



Modellprojekt mobile geriatrische Remobilisation (mobiREM) in der Steiermark

Ergebnisse der Evaluierung der Pilotphase

Münster, 16.09.2021

1. Hintergrund
2. Das Konzept von mobiREM
3. Zielsetzung
4. Evaluationsdesign
5. Ergebnisse
6. Ausblick

- Die Anzahl älterer Menschen mit eingeschränkter Fähigkeit zur selbstständigen Alltagsbewältigung wird in den nächsten Jahren sukzessive ansteigen (ÖROK 2019)
- Unter Berücksichtigung der Thesen zur Kompression oder Expansion der Morbidität kommt es zu einer unterschiedlich starken Ausprägung der künftig zu erwarteten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Trachte et al. 2015)
- Krankenhaushäufigkeit und die Verweildauer steigen mit der Anzahl an chronischen Erkrankungen (Palladino et al. 2016)
- Eine spezielle geriatrische postoperative Behandlung (Diagnostik & Therapie, multidisziplinäres Team) ist wirksam (Prestmo et al 2015)
- Hospitalisierte ältere Personen mit „Frailty Syndrom“ weisen ein höheres Risiko für postoperative Komplikationen auf (Lin et al. 2016)
- MOGERE – 2010 wurde in Deutschland die mobile geriatrische Rehabilitation bundesweit implementiert (Schulz et al 2014)

- **Wiederherstellung oder Erhalt der Fähigkeit** zur weitgehend selbstständigen Lebensführung
- **Reintegration** der Patientinnen und Patienten **in das gewohnte Umfeld**
- **Vermeidung** weiterer **Funktionsverluste**
- **Erhöhung** der **Lebensqualität**
- Bei intendierter Rehabilitation im Anschluss an die AG/R: **Herstellen der Rehabilitationsfähigkeit**

Spezifisches Qualitätskriterium:

- Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Remobilisationsteam
- Gemeinsame Zielorientierung und aufeinander abgestimmte Arbeitsweisen

¹ÖSG 2017 inklusive Großgeräteplan, gemäß Beschluss der Bundeszielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017, inklusive der bis 18. Dezember 2020 beschlossenen Anpassungen, Seite 168

stationärer Bereich



statREM

stationäre Remobilisation

Ort der Versorgung: AG/R-Einheit in Krankenhaus (REM-Bereich)

Durchführung: durchschnittlich 17 Behandlungstage pro Pat., Leistungsinhalt gemäß Prozesshandbuch AG/R und LKF-Modell

nicht-stationärer Bereich



mobiREM

mobile (aufsuchende) Remobilisation

Ort der Versorgung: im häuslichen Umfeld der Pat.
Durchführung: durchschnittlich 35 Therapieeinheiten pro Pat. (je 45 Minuten), an drei Tagen die Woche



tagesREM

tagesambulante Remobilisation

Ort der Versorgung: spitalsambulanter Bereich, ambulante Betreuungsplätze
Durchführung: 10-20 Behandlungstage pro Pat., sechsständiger Aufenthalt pro Behandlungstag

