

Fachtagung der DVfR

30.10.2019

Pflegebedürftig ? – Selbstbestimmte Teilhabe
durch Rehabilitation ermöglichen !

**Teilhabeförderung für pflegedürftige Menschen
durch mobile Rehabilitation zu Hause oder im Pflegeheim**

Dr. Martin Warnach
Wichernkrankenhaus Berlin – Johannesstift Diakonie
Vorstand der BAG Mobile Rehabilitation

Vorbemerkung

- Während der Erarbeitung des Positionspapiers „Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit“ kam immer dann die Mobile Reha ins Spiel, wenn es um schwer zu lösende Problemkonstellationen bei Pflegebedürftigkeit geht; - z. B.
- > Bei **jüngeren, pflegebedürftigen Patienten**, die nicht in Anschluss-Reha unterkommen.
 - > Zur **Ermöglichung der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit** nach Früh-Reha oder nach - ev. langer - stationärer Reha.
 - > Als **Reha-Angebot in der Eingliederungshilfe**.
 - > Patienten, die **angewiesen** sind **auf ihr vertrautes Umfeld** und eine Reha nur dort sinnvoll und erfolgversprechend ist.
 - > Bei **älteren schwerbetroffenen Patienten**: zur Vermeidung von Heimunterbringung, gerade auch bei kognitiv/ dementiell beeinträchtigten Menschen,
 - > zur **Rehabilitation in der stationären Pflege und Kurzzeitpflege** (§ 42 SGB XI).

Hohe Erwartungen an die Mobile Rehabilitation.

Es stehen bundesweit nur rund 17 aktive MoGeRe-Einrichtungen, wenige Mobile neurol. Reha und keine indikationsspezifische MoRe zur Verfügung.

Sind die Erwartungen gerechtfertigt ?

Eine vorliegende Pflegebedürftigkeit ist kein Hindernis für die Teilhabeförderung durch Mobile Rehabilitation, gerade MoRe leistet dies erfolgreich im konkreten Kontext, sei es zu Hause, sei es in der stationären Pflege.

Eine Verlaufsstudie belegt eindrücklich, welche Erfolge eine MoGeRe bei Pflegeheimbewohnern erreicht - gerade unter dem Gesichtspunkt einer nachhaltigen Teilhabeförderung (BMG-geförderte Studie, H. Janßen 2018).

Daten der „Basisdokumentation“ des Kompetenz-Centrums Geriatrie mit ca. 2/3 Patienten zu Hause, 1/3 in der LZ- und Kurzzeitpflege geben deutliche Hinweise auf positive Effekte der MoGeRe gerade auch bei Pflegebedürftigen.

Bedeutung des multiprofessionellen Teams der Mobilen Rehabilitation

- Hier arbeiten besonders qualifizierte TherapeutInnen, Pflegekräfte, SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen, die sich, je länger sie im Team sind, einen immensen Erfahrungsschatz erarbeitet haben.
- Sie behandeln die körperlich und oft mental beeinträchtigten Patienten nicht im „virtuellen“ Raum einer Klinik, sondern sie konfrontieren sich täglich mit der konkreten Lebenssituation ihrer Patienten, dem wohnlichen und dem sozialen Kontext, mit Angehörigen und Bezugspersonen, den Hemmnissen und Hindernissen und erkennen wesentliche Ressourcen.
- Das Team entwickelt und erarbeitet gemeinsam mit den Patienten Rehabilitationsziele, die deren Lebenssituation nachhaltig verbessern, ihre Teilhabemöglichkeiten erweitern und den familiären und sozialen Kontext festigen.
- Im interdisziplinären Teamprozess befruchten die Teammitglieder ihre Arbeit gegenseitig, die Erfahrungen werden ständig zusammengetragen, Lösungswege und Behandlungsoptionen - auch unkonventionelle – gefunden und ausgetauscht.

