Mobile geriatrische Rehabilitation

Abgrenzung zur ambulanten Geriatrischen Rehabilitation und zur geriatrischen Tagesklinik

Zercur - 02.11.2026

Dr. Martin Warnach
Vorstand der BAG Mobile Rehabilitation e.V.

Zu meiner Person

Internist, Geriater, Palliativmediziner

Bis 2017 Ärztlicher Leiter des Wichernkrankenhauses – Johannesstift Diakonie, Berlin-Spandau

2011 Gründung einer Mobilen Geriatrischen Rehabilitation in Berlin Spandau, 2018 2. Team am EGZB

Vorstand der BAG Mobile Rehabilitation e.V.

Inhalt

- Warum Mobile geriatrische Rehabilitation (MoGeRe)?
- Das Wechselwirkungsmodell der ICF, die 3 Rehabilitationsstrategien (Restitution, Kompensation und Adaptation) und die MoGeRe
- Ablauf der Mobilen geriatrischen Rehabilitation
- (Mobile geriatrische Rehabilitation im Pflegeheim)
- Abgrenzung geriatrische Tagesklinik und MoGeRe
- Kurzes Resümee

Formen der geriatrischen Reha

Krankenhaus nach §109 SGB V > Aufnahme mit Einweisung (oder als Notfall). Voraussetzung ist das Vorliegen von Krankenhausbedürftigkeit.

a. **Akutgeriatrie mit Frührehabilitation (OPS 8-550)**

   Ziel, im Rahmen der Krankhausbehandlung die basalen Funktionen möglichst wiederherzustellen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und ggfs. Reha-Fähigkeit für eine Reha nach § 111 herzustellen.

b. **Geriatrische Tagesklinik: teilstationäre Krankenh.-Behandlung (OPS 8-98a.0; 8-98a.10; 8-98a.11)**

Rehabilitation nach § 111 SGB V - Antrag auf Kostenbewilligung durch die Krankenkassen - Rehabilitation ist ICF-basiert

a. **Stationäre geriatrische Rehabilitation -** Rehabilitationsklinik

b. **Ambulante geriatrische Rehabilitation** > in einer ambulanten Reha- Einrichtung

c. **Mobile geriatrische Rehabilitation** = ambulante Rehabilitation in Wohnung, in der stationären Pflege, aber auch Kurzzeitpflege.

Warum Mobile Rehabilitation ?

Das Konzept der Mobilen Rehabilitation zielt auf Patienten,

- die eine Rehabilitation benötigen (Reha-Indikation), die aber in den **üblichen Reha-Einrichtungen (stationär oder ambulant) nicht angemessen** versorgt sind und **von einer mobilen Rehabilitation am besten profitieren.**

3 Schlaglichter:

- Alltagsrelevanz der Rehabilitation

- Einbeziehung des Kontextes, in dem der Patient lebt

- Fremde Umgebung bedeutet Überforderung, v. a. bei kognitiven Beeinträchtigungen

Alltagsrelevanz

Alltagsrelevanz der Rehabilitation

Nutzt ihr/ihm die Reha wirklich in seiner Lebenswelt?

Ist die rehabilitationsbedürftige Patientin/ der Patient in der Lage, stationär oder in einer Einrichtung erworbene Rehabilitationsergebnisse in ihre/seine Häuslichkeit zu übertragen und dort anzuwenden ? –



Krankenhaustreppe
nach DIN-Norm



Treppe Berliner Altbau

Alltagsrelevanz

MoRe Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V.

Alltagsrelevanz der Rehabilitation

Nutzt ihr/ihm die Reha wirklich in seiner Lebenswelt?

Wir trainieren in der Klinik die Alltagsfähigkeiten. Was ist relevant?
Die alleinlebende Patientin: zu Hause 2 x/tgl. von Pflegedienst versorgt. Sie sieht sich nur als Rollstuhlfahrerin und möchte vor allem unabhängiger bei der Essenszubereitung werden – d.h. Frühstückmachen, Teekochen und Essen des Fahrbaren Mittagstischs anrichten. Wie erreicht sie es, die Fallstricke in der engen Küche vom Rollstuhl aus zu meistern? – Für sie ist das ein wichtiger Aspekt ihrer Unabhängigkeit und Selbstbestimmung.