Ca. 35 Therapieeinheiten à 45 min

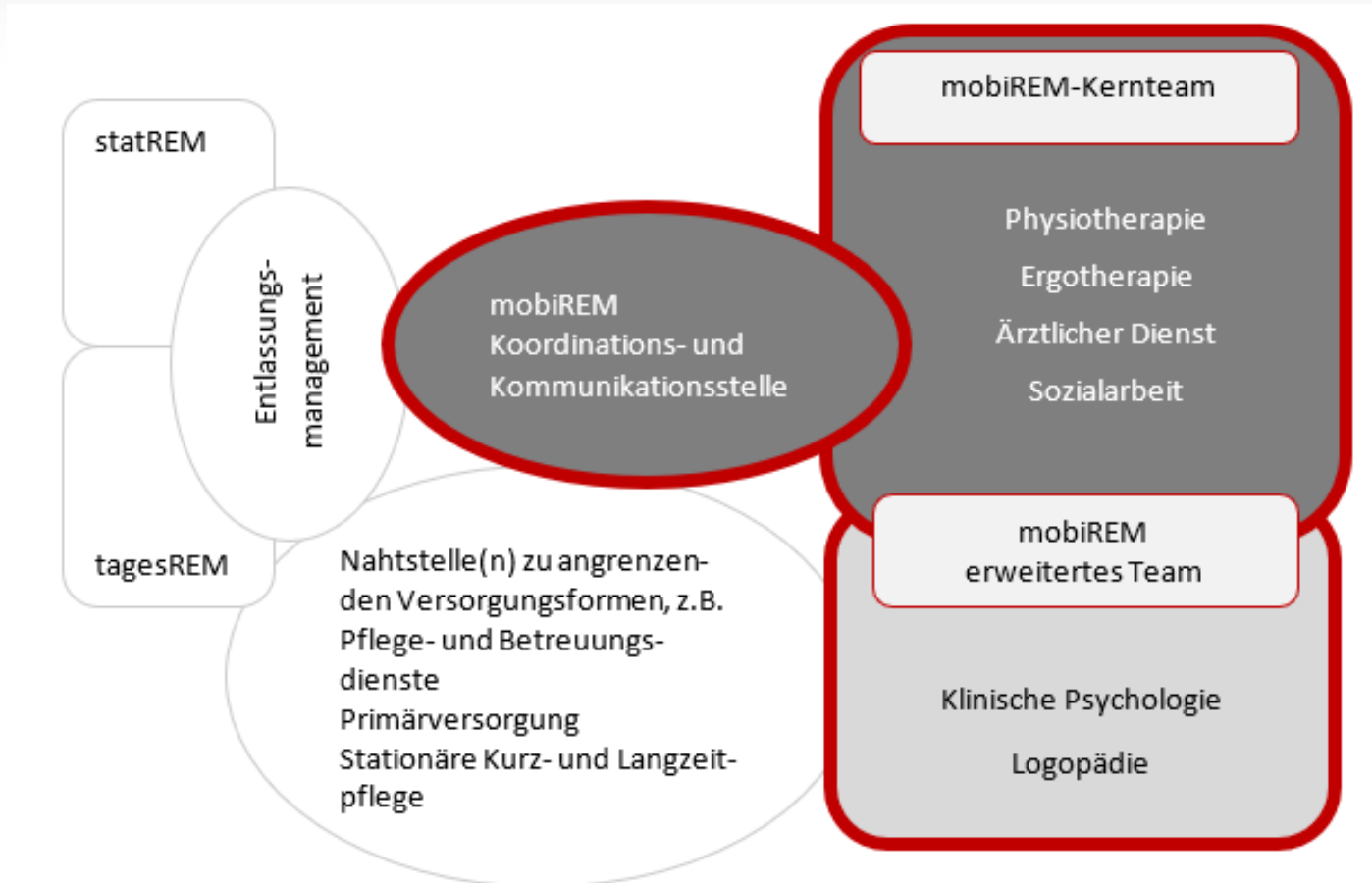


Das **multidisziplinäre geriatrische Team** kommt zur Patientin/ zum Patienten nach Hause.

Vor Therapiebeginn wird ein **individueller Therapieplan** auf Basis eines geriatrischen Assessments durch das multiprofessionelle REM-Team erstellt.
Der **Therapiefortschritt** wird kontinuierlich im Team evaluiert und ggf. werden Therapieziele adaptiert.

- **Funktionsverbessernde**, funktionserhaltende und reintegrierende therapeutische **Maßnahmen** (z.B. Mobilitäts- und Motilitätstraining, Activity of Daily Living (ADL) Training, Sturzprophylaxe)
- **Beratung** und Vermittlung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln
- **Sozialberatung** und Kompetenztraining
- **Angehörigenschulung**
- Bei Bedarf Psychologische/ psychotherapeutische Betreuung

In die Therapien werden die eigene **Wohnumgebung** und ggf. die Vertrauensperson(en) miteinbezogen
Der Alltag wird zum „Training“ - die Behandlungen werden in den gewohnten Tagesablauf integriert
Die Therapie kann auf die **Bedürfnisse** der/ des Pat. Rücksicht nehmen



