

Workshop

Mobile Rehabilitation für Menschen mit geistiger Behinderung – ein Modell für die Zukunft?

Ltg. Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann

Rehabilitationszentrum Bethesda
Stiftung kreuznacher diakonie, Bad Kreuznach

Workshop Potsdam, den 15.4.2009,
Fachtagung “Gesundheit fürs Leben”

Gesundheitliche Situation von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung

1. **Geistige Behinderung ist keine Krankheit**
2. **Häufig setzen Alterungs- oder Verschleißprozesse bei ihnen früher ein, insbesondere die Demenz**
3. **Menschen mit geistiger Behinderung haben ein höheres Krankheitsrisiko**
4. **Bei ihnen sind bestimmte seltene Erkrankungen und Syndrome deutlich häufiger und erfordern spezifische, manchmal hochspezialisierte medizinische Versorgung.**
5. **Sie zeigen ihre Krankheit oft auf ihre besondere Weise, oft gar nicht, so dass man die Gesundheitsstörung aufspüren muss. (Aufdeckende Gesundheitsfürsorge)**
6. **Oft fehlt ihnen eine für Fremde verständliche Sprache. Sie benötigen oft kompetente und erfahrene, vertraute Begleitung**
7. **Verhaltensauffälligkeiten oder Schwierigkeiten in der Anpassung an fremde Situationen oder Erfahrungen aus der Medizin (Spritze, Schmerzen, Anforderungen an Disziplin) machen besondere Vorgehensweisen seitens der Professionellen erforderlich**

Gesundheitliche Situation von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung

- 8.** Sie benötigen im Durchschnitt deutlich mehr Zeit als andere Patienten
- 9.** Sie zeigen oft wenig Eigeninitiative, zum Arzt zu gehen oder gesund zu leben. Deshalb brauchen sie Begleitung und Unterstützung
- 10.** Für die Klärung der Gesundheitsprobleme und ihre Lösung sind meist mehrere Personen/Team zu beteiligen
- 11.** Nicht selten liegen mehrfache Behinderungen bis zur schwersten Mehrfachbehinderung vor, die die Behandlung schwierig und komplex machen und ein interdisziplinäres Team erfordern.
- 12.** Auch bei Erwachsenen sind oft die Eltern oder Angehörige bzw. gesetzliche Betreuer höchst engagiert bzw. emotional beteiligt oder gelegentlich auch gleichgültig und sind einzubeziehen.
- 13.** Sie benötigen einen barrierefreien Zugang zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Krankheiten /Anlässe für Rehabedarf bei Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung

- ▶▶ Operationen im Bereich der Bewegungsorgane o. ZNS (z.B. neuroorthopädische Eingriffe bei Spastik, nach Unfall, Neurochirurgie)
 - ▶▶ Frakturen (Schenkelhalsfraktur, Wirbelfrakturen, v.a. bei Osteoporose)
 - ▶▶ Schlaganfall
 - ▶▶ Entzündlich rheumatische Krankheiten
 - ▶▶ Neurologische Krankheiten wie Parkinson, MS, Guillain-Barre u.a.
 - ▶▶ Lähmungen, z.B. Querschnitt, periphere Lähmungen,
 - ▶▶ Amputationen
 - ▶▶ Im Zusammenhang mit Botulinum-Behandlung / Baclofen-Pumpe
 - ▶▶ Plötzliche Funktionsverluste unklarer Art, z.B. durch Medikamentenumstellung, Stürze, Krisen
- Beeinträchtigung von Funktionen wie: Gehen, Sitzen, ADL, Kommunikation, Kontaktaufnahme, manuelle Betätigung

Praxis der Rehabilitation bei Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung

Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung erhalten nur selten eine Maßnahme medizinischer Rehabilitation, insbesondere bei schwerer Mehrfachbehinderung.

- » **Es wird kein Antrag gestellt, der Antrag wird abgelehnt,**
- » **es findet sich keine Einrichtung,**
- » **Begleitpersonen können nicht organisiert / finanziert werden.**

Gründe dafür sind u. a. :

- » **Die Rehanotwendigkeit wird nicht erkannt**
- » **Die Rehanotwendigkeit wird wegen der Behinderung verneint („macht nichts“)**
- » **Die Rehafähigkeit wird generell verneint**
- » **Die Rehafähigkeit wird für eine bestimmte Einrichtung verneint**
- » **Es werden keine realistischen Rehazielle formuliert**
- » **Die Rehaprognose wird als ungünstig eingeschätzt**
- » **Es gibt keine Einrichtung, die MmGB aufnimmt, allenfalls mit Bezugsperson**
- » **Die Rehaprogramme sind nicht für MmGB geeignet**
- » **Die fremde Umgebung und das Unverständnis sowie die Anforderungen lassen oft Verhaltensauffälligkeiten verstärkt auftreten**

Unterversorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung mit Rehabilitationsleistungen

- ▶ In Deutschland gibt es eine deutliche Unterversorgung mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung
- ▶ Dies konnte früher partiell durch die stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe kompensiert werden, wird aber in Zukunft unter den Bedingungen der Dezentralisierung weniger möglich sein
- ▶ Die Liegedauern in den Aktkliniken wurden früher bedarfsgerecht verlängert, heute wg. DRGs nicht mehr möglich
- ▶ Der Bedarf an geriatrischer Rehabilitation steigt wegen der Alterung von MmGB
- ▶ Rehabedarf besteht in erheblichem Umfang bei Menschen mit Intelligenzminderung auf Grund erworbener Behinderungen
- ▶ Es bestehen Hinweise, dass es auch für Menschen mit psychischen und Abhängigkeitserkrankungen eine rehabilitative Unterversorgung gibt, erst recht für Menschen mit geistiger Behinderung

Mobile Rehabilitation

- ▶ Die Versorgungslücke in der medizinischen Rehabilitation bei Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung könnte durch Mobile Rehabilitation weitgehend geschlossen werden.
- ▶ Mobile Rehabilitation kann auch ideal die Überleitung aus dem Krankenhaus übernehmen
- ▶ Sie kann und sollte aber nicht allein für Menschen mit geistiger Behinderung organisiert werden sondern sollte fachübergreifend für eine Versorgungsregion konzipiert sein.
- ▶ Besondere Bedeutung für MmGB hat in Zukunft die Geriatrie bzw. die geriatrische Rehabilitation in allen Organisationsformen einschl. der Mobilen Geriatrischen Rehabilitation

Sichtweisen in der Medizin

- ▶ **Kuration: Beseitigung von Krankheit (Beseitigung der Ursache – kausale Orientierung)**
- ▶ **Prävention: Verhinderung von Krankheit**
- ▶ **Palliation: Sterbehilfe und Hilfe bei schwerster Krankheit**
- ▶ **Rehabilitation: Besserung der funktionalen Gesundheit, d.h. der Behinderung und der Teilhabe**

Das frühere Verständnis von geistiger Behinderung umfasste in der Regel die Idee der Rehabilitation (außer bei Körperbehinderten) nicht!

