

# **Symposium Mobile Rehabilitation „Teilhabe Pflege(n) – Wege zur Selbstbestimmung und Teilhabe im Pflegeheim“**

Die Teilhabeförderung für pflegebedürftige Menschen stand im Mittelpunkt des diesjährigen Symposiums der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (BAG MoRe) am 25. Januar 2019 in Berlin, an dem über 60 Expertinnen und Experten teilnahmen. Die Tagung fand in Kooperation mit der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR), der Diakonie Deutschland, dem ISO-Institut Saarbrücken und dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Universität Halle statt.

Ausgehend von den Ergebnissen des 2018 abgeschlossenen Forschungsprojekts [„Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege“](#) (Auftraggeber: Bundesministerium für Gesundheit), das einen durchschnittlichen Rehabilitationsbedarf bei ca. 22 % der Pflegeheimbewohner feststellte, wurden Möglichkeiten und Chancen der Teilhabesicherung für Menschen im Pflegeheim durch Mobile Rehabilitation (MoRe) und durch die Pflege erörtert. Das Symposium trug somit zum Praxistransfer der Forschungsergebnisse bei.

## **Was ist pflegebedürftigen Menschen wichtig?**

In seiner Einführung stellte Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann, Vorsitzender der BAG MoRe und der DVfR, fest: Menschen, die bereits Pflegeleistungen erhalten, haben – entgegen einer weit verbreiteten Annahme – einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation (vgl. § 11 und § 40 SGB V, §§ 2, 4 und 42 SGB IX).

Mobile Rehabilitation ist ein für pflegebedürftige Menschen geeignetes und wirksames Rehabilitationsangebot zur Teilhabeförderung. Ganz überwiegend wünschen sich Pflegeheimbewohner/innen mit einem festgestellten Rehabilitationsbedarf eine Mobile Rehabilitation in ihrem persönlichen Umfeld. Trotz der gesetzlichen Grundlage in § 40 SGB V bestehen in der BRD nur 16 Einrichtungen für die Mobile Geriatrische Rehabilitation (MoGeRe) sowie zwei weitere MoRe-Einrichtungen (indikationsübergreifende bzw. neurologische Rehabilitation). Bedarfsdeckende Angebotsstrukturen sind derzeit nicht ansatzweise erkennbar. Wenn MoRe-Angebote vorhanden sind, werden diese stets nachgefragt, auch von Seiten der Krankenkassen für ihre Versicherten und auch von informierten Patienten und deren Angehörigen.

Die Studie belegt u.a. die Nachhaltigkeit der MoRe: Es werden deutliche Verbesserungen der Körperfunktionen und der Teilhabe erreicht. Diese Effekte bleiben über 6 Monate weitgehend konstant. Dr. Schmidt-Ohlemann unterstrich, dass die Förderung der Teilhabe für Pflegebedürftige nicht allein die Aufgabe der Rehabilitation, sondern auch der Pflege, des Pflegeheimes, der Angehörigen und Bezugspersonen ist. Sie erfordert eine gute Zusammenarbeit mit allen Beteiligten. Erfolgsfaktor für eine nachhaltige Mobile Rehabilitation in Pflegeeinrichtungen ist ein Pflege- und Assistenzmanagement der Einrichtung, das die Selbstbestimmung und Teilhabe der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt rückt und nicht effiziente Arbeitsabläufe.

## **Gefährdungen der Selbstbestimmung und Teilhabe in der stationären Pflege**

Der Beitrag von Uwe Brucker, Abteilungsleiter Pflege beim MDS i.R./ Institut für angewandte Wissenschaft zur Förderung der Lebenssituation von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA e.V.), warf ein Schlaglicht auf das Spannungsfeld zwischen Organisationsstrukturen der Einrichtung, Pflegepersonalmangel und den Bedürfnissen von

überwiegend hochbetagten und multimorbiden Pflegeheimbewohnern/innen. In der Pflegepraxis häufig anzutreffende Mängel, wie unflexible zeitliche Abläufe der Versorgung, fehlende Zuwendung und soziale Einbindung oder mangelhafte medizinische Versorgung, beeinträchtigen die Gesundheit, Lebensqualität und selbstbestimmte Teilhabe der Bewohner/innen. Brucker erläuterte die rechtlichen Hintergründe im Hinblick auf unsachgemäße Medikamentenversorgung, die unter Umständen den Tatbestand der Freiheitsentziehung durch Medikation erfüllt. Solche Maßnahmen erfolgen überwiegend aufgrund des „Leidensdrucks“ des Umfelds und nicht der Betroffenen. Er verwies auf das Konzept „Werdenfelser Weg“, ein verfahrensrechtlicher Ansatz im Rahmen des Betreuungsrechts, um die Anwendung von Fixierungen und freiheitseinschränkende Maßnahmen (einschl. Medikamenteneinsatz) in Pflegeeinrichtungen zu reduzieren. Dieses Konzept dient über das gerichtliche Verfahren hinaus auch dem Bewusstseinswandel der beteiligten Professionen zum Umgang mit der eigenen Verantwortung.

