

Einrichtungs- und Rehabilitationskonzept der geriatrischen Fachklinik Neuburg



(Stand: 03.07.2024)

1. Klinikstruktur und allgemeine Daten zur Einrichtung	3
2. Geltungsbereich	4
3. Begriffsbestimmungen	4
3.1. Grundbegriffe der Geriatrie	4
3.2. Definition des geriatrischen Patienten	5
3.3. Geriatrische Multimorbidität	5
4. Indikationskriterien	6
5. Rehabilitationsziele	10
6. Säulen der Rehabilitation	12
6.1. Geriatrisches Assessment	12
6.2. Therapeutische Maßnahmen	14
6.3. Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen	14
6.4. Rehabilitationsverlauf	22
7. Infrastruktur	24
7.1. Apparative Ausstattung	24
7.2. Räumliche Ausstattung	24
7.3. Personelle Ausstattung	25
8. Qualitätssicherung	25
9. Hygiene	26
10. Datenschutz	26
11. Vernetzung	26

1. Klinikstruktur und allgemeine Daten zur Einrichtung

Die Geriatrische Fachklinik Neuburg ist nach § 111 SGB V als Rehabilitationseinrichtung zugelassen und wird von der Geriatriezentrum Neuburg GmbH betrieben.

Träger der gemeinnützigen GmbH ist der Landkreis Neuburg-Schrobenhausen.

Die Geriatrische Fachklinik Neuburg umfasst derzeit in Kooperation mit dem Kreiskrankenhaus Schrobenhausen vier verschiedene Bereiche:

- Stationäre geriatrische Reha (Neuburg)
- Akutgeriatrie (Kooperation mit dem Kreiskrankenhaus Schrobenhausen)
- Therapieambulanz für externe Patienten (Neuburg)
- Mobile Geriatrische Rehabilitation (Neuburg).

Diese vier Bereiche stellen in sich geschlossene Abteilungen dar. Patienten können in dieser Versorgungskette über mehrere Bereiche bis hin zur Rückkehr in die häusliche Umgebung und auch danach betreut werden.

Uns ist es wichtig, für alle Patientengruppen ein Angebot der geriatrischen Rehabilitation zur Verfügung zu stellen und damit die Lebensqualität und die Teilhabe des älteren und alten Menschen zu verbessern bzw. zu erhalten und die Rückkehr bzw. den Verbleib in der häuslichen Umgebung zu gewährleisten.

Das Geriatriezentrum Neuburg ist als Bundesmodell integriert in das sog. Bayerische Geriatriekonzept. Die Geriatrische Fachklinik Neuburg hat am 01.04.1997 ihren Betrieb aufgenommen und betreibt derzeit 75 Behandlungsplätze für Geriatrische Rehabilitation. Am 01.06.2020 wurde außerdem die Mobile Geriatrische Rehabilitation mit 10 Behandlungsplätzen in Betrieb genommen und am 01.10.2023 auf 30 Plätze erweitert.

Die geriatrische Rehabilitation wird durch ein interdisziplinäres Team aus Ärzten, Pflegekräften, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Masseuren u. medizinischen Bademeistern, Logopäden, Sozialarbeitern und Psychologen durchgeführt.

Es ist unser Anspruch, die Patienten bestmöglich, umfassend, nach anerkannten medizinischen Standards und individuell, bezogen auf die Krankheit(en), die Lebenssituation und die Wünsche des einzelnen Patienten, zu behandeln und zu betreuen.

Als wichtigste Verträge sind der Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V sowie die Vergütungsvereinbarungen nach § 111 SGB V, abgeschlossen mit den gesetzlichen Krankenkassen in Bayern, zu nennen.

Die gerade bei geriatrischen Patienten eminent bedeutsame schnelle Zuweisungsmöglichkeit wird in einer Ergänzungsvereinbarung zum Vertrag gem. § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V geregelt. Hier wird der nahtlose Übergang von der Krankenhausbehandlung zur geriatrischen Rehabilitation in Form des Geriatrischen Rehabilitationsbehandlungsverfahrens (GRB-Verfahren) beschrieben. Außerdem besteht mit der Audi Bkk als Sonderregelung für Patienten aus dem Klinikum Ingolstadt eine Direktoption (direkte Übernahme des Patienten nach Begutachtung durch einen Geriater).

2. Geltungsbereich

Behandlung von Menschen mit geriatrischen Erkrankungen mit dem Ziel der Wiedergewinnung, der Verbesserung oder dem Erhalt einer möglichst weitgehenden Selbständigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens sowie der Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.

3. Begriffsbestimmungen

3.1. Grundbegriffe der Geriatrie und geriatrische Rehabilitation

Die mittlere Lebenserwartung hat sich im 20. Jahrhundert verdoppelt. Ein weiterer Anstieg der Lebenserwartung wird vorhergesagt. Der Bedarf an geriatrischer Rehabilitation wächst stetig. Dies hat der Gesetzgeber erkannt und die Geriatrische Rehabilitation zur Pflichtleistung der Kassen erklärt. Es gilt die Maßgabe „Reha vor Pflege“. Damit kann zum einen die optimale Teilhabe der älteren Patienten gesichert werden. Zum anderen lässt sich so Pflegebedürftigkeit verhindern oder vermindern mit positiven finanziellen Auswirkungen für die Pflegekassen.

Die Geriatrie ist das medizinische Fachgebiet, das sich mit den Alterungsprozessen des Menschen und den präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Aspekten der Erkrankungen alter Menschen beschäftigt.

Der Grundgedanke der Geriatrie resultiert aus der Erkenntnis, dass eine eindimensionale Betrachtungsweise insbesondere dem älteren Menschen nicht gerecht wird. Vielmehr muss eine Reihe von Aspekten berücksichtigt werden:

Der körperliche Zustand und die somatischen Erkrankungen sind nur der Ausgangspunkt der Behandlung. Die funktionellen Auswirkungen der Krankheitsbilder sind der entscheidende Faktor bei der Arbeit um den Erhalt der Selbständigkeit und Selbstbestimmung des älteren Menschen. Die kognitiven Fähigkeiten, die emotionale Verfassung und das soziale Netz sind ebenfalls von großer Bedeutung, da sie wesentlich mitentscheidend für die Rekonvaleszenz des geriatrischen Patienten sind.

Dieser multidimensionale Ansatz wird verwirklicht durch ein multiprofessionelles interdisziplinäres Team, bestehend aus Ärzten, Therapeuten, Pflegekräften, Sozialpädagogen und Psychologen. Das Team stellt einen wesentlichen Baustein bei der Versorgung des geriatrischen Patienten dar und orientiert sich im Rahmen der Therapie an einem individuell festgelegten Patientenziel.

Aus rehabilitationsmedizinischer und geriatrischer Perspektive bietet das bio-psycho-soziale Modell - von Georg Engels entwickelt - mit dem zugehörigem Klassifikationssystem der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) eine verbesserte Grundlage bei der Beurteilung des gesundheitlichen Gesamtzustandes älterer Patienten und ihrer Behandlungsnotwendigkeit, als das organmedizinisch orientierte Krankheitsmodell mit seiner Ausrichtung an den Prozessen der Ätiologie und Pathogenese mit der bekannten Diagnosenklassifikation nach ICD (International Classification of Diseases). Die Aufnahme der sogenannten Kontextfaktoren in die Klassifikationssystematik der ICF stellte eine wesentliche konzeptionelle Bereicherung dar.

Die medizinische Diagnostik und Therapie orientiert sich insbesondere an den medizinischen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. Ergänzt wird die Qualitätsorientierung durch die Einbeziehung von Inhalten indikationsspezifischer Leitlinien, soweit diese auf den geriatrischen Patienten übertragen werden können und im aktuellen Zustandsbild des Patienten anwendbar sind.

3.2. Definition des geriatrischen Patienten

Der geriatrische Patient ist durch folgende Kriterien definiert:

- Höheres Alter, in der Regel 70 Jahre oder älter und
- geriatritypische Poly-/Multimorbidität.

(vgl.: Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation des MDS 2005)

Eine weitere Definition besteht in der Kombination eines hohen Lebensalters (80 Jahre +) mit alterstypisch erhöhter Vulnerabilität, z.B. wegen des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen, der Gefahr der Chronifizierung und des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie sowie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus (Definition Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, Bundesverband Geriatrie).

Nicht jeder Patient im fortgeschrittenen Lebensalter muss auch als geriatrischer Patient betrachtet werden. Die Multimorbidität bzw. das Vorhandensein geriatrischer Syndrome ist bedeutsamer als das Lebensalter.

Als weiteres Kriterium für den geriatrischen Patienten hat die neuere Forschung in der Geriatrie den geriatritypischen Begriff „frailty“ geprägt. Er beschreibt eine zunehmende Gebrechlichkeit im Alter - oft im Kontext von Sarkopenie und Mangelernährung - und geht für den Betroffenen mit einem deutlich erhöhten Risiko von Krankheit, Krankheitskomplikationen und Tod einher. Verminderte Anpassungsfähigkeit des älteren Organismus und eingeschränkte funktionelle Reserven spielen dabei eine Schlüsselrolle.