Beispiele für Teilhabeziele von Pflegebedürftigen zu Hause oder im Pflegeheim:

- Größtmögliche Selbstbestimmung und Selbstständigkeit bei der unmittelbaren Lebensführung und Selbstversorgung.
- Aktive Rolle bei der Pflege, Verwirklichung der Wünsche des Pflegebedürftigen.
- Kommunikation mit Angehörigen, mit Bezugspersonen, Nachbarn, Pflegepersonal (Betreuungskräften), Mitbewohnern.
- Aktive Nutzung von Telefon, Medien wie Funk und Fernsehen, Kommunikation auch über soziale Netzwerke SMS/Whatsapp/Skype etc..
- Besuche bei und Kontakte mit Familie und Freunden.
- Aktivitäten außer Haus bzw. außerhalb des Heimes: Einkaufen, Frisör, Café, usw.
- Auch: Aktivitäten zur Förderung von Gesundheit und Bewältigung von Krankheiten: Teilhabe am Gesundheitssystem.

Die Stärke der Mobilen Rehabilitation - individuelle Lösungswege für jeden einzelnen Patienten in seinem Kontext.

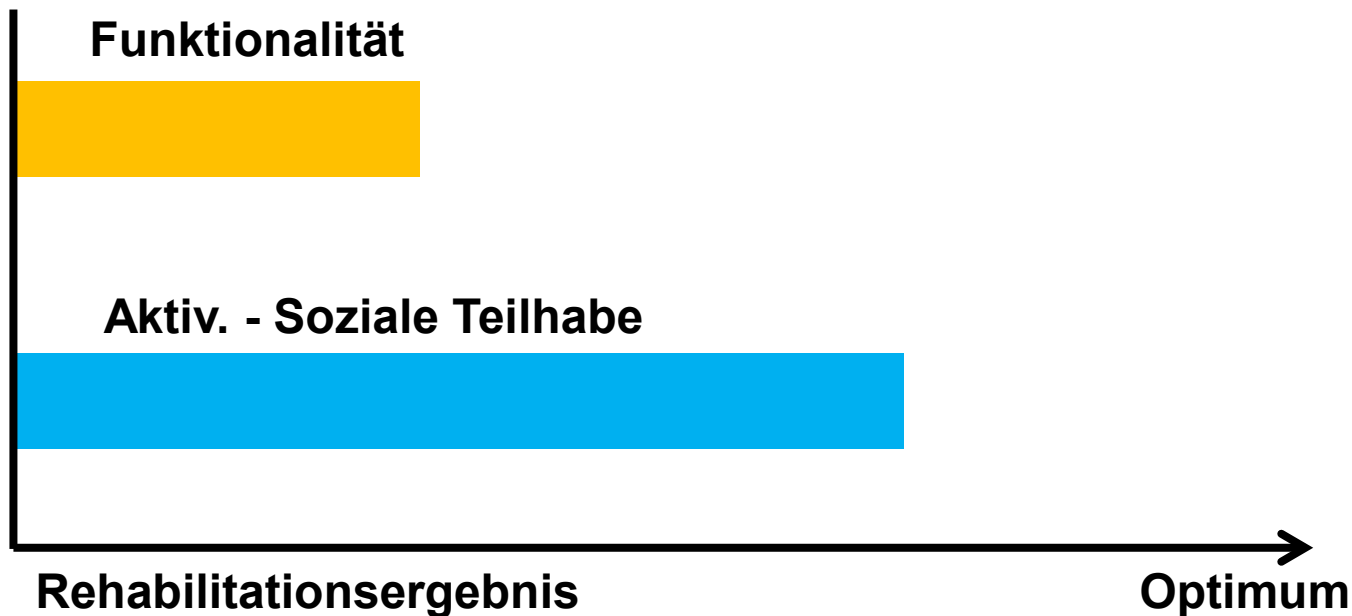
3 Beispiele für (Teil)-Ergebnisse zum Abschluss einer MoGeRe:

- Ein schon länger bettlägeriger, multimorbider Patient kann mit der Hilfe seiner Ehefrau, die gerade mal 1,60 m groß ist, einen sicheren Transfer in und aus dem Rollstuhl leisten; die meiste Zeit des Tages verbringt er nun außerhalb des Bettes und nimmt wieder am familiären Leben teil.
- Eine ängstliche Patientin kann die steile Treppe zu ihrer Wohnung im 1.Stock meistern, da sie gelernt hat, rückwärts die Treppe herunterzusteigen; sie kann so das Haus wieder verlassen und mit dem Rollator kleine Einkäufe machen.
- Eine 83-jährige Schlaganfallpatientin kann durch die MoGeRe trotz bleibender Residuen einer Schluckstörung, selbständig und ausreichend Nahrung zu sich nehmen; der Ehemann ist in Problematik und Gefahren eingewiesen; bis dato eher haushaltsfern - gewährleistet er eine den Vorgaben entsprechende, ausgewogene Ernährung seiner Ehefrau.

Beispiele zeigen: Funktionelle Verbesserungen und Erreichen von Teilhabezielen greifen bei der mobilen Rehabilitation eng ineinander.

Funktionelle Verbesserungen und Wiedergewinnung bzw. Erweiterung sozialer Teilhabe verlaufen nicht parallel.

„Wenig“ funktionelle Verbesserung, aber deutlicher Gewinn an sozialer Teilhabe:



Frau L. 79 J.: Parkinsonpatientin mit fortgeschrittener Demenz, PS II, wird bei schwerem Infekt stationär akutgeriatriisch behandelt; sie muss bettlägerig nach Hause entlassen werden: Früh-Reha-Behandlung war wegen nicht beeinflussbarer Desorientierung, Angst und Abwehr nicht möglich. – Ihr rüstiger Ehemann versorgt sie nun – unterstützt von Pflegedienst - zu Hause.

Nach Entlassung erfolgte MoGeRe mit über 40 Hausbesuchen; im Beisein des Partners und mit seiner Unterstützung erreichte die Pat. einen nur gering assistierten Transfer, saß tagsüber im (Roll-)Stuhl. Tagesformabhängig konnte sie in Begleitung kurze Strecken gehen.

Ergebnis: Mobilität in Begleitung gebessert, Umgang mit Inkontinenz erleichtert; Ehemann konnte sie am Ende der MoGeRe ohne Hilfe ins Auto transferieren. Sie konnte nun mit in den gemeinsamen Tennisclub, wo ihr Mann noch mit Freunden Tennis spielte; sie besuchten gemeinsam das Clubrestaurant und machten Ausflüge.

„Kleine“ funktionelle Fortschritte, deutlich mehr soziale Teilhabe.

Die Praxis der Mobilen Geriatrischen Rehabilitation zeigt: So wichtig funktionelle Ziele sind, Teilhabeziele sind wegweisend.

1. Die durch Rehabilitation zu erarbeitenden sozialen Teilhabemöglichkeiten sind **„Sinn“ gebend** -
Zielsetzungen, die zu erarbeiten sich lohnt, die der „Mühe“ wert sind. Z.B. -
> ***Sitzen im Rollstuhl*** versus ***Sitzen am Esstisch der Familie*** <
- dies ist wesentlicher Aspekt gerade für **Nachhaltigkeit der Reha-Ergebnisse**.
2. **Priorisierung von Zielen:** Angesichts der vielfältigen Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen geht es um die Fokussierung auf für den Patienten vorrangige Probleme – das Team der MoGeRe richtet die Reha darauf, was für den Alltag und für das soziale Leben des Patienten (ggfs. für Partner, Familie) relevant und von Bedeutung ist.

Zielfindung: ein Prozess, den Team und Patient (+Angehörige) gemeinsam bestreiten.