ICF : Behinderung neu denken!

ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001

deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit,
Klassifikation der funktionalen Gesundheit und ihrer Beeinträchtigungen.

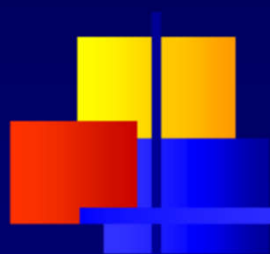
Sie gehört zu der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten „Familie“ von Klassifikationen für die Anwendung auf verschiedene Aspekte der Gesundheit und ergänzt insbesondere die Klassifikation der Krankheiten (ICD).

ICF

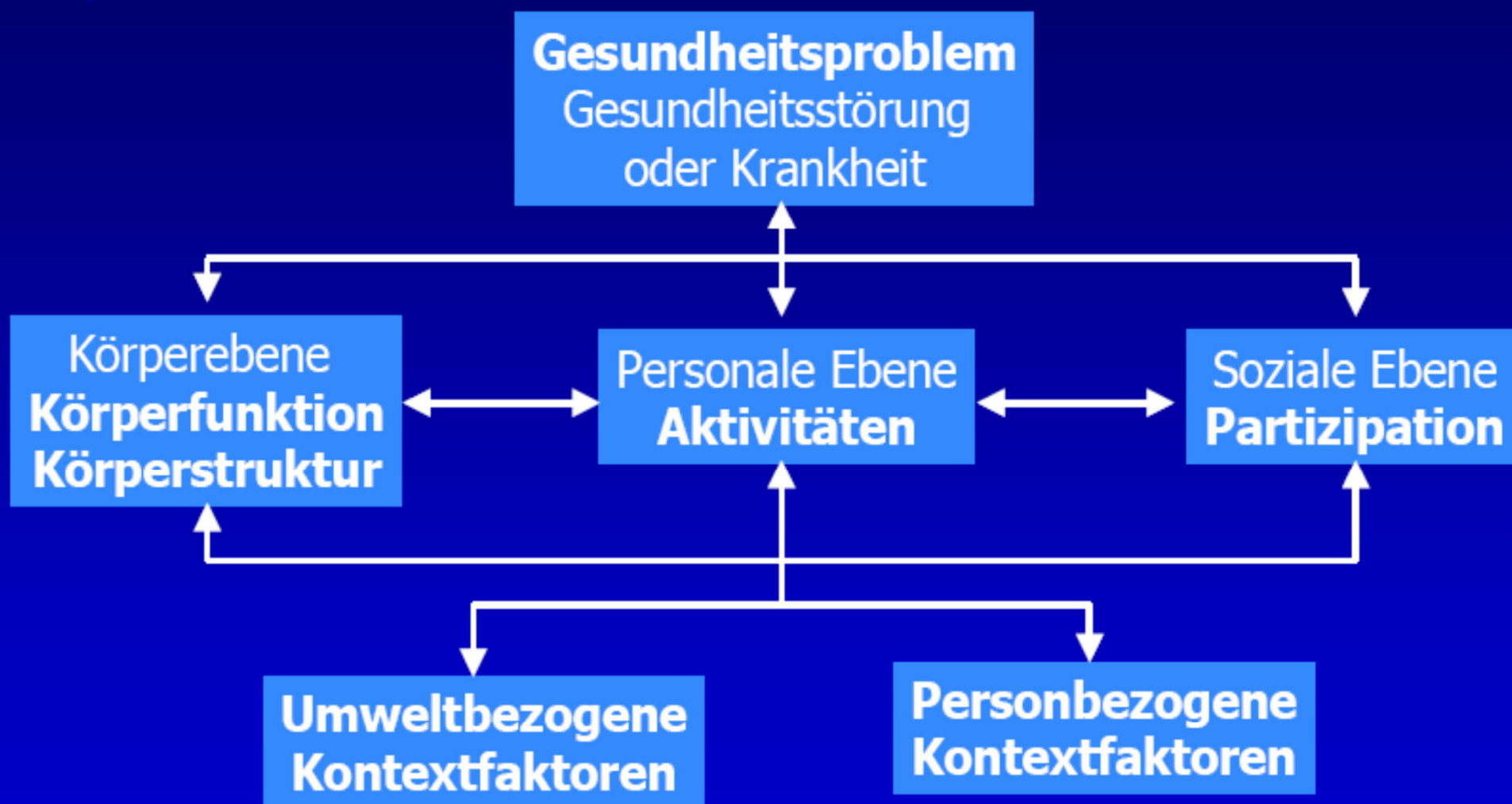
Die ICF beruht auf einem biopsychosozialen Modell, das Beeinträchtigungen auf den Ebenen

- ▶▶ Strukturen des Körpers
- ▶▶ Funktionen des Körpers
- ▶▶ Aktivitäten des Menschen
- ▶▶ Teilhabe des Menschen am Leben der Gesellschaft

auf der Basis der realen Lebensverhältnisse abbilden kann durch Berücksichtigung der Kontextfaktoren



Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



- 1. Lernen und Wissensanwendung** (z.B. Bewusste sinnliche Wahrnehmungen, Elementares Lernen, Wissensanwendung)
- 2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen** (z.B. Aufgaben übernehmen, Die tägliche Routine durchführen, Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen)
- 3. Kommunikation** (z.B. Kommunizieren als Empfänger, Kommunizieren als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken)
- 4. Mobilität** (z.B. Die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, Gehen und sich fortbewegen, Sich mit Transportmitteln fortbewegen)
- 5. Selbstversorgung** (z.B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, Auf seine Gesundheit achten)
- 6. Häusliches Leben** (z.B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten), Haushaltsaufgaben), Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen)
- 7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen** (z.B. Allgemeine interpersonelle Interaktionen, Besondere interpersonelle Beziehungen)
- 8. Bedeutende Lebensbereiche** (z.B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, Wirtschaftliches Leben)
- 9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben** (z.B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität)

ICF: Gesundheit (Beispiel)

Frau H. ist aufgrund bestimmter Funktionsstörungen und Strukturschäden des Bewegungsapparates (schwere Gonarthrose) im Gehen stark eingeschränkt (erhebliche Aktivitätseinschränkung des Gehens) und möchte selbst bei der Post ein Paket aufgeben (Wunsch nach Teilhabe am üblichen Alltagsleben), wozu sie physisch und psychisch in der Lage ist (keine Einschränkung der Aktivität „ein Paket bei der Post aufgeben können“).

Sie verfügt über einen Rollstuhl (Rollstuhl als Kontextfaktor) und kann damit allein zur Post fahren (keine Aktivitätseinschränkung in der Mobilität mit Hilfsmittel, Kontextfaktor „Rollstuhl“ wirkt sich positiv aus= Förderfaktor).

Dort angekommen trifft sie auf eine für sie unüberwindbare Treppe, die zur Schalterhalle führt (Treppe als Barriere). Ein Aufzug für Rollstuhlfahrer ist nicht vorhanden (Aufzug als Förderfaktor).