Die Zuordnung eines Patienten in den geriatrischen Kontext erfordert eine komplexe ärztliche, pflegerische und soziale Anamnese. Wichtige Daten und Informationen können z.B. eine bestehende Sturzneigung, Inkontinenz, dementielle Entwicklung oder ein vorbestehender Pflegegrad sein. Die adäquate Zuordnung eines Patienten zum geriatrischen Patientenkontext zieht eine entsprechende fachliche Ausrichtung mit multidimensionalem Ansatz seiner Behandlung nach sich. Die Identifikation von geriatrischen Patienten kann anhand eines gezielten Screenings im Rahmen des Aufnahmeprozesses oder im Rahmen eines geriatrischen Konsils in anderen Fachabteilungen erfolgen.

3.3. Geriatrische Multimorbidität

Die Multimorbidität definiert sich über multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen bei mindestens zwei behandlungsbedürftigen Erkrankungen (ICF). Behandlungsbedürftigkeit besteht dann, wenn die aus diesen Erkrankungen resultierenden Schädigungen von Körperfunktionen und/oder Strukturen während der Therapie engmaschig ärztlich überwacht und bei der Therapie berücksichtigt werden müssen.

Typische geriatrisch-rehabilitative Hauptdiagnosen sind:

- Z.n. Apoplex oder Gehirnblutung
- Z.n. Hüftgelenksnahe Fraktur
- Z.n. OP mit Totalendoprothese von Hüfte, Knie oder Schulter
- Z.n. Amputation
- Z.n. Herzklappenoperation/koronare Bypass-Operation
- Neurologische Erkrankungen, wie Morbus Parkinson
- Folgeerscheinungen von Stoffwechselerkrankungen, wie diabetische Polyneuropathie
- Verzögerte Rekonvaleszenz

Außerdem liegen häufig Fähigkeitsstörungen im Sinne eines geriatrischen Syndroms vor:

- Immobilität
- Sturzneigung, Schwindel
- Inkontinenz
- Kognitive Defizite
- Depression/Angststörung
- Sensibilitätsstörungen
- Presbyakusis
- Visusminderung
- Chronische Schmerzen
- Dekubitalulcera
- Fehl- und Mangelernährung
- Störung des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts
- Herabgesetzte Medikamententoleranz
- Gebrechlichkeit, herabgesetzte Belastbarkeit
- Schluckstörungen

Aufgrund dieser Merkmale besteht - gegenüber nicht geriatrischen Patienten - ein sehr hohes Risiko der Einschränkung der Selbständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit, sowie ein deutlich erhöhtes Risiko von Krankheitskomplikationen (Thrombose, Infektion, Fraktur, verzögerte Rekonvaleszenz, u.a.).

Ein weiteres Problem im Alter ist die häufig bestehende Multimedikation sowie eine herabgesetzte Medikamententoleranz. Deshalb kommt es immer wieder zur Notwendigkeit einer erneuten Krankenhausbehandlung.

Das gleichzeitige Vorkommen somatischer und psychischer Schädigungen mit alltagsrelevanten Einschränkungen stellt einen wichtigen ursächlichen Faktor für eine Hilfs- und Pflegebedürftigkeit dar und ist deshalb besonders zu berücksichtigen

4. Indikationskriterien

Eine stationäre geriatrische Rehabilitation ist indiziert, wenn neben den medizinischen Voraussetzungen

- die Kriterien für eine ambulante Rehabilitation nicht erfüllt sind.
- Art und Grad der Schädigung und Beeinträchtigung und der Teilhabe durch eine ambulante geriatrische Rehabilitation nicht adäquat behandelt werden können.
- der Rehabilitand/Patient immobil ist.
- die Notwendigkeit der zeitweisen Herausnahme aus dem sozialen Umfeld besteht.
- die Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und ständiger Überwachung des Patienten besteht.

Für die stationäre geriatrische Rehabilitation ist eine wohnortnahe Behandlung aus vielen Gründen wichtig:

- Um zu der Belastung durch einen Wechsel in eine andere Einrichtung nicht noch eine weitere Belastung durch ein unbekanntes Umfeld hinzuzufügen
- Um die sprachliche Verständigung zu verbessern bei Hypakusis oder kognitiver Einschränkung, insbesondere bei Dialekt oder regionaler Sprachfärbung
- Um den sozialen Bezug zu Kindern, Nachbarn und Freunden zu stärken, sowie um gleichaltrigen und oft immobilen Lebenspartnern Besuche zu erleichtern.

Insbesondere für die Sozialberatung ist eine wohnortnahe Weiterversorgung durch funktionsfähige regionale Netzwerke mit persönlichen Kontakten zu den einzelnen Partnern bedeutend effektiver zu organisieren.

Ziele der geriatrischen Rehabilitationsbehandlung sind:

- Wiederherstellung der individuellen Selbständigkeit mit der Möglichkeit zur Rückkehr bzw. dem Verbleib im häuslichen Umfeld
- Förderung der verbliebenen Fähigkeiten und Mobilität
- Verhütung sekundärer Behinderung und Komplikationen
- Training von Ersatztechniken, Anpassung der Umwelt an die individuellen Fähigkeiten.

Bei der individuellen Zielsetzung orientieren wir uns neben den funktionellen Einschränkungen an den ICF-Kriterien wie Teilhabe und Umwelteinflüsse (vgl. Kapitel „Rehabilitationsziele“).

Im Rahmen der Festsetzung der Ziele steht immer im Vordergrund: „Rehabilitation vor Pflege“ (SGB). Ein alter Mensch hat einen Anspruch darauf, erst dann zum Pflegefall erklärt zu werden, wenn alle rehabilitativen Möglichkeiten ausgeschöpft sind und er wirklich auf Dauer fremder Hilfe benötigt.

Nach dem Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus sind die Akutsymptome zwar beherrscht, der alte Mensch jedoch auf ein erheblich niedrigeres Leistungsniveau herabgesetzt. Ohne Rehabilitationsmaßnahme ist der alte Mensch nicht in der Lage, sein bisher bestehendes Kompetenzniveau wiederzuerlangen. Er droht auf Dauer pflegebedürftig zu werden.

Selbstverständlich gelten auch für die stationäre geriatrische Rehabilitation die Grundsätze der allgemeinen Rehabilitation.

1. Es muss ein entsprechender **Rehabilitationsbedarf** vorliegen. Es besteht eine nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigung der Aktivitäten aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung. Und diese drohen wiederum zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe zu führen, bzw. haben diese schon beeinträchtigt.
2. Neben dem Rehabilitationsbedarf muss eine entsprechende **Rehabilitationsfähigkeit** vorliegen mit einer ausreichend wahrscheinlichen Rehabilitationsprognose auf der Grundlage eines realistischen alltagsrelevanten Rehabilitationsziels (**positive Rehabilitationsprognose**). Diese Rehabilitationsfähigkeit wird bereits in der Akutklinik und nochmals im Genehmigungsverfahren durch die Krankenkassen überprüft. Zu Beginn einer geriatrischen Rehabilitation sind die Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten ebenfalls beauftragt im Rahmen des multidimensionalen Assessments die Rehabilitationsfähigkeit zu überprüfen und ggf. eine Änderung der Versorgung in die Wege zu leiten.
3. Geriatrische Rehabilitanden sind häufig durch weitere vorbestehende Funktionseinschränkungen zusätzlich in ihrer körperlichen und psychischen Belastbarkeit eingeschränkt und haben einen höheren Unterstützungsbedarf. Damit auch diese Rehabilitanden die erforderlichen medizinischen Rehabilitationsleistungen erhalten können, werden niedrighschwellige Anforderungen gestellt,
 - Stabilität der Vitalparameter
 - sowie die Fähigkeit, mehrmals täglich an rehabilitativen Maßnahmen teilzunehmen

Krankenhausbedürftigkeit darf aber nicht mehr bestehen.

4. Eine positive Rehabilitationsprognose für die geriatrische Rehabilitation ist anzunehmen, wenn mindestens eines der nachfolgend genannten Kriterien zutrifft:

- Beseitigung oder Verminderung der alltagsrelevanten Beeinträchtigung durch Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit sind erreichbar.
 - Strategien zur Alltagsbewältigung (Kompensation) sind mit Aussicht auf nachhaltigen Erfolg anzuwenden (trainierbar),
 - Anpassungsmöglichkeiten (Adaptation) sind vorhanden und nutzbar.
5. Es dürfen **keine Ausschlusskriterien** vorliegen und die **individuelle Voraussetzung** für diese Art der Rehabilitation muss erfüllt sein.

Alltagsrelevante verbesserbare Beeinträchtigungen können dabei sein:

- **Mobilität**

Schwierigkeiten z.B.

