

Mobile Rehabilitation – ein Konzept der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation



Die Erbringung aufsuchender – mobiler – Rehabilitationsleistungen ist seit 2007 gesetzlich im SGB V geregelt. Bei bestimmten Bedarfslagen erbringt ein interdisziplinäres Team aus Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Rehabilitationspflege, Sozialberatung und einem ärztlichen Leiter rehabilitative Leistung auf der Basis einer vorherigen Rehabilitationsplanung in der Häuslichkeit des Rehabilitanden – daheim oder auch im Heim. Alleinstellungsmerkmal mobiler Rehabilitation ist, dass die wichtigen Kontextfaktoren, wie häusliche Umgebung, soziales Umfeld und Familie in die Rehabilitation unmittelbar einbezogen werden. Ressourcen können so erschlossen, Barrieren abgebaut und soziale Teilhabe erweitert werden. Bisher gibt es Angebote der mobilen Rehabilitation nur an wenigen Standorten in der Bundesrepublik.

Das Thema wird bewusst in diesem Heft, das sich der Rechtspolitik widmet, aufgegriffen. Die mobile Rehabilitation, die mit den Anforderungen der UN-BRK besonders kompatibel ist, wurde 2007 von der Großen Koalition in § 40 SGB V normiert; noch bevor sie intensiv im Bewusstsein aller Akteure verankert war, wurde der zentrale Begriff „wohnortnah“ dort gestrichen und ist nur mühselig im Recht der Versorgungsverträge in § 111 c SGB V auffindbar. Für Insider ist klar, dass der Leistungsanspruch in § 40 SGB V auch weitere Rehabilitation umfasst, die wohnortnah und auch in der Wohnung erbracht werden kann (so die Richterinnen am BSG, Dr. Ursula Waßer in jurisPK-SGB V, 2012, § 40 Rn. 48; im Ergebnis auch Ricken in Eichenhofer/Werner, SGB V, 2013, § 40 Rn. 16). Trotzdem kann eine solche Intransparenz nicht befriedigen. Ein wichtiger Leistungsanspruch muss für die Betroffenen und ihre Angehörigen im Gesetz an der für sie passenden Stelle – also in § 40 SGB V auffindbar sein.

Eine solche Transparenz ist vor allem wichtig an der Nahtstelle zur Pflege. Die Pflegekassen sind nach § 31 SGB XI in jedem Einzelfall verpflichtet, den Vorrang der Rehabilitation vor der Pflege und die geeigneten Maßnahmen zu prüfen und dazu mit den Rehabilitationsträgern zu

kooperieren. Der MDK hat nach § 18 Abs. 1 S. 3 SGB XI in jedem Fall Feststellungen zu treffen, ob und in welchem Umfang Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geboten sind. Die Wirklichkeit entspricht diesen Vorgaben nicht; bei den erforderlichen Änderungen des SGB XI, die in dieser Legislaturperiode erfolgen sollen, sind geeignete Maßnahmen zu diskutieren, wie hier reale Änderungen erfolgen sollen. Ein erster Schritt ist es, die mobile Rehabilitation bekannt zu machen.

RP-Reha: Für welchen Personenkreis ist mobile Rehabilitation geeignet? Spiegelt sich dieser Personenkreis in der Rahmenempfehlung mobile geriatrische Rehabilitation?

Warnach: Die mobile Rehabilitation ist immer dann angezeigt, wenn die Erkrankung, die Beeinträchtigungen und die spezifischen Kontextfaktoren die Behandlung in der häuslichen Umgebung erforderlich machen. Das gilt zum Beispiel für Patienten, bei denen kognitive oder neuropsychologische Beeinträchtigungen das Lernen in fremder Umgebung oder den Transfer des Gelernten in die eigene Häuslichkeit unmöglich machen; oder auch für Menschen mit einer Sinnesbehinderung, die von einer Rehabilitation nur profitieren, wenn sie in der vertrauten häuslichen Umgebung stattfindet. Dazu zählen auch Patienten, die wegen Kommunikationsstörungen – seien sie krankheitsbedingt oder aufgrund fehlender Deutschkenntnisse – auf vertraute Bezugspersonen angewiesen sind.

Schweizer: Die Rahmenempfehlung ist für geriatrische Patienten erarbeitet worden und seit 2007 in Kraft. Deshalb spiegelt sie den Personenkreis der mobilen Rehabilitation nur zum Teil wider. Im Gesetz ist mobile Rehabilitation nicht indikationsspezifisch verankert. In der Praxis gibt es neben geriatrischen auch mobile neurologische Reha-Dienste sowie einen mobilen Reha-Dienst für Menschen mit Behinderung. Insofern ist es notwendig, die Rahmenempfehlung zu überarbeiten und sie für andere Zielgrup-



CAROLA SCHWEIZER, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (iso), 2. Vorsitzende der BAG Mobile Rehabilitation



Dr. med. MARTIN WARNACH, Ärztlicher Leiter des Wichernkrankenhauses im Ev. Johannesstift Berlin, Vorstandsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mobile Rehabilitation

pen zu erweitern. Das Konzept der mobilen Rehabilitation setzt nicht primär an einer speziellen Erkrankung an, sondern an den komplexen funktionellen Beeinträchtigungen und den damit verbundenen Beeinträchtigungen in der Alltagsgestaltung und der sozialen Teilhabe.

