



Einrichtungskonzept

für die stationäre geriatrische Rehabilitation

Geriatrische Rehabilitationsklinik Ehingen

Ärztliche Leitung: Dr. med. Michael Jamour

Pflegedirektorin: Regine Deutsche

Geschäftsführer: Markus Mord

Telefon: 07391 / 586-5555

Fax: 07391 / 586-5775

© 2024 Geriatrische Rehabilitationsklinik
Ehingen Spitalstrasse 29
D-89584 Ehingen
<http://www.geriatrie-ehingen.de>

VORWORT

Das hier vorgelegte Konzept beschreibt das Aufgabenverständnis, die Organisation und Arbeitsweise unserer Einrichtung, informiert über alle Indikationen und Kontraindikationen und stellt das gesamte Spektrum unserer Therapien und Rehabilitationsleistungen dar. Es präzisiert die Zielsetzungen zur Wiedererlangung der Aktivitäten und Teilhabe unserer Rehabilitanden entsprechend der ICF-Konzeption der Weltgesundheitsorganisation und ist verbindliche Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit dieses Konzeptes wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter. Soweit im Konzept von Angehörigen die Rede ist, können hierbei gleichberechtigt auch andere Bezugspersonen des Rehabilitanden gemeint sein.

Gemäß den Vorgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) werden in dem Konzept Aussagen zur Trägerstruktur und zu den örtlichen Rahmenbedingungen gemacht. Ferner nimmt es Bezug auf die gesetzlichen Vorgaben. Hierzu zählen die Zertifizierungspflicht, die Rahmenempfehlungen des MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände), die Richtlinien der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation) und auch das QS-Reha-Verfahren der GKV. Das Konzept steht auf Anfrage zuweisenden Ärzten und Kliniken, Kostenträgern, Rehabilitanden, Angehörigen und anderen interessierten Personen zur Verfügung. Unser Einrichtungskonzept ist über unsere Homepage auch der Öffentlichkeit zugänglich.

Im Land Baden-Württemberg wird unser Versorgungsauftrag maßgeblich durch das Landesgeriatriekonzept bestimmt. Baden-Württemberg hatte eine Vorreiterrolle in der Entwicklung der Geriatrischen Rehabilitation und sieht sich durch die hohe Lebenserwartung und niedrige Pflegequote darin bestätigt, diese Planung beizubehalten.

Das hier vorgelegte Einrichtungskonzept wird alle 3 Jahre intern überprüft, angepasst und aktualisiert. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass es stets im Einklang mit dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse steht. Gegenüber unseren Mitarbeitern werden die Inhalte unseres Einrichtungskonzeptes in unseren betriebsinternen Fortbildungen und in unseren jährlichen Vollversammlungen kommuniziert.

Die Geriatrische Rehabilitationsklinik Ehingen wurde erstmals 2007 nach KTQ zertifiziert und hat alle Audits mühelos bewältigt. Im selben Jahr wurde erstmals die Vorgängerversion dieses Einrichtungskonzeptes erstellt.

Die jetzige Version wurde im Herbst/Winter 2022 durch das QM-Lenkungsteam aktualisiert. Für die stetige Weiterentwicklung dieses Konzeptes gilt den daran beteiligten Mitarbeitern des geriatrischen Teams unser besonderer Dank.

Ehingen, im Januar 2023


Markus Mord
Geschäftsführer


Regine Deutsche
Pflegedirektorin


Dr. Michael Jamour
Chefarzt

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

| | |
|-------------------|---|
| AA | Arbeitsanweisung |
| ACE | Angiotensin-Coverting-Enzyme |
| ADK | Alb-Donau-Kreis |
| ADL | Activities of Daily Living |
| AGS | American Geriatrics Society |
| AMP | Amputation |
| AP | Alkalische Phosphatase |
| AVK | Arterielle Verschlusskrankheit |
| BAR | Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation |
| BDI | Berufsverband Deutscher Internisten |
| BGS | British Geriatrics Society |
| BMJ | British Medical Journal |
| BV | Betriebsvereinbarung |
| BVG | Bundesverband Geriatrie |
| BVW | Betriebliches Vorschlagswesen |
| BWKG | Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft |
| BZ | Blutzucker |
| CIMT | Constraint-Induced-Movement-Therapy |
| CIND | Cognitive Impairment No Dementia |
| CL | Checkliste |
| CNS | Central Nervous System |
| COMT | Catechol-O-Methyl-Transferase |
| COPD | Chronic Obstructive Pulmonary Disease |
| CRP | C-reaktives Protein |
| CT | Computertomographie |
| DA | Dienstanweisung |
| DAT | Demenz vom Alzheimer-Typ |
| DGG | Deutsche Gesellschaft für Geriatrie |
| DGGG | Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie |
| DNQP | Deutsches Netz für Qualitätsentwicklung in der Pflege |
| DVO | Dachverband Osteologie |
| FBL | Funktionelle Bewegungslehre |
| FEES | Flexible endoskopische Evaluation des Schluckaktes |
| FO | Formular |
| F.O.T.T. | Facio-Orale Trakt Therapie |
| FT4 | Freies Tetrajodthyronin |
| GER | Geriatrie |
| GFR | Glomeruläre Filtrationsrate |
| GGT | Gamma-Glutamyl-Transferase |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherungen |
| GNS | Gesundheitsnetz Süd |
| GPT | Glutamat-Pyruvat-Transaminase |
| HbA _{1c} | Glykosiliertes Hämoglobin |
| HDL | High Density Lipoprotein |
| H-TEP | Hüft-Totalendoprothese |
| IADL | Instrumental Activities of Daily Living |
| IBF | Innerbetriebliche Fortbildung |
| ICD | Internationals Classification of Diseases |
| ICF | International Classification of Functioning, Disability and Health |
| ICIDH | Internation Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps |
| INR | International Normalized Ratio |
| IPS | Idiopathisches Parkinson-Syndrom |
| IRIE | Inpatient Rehabilitation in Ehingen |
| JAMA | Journal of the American Medical Society |

| | |
|----------|--|
| KODAS | Kollektiver Datensatz |
| K-TEP | Knie-Totalendoprothese |
| KTL | Klassifikation Therapeutischer Leistungen |
| KTQ | Kooperation für Transparenz und Qualität |
| LAG | Landesarbeitsgemeinschaft |
| LBD | Levy-Body-Demenz |
| LDL | Low Density Lipoprotein |
| LSVT | Lee Silverman Voice Treatment |
| MAO | Monoaminoxidasen |
| MDK | Medizinischer Dienst der Krankenkassen |
| MDS | Medizinischer Dienst der GKV-Spitzenverbände |
| MRT | Magnetresonanztomographie |
| MS | Multiple Sklerose |
| MSE | Muskuloskeletale Erkrankung |
| MTT | Medizinische Trainingstherapie |
| NICE | National Institute of Health and Clinical Excellence |
| NOAK | Neue orale Antikoagulantien |
| NPH | Normaldruckhydrocephalus |
| NYHA | New York Heart Association |
| OD | Organisationsdokument |
| O-FX | Fraktur der oberen Extremität |
| O.G.I.G. | Observational Gait Instructor Group |
| PAIR | Physical Activity in Inpatient Rehabilitation Assessment |
| PAVK | Periphere Arterielle Verschlusskrankheit |
| PD | Parkinson-Demenz |
| PDCA | Plan - Do - Check - Act |
| PNF | Proprioceptive Neuromuskuläre Fazilitation |
| PNS | Peripheral Nervous System |
| POCD | Postoperative Cognitive Dysfunction |
| PS | Parkinson-Syndrom |
| QM | Qualitätsmanagement |
| QMH | QM-Handbuch |
| QS | Qualitätssicherung |
| ROM | Range of Motion |
| SAE | Subkortikale Arteriosklerotische Encephalopathie |
| SD | Standard |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SHT | Schädel-Hirn-Trauma |
| SIGN | Scottish Intercollegiate Guidelines Network |
| SOK | Selektierte Optimierung und Kompensation |
| SOP | Standard Operating Procedure |
| SSD | Subsyndromales Delir |
| SSRI | Selective Serotonin Reuptake Inhibitor |
| S-TEP | Schulter-Totalendoprothese |
| TDM | Therapeutisches Drug Monitoring |
| TSH | Thyreidea Stimulating Enzyme |
| UAW | Unerwünschte Arzneimittelwirkung |
| U-FX | Fraktur der unteren Extremität |
| ULTDEM | Ulmer Leuchtturmprojekt Demenz |
| VA | Verfahrensanweisung |
| VK | Vollkräfte |
| VR | Verzögerte Rekonvaleszenz |
| WHO | World Health Organization |
| ZERCUR | Zertifiziertes Curriculum |
| ZNS | Zentralnervensystem |
| ZQM | Zentrales Qualitätsmanagement |

