

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Angaben zur Einrichtung.....	2
Geografische Lage.....	2
Organisation und Trägerschaft .....	3
Einführung.....	4
Voraussetzungen und Aufgaben einer geriatrischen Reha-Klinik .....	4
Rehabilitationsbedürftigkeit .....	5
Schädigungen/Funktionsstörungen .....	5
Rehabilitationsfähigkeit .....	5
Teilhabeorientierte Rehabilitationsziele .....	6
Rehabilitationsdurchführung.....	6
Kooperation mit der Heilmittelpraxis "Gesundheitsrondell" .....	6
Ärztliche Therapieplanung und Therapiesteuerung .....	7
Rehabilitationsdauer .....	7
Ärztliche Leitung und Verantwortung.....	7
Krankheitsbilder.....	8
Geriatrisches Assessment.....	8
Ganzheitlicher Therapieansatz und geriatrisches Team .....	9
Fallstrukturierung nach ICF .....	18
Individueller Rehabilitationsplan.....	19
Medizinisch-diagnostisch therapeutisches Spektrum .....	19
Nachsorgeplanung/Entlassmanagement.....	20
Mustertherapiepläne (Bsp. Femurfraktur, Apoplex, Muskuloskelettäre Erkrankungen) .	21
Personelle Ausstattung.....	21
Ärztlicher Bereitschaftsdienst und Notfallkonzept .....	21
Räumliche Ausstattung.....	21
Qualitätssicherung.....	22
Interne Qualitätssicherung.....	22
Externe Qualitätssicherung .....	23

Aktueller Stand: Version 21 vom 20.10.2021

Dokumenten-typ	Geltungsbereich	Verantwortung	Freigabe	Veröffentlicht	Status	Stand	Version
MIN	BRA, Reha	CA	CA	@Herrmann, Uwe	FREIGEgeben	20.10.2021	21

## Inhalt

- Allgemeine Angaben zur Einrichtung
  - Geografische Lage
  - Organisation und Trägerschaft
- Einführung
- Voraussetzungen und Aufgaben einer geriatrischen Reha-Klinik
  - Rehabilitationsbedürftigkeit
    - Schädigungen/Funktionsstörungen
  - Rehabilitationsfähigkeit
  - Teilhabeorientierte Rehabilitationsziele
  - Rehabilitationsdurchführung
    - Kooperation mit der Heilmittelpraxis "Gesundheitsrondell"
    - Ärztliche Therapieplanung und Therapiesteuerung
  - Rehabilitationsdauer
  - Ärztliche Leitung und Verantwortung
- Krankheitsbilder
- Geriatrisches Assessment
- Ganzheitlicher Therapieansatz und geriatrisches Team
- Fallstrukturierung nach ICF
- Individueller Rehabilitationsplan
- Medizinisch-diagnostisch therapeutisches Spektrum
- Nachsorgeplanung/Entlassmanagement
- Mustertherapiepläne (Bsp. Femurfraktur, Apoplex, Muskuloskelettäre Erkrankungen)
- Personelle Ausstattung
- Ärztlicher Bereitschaftsdienst und Notfallkonzept
- Räumliche Ausstattung
- Qualitätssicherung
  - Interne Qualitätssicherung
  - Externe Qualitätssicherung

## Allgemeine Angaben zur Einrichtung

### Geografische Lage

Die geriatrische Rehabilitationsklinik liegt am Rand von Brackenheim.

Brackenheim liegt an der Zaber im Zabergäu im südwestlichen Landkreis Heilbronn, 15 km südwestlich der Stadt Heilbronn. Die Klinik ist mit dem öffentlichen Nahverkehr zu erreichen. Eine Bushaltestelle befindet sich an der Einrichtung.

## Organisation und Trägerschaft

Mit rund 4.300 Mitarbeitern ist die SLK-Kliniken Heilbronn GmbH der größte Gesundheitsdienstleister der Region Heilbronn-Franken. An den SLK-Kliniken werden über 70.000 Patienten stationär behandelt, rund 175.000 Patienten ambulant versorgt und über 3.100 Kinder geboren. Mit den zwei Krankenhäusern des SLK-Verbunds in Heilbronn und Bad Friedrichshall sowie der Klinik in Löwenstein als Tochtergesellschaft und der Geriatrischen Rehabilitationsklinik reicht die Bandbreite von medizinischer Grundversorgung bis hin zur Spitzenmedizin. Die SLK-Kliniken verfügen über mehr als 1.600 Betten. In Möckmühl und Brackenheim betreiben die SLK-Kliniken Gesundheitszentren zur ambulanten Versorgung. Das Klinikum am Gesundbrunnen und das Klinikum am Plattenwald sind akademische Lehrkrankenhäuser der Universität Heidelberg.



Im SLK-Verbund befinden sich außerdem die SLK-Kliniken Praxis GmbH, die SLK-Management GmbH sowie die Service-GmbH Klinik Löwenstein. In medizinischen Versorgungszentren betreut die SLK-Kliniken Praxis GmbH pro Jahr rund 50.000 Patienten mit ambulanten Leistungen der Strahlentherapie und Pathologie. Die SLK-Management GmbH verantwortet die Verwaltungsbereiche aller Standorte. Logistik, Speiserversorgung und unterschiedliche Patientenservices deckt die Service-GmbH Klinik Löwenstein für den Verbund ab. Der SLK-Verbund umfasst insgesamt rund 5.400 Mitarbeiter, die zum Wohle der Patienten engagiert sind.

Die Stadt Heilbronn und der Landkreis Heilbronn sind mit jeweils 50 % Gesellschafter der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH.

Die Geschäftsleitung, vertreten durch den Kaufmännischen Direktor, Herrn Knüppel, ist für die operative Betriebsführung und das strategische Management verantwortlich. Die Ärztliche Leitung der geriatrischen Rehabilitationsklinik obliegt dem leitenden Arzt, Herrn Dr. Kugler. Der leitende Arzt als Chefarzt ist für die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes im Rahmen der Vorgaben des Landesgeriatriekonzeptes und der Vorgaben des Trägers verantwortlich. Die Pflegerische Leitung wird durch Frau Karin Rensen wahrgenommen.



Durch die Integration der Geriatrischen Rehabilitation in die SLK-Kliniken Heilbronn können die Fachdisziplinen des Akutbereichs konsiliarisch hinzugezogen werden.

Die Rufbereitschaftsdienste werden durch die Ärzte der Rehaklinik im Verbund mit den SLK-Kliniken Heilbronn abgedeckt. Außerdem besteht eine Kooperation mit der ärztlichen Notfallpraxis, welche nachts und am Wochenende in Anspruch genommen werden kann. Ein Notarztstandort befindet sich ebenfalls im Gebäude und der Notarzt kann bei Notfällen jederzeit alarmiert werden.

## Einführung

Aufgrund des zu erwartenden Anstieges der Zahl der über 65-jährigen Menschen in unserer Bevölkerung wurde Mitte der 80-iger Jahre vom Land Baden-Württemberg ein Geriatriekonzept erarbeitet, das die Schaffung von geriatrischen Rehabilitationsbetten und geriatrischen Schwerpunkten in jedem Stadt- bzw. Landkreis vorsieht. Aufgrund der demographischen Entwicklung mit einem weiter steigenden Bedarf an geriatrischen Reha-Betten wurde im Oktober 2020 der Neubau der Geriatrischen Rehaklinik in Brackenheim bezogen, was eine Erweiterung der Kapazität auf maximal 57 Betten ermöglicht.

Geriatrische Rehabilitanden sind in der Regel über 70 Jahre alt und multimorbide, das heißt, sie leiden unter mehreren Erkrankungen, wobei es insbesondere im Rahmen einer Akuterkrankung zur Verschlechterung der Gesamtsituation, nicht nur im medizinischen, sondern auch im sozialen und geistigen Bereich kommen kann.

Folge davon ist nicht selten ein Verlust der Selbständigkeit, wodurch ein selbstbestimmtes Leben nicht mehr gegeben ist und dauerhafte Pflegebedürftigkeit droht.

Hier setzt die geriatrische Rehabilitation an, wo die Kenntnisse der Altersforschung und Erfahrungen im klinisch-geriatrischen Alltag genutzt werden, um den kranken Menschen wieder in seine gewohnte Umgebung einzugliedern.

Daraus ergibt sich auch die Notwendigkeit, ein therapeutisches Team zu bilden mit speziellen Kenntnissen bei der ganzheitlichen Behandlung des geriatrischen Rehabilitanden.

Die geriatrische Rehabilitation ist ebenfalls als Präventiv-Maßnahme gedacht bei alten multimorbiden Menschen, wo es gilt, bei Verschlechterung des Gesamtzustandes Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Hier ist auch die Möglichkeit gegeben, durch den Hausarzt eine Reha-Maßnahme zu beantragen. Weiterhin kann im Rahmen einer Pflegebegutachtung eine geriatrische Reha-Maßnahme vom Medizinischen Dienst empfohlen werden.

