

Konzept
„Teilstationäre
Geriatrische Rehabilitation“

Zentrum für Medizin im Alter
DIAKOVERE Henriettenstift

Ersteller:	Dokumentverantwortlicher:	Freigeber:	AA-DKHma-101
Brecht, Meiken	Brecht, Meiken	Krause, Olaf, Dr.	[2021.09] - Seite 1 von 22

Inhalt

Ausgangspunkt	2
Prozessqualität.....	4
Konzeptionelle Grundlage der geriatrischen Rehabilitation	4
Aufgabe der teilstationären geriatrischen Rehabilitation	6
Aufnahme und Entlassung in die teilstationäre geriatrische Rehabilitation	8
Indikationen für eine teilstationäre geriatrische Rehabilitationsmaßnahme:	9
Strukturqualität	11
Organisatorische Strukturen	11
Personelle Strukturen	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Räumliche Strukturen	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Ergebnisqualität	18
Dokumentation, Qualitätsmanagement	18
Beispiele	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anbindung an Akutgeriatrie und stationäre geriatrische Rehabilitation.....	Fehler!
Textmarke nicht definiert.	
Behandlungsstandards	20
Adressen der teilstationären Rehabilitation	21
Anhang	22

Ausgangspunkt

Die durchschnittliche Lebenserwartung hat sich in den Industrieländern seit der letzten Jahrhundertwende fast verdoppelt. Die demographische Entwicklung ist somit durch eine Zunahme der absoluten Zahl der älteren, über 65jährigen, sowie der alten, über 75jährigen Menschen ebenso gekennzeichnet wie durch den Anstieg ihres Anteils an der Gesamtbevölkerung. In Deutschland wird sich dieser Trend voraussichtlich weiter fortsetzen. 2030 werden von 100 Bürgern vermutlich 35 über 60 und 12 über 75 Jahre alt sein. Diese Entwicklung wirkt sich selbstverständlich auch auf die ärztliche Tätigkeit aus. Heute entfallen bereits 50% der Pflegetage in Akutkrankenhäusern auf 60jährige und Ältere und etwa 30% der Patienten in den Praxen der niedergelassenen Kollegen gehören dieser Altersgruppe an.

Ersteller:	Dokumentverantwortlicher:	Freigeber:	AA-DKHma-101
Brecht, Meiken	Brecht, Meiken	Krause, Olaf, Dr.	[2021.09] - Seite 2 von 22

Obwohl dem Alter per se kein Krankheitswert zukommt, sind ältere Menschen häufig von mehreren Erkrankungen (Multimorbidität) und funktionellen Einschränkungen gleichzeitig betroffen. Hinzu kommt eine veränderte, eingeschränkte Reservekapazität des älteren Organismus. Nicht nur akute und chronische Erkrankungen oder Traumata beeinträchtigen die Gesundheit und gefährden die Selbstständigkeit älterer Menschen, sondern auch soziale Krisensituationen oder seelische Belastungen. Eine vollständige Heilung (restitutio ad integrum) ist oft nicht möglich, so dass es gilt, die Auswirkungen einer Schädigung auf das Alltagsleben zu begrenzen und die Teilhabe am sozialen Leben so weit wie möglich zu erhalten. Diese Kombination aus geringerer Adaptationsfähigkeit mit geringeren Organreserven muss in der geriatrischen Rehabilitation berücksichtigt werden. Durch die Beteiligung mehrerer Organsysteme muss die Therapie umfassend sein, d.h. unterschiedlichen körperlichen, seelischen und sozialen Krankheitsauswirkungen Rechnung tragen. Im Fokus der medizinischen Behandlung liegt beim alten Patienten meist weniger die akute als die chronische Erkrankung, so dass ein Paradigmenwechsel von der kurativmedizinischen Einheit „Krankheit“ zur rehabilitationsmedizinischen Kategorie „Krankheit plus Krankheitsauswirkungen“ vollzogen werden muss¹.

Um den Bedürfnissen der älteren und alten Menschen entgegenzukommen, wurden in den vergangenen Jahrzehnten in Deutschland eine Reihe von medizinischen Einrichtungen zur Behandlung und Betreuung alter Menschen gegründet.

Die Klinik für Medizinische Rehabilitation und Geriatrie der Henriettenstiftung war 1972 eine der ersten Einrichtungen in Deutschland und die erste in Niedersachsen, die sich mit der Behandlung und Rehabilitation vor allem alter Menschen befasste. Ab 1998 wurde neben der Akutgeriatrie die stationäre geriatrische Rehabilitation etabliert. Im Jahre 2000 wurde das Angebot um die teilstationäre geriatrische Rehabilitation in der geriatrischen Tagesklinik erweitert. Die Klinik wurde 2012 in Zentrum für Medizin im Alter umbenannt.

Die Situation in Niedersachsen²

Das niedersächsische Konzept zur Verbesserung der Versorgung alter Menschen sieht langfristig eine bedarfs- und leistungsgerechte regionale Angebotsstruktur vor. Damit

¹ Auszug aus der Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 6 - Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation

² Auszug aus dem Versorgungsvertrag für die stat. geriatrische Rehabilitation

soll der Bevölkerungsentwicklung in Niedersachsen nach dem Grundsatz "Rehabilitation vor Pflege" Rechnung getragen werden.

Das Zentrum für Medizin im Alter im DIAKOVERE Henriettenstift (DKH) erfüllt die räumlichen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Behandlung „unter einem Dach“, so dass ein fließender Übergang von der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V) ermöglicht wird. Entsprechend bestehen besondere einheitliche Versorgungsverträge über die Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 2 SGB V (§ 111 SGB V).