Diese Gegebenheit ihrer Welt lässt nicht zu, dass sie selbst das Paket aufgibt. Wäre das Postamt barrierefrei, hätte sie keine Probleme mit der Aufgabe des Paketes.

„Behindert ist man nicht. Behindert wird man.“

Kontextfaktoren der ICF: Philosophie

Zur Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells der ICF gehört das Denken in Variationen der Kontextfaktoren (was wäre, wenn ...), um mögliche Barrieren oder das Fehlen von Förderfaktoren zu identifizieren, so dass auf Änderungen hingewirkt werden kann.

Mit der Methode der Variation der Kontextfaktoren bei fest vorgegebenem Gesundheitsproblem ist es in der Praxis leicht möglich, Barrieren und Förderfaktoren zu identifizieren.

Auf dieser Grundlage kann rehabilitativ (oder auch politisch) gehandelt werden.

Definition von Rehabilitation

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 und zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“

(WHO, Definition der Rehabilitation: Technical Report 668/1981).

UN-Konvention Artikel 26

Habilitation und Rehabilitation

- (1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich betreffend die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten **umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste**, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme
- a) im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multi-disziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen;
 - b) die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten.
- (2) Die Vertragsstaaten fördern die Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten.
- (3) Die Vertragsstaaten fördern die Verfügbarkeit, die Kenntnis und die Verwendung unterstützender Geräte und Technologien, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, für die Zwecke der Habilitation und Rehabilitation.

Rehabilitation für Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland?!

- ▶▶ **Welcher Personenkreis?**
- ▶▶ **Welche Angebote?**
 - ▶ Stationäre Rehabilitation
 - ▶ Stationäre Frührehabilitation
 - ▶ Heilmittel
 - ▶ Eingliederungshilfe
- ▶▶ **Mobile Rehabilitation?**

Mobile Rehabilitation

- ▶▶ **Modellprojekte an verschiedenen Standorten zwischen 1991 und 2005**
 - ▶ Karlsruhe, Woltersdorf, Bad Kreuznach, Marburg, Bochum, Bremen, Magdeburg, St. Wendel, Gera
- ▶▶ **Erprobung, Evaluation, Weiterentwicklung**
- ▶▶ **Regelfinanzierung einiger Standorte (Karlsruhe, Marburg, Bad Kreuznach) seit 1996**
- ▶▶ **Rahmenkonzeption Mobile Rehabilitation 2001 und Beginn von Gesprächen mit Krankenkassen**
- ▶▶ **2004 offizielle Gespräche mit den Spitzenverbänden**
- ▶▶ **Änderung des § 40 Abs. 1 SGB V am 1.4.2007 schafft rechtliche Grundlage für MoRe**
- ▶▶ **Rahmenempfehlung Mobile geriatrische Rehabilitation 1.5.2007**
- ▶▶ **Laufende Verhandlungen: Karlsruhe, Berlin, Chemnitz, Münster.**
- ▶▶ **Andere Träger warten ab.**

Mobile Rehabilitation: Definition

- ▶▶ **Mobile Rehabilitation ist ein neues Konzept der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation, bei dem ambulante aufsuchende Rehabilitationsleistungen durch ein interdisziplinäres Team (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Rehabilitationspflege, Ernährungsberatung, Neuropsychologie und Sozialberatung) unter ärztlicher Leitung in der Häuslichkeit des Rehabilitanden selbst erbracht werden.**
- ▶▶ **Dabei werden die wichtigen Kontextfaktoren, wie häusliche Umgebung, soziales Umfeld und Familie in die Rehabilitation unmittelbar einbezogen. Ressourcen können so erschlossen, Barrieren abgebaut werden.**
- ▶▶ **In der vertrauten Umgebung entfallen u. U. schwierige Gewöhnungs- und Transferprozesse. Mobile Rehabilitation schließt ein Case-Management der sozialen Problematik mit ein.**

Leistungsrechtliche Einordnung MoRe

- ▶ In Deutschland wird MoRe als Leistung der medizinischen Rehabilitation organisiert und finanziert
- ▶ Gesetzliche Grundlage sind § 40 Abs. 1 SGB V und das SGB IX
- ▶ Kostenträger sind fast ausschließlich die Krankenkassen
- ▶ MoRe darf nur von speziell dafür zugelassenen Rehabilitationsdiensten erbracht werden
- ▶ Es gelten die allgemeinen Voraussetzungen für ambulante medizinische Rehabilitation der BAR (mit MoRe-typischen Modifikationen)
- ▶ Rahmenempfehlungen der Krankenkassen sind dabei zu beachten
- ▶ Andere mobile Versorgungsangebote können rehabilitative Ziele verfolgen, sind aber keine Mobile Rehabilitation im engen Sinne.

Gründe für MoRe

- ▶▶ **Epidemiologische Gründe**
 - ▶ Demographische Entwicklung (Altersstruktur)
 - ▶ Krankheitsspektrum
 - ▶ Pflegebedürftige Menschen
 - ▶ Behinderte Menschen
- ▶▶ **Versorgungspolitische Gründe**
 - ▶ Unversorgte Gruppen
 - ▶ Unzureichende Leistungsfähigkeit vorhandener Rehaangebote
 - ▶ Stärkung ressourcenorientierter Ansätze
 - ▶ Zusätzliche Alternativen
- ▶▶ **Fachliche Gründe**
 - ▶ Besonderer Bedarf einiger Personengruppen
 - ▶ Methodisch-didaktisch neue Herangehensweise
 - ▶ Beratung, Unterstützungs- und Case-Management ideal mit Reha kombinierbar
- ▶▶ **Politische Gründe**
 - ▶ Zeichen setzen
 - ▶ Besondere Aktivitäten für Menschen im Alter

Ansatz der MoRe

- ▶ Sie erfolgt in der Regel in aufsuchender Form in der eigenen Häuslichkeit des Patienten, sie kann bei Bedarf aber auch ambulant erbracht werden;
- ▶ sie nutzt und fördert die personellen und sachlichen Ressourcen des Patienten und seines Wohnumfeldes. Dabei bezieht sie das Wohnumfeld und das soziale Umfeld in die Rehabilitation mit ein und beseitigt ggf. Barrieren durch Anpassung der Wohnung und Optimierung der Hilfsmittel unter realen Bedingungen.
- ▶ Gleichzeitig verwendet sie speziell auf die Rehabilitation in häuslicher Umgebung angepasste Übungsmethoden. Sie arbeitet unter starkem Alltagsbezug mit direkter Einbindung des sozialen Netzwerkes. Sie schließt dabei ein Case-Management der gesundheitsbezogenen sozialen Problematik des Einzelfalles mit ein;
- ▶ sie geht weit über die Leistungen der kurativen Heilmittel hinaus und ist mit der vertragsärztlichen Versorgung nicht vergleichbar;
- ▶ sie versorgt eine definierte Versorgungsregion (max. 30 Min. Fahrzeit zwischen Standort und Patientenwohnung);

