

Mobile Rehabilitation: Eine Innovation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation

Domiciliary Rehabilitation: An Innovative Form of Outpatient Medical Rehabilitation

Autoren

M. Schmidt-Ohlemann¹, C. Schweizer²

Institute

¹Rehabilitationszentrum Bethesda kreuznacher diakonie, Bad Kreuznach

²Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. (iso-Institut), Saarbrücken

Schlüsselwörter

- mobile Rehabilitation
- aufsuchende Rehabilitation
- Sozialraumbezug

Key words

- domiciliary rehabilitation
- outreach rehabilitation
- home-based rehabilitation
- social environment involvement

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1105926
 Rehabilitation 2008;
 47: 1–11
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0034-3536

Korrespondenzadresse

**Dr. Matthias
 Schmidt-Ohlemann**
 Rehabilitationszentrums
 Bethesda
 kreuznacher diakonie
 Waldemarstr. 24
 55543 Bad Kreuznach
 bag-more@
 kreuznacherdiakonie.de
 schweizer@iso-institut.de

Zusammenfassung

▼
 Mobile Rehabilitation ist eine neue Form der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Ein interdisziplinäres Team unter ärztlicher Leitung erbringt alle Leistungen in der Wohnung des Rehabilitanden. Die zentralen Kontextfaktoren im Rehabilitationsprozess können unmittelbar berücksichtigt werden. Bei der Zielgruppe der mobilen Rehabilitation handelt es sich um multimorbide Patienten mit erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf, die ohne das aufsuchende Angebot nur geringe Rehabilitationschancen haben. Wie durch das Konzept der funktionalen Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation nahegelegt, hat sie die Wechselwirkung von gesundheitlichen Störungen mit den Umfeldbedingungen besser im Blick, als dies in anderen Rehabilitationsformen möglich ist. Die positiven Effekte und die Effizienz der Maßnahmen lassen sich auf hohem deskriptivem Niveau gut erfassen. Dies war die Voraussetzung, um die mobile Rehabilitation als reguläre Leistung gesetzlich zu verankern. Die mobile Rehabilitation erfüllt nicht nur die zentralen gesundheits- und sozialpolitischen Forderungen wie ambulant vor stationär und Rehabilitation vor und während der Pflege, sie ist zugleich ein Gegenentwurf zur etablierten stationären Rehabilitation. Der Patient fügt sich nicht in den institutionellen Rahmen einer ambulanten oder stationären Rehabilitation, sondern das Team fügt sich in die Besonderheiten der sozialen und materiellen Situation des Betroffenen.

Einleitung

▼
 Mobile Rehabilitation ist eine neue Form der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Seit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Juni 2007 ist sie eine reguläre Leistung

Abstract

▼
 Domiciliary rehabilitation is an innovative form of outpatient medical rehabilitation. All components of service provision are delivered in the rehabilitant's home by a multidisciplinary team headed by a physician. The key context factors in the rehab process can be taken into account firsthand. The target group of domiciliary rehabilitation consists of multimorbid patients with severe functional limitations and complex assistance needs, whose rehabilitation options would be poor without this outreach service. Here, as suggested by the WHO concept of functional health, the interaction between health condition and environmental factors is kept in view much better than in other forms of rehabilitation. The positive effects and the efficiency of the rehabilitation measures provided can be assessed very well at a high descriptive level. This fact had been a precondition for legal establishment of domiciliary rehabilitation as a regular service. Domiciliary rehabilitation not only complies with key demands in the health and social policy fields, such as priority of outpatient over inpatient treatment or rehabilitation to precede and accompany long term care, it also constitutes an alternative concept challenging the traditional inpatient rehabilitation approach. The patient, hence, no longer is to fit into the institutional framework of outpatient or inpatient rehabilitation, but the team will fit into the specifics of the patient's unique social and material situation.

der gesetzlichen Krankenkassen. Sie steht jedoch nur an wenigen Standorten in Deutschland zur Verfügung. International sind keine vergleichbaren Angebote bekannt [1]. Im Folgenden wird ihr inzwischen kodifizierter konzeptioneller Rahmen beschrieben und auf die Frage eingegangen,

welche spezifischen Bedarfe mobile Rehabilitation befriedigen kann. Es werden einige ausgewählte Ergebnisse reflektiert, die im Rahmen der Modellevaluationen erhoben worden sind, und Bedenken diskutiert, die gegenüber dem Konzept geäußert worden sind. Der Beitrag schließt mit der Frage nach dem Forschungsbedarf und nach den Perspektiven, die mit der Implementierung des Angebots verbunden sind.

Das Konzept der mobilen Rehabilitation

Mobile Rehabilitation ist ein neuartiges Angebot. Die Rehabilitation wird in der häuslichen Umgebung durchgeführt und integriert sich damit in besonderem Maße in die Lebenswelt der Rehabilitanden. Ein ärztlich geleitetes interdisziplinäres Team erbringt alle Rehabilitationsleistungen in der gewohnten bzw. auf Dauer vorgesehenen Wohnumgebung des Rehabilitanden. Auf diese Weise können die zentralen Kontextfaktoren – wie die häusliche Umgebung, die Familie, die Nachbarschaft usw. – direkt in die Rehabilitation einbezogen werden. Mobile Rehabilitation kann damit unmittelbarer als andere Rehabilitationsformen soziale Ressourcen erschließen und dabei helfen, materielle oder soziale Barrieren abzubauen, die der Selbstständigkeit, der Teilhabe oder dem Verbleib des Patienten in seiner Privatwohnung entgegenstehen könnten. Bei der Rehabilitation in der vertrauten Umgebung entfallen schwierige Gewöhnungs- und Transferprozesse, wie sie zum Beispiel nach einer stationären Rehabilitation bei der Rückkehr nach Hause zwangsläufig notwendig sind.

Die mobile Rehabilitation ist als spezielles Rehabilitationskonzept für Pflegebedürftige und für Menschen mit Behinderung (im Sinne einer erheblichen Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit, [2]) entwickelt worden. Sie ist angezeigt nach einer akuten Erkrankung, einer sich verschlechternden chronischen Erkrankung oder nach einem Unfall, wenn der Patient rehabilitationsbedürftig und -fähig ist und eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann. Sie kann als Anschlussrehabilitation, als Fortsetzung der stationären oder teilstationären Rehabilitation oder aus der ambulanten Versorgung heraus als Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden.

Sie ist insbesondere dann notwendig, wenn alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe auch nach der Rehabilitation bestehen bleiben und Hilfen zur Alltagsbewältigung und zur Sicherung der Teilhabe in der eigenen Häuslichkeit notwendig sind, da dann für eine optimale funktionale Gesundheit die Kontextfaktoren analysiert, beeinflusst bzw. gestaltet werden müssen.

Mobile Rehabilitation orientiert sich an einem umfassenden Konzept der Rehabilitation, wie es z. B. in den Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur ambulanten Rehabilitation umgesetzt ist. Dabei liegen bislang nur für mobile geriatrische und für fachübergreifend behinderungsorientierte mobile Rehabilitation Erfahrungen vor.

Mobile Rehabilitation wird von einem multiprofessionellen Team unter ärztlicher Leitung erbracht. Das Team setzt sich zusammen aus einem ärztlichen Dienst, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Pflegekräften (Rehabilitationspflege), Ernährungsberater, Neuropsychologen und einem Sozialdienst. Mobile Rehabilitation ist in der Regel bei Patienten mit einem komplexen Hilfebedarf indiziert, deshalb gehört Case-Management genauso zu den Aufgaben der mobilen Rehabilitation wie die Erarbeitung eines Konzepts zur Entwicklung und Nutzung der eigenen Aktivitäten des Rehabilitanden und Bezugspersonen.

Die Arbeitsweise ist interdisziplinär und transdisziplinär, und da die Rehabilitation in der Wohnung des Patienten erfolgt, bedarf es eines speziellen methodisch-didaktischen Vorgehens. Struktur- und Prozessstandards sind für die mobile geriatrische Rehabilitation inzwischen in einer Rahmenempfehlung [3] festgelegt worden. Weitere Rahmenempfehlungen für mobile Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen, für mobile neurologische und für mobile kardiologische Rehabilitation sind in Vorbereitung.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e. V. (BAG MoRe) und das Diakonische Werk der EKD sehen jedoch die Notwendigkeit, mobile Rehabilitation für weitere Patientengruppen anzubieten [4]. Die mobile Rehabilitation bezieht einen Patientenkreis ein, der sich zwar hinsichtlich der Schädigungen bei den Körperstrukturen und in ätiologischer und nosologischer Hinsicht unterscheidet, aber einen „gemeinsamen Problemhaushalt“ hat, auf dessen Bewältigung die Rehabilitation zielt. Insofern stellt sich die Frage, ob mobile Rehabilitation konzeptionell wie die bisherige ambulante Rehabilitation indikationspezifisch aufgebaut werden soll oder ob in Zukunft nicht auch eine fachübergreifende Lösung mit dem Fokus auf die Verbesserung von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe in der konkreten Lebenswelt möglich ist oder sogar angestrebt werden sollte.

