

Positionspapier „Mobile Rehabilitation“

Flexibilisierung von Setting als Voraussetzung für Lebensweltorientierung und Individualisierung von Rehabilitationsangeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen

AutorInnen: S. Heyer, S. Kreß, M. Stuhlinger, A. Theißing, A. Torhorst, G. Wirtz

Teilhabe- und Lebensweltorientierung sowie eine individuelle Rehabilitationsplanung sind zentrale Kennzeichen einer Rehabilitation nach den Vorgaben der RPK-Empfehlungsvereinbarung. Das Ringen um eine stete Weiterentwicklung und Verbesserung des Angebotes und die Ausgestaltung der Rehabilitation anhand von Impulsen aus der Rehabilitationswissenschaft („evidence based“) unter Einhaltung der sozialrechtlichen, sowie der strukturellen und fachlichen Vorgaben von Seiten der Leistungsträger ist das „tägliche Brot“ unserer Arbeit in RPK-Einrichtungen und in unserer Bundesarbeitsgemeinschaft.

Mit großem Interesse wurden daher die Diskussionen der letzten Zeit um Settingaspekte der Rehabilitation, insbesondere um die „mobile Rehabilitation“, beobachtet und aufgenommen. Offenheit für dieses Thema gibt es in der RPK-Landschaft schon lange, die Entwicklung von mehr und mehr ganztags-ambulanten Angeboten neben den weiterhin bestehenden stationären Angeboten spricht eine eigene Sprache. Anfang 2022 waren fast 50% der RPK-Plätze in Deutschland bereits Angebote im ganztags-ambulanten Setting.

Unbestritten ist, dass für viele Menschen, die bei anderen Settingbedingungen „durchs Netz fallen“, ein mobiles Setting die Chance auf einen Einstieg in die Behandlung oder sozialpsychiatrische Versorgung bedeutet. In der gemeindepsychiatrischen Versorgung sind mobile, im Sinne von zugehenden Angeboten wie bspw. Krisenteams der Sozialpsychiatrischen Dienste oder das Betreute Wohnen schon lange etabliert. Mobile Angebote in der Akutbehandlung werden ebenso lange gefordert. In der akut psychiatrischen Versorgung ist inzwischen das mobile Setting in Form der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) konzeptualisiert, sozialrechtlich verankert und aktuell in einer rasanten Implementierungsphase.

Es ist also höchste Zeit, neben den bisherigen Versorgungsformen der stationären und ambulanten Rehabilitation die „Mobile Rehabilitation“ als dritte Variante der rehabilitativen Angebote zu erschließen.

1. Rehabilitation – Mobile Rehabilitation – wo findet Rehabilitation eigentlich statt?

Versuchen wir zunächst eine Definition für Rehabilitation, wie bspw. im *Technical Report 668/1981* der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ¹.

„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 weitestgehenden Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“

Rehabilitation ist hier per definitionem kein Ort, kein Haus, keine feste Struktur, sondern der Entwicklungsprozess eines Menschen vor dem Hintergrund verschiedener therapeutischer Maßnahmen, die diesen Prozess anstoßen, befördern und unterstützen sollen. Der „Ort“ des Rehabilitationsprozesses ist der von einer Einschränkung betroffene Mensch in seiner Welt. Überall da, wo dieser Mensch ist, kann Rehabilitation stattfinden. Voraussetzung für den erwünschten Entwicklungsprozess ist die Bereitschaft des Menschen, innerhalb seiner Möglichkeiten den Prozess zumindest zuzulassen, bestenfalls eigenständig aufrecht zu erhalten. Dabei gehört die Lebenswelt des Betroffenen in die rehabilitative Betrachtung und ist ebenfalls Bezugspunkt und Zielgröße rehabilitativer Maßnahmen (ICF)². Somit ist der Reha-Prozess³ nicht an Settings oder definierte Einzelmaßnahmen gebunden, sondern ein personenbezogener, funktionaler Prozess, in dem unterschiedliche Rehabilitationsstrategien zum Einsatz kommen.

2. Was ist unter dem Begriff „Mobile Rehabilitation“ bislang realisiert?

Der Begriff „Mobile Rehabilitation“ war bislang nur bekannt aus der geriatrischen medizinischen Rehabilitation (nur GKV-finanziert!) und ist neu in den psychiatrischen Denklandschaften⁴. Die potentiell mögliche (§40 SGB V) indikationsspezifische mobile Rehabilitation wird als solche in der Psychiatrie bisher – bis auf ein Modellprojekt – nicht umgesetzt. Mobile Rehabilitation versteht sich als Angebot, das zu den Menschen mit rehabilitativem Bedarf hingebbracht wird. Mobil sind die von den professionellen Teams in der Lebenswelt erbrachten Leistungen.

