

**Neue Entwicklungen, Indikationsspezifische  
MoRe, More in Pflegeheimen,  
Flächendeckende Versorgung  
- Aktueller Stand -**

**Matthias Schmidt-Ohlemann**

Rehabilitationsfachdienste Stiftung kreuznacher diakonie  
Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation  
Dt. Vereinigung für Rehabilitation

**Symposium Mobile Rehabilitation  
„200 Standorte für MoRe – Aufbruch in die Fläche  
Berlin, den 26.1.2017**

# Mobile Rehabilitation: Entwicklung

- **Modellprojekte an verschiedenen Standorten zwischen 1991 und 2005**
- **Gesetzliche Verankerung der MoRe in § 40 Abs. 1 SGB V durch GKV-WSG am 1.4.2007**
- **Rahmenempfehlung Mobile geriatrische Rehabilitation vom 1.5.2007**
- **Umsetzungshinweise des GKV-Spitzenverbandes 2010**
- **Stärkung der MoRe durch das GKV-VSG 2015 mit ausdrücklicher Erwähnung der MoRe**
- **Eckpunkte des GKV-Spitzenverbandes und der Bundesverbände der Krankenkassen zur indikationsspezifischen Mobilen Rehabilitation vom 5.4.2016**

# Mobile Rehabilitation: Aktueller Stand Dezember 2016

- Zugelassene Standorte MoGeRe:
  - Marburg
  - Woltersdorf
  - Karlsruhe ,
  - Chemnitz
  - Berlin Spandau Johannesstift/Wichern-Krankenhaus
  - Berlin (Median-Klinik)
  - Coburg
  - Bamberg
  - Würzburg
  - Bremen
  - Schleswig-Holstein Rahmenvereinbarung (2 Standorte von 9 bieten MoGeRe an, Umfang ?)
  - Bad Bayersbrunn (Vor. Ab 1.10.2014)
- Zugelassener Standort neurologische mobile Rehabilitation
  - Bad Neuenahr-Ahrweiler (geringer Umfang)
  - Kastellaun (sehr geringer Umfang)
  - Köln (Umfang?)
- Zugelassener Standort für Menschen mit Beeinträchtigungen der Mobilität, alle Altersgruppen, „neuromuskulär“, fachübergreifend.
  - Bad Kreuznach
- Teilzulassungen MoGeRe:
  - Wiesbaden
- In Planung
  - Bremen
  - Mainz
  - Berlin
  - Brandenburg

# Träger von MoRe

- Geriatrische Kliniken (Stationär nach §§ 109, 111 SGB V und/oder teilstationär (Tagesklinik))
  - Ambulante Rehasentren (z. B. Bad Neuenahr, Kastellaun)
  - Komplexeinrichtung Behindertenhilfe (Bad Kreuznach)
  - Zentrum sozialer Dienste (Pflege, Therapie, Frühförderung etc., z.B. Chemnitz)
  - Stationäre und ambulante Altenhilfe (z. B. Bremen) in Kooperation mit geriatrischer Rehaeinrichtung
- ➔ Immer: eigenes Mobiles Rehateam unter fachärztlicher Leitung
- ➔ Trägerstruktur vom Verordnungsgeber nicht festgelegt.

# MoRe im GKV-VSG

## § 40 Abs. 1 SGB V :

„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 c besteht; **dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein.**

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

## **Aus der Begründung zur Änderung des § 40 Abs. 1 SGB V im GKV-VSG**

- **Durch eine Ergänzung des Absatzes 1 in Satz 1 wird gesetzlich bestimmt, dass ambulante Rehabilitationsleistungen auch mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen einschließen.**
- **Mit der vorliegenden Ergänzung wird die mobile Rehabilitation nun ausdrücklich im Gesetz genannt und deren Bedeutung damit unterstrichen.**
- **Die Krankenkasse hat im Rahmen ihrer Entscheidung nach Absatz 3 Satz 1 nach den Medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls folglich auch zu prüfen, inwieweit mobile Rehabilitationsleistungen in Betracht kommen. Dabei sind insbesondere die Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen.**
- Mobile Rehabilitation kann auch in anderen Fällen geeignet sein, etwa für Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen nach §72 Absatz 1 SGB XI.  
Hinweis: Diese Möglichkeiten gibt es erst seit 2007. Vorher wurde MoRe nur in Bad Kreuznach auch in Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

