

# Das Konzept der Geriatrischen Rehaklinik St. Ingbert



Behandlung mit Kompetenz



Das Einrichtungskonzept wurde in Zusammenarbeit mit den  
Mitarbeitern der Geriatrischen Rehaklinik erarbeitet.

Chefärztin: Christine Klasen

## Inhaltsverzeichnis

---

1	Zusammenfassung .....	6
2	Allgemeine Information .....	8
2.1	<b>Geriatric als Fachgebiet</b> .....	<b>8</b>
2.2	<b>Geriatric Rehabilitation</b> .....	<b>8</b>
2.3	<b>Geriatric Patienten</b> .....	<b>10</b>
2.3.1	Europäische Gesellschaften .....	10
2.3.2	Deutsche Gesellschaften .....	11
2.3.3	Medizinischer Dienst .....	11
2.3.4	Zusammenfassung .....	12
2.4	<b>Indikationen zur geriatric Rehabilitation</b> .....	<b>13</b>
2.4.1	Rehabilitationsbedürftigkeit .....	13
2.4.2	Rehabilitationsfähigkeit .....	14
2.4.3	Rehabilitationsziele .....	14
2.4.4	Rehabilitationsprognose .....	15
2.4.5	Zusammenfassung .....	15
2.5	<b>Kontraindikationen für eine Aufnahme in der Geriatric Rehaklinik St. Ingbert</b> ...	<b>16</b>
2.6	<b>Das Einweisungsverfahren</b> .....	<b>16</b>
2.6.1	Die Antragstellung .....	16
2.6.2	Unterschiede zur fachspezifischen Rehabilitation .....	17
2.6.3	Unterschiede zur Krankenhauseinweisung .....	17
3	Die Kompetenz unserer Mitarbeiter .....	18
3.1	<b>Ärzte</b> .....	<b>18</b>
3.2	<b>Ergotherapeuten</b> .....	<b>19</b>
3.3	<b>Logopäde</b> .....	<b>20</b>
3.4	<b>Pflegedienst</b> .....	<b>20</b>
3.5	<b>Physiotherapeuten</b> .....	<b>21</b>
3.6	<b>Psychologie</b> .....	<b>21</b>
3.7	<b>Sozialdienst</b> .....	<b>21</b>
3.8	<b>Ernährungsberatung</b> .....	<b>21</b>
4	Angeborene Therapien .....	22
4.1	<b>Affolter</b> .....	<b>22</b>
4.2	<b>Alexander</b> .....	<b>22</b>
4.3	<b>Basale Stimulation</b> .....	<b>22</b>

---

<b>4.4</b>	<b>Bobath</b> .....	<b>22</b>
<b>4.5</b>	<b>Brain Gym</b> .....	<b>22</b>
<b>4.6</b>	<b>Cyriax</b> .....	<b>23</b>
<b>4.7</b>	<b>Kaltenborn</b> .....	<b>23</b>
<b>4.8</b>	<b>Kinesthetik</b> .....	<b>23</b>
<b>4.10</b>	<b>Manuelle Therapie</b> .....	<b>23</b>
<b>4.11</b>	<b>McKenzie</b> .....	<b>24</b>
<b>4.12</b>	<b>Neuropsychologie</b> .....	<b>24</b>
<b>4.13</b>	<b>NLP</b> .....	<b>24</b>
<b>4.14</b>	<b>PNF</b> .....	<b>24</b>
<b>4.15</b>	<b>Reflexzonentherapie</b> .....	<b>24</b>
<b>4.16</b>	<b>Rehasport</b> .....	<b>25</b>
<b>4.17</b>	<b>Rückenschule</b> .....	<b>25</b>
<b>4.18</b>	<b>Sensorische Integration</b> .....	<b>25</b>
<b>4.19</b>	<b>Verhaltenstherapie</b> .....	<b>25</b>
<b>5</b>	<b>Aufgaben der Ärzte</b> .....	<b>26</b>
<b>5.1</b>	<b>Diagnostik</b> .....	<b>26</b>
<b>5.2</b>	<b>Therapie</b> .....	<b>27</b>
<b>5.3</b>	<b>Kooperationen</b> .....	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>Unsere Einzeltherapien</b> .....	<b>28</b>
<b>6.1</b>	<b>Ergotherapie</b> .....	<b>28</b>
6.1.1	Selbsthilfetraining .....	29
6.1.2	Motorisch-funktionelle Therapie .....	29
6.1.3	Wahrnehmungstraining .....	29
6.1.4	Wasch- u. Anziehtraining .....	30
6.1.5	Therapiematerial .....	30
<b>6.2</b>	<b>Logopädie</b> .....	<b>30</b>
6.2.1	Aphasie .....	31
6.2.2	Dysarthrophonie .....	32
6.2.3	Dysphagie .....	33
6.2.4	Sprechapraxie .....	33
6.2.5	funktionelle Störungen .....	34
<b>6.3</b>	<b>Pflegedienst</b> .....	<b>35</b>

6.3.1	Pflegeorganisation .....	35
6.3.2	Therapieinhalte .....	36
6.3.3	Dekubitusmanagement .....	37
<b>6.4</b>	<b>Physikalische Therapie .....</b>	<b>38</b>
<b>6.5</b>	<b>Physiotherapie .....</b>	<b>38</b>
6.5.1	Allgemeine Therapieinhalte .....	39
6.5.2	Spezielle Therapieinhalte .....	40
6.5.3	Therapieziele .....	40
<b>6.6</b>	<b>Ernährungstherapie .....</b>	<b>21</b>
<b>6.7</b>	<b>Psychologie .....</b>	<b>41</b>
6.7.1	Psychologische Schwerpunkte .....	41
6.7.2	Kognitive Schwerpunkte .....	41
<b>6.8</b>	<b>Seelsorge .....</b>	<b>43</b>
<b>6.9</b>	<b>Sekretariat.....</b>	<b>43</b>
<b>6.10</b>	<b>Sozialdienst .....</b>	<b>43</b>
<b>7</b>	<b>Unsere Gruppentherapien .....</b>	<b>46</b>
<b>7.1</b>	<b>Ergotherapie .....</b>	<b>46</b>
7.1.1	Frühstückstraining.....	46
7.1.2	Aktiv werden .....	46
7.1.3	Denk mit im Alltag .....	46
7.1.4	Therapie mit Peddigrohr .....	47
7.1.5	Therapie mit Seide.....	47
7.1.6	Therapie mit Therakitt.....	47
7.1.7	Therapie mit Ton.....	47
<b>7.2</b>	<b>Logopädie .....</b>	<b>499</b>
7.2.1	Sprache und Ausdruck.....	49
<b>7.3</b>	<b>Physiotherapie .....</b>	<b>49</b>
7.3.1	Hemigymnastik .....	49
7.3.2	Kreislaufttraining .....	49
7.3.3	Bewegung mit Musik.....	50
7.3.4	Funktionsgymnastik .....	50
7.3.5	Beingymnastik.....	50
7.3.6	Krafttraining.....	50
7.3.7	Sturzprävention.....	50
7.3.8	Gehtraining im Gelände .....	50
<b>7.4</b>	<b>Psychologie .....</b>	<b>51</b>
7.4.1	Entspannungstherapie .....	51
7.4.2	Gesprächstherapie.....	51
7.4.3	Therapie am Computer .....	51
<b>7.5</b>	<b>Pflegedienst.....</b>	<b>51</b>

---

<b>7.6</b>	<b>Sozialdienst .....</b>	<b>51</b>
<b>8</b>	<b>Qualitätssicherung.....</b>	<b>52</b>
<b>8.1</b>	<b>Strukturqualität .....</b>	<b>52</b>
8.1.1	Die Zimmer .....	52
8.1.2	Flure und Aufenthaltsräume.....	52
8.1.3	Medizinische Diagnostik .....	53
8.1.4	Therapieräume.....	53
8.1.5	Der Park.....	53
<b>8.2</b>	<b>Prozessqualität.....</b>	<b>53</b>
8.2.1	Aufnahme in der Klinik .....	54
8.2.2	Assessment und Team .....	54
8.2.3	Stationäre Patienten .....	55
8.2.4	Ambulante Patienten.....	56
8.2.5	Beschwerdemanagement .....	57
8.2.6	Fehlermanagement.....	57
<b>8.3</b>	<b>Ergebnisqualität .....</b>	<b>58</b>
<b>9</b>	<b>Kontaktdaten .....</b>	<b>58</b>

Die Aktualisierung erfolgt bei organisatorischen Änderungen.

Eine Überprüfung des Inhaltes erfolgt alle 3 Jahre

Verantwortlich: Leitung Geriatrische Rehaklinik

## 1 Zusammenfassung

Die Geriatrische Rehaklinik, ein Teil der Kreiskrankenhaus St. Ingbert GmbH, steht unter der Trägerschaft des Saarpfalz-Kreises. Am 1. April 1998 wurde die Geriatrische Rehaklinik in Betrieb genommen. Sie umfasst 50 stationäre Betten und 10 ambulante Therapieplätze. Sie bietet Platz für 60 stationäre und 10 ambulante Therapieplätze. Durch das bestehende Qualitätsmanagementsystem der Kreiskrankenhaus St. Ingbert GmbH wurde im Jahr 2000 die Geriatrische Rehaklinik als erste im Saarland und als vierte Klinik in Deutschland nach DIN EN ISO 9001 erfolgreich zertifiziert.

Aufgabe der Klinik ist die umfassende Rehabilitation geriatrischer Patienten, insbesondere nach akuten oder sich verschlechternden chronischen internistischen, neurologischen, chirurgischen oder orthopädischen Erkrankungen (z. B. Schlaganfall, Schenkelhalsfraktur usw.). Das Konzept der Rehabilitation beruht auf der intensiven Zusammenarbeit zwischen dem Ärzteteam, der Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie und dem Sozialdienst. Aufgrund der Multimorbidität geriatrischer Patienten können notwendige Behandlungen in der Akutklinik durchgeführt werden

Die Geriatrische Rehabilitation schließt alle Leistungen ein, die darauf ausgerichtet sind

- eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw.
- eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermeiden oder deren Verschlimmerung zu verhüten.

Teilhabe ist – unter Bezug auf die Terminologie und Definitionen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO – das Einbezogensein einer Person in verschiedene Lebensbereiche (Lernen und Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche, Gemeinschaftsleben, soziales und staatsbürgerliches Leben). Die konkrete Gestaltung von Teilhabe ist immer abhängig von der individuellen Lebenssituation; damit ist eine Normierung von Teilhabe ausgeschlossen.

Geriatrische Patienten sind ältere, medizinisch instabile Menschen, deren Fähigkeit zur Selbstpflege und selbstständigen Alltagsbewältigung durch mindestens zwei behandlungsbedürftige akute oder chronische Erkrankungen bedroht, eingeschränkt oder aufgehoben ist. Die Krankheiten können fast alle konservativen und operativen Fachgebiete

betreffen. Sie verursachen Funktionseinschränkungen bei den alltagsrelevanten menschlichen Grundbedürfnissen wie Ernährung, Hygiene, Kommunikation und Mobilität im häuslichen Umfeld. Dadurch werden diese Patienten hilfsbedürftig.

Da die Patienten aufgrund der Multimorbidität in ihren körperlichen, geistigen und psychischen Funktionen betroffen sind, kann man nur durch eine ganzheitliche Therapie eine Besserung erreichen. Deshalb arbeiten Ärzte, Therapeuten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes in unserem Team eng und fachübergreifend zusammen und können dadurch den Patienten in seiner ganzen Individualität behandeln. Dies betrifft die Beurteilung der Funktionsdefizite und Ressourcen, die Durchführung aufeinander abgestimmter medizinischer und rehabilitativer Therapien und die Wiedereingliederung in das soziale Umfeld. Nur durch diese Teamarbeit kann geriatrischen Patienten die Selbstständigkeit im Alltag gefördert und erreicht werden.

Neben der Bereitschaft zur Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team ist die fachliche Kompetenz der einzelnen Mitarbeiter von entscheidender Bedeutung für unseren auch im bundesweiten Qualitätsmanagement nachgewiesenen Erfolg. Sie haben ergänzend zu der beruflichen „Grundausbildung“ Zusatzqualifikationen erworben oder umfangreiche Erfahrung in anderen medizinischen Gebieten.

Die Therapien werden in Einzel- und Gruppentherapien durchgeführt. In den Einzeltherapien wird versucht, den Patienten einem Therapeuten zuzuordnen, der entsprechend seiner Zusatzqualifikation die Funktionsstörungen am besten behandeln kann. In den jeweiligen Gruppentherapien werden sehr differenzierte Schwerpunkte gelegt. Dadurch können die Patienten mit ähnlichen Funktionsstörungen auch in der Gruppe gezielt gefördert werden.

Nicht zuletzt profitieren die Patienten von der modernen, unter therapeutischen Gesichtspunkten gebauten Einrichtung. Alle Patienten können ihr Bett elektrisch verstellen, die Bäder sind behindertengerecht und die Therapieräume sehr funktionell eingerichtet, die Flure breit, die Treppenstufen farblich abgehoben, die Beschilderung groß usw.

Insgesamt wurde die Klinik speziell für Bedürfnisse von geriatrischen Patienten optimiert.



## 2 Allgemeine Information

### 2.1 Geriatrie als Fachgebiet

Geriatrie ist das medizinische Fachgebiet für die Alterungsprozesse und die präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Aspekte der Erkrankungen alter Menschen.

Die gesundheitliche Gesamtsituation alter Menschen wird häufig durch das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Krankheiten und deren Folgen, altersbedingter Veränderungen sowie gesundheitlich relevanter Lebensumstände und Lebensgewohnheiten geprägt. Dies erfordert speziell auf die Situation der alten und in besonderem Maße hilfsbedürftigen Menschen abgestimmte komplexe Behandlungs- bzw. Rehabilitationsangebote (Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes).

Geriatrie heißt nicht, die medizinischen oder rehabilitativen Methoden, die bei Patienten im mittleren Alter angewendet werden, unverändert auf alte und sehr alte Menschen zu übertragen. Geriatrie denkt und handelt mehr im Sinne einer ganzheitlichen Medizin.

