



Mobile Rehabilitation erweitert denken – zur Implementierung einer Mobilen indikationsübergreifenden Rehabilitation

Gemeinsames Positionspapier von BVPRM / DGPRM / BAG MoRe

Der Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin (BVPRM), die Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM) und die Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (BAG MoRe) plädieren für die Weiterentwicklung der mobilen Rehabilitation durch ein Konzept einer mobilen indikationsübergreifenden Rehabilitation außerhalb der Geriatrie. Dieses sollte für Menschen mit komplexen Schädigungen entwickelt und erprobt werden.

Aufgrund des demografischen Wandels und der damit einhergehenden Alterung der Gesellschaft, aber auch aufgrund der besseren Überlebenschancen bei schweren und schwersten Erkrankungen kommt es zu einer hohen Zahl von Menschen mit anhaltenden komplexen Schädigungen, erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit, nicht nur im Alter. Ihre Rehabilitation und Inklusion, einschließlich der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit oder personaler Unterstützungsbedarfe stellt sowohl menschenrechtlich im Sinne der UN-BRK als auch gesundheits-, sozial- und finanzpolitisch eine zunehmende Herausforderung dar. Für sie müssen Rehabilitationseinrichtungen und -dienste in ausreichendem Umfang bereitstehen, die konzeptionell und vom Setting her auf ihre besonderen Bedarfe zugeschnitten sind. Ein wesentliches Element ist hierbei die mobile Rehabilitation.

Obwohl der Bedarf an aufsuchender Rehabilitation für bestimmte Patientengruppen inzwischen unbestritten ist und die mobile (aufsuchende) Rehabilitation eine gesetzliche Grundlage in § 40 SGB V aufweist und dazu Gemeinsame Empfehlungen (GE) des GKV-Spitzenverbandes¹ vorliegen, erfolgt der Ausbau dieser Rehabilitationsform außerordentlich schleppend. Für Patientinnen und Patienten, die für eine ambulante oder stationäre Rehabilitation nicht oder noch nicht in Betracht kommen bzw. bei denen sich ein Rehabilitationserfolg am ehesten in der eigenen Häuslichkeit erreichen lässt, braucht es spezielle ambulante Angebote. Dies gilt insbesondere auch für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen und Einrichtungen der Behindertenhilfe. Dieser Bedarf ist von Fachgesellschaften, Leistungsträgern und Leistungserbringern anerkannt und wird auch von den Verbänden der Selbsthilfe gesehen.

Mobile Rehabilitation ist eine Leistung der medizinischen Rehabilitation und wird in der Privatwohnung bzw. im betreuten Wohnen, in der stationären Pflege, der Kurzzeitpflege und in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe erbracht. Im Rahmen einer mobilen Rehabilitation können die Problemlagen unter direktem Einbezug des Kontextes identifiziert, notwendige

¹ GKV-Spitzenverband: **Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation, 01.06.2021**, [Online] https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/m_reha/2021_07_12_Gemeinsame_Empfehlungen_Mobile_Reha_v02.pdf. [Zugriff am 19.01.2024]

Anpassungen initiiert und betreuende und pflegende An- und Zugehörige unmittelbar in die Behandlung einbezogen, beraten und ggfs. angeleitet werden.

Mit der Verabschiedung der Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes von 2021 sind die konzeptionellen Grundlagen der mobilen Rehabilitation und die speziellen Anforderungen für die mobile geriatrische Rehabilitation als indikationsübergreifende Rehabilitation für ältere Menschen und die mobile indikationsspezifische Rehabilitation neu formuliert worden. Aktuell gibt es mit Stand 2024 deutschlandweit allerdings nur 22 Einrichtungen mit ca. 30 Standorten der mobilen geriatrischen Rehabilitation. Die GE sehen bislang keine indikationsübergreifende mobile Rehabilitation für nichtgeriatrische Patienten vor.

Aus Sicht unserer Verbände sollte eine Konzeption für eine indikationsübergreifende mobile Rehabilitation auch für jüngere PatientInnen entwickelt und erprobt werden. Dies ist aus fachlicher und versorgungspolitischer Sicht geboten. Ein indikationsübergreifender Ansatz ist dann zielführend, wenn multiple und komplexe Schädigungen mehrerer Strukturen und Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe vorliegen und nur durch eine individualisierte interdisziplinäre Therapie ein zuvor zu definierendes Rehabilitationsziel zu erreichen ist. Das Rehabilitationsangebot fokussiert nicht allein auf eine rehabilitationsindizierende Hauptdiagnose, sondern auf das komplexe Schädigungs- und Beeinträchtigungsprofil insgesamt und die sich daraus ergebenden Rehabilitationsbedarfe. Dabei werden die fachspezifischen Besonderheiten – ggfs. durch Hinzuziehung entsprechender fachärztlicher Kompetenz – angemessen berücksichtigt. Denn trotz unterschiedlicher zugrundeliegender Diagnosen weisen diese RehabilitandInnen ähnliche Funktions- und vergleichbare Teilhabebeeinträchtigungen auf.

