

Rehabilitationskonzept Geriatrische Rehabilitation stationär

1. Einleitung

Das Zentrum für Medizin im Alter im DIAKOVERE Henriettenstift (ZMA) umfasst die Bereiche Akutgeriatrie/Alterstraumatologie, stationäre geriatrische Rehabilitation, geriatrische Tagesklinik und ambulante Angebote (Privatsprechstunde, Gedächtnis- und Sturzambulanz). Das ZMA ist eingebunden in das Gesamtunternehmen DIAKOVERE, das 2006 aus dem Zusammenschluss der drei diakonischen Krankenhäuser Annastift, Friederikenstift und Henriettenstift sowie diversen Einrichtungen in der Jugend-, Alten- und Behindertenhilfe hervorging. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit allen anderen Kliniken des DIAKOVERE-Konzerns, so dass bei Bedarf alle gängigen Diagnostik- und Therapiemethoden zur Verfügung stehen. Die große Tradition der Stifte mündet heute in die vielfältige Arbeit des DIAKOVERE-Konzerns unter dem allen gemeinsamen Leitmotto: „Am Anfang ist der Mensch“.

Das Zentrum für Medizin im Alter verfügt über insgesamt 97 stationäre Betten, davon entfallen 60 Betten auf die Akutgeriatrie sowie 37 auf die stationäre geriatrische Rehabilitation. In der Geriatrischen Tagesklinik werden 18 Behandlungsplätze für die teilstationäre geriatrische Rehabilitation angeboten. Das ZMA bietet somit 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.

Das vorrangige Behandlungsziel unserer Einrichtung besteht neben der leitliniengerechten medizinischen Akutbehandlung in der Förderung von Selbstständigkeit, Mobilität und damit der Lebensqualität unserer Patienten. Individuell auf den Patienten zugeschnitten werden vorhandene Stärken gefördert und Defizite auf Grundlage evidenzbasierter Methoden therapiert. Dabei steht für uns der Patient im Mittelpunkt. Im Behandlungsprozess werden vom therapeutischen Team (bestehend aus Ärzten, aktivierend-therapeutisch Pflegenden, Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Psychologie) gemeinsam mit Patienten und Angehörigen individuelle Rehabilitationsziele definiert, die im Rehabilitationsverlauf ggf. überprüft und angepasst werden müssen.

Dabei werden potentielle Barrieren und Förderfaktoren der Umgebung (z. B. bauliche Gegebenheiten, familiäres Umfeld, soziale Unterstützung) ebenso berücksichtigt wie die Körperfunktionen und -strukturen, die sich im Rehabilitationsverlauf verändern können und dann zu einer Anpassung der Zieldefinition führen.

In den meisten Fällen wird die Rückkehr in die bisherigen Lebensbezüge mit angepasster Hilfsmittelversorgung angestrebt.

Bei Bedarf unterstützt unser Sozialdienst und unsere Überleitungspflege Patienten und Angehörigen bei der optimalen Vorbereitung der Entlassung, z.B. durch Einleitung ambulanter pflegerischer Unterstützung, ggf. aber auch bei der Suche nach einem stationären Pflegeplatz.

In dem Bewusstsein, dass sich unsere Patienten in einer besonderen, oftmals belastenden Lebenssituation befinden, legen wir Wert auf eine ganzheitliche, stets auf die persönlichen Belange ausgerichtete Behandlung und Betreuung. Seelsorgerische Betreuung ist darin ein wichtiger Bestandteil.

