

Teilhablesicherungskonzepte: Ein praktisches Konzept für die Planung und Durchführung der (Mobilen) Rehabilitation

Matthias Schmidt-Ohlemann

Vortrag auf dem Symposium

Teilhabe Pflege(n) –Wege zur Selbstbestimmung und Teilhabe im Pflegeheim

Freitag, 25. Januar 2019, 10.00 –16.00 Uhr

Unter Einbeziehung von Ergebnissen
des Forschungsvorhabens zur Mobilen
Geriatrische Rehabilitation (MoGeRe)

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Teilhabe bei Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen

- Teilhabe wird definiert als Einbezogensein in eine Lebenssituation.
- Teilhabe meint im umfassenden Sinne die Möglichkeit des Individuums, in der Gesellschaft als deren Teil und als Subjekt zu handeln, d.h. die ihm wichtigen und von seinem Umfeld erwarteten Rollen, Aufgaben, Funktionen und Aktivitäten in einer Gesellschaft auszuüben bzw. dazu befähigt und in die Lage versetzt zu sein.
- Dazu gehört auch das Gefühl, d.h. die subjektive Realisierung, tatsächlich einbezogen zu sein („enhanced sense of belonging“)
- Teilhaben kann ein Mensch dann, wenn er zu solchen Aktivitäten befähigt ist, die er sich auf der Basis der eigenen Lebensgeschichte und unter je konkreten Lebensbedingungen in seinem persönlichen Lebensführungskonzept konkret vorstellen und mehr oder weniger praktisch umsetzen kann.
- Dabei bedarf es eines eigenen und im Falle erworbener Schädigungen eines neuen Konzeptes der Lebensführung im Pflegeheim, einer völlig neuen, oft ungeliebten biographischen Situation. In der Sprache der ICF: Vollständige Variation der Kontextfaktoren.
- Jeder Mensch kann teilhaben, unabhängig von der Schwere seiner Beeinträchtigungen!
- Teilhabechancen sind grundsätzlich nicht an Selbständigkeit gebunden. In einer stationären Einrichtung mit begrenzten Ressourcen hängt Teilhabe aber wesentlich davon ab (oder von den Angehörigen, also externen Ressourcen).

Teilhabe im Heim?

Im Heim kann das bedeuten:

- Selbstbestimmung und Selbstständigkeit bei der unmittelbaren Lebensführung und Selbstversorgung
- Aktive Rolle bei der Pflege, Achtsamkeit unter Verwirklichung der Wünsche des bewohners
- Kommunikation und soziale Beziehungen zu Pflegepersonal (Betreuungskräften), Mitbewohnern
- Eingebundensein und aktive Nutzung der medial vermittelten Sozialen Netzwerke/Kommunikation, einschl. Funk und Fernsehen, Telefonie, SMS/Whatsapp/Skype etc.
- Besuche und Kontakt mit Familie und Freunden im Heim
- Aktivitäten außerhalb des Heimes: Einkaufen, Frisör, Café, Kino usw.
- Besuche in der Familie, bei Freunden
- Auch: Aktivitäten zur Förderung von Gesundheit und Bewältigung von Krankheiten: Teilhabe am Gesundheitssystem

Methodisch wurden 3 Zugänge gewählt:

1. Individuelle Teilhabeziele,
2. Auswahl von Teilhabesicherungskonzepten
3. Verbesserung der Kontextfaktoren

Teilhablesicherungskonzepte – Bewältigung von Problemhaushalten

- Die Personengruppe von Menschen mit Behinderung bzw. Pflegebedarf, die innerhalb oder außerhalb von Einrichtungen lebt und wegen ihrer Behinderung Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege benötigt, zeichnet sich durch einige allgemeine Charakteristika aus, die für verschiedene Behinderungs- und auch Krankheitsgruppen der verschiedenen Organsysteme gemeinsam zutreffen.
- Dies gilt analog auch für geriatrische Patienten bzw. Klienten.
- Sie hat einen gemeinsamen „Problemhaushalt“, also eine individuell bestimmbare Menge relevanter Probleme im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe, die durch angemessene Maßnahmen, insbesondere der persönlichen Förderung, der Beeinflussung der Kontextfaktoren, der Rehabilitation und der Behandlung positiv beeinflusst werden können.
- Diese Maßnahmen lassen sich in problembezogene Teilhablesicherungskonzepte zusammenfassen.
- Sie wurden ursprünglich im Rehasentrum Bethesda (RZB) der Stiftung kreuznacher diakonie, einer Einrichtung der Eingliederungshilfe für körperbehinderte Menschen für die konkrete Teilhabe und Rehaplanung durch Rehascouts entwickelt, um die Teilhabemöglichkeiten zu sichern bzw. zu erweitern.
- Sie wurden dann für die Mobile Rehabilitation adaptiert, da sich zeigte, dass die häusliche Situation Pflegebedürftiger durchaus mit denen von Bewohnern des RZB vergleichbar war.
- Sie wurden für die Studie nochmals angepasst und weiter operationalisiert.

Teilhabsicherung für Menschen mit schweren Behinderungen – Optionen für Inklusion: Umsetzung durch Teilhabesicherungskonzepte

- **Teilhabsicherungskonzepte (TSK)** gehen von Wünschen und selbstgesetzten und mit Experten gemeinsam festgelegten Zielen aus.
- TSK integrieren Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge, der Behandlung, der Rehabilitation und der Förderung der Teilhabe problembezogen im je konkreten Lebenskontext.
- TSK stellen **Bündel von problembezogenen Strategien zur Erreichung dieser Ziele** dar, indem sie Maßnahmen zur Problemlösung und zu Bewältigungs-, Behandlungs- und Rehamöglichkeiten konzeptionell, praktisch im jeweiligen Kontext umsetzbar und leistungsrechtlich realisierbar bereitstellen, damit eine möglichst optimale Teilhabe und Inklusion erreicht wird und der Betroffene in seinen Entscheidungen so frei wie möglich wird.
- Der Katalog von 27 Teilhabesicherungskonzepten für Menschen mit schweren, in der Regel mehrfachen Behinderungen bzw. Pflegebedarf erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, umfasst jedoch die wesentlichen identifizierten Problemkomplexe.
- **Teilhabsicherungskonzepte (TSK) erfordern ein interdisziplinäres Herangehen!**

Teilhablesicherungskonzepte (TSK)

Bereiche, in denen möglichst umfangreich Aktivitäten und Teilhabe in der gewohnten Umgebung ermöglicht, gefördert bzw. gesichert werden sollen (Aufzählung ist exemplarisch):

1. Ermöglichung des ggf. **mehrständigen Sitzens** im Sinne der Teilhabe am Leben im konkreten Wohnumfeld, ggf. mit in der Häuslichkeit benutzbaren und akzeptierten Hilfsmitteln
2. Ermöglichung von Sitz, Mobilität und Pflege durch an die Wohnumgebung und die Assistenzpersonen **angepasste Transfertechniken bzw. Hilfsmittel**
3. Ermöglichung von **Kommunikation** durch Verwendung von im konkreten persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld angepassten, erprobten und akzeptierten Kommunikationsstrategien und Kommunikationshilfsmitteln bei eingeschränkter expressiver und rezeptiver Sprache
4. Ermöglichung der im sozialen Kontext akzeptierten **Ernährung bei orofazialer Dysfunktion** unter Förderung der Kompetenzen des sozialen Umfeldes bei Zubereitung und Nahrungsaufnahme (Schlucktraining) ggf. einschließlich der Akzeptanz veränderter Essensgewohnheiten
5. Bewältigung der **Inkontinenz** mit dem Ziel der (ggf. relativen) Kontinenz einschließlich Hilfsmittel, Management, Toilettengang und Toilettentraining im häuslichen Umfeld
6. Optimierte **Lokomotion**, d.h. eigenständige Beweglichkeit ggf. mit Hilfsmitteln zur Lagerung und Bewegung von Ort zu Ort einschließlich Anleitung zur Eigenübung, Kontrollkompetenz

Beispiel Teilhabesicherungskonzept Sitzen

Teilhabesicherungskonzept „Sitzen über 4-6 Stunden“

Die Umsetzung bedeutet individuell abwandelbar die Bewältigung einer Vielzahl von Problemen:

- Die Sitzposition wird so gewählt und die Sitzschale/der Sitz sind so gestaltet, dass **keine Schmerzen** entstehen.
- Schmerzursachen werden operativ beseitigt oder Schmerzen werden im Rahmen professioneller Schmerztherapie medikamentös oder mittels anderer, z. B. physikalischer Maßnahmen gelindert, damit das Sitzen möglich wird.
- Der **Kreislauf** wird durch regelmäßiges Training und ggf. Medikamente stabilisiert.
- Der Sitz ist so gestaltet, dass **eine stabile Haltung einschließlich Kopfkontrolle** gewährleistet ist. Störende Spastik und Dystonie werden inhibiert.
- **Kontrakturen** und Bewegungseinschränkungen werden so behandelt bzw. berücksichtigt, dass das Sitzen über längere Zeit möglich ist.
- Sitz und Sitzposition sind so gewählt, dass einem **Dekubitus** vorgebeugt wird.
- Durch die Positionierung während des Sitzens werden **fein- und grobmotorische Aktivitäten** ermöglicht und ggf. **facilitiert (Bobath-Konzept)**.

