

# **Abschlussarbeit**

**im Kontaktstudiengang  
Sozial- und Gesundheitsmanagement**

Universität Hamburg, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Fachbereich  
Sozialökonomie

## **Entwicklung mobiler (geriatrischer) Rehabilitation in Deutschland 2007 – 2019 Schattendasein eines vielversprechenden Rehabilitationssettings**

Erstprüfer: Christoph Kranich  
Zweitprüfer: Prof. Dr. Heinrich Epskamp

Dr. med. Norbert Lübke  
Meiendorfer Weg 58, 22145 Hamburg

eingereicht 14.11.2019  
angenommen 14.01.2020 (Note: 1,0)

## Kurzzusammenfassung

- Mobile Rehabilitation ist eine in Deutschland seit 2007 sozialgesetzlich festgeschriebene Erbringungsform medizinischer Rehabilitation, bei der das Rehabilitationsteam die zu Rehabilitierenden in ihrem jeweiligen Wohnumfeld rehabilitiert.
- Sie war initial auf geriatrische Patientinnen und Patienten begrenzt, seit 2016 kann sie auch indikationsspezifisch für nicht geriatrische Patienten erbracht werden. Hierunter sind seither allerdings keine neuen mobilen indikationsspezifischen Einrichtungen entstanden.
- Die Erbringung mobiler Rehabilitation - geriatrisch wie indikationsspezifisch – steht seitens der Kostenträger unter einem „Exklusivitätsvorbehalt“ und ist dadurch eng begrenzt: Das heißt, sie kommt nach den Rahmenempfehlungen (RE) zur mobilen geriatrischen Rehabilitation (MoGeRe) nur für Personen in Betracht, die in herkömmlichen stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtungen nicht zu rehabilitieren sind. 80% der mobil Rehabilitierten sind insofern Patientinnen und Patienten mit erheblichen begleitenden kognitiven Beeinträchtigungen, die sich außerhalb ihres gewohnten räumlichen und sozialen Lebensumfeldes eher zu verschlechtern drohen als rehabilitativen Maßnahmen zugänglich sind.
- Dennoch zeigen die Ergebnisse einer seit 2008 durchgeführten Basisdokumentation aller unter diesen Vorgaben erfolgten mobilen Rehabilitationsmaßnahmen auch bei diesen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden alltagsrelevante Rehabilitationserfolge. Diese stehen Ergebnissen aus der stationären Rehabilitation nur wenig nach - gemessen an Verbesserungen im Barthel-Index, einem Instrument zur Messung der Fähigkeiten zur körperlichen Selbstversorgung.
- Das Alter mobil rehabilitierter Patienten liegt im Durchschnitt bei 82,5 Jahren, 62% sind Frauen. 84% bringen zu Behandlungsbeginn bereits einen Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung mit, 36% sind Pflegeheimbewohner. Die Zielgruppe bereits pflegebedürftiger Menschen wird damit in deutlich höherem Umfang erreicht als in der stationären oder ambulanten geriatrischen Rehabilitation.
- Das Gros der Fälle machen Anschlussrehabilitationen nach akuten Krankenhausaufenthalten aus. Zuweisungen aus der vertragsärztlichen Versorgung liegen mit 12% nur gering über den Anteilen in stationärer oder ambulanter geriatrischer Rehabilitation. Hüftgelenksnahe Frakturen, Gang- und Mobilitätsstörungen und Schlaganfälle stellen die drei häufigsten rehabilitationsbegründenden Diagnosen mit einem Anteil von 50% an allen mobilen Rehabilitationsfällen dar.
- Trotz umfangreicher Modellerprobungen seit den 90er-Jahren und der expliziten Aufnahme in das Sozialgesetzbuch (SGB) V 2007 verläuft die Implementierung mobiler Rehabilitationseinrichtungen bundesweit sehr zögerlich. 2018 gab es nur 15 MoGeRe-Einrichtungen gemäß den RE MoGeRe, eine aus der Modellphase in die Regelversorgung übernommene indikationsübergreifende Einrichtung sowie zwei ältere neurologische Einrichtungen mit wenigen Einzelfällen. Das Angebot mobiler Rehabilitation existiert damit bis heute nur punktuell in acht Bundesländern. In den mit der Basisdokumentation MoGeRe erfassten Einrichtungen wurden 2018 1.710 mobile geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt (gegenüber 77.388 stationären und 2.236 ambulanten geriatrischen Rehabilitationen).
- Die Leistungserbringer führen den zögerlichen Ausbau auf langwierige Verhandlungen über Versorgungsverträge, aufwändige Vorinvestitionen (z.B. in Fahrzeuge), hohe Anforderungen an ohnehin knappes therapeutisches Personal und - bedingt durch die Indikationsbeschränkungen - kaum kalkulierbare Fallzahlen zurück.
- Implementierungserleichternde Umsetzungsvereinbarungen zu den RE MoGeRe, die Ergänzung um indikationsspezifische MoRe und weitere begleitende Maßnahmen zur Förderung mobiler Rehabilitation sollten den Ausbau mobiler Rehabilitation beschleunigen. Am erfolgreichsten war das Anschubfinanzierungsprogramm der bayerischen Staatsregierung. Mit Stand 10/2019 liegen sechs von 17 MoGeRe-Einrichtungen in Bayern.

- Die Basisdokumentation MoGeRe 2018 weist 20% der behandelten Fälle ohne Erfüllung mindestens eines der vier in den RE MoGeRe definierten speziellen Indikationskriterien aus, die ausschließlich eine rehabilitative Versorgung bei mobiler Leistungserbringung erfolgversprechend erscheinen lassen. Darunter sind Fälle, in denen andere als die in den RE genannten Indikationskriterien ausschließlich die Erbringung als MoGeRe plausibel erscheinen lassen. Es sind aber auch in relevantem Umfang Fälle, in denen primär auf Wunsch von Patientinnen und Patienten oder Angehörigen eine MoGeRe anstelle einer ebenso möglichen stationären geriatrischen Rehabilitation erfolgte, der Exklusivitätsvorbehalt der RE MoGeRe also keine Anwendung fand.
- Erfahrungen aus der bisherigen Umsetzungspraxis von MoGeRe-Einrichtungen geben dabei unter drei Aspekten Hinweise auf potenzielle Mehrbedarfe für zugehende Rehabilitation über die derzeitigen Indikationsbeschränkungen der RE MoGeRe hinaus:
  - zusätzliche Indikationen entsprechend des Exklusivitätsvorbehaltes für die MoGeRe
  - patientenseitige Barrieren zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen, wenn diese sie zum Verlassen ihres gewohnten Lebensumfeldes zwingen
  - Bedarfe durch möglicherweise bessere, also bspw. wirksamere und/oder effizientere Erbringung der Leistung im Alltagsumfeld als in einer Rehabilitationseinrichtung
- Indikationsausweitungen im Rahmen des Exklusivitätsvorbehaltes werden kaum ausreichende Anreize für die intendierte flächendeckende Ausbreitung mobiler Rehabilitationsangebote setzen
- Präferenzen vieler älterer und pflegebedürftiger Menschen, für Rehabilitationsmaßnahmen ihr gewohntes Lebensumfeld nicht verlassen zu müssen, wurden auch in Studien zu Rehabilitationsbedarfen von Pflegeheimbewohnern und Untersuchungen zur geringen Umsetzungsquote von Rehabilitationsempfehlungen des MDK im Rahmen der Pflegebegutachtung bestätigt.
- Von grundsätzlicher Bedeutung für den Schwerpunkt des weiteren Ausbaus geriatrisch rehabilitativer Versorgungsstrukturen wäre die systematische Überprüfung aus bisherigen Praxiserfahrungen einzelner MoGeRe-Einrichtungen ableitbarer Hypothesen einer besseren Wirksamkeit, wenn nicht sogar Kosteneffizienz mobiler gegenüber stationärer geriatrischer Rehabilitation.
- Die mobilen Leistungserbringer führen als Gründe für diese Annahmen eine höhere Motivation der zu Rehabilitierenden, das Training an den konkreten alltäglichen Herausforderungen im gewohnten Lebensumfeld sowie den direkten Einbezug pflegender Bezugspersonen in die Rehabilitationserbringung an.
- Sie gehen davon aus, so trotz zeitlich geringerer Therapieumfänge in den meisten Fällen einer stationären Maßnahme mindestens vergleichbare, wenn nicht bessere und mutmaßlich auch nachhaltigere Ergebnisse zu erzielen. Trotz des mit dem Fahrtaufwand verbundenen Ressourceneinsatzes mobiler Leistungserbringung liegen deren Kosten in der Regel auch deutlich unter denen stationärer Maßnahmen, die demgegenüber Unterkunfts-, Verpflegungs- und Pflegekosten über die gesamte Rehabilitationsdauer beinhalten.
- Eine Überprüfung des Exklusivitätsvorbehaltes der bisherigen RE MoGeRe und der vergleichenden Wirksamkeit und Effizienz mobiler vs. stationärer geriatrischer Rehabilitation in kontrollierten Studien erscheint daher geboten.
- Damit würde auch den Ansprüchen des § 36 Abs. 2 Satz 1 SGB IX auf die Auswahl derjenigen Einrichtung, die die Rehabilitationsleistungen in der am besten geeigneten Form ausführt, entsprochen.

**Lesehinweis:** Die in den Kapiteln 4 bis 7 für diese Arbeit zusammengestellten Fakten zur Entwicklung mobiler (geriatrischer) Rehabilitation in Deutschland enthalten zur schnelleren Übersicht jeweils am Ende noch ein eigenes kurzes Zwischenfazit, das über das Inhaltsverzeichnis oder die Navigation direkt angesteuert werden kann.

# 1 Verzeichnisse

## 1.1 Inhaltsverzeichnis

Kurzzusammenfassung.....	2
1 Verzeichnisse.....	4
1.1 <i>Inhaltsverzeichnis</i> .....	4
1.2 <i>Abkürzungsverzeichnis</i> .....	5
2 Einführung.....	6
2.1 <i>Thematischer Zugang des Autors</i> .....	6
2.2 <i>Konzeptionelle Idee der Arbeit</i> .....	6
2.3 <i>Methodisches Vorgehen</i> .....	6
3 Das Setting Mobile Rehabilitation.....	8
3.1 <i>Begriffsbestimmungen</i> .....	8
3.2 <i>Optionen und Grenzen mobiler Rehabilitation</i> .....	9
3.3 <i>Internationale Erfahrungen und Evidenz</i> .....	10
4 Vorgeschichte der Einführung in Deutschland (1992-2006).....	11
4.1 <i>Erprobungsphasen Mobiler geriatrischer Rehabilitation in Modellprojekten</i> .....	11
4.2 <i>Mobiler Rehabilitationsdienst kreuznacher diakonie</i> .....	13
4.3 <i>Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation</i> .....	13
4.4 <i>Bewertungen seitens der Medizinischen Dienste</i> .....	14
4.5 <i>Zwischenfazit „Vorgeschichte“</i> .....	15
5 Formale Implementierung Mobiler Rehabilitation in Deutschland (2007).....	16
5.1 <i>Aufnahme in SGB V</i> .....	16
5.2 <i>Rahmenempfehlungen Mobile Geriatrische Rehabilitation</i> .....	16
5.3 <i>Begleitende Basisdokumentation MoGeRe</i> .....	18
5.4 <i>Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen</i> .....	19
5.5 <i>Zwischenfazit „Formale Implementierung“</i> .....	19
6 Entwicklung Mobiler geriatrischer Rehabilitation gemäß Basisdokumentation (2008-2018).....	20
6.1 <i>Quantitative Angebotsentwicklung</i> .....	20
6.2 <i>Patientenseitige Merkmale</i> .....	21
6.3 <i>Prozesseitige Merkmale</i> .....	22
6.4 <i>Gespräche mit den Einrichtungen zu Auffälligkeiten</i> .....	23
Indikationsauffälligkeiten.....	23
Therapiedichte.....	24

	Fallrekrutierung.....	25
6.5	Zwischenfazit „Entwicklung MoGeRe gemäß Basisdokumentation“ .....	26
7	Begleitende Entwicklungen zur Förderung Mobiler Rehabilitation .....	27
7.1	Gründungsseminare .....	27
7.2	Umsetzungsempfehlungen.....	27
7.3	Zulassung indikationsspezifischer mobiler Rehabilitation.....	28
7.4	MoGeRe-Förderprogramm in Bayern.....	28
7.5	Begleitforschung.....	28
7.6	Zwischenfazit „Begleitende Entwicklungen“ .....	29
8	Diskussion.....	30
8.1	Hemmnisse einer zügigeren Angebotserweiterung.....	30
8.2	Patientenorientierte Bedarfsperspektive .....	31
9	Ausblick .....	35
9.1	Optionen zur Verbreiterung des Angebots Mobiler Rehabilitation .....	35
9.2	Settingvergleiche im Rahmen kontrollierter Studien.....	35
9.3	Potenzielle Interessensszenarien.....	36
	Literaturverzeichnis.....	37
	Zustimmung zur Datennutzung.....	39
	Dank.....	40
	Persönliche Erklärung.....	40

## 1.2 Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AGR	Ambulante Geriatrische Rehabilitation
BAG MoRe	Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V.
BA V&R	Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation
BI	Barthel-Index (Instrument zur Messung körperlicher Selbstversorgungsfähigkeit)
BL	Bundesland/Bundesländer
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband (auch: Spitzenverband Bund der Krankenkassen)
KCG	Kompetenz-Centrum Geriatrie
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MoGeRe	Mobile Geriatrische Rehabilitation
MoRe	Mobile Rehabilitation
RE	Rahmenempfehlung(en)
SGB	Sozialgesetzbuch
TE	Therapieeinheit
vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.

## 2 Einführung

Mobile Rehabilitation (MoRe) ist eine Sonderform der ambulanten medizinischen Rehabilitation, bei der das Rehabilitationsteam die zu Rehabilitierenden in ihrem gewohnten und ständigen Wohnumfeld aufsucht und seine Leistung dort erbringt<sup>[1]</sup>.

Sie wurde 2007 explizit ins Sozialgesetzbuch (SGB) V § 40 Abs. 1 aufgenommen und war über die zugehörigen Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation (RE MoGeRe)<sup>[2]</sup> seitens der Kostenträger<sup>1</sup> auf geriatrische Patientinnen und Patienten beschränkt. Seit 2016 kann sie auch indikationsspezifisch für nicht geriatrische Patienten erbracht werden. Hierunter sind bisher allerdings keine entsprechenden neuen indikationsspezifischen mobilen Rehabilitationseinrichtungen entstanden. Die Entwicklung mobiler Rehabilitation in Deutschland stellt sich insofern bis heute im Wesentlichen als Entwicklung mobiler geriatrischer Rehabilitation dar. Dies erklärt die Klammer um „geriatrisch“ im Titel der vorliegenden Arbeit, aber keineswegs die bis heute nur punktuelle, von einem flächendeckenden Angebot weit entfernte Verbreitung - das Schattendasein - dieser seit 2007 leistungsrechtlich unmissverständlich vorgesehenen Versorgungsstruktur - das Kernthema dieser Arbeit.

### 2.1 Thematischer Zugang des Autors

Der Autor dieser Arbeit hat diesen Prozess seit 2004 sehr eng begleitet. Er tat dies als Geriater und Leiter des Kompetenz-Centrums Geriatrie (KCG) des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK). Die Aufgabe des KCG besteht in der Gesundheitssystemberatung seiner Träger in Fragen der Weiterentwicklung notwendiger Versorgungsangebote für eine immer älter werdende Bevölkerung und damit Versichertenstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Er war in dieser Funktion zuerst im Auftrag der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen, seit Juli 2004 im Auftrag des GKV-SV mit der Thematik MoGeRe befasst. Dies reichte von Vorbegutachtungen zur Bedarfsklärung für ein solches Angebot, über Gremienarbeit u.a. zur Erarbeitung der entsprechenden RE MoGeRe<sup>[2]</sup> und weiterer Folgepapiere<sup>[3, 4]</sup> bis hin zur Erstellung und Auswertung der jährlichen Basisdokumentation MoGeRe<sup>[5]</sup> und sich hieraus ableitender Recherchen bei den beteiligten Rehabilitationseinrichtungen inklusive Visitationsbesuchen. Hieraus sind bereits mehrere Publikationen entstanden<sup>[5-8]</sup>.

### 2.2 Konzeptionelle Idee der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist eine zusammenfassende Übersicht der Entwicklung der mobilen (geriatrischen) Rehabilitation in Deutschland von ersten modellhaften Erprobungen seit Mitte der 90er Jahre über ihre explizite Implementierung im SGB V im Jahre 2007 bis zu ihrer nach wie vor nur geringen Verbreitung im Jahr 2019. Hierbei sollen anhand empirischer Daten und Befunde potenzielle Barrieren für eine flächendeckendere Verbreitung, aber auch weiterreichende Potentiale dieses Versorgungsangebots herausgearbeitet werden. Hieraus werden schließlich Möglichkeiten zur Weiterentwicklung und nachhaltigeren Implementierung dieses rehabilitativen Settings abgeleitet.

### 2.3 Methodisches Vorgehen

Die Arbeit ist damit als Beitrag zukunfts- und praxisorientierter Versorgungsforschung zu verstehen. Methodisch wird dem Anspruch umfassender Praxisorientierung durch einen Mixed-Methods-Ansatz aus empirischen quantitativen und qualitativen Datenanalysen Rechnung getragen.

Er umfasst

- Rückgriffe auf Literaturrecherchen und Evaluationsbewertungen des Kompetenz-Centrums Geriatrie in der Vorphase der Aufnahme mobiler Rehabilitation im SGB V

---

<sup>1</sup> offiziell „Leistungsträger“. Zur leichteren Abgrenzung vom Begriff der „Leistungserbringer“ wird in dieser Arbeit die ältere Bezeichnung „Kostenträger“ beibehalten.

- Expertise aus der Einbindung des KCG in die Beratungen zur untergesetzlichen Ausgestaltung von MoGeRe in Form von Rahmenempfehlungen seit 2007 sowie
- anonymisierte Auswertungen von Primärdatenerhebungen der Basisdokumentation MoGeRe von 2008 bis 2018
- einschließlich entsprechender Visitationen und strukturierter Gespräche des KCG mit MoGeRe anbietenden Einrichtungen

Die datenschutzrechtliche Einwilligung der entsprechenden Leistungserbringer hierzu wurde eingeholt und liegt im Anhang bei. Detailliertere methodische Ausführungen insbesondere zu den quantitativen und qualitativen Erhebungen der Basisdokumentation Mobile Geriatrische Rehabilitation sind den entsprechenden Darstellungen und Literaturhinweisen in Kap. 6 zu entnehmen.

## 3 Das Setting Mobile Rehabilitation

### 3.1 Begriffsbestimmungen

Begriff **Rehabilitation** umfasst ein weites Angebot an Interventionen, die stets dem Ziel dienen, Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Menschen in ihrer Selbstbestimmung und vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilnahme am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (§1 SGB IX). Die Breite rehabilitativer Maßnahmen ist bereits in der entsprechenden Begriffsdefinition der WHO von 1981<sup>[9]</sup> angelegt, im 2016 in Kraft getretenen Bundesteilhabegesetz konkretisiert und spiegelt sich im deutschen Sozialleistungsrecht in vielfältigen Rehabilitationsformen und -trägern wider<sup>2</sup>.

