingensfaktoren.pdf.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V. (BAG MoRe). (o.D.a). Informationen für Gründer. Gründung einer Mobilen Reha. Zugriff am 29.05.2025. Verfügbar unter <https://bag-more.de/informationen/informationen-fuer-gruender/>.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V. (BAG MoRe). (o.D.b). Standorte. Zugriff am 24.06.2025. Verfügbar unter <https://bag-more.de/standorte/>.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V. (BAG MoRe). (o.D.c). BAG Mobile Rehabilitation e.V. Zugriff am 28.05.2025. Verfügbar unter <https://bag-more.de/bag-more>.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2020). Gesetz zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zugriff am 29.05.2025. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/reha-und-intensivpflege-staerkungsgesetz.html>.
- Bundesverband Geriatrie e.V. (BVG). (2023). *Weißbuch Geriatrie. Zukunftssicherheit der Geriatrie - Konzept und Bedarfszahlen*. 4. Überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Clarfield, A. (1990). Dr. Ignatz Nascher and the birth of geriatrics. *Canadian Medical Association Journal*, 143 (9), S. 944-948.
- Denking, M. & Polidori, M. (2024). Schlüsselkonzepte der Diagnostik und Behandlung. In J. Bauer, C. Becker, M. Denking & R. Wirth (Hrsg.). *Geriatric. Das gesamte Spektrum der Altersmedizin für Klinik und Praxis* (S. 15-19). Stuttgart: Kohlhammer.
- Deutsche Ärztekammer. (2022). 126. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Zugriff am 05.07.2025. Verfügbar unter https://www.bundaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/126.DAET/2022-06-17_Beschlussprotokoll.pdf.

- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR). (2020a). Reha-Definition der DVfR. Zugriff am 19.04.2025. Verfügbar unter <https://www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/reha-definition-der-dvfr>.
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR). (2020b). Medizinische Rehabilitation vor und bei Pflege – Personenkreis, Situation und Lösungsvorschläge. Positionspapier der DVfR. Zugriff am 20.07.2025. Verfügbar unter https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/20-11-12_Position_Med._Reha_vor-bei_Pflege_Ef_bf.pdf.
- Deutscher Bundestag. (2006). Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG).
- Deutscher Bundestag. (2007). Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Köln: Bundesanzeiger Verlag.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2024). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Marburg: dr. dresing & pehl GmbH.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* (New York, N.Y.), 196 (4286), S. 129-136.
- Engelhardt, D. (1990). 100 Jahre Rehabilitation. *Zeitschrift Deutsche Rentenversicherung (DRV)*, Heft 9-10, S. 572-588.
- Ernst, F., Lübke, N., Meinck, M. & Renz, J.-C. (2020). Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie. 4. Auflage. Heidelberg, Berlin: Springer.
- Europäische Union der medizinischen Spezialisten (UEMS). (2008). *Geriatrie*. Zugriff am 29.04.2025. Verfügbar unter <https://uemsgeriatricmedicine.org/www/land/definition/german.asp>.
- Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (2015). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (S. 14-29). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Zugriff am 03.06.2025. Verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3568/Reha-RL_2024-06-20_iK-2024-09-20.pdf.
- GKV-Spitzenverband & maßgebliche Bundesverbände. (2025). Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 111 Abs. 7, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 SGB V vom 28.03.2025. Zugriff am 29.07.2025. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation/rahmenempfehlungen_vorsorge_reha/rahmenempfehlungen_reha.jsp.
- GKV-Spitzenverband. (2010). Umsetzungshinweise/Übergangsregelungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation 01.05.2010. Zugriff am 28.05.2025. Verfügbar unter https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Reha_Vorsorge/Rehabilitation/Geriatriische_Rehabilitation/umsetzungsempfehlungen_zur_mobilen_geriatriischen_reha.pdf.pdf.
