

**Einführung:
Erfahrungen aus 30 Jahren Mobiler Rehabilitation – Mobile
Rehabilitation auch bei psychischen Beeinträchtigungen?**

Matthias Schmidt-Ohlemann
Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)
BAG MoRe

Online Workshop BAG MoRe, DVfR, APK
„Mobile Rehabilitation bei psychischen Beeinträchtigungen“
21.1.2022

Aus den GE zur Mobilen Rehabilitation (2021):

Die Gesellschaft in Deutschland unterliegt nachhaltigen demographischen und sozialen Wandlungsprozessen. Diese haben den Gesetzgeber dazu veranlasst, die mobile Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zum 01.04.2007 sozialrechtlich zu verankern. Mobile Rehabilitation ist hiernach eine besondere Form der ambulanten Rehabilitation.

Rehabilitationsleistungen müssen so ausgerichtet sein, dass sie die rehabilitationsbedürftigen Menschen tatsächlich erreichen, von ihnen akzeptiert werden und die Kontextfaktoren mit einbeziehen.

Die mobile Rehabilitation kommt dabei insbesondere für eine Gruppe rehabilitations-bedürftiger Patienten in Betracht, **für die das Erreichen der für sie relevanten Rehabilitationsziele mit größtmöglichem Erfolg im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld anzunehmen ist.**

<https://bag-more.de/wp-content/uploads/Gemeinsame-Empfehlunge-Mobile-Reha.pdf>

§ 40 Abs. 1 SGB V lautet:

*„Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht; **dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein.** Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.“*

Sie ist Teil der medizinischen Rehabilitation (vgl. § 42 SGB IX) und

- wird leistungsrechtlich als Sonderform der ambulanten Rehabilitation geführt und
- wird derzeit nur von der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung sowie den privaten Krankenversicherungen gewährt und vergütet.
- ist eine Regelleistung und
- hat wie andere Formen der ambulanten Rehabilitation Vorrang vor einer stationären Versorgung.

- Modellprojekte (Modellprogramm der Bundesregierung zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger) zwischen 1990 und 1996.
 - 1. Versorgungsvertrag eines mobilen Rehabilitationsdienstes mit den Krankenkassen (1994, Standort Bad Kreuznach) mit fachübergreifender Indikation (Schwerpunkt: Beeinträchtigung der Mobilität)
 - Weitere Versorgungsverträge an verschiedenen Standorten (Karlsruhe, Marburg, Woltersdorf, Berlin, Bremen u.a.) jeweils für mobile geriatrische Rehabilitation
 - Rahmenempfehlungen mobile geriatrische Rehabilitation (GKV) 2007
 - Neuaufnahme als Leistung der ambulanten Rehabilitation in § 40 Abs. 1 SGB V 2007
 - Weiterer Ausbau mobiler geriatrischer Rehabilitation v.a. in Bayern (bayrisches Modell mit Startfinanzierung durch den Freistaat), z. Zt. 23 Standorte, davon 1 mit übergreifender Indikation, 1 mit neurologischer Indikation)
 - Gemeinsame Empfehlungen (GKV) zur mobilen Rehabilitation 1.6.2021 (mit einem allgemeinen und einem indikationsspezifischen Teil: Geriatrie, andere Indikationen möglich. Psychiatrie nicht vorgesehen)
- ➔ Abgesehen vom Konzeptionsvorschlag aus der Diakonie (2008) bislang keine Befassung mit der Indikation von MoRe für psychische Erkrankungen

Mobile Rehabilitation unterscheidet sich von anderen Rehabilitationsformen.

- Sie rehabilitiert den Menschen in seinem vertrauten Umfeld.
- Relevante Umweltfaktoren können im individuellen Rehabilitationsplan optimal berücksichtigt werden.
- Der konkrete Alltag mit seinen Anforderungen an die alltägliche praktische Lebensführung wird zum Übungs- und Trainingsfeld, ohne dass Transferprozesse für den Rehabilitanden notwendig werden.
- Hilfsmittel, gewohntes oder ständiges Wohnumfeld und Assistenz der An- und Zugehörigen - einschließlich des Pflegepersonals, wenn der Rehabilitand in einer stationären Pflegeeinrichtung lebt, können bestmöglich einbezogen werden.
- Die Therapien werden in den üblichen Tagesablauf eingepasst.
- Belastende Transporte entfallen und Barrieren im Wohnumfeld können abgebaut werden.
- An- und Zugehörige können den praktischen Umgang des Rehabilitationsteams mit dem Patienten u.a. in der Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und in kommunikativ schwierigen Situationen kennenlernen.
- Die Einheit von Behandlung, Beratung, Erprobung und die Integration in den Alltag ist eine besondere Stärke mobiler Rehabilitation.
- Der Rehabilitationsprozess kann dabei flexibel an das Leistungsvermögen des Patienten im vertrauten Wohnumfeld angepasst werden.