# Zur Bedeutung der Änderung von § 40 Abs 1 SGB V

- 1. MoRe ist als ambulante Reha vorrangig vor der stationären Rehabilitation. Damit sind die Bestimmungen in der RE MoGeRe, die MoRe nur dann zulassen, wenn der Patient nicht stationär rehabilitiert werden kann, unzulässig.**
- 2. Pflicht des MDK zur Prüfung der Option MoRe. Dies setzt ein Angebot voraus. Dies ist nach wie vor nicht flächendeckend der Fall. In den Begutachtungsrichtlinien soll die Erhebung des MoRe Bedarfes dennoch regelhaft vorgesehen werden.**
- 3. Im Kontext des gesamten § 40 soll MoRe eindeutig auch in Einrichtungen der Pflege und der Behindertenhilfe durchgeführt werden. Diese gelten in diesem Zusammenhang als Häuslichkeit. Die Tatsache vorbestehender Pflegestufe oder Heimaufenthalt schließt eine MoRe nicht aus: Es ist jeweils der individuelle Rehabedarf und die Rehaprognose im Hinblick auf Teilhabeziele festzustellen.**
  - ➔ Die Herausforderung ist nun, darzustellen, welche Teilhabeoptionen im Heim überhaupt vorhanden sind und sich durch MoRe verbessern lassen.**

# **Pflegende Angehörige in der eigenen Wohnung**

**Dass die Belange der pflegenden Angehörigen zu berücksichtigen sind, bedeutet:**

- **Angehörige können eine Reha erhalten, ohne dass sie den zu Pflegenden verlassen müssen,**
- **Rehabilitand erhält MoRe, da er für eine stationäre Reha die Pflegeperson als Begleitung benötigen würde, diese aber die Häuslichkeit nicht verlassen kann.**
- **MoRe kann erfolgen bei eingeschränkter Lebensperspektive des Pflegenden**
- **MoRe kann erfolgen, wenn der Pflegende mehr Teilhabeoptionen mit dem Pflegebedürftigen und/oder Erleichterung der Pflege wünscht, u. a. durch mehr Selbständigkeit unter den konkreten häuslichen Bedingungen.**
- **Durch MoRe wird die die Pflege für die Person überhaupt erst möglich und vorstellbar.**

# Mobile Rehabilitation: Personenkreis

- **Rehabilitanden mit verbleibenden Beeinträchtigungen**
- **Bewältigung der krankheitsbedingten Alltagseinschränkungen und die Förderung der konkreten Teilhabe kann optimal im vertrauten und relevanten Umfeld (Kontextfaktoren) erfolgen, und zwar unmittelbar im Alltag, nicht nur mittelbar über die Beübung von Funktionen.**
- **Für die MoRe kommen auch sehr schwer betroffene Patienten mit besonders eingeschränkter Belastbarkeit in Betracht.**
- **Bislang mit Ausnahme Bad Kreuznach und Bad Neuenahr nur mobile geriatrische Reha (nur dafür gibt es eine Rahmenempfehlung!)**
- **Noch keine Verträge mit indikationsspezifischer MoRe**

# **Neu: Eckpunkte für eine indikationsspezifische MoRe Mai 2016**

- **Auf Grund des GKV-VSG und des damit einhergehenden politischen Drucks soll eine deutliche Ausweitung der Angebote von MoRe erreicht werden.**
- **Dazu sollen vorhandene Einrichtungen der indikationsspezifischen Rehabilitation leichter als bisher ohne eigene Rahmenempfehlung einen Versorgungsvertrag erhalten können.**
- **Deshalb erarbeiteten die Krankenkassen unter Beteiligung der BAG MoRe Eckpunkte, die indikationsspezifische MoRe durch solche Einrichtungen erleichtert ermöglichen sollen, die bereits jetzt indikationsspezifische Reha anbieten (Verträge nach § 111 bzw. 111c SGB V)**
- **Diese sind seit Mai 2016 in Kraft, haben jedoch meines Wissens bislang keinerlei Wirkung entfaltet.**
- **Als indikationsspezifische Reha kommen vorwiegend in Betracht:**
  - **Muskuloskelettale Reha (Orthopädie, Traumatologie, Rheuma)**
  - **Neurologie**
  - **Kardiologie**
  - **Pulmologie**
  - **U.a.**
  - **Nicht diskutiert: Psychosomatik und Psychiatrie (§ 111 SGB V ??)**

