

# Mobile Reha und Kurzzeitpflege

Dr. med. Christiane v. Rothkirch

Leitende Ärztin der Mobilen Reha Bremen GmbH

Leitende Oberärztin der Klinik für Geriatrie, Physikalische  
Medizin und Rehabilitation am Klinikum Bremen Ost

  
GESUNDHEIT NORD  
KLINIKVERBUND BREMEN

  
Mobile Reha Bremen

# Geriatrische Versorgung in Bremen

1. Geriatrische Frührehabilitation an 3 Standorten  
Stationäre Betten: ca. 200 Betten  
Tagesklinik: ca. 70 Plätze
2. Geriatrische Rehabilitation  
Stationäre Betten: ca. 60 Betten  
Tagesklinik: ca. 15 Plätze
3. Ambulante geriatrische Rehabilitation  
Mobile Reha mit 3 Standorten: ca. 60 Rehabilitanden  
(ohne Bremerhaven)

# Rehabilitation im Klinikverbund Gesundheit Nord

- Geriatrische Frührehabilitation
- Neurologisch Frührehabilitation der Phase A/B
- Reha-Ambulanz
- Mobile Rehabilitation
- Ambulantes Rehazentrum am Klinikum Links der Weser:
  - - Ambulante orthopädische Rehabilitation
  - - Ambulante kardiologische Rehabilitation

# Indikation für geriatrische Rehabilitation

- Vorliegen von Krankheitsauswirkungen, die die Alltagskompetenz des alten Menschen in seinem individuellen, psychosozialen Kontext einschränken (ICF)
- +Rehabilitationsbedürftigkeit
- +Rehabilitationsfähigkeit
- +alltagsrelevante realistische Rehabilitationsziele
- +eine positive Rehabilitationsprognose

# Rehabilitationbedürftigkeit

- Reha-Bedürftigkeit verursachende Beeinträchtigungen:
  - der Selbstversorgung (Ernährung, Körperpflege, Ausscheidung)
  - der Fortbewegung
  - des Verhaltens (Verwirrtheit)
  - der Kommunikation
  - der körperlichen Beweglichkeit/Geschicklichkeit

# Rehabilitationsfähigkeit

- es muss eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit vorliegen
- bezogen auf die mobile Rehabilitation:  
es liegt meist eine geringere physische und psychische Belastbarkeit vor, so dass eine Rehabilitationsfähigkeit nur in der gewohnten Umgebung besteht

# Rehabilitationsziele

- **Rehabilitationsziele können sein:**
  - Erreichen des Transfers
  - Verbesserung der Rollstuhlfähigkeit
  - Erreichen der Geh- und Stehfähigkeit
  - Gehfähigkeit über Treppenstufen
  - Selbständige Nahrungsaufnahme
  - Selbständiges An- und Auskleiden
  - Verbesserung der Kommunikation
  - Verbesserung der Tagesstruktur

# Rehabilitationsziele

- Allgemeines Rehabilitationsziel ist die Wiedergewinnung, Verbesserung oder Erhalt der Selbständigkeit

## **durch**

- vollständige Wiederherstellung des ursprünglichen Niveaus
- größtmögliche Wiederherstellung
- Erlernen von Ersatzstrategien
- Anpassung der Umweltbedingungen an die bestehenden Beeinträchtigungen



# Identifikation von Rehabilitanden für die mobile Reha

- 30% der Rehabilitanden kommen aus der hausärztlichen Versorgung: Antragstellung über das Formular 61
- 70% der Rehabilitanden kommen aus dem Krankenhaus:  
Antragstellung über den MORE Antrag/neuen Rehaantrag
  - Identifikation durch ärztliche Kollegen
  - Identifikation durch die Sozialdienste
- P.S. in der GENO haben wir einen hohen Informationsgrad zu verschiedenen Möglichkeiten der Rehabilitation

# Krankenhausbehandlung und nun ?

- Rehabilitationsbedarf identifizieren
- Anmeldung der Patienten zur konsiliarischen Begutachtung
- Ärztliche Überprüfung der Rehabilitationsindikation
- Überprüfung der spezifischen Indikationskriterien
- Antragstellung für mobile Reha mit Unterstützung durch die ärztlichen Kollegen der Mobilen Reha.