Mobile Rehabilitationsdienste erbringen aufsuchende Rehabilitationsleistungen

- auf der Basis einer individuellen umfassenden Rehabilitationsplanung (ärztliche Erstuntersuchung)
- durch ein interdisziplinäres Team (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Rehabilitationspflege, Sozialberatung, Neuropsychologie, Ernährungsberatung)
- unter fachärztlicher Leitung und Präsenz
- in der Wohnung des Rehabilitanden, in Einrichtungen der Langzeit- und Kurzzeitpflege sowie der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen.

Im Bereich der geriatrischen MoRe werden

- auf Antrag (Anschlussreha oder durch Vertragsarzt via Muster 61)
- in der Regel zwischen 30 und 45 TE genehmigt, wenn die Indikationsvoraussetzungen erfüllt sind
- mindestens 6 TE an mindestens 3 Tagen in der Woche erbracht (mit einer Gesamtdauer von 4-12 Wochen (bei Unterbrechungen))
- wöchentlich regelmäßige Teambesprechungen durchgeführt und
- ein ausführlicher Abschlussbericht erstellt.

Die Finanzierung erfolgt mittels Abrechnung von vereinbarten Vergütungssätzen für die TE oder als Tagespauschale bei den Krankenkassen (oder anderen LT)

- Häufigste Indikationen: Femurfrakturen, Schlaganfall, Frakturen ob. Extremität
- Beeinträchtigungen werden klinisch und mittels Assessmentinstrumenten (Barthel, FIM, Timed up and go u.a.) erfasst und deren Veränderungen dokumentiert.
- Eine Basisdokumentation fasst patientenbezogen wichtige Merkmale der Versorgung und der funktionellen Veränderungen zusammen und wird vom KCG zentral ausgewertet.
 - 2020: 2144 mobile geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen von insgesamt 19 Einrichtungen mit in der Regel einem vollständigen Team. 1351 Frauen und 793 Männer. Durchschnittsalter ca. 82 Jahre.
- Studien und Erfahrungen belegen gute Wirksamkeit für Alltagskompetenzen, Selbständigkeit aber auch Selbstbestimmung und v.a. für den Verbleib in der Häuslichkeit, wobei die Datenlage, wie häufig in der Rehabilitation, unbefriedigend ist.
- MoRe ist ein personbezogenes sich auf Restitution, und in der MoRe insbesondere auf Adaption und Kompensation richtendes Konzept, das die Verbesserung der Lebensführungskompetenz (einschl. eines verbesserten Umgangs mit Krankheiten und ihrer Bewältigung) trotz bleibender Schädigungen und Beeinträchtigungen unter Beteiligung des sozialen Umfeldes anstrebt und sich dazu der Mittel medizinischer Rehabilitation bedient.
- Dabei spielen Beratung und Anleitung sowie die Orientierung an individuell zu erarbeitenden Zielen eine zentrale Rolle. Diese können in Form von Teilhabesicherungskonzepten systematisiert und operationalisiert werden.
- Es hat insofern zahlreiche Gemeinsamkeiten mit dem Recovery Konzept in der Psychiatrie.

(Lit. beim Verfasser)

Die bisherigen Erfahrungen in der MoRe mit psychisch kranken Rehabilitanden sind spärlich. Häufig kommen bei der geriatrischen MoRe als **Begleiterkrankungen** oder – symptome vor:

- Demenz und damit verbundene Symptome (Ängste, Verwirrtheit, Unruhe usw.)
- Depressionen (im Kontext des geriatrischen Syndroms)
- Sonstige gerontopsychiatrische Erkrankungen
- Abhängigkeitserkrankungen
- Hirnorganische Psychosyndrome nach Schlaganfall, Hypoxie, Schädel-Hirntrauma