Die gemeinsame **Zielformulierung ist ein Prozess**, der Schritt für Schritt erfolgt und meist erst im Verlauf der Reha abgeschlossen wird (auch bei kognitiv nicht beeinträchtigten Patienten).

Patienten können Ziele (anfangs) nur sehr eingeschränkt benennen. Mit jedem in der Therapie erarbeiteten Schritt sieht der Patient seine Möglichkeiten „wachsen“, **er sieht weitere Ziele vor sich**; die konkrete Erfahrung ist Ansporn für weitere Fortschritte – im Optimum schöpft der Patient seine Möglichkeiten aus.

Zugleich hat das Behandlungsteam die Aufgabe, von Beginn der Reha an die wesentlichen Problemfelder zu identifizieren und **alle für den Patienten relevanten Dimensionen der Teilhabe** im Auge zu haben.

Teilhabe-Sicherungskonzepte haben sich bewährt.

- **Teilhabe-Sicherungskonzepte (TSK)** gehen von Wünschen und selbstgesetzten und mit Experten gemeinsam festgelegten Zielen aus.
- TSK integrieren Maßnahmen der Gesundheitssorge, der Behandlung, der Rehabilitation und der Förderung der Teilhabe problembezogen im je konkreten Lebenskontext.
- TSK stellen **Bündel von problembezogenen Strategien zur Erreichung dieser Ziele** dar.
- **„Kreuznacher Liste“** - Katalog von **27 Teilhabe-Sicherungskonzepten** für Menschen mit schweren, in der Regel mehrfachen Behinderungen entwickelt.
- **Grundlage der Verlaufsuntersuchung der BMG-geförderten Studie (2018):**
Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege – Teil 2 Verlaufsstudie

„Evaluation mobiler geriatrischer Rehabilitation (MoGeRe) in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege“ - Teil 2 der Studie, 2018

Interventionsgruppe (aus Routinebetrieb der 5 Standorte)

Bewilligung MoRe	124 Pat
Beginn MoRe	116 Pat
6 Monate nach Beginn = T3	89 Pat

Beobachtungsgruppe (aus der Reha-Bedarfsstudie)

Rehabedarf, ohne MoRe	49 Pat
6 Monate nach Feststellung = T3	37 Pat

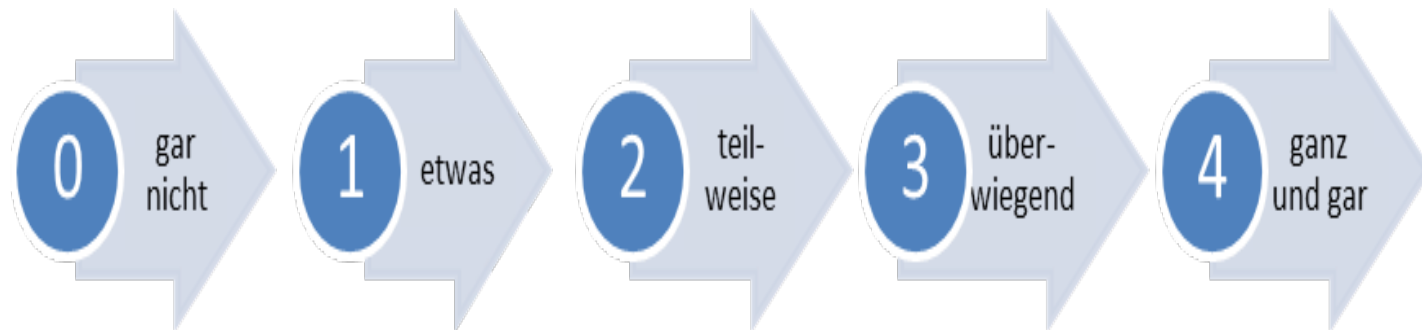
In der Interventionsgruppe deutliche Verbesserungen nach der Reha und nach 6 Monaten in allen Bereichen:

- Persönliche Teilhabeziele, Teilhabe-Sicherungskonzepte, Ressourcen,
- Barthel-Index, Esslinger Transferskala, Bewegungsradius u.a.