- GKV-Spitzenverband. (2021). Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation 01.06.2021. Zugriff am 01.05.2025. Verfügbar unter <https://bag-more.de/wp-content/uploads/Gemeinsame-Empfehlunge-Mobile-Reha.pdf>.
- Goethe, J. (1829). Wilhelm Meisters Wanderjahre. 3. Buch, 18. Kapitel.
- Helfferrich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag.

- Helfferrich, C. (2022). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (S. 875-892). Wiesbaden: Springer VS.
- Horvath, K. (2022). Forschungsfragen. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (S. 35-50). Wiesbaden: Springer VS.
- Jacobs, K. & Greß, S. (2017). Schnittstellenprobleme bei der gesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). Pflege-Report 2017. Die Versorgung der Pflegebedürftigen (S. 205-213). Stuttgart: Schattauer.
- Jamour, M., Marburger, C., Runge, M., Sieber, C., Tümena, T. & Swoboda, W. (2014). Wirksamkeit geriatrischer Rehabilitation bei Hochbetagten – Eine Auswertung süddeutscher Versorgungsdaten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 47 (5), S. 389-396.
- Janßen, H., Köhler, L. & Behrens, J. (2018). Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege. Abschlussbericht im Rahmen des Modellprogramms des Bundesministeriums für Gesundheit Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger, Bremen.
- Klein, H. (2022). Quantitative Analyse von Zeitungsartikeln und Online-Nachrichten. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (S. 1555-1562). Wiesbaden: Springer VS.
- Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG). (2015). Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung. Zugriff am 30.06.2025. Verfügbar unter https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/GKV/Rehabilitation/Gutachten_Reha_bei_Pflegebeduerftigkeit_KCG.pdf.
- Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG). (2021). Basisdokumentation mobile geriatrische Rehabilitation: Impulsgeber für die Weiterentwicklung zugehender Angebote in der GKV. Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) der Medizinischen Dienste beim Medizinischen Dienst Nord. Zugriff am 24.06.2025. Verfügbar unter https://www.kcgeriatrie.de/fileadmin/Kcgeriatrie/KCG-Expertentag_2021/210610_Luebke_Vortragsfolien_Notizenversion.pdf.
- Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG). (2024). Basisdokumentation Mobile Geriatrische Rehabilitation. Jahresbericht 2023.
- Korczak, D., Steinhäuser, G. & Kuczera, C. (2012). Effektivität der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation bei Patienten mit der Nebendiagnose Demenz. HTA-Bericht 122. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).
- Kraft, J. (2024). Ambulante und mobile Rehabilitation. In J. Bauer, C. Becker, M. Denking & R. Wirth (Hrsg.). Geriatrie. Das gesamte Spektrum der Altersmedizin für Klinik und Praxis (S. 142-148). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kreiß, T. & Salzmann-Zöbele, R. (2003). Formen der mobilen geriatrischen Rehabilitation - Konzeptionen im Vergleich - eine Studie von social invest consult gGmbH. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.
- Lübke, N. & Siegert, R. (2021). Mobile Rehabilitation. Neue Versorgungsoptionen für Pflegebedürftige. Deutsches Ärzteblatt, 118 (43), S. A-2020/B-1664.
- Lübke, N. (2018). Im Alter: Geriatrische Besonderheiten. In Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.). Rehabilitation: Vom Antrag bis zur Nachsorge - für Ärzte,

- Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe (S. 139-146). Berlin: Springer-Verlag.
- Lübke, N. (2019). Entwicklung mobiler (geriatrischer) Rehabilitation in Deutschland 2007 - 2019. Schattendasein eines vielversprechenden Rehabilitationssettings. Abschlussarbeit im Kontaktstudiengang Sozial- und Gesundheitsmanagement, Universität Hamburg.
- Lübke, N., Meinck, M. & Pippel, K. (2024). Basisdokumentation Mobile Geriatrische Rehabilitation - Jahresbericht 2023. Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) der Medizinischen Dienste beim Medizinischen Dienst Nord (Hrsg.). Hamburg: KCG.