## Voraussetzungen und Aufgaben einer geriatrischen Reha-Klinik

Geriatrische Rehabilitation wird ein spezialisierter Zweig der Rehabilitationsmedizin für ältere Menschen genannt, welcher die geriatrietypische Multimorbidität berücksichtigt. Auftrag ist die Rückgewinnung der Alltagskompetenz durch Wiedererlangung und Beibehaltung verlorengegangener Fähigkeiten in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs).

Außerdem soll eine größtmögliche Teilhabe erreicht werden. In der Regel sind die Rehabilitanden über 70 Jahre alt und leiden unter einer sogenannten geriatrischen Multimorbidität (mehrere Erkrankungen), wodurch ein interdisziplinärer komplexer Behandlungsansatz erforderlich wird. Die sehr vielfältigen körperlichen, seelischen und sozialen Auswirkungen von Krankheiten der geriatrischen Patienten sollen hierbei behandelt, gemildert und kompensiert werden.

Eine besondere Bedeutung kommt hierbei der funktionell führenden Diagnose der Behinderung und der Gesundheit (nach ICF) mit dem Ziel der Wiedererlangung einer größtmöglichen Teilhabe zu. Hierbei ist die soziale Dimension ein besonderer Gesichtspunkt bei der Zielsetzung. Der Rehabilitand wird hierbei als aktiver Partner in der Erreichung der Zielsetzung gesehen.

**Die Voraussetzungen im Einzelnen sind:**

## Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen in der Teilhabe drohen oder bereits Beeinträchtigungen in der Teilhabe bestehen. Außerdem muss aufgrund der gesundheitlichen Schädigung die Selbstversorgungsfähigkeit gefährdet bzw. gemindert sein.

Die Beeinträchtigungen, die hieraus resultieren, sind für ältere Menschen alltagsrelevant und schränken ihre Selbständigkeit und Gestaltungsmöglichkeit im gewohnten Umfeld ein. Die Sichtweise orientiert sich insbesondere auch an den Beeinträchtigungen und den Fähigkeitsstörungen.

## Schädigungen/Funktionsstörungen

Hierzu zählen neben den funktionell führenden Diagnosen auch entsprechende Schädigungen, z.B.:

- Gehunfähigkeit/Gangstörung nach hüftnaher Femurfraktur, Schlaganfall, verzögerte Rekonvaleszenz nach diversen Krankheitsbildern
- Funktionseinschränkung der Extremitäten nach Fraktur, Schlaganfall oder degenerativ bedingt

Wichtig ist auch, dass eine vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten die Teilhabe einschränkt. Hierbei ist insbesondere die Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens zu berücksichtigen, nämlich:

- Körperhygiene
- Mobilität
- Nahrungsaufnahme
- Kommunikation
- angemessene Freizeitgestaltung
- soziale Integration

## Rehabilitationsfähigkeit

Diese ist gegeben, wenn eine ausreichende körperliche psychische und geistige Belastbarkeit vorliegt, wobei dies im Einzelnen sind:

- Mindestmaß einer kardialen und pulmonalen Belastbarkeit
- Vitale Stabilität
- Ausreichende Motivation, um aktiv an den rehabilitativen Maßnahmen teilnehmen zu können
- prozedurale Lernfähigkeit

Weiterhin ist eine **positive Rehabilitationsprognose** erforderlich, d.h. die Erreichbarkeit eines alltagsrelevanten Rehabilitationszieles im vorgegebenen Zeitrahmen.

Die Rehabilitationsfähigkeit ist **nicht** gegeben wenn nachfolgende Ausschlusskriterien bestehen:

- präfinale Erkrankung
- der Rehabilitand nicht motivierbar ist und eine entsprechende Zustimmung fehlt
- eine ausreichende Belastbarkeit, z.B. nach Frakturen oder nach Gelenkoperationen nicht gegeben ist
- keine Verbesserung zu erwarten ist

- eine Hinlauftendenz oder ausgeprägte Desorientiertheit oder Aggressivität besteht
- schwere psychische Störungen, insbesondere Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegen

Ein Unterschied zu der indikationsspezifischen Rehabilitation ist bei geriatrischen Rehabilitanden meist eine herabgesetzte körperliche, psychische und geistige Belastbarkeit festzustellen mit hierdurch bedingtem größerem alltagsrelevantem Unterstützungsbedarf.

## Teilhabeorientierte Rehabilitationsziele

Das allgemeine Rehabilitationsziel ist die Wiederherstellung bzw. Erhaltung und Förderung der Unabhängigkeit und Eigenständigkeit des alten Menschen, wenn diese durch Krankheiten oder Behinderungen gefährdet ist, dessen Teilhabe an den gewohnten Alltagsaktivitäten unter Berücksichtigung des Kontext der allgemeinen Lebenssituation. Hierzu ist eine spezifische geriatrische Diagnostik, Therapie und Rehabilitation notwendig. Berücksichtigt werden hier die gewohnten Alltagsaktivitäten im Kontext der allgemeinen Lebenssituation. Die Rehabilitationsziele und Teilhabeziele werden mit dem Rehabilitanden/in bei Aufnahme hier im ärztlichen Gespräch definiert und dokumentiert. Hierbei werden die Kontextfaktoren (+ Förderfaktoren und – Barrieren) erfasst und den Umweltfaktoren bzw. personenbezogenen Faktoren zugeordnet. Im weiteren Verlauf werden die Rehaziele im Rahmen der multiprofessionellen Teamsitzungen ergänzt bzw. angepasst.

Die Rehabilitationsziele sollten realistisch, alltagsrelevant, individuell angepasst und im Rahmen der Rehadauer erreichbar sein, weiterhin müssen die individuellen Kontextfaktoren berücksichtigt werden.

Beispielhaft kann dies sein:

- Gehen mit konkretem Hilfsmittel (Rollator/UAGS/Handstock)
- Gehen auch im Freien/auf Terrain
- Reduzierung des Hilfsbedarfs im ADL-Bereich, insbesondere in pflegerischer Hinsicht
- Rückführung ins gewohnte häusliche Umfeld
- eigenständiger Lagewechsel, z.B. Bett-Rollstuhl-Transfer
- selbständige Rollstuhlmobilität und Toilettengang
- eigenständiges An- und Auskleiden
- Treppenmobilität unter Angabe der Stufen/Stockwerke die bewältigt werden müssen
- Erweiterung der Gehstrecke
- Strukturierung des Tagesablaufs

## Rehabilitationsdurchführung

Sie ist konzipiert als eine enge Zusammenarbeit des Rehabilitations-Teams mit seinen einzelnen therapeutischen Berufsgruppen. *Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im geriatrischen Team stellt ein wesentliches Element zur erfolgreichen geriatrischen Rehabilitation dar. Insbesondere aufgrund der Multimorbidität und der komplexen Beeinträchtigungen der geriatrischen Rehabilitanden ist ein enger Austausch und eine Vernetzung zwischen den einzelnen Berufsgruppen erforderlich.*

Im multiprofessionellen Team werden die Behandlungserfolge und –ziele in regelmäßigen Sitzungen dokumentiert. Ein Rehabilitationsplan gibt dem Rehabilitand/in Auskunft über den Ablauf der Rehabilitationsmaßnahme. Im Abschlussbericht der einzelnen Berufsgruppen wird auch Stellung genommen zur Empfehlung unter dem Gesichtspunkt einer maximalen Teilhabe nach der Entlassung.

## Kooperation mit der Heilmittelpraxis "Gesundheitsrondell"

*Die therapeutischen Leistungen (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) werden von der Heilmittelpraxis „Gesundheitsrondell“ erbracht.*

*Eine Zweigstelle befindet sich auch im Gesundheitszentrum Brackenheim, so dass eine ideale organisatorische und räumliche Zusammenarbeit zwischen der Rehabilitationsklinik und der Praxis gewährleistet ist. Der Arbeits-Schwerpunkt dieser Zweigstelle liegt auf der Behandlung der Rehabilitanden unserer Klinik. Es ergibt sich eine intensive*

*Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, auch auf kurzem Wege. Dies trägt sehr zur individuellen Versorgung der Rehabilitanden bei und gewährleistet die ständige Anpassung der Therapiemaßnahmen.*

*Neben der täglichen Steuerung der ergo-, logo- und physiotherapeutischen Einzelmaßnahmen werden im Rahmen des Arztgesprächs mindestens alle drei Tage die Therapiedichte und -qualität überprüft.*

*Die Praxis ist vollständig und aktiv in Zertifizierungsmaßnahmen der Einrichtung eingebunden, so dass die entsprechenden Qualitätsanforderungen zusätzlich im Rahmen von Audits und Begehungen überprüft werden.*

*Die regelmäßige Patientenbefragung berücksichtigt auch die Arbeit der Therapeuten. Diese werden über das Ergebnis der Befragung informiert, so dass bei Bedarf ein Verbesserungsprozess eingeleitet werden kann.*

