

# Fachtagung

der Deutschen Vereinigung für  
Rehabilitation e.V

## **Geriatrische Rehabilitation**

**– Versorgung bedarfsgerecht gestalten –**

## **Mobile geriatrische Rehabilitation**

Martin Warnach

Wichernkrankenhaus – Evangelisches Johannesstift Berlin  
Vorstand der BAG Mobile Rehabilitation



**Wichernkrankenhaus gGmbH - Ev. Johannesstift  
Geriatrisches Fachkrankenhaus (Chefärztin Dr. Ch. Hillmann)**

- **116 Betten/Plätzen** – 96 vollstationär, 20 Plätze geriatrische Tagesklinik – **Akutgeriatrie** - integriert sind:
- **Palliativeinheit** mit 7 Betten
- **Einheit für Kognitive Geriatrie** 8 Betten („Lichthof“)
- **Mobile geriatrische Rehabilitation seit Ende 2011:**
  - **2016 und 2017 rund 170 Patienten**
  - **November 2017 Aufbau eines 2. Teams in Berlin Mitte**

## Wo wird Mobile Geriatrische Rehabilitation durchgeführt?

- Rehabilitation in der Privatwohnung ca. 60%,
- in der stationären Pflege ca. 30 % - damit das einzige rehabilitative Angebot in stationären Pflegeeinrichtungen,
- Sonderform: MoGeRe beginnt in einer Kurzzeitpflege < 10 %
  - Überleitung in die Häuslichkeit, i.R. Privatwohnung -
  - Abschluss der Rehabilitation zu Hause.

## Welche Patienten werden in der MoGeRe behandelt?

- **Typische geriatrische Patienten** - vom Störungsprofil schwerer/ schwer betroffene Patienten mit besonderen Kriterien für die mobile Form der Rehabilitation;
- mit ausgeprägter **Multimorbidität** - gesamtes geriatrisches Diagnose - Spektrum;
- **Eingangs-Barthel:** durchschnittlich rund 40 Punkte, ca. 35 % der Patienten haben Eingangs-Barthel von 0 – 30 Punkten.

## **(Hauptsächliche) Indikationen für die Mobile geriatrische Rehabilitation - Warum mobile Form der Rehabilitation?**

- **Erhebliche mentale Schädigung /Störungsbilder**
  - > der kognitiven Fähigkeiten und/oder
  - > Verhaltensstörungen - die eine Reha - Behandlung in fremder Umgebung erheblich erschweren bzw. unmöglich machen;
- **Erhebliche Beeinträchtigung der Sprache, des Sprechens und der Kommunikation;**
- **Im stationären Bereich erarbeitete Rehabilitationsergebnisse können nicht in die Häuslichkeit übertragen werden bzw. sie gehen an der Lebenswirklichkeit der Patienten vorbei;**
- **Erhebliche Beeinträchtigung der kardiopulmonalen Belastbarkeit.**

## **Was sind die Stärken der MoGeRe?**

- **Behandlung in der Lebenswirklichkeit der Patienten** - Fokus auf den alltagsrelevanten Problemen, einschließlich fördernder und behinderender Kontextfaktoren;
- **Möglichkeiten der sozialen Teilhabe – familiär, sozial, gesellschaftlich** – können realistisch wahrgenommen, eingeschätzt und in der Reha angegangen werden;
- **Die Transferprozesse von Rehabilitationsergebnissen** aus dem stationären Bereich in die Häuslichkeit entfallen; das Erreichte realisiert sich im Alltag;
- **Einbeziehung der Angehörigen/ Bezugspersonen** – Therapieinhalte/ - ergebnisse werden in den Alltag des Patienten integriert und repetiert - das stärkt **die Nachhaltigkeit der Rehabilitation.**

**Zielhorizont:** von **Erarbeiten Transfer und Rollstuhlsitz**, um z.B. am familiären Leben bzw. an Gemeinschaftsaktivitäten im Heim teilzunehmen bis zur **Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel für Einkäufe und Besuche**

## 1. Herr Müller 78 J.

- **Hochgradige Aortenklappenstenose > 8/2017 OP - biologische Klappe**

>> Vorher bis auf arteriellen Hypertonus und Arthrose-Beschwerden Hüften und Knie keine rel. Gesundheitseinschränkung, aber zunehmende Belastungseinschränkung.

- **Revisions-OP wegen Nachblutungen**
- **Septisch verlaufende Pneumonie**
- **Dekompensierte Herzinsuffizienz**
- **Anhaltendes Delir**

>> insgesamt 36 Tage Intensivstation, MRE-Besiedlung (3-MRGN)

**Anfang 10/2017 Akutgeriatrische Behandlung:** bei Aufnahme bettlägrig, ausgeprägte allgemeine Schwäche, Gewichtsverlust von > 15 Kg, reduzierte Nahrungsaufnahme, depressiv/resignative Stimmungslage. Durch notw. Isolierung fühlt er sich „ausgestoßen“.

**Ergebnis:** kognitive Einschränkungen (MMSE 19/30) im Verlauf besser, Transfer mit Unterstützung, kurzer Stand mit Stützung möglich, erste Schritte, sitzt bis zu 3 Std. im Rollstuhl; in basalen ADL weitgehend auf Hilfe/Pflege angewiesen, Ernährung besser, aber nicht ausreichend.