INHALT

| | | |
|-----------|--|----|
| 1. | Einleitung | 09 |
| 2. | Gesundheitsnetzwerk und Kooperationen | 12 |
| 3. | Geriatric | 14 |
| 3.1 | Definition des geriatrischen Rehabilitanden..... | 14 |
| 4. | Geriatrische Rehabilitation | 19 |
| 4.1 | Aufgabenstellung der geriatrischen Rehabilitation..... | 19 |
| 4.2 | Fachliche Voraussetzungen der geriatrischen Rehabilitation..... | 20 |
| 4.2.1 | Indikationen..... | 21 |
| 4.2.2 | Rehabilitationsbedürftigkeit..... | 21 |
| 4.2.3 | Rehabilitationsfähigkeit..... | 21 |
| 4.2.4 | Rehabilitationsbereitschaft und Motivation..... | 21 |
| 4.2.5 | Rehabilitationsprognose..... | 22 |
| 4.2.6 | Kontraindikationen..... | 22 |
| 4.3 | Rechtliche Voraussetzungen der geriatrischen Rehabilitation..... | 22 |
| 5. | Teilhabeorientiertes Leitbild | 24 |
| 5.1 | Werteorientierung und Führungsgrundsätze..... | 24 |
| 5.2 | Leitsätze der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen..... | 25 |
| 5.3 | Information der Öffentlichkeit..... | 26 |
| 6. | Infrastruktur | 27 |
| 6.1 | Zuweiserstruktur..... | 27 |
| 6.2 | Standortentwicklung..... | 27 |
| 6.3 | Personalstruktur..... | 28 |
| 7. | Diagnostik | 29 |
| 7.1 | Medizinische Diagnostik | 29 |
| 7.2 | Geriatrische Funktionsdiagnostik | 30 |
| 7.2.1 | Geriatrisches Assessment | 30 |
| 7.2.2 | Instrumentelle Ganganalyse | 39 |
| 7.3 | Psychometrische und neuropsychologische Diagnostik | 43 |
| 7.4 | Fahreignungsdiagnostik | 45 |
| 8. | Rehabilitatives Leistungsspektrum | 46 |
| 8.1 | Die ICF-Konzeption der Weltgesundheitsorganisation..... | 46 |
| 8.2 | Die ICF-basierte Rehabilitationssynopse..... | 48 |
| 8.3 | Das geriatrisch-rehabilitative Team | 56 |
| 8.3.1 | Ärztlicher Dienst | 56 |
| 8.3.2 | Pflegedienst | 57 |
| 8.3.3 | Therapeuten-Team..... | 58 |
| 8.2.3.1 | Physiotherapie..... | 58 |
| 8.2.3.2 | Ergotherapie | 59 |
| 8.2.3.3 | Logopädie | 60 |
| 8.2.3.4 | Psychologie | 61 |
| 8.2.3.5 | Therapiehelfer..... | 61 |
| 8.3.4 | Ernährungsberatung | 62 |
| 8.3.5 | Sozialdienst | 62 |
| 8.3.6 | Reha-Assistenz..... | 63 |
| 8.3.7 | Reha-Sekretariat..... | 63 |
| 8.4 | Rehabilitanden- und Angehörigenintegration..... | 63 |
| 8.5 | Rehaleistungsverzeichnis..... | 64 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 9. | Der Rehabilitationsprozess | 66 |
| 9.1 | Die Rehabilitandenaufnahme | 66 |
| 9.1.1 | Vorbereitung der Rehabilitandenaufnahme | 66 |
| 9.1.2 | Ankunft des Rehabilitanden..... | 67 |
| 9.1.3 | Aufnahmeuntersuchung..... | 67 |
| 9.2 | Die Rehaziplanung | 68 |
| 9.2.1 | Rehabilitationsziele..... | 69 |
| 9.2.2 | ICF-basiertes Rehaziformular..... | 70 |
| 9.2.3 | Der Therapieplan des Rehabilitanden..... | 72 |
| 9.2.4 | Grundprinzipien der Rehabilitation..... | 73 |
| 9.3 | Unterstützende Prozesse..... | 74 |
| 9.3.1 | Koordinierung des Rehabilitandentransports..... | 74 |
| 9.3.2 | Ernährungsberatung..... | 76 |
| 9.3.3 | Fachärztliche Konsile | 79 |
| 9.4 | Ärztliche Visiten und Teamvisiten | 79 |
| 9.5 | Spezielle interdisziplinäre Besprechungen | 80 |
| 9.5.1 | Interdisziplinäre Frühbesprechung | 80 |
| 9.5.2 | Memory-Konferenz | 81 |
| 9.5.3 | Kontinenzmanagement | 82 |
| 9.5.4 | Dysphagie-Team | 84 |
| 9.6 | Rehabilitanden- und Angehörigenschulung | 84 |
| 9.7 | Rahmenprogramm | 86 |
| 9.8 | Interdisziplinäres Entlassmanagement..... | 86 |
| 9.8.1 | Hilfsmittelversorgung und -verordnung..... | 88 |
| 9.8.2 | Familiengespräch | 89 |
| 9.8.3 | Rehazieevaluation..... | 89 |
| 9.8.4 | Die Entlassung | 90 |
| 9.9 | Der Reha-Pathway | 91 |
| 10. | Rehabilitandensicherheit | 92 |
| 10.1 | Medizinisches Notfallmanagement..... | 92 |
| 10.2 | Gerontopsychiatrische Probleme und Delir..... | 93 |
| 10.3 | Sturz- und Frakturprävention | 95 |
| 10.4 | Geriatrische Pharmakotherapie | 101 |
| 10.5 | Infektionsprävention und –management | 103 |
| 11. | Interne Kommunikation und Personalentwicklung | 104 |
| 11.1 | Interne Kommunikation..... | 104 |
| 11.2 | Personalentwicklung | 105 |
| 12. | Leitlinien und Standards | 107 |
| 13. | Indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte | 107 |
| 14. | Qualitätssicherung | 108 |
| 14.1 | Interne Qualitätssicherung | 108 |
| 14.2 | Externe Qualitätssicherung | 109 |
| 15. | Qualitätsmanagement | 110 |
| 15.1 | Der PDCA-Zyklus | 111 |
| 15.2 | Das QM-Handbuch..... | 111 |
| 15.3 | Meinungs-, Fehler- und Risikomanagement..... | 112 |
| 15.4 | Projektmanagement..... | 112 |
| 15.5 | Reha-Klausurtagung und Managementbewertung..... | 112 |
| 15.6 | Beziehungen zu Behandlern und Selbsthilfeorganisationen..... | 113 |
| 15.7 | Beziehungen zu Leistungsträgern..... | 114 |

ANHANG

| | |
|--|-----|
| A. Musterbeispiel: Der geriatrische Rehabilitand mit muskuloskelettaler Erkrankung | 115 |
| B. Musterbeispiel: Der geriatrische Rehabilitand mit diabetischen Folgeerkrankungen | 118 |
| C. Musterbeispiel: Der geriatrische Rehabilitand mit cerebrovaskulärer Erkrankung | 122 |
| D. Technische Ausstattung..... | 128 |

1. Einleitung

Alter war zu allen Zeiten ein relativer Begriff, beeinflusst von der jeweiligen Lebenserwartung der Bevölkerung und von der persönlichen Weltanschauung eines Menschen und seiner soziokulturellen Zugehörigkeit.

Im Wohlfahrtsstaat europäischen Zuschnitts definiert sich das „Alter“ in geradezu zentraler Weise über die nachberufliche Lebensphase. Diese Lebensphase lässt sich heute in zwei Abschnitte, dem *dritten* und *vierten Alter* unterteilen.

Menschen des *dritten Alters* gelten als gesund und kompetent. Ihre unter Umständen zu frühe Berentung wird vom Individuum teilweise als gesellschaftliche Ausgrenzung erfahren. Daher ist es legitim, wenn das *dritte Alter* heute auch unter dem Aspekt eines verschwendeten gesellschaftlichen Kompetenzpotentials diskutiert wird.

Das *vierte Alter* hingegen wird als Belastungspotential wahrgenommen, als Phase der manifest werdenden Krankheitsanfälligkeiten (Vulnerabilitäten) und Risikolagen. Schwere Pflegebedürftigkeit und dementielle Entwicklungen prägen das Bild des *vierten Alters*.

Diese doppelte „typische“ Altersdarstellung beeinflusst die heutigen sozialpolitischen Diskussionen, wobei allzu schnell der individuelle Aspekt des Alterns aus dem Blickfeld gerät. Schon der griechische Philosoph PLATON betonte in seiner *Politeia* vor allem die individuelle Komponente des Alterns und sieht das Erleben der Altersphase weitgehend durch die Lebensführung in Jugend und mittlerem Erwachsenenalter bestimmt. Diese Erkenntnis findet Eingang in die **Gerontologie**, einer fachübergreifenden Wissenschaft, die sich mit dem Prozess des *Alterns* bzw. deren wissenschaftlichen Erforschung beschäftigt.

Die **Geriatric** hingegen befasst sich mit den medizinischen Besonderheiten des alten Menschen, der hierbei häufig anzutreffenden Multimorbidität und den daraus resultierenden Funktionseinschränkungen bzw. Behinderungen. Charakteristisch für den geriatrischen Rehabilitanden ist der drohende oder bereits eingetretene Verlust der selbstständigen Lebensführung. Dieser Verlust an Selbstständigkeit bedeutet Abhängigkeit von fremder Hilfe und damit für Betroffene und Angehörige eine physische und/oder psychische Belastung. Die Behandlungsprinzipien und Behandlungsmethoden der Geriatric können einer solchen Entwicklung wirksam entgegenwirken. Dazu ist jedoch erforderlich, dass Geriatric neben der medizinischen Betreuung immer auch einen rehabilitativen Behandlungsschwerpunkt bietet.

Angesichts der demographischen Alterung unserer Gesellschaft ist von einer wachsenden Bedeutung der rehabilitativen Geriatric auszugehen. Dies gilt nicht zuletzt auch in volkswirtschaftlicher Hinsicht, da Pflege immer teurer sein wird als die Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung. Dies hat auch der Gesetzgeber erkannt und in dem sozialrechtlichen Grundsatz *Rehabilitation vor Pflege* zum Ausdruck gebracht. In Baden-Württemberg wurde die Umsetzung dieses Grundsatzes im Jahre 1989 durch das Landesgeriatrickonzept ins Leben gerufen. Es wurden flächendeckend geriatric Rehabilitationseinrichtungen aufgebaut, um bei älteren Menschen nach akuter Erkrankung Pflegebedürftigkeit abzuwenden oder diese zumindest so zu verringern, dass ihnen die Rückkehr in die häusliche Umgebung in weitgehend selbständiger Lebensführung ermöglicht wird.