Quelle: EPIG (2021): Schematische Darstellung des multiprofessionellen mobiREM-(Kern-)Teams sowie der angrenzenden Nahtstellen

Ziel war es herauszufinden, ob die mobile geriatrische Remobilisation (mobiREM) vergleichbare oder bessere ökonomische sowie medizinische Effekte erzielt, als die stationäre Remobilisation (statREM)

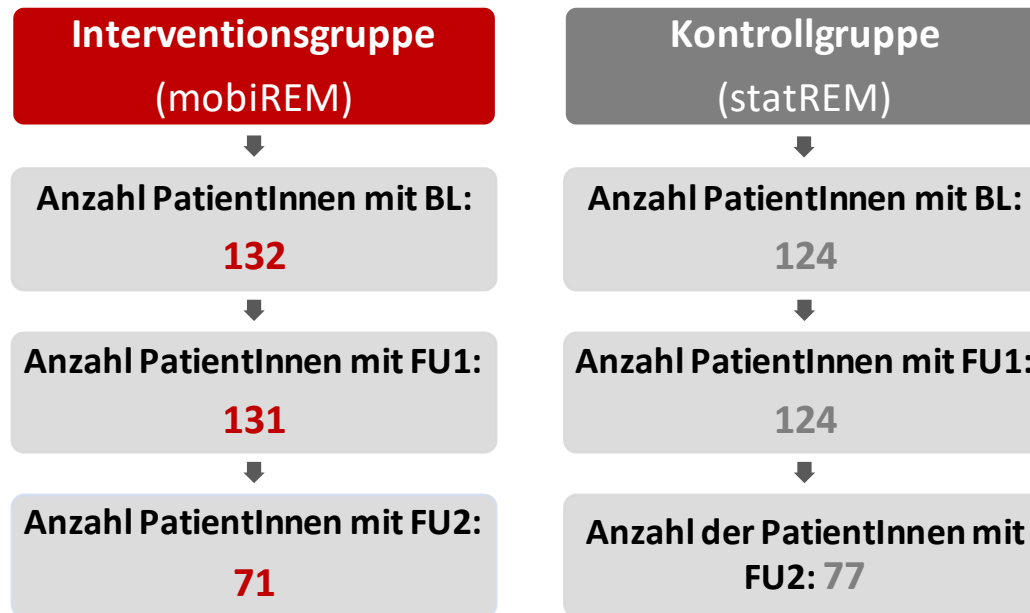
Zentrale Fragestellungen

- Können durch das Projekt **vergleichbare oder bessere medizinische Effekte** erzielt werden, als nach **herkömmlicher Vorgehensweise** (stationäre REM)?
- Kann die Reintegration und das **Verbleiben im gewünschten Wohnsetting** in höherem Maß gelingen (Langzeitwirkung)?
- Welche **Auswirkungen** hat das Projekt auf **die Nutzung der Versorgungsangebote im Gesundheitswesen**?
- **Wie hoch** sind die **Kosten** der mobilen Remobilisation **im Vergleich** zur stationären Remobilisation?
- Wie ist die (subjektive) **Wahrnehmung der Versorgungsqualität** aus Sicht der Patientinnen und Patienten und der Leistungserbringer?

Prospektive, kontrollierte Evaluation des Projekts mittels **Matched-Pair Ansatz** (März 2017 – März 2018)

Mix aus quantitativen und qualitativen **Methoden**

Kontrollgruppenvergleich mobiREM vs. statREM



BL: Bei Behandlungsbeginn
FU 1: Bei Behandlungsende
FU 2: 6 Monate nach Behandlungsende

Auswahl von je 71
„vergleichbaren“ PatientInnen
(Baseline: Alter, Geschlecht, Barthel, ...)