- Lüders, C. & Reichertz, J. (1986). Wissenschaftliche Praxis ist, wenn alles funktioniert und keiner weiß warum. Sozialwissenschaftliche Literaturrundschau, 12, S. 90-102.
- Mayring, P. (2014). Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution. Klagenfurt. Verfügbar unter <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ss0ar-395173>.
- Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Medizinischer Dienst Bund. (2023). Begutachtungsanleitung. Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Vorsorge und Rehabilitation.
- Meuser, M. & Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In D. Garz & K. Kraimer (Hrsg.). Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen (S. 441-471). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Meyer, C. & Meier zu Verl, C. (2022). Ergebnispräsentation in der qualitativen Forschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (S. 295-315). Wiesbaden: Springer VS.
- Nascher, I. (1914). Geriatrics: the diseases of old age and their treatment, including physiological old age, home and institutional care, and medico-legal relations. Philadelphia: P. Blakiston's son & Co.
- Neuroth, O. (2025). Debatte um gestiegene Pflegekosten. Wer soll das bezahlen? Tagesschau. Abgerufen am 24.07.2025 von <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/pflege-kosten-pflegeversicherung-100.html>.
- noScribe, Version 0.6, Kai Dröge. (2025). Verfügbar unter github.com/kaixxx/noScribe.
- Nowossadeck, S. (2018). Pflegebedürftige in Deutschland. In C. Tesch-Römer & C. Hagen (Hrsg.). DZA Fact Sheet. Ausgewählte Aspekte zur informellen häuslichen Pflege in Deutschland.
- Rahnfeld, C. (2024). Soziale Probleme verstehen und erforschen. Bielefeld: wbv Publikation.
- Reichert, J. (2022). Empirische Sozialforschung und soziologische Theorie. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (S. 69-86). Wiesbaden: Springer VS.
- Reinders, H. (2012). Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen: Ein Leitfaden. München: Oldenbourg Verlag.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2014). Bedarfsge-rechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche.

- Schmidt-Ohlemann, M. & Schweizer, C. (2009). Mobile Rehabilitation: Eine Innovation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 48 (1), S. 15–25.
- Schmidt-Ohlemann, M. (2023). Zukunft Reha 20230: Mobile Rehabilitation. Zugriff am 02.07.2025. Verfügbar unter <https://bag-more.de/wp-content/uploads/Zukunft-Reha-2030.pdf>.
- Schulz, R., Knauf, W. & Püllen, R. (2013). Mobile geriatrische Rehabilitation bei funktionell schwer beeinträchtigten Patienten. Untersuchungen zur Effektivität. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47 (2), S. 147-152).
- Schweizer, C. (2005). *Mobile Rehabilitation: Vom Modell in die Regelversorgung*. Saarbrücken: Selbstverlag: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft Saarbrücken e.V. (iso).
- Schweizer, C., Schmidt-Ohlemann, M. & Schönle, P. (2006). *Nachhaltigkeit der (Mobilen) Geriatrischen Rehabilitation: Definition und Messung von Outcomes in langfristiger Perspektive*. Saarbrücken: Selbstverlag: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft Saarbrücken e.V. (iso).
- Schwinger, A., Tsiasioti, C. & Klauber, J. (2016). Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege – eine Befragung pflegender Angehöriger. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus* (S. 189-216). Stuttgart: Schattauer.
- Siegert, R. (2025). Persönliche Kommunikation in Form einer E-Mail am 24.05.2025 mit Herrn Dr. med. R. Siegert dem 1. Vorsitzenden der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e. V.
- Sozialgesetzbuch (SGB). (2021). *SGB. Sozialgesetzbuch*. 50. Auflage. München: C.H. Beck.
- Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. (2007). *Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007*. Zugriff am 01.05.2025. Verfügbar unter <https://bag-more.de/wp-content/uploads/2015/11/rahmenempfehlung.pdf>.