Im Rahmen dieser Arbeit geht es um den Teilleistungsbereich **medizinischer Rehabilitation** i.S. von SGB V § 40 in Trägerschaft der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wie diese für ca. 90% alter und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zutrifft. Ihr Ziel ist es u.a. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (§26 SGB IX). **Konzeptionelle Grundlage** hierfür ist die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Ihr Kerngedanke, dass das Ausmaß von Behinderung im Sinne von Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen nicht nur abhängig ist von Art und Schwere der zugrunde liegenden Gesundheitsstörung(en), sondern auch - hemmend wie fördernd - Folge sogenannter Kontextfaktoren auf Ebene der Person wie auf Ebene ihrer Umwelt, erweitert erheblich die Interventionsmöglichkeiten der Rehabilitation gegenüber einem früheren, ausschließlich krankheitsbezogenen Verständnis von Rehabilitation<sup>[10, 11]</sup>. Sie erschließt damit zugleich die drei grundsätzlichen **Wirkprinzipien** von Rehabilitation:

- *Restitution* i.S. der Wiederherstellung geschädigter Körperstrukturen und -funktionen
- *Kompensation* i.S. des Ausbaus verbliebener Teilfunktionen und des Erlernens von Ersatzstrategien
- *Adaptation* der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren (von Einstellungsänderungen und Angehörigenunterstützung oder -anleitung über Hilfsmiteileinsatz, die Nutzung technischer Mittel bis ggf. zur Geltendmachung von Sozialleistungsansprüchen)<sup>[12]</sup>

**Medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V** sind dabei

- zeitlich in der Regel auf drei Wochen (stationäre Rehabilitation) oder 20 Behandlungstage (ambulante Rehabilitation) befristete Leistungen
- werden unter ärztlicher Leitung nach einem Rehabilitationsplan erbracht
- umfassen verschiedene Heilmittel (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie etc.) sowie bedarfsangepasst weitere medizinische, psychologische und edukative Maßnahmen
- sind durch Komplexität, Interdisziplinarität, Finalität (Orientierung an einem klaren Rehabilitationsziel) und Individualität (Anpassung an die zu Rehabilitierenden hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit und ihrer Bedarfe) gekennzeichnet
- dienen der Sicherung von Teilhabe und der Reduktion von Pflegebedürftigkeit<sup>[13]</sup>

Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V sind Antragsleistungen, die einem Genehmigungsvorbehalt der Kostenträger unterliegen. Hierfür sind gemäß Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation<sup>[1]</sup> (BA V&R) insbesondere die Erfüllung der nachfolgenden **Rehabilitationsindikationskriterien** erforderlich:

- *Rehabilitationsbedürftigkeit*, d.h. das Vorliegen nicht nur vorübergehender alltagsrelevanter Beeinträchtigungen von Aktivitäten und/oder Teilhabe, die den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz einer medizinischen Rehabilitation erfordert (insbesondere in Abgrenzung zur ausschließlichen Heilmittelverordnung)

---

<sup>2</sup> Eine umfassende, praxisorientierte Darstellung der Rehabilitation in allen Facetten des Deutschen Sozialrechts bietet das Handbuch „Rehabilitation: Vom Antrag bis zur Nachsorge“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (2018)<sup>[11]</sup>



- *Rehabilitationsfähigkeit*, d.h. das Vorliegen der notwendigen somatischen und physischen Belastbarkeit für die Durchführung der und Mitwirkung an der Rehabilitationsleistung
- *Rehabilitationsziel*, d.h. das Vorliegen individueller, realistischer, alltagsrelevanter Ziele zur Minderung oder Abwendung von Teilhabebeeinträchtigungen
- *Positive Rehabilitationsprognose*, d.h. eine hinreichende medizinisch begründete Wahrscheinlichkeit, das angestrebte Rehabilitationsziel unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs sowie relevanter person- und umweltbezogener Kontextfaktoren erreichen zu können.

Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V werden hierbei in ambulante Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 und stationäre Rehabilitation nach § 40 Abs. 2 unterschieden, wobei in Abs. 2 der Vorrang ambulanter vor stationären Leistungen festgelegt ist.

**Mobile Rehabilitation** gehört nach § 40 Abs. 1 SGB V zu den ambulanten Rehabilitationsleistungen. Sie wird *durch* wohnortnahe Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111c erbracht. Nach den RE MoGeRe ist sie damit eine Sonderform ambulanter Rehabilitation, bei der die Leistungserbringung im gewohnten Lebensumfeld der zu Rehabilitierenden erfolgt, das nach § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB V explizit auch eine stationäre Pflegeeinrichtung sein kann. Es handelt sich somit um eine zugehende Rehabilitationsleistung, für deren Erbringung die beteiligten Professionen des Reha-Team die Reha-Teilnehmerinnen und Reha-Teilnehmer in ihrem dauerhaften Lebensumfeld aufsuchen.

Auch für die mobile Rehabilitation ist grundsätzlich die Erfüllung der o.g. vier Rehabilitationsindikationskriterien erforderlich. Gemäß der RE MoGeRe<sup>[2]</sup> setzt die mobile Leistungserbringung jedoch voraus, dass Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose nur für das gewohnte oder ständige Wohnumfeld festgestellt werden kann. Diese Einschränkung wurde auch in die aktuelle Fassung der BA V&R<sup>[1]</sup> übernommen und wird in dieser Arbeit mit dem Begriff **Exklusivitätsvorbehalt** bezeichnet.

### 3.2 Optionen und Grenzen mobiler Rehabilitation

Prinzipiell sind mit dem zugehenden Erbringungssetting mobiler Rehabilitation eine Reihe spezieller Vorteile, aber auch Einschränkungen verbunden. Diese wurden bspw. in einer „Rahmenkonzeption Mobile Rehabilitation“ der Bundearbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation 2001<sup>[14]</sup>, einer umfangreichen konzeptionellen Handreichung des Diakonischen Werkes Deutschland 2008<sup>[15]</sup> oder einer Publikation von Schmidt-Ohlemann und Schweizer 2009 für die Zeitschrift „Die Rehabilitation“<sup>[16]</sup> anschaulich beschrieben. Als **Vorteile** werden bspw. angesehen:

- Training unter den realen, individuellen, alltagsweltlichen Anforderungen und Kontextfaktoren. Somit ist kein Transfer des Erlernten in das eigene Lebensumfeld erforderlich, was der Nachhaltigkeit der Maßnahmen zugutekommt
- Es ist ein unmittelbarer Einbezug pflegender Angehöriger und Bezugspersonen in das Training im Alltag möglich. Bezugspersonen erleben das Potential der Versicherten und lernen, diese in ihre eigenen Ressourcen schonender Weise, wo nötig, zu unterstützen
- Es sind parallel auf die Alltagsbedarfe im Wohnumfeld angepasste Hilfsmittelanpassungen, Wohnraumanpassungen und gegebenenfalls Casemanagement hinsichtlich weiterer Versorgungsbedarfe zur Erreichung der intendierten Teilhabeziele möglich
- Die Motivation der Reha-Teilnehmerinnen und Reha-Teilnehmer ist im gewohnten Lebensumfeld oft höher, da die Relevanz des Trainings und die erzielten Erfolge unmittelbar offenkundig werden
- Oft effizientere, weil schnellere und gezieltere Leistungserbringung (bspw. von diesem Bett in diesen Rollstuhl und zurück oder mit diesem Rollstuhl durch den Flur ins Bad und dort Transfer auf die Toilette) als in einer behindertengerecht konzipierten Rehabilitationseinrichtung u.a. auch durch Umsetzung - und damit Training - des Gelernten im Alltag zwischen den Therapieeinheiten

- Möglichkeit einer extensivierten, dafür zeitlich aber gestreckten Rehabilitationsmaßnahme nach Maßgabe individueller Bedarfe (bspw. bei Amputationen mit Wundheilungsstörungen und dadurch verzögerter prothetischer Versorgung mit schrittweiser Anpassung der Rehabilitationsziele) ohne Einschränkungen im Hinblick auf eine wirtschaftliche Erbringung.

Als **Einschränkungen** gegenüber anderen ambulanten oder stationären Erbringungsformen werden bspw. angeführt:

- Nicht alle Trainingsoptionen sind lokal realisierbar (Bewegungsbad, Einsatz sperriger Hilfsmittel oder nicht transportabler Trainingsgeräte)
- Insbesondere eine hohe Therapieintensität (bspw. hinsichtlich Behandlungsaufwand und Therapiefrequenz) lässt sich logistisch kaum realisieren
- Der logistische und personelle Aufwand pro Therapieeinheit ist durch die Anfahrt der innen und Therapeuten deutlich erhöht
- Die ärztliche Leitung ist bspw. bei Komplikationen nicht direkt verfügbar. Die Therapeutinnen und Therapeuten können nicht auf unmittelbare Supervision während der Behandlung zurückgreifen

Die entsprechenden Publikationen und Konzepte unterstreichen v.a. den alltagspraktischen Bezug der mobilen Rehabilitation. Probleme können dort gelöst werden, wo sie auftauchen (Schweizer, Tröster 2004, S. 35)<sup>[17]</sup>. Eine Besondere Eignung dieses Settings wird gesehen, wo Beeinträchtigungen auch nach der Rehabilitation noch bestehen bleiben und daher v.a. Kontextfaktoren analysiert und günstig beeinflusst bzw. gestaltet werden müssen. (Diakonisches Werk 2008, S. 8 und Schmidt-Ohlemann 2009 S. 16)<sup>[15, 16]</sup>. Schmidt-Ohlemann unterstreicht, dass die diesem Setting innewohnende prinzipielle Umsetzung der sozialgesetzlichen Ansprüche nach ambulanter vor stationärer und wohnortnaher vor wohnortferner Versorgung auch ein anderes Professions- und Rollenverständnis des Rehabilitationsteams impliziert. Die Therapeutinnen und Therapeuten sind Gäste im Zuhause der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und nicht selbst Hausherren und Bestimmer des Rehabilitationsprozesses. Sie haben sich in die Besonderheiten der Situation ihrer Gastgeber einzufügen und hieran die Ziele gemeinsam mit diesen auszuhandeln (ebd. S.24)<sup>[16]</sup>. Bei gelungenem Einbezug des Umfeldes in den Rehabilitationsprozess und Stützung von familiären Hilfe- und Pflegegemeinschaften, Ehrenamt und informellen Hilfestrukturen kann mobile Rehabilitation auch als „Nachsorgeelement“ einen Beitrag zur Vermeidung vorzeitiger Pflegeheimaufnahmen leisten (Diakonisches Werk 2008, S.8)<sup>[15]</sup>.

### 3.3 Internationale Erfahrungen und Evidenz

Eine Literaturrecherche des Autors 2015 im Auftrag des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) zur Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei Pflegebedürftigen fasste im Rahmen einer explorativen Recherche des erweiterten Fragekontextes auch Ergebnisse internationaler Systematischer Reviews zu Fragen des rehabilitativen Erbringungssetting, insbesondere zum Vergleich zugehender versus stationärer Leistungserbringung zusammen<sup>[10]</sup>. Hierbei stehen nahezu immer die Verkürzung (und die damit erwartete Kosteneinsparung) stationärer Aufenthalte im Vordergrund. Diesem Ziel dienen verschiedenste Formen der nachsorgenden (nicht nur, aber auch) rehabilitativen Leistungserbringung teils in der Häuslichkeit, teils in Tageskliniken oder sonstigen ambulanten Versorgungsstrukturen, teils durch nachsorgende Klinikteams, teils durch kommunale oder ambulant rehabilitative Leistungserbringer unterschiedlicher professioneller Zusammensetzung.

Im Gegensatz zur Diskussion im deutschen Gesundheitssystem wird die Erbringung mobiler Rehabilitationsleistungen in der häuslichen Umgebung international generell zunächst als die kostengünstigere und mindestens so wirksame, wenn nicht wirksamere Erbringungsform gegenüber einer stationären rehabilitativen Leistungserbringung angesehen und tendenziell zumindest bei leichter beeinträchtigten älteren Menschen auch in einigen RCTs bestätigt<sup>[18-20]</sup>. Die Nutzbarkeit dieser Ergebnisse für den deutschen Versorgungskontext bleibt allerdings durch oft erhebliche Unschärfen der genauen Bedingungen, unter denen diese erzielt wurden, begrenzt.

## 4 Vorgeschichte der Einführung in Deutschland (1992-2006)

Die Darstellung der Entwicklung mobiler (geriatrischer) Rehabilitation erfolgt im Weiteren nach drei Zeitabschnitten: Ihrer Vorgeschichte (1992-2006) in diesem Kap. 4, Ihre Implementierung (2007) in Kap. 5 und ihre seitherige Entwicklung (2008-2019) in Kap. 6 incl. wesentlicher Begleitentwicklungen zur weiteren Förderung in Kap. 7.

### 4.1 Erprobungsphasen Mobiler geriatrischer Rehabilitation in Modellprojekten

Der Wandel in Richtung einer alternden Bevölkerung rückte Anfang der 90er Jahre neben medizinischen Aspekten zunehmend auch die gesellschaftliche Integration älterer Menschen in den Mittelpunkt gesundheitlicher Dienstleistungen. Rehabilitation rückt damit an die Schnittstelle zwischen Gesundheit und Sozialem<sup>[21]</sup> (S. 3). Einen wichtigen Beitrag, älteren Menschen den Zugang zu rehabilitativen Maßnahmen zu erleichtern, leistete das Pflegeversicherungsgesetz 1994 mit seinem in § 31 SGB XI verankerten Vorrang von Rehabilitation vor Pflege und dessen Konkretisierung in § 18 SGB XI. Dort legt Satz 3 fest, dass der Medizinische Dienst im Rahmen seiner Prüfung der Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit auch festzustellen hat, ob und in welchem Umfang Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet sind. Schweizer, die für das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) das erste bundesweite Modellprojekt zur mobilen Rehabilitation wissenschaftlich begleitet hat, konstatiert in ihrem Abschlussbericht „**Mobile Rehabilitation – Ein Rehabilitationskonzept für Pflegebedürftige**“ 2001<sup>[22]</sup> allerdings, dass trotz dieses Anspruchs nicht alle geriatrischen Patientinnen und Patienten hiervon profitieren. Hochaltrige und chronisch Kranke, die einen komplexen Hilfebedarf aufwiesen, gegebenenfalls pflegebedürftig seien oder bereits in einem Pflegeheim lebten, seien in allen Bereichen der Rehabilitation nach wie vor unterrepräsentiert (S. 12). Sie führt folgende Gründe als Barrieren bei der Realisierung dieser Leistungsansprüche an (S. 12-14):

- Eine defizitorientierte Grundeinstellung bei der Behandlung älterer Menschen und mangelndes rehabilitatives Denken einhergehend mit Defiziten in der ärztlichen Fort-, Aus- und Weiterbildung im Bereich der Rehabilitationsmedizin und Geriatrie
- Die Dominanz stationärer Rehabilitation mit Fehlen ambulanter, wohnortnaher Angebote
- Die zurückhaltende Einstellung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung neuer Leistungsangebote mit dem Ziel unterversorgte Patientengruppen zu erreichen

Wenngleich diese Defizite nicht nur in der geriatrischen Rehabilitation festzustellen sind, treffen diese Barrieren die o.g. Zielgruppe hochaltriger, chronisch kranker, häufig immobiler Patientinnen und Patienten mit komplexem Hilfebedarf in besonderer Weise (Kreiß, Salzmann-Zöbele 2003<sup>[21]</sup>, S. 3). Nach Schweizer (2005)<sup>[23]</sup> orientieren sich die Gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der medizinischen Rehabilitation primär an den Problemlagen der Rentenversicherungsträger und weniger an den Problemlagen älterer Menschen. Ihre Präferenz liegt deshalb auf indikationsspezifischen stationären Angeboten, die jedoch von der o.g. Zielgruppe nicht im notwendigen Maß in Anspruch genommen werden können (S. 7). Dies erklärt die Ausrichtung bereits der ersten, frühen Erprobungsmodelle mobiler Rehabilitation auf bislang *unterversorgte* Gruppen unter den geriatrischen Patienten.

Im Wesentlichen gab es zwei größere Modellvorhaben zur Erprobung mobiler geriatrischer Rehabilitation in verschiedenen Ausführungsvarianten sowie wenige Einzelmodelle<sup>3</sup>.

Die Projekte der **Modellgruppe 1** entstanden im Wesentlichen im Rahmen des Modellprogramms „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale

---

<sup>3</sup> Detailliertere Beschreibungen der Modelle der Modellgruppe 1 finden sich bei Schweizer (2001)<sup>[22]</sup>, der Modellgruppe 2 im Bericht der I+G Gesundheitsforschung (2001)<sup>[25]</sup>, ein ausführlicher Vergleich der beiden Modellgruppen bei social invest consult (2003)<sup>[21]</sup>.

Sicherung (BMGS) seit Anfang der 90er-Jahre. Es entstanden zwischen 1992 und 1999 mobile Rehabilitationseinrichtungen an vier Standorten (Bad Kreuznach, Karlsruhe, Marburg und Magdeburg). Eine fünfte Einrichtung dieser Modellgruppe (Woltersdorf in Brandenburg) wurde ab 2000 im Modellprojekt „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert (Schweizer et al. 2006<sup>[24]</sup>, S. 8). Gemeinsam war diesen Modellen neben ihrer Ausrichtung auf die o.g. Zielgruppe die Erbringung der Leistung als Komplexmaßnahme nach §§ 40, 43 oder 63 SGB V in Anlehnung an die stationäre Rehabilitation auf der Grundlage von Versorgungsverträgen mit den Kostenträgern. Die Leistung sollte damit klar dem rehabilitativen Versorgungssektor zugeordnet sein. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (BAR MoRe) entwickelte dafür parallel zu den Modellvorhaben bis 2001 eine „Rahmenkonzeption Mobile Rehabilitation“<sup>[14]</sup>, die in Anlehnung an entsprechende Vorgaben für ambulante Rehabilitationseinrichtungen Anforderungen an Personal, Strukturen und Prozesse dieser Einrichtungen definierte, denen die Modelle dieses Programms im Wesentlichen entsprachen. Alle Modellprojekte wurden wissenschaftlich begleitet, die Mehrzahl vom Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso)<sup>[22]</sup>. Nach der Modellphase konnten alle Einrichtungen entweder reguläre Versorgungsverträge auf Basis von § 40 oder weitere Erprobungsregelungen nach § 63 SGB V abschließen. Allerdings wurden bis 2007 bundesweit keine weiteren Einrichtungen zugelassen und die Einrichtung in Magdeburg hat ihr Angebot nach Beendigung der Erprobungsregelung eingestellt.

Die Modelle der **Modellgruppe 2** entstanden im Rahmen eines vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen von 1996 bis 2004 geförderten Modellprogramms „Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation im Freistaat Bayern“. Es entstanden sechs Modellprojekte an vier Standorten (Amberg, München, Nürnberg, Augsburg)<sup>[21, 25]</sup>. Die Projekte dieser Modellgruppe hatten zwar eine vergleichbare Zielgruppe und erbrachten ihre Behandlung ebenfalls zugehend im Wohnumfeld der zu Rehabilitierenden, unterschieden sich von denen der Modellgruppe 1 aber grundsätzlich dadurch, dass die mobile Leistung auf Grundlage der Heilmittelrichtlinien per Verordnung erbracht und diese Form der rehabilitativen Behandlung damit dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet war. Obwohl in diesem Rahmen noch unterschiedliche Organisationsformen erprobt wurden (z. B. Anbindung an eine vertragsärztliche Einzelpraxis, Vernetzung vertragsärztlicher und therapeutischer Praxen einer Region, feste oder bedarfsweise zusammengestellte therapeutische Teams etc.) stellte sich als eine Kernherausforderung die Sicherstellung der Koordination der Gesamtleistung incl. eines gegebenenfalls notwendigen Casemanagements durch die Vertragsärzte dar. Oft war dieser Aufgabe durch die Qualifikation und die zeitlichen Ressourcen der beteiligten Vertragsärzte Grenzen gesetzt. Das Projekt „Augsburg 2“ als Nachfolgeprojekt von „Augsburg 1“ versuchte dieser Herausforderung per KV-Ermächtigung zweier rehabilitationserfahrener Ärzte einer geriatrischen Rehabilitationsklinik zu begegnen und nahm somit eine gewisse Sonderstellung ein<sup>[21]</sup> (S. 14ff). Auch hier wurden alle Projekte wissenschaftlich begleitet, das Projekt Augsburg 2 von der social invest consult gGmbH<sup>[26]</sup>, die übrigen Projekte von der I+G Gesundheitsforschung München<sup>[25]</sup>. Ein zentrales Problem dieser Projekte ist die Finanzierung koordinativer Leistungen. Während die therapeutischen Leistungen aus den Heilmittelbudgets der Vertragsärzte finanziert wurden, erfolgte die Förderung der Koordination der Maßnahmen in der Modellphase aus Fördermitteln. Für keines dieser Modelle konnte allerdings nach Auslaufen der Modellphase hierüber eine vertragliche Regelung mit den Kostenträgern erzielt werden.

Als Beispiel weiterer **Einzelmodelle** sei das „Solinger Modell“ erwähnt, das auf Basis eines Modellprojekts nach § 63 SGB V zwischen der AOK Nordrhein und der KV Nordrhein von 1995-1997 erprobt wurde. Hierin stellten geriatrisch interessierte Hausärzte fallbezogen therapeutische Teams zur Durchführung einer 12-wöchigen mobilen Rehabilitation zusammen. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD)<sup>[27]</sup>. Auch dieses Projekt wurde, wie weitere Einzelmodelle, nicht in die Regelversorgung überführt.

