Zum aktuellen Entwicklungsstand der Mobilen Rehabilitation in Deutschland:
Probleme und Perspektiven 2011

Matthias Schmidt-Ohlemann

Rehabilitationszentrum Bethesda Stiftung kreuznacher diakonie
Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation
Dt. Vereinigung für Rehabilitation

Vortrag Symposium Mobile Rehabilitation für den älteren Menschen
Berlin, den 4.11.2011

UN-Konvention Artikel 26
Habilitation und Rehabilitation

(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich betreffend die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, **ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.** Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme

a) im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer **multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken** beruhen;

b) die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und **Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten**.

(2) Die Vertragsstaaten fördern die Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten.

(3) Die Vertragsstaaten fördern die Verfügbarkeit, die Kenntnis und die Verwendung unterstützender Geräte und Technologien, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, für die Zwecke der Habilitation und Rehabilitation.

Mobile Rehabilitation: Aktueller Stand Oktober 2011

- Zugelassene Standorte MoGeRe:
  - Marburg
  - Woltersdorf
  - Karlsruhe (2 Teams),
  - Chemnitz
  - Berlin Spandau Johannesstift/Wichern-Krankenhaus
  - Schleswig-Holstein Rahmenvereinbarung (2 Standorte von 9 bieten MoGeRe an, geringer Umfang)

- Zugelassener Standort neurologische mobile Rehabilitation
  - Bad Neuenahr-Ahrweiler

- Zugelassener Standort für Menschen mit Beeinträchtigungen der Mobilität, alle Altersgruppen, „neuromuskulär“, fachübergreifend.
  - Bad Kreuznach

- Teilzulassungen MoGeRe:
  - Wiesbaden
  - Berlin (Median-Klinik),

Mobile Rehabilitation: Aktueller Stand Oktober 2011

- Laufende Antragsverfahren Geriatrie:
  - Münster-Ahlen-Hiltrup (St. Vincentz Gesellschaft) ?,
  - Bremen (Bremer Heimstiftung)
  - ?

- Laufende Antragsverfahren Neurologie:
  - ?
- Laufende Antragsverfahren fachübergreifend:
  - München
  - ?

Meilensteine

- Rahmenempfehlung mobile geriatrische Rehabilitation vom 1.5.2007
- Umsetzungshinweise/Übergangsregelungen des GKV Spitzenverbandes vom 1.5.2010
- Eigene Zulassungsbedingungen einzelner Krankenkassenverbände (VdEK am 23.3.2009)

Probleme: wie 2010

Zulassungsverfahren:

- Extrem aufwändig (Umfang der Unterlagen)
- Undurchsichtige Prüfverfahren mit ohne MDK, verschiedene Kassenarten vs. alle Kassen
- Unklare Prüfkriterien
- Lange Verfahrensdauern (oft Antworten erst nach 6 Monaten)
- Schriftwechsel statt Dialog.
- Auf Seiten der Einrichtungen: Verzögerungen wg. Überlastung.
- Entgeltvereinbarungen schwierig, da krankenkassenseitig zu niedrige Abschlüsse erwartet werden.

Probleme: wie 2010

Genehmigungsverfahren von Anträgen und Zuweisungen

- Das reguläre Antragsverfahren aus dem ambulanten Bereich entsprechend der Reharichtlinien funktioniert nicht, da die differenzierte Allokationsbegründung durch den Vertragsarzt nicht geleistet werden kann. Dadurch entstehen zu viele Ablehnungen.
- An mehreren Standorten kam es bzw. kommt es erneut zu extremen Ablehnungsquoten von z. T. 70 %. Überprüfungen durch die BAG MoRe zeigen, dass dies nicht mit mangelnder Qualität der Anträge begründet werden kann, vielmehr organisatorische/personelle Gründe bei den Krankenkassen hat. Dadurch ist die Existenz der MoRe gefährdet.
- Die MoRe ist z. T. erheblicher Kritik ausgesetzt, die nicht sachlich fundiert ist. So wird z.B. häufig in Frage gestellt, dass MoRe echte Reha sein könne oder dass sie wg. der Fahrzeiten wirtschaftlich unsinnig bzw. überteuert sei. Darin drückt sich teilweise mangelndes Verständnis für die Situation der Patienten und nicht stationärer Reha aus. (Kulturunterschiede zwischen stationärer und ambulanter Versorgung)

