MoRe
Bundesarbeitsgemeinschaft
Mobile Rehabilitation e.V.

Symposium 2019 der BAG Mobile Rehabilitation

Chancen der Selbstbestimmung und der Teilhabe in der stationären Pflege – Erfahrungen der Mobilen Geriatrischen Rehabilitation

Dr. Martin Warnach
Wichernkrankenhaus – Evangelisches Johannesstift Berlin
Mobile Geriatrische Rehabilitation
Vorstand der BAG Mobile Rehabilitation

© Martin Warnach

Vorbemerkung:

- Pflegewissenschaftler bestätigen: es gibt in stationären Pflegeeinrichtungen keine praktisch umgesetzten Teilhabekonzepte, allenfalls Ansätze.
- Unsere MoGeRe behandelt mittlerweile Patienten in über 30 Pflegeheimen - Vortrag aus dem Blickwinkel der mobilen Rehabilitation – gestützt auf unsere Erfahrungen in stationären Pflegeeinrichtungen.
- Wir erleben „gut aufgestellte“ Einrichtungen, die Teilhabe organisieren; aber **„selbstbestimmte Teilhabe“ ?** –
- **Selbstbestimmung** in der stationären Pflege, was heißt das? – Sie reicht von:

  mit Unterstützung der Pflege des Heims das tun können, was mir wichtig, von Bedeutung ist, -

  bis zu einem selbst gewählten Eremitendasein in einem Zimmer des Heims, das für meine Versorgung zuständig ist.
- Es geht nicht um eine Kritik von außen, sondern um Vorschläge zur Diskussion.

Studie: ***Allgemeiner Rehabilitationsbedarf und Evaluation mobiler geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege*** - :

- **Multicenter-Studie** durchgeführt von geriatrischen Fachärzten, Reha-Medizinern, darunter einer ehemaligen MDK-Begutachterin;
- **Evaluation der Untersuchungsergebnisse** durch den MDK Bremen – Strichprobe zufällig ausgewählter Fälle

Ergebnisse der Bedarfsanalyse

- **22,7 %** der zufällig ausgewählten 622 Bewohner*innen der Langzeitpflege hatten **eine Rehabilitationsindikation**, ca. 80 % von diesen realistisch nur als MoGeRe vor Ort.

Mehr als ein Fünftel der Pflegeheimbewohner hat eine Reha-Indikation!

Was bedeutet das Ergebnis?

. . . **die Ergebnisse sind valide.**

Ein Klientel von in der Regel schwer betroffenen pflegebedürftigen Menschen;

- mit kognitiven Defiziten, über 60 % mit Demenz oder dem klinischen Verdacht auf eine Demenz;
- mit schweren Mobilitätseinschränkungen;
- meist ohne ein ausreichend stabiles soziales Netz, das eine häusliche Versorgung hätte absichern können;
- Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung, bei denen in den meisten Fällen kein akutes Krankheitsgeschehen vorausgegangen war.

Wäre alles in Ordnung, wenn nun zahlreiche mobile Rehabilitationseinrichtungen in die Pflegeeinrichtungen ausschwärmen und diese Menschen eine Reha-Chance bekämen?

Zunächst: **Das wichtigste Hindernis:**

- Studie fand im Rahmen von Gruppeninterviews heraus: in der Regel ***„kennt die Pflege nicht die Ziele der MoGeRe, die MoGeRe kennt nicht die Ziele der Pflege.“***
- Zu wenig und vor allem auch keinen Ort für den Austausch - Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit zwischen stationärer Pflege und MoGeRe.
- wenig Unterstützung für die Therapeuten, ja Behinderung.
- Die Verstetigung der Ergebnisse der Rehabilitation und damit ihre Nachhaltigkeit bleibt eine Herausforderung.

These: **Der in der Studie ermittelte hohe Rehabilitationsbedarf der Bewohner beruht wesentlich auf fehlenden Teilhabekonzepten und der kontinuierliche Verfolgung von Teilhabezielen in der stationären Pflege.** – (Diese These stützt sich auf die Reflexion der Arbeit der mobilen Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen – nicht aus den Ergebnissen der Studie.)

Was sind die Ziele der MoGeRe im Pflegeheim ? – tagtägliche Arbeit

Wir behandeln vor allem **Bewohner nach Akuterkrankungen:** Schenkelhalsfraktur oder andere operativ versorgten Frakturen, nach schweren internistischen Erkrankungen, nach Schlaganfall u.a.-

Seltener auch Patienten mit zunehmender **Verschlechterung einer chronischen Erkrankung** – z.B. M.Parkinson

1. Die größte Patientengruppe - mit erheblicher, bleibender Beeinträchtigung:

- Patienten sind anfangs sehr häufig bettlägrig oder Transfer nur mit erheblicher personeller Hilfe in Rollstuhl möglich, sie können nur kurze Zeit außerhalb des Bettes verbringen.