→ **Durch dieses TSK konnten im RZB sämtliche bettlägerigen „Pflegefälle“ vermieden werden. Dies lässt sich auf die meisten Bewohner von Pflegeheimen übertragen**

Teilhabe ermöglichende Lokomotion – hier Transfer

Transfer über den Stand durch eine vertraute Person = Voraussetzung ubiquitärer Transfermöglichkeit = Voraussetzung für Teilhabe.

Problemlösungsbedarfe/ -möglichkeiten dazu u.a.

- Schuhe/Socken/Fußbelastung
- Bewältigung von Angst
- Kinästhetik
- Ausreichende Streckfähigkeit der Knie- und Hüftgelenke
- Ergonomie der Hilfsmittel (Bett, Rollstuhl etc.)
- Einfache Transferhilfsmittel: Rutschbrett, Tücher, Turner, Lifter etc.
- Spezielles, individuelles Lifdertuch, dass ggf. im Sitz verbeiben kann
- Sturzprophylaxe /Sicherheit
- Ggf. OP zur Herstellung der Transferfähigkeit bei Kontraturen
- Behandlung der Spastik mittels Botulinumtoxin
- KG nach Bobath

Erreichbares Ziel ist (fast) immer: Transfer durch eine Person!!

Da 2 Personen in der Regel nicht verfügbar sind, ist dies die Voraussetzung für die Mobilität und damit die Teilhabe!!

Dieses Ziel ist auch zu Hause in der Regel erreichbar!

Teilhabesicherungskonzept Inklusion durch Kommunikation

- Ermöglichung, Verbesserung der sprachlichen Kommunikation, z. B. durch Logopädie
- Aber: Auch für jeden nichtsprechenden Menschen kann eine Kommunikationsstrategie entwickelt werden, die dem Betroffenen aktive, eindeutige, differenzierte und personenunabhängige, verständliche Äußerungen gestattet.
- Dazu gehört obligatorisch die Umsetzung des Konzeptes der Unterstützten Kommunikation (UK), z.B.:
 - Systematische Nutzung von Mimik, Gebärden, also körpernaher Kommunikationsmittel
 - Nichttechnische Kommunikationshilfsmittel
 - Technische Kommunikationshilfsmittel
 - Herstellung geeigneter Kommunikationssituationen
 - Basale Stimulation und Kommunikation für Schwerstbehinderte
 - Anpassung und Entwicklung unter Einbezug des gesamten sozialen Umfeldes
- Zentraler Bestandteil sind Ansteuerungskonzepte: Taster, Signalgeber, auch Softwareanpassungen usw.
- Dadurch Ermöglichung der Nutzung sozialer Netzwerke und der Kulturtechniken sowie der Umweltkontrolle: Licht, Fenster, Fernseher, Radio, Notfallsignal usw.
- Auch mit schwerstbehinderten Menschen kann man kommunizieren – auf Ihre Art: Über den Körper, achtsamen Umgang, empathische Beobachtung und körperliches Fühlen. Das gilt auch für alte Menschen, vgl. Bienstein/Fröhlich: „Basale Kommunikation in der Pflege“.

Teilhablesicherungskonzepte (TSK) 1-3

Bereiche, in denen möglichst umfangreich Aktivitäten und Teilhabe in der gewohnten Umgebung ermöglicht, gefördert bzw. gesichert werden sollen (Aufzählung ist exemplarisch):

1. Ermöglichung des ggf. **mehrständigen Sitzens** im Sinne der Teilhabe am Leben im konkreten Wohnumfeld, ggf. mit in der Häuslichkeit benutzbaren und akzeptierten Hilfsmitteln
2. Ermöglichung von Sitz, Mobilität und Pflege durch an die Wohnumgebung und die Assistenzpersonen **angepasste Transfertechniken bzw. Hilfsmittel**
3. Ermöglichung von **Kommunikation** durch Verwendung von im konkreten persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld angepassten, erprobten und akzeptierten Kommunikationsstrategien und Kommunikationshilfsmitteln bei eingeschränkter expressiver und rezeptiver Sprache
4. Ermöglichung der im sozialen Kontext akzeptierten **Ernährung bei orofazialer Dysfunktion** unter Förderung der Kompetenzen des sozialen Umfeldes bei Zubereitung und Nahrungsaufnahme (Schlucktraining) ggf. einschließlich der Akzeptanz veränderter Essensgewohnheiten
5. Bewältigung der **Inkontinenz** mit dem Ziel der (ggf. relativen) Kontinenz einschließlich Hilfsmittel, Management, Toilettengang und Toilettentraining im häuslichen Umfeld
6. Optimierte Lokomotion, d.h. eigenständige Beweglichkeit ggf. mit Hilfsmitteln zur Lagerung und Bewegung von Ort zu Ort einschließlich Anleitung zur Eigenübung, Kontrollkompetenz
7. Sicherstellung der Mobilität in Wohnung, Nachbarschaft, naher Stadt und Fernbereich
8. Sonstige Aktivitäten des täglichen Lebens (selbstständig, mit Hilfe, mit Hilfsmitteln, ggf. Kontrollkompetenz, im konkreten Kontext)

9. Strategien zur Bewältigung eingeschränkter Sinnesfunktionen, u. a. zur Orientierung, Kommunikation, Kulturtechniken, soziale Teilhabe, ggf. mit Hilfsmitteln
10. Förderung der Belastbarkeit und Handlungskompetenz im konkreten, individuellen Alltagsleben, insbesondere der Handlungsplanung, der Ausführungskontrolle, der Verantwortlichkeit und der Selbstständigkeit im eigenen häuslichen Umfeld
11. Optimierung der Möglichkeiten der Steuerung (Hilfsmittel) mit dem Ziel der Umfeldkontrolle
12. Ermöglichung des Lernens, der Wissensanwendung und Förderung der kognitiven Funktionen einschließlich Gedächtnis, Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit etc. speziell im Hinblick auf die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge im häuslichen Umfeld
13. Ermöglichung eines selbstgesteuerten Schmerzmanagements unter häuslichen Bedingungen
14. Bewältigung psychischer Probleme, Erkennung, Behandlung, Bewältigung psychiatrischer oder psychosomatischer Komorbiditäten, insbesondere im sozialen Kontext
15. Bewältigung von Atmungsproblemen, u. a. bei Schluckstörungen, rez. Infekten, COPD, Unterbeatmung, Sauerstoffgabe, intermittierende oder dauerhafte Beatmung in häuslicher Umgebung
16. Vermeidung und Bewältigung von Hautschäden (z. B. Dekubitus, Infektionen) im alltäglichen Leben unter Beibehaltung möglichst hoher Mobilität und Teilhabe einschließlich der Hilfsmittelnutzung im Wohnumfeld
17. Praktische Ermöglichung und Förderung der Ausübung von Kulturtechniken im Alltag
18. Ermöglichung relevanter Beschäftigung im Alltag einschließlich solcher Aktivitäten, die dem Betroffenen Bedeutung in der sozialen Gemeinschaft geben können