# Fallbeispiel

- Anamnese/Schädigung: 79 jährige Patientin, Stammganglieninsult links mit Hemiparese rechts, Dysphagie und Aphasie zunächst in der geriatrischen Frührehabilitation behandelt, von dort Entlassung in die Kurzzeitpflege. Multimorbide Patientin mit COPD Gold 3, Lungenkarzinom (aktuell: stabile disease nach Chemotherapie), Visusminderung, lebte mit Ehemann in einem Haus und war selbständig. Bei Aufnahme in der Kurzzeitpflege gelang der Transfer in den Rollstuhl mit leichter Unterstützung, war rollstuhlmobil, breiige Kost konnte sie selbst zu sich nehmen, benötigte aber in allen ADLs pflegerische Unterstützung.
- Rehabedarf: Eigenständiger Transfer, Stand mit Halt, Kostaufbau, Wortfindung
- Rehafähigkeit: für mobile Form gegeben
- Rehaziele: selbständiger Transfer, Stand mit Halt, Kostaufbau, Wortfindung, Entlassung in die Häuslichkeit
- Rehaprognose: positiv bei motivierter Patientin
- Spezifische Indikationskriterien: eingeschränkt Kommunikation und Visusminderung bei schwerer Makuladegeneration
- Rehaverlauf/Outcome: Transfer selbst mit Rutschbrett, Anleitung des Ehemanns, Stand mit Halt war möglich, Gang nur am hohen Gehwagen, Transfer in das Auto war ohne fremde Hilfe möglich, Kostaufbau und rückläufige Aphasie
- Kognitiv war die Patientin unbeeinträchtigt und konnte nach Abschluss der Kurzzeitpflege mit umfangreicher Hilfsmittelversorgung und PG2 in die Häuslichkeit zurückkehren

# Assessment

	Bei Aufnahme	Bei Entlassung
Barthel-Index	35	45
GDS	4	
Tinnetti-Test	2	7
Timed Up and Go	Nicht möglich	Nicht möglich
Esslingen Transferskala	H2	H1
MMSE	Nicht möglich	Nicht möglich

# Spezifische Indikationskriterien

## Die Rehabilitanden

- sind auf rehabilitationsfördernde Unterstützung durch die Anwesenheit von Angehörigen / Bezugspersonen angewiesen und/oder
- sind auf das krankheitsspezifisch adaptierte Wohnumfeld angewiesen und/oder
- können den in einer Einrichtung (stationär oder ambulant) erreichten Reha-Erfolg nicht in den Alltag übertragen

# Spezifische Indikationskriterien

Zusätzlich liegt mindestens eine erhebliche Schädigung vor:

- mentaler Funktionen, z.B. der Kognition, der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses...
- mentaler Funktionen verhaltensbezogener Art wie Angst, psychomotorische Unruhe, Delir, Wahnvorstellungen...
- der Stimm-, Sprech-, Sprachfunktion
- der Seh- und Hörfunktion, z.B. blinde/taube Patienten

# Leistungen der mobilen Rehabilitation

- Leistung umfasst das gleiche Therapieangebot wie die klassische geriatrische Rehabilitation
- Behandlung im multiprofessionellen Team
- Therapie 3-5x pro Woche mit 2 Therapieeinheiten pro Behandlungstag à 45 Minuten in der gewohnten Umgebung
- Behandlung nach Kostenzusage der Krankenkasse (in der Regel 45 TE)
- Beginn in der Kurzzeitpflege und Fortsetzung in der endgültigen Wohnform

# Multiprofessionelles Team

---

- Ärztliche Leitung: Facharzt (Innere Medizin) mit Zusatzbezeichnung Geriatrie
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Rehabilitative Pflege
- Neuropsychologie
- Ernährungsberatung
- Sozialberatung



# Rehabilitationsverlauf

- Ärztliche Aufnahmeuntersuchung und Erstellung von Rehaplan/-zielen
- Therapeutische Befunderhebung (Assessment) und Behandlung
- Wöchentliche Fallbesprechung mit Aktualisierung der Rehazielen
- Abschlussuntersuchung
- Abschlussbericht für Haus-/Fachärzte und Krankenkasse

# Zusammenfassung



- Die größte Anzahl der Rehabilitanden kommt aus der Krankenhausversorgung.
- Viele Patienten aus dem Krankenhaus werden in die Kurzzeitpflege entlassen.
- Wir brauchen eine Identifikation von Patienten, die die Indikation für eine mobile Reha haben.
- Fallbeispiele zeigen, dass eine mobile Reha sinnvoll ist, um auch die Rückkehr in die Häuslichkeit aus der Kurzzeitpflege zu ermöglichen.

Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit

GESUNDHEIT **NORD**  
KLINIKVERBUND BREMEN



Mobile Reha Bremen



# Rehabilitation in der gewohnten Umgebung

- Mobile Rehabilitation ist eine Sonderform der ambulanten geriatrischen Rehabilitation
- Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose treffen besonders für das gewohnte Umfeld zu.
- Die Maßnahmen der mobilen Rehabilitation werden durchgeführt: in der Wohnung, zunächst in der Kurzzeitpflege und in der stationären Pflege

# Mobile Reha Bremen GmbH

- Mobile Reha Bremen ist eine eigene GmbH mit enger Vernetzung mit einem Klinikverbund und einem Heimträger
- Behandlung des ersten Rehabilitanden im Oktober 2013
- Rehabilitanden 2015:



# Fallbeispiel 1:

- Anamnese/Schädigung: 84 jährige Pat., die sich 10.2013 eine distale Femurfraktur zuzog und bei insgesamt komplikationsreichem Verlauf 10x operativ versorgt werden musste. Endgültige osteosynthetische Versorgung 9.2014. , Mobilisation unter Vollbelastung möglich, Beinlängendifferenz von 8 cm, Hüftflexion  $<90^\circ$ , MRSA pos.. Verschlechterung einer bekannten Depression, lebt mit dementem Ehemann im Pflegeheim, bei Aufnahme überwiegend bettlägerig, Transfer an die Bettkante mit Hilfe, Sitz im Rollstuhl möglich, nicht steh- und gehfähig:
- Reha- Bedürftigkeit: Beeinträchtigung der Selbstversorgung, der Fortbewegung, körperlicher Beweglichkeit
- Reha-Fähigkeit: nur für die mobile Form gegeben
- Reha-Ziele: eigener Transfer, Verbesserung der Rollstuhlfähigkeit, Steh- und Gehfähigkeit, Selbständiges An- und Auskleiden, Perspektiventwicklung
- Reha-Prognose: positiv in der gewohnten Umgebung
- Spezifische MoRe-Allokation: Depression, auf die Bezugsperson/Umfeld angewiesen,
- Reha-Verlauf/Outcome: Selbständiger Transfer an die Bettkante, eigene Rollstuhlmobilität, Stand und Gang am Gehbock möglich, OK Versorgung selbst, Hüftflex  $>90^\circ$ , orthop. Schuhversorgung begleitet

# Fallbeispiel 2:

Anamnese/Schädigung: 54 jährige Pat., die sich im Rahmen eines Sturzes eine LWK3# zugezogen hat, die konservativ versorgt wurde. Bek. Paraparese der Beine seit Geburt, so dass eine Rollstuhlabhängigkeit bestand. Mit Laienhilfe war die Pat. in der eigenen Wohnung selbständig und konnte einer Arbeit nachgehen. Entlassung der Pat. in die KZP, weil Transfer nicht möglich war. Inkontinenz, kleiner Decubitus am Steiß, Beginn der MoRe in der KZP und Begleitung des Übergangs in die eigene Wohnung.

Reha-Bedürftigkeit: Beeinträchtigung von Selbständigkeit, Fortbewegung und körperlicher Beweglichkeit

Reha-Fähigkeit: nur für mobile Form gegeben (orthop. Rehafähigkeit nicht gegeben)

Reha-Ziele: Erreichen des Transfers, Verbesserung der Rollstuhlfähigkeit, selbständiges An- und Auskleiden, vollständige Selbständigkeit in der barrierefreien Wohnung

Reha-Prognose: positiv in der gewohnten Umgebung

Spezifische MoRe-Allokation: auf Bezugspersonen und Wohnumfeld angewiesen

Reha-Verlauf/Outcome: Selbständiger Transfer, Toilettengänge, An- Ausziehen selbst, ambulanten PD für Duschen etabliert, Freundin angeleitet, Arbeit wieder aufgenommen (Martinshof), Pflege- und Sozialberatung durchgeführt.

# Assessments

	<b>Fallbeispiel 1</b>	<b>Fallbeispiel 2</b>
Barthel-Index - Nachuntersuchung	10/50 Nach 12 Monaten: 65	40/65 Nach 2 Monaten: 70
Therapieeinheiten	65	45
MMST	29	23 (von 29)
Tinetti-Test	3/11	3/4
Esslinger Transfer	H2/H0	H1/H0
GDS	6	2