Zum Abbau der Missstände seien ein quantitativ und qualitativ angemessener Pflegepersonaleinsatz in den Pflegeeinrichtungen, ergänzt durch bedarfsgerechte medizinische, psychosoziale und rehabilitative Leistungen erforderlich.

### **Wie gelingt die Sicherung von Selbstbestimmung und Teilhabe im Pflegeheim?**

Die Ergebnisse des BMG-Forschungsprojekts (2018) belegen für 22 % der Pflegeheimbewohner/innen einen Rehabilitationsbedarf. Bei rund 80 % der Fälle kann dieser unter Berücksichtigung der Wünsche der Betroffenen nur durch mobile Rehabilitation im Lebensumfeld der Betroffenen gedeckt werden. Dr. Martin Warnach erläuterte in seinem Beitrag, inwieweit Mobile Rehabilitation im Hinblick auf Selbstbestimmung und Teilhabe unter Heimbedingungen tatsächlich wirksam sein kann.

Teilhäbeförderung versteht sich als ein multidisziplinärer Prozess, in dessen Rahmen durch MoRe – als zeitlich befristete Maßnahme – Verbesserungen der Körperfunktionen erreicht werden können und individuelle Teilhabeziele angebahnt werden. Zur Realisierung der Teilhabeziele müssen jedoch Möglichkeiten im Lebensumfeld, d. h. im Pflegeheim, geschaffen werden. Die Wirkung einer MoRe-Maßnahme wird also ganz entscheidend beeinflusst von der Zusammenarbeit mit der Pflege bzw. dem Pflegeheim, der Umsetzung von Teilhabesicherungskonzepten sowie der Unterstützung der Teilhabeziele in der Pflege und der Unterstützung durch Angehörige. Die vielfach in Pflegeheimen organisierten Beschäftigungsangebote werden dem Anspruch auf individuelle, selbstbestimmte Teilhabe meist nicht gerecht.

Die Heilmittelerbringung durch Therapeuten in Pflegeeinrichtungen und eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung sollten als Teil der Teilhabesicherung und nicht isoliert als Einzelmaßnahme bzw. als rein symptomatische Behandlung stattfinden.

Er forderte, stationäre Pflegeheimkonzepte weiterzuentwickeln und dabei die Teilhabeansprüche der Bewohner/innen (lebenswerte, teilhabefördernde Lebenswelt) konsequent in den Mittelpunkt zu stellen. Dafür sind auch die Kommunen und die Angehörigen in die Verantwortung zu nehmen. Mancherorts haben sich Heimträger auf den Weg gemacht, die Heimstrukturen und -abläufe konsequent zu verändern, um dem Anspruch auf selbstbestimmte Teilhabe pflegebedürftiger Menschen gerecht zu werden. Als Beispiel dafür nannte er die Bremer Heimstiftung, die für ihre innovativen teilhabeorientierten Wohn- und Pflegekonzepte mit der [Kurt-Alphons-Jochheim-Medaille der DVfR](#) ausgezeichnet wurde.

## **Teilhabesicherungskonzepte: Ein Praxismodell für die Mobile Rehabilitation**

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann stellte Teilhabesicherungskonzepte (TSK) als ein praxistaugliches Denkmodell und als Instrument zur Planung und Durchführung der Mobilen Rehabilitation vor, welches dem Evaluationskonzept der BMG-Studie (2018) zugrunde liegt. Das TSK-Modell führt individuelle Wünsche der Betroffenen, gemeinsam mit Experten festgelegte Teilhabeziele und Strategien zur interdisziplinären Zielerreichung zusammen. Die Bereiche, in denen individuelle Aktivitäten und Teilhabe in der gewohnten Umgebung ermöglicht und gefördert werden sollen, wurden dabei aus einem Katalog von 27 TSK ausgewählt. Schmidt-Ohlemann stellte exemplarisch einige TSK vor und erläuterte die erforderlichen Umsetzungsschritte.

