

Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation vom 01.06.2021 - Impulse für einen bedarfsgerechten Ausbau

Symposium Mobile Rehabilitation, Berlin, 20.05.2022

Dr. Rudolf Siegert



Neu: Reha-Strategie bestimmt die Allokation

- Rehabilitative Strategien: Restitution, Kompensation, Adaptation
- 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



Rehabilitative Strategien

Restitution: Wiederherstellung von geschädigten Strukturen und Funktionen bis zum Normalzustand (ad integrum) oder weitestmöglich (ad optimum). Vielfach schließt dies auch die Erreichung weiterer Rehabilitationsziele im Bereich von Aktivitäten und Teilhabe ein.

Kompensation: Ersatzweise Übernahme verlorener Strukturen, Funktionen und Aktivitäten durch andere (Strukturen, Funktionen oder Aktivitäten), um gleiche Ziele bzw. Aufgaben in der Lebensführung und der Teilhabe zu erreichen.

Adaptation: 1. Anpassung der individuellen praktischen Lebensvollzüge an die individuellen Einschränkungen unter den gegebenen Umständen bei 2. gleichzeitiger Anpassung der Kontextfaktoren, d. h. Reduktion hemmender und Stärkung fördernder Umwelt- und personbezogener Faktoren. Dies kann von der Anpassung von Hilfsmitteln, über räumliche und sächliche Maßnahmen bis zu Strategien der subjektiven Bewältigung (Coping) und Stützung von Ressourcen der An- und Zugehörigen reichen.



Restitution

- Verbesserung einzelner oder komplexer Funktionen
- Einzel und Gruppentherapie
- Hohe Intensität
- Aufwändige Ausstattungen (z.B. Bewegungsbad)
- Komplexe Trainingsgeräte (z.B. Gangtrainer, computergestützte Geräte)
- I.d.R einrichtungsgebundenes Setting (ambulant/stationär) wenn Restitution im Vordergrund stehend
- Beispiel: vollständige oder weitgehende Wiederherstellung der Hand/Armfunktion nach Schlaganfall (Alltagsgebrauchsfähigkeit)



Kompensation

- In jedem Setting angewendete Strategie
- Übernahme verlorener Strukturen, Funktionen und Aktivitäten durch andere Strukturen, Funktionen und Aktivitäten
- Beispiel: Verbleibende Funktionsschädigung von Hand und Arm mit Aktivitätsbeeinträchtigung, so dass z.B. durch Unterstützung der kontralateralen Seite (beidhändiger Griff zum Trinkgefäß) oder komplette Übernahme durch kontralaterale Seite (bei der Toilettenhygiene) kompensiert wird



Adaptation

- Anpassung der eigenen Lebensvollzüge an die individuellen Beeinträchtigungen
- Rehabilitanden müssen lernen (und trainieren), sich an die neue Situation anzupassen und mit ihr und in ihr zu leben
- Strategien der subjektiven Bewältigung (Coping)
- Eigener Wohnraum als Übungsfeld, bei Bedarf Wohnraumanpassung
- Hilfsmittelerprobung und Anpassung
- Einbezug von An- und Zugehörigen
- Training auch außerhalb der Therapiezeiten
- Dies beinhaltet häufig auch restitutive und kompensatorische Strategien
- Adaptation gelingt meist besser im mobilen Setting (eigene Küche, vorhandene Treppe, eigener Garten, Einbeziehung der An- und Zugehörigen)



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 Lebensumfelds 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**



Prognose „nahezu ausschließlich mobil“

MoRe auch, wenn positive Rehabilitationsprognose nahezu ausschließlich im Rahmen der Leistungserbringung im ständigen Wohnumfeld angenommen werden kann.

Hierunter fallen insbesondere Rehabilitanden,

- die in der Regel auf eine umfassende Anwesenheit von An- und Zugehörigen zur Unterstützung des Rehabilitationsprozesses angewiesen sind (z. B. zur Sicherung kontinuierlicher pflegerischer Versorgung, Gewährleistung der erforderlichen Kommunikation einschließlich migrationsbedingter Sprachbarrieren), die nur in dieser Form sichergestellt werden kann,
- die auf ihr gewohntes/ständiges oder bereits krankheitsspezifisch bzw. behindertengerecht adaptiertes Wohnumfeld angewiesen sind (z. B. bei schweren Schädigungen von Sinnesfunktionen)
- die den Rehabilitationserfolg schädigungsbedingt nicht aus der ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtung in die gewohnte oder ständige Umgebung übertragen können (z. B. bei Apraxien, bei denen Rehabilitationserfolge an einen spezifischen Kontextbezug gebunden sind oder wenn Mobilität unter speziellen Besonderheiten des dauerhaften Wohnumfeldes geübt werden muss),
- mit einer Besiedlung durch multiresistente Keime (z.B. 4MRGN) einer damit einhergehenden Isolationspflicht und hierdurch ggf. bestehenden Gefahr des Auftretens oder der Verschlechterung einer psychischen Störung.



Und (in der Geriatrie)

- **Rehabilitanden** mit erheblichen **Schädigungen mentaler Funktionen**, deren Ausprägung und Handlungsrelevanz bei Verlust gewohnter räumlicher und sozialer Bezüge derart zuzunehmen drohen, dass rehabilitative Maßnahmen nur unter Erhalt dieser Bezüge erfolgversprechend erscheinen
- Geriatrische Patienten die sich **nicht** mehr entschließen können, für eine Rehabilitation **ihr gewohntes Wohn- und Lebensumfeld / ihren Schutzraum zu verlassen**. Diesen Schutzraum zu verlassen, ist für viele alte Menschen mit Angst besetzt. Dies sollte **im Einzelfall** als Teilaspekt der gesamten Rehabilitationsprognose bei der Allokationsentscheidung Berücksichtigung finden.



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**



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 ✓**



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
- Z.B. 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



Impulse?

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 z.B. Masseuren und med. Bademeistern



Die Umsetzung – Unterstützung?

Support möglich durch

- Mitgliedschaft BAG MoRe als Einzelperson oder juristische Person
- Gründerseminare der BAG MoRe in Kooperation DGG
- Qualitätsverbundssitzungen der BAG MoRe auch für gründungsinteressierte Mitglieder
- Hospitationen in existierenden MoRe Einrichtungen
- Nutzung von Förderprogrammen (Bayern/Berlin)



Herzlichen Dank