Einige Kennzeichen Mobiler Rehabilitation

- ▶ **Multidisziplinäres Team mit interdisziplinärer und transdisziplinärer Arbeitsweise**
- ▶ **Komplexes Rehakonzept und umfassender Rehaplan**
- ▶ **Ärztliche Leitung**
- ▶ **Definierte Region und regionale Einbettung**
- ▶ **Methodisch-didaktisch erhebliche Unterschiede in den Vorgehensweisen gegenüber der stationären oder ambulanten Rehabilitation, da die Behandlung in der Häuslichkeit unter direktem Einbezug der Alltagsgestaltung und des primären sozialen Netzes geschieht.**
- ▶ **Keine Reha-Light!**
- ▶ **Effekte plausibel gut und nachhaltig**
- ▶ **Organisierbar**
- ▶ **Wirtschaftlich interessant**

MoRe und ICF

- ▶▶ **Wesentliches Ziel ist die Förderung der Teilhabe einschl. der Aktivitäten**
- ▶▶ **Grundlage für die Arbeit der MoRe ist die ICF**
- ▶▶ **MoRe zielt auf die Beeinflussung der**
 - ▶ **Schädigungen von Strukturen oder Funktionen**
 - ▶ **der Aktivitäten**
 - ▶ **Der Teilhabe**
 - ▶ **der Kontextfaktoren im Sinne von Beseitigung von Barrieren und Förderung von Förderfaktoren**

Die Möglichkeit der unmittelbaren Beeinflussung der Kontextfaktoren und in der Lebenswelt selbst, an der die Teilhabe sich vollzieht, stellt das entscheidende Merkmal der Mobilen Rehabilitation gegenüber allen anderen Rehaformen dar.

Gesetzl. Grundlage im SGB V

§ 40 Abs. 1 SGB V n.F.:

„Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus,erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, *durch (früher in)* wohnortnahe Einrichtungen . Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des 11. Buches zu erbringen.“

MoRe - Auszug Gesetzesbegründung zu § 40 Abs. 1 SGB V

- ▶ Die Änderung stellt sicher, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation nicht nur in wohnortnahen Einrichtungen, sondern auch als mobile Reha-bilitationsleistungen erbracht werden können.
- ▶ Die mobile Rehabilitation ist ein aufsuchendes medizinisches Rehabilitations-angebot und damit eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation.
- ▶ Ein interdisziplinäres Team erbringt Maßnahmen zur Rehabilitation in der Wohnung der Patienten.
- ▶ Zielgruppe sind multimorbide Patienten mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf.
- ▶ Das aufsuchende Rehabilitationsangebot bezieht damit einen Patientenkreis ein, der bislang keine Rehabilitationschancen hat; zugleich werden der Grundsatz des Vorrangs der Rehabilitation vor und in der Pflege und die Zielsetzung "ambulant vor stationär" fachgerecht umgesetzt.

MoRe - Auszug Gesetzesbegründung zu § 40 Abs. 1 SGB V

- ▶ **Mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit sind im Bereich der medizinischen Rehabilitation mehrere aufsuchende (mobile) Angebote entwickelt worden.**
- ▶ **Die Implementierung des Leistungsangebots der mobilen Rehabilitation ist jedoch aufgrund unterschiedlicher Auslegungen des § 40 Abs. 1 durch Landesverbände der GKV auf Schwierigkeiten gestoßen.**
- ▶ **Die jetzige Fassung des § 40 Abs. 1 ist nicht ausreichend auf die ambulante mobile Rehabilitation zugeschnitten, ohne diese aber ausdrücklich auszunehmen.**
- ▶ **Die Neuregelung stellt klar, dass auch diese Form der ambulanten Rehabilitation regelhaft erbracht werden kann.**

Warum Mobile Rehabilitation?

- ▶ **Mobile Rehabilitation ist ein neues notwendiges Angebot auf gesetzlich eindeutiger Grundlage!**
- ▶ **Es ist notwendig für pflegebedürftige, immobile in der Regel schwer betroffene, d.h. in den Aktivitäten und der Teilhabe gravierend eingeschränkt Menschen, v. a. mit zusätzlichen kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen**
- ▶ **Sie ist ressourcenorientiert und unmittelbar lebensweltbezogen.**
- ▶ **Sie ist gerade in ethischem Horizont unverzichtbar als Chance der Befähigung, auch bei schwerer Behinderung sein eigenes Leben zu führen.**

Praxis der MoRe

Team:

- ▶ Physiotherapie
- ▶ Ergotherapie
- ▶ Logopädie
- ▶ Rehapflege
- ▶ Sozialarbeit
- ▶ Arzt (Teamleitung)

Behandlung erfolgt zu Hause oder im Heim (auch Pflegeheim, ggf. auch WfbM)

Täglich 1-3 Behandlungen

Zeitlich begrenzt für ca. 6-12 Wochen

Schwerpunkte: Hilfsmittel

Funktionen

Teilhabe

Anleitung der Bezugspersonen

Praxis der MoRe

- ▶ Rehaantrag nach Konsilbesuch im Krankenhaus oder zu Hause an Krankenkasse
- ▶ Genehmigung von max. 35 Einheiten
- ▶ Abrechnung (Preis ca. 77-82 € je Behandlungseinheit)
- ▶ Ärztl. Eingangs-, Zwischen und Abschlussuntersuchung, Bericht

Immer:

- ▶ Mitarbeit der Bezugspersonen
- ▶ Ggf. Integration in WfbM, Tagesförderung etc.

MoRe - Erfahrungen mit Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung

- ▶ **Erfahrungen praktisch ausschließlich in Bad Kreuznach (mit wenigen Ausnahmen)**
- ▶ **Angebot in Bad Kreuznach ist an das Rehaszentrum Bethesda angebunden**
- ▶ **In Bad Kreuznach (z.T. auch den anderen Einrichtungen der Eingliederungshilfe) rel. gute therapeutische Infrastruktur in den Wohneinrichtungen**
- ▶ **Es steht ein funktionierendes SPZ mit mobilen Therapeuten, d.h. auch für Schulkinder zur Verfügung**
- ▶ **Schulen und WfbM verfügen über eigene therapeutische Dienste**

Deshalb kommt MoRe i Bad Kreuznach im Bereich der Eingliederungshilfe nur rel. selten zur Anwendung.

Erfahrungen in der Mobilen Rehabilitation KH

Typische Patienten für MoRe in KH sind:

- ▶▶ **Kinder und Jugendliche nach Operationen (z.B. Sehnenverlängerungen)**
- ▶▶ **Beatmete Kinder mit unsicherer Prognose**
- ▶▶ **Schlaganfallpatienten mit geistiger Behinderung**
- ▶▶ **Patienten mit Endoprothese**
- ▶▶ **Patienten mit frischem Querschnitt**
- ▶▶ **Patienten im Wachkoma**
- ▶▶ **Eher: Menschen mit erworbenen Behinderungen**
- ▶▶ **Sowohl zu Hause als auch in Einrichtungen einschl. Betreute Wohnformen**

Wer braucht MoRe ?