Aus der indikationsübergreifenden und neurologischen Rehabilitation werden lediglich als **Begleiterkrankungen** vereinzelt berichtet:

- Depressionen (z.B. Querschnittlähmung nach Suicidversuch, reaktiv auf ein Krankheitsereignis)
- Abhängigkeitserkrankungen
- Hirnorganische Psychosyndrome
- Häufig: neuropsychologische Beeinträchtigungen (z.B. executive Störungen)

Dennoch gibt es einzelne Anfragen: Pat. mit Schizophrenie nach stat. Aufenthalt in Psychiatrie, Tagesklinik, Mutter, 3 Kinder, kommt zu Hause nicht zurecht, Ergotherapie 1-2x wöchentlich, Soziotherapie nicht verfügbar (wenn doch: ausreichend?)

Pat: Schwere depressive Episode bei Querschnittlähmung (Kann in Psych. nicht versorgt werden)

Pat: bipolare Erkrankung, pflegebedürftig wegen MS.

Psychische Erkrankungen stellen bislang keine eigenständige Indikation für MoRe dar.

- Die psychiatrische Comorbidität wird im Rehaprozess auf der Ebene der Alltagsbewältigung berücksichtigt, gelegentlich die Medikation modifiziert und zur Behandlung an Psychiater bzw. Neurologen verwiesen.
- Eine spezifische Qualifikation zur Mitbehandlung psychischer Störungen ist in der Regel nicht vorhanden. Nicht selten sehen sich die Teammitglieder bei der Rehabilitation überfordert, wenn sie psychische Erkrankungen und die damit verbundenen Beeinträchtigungen selbst zum Gegenstand ihrer Interventionen machen sollen.
- In die MoRe kommen Patienten mit somatischen Erkrankungen, die wegen psychischer Beeinträchtigungen nicht gut oder nicht mehr stationär rehabilitiert werden können. (“Krankenhauskoller”) und bei denen Verhaltensauffälligkeiten in häuslicher Umgebung deutlich geringer sind bzw. die Angehörigen damit umgehen können oder müssen.
- Der Umgang mit psychischen Erkrankungen im Rahmen der MoRe ist bislang praktisch nicht bearbeitet.

Dennoch scheint es einen Bedarf zu geben, jedoch mit anderen Schwerpunkten: Kernteam: Arzt, Psychologe, Sozialarbeit, Ergotherapie, bei besonderem Bedarf auch Pflege

Aus dem Psychiatrie-Dialog: medizinische Rehabilitation

Angebote der med. Reha im engen Sinne werden für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen vorgehalten

- **in stationärer oder ambulanter, bislang nicht in mobiler Form**
- **In spezialisierten stationären oder ambulanten Einrichtungen der med. Rehabilitation**
 - **In Rehabilitationskliniken, Abteilungen oder Rehaeinrichtungen für psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen**
 - **In speziellen Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)**
 - **Jeweils einschl. spezifischer Nachsorgeprogramme (PSYRENA)**
- **Med. Rehabilitation kann in den Einrichtungen der Akutpsychiatrie nicht (mehr) geleistet werden. Durch Verkürzung der Verweildauern und die begrenzte Personalausstattung kommen rehabilitative Aspekte zu kurz. Gilt dies auch für stäB?**
- **Eine stationäre Frührehabilitation im Krankenhaus existiert im Bereich der Psychiatrie oder Psychosomatik nicht.**

Medizinische rehabilitativ ausgerichtete Leistungen in speziellen Settings

Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen werden medizinische Leistungen in einem rehabilitativen Kontext erbracht, ohne dass es sich um Leistungen der med. Rehabilitation handelt, insbesondere

- In Berufsbildungswerken (BBW)
- In Berufsförderungswerken (WfW)
- In beruflichen Trainingszentren (oder ähnlichen Angeboten)
- In Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)
- In Wohnangeboten der Eingliederungshilfe

Die psychiatrischen und psychosomatischen Akutkliniken, die Tageskliniken, die Psychiatrischen Institutsambulanzen sowie die meisten der gemeindenahen psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote können an der direkten Förderung der Teilhabe oft nur (noch) in geringem Umfang mitwirken. Diagnostik und Therapie stehen ganz im Vordergrund.