- Mit dem Alterungsprozess ändern sich Struktur und Funktion des menschlichen Organismus. Normwerte sind verändert und müssen anders interpretiert werden.
- Physiologische Altersveränderungen beeinflussen in vielfältiger Form Entstehung, Verlauf und Prognose der Erkrankungen und die Wirkung von Medikamenten.
- Krankheitsbilder haben im Alter ein anderes Gewicht. Sie zeigen oft eine uncharakteristische Symptomatik und einen atypischen Verlauf.
- Der Gesundheitszustand ist ein Spiegel des Spannungsfeldes von körperlichen und psychischen Veränderungen. Die Anpassungsfähigkeit des Patienten ist vermindert.
- Es ist erforderlich, bestimmte Maßnahmen zu gewichten und die Zahl dieser Maßnahmen zu begrenzen.
- Geriatrie beinhaltet die Zusammenarbeit mit Angehörigen und lebt von der Kooperation mit benachbarten Berufsgruppen.

### 2.2 Geriatrie Rehabilitation

Rehabilitation schließt alle Leistungen ein, die darauf gerichtet sind,

- eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw.



- eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (MDS).

Bei geriatrischen Patienten besteht aufgrund von Multimorbidität und Komplikationen die Notwendigkeit gleichzeitiger akutmedizinischer Behandlung bzw. Überwachung und rehabilitativer Maßnahmen. Dabei können die Anteile im Behandlungsverlauf unterschiedlich gewichtet sein. Damit befinden sich die geriatrischen Patienten mit ihren wechselnden Behandlungsschwerpunkten leistungsrechtlich an der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung (MDS).

Bei diesen Patienten müssen die durch den Krankheitsverlauf veränderten körperlichen, geistigen und sozialen Bedingungen ebenso wie die persönlichen Ziel- und Wertvorstellungen jedes einzelnen individuell berücksichtigt werden. Dies erfordert ein ganzheitliches Behandlungskonzept. Eine nach den einzelnen Körperorganen strukturierte medizinische und rehabilitative Therapie würde dem geriatrischen Patienten nicht gerecht werden.

Daraus leiten sich allgemeine Therapieprinzipien ab:

- Die Patienten werden motiviert, körperlich und geistig aktiviert und wenn möglich angeleitet, die erreichten Fortschritte eigenständig im Stationsalltag zu festigen.
- Die Patienten werden gefordert, aber nie überfordert.
- Bei den Aktivitäten des täglichen Lebens erhalten die Patienten gerade so viel Unterstützung, dass sie diese möglichst selbstständig durchführen können. Die Therapeuten begleiten die Patienten, bis diese ihr Ziel erreicht haben.
- Die in jeder Abteilung erreichten Funktionsverbesserungen werden in die Therapien der anderen Abteilungen integriert. Diese fachübergreifende Zusammenarbeit ist ein grundlegendes Therapieprinzip.

Die Therapiestandards der Geriatrischen Rehaklinik sind nach den Leitlinien der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ausgerichtet.

Eine geriatrische Rehabilitation kann sowohl stationär als auch ambulant erfolgen. Sowohl für ambulante, wie auch für stationäre Rehabilitation gilt:

- Es muss eine geriatrische Rehabilitationsfähigkeit bestehen.
- Es muss eine positive Rehabilitationsprognose auf der Grundlage eines realistischen alltagsrelevanten Rehabilitationsziels vorhanden sein.
- Es dürfen keine Ausschlusskriterien vorliegen.
- Pflegebedürftigkeit stellt kein Ausschlusskriterium dar.

Eine **stationäre Maßnahme** ist indiziert, wenn Art oder Ausmaß der Schädigungen oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten eine pflegerische Betreuung oder ärztliche Überwachung in einem Umfang erfordern, der in einer ambulanten Einrichtung nicht zu leisten ist oder wenn die begründete Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld besteht:

Die **ambulante** geriatrische Rehabilitation ist indiziert, wenn die individuellen Voraussetzungen für diese Art der Rehabilitation erfüllt sind. Sie hat nicht nur eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich erst aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung der Schädigungen, Beeinträchtigungen und Kontextfaktoren sowie der individuellen Voraussetzungen. Die Rehabilitationseinrichtung muss in einer zumutbaren Fahrzeit erreichbar sein. Das Kriterium „zumutbare Fahrzeit“ sollte nicht zu weit ausgelegt werden, da sich eine belastende Anreise ungünstig auf das Reha-Ergebnis auswirkt. In der Regel sollte eine Fahrzeit für den einfachen Weg von 30 Minuten nicht überschritten werden. Die häusliche sowie sonstige medizinische Versorgung des Rehabilitanden muss während der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme sichergestellt sein.

## 2.3 Geriatrische Patienten

### 2.3.1 Europäische Gesellschaften

Die zentraleuropäische Arbeitsgemeinschaft gerontologisch-geriatrischer Gesellschaften definiert geriatrische Patienten als biologisch ältere Patienten,

- die durch altersbedingte Funktionseinschränkungen bei Erkrankungen akut gefährdet sind,
- die zu Multimorbidität neigen und
- bei denen ein besonderer Handlungsbedarf rehabilitativ, somatopsychisch und psychosozial besteht.
- Durch die Wirkungen und Wechselwirkungen multipler Erkrankungen und Behinderungen ist die Fähigkeit zur Selbstpflege und selbstständigen Alltagsbewältigung eingeschränkt oder bedroht.

Die gesundheitliche Situation geriatrischer Patienten muss multidimensional erfasst werden, d. h. Diagnostik und Interventionen müssen die körperliche und die psychische Ebene sowie das personelle und materielle Umfeld in ihren Wechselwirkungen berücksichtigen. Nicht eine einzelne Diagnose oder Funktionsstörung ist für das therapeutische Vorgehen entscheidend, sondern immer das Gesamtbild der Patienten, das sich sehr individuell aus zahlreichen Facetten (Haupt- und Nebendiagnosen, körperlicher und geistiger Funktionszustand, psychische Verfassung, soziale Situation) zusammensetzt.

### 2.3.2 Deutsche Gesellschaften

Die Deutschen Gesellschaften für Geriatrie und für Gerontologie und Geriatrie haben Geriatrische Patienten definiert durch

- Geriatrietypische Multimorbidität und
- höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter),

wobei die geriatrietypische Multimorbidität hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen ist oder durch

- ein Alter von 80 Jahren oder älter

auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. wegen des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen, der Gefahr der Chronifizierung sowie des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

### 2.3.3 Medizinischer Dienst

In der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation geht der MDS von einem geriatrischen Patienten aus, wenn beide nachfolgend genannten Kriterien erfüllt sind:

- geriatrietypische Multimorbidität und
- höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter; Abweichungen von diesem strikten Kriterium sind möglich, bedürfen jedoch einer Begründung).

Das geriatrietypische der Multimorbidität ist eine Kombination der nachfolgend genannten Merkmalkomplexe a) und b), ggf. in Kombination mit c):

a) Vorhandensein von Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen sowie alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten in variabler Kombination i. S. eines geriatrischen Syndroms.

b) Relativ hohes Risiko – gegenüber nicht geriatrischen Patienten – der Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit.

c) Relativ hohes Risiko – gegenüber nicht geriatrischen Patienten – von Krankheitskomplikationen (Thrombosen, interkurrente Infektionen, Frakturen, verzögerte Rekonvaleszenz u. a.).

Ein Patient ist multimorbide, wenn er multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen bei mindestens zwei behandlungsbedürftigen Erkrankungen aufweist.

Behandlungsbedürftig heißt, dass die aus diesen Erkrankungen entstehenden Gesundheitsprobleme bzw. die resultierenden Schädigungen von Körperfunktionen und/oder Körperstrukturen während der Rehabilitationsleistung engmaschig ärztlich überwacht und bei der Therapie berücksichtigt werden müssen.

## 2.3.4 Zusammenfassung

Geriatrische Patienten sind also ältere Menschen, deren Fähigkeit zur Selbstpflege und selbstständigen Alltagsbewältigung durch mindestens zwei behandlungsbedürftige akute oder chronische Erkrankungen bedroht, eingeschränkt oder aufgehoben ist.

Im Folgenden sind Beispiele unterschiedlicher Erkrankungen aufgeführt:

- Knochen: Knochenbrüche oder künstlicher Gelenkersatz, Osteoporose, Verschleißerscheinungen an Wirbelsäule oder Gelenken
- Nervensystem: Schlaganfall mit Lähmungen oder Sprachstörungen, M. Parkinson, Polyneuropathie, Hirnleistungsdefizite bzw. Demenz
- Herz: Herzinfarkt, Herzschwäche, nach Bypass- oder anderer Herzoperation
- Kreislauf: Durchblutungsstörungen der Beingefäße, nach Bypass-Operation oder Amputation, chronische Venenleiden
- Stoffwechsel: Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen, Dialyse
- Sonstige: Lungenentzündung, chronische Bronchitis, schwere Infektionen, Tumorerkrankungen, nach Magen-Darm- oder gynäkologischen Operationen, allgemeine Schwäche und Immobilität nach langer akutmedizinischer Behandlung, Sturzkrankheit, chronische Schmerzzustände, u. v. m.

Diese Erkrankungen können alltagsrelevante Grundbedürfnisse verschlechtern:

- Mobilität: Aufstehen, hinsetzen, gehen, Treppen steigen, Gehsicherheit
- Hygiene: Toilette benutzen, waschen, an- und auskleiden, Zähne putzen, frisieren
- Ernährung: Essen, trinken, Nahrung zubereiten
- Kommunikation: Sprechen, verstehen, sich mitteilen können
- Psyche: Denken, konzentrieren, merken, Handlungsplanung

- Sonstiges: Selbsteinschätzung, soziale Eingliederung, ...

## 2.4 Indikationen zur geriatrischen Rehabilitation

Danach ist die geriatrische Rehabilitation indiziert, wenn folgende vier Bedingungen erfüllt sind (MDS):

### 2.4.1 Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit liegt vor, wenn

- eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw.
- eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten ist.

Bei geriatrischen Patienten betreffen diese Beeinträchtigungen vor allem alltagsrelevante menschliche Grundbedürfnisse wie

- Die Selbstversorgung: z. B. Ernährung, Körperpflege oder Exkretion betreffend, deren Beeinträchtigung zur Abhängigkeit von fremder Hilfe oder Pflegebedürftigkeit führen kann.
- Die Fortbewegung, deren Beeinträchtigung ein Leben der Patienten außerhalb ihrer Wohnung verhindern und so zu deren sozialer Isolation führen kann.
- Das Verhalten, z. B. als Folge einer vorübergehenden Verwirrtheit, dessen Beeinträchtigung zu Störungen in der Orientierung und sozialen Integration führen kann.
- Die Kommunikation, z. B. Sprachverständnis, Sprachvermögen, Hören oder Sehen mit der Folge der Beeinträchtigung der örtlichen oder räumlichen Orientierung.
- Die körperliche Beweglichkeit, deren Einschränkung z. B. zur Beeinträchtigung der Selbstversorgung führen kann.
- Die Geschicklichkeit z. B. bei manuellen Aktivitäten, deren Einschränkung z. B. zu Beeinträchtigungen der Beschäftigung oder der Haushaltsführung führen kann.
- Die Strukturierung des Tagesablaufes, die zu vielfältiger Beeinträchtigung der Teilhabe führen kann.

## 2.4.2 Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähig sind Versicherte, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und die Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzen.

Geriatrische Patienten verfügen über eine herabgesetzte körperliche, psychische oder geistige Belastbarkeit und zeichnen sich durch größere Hilfsbedürftigkeit aus. Damit auch diese Patienten die erforderlichen, auf ihre speziellen Bedürfnisse zugeschnittenen Rehabilitationsleistungen erhalten, sind niedrighschwelligere Einschlusskriterien für die Indikationsstellung einer geriatrischen Rehabilitation zu berücksichtigen. Einschlusskriterien sind:

- Die vitalen Parameter sind stabil.
- Die bestehenden Begleiterkrankungen, Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen und die typischen Komplikationen können vom ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personal der geriatrischen Einrichtung behandelt werden.
- Die Stabilität des Kreislaufs und die allgemeine psychische und physische Belastbarkeit des Patienten erlauben, dass er mehrmals täglich aktiv an rehabilitativen Maßnahmen teilnehmen kann.

Erkrankungen oder Funktionsstörungen, die die Möglichkeit einer effektiven Mitarbeit der Patienten in den Therapien verhindern, wären Ausschlusskriterien.

## 2.4.3 Rehabilitationsziele

Realistische, für die Versicherten alltagsrelevante Rehabilitationsziele leiten sich aus den Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Teilhabe ab (siehe Rehabilitationsbedürftigkeit).

Generelle Rehabilitationsziele können die vollständige oder größtmögliche Wiederherstellung des Ausgangsniveaus der Aktivitäten oder Teilhabe sein. Ebenso können Ersatzstrategien oder verbliebene Funktionen oder Aktivitäten genutzt oder Umweltbedingungen an die bestehenden Beeinträchtigungen angepasst werden.

Das allgemeine Rehabilitationsziel der Geriatrie ist die dauerhafte Wiedergewinnung, Verbesserung oder Erhaltung der Selbstständigkeit bei den alltäglichen Verrichtungen, damit ein langfristiges Verbleiben in der gewünschten Umgebung möglich wird.

Dies sind bei der körperlichen Selbstständigkeit z. B. folgende Fähigkeiten:

- Erreichen des Bett-Rollstuhl-Transfers

- Verbesserung der Rollstuhlfähigkeit
- Erreichen der Stehfähigkeit
- Gehfähigkeit innerhalb und außerhalb der Wohnung
- Gehfähigkeit über mehrere Treppenstufen
- Selbstständiges An- und Auskleiden
- Erreichen der Selbstständigkeit des Toilettenganges und der persönlichen Hygiene
- Selbstständige Nahrungsaufnahme
- Tagesstrukturierung

Bei der geistigen Selbstständigkeit ist dies z. B.

- Eigenverantwortung
- Konzentration und Merkfähigkeit
- Handlungsplanung
- Logisches Denken
- Verstehen, Wortfindung und Sprechen

## 2.4.4 Rehabilitationsprognose

Der Gutachter muss einschätzen, ob durch die Leistungen der geriatrischen Rehabilitation ein realistisches Rehabilitationsziel unter Berücksichtigung der Erkrankungen, Behinderungen und der Rehabilitationsfähigkeit in einem notwendigen Zeitraum erreichbar ist.

Der unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren anzustrebende Grad der Selbstständigkeit ergibt sich aus der Alltagskompetenz, welche die Patienten vor Auftreten der Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Teilhabe hatten und somit die aktuelle Rehabilitationsbedürftigkeit begründet.