¹http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40896/WHO_TRS_668.pdf;jsessionid=ED46A8362E415F10B65EEDE1C4238099?sequence=1

² <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>

³ [Der Reha-Prozess als „Roadmap“ zum Reha-Erfolg – am Anfang steht der Bedarf \(bar-frankfurt.de\)](#)

⁴ *Arbeitshilfe Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen*, S. 36, Hrsg. BAR Ffm 2020

„Mobile Rehabilitation“ wird aktuell in Bezug auf die zur Zeit möglichen systemkonformen und regelfinanzierten Modelle der medizinischen Rehabilitation diskutiert (APK⁵, Stuttgarter Modellprojekt⁶). Die Weiterentwicklung und Anpassung der mobilen Rehabilitation nach den Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation der GKV-Spitzenverbände von 6/2021 wird als Ansatzpunkt gesehen, um frühe Phasen der mobilen (=aufsuchenden) Rehabilitation für die psychiatrische Versorgungslandschaft zu erschließen⁷.

3. Die Rehabilitation und das Setting - Statusbeschreibung

In Deutschland verbinden wir mit dem Begriff insbesondere der medizinischen Rehabilitation große Krankenhaus-ähnliche Einrichtungen, wie sie vor allem in der Psychosomatischen Rehabilitation, aber auch in der psychiatrischen Akutbehandlung die Regel sind. In den vergangenen 20 Jahren hat man in den Psychiatrien begonnen, sich langsam aber sicher von der Vorstellung zu verabschieden, dass viel Struktur und viel Institution viel hilft. Man hat dagegen erfasst, dass Struktur da, wo sie nicht benötigt wird, auch Schaden anrichtet (Hospitalisierung). Es fehlt eine hinreichende verlässliche Zuordnung von Indikation(skriterien), wann, bezogen auf welche Teilhabestörung (Funktion, nicht Diagnose) ambulante, stationäre oder eben mobile Rehabilitationsangebote zu einer personenzentrierten Rehabilitationsstrategie beitragen.

Das Wissen um die differenzierten Struktureffekte, also auch um die Settingeffekte wird in der Rehabilitationslandschaft bisher sehr unterschiedlich sichtbar. In der RPK-Landschaft hat das Ringen um flexible Settings bereits deutliche Folgen. Stationäre und ganztags ambulante Settings mit unterschiedlicher Ausgestaltung existieren sowohl in der medizinischen als auch in der beruflichen Phase der RPK. Das mobile Setting wird hierbei zunehmend berücksichtigt.

Es ist ein Paradox, dass gerade die Kriterien der Leistungsträger zur externen Sicherstellung von Qualität hier einen zentralen Hemmfaktor für die konzeptionelle und vor allem strukturelle Weiterentwicklung darstellen. Nicht nur für RPK-Einrichtungen werden fast ausschließlich Strukturanforderungen herangezogen, die einer Logik des „je mehr, desto besser“ folgen. Methodische Vielfalt und die individuelle bedarfsgerechte Ausgestaltung der rehabilitativen Leistung stehen dem Interesse der Kostenträger, strukturelle Standards zu setzen und zu überprüfen, diametral entgegen.

⁵ <https://bag-more.de/bericht-symposium-2022-ueber-den-ausbau-der-mobilen-rehabilitation/>

⁶ Jörg M. Fegert, Andreas Plieninger, Andreas Witt, Michael Konrad: Medizinische Reha- eine wenig beachtete Komponente bei der Unterstützung der Teilhabe psychisch erkrankter Adoleszenter und junger Erwachsener. Praxis der Rehabilitation, RP Reha 1/2022, 31 - 41

⁷ https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation/mobile_rehabilitation/mobile_reha.jsp

Auch die Logik der Entgeltbemessung der Leistungsträger ist vor allem an Strukturvorgaben orientiert. (Agentur für Arbeit: „Dominanz der Durchführung in der Rehabilitationseinrichtung“⁸, „Mindest-Anwesenheitszeiten“). Dem entgegengesetzt darf die „Einrichtung“ in neueren Jobcoaching-Projekten oft nur noch virtuell sein. Eine bedarfsgerechte Versorgung verlangt aber ggf. heute das Aufsuchen der Person in ihrer eigenen Umwelt und morgen die Institution als geschützten Raum. Eine derart flexible Struktur, eingesetzt anhand individueller, personenbezogener Kriterien und damit im Reha-verlauf sich immer wieder verändernd, ist in den Entgeltprinzipien der Leistungsträger heute noch nicht abbildbar.