Dies gilt offenbar auch für die Behandlung in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung, wohl weniger für die Heilmittel und die psychiatrische Krankenpflege

Beklagt wird im Psychiatrie-Dialog u.a. das unzureichende Zusammenwirken sowohl im Hinblick auf die Behandlung als auch im Hinblick auf die soziale und berufliche Teilhabe.

Medizinische Rehabilitation und Psychiatrie-Dialog

Insbesondere Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen und bereits eingetretenen Beeinträchtigungen der Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe werden vielfach bei deren Bewältigung nicht hinreichend unterstützt.

Das Unterstützungssystem wird wegen unzureichender Kooperation, Fallmanagement und unzureichender Berücksichtigung sozialer und beruflicher Aspekte im Psychiatrie-Dialog oft als dysfunktional beschrieben, wobei es große regionale, krankheitsspezifische und auch individuelle Unterschiede gibt.

Die Kritik richtet sich auf mangelnde Nachhaltigkeit und die tatsächliche Integration und Stabilisierung sowohl im häuslichen Umfeld als auch im beruflichen Kontext, soweit schon realistisch

Für eine bessere Kooperation und Koordination in der ambulanten Versorgung soll u.a., zumindest für Leistungen des SGB V, die neue Richtlinie des GBA „über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)“ Abhilfe schaffen, die demnächst in Kraft treten wird. Neue Leistungen sind damit jedoch nicht verbunden.

Hinweis: Keine Thematisierung von Problemen der psychiatrischen Behandlung von Pflegebedürftigen oder Menschen mit sonstigen Behinderungen.

Medizinische Rehabilitation und Psychiatrie-Dialog

Deshalb wird die Frage aufgeworfen, ob die medizinische Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen bedarfsgerecht ausgebaut ist. Im Psychiatrie-Dialog wird diese Frage eindeutig verneint.

Im Psychiatrie-Dialog wird u.a. kritisiert, dass

- das System der medizinischen Rehabilitation speziell für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen zu wenige oder auch ungeeignete Angebote mache.
- Es an wohnortnahen bzw. gemeindenahen ambulanten und aufsuchenden Rehabilitationsangeboten fehlt
- Anschlussrehabilitation kaum stattfindet
- Eine rehabilitative Nachsorge weitgehend fehlt
- Die sozialen Netzwerke und die vertrauten Behandler unzureichend eingebunden werden.

Weitgehend ungelöst im System der indikationsspezifischen med. Rehabilitation (vorherrschender Ansatz) ist der Umgang mit Multimorbidität von Menschen mit psychischen Erkrankungen

- Kombination von psychischer und Abhängigkeitserkrankung
- hohe somatische Morbidität
- psychische Erkrankungen als Comorbidität bei rehabegründenden somatischen Diagnosen

Medizinische Rehabilitation und Psychiatrie-Dialog

Medizinische Rehabilitationsleistungen insgesamt sowie wegen psychischer oder Abhängigkeitserkrankungen durch die GKV 2020

(BMG: KG 5 Statistik, eig. Berechnung)

Rehaform	N insges.	Psych.	Abh.
Amb. Reha	93 586	991 (1,06 %)	2 256 (2,4 %)
- Davon AR	68 417	120 (0,02 %)	454 (0,66 %)
Stat. Reha insgesamt	658 445	17 363 (2,6 %)	7 022 (1,07 %)
-davon AR	528 661	779 (0,15 %)	999 (0,19 %)

Die Medizinische Rehabilitation mit der Hauptindikation psychische Erkrankung durch die GKV ist insbesondere im Verhältnis zu anderen Rehabilitationsindikationen marginal. Kaum Anschlussreha. Als Ursache werden v.a. das Fehlen geeigneter Rehabilitationsangebote sowie eine, dadurch zumindest teilweise bedingte, unzureichende Bedarfsermittlung (§ 13 SGB IX) benannt.