## 2.4.5 Zusammenfassung

Eine Indikation zur geriatrischen Rehabilitation besteht dann, wenn bei geriatrischen Patienten die Fähigkeit zur Selbstpflege und selbstständigen Alltagsbewältigung eingeschränkt ist oder eine entsprechende Einschränkung droht. Die Patienten müssen mitarbeiten können und die Ziele müssen erreichbar sein.



## 2.5 Kontraindikationen für eine Aufnahme in der Geriatrischen Rehaklinik St. Ingbert

- Da die Rehaklinik keine geschlossene Abteilung hat und eine offene Einrichtung ist, sind Patienten mit ausgeprägter Weglauftendenz für eine Rehamaßnahme nicht geeignet und können daher nicht aufgenommen werden.
- Sofern keine Isolationsmöglichkeit besteht (insbesondere in Hochbelegungszeiten), können Patienten, die isoliert werden müssen (Covid, MRSA, Clostridien, Noro usw.), nicht aufgenommen werden.
- Patienten, die sauerstoffpflichtig sind, können nur aufgenommen werden, wenn ein eigenes Sauerstoffgerät mitgebracht wird, da keine Sauerstoffwandanschlüsse in den Zimmern der Rehaklinik existieren.
- Des Weiteren können Patienten mit erheblichem Übergewicht (über 130 kg) nicht aufgenommen werden, da die Einrichtung (z.B. Bett, Toilette, Rollstuhl, Patientenlifter usw.) dafür nicht ausgelegt ist.

Weitere generelle Einschränkungen für eine Aufnahme in der Geriatrischen Rehaklinik St. Ingbert bestehen nicht, jedoch wird im Einzelfall auch bei anderen Umständen überprüft, ob die Durchführung der Rehamaßnahme möglich und vertretbar ist..

## 2.6 Das Einweisungsverfahren

### 2.6.1 Die Antragstellung

- Der Arzt im Krankenhaus oder der Hausarzt prüft bei den Patienten die Rehabedürftigkeit, Refähigkeit, Rehazielen und Rehaprognose. Sind die Voraussetzungen zur geriatrischen Rehabilitation erfüllt, stellt er ggf. zusammen mit dem Sozialdienst einen Rehaantrag. Ebenso kann der medizinische Dienst im Rahmen der Pflegebegutachtung eine Empfehlung für eine Rehamaßnahme aussprechen.
- Der mögliche Entlassungstermin aus dem Krankenhaus bzw. der Aufnahmetag in der Rehaklinik kann schon auf dem Antrag vermerkt werden. Dieser Antrag wird der entsprechenden Krankenkasse zugesandt.
- Die Mitarbeiter der Krankenkassen prüfen den Antrag und entscheiden über die Kostenübernahme.

- Wenn die Krankenkasse die Rehabilitationsmaßnahme bewilligt, kann der Patient aufgenommen werden. Dies gilt sowohl für gesetzlich versicherte Patienten als auch für Privatpatienten.
- Reicht die vorgesehene Behandlungsdauer von in der Regel drei Wochen nicht aus, kann die Rehabilitation auf Antrag des zuständigen Arztes der Rehaklinik verlängert werden. Hierüber entscheiden ebenfalls die Mitarbeiter der Krankenkassen, die ggf. Rücksprache mit dem Medizinischen Dienst halten.

### 2.6.2 Unterschiede zur fachspezifischen Rehabilitation

- Die Fähigkeit zur Selbstversorgung ist das Therapieziel und nicht die Voraussetzung zur Rehabilitation.
- Kostenträger sind die gesetzlichen und privaten Krankenkassen und nicht die Rentenversicherungsträger.
- Inhaltliche Unterschiede wurden in den beiden vorangehenden Kapiteln ausführlich erläutert.

### 2.6.3 Unterschiede zur Krankenhauseinweisung

- Niedergelassene Ärzte können nicht eigenverantwortlich in die geriatrische Rehaklinik einweisen.
- Krankenhausärzte dürfen nicht einfach verlegen. Vor der Aufnahme in der Rehaklinik ist die Kostenzusage der Krankenkassen erforderlich.

### 3 Die Kompetenz unserer Mitarbeiter

Bei den geriatrischen Patienten sind im Laufe der Jahre viele chronische Erkrankungen aufgetreten, die mehrere Organsysteme betreffen. So leidet z. B. ein Patient aktuell an den Folgen eines Schlaganfalls, hatte vor wenigen Jahren einen Herzinfarkt und nachfolgend eine Herzschwäche, seit vielen Jahren einen Diabetes mellitus und immer wieder Rückenschmerzen, weil die Bandscheiben geschädigt sind. Aufgrund der durch die unterschiedlichsten Krankheitsbilder gekennzeichneten Patienten ist für eine moderne, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung ein Ärzteteam mit Erfahrungen in mehreren Gebieten erforderlich.

Die verschiedenen Erkrankungen verursachen Funktionsstörungen im neurologischen, orthopädischen und internistischen Bereich. Zu deren Behandlung wurden Methoden entwickelt, die die spezifischen Ausfälle besonders berücksichtigen. Deshalb ist auch im therapeutischen Bereich die fachinterne Weiterbildung wichtig, um eine qualifizierte Rehabilitation zu gewährleisten.

Im Haus finden in regelmäßigen Abständen Fortbildungen zu geriatrischen Themen für das komplette therapeutische Team statt. Ebenso nehmen alle Mitarbeiter jährlich an Pflichtfortbildungen (Hygiene, Brandschutz, Notfallmaßnahmen, Datenschutz.....) teil.

Der ärztliche Dienst hat im Zusammenhang mit dem Akutkrankenhaus weitere Fortbildungsmöglichkeiten und steht dafür auch als Referenten zu geriatrietypischen Themen zur Verfügung. Entsprechende Fortbildungen werden auch für die Pflege angeboten.

Ebenso nehmen Ärzte, Therapeuten, Pflege und Sozialdienst auch an außerhäuslichen Fortbildungen, Schulungen und Kongressen teil.

Die Fachärzte der Abteilung nehmen regelmäßig an Fortbildungen zur Aufrechterhaltung ihres Fortbildungszertifikats teil.

Im Folgenden sind Beispiele für externe Fort- und Weiterbildungen, die Teilnahme an Grund- und Aufbaukursen mit und ohne Zertifikat, die Teilnahme an Fortbildungsseminaren und die zum Teil mehrjährigen beruflichen Erfahrungen der Mitarbeiter in den einzelnen Abteilungen aufgelistet (ohne Anspruch auf Vollständigkeit).

#### 3.1 Ärzte

- Fachärzte für Innere Medizin
- Fachärzte für Allgemeinmedizin

- Mehrjährige praktische Erfahrung in Chirurgie
- Geriater/innen
- Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
- Fachkunde Rettungsdienst
- Fachkunde Strahlenschutz
- Hygienebeauftragte Ärztin
- Kurse zur Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie: Elektrotherapie, Balneologie, Massage, Ergotherapie, Hilfsmittelversorgung

Die Geriatrie ist direkt mit dem Akutkrankenhaus verbunden. Hier stehen uns folgende Fachärzte konsiliarisch zur Verfügung:

- Fachärzte für Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie und Viszeralchirurgie
- Fachärzte für Innere Medizin, Gastroenterologie, Kardiologie, Intensiv- und Notfallmedizin
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

## 3.2 Ergotherapeuten

- Therapie nach Bobath für Ergotherapeuten
- Manuelle Therapie Finger bis Schulter für Ergotherapeuten
- PNF für Ergotherapeuten
- Affolter-Konzept
- Lymphdrainage
- Basale Stimulation
- Kunst- und Gestaltungstherapie
- Kinästhetik
- Manuelle Wirbel- und Gelenktherapie
- Sensorische Integration
- Alexander-Technik
- Schienenkurs obere Extremität
- Brain Gym

- Therapeutische Pflege unter Berücksichtigung des Bobath- und Affolterkonzeptes
- Schonende und mobilisierende Behandlung von geriatrischen Patienten
- Wahrnehmungsbehandlung bei erwachsenen neurologischen Patienten
- Ursachen, Vorbeugung und Behandlung von hemiplegiebedingten Schulterproblemen
- Diagnostik und Therapie bei taktilen, vestibulären und propriozeptiven Störungen

### 3.3 Logopäde

- Aphasie
- Dysphagie
- Erhaltung der Sprachproduktion bei Demenz
- Funktionelle Stimmtherapie
- Behandlung von Facialisparesen

### 3.4 Pflegedienst

- Es sind Pflegekräfte verschiedener Berufsgruppen vorhanden (z.B. Pflegefachkräfte, Altenpfleger/innen, zusätzlich Pflegefachhelfer/innen, Patientenservice, Teamassistent/innen)
- Viele Pflegekräfte besitzen langjährige Erfahrung in fachspezifischer und geriatrischer Rehabilitation
- Stationsleitung
- Ausbildung als Praxisanleiterin

### 3.5 Physiotherapeuten

- Therapie nach Bobath für Physiotherapeuten
- PNF für Physiotherapeuten
- Therapie nach McKenzie
- Manuelle Therapie
- Manuelle Lymphdrainage

- Reflexzonentherapie
- Rückenschule
- Nordic Walking
- Funktionsanalyse bei Schmerzen am Bewegungsapparat
- Befund und Behandlung von Wirbelsäule und Schulter
- Die operativ versorgte Schulter
- Basale Stimulation
- Kinästhetik
- Kinesiotape
- Ernährungsberater DGE

## **3.6 Psychologie**

- Diplom-Psychologe/in
- Psychologische Psychotherapeut/in
- Klinische Neuropsychologe/in

## **3.7 Sozialdienst**

- Diplom-Sozialarbeiter/in und Sozialpädagoge/in

## **3.8 Ernährungsberatung**

- Diplom-Diätassistent/in

## **4 Angebotene Therapien**

### **4.1 Affolter**

Patienten mit Wahrnehmungsproblemen können bestimmte Handlungsabläufe nicht mehr ausführen. Die Patienten werden mit dieser Interaktionstherapie gezielt an Händen und Körper während alltäglicher Handlungen geführt und lernen die Bewegungen praktisch und alltagsbezogen. Verbale Anleitung wird dabei vermieden, um die Konzentration auf die taktilen Informationen zu verstärken.

### **4.2 Alexander**

Dies ist eine Methode zur Veränderung von Bewegungs- und Verhaltensmustern. Ziel ist die aufrechte Kopf- und Körperhaltung. Die zunächst verbalen und dann sensorischen Korrekturen werden so lange beibehalten, bis komplexe Bewegungsabläufe physiologisch ablaufen.

### **4.3 Basale Stimulation**

Bei Patienten mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma, mit Hemiplegie, apallischem oder komatösem Syndrom ist die Fähigkeit zur Wahrnehmung und Kommunikation erheblich beeinträchtigt. Mit bestimmten Techniken wird versucht, den Kontakt zu diesen Menschen aufzunehmen, um ihnen den Zugang zu ihrer Umgebung und ihren Mitmenschen zu ermöglichen und dadurch Lebensqualität zu erleben.

### **4.4 Bobath**

Häufig sind nach einem Schlaganfall Verbindungen im Zentralnervensystem unterbrochen, die durch konsequente Stimulation der stärker betroffenen Körperseite des Patienten einschließlich der Bewegungsförderung im Alltag neu gebahnt werden können. Ebenso können gesunde Hirnregionen die zuvor von den erkrankten Regionen ausgeführten Aufgaben neu lernen und übernehmen. Durch die Therapie werden erhöhte oder geminderte Grundspannungen der Muskulatur normalisiert, ungünstige Bewegungen gehemmt und normale Bewegungen gefördert.

### **4.5 Brain Gym**

Brain Gym ist ein Bewegungsprogramm, das über die Förderung des Zusammenspiels von linker und rechter Gehirnhälfte das Lernen und die allgemeine Leistung verbessert. Es



integriert Körper und Geist, um Konzentration, Gedächtnis, Lesen und Schreiben und viele andere Modalitäten zu verbessern.

## 4.6 Cyriax

Blockierungen sind reversible Einschränkungen der Beweglichkeit von Gelenken, wobei aber zumindest eine Richtung frei ist. Als Ursache wird heutzutage ein pathologisches Reflexgeschehen verantwortlich gemacht. Die Behandlung erfolgt z. B. durch Querfriktionen an gereizten Sehnen und Bändern oder durch Techniken der Manuellen Therapie, um Schmerzen zu reduzieren und die Beweglichkeit wieder herzustellen.

## 4.7 Kaltenborn

Schmerzen und Bewegungseinschränkungen können sich gegenseitig verstärken. Die Dysfunktionen an den Gelenken und an der Wirbelsäule werden mittels spezieller manueller Mobilisationstechniken wie Traktion, Gleitmobilisation, Weichteiltechniken und Mobilisation peripherer Nerven behandelt.

## 4.8 Kinesthetik

Die Kinesthetik befasst sich mit den Bewegungen, die für die Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens erforderlich sind. Die Methode beruht auf der Vorstellung, dass Leben ein ständiger Veränderungs- und Anpassungsprozess ist. Auch alle inneren Prozesse wie z. B. Atmung und Verdauung sind Bewegungsprozesse. Dieses Wissen hilft den Pflegenden, ihre Fähigkeit zum Helfen zu erweitern.

## 4.9 Manuelle Therapie

Mit Manueller Therapie werden Funktionsstörungen von Gelenken, Muskeln und Nerven, aber auch vielfältige Beschwerden anderer Körperregionen untersucht und behandelt. Dabei werden die unterschiedlichen Formen der Gelenke und die komplexen Ansatzpunkte und Ausrichtungen der Muskulatur berücksichtigt. In Deutschland werden jedoch keine Impulstechniken angewendet.

## 4.10 McKenzie

Ziel ist die Linderung von Rückenschmerzen. Die Patienten werden angeleitet, wiederholt aktive Bewegungsübungen durchzuführen, um Fehlhaltungen zu vermeiden. Passive Verfahren wie z. B. manuelle Techniken werden auf ein Minimum reduziert.

## 4.11 Neuropsychologie

Dieser Wissenschaftszweig beschäftigt sich mit der Variation physiologischer Prozesse vor allem im zentralen Nervensystem und deren Auswirkungen auf psychische Prozesse, Verhalten und Erleben. Ebenso werden Funktionsstörungen nach Schädigungen des Zentralnervensystems zunächst mit standardisierten Testverfahren diagnostiziert, um dann individuelle therapeutische Strategien zu entwickeln, die diese Defizite bessern oder kompensieren können.