*Neben regelmäßigen, patienten- und organisationsorientierten Besprechungen zwischen Chefarzt und Leitung der Praxis finden mindestens jährliche Abstimmungsgespräche zwischen Geschäftsleitung und Leitung der Praxis statt. Die Praxisleitung incl. therapeutische Leitung nehmen an sämtlichen QM-relevanten Besprechungen wie Qualitätszirkel, Abteilungsbesprechungen etc. sowie an den QM-Audits teil.*

## Ärztliche Therapieplanung und Therapiesteuerung

*Im Rahmen der Aufnahmegespräche und Aufnahmeuntersuchung bzw. Assessment erfolgt die Erstellung des individuellen Rehabilitationsplanes durch den Arzt. Dieser orientiert sich insbesondere an den Rehabilitationszielen sowie den körperlichen und geistigen Ressourcen des Rehabilitanden.*

*In den täglichen Arztvisiten werden mit dem Rehabilitanden die bisher erzielten Fortschritte besprochen sowie die Therapiedichte und Therapiequalität der ergo-, logo- und physiotherapeutischen Einzelmaßnahmen überprüft. Ebenfalls werden die Therapieziele ggfs. angepasst. Die erforderlichen Änderungen/Anpassungen bzgl. der Therapiemaßnahmen werden via Orbis kommuniziert bzw. bei sofort umzusetzenden Maßnahmen oder geringfügigen Änderungen mündlich mit den Therapeuten besprochen. Die Dokumentation erfolgt in der digitalen Patientenakte.*

*In der wöchentlichen interdisziplinären Fallbesprechung wird ebenfalls der Erreichungsgrad der Rehazielle überprüft und dokumentiert sowie ggfs. erforderliche Änderungen bzgl. der Rehazielle und der therapeutischen Maßnahmen festgelegt.*

## Rehabilitationsdauer

Die Rehabilitationsdauer beträgt im Durchschnitt ca. 3 Wochen, ist jedoch immer individuell an den Funktionsstörungen und Fähigkeitsstörungen des Rehabilitanden ausgerichtet mit dem Ziel einer maximalen Teilhabe.

Soweit für die Erreichung der Rehazielle erforderlich kann bei günstiger Rehaprognose eine Verlängerung beantragt werden. Sollte erkennbar werden, dass eine Rehabilitationsfähigkeit des Patienten nicht gegeben ist, wird im Einzelfall die Maßnahme abgebrochen.

## Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die Leitung der geriatrischen Rehabilitationsklinik wird durch einen Internisten mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie wahrgenommen. Sein Vertreter ist Facharzt für Allgemeinmedizin, ebenso mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie.

*Die Klinik steht fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung.*

Der leitende Arzt ist für die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes im Rahmen der Vorgaben des Landesgeriatriekonzeptes und der Vorgaben des Trägers verantwortlich.

Aufgaben der Rehabilitation sind allgemein:

- In erster Linie die Rückführung der Rehabilitanden ins gewohnte häusliche (soziale) Umfeld
- Wiedererlangung größtmöglicher Selbständigkeit, Mobilität und sozialer Teilhabe
- Miteinbeziehen der Angehörigen und der weiteren sozialen Strukturen (mobiler Dienst, Hausarzt, Nachbarschaftshilfe, IAV-Stelle, Pflegedienste, usw.) zur Sicherung des erzielten Therapieergebnisses und der Teilhabe im nachstationären Bereich.
- Reduktion/Vermeidung von Pflegebedürftigkeit

## Krankheitsbilder

Hier ist in erster Linie zu beachten, dass in der Geriatrischen Rehabilitation von der reinen ICD-Diagnose ein Übergang hin zur funktionell führenden Diagnose in der Behandlung stattgefunden hat, und dass insbesondere auch die Komorbiditäten und geriatrischen Syndrome Berücksichtigung finden.

Die Erfahrung in der Behandlung geriatrischer multimorbider Rehabilitanden/innen zeigt, dass sich folgende Krankheitsbilder am häufigsten finden:

- Frakturen der oberen und unteren Extremität, überwiegend hüftgelenksnah, osteosynthetisch versorgt oder totalendoprothetisch
- Arthrose der großen Gelenke mit totalendoprothetischer Versorgung (Schulter, Hüfte, Knie)
- Osteoporosebedingte Frakturen der Wirbelkörper, konservativ behandelt oder nach Vertebro-/Kyphoplastie
- degenerative muskuloskeletale Erkrankungen, Gelenkleiden und Osteoporose
- Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis
- Cerebraler Insult (Hirnfarkt, Hirnblutung mit Hemiparese und/oder Aphasie, Hemineglect, Pusher-Syndrom, Hemianopsie, neuropsychologische Störungen, Apraxie, Inkontinenz, reaktive Depression)
- Neurologische Erkrankungen, z.B. Morbus Parkinson, Z.n. operativ oder konservativ versorgten Hirntumorerkrankungen
- Koronare Herzkrankheit, Z.n. ACVB, Stenting oder Herzklappenersatz
- Diabetes mellitus, diabetische Spätschäden (Polyneuropathie, diabetische Ulcera, Extremitäten-Amputation)
- Verschiedene innere Erkrankungen mit Stoffwechselproblematik
- Verzögerte Rekonvaleszenz nach schweren operativen Eingriffen mit kompliziertem Verlauf
- Verzögerte Rekonvaleszenz bei konservativ behandelten Erkrankungen, z.B. Sepsis, Pneumonie, Z.n. Intensivpflichtigkeit

Die Behandlung geriatrischer Rehabilitanden erfordert ein Umdenken im Vergleich zur rein kurativ orientierten Behandlung, wo die symptomorientierte, organbezogene, diagnostisch gewichtete Behandlung im Vordergrund steht. Es ist wichtig, den Rehabilitanden nicht nur somatisch, sondern insbesondere auch in seiner psycho-sozialen Situation zu sehen und dies auch in die Diagnose mit einzubeziehen. Diese Sichtweise hat aus dem ICD praktisch den ICDH entstehen lassen und nun die Betrachtungsweise älterer multimorbider Menschen mit ihrer multiplen strukturellen oder funktionellen Schädigung nach ICF neu definieren lassen. Hierbei bedeutet geriatritypische Multimorbidität das Zusammenwirken von Krankheiten und geriatritypischen Befunden bzw. Sachverhalten.

Beispiele für diese sog. geriatrischen Syndrome sowie Beeinträchtigungen nach ICF:

- Sturzneigung und Schwindel, Gangunsicherheit
- Verminderte Mobilität durch degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates
- Fehl- und Mangelernährung mit Abnahme der Muskelkraft, Sarkopenie
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- Einschränkungen der Sinneswahrnehmungen (starke Sehbehinderung, ausgeprägte Schwerhörigkeit)
- Geringere körperliche Belastbarkeit (Gebrechlichkeit)
- Psychische Erkrankungen (Depression, Angststörungen)
- Hirnleistungsstörungen/Demenz/Delir
- Chronisches Schmerzsyndrom
- Polypharmazie, herabgesetzte Medikamententoleranz
- Inkontinenz

## Geriatrisches Assessment

Das Geriatrische Assessment wird interdisziplinär von den einzelnen Berufsgruppen durchgeführt.

Folgende Einzel-Assessments werden erhoben:

- Selbsthilfe: Barthel-Index (Aktivitätsindex des täglichen Lebens), Kontinenzprofile
- Mobilität: 5-Chair rising, Timed up & go-Test, habituelle Ganggeschwindigkeit, Esslinger Transfer-Skala, Tandemstände, Treppentest, Dual task Kognition
- Emotion: GDS
- Kognition: MMSE, SIS, DemTect, Uhrentest
- Handkraftmessung
- Feinmotoriktest, Geldzähltest nach Nikolaus
- Ernährung: Mini-Nutritional-Assessment (MNA-SF), BMI
- Sozialassessment

## Ganzheitlicher Therapieansatz *und geriatrisches Team*

Aus der neuen Betrachtungsweise des multimorbiden geriatrischen Rehabilitanden mit seinen multiplen strukturellen und funktionellen Schädigungen (nach ICF) ergibt sich ein ganzheitlicher Therapieansatz, wobei dem Geriater die integrative Versorgung im Therapeutenteam obliegt und diesbezüglich eine größtmögliche Teilhabe erreicht werden soll.

*Eine zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation besteht in der interdisziplinären Zusammenarbeit im Team.*

*Durch regelmäßige Kommunikation zwischen den Berufsgruppen in den täglichen Besprechungen Arzt-Pflege, tgl. auf kurzem Wege mit den Therapeuten sowie in den wöchentlichen Fallbesprechungen wird eine ganzheitliche Betreuung der Rehabilitanden sichergestellt.*

*Gemeinsam wird im engen Austausch an der Wiedererlangung der Selbständigkeit und Verbesserung der Lebensqualität der Rehabilitanden hingewirkt. Das Wohlergehen der geriatrischen Patienten und das Erreichen ihrer individuellen Ziele steht dabei an erster Stelle.*

*Insbesondere auch mit dem Sozialdienst erfolgen tägliche Gespräche im Hinblick auf die Organisation einer optimalen Weiterversorgung der Rehabilitanden.*

Wichtig ist beim ganzheitlichen Ansatz auch die Angehörigen mit in den rehabilitativen Prozess einzubinden.