RP-Reha: *Der Vorbehalt, mobile Reha-Teams wären als ‚fahrende Experten‘ ineffektiv und teuer, wird nicht selten geäußert. Gibt es für den genannten Personenkreis, bei dem ja sowohl ein Reha-Bedarf vorliegt als auch das Potential für eine erfolgreiche Reha gegeben ist, alternative Angebote?*

Warnach: Die mobile Rehabilitation ist ein flexibles Angebot und hat mehr zeitliche Spielräume als andere Rehabilitationsformen. Sie kann sich sehr gut auf die individuelle Belastbarkeit und die Situation des Rehabilitanden einstellen. Damit ist sie außerordentlich effektiv. Für Patienten, die in fremder Umgebung aufgrund psychischer oder kognitiver bzw. demenzieller Beeinträchtigungen in fremder Umgebung depressiv, desorientiert und verwirrt werden, stellt die mobile Rehabilitation oftmals die einzig mögliche Form der Rehabilitation dar. Im stationären Bereich müssen Patienten mit multiresistenter Erregerbesiedelung isoliert werden. Gerade Isolationsmaßnahmen führen bei solchen Patienten zu Rückzug bis hin zu Deprivation. Eine Rehabilitation im stationären Bereich ist dann nicht effektiv, nicht selten sogar kontraproduktiv.

Schweizer: In den mobilen Reha-Teams arbeiten keine Berufsanfänger. Der Therapeut betritt in der Häuslichkeit des Patienten ein sensibles Terrain und muss dort erfahren und eigenverantwortlich arbeiten. Eine mehrjährige Berufserfahrung ist deshalb auch Voraussetzung, um in einem mobilen Team zu arbeiten.

Mobile Rehabilitation ist eine medizinische Rehabilitationsleistung, damit hat sie ihren Preis und ist schon durch ihre strikte Zielorientierung im Rahmen eines interdisziplinär erarbeiteten Rehakonzeptes einschl. Pflege, die unmittelbar eingebundene ärztliche Leitung und die ausdrückliche Einbeziehung aller Hilfsmittel vor Ort nicht vergleichbar mit der „billigeren“ Kombination von Heilmitteln. Mobile Rehabilitation erstreckt sich über einen längeren Zeitraum als die stationäre oder ambulante Rehabilitation. In dieser Zeit ist der Patient gut versorgt und bedarf, so die Erfahrung der Reha-Teams, weniger Leistungen aus der vertragsärztlichen Versorgung. In der mobilen Rehabilitation stecken also auch Einsparpotentiale.

RP-Reha: *Welche Reha-Erfolge lassen sich durch mobile Rehabilitation konkret erzielen?*

Schweizer: Es sind von verschiedenen Forschungseinrichtungen Studien mit Vorher-Nachher-Vergleichen zur Wirkung der mobilen Rehabilitation durchgeführt worden. Die Ergebnisse waren übereinstimmend positiv: Es ließen sich deutliche Verbesserungen in den verschiedenen Funktionsbereichen – Mobilität, Kognition, Kommunikation – und in der Selbstversorgungskompetenz nachweisen. Zu den zentralen Rehabilitationszielen gehört auch die Verbesserung der sozialen Teilhabe, die allerdings etwas schwieriger zu quantifizieren ist.

Warnach: Im Rahmen der mobilen Rehabilitation erlernen Patienten, wieder ihre Wohnung zu verlassen, weil gerade das Üben vor Ort ihnen Sicherheit mit schwierigen Treppen, fehlenden Handläufen, unebenen Pflastern und dergleichen gibt. Sie schaffen es wieder, in ihre Nachbarschaft zu gelangen, sei es, indem sie mit Hilfsmitteln laufen oder im Rollstuhl oder Kraftfahrzeug zu ihren Familien oder Freunden gebracht werden können.

Schweizer: In früheren Studien sind zu diesem essentiellen Gesichtspunkt leider nur wenige Aussagen getroffen worden. Insofern sind wir froh, dass in Dissertationen und Masterarbeiten, die derzeit zum Thema mobile Rehabilitation gemacht werden, der Aspekt der sozialen Teilhabe in den Vordergrund gerückt wird.

RP-Reha: *Was sind die gesetzlichen Grundlagen für mobile Rehabilitation? Es gibt derzeit nur 12 mobile Reha-Dienste in Deutschland, was sind die Hemmnisse beim Ausbau dieses Leistungsangebots?*

Warnach: Die Gesundheitsreform 2007 hat mit der Novellierung des § 40 Abs. 1 SGB V im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz für die mobile Rehabilitation eine klare gesetzliche Grundlage geschaffen: Mobile Rehabilitation ist seitdem eine Regelleistung.