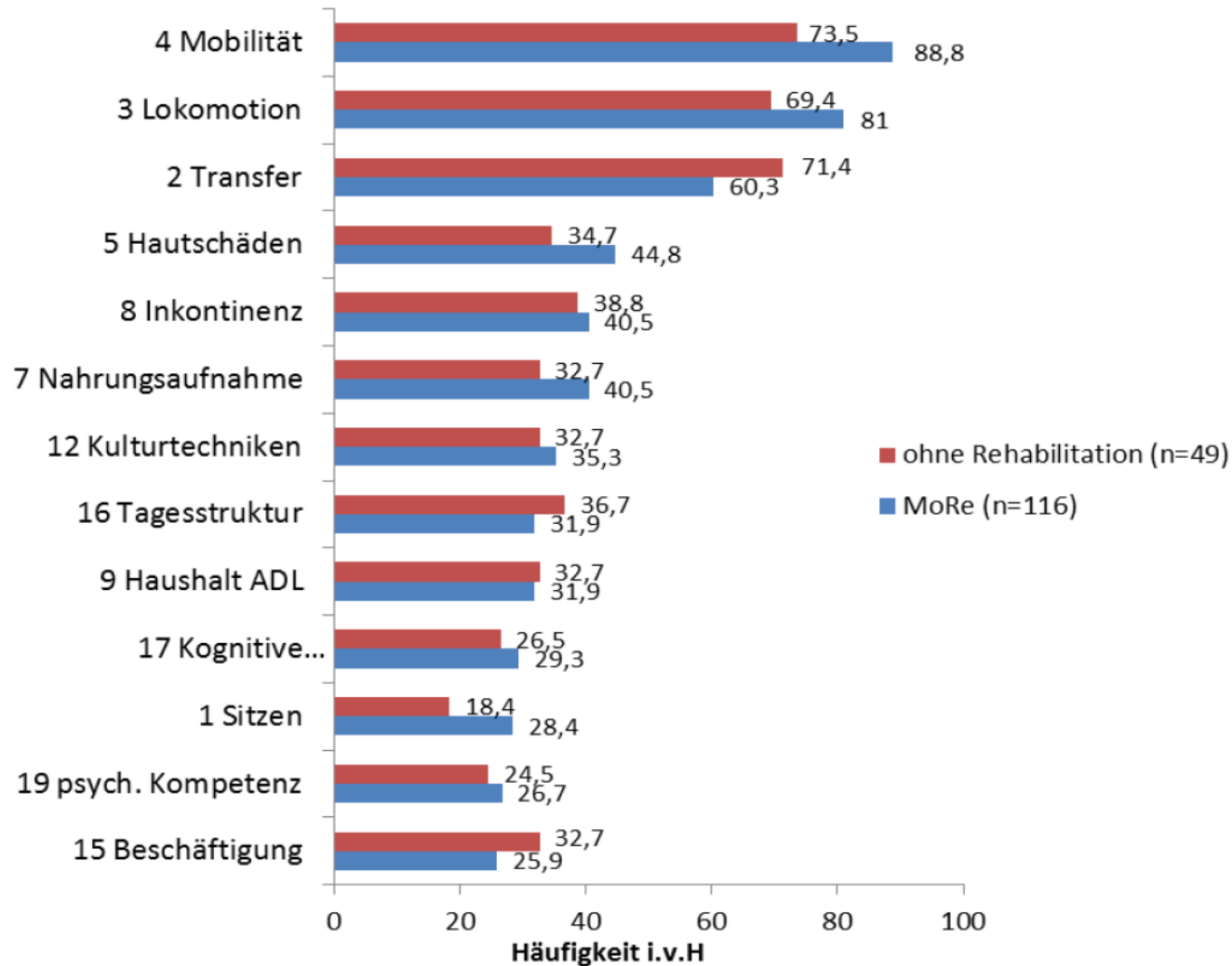
19. Ermöglichung einer Tagesstruktur, ggf. durch Nutzung von Angeboten der Senioren- oder Eingliederungshilfe
20. Förderung und Stabilisierung des sozialen Netzes durch Information, Beratung, Stützung, Beseitigung von Begegnungshindernissen, Erschließung des öffentlichen Raumes (z. B. Gaststätten)
21. Information und Kontakt zu Organisationen der Selbsthilfe, ggf. Selbstorganisation
22. Ermöglichung und Förderung eines fachgerechten, teilhabefördernden medizinischen Managements bei Pflegebedürftigkeit, interkurrenten Erkrankungen oder Komplikationen der Grunderkrankungen in der eigenen Häuslichkeit durch das primäre und sekundäre soziale Netz
23. Ermöglichung und Förderung der Beantragung und Organisation sozialstaatlicher Leistungen unter den konkreten häuslichen Bedingungen u. a. als bedarfsgerechter Hilfemix
24. Stützung und Beratung der Bezugspersonen
25. Förderung des regionalen sozialraumbezogenen sekundären sozialen Netzwerks
26. Ermöglichung von Kontrollkompetenz und Souveränität im Hinblick auf die Gestaltung der Pflegeverrichtungen, die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge, die Zeit und die Assistenz.
27. Förderung, Ermöglichung konstanter persönlicher Beziehungen und eines stabilen, angstfreien, offenen, freundlichen Umfeldes mit verlässlichen Partnern, Bezugspersonen

Schritte der Umsetzung der TSK

1. Identifikation der individuellen Problemlagen (Untersuchung, Befragung, Teambefragung) vor allem Gespräch und Beratung des Pflegebedürftigen: Prozess der Perspektivenwicklung!
 2. Zuordnung zu Teilhabesicherungskonzepten und Beschreibung der notwendigen Strategien sowie der einzelnen Maßnahmen, ggf. zeitlich gestaffelt im Sinne von Arbeitshypothesen
 3. Gemeinsame Planung im interdisziplinären Team, Aufteilung auf die Teammitglieder sowie ggf. Bezugspersonen.
 4. Erste Erprobung der Umsetzung, ggf. Anpassung der Strategien und Maßnahmen
 5. Umsetzung und Training
 6. Rückkopplung mit Betroffenen, Bezugspersonen und Pflegekräften
 7. Anleitung, Schulung, Beschaffung der Hilfsmittel.
 8. Überprüfung: Was ist im Alltag tatsächlich machbar? Was wünscht der Betroffene wirklich?
 9. Überführung in den Pflege-/Assistenzplan. Instruktion aller Akteure
 10. Abschließender Bericht
 11. Optimal: Reevaluation und Anpassung der Strategien, ggf. durch andere therapeutische Fachkräfte, wenn die Rehamaßnahme abgeschlossen ist.
- ➔ 1.-10. ist Aufgabe der Mobilen Rehabilitation, jeweils mit Einbezug der anderen Akteure
 - ➔ Interesse ist meist vorhanden, nicht immer die Umsetzungsbereitschaft, auch auf Grund unzureichender Ressourcen, v.a. aber auch auf Grund von Einstellungen und Routinen sowie der Angewasstheit an die vorhandene Situation: Fehlende Veränderungsbereitschaft: „Zufriedenheit“ ??
 - ➔ Entscheidend ist die Konzeption des Pflegeheimes (bzw. der Familie): Wie teilhabeorientiert ist diese?
 - ➔ Und: Kann auch der Betroffene für sich die Chancen entdecken??

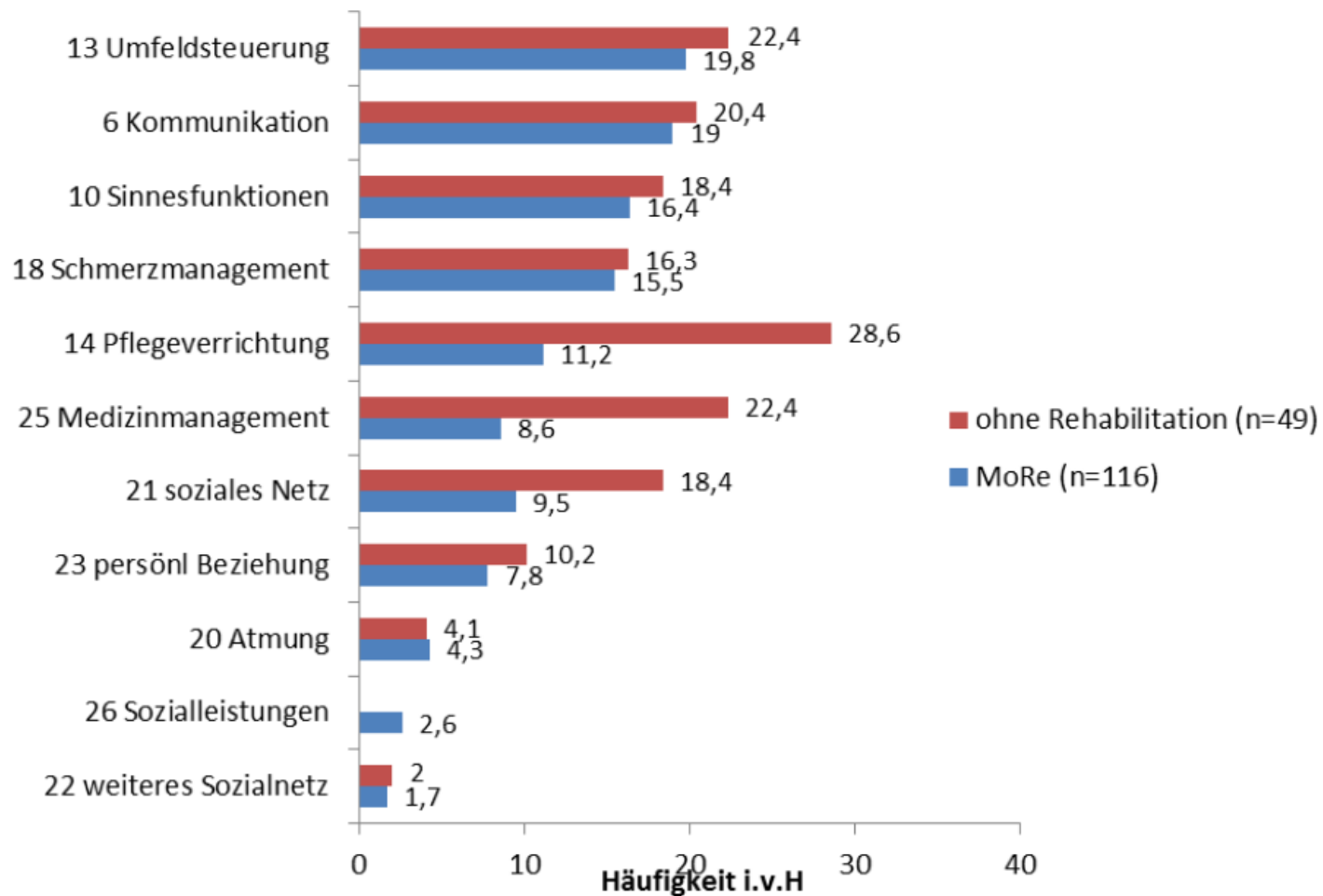
Teilhabesicherungungskonzepte: Wahlhäufigkeit (1)