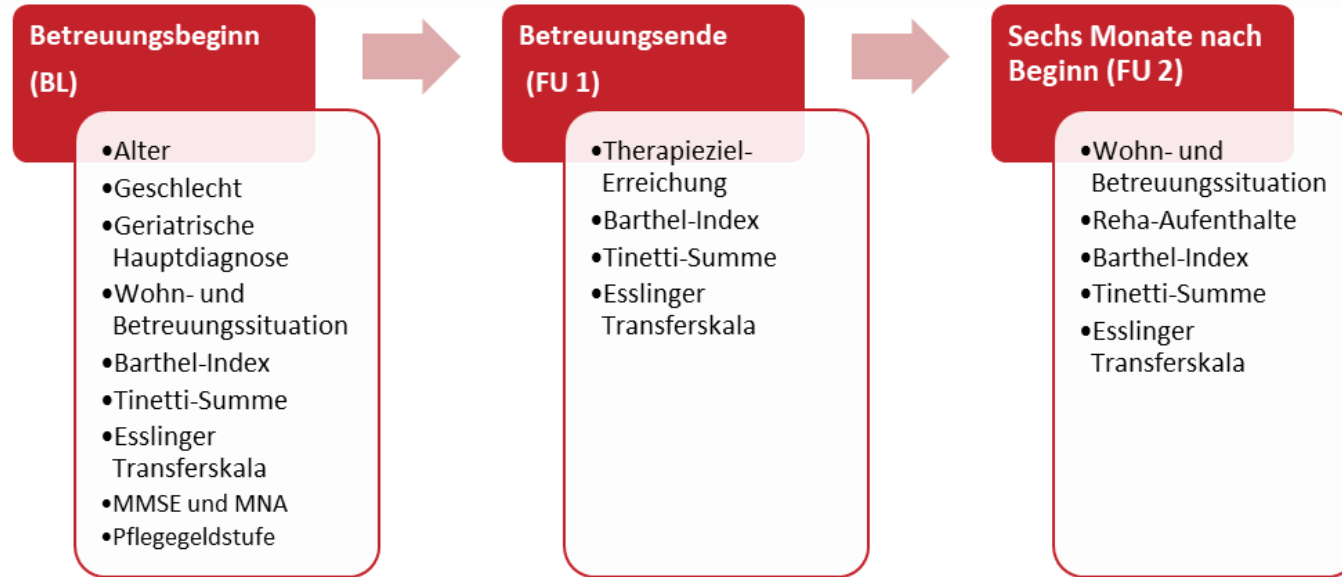
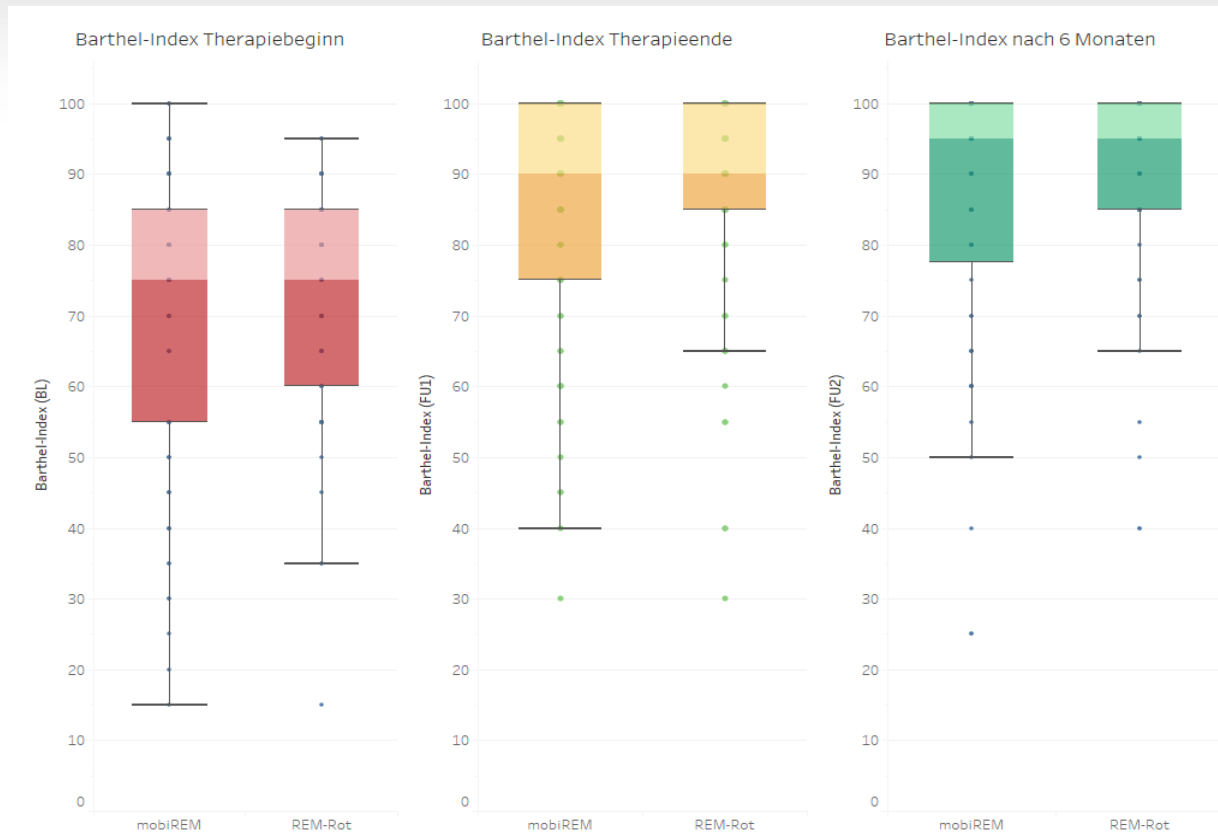
