

Mobile Rehabilitation - eine moderne Form der Rehabilitation im Sozialraum

Matthias Schmidt-Ohlemann

*Rehabilitationszentrum Bethesda Stiftung kreuznacher diakonie
Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation
Dt. Vereinigung für Rehabilitation*

Vortrag Fortbildungsveranstaltung
RehaUpdate ambulante und mobile Rehabilitation

Freiburg, den 8.7.2011

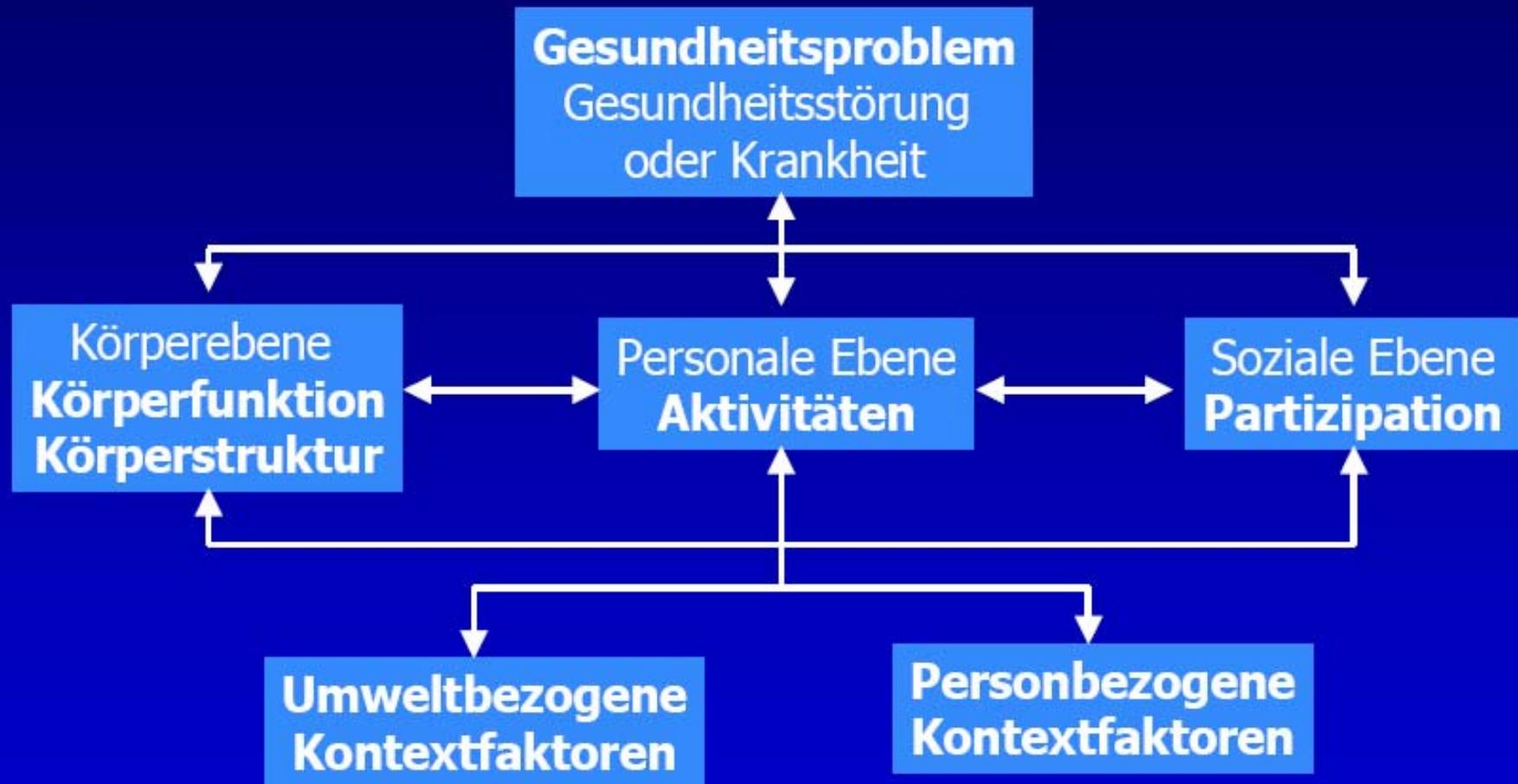
Mobile Rehabilitation: Definition

Mobile Rehabilitation ist ein relativ neues Konzept der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation, bei dem ambulante aufsuchende Rehabilitationsleistungen durch ein interdisziplinäres Team (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Rehabilitationspflege, Ernährungsberatung, Neuropsychologie und Sozialberatung) unter ärztlicher Leitung in der Häuslichkeit des Rehabilitanden selbst erbracht werden.

Dabei werden die wichtigen Kontextfaktoren, wie häusliche Umgebung, soziales Umfeld und Familie in die Rehabilitation unmittelbar einbezogen. Ressourcen können so erschlossen, Barrieren abgebaut werden.

In der vertrauten Umgebung entfallen u. U. schwierige Gewöhnungs- und Transferprozesse. Mobile Rehabilitation schließt ein Case-Management der sozialen Problematik mit ein.

Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



Sozialräume als Versorgungsgebiete

4 Versorgungsgebiete mit verschiedenen Versorgungsaufträgen:

- **Das primäre Versorgungsgebiet: der soziale Nahraum, (Quartier, Stadtteil, Dorf, Kleinstadt..)**
 - **das Standardversorgungsgebiet (30 min Fahrzeit, 100-250000 Einwohner)**
 - **das überregionale Versorgungsgebiet (bis 2 Stunden Fahrzeit, 500 000 - 4 Mio Einwohner)**
 - **das nationale Versorgungsgebiet (BRD, 81 Mio Einwohner, wenige Zentren)**
- ➔ Diese sollen differenziert rehabilitative komplementäre Angebote sicherstellen.**

Definition von Rehabilitation

Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung, zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität und zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“

(WHO, Definition der Rehabilitation: Technical Report 668/1981).

Rechtsgrundlagen in Deutschland im SGB IX

Mobile Rehabilitation im GKV-WSG

§ 40 Abs. 1 SGB V n. F. vom 1.4.2007:

„Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus,erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, **durch (früher in)** wohnortnahe Einrichtungen.

Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des 11. Buches zu erbringen.“

Mobile Rehabilitation

Auszug Gesetzesbegründung zu § 40 Abs. 1 SGB V:

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

Mobile Rehabilitation

Auszug Gesetzesbegründung zu § 40 Abs. 1 SGB V

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

UN-Konvention Artikel 26

Habilitation und Rehabilitation

- (1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich betreffend die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein **Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren**. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten **umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme**, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme
- a) im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer **multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken** beruhen;
 - b) die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und **Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten**.
- (2)
- (3) Die Vertragsstaaten fördern die Verfügbarkeit, die Kenntnis und die Verwendung unterstützender Geräte und Technologien, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, für die Zwecke der Habilitation und Rehabilitation.

Mobile Rehabilitation: Entwicklung

- Modellprojekte an verschiedenen Standorten zwischen 1991 und 2005, insbesondere
 - Karlsruhe, Woltersdorf, Bad Kreuznach, Marburg, Bochum, Bremen, Magdeburg, St. Wendel, Gera
- Erprobung, Evaluation, Weiterentwicklung d. wissenschaftl. Begleitung
- Regelfinanzierung einiger Standorte (Karlsruhe, Marburg, Bad Kreuznach, Woltersdorf) seit 1996
- Seit 2004 offizielle Gespräche mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf Bundesebene
- Gesetzliche Verankerung der MoRe durch GKV-WSG am 1.4.2007
- Rahmenempfehlung Mobile geriatrische Rehabilitation 1.5.2007
- Vertragsempfehlungen/Zulassungsbedingungen des VdEK am 23.3.2009
- Umsetzungshinweise / Übergangsregelungen des GKV Spitzenverbandes vom 1.5.2010

Mobile Rehabilitation: Aktueller Stand Juli 2010

- Zugelassene Standorte: Marburg, Woltersdorf, Karlsruhe (neuer Vertrag 2010, 2 Standorte), Bad Kreuznach (Menschen mit Beeinträchtigungen der Mobilität), Chemnitz (neu 2010), Berlin Spandau (Wichernkrankenhaus, ev. Johannesstift, 2011, Bad Neuenahr-Ahrweiler, Neurologie, 2011)
- Teilzulassungen: Wiesbaden, Berlin (Median-Klinik),
- Antragsverfahren: Berlin Lichtenberg, Münster-Ahlen-Hiltrup (St. Franziskus Gesellschaft), Bremen (Heimstiftung), Bad Neuenahr-Ahrweiler (Neurologie, z. Zt. Einzelfallregelung)
- Flächendeckender Versorgungsvertrag für alle geriatrischen Zentren in Schleswig-Holstein 2010: (Umsetzung offen)

Meilenstein: Rahmenempfehlung mobile geriatrische Rehabilitation vom 1.5.2007

Die Rahmenempfehlung regelt analog den BAR Rahmenempfehlungen u.a.

- Indikationen
- Strukturanforderungen
- Prozessanforderungen

Sie regelt nicht:

- Prozessabläufe
- Vergütungen
- Antragverfahren
- Zugänge

Personenkreis

Voraussetzung für die Mobile Rehabilitation

Beim Patienten muss als Voraussetzung vorliegen:

- Rehabilitationsbedarf,
- Rehabilitationsfähigkeit und eine
- positive Rehabilitationsprognose, die nur durch eine
- komplex-rehabilitative Behandlung erreicht werden kann.