In diesem Kontext entstand auch die *Geriatrische Rehabilitationsklinik Ehingen*, die im September 2001 als integrierter Bestandteil des Gesundheitszentrums Ehingen mit 35 Betten in Betrieb genommen wurde. Träger der Geriatrischen Rehabilitationsklinik ist die ADK GmbH für Gesundheit und Soziales, die neben dem Alb-Donau-Klinikum mit den Standorten Ehingen, Blaubeuren und Langenau auch mehrere Seniorenzentren und einen ambulanten Pflegeservice betreibt, um eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung älterer Menschen zu gewährleisten.

Jedes Jahr betreuen, pflegen und behandeln wir an der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen etwa 600 ältere Menschen, die aufgrund einer Akuterkrankung oder einer Verschlechterung eines chronischen Krankheitsbildes in ihrer selbstständigen Lebensführung bedroht sind. Klassische Behandlungsindikationen unserer Einrichtung sind Folgezustände nach sturzbedingten Verletzungen wie z.B. Oberschenkelhalsbruch und Oberarmbruch, manifeste oder drohende Immobilität nach endoprothetischem Hüft- und Kniegelenksersatz oder osteoporotischem Wirbelkörperbruch, diabetische Spätschäden (z.B. Amputationen mit Prothesenversorgung), neurologische Erkrankungen (z.B. Status nach (sub)akutem Schlaganfall, Morbus Parkinson), Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. Zustand nach Herzinfarkt) und verzögerte Rekonvaleszenz nach schweren internistischen Erkrankungen und größeren operativen Eingriffen.

Getreu dem Motto "Rehabilitation vor Pflege" arbeiten wir in einem interdisziplinären Team aus Ärzten, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologen, Diätassistenten und Sozialarbeitern, damit unsere Rehabilitanden wieder die größtmögliche Selbstständigkeit in ihren gewohnten Aktivitäten des täglichen Lebens erlangen bzw. zurückgewinnen. Unser Rehabilitationsplan ist auf die individuellen Bedürfnisse und die persönliche Lebenssituation unserer Rehabilitanden zugeschnitten. Dabei binden wir nach Möglichkeit Familienmitglieder und alle an der Betreuung Beteiligten in unsere Therapie und Pflege ein, damit der Behandlungserfolg nachhaltig ist.

Im Mittelpunkt der Rehabilitation steht immer die alltagsnahe Förderung funktioneller Fähigkeiten durch Training, aber auch die Erarbeitung von Kompensationsstrategien bei der Bewältigung fortbestehender Handicaps. Unsere Therapie und unsere Trainingskonzepte entsprechen den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Damit wir dies auch in Zukunft gewährleisten können, bilden wir unsere Mitarbeiter innerbetrieblich, aber auch durch gezielte Teilnahme an externen Kursen, Fachtagungen und Kongresse ständig fort.

Die Architektur unserer Einrichtung gewährleistet ein hohes Maß an Bewegungsfreiheit. Die freundliche und wohnliche Gestaltung der Rehabilitandenzimmer, eine Vielzahl moderner Trainingsgeräte sowie ein Therapiegarten und eine Übungsküche tragen zu einem therapeutischen Milieu und zu einer Grundstimmung bei, die unsere Rehabilitanden zur aktiven Teilhabe am Rehabilitationsgeschehen motivieren. Zur Entspannung können Rehabilitanden in verschiedenen Aufenthaltsbereichen unserer Rehabilitationsklinik verweilen, die Patientenbücherei nutzen oder an den Angeboten unseres Rahmenprogramms teilnehmen, um ihren musikalischen oder kreativen Neigungen nachzukommen.

Meilensteine der Qualitätsentwicklung

- 2001 Inbetriebnahme der Geriatrische Rehabilitationsklinik Ehingen mit 35 stationären Behandlungsplätzen
- 2002 Etablierung der Videofluoroskopie für Schlaganfallpatienten
- 2003 Einführung eines multimodalen Sturzrisikomanagements
- 2004 Klinische Etablierung der instrumentellen Ganganalyse (GaitRite®), Leitfaden Bobath-Konzept für Pflegekräfte, Strukturierte Diabetiker-Schulung in der Kleingruppe
- 2005 Seminarreihe für Angehörige von Schlaganfallerkrankten (GeriSem)
- 2006 Etablierung der PC-gestützten neuropsychologischen Diagnostik mit dem Wiener Testsystem
- 2007 Psychometrische Demenzdiagnostik mit der CERAD-Testbatterie, KTQ-Erstzertifizierung
- 2008 Etablierung der PC-gestützten Hirnleistungstrainings mit CogniPlus, Einführung der Lokomotionstherapie mit dem Woodway® Laufband, Seminarreihe für Angehörige von Demenz-Erkrankten (GeriSem)
- 2009 Interdisziplinäres Projekt „Hygiene- und Wundmanagement“, Interdisziplinäres Projekt „Angehörigenbetreuung und -schulung“
- 2010 Interdisziplinäres Projekt „Rehabilitationsleitfaden bei Parkinson-Syndrom“, Bewegungstherapie in der virtuellen Realität mit der Wii FitPlus
- 2011 KTQ-Rezertifizierung
Interdisziplinäres Projekt „Kognitive Rehabilitation“,
Einführung der computerbasierten kognitiven Rehabilitation mit RehaCom
- 2012 Interdisziplinäres Projekt "Geriatrisches Ernährungsmanagement"
Einführung der robotergestützten Armrehabilitation mit dem Armeo Spring
Implementierung der „LSVT Loud“-Therapie in der Logopädie
- 2013 Interdisziplinäres Projekt „ICF-basierte Rehazielpassung und -evaluation“
- 2014 KTQ-Rezertifizierung
Interdisziplinäres Projekt „Rehabilitation nach osteoporotischer Wirbelkörperfraktur“
- 2015 Interdisziplinäres Projekt „Rehabilitation nach proximaler Oberarmfraktur“

| | |
|------|---|
| 2016 | Digitalisierung geriatricspezifischer Reha-Prozesse (GERIDOC) Einführung des gerätegestützten Balancetrainings mit der „mtd balance“ und der LSVT-BIG-Therapie |
| 2017 | KTQ-Rezertifizierung |
| 2018 | Etablierung der digitalen Therapieplanung mit GERIPLAN |
| 2019 | Implementierung der sensorbasierten Ganganalyse Mobilty Lab® Organisationsentwicklung: Ausweitung der geriatrisch-internistischen Kompetenz durch die neu gegründete Fachabteilung „Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie“ |
| 2020 | KTQ-Rezertifizierung |
| 2021 | Interdisziplinäres Projekt „Diabetes mellitus im Alter“ |
| 2022 | Interdisziplinäres Projekt „Chronischer Schmerz im Alter“ |

2. Gesundheitsnetzwerk und Kooperationen

Durch die Anbindung an das Alb-Donau-Klinikum Ehingen stehen unseren Rehabilitanden diagnostische und therapeutische Möglichkeiten eines modernen Krankenhauses zur Verfügung (Labor, konventionelles Röntgen, CT, MRT, Endoskopie, Herzkatheter, Chirurgie, Intensivmedizin etc.).

Gleichzeitig besteht durch die Einbettung in das Gesundheitszentrum Ehingen die Möglichkeit einer fachärztlichen Mitbehandlung durch verschiedene Spezialisten (z.B. Onkologie, Urologie, Gynäkologie, Orthopädie, Dermatologie, Augen-, HNO- und Zahnheilkunde). Weitere Partner im Gesundheitszentrum Ehingen sind eine Psychiatrische Abteilung, ein ambulanter Pflegeservice, ein ambulantes Physiotherapiezentrum (S29), eine Apotheke und ein Sanitätshaus. Ein unmittelbar in Nachbarschaft angesiedeltes Dialysezentrum ermöglicht auch dialysepflichtigen Rehabilitanden die uneingeschränkte Teilnahme an der stationären geriatrischen Rehabilitation.

Mit der Agaplesion Bethesda Klinik Ulm, dem Rehabilitationskrankenhaus Ulm und der Universitätsklinik Ulm besteht ein Zusammenschluss im Geriatrischen Zentrum Ulm/Alb-Donau, welches zielgerichtet Forschungsprojekte in der Altersheilkunde entwickelt und durchführt. In Kooperation mit der Agaplesion Bethesda Klinik Ulm und mit Unterstützung der Robert-Bosch-Stiftung konnten in den zurückliegenden Jahren mehrere gemeinsame Projekte erfolgreich realisiert werden. Gegenstand der Untersuchungen waren dabei vor allem die Erforschung von Reha-Outcomeräprädiktoren (IRIE-Studie), die Sturzangsterfassung und Messung körperlicher Aktivität (PAIR) bei geriatrischen Rehabilitanden sowie die Analyse der regionalen Versorgung von Demenzpatienten (ULTDEM-Studie). Die Forschungsergebnisse wurden in renommierten nationalen und internationalen Fachzeitschriften publiziert, unter anderem im *Journal of the American Geriatrics Society*, in *Age & Ageing*, in den *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* sowie in der *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*.

