

# **Teilhablesicherung als Herausforderung für die Kurzzeitpflege**

**M. Schmidt-Ohlemann, Bad Kreuznach**

**Vorsitzender der BAG MoRe**

**Vorsitzender der DVfR**

**Symposium**

**„Mobile Rehabilitation und Kurzzeitpflege – Die Brücke nach Hause?!“**

**am 17.01.2020 in Berlin**

# Teilhabsicherung bei pflegebedürftigen Menschen

Pflegebedürftige sind stets Menschen mit Behinderung i. S. des § 2 SGB IX:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate hindern können.“

Unabhängig von der Schwere der Pflegebedürftigkeit oder Behinderung können daraus Ansprüche auf Leistungen zur Förderung der Teilhabe abgeleitet werden, vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 2: ..“Einschränkungen der ..... Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,...“

Ein hoher Anteil von Pflegebedürftigen erhält trotz vorliegenden Reha-Bedarfes keine Reha-Leistungen, auch in der KZP, insbesondere auch nach Krankenhausaufenthalt, s.u.

Insofern ist die Situation in der KZP auch dadurch gekennzeichnet, dass dort Klienten landen, die eigentlich reha-bedürftig sind. Dies ist als Fehlallokation anzusehen und überfordert die KZP.

# Teilhabe und Pflege

- Teilhabe wird definiert **als Einbezogenensein in eine Lebenssituation.**
- Teilhabe meint im umfassenden Sinne die **Möglichkeit des Individuums**, in der Gesellschaft als deren Teil und **als Subjekt zu handeln**, d. h. die ihm wichtigen und von seinem Umfeld erwarteten Rollen, Aufgaben, Funktionen und Aktivitäten in einer Gesellschaft auszuüben bzw. dazu befähigt und in die Lage versetzt zu sein.
- Dazu gehört auch das Gefühl, d. h. die subjektive Realisierung, tatsächlich **einbezogen** zu sein („enhanced sense of belonging“).
- Dazu bedarf es eines eigenen und im Falle erworbener Schädigungen **eines neuen Konzeptes der Lebensführung.**
- **Jeder Mensch kann teilhaben, unabhängig von der Schwere seiner Beeinträchtigungen.**
- **Rehabilitation zielt deshalb nicht darauf ab, eine Person teilhabefähig zu machen, sondern Teilhabe zu ermöglichen.**
- **Teilhabeförderung** ist nicht nur eine Aufgabe der med. Rehabilitation, sondern auch der **Krankenbehandlung** (vgl. 43 SGB IX) und letztlich auch der **Pflege sowie eine allgemeine gesellschaftliche Aufgabe.**
- **Für alle Akteure** ist das **biopsychosoziale Modell** der WHO geeignet, Beeinträchtigungen auf den verschiedenen Ebenen zu beschreiben und Möglichkeiten der Verbesserung in allen Bereichen zu erreichen.
- **Welches sind dabei die Aufgaben der KZP im Verhältnis zu Leistungen der Rehabilitation?**

## § 5 SGB IX und §§ 11 Abs. 2 u. § 40 Abs. 1 SGB V

SGB XI: „(4) Die Pflegekassen wirken unbeschadet ihrer Aufgaben nach Absatz 1 bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass **frühzeitig alle geeigneten Leistungen** zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur **medizinischen Rehabilitation** eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden...

(6) Die **Leistungsträger** haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen** und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.“

SGB V § 11: „**Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation...**, die notwendig sind, um eine Behinderung oder **Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.** Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. Die Leistungen nach Satz 1 werden unter Beachtung des Neunten Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist.“

SGB V § 40: „ 1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht; **dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein. Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.**“

# Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



## Teilhabe für Pflegebedürftige

Teilhabe nach Krise oder Krankenhaus/Reha bedeutet:

1. zu Hause bleiben zu können,
  2. (weiterhin) selbst über das Alltagsleben bestimmen zu können,
  3. weniger fremdbestimmt zu werden und weniger Angst vor Verletzungen/Fremdbestimmung haben, weniger Ohnmacht empfinden zu müssen,
  4. möglichst weitgehend das tun zu können, was man vorher getan hat,
  5. möglichst weitgehend das erleben zu können, was man vorher erlebt hat,
  6. Beziehungen zu wichtigen Personen erhalten,
  7. neue Lebensperspektiven entwickeln können - neue Arrangements und neues Verständnis der eigenen Rolle im familiären Kontext zu finden,
  8. die eigene Versorgung ist gesichert.
- ➔ Gefühl von Einbezogenheit (enhanced sense of belonging): Teilhabe und Inklusion (UN-BRK)
  - ➔ Gefühl von Kontrollkompetenz und Selbstwirksamkeit: Teilhabe schließt Selbstbestimmung ein und nicht nur Selbständigkeit
  - ➔ Gefühl von Achtung, Wertschätzung, Zuneigung, von "Bedeutung haben"
  - ➔ Gefühl für eine gute Zukunft: "noch ein paar gute Jahre haben können"

## Teilhabe für Pflegebedürftige

Teilhabemöglichkeiten sind für die Betroffenen daran gebunden,

1. dass sie und/oder ihre Bezugspersonen möglichst wenig beschwerlich (mit wenig Krankheitslast) leben können,
  2. dass sie keine/weniger Schmerzen haben,
  3. dass sie bei den Alltagstätigkeiten selbständig sind,
  4. dass die Pflege gut klappt (Bezugsperson, Achtsamkeit),
  5. dass die notwendige Unterstützung für ihr Leben zu Hause, ggf. mit Pflegedienst gesichert ist,
  6. dass die Angehörigen weniger belastet werden,
  7. dass Krankheiten gut behandelt und (neue) Krankenhausbehandlungen vermieden werden,
  8. dass das medizinische Management zu Hause funktioniert.
- ➔ Ob und wie dies gelingt, hängt natürlich stark von den individuellen Bewältigungsstrategien und Ressourcen ab, aber auch wesentlich von der Qualität der Krankenhausbehandlung, der Rehabilitation, aber auch von der Qualität der KZP sowie der weiteren ambulanten Versorgung.
- ➔ Gelingende Teilhabe ist ein salutogenetischer Faktor, spart Kosten, vermindert Pflegebedarf, erleichtert die Pflege und Versorgung und kann eine Bereicherung für alle sein – der Lastcharakter der Pflege kann reduziert werden.

# Allgemeine Voraussetzungen für Teilhabe Pflegebedürftiger

Neben einer Rehabilitationsmaßnahme sind eine Reihe weiterer (Kontext-)Faktoren für die Teilhabe relevant.

Sie können nur begrenzt durch Rehabilitation und auch nur begrenzt durch die KZP bearbeitet bzw. beeinflusst werden.

Ausnahme: Mobile Rehabilitation: aufsuchender Charakter, Tätigkeit in der konkreten Lebenswelt. Funktion für Kompensation und Adaption!!:

- In der kurativen Behandlung werden rehabilitative Aspekte berücksichtigt.
- Die Hilfsmittelversorgung ist bedarfsgerecht und teilhabe-, nicht primär pflegeerleichternd orientiert.
- Die Heilmittelversorgung wird bedarfsgerecht und teilhabeorientiert durchgeführt.
- Die Angehörigen sind informiert, angeleitet und wirken mit (Empowerment).
- Die Pflege ist fach- und bedarfsgerecht verfügbar.
- Andere Ressourcen (Bezugs- und Assistenzpersonen) werden erschlossen.
- Die Wohnung ist behindertengerecht.
- Wichtige Lebensorte können erreicht werden.
- Die Kommunikation im primären sozialen Netzwerk funktioniert (heute einschließlich moderner Kommunikationsmedien).



# Begriff und Konzeption der Kurzzeitpflege (KZP)

Kurzzeitpflege ist eine vorübergehende stationäre Versorgungsform in einer Pflegeeinrichtung, einer Einrichtung der Behindertenhilfe oder in einer Einrichtung der med. Rehabilitation bei pflegebedürftigen Menschen

- nach § 42 SGB XI, bei denen die häusliche Pflege nicht, noch nicht oder nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden kann,
- nach § 39 SGB XI als Ersatz (Verhinderungspflege) bei Verhinderung der pflegenden Personen.