Probleme: wie 2010

Die geschilderten Probleme führen zur Skepsis möglicher Träger. Diese befürchten

- Ein Missverhältnis zwischen Aufwand für die Zulassung und Ergebnis (Zulassung in überschaubarem Zeitraum)
- Mangelnde Auslastung
- keine wirtschaftlich zuverlässige Basis erreichen zu können (schwarze Null)
- Erheblichen organisatorischen Aufwand (Management)
- Einbußen im Bereich stationärer oder ambulanter Reha oder Tagesklinik
- Eine Verschlechterung des Klimas bei den oft harten Verhandlungen mit den Kostenträgern
- Unklare Perspektiven, da neues Angebot

Ursachen wie 2010

- Jedes neue Angebot hat es schwer
- Die Rahmenempfehlungen sind, trotz mancher Klarstellung in den Umsetzungshinweisen, die sich teilweise erleichternd auswirken, gemessen am Bedarf und gesetzlichen Auftrag zu eng gefasst und werden zudem oft zu eng interpretiert.
- Durch die schleppenden Zulassungen wird das Ziel der BAG MoRe nicht erreicht, innerhalb von 1-2 Jahren ca. 20 MoRe Einrichtungen aufzubauen, die dann in einem gemeinsamen Prozess vernünftig evaluiert werden können.
- Weder die Träger noch die Krankenkassen sind in der Lage, bei diesem Stand eine vernünftige Evaluation zu organisieren.
- Die geplanten Forschungsvorhaben kommen auch deshalb nicht voran. Zudem fehlt die breite Akzeptanz der Grundideen der MoRe, die die Bewilligung von Forschungsmitteln erleichtern würde.
- Die Erforschung der MoRe ist methodisch sehr schwierig.
- Dadurch wird die Durchsetzung des Konzeptes zusätzlich behindert

Ursachen wie 2010

Es mangelt auch an Unterstützung und an konzeptioneller Überzeugung aus der Politik und der Sozialleistungsträger.

Dies liegt u.a. daran, dass

- Unwirtschaftlichkeit unterstellt wird oder zumindest die Behauptung, MoRe sei teuer
- Unterstellt wird, dass in Wirklichkeit kein echter Bedarf bestehe
- Ein neues Angebot angesichts der Kassenlage eigentlich eher zu verhindern sei, da nicht finanzierbar
- Die Probleme der Patienten doch auch anders zu lösen sein müssten: Heilmittel etc.
- Die Verhandlungspartner seitens der Kostenträger oft nicht die konzeptionelle Seite sehen sondern nur die Leistungs-/Kostenseite (Leistungsabteilungen vs. Medizinische Abteilungen)
- Mangelnde Umsetzung der bundesweiten Empfehlungen auf Landesebene

Verlässlichkeit und sichere rechtliche Grundlagen

- Im Vertragsabschluss zur geriatrischen Versorgung in Schlewsig-Holstein, der hier nicht umfassend inhaltlich bewertet werden kann, werden die Regelungen der Rahmenempfehlungen nicht annähernd 1:1 umgesetzt.
- Der Vertrag wurde ohne die Bundesebenen der Kostenträger und Leistungserbringer entworfen und abgeschlossen.
- Damit verlieren die Rahmenempfehlungen auf Bundesebene rein rechtlich ihre untergesetzliche Normierungskraft.
- Es fehlen damit rechtlich zuverlässige Grundlagen
- Es entsteht eine tiefe Vertrauenskrise bzgl. gemeinsamer Aushandlungsprozesse
- MoRe-Erbringung wurde damit der Beliebigkeit anheim gegeben.
- Möglicherweise spielt auch eine Rolle, dass die Beachtung der Rahmenempfehlungen als nicht möglich bzw. nicht zielführend angesehen wurde.
- Alle weiteren Bemühungen auf Bundesebene werden dadurch fragwürdig.