Aus diesem besonderen Versorgungsauftrag ergibt sich auch die Aufgabe, durch Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Gestaltung der studentischen Ausbildung im Querschnittsfach „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ der MHH und eine enge Kooperation mit anderen stationären Einrichtungen sowie Anbietern ambulanter Leistungen und flankierender Maßnahmen die Geriatriisierung im Einzugsbereich zu fördern.

Das Zentrum für Medizin im Alter erfüllt damit die Kriterien eines Geriatriischen Zentrums durch Vorhalten eines abgestuften Versorgungskonzeptes mit stationären Bereichen für die Akutgeriatrie und die geriatrische Rehabilitation sowie einer teilstationären Behandlungseinheit.

Die geriatrische Tagesklinik der Henriettenstiftung stellt eine konsequente und sinnvolle Ergänzung des bereits bestehenden Angebotes für ältere und alte Menschen im Raum Hannover dar und fügt sich in die politischen Gestaltungsvorstellungen ein.

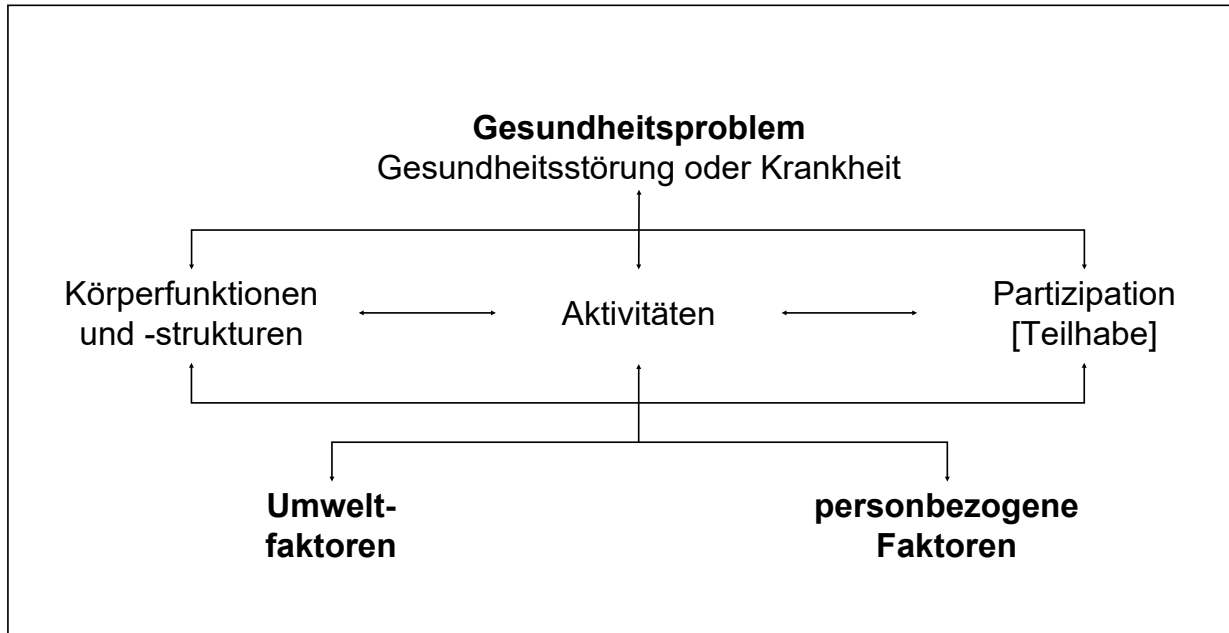
Prozessqualität

Konzeptionelle Grundlage der geriatrischen Rehabilitation

Die Grundlage der Rehabilitation beruht auf der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Die ICF-Klassifikation stellt in einheitlicher und standardisierter Form eine von der WHO beschlossene Systematik zur standardisierten Beschreibung von Gesundheit und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen dar³. Die ICF definiert unter anderem die Begriffe der Körperfunktionen und –Strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe. Die individuellen Aus-

³ Auszug aus dem ICF-Praxisleitfaden 3 - Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

wirkungen einer Krankheit insbesondere auf Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) werden durch Umweltfaktoren und personenbezogene Kontextfaktoren beeinflusst.



(aus dem ICF-Praxisleitfaden 3 - Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) für Krankenhauspersonal der BAR).

Eine Rehabilitation soll die Partizipation (Teilhabe) erbringen, wenn das Eingebunden-sein in Lebensbereiche wie Schul-/Ausbildung, Erwerbsleben oder Selbstversorgung krankheitsbedingt bedroht oder bereits beeinträchtigt ist⁴.

Bei der geriatrischen Rehabilitation ist vor allem die bestmögliche Wiederherstellung der Selbstversorgungsfähigkeiten und die Rückkehr in die gewohnten Lebensumstände ein zentraler Bereich der Zielsetzung. Dabei sind gemäß der ICF die vorhandenen Ressourcen sowie mögliche Förderfaktoren und Barrieren im Lebensumfeld des alten Menschen zu erkennen. Hierzu dienen neben der Erfahrung des multiprofessionellen Teams in der Geriatrie auch die praktizierten Assessmentverfahren. Unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Ressourcen werden gemeinsam mit den Patienten individuelle Rehabilitationsziele formuliert, die die Grundsätze der „SMART“-Regel berücksichtigen.