KZP nach § 42 SGB XI findet statt

- nach Krankenhausaufenthalt,
- nach einer med. Rehabilitationsleistung,
- bei Versorgungskrisen in häuslicher Umgebung.

## KZP-Beschreibung

Der Gesetzgeber hat konkrete Regelungen getroffen, die den spezifischen Charakter der Kurzzeitpflege als Leistung, die die ambulante Versorgung auf Dauer gewährleisten soll, unterstreichen:

- deren zeitliche Begrenzung („vorübergehend“, „acht Wochen pro Kalenderjahr“)
- deren nachrangige Rolle („häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend“).

Weiterhin gibt es folgende Besonderheiten der Versorgung in der Kurzzeitpflege:

- Die Versorgung erfolgt nur übergangsweise, d. h. die Einrichtung muss bei Kurzzeitpflegefällen (i. d. R. nicht bei Verhinderungspflege) eine Folgeversorgung planen.
- Bei den Kurzzeitpflegegästen handelt es sich häufig um Menschen mit akutem Krankheitsgeschehen und entsprechend sehr hohem Bedarf an Behandlungspflege.
- Infolge des intensiven Pflege- und Betreuungsbedarfs sowie des häufigen Wechsels der Gäste ist der Zeitdruck in den Einrichtungen sehr hoch.

(Deckenbach 2017, [www.dvfr.de](http://www.dvfr.de))

## Konzeptionelle Aspekte für die KZP

1. Behebung der Notlage
2. Umfassende Erkennung von gesundheitsbezogenen Bedarfen
3. Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenbehandlung mit fachkundiger (Behandlungs-)Pflege, ärztlicher und therapeutischer Versorgung
4. Entlastung, Beratung und Anleitung der Angehörigen
5. Klärung des weiteren Versorgungsbedarfes: Weichenstellung für das weitere Vorgehen (v. a. bei anfangs noch unklarem Krankheitsverlauf)
  1. In eine geeignete eigene Häuslichkeit mit Versorgungskonzept (einschl. Individ. Assistenz o. Pflegekonzept, Hilfsmittelausstattung, sonstiger Bedarfsfeststellung)
  2. In die Rehabilitation: ggf. Auch MoRe in der KZP
  3. In das Krankenhaus
  4. In die Langzeitpflege (ggf. Tagespflege, amb. o. stat. Behindertenhilfe, Hospiz)
6. Sicherstellung und Förderung einer Rückkehr in eine eigene Häuslichkeit
  1. Durch aktivierende Pflege und durch gute Behandlung (Heilmittel, Hilfsmittel u. ä.)
  2. Durch Vorbereitung der Betroffenen und der Angehörigen
  3. Fallmanagement bzw. Fallbegleitung
  4. Durch Mobile Rehabilitation im Bedarfsfalle

Alles das gehört zur Förderung der Teilhabe!

## Einige handlungswirksame Interessenslagen

Alle: Lösung des akuten Pflegeproblems, Mehr Gesundheit und Teilhabe

1. Betroffene und ihre Angehörigen:
  1. Überbrückung eines Notstandes
  2. Ermöglichung der Rückkehr nach Hause
  3. Sicherstellung der notwendigen Pflege und Behandlung
  4. Oder: “Sozialverträgliche”, “konfliktreduzierende” Anbahnung einer Langzeitpflege
2. Krankenhäuser:
  1. Rasche Entlassung (DRG)
  2. Delegation der Sorge um die weitere häusliche Versorgung an die KZP
3. Pflegeeinrichtungen (bzw. Ihre Träger)
  1. Kurzfristiges Füllen von leeren Betten
  2. Klientelgewinnung für die LZP
  3. Gewinnorientierung, Optimierung durch ausgewiesene KZP-Plätze
4. Pflegekassen
  1. Vermeidung von Langzeitpflege, Ausgabenbegrenzung
5. Krankenkassen
  1. Vermeidung von Reha-Ausgaben oder häusl. Krankenpflege nach § 37 SGB V