Im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung (IBF) des Unternehmens bieten die MitarbeiterInnen der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen geriatrische Fortbildungen, Seminare und Fallkonferenzen an und unterstützen dabei auch die Vernetzung anderer an der Versorgung älterer Menschen beteiligter Gesundheitsdienstleister der Region (z.B. Seniorenzentren). Zudem ist die Implementierung des Geriatrie-Checks zur frühzeitigen Identifizierung des geriatrischen Patienten in den Krankenhäusern Baden-Württembergs am Alb-Donau-Klinikum vollzogen und erleichtert dadurch die frühzeitige Anbahnung einer maßgeschneiderten geriatrischen Weiterversorgung.

Durch eine länderübergreifende Expertenkommission wurde der derzeitige „state of the art“ geriatrischer Rehabilitationsmedizin in einem Konsensprozess erarbeitet und in Form des Praxisleitfadens „Geriatrisch-Rehabilitatives Basis-Management (GRBM) durch den Chefarzt der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen und zwei weiteren Autoren im Mai 2018 herausgegeben (Rezension: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-018-01466-3>).

3. Geriatrie

Geriatrie ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört die Behandlung alter Patienten bei

- akuten Erkrankungen
- chronischen Erkrankungen
- präventiver Zielsetzung
- rehabilitativen Fragestellungen und
- den häufig palliativen Fragestellungen am Lebensende.

Die in der Geriatrie betreuten Patienten weisen eine hohe Krankheitsanfälligkeit (Vulnerabilität) auf, leiden an multiplen aktiven Krankheiten und sind deshalb auf eine umfassende Betreuung angewiesen. Krankheiten im Alter können sich atypisch präsentieren und sind deshalb oft schwierig zu diagnostizieren. Das Ansprechen auf Behandlung ist oft verzögert und häufig besteht ein Bedarf nach (gleichzeitiger) sozialer Unterstützung.

Geriatrische Medizin geht daher über einen organzentrierten Zugang hinaus und bietet zusätzliche Behandlung in einem interdisziplinären Team an. Hauptziel dieser Behandlung ist die Optimierung des funktionellen Status des älteren Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie.

Die geriatrische Medizin ist zwar nicht spezifisch altersdefiniert, konzentriert sich jedoch auf typische, bei älteren Patienten gefundene Erkrankungen. Die meisten Patienten sind über 65 Jahre alt. Patienten, die am meisten von der geriatrischen Spezialdisziplin profitieren, sind in der Regel 80-jährig und älter.

3.1 Definition des geriatrischen Patienten

Die meisten älteren, über 70-jährigen Menschen haben keine oder kaum gesundheitliche Einschränkungen. Sie gestalten ihren Alltag selbständig, sind im öffentlichen Leben integriert und verfügen über ausreichend tragfähige soziale Strukturen. Altern ist nicht notwendig mit Krankheit verbunden.

Mit zunehmendem Lebensalter nehmen jedoch Grundfertigkeiten wie Mobilität, Selbständigkeit und kognitive Fähigkeiten als Folge physiologischer Alterungsprozesse ab. Dies hat an sich noch keinen Krankheitswert, ist jedoch mit einer erhöhten Krankheitsanfälligkeit verknüpft. Die Vulnerabilität lässt sich im klinischen Alltag durch einen relevanten Verlust an Funktionsreserven (Muskelkraft und Muskelmasse, Nierenfunktion bzw. glomeruläre Filtrationsrate, arterielle Gefäßcompliance, Anpassungsfähigkeit von Herzfrequenz und Herzzeitvolumen, Koronarreserve) beschreiben und bedingt eine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit. Das im Alter veränderte Verhältnis zwischen Körperfett und Körperwasser hat außerdem Auswirkungen auf die Homöostase, die Stoffwechselprozesse sowie auf die Arzneimittelwirkungen und deren Interaktionen.

Dieses Wissen um die inzwischen umfangreich erforschte Vulnerabilität im hohen Alter („Frailty“) hat Eingang in eine Konsensus-Definition von 2007 gefunden, bei der die

Positionen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (DGGG) des Bundesverbandes Geriatrie (BVG), des Bundes Deutscher Internisten (BDI, Sektion Geriatrie) und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) berücksichtigt wurden.

Geriatrische Patienten sind demnach 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

- „**Alter 80 +**“ („oldest old“) auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z.B. des Auftretens von Komplikationen oder von Folgeerkrankungen, der Gefahr der Chronifizierung sowie des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

Die geriatrietypische Multimorbidität ist in zahlreichen Publikationen beschrieben und beinhaltet folgende häufig koexistente Merkmale:

- Immobilität
- Sarkopenie (Muskelatrophie)
- Sturzgefährdung
- Schwindel
- Kognitive Defizite
- Depression
- Angststörung
- Inkontinenz (Harninkontinenz, seltener Stuhlinkontinenz)
- Dekubitalulcera
- Fehl- und Mangelernährung
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- Akute und chronische Schmerzen
- Sensibilitätsstörungen
- Herabgesetzte körperliche Belastbarkeit und Gebrechlichkeit
- Sehbehinderung
- Schwerhörigkeit
- Verminderte Immunkompetenz und rezidivierende Infekte
- Mehrfachmedikation
- Herabgesetzte Medikamententoleranz und erhöhtes Risiko iatrogenen Schäden
- Häufige Krankenhausbehandlung (Drehtüreffekt)
- Soziale Isolation

Diese geriatrietypischen Merkmale (auch *geriatriische Syndrome* genannt) sind letztlich als funktionelle Endstrecke eines komplexen Geschehens zu begreifen, bei dem herabgesetzte Funktionsreserve und erhöhte Organbeanspruchung als Folge einer Akuterkrankung bzw. akuten Verschlechterung einer chronischen Erkrankung zusammenwirken (siehe Abb. 1).

