

Interdisziplinarität als Voraussetzung für die Berücksichtigung der Teilhabe bei der Mobilen Rehabilitation

Heike Gatzke

Berlin, 14.11.2016

Kurze Definition zu Teilhabe

Ziel von **Rehabilitation** ist die Wiederherstellung der Teilhabe.

Teilhabe meint das Einbezogensein in eine Lebenssituation.

Einbezogensein in eine Lebenssituation bedeutet, bis zu einem gewissen Grad eigenständig zu sein und fähig sein, die eigene Lebenssituation **unter Kontrolle** zu haben, auch wenn die Aktivitäten nicht selbst ausgeführt werden. D. h. auch die Erfüllung von eigenen persönlichen Zielen und die Erfüllung von sozialen Rollen gelten als Hauptindikator für die Teilhabe.

UN-BRK und ICF

Die UN-BRK fordert Bedingungen in der gesamten Lebenswelt, die eine „volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe“ zulassen.

Das Teilhabeorientierte Konzept basiert auf

✓ dem Modell der ICF

und erfordert

- ✓ die Einbeziehung aller Bereiche der Lebenswelt
- ✓ Betroffenenperspektive
- ✓ Settingansatz
- ✓ sozialräumliche Dimension und Vernetzung und Kooperation in der Versorgung
- ✓ die interdisziplinäre Kooperation in Teamarbeit

Kurze Definitionen von Multi- und Interdisziplinarität

Multidisziplinarität:

- Fachkräfte verschiedener Disziplinen
- Austausch überwiegend in der eigenen Berufsgruppe, isoliertes Arbeiten
- fachspezifische Ziele, eigene Denkweise
- Orientierung an der Störung
- ...

Interdisziplinarität:

- Integriertes Zusammenwirken
- Gemeinsame übergeordnete Ziele
- Orientierung an der Person im Kontext
- Regelmäßige, strukturell verankerte, direkte Kommunikation aller im Team
- ...

Mobile Reha in Kurzform

- **Was ist Mobile Reha?**
- Mobile Reha ist ein neues Konzept der ambulanten, wohnortnahen Rehabilitation
- Ambulante aufsuchende Reha-Leistungen werden durch ein interdisziplinäres Team unter ärztlicher Leitung in der Häuslichkeit / in der gewohnten Umgebung des Rehabilitanden erbracht – zeitlich begrenzte Maßnahme!

Rechtsgrundlagen

- Gesetzliche Grundlage sind § 40 Abs. 1 SGB V und SGB IX
- seit 1.4.2007 ist **neu**, dass Leistungen der medizinischen Reha nicht nur in wohnortnahen Einrichtungen, sondern auch als mobile Rehaleistungen **zu Hause** erbracht werden können **und** diese auch in stationären Einrichtungen
- Mobile Reha wird als Leistung der medizinischen Rehabilitation organisiert und finanziert - Kostenträger sind fast ausschließlich die **Krankenkassen**
- Es gelten die allgemeinen Voraussetzungen für ambulante medizinische Rehabilitation

Entstehung

- Anfang der 90er: bundesweit werden 9 Modellprojekte mit Förderung des Bundesministeriums erprobt und evaluiert
- darunter auch der Mobile Rehabilitationsdienst Bad Kreuznach
- seit 1996 ist Bad Kreuznach auf der Basis von Verträgen mit den Krankenkassen regelfinanziert und die Sozial- und Wohnraumberatung vom Landkreis bezuschusst; Mobile Reha Bad Kreuznach hat ihre Wurzeln in der „Behindertenhilfe“

Rehabilitanden / Patienten

Menschen nach/mit:

- Schlaganfall, Schädelhirntrauma, Hirntumore, ICP
- spinalen Schädigungen: Tetraplegie, Paraplegie
- Z. n. Frakturen/Amputationen der Bewegungsorgane
- schweren neurologischen Erkrankungen (MS, ALS, Parkinson), progressive Muskelerkrankungen
- schweren rheumatischen Erkrankungen nach Schub oder OP
- ...

Zahlen aus der Mobilen Reha Bad Kreuznach

- Zwischen 170 und 200 Patienten erhalten pro Jahr durch die Mobile Reha eine Reha-Maßnahme:
 - 70 – 75% der Patienten im häuslichen Umfeld
 - 60 – 70% der Patienten sind älter als 70 Jahre
 - mehr als 50% der Patienten sind in Pflegestufe 2 (oder auch 3)
- Die Maßnahmendauer liegt zwischen 4 – 16 Wochen.
- Die durchschnittlich erbrachte Therapieeinheitenzahl pro Patient liegt bei ca. 35 Einheiten - Frequenz der Behandlung: 6x/Woche, bedarfsgerecht bis 3x tgl.