# Indikationen für MoRe nach den Eckpunkten I

Folgende **Indikations- und Zuweisungskriterien** kommen für die mobile Rehabilitation in Betracht:

a) Die Rehabilitanden sind in der Regel auf die umfassende Anwesenheit eines Angehörigen/einer Bezugsperson zur aktiven Unterstützung des Rehabilitationsprozesses (z. B. zur Sicherung der erforderlichen Kommunikation) angewiesen und diese kann bei anderen Formen der medizinischen Rehabilitation nicht sichergestellt werden.

oder

b) Die Rehabilitanden müssen in ihrem gewohnten/ständigen oder bereits krankheitsspezifisch bzw. behindertengerecht adaptierten Wohnumfeld verbleiben (z. B. bei schweren Schädigungen der Sinnesfunktion).

oder

c) Die Rehabilitanden können den Rehabilitationserfolg aus der ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtung nicht in die gewohnte oder ständige Umgebung übertragen (z. B. müssen die Übungen zur Mobilität in der speziellen eigenen Häuslichkeit erfolgen).

und

# Indikationen für MoRe nach den Eckpunkten II

und

Der Grund für die unter a) bis c) genannten Indikations- und Zuweisungskriterien liegt in einer der folgenden Schädigungen der Körperstruktur oder der Körperfunktion:

## 1. Erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen

- wie z. B. der Kognition, der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses, der Konzentration, der Orientierung (auch im Sinne eines amnestischen Syndroms), der Planung und Durchführung von Handlungen sowie demenzassoziierten Einschränkungen der Handlungsfähigkeit im Sinne eines Kompetenzverlustes.
- Die Krankengeschichte und/oder der bisherige Behandlungsverlauf bieten Anhaltspunkte dafür, dass die Ausprägung und Handlungsrelevanz der mentalen Schädigung in fremder Umgebung zunehmen, eine vertraute und gewohnte Umgebung dagegen zur Besserung der neuropsychologischen Leistungsfähigkeit und damit zu einer positiven Rehabilitationsprognose führt.

# Indikationen für MoRe nach den Eckpunkten III

Der Grund für die unter a) bis c) genannten Indikations- und Zuweisungskriterien liegt in einer der folgenden Schädigungen der Körperstruktur oder der Körperfunktion:

## 2. Erhebliche **Schädigungen mentaler Funktionen verhaltensbezogener Art**

- wie Angst, Affektkontrolle, Einsichtsvermögen, psychomotorische Unruhe und Agitiertheit, Wahn- oder Zwangssymptomatik, delirantes Syndrom, Hospitalismus, Störungen des Schlaf- Wachrhythmus, Selbstgefährdung, z. B. als nicht kognitionsbezogene Begleitsymptome der Demenz.
- Die Krankengeschichte und/oder der bisherige Behandlungsverlauf bieten Anhaltspunkte dafür, dass sich die Krankheitssymptome in fremder Umgebung verstärken und dort eine zusätzliche Pharmakotherapie notwendig machen oder eine gezielte Behandlung erheblich erschweren.
- Es bestehen ferner Anhaltspunkte dafür, dass eine Besserung dieser Symptome und die Sicherstellung der notwendigen Kooperationsbereitschaft des Patienten in der vertrauten Umgebung, z. B. durch die Wiederaufnahme gewohnter Tätigkeiten und Rückkehr in den vertrauten Alltag, möglich ist.

## Indikationen für MoRe nach den Eckpunkten IV

3. Erhebliche Schädigungen der **Stimm-, Sprechfunktion sowie kognitiv-sprachlicher Funktionen**, z. B. durch Aphasie oder schwere Dysarthrophonie, für die im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld und bei Anwesenheit der Angehörigen/Bezugspersonen bereits Kompensations- und/oder Ersatzstrategien bestehen.
  4. Erhebliche Schädigungen der **Seh- und Hörfunktionen** (z. B. blinde oder taube Patienten), so dass das vertraute und angepasste Wohnumfeld zur Unterstützung und Förderung der Rehabilitation genutzt werden muss.
  5. Erhebliche Schädigungen **neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen** (z. B. Amyotrophe Lateralsklerose im fortgeschrittenen Stadium) so dass das bereits krankheits-spezifisch bzw. behindertengerecht adaptierte Wohnumfeld und die umfassende Anwesenheit eines Angehörigen/einer Bezugsperson zur aktiven Unterstützung und Förderung der Rehabilitation genutzt werden muss.
- Erheblich beschreibt einen hohen Ausprägungsgrad der vorliegenden Schädigung (Referenz z. B. Beurteilungsmerkmale nach der ICF Klassifikation).