Ziele auf der funktionellen Ebene:

- möglichst selbstständiger Transfer,
- stabiler Sitz im Rollstuhl, möglichst für 4-5 Stunden (Frühstück bis Mittagessen), gehen in Begleitung am Rollator in der Einrichtung,
- (ganz wesentlich) möglichst selbständiger Toilettengang.

Forts.

- **weitere häufige Ziele** (Beispiele):

  Verbesserung Ernährung/Nahrungsaufnahme, auch bei Schluckstörungen,

  Benutzung von vorhandenen Hörgeräten,

  selbstständige Bedienung der Elektrik des Pflegebetts,

  Telefonbenutzung gegebenenfalls mit Anpassungen,

  seltener: Fernsehen/ Radio bedienen, Musik, u.a.

Teilhabeziele:

- Teilnahme am Leben in der Wohneinheit - zum Beispiel gemeinsames Essen im Speisesaal, gemeinsame Beschäftigung;
- Teilnahme an Aktivitäten im Heim, Gruppen, an Events u.a.;
- Spazierengehen/ gefahrenwerden im Rollstuhl auf dem Gelände des Heims.

2. Kleinere Gruppe der MoGeRe-Patienten – mit gutem Entwicklungspotential:

Ausgangspunkt: eventuell auch bettlägrig, nur unterstützter Transfer mit kurzer Sitzzeit im Rollstuhl > angestrebte, selbstgesetzte und erreichte Rehaziele:

- längere Gehstrecke (am Rollator), auch außerhalb des Heimgeländes;
- Ausflüge mit Angehörigen, Einstieg/Ausstieg PKW - Restaurantbesuch, Stadtbesichtigung, Weihnachtsmarkt;
- Besuch bei Angehörigen;
- sich beschäftigen können: Zeitunglesen, TV-Sehen, Musik u.a.

Dahinter steht: Kraftaufbau, Training der Mobilität, aber auch Umgang mit Inkontinenz/Toilettengang. – Gewinnung von Angehörigen!!

Einzelfälle:

- selbständig oder mit Hilfe das Heim verlassen mit Rollator oder im Elektro-Rollstuhl;
- Einkaufen gehen/fahren;
- Bus und U-Bahn fahren zum Beispiel ins Spandauer Zentrum, alte Bekannte im Café treffen.

Unterschiedlicher Horizont:

Für die erste Gruppe: **das Leben und die Teilhabe im Heim selbst,**

Für die zweite Gruppe: **Leben und Teilhabeziele auch jenseits des Heims** – nur mit Unterstützung von Angehörigen/Freunden möglich.

Horizont Pflegeheim - gut aufgestelltes Pflegeheim und MoGeRe verfolgen gemeinsam Teilhabeziele und ergänzen sich gegenseitig.

Horizont außerhalb Heim – sieht Pflege nicht als ihre Aufgabe. Wenn solche Ziele erreichbar und gewollt sind, hat deren Realisierung für die MoGeRe zentrale Bedeutung. Die Umsetzung gelingt aber nur, wenn engagierte Angehörige mitmachen und unterstützen; die Bewohner sind i.d.R. auf Hilfe angewiesen – nur selten schaffen sie es selbständig.

Angehörige enger in die Rehabilitation einzubinden, gelingt bei Heimbewohnern aber schlecht, - anders als bei einer MoGeRe in der Privatwohnung.

Fallbeispiel 1:

- Herr K, 81-Jahre mit langer, komplikationsreicher Krankengeschichte bei infizierter Knieprothese, im Verlauf pflegebedürftig, lebt deswegen seit über einem Jahr in dem großen Pflege- und Seniorenkomplex mit ca. 250 Plätzen.
- Aktuell sepsisbedingte Beinamputation; Prothesenversorgung nicht möglich. Nur ein passiver Transfer in den Rollstuhl möglich, bei vielen ADL von Pflege abhängig. Er sitzt mit Pausen bis zu 8 Stunden in seinem Einzelzimmer im Rollstuhl.
- Patient kognitiv nicht eingeschränkt, interessiert sich für Politik und Gesellschaft, liest täglich Tageszeitung und Zeitschriften, schaut viel Fernsehen > Nachrichten/Politik aus aller Welt. Er lehnt die Teilnahme an den „Events“ des Heimes ab. Fühlt sich im Heim isoliert und ohne angemessenen Anschluss.
- Positives Ergebnis der MoGeRe : er wird mit Elektrorollstuhl versorgt, in den er sich jetzt selbständig transferieren kann, mit ihm fährt er in der Gegend herum. In der Pflegeeinrichtung findet er keinen Anschluss.