- beim Ändern und Aufrechterhalten der Körperposition, beispielsweise Bett-Rollstuhl-Transfer oder längerfristiges Sitzen im Rollstuhl, um am familiären/gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können,
- beim Gehen und sich Fortbewegen in der Häuslichkeit, in verschiedenen Umgebungen, im öffentlichen Raum, auch unter Verwendung von Hilfsmitteln (z.B. Rollstuhl), Treppensteigen
- beim Tragen von Geschirr, beim feinmotorischen Handgebrauch (z.B. Öffnen von Gläsern/Medikamentenblister), Nähen oder beim Hand- und Armgebrauch (z.B. Hochstellen von Gegenständen)

- **Selbstversorgung**

Schwierigkeiten z.B.

- bei der Körper-/Intimhygiene incl. Inkontinenzmanagement
- beim Benutzen der Toilette
- beim An- und Ausziehen
- beim Essen/Trinken
- beim Medikamentenmanagement

- **Häusliches Leben**

Schwierigkeiten

- beim Einkaufen
- beim Kochen
- bei Hausarbeiten (z.B. Wäsche waschen, Putzen, Aufräumen)

- **Kommunikation**

Schwierigkeiten z.B.

- bei der verbalen und nonverbalen Kommunikation (z.B. Telefonieren, Verfassen von Korrespondenz)
- beim Gebrauch von Kommunikationsgeräten (z.B. Hörgerät, Bildschirmlesegerät)

- **Lernen und Wissensanwendung**

Schwierigkeiten z.B.

- beim Lesen, Schreiben, Aufmerksamkeit fokussieren, Probleme lösen, Entscheidungen treffen.
- beim Lernen (z.B. Umgang mit technischen Entwicklungen z.B. neue Medien)

- **Allgemeine Aufgaben und Anforderungen**

Schwierigkeiten z.B.

- bei der täglichen Routine (z.B. Tagesstrukturierung)
- bei der Durchführung komplexer und koordinierter Handlungen (z.B. Mahlzeiten vorbereiten oder Angehörige betreuen),
- beim Umgang mit Stress und anderen psychischen Anforderungen (z.B. Umgang mit Krisensituationen)

- **Bedeutende Lebensbereiche**

Schwierigkeiten z.B.

- bei Geldgeschäften (z.B. Bezahlen, Geld abheben, Überweisungen tätigen)
- Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Eine stationäre geriatrische Rehabilitation ist demzufolge häufig indiziert bei:

Erkrankungen des Nervensystems:

Apoplex
Hirnblutung
Morbus Parkinson
Degenerative Nervenerkrankungen
Inkomplette Querschnittssyndrome

Erkrankungen des Bewegungsapparates:

Nichtentzündliche, degenerative Gelenkserkrankungen
Entzündliche Gelenkserkrankungen
Osteoporose
Muskel- und Inaktivitätsatrophie
Konservativ behandelte Frakturen

Erkrankungen der inneren Organe:

Herzkrankungen
Lungenerkrankungen
Erkrankungen der Abdominalorgane
Stoffwechselerkrankungen und ihre Folgen

Zustände nach Operationen:

Z. n. Frakturen aller Art
Z. n. Herzoperationen
Z. n. Abdominaloperationen
Z. n. orthopädischen Eingriffen
Z. n. neurochirurgischen Eingriffen
Z. n. Amputationen

Geriatritypische Symptomenkomplexe:

Sturzsyndrom
Frailty (Gebrechlichkeit)
Schwindel
Ernährungsstörungen/ Mangelernährung
Kognitiver Abbau (Demenz)
Immobilitätssyndrom
Schmerzsyndrome
Instabilität
Inkontinenz

Eine genauere Überprüfung der Aufnahme durch die Oberärzte bedarf es bei folgenden Indikationen / Symptomenkomplexen:

- Barthel <20
- Querschnitt komplett oder inkomplett, Para- / Tetraparese
- Tracheostoma
- CPAP-Beatmung bzw. Sauerstoffgabe
- Chemotherapie bei Tumor
- Transplantation
- Port, Port-Anlage
- Schweres Übergewicht, Adipositas permagna

5. Rehabilitationsziele

Die wichtigsten Ziele der geriatrischen Rehabilitationsbehandlung ergeben sich aus der alterstypischen Multimorbidität und den krankheitsbedingten Funktionsstörungen älterer Patienten. Erreicht werden sollen dabei keine isolierten Verbesserungen von Einzelfunktionen, wie beispielsweise ein vergrößerter Bewegungsumfang des Gelenkes, sondern vielmehr werden der Erhalt oder die Wiedergewinnung sozialer Kompetenzen durch den zielgerichteten Einsatz medizinischer und therapeutischer Mittel mit oder ohne soziale Hilfen angestrebt.

Mit der Einführung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) durch die WHO 2001 lässt sich mittels ICF der gesamte Kontext des bio-psycho-sozialen Krankheitsbegriffes umfassend dokumentieren.

Das individuell vorliegende Gesundheitsproblem beeinflusst die Ebene der Körperfunktionen und Körperstrukturen und damit auch die in Zusammenhang stehenden Aktivitäten und Möglichkeiten der Teilhabe.

Eine Analyse der Auswirkungen von Erkrankungen und Behinderung wird sowohl auf der Ebene der körperlichen Funktionen, wie auch auf der Ebene der Teilhabe am sozialen Leben (Partizipation) ermöglicht.

Auch finden individualitätsbezogene biographische Faktoren Berücksichtigung, wie z.B. Umweltfaktoren (z.B. Vorhandensein einer behindertengerechten Wohnung oder Wohnung im dritten Stock ohne Aufzug).

Mit Hilfe der ICF lassen sich Erkrankungsfolgen in ihrer ganzen Komplexität multidimensional erfassen und die entsprechenden Rehabilitationsziele und Therapieoptionen formulieren.

Der Patient soll durch die Rehabilitation wieder befähigt werden, Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, wie dies vor seiner akuten Erkrankung/ seinem Funktionseinbruch für ihn normal und typisch war. Je nach vorliegender Haupterkrankung und bestehenden Behinderungen weichen die Therapieziele erheblich voneinander ab. Im Vordergrund stehen aber immer die selbständige Durchführung der ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens) und die Vermeidung von Abhängigkeit von Pflegepersonen oder zumindest die Stabilisierung des aktuellen Funktionsniveaus.

Die aktive Mitwirkung des Angehörigen oder der Bezugspersonen zeigt sich u.a. in der Anwendung der zu erprobenden oder verordneten Hilfsmittel oder in der Bereitschaft, nach den Inhalten der rehabilitativen Pflege geschult zu werden, diese umzusetzen und anschließend eigenständig durchzuführen.

Die Minderung der Aktivität infolge der erlittenen aktuellen Erkrankung oder der erworbenen Behinderung und die dadurch verursachte Störung der Partizipation werden zusätzlich durch die vorbestehende Persönlichkeitsstruktur des Patienten sowie durch Faktoren aus dem Umfeld des Erkrankten, die sogenannten Kontextfaktoren, beeinflusst. Diese können sich jeweils positiv oder auch negativ verstärkend auf den Rehabilitationsprozess auswirken (Förderfaktoren bzw. Barrieren).

Die individuellen Rehabilitationsziele werden mit dem Patienten, meist auch mit dessen Angehörigen, vor Erstellung des Rehabilitationsplanes besprochen und vereinbart. Dabei beziehen sich die Rehabilitationsziele auf eine Vielzahl von Bereichen, wozu die festgestellten Störungen der Funktionsfähigkeit, die vorhandenen Behinderungen, die beeinträchtigten Aktivitäten und Teilhabestörungen sowie die erkannten umwelt- und personenbezogenen Faktoren gehören. Auch der individuelle Bewältigungsprozess (Coping) wird berücksichtigt. Dieser steht wiederum in engem Verhältnis zu individuellen Kontextfaktoren.

Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen/Körperstrukturen

Ziele sind die Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung oder Milderung der Folgen von Schädigungen unter Berücksichtigung der bestehenden Diagnosen, insbesondere bezüglich:

- Bewegungsstörungen (z.B. Muskelschwäche postoperativ, schlaffe oder spastische Paresen, Rigor, Tremor, Akinese).
- Eingeschränkte Gelenkbeweglichkeit
- Schluckstörungen
- Zerebrale Seh-, Hör-, Sprach- und Sprechstörungen, kognitive und psychische Störungen (z.B. in Hinblick auf zeitliche und örtliche Orientierung, Krankheitseinsicht, Gedächtnis, Körperwahrnehmung)
- Sensibilitätsstörungen und Schmerzen (z.B. postoperativ, bei Neuropathie oder Phantomschmerz)
- Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Kopfschmerz
- Antriebslosigkeit
- Ängstlichkeit, Depression
- Eingeschränkter Ausdauer oder Belastbarkeit.

Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivitäten

Ziele sind die Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung einer Pflegebedürftigkeit oder Minderung der Folgen einer Zunahme der Beeinträchtigungen der Aktivitäten, insbesondere in folgenden Bereichen:

- Selbstversorgung (z.B. selbständiges Essen und Trinken, Benutzen der Toilette, An- und Ausziehen der Kleidung)
- Sichere und ausreichende Nahrungsaufnahme
- Mobilität (z.B. körperliche Beweglichkeit, Aufrechterhalten und Änderung der Körperposition, Arm und Handgebrauch, Fortbewegung, wie z.B. Gehen oder Treppensteigen, Benutzung von Hilfsmitteln)
- Gleichgewichtskontrolle
- Heben und Tragen von Gegenständen, Umgang mit Gegenständen oder Hilfsmitteln
- Umgang mit Medikamenten
- Durchführung von Alltagshandlungen (IADL, wie z.B. Kaffee kochen, Telefon benutzen)
- In der Kommunikation (z.B. Sprechen, Hören und Verstehen, Sehen und Erkennen, Schreiben und Lesen)
- Im Verhalten (z.B. in der persönlichen Sicherheit, in alltäglichen Situationen, im Umgang mit Ängsten und Krankheitsverarbeitung)
- Selbstorganisation (z.B. Planung und Durchführung der täglichen Routine, Treffen von Entscheidungen)

Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe

Als Rehabilitationsziele werden angesehen, dass drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe abgewendet, beseitigt, gemindert, deren Zunahme verhindert oder ihre Folgen gemildert werden. Es geht insbesondere darum, die Selbstversorgung und/oder die Mobilität mit Wiederherstellung des Aktionsradius in der Wohnungsumgebung und im Haus zu ermöglichen und die soziale Integration (z.B. Verbesserung der Normalisierung des sozialen Verhaltens) zu fördern.

Rehabilitationsziele bezogen auf Kontextfaktoren

Art und Ausmaß der funktionalen Problematik können durch Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren) verstärkt oder vermindert werden, so dass diese bei der Bestimmung der Rehabilitationsziele zu berücksichtigen sind. Hier spielen die Wohnsituation und die Angehörigen eine entscheidende Rolle. Durch die Optimierung der Wohnraumsituation mit Hilfsmitteln können funktionelle Fortschritte und Verbesserung der Teilhabe oftmals erst möglich werden. Der Umgang der Angehörigen mit Defiziten des Patienten (positive Verstärkung von Erfolgen, Vermeidung von negativen Rückmeldungen) ist, ebenso wie die persönliche Einstellung des Patienten zu seinen Defiziten, oft entscheidend und kann durch therapeutische Interventionen verbessert werden.

Die Zielsetzung aller therapeutischen Maßnahmen orientiert sich immer an den Zielen der ICF-Klassifikation, insbesondere den Leitgedanken der Teilhabe. Von zentraler Bedeutung für die Qualität von Verlauf und Ergebnis der Rehabilitation ist die Vereinbarung individueller Rehazielle zwischen Behandler-Team und Patienten. Aus dem individuellen Rehaziell werden für den Patienten relevante Rehaziellkategorien abgeleitet, die sich an der ICF-Systematik orientieren, um eine Vergleichbarkeit der Fortschritte zu gewährleisten. Im Rahmen des QS-Rehaverfahrens können aktuell bis zu 10 Rehaziellkategorien ausgewählt werden, wovon mind. 3 aus 3 unterschiedlichen ICF-Domänen stammen (bspw. Mobilität, untergeordnete Kategorie „Gehen“, Subkategorie „Treppensteigen“).

Die Besprechung und Evaluation der Rehazielle erfolgt einmal wöchentlich im Rahmen der multiprofessionellen Teambesprechung. Hier erfolgt eine Besprechung aller Patienten sowie die Anpassung bzw. Aktualisierung der Rehabilitationsziele bzw. der Rehabilitationsplanung. Vom therapeutischen Dienst nehmen in der Regel die Mitarbeiter teil, die an der Behandlung der betreffenden Rehabilitanden beteiligt sind oder es findet eine entsprechende Übergabe an den teilnehmenden Kollegen statt.

6. Säulen der Rehabilitation

6.1. Geriatrisches Assessment

Die Funktions- und Fähigkeitsstörungen geriatrischer Patienten können mit den klassischen medizinisch diagnostischen Möglichkeiten nur unzulänglich erfasst werden. Das entscheidende Instrument zur Einschätzung dieser Störungen ist das geriatrische Assessment. Es handelt sich dabei um einen multidimensionalen, interdisziplinären, diagnostischen Prozess, der organmedizinische, funktionelle und psychosoziale Fähigkeiten und Probleme älterer Patienten erfasst und quantifiziert und als Resultat die Aufstellung eines ganzheitlichen Therapie- und Nachbetreuungsplanes ermöglicht.

Ziele des geriatrischen Assessments:

- Verbesserung der Diagnosesicherheit und prognostischer Aussagen
- sichere Allokation der Patienten in die geeignetste Versorgungsform (voll-/ teilstationäre oder ambulante Versorgung)
- standardisierte Erfassung des Ausgangsbefundes zur besseren Verlaufsbeurteilung und Quantifizierung von Therapieerfolgen

- Festlegung eines realistischen Therapieziels, das nach Aufstellung eines Therapieplans unter Berücksichtigung der festgelegten Prioritäten bei multiplen Problemen erreichbar ist

Inhalte des geriatrischen Assessments:

Bereich	Berufsgruppe	Messinstrument	Messgröße
Soziale Umgebungsbedingungen	Sozialdienst	Soziales Assessment	
Alltagsfähigkeiten	Pflegedienst	Barthel-Index	Punktescore: max. 100 Punkte
		Dekubitusrisiko: Braden-Skala	Punktescore: ideal > 18 Punkte
		Sturzrisiko: Skala nach Hendrich	Punktescore: ideal < 2 Punkte
		Mangelernährung: BMI und MNA-SF	BMI: Ideal > 20 Punkte MNA-SF: Punktescore: ideal > 12 Punkte
		Schmerzerfassung: VAS	Punktescore: ideal 0 Punkte
		BESD (bei MMST < 12 Punkte)	Punktescore: ideal 0 Punkte
		Delir: Nu-Desc	Punktescore: ideal 0 Punkte
Mobilität und Motorik	Physiotherapie	Timed up & go (TUG) Demmi	Zeit: ideal < 10s Punktescore: max. 19 Punkte
Kognition	Ergotherapie	MMST	Punktescore: max. 30 Punkte
Erweiterte Demenzdiagnostik auf ärztliche Anforderung	Psychologie / Neuropsychologie	Cerad, Demtect, SKT	
Psychischer Status / Stimmungslage	Psychologie	GDS (Geriatric Depression Scale)	Punktescore: ideal < 5 Punkte
Sprache / Schlucken	Logopädie	AAT (Aachener Aphasietest) (ACL) Aphasie Check Liste	Punktescore: ideal 3 Punkte Punktescore

Anhand der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik und der Assessments wird im interdisziplinären Team ein individueller Rehabilitationsplan erstellt, der auf den Zielsetzungen der einzelnen Therapiebereiche und dem Gesamtrehabilitationsziel basiert, weiterführende Maßnahmen einbezieht und alle eingesetzten Therapien umfasst. Der Patient bzw. seine Bezugsperson werden bei der Erstellung einbezogen. Der Rehabilitationsplan wird dem Patienten zur Verfügung gestellt.

Im Rahmen der wöchentlichen interdisziplinären Teambesprechungen werden die Ziele regelmäßig auf den Erfüllungsgrad hin überprüft und ggf. angepasst oder geändert.

6.2. Therapeutische Maßnahmen

Die therapeutischen Maßnahmen in der Geriatrie lassen sich aufgliedern in solche der Akutmedizin sowie in solche der allgemeinen und der speziellen Rehabilitation. Die Therapie unterliegt, wie die Diagnostik, in weiten Bereichen veränderten Voraussetzungen. Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten müssen sich diesen Veränderungen anpassen, soll ein nachhaltiger Therapieerfolg erreicht werden. Neben der altersadaptierten medizinischen Therapie wird im Sinne der aktivierenden therapeutischen Pflege (Motivation, Mobilisation, Hilfe zur Selbsthilfe) die Grundlage für effektive funktionelle Therapie gelegt. Diese orientiert sich an den Möglichkeiten der Patienten und den realistischerweise erreichbaren Zielen.

- Krankengymnastik / Physiotherapie zur Wiederherstellung der Mobilität
- Physikalische Therapie zur Vorbereitung der Muskulatur und Schmerztherapie
- Ergotherapie zur funktionellen Umsetzung der wiedererlangten Mobilität
- Logopädie zur Behandlung von Sprech- und Sprachstörungen und den nach Schlaganfällen im Alter häufigen Schluckstörungen
- Psychologie zur Therapie häufiger altersassoziierter seelischer und kognitiver Probleme, wie Depression
- Soziale Beratung und Betreuung durch erfahrene Sozialpädagogen

Beteiligte Berufsgruppen:

- Ärzte
- Pflegekräfte
- Krankengymnasten/Physiotherapeuten
- Masseur und med. Bademeister
- Ergotherapeuten
- Logopäden
- Psychologen/Neuropsychologen
- Sozialarbeiter / Sozialpädagogen

6.3. Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen im therapeutischen Team

6.3.1. Ärztlicher Dienst

Ärztliche Aufgabe ist die ganzheitliche Behandlung des akut erkrankten, multimorbiden älteren Patienten und die dazu notwendige Koordination der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Pflegerische und therapeutische Maßnahmen werden auf den aktuellen Zustand des Patienten abgestimmt. Ferner begleitet der behandelnde Arzt den Patienten durch die Krankheit und macht medizinische, rehabilitative und soziale Maßnahmen für ihn und ggf. seine Angehörigen transparent.