Mobile Rehabilitation verfolgt Ziele, wie sie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1981 formuliert hat: „Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird“, so die Definition von Rehabilitation in [5].

Zum Bedarf an mobiler Rehabilitation und ihr Sozialraumbezug

Die leistungsrechtliche Verankerung der mobilen Rehabilitation begründet der Gesetzgeber damit, dass sie „multimorbide Patienten mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf [einbezieht] ..., [die] bislang keine Rehabilitationschancen [haben]“ (so die Ausführungen zu § 40 Abs. 1 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, zit. nach [6], S. 85). Bei dieser unterversorgten Patientengruppe handelt es sich in der Mehrzahl um ältere und hochaltrige Patienten, aber auch um jüngere Menschen mit schweren Behinderungen und Rehabilitationsbedarf, die – obwohl sie rehabilitationsfähig sind – durch das Raster der bestehenden Rehabilitationsangebote fallen. Bewusst hat der Gesetzgeber die Definition der Personengruppe mit Bedarf an mobiler Rehabilitation nicht auf geriatrische Patienten beschränkt. Entweder erhalten solche Patienten von vornherein nicht die Chance auf eine Rehamaßnahme oder sie können in fremder Umgebung ohne vertraute Unterstützung nicht ausreichend mitwirken oder nicht profitieren. (Zur Beschreibung der Patientengruppe s. u.)

Als Defizite im Zugang oder in der Durchführung in bisherigen Rehabilitationsformen sind z. B. identifiziert:

- ▶ Patienten weisen Kontraindikationen für stationäre Reha auf, haben aber Rehapotenzial;
- ▶ sie können aufgrund von kognitiven oder Sinnesbeeinträchtigungen nicht genügend profitieren/nicht mitwirken;

- ▶ sie können aus familiären Gründen eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht antreten;
- ▶ sie können aufgrund von psychiatrischer Komorbidität nicht ausreichend mitwirken, insbesondere bei gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern;
- ▶ die psychische Situation verschlechtert sich in stationärer Reha (z. B. delirantes Verhalten bei Desorientierung);
- ▶ interkurrente Erkrankungen verhindern die Durchführung therapeutischer Maßnahmen während des Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik;
- ▶ die Ressourcen der Rehabilitationsklinik reichen für Problempatienten nicht aus bzw. es kann kein Platz für Problempatienten angeboten werden;
- ▶ Besiedlung mit MRSA (Methicillin-resistente Staphylococcus-aureus-Stämme) macht Teilnahme an wichtigen Rehabilitationsangeboten gemeinsam mit anderen Patienten unmöglich;
- ▶ stationäre Rehabilitation kann wegen früher Entlassung und/oder kurzer Dauer der Rehamaßnahme das rehabilitativ relevante Zeitfenster nur unvollständig nutzen;
- ▶ der körperliche Zustand lässt intensive Maßnahmen noch nicht zu (z. B. nach Amputation);
- ▶ die Belastbarkeit für eine Beförderung und eine mehrstündige Abwesenheit von zu Hause ist zu gering, die termingerechte Organisation der Fahrt und Abwesenheit überfordert das familiäre Setting.

Geht man von der Definition des Rehabilitationsbedarfes [7] durch die Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation [8] bzw. die Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) [9] aus und berücksichtigt die Grenzen und besonderen Optionen, die das häusliche Umfeld bietet, so wird von der BAG Mobile Rehabilitation der Bedarf an mobiler Rehabilitation auf 1–1,5 Promille der Gesamtbevölkerung je Jahr, d. h. auf 100–150 Personen je 100 000 Einwohner geschätzt [10].

Eine näherungsweise Bedarfsfeststellung ist deshalb möglich, weil für einige Personengruppen der Rehabilitationsbedarf aus verschiedenen Quellen zumindest grob geschätzt werden kann. Ca. 50–70% der Patienten mit Bedarf an mobiler Rehabilitation sind geriatrische Patienten. Nach Erhebungen der BAG Mobile Rehabilitation würden ca. 3–5% der stationär in der Geriatrie aufgenommenen Patienten von mobiler Rehabilitation eher profitieren. Als rehabilitationsauslösende Diagnosen kommen insbesondere in Betracht: Schlaganfall, Frakturen, Schädelhirntrauma, neurologische Erkrankungen, arterielle Verschlusskrankheit, entzündlich-rheumatische Erkrankungen, nach schweren Erkrankungen/Operationen bei vorbestehenden Behinderungen einschl. Mehrfachbehinderungen, Sinnesbehinderungen, psychiatrischer Komorbidität, MRSA-Besiedlung, unter Beatmung sowie Problemfälle mit erheblicher Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit ganz unterschiedlicher Ätiologie, für die im ambulanten Setting kein Angebot vorhanden ist. Menschen mit seelischer Behinderung und suchtkranke Menschen, für die ebenfalls ein Bedarf an mobiler Rehabilitation bestehen kann [4], sind nur dann berücksichtigt, wenn eine der genannten Grunderkrankungen rehabilitationsauslösend ist. Insbesondere bietet das aufsuchende Angebot Rehabilitationsmöglichkeiten für Pflegebedürftige, die auch bei bestehenden erheblichen funktionalen Beeinträchtigungen ihre Aktivitäten und Teilhabe relevant verbessern können.

Mobile Rehabilitation arbeitet streng sozialraumbezogen in einer definierten Versorgungsregion. Aus organisatorischen und

wirtschaftlichen Gründen sollte in dieser Region die Fahrzeit zwischen Standort und Wohnung des Rehabilitanden (eine Strecke) 30 min. nicht überschreiten. Die Sozialraumorientierung ist die Voraussetzung für teilhabefördernde und teilhabebewirkende Leistungen. Während eine wohnortferne Rehabilitation, aber auch die wohnortnahe stationäre Rehabilitation nur die auf das Individuum bezogenen Voraussetzungen für die Teilhabe schaffen können, stellt mobile Rehabilitation paradigmatisch die Förderung der Teilhabe in der Lebenswelt selbst dar. Nach Erfahrungen mit beruflicher Reintegration am Standort Bad Kreuznach kann dies sogar auch am Arbeitsplatz gelingen.

Ein Bedarf an einem aufsuchenden Rehabilitationsangebot, oft nur als Nachsorge bezeichnet, wird übrigens durch die Betroffenen und ihre Angehörigen formuliert, z. B. von Familien mit Schädel-Hirnpatienten. Von politischer Seite wird gefordert, mehr zu unternehmen, um Heimeinweisungen zu vermeiden und Angehörige bei der Versorgung behinderter Angehöriger nachhaltiger zu unterstützen [11]. In dieser Hinsicht greift im Übrigen die Forderung nach Verbesserung der Nachsorge inhaltlich oft zu kurz [12, 13], da bei manchen Patienten nicht Nachsorgeleistungen, sondern weiterhin umfassende Rehabilitationsleistungen in häuslicher Umgebung erforderlich sind, wie sie im Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation als Phase E konzipiert sind, also als Phase der praktischen beruflichen und sozialen Eingliederung. Das leistungsrechtlich und traditionell strukturell geprägte Denken verhindert, dass Rehabilitation als längerfristig und sektorübergreifend gedacht und damit primär an den von der WHO genannten Zielen orientiert wird [4, 14].

Mobile Rehabilitationsteams haben die Kompetenz, einen „Problemhaushalt“ abzuarbeiten, der für Patienten aus mehreren Diagnosegruppen gleichermaßen beschrieben werden kann: Zum Beispiel Beeinträchtigungen der Mobilität, der Aktivitäten des täglichen Lebens, der Kommunikation usw. Es ist deshalb aus qualitativer Sicht vertretbar, dass ein funktional-, aktivitäts- und teilhabeorientiertes Team sowohl geriatrische als auch neurologische als auch orthopädische Patienten behandeln kann. Vor diesem Hintergrund sei darauf verwiesen, dass die mobile Rehabilitation ihre Fachlichkeit nicht dadurch gewinnt, dass sie selbst alle medizinischen Fachkenntnisse vorhält. Sie ist kompetent für die „Major Problems“ innerhalb der Rehabilitation, nicht aber zwingend für differenzialdiagnostische Leistungen oder hochspezifische Therapieverfahren. Als Teil eines regionalen Netzwerkes muss sie im Bedarfsfall zuverlässig auf die notwendigen Fachkenntnisse zurückgreifen können.

Zur Entstehung und Entwicklung des Konzepts der mobilen Rehabilitation

Die ersten mobilen Rehabilitationsprojekte entstanden zwischen 1991 und 2005 im Rahmen des Modellprogramms „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ des Bundesgesundheitsministeriums, und zwar an den Standorten Karlsruhe, Bad Kreuznach, Woltersdorf, Marburg, Bochum, Bremen, Magdeburg, St. Wendel und Gera. In dem Modellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ des Bundesfamilienministeriums ist ein Folgeprojekt Mobile Rehabilitation in Woltersdorf gefördert worden.