- Thiem, U., Denking, M., Kumlehn, B. & Polidori, M. (2024). Das umfassende geriatrische Assessment oder Comprehensive Geriatric Assessment (CGA): Konzept und Evidenz. In J. Bauer, C. Becker, M. Denking & R. Wirth (Hrsg.). *Geriatrie. Das gesamte Spektrum der Altersmedizin für Klinik und Praxis* (S. 38-52). Stuttgart: Kohlhammer.
- United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol*.
- Universität Hildesheim, Methodenzentrum. (2025). *noScribe*. Zugriff am 30.06.2025. Verfügbar unter <https://www.uni-hildesheim.de/fb1/institute/institut-fuer-sozialwissenschaften/methodenzentrum/software-2/noscribe/>.
- Warren, M. (1943). Care of Chronic Sick. *British Medical Journal*, 2 (4329), S. 822-823.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Genf. World Health Organization.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2017). *Rehabilitation in health systems*. World Health Organization.
- Zimmermann, M. (2007). *Funktionen, Konzepte und Strukturen der Rehabilitation in Deutschland, England, Schweden und der Schweiz - Ansätze einer Methodik der vergleichenden Rehabilitationsforschung*. Dissertation, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Anhang P: Kategoriensystem

	Kategorienbezeichnung	Definition der Kategorie	Ankerbeispiele	Weitere Beispiele
OK 1	Hürden durch Krankenkassen und Medizinischen Dienst			
UK 1.1	Langwierige Verhandlungs-, Abstimmungs- und Genehmigungsprozesse	Aussagen, die langwierige und zähe Verhandlungs- und Genehmigungsprozesse mit Krankenkassen oder dem Medizinischen Dienst beschreiben und Gründungsvorhaben dadurch erschweren oder zu deren Abbruch führen können.	„Ich glaube, es sind die Hürden der Krankenkassen. Ahm A. dieser superlange Weg von dem Plan, ich möchte gründen, bis hin, dass man eventuell gründen kann. Also es gab ja wohl auch vor zehn Jahren ungefähr schon mal so eine Bewegung, wo relativ viele Einrichtungen in [Bundesland anonymisiert] gründen wollten und die Krankenkassen den Weg so langgezogen haben, dass sie gesagt haben, wir lassen es“ (E3, Z. 214ff.).	E1 (Z. 136ff.); E3 (Z. 214ff.); E4 (Z. 714ff.); E6 (Z. 138ff.); E8 (Z. 324ff.); E10 (Z. 343ff.); E11 (Z. 204f.)
UK 1.2	Kostenbedenken und Infragestellung der Wirtschaftlichkeit	Aussagen, die Befürchtungen der Krankenkassen hinsichtlich möglicher Mehrkosten beschreiben und aufzeigen, wie diese eine bremsende Wirkung auf die Umsetzung von MoGeRe-Angeboten entfalten.	„Aber die Kassen haben schon immer befürchtet, dass das zusätzliche Geld kostet und wenn man fürchtet, zusätzliches Geld zahlen zu müssen, dann bremst man“ (E1, Z. 477ff.).	E1 (Z. 477ff.); E1 (Z. 454ff.); E4 (Z. 114ff.)
UK 1.3	Verhandlungsmacht und Interessenkonflikte	Aussagen, die Machtungleichgewichte und Interessenkonflikte in Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen benennen und die hemmende Wirkung auf Gründungsvorhaben aufzeigen.	„Deswegen musste man irgendwie/ am Ende, waren die Reha, die MoRe-Einrichtungen den Kassen unterlegen und mussten irgendwann sagen, ja, wir machen es oder machen es nicht. Das heißt, da war die Verhandlungsmacht der Kassen wesentlich stärker. Auf eine sehr unangenehme Art und Weise [...]“ (E8, Z. 184ff.).	E1 (Z. 492ff.); E8 (Z. 184ff.)