Das geriatrische Rehabilitationsteam besteht aus:

- 1. Facharzt für Innere Medizin/Geriatrie/Rehabilitationswesen**
- 2. Geriatrisch erfahrenem Pflegepersonal**
- 3. Physiotherapie**
- 4. Ergotherapie**
- 5. Logopädie**
- 6. Sozialdienst**
- 7. Seelsorge**
- 8. Psychologe**
- 9. Ernährungsberatung**

Zu 1.

### Ärztlicher Dienst

- Anamnese: Im Einzelnen jetzige Anamnese, frühere Erkrankungen, vegetative Anamnese, Familienanamnese, soziale Anamnese, letzte Medikation
- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung, Durchführung der einzelnen technischen Untersuchungen, Veranlassung von weiteren konsiliarischen Untersuchungen.
- Aufbauend auf dem geriatrischen Assessment Festlegung der Rehaziele gemeinsam mit dem Rehabilitanden (und ggfs. den Angehörigen). Unter besonderer Berücksichtigung der Kontextfaktoren werden teilhabeorientierte Rehaziele definiert.

- Anhand der Ergebnisse des geriatrischen Assessments und der Rehaziele werden die Schwerpunkte des Rehabilitationsplanes festgelegt und besprochen.
- Tägliche Visiten: mit Besprechung der Therapieziele und Diskussion und ggf. Änderungen der Therapien bzw. der Medikation und ev. diagnostischer Maßnahmen
- Tägliche Kurvenvisite mit dem Pflegedienst
- Leitung der Fallbesprechung jedes Rehabilitanden im multiprofessionellen Team (einmal wöchentlich): Dokumentation der erreichten Ziele und ggfs. Anpassung/Erweiterung von Rehabilitationszielen mit entsprechender Dokumentation.
- Insbesondere auch Berücksichtigung und Behandlung geriatrischer Syndrome (z.B. Inkontinenz, Sturzprophylaxe, kognitive Beeinträchtigung)
- Behandlung von Co-Morbiditäten wie Herz-Kreislaufkrankungen und muskuloskelettale Erkrankungen
- Osteoporosebasistherapie, Thromboseprophylaxe und Antikoagulation
- Begutachtung der Ernährungssituation (MNA-SF) und ggfs. Einleitung von Ernährungsmaßnahmen und Ernährungsberatung
- Medikamentöse Schmerztherapie
- Medikamentenanpassung und wenn möglich Reduktion von Polypharmazie
- Erstellung eines Entlassbriefs sowie Erstellung von Rezepten (Medikamente, Physiotherapie, Ergotherapie, Hilfsmittelverordnung) im Rahmen des Entlassmanagements
- Angehörigenberatung und -Gespräche
- Schulung von Rehabilitanden und Angehörigen
- Überwachung und Steuerung des Reha-Verlaufs
- Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechungen
- ggfs. Erstellung von Verlängerungsanträgen
- regelmäßige Verbandswechsel im Bedarfsfall
- Abschließendes Gespräch, in der Regel unter Einbeziehung der Angehörigen mit Empfehlungen für die Weiterversorgung.
- Qualitätssicherung

#### Erweiterte diagnostische Möglichkeiten:

- Labor
- EKG, Langzeit-EKG, 24 Std.-Blutdruck-Monitoring
- gängige Ultraschallverfahren
- Röntgen, CT in Kooperation
- Endoskopie (Gastroskopie, Coloskopie) als Konsiliarleistung im Klinikum Heilbronn
- sämtliche Konsiliaruntersuchungen durch die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie vor Ort bzw. durch niedergelassene Ärzte incl. Psycholog. Beratung und Psychiatrisches Konsil im Haus (PIA)
- außerdem besteht jederzeit die Möglichkeit den Rehabilitanden konsiliarisch im Klinikum Heilbronn vorzustellen bzw. telefonisch sich beraten zu lassen

#### Es erfolgt eine Fallstrukturierung nach ICF:

Das Gesundheitsproblem wird nach ICD-10 kodiert, und es werden die geriatrischen Syndrome sowie Beeinträchtigungen nach ICF definiert. Des Weiteren finden die Körperfunktionen und Strukturen eine Berücksichtigung unter dem Gesichtspunkt der Aktivitäten. Die Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren) werden unterteilt in Förderfaktoren (+) und Barrieren(-).

- Gesundheitsproblem nach ICD 10
- Funktionsschädigungen
- Beeinträchtigung von Aktivitäten nach ICF
- Beeinträchtigung der Teilhabe nach ICF
- Umweltbezogener Kontext
- Barrieren -, Förderfaktoren +
- Personenbezogener Kontext
- Förderfaktoren +, Barrieren -

Beispiele für Beeinträchtigungen nach ICF:

- Einschränkung der Mobilität und Selbsthilfefähigkeit
- Gangunsicherheit, Gangstörung, erhöhte Sturzgefahr, rezidivierende Stürze etc.
- Frailty, Sarkopenie, Mangelernährung, allgemeine Kraftminderung, Dekonditionierung
- Einschränkung der kardiopulmonalen Belastbarkeit, Notwendigkeit der O2-Therapie, Notwendigkeit der nächtlichen Maskenbeatmung
- Einschränkung der Arm/Beinfunktion
- Posturale Instabilität, Tremor, Rigor (links/rechts betont)
- Einschränkung der Kommunikation durch Aphasie, Dysarthrie, Sprechapraxie, Hypakusis, Presbyakusis
- Kognitive Defizite
- Sehkraftminderung (oder Visusminderung), Hemianopsie usw.
- Urin/Stuhlinkontinenz (teilweise)
- Vorhandensein eines DK, AP, Beinprothese
- Gedrückte Stimmung
- Chronische Schmerzen (oder Schmerzsyndrom)
- Sensibilitätsstörungen, Hemihypästhesie, generalisierter Juckreiz etc.

Zu 2.

## Pflegetherapie

Den Pflegekräften kommt bei der Rehabilitation geriatrischer Rehabilitand/in eine besondere Rolle zu, da sie zum einen die meiste Zeit des Tages am Rehabilitanden arbeiten und zum anderen die Pflege immer aktivierend durchgeführt wird.

Die Aufgaben der geriatrisch rehabilitativen Pflege sind u.a.

- die Aktivierung des älteren Menschen mit dem Ziel, im ADL-Bereich so früh wie möglich immer mehr Aktivitäten selbst zu übernehmen.
- Vorbereitung des/der Rehabilitand/in für diagnostische und therapeutische Maßnahmen.
- Umgang mit dem geriatrischen Rehabilitanden entsprechend seinen Behinderungen (Lagerung, Verhaltensmaßregeln, Zugang zum Bett). Einbeziehung und Anleitung der Angehörigen, um hier rechtzeitig die Reintegration ins bisherige soziale Umfeld vorzubereiten.
- Pflegebedürftigkeit verhindern, reduzieren oder hinauszögern.

Neben diesen allgemeinen Gesichtspunkten wurden hierzu folgende Teilaspekte entwickelt:

### Pflegeleitbild

- Die Patienten mit ihrer Individualität und Eigenständigkeit stehen im Mittelpunkt unseres pflegerischen Handelns. Sie sind Grundlage unserer Existenz.
- Unsere Pflege fördert den Erhalt und die Wiederherstellung der persönlichen Lebensqualität unter Einbeziehung der Fähigkeiten eines jeden Patienten und seines Lebensumfeldes.
- Wir schaffen eine vertrauensvolle Atmosphäre in der sich Patienten und Angehörige gut aufgenommen und einbezogen fühlen.
- Der Bedarf an Pflege besteht weltweit.
- Zur Pflege gehört die Achtung vor dem Leben, vor der Würde und den Grundrechten des Menschen. Sie wird unabhängig auf die Nationalität, die Herkunft, den Glauben, die Hautfarbe, das Alter, das Geschlecht, die politische Einstellung oder dem sozialen Rang ausgeübt.
- Unsere Pflege basiert auf anerkannten Pflegemodellen. Die Pflege erfolgt durch fest definierte Pflegequalitätsstandards nach aktuellen Erkenntnissen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung.
- Die pflegerischen Leistungen werden innerhalb des Pflegeprozesses erbracht und nach dem individuellen Bedarf des Patienten geplant, kontrolliert und ausgewertet.
- Qualifiziert ausgebildetes Pflegepersonal garantiert an allen Standorten der SLK-Kliniken professionelle Pflege auf hohem Niveau.
- Wir knüpfen das Leistungsangebot innerhalb des therapeutischen Teams unter Beachtung der jeweiligen Verantwortungsbereiche.
- Den Rahmen unseres Handelns bilden die „Grundsätze zur Führung und Zusammenarbeit“.