Der besondere Aufwand, den eine MoRe bedeutet, ist nur gerechtfertigt, wenn Multimorbidität mit komplexen funktionellen Beeinträchtigungen und/oder komplexe Schädigungen mit entsprechenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe vorliegen, dies ist insbesondere der Fall bei:

- Geriatrischen Patienten
- Neurologischen Patienten
- Patienten mit vorbestehender Behinderung
- MoRe eher selten bei kardiologischen oder „rein“ orthopädischen Reha- Patienten.

Personenkreis

Unterschied: Ambulante Reha – MoRe

- Bei der Mobilien Rehabilitation handelt es sich um eine besondere Form der ambulanten Rehabilitation, die auf **schwer betroffene Patienten** abzielt – dies macht einen wesentlichen Unterschied zu einer ambulanten Rehabilitation in einer Einrichtung/einem ambulanten Reha – Zentrum aus.
- In die MoRe kommen i.R. Patienten mit **Barthel < 60 Punkten**, u. U. auch Patienten mit 0 Punkten.
- Patienten in ambulanten Reha-Einrichtungen haben bei Aufnahme i.R. > 80- 85 Punkte!
- In Bad Kreuznach z. Zt. 65 % der Patienten FIM unter 90, 38 % unter 72.(d.h. Schweregrad analog Phase C1 bzw. C2 und B der neurologische Reha)

Und

- In der Regel verbleiben deutliche Beeinträchtigungen bzw. waren vorher vorhanden, wobei deren Bewältigung und die Teilhabe auf Dauer sowie auch der Prozess der Rehabilitation wesentlich vom Umfeld (Kontextfaktoren) abhängt.

Rahmenempfehlungen MoGeRe

Indikation

- Geriatrische Patienten, die mit ambulanten oder stationären Rehabilitationsangeboten nicht angemessen versorgt/ behandelt werden können.
- Potentiell unter- oder fehlversorgte, rehabilitationsbedürftige geriatrische Patienten, bei denen die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose nur für die gewohnte häusliche Umgebung festgestellt werden kann.
- (Reha-Fähigkeit und Reha-Prognose im Sinne der Begutachtungs-Richtlinie: Vorsorge und Rehabilitation, Oktober 2005/ Überarbeitung 2011 des MDS)

Rahmenempfehlungen MoGeRe

Indikation

Geriatrische Patienten sind definiert durch:

- Geriatrietypische Multimorbidität und
- höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter);

dabei

- Multimorbidität vorrangig vor dem kalendarischen Alter.

Rahmenempfehlungen MoGeRe

Die Indikation für MoGeRe – bezogen auf das häusliche Umfeld ist zu stellen bei

- Rehabilitanden, die angewiesen sind auf die Anwesenheit eines Angehörigen/einer Bezugsperson und deren rehabilitationsfördernde Unterstützung;
und/oder
- die im gewohnten oder bereits krankheitsspezifisch bzw. behindertengerecht adaptierten Wohnumfeld verbleiben müssen;
und/oder
- die den angestrebten Rehabilitationserfolg nicht aus der ambulanten/stationären geriatrischen Rehabilitation in die häusliche Umgebung übertragen können.

Rahmenempfehlungen MoGeRe

Indikation

zusätzliche Bedingungen:

wenn mindestens eine der folgenden Schädigungen der Körperstruktur bzw. Körperfunktion vorliegen:

- Erhebliche Schädigung mentaler Funktionen, z.B. der Kognition, des Gedächtnisses, der Orientierung, Handlungskompetenz u.a;
- Erhebliche Schädigung mentaler Funktionen mit Verhaltensstörungen: Angst, akute Verwirrtheit, delirante Syndrome, gestörter Tag/Nacht-Rhythmus u.a.;
- Erhebliche Schädigung der Stimm-, Sprech- und Sprachfunktion;
- Erhebliche Schädigung der Seh- und Hörfunktion.

Ferner:

- Eine Besserung der Symptomatik bzw. deren Auswirkungen ist im vertrauten häuslichen Umfeld eher möglich. (Hinweise darauf oft während des stat. Aufenthaltes).

Krankheitsbilder MoRe

Medizinische Indikationen

- Zerebrovaskuläre Erkrankungen wie Schlaganfall, Hirnblutungen u.a.;
- Schädelhirntrauma, hypoxischer Hirnschaden, Zustand nach Hirntumor-OP;
- Degenerative oder entzündliche Nervenerkrankungen wie M. Parkinson, Amyotrophe Lateralsklerose, MS, Critical Illness, Polyneuropathie u.a.;
- Frakturen oder Erkrankungen der Bewegungsorgane, v.a. nach Operationen, insbesondere an Knie und Hüfte; entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- Internistische Erkrankungen: wie z.B. Diabetes m. mit periphere Durchblutungsstörungen mit Z.n. Amputation.;

Und Personengruppen (allgemein für MoRe)

- mit Behinderungen, v.a. Mehrfachbehinderungen, geistigen Behinderungen und Verhaltensauffälligkeiten
- Patienten mit MRSA
- Mit Demenz
- Mit psychischer Erkrankung (andere rehabegründende Diagnose!)
- Schwere Ventilationsstörungen, ggf. Beatmung mit Immobilität

Rahmenempfehlungen MoGeRe

Vorraussetzungen für die MoGeRe

Mobile geriatrische Rehabilitation nur dann, wenn:

- die medizinischen Voraussetzungen erfüllt sind;
- das häusliche Umfeld dafür geeignet ist;
- zu Hause die Versorgung (incl. notwendige Grund- und Behandlungspflege) sichergestellt ist;
- Unterstützung in Notfällen durch Angehörige, Nachbarn, Hilfskräfte, Notrufanlage usw. gesichert ist.

Bedingung:

- „Die Angehörigen/Bezugspersonen müssen mit der Rehabilitation in häuslicher Umgebung nicht nur einverstanden, sondern sie müssen auch bereit sein, bei der Therapie aktiv mitzuwirken und den Rehabilitationsprozess nach Anforderungen des mobilen Rehabilitationsteams zu unterstützen.“
- ... aber keine Überforderung !

Rahmenempfehlungen MoGeRe

Problembereiche

- ➔ Übertragung der Rehabilitationserfolge in die Häuslichkeit; Mobile Reha ist vor allem indiziert :
 - wenn Kontextfaktoren für die Rehaprognose von entscheidender Bedeutung sind;
 - der Verbleib in der Häuslichkeit und Sicherung der sozialen Teilhabe am besten mit MoRe zu sichern sind.

- ➔ Erhebliche Schädigung mentaler Funktion, Kognition und Verhaltensstörung.
 - Familiäre Konstellation: Den Angehörigen kommt während der Rehabilitation und voraussichtlich auch in Zukunft wichtige Rolle als Betreuenden oder „Co- Therapeuten“ zu;
 - Wohnraum;
 - Schädigungsprofil des Patienten.

Rahmenempfehlungen MoGeRe

Problembereich: Übertragung der Rehabilitationserfolge in die Häuslichkeit

Schädigungsprofil des Patienten z.B.

- Schlaganfallpatienten mit komplexen Schädigungen, z.B. mit rechtshirniger Symptomatik: „Neglect“, Körper- u./o. Raumwahrnehmungsstörungen, Frontalhirnsyndrom u.a.;
- Patienten mit Mehrfachverletzungen, z.B. Polytrauma durch Verkehrsunfall und verzögertem Verlauf;
- Zustand nach Amputation mit Prothesen-Versorgung bei problematischen Wund- und Wohnverhältnissen.

Rahmenempfehlungen MoGeRe

- Problem: Schädigung mentaler Funktion, Kognition und Verhaltensstörung
- Akute Verwirrtheit/Delir, „Durchgangssyndrome“ im Krankenhaus sind oftmals „vergessene“ Diagnosen – vor allem in operativen Fächern.
- „Delir ist das häufigste psychiatrische Syndrom im Allgemeinkrankenhaus“ (T. Katz, 2007)
-
- „25 – 30 % der über 70-Jährigen entwickeln während Krh.-behandlung ein .“ (Z.J. Lipowski et al., 1990)
- Prospektive Studie: „Ein Delir tritt bei 50 % der hospitalisierten Patienten mit chronisch-kognitiven Störungen auf.“ (J. Francis et al., 1990)

Rahmenempfehlungen MoGeRe

Problem: Schädigung mentaler Funktion, Kognition
und Verhaltensstörung

Verlegung bedeutet Überforderung durch Orts- und „Personal“-wechsel; Folge:
Akute Verwirrtheit

Besonders betroffen sind Patienten, die schon eine akute Verwirrtheit
durchgemacht hatten und oft Patienten mit nur leichter Demenz

Folgen von akuter Verwirrtheit:

- Stürze, Verletzungen, Verschlechterung anderer Funktionen;
- Geriatrische Reha erst nach 4-14 Tagen adäquat durchführbar;
- Zusätzliche Psychopharmaka. Folge: UAW wie Sedierung...;

Rahmenempfehlungen MoGeRe

Problem: Schädigung mentaler Funktion, Kognition und Verhaltensstörung – Erfahrungen aus dem Wichernkrankenhaus:

fast 2,5 % der Patienten (2005):

- > entwickelten schon im Vorkrankenhaus eine akute Verwirrtheit oder ein „Durchgangssyndrom“
- > entwickelten nach der Aufnahme bei uns eine akute Verwirrtheit, waren aber bei Entlassung wieder orientiert.

