



Teilhabeorientierung im multiprofessionellen Team

—

Wie greifen Reha- und Pflegeplanung ineinander?

Allgemein

- 1. April 2007: Inkrafttreten des GKV Wettbewerbsstärkungsgesetzes
- Mobile Reha als neue Form der rehabilitativen Versorgung in § 40 Abs. 1 SGB V als besondere Form der ambulanten medizinischen Rehabilitation.
- Möglichkeit der Rehabilitation in Pflegeeinrichtungen geschaffen. Zur Durchführung dieser neuen Versorgungsform wurde im gleichen Jahr eine Rahmenempfehlung zur Mobilen Geriatrischen Rehabilitation (MoGeRe) vereinbart.
- 2015 wurde die Mobile Reha (MoRe) in § 40 Abs. 1 SGB V ausdrücklich verankert.

Aspekte unserer Arbeitsgruppe

Blick auf die Kooperation Pflege-Team im Heim und dem Team der Mobilien Reha (MoRe):

- Wie kommen Pflegeplanung der stationären Einrichtung mit der Reha-Planung zusammen?
- Was ist das Verständnis von Teilhabe in stationären Einrichtungen?
- Wie können Reha-Ziele mit der Pflegeplanung verschränkt werden und nachhaltig wirken?
- Wie ist das Verhältnis, insbesondere der Pflegekraft der MoRe zu den MA des Heims?
- Wie wirken sich Ressourcen auf den Pflege- und Reha-Prozess aus?
- ...

Allgemein zum Forschungsvorhaben

Erstmalig wurden in der Evaluation von Mobiler Reha wichtige Elemente von Teilhabe erfasst und gemessen, nämlich hinsichtlich

- der persönlichen Ziele der Teilhabe
- Teilhabesicherungskonzepten
- Kontextressourcen
- der geäußerten Teilhabeziele von Betroffenen und ihren Bezugspersonen

Vorstellung

- Mobiler Rehabilitationsdienst Coburg (Dr. Pflug)
- Mobiler Rehabilitationsdienst Bad Kreuznach (Heike Gatzke)

Beide Einrichtungen waren Teilnehmende des Forschungsvorhabens: Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege (1.11.2014 – 30.4.2018).

Teilprojekte des Forschungsvorhabens

Neben der Ermittlung des allgemeinen Rehabedarfs in stationären Einrichtungen sollte die Mobile Reha in diesen Einrichtungen evaluiert

und

die Kooperation zwischen stationärer Pflegeeinrichtung und Reha-Team untersucht und Möglichkeiten ihrer Optimierung erarbeitet werden.

Eine hohe Bedeutung kommt

- der Konzeption der stationären Pflegeeinrichtungen
- den dort vorhandenen und geförderten Teilhabemöglichkeiten
- der Qualifikation und Motivation der Pflegekräfte
- sowie den vorhandenen (zeitlichen) Ressourcen, die für eine erfolgreiche Förderung der Teilhabe durch MoRe erforderlich sind, zu.

Teilprojekte - Ziele

Ziele:

- Anforderungen an eine fachgerechte und gelingende Zusammenarbeit (Pflegekräfte und MoRe) inklusive der Identifikation förderlicher und hemmender Faktoren, d. h.
- Handlungsempfehlungen (evtl. neue konzeptionelle Anforderungen) zur Umsetzung der mobilen Reha in den pflegerischen und reha-medizinischen Alltag
konkret: Konzeptionelle Anforderungen als auch organisatorische Lösungen für die Umsetzung der mobilen Reha in den pflegerischen und reha-medizinischen Alltag wurden eruiert, entwickelt und 12 – 20 Monate erprobt.

Teilprojekt - Methode

Methode:

- Begehung der Einrichtungen
- Gruppendiskussionen mit Fachkräften aus den Pflegeeinrichtungen und Fachkräften der MoRe
- die letzten 5 Jahren wurden in den Diskussionen retrospektiv durchgegangen.
- Hindernisse und Förderfaktoren wurden herausgearbeitet und pro Einrichtung 11 – 13 OE-Maßnahmen konzipiert und beschlossen, um die Hindernisse zu bewältigen, 12 – 20 Monate erprobt und Umsetzung bewertet.
- jeder Rehabilitand wurde während der Dauer der Studie wurde gemeinsam besprochen.