- ▶▶ Mobile geriatrische Rehabilitation ist konzeptionell etabliert.
- ▶▶ Rahmenempfehlung MoGeRe 1.5.2007

Aber:

- ▶▶ Nur 4 Standorte am Netz
- ▶▶ Fachübergreifende Mobile Rehabilitation statt ausschließlich geriatrischer und ggf. neurologischer, also indikationsspezifischer MoRe ist sinnvoll

Deshalb:

- ▶▶ Mobile Rehabilitation muss in allen Regionen flächendeckend als Angebot für Menschen mit Behinderung verfügbar sein, insbesondere im Zuge der Dezentralisierung
- ▶▶ Sie ist Bestandteil eines Systems komplementärer Hilfen für behinderte Menschen einer Region einschl. geriatrischer Patienten und Menschen mit neurologischen Erkrankungen.

Gesundheitliche Versorgung älterer Menschen mit geistiger Behinderung

Die Bedeutung gesundheitlicher Versorgung nehmen mit dem Alter zu – ihre Bereitstellung ist zentrales Anliegen der Eingliederungshilfe

- ▶▶ **Gesundheitliche Probleme nehmen mit dem Alter zu, auch bei Menschen mit geistiger Behinderung**
- ▶▶ **Die Alterungsprozesse und altersassoziierte Erkrankungen treten bei Menschen mit geistigen Behinderungen oft früher auf, oft korreliert mit den Ursachen der Behinderung (Trisomie, Hydrocephalus, Epilepsie, Doppeldiagnosen), vgl. z.B. Demenz**
- ▶▶ **Alterungsprozesse und damit assoziierte Erkrankungen verstärken oft die vorhandenen funktionellen Einschränkungen**
- ▶▶ **Alterungsprozesse und damit assoziierte Erkrankungen nehmen bei Menschen mit geistiger Behinderung oft einen schnellen Verlauf**
- ▶▶ **Der Unterschied zwischen alten Menschen mit und ohne geistige Behinderung wird im Hinblick auf die gesundheitlichen Probleme geringer. Er besteht weiterhin in dem, was die Menschen zeitlebens getan und wie sie gelebt haben und folglich als Normalität im Alter weiter tun möchten= also von den Vorstellungen des Alltags und der alltäglichen praktischen Lebensvollzüge. Deshalb sind die Lebensentwürfe der beiden Gruppen im Alter oft nicht oder nicht voll kompatibel**
- ▶▶ **Die Pflegebedürftigkeit nimmt zu**
- ▶▶ **Auch Menschen mit geistiger Behinderung werden zu geriatrischen Patienten.**

Der geriatrische Patient

Patientenmerkmale des geriatrischen Patienten:

- » über 70 Jahre oder biologisch vergleichbares Alter
- » Multimorbidität
- » Hat typische geriatrische Syndrome:
 - ▶ Immobilität
 - ▶ Sturzneigung und Schwindel
 - ▶ Inkontinenz
 - ▶ Kognitive Defizite
 - ▶ Decubitaulcera
 - ▶ Fehl- und Mangelernährung
 - ▶ Störung Des Wasser- und Elektrolythaushaltes
 - ▶ Depression, Angststörung
 - ▶ Chronische Schmerzen
 - ▶ Sensibilitätsstörungen
 - ▶ Herabgesetzte körperliche Belastbarkeit
 - ▶ Hörstörung
 - ▶ Sehstörung
- » Multimedikation
- » Herabgesetzte Medikamententoleranz
- » Häufige Krankenhausbehandlung (Drehtür)
- » Ggf. Gerontopsychiatrische Syndrome
- » Ggf. sekundäre Folgen eingeschränkter sozialer Ressourcen

Der ältere geistig behinderte Mensch als geriatrischer Patient

- » Die zuständige medizinische Disziplin für diese Personengruppe ab ca. 70 Jahren ist die Geriatrie.
- » Die moderne Geriatrie schließt immer die geriatrische Rehabilitation mit ein und ist grundsätzlich, wenngleich nicht vollständig teilhabeorientiert.
- » Die traditionelle Altenhilfe aber bleibt oft weit hinter den Möglichkeiten der Geriatrischen Rehabilitation und teilhabeorientierten Pflege zurück. Darin liegt ein wesentlicher Grund für die z. T. verheerenden Zustände in den Altenpflegeheimen.
- » Ein Grund dafür sind unzureichende Angebote der teilhabeorientierten Gesundheitsversorgung
- » Die Geriatrie ist eine Disziplin für die vorletzte und letzte Lebensspanne. Palliativmedizin, Sterbebegleitung und Schmerztherapie sind partiell integriert.
- » Menschen mit geistiger Behinderung erfüllen oft schon in jüngeren Jahren die Kriterien des geriatrischen Patienten; z.T. schon mit 40 Jahren.

Der geistig behinderte Mensch mit Pflegebedarf als geriatrischer Patient?

- ▶▶ In der Eingliederungshilfe gibt es in den Bereichen Körperbehinderte und Schwerstmehrfachbehinderte junge Menschen mit geriatrieähnlichen Syndromkonstellationen. Dort sind Konzepte entwickelt, wie Teilhabe auch im jüngeren Alter mit langer Lebenserwartung verwirklicht werden kann.
 - ▶ Bettlägerigkeit vs. Sitzfähigkeit und Mobilisierung
 - ▶ Ermöglichung eines 2. Lebensraumes
 - ▶ Ermöglichung effektiver Kommunikation
- ▶▶ In manchen Bundesländern kommen auch diese Menschen schon in Pflegeeinrichtungen, in manchen eher in Eingliederungshilfeeinrichtungen.
 - ▶ BRD: ca. 28000 Menschen mit Behinderung bei Pflegebedarf in Pflegeeinrichtungen unter 60 Jahren.
 - ▶ Wahrscheinlich ist ein Teil dort fehlplaziert.
- ▶▶ Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Pflegeheimen steht allgemein in der Kritik. Ist das Pflegeheim der richtige Ort für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf?

Versorgung pflegebedürftiger Menschen im Rahmen der Eingliederungshilfe

- ▶ D.h.: Auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe können pflegebedürftige, kranke und schwerstbehinderte Menschen teilhabeorientiert versorgt werden, da auch dort die gesundheitliche Versorgung sichergestellt werden kann.
- ▶ Die Versorgung wird dort im Wesentlichen nicht durch Pflegefachkräfte sondern durch pädagogische Fachkräfte und Assistenzkräfte sichergestellt.
- ▶ Fachpflegekräfte arbeiten integriert. Eine komplementäre gesundheitliche Versorgung ist notwendig.
- ▶ Im System der Pflegeheime fehlt eine teilhabeorientierte gesundheitliche Versorgung weitgehend und ist durch die Fachlichkeit der Pflege allein auch nicht annähernd herzustellen.
- ▶ Menschen mit schwerer Behinderung und Pflegebedarf sollten in der Regel nicht in Pflegeeinrichtungen wechseln sondern sollten in der Eingliederungshilfe verbleiben?
- ▶ Dazu ist MoRe eine wichtige Hilfe, da sie auch in Eingliederungseinrichtungen Wissen der medizinischen Rehabilitation zur Verfügung stellt