**Entlassung nach Hause:** er lebt mit rüstiger Ehefrau, 79 J in Einfamilienhaus mit Hochparterre (6-8 Stufen) und 1.Stock; Pflegebett im Esszimmer (Parterre); Rollstuhlversorgung; amb. Pflegedienst 3 x Tag/7 Tage.



**MoGeRe ab Anfang 11/2017 insgesamt 65 Hausbesuche:** Physiotherapie, Ergotherapie, rehabilitative Pflege, 2 psychotherapeutische Beratungsgespräche durch Psychologin

### **Wesentliche Zielsetzungen der MoGeRe:**

- > Stabile häusl. pflegerische Versorgung und Alltagshilfen; keine Überforderung der Ehefrau,
- > Sicherung einer aufbauenden Ernährung,
- > Kraftsaufbau,
- > Schmerzlinderung Arthrosen,  
(Optimierung der Schmerzmedikation durch HA, Tens-Behandlung, Knie-Bandage)
- > Selbständiger Transfer, einschließlich Erarbeitung Rumpfstabilität,
- > Mobilität am HiMi, Treppe 6-8- Stufen ? Alternativ Treppenbewältigung mit HiMi ?
- > ADL – Selbständigkeit fördern, Inkontinenzmanagement,

**Eingesetzte Hilfsmittel:** Pflegebett, anfangs Rollstuhl, Rollator mit U-Armstützen, Rollator, Greifzange für UEX.

## **Ergebnisse Mitte 1/2018:**

- > Transfers selbständig, auch Einstieg in PKW des Sohnes
- > Pat. läuft selbständig und ausreichend sicher am Rollator bis zu 50 m; Treppe (6-8 Stufen, aber nicht in den 1.Stock) in Begleitung
- > ADL - 1 x Tag morgens ambulanter PD, Hilfe beim Waschen/Duschen, Anziehen Strümpfe und Schuhe
- > Schmerzen ausreichend reduziert
- > Ernährung ausreichend, könnte noch besser sein
- > Stuhlkontinenz, Urteilkontinenz – angemessener Umgang ist etabliert
- > Mit den Fortschritten deutliche Stimmungsaufhellung, kognitiv keine alltagsrelevante Beeinträchtigung
- > Zwischenzeitlich war Ehefrau mit der „24-Stunden Betreuung“ überfordert.

**Empfehlungen:** vor allem weiter Physiotherapie mit dem Ziel der weiteren Verbesserung der Mobilität, Treppe in den 1.Stock > Schlafzimmer;

## 2. Frau Liebig 85 J.

Mittelgradig dementiell erkrankte Patientin lebt seit 2,5 Jahren in einem Pflegeheim, PG 3 erleidet bei einem Sturz eine Hüft-Fraktur rechts; es erfolgt eine operative Versorgung mit Marknagel; postoperativ ausgeprägte Verwirrtheit, deutliche kognitive Verschlechterung. Patientin wird bettlägrig in ihr Heim entlassen.

Hier MoGeRe mit 30 Therapieeinheiten: Physiotherapie, Ergotherapie, rehabilitative Pflege, die vor allem die Zusammenarbeit mit Pflege des Heims gewährleistet.

**Ergebnisse:** Transfer mit wenig Unterstützung (vorher mit Lifter); stabiler Sitz im Rollstuhl, mit dem sie (nach relativ guter Reorientierung in der vertrauten Heimumgebung) Strecken bis zum nahen Aufenthalts/Essraum tippelt. Sie nimmt wieder an Gemeinschaftsaktivitäten (Singen, spielerische Gymnastik, Spiele) teil.

### **3. Herr Werner 81 J.**

**Vor 2 Jahren Knie-TEP-OP rechts**, knapp 2 Monate später Infektion.

Es erfolgen mehrere Revisions-Ops. mit 2maligem Prothesenwechsel; dabei zunehmende Immobilität, zunehmend längere Phasen Bettlägrigkeit, die den alleinlebenden Patienten vor 1 Jahr zwingen, stationäre Pflege in Anspruch zu nehmen.

**Aktuell: vor 6 Wochen bei erneuter schwerer Knie-TEP-Infektion (jetzt MRSA) > Oberschenkelamputation re.**

Keine Prothesenversorgung möglich wegen Kontrakturen li UEX mit muskulärem Abbau, alter Rotatorenmanschettenruptur links bei Adipositas und Diabetes mell.

**Bei Beginn der MoGeRe (40 Therapieeinheiten)** wird er täglich passiv (meist mit Lifter) in Rollstuhl gesetzt, wo er ca. 8- 10 Stunden/Tag verbringt; er liest Zeitung und hört Radio, keine alltagsrelevanten kognitiven Einschränkungen.

**Bei Abschluss der MoGeRe** schafft er den selbständigen Transfer in den Rollstuhl, Kontrakturen gebessert, aber weiter bestehend, Stand nur mit Stützung, Gang nicht möglich; Elektro-Rollstuhlversorgung mit entsprechender Anleitung - er fährt damit (wieder) in „seinem“ Viertel Prenzlauerberg herum.

**Vielen Dank !**

**Dr. med. Martin Warnach**  
[martin.warnach@evangelisches-johannesstift.de](mailto:martin.warnach@evangelisches-johannesstift.de)