Themen der Gruppendiskussionen

- Wechselseitige Erfahrungen/Erwartungen MRD einerseits und Pflege andererseits
- Gelungene und schwierigere Kooperationen; Besprechung aller Patienten in der Projektlaufzeit
- Ideen zu einem Leitfaden guter Praxis
- Verabredung zur Sammlung der Erfahrungen in den nächsten Monaten

Wichtige Aspekte der Methode

- **Teilnehmende und Fallbesprechungen:**

Vertreter aus MoRe und den verschiedenen Berufsgruppen der stationären Einrichtungen. Die Teilnehmenden mussten in den vergangenen Jahren dieselben Personen pflegerisch/medizinisch rehabilitativ betreut haben; d. h. um Hindernisse und Förderfaktoren der Kooperation reflektieren und besprechen zu können.

- **Gemeinsames Produkt und Transparenz:**

kritische Punkte und Verbesserungsvorschläge wurden für alle auf Flipcharts visualisiert, bis Übereinstimmung erreicht wurde

Protokolle mit wörtlichen Formulierungen verfasst

auf Basis der Protokolle wurden Fort- und Rückschritte dokumentiert; neue Fälle mitbesprochen

OE-Maßnahmen wurden beschlossen (wegen Zeitdruck und Personalfluktuation wurde ca. ein Drittel nicht realisiert)

Eruieren konzeptioneller Anforderungen

In 3 Phasen:

1. Zugang und Indikationsstellung zu einer rehabilitativen Maßnahme
2. Durchführung einer Reha-Maßnahme
3. Nachhaltigkeit einer Reha-Maßnahme

1. Zugang zu MoRe

Wer stellt den Reha-Bedarf bei Bewohner fest, die nicht aus der Klinik kommen, fest, wenn nicht die Hausärzte?

Fachpflege? Gesetzlich vorhandene Möglichkeiten nicht bekannt.

Lösung: Jährliche Fobi in Anzeichen/Chancen rehabilitativer Maßnahmen, teilhabeorientierter Pflegeplan und Verfahren der Antragsstellung.

Praxiserfahrung, d. h. Beteiligung im Reha-Verfahren machen Pflegeeinrichtungen kompetenter.

Fachärztliche Indikationsstellung ist neben Pflegedoku etc. abhängig von der Bezugspflege zur Bestimmung der Reha-Ziele; ist von einem Arzt in dem Setting und Zeitfenster sonst nicht möglich.

Lösung: Terminabsprache Arzt und Bezugspflege

2. Durchführung der MoRe

- Pflege kann MoRe unterstützen oder hemmen
- Pflegeplanung und Reha-Planung müssen wechselseitig bekannt sein ...
- Fachpflege sah MoRe keineswegs als Konkurrenz oder überflüssig
- Fachpflegende/Angehörige gaben zu Protokoll, wie sich Pflegebedürftigen in der MoRe entwickelten; interessiert an MoRe
- MoRe konnte erfolgreich fürsorglich bevormundende Bedenken von Fachpflegenden/Angehörigen widerlegen
- Einbindung der Fachpflege in der MoRe war/ist große organisatorische Herausforderung; im Gegensatz zum häuslichen Umfeld ist ein Fachpflegeperson für bis zu 18 Personen mit zuständig;
- Fachpflegenden kennen nicht „austherapiert“, denn in der letzten Phase des Lebens sind Teilhabe und Selbstbestimmung wesentlich wichtig

3. Nachhaltigkeit

MoRe ist zeitlich befristet; d. h. Fachpflege muss Maßnahmen der MoRe (sinnvoll) in den Alltag übernehmen; hier gilt, je mehr Pflege in die Durchführung der Reha-Maßnahme eingebunden war, gelingt die Übergabe umso besser

-> dazu sind zeitliche und organisatorische Ressourcen der Pflegeeinrichtungen nötig und müssen organisiert werden.

Erprobte OE-Maßnahmen zu Hindernissen und Förderfaktoren von MoRe

Empfehlungen zugeordnet zu drei Problembereichen:

1. Komplementarität von Fachpflege und MoRe, Koordination und Wissenstransfer zwischen ihnen zur Sicherung der Nachhaltigkeit
2. Selbstbestimmte Teilhabeziele bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Resignation
3. Zugang zur Reha und Antragsstellung

1. Komplementarität von Pflege und MoRe, Koordination und Wissenstransfer

„Wie jeder Ehepartner Erfolg und Nachhaltigkeit der MoRe zu Hause fördernde oder zunichte machen kann, so kann die Pflege Erfolg und Nachhaltigkeit in der Wohnresidenz fördern oder zunichte machen“