## Aufnahme des Rehabilitanden durch eine Pflegeperson:

- Ggfs. Miteinbeziehung der Angehörigen
- Rücksprache mit dem Patienten (Schweigepflicht)
- Einweisung in Zimmer und Toilette
- Erstgespräch in ruhiger Atmosphäre
- Stammblatt
- Aufnahmestatus, Braden-Sturzrisikoerfassung, Barthel-Index,
- Pflegeerhebungsbogen,
- Tagesablauf und Ruhezeiten mitteilen
- Angehörige informieren über Utensilien, die während des Aufenthaltes benötigt werden (Kleidung, Waschutzensilien ...)

## Angehörigenarbeit

- Allgemeine Einbeziehung der Bezugsperson (vorherige Absprache mit dem Rehabilitanden wegen Schweigepflicht)
- Ggfs. Einbeziehung der Angehörigen in die Pflege
- Möglichkeit, unter fachlicher Aufsicht pflegerische Hilfe durchzuführen
- Einweisung in pflegerische Maßnahmen bei Tracheostoma, PEG, suprapubischer Blasenfistel, Beinbeutel bei DK-Versorgung, Anus praeter

## Pflegeprozess/Dokumentationssystem

- Informationssammlung mit modifiziertem Pflegeerhebungsbogen
- Erkennen von Problemen und Ressourcen des Patienten
- Festlegung der Pflegeziele
- Planung der Pflegemaßnahmen
- Durchführung der Pflege
- Wirkung der Pflege auf den Patienten beurteilen, Pflegeerhebungsbogen bei Entlassung

## Ziele geriatrisch rehabilitativer Pflege

Erhebung der Einschränkungen und Ressourcen mit dem Rehabilitanden und seinen Angehörigen

- Durch gezielte therapeutische Maßnahmen vorhandene Fähigkeiten verbessern und ausbauen
- einheitliche Pflegeauffassung, einheitliche Durchführung der Pflegetätigkeiten
- individuelle Pflege
- Atmosphäre des Vertrauens und der Geborgenheit schaffen
- Informationssammlung anhand der AEDLC's:

## Pflegerisches Angebot im Einzelnen:

Allgemeines:

im Interesse des Rehabilitanden handeln:

- die Gewohnheiten des Rehabilitand/in berücksichtigen
- abschätzen, ob der Rehabilitand/in die Pflege selbständig durchführen kann oder vom Pflegepersonal übernommen werden muss
- Autonomie des Rehabilitand/in achten so handeln, wie der Patient handeln würde

für eine fördernde Umgebung sorgen:

# Einrichtungskonzept (Rehabilitationskonzept/ Therapiekonzept)

- harmonische Umgebung, ruhige Arbeitsweise
- klare Anweisungen an den Rehabilitand/in
- patientenzentriertes Arbeiten
- geeignete Mitpatienten – soweit durchführbar

den Rehabilitand/in begleiten und fördern:

- auf Fortschritte aufmerksam machen
- Motivationssteigerung
- auffangen bei Misserfolgen

den Rehabilitanden beraten und anleiten:

- Selbständigkeit fördern, ohne dem Rehabilitand/in das Gefühl zu geben – man möchte nicht helfen -
- Angehörigenarbeit
- Aufgaben in Teilschritte zerlegen

## Pflegerische Hilfeleistung:

Atmen:

- exakte Krankenbeobachtung, um Überforderung vorzubeugen und Veränderungen zu erkennen
- O2-Gabe, Tracheostomaversorgung,
- Anleitung im Umgang mit O2-Gerät
- Anleitung u. Betreuung Apnoe-Geräte

Essen und Trinken:

- gemeinsames Essen im Speisesaal
- Ess- und Trinktraining - Gebrauch von Antirutschmatte
- Einhänderbrett
- Angehörigenarbeit – PEG

Ausscheiden:

- Toilettentraining
- Inkontinenztraining
- Versorgung und Beratung mit geeigneten Inkontinenzhilfen Anus praeter, suprapubische Blasenfistel, Beinbeutel bei Dauerkatheterversorgung

Kontrolle der Vitalzeichen:

- exakte Krankenbeobachtung, Überforderung vorbeugen und Veränderungen erkennen

Ruhen und Schlafen:

- Aufstehen bis zum Frühstück
- Angepasste Ruhepausen, evtl. mehrmals tgl. ermöglichen
- individuelles abendliches Zubettgehen

Bewegen:

- angepasste Mobilisation je nach Krankheitsbild (Bobath, Kinästhetik)
- Begleitung des Patienten mit angepassten Hilfsmitteln (Rollator, Rollstuhl, UAG)

Kommunizieren:

- Professioneller Umgang mit Aphasiepatienten (nonverbale Kommunikation)
- Kalender, Bücher, Zeitschriften, Stifte/Papier, Uhr

Waschen und Kleiden:

- Wasch- und Anziehtraining
- Tageskleidung wird den Tag über getragen

# Einrichtungskonzept (Rehabilitationskonzept/ Therapiekonzept)

- Alltagsschuhe, nicht unbedingt Turnschuhe
- eigene Waschutensilien

Sich beschäftigen:

- Zeitungen, Bücher, Spiele etc. anbieten

Sich als Mann oder Frau fühlen:

- individuelle Körperpflege
- Intimtoilette den Patienten selbst durchführen lassen
- Intimsphäre wahren
- Ganzkörperspiegel

Einige zusätzliche Aspekte, die bei der geriatrisch rehabilitativen Pflege Beachtung finden, sind:

- Urin- und Stuhlinkontinenz erfordern spezielle pflegerische Maßnahmen
- (Hautschutz, Kontinenz Training)
- Unruhige Patienten sind insbesondere in der Nacht entsprechend durch Pflegemaßnahmen zu betreuen
- Die Flüssigkeitsbilanz und ausreichende Ernährung stellt ein spezielles Problem dar, so dass hier durch die Pflege u.a. eine entsprechende Überwachung und Förderung notwendig ist.
- Die chronische Obstipation, gefördert durch Bewegungsmangel, kann durch entsprechende Flüssigkeitszufuhr, ballaststoffreiche Ernährung und Bewegungsförderung sowie ggf. Abführmaßnahmen gemildert oder vermieden werden.
- Die Gefahr von Druckgeschwüren bei mobilitätseingeschränkten Rehabilitanden ist sehr hoch und erfordert ebenfalls prophylaktische Maßnahmen (Lagerung, Mobilisation, Bewegungsförderung, Bradenskala).
- Angehörigenarbeit, Anleitung
- Sturzprophylaxe
- Professioneller Umgang bei Demenz/Delir/Depression

**Zu 3.**

## **Physiotherapie**

- Mobilitätsbezogene Assessments (Tag 1) und vor Entlassung
- Erläuterung des Therapieplans
- Teilnahme an den Sitzungen des multiprofessionellen Teams
- Beratung des Rehabilitanden bzw. der Angehörigen bezüglich Mobilitätshilfen

Die Aufgaben der Physiotherapie bestehen darin, eine möglichst funktionsgerechte Bewegung zu erreichen, wobei Bewegungsschulung, Kraftverbesserung, Ausdauer und Koordination mit dem Ziel der Rückgewinnung, Verbesserung und Erhalt der Selbständigkeit im Bereich der Mobilität im Vordergrund steht. Normalisierung des Haltetonus der Muskulatur, Vorbereitung und Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster unter Hemmung pathologischer Bewegungsmuster haben insbesondere bei zentral-nervösen Schädigungen eine große Bedeutung.

In der physikalischen Therapie werden durch entsprechende Maßnahmen Schmerzlinderung und Selbstheilungskräfte des Körpers aktiviert.

Die Therapiemaßnahmen, welche im Einzelnen zur Verfügung gestellt werden können, sind

- Gehtraining, Gangsicherheits- und Gleichgewichtstraining
- Treppentraining
- Kräftigungsübungen auch an Geräten
- Ausdauertraining am Motomed und Ergometer
- Funktionelles Bewegungstraining
- Manuelle Therapie
- Neuro-physiologische Behandlung (Bobath, PNF)
- Physikalische Therapie
  - Klassische Massage

- Bindegewebsmassage
- Manuelle Lymphdrainage
- Kälte-/Wärmetherapie (Eis, Fango, heiße Rolle)
- Extensionsbehandlung, Traktionsgerät
- Bewegungsbad: Diese Leistung wird im Verbund mit dem Therapiezentrum Heilbronn erbracht. Ein Kooperationsvertrag liegt vor.

Zu den Aufgaben der Physiotherapie gehört auch die Erhebung der mobilitätsbezogenen Reha-Assessments. Diese werden schriftlich und digital dokumentiert und in den Teamsitzungen in die Pflegekurve übernommen. Zudem erfolgen ein physiotherapiebezogener Aufnahmebefund und ein schriftlicher Abschlussbericht.