Nicht alle Modelleinrichtungen sind nach Auslaufen der Modellförderung von den Krankenkassen als Leistungserbringer zugelassen worden, sondern nur jene, bei denen die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen von der Tragfähigkeit des Reha-

bilitationskonzeptes überzeugt waren. Dazu gehören die Mobile Geriatrie Rehabilitation des Paritätischen in *Karlsruhe*, die mobile ambulante Rehabilitation des Diakonie-Krankenhauses in *Marburg-Wehrda*, die mobile geriatrie Rehabilitation der Pfeifferschen Stiftungen in *Magdeburg* (diese Einrichtung hat ihren Betrieb aufgrund einer hausinternen Umstrukturierung wieder aufgeben müssen, der Träger plant aber einen erneuten Start) und die mobile geriatrie Rehabilitation des evangelischen Krankenhauses in *Woltersdorf*: In *Bad Kreuznach* ist der mobile Rehabilitationsdienst Teil des Rehabilitationszentrums Bethesda der *kreuznacher diakonie*. Diese Einrichtung verfolgt als erste und bislang einzige einen fachübergreifenden Rehabilitationsansatz für Menschen mit Mobilitätsbehinderung. Die langjährigen Erfahrungen der einzelnen Einrichtungen sind von der BAG Mobile Rehabilitation ausgewertet worden. Auf diesen Ergebnissen basiert die fachübergreifende Rahmenkonzeption Mobile Rehabilitation [15], die von der BAG Mobile Rehabilitation im Jahr 2001 fertiggestellt wurde, die dann wiederum Grundlage war für die Erarbeitung der Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrie Rehabilitation unter Federführung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Gesetzliche Grundlagen der mobilen Rehabilitation

Die Gesundheitsreform 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) hat für die mobile Rehabilitation eine klare gesetzliche Grundlage geschaffen. Dafür wurde §40 Abs. 1 SGB V wie folgt geändert:

„Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, ... erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen ... durch [früher „in“, *Anm. d. Verf.*] wohnortnahe Einrichtungen. Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des 11. Buches zu erbringen“.

In der Gesetzesbegründung zu §40 Abs. 1 SGB V (zit. nach [6], S. 85) heißt es dazu:

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

Der Gesetzgeber fasst dabei die Personengruppe bewusst weit und führt keine Einschränkungen wie etwa nach Alter oder Indikationsgebieten ein. Die Gesundheitsreform hat neben der Verankerung der mobilen Rehabilitation noch eine weitere Neuerung gebracht: Rehabilitationsmaßnahmen können nach Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 SGB XI erbracht werden. Die dafür geeignete Rehabilitationsform ist die mobile Rehabilitation. Diese Option wird sich jedoch nicht einfach einlösen lassen. Mobile Rehabilitation kann nur dann erfolgreich sein, wenn die Pflegeeinrichtung an der Umsetzung des Rehabi-

litationskonzeptes aktiv mitwirkt. Immerhin könnten Bewohner von Pflegeheimen damit ihren Rechtsanspruch auf Rehabilitation endlich durch- und praktisch umsetzen. Wenn es gelingt, ein die mobile Rehabilitation integrierendes Konzept für die stationäre Pflege zu entwickeln, könnte dies ein Anstoß für einen längst überfälligen Paradigmenwechsel in der stationären Pflege sein.

Der Patientenkreis der mobilen Rehabilitation



Einen Bedarf an mobiler Rehabilitation können zum Beispiel Menschen mit folgenden Schädigungen bzw. Erkrankungen aufweisen:

- ▶ zerebrale Schädigungen, insbesondere Schlaganfall, Schädelhirntrauma, hypoxischer Hirnschaden, Zustand nach Hirntumor-Operation, Enzephalitis, Infantile Zerebralparese;
- ▶ spinale Schädigungen (angeboren, erworben): Tetraplegie, Paraplegie usw.;
- ▶ Zustand nach Frakturen und/oder Operationen der Bewegungsorgane, insbesondere Knie und Hüfte, Oberarm und komplizierte Radiusfrakturen, Polytrauma, bei neurologischen Erkrankungen und nach neuroorthopädischen Eingriffen;
- ▶ schwere neurologische Erkrankungen v.a. bei erheblicher Verschlechterung, insbesondere Morbus Parkinson, multiple Sklerose, amyotrophe Lateralsklerose, Critical-illness-Polynuropathie (CIP), progressive Muskelerkrankungen;
- ▶ schwere arterielle Verschlusskrankheit, insbesondere nach Amputation;
- ▶ entzündlich-rheumatische Erkrankungen nach einem Schub oder postoperativ.

Seit Kurzem wird auch ein Bedarf an mobiler Rehabilitation bei seelischen Behinderungen und psychischen Erkrankungen sowie bei Abhängigkeitskranken postuliert [4].

Bei welchen Patienten ist nun eine mobile Rehabilitation statt oder nach einer stationären oder ambulanten Rehabilitation indiziert? Mobile Rehabilitation ist immer dann angezeigt, wenn die Erkrankung, die Beeinträchtigung und die spezifischen Kontextfaktoren die Behandlung in der häuslichen Umgebung erforderlich machen und wenn eine Behandlung in der ambulanten oder stationären Rehabilitation nicht gleichermaßen erfolgreich wäre. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn

- ▶ eine so erhebliche Mobilitätsbeeinträchtigung oder eine für einen mehrstündigen Aufenthalt außer Haus unzureichende Belastungsfähigkeit besteht, sodass ein ambulantes Zentrum nicht aufgesucht werden kann;
- ▶ eine Sinnesbehinderung das vertraute und ggf. angepasste Umfeld erfordert;
- ▶ kognitive oder neuropsychologische Beeinträchtigungen das Lernen in fremder Umgebung, in fremden Alltagsvollzügen oder den Transfer des Gelernten in die eigene Häuslichkeit unmöglich machen;
- ▶ der Rehabilitand wegen Kommunikationsstörungen auf vertraute Bezugspersonen bzw. spezielle Kommunikationsassistenten angewiesen ist;
- ▶ der Rehabilitand aufgrund biografischer Erfahrungen oder psychischer Erkrankungen (z. B. Zwangs- und Angsterkrankungen) oder ethnischer Zugehörigkeit auf vertraute Bezugspersonen und auf ihre Unterstützung während der Maßnahme angewiesen ist;

- ▶ der Rehabilitand trotz seiner eigenen Erkrankung die Verantwortung für andere Familienmitglieder und für die Organisation des Familienalltags trägt und deshalb eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht antreten kann;
- ▶ der Rehabilitand aufgrund von Verhaltensstörungen in Kombination mit geistiger Behinderung an Maßnahmen in fremder Umgebung nicht teilnehmen kann;
- ▶ vom Rehabilitanden als Träger multiresistenter Keime (MRSA) eine erhebliche Ansteckungsgefahr ausgeht und er deshalb isoliert werden müsste;
- ▶ wegen einer vorhandenen Behinderung die Rehabilitation in der speziell angepassten häuslichen Umgebung durchgeführt werden muss;
- ▶ der Patient Kontraindikationen für stationäre Rehabilitation aufweist, dennoch aber Rehapotenzial besteht;
- ▶ sich die psychische Situation während stationärer Reha (z. B. delirantes Verhalten bei Desorientierung) verschlechtert und Aussicht besteht, dass diese sich zu Hause bessert.

Weitere Gründe für eine häusliche mobile Rehabilitation sind beispielsweise:

- ▶ Schädel-Hirntrauma mit langer stationärer Behandlung und verbleibender Behinderung, der Rehabilitand hat den ausdrücklichen Wunsch, die Rehabilitation zu Hause fortzusetzen (z. B. wegen Depressionen oder psychischen Krisen, Isolation in der Klinik);
- ▶ es ist ein verlängerter Verlauf der Rehabilitation zu erwarten, z. B. bei langsamer Erholung, und die Zeit stationärer Behandlung muss auf Veranlassung der Kostenträger oder wegen der Überforderung der begleitenden Familie verkürzt werden, sodass nicht das gesamte rehabilitativ relevante Zeitfenster in der stationären Rehabilitationsklinik verbracht werden kann;
- ▶ zur häuslichen Integration bei schwer betroffenen Patienten, z. B. bei Beatmung, um die Eingliederung zu ermöglichen, alle Bezugspersonen anzuleiten und zu unterstützen, bei der Wohnungsanpassung und der Hilfsmittelversorgung zu helfen;
- ▶ wenn während einer längeren Phase stationärer Rehabilitation die Fortschritte in häuslicher Umgebung wahrscheinlich größer sind oder aus familiären Gründen eine Rückkehr in die häusliche Umgebung sinnvoll erscheint;
- ▶ wenn die häusliche Umgebung als ein wesentlicher, die Rehabilitation fördernder oder sogar erst ermöglichender Kontextfaktor angesehen werden muss;
- ▶ wenn nach langer Rehadauer der Übergang nach Hause rehabilitativ, also teilhabefördernd und zugleich supportiv (unterstützend) gestaltet werden muss;
- ▶ wenn eine Rehamaßnahme nach interkurrenter Erkrankung bei bestehender Hirnschädigung erforderlich wird und eine Entfernung aus dem gewohnten Umfeld als ungünstig angesehen werden muss.