- MoRe ist befristet
- Maßnahmen sind nur dann nachhaltig, wenn bei, wenn bei den Rehabilitanden, Angehörigen, Betrieben, der Pflege etc. angemessene Strukturen und Qualifikationen kompetent vorhanden und systemisch aufgebaut sind;
- Fachpflege wird entweder zu einem förderlichen oder hemmenden Faktor der MoRe;
- Voraussetzung bei MoRe und Fachpflege ist eine weitgehende Verantwortungsübernahme und Kooperation

Probleme:

- Pflege ist nicht von Anfang an in die Planung der Reha-Ziele eingebunden, kennt den Reha-Plan nicht
- Umgekehrt kennt das MoRe-Team nicht die Pflegepläne (war an allen Standorten so);
- Nachhaltigkeit der MoRe setzt voraus, dass Fachpflege, Familie, Freunde, Therapeuten die Handlungen und Übungen nach Reha-Ende fortführen

Positiv: Sowohl Pflegende als auch Therapeuten sind an den Reha-Zielen interessiert. Aus den erprobten Lösungen leiten sich folgende Empfehlungen ab:

ad 1) Empfehlungen: Komplementarität von Pflege und MoRe, Koordination und Wissenstransfer

- ✓ Die Bezugspflege ist an der Vereinbarung von selbstbestimmten Teilhabezielen mit dem Bewohner beteiligt
- ✓ Der Reha-Plan ist bekannt und wird von der Bezugspflegerin in ihrer Teambesprechung thematisiert; umgekehrt bekommt das MoRe-Team Einsicht in die Pflegepläne ihrer Rehabilitanden (später wurden sogar im Übergabekalender Pflegeprozessziele und Reha-Ziele kurz aufgeführt, insbesondere bei Änderungen und Fortschritten; Kommunikation über gemeinsames Fach; Bezugspflege wurde in die Fallbesprechung der MoRe eingeladen.
- ✓ Ende der MoRe: In einer kurzen Übergabe mit der Pflege wird ein Nachhaltigkeitsplan vereinbart; die Pflege lässt sich von MoRe zeigen, welche Handlungen und Übungen den Reha-Prozess unterstützen
- ✓ Ansprechpartner müssen der MoRe von Anfang an bekannt sein, d. h. MoRe faxt der Einrichtung vor Besuch ein Papier mit gewünschten Infos, Unterlagen, Vorgehen
- ✓ MoRe versucht für die notwendigen Absprachen, Name und Telefonnummer der Bezugspflege in Erfahrung zu bringen (unter Einbezug der Leitung)
- ✓ Einer Überfürsorglichkeit bei Pflegenden und Angehörigen kann entgegen gewirkt werden, wenn ihnen in der Reha-Maßnahme gezeigt wird, dass der Bewohner was kann und gerne tut, d. h. am besten Angehörigen und Fachpflege am Reha-Prozess beteiligen!

2. Selbstbestimmte Teilhabeziele bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Resignation

„Für die Pflegenden ist jedes Erreichen des Reha-Ziels, jede glücklich verbesserte selbstbestimmte Teilhabe einer Bewohnerin die wichtigste Bestätigung und Belohnung der eigenen Arbeit.“

Bedingungen:

- Bewohner sind oft kognitiv eingeschränkt oder resigniert
- Reha-Ziele können in einer Anamnese nicht von ihnen selbst genannt werden
- Fehlende Ressourcen vor Ort bei der zeitlich limitierten Anamnese
- Fachpflege kann die Teilhabebedürfnisse oft erkennen, weil sie den Rehabilitanden länger kennt, ebenfalls auch die Angehörigen.

ad 2) Empfehlungen: Selbstbestimmte Teilhabeziele bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Resignation

- Die Fachpflege erarbeitet gemeinsam mit dem MoRe-Team motivierende Reha-Ziele.
- Die Reha-Ziele mobilisieren beim Rehabilitanden Kräfte für die Durchführung und Nachhaltigkeit der Reha.
- Mangelnde Motivation und/oder Depression können in der Reha bearbeitet werden.
- Zusammenarbeit von Fachpflege und MoRe bei der Reha-Zielfindung hat sich sehr bewährt, d. h. selbstbestimmte Teilhabeziele wurden so erst identifiziert, so dass der Rehabilitand überhaupt motiviert werden konnte.

„Weihnachten gibt es hier eigentlich die meisten Tränen. Wir laden immer die Angehörigen zu unseren Veranstaltungen und Festen ein. Die wenigsten Angehörigen kommen, weniger als 20%.“

Das größte Teilhabebedürfnis der Bewohner: Wieder am Leben der Familie und der Freunde teilzunehmen.