Dies ist insbesondere dann der Fall,

- wenn diese Beeinträchtigungen auf einer Multimorbidität beruhen und auf Grund der komplexen Funktions- und Teilhabestörungen eine berufs-/fachübergreifende Behandlung durch ein Team aus dafür kompetenten ÄrztInnen sowie den entsprechenden Gesundheitsberufen erforderlich ist;
- wenn unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren eher adaptative Strategien zur konkreten Verbesserung von Aktivitäten und der Teilhabe im häuslichen Umfeld im Vordergrund stehen. Dies kann unter Umständen auch den Arbeitsplatz betreffen;
- wenn Schädigungen und Teilhabebeeinträchtigungen erheblichen Ausmaßes schon vor dem die Rehabilitation begründenden Anlass bestanden haben;
- wenn die Kontextfaktoren in der Lebenswelt für das Ausmaß der Beeinträchtigungen eine hohe Bedeutung haben;
- wenn Erkrankungen mit schwerwiegenden Beeinträchtigungen, aber ohne Krankenhausbehandlungspflichtigkeit vorliegen, die in den vorhandenen stationären Rehabilitationseinrichtungen z.B. aufgrund einer höhergradigen Pflegebedürftigkeit nicht rehabilitiert werden können;
- wenn personbezogene Faktoren der Inanspruchnahme einer ambulanten oder stationären Rehabilitation entgegenstehen.

Beispiele sind Patienten mit Rehabilitationsbedarf:

- nach schweren, ggf. komplikationsreich verlaufenden Erkrankungen oder nach schweren operativen Eingriffen;
- bei komplexen onkologischen Erkrankungen;
- nach Schädelhirntrauma, Polytrauma, Gliedmaßenamputationen;
- nach schwerem Verlauf einer COVID mit fortbestehenden Funktionsstörungen;
- Patienten mit mentalen, psychischen und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen, z.B. auf Grund psychiatrischer Erkrankungen;

- Patienten mit relevanten chronischen Funktionseinschränkungen z.B. Bedarf an außerklinischer Intensivpflege, Beatmungspflicht, Bewusstseins- und Orientierungsstörungen;
- mit hohem Bedarf an Behandlungspflege oder mit höherem Pflegegrad;
- mit vorbestehenden Beeinträchtigungen im Bereich der Sensorik (schwere Seh- oder Hörbeeinträchtigung), der Motorik, der Mobilität, der Kommunikation, der Kognition (z.B. Intelligenzminderung, nach hirnganischer Schädigung), der Interaktion bzw. der mentalen Funktionen, der vegetativen Funktionen (z.B. Kontinenz, Atmung) und ggf. damit verbundenen relevanten Behinderungen.

In einem indikationsübergreifenden Konzept einer mobilen Rehabilitation ist mit den FachärztInnen für Physikalische und Rehabilitative Medizin genuine rehabilitationsmedizinische Kompetenz vorhanden. Damit ist der Facharztstandard als Qualitätsmerkmal sichergestellt. Bedarfsweise kann andere fachärztliche Kompetenz sowohl über die ambulante fachärztliche Betreuung als auch durch fachärztliche Kooperationspartner ergänzt werden.

Das interdisziplinäre Team verfügt über ein umfangreiches Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten bzw. Rehabilitationsstrategien, so dass auch breitgefächerte Bedarfe abgedeckt werden können. Zur Illustration der Bereiche, in denen das Team Kompetenzen haben sollte, können die Teilhabesicherungskonzepte, herangezogen werden, die u.a. in der BMG-Studie (Janssen et al, 2018)² verwendet worden sind.

Aus versorgungspolitischer Sicht ist die Zahl der PatientInnen mit Bedarf an einem solchen indikationsübergreifenden, aufsuchenden Ansatz regional begrenzt, so dass in ländlichen Regionen eine indikationsübergreifende mobile Rehabilitation als alleiniges Angebot kaum kostendeckend erbracht werden kann. Zur Realisierung dieser Angebote sind flexible Rehabilitationsstrukturen nötig. Bspw. sollte die Kombination mit einer ambulanten oder stat. Rehabilitationseinrichtung, einer geriatrischen oder anderen mobilen Rehabilitation oder einem Krankenhaus möglich sein. Ferner sollten Kooperationen mit vertragsärztlichen Strukturen gefördert werden, z.B. Einbeziehung von ÄrztInnen in verschiedenen Organisationsformen (Einzelpraxis, BAG, Praxisgemeinschaft, MVZ oder MZEB) – immer unter der Voraussetzung, dass die Qualitätsanforderungen und die organisatorische Selbständigkeit gewährleistet sind.

