

Mobile Rehabilitation in der Kurzzeitpflege – Erfahrungen aus 20 Jahren

Heike Gatzke (mit Michael Stahl)

Berlin, 17. Januar 2020



Bad Kreuznach in Rheinland-Pfalz

Bad Kreuznach, Kurstadt mit ca. 50 000 Einwohnern, Zentrum eines recht ländlich geprägten Landkreises mit ca. 160 000 Einwohnern

Seniorenheime mit Langzeit-, Kurzzeit- und Tagespflege wie auch Reha-Angebote sind vielfältig vorhanden: ambulant, stationär und mobil!



Mobile Reha in Bad Kreuznach

- Gibt es seit 1992 (Modellphase), regelfinanziert seit 1995

Mitarbeitende:

1 Ärztin, 5 Physiotherapeuten/innen, 3 Ergotherapeuten/-innen,
2 Logopädinnen, 2 Pflegefachkräfte, Sozialarbeiterin, 2 Sekretärinnen

Besonderheiten:

- angegliedert an einer Einrichtung der Behindertenhilfe
- Pflegefachkräfte im Team
- Sozial- und Wohnraumberatung bezuschusst vom Landkreis
- auch Patienten/-innen unter 60
- ca. 180 – 200 Patienten/innen pro Jahr


Kooperation mit der Seniorenhilfe

🏠 [Ambulant](#) [Wohnen im Alter](#) [Karriere](#) [Über uns](#) [Aktuelles](#)

Bad Kreuznach

Elisabeth Jaeger Haus


Mitten im Park der Stiftung kreuznacher diakonie, im Stadtteil Bad Kreuznach-Süd, findet sich das Elisabeth Jaeger Haus. Seniorinnen und Senioren werden hier individuelle Wohnmöglichkeiten geboten, die sich auf 90 Einzelzimmer, 17 Apartments sowie fünf Plätze in der Tagespflege verteilen. Die Umgebung wird den Wünschen und Bedürfnissen gerecht, zumal es neben verschiedenen Wohn- und Betreuungsformen auch ein umfangreiches Angebot an Aktivitäten in Gemeinschaft gibt. Bei Bedarf erfahren Sie Begleitung durch die Seelsorgerin vor Ort.



Unser Haus


Die Angebote des Elisabeth Jaeger Hauses stehen den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie ihren Gästen offen.

[Mehr >](#)



Pflegeangebote

- [Tagespflege >](#)
- [Kurzzeitpflege >](#)
- [Vollstationäre Pflege >](#)
- [Wohnen Plus >](#)



Ihr Ansprechpartner

Diakon Michael Stahl
Einrichtungsleiter

Elisabeth Jaeger Haus
Bösgrunder Weg 21
55543 Bad Kreuznach

Tel.: 0671/605-3634

[✉ Kontakt >](#)

[📍 Anfahrt >](#)

§ 42 SGB XI Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im **Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen** oder
2. in sonstigen **Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.**

Das bedeutet, die Wege von Pflegebedürftigen führen in die Kurzzeitpflege

- nach einem Klinikaufenthalt, wenn die Reha-Fähigkeit noch nicht gegeben ist
- bei Reha-Fähigkeit, wenn wegen der erheblichen Pflegebedürftigkeit keine adäquate Reha-Einrichtung vorhanden ist
- als Zwischenlösung, bis die häusliche Versorgung sichergestellt bzw. ein Platz in einer stationären Einrichtung gefunden ist
- wenn keine Reha-Fähigkeit erkannt wurde

In der KPE scheiden sich die Wege ...liegen aber auch die Chancen!

Entsprechende Erfahrungen liegen vor ... sogar mit wissenschaftlichen Erkenntnissen ...

Forschungsprojekt „Allgemeiner Reha-Bedarf und Evaluation mobiler geriatrischer Rehabilitation“

Die Seniorenhilfe und der Mobile Rehabilitationsdienst – beides Einrichtungen der Stiftung kreuznacher diakonie - waren Teilnehmer des Forschungsprojekts (2014 -2018).

Forschungsprojekt - Abschlussbericht 2018

	LPE		KPE	
Anzahl	622		138	(44% aus Klinik)
Reha-Bedarf	22,7 %		32,6 %	
Bedarf Mobile Reha	18,7 %		15,2 %	
Heilmittel	36,5%		43,5%	(Ermittelter Reha-Bedarf ist mit Heilmitteln nicht hinreichend zu decken)

Erfahrungen aus Bad Kreuznach

Vorweg:

- Keine systematische, statistische Erfassung von Daten von KPE und LPE-Patienten
- Erfahrungen aus nahezu drei Jahrzehnten, d. h. es gibt sehr viele und gute „Beispiele“
- Die Landschaft in der Reha und Pflege hat sich verändert, nicht zuletzt auch aufgrund vieler gesetzlicher Änderungen/Reformen