Geriatrische Syndrome

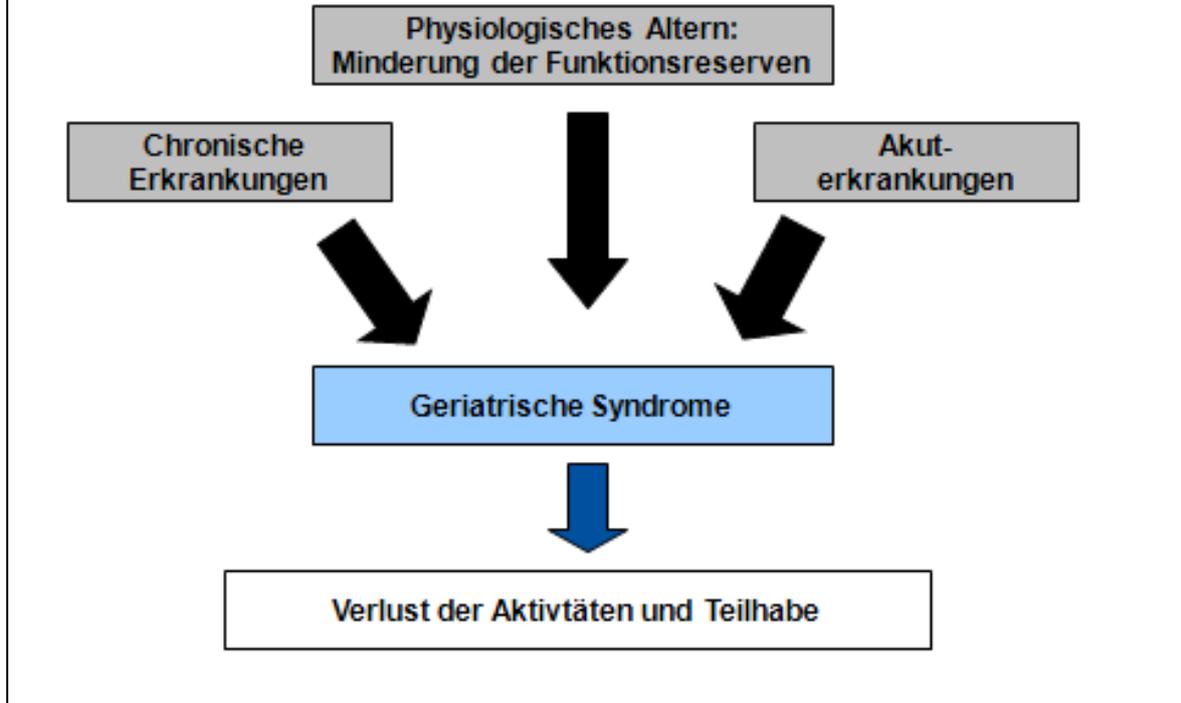


Abbildung 1

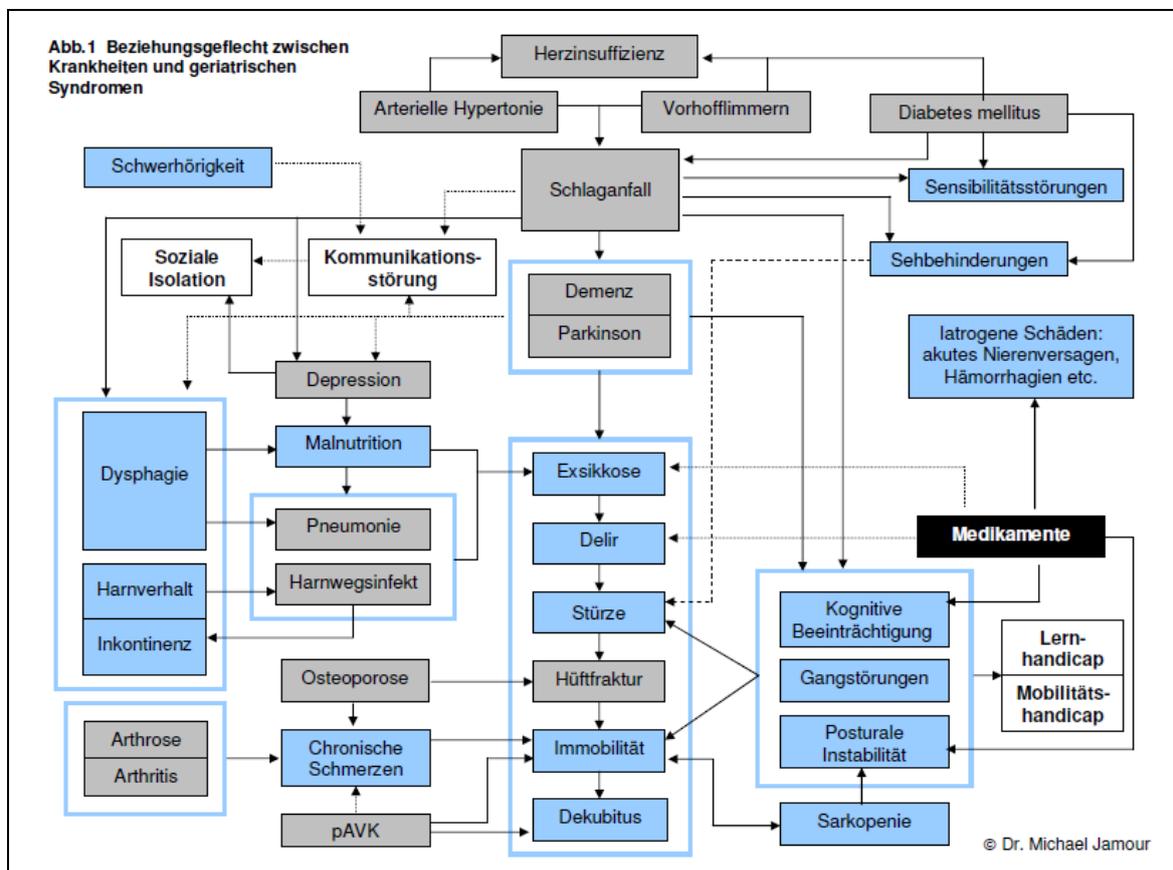


Abbildung 2

Der Abb. 2 ist die enge Verflechtung zwischen den nosologisch begründeten medizinischen Diagnosen und den geriatrischen Syndromen zu entnehmen. Es wird deutlich, dass bei Multimorbidität komplexe Muster von Ursachen-Wirkungs-Beziehungen entstehen können, so dass verständlich wird, dass sich geriatrische Patienten neben dem höheren Lebensalter auch durch eine jeweils individuell zu betrachtende Problemkonstellation auszeichnen.

Geriatrischen Patienten ist jedoch gemeinsam, dass die physiologischen Veränderungen des gealterten Organismus eine fundamentale Rolle bei der Eintrittswahrscheinlichkeit einer raschen Organdekompensation spielen. Im gleichen Sinne determinieren sie auch das Ausmaß einer verzögerten Rekonvaleszenz. Prolongierte Krankheitsverläufe sind für geriatrische Patienten dementsprechend typisch.

Von ganz entscheidender Bedeutung ist die sozialmedizinische Dimension der geriatrischen Syndrome, da sie sehr eng mit dem Auftreten von Fähigkeitsstörungen (Verlust der Alltagskompetenz bzw. Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens) korrelieren und dadurch zu sozialen Beeinträchtigungen (Verlust der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben) führen. Geriatrische Syndrome beeinträchtigen die körperliche, psychische und soziale Integrität des alten Menschen. Es droht der Verlust der Alltagskompetenz und ein daraus resultierender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (Abb. 3).

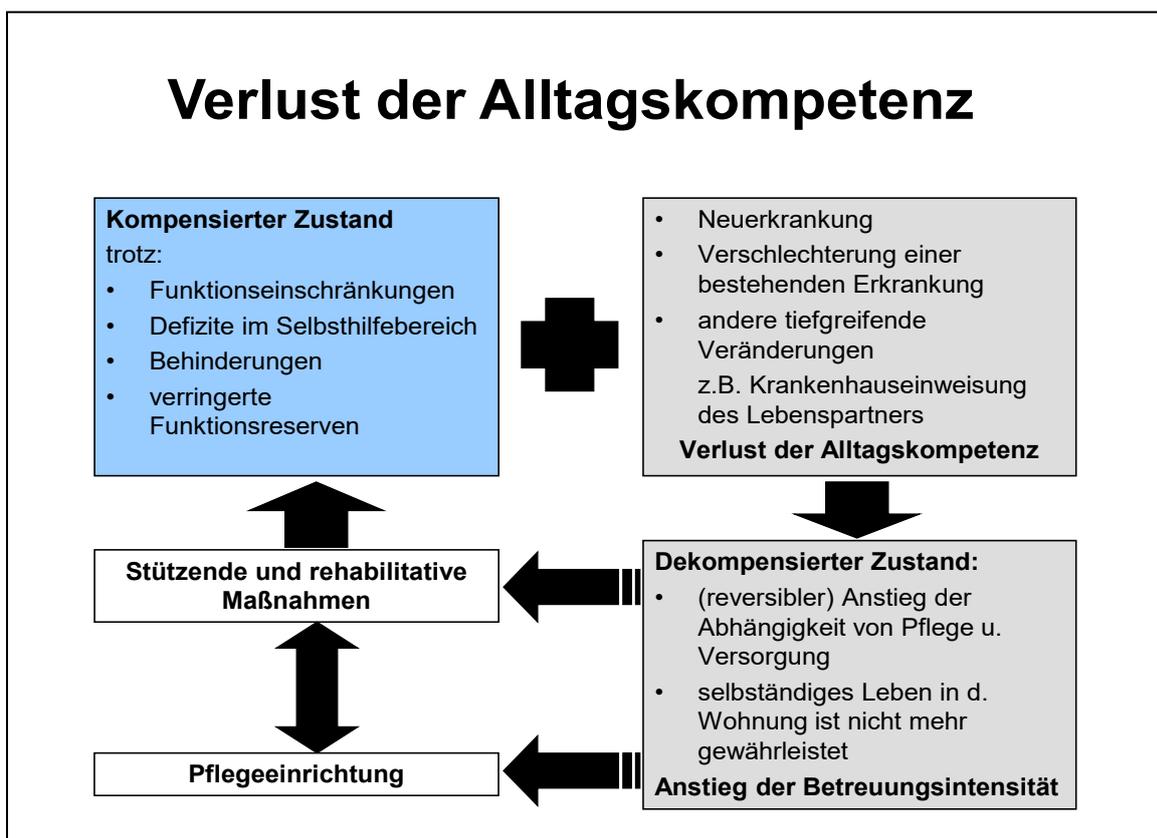


Abbildung 3

Der Zusammenhang zwischen geriatrischen Syndromen und dem Verlust an Aktivitäten und Teilhabe steht folglich im Fokus aller Bemühungen um eine Behinderungsprävention im Alter. Die medizinische Kontrolle der geriatrischen Syndrome wird hier zu einer zentralen Säule geriatrischen Handelns, um hierdurch den Zugewinn an Lebensqualität und den Erhalt an Autonomie zu sichern (Abb. 4).

Zielsetzung der Altersmedizin

In der Altersmedizin ist das primäre Interventionsziel nicht die "Heilung" des alten Menschen im Sinne einer "Restitutio ad integrum", sondern die Wiederherstellung der **funktionellen Integrität, der selbstständigen Lebensführung und der Lebensqualität.**

Eine Geriatrische Klinik erfüllt nur dann ihren Zweck, wenn sie **Strukturen und Prozesse** anbietet, die die **geriatrischen Syndrome wirksam eindämmen.** Sie stellen ein zentrales Ziel geriatrisch-medizinischer Interventionen dar.

Abbildung 4

Je nach Anzahl und Schweregrad der geriatrischen Syndrome können beim betroffenen Individuum Schädigungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen resultieren, die in unterschiedlichem Ausmaß zum Kompetenzverlust einer erfolgreichen Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens führen. Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben kann hierdurch mehr oder weniger behindert werden. Dabei hängt dies insbesondere auch von den jeweils bestehenden Kontextfaktoren (materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt) ab, die in erheblichem Maß dazu beitragen, ob und in welcher Weise Behinderungen erlebt und ggf. kompensiert werden. Dieses erweiterte Verständnis von Gesundheit im Sinne der ICF bildet heutzutage die fundamentale Grundlage einer modernen und zielgerichteten geriatrisch-rehabilitativen Betreuung. Nur durch die Einbeziehung der individuellen Lebenssituation und der sozialen Aufgabenwahrnehmung (soziale Rolle) des Rehabilitanden kann ein maßgeschneidertes Rehabilitationsprogramm erstellt werden, das die Erwartungen und Ziele des älteren Menschen teilhabeorientiert berücksichtigt und zu damit auch zu einer entsprechenden Ergebnisqualität führt.