Im Mittel wurden 6,8 TSK je Person angegeben



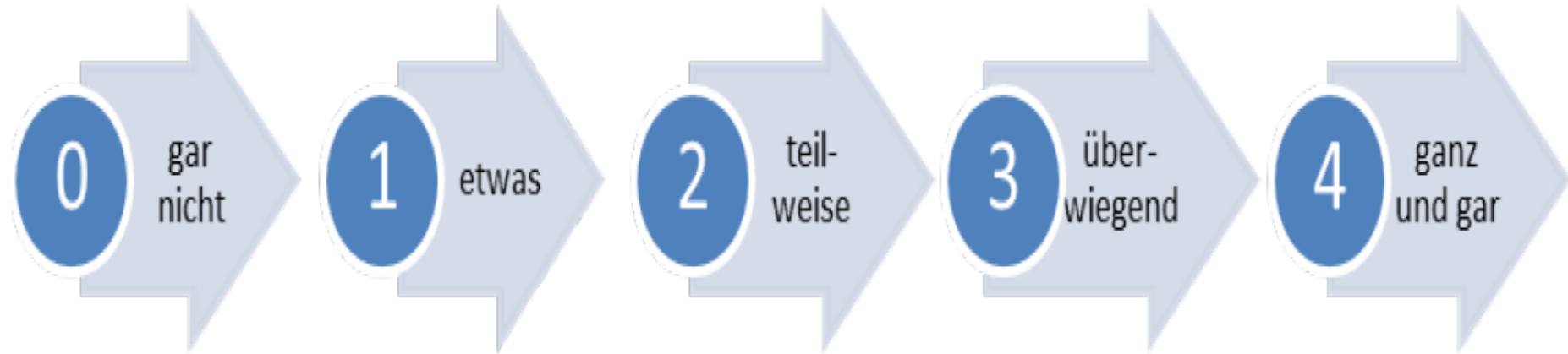
Teilhablesicherungskonzepte: Wahlhäufigkeit (2)

Weniger häufig gewählte Konzepte, teils mit größerer Bedeutung in der Gruppe ohne Rehabilitation



Skalieren der Zielerreichung

Die Zielerreichung wird in 5 Stufen beurteilt



0

bis

100 %

in Prozentwerten ausgedrückt

Teilhabesicherungskonzepte Zielerreichung T1

Nach der mobilen Rehabilitation haben keine Veränderung in Richtung auf das TSK festgestellt:

TSK Nr.	Titel	Ziel gesetzt	nach MoRe „Null“ n=107	
		N	N	%
26	Sozialleistungen	2	0	
22	weiteres soziales Netzwerk	1	0	
16	Tagesstruktur	35	1	2,9
15	Beschäftigung	27	1	3,7
2	Transfer	64	5	7,8
9	Haushalt ADL	34	3	8,8
12	Kulturtechniken	13	4	10,5
19	psychische Kompetenz	28	3	10,7
5	Hautschäden	46	5	10,9
25	Medizinmanagement	9	1	11,1
1	Sitzen	30	4	13,3
18	Schmerzmanagement selbstgesteuert	14	2	14,3
7	Nahrungsaufnahme	42	6	14,3
3	Lokomotion	85	13	15,3
14	Pflegeverrichtung	12	2	16,7
17	Kognitive Funktionen	32	6	18,8
4	Mobilität	95	18	18,9
13	Umfeldsteuerung	21	4	19,0
6	Kommunikation	21	4	19,0
23	persönl Beziehung	7	2	28,6
8	Inkontinenz	41	12	29,3
20	Atmung	3	1	33,3
10	Sinnesfunktionen	19	9	47,4
21	soziales Netz ermöglichen	9	6	66,7

Teilhablesicherungskonzepte Zielerreichung: Auswahl

Im Mittel wurden 6,8 TSK je Klient angegeben

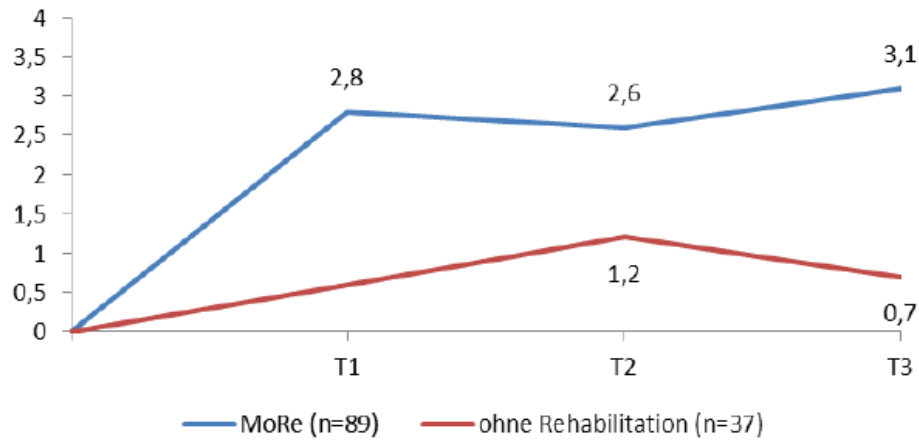
TSK Nr.	Titel	MoRe n=89				ohne Rehabilitation n=37		
		N	T1 Rehaende	T2 3 Monate	T3 6 Monate	N	T2 3 Monate	T3 6 Monate
1	Sitzen	23	2,8 (1,4)	2,6 (1,5)*	3,1 (1,2)	6	1,2 (1,3)	0,7 (1,0)
4	Mobilität	80	2,6 (1,5)	2,6 (1,5)*	2,7 (1,5)	26	1,0 (1,4)	1,3 (1,7)
6	Kommunikation	17	1,8 (1,2)	2,2 (1,2)*	2,8 (1,3)	8	0,9 (1,1)	1,1 (1,3)
7	Nahrungsaufnahme	35	2,4 (1,3)	2,4 (1,6)	2,9 (1,3)	12	2,3 (1,5)	1,9 (1,5)
13	Umfeldsteuerung	17	1,8 (1,5)	2,0 (1,3)*	2,2 (1,5)	8	0,7 (0,9)	1,1 (1,1)
16	Tagesstruktur	31	2,7 (1,0)	2,9 (1,2)*	2,8 (1,4)	16	1,2 (1,2)	0,6 (0,7)
21	soziales Netz	7	0,7 (1,5)	1,9 (1,7)*	1,4 (1,6)	8	0,5 (0,8)	0,4 (0,8)

Soweit nicht anders angegeben werden ausgewiesen: Mittelwert (Standardabweichung)

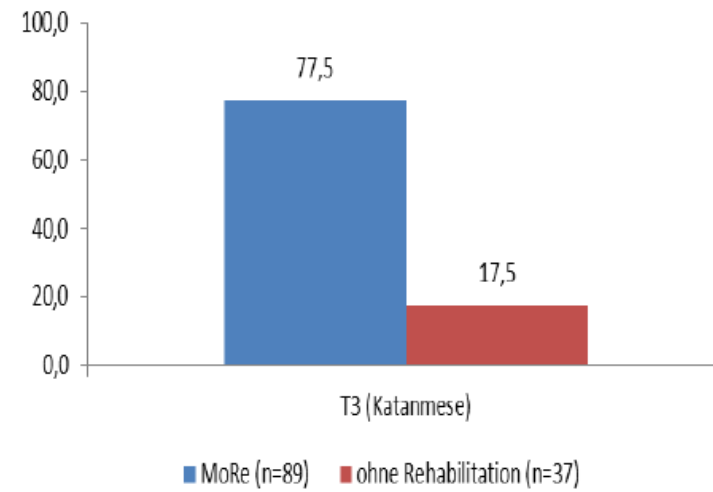
* signifikanter Gruppenunterschied auf dem 5%-Niveau