Fallbeispiel 2:

- Frau D, 82 Jahre, lebt mit ihrem Sohn in einem Einfamilienhaus; Sohn arbeitet außerhalb Berlins, Montag früh bis Freitagnachmittag wohnt er an seinem Arbeitsort.
- Seit 2 Jahren zunehmende demenzielle Symptomatik, Pat. braucht zunehmend Hilfestellung im Alltag, Versorgung durch Enkelin + ambulanten Pflegedienst. Ihr Verbleib in ihrem Haus wird wegen Desorientierung zunehmend schwieriger. (Findet nicht nach Hause)
- Aktuell sturzbedingte Schenkelhalsfraktur. Nach OP und kurzem KHS wird sie in stationäre Pflegeeinrichtung entlassen, > hier Beginn der mobilen Rehabilitation.
- Gute Fortschritte: schon bald selbständiger Transfer, sie läuft anfangs am Rollator, später ohne Hilfsmittel längere Strecken auf der Ebene, keine Schmerzen. Sie bewältigt den Toilettengang weitgehend selbstständig, ist stuhlkontinent und urinteilkontinent. Problem bleibt örtliche Orientierung, mit verbesserter Mobilität verirrt sie sich in der Pflegeeinrichtung. Die Pflege bindet sie in vorbildlicher Weise in eine Gruppe für demenziell erkrankte Bewohner ein.

Fallbeispiel 2 Fortsetzung:

- Ab der dritten Woche holt der Sohn seine Mutter Freitagnachmittag in der Pflegeeinrichtungen ab, Frau D verbringt das Wochenende bis Montag früh zu Hause, ohne dass dort Probleme auftreten.
- Wieder im Heim ist sie montags bis in den Nachmittag hinein desorientiert, ist unruhig, will wieder „nach Hause“; sie muss davon abgehalten werden, auf die Straße zu laufen. Unter der Woche kann Sie wieder gut in ihrer Gruppe eingebunden werden. Freitags erwartet Frau D ihren Sohn – sie wird unruhig. Am nächsten Montag wieder dieselbe Erfahrung.
- Die Pflege bittet den Sohn eindringlich, die Wochenendaufenthalte zu Hause zu beenden und bittet die MoGeRe, dies zu unterstützen. Der Sohn verweigert dies: nur unter dieser Voraussetzung habe seine Mutter der Heimunterbringung zugestimmt, er habe es ihr versprochen.

Was zeigen diese Beispiele?

Fall 1:

- Der wichtigste nicht realisierte Teilhabeaspekt wäre: Herrn K. mit ähnlich interessierten Bewohnern in der großen Einrichtung zusammenzubringen. - Das setzt ein Heimkonzept voraus, das angemessene Kommunikation ermöglicht, die sich an den individuellen Bedürfnissen der jeweiligen Bewohner orientieren. Was die Kenntnis der jeweiligen Interessen voraussetzt!
- Das Fallbeispiel zeigt zudem, Mobile Rehabilitation kann nur eingeschränkt soziale Teilhabe erreichen, – sie ermöglicht, schafft die Voraussetzungen für soziale Teilhabe. Entscheidend ist ein unterstützender Kontext!

Fall 2:

- Dilemma der Selbstbestimmung – keine einfache Lösung! - Reaktion der Pflegeeinrichtung: wenig Bereitschaft, eine gemeinsame Lösung zu finden.
- Stationäre Pflegeeinrichtungen brauchen ein Konzept, Angehörige dafür zu gewinnen, zu aktivieren + zu unterstützen, Aktivitäten außerhalb des Heims zu unternehmen. – „Privatangelegenheit“ – oder „Behinderung“.

Wie erleben wir als Mogere die Heimsituation? - (unsere Wahrnehmung)**:**

- „Gute“ Pflege verfolgt ein Konzept der Aktivierung - möglichst gute Einbindung in den Alltag der Wohngruppe bei möglichst weitgehender Berücksichtigung der individuellen Wünsche des Bewohners.
- Dazu gehört die Gewinnung für das in solchen Heimen etablierte „bunten“ Programm mit Gemeinschaftsaktivitäten, Mobilitätsgruppe, Events u.a.
- Dass und wie weit es einem Heim gelingt, die Bewohner in diese Aktivitäten einzubeziehen, sie an die Bedürfnisse der sehr unterschiedlichen Bewohner - sozial, kulturell – anzupassen, gilt zurecht als Qualitätsmerkmal eines Heims.
- Es ist bewundernswert, was einer engagierten Pflege in diesem Rahmen gelingt – sie organisiert soziale Teilhabe - gerade hierbei treffen sich Zielsetzung des Heim und der MoGeRe –
- **Horizont ist aber der Rahmen des Heims – demgegenüber lautet die Frage nach selbstbestimmter Teilhabe: „Was ist für Sie wichtig, was wünschen Sie, wie können wir Sie dabei unterstützen?“**

