

Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für psychisch erkrankte ältere Menschen

Berlin - 05. November 2024

Erfahrungen der Mobilen geriatrischen Rehabilitation (MoGeRe)

Martin Warnach
Vorstand der BAG Mobile Rehabilitation e.V.

Ausgangssituation

- Aktuell:**
- > **Mobile geriatrische Reha: 24 Einrichtungen mit ca. 30 Teams**
 - > Mobile neurologische Reha: 1 Einrichtung (Ergänzung eines amb. Reha-Zentrums)
 - > RESET Stuttgart: Mobile psychiatrische Rehabilitation am Start

Gemeinsame Empfehlungen (GE) zur mobilen Rehabilitation 2021

- > Allgemeiner Teil – Grundsätze der Mobilen Reha
 - > **Mobile geriatrische Rehabilitation – detailliert ausgeführt**
 - > Mobile indikationsspezifische Rehabilitation – nur Gerüst
- Grundlage für das Reha-Konzept von RESET als indikationsspezifische Mobile Reha in der Psychiatrie.
 - Valide rehabilitationsmedizinische Fundierung der Mobilen Rehabilitation.

Für wen MoGeRe?

- **Rund 75 % der Pat. kommen nach Akuterkrankung aus KHS, ggfs. nach geriatrischer Frührehabilitation; d.h. = Anschlussrehabilitationen.**
- **21 % aus vertragsärztlicher Versorgung – v.a. bei Verschlechterung chronischer Erkrankungen.**
- **Es geht also um Menschen mit einem geriatrischen Krankheitsprofil in einer vulnerablen Situation !**

Zwei wichtige Aspekte der Empfehlungen zur Indikationsstellung:

- **„Mobile Rehabilitation . . . , wenn für das Erreichen relevanter Rehabilitationsziele der **größtmögliche Erfolg im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld** anzunehmen ist.“ (Empfehlungen zur Mobilen Rehabilitation 01.06.2021)**
- **Nicht Restitution (Wiederherstellung), sondern **Adaptation steht im Vordergrund - Adaptation als Reha-Strategie zur Teilhabesicherung.****
- **Adaptation – Kontextfaktoren nach ICF -**

Adaptation als Rehabilitationsstrategie – fokussiert auf Betroffene und An- und Zugehörige.

ICF - Kontextfaktoren: „personbezogener“ und „materieller“ Kontext“:

- Anpassung der individuellen praktischen Lebensvollzüge an die individuellen Einschränkungen - Strategien der subjektiven Bewältigung (Coping)
 - Reduktion hemmender und Stärkung fördernder Umweltfaktoren.
 - a) Wohnumfeld, Hilfsmittel, assistive Hilfen u.a.
 - b) Stärkung und Unterstützung von An- und Zugehörigen.
-
- **Über 70 % der MoGeRe-Pat. haben „erhebliche mentale Schädigungen“;**
 - **Demenz ist Begleitdiagnose, „rehabilitationsbegründend“ ist eine geriatrische Erkrankung;**
 - **Hinzu kommen: Depression, Ängste, Psychotische Erkrankungen u.a..**

- **Akuterkrankung und Demenz > erhöhte Vulnerabilität: Verlassen des „Schutzraums“, Überforderung mental und körperlich – Problem der KHS-Aufenthalte > Desorientiertheit, Delir und Komplikationen.**
- **MoGeRe muss auf Folgen der Akuterkrankungen und die Folgen der Demenz abzielen:**
 - > **Demenzbedingte Beeinträchtigungen** nicht nur „Störfaktoren“ für die Durchführung einer Reha - (was sie ja auch sind!) – sie sind **Zielaspekte einer MoGeRe;**
 - > **Erhebliche Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe** der Betroffenen, aber auch die der Angehörigen
 - > Berücksichtigung bei der **Reha-Bedarfsermittlung, Assessment, Reha-Plan, Reha-Zielsetzung.**
 - > Anpassung der Therapien und Verfahren an die Demenz ist wichtig, aber nicht ausreichend!
- **Indem wir demenzbedingte Beeinträchtigungen als Zielaspekte miteinbeziehen,**
 - ermöglichen wir oft erst die Durchführung einer Reha, verbessern also die Reha-Fähigkeit;
 - fördern wir den Erhalt und die Verbesserung von Teilhabe - in der Häuslichkeit, im Alltag der Betroffenen, was die Nachhaltigkeit der Reha-Ziele stärkt
 - verbessern wir die Situation der An- und Zugehörigen als wesentliche Stütze der Betroffenen;

Adaptation schafft oft die Voraussetzungen für das Erreichen restitutiver Ziele:

- funktionelle Zugewinne, Ermöglichung von Aktivitäten: Mobilität, Alltagstätigkeiten, Kommunikation;

Sind restitutive Ziele angesichts des fortschreitenden neurodegenerativen Prozesses überhaupt erreichbar?:

Sehr unterschätzt werden Funktionsverluste bei Demenz durch

- „Nichtnutzen“, „Aufgeben“ von Aktivitäten, Resignation;
- Antriebslosigkeit, Apathie oder eine depressive Symptomatik;
- fehlende Förderung oder Vernachlässigung – die oft verstärkend hinzukommen;
- (nicht direkt aufgrund eines neurodegenerativen Abbaus).