Bei sämtlichen wissenschaftlichen Begleitungen dieser Erprobungsmodelle handelt es sich formal um in der Regel prospektive, aber **unkontrollierte Beobachtungsstudien** mit externer quantitativ-qualita-

tiv deskriptiver Auswertung. Wenngleich das Datenmaterial umfangreich ist, können wegen unterschiedlicher Schwerpunktsetzungen der Evaluationen nicht alle Ergebnisse aufeinander bezogen bzw. miteinander verglichen werden. Trotz übereinstimmend positiver Rehabilitationsergebnisse gemessen anhand funktioneller Assessments, des Erreichens der Rehabilitationsziele und der Verbesserung der selbsteingeschätzten Lebenssituation im Vorher-Nachher-Vergleich incl. Nachhaltigkeitsnachweisen über sechs Monate an zwei Projektstandorten (Schweizer 2005<sup>[23]</sup>, S. 74ff, Kreiß, Salzmann-Zöbeley 2003<sup>[21]</sup>, S. 32ff) steht der Nachweis der Wirksamkeit mobiler Rehabilitation durch evidenzbasiert hochwertige, kontrollierte Studien bis heute aus.

## 4.2 Mobiler Rehabilitationsdienst kreuznacher diakonie

Der Mobile Rehabilitationsdienst kreuznacher diakonie (MRDkd) nahm bereits innerhalb der Erprobungsmodelle der Modellgruppe 1 eine Sonderstellung ein, indem er von Anfang an keine speziell geriatrische Zielgruppe, sondern alters- wie fachübergreifend schwer und schwerst behinderte Menschen im Fokus hatte (Gatzke, Schmidt-Ohlemann 2004)<sup>[28]</sup>. Dies war in der engen räumlichen Anbindung an weitere Einrichtungen der Behindertenhilfe in derselben diakonischen Trägerschaft begründet. Nichtsdestoweniger sind mittlerweile auch dort über 70% der von diesem Dienst mobil Rehabilitierten 75 Jahre und älter (Renz, Lübke 2019, S.30)<sup>[29]</sup>. Dennoch ist der MRDkd wegen „vielfach gemeinsamer Problemhaushalte“ bis heute Vorreiter einer indikationsübergreifenden oder auch „komprehensiven“ MoRe (Diakonisches Werk 2008, S. 14)<sup>[15]</sup>.

Der MRDkd kann zugleich als einzige der damaligen Modelleinrichtungen einen bis heute ununterbrochen gültigen Regelversorgungsvertrag nach § 40 (1) in Verbindung mit § 111c SGB V nachweisen. Diese Einrichtung unterliegt damit als einzige auch nicht den 2007 in Kraft getretenen Rahmenempfehlungen MoGeRe (Kap. 5.2) und der Verpflichtung zur Teilnahme an der Basisdokumentation MoGeRe (Kap. 5.3). Dennoch hat der MRDkd mit zahlreichen eigenen Datenanalysen, Publikationen und einer begleitenden Dissertation<sup>[16, 24, 30, 31]</sup> die wissenschaftliche Untersuchung mobiler Rehabilitation stets gefördert. Seit 2014 nimmt er am Qualitätssicherungsverfahren EVA-Reha® des MDK Rheinland-Pfalz teil<sup>[32]</sup>.

Als Gründungszentrum und Sitz der BAG MoRe (Kap. 4.3) hat der MRDkd wesentlichen überregionalen Anteil an der Einführung mobiler Rehabilitation in die rehabilitativen Versorgungsstrukturen in Deutschland.

## 4.3 Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation

Die fünf Einrichtungen der Modellgruppe 1 (s. Kap. 4.1) haben sich 1995 unter dem Dach der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V. (BAG MoRe) zu einem Qualitätsverbund zusammengeschlossen mit dem Ziel, Erfahrungen und Arbeitsergebnisse auszutauschen, konzeptionell weiterzuarbeiten und die Mobile Rehabilitation in Deutschland zu fördern. Sie ist damit zugleich ein Benchmarking-Verbund, in dem Daten und Ergebnisse verglichen und Good-Practice-Ansätze entwickelt werden (Schweizer 2005<sup>[23]</sup>, S. 17). Eines ihrer ersten wichtigen Produkte war die Rahmenkonzeption für die mobile Rehabilitation, die 2001 fertiggestellt wurde<sup>[14]</sup>. Hierin wurden für die Mitgliedseinrichtungen verbindliche Struktur- und Prozessqualitätskriterien niedergelegt. Diese sollten die Einrichtungen von Anbietern abgrenzen, die keinen medizinischen Rehabilitationsansatz verfolgen, aber trotzdem unter dem (nicht geschützten) Titel „mobile Rehabilitation“ firmierten. In der Regel sind dies einer effektiveren Zusammenarbeit dienende Vernetzungsprojekte zwischen Pflegekräften, Haus- und Fachärzten und niedergelassenen Therapeuten, die an sich sinnvoll sind, aber keine ärztlich geleitete und zeitlich begrenzte Komplexleistung anbieten (vgl. Projekte der Modellgruppe 2 in Kap. 4.1).

Die BAG MoRe vertritt die Interessen der Leistungserbringer in Verhandlungen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und war in dieser Funktion 2006 bis 2007 an der Aushandlung der Rahmenempfehlungen MoGeRe<sup>[2]</sup> sowie 2016 der Eckpunkte zur mobilen indikationsspezifischen Rehabilitation beteiligt.



Derzeit umfasst die BAG MoRe 54 Mitglieder, davon 15 Einrichtungsträger mit 17 Einrichtungsstandorten. Sie veranstaltet jährlich Symposien mit Schwerpunktthemen rund um die MoRe, die sich an Politik, Verwaltung, Kostenträger, Leistungserbringer und interessierte Kreise wenden. Sie hält regelmäßig Gründungsseminare ab für Träger, die sich mit dem Gedanken der Eröffnung einer MoRe-Einrichtung tragen, und stellt Literatur, Vorträge und Forschungsbeiträge zur MoRe zusammen. Innerhalb der verbandlichen Strukturen der Selbstverwaltung und hier insbesondere der Rehabilitationseinrichtungen und -träger setzt sich die BAG MoRe für die Förderung und den flächendeckenden Ausbau mobiler Rehabilitation ein.

#### 4.4 Bewertungen seitens der Medizinischen Dienste

Mit der Vorlage erster Berichte zu den seit Anfang der 90er Jahre laufenden Erprobungsmodellen mobiler Rehabilitation und der Rahmenkonzeption Mobile Rehabilitation der BAG MoRe 2001 (Kap. 4.1) wurden von Krankenkassenverbänden sukzessive auch Stellungnahmen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) eingefordert. Eine erste Anfrage zu Grundlagen der Bewertung ambulanter/mobiler Rehabilitation erging 2002 an den MDK Baden-Württemberg im Kontext der Weiterentwicklung des baden-württembergischen Geriatriekonzepts. Wenngleich in der Stellungnahme der Einsatz der „vertrauten Umgebung als individuellem therapeutischem Faktor“ und „die konkrete Einbeziehung von Angehörigen und Nachbarn“ durchaus als Vorteile einer mobilen Erbringungsform gewürdigt und insofern hierin „für einen bestimmten Personenkreis entscheidende Vorteile“ gesehen wurden, überwogen Vorbehalte. MoRe wurde potenziell als Versorgungsform angesehen, die sehr teuer, additiv statt substitutiv, nur in Ballungszentren realisierbar und schlimmstenfalls als Monotherapie nur schwierig von Heilmittelversorgung abzugrenzen ist, möglicherweise sogar in reine Pflege münde. Zudem wurde auf den unzureichenden Wirksamkeitsnachweis im Rahmen der Modellprojekte verwiesen<sup>[33]</sup>.

2004 erging der Auftrag einer differenzierteren Stellungnahme zur Bedarfsklärung für MoRe, hierfür gegebenenfalls in Betracht kommenden Zielgruppen, zur Abgrenzung mobiler von ambulanter Rehabilitation und anderen Leistungsbereichen sowie zu Qualitätsanforderungen, die von der BAG MoRe in einer Rahmenkonzeption<sup>[14]</sup> vorgelegt wurden. Anlass war ein Antrag der BAG MoRe an die Spitzenverbände der Krankenkassen auf Zulassung weiterer Einrichtungen mobiler Rehabilitation über die Modelleinrichtungen hinaus. Der Auftrag erging gemeinsam an die für Rehabilitation zuständige Sozialmedizinische Expertengruppe 1 (SEG 1) der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste und das Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG).

Der Autor, der an den entsprechenden Beratungen zwischen den Gremien SEG 1 und KCG zur Abfassung der Stellungnahme selbst teilgenommen hat, erinnert sich an äußerst konfrontative Diskussionen zwischen den Vertretern der SEG 1 – einem neurologischen und einem orthopädischen Fachgutachter – und den Vertretern des KCG. Im Zentrum stand hierbei die Frage, ob über die bereits bestehenden Versorgungsstrukturen hinaus überhaupt Bedarf für eine neue zugehende Rehabilitationsform gesehen werden könne.

Mit dem Antrag und der Rahmenkonzeption der BAG MoRe stand Mobile Rehabilitation ausschließlich als komplexe medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V (wie die Projekte der Modellgruppe 1) zur Diskussion, nicht auf Basis koordinierter Heilmittelverordnung (wie die der Modellgruppe 2). Nur mit großer Mühe konnten sich die Vertreter der beiden angefragten Kompetenzeinheiten im Ergebnis auf folgenden Kompromiss zur Bedarfsfrage verständigen<sup>[34]</sup>:

- Für neurologische und orthopädische Patientinnen und Patienten wurden von den Fachkollegen der SEG 1 keine Bedarfe für MoRe gesehen. Eingeräumte Defizite in der rehabilitativen Versorgung ließen sich durch Verbesserungen der bestehenden ambulanten und stationären Rehabilitationsangebote und deren Schnittstellen mit der vorausgehenden und nachgehenden Versorgung beheben. Damit wurde auch kein Bedarf für eine fachübergreifende MoRe gesehen.

- Eine sozialmedizinische Begründung für eine MoRe könne nur aus einem originären, also exklusiven Indikationsbereich abgeleitet werden. Eine in der Rahmenkonzeption der BAG MoRe festgestellte „Überlappung“ verschiedener rehabilitativer Leistungsbereiche und daraus abgeleiteter wechselseitiger Substitutionspotenziale sei inkonsistent, da sie zugleich die Einschlusskriterien anderer Leistungsformen in Frage stelle und so in der Praxis neue Abgrenzungsprobleme schaffe.
- Solche originären Indikationen könnten fachlich konzeptionell und auf Basis der Erfahrungen aus den Modellprojekten wenn überhaupt, dann ausschließlich bei einer unterversorgten Teilgruppe geriatrischer Patientinnen und Patienten gesehen werden, bei denen bspw. aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen Rehabilitationsfähigkeit nur unter den Bedingungen der Häuslichkeit bestehe. Auch für diese Gruppe könne allerdings der Einwand, dass deren Bedarfe auch mit „kombinierten Heilmitteln ausreichend versorgt“ seien, derzeit weder be- noch widerlegt werden.
- Es lägen weder kontrollierte Wirksamkeitsnachweise für MoRe unter deutschen Versorgungsbedingungen vor, noch Belege für substitutive Ersetzungs-, Verkürzungs- oder Vermeidungseffekte. Diese könnten aber mit den derzeit bestehenden Einrichtungen erbracht werden.
- Auch die noch ausstehende, ausreichende empirische Absicherung erforderlicher klarer Ein- und Ausschlusskriterien für die MoGeRe könne in den bereits implementierten Einrichtungen erfolgen.
- Damit könne zum derzeitigen Zeitpunkt über Studien hinaus keine Ausweitung der Durchführung mobiler Reha empfohlen werden. Entsprechende Einrichtungen sollten auf geriatrische Patientinnen und Patienten beschränkt bleiben.
- Lediglich gegen die hierfür von der BAG MoRe konzipierten Struktur- und Prozesskriterien bestanden keine grundsätzlichen Bedenken.

Retrospektiv ist einzuräumen, dass damit die Medizinischen Dienste einschließlich des KCG wesentlich zur Einführung des „Exklusivitätsvorbehalts“ der späteren RE MoGeRe (Kap. 5.2) und deren initialer Beschränkung auf geriatrische Patienten beigetragen haben. Die sozialmedizinische Sichtweise war stark von „Schubladen-Denken“ mit der Notwendigkeit möglichst klar operationalisierter Abgrenzungen der Schnittstellen unterschiedlicher Leistungen dominiert. Sicher nicht gänzlich beeinflusst von der durch die Kostenträger vermittelten Sorge einer nicht eingrenzba- ren, besonders teuren rehabilitativen Angebotserweiterung setzte sich eine strukturkonservative Bewertung durch, die die durchaus erkannten und anerkannten Potenziale von MoRe faktisch weitgehend ignorierte.

#### 4.5 Zwischenfazit „Vorgeschichte“

Insgesamt ging der expliziten Aufnahme mobiler Rehabilitation ins SGB V im Jahre 2007 eine gut 15-jährige Erprobungsphase unterschiedlicher Modellprojekte voraus. Bereits dabei standen weitgehend geriatrische Patientinnen und Patienten im Fokus. Es entstanden zahlreiche qualitative Umsetzungserfahrungen, die gewonnene Evidenz blieb jedoch auf unkontrollierte Beobachtungsstudien begrenzt. Ausschließlich einige Projekte, die MoRe als komplexe medizinische Rehabilitationsleistung und nicht als koordinierte Heilmittelverordnung erbrachten, konnten ihre Arbeit über die Modellphase hinaus fortsetzen. Diese Einrichtungen entsprachen in der Regel auch den Qualitätsstandards der Rahmenkonzeption der BAR MoRe, einer Arbeitsgemeinschaft dieser Projektträger, die sich unter Führung der Kreuznacher Diakonie für die Anerkennung von MoRe als GKV-Regelleistungsangebot einsetzte. Die Rahmenkonzeption der BAR MoRe wurde später zur Grundlage der weiteren Verhandlungen mit den Kostenträgern über die künftigen Rahmenempfehlungen MoGeRe. Seitens der Expertengremien der Medizinischen Dienste wurden die Modellprojekte mit Zurückhaltung bewertet und außer für eine unterversorgte Teilgruppe geriatrischer Patienten kein Bedarf für diese neue Erbringungsform rehabilitativer Leistungen gesehen. Hierfür noch empirisch abzusichernde Ein- und Ausschlusskriterien sowie kontrollierte Wirksamkeitsnachweise sollten zunächst mit den bestehenden Einrichtungen erbracht werden.

## 5 Formale Implementierung Mobiler Rehabilitation in Deutschland (2007)

### 5.1 Aufnahme in SGB V

Noch während der Beratungen über den Antrag der BAG MoRe vom 03.03.2004 an die Spitzenverbände der Krankenkassen auf Zulassung weiterer Einrichtungen mobiler Rehabilitation über die Modelleinrichtungen hinaus, zeichnete sich ab, dass der Gesetzgeber Zweifel, ob die bis dahin gültige Fassung des § 40 Abs. 1 SGB V zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mobile Rehabilitation überhaupt zulasse, durch eine Gesetzesänderung klären würde. Hieß es dort bis 2007, dass ... *die Krankenkasse ... ambulante Rehabilitationsleistungen ... in wohnortnahen Einrichtungen erbringen [kann]*, hieß es ab dem 01.04.2007, dass ... *die Krankenkasse ... ambulante Rehabilitationsleistungen ... durch wohnortnahe Einrichtungen [erbringt]*. Und neu wurde hinzugefügt: *Leistungen nach [diesem] Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen ... zu erbringen*. Neben der Formulierung eines bei Vorliegen der Voraussetzungen von § 40 Abs. 1 bestehenden Anspruchs auf Rehabilitation (statt der früheren Kann-Formulierung) war mit dem Austausch des Wortes *in* durch *durch* auch die zugehende Leistungserbringung explizit in § 40 Abs. 1 eingeschlossen worden und dies auch für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen.

Der nachfolgende Absatz 2 (*Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung ...*), regelt die Vorrangigkeit ambulanter (und damit im Grunde jetzt auch mobiler) Rehabilitation vor stationärer Rehabilitation.

Die zugehörige **Gesetzesbegründung** definiert MoRe als *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* (Drucksache 16/3100, S. 106). Die MoRe ist damit weder im Gesetz noch in der Begründung auf Indikationen bzw. ein Spektrum von Teilhabebeeinträchtigungen beschränkt (Diakonisches Werk 2008, S. 10)<sup>[15]</sup>.

### 5.2 Rahmenempfehlungen Mobile Geriatrische Rehabilitation

Die Beratungen zum Antrag der BAG MoRe von 2004 an die damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen auf Zulassung weiterer Einrichtungen mobiler Rehabilitation über die Modelleinrichtungen hinaus, ging nach Bekanntwerden der für 2007 geplanten Gesetzesklarstellungen nahtlos in Beratungen zur Erstellung von Rahmenempfehlungen (RE) zur MoGeRe<sup>[2]</sup> über. Sie wurden kostenträgerseitig von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes sowie leistungserbringerseitig von der BAG MoRe gemeinsam erarbeitet, um die Bedingungen und die Mindeststandards für diese Leistungsform bundesweit einheitlich festzulegen. Sie prägen bis heute die Entwicklung mobiler Rehabilitation. Wesentliche Grundlage waren die Rahmenkonzeption der BAG MoRe<sup>[14]</sup> und die Bewertungen der Medizinischen Dienste zum Bedarf dieser Rehabilitationsform (Kap. 4.4). Eine wesentliche Intention der Kostenträger war es, durch klare Begrenzungen der Zielgruppe und der für diese geltenden speziellen Indikationen einer unkontrollierten Leistungsausweitung dieser Versorgungsform vorzubeugen. Hierzu wurde die oben zitierte Begründung des Gesetzgebers dahingehend ausgelegt, dass *ausschließlich* Patienten, die bisher keine Rehabilitationschancen hatten, mobil rehabilitiert werden können.

Bereits im Titel der RE wird die Zielgruppe auf geriatrische Patientinnen und Patienten begrenzt. Auch innerhalb dieser Gruppe wurde der Zugang zur MoRe aber auf Personen begrenzt, die zwar prinzipiell eine positive Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsfähigkeit besitzen, diese Indikationskriterien allerdings nur als erfüllt betrachtet werden können, wenn die Leistungserbringung im gewohnten



sozialen und Wohnumfeld der Betroffenen erfolgt und daher bei Erbringung der Leistung in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung nicht mit einem positiven Rehabilitationsergebnis zu rechnen ist (Lübke 2014, S. 22). Faktisch wurde damit für MoRe ein **Exklusivitätsvorbehalt** implementiert, der diese nur bei Ausschluss der Möglichkeit einrichtungsgebundener stationärer oder ambulanter Rehabilitation zulässt. Gekürzt dargestellt besteht nach den RE MoGeRe eine **MoRe-Indikation** gemäß den RE MoGeRe<sup>[2]</sup> (S. 7f), wenn die zu Rehabilitierenden

- auf die umfassende Anwesenheit einer Bezugsperson angewiesen sind, die sich nur im ständigen Wohnumfeld sicherstellen lässt

und /oder

- im gewohnten oder bereits krankheitsspezifisch bzw. behindertengerecht adaptierten Wohnumfeld verbleiben müssen

und /oder

- den angestrebten Rehabilitationserfolg nicht in die gewohnte Umgebung übertragen können

und der *Grund* für eine dieser Annahmen in mindestens einer der vier nachfolgenden Schädigungen (als **speziellen Indikationskriterien**) liegt:

1. erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen z.B. der Kognition, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Orientierung, Handlungsplanung oder weitere demenzassoziierte Einschränkungen
2. erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen verhaltensbezogener Art wie z.B. Angst, Wahnvorstellungen, psychomotorische Unruhe, Delir, schwere Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus etc.
3. erhebliche Schädigungen der Stimm-, Sprech- und Sprachfunktion, für die im gewohnten Wohnumfeld und Anwesenheit der Bezugspersonen bereits Kompensationsstrategien bestehen
4. erhebliche Schädigungen der Seh- oder Hörfunktion (z.B. blinde oder taube Patientinnen und Patienten), so dass das vertraute oder angepasste Wohnumfeld zur Unterstützung genutzt werden muss

Im Kern schränken diese Spezifizierungen den Kreis potenzieller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf mittelschwer kognitiv beeinträchtigte Menschen ein, die rehabilitativen Maßnahmen mit Erfolg meist nur zugänglich sind, wenn sie hierbei in ihrem gewohnten räumlichen und sozialen Lebensumfeld verbleiben können. (Leicht kognitiv beeinträchtigte Menschen werden zu hohen Anteilen auch in der stationären geriatrischen Rehabilitation mit Erfolg therapiert, bei schwer kognitiv beeinträchtigten lässt sich in der Regel kein alltagsrelevantes Rehabilitationsziel mehr definieren). Die weiteren sehr speziellen Indikationen etwa für hochgradig Sprach-, Seh- oder Hörbehinderte, deren gewohntes Lebensumfeld bspw. apparativ mit Unterstützungssystemen ausgerüstet ist, die ihnen bei einer ambulanten oder stationären Rehabilitation nicht mehr zur Verfügung ständen, spielen quantitativ kaum eine Rolle.