Das Problem war also vorauszusehen!

Im Rahmen einer mobilen Rehabilitation d. h. zu Hause hätte diese Patienten mit großer Wahrscheinlichkeit kein zweites Delir entwickelt!

Weitere Indikationen für MoRe nach BAG-MoRe

MoRe für komplex-geschädigte jüngere Patienten

- Patienten mit komplexem Rehabilitationsbedarf. In der Regel geht es um die Wiedereingliederung in das häusliche Umfeld bei voraussichtlich weiter bestehender erheblicher Behinderung mit dem Ziel soziale Teilhabe zu sichern.
- Querschnittsgelähmte;
- Schwere Schädel-Hirn-Verletzte, vergleichbare neurologisch Kranke;
- ALS, MS und andere entzündlichen Erkrankungen;
- Zustand nach Polytrauma;
- Maschinell beatmete Patienten.
- Neuroorthopädische Patienten postop.
- Menschen mit geistiger Behinderung

Weitere Indikationen für MoRe nach BAG-MoRe

Reha-bedürftige Patienten, die Partner zu Hause betreuen/ versorgen

- Erfahrungen aus dem Wichernkrankenhaus: Im Jahr 2006 brachen 12 Patienten, die zur Rehabilitation in das WKH aufgenommen worden waren, frühzeitig die Behandlung ab, um Partner oder Kind zu Hause zu betreuen.
- Der **Rehabilitand hat eine zentrale Rolle** bei der Versorgung seines Partners, Angehörigen, Bezugsperson:
 - z.B. Partner ist demenziell-erkrankt, Ortwechsel führten immer zu Dekompensation;
 - z.B. (geistig) behindertes (erwachsenes) Kind wird vom Patienten in der gemeinsamen Wohnung betreut.
- Häufig nehmen diese Patienten die Rehabilitation überhaupt nicht wahr

Weitere Indikationen für MoRe nach BAG-MoRe

Präferenz des Patienten für eine MoRe:

Patient entscheidet sich gegen stationäre (oder ambulante) Rehabilitation. Gründe können sein:

- Angst vor Trennung von der Familie, vor allem wenn Reha in ortferner Einrichtung;
 - Angehörige können Patient in Reha-Einrichtung nicht besuchen;
 - Angst, in ein Pflegeheim eingewiesen zu werden;
 - Angst vor fremder Umgebung, Gruppen u.a. , ev. als Angststörung,
 - Persönlichkeitsstörung
 - Patienten mit einer psychische/psychiatrischen Begleiterkrankung (Voraussetzung: Diese muss zur Rehabilitation kompensiert sein);
- ➔ Beachte: Motivation entscheidet wesentlich über Erfolg bzw. Nichterfolg von Rehabilitation !

Weitere Indikationen für MoRe nach BAG-MoRe

Rehabilitation für MRE-kolonisierte Patienten (MRSA u.a.)

- i.R. Unterbringung in Einzelzimmer;
- bei Besiedlung von Nase/Rachenraum: Personal (Ärzte, Pflege, Therapeuten u.a.) muss bei Kontakt Schutzkleidung incl. Mundschutz und Handschuhen tragen;
- Patient darf das Zimmer nur mit Schutzkleidung incl. Mundschutz und Handschuhen verlassen.

Rehabilitation von MRE-kolonisierten Patienten (MRSA u.a.)



Weitere Indikationen für MoRe nach BAG-MoRe

Stressfaktor: Isolation

- Gefühlsschwankungen, Resignation, Depression;
 - Kontrollverlust über die eigene Situation;
 - Rehabilitationsfähigkeit beeinträchtigt;
 - Verzögerung der Rekonvalensenz.
-
- **C. Hartmann:** Wie erleben Patienten die Isolation im Krankenhaus aufgrund einer Infektion o. Kolonisation mit MRSA. HygMed 30: 234-243; Heft 7/8 2005
 - **S. Tarzi et al.:** Methicillin-resistant Staph. aureus: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population. J. of Hosp. Infec. 49: 250-254, 2001
 - **J.H. Pike et al.:** Ethical Concerns in Isolating Patients with Methicillin-resistant Staph. aureus on the Rehabilitation Ward. Arch. Phys. Med. Rehabil. 83: 1028-1030, 2002

Weitere Indikationen für MoRe nach BAG-MoRe

Stressfaktor: Isolation

- MRE-Problem zu Hause nach „Rahmen-Hygieneplan für ambulante Pflege (2003)“:
- Bei MoRe: Hygienemanagement parallel zur ambulanten Pflege:
- Handschuhe und Schutzkittel, wenn „Kontakt zu Körperausscheidungen und damit Kontakt zu Erregern möglich ist.“ ;
- Mundschutz bei Gefahr von Aerosolen.

Allokationskriterien zur MoRe 1

	Amb.	MoR e	TK	Stat.
Kurativer medizinischer Interventionsbedarf	(+)	-	++	+++
Hohe Therapiefrequenz	++	+(+)	+++	++(+)
Prolongierte Rehabilitation	++	+++	+(+)	-
Effekte durch gegenseitige Unterstützung	+	-	+++	+(+)
MRE (MRSA)	(+)	+++	(+)	+(+)

Allokationskriterien zur MoRe 2

	Amb	MoR	TK	Stat
	.	e	.	.
Probleme der Umsetzung in eigener Wohnung	+	+++	+	+
Spezieller Adaptationsbedarf an Wohnung / Umfeld	+	+++	++	+
Kognitive Einschränkung mit Fixierung auf vertrautes Umfeld (demenzassoziierte Verhaltensst., geist. Behind.)	(+)	+++	+	+
Sicherung der sozialen Teilhabe	+(+)	+++	+(+)	-

Allokationskriterien zur MoRe 3

	Amb	MoR	TK	Stat
	.	e		.
Patient hat zentrale Rolle bei Betreuung des pflegebedürftigen /demenziell erkrankten/behinderten Partners/Familienmitgliedes	(+)	++	+	-
Einschränkung der Transportfähigkeit	-	+++	-	++

Allokationskriterien zur MoRe 4

	Amb.	MoR e	TK	Stat.
Herstellung einer stabilen Pflege/Versorgung	+(+)	+++	+(+)	+
Anleitung von Bezugs- personen erforderlich	+(+)	+++	+(+)	+
Wohnraumanpassung	-	+++	(+)+	(+)
Hilfsmittelversorgung bzw. -optimierung	+(+)	++(+)	++	++

Bedarfsschätzung für Mobile Rehabilitation

Globale Einschätzung des Bedarfs an MoRe:

- Bedarfsschätzung geriatrische Patienten: Ca. 25 000 – 40 000 Patienten/ Jahr in der ganzen Bundesrepublik.
- Bedarfsschätzung jüngere Patienten einschl. schwer körperbehinderter, geistig und mehrfach behinderter sowie sinnesbehinderter Menschen: Ca. 40 000-50 000 Fälle im Jahr

Unklar: Bedarf in Pflegeheimen ggf. zusätzlich.

➔ Bedarf an MoRe ca. 1/1000 Einwohner im Jahr

Davon werden nicht alle versorgungsrelevant für MoRe. Die Inanspruchnahme hängt u.a. auch von der regionalen sonstigen Versorgung ab.

Bsp: in ländlichen Gebieten, hier Bad Kreuznach 2008:

- Bei ca. 150 000 Einwohner werden ca. 250 zur MoRe angemeldet, 209 vom Arzt gesehen, 180 beantragt ca. 150 werden durchgeführt.
 - Bei 200 Patienten je MoRe-Dienst für Mobile Rehabilitation, ca. 400 MoRe Dienste maximal im Bundesgebiet
- ➔ Eher realistisch wahrscheinlich 40-50 000 Fälle im Jahr in der BRD, d.h. ca. 200 MoRe-Dienste reichen aus.

Teilhabsicherung, MoRe und ICF

Hauptprobleme der dauerhaften Eingliederung liegen insbesondere in der Bewältigung des Alltages und den Möglichkeiten zum Führen eines „guten Lebens“ trotz Beeinträchtigungen in folgenden Bereichen (vgl. Aktivitäten und Partizipation in der ICF):

- Lernen und Wissensanwendung
- Allgemeine Anforderungen
- Kommunikation
- Mobilität
- Selbstversorgung
- Häusliches Leben
- Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
- Erziehung und Bildung
- Wirtschaftliches Leben
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

= Aufgaben für MoRe

Optimierung der sozialen Teilhabe für Pflegebedürftige durch MoRe

Notwendige Maßnahmen für die Teilhabe sind z.B.:

- **Vermeidung von Bettlägerigkeit**
- **Herstellung von Sitzfähigkeit (länger als 1 Stunde: für Teilhabe optimal: 6 Stunden)**
- **Ermöglichung von Mobilität im Haus (fremd)**
- **Ermöglichung eigener Mobilität im Haus**
- **Ermöglichung von Transfers über den Stand**
- **Transfers ohne Überlastung der Hilfsperson**
- **Reduktion der Transferhäufigkeit**
- **Vermeidung von Stürzen**
- **Transfer Rollstuhl – Bett, Bett-Toilettenstuhl, Rollstuhl – Stuhl/Sessel, Rollstuhl innen- Rollstuhl außen, Rollstuhl-Auto**