## 4.12 NLP

Neurolinguistisches Programmieren ist eine Sammlung unterschiedlicher psychologischer Verfahren, die zu einer effizienteren zwischenmenschlichen Kommunikation führen. Die Methode stützt sich z. B. auf die Annahme, dass die Bedeutung der Kommunikation in der Reaktion liegt, die man erhält.

## 4.13 PNF

Mit der propriozeptiven neuromuskulären Fazilitation wird versucht, gestörte Bewegungsabläufe zu normalisieren. Durch Stimulierung von Druck- und Dehnungsrezeptoren in festgelegten, diagonalen Reihenfolgen kommt es zu einer vermehrten Muskelkontraktion oder -entspannung. Spastizität wird herabgesetzt und schwache bzw. gelähmte Muskeln aktiviert, motorische Kontrolle, Stabilität, Ausdauer, Kraft und Koordination werden gefördert.

## 4.14 Reflexzonentherapie

Reflexzonen an der Körperoberfläche sollen innere Organe spiegeln. Sie sind mit den bekannten Head'schen Zonen nicht identisch. Die Wirkung der Reflexzonenmassage erfolgt am wahrscheinlichsten über das vegetative Nervensystem. Dabei werden drucksensible Zonen mechanisch gereizt und zur Behandlung gesundheitlicher Störungen verwandt. So ist

wissenschaftlich nachgewiesen, dass mit dieser Methode die Nierendurchblutung gesteigert werden kann.

## 4.15 Rehasport

Rehasport hat das Ziel, sowohl Ausdauer und Kraft als auch Koordination und Flexibilität zu verbessern. Dadurch wird das Selbstbewusstsein gestärkt und die Patienten zur Selbsthilfe motiviert. Sie lernen, Verantwortlichkeit für die eigene Gesundheit zu tragen.

## 4.16 Rückenschule

Durch dieses Bewegungsprogramm werden Risikofaktoren für Erkrankungen des Rückens vermindert. Die Patienten lernen, sich rückengerecht zu bewegen und auch eine allgemeine gesundheitsorientierte Aktivität in ihren Alltag zu integrieren. Die physischen und psychosozialen Gesundheitsressourcen werden gefördert.

## 4.17 Sensorische Integration

Nur durch ein ausgeglichenes Zusammenspiel der unterschiedlichen Sinnesqualitäten ist es möglich, sich koordiniert im Raum zu bewegen und zu stabilisieren. Mit gezielten sensorischen Reizen in den Systemen Gleichgewicht, Sehen, Hören, Tasten und Tiefensensibilität wird versucht, die Koordination zu verbessern.

## 4.18 Verhaltenstherapie

Elerntes Verhalten kann zwar nicht verlernt, aber umgelernt werden. Die Patienten erfahren Methoden, mit denen sie nach Kenntnis der Ursachen und Entstehungsgeschichte im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe problematisches Verhalten ändern und damit Lebensqualität gewinnen können. Sie konzentrieren sich auf gegenwärtige und nicht auf vergangene Handlungsweisen.

## 5 Ärzte

Die Ärzte tragen die Gesamtverantwortung für die Patienten. Sie können aufgrund ihrer unterschiedlichen Ausbildung und Erfahrung die multimorbiden Patienten fachärztlich und kompetent diagnostizieren und behandeln. Dazu stehen die Geräte der Geriatrie und die gesamte Einrichtung des benachbarten Akutkrankenhauses zur Verfügung. Weiterhin koordinieren und leiten sie unser therapeutisches Team und beraten die Angehörigen der Patienten, um nicht zuletzt die weitere ambulante Versorgung sicherzustellen.

Die täglichen Visitenzeiten sind wie die Therapiezeiten in den Behandlungsplan der Patienten fest eingeschrieben. Dadurch steht den Therapeuten mehr Zeit zur Verfügung, um die Einzel- und Gruppentherapien besser über den Tag zu verteilen, so dass die oft sehr geschwächten Patienten nicht überfordert werden und in der folgenden Behandlung wieder aktiv mitarbeiten können.

Sowohl die Chefärztin wie auch die Stellvertreterin (Oberärztin) sind Fachärztinnen für Innere Medizin mit den Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin und Geriatrie. Die Oberärztin hat die 160 Stunden Grundkurs und 160 Stunden Aufbaukurs zur Zusatzweiterbildung Rehabilitationswesen absolviert. Sie ist ebenfalls hygienebeauftragte Ärztin mit entsprechenden Zusatzausbildungen. Auch bei den Stationsärztinnen ist mit einer Fachärztin für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Geriatrie sowie einer Fachärztin für Innere Medizin (Diabetologin DGD) mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie ein hoher Facharztstandard gewährleistet.

### 5.1 Diagnostik

Die Zeichen, mit denen sich Erkrankungen im höheren Lebensalter äußern, sind häufig spärlich, atypisch und mehrdeutig. Deshalb sind ein guter klinischer Blick und eine fundierte Funktionsdiagnostik erforderlich, um die rehabilitative Therapie auf „sichere Füße zu stellen“ und um Komplikationen rechtzeitig zu erkennen. Das Wesentliche muss vom Unwesentlichen getrennt werden, damit die Patienten gezielt behandelt werden kann.

Folgende Untersuchungen werden von den in der Klinik tätigen Ärzten selbstständig durchgeführt bzw. beurteilt:

- Ruhe-EKG
- Langzeit-EKG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Seh- und Hörtest

- Ultraschalluntersuchung: Abdomen, Pleura, Harnblase und Weichteile
- Röntgenuntersuchungen
- Laboruntersuchungen

## 5.2 Therapie

- Die Stationsärzte führen eine gründliche Aufnahmeuntersuchung und (werk)tägliche Visiten durch.
- Sie kontrollieren den aktuellen Gesundheitszustand der Patienten und korrigiert ggf. die medizinische Therapie.
- Sie überprüfen die Verträglichkeit und den Fortschritt der Rehabilitation.
- Sie motivieren die Patienten zur aktiven Mitarbeit in den Therapien.
- Im geriatrischen Assessment werden zusammen mit den Therapeuten die Therapiearten und Therapieziele festgelegt. Diese werden ggf. in den wöchentlichen Teambesprechungen korrigiert.
- Auch Angehörige erhalten Informationen über das Behandlungskonzept und die Therapieziele.

## 5.3 Kooperationen

Weiterführende Untersuchungen bzw. apparative Diagnostik werden im Rahmen konsiliarischer Tätigkeit von den Internisten, Chirurgen, Orthopäden und HNO-Ärzten des benachbarten Akutkrankenhauses durchgeführt. Die Beurteilung der Computertomogramme erfolgt durch einen Radiologen.

Dadurch, dass die Rehaklinik direkt neben dem Akutkrankenhaus gebaut wurde, sind über kurze Gänge die oben genannten Fachabteilungen in wenigen Minuten erreichbar. So werden die im Akutkrankenhaus tätigen Kollegen bei akutmedizinischen Fragestellungen, die nicht in der Rehaklinik zu lösen sind, sofort aktiv. Das Notfallmanagement ist im Sinne eines Rendezvoussystems organisiert, so dass die Patienten im Bedarfsfall in kürzester Zeit auf der Intensivstation behandelt werden können.

Umgekehrt stehen natürlich die Erfahrungen der „Rehamediziner“ auch den Kollegen im Akutkrankenhaus zur Verfügung. Beide Arten der Behandlung – die Akuttherapie und die Rehabilitation – ergänzen sich zum Wohle der Patienten.

## 6 Unsere Einzeltherapien

Es würde den Grundprinzipien der geriatrischen Rehabilitation widersprechen, wenn den einzelnen Abteilungen ganz bestimmte Funktionsbereiche bzw. Funktionsstörungen der Patienten zugeordnet würden. Stattdessen wird jeder Mitarbeiter die durch andere Abteilungen erreichten Fortschritte in seine Behandlung einbauen. Z. B. wird der Logopäde versuchen, durch seine Therapien die zum Schlucken notwendige Muskulatur des Patienten zu koordinieren und lernt ihn an, die richtige Kopfposition beim Schluckakt einzuhalten. Gleichzeitig wird er aber auf die durch Ergo- oder Physiotherapie geförderte Rumpfstabilität achten. Die Ergotherapeutin wird beim Frühstückstraining den Patienten nach Affolter führen, um Handlungsabläufe zu bahnen, dabei aber auf die Einhaltung der richtigen Kopfposition achten, damit sich der Patient nicht verschluckt. Der Physiotherapeut wird die Information der Psychologin über die eingeschränkte Merkfähigkeit des Patienten nützen und z. B. das Rollatorhandling in sehr kurzen Sätzen und mit mehrfacher Wiederholung erläutern. Danach wird er den Patienten auffordern, selbst Worte wie z. B. „Bremsen schließen“ zu sagen, weil er vom Logopäden weiß, dass der Patient Zweiwortsätze sprechen kann.

Die allgemeinen Therapieprinzipien gelten für jeden Mitarbeiter:

- Die Patienten werden ganzheitlich und im Team behandelt.
- Die Therapie wird an die noch vorhandenen körperlichen und geistigen Möglichkeiten der Patienten angepasst.
- Die Patienten werden in wichtige Therapie- und Zielentscheidungen eingebunden.
- Das übergeordnete Ziel ist die Verbesserung der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ und der Teilhabe am sozialen Leben..
- Die Therapien sind alltagsorientiert.
- Wir erproben und setzen Hilfsmitteln ein, wenn dadurch das Ziel besser zu erreichen ist.
- 

Im Folgenden werden die Schwerpunkte hervorgehoben, die fachspezifisch besonders intensiv gefördert werden.

### 6.1 Ergotherapie

Das Selbsthilfetraining wird ohne oder mit Therapiematerialien durchgeführt, damit die Patienten wieder selbstständig essen, trinken, sich waschen, an- und auskleiden können. In

den motorisch-funktionellen Therapien werden die aktive und passive Beweglichkeit der Gelenke ebenso gefördert wie Tonusregulierung, Koordination und Sensibilität. Dies ist erforderlich, damit die Patienten ihren Körper wieder richtig wahrnehmen und ihre Haltung im Raum korrigieren können. Konzentration, Merkfähigkeit und Handlungsplanung werden mit alltagsnahen Materialien trainiert. Im Rahmen der Einzeltherapie können Angehörige in die Therapie einbezogen und gezielt zur Hilfestellung angeleitet und geschult werden.

## 6.1.1 Selbsthilfetraining

- Sich anziehen und ausziehen können
- Sich selbst waschen können
- Selbst essen und trinken können
- Das Essen vor- und zubereiten können
- Einsatz von Hilfsmitteln

## 6.1.2 Motorisch-funktionelle Therapie

Nach verschiedenen Erkrankungen kann sowohl die Grob- als auch die Feinmotorik gestört sein. Ziel dieser in vielen Therapieformen integrierten Technik ist die Förderung von Handlung und Bewegung.

- **Bewegung:** Nach der passiven Mobilisation der Gelenke werden Bewegungen aktiv durchgeführt. Die Patienten passen sich an das durch die Therapeuten vorgegebene Bewegungsmuster an.
- **Koordination:** Die Bewegungsabläufe werden beidseitig aktiv oder passiv über die Körpermitte ausgeführt.
- **Tonusregulation:** Die Patienten werden erlernen, welche Körperhaltungen und Lagerungen die Spannung im Muskel erhöhen oder vermindern.
- **Sensibilität:** Oberflächen- und Tiefensensibilität spielen sowohl bei dem motorisch-funktionellen, als auch bei dem Wahrnehmungstraining eine große Rolle. Ohne automatische Rückmeldung über die Umwelt oder die Gelenkstellungen ist keine sinnvolle Bewegung möglich.

## 6.1.3 Wahrnehmungstraining

Bei Patienten nach Schlaganfall liegen häufig Störungen im Bereich der Körperwahrnehmung, der Tiefensensibilität und der Bewegungskoordination vor. Dabei spielen auch Gedächtnis, Konzentration, Ausdauer und Motivation eine große Rolle.



- **Körpergefühl:** Die Patienten erhalten Reize in den Bereichen Oberflächen- und Tiefensensibilität, um ihren Körper wieder bewusst wahrzunehmen und die Bewegung zu planen.
- **Handlung:** Planung und Durchführung einer Handlung werden die Patienten über geführte Bewegungen, d.h. über konkrete Anleitungen der Therapeuten schrittweise wieder erlernen.
- **Raumanalyse:** Die Wahrnehmung ist häufig auch durch verschlechtertes Raum-Lage-Empfinden und vermindertes räumliches Sehen gestört. Die Patienten lernen, sich wieder im Raum zurechtzufinden. Sie werden auch die Bedeutung der Begriffe „rechts, links, oben, unten“ wieder erlernen können.

## 6.1.4 Wasch- u. Anziehtraining

Mit Hilfsmitteln, aber vor allem vielen Tipps, Tricks und Geduld kann der Tag unabhängig von anderen Menschen beginnen. Diese Anleitungen sind vor allem für Patienten mit Lähmungen eines Armes wichtig oder für Patienten nach Oberschenkelbruch, die sich nicht tief bücken dürfen.

## 6.1.5 Therapiematerial

- Bilder zum Thema „Aktivitäten des täglichen Lebens“
- Bilder zur Förderung des räumlichen Sehens
- Übungsblätter zur Konzentrationsförderung
- Werkmaterialien wie Ton, Holz, Peddigrohr oder Seide
- Funktionelle Spiele zur Förderung von Bewegungsausmaß, Kraft und Koordination
- Materialien zur Sensibilitätsförderung

## 6.2 Logopädie

### **Niemand muss sprachlos bleiben, denn Kommunikation ist immer möglich**

Nach einem Schlaganfall können sowohl das Sprechen und die Sprache als auch das Schlucken von Speichel, Getränken oder fester und flüssiger Nahrung gestört sein. Der Verlust der Sprache führt oft zur sozialen Isolation. Zur Verbesserung der Kommunikation und sozialen Integration wird das Sprachverständnis ebenso gefördert wie die aktive Sprache und das Sprechen. Mimik und Gestik erhalten bei Sprachstörungen eine deutlich größere

Bedeutung und werden gezielt eingesetzt. Auch Angehörige werden in der Kommunikation mit Aphasikern angeleitet. Beim Schlucktraining werden Wahrnehmung, Körperhaltung, Tonus und dynamische Stabilität der beteiligten Muskulatur verbessert. Dies sind die Voraussetzungen zum Aufbau einer koordinierten Kiefer-, Lippen- und Zungenmotorik. Schutzreflexe werden beachtet und gebahnt, die Patienten zum kräftigen Abhusten aufgefordert. Der Nahrungsaufbau wird stufenweise entsprechend den offiziellen Empfehlungen durchgeführt.