Ferner umfassen die 24-seitigen RE MoGeRe Regelungen zur Behandlungsdauer und -frequenz sowie Kriterien zur Verlängerung und Beendigung der Behandlung. In der Regel sind bis zu 20 Behandlungstage mit mindestens drei Behandlungstagen pro Woche und durchschnittlich mindestens zwei Therapieeinheiten pro Behandlungstag vorgesehen. Wegen der in der Häuslichkeit gegebenenfalls längeren Vorbereitungszeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und dem prinzipiell vorgesehenen Einbezug der Angehörigen in das Training, sind für die Therapieeinheiten jeweils 45 Minuten vorgesehen. Spezifische Anforderungen bezüglich des Rehabilitationskonzeptes, der ärztlichen Aufgaben, der Behandlungselemente, der personellen, räumlichen und apparativen Ausstattung sowie der Dokumentation und Qualitätssicherung sind in enger Anlehnung an die Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation (AGR) der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 01.01.2004 formuliert. Hervorzuheben sind insbesondere die ärztlichen Eingangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen im gewohnten Lebensumfeld, die Integration der rehabilitativen Pflege incl.

insbesondere der Angehörigenanleitung in das Rehabilitationskonzept sowie die gegenüber der AGR höheren Qualifikationsanforderungen an die beteiligten Berufsgruppen. In der Regel wird für alle Therapeutinnen und Therapeuten eine zweijährige Berufserfahrung vorausgesetzt. Der selbstständige Einsatz von Auszubildenden oder Praktikanten ist nicht möglich. In jeder therapeutischen Disziplin muss mindestens ein Mitarbeiter über Erfahrungen von mindestens einem Jahr in einer geriatrisch/rehabilitativ tätigen Einrichtung verfügen. Diese erhöhten Anforderungen sind dem überwiegend alleinigen therapeutischen Umgang mit den Patientinnen und Patienten in der Häuslichkeit geschuldet, der i.d.R. keinen raschen Rückgriff auf erfahrenere Kollegen erlaubt. Schließlich sind die Anforderungen an die mobile Logistik, angefangen von den notwendigen Fahrzeugen bis hin zur Ausstattung mit mobilen Therapiegeräten, in den RE MoGeRe geregelt (Lübke 2014, S. 22f.).

Die RE MoGeRe sind einen Monat nach den Gesetzesänderung am 01.05.2007 in Kraft getreten.

### 5.3 Begleitende Basisdokumentation MoGeRe

Gleichzeitig mit den RE MoGeRe wurde seitens der Spitzenverbände ein Konzept für eine bundesweite Dokumentation der nach diesen RE durchgeführten Maßnahmen erarbeitet. Die Basisdokumentation MoGeRe soll eine Datengrundlage für künftige Versorgungsentscheidungen und gegebenenfalls die Weiterentwicklung mobiler Rehabilitation resp. ihrer RE bieten. Die Teilnahme an der einrichtungsübergreifenden Basisdokumentation mobiler geriatrischer Rehabilitation wird im Rahmen der vertraglichen Vereinbarungen über die Erbringung mobiler Rehabilitationsmaßnahmen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern festgelegt. Sie stellt aber weder eine wissenschaftliche Evaluation noch eine externe Qualitätssicherung gemäß §137 d SGB V dar. Mit der Datenaufarbeitung und Berichtserstellung wurde das KCG beauftragt.

Die an der Basisdokumentation beteiligten Rehabilitationseinrichtungen erfassen hierzu fallbezogen anonymisiert folgende Daten ihrer mobilen Rehabilitationsmaßnahmen im Online-Portal MoGeRe des KCG:

- *Patientenseitige Basisdaten* (Geschlecht, Geburtsjahr, Postleitzahl (zweistellig), Krankenkassenart, Pflegegrad nach SGB XI, Bewohner eines Pflegeheims (nach SGB XI))
- *Prozessseitige Basisdaten* (Zuweisungspfad, Aufnahmedatum, Entlassdatum, Behandlungstage, Rehabilitationsverlängerung, Behandlungsunterbrechung länger als eine Woche, Grund für das Behandlungsende, Therapieanteile in der Kurzzeitpflege, Anzahl und Art der Therapieeinheiten)
- *Medizinische Befunde* (Hauptdiagnose, Art der Schädigung gem. der vier speziellen MoGeRe-Indikationskriterien)
- *Assessmentbefunde* (Barthel-Index bei Aufnahme und Entlassung)

Mit einem jeweils zum 31.12. jedes Kalenderjahres zusätzlich zu liefernden Strukturfragebogens wird Art und Stellenumfang der in den Rehabilitationseinrichtungen vorgehaltenen Berufsgruppen erfasst, um die einrichtungsspezifische Angemessenheit von Stellenplan und Leistungserbringung zu ermitteln.

Das KCG geht von einer prinzipiell vollständigen Erhebung aller mobilen geriatrischen Rehabilitationsfälle von Einrichtungen aus, die Ihre Versorgungserträge nach Inkrafttreten der RE MoGeRe erhalten haben. Es ist weder im Hinblick auf die einbezogenen Einrichtungen noch auf die von diesen Einrichtungen dokumentierten Fälle eine Überprüfung auf Vollständigkeit bspw. anhand von Abrechnungsdaten der Krankenkassen vorgesehen. Die Basisdokumentation bezieht sich formal lediglich auf Versicherte der GKV. Nachrecherchen zu dokumentierten Fällen in Höhe von 8% in 2018 ohne Angabe gesetzlicher Krankenkassen als Leistungsträger ergaben, dass Einrichtungen in unterschiedlichem Umfang auch Selbstzahler resp. Versicherte der Privaten Krankenversicherung in die Fallerhebungen einbezogen haben (KCG 2018<sup>[35]</sup>)<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Nähere Hinweise zur Konzeption und Methodik der Basisdokumentation MoGeRe finden sich in den jährlichen Jahresberichten sowie dem Übersichtsartikel von Meinck et al. (2017)<sup>[5]</sup>.

Die Basisdokumentation ist Basis einer jährlichen Berichtserstattung bei den für Rehabilitation zuständigen Referentinnen und Referenten des GKV-SV und der Kassenartenverbände auf Bundesebene. Bei Auffälligkeiten in der Dokumentation hat das KCG in Absprache mit seinen Auftraggebern die Möglichkeit zu nachgehenden Gesprächen mit den Einrichtungen, um deren Ursachen zu klären. Seit 01.01.2008 erfolgt diese Datenerhebung, seit 2011 liegen hierzu jahresbezogene Berichte vor. In zwei Publikationen des KCG wurden die Basisdokumentation beschrieben und längsschnittliche Auswertungen der Daten von 2011 bis 2014 veröffentlicht (Meinck et al. 2017<sup>[5]</sup>, Pippel et al. 2017<sup>[36]</sup>).

#### 5.4 Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen

Die für die Erbringung ambulanter (und damit auch mobiler) Rehabilitation mit den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen nach §111c SGB V zu schließenden Versorgungsverträge richteten sich bei den neuen MoGeRe-Einrichtungen ab 2007 im Wesentlichen einheitlich nach Musterverträgen des für Rehabilitation federführenden vdek-Bundesverbandes. Hinsichtlich der strukturellen und prozessualen Vorgaben sind diese an den RE MoGeRe orientiert, enthalten aber darüber hinaus bspw. auch die Verpflichtung zur Teilnahme an der Basisdokumentation MoGeRe.

Darüber hinaus muss jede Einrichtung einzeln mit den Landesverbänden der Krankenkassen Vereinbarungen über die Vergütung ihrer mobilen Rehabilitationsleistungen schließen, denen sich aber nicht immer alle Kassenarten einheitlich anschließen. Hier kann es bundesweit zu z.T. deutlichen Abweichungen kommen – auch mit Einfluss auf das durch die RE MoGeRe vorgegebene Leistungsgeschehen, wie dies bspw. für die bayerischen Einrichtungen in Kap. 6.4 dargelegt wird.

Angaben an der Erbringung mobiler Rehabilitation interessierter Träger zufolge gestalten sich diese Vertragsverhandlungen oft zäh, über Jahre hinweg und werden von Kassenseite gerne mit Verhandlungen zu anderen vom gleichen Träger erbrachten Leistungsbereichen kompensatorisch verknüpft.

#### 5.5 Zwischenfazit „Formale Implementierung“

2007 stellt der Gesetzgeber durch Änderung von § 40 (1) SGB V klar, dass MoRe eine Leistungsform ambulanter Rehabilitation der GKV darstellt. Die Gesetzesbegründung, die dadurch Rehabilitationschancen für Personen sieht, für die diese bisher nicht bestanden, führte in Allianz mit strukturkonservativ geprägten MDK-Stellungnahmen zum Bedarf dieser neuen Versorgungsform und den Sorgen einer unkontrollierbaren Leistungsausweitung seitens der Kostenträger zu Indikationsbeschränkungen. Diese lassen MoRe nur für eine Teilgruppe geriatrischer Patienten zu, deren Rehabilitationserfolg ausschließlich bei Erbringung der Leistung als MoRe zu erwarten ist, die also nicht einrichtungsgelunden stationär oder ambulant rehabilitiert werden können (*Exklusivitätsvorbehalt*). Faktisch schränkt dies die Inanspruchnahme von MoRe überwiegend auf dementiell erkrankte Menschen ein, die zur erfolgreichen Umsetzung rehabilitativer Maßnahmen oft in hohem Maße auf den Erhalt ihrer bisherigen räumlichen und sozialen Bezüge angewiesen sind. Andere Ansprüche aus der Gesetzesbegründung wie bspw. die fachgerechte Umsetzung des Anspruchs „ambulant vor stationär“ blieben durch diese Umsetzung unberücksichtigt. Die RE MoGeRe formulieren ferner qualitativ hohe Anforderungen an die Erbringung von MoGeRe. Begleitend wird eine Verpflichtung zur Teilnahme der Einrichtungen an der einzelfallbezogenen, anonymisierten Basisdokumentation Mobile geriatrische Rehabilitation vereinbart, anhand derer die RE MoGeRe übergeprüft und ggf. weiterentwickelt werden sollen. Die Verhandlungen zu den prinzipiell einheitlichen (Muster)Versorgungsverträgen, v.a. aber die individuell mit den interessierten Einrichtungen geführten Vergütungsverhandlungen gestalten sich oft zäh.

## 6 Entwicklung Mobiler geriatrischer Rehabilitation gemäß Basisdokumentation (2008-2018)

Die nachfolgenden Daten sind den Basisdokumentationen MoGeRe, die das KCG 2008 bis 2018 gemäß des in Abs. 5.3 dargelegten Dokumentationskonzeptes erstellt hat, entnommen. Die datenschutzrechtliche Zustimmung des die beteiligten MoGeRe-Einrichtungen vertretenden Vorstands der BAG MoGeRe liegt hierzu im Anhang vor. Allen beteiligten Einrichtungen sei an dieser Stelle nochmal für die Übermittlung dieser Daten für die Basisdokumentation MoGeRe gedankt.

### 6.1 Quantitative Angebotsentwicklung

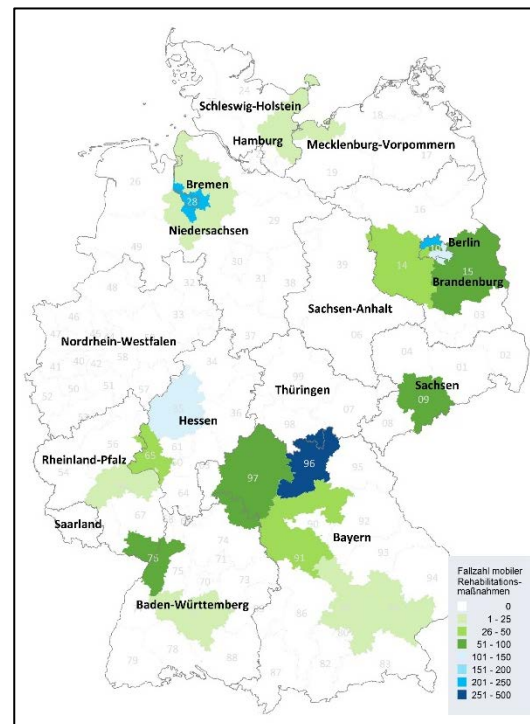
Die Entwicklung der Einrichtungszahlen und der dort erbrachten Fälle mobiler geriatrischer Rehabilitation sind Tab. 1, deren fallzahlbezogene regionale Verteilung in 2018 der Abb. 1 zu entnehmen.

**Tabelle 1: Einrichtungs- und Fallzahlentwicklung**

Jahr	Anzahl der Einrichtungen zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres	Anzahl der Fälle im Berichtsjahr erbrachten MoRe-Fälle
2008	2	97*
2009	2	132*
2010	6	167*
2011	8	230
2012	10	367
2013	10	503
2014	11	780
2015	11	997
2016	12	1242
2017	14	1357
2018	15	1710

\* bis 2011 erfolgte eine unterjährige und damit nicht am Kalenderjahr ausgerichtete Fallzahlerfassung mit daher nur orientierender Vergleichbarkeit

**Abbildung 1: Fallzahlen 2018 nach zweistelligen PLZ-Bereichen**



Quelle: KCG-Basisdokumentation MoGeRe 2018<sup>[35]</sup>

Zur Einordnung dieser Zahlen sei darauf hingewiesen, dass nach der KG 5-Statistik der Krankenkassen in Deutschland 2018 insgesamt 77.388 stationäre und 2.236 ambulante einrichtungsgeladene geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen<sup>5</sup> in 161 geriatrischen Rehabilitationskliniken<sup>6</sup> durchgeführt wurden.

Die von den 15 Einrichtungen 2018 erbrachten Fallzahlen schwankten hierbei erheblich zwischen 1 und 387 Fällen pro Einrichtung<sup>7</sup>. Der statistische Durchschnitt lag bei 114, der Median bei 113 Fällen.

<sup>5</sup> Ich danke der Überlassung dieser Zahlen Hr. Moldenhauer vom GKV-SV.

<sup>6</sup> letztverfügbare Daten des Statistischen Bundesamtes 2018 zum Stichtag 31.12.2017 (ohne ambulante Einrichtungen)

<sup>7</sup> Da fünf Einrichtungen weniger als 40 Fälle beitragen, machen diese die in den nachfolgenden Tabellen ausgewiesenen Einrichtungsspannen anfällig für Ausreißer-Werte. Dies muss bei der Interpretation dieser Spannen berücksichtigt werden, obwohl hierbei jeweils die Einrichtung mit nur einem Fall bereits ausgeschlossen wurde.

## 6.2 Patientenseitige Merkmale

Im Rahmen dieser Arbeit können nur auszugsweise Ergebnisse der Basisdokumentation MoGeRe berichtet werden. Hierbei werden in diesem Kapitel aus den anonymisierten Daten (s. Kap. 5.3) neben ausgewählten patientenseitigen Basisdaten, medizinische Befunde und Assessmentbefunde berichtet. Soweit nicht anders vermerkt beziehen sich die Angaben auf die Basisdokumentation 2018<sup>[35]</sup>.

Tab. 2 fasst wesentliche patientenseitige Charakteristika, Tab. 3 die rehabilitationsbegründenden Diagnosen nach ICD-10 Hauptgruppen sowie relevante Assessmentbefunde zur Ergebnisabschätzung anhand des Barthel-Index (BI)<sup>8</sup> zusammen.

**Tabelle 2: Patientenseitige Basisdaten**

Patientenseitige Basisdaten 2018	Gesamt (n=1710)	Einrichtungsbezogene Spannen <sup>7</sup>
Altersmittelwert	82,5 J.	(79 – 87 J.)
Frauenanteil	62,3%	(50 – 79%)
vorbestehende Anteile mit:		
ohne Pflegegrad	15,8%	(7,5 – 37,5%)
Pflegegrad 1		(0 – 7,1%)
Pflegegrad 2	4,2%	(20,0 – 37,9%)
Pflegegrad 3	29,5%	(20,4 – 47,5%)
Pflegegrad 4	27,5%	(1,6 – 23,2%)
Pflegegrad 5	13,6%	(0 – 7,1%)
	2,1%	
vorbestehend im Pflegeheim	36,0%	(16,0 – 64,4%)

**Tabelle 3: Medizinische Befunde und Barthel-Index**

Rehabilitationsrelevante Hauptdiagnosen nach ICD-Gruppen	Gesamt (n=1710)	Einrichtungsbezogene Spannen <sup>7</sup>
Verletzungen/Frakturen	36%	(13,8 – 67,7%)
Symptome/Syndrome	22%	(0 – 60,0%)
Herz-Kreislauf-Erkrankungen incl. Schlaganfälle	20%	(0 – 30,1%)
Krankheiten des Bewegungsapparates	9%	(0 – 29,4%)
Krankheiten des Nervensystems	4%	(0 – 10,8%)
Sonstige	9%	(0 – 17%)
<b>Barthel-Index (BI)</b>	<b>(n = 1328)*</b>	
bei Aufnahme (BI-A)	46,0	(34,0 – 54,3)
bei Entlassung (BI-E)	61,9	(54,9 – 77,2)
BI-Differenz (BI-A – BI-E)	15,9	(6,3 – 22,9)

\* nur Rehabilitationsmaßnahmen mit regulärem Behandlungsende

Die drei häufigsten rehabilitationsbegründenden Hauptdiagnosen sind hüftgelenksnahe Frakturen (20,9%), Störungen des Ganges und der Mobilität (19,2%) sowie Schlaganfälle (10,2%) mit zusammen über 50%. Die Top-10-Diagnosen machen 70% aller Hauptdiagnosen aus, der Rest der Fälle weist weitere 188 verschiedene Diagnosen aus. Auf die speziellen, eine mobile Rehabilitationserbringung gemäß den Re MoGeRe begründenden Indikationskriterien wird in Kap. 6.4 eingegangen.

Die Auswertung zeigt, dass die Zielgruppe alter, pflegebedürftiger Menschen durch die mobilen Rehabilitationsangebote mit einem Anteil von 84,2% Pflegebedürftiger nach SGB XI und 36% Pflegeheimbewohnern in der Tat in hohem Maße erreicht wurde. Demgegenüber zeigte eine Studie von Meinck et al. 2014<sup>[37]</sup>, dass der Anteil vorbestehend Pflegebedürftiger nach SGB XI resp. Pflegeheimbewohnern in der stationären medizinischen Rehabilitation  $\geq$  65-Jähriger nur bei 10,1% resp. 0,7% für eine Rehabilitation nach einem vorangegangenen Krankenhausaufenthalt und bei 15,9% resp. 1,3% für vertragsärztlich eingeleitete Rehabilitationsmaßnahmen liegt. Dennoch werden in der MoGeRe in 75% der Fälle alltagsrelevante Verbesserungen der Selbstversorgungsfähigkeiten im Sinne eines Anstiegs des BI von 10 oder mehr Punkten erreicht. Der durchschnittliche Anstieg von 15,9 Punkten liegt zwar unterhalb des von Tümena et al. (2014)<sup>[38]</sup> zuletzt berichteten durchschnittlichen Anstiegs um rund 22 BI-Punkte in der stationären geriatrischen Rehabilitation, hierbei ist allerdings der weit höhere Anteil

<sup>8</sup> Der BI ist ein Instrument zur Messung der körperlichen Selbstversorgungsfähigkeiten und umfasst die Items Essen, Umsetzen, sich Waschen, Toilettenbenutzung, Baden/Duschen, Aufstehen/Gehen, Treppensteigen, An-/Auskleiden, Stuhl- und Harnkontrolle. Die Items sind überwiegend 3-stufig normiert (0-5-10 Punkte). Je weniger Punkte, desto weitreichender eingeschränkt sind die entsprechenden Aktivitäten. In der Summe aller Items sind können 0 – 100 Punkte erreicht werden. Bei 100 Punkten kann von einer weitgehenden Selbstständigkeit in der körperlichen Selbstversorgung, bei 0 Punkten von schwerer Pflegebedürftigkeit mit hohem Unterstützungsbedarf in allen Bereichen ausgegangen werden. BI-Zuwächse ab 10 Punkten gelten als klinisch relevante Verbesserungen.

vorbestehend bereits pflegebedürftiger Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der MoGeRe zu berücksichtigen.