Heimunterbringung

- ist der wohl gravierendste Einschnitt in das bisherige Leben, von den wenigsten gewollt;
- schafft Sicherheit aus einer meist instabilen, auch bedrohlichen Situation;
- entlastet betreuende/pflegende Angehörige, die oft vollkommen überfordert sind;
- Angehörige machen – nicht selten massiven – Druck, dass der Betroffene auch gegen seinen Willen ins Heim zieht.

Es gibt ein **unausgesprochenes Einverständnis** zwischen Betroffenem, Angehörigen/Bezugspersonen und der Pflege:

Heimeinzug bedeutet der Eintritt in eine geschlossene Welt, die der Bewohner nur in Ausnahmefällen verlässt.

Bewohner: Ist der i.d.R. schmerzliche Schritt der Heimunterbringung getan, bewusste Abwendung /ein Schlussstrich unter das bisherige Leben; was A. Kruse als notwendigen Schritt zu einer **„bewusst eingegangenen Abhängigkeit“** fordert, wird so ein **„Sich-Ergeben-in der Abhängigkeit“.**

Pflegebedürftigkeit zeigt sich nicht gerne/ist in der „Öffentlichkeit“ nicht einfach akzeptiert.

Angehörige: Ihr Engagement ist gefragt. - Aber auch da, wo dies vorhanden ist: Sie fühlen sich oft gegenüber Pflegebedürftigkeit hilflos – sie scheuen „Verantwortung“ zu übernehmen – vor allem für Aktivitäten außerhalb des Heims - > sie brauchen Zuspruch + Unterstützung von professioneller Seite.

Pflege: Ist konzeptionell nicht auf eine selbstbestimmte Teilhabe eingerichtet, d.h. nicht, dass die Interessen, Vorlieben, Wünsche des Bewohners nicht berücksichtigt werden – aber nur im Rahmen der **Gegebenheiten des Heims – die Außenwelt ist weitgehend ausgeschlossen.**

Dieses **„Einverständnis“** zwischen allen direkt Beteiligten - *Pflegeheim als geschlossene Welt* – bildete und bildet nach wie vor quasi einen **gesellschaftlichen Konsens: die Versorgung der *besonders Pflegebedürftigen, der Heimbewohner incl. der damit verbundenen Probleme ist keine gesellschaftliche Aufgabe, sondern wird komplett an die Pflege vor Ort delegiert.***

Dies bedeutet aber eine Überforderung ihrer Möglichkeiten.

1. **In einer *„geschlossenen Welt“* ist eine „selbstbestimmte Teilhabe“ nicht/nur begrenzt realisierbar. Die Pflege soll sie verwirklichen, obwohl ihr dazu die <u>konzeptionellen Grundlagen</u> fehlen. Eine Pflegeplanung ist kein Teilhabeplan.**
2. **Ist die Frage zu stellen: Muss die Institution „stationäre Pflegeeinrichtung“ unter der Zielsetzung „Selbstbestimmung und Teilhabe“ nicht auf breitere gesellschaftliche Schulter gestellt werden und damit neu gedacht werden?**
3. **„Selbstbestimmung“ setzt Selbstverantwortung und Mitverantwortung voraus – welche Rolle hat der Bewohner selbst, welche, die für ihn sprechen, welche die Angehörigen/ Bezugspersonen? - und welche die Pflege !**
4. **und nicht zuletzt: wie muss die finanzielle Basis aussehen …**

Was sind Ansätze für „stationäre Pflege“ als <u>gesellschaftliche Aufgabe</u>?

Dies kann hier nur angedeutet werden:

- Angehörigenkonzepte, die die Eigeninitiative von Angehörige fördern und aktiv unterstützen, - Ermutigung, nicht Verängstigen mit „rechtlichen“ Bedenken und Abschieben von „Verantwortung“
- Beteiligung von Angehörigen an der Versorgung (ggfs. auch mit finanziellem Anreiz ?); // *Frage: was machen Angehörige beim Besuch im Heim?//*
- Stationäre Pflegeeinrichtungen sollten baulich und konzeptionell nicht isoliert geplant und geführt werden, sondern wo immer möglich in die kommunale Öffentlichkeit eingebunden werden; Angebote im Heim auch für Außenstehende – Restaurant/Café, Gruppenangebote, Aktivitäten, Fitness…
- Kommunale Verantwortung für diese Einbindung in die „Quartiere“ - den „Sozialraum“ für eine alternde Bevölkerung gestalten – auch intergenerationell.