4. Geriatrische Rehabilitation

Die Zielsetzung der Geriatrischen Rehabilitation besteht darin, dass älteren Menschen ein Maximum an Teilhabechancen ermöglicht wird. Dies gilt es mit den Wünschen und subjektiven Überzeugungen des Rehabilitanden abzustimmen. Dabei sind bestimmte Behandlungsprinzipien zu beachten, die in den letzten Jahrzehnten in der gerontologischen, geriatrischen und rehabilitativen Forschung erarbeitet wurden. Geriatrische Rehabilitation bedeutet implizit, dass Probleme der Multimorbidität älterer Menschen besonders berücksichtigt werden müssen. Die Koexistenz von internistischen, neurologischen, psychiatrischen, orthopädischen, alterstraumatologischen und sensorischen Problemen ist fast immer mehr als die Summe der Einzelprobleme. Es geht immer darum, dass gemeinsam mit dem Rehabilitanden eine Abstimmung der richtigen Behandlungsprioritäten vorgenommen wird. Überbehandlung ist ebenso zu vermeiden wie Unterbehandlung. Alterung wird als eine komplexe Interaktion von physiologischen, genetischen, umweltbedingten und sozialen Faktoren verstanden.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse Geriatrischer Rehabilitation ist stets zu berücksichtigen, dass die Umsetzung durch räumliche, organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen mitbestimmt wird. Gesetzliche Vorgaben und Vorgaben der Kostenträger und des MDK beeinflussen die Möglichkeiten der Ausgestaltung.

4.1 Aufgabenstellung der geriatrischen Rehabilitation

Die Hauptaufgabe der Geriatrischen Rehabilitation im vollstationären Bereich ist die rehabilitative Versorgung von älteren Menschen mit alltagsrelevanten Mobilitätseinschränkungen und Einschränkungen in den Basisaktivitäten des täglichen Lebens. Die meisten stationären Rehabilitanden bedürfen einer kontinuierlichen therapeutischen, medizinischen und pflegerischen Betreuung. Neben den medizinischen Diagnosen und Funktionseinschränkungen bestehen immer geriatrische Syndrome, die ein interdisziplinäres Vorgehen erfordern.

Geriatrische Rehabilitation bedeutet, dass durch übende Verfahren im Rahmen physiotherapeutischer, ergotherapeutischer, logopädischer und pflegerischer Maßnahmen mit flankierender medizinischer und psychosozialer Betreuung eine für die selbständige Lebensführung erforderliche Alltagskompetenz zurückgewonnen werden kann.

Ein wesentlicher Baustein des Rehabilitationserfolgs basiert also auf Erkenntnisse der Trainingslehre, die auch bei Hochbetagten uneingeschränkt ihre Gültigkeit besitzen. Für den Bereich der Mobilität besteht beispielsweise hinreichende Evidenz, dass durch repetitives und ausreichend intensives Training in verhältnismäßig kurzer Zeit relevante Fortschritte in den fünf motorischen Basisfähigkeiten (Kraft, Ausdauer, Balance, Beweglichkeit und Schnelligkeit) erzielt werden können, die durch medikamentöse oder operative Therapien allein nicht erreichbar sind. Diese Erfolge führen beim Rehabilitanden zudem auch zu einer positiven Verstärkung der Rehabilitationsmotivation.

Geriatrische Rehabilitation dient aber nicht nur den Betroffenen, sondern unterstützt die Angehörigen bzw. deren soziales Umfeld durch die Vermeidung bzw. Verminderung von Behinderung und Pflegebedürftigkeit. Geriatrische Rehabilitation ist damit ein maßgeblicher Beitrag zur Entlastung der Familiensysteme und zur Sicherung des Gemeinwohls.

Generell gilt, dass geriatrische Rehabilitation möglichst **wohntnah** erfolgen sollte, damit die Angehörigen bzw. das soziale Umfeld in den Rehabilitationsprozess miteinbezogen werden können. Meist wirkt es sich günstig aus, wenn die Rehabilitation älterer Menschen durch vertraute Menschen positiv begleitet wird. Zudem spielt die Angehörigenschulung bei fortbestehendem Hilfebedarf gerade in der geriatrischen Rehabilitation eine zentrale Rolle.

Die Ziele und Behandlungsstrategien der geriatrischen Rehabilitation lassen sich wie folgt zusammenfassen:

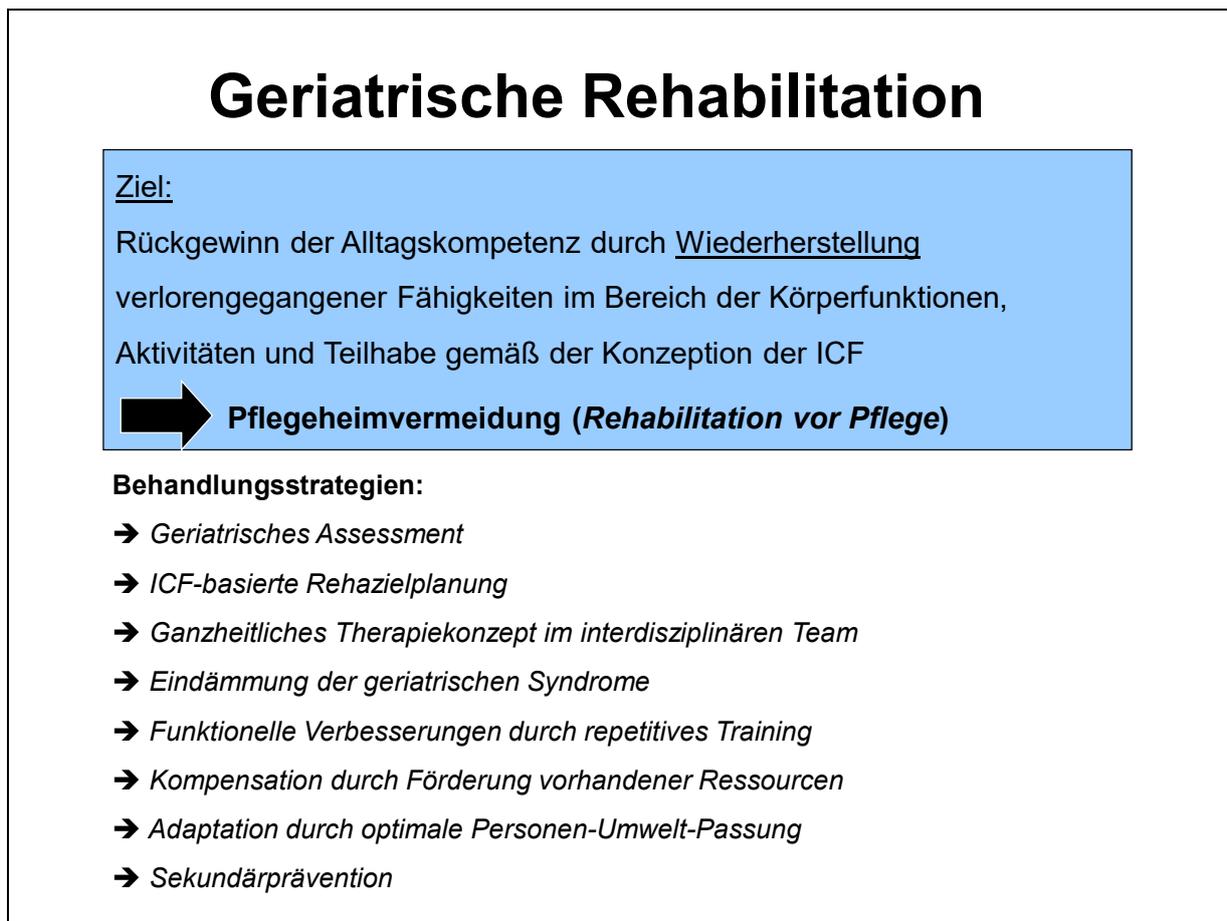


Abbildung 5

4.2 Fachliche Voraussetzungen der geriatrischen Rehabilitation

Voraussetzung für eine stationäre geriatrische Rehabilitation nach § 111 SGB V ist das Vorliegen einer *positiven Rehabilitationsprognose*. Diese ist durch *Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsmotivation* gegeben.

Die positive Rehabilitationsprognose ist ein maßgebliches Unterscheidungsmerkmal zur geriatrischen Frührehabilitation in der Akutklinik, bei der das Rehabilitationspotential noch unbestimmt ist. Die Abgrenzung zwischen einer geriatrischen Frührehabilitation in der Akutklinik und einer stationären geriatrischen Rehabilitation ergibt sich zum einen aus einer noch fortbestehenden Krankenhausbedürftigkeit des geriatrischen Patienten und zum anderen aus den Kontraindikationen einer geriatrischen Rehabilitation.

4.2.1 Indikationen

Die Indikationen zur geriatrischen Rehabilitation sind:

- ❖ Gefäßbedingte Gehirnfunktionsstörungen, z.B. Hirninfarkt und Hirnblutung
- ❖ Sturzbedingte Frakturen
- ❖ Protrahiert verlaufende kardiopulmonale Erkrankungen, z.B. Lungenembolie oder dekompensierte Herzinsuffizienz bei koronarer Herzerkrankung
- ❖ Amputationen der unteren Extremitäten, z.B. bei pAVK und Diabetes mellitus
- ❖ Neurodegenerative Erkrankungen, z.B. Morbus Parkinson
- ❖ Immobilität oder andere Folgezustände nach endoprothetischem Gelenkersatz oder anderen orthopädischen, allgemeinchirurgischen, neuro- oder herzchirurgischen Eingriffen sowie schwer verlaufenden internistischen Erkrankungen

4.2.2 Rehabilitationsbedürftigkeit

Auf Grund der gesundheitlichen Schädigung muss die Selbstversorgungsfähigkeit erheblich gefährdet oder bereits gemindert sein. Zusätzlich sollte durch die Rehabilitation die realistische Wiederherstellung einer funktionellen Fähigkeit möglich werden, so dass hierdurch Teilhabechancen gewahrt und ein Behinderungsausgleich erreicht werden kann. Durch Optimierung und Kompensation funktioneller Fähigkeiten wird das Prinzip „Rehabilitation vor Pflege“ angestrebt. Beispiel hierfür ist die Wiedererlangung der Gehfähigkeit oder der selbstständige Toilettengang in der eigenen Häuslichkeit, um den Verbleib in der eigenen Wohnung zu realisieren (Nutzbarkeit). Ein anderes häufiges Beispiel ist die Wiederherstellung der Fähigkeit des Treppensteigens, um das eigene Haus zu verlassen, außerhäuslichen Aktivitäten nachzugehen und entsprechende Zugangsbarrieren im konkreten Kontext zu überwinden (Zugänglichkeit).