Rehabilitationskonzept Geriatrische Rehabilitation stationär

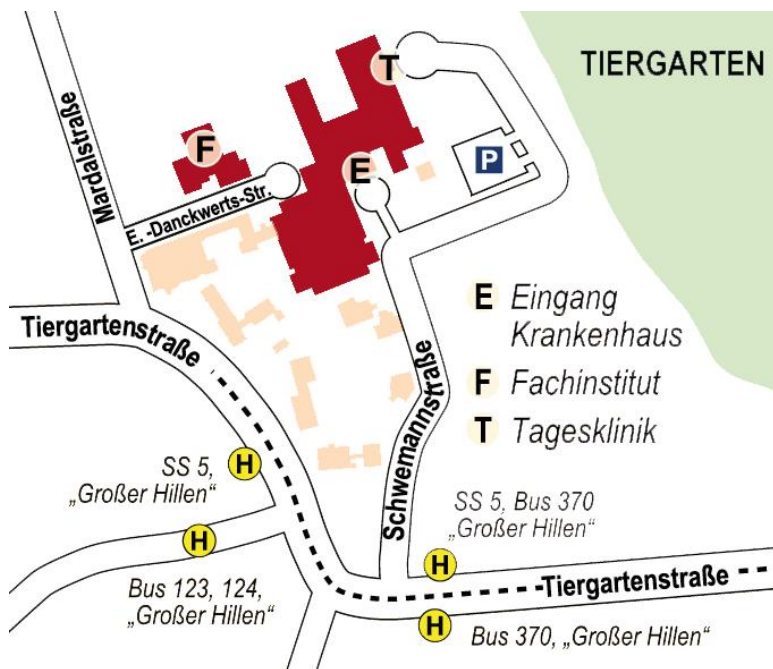
2. Organisationsstruktur und Rahmenbedingungen

Die DIAKOVERE gGmbH ist Niedersachsens größtes gemeinnütziges Unternehmen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich mit Sitz in Hannover. Träger des Gesamtunternehmens DIAKOVERE gGmbH ist die DIAKOVERE-Stiftung, hervorgegangen aus der Henriettenstiftung, die wiederum bereits 1859 von Königin Marie von Hannover gegründet wurde. Gemeinsam mit dem Evangelischen Diakoniewerk Friederikenstift (gegründet 1840) und dem Annastift e.V. (gegründet 1897) bildet sie die Träbergemeinschaft für den DIAKOVERE Konzern.

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. Die Klinik wurde 2012 in „Zentrum für Medizin im Alter“ umbenannt.

Die jahrzehntelange Erfahrung in der Behandlung alter Menschen zeigt sich in einer guten Vernetzung mit den zuweisenden Kliniken und ambulanten Weiterbehandlern. Über die Jahre hinweg wurden diverse Umstrukturierungen vorgenommen und neue Bereiche ausgebaut. So wurde z.B. mit Inbetriebnahme der Geriatrischen Tagesklinik im Jahr 2000 ein wichtiges Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Behandlung geschaffen. Seit 2004 organisiert der Chefarzt der Klinik das Querschnittsfach „Medizin im Alter“ im Medizinstudiengang an der MHH, es besteht eine enge Verzahnung mit dem Institut für Allgemeinmedizin der MHH. Die Abteilung ist ein fester Bestandteil der lokalen, regionalen und landesweiten Strukturen der Geriatrischen Versorgung und als solche gut in der Gesundheitsversorgung vernetzt.

Das ZMA befindet sich im Betriebsteil Kirchrode des DIAKOVERE Henriettenstifts, in dem auch die Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie die Abteilung für Psychosomatik verortet sind. Direkt angrenzend an das Klinikgelände befindet sich der Tiergarten Kirchrode, so dass trotz der guten Verkehrsanbindung eine ruhige Atmosphäre und ein schöner „Blick ins Grüne“ gewährleistet ist.



Anfahrt

- Mit der Bahn: Stadtbahnlinie 5, Haltestelle Großer Hillen (Richtung Anderten)
- Mit dem Bus: Buslinie 123, 124, 370, Haltestelle Großer Hillen (Richtung Anderten)

Rehabilitationskonzept Geriatrische Rehabilitation stationär

3. Räumliche Ausstattung

Die Patienten der geriatrischen Rehabilitation werden auf den Stationen 14 und 19 behandelt. Diese befinden sich in den 2006 grundsanierten und seither regelmäßig renovierten Stationen des „Traditionshauses“ der Henriettenstiftung am Standort Kirchrode, ehemals „Neu Bethesda“. Hier werden 11 2-Bettzimmer, 1 1-Bettzimmer sowie 4 3-Bettzimmer vorgehalten. Alle Zimmer verfügen über eine großzügige barrierefreie Nasszelle, Telefon, Radio, Fernseher sowie Sauerstoff- und Druckluftanschlüsse. WLAN ist optional möglich. Alle Betten sind mit einem motorisch verstellbaren Kopfteil und motorisch höhenverstellbar. Die Zimmer sind rollstuhlgängig und ohne Schwellen. Jeder Patient verfügt über einen abschließbaren Schrank. Im Zimmer steht ein Tisch mit einer der Zimmergröße entsprechenden Anzahl von Stühlen mit Armlehnen und abwaschbaren Bezügen. Therapien finden überwiegend im Therapieraum auf der Station 19 oder in den angegliederten Räumlichkeiten der Zentralen Therapieabteilung statt, je nach Mobilität der Patienten teilweise auch im Patientenzimmer oder den Verkehrsflächen der Station.