Anregendes Milieu, fördernde Umgebung, individuelle Angebote – dann werden nicht vermutete Ressourcen der Betroffenen sichtbar. – Dies unterstreicht nochmals die Bedeutung eines „adaptiven“ Herangehens im Rahmen einer Rehabilitation.

- Alltagsbezogenheit
- Förderung im (Familien-)Kontext
- Berücksichtigung individueller Vorlieben und Abneigungen.

Demenzbedingte Beeinträchtigungen unter Reha- Aspekten

Beispiele aus dem (privaten) häuslichen Bereich:

Kommunikation:

Förderung eines sozialen und kommunikativen Zusammenhalts; Unterstützung einer möglichst empathischen Kommunikation zw. Betroffenen und Partner– nicht korrigierend, konfrontativ.

Tagesstrukturierung:

Erfassen der Problematik: was passiert wann, was sind Störfaktoren? Tag/Nachtrhythmus? Phasen von Unruhe/Wandering. - Beobachten > Vorlieben, Abneigungen. Wie gelingen Orientierung, geregelte Abläufe, Wechsel Aktivität / Ruhe usw.

Beschäftigung:

Was sind Vorlieben, was interessiert, was wird weniger gut angenommen. Biografisch Relevantes? Frühere Tätigkeiten? Bewegung – körperliche Aktivität sind immer wichtig - oder auch Kramkiste! Entscheidend ist das Alltagsleben; nur untergeordnet geht es um besondere Events.

Neuropsychiatrische Symptomatik:

Vor allem vermeiden „leerer“ Zeit – eng verknüpft mit Tagesstruktur, Beschäftigung.

Wir stützen uns auf die Erfahrungen und anerkannte Vorgehensweisen in der Demenzversorgung.

Ziele bei alltagsrelevanten kognitiven Beeinträchtigungen bzw. dementieller Erkrankung

Zielsetzung bei „demenzbedingten Beeinträchtigungen“ - Beispiele:

- Fördern einer von Betroffenen akzeptierten **Tagesstruktur und sinnvollen Beschäftigung**;
- **Ermöglichung/Aufrechterhaltung einer angemessenen Kommunikation**, eines Miteinanders im familiären/sozialen Kontext;
- **Funktionelle Verbesserungen** – so weit wie möglich; (Plus von ca. 15 Barthel-Punkten durchschnittlich)
- **Es geht letztlich um die Entwicklung von Handlungskompetenzen in Hinblick auf das Alltagsleben** – Ermöglichung von Tätigkeiten und Aktivitäten, die für die Betroffenen von Bedeutung sind, sie in soziale Kontexte einbinden und Teilhabe ermöglichen;
- **Stärkung von pflegenden/betreuenden Angehörigen; Unterstützung der Betroffenen ermöglichen, möglichst ohne Überforderung**;
- **Verbleib in der eigenen Häuslichkeit - Vermeidung von Krankenhausaufenthalten.**

Funktionsverbesserungen und Teilhabe

Funktionelle Verbesserungen

. . . sind direkt mit Aktivitäten und für die Teilhabe relevante Aspekte verknüpft.

- Der Alltag ist das Übungs- und Trainingsfeld - Integration in den üblichen Tagesablauf, Fortführung der Übungen auch in therapiefreien Zeiten – wichtig für Nachhaltigkeit
- An- und Zugehörige sind eingebunden in Zielformulierung und Zielerarbeitung – ihre Vorstellungen und Bedürfnisse fließen mit ein.
- Durch Gestaltung des „Kontextes“: auch bei nur geringen funktionellen Verbesserungen (im Sinne der Restitution) - deutliche Verbesserung von Aktivitäten und Teilhabe.
- Hilfsmittel (Sturzprophylaxe durch Gestaltung des Wohnumfelds, Rollator/Rollstuhlnutzung, Weglaufkontrolle durch GPS)
- Möglichst Nutzung aller Ressourcen (Familie, Nachbarn, soziales Netz, Sozialraum)

Schlussbemerkung:

Unsere primäre Intention war : unterversorgten, nicht angemessen versorgten Patientinnen und Patienten eine Reha-Chance eröffnen – dies sind nicht zuletzt dementiell Erkrankte.

Der Anlass für eine MoGeRe bedeutet besonders vulnerable Situation mit Gefährdungen – v.a. steht oft der Verbleib in der eigenen Wohnung zur Disposition.

Dementiell Erkrankte können von einer teilhabeorientierten Rehabilitation in ihrer gewohnten Häuslichkeit profitieren.

Wir hoffen, dass wir aufgrund unserer praktischen Erfahrungen Impulse für eine rehabilitative Versorgung von dementiell Erkrankten auch in anderen Settings geben können.

Auch Menschen mit Demenz ohne geriatrisches Krankheitsprofil sollten Zugang zu einer Rehabilitation haben - Herausforderung an die Gerontopsychiatrie – ein mobiles gerontopsychiatrisches Reha-Angebot ?!

Vielen Dank !

Dr. med. Martin Warnach

Ehem. Ärztlicher Leiter Wichernkrankenhaus Berlin –

Geriatrisches Fachkrankenhaus – seit 2011 MoGeRe

Vorstand der BAG Mobile Rehabilitation e.V.

Ausschusses der DVfR: Reha vor & bei Pflegebedürftigkeit

martin.warnach@gmail.com