Gesetzliche Veränderungen

- 1995 Einführung der Pflegeversicherung
- 2002 Pflegeleistungsergänzungsgesetz
- 2003/4 Einführung der DRG´s
- 2007** Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (Mobile Reha als neue Form der ambulanten Reha)
- 2012 Pflege-Neuausrichtung-Gesetz
- 2013 Pflegestärkungsgesetz I
- 2015 Pflegestärkungsgesetz II (Pflegegrade und neues Begutachtungsverfahren) –
Mobile Reha im SGB V ausdrücklich verankert!
Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der GKV
-> Rahmenverträge Entlassmanagements

Mobile Reha in Kurzzeitpflege bis 2007

Mobile Reha durfte nur im häuslichen Umfeld behandeln, stationäre Einrichtungen waren ausgeschlossen, es sei denn bei Reha-Bedürftigen in der Kurzzeitpflegeeinrichtung mit der Möglichkeit der Rückführung in das häusliche Umfeld.

Es gab zwei Zugangswege zur Mobilen Reha:

- Patient im Krankenhaus – Anforderung der Mobilen Reha - Antrag wurde vom Arzt der Mobilen Reha gestellt, Reha durfte mit Übergangseinheiten sofort in der KPE begonnen werden

oder

- Patient in der KPE oder noch Zuhause, Antrag durch den Vertragsarzt auf Erstuntersuchung durch den Mobilen Reha-Arzt. Beginn der Reha-Maßnahme nach Genehmigung durch die Kasse.

Ein Rehabilitand von vielen ...

Herr E, 75 Jahre, Zustand nach atypischer intracerebraler Blutung mit spast. Hemi rechts, Sprach- und Schluckstörungen, kognitiven Beeinträchtigungen, Harn- und Stuhlinkontinenz, Deku am Gesäß, Adipositas, peripherer Polyneuropathie, arterieller Hypertonie)

Soziale Situation: Herr E. wohnt mit Ehefrau im EG des eigenen Hauses. Im OG alleinerziehende Tochter mit 2 minderjährigen Söhnen.

- Anforderung Mobiler Reha durch die stationäre Reha-Klinik, da dort kein Reha-Erfolg (mehr) erkennbar und Entlassung nach Hause für alle undenkbar; Patient zunehmend desorientiert und depressiv, Verlegung in die KPE
- In der EU und Antrag durch MOB-Arzt werden Ziele u. a. „Rückführung nach Hause“ gemeinsam mit Patient und Angehörige eruiert und formuliert – Genehmigung von 25 Einheiten
- Therapien (Mobilisierung, Kommunikation, Kontinenzmanagement ...) inkl. Hilfsmittelerprobung werden mit Beteiligung/Anleitung der Ehefrau erbracht ...Sicherheit und Optimismus wachsen auf beiden Seiten; auch beim Pflegepersonal in der KPE
- Analog finden Wohnraumberatung und –anpassung im häuslichen Umfeld statt; Orga von personellen und finanziellen Hilfen, Beratung aller Angehörigen
- VL von 10 Einheiten beantragt und genehmigt für den Transfer nach Hause und „Sicherung“ des Reha-Erfolgs

Reha-hemmende und reha-fördernde Faktoren in KPE

Hemmende Faktoren:

- Patient kommt in eine fremde und nicht vertraute/gewohnte Umgebung
- Therapien finden nicht in der tatsächlichen Lebenswelt statt
- Negative Grundhaltung von Dritten (Pflegepersonal, Hausarzt, Angehörige ...)

Reha-fördernd:

- Option nach Hause
- zielgerichtete Therapien und Hilfsmittelversorgung
- Gewinnung und Miteinbeziehung der Angehörigen und Pflegefachkräften
- Individuelle Anpassung an das Leistungsvermögen des Rehabilitanden
- Transfer des Reha-Erfolgs durch Mobile Reha gewährleistet
- Aber auch durch Beantragung mobiler Reha durch die Reha-Ärztin und
- Individuelle Anpassung und Flexibilität in der Reha-Maßnahmengestaltung

Kurzzeitpflege ist Krise: Gefahr und Chance zugleich:

- Hier geschieht die Weichenstellung; es gilt, Ressourcen und Rehapotential des Betroffenen und der Angehörigen zu nutzen, Wege zurück nach Haues zu eröffnen und zu gehen!
- Wenn Mobile Reha in die KPE kam, war für alle klar, es geht um das Ziel: Rückkehr nach Hause.

Die Frage war nicht OB, sondern WIE?