Der Arzt ist dafür verantwortlich, dass alle wesentlichen Belange des Betroffenen sowohl in der Therapie als auch in der Zukunftsplanung berücksichtigt werden.
Oberste Prämisse ist dabei der Wille des Patienten, gefolgt von der Maßgabe, Schaden von ihm abzuwenden.

Ärztliche Aufgaben:

Medizinische Betreuung des Patienten

Anamnese

- Eigenanamnese
- Fremdanamnese
- Kognitive Fremdanamnese

körperliche Untersuchung

- Depressionsscreening
- Organuntersuchung
- Funktionsuntersuchung

klinische und apparative Diagnostik

- EKG
- Langzeit-EKG
- Langzeit-Blutdruck
- Ergometrie
- Echokardiographie
- Doppler-Sonographie
 - der Beinarterien
 - der Beinvenen
 - der Carotiden
 - Abdomen-Ultraschall
 - Becken-Ultraschall
 - Restharnmessung
 - Schilddrüsenultraschall
- Koordination mit anderen medizinischen Fachbereichen im Hause
 - Neurologisches Konsil (Dr. Bergmann)
 - Psychiatrisches Konsil (Danuviusklinik für Psychiatrie)
 - HNO-Konsil (HNO - Zentrum)
- Externe Diagnostik, soweit erforderlich
- differenzierte medikamentöse Therapie
- tägliche Therapiekontrolle (u. a. Visiten)
- epikritische Beurteilung
- Erstellung des Arztbriefes
- Dokumentation in Orbis

Koordination des therapeutischen Teams:

- Leitung und Moderation der wöchentlichen Teambesprechung mit allen am Patienten arbeitenden Berufsgruppen
- Abstimmung der Therapie auf akute Ereignisse
- Evaluation und ggf. Anpassung der Therapie und der Rehaziele gemeinsam mit dem interdisziplinären Team an den Genesungszustand
- täglicher Kontakt zu den Therapeuten (Frühbesprechung)

Abstimmung des sozialen Umfeldes, Angehörigenbetreuung:

- Kontakt mit Angehörigen bzw. Bezugspersonen des Patienten
- Aufklärung über geplante medizinische Maßnahmen und soziale

- Veränderungen
 - Einleitung erforderlicher Änderungen des Umfeldes (z. B. Wohnungsanpassung, Wohnungswechsel, etc.)

Grundlage der ärztlichen Behandlung bilden ferner die S3-Leitlinien mit besonderer geriatrischer Relevanz, die vom Kompetenzzentrum Geriatrie (KCG) und der Dt. Gesellschaft für Geriatrie (DGG) empfohlen werden.

6.3.2. Pflegedienst

Der Krankenpflege obliegt die Betreuung des geriatrischen Patienten nach den Grundsätzen der aktivierenden therapeutischen Pflege nach Monika Krohwinkel.

Die Pflegekräfte versuchen den Patienten soweit als möglich aktiv an den Verrichtungen des täglichen Lebens zu beteiligen.

Nach dem Grundsatz „soviel Hilfe wie nötig, soviel Selbständigkeit wie möglich“ soll eine unterstützende Pflege Wege zur Selbsthilfe aufzeigen.

Die Krankenpflege ist dabei Bindeglied zwischen den Patienten, den einzelnen Therapiebereichen, dem ärztlichen Dienst und dem Sozialdienst.

Die Tätigkeiten lassen sich subsumieren unter allgemeiner, therapeutischer und spezieller Pflege.

Inhalte aktivierend-therapeutischer Pflege:

allgemeine Pflege:

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| • Grundpflege | • Behandlungspflege |
| • Körperpflege | • Darm-/Blasenfunktion überwachen |
| • für Sicherheit in Umgebung sorgen | • An-/Auskleiden |
| • Essen und Trinken | • Ruhen und Schlafen |
| • Kommunizieren | • für Beschäftigung sorgen |
| • Sich bewegen | |
| • Sich kleiden | |

spezielle Pflege:

- | | |
|--|---|
| • Anlernen der Patienten im Umgang mit Spritzen, Inhalatoren, Medikamenten | • Durchführung prophylaktischer Maßnahmen |
| • Vorbereitung diagnostischer Maßnahmen | • Atemtraining |
| • Verbandswechsel | • Ausführung ärztlicher Anordnungen |
| • Dokumentation (Barthel-Index, etc.) | |

aktivierend-therapeutische Pflege (ATP):

- Selbsthilfetraining (Waschtraining, Anziehtraining, Toilettentraining, Esstraining)
- Blasentraining
- Training der lebenspraktischen Fähigkeiten

6.3.3. Physiotherapie / Krankengymnastik

Krankengymnastik ist eine Bewegungstherapie mit speziellen Behandlungstechniken, die in enger Anlehnung an die medizinische Krankheitslehre entstanden ist. Aufgabe der Krankengymnastik ist die Rehabilitation der körperlichen Fähigkeiten mit dem Ziel, den Verlust von Bewegungsvermögen und Selbständigkeit wieder auszugleichen.

Einzeltherapien

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bobath | <input type="checkbox"/> manuelle Therapie |
| <input type="checkbox"/> Brügger | <input type="checkbox"/> reflektorische Atemtherapie |
| <input type="checkbox"/> Neurotension | <input type="checkbox"/> Haltungsschulung |
| <input type="checkbox"/> funktionelle Bewegungslehre | |
| <input type="checkbox"/> Cyriax | |
| <input type="checkbox"/> PNF | |

Auf der Basis des krankengymnastischen Befundes werden – in Abstimmung mit dem therapeutischen Team – die für den Patienten geeigneten Therapien festgelegt.

Schwerpunkte der Krankengymnastik liegen auf Prävention und Rehabilitation, z. B. bei neurologischen Erkrankungen (Schlaganfall, Morbus Parkinson, etc.) und orthopädisch-chirurgischen Erkrankungen (Mobilisation nach Operation, chronische Gelenkbeschwerden). Zur Sicherung des Behandlungserfolges ist die Schulung des Patienten notwendig (z. B. Rückenschule). Um die Therapie auch zu Hause weiterführen zu können, werden die Angehörigen – soweit möglich – in die krankengymnastische Behandlung einbezogen.

Die Hilfsmittelversorgung (Rollstühle, Rollatoren, Gehstützen, Schienen, etc.) bildet einen weiteren Schwerpunkt geriatrischer krankengymnastischer Therapie. Sie wird individuell auf jeden Patienten und seine häusliche Situation abgestimmt.

Zusätzlich zur Einzelbehandlung werden regelmäßig Gruppentherapien angeboten:

- Medizinische Trainingstherapie
- Gruppengymnastik
- Laufgruppe (Freigelände)
- Treppensteigen

6.3.4. Physikalische Therapie

Die physikalische Medizin umfasst die Wirkungen von physikalisch beschreibbaren und physikalisch wirkenden Mitteln. Die Mitarbeiter der Massage- und Badeabteilung arbeiten mit unterschiedlichen Therapieverfahren, wie Hydro-, Elektro-, Thermo- und Kryotherapie, medizinischen Massagen und manueller Lymphdrainage.

Diese Therapieformen sind nebenwirkungsarm, in ihrer Wirkungsweise vom Patienten erfassbar und werden daher gern angenommen. Zudem trägt der intensive Kontakt Therapeut – Patient durch positive Aktivierung des Patienten zum Rehabilitationserfolg bei.

Ziele der physikalischen Therapie sind Schmerzlinderung, Durchblutungsförderung und Stoffwechselaktivierung.

Um diese Ziele zu erreichen, kommen folgende Maßnahmen zum Einsatz:

- Elektrotherapie: z. B. TENS, diadynamischer Strom, Ultraschall oder Magnetfeldtherapie
- Bäder: z. B. Stangerbad, CO-2-Bad, Kneippsche Anwendungen, Vierzellenbad oder Wassertreten
- Thermo-therapie: Wärmeapplikation über Fango oder Heublumenpackungen; Kälteanwendungen durch Kyrotherapie und Lehm-packungen
- Massagen: z. B. detonisierende Massage, lokale Tiefenmassage, Unterwasserdruckmassage, Narbenmobilisierung und Bindegewebsmassage
- Ödembehandlung mittels manueller Lymphdrainage und Kompressionsbehandlung
- Fußreflexzonenmassage, Marnitztherapie
- Inhalationstherapie: z. B. Sole-Inhalation
- Medizinisches Tapen

Selbstverständlich ist die Abteilung mit den erforderlichen räumlichen und technischen Voraussetzungen ausgestattet, um ihren wichtigen Beitrag zur Rehabilitation zu leisten.