⁴ Auszug aus dem ICF-Praxisleitfaden 3 - Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Die vereinbarten Ziele lassen sich am effektivsten und kostengünstigsten durch den gezielten Einsatz von differenzierten, abgestuften Angeboten im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich erreichen.

Nachfolgend findet sich das Konzept für die teilstationäre geriatrische Rehabilitation in der Geriatrischen Tagesklinik (GTK) im Zentrum für Medizin im Alter. Die stationäre geriatrische Rehabilitation verfügt über ein eigenes Konzept.

Aufgabe der teilstationären geriatrischen Rehabilitation

Eine Behandlung in der Tagesklinik ist nur unter den Umständen indiziert, unter denen die ambulante Betreuung durch niedergelassene Ärzte und Therapeuten nicht ausreichend möglich ist und eine stationäre Aufnahme nicht (mehr) notwendig erscheint. Die Vorteile einer Tagesklinik sind finanzieller und sozialer Natur:

Vorteile der geriatrischen Tagesklinik:

Schnellerer und leichter Übergang vom stationären zum ambulanten Bereich

Durch eine teilstationäre Behandlung können Patienten aus dem stationären Krankenhausbereich sowie aus stationären Rehabilitationseinrichtungen mit guter häuslicher Versorgung oder bereits weitgehender Selbständigkeit frühzeitiger aus der vollstationären Behandlung entlassen werden.

Vermeidung von stationären Aufenthalten

In einer Reihe von Fällen können ambulante Therapien nicht in der erforderlichen Form vorgenommen werden, eine stationäre Einweisung in ein Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung ist aber aufgrund der stabilen häuslichen Situation nicht zwingend erforderlich. Dieses Vorgehen hat sich insbesondere für ältere Menschen bewährt, deren Verbleib in der Häuslichkeit durch ein drohendes Immobilitätssyndrom und/oder rezidivierende Stürze gefährdet scheint.

Häufig reichen in diesen Fällen ambulante Heil- und Hilfsmittelverordnungen nicht aus, um die sich typischerweise entwickelnde Negativspirale zu verhindern:

Muskuläre Schwäche und Gangunsicherheit können zu vermehrter Angst vor Stürzen führen, wodurch ein Vermeidungsverhalten resultiert, das durch Vermeiden von Bewegung wieder eine Verschlechterung der muskulären Insuffizienz und eine erhöhte Sturzgefahr und Gebrechlichkeit nach sich zieht.

Ersteller:	Dokumentverantwortlicher:	Freigeber:	AA-DKHma-101
Brecht, Meiken	Brecht, Meiken	Krause, Olaf, Dr.	[2021.09] - Seite 6 von 22



Hierdurch können wiederum Verschlechterungen in der Kognition und der Wahrnehmung bedingt sein, die ihrerseits im Kontext mit den vorgenannten Faktoren eine vermehrte Gangunsicherheit und Sturzgefahr hervorrufen können.



Hier kommt der teilstationären geriatrischen Rehabilitation in der Geriatrischen Tagesklinik eine wichtige Bedeutung in der Prävention von Stürzen und Sturzfolgen zu. Im ZMA besteht auch die Möglichkeit, über Zuweisung von Hausärzten oder Neurologen sturzgefährdete ältere Patienten in der Sturzsprechstunde vorzustellen und bei bestehender Indikation eine geriatrische Rehabilitation über Muster 61 zu beantragen.

Verminderung stationärer Behandlung

Durch Verkürzung oder Vermeidung stationärer Aufenthalte im Krankenhaus bzw. in stationären Rehabilitations-Einrichtungen ergibt sich ein Einspareffekt für die Kostenträger. Für den betroffenen alten Patienten kann ein Umgebungswechsel vermieden oder zumindest abgekürzt werden, welcher nicht selten zu einer Verschlechterung einer bestehenden Depression führen oder gar ein Delir begünstigen kann.

Sicherung des therapeutischen Effektes nach der stationären Behandlung

Nach der Rückkehr in das bisherige Wohnumfeld können gewohnte Bewegungsmuster den Therapieerfolg vermindern. Durch frühzeitiges Erkennen und Korrigieren z.B. von Spastizität durch anschließende Behandlung in einer Tagesklinik kann dies verhindert

und der Rehabilitationserfolg längerfristig gesichert werden. Dadurch kann beispielsweise ein "Drehtüreffekt" vermieden werden.

Sicherung der häuslichen Reintegration

Die Verbesserung von Funktionen und Selbständigkeit beim Patienten soll die häusliche Reintegration sichern und die Übernahme von noch notwendiger häuslicher Pflege durch die Angehörigen fördern. Die manchmal erst nach der Rückkehr nach Hause auftretenden oder erkennbaren Probleme können in Zusammenarbeit mit der Tagesklinik erkannt und gelöst werden, zum Beispiel durch gezielte Therapie eventuell noch kritischer Defizite des Patienten, Angehörigen-Anleitung oder Hilfsmittelverordnung. Damit soll die Reintegration in die Häuslichkeit längerfristig gesichert werden.

Aufnahme und Entlassung in die teilstationäre geriatrische Rehabilitation

Herkunft der Patienten

Die Patienten werden nach genehmigtem Antragsverfahren auf teilstationäre geriatrische Rehabilitation aus umliegenden Krankenhäusern und dem DKH, u.a. der Akutgeriatrie sowie von niedergelassenen Ärzten oder aus der Sturzambulanz über das Genehmigungsverfahren nach Muster 61 zugeleitet.

