



# Mobile geriatrische Rehabilitation – aus bundespolitischer Perspektive

**Matthias Schmidt-Ohlemann**

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

**25 Jahre Mobile Rehabilitation in Bad Kreuznach**  
**Symposium am 28.6.2017**  
**Stiftung kreuznacher diakonie**

# Mobile Rehabilitation

**Mobile Rehabilitation ist ein anerkanntes, aber immer noch wenig umgesetztes Konzept der ambulanten wohnortnahen medizinischen Rehabilitation (§ 40 Abs. 1 SGB V), bei dem**

- ambulante aufsuchende Rehabilitationsleistungen
- durch ein interdisziplinäres Team (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Rehabilitationspflege, Ernährungsberatung, Neuropsychologie, Sozialberatung)
- unter ärztlicher Leitung
- in der Häuslichkeit des Rehabilitanden selbst
- auf der Basis eines Rehabilitationskonzeptes
- mit gesicherter Struktur-, Prozess und nachgewiesener Ergebnisqualität
- durch eine wohnortnahe Einrichtung
- auf der Grundlage eines Vertrages nach § 111 c SGB V

**erbracht werden.**

# Medizinische Rehabilitation Rechtsanspruch im SGB IX

## § 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

**Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen.**

# 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**
- **Rundschreiben des Spitzenverbandes der Krankenkassen ( RS 2017/217) vom 25.04.2017 zur Umsetzung der Eckpunkte**

# Mobile Rehabilitation in Bad Kreuznach

**1987 - 1991**

**Vorarbeiten: Regionalisierung als Perspektive der Behindertenhilfe**

**1992 - 1994**

**Projekt „Mobile Rehabilitation“ im Rahmen des Bundesmodellprojektes „Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger“**

**Merkmal: Koordination vorhandener therapeutischer Leistungen und Zusammenführung als Mobile Reha**

**Seit 1994**

**Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen**

**Merkmal: Anpassung an die Rahmenempfehlung ambulante medizinische Rehabilitation der BAR**

**Ergänzend: Integrierte Wohnraumberatung: Zuschuss des Landkreises Bad Kreuznach**

**Weitere Kostenträger: Unfallversicherungen**

**Keine Beteiligung der Rentenversicherung**

**Kontinuierliche Anpassung der Verträge an die jeweilige Rechtslage**



# Mobile Rehabilitation: Aktueller Stand Juni 2017

## 14 Zugelassene Standorte:

- **Geriatric**: Marburg, Woltersdorf, Karlsruhe, Chemnitz, Berlin Spandau, Berlin Mitte, Wiesbaden, Coburg, Bamberg, Bremen, Sebastiansweiler  
→ Grundlage: Rahmenempfehlung mobile geriatrische Rehabilitation vom 1.5.2007
- **Neurologie**: Bad Neuenahr-Ahrweiler, Kastellaun, (Köln?)  
→ Grundlage: Einzelversorgungsverträge nach §§ 40 Abs. 1 und 111c SGB V
- **Fachübergreifend**: Bad Kreuznach (Menschen mit Beeinträchtigungen der Mobilität) (Versorgungsvertrag nach §§ 40 Abs. 1 und 111c SGB V)

**Flächendeckender Versorgungsvertrag für alle geriatrischen Zentren in Schleswig-Holstein: (2 Standorte mit MoRe, Umsetzung offen)**

# 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 (2015)

### § 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 ist die Erhebung des MoRe Bedarfes dennoch regelhaft vorgesehen.**
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!**



# Indikationsgruppen für MoRe: Krankheitsbilder

Es gibt für die Indiktion zwei Diagnosehauptgruppen für MoRe:

## 1. Neurologie/Geriatrie: Erworbene Schädigungen des ZNS:

- z. B. Schlaganfall;
- z. B. Schädelhirntrauma;
- z.B. M. Parkinson, Amyotrophe Lateralsklerose, MS;

## 2. Orthopädie/Geriatrie: Erworbene Schädigungen und Funktionsstörungen der Bewegungsorgane

- Frakturen, Arthrosen, nach Operationen, insbesondere an Knie und Hüfte aber auch anderswo
- Amputationen (bei internistischen Grunderkrankungen: wie z.B. Diabetes, periphere Durchblutungsstörungen)
- Funktionseinschränkung der Bewegungsorgane im Sinne der Immobilität bei verschiedenen Grunderkrankungen (z. B. COPD mit dauernder O2 Gabe und Gehschwäche)

➔ **Bislang:** weitere stark einschränkende Voraussetzungen, insbesondere mentale oder psychosoziale Beeinträchtigungen.

# 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 neu

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 neu

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.**

# 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**
  
- **Nach dem SGB IX ist die selbstbestimmte Teilhabe das entscheidende Rehabilitationsziel.**  
**Dieses gilt auch im Alter!**

# Teilhabe-sicherungskonzepte (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 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

# MoRe und Politik

- **Anschubförderung für neue MoRe-Einrichtungen durch die Bayerische Landesregierung (jeweils 25000 €)**
- **Kommunen und Landkreise fordern den verstärkten Ausbau von MoRe**
- **SVR zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen fordert im letzten Gutachten 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 von ca. 20 % der Heimbewohner

→ 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) könnten ca. 20 000 Klienten zu einem Preis von ca. 65 Mio Euro versorgen. (Einsparungen nicht gegengerechnet**