Sowohl das Fachgebiet der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin als auch das der Geriatrie zeigen, dass Rehabilitation indikations- und fachgebietsübergreifend konzipiert werden kann. Gerade diesen Ansatz unterstreicht die Beschlussfassung des 126. Deutschen Ärztetages. Dort wird gefordert, dass „die Rehabilitationsangebote in Form und Inhalt flexibler werden und auch indikationsübergreifend aufgestellt sein (müssen), um den Bedarf bei Multimorbidität zu decken.“³ Als indikationsübergreifende Querschnittsdisziplin und als Spezialist für die differenzierte Behandlung von Funktions- und Teilhabebeeinträchtigungen sowie aufgrund der sozialmedizinischen Kompetenz ist die PRM besonders geeignet, eine indikationsübergreifende MoRe fachlich zu gestalten und dort die Leitung zu übernehmen. Dies schließt entsprechend rehabilitationsmedizinisch qualifizierte ÄrztInnen anderer Fachgebiete mit ein. Ferner können in Analogie zu in der MoGeRe und in der

² Janßen H. et al.: „Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfes und Evaluation mobiler geriatrischer (MoGeRe) in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege“, Abschlussbericht, Hochschule Bremen 2018, gefördert durch das BMG, [Online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Schlussbericht_MoGeRe_10_Sept_2018.pdf. [Zugriff am 19.01.2024]

³ Beschlüsse 126. Dt. Ärztetag 2022, Ärztetags-Drucksache Nr. Ic-01: **Erweiterung und Stärkung der rehabilitativen Strukturen im Gesundheitswesen sowie im Sozialraum**, [Online] <https://126daet.baek.de/data/media/Blc01.pdf>. [Zugriff am 19.01.2024]

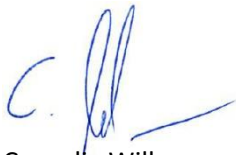
fachübergreifenden Frührehabilitation bereits erprobten Ansätzen zusätzlich benötigte fachärztliche Kompetenzen eingebunden werden.

Ein indikationsübergreifender Ansatz für nichtgeriatrische Patienten in der mobilen Rehabilitation stellt ein Novum dar. Es bedarf deshalb der konzeptionellen Entwicklung und Erprobung.

Fazit:

- Orientiert an der WHO - Initiative „Rehabilitation 2030“ sowie an der UN-BRK (Art 25 und 26) ist eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in Deutschland unter systematischer Einbeziehung der mobilen Rehabilitation erforderlich.
- Die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation und deren Ergänzung um eine mobile indikationsübergreifend arbeitende und für jüngere Personengruppen geeignete Versorgungsform ist notwendig, um alle Bürgerinnen und Bürger mit Rehabilitationsbedarf zu erreichen. Es gilt dabei die Zahl der Pflegebedürftigen bzw. das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit zu vermindern, die Zahl benötigter Pflegekräfte zu senken, die Angehörigen und das soziale Netz bei der Pflege und der Teilhabsicherung nachhaltig zu unterstützen und einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu fördern.
- Dementsprechend ist der Beschluss des 126. Dt. Ärztetages 2022 zur Etablierung von mobiler aufsuchender indikationsübergreifender Rehabilitation umzusetzen.
- Die mobile Rehabilitation ist ein Beitrag zu einer besseren Verzahnung von Rehabilitation und der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung.
- Zur Bedarfsdeckung werden ca. 300 – 400 MoRe-Einrichtungen bundesweit benötigt, die bedarfsgerecht verschiedene Ausrichtungen ggf. in Kombination aufweisen können: indikationsübergreifend, geriatrisch oder indikationsspezifisch (z.B. neurologisch, psychiatrisch).
- Eine Anschubfinanzierung durch Krankenversicherung und Kommunen / Gesundheitsregionen / Länder ist geboten.
- Mit der bedarfsdeckenden Etablierung mobiler Rehabilitation kann ein wirksamer Beitrag für ein inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen, siehe Aktionsplan der Bundesregierung, geleistet werden.

07. Februar 2024



Cornelia Wilke
Vorsitzende
Berufsverband für
Physikalische und
Rehabilitative Medizin e.V.



Dr. med. Rudolf Siegert
1. Vorsitzender
Bundesarbeitsgemeinschaft
Mobile Rehabilitation e.V.



PD Dr. med. Norman Best
Präsident
Deutsche Gesellschaft für
Physikalische und
Rehabilitative Medizin e.V.

Korrespondenzadresse:

Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. -
Geschäftsstelle: Tzschimmerstraße 30, 01309 Dresden
Telefon: 0351 8975931 Fax: 0351 8975939

Mail: info@bvprmd.de