TSK 1. Sitzen

Zielerreichung Gruppen-Mittelwerte

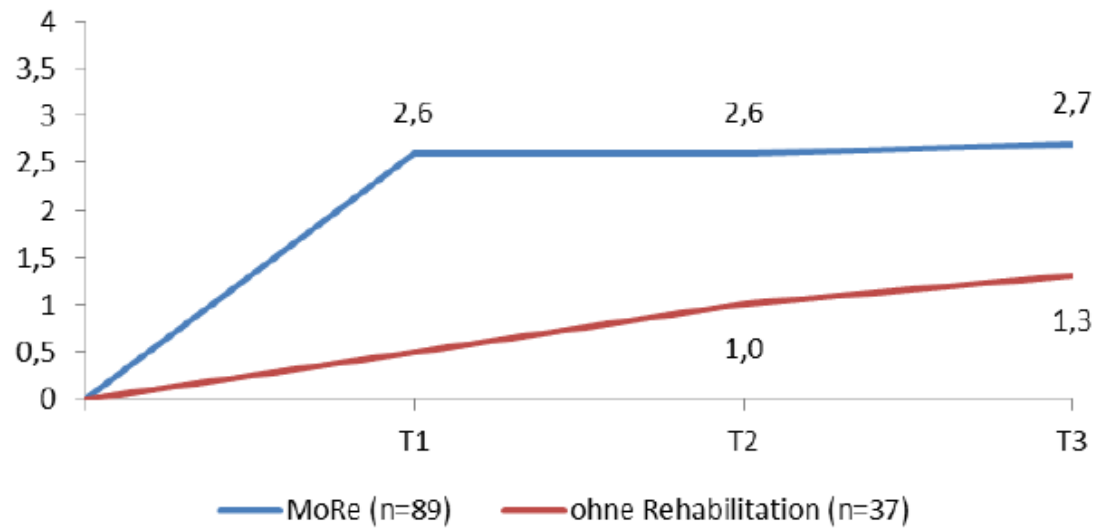


durchschnittlich erreichter Prozentwert T3

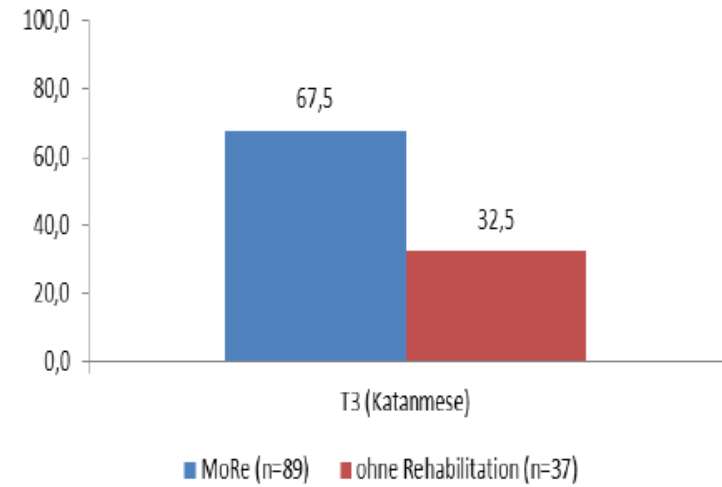


TSK 4. Mobilität

Zielerreichung Gruppen-Mittelwerte

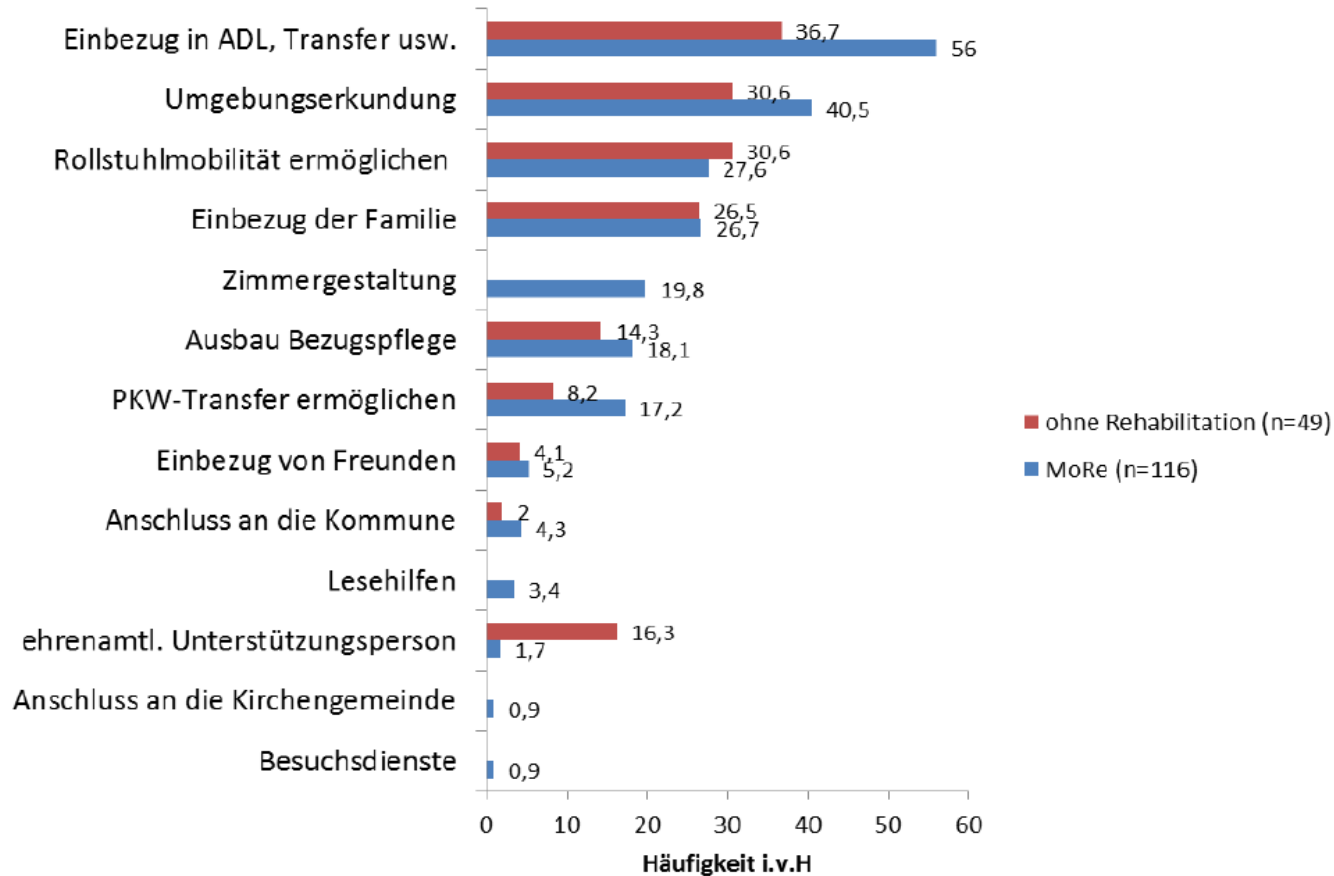


durchschnittlich erreichter Prozentwert T3



Kontext: Aktivieren von Ressourcen: Wahlhäufigkeit

Bei 75 % der Klienten konnten relevante KF identifiziert werden



Kontext: Aktivieren von Ressourcen: Zielerreichung

Bei 75% der Klienten konnten relevante kontextbezogene Ziele identifiziert werden

MoRe N=89; ohne Rehabilitation N=37

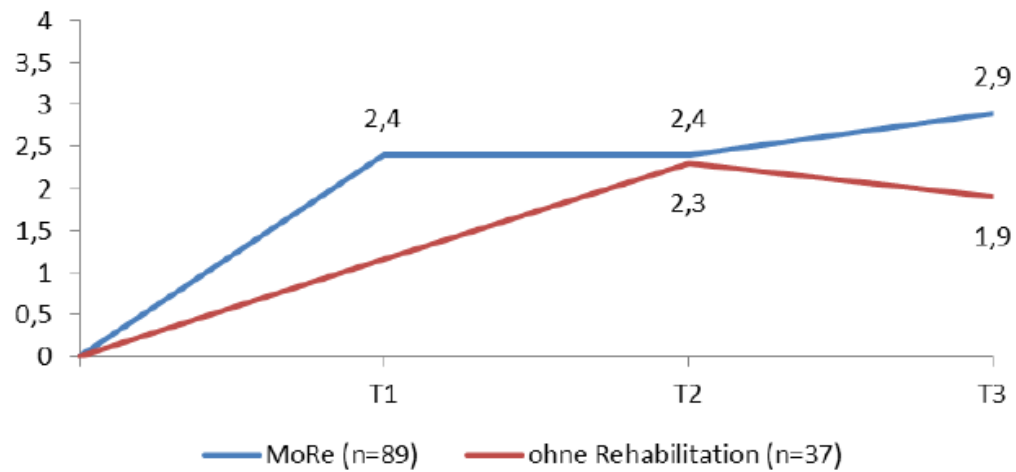
Nr.	Aktivierung von Ressourcen durch...	N (MoRe)	T1 Rehaende	T2 3 Monate	T3 6 Monate	N (ohne Reha)	T2 3 Monate	T3 6 Monate
2	Einbezug in ADL, Transfer usw.	49	2,4 (1,2)	2,5 (1,3)	2,6 (1,4)	13	1,0 (1,3)	0,9 (1,4)
8	Umgebungserkundung	36	2,2 (1,0)	2,5 (1,2)	2,6 (1,3)	10	1,2 (1,0)	0,3 (0,5)
5	Rollstuhlmobilität ermöglichen	25	2,3 (1,5)	2,4 (1,4)	2,6 (1,4)	12	0,3 (0,6)	0,7 (1,3)
1	Einbezug der Familie	22	2,9 (0,8)	3,0 (0,8)	3,0 (1,0)	10	1,9 (1,5)	2,2 (1,4)
7	Zimmergestaltung	17	2,5 (0,9)	3,0 (0,9)	3,4 (1,0)	1	0	0
4	Ausbau Bezugspflege	16	2,6 (0,7)	2,9 (0,9)	3,2 (1,0)	6	1,3 (1,2)	1,2 (1,0)
11	PKW-Transfer ermöglichen	16	0,9 (1,3)	1,6 (1,6)	2,0 (1,6)	3	1,3 (1,5)	1,3 (2,3)