Kontextfaktoren

Kontextfaktoren: materielles Umfeld: Wohnung, Nachbarschaft und profess. Dienste, Hilfen
soziales Umfeld: Angehörige, Zugehörige, Freunde

Fallbeispiel: Herr K. - 81-jähriger Schlaganfallpatient

mit Halbseitenlähmung re, Körper-/Raumwahrnehmungsstörungen (Neglect), motorischer Aphasie u.a. kognitiven Beeinträchtigungen u.a

 auch am Ende einer rehabilitativen Behandlung in der Akutgeriatrie noch erhebliche Beeinträchtigungen:

- Unsicherheit beim Transfer, nicht selbständig, wenige Schritte am 4-Punkt-Stock gehen;
- Treppe zu seinem Einfamilienhaus kann er nicht bewältigen;
- Alltagsversorgung erfolgt mit Hilfe; beim Toilettengang braucht er Hilfestellung;
- Sprachlich kann er sich nur auf basaler Ebene und gestisch mitteilen.

 Wunsch Patient + seiner gleichaltrigen Ehefrau: Rückkehr nach Hause

Kontextfaktoren

- **Herr K. nennt als sein vorrangiges Reha-ziel: Rückkehr nach Hause**
- Wie kann **Unterbringung in stat. Pflege vermieden? –**
- Wie können er und seine Ehefrau **zu Hause möglichst gute Lebensqualität** erreichen?
- Trotz aller ambulanter Hilfen: **auf die Ehefrau kommt die Aufgabe der 24-Stunden-Betreuung vor Ort zu.** -
- Wie kann Patient weiter gefördert, was kann Partnerin ohne Überforderung zugemutet werden ?

Kontextfaktoren

Dieser Patient braucht: neben weiterer rehabilitativer Behandlung **optimierte Gestaltung des häuslichen Umfelds, der häuslichen Versorgung und konkrete Anleitung und Schulung der Betreuenden.** > u.a.

Überforderung durch fremde Umgebung

Fallbeispiel: Frau P. - 84J. - Schenkelhalsfraktur

Patientin mit leicht-/mittelgradiger Demenz, lebt seit 2 Jahren **in einem Pflegeheim,** wo sie mobil ist und an den Gemeinschaftsaktivitäten teilnimmt.

Sie wird nach einem Sturz im Heim wegen einer **Schenkelhalsfraktur** ins Krankenhaus verlegt; nach Operation tritt ein akuter Verwirrtheits-zustand (Delir) auf, der 5 Tage anhält.

Nach Verlegung in eine Akutgeriatrie; dort erneut Verwirrtheitszustände mit weiteren Komplikationen (Nahrungsverweigerung, Pneumonie u.a.). Die Patientin bleibt desorientiert und wird letztlich in einem schlechten Zustand nur passiv mobilisierbar wieder in das Pflegeheim entlassen.

Überforderung durch fremde Umgebung

Fallbeispiel (Forts.): Frau P. - 84J. - Schenkelhalsfraktur

Es kann erwartet werden, dass in einer gewohnten, vertrauten Umgebung kein erneutes Delir auftritt;

Eine **Reha vor Ort** führt zu besseren Ergebnissen und kann erfolgreich abgeschlossen werden.

Patientin kann nicht von stationärer Reha profitieren.

Fremde Umgebung - bedeutet Überforderung vor allem bei kognitiven Einschränkungen und Demenz oder bei Angstkrankheit, Depression u.a.

Vorteile der Mobilen Rehabilitation

- Im vertrauten Umfeld: Wohnung, Pflegeheim
- Umweltfaktoren werden optimal berücksichtigt, z.B. schwierige Wohnraumverhältnisse, aber auch fördernde Umstände, d.h. Ressourcen
- Einbezug der Wohnumgebung: was ist für den Patienten vor Ort wichtig? – gezielter Einsatz von Hilfsmitteln, u.a.
- Unterstützung, Beratung und Anleitung der An- und Zugehörigen – oft die wichtigste „Ressource“
- Der Alltag ist das Übungs- und Trainingsfeld
- Integration in den üblichen Tagesablauf, Fortführung der Übungen auch in therapiefreien Zeiten
- Einheit von Behandlung, Beratung, Erprobung und Integration in den Alltag
- Belastende Transporte entfallen
- Es gibt auch Nachteile . . .

Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



Reha - Strategien

- **Restitution >** Wiederherstellung von beeinträchtigten Körperstrukturen, Funktionen und Fähigkeiten,
- **Kompensation >** Übernahme/Ausgleich von verlorenen Funktionen und Aktivitäten durch andere Funktionen bzw. Aktivitäten.
- **Adaptation >**

„Anpassung der praktischen Lebensvollzüge an die individuellen Einschränkungen bei gleichzeitiger Anpassung der Kontextfaktoren, d. h. Reduktion hemmender und Stärkung fördernder Umwelt- und personbezogener Faktoren.“

- Anpassungen der **„materiellen Umwelt“** (Wohnung, u.a. gezielter Hilfsmitteleinsatz), aber auch Dienste und Hilfen. „Die Kontextfaktoren“ an die Beeinträchtigungen anpassen.
- Einbeziehung des „**sozialen Umfelds“: An- und Zugehörige** durch Beratung, Information, Begleitung und Anleitung. v.a. Stärkung und Überforderung vermeiden. Angehörige können u.U. Co-Therapeuten-Rolle einnehmen – sie verstetigen, was in der Reha erarbeitet wird.
- **Personbezogene Faktoren – sich an die (bleibenden) Behinderungen anpassen,** d.h. lernen, mit Schädigungen/funktionellen Einbußen im eig. Lebensumfeld zurechtzukommen, Coping; Fragen der Motivation, Sinnhaftigkeit u.a.

Reha - Strategien

In welchem Reha-Setting können die alltagsrelevanten Teilhabe-/Rehabilitationsziele am besten erreicht werden?

- Wenn **Restitution im Vordergrund** steht, dann **einrichtungsgebundenes, ambulantes oder stationäres Setting** – Vorteile: optimierte Therapiebedingungen, Geräteausstattung, Bewegungsbad, Gruppentherapie u.a.
- **Wenn Adaptation im Vordergrund – dann Mobile Rehabilitation.**

Reha – Strategie Adaptation

Adaptation steht im Vordergrund:

- Je komplexer die Schädigungen und Beeinträchtigungen sind oder bleibende Behinderungen zu erwarten sind- oder
- der Lebensumkreis aufgrund der Schädigungen und Funktionsverluste sehr begrenzt bleibt, - d.h. besonders Menschen, die ihre Wohnung kaum mehr verlassen können oder im Pflegeheim leben.
- Wenn durch Reha in dem vertrauten häuslichen Umfeld bessere Motivation, Sinnhaftigkeit der Rehabilitation erreichbar ist und damit alltagsrelevante Ziele erreichbar werden.
- Adaptation nicht nur (passive) Anpassung: sondern durch Adaptation, „Anpassung der Kontextfaktoren“, können Rehabilitanden wiederum funktionelle Verbesserungen z.B. in der Mobilität, Alltagsbewältigung aber auch Teilhabe am familiären und sozialen Leben erreichen, die sonst nicht möglich wären.

Funktionsverbesserungen und Teilhabe

Bei der Rehabilitation geht es zunächst um

- **funktionelle Verbesserungen, Wiedererlangen von Fähigkeiten. –**

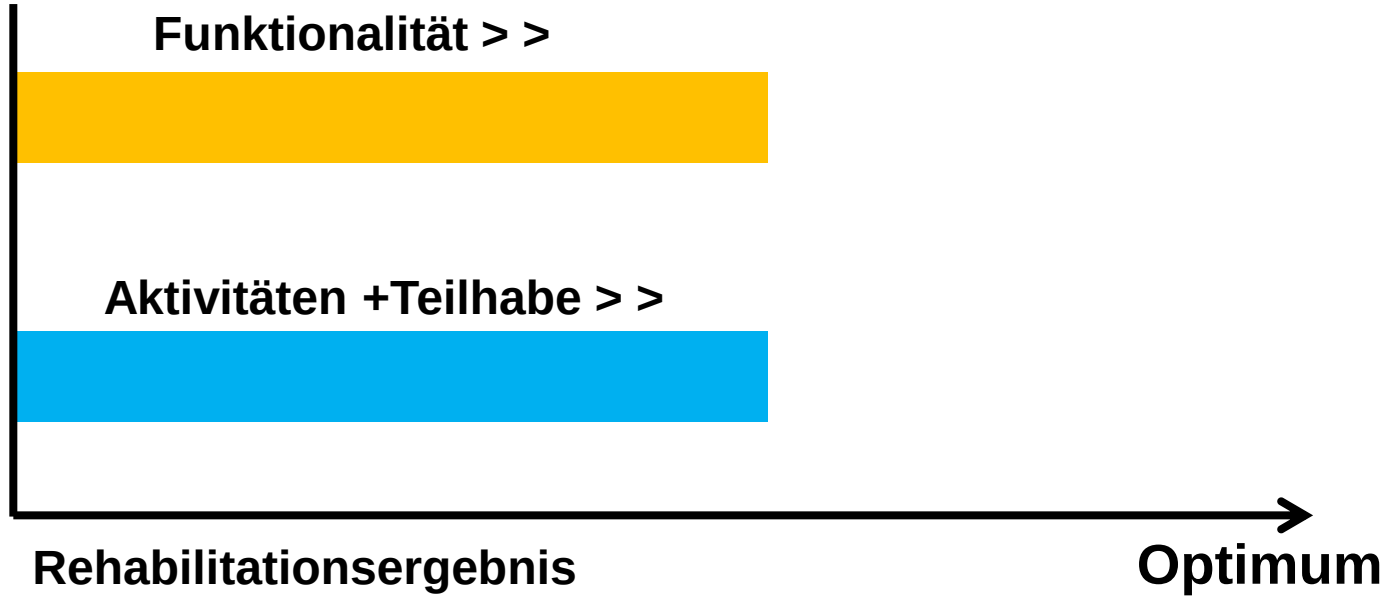
Übergeordnetes, auch gesetzlich festgelegtes Ziel einer Rehabilitation ist aber

