

# **Rehabilitationskonzept der Mobilen Reha Bremen**

## **1. Zuweisung und Überleitung der Rehabilitanden**

Die Zuweisung der Rehabilitanden erfolgt durch den zuständigen Hausarzt / Facharzt oder im Fall einer Anschlussrehabilitation durch das behandelnde Krankenhaus. Voraussetzung ist eine Leistungsbewilligung durch den zuständigen Kostenträger.

Außerdem haben der behandelnde Hausarzt als auch das behandelnde Krankenhaus die Möglichkeit, bei der zuständigen Krankenkasse ein Konsil durch die Mobile Reha Bremen in der Wohnung bzw. dem aktuellen Aufenthaltsort des Rehabilitanden zu beantragen. Nach Genehmigung durch die Krankenkasse erfolgt das Reha-Konsil in der Häuslichkeit des Rehabilitanden. Aus dem Konsil erfolgt ein Bericht mit Vorschlag für weitere Maßnahmen (z.B. für Heil- und Hilfsmittelversorgung, Maßnahmen anderer Kostenträger etc.) und ggfs. einen begründeten Antrag auf mobile Rehabilitation. Dieses Konsil ist ein Leistungsbestandteil der Mobilen Reha Bremen.

Die Mobile Reha Bremen versteht sich als ein Bestandteil eines Netzwerks der vorhandenen Dienstleistungsangebote in Bremen. Das Ziel ist eine regelhafte Überleitung der Patienten

- von den zuweisenden Instanzen in die Mobile Rehabilitation
- mit der Mobilen Reha Bremen zum angestrebten Wohn- und Lebensort
- bei Beendigung der mobilen Rehabilitation zu den weiterbehandelnden und versorgenden Dienstleistern

## **2. Rehabilitationsdiagnostik**

Der Arzt der Mobilen Reha Bremen stellt die Indikation zur medizinischen mobilen Rehabilitation. Die Indikation zur Mobilen Rehabilitation basiert auf einem ICF-kompatiblen Diagnoseprozess und berücksichtigt

- Art und Schweregrad des ursächlichen Gesundheitsproblems und der daraus resultierenden Schädigung
- die vorliegenden Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe
- den personen- und umweltbezogenen Kontext

Der Arzt ermittelt das individuelle Rehabilitationspotential mit einer Prognose der Entwicklung, die bei einer bestmöglichen Förderung in Rahmen der Rehabilitation und Nutzung aller Ressourcen und Kompetenzen der Betroffenen erreichbar wäre (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004). Gleichzeitig bezieht er die Anforderungen und Erwartungen ein, die vor- und nachbehandelnde Behandlungsinstanzen an die ambulante mobile Rehabilitation stellen.

Durch den Hausbesuch erhält er eine umfassende Sicht auf die Problematik des Rehabilitanden. Der Hausbesuch umfasst in der Regel mindestens 45 Minuten. Der Arzt erfasst in seiner Untersuchung und Befragung des Patienten und/oder seiner Angehörigen/Bezugspersonen

- Anamnese und körperlichen Status
- Psychischen Status und Motivation
- Subjektives Befinden
- Medizinische Daten
- Die Performance der Aktivitäten des täglichen Lebens
- Motorische Funktionen und Mobilität
- Kommunikationsfähigkeit
- Wohnung und Wohnverhältnisse
- Soziales Umfeld
- Ökonomischen Status

Das daran anknüpfende multiprofessionelle Assessment umfasst je nach individueller Problemstellung des Rehabilitanden die Erfassung der Körperfunktionen und –strukturen, der Aktivitäten und Teilhabe sowie der Kontextfaktoren durch standardisierte geriatrische Assessmentverfahren zu den Bereichen

- Kognition
- Mobilität
- Emotionalität
- Selbsthilfefähigkeit

- Soziale Unterstützungssysteme
- Ernährung

Im Verlauf der Mobilen Rehabilitationsmaßnahme werden wo erforderlich Elemente des Assessments wiederholt. Zum Ende der Rehabilitation findet ein abschließendes Assessment statt.