Die Daten zeigen aber auch, dass sich die Umsetzungspraxis unter den teilnehmenden Einrichtungen sehr unterschiedlich darstellt bspw. hinsichtlich der Rehabilitationsdiagnosen, wichtiger Patienteneigenschaften oder der Schwere ihrer Beeinträchtigungen und der Rehabilitationserfolge. Pippel et al. (2017)<sup>[36]</sup> konnten darüber hinaus in einer settingspezifischen Auswertung der Daten von 2011 bis 2014 auch Unterschiede zwischen mobil in ihrem Privathaushalt, in der Kurzzeitpflege oder im Pflegeheim Rehabilitierten nachweisen. So sind bspw. Pflegeheimbewohner und Gäste der Kurzzeitpflege durchschnittlich schwerer betroffen als Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus Privathaushalten, Gäste der Kurzzeitpflege haben jedoch die größten Zuwächse im BI.

### 6.3 Prozessseitige Merkmale

Umsetzungsunterschiede zwischen den Einrichtungen zeigen sich auch in den nachfolgend dargelegten prozessseitigen Basisdaten. Tab. 4 fasst Daten zum Zugang und zur Beendigung der mobilen Rehabilitationsmaßnahmen zusammen, Tab. 5 weitere Daten zur Behandlungsdauer, dem Therapieumfang (gemessen in TE á 45 Minuten gemäß den RE MoGeRe) und den eingesetzten Berufsgruppen, die für die MoGeRe-Einrichtungen in Bayern und in den anderen Bundesländern (BL) separat dargestellt werden. Grund hierfür sind in Bayern von den sonstigen MoGeRe-Versorgungs- und Vergütungsverträgen (s. Kap. 5.4) abweichende Vereinbarungen hinsichtlich der der Vergütung zugrundeliegenden Berechnungseinheit (Behandlungstag vs. Therapieeinheiten (TE) ) und dem zu erbringenden Therapieumfang pro Behandlungstag (ein bis zwei TE mit einer Dauer von insgesamt 45-90 Min. vs. durchschnittlich mindestens 2 TE/Behandlungstag á mindestens 45 Min. gemäß RE MoGeRe in den anderen BL). Diese flexibleren Anforderungen in Bayern führen dort zu einer anderen Praxis der Therapieerbringung, wie in der separaten Darstellung deutlich wird (vgl. hierzu auch die Erläuterungen der bayerischen Einrichtungen in den hierzu geführten Gesprächen in Kap. 6.4).

**Tabelle 4: Prozessseitige Basisdaten (einrichtungübergreifend)**

Prozessseitige Basisdaten 2018	Gesamt (n =1698)	Einrichtungsbezogene Spannen <sup>7</sup>
<b>Zuweisungspfade:</b>		
- nach Krankenhausbehandlung	84,8%	(29,6 – 93,8%)
- aus anderweitiger Rehabilitation	1,8%	(0 – 25,9%)
- aus vertragsärztlicher Versorgung	12,1%	(4,9 – 44,4%)
- Empfehlung aus der Pflegebegutachtung	2,1%	(0 – 12,0%)
<b>Beendigung der MoRe:</b>		
- regulär	77,7%	(56,0 – 95,0%)
- durch Einrichtung	8,8%	(0 – 28,0%)
- auf Wunsch des Versicherten	3,2%	(0 – 7,6%)
- Krankenhausaufnahme	5,1%	(0 – 16,0%)
- verstorben	3,5%	(0 – 6,2%)
- Beginn einer nicht mobilen Rehabilitation	0,7%	(0 – 8,5%)
- ohne Angabe	1,1%	(0 – 6,2%)

**Tabelle 5: Prozessseitige Basisdaten (nach Vertragsbedingungen getrennt)**

Prozessseitige Basisdaten 2018	Einrichtungen in Bayern (n = 5)	Einrichtungen anderer BL (n = 9)
Fallzahl	639	1070
regulär beendete Fälle	75,1%	79,3%
Ø Behandlungstage / Fall	19,4	21,8
- mit Rehaverlängerung	24,4	27,9
- ohne Rehaverlängerung	14,8	19,5
Anteil Rehaverlängerung	49,4%	28,3%
Ø Behandlungsdauer (d)	51,7	53,3
TE / Fall	18,1*	37,6
TE / Behandlungstag mit Therapeuteneinsatz	1,1*	1,9
<b>Einsatz Berufsgruppen</b>		
- Physiotherapie	54,7%	48,7%
- Ergotherapie	42,3%	37,7%
- Logopädie/Schlucktherapie	2,5%	5,8%
- rehabilitative Pflege	< 0,1%	5,2%
- (Neuro-)Psychologie	0,5%	2,1%
- Ernährungsberatung	< 0,1%	0,6%
<b>Barthel-Index**</b>		
bei Aufnahme (BI-A)	45,8	46,2
bei Entlassung BI-E)	61,5	62,2
BI- Differenz (BI-A – BI-E)	15,7	16,1

\* nur bedingt vergleichbar, da in Bayern TE i.d.R. > 45 Min (vgl. Kap. 6.4)

\*\* zum Barthel-Index vgl. Fußnote 8



Die Zuweisungspfade lassen erkennen, dass auch in der MoGeRe ein hoher Teil der Maßnahmen als „Anschlussrehabilitation“, d.h. anschließend an einen Krankenhausaufenthalt (in der Regel nach einem Akutereignis), erbracht wird. Demgegenüber ist es der MoGeRe bisher nicht gelungen, einen relevant höheren Anteil vertragsärztlicher Rehabilitationseinleitungen zu generieren, der über alle geriatrischen Rehabilitationen nach der KG 5-Statistik<sup>5</sup> der Krankenkassen bei knapp 10 % liegen dürfte<sup>9</sup>. Gegenüber den etablierten Formen stationärer und ambulanter geriatrischer Rehabilitation stellt sich MoGeRe vor allem als ein weniger intensives, sich dafür mit durchschnittlich 52,7 Tagen aber über einen wesentlich längeren Zeitraum erstreckendes Rehabilitationsangebot dar. In der stationären geriatrischen Rehabilitation verteilen sich durchschnittlich 21,9 Behandlungstage in der Regel über etwas mehr als drei Wochen, die durchschnittlich 21,8 Behandlungstage der ambulanten Rehabilitation auf gut vier Wochen. Auch in der MoGeRe werden aber insgesamt durchschnittlich 20,9 Behandlungstage erbracht, also durchschnittlich nur ein Tag weniger als in den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen. Ein Vergleich des in der Praxis hierbei mit den Patientinnen und Patienten und ggf. ihren Bezugspersonen erbrachten zeitlichen Therapieumfangs ist dabei belastbar nicht möglich. Dieser wird weder in der Basisdokumentation MoGeRe exakt erhoben, noch liegen hierzu Daten aus der ambulanten oder stationären geriatrischen Rehabilitation der GKV vor. Bereits der zeitliche Bezugsrahmen der TE liegt üblicherweise im ambulanten und stationären Setting mit 20 bis 30 Minuten deutlich kürzer als in der MoRe. Darüber hinaus werden in der stationären Rehabilitation bspw. auch Wochenendtage als Behandlungstage gezählt. Für die stationäre Rehabilitation bestehen auch keine Rahmenempfehlungen, die einen Mindesteinsatz von TE vorsehen. Trotz dieser generellen Schwierigkeiten hinsichtlich eines settingübergreifenden Vergleichs erbrachter Therapieleistungen ist allerdings auf Grundlage der Basisdokumentation MoGeRe zum Einen davon auszugehen, dass der Therapieumfang in den MoGeRe-Einrichtungen in Bayern aufgrund anderer vertraglicher Vorgaben unter denen der Einrichtungen in anderen Bundesländern liegt. Zum Zweiten ist festzuhalten, dass bei durchschnittlich 1,9 TE pro Behandlungstag auch diese Einrichtungen nur noch in 20% ihrer Rehabilitationsmaßnahmen die nach den RE MoGeRe geforderten durchschnittlich  $\geq 2$  TE pro Behandlungstag erbringen, wofür hauptsächlich umsetzungspraktische Gründe geltend gemacht werden (s. Kap. 6.4). Bemerkenswert ist, dass trotz des offenkundig geringeren Therapieeinsatzes und noch deutlich stärker auf Physiotherapie und Ergotherapie beschränkten Professionseinsatzes in den Bayerischen Einrichtungen gemessen am Barthel-Index keine relevant schlechteren Ergebnisse erkennbar sind.

## 6.4 Gespräche mit den Einrichtungen zu Auffälligkeiten

Nachfolgend werden Erkenntnisse aus Gesprächen mit Einrichtungen berichtet, die zur Klärung unerwarteter Ergebnisse in den Auswertungen der Basisdokumentation seitens des KCG mit diesen zwischen 2012 und 2018 begleitend geführt wurden. Schwerpunktmäßig wurden Einrichtungen befragt, deren Quote an Auffälligkeiten besonders hoch war.

### Indikationsauffälligkeiten

Die RE MoGeRe sehen als „exklusive“ Zugangsvoraussetzung zu Leistungen einer MoGeRe das Vorliegen mindestens eines von vier speziellen Indikationskriterien vor. Hierzu gehören 1. deutliche kognitive oder 2. verhaltensbezogene Beeinträchtigungen in der Regel im Rahmen von Demenzerkrankungen, sowie 3. erhebliche Kommunikationsbeeinträchtigungen mit etablierten Kompensationsstrategien im gewohnten Lebensumfeld und 4. schwere Hör- oder Sehbeeinträchtigungen mit einem angepassten Wohnumfeld (Kap. 5.2). 2018 erfüllten 20% der 1710 erfassten mobil Rehabilitierten keines dieser Kriterien. Zu dieser Thematik ergaben sich bei den Nachfragen in den Einrichtungen zwei Hauptgruppen von zu Rehabilitierenden, auf die dies zutraf.

---

<sup>9</sup> Die KG 5-Statistik weist nur den Anteil der Anschlussrehabilitationen an allen Rehamaßnahmen aus, aber nicht die Anteile weiterer Zugangswege.

Zum einen waren dies Fälle, in denen - oft mit expliziter Zustimmung der Kostenträger - über die in den RE MoGeRe genannten vier Kriterien hinaus die Rehabilitationsprognose ebenfalls nur bei Erbringung der Leistung im gewohnten Lebensumfeld als hinreichend positiv eingeschätzt wurde. Hierfür wurden bspw. genannt:

- Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Keimen, z.B. wenn zeitnah kein hierfür geeigneter stationärer Rehabilitationsplatz zur Verfügung stand oder wenn diese durch Isolation in der Klinik bereits eine Depression entwickelt hatten
- Immunsupprimierte Patientinnen und Patienten bspw. unter laufender Chemotherapie, um dem erhöhten Infektionsrisiko in Kliniken auszuweichen
- In ein Heimdialyseprogramm eingebundene Patientinnen und Patienten
- Patienten mit unzureichenden Deutschkenntnissen, bei denen eine hinreichende Kommunikation einen ständigen Dolmetscher in Form eines Angehörigen erfordert

Diese und weitere Beispiele sind bei Lübke 2019<sup>[6]</sup> zusammengestellt.

Zum anderen fanden sich im Kreis der mobil Rehabilitierten ohne Dokumentation eines der vier speziellen Indikationskriterien aber auch ein zunehmender Teil von Patientinnen und Patienten, die auf eigenen Wunsch, Wunsch Ihrer Angehörigen oder durch ein entsprechendes Angebot der Einrichtungen, z.T. sogar auf Initiative der Kostenträger MoGeRe auch außerhalb der strengen Indikationsbeschränkungen der RE MoGeRe, d.h. alternativ zu einer stationären Rehabilitation, erhielten. Hierzu wird unter der Auffälligkeit „Fallrekrutierung“ berichtet.

## Therapiedichte

Gemäß den RE MoGeRe<sup>[2]</sup> sind durchschnittlich mindestens zwei TE á 45 Minuten pro Behandlungstag zu erbringen. Als Therapieeinheiten sind hierbei alle durch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, (Neuro-)Psychologen oder Ernährungsberater erbrachten therapeutischen Interventionen inklusive Leistungen der rehabilitativen Pflege zu verstehen. Leistungen durch andere Berufsgruppen, sogenannte Leistungseinheiten des Rehabilitationsteams (z.B. Ärztin/Arzt, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter), sind bei Bedarf zusätzlich zu erbringen. Diese Regelung sollte vor allem hinsichtlich der Behandlungsintensität eine Abgrenzung zur einer vertragsärztlich verordneten Heilmittelerbringung (z.B. von Physio- oder Ergotherapie) gewährleisten. Die Daten der Basisdokumentation zeigen allerdings, dass diese Therapiedichte von den Einrichtungen zu 80% nicht erbracht wurde.

Einrichtungsseitig wurden hierfür eine oft geringe Belastbarkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für mehr als eine der relativ langen TE sowie deren beschränkte terminliche Disposition aufgrund einer Reihe anderweitiger Verpflichtungen (z.B. Besuch des ambulanten Pflegedienstes, erforderliche Arztbesuche) oder auch privater Termine der Patientinnen und Patienten wie ihrer Angehörigen geltend gemacht. Einige Einrichtungen wiesen auch darauf hin, dass die Zahl der Behandlungstage gemäß der Dokumentation auch Tage mit Leistungseinheiten der Berufsgruppe Arzt oder Sozialdienst umfasse. In der Regel sei ein zusätzliches Erbringen von TE an diesen Tagen nicht mehr möglich, was deren Zahl bezogen auf alle Behandlungstage unter den geforderten Wert von zwei TE pro Behandlungstag senke. Allerdings erreichten die gemäß den RE MoGeRe arbeitenden Einrichtungen auch bei einer Korrektur um „reine Arztbesuchstage“ bei einer durchschnittlichen Therapiedichte von 1,9 TE pro Behandlungstag nur in 20% ihrer Fälle die prinzipiell geforderten durchschnittlich zwei behandlingstäglichen TE. Nichtsdestoweniger werden dort aber doch pro regulär beendeter MoGeRe durchschnittlich 37,6 TE á 45 Minuten erbracht. Dies ist nicht zuletzt für die Vergütung der Leistung relevant, die dort pauschaliert pro TE erfolgt.

Noch anders stellt sich der behandlingstägliche Therapieumfang in den bayerischen Einrichtungen dar, deren Vergütungseinheit nicht die erbrachte TE, sondern der Behandlungstag ist. Für diesen ist vertraglich ein Therapieumfang von ein bis zwei TE in einem Therapiezeitkorridor von 45 bis 90 Minuten vereinbart. In den Gesprächen berichten diese Einrichtungen, dass aus logistischen Gründen dort



in der Regel nur eine Profession pro Tag, dafür aber „meist 60 Minuten z.T. auch länger“ therapiere. Bezogen auf die für die Basisdokumentation zugrunde gelegten mindesten 45-Minuten-TE ergibt sich hieraus formal meist nur eine TE pro Behandlungstag. Dies erklärt die durchschnittlich deutlich geringere Therapiedichte von behandlingstäglich nur 1,1 TE in Bayern gegenüber 1,9 in den anderen Bundesländern. Dass durch die zeitlich nicht exakt erfasste, hinter den jeweiligen TE liegende Therapiezeit Rückschlüsse auf den tatsächlich an den zu Rehabilitierenden erbrachten Therapieumfang schwierig sind, wurde bereits ausgeführt. Dennoch ist in den bayerischen Einrichtungen unter deren speziellen vertraglichen Vereinbarungen insgesamt von einem geringeren zeitlichen Therapeuteinsatz auszugehen.

## Fallrekrutierung

In einzelnen, insbesondere bayerischen Einrichtungen waren die Fallzahlen in den letzten Jahren weit überdurchschnittlich angestiegen. So erbrachte bspw. eine erst seit 2014 tätige Einrichtung 2018 mit 387 Fällen 22,6% aller in der Basisdokumentation erfassten mobilen Rehabilitationsleistungen (KCG 2019<sup>[35]</sup>). Angesichts der engen Indikationsvoraussetzungen gemäß der RE MoGeRe wurde auch hierzu das Gespräch mit den Einrichtungen gesucht. Hierbei wurde auch ein Teil mobiler Rehabilitationsmaßnahmen außerhalb der Indikationskriterien RE MoGeRe eingeräumt. Initiator seien z.T. Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige, die bei Ihrer Krankenkasse mobile statt stationäre Rehabilitation aktiv nachfragten, in zunehmendem Maße aber auch Leistungserbringer selbst - bspw. über ihre Sozialdienste oder entsprechende Flyer -, die mobile Rehabilitation als Alternative zu einer stationären Rehabilitation anböten und den Patientinnen und Patienten hierbei ein gewisses Wahlrecht einräumten. Bei entsprechendem Wunsch nach mobiler Rehabilitation würde ein solcher Antrag klinikseitig auch ohne die typischen Indikationskriterien gemäß RE MoGeRe gestellt und nach Auskunft der Einrichtungen von den Krankenkassen praktisch immer genehmigt. Z.T. erfolgten auch auf Veranlassung der Krankenkassen nach Rücksprache mit den Einrichtungen Umwidmungen stationärer geriatrischer Rehabilitationsanträge in mobile Rehabilitationsmaßnahmen. Auch hierbei dürften die insbesondere unter den in Bayern vereinbarten flexibleren Therapieumfängen zumeist deutlich niedrigeren Kosten der mobilen gegenüber der stationären geriatrischen Rehabilitation eine entscheidende Rolle spielen. Dieser Anreiz für die Kostenträger wird durch Hinweise seitens der Einrichtungen gestützt, dass die Krankenkassen hierbei i.d.R. primär eher weniger Behandlungstage für die mobile Rehabilitation bewilligten, die allerdings dann oft um einige Tage verlängert würden. Dies wird durch Ergebnisse der Basisdokumentation bestätigt, die in den bayerischen Einrichtungen eine geringere Anzahl genehmigter Behandlungstage sowohl ohne als auch mit erfolgten Verlängerungen im Vergleich zu den Einrichtungen in den anderen Bundesländern ausweist. Nach Einschätzung der bayerischen Einrichtungen werden bei Umwidmung stationärer in mobile Rehabilitation trotz des geringeren Therapieumfangs in der Regel aber vergleichbare Ergebnisse erzielt. Als Gründe hierfür wurden neben einer höheren Motivation der Patienten und einer besseren Einbindung der Bezugspersonen das konkrete alltagsrelevante Training im vertrauten Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten genannt (ebd. S. 78f u. S. 94f).

In weiterführenden Gesprächen auch mit dem Vorstand der BAG MoRe wurden als Patientengruppen, die mutmaßlich generell mehr von einer mobilen Rehabilitationserbringung als von einer stationären profitierten, insbesondere nachfolgende zwei Gruppen genannt:

- Versicherte, deren rehabilitatives Potenzial weniger in weiterer Restitution (also Wiedergewinn verlorenen Funktionen) als vornehmlich in Kompensation (also Ausgleich über andere Funktionen) und in Adaptation (also Anpassung von Kontextfaktoren) liegt und sich das Rehabilitationsziel daher im realen Wohnumfeld mutmaßlich schneller, zielgenauer und damit effizienter als in einer stationären Rehabilitation erreichen lässt
- Versicherte, die voraussichtlich weniger von intensiven als vielmehr längeren koordinierten Rehabilitationsmaßnahmen profitieren und häuslich versorgt werden können (z.B. bei Wundheilungsstörungen, Amputationspatienten, Patientinnen und Patienten mit stark verzögerter Rekonvaleszenz)

Demgegenüber profitierten von stationären geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen wohl mehr Patientinnen und Patienten, die auf hochfrequente Trainingstherapien, ein breites Therapeutespektrum, technisch/ ressourcenmäßig aufwändigen Therapiebedarf oder spezielle Hilfsmittel oder Heilmittelangebote (bspw. Laufbänder, Bewegungsbad etc.) oder Gruppenangebote bei sozialer Isolation und Vereinsamung angewiesen seien oder bei denen die familiären Unterstützungssysteme überfordert seien (Renz, Lübke 2019<sup>[29]</sup>, S. 31ff, 34f).