- Die Rückkehr der Rehabilitanden gelang in 99% der „Fälle“!
- Damals gab es eine reine – solitäre – Kurzzeitpflegeeinrichtung im Nachbarort, in der Mobile Reha quasi Dauergast war.
- Die KPE ist konkret auf Mobile Reha zugekommen, wenn jemand dorthin verlegt wurde, von dem sie den „Verdacht“ hatten, er könne wieder nach Hause zurückkehren ... dann Anforderung durch vorherige Klinik, wenn innerhalb der Frist, oder durch Hausarzt ... das galt/gilt für alle stationären Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeplätzen.

Ab 2007 bis 2017

Mobile Reha darf in stationäre Einrichtungen -> „Auftrag“ der Mobilen Reha nicht mehr eindeutig; konzeptionelle Herausforderungen sowohl für die Pflegeeinrichtung als auch für die Mobile Reha (s. Forschungsbericht)

Hemmend für die Rückkehr in die Häuslichkeit mittels Mobile Reha in der KPE:

- Stationäre Einrichtungen nehmen zu, Kurzzeitpflegeplätze ab; mittlerweile gibt es keine solitäre KPE im Umkreis von Bad Kreuznach mehr; nur noch „eingestreute“ KPE ohne eigene Konzeption, Leitungs- und Teamstruktur
- Zunehmender Interessenskonflikt seitens der stationären Einrichtung bei KP-Aufnahmen (Stichwort: „Belegungsdruck“) ... es benötigt mehr Überzeugungsarbeit seitens der Mobilen Reha
- Umsetzungshinweis zur Rahmenempfehlung MoGeRe (2010): Wenn noch vor der Entlassung aus dem Krankenhaus die Indikation für eine mobile Rehabilitation besteht, die Entlassung aber nur über eine Kurzzeitpflegeeinrichtung möglich ist, so kann die mobile Rehabilitation bereits dort beginnen. **Die überwiegende Anzahl an Therapieeinheiten muss jedoch in der angestrebten dauerhaften Wohnumgebung erfolgen.**

Fördernd:

- Ambulante und teilstationäre Angebote wachsen und werden genutzt, gesetzliche Rahmenbedingungen verbessern die ambulanten Versorgungsstrukturen wie auch die Situation pflegender Angehöriger
- Mobiler Reha-Arzt stellt den Antrag auf Reha
- weiterer Zugang zur Mobilen Reha durch neue Begutachtungsrichtlinien

Ungewöhnliches Beispiel:

Frau M, 86 Jahre, Z. n. Pfannenwechsel der Hüft-TEP rechts; wiederholte Luxation mit Schwächung des OS-Nervs -> Pflegebedürftigkeit aufgrund längerer Immobilität

Soziale Situation:

Vor der OP mit 95-jährigen, pflegebedürftigen Ehemann selbständig lebend im eigenen Haus; Ehefrau war die Pflegeperson. Der einzige Sohn lebt in Norddeutschland. Während des Klinikaufenthalts der Ehefrau kommt der Ehemann zunächst in die KP und dann in die LP. Frau M. will nach Krankenhausaufenthalt zu ihrem Mann, Sozialdienst veranlasst Verlegung in die stationäre Einrichtung zur KP und fordert Mobile Reha an.

Erstuntersuchung in der Senioreneinrichtung, klare Zielvorstellung der Ehefrau (und Ehemannes): „wieder fit werden und nach Hause zurück“

Antrag auf Mobile Reha wird zunächst abgelehnt; Widerspruch; Kurzzeitpflege wird verlängert; Genehmigung von 35 Einheiten; 26 Einheiten im Seniorenheim erbracht: vorrangig Therapien zur Kräftigung, Mobilität, Hilfsmittelversorgung und Selbstversorgung
Analog: Wohnraumberatung/-anpassung; Treffen mit Sohn, Organisation von ambulantem Pflegedienst, Haushaltshilfe und Seniorenbegleiterin ...

Restliche Einheiten für den Transfer nach Hause; zwei Monate nach Einzug von Frau M in das Seniorenheim

Ab Mitte 2018

Durch die **bundesweite Vereinheitlichung der Reha-Beantragung** (Rahmenvertrag „Entlassmanagement“) haben sich die Zugänge zur Mobilen Reha in Bad Kreuznach bereits am 1.8.2018 grundlegend verändert:

Patient in der Klinik:

Reha-Arzt stellt nicht mehr den Antrag, sondern der Sozialdienst der Klinik inkl. eines ärztlichen Befundberichts;

- in das Antragsverfahren ist der Mobile Reha-Arzt nicht eingebunden;

Patient in der vertragsärztlichen Versorgung:

Vertragsärzte füllen das Formular 61 aus, d. h. stellen den Antrag auf Reha-Maßnahme

Zugang über die Begutachtung durch den MDK bleibt unberührt.