## 6.2.1 Aphasie

Aphasien sind zentrale Sprachstörungen, die das Sprechen, aber auch das Verstehen, Lesen und Schreiben in unterschiedlicher Ausprägung betreffen. Auch die Störungen verschiedener Komponenten des Sprachsystems wie z. B. Lautbildung, Bedeutung von Worten, Satzbau und der Gebrauch von Sprache in unterschiedlichen Situationen sind unterschiedlich stark ausgebildet.

Ziel der Therapie ist die bestmögliche sprachliche Alltagskommunikation. Die Patienten werden lernen, sich mit ihren reduzierten sprachlichen oder gestischen Ausdrucksmöglichkeiten mitzuteilen und Gesprächssituationen zu bewältigen.

Folgende Sprachstörungen können im Einzelnen auftreten:

- Wortfindungsstörungen
- Falscher Gebrauch inhaltlich ähnlicher Wörter wie z. B. Tochter statt Sohn, Vater statt Mann
- Falscher Gebrauch klangähnlicher Worte wie z. B. Dach und Bach
- Fehlbildung klanglich ähnlicher Wörter wie z. B. Klaukenhaus statt Krankenhaus
- Falscher Satzbau
- Häufiges Wiederholen bestimmter Wörter oder Floskeln
- Eingeschränkte Schreibfähigkeit
- Schwierigkeiten beim Verstehen gesprochener Sprache
- Schwierigkeiten beim Verstehen geschriebener Sprache
- Schwierigkeiten beim lauten Lesen

Nicht direkt mit der Sprache assoziierte Begleiterscheinungen können die Kommunikation zusätzlich beeinträchtigen wie z. B.

- Halbseitenlähmung

- Gesichtsfeldausfall
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen
- Gedächtnisstörungen und Antriebsstörungen
- Wahrnehmungsstörungen
- Demenz
- Rechenstörung

Gerade bei Aphasikern ist es wichtig, nicht nur den Patienten zu behandeln, sondern auch Angehörigen Informationen zu geben, wie sie den Patienten dennoch verstehen können. Es gibt sehr viele Methoden, um Aphasiker zu behandeln. Hier ist eine Auswahl aufgelistet:

- Deblockierung
- Multimodale Stimulation
- Prozessorientierte Aphasietherapie
- Satzstrukturen
- Ganzheitliche bzw. alltagsorientierte Kommunikationstechniken

## 6.2.2 Dysarthrophonie

Durch eine Schädigung von Gehirn und Hirnnerven können Atem-, Stimm- und Sprechbewegungen nicht mehr wie gewohnt koordiniert und die Worte richtig artikuliert werden. Im schlimmsten Fall sind die Patienten nicht mehr in der Lage, sich mittels sprechen verständlich zu machen. Die Fähigkeit, Sprache zu verstehen, zu lesen und zu schreiben bleibt erhalten.

Die folgenden Symptome können sowohl isoliert als auch in Kombination auftreten:

- Sprechbewegungen gelingen nur teilweise. Daher wird das Sprechen undeutlich, verwaschen, verlangsamt, schleppend und monoton.
- Die Stimmproduktion ist schwer zu steuern. Lautstärke, Tonhöhe und Stimmklang können verändert sein.
- Die Stimme kann nasal verändert sein.
- Das Sprechen kann abgehackt klingen.
- Die Beweglichkeit der Mund- und Gesichtsmuskeln ist eingeschränkt.
- Das Schlucken kann Schwierigkeiten bereiten.
- Eine Veränderung der Speichelproduktion ist möglich.

## Therapiemaßnahmen

- Verbesserung von Haltung, Atmung und Stimme
- Verbesserung der Artikulation
- Verbesserung der Mund- und Gesichtsmotorik
- Einsatz von Kommunikationshilfen für den Alltag
- Förderung von Mimik und Gestik

### 6.2.3 Dysphagie

Schluckstörungen treten nicht nur beim Essen und Trinken, sondern auch beim Schlucken von Speichel auf. Die am Schluckakt beteiligten Nerven und Muskeln sind in ihrer Funktion und Koordination gestört. Schluckstörungen sind nicht nur mit einem hohen Leidensdruck für Patienten und deren Angehörige verbunden. Des Weiteren besteht ein hohes Risiko, wiederholt an Bronchitis oder Lungenentzündung zu erkranken.

Symptome einer Schluckstörung können sein:

- Hustenattacken und häufiges Verschlucken beim Essen und Trinken
- Globusgefühl
- Nahrungsverweigerung und Gewichtsverlust
- Starke Verschleimung
- Speichelfluss nach außen/Speichel kann nicht geschluckt werden
- Aufgehobener Schluck- und Würgereflex mit der Gefahr des Verschluckens und der Lungenentzündung

Therapieansätze:

- Korrekte Rumpf- und Kopfhaltung
- Tonusregulation
- Anbahnung von Schlucktechniken
- Adaptive Maßnahmen mit speziellen Ess- und Trinkhilfen
- Abbau pathologischer Reflexaktivitäten
- Kostanpassung

### 6.2.4 Sprechapraxie

Sprechapraxien sind zentrale Störungen in der Auswahl und Planung der Sprechmotorik. Sie sind nicht durch Funktionseinschränkungen der ausführenden Organe zu erklären.

Es können folgende Symptome auftreten:

- Suchbewegungen beim Artikulieren

Therapieansätze:

- Ganzheitliche Ansätze zur Aktivierung der Ressourcen
- Segmentierung
- Vermittlung von Übungen zur Anbahnung der Lautbildung
- Zielgenauigkeit von Sprechbewegungen erarbeiten und verknüpfen

## 6.2.5 funktionelle Stimmstörung/Dysphonie

Funktionelle Stimmstörungen /Dysphonien sind Störungen des Stimmklanges und der stimmlichen Leistungsfähigkeit, entweder ein „zuviel“ oder ein „zuwenig“, kennzeichnen Krankheiten der Stimme. Auslösende Ursachen einer Funktionsstörung können auch organische Störungen wie Stimmbandlähmungen, Stimmbandentzündungen oder Verletzungen sein.

Funktionelle Stimmstörungen können folgende Symptome aufweisen:

- Stimme belegt, klangarm, knarrend, rau, gepresst
- Zweistimmigkeit
- Stimmlosigkeit
- Stimme leise, matt, belegt, heiser, verhaucht
- Flache Atmung
- Ermüdung beim Sprechen
- Hoher Luftverbrauch beim Sprechen
- Schlaffe Körperhaltung
- Räusper- und Schluckzwang, Kloßgefühl
- Fremdkörpergefühl im Hals
- Trockenheitsgefühl im Hals

Therapieansätze:

- Entspannungsübungen
- Atemübungen
- Stimmübungen

## 6.3 Pflegedienst

### **Unser Pflegedienst leistet Hilfe zur Ressourcenerhaltung und Förderung durch aktivierende Pflege**

Die Mitarbeiter sind pflegerisch und rehabilitativ tätig. Sie setzen die Anordnungen des Arztes um, führen Grund- und Behandlungspflege durch, behandeln Dekubitalgeschwüre, achten auf eine ausreichende Flüssigkeit- und Kalorienzufuhr der Patienten u. v. m.

Durch die aktivierende Pflege werden die Patienten zur Selbstständigkeit angeleitet. Die aktuellen Therapieinhalte von Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Psychologie gestalten die Rehatage der Patienten und werden in der aktivierenden Pflege aufgegriffen und vertieft. Die erforderlichen Informationen für den Tag erhalten die Mitarbeiter durch die Morgenbesprechung, den Therapieplan, in den interdisziplinären Teambesprechungen oder während den Visiten sowie durch direkte Kommunikation mit den anderen Berufsgruppen. Kurzfristige erforderliche Informationen werden per email durch das Sekretariat vermittelt..

Neben der medizinischen und rehabilitativen Versorgung sind auch die Motivation der Patienten, die Krankheitsbewältigung mit Erarbeitung realistischer Therapieziele und die allgemeine Patientenzufriedenheit wichtige Aufgaben.

#### 6.3.1 Pflegeorganisation

Die Pflegeorganisation basiert zum einen auf dem Bedürfnismodell nach Nancy Roper. Grundlage bilden die zwölf Aktivitäten des täglichen Lebens, ergänzt durch den Umgang mit existentiellen Erfahrungen des Lebens nach Krohwinkel. Zum anderen kommt das Selbstpflegedefizitmodell nach Orem zur Anwendung:

- Anleitung zur Selbstpflege
- Erkennen von Pflegedefiziten
- Prüfen der eigenen Ressourcen
- Selbstständige Problembewältigung, soweit möglich
- Anleitung und Unterstützung der Patienten zum Erreichen der größtmöglichen Selbstständigkeit unter Berücksichtigung ihrer Wünsche und Bedürfnisse
- Annahme der Patienten in ihrer aktuellen Lebenssituation

In dem Pflegeprozess werden Informationen über den Patienten gesammelt und die Ressourcen, Pflegeprobleme und Ziele definiert. Schließlich werden die Maßnahmen geplant,

durchgeführt, kontrolliert und dokumentiert. Um auf die Bedürfnisse und die Individualität der Patienten soweit als möglich eingehen zu können, arbeiten wir nach den Pflegeprinzipien der ganzheitlichen Pflege und der Bereichspflege.

Merkmale des Pflegeprinzips ganzheitliche Pflege:

- Ganzheitliche Zuordnung der Patienten zu einer Pflegekraft
- Ganzheitliche patientenorientierte Betreuung
- Pflegekräfte führen möglichst viele Funktionen bei einer begrenzten Anzahl von betroffenen Patienten durch

Merkmale des Pflegesystems Bereichspflege:

Für eine bestimmte Zeit werden vorab festgelegte Bereiche einzelnen Pflegekräften zugeordnet. Die jeweilige Pflegekraft ist mit einem Team umfassend für die gesamte Betreuung des einzelnen Patienten zuständig. Sie führt selbstständig alle notwendigen und geplanten Tätigkeiten durch. Es ergeben sich für die Patienten folgende Vorteile:

- Die Patienten haben feste Bezugspersonen.
- Die Pflegekontinuität wird gewährleistet.
- Das Einbringen individueller Bedürfnisse ist möglich.
- Die Patienten fühlen sich sicherer und sind gut betreut.
- Der Informationsfluss zwischen Patienten, Schwestern, Ärzten, Therapeuten und Angehörigen ist intensiviert.

### 6.3.2 Therapieinhalte

- Organisation und Durchführung medizinischer Leistungen, ggfs. zusammen mit den Ärzten
- Aktivierende Körperpflege
- Anziehtraining
- Transferübungen, insbesondere auch Toilettentransfer
- Unterstützung beim Gehen oder Rollstuhl fahren
- Hilfestellung und Anleitung beim Nutzen von Hilfsmitteln
- Anlegen von Schienen, Bandagen, Orthesen und Korsetts
- Förderung von Sprache und Kommunikation
- Schluck- und Esstraining/Hilfe bei der Nahrungszufuhr
- Förderung von Orientierung und Merkfähigkeit

- Wund- und Dekubitusbehandlung, Wundmanagement
- Betreuung der Patienten zwischen den Therapien und ggfs. während Mahlzeiten
- Kontinuierliche Ermunterung der Patienten, möglichst viele Verrichtungen selbstständig zu tun
- Förderung von Selbstvertrauen und Eigenverantwortlichkeit der Patienten
- Angehörige werden zur häuslichen Pflege angeleitet
- Dokumentation aller Pflegemaßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Pflegequalität
- Gute Zusammenarbeit mit ambulanten und stationären Berufsgruppen zur Weiterleitung der Therapieinhalte, damit auch nach Entlassung die pflegerische Qualität erhalten bleibt und eine lückenlose Betreuung möglich ist

### 6.3.3 Dekubitusmanagement

Geriatrische Patienten vereinen aufgrund des reduzierten Allgemein- und Ernährungszustandes besonders viele Risikofaktoren, die zu Hautveränderungen (z.B. Dekubitalgeschwüren) an den unterschiedlichsten Stellen führen können. Folgende Risikofaktoren sind besonders hervorzuheben:

- Mangelnde Druckentlastung durch reduzierte Mikrobewegungen
- Mangelnde Durchblutung durch äußeren Druck und durch Verkalkung kleiner und großer Gefäße
- Mangelernährung und Störungen des Stoffwechsels
- Lähmungen und Verlust der Mobilität
- Exsikkose
- Diabetes mellitus
- Inkontinenz usw.

Die Reduzierung der Risikofaktoren bildet die Basis für die Dekubitustherapie. Bei der Vorbeugung und Therapie kommen Maßnahmen wie Antidekubitusmatratze, Lagerungsmaterialien, Fersenschoner, Hautpflege, Freilagern der betroffenen Hautareale usw. zur Anwendung. Ohne die therapeutische Pflege, die Lagerung des Patienten und auch dessen Aktivierung zur Mitarbeit ist jedoch jede Maßnahme nur sehr begrenzt wirksam. Ebenso ist immer ein individueller Kompromiss anzustreben zwischen der Druckentlastung durch Weich- und Superweichlagerung und der dadurch verminderten Körperwahrnehmung.



Deshalb wird ein Behandlungsplan erstellt, in dem auch die Grunderkrankungen und Ressourcen des Patienten eingehen. Mit den festgelegten Standards werden Entzündungen und Pilzinfektionen behandelt, trockene Haut rückgefettet, die Durchblutung und insbesondere die aktive und passive Mobilisation angeregt. Dadurch kommt es zur Druckentlastung und zur Verbesserung der Mikrozirkulation. Die chirurgische Wundversorgung führen die Ärzte der Geriatrie selbst und in Zusammenarbeit mit den chirurgischen Kollegen des benachbarten Akutkrankenhauses durch. Die Maßnahmen und der Verlauf werden dokumentiert und die Patienten regelmäßig anhand der erweiternden Norton-Skala in ihrem Risikopotential eingestuft.

