



Mobile Rehabilitation – eine Form der Teilhabesicherung auch für Menschen mit Demenz

Die Dienste und Einrichtungen der Wohlfahrtspflege beraten, unterstützen, behandeln, pflegen und rehabilitieren viele Menschen mit schwerer Krankheit und Beeinträchtigungen. Oftmals ist aus gesundheitlichen Gründen nicht nur ihre Selbständigkeit, sondern auch ihre Teilhabe am familiären und gesellschaftlichen Leben eingeschränkt. Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind darauf ausgerichtet, Selbstbestimmung und Teilhabe zu sichern. Sie sollen Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abwenden, mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung verhüten; Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit sollen vermieden oder gemindert werden.

Für einen Teil der Personen ist die mobile Rehabilitation die geeignete Form der medizinischen Rehabilitation. Die folgenden Ausführungen sollen Dienste und Einrichtungen der Wohlfahrtspflege über die mobile Rehabilitation im Allgemeinen und ihre Bedeutung bei der Sicherung der Teilhabe von Menschen mit Demenz informieren.

Konzept und Zielgruppen

Die Grundzüge der mobilen Rehabilitation, die Zielgruppe sowie die mit ihr verfolgten gesundheitspolitischen Ziele können in Anlehnung an die Gesetzesbegründung, mit der die mobile Rehabilitation in den SGB V § 40 eingeführt wurde, und an die Gemeinsamen Empfehlungen zur Mobilen Rehabilitation der Krankenkassenverbände so formuliert werden:

Die mobile Rehabilitation ist ein aufsuchendes medizinisches Rehabilitationsangebot. Ein interdisziplinäres Team erbringt Leistungen zur Rehabilitation im gewohnten häuslichen Wohnumfeld der Patienten; dies kann eine Privatwohnung, ein Betreutes Wohnen, eine stationäre Pflegeeinrichtung oder vorübergehend eine Kurzzeitpflege mit dem Ziel der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit sein. Zielgruppe sind Patienten mit erheblichen Schädigungen und funktionellen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf.

Das aufsuchende Rehabilitationsangebot eröffnet damit einem Patientenkreis, der bislang keine Rehabilitationschancen hat, einen Leistungszugang. Mit der mobilen Rehabilitation soll der Grundsatz des Vorrangs der Rehabilitation und in der Pflege die Zielsetzung ‚ambulant vor stationär‘ umgesetzt werden.

Die Mobile Rehabilitation wird unter ärztlicher Leitung von einem interdisziplinär arbeitenden, multiprofessionellen Reha-Team erbracht. Eine besondere Chance der Mobilen Rehabilitation besteht darin, dass wichtige Kontextfaktoren in der häuslichen Umgebung und im sozialen Umfeld unmittelbar in die Rehabilitation einbezogen und damit möglichst optimal für Betroffene und die An- und Zugehörigen mitgestaltet werden können.

Die mobile Rehabilitation ist nicht auf bestimmte Indikationen und Formen der Teilhabebeeinschränkung beschränkt. Entscheidendes Zuweisungskriterium ist, dass die medizinische Rehabilitation im gewohnten Wohnumfeld die am besten geeignete Form der Teilhabesicherung ist:

- Die Zuweisung zur mobilen Form der Rehabilitation ist für Menschen zu stellen, bei denen nicht die Restitution, also die Wiederherstellung von Körperstrukturen und Funktionen, sondern die Adaptation im Vordergrund steht. In Anlehnung an das Wechselwirkungsmodell der ICF meint Adaptation dabei zum einen die Anpassung der individuellen praktischen Lebensvollzüge an die individuellen Einschränkungen und damit Strategien der subjektiven Bewältigung (Coping), zum anderen die Reduktion hemmender und die Stärkung fördernder Umweltfaktoren. Neben Anpassungen des Wohnumfelds, u.a. durch gezielte Hilfsmittel, assistive Hilfen, heißt dies vor allem die Stärkung, Unterstützung und Anleitung von betreuenden und pflegenden An- und Zugehörigen.
- Weiterhin kommt mobile Rehabilitation für Patienten in Betracht, für die eine positive Rehabilitationsprognose nahezu ausschließlich im Rahmen der Leistungserbringung im ständigen Wohnumfeld angenommen werden kann. Hierunter fallen insbesondere Rehabilitanden,
 - die in der Regel auf eine umfassende Anwesenheit von An- und Zugehörigen zur Unterstützung des Rehabilitationsprozesses angewiesen sind (z. B. zur Sicherung kontinuierlicher pflegerischer Versorgung oder zur Kommunikation),
 - die auf ihr gewohntes/ständiges oder bereits krankheitsspezifisch bzw. behindertengerecht angepasstes Wohnumfeld angewiesen sind (z. B. bei schweren Schädigungen von Sinnesfunktionen),
 - die keinen Rehabilitationserfolg durch ambulante oder stationäre Rehabilitationseinrichtungen erzielen können (z. B. wenn Mobilität und Alltagsverrichtungen im eigenen Wohnumfeldes geübt werden müssen).

Insbesondere eignet sich eine Mobile Rehabilitation für Personen mit kognitiven Einschränkungen oder Demenz, die besonders auf ihre vertraute Umgebung angewiesen sind oder Personen, die aus anderen Gründen z.B. nach einer Krankenhausbehandlung einer weiteren stationären Maßnahme nicht gewachsen sind oder dieses aus nachvollziehbaren psychosozialen Gründen ablehnen.

In der Praxis sind sehr viele, aber nicht alle mobilen Rehabilitationsdienste auf geriatrische Patienten ausgerichtet. Forschungsergebnisse kommen zu dem Ergebnis, dass bei Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen ein erheblicher ungedeckter Rehabilitationsbedarf besteht, der durch mobile Rehabilitationsleistungen erfolgreich gedeckt werden könnte. (<https://bag-more.de/materialien/vortraege-und-forschungsergebnisse/>).

Rehabilitative Versorgung von Menschen mit Demenz

Ein großer Teil der Patienten der mobilen Rehabilitation hat eine kognitive Beeinträchtigung bzw. Demenz. Demenz ist in der Regel eine Begleitdiagnose. Akuterkrankung und Demenz stehen in einem Verhältnis der Wechselwirkung zueinander, denn eine Demenz kann Akuterkrankungen auslösen (z. B. durch Stürze mit Frakturen) und Akuterkrankungen können die Demenzsymptomatik verschlechtern, z.B. typischerweise aufgrund eines notwendigen Krankenhausaufenthalts.

Die mobile Rehabilitation beachtet deshalb sowohl die Folgen der Akuterkrankung als auch die der Demenz. Demenzbedingte Beeinträchtigungen wie z.B. Unruhe, Verwirrtheit, gestörter Tag-Nacht-Rhythmus oder auch eine depressive Symptomatik dürfen nicht nur als Störfaktoren für eine Rehabilitation gesehen werden, was sie zweifelsohne sind. Vielmehr sind sie als Teil der rehabilitativen Zielsetzung zu betrachten, weil sie in besonderer Weise die Möglichkeit von Aktivitäten und Teilhabe der Betroffenen einschränken und sie oft vom familiären und gesellschaftlichen Leben ausschließen. Für eine nachhaltige Rehabilitation müssen die demenzbedingten Beeinträchtigungen im rehabilitativen Prozess systematisch berücksichtigt werden, d.h. bei der individuellen Reha-Bedarfsermittlung, der Reha-Zielsetzung und im Reha-Plan.

Die mobile Rehabilitation von dementiell erkrankten Menschen verfolgt so weitgehend wie möglich restitutive Ziele, z.B. in der Mobilität und der Alltagsbewältigung. Angesichts ihrer begrenzten Ressourcen sollen die Rehabilitanden ferner lernen, mit ihren individuellen Einschränkungen im Alltag zurecht zu kommen. Zugleich soll der für sie relevante Kontext systematisch einbezogen und im Sinne einer Förderung von Aktivitäten und Teilhabe optimal gestaltet werden. An- und Zugehörige werden in den gesamten Reha-Prozess einbezogen, sie werden beraten, angeleitet und ggfs. geschult, damit sie die/den Betroffenen unterstützen und fördern können, soweit sie dazu ohne Überforderung in der Lage sind. Zugleich ist eine wesentliche Zielsetzung der Rehabilitation, Wege für eine Entlastung der An- und Zugehörige auszumachen, um auch langfristig eine Überforderung zu vermeiden. Die therapeutischen Ansätze und Abläufe werden so gestaltet, dass sie unter den individuellen Alltagsbedingungen stattfinden. Die Rehabilitanden lernen durch die rehabilitative Praxis im Alltag.