4.2.3 Rehabilitationsfähigkeit

Der Rehabilitand muss ausreichend körperlich belastbar sein, um an den Therapieangeboten teilnehmen zu können. Dies betrifft insbesondere die kardiopulmonale Belastbarkeit, die Rumpfstabilität (z.B. ausreichende Sitzbalance für die Teilnahme an den Gruppentherapien) und die kognitive Leistungsfähigkeit (z.B. prozedurales Lernen für die motorische Rehabilitation). Wichtig ist hierbei die Unterscheidung, ob ein motorisches Wiedererlernen oder ein motorisches Neuerlernen erforderlich ist. Eine beginnende oder moderate Demenz ist kein Ausschlusskriterium für eine geriatrische Rehabilitation, da in diesem Stadium der Erkrankung die Fähigkeit zur Wiedererlernung motorischer Fähigkeiten noch erhalten ist.

4.2.4 Rehabilitationsbereitschaft und Motivation

Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation ist die grundsätzliche Bereitschaft des Rehabilitanden zur Mitarbeit und aktiven Teilnahme an den Therapien (Motivation). Diese kann initial durch behandelbare Ursachen (z.B. Depressivität) verringert sein. In diesen Fällen ist ein zeitlich befristeter Rehabilitationsversuch sinnvoll, um ggf. eine geeignete Therapie einzuleiten und deren Wirkung hinsichtlich der Reha-verlaufes zu überprüfen.

4.2.5 Rehabilitationsprognose

Bei einigen Patienten ist die Überprüfung des Zeitpunktes der stationären Rehabilitation eine wichtige Entscheidung. Da es sich um eine zeitlich befristete Maßnahme handelt und die verfügbaren Ressourcen sorgfältig eingesetzt werden sollten, wird bei der Reha-Anmeldung überprüft, ob der angestrebte Zeitraum oder ein späterer Zeitraum für den zu erwartenden Rehabilitationsverlauf des Patienten günstiger ist. Beispiele für eine Verschiebung des Rehabilitationszeitfensters sind isolierungspflichtige Keimbesiedelungen, eine erhebliche Delirsymptomatik, unzureichend belastbare Frakturversorgungen oder eine Ruhedyspnoe bei unzureichender kardiopulmonaler Rekompensation. In Grenzfällen ist ein geriatrisches Konsil sinnvoll, um den Sinn bzw. Zeitpunkt der Rehabilitationsmaßnahme zu überprüfen.

4.2.6 Kontraindikationen

Folgende Kontraindikationen einer stationären geriatrischen Rehabilitation sind zu beachten:

- ❖ Instabile Vitalparameter (Herz-Kreislauf und Atmung)
- ❖ Nicht abgeschlossene akutmedizinische Diagnostik
- ❖ Fieber, stark erhöhte Entzündungsparameter
- ❖ Nicht absehbare Dauer der i.v. Antibiose und/oder Infusionspflichtigkeit
- ❖ Dekubitalulcera III-IV. Grades
- ❖ Akutes Delir mit Unruhe, Verwirrtheit und Halluzinationen
- ❖ Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressionen, Lärmentwicklung und Weglauftendenz
- ❖ Selbst- oder Fremdgefährdung mit Aufsichtsbedarf (z.B. entgleiste Psychose)
- ❖ Fehlende (prozedurale) Lernfähigkeit bei fortgeschrittener Demenz
- ❖ Klinisch relevante Suchterkrankung
- ❖ Stuhlinkontinenz im Rahmen eines hirnrorganischen Abbauprozesses
- ❖ Schwere kardiale Erkrankung (z.B. NYHA-Stadium IV, kardiale Kachexie)
- ❖ Schwere respiratorische Insuffizienz mit pulmonaler Kachexie
- ❖ Fehlende Belastbarkeit, um mehrmals täglich an Therapien teilzunehmen
- ❖ Schwere Rumpfinstabilität, die ein längeres Sitzen (> 15 Min.) nicht ermöglicht
- ❖ Metastasierende Krebserkrankung mit deutlicher Progredienz bzw. Tumorkachexie
- ❖ Andere präfinale Krankheitsbilder mit absehbar kurzer Lebensprognose
- ❖ Fehlende Rehabilitationsbereitschaft
- ❖ Fehlende Kooperation bzw. Unwilligkeit bei der Mitwirkung in Therapie und Pflege

4.3 Rechtliche Voraussetzungen der geriatrischen Rehabilitation

Ziel des Geriatriekonzeptes des Landes Baden-Württemberg und der Bundesgesetzgebung aus dem Jahr 2007 ist es, einer Diskriminierung pflegebedürftiger älterer Menschen explizit vorzubeugen. Alle an der Weiterentwicklung des Geriatriekonzeptes Beteiligten sind sich einig, dass auch unter den Rahmenbedingungen eines erhöhten Kostendrucks keine Rationierung von Gesundheitsleistungen zu Lasten älterer und pflegebedürftiger Menschen erfolgen darf. So sind ein bestehender Pflegebedarf bzw. vorbestehende deutliche Teilhabebeeinträchtigungen nicht als Ablehnungsgrund gezielter Rehabilitationsmaßnahmen zu sehen.

Geriatrische Rehabilitation hat also auch den Auftrag, eine bereits eingetretene Pflegebedürftigkeit zu vermindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 11 (2) SGB V). Pflegebedürftigkeit oder Versorgung in einem Pflegeheim begründen per se keinen Ausschluss von Geriatrischer Rehabilitation. Entscheidend für die Gewährung von Rehabilitationsleistungen sind ein anerkanntes Rehabilitationsziel und eine positive Rehabilitationsprognose.

Eine stationäre geriatrische Rehabilitation kommt nicht nur als Anschlussrehabilitation in Betracht, sondern kann auch nach einer ambulanten Akutbehandlung indiziert sein. Auch ist sie bei degenerativen und chronischen Erkrankungen ohne unmittelbare Akuterkrankung zu gewähren, wenn dadurch eine absehbar eintretende Pflegebedürftigkeit verhindert oder vermindert werden kann und keine gleichwertige ambulante Alternative zur Erhaltung der Selbständigkeit bzw. Teilhabe verfügbar ist.

Generell gilt, dass eine geriatrische Rehabilitationsmaßnahme immer dann zu erwägen ist, wenn für den älteren Menschen eine andere Form der stationären Behandlung oder eine indikationsspezifische Rehabilitationsmaßnahme zur Behebung oder Minderung der komplexen Fähigkeitsstörungen und Teilhabestörungen nicht ausreichend ist. Dies ist dann gegeben, wenn eine geriatritypische Multimorbidität und entsprechende Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe vorliegen. Die Rehabilitationsdauer bei geriatrischen Rehabilitanden ist dabei individuell zu bemessen und muss neben den verfügbaren Rehabilitandenressourcen die funktionalen Fähigkeiten bei Reha-Beginn und die pathophysiologischen Besonderheiten der krankheitsspezifischen Genesung berücksichtigen.

Die Geriatrische Rehabilitation setzt als Antragsleistung der Krankenversicherung ein Antrags- und Genehmigungsverfahren voraus. Der Antrag wird durch Klinikärzte bzw. durch niedergelassene Vertragsärzte gestellt. Eine Genehmigung der Rehabilitationsmaßnahme ist seit dem 01.04.2007 grundsätzlich zu erteilen, wenn die Rehabilitationsfähigkeit und Indikation gegeben sowie alle weiteren versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz).

Das Bundesweite Geriatriekonzept 2018 (und seine Fortschreibung im Jahre 2022) hebt schließlich hervor, dass die geriatrische Krankenhausversorgung und die geriatrische Rehabilitation einander ergänzen und im Sinne eines Behandlungskontinuums zu begreifen sind.

Quelle:

https://www.bv-geriatrie.de/images/pdf_word_dateien/politik_recht/BVG_Broschuere_Bundesweites_Geriatriekonzept_Web.pdf

5. Teilhabeorientiertes Leitbild

Die *ADK GmbH für Gesundheit und Soziales* ist eine Unternehmensgesellschaft, deren Gegenstand die Förderung der Wohlfahrtspflege, die Förderung des Gesundheits- und Sozialwesens und die Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Alb-Donau-Kreis ist. Sie betreibt die *Geriatrische Rehabilitationsklinik Ehingen* als Teil eines regionalen Versorgungsnetzwerkes.

5.1 Werteorientierung und Führungsgrundsätze

Unser Dienst am Menschen orientiert sich am Leitbild der ADK GmbH für Gesundheit und Soziales. Darin sind Aufgaben und Zielsetzung, Werte und Verhaltensgrundsätze, Qualitätsverständnis und Weiterentwicklung, Information und Kommunikation sowie der wirtschaftliche und nachhaltige Umgang mit Ressourcen festgehalten.