Förderung der Teilhabe und Inclusion durch Konzepte der Teilhabesicherung

- **Aus der Langzeitbetreuung von Pflegebedürftigen im Rahmen der Eingliederungshilfe haben wir das Konzept der Teilhabesicherungskonzepte (TSK) entwickelt, das wesentliche Reha-Strategien aufnimmt und auf die Ermöglichung von Teilhabe trotz u. U. schwerer Pflegebedürftigkeit zielt.**
- **TSK bestehen aus einem problem- und lebensbereichsbezogenen Ziel-, Methoden und Maßnahmenkatalog, der individuell modifiziert unter Beachtung der Kontextfaktoren unter Nutzung rehabilitationsmedizinischen Wissens entwickelt und zur Anwendung gebracht wird und eine strukturierte Problembewältigung mit dem Ergebnis verbesserter Aktivitäten und Teilhabe ermöglicht.**

Teilhabsicherungskonzepte (1)

- 1. Ermöglichung des ggf. mehrstündigen Sitzens im Sinne der Teilhabe am Leben im konkreten Wohnumfeld, ggf. mit in der Häuslichkeit benutzbaren und akzeptierten Hilfsmittel**
- 2. Ermöglichung von Sitz, Mobilität und Pflege durch an die Wohnumgebung und die Assistenzpersonen angepasste Transfertechniken bzw. Hilfsmittel.**
- 3. Ermöglichung von Kommunikation durch Verwendung von im konkreten persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld angepassten, erprobten und akzeptierten Kommunikationsstrategien und Kommunikationshilfsmitteln bei eingeschränkter expressiver und rezeptiver Sprache**
- 4. Ermöglichung der im sozialen Kontext akzeptierten Ernährung bei orofazialer Dysfunktion unter Förderung der Kompetenzen des sozialen Umfeldes bei Zubereitung und Nahrungsaufnahme (Schlucktraining) ggf. einschließlich der Akzeptanz veränderter Essensgewohnheiten**
- 5. Bewältigung der Inkontinenz mit dem Ziel der (ggf. relativen) Kontinenz einschließlich Hilfsmittel, Management, Toilettengang und Toiletentraining im häuslichen Umfeld**
- 6. Optimierte Lokomotion, d.h. eigenständige Beweglichkeit ggf. mit Hilfsmitteln zur Lagerung und Bewegung von ort zu Ort einschließlich Anleitung zur Eigenübung, Kontrollkompetenz**

Teilhablesicherungskonzepte (2)

- 7. Sicherstellung der Mobilität in Wohnung, Nachbarschaft, naher Stadt und Fernbereich.**
- 8. Sonstige Aktivitäten des täglichen Lebens (selbstständig, mit Hilfe, mit Hilfsmitteln, ggf. Kontrollkompetenz, im konkreten Kontext)**
- 9. Strategien zur Bewältigung eingeschränkter Sinnesfunktionen, u. a. zur Orientierung, Kommunikation, Kulturtechniken, soziale Teilhabe, ggf. mit Hilfsmitteln**
- 10. Förderung der Belastbarkeit und Handlungskompetenz im konkreten, individuellen Alltagsleben, insbesondere der Handlungsplanung, der Ausführungskontrolle, der Verantwortlichkeit und der Selbstständigkeit im eigenen häuslichen Umfeld**
- 11. Optimierung der Möglichkeiten der Steuerung (Hilfsmittel) mit dem Ziel der Umfeldkontrolle**
- 12. Ermöglichung des Lernens, der Wissensanwendung und Förderung der kognitiven Funktionen einschließlich Gedächtnis, Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit etc. speziell im Hinblick auf die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge im häuslichen Umfeld**
- 13. Ermöglichung eines selbstgesteuerten Schmerzmanagements unter häuslichen Bedingungen**
- 14. Bewältigung psychischer Probleme, Erkennung, Behandlung, Bewältigung psychiatrischer oder psychosomatischer Komorbiditäten, insbesondere im sozialen Kontext**

Teilhablesicherungskonzepte (3)

- 15. Bewältigung von Atmungsproblemen, u. a. bei Schluckstörungen, rez. Infekten, COPD, Unterbeatmung, Sauerstoffgabe, intermittierende oder dauerhafte Beatmung in häuslicher Umgebung**
- 16. Vermeidung und Bewältigung von Hautschäden (z. B. Dekubitus, Infektionen) im alltäglichen Leben unter Beibehaltung möglichst hoher Mobilität und Teilhabe einschließlich der Hilfsmittelnutzung im Wohnumfeld**
- 17. Praktische Ermöglichung und Förderung der Ausübung von Kulturtechniken im Alltag**
- 18. Ermöglichung relevanter Beschäftigung im Alltag einschließlich solcher Aktivitäten, die dem Betroffenen Bedeutung geben können**
- 19. Ermöglichung einer Tagesstruktur, ggf. durch Nutzung von Angeboten der Senioren- oder Eingliederungshilfe**
- 20. Förderung und Stabilisierung des sozialen Netzes durch Information, Beratung, Stützung, Beseitigung von Begegnungshindernissen, Erschließung des öffentlichen Raumes (z. B. Gaststätten)**

Teilhablesicherungskonzepte (4)

- 21. Information und Kontakt zu Organisationen der Selbsthilfe, ggf. Selbstorganisation**
- 22. Ermöglichung und Förderung eines fachgerechten, teilhabefördernden medizinischen Managements bei Pflegebedürftigkeit, interkurrenten Erkrankungen oder Komplikationen der Grunderkrankungen in der eigenen Häuslichkeit durch das primäre und sekundäre soziale Netz**
- 23. Ermöglichung und Förderung der Beantragung und Organisation sozialstaatlicher Leistungen unter den konkreten häuslichen Bedingungen u. a. als bedarfsgerechter Hilfemix**
- 24. Stützung und Beratung der Bezugspersonen**
- 25. Förderung des regionalen sozialraumbezogenen sekundären sozialen Netzwerks.**
- 26. Ermöglichung von Kontrollkompetenz und Souveränität im Hinblick auf die Gestaltung der Pflegeverrichtungen, die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge, die Zeit und die Assistenz**
- 27. Förderung, Ermöglichung konstanter persönlicher Beziehungen und eines stabilen, angstfreien offenen, freundlichen Umfeldes mit verlässlichen Partnern, Bezugspersonen**

TSK Lokomotion Transfer

Beispiel: Ziel: Transfer über den Stand durch eine vertraute Person.

- **Zu erarbeitende Teilziele:**
 - **Belastbarkeit der Füße (Schuhe/Socken/Schienen, Orthesen, OP, Botox)**
 - **Bewältigung der Angst bei Betroffenenem und Assistenten**
 - **Transfers unter Nutzung kinästhetischer Prinzipien**
 - **Ausreichende Streckfähigkeit der Knie- und Hüftgelenke**
 - **Angemessene Transfer-Hilfsmittel (Bedienung durch eine Person),
notfalls auch ohne Stand**
 - **Anpassung sonstiger Hilfsmittel (Bett, Rollstuhl etc.)**
 - **Schmerzbewältigung**
 - **Attraktiver Zustand nach Transfer**
 - **Stabiler Kreislauf**
 - **Sturzprophylaxe**

TSK mehrstündiges Sitzen

Mehrstündiges Sitzen (minimal 3 besser 6 Stunden) erweitert die Möglichkeit der Teilhabe gravierend.

- **Sitzen kann heute so gelernt oder unterstützt werden, dass es einen bettlägerigen „Dauerpflegefall“ heute nicht mehr geben muss (– mit wenigen Ausnahmen)**
- **Voraussetzungen für ein Sitzen im mobilen Stuhl von 3 bis 6 Stunden :**
 - **Posturale Stabilisierung (ggf. d. spezielle Hilfsmittel)**
 - **Mobilität im Sitz innen und außen gegeben**
 - **Keine Schmerzen**
 - **Stabiler Kreislauf**
 - **Kein Toilettengang erforderlich**
 - **Transfers gesichert**
 - **Vorbeugung Decubitus**
 - **Facilitierung von Bewegungen**
 - **Signalgeber und Notruf vorhanden**
 - **Keine Unterbrechung von PEG/O2 Gabe**
 - **Möglichkeiten für eigenes Handeln und Beteiligung sind gegeben**

Organisation und Ablauf der MoRe

- **Organisatorisch selbständige Einrichtung**
 - Nicht zwingend rechtlich selbständig
 - wirtschaftlich selbständig, d.h. eigener vollständiger Buchungskreis/Bilanz/Kostenstelle
 - Gemeinsame Nutzung von Therapieeinrichtungen und der Infrastruktur, z. B. MoRe und Krankenhaus, ist möglich
- **Selbständiges vollständiges Team**
 - Arzt
 - Physiotherapie
 - Ergotherapie
 - Logopädie
 - Pflegefachkraft
 - Sozialberatung
 - Neuropsychologie
 - Diätberatung/assistenz
- **Teammitglieder sind der MoRe nachweisbar in Stellenanteilen zuzuordnen.**

Organisation und Ablauf MoRe

1. Patientenbezogener Ablauf

- Ärztliche EU, ZU, AU
- Täglich 2 TE mit maximal zwei Pausentagen, ohne Wochenende
- Täglich (7 Tage je Woche) definierte alltägliche praktische Lebensvollzüge, sinnvoll den Tagesablauf integriert, nach Möglichkeit auch notwendig!!, mit Anforderung an Lernen und Training mit und ohne Hilfe/Assistenz
- Integrierte Beratung, auch der Angehörigen während der TE
- Ggf. Familiengespräch
- Sozialarbeit nicht obligatorisch bei jedem Patienten
- Anpassung der Maßnahmen an Verlauf
- Transparenz der Maßnahmen, der Fortschritte und klare Zielorientierung
- Absage i.d.R. 1 Tag vorher
- Terminvorplanung ca. 1-2 Wochen
- Quittierung jeder TE auf Spezialbeleg

Organisation und Ablauf von MoRe

2. Teambezogener Ablauf

- Vorstellung des Patienten im Team d. Arzt nach EU
- Verteilung im Team oder Zuweisung durch Koordinator
 - Abhängig von Kompetenzen, regionaler Verteilung, Kapazitäten etc.
- Einheitliche Doku, auch Teamprotokoll patientenbezogen .
- Wechselseitige Infopflicht
- Absprachen über transdisziplinäres Vorgehen, u.a. Hilfsmittel, Transfers, Schlucken, Kommunikation etc.
- 1-3 Teamsitzungen je Woche, ggf. Einzelteam zwischen 1,5 und 4 Stunden, auch abhängig von Größe
- Kontrolle des Verlaufes und Verplanung der Resteinheiten, ggf. Verlängerung
- Iterative Zielbestimmung
- Ggf. Absprachen der Behandler
- Ggf. Vertretung im Urlaubs- und Krankheitsfall
- Einheitliche Interpretation von Problemen und Doku der Bewertung (Nachfragen etc.)