## **Indikationen für MoRe nach den Eckpunkten V**

6. Erhebliche Schädigungen **kardiovaskulärer und das Atmungssystem** betreffender Funktionen, insbesondere der kardiorespiratorischen Belastbarkeit, sodass auf Grund eines erhöhten pflegerischen Unterstützungsbedarfs die Durchführung in einer stationären indikationsspezifischen Rehabilitation nicht möglich ist und die umfassende Anwesenheit und Unterstützung eines Angehörigen/einer Bezugsperson zur aktiven Unterstützung und Förderung der Rehabilitation genutzt werden muss.

**7. Angeborene oder erworbene Mehrfachbehinderung mit hohem Assistenz- und Pflegebedarf.**

Bei den zuvor beschriebenen Patientengruppen lässt sich nicht generell festlegen, welche Fachabteilung einer Rehabilitationseinrichtung für die Rehabilitationsleistung am geeignetsten ist. Vielmehr sollte der die Rehabilitationsleistung verordnende Arzt eine Empfehlung geben, welche Fachabteilung(en) für die Behandlung des Patienten in Betracht kommen.

# Zulassungsbedingungen für indikationsspezifische MoRe

- Rehabilitationseinrichtungen sind zur Erbringung von Leistungen der mobilen Rehabilitation zugelassen, wenn sie einen Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V über die mobile Rehabilitation abgeschlossen haben.
- Sofern eine Einrichtung bereits über einen Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V im Bereich der ambulanten Rehabilitation oder nach § 111 SGB V für die stationäre Rehabilitation verfügt, kann dieser während der Anschubphase über eine entsprechende befristete Ergänzungsvereinbarung um die mobile Rehabilitation erweitert werden.
- Die Ergänzungsvereinbarung ist entsprechend §§ 111 und 111c SGB V von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu schließen.
- Leistungserbringer ohne einen Versorgungsvertrag müssen zunächst die vertraglichen Voraussetzungen nach § 111c SGB V erfüllen, um zur Leistungserbringung zugelassen zu werden.
- Damit der Ausbau mobiler Rehabilitationsangebote nicht an institutionellen Barrieren scheitert, sollte es in der Anschubphase akzeptiert werden, wenn eine bestehende Rehabilitationseinrichtung das vorhandene Personal für die mobile Leistungserbringung einsetzt. Die personellen Anforderungen an das ambulante und/oder stationäre Leistungsangebot der bestehenden Rehabilitationseinrichtung müssen jedoch weiterhin erfüllt sein. Die Anschubphase ist bis zum 31.12.2021 befristet.

# **Kundenorientierung und -zufriedenheit**

- **MoRe ist optimal kundenorientiert und trägt zur Kundenbindung bei**
- **MoRe erreicht maximale Zufriedenheitswerte bei Kundenbefragungen**
- **More setzt unmittelbar an den Wünschen und Bedürfnissen der betroffenen Menschen und ihrer Familien an.**
- **Sie unterstützt pflegebereite Familien nachhaltig bzw. weckt Pflegebereitschaft und fördert Pflegekompetenzen und die Teilhabe**
- **Sie hilft, Heimaufenthalt, Bettlägerigkeit, Exklusion aus dem sozialen Leben, Ohnmacht und Fremdbestimmung sowie Überforderung, Überlastung, Unsicherheit der Angehörigen und medizinische Komplikationen mit erneuter Rehospitalisierung zu vermeiden**
- **Die Bewertung in Pflegeheimen hängt davon ab, inwieweit diese überhaupt Teilhabeziele verfolgen und inwieweit sie mit der MoRe zusammenarbeiten bzw. die erreichbaren Aktivitäten tatsächlich zur Umsetzung bringen. Dies hängt nicht nur von den Ressourcen des Heimes ab sondern u.a. von der Einbindung der Angehörigen**
- **Klienten in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und ihre Bezugspersonen sind in der Regel sehr zufrieden, da die Förderung der Teilhabe unterstützt wird. Z. T. sind die Erwartungen an die MoRe aber zu hoch.**