Unsere Zusammenarbeit basiert auf einem gleichwertigen Verhältnis zwischen Kompetenz und Verantwortung. Dieses ist in unseren Führungsgrundsätzen konkretisiert:

- *Führungsverständnis*
Unsere Führungskräfte haben Vorbildfunktion. An ihrem Denken und Handeln orientieren sich die MitarbeiterInnen. Sie geben die Richtung an und gestalten aktiv. Sie reagieren nicht nur, sie stoßen Veränderungsprozesse an und begleiten diese.
- *Motivation*
Der Unternehmenserfolg hängt von der Einsatzfreude und vom Verhalten jedes einzelnen gegenüber den Menschen ab, die sich an uns wenden. Hieraus ergibt sich eine gemeinsame Verantwortung von Führungskräften und MitarbeiterInnen für den Erfolg unserer Dienstleistungen. Wir, Führungskräfte und Mitarbeiter, verhalten uns selbst so, wie wir es auch von anderen erwarten.
- *Loyalität und Integrität*
Unternehmenskonformes und rechtssicheres Handeln ist für uns eine Selbstverständlichkeit. Unser Umgang miteinander ist geprägt von Aufrichtigkeit, Berechenbarkeit, Fairness und Loyalität.
- *Umgang mit Konflikten*
Konflikte sprechen wir offen und konstruktiv an. Sachliche Kritik betrachten wir als eine Form der Wertschätzung und erwarten von jeder/jedem MitarbeiterIn, diese sowohl zu äußern, als auch anzunehmen. In gleichem Maß werden Lob und Anerkennung zeitnah ausgesprochen.
- *Zielformulierung und Mitarbeitergespräche*
Führungskräfte und MitarbeiterInnen definieren einmal jährlich Ziele. Dabei bringt jede/r MitarbeiterIn eigene Vorschläge ein. Zur Überprüfung und Analyse der

Erreichbarkeit und Wirksamkeit der Ziele erfolgen im laufenden Jahr Gespräche und Rückmeldungen.

- *Delegation*

Die Führungskräfte sorgen in ihrem Bereich für eine sinnvolle Aufgaben- und klare Verantwortungsverteilung. Innerhalb dieses Handlungsrahmens entscheiden MitarbeiterInnen in ihrem Aufgabenbereich eigenverantwortlich und kooperativ. Dabei bedingen sich Kompetenz und Verantwortung gleichwertig.

5.2 Leitsätze der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen

Ergänzend zu unserem unternehmensweiten Leitbild sind uns unsere Reha-Leitsätze eine Verpflichtung. Unter Bezug auf unseren fachspezifischen Versorgungsauftrag sind darin unser Selbstverständnis und unsere Teilhabeorientierung dargelegt:

Unser Auftrag: Rehabilitation vor Pflege

Unser Behandlungsauftrag ist im Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg verankert und besteht getreu dem sozialrechtlichen Grundsatz *Rehabilitation vor Pflege* in der Wiedererlangung und Erhaltung der größtmöglichen Selbstständigkeit und Teilhabe am gewohnten Leben. Insbesondere nach akuter Erkrankung oder nach Verschlechterung einer chronischen Krankheit gilt es drohende Pflegebedürftigkeit abzuwenden oder zu begrenzen.

Wir sind für Menschen da, die unsere Hilfe brauchen

Im Mittelpunkt unserer Arbeit stehen unsere Rehabilitanden und ihr soziales Umfeld. Sie sollen sich verstanden, sicher und geborgen fühlen und dürfen die Gewissheit haben, mit ihren Anliegen ernst genommen zu werden.

Wir beziehen alle Betroffenen mit ein

Wir achten darauf, dass wir die Rehabilitanden und deren Angehörige aktiv am Behandlungsgeschehen beteiligen und sie in ihrer Eigenverantwortung unterstützen. Die persönlichen Ziele und Wünsche des Rehabilitanden nehmen wir in den Behandlungsprozess auf.

Wir orientieren uns am Erreichbaren

Wir beachten die individuelle Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden, damit eine erfolgreiche Teilnahme an der Rehabilitation möglich wird: der Rehabilitanden soll gefördert, aber nicht überfordert werden.

Wir handeln gemeinsam

Die MitarbeiterInnen sind eng in ein berufsgruppenübergreifendes, engagiertes Team eingebunden. Sie beziehen ihre Motivation aus der Erfahrung, dass wesentliche Behandlungserfolge in der Rehabilitation nur durch das gemeinsame Wirken im Team erreicht werden können.

Wir sehen die Chancen des Alters

Ältere Menschen sind vielfach noch in der Lage, ihre Erfahrungen, ihre Kompetenzen und ihr Wissen einzusetzen, um Lösungen für Probleme im Alltag gemeinsam mit unserem Team zu

entwickeln und trotz bleibender Funktionseinschränkungen ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen.

Unser Qualitätsmotto: Nie aufhören besser zu werden!

Qualitätsmanagement begreifen wir als kritische Auseinandersetzung mit unseren Handlungen. Durch Innovationen und ständiges Lernen streben wir eine kontinuierliche Verbesserung unserer Behandlungsabläufe an. Qualitätsüberprüfungen haben wir uns schon vor Einführung der gesetzlichen Zertifizierungspflicht mit Erfolg gestellt. Maßnahmen der Qualitätssicherung sind für uns eine Selbstverständlichkeit.

5.3 Information der Öffentlichkeit

Ziel unserer Öffentlichkeitsarbeit ist es, die Geriatrische Rehabilitationsklinik Ehingen als Teil des Gesundheitszentrums Ehingen im Alb-Donau-Kreis und darüber hinaus bekannter zu machen und die Öffentlichkeit für die zunehmende Bedeutung der Altersmedizin und Altersrehabilitation zu sensibilisieren. Die interessierte Bevölkerung, Fachkreise, Mitarbeiter und Rehabilitanden werden unter anderem über die Tagespresse und über unsere Homepage auf Veranstaltungen wie z.B. Vorträge zu geriatritypischen Krankheitsbildern hingewiesen.

An Printmedien stehen unseren Rehabilitanden und ihrem sozialen Umfeld unter anderem folgende Informationsbroschüren und -flyer zur Verfügung, z.B.:

Patientenbroschüren:

- ❖ *Geriatrische Rehabilitationsklinik Ehingen: „Den Jahren Leben schenken“*
- ❖ *Anleitung und Tipps für das Krafttraining zu Hause oder in der Gruppe*
- ❖ *Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie*

Informationsflyer:

- ❖ *Aufenthaltsinformationen*
- ❖ *Informationen zu Schluckstörungen*
- ❖ *Information Blasenschwäche*
- ❖ *Sozialer Beratungsdienst*
- ❖ *Logopädie*
- ❖ *Klinikseelsorge*

Informationsblätter im Rehabilitandenzimmer:

- ❖ *Weiterführendes Informationsblatt zum Reha-Aufenthalt*
- ❖ *Rehabilitandenmerkblatt zur Sturzprophylaxe*

Zudem stellen wir unseren Rehabilitanden eigene Informationsblätter zum Heimtraining (Eigentaining) zur Verfügung. Schließlich liegen im Eingangsbereich der Reha-Klinik weitere ausgesuchte Broschüren, themenbezogenes Informationsmaterial und Flyer zur Mitnahme aus, die über verschiedene Erkrankungen, Gefahren und Hilfsmöglichkeiten aufklären (z.B. Hausnotruf, Pflegedienstanbieter, Vollmachten, Sturzgefahren, Schlaganfall etc).

6. Infrastruktur

6.1 Zuweiserstruktur

Es werden derzeit überwiegend Patienten aus dem Alb-Donau-Kreis, dem Stadtkreis Ulm und den unmittelbar benachbarten Landkreisen rehabilitiert. Zu den hauptzuweisenden Kliniken zählen:

Alb-Donau-Kreis:

- Alb-Donau-Klinikum Ehingen
- Alb-Donau-Klinikum Blaubeuren
- Alb-Donau-Klinikum Langenau

Stadtkreis Ulm:

- Agaplesion Bethesda Klinik Ulm
- Universitätsklinik Ulm
- Rehabilitationsklinik Ulm
- Bundeswehrkrankenhaus Ulm

Benachbarte Landkreise:

- Sana Kliniken Landkreis Biberach
- Donauklinik Neu-Ulm
- SRH Kliniken Sigmaringen

Hinzu kommen Patienten, die aus dem ambulanten Bereich von den niedergelassenen Ärzten der Region und vom MDK zugewiesen werden.

6.2 Standortentwicklung

Eine besondere Stärke der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen besteht darin, dass sie in der engen Verzahnung mit den Fachabteilungen des Alb-Donau-Klinikums auf ein großes Spektrum an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zurückgreifen kann, wenn dies die Situation erfordert. Dies ist angesichts der Vulnerabilität und Komplikationsanfälligkeit geriatrischer Patienten von großem Vorteil. Interkurrente medizinische Probleme können auf diese Weise rasch diagnostiziert und therapeutisch abgefangen werden. Rückverlegungen in die Akutklinik lassen sich hierdurch mitunter vermeiden. Zu den therapeutischen Möglichkeiten zählen beispielsweise die interventionelle Gastroenterologie und Kardiologie, aber auch die begleitende Dialysebehandlung während der stationären geriatrischen Rehabilitation. Die Konsultativitäten der operativen Abteilungen des Alb-Donau-Klinikum Ehingen (z.B. Chirurgie, Urologie) können zudem gezielt eingesetzt werden. Zudem besteht seit 2019 mit der neu etablierten Fachabteilung „Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie“ die Möglichkeit einer internistischen und alterstraumatologischen Krankenhausbehandlung in einem geriatrischen Team- und Behandlungssetting, ggf. in Form einer geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung.

Durch die Investitionen in einen neuen Therapiebereich im Jahr 2008 