→ **200 Einrichtungen wären wahrscheinlich bedarfs- und flächendeckend.**

# Laufende Studie zur Bedarfsermittlung an Rehabilitation in Pflegeheimen

- **BMG finanziert eine multizentrische Studie, in der**
  - **Der Bedarf an Rehabilitation in Pflegeheimen ermittelt wird**
  - **Verläufe von Selbständigkeit und Teilhabe während und 6 Monate nach Mobiler Rehabilitation und deren Ergebnisse von Bewohnern im Pflegeheim einschl. Kurzzeitpflege beschrieben werden**
  - **Notwendige Maßnahmen bei der Zusammenarbeit von MoRe und Wohnheim zu entwickeln, die die Teilhabe fördern können**
- **Die RehaXI-Studie hatte bei gezielten Begutachtungen der Rehabedürftigkeit im Rahmen der Pflegebegutachtung bei ca. 6 % der Pflegebedürftigen einen Rehabedarf ermittelt.**
- **Ergebnisse aus den ersten Untersuchungen in Pflegeeinrichtungen zeigen, dass der Bedarf um 20 % liegen könnte, bei der Kurzzeitpflege deutlich höher. (Ergebnisse werden Ende 2017 erwartet)**

# Zusammenfassung

1. Die Verbreitung der Mobilien Rehabilitation ist weiterhin noch sehr gering
2. Das GKV-VSG stärkte 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
  1. MoRe ist optimal kunden- und familienorientiert und trägt zur Kundenbindung bei
  2. MoRe funktioniert an Einrichtungen der Pflege und der Behindertenhilfe
  3. MoRe findet politische Unterstützung
8. Ein BMG-gefördertes Forschungsprojekt erhebt den Rehabedarf im Heim (einschl. MoRe) und untersucht die Wirksamkeit der MoRe im Heim. Erste Ergebnisse zeigen einen deutlich höheren Bedarf als vermutet und gute Ergebnisse der MoRe bei einem erheblichen Teil der Patienten, die bei guten Heimbedingungen und aktiven Angehörigen über mehr als 6 Monate konstant bleiben.

# 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 Vergütungen verhandelt worden, die die Weiterexistenz der MoRe sichern. Die Sätze für einen Hausbesuch liegen zwischen 80 und 95 €. Die MoRe ist dennoch wirtschaftlich, da nur erbrachte Leistungen vergütet werden, andere Leistungen durch die Angehörigen erbracht werden und die Ergebnisse gut sind.
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 gilt insbesondere für große Träger von Pflegeeinrichtungen und für Krankenhäuser.



# **Zum Stellenwert des Modells der Mobilen Rehabilitation in Bad Kreuznach**

- 1. Einzige Einrichtung der Behindertenhilfe**
- 2. Systematische Berücksichtigung aller Altersgruppen (ab Schulalter)**
- 3. Integrierte Wohnraumberatung des Landkreises**
- 4. Einbettung in ein umfassendes sozialräumliches Angebot für Menschen mit Behinderungen unabhängig vom Alter (RMD mit vertragsärztlicher Behandlung, demnächst MZEB, Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation und Assistive Technologien, verschiedene Wohnformen, WfbM, Interdisziplinäre Fachberatung, Kompetenzzentren Autismus und Prader-Willi)**
- 5. Logopädie im Krankenhaus**
- 6. Starker Einbezug der Hilfsmittelversorgung**
- 7. Indikationsübergreifendes Konzept im Sinne der Rehabilitationsmedizin**
- 8. Qualitätssicherung durch EVA-Reha**
- 9. Langjährige Erfahrung in der Rehabilitation von Heimbewohnern der Alten- und Behindertenhilfe**
- 10. Schlüsselstellung im Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe für jüngere Klienten**

## Unser Dank gilt

**dem Team des Mobilen Rehabilitationsdienstes der Stiftung kreuznacher diakonie**

- **Physiotherapie: Frau Greiner-Meyer, Frau Komaroni, Herrn Mieves, Herr Stein, Frau Zinner**
- **Ergotherapie: Herr Huber-Oberkirch, Frau Ladwig, Frau Weisser, Frau Wesel**
- **Logopädie: Frau Erlekam, Frau Gerth**
- **Pflege: Frau Dilly, Frau Dörschug**
- **Wohnraumberatung und Sozialarbeit: Frau Lemler**
- **Sekretariat: Frau Andres, (Frau Ströbele), Frau Kramarz**
- **Ärztliche Leitung: Herr Dr. Kusche, ab 1.7.2017 Frau Dr. Friedrich**

**Und allen Partnern für die gute Zusammenarbeit**

- **Den Krankenhäusern, den Pflegeeinrichtungen und den Einrichtungen der Behindertenhilfe**
- **Den Haus- und Fachärzten der Region**
- **Den Pflegediensten und –Stützpunkten und den niedergelassenen Therapeuten und Hilfsmittelfirmen**
- **Den Rehabilitationsträgern (Krankenkassen) und dem medizinischen Dienst der GKV**



# **25 Jahre Mobiler Rehabilitationsdienst der Dstiftung kreuznacher diakonie**

**Wegbereiter einer wohnortnahen,  
sozialraumorientierten und personbezogenen  
Rehabilitation im Sinne der UN-  
Behindertenrechtskonvention**

**Wir sind da, wo Sie uns brauchen!**

**Waldemarstr. 28 b  
55543 Bad Kreuznach  
Tel.: 0671/605-3872  
Fax: 0671/605-3441**

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