## Zu 4.

### Ergotherapie

- Erstellung der Aufnahmeassessments (Handkraft, SIS, ggfs. MMSE, DemTect, Uhrentest, GDS) (Tag 1)
- Erläuterung des Therapieplans
- Hilfsmittelberatung, häusliche Wohnsituation, ggf. auch unter Einbeziehung der Angehörigen

Im Vordergrund der Ergotherapie stehen Maßnahmen um Verbesserungen bzgl. der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) wiederzuerlangen. Das vorrangige Ziel ist es meist, den Rehabilitanden die Rückkehr ins bisherige häusliche Umfeld zu ermöglichen.

Einzelne Therapiemaßnahmen, die angeboten werden, sind:

#### Gezieltes Training der Selbstversorgung

- Waschtraining
- Anziehtraining
- Esstraining
- Haushaltstraining

#### Funktionelle Therapie

- Förderung der Grob- und Feinmotorik
- Koordination von Bewegungsabläufen
- Gelenkschutz
- Re- und Desensibilisierung
- Bobath-Therapie

#### Handwerk (funktionelle und neuropsychologische Therapie)

- Marmorieren
- Peddigrohr
- Seidenmalen
- Zeichnen
- Handarbeiten

#### Neuropsychologische Therapie

- Verbesserung der Wahrnehmung (sehen, riechen, schmecken, hören, fühlen)
- Verbesserung des kinästhetischen Empfindens (Bewegungsempfinden/Tiefensensibilität)
- Verbesserung der Orientierung (räumlich, zeitlich, zur Person)
- Bildung sinnvoller Handlungsfolgen
- Förderung des emotionalen Empfindens (Erfolgserebnisse)
- Verbesserung der Aufmerksamkeit, Konzentration und Merkfähigkeit

#### Kognitives Funktionstraining/Hirnleistungstraining bei Demenz bzw. kognitiver Beeinträchtigung

Die Behandlung in der Ergotherapie findet in erster Linie mit dem Ziel statt, ältere Menschen zu befähigen, wieder im Alltag Handlungen umzusetzen und verlorene Funktionen zu kompensieren, insbesondere auch im Hinblick auf wieder gewonnene körperliche Bewegungen. Eine wichtige Rolle spielt hierbei die Wahrnehmung im Hinblick auf die Motorik, die Feinmotorik und Sensibilitätsstörungen.

Der Behandlungsschwerpunkt liegt im Bereich der oberen Extremitäten und der Rumpfwahrnehmung bzw. Stabilisierung.

Es werden tonusregulierende Maßnahmen im Bereich der Arm-, Schulter- und Rumpfmuskulatur geübt, wobei insbesondere die Aktivitäten des täglichen Lebens bei der Körperhygiene und Haushaltsführung bzw. Nahrungsaufnahme eine Rolle spielen.

## **Zu 5.**

### **Logopädie**

Die Aufgabe der Sprachtherapie besteht in der Diagnostik und Behandlung von Sprech- und Sprachstörungen, Schluckstörungen und Kommunikationsstörungen.

Die Diagnostik und Therapiemaßnahmen werden hier bestimmt durch:

- Verbesserung des Sprachverständnisses, der Sprachproduktion, Abbau von Wortfindungsstörungen
- Verbesserung der Mund- und Gesichtsmotorik
- Therapie von Atmung und Körperhaltung
- Schluck- und Esstraining und dadurch Verbesserung der Nahrungsaufnahme
- Einarbeitung von Eigenwahrnehmungen und Eigenkontrolle
- Umgang mit den verbliebenen sprachlichen und kommunikativen Reserven
- Diagnostik von Lese- und Schreibstörungen
- Diagnostik von Schluck- und Essstörungen
- Diagnostik von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen
- Evtl. Schulung der Angehörigen

## **Zu 6.**

### **Sozialdienst**

- Erstellung eines Sozialassessments
- Kontaktaufnahme bezüglich der Weiterversorgung
- Entlassplanung im Hinblick auf die Zuhilfenahme von ambulanten Diensten, IAV-Stelle, ggf. Pflegeeinstufung und Beratung der Angehörigen
- Teilnahme an den Sitzungen des multiprofessionellen Teams

Die Sozialberatung ergänzt die ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung in unserer Geriatrischen Rehabilitationsklinik - sie gehört zum interdisziplinär arbeitenden Team.

Sie bietet fachliche Hilfen für Rehabilitanden, die persönlichen und sozialen Probleme im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung oder Behinderung und deren daraus entstehenden Veränderungen des weiteren Lebens und das ihrer Angehörigen zu unterstützen und zu begleiten.

Die Sozialberatung greift diese Probleme auf und trägt zu einer angemessenen Lösung bei. Ziel ist die Sicherstellung der Reintegration in das gewohnte Lebensumfeld der Patienten oder der Eingliederung in ein neues, durch die Krankheit/ Behinderung bedingtes Wohn – und Betreuungsumfeld.

Die Sozialberatung orientiert sich dabei in der Erfüllung dieser Zielsetzung an der Würde und am Selbstbestimmungsrecht des Menschen.

Eine frühe Kontaktaufnahme und der Aufbau einer Vertrauensbasis zwischen Patient und Sozialberatung erleichtert das Vorgehen.

Sie ist zugleich Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Durch Gespräche mit unseren Rehabilitanden und deren Bezugspersonen/Angehörigen kann abgeklärt werden, welche Unterstützungsangebote zur Rückkehr in das gewohnte Lebensumfeld erforderlich sind oder welche Möglichkeiten es für den älteren Menschen gibt, in einem anderen Wohnumfeld sein weiteres Leben menschenwürdig und angemessen zu verbringen.

Die Sozialberatung wird tätig bei der Vorbereitung der Entlassung und der Sicherung der Nachsorge. Diese sind:

Organisation weiterer Maßnahmen zur Sicherstellung der Nachsorge :

- Information und Vermittlung ambulanter häuslicher Pflegedienste und Nachbarschaftshilfen
- Information und Vermittlung von Haushaltshilfen zur Weiterführung des Haushalts, Essen auf Räder, Hausnotrufsysteme, etc..
- Information und Unterstützung bei der Organisation von stationären und teilstationären Einrichtungen, wie Seniorenpflegeheimplätze, Kurzzeitpflegeplätze und Tagespflegeplätze
- Verordnung und Organisation von Hilfsmitteln (z.B. Pflegebett, Gehhilfen, Badelifter, etc. ) in enger Absprache mit der Ergo- und Physiotherapie.

Beratung und Unterstützung bei sozialrechtlichen Angelegenheiten

- Beratung und Antragstellung nach dem Pflegeversicherungsgesetz (Pflegegeldanträge für den häuslichen Bereich und Eileinstufungsanträge für die stationäre Unterbringung)
- Beratung und Antragstellung nach dem Schwerbehindertengesetz
- Beratung und Leistungsbeantragung nach dem Bundessozialhilfegesetz
- Information zur Patientenverfügung, Vorsorge – und Generalvollmacht
- Mitwirkung bei der Anregung einer gesetzlichen Betreuung

Beratung und Unterstützung bei der Krankheits– und Problembewältigung

- Gespräche zur Klärung der momentanen Situation
- Gemeinsames Erarbeiten individueller Lösungsmöglichkeiten
- Informationen über Selbsthilfegruppen oder Freizeitangebote für Senioren (Mittagstische, ehrenamtliche Besuchsdienste, Seniorennachmittage, etc.)
- Informationen über psychosoziale Beratungsstellen ( kirchliche wie auch freie)

Diese Auflistung persönlicher Hilfsangebote kann im Einzelfall eine fachkompetente personenbezogene Hilfeplanung erfordern, die in enger Zusammenarbeit der Sozialberatung und der örtlichen ambulanten Pflegedienste, Seniorenpflegeheimen, sowie der Kranken- und Pflegekasse steht.

Die Sozialberatung berät, auf Anfrage, Kollegen anderer Fachdisziplinen, sowie die Verwaltung des Krankenhauses zu sozialen Fragestellungen. Sie bringt hier ihre fachliche Kompetenz ein.

Zu 7.

## **Seelsorge**

- Regelmäßige Patientenbesuche durch ortsansässige Pfarrer/Seelsorger
- Regelmäßige Gottesdienste (jeden Sonntag 9:00 Uhr) im Wechsel evangelisch/katholisch
- Lieder- und Gesprächsnachmittag
- Auf Wunsch der Rehabilitanden individuelle Seelsorgegespräche

Zu 8.

## **Psychologie**

Bei geriatrischen Rehabilitanden finden sich häufig psychische und kognitive Beeinträchtigungen. Hierzu zählen vor allem Konzentrationsstörungen, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen, bis hin zu demenziellem Abbau und

verschiedenen Formen der Depression. Ebenso ist es sinnvoll, bei der Krankheitsverarbeitung bei Partnerverlust oder familiären Konflikten, psychologische Hilfe anzubieten. Hier kann z.B. durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie bzw. einen ausgebildeten Psychologen Hilfestellung geleistet werden.