Ziel der Mobilen Rehabilitation für (in der Regel: geriatrische) Patienten mit Demenz ist über funktionelle Verbesserungen hinaus die Entwicklung von Handlungskompetenzen im Alltag und der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit mit möglichst großer Lebensqualität. Für dementiell Erkrankte ist dabei eine von den betroffenen Personen akzeptierte Tagesstrukturierung und die Ermöglichung bzw. die Aufrechterhaltung einer gelingenden Kommunikation und damit eines guten Miteinanders im familiären bzw. sozialen Kontext besonders wichtig. Zugleich soll eine stabile Versorgung gewährleistet sein, so dass Krankenhausaufenthalte möglichst vermieden werden können.

Rehabilitationsbedarf erkennen und handeln

Die frühzeitige Bedarfserkennung ist nicht nur Aufgabe der Rehabilitationsträger (nach § 12 SGB IX) und der Pflegekassen (nach § 9 Abs. 3 SGB IX und § 31 Abs. 1 SGB XI). In der Praxis sind es Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter, aber auch Angehörige und Freunde, die oftmals *Anhaltspunkte* für eine (drohende) Teilhabebeeinschränkung wahrnehmen. Gerade bei chronischer Krankheit und bei (drohender) Pflegebedürftigkeit kann eine rehabilitative Bedarfsermittlung geboten sein, um – auch bei eingeschränkter Selbständigkeit – ein möglichst selbstbestimmtes Leben und soziale Teilhabe zu ermöglichen. Oftmals bedarf es neben der Zuwendung zu den betroffenen Personen auch einer Ermutigung und eine Unterstützung der Angehörigen und Freunde.

Zugangswege und Antragsverfahren

Da die Mobile Rehabilitation eine Leistungsform der medizinischen Rehabilitation ist, gelten auch hinsichtlich der Zugangswege und des Antragsverfahrens die einschlägigen rechtlichen Regelungen, das ist das Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX), das

Krankenversicherungsrecht (SGB V), sowie die „Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation“ der gesetzlichen Krankenkassen (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/m_reha/2021_07_12_Gemeinsame_Empfehlungen_Mobile_Reha_v02.pdf).

Rehabilitations- und damit Kostenträger sind die gesetzlichen Krankenkassen.

Die Regelungen zur Anschlussrehabilitation werden in der Praxis für die mobilen Rehabilitationsdienste in angepasster Form angewendet; dazu wurden vor Ort mit den Landesverbänden der Krankenkassen Regeln vereinbart. Im ambulanten Kontext erfolgt der Weg zur mobilen Rehabilitation über die Verordnung des Arztes. Ein weiterer Weg kann über die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst in Form einer Rehabilitationsempfehlung erfolgen. (<https://md-bund.de/themen/rehabilitation/reha-vor-und-bei-pflege.html>).

Gesundheitspolitik ist gefordert

Obwohl der Bedarf und der Nutzen der mobilen Rehabilitation belegt sind, gibt es nur eine relativ geringe Zahl mobiler Dienste. Die BAG der Freien Wohlfahrtspflege setzt sich zusammen mit der BAG Mobile Rehabilitation dafür ein, dass mobile Rehabilitationsdienste flächendeckend vorgehalten werden.

Weitere Informationen

Weitere Informationen zu Fragen der mobilen Rehabilitation sind bei der BAG Mobile Rehabilitation (<https://bag-more.de/>) und bei der BAG der Freien Wohlfahrtspflege (<https://www.bagfw.de/>) erhältlich.

Berlin, 03.06.2025

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Evelin Schneyer
Geschäftsführerin