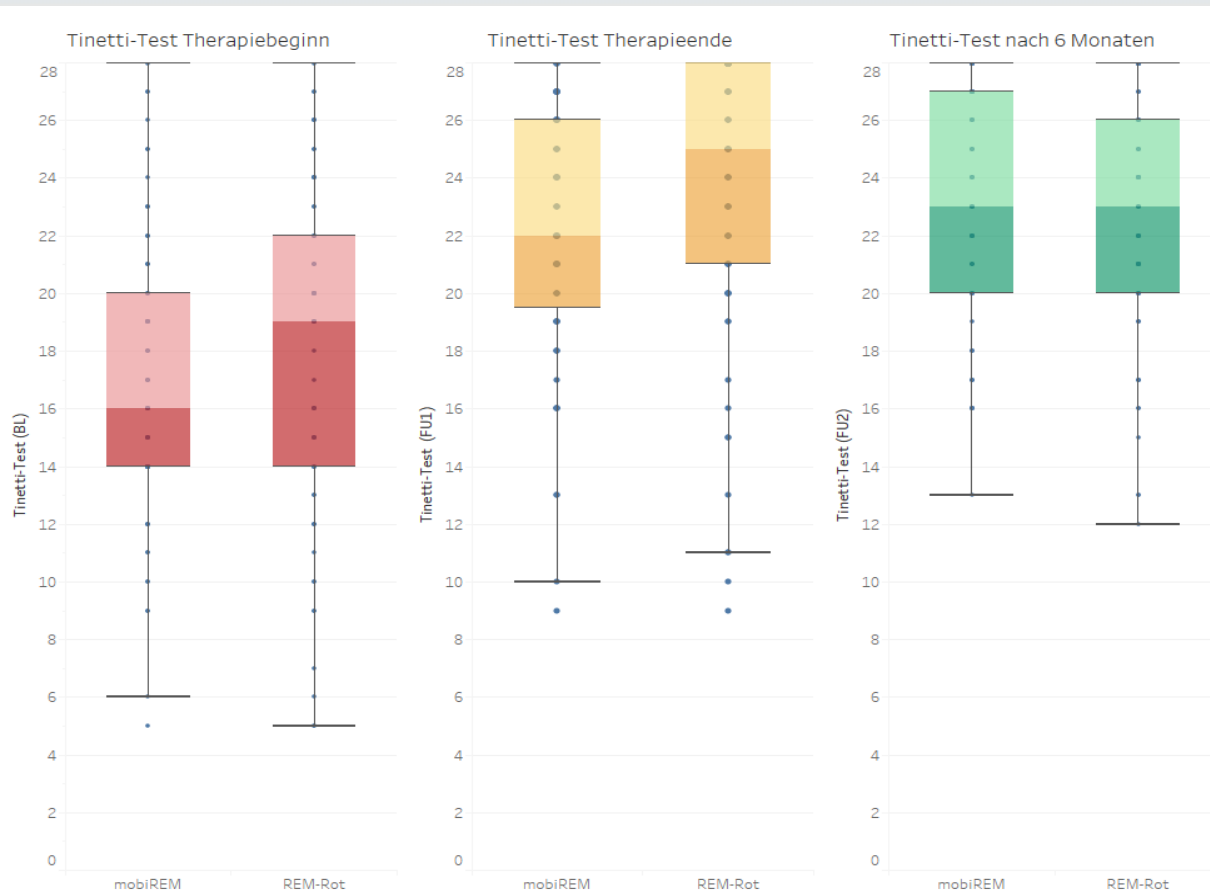