- die **Ermöglichung und Verbesserung von Aktivitäten und Teilhabe** am familiären und sozialen Leben - **Hier entscheidet sich die Frage der Lebensqualität.**

Auch bei nur geringen funktionellen Verbesserungen (im Sinne der Restitution) kann eine Rehabilitation Aktivitäten und Teilhabe deutlich verbessern.

Reha- Ergebnis bei geriatrischen Patienten:

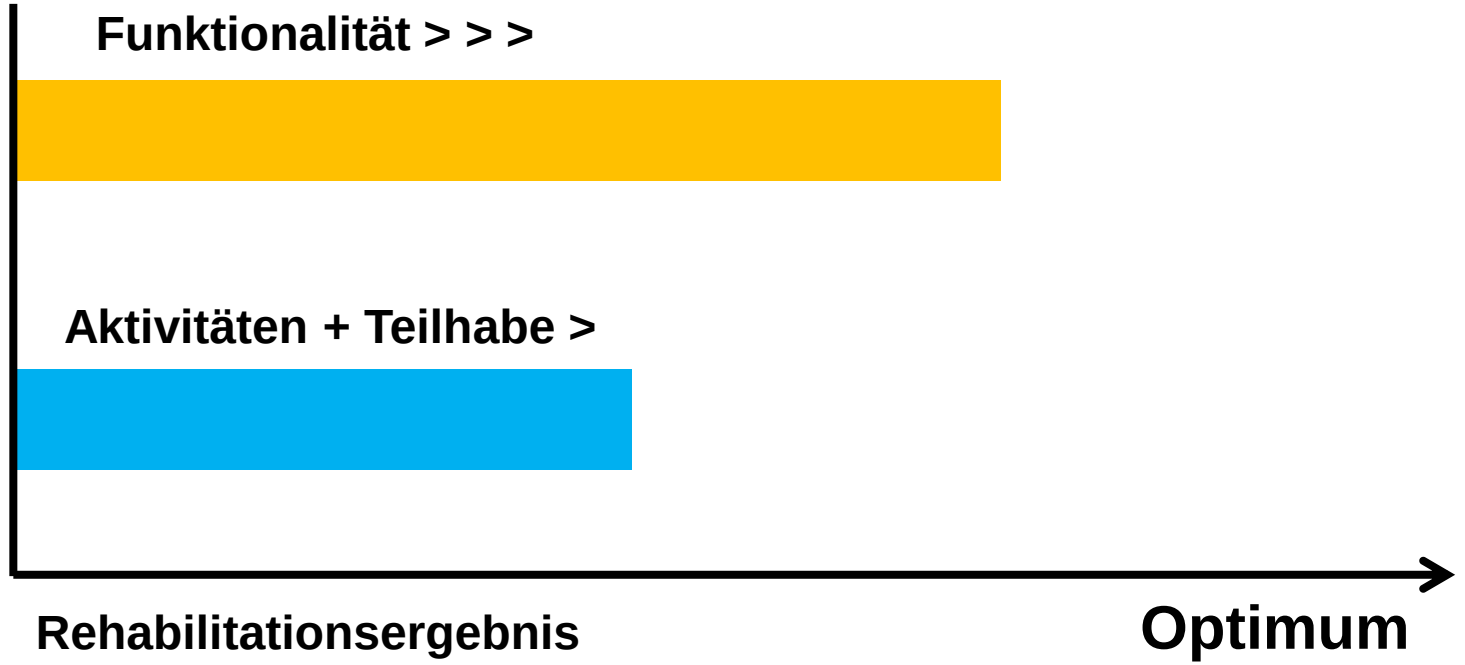
Es bleiben funktionelle Beeinträchtigung und Einschränkungen der sozialen Teilhabe.