6.3.5. Ergotherapie

Die Ergotherapie wird auch Beschäftigungs- und Arbeitstherapie genannt. Diese Bezeichnung wird jedoch der Vielfalt der angebotenen Therapieformen nicht gerecht und häufig missverstanden. Ergotherapie ist ein eigenständiger Bereich der medizinischen Rehabilitation und damit eine aktive Behandlungsmaßnahme. Es werden motorische, geistige und soziale Fähigkeiten trainiert, um praktische, alltagsrelevante Handlungsabläufe wiederzuerlangen.

Vor Beginn der Therapie wird ein Aufnahmebefund erstellt, der die motorischen, geistigen, psychischen und sozialen Möglichkeiten des Patienten erfasst. In Absprache mit dem therapeutischen Team wird ein individuelles Behandlungsprogramm für den Patienten geplant. Ziel der ergotherapeutischen Behandlung ist, in Zusammenarbeit mit dem Patienten, dessen Selbstständigkeit so weit als möglich wiederherzustellen.

Einzeltherapieformen

- Funktionstraining: z. B. Gelenkmobilisation, Verbesserung von Grob- und Feinmotorik
- Selbsthilfetraining: z. B. Anleitung zur selbständigen Körperpflege, An-/Ausziehen
- Kochtraining in der Übungsküche
- Hilfsmittelversorgung: z. B. Anziehhilfen, Waschhilfen, Esshilfen
- Wohnungsanpassung: Klärung der häuslichen Situation/des Hilfsmittelbedarfs, ggf. durch Wohnungsbegehung mit dem Patienten
- neuropsychologisches Training: z. B. Wahrnehmungstraining, Orientierungstraining
- Prothesentraining: z. B. Desensibilisierung des Stumpfes, Einsatztraining der Prothesen
- Gelenkschutzberatung bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen

Gruppentherapien

- Feinmotorikgruppe
- Kognitive Gruppe
- Kegelgruppe
- Kochgruppe
- Kraftgruppe

6.3.6. Neuropsychologie / Psychologie

Die klinische Neuropsychologie befasst sich mit der Diagnostik und Therapie von Hirnschädigungsfolgen. Diese können z. B. durch einen Schlaganfall, ein Schädelhirntrauma oder degenerative Erkrankungen verursacht werden. Leistungseinbußen können das Gedächtnis, die Aufmerksamkeit, das Planen und Problemlösen sowie die Wahrnehmung betreffen.

Eine wesentliche Aufgabe der Neuropsychologie besteht in der Erkennung von Verhaltensstörungen, wie Antriebsarmut, Verlangsamung oder starken Stimmungsschwankungen.

Die neuropsychologischen Veränderungen können die Lebensqualität und die Selbständigkeit im Alltag beeinträchtigen. Durch das Aufnahmegespräch und testpsychologische Untersuchungen wird festgestellt, wo die Stärken und Schwächen des Patienten liegen. Im gemeinsamen Gespräch werden die Lebenssituation, häusliche Abläufe und Alltagsanforderungen herausgearbeitet. Aufbauend auf diesen Informationen wird gemeinsam mit dem Patienten und dem therapeutischen Team ein geeignetes Training ausgewählt. Dabei können Ansätze aus folgenden Therapiebereichen zur Anwendung kommen:

Neuropsychologie

- Lernen und Gedächtnis: Orientierungstraining, Anpassung der Umwelt, z. B. durch Anbringen von Beschriftungen
- Biographische Arbeit
- Wahrnehmung: Lesetraining, alltagsnahes Training wie Orientierung am Körper und im Raum
- Aufmerksamkeitstraining
- Training von Planungs- und Problemlösungsfähigkeiten

Ein weiteres wichtiges Aufgabengebiet ist die psychologische Begleitung. Therapeutisch liegt hier der Schwerpunkt auf Hilfen zur Krankheitsverarbeitung und –bewältigung, insbesondere bei affektiven Störungen. Auch die Beratung (pflegender) Angehöriger ist ein wesentlicher Bestandteil der psychologischen Arbeit.

Ergänzende Maßnahmen können Entspannungs- und Visualisierungstechniken sein, z. B. bei chronischen Schmerzen und Angstzuständen.

Wesentliche Elemente der psychologischen Begleitung:

- Krankheitsverarbeitung
- Angstlösungsstrategien
- Verlustverarbeitung
- Trauerarbeit

6.3.7. Logopädie

Die Logopädie beschäftigt sich mit der Diagnose und Therapie von Störungen des Sprechens, der Sprache, der Stimme und des Schluckens. Diese Störungen können durch neurologische Erkrankungen, wie Schlaganfall, durch Verletzungen, Entzündungen oder Tumoren entstehen. Als Folge können die Patienten beispielsweise nicht oder nur sehr undeutlich sprechen, andere nicht verstehen, nicht mehr lesen und schreiben.

Auch Lähmungen der Gesichtsmuskulatur (faziale Paresen) werden behandelt.

Zur Abklärung von Sprach-/Sprechstörungen dienen das ausführliche Erstgespräch und standardisierte Tests. Die Therapieansätze werden individuell nach den Bedürfnissen des Patienten und seines sozialen Umfeldes ausgewählt:

- Sprachverständnisübungen
- Wortfindungsübungen
- Lese- und Schreibübungen
- Stimmübungen
- Artikulationsübungen
- Training der Gesichts- und Mundmuskulatur
- Aufbau und Verbesserung von nichtsprachlichen Kommunikationsformen, z. B. Gesten, Kommunikationsbücher, elektronische Kommunikationshilfen...

Schluckstörungen stellen einen weiteren wichtigen Arbeitsbereich der Logopädie dar. Kau- und Schluckbeschwerden können z. B. nach Schlaganfällen auftreten und unter Umständen die Ernährung über Sonden notwendig machen. Insbesondere schwere Schluckstörungen können eine lebensbedrohliche Aspirationspneumonie zur Folge haben.

Oberstes Ziel der Behandlung ist daher die sichere Nahrungsaufnahme.

Nach der klinischen Befundung erfolgen differenzierte und aufeinander abgestimmte **Therapiemaßnahmen:**

- Auswahl geeigneter Speisen und geeigneter Hilfsmittel (z.B. Trinkbecher)
- Verbesserung der orofazialen und pharyngealen Sensibilität
- Funktionelle Übungen zur Schluckkräftigung
- Training der Gesichts- und Mundmuskulatur
- Erlernen von speziellen Schluckmanövern
- Beratung des Teams über den richtigen Umgang mit den Betroffenen

Apparative Diagnostik (FEES, VFSS) sichert die klinische Befundung im Bedarfsfall ab.

Angehörigenberatung und –schulung:

- Beratung über die geeignete Kost und Verhaltensweisen bei Schluckstörungen.
- Information und Empfehlungen zur Verständigung bei Sprach-/Sprechstörungen.
- Empfehlungen für spezielle Übungen bzw Trainingsprogramme des Patienten im postrehabilitativen Umfeld.
- Vermittlung weiterführender Therapie nach der Entlassung

Gruppentherapie:

- Logopädiegruppe (Training der Sprechdeutlichkeit)

6.3.8. Ernährungsberatung

Die Ernährungsberatung beinhaltet eine Erhebung des Ernährungszustandes und ist insbesondere bei Kachexie, Malnutrition und Schluckstörungen gefordert. Sie kann hier mit Information und Beratung die Situation verbessern. Allerdings steht im Vordergrund immer der Patientenwunsch vor der Umsetzung von grundsätzlich sinnvollen Diätkonzepten (z.B. beim Diabetiker).

6.3.9. Sozialdienst

Die Mitarbeiter des Sozialdienstes sind in ihrem Fachbereich eigenverantwortlich tätig. Sie ergänzen die ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung im Krankenhaus durch fachliche Hilfen für Patienten, die persönliche und soziale Probleme im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung oder Behinderung und deren Auswirkung auf ihr Leben und das ihrer Angehörigen haben. Der Sozialdienst greift diese Probleme auf und trägt zu einer angemessenen Lösung bei. Er leistet „persönliche Hilfe“ gem. § 8 BSHG und § 11 SGB.

Der Sozialdienst arbeitet eng mit dem interdisziplinären Team zusammen, wirkt so bei der Behandlung der Patienten mit und bereitet in Absprache mit dem Team, den Patienten und den Angehörigen die Entlassung und weitere Versorgung vor.

Gleichzeitig kommt der Sozialdienst seiner pädagogischen Aufgabe im Rahmen von unterstützenden Beratungen nach. Die Schaffung von Akzeptanz für lebensverändernde Maßnahmen ist Voraussetzung für die Nachhaltigkeit der in der Rehabilitation erzielten Erfolge.