# Konzeptionelle Aspekte: Umsetzungsprobleme 1

1. Behebung der Notlage (bei eingeschränkten persönlichen Ressourcen)
  1. Verursacht durch DRG-induzierte Frühverlegung
  2. Unzureichendes Entlassmanagement des Krankenhauses
  3. Verursacht durch fehlende Bedarfserkennung für Reha
  4. Mangel an geeigneten Reha-Plätzen für Pflegebedürftige oder an geriatrischer Rehabilitation
  5. Mangelnde Verfügbarkeit von Mobiler Rehabilitation
  6. Mangelnde Bereitschaft der Betroffenen zur einer stat. Rehabilitation
  7. Aber: Regionale und saisonal oft kein KZP-Platz kurzfristig zu finden
- ➔ KZP fungiert als Lückenbüßer, gerade auch für nicht erfolgte Reha-Leistungen
2. Umfassende Erkennung von gesundheitsbezogenen Bedarfen
  1. Als systematisch organisiertes und strukturiertes Screening/Assessment durch Fachkraft
  2. Berücksichtigung von Teilhabeleistungen
  3. Während und nach der KZP
- ➔ Bislang nicht/kaum etabliert: Fehlende Identifikation von Reha- oder speziellen teilhabefördernden Leistungen

## Konzeptionelle Aspekte: Umsetzungsprobleme 2

3. Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenbehandlung mit fachkundiger (Behandlungs-)Pflege, ärztlicher und therapeutischer Versorgung
    1. Oft besonders hoher Behandlungspflegeaufwand – Ressourcen fehlen
    2. Optimale ärztliche Betreuung oft schwierig zu organisieren (Hausarzt oft nicht in der Nähe, Fachärzte besuchen selten)
    3. Heil- und Hilfsmittelversorgung schwierig, falls keine Therapeuten im Hause und verordnender Arzt nicht verfügbar
    4. Therapieräume fehlen
    5. Hilfsmittelversorgung ohne umfangreiche funktionelle Befundaufnahme oder auch Kenntnis der Häuslichkeit oft individuumbezogen schwierig möglich
- ➔ Überforderung von KZP, sowohl durch strukturelle Mängel in der Versorgung als auch durch Mangel an Ressourcen
- ➔ Dadurch Verminderung der Teilhabechancen

## Konzeptionelle Aspekte: Umsetzungsprobleme 3

4. Entlastung, Beratung und Anleitung der Angehörigen
    1. Scheitert oft an fehlender konkreter konzeptioneller Grundlage der Einrichtung
    2. Mangelnde Qualifikation und Netzwerkarbeit
    3. Mangelnde Ressourcen, auch aufgrund unzureichender Finanzierung
    4. Überforderung, wenn auch Aufgaben der Reha erfüllt werden sollen
    5. Fallbegleitung, -management steht in der Regel nicht zur Verfügung
    6. In der Regel keine aufsuchende Tätigkeit möglich
- ➔ Teilhabechancen zu Hause werden nicht genutzt
  - ➔ Übergang in LZP so programmiert

## Konzeptionelle Aspekte: Umsetzungsprobleme 4

5. Klärung des weiteren Versorgungsbedarfes: Weichenstellung für das weitere Vorgehen (auch bei anfangs noch unklarem Krankheitsverlauf)

1. Weichenstellung bedeutet:

- in pflegerischen Akut- und Krisensituationen bei oft unklarer Prognose
- hohen pflegefachlichen Ansprüchen zu genügen und
- innerhalb einer relativ kurzen Zeitspanne,
- zusammen mit oft stark verunsicherten Angehörigen,
- eine Klärung der weiteren Versorgung
- möglichst in der gewohnten häuslichen Versorgung zu realisieren

(nach Deckenbach 2017)