ICF-basierte Rehabilitation

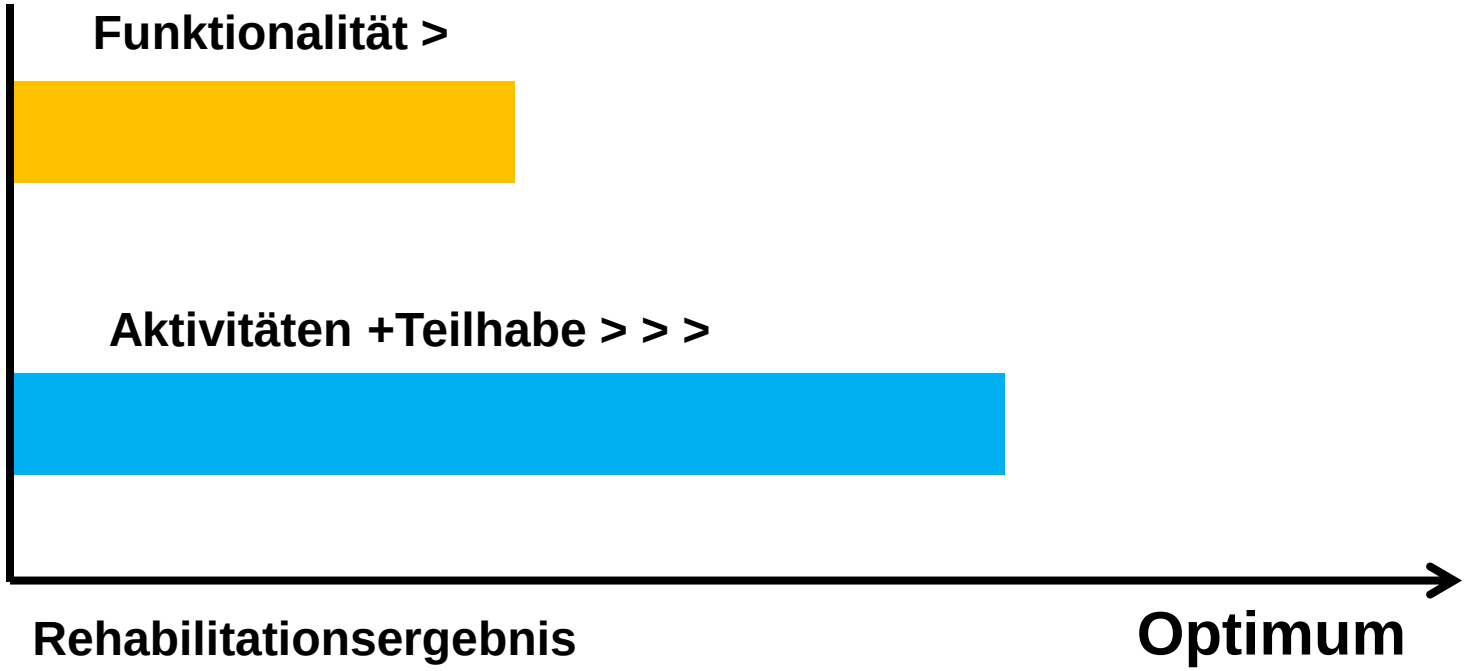
Deutliche funktionelle Verbesserungen, geringer Gewinn an sozialer Teilhabe >

z.B.: Patient wird durch Reha deutlich mobiler (am Rollator) und im Alltag selbstständiger – er will in seiner Wohnung im 4. OG. bleiben, kann aber die hohe Treppe zu seiner Wohnung nicht bewältigen; er ist in seiner Wohnung „gefangen“, will aber raus > einkaufen, > seine Familie besuchen u.a.



ICF-basierte Rehabilitation

Wenig funktionelle Verbesserung, deutlicher Gewinn an sozialer Teilhabe



ICF-basierte Rehabilitation

MoRe Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V.