Behandlungsoptionen sind hierbei:

- Psychotherapeutische Behandlung
- Verhaltenstraining bei Angststörungen
- Gesprächsgruppen zur Krankheitsbewältigung
- Vermittlung von Entspannungstechniken

durch die Ergotherapie wird die neuropsychologische Testung durchgeführt. Bei komplexeren Fragestellungen erfolgt eine Zusammenarbeit mit der PIA (psychiatrische Institutsambulanz) im Hause, welche sowohl psychologische Beratung als auch gerontopsychiatrische Konsile beinhaltet.

Zu 9.

## **Ernährungsberatung**

Es wird im Rahmen des geriatrischen Assessment das Mini Nutritional Assessment durchgeführt. Da bei geriatrischen Rehabilitanden häufig Mangel- und Fehlernährungen gesehen werden und bestimmte Kostformen notwendig sind, wird bei Bedarf die Diätassistentin informiert. Dies erfolgt in Kooperation mit dem Klinikum am Gesundbrunnen in Heilbronn, über den auch die Speisenversorgung der Rehabilitanden erfolgt; es werden individuelle Ernährungsberatung sowie auch Gruppenschulungen angeboten.

Außerdem besteht die Möglichkeit, eine Ökotrophologin konsiliarisch hinzuzuziehen. Bestimmte Kostformen werden z.B. bei Diabetes mellitus, bei Hypercholesterinämie, bei Vitaminmangel bzw. bei Protein- und Kalorienmangel benötigt.

Bei Schluck- bzw. Kaustörungen wird in Absprache mit der Logopädin die Nahrungskonsistenz angepasst, zusätzlich erfolgt eine Essensbegleitung durch die Logopädin in speziellen Fällen.

## **Fallstrukturierung nach ICF**

Beispielhaft eines der häufigen Krankheitsbilder der geriatrischen Rehabilitation:

### **Gesundheitsproblem nach ICD 10:**

- Schenkelhalsfraktur rechts, operative Versorgung mittels Hüftgelenkersatz
- alter Myokardinfarkt
- insulinpflichtiger Diabetes mellitus mit Polyneuropathie
- Sarkopenie

### **Funktionsschädigungen:**

- Struktur/Funktion Hüftgelenk rechts
- Herzkraft
- diabetogene Nervenschädigung
- Muskelschwund und Kraftminderung

### **Beeinträchtigung von Aktivitäten nach ICF**

- Gehen, Gangsicherheit
- Transfer

# Einrichtungskonzept (Rehabilitationskonzept/ Therapiekonzept)

- Ankleiden
- Toilettenbenutzung

## Beeinträchtigung der Teilhabe nach ICF

- selbständige Haushaltsführung
- soziale Kontakte

## Umweltbezogene Kontextfaktoren

- Barrieren -

alleinlebend, Wohnung im 1.OG ohne Aufzug

- Förderfaktoren +

Angehörige unterstützen, bisher gute Sozialkontakte

## Personenbezogene Kontextfaktoren

- Förderfaktoren +,

gute Motivation, keine kognitive Beeinträchtigung

- Barrieren -

Sturzangst

## Individueller Rehabilitationsplan

Individuell für jeden Rehabilitanden wird ein Rehabilitationsplan erstellt, der die Ergebnisse der einzelnen Assessments für den Rehabilitanden berücksichtigt und die einzelnen Berufsgruppen mit einschließt.

Die teilhabeorientierten Rehabilitationsziele werden mit dem Rehabilitanden ggf. auch mit den Angehörigen festgelegt und im Rehabilitationsprozess angepasst. Wichtig ist auch, im Sinne der Gewährleistung einer maximalen Teilhabe die Weiterversorgung entsprechend gut zu organisieren. Berücksichtigt werden u.a. die geriatritypische Multimorbidität, die Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen, insbesondere auch im Zusammenhang mit der bisherigen Lebenssituation bzw. dem sozialen Umfeld. Es werden deshalb tägliche Visiten, Besprechungen mit den Pflegepersonen, wöchentliche Teamsitzungen, in denen der Verlauf bzw. die bisher erreichten Ziele dokumentiert werden und der Rehabilitationsplan entsprechend dem Verlauf angepasst wird durchgeführt.

## Medizinisch-diagnostisch therapeutisches Spektrum

*Folgende Untersuchungen werden nach Bedarf während der Rehabilitation durchgeführt:*

- Laboruntersuchungen
- Ruhe-EKG
- Langzeit-EKG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Schellong-Test
- Abdomensonographie
- Restharnmessung (Bladderscan)
- Gefäßduplex
- Echokardiographie
- Lungenfunktion

*Weiterhin werden regelmäßig neurologische Konsile durch eine Fachärztin für Neurologie in der Abteilung angeboten*

# Einrichtungskonzept (Rehabilitationskonzept/ Therapiekonzept)

*Nach Bedarf besteht eine enge Kooperation mit den Partnern im Haus, dem Klinikum am Gesundbrunnen in Heilbronn sowie Fachärzten am Ort für konsiliarische Leistungen.*

*Beispiele für häufig durchgeführte Leistungen sind:*

- unfallchirurgisch-orthopädische Konsile (Praxis im Haus)
- gerontopsychiatrische Konsile (PIA im Haus)
- neuropsychologische Testungen in komplexen Fällen (PIA) im Haus
- CT-Untersuchungen, komplexe unfallchirurgische Fragestellungen (Klinikum am Gesundbrunnen)
- radiolog. und endoskopische Diagnostik (Klinikum am Gesundbrunnen)
- zur Gewährleistung der Dialysebehandlung Kooperation mit einer Dialyse-Praxis Heilbronn
- dermatolog. Konsile (Praxis am Ort)
- Kooperation mit der urologischen Abteilung des Klinikums am Gesundbrunnen zur Kontinenzförderung (Geriatrische Rehaeinrichtung ist Teil des zertifizierten Kontinenzentrums)

## Nachsorgeplanung/Entlassmanagement

In die Nachsorgeplanung sind sämtliche Berufsgruppen mit einbezogen. Hierbei übernimmt der ärztliche Bereich die Koordination und die Verantwortung für den gesamten Prozess.

Der Sozialdienst wird sehr früh in die Nachsorgeplanung eingebunden und klärt den Handlungsbedarf im Gespräch mit Rehabilitanden und evtl. den Angehörigen. Weiterhin werden bei Bedarf eine Kurzzeitpflege, ein ambulanter Pflegedienst und Nachbarschaftshilfen organisiert. Des Weiteren werden über verschiedene Hilfsmöglichkeiten (Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, Hausnotrufsysteme) informiert. Es werden Hilfe bei der Antragsstellung, z.B. von Pflegegraden gegeben und stationäre und teilstationäre Einrichtungen, wie z.B. Seniorenpflegeplätze mit organisiert.

Mit den weiterbehandelnden ambulanten Diensten besteht wird regelmäßig fallbezogen kommuniziert u.a. auch bei komplexen Situation wie etwa aufwändige Wundverbände, parenterale Ernährung oder palliativer Erkrankungen.

Der Pflegedienst ist insbesondere bzgl. des Entlassmanagement zur pflegerischen Versorgung involviert, u.a. Erstellung des Pflegeverlegungsbericht und ggfs Wundbogens. Bei Bedarf erfolgt eine telefonische Übergabe an die weiterbehandelnde Einrichtung oder an die ambulanten Dienste, meist Pflegedienste.

Die Vorgaben des Rahmenvertrags zum Entlassmanagement von stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen (Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha) vom 1.2.2019 wurden umgesetzt.

Der Entlassbrief wird bei Entlassung in endgültiger Fassung mitgegeben, weiterhin eine Medikamentenliste, soweit erforderlich/indiziert Rezepte für Medikamente, häusliche Krankenpflege, Physiotherapie oder Ergotherapie. Je nach häuslicher Versorgung werden auch die gerichteten Medikamente werden übers Wochenende bzw. über die Feiertage bis zum darauffolgenden Werktag mitgegeben um die kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten.

Von ärztlicher Weite wird nach Bedarf der weiterbehandelnde Haus- oder Facharzt auch telefonisch kontaktiert, insbesondere bei komplizierten Verläufen, Kontrollbedürftigen Befunden etc.

Durch die Ergotherapie und den Sozialdienst werden rechtzeitig sämtliche Hilfsmittel verordnet, und es wird Sorge getragen, dass diese auch am Entlasstag zur Verfügung stehen. Des Weiteren werden ggfs. Empfehlungen zur Wohnraumanpassung gemacht und bei Bedarf auch ein Hausbesuch durchgeführt.

Die Physiotherapie gibt Empfehlungen für die Weiterführung der notwendigen therapeutischen Maßnahmen und erteilt bereits während des rehabilitativen Aufenthaltes Anleitungen zu Eigenübungen.