Besonders wichtig kann mobile Rehabilitation dann werden, wenn die Eingliederung in Kindergarten, Schule, Arbeitswelt, Werkstatt für behinderte Menschen und die Gemeinde z. B. auch mittels des persönlichen Budgets erreicht werden soll und der Betroffene und seine Familie vor Ort keine entsprechende Hilfe und Unterstützung erhalten bzw. keine qualifizierten Fachtherapeuten zur Verfügung stehen, insbesondere dann, wenn schwierige und seltene medizinische Probleme zu lösen sind. (eine besondere Aufgabe stellt hier die sozialmedizinische Beurteilung für die leistungsrechtlichen Entscheidungen dar). Ferner ist die

Vermeidung der Heimaufnahme eine der wichtigsten praktischen Aufgaben der mobilen Rehabilitation.

Mobile Rehabilitation kann aber auch bei diesem Personenkreis nur dann erfolgen, wenn die medizinischen Voraussetzungen erfüllt sind und das häusliche Umfeld dafür geeignet ist, das heißt:

- ▶ die häusliche Versorgung und ggf. notwendige Grund- und Behandlungspflege müssen sichergestellt sein;
- ▶ eine Unterstützung in Notfällen muss auch außerhalb der Therapiezeit durch das soziale Umfeld des Patienten gesichert sein (Angehörige, Nachbarn, Hilfskräfte, Notrufanlage usw.);
- ▶ die Bezugspersonen, zum Beispiel Angehörige, müssen mit der Rehabilitation im häuslichen Umfeld nicht nur einverstanden, sondern sie müssen auch bereit sein, bei der Therapie aktiv mitzuwirken und den Rehabilitationsprozess zu unterstützen.

Zum aktuellen Stand der Umsetzung der mobilen Rehabilitation

Die mobile Rehabilitation ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation. Sie kann nur von zugelassenen Leistungserbringern durchgeführt werden. Die Leistungsträger sind fast ausschließlich die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) oder die entsprechenden Träger der Krankenhilfe. Bei der Einleitung der Rehabilitationsmaßnahme gelten für das Gros der Patienten deshalb die Vorschriften des SGB V. Die Landesverbände der Kassen legen fest, welche Informationen sie vom Krankenhaus für die Bearbeitung des Antrages benötigen und wie das Antragsverfahren für die Anschlussrehabilitation zu gestalten ist.

Die mobile Rehabilitation kann auch von Vertragsärzten initiiert werden. Dafür müssen sie die vorgesehenen Formularemuster 60 und 61 verwenden. An einzelnen Standorten ist der Arzt der mobilen Rehabilitation konsiliarisch in die Allokationsentscheidung eingebunden worden. Dieses Verfahren hat sich bewährt, weil dadurch Fehlplatzierungen vermieden worden sind und bereits direkt am Krankenbett ein Arbeitsbündnis begonnen werden kann.

Am Beginn des Rehabilitationsprozesses steht die Rehabilitationsdiagnostik, die neben einem Assessment der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen des Patienten, vor allem auch die Kontextfaktoren umfasst. Dazu besucht der Arzt den Patienten zu Hause oder vor der Entlassung noch im Krankenhaus. Auf den Ergebnissen der Rehabilitationsdiagnostik baut der individuelle Rehabilitationsplan auf, der interdisziplinär erstellt wird. Das Team der mobilen Rehabilitation arbeitet jedoch nicht nur interdisziplinär, sondern auch transdisziplinär. Jede Fachdisziplin übernimmt dabei bestimmte Inhalte der anderen Disziplinen und jedes Teammitglied trägt Verantwortung für die Erreichung der gemeinsam formulierten Ziele. Das setzt eine enge Abstimmung der Teammitglieder untereinander voraus und die genaue Kenntnis der jeweiligen Kompetenzen und deren Grenzen.

Die Behandlung erfolgt in der Wohnung des Patienten durch jeweils einen Therapeuten und dauert mindestens 45 min. In der Woche werden an mindestens drei Behandlungstagen jeweils mindestens zwei Behandlungen erbracht. Bei Patienten mit hohem Behandlungsbedarf sind auch mehr Behandlungen möglich, zum Beispiel drei Behandlungen am Tag oder 15 Behandlungen in der Woche. Aus dem Alltagsbezug der mobilen Rehabilitation ergibt sich, dass viele therapeutische Inhalte allein schon durch die Teilnahme am Leben in der Familie umgesetzt werden, und

zwar auch dann, wenn die Therapeuten nicht anwesend sind. Diese Zeiten und Leistungen sind den durch die Therapeuten erbrachten Leistungen hinzuzurechnen.

Die Gesamtdauer der mobilen Rehabilitation beträgt zwischen sechs und 14 Wochen. In einzelnen Fällen, z.B. nach Schädelhirnverletzungen, dauert sie länger, je nach Verlauf kann sich die Maßnahme über sechs bis zwölf Monate erstrecken. Diese Flexibilisierung und Anpassung der Rehabilitation an den Bedarf der Patienten ist dadurch möglich, dass auf die Fixierung auf Behandlungstage verzichtet wird und stattdessen die Maßnahme über Hausbesuchseinheiten gesteuert und auch abgerechnet wird. Dabei kann man diese Einheiten über die erbrachten Behandlungszeiten auf Behandlungstage umrechnen, sodass den gesetzlichen Vorgaben entsprochen wird. Es gilt im Übrigen das übliche Verlängerungsverfahren. Damit setzt die mobile Rehabilitation exemplarisch die Forderung nach Flexibilisierung der Rehabilitation um und gestattet individuell angepasste, auch längerfristige Rehabilitationsverläufe, die über Verlängerungsanträge dem Rehabilitationsträger jeweils transparent gemacht werden – und dies ohne Hospitalisierungsfolgen. Auch in dieser Hinsicht kann mobile Rehabilitation als Zukunftsmodell dienen. Zur Aktivierung der Ressourcen ist eine enge Vernetzung mit anderen Dienstleistern der Gesundheitsversorgung in der Versorgungsregion erforderlich.

Soziale Teilhabe durch mobile Rehabilitation

Der Bezugsrahmen der mobilen Rehabilitation ist das Konzept der funktionalen Gesundheit der WHO, wie es in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) [16] entwickelt wurde. Diesem Konzept kann die mobile Rehabilitation in besonderem Maße gerecht werden, weil sie am Alltag, an der Lebenswelt des Patienten ansetzt. Beim Training der Aktivitäten in der Wohnung des Patienten hat sie die Wechselwirkung von gesundheitlichen Störungen und der Umwelt bzw. des Umfeldes (Kontextfaktoren) besser im Blick, als dies in anderen Rehabilitationsformen möglich ist.

Die Förderung der Teilhabe ist eine zentrale Aufgabe der mobilen Rehabilitation. Mobile Rehabilitation zielt auf alle in der ICF genannten Dimensionen der Aktivitäten und Teilhabe [17, 18]. Bei dem schwer betroffenen Patientenkreis müssen oft erst elementare Voraussetzungen für die Teilhabe geschaffen werden, z. B.:

- ▶ Vermeidung von Bettlägerigkeit durch Erarbeitung eines Mobilisierungskonzeptes;
- ▶ Herstellung von Sitzfähigkeit (für Teilhabe wichtig: länger als eine Stunde, nach Möglichkeit sechs Stunden und länger);
- ▶ Ermöglichung von Mobilität im Haus mithilfe;
- ▶ Ermöglichung eigenständiger Mobilität im Haus;
- ▶ Ermöglichung von Transfers über den Stand;
- ▶ Schaffung von Möglichkeiten für Transfers ohne Überlastung der Hilfsperson;
- ▶ Reduktion der Transferhäufigkeit;
- ▶ Vermeidung von Stürzen;
- ▶ Ermöglichung von Transfer Rollstuhl/Bett, Bett/Toilettenstuhl, Rollstuhl/Stuhl oder Sessel, Rollstuhl innen/Rollstuhl außen, Rollstuhl/Auto usw.

Im Einzelfall ist das nicht immer einfach zu lösen. Wie erreicht man beispielsweise einen sicheren Transfer über den Stand durch eine vertraute Person, ohne dem Betroffenen Schmerzen zuzufügen? Dazu muss man z. B. unter Umständen

- ▶ die Fußbelastungsfähigkeit durch Schuhe, Orthesen, Anti-Rutsch Socken oder gar eine Operation herstellen,
- ▶ Ängste überwinden helfen,
- ▶ kinästhetische Prinzipien anwenden,
- ▶ für eine ausreichende Streckfähigkeit der Knie- und Hüftgelenke sorgen,
- ▶ Hilfsmittel, z. B. Bett, Rollstuhl, Toilette, Stuhl, Rollstuhl, Sitzschale, beschaffen, anpassen und optimal bedienen und
- ▶ Anderes.