Organisation und Ablauf MoRe

3. Organisationsbezogener Ablauf

- Anlage einer Patientenakte
- Info Hausarzt d. Erstantrag/Erstassessment
- Tageskorrekte Erfassung der geleisteten TE im PC
- Errechnung patientenbezogen und MA bezogen Soll und Ist
- Kontrolle der Kostenzusage
- Öffnung Sekretariat und Ansprechbarkeit für Patienten, Zuweiser, Kooperationspartner, Mitarbeiter etc. nicht unter 3 Stunden täglich
- Sekr. auch für Rechnungen, Schriftverkehr, Unterstützung der Aktenführung zuständig.
- Achtung: teilweise werden diese Funktionen einem Koordinator zugeordnet, der zugleich auch die Sozialarbeit sicherstellt, dann geringerer Verwaltungsanteil

Organisation und Ablauf MoRe

4. Netzwerk- und sozialraumbezogene Organisation

- Information des Hausarztes
- Info des ggf. tätigen Pflegedienstes, Absprachen und Klärung wer kümmert sich um was
- Notwendige Untersuchungen:
 - Über Hausarzt oder Facharzt veranlassen
 - Klinische rehabezogene Untersuchungen d. Arzt
- Medikamente
 - Nur unmittelbar reha-verrichtungsbezogene Medikamente müssen bereitgestellt werden
 - Verordnung über Hausarzt oder Facharzt

Therapiefrequenz und Dauer

- Die beim Rehabilitationsträger zu beantragende Zahl an Behandlungstagen bzw. Therapieeinheiten richtet sich nach den individuellen Rehabilitationszielen und ist aus dem Assessment heraus zu begründen.
- Unter dem Gesichtspunkt einer Flexibilisierung des zeitlichen Ablaufs der mobilen geriatrischen Rehabilitation bei gleichwertigem Rehabilitationsprogramm können die unterschiedlichen Rehabilitationskomponenten zum Erreichen des Rehabilitationszieles ggf. über einen längeren Zeitraum gestreckt erbracht werden, wenn es die individuelle Situation des Rehabilitanden erfordert.

Exemplarische Behandlungspläne für MoRe-Maßnahmen

- Indikationsvoraussetzungen sind gegeben
- Spezielle Allokationsprüfung mit Kontextfaktoren
- Beginn der Maßnahme nach Kostenzusage (o. Übergangsregelung) bei bedarf unverzüglich oder entsprechend Angabe im Antrag
- Wochenplan: z.B.
 - 1. Tag Arzt, Pflege, KG, zzgl. Eigen- ADL und -Übungen
 - 2. Tag Eth, Logo, zzgl. Eigen-ADL und Übungen
 - 3. Tag Pflege, KG
 - 4. Tag Pause (Woe): geübte und angebahnte Eigenaktivitäten
 - 5. Tag Pause (Woe): Geübte und angebahnte Eigenaktivitäten
 - 6. Tag Pflege, ETh, Sozialarbeit
 - 7. Tag KG, Schwäche
 - 8. Tag Logo (dann 7. und 8. Tag = 1 Behandlungstag!!)
 - Usw.
- Regeldauer ohne Verlängerung: 45 Einheiten (20 Tage a 2 TE zzgl. Arzt (EU 2 TE, ZU 1 TE, Abschluss 1-2 TE, Sozialarbeit 1-x TE)

Leistungsbeschreibung

- Alle Mitglieder des Rehabilitationsteams übernehmen Teilziele des Rehabilitationsplanes aus benachbarten Fachdisziplinen im Sinne sog. transdisziplinärer Arbeitsweise in ihre eigene Behandlung, insbesondere für den Bereich des Trainings der Aktivitäten des täglichen Lebens.
- Die Notwendigkeit dafür leitet sich aus der Tatsache ab, dass nicht jede Berufsgruppe an jedem Tag den Patienten besucht, sich aber bestimmte Behandlungsinhalte verschiedener Professionen überschneiden.
- Die sich daraus ergebende interdisziplinäre und transdisziplinäre Arbeitsweise wird im Rehabilitationsprozeß eng aufeinander abgestimmt.

Eigene Aktivitäten des Klienten während der Reha im häuslichen Setting sind entscheidend!

- Durchführung gelernter Transfers
- Toilettengang/-training
- Aktivierende Pflege d. Angehörige/Pflegedienst
- Teilnahme Mahlzeiten
- Besuch Enkelkind
- Versuch: Zeitunglesen
- Kartoffeln schälen
- Briefmarkensammlung ansehen
- Spezielle Übungen nach Anweisungen
- Rollstuhlnutzung im Haus oder in der Nachbarschaft
- Nachbarn sehen
- Essen besorgen, bereiten und zu sich nehmen bei Bedarf
- Persönlicher Rhythmus!
- Usw.

MoRe und Heilmittel

Rehamaßnahmen gehen stets über einfache Heilmittelanwendung hinaus:

- Team
- Transdisziplinarität
- Unmittelbare Ärztliche Leitung
- Zielorientierung
- Zeitliche Begrenzung
- Verantwortung für den Prozess Beim MoRe-Dienst
- Hilfsmittelversorgung
- Psychosoziale Beratung und
- Case-Management integriert

MoRe in der Versorgungslandschaft

- **MoRe ist (geriatrische) Anschlussreha**
- **MoRe erfolgt statt stationärer oder ambulanter (geriatrischer) Reha, im Einzelfall auch ergänzend**
- **MoRe ermöglicht Reha im Pflegeheim (Indikation und Durchführung noch schwierig)**
- **Möglich im geriatrischen/neurologischen Verbund**
- **Konsil im Krankenhaus ist sinnvolle Voraussetzung für Indikationsstellung**
- **Beantragung aus der ambulanten Versorgung mittels Muster 60/61 funktioniert nicht.**
- **Anregungen zur MoRe aus dem MDK-System v.a. bei jüngeren Patienten, selten bei älteren.**
- **An einigen etablierten Standorten hohe Akzeptanz des MDK und der Kassen, allerdings nicht regelhaft.**
- **MoRe sollte in Flächenregionen fachübergreifend, zumindest additiv angeboten werden.**
- **Bedarf besteht wesentlich für den Personenkreis der Eingliederungshilfe und wird vermehrt nachgefragt werden**
- **Offen: MoRe und Psychiatrie**
- **MoRe ist „zumutbar“**

MoRe und Ergebnisqualität

1. MoRe ist wirksam (mehrere Studien: Barthel, FIM u.a.)
vgl. Überblick: Schmidt-Ohlemann/Schweizer in „Rehabilitation 47:1-11, 2008)
2. MoRe wirkt nachhaltig: Effekte sind über 6 Monate stabil
3. Vergleichende Studien zwischen verschiedenen Versorgungsformen und –Pfadern stehen aus und sind wohl auch nicht gewünscht. Deshalb sind belastbare Belege für die Notwendigkeit/Überlegenheit für bestimmte Patientengruppen nicht vorhanden.
4. Einfach Vergleiche verbieten sich, da die Personengruppen bei korrekter Indikationsstellung nicht vergleichbar sind. Ein Studiendesign gestaltet sich schwierig.
5. Prozessdaten sind noch spärlich (KCG)
6. MoRe beansprucht, v.a. Verbesserungen der Teilhabe zu bewirken. Diese ist bislang nicht ausreichend operationalisiert und schwierig erfassbar.
7. Die Kundenzufriedenheit (und Mitarbeiterzufriedenheit) zeigt im Vergleich zu anderen Angeboten Spitzenwerte
8. MoRe wird gern von Mitarbeitern der Krankenkassen und des MDK in Anspruch genommen
9. Der Effekt, zu Hause bleiben zu können, ist für die Patienten äußerst relevant.
10. MoRe hat in der Regel relevante sozialräumliche Effekte (Vernetzung, Vermeidung Heimunterbringung, Aktivierung von Ressourcen)
11. Der Forschungsbedarf ist hoch.