Oder

- in die Rehabilitation
  - In das Krankenhaus
  - In die Langzeitpflege (ggf. Tagespflege, amb. o. stat. Behindertenhilfe, Hospiz)

Ggf. unter Nutzung der Mobilen Rehabilitation und stets unter Auslotung aller Optionen

➔ Zentrale Funktion der KZP, v. a. weil sie nicht die Teilhabe allein schon sichern kann



## Konzeptionelle Aspekte: Umsetzungsprobleme 5

6. Sicherstellung und Förderung einer Rückkehr in eine eigene oder verwandtschaftliche Häuslichkeit:
  1. Durch aktivierende Pflege einschl. ADL
  2. Durch gute Behandlung (Heilmittel, Hilfsmittel u. ä.) s. 3.
  3. Durch Integration der vorgelegten Teilhabesicherungskonzepte (s. Janssen 2018, Schmidt-Ohlemann 2019)
  4. Durch Vorbereitung der Betroffenen und der Angehörigen s. 2.
  5. Durch (Mit-)Organisation eines häuslichen Versorgungsmanagements (Hausbesuche möglich? Fallmanagement, Fallbegleitung)
  6. Durch Netzwerkarbeit mit Einbezug von Pflegediensten, Therapeuten, Hilfsmittelerbringern, Pflegestützpunkten, Eingliederungshilfe etc.
  7. Ggf. mit Hilfe von Rehabilitation

➔ Die Ermöglichung der Rückkehr nach Hause bzw die Heimvermeidung ist für die meisten Menschen der wichtigste Bestandteil einer optimalen Teilhabeförderung.

These: Die Umsetzungsprobleme und die Überforderung der KZP könnten auch daran liegen, dass dort zuviele Klienten hin gelangen, bei denen eigentlich ein Rehabedarf besteht. Dies liegt an der mangelnden Bedarfserkennung und -ermittlung und am Fehlen von Rehakonzeptionen (außer Geriatrie) und -plätzen für Pflegebedürftige.

## Zum Verhältnis KZP und Reha: Statistik

1. Bei 3,68 Mio Pflegebedürftiger (GPV) Im Jahr nahmen 2016 ca. 500 000 Menschen die KZP in Anspruch und 1,4 Mio Verhinderungspflege, Tendenz steigend.
2. Es stehen dazu ca. 556 Solitäre und 8147 Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen für KZP zur Verfügung.
3. Bei ca. 960 000 Menschen der GPV stellt der MdK im Jahr Pflegebedürftigkeit neu fest.
4. Im Jahr 2018 erhielten ca. 539 000 Menschen > 65 Jahre, die in der Regel nicht oder kaum pflegebedürftig sind, eine stat. Rehaleistung, davon nur 75 500 eine geriatrische Reha
5. Im Jahr 2018 erhielten 68 278 Menschen > 65 Jahre, kaum pflegebedürftig, eine ambulante Rehaleistung, davon nur 2178 eine geriatrische, ca. 77 000 Fälle Leistungen in einer geriatrischen Tagesklinik
6. Geriatrische Frührehabilitation wurde 2018 als Krankenhausleistung in ca. 363 000 Fällen erbracht.