OK 2	Hemmnisse durch mangelnde Initiativen potenzieller Betreiber			
UK 2.1	Nachrangige Priorisierung bzw. Fokus aufs Kerngeschäft	Aussagen, die darauf hinweisen, dass potenzielle Betreiber sich auf bestehende Strukturen fokussieren und ein Angebot wie die MoGeRe eher als nachrangig betrachten.	„Für unser Krankenhaus war es nicht interessant, eine mobile Reha zu gründen, weil das so ein kleines Anhängsel gewesen wäre und damit wollte man sich nicht beschweren“ (E1, Z. 29f.).	E1 (Z. 29f.); E1 (Z. 508ff.); E2 (Z. 213f.); E2 (Z. 332); E3 (Z. 71ff.); E11 (Z. 59ff.)

UK 2.2	Organisatorischer Mehraufwand	Aussagen, die den hohen zeitlichen und organisatorischen Aufwand zur Entwicklung des Konzepts als Hemmnis für Gründungsinitiativen benennen.	„[...] es ist unheimlich anstrengend, in dem normalen Alltag, diesen Aufwand zu betreiben, ein Konzept zu schreiben. Also es kostet ja unheimlich viel Zeit. Das muss man sich wirklich aus den, ähm/ muss man in Extraarbeit leisten“ (E6, Z. 240ff.).	E6 (Z. 240ff.); E10 (Z. 311)
UK 2.3	Geringe Veränderungsbereitschaft und institutionelle Trägheit	Aussagen, die auf eine geringe Veränderungsbereitschaft aufgrund verfestigter, starrer Strukturen bei potenziellen Trägern sowie auf eine geringe Gründungsmotivation oder institutionelle Trägheit hinweisen.	„Und möglicherweise hat es auch sozusagen mit einer Strategie zu tun, die nicht, das ist jetzt eine Unterstellung, äh nicht immer bei allen, ähm größeren Häusern vielleicht vorliegt, dass man auch veränderungswillig ist, ja, dass man ein sich/ also, dass man die Organisation als veränderndes/ sich veränderndes System begreift, dass da auch Mitarbeiter mitgenommen werden. Und bei verkrusteten, starren Strukturen ist es halt schwierig, sozusagen was Neues zu etablieren ähm und wenn man das nicht gewohnt ist, umso mehr“ (E9, Z. 392ff.).	E9 (Z. 392ff.); E6 (Z. 207ff.); E6 (Z. 219ff.)
OK 3	Personalgewinnung			
UK 3.1	Fachkräftemangel	Aussagen, die einen Mangel an verfügbarem qualifiziertem Fachpersonal als limitierenden Faktor für Gründungsvorhaben benennen.	„Aber jetzt haben wir natürlich das Problem mit Fachkräftemangel. Wir haben eine Reihe von Einrichtungen [...], die im Prinzip gerne eine [MoGeRe] aufmachen würden, denen aber einfach das Personal fehlt und das ist ein genereller Fakt“ (E4, Z. 680ff.).	E1 (Z. 578ff.); E2 (Z. 117); E3 (Z. 227f.); E4 (Z. 680ff.); E6 (Z. 215ff.); E8 (Z. 260ff.); E9 (Z. 415ff.); E10 (Z. 304ff.)
UK 3.2	Hohe Qualifikationsanforderungen	Aussagen, die darauf hinweisen, dass hohe formale Qualifikationsanforderungen die Gewinnung geeigneter Fachkräfte erschweren.	„Dann sind die Qualifikationen, die das Therapeutenteam aufweisen muss, einfach superhoch. Also alleine den Arzt mit diesen ganzen Qualifikationen von Facharzt über Geriatriebezeichnungen, Rehaerfahrungen, rehabilitative Medizin, Sozialmedizin, so einen zu finden, braucht man einfach schon wirklich viel Glück“ (E3, Z. 219ff.).	E3 (Z. 219ff.); E5 (Z. 313ff.)