## 6.5 Zwischenfazit „Entwicklung MoGeRe gemäß Basisdokumentation“

Mobile geriatrische Rehabilitation stellt mit der jährlichen Basisdokumentation MoGeRe des KCG die am besten dokumentierte Rehabilitationsform der GKV dar. Zwölf Jahre nach der expliziten Aufnahme mobiler Rehabilitation in § 40 Abs. 1 SGB V im Jahr 2007 existieren bundesweit nur 15 Einrichtungen, die dieses Angebot mit insgesamt 1710 Leistungsfällen in 2018 erbracht haben. MoGeRe ist damit weit von einem flächendeckenden Rehabilitationsangebot entfernt.

MoGeRe wird zu 85% im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt erbracht. Die generell geringen Anteile von Rehabilitationsanträgen aus der vertragsärztlichen Versorgung wurden hierdurch bisher nicht erhöht. Das Angebot erreicht aber in deutlich höherem Maße als andere Rehabilitationssettings auch bereits pflegebedürftige Menschen und Heimbewohner nach SGB XI und erfüllt insofern die hieran geknüpften Erwartungen.

MoGeRe erweist sich gegenüber stationärer Rehabilitation als in der Regel zeitlich länger gestreckte, jedoch niederfrequenterer Rehabilitationsform. Hierbei werden die Vorgaben der RE MoGeRe von mindestens zwei TE á 45 Min pro Behandlungstag nur in 20% der Fälle erreicht. Flexiblere vertragliche Vereinbarungen, wie sie den Verträgen mit Einrichtungen in Bayern zugrunde liegen, führen zu einem noch geringeren Therapeuteinsatz. Da jedoch weder in der mobilen noch in der etablierten ambulanten oder stationären Rehabilitation eine zeitliche genaue Erfassung des an den Patienten und gegebenenfalls ihren Angehörigen erbrachten Therapieumfangs vorliegt, sind trotz ähnlicher Zahl an Behandlungstagen diesbezüglich keine belastbaren Vergleiche möglich.

Trotz der nach den RE MoGeRe hochselektionierten Patientengruppe, die entsprechend der Basisdokumentation zu 75% Menschen mit Demenz-bedingten Beeinträchtigungen ausweist, ist MoGeRe anhand der dokumentierten Assessmentbefunde auch bei dieser speziellen Zielgruppe wirksam. Der Zuwachs im BI zwischen Anfangs- und Endbefund liegt nur moderat unter Vergleichsdaten der stationären geriatrischen Rehabilitation und bei 75% der Rehabilitierten im als alltagsrelevant geltenden Bereich.

Auffällig ist ein in 2018 bei 20% liegender Anteil der Fälle, bei denen in der Basisdokumentation keines der nach den RE MoGeRe erforderlichen vier speziellen Indikationskriterien für eine MoGeRe vorlag. Auf Nachfrage bei den Einrichtungen lassen sich diese v.a. zwei Fallgruppen zuordnen: Fällen, in denen andere als die in den RE genannten Gründe Rehabilitationsfähigkeit resp. eine positive Rehabilitationsprognose ausschließlich im gewohnten Lebensumfeld erwarten lassen, sowie Fällen, in denen MoGeRe anstelle einer regelhaft indizierten stationären geriatrischen Rehabilitation beantragt und von den Kostenträgern genehmigt wurde. Seitens der Leistungsträger scheinen hierbei geringere Kosten bei möglicherweise geringerem Therapieeinsatz relevant zu sein. Die Leistungserbringer verweisen dennoch auf eine in der Regel einer stationären Maßnahme vergleichbare, mitunter sogar bessere und mutmaßlich nachhaltigere Erreichung der gesetzten Rehabilitationsziele. Sie führen dies neben der höheren Motivation der zu Rehabilitierenden zuhause auf das im konkreten Alltag und Lebensumfeld erbrachte Training und die tatsächliche Möglichkeit des Einbezugs von Bezugspersonen in den Rehabilitationsprozess zurück.

Insgesamt weist die Basisdokumentation hinsichtlich vieler Erhebungsmerkmale unterschiedliche Umsetzungskonzepte von MoGeRe in den bestehenden Einrichtungen aus, zeigt aber vor allem, dass sich hierbei unter Tolerierung der Leistungsträger bereits erweiterte Umsetzungsansätze von MoGeRe über die derzeitigen RE MoGeRe hinaus entwickelt haben.

## 7 Begleitende Entwicklungen zur Förderung Mobiler Rehabilitation

Mit einer Reihe von Maßnahmen versuchten die BAG MoRe, die Kostenträger und die Politik dem zögerlichen Ausbau des mobilen Rehabilitationsangebots eine stärkere Dynamik zu verleihen. Exemplarisch seien hierfür nachfolgend einige wesentliche Beispiele genannt.

### 7.1 Gründungsseminare

Die BAG MoRe unternimmt kontinuierlich Anstrengungen, mobile Rehabilitation gesundheitspolitisch zu thematisieren und neue Einrichtungen zu unterstützen. Gründungswillige Einrichtungen oder Personen werden im Rahmen von jährlich stattfindenden Gründerseminaren über die rechtlichen, wirtschaftlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen informiert und im Gründungsprozess begleitet (Siegert 2019, S. 8). An dieser Stelle kommen auch immer wieder die Schwierigkeiten, die sich in der Etablierung und Umsetzung von MoRe in der Praxis ergeben, zur Sprache.

Neben der durch die RE MoGeRe sehr begrenzten und damit quantitativ schwer kalkulierbaren Zielgruppe stellen in Zeiten ohnehin knapper therapeutischer Ressourcen die qualitativ hohen Personalanforderungen einen nur begrenzten Anreiz zum Aufbau einer ggf. ergänzenden mobilen geriatrischen Rehabilitationseinrichtung dar. Hinzu kommen nicht unbeträchtliche initiale Anlaufkosten bspw. für Fahrzeuge sowie der logistische Aufwand der mobilen Leistungserbringung und der Unterhalt des Fuhrparks. Dem stehen teils lang andauernde Verhandlungen mit den Kassenverbänden auf Landesebene über die Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen und nicht zuletzt die Frage der Vergütung dieser Leistungsform gegenüber (Lübke, Schmidt-Ohlemann 2014<sup>[8]</sup>, S.24). Hierbei sind oft die gleichen Verhandlungspartner an einem Tisch, die sich früher oder später in anderem Kontext über das Budget bspw. für die geriatrische Frührehabilitation oder die Vergütungssätze der geriatrischen Rehabilitation des gleichen Trägers auseinandersetzen. Sich dabei besonders für dieses (noch) kleine und für das Gesamtunternehmen wirtschaftlich geringer bedeutsame Versorgungssegment MoRe zu engagieren, erfordert eine hohe Motivation - besonders, wenn seitens der Kostenträger dann auch noch Kompensationen in anderen Leistungsbereichen eingefordert werden (Siegert 2019<sup>[39]</sup>, S. 10).

Es wird in den Gründungsseminaren aber auch auf die Vorteile einer MoRe bspw. als Optimierung des Portfolios innerhalb eines Versorgungsnetzes hingewiesen - etwa die Möglichkeit als Betreiber eines Akutkrankenhauses unter Einsatz eines mobilen Rehabilitationsdienstes Patientinnen und Patienten schneller in eine eigene Pflegeeinrichtung verlegen zu können, die sich über die MoRe wiederum mit ihrem Rehabilitationsangebot profilieren kann (ebd. S. 10).

### 7.2 Umsetzungsempfehlungen

Nachdem sich auch nach 2007 nur wenige mobile Rehabilitationseinrichtungen etablierten, wurden die RE MoGeRe zum 01.05.2010 vom GKV-Spitzenverband erneut unter Beteiligung der gleichen Partner durch so genannte „Umsetzungshinweise / Übergangsregelungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation“<sup>[4]</sup> ergänzt. Diese sollten einige der Probleme, die sich bei der Umsetzung der mobilen Rehabilitation in der Praxis gezeigt hatten, ausräumen und so den Aufbau weiterer Einrichtungen fördern. So wurden hierin Hinweise zur Beantragung, zügigen Bearbeitung und Genehmigung der Zulassung von Einrichtungen für dieses Leistungsangebot gegeben. Einrichtungen, die mobile Rehabilitation in Anbindung an eine bestehende stationäre oder ambulante Rehabilitationseinrichtung aufbauen wollen, wurde für eine Übergangsfrist gestattet, das dort bereits beschäftigte Personal flexibel in die mobile Rehabilitation einzubinden, um den Personalschlüssel schrittweise der Auslastung anzupassen. Ferner wurde z.B. bei Patientinnen und Patienten, für die nach einer Krankenhausbehandlung die Indikation für eine mobile Rehabilitation besteht, die Entlassung aber nur über eine Kurzzeitpflegeeinrichtung erfolgen kann, die Möglichkeit eingeräumt, kleinere Teile der mobilen Rehabilitation bereits in der Kurzzeitpflege zu beginnen. Auch generelle Verfahrenshinweise zu einer beschleunigten Bearbeitung von Anträgen auf eine MoGeRe-Leistung waren enthalten.

### 7.3 Zulassung indikationsspezifischer mobiler Rehabilitation

Am 05.04.2016 verabschiedeten der GKV-SV und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene ein wiederum unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes sowie der BAG MoRe erarbeitetes Eckpunktepapier für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation<sup>[3]</sup>. Hierin entfällt gegenüber den RE MoGeRe die Voraussetzung, dass es sich bei den Rehabilitierten um geriatrische Patientinnen oder Patienten handeln muss. Leistungsumfang und Leistungsdauer, die kontextbezogenen Voraussetzungen, die Leistungsbewilligung sowie die Anforderungen an Personal, Ausstattung und Qualitätssicherung entsprechen abgesehen von kleineren Ergänzungen der für die Therapien einsetzbaren Professionen und wenigen indikationsspezifischen Ergänzungen zu den Qualitätsanforderungen an die jeweilige ärztliche Leitung denen der RE MoGeRe. Auch hier wurde eine Basisdokumentation der erbrachten Behandlungsfälle vorgesehen. Die eine mobile Rehabilitation begründenden vier speziellen Indikationskriterien (erhebliche Schädigungen kognitiver oder verhaltensbezogener Funktionen oder angepasstes Wohnumfeld bei bestimmten sensorischen oder kommunikativen Beeinträchtigungen) wurden um drei weitere ergänzt. Diese betreffen erhebliche Schädigungen neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen, erhebliche Schädigungen kardiovaskulärer und das Atemsystem betreffender Funktionen sowie angeborene oder erworbene Mehrfachbehinderungen. Maßgeblich ist hierbei jeweils, dass die Schwere der resultierenden Beeinträchtigungen die umfassende Anwesenheit eines Angehörigen, einer Bezugsperson oder einer Assistenzkraft zur aktiven Unterstützung und Förderung der Rehabilitation in einem Maße voraussetzt, das nur im gewohnten Wohnumfeld zu leisten ist.

Damit halten auch diese Eckpunkte trotz Erweiterung des Indikationsspektrums an dem Exklusivitätsvorbehalt für MoRe fest, dass mobile Leistungen nur in Fällen erfolgen können, in denen die Rehabilitationsfähigkeit und eine hinreichend positive Prognose ausschließlich bei Erbringung der Leistung im gewohnten Lebensumfeld gegeben ist. Unter diesen Rahmenbedingungen sind bis zum 31.10.2019 keine neuen derartigen mobilen indikationsspezifischen Einrichtungen entstanden resp. Behandlungsfälle in die entsprechende Basisdokumentation eingeflossen.

### 7.4 MoGeRe-Förderprogramm in Bayern

Seit 2015 hat das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege ein Programm zur „Förderung der Anfangsphase von Leistungserbringern der mobilen geriatrischen Rehabilitation“<sup>[46]</sup> aufgelegt. Das Ministerium bekundet hierin ein erhebliches Interesse des Freistaates Bayern am Aufbau der mobilen geriatrischen Rehabilitation. Trägern, die einen entsprechenden Versorgungsvertrag abschließen oder denen ein solcher zumindest schriftlich in Aussicht gestellt wurde, erhalten im Wege der Projektförderung als so genannte Fehlbedarfsfinanzierung in einer Anfangsphase von 12 Monaten einen Zuschuss für den Aufbau von MoGeRe-Teams in Höhe von maximal 25.000 Euro je Team. Diese Förderung wurde auch von Einrichtungen genutzt. So sind 2019 sechs der für die Basisdokumentation MoGeRe Daten liefernden Einrichtungen in Bayern gelegen.

### 7.5 Begleitforschung

Eine weitere Art der Förderung erfuhr die Mobile Rehabilitation durch Ausschreibung eines Forschungsvorhabens „Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfes und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege“ 2014 durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Das Projekt wurde im Frühjahr 2018 mit einem umfangreichen Abschlussbericht beendet<sup>[40]</sup>. Zusammenfassend wurde bei mehr als jedem fünften Pflegeheimbewohner (22,7%) Rehabilitationsbedarf identifiziert, bei Gästen der Kurzzeitpflege lag dieser Anteil bei einem knappen Drittel (32,6%), bei Aufnahme in diese nach einem Krankenhausaufenthalt sogar bei 44,4%. Die Anteile derjenigen, für die sich allerdings eine Zustimmung für eine Rehabilitation in einer externen ambulanten oder stationären Einrichtung erzielen ließ, waren besonders in der Langzeitpflege gering. So wurde im Hinblick auf Zustimmung und Motivierbarkeit für durchschnittlich

18,7% der Pflegeheimbewohner Bedarf für eine *mobile* Rehabilitation gesehen (hiervon zu über 90% auch gemäß den derzeitigen Kriterien der RE MoGeRe), in der Kurzzeitpflege waren es 15,2%, nach Krankenhausaufenthalt 21,1%. Auch diese Zahlen unterstreichen den flächendeckenden Mehrbedarf dieses Rehabilitationsangebots.

Daneben erschienen seit 2007 weitere Publikationen, die Ergebnisse aus einzelnen mobilen Rehabilitationseinrichtungen berichten. Hierbei handelt es sich aber weiterhin um Beobachtungsstudien mit relativ kleinen Fallzahlen, z.T. allerdings katamnestischen Nachuntersuchungen bis zu sechs Monaten, die die prinzipielle Wirksamkeit und Nachhaltigkeit mobiler Rehabilitation bei unterschiedlichen Zielgruppen z.B. Behinderten der kreuznacher diakonie (Schulz M et al. 2008<sup>[31]</sup>) oder funktionell schwer beeinträchtigten Patientinnen und Patienten (Schulz R et al. 2013<sup>[41]</sup>) stützen, weiterhin jedoch ohne diese in einem kontrollierten Design zu belegen.

## 7.6 Zwischenfazit „Begleitende Entwicklungen“

Die BAG MoRe ist bis heute mit Gründungsseminaren und Beratung werbend und unterstützend für den Aufbau mobiler Rehabilitationsstrukturen tätig. Die dennoch bis heute geringe Verbreitung wird anbieterseitig v.a. auf zähe Vertrags- und Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern für ein relativ kleines Versorgungsegment bei einer durch den Exklusivitätsvorbehalt der RE MoGeRe erheblich beschränkten Zielgruppe und demgegenüber hohen initialen Investitionskosten, hohen Qualifikationsanforderungen an ohnehin immer schwerer zu findendes Personal und die logistischen Erbringungsanforderungen der MoRe zurückgeführt. Hieran setzten auch die 2010 in Kraft getretenen, einen Teil der Verfahrensabläufe erleichternden Umsetzungsempfehlungen des GKV-SV sowie die Eckpunkte für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation 2016 an, die die Ausweitung mobiler Rehabilitation auch über geriatrische Patienten hinaus öffnete, allerdings weiterhin unter Beibehalt des Exklusivitätsvorbehaltes, der MoRe nur in Fällen zulässt, in denen eine einrichtungsgebundene ambulante oder stationäre Rehabilitation nicht möglich ist. Auch unter diesen Maßnahmen ist es allerdings weder zu einer auch nur annähernd flächendeckenden Anzahl von MoGeRe-Einrichtungen noch neuen mobilen indikationsspezifischen Einrichtungen gekommen. Am effektivsten scheint noch das Programm einer staatlichen Anschubfinanzierung in Bayern gewirkt zu haben, wo derzeit sechs der aktuell 17 MoGeRe-Einrichtungen liegen.

Ferner erschienen weitere Publikationen unkontrollierter Beobachtungsstudien aus einzelnen MoRe-Einrichtungen, die deren Wirksamkeit und Nachhaltigkeit bei verschiedenen Zielgruppen stützen sowie eine Studie im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums, die relativ hohe ungedeckte Bedarfe an Rehabilitation bei Pflegeheimbewohnern identifiziert, die aber im Hinblick auf die Umsetzungsbereitschaft der Bewohner weitgehend nur über MoGeRe gedeckt werden könnten.

## 8 Diskussion

Mit der MoGeRe liegt seit 2007 auch eine deutsche Variante eines international durchaus verbreiteten und auch in Studien untersuchten zugehenden Rehabilitationssettings vor. Dennoch erfuhr dieses Angebot bis heute nur eine sehr begrenzte Ausbreitung. Ursachen hierfür werden nachfolgend auf Basis der in den vorangehenden Abschnitten zur Entwicklung der MoGeRe dargelegten Bedingungen und Daten unter den zwei Kernaspekten Hemmnisse und Bedarfe diskutiert.

### 8.1 Hemmnisse einer zügigeren Angebotserweiterung

In Kap. 7.1 wurden die von den Leistungserbringern benannten Gründe für die zögerliche Entwicklung einer mobil-rehabilitativen Infrastruktur in Deutschland dargelegt. Hierbei spielen einmal die sachlichen Implementierungsaufwände angefangen vom immer schwerer zu rekrutierendem qualifizierten, v.a. therapeutischen Personal bis zum Fuhrpark, zugleich aber die oft zähen Verhandlungen mit den Kostenträgern um Verträge und Vergütungen, teils verbunden mit Kompensationsforderungen in anderen Leistungssektoren eine Rolle. Teilaspekte davon, wie die schwierige, immer noch durch jede Einrichtung einzeln auszuhandelnde Vergütung oder die Personalknappheit betreffen die gesamte Rehabilitation, fallen aber für ein wirtschaftlich eher kleines Versorgungssegment wie die MoRe stärker ins Gewicht.

Ein zentrales Element, das der wirtschaftlichen Kalkulierbarkeit einer solchen Einrichtung entgegensteht, ist der von Anfang an über die RE MoGeRe implementierte Exklusivitätsvorbehalt für dieses Leistungsangebot, also die Indikationsbeschränkung auf eine eng begrenzte Zielgruppe von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die vom Zugang zu den etablierten ambulanten und stationären Rehabilitationssettings ausgeschlossen ist. Wenngleich die Umsetzungspraxis in den Einrichtungen gezeigt hat, dass dieser Vorbehalt von Seiten einzelner Kostenträger nicht überall in gleicher Konsequenz umgesetzt wird, macht die Rekrutierung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Abhängigkeit von der Strenge der Indikationsprüfungen durch Kassensachbearbeiter oder MDK-Gutachter die Auslastung schwer kalkulierbar und bei einem logistisch naturgemäß begrenztem Einzugsgebiet umso risikoreicher, je dünner die regionale Besiedlung ist.

Wesentlicher Grund für diesen Exklusivitätsvorbehalt war sicher die Sorge der Kostenträger vor der nicht steuerbaren Eskalation einer wegen der zusätzlichen sachlichen und personellen Ressourcenaufwände für eine zugehende Leistungserbringung als besonders teuer eingeschätzten Form der rehabilitativen Leistungserbringung. Hier bot die Gesetzesbegründung, dass mit dem neuen Angebot Rehabilitationschancen für Menschen eröffnet werden sollten, die diese bisher nicht hatten, eine Möglichkeit zur Begrenzung der neuen Leistung, die restriktiv genutzt wurde.

