



Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft
für Außerklinische Beatmung
und Intensivversorgung

Impulsvortrag Mobile Rehabilitation im Continuum of Care der Neurorehabilitation

Dr. med. Martin Groß

Ärztlicher Direktor

MEDIAN Klinik Bad Tennstedt

Präsident-elect

Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung und Intensivversorgung (DIGAB)



Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft
für Außerklinische Beatmung
und Intensivversorgung

Interessenkonflikte

Herausgeber für Springer, Elsevier, Cambridge University Press, dck-Media

Dozent für Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Deutsche Gesellschaft für pflegerische Weiterbildung, Logopädieschule Oldenburg

Honorare für Vorträge von Löwenstein Medical, Merz Pharmaceuticals, Ipsen Pharma, Aerogen

Forschungsförderung von Philips, Löwenstein Medical, DGM

Rehabilitative Strategien



Mobile Rehabilitation

Leistungsangebot der medizinischen Rehabilitation, Vergütung nach § 40 Abs.1 SGB V durch die gesetzliche Krankenversicherung

Besondere Form der ambulanten Rehabilitation im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld des Rehabilitanden (auch Pflegeheim, AKI-Einrichtung)

Erbringung durch interdisziplinäres Team (Ärztlicher Dienst, Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie, Rehabilitationspflege, Sozialberatung, Neuropsychologie, Ernährungsberatung)

Indiziert, wenn Rehabilitationserfolg am besten durch ein Training bzw. Beratung im häuslichen Bereich angenommen werden kann und die häusliche Versorgung und ggf. Pflege sichergestellt ist

Formen der mobilen Rehabilitation

Mobile geriatrische Rehabilitation
=> Bereits etabliert

Mobile indikationsspezifische Rehabilitation
=> noch kein Angebot in der Neurologie)

Mobile indikationsübergreifende Rehabilitation
=> Konzept liegt als Positionspapier vor

Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation des GKV-Spitzenverbands



Präambel

Allgemeiner Teil (17 Seiten)

Spezieller Teil

- Mobile geriatrische Rehabilitation (11 Seiten)
- Mobile indikationsspezifische Rehabilitation (5 Seiten)

Anlagen

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/m_reha/2021_07_12_Gemeinsame_Empfehlungen_Mobile_Reha_v02.pdf

Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation

01.06.2021

GKV-Spitzenverband, Berlin

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

AOK-Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e. V., Berlin

Knappschaft, Bochum

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

unter Beteiligung

- der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Leistungsbeurteilung und Teilhabe“ (SEG 1)
- des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS)
- des Kompetenzzentrums „Geriatrie“ der MDK-Gemeinschaft (KCG)

Zielgruppen für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation laut gemeinsamen Rahmenempfehlungen des GKV-SV

- grundsätzlich für alle somatischen Fachbereiche
- besonders für Patienten, bei denen adaptative Strategien zum Erreichen der Teilhabeziele erforderlich sind
- bei erheblichen Schädigungen neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen (z.B. Amyotrophe Lateralsklerose im fortgeschrittenen Stadium, hoher Querschnitt)
- erhebliche Schädigungen kardiovaskulärer und das Atmungssystem betreffender Funktionen, insbesondere der kardiorespiratorischen Belastbarkeit
- angeborener oder erworbener Mehrfachbehinderung mit hohem Assistenz-und Pflegebedarf
- erheblicher Schädigungen mentaler Funktionen

Zielgruppen für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation

Patienten mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege...

...haben in der Regel komplexe Einschränkungen der Teilhabe. Mittels Mobiler indikationsspezifischer Rehabilitation könnte bei Ihnen die Verbesserung der Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen oder eine Entwöhnung von der Beatmung oder Trachealkanüle sowie erreicht werden.

Patienten mit schweren neurologischen Defiziten...

...haben insbesondere dann in der Regel keinerlei Chancen auf eine Rehabilitation, wenn sie anhand des Frühreha-Barthel-Indexes aufgrund eines Wertes von 30 oder niedriger der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (Phase B) zugeordnet werden.

Patienten mit chronisch-fortschreitenden und genetischen Erkrankungen...

...finden kaum geeignete rehabilitative Behandlungsangebote in der Versorgungslandschaft vor, auch wenn bei Ihnen eindeutig Rehabilitation indiziert ist.