Diagnosen für MoRe

- ▶ **Neurologische Rehabilitation, insbesondere im Übergang nach Hause und/oder in den Beruf (SHT, Hirn-Ops) Querschnitt, MS, ALS**
- ▶ **Menschen mit neuromuskulären Erkrankungen nach OP, auch Kinder und Jugendliche**
- ▶ **Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder psychischen Erkrankungen und Rehabedarf, insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung**
- ▶ **Menschen unter Beatmung**
- ▶ **Wachkoma/Apalliker/Schwerstbetroffene Intensivpatienten**
- ▶ **Rehabilitanden mit MRSA**
- ▶ **Rehabilitanden mit explizitem Wunsch nach häuslicher Rehabilitation**
- ▶ **Prolongierter Verlauf der Rehabilitation zu erwarten, wenn zugleich die vollständige Nutzung des rehabilitativ relevanten Zeitfensters notwendig ist.**
- ▶ **„Feuerwehrfunktion“**

Was heißt Rehabilitation für Menschen mit geistiger Behinderung - spezifischer Rehabilitationsbedarf ?

Am Beispiel des Sitzen:

- ▶▶ Einen bettlägerigen „Dauerpflegefall“ muss es heute nicht mehr geben!!
- ▶▶ 3-6 stündiges Sitzen ist zentrale Voraussetzung zur Inklusion
- ▶▶ Voraussetzungen für ein Sitzen im mobilen Stuhl von 3 bis 6 Stunden :
 - ▶ Keine Schmerzen
 - ▶ Stabiler Kreislauf
 - ▶ Kein Toilettengang erforderlich
 - ▶ Transfers gesichert (i. d. R. durch 1 Person!!)
 - ▶ Vorbeugung Decubitus
 - ▶ Facilitierung von Bewegungen
 - ▶ Signalgeber und Notruf vorhanden
 - ▶ Keine Unterbrechung von PEG/O2 Gabe
 - ▶ Möglichkeiten für eigenes Handeln und Beteiligung sind gegeben
 - ▶ Attraktivität durch Ermöglichung von Mobilität und Teilhabe
 - ▶ U.a.

Konzepte der Teilhabesicherung

Teilhabesicherungskonzepte (TSK) bestehen aus einem problem- und lebensbereichsbezogenen Ziel-, Methoden und Maßnahmenkatalog, der individuell modifiziert unter Beachtung der Kontextfaktoren unter Nutzung rehabilitationsmedizinischen Wissens entwickelt und zur Anwendung gebracht wird und eine strukturierte Problembewältigung mit dem Ergebnis verbesserter Aktivitäten und Teilhabe ermöglicht.

Beispiele für TSK in der Behindertenhilfe

Teilhabeermöglichende Lokomotion – hier Transfer

Transfer über den Stand durch eine vertraute Person
= Voraussetzung ubiquitärer Transfermöglichkeit
= Voraussetzung für Teilhabe.

Problemlösungsbedarfe/ -möglichkeiten dazu u.a.

- ▶ Schuhe/Socken/Fußbelastung
- ▶ Angst
- ▶ Kinästhetik
- ▶ Ausreichende Streckfähigkeit der Knie- und Hüftgelenke
- ▶ Ergonomie der Hilfsmittel (Bett, Rollstuhl etc.)
- ▶ Sturzprophylaxe /Sicherheit
- ▶ OP
- ▶ Botulinum
- ▶ KG nach Bobath

Wenn Transfer über Lifter notwendig ist, dann sollte dieser durch eine Person geleistet werden können!

Inklusion durch TSK praktisch

Zu Hause z.B.:

- ▶ Anwesenheit bei gemeinsamen Mahlzeiten
 - ▶ Gemeinsames Fernsehen/Radio
 - ▶ Anwesenheit bei Ankunft und Abfahrt
 - ▶ Anwesenheit bei der Küchenarbeit
 - ▶ Anwesenheit bei Gesprächen (aktuell, Alltag, Erinnerungen)
 - ▶ Anwesenheit bei Kinderspiel etc.
 - ▶ Anwesenheit bei Besuch
 - ▶ Anwesenheit und Mitwirkung bei Entscheidungen
 - ▶ Hobbies: Basteln, Garten, Tiere, Musik
 - ▶ Bescheid wissen und Neues erfahren
 - ▶ Tagesstruktur haben
 - ▶ Beteiligung am religiösen/kirchlichen Leben: Besuch des Gottesdienstes
 - ▶ Usw.
- ▶▶ **Und: den Mitmenschen wichtig sein: Ihnen Bedeutung geben!**

TSK Kommunikation

- ▶▶ Für jeden nichtsprechenden Menschen kann eine Kommunikations-strategie entwickelt werden, die dem Betroffenen aktive, eindeutige, differenzierte und personenunabhängige, verständliche Äußerungen gestattet.
- ▶▶ Dazu gehört obligatorisch die Umsetzung des Konzeptes der Unterstützten Kommunikation (UK), z.B.:
 - ▶ Systematische Nutzung von Mimik, Gebärden, also körpernaher Kommunikationsmittel
 - ▶ Nichttechnische Kommunikationshilfsmittel
 - ▶ Technische Kommunikationshilfsmittel
 - ▶ Herstellung geeigneter Kommunikationssituationen
 - ▶ Basale Stimulation und Kommunikation für Schwerstbehinderte
 - ▶ Anpassung und Entwicklung unter Einbezug des gesamten sozialen Umfeldes
- ▶▶ Auch mit schwerstbehinderten Menschen kann man kommunizieren: auf Ihre Art: Über den Körper, achtsamen Umgang, empathische Beobachtung und körperliches Fühlen.

Teilhablesicherungskonzepte Übersicht 1

- 1. Ermöglichung des ggf. mehrstündigen Sitzens im Sinne der Teilhabe am Leben im konkreten Wohnumfeld, ggf. mit in der Häuslichkeit benutzbaren und akzeptierten Hilfsmittel**
- 2. Ermöglichung von Sitz, Mobilität und Pflege durch an die Wohnumgebung und die Assistenzpersonen angepasste Transfertechniken bzw. Hilfsmittel.**
- 3. Ermöglichung von Kommunikation durch Verwendung von im konkreten persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld angepassten, erprobten und akzeptierten Kommunikationsstrategien und Kommunikationshilfsmitteln bei eingeschränkter expressiver und rezeptiver Sprache**
- 4. Ermöglichung der im sozialen Kontext akzeptierten Ernährung bei orofazialer Dysfunktion unter Förderung der Kompetenzen des sozialen Umfeldes bei Zubereitung und Nahrungsaufnahme (Schlucktraining) ggf. einschließlich der Akzeptanz veränderter Essensgewohnheiten**
- 5. Bewältigung der Inkontinenz mit dem Ziel der (ggf. relativen) Kontinenz einschließlich Hilfsmittel, Management, Toilettengang und Toilettentraining im häuslichen Umfeld**
- 6. Optimierte Lokomotion, d.h. eigenständige Beweglichkeit ggf. mit Hilfsmitteln zur Lagerung und Bewegung von ort zu Ort einschließlich Anleitung zur Eigenübung, Kontrollkompetenz**