4 Forderungen zur Medizinischen Rehabilitation aus dem Psychiatrie-Dialog:

- 1. Aufbau wohnortnaher, lebensweltorientierter ambulanter Rehabilitationsangebote**
 - a. Auch als Anschlussrehabilitation
 - b. Auch zugehend als mobile Rehabilitation
 - c. Konstanz der behandelnden Bezugspersonen, in der Regel aus der ambulanten Versorgung auch während der Rehabilitation
 - d. Ausrichtung auf schwere bzw. komplexe Störungsbilder einschl. psychot. Erkrankungen und bei Doppeldiagnosen (psychische Erkrankung und Abhängigkeit)
 - e. Berücksichtigung der somatischen Multimorbidität
 - f. Auch bei Pflegebedürftigkeit bzw. körperlicher oder Sinnesbehinderung
 - g. Auch für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (ggf. spezielle Angebote)
 - h. Orientiert am bio-psycho-sozialen Modell (ICF)
 - i. Auch ohne Perspektive allg. Arbeitsmarkt, aber ggf. einschl. Vorbereitung auf später mögliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - j. Zeitliche Flexibilisierung (bis zu einem Jahr)
- 2. Spezifische, längerfristige Nachsorgeangebote nach stationärer Rehabilitation**
- 3. Bedarfsgerechte Schaffung stationärer Rehabilitationsangebote für schwer psychisch Erkrankte, bei komplexen Beeinträchtigungen und Multimorbidität, auch als Anschlussrehabilitation**
- 4. Frühzeitige Bedarfserkennung, -ermittlung und umfassende Teilhabeplanung**

- Das Angebot an **zugehender, insbesondere an Mobiler Rehabilitation** nach § 40 Abs. 1 SGB V, auch in Pflegeeinrichtungen sollte im Sinne eines flächendeckenden Ausbaus gestärkt werden.
- Dazu ist eine gezielte Förderung des Ausbaus von Angeboten der Mobilen Rehabilitation sowohl in Ballungsgebieten als auch im ländlichen Raum anzustreben.
- Der Versorgungsauftrag der Mobilen Rehabilitation betrifft eine Gruppe behinderter und pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten mit meist schwerer körperlicher, geistiger und seelischer Betroffenheit, für die eine aufsuchende Rehabilitation, d.h. eine Rehabilitation in ihrem häuslichen Umfeld einschließlich in Pflegeheimen in Frage kommt.
- Mobile Rehabilitation ist ein unverzichtbarer Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung und ist insbesondere für Patientinnen und Patienten notwendig, bei denen neben restitutiven adaptive und kompensatorische Rehabilitationsstrategien von besonderer Bedeutung sind.
- Der Ausbau ambulanter/tagesklinischer/mobiler rehabilitativer Angebote im aufnehmenden Sozialraum ist auch deshalb notwendig, damit Rehabilitation individualisiert und flexibilisiert werden kann.
- Dies gilt auch, damit eine rehabilitative Betreuung im Sozialraum im Sinne einer Brücke zur Inklusion und Teilhabe nachsorgend sichergestellt werden kann, ggf. bei Bedarf auch im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsleistung.

Medizinische Rehabilitation und MoRe bei psychischen Beeinträchtigungen: Ausblick

Ziel sollte sein, die ambulante umfassende, auch Teilhabe berücksichtigende Versorgung bedarfsgerecht zu verbessern, auch mit dem Ziel einer Verminderung der Krankheitslast, der Förderung einer selbstbestimmten und selbständigen Lebensführung und einer (ggf. später) gelingenden beruflichen (Re)integration sowie Vermeidung von Eingliederungshilfe. Dazu soll med. Reha beitragen.

- **Die Schaffung eines ambulanten und mobilen Rehabilitationsangebotes für bestimmte Personengruppen, auch zur Anschlussreha, erscheint dringlich. (§ 40 Abs. 1, § 111c SGB V)**
 - Modell RESET zu Bedarfen an Mobiler Rehabilitation in Stuttgart
- **Eine spezifische Konzeption für psychisch Kranke ist auf der Basis vorhandener Erfahrungen noch zu entwickeln, u.a. im Hinblick auf den Personenkreis und das spezifische Angebot einer MoRe (Team, Ziele, zeitliche Gestaltung, Qualifikation)**
- **Eine Abgrenzung zu vorhandenen oder zu schaffenden Angeboten ist auch unter leistungsrechtlichen Aspekten erforderlich:**
 - Zu Tageskliniken
 - Zu einer ambulanten Komplexleistung (nicht vorhanden)
 - zur koordinierten ambulanten Krankenbehandlung (s. GBA-RL)
 - Zu den Ansätzen eines Home-Treatment/stäB
 - Zu den RPK und ihren ambulanten Angeboten
 - Zu Heilmitteln, Soziotherapie, phKP und vertragsärztl. Versorgung
 - Zu Gemeindepsychiatrischen Angeboten und sozialpsychiatrischen Diensten
- **Eine modellhafte Erprobung erscheint erforderlich: Dazu werden engagierte Träger benötigt.**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. med. M. Schmidt-Ohlemann

Ltd. Arzt der Rehabilitationsfachdienste Stiftung kreuznacher diakonie i.R.

