

# Vom Konstrukt zur Umsetzung – Chancen für die mobile geriatrische Rehabilitation 2021

33. Jahreskongress der DGG 2021 - online

Dr. Rudolf Siegert



## Neu: Reha-Strategie bestimmt die Allokation

- Rehabilitative Strategien: Restitution, Kompensation, Adaptation (siehe Lübke)
- Restitution erfordert i.d.R. stationäres oder ambulantes Setting (hohe Therapieintensität, mobil nicht verfügbare Therapiemittel)
- Kompensation - in allen Settings angewendete Strategie
- Adaptation gelingt im mobilen Setting meist besser und effektiver (dauerhaftes Umfeld als Trainingsterrain, An- und Zugehörige)
- Entscheidend ist die am besten geeignete rehabilitative Strategie zur Erreichung größtmöglicher Teilhabe!!!
- Paradigmenwechsel: Weg von eingrenzenden Diagnosen und Schädigungen / hin zur bestmöglichen Strategie



# Strategie Adaptation

Anpassung der individuellen praktischen Lebensvollzüge an die individuellen Einschränkungen unter den gegebenen Umständen bei gleichzeitiger Anpassung der Kontextfaktoren, d. h. Reduktion hemmender und Stärkung fördernder Umwelt- und personbezogener Faktoren. Diese Strategie beinhaltet:

- Hilfsmittelerprobung und Anpassung
- Eigener Wohnraum als Übungsfeld, bei Bedarf Wohnraumanpassung
- Strategien der subjektiven Bewältigung (Coping)
- Einbezug von An- und Zugehörigen
- In diesem Setting
- I.d.R. auch Kompensation
- Restitutive Anteile soweit möglich



# Hinweise

für den überwiegenden Einsatz adaptiver Strategien:

1. **fortbestehende erhebliche Schädigungen von Funktionen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten** über die akute Krankheitsphase hinaus (geringeres Restitutionspotential geriatrischer Patienten durch eingeschränkte Reservekapazitäten)
2. **bereits vorbestehende oder** aufgrund der Schwere eines Akutereignisses **absehbare Begrenzung des weiteren Lebensumfeldes** auf ein umschriebenes soziales und räumliches Umfeld (zentrale Bedeutung dieses konkreten Lebensumfeldes für Teilhabeverbesserungen)
3. **relevanter Unterstützungsbedarf im ständigen Wohnumfeld** durch An- und Zugehörige (Abhängigkeit der selbstbestimmten Teilhabe am Leben von der konkreten Ausgestaltung dieses Unterstützungsarrangements)
4. **eine vollstationäre Pflegeeinrichtung als (perspektivisch) dauerhaftes Wohnumfeld**



## Kostenzusagen im Einzelfall – jetzt GE MoRe ? / ✓

- **Dialyse.** Dialyse kann parallel zur MoRe am Wohnort durchgeführt werden **GE MoRe ?**
- **MRSA-Besiedelung** **GE MoRe ?**
- **Partner dement:** Rehabilitand muss Verantwortung zu Hause übernehmen, wenn Partner auf die vertraute Nähe und/oder das Management angewiesen ist **GE MoRe ?**
- **Heimweh oder vorhandenes Haustier** **GE MoRe ?**
- Nach langem stat. Aufenthalt mit **sog. „Krankenhauskoller“ ?**
- **Fremdsprachigkeit/Migrationshintergrund** **GE MoRe ✓**
- **Dyspraxie/Apraxie:** bekanntes Umfeld notwendig, um lernen zu können **GE MoRe ✓**
- **Schwere COPD-Verläufe mit Immobilität** **GE MoRe ✓**
- **Tumorpatienten,** die bei fortgeschrittenem Verlauf für eine andere Rehaform nicht rehafähig sind **GE MoRe ✓**



# Fallbeispiel



- 94 J. , **Demenz**, im Familienhaus im Erdgeschoss mitwohnend, im Haus eigenständig kurze Strecken mobil, Laienhilfe und amb. Pflege
- Jetzt: SHF, schwierige Remobilisierung, Entlassung KuPf, dort bettlägerig
- Motivierte Tochter nimmt Mutter nach Hause inkl. MoRe, dort zunehmende Mobilisierung inkl. Rollator für kurze Strecken, Transfer ins Auto mit Gehbock (Reha-Ziel)
- **Zukünftig auch ohne Demenz (1,2,3), wenn ebenfalls vorher eingeschr. Mobilitätsradius und schwierige Remobilisierung**