Pflegeheimbewohner/innen wünschten sich am häufigsten eine Unterstützung in den TSK-Bereichen Mobilität, Lokomotion, Transfer. Die Forschungsergebnisse zur Zielerreichung bei den TSK belegen, dass Mobile Rehabilitation die Teilhabe wesentlich fördert. Bemerkenswert ist dabei, dass MoRe die pflegebedürftigen Rehabilitanden/innen ermutigt, eigene Rehaziele (TSK) (wieder) zu entdecken und zu entwickeln, die sie sich vor einer Rehabilitation nicht zugetraut haben.

TSK sind zugleich eine gute Grundlage für die unverzichtbare interdisziplinäre Zusammenarbeit von Betroffenen, Reha-Team, Pflege-Team, Angehörigen und Bezugspersonen. Da Erfahrungen und Kompetenzen für die Nutzung von TSK in der Pflege wenig vorhanden sind, ist es die Aufgabe des MoRe-Teams, diese bekannt zu machen und deren erfolgreiche Anwendung aufzuzeigen. MoRe-Teams unterstützen dadurch die Pflegepraxis bei der Verwirklichung von Teilhabezielen bzw. der Implementierung von Teilhabekonzepten.

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass flächendeckende MoRe-Angebote zugleich innovative, teilhabeorientierte Entwicklungsansätze in Pflegeheime hineinbringen können und somit ganz wesentlich zur Bewältigung der Herausforderungen der Pflege in den kommenden Jahren beitragen.

## **Mobile Rehabilitation verbessert die Teilhabe von Pflegeheimbewohner/innen**

Dr. Rudolf Siegert, Mobile Rehabilitation Bremen GmbH, erläuterte die Ergebnisse der vergleichenden Verlaufsstudie von Personengruppen aus Pflegeeinrichtungen, die MoRe-Leistungen erhielten bzw. nicht in Anspruch nahmen. Als Ergebnisgrößen wurden medizinische Ziele, Aktivitäten, Teilhabe und Lebenszufriedenheit bewertet. Es zeigte sich, dass im Bereich der medizinischen Ziele die MoRe-Maßnahme auf die Medikamentengabe, Schmerzlinderung, Vigilanz (Wachheit, Aufmerksamkeit) und Unternehmenslust positiv Einfluss nahm. Zwei von drei Rehabilitanden/innen konnten persönliche Teilhabeziele zum Ausdruck bringen und Kontextfaktoren für die Aktivierung der Teilhabe benennen, die jeweils im Rahmen der Rehabilitation angegangen wurden. Die Ergebnisse belegen, dass MoRe die Erreichung der Teilhabeziele (TSK) sowie die Ressourcenaktivierung (Kontext) wesentlich unterstützt und die Lebenszufriedenheit stärkt.

## **Aus den Arbeitsgruppen: Wie müssen Reha und Pflege ineinandergreifen?**

In zwei Arbeitsgruppen wurde erörtert, welche Rolle die Reha-Pflegefachkraft im MoRe-Team übernimmt (AG 1) und wie die Reha- und Pflege-Planung für die multiprofessionelle Teilhabeförderung ineinandergreifen müssen (AG 2).

Arbeitsgruppe 1 „Rolle der Pflege in der MoRe“ (Leitung: Dr. Martin Warnach, Carola Schweizer):  
Herausgearbeitet wurde die eigenständige Rolle der Reha-Pflege im MoRe-Team. Die Pflegekraft hat im Team den ganzheitlichen Blick und übernimmt Aufgaben außerhalb der therapeutischen Intervention als Informationsmittler und Bindeglied an Schnittstellen sowie Steuerungsfunktionen

innerhalb der Maßnahme. Darüber hinaus obliegen ihr die Unterstützung bei pflegerischen Herausforderungen, wie z.B. die Dekubitusprophylaxe bzw. -behandlung, das Ernährungskonzept u.a.