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Erhebungszeitpunkte und Parameter
BL= Baseline; FU 1= Follow up 1; FU 2= Follow up 2

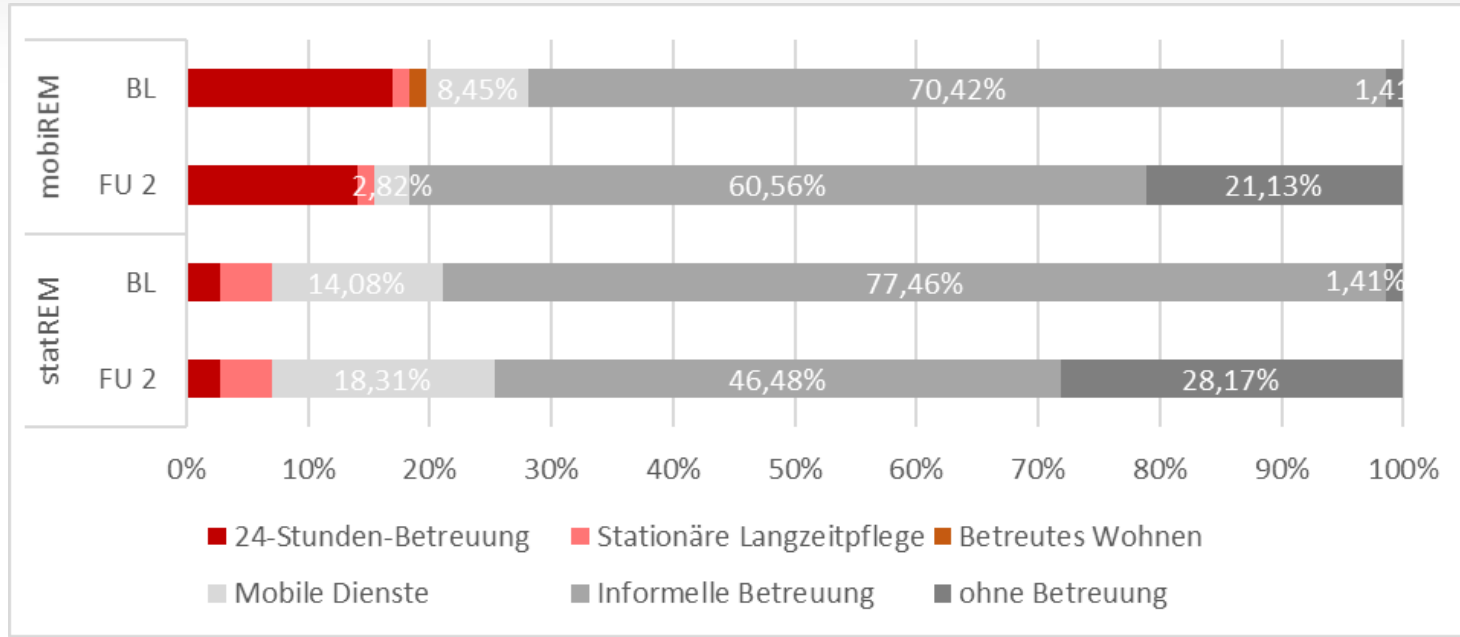


- **Statistisch signifikante Verbesserung** des Barthel-Index von Therapiebeginn bis FU 2-Erhebung nach 6 Monaten **in beiden Gruppen feststellbar**
- **Kein statistisch signifikanter Unterschied** für Barthel-Index **zwischen mobiREM und statREM** nach 6 Monaten erkennbar (p-Wert: 0,1083)