Voraussetzung für die Aufnahme

Vor Aufnahme muss eine Kostenübernahmeerklärung durch den zuständigen Kostenträger vorliegen. Diesem Antrag ist ein Barthel-Index beigefügt. In den Fällen, in denen sich aus dem schriftlichen Antrag die Behandlungsindikation nicht zweifelsfrei klären lässt, wird ein telefonischer Kontakt zwischen Ärzten der zuweisenden und aufnehmenden Klinik gesucht. So soll sichergestellt werden, dass tatsächlich nur solche Patienten aufgenommen werden, für die diese Behandlung auch indiziert ist.

Voraussetzungen für die Aufnahme sind:

- Rehabilitationsfähigkeit
- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationswilligkeit
- Rehabilitationspotential
- im Regelfall ein höheres Lebensalter (über 70 Jahre)
- Kostenzusage durch den zuständigen Kostenträger

Nicht aufgenommen werden:

- rein pflegebedürftige oder bettlägerige Patienten
- Patienten ohne Rehabilitationsaussichten
- schwer demente Patienten
- psychiatrisch schwer erkrankte Patienten
- Patienten ohne ausreichend gesicherte häusliche Situation

Dabei ist immer der Gesamtkontext zu sehen. So können psychiatrische Patienten mit gutem Ansprechen auf die Medikation, guter Mitarbeit und Motivation sowie einem tragfähigen Rehabilitationsziel sehr gute Fortschritte machen. Reaktiv depressive Patienten können alleine über die erlebten Fortschritte und die wiedergewonnene Selbständigkeit in ihrer Stimmung und ihrer Lebensbejahung gebessert werden. Auch Patienten mit kognitiven Einschränkungen können oft sehr von rehabilitativen Maßnahmen hinsichtlich der Alltagskompetenzen profitieren. Bei Bedarf werden pflegende Angehörige mit in die Therapien einbezogen und umfänglich angeleitet.

Indikationen für eine teilstationäre geriatrische Rehabilitationsmaßnahme⁵:

- Erkrankungen des Zentralnervensystems
- Frakturen und Zustände nach Gelenktraumata bzw. -operationen
- Zustand nach Amputationen der unteren Extremitäten
- Kardio-pulmonale Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen mit Folgekrankheiten/ Spätschäden
- Tumorerkrankungen (*Die besonderen Regelungen bei der Zuständigkeitsabgrenzung zwischen der Renten- und der Krankenversicherung sind zu berücksichtigen.*)
- Schwere degenerative Gelenkerkrankungen
- Chronisch entzündliche Erkrankungen
- Osteoporose
- Bei verzögerter Rekonvaleszenz nach operativen Eingriffen und schweren Erkrankungen mit manifesten, aber potentiell reversiblen Fähigkeitsstörungen, die die bisherige selbständige oder weitgehend selbständige Lebensführung des Patienten akut bedrohen

⁵ Auszug aus dem Versorgungsvertrag für die stat. geriatrische Rehabilitation

Voraussetzungen der Patienten⁶

Für die Aufnahme oder Übernahme von Patienten in die teilstat. geriatrische Rehabilitation sind bedeutsam:

- abgeschlossene akutmedizinische Diagnostik
- vorangegangene weitest gehende Festlegung der medikamentösen Therapie
- Stabilität der vitalen/ vegetativen Parameter
- keine Notwendigkeit einer ständigen Beaufsichtigung (therapieverhindernde schwere Demenzen, Psychosen u.ä.)
- bestehende Begleiterkrankungen und typische Komplikationen können vom ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonal der Reha-Abteilung behandelt werden.
- Die Stabilität des Kreislaufs und die allgemeine Belastbarkeit des Patienten erlauben, dass mehrmals täglich aktive rehabilitative Maßnahmen von mindestens 15 Minuten Dauer im Sitzen durchgeführt werden können.

Eine überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Versorgung bei unkontrollierter Blasen- oder Darmentleerung etc. stehen einer teilstat. geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme nicht entgegen.

Dauer des Aufenthalts⁷

Die Behandlung darf nur für die aus medizinischen Gründen erforderliche Dauer durchgeführt werden. Sie ist zu beenden, wenn

- das Rehabilitationsziel erreicht ist
- sie ambulant durchgeführt werden kann
- Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V notwendig ist oder
- trotz intensiver Therapie i. d. R. innerhalb von 10 Behandlungstagen keine Verbesserung der Fähigkeitsstörung eingetreten ist.

⁶ Auszug aus dem Versorgungsvertrag für die stat. geriatrische Rehabilitation

⁷ Auszug aus dem Versorgungsvertrag für die stat. geriatrische Rehabilitation

Ersteller:	Dokumentverantwortlicher:	Freigeber:	AA-DKHma-101
Brecht, Meiken	Brecht, Meiken	Krause, Olaf, Dr.	[2021.09] - Seite 10 von 22

Entlassung

Die weit überwiegende Zahl der in der GTK behandelten Patienten kommt aus der häuslichen Umgebung. Dabei finden bei Bedarf durch die Tagesklinik Angehörigenanleitungen und -schulungen statt, ebenso eine Mithilfe bei der Organisation von Pflegediensten und häuslicher Hilfsmittel-Versorgung.

In seltenen Fällen, in denen sich das Ziel des Verbleibs im bisherigen Wohnumfeld trotz der Therapie nicht verwirklichen lässt, wird gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen ein geeigneter Platz in einer Pflegeeinrichtung gesucht, wobei durch den Sozialdienst Unterstützung gewährt werden kann.

Am Entlassungstag wird den Patienten ein ausführlicher Entlassungsbrief mitgegeben, der auch detaillierte Empfehlungen zur ambulanten Weiterbehandlung enthält.