OK 4	Wirtschaftliche Rahmenbedingungen			
UK 4.1	Geringe wirtschaftliche Attraktivität	Aussagen, die die MoGeRe als wirtschaftlich weniger attraktiv beschreiben, etwa aufgrund eines geringen Gewinnpotenzials oder hoher Anforderungen bei gleichzeitig begrenzter Vergütung.	„Rentabel ist sie nicht. Also wir schuften schon sehr, dass es so funktioniert und vor allen Dingen deckt es sich nicht mit dieser Forderung nach hoher Qualifikation. Fachärztin für hier und dort, erfahrene Mitarbeiter, die müssen wir, sollten wir ja auch entsprechend entlohnen, entsprechend ihrer Erfahrung“ (E5, Z. 295ff.).	E1 (Z. 542ff.); E1 (Z. 629); E5 (Z. 295f); E8 (Z. 187ff.)

UK 4.2	Wirtschaftliche Unsicherheit und finanzielles Risiko	Aussagen, die allgemeine wirtschaftliche Unsicherheiten sowie finanzielle bzw. unternehmerische Risiken als Hemmnisse für die Gründung einer Einrichtung thematisieren.	„[...] aber ähm was jetzt die Gründungen erschwert, ist einfach, A. die die Finanzlage vieler Krankenhäuser und Reha-Träger, die haben alle große Finanzsorgen oder die meisten, da ist man nicht nur willig, noch irgendwie was aufzumachen, was noch dazu kommt [...]“ (E8, Z. 257ff.).	E2 (Z. 328ff.); E4 (Z. 631ff.); E8 (Z. 257ff.); E9 (Z. 82ff.); E9 (Z. 383ff.); E10 (Z. 298ff.); E11 (Z. 489ff.)
UK 4.3	Lange Amortisationsdauer und hohe Anfangsinvestitionen	Aussagen, die hohe anfängliche Investitionskosten und eine lange Amortisationszeit als Hemmnis für Gründungen benennen.	„Und in der ambulanten, mobilen Reha, ähm, hat man ja einen großen Aufwand erstmal an Investitionen. Den ganzen Fuhrpark, die Therapeuten, wollen alle bezahlt werden und ehe sich das dann wirklich finanziert, das dauert“ (E2, Z. 214ff.).	E2 (Z. 214ff.); E3 (Z. 90ff.); E11 (Z. 473)
UK 4.4	Überwiegend keine Anschubfinanzierung	Aussagen, die auf eine fehlende Anschubfinanzierung hinweisen und dies als hinderlich für Gründungen ansehen.	„[...] ich brauche eine Anschubfinanzierung am Anfang, am Anfang ist es ja nicht kostendeckend, ja“ (E10, Z. 301ff.).	E6 (Z. 323ff.); E10 (Z. 301ff.); E11 (Z. 490ff.)
OK 5	Hemmnisse durch Wissensdefizite und ablehnende Einstellungen			
UK 5.1	Mangelndes Wissen und fehlende Kenntnisse	Aussagen, die auf unzureichende Kenntnis über die Existenz, Inhalte, Potenziale und Rahmenbedingungen der MoGeRe bei relevanten Akteuren verweisen, woraus teilweise auch Vorurteile entstehen.	„[...] ich glaube, das größte Problem ist, dass es noch nicht groß bekannt ist. Sowohl von Krankenkassen als auch bei, ich sag jetzt mal, Gründern, dass man weiß, lohnt sich das, ist das wirtschaftlich sinnvoll [...]“ (E11, Z. 484ff.).	E1 (Z. 535f.); E2 (Z. 45ff.); E2 (Z. 217ff.); E4 (Z. 718ff.); E8 (Z. 318ff.); E10 (297f.); E11 (Z. 484ff.)