### **3. Planung der mobilen Rehabilitationsmaßnahme**

Auf der Basis der Eingangsdagnostik, des multiprofessionellen Assessments und der Abstimmung der Rehabilitationsziele mit dem Rehabilitanden erstellt der Arzt unter Einbeziehung der anderen Mitglieder des Rehabilitationsteams einen individuellen Rehabilitationsplan. In diesen Plan fließen die fachspezifischen Assessments der unterschiedlichen Professionen ein. Jeder betrachtet den Rehabilitanden aus einem anderen Blickwinkel. Vom Rehabilitationsarzt werden die Therapieansätze der einzelnen therapeutischen

Bereiche in eine nachhaltige Umsetzung der Gesamtrehabilitationsziele eingebettet. Die eigenen Ziele des Rehabilitanden spielen eine große Rolle und werden im Rehabilitationsplan konkret formuliert. Für Teilbereiche werden Einzelziele formuliert. Die Therapieplanung wird in einem standardisierten Planungsvordruck festgehalten.

Der Rehabilitationsplan für eine ambulante mobile Rehabilitation bezieht grundsätzlich das Wohn- und Lebensumfeld des Rehabilitanden mit ein. Deshalb werden der Rehabilitand und seine Bezugspersonen in die Planung einbezogen. Der Rehabilitationsplan enthält ein häusliches Trainingsprogramm mit einem direkten Bezug zu den Aktivitäten des täglichen Lebens. Im Mittelpunkt steht dabei die positive Beeinflussung der bestehenden Teilhabebeeinträchtigung.

Ebenso enthält der Therapieplan Aussagen über die Einbeziehung der Angehörigen / Bezugspersonen, Möglichkeiten der Wohnraumanpassung und der Hilfsmittelversorgung.

Im Rehabilitationsplan werden die fachspezifischen Therapieeinheiten, ihre Frequenzen und Häufigkeiten festgelegt. Diese hängen unter anderem von der Belastungsfähigkeit des Rehabilitanden ab. Der Rehabilitationsplan koordiniert die Abstimmung der unterschiedlichen Therapiekomponenten untereinander. Der Behandlungsplan und eine Terminplanung werden dem Rehabilitanden im Rahmen einer Dokumentationsmappe ausgehändigt. Diese dient dem Informationsaustausch mit dem Hausarzt, dem Pflegedienst und den Bezugspersonen.

Der Verlauf der Rehabilitation auf der Basis des Rehabilitationsplans wird wöchentlich auf den Teambesprechungen evaluiert. Bei Bedarf erfolgt eine Anpassung des Rehabilitationsplans. Der Inhalt dieser Besprechungen und Anpassungen des Rehabilitationsplans werden regelmäßig dokumentiert.

#### **4. Beginn, Verlängerung und Abbruch der Rehabilitationsmaßnahme**

Mobile Rehabilitation erfolgt immer als Einzelbehandlung. Die Dauer der mobilen Rehabilitation variiert entsprechend der auf den Bedarf und die Möglichkeiten des Rehabilitanden abgestimmten Behandlungsfrequenzen und beträgt nicht länger als 12 Wochen, gerechnet ab Therapiebeginn (erster Hausbesuch eines Therapeuten). Auf die reguläre Dauer sind zeitliche Verzögerungen durch das Genehmigungsverfahren und durch interkurrente Erkrankungen des Rehabilitanden nicht anzurechnen.

Ergibt sich aus dem Rehabilitations-Verlauf das Erfordernis einer Verlängerung, so ist diese bei der zuständigen Krankenkasse zu beantragen. Die Maßnahme wird erst fortgeführt, wenn eine Genehmigung durch die Krankenkasse vorliegt.

Wird die mobile Rehabilitation um mehr als fünf Werkzeuge unterbrochen, informiert die Mobile Reha Bremen die Krankenkasse über den Fortbestand der Indikation. Haben sich aufgrund der Unterbrechung die

Grundlagen für die Leistungszusage durch den Kostenträger verändert, ist vor der Wiederaufnahme der Maßnahme ein Zwischenantrag zu stellen.

Die mobile Rehabilitationsmaßnahme kann abgebrochen werden wenn

- äußere, nicht durch mobile Rehabilitation veränderbare Umstände vorliegen, die die Behandlung unter häuslichen Bedingungen in erheblichem Umfang behindern
- die Kooperation des Rehabilitanden oder seiner Angehörigen/Bezugspersonen nicht im erforderlichen Maße zu erreichen ist
- die Versorgung zu Hause auch mit Unterstützung der mobilen Rehabilitation nicht aufrechtzuerhalten ist
- mobile Rehabilitation aus medizinischen Gründen nicht mehr ausreicht oder indiziert ist
- Behandlungsergebnisse stagnieren und weitere Behandlungsergebnisse trotz Anpassung der Therapien nicht erreichbar sind