- *Konsillösungen durch Reha-Arzt sind – bis auf wenigen Ausnahmen veranlasst vom MDK bzw. KK bei sehr komplexen Reha-Anträgen - nicht mehr möglich bzw. refinanziert.*
- *kein Feedback über beantragte Verfahren und nicht-genehmigte Anträgen*
- *wer erkennt Reha-Bedarfe bzw. kann sie erkennen, beschreiben?*

Entwicklungstendenzen der Kurzzeitpflege in Bad Kreuznach

- Weniger Anträge bei komplexen Reha-Fällen bzw. erheblicher Pflegebedürftigkeit, weil Reha-Bedarfe und -Fähigkeit nicht erkannt werden -> Betroffenen kommen in die KP zur Überbrückung in die LP
- Wenn in KP die Einrichtung Reha-Bedarf erkennt, dann Antragsstellung entweder über Klinik noch möglich, ansonsten über den Vertragsarzt; langer Weg, KP ist zeitlich begrenzt, Resignation bei den Betroffenen und Angehörigen, dabei KP Weichenstellung mit Chance! Zeitfenster zu kurz für ausreichende Reha-Maßnahmen – Flexibilität notwendig!
- Verlegung in die KP zur Überbrückung, bis stationäre Reha möglich ist (z. B. bei Frakturen), d. h. die wenigen KP-Plätze sind belegt
- Bsp. Im EJH waren es in 2019 nur 218 Kurzzeitpflegetage, d. h. 7 Personen nahmen nur die KP wahr -> Gegensteuerung durch intensivere Kooperation zwischen Klinik, EJH und Mobile Reha (inkl. Beteiligung der Betroffenen)

Langzeitwirkungen langjähriger Zusammenarbeit zwischen Seniorenhilfe (insb. Elisabeth Jaeger Haus) und Mobiler Reha

Auch wenn keine eigene Konzeption für KP, sondern nur eingestreute Plätze vorhanden sind, das Wissen bzw. die Erfahrung, dass auch erheblich Pflegebedürftige rehafähig sein können und wieder ein selbstbestimmtes und teilhabeorientiertes Leben Zuhause führen können, ist da!

(Mobile) Reha ist präsent in der Pflegeeinrichtung

Wenn jemand zur KP kommt bzw. ein Bewohner nach Krankheitsereignis rehaedürftig ist, aber kein Reha-Antrag gestellt wurde, wird die Einrichtung aktiv und veranlasst vorzugsweise (seitens Betroffene und Einrichtung)

Mobile Reha-Maßnahmen, denn laut EJH ist

- die Kommunikation, Kooperation, therapeutische Versorgung durch eine Mobile Reha-Maßnahme besser und wirksamer als in/zu stationären Einrichtungen wie auch die Hilfsmittel- und Wundversorgung qualitativ besser ist
- großer Lern- und Beratungsgewinn für die Seniorenhilfe im Gegensatz zur stationären Reha-Einrichtung, wo ein solcher nicht gegeben ist

- Therapien sind lebenswelt- und teilhabeorientierter, durch die Maßnahme steigt der Lebensmut, die Menschen „verkümmern weniger auf ihren Zimmern“, das Bewusstsein für Teilhabethemen, für die aktivierende Pflege und das Interesse an Angeboten inner- und außerhalb der Einrichtung wächst (seitens der Betroffenen, Angehörigen und des Pflegepersonals)
- Nicht zuletzt ist die Mobile Reha auch betriebswirtschaftlich für die Einrichtung interessant, denn bei stationärer Reha gibt es ab dem 5. Abwesenheitstag nur die Bettenpauschale.

Die Kommunikation und Kooperation zwischen EJH und Mobiler Reha wurde durch das mehrjährige Forschungsprojekt befördert. Es gibt

- eine strukturierte Kooperation von der Reha-Pflege der Mobilen Reha und der Pflegefachkraft im EJH,
- eine Transparenz von Reha- und Pflegeplan; Formulierung gemeinsamer Reha-Ziele (zw. Betroffenen, Angehörigen, Einrichtung und Mobiler Reha) -> förderlich für den Reha-Erfolg und dessen Nachhaltigkeit.

Fazit

Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind unverzichtbar für Menschen mit bestehender/drohender Pflegebedürftigkeit zur

- Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungssituation
Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen
- Realisierung selbstbestimmter Teilhabeziele und Kompetenzen der Selbstversorgung
- Zur Überbrückung bis zur Reha-Fähigkeit § 39 c SGB V Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit
- Erkennen von Reha-Bedarfen
- Rückführung in die eigene Häuslichkeit/Wohnung

Entsprechende strukturellen Voraussetzungen müssen in der KP geschaffen sein, wie z. B. eigene Konzeption und Abteilung, Qualifikation der MA, Zusammenarbeit mit Ärzten/Therapeuten ... und die Kooperationsmöglichkeit mit einem Mobilem Rehabilitationsdienst!

危机

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!