- Organisation ambulanter Hilfen (Sozialstation, Pflegedienste, mobile Dienste für Haushaltshilfen und Essen auf Rädern)
- Freizeitangebote, Alten- und Service-Zentren
- Hilfsmittel (Krankenbett, Roll-, Toilettenstuhl, etc.)
- Wohnungsanpassung
- Vermittlung von Rehabilitationsmaßnahmen
- Vermittlung von Tagespflege und Einrichtungen mit aktivierend-therapeutischer Pflege
- Information über weitere Hilfs- und Beratungsstellen (z. B. gerontopsychiatrischer Dienst, Sozialdienst, etc.)
- Hilfe bei der Anmeldung in Alten- und Pflegeheimen sowie bei der Kostenregelung
- Information über Rechtsansprüche gegenüber Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern, Sozialamt etc.
- Hilfe bei Beantragung eines Behindertenausweises

Geriatrische Patienten können oft nur mit ambulanten Hilfen oder in stationäre Einrichtungen entlassen werden. Da der Altenhilfebereich bekanntermaßen noch große Defizite aufweist, ist eine Vernetzung bereits vorhandener Dienste sowie Öffentlichkeits- und Gremienarbeit – im Sinne der sich verändernden Bedürfnisse der Patienten – besonders wichtig.

Die *Netzwerkarbeit* „um die Patienten herum“ verbunden mit der *Organisation und Koordination außerklinischer Versorgungseinrichtungen* ist ein originäres Arbeitsfeld des Sozialdienstes, für das keine andere Berufsgruppe zur Verfügung steht.

Es nimmt an Umfang parallel mit der wachsenden Zahl chronisch Kranker zu und bekommt vor dem Hintergrund kürzerer Verweildauer und des Ausbaus ambulanter Unterstützungssysteme wachsende Bedeutung.

6.3.10. Angehörigenarbeit

Für eine erfolgreiche Rehabilitation und für die gewünschte Rückkehr in das gewohnte Lebensumfeld ist der Einbezug der Angehörigen unabdingbar, denn sie haben einen entscheidenden Einfluss auf die Lebenssituation in der Zeit nach dem Rehabilitationsaufenthalt.

Zu den ersten Maßnahmen gehört die aktive Kontaktaufnahme zu den Angehörigen durch die Ärzte, den Pflegedienst oder den Sozialdienst bereits bei Behandlungsbeginn, um das personelle Umfeld der Patienten ausreichend berücksichtigen zu können. Besonders wichtig ist dies bei kognitiv eingeschränkt anamnesefähigen Patienten, um das psychosoziale Umfeld klären zu können und eine adäquate Zielplanung zu ermöglichen. Im weiteren Verlauf findet ein regelmäßiger Austausch mit den Angehörigen zum Behandlungsverlauf und ggf. weiterführenden Maßnahmen statt. Hier nehmen sowohl der behandelnde Arzt sowie der Sozialdienst als auch bei Bedarf die anderen Fachbereiche, wie die Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie oder die Psychologie regelmäßig zu den Bezugspersonen Kontakt auf, um die Rückkehr in die häusliche Umgebung zu ermöglichen.

Vor allem kognitiv eingeschränkte Patienten benötigen oftmals während des Aufenthaltes ihre Bezugspersonen zur Bewältigung des Klinikalltags und als Orientierungshilfe. Für diese Zielgruppe kann das sog. Rooming-In oder die Unterbringung des Angehörigen in einem der Besucherappartements angeboten werden. Dadurch sollen sowohl der Betroffene als auch das Klinikpersonal entlastet und der Rehabilitationsaufenthalt gewährleistet werden.

Das gesamte therapeutische Team sieht sich nicht nur bei dem Patienten, sondern auch bei den Angehörigen, in der Rolle des fachkundigen Beraters und Begleiters. Eine intensive Angehörigenberatung und -schulung im Umgang mit dem Patienten werden ebenso angeboten wie die häufig notwendige Versorgung mit den verschiedensten Pflegehilfsmitteln. Regelmäßig stattfindende Angehörigenvorträge durch die Therapeuten vermitteln zudem ein breites Wissen über die unterschiedlichsten Möglichkeiten der Versorgung. Dazu zählen unter anderem Vorträge zur Hilfsmittelversorgung oder zur Arthrose. Den Patienten und ihren Angehörigen soll die Möglichkeit gegeben werden, bleibende Einschränkungen auch nach dem Aufenthalt adäquat ausgleichen zu können.

In einer Angehörigensprechstunde wird unter Moderation eines lfd. Arztes zusammen mit dem Stationsarzt und dem Sozialdienst, ggf. auch Pflegekräften und Therapeuten, eine zusätzliche intensive Beratung der Angehörigen durchgeführt, falls gravierende Probleme in der Versorgung vorliegen. Vom aktuellen medizinischen Stand über die vorhandenen Möglichkeiten und Fähigkeiten des Patienten bis hin zur sozialen Weiterversorgung können hier alle Themen angesprochen werden.

6.4. Rehabilitationsverlauf

6.4.1. Aufnahme

Kostenträger der geriatrischen Rehabilitation (stationär und ambulant) sind nahezu ausschließlich die Krankenkassen, nicht die Rentenversicherungsträger. Eine Aufnahme im Haus ist nur möglich, wenn eine gültige Kostenzusage des entsprechenden Kostenträgers vorliegt. Auch der Hausarzt kann bei der Krankenkasse eine Geriatrische Rehabilitation beantragen. Der vorbeugende Aufenthalt in unseren Kliniken wirkt einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und somit einer möglichen Einweisung in ein Akutkrankenhaus entgegen und hilft so beim Erhalt eines selbstständigen Lebens.

Sofern der Rehabilitand dazu in der Lage ist, wird er bereits am ersten Tag seines Aufenthaltes mit der klinischen Umgebung (Patientenzimmer, Stationszimmer, Speiseraum) und dem Stationsablauf (Zeiten der Behandlungspflege, Therapiezeiten, Visiten, Mahlzeiten etc.) vertraut gemacht. Auf jedem Zimmer liegt zusätzlich eine Patientenmappe mit den wesentlichen Informationen zum

Aufenthalt aus. Die ärztliche Aufnahme mit körperlicher Untersuchung und die pflegerische Aufnahme erfolgen ebenfalls am ersten Behandlungstag, sofern der Gesundheitszustand des Patienten dies zulässt. Die erste Kontaktaufnahme mit den Therapeuten inkl. Befunderhebung erfolgt spätestens am 1. Tag nach Aufnahme. Ein individueller Therapieplan wird ausgehändigt.

6.4.2. Verlängerung

Sofern eine Verlängerung der Rehabilitationsmaßnahme entsprechend den genannten Kriterien indiziert ist, ist ca. eine Woche vor Ablauf der Maßnahme beim Kostenträger eine individuelle Verlängerung der Behandlung durch den behandelnden Arzt zu beantragen.

6.4.3. Entlassmanagement § 40 SGB V

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen sind gesetzlich dazu verpflichtet, die bedarfsgerechte und kontinuierliche Versorgung der Patienten nach ihrer Entlassung vorzubereiten. Dabei hat der Versicherte gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung. Beim Entlassmanagement geht es insbesondere um:

- die medizinische und pflegerische Versorgung im unmittelbaren Anschluss an die Rehabilitation, z.B. durch die frühzeitige Kontaktaufnahme zum weiterbehandelnden Arzt oder durch die Vereinbarung von Terminen,
- Hilfestellung und Beratung bei der Beantragung von Leistungen der Kranken- und / oder Pflegekasse, die im Anschluss an die Rehabilitation erforderlich sind,
- Hilfestellung bei der Kontaktanbahnung zur Selbsthilfe
- Aushändigung eines Reha-Entlassungsberichtes
- Hilfestellungen bei der Beantragung von erforderlichen Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben
- Hilfestellungen bei der Beantragung von erforderlichen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Die Rehabilitanden werden über alle Maßnahmen des Entlassmanagements durch die Rehabilitationseinrichtung informiert und beraten. Falls gewünscht oder erforderlich, werden die Angehörigen oder Bezugspersonen zu den Informationen und Beratungen hinzugezogen.

6.5. Beendigung der Rehabilitation

Ein effizientes Behandlungsmanagement setzt eine frühzeitige Verständigung zwischen dem Rehabilitationsteam und dem Patienten über das potentielle Entlassungsziel voraus. Die Entlassungsvorbereitung ist eine wichtige Aufgabe des Teams. Besonders zu beachten sind die räumlichen Gegebenheiten des Wohnumfeldes und die sozialen Lebensumstände des älteren Menschen. Bei Entlassung sollte sichergestellt sein, dass der ältere Mensch die erworbenen Fähigkeiten nicht nur im therapeutischen Milieu, sondern auch unter alltäglichen Bedingungen einsetzen kann. Dieser Zeitpunkt ist individuell aus dem Verlauf zu bestimmen. Sollten die vereinbarten Rehabilitationsziele im genehmigten Zeitraum nicht erreichbar sein, kann in Absprache mit dem Rehabilitanden ein Antrag auf Verlängerung der Rehabilitationsmaßnahme beim Leistungsträger gestellt werden. Der Antrag wird eine Woche vor Ablauf der Genehmigung dem Leistungsträger in der Regel per Fax zugestellt. Bei Entlassung erhält der Rehabilitand einen Arztbrief mit Empfehlungen zur weiteren Versorgung.