Therapeuten in der stationären Pflegeeinrichtung

- Erwähnte Studie hat gezeigt: es gibt Heime, in denen 75 % der Bewohner in den letzten drei Monaten Heilmittel erhalten hatten - auch welche mit nur 15 %. (Es ging hierbei um individuell verordnete Heilmittel, nicht um Gruppen-angebote).
- Die Bewohner, die Heilmittel erhalten hatten, hatten einen deutlich höheren Anteil an Reha-Indikationen im Vergleich zu denen, die keine Heilmittel erhalten hatten. (33 % versus 19 %)
- Dieses Ergebnis ist im Rahmen der Fragestellung der Studie nicht direkt interpretierbar. Heilmittel im Heim haben aber offensichtlich eine Wirkung. These: sie ersetzen nicht eine Rehabilitation, sondern schaffen oder erhalten die Voraussetzung, dass eine Reha sinnvoll und realistisch wird !
- Unsere Wahrnehmung: Heilmittel werden zwar oft von der Pflege initiiert; was die Therapeuten tatsächlich erarbeiten, ist allenfalls sehr oberflächlich abgesprochen und läuft in aller Regel völlig neben der Pflege her. Die Therapeuten arbeiten „autonom“.

- **Heilmittel sind eine wichtige Ressource für Pflegeheimbewohner, die aber „verpufft“, wenn sie nicht im Rahmen eines individuellen, zielorientierten Konzept für den Bewohner eingesetzt werden.**
- **Zu fordern ist, sie in ein individuelles „Teilhabesicherungskonzept“ einzubinden, im Rahmen dessen sie bestimmte Ziele, bzw. deren Voraussetzungen mit dem Bewohner erarbeiten.**
- Ihr Einsatz in diesem Rahmen ist bestimmt für die Therapeuten befriedigender als jetzt, wo sie oft selbst den Eindruck haben, dass ihre Arbeit sehr begrenzten Sinn macht – („erhaltende Therapie“)

Schlussbemerkungen:

- **Selbstbestimmte Teilhabe** geht aus von der Frage an Bewohner: was ist für Sie wichtig, was wollen Sie nach Möglichkeit (auch von ihrem bisherigen Leben) weiterführen, welche Unterstützung brauchen Sie dazu, wer kann dazu gewonnen werden?
- **Aufgabe der Heimpflege wäre vor allem:** Erstellen eines individuellen Konzepts zur Teilhabe gemeinsam mit Bewohner, Angehörigen und idealerweise mit Therapeuten – und weiteren z.B. Ehrenamtlichen.
- **Zielfindung und Zielverfolgung sind ein Prozess,** - er muss regelmäßig reflektiert, evaluiert werden – z.B. alle 6 Wochen gemeinsamer Termin der Pflege mit Bewohner, Angehörigen und involvierten Therapeuten.
- Neben den angebotenen Gruppen, Aktivitäten, Events - Förderung der **Kommunikation der Bewohnern untereinander** und Möglichkeiten zu Treffen entlang deren Interessen.

Schlussbemerkungen:

- **Teilhabe hat als Horizont nicht nur das Heim, sondern auch die Außenwelt!**
- **Kommunikation: W-Lan, Whatsapp, Skype incl. den notwendigen Support.**
- **Zusammenarbeit mit Angehörigen – ein neues Angehörigenkonzept:** Aktive Gewinnung für die Förderung, Unterstützung des Bewohners, Angebot von professioneller Anleitung und Beratung - auch für Aktivitäten außerhalb der Einrichtung, wenn gewollt. Angehörigen können und wollen in die Verantwortung genommen werden.
- Über die pflegerische Versorgung hinaus sollte es nicht die primäre Aufgabe der Pflege sein, selbst Aktivitäten durchzuführen, sondern **ihre Verantwortung sollte darin liegen, Unterstützung bei der Umsetzung zu organisieren**.
- **Einbindung von Therapeuten in die individuellen Teilhabeplanungen.** Heilmittel sollten nicht mehr unabhängig und ohne inhaltliche Absprache mit der Pflege erbracht werden.

Vielen Dank

Dr. Martin Warnach
Mobile Geriatrische Rehabilitation
Wichernkrankenhaus
martin.wanach@evangelisches-johannesstift.de