Tinetti Score im Zeitverlauf



- **Statistisch signifikante Verbesserung** der Tinetti-Summe von Therapiebeginn bis FU 2-Erhebung nach 6 Monaten **in beiden Gruppen feststellbar**
- **Kein statistisch signifikanter Unterschied** für Tinetti-Summe **zwischen mobiREM und statREM** nach 6 Monaten erkennbar (p-Wert: 0,8474)



- Der **Verbleib** im **gewünschten Wohnsetting** gelingt in **beiden Gruppen** (keine Zunahme des formellen Betreuungsbedarfs)
- Anstieg des Anteils an Patientinnen und Patienten ohne Betreuung

Methode: 10 Leitfaden gestützte Interviews, Auswertung mit zusammenfassender Inhaltsanalyse

Auswahl: Stichprobe mit Mix aus Alter, Geschlecht, Baseline-Parameter

Vorteile von mobiREM aus Sicht der Patientinnen/Patienten bzw. Angehörigen

- Gewohnte häusliche Umgebung als unterstützender Faktor im Therapieverlauf (Tagesablauf, gewohnte Umgebung, Daheim Essen zu können)
- Individuelle und ganzheitliche Betreuung ohne Zeitdruck und Hektik (Eingehen auf konkrete Fragestellungen oder Problemlagen)
- Übungen und Hilfestellungen in häuslicher Umgebung, Integration in den gewohnten Tagesablauf

Zufriedenheit mit mobiREM

- Sehr große Zufriedenheit mit Therapiegestaltung, viele Tipps für Bewegungsabläufe/Therapiegeräte (gezielter Heil- und Hilfsmiteleinsatz)
- Motivation ist groß Übungen auch nach der mobiREM fortzuführen
- mobiREM wird von Patientinnen/Patienten weiterempfohlen

Kritisch erlebte Aspekte

- Optimierung von Wartezeiten auf mobiREM; diese war häufig mit Einschränkungen und Schmerzen verbunden
- Dauer und Frequenzen der Therapieeinheiten könnten noch individueller abgestimmt erbracht werden (z.B. zu Beginn kürzere Einheiten über einen längeren Zeitraum, unterschiedliche Schwerpunkte auf Physiotherapie u/o Ergotherapie, etc.)
- Wohnungsbegutachtung als wichtiger Aspekt der mobiREM sollte zeitlich besser geplant werden (war häufig zu spät)
- Information über das Angebot wurde als „zufällig“ und „Glücksfall“ erlebt und erfolgte bei den interviewten Personen selten über Krankenhaus/zuweisende Einrichtungen, sondern vor allem über Angehörige
- Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Zuhause wurde oft als nicht zufriedenstellend gelöst erlebt

- Therapieziele werden in beiden Gruppen erreicht, deutliche Verbesserung in der Funktionalität und deutliche Reduktion des Sturzrisikos feststellbar
- Durch die mobiREM werden vergleichbare medizinische Effekte erzielt wie bei stationärer Remobilisation
- Die Funktionalität bleibt nach sechs Monaten aufrecht, der Verbleib im gewünschten Wohnsetting gelingt
- Keine signifikanten Unterschiede in der Nutzung von Versorgungsangeboten des Gesundheitswesens innerhalb des sechsmonatigen Beobachtungszeitraums feststellbar
- Die ambulante mobile Remobilisation ist durchschnittlich um 50 % günstiger als die stationäre Remobilisation
- Zufriedenheit mit der Leistungserbringung und der Versorgungsqualität ist sowohl bei PatientInnen/Angehörigen als auch im mobiREM-Team hoch
- Die Patientinnen und Patienten erhalten ein hohes Maß an Sicherheit, Unfallrisiken werden reduziert und die Lebensqualität gesteigert
- multidisziplinär zusammengesetztes Team als Erfolgsfaktor des Angebots



mobiREM ist nachhaltig und effizient

Geriatrische Patientinnen und Patienten

- + Nahtlose (Akut-) Nachsorge
- + Ganzheitliche Betrachtung der Situation
- + Wohnumfeldanpassung → Senkung des Sturzrisikos
- + Beteiligung und Anleitung von pflegenden Angehörigen → mehr Sicherheit
- + Integration der Behandlung im normalen Tagesablauf
- + Längerer Verbleib im gewohnten Lebensumfeld