Dt. Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)

BAG MoRe

Pestalozzistr. 5

55543 Bad Kreuznach

Matthias.Schmidt.Ohlemann@googlemail.com

info@dvfr.de

www.dvfr.de

www.reha-recht.de

<https://bag-more.de/>

Anhang

Medizinische Rehabilitation und Psychiatrie-Dialog

Medizinische Rehabilitation umfasst strukturierte, zeitlich begrenzte, komplexe und multiprofessionelle Leistungen durch zugelassene Leistungserbringer in speziellen Rehabilitationssettings. **Die gesetzliche Grundlage bilden das SGB IX und lediglich ergänzend einzelgesetzliche Bestimmungen (z.B. SGB V, VI, VII).**

Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind leistungsrechtlich und meist auch organisatorisch von anderen Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung, die leistungsrechtlich aber der Krankenbehandlung zuzurechnen sind, zu unterscheiden. Dazu bestimmt z.B. § 43 SGB IX: „Die in § 42 Abs. 1 genannten Ziele.....gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung.“

Im Unterstützungssystem für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind kurative und rehabilitative sowie präventive Leistungen jedoch inhaltlich oft kaum zu trennen. (s.u.)

Aus der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung ist die Förderung der Teilhabe dem Grunde nach nicht wegzudenken. Denn bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen handelt es sich in der Regel um komplexe bio-psycho-soziale Problemlagen mit Relevanz für Krankheitsentstehung, Symptomatik, Verlauf oder Bewältigungsstrategien.

Medizinische Rehabilitation und Psychiatrie-Dialog

In der Diskussion um die Weiterentwicklung des Unterstützungssystems muss auch die Rolle der medizinischen Rehabilitation im engen Sinne reflektiert und ihre Weiterentwicklung in Angriff genommen werden.

Ca. 1 Drittel der im Rahmen des Psychiatriedialogs zum Forum I vorgelegten Kurzstellungnahmen machen konkrete Vorschläge zur medizinischen Rehabilitation.

Zur Begründung eines Weiterentwicklungsbedarfes werden u.a. angeführt:

- Über 40 % der **EU-Renten** (ca. 72000 Fälle) wegen psychischer Beeinträchtigungen (2018)
- Leistungen der **Eingliederungshilfe**: Ca. 60 000 Menschen mit seel. Behinderung im stationären Wohnen (besondere Wohnformen), ca. 154 000 im ambulanten Wohnen (ca. 70 % aller ambulanten Wohnangebote),
- ca. 56 800 Personen mit seelischer Behinderung in einer WfbM (BAGÜS Kennzahlen für 2020) bzw. 65 501 (nach Statistik der BAG WfbM)
Anstieg der WfbM-Beschäftigten mit seelischer Behinderung zwischen 2006 und 2016 um 52,1% (+ 21 910 Personen) auf ca. 21 % der Nutzerinnen und Nutzer. (Inzwischen auch spezialisierte WfbM) (s. CBP- Stellungnahme)
- Anstieg der **AU-Fälle und Tage** bei psychischen Erkrankungen.

Janßen H. et al:

„ Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfes und Evaluation mobiler geriatrischer (MoGeRe) in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege“

Abschlussbericht. Hochschule Bremen 2018.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Schlussbericht_MoGeRe_10_Sept_2018.pdf

- In stationären Pflegeeinrichtungen wurde ein Rehabilitationsbedarf bei im Mittel 22,7 % der pflegebedürftigen Bewohner in der Langzeitpflege ermittelt. Für 18,7 % kommt nur MoRe in Betracht.
 - In der Kurzzeitpflege beträgt der Anteil im Mittel 32,6 % .
 - In der Kurzzeitpflege unmittelbar nach Krankenhausaufenthalt beträgt der Anteil im Mittel 44,4 %.
 - Ca. 82 % der BewohnerInnen in der Langzeitpflege mit Rehabedarf sprach sich für eine MoRe in ihrem Heim aus und konnte sich eine Reha an anderem Ort nicht vorstellen. (In der KZP ca. 60 %)
- ➔ **Die Rehaform hat offenbar für die Akzeptanz und damit die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen für pflegebedürftige Menschen, insbesondere im Alter, eine erhebliche Bedeutung.**