# **Wann ist eine Rehabilitation für Pflegebedürftige ein Erfolg ?– zur Bedeutung von selbstbestimmter Teilhabe**

- 1. Wenn Pflegebedürftigkeit vermieden wird: Reha vor Pflege**
  - 2. Wenn Pflegebedürftigkeit/Behinderung auf Dauer bleibt: Dennoch:**
    - zu Hause zu bleiben
    - (weiterhin) selbst über das Alltagsleben zu bestimmen
    - möglichst weitgehend das tun und erleben zu können, was man vorher getan hat
    - Beziehungen zu wichtigen Personen zu erhalten
    - neue Lebensperspektiven entwickeln zu können - neue Arrangements und neues Verständnis der eigenen Rolle im familiären Kontext zu finden
- ➔ Gefühl von Einbezogenheit (enhanced sense of belonging): Teilhabe und Inklusion (UN-BRK)**
- ➔ Gefühl von Kontrollkompetenz und Selbstwirksamkeit**
- ➔ Gefühl von Achtung, Wertschätzung, Zuneigung, von “Bedeutung haben”**
- ➔ Gefühl für eine gute Zukunft: “noch ein paar gute Jahre haben können”**

# MoGeRe im Heim

- **2013 waren im Durchschnitt 27 % der Rehabilitanden Heimbewohner (10 Einrichtungen, ohne KH, 503 Rehabilitanden)**
- **Je nach Standort betrug der Anteil zwischen 15 % und 41 %.**
- **Zusätzlich erhielten 8,9 % der Rehabilitanden Maßnahmen in der Kurzzeitpflege (mind. 1 Einheit)**
- **Es wurden mittlere Verbesserungen im Barthel-Index von 18 (9-22) Punkten erreicht bei Eingangswerten im Mittel von 42 (33-51) Punkten**
- **Die Verbesserungen beim BI waren etwas unterschiedlich: im Heim:15, zu Hause 18, in der stat. Rehabilitation 20, in der Kurzzeitpflege 21 Punkte**
- **In der stationären geriatrischen Rehabilitation ist der Anteil der Pflegebedürftigen geringer als in der MoGeRe**
  - **Frührehabilitation 45%**
  - **Anschlussrehabilitation 29%**
  - **sonstiger Rehabilitation 64%**
  - **mobile Rehabilitation 73%**

# Rehabilitationsziele

- **Barthel-Index misst nur Teile der Selbstversorgung**
- **Selbstversorgung ist nicht Selbständigkeit**
- **Selbständigkeit ist nicht Selbstbestimmung**

# Teilhablesicherungskonzepte (1)

1. Ermöglichung des ggf. mehrständigen Sitzens im Sinne der Teilhabe am Leben im konkreten Wohnumfeld, ggf. mit in der Häuslichkeit/im Heim benutzbaren und akzeptierten Hilfsmitteln
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 Toilettentraining 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

## **Teilhabe-sicherungskonzepte (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/Heim 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**

# Ziele von MoRe: Kontextbezogen im Heim

Aktivierung von möglichen Ressourcen durch Förderung der personenseitigen Kompetenzen und praktische Erprobung und Training in der stationären Altenhilfe, z.B.

- Einbezug der Familie in die Versorgung im Heim: Essen, Leckereien in ADL, in Transfers
- Aktivierung von Gemeindemitgliedern/ Besuchsdiensten
- Ausbau der Aktivitäten der Bezugspflege
- Organisation und Anleitung zusätzlicher Unterstützungs- personen (Ehrenamt)
- PKW-Transfer ermöglichen, ggf. Taxifahrten
- Einbezug von Freunden
- Förderung der Rollstuhlmobilität
- Ermöglichung der Umgebungserkundung
- Unterstützung bei der Zimmergestaltung
- Erprobung von Lesehilfen
- Steuerung des Pflegebettes
- Telefonie und elektronische Kommunikation
- Anschluss an die Kommune
- Anschluss Kirchengemeinde