Arbeitsgruppe 2 „Teilhabeoptimierung im multiprofessionellen Team“ (Leitung: Dr. Marion Pflug, Heike Gatzke): Bereits seit 2007 ist die Möglichkeit der Rehabilitation in Pflegeeinrichtungen gesetzlich verankert. Nun wurde auch im Rahmen des BMG-Forschungsprojekts untersucht, wie die Kooperation zwischen Reha-Team und Pflegeeinrichtung gelingen kann. Für die optimierte Teilhabeförderung wurden Hindernisse und Förderfaktoren analysiert und Empfehlungen formuliert, die Heike Gatzke vorstellte. Klar wurde: Die Pflegekräfte der Heimeinrichtung haben eine Schlüsselrolle beim Zugang zu MoRe, bei der Durchführung einer Reha-Maßnahme und zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Reha-Maßnahme. Die Arbeitsgruppe diskutierte über die Umsetzbarkeit der Empfehlungen der Studie, dabei wurden u. a. folgende Aspekte thematisiert:

Reha-Antrag: Neben dem Arzt/der Ärztin können auch Pflegefachkräfte, Therapeuten oder auch Laien, d. h. Patienten oder Bezugspersonen, einen Reha-Bedarf erkennen. Die Betroffenen selbst können einen Reha-Antrag stellen. Diese Information war für viele Teilnehmende neu. Insgesamt besteht viel Aufklärungsbedarf über Rehabilitation bei Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten sowie den Betroffenen und Angehörigen.

Bei Ablehnung eines Reha-Antrags durch die Krankenkasse sollte die Mühe des Widerspruchs nicht gescheut werden, denn oft führt ein Widerspruch zum Erfolg.

Motivation stärken und Zusammenarbeit organisieren: Zu empfehlen ist eine Befragung aller neueinziehenden Heimbewohner/innen zu ihren Teilhabewünschen und Unterstützungsbedarfen. Ein Screening im Hinblick auf einen möglichen Rehabedarf erscheint notwendig. Dies ist eine sinnvolle und zugleich wertschätzende Maßnahme des Heims gegenüber den Betroffenen und ihren Angehörigen. Eine gute Zusammenarbeit zwischen MoRe-Team und Heimpflege setzt gemeinsame Ziele und gemeinsames Handeln voraus, z. B. durch strukturierte Kommunikation (u.a. Fallgespräche) und Wissensaustausch. Gerade unter dem Gesichtspunkt, dass MoRe eine zeitlich begrenzte Maßnahme ist, kann nur gute Pflege im Heim die selbstbestimmte Teilhabe und Lebensqualität nachhaltig sichern. Die Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen sollte selbstverständlich sein.

Herausforderungen für die Pflege: Die Umsetzung der Empfehlungen der Studie bringt für die Pflegeeinrichtungen enorme Herausforderungen mit sich. Der Mangel an Pflegefachkräften, an Zeit, Befähigung und Qualifizierung und die knappen Personalressourcen in den Heimen sind große Hemmnisse. Pflegeheimleitungen können die Teilhabeförderung unterstützen, indem sie die Teamzusammenarbeit zwischen Reha-Team, Pflegeheim, Therapeuten und Angehörigen u.a. in einem lernenden Prozess organisieren. Es hat sich bewährt, dafür einen Reha-Casemanager einzusetzen.

### **Abschlussdiskussion: Perspektiven für die Pflege(heime), Selbstbestimmung, Teilhabe und Rehabilitation**

Teilnehmer/innen der von Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann moderierten Abschlussdiskussion des Symposiums waren Dr. Martin Warnach, Carola Schweizer, Dr. Marion Pflug, Heike Gatzke, Dr. Tomas Steffens und Prof. Johann Behrens.

Übereinstimmend bewerteten die Diskussionsteilnehmer/innen die Forschungsergebnisse der BMG-Studie: Mobile Rehabilitation in Pflegeheimen hat sich als Türöffner für die Teilhabe bewährt. Jedoch trat im Verlauf der Studie ein grundsätzliches Problem der Pflegeeinrichtungen zutage: Pflegeheime

sind ganz überwiegend geschlossene Institutionen (soziologisch: „Totale Institution“) mit pflegeorientierten Organisationsstrukturen und vereinheitlichten Arbeitsabläufen. Dies entspricht weitgehend nicht den Bedürfnissen der Bewohner/innen nach selbstbestimmtem Wohnen (mit den dazu notwendigen unterstützenden Dienstleistungen) und Teilhabe. So wie Pflegeheime derzeit konzipiert sind, stößt Mobile Rehabilitation an Grenzen, da sie auf ein unterstützendes soziales Umfeld zur Realisierung der selbstbestimmten Teilhabe angewiesen ist.

