



## 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.

## Empfehlungen 1

*„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.

## Empfehlungen 2

### *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.

## Empfehlungen 3

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“*