Empfehlungen:

- ✓ MoRe sollte bei der Reha-Planung individuell Familie oder Freunde möglichst einbeziehen.
- ✓ Die Pflegeeinrichtung kann durch mit Präsenz von z. B. Vereinen im Haus, Bewohner an Vereinsaktivitäten teilnehmen lassen und zu Kontaktmöglichkeiten beitragen.

Problem:

Reha- und Teilhabeziele ändern sich oft im Reha-Prozess durch Schlaganfall oder auch, wenn körperliche oder psychische Funktion nicht mehr herstellbar ist; dann muss selbstbestimmte Teilhabe auf andere Weise verwirklicht werden, d. h. neues Reha- und Pflegeziel

Empfehlung:

- ✓ MoRe und Bezugspflege bleiben gemeinsam verantwortlich für die Anpassung der Reha-Ziele

3. Zugang zur Reha und Antragsstellung

Problem:

Auch wenn MA in Pflegeeinrichtungen Reha-Bedarf vermuten, kam kaum jemand auf Empfehlung der Fachpflege zur einer MoRe, weil

in der Pflegeeinrichtung das gesetzliche Prozedere der Beantragung nicht bekannt ist;

die Hausärzte auch eher zurückhaltend/unwissend sind.

Empfehlungen:

- ✓ MoRe informiert die Einrichtung per Flyer über das Antragsverfahren und unterstützt Hausärztinnen beim Ausfüllen der Formulare
- ✓ MoRe sollte die Möglichkeit haben, den Reha-Bedarf (oder Alternativen) abzuklären (z. B. per Reha-Konsil).

ad 3) Empfehlungen: Zugang zur Reha und Antragsstellung

Empfehlungen:

- ✓ MoRe informiert die Einrichtung per Flyer über das Antragsverfahren und unterstützt Hausärztinnen beim Ausfüllen der Formulare
- ✓ MoRe sollte die Möglichkeit haben, den Reha-Bedarf (oder Alternativen) abzuklären (z. B. per Reha-Konsil).
- ✓ Reha-Bedürftigkeit sollte ambulant vor einer Antragsstellung ermittelt werden – Anrechnungsrecht und –pflicht der Pflege und Therapeuten
- ✓ Pflegeeinrichtungen informieren reha-bedürftige Bewohner und ihren Angehörigen über ihre Recht auf Reha-Antragsstellung und unterstützen dabei.
- ✓ Jedes Mitglied eines Gesundheitsberufs hat nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht bei einem vermuteten Bedarf an Teilhabeleistungen aufgrund einer Behinderung einem Arzt, einer Anspruchsstellen und EUTB vorzustellen.

Problem:

MoRe-Anträge sind kompliziert, oft Widerspruchsverfahren notwendig.

Empfehlungen:

- ✓ Auf Wunsch des Antragsstellers hilft MoRe bei Antragsstellung und Widerspruchsverfahren.
- ✓ MDK sollte verstärkt eine persönliche Begutachtung durchführen (keine Aktenlage oder Prüfung durch Sachbearbeiter der Krankenkassen)
- ✓ Konkurrenzsituation zu niedergelassenen Therapeuten, Hausärzten eher gering; da großer Bedarf in den Einrichtungen herrscht, d. h.
- ✓ Therapeuten sind in die Nachhaltigkeitsplanung mit einzubeziehen, folgen i. d. R. nach der MoRe

Problem:

Hausärzte sprechen lieber mit MoRe-Ärzten

Empfehlung:

- ✓ MoRe respektiert den Wunsch des Arztes; führt zur Wertschätzung und Öffnung

Problem:

Betreuungskräfte nach §43b SGB XI gewinnen an Bedeutung in den Einrichtungen, negative Auswirkungen auf die Pflegekräfte, die auf pflegerische Verrichtungen reduziert werden und sich von den teilhabeorientierten Betreuungen ausgeschlossen fühlen.

Empfehlung:

- ✓ Angestellte Therapeuten im Pfllegeteam fördern die rehabilitative Kompetenz des Pfllegeteams fördern.
- ✓ Die Integration der sozialarbeiterisch, ehrenamtlich, ergotherapeutisch, d. h.zusätzlichen Betreuung unter pflegerischer Leitung sollte gefördert werden, insbesondere hinsichtlich der Teilhabeziele

Diskussion ...

Quelle:

Abschlussbericht, 10.9.2018: *“Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege“*