UK 5.2	Ablehnende Haltungen und Konkurrenzgedanken	Aussagen, die auf institutionelle Widerstände, ablehnende Haltungen oder Konkurrenzbefürchtungen im Zusammenhang mit der MoGeRe hinweisen.	„Wir haben auch versucht, einen guten Kontakt zur Kassenärztlichen Vereinigung, also zur Vertretung der niedergelassenen Ärzte aufzubauen, um denen zu zeigen, dass ist ein sinnvolles Angebot für die Patienten, die ihr zu Hause, in eurer Praxis, ambulant in der Pflegeeinrichtung versorgt. Da sind wir auf massiven Widerstand gestoßen, was aber, ja, ich nenn das einfach mal so, wirklich Ignoranz war. Die haben sich inhaltlich überhaupt nicht damit auseinandergesetzt und wir kriegten nur zu hören, was wildert ihr in unserm Gebiet“ (E1, Z. 217ff.).	E1 (Z. 217ff.); E8 (Z. 319); E9 (Z. 390ff.)

OK 6	Strukturelle Hürden im Zulassungs- und Umsetzungsprozess			
UK 6.1	Einschränkende Indikationsvorgaben in den alten Gemeinsamen Empfehlungen	Aussagen, die hemmende Faktoren der Angebotsausweitung in den alten Rahmenempfehlungen von 2007 benennen.	„Und das haben wir diese Jahre mit uns rumgeschleppt und jemand, der unter den Bedingungen eine mobile Reha aufbauen sollte, der also eigentlich nur solche Patienten aufnehmen durfte, der stand immer unter der Frage, habe ich eigentlich genügend von der Sorte in meinem Einzugsgebiet?“ (E4, Z. 594ff.).	E4 (Z. 594ff.)
UK 6.2	Qualifikations- und Personalanforderungen zur Zulassung	Aussagen, die die Vorgaben und einschränkenden Formulierungen in den Rahmenempfehlungen in Bezug auf Qualifikationen und vorzuhaltendes Personal für die Zulassung einer MoGeRe als erschwerende Faktoren benennen.	„Also, wenn man hört, welche Voraussetzungen erfüllt werden müssen, die sind schon sehr hoch angesetzt, äh, für ein startendes Team berufserfahrene Therapeuten zu haben, die auch schon eine Bobath/ also einer aus dem Berufsteam ne Bobath, ähm, Fortbildung hat, das ist für eine separate startende mobile Reha nicht zu schaffen, denn die haben ja keinen Therapeutenstamm“ (E6, Z. 271ff.).	E5 (Z. 309ff.); E6 (Z. 271ff.); E8 (Z. 344ff.); E9 (Z. 523ff.)
UK 6.3	Bürokratische Hürden und fehlende Flexibilität	Aussagen, die bürokratische Hürden sowie die strikte Auslegung bestimmter Vorgaben und die dadurch fehlende Flexibilität, insbesondere im Zulassungsprozess als erschwerende Faktoren für den Gründungsprozess benennen.	„[...] äh diese bürokratischen Hürden, die da entstehen. Ähm, ich gehe absolut damit einher, dass es gewisse Qualitätsanforderungen geben muss, äh ohne, ohne Frage, äh und gleichzeitig, äh darf es aber nicht, äh zu sehr in dem Klein-Klein und in dem, ähm, dritten Anhang und dort nochmal eine Fußzeile und ähm da muss es für noch einen Leitfaden geben und so weiter und so fort ähm ich glaube, das ist, äh schon erst mal ein Berg der einen schon erschlägt [...]“ (E7, Z. 392ff.).	E3 (Z. 239ff.); E3 (Z. 277); E7 (Z. 391ff.)
OK 7	Politisch-strukturelle Rahmenbedingungen			
UK 7.1	Fehlende politische Unterstützung auf Landesebene	Aussagen, die ein Ausbleiben gezielter politischer Impulse oder aktiver Unterstützung für die Etablierung eines entsprechenden Angebots auf Landesebene benennen.	„Aber wir brauchen auch eben entsprechende Unterstützung von der Politik. Die ist aber nicht da. Die Politik wartet hier in [Bundesland anonymisiert] erstmal ab, was alles in Berlin passiert, um mal irgendwann eine Gesundheitsreform irgendwie umzusetzen“ (E2, Z. 123ff.).	E2 (Z. 123ff.)