# Was gelingt z. B. nicht regelhaft durch MoRe?

- Keine pauschalen Aussagen möglich
  - Abhängig von der Heimkonzeption
  - Abhängig von den individuellen Ressourcen
1. Transfers: Kinästhetik wird nicht beherrscht oder keine angemessenes Lifterkonzept vorhanden
  2. Rollstühle oft gänzlich ungeeignet (Sitzposition, Eigenmobilität)
  3. Selbstbeschäftigungsmöglichkeiten oft eingeschränkt
  4. Keine Elektrorollstuhlmobilität
  5. Mangelnde Stadtanbindung erschwert Teilhabe
  6. Teilhabeorientierte Alltagsgestaltung/Zimmergestaltung/ erfolgt wenig zielorientiert
  7. Zeitliche und konzeptionelle Ressourcen sind in den Einrichtungen äußerst unterschiedlich bei gleichem Pflegesatz.
  8. Moderne Steuerungs- und Kommunikationstechniken sind nicht allgemein verfügbar (Internetzugang)

# Trägervielfalt für MoRe

## 1. MoRe funktioniert an Einrichtungen der Pflege

**Bsp. Bremer Heimstiftung:**

- 1. Sehr erfolgreich nach 1 Jahr!**
- 2. Kooperation mit geriatrischem Zentrum der benachbarten Klinik**
- 3. Organisation, Regie und Finanzierung liegt bei der Stiftung!**
- 4. Hohe Nachfrage und sehr gute Erfolge bei Heimbewohnern**
- 5. Optimale Unterstützung moderner Wohnkonzepte in der Altenhilfe**

## 2. MoRe funktioniert an Einrichtungen der Behindertenhilfe

**Bsp. Stiftung kreuznacher diakonie:**

- Seit 23 Jahren erfolgreich**
- Synergien mit dem vorhandenen ärztlichen und therapeutischen Dienst**
- Attraktives Angebot auch für Menschen mit Behinderung**
- Hohe Wertschätzung durch die Politik**
- Hilft bei der Nachsorge aus eigenem Krankenhaus**
- Organisiert die Logopädische Versorgung für die Stroke Unit**

# MoRe und Politik

- **Anschubförderung für neue MoRe-Einrichtungen durch die Bayrische Landesregierung (jeweils 25000 €)**
- **Kommunen und Landkreise fordern den verstärkten Ausbau von MoRe**
- **SVR zur Beurteilung im Gesundheitswesen fordert den Ausbau ambulanter und insbesondere mobiler Rehabilitation**
- **Förderung Forschungsprojekt zur Ermittlung des Rehabedarfes in Heimen und der Wirkungen von More sowie der Bedingungen für eine optimale Kooperation MoRe / Heim (BMG seit 10/2014)**
- **Diskussion um Ausbau rehabilitativer Ausrichtung der Kurzzeitpflege insbesondere unter Nutzung der MoRe (s. § 40 Abs 1 SGB V)**

# Bedarfsschätzung für Mobile Rehabilitation

**Der versorgungsrelevante Bedarf an MoRe in der BRD lässt sich auf mindestens 40 - 50 000 Fälle im Jahr schätzen, unter Einschluss von Heimbewohnern eher höher:**

- MoRebedarf geriatrische Patienten: Ca. 25 000 – 50 000 Patienten/ Jahr in der BRD.
- MoRebedarf jüngere Patienten einschl. schwer körperbehinderter, geistig und mehrfach behinderter sowie sinnesbehinderter Menschen: Ca. 40 000-50 000 Fälle im Jahr
- Noch unklar: MoRebedarf in Pflegeheimen: Erste Forschungsergebnisse zeigen: unerwartet hoher Bedarf!!

➔ D.h.: Bedarf an MoRe in der BRD ca. 80 000 Fälle oder mehr im Jahr

➔ Davon werden nicht alle versorgungsrelevant. (Menschen wollen keine Reha (mehr, wenn überhaupt nur mobil, d.h. Reha entfällt ohne MoReAngebot)

➔ ➔ **100 Einrichtungen MoRe (Volleinrichtungen) können ca. 20 000 Klienten zu einem Preis von ca. 65 Mio Euro versorgen. 200 Einrichtungen wären wahrscheinlich bedarfs- und flächendeckend.**

# Gründe für MoRe Stagnation

## 4 Hauptgründe -

1. Man kann damit kein (großes) Geld verdienen: Finanzierung grenzwertig bis (bei Vollkostenrechnung) nicht auskömmlich: Risikoabsicherung und Gewinn nicht möglich.
2. Kapazitäten/Ressourcen für Innovation ist nicht vorhanden
3. Befürchtung: Konkurrenz gegenüber eigenen Angeboten
4. Verhandlungen sehr zäh und extrem herausfordernd