## Mustertherapiepläne (Bsp. Femurfraktur, Apoplex, Muskuloskelettäre Erkrankungen)

Es wurden stellvertretend für die indikationsbezogenen Therapieschemata drei Muster-Therapiepläne (Apoplex mit Hemiparese und hüftnahe Femurfraktur, muskuloskelettäre Erkrankungen) erarbeitet, wobei hier festzuhalten ist, dass das Therapieangebot und die Therapiedichte dem Leistungsvermögen des Patienten individuell angepasst werden müssen. Hier spielt auch die interdisziplinäre regelmäßige (1 x pro Woche) stattfindende Teambesprechung mit entsprechender Dokumentation der Rehafortschritte und ggf. Zielanpassung eine wesentliche Rolle. Außerdem erfolgt eine Fallstrukturierung nach ICF (s. separate Dokumente).

### Personelle Ausstattung

*Die Leitung der geriatrischen Rehabilitationsklinik wird durch einen Internisten mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie wahrgenommen. Sein Vertreter ist Facharzt für Allgemeinmedizin, ebenso mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie.*

*Der ärztliche Stellenplan umfasst 3,24Vollzeitstellen (2020, 37,4 belegte Betten), aktuelle Besetzung mit Chefarzt, leitender Oberarzt, einem Oberarzt (Facharzt für Chirurgie und Zusatzbezeichnung Geriatrie) sowie einer Fachärztin für Innere Medizin und Allgemeinmedizin in der Weiterbildung Geriatrie.*

*Eine konsiliarische Mitbehandlung erfolgt durch die orthopädisch/unfallchirurgische Praxis, die psychiatrische Institutsambulanz im Gesundheitszentrum Brackenheim, neurologische Konsile durch eine Fachärztin für Neurologie mit Zusatzbezeichnung Geriatrie.*

*Weitere konsiliarische Behandlungen incl. Röntgen, CT oder MRT-Untersuchungen erfolgen nach Bedarf in den SLK-Kliniken Heilbronn.*

*Der medizinisch-technische Dienst (incl. Chefarztsekretärin) umfasst 2,5 Vollzeitstellen. Verwaltungstechnische Aufgaben sowie diverse organisatorische Angelegenheiten werden durch die Sekretärin des Kaufmännischen Direktors erledigt.*

*Die Pflgeotherapie umfasst 20,8 Vollzeitstellen (2020, 37,4 belegte Betten).*

*Die Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie wird in Kooperation mit der Heilmittelpraxis "Gesundheitsrondell" erbracht (genauere Beschreibung der Kooperation s.o.).*

Die Ernährungsberatung wird in Kooperation mit der SLK-Klinik Heilbronn geleistet.

Die Seelsorgerliche Betreuung erfolgt durch die Klinikseelsorger der beiden großen Konfessionen.

### Ärztlicher Bereitschaftsdienst und Notfallkonzept

*Um die kontinuierlich ärztlich-medizinische Versorgung incl. Notfallbehandlung zu sichern, ist entsprechend Dienstplan an den Wochentagen mindestens ein Facharzt von 7:00 Uhr bis 19:00 Uhr in der Klinik vor Ort.*

*Von 19:00 Uhr bis 7:00 Uhr sowie an den Wochenenden und Feiertagen ist die Rufbereitschaft organisiert.*

*An den Wochenenden und Feiertagen wird die Klinik am Vormittag vom diensthabenden Arzt aufgesucht um dringende Behandlungen, Visiten und Verbandswechsel durchzuführen. In dringenden Fällen kommt der diensthabende Arzt jederzeit sofort in die Klinik.*

*Ein Notarztstandort befindet sich ebenfalls in den Räumlichkeiten des Gesundheitszentrum Brackenheim und der Notarzt wird insbesondere bei (äußerst seltenen) lebensbedrohlichen Notfällen alarmiert, um die Zeit bis zum Eintreffen des geriatrischen Rufdienstes zu überbrücken.*

### Räumliche Ausstattung

Die geriatrische Rehabilitationsklinik im Gesundheitszentrum Brackenheim verfügt über max. 57 Betten, wovon 27 Zweibett- und 3 Einbettzimmer für Wahlleistungspatienten vorgehalten werden. Die hellen, lichtdurchfluteten Zimmer verfügen über rollstuhlgerechte Nasszellen.

# Einrichtungskonzept (Rehabilitationskonzept/ Therapiekonzept)

Es steht ein großer Speisesaal zur Einnahme der Hauptmahlzeiten zur Verfügung. Dieser wird auch als Aufenthaltsbereich genutzt.

Neben Räumlichkeiten für die krankengymnastische, ergotherapeutische und logopädische Behandlung stehen ein Therapiebad, eine Therapieküche und ein Therapiegarten zur Verfügung. Das Angebot wird ergänzt durch einen Andachtsraum.

Durch die Kooperation im Verbund der SLK Kliniken wird eine sparsame und wirtschaftliche Leistung in den Bereichen

- Versorgung
- Verwaltung
- Technik
- sonstigen medizinisch-technischen Diensten
- der Apotheke
- des Labors
- des Röntgens
- des Transportdienstes

erzielt. Die Wirtschaftlichkeitskriterien sind eine wesentliche Forderung im Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg.

## Qualitätssicherung

### Interne Qualitätssicherung

#### Organisation

Die kontinuierliche Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements (QM) in der geriatrischen Rehabilitationsklinik wird durch die Einbindung aller Bereiche, Berufsgruppen und Hierarchieebenen gewährleistet. Die Qualitätsmanagementbeauftragten im ärztlichen und pflegerischen Dienst sind als Ansprechpartner und Multiplikatoren des zentralen QM für die Umsetzung des Qualitätsmanagements in der Abteilung verantwortlich. Mit Hilfe verschiedener Methoden und Instrumente werden die Arbeitsabläufe und die Behandlungsqualität regelmäßig überprüft und Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet.

Im zentralen QM-Handbuch sind die Prozesse und Abläufe in Verfahrensanweisungen beschrieben sowie die mitgeltenden Dokumente hinterlegt. Das zentrale Qualitätsmanagement informiert regelmäßig über Neuerungen oder Änderungen im QM-Handbuch. Die QM-relevanten Dokumente werden jährlich auf Aktualität überprüft und ggfs. revidiert.

#### Qualitätszirkel

In regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkeln besprechen sich die Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Sozialdienst und Mitarbeiter der Verwaltung zur kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen oder organisatorischen Abläufen. Dabei werden Probleme im Arbeitsalltag erkannt und analysiert um praktikable Lösungen zu entwickeln.

#### Audits

Im Rahmen einer Jahresplanung werden interne Audits in der geriatrischen Rehabilitationsklinik durch das zentrale Qualitätsmanagement durchgeführt und Maßnahmen zur Verbesserung mit den Verantwortlichen festgelegt. Zusätzliche interne Audits durch das Hygieneinstitut, die Arbeitssicherheit oder Apotheke statt.

#### Zufriedenheitsermittlung

Um die Zufriedenheit der Rehabilitanden zu ermitteln, erhalten alle Rehabilitanden einen Fragebogen, den sie mit Unterstützung durch die Therapeuten ausfüllen können. Die Ergebnisse werden vom zentralen QM ausgewertet. Über das „KonTAKT“-Formular haben die Rehabilitanden, Angehörigen und Besucher die Möglichkeit, Anregungen,

Beschwerden und Lob schriftlich zu äußern. Beschwerden werden über Sekretariat der kaufmännischen Direktion erfasst und bearbeitet. Sonstige schriftliche Beschwerden werden über die QM-Abteilung erfasst und bearbeitet. Der Beschwerdeführer erhält zunächst eine Eingangsbestätigung und nach Klärung des Sachverhaltes eine Stellungnahme von der Klinik.

## Critical Incident Reporting System (CIRS)

Seit 2012 werden Zwischenfälle und Beinahe-Vorkommnisse im krankenhausinternen CIRS-System erfasst und durch ein interdisziplinäres Auswerterteam bearbeitet. Bei Bedarf werden interne Fachexperten hinzugezogen. Die Meldungen sowie die abgeleiteten Handlungsempfehlungen werden anschließend im Intranet publiziert.

## Ideenmanagement

Mit dem betrieblichen Ideenmanagement wird allen Mitarbeitern die Möglichkeit gegeben, sich aktiv an einer positiven Entwicklung zu beteiligen. Die eingereichten Verbesserungsvorschläge werden von einer Bewertungskommission auf Umsetzbarkeit geprüft.

## Qualitätssicherung

In regelmäßigen Abständen werden Daten zur internen und externen Qualitätssicherung erhoben und ausgewertet. Zu den internen Verfahren zählen unter anderem die Sturz-, Dekubitus- und Infektionsstatistiken sowie die Prüfung der Dokumentationsqualität.

## Externe Qualitätssicherung

Die Geriatrische Rehabilitationsklinik nimmt regelmäßig auch an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen teil, diese sind im Einzelnen:

1. QS-Rehaverfahren <https://qs-reha.de/indikationen/geriatrie/geriatrie.jsp>
2. QM-Kultur Reha /BAR
3. KODAS

*Das Einrichtungskonzept wird mindestens 1 Mal jährlich auf Aktualität überprüft und überarbeitet, spätestens im September 2022.*

Page ID: 187374661 Version: 21