In der Beobachtungsgruppe minimale Verbesserungen und anschließende Verschlechterungen im Verlauf des entsprechenden Zeitraums von 6 Monaten.

Skalieren der Zielerreichung

Die Zielerreichung wird in 5 Stufen beurteilt – Likert-Skala

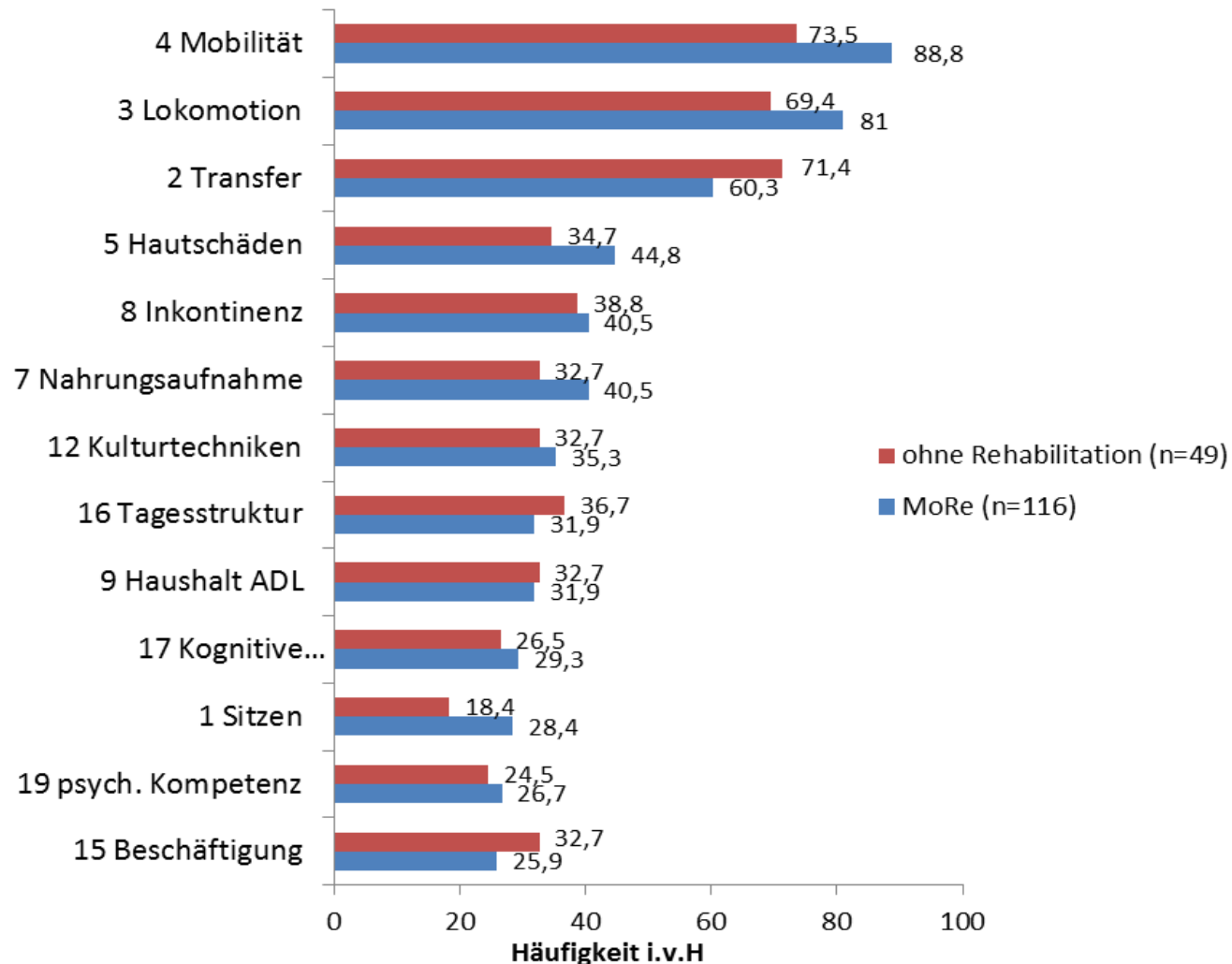


0

100 %