Teilhablesicherungskonzepte Übersicht 2

7. Sicherstellung der Mobilität in Wohnung, Nachbarschaft, naher Stadt und Fernbereich.
8. Sonstige Aktivitäten des täglichen Lebens (selbstständig, mit Hilfe, mit Hilfsmitteln, ggf. Kontrollkompetenz, im konkreten Kontext)
9. Strategien zur Bewältigung eingeschränkter Sinnesfunktionen, u. a. zur Orientierung, Kommunikation, Kulturtechniken, soziale Teilhabe, ggf. mit Hilfsmitteln
10. Förderung der Belastbarkeit und Handlungskompetenz im konkreten, individuellen Alltagsleben, insbesondere der Handlungsplanung, der Ausführungskontrolle, der Verantwortlichkeit und der Selbstständigkeit im eigenen häuslichen Umfeld
11. Optimierung der Möglichkeiten der Steuerung (Hilfsmittel) mit dem Ziel der Umfeldkontrolle
12. Ermöglichung des Lernens, der Wissensanwendung und Förderung der kognitiven Funktionen einschließlich Gedächtnis, Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit etc. speziell im Hinblick auf die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge im häuslichen Umfeld
13. Ermöglichung eines selbstgesteuerten Schmerzmanagements unter häuslichen Bedingungen
14. Bewältigung psychischer Probleme, Erkennung, Behandlung, Bewältigung psychiatrischer oder psychosomatischer Komorbiditäten, insbesondere im sozialen Kontext

Teilhabe-sicherungskonzepte Übersicht 3

- 15.** Bewältigung von Atmungsproblemen, u. a. bei Schluckstörungen, rez. Infekten, COPD, Unterbeatmung, Sauerstoffgabe, intermittierende oder dauerhafte Beatmung in häuslicher Umgebung
- 16.** Vermeidung und Bewältigung von Hautschäden (z. B. Dekubitus, Infektionen) im alltäglichen Leben unter Beibehaltung möglichst hoher Mobilität und Teilhabe einschließlich der Hilfsmittelnutzung im Wohnumfeld
- 17.** Praktische Ermöglichung und Förderung der Ausübung von Kulturtechniken im Alltag
- 18.** Ermöglichung relevanter Beschäftigung im Alltag einschließlich solcher Aktivitäten, die dem Betroffenen Bedeutung geben können
- 19.** Ermöglichung einer Tagesstruktur, ggf. durch Nutzung von Angeboten der Senioren- oder Eingliederungshilfe
- 20.** Förderung und Stabilisierung des sozialen Netzes durch Information, Beratung, Stützung, Beseitigung von Begegnungshindernissen, Erschließung des öffentlichen Raumes (z. B. Gaststätten)

Teilhabesicherungskonzepte Übersicht 4

- 21.** Information und Kontakt zu Organisationen der Selbsthilfe, ggf. Selbstorganisation
- 22.** Ermöglichung und Förderung eines fachgerechten, teilhabefördernden medizinischen Managements bei Pflegebedürftigkeit, interkurrenten Erkrankungen oder Komplikationen der Grunderkrankungen in der eigenen Häuslichkeit durch das primäre und sekundäre soziale Netz
- 23.** Ermöglichung und Förderung der Beantragung und Organisation sozialstaatlicher Leistungen unter den konkreten häuslichen Bedingungen u. a. als bedarfsgerechter Hilfemix
- 24.** Stützung und Beratung der Bezugspersonen
- 25.** Förderung des regionalen sozialraumbezogenen sekundären sozialen Netzwerks.
- 26.** Ermöglichung von Kontrollkompetenz und Souveränität im Hinblick auf die Gestaltung der Pflegeverrichtungen, die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge, die Zeit und die Assistenz
- 27.** Förderung, Ermöglichung konstanter persönlicher Beziehungen und eines stabilen, angstfreien offenen, freundlichen Umfeldes mit verlässlichen Partnern, Bezugspersonen

MoRe und Eingliederungshilfe - Begriffsklärungen

- 1. Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe sind solche der Eingliederungshilfe (SGB XII) oder anderer Sozialleistungsträger z.B. :**
 - a. Wohnheime**
 - b. Betreute Wohnformen**
 - c. Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)**
 - d. Förderkindergärten und – schulen (auch SGB VIII, Kultusverwaltung,)**
- 2. Wohnheime der Eingliederungshilfe sind keine Pflegeheime. Sie stellen den Lebensmittelpunkt und Lebensort der behinderten Menschen dar. MoRe ist deshalb in diesen Einrichtungen nicht ausgeschlossen sondern möglich. Der enge Häuslichkeitsbegriff des SGB V gilt nicht für § 40 Abs. 1 SGB V. Dort werden auch Pflegeleistungen erbracht, vgl. i.Ü. § 43 a SGB XI)**
- 3. Die Möglichkeiten der umfassenden Rehabilitation, insbesondere auch der medizinischen Maßnahmen mit rehabilitativer Zielsetzung sind in den Einrichtungen in sehr unterschiedlich Qualität und Quantität vorhanden. Dies liegt an der Verschiedenheit der Konzepte und Leistungs- bzw. Pflegesatzvereinbarungen. In vielen Einrichtungen sind die Möglichkeiten rehabilitativer Interventionen nicht umfangreicher sondern geringer als in der Familie, in manchen deutlich umfangreicher.**

Erfahrungen mit MoRe im Rehaszentrum Bethesda, Einrichtung für Menschen mit Körperbehinderungen

- ▶▶ **Auf Grund guter medizinischer Infrastruktur bislang wenige Maßnahmen im stationären Bereich aber ca. 60 Fälle in 15 Jahren im teilstationären/ambulanten Bereich für körperbehinderte Menschen**
- ▶▶ **MoRe für jüngere Menschen hat oft als Ergebnis die Eingliederung in eine solche Einrichtung als Ermöglichung von Teilhabe, z.B. in eine WfbM, ggf. einschl. stationärer Aufnahme in eine Wohneinrichtung**
- ▶▶ **MoRe ermöglicht oft erst die Aufnahme in eine Eingliederungshilfeeinrichtung statt in eine Pflegeeinrichtung**
- ▶▶ **Ein Wartezeitraum zur Heimaufnahme wird zur Entwicklung von Funktionsverbesserungen und verbesserten Teilhabemöglichkeiten genutzt**
- ▶▶ **Heimaufnahmen werden hinausgezögert oder ganz vermieden.**

Rehabilitation vs. Wohnen – Assistenz vs. Fachdienste

- ▶ Einrichtungen der Behindertenhilfe dienen per se der Teilhabe und sind deshalb mit Diensten zur Förderung der Teilhabe ausgestattet.
- ▶ Ziele der Eingliederungshilfe und der medizinischen Rehabilitation sind deshalb theoretisch identisch
- ▶ Die Hilfestellungen in der Behindertenhilfe werden aber zunehmend als Assistenz bzw. als Hilfen zum selbstbestimmten Wohnen aufgefasst, während der fachdienstliche Anteil, und hier insbesondere der medizinische zurücktritt, von Förderung bei spezifischen Problemen abgesehen.
- ▶ Deshalb benötigen die Menschen in den Einrichtungen das Angebot der MoRe wie andere auch.
- ▶ Je stärker das Normalisierungsprinzip und die Bewältigung des Alltagslebens in den Vordergrund gestellt wird, je weniger fachlich rehabilitative Hilfen im Heim selbst angeboten werden, desto mehr hat MoRe ähnliche Probleme wie in Pflegeheimen. Allerdings ist die Alltagsgestaltung grundsätzlich nicht primär auf Pflege sondern auf Teilhabe ausgerichtet, so dass MoRe hier in den Grundintentionen Unterstützung finden dürfte.