4. Was ist zu tun?

Es fehlt die Diskussion über Konzeption und Methode der mobilen Rehabilitation sowie die Diskussion um die möglichen systemrelevanten Entwicklungsimpulse des Begriffs in der Umsetzung für psychisch kranke Menschen. Diese Diskussionen sind zunächst unabhängig von der Phase der Rehabilitation zu führen, d.h. unabhängig davon, ob es sich um „Frührehabilitation“, medizinische Rehabilitation, medizinisch-berufliche oder berufliche Rehabilitation handelt.

Setting ist als Methode, nicht als Ordnungsprinzip zu betrachten. Setting ist wie medikamentöse Therapie oder Psychotherapie als Struktur-Therapieintervention zu verstehen und einzusetzen unter Berücksichtigung der Vor- und Nachteile, erwünschter und unerwünschter Wirkung. Der Einsatz des Settings sollte sich im Verlauf der Rehabilitation am sich immer wieder verändernden Bedarf des Rehabilitanden orientieren.

Dies stellt die Rehabilitationsteams vor die Anforderung, die Arbeit in den verschiedenen Settings (stationär — ganztags ambulant – ambulant – mobil) professionell zu erlernen, damit die rehabilitativen Interventionen mit jeweiliger Indikation für ein spezifisches Setting in der aktuellen Situation und Reha-phase flexibel eingesetzt werden können.

Mobile Rehabilitation als Methode ist abzugrenzen vom konkreten Modell der mobilen Rehabilitation als GKV-Leistung nach § 40 Abs. 1 SGB V. Mobile Rehabilitation als Methode ist ebenfalls abzugrenzen von Maßnahmen zu Home Treatment oder Stationsäquivalenter Behandlung.

⁸Fachliche Weisungen der BA zu §117 SGB III (01.01.22)

5. Die Chancen

Flexibler Einsatz von indikativem Setting kann zur Sicherstellung eines rehabilitativ orientierten Entwicklungsprozesses in hohem Maße beitragen. Ein solcher Entwicklungsprozess bedarf eines personenbezogenen und individuellen Einsatzes von Strukturierung, sowohl im Sinne äußerer Struktur als auch strukturierender Interventionen. So können Krisen durch den flexiblen der Person vertrauten Einsatz von Struktur und Strukturierung partizipativ bewältigt werden. Rehabilitation sollte tatsächlich aber auch im Lebensumfeld beginnen können, ggf. in ein strukturierteres Setting übergehen und in die sozialen Bezüge und das Arbeitsumfeld weitergeführt werden können.

Das Angebot der mobilen Rehabilitation schafft den Zugang für bislang noch von Rehabilitation ausgeschlossenen Zielgruppen: bspw. Menschen mit Mobilitätseinschränkungen aufgrund der psychischen Erkrankung (Ängste, Antriebsstörungen, soziale Phobie), Menschen mit Care-Verpflichtung oder auch Menschen mit bereits bestehender beruflicher Teilhabe, aber weiterhin vorhandenem rehabilitativen Bedarf. Damit schließen sich die noch in der Rehalandschaft bestehenden qualitativen Versorgungslücken für bestimmte Zielgruppen.

Mobile Rehabilitation kann indiziert sein, um Kontextfaktoren optimal zu berücksichtigen. Dies betrifft insbesondere die Unterstützung tragfähiger Beziehungen (z.B. Familie, Freund:innen, Kolleg:innen), die Begleitung in der individuellen Schul-, Ausbildungs-, Arbeits- oder Studiensituation und den Zugang sowie die Nutzung sozialer Einrichtungen und soziokultureller Strukturen (Vereine, Gemeinschaften, transkulturelle oder religiöse Themen). Mobile Rehabilitation ist besonders indiziert, wenn Beziehungen oder Systeme innerhalb der Lebenswelt bearbeitet und verändert werden sollen, bzw. direktes Ziel rehabilitativer Intervention sind.

6. Konklusion

Die Diskussion um die Settinggrenzen und die Erweiterung der Angebote um die Mobile Rehabilitation bietet die große Chance der grundsätzlichen Weiterentwicklung von bedarfsorientierten Rehabilitationskonzeptionen und nachhaltigen Rehabilitationsangeboten für psychisch erkrankte Menschen.

Wir plädieren dafür, die Möglichkeiten der mobilen Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erschließen. Damit könnten Personen, die mit den bewährten rehabilitativen Settings im stationären oder ganztägig ambulanten Bereich bisher noch nicht erreicht werden, über passende rehabilitative Angebote Zugang zur Teilhabe zu erhalten.