in Prozentwerten ausgedrückt

Teilhabe-Sicherungskonzepte: Aktivitäten und Teilhabe Wahlhäufigkeit



Beispiel aus dem Untersuchungsbogen der Verlaufsstudie

5 Ziele in Hinsicht auf Kontextfaktoren der Teilhabe

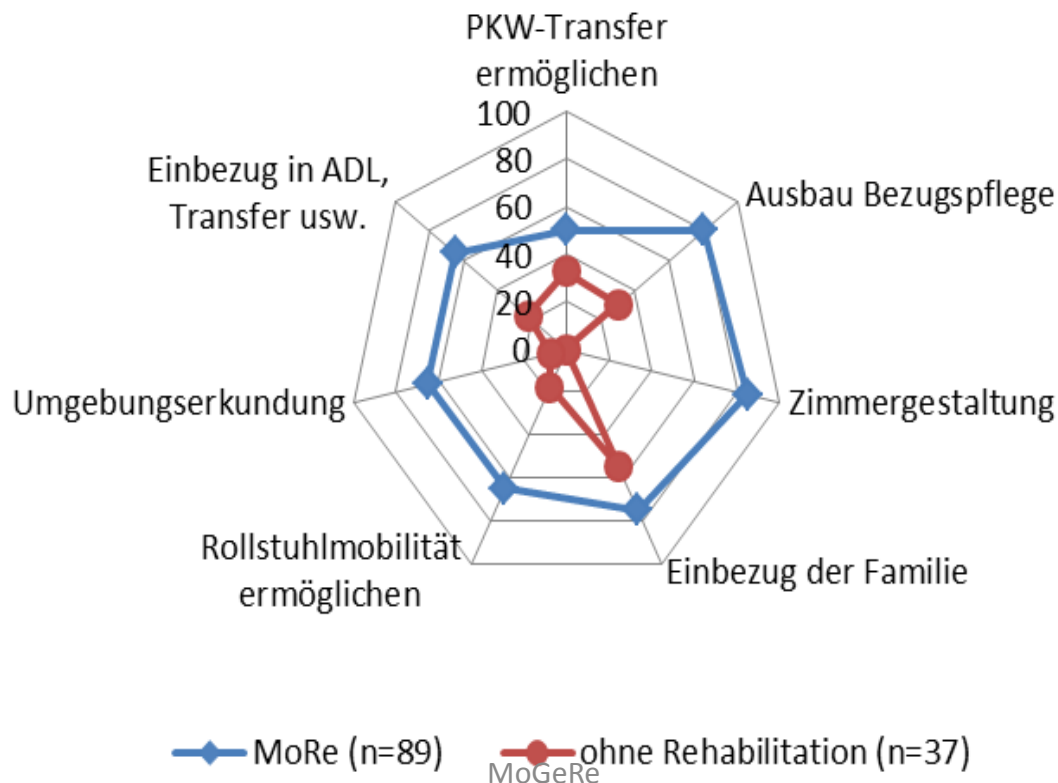
Aktivierung von möglichen Ressourcen ...