Strukturqualität

Organisatorische Strukturen

Strukturen der geriatrischen Medizin mit dem Schwerpunkt in der Rehabilitation bilden die Arbeitsgrundlage.

Dazu zählen z.B. ein multidisziplinärer, ganzheitlicher Therapieansatz und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit im Geriatrischen Team. Nach einem eingehenden Aufnahmebefund werden gemeinsam mit dem Patienten individuelle Rehabilitationsziele festgelegt, die in regelmäßigen Teambesprechungen überprüft und ggf. individuell modifiziert werden.

Die teilstationäre geriatrische Rehabilitation steht unter Leitung eines Chefarztes, dem in der geriatrischen Rehabilitation erfahrene Ärzte (Oberärzte, Fachärzte, Assistenzärzte) zur Seite stehen.

Dadurch werden die indikationsgerechte Belegung und der sinnvolle Einsatz diagnostischer wie therapeutischer Maßnahmen gewährleistet und Komplikationen oder gar lebensbedrohliche Zustände können frühzeitig erkannt und entsprechend behandelt werden.

Ersteller:	Dokumentverantwortlicher:	Freigeber:	AA-DKHma-101
Brecht, Meiken	Brecht, Meiken	Krause, Olaf, Dr.	[2021.09] - Seite 11 von 22

Der Tagesablauf sowie die räumlichen und personellen Voraussetzungen sind den Bedürfnissen des alten Menschen angemessen gestaltet.

Dies bedeutet u.a. behindertengerechte Architektur und ein Personalschlüssel, der dem höheren Zeitbedarf in Pflege und Therapie gerecht wird.

Die teilstationäre geriatrische Rehabilitation ist wohnortnah gelegen.

So kann das soziale Umfeld erhalten bleiben, Angehörigenanleitungen usw. können gezielter durchgeführt werden.

Transportzeiten von ca. 45 Minuten zur Tagesklinik sollten im Regelfall nicht überschritten werden. Dies limitiert im Zusammenhang mit den Verkehrsverbindungen und der Transportlogistik den Einzugsbereich der Tagesklinik

Die teilstationäre geriatrische Rehabilitation ist an eine geriatrische Akutklinik sowie an ein leistungsfähiges Krankenhaus angegliedert.

Dadurch können die Erfahrungen der anderen stationären Einrichtungen ebenso genutzt werden wie Synergieeffekte z.B. im Personaleinsatz und der Gerätenutzung.

Die geriatrische Tagesklinik arbeitet eng mit den Hausärztinnen und Hausärzten zusammen.

Durch die enge Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, stat. geriatr. Rehabilitation und niedergelassenen Ärzten trägt die Tagesklinik dazu bei, die Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Bereich zu überbrücken.

Geriatrisches Assessment

In den ersten zwei Behandlungstagen findet, analog der Prozesse in der Akutgeriatrie, ein geriatrisches Basisassessment (GBA) statt. Wie im stationären Akutbereich und in der stationären geriatrischen Rehabilitation wird in der Tagesklinik hierzu der Barthel-Index (BI) verwendet, der Timed up and go-Test (TUG), der Mini Mental Status Test (MMST) sowie die Depression im Alter-Skala (DIA-S). Bei Bedarf (z.B. bei Mangelernährung, erhöhtem Sturz- oder Dekubitusrisiko) werden weitere Assessment-Tests durchgeführt. Der BI wird von der Pflege, der MMST von den Ergotherapeuten, der TUG von den Physiotherapeuten und die DIA-S von den Ärzten durchgeführt.

Außerdem erfolgt am Aufnahmetag eine Überprüfung der Rehabilitationsfähigkeit von den aufnehmenden Ärzten. Weiterhin werden regelmäßig Rehabilitationserfolg und

Ersteller:	Dokumentverantwortlicher:	Freigeber:	AA-DKHma-101
Brecht, Meiken	Brecht, Meiken	Krause, Olaf, Dr.	[2021.09] - Seite 12 von 22

Rehabilitationsziele im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Teambesprechungen überprüft.

Einzugsbereich und Transporte

Eine Transportdauer von mehr als 45 Minuten morgens bzw. nachmittags sollte nur in Ausnahmefällen überschritten werden. Ein solcher Einzugsbereich um den Standort der Henriettenstiftung in Kirchrode umfasst einen großen Teil der Landeshauptstadt Hannover sowie den angrenzenden Teil des Landkreises.

Der Transport erfolgt in Zusammenarbeit mit einem externen Dienstleister (derzeit die Johanniter Unfallhilfe), der besondere Erfahrungen bei der Beförderung Kranker bzw. Behinderter aufweist. Die Fahrzeuge sind dafür ausgestattet, auch Rollstuhlpatienten zu transportieren. Die Fahrer sind für diese Tätigkeit geschult. Spezielle Aspekte des Transportes geriatrischer Patienten in die Tagesklinik können den Fahrern von den Mitarbeitern der Tagesklinik vermittelt werden.

Die Patienten werden morgens mit mehreren Fahrzeugen transportiert und kommen in der Regel zwischen 8 und 9³⁰ Uhr in der Klinik an. Der Rücktransport erfolgt in gleicher Weise zwischen 15³⁰ Uhr und 16⁰⁰ Uhr.