Gesundheitssystem

- + Verkürzung der Belagsdauer
- + Senkung der Wiederaufnahmeraten → Vermeidung des Drehtüreffektes → geringere Folgekosten
- + Minderung und Hinauszögerung der Pflegebedürftigkeit
- + Kosteneinsparung im Vergleich zur stationären Remobilisation

Ambulant vor stationär

- Auf Basis der Evaluationsergebnisse wurde mobiREM als wesentlicher Bestandteil der abgestuften geriatrischen Versorgung anerkannt
- Ein Planungskonzept zur Umsetzung wurde erstellt
 - Stützpunkte in Abstimmung mit Optimierung von Fahrzeiten und Trägeroptionen
 - Teamzusammensetzung quantitativ + qualitativ
 - Screeningprozess
 - Prozessdarstellungen bei geplante und ungeplante Ereignisse
 - Identifizierung potentieller Naht- und Schnittstellen
 - Zeitplan für eine schrittweise Ausrollung mit einer Vorbereitungsphase (6 Monate) und Umsetzungsphase mit einem engen (9 Monate), später begleiteten Monitoring (2x/p.a.)
- Ein flächendeckender Ausbau im Bundesland Steiermark ist in Planung
- Umsetzungsplanung
 - Entwicklung eines leistungs- und ergebnisbasierten Honorar- und Finanzierungsmodells
 - Entwicklung eines Monitoringmodells
 - Erstellung einer einheitlichen trägerübergreifenden Dokumentation eines
 - Naht- und Schnittstellenmanagement
 - Empfehlung einer einheitlichen Informations- und Kommunikationsstrategie

Lin, Mao-Huan; Yuan, Wo-Liang; Huang, Tu-Cheng; Zhang, Hai-Feng; Mai, Jing-Ting; Wang, Jing-Feng (2017 Jun): Clinical effectiveness of telemedicine for chronic heart failure. A systematic review and meta-analysis. England.

ÖROK (Hg.) (2019): Kleinräumige Bevölkerungsprognose für Österreich 2018 bis 2040 mit einer Projektion bis 2060 und Modellfortschreibung bis 2075 (ÖROK-Prognose). Wien.

Palladino, Raffaele; Tayu Lee, John; Ashworth, Mark; Triassi, Maria; Millett, Christopher (2016): Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries. In: Age and ageing 45 (3), S. 431–435. DOI: 10.1093/ageing/afw044.

Prestmo, Anders ; Hagen, Gunhild; Sletvold, Olav; Helbostad, Jorunn L.; Thingstad, Pernille; Taraldsen, Kristin; Lydersen, Stian; Halsteinli, Vidar; Saltnes, Turi; Lamb, Sarah E.; Johnsen, Lars G.; Saltvedt, Ingvild (2015): Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. In: The Lancet

Schulz, R.; Knauf, W.; Püllen, R. (2014): Mobile geriatrische Rehabilitation bei funktionell schwer beeinträchtigten Patienten. Untersuchungen zur Effektivität. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 47 (2), S. 147–152. DOI: 10.1007/s00391-013-0494-8.

Trachte, F.; Sperlich, S.; Geyer, S. (2015): Kompression oder Expansion der Morbidität? Entwicklung der Gesundheit in der älteren Bevölkerung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 48 (3), S. 255–262. DOI: 10.1007/s00391-014-0644-7.



Andrea Sallegger

EPIG GmbH

Hans-Sachs-Gasse 14/2, 8010 Graz

andrea.sallegger@epig.at