Herr Werner 81 J.

Vor 2 Jahren Knie-TEP-OP rechts, knapp 2 Monate später Infektion. > mehrere Revisions-Ops. mit Prothesenwechsel; zunehmende Immobilität, schließlich zunehmende Bettlägrigkeit > vor 1 Jahr Einzug in stationäre Pflege.

Aktuell: vor 6 Wochen bei erneuter schwerer Knie-TEP-Infektion (jetzt MRSA) > Oberschenkelamputation re.

Prothesenversorgung nicht möglich wegen Kontrakturen li UEX mit muskulärem Abbau, alter Rotatorenmanschetten-Ruptur links.

Bei Beginn der MoGeRe (insgesamt 40 TE) wird er täglich passiv (meist mit Lifter) in Rollstuhl gesetzt, wo er ca. 8-10 Stunden/Tag verbringt; er liest Zeitung und hört Radio, keine alltagsrelevanten kognitiven Einschränkungen.

Bei Abschluss der MoGeRe schafft er den selbständigen Transfer in den Rollstuhl, Kontrakturen nur wenig gebessert, Stand nur mit Stützung, Gang nicht möglich;

Elektro-Rollstuhlversorgung mit entsprechender Anleitung - er fährt damit (wieder) in „seinem“ Viertel Prenzlauer Berg herum.

Indikation MoGeRe

Positive Rehabilitationsprognose bestehen **eher oder nur durch eine mobile Rehabilitation:**

- bei Schädigungen mentaler Funktionen, Demenz
- Angewiesensein auf das angepasste Wohnumfeld,
- Begrenzung des weiteren Lebensumfeldes auf ein umschriebenes soziales und räumliches Umfeld – z.B. eigene Wohnung oder Pflegeheim
- Besiedlung mit multiresistenten Keimen (Rehabilitand leidet unter Isolierung, die im KHS notwendig ist!)
- u.a.m.

Ablauf der Mobilen Rehabilitation

Die Mobilen Rehabilitation ist ***keine Reha – light,*** sondern eine Form der ambulanten Rehabilitation für **schwer/schwerer betroffene Patienten**.

In die MoRe i.R. **Aufnahme - Barthel Index um 50 Punkten**, über ein Drittel der Patienten mit 0 - 30 Barthel-Punkten bei Beginn.

In der ambulanten geriatrischen Rehabilitation (ambulantes Reha – Zentrum): **Aufnahme-Barthel-Index** selten unter **75/80, oft höhere Punktzahl!**

Durchschnittlich wird in der MoGeRe ein Plus von 15 – 16 Punkten erreicht.

Ablauf der Mobilen Rehabilitation

„Komplex-rehabilitative“ Behandlung durch eine multiprofessionelles, interdisziplinäres Reha-Team unter Leitung eines Geriaters;

- **Berufsgruppen:** ärztlicher Dienst, rehabilitative Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie, Ernährungsberatung; Sozialarbeit.

- **Geriatrisches Assessment** bei Beginn und Ende der Behandlung – besonders: Soziales, Versorgung, besondere Berücksichtigung der häuslichen Situation (Familie/Wohnung). Im Pflegeheim Abstimmung mit Pflege (Pflegeplanung, Kooperation u.a.)

- **Teamprozess:** wöchentliche Teambesprechungen, Rehabilitationsplan, Evaluierung des Reha-Plans, Empfehlungen für weitere Versorgung und Behandlung. Nachsorge.

Ablauf der Mobilen Rehabilitation

Therapieeinheiten (TE) = Hausbesuche mindestens 45 min (bis 90 min)

- **mind. 5 TE á 45 min pro Woche,** durchschnittlich ca. 7 TE/Woche
- **Behandlung durchschnittl. knapp 36 Hausbesuche** - (20 TE – 80 TE)
- **Dauer der Behandlung durchschnittlich 5 – 7 Wochen, Verlängerung möglich.**
- **Nur Einzeltherapien, bei Bedarf auch 2 Therapeutinnen gleichzeitig**
- Beginn mit **ärztlichem Hausbesuch**, dann folgen Therapeutinnen;
- **Teamprozess: – Reha-plan: Zielformulierung** mit Patienten + Angehörige**,**
  wöchentliche Teambesprechungen – abschließende Hausbesuche
- **MoRe versorgt** > im Großstadtgebiet einen Umkreis von ca. 10 Km,
  > im ländlichen Kreis von ca. 30 – 40 Km.