Mobile indikationsübergreifende Rehabilitation



Mit Unterstützung des Deutschen Ärztetages gefordert z.B. für Patienten...

- ...nach Schädelhirntrauma, Polytrauma, Gliedmaßenamputationen;
- ...mit relevanten chronischen Funktionseinschränkungen z.B. **Bedarf an außerklinischer Intensivpflege**, Orientierungsstörungen; Beatmungspflicht, Bewusstseins-
- ...mit hohem Bedarf an Behandlungspflege oder mit höherem Pflegegrad;
- ...mit vorbestehenden Beeinträchtigungen im Bereich der Sensorik (schwere Seh- oder Hörbeeinträchtigung), der Motorik, der Mobilität, der Kommunikation, der Kognition (z.B. Intelligenzminderung, nach hirnorganischer Schädigung), der Interaktion bzw. der mentalen Funktionen, der vegetativen Funktionen (z.B. Kontinenz, Atmung) und ggf. damit verbundenen relevanten Behinderungen

Beispiele für Ziele der mobilen Rehabilitation für Menschen in der außerklinischen Intensivpflege

Verbesserung der Mobilität und der sozialen und kulturellen Teilhabe

Anpassung und Erprobung komplexer Hilfsmittel

Entwöhnung von Beatmung und Trachealkanüle

Erhalt/Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit

Verbesserung der Lebensqualität

Symptomlinderung (z.B. Schmerzen, Spastik, Ängste, Depressionen)

Einweisung von Angehörigen oder Assistenzpersonal in die Tätigkeiten der
außerklinischen Intensivpflege

Prognoseklärung und ggf. Initiierung palliativmedizinischer Versorgung

Besondere Anforderungen an die mobile Rehabilitation in der Außerklinischen Intensivpflege

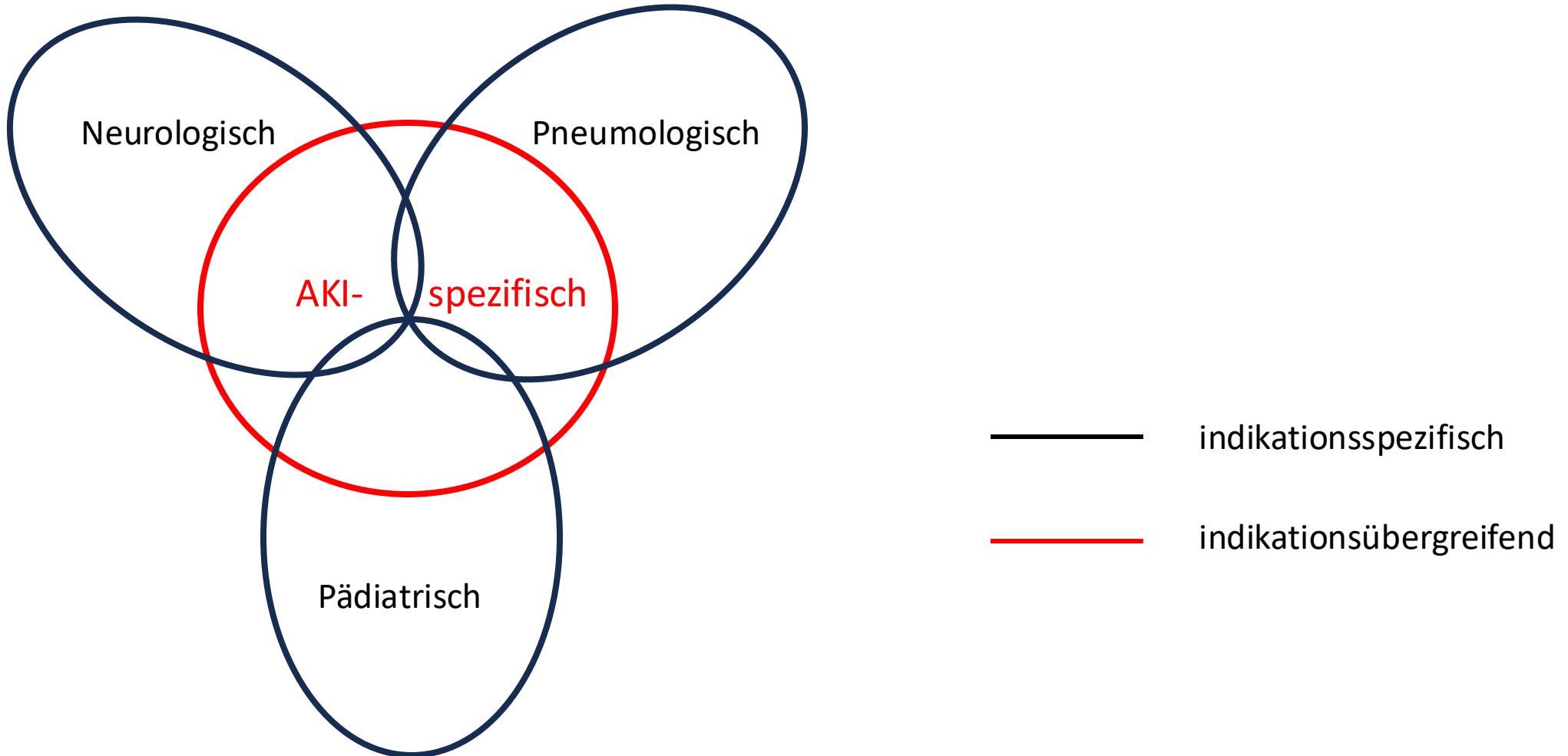
Qualifikation der Ärztlichen Leitung entsprechend den häufigsten Grunderkrankungen und klinischen Besonderheiten:

- Neurologe, Pneumologe, Anästhesiologe oder Pädiater
- mit Qualifikation oder Erfahrung in Intensivmedizin, Beatmungsentwöhnung oder Neurologisch-neurochirurgischer Frührehabilitation

Besonderer Bedarf an:

- Ärztlichen Leistungen (incl. Botulinumtoxintherapie, Tracheoskopie)
- Atmungstherapie (incl. Blutgasanalyse, Spirometrie, Auslesen von Beatmungsgeräten)
- Logopädie (incl. FEES)

Modelle der mobilen Rehabilitation in der außerklinischen Intensivpflege



Gründung einer Mobilen Rehabilitation

Vorgespräch mit Krankenkassenverbänden und Erstellung eines Konzeptes

Regionales Bedarfs- und Leistungsprofils auf der Basis der Gemeinsamen Empfehlungen

Vorlage des Konzeptes mit Antrag auf Zulassung bei den Kassen

Anpassung an die Wünsche und Auflagen der Kassen und des MD anhand der Gemeinsamen Empfehlungen.

Versorgungsvertrag nach §40 und §111c SGB V

Versorgungsvertrag oder Ergänzungsvereinbarung zum bestehenden Versorgungsvertrag

Vergütungsvereinbarung

Verhandlung einer auskömmlichen Vergütung

Gründungsseminar der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation



MOBILE REHABILITATION

BAG MOBILE REHA E. V.

