DIAKOVERE
KRANKENHAUS gGmbH

Rehabilitationskonzept
Geriatrische Rehabilitation ambulant

Präambel

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 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.

Obwohl dem Alter per se kein Krankheitswert zukommt, sind ältere Menschen in der Regel 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 (restitutio ad optimum). 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 muss[1].
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 ambulante geriatrische Rehabilitation erweitert. Die Klinik wurde 2012 in Zentrum für Medizin im Alter umbenannt.

Die Situation in Niedersachsen[2]

Das niedersächsische Konzept zur Verbesserung der Versorgung alter Menschen sieht langfristig eine bedarfs- und leistungsgerechte regionale Angebotsstruktur vor. Damit soll der Bevölkerungsentwicklung in Niedersachsen nach dem Grundsatz "Rehabilitation vor und bei 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 Geriatrisierung im Einzugsbereich zu fördern.

---

[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

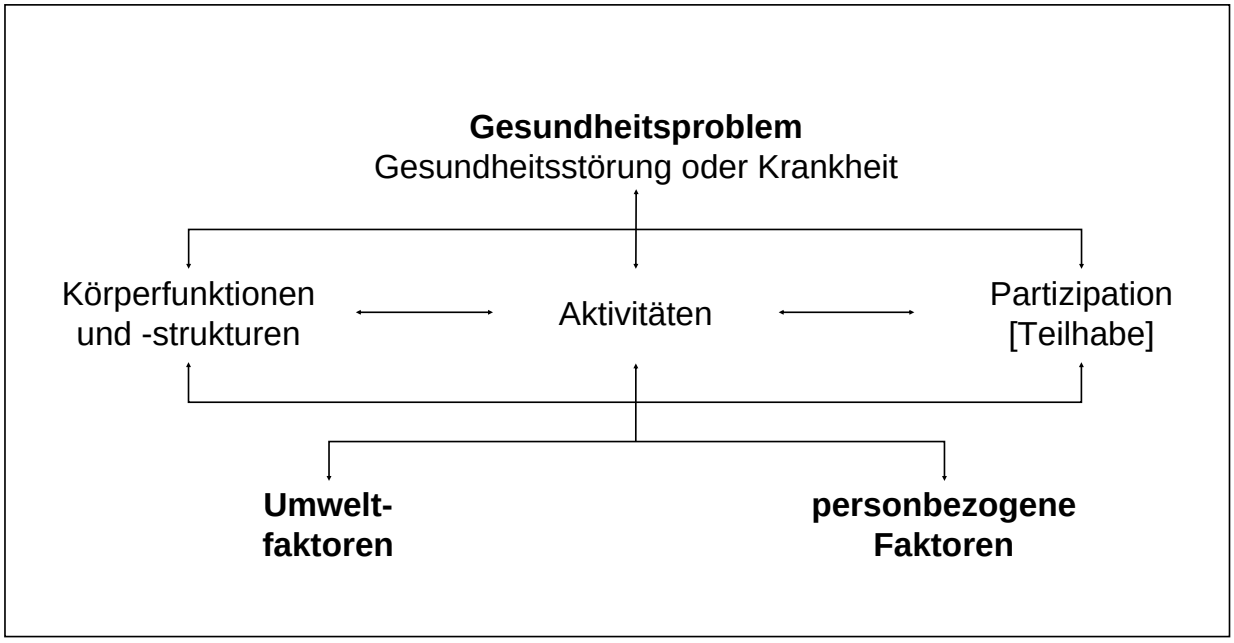
Rehabilitationskonzept
Geriatrische Rehabilitation ambulant

Das Zentrum für Medizin im Alter hält somit ein abgestuftes Versorgungskonzept mit stationären Bereichen für die Akutgeriatrie und die geriatrische Rehabilitation sowie einer Behandlungseinheit für ambulante geriatrische Rehabilitation vor. Die ambulante geriatrische Rehabilitation 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.