Schweizer: Die Hemmnisse beim Ausbau dieses Leistungsangebotes liegen nicht im Bereich der Gesetzgebung. Der Gesetzgeber hat in den letzten Reformen immer wieder versucht, Menschen mit einem komplexen Pflege- und Hilfebedarf den Zugang zu einer angemessenen Rehabilitation zu erleichtern. In den ersten Jahren mussten die Träger, die einen Reha-Dienst einrichten wollten, einen langen Atem haben, um die zähen, zeitraubenden und zermürenden Verhand-

lungen mit den Kostenträgern durchzustehen. Ist es ihnen dann gelungen, einen Versorgungsvertrag abzuschließen, standen sie vor dem Problem, dass Rehabilitationsanträge aus Gründen abgelehnt wurden, die den fachlichen Standards nicht entsprochen haben.

Warnach: Diese Situation scheint sich in der letzten Zeit zu bessern. Die medizinischen Dienste vor Ort sind fachkundiger geworden und ihre Entscheidungen sind heute fachlich weniger angreifbar. Bei den Betroffenen hat die mobile Rehabilitation immer schon eine hohe Akzeptanz. Bei Patientenbefragungen erzielt die mobile Rehabilitation grundsätzlich sehr hohe Zufriedenheitsgrade.

RP-Reha: *Wie ist das Angebot mobiler Rehabilitation derzeit konzeptionell entwickelt und welche Perspektiven sehen Sie für den weiteren Ausbau?*

Warnach: Der Schwerpunkt der mobilen Rehabilitation liegt derzeit noch im Bereich der Geriatrie. Die Rahmenempfehlung zur geriatrischen Rehabilitation ist vor sieben Jahren erarbeitet worden. Die praktische Umsetzung hat gezeigt, dass dort die Indikation für die mobile Form der Reha viel zu eng gestellt ist. Hier gibt es Überarbeitungsbedarf. Seitens der BAG ist ein entsprechender Entwurf erarbeitet worden, den wir mit dem GKV-Spitzenverband, dem MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.) und dem Kompetenz-Centrum Geriatrie des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) Nord noch abstimmen müssen.

Das mittlerweile so bewährte Konzept der mobilen Rehabilitation muss für andere Personengruppen zugänglich gemacht werden. Wenn man die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und die dort geforderten Rechte ernst nehmen will, brauchen wir für weitere ausgewählte Patientengruppen bundesweit und flächendeckend gerade auch mobile Rehabilitationsdienste. Wie gesagt, dafür muss entweder die vorliegende Rahmenempfehlung ergänzt oder eine neue – dann möglichst fachübergreifende – erarbeitet werden.

Schweizer: Darüber hinaus gibt es einzelne konzeptionelle Elemente, die wir als BAG Mobile Rehabilitation e.V. stärker bearbeiten wollen. Das ist zum Beispiel die Rolle der pflegenden Angehörigen in der mobilen Rehabilitation oder die Rehabilitation im Pflegeheim und in der Kurzzeitpflege. Hinsichtlich der Wirkung der mobilen Rehabilitation beschäftigen sich einzelne Standorte aktiv mit der Frage, wie sich Verbesserungen der sozialen Teilhabe messen bzw. abbilden lassen. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass das Thema ‚Altern‘ uns alle angeht. Deshalb sollte bei der Frage nach der Wirkung solcher Maßnahmen nicht vergessen werden, Wege eines selbstbestimmten Lebens mit Pflegebedürftigkeit aufzuzeigen.

RP-Reha: *Wie erfolgt die Zuweisung bzw. der Zugang zur mobilen Rehabilitation? Können Betroffene mobile Rehabilitationsleistungen beantragen? Welche Chancen haben sie?*

Schweizer: Die mobile Rehabilitation kann wie alle anderen Rehabilitationsformen im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder von speziell qualifizierten niedergelassenen Ärzten in die Wege geleitet werden. Eine Zuweisung ist aber ebenso im Rahmen der Pflegebegutachtung möglich. Wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes eine Rehabilitationsempfehlung ausspricht und der Betroffene damit einverstanden ist, reicht die Empfehlung aus, um eine Rehabilitation in die Wege zu leiten.

Warnach: Durch den zögerlichen Ausbau der mobilen Rehabilitation können viele rehabilitationsbedürftige und –fähige Menschen ihren Rechtsanspruch auf Rehabilitation immer noch nicht durchsetzen. Die Unterversorgung birgt gerade für diesen Personenkreis ein hohes Risiko, unnötig in die Pflegebedürftigkeit zu geraten und dauerhaft stationäre Pflege in Anspruch nehmen zu müssen. Angesichts der demographischen Entwicklung ist deshalb die Zurückhaltung beim Ausbau mobiler Rehabilitation wirklich nicht zu verstehen.



Das Interview führte Dr. BÄRBEL REINSBERG, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)