Auffällig ist, dass sich auch seitens der BAG MoRe hiergegen über Jahre allenfalls verhaltener Widerstand artikuliert hat. Es wurde zwar konzeptionell beschrieben, dass es bei der Wahl des Rehabilitationssettings um sehr individuelle und in hohem Maße vom jeweiligen Rehabilitationsziel sowie von persönlichen und weiteren Kontextfaktoren abhängige Entscheidungen geht, für die sogar ein Rehabilitationskonsil durch mit MoRe vertraute Ärztinnen oder Ärzte gefordert wurde (Diakonisches Werk 2008<sup>[15]</sup>, S.32f). Ebenso wurden schon lange über die geriatrische MoRe hinaus weitere mobile Rehabilitationsangebote zur Diskussion gestellt (von MoRe für chronisch psychisch erkrankte Menschen, für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung, weitere indikationsspezifische Angebote bis hin zu einer fachübergreifenden so genannten komprehensiven Rehabilitation, ebd. S. 18ff). Dennoch wurde auch in diesen Publikationen immer wieder auf eine Ausrichtung des Angebots auf spezifische Bedarfe von Zielgruppen, die bisher kaum Rehabilitationschancen hatten, zurückgegriffen (ebd. S.11). Diese vorsichtige Positionierung der anbieterseitigen Interessensvertreter der MoRe mag einerseits der Sorge entsprungen sein, ansonsten angesichts der Positionen der Kostenträger gar keine Implementierungschancen zu sehen, andererseits auch dem Interesse entspringen, etablierte Versorgungsstrukturen durch MoRe nicht in ihrer Existenz in Frage zu stellen und damit Widerstand in den Reihen



rehabitativer Trägerverbände zu provozieren, was perspektivisch nicht auszuschließen ist. Hierzu passend wird bis heute der additive Charakter von MoRe betont (Siegert 2019<sup>[39]</sup>, S. 11).

Hierbei rückt in der Diskussion allerdings der im Hinblick auf eine patientenorientierte Versorgung wichtige Aspekt in den Hintergrund, ob und gegebenenfalls in welchen Fällen MoRe gegenüber insbesondere stationärer Rehabilitation zwar keine exklusive aber möglicherweise eine bessere und angemessenere Option rehabilitativer Versorgung darstellen könnte. Dieser Frageansatz würde auch der Verpflichtung der Kostenträger gemäß § 36 Abs. 2 Satz 1 SGB IX entsprechen, der festlegt, dass die Auswahl von Einrichtungen für die Ausführung von Rehabilitationsleistungen durch die Rehabilitationsträger danach erfolgt, „*wer die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt*“.

Demgegenüber wäre angesichts des Exklusivitätsvorbehalts der RE MoGeRe durchaus die Frage nach deren Vereinbarkeit mit § 40 Abs. 1 und 2 zu stellen. Dort ist für die Erbringung medizinischer Rehabilitation der Vorrang ambulanter Rehabilitation, welche mobile Rehabilitationsleistungen explizit einschließt, festgelegt. Insofern könnte man den Exklusivitätsvorbehalt der RE MoGeRe (auch) gegenüber stationärer Rehabilitation als ein Unterlaufen dieses Vorrangs interpretieren. Auch dieser Aspekt wird von Vertretern der BAG MoRe allerdings eher leise als Neben aspekt ihrer Positionierungen formuliert (Diakonisches Werk 2008<sup>[15]</sup>, S. 9f., Siegert 2019<sup>[39]</sup>, S. 10).

Indem an einer exklusiv „richtigen“ Zuordnung bestimmter Rehabilitandengruppen zu einer bestimmten rehabilitativen Erbringungsform festgehalten wird, schließt eine konsequente Anwendung des Exklusivitätsvorbehalts der RE MoGeRe aber auch aussagekräftige, kontrollierte, settingvergleichende Studiendesigns zur Überprüfung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit mobiler gegenüber etablierten stationären Rehabilitationsformen aus. Diese wären aber für perspektivisch durchaus weitreichende Versorgungsentscheidungen notwendig. Das Festhalten an „richtigen“ Zuordnungen bestimmter Rehabilitandengruppen zu einer bestimmten rehabilitativen Erbringungsform könnte sich zwar prinzipiell durchaus als angemessen erweisen, insofern möglicherweise tatsächlich zielgenau bestimmte Personen bestimmten Rehabilitationsangeboten „bedarfsgerecht“ zugeordnet werden könnten. Dies sollte aber auf Grundlage entsprechender Studienevidenz erfolgen und diese sollte nicht durch den a priori wechselseitigen Ausschluss anderweitiger rehabilitativer Erbringungsformen verunmöglicht werden (Kap. 9.2).

## 8.2 Patientenorientierte Bedarfsperspektive

Die bisherige Entwicklung mobiler Rehabilitation war deutlich von der Frage dominiert, was an rehabilitativen Leistungen auch in den bestehenden ambulanten und stationären Einrichtungsstrukturen erbringbar ist oder nicht und somit angebotsorientiert und strukturkonservativ geprägt. Für das neue Angebot musste aus dieser Perspektive eine mit den bestehenden Strukturen nicht zu rehabilitierende „unterversorgte“ Zielgruppe definiert werden. In den Hintergrund rückte dabei die Frage, ob das mobile Setting für bestimmte Zielgruppen in bestimmten Konstellationen oder bei bestimmten Teilhabezielen möglicherweise *bessere* Ergebnisse erzielen könnte als die etablierten einrichtungsbezogenen rehabilitativen Settings, mithin also eine stärker an den individuellen Bedarfen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden orientierte Perspektive.

Die Umsetzungspraxis der bisherigen MoGeRe-Einrichtungen und zwischenzeitliche Studienergebnisse haben diesbezüglich nicht nur Hinweise auf weitere „unterversorgte“ Zielgruppen, sondern auch auf potenzielle Mehrbedarfe an zugehender Rehabilitation über den strengen Exklusivitätsvorbehalt der derzeitigen RE MoGeRe hinaus gegeben. Insofern wären Erweiterungsbedarfe zu diskutieren, die sich in drei Stufen abgrenzen lassen, wobei es je nach Perspektive auch zwischen diesen Stufen fließende Übergänge geben mag:

1. Erweiterungsbedarf um bisher unberücksichtigte Indikationen, die aber im Sinne des derzeitigen Exklusivitätsvorbehalts ebenfalls ausschließlich bei einer MoRe die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose als gegeben erscheinen lassen

Hierzu zählen die Beispiele, die von MoGeRe-Einrichtungen in Gesprächen über fehlende Indikationskriterien gemäß den RE MoGeRe in der Basisdokumentation genannt wurden (multiresistente Keimbesiedlung, immunsupprimierte Patienten, kontinuierlicher Dolmetscherbedarf u.a.m.).

2. Erweiterungsbedarf um die Berücksichtigung von Patientenbedürfnissen und Versorgungsrealitäten, also eine Art relativem Exklusivitätsvorbehalt, bei dem zwar prinzipiell auch eine einrichtungsgebundene Rehabilitation ambulant oder stationär denkbar wäre, diese aber aufgrund faktischer Gegebenheiten – seien diese in der Persönlichkeit der zu Rehabilitierenden oder den real existierenden Versorgungsstrukturen gelegen – nicht realisierbar ist

Hierauf geben Beispiele v.a. aus bayerischen Einrichtungen Hinweise, dass insbesondere alte und pflegebedürftige Menschen bspw. nach längeren vorangehenden Krankenhausaufenthalten oft sehr erleichtert sind, wieder in ihrer vertrauten Umgebung zu sein. Oft bestehen bei diesen Menschen Ängste, diesen Sicherheit und Orientierung bietenden Bezugsrahmen (erneut) verlassen zu müssen oder ihnen in diesem Umfeld verbliebene Chancen auf Selbstbestimmung und Teilhabe in der fremden Umgebung einer Rehabilitationseinrichtung zunächst wieder mit ungewisser Perspektive preisgeben zu müssen. Hierbei können eine Vielzahl kleiner, für die Lebensqualität oft aber entscheidender Aspekte ausschlaggebend sein (von der Freude am Garten, über den Kontakt zu geliebten Haustieren, Enkelkindern, ggf. die Sorge für weitere Angehörige, die Auswahl des Essens nach eigenem Geschmack, der selbstbestimmte Tagesrhythmus oder die freie Auswahl des Fernsehprogramms). Auch die Ergebnisse der Studie zum Rehabilitationsbedarf von Pflegeheimbewohnern<sup>[40]</sup> (Kap. 7.5) und noch unveröffentlichte Ergebnisse einer Studie der Universität Halle im Auftrag des GKV-SV zur Ursache der bei unter 25% liegenden Umsetzungsquote der Rehabilitationsempfehlungen, die von den Gutachtern des MDK im Rahmen der Pflegebegutachtung gegeben wurden<sup>[42]</sup>, stützen den Wunsch vieler Pflegebedürftiger nach einer zugehenden rehabilitativen Leistungserbringung resp. den Verzicht bzw. die Ablehnung einer Rehabilitation, wenn hierfür das gewohnte Lebensumfeld verlassen werden muss. In der Praxis besteht hier sicher auch ein fließender Übergang von der Einräumung eines generellen Wunschrechts bis zur Ablehnung einzelner Erbringungsformen.

Möglicherweise wären unter diesen Erweiterungsbedarfen auch zusätzliche Zielgruppen zu diskutieren, wie sie im Positionspapier des Diakonischen Werkes 2008<sup>[15]</sup> genannt werden (z.B. chronisch psychisch erkrankte Menschen oder Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung), für die es bisher keine für deren spezifische Bedarfe geeigneten stationären Rehabilitationsangebote gibt oder solche Angebote möglicherweise auch einer nachhaltigen Wirksamkeit entgegenstünden, was bereits einen fließenden Übergang zum nächsten Erweiterungsbedarf darstellte.

3. Erweiterungsbedarf um die Berücksichtigung einer möglicherweise besseren, angemesseneren, also bspw. wirksameren, nachhaltigeren und/oder effizienteren Erreichung der Rehabilitationsziele im gewohnten Lebensumfeld als in einer stationären Einrichtung<sup>10</sup>

Die RE MoGeRe<sup>[2]</sup> selbst beschreiben auf S. 6f. eindrucksvoll die besonderen Vorteile dieser Form der rehabilitativen Leistungserbringung:

*Das Rehabilitationsassessment zur Erstellung des individuellen Rehabilitationsplans kann deshalb die person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren optimal erfassen. Es können negative Einflüsse durch die fremde Umgebung oder die Beeinträchtigung der Rehabilitation durch ungewohnte, fremde oder fehlende Alltagsroutinen vermieden werden. Der Alltag mit seinen Anforderungen an die alltägliche praktische Lebensführung wird selbst zum Übungs- und Trainingsfeld, ohne dass Transferprozesse für den Rehabilitanden notwendig werden. Hilfsmittel, gewohntes oder ständiges Wohnumfeld und Assistenz der Angehörigen/Bezugspersonen können optimal einbezogen werden und für eine nachhaltige Rehabilitation im Sinne des Kompetenzerwerbs und der Förderung der Teilhabe genutzt werden. Die Behandlungen werden*

---

<sup>10</sup> MoRe wird vom Autor derzeit primär als Alternative zu stationären geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen erwogen. Den Schwerpunkt einrichtungsgebundener ambulanter geriatrischer Rehabilitation sieht er eher in einer Zielgruppe, bei der durch früheren Einsatz rehabilitativer Maßnahmen der Eintritt von Pflegebedürftigkeit noch gänzlich vermieden oder hinausgezögert werden kann (vgl. Renz, Lübke 2019<sup>[29]</sup>).



*in den normalen Tagesablauf eingepasst. Es entfallen belastende Transporte und Barrieren im Wohnumfeld können abgebaut werden. Das soziale Umfeld lernt den praktischen Umgang des Rehabilitationsteams mit dem Patienten u.a. auch in der Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und in kommunikativ schwierigen Situationen kennen. Das Lernen am Modell wird erleichtert und die Beratung kann handlungsorientiert erfolgen. Die Einheit von Behandlung, Beratung, Erprobung und die Integration in den Alltag ist eine besondere Stärke mobiler geriatrischer Rehabilitation. Der Rehabilitationsprozess kann dabei flexibel an das Leistungsvermögen und die Ressourcen des Patienten angepasst werden.*

Praktische Umsetzungserfahrungen einzelner MoGeRe-Einrichtungen bestätigen diese bereits konzeptionell plausiblen Vorteile einer Rehabilitation im gewohnten Lebensumfeld auch unabhängig davon, ob die Rehabilitation auch stationär erbracht werden könnte und verweisen darüber hinaus auf eine oft höhere Motivation der mobil Rehabilitierten, da ihnen der Nutzen der Maßnahme für Ihren weiteren Lebensalltag unmittelbar anschaulich wird. Sie berichten ferner, dass die Ergebnisse trotz in der Regel geringerer mobiler Therapieumfänge denen einer stationären Maßnahme vergleichbar, oft so sogar besser und wegen des Trainings im Lebensalltag mit Einbezug aller konkreten dortigen Herausforderungen und gegebenenfalls unter Einschluss der Bezugspersonen mutmaßlich nachhaltiger seien. In vielen Fällen scheint dies – zumindest bei der Zielgruppe älterer und pflegebedürftiger Menschen – auch die Grenzen dieses Ansatzes durch die Beschränkung in mobil einsetzbarer rehabilitativer Technik, Geräten und Methoden sowie eine eher geringere praktisch umsetzbare Therapiedichte mehr als zu kompensieren.

Nicht zuletzt würden die Ziele in der Regel mobil deutlich kostengünstiger erreicht als im Rahmen einer durchschnittlichen geriatrisch stationären Rehabilitationsmaßnahme, was die Tolerierung entsprechender Maßnahmen auch über die RE MoGeRe hinaus seitens der Kostenträger erklären dürfte. Dies erscheint angesichts der in einer stationären Rehabilitation täglich, auch an Feiertagen und Wochenenden, anfallenden Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Pflege, denen in der mobilen Rehabilitation primär nur die logistischen und personellen Ressourcen für die Fahrten zu erbrachten Therapieeinheiten gegenüberstehen, plausibel. Es entspricht ferner Intension und Ergebnissen internationaler Studien zu mobiler rehabilitativer Leistungserbringung im Vergleich mit verschiedenen Settings einrichtungsgebundener Rehabilitationsformen, die stets unter der Perspektive einer kostengünstigeren, mindestens ebenso effektiven und mit größerer Patientenzufriedenheit verbundenen Rehabilitationsform gegenüber stationärer Rehabilitation durchgeführt wurden (Lübke 2015<sup>[10]</sup>, S. 143ff).

Es war festzustellen, dass in der realen Umsetzungspraxis mobiler Rehabilitation alle drei Erweiterungsbedarfe über die Indikationsbeschränkungen der derzeitigen RE incl. der ergänzenden Eckpunkte für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation hinaus erkannt und diesen auch schon in unterschiedlichem Umfang mit Tolerierung, vereinzelt sogar auf Initiative der Kostenträger entsprochen wurde. Für entsprechend erweiterte Indikationsstellungen scheint es hiernach einen deutlichen Bedarf zu geben.

Ist man bereit, die Option einer möglicherweise auch *besseren* rehabilitativen Versorgung durch eine mobile gegenüber einer stationären Rehabilitation in der Indikationsstellung zu berücksichtigen, stellt sich die Frage, welche Angebote denn für welche Zielgruppen resp. unter welchen Rahmenbedingungen potenziell zu besseren Ergebnissen führen. Hier ist zunächst davon auszugehen, dass es durchaus gut begründete Zuordnungen ausschließlich zur einen oder anderen Erbringungsform gibt, wie sie auch jetzt schon plausibel und zurecht bspw. in der Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation des GKV-SV und der Medizinischen Dienste<sup>[1]</sup> niedergelegt sind. Dies betrifft z.B. noch bestehenden ständigen Überwachungsbedarf oder eine ambulant (noch) nicht sichergestellte Versorgung als Kriterium einer stationären Rehabilitation oder im Sinne der RE MoGeRe das zwingende Angewiesensein auf das gewohnte Umfeld als Kriterium für eine MoRe. Darüber hinaus wird es aber eine erhebliche Zahl von Fällen geben, in denen auch unter Berücksichtigung dieser Kriterien prinzipiell beide Erbringungsformen möglich wären. Hierunter wird sich allerdings nach bisherigen Erfahrungen und Studienhinweisen - insbesondere unter alten und pflegebedürftigen Menschen - eine zahlenmäßig nicht unbedeutende Gruppe von Menschen mit Rehabilitationschancen (im Sinne sozialmedizinisch erfüllter Rehabilitationsindikationskriterien) finden, die rehabilitativen Maßnahmen nur

zuzustimmen bereit sind, wenn diese für sie nicht mit dem Verlassen ihres gewohnten Lebensumfeldes verbunden sind. Im erweiterten Sinne könnten auch diese Patientinnen und Patienten – bereitschaftsbedingt – als nur in ihrem gewohnten Lebensumfeld rehabilitierbar angesehen werden. Von den Patientengruppen, die auch unter Berücksichtigung dieses Aspektes noch beiden Rehabilitationssettings zugänglich sind, kommen unter Berücksichtigung der Einschätzungen und Erfahrungen einzelner Einrichtungen, die beide Erbringungsformen anbieten, für eine mobile anstelle einer stationären Leistungserbringung insbesondere in Betracht:

- Versicherte, deren rehabilitatives Potenzial weniger in weiterer Restitution (also Wiedergewinn verlorenen Funktionen) als vornehmlich in Kompensation (also Ausgleich über andere Funktionen) und in Adaptation (also Anpassung von Kontextfaktoren), liegt und sich das Rehabilitationsziel daher im realen Wohnumfeld mutmaßlich schneller, zielgenauer und damit effizienter als in einer stationären Rehabilitationsmaßnahme erreichen lässt resp. die die besonderen Vorteile stationärer Rehabilitation gar nicht nutzen können oder schwerstbehinderte Menschen, deren Teilhabeoptionen voraussichtlich dauerhaft wesentlich in und aus ihrem gewohnten Lebensumfeld heraus realisiert werden müssen
- Versicherte, die voraussichtlich weniger von intensiven als von sich über einen längeren Zeitraum erstreckenden Rehabilitationsmaßnahmen profitieren und häuslich versorgt werden können.

Mutmaßlich unverändert eher von einer stationären geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme werden mutmaßlich v.a. profitieren:

- Versicherte mit Bedarf an einem besonders hochfrequenten Therapieangebot
- Versicherte mit Bedarf an besonderen, mobil nicht einsetzbaren Therapieangeboten (wie bspw. Bewegungsbad, nicht transportablen Trainingsgeräten bspw. gewichtsentlastenden Laufbändern o.ä.)
- Versicherte, die vor allem aufgrund ihrer sozialen Situation wesentlich von Maßnahmen in Gemeinschaft mit anderen profitieren.

Zusammenfassend steht zu vermuten, dass MoGeRe unter den Indikationsbeschränkungen der geltenden RE wesentliche Vorteile mobiler rehabilitativer Leistungserbringung (von konkreten alltagsrelevanten Trainingsbedingungen im realen Lebensumfeld, der Möglichkeit des direkten Einbezug von Bezugspersonen bis zu höherer Motivation) einem erheblichen Teil sich dieses Angebot wünschender und/oder hiervon potenziell stärker als von einer stationären Rehabilitation profitierenden Menschen vorenthält. Die RE MoGeRe<sup>[2]</sup> tun dies, obwohl sie in ihrer Präambel ausdrücklich feststellen, dass *Rehabilitationsleistungen so ausgerichtet sein [müssen], dass sie die rehabilitationsbedürftigen alten Menschen tatsächlich erreichen, von ihnen akzeptiert werden und die Kontextfaktoren mit einbeziehen*. So sinnvoll diese Präambel im Hinblick auf die inzwischen gewonnenen Erfahrungen erscheint, so zögerlich erfolgt immer noch die Infragestellung der grundsätzlichen Rechtmäßigkeit des Exklusivitätsvorbehalts für die Erbringung mobiler Rehabilitationsleistungen in den derzeitigen RE MoGeRe.

Hierbei sollte im Interesse der Patientinnen und Patienten weniger die prinzipielle Vorrangigkeit ambulanter vor stationären Rehabilitationsmaßnahmen leistungsentscheidend sein, wie sie vom Gesetzgeber in § 40 Abs. 1 und 2 SGB V eher unter Aspekten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung festgelegt worden sein dürfte, als der Anspruch des § 36 Abs. 2 Satz 1 SGB IX auf die Auswahl derjenigen Einrichtung, die die Rehabilitationsleistungen in der *am besten geeigneten Form* ausführt.