7. Infrastruktur

7.1. Apparative Ausstattung

Die apparative Ausstattung muss die Durchführung der erforderlichen Funktionsdiagnostik und Therapie gewährleisten. Eine geriatrische Rehabilitationseinrichtung muss in der Lage sein, eine Basisdiagnostik durchzuführen, ggf. die vom Krankenhaus durchgeführte Diagnostik zu ergänzen und die Verlaufsdagnostik zu gewährleisten. Die Geriatrischen Fachkliniken halten folgende Diagnostik vor:

- EKG
- Langzeit-EKG
- Langzeit-Blutdruck
- Ergometrie
- Echokardiographie
- Labor in Kooperation
- Röntgen in Kooperation
- Farbkodierte Doppler-Sonographie
 - der Beinarterien
 - der Beinvenen
 - der Carotiden
 - Abdomen-Ultraschall
 - Becken-Ultraschall
 - Restharnmessung
 - Schilddrüsenultraschall
- Koordination mit anderen medizinischen Fachbereichen im Hause
 - Neurologisches Konsil (Dr. Bergmann)
 - Psychiatrisches Konsil (Danuviusklinik für Psychiatrie)
 - HNO-Konsil (HNO - Zentrum)
- Weitere Kooperationen bestehen mit niedergelassenen Ärzten, wie Zahnärzten, Gynäkologen, Rheumatologen, Urologen usw., die bei Bedarf anhand eines Konsils hinzugezogen werden können.

Für die einzelnen Therapien (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, etc.) steht die hierfür erforderliche technische/apparative Ausstattung zur Verfügung .

7.2. Räumliche Ausstattung

Unsere Patientenzimmer sind große 2-Bett-Zimmer in ruhiger Lage. Als Wahlleistung ist die Buchung eines Einzelzimmers möglich. Die Zimmer sind komplett barrierefrei und haben jeweils ein eigenes geräumiges behindertengerechtes Bad. Alle Zimmer verfügen über einen großen Fernseher und zwei vollständig elektrisch bedienbare Betten in wohnlicher Formgebung. Jedes Bett ist außerdem mit einem eigenen Telefon- und Radioanschluss ausgestattet.

Die Stationen sind mit einem Wintergarten bzw. mit einem Zugang zum Therapiegarten / zur Terrasse ausgestattet. Ein großer Speiseraum und Sitzcken laden zu geselligen Stunden ein. Ein großes Therapiezimmer auf Station bietet außerdem die Möglichkeit über kurze Wege therapeutische Maßnahmen durchzuführen.

Außerdem steht im Erdgeschoss ein großer Therapiebereich zur Verfügung, der barrierefrei erreicht werden kann. Große Gymnastikräume mit Sicht nach außen in den Therapiegarten,

die Kneippanlage, eine Übungsküche, Inhalationsanlagen sowie weitere Räume der Physikalischen Therapie können für die therapeutischen Maßnahmen genutzt werden. In der Empfangshalle der Geriatrischen Fachklinik Neuburg steht außerdem ein Kiosk und eine Cafeteria zur Verfügung.

7.3. Personelle Ausstattung und Qualifikationen

- Chefarzt (Internist) mit Zusatzbezeichnung Geriatrie
- Zwei Oberärzte mit vergleichbarer Qualifikation
- Alle therapeutischen Abteilungsleitungen (Physio-, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie und Sozialdienst) verfügen über eine mehr als zweijährige, vollzeitige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung
- Mehr als 50% der Mitarbeiter (VK) verfügen über geriatriereelevante Fortbildungen
- Für jede geriatriespezifische Einheit steht eine Pflegekraft mit einer 180h strukturierten geriatriespezifischen Zusatzqualifikation zur Verfügung
- Der logopädische Dienst verfügt über Erfahrung in Diagnostik und Therapie von Kau- und Schluckstörungen
- Die Ernährungsberatung findet in enger Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt und der Logopädie statt. Zudem steht an beiden Standorten ein Ernährungsmediziner zur Verfügung.

Im Rehabilitationsteam verfügen zahlreiche Therapeuten über eine Bobath- oder vergleichbare Qualifikation. Ca. 50% der Mitarbeiter im Pflegedienst wurden im Bereich der Kinästhetik weitergebildet. Für alle Berufsgruppen gilt gemeinsam die Anforderung der regelmäßigen Fort- und Weiterbildung.

8. Qualitätssicherung

Verantwortlich für das Qualitätsmanagement ist der Geschäftsführer, Herr Dr. Holger Koch. Qualitätsmanagementbeauftragte ist Frau Michaela Regler.

Die Geriatrische Fachklinik Neuburg ist zertifiziert nach dem Qualitätssiegel Geriatrie des Bundesverbandes Geriatrie. Seit 2019 nimmt sie außerdem am QS-Reha-Verfahren teil. Dieses Qualitätsinstrument deckt die Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Patientenzufriedenheit ab und ermöglicht einen deutschlandweiten Vergleich der Ergebnisse. Um die erzielten Erfolge der Rehabilitation in den Kliniken des Geriatriezentrums Neuburg adäquat einordnen zu können, werden weiterhin große Bereiche der Behandlungsdaten mit der Software „Geridoc“ (integriert in Orbis) in die „Geriatrie in Bayern Datenbank (GiB-DAT)“ eingepflegt. Hieraus kann über eine quartalsweise erfolgende Auswertung ein benchmarkfähiger Vergleich zu den Ergebnissen im Durchschnitt der bayerischen geriatrischen Rehabilitationskliniken gezogen werden. Alle Ergebnisse werden an die Mitarbeiter regelhaft kommuniziert und entsprechende Maßnahmen abgeleitet.

Die interne Qualitätssicherung erfasst systematisch Beschwerden und Fehler im Rehabilitationsprozess, die ebenso wie medizinische Komplikationen in direkter Verantwortung des Chefarztes, Herrn E. Springer, und der Qualitätsmanagementbeauftragten der Einrichtung bearbeitet werden.

Eine Befragung zur Patientenzufriedenheit wird regelhaft durchgeführt. Einmal jährlich wird ein Qualitätsbericht erstellt, der alle Ergebnisse zusammenfasst und eine Plattform für Verbesserungen bietet.

9. Hygiene

Für die Geriatrische Rehabilitation ist Herr Dr. Baryshnikov als hygienebeauftragter Arzt benannt. Außerdem steht das Hygieneteam aus dem Kreiskrankenhaus Schrobenhausen (Frau Schönwolf) zur Verfügung. Bei speziellen Rückfragen kann der Hygienearzt im Klinikum Ingolstadt hinzugezogen werden.

In regelmäßigen Abständen tagt eine Hygienekommission zur Umsetzung der Prinzipien der allgemeinen Krankenhaushygiene. Weiterhin finden in regelmäßigen Abständen Hygienebegehungen und –unterweisungen der Mitarbeiter statt.

Die Arbeitskleidung wird durch die Geriatrische Fachklinik Neuburg gestellt.

10. Datenschutz

Der Datenschutz wird im Rahmen der rechtlichen Grundlagen umgesetzt. Datenschutzbeauftragter des Unternehmens ist Fa. Kutzschbach Electronic GmbH, eigens geschulte Datenschutzkoordinatoren stehen als direkte Ansprechpartner an beiden Standorten zur Verfügung. Sämtliche Mitarbeiter der Einrichtung unterliegen der Schweigepflicht über persönliche Patientendaten und den Inhalt der Krankenakten. Die Mitarbeiter werden zur Beachtung der Schweigepflicht schriftlich verpflichtet und regelmäßig zum Datenschutz geschult.

Zu Beginn der Behandlung unterschreibt der Patient einen Behandlungsvertrag, in dem auch der Datenschutz geregelt ist.

11. Vernetzung

Das bayerische Geriatriekonzept, das Geriatrie nahezu vollständig in der Rehabilitation nach § 111 SGB 5 angesiedelt hat, wird aktuell von der Realität überrollt. Durch das zunehmende Alter der betroffenen Menschen und parallel dazu die formalen Zwänge des akutmedizinischen Bereiches (DRG's) ist in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme schwer erkrankter Patienten in der Geriatrie zu beobachten. Insbesondere in der Rehabilitationsgeriatrie führt dies zu einer Zunahme des akutmedizinischen diagnostischen und therapeutischen Anspruchs.

Das Geriatriezentrum Neuburg ist an beiden Standorten in der Lage, durch eine intensive und barrierearme Vernetzung unterschiedlicher Leistungserbringer des Gesundheitswesens den gestiegenen Anspruch der Patienten zu befriedigen. Neben der engen Zusammenarbeit mit den ambulanten, medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Diensten, halten die Standorte selbst hochklassige Kooperationspartner bereit.

Vernetzung am Standort Neuburg:

- Danuviusklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Neurologische Praxis Dr. Bergmann
- HNO-Zentrum
- Logopädische Praxis
- Schule für Altenpflege und Heilerziehungspflege
- VdK-Akademie für pflegende Angehörige

- Diverse niedergelassene Ärzte auf Konsilanforderung