Zentrale Bedeutung für die Teilhabe hat z. B. das Sitzen: Hier sind in häuslicher Umgebung große Erfolge möglich: Wenn die mobile Rehabilitation fachgerecht zum Einsatz kommt und auch die Hilfsmittelversorgung anleitet und optimiert, muss es heute keinen bettlägerigen „Dauerpflegefall“ mehr geben. Um das Sitzen im mobilen Stuhl zwischen drei und sechs Stunden zu ermöglichen, müssen aber bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, die im Rehabilitationsprozess erst zu erarbeiten sind, z. B.:

- ▶ Es entstehen keine Schmerzen, die längeres Sitzen unmöglich machen würden;
- ▶ der Kreislauf ist stabil, ggf. durch Medikamente oder Kreislauftraining;
- ▶ das Sitzen muss nicht durch einen Toilettengang unterbrochen werden, der ggf. aus Mangel an Betreuungspersonal nicht stattfinden kann;
- ▶ auch durch längeres Sitzen entsteht kein Dekubitus;
- ▶ die Sitzposition erleichtert Kopfkontrolle und Bewegungen und damit Funktionen und Aktivitäten (Fazilitierung von Bewegungen);
- ▶ persönlicher Signalgeber und Notruf sind vorhanden;
- ▶ die Nahrungsaufnahme mittels PEG-Sonde oder die Sauerstoffgabe müssen durch das Sitzen nicht unterbrochen werden;
- ▶ es ist ein aktiver oder zumindest passiver Aktionsradius gegeben.

Wenn all diese Voraussetzungen erarbeitet sind, kann der Betroffene stundenlang im Rollstuhl mobilisiert werden und am Leben der Familie teilhaben, d. h. in der Küche, beim Essen, bei der Unterhaltung, beim Fernsehen, beim Einkaufen usw. dabei sein und sich ggf. beteiligen.

Für die Teilhabe sind die Kommunikation und die Ausübung von Kulturtechniken von besonderer Bedeutung. Wichtiger Bestandteil der Rehabilitation ist es deshalb, dass für jeden nicht sprechenden Menschen eine Kommunikationsstrategie entwickelt wird, die dem Betroffenen aktive, differenzierte, verständliche und von Personen unabhängige Äußerungen ermöglicht. Dazu sind auch Strategien der unterstützten Kommunikation [19] anzuwenden. Ggf. sind dazu Sehhilfen, Schreibhilfen, Computer, Internetanschluss usw. notwendig.

Die Förderung der Teilhabe muss die gesamte Lebenswelt umfassen und darf nicht auf die Aktivitäten des täglichen Lebens bzw. die Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung reduziert werden.

Zur Evaluation der mobilen Rehabilitation

Mobile Rehabilitation muss als neuartige Versorgungsform mit einem besonderen Versorgungsauftrag den Nachweis erbringen, dass sie ein zweckmäßiges, notwendiges und wirtschaftliches Angebot ist. Dieser Nachweis konnte bislang noch nicht im Rahmen einer kontrollierten Studie durchgeführt werden. Auf einem deskriptiven Niveau lassen sich Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit

Tab. 1 Anzahl der abgeschlossenen Fälle nach Altersgruppen und Standorten im Jahr 2001

Altersgruppen	KH/n=172 %	KA/n=75 %	MR/n=69 %	MG/n=110 %	WO/n=244 %
unter 60 Jahre	12	–	–	–	14
61–70 Jahre	16	7	10	15	25
71–80 Jahre	38	53	51	70	30
81–90 Jahre	29	23	36	12	27
älter als 90 Jahre	5	12	3	3	4

Tab. 2 Anzahl der abgeschlossenen Fälle nach Zugangswegen.

Zugangsweg	KH/n=172 %	KA/n=75 %	MR/n=69 %	MG/n=110 %	WO/n=244 %
Akutklinik	63	51	83	80	32
Rehabilitationsklinik	18	27	17	–	21 (Tagesklinik)
ambulante Versorgung	16	21	–	20	47
Kurzzeitpflege	2	1	–	–	–

Tab. 3 Abgeschlossene Fälle der mobilen Rehabilitation nach Diagnosegruppen.

Diagnosegruppen	KH/n=172 %	KA/n=75 %	MR/n=69 %	MG/n=110 %	Wo/n=244 %
gefäßbedingte Hirnfunktionsstörungen	40	48	81 (Ischämie) 17 (Hirnblutung)	50	64
Frakturen/Gelenkschäden	29	35	–	27	15
neurologische Erkrankungen	19	8	1	–	9
sonstige internistische Erkrankungen	1	8	–	23	12
AVK/Amputationen	6	–	–	–	–
Schädel-Hirn-Trauma	4	–	1	–	–

und Wirtschaftlichkeit sowie die Wirksamkeit jedoch gut beschreiben.

Alle Modellprojekte sind vom iso-Institut – Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft, Saarbrücken, im Rahmen der überregionalen Begleitforschung des Modellprogramms „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ evaluiert worden. Einzelne Standorte hatten darüber hinaus eine zusätzliche regionale wissenschaftliche Begleitung, andere wiederum konnten aus eigener Kraft (z.B. Promotionsarbeiten) Untersuchungen durchführen [20]. Bad Kreuznach hat beispielsweise zwischen dem 1. Januar 2008 und dem 30. Juni 2008 eine Vollerhebung prozessproduzierter Routinedaten des mobilen Rehabilitationsdienstes durchgeführt. Einbezogen wurden alle Patienten, die eine Maßnahme mit mindestens acht Behandlungseinheiten beendet haben. Nicht erfasst wurden reine Konsiliarfälle, abgebrochene Maßnahmen oder besondere Langzeitfälle.

Die mobilen Rehabilitationseinrichtungen in Karlsruhe (KA), Marburg (MR), Magdeburg (MG), Woltersdorf (WO) und Bad Kreuznach (KH), die in einem Qualitätsverbund zusammengeschlossen sind, haben gemeinsam ihre Leistungs- und Strukturdaten des Jahres 2001 ausgewertet und die Ergebnisse als „Synopsis“ zusammengefasst [21].

Mit Ausnahme des mobilen Rehabilitationsdienstes in Bad Kreuznach handelt es sich bei den vier anderen Projekten um geriatrische Rehabilitationseinrichtungen. **Tab. 1** zeigt aber, dass in Karlsruhe und vor allem in Woltersdorf ebenfalls jüngere Patienten behandelt werden. Dies geschieht oft direkt auf Anfrage der Krankenkassen, die für ihre schwer betroffenen jüngeren Versicherten eine geeignete Maßnahme suchen. Die Mehrheit der Patienten ist jedoch an allen Standorten zwischen 71 und 80 Jahre alt. Auch in Bad Kreuznach, der einzigen fachübergreifenden mobilen Rehabilitation, ist die Mehrheit der Patienten älter als 70 Jahre.

In welcher Häufigkeit die einzelnen Zugangswege besprochen worden sind (**Tab. 2**), hängt vom konzeptionellen Schwerpunkt des Standorts ab. Zum Beispiel ist die Einrichtung in Marburg als reine Anschlussrehabilitation konzipiert worden. Auch in den anderen Einrichtungen ist die Maßnahme mehrheitlich vom vorbehandelnden Krankenhaus in die Wege geleitet worden. Die meisten Patienten, die aus der ambulanten Versorgung kommen, sind zuvor ebenfalls akutstationär versorgt worden. Das Krankenhaus hat aber dann versäumt, die Rehabilitation rechtzeitig einzuleiten. Das Potenzial der Kurzzeitpflege in Kombination mit mobiler Rehabilitation wurde noch nicht ausgeschöpft. Die Übernahmen aus der stationären Rehabilitation erfolgten überwiegend wegen Abbruch aus psychosozialen Gründen oder wegen protrahiertem Verlauf. Die Zugangswege belegen den überwiegend substitutiven Charakter der mobilen Rehabilitation.

Tab. 3 zeigt die abgeschlossenen Fälle nach Diagnosegruppen. Unter den Rehabilitanden dominiert eindeutig die Gruppe der Schlaganfallpatienten. Wegen der unterschiedlichen Patientenzusammensetzung in den einzelnen Konzeptionen sind die Angaben aber nur eingeschränkt vergleichbar. Unter den sonstigen internistischen Erkrankungen verbergen sich insbesondere Spätfolgen von Stoffwechselstörungen (Diabetes mellitus) und periphere Durchblutungsstörungen sowie protrahierte Verläufe anderer Erkrankungen. Im Diagnosespektrum in Bad Kreuznach spiegelt sich die alters- und fachübergreifende Konzeption wider. Im Vergleich zu den anderen Standorten gibt es dort relativ viele Patienten mit sonstigen, meist internistischen Grunderkrankungen, 2008 liegt dieser Anteil bei 12,5 %. Dies ist Ausdruck der „Feuerwehrfunktion“, die mobile Rehabilitation bei Problemfällen häufig inne hat.