# Fallbeispiele

- 75 J., dialysepflichtig, multimorbide, minimaler Mobilitätsradius, MRSA-Besiedelung, Depression
  - Jetzt: Paraparese bei spinaler DBS, Entlassung nach Hause, bettlägerig, Ehefrau Altenpflegerin, bestellter Patientenlifter wird nicht verwendet
  - MoRe als Einzelfallgenehmigung, Reha-ziele: Sitz, Transfer, Rollstuhlmobilität, Elektrorollstuhl, Mobilität und soziale Teilhabe verbessern ✓
  - **Jetzt Adaptation 1,2,3 und MRSA+Depression**
- 78 J., alleinstehend, nach Polytrauma inkl. OS-Amputation und multiplen Armfrakturen ins Pflegeheim gezogen, dort Bewegungsradius im Rollstuhl im Wohnbereich, Rollstuhl/Stuhltransfer, keine Außenkontakte oder Besuche
  - Jetzt: Insult mit leichter Armparese der “intakten Körperhälfte“ und Sprachstörung
  - **1,2,3,4**



# Personal

- Ltd. Ärztin: Neben Fachärztin Innere Medizin jetzt auch Allgemeinmedizin, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM), Psychiatrie und Psychotherapie
- Zumindest die Stellvertretung der ärztlichen Leitung ist Fachärztin für Innere Medizin
- Einsatz von Assistenzärztinnen, die dann mehrjährige geriatrisch-internistische Erfahrung haben müssen
- Masseur und med. Bademeister neu aufgenommen (verzichtbar, wenn Qualifikation Manuelle Lymphdrainage in der Physiotherapie gegeben)





# Leistungserbringung flexibilisiert

- Entspricht den Erfahrungen aus der Praxis
- 20 BT, mindestens 30 TE, pro BT mindestens 1 TE a 45 Min., pro Wo. durchschnittlich mindestens 5 TE
- Verlängerte TE (über 45 Min.) möglich
- Aus 40 werden 30 TE 😞 , jedoch
  - RE MoGeRe. „in der Regel bis zu 20 BT
  - GE MoRe: „ in der Regel 20 BT mit mindestens 30 TE 😊
- Konstrukt ermöglicht sowohl das Bundes- als auch das bayrische Modell



# Die Umsetzung – Motivation?

Motivation für Gründungen sollte steigen

- Erweiterte Indikationskriterien (insbesondere Adaptation) machen wahrscheinlich, dass der demografisch notwendige Ausbau der geriatrischen Rehabilitation im Schwerpunkt in der MoGeRe erfolgt (Anpassung bzw. Komplettierung der geriatrischen Versorgungsnetze)
- Erhöhte Fallzahlen durch Erweiterung der Indikationen
- Optimierung der mobilen Einsätze durch Verkürzung der Fahrzeiten
- Nadelöhr „Ärztliche Leitung“ durch zusätzliche Fachgebiete entschärft
- Einsatz von Masseuren und med. Bademeistern



# Die Umsetzung – wie und wer?

- Neue Einrichtungen schließen Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen auf Basis der GE MoRe
- Existierende Einrichtungen? Wer wird initiativ? Wer hat ein Interesse? Einrichtung oder Kostenträger?
- Die Umsetzung wird seitens GKV-SV zum 01.06.2021 empfohlen
- „Informelle“ Vorgespräche mit Kostenträgern?
- Konzeptanpassung auf Basis der GE MoRe
- Den Übergang planen/festlegen
- Start zum Jahreswechsel?



# Die Umsetzung – Unterstützung?

Support möglich durch

- Beteiligung an der AG MoGeRe der DGG (mail-Kontakt)
- Mitgliedschaft BAG MoRe als Einzelperson oder juristische Person
- Gründerseminare von BAG MoRe und DGG
- Qualitätsverbundssitzungen der BAG MoRe auch für gründungsinteressierte Mitglieder
- Hospitationen in existierenden MoRe Einrichtungen
- Nutzung von Förderprogrammen (Bayern/Berlin)



# Zusammenfassung - Chancen

- Deutliche Erweiterung bei der Indikationsstellung
- Paradigmenwechsel: welche Rehabilitationsform ist die am besten geeignete
- Aus Einzelfallgenehmigungen der Vergangenheit werden jetzt Regelfälle
- Erleichterung bei den Personalvorgaben
- Flexibilisierung der Leistungserbringung
- Die Umsetzung – Motivation, Akteure und Unterstützung



## Herzlichen Dank

Dr. Rudolf Siegert

Sprecher der AG Mobile geriatrische Rehabilitation – siehe DGG Homepage

1. Vorsitzender Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V.

[www.bag-more.de](http://www.bag-more.de)    rudolf.siegert@gmx.net