Ablauf der Mobilen Rehabilitation

Zuweisungswege zur MoGeRe (bundesweit 2024)

nach Krankenhaus allgemein:	**50 %**
nach Krankenhaus geriatrischer Früh-Reha:	**23 %**
aus amb. vertragsärztlicher Versorgung:	**25 %**
(zwischen 7 % und 37 %)	
aus der Pflegebegutachtung:	< 1 %

MoRe
Bundesarbeitsgemeinschaft
Mobile Rehabilitation e.V.

MoGeRe
in der stationären Pflege und
in der Kurzzeitpflege

Mobile Rehabilitation im Pflegeheim

Nach § 40 : „Leistungen (der medizinischen Rehabilitation) . . . sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 der Elften Buches zu erbringen.“

Mobile Geriatrische Rehabilitation ist **die einzige Form der Rehabilitation, die in stationären Pflegeeinrichtungen** vor Ort arbeitet. Über ein Drittel der Mobilen Rehabilitationen werden in Pflegeeinrichtungen erbracht.

Die meisten Pflegeheimbewohner können sich nicht vorstellen, dass sie ihr Heim verlassen, um in einer Reha-Klinik behandelt zu werden.

Mobile Rehabilitation im Pflegeheim

Welche Patienten hat MoGeRe im Pflegeheim ?

Wir behandeln vor allem Bewohner von Pflegeeinrichtungen nach Akuterkrankungen:

- Schenkelhalsfraktur oder andere operativ versorgten Frakturen,
- nach schweren internistischen Erkrankungen,
- nach Schlaganfall u.a.-
- Seltener auch Patienten mit zunehmender Verschlechterung einer chronischen Erkrankung – z.B. Parkinson-Krankheit.

Also typische geriatrische Patienten.

Mobile Rehabilitation im Pflegeheim

1. Patienten mit erheblichen, bleibenden Beeinträchtigungen:

Patienten anfangs meist bettlägerig, ev. Transfer mit Hilfe in Rollstuhl möglich; nur kurze Zeit außerhalb des Bettes.

Ziele auf der funktionellen Ebene:

- selbstständiger Transfer, stabiler Sitz, möglichst für 4-5 Std.
- Gehen mit/ohne Hilfe, am Rollator in der Einrichtung, Toilettengang u.a.
- Verbesserung Ernährung, auch bei Schluckstörungen,
- Benutzung von vorhandenen Hörgeräten, Telefonbenutzung gegebenenfalls mit Anpassungen,

Teilhabeziele:

- Teilhabe am Leben in der Wohneinheit, gemeinsames Essen im Speisesaal, gemeinsame Beschäftigung;
- Teilnahme an Aktivitäten im Heim, Gruppen, an Events u.a.;
- Spazierengehen/ Gefahrenwerden im Rollstuhl auf dem Gelände des Heims, u.a.

Mobile Rehabilitation im Pflegeheim

2. Patienten mit gutem Entwicklungspotential:

Ausgangspunkt: anfangs ev. auch erheblich beeinträchtigt, ggfs. bettlägrig.

Angestrebte, selbstgesetzte und erreichbare Reha-Ziele:

- längere Gehstrecke (am Rollator), auch außerhalb
- Ausflüge mit Angehörigen, Einstieg/Ausstieg PKW - Restaurantbesuch, Stadtbesichtigung, Weihnachtsmarkt;
- Besuch bei Angehörigen;
- sich beschäftigen können: Zeitunglesen, TV-Sehen, Musik u.a.

Einzelfälle:

- das Heim verlassen können - mit Rollator oder im Elektro-Rollstuhl;
- Einkaufen gehen/fahren; Benutzung Bus und U-Bahn

Kraftaufbau, Training der Mobilität, aber auch Umgang mit Inkontinenz/Toilettengang. – Gewinnung von Angehörigen!!