## **5. Information des Rehabilitanden und Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld**

Der Rehabilitand wird über alle wichtigen Fragestellungen in Bezug auf die geplante Rehabilitationsmaßnahme informiert. Hierzu gehören im Wesentlichen

- Informationelles Selbstbestimmungsrecht und Datenschutz
- Verpflichtung zur Zusammenarbeit
- Abläufe der Rehabilitation
- Medizinische Aufklärung

Die Wirksamkeit der mobilen Rehabilitation wird durch die Unterstützung und Mitarbeit der Angehörigen / Bezugspersonen deutlich erhöht. Ihre Rolle besteht möglicherweise als Helfer, „Co-Therapeut“, Motivator oder als unterstützende Pflegeperson. Die Weitergabe von rehabilitationsrelevanten Informationen an weiterbehandelnde oder nachsorgende Institutionen erfolgt nur mit dem Einverständnis des Rehabilitanden.

Die Angehörigen / Bezugspersonen können vielseitig in den Prozess der mobilen Rehabilitation eingebunden werden, zum Beispiel

- in der Anwendung der zu erprobenden oder bereits verordneten Hilfsmittel.
- durch die Einübung von Transfers
- durch die Übernahme von Grundsätzen und konkreten Formen der aktivierenden rehabilitativen Pflege
- durch die Motivation des Rehabilitanden
- bei der Einübung täglicher Aktivitäten
- bei der Entwicklung von Kommunikationsstrategien
- durch die Einbeziehung des Rehabilitanden in das Familien- und Nachbarschaftsleben
- durch die Übernahme von Aufgaben des gesundheitsbezogenen Managements (Arztbesuche, Medikamenteneinnahme etc.)

Die herausgearbeiteten konkreten Möglichkeiten der Angehörigen werden schriftlich erfasst und in den Therapieplan eingearbeitet. Die Therapeuten wirken darauf hin, dass die Angehörigen / Bezugspersonen während der Therapiezeiten verfügbar sind. Darüber hinaus sollten die Angehörigen / Bezugspersonen in einem angemessenem Zeitrahmen weiter zur Verfügung stehen, damit die durch die abgegebenen Therapien erreichten Fortschritte durch Anwendung und Training gefestigt und durch Teilhabe am Alltagsleben ausgebaut werden können.

Eine andere Richtung in der Einbeziehung der Angehörigen kann darin bestehen, Formen der Überversorgung und Inaktivierung durch die Bezugsperson zu thematisieren und ein Umlernen sowohl auf Seiten des Angehörigen / der Bezugsperson als auch auf der Seite des Rehabilitanden zu ermöglichen.

## **6. Entlassungsbericht**

Der weiterbehandelnde Arzt und die Krankenkasse des Rehabilitanden erhalten innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung der mobilen Rehabilitationsmaßnahme einen Abschluss- bzw. Entlassungsbericht. Dieser enthält Angaben über

- Relevante Diagnosen
- Behandlungszeitraum
- Angabe der an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen
- Assessmentergebnisse zu Beginn der Behandlung, Zwischen- und Abschlussergebnisse
- Therapieziele
- den Rehabilitationsplan
- den Rehabilitationsverlauf
- Abschlussdiagnostik mit den Schwerpunkten
  - Leistungsvermögen im Alltag
  - Selbständigkeit im vertrauten Wohnumfeld
  - Psychosoziale Situation
  - Krankheitsbewältigung
  - Risikofaktoren
  - Motivation des Rehabilitanden
- bei Bedarf Selbstübungsprogramme
- Wohnungsanpassungsmaßnahmen
- Angaben über Hilferessourcen im persönlichen Umfeld und durch professionelle Dienste
- Angaben über bereits vermittelte Kontakte zu örtlichen Selbsthilfe-, Beratungs- und anderen Diensten
- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges
- ggfs. weiterführende Hilfen im Wohnumfeld

## **7. Dokumentation**

Für jeden Rehabilitanden wird eine Akte mit allen relevanten Unterlagen angelegt. Dazu gehören

- klinische Befunde, Anamnese, Assessments
- Rehabilitationsziele
- Rehabilitationsplan mit Aussagen über Art, Häufigkeit und Dauer der Behandlungselemente
- am Patienten durchgeführte Therapieeinheiten
- gesonderte Anleitungen von Bezugspersonen
- Zwischen- und Abschlussuntersuchung
- Protokolle der Fallbesprechungen
- Entlassungsbericht