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Einbezug der Familie in die Versorgung im Heim: Essen, Leckereien | ☐ Einbezug in ADL Transfers usw. | ☐ Gemeindemitglieder/ Besuchsdienste |
| ☐ Bezugspflege ausbauen | ☐ zusätzlicher Unterstützungs-
personen (Ehrenamt) | ☐ PKW-Transfer ermöglichen,
ggf. Taxifahrten |
| ☐ Einbezug von Freunden | | |
| ☐ Rollstuhlmobilität | ☐ Umgebungserkundung | ☐ Zimmergestaltung |
| ☐ Lesehilfen | ☐ Anschluss an die Kommune | ☐ Anschluss Kirchengemeinde |

Kontext: Aktivieren von Ressourcen

Die am häufigsten ausgewählten Kontextfaktoren nach 6 Monaten:

Zielerreichung zu T3 in Prozentwerten



		MoRe N=89			Ohne Rehabilitation N=37	
	Skalierung worst – best	T0	T1 Rehaende	T3 Katamnese	T0	T3
Formulierte Teilhabeziele	0-4		2,3 (1,1)	2,3 (1,4)		0,7 (0,8)
Teilhablesicherungskonzepte	0-4		2,5 (0,8)	2,5 (1,0)		1,3 (1,1)
Kontextziele Ressourcen	0-4		2,1 (1,0)	2,4 (1,2)		1,3 (1,4)
Barthel-Index	0-100	36 (19,7)	49 (23,9)	49 (25,5)	41 (20,4)	32 (20,3)
Esslinger Transferskala	4-0	2,1 (1,3)	1,1 (1,3)	1,2 (1,3)	1,6 (1,4)	2,1 (1,3)
Bewegungsradius	0-5	2,2 (1,1)	3,2 (1,1)	3,4 (1,2)	2,9 (1,3)	2,8 (1,4)
Lebenszufriedenheit, dichotom	positiv	60,7 %	73,6 %	68,5 %	78,4 %	59,5 %

Schlussbemerkung 1:

- MoGeRe, gestützt auf ein qualifiziertes, interdisziplinär arbeitendes Team, hat sich als ICF-basiertes **Reha-Konzept für schwer/schwerer betroffene, pflegebedürftige Menschen** bewährt – sei es in der Privatwohnung, in stationärer Pflege oder einer Kurzzeitpflege;
- Die Stärken der MoGeRe liegen in dem **direkten Bezug zur Lebenswirklichkeit** dieser Patienten; der materielle und soziale Kontext wird unmittelbar mitgestaltet, MoGeRe stützt pflegende Angehörige/ Familien, fördert Einbezogenheit und soziale Teilhabe, leistet damit einen Beitrag für das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben.
- Mit Bewohnern der stationären Pflege kann sie Teilhabeziele formulieren und erreichen; die erwähnte Studie: *MoGeRe in der Langzeit- und Kurzzeitpflege* zeigt eindrucksvoll die **Nachhaltigkeit der Ergebnisse der MoGeRe** auf.

Schlussbemerkung 2

- Zur rehabilitativen Versorgung der wachsenden Zahl Pflegebedürftiger brauchen wir bundesweit eine **bedarfsgerechte Verankerung der Mobilen Rehabilitation**, u.a. **durch Erweiterung der Indikationskriterien, Schaffung finanzieller Anreize** zur Etablierung mobiler Rehabilitationsangebote (z.B. Anschubförderung, wie in Bayern praktiziert, in Berlin angedacht) - sowie die **Sicherung einer auskömmlichen Finanzierung**.
- Wir brauchen **Krankenhaus- und Vertragsärzte**, die ihrer Verpflichtung nachkommen, auch bei Pflegebedürftigen, alten und jüngeren, gerade auch bei Pflegeheimbewohnern einen **Reha-Bedarf zu prüfen, zu erkennen und entsprechend Reha-Anträge zu stellen**.
- In der stationären Pflege und Kurzzeitpflege brauchen wir speziell **weitergebildete Fachpflege und TherapeutInnen, die einen Reha-Bedarf erkennen und eine Rehabilitation initiieren können**.

Vielen Dank !

Dr. Martin Warnach
martin.warnach@jsd.de