Leistungsangebote der geriatrischen Tagesklinik

Die geriatrische Tagesklinik arbeitet rehabilitativ orientiert, sie bietet jedoch, den Bedürfnissen und der Multimorbidität der alten Menschen entsprechend, ein breites Spektrum von Leistungen an:

Ärztliche Diagnostik und Therapie

Eine enge medizinische Betreuung ist durch die ständige Anwesenheit eines Arztes in der Tagesklinik gewährleistet. Am Standort Kirchrode stehen alle gängigen konventionell radiologischen und sonographischen diagnostischen Verfahren zur Verfügung. Im Regelfall erfolgt eine tägliche Visite durch den Stationsarzt, 1-mal wöchentlich Visite durch Ober- oder Chefarzt. 1mal wöchentlich wird eine Teambesprechung durchgeführt unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

Pflegerische Maßnahmen

Behandlungspflege

Ersteller:	Dokumentverantwortlicher:	Freigeber:	AA-DKHma-101
Brecht, Meiken	Brecht, Meiken	Krause, Olaf, Dr.	[2021.09] - Seite 13 von 22



Aktivierende, rehabilitative Pflege
Einbezug und Anleitung von Angehörigen

Physiotherapie

Einzeltherapien
Gruppentherapien
Erprobung von und Versorgung mit Hilfsmitteln
Gerätegestütztes Kraft- und Ausdauertraining

Ergotherapie

Einzeltherapien
Gruppentherapien
Erprobung von und Versorgung mit Hilfsmitteln
Hirnleistungstraining
Gerätegestütztes Kraft- und Ausdauertraining

Logopädie

Behandlung bei Sprach-, Stimm- und Sprechstörungen
Behandlung von Schluckstörungen
Faziorale Therapie

Physikalische Medizin

Packungen, Massagen, Fango, CO₂-Bäder, manuelle Lymphdrainage, Phonophorese, TENS

Neuro/Psychologie

Diagnostik und Therapie von Hirnleistungsstörungen
Begleitung bei psychischen Problemen

Sozialdienst

Unterstützung und Beratung

Seelsorgerische Betreuung

Schulung und Beratung der Patienten und Angehörigen

Rehabilitative Therapien

Die Behandlungen finden werktäglich von Montag bis Freitag statt.

Ersteller:	Dokumentverantwortlicher:	Freigeber:	AA-DKHma-101
Brecht, Meiken	Brecht, Meiken	Krause, Olaf, Dr.	[2021.09] - Seite 14 von 22



Kern der Behandlung bilden die störungsspezifischen und gezielten aktiven Einzelbehandlungen sowie weitere aktive Therapien (z.B. Gruppentherapien, Übungen an medizinischen Trainingsgeräten). Der Therapieplan eines Patienten umfasst in der Regel pro Behandlungstag:

Einzeltherapien (durchschnittlich je 30 Minuten Behandlungsdauer)

- aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie

Gruppentherapien

- Hirnleistungstraining (Ergotherapie)
- Gruppengymnastik

weitere Angebote

- Physikalische Therapie (z.B. Packungen, Phonophorese, TENS, CO2-Bäder, manuelle Lymphdrainage)
- Übungen an Übungsgeräten (z.B. Laufband, Motomed, Motorschiene, NuStep, Zugapparat)
- Schulung des dynamischen Gleichgewichts an der Wii-Konsole
- Kinesio-Taping
- Übungen mit Übungsmaterialien
- Erweitertes ADL-Training (z.B. Küchentraining, Einkaufstraining, Übungen im Therapiegarten)
- Nordic Walking
- Gesundheitsberatung
- Diätberatung
- Freizeitangebot

Therapiedauer und Öffnungszeiten

Die Dauer der Behandlung in der geriatrischen Tagesklinik wird entsprechend der Kostenzusage des zuständigen Kostenträgers im Regelfall auf 10-25 Behandlungstage begrenzt.

Bei werktäglicher Inanspruchnahme erstreckt sich die Behandlung damit über 2-5 Wochen. Der Behandlungszeitraum richtet sich nach den jeweiligen individuellen Bedürfnissen und Störungsbildern.

Eine Reduktion der Behandlungsfrequenz kann im Einzelfall gegen Ende der Behandlungsdauer erwogen werden.

Ersteller:	Dokumentverantwortlicher:	Freigeber:	AA-DKHza-101
Brecht, Meiken	Brecht, Meiken	Krause, Olaf, Dr.	[2021.09] - Seite 15 von 22

Die Tagesklinik öffnet an Werktagen von Montag bis Freitag in der Zeit von 8⁰⁰ bis 15³⁰ Uhr

Räumliche Strukturen

Die geriatrische Tagesklinik

Die Geriatrische Tagesklinik wurde im Jahr 2000 als ebenerdiger Anbau an die Räumlichkeiten der für die Akutgeriatrie und stat. geriatrische Rehabilitation genutzten Therapieabteilung in Betrieb genommen.



Durch die enge räumliche Anbindung ist nach Absprache die Nutzung von Einrichtungen und Personal der stationären Bereiche möglich (Synergieeffekte). Dazu zählen z.B.:

Einrichtungen

- Übungsküche der Geriatrie
- Gruppenraum der Physiotherapeuten
- Übungsgeräte
- Therapietreppe
- Therapiegarten

Personen

- Chefarzt, Oberärztinnen der Klinik
- Funktionsdienst (z.B. EKG)

Ersteller:	Dokumentverantwortlicher:	Freigeber:	AA-DKHma-101
Brecht, Meiken	Brecht, Meiken	Krause, Olaf, Dr.	[2021.09] - Seite 16 von 22



- Diätassistentin
- Seelsorge
- Sekretariat der Klinik
- Sozialdienst
- Krankenhaushygiene

Weiterhin können die medizinischen Fachabteilungen am Standort Kirchrode (Psychosomatik, Gynäkologie, Radiologie) und in der Marienstraße (z.B. Chirurgie, Innere Medizin – Kardiologie und Gastroenterologie, Neurologie, HNO-Abteilung, Nuklearmedizin usw.) genutzt werden.