Auf beiden Stationen steht ein Aufenthaltsraum zur Verfügung, der nicht nur als Sitz- und Kommunikationsmöglichkeit genutzt wird, sondern auch für Therapie- und Gruppenangebote wie z.B. Ess- training, Zeitungsleserunde oder Spiel- und Bastelangebote.

Auf Station 19 findet sich ein Therapieraum für physio- und ergotherapeutische Gruppen- und Einzeltherapien. In den Stationsbereichen stehen mehrere Trainingsgeräte (Motomed, NuStep, Kies- box etc.), die nach entsprechender therapeutischer Einweisung auch zur Eigentherapie genutzt werden können. Die Räumlichkeiten der Zentralen Therapieabteilung bieten vielfältige Möglichkeiten der Einzel- und Gruppentherapie, u.a. 2 Übungsküchen, einen umfangreich ausgestatteten Gerätetrainings-Raum (u.a. Leg-Press-, Zugapparat, Posturomed, Galileo, Laufband, Crosstrainer), Gehbarren, Therapiegarten etc.

Auf Station 19 werden 12 Betten durch die Gynäkologische Klinik belegt.

Unmittelbar an die Stationen angrenzend ist der großzügig gestaltete Gartenbereich im Innenhof zu erreichen.



Am Standort gibt es eine Cafeteria und eine Patientenbücherei sowie einen Raum der Stille. Das Außengelände des Krankenhauses geht direkt in die Außenanlagen des DIAKOVERE-Altenzentrums Kirchrode über, hier stehen u.a. auch Spielgeräte für Erwachsene zur Verfügung. Die Simeonkirche steht allen Patienten und Besuchern offen.



Rehabilitationskonzept Geriatrische Rehabilitation stationär

4. Leistungsspektrum der Einrichtung

Geriatrische Patienten sind definiert durch die geriatrietypische Multimorbidität (mehr als zwei behandlungsbedürftige Erkrankungen) und durch ein höheres Lebensalter (in der Regel über 70 Jahre) oder durch ein Alter über 80 Jahren aufgrund der eingeschränkten Kompensationsmechanismen und der erhöhten Vulnerabilität für Krankheiten und Komplikationen.

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.

Indikationen für eine stationäre geriatrische Rehabilitationsmaßnahme¹:

- Frakturen und Zustände nach Gelenktraumata bzw. -operationen
- Erkrankungen des Zentralnervensystems
- Zustand nach Amputationen der unteren Extremitäten
- Kardio-pulmonale Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen mit Folgeerkrankungen/Spätschäden
- Tumorerkrankungen (Die besonderen Regelungen bei der Zuständigkeitsabgrenzung zwischen der Renten- und der Krankenversicherung werden berücksichtigt)
- 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.

Bis auf wenige Ausnahmen können alle typischen internistischen, chirurgischen und neurologischen Krankheitsbilder und deren Folgezustände in unserer Abteilung behandelt werden.

Aufgenommen werden auch Patienten mit folgenden Besonderheiten:

- Anus praeter-Träger
- Patienten mit einem multiresistenten Keim (Patienten mit 4-MRGN nur bei Erstnachweis im ZMA),
- nächtliche CPAP-Therapie, wenn der Patient ein eigenes Gerät mitbringt und selbstständig bedienen kann
- kontinuierlicher Sauerstoffbedarf, wenn der Patient ein tragbares Sauerstoffgerät mitbringt (bei erst während des Aufenthaltes diagnostiziertem Bedarf ist eine Verordnung und Einweisung im ZMA möglich)
- Dialysepatienten (Dialyse in Kooperation mit Dialysepraxis)
- PEG-Träger
- aufwändige Wundversorgung, auch VAC-Therapie in Ausnahmefällen möglich

Folgende Besonderheiten sind Kontraindikationen für eine geriatrische Rehabilitation im ZMA:

- Weglauftendenz (offenes Stations-Setting)
- Beatmungspflicht
- Versorgung eines Tracheostomas
- Bek. kontinuierlicher Sauerstoffbedarf ohne mitgebrachtes transportables Sauerstoffgerät