STANDORTE

INFORMATIONEN

TERMINE

KONTAKT

Gründungsseminar Mobile Rehabilitation am 07.11.2025 in Bremen

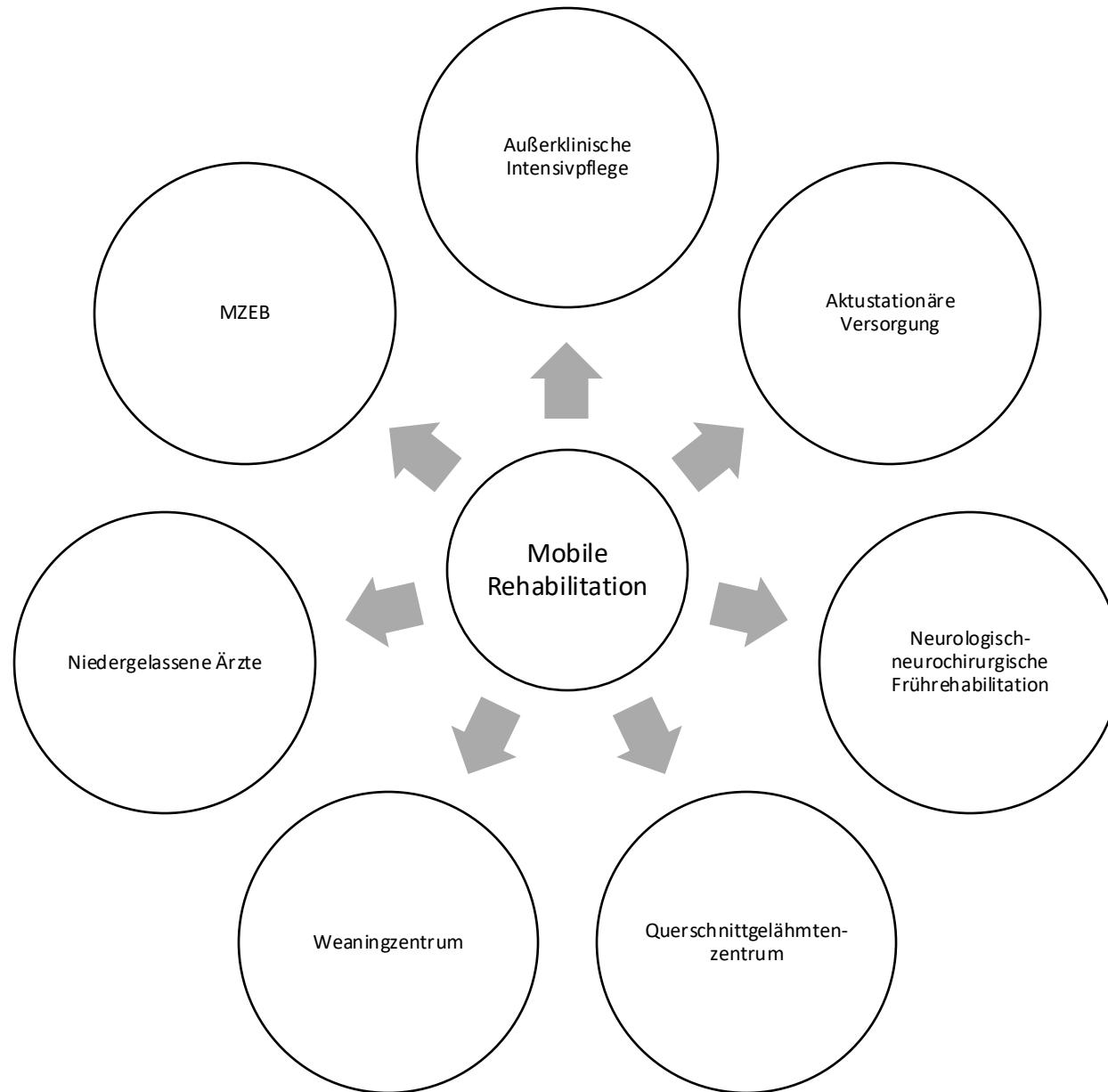
 30. Juni 2025

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e. V. lädt gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. zum Gründerseminar Mobile Rehabilitation am 07.11.2025 in Bremen ein. Mit dem Seminarangebot soll der erforderliche Wissenstransfer für Neugründungen mobiler Reha-Dienste unterstützt werden.

Im Rahmen des Gründungsseminar werden das Konzept und die Praxis der mobilen Rehabilitation umfassend vorgestellt und mit den Teilnehmenden diskutiert. Es werden Kenntnisse und Erfahrungen vermittelt, um eine mobile Rehabilitationseinrichtung erfolgreich planen, kalkulieren, mit den Kostenträgern verhandeln und dauerhaft betreiben zu können. Dabei werden auch die kürzlich veröffentlichten „Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes vom 01.06.2021“ und daraus resultierende Impulse für Neugründungen erörtert.

Die Referierenden Dr. med. Verena Ploenes (Schwäbisch Hall), Günter Ralle-Sander (Bremen) und Dr. med. Rudolf Siegert (Bremen) verfügen über viel Erfahrung in der mobilen Rehabilitation und sind Vorstandsmitglieder der BAG MoRe.