Diskutiert wurden Ansatzpunkte für Veränderungen in Pflegeeinrichtungen, um Teilhabe zu ermöglichen. Erforderlich sind veränderte Organisationsstrukturen und der Arbeitsabläufe sowie die Änderung der Einstellung. Pflegebedürftige Menschen dürfen nicht auf ihren Pflegebedarf und Patientenstatus reduziert werden (Zustand "extremer Infantilisierung", Rhode 1973). Sie sind Bewohner der Pflegeeinrichtung mit Hilfe- und Teilhabebedarf. Daher sollte es die Aufgabe der Pflegeheime sein, lebenswerte Wohnwelten mit Möglichkeiten zur selbstbestimmten Teilhabe zu schaffen, z. B. durch Trennung von Wohnen und Pflege. Gute Beispiele wie die Bremer Heimstiftung sollten Nachahmer finden.

Im Sinne eines Verantwortungsmix sollten auch die Angehörigen für Teilhabebelange verantwortlich nach ihren Möglichkeiten und Wünschen eingebunden sein, deshalb sollten die Erwartungen an Angehörige und ihre möglichen Handlungsoptionen in den Heimkonzepten verankert werden.

Für den besseren Zugang zur Rehabilitation ist es erforderlich, das Reha-Antragsverfahren zu vereinfachen. Auch ist grundsätzlich ist eine stärkere Professionalisierung und Qualifizierung der Pflege im Hinblick auf Rehabilitation und Teilhabe zu fordern. Hingewiesen wurde zudem auf den „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach §5 SGBXI“ (GKV-Spitzenverband, 2018), der Ansatzpunkte für Verbesserung der Pflegesituation enthält.

Zum Abschluss des Symposiums dankte Dr. Schmidt-Ohlemann den Referentinnen und Referenten. Mit ihren interessanten Beiträgen trugen sie wesentlich dazu bei, die komplexen Fragestellungen und Ergebnisse des BMG-Forschungsprojekts im Hinblick auf ihre praktische Bedeutung und ihre Umsetzung transparent zu machen. Den Teilnehmenden dankte er für die lebhaftige Diskussion. Er schloss das Symposium mit dem Wunsch nach viel Unterstützung bei der Teilhabeförderung in Pflegeheimen und dem Ausbau von MoRe-Angeboten, damit dieses Leistungsangebot überall bedarfsgerecht zur Verfügung steht.

### **Ergebnisse des Symposiums – Was ist zu tun?**

Die Ergebnisse des Symposiums lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die Mobile Rehabilitation trägt zur Förderung der selbstbestimmten Teilhabe pflegebedürftiger Menschen, auch im Pflegeheim, bei. Dies gelingt umso besser, wenn fördernde Umfeldbedingungen (Kontextfaktoren) vorhanden sind. Besonders nachhaltig wirksam ist Mobile Rehabilitation, wenn Reha-Team, Pflegekräfte und Heimstrukturen, Angehörige und Bezugspersonen zusammenwirken und der Zugriff auf sozialräumliche Angebote ermöglicht wird.

Aufgabe der Pflegeheime ist es, ein teilhabeunterstützendes Umfeld zu bieten und sicherzustellen, dass Bewohner/innen die Entscheidungshoheit über ihre Angelegenheiten im Sinne der Selbstbestimmung behalten und ihre individuellen Teilhabewünsche artikulieren und umsetzen können. Darauf bezogen sollten die Strukturen und Prozessabläufe in der Einrichtung organisiert werden. Teilhabemöglichkeiten können z. B. durch Einbindung in den Sozialraum, Trennung von Wohnen, Pflege und Service sowie durch Einbindung von sozialen Kontakten (Angehörige, Ehrenamtler) geschaffen werden.

### Mobile Rehabilitation im Pflegeheim

- fördert die Gesundheit und Aktivitäten der Rehabilitanden/innen, eröffnet Perspektiven für Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebenszufriedenheit
- erweitert den Horizont der Pflegekräfte auf die Belange der selbstbestimmten Teilhabe der Pflegeheimbewohner/innen
- erhöht die Kompetenzen der Pflegeeinrichtungen zur Ermöglichung von Teilhabe (Anleitung, Wissenstransfer)
- benötigt fördernde Umfeldbedingungen, die Teilhabe im Alltag umsetzen und nachhaltig sichern
- erfordert die organisierte Zusammenarbeit mit den Pflegeeinrichtungen, z. B. durch Reha-Casemanager der Einrichtung

Die demographische Entwicklung mit stark zunehmender Zahl pflegebedürftiger Menschen und Mangel an Pflegefachkräften stellt eine große Herausforderung dar, für die Lösungen notwendig sind. Die Verbesserung der Rehabilitation pflegebedürftiger Menschen, auch in Pflegeeinrichtungen, durch Mobile Rehabilitation ist dafür ein zielführender Ansatz.