Der lichtdurchflutete Mittelbereich dient auch zur Erholung zwischen den Therapien und dem sozialen Austausch mit den anderen Rehabilitanden. Hier wird vormittags eine Zwischenmahlzeit angeboten (Joghurt o.ä.) und Getränke zur freien Verfügung gestellt. Am Tisch finden die Patienten ihren Therapieplan des Tages vor und werden bei Bedarf zur Therapie abgeholt.

In der geriatrischen Tagesklinik befinden sich je 2 Einzeltherapieräume für Physio- und Ergotherapie sowie 1 Therapieraum für Logopädie und Psychologie. Für die Gruppentherapien wird der Gruppenraum der stat. Bereiche mitgenutzt. Im großzügigen Speisesaal wird das Mittagessen und der Nachmittagskaffee eingenommen, hier befin-

Ersteller:	Dokumentverantwortlicher:	Freigeber:	AA-DKHma-101
Brecht, Meiken	Brecht, Meiken	Krause, Olaf, Dr.	[2021.09] - Seite 17 von 22

det sich auch eine Übungsküche, in der gezielt alltagsbezogene Haushaltstätigkeiten therapeutisch begleitet trainiert werden können.

In Zusammenarbeit mit der Krankenhaushygiene wurde ein Konzept entwickelt, das den besonderen Herausforderungen der SARS-CoV2-Pandemie Rechnung trägt und entsprechend immer wieder angepasst wird. Dieses umfasst neben intensivierten Desinfektionsmaßnahmen u.a. eine reduzierte Anzahl an Behandlungsplätzen, getrennte Mahlzeiteinnahme unter Wahrung der Abstandsregeln, konsequentes „Double-Masking“ und bei Bedarf Antigen-Schnelltests oder PCR-Abnahmen.

Ergebnisqualität

Dokumentation, Qualitätsmanagement

Die ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen werden für jeden Patienten in einer elektronischen Krankenakte in ORBIS dokumentiert, die nach den QM-Vorgaben des Krankenhauses aufgebaut ist.

Ärzte und Pflege dokumentieren Besonderheiten von Tag zu Tag mit elektronischem Handzeichen im multiprofessionellen Verlaufsbericht in ORBIS. Die therapeutische Leistungsdokumentation erfolgt in GERDA, dabei werden Therapie-Inhalte und ggf. – Besonderheiten notiert. Die regelmäßigen Teambesprechungen werden in GERDA unter Angabe des bisherigen Behandlungsergebnisses, eventueller Probleme sowie der Therapieziele aus der Sicht aller am Patienten beteiligten Berufsgruppen erfasst. Auch alle Eingaben in GERDA werden mit Handzeichen dokumentiert.

Zur Entlassung erhält jeder Patient einen Entlassungsbrief, der ausführliche Angaben zum Therapieverlauf, die empfohlene Medikation sowie Empfehlungen zur weiteren Übungsbehandlung enthält.

Die Ergebnisqualität wird anhand von Basis- und Assessmentdaten - wie im stationären Bereich auch - regelmäßig dokumentiert und ausgewertet.

Der Reha-Bereich wurde zusammen mit der Akutgeriatrie im Rahmen des KTQ-Prozesses erstmalig in 2005 zertifiziert. Im Rahmen der Gründung der DDH wurde beschlossen, zukünftig die Zertifizierung nach DIN ISO durchzuführen. Im Mai 2012 wurde die Klinik erstmalig nach DIN EN ISO 9001:2008 incl. pCC-Qualitätskriterien für Rehabilitationseinrichtungen 2.0 zertifiziert, seither erfolgte die jährliche Wiederholungsbegutachtung nach diesem Verfahren. In 2019 wurde erstmals das vom Bundes-

Ersteller:	Dokumentverantwortlicher:	Freigeber:	AA-DKHma-101
Brecht, Meiken	Brecht, Meiken	Krause, Olaf, Dr.	[2021.09] - Seite 18 von 22



verband Geriatrie herausgegebene Qualitätssiegel Geriatrie für Rehabilitationseinrichtungen erteilt. Daneben sind regelmäßige interne Audits etabliert. Seit 2012 nimmt die Klinik am QS-Reha-Verfahren zur externen Qualitätssicherung teil.

Weiterhin tagt regelmäßig 1x/Monat ein Qualitätszirkel, „Berufsübergreifende Kommunikation in der Geriatrie“ genannt, bestehend aus den Leitungen der einzelnen Berufsgruppen. Darin werden die Schnittstellenprobleme diskutiert und Informationen zwischen den Berufsgruppen ausgetauscht. Das Protokoll der „BKG“-Sitzung wird allen Mitarbeitern der Klinik zugänglich gemacht.

Mehrmals im Jahr finden Großteamsitzungen statt. Daneben werden regelmäßig Berufsgruppen-übergreifende Teamsitzungen und Fortbildungen in den Stationsbereichen durchgeführt.

Die Einrichtung qualifiziert zudem durch Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen die Mitarbeiter/-innen für die besonderen Aufgaben der geriatrischen Rehabilitation und sichert so den medizinischen Leistungsstandard. Die Abteilungen (Therapeuten, Pflege, Ärzte) organisieren ihre Fort- und Weiterbildung selbständig. Ein Budget dafür steht zur Verfügung.

Seit 2012 werden in Zusammenarbeit mit der DIAKOVERE-Akademie neben dem Zercur-Basiskurs als Grundlagenmodul regelmäßig auch weitere Seminare aus der Modulreihe der Fachweiterbildung Zercur Geriatrie Pflege durchgeführt, die federführend durch Dozenten aus dem Zentrum für Medizin im Alter gestaltet werden.

Es bestehen umfangreiche Zusatzqualifikationen im Ärztlichen Bereich (z.B. Geriatrie, Physikalische Therapie, Psychotherapie, Rettungsmedizin, ärztliches Qualitätsmanagement, Naturheilverfahren, Ernährungsmedizin, Diabetologie, Palliativmedizin) wie auch in der Zentralen Therapieabteilung (Physiotherapie: u.a. Behandlungskonzept nach Bobath, PNF, Craniosacrale Therapie, Biomechanik unter neurolog. Aspekten, Kinesiotaping, Atem- und Entspannungstherapie, manuelle Lymphdrainage, viszerale Osteopathie, Integrative Validation, Klangschalenthherapie; Ergotherapie: u.a. Perfetti, Affolter, Bobath, Feinmotoriktraining, Manuelle Techniken/Hand, Hirnleistungstraining, Sturzprophylaxe, Neglect-Behandlung, Entspannungsförderung bei Alzheimerpatienten, Ergotherapie bei Depressionen und Persönlichkeitsstörungen; Logopädie: u.a. F.O.T.T., Affolter, Bobath, PNF für Logopäden, TAKTKIN (Behandlung sprechmotorischer Störungen); Physikal. Therapie: u.a. MLD, Fußreflexzonenmassage, Entspannungskurse, Shiatsu, unterschiedl. Massagetechniken) und in der Pflege (u.a. Fachweiterbildung med. Rehabilitation und Geriatrie, Bobath in der Pflege, Zercur-Basiskurs, Validation, Kinästhetik, Demenzcoach, Kundenorientierung, Case-

Ersteller:	Dokumentverantwortlicher:	Freigeber:	AA-DKHma-101
Brecht, Meiken	Brecht, Meiken	Krause, Olaf, Dr.	[2021.09] - Seite 19 von 22

Management, Pflege-Management, Psychosomatik und Schmerz, Mentorenausbildung).

Behandlungsstandards

Geriatrische Patienten weisen charakteristischerweise v.a. aufgrund ihrer Multimorbidität Rehabilitationsbedarf auf, so dass selten ein festes Schema der Behandlung adäquat ist, sondern die Therapie individuell nach dem jeweiligen Beschwerdebild, Fertigkeiten und Ressourcen gemeinsam mit dem Patienten abgestimmt wird.

Neurologische Patienten

Die Behandlung findet modifiziert nach dem Bobath-Konzept statt. Ein überwiegender Teil der Ergo- und Physiotherapeuten hat den Bobath-Grundkurs durchlaufen. In der Einrichtung finden seit Jahren regelmäßig Bobath-Grundkurse und Kurse „Normale Bewegung“ mit anerkannten Bobath-Instruktoren statt. Die Therapeuten können dabei ihre Patienten vorstellen und an Demonstrationen teilnehmen. Pro Bobath-Grundkurs in der Klinik kann eine Therapeutin der Klinik teilnehmen.

Chirurgische Patienten

Die chirurgischen Patienten werden nach Behandlungsstandards der zuweisenden Chirurgischen Klinik behandelt. Wenn keine explizite Behandlungsvorgabe im Verletzungsbericht übermittelt wurde, wird auf die Vielzahl von hausinternen Behandlungsstandards der Unfallchirurgie zugegriffen, die übernommen und individuell angepasst werden. Im Falle auftretender Komplikationen wird der Patient in der Regel in der vorbehandelnden Klinik konsiliarisch vorgestellt, alternativ in der hiesigen Unfallchirurgie. Im Rahmen der Zusammenarbeit in der Alterstraumatologie werden 2x/Woche gemeinsame Visiten von Ärzten des Unfallchirurgischen Zentrums der DIAKOVERE sowie des ZMA am Standort Kirchrode durchgeführt, im Anschluss besteht auch die Möglichkeit, Patienten der GTK konsiliarisch vor Ort vorzustellen.

Ersteller:	Dokumentverantwortlicher:	Freigeber:	AA-DKHma-101
Brecht, Meiken	Brecht, Meiken	Krause, Olaf, Dr.	[2021.09] - Seite 20 von 22

Adressen der teilstationären geriatr. Rehabilitation

Postanschrift

DIAKOVERE Henriettenstift
Zentrum für Medizin im Alter
Geriatrische Tagesklinik
Schwemannstraße 19
30559 Hannover

Telefon GTK

0511/289 3330

Fax

0511/289 3022

Telefonische Anmeldungen von Patienten

Über die Tagesklinik Tel. 0511/289 3330
Oder das Kliniksekretariat Tel. 0511/289 3222

Email-Adressen

geriatrische-tagesklinik.dkh@diakovere.de

geriatrie.dkh@diakovere.de

Homepage

<http://www.diakovere.de>

Anhang

Entscheidungssituationen für eine Rehabilitation im Alter

(1: indikationsspezifische Erkrankung im Vordergrund; 2: zusätzliche Multimorbidität und wichtige psychosoziale Faktoren; 3: häusliche Versorgung möglich, ausreichende ambulante Therapie aber nicht realisierbar; 4: ambulante Therapie möglich)