Lösungen und Perspektiven

Bewusstseinsbildung und Überzeugungsarbeit bzgl. MoRe:

Bedarf an MoRe:
- Epidemiologisch
- Sozialraum- und Lebenswelt bezogen
- versorgungspolitisch
- Perspektivisch (Demographie)
- ökonomisch

Machbarkeit von MoRe:
- Organisatorisch
- Qualitativ
- Finanzierung

Sinn von More:
- Versorgungsleistung für den Patienten
- Leistung für das Gemeinwesen
- Social return of invest/ return of social invest

Unterversorgung mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Für einige Personengruppen ist Unterversorgung zu vermuten, z.B. :

- Menschen nach Schädel-Hirntrauma und anderen ZNS-Schädigungen nach der Frühreha
- jüngere Pflegebedürftige (z.B. nach neurologischen Erkrankungen/Traumata)
- geistig behinderte Menschen
- Pflegende Angehörige und Bezugspersonen von Pflegebedürftigen
- behinderte Kinder- und Jugendliche ggf. mit Bezugsperson
- alte Menschen mit geriatrischem Syndrom mit Pflegebedarf ohne Akuterkrankung
- Menschen ohne Sprache
- Menschen bei schweren chronischen Erkrankungen, z. B. MS, ALS u.a. mit chronisch progredientem Verlauf und prolongiertem Bedarf
- Menschen mit besonderem hygienischem Bedarf, z.B. wg. MRSA oder Infektionskrankheiten, Inkontinenz und Immobilität
- Bei neurologischen, neurochirurgischen bzw. neuromuskulären Erkrankungen bzw. Strukturschädigungen oder Funktionsbeeinträchtigungen zugrunde.

Pflegebedürftige Gutachten MDK 2005 je 150 000 Einw.

• Pflegegutachten:1,64 % ca.	2460 Personen
Davon ambulante Pflege	1870
Davon stationäre Pflege	560
• Erstbegutachtungen:0,84 %	1260
Davon ambulant	1050
• Wdh. Gutachten: 0,68%	1020
Davon ambulant	675
• Erst- u.Folgegutachten	
Schlaganfall Alle Altersgruppen: 0,3 %	450
Davon u. 65J: 0,05%	75
Davon 5 % Rehaempfehlung	22
• Pflegebedürftige Insgesamt: 2,7 %	4050
Davon im Heim 0,8 %	1200
Davon unter 65 im Heim o,o6 %	90
amb: 0,4 %	600
Davon unter 70 im Heim: 0,1%	150
amb: 0,54 %	810

Einzelne Personengruppen im Sozialraum je 150 000 Einw.

- Schädel-Hirntrauma schwer: 0,03% (Inzidenz) 45
- Schlaganfall: 0,3 % 450
- Geriatrische stationäre Behandlungsfälle 0,7 % 1050
  - Davon 5 % 52
- Schwerbehinderte (10,5 %) 15750
- Psychosyndrom und Hirnleistungsschw.:0,17% 255
- Demenz: 1,3 % 1950
- Geistig behinderte Menschen: 0,43 % 645
- Blinde und Sehbehinderte : 0,43 % 645
- Eingliederungshilfe Wohnen 0,3 %: 450
- Werkstatt 0,29 %: 435

Perspektiven

- Die Forderung nach More muss konkret von den Gebietskörperschaften, d.h. den Städten, Gemeinden und Landkreisen, auch vom überörtlichen Sozialhilfeträger unterstützt werden. Gründe dafür sind Verbesserung der Lebensqualität, Bewältigung des Hilfebedarfes und Einsparungen im Bereich der Eingliederungshilfe sowie der Hilfe zur Pflege.

- Die Kostenträger der Pflege sollten die Einführung von MoRe nachhaltig fordern und fördern

- Die Krankenkassen und ihre Aufsichtsbehörden sollten ihren Gestaltungsauftrag angemessen erfüllen im Hinblick auf
  - die Un-Konvention
  - eine umfassend sozialökonomisch fundierte langfristig und nachhaltig wirkende Versorgungsplanung
  - Management bei Menschen mit intensivem Ressourcenverbrauch

- Die Träger sind zu ermutigen, trotz alle Schwierigkeiten MoRe anzubieten. Dies sollte vor Ort durch die Politik aber auch durch die Krankenkassen geschehen.

- MoRe ist in den nationalen und die regionalen Aktionspläne zum Umsetzung der BRK aufzunehmen

- Die Politik hat die Umsetzung der gesetzlichen Aufträge stärker zu überwachen und ggf. aus der ermöglichenden eine verbindliche Gesetzgebung zu machen.

Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen!

Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit

vom 21. Juni 2011

Dt. Verein: Aus den Thesen Reha und Pflege

- Im Zentrum präventiver und gesundheitsfördernder Strategien stehen die Ermöglichung und Förderung physischer, psychischer und kultureller Aktivitäten (auch) bei im Alter eingeschränkter Mobilität.

- Von besonderer Bedeutung sind Wohnortnähe und Niedrigschwelligkeit sowie eine Einbindung von Angehörigen und anderen Unterstützungspersonen. Daher spielt die Sozialraumorientierung aller Angebote und Maßnahmen eine zentrale Rolle.

- Insbesondere die Leistungen der §§ 45 c, 45 d SGB XI sowie §§ 61 ff., 70 und 71 SGB XII sollten daraufhin überprüft werden, wie sie stärker als bisher die Verringerung von Pflegebedürftigkeit befördern können.

- Um einen rechtzeitigen Zugang zu Leistungen zu gewährleisten, sollte ein abgestimmtes Konzept der Beratung und Früherkennungsdiagnostik etabliert werden, das in einem Stufensystem organisiert ist.

Dt. Verein: Pflege und Reha

- Für ältere Menschen hat neben der indikationsspezifischen die geriatrische Rehabilitation, insbesondere auch in Form der mobilen (geriatrischen) Rehabilitation, eine große Bedeutung.

- Um die rehabilitativen Bedarfe von pflegebedürftigen Menschen zu verwirklichen, ist ein regional abgestimmtes Netz mobiler, ambulanter und stationärer sozialraumorientierter Rehabilitationsangebote vorzuhalten, das gegenwärtig so noch nicht existiert.
-
- Rehabilitationsangebote sind zeitlich und örtlich zu flexibilisieren sowie individualisiert und kultursensibel auszugestalten.

- Für Gesundheitsförderung und Prävention in und durch Pflegeeinrichtungen und -dienste sind Qualitätskriterien zu entwickeln. Die Kurzzeitpflege, die als Übergangsversorgung eine große Bedeutung hat, ebenso wie die teilstationäre Pflege sollten weiter ausgebaut werden.

- Gesundheitsförderung, Prävention, insbesondere die Früherkennung, sowie die geriatrische Rehabilitation in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung insbesondere der Allgemeinmediziner/innen und hausärztlich tätigen Internist/innen sind zu stärken und eine Auseinandersetzung mit Altersbildern ist zu fördern.

- Die Verordnung von Heilmitteln sollte durch eine Herausnahme relevanter Leistungen aus dem Heilmittelbudget gefördert werden.

Dt. Verein: Verfügbarkeit passender und qualitätsgesicherter Rehabilitationsangebote insbesondere der mobilen Rehabilitation

- Rehabilitationsleistungen sollten vorrangig ambulant (auch mobil) oder stationär erbracht werden; sie sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 SGB XI zu erbringen (§ 40 Abs. 1 S. 2 SGB V). Trotz dieses gesetzlich festgelegten Vorrangs 23 ambulanter Leistungserbringung findet die medizinische Rehabilitation immer noch vorrangig im stationären Bereich statt.
- Mobile Rehabilitation durch wohnortnahe Einrichtungen erfolgt durch ein ärztlich geleitetes, interdisziplinäres Team in der häuslichen Umgebung der Patient/innen. Für ältere Menschen hat die mobile (geriatrische) Rehabilitation, auf die seit dem GKV-WSG ein Rechtsanspruch besteht, eine besondere Bedeutung.
- Zielgruppe sind nach Vorstellung des Gesetzgebers multimorbide Patient/innen mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf, die auf familiäre Unterstützung sowie ein bekanntes Wohnumfeld angewiesen sind, da diesen bisher die Rehabilitationsfähigkeit abgesprochen wurde.
- Darüber hinaus liegt die besondere Bedeutung der mobilen (geriatrischen) Rehabilitation darin, dass das (Wieder-)Erlernen von für den Autonomieerhalt zentralen Fähigkeiten im Wohnumfeld erfolgt und keine „Transferleistung“ erforderlich ist. Auch für ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist die mobile Rehabilitation sehr wichtig, da die Vertrautheit der Umgebung den Erfolg der Rehabilitation erhöht. Schließlich kann mobile Rehabilitation für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen den Zugang zur Rehabilitation in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen.
- **Die mobile Rehabilitation kann einem Personenkreis rehabilitative Leistungen zukommen lassen, der bislang keine oder nur unzureichende Rehabilitationschancen hatte. Mobile Rehabilitation stellt eine neue Form der sozialraumorientierten Teilhabesicherung dar.**

Dt. Verein: Reha und Pflege

- Mobile Rehabilitation ist nach dem Gesetzeswortlaut zu leisten, wenn dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist (§ 40 Abs. 1 S. 1 SGB V).
- Die Beschränkung auf die vom Gesetzgeber genannten Fall- und Zielgruppen ist jedoch zu eng.