Einen zusammenfassenden Überblick zu Dauer, Anzahl der Hausbesuche, Zeitaufwand der Teamarbeit und durchschnittlichen Fahrzeiten je Hausbesuch gibt **Tab. 4**. Die Dauer der

Tab. 4 Mobile Rehabilitation nach Dauer, Anzahl der Hausbesuche, Zeitaufwand der Teamarbeit und durchschnittliche Fahrzeiten je Hausbesuch.

	KH/n=172	KA/n=75	MR/n=69	MG/n=110	WO/n=244
Dauer der Maßnahme in Wochen					
Minimum – Maximum	4–16	4–16	4–20	2–16	4–16
durchschnittl. Dauer	12	11	7	12	8
durchschnittl. Anzahl der Hausbesuche je Maßnahme					
	36	40	51	48	36
durchschnittl. Zeitaufwand der Teamarbeit pro Woche in Stunden					
	5,5	4	6	3,5	2,5
durchschnittl. Fahrzeit je Patient je Hausbesuch insgesamt in Min.					
	30	30	18	30	30

Tab. 5 Empirische Arbeiten zur Wirksamkeit der mobilen Rehabilitation.

Autor	Erscheinungsjahr	Standort	Instrumente	Katamnese
Boden	1997	WO	BI, IADL, Geriatr. Assessment	nein
Schweizer	1997	KA	BI, Geriatr. Assessment	nein
Schulz	1999	KH	BI, RAP	ja
Schweizer	2001	KA	BI, Geriatr. Assessment	ja
Ostermann	2003	MR	BI, Geriatr. Assessment	ja
Robra/Meinck	2003	MG	BI, Geriatr. Assessment	ja
Schmidt-Ohlemann	2003	KH	FIM	nein

Tab. 6 Rehabilitanden nach Standorten und Pflegebedarf gemäß § 15 SGB XI [23].

MoRe-Standorte	BK/n=81 %	KA/n=160 %	MR/n=226 %	MG/n=148 %	ambulante Reha/n=303 %
kein Antrag oder Verfahren läuft	41,0	38,1	61,9	48,2	65,4
Pflegestufe 1	15,0	26,3	16,8	32,2	13,9
Pflegestufe 2	37,0	25,0	16,8	15,4	7,3
Pflegestufe 3	7,0	6,9	4,4	4,0	0,7

mobilen Rehabilitation unterscheidet sich von Standort zu Standort. Sie erfolgt zum Teil eher hochfrequent über kürzere Zeiträume bzw. niedrigfrequent über einen längeren Zeitraum. Die Unterschiede sind konzeptionell bedingt und hängen mit den Behandlungsschwerpunkten, also der etwas unterschiedlichen Zusammensetzung des Patientenkreises zusammen. (die Angaben für Bad Kreuznach sind auch für 2008 stabil). Bei der durchschnittlichen Anzahl der Hausbesuche muss berücksichtigt werden, dass nicht an jedem Standort die Besuche des ärztlichen Dienstes als Einheiten berechnet wurden. Die relativ langen Teamzeiten belegen die Intensität des Teamprozesses, wobei die Unterschiede zwischen den Standorten von der Einarbeitung der Teammitglieder und der Vertrautheit untereinander abhängen. Zur Fahrzeit zählt ggf. die erforderliche Rüstzeit des Pkw.

Zur Wirksamkeit der mobilen Rehabilitation sind im Rahmen der Modelllaufzeit mehrere empirische Arbeiten vorgelegt worden (• **Tab. 5**) [20,21]. Alle Untersuchungen zeigen, dass mobile Rehabilitation wirksam ist. Es lassen sich funktionelle Verbesserungen bei den Rehabilitanden nachweisen. Messzeitpunkte waren Anfang und Ende der Rehabilitation. Gemessen wurde mit den Instrumenten des Geriatrischen Assessments: Barthel-Index (BI), Funktionale Selbständigkeitsmessung (FIM), Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), Tinetti-Test u. a. Die Ergebnisse bestätigen die klinischen Erfahrungen, die in den Eingangs- und Abschlussassessments und den Verlängerungsanträgen dokumentiert worden sind.

Die mobile Rehabilitation ist zwar ein ambulantes Angebot, dennoch erreicht sie schwer betroffene, oft schon pflegebedürftige Menschen und damit einen Patientenkreis, der sich deutlich von

jenem der ambulanten geriatrischen Rehabilitation unterscheidet [22]. Legt man zum Vergleich als Maßstab die Einstufung im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes zugrunde, so zeigt sich, dass die Mehrheit der Rehabilitanden der mobilen Rehabilitation bereits Leistungen der Pflegekassen erhält (• **Tab. 6**). In der ambulanten geriatrischen Rehabilitation sind die Leistungsempfänger dagegen deutlich in der Minderheit. In der mobilen Rehabilitation in Marburg ist der Anteil derjenigen, die noch keine Leistungen der Pflegekassen erhalten, deshalb relativ hoch, weil die mobile Rehabilitation hier ausschließlich als Anschlussrehabilitation in die Wege geleitet worden ist und in vielen Fällen das Antragsverfahren erst läuft.

Wie schwer die Patienten der mobilen Rehabilitation betroffen sind, zeigt sich auch, wenn man den durchschnittlichen Barthel-Index der Eingangsassessments zu Grunde legt (• **Tab. 7**). Patienten der mobilen Rehabilitation sind deutlich schwerer behindert als Patienten der ambulanten geriatrischen Rehabilitation, die zum Beispiel in den Modellen in Baden-Württemberg im Eingangsassessment einen durchschnittlichen Barthel-Index von 70 Punkten und in Magdeburg von 73,2 Punkten aufweisen. Mobile Rehabilitation erreicht damit einen wesentlich stärker beeinträchtigten Patientenkreis als die ambulante geriatrische Rehabilitation. Dies zeigt sich auch beim Vergleich der Beeinträchtigung einzelner Aktivitäten.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit denen für die stationäre geriatrische Rehabilitation bzw. Behandlung [24], finden sich dort Eingangswerte von 49,5 Punkten im Mittel. Nach Schweizer (2001) haben bei der stationären Rehabilitation 50,3% der Rehabilitanden einen Barthel-Index von unter 60 Punkten, bei der mobilen geriatrischen Rehabilitation sind es 52,7%. In Bad

Kreuznach gilt dies für etwas über 70% der Patienten [25]. Damit erweist sich mobile Rehabilitation als ein Angebot für schwer beeinträchtigte Patienten.

Die Wirksamkeit der Rehabilitation zeigt sich u.a. in dem Zuwachs an Kompetenzen, die sich mit dem Barthel-Index partiell abbilden lassen: Nach Meinck und Robra (2003) liegen die Zuwächse der Gemidas-Patienten (stationäre geriatrische Behandlung/Rehabilitation) im Durchschnitt bei 18,8 Punkten, in anderen Studien werden aber auch höhere Zuwächse berichtet (Lucke 1993, zit. nach Schweizer 1997) [26]. In Baden-Württemberg ergab sich für die ambulante geriatrische Rehabilitation insgesamt ein durchschnittlicher Zuwachs von 9 Punkten, in Magdeburg von 10,7 Punkten.

In der mobilen Rehabilitation ergeben sich also durchweg höhere Zuwächse im Barthel-Index. Freilich darf man diese Werte nicht so interpretieren, dass mit ihnen eine Überlegenheit der mobilen Rehabilitation „bewiesen“ wäre. Eine genauere Untersuchung der Kollektive würde starke Abhängigkeiten zeigen, zum Beispiel vom Abstand zu dem Ereignis, das die Rehabilitation ausgelöst hat, ebenso von der Dauer der vorherigen stationären Behandlung, der Komorbidität usw. Auch gibt es bisher keinen Hinweis darauf, dass die unterschiedlichen Ergebnisse der Standorte auf eine unterschiedliche Struktur- oder Prozessqualität zurückzuführen ist. Die Unterschiede dürften sich vor allem aus der unterschiedlichen Zusammensetzung der Kollektive bei insgesamt noch kleinen Fallzahlen erklären. Die Daten illustrieren immerhin, dass mobile Rehabilitation auf der Ebene der summarischen Wirkungsvergleiche vergleichbare Resultate wie andere Rehabilitationsformen erzielen kann.

Der mobile Rehabilitationsdienst in Bad Kreuznach misst die Veränderungen bei den Funktionsbeeinträchtigungen nicht nur mit dem Barthel-Index, sondern vorwiegend mit dem FIM. Eine Untersuchung, die dort auf Anfrage der Krankenkassen durchgeführt wurde, welche Änderungen sich bei Schlaganfallpatienten durch die mobile Rehabilitation erzielen lassen, ergab eine Verbesserung im FIM um 0,9 Punkte je Item bzw. um 16,4 Punkte insgesamt [27].