Zusammenfassung

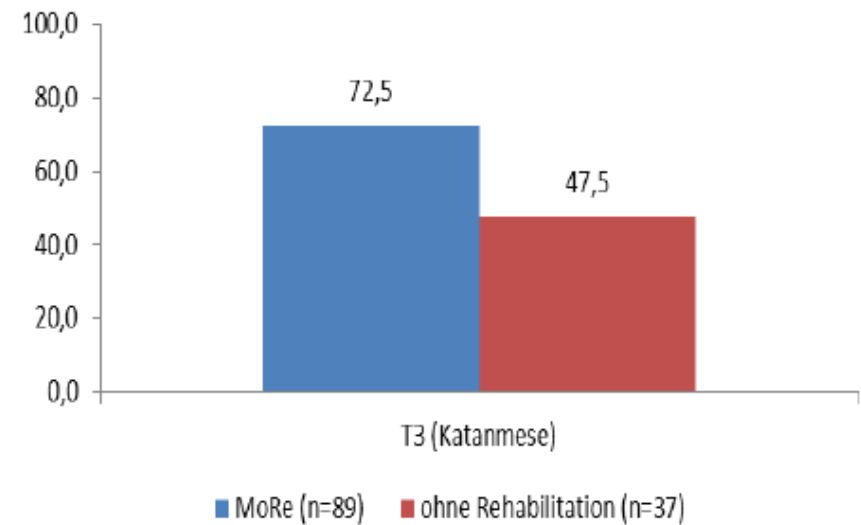
1. Teilhabesicherungskonzepte sind praktikable, auf relevante Probleme bezogene Strategien der Bedarfserkennung und -ermittlung sowie der Entwicklung von Lösungen.
2. Sie stellen eine gute Grundlage dar für die Arbeit
 - 1) Des Betroffenen
 - 2) Des Rehateams
 - 3) Des Pflorgeteams und
 - 4) Der Angehörigen bzw. Bezugspersonen
3. Sie stellen ferner eine gute Grundlage für die Zusammenarbeit aller Beteiligten dar.
4. Sie sind gut evaluierbar und somit einer im SGB IX vorgeschriebenen Wirkungskontrolle zugänglich.
5. Verfügt ein Team über die Kompetenzen zur Umsetzung der Teilhabesicherungskonzepte, kann es als geeignet und als wirksam im Sinne des SGB IX (und 11) angesehen werden.
6. Auch Teams der MoRe müssen sich diese Kompetenzen erarbeiten: Die Umsetzung ist oft höchst anspruchsvoll und erfordert eine hohe Qualifikation und Professionalität.
7. Diese ist bei Pflegekräften weitgehend nicht vorauszusetzen, u.a. da dazu auch die Mitarbeit des Rehaarztes im Rahmen des Rehateamserforderlich ist und viel Erfahrung notwendig ist.
8. Nach der Bad Kreuznacher Erfahrung ist deshalb die Mitarbeit speziell kompetenter Pflegekräfte im Team der MoRe erforderlich. Hier besteht offensichtlich Diskussionsbedarf.
9. Ob es gelingt, die TSK im Pflegeheim ohne fachlich kompetente Unterstützung umzusetzen muss auf Grund der Erfahrungen über Jahrzehnte im Rahmen der Eingliederungshilfe und nach 25 Jahren MoRe in Pflegeheimen bezweifelt werden.
10. Deshalb ist MoRe ein unverzichtbarer Bestandteil einer teilhabeorientierten Bewältigungsstrategie der Herausforderung Pflege in den nächsten Jahren.