- **Der Deutsche Verein fordert, den Anspruch auf mobile Rehabilitation in § 40 Abs. 1 S. 1 SGB V dahingehend zu konkretisieren, dass diese Form der Leistungserbringung immer dann zu gewährleisten ist, wenn sie einen größeren Rehabilitationserfolg (auch bezogen auf geriatrische Rehabilitationsziele, also auch einen verbesserten Autonomieerhalt und dauerhafte Teilhabe und Verbleib in der eigenen Häuslichkeit) verspricht als die ambulante oder stationäre Rehabilitation.**

Dt. Verein: Reha und Pflege

- Um die rehabilitativen Bedarfe von pflegebedürftigen Menschen zu verwirklichen, ist ein regional abgestimmtes Netz mobiler, ambulanter und stationärer, sozialraumorientierter Rehabilitationsangebote vorzuhalten. Nach Auffassung des Deutschen Vereins fehlt es gegenwärtig insbesondere an einem hinreichenden Angebot zur ambulanten und mobilen medizinischen Rehabilitation; der Ausbau erfolgt nur schleppend.
- Grund für das Fehlen hinreichender Angebote der mobilen Rehabilitation ist nach Einschätzung des Deutschen Vereins, dass die Vergütungsverhandlungen sich schwierig gestalten, weil die Vergütung im Verhältnis zu den Qualitätsanforderungen, z.B. zur Strukturqualität, nicht adäquat ist.
- Gleichzeitig hat die Qualität von medizinischen Rehabilitationsleistungen eine hohe Bedeutung und ist in einigen Bereichen zu verbessern. Hier ist grundsätzlich zu klären, welche Qualität auf welcher Stufe erforderlich und gewünscht ist: Es ist zu bedenken, dass hohe Strukturanforderungen große stationäre Träger begünstigen und wohnortnahe, sozialräumlich orientierte Angebote kleinerer Träger erschweren können.
- Auch sollten grundsätzlich von Trägern keine Investitionen gefordert werden, die nicht unmittelbar erforderlich sind oder bei denen das Ziel auch kostengünstiger erreicht werden kann. Beispielsweise hat das BSG – unter Bezugnahme auf Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbands, der Rehabilitations-Organisationen sowie die Rehabilitations-Richtlinien des G-BA – für ambulante Rehabilitations-Leistungen wegen ihres ganzheitlichen Aspektes die Leitung und Verantwortung eines/einer ständig präsenten und verfügbaren Arztes/Ärztin verlangt (BSG SozR 4 – 2500 § 40 Nr. 2 Rn. 14, 15). Diese Anforderung gilt ohne explizite gesetzgeberische Klarstellung auch für die mobile Rehabilitation. Jedoch könnte entsprechend der Strukturen der mobilen Rehabilitation und der Situation bei den ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation gem. § 43 SGB V in geeigneten Fällen und nach persönlicher Entscheidung von Ärzt/innen die telefonische Rufbereitschaft genügen, wenn der Einsatzort in angemessener Zeit zu erreichen ist.

- **Der Deutsche Verein fordert, den Ausbau der Angebote zur mobilen Rehabilitation zu fördern. Qualitätsanforderungen an Angebote der mobilen Rehabilitation sollten mit Blick auf ihre Relevanz für die Sicherung der Ergebnisqualität der Rehabilitation und ihre Steuerungswirkungen überprüft werden. Ggf. ist die Vergütung für mobile Rehabilitationsleistungen anzupassen. Insgesamt ist gerade im mobilen Bereich zu klären, welche Qualität auf welcher Stufe erforderlich und gewünscht ist.**

Bericht der Bundesregierung zum Stand der Umsetzung der geriatrischen Rehabilitation vom 19.9.2011

- Eigener Abschnitt zur MoRe
- Hinweis auf Rahmenempfehlung
- Hinweis auf Umsetzungshinweise
- Das BMG geht davon aus, dass die Verhandlungen auf der Landesebene auf diese Weise erleichtert werden

➔ Im Versorgungsstrukturgesetz unterliegen alle ambulanten Rehaangebote dem § 111 SGB V. Die MoRe wird in der Gesetzesbegründung als besondere Rehaform, für die diese Neuregelung gilt, erwähnt.