Formen der geriatrischen Reha

Krankenhaus nach §109 SGB V > Aufnahme mit Einweisung (oder als Notfall). Voraussetzung ist das Vorliegen von Krankenhausbedürftigkeit.

a. **Akutgeriatrie mit Frührehabilitation (OPS 8-550)**

   Ziel, im Rahmen der Krankhausbehandlung die basalen Funktionen möglichst wiederherzustellen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und ggfs. Reha-Fähigkeit für eine Reha nach § 111 herzustellen.

b. **Geriatrische Tagesklinik: teilstationäre Krankenh.-Behandlung (OPS 8-98a.0 8-98a.10; 8-98a.11) d.h. „rehabilitative Leistung“.**

Rehabilitation nach § 111 SGB V > Antrag auf Kostenbewilligung durch die Krankenkassen - Rehabilitation ist ICF-basiert

a. **Stationäre geriatrische Rehabilitation -** Rehabilitationsklinik

b. **Ambulante geriatrische Rehabilitation** > in einer ambulanten Reha- Einrichtung

c. **Mobile geriatrische Rehabilitation** = ambulante Rehabilitation in Wohnung, in der stationären Pflege, aber auch Kurzzeitpflege

Formen der geriatrischen Reha

Krankenhaus nach §109 SGB V > Aufnahme mit Einweisung (oder als Notfall). Voraussetzung ist das Vorliegen von Krankenhausbedürftigkeit.

a. **Akutgeriatrie mit Frührehabilitation (OPS 8-550)**

   Ziel, im Rahmen der Krankhausbehandlung die basalen Funktionen möglichst wiederherzustellen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und ggfs. Reha-Fähigkeit für eine Reha nach § 111 herzustellen.

b. **Geriatrische Tagesklinik: teilstationäre Krankenh.-Behandlung (OPS 8-98a.0 8-98a.10; 8-98a.11) d.h. „rehabilitative Leistung“.**

Rehabilitation nach § 111 SGB V > Antrag auf Kostenbewilligung durch die Krankenkassen - Rehabilitation ist ICF-basiert

a. **Stationäre geriatrische Rehabilitation -** Rehabilitationsklinik

b. **Ambulante geriatrische Rehabilitation** > in einer ambulanten Reha- Einrichtung

c. **Mobile geriatrische Rehabilitation** = ambulante Rehabilitation in Wohnung, in der stationären Pflege, aber auch Kurzzeitpflege

Tagesklinik	Amb. Rehabilitation
Einweisung oder Verlegung aus KHS	Reha-Antrag und Kostenbewilligung
Reha-Leistung im Krankenhaus Krankenhausbedürftigkeit (?)	Nur Ärztl. Versorgung, die für Reha nötig Ärztl. Versorgung durch Haus- + Fachärzte
Keine schweren kognitiven Einschr. Täglicher Ortswechsel möglich	Keine schweren kognitiven Einschr. Täglicher Ortswechsel möglich
i.d.R. Barthel-Aufn: ca. > 60 Punkte	i.d.R. Barthel-Aufn: ca. > 75 Punkte (wenig Pflegepersonal)
Mind. 5,5 Stunden /Tag	3 – 4 Therapieeinheiten á 30 Min/ Tag
Aufenthalt ca. 10 – 20 Tage, selten 25+	Regulär 20 Tage
Zielsetzung: Funktionsfähigkeit, Selbständigkeit	ICF-Konform weitergehende Zielsetzung: Aktivitäten und Teilhabe
Reha- Teamprozess	Reha- Teamprozess
Kassen präferieren Amb. Reha Im BaWÜ > Tageskliniken geschlossen	Amb. Reha abhängig von Kostenbewilligungen, Niedrige Tagessätze

Zusammenfassung

Was sind die Stärken der MoGeRe?

- **Behandlung in der Lebenswirklichkeit der Patienten -** Fokus liegt auf den alltagsrelevanten Problemen, einschließlich fördernder und behindernder Kontextfaktoren; **Möglichkeiten der sozialen Teilhabesicherung – familiär, sozial, gesellschaftlich.**
- **Dabei sind die funktionellen Verbesserungen** nur etwas geringer als in der stationären Reha, in etwa gleich mit der Akutgeriatrie: **Barthel: + 14 - 16 Punkte.**
- **Der Transfer von Rehabilitationsergebnissen** aus dem stationären Bereich in die Häuslichkeit entfällt; das Erreichte realisiert sich im Alltag;
- **Einbeziehung der Angehörigen/ Bezugspersonen –** Therapieinhalte/ -ergebnisse werden in den Alltag des Patienten integriert und repetiert - das stärkt **die Nachhaltigkeit der Rehabilitation.**
- **Zielhorizont:** von **Erarbeiten Transfer und Rollstuhlsitz,** um z.B. am familiären Leben bzw. an Gemeinschaftsaktivitäten im Heim teilzunehmen – aber auch:

bis zur **Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel für Einkäufe und Besuche.**

Vielen Dank !

Dr. Martin Warnach
martin.warnach@gmail.com