Einbettung in bestehende Versorgungsstrukturen



Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEBS)

Rechtsgrundlage SGB5, Paragraph 119c „Medizinische Behandlungszentren“ (analog sozialpädiatrische Zentren)

- „(1) Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sicherzustellen.
- (2) Die Behandlung durch medizinische Behandlungszentren ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Die medizinischen Behandlungszentren sollen dabei mit anderen behandelnden Ärzten, den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eng zusammenarbeiten.“

MZEBs – Leistungen

Ambulante interdisziplinäre Beratung und Behandlung, alle 3 Monate oder in anderem angemessenem Rhythmus, z.B. durch Neurologie, Neuroorthopädie, Atmungstherapie, Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialdienst

Möglichkeit der Versorgung vom Patienten mit Beatmung oder Trachealkanüle grundsätzlich gegeben, aber abhängig vom im einzelnen MZEB tätigen Personal und der apparativen Ausstattung

Anpassung und Kontrolle von Hilfsmitteln sowie – bei entsprechender Spezialisierung - Beatmungsgeräten und Hustenassistenten, apparative Diagnostik wie zum Beispiel Ultraschall, BGA, EEG, FEES/Tracheoskopie

Spezialisierte medizinische Behandlungen möglich (Botulinumneurotoxin Typ A, genetische, enzymatische oder immunmodulierende Medikationen)