§ 111b Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

- (1) 1Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Landesebene maßgeblichen Verbände bilden miteinander für jedes Land eine Schiedsstelle. 2Diese entscheidet in den Angelegenheiten, die ihr nach diesem Buch zugewiesen sind.
- (2) 1Die Schiedsstelle besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der jeweiligen Vertragsparteien nach § 111 Absatz 5 Satz 1 in gleicher Zahl; für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden. 2Der Vorsitzende und die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Verbänden nach Absatz 1 gemeinsam bestellt. 3Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie von den zuständigen Landesbehörden bestellt.
- (3) 1Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. 2Sie sind an Weisungen nicht gebunden. 3Jedes Mitglied hat eine Stimme. 4Die Entscheidungen werden von der Mehrheit der Mitglieder getroffen. 5Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.
- (4) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.
- (5) 1Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen. 2Sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.
- Text in der Fassung des Artikels 3 Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze G. v. 28. Juli 2011 BGBl. I S. 1622 m.W.v. 4. August 2011
-

Fazit 2011

- Mobile Rehabilitation ist ein Baustein im Sozialraum
- Sie ist unverzichtbar angesichts der demographischen Entwicklung
- Sie ist unverzichtbar für die Umsetzung des Art 26 BRK
- Sie ist unverzichtbar im Hilfemix für Menschen mit Pflegebedarf und Behinderungen, damit auch zur Entlastung der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege
- Dem sollten die Gebietskörperschaften Rechnung tragen, in dem sie die Errichtung von MoRe in geeigneter Form unterstützen
- Eine Maßnahmekostenorientierte Betrachtungsweise greift zu kurz.
- Es gibt keinen Hinweis auf die Gefahr von Overuse oder Ausuferung – solche Ängste sind nicht begründbar und dürfen deshalb die weitere Entwicklung nicht hemmen.
- Überregulierung ist zu vermeiden
- Eine gedeihliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger und der Leistungserbringer ist notwendig
- Eine stärkere Verzahnung ambulanter und mobiler Rehabilitation ist wahrscheinlich unumgänglich

➔ Statt in der Regelversorgung sind wir leider erst in der 2. Pionieretappe angekommen.

Aus Sicht der BAG MoRe

- Förderung, nicht allenfalls Duldung der MoRe durch die Krankenkassen und die Fachgesellschaften
- Verlässlichkeit der Absprachen und Regelungen und Sicherstellung ihrer Umsetzung ist von großer Bedeutung.
- Die BAG MoRe wird sich weitere Bündnispartner suchen müssen und rechnet mit politischer Unterstützung
- Sie wird die vorhandenen Ergebnisse und Erfahrungen aufarbeiten und als Informationen zur Verfügung stellen, soweit dies mit einfachen Mitteln möglich ist.
- Ein weiterer Schwerpunkt wird MoRe im Heim bzw. in der Kurzzeitpflege und beim Prozess des Deinstitutionalisierung sein.
- Besonders wichtig wird aber die Förderung der Antragsverfahren und dem Erreichen eines Abschlusses liegen müssen.
- MoRe sollte Bestandteil der Hilfebedarfsermittlung im Rahmen des SGB IX (auch SGB XII) sein.
- Das Angebot von MoRe kann auch eine zusätzliche Leistung an Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe sein oder auch durch den Sozialhilfeträger für spezifische Leistungen gefördert werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Kontakt:

Dr. med. M. Schmidt-Ohlemann

Rehazentrum Bethesda Stiftung kreuznacher diakonie

Waldemarstr. 24

55543 Bad Kreuznach

Tel.: Frau Andres 0671/605-3872, - 3616 (nachmittags)