Situation des Rehabilitanden / Patienten

- Verlusterleben
- Verunsicherung, Angst und Hoffnungslosigkeit: was passiert(e) mit mir? Wie soll es weitergehen? Kann ich Zuhause bleiben? Was habe ich jetzt noch für eine Zukunft?
- Erleben von Fremdbestimmung: Krankenhaus, Pflegedienste, Therapeuten, Ärzte; Patient erlebt sich als Objekt und nicht als Subjekt des Geschehens, Verlust der eigenen Tagesstruktur, Ohnmacht
- Patient fühlt sich nutzlos, nicht gebraucht ... eher als Belastung
- Angst vor Verlust von Kontakten, Beziehungen? Rausfallen aus den eigenen Lebensbezügen; Verlust von Lebenszielen
- Rollenverlust, -tausch / Rollenkonflikte
- Verlust von Teilhabemöglichkeiten

... und seines Umfeldes

Diese Phänomene sind im Übrigen nicht nur bei dem Rehabilitanden festzustellen, sondern i. d. R. im gesamten primären sozialen Umfeld des Patienten (Angehörige).

Krankheits-/ Unfallereignisse stellen Rollen auf den Kopf, schränken die Teilhabemöglichkeiten aller ein und gefährden ganze Lebenskonzepte/-entwürfe von Familien/ Paaren ...

Mobiles Reha-Team (Bad Kreuznach)

- 1 Arzt (100%)
- 5 Physiotherapeuten
- 4 Ergotherapeuten
- 2 Logopädinnen
- 2 Reha-Pflegekräfte
- 1 Sozialpädagogin (50%)
- 2 Sekretärinnen

Anforderungen an die Team-Mitarbeitenden

- Qualifikation der Therapeuten
- Kompetenzen in der Kommunikation und Selbstorganisation
- Kooperatives und integriertes Zusammenwirken (Arzt verantwortet zwar die Reha, aber alle sind gleichberechtigt, gleichermaßen gefragt)
- Interpretation und Exploration der Wünsche/Ziele der Rehabilitanden
- Kenntnisse von Infrastruktur und Nutzen von Netzwerken
- ...

Ablauf Mobiler Rehabilitation

- der Arzt der Mobilen Reha geht zum Patienten (Klinik oder Zuhause), untersucht und erstellt einen Reha-Plan (Antrag)
- er stellt den Patienten in der folgenden Teambesprechung vor
- Therapeuten und Case-Manager werden festgelegt
- Therapeuten nehmen Kontakt zum Patienten/Angehörigen auf
- regelmäßige Dienst- und Fallbesprechungen finden statt
- Zwischen- und Abschlussuntersuchung durch den Arzt
- Therapien immer mit dem Fokus auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und der Ermöglichung der Teilhabe

Setting

Mobile Reha findet im vertrauten Umfeld statt

- Arzt, Therapeuten, Sozialarbeiter sind Gäste im Hause des Patienten / Angehörigen. Der Patient ist der „Herr im Haus“, er hat die Macht, er kann Team hineinlassen, aber auch rauswerfen, er bestimmt von Anfang an mit (fängt bei den Terminen an).
- Sein primäres soziales Umfeld ist da – gibt Sicherheit / Vertrauen!
- Reha-Assessment: im individuellen Reha-Plan können die personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren optimal erfasst und unmittelbar beeinflusst werden.

- Behandlungen werden in den Alltag integriert; Barrieren im Wohnumfeld abgebaut; Hilfsmittel erprobt, verordnet und adäquat eingesetzt.
- Angehörige können optimal einbezogen, beraten und angeleitet werden.
- Anforderungen / Probleme in der alltäglichen praktischen Lebensführung werden selbst zum Trainingsfeld – keine Laborsituation!
Transferprozesse sind nicht notwendig!

Das alles gelingt nur, wenn der Patient in die Behandlung einwilligt, wenn er (wie auch die Angehörigen) in alle Entscheidungsprozesse involviert wird, d. h. er wird informiert, er probiert aus, er bekommt Alternativen aufgezeigt, sodass er entscheiden kann. Ziele werden gemeinsam erarbeitet und verabredet.

Assessments und gemeinsame Ziele

- Zielgerichtete und umfassende Feststellung der zugrunde liegenden strukturellen und funktionellen Schäden, deren Funktionseinbußen und Auswirkung auf die Teilhabe
- Sorgfältige Anamnese und Assessments zu Beginn der Maßnahme von Mitarbeitenden der Mobilen Reha immer im gewohnten Lebensumfeld; Voraussetzung für die Therapeuten mit ihren unterschiedlichen Kompetenzen aktiv zu werden;
 - das Wissen um die Lebenssituation/-konzept vor dem Krankheitsereignis ist wichtig für die gemeinsame Zusammenarbeit mit Patient und Angehörige und erleichtert die Definition von Reha-Zielen;
 - dieser Wissenserwerb fällt im häuslichen Kontext leicht z. B. anhand der Ausstattung (Bilder, Zinnteller, PC, Pflanzen, Bücher, Balkon, Garten, Nachbarschaft, Haustier...) und der Interaktion der Beteiligten

- Die Patienten/Angewandte müssen im Gespräch/Behandlung mit Arzt/Therapeuten ihre Fragen, Erwartungen und Befürchtungen einbringen, Informationen und emotionale Unterstützung erhalten
- Case-Manager beruft „Klein-Team“ ein; gemeinsame Ziele/Arbeitsweisen werden konsentiert; Schwerpunkte werden mit Patient abgestimmt; die interdisziplinäre Zusammenarbeit beim Patienten in seinen Lebenskontexten geht weiter.