## Zum Verhältnis KZP und Reha: Statistik 2

1. Bei 3,68 Mio Pflegebedürftiger (GPV 2018) Im Jahr nahmen 2016 ca. 500 000 Menschen die KZP in Anspruch und 1,4 Mio Verhinderungspflege, Tendenz steigend.
2. Zugleich wurden ca. 780 000 Menschen in der LZP versorgt.
3. In der LZP wiesen in der BMG-Studie im Mittel 22,7 % der Bewohner einen Rehabedarf auf. Für 18,7 % kommt nur eine mobile Reha in betracht.
  - → Unterstellt man eine reale Umsetzung des Bedarfes von 10 % der LZP-Klienten wären 78 000 zusätzliche Rehaleistungen zu berbringen, aus der LZP v.a. als MoRe.
4. In der KZP wiesen im Mittel 32,6 % der Bewohner einen Rehabedarf auf. Unmittelbar nach Krankenhausaufenthalt im Mittel 44,4 %, aus der amb. Versorgung nur ca. 10 %. Davon war bei ca. 12 % eine Reha eingeleitet, so dass ein bislang unberücksichtigter Anteil von ca. 32 % mit Rehabedarf resultiert. In 60% kommt auch hier nur eine MoRe in Betracht. (Kleine Fallzahlen).
  - → Unterstellt man eine reale Umsetzung des Bedarfes von 15 % der KZP-Klienten würde dies 75 000 zusätzliche Rehaleistungen bedeuten, von denen ca. die Hälfte mobil zu erbringen wäre
  - Fazit:
    - I. Nach guten Schätzungen fehlen mindestens ca. 150 000 Rehaleistungen für Pflegebedürftige, davon 75000 aus der KZP.
    - II. Mindestens 75 000, eher ca. 100 000 Menschen sind trotz Rehabedarf in der KZP

# Teilhabeförderung als Aufgabe der KZP?! Thesen 1

1. Eine gute KZP kann einen wichtigen, oft zentralen Beitrag für die Teilhabe leisten, indem sie die vorliegenden konzeptionellen Ideen konsequent umsetzt.
2. Dabei kommt es nicht nur auf die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit an, auch wenn dies meist das wichtigste Ziel im Hinblick auf Teilhabe ist, sondern auch auf die Erweiterung der Kompetenzen, der Selbständigkeit und der Selbstbestimmung.
3. Teilhabefördernde Ziele sind in der KZP auch bei der Perspektive Langzeitpflege zu verfolgen
4. Zugleich kann KZP Rehafähigkeit - gemeint ist nicht Teilhabefähigkeit! - herstellen helfen
5. KZP wird von jungen Pflegebedürftigen stark nachgefragt: Hier besteht ein großer Bedarf, s. Rothgang 2016, wobei von den Betroffenen Einrichtungen der Eingliederungshilfe besser als Pflegeheime bewertet werden. Dies ist ein Hinweis darauf, wie KZP für jüngere Pflegebedürftige gestaltet sein sollte.
6. Der gesetzliche Rahmen der KZP sollte deshalb deutlich teilhabefördernder gestaltet und dies auch bei den Qualitätsstandards sowie der Finanzierung berücksichtigt werden.

## Teilhabeförderung als Aufgabe der KZP?! Thesen 2

7. Es ist darauf zu achten, dass KZP nicht zum Ausfallbürgen für unterlassene Rehaleistungen wird. Sie soll selbst verstärkt die Weichen in Richtung Rehabilitation stellen können, v.a. wenn dies vorher versäumt wurde.
8. Deshalb sind Bedarfe an Rehaleistungen für Pflegebedürftige früher und zuverlässiger zu ermitteln
9. Rehaangebote für Pflegebedürftige sind auszubauen, und zwar sowohl indikationsspezifisch als auch geriatrisch, einschließlich der mobilen Rehabilitation.
10. Es wird dennoch nicht gelingen, alle KZP Klienten mit Rehabedarf vorab einer Reha zuzuführen. Auch gibt es soche, die sich als Reha nur eine MoRe vorstellen können oder bei denen MoRe mehr Sinn macht, jedoch noch nicht nach Hause können, da es dazu noch Vorkehrungen oder einer Verbesserung des Gesundheitszustandes bedarf. Deshalb muss MoRe jeder KZP zur Verfügung stehen.
11. Auf Grund der besonderen Bedarfe vieler Pflegebedürftiger und der guten Ergebnisse stellt MoRe eine gute, notwendige, wirksame und systemkonforme Option dar, um den Rehabedarfen Rechnung zu tragen und kann auch gut in der KZP erfolgen. Dazu ist der Ausbau der MoRe flächendeckend zu gestalten.

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Kontakt:

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann

Pestalozzistr. 5

55543 Bad Kreuznach

[Matthias.Schmidt.Ohlemann@googlemail.com](mailto:Matthias.Schmidt.Ohlemann@googlemail.com)