Fax: 0671/6053441

Mail: andresre@kreuznacherdiakonie.de

MoRe im Sozialraum

- Eine sinnvolle Perspektive ist die des Sozialraumes: Wer lebt dort mit welchem Bedarf und wie ist diesem in welchem Sozialraum Rechnung zu tragen?
- Ein sinnvoller bezug kann hier die regionale Gebietskörperschaft sein: Eine Stadt, ein Landkreis o.ä.
- Hier gehört MoRe als Bestandteil des Leistungsangebotes hin, und zwar schwerpunktmäßig für Menschen
  - Mit geriatrischem Versorgungsbedarf
  - Mit neurologischem Versorgungsbedarf
  - Mit Pflegebedarf
  - Mit Behinderungen (vorwiegend geistig und mehrfachbehinderte sowie sinnesbehinderte Menschen)

  Wenn sie
  - Einen umfassenden multifokalen Rehabilitationsbedarf auf Grund komplexer Beeinträchtigungen von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe aufweisen-

GKV Umsetzungshinweise

2. Sozialmedizinische Umsetzungshinweise

2.1. Mobile geriatrische Rehabilitation (Abschn. 2.4 der RE MoGeRe)

Mobile geriatrische Rehabilitation im Sinne der RE MoGeRe ist den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuzurechnen, wie sie im SGB V, SGB IX und der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses beschrieben sind. Es handelt sich weder um Heilmittelerbringung im Sinne der Heilmittel-Richtlinie, noch um Hausbesuche im Rahmen einer ambulanten Rehabilitation in einer Einrichtung, noch um Nachsorge.

2.2. Indikations- und Zuweisungskriterien der mobilen geriatrischen Rehabilitation (Abschn. 2.5 der RE MoGeRe)

- Die RE MoGeRe beschreiben im Abschnitt 2.5 unter den Nummern 1.a., 1.b., 2., und 3., wie eine Unter- oder Fehlversorgung der dort genannten Patientengruppe entstehen kann. An dieser Stelle sind Unklarheiten aufgetreten, in welcher Anzahl die dort genannten Kriterien erfüllt sein müssen, damit für einen konkreten Antragsteller eine mobile Rehabilitation in Betracht kommt und keine Unter- oder Fehlversorgung durch andere Leistungsformen entsteht.

GKV

- Eine Unter- oder Fehlversorgung ist dann vorstellbar, wenn sich der angestrebte Rehabilitationserfolg nur in der Häuslichkeit / der stat. Pflegeeinrichtung erzielen lässt, weil die Rehabilitanden aufgrund der unter Abschnitt 2.5, Nummer 3 der RE MoGeRe genannten Funktionsschädigungen

- in der Regel auf die Angehörigen/Bezugspersonen angewiesen sind (z.B. bei erhebli-chen Schädigungen der mentalen Funktion)

GKV

- Im Abschnitt 2.5 der RE MoGeRe werden unter Nummer 3 mögliche Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen aufgezählt.
- Erläuterung: Der Ausdruck „Erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen“ im ersten und zweiten Spiegelstrich von Nr. 3. bezieht sich ausschließlich auf die Handlungsrelevanz der Schädigung. Es kommt darauf an, ob die Schädigung so ausgeprägt ist, dass dies – im Sinne der dort jeweils nachfolgenden Ausführungen – als Hinweis auf die

2.5. Kontextbezogene Voraussetzungen für die mobile geriatrische Rehabilitation (Abschn. 2.6 der RE MoGeRe

- Abschnitt 2.6 der RE MoGeRe skizziert die kontextbezogenen Voraussetzungen einer mobi-len Rehabilitation.
- Erläuterung: Angehörige/Bezugspersonen, die nicht der häuslichen Gemeinschaft angehören müssen, spielen als Teil der umweltbezogenen Kontextfaktoren eine besondere Rolle im Konzept der mobilen Rehabilitation. In der Regel sind die Verfügbarkeit und soweit erforderlich die Mitwirkung von Angehörigen/ Bezugspersonen während der Therapiezeiten sicherzustellen, damit die mobile Rehabilitation erfolgreich durch-geführt werden kann. In begründeten Einzelfällen können Abweichungen notwendig sein. Darüber hinaus sollten die Angehörigen/Bezugspersonen in einem angemessenen Zeitrahmen auch weiter zur Verfügung stehen, damit die durch die abgegebenen Therapien erreichten

GKV

- Der individuell gebotene Einbezug der Angehörigen/Bezugspersonen ist durch den Leistungserbringer sicherzustellen und im Konzept entsprechend darzulegen. Eine Überprüfung der Verfügbarkeit der Angehörigen/Bezugspersonen im Einzelfall er-scheint nur bei begründeten Zweifeln an der Durchführbarkeit einer mobilen Rehabili-tation angebracht. Dies gilt auch, wenn die mobile Rehabilitation in einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgt.