Prozessgrundlagen

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 dar[3]. Die ICF definiert unter anderem die Begriffe der Körperfunktionen und –Strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe. Die individuellen Auswirkungen 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 Eingebundensein in Lebensbereiche wie Schul-/Ausbildung, Erwerbsleben oder Selbstversorgung krankheitsbedingt bedroht oder bereits beeinträchtigt ist[4].
Bei der geriatrischen Rehabilitation ist die bestmögliche Wiederherstellung der Selbstversorgungsfähigkeiten und die Rückkehr in die gewohnten Lebensumstände zentraler Bereich der Zielsetzung. Dabei sind gemäß der ICF die vorhandenen Ressourcen sowie mögliche Förderfaktoren und Barrieren im Lebensumfeld

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

Rehabilitationskonzept
Geriatrische Rehabilitation ambulant

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 (nach dem Grundsatz: spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch und terminiert) formuliert.
Der zu versorgende Personenkreis umfasst Frauen, Männer und Personen nicht-binären Geschlechts. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher, männlicher und diverser Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Aufgaben und Vorteile der ambulanten geriatrischen Rehabilitation

- **Schnellerer und leichterer Übergang vom stationären zum ambulanten Bereich, dadurch Abkürzung stationärer Behandlung**
  Wenn eine stabile häusliche Situation vorliegt, kann nach dem Prinzip „Ambulant vor Stationär" ein stationärer Aufenthalt im Krankenhaus bzw. in der stationären Rehabilitations-Einrichtung abgekürzt werden. Hier ergibt sich auch ein Einspareffekt für die Kostenträger. Durch eine beschleunigte Rückkehr in das häusliche Umfeld, kann der Patient schneller wieder an die gewohnten Alltagsstrukturen anknüpfen. Somit wird oft der Verschlechterung einer bestehenden Depression oder eines Delirs vorgebeugt.
- **Vermeidung von stationären Aufenthalten**
  Um präventiv eine stationäre Aufnahme von geriatrischen Patienten zu verhindern, kann durch den niedergelassenen Hausarzt in den Fällen, in denen die ambulant verordneten Therapien sich als nicht ausreichend erweisen, eine geriatrische Rehabilitation verordnet werden. Wenn eine stabile häusliche Situation vorliegt, ist nach dem Prinzip „Ambulant vor Stationär" eine ambulante geriatrische Rehabilitation indiziert.
- **Sicherung der häuslichen Reintegration**
  Manchmal treten erst nach der Rückkehr eines Patienten in die häusliche Umgebung zuvor nicht erkannte Probleme zutage. Diese können in der ambulanten geriatrischen Rehabilitation thematisiert und aufgearbeitet werden. So kann durch gezielte Therapie noch kritischer Defizite des Patienten, Angehörigen-Anleitung oder Hilfsmittelverordnung, Wundmanagement etc. die Reintegration in die Häuslichkeit längerfristig gesichert werden.

Aufnahme und Entlassung in die ambulante geriatrische Rehabilitation

- **Herkunft der Patienten**

Die Patienten werden bisher nach genehmigtem Antragsverfahren, ab dem 01.07.2022 auf Verordnung nach den vereinbarten Zuweisungskriterien von Ärzten aus umliegenden Krankenhäusern, insbesondere Akut-Geriatrien, sowie von niedergelassenen Ärzten oder aus der Sturzambulanz im Hause über Muster 61 der ambulanten geriatrischen Rehabilitation zugeleitet.

- **Voraussetzung für die Aufnahme**

In den Fällen, in denen sich im Vorfeld die Behandlungsindikation nicht zweifelsfrei klären lässt, wird ein telefonischer Kontakt mit den zuweisenden Ärzten gesucht. So soll sichergestellt werden, dass tatsächlich nur solche Patienten aufgenommen werden, für die diese Behandlung auch indiziert ist.