Tab. 7 Rehabilitationsergebnis gemäß Barthel-Index.

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

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

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

Die genannte Untersuchung in Bad Kreuznach (2008) [4] ergab, dass sich die Beeinträchtigungen der Schlaganfallpatienten um durchschnittlich 12,5 Punkte insgesamt, d.h. um 0,7 Punkte je Item verbessert haben. Zur genaueren Darstellung bietet es sich an, die Patienten in FIM-Gruppen zu unterteilen, die den neurologischen Phasen zugeordnet werden (• Tab. 8). Die geringen Zuwächse im FIM lassen sich zum einen durch den Deckeneffekt des FIM erklären, zum anderen zeigt sich bei der Einzelanalyse der 11 Klienten mit einem Zuwachs von 0–6 Punkten, dass diese bereits vorher eine Behinderung hatten, die für die FIM-Werte maßgeblich war. Das bedeutet, dass der FIM für Menschen mit vorbestehenden Behinderungen nicht änderungssensitiv ist. Überraschend ist, dass der Anteil der relativ leistungsfähigen Patienten (FIM > 90) in diesem Kollektiv relativ hoch ist. Dies könnte z.T. durch die Setting-Optimierung durch die mobile Rehabilitation im Vorfeld bedingt sein.

Der FIM bildet die Teilhabe nicht zureichend ab, auch nicht das Ausmaß der Aktivitäten, sondern lediglich den Hilfebedarf. Erfahrungen in der Behindertenhilfe zeigen aber, dass das Ausmaß der Teilhabe nicht vom Ausmaß der Beeinträchtigung, d.h. vom Grad der Hilfe abhängt, sondern von Art und Umfang der Assistenz [28].

Die Vergleichbarkeit mit FIM-Werten aus Rehabilitationskliniken ist dadurch erschwert, dass die FIM-Werte bei Patienten der mobilen Rehabilitation bei ihrer Entlassung deutlich höher angegeben werden als die FIM-Werte, die am Anfang der Rehabilitation zu Hause erhoben werden. Dies liegt u.a. daran, dass die FIM-Werte je nach Kontext stark schwanken [29]. Das Manko der bislang verwendeten Instrumente ist, dass es mit ihnen weder qualitativ noch quantitativ gelingt, Veränderungen alltagspraktischer Lebensvollzüge im Sinne der Teilhabe zu messen. Für die Ergebnisqualität der mobilen Rehabilitation ist es aber entscheidend, dass nicht nur die Änderungen der Funktionen, sondern die der Aktivitäten und der Teilhabe gemessen werden können, und zwar vor dem Hintergrund ggf. modifizierter Kontextfaktoren. Auch andere Parameter wie zum Beispiel die Vermeidung von Hospitalisierung, Heimaufnahmen, Komplikationsrate usw. sind bei der Beurteilung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von besonderer Bedeutung [30]. Die bisherigen Untersuchungen lassen hierzu jedoch keine Schlüsse zu. Dagegen sind die Effekte bei den Funktionsbeeinträchtigungen katanestisch untersucht worden, mit dem übereinstimmenden Ergebnis, dass sie im Durchschnitt stabil geblieben sind [23, 31, 32, 33].

Mobile Rehabilitation kann ihre Wirksamkeit zwar auf deskriptivem Niveau nachweisen und ist als ergänzendes Angebot auch ausreichend legitimiert. Ihre Effekte lassen sich jedoch nur eingeschränkt abbilden. Die mobile Rehabilitation muss deshalb forschungsstrategisch Anschluss finden an Untersuchungen zur Lebensqualität und zur Teilhabe, wobei eine Triangulation qualitativer und quantitativer Ansätze notwendig ist [34].

Inzwischen sind auch Untersuchungen zur Wirtschaftlichkeit der mobilen Rehabilitation angestellt worden [35]. Hier ist es sinnvoll, nicht die Rehabilitationsformen miteinander zu ver-

Tab. 8 Rehabilitationsergebnis nach FIM-Punkten (Bad Kreuznach 2008, n=35).

Veränderungen nach FIM-Punkten	n/Beginn	0	1–6	7–12	13–18	19–36	>36	n/Ende
Phase B = FIM 18–36	6	1	1	2	1	–	1	3
Phase C 1 = FIM 47–72	7	1	–	4	–	2	–	5
Phase C 2 = FIM 73–90	7	–	1	–	2	3	1	7
Phase D = FIM 91–126	15	1	6	7	1	–	–	20

gleichen, sondern Behandlungspfade. Modellrechnungen zeigen, dass Behandlungspfade, die sich über einen Zeitraum von 90 Tagen erstrecken, mit mobiler Rehabilitation wirtschaftlicher sein können als entsprechende Behandlungspfade mit stationärer Rehabilitation.

Das größte Bedenken gegenüber der mobilen Rehabilitation ist, dass sie eigentlich nur eine „Reha light“ sei. Es fehle die Infrastruktur einer Klinik, und ihre Behandlungsintensität sei deutlich geringer. Im Rahmen der Modellvorhaben konnte jedoch gezeigt werden, dass die Nettobehandlungszeiten am Patienten je Maßnahme nicht geringer ausfallen als in einer Klinik. Im Gegensatz zur Klinik werden aber in der mobilen Rehabilitation die Ausfallzeiten nicht bezahlt, zugleich können die Eigenaktivitäten der Patienten und ihrer Bezugspersonen in erheblichem Umfang rehabilitativ genutzt werden. Die Qualifikationsstruktur der Teams wie auch die inter- und transdisziplinäre Vorgehensweise sind von unterschiedlichen Institutionen evaluiert worden. Die Ergebnisse zeigen, dass durchgehend ein hoher Standard eingehalten wird, und zwar entsprechend der Vorgaben der Rahmenempfehlung zur mobile geriatrischen Rehabilitation [3]. Mobile Rehabilitation ist in ihrem Rehabilitationskonzept allerdings nicht an ein Einrichtungssetting gebunden. Sie übernimmt die Verantwortung für den Patienten im ambulanten Kontext und für die fachgerechte Durchführung lebensweltorientierter Rehabilitationsmaßnahmen. Ihre partielle Andersartigkeit kann das Verdikt, keine vollwertige Rehabilitation zu bieten, nicht begründen.

Perspektiven der mobilen Rehabilitation

Die mobile Rehabilitation erfüllt nicht nur die zentralen gesundheits- und sozialpolitischen Forderungen wie „ambulant vor stationär“, „wohnortnah vor wohnortfern“ und „Rehabilitation vor und während der Pflege“. Sie ist, und dies ist das Visionäre am Konzept, ein Gegenentwurf zur etablierten stationären Rehabilitation. Die Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte der mobilen Rehabilitation praktizieren ein anderes Professions- und Rollenverständnis. In der Wohnung des Rehabilitanden sind die Therapeuten „Gast“ und nicht „Bestimmer“, entsprechend anders müssen sie sich verhalten. Der Patient fügt sich nicht in den institutionellen Rahmen einer ambulanten oder stationären Rehabilitation, sondern das Team „fügt“ sich in die Besonderheiten des sozialen und materiellen Umfeldes des Betroffenen und konstituiert dieses zugleich praktisch mit.

Mobile Rehabilitation kann deshalb vom Leistungsträger nicht einfach verordnet werden, sondern ihre Ziele müssen mit dem Rehabilitanden und seinen Angehörigen ausgehandelt und gemeinsam umgesetzt werden. Insofern hat mobile Rehabilitation insbesondere eine beratende und supportive Funktion im Sinne der Befähigung bzw. eines Empowerments [36].

Trotz der positiven Eigenschaften hat die mobile Rehabilitation es immer noch schwer, sich durchzusetzen. Auf der regionalen Ebene gibt es regelmäßig zu Beginn der Einrichtung des Angebots „mobile Rehabilitation“ Probleme mit den Genehmigungen von Anträgen, da das Angebot völlig neuartig ist und alle Beteiligten sich zunächst einarbeiten müssen. Von den etablierten Standorten werden keine systematischen Probleme bei der Antragsgenehmigung berichtet. Gerade bei jüngeren Problempatienten regen Krankenkassen oder Medizinische Dienste nicht selten eine Maßnahme der mobilen Rehabilitation explizit an.

Die Erarbeitung von Rahmenempfehlungen auf Bundesebene für die Indikationsgebiete Neurologie, Kardiologie und muskuloskeletale Erkrankungen ohne Altersbegrenzung ist vorgesehen, eine Rahmenempfehlung für das Fachgebiet der physikalischen und rehabilitativen Medizin im Sinne einer indikationsübergreifenden mobilen Rehabilitation stößt trotz guter fachlicher Argumente z. Zt. auf rehabilitationspolitische Bedenken.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen stehen inzwischen dem Angebot positiv gegenüber, allerdings versuchen einzelne Landesverbände, mobile Rehabilitation so schlecht zu dotieren, dass die Vergütungssätze nicht auskömmlich sind und Träger das Wagnis einer Gründung nicht eingehen können. Wie die Entwicklung weitergeht, wird sich in den nächsten Monaten zeigen.