## 6.4 Physikalische Therapie

### Passive Therapien können die aktiven Behandlungen unterstützen und ergänzen

Die physikalische Therapie wird von den Mitarbeitern der Physiotherapie und der Physikalischen Therapie durchgeführt. Es stehen viele Möglichkeiten zur Verfügung, um z. B. Gelenkschmerzen zu lindern oder Muskelverspannungen zu lockern. Diese passiven Behandlungsformen sind unter Beachtung der Gegenindikationen praktisch nebenwirkungsfrei. Sie ergänzen sowohl die medikamentösen als auch die aktiven rehabilitativen Therapien. Hier einige Beispiele:

- Verschiedene Massageformen
- Lymphdrainage
- Trockene oder feuchte Kälte, Eisbehandlung
- Trockene oder feuchte Wärme, Fango
- Therapeutischer Ultraschall
- Niederfrequenzströme wie z. B. diodynamischer Ströme
- Mittelfrequenzströme wie z. B. Interferenzströme
- Hochfrequenzströme wie z. B. Mikrowellen

## 6.5 Physiotherapie

### „Gehen können“ heißt: Frei sein und unabhängig von der Hilfe anderer

Transfer, Rollstuhl fahren, gehen und Treppen steigen erfordern Kraft, Ausdauer und Konzentration ebenso wie ein gutes Raum-Lage-Empfinden. Die Sturzprophylaxe ist ständig ein wichtiges Thema in den Therapien. Hilfsmittel dürfen nicht zu Stolperfallen werden. Schlaffe Muskeln werden gekräftigt und spastische gelockert, um Gleichgewichts- und

Stellreaktionen für den Alltag zu verbessern. Die Transfers werden immer wieder geübt, damit sich die Patienten zuhause nach ihrem eigenen Willen bewegen können. Sie lernen nicht nur innerhalb der Klinik, sondern auch im Park ihre Grenzen kennen und danach zu handeln. Im Rahmen der Einzeltherapie können Angehörige in die Therapie einbezogen und gezielt zur Hilfestellung angeleitet und geschult werden.

## 6.5.1 Allgemeine Therapieinhalte

Die Therapie erfolgt im Liegen, Sitzen, Stand und im Gehen mit Hilfe verschiedener Bewegungsübungen und spezieller, unter den Fortbildungen aufgeführten Techniken und Therapiemethoden. In den Behandlungen werden die Patienten zusätzlich angeleitet, die erzielten Fortschritte im Alltag umzusetzen.

Die Therapie ist individuell am Patienten orientiert. Es wird immer der ganze Mensch mit seinen körperlichen und geistigen Besonderheiten behandelt. Die Behandlung wird an die körperliche Belastbarkeit und an die Fähigkeit zur Konzentration angepasst. Je nach Funktionseinschränkung ergeben sich folgende Basistherapien, die auch in jede andere Behandlungsart einfließen können:

- **Mobilisation:** Zur Fortbewegung sind auch Rumpfstabilität und Gleichgewicht erforderlich.
- **Kräftigung:** Spezielle Muskelgruppen werden durch aktive Übungen gestärkt.
- **Stabilisation:** Zur schmerzfreien Bewegung ist es erforderlich, dass die Muskulatur die Gelenke stützt.
- **Ausdauer:** Um eine längere Belastung zu ermöglichen, muss sowohl die Muskulatur, als auch das Herz-Kreislauf-System trainiert werden.
- **Koordination:** Einzelne Bewegungsabläufe werden aufeinander abgestimmt und automatisiert.
- **Gleichgewicht:** Jede Bewegung im Raum erfordert eine Gleichgewichtsreaktion. Diese kann nach Schlaganfall oder Amputation gestört sein und verhindert dadurch die Mobilisation.
- **Atemtherapie:** Hier werden Ein- und Ausatmung durch Kräftigung und verbesserte Koordination der Atem- und Atemhilfsmuskulatur geübt. Auch durch Entspannungsübungen wird sich Luftnot bessern lassen.
- **Gangschule:** Voraussetzung für das Treppen steigen ist das Gehen im Haus. Anschließend kann im Freien oder auf unebenem Untergrund geübt werden.

- Haltungsschulung: Die Patienten lernen sich so zu bewegen und zu halten, dass sie möglichst wenig Schmerzen haben, das Gleichgewicht nicht verlieren oder Wirbelkörperbrüchen vorbeugen.
- Vorbeugung: Bei Bettlägerigkeit werden der Entstehung von Spitzfuß, Muskelverkürzungen, Thrombosen oder Lungenentzündungen vorgebeugt.
- Sturzprophylaxe: Die Sturzvermeidung ist so wichtig, dass Informationen und praxisnahe Übungen in fast jede Therapie eingebaut werden.

## 6.5.2 Spezielle Therapieinhalte

Die einzelnen Therapiekonzepte wie Bobath, PNF, Cyriax usw. sind weiter oben erläutert. Andere Therapieverfahren sind mehr am Krankheitsbild orientiert, beinhalten aber immer viele Elemente der Basistherapien:

- Herz: Nach Herzinfarkt oder bei Herzschwäche wird entsprechend der vom Arzt angeordneten Belastung mobilisiert. Die Patienten gewinnen wieder Vertrauen in den eigenen Körper.
- Amputationen: Das Erlernen des Umgangs mit der Prothese ist ebenso wichtig wie Kräftigung und Abhärtung des Stumpfes und Gangschule.
- M. Parkinson: Zur Verbesserung von Mobilität, Koordination, Gang und Gleichgewicht werden auch äußere Taktgeber eingesetzt.
- Arthrose: Der Schlingentisch kann zum schmerzfreien Bewegen, Mobilisieren und Kräftigen genutzt werden.
- Inkontinenz: Die Beckenbodengymnastik stärkt die Muskulatur bei Inkontinenz.
- Unruhe: Zu einer Anspannung gehört auch die Entspannung. Hierzu werden Techniken angewandt wie z. B. Atemtherapie oder progressive Muskelentspannung.

## 6.5.3 Therapieziele

Ziel ist die Wiedergewinnung der Mobilität, um die Anforderungen des Alltags bewältigen zu können:

- Aus dem Bett rückengerecht oder nach Bobath aufstehen oder sich hinlegen
- Vom Stuhl aufstehen oder sich hinsetzen
- Gehen und Treppen steigen
- Verbesserung von Grob- und Feinmotorik

- Sichere Benutzung von Hilfsmitteln wie z. B. Rollstuhl, Rollator oder Gehstützen
- Kräftigung zu schwacher Muskulatur
- Schmerzlinderung
- Verbesserung der Wahrnehmung und des Körpergefühls
- Verbesserung von Ausdauer und Gleichgewicht
- Enge Zusammenarbeit mit der Ergotherapie
- 

## 6.6 Ernährungsberatung

Das Ernährungsverhalten und der Ernährungszustand im Alter wird durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst: Neben Ernährungsproblemen bei spezifischen Krankheitsbildern, wie zum Beispiel Diabetes mellitus, Z.n. Pankreatitis, Schluckstörungen nach Apoplex oder bei M. Parkinson im Alter aufgrund unterschiedlichster Ursachen tritt im Alter oft eine Fehlernährung (z.B. Unterernährung, Mangelernährung, Übergewicht) auf. Ebenso muss eine Ernährung ggfs. an Kaubeschwerden bei schlechtem Zahnstatus oder an Probleme bei kognitiven Einschränkungen angepasst werden.

Ernährungsberatung wird als Einzelberatung oder Gruppenschulung, wenn erforderlich auch unter Einbeziehung von Angehörigen, durchgeführt.

## 6.7 Psychologie

### **Zur erfolgreichen Rehabilitation bedarf es auch der geistigen Aktivität**

Auch geistige Funktionen unterliegen einem Alterungsprozess oder verschlechtern sich durch Krankheiten. Art und Ausmaß der eingeschränkten Hirnleistung müssen vor Behandlungsbeginn bekannt sein, um auch in den anderen Abteilungen die für die Patienten adäquaten Therapien planen und durchführen zu können. Patienten arbeiten am Computer zum Teil mit Spezialtastatur. Sie verbessern Aufmerksamkeit, Konzentration, logisches Denken und Planen, Informationsverarbeitung und Merkfähigkeit. In persönlichen Gesprächen werden durch die Psychologie Depressionen mitbehandelt und die Krankheitsverarbeitung gefördert.

### 6.7.1 Psychologische Schwerpunkte

- Individuelle bzw. allgemeine Krankheitsverarbeitung
- Mitbehandlung bei Depressionen
- Allgemeine Aktivierung
- Verarbeitung körperlicher Beeinträchtigungen
- Einstellen auf neue Lebenssituationen
- Anpassung des Verhaltens an die Funktionsdefizite
- Selbstsicherheitstraining mit realitätsgerechter Selbsteinschätzung als Voraussetzung zur Selbstständigkeit
- Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten
- Vermittlung von Entspannungstechniken
- Angehörigenberatung mit den Zielen, Hilflosigkeit dem Patienten gegenüber abzubauen, Hilfeleistungen aufzuzeigen und zur Verhaltensanpassung an neue Situationen zu motivieren

### 6.7.2 Kognitive Schwerpunkte

- Verbesserung von Aufmerksamkeit und Konzentration
- Verbesserung von Denken, Bewerten und Entscheiden
- Hirnleistungstraining mit oder ohne computergestützte Rehabilitationsprogramme
- Verbesserung der Lern- und Merkfähigkeit
- Verbesserung der Informationsverarbeitung

## 6.8 Seelsorge

Das Bedürfnis der Patienten nach religiöser Betreuung kann in dieser speziellen Lebenssituation besonders groß sein. Die Seelsorge ist ein Dienst der Kirchen und wird zurzeit von einer evangelischen und einer katholischen Krankenhauseelsorgerin wahrgenommen. Sie richtet sich an alle Menschen, unabhängig von Weltanschauung oder Religionszugehörigkeit. Die Seelsorgerinnen sind regelmäßig auf den Stationen anwesend und stehen zum Gespräch zur Verfügung, ebenso können sie über die Pflege für gezielte Gesprächswünsche kontaktiert werden.

Es gibt folgende Angebote:

- Gebete und Segnungen am Krankenbett
- Krankenkommunion
- Entwicklung einer Perspektive für Zuhause
- Beistand in Krisensituationen
- Kontaktvermittlung zu den Heimatpfarreien bzw. Stadtpfarrei (Krankensalbung)
- Angebote in besonders geprägten Zeiten (Adventsfeier, Weihnachtssingen u.ä.)
- Gestaltung der Kapelle als Rückzugsort

## 6.9 Sekretariat

### Das Sekretariat ist die Zentrale für die gesamte Organisation

Hier melden die Sozialdienste der zuweisenden Kliniken sowie Arztpraxen die Patienten an, die Krankenkassen teilen ihre Entscheidungen über Kostenzusagen mit, Angehörige erhalten Informationen über die Klinik, Aufnahmetermine u. v. m.

- Erstellen täglich aktualisierter Aufnahme- und Belegungsplänen als Grundlage für die weitere Organisation in den Abteilungen
- Erstellen der Planung der „Tagesklinik“ (ambulante Rehabilitation), Koordinierung der Fahrten mit dem zuständigen Fahrdienst, Ansprechpartner für Rückfragen
- Kontakt zu den Sozialdiensten der Akutkrankenhäuser, den Hausärzten, Pflegeheimen und anderen am Aufnahmeprozess beteiligten Personen/Institutionen
- Kontakt zu den Mitarbeitern der Krankenkassen zur Klärung von Aufnahme und Verlängerung
- Erstellen von Statistiken, Eingabe der Gemidas-Daten
- Chefarztkorrespondenz
- Erstellung der Hilfsmittelrezepte
- Erstellen und Versenden von Protokollen, Widersprüchen, Aufenthaltsbescheinigungen, Verlängerungsanträgen, medizinischen Befunden und Entlassungsberichten

## 6.10 Sozialdienst

### Die Wiedereingliederung in das soziale Umfeld ist ein allgemeines Ziel

Während der stationären Behandlung wird sich aufgrund der erreichten Fortschritte und nach Rücksprache des Arztes mit den Patienten und Angehörigen abzeichnen, ob die Patienten nach Hause entlassen werden können, ob sie ambulante Hilfe benötigen oder in ein Pflegeheim sollen. Der Sozialdienst unterstützt und berät die Patienten und seine Angehörige frühzeitig bei allen Problemen, die mit der Erkrankung und der weiteren Versorgung nach der Entlassung zusammenhängen. Der Sozialdienst wird die Wünsche der Patienten berücksichtigen und die nötigen Kontakte herstellen. Angehörige werden beraten und erhalten kompetente Informationen über die Sozialgesetze. Damit ist eine lückenlose ambulante Versorgung nach stationärer Behandlung gesichert.

Im Einzelnen ergeben sich folgende Aufgaben:

- Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu ambulanten Diensten, Pflegestützpunkt und Sozialstationen
- Beratung von Patienten und Angehörigen über die Sozialgesetze
- Unterstützung bei der Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung, Beratung über Vorsorgevollmacht, Ehegattennotvertretungsrecht und ggfs. Patientenverfügung
- Unterstützung der Antragstellung zur Pflegeeinstufung und Schwerbehinderung
- Vermittlung von Selbsthilfegruppen, Altentagesstätten, Treffpunkte und Altenkreise
- Mit-Organisation der Unterbringung der Patienten in stationäre Pflegeeinrichtungen, Tages- und Kurzzeitpflege, betreutes Wohnen
- Informationen über Selbsthilfegruppen, ambulante Angebote z.B. Demenzcafe..
- Mit-Organisation mobiler Dienste wie z. B. Hinzuziehung eines ambulanten Pflegedienstes, rollender Mittagstisch, Hausnotrufsystem und anderes.
- Veranlassung der Verordnung erforderlicher Hilfsmittel und Weiterleitung der Rezepte an Sanitätshäuser bzw. zuständige Krankenkassen.
- Kontakte zu den Sozialarbeitern der umliegenden Krankenhäuser, zum zuständigen Pflegestützpunkt und weiteren Beratungsstellen.

Mit dem zuständigen Pflegestützpunkt des Saar-Pfalz-Kreises besteht ein Kooperationsvertrag. Den Angehörigen wird der Kontakt mitgeteilt. Der Pflegestützpunkt unterstützt die Angehörigen ebenfalls in der Planung der poststationären Versorgung und macht, wenn erforderlich, auch Hausbesuche zur weiteren Optimierung der Versorgung.

## 7 Unsere Gruppentherapien

Die Gruppen sind mit Namen bezeichnet, die den Therapieinhalt widerspiegeln. Dadurch können sich Patienten und Angehörige oftmals die zu behandelnden Funktionsstörungen vorstellen. Durch die Kenntnis der Therapieziele ist die Mitarbeit deutlich verbessert. Die verschiedenen Gruppen fördern unterschiedliche Schwerpunkte. Es bleiben jedoch immer ganzheitlich orientierte Therapien. Viele der im Kapitel Einzeltherapie beschriebenen Ziele werden auch abteilungsübergreifend in den Gruppentherapien angestrebt.