TSK 7. Nahrungsaufnahme

Zielerreichung Gruppen-Mittelwerte

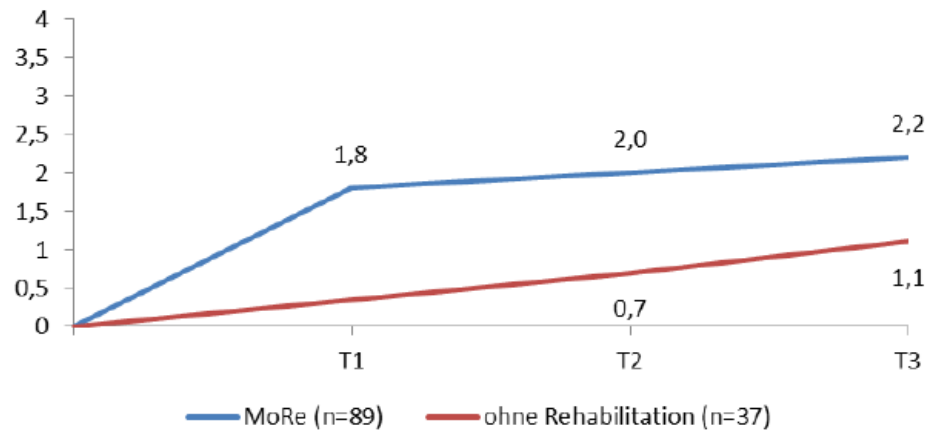


durchschnittlich erreichter Prozentwert T3

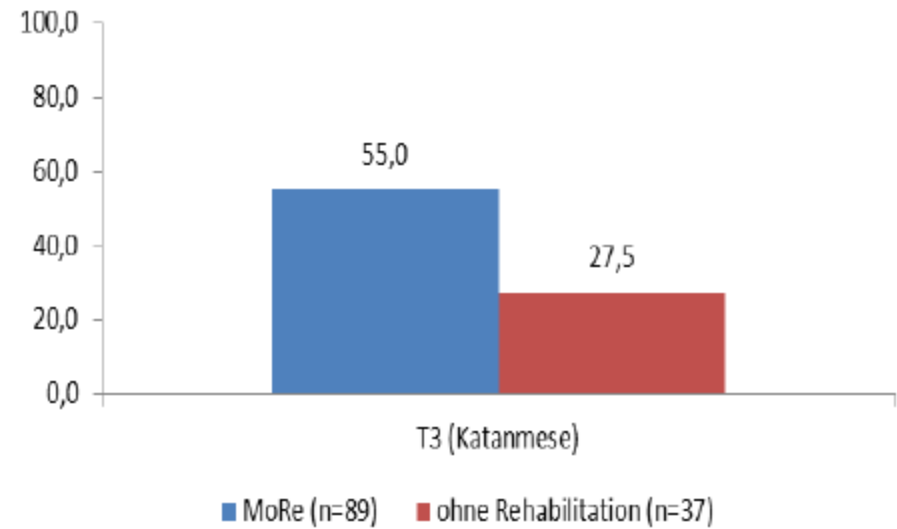


TSK 13. Nahrungsaufnahme

Zielerreichung Gruppen-Mittelwerte

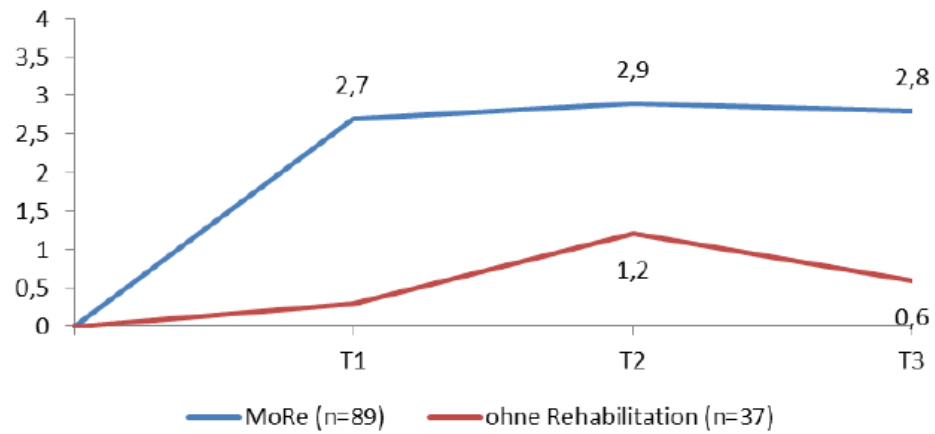


durchschnittlich erreichter Prozentwert T3

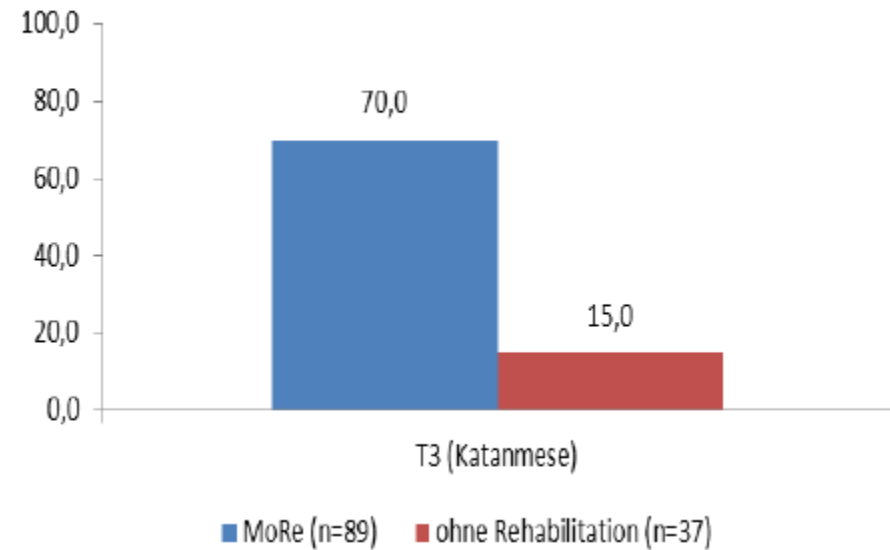


TSK 16. Tagesstruktur

Zielerreichung Gruppen-Mittelwerte

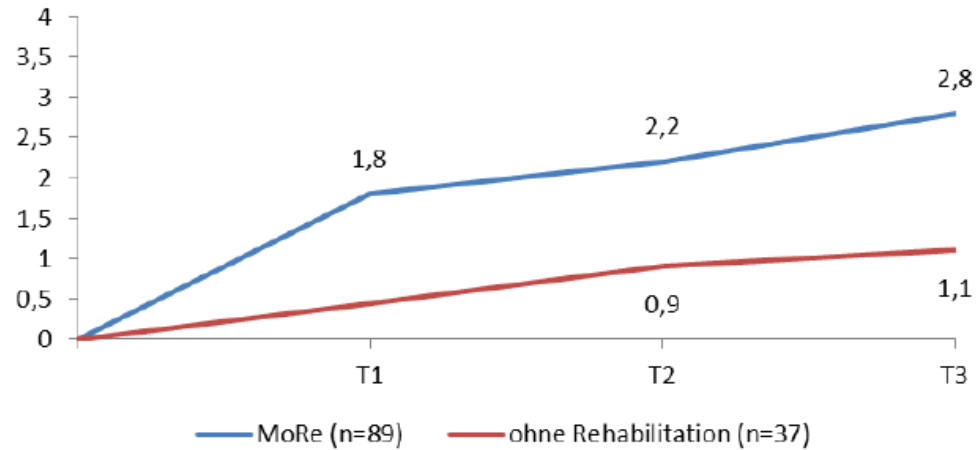


durchschnittlich erreichter Prozentwert T3

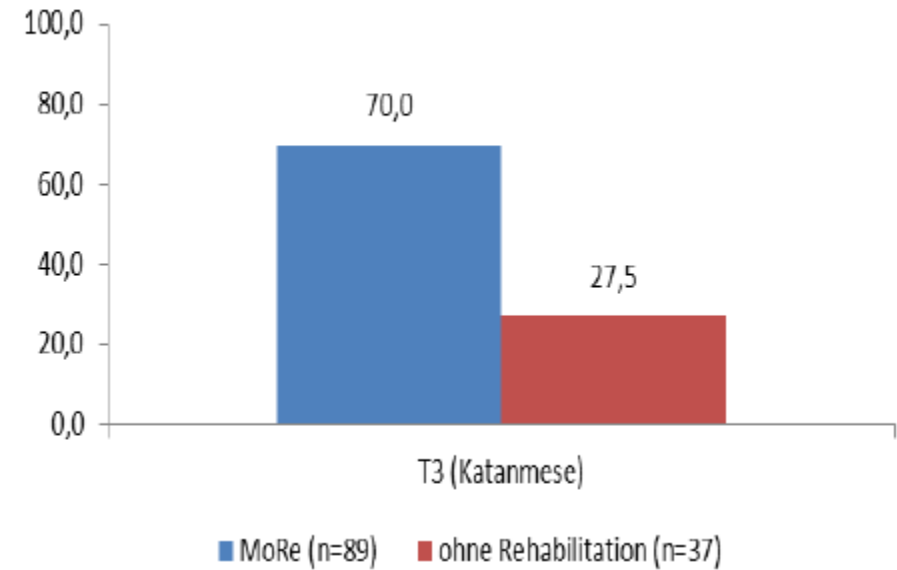


TSK 6. Kommunikation

Zielerreichung Gruppen-Mittelwerte



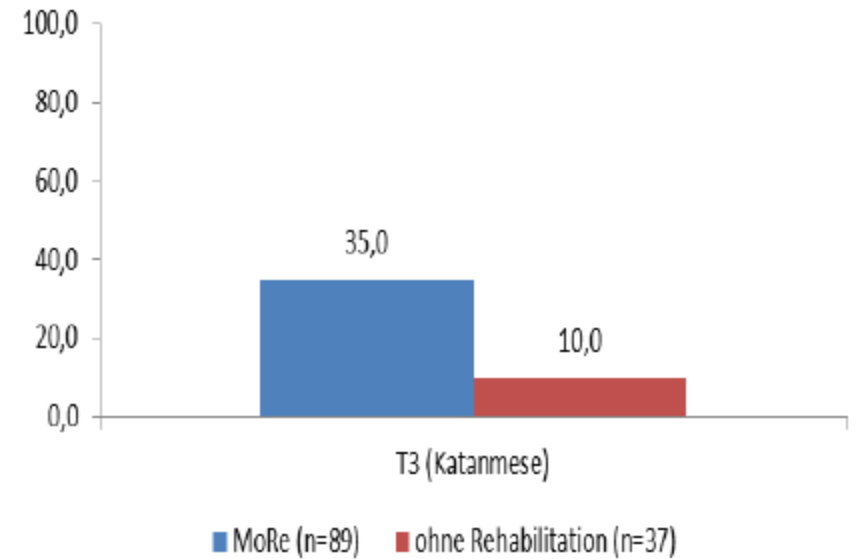
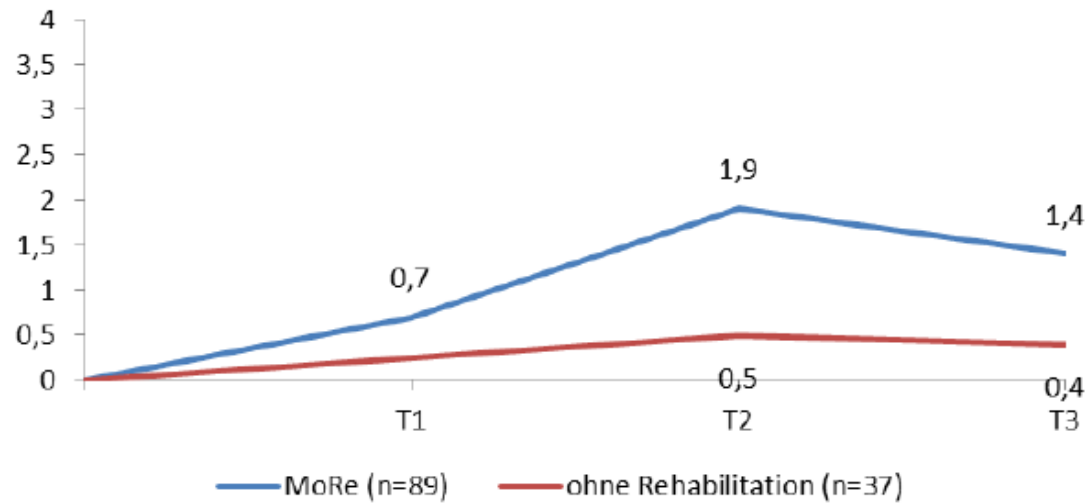
durchschnittlich erreichter Prozentwert T3