5. Voraussetzung für die Aufnahme in der Geriatrischen Rehabilitation

- Rehabilitationsfähigkeit

¹ Auszug aus dem Versorgungsvertrag



Rehabilitationskonzept Geriatrische Rehabilitation stationär

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationswilligkeit
- Rehabilitationspotential
- im Regelfall ein höheres Lebensalter (über 70 Jahre)
- Kostenzusage durch den zuständigen Kostenträger
- abgeschlossene akutmedizinische Diagnostik
- vorangegangene weitestgehende Festlegung der medikamentösen Therapie
- Stabilität der vitalen/ vegetativen Parameter
-

Eine überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Versorgung bei unkontrollierter Blasen- oder Darmentleerung sowie Veränderungen der Körperlagerung in 2 bis 4-stündigem Abstand stehen einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme nicht entgegen.

Nicht aufgenommen werden:

- rein pflegebedürftige oder bettlägerige Patienten
- Patienten ohne Rehabilitationsaussichten
- schwer demente Patienten , insbesondere bei
- Notwendigkeit einer ständigen Beaufsichtigung (therapieverhindernde schwere Demenzen, Psychosen, u.ä.)
- psychiatrisch schwer erkrankte Patienten

6. Patientenaufnahme und Therapieplanung

Am Aufnahmetag erfolgt die ärztliche und pflegerische Aufnahmeuntersuchung. Die Aufnahmebefundung durch Physio- und Ergotherapeuten findet am nächsten Werktag statt. Aus den dabei erhobenen Befunden ergeben sich unter Berücksichtigung der individuellen Wünsche und Ziele des Patienten und seiner Angehörigen die Arbeitsdiagnose und die Festlegung der Behandlungsstrategien. Entsprechend werden therapeutische Leistungen geplant, die funktions-, fähigkeits- und teilhabeorientiert im Sinne der ICF-Zielsetzung sind. Dabei wird bei Patienten im höheren Lebensalter die geriatricspezifische Multimorbidität bzw. die altersbedingte Vulnerabilität berücksichtigt, so dass bei der Festlegung der individuellen Behandlungspläne immer auch die Konstellation der Begleiterkrankungen und -Umstände richtungsweisend ist.

Bei der Behandlung werden die anerkannten medizinischen Leitlinien angewendet, wobei bei multimorbiden Patienten oft Behandlungsempfehlungen an die besondere Situation des Patienten angepasst und mögliche Medikamenten-Wechselwirkungen bedacht werden müssen. Da die Behandlung daher stets individuell auf den Pat. zugeschnitten erfolgt, ist es nicht sinnvoll, für alle jemals in der Klinik vorkommenden Krankheitsbilder Behandlungsstandards zu erstellen. Die Besonderheit der Reha-Geriatric, in Abgrenzung zur indikationsspezifischen Rehabilitation, liegt ja gerade in der individuellen Herausarbeitung der durch die Multimorbidität bedingten Auswirkungen der gegebenen Diagnosenkonstellation und der daraus resultierenden Funktionsstörungen mit Auswirkung auf die Aktivitäten, die Alltagsbewältigung und die Teilhabefähigkeiten.

Neben der Organ-orientierten Behandlung steht die Verbesserung des funktionellen Status des Patienten im Mittelpunkt, um durch intensive therapeutische Maßnahmen im multiprofessionellen Team die Autonomie des Patienten zu stärken und damit die Lebensqualität zu verbessern.

Chirurgische Patienten werden nach Behandlungsstandards der zuweisenden Chirurgischen Klinik behandelt. Die Behandlung Neurologischer Patienten findet nach dem Bobath-Konzept statt.

Als geriatrisches Basis-Assessment wird im ZMA bei allen Patienten der Barthel-Index, der MMST, der Timed up & go-Test, die DIA-S und ein standardisiertes Sozialassessment durchgeführt, das bei Bedarf z.B. um die NuDesc, den MNA usw. ergänzt wird.