Inhalte der MoRe in Einrichtungen

Wenn die Einrichtungen der Behindertenhilfe auf Teilhabe zielen, stellt sich die Frage der Aufgabe der MoRe in diesem Kontext: ist sie überhaupt notwendig?

Diese Frage ist zu bejahen, da in vielen Fällen ein medizinisches Angebot fehlt.

Die Schnittstellen ergeben sich in den Bereichen der Chancen und Beeinträchtigungen bei Aktivitäten und Teilhabe, wie sie im Konzept der ICF beschreibbar sind.

MoRe stellt hierfür rehamedizinische, fachlich fundierte, zielorientierte Teilhabesicherungskonzepte bereit.

MoRe und Eingliederungshilfe

- ▶ Einrichtungen der Behindertenhilfe können den Bedarf an medizinisch-therapeutischen Leistungen nicht allein durch MoRe decken, sondern benötigen eigene medizinisch-therapeutische Fachdienste, die regelmäßig und dauerhaft gesundheitsbezogene Leistungen, die für die Eingliederung unerlässlich sind und die im Regelsystem nicht vorgehalten werden, erbringen können.
- ▶ Das Modell Mobile Rehabilitation ist nicht zuletzt auf Grund von Erfahrungen der Behindertenhilfe auf den Weg gebracht und erfolgreich konzeptionell umgesetzt worden.
- ▶ MoRe sollte Bestandteil eines umfassenden komplementären Hilfeangebotes einer Region sein.



Beispiel: spezifisch teilhabeorientierte medizinische Angebote in der Region Rheinhessen-Nahe-Hunsrück

Vorhandene Angebote im Bereich Gesundheitsversorgung (Stand 1.5.2009) am Rehaszentrum Bethesda und Heilpädagogische Einrichtungen der Stiftung kreuznacher diakonie:

- ▶ Ermächtigte Institutsambulanz mit teilhabeorientiertem ärztlichen Dienst (Ambulanz. Visitedienst) mit den Fachgebieten: Physikalische und rehabilitative Medizin, Psychiatrie, Neurologie, einschl. teilhabeorientierter arbeitsmedizinischer Betreuung in WfbM
- ▶ Heilmittelerbringung speziell für Menschen mit Behinderung (z.T. im Rahmen der Eingliederungshilfe)
- ▶ Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation und elektronische Hilfen
- ▶ Mobile Rehabilitation
- ▶ Spezielle teamartige Kooperation mit Hilfsmittelfirmen zur Hilfsmittelversorgung
- ▶ Kooperation mit stationärer geriatrischer Rehabilitation
- ▶ Integrierte Spezialsprechstunden operative Orthopädie, Neurochirurgie, Spina bifida
- ▶ Landesarzt für Körperbehinderte
- ▶ Teilhabeorientierte Rehapflege und – Beratung (im Rahmen der Eingliederungshilfe)
- ▶ Wohnraumberatung (an Eingliederungshilfeeinrichtung, Finanzierung durch örtlichen Sozialhilfeträger)
- ▶ Psychologische Dienste (nur intern)
- ▶ Kompetenzzentrum Autismus
- ▶ Stationäre Therapiegruppe bei Doppeldiagnosen mit speziellem therapeutischen Milieu
- ▶ Betreuungsvereine

Beispiel: spezifisch teilhabeorientierte medizinische Angebote in der Region Rheinhessen-Nahe-Hunsrück

Geplante teilhabeorientierte medizinische und therapeutische Angebote

- ▶ Kompetenzzentrum Prader-Willi-Syndrom
- ▶ Umwandlung des ermächtigten Institutes zu einem MVZ und Ausbau im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie speziell für Menschen mit geistiger Behinderung
- ▶ Weiterentwicklung des MVZ zu einem Medizinischen Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEb) und Abdeckung des Gesamtbedarfes in der Region
- ▶ Ambulanter Pflegedienst mit Schwerpunkt interne Behandlungspflege (Umsetzung § 37 SGB V) und externe teilhabeorientierte Pflegeberatung, Fortbildung
- ▶ Ausbau des internen psychologischen Dienstes zu einem offenen psychologischen Fachdienst mit Beratungs-, Schulungs-, Fortbildungs- und Supervisionsaufgaben
- ▶ Intensivpädagogischer Dienst einschl. Krisenintervention
- ▶ Verbesserte Teilhabeplanberatung einschl. Budgetberatung und allgem. Sozialberatung
- ▶ Mobile Rehabilitation in der Gesamtregion mittl. Rheinland-Pfalz
- ▶ Unterstützte Kommunikation in der Gesamtregion
- ▶ Reaktivierung der Landesärzte für geistig und seelisch Behinderte ?
- ▶ Vermehrte Fort- und Weiterbildung

Fazit

- ▶▶ **Mobile Rehabilitation ist ein notwendiges neues Angebot auch für Menschen mit Behinderungen**
- ▶▶ **Es ist in besonderem Maße barrierefrei und teilhabeorientiert**
- ▶▶ **Es wird an Bedeutung zunehmen müssen im Zuge der Dezentralisierung, da die Komplexeinrichtungen mit ihren Umfassenden Angeboten so nicht mehr zur Verfügung stehen.**
- ▶▶ **Im Zusammenhang der Dezentralisierung ist aber die Sicherstellung der gesundheitlichen und sonstigen fachdienstlichen Versorgung insgesamt problematisch und erfordert konzeptionelle, organisatorische und finanzielle Konsequenzen**
- ▶▶ **Als Rehabilitationsleistung der Krankenversicherung ist sie eine zusätzliche Ressource zu Heilmitteln, der kurativen Versorgung und auch zu den Leistungen der Eingliederungshilfe.**
- ▶▶ **Gelingt es nicht, Leistungen der medizinischen Rehabilitation auch für Menschen mit geistiger Behinderung zu erschließen, stellt dies eine gravierende Benachteiligung dar.**



Mobile Rehabilitation

Kontakt:

Dr. M. Schmidt-Ohlemann

BAG Mobile Rehabilitation

Waldemarstr. 26

andresre@kreuznacherdiakonie.de

Weitere Informationen:

www.dvfr.de