2.4. Mobile Rehabilitation in der Kurzzeitpflege

Wenn noch vor der Entlassung aus dem Krankenhaus die Indikation für eine mobile Rehabilitation besteht, die Entlassung aber nur über eine Kurzzeitpflegeeinrichtung möglich ist, so kann die mobile Rehabilitation bereits dort

3. Umsetzungshinweise zur Leistungsbewilligung (Abschn. 3 der RE MoGeRe

- Abschnitt 3 der RE MoGeRe stellt die Zuständigkeit der Krankenkassen als Rehabilitationsträger für die Entscheidung über die Durchführung einer mobilen Rehabilitation klar.
- Erläuterung: Die Krankenkassen können Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den MDK prüfen lassen (§ 275 SGB V). Voraussetzung für eine zügige und sachgerechte Bearbeitung sind umfassende

GKV

- Die Anträge aus dem vertragsärztlichen Bereich sind gemäß Rehabilitations-Richtlinie unter Verwendung der Muster 60/61 zu stellen. Etwaige Zusatzinformationen bspw. für die Erfüllung der Bedingungen nach Abschn. 2.5 und 2.6. der RE MoGeRe können durch ergänzenden Freitext oder separate Unterlagen übermittelt werden. Es gelten die Bear-beitungsfristen nach § 14 SGB IX, wobei in Einzelfällen ein besonderer Eilbedarf angezeigt sein kann.

4. Übergangsregelungen

- Zur Sicherstellung eines wohnortnahen Angebotes mobiler Rehabilitation bietet es sich an, auf bereits bestehende ambulante oder stationäre Rehabilitationseinrichtungen aufzubauen. Die Schaffung neuer, ausschließlich mobiler Rehabilitationseinrichtungen ist damit nicht ausgeschlossen. Das unternehmerische Risiko für die Erweiterung eines bereits bestehenden oder die Schaffung eines neuen Leistungsangebotes trägt aber ausschließlich der Leistungserbringer.
- Wegen der Neuartigkeit der mobilen Rehabilitation kann nicht ohne weiteres die

4.1. Personalbemessung

- Flexibler Personaleinsatz bei Anbindung an stationäre oder ambulante Rehabilitationseinrichtung (Abschn. 7.8.2 der RE MoGeRe)
- In Abschnitt 7.8.2. der RE MoGeRe sind Anhaltszahlen für die Personalbemessung genannt.
- Erläuterung: In der Aufbauphase einer mobilen Rehabilitation bei einem Leistungserbringer, der bereits stationäre oder ambulante Rehabilitationsleistungen erbringt1, kann das dort beschäftigte Personal in die mobile Rehabilitation eingebunden werden. Dabei ist jedoch zu dokumentieren, welcher

GKV

- Schließt für die mobile geriatrische Rehabilitation Einrichtungen nach § 109 SGB V nicht aus, soweit sie geriatrisch rehabilitativ arbeiten.

- Voraussetzung für eine zügige und sachgerechte Bearbeitung von Anträgen auf Abschluss einer Vereinbarung sind umfassende Informationsgrundlagen. Die sozialmedizinische Prüfung von Einrichtungskonzepten und -strukturen erfordert daher aussagefähige und voll-ständige Unterlagen der Leistungserbringer. Dazu gehören insbesondere ein umfassendes rehabilitationsmedizinisches Konzept zur mobilen Rehabilitation auf der Basis der einschlägigen Richtlinien und Empfehlungen und die Spezifizierung der zu erwartenden Gruppe von Rehabilitanden (Indikation).
- Wenn der MDK Nachbesserungsbedarf an den

6. Vergütungsvereinbarung

In den Vergütungsverhandlungen soll einbezogen werden, dass diese Leistung als aufsuchende interdisziplinäre Leistung erbracht wird und dass Gruppentherapien nicht möglich sind.