7. Behandlungsablauf in der Geriatrischen Rehabilitation

Jede mit dem Patienten befasste Berufsgruppe dokumentiert während des gesamten Aufenthaltes des Patienten den Verlauf der Behandlung. Neben den im Aufnahmeprozess beschriebenen Anfangsbefunden und den daraus abgeleiteten Behandlungszielen, erfolgt die regelmäßige Visitando-

Rehabilitationskonzept Geriatrische Rehabilitation stationär

kumentation seitens der Ärzte, die tägliche Pflegedokumentation und die werktägliche Therapeutendokumentation. Der erreichte Ist-Status wird einmal wöchentlich als interdisziplinäre Teambesprechung gemeinsam erörtert und die weitere Behandlung an den Ergebnissen der Teambesprechung ausgerichtet. Das Behandlungs- bzw. Rehabilitationsziel wird unter Berücksichtigung der ICF-Kriterien und der individuellen Wünsche und Ressourcen, ggf. unter Einbezug von Angehörigen, in aller Regel mit dem Ziel des bestmöglichen Erhalts der Selbständigkeit, der sozialen Integration und der Kommunikationsfähigkeiten und des Verbleibs im bisherigen Wohnumfeld festgelegt.

Dies umfasst auch die rechtzeitige Entlassungsplanung einschließlich Hinzuziehen weiterer Berufsgruppen (z.B. Überleitungspflege, Sozialdienst, mobile Ergotherapie zur Hilfsmittelabklärung vor Ort). Dabei hat es sich in der Praxis bewährt, etwa eine Woche vor dem geplanten Entlassungstermin mit Pat. und Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen gemeinsam den Hilfe- und Hilfsmittelbedarf zu ermitteln, da in aller Regel (erst) zu diesem Zeitpunkt der nach Entlassung zu erwartende Mobilitätsgrad abgeschätzt werden kann.

Zur Entlassung erhält jeder Patient einen ausführlichen ärztlichen Verlaufsbericht, der neben allen relevanten Befunden auch einen therapeutischen Abschlussbericht, eine Aussage zur Erreichung der Rehabilitationsziele sowie Empfehlungen zur medikamentösen und therapeutischen Weiterbehandlung enthält.

8. Dauer des Aufenthaltes

Die Behandlungsdauer richtet sich nach dem vom zuständigen Kostenträger genehmigten Behandlungszeitraum. Die stationäre Behandlung wird nur für die aus medizinischen Gründen erforderliche Dauer durchgeführt. Sie ist zu beenden, wenn

- das Rehabilitationsziel erreicht ist
- sie ambulant oder ggf. teilstationär 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.

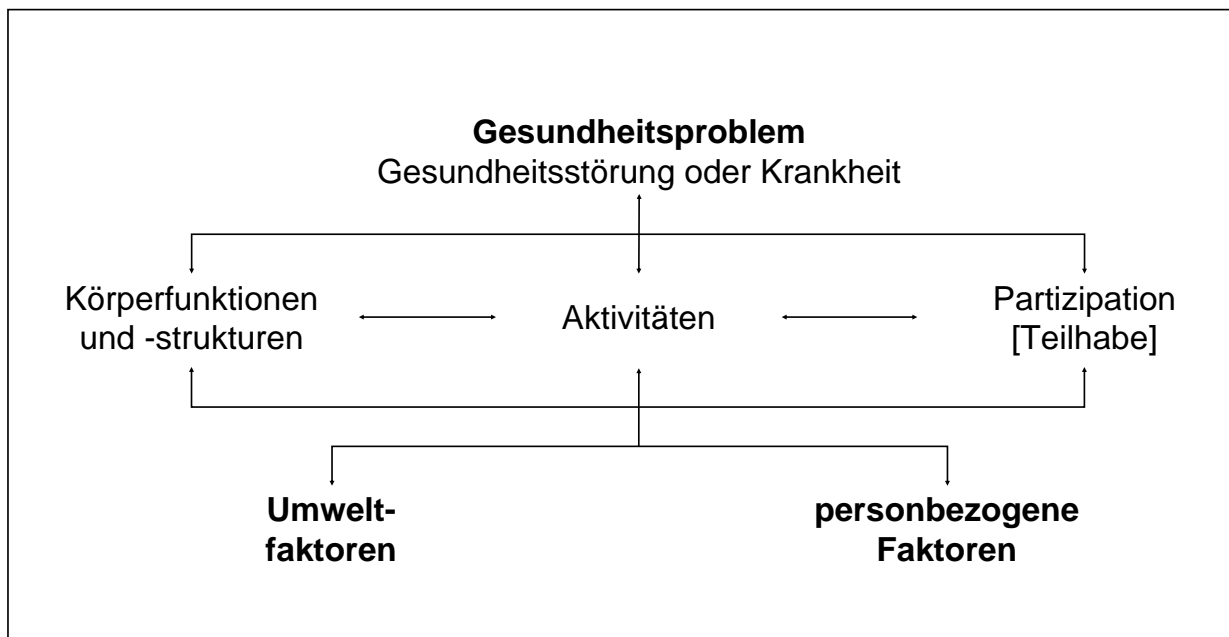
9. Konzeptionelle Grundlage der geriatrischen Rehabilitation

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 bis 2030 fortsetzen. Dann werden von 100 Bürgern 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 Pfl egetage 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 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 soweit 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 muss. Das Ziel ist somit die „restitutio ad optimum“ in der gegebenen Situation.