Rehabilitationsergebnis gemäß Barthel-Index

Standort	Eingangsb Barthel	Ver ä nderung nach mobiler Reha	Quelle
Woltersdorf	58,8 Punkte	+ 23,5 Punkte	Boden (1997)
Karlsruhe	48,0 Punkte	+ 18,9 Punkte	Schweizer (1997)
Karlsruhe *	52,0 Punkte	+ 14,8 Punkte	Schweizer (2001)
Magdeburg	47,3 Punkte	+ 16,8 Punkte	Meinck (2003)
Bad Kreuznach	46,7 Punkte	+ 12,5 Punkte	* * Schulz (1999)
Marburg	47,3 Punkte	+ 20,0 Punkte	Ostermann (2003)

* Die Daten beziehen sich auf die Studie für die AOK / LKK Baden-Württemberg und umfassen für Karlsruhe ein etwas anderes Kollektiv als 1997.

* * Dieser Wert schließt langzeitschwerstbehinderte Patienten mit ein. Die BI-Zuwächse für Patienten mit einem kürzer als 12 Monate zurückliegenden rehabedingenden Ereignis liegt in KH bei durchschnittlich 23,3 Punkten.

Gesamtzahl der Fälle und Ablehnungen in KH

- Im Jahre 2008 wurden insgesamt 209 Patienten vom Arzt des MRD untersucht.
- Nicht erfasst sind orientierende Kurzbesuche in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken oder zu Hause, die keinen Bericht oder Antrag zur Folge hatten.
- Von diesen 209 Patienten waren 193 Versicherte der GKV (Grundgesamtheit).
- Bei 18 Patienten wurde lediglich ein Konsilbericht geschrieben mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen, z. B. stationäre Rehabilitation, Heilmittel, d.h. bei 9 % aller Anfragen.
- Bei 175 Patienten wurde ein Antrag auf Mobile Rehabilitation gestellt.
- Hiervon wurden 147 Anträge genehmigt (84 %) und 28 (16 %) abgelehnt.
- Bei 139 Patienten wurden mehr als 5 Behandlungseinheiten durchgeführt.

Diagnose-Verteilung für 139 Patienten mit durchgeführter MoRe-Maßnahme (mehr als 5 Einheiten), 2008, KH

Diagnosen (N = 139)	Anzahl	Anteil
Gefäßbedingte Hirnfunktionsstörung (Schlaganfall)	61	43,9 %
Schädelhirntrauma	2	1,4 %
Querschnittssyndrom	2	1,4 %
Neurologische Krankheitsbilder (MS, ALS, ICP, Parkinson, Polyneuropathie)	13	9,4 %
Periphere Durchblutungsstörungen. Amputation	3	2,2 %
Zustand nach Fraktur, Gelenkschäden, TEP, Osteosynthese	49	35,3 %
Rheuma	2	1,4 %
Andere	7	5,0 %
SUMME	139	100,0 %

Anforderung Mobile Rehabilitation durch verschiedene Zuweiser (N = 175 = alle Pat. mit Antrag auf MoRe) in KH, 2008

Diagnosegruppe	Krankenh aus (Anz.)	Krankenh aus (Ant.)	Reha- Klinik (Anz.)	Reha- Klinik (Ant.)	Hausarzt (Anz.)	Hausarzt (Ant.)
Schlaganfall	47	26,9 %	17	9,7 %	14	8,0 %
Schädelhirntrauma	1	0,6 %	1	0,6 %	–	--
Querschnittssyndrom	1	0,6 %	1	0,6 %	–	--
Neurologie	6	3,4 %	2	1,1 %	5	2,9 %
AVK.Amputation	2	1,1 %	--	--	3	1,7 %
Orthopädie	49	28,0 %	9	5,1 %	3	1,7 %
Rheuma	1	0,6 %	--	--	1	0,6 %
Andere	9	5,1 %	1	0,6 %	2	1,1 %
SUMME	116	66,3 %	31	17,7 %	28	16,0 %

Änderungen im FIM, KH, Schlaganfall

Bei 53 Pat. von 59 kommt es zu Verbesserungen, im Mittel um 13,8 FIM-Punkte

Patienten (N = 59)	Mit rehabilitationsbegründeter Diagnose Schlaganfall in mobiler Rehabilitation mit mehr als 9 Therapieeinheiten mit FIM-Dokumentation komplett				
Phase B	=	FIM	18	-	36
Phase C1	=	FIM	37	-	72
Phase C2	=	FIM	73	-	90
Phase D	=	FIM	91	-	126

Änderungen im FIM			1-6 Pkte.	7-12 Pkte.	13-18 Pkte.	19-36 Pkte.	> 36 Pkte.	0 Pkte.	Minus Pkte.
Phase B	8	Pat.	2	2	-	1	-	2	1
Phase C1	16	Pat.	-	5	1	7	3	-	-
Phase C2	10	Pat.	3	-	-	5	1	1	-
Phase D	25	Pat.	12	8	2	1	-	2	-
Summe	59	Pat.	17	15	3	14	4	5	1

Ausgang		Ende	B	C1	C2	D
Phase B	8	Pat.	3	5	-	-
Phase C1	16	Pat.	-	5	8	3
Phase C2	10	Pat.	-	-	3	7
Phase D	25	Pat.	-	-	-	25
Summe	59	Pat.	3	10	11	35

Messung der Ergebnisse von MoRe mittels FIM: Grenzen

Es gibt einige Personengruppen, bei denen im FIM nur relativ geringe Änderungen nachweisbar sind. Dies ist nicht verwunderlich, da die Grenzen dieses Instrumentes seit langem bekannt sind:

- Der FIM bezieht sich auf die Ebene der Aktivitäten des täglichen Lebens und nicht auf Krankheitssymptome wie Schmerzen oder andere funktionelle Parameter wie Kraft, Ausdauer etc.
- Der FIM ist nicht geeignet, Partizipation, also die Teilhabe zu messen
- Der FIM hat starke Boden- und Deckeneffekte, die die Änderungsensitivität bei sehr schwerer und sehr leichter Betroffenheit beeinträchtigen.
- Der FIM bildet die Kontextfaktoren nicht ab.
- Der FIM benötigt geschulte Rater (im Team der MoRe je nach Erfahrungsstand variabel)
- Der FIM Score ist nicht linear sondern beinhaltet auch Qualitätssprünge.

In einigen Bereichen bedeutet allerdings schon eine gering erscheinende Veränderung des FIM eine gravierende und relevante Verbesserung im Alltag: So können 5 Punkte mehr im FIM bedeuten, dass der Patient in mehreren Dimensionen kaum noch auf Fremdhilfe angewiesen ist oder sich wieder verständigen kann etc..

- Unabhängig von den Aktivitäten des täglichen Lebens sind Ziele der Rehabilitation auch Schmerzverminderung, Gewinn von Kraft, Ausdauer, Vermeidung von Stürzen.
- Die Messung der Teilhabe ist für diesen Personenkreis nicht operationalisiert.

Zur Wirtschaftlichkeit von MoRe

Ist MoRe eine teure Maßnahme? (ca. 80 €je Hausbesuch, durchschnittl. Maßnahmekosten in KH bei durchschn. 37,8 Hb, nur Pat über 20 E.: 3025 €

- Die Rede von MoRe als teurer Maßnahme unterstellt oft, dass sie unangemessen viele Ressourcen verbraucht und im Verhältnis zu anderen Maßnahmen zu teuer sei – es gehe auch billiger.
- Diese Aussage ist auf Grund der aktuellen Datenlage unzulässig.
- Auch wenn der Gesetzgeber von der Notwendigkeit des Angebotes MoRe ausgeht, ist es sinnvoll die Vorteile/Überlegenheit von MoRe bei bestimmten Patientengruppen auch wissenschaftlich zu belegen. Erst dann ist eine Kosten-Nutzen-Bewertung und ggf. eine Schärfung der Indikationen fundiert möglich.
- Dabei ist die Bewertung der qualitativen Wirkungen von MoRe durch sozialpolitische Vorgaben geprägt.
- Die BAG MoRe fordert im Hinblick auf die Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit eine wissenschaftliche rehabilitationsökonomische Herangehensweise

Sozialräume als Versorgungsgebiete

4 Versorgungsgebiete mit verschiedenen Versorgungsaufträgen:

- **der soziale Nahraum als primäres Versorgungsgebiet, (Quartier, Stadtteil, Dorf, Kleinstadt..)**
- **das Standardversorgungsgebiet (30 min Fahrzeit, 100-250000 Einwohner)**
- **das überregionale Versorgungsgebiet (bis 2 Stunden Fahrzeit, 500 000 - 4 Mio Einwohner)**
- **das nationale Versorgungsgebiet (BRD, 81 Mio Einwohner, wenige Zentren)**

→ Diese sollen differenziert rehabilitative komplementäre Angebote sicherstellen.

Mobile Rehabilitation hat Zukunft!