## 9 Ausblick

### 9.1 Optionen zur Verbreiterung des Angebots Mobiler Rehabilitation

Alle Überlegungen, welche Angebotsstrukturen für welche Zielgruppen unter welchen Rahmenbedingungen und Zuweisungsindikationen die am besten geeigneten Rehabilitationsformen darstellen, laufen ins Leere, wenn es regional keine entsprechenden Versorgungsstrukturen gibt. Es wird daher zunächst darum gehen, mobile Rehabilitationseinrichtungen rascher als bisher in die Fläche zu bringen. Neben Anschubfinanzierungen, wie sie offensichtlich mit Erfolg vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege angeboten werden (Kap. 7.4) wären ordnungspolitisch - ohne Anspruch auf Vollständigkeit – z.B. folgende Maßnahmen denkbar:

- Weitere Indikationserweiterungen in den RE Mo(Ge)Re: Bleibt hierbei allerdings der Exklusivitätsvorbehalt gegenüber einrichtungsgebundenen ambulanten oder stationären Maßnahmen prinzipiell erhalten, wird dies die Intension einer flächendeckenden Vorhaltung dieses Angebots mit hoher Wahrscheinlichkeit verfehlen.
- Die Einführung einer obligaten Erbringung der letzten Einheiten stationärer oder ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen im Lebensumfeld der Rehabilitierten bei Versicherten, die auch nach Abschluss ihrer Rehabilitation pflegebedürftig im Sinne von SGB XI sein bzw. bleiben werden. Dies könnte den flächenhaften Ausbau entsprechender mobiler Logistik relativ kurzfristig sicherstellen und zumindest denjenigen, die in der Tat anderweitig nicht zu rehabilitieren sind, die Chance auf einen wohnortnahen Zugang zu einem mobilen Angebot eröffnen. Von Vertretern der BAG MoRe werden entsprechende Verknüpfungen unter dem Stichwort Flexibilisierung als sogenanntes Hybrid-Modell zur Diskussion gestellt (Siegert 2019<sup>[39]</sup>, S. 11). Soll hiermit allerdings ein flächendeckendes mobiles Rehabilitationsangebot sichergesellt werden, dürfte dieses Modell als „Option“, wie dies bspw. die RE zur Ambulanten geriatrischen Rehabilitation<sup>[43]</sup> durchaus auch heute schon erlauben (ebd. Abs. 6 S.14), ebenfalls nicht genügen.
- Verlegung des Schwerpunkts in der bereits demografisch erforderlichen Ausweitung geriatrischer Rehabilitationskapazitäten in den Ausbau ambulant-mobiler Rehabilitationsangebote statt des Ausbaus weiterer stationäre Kapazitäten unter Aufhebung des Exklusivitätsvorbehalts für die MoRe zugunsten einer schrittweisen empirischen Überprüfung des individuell angemessensten rehabilitativen Erbringungssettings. Hierfür sollten auch die Erwartungshaltungen und Wünsche der Betroffenen hinsichtlich der Leistungserbringung empirisch strukturiert erfasst und stärker berücksichtigt werden.

### 9.2 Settingvergleiche im Rahmen kontrollierter Studien

Ein Exklusivitätsvorbehalt gemäß den derzeitigen RE MoGeRe behindert eine Evidenzbasierung unterschiedlicher rehabilitativer Erbringungssettings durch hochwertige kontrollierte Studien, da hierdurch eine randomisierte Zuordnung der Versicherten zu den zu vergleichenden Settings im Grunde nicht mehr möglich ist. Verschiedene Settingoptionen sollten daher (zumindest für einen wesentlichen Teil pflegebedürftiger Rehabilitandinnen und Rehabilitanden) nicht normativ ausgeschlossen werden, sondern stattdessen die Frage nach der gegebenenfalls besseren Rehabilitationsform gestellt und diese möglichst durch kontrollierte Studien evidenzbasiert beantwortet werden.

Die Rehabilitationsträger sollen für Rehabilitationsleistungen zwar diejenige Einrichtung auszuwählen, die die Leistung in der geeignetsten Form ausführt. Zugleich fehlt es in Deutschland aber generell an Evidenz für die Wirksamkeit der im Bereich der GKV überwiegend etablierten dreiwöchigen stationären Ausgestaltungsform medizinischer Rehabilitation<sup>[10, 44, 45]</sup>. Auch hier besteht die Schwierigkeit, dass eine solche Evidenz im Rahmen kontrollierter Studien nur noch schwer zu generieren ist für Leistungen, auf die bereits ein sozialgesetzlich verankerter Anspruch besteht, da dies zumindest den

randomisierten Vorenthalt solcher Leistungen ausschließt (Lübke 2015<sup>[10]</sup>, S. 168ff). Vor diesem Hintergrund sollte die Chance, hochwertige Evidenz im Rahmen von *Settingvergleichen* zu gewinnen dringend genutzt werden. Idealerweise sollten dazu die aus den bisherigen Umsetzungserfahrungen mit der MoGeRe ableitbaren Hypothesen, wie sie in Kap. 8.2 unter dem Schlagwort patientenorientierter Bedarfe vorgestellt wurden, im Rahmen hochwertiger kontrollierter Vergleichsstudien zwischen der herkömmlichen stationären und mobiler (geriatrischer) Rehabilitationserbringung systematisch erprobt und evaluiert werden. Hiermit schliesse sich der Bogen zu der im Jahr 2002 erstellten ersten gutachterlichen Stellungnahme der Medizinischen Dienste zur MoGeRe<sup>[33]</sup>, in der für die neue mobile rehabilitative Leistungserbringung bereits entsprechende Vergleiche mit konkurrierenden Angeboten gefordert wurden (ebd. S. 27).

### 9.3 Potenzielle Interessensszenarien

Spätestens wenn sich im Rahmen solcher Vergleichsstudien die Hinweise aus bisherigen Umsetzungserfahrungen bestätigen sollten, dass die mobile Leistungserbringung aufgrund spezifischer Erbringungsvorteile dieses Settings patientenrelevante Rehabilitationsziele tatsächlich mit geringerem therapeutischem Ressourceneinsatz (und damit kostengünstiger) als in der stationären Rehabilitation erreichen kann, wird das Interesse der Kostenträger an der MoRe in breiterem Umfang steigen.

Je nach Ergebnissen könnte dies sogar die bisher nahezu ausschließlich stationäre Erbringung geriatrisch rehabilitativer Versorgung grundsätzlich in Frage stellen, was zu Interessenskonflikten unter den rehabilitativen Leistungserbringern führen könnte. Möglicherweise könnte künftig daher stärkerer Widerstand gegen mobile rehabilitative Leistungserbringung von den rehabilitativen Leistungserbringerverbänden selbst als von den Kostenträgern ausgehen. Ob sich vor diesem potentiellen Konfliktfeld Einrichtungen finden, die zur Teilnahme an dem vorgeschlagenen Settingvergleich bereit sind, bleibt daher noch abzuwarten.

## Literaturverzeichnis

1. GKV-Spitzenverband, MDS (Hrsg.): Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation: Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V. Essen 2018; 1-85.
2. Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (Hrsg.): Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007. 2007.
3. GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Eckpunkte des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation vom 05.04.2016. 2016; 1-11.
4. GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Umsetzungshinweise / Übergangsregelungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation. 2010; 1-5.
5. Meinck M, Pippel K, Lübke N. Mobile geriatrische Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung: Konzeptionelle Ausrichtung und Ergebnisse der bundesweiten Basisdokumentation (Teil 1). *Z Gerontol Geriatr* 2017; 50(3): 226-232.
6. Lübke N. Mehr als 10 Jahre Mobile Geriatrische Rehabilitation: Nach wie vor zu wenig Angebote und Unterschätzung des Potenzials einer wichtigen Rehabilitationsleistung. *RP Reha - Recht und Praxis der Rehabilitation* 2019; 6(1): 12-19.
7. Pippel K, Meinck M, Lübke N. Mobile geriatrische Rehabilitation in Pflegeheim, Kurzzeitpflege und Privathaushalt: Settingspezifische Auswertung der bundesweiten Basisdokumentation (Teil 2). *Z Gerontol Geriatr* 2017; 50(4): 325-331.
8. Lübke N, Schmidt-Ohlemann M. Recht, Praxis - und Visionen für die Mobile Geriatrische Rehabilitation. *RP Reha -Recht und Praxis der Rehabilitation* 2014; 1(4): 21-29.
9. WHO (Hrsg.): Disability prevention and rehabilitation. Genf 1981; 1-40.
10. Lübke N. Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung. G3-Gutachten im Auftrag des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Hamburg 2015; 1-216.
11. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (Hrsg.): Rehabilitation: Vom Antrag bis zur Nachsorge - für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Berlin: Springer; 2018.
12. Lübke N. Rehabilitative Versorgung. In: Pfaff H, Neugebauer EAM, Glaeske G, Schrappe M, (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung Systematik - Methodik - Anwendung. Stuttgart: Schattauer 2017; 431- 442.
13. Gronemeyer S. Bedeutung der Rehabilitation zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit. In: Gaertner T, Gansweid B, Gerber H, Schwegler F, Heine U (Hrsg.): Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung. Berlin, Boston: De Gruyter 2014; 211-221.
14. Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (BAG) (Hrsg.): Rahmenkonzeption Mobile Rehabilitation. 2001; 1-160.
15. Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (Hrsg.): Mobile Rehabilitation - Ein neues Konzept der Teilhabesicherung. In: DWdEKiD (Hrsg.): Diakonie Texte 14.2008. 2008; 1-52.
16. Schmidt-Ohlemann M, Schweizer C. Mobile Rehabilitation: Eine Innovation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 2009; 48(1): 15-25.
17. Schweizer C: Eine Versorgungslücke schließen - Modellergebnisse: Mobile Rehabilitation stärkt ambulante Versorgungsstrukturen. *Häusliche Pflege* 2004; 35-39.
18. Ricauda NA, Bo M, Molaschi M, Massaia M, Salerno D, Amati D et al. Home Hospitalization Service for Acute Uncomplicated First Ischemic Stroke in Elderly Patients: A Randomized Trial. *JAGS* 2004; 52(2): 278-283.
19. Stolee P, Lim SN, Wilson L, Glenn C. Inpatient versus home-based rehabilitation for older adults with musculoskeletal disorders: a systematic review. *Clin Rehabil* 2011; 1-16.
20. Teasell R, Foley N, Salter K, Richardson M, Allen L, Hussein N et al.: Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation - Chapters 1-23. 2014.
21. Bayersches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.): Formen der mobilen geriatrischen Rehabilitation: Konzeptionen im Vergleich - eine Studie von social invest consult gGmbH. 2003; 1-48.
22. Schweizer C. Mobile Rehabilitation – Ein Rehabilitationskonzept für Pflegebedürftige. Saarbrücken: Selbstverlag: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (iso) 2001; 1-111.
23. Schweizer C: Mobile Rehabilitation: Vom Modell in die Regelversorgung. Saarbrücken: Selbstverlag: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft Saarbrücken e.V. (iso) 2005; 1-100.
24. Schweizer C, Schmidt-Ohlemann M, Schönle PW: Nachhaltigkeit der (Mobilen) Geriatrischen Rehabilitation: Definition und Messung von Outcomes in langfristiger Perspektive. Saarbrücken: Selbstverlag: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft Saarbrücken e.V. (iso) 2006; 1-102.

25. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.): Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation im Freistaat Bayern - ein Bericht der I + G Gesundheitsforschung München. 2001; Kurzfassung 1-54.
26. Kreiß T, Salzmann-Zöbeley R, Rehfeuter U, Jawny K. Mobiler Reha-Arzt in Augsburg: Bundesmodellprojekt zur aufsuchenden rehabilitativen Behandlung geriatrischer Patienten. Abschlussbericht. Augsburg: social invest consult 2004; 1-97.
27. Reiche R, Klaes L, Schüler G, Schaarschmidt A. Erprobungsregelung "Ambulante Rehabilitation geriatrischer Patienten" (Solinger Modell). Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V. (WIAD) 2001; 1-50.
28. Gatzke H, Schmidt-Ohlemann M. Ambulante mobile Rehabilitation - ein neues Modell auch für geriatrische Patienten - Aufsuchende Hilfe soll Lücken im stationären Angebot schließen. *Forum Sozialarbeit + Gesundheit* 2004; 26-28.
29. Renz JC, Lübke N. Bestandsaufnahme der aktuellen ambulant geriatrisch-rehabilitativen Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen in Deutschland und deren Evaluationsstand. G2-Gutachten im Auftrag des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Hamburg 2019; 1-99.
30. Schulz M. Ergebnisorientierte Evaluation ambulanter (mobiler) Rehabilitation - ein Beitrag zur pflege- und rehabilitationswissenschaftlichen Methodenentwicklung und zur qualitätssichernden Entscheidung im Gesundheitswesen. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften* 2006; 1-79.
31. Schulz M, Behrens J, Schmidt-Ohlemann M. Ergebnisorientierte Evaluation eines Mobilen Rehabilitationsdienstes: Eine prospektive Studie. *Phys Med Rehab Kuror* 2008; (18): 30-34.
32. MDK Rheinland-Pfalz H: EVA-Reha. Mobile Rehabilitation - MoRe - in Rheinland-Pfalz. Qualitätsbericht 01.01.2017 bis 31.12.2017. Alzey: MDK Rheinland-Pfalz 2018; 1-46.
33. Zink JC. Mobile geriatrische Rehabilitation. Grundlagen zur Bewertung neuer Versorgungsformen in der Geriatrie. Gutachten 2002/07. Lahr: MDK Baden-Württemberg 2002; 1-28.
34. Anders J, König K, Meinck M, Rohland D. Sozialmedizinische Stellungnahme zu Unterlagen der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (BAG MoRe). G2-Gutachten im Auftrag der Spitzenverbände der Krankenkassen. Hannover: SEG1, Hamburg: KCG 2004; 1-47.
35. Pippel K, Lübke N, Meinck M. Basisdokumentation Mobile Geriatrische Rehabilitation - Jahresbericht 2018. Hamburg: KCG (Hrsg.) 2019; 1-105.
36. Pippel K, Meinck M, Lübke N. Mobile geriatrische Rehabilitation in Pflegeheim, Kurzzeitpflege und Privathaushalt. Settingspezifische Auswertung der bundesweiten Basisdokumentation (Teil 2). *Z Gerontol Geriatr* 2017; 50(4): 325-331.
37. Meinck M, Lübke N, Polak U. Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit im Alter: eine Analyse anhand von Routinedaten. *Rehabilitation* 2014; 53(2): 74-80.
38. Tümena T, Swoboda W, Gaßmann KG. Auswirkungen des Fachprogramms Akutgeriatrie auf die geriatrische Rehabilitation in Bayern. Ergebnisse der dritten Befragung und Schlussbericht. In: GiB-Dat (Hrsg.): AKUTStudie. 2014; 1-73.
39. Siegert R. Mobile (Geriatrische) Rehabilitation - von der Innovation zur flächendeckenden Versorgung? *RP Reha - Recht und Praxis der Rehabilitation* 2019; 6(1): 5-11.
40. Janßen H. Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege - Abschlussbericht. Hochschule Bremen 2018; 1-123.
41. Schulz R, Knauf W, Pullen R. Mobile geriatrische Rehabilitation bei funktionell schwer beeinträchtigten Patienten: Untersuchungen zur Effektivität. *Z Gerontol Geriatr* 2013; 47(2): 147-152.
42. GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Berichtsjahr 2017. 2018; 1-10.
43. GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene vom 02.01.2018. 2018; 1-32.
44. Raspe H. Medizinische Rehabilitation: "Change we need". *Rehabilitation (Stuttg)* 2009; 48(1): 47-50.
45. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn/Berlin: 2014; 1-629.
46. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hrsg.): Information zur Förderung der Anfangsphase von Leistungserbringern der mobilen geriatrischen Rehabilitation (MoGeRe) ab 2015. [https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2015/10/mogere\\_foerderinformation.pdf](https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2015/10/mogere_foerderinformation.pdf) . (Download 13.09.2019).



## Zustimmung zur Datennutzung



BAG Mobile Reha 1, Vorsitzender Dr. M. Schmidt-Ohlemann  
Geschäftsstelle: Waldemarstraße 28b, 55543 Bad Kreuznach

Telefon 0671/605-3872  
FAX 0671/605-3441  
Email: bag-more@kreuznacherdiakonie.de

Herrn  
Dr. med. N. Lübke  
Kompetenz-Centrum Geriatrie  
(beim MDK Nord)  
Hammerbrockstr.5  
20097 Hamburg

Bad Kreuznach,  
4.6.2019

Sehr geehrter Herr Kollege Lübke,

danke für die Übersendung der Konzeption Ihrer Abschlussarbeit „Entwicklung mobiler (geriatrischer) Rehabilitation in Deutschland 2007 – 2019: Schattendasein eines vielversprechenden Rehabilitations-settings“. Sie fragten an, ob die Einrichtungen der Mobilien Rehabilitation, deren Daten in die Basisdokumentation des Kompetenz-Centrums Geriatrie eingehen, mit der Verwendung dieser Daten in anonymisierter Form im Rahmen Ihres Projektes einverstanden sind.

Der Vorstand der BAG Mobile Rehabilitation, der die Einrichtungen auch als Spitzenverband auf Bundesebene vertritt, hat auf seiner Sitzung am 4.6.2019 seine Zustimmung zur Verwendung dieser Daten im genannten Projekt gegeben. Ich freue mich, Ihnen diesen Beschluss hiermit mitteilen zu können.

Maßgeblich für diese Entscheidung ist neben der vorgesehenen Anonymisierung der Daten vor allem die Fragestellung, der Sie in Ihrem Projekt nachgehen werden: Ihre Bearbeitung ist für die Weiterentwicklung der Mobilien Rehabilitation in Deutschland von erheblicher Relevanz.

Ich wäre Ihnen deshalb dankbar, wenn Sie mir die Arbeit nach Abschluss zukommen lassen könnten.

Ihnen wünsche ich gutes Gelingen.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen

Ihr

  
Dr. med. M. Schmidt-Ohlemann  
(Vors. der BAG MoRe)

## Dank

Mein Dank gilt zunächst dem GKV-Spitzenverband und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste als Trägern des Kompetenz-Centrums Geriatrie für die jahrelange vertrauensvolle Einbindung des KCG in die Implementierung und Begleitung der neuen Versorgungsstruktur Mobile Geriatrie Rehabilitation.

Ich danke auch allen Mitarbeitern des KCG für viele Stunden konstruktiver Beratungen und Überlegungen im Zusammenhang zu Bedarfen, Implementierung und Begleitung der Entwicklung mobiler Rehabilitation in Deutschland. Insbesondere danke ich Frau Kristina Pippel und Herrn Dr. P.H. Matthias Meinck für die jahrelange Zusammenarbeit in der Konzeption, Erstellung, Auswertung und Weiterentwicklung der jährlichen Basisdokumentationen des KCG zur Mobilen Geriatrie Rehabilitation, die die eine wesentliche Datengrundlage dieser Arbeit sind.

Weiterhin gilt mein Dank den mobilen geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, deren für die Basisdokumentation übermittelten Daten ich für diese Arbeit in anonymisierter Form nutzen durfte, aber auch für die Möglichkeit, mit vielen dieser Einrichtungen sehr offene, begleitende Gespräche zur vielfältigen Umsetzungspraxis dieses neuen Rehabilitationssettings geführt haben zu dürfen.

Nicht zuletzt gilt mein Dank der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V. und deren Vorsitzendem Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann für den die Implementierung mobiler geriatrischer Rehabilitation kontinuierlich begleitenden, instruktiven fachlichen Austausch in verschiedenen Gremien, Arbeitsgruppen und Workshops.

Fr. Carola Schweizer vom Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. und Fr. Dr. Bärbel Reinsberg von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. danke ich für Ihre Unterstützung bei der Beschaffung vor allem älterer aus der Modellphase mobiler Rehabilitation stammender Unterlagen und Berichte.

## Persönliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich meine Abschlussarbeit für Sozial- und Gesundheitsmanagement mit dem Thema:

*Entwicklung mobiler (geriatrischer) Rehabilitation in Deutschland 2007 – 2019*

*Schattendasein eines vielversprechenden Rehabilitationssettings*

ohne fremde Hilfe selbständig verfasst habe, nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe und wörtliche Zitate sowie dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht habe.

Hamburg, den 13.11.2019

Dr. Norbert Lübke