Partizipative Entscheidungsfindung und Selbstbestimmte Teilhabe

- Die gemeinsame Entscheidungsfindung von Patient und Mitarbeitenden der Mobilen Reha hilft bei der Auswahl von Rehazielen und –maßnahmen und stärkt die Partizipation/Teilhabe des Patienten.
- Die Miteinbeziehung der Kontextfaktoren (incl. Personen – Beratung und Anleitung) erweitert Teilhabemöglichkeiten, denn je alltagsbezogener die Behandlung, desto eher geschieht die Förderung der Aktivitäten und damit Teilhabeförderung.
- Mehr Partizipation in der Reha führt zu einem Gefühl der Kontrolle, zur Zufriedenheit mit der Behandlung, zu kooperativem Verhalten und zu nachhaltig besseren Behandlungsergebnissen und zu einer Lebensperspektive trotz bleibender Behinderung/Pflegebedürftigkeit.
- Je mehr der Patient zu Aktivitäten befähigt wird/ist, umso größer werden seine Entscheidungsspielräume => Chancen der Selbstbestimmung.

Warum interdisziplinär?

- Durch die oftmals komplexen Problemlagen entstehen wechselwirkende Abhängigkeiten zwischen den verschiedenen Disziplinen.
- Diese komplexe Problemlagen sind nicht von einer Disziplin zu bewältigen, d. h. verschiedenen Berufsgruppen sind notwendig, die **als Team organisiert** (Koordination, Interaktion, Kommunikation, wie z. B. Team- und Fallbesprechungen, Case-Management ...) sind.
- In der interdisziplinären Teamarbeit (vertikal) bringen verschiedenen Fachleute eigene Denkweisen mit, reflektieren und erweitern ihr Handeln (nicht „klein klein“!), lernen voneinander, erkennen Probleme und finden Lösungsstrategien ...immer mit dem (Fokus auf den) Patienten => kein abgeschlossener Prozess, sondern immer ein Arbeits-, Entwicklungs- und Aushandlungsprozess

- Strukturell gesetzte und häufige Teambesprechungen sind zwingend, weil der Mitarbeiter in der Regel allein beim Patienten ist.
- Aber nicht vergessen: Patient ist der Auftraggeber. Wenn viele Mitarbeitende über ihn sprechen, mit ihm an der Teilhabe arbeiten, muss auch immer entsprechend und adäquat mit ihm gesprochen und transparent gearbeitet werden.

Wann ist eine Rehabilitation - auch bei bleibender Pflegebedürftigkeit/Behinderung - erfolgreich?

wenn der Patient / beim Patienten

- in seinem gewohnten Lebensumfeld bleiben kann; die Versorgung gesichert ist (krisensicher), wenig Schmerzen, die Wohnung barrierefrei, Angehörige weniger belastet sind
- mehr Selbständigkeit im Alltag, mit seinem primären sozialen Umfeld kommunizieren kann
- seinen Alltag wieder bestimmen kann und er weniger fremdbestimmt wird
- seine Ohnmacht der wachsenden Mit-/Selbstbestimmung weicht
- Ängste abgebaut werden (auch bei den Angehörigen!)
- möglichst weitgehend das erleben kann wie vor dem Ereignis
- Beziehungen zu wichtigen Personen und Lebensorten erhalten bleiben
- neue Lebensperspektiven entwickelt wurden
- neues Rollenverständnis im familiären Kontext

Interdisziplinäre Teamarbeit ...

- => ist *der* Weg zur Befähigung und Teilhabe
- => erreicht bessere Reha-Ergebnisse

- => fördert die Zusammenarbeit in der eigenen und anderen Disziplin

- ⇒ erwirkt i. d. R. gutes Feedback/ viel Anerkennung seitens der Rehabilitanden, der Angehörigen und sonstigen Partnern im Netzwerk
- ⇒ steigert Toleranz und Kreativität
- ⇒ erhöht Zufriedenheit bei den Mitarbeitenden
- ⇒ bindet Personal (kaum Personalfuktuation)

Inter- wird zur transdisziplinären Arbeit ...?

... aber das ist dann ein anderes Thema 😊

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Heike Gatzke

Quelle:

Zur Bedeutung der Heilmittel für die Förderung der Teilhabe unter Berücksichtigung des Auftrags therapeutischer Fachberufe – ein Beitrag zur aktuellen Diskussion. Expertise der DVfR. Februar 2016