- Manche wissen das nur noch nicht!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

- www.bag-more.de
- www.dvfr.de
- www.reha-recht.de
- **Kontakt: BAG MoRe, Frau Andres, Tel. 0671/605-3872 o. – 3616 andresre@kreuznacherdiakonie.de**

- **Symposium „MoRe für den älteren Menschen“ 4.11.2011 Berlin Spandau**
- **Aufbauseminare MoRe jeweils nach Bedarf**
- **Newsletter DVfR**

Anhang

MoRe und Wirtschaftlichkeit

Sozialökonomische Aspekte

Zur Wirtschaftlichkeit von MoRe

Allgemein

- Die Maßnahme muss notwendig sein
- Die Maßnahme muss zweckmäßig sein
- Die Maßnahme muss effektiv sein
- Die Maßnahme muss effizient sein

Aus Sicht der Kostenträger für die Maßnahme:

- Möglichst kostenneutral

Zur Wirtschaftlichkeit von MoRe

Zweckmäßigkeit: Patientenperspektive

- More ist grundsätzlich geeignet, die funktionale Gesundheit des Individuums zu verbessern.
- Denn sie nutzt allgemeine Standards der Behandlung von Strukturen und Funktionen i. S. der ICF. Die Effekte werden klinisch im Alltag überprüft.
- Sie nutzt ferner allgemeine Standards der medizinischen Rehabilitation. Ihre Effekte i.S. einer Zielerreichung lassen sich an der Art der Wirkungen auf Aktivitäten belegen.
- MoRE realisiert auch Ziele, die sich auf Kontextfaktoren und die Teilhabe beziehen. Dazu steht das Konzept der Teilhabesicherungskonzepte zur Verfügung.
- In der Praxis kann belegt werden, dass die Teilhabeziele, z.B. der Verbleib zu Hause, Teilhabe an familiären Aktivitäten, auch außer Haus, Selbstbestimmung, Selbstständigkeit, Kommunikationskompetenz erreicht werden. Die Messung dieser Wirkungen ist z. Zt. Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion und bedarf e. Forschungsprojektes.

Zur Wirtschaftlichkeit von MoRe

Zweckmäßigkeit: andere Ziele

- Verminderung der Ausgaben der KV (Arzneimittel, Krankenhaus, ärztliche Behandlung, Heil- und Hilfsmittel, Krankenpflege, Beförderung, Lohnersatzleistungen (wenig))
- Verminderung des Bezuges von anderen Sozialleistungen andere Träger: Sozialhilfe: nicht nur Hilfe zur Pflege sondern auch der Eingliederungshilfe,
- Stärkung des primären Netzwerkes
- Vermeidung von Rehospitalisierung
- Optimierung der Funktionalität der Hilfsmittelversorgung
- Senkung von Morbidität und Mortalität
- U.a.

Diskussionsstand

- Effekte können wahrscheinlich gemacht werden
- Wissenschaftl. Erkenntnisse stehen aus.
- Eine Anwendung von Methoden zur Bestimmung des social return oft invest (SROI) steht noch aus.

Zur Wirtschaftlichkeit von MoRe

Reine Maßnahmekosten der MoRe:

- Eine Rehamaßnahme der MoRe, die formal strukturanalog zu einer stationären o. ambulanten Rehamaßnahme von 20 Tagen ist, bedeutet in Umsetzung der RE MoGeRe 40 therapeutische Hausbesuche 2-3 Arztbesuche und bei Bedarf Besuch des Sozialdienstes, d.h. ca. 45 Einheiten.
- Ob dies im Hinblick auf die Erreichung ähnlicher Ergebnisqualität notwendig ist, bleibt offen.
- Die Kosten dieser Maßnahme liegen bei 45 TE a 80 € je Besuch bei 3600 € (bei 70 € 3150).
- MoRe zeichnet sich durch erhebliche Flexibilität aus, sowohl im Hinblick auf die Menge der Behandlungseinheiten als auch auf die Dauer der Behandlung
 - z. B.: Die durchschnittliche Zahl der Einheiten je Maßnahme (mit mehr als 10 Behandlungseinheiten) liegt in Bad Kreuznach (2008) bei 33 Einheiten bei hoher individueller Streuung (bis 140 Einheiten), d.h. bei 2590 € (78,5 € je Hausbesuch).

Zur Wirtschaftlichkeit von MoRe

- da die Personenkreise unterschiedlich sind, bedingt durch die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung, können die Preise für verschiedene Rehamassnahmen (ambulant, stationär, mobil) können nicht einfach verglichen werden, z.B.
 - Ambulante geriatr. Reha: $20 \times 120 \text{ €} = 2400 \text{ €}$
 - Stationäre geriatrische Reha: $20 \times 165 = 3300 \text{ €}$
 - Mobile Reha : $45 \times 80 = 3600$
- Es kann allenfalls ein formal struktureller Vergleich auf der Organisationsebene erfolgen (Therapieart, Häufigkeit Personaleinsatz etc.):
- Vergleicht man ambulante Reha und mobile Reha (Geriatric) kennzeichnet die MoRe
 - gleiche Behandlungszeiten (netto: mind.90 Minuten je Behandlungstag), bei transdisziplinärer Behandlungsweise
 - i.d.R. keine Passive Maßnahmen
 - Nur Einzeltherapie – keine Gruppenbehandlungen
 - Zusätzlich Fahrzeiten (ca. 30 Min. je Besuch)
 - Erhöhter Koordinationsaufwand und Teamzeiten
 - Abrechnung ausschließlich erbrachter Leistungen
 - PKW-Kosten
 - ausschließlich kompetente Fachkräfte im Einsatz
 - Keine Mahlzeiten
 - Keine Pflege (außer im Rahmen des Rehatrainings)

Gesundheitsökonomische Evaluation in der Rehabilitation

-Prinzipien und Empfehlungen für die Leistungserfassung, (1999)

Hessel F, Kohlmann T, Krauth C, Nowy R, Seitz R, Siebert U, Wasem J

- Wesentliche *Kostenkategorien*: direkte medizinische Kosten, direkte nicht-medizinische Kosten, indirekte Kosten
- mögliche *Betrachtungsperspektiven*: gesellschaftlich, Sozialleistungsträger, Arbeitgeber, Leistungserbringer, Angehörige und Patienten
- Es wird empfohlen, insbesondere *auch* die gesellschaftliche Perspektive einzubeziehen und einen breiten, alle Kostenkategorien einbeziehenden Ansatz zu wählen.
- Mengen- und Preiskomponenten sind zu berücksichtigen.

Zur Wirtschaftlichkeit von MoRe

Methodischer Ansatz: Analyse ganzer Behandlungspfade von Kollektiven mit und ohne Mobile Rehabilitation

- Reharelevanter Zeitraum nicht unter 12 Wochen bzw. 90 Tage, oft deutlich länger
- Aufwendungen von mindestens 90 Tage sind deshalb zu bewerten
- Letztlich langfristige Auswertungen erforderlich (6 Monate und 2 Jahre)
- Folgende Elemente sind deshalb einzubeziehen:
 - Stationäre Akutbehandlung
 - Frühreha/Geriatrie
 - Rehaklinik
 - Ambulante Rehaformen
 - Therapien, Medikamente, Pflege, Diagnostik und haus- und fachärztliche Behandlung
 - Ambulante Krankenbehandlung
 - Therapien, Medikamente, Pflege, Diagnostik und haus- und fachärztliche Behandlung
 - Angehörige als Cotherapeuten
 - Wohnumfeld als Förderfaktor
 - Weitere Kontextfaktoren, z.B. Hilfsmittel

Mögliche Pfade

I. Ohne Geriatrie	Wo
1. Akutbehandlung Allgemeinkrankenhaus	3
2. Stationäre indikationsspezifische Rehabilitation	4
3. Ambulante Versorgung und Heilmittel	5
II. Mit geriatrischer Rehaeinrichtung	
1. Akutbehandlung Allgemeinkrankenhaus	3
2. Geriatrische Rehabilitation	4
3. Ambulante Versorgung und Heilmittel	5
III. Mit Akutgeriatrie	
1. Akutbehandlung Allgemeinkrankenhaus	1
2. Akutgeriatrie fallabschließend	3
3. Ambulante Versorgung und Heilmittel	8

Mögliche Pfade

IV. Mit Akutgeriatrie und geriatrischer Frühreha	Wo
1. Akutbehandlung Akutgeriatrie	1
2. geriatrische Frührehabilitation (fallabschließend)	3
3. Ambulante Versorgung und Heilmittel	8
V. Mit geriatrischer Akut- und Rehaeinrichtung	
1. Akutbehandlung Akutgeriatrie	3
2. Geriatrische Rehabilitation	4
3. Ambulante Versorgung und Heilmittel	5
VI. Mit Akutgeriatrie und Tagesklinik	
1. Akutbehandlung Akutgeriatrie	3
2. geriatrische Tagesklinik fallabschließend	3
3. Ambulante Versorgung und Heilmittel	6

Mögliche Pfade

VII. Mit ambulanter geriatrischer Rehabilitation		Wo
1. Akutbehandlung Allgemeinkrankenhaus		3
2. Ambulante geriatrische Rehabilitation	6	
3. Ambulante Versorgung und Heilmittel		3
VIII. Mit Mobiler Rehabilitation		
1. Akutbehandlung Allgemeinkrankenhaus		3
2. Mobile Rehabilitation		8
3. Ambulante Versorgung und Heilmittel		1
IX. Mit geriatrischer Frührehabilitation und Mobiler Rehabilitation		
1. Akutgeriatrie einschl. Frühreha		3
2. Mobile Rehabilitation		8
3. Ambulante Versorgung und Heilmittel		1

Bereichsübergreifende Subgruppenanalyse

- Gesundheitsökonomische Studien zeigen, dass eine relativ kleine Patientengruppe einen hohen Anteil der finanziellen Ressourcen der Krankenkassen benötigt: Das dargestellte Klientel der Mobilen Rehabilitation dürfte in weiten Teilen dazu gehören.
- Die Wirkungen von MoRe betreffen u.a.
 - Ressourcenverbrauch GKV (Erwartung: weniger)
 - Ressourcenverbrauch PV (Erwartung: weniger)
 - Ressourcenverbrauch Sozialhilfe (Erwartung: weniger)
 - Weniger finanzieller Ressourcenverbrauch im Privathaushalt und zugleich Ressourcenerschließung in Privathaushalten

MoRe und soziale Ökonomie

1. Mobile Rehabilitation ist gerade aus ökonomischer Sicht ein notwendiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung.
2. Für die Verbesserung und gleichzeitig Schonung von Ressourcen des Gesundheitssystems ist es notwendig, Mobile Rehabilitation als neues Angebot in die Gesundheitsversorgung aufzunehmen und weitere Standorte aufzubauen.
3. MoRe sollte im Rahmen eines umfassenden sozialökonomischen Konzeptes bewertet werden und nicht auf der Ebene von unzulässigen Preisvergleichen
4. Die darauf zielenden Forschungsbemühungen sollten unterstützt werden.
5. Forschung (und weiterer Erfahrungsgewinn) ist nur möglich bei ausreichender Zahl an Standorten, die MoRe anbieten, zunächst im Bereich Geriatrie aber auch in den Bereichen Neurologie/Rehabilitationsmedizin einschl. behinderter Menschen.
6. Umfassende Wirtschaftlichkeitsanalysen sind auch für die anderen Rehabilitationsformen erforderlich.
7. Der Gesetzgeber hat unabhängig vom Stand der Wissenschaft die Rolle der Rehabilitation gestärkt einschl. der MoRe.
8. Die Einschränkungen der Handlungsspielräume durch die finanziellen Rahmenbedingungen der GKV dürfen nicht zu einer Einschränkung der Rehabilitation führen.