Von den Betroffenen jedenfalls wird die mobile Rehabilitation hoch geschätzt, und zwar nicht nur vom Rehabilitanden selbst, sondern auch von den Angehörigen. Gerade wenn sie unvorbereitet in die Pflegebeziehung hineingeraten und deshalb unsicher sind, ob sie die Aufgaben meistern und die Pflege übernehmen können, profitieren sie von der Unterstützung und Begleitung durch die mobile Rehabilitation. Dank dieses Angebotes ist das primäre soziale Netz oft leistungsfähiger, die Pflegebereitschaft stabiler, als vorher unterstellt wurde. Insofern ist es nicht erstaunlich, dass die mobile Rehabilitation bei Kundenbefragungen stets Bestnoten erzielt.

Die mobile Rehabilitation wird ihren Platz unter den Versorgungsangeboten für Patienten mit erheblichen Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit finden und dabei einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung des demografischen und sozialen Wandels leisten. Dazu bedarf es jedoch aus klinischer Perspektive eines Umdenkens: Um den Patienten und die Menschen seiner Umgebung in seiner Lebenswelt zu befähigen, in der Wahl seiner Lebensmöglichkeiten möglichst frei sein zu können, bedarf es eines Rehabilitationsangebotes in der Lebenswelt selbst. Genau dieses kann mobile Rehabilitation zukünftig darstellen.

Literatur

- 1 *Literaturrecherche* A. Lis, Stand Febr. 2006. Unveröffentlicht. Bad Kreuznach; 2006
- 2 *Schuntermann MF*. Einführung in die ICF. Landsberg: Ecomed; 2005
- 3 Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 1.5.2007. 2007, verfügbar unter www.vdak.de (Pfad: Vertragspartner, Vorsorge und Reha, mobile Reha)
- 4 Diakonisches Werk der EKD Mobile Rehabilitation. Ein neues Konzept der Teilhabesicherung. Handreichung. Diakonie-Texte 2008, (14), verfügbar unter: www.diakonie.de (Pfad: PR und Presse, Veröffentlichungen, Diakonie-Texte Archiv)
- 5 Disability prevention and rehabilitation Report of the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation. Technical Report Series 1981, (668)
- 6 SGB V-Handbuch Sozialgesetzbuch V, Krankenversicherung. 14. Aufl. Altötting: KKF-Verlag; 2007
- 7 *Raspe H*. Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Zur Theorie von Bedarfsermittlungen („needs assessment“). Rehabilitation 2007; 46: 3–8
- 8 Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 1.1.2004. 2004, verfügbar unter www.vdak.de (Pfad: Vertragspartner, Vorsorge und Reha, ambulante Reha)
- 9 Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Hrsg Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation, Oktober 2005. Essen: MDS; 2005, verfügbar unter: www.mds-ev.de (Pfad: Dok. und Formulare, Gesundheit/Krankheit/Prävention)
- 10 Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation Näherungen an eine Bedarfsschätzung für mobile Rehabilitation. Diskussionspapier; 2006, verfügbar unter: www.bag-more.de
- 11 Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation Memorandum zur Mobilen Rehabilitation in Deutschland. 2004, verfügbar unter: www.bag-more.de

- 12 Köpke KH. Aufwerten, ausbauen und systematisieren – eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nachsorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung. *Rehabilitation* 2005; 44: 344–352
- 13 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Praxisleitfaden – Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Frankfurt: BAR; 2008, verfügbar unter: www.bar-frankfurt.de (Arbeitsmat. und Verzeichnisse)
- 14 Diakonisches Werk der EKD Forderungen der Diakonie zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation. Positionspapier. Diakonie-Texte; 2007, (2), verfügbar unter: www.diakonie.de (Pfad: PR und Presse, Veröffentlichungen, Diakonie-Texte Archiv)
- 15 Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation Rahmenkonzeption Mobile Rehabilitation 2001, verfügbar unter: www.bag-more.de
- 16 ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit 2005 verfügbar unter: www.dimdi.de
- 17 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ICF-Praxisleitfaden 1: Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation. 2., überarb. Aufl. Frankfurt: BAR; 2006, verfügbar unter: www.bar-frankfurt.de (Arbeitsmat. und Verzeichnisse)
- 18 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ICF-Praxisleitfaden 2: Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Frankfurt: BAR; 2008, verfügbar unter: www.bar-frankfurt.de (Arbeitsmat. und Verzeichnisse)
- 19 Staiger-Sälzer P. Zur Konzeption der Beratung und Versorgung in Beratungsstellen. Workshop „Unterstützte Kommunikation im System der Gesundheitsversorgung“ Januar 2008 in Frankfurt 2008, verfügbar unter: www.dvfr.de (Veranstaltungen der DVFR)
- 20 Schmidt-Ohlemann M. Mobile Rehabilitation – ein neues Konzept der Rehabilitation geriatrischer Patienten. In: Heiß W, Hrsg. Altersmedizin aktuell. Loseblattsammlung. Landsberg: Ecomed; 2004
- 21 Schweizer C. Mobile Rehabilitation: Vom Modell in die Regelversorgung. Schriftenreihe zum Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“. Saarbrücken: iso-Institut; 2005
- 22 Schweizer C. Mobile Rehabilitation: Ein Rehabilitationskonzept für Pflegebedürftige. Schriftenreihe zum Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“. Saarbrücken: iso-Institut; 2001
- 23 Schweizer C. Ambulante Geriatrische Rehabilitation. Endbericht zum Modellversuch der AOK und der LKK Baden-Württemberg. Stuttgart: AOK Baden-Württemberg; 2001
- 24 Borchelt M, Steinhagen-Thiessen E. Ambulante geriatrische Rehabilitation – Standortbestimmung und Perspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2001; 34 (Suppl 1): ■
- 25 Schulz M. Evaluation des Mobilen Rehabilitationsdienstes der Kreuznacher Diakonie. Diplomarbeit an der Fachhochschule Fulda. Fulda; 1999
- 26 Schweizer C, Brandt F. Ambulante Geriatrische Rehabilitation. Abschlussbericht zum Modellversuch des Sozialministeriums Baden-Württemberg. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg; 1997
- 27 Schmidt-Ohlemann M. Mobile Rehabilitation in Bad Kreuznach. Bericht über das Jahr 2001 an die Krankenkassen in Rheinland-Pfalz. Bad Kreuznach: kreuznacher diakonie; 2003, verfügbar unter: www.bag-more.de (Download als Anhang zum Memorandum der BAG Mobile Rehabilitation von 2004)
- 28 Schmidt-Ohlemann M. Diskussionspapiere der BAG Mobile Rehabilitation e.V 2003, verfügbar unter: www.bag-more.de
- 29 Schmidt-Ohlemann M. Hilfebedarf von Menschen mit schweren Mehrfachbehinderungen. In: Thomann KD et al., Hrsg. Schwerbehindertenrecht – Begutachtung und Praxis. Heidelberg: Steinkopff; 2006
- 30 Behrens J. Rehabilitation vor Pflege? Pflege als Rehabilitation? – Eine kritische Anmerkung aus Sicht der ICF und des SGB IX. In: Oldiges FJ et al., Hrsg. Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation. Europäische Fachtagung der DVFR. Ulm: Universitätsverlag Ulm; 2002
- 31 Meinck M, Robra BP. Abschlussbericht der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellvorhabens: Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen in der geriatrischen Rehabilitation in Sachsen-Anhalt (AMBRA). Magdeburg: Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Otto-von-Guericke Universität Magdeburg; 2003
- 32 Ostermann K. Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Kassel: Fachbereich Sozialwesen, Universität Kassel; 2003
- 33 Schulz M, Behrens J, Schmidt-Ohlemann M. Ergebnisorientierte Evaluation eines Mobilen Rehabilitationsdienstes: Eine prospektive Studie. *Phys Rehab Kur Med* 2008; 18: 30–34
- 34 Schmidt-Ohlemann M, Schönle PW, Schweizer C. Nachhaltigkeit der (Mobilen) Geriatrischen Rehabilitation: Definition und Messung von Outcomes in langfristiger Perspektive. Tagungsdokumentation in der Schriftenreihe zum Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“. Saarbrücken: iso-Institut; 2006
- 35 Schmidt-Ohlemann M. Untersuchungen zur Wirtschaftlichkeit der mobilen Rehabilitation 2003, verfügbar unter: www.bag-more.de
- 36 Schmidt-Ohlemann M, Volz FR. Die Bedeutung des Capability-Ansatzes in der Rehabilitation. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Hrsg. Tagungsband, „Rehabilitation im Gesundheitssystem“, 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 10.–12. März 2003 in Bad Kreuznach. DRV-Schriften 2003; (40): 138–140