TSK 21. soziales Netz

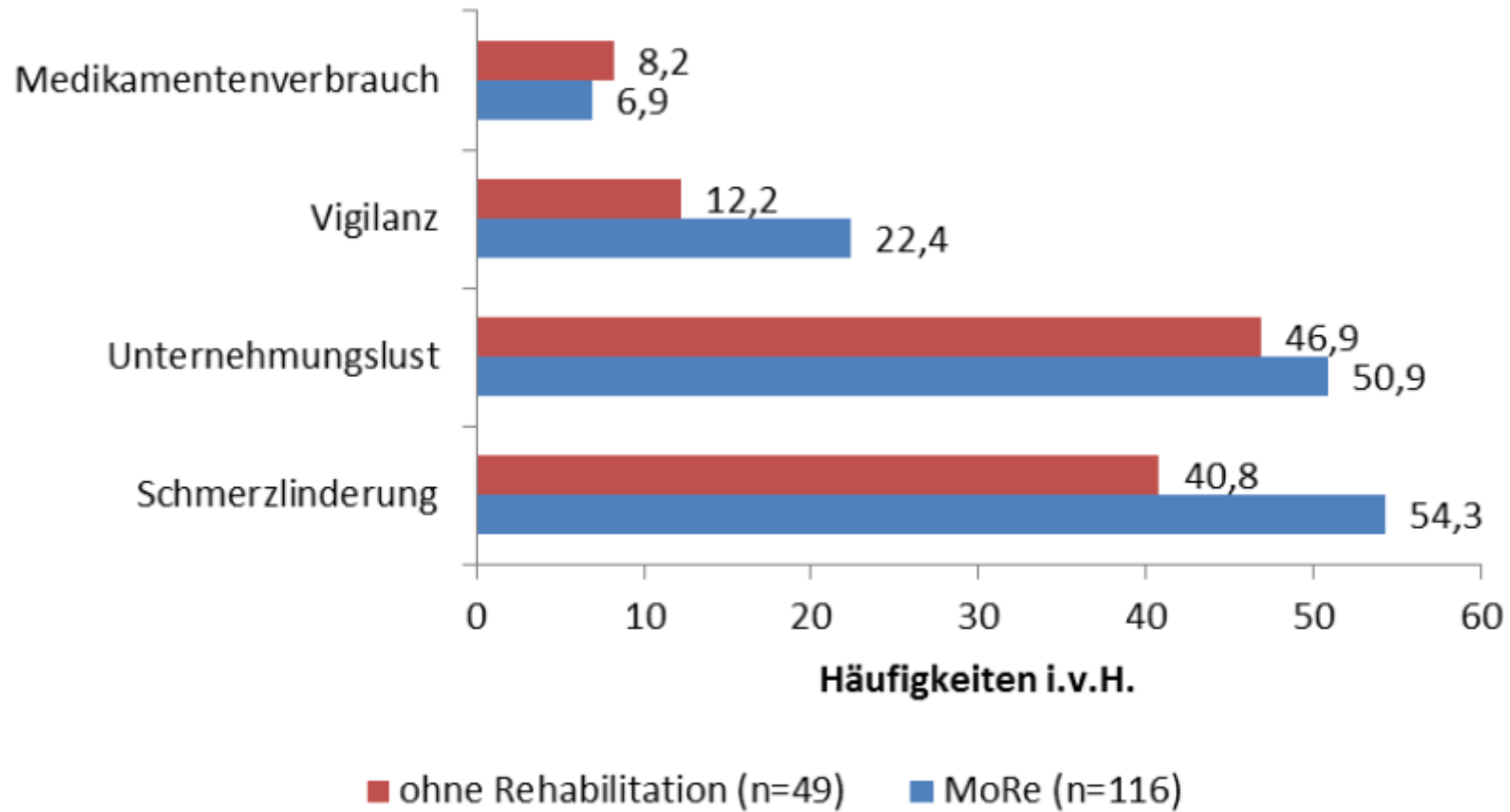
Zielerreichung Gruppen-Mittelwerte

durchschnittlich erreichter Prozentwert T3



Geringe Fallzahl!

Symptombezogene Ziele Wahlhäufigkeit



Symptombezogene Ziele Zielerreichung

MoRe N=89; ohne Rehabilitation N=37

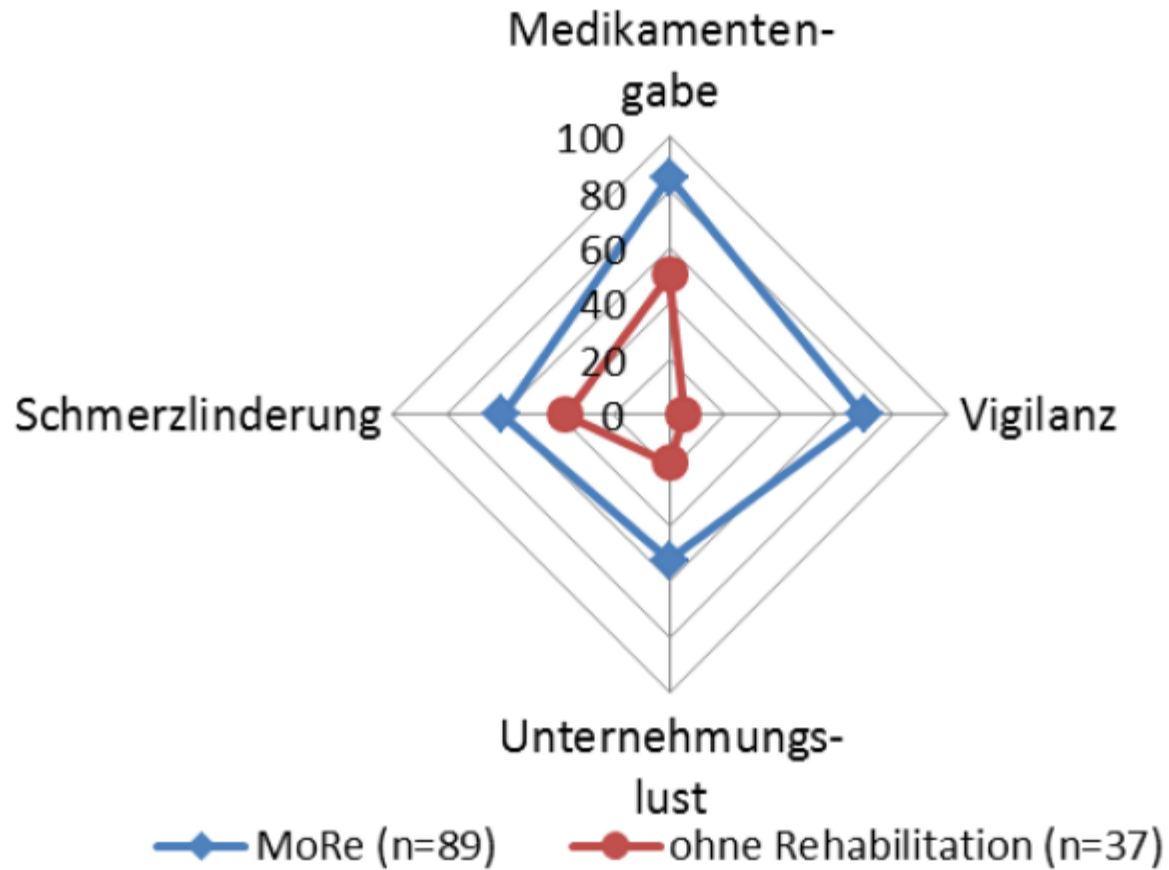
Ziel	N (MoRe)	T1 Rehaende	T2 3 Monate	T3 6 Monate	N (ohne Reha)	T2 3 Monate	T3 6 Monate
Medikamentenverbrauch	4	1,7 (1,5)	3,2 (1,0)	3,4 (0,9)	2	2,5 (0,7)	2,0 (2,8)
Vigilanz	16	2,6 (0,9)	2,7 (1,2)	2,8 (1,1)	5	0,6 (0,9)	0,2 (0,4)
Unternehmungslust	48	2,3 (1,2)	2,3 (1,2)	2,1 (1,4)	18	1,2 (1,3)	0,7 (0,9)
Schmerzlinderung	48	2,4 (1,0)	2,2 (1,3)	2,4 (1,2)	11	1,2 (1,2)	1,5 (1,8)

Soweit nicht anders angegeben werden ausgewiesen: Mittelwert (Standardabweichung)



Symptombezogene Ziele

Zielerreichungsgrad zu T3 in Prozentwerten



Teilhabe im Heim? Individuelle Teilhabeziele

Über 67% der MoReTN und 60 % der Vergleichsgruppe konnten 1 bis 5 konkrete individuelle Teilhabeziele angeben.

Dies waren insbesondere

- Fortbewegung mit und ohne Hilfsmittel
- Mehr Sicherheit bei längeren Strecken
- Erweiterung des Bewegungs-und Aktionsradius
- Verbesserung der Trnsfers, auch ins Auto
- Schmerzlinderung für mehr Aktivitäten
- Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen
- Teilnahme an bestimmten Aktivitäten und Ausflügen
- Weitere Nennungen: Bessere Artikulation, Schreiben können, Inkontinenz bewältigen, Gedächtnis erhalten, Kraft und Ausdauer verbessern u.a.

Bei den 61 Teilnehmern die ein persönliches Rehazielformuliert haben, ergaben sich im Mittel Verbesserungen von 2,3 Punkten (lickertskaliert)