## 3 Hauptgründe +

1. Eine Grenznutzenrechnung, ein gutes Management und eine gute regionale Kooperation und ein kostendeckendes Entgelt ermöglichen ein für manche Träger tragbares Ergebnis
2. MoRe hilft bei der Verwirklichung anderer Projekte und übergeordneter Zielsetzungen (Ethisch, innovativ : Heimstrukturen, Bedarf (Personengruppen))
3. Fördert: Erfahrungen, Erkenntnisse, steigert Qualität

## 4 Unentschieden

1. Politischer Wille
2. Betroffenenvotum
3. Evaluation
4. Kosten-Nutzen im Benchmark

# Zusammenfassung

- 1. Die Verbreitung der Mobilen Rehabilitation ist weiterhin noch sehr gering**
- 2. Das GKV-VSG stärkt die MoRe und die Rechte pflegender Angehöriger**
- 3. Ob es zu einem Zuwachs an Einrichtungen, die grundsätzlich MoRe erbringen können, kommt ist völlig offen.**
- 4. Die Genehmigungspraxis der Krankenkassen umfasst gegenüber der Rahmenempfehlung Mobile geriatrische Rehabilitation erweiterte Indikationen**
- 5. MoRe ist optimal kunden- und familienorientiert und trägt zur Kundenbindung bei**
- 6. MoRe funktioniert an Einrichtungen der Pflege und der Behindertenhilfe**
- 7. MoRe findet politische Unterstützung**
- 8. Ein BMG-gefördertes Forschungsprojekt erhebt den Rehabedarf im Heim (einschl. MoRe) und untersucht die Wirksamkeit der MoRe im Heim**

# Zusammenfassung

- 8. Es fehlt an innovativen Trägern, die More anbieten wollen**
- 9. Die Vertragsverhandlungen sind oft noch mühsam und erfordern z. T. sehr langen Atem. Gleichwohl sind zuletzt auskömmliche Vergütungen verhandelt worden.**
- 10. Die Perspektive für die MoRe liegt in der Etablierung als Teil eines sozialraumorientierten Netzwerkes für behinderte, geriatrische und pflegebedürftige Klienten unter Einschluss der Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen**
- 11. Das Angebot von MoRe stellt inzwischen einen Wettbewerbsvorteil für Einrichtungen dar. Dies scheint insbesondere für große Träger von Pflegeeinrichtungen zu gelten. Man kann das analog für große Einrichtungen der Behindertenhilfe annehmen.**

# Forderungen/Überlegungen der BAG MoRe

- Auch geriatrische Einrichtungen sollen vereinfacht zur indikationsspezifischen MoRe zugelassen werden können, wenn sie die Voraussetzungen dafür nach BAR Rahmenempfehlungen sinngemäß erfüllen
- Wir benötigen eine Finanzierungform, die die tatsächlichen Leistungen der MoRe besser abbildet: Koordination, Planung, Hilfsmiteileinsatz, Beratung etc..
- Geriatrische und andere regionale Versorgungsverbände sollten stets eine More beinhalten.
- Einrichtungen der der Behindertenhilfe sollten MoRe anbieten, v.a. unter den Bedingungen von Ambulantisierung und Dezentralisierung
- Heimträger sollten mit örtlichen Med. Einrichtungen bei der MoRe zusammenarbeiten
- Die Kommunen sollten sich mit Sozialberatung oder anderer Unterstützung an der MoRe beteiligen
- Konsequenzen aus dem Forschungsprojekt sind zu ziehen
- Die Möglichkeiten der rehabilitativen Kurzzeitpflege mit MoRe sind auszuarbeiten
- Die Kosten-Nutzenanalyse ist qualitativ (Lebensqualität, Vermeidung von Komplikationen etc.) und quantitativ (ökonomisch) auf eine neue Basis zu stellen: Forschungsaufgabe

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !**

**Kontakt:**

**Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann  
Rehabilitationszentrum Bethesda kreuznacher diakonie  
Waldemarstr. 24  
55543 Bad Kreuznach  
Tel. 0671/605-3611; Fax – 3869**

**[rmdo@kreuznacherdiakonie.de](mailto:rmdo@kreuznacherdiakonie.de)**