### 7.1 Ergotherapie

Schwerpunkte in den ergotherapeutischen Gruppenbehandlungen sind Wahrnehmung, Handlungsplanung, Sensibilität, Konzentration, Geduld, Geschicklichkeit und Handkraft. Die Therapie erfolgt grundsätzlich in Klein- und Kleinstgruppen.

#### 7.1.1 Frühstückstraining

Die Patienten lernen mit therapeutischer Hilfe oder Hilfsmitteln ihr Frühstück wieder selbst zuzubereiten und auch eigenständig zu essen. Dies ist einer der ersten Schritte zum Wiedererlangen der Selbstständigkeit. Die motorisch-funktionellen Therapien und das Wahrnehmungstraining erfahren hier ihre Umsetzung in den Alltag.

- Maximal vier Patienten werden von einem Therapeuten betreut.
- Es ist besonders für Patienten nach Schlaganfall oder Störung der Handlungsplanung geeignet.
- Die Patienten vernachlässigen nicht ihre stärker betroffene Seite, sondern können sie adäquat einsetzen.
- Die Therapeuten achten auf die Rumpfstabilität und unterstützen bei der Zubereitung.
- Ggf. werden therapeutische Eshilfen eingesetzt.

#### 7.1.2 Aktiv werden

Schwache Patienten sollen soziale und emotionale Kontakte knüpfen und die körperliche und geistige Ausdauer verbessern. Daneben werden der motorisch-funktionelle Bereich und die Wahrnehmung gefördert.

Indikationen:

- Antriebsarmut mit mangelnder Handlungsneigung und Kreativität
- Interesselosigkeit und mangelnde Flexibilität



- Depressive Patienten
- Patienten mit Isolationstendenzen

Behandlungsziele:

- Förderung sozialer Kontakte und emotionaler Fähigkeiten
- Steigerung von Motivation, Aufmerksamkeit und Antrieb
- Aktivierung von Wahrnehmungsleistungen aller Körpersinne
- Steigerung von Kreativität und Denkfähigkeit
- Schulung von logischem und abstraktem Denken
- Förderung der Handlungsplanung

### 7.1.3 Denk mit im Alltag

Mit Materialien aus dem Alltag werden Merkfähigkeit und Konzentration gefördert. Das oft noch gute Altgedächtnis dient als Grundlage zur Förderung des Kurzzeitgedächtnisses. In dieser Behandlungsform findet man viele Überschneidungen mit der Psychologie und der Logopädie. Dazu zwei Beispiele:

Mit Therapiematerialien, wie z. B. Bilder zum Thema „Geschirr spülen“ werden verschiedene Hirnleistungen gefördert:

- Erstellung von Handlungsfolgen
- Zwei- und dreidimensionales Sehen
- Konzentration, Lern- und Merkfähigkeit
- Ausdauer und Motivation
- Räumliche und zeitliche Orientierung
- Einschätzung der Situation und der eigenen Person
- Sprachliche Ausdrucksfähigkeit
- Planung und Ausführung der Handlung
- Logisches und abstraktes Denken

Z.B. durch das Gesellschaftsspiel „Memory“ mit Abbildungen für Erwachsene werden folgende körperlichen und geistigen Fähigkeiten aktiviert:

- Grob- und Feinmotorik einschließlich Auge-Hand-Koordination und Greiffunktion
- Kurzzeitgedächtnis
- Erkennen von bildhaften Darstellungen
- Benennen der Abbildungen zur Wortfindung und Wortbildung

- Konzentration und Ausdauer während des gesamten Spielverlaufes
- Auffassung, Anwendung und Einhaltung der Spielregeln
- Erweitern der Frustrationstoleranz

### 7.1.4 Therapie mit Peddigrohr

Das Körbchen als Ergebnis der verbesserten Auge-Hand-Koordination und der Ausdauer nehmen die Patienten gerne mit nach Hause. Es werden besonders gefördert:

- Beidseitiges Arbeiten mit der Notwendigkeit der Rumpfstabilität
- Auge-Hand- und Hand-Hand-Koordination
- Geduld und Ausdauer
- Komplexe Anforderungen an das Gehirn wie z. B. gleichzeitig reden und motorisch aktiv sein

### 7.1.5 Therapie mit Seide

Unter therapeutischer Anleitung werden in dieser Gruppe Seidenschals mit Seidenmalfarbe gestaltet. Es wird eine einfache Technik gewählt, so dass auch Patienten mit Funktionseinschränkungen gut mitarbeiten können. Die Ergebnisse sind meist sehr gut, so dass die Patientinnen ihre selbst hergestellten Schals gerne mit nach Hause nehmen.

### 7.1.6 Therapie mit Therakitt

Kraft, Geschicklichkeit und Koordination beider Hände sind ebenso wie die Beweglichkeit der kleinen Gelenke Voraussetzung zum Gebrauch von Hilfsmitteln. Mit dieser in unterschiedlicher Konsistenz vorhandenen Knetmasse werden nicht nur Kraft und Beweglichkeit von Händen und Finger trainiert, sondern auch

- Greiffunktion, Geschicklichkeit und Selektivität
- Aufrichtung, Stabilisation und Vorverlagerung des Oberkörpers im Sitzen.
- Schulter- und Armfunktionen wie z. B. Kraftdosierung, Stabilisation und Einübung aller Bewegungsrichtungen
- Oberflächen- und Tiefensensibilität

### 7.1.7 Therapie mit Ton

Mit diesem schwer zu bearbeitenden Medium wird weitere Kraft, aber auch Ausdauer, Handlungsplanung und die Arbeitsorganisation trainiert. Dabei ist nicht das fertige Werkstück

das Ziel, sondern der Weg dorthin. Die Patienten lernen die Grenzen ihrer Möglichkeiten kennen und andere zu unterstützen.

Arbeitstherapie:

- Gestaltung des Arbeitsplatzes
- Realistische Einschätzung der benötigten Zeit
- Belastbarkeit und körperliche Ausdauer
- Sich Einfügen in Normen und Strukturen

Hirnleistung:

- Konzentration und geistige Ausdauer
- Merkfähigkeit im Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis
- Merken und ausführen von Handlungsschritten
- Erfassen und umsetzen von vorgegebenen Aufgaben

Koordination:

- Zwischen Augen und Hand: Kontrolle der Ausführung
- Zwischen rechter und linker Hand: Koordiniertes Arbeiten mit beiden Händen, also auch mit der betroffenen Hand, gezieltes Ausführen der Bewegungen

Wahrnehmung:

- Zwei- und dreidimensionales Sehen
- Oberflächen- und Tiefensensibilität
- Kraftdosierung

Sozialverhalten:

- Förderung des Gemeinschaftsgefühls
- Rücksichtnahme auf andere
- Eingliederung in das Gruppengefüge
- Antriebssteigerung durch positive Verstärkung
- Gegenseitige Hilfestellung

Freude am Arbeiten:

- Steigerung des Selbstwertgefühles
- Steigerung von Kreativität und Motivation

## 7.2 Logopädie

Viele Störungsbilder sind zu individuell, um Patienten in der Gruppe behandeln zu können. Für Patienten mit geringeren Funktionseinschränkungen fördern wir dennoch in der Kleingruppe „Sprache und Ausdruck“ die Kommunikation. Auch nicht direkt betroffene Patienten nehmen dieses Therapieangebot gerne an.

### 7.2.1 Sprache und Ausdruck

Therapieinhalte und Ziele sind z. B.

- Sprechen, Verstehen und Schreiben von Wörtern und Sätzen
- Wortfindung und Verständlichkeit der Aussprache
- Umstellung von Buchstaben, um neue Wörter zu bilden
- im Buchstabensalat versteckte Wörter suchen
- Erarbeitung und Erklärung von Wortkombinationen
- Bildung sinnvoller Sätze mit vorgegebenen Worten
- Wörter und Sätze nach zeitlicher Reihenfolge ordnen
- Sprichwörter erklären

## 7.3 Physiotherapie

Therapieschwerpunkt ist die Festigung der in den Einzeltherapien angebahnten Funktionen. Die Patienten werden aktiviert, bauen Muskulatur auf, üben Rumpfstabilität, koordinieren Augen, Arme, Beine und Atmung usw. Die Anzahl der Patienten ist relativ groß, um die Gruppendynamik zu fördern. Die den Patienten mögliche körperliche Belastung ist ein wichtiges Eingangskriterium zur Teilnahme an der jeweiligen Therapie.

### 7.3.1 Hemigymnastik

Hier werden Wahrnehmung, Rumpfstabilität und der Einsatz der stärker betroffenen Seite geübt. In dieser Therapie werden nur sehr geringe Belastungen gefordert. Sie ist deshalb besonders für schwache Patienten nach Schlaganfall, nach schweren Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder mit Wahrnehmungsstörungen geeignet.

## 7.3.2 Kreislauftraining

Im Vordergrund stehen der Wechsel von Anspannung und Entspannung und die Koordination von Atmung und Bewegung. Die Belastungen sind gering, erzeugen aber eine Kreislaufreaktion.

## 7.3.3 Bewegung mit Musik

Die Musik als Taktgeber ist nicht nur für Patienten mit M. Parkinson sinnvoll, sondern bei vielen Patienten mit Koordinationsstörungen. Zusätzlich zu der geringen Belastung kommt ein gewisser Zeitdruck durch den Rhythmus der Musik.

## 7.3.4 Funktionsgymnastik

Zur Stabilität im Raum werden Rumpf- und Extremitätenmuskulatur gekräftigt und Gleichgewichtsreaktionen trainiert. Durch die Einbeziehung größerer Muskelgruppen wird auch die allgemeine Belastung größer. Hier können besonders teilmobilisierte Patienten teilnehmen.

## 7.3.5 Beingymnastik

Die Übungen sind besonders für Patienten mit Koordinationsproblemen beim Gehen infolge Störung der Oberflächen- und Tiefensensibilität geeignet. Durch das Anheben der Beine im Sitzen werden Bauch- und Rückenmuskulatur angespannt, insbesondere wenn die Patienten frei sitzen und den Oberkörper stabilisieren müssen. Diese Therapie erfordert eine größere Belastungstoleranz.

## 7.3.6 Sturzprävention

Die Sturzvermeidung wird einschließlich des sicheren Umgangs mit Hilfsmitteln alltagsnah und an praktischen Beispielen geschult. Die Patienten lernen, mit dem Rollator Stufen zu überwinden, gehen auf Matten, die einen weichen Boden imitieren, lernen die richtige Handhabung der Bremsen oder entdecken Handlungsfehler bei anderen Patienten. Durch die z. T. emotional belastenden Situationen prägen sich die richtigen Handlungsweisen besser ein.

## 7.3.7 Gehtraining im Gelände

Durch das Gehtraining auf verschiedenem Untergrund wird der Sturzprävention im Alltag Rechnung getragen. Auch Steigungen und Gefälle müssen mit Rollator oder Gehstützen überwunden werden. Die voll mobilisierten Patienten trainieren für den Spaziergang nach der Entlassung.

---

## 7.4 Psychologie

Die Behandlung erfolgt in Kleinstgruppen mit zwei bis sechs Patienten. Schwerpunkte sind Konzentration, Kommunikation, Entspannung und Gedächtnistraining.

### 7.4.1 Entspannungstherapie

Zum erfolgreichen Arbeiten gehören auch Entspannungsphasen. Die kognitiv guten Patienten werden zur Anwendung von imaginären Entspannungsverfahren und Phantasiereisen angeleitet, die sie auch selbstständig zwischen den einzelnen Therapien durchführen können. Dadurch sind sie in den folgenden Behandlungen wieder besser konzentriert.

### 7.4.2 Gesprächstherapie

Die Krankheitsverarbeitung und ein adäquater Umgang mit den Funktionsstörungen tragen wesentlich zur Förderung der Lebensqualität bei. Die Patienten erfahren, dass sie nicht allein betroffen sind und werden zur Annahme der neuen Lebenssituation motiviert.

### 7.4.3 Therapie am Computer

Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und logisches Denken werden verbessert. Die Patienten lernen Handlungen zu planen, Fehlentscheidungen zu korrigieren und erhalten objektive Rückmeldung über ihre Therapiefortschritte. Gleichzeitig werden sie immer wieder zur Rumpfstabilisierung und ggf. zum freien Sitzen aufgefordert. Die Auge-Hand-Finger-Koordination wird ebenso geübt wie die Fähigkeit, sich auf den vom Handlungsort (Tastatur) getrennten Zielort (Bildschirm) zu konzentrieren. Die Auswahl und der Schwierigkeitsgrad der Programme werden an die individuellen Bedürfnisse der Patienten angepasst.

## 7.5 Pflegedienst

Im Pflegedienst gibt es keine Gruppentherapien.

## 7.6 Sozialdienst

Mehr noch als im Pflegedienst sind die Aufgaben des Sozialdienstes ausschließlich individuell.

## 8 Qualitätssicherung

### 8.1 Strukturqualität

Die Klinik bietet Raum für 60 stationäre und 10 teilstationäre Patienten.

#### 8.1.1 Die Zimmer

- Die 32 Zimmer (28 Doppelzimmer, 4 Einzelzimmer verteilt auf zwei Stationen) sind wohnlich eingerichtet, um das allgemeine Wohlbefinden der Patienten zu erhöhen.
- Die Betten können durch die Patienten je nach den Bedürfnissen an Kopf- und Fußteil und insgesamt in der Höhe elektrisch verstellt werden.
- An jedem Bett sind ein Telefon und eine Bedienungseinheit für Licht, Schwesternruf und Notruf.
- Die Nasszelle ist behindertengerecht ausgestattet.
- Jedes Zimmer verfügt über ein Fernsehgerät und WLAN.
- Aus jedem Zimmer haben die Patienten einen Blick in den Park.
- Für die ambulante Rehabilitation sind ein eigener großzügiger Aufenthaltsraum (Tische, Stühle, Ruhesessel, abschließbare Spinde sowie bei geeigneter Witterung unmittelbarer Zugang zu einer Außenterrasse) sowie ein Ruheraum ( Ruhesessel) vorhanden.