MoRe und soziale Ökonomie

9. Es gibt Hinweise, dass sich mittels MoRe für den Personenkreis der Schwerbetroffenen (mit hohem Ressourcenverbrauch) bessere Versorgungsmöglichkeiten ergeben, die mit geringerem Ressourcenverbrauch der GKV verbunden sind
10. MoRe ist nicht einfach ein additives Angebot sondern kann optimal entsprechend dem auf Grund der demographischen Entwicklung steigenden Bedarf aufgebaut werden, z. B. auch statt weiterer stationärer Plätze.
11. Dies sollte auch in den Geriatrie- und den Teilhabeplänen der Länder und Gebietskörperschaften berücksichtigt werden.
12. Wirtschaftlichkeit ist nicht allein ein Frage von Kosten und Preisen sondern wesentlich von ökonomisch sinnvoller Umsetzung gesellschaftlicher Vorgaben. Bedenken wir:
 - Wo wollen wir unser Leben beenden: Zu Hause, im Heim oder im Krankenhaus?
 - Kosten: 1 Monat im Pflegeheim Stufe 3 = 1 Maßnahme MoRe
 - Teilhabe am Leben der Gesellschaft trotz Behinderung
 - Recht der Pflegenden und der primären sozialen Netzwerke auf Unterstützung

MoRe und MDK

MoRe, der MDK und die Zukunft

- MoRe erfährt z. T. Zustimmung, z. T. Unverständnis und Ablehnung aus dem MdK-System
- Die Umsetzung der RE ist offenbar schwieriger, als angenommen. Dies liegt auch an der ungewohnten Materie.
- Die Gewöhnung aller Beteiligten an stationäre Versorgungsformen ist erheblich
- Neue ambulante Angebote sind für den MoRe Personenkreis nicht geeignet. Hier besteht die Gefahr des Overuse.
- Geriatrische Frührehabilitation kann in bestimmten Settings (fallabschließende Behandlung) die Nutzung vorhandenen Rehapotentials verhindern. Hier ist MoRe als ergänzendes Angebot ideal.
- Die Option MoRe sollte in der Begutachtung stets geprüft werden: wie aber ist zu verfahren, wenn es keine MoRe gibt? Eine offene Frage, da Begutachtungen und Empfehlungen handlungsrelevant sein können müssen.
- Die Zukunft der MoRe wird von der realistischen Beurteilung der sozioökonomischen Bedarfslagen abhängen.
- Hier kann der MDK eine wichtige Rolle spielen.

MoRe und Sozialräume

Das primäre Versorgungsgebiet (PVG)

Nahbereich: Wohnviertel, Quartier, Dorf, Kleinstadt, Gemeinde

- folgende Angebote für behinderte und chronisch kranke Menschen verfügbar sein:
 - Hausarzt (mit Lotsenfunktion),
 - Pflegedienste,
 - Elementare Heil- und Hilfsmittel,
 - Persönliche Assistenz.
- Aus dem Standardversorgungsgebiet/ÜVG können im PVG mobil tätig werden:
 - Mobile Rehabilitation,
 - Mobile Frühförderung,
 - spezialisierte Hilfsmittelversorgung mittels Hausbesuch,
 - Hausbesuche durch Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZeB),
 - mobile Dienste zur Berufsbegleitung etc.

Das Standardversorgungsgebiet (SVG)

ca. 30 Min max. Fahrzeit, Einwohnerzahlen zwischen 150.000 (Land) und ca. 350.000 (Großstadt))
folgende Angebote für behinderte und chronisch kranke Menschen:

- **Fachärzte,**
- **Integrative Kindertagesstätten einschl. interdisziplinärer Förderung (therapeutischer und heilpädagogischer Angebote),**
- **Integrative Schulen mit kompetenter interdisziplinärer (medizinischer und pädagogischer) Förderung, ggf. auch Behandlung,**
- **Integrative Berufsausbildung einschl. interdisziplinärer Förderung,**
- **Durchgängige Beratung, CaseManagement und Begleitung durch Pflegestützpunkte,**
- **Mobile Rehabilitation,**
- **Spezialisierte Heilmittel,**
- **Ambulante geriatrische Rehabilitation,**
- **Psychiatrische und psychotherapeutische Dienste für Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung, Tagesklinik,**
- **verschiedene Wohnformen,**
- **Assistenz (beratungs-)dienste,**
- **Integrationsfachdienst,**
- **Servicestelle,**
- **tagesstrukturierende Angebote,**
- **Wohnraumberatung,**
- **Koordinationstelle der Sozialleistungsträger und der Leistungserbringer (z. B. auch Teilhabekonferenzen) Regionale AGs,**
- **Selbsthilfegruppen/Koordinationsstellern**
- **Aus dem überregionalen Versorgungsgebiet können Angebote im SVG gemacht werden.**

MoRe und Heilmittel

MoRe: Unterschiede zu Heilmitteln

- Der Arzt ist direkt in das Team eingebunden und leitet dieses.
- Die Therapeuten arbeiten in einem Team,
- Methoden der Behandlung werden zwischen den Teammitgliedern ausgetauscht. transdisziplinärer Arbeit
- mindestens 3 Disziplinen (einschl. Rehabilitationspflege) - komplexer Hilfebedarf
- Der Rehabilitationsplan setzt eine Zieldefinition voraus für alle Ebenen der ICF.
- Ihre Einhaltung bedarf der Kontrolle, da sonst die Gefahr besteht, und dies zeigen Erfahrungen aus der Heilmittelerbringung ganz eindeutig, dass das ausgesucht und bearbeitet wird, was dem Patienten oder dem Therapeuten am angenehmsten ist oder was der Therapeut am besten kann: Die Vollständigkeit der Zieldefinition, die Schwerpunktsetzung und die Sicherstellung auch unangenehmer Behandlungen ist durch assessmentgestützte und qualitätskontrollierte Rehabilitationsarbeit zu gewährleisten.

Unterschiede zu Heilmitteln

- Den Mitgliedern des mobilen Rehabilitationsteams steht für diese Aufgaben wesentlich mehr Zeit zur Verfügung: Hausbesuche nicht unter 45 Minuten, Koordinationszeiten auch außerhalb von Patientenkontakten etc..
- Mobile Rehabilitation ist auf Grund des Teams in der Lage, die situative Problemlage zu erkennen und anzugehen: d.h. die Probleme sofort kompetent aufzugreifen und dort zu bearbeiten, wo sie im Alltag der Patienten zu Hause auftauchen.
- Das Team übernimmt Verantwortung für das Gelingen. Dies bedeutet Case Management.
- Dazu steht Sozialarbeit im Team der Mobilen Rehabilitation immer zur Verfügung. Nicht zuletzt dadurch wird Rehabilitation nachhaltig effektiv.
- Information, Anleitung, Beratung, Hilfestellung bei der Bewältigung sind explizite Bestandteile der Rehabilitation, nicht nur auf einzelne therapeutische Fragestellungen bezogen sondern im Rahmen der umfassenden Problem- und Zieldefinition.
- Hilfsmittelversorgung : Aufgabe der Mobilen Rehabilitation ist es nicht nur, den Gebrauch von Hilfsmitteln zu üben, sondern ein Konzept der Hilfsmittelversorgung zu entwickeln, das Hilfsmittel als fördernde Kontextfaktoren für eine Verbesserung der Aktivitäten und der Partizipation einsetzt und zugleich ihre Rückwirkungen auf strukturelle und funktionelle Schädigungen sowie den Prozess der Krankheits-/Behinderungsbewältigung beachtet.
- Die Erkenntnisse der Therapeuten gehen auch in die sozialmedizinische Beurteilung und Begutachtung, in die Leistungerschließung und Verordnung oder Veranlassung weiterer Leistungen ein.

Leistungsspektrum der MOGERE

Das Leistungsspektrum der einzelnen Fachdisziplinen, der Pflege, der Krankengymnastik, der Ergotherapie und der Sprachtherapie umfasst unter Einbeziehung der Sozialarbeit im Rahmen der MOGERE neben der fachlichen Behandlung im engen Sinne u.a. folgende Leistungen:

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