MZEBs – Etablierung

Ca. 80 MZEBs in Deutschland

Regional starke Unterversorgung

Unterschiede in Zugangskriterien

Inhomogenes Behandlungsangebot

**Zu wenige medizinische Angebote für
Erwachsene mit Behinderung**

09.03.2025, 17:52 Uhr

Von: Steven Micksch

Kommentare

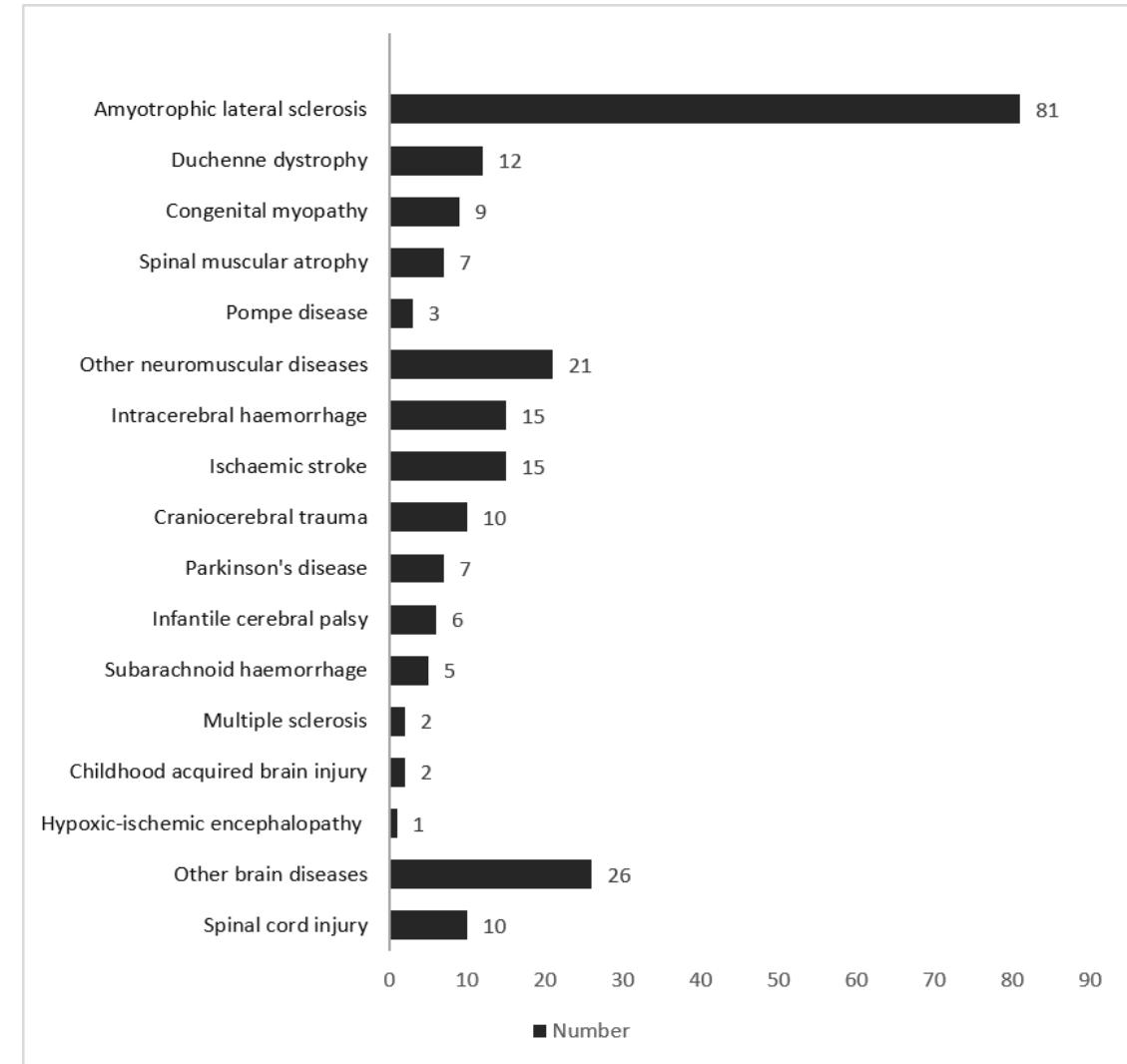
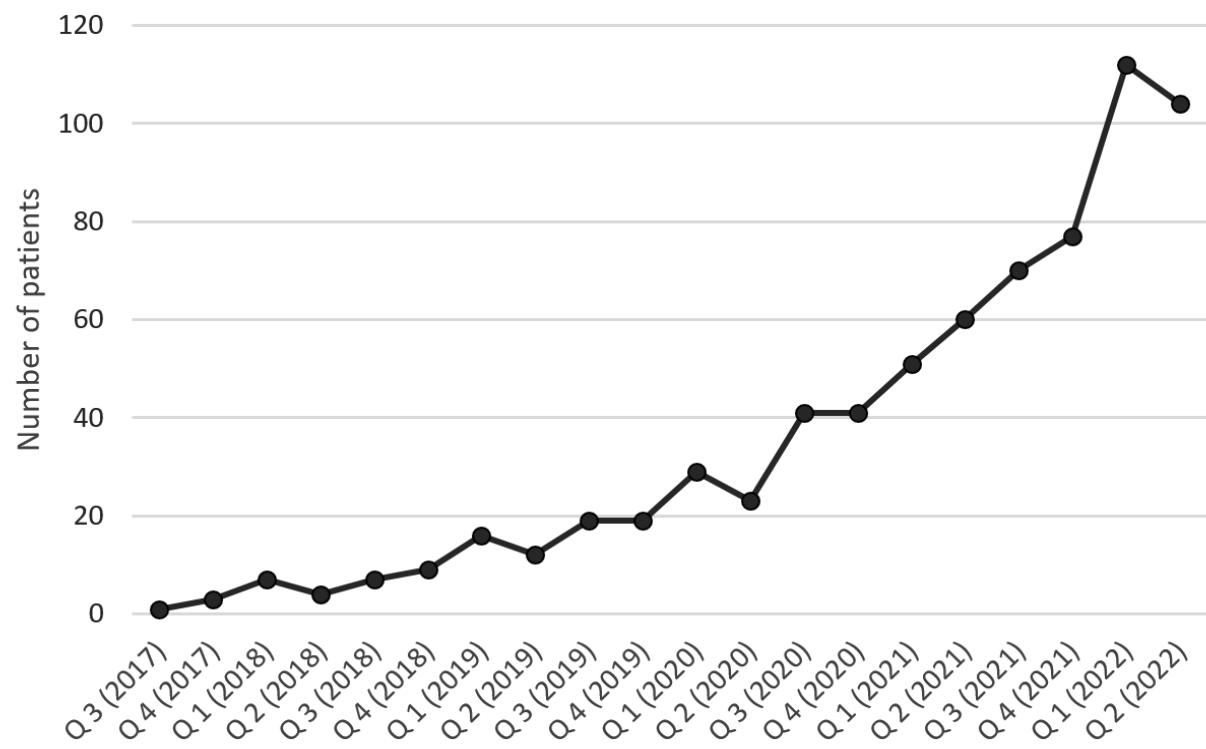
Drucken



Michaela Wagner-Heck (r.) testet die Beweglichkeit der Hand von Yasmina. Deren Mutter streichelt ihren Kopf. © Michael Schick

Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung

Pilotstudie Multidisziplinäre Neuropalliativambulanz



Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung

Pilotstudie Multidisziplinäre Neuropalliativambulanz

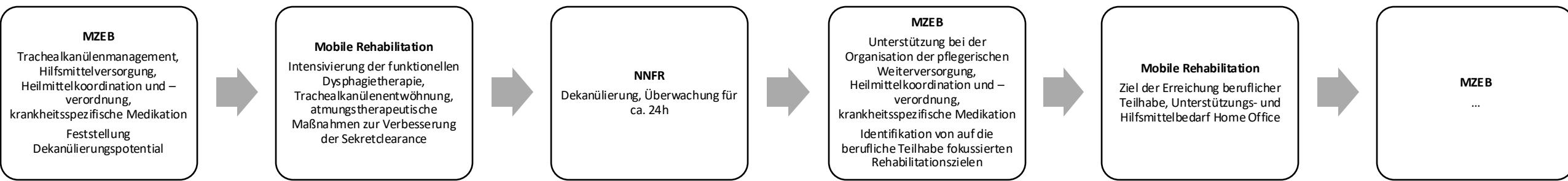
Underlying condition	Median age (IQR) ¹	Gender		Pre-treatment		Initiation	
		f ²	m ³	IV ⁴	NIV ⁵	IV	NIV
ALS ⁶	65 (57-72)	31	50	9	12	6	15
Duchenne dystrophy	21 (19-23)	0	12	4	6	1	1
Congenital myopathy	20 (19-26)	7	2	1	3	1	2
Spinal muscular atrophy	36 (19-50)	3	4	0	1	0	0
Pompe disease	62 (59-65)	2	1	0	1	0	1
Other neuromuscular diseases	55 (27-72)	11	10	4	0	2	1
SCI ⁷	65 (31-74)	4	6	6	2	0	0
All brain diseases	60 (44-71)	33	56	13	1	1	0
Total	60 (44-70)	91	141	37	26	11	20

Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung

Pilotstudie Multidisziplinäre Neuropalliativambulanz

Variable	Number of participants	Median (IQR ¹) of applications
Palliative care counselling patient	203 (87.50%)	2 (1-4)
Palliative care counselling relatives/friends	177 (76.29%)	2 (1-4)
Palliative care counselling nursing service	75 (32.22%)	2 (1-4)
Palliative care counselling other person	11 (4.74%)	1 (1-1.5)
Respiratory therapy	188 (81.03%)	1 (1-3)
Invasive ventilation initiation	11 (4.74%)	0 (0-0)
Noninvasive ventilation initiation	20 (8.62%)	0 (0-0)
MI-E² initiation	50 (21.55%)	0 (0-0)
Speech and language therapy	145 (62.50%)	1 (0-2)
Physiotherapy	143 (61.64%)	1 (0-2)
Occupational therapy	71 (30.60%)	0 (0-1)
Cardiologist consultation	24 (10.34%)	0 (0-0)
Augmentative and alternative communication	28 (12.07%)	0 (0-0)
Injection of Incobotulinumtoxin A into salivary glands	60 (25.86%)	0 (0-1)
Injection of Botulinum neurotoxin A into muscles	32 (13.97%)	0 (0-0)
Tracheoscopy	72 (31.03%)	0 (0-1)
FEES³	104 (44.83%)	0 (0-1)

Continuum of Care



Ausblick

Mobile Rehabilitation für Menschen in der außerklinischen Intensivpflege

- ... kann fortlaufenden demographischen und epidemiologischen Entwicklungen Rechnung tragen
- ... kann Lebensqualität, Teilhabe und körperliche Symptome verbessern sowie die Umsetzung der UN-BRK fördern
- ... kann die Abhängigkeit von lebenserhaltenden Technologien verringern
- ... kann Kapazitätsengpässe und Zugangsbarrieren bestehender Strukturen abfangen
- ... kann für die Kostenträger hohe Kosteneinsparungen erbringen
- ... ist im Einklang mit den Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation umsetzbar
- ... steht im ländlichen Raum vor Herausforderungen, die möglicherweise mit Telerehabilitation gelöst werden können
- ... kann nun konzeptuiert werden**



Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft
für Außerklinische Beatmung
und Intensivversorgung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Clinical Neurorespiratory Medicine

EDITED BY

Martin Groß, Eelco Wijdicks,
Maxwell Damian and Oliver Summ



CAMBRIDGE

Medicine