Rehabilitationskonzept **Geriatrische Rehabilitation stationär**

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. 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.



(Auszug 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, an deren Erarbeitung der Chefarzt der Klinik mit beteiligt war)

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

Bei der geriatrischen Rehabilitation steht vor allem die bestmögliche Verbesserung der Lebensqualität und Wiederherstellung der Selbstversorgungsfähigkeiten im Focus, für die meisten Patienten ist 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 geriatrische medizinische Rehabilitation dient

- der Vermeidung und/oder Abkürzung von Krankenhausbehandlung sowie
- der Vermeidung und/oder Minderung von Pflegebedürftigkeit
- der Vermeidung und/oder Minderung drohender oder bereits manifester Funktionsstörungen

mit dem Ziel der nachhaltigen Erhaltung, Verbesserung bzw. Wiedergewinnung weitgehender Selbstständigkeit bei den alltäglichen Verrichtungen, damit z.B. ein Verbleiben in der gewünschten Umgebung möglich wird.

Alltagsrelevante Rehabilitationsziele können in diesem Zusammenhang z.B. sein:

- Erreichen der Stehfähigkeit
- Erreichen des Bett-Rollstuhl-Transfers
- Erreichen des Toilettenganges, selbstständiges An- und Auskleiden



Rehabilitationskonzept Geriatrische Rehabilitation stationär

- selbstständige Nahrungsaufnahme
- Gehfähigkeit innerhalb und außerhalb der Wohnung / über mehrere Treppenstufen

10. Behandlungsgrundsätze im ZMA

Wir verfolgen einen multidisziplinären, ganzheitlichen Therapieansatz. Alle Mitarbeiter der am Patienten beteiligten Berufsgruppen verstehen sich als Teil des geriatrischen Teams.

Die stationäre 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.

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. Zur Förderung der Tagesstrukturierung werden ausgebildete Alltagsbegleiter auf den Stationen eingesetzt.

Die stationäre geriatrische Rehabilitation sollte gerade für alte Menschen wohnortnah gelegen sein. So kann das soziale Umfeld erhalten bleiben, die Entlassungsvorbereitungen, Angehörigenanleitungen usw. können gezielter durchgeführt werden.

11. Rehabilitative Therapien

Die Behandlungen finden werktäglich von Montag bis Freitag statt. Sind durch Feiertage mehr als drei therapiefreie Tage hintereinander vorhanden, so finden auch Therapien in dieser Zeit statt.

Kern der Behandlung bilden die störungsspezifischen und gezielten aktiven Einzelbehandlungen sowie weitere aktive Therapien (z.B. Gruppentherapien, Übungen an Therapiegeräten, softwaregestützte Übungsbehandlungen).

Der Therapieplan eines Patienten wird werktäglich ausgeteilt.

Der Therapieplan umfasst in der Regel pro Behandlungstag:

- zwei Einzeltherapien

aus den Bereichen Physiotherapie/physikal. Therapie, Ergotherapie, Logopädie, (Neuro)-Psychologie. Termine werden individuell mit dem Patienten vereinbart, sofern die Fähigkeit zur Einhaltung von Absprachen gegeben ist.

- Gruppentherapien (je nach Verfassung des Patienten)
z.B. Hockergymnastik, Gangschule, Hirnleistungstraining, Wii-Gruppe

Weitere Angebote

- Therapieangebote der Alltagsbegleiter
- Übungen an Übungsgeräten oder mit Übungsmaterialien. Die Therapeuten leiten für Selbstübungsprogramme an.
- Gesundheitsberatung (z.B. Angehörigenanleitung und -Beratung)
- Vortragsveranstaltungen zu wöchentlich wechselnden Themen
- Freizeitangebote

Rehabilitationskonzept Geriatrische Rehabilitation stationär

12. Leistungsangebot der stationären Rehabilitation

Die stationäre geriatrische Rehabilitation bietet, den Bedürfnissen und der Multimorbidität der alten Menschen entsprechend, ein breites Spektrum von Leistungen an. Nachfolgend sind Leistungen beispielhaft aufgeführt.