#### 8.1.2 Flure und Aufenthaltsräume

- Wohnliche Tagesräume mit Fernseher dienen als Aufenthaltsräume für die Patienten und fördern die Aktivierung.
- In vielen Sitzgruppen außerhalb der Patientenzimmer kann man sich ausruhen, unterhalten oder einfach nur beobachten.
- Kurze Gänge und große Zimmernummern fördern die Orientierung ebenso wie die unterschiedlichen Farben im Erdgeschoß (blau) und Obergeschoß (orange).
- Steigungen und farblich abgehobene Treppenstufen erlauben auch ein Training bei schlechtem Wetter.
- Stabile Handläufe ermöglichen auch gehunsicheren Patienten eigenständige Transferübungen und abgesicherte Fortbewegung.
- Der Flur der Station im Obergeschoß erhält durch das Glasdach sehr viel natürliches Licht, das über Galerien zusätzlich den Flur im Erdgeschoß erhellt und durch die Lichthöfe eine angenehme Atmosphäre vermittelt.

### 8.1.3 Medizinische Diagnostik

- Kleinere Geräte wie Ruhe-EKG oder periphere Dopplersonographie werden in der Geriatrie vorgehalten.
- Mit dem Sonographiegerät wird die oben beschriebene Funktionsdiagnostik durchgeführt.
- Das Labor und die Röntgenanlage mit Computertomographie werden im benachbarten Akutkrankenhaus genützt.
- Darüber hinaus können die Ärzte bei speziellen Fragestellungen die Diagnostik mit allen Geräten des Akutkrankenhauses veranlassen wie z. B. Farbdopplersonographie, Endoskopie..

### 8.1.4 Therapieräume

- Die Therapieräume sowohl für Einzeltherapien als auch für Gruppentherapien der einzelnen Bereiche befinden sich in unmittelbarer Nähe der zwei Stationen. Sie werden für die ambulante und die stationäre Rehabilitation gleichermaßen genutzt.
- Die Räume sind mit modernen Therapiematerialien ausgestattet.
- Sie sind durch viel natürliches Licht und durch die kräftigen Farben der Einrichtungsgegenstände freundlich und aktivierend.

### 8.1.5 Der Park

- Der schön angelegte Park mit den alten Bäumen liegt direkt neben dem Rehagebäude
- Die Wege mit unterschiedlichen Belägen und Steigungen werden sowohl zum Ausdauer- und Geländetraining genutzt als auch von Patienten und Angehörigen zum Spaziergang.
- Im windgeschützten Innenhof steht ein Klanggarten zur Verfügung.
- 

## 8.2 Prozessqualität

Die interne Qualitätssicherung war von Anfang an ein wichtiges Element unserer klinischen Tätigkeit. Schon zwei Jahre nach der Eröffnung, also im Jahr 2000 waren die Klinik als erste Klinik im Saarland und als vierte in Deutschland nach DIN EN ISO 9001 erfolgreich zertifiziert. Ebenso ist die Klinik nach QMS Reha zertifiziert und nimmt am Qualitätsmanagement Gemidas teil. Regelmäßig erfolgen Rezertifizierungen.



## 8.2.1 Aufnahme in der Klinik

- Am Aufnahmetag erheben die Mitarbeiter des Pflegedienstes die Pflegeanamnese.
- Der Arzt erhebt am gleichen Tag die ärztliche Anamnese und führt die klinische Untersuchung durch. Dann legt er die medizinischen Therapien oder z. B. das Dekubitusmanagement fest. Er ordnet an, in welchen Abteilungen der Patient behandelt wird.
- Je nach Anordnung des Arztes wird auch der Logopäde bereits am Aufnahmetag bei den Patienten einbezogen und erhebt ebenfalls einen Aufnahmebefund.
- Der Arzt fertigt Kopien von dem Aufnahmebefund an und leitet sie den Therapeuten weiter, damit diese zum inen rehabilitativ relevante Vorinformationen haben und zum Anderen die Patienten nicht noch einmal ähnliches beantworten müssen.
- Am Nachmittag des Aufnahmetages erfolgt eine Visite durch eine Facharzt und Geriater, um den Facharztstandard zu gewährleisten. Den Patienten werden erneut die Rehaprinzipien und der Tagesablauf erläutert. Sie werden ggf. zur Mitarbeit motiviert, aber auch auf ein adäquates Verhalten zur Vermeidung von Komplikationen oder Stürzen hingewiesen. Ebenso wird ein Notfallplan erstellt (Vorhandensein von Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung erfragt, Einstellung des Patienten zur Frage der Wiederbelebung, Intensivbehandlung und Beatmung erfragt und schriftlich festgehalten).
- Am Vormittag des Folgetages kommen Mitarbeiter der Abteilungen Physiotherapie und Ergotherapie, ggfs. auch der Logopädie, die den Patienten ihrerseits funktionell untersuchen und den timed-up-and-go-Test, den Tinetti-Test und die Handkraftmessung durchführen. Die Psychologin führt den MMSE-Test durch, um die kognitive Leistungsfähigkeit besser abschätzen zu können und erfasst durch den DIA-S Test den emotionalen Status des Patienten.

## 8.2.2 Assessment und Team

Durch die durchgeführten Tests: timed-up-and-go-Test, Tinetti-Test, die Handkraftmessung, MMSE-Test (mini mental state examination), den DIA-S Test und den Barthelindex werden bei allen Patienten objektive Informationen über die Funktionsstörungen der Patienten erfasst. Durch die Wiederholung von timed-up- and-go-Test, Tinetti-Test, Handkraftmessung und Barthel-Index bei Entlassung werden die Fortschritte objektiviert.

Im geriatrischen Assessment werden die Funktionsstörungen einschließlich der Testergebnisse bewertet und die sich ergebenden Therapieziele abgeleitet. Dadurch kann

individuell und zielgerichtet behandeln werden. Anschließend erstellen die Therapeuten die Wochenpläne, die den Patienten ausgehändigt werden.

Das Assessment erfasst folgende Bereiche:

- Medizinisch: Diagnosen und körperliche Befunde
- Funktionell: Funktionseinschränkungen auf Organ- und Alltagsebene
- Psychisch: Kognitive und psychische Beurteilung
- Sozial: Familiäre Situation, unterstützende Angehörige, Wohnung
- Ziele: Ziele der Patienten und des Teams werden besprochen

Alle Patienten werden einmal pro Woche im Team besprochen. Die beteiligten Therapeuten und Mitarbeiter des Pflegedienstes stellen die in der letzten Woche erreichten Fortschritte, Probleme und Ressourcen der Patienten dar. Ggf. werden die Ziele neu definiert. Diese Informationen fließen in der dann folgenden Woche in die Therapieplanung und die Therapieinhalte ein.

### 8.2.3 Stationäre Patienten

Aktivität ist sinnvoll, weil Bewegung Leben ist und Leben sich in Bewegung ausdrückt. Körperliche Aktivität unterstützt die geistige Aktivität. Umgekehrt führt Immobilität zu geistigem Abbau.

Deshalb verbringen die Patienten eine möglichst lange Zeit oder sogar den ganzen Tag angekleidet außerhalb des Bettes. Sie können sich in ihrem Zimmer aufhalten, in den Sitzgruppen der Stationen oder in den Tagesräumen. Bei geeigneter Witterung wird auch der Park gerne genutzt.

- In den täglichen stattfindenden Visiten der Stationsärzte werden medizinische Befunde und rehabilitative Fortschritte bewertet und die notwendigen Konsequenzen angeordnet. Befunde werden den Patienten und später auch den Angehörigen erläutert.
- Die Ärzte werden zeitweise auch einzelne Therapien begleiten, um die Fortschritte, aber auch die Probleme direkt mit Patienten und Therapeuten zu besprechen.
- Besondere Fragen können direkt oder in den wöchentlichen Oberarzt- und Chefarztvisiten geklärt werden.
- Selbstverständlich ist zu jeder Zeit – ob tagsüber oder nachts, ob während der Woche oder am Wochenende – ein diensthabender Arzt erreichbar.
- Die Diagnostik und Therapie findet in den entsprechenden Räumen der Abteilungen oder im Patientenzimmer statt.

- Die Patienten erhalten einen Wochentherapieplan. In diesem sind die verschiedenen Therapien mit den Behandlungszeiten, die Visitenzeiten, die Mahlzeitenzeiten und die Ruhephasen eingetragen. Ebenso ist der jeweils zuständige Therapeut für die Einzeltherapien namentlich vermerkt. Dadurch können die Patienten sich zeitlich orientieren. Eventuell erforderliche Änderungen der Therapien werden zeitnahe nachgetragen.
- Zu den Therapien werden die Patienten vom Hol- und Bring-Dienst abgeholt und zu den Therapieräumen begleitet.
- Die Einzel- und Gruppentermine werden unter den Therapeuten abgestimmt und so über den Tag verteilt, dass die Patienten nicht überfordert werden.
- Nach den wöchentlichen Teambesprechungen werden die folgenden Therapiepläne an die erreichten Fortschritte angepasst.

### 8.2.4 Ambulante Patienten

Die Tagesklinik ist unser Zentrum der ambulanten Rehabilitation. Auch wenn eine stationäre Behandlung nicht mehr oder primär nicht erforderlich ist, ist für schon etwas mobilere Patienten eine ambulante Rehamaßnahme mit Betreuung durch das geriatrische Team oft hilfreich. Dort werden die Patienten morgens vom Transportdienst in die Klinik gebracht und erfahren während des Tages die gleichen Behandlungen, die sie auch bei einem vollstationären Aufenthalt hätten. Nachmittags werden sie wieder nach Hause gefahren, nehmen am Familienleben teil und schlafen nachts im eigenen Bett.

- Die Patienten müssen zumindest mit Unterstützung einer anderen Person den von der Klinik organisierten Transport in einem rollstuhlgerecht ausgestatteten Kleinbus bewältigen können.
- Die Patienten müssen in der näheren Umgebung wohnen, damit die Fahrt nicht zu lange dauert.
- Die Bindung an die Familie bleibt erhalten. Die Patienten werden nicht aus dem häuslichen Milieu herausgerissen.
- Bei der Veranlassung durch den Arzt im Akutkrankenhaus oder in der Rehaklinik erfolgt die Wiedereingliederung der Patienten zu Hause sehr schonend.
- Den Patienten stehen ein großer Aufenthaltsraum, in dem auch die Mahlzeiten eingenommen werden, sowie ein Ruheraum zur Verfügung.
- Die Therapie wird an mehreren Tagen in der Woche durchgeführt. Die Therapietage werden mit den Patienten abgesprochen.

- Die Betreuung durch das therapeutische Team ist die gleiche wie bei stationären Patienten. Der Patient erhält einen Therapieplan, in dem die Therapiezeiten, die Visitenzeiten sowie die Mahlzeiten und die Ruhephasen vermerkt sind. Es findet ein Aufnahmeassessment sowie regelmäßige Teambesprechungen statt. Bei Patienten, die vorher in stationärer Rehamaßnahme in unserer Klinik waren, wird die Therapie in angepasster Form fortgeführt,
- An jedem Therapietag findet eine Visite durch den zuständigen Arzt statt. Wenn erforderlich, können auch Diagnostik- und Laborkontrollen im gleichen Umfang wie für die stationären Patienten durchgeführt werden. Ergebnisse werden an den Hausarzt weitergeleitet.
- Nach Entlassung erfolgt ein ausführlicher Entlassungsbericht an den Hausarzt, aus dem die erreichten Therapiefortschritte und die erfolgten Maßnahmen hervorgehen.
- Gegenüber der rein ambulanten Behandlung ist die Therapiedichte höher und die körperliche und geistige Aktivierung größer. Die ambulante Rehamaßnahme muss jedoch zuvor von der Krankenkasse genehmigt sein.

### 8.2.5 Beschwerdemanagement

Schon vor mehreren Jahren wurde ein Beschwerdemanagement eingeführt. Patienten oder Angehörige haben die Möglichkeit, mit dem Patientenfürsprecher Kontakt aufzunehmen oder können auf einem Bewertungsbogen ihre Kritik anbringen. Für anonyme Mitteilungen an die Leitung steht auch für die Mitarbeiter ein Kummer-Briefkasten zur Verfügung. Selbstverständlich können auch kurzfristig individuelle persönliche Termine mit der leitenden Ärztin vereinbart werden.

### 8.2.6 Fehlermanagement

Im medizinischen Fehlermanagement überprüfen und bestätigen die Ärzte schriftlich die korrekte und vollständige Übertragung der Arzneimittelbezeichnungen auf eine neue Wochenkurve und täglich deren richtige Dosierung. Die leitenden Stationschwester überprüfen in regelmäßigen Stichproben die verordneten Medikamente mit den tatsächlich gerichteten. Weiterhin erfordert der aufgrund des Arbeitszeitgesetzes für Ärzte notwendig gewordene Schichtdienst die geregelte Übergabe an den Nachfolger zur Absicherung der Informationsweitergabe bei Dienstende.

Rehabilitativ werden schon am Aufnahmetag die Anamnese, die Diagnosen und die für die Therapeuten wichtigen Infos wie z. B. die mögliche Belastbarkeit des Beines nach Knochenbruch in schriftlicher Form weitergeben. So haben die Therapeuten schon bei ihrer

Aufnahmeuntersuchung und vor dem Assessment die notwendigen Informationen, um Komplikationen zu vermeiden.

## 8.3 Ergebnisqualität

In der externen Qualitätssicherung nimmt die geriatrische Rehaklinik seit dem Eröffnungsjahr am bundesweiten Benchmarking Gemidas teil. Die Gemidasdaten werden kontinuierlich erfasst, vom Bundesverband Geriatrie in Berlin anonymisiert ausgewertet und mit den anderen teilnehmenden Kliniken im Sinne eines Benchmarking verglichen. Es zeigt sich bei der Auswertung regelmäßig eine überdurchschnittliche Verbesserung des Barthelindexes und eine vergleichsweise geringe Weiterbehandlung in stationärer Pflege, da ein hoher Anteil der Patienten in die häusliche Umgebung entlassen werden kann. Insgesamt können die Ergebnisse aller Tests und Daten gut genutzt werden, um die Verbesserung zwischen Aufnahme und Entlassung zu dokumentieren.

## Kontaktdaten

Kreiskrankenhaus St. Ingbert GmbH  
Geriatrische Rehaklinik  
Gesundheitspark  
Klaus-Tussing-Str.1  
66386 St. Ingbert

Chefärztin: Frau Christine Klasen

Telefon Zentrale: (0 68 94) 108-0

Telefon Sekretariat: (0 68 94) 108 – 451

Telefax: (0 68 94) 108 – 452

E-Mail: sekretariat-reha@kkh-geriatrie-igb.de

Internet: [www.kkh-geriatrie-igb.de](http://www.kkh-geriatrie-igb.de)