Voraussetzungen für die Aufnahme sind:

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- Positive Rehabilitationsprognose
- Realistische Rehabilitationsziele
- höheres Lebensalter (über 70 Jahre)
- Vorliegen von mindestens einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und 2 geriatrietypischen Diagnosen

Nicht aufgenommen werden:

- rein pflegebedürftige oder bettlägerige Patienten
- Patienten ohne Rehabilitationsaussichten

Rehabilitationskonzept
Geriatrische Rehabilitation ambulant

- schwer demente Patienten
- akut verwirrte Patienten (z.B. bei delirantem Syndrom)
- 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 allein über die erlebten Fortschritte und die wiedergewonnene Selbständigkeit verbesserte Lebensqualität erfahren. 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 ambulante 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
- Bei drohendem Immobilitätssyndrom und/oder rezidivierenden Stürzen
- Zur Vermeidung von bzw. Verschlimmerung einer bestehenden Pflege
- Bedürftigkeit („Reha vor und bei Pflege")

➢ **Voraussetzungen der Patienten6**

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

- abgeschlossene akutmedizinische Diagnostik
- vorangegangene weitestgehende Festlegung der medikamentösen Therapie
- Stabilität der vitalen/vegetativen Parameter
- keine Notwendigkeit einer ständigen Beaufsichtigung (therapieverhindernde schwere Demenzen, Psychosen u.ä.)
- vorhandene Begleiterkrankungen und typische Komplikationen können vom ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonal der Reha-Abteilung behandelt werden und gefährden nicht das gesetzte Rehabilitationsziel
- 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.

Unterstützungsbedarf bei der Körperpflege, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Versorgung bei unkontrollierter Blasen- oder Darmentleerung, Anus prater-Versorgung etc. stehen einer ambulanten geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme nicht entgegen.

---

[5] Auszug aus dem Versorgungsvertrag für die stat. geriatrische Rehabilitation
[6] Auszug aus dem Versorgungsvertrag für die stat. geriatrische Rehabilitation

Rehabilitationskonzept
Geriatrische Rehabilitation ambulant

➢ **Dauer des Aufenthalts**

Die Regeldauer einer geriatrischen Rehabilitation beträgt 20 Tage bei ambulanter Behandlung. Sie ist zu beenden, wenn

- das Rehabilitationsziel erreicht ist
- ambulante Maßnahmen ausreichen
- Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V notwendig ist oder
- trotz intensiver Therapie i. d. R. innerhalb von 10 Behandlungstagen keine Verbesserung der Fähigkeitsstörung eingetreten ist.

➢ **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 des DIAKOVERE Henriettenstift 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. Spezielle Aspekte des Transportes geriatrischer Patienten 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 9^{30} Uhr in der Klinik an. Der Rücktransport erfolgt in gleicher Weise zwischen 13^{30} Uhr und 15^{00} Uhr.

➢ **Entlassung**

Für die aus der häuslichen Umgebung kommenden Patienten finden in der ambulanten geriatrischen Rehabilitation bei Bedarf Angehörigenanleitungen und -schulungen statt, ebenso Hilfe 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 jedem Patienten ein ausführlicher Entlassungsbrief mitgegeben, der auch detaillierte Empfehlungen zur ambulanten Weiterbehandlung enthält.

Strukturqualität

Organisatorische Strukturen

➢ **Die ambulante geriatrische Rehabilitation steht unter ständiger Leitung und Verantwortung 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.
Unser Team verfügt über folgende Facharztqualifikationen:

- Facharzt/Fächärztin für Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Geriatrie, Palliativmedizin, Notfallmedizin, Kardiologie, Diabetologie.

➢ **Die ambulante geriatrische Rehabilitation wird im multimodalen Therapieansatz im Geriatrischen Team erbracht.**

Nach einem eingehenden Aufnahmebefund werden gemeinsam mit dem Patienten individuelle Rehabilitationsziele festgelegt, die im multidisziplinären, ganzheitlichen Therapieansatz und durch berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit im Geriatrischen Team verfolgt werden. Der Stand der Fortschritte im Hinblick auf die Erreichung der gesetzten Ziele wird in wöchentlichen Teambesprechungen unter Teilnahme der ärztlichen Leitung überprüft und ggf. individuell modifiziert.

➢ **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.

Rehabilitationskonzept
Geriatrische Rehabilitation ambulant

- **Die ambulante geriatrische Rehabilitation ist wohnortnah gelegen.**
  So kann das soziale Umfeld erhalten bleiben, wovon insbesondere kognitiv eingeschränkte oder depressive Patienten profitieren. Darüber hinaus kann die Therapie enger an den Alltags-Erfordernissen ausgerichtet werden und Angehörigenanleitungen können gezielter durchgeführt werden.

- **Die ambulante geriatrische Rehabilitation im DKH ist an eine geriatrische Akutklinik sowie an ein leistungsfähiges Krankenhaus angegliedert.**
  Dadurch kann die Expertise der vorhandenen 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 niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und der stat. geriatr. Rehabilitation trägt die Tagesklinik dazu bei, die Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Bereich zu überbrücken.

Personelle Strukturen

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

- in der Pflege:
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.
Die Pflege verfügt über vielfältige Fachweiterbildungen (u.a. Zercur® Pflegefachkraft Geriatrie, med. Rehabilitation und Geriatrie, Bobath in der Pflege, Zercur-Basiskurs, Validation, Kinästhetik, Demenzcoach, Kundenorientierung, Case-Management, Pflege-Management, Psychosomatik und Schmerz, Mentorenausbildung).

- im ärztlichen Bereich:
es bestehen umfangreiche Zusatzqualifikationen:
z.B. Geriatrie, Rettungsmedizin, ärztliches Qualitätsmanagement, Naturheilverfahren, Ernährungsmedizin, Diabetologie, Palliativmedizin)

- in der Zentralen Therapieabteilung (Physiotherapie):
u.a. Behandlungskonzept nach Bobath, PNF, Craniosacrale Therapie, Biomechanik unter neurolog. Aspekten, Kinesio-Taping, Atem- und Entspannungstherapie, manuelle Lymphdrainage, viszerale Osteopathie, Integrative Validation, Klangschalentherapie.

- in der Ergotherapie:
u.a. Perfetti, Affolter, Bobath, Feinmotoriktraining, Manuelle Techniken/Hand, Hirnleistungstraining, Sturzprophylaxe, Neglect-Behandlung, Entspannungsförderung bei Alzheimerpatienten, Ergotherapie bei Depressionen und Persönlichkeitsstörungen.

- in der Logopädie:
u.a. F.O.T.T., Affolter, Bobath, PNF für Logopäden, TAKTKIN (Behandlung sprechmotorischer Störungen).

- in der Physikal. Therapie:
u.a. manuelle Lymphdrainage, Fußreflexzonenmassage, Entspannungskurse, Shiatsu, unterschiedl. Massagetechniken).

Rehabilitationskonzept
Geriatrische Rehabilitation ambulant

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.:Übungsküche
- Gruppenraum Physiotherapie
- Trainings-Geräteraum
- Therapietreppe
- Therapiegarten

Des Weiteren können die medizinischen Fachabteilungen der DIAKOVERE in Kirchrode (Psychosomatik, Gynäkologie, Radiologie) oder an anderen Standorten (z.B. Unfall- und AVG-Chirurgie, Innere Medizin – Kardiologie und Gastroenterologie, Nephrologie, Neurologie, MKG-Abteilung, Nuklearmedizin) konsiliarisch hinzugezogen werden.

Rehabilitationskonzept
Geriatrische Rehabilitation ambulant

➢ **Räumliche Ausstattung**

Der lichtdurchflutete Mittelbereich dient 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, sofern sie die Therapieräume nicht selbständig aufsuchen können. Ein Bücher- und Spieleschrank kann in der Therapie-freien Zeit genutzt werden, des Weiteren liegen Tageszeitungen aus.

Es stehen mehrere Räume mit Rückzugs- und Ruhemöglichkeiten zur Verfügung.In der geriatrischen Tagesklinik befinden sich je 2 Einzeltherapieräume für Physio- und Ergotherapie sowie 1 Therapieraum für Logopädie und (Neuro)Psychologie.

Für die Gruppentherapien wird der Physio-Gruppenraum der stat. Bereiche mitgenutzt.

Im großzügigen Speisesaal wird das Mittagessen und der Nachmittags-Kaffee eingenommen, hier befindet sich auch eine Übungsküche, in der gezielt alltagsbezogene Haushaltstätigkeiten therapeutisch begleitet und 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, zeitlich und räumlich getrennte Mahlzeiteneinnahme unter Wahrung der Abstandsregeln, konsequentes „Double-Masking" sowie regelmäßige Antigen-Schnelltests und bei Bedarf PCR-Abnahmen.

Zur Umsetzung unseres Einrichtungskonzeptes halten wir ferner folgende Räumlichkeiten, die auf die speziellen Anforderungen unserer Rehabilitanten ausgerichtet sind vor:

- Barrierefreie Zugänge zu den patientengebundenen Räumlichkeiten
- Automatische Türen im Haupteingangsbereich
- Wegeleitsystem

Prozessqualität

Behandlungsstandards

➢ **Rehabilitationsplan für geriatrische Patienten**

Geriatrische Patienten sind charakteristischerweise multimorbide und weisen alltagsrelevante Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe auf. Die Betrachtung der einzelnen Krankheitsdiagnosen allein reicht daher nicht aus, vielmehr müssen die Krankheitsauswirkungen auf Alltagsaktivitäten, Teilhabemöglichkeiten und Lebensqualität des alten Menschen in seinem individuellen Kontext erfasst werden. Somit muss sich das Behandlungsregime immer nach dem jeweiligen Beschwerdebild, den Fertigkeiten und Ressourcen richten. Anhand der Ergebnisse der Aufnahmebefundung und des Aufnahme-Assessments wird unter Einbeziehung der Rehabilitanden ein individueller Rehabilitationsplan erstellt, der die jeweiligen Zielsetzungen der verschiedenen Therapiebereiche einschließt. Der individuelle Rehabilitationsplan berücksichtigt neben der geriatrietypischen Multimorbidität sowie den alltagsrelevanten Beeinträchtigungen auch die Kontextfaktoren, insbesondere im Hinblick auf eine adäquate Hilfsmittelversorgung und die emotionale Bewältigung verbleibender Beeinträchtigungen. Die Bezugspersonen des Rehabilitanden werden bei Bedarf bei der Erstellung und Veränderungen des Rehabilitationsplans einbezogen. Wenn erforderlich, erfolgt Beratung zur sozialen und pflegerischen Unterstützung.

Geriatrisches Assessment bei Aufnahme und Entlassung

In den ersten zwei Behandlungstagen findet ein geriatrisches Basisassessment (GBA) (in den Bereichen Selbsthilfefähigkeiten, Mobilität, Kognition, emotionale Befindlichkeit sowie ein standardisiertes Sozialassessment) statt. Bei Bedarf (z.B. bei Mangelernährung, erhöhtem Sturz- oder Dekubitusrisiko) werden weitere Assessment-Tests oder auch eine erweiterte neuropsychologische Testung durchgeführt. Zum Ende der Behandlung wird in mindestens zwei Bereichen (in der Regel Selbsthilfestatus und Mobilität) ein Abschluss-Assessment erstellt.

Rehabilitationskonzept
Geriatrische Rehabilitation ambulant

Therapieziel-Überprüfung

Einmal pro Woche wird eine Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele durchgeführt. Dies dient der Überprüfung der Behandlungsfortschritte und ggf. der Anpassung des Rehabilitationsplans.

- **Geriatrische Patienten mit Schwerpunkt auf neurologische Erkrankungen**

Die Behandlung findet modifiziert nach dem Bobath-Konzept statt. Der überwiegende Teil der Ergo- und Physiotherapeuten hat entsprechende Qualifikationen.
In der DIAKOVERE finden seit Jahren regelmäßig Bobath-Grundkurse und Kurse „Normale Bewegung" mit anerkannten Bobath-Instruktoren statt. Dabei können auch Patienten der ambulanten geriatrischen Rehabilitation vorgestellt werden.

- **Geriatrische Patienten mit Schwerpunkt auf chirurgische Erkrankungen**

Chirurgische Patienten werden nach Behandlungsstandards der zuweisenden Chirurgischen Klinik behandelt. Wenn keine explizite Behandlungsvorgabe im Verlegungsbericht 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. Zu diesen Terminen besteht auch die Möglichkeit, Patienten der ambulanten geriatrischen Rehabilitation konsiliarisch vor Ort vorzustellen.

Behandlungselemente der ambulanten geriatrischen Rehabilitation

Die geriatrische Tagesklinik bietet den Bedürfnissen und der Multimorbidität der alten Menschen entsprechend ein breites Spektrum von Leistungen an.
Eine enge medizinische Betreuung ist durch die ständige Anwesenheit eines geriatrisch erfahrenen Arztes in der Tagesklinik gewährleistet. Am Standort Kirchrode stehen alle gängigen konventionell radiologischen und sonographischen diagnostischen Verfahren sowie apparative Kreislaufdiagnostik zur Verfügung. Im Regelfall erfolgt eine tägliche Visite durch den Stationsarzt und 1-mal wöchentlich Visite durch Ober- oder Chefarzt.
1-mal wöchentlich wird eine Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele durchgeführt.

- **Medikamentöse Behandlung**
  - Medikationsreview, ggf. Deprescribing von Medikamenten als Vorgabe für den Hausarzt/Hausärztin
- **Pflegerische Maßnahmen**
  - Aktivierende, rehabilitative Pflege
  - Behandlungspflege (Z. B. Wundmanagement, Kompressionstherapie)
  - 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
  - Fazio-orale Therapie

Rehabilitationskonzept
Geriatrische Rehabilitation ambulant

- **Physikalische Medizin**
  Wärme- oder Kältepackungen, Massagen, Fango, CO2-Bäder, manuelle Lymphdrainage, Phonophorese, TENS, Kiesbox
- **Neuro/Psychologie**
  Diagnostik und Therapie von Hirnleistungsstörungen
  Begleitung bei psychischen Problemen
- **Sozialdienst**
  Unterstützung und Beratung
- **Seelsorgerische Betreuung**
- **Schulung und Beratung der Patienten und Angehörigen**
- **Ernährungsberatung**
- **Krankenhaushygiene**

4.3 Art und Umfang der Rehabilitativen Therapien

Die Behandlungen finden werktäglich von Montag bis Freitag statt.
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 mind. 3-4 Therapien, unterteilt in Einzel- und Gruppentherapie und Gerätetraining:

- **Einzeltherapien**

je nach individuellem Störungsbild aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Physikalische Therapie, Logopädie, (Neuro)Psychologie

- **Gruppentherapien (je nach individuellem Störungsbild)**
  - Hirnleistungstraining
  - Hockergymnastik
  - Balance-Training an der Wii-Konsole
  - Rückenschule
  - Übungen an Übungsgeräten (z.B. Laufband, Motomed, Motorschiene, NuStep, Zugapparat, Posturomed, Galileo)
  - Erweitertes ADL-Training (z.B. Küchentraining, Einkaufstraining, Übungen im Therapiegarten)
  - Nordic Walking
  - …

- **weitere Angebote**
  - Physikalische Therapie (z.B. Packungen, Phonophorese, TENS, CO2-Bäder, manuelle Lymphdrainage)
  - Kinesio-Taping
  - Übungen mit Übungsmaterialien
  - Gesundheitsberatung
  - Diätberatung
  - Freizeitangebot

- **Therapiedauer und Behandlungsfrequenz**
  Die Dauer der Behandlung in der ambulanten geriatrischen Rehabilitation wird entsprechend der Vorgaben des GKV-IPReG im Regelfall auf 20 Behandlungstage festgelegt. Bei werktäglicher Inanspruchnahme erstreckt sich die Behandlung damit über ca. 4 Wochen. Der Behandlungszeitraum richtet sich nach den jeweiligen individuellen Bedürfnissen und Störungsbildern. Die tägliche Behandlungsfrequenz und -dauer wird den individuellen Erfordernissen des Patienten im Verlauf angepasst. Erforderliche Ruhepausen werden berücksichtigt. Eine Reduktion der Behandlungsfrequenz auf 3 Tage in der Woche kann im Einzelfall erwogen werden.

Ergebnisqualität

Dokumentation

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 Assessment-Ergebnisse und die therapeutische Leistungsdokumentation erfolgen in GERDA (Geriatrische Datenbank), 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 der am Patienten beteiligten Berufsgruppen erfasst. Auch alle Eingaben in GERDA werden mit personalisiertem Handzeichen durchgeführt. Zur Entlassung erhält jeder Patient einen vorläufigen Entlassungsbrief. Dieser enthält ausführliche Angaben zur allgemeinen und klinischen Anamnese, insbesondere zu aktuell alltagsrelevanten Beschwerden und Rehabilitations-relevanten Beeinträchtigungen sowie zur Sozialanamnese. Des Weiteren werden Einzelheiten des Therapieverlaufs, inclusive aller relevanter Befund- und Assessment-Ergebnisse übermittelt. In der Abschlussbefundung wird das Rehabilitationsergebnis bewertet und eine Empfehlung für weiterzuführende Maßnahmen, Medikation und Übungsbehandlungen abgegeben. In der Regel wird spätestens 14 Tage nach der Entlassung der endgültige Entlassungsbericht an die weiterbehandelnden Ärzte, auf Wunsch auch an den Rehabilitanden versendet.
Die Ergebnisqualität wird anhand von Basis- und Assessmentdaten - wie im stationären Bereich auch - regelmäßig ausgewertet und im Management-Review der Klinik berichtet.

Qualitätsmanagement

Das Zentrum für Medizin im Alter wurde erstmalig 2005 im Rahmen des KTQ-Prozesses zertifiziert. Im Mai 2012 wurde die Klinik erstmalig nach DIN EN ISO incl. pCC-Qualitätskriterien für Rehabilitationseinrichtungen 2.0 zertifiziert, seither erfolgte die jährliche Wiederholungsbegutachtung. Seit 2019 ist die stationäre und ambulante geriatrische Rehabilitation im ZMA nach dem vom Bundesverband Geriatrie herausgegebenen Qualitätssiegel „Geriatrie für Rehabilitationseinrichtungen" zertifiziert. Neben den Überwachungs- und Zertifizierungsaudits durch die proCum Cert GmbH bzw. seit 2022 durch die Geri-Zert GmbH sind regelmäßige interne Audits etabliert.
Der Akutbereich des ZMA wurde in 2021 als Alters-TraumaZentrum DGU® zertifiziert.

Weiterhin tagt regelmäßig 1x/Monat ein Qualitätszirkel, „Berufsübergreifende Kommunikation in der Geriatrie" genannt, bestehend aus den Leitungen der einzelnen Berufsgruppen im ZMA. Darin werden die Schnittstellenprobleme diskutiert und Informationen zwischen den Berufsgruppen ausgetauscht. Das Protokoll der „BKG"-Sitzung wird allen Mitarbeitenden der Klinik zugänglich gemacht.
Mehrmals im Jahr finden Großteamsitzungen statt. Daneben werden regelmäßig Berufsgruppen-übergreifende Teamsitzungen und interdisziplinäre Fortbildungen sowie MMK in den Stationsbereichen durchgeführt.

Qualitätssicherung

Seit 2012 nimmt die Klinik am QS-Reha-Verfahren zur externen Qualitätssicherung teil. Die QS-Reha-Ergebnisberichte werden in einer Arbeitsgruppe im ZMA analysiert und geeignete Maßnahmen zur kontinuierlichen weiteren Qualitätsverbesserung im stationären wie ambulanten Reha-Bereich abgeleitet.

DIAKOVERE
KRANKENHAUS gGmbH

Rehabilitationskonzept
Geriatrische Rehabilitation ambulant

Kontaktdaten der ambulanten geriatr. Rehabilitation

Postanschrift

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

Telefon Geriatrische Tagesklinik

0511/289 3330

Fax

0511/289 3022

Telefonische Anmeldungen von Patienten

Über die Tagesklinik Tel. 0511/289 3330

Oder das Kliniksekretariat Tel. 0511/289 3223

Email-Adressen

geriatrische-tagesklinik@diakovere.de

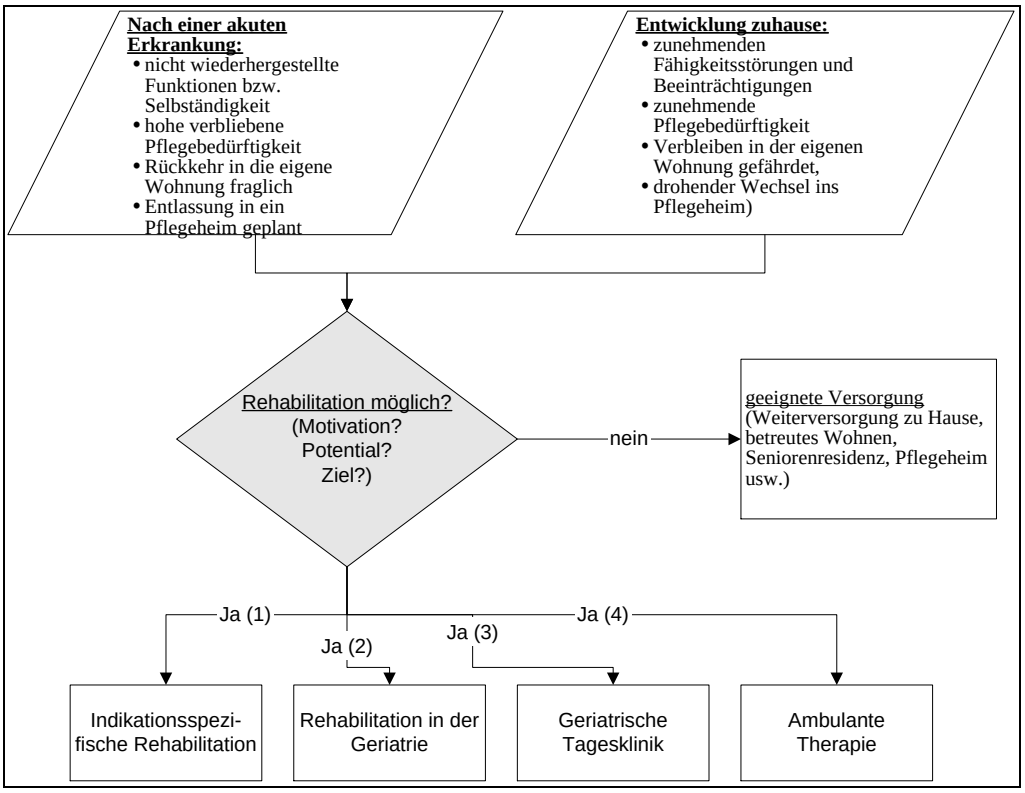
geriatrie.dkh@diakovere.de

Homepage

http://www.diakovere.de

Rehabilitationskonzept
Geriatrische Rehabilitation ambulant

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)