Ärztliche Diagnostik und Therapie

Eine enge medizinische Betreuung ist durch die ständige Anwesenheit eines Arztes im Zentrum für Medizin im Alter gewährleistet.

- werktägliche Visite durch den Stationsarzt
- 1 mal wöchentlich Visite durch Chef- oder Oberarzt
- wöchentliche Kurvenvisiten durch die leitenden Ärzte, Medikationscheck durch Apothekerin
- wöchentliche Teambesprechungen
- Medizinische Diagnostik und Therapie
- Regelmäßige Konsile durch Unfallchirurgen, AVG-Chirurgen, Neurologen vor Ort möglich, bei Bedarf externe Konsile (z.B. Dermatologie, HNO)

Es bestehen umfangreiche Zusatzqualifikationen im Ärztlichen Bereich (z.B. Geriatrie, Physikalische Therapie, Psychotherapie, Rettungsmedizin, ärztliches Qualitätsmanagement, Naturheilverfahren, Ernährungsmedizin, Diabetologie, Palliativmedizin)

Pflegerische Maßnahmen

- aktivierende, geriatrisch-rehabilitative Pflege mit dem Ziel, alle Aktivitäten des täglichen Lebens so früh und so weit wie möglich selbst zu übernehmen
- Behandlungspflege
- Einbezug und Anleitung von Angehörigen, um sie gegebenenfalls ihren Fähigkeiten entsprechend auf die Erfordernisse der weiteren häuslichen Pflege vorzubereiten.

Die Mitarbeiter in der Pflege verfügen über umfangreiche geriatrierelevante Fort- und Weiterbildungen.

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 ZMA gestaltet werden.

Jedes Jahr nehmen ca. 3 Mitarbeiter der Klinik am Zercur-Basiskurs teil und durchlaufen im Weiteren die für den Erhalt der 180 h-Qualifikation erforderlichen Module.

Physiotherapie

- Einzeltherapien
- Gruppentherapien
- Versorgung mit Hilfsmitteln
- Angehörigenanleitung

Die Mitarbeiter verfügen über vielfältige Zusatzqualifikationen, u.a. Behandlungskonzept nach Bobath, PNF, Craniosacrale Therapie, Biomechanik unter neurolog. Aspekten, Kinesiotaping, viszerale Osteopathie, Atem- und Entspannungstherapie. Klangschalenthherapie.

Ergotherapie

- Einzeltherapien
- Gruppentherapien
- Versorgung mit Hilfsmitteln,
- Angehörigenanleitung

In der Ergotherapie bestehen ebenfalls mannigfaltige Zusatzqualifikationen, u.a. Perfetti, Affolter, Bobath, Feinmotoriktraining, Manuelle Techniken/Hand, Hirnleistungstraining, Sturzprophylaxe, Neglect-Behandlung, Entspannungsförderung bei Alzheimerpatienten, Integrative Validation, Ergotherapie bei Depressionen und Persönlichkeitsstörungen.

Rehabilitationskonzept Geriatrische Rehabilitation stationär

Logopädie

- Behandlung bei Sprach-, Stimm- und Sprechstörungen
- Behandlung von Schluckstörungen
- Angehörigenanleitung

Die Mitarbeitenden in der Logopädie sind u.a. nach dem F.O.T.T.-Konzept, Affolter, Bobath, PNF für Logopäden, TAKTKIN (Behandlung sprechmotorischer Störungen) fort- und weitergebildet. Es stehen eigene Räume für die Logopädische Therapie zur Verfügung.

Physikalische Medizin

- Packungen, Massagen, manuelle Lymphdrainage, Elektrotherapie, CO₂-Bäder, Phototherapie, Ultraschall, Kryotherapie

Psychologie/Neuropsychologie

- Diagnostik und Therapie von Hirnleistungsstörungen
- Stützende Gespräche bei psychischen Problemen
- Angebot von Entspannungsverfahren

Es stehen eigene Räumlichkeiten für Patienten- und Angehörigengespräche zur Verfügung.

Sozialdienst, Überleitungspflege

- Beratung und Unterstützung bei sozialen Fragen, z.B.
- Hilfe beim Pflege-Antrag, ggf. –Schnelleinstufung
- Organisation ambulanter Pflege
- Beratung zum Antrag auf Schwerbehinderung

Es stehen Räumlichkeiten für Pat.- und Angehörigengespräche zur Verfügung.