**Brucker U., Schmidt-Ohlemann M., Schweizer C., Warnach M. (2020):
Perspektiven der Kurzzeitpflege – Chancen für eine gelingende Teilhabe**

https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Infothek/Sonstige_Ver%C3%B6ffentlichungen/2020/Perspektiven_der_Kurzzeitpflege.pdf

Es ist erforderlich, die Möglichkeiten der KZP zu optimieren, d.h. ihre Konzeption so auszugestalten, dass sie folgende Aufgaben übernehmen kann:

- Sicherstellung einer umfassenden und ggf. speziellen pflegerischen Versorgung zur Behandlung einer Erkrankung auch bei hohem Aufwand in hoher Qualität, einschließlich der notwendigen ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen. Dies gilt auch für Patienten nach Krankenhausbehandlung mit einem ggf. hohen behandlungspflegerischen Versorgungsbedarf.
- Sicherstellung der kompetenten pflegerischen Versorgung auch für Menschen mit herausforderndem Verhalten im Rahmen einer Demenz oder eines Delirs sowie Menschen in Palliativsituationen.
- Gezielte Vorbereitung einer Rückkehr nach Hause einschl. eines individuellen Empowerment.

**Brucker U., Schmidt-Ohlemann M., Schweizer C., Warnach M. (2020):
Perspektiven der Kurzzeitpflege – Chancen für eine gelingende Teilhabe**

Weiterentwicklung der KZP:

- Richtige Weichenstellung im Hinblick auf die weitere Versorgungsform, indem verschiedene Optionen erarbeitet werden: Rückkehr in eigene Häuslichkeit, Umzug in eine neue eigene Häuslichkeit, Häuslichkeit bei An- und Zugehörigen oder in die Langzeitpflege oder in eine Einrichtung der Eingliederungshilfe bzw. in die ambulante Betreuung durch Assistenzdienste etc..
- Verbesserung der Teilhabechancen, indem
 - Pflege und Behandlung während der KZP mit rehabilitativer Zielsetzung erfolgen (vgl. § 43 SGB IX),
 - in der KZP ein möglicher Rehabilitationsbedarf erkannt und eine entsprechende Bedarfsermittlung einschl. Antrag durchgeführt wird und
 - KZP ggf. durch Leistungen der medizinischen Rehabilitation, insbesondere der mobilen Rehabilitation, ergänzt wird.

S. Grund, A. Keilhauer, A. Trumpheller, N. Specht-Leible, J. Bauer (2020):

REKUP - Rehabilitative Kurzzeitpflege im stationärem Umfeld

Geriatrisches Zentrum Universität Heidelberg

<https://docplayer.org/182697825-Rekup-rehabilitative-kurzzeitpflege-im-stationaerem-umfeld.html>

Rehabilitationsbedarf bei Personen in Kurzzeitpflege

- **6% bei MDK-Begutachtung**
- **18% bis 32% bei Begutachtung durch einen rehabilitations-erfahrenen Facharzt (44% bei KZP nach Krankenhausaufenthalt)**
- **Nur selten Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen**
- ***Erste Ergebnisse des Screenings zur Vorstudie: 52% der gescreenten Personen (n = 156) werden als Personen mit "Besserungspotenzial bzgl. einer funktionellen Einschränkung" eingestuft***

Quellen:

- 1 Frankenhauser-Mannuß J., Auer R. (2017). *Bedeutung von Rehabilitation und Kurzzeitpflege in der Versorgung älterer (pflegebedürftiger) Patienten*. Berlin: 16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung.
- 2 Janßen H. (2018). *Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege*. Bremen: Institut für Gesundheits- und Pflegeökonomie, Hochschule Bremen.
- 3 Rothgang H et al. (2014). *Reha XI –Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK*. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.

REKUP - Rehabilitative Kurzzeitpflege im stationärem Umfeld

Konzeption

1. Strukturiertes geriatrisches und psychosoziales Eingangsassessment
 2. Aktivierend-therapeutische Pflege
 3. Funktionell-rehabilitative Therapie (Einzeltherapie, 1 Stunde/Tag, fraktioniert in bis zu max. 4 Therapieeinheiten)
 4. Psychosoziale Intervention (Angehörigen- und Patientenschulung)
 5. Wöchentliche interdisziplinäre Teamsitzung (Prüfung der Ziele und der Rehafähigkeit)
 6. Ausgangsassessment und Überleitung in
 1. Geriatrische Rehabilitation
 2. Häusliches Umfeld
 3. Stationäre Langzeitpflege
- ➔ **Die rehabilitativen Interventionen können durch ein Team der MoRe auch in solchen Kurzzeitpflegeeinrichtungen durchgeführt werden, die nicht ausschließlich auf rehabilitative KZP spezialisiert sind, könnten ferner zu Hause fortgeführt werden und sind flexibel je nach Bedarf einsetzbar.**
- ➔ **Dies setzt aber eine konzeptionell entsprechend konzipierte KZP voraus, vgl. Brucker et al.**

Dt. Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) 2020: Medizinische Rehabilitation vor und bei Pflege – Personenkreis, Situation und Lösungsvorschläge - Positionspapier der DVfR

https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/20-11-12_Position_Med._Reha_vor-bei_Pflege_Ef_bf.pdf

Ausgangslage

- Es besteht ein hoher Bedarf an Leistungen zur med. Rehabilitation bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit (ca. 4 Mio).
- Vorhandene Rehaangebote sind zu einem erheblichen Teil nicht auf die spezifischen Bedarfe umfassend Pflegebedürftiger eingerichtet.
- Dies gilt insbesondere für die indikationsspezifischen Rehaangebote.
- Die Verbesserung der selbstbestimmten Teilhabe Pflegebedürftiger erfordert ein ganzes Bündel verschiedener Maßnahmen, u.a. Im Hinblick auf die Bedarfsermittlung, das Antragsverfahren (s. IPREG), die Gestaltung der Angebote und die Berücksichtigung der Prioritäten der Betroffenen.
- Hier kommt der Mobilen Rehabilitation sowohl bei jüngeren Pflegebedürftigen als auch älteren und geriatrischen Patienten eine besondere Bedeutung zu.

Dt. Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) 2020: Medizinische Rehabilitation vor und bei Pflege – Personenkreis, Situation und Lösungsvorschläge - Positionspapier der DVfR

- Mit ihrer aufsuchenden Struktur ist die MoRe bei vielen, nicht nur geriatrischen Indikationen in der Lage, eine zielgerichtete Versorgung im Wohnumfeld zu leisten. Das ermöglicht sogar eine Intervention, wenn sich betroffene Patientinnen und Patienten in einer stationären Pflegeeinrichtung befinden.
- Mit bundesweit bisher nur 20 Einrichtungen führt diese rehabilitative Erbringungsform allerdings immer noch ein Schattendasein.
- Abhilfe kann insgesamt nur ein Ausbau vorhandener und die Errichtung neuer, vor allem ambulant und mobil tätiger Einrichtungen mit den benötigten Strukturen schaffen.
- Das setzt voraus, dass Versorgungsverträge durch die in der Regel bei diesem Personenkreis leistungspflichtigen Krankenkassen bei hinreichender Finanzierung geschlossen werden.
- Diese müssen auch der Zahl und regionalen Verteilung nach bedarfsgerecht sein. Damit würden die Krankenkassen ihren Sicherstellungsauftrag für die medizinische Rehabilitation als Sachleistung erfüllen.

Dt. Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) 2020: Medizinische Rehabilitation vor und bei Pflege – Personenkreis, Situation und Lösungsvorschläge - Positionspapier der DVfR

- Art und Umfang des Aufbaus rehabilitativer Versorgungsstrukturen haben sich dabei primär an den individuellen selbstbestimmten, realistisch erscheinenden Rehabilitationszielen und der Frage, unter welchen Rehabilitationsstrategien diese in welchem Setting am besten erreichbar erscheinen, zu orientieren.
- Dies ist bei pflegebedürftigen Menschen insofern besonders wichtig, als bei diesen eine Funktionsverbesserung im Sinne einer Restitution oft nur noch in begrenztem Umfang, jedoch durch Kompensation und Adaptation eine Förderung der Aktivitäten und der Teilhabe in relevantem Umfang möglich ist.
- Diese Strategien sind voraussichtlich in ambulanten und aufsuchenden Rehabilitationsangeboten nachhaltiger und effizienter zu realisieren.