Seelsorgerische Betreuung

- Individuelle Kontaktaufnahme, ausgerichtet an den Wünschen und Bedürfnissen der Patienten
- Regelmäßig Andachten auf den geriatrischen Stationen vor Ort
- Gottesdienste in der Simeonkirche stehen Patienten des ZMA offen, für nicht ausreichend mobile Patienten werden die Andachten per Lautsprecher in die Patientenzimmer übertragen.

Belastungserprobung

Eine Reihe von Problemen im sozialen wie auch physio- oder ergotherapeutischen Bereich kann nur "vor Ort" gelöst werden. Dazu zählen z.B. die Belastungs- oder die Hilfsmittelerprobung, auch bei neuropsychologischen Ausfällen im Rahmen eines Schlaganfalls, bei beginnenden kognitiven Einbußen oder bei unklarem psychosozialen Umfeld (Hilfe durch Angehörige). Dabei soll der Übergang vom stationären zum ambulanten oder teilstationären Bereich vorbereitet und jene Maßnahmen sollen getroffen werden, die eine schonende und dauerhafte Rückkehr nach Hause fördern können.

Aus diesem Grunde ist gelegentlich die Durchführung einer stundenweisen oder maximal eine Nacht umfassenden Belastungserprobung eine wertvolle Hilfe in der Therapieplanung. Die Indikation wird im Rahmen der Teambesprechung erörtert und in der ärztlichen Visite mit Patienten und Angehörigen abgestimmt.

Anbindung an Akutgeriatrie und geriatrische Tagesklinik

Die stationäre geriatrische Rehabilitation bezieht nach Absprache die Einrichtungen und das Personal der geriatrischen Akutklinik und der Geriatrischen Tagesklinik mit ein, so lassen sich vielfältige Synergieeffekte nutzen.

Weiterhin können die medizinischen Fachabteilungen am Standort Kirchrode (Psychosomatik, Gynäkologie, Radiologie, Labor) und in der Marienstraße (z.B. Chirurgie, Innere Medizin – Kardiologie und Gastroenterologie, Neurologie, MKG-Abteilung, Nuklearmedizin usw.) sowie die Kliniken im DIAKOVERE Friederikenstift (z.B. Nephrologie, Urologie) und im DIAKOVERE Annastift genutzt werden.

Rehabilitationskonzept Geriatrische Rehabilitation stationär

Eine Reihe von Hilfsmitteln zur Erprobung für den häuslichen Bereich steht zur Verfügung, z.B. Probad (incl. Badewanneneinstiegshilfen, Haltegriffe, WC-Sitzerhöhung), verschiedene Mobilitätshilfen (u.a. hydraulisch verstellbare Thekenwagen, Rollatoren, Rollstühle in unterschiedlichen Ausführungen) oder verschiedene Hilfen für den ADL-Bereich (z.B. Griffverdickungen, Greifzange, Schuhzurichtungen, Safe-Hip-Protektoren, Anziehhilfen). Bei bestehender Indikation zur geriatrischen Rehabilitation, jedoch nicht mehr zwingend erforderlicher stationärer Behandlung, kann ein nahtloser Übergang in die teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik erfolgen.

13. Dokumentation und Qualitätssicherung

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 wöchentlichen 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 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, seit 2015 nach der DIN EN ISO 9001:2015. In 2019 wurde erstmals das vom Bundesverband 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.

Der Akutbereich wurde 2021 als AltersTraumaZentrum DGU® zertifiziert.

Daneben sind regelmäßige interne Audits etabliert. Seit 2012 nimmt die Klinik am QS-Reha-Verfahren zur externen Qualitätssicherung teil.

Regelmäßig 1x/Monat tagt 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.

Rehabilitationskonzept Geriatrische Rehabilitation stationär

14. Adressen der stationären Rehabilitation

Postanschrift

DIAKOVERE Henriettenstift
Zentrum für Medizin im Alter
Schwemannstraße 19
30559 Hannover

Telefon Sekretariat 0511/289 3222

Fax 0511/289 3004

Telefonische Anmeldungen von Patienten Kliniksekretariat Tel. 0511/289 3222

Email-Adresse geriatrie.dkh@diakovere.de

Homepage <http://www.diakovere.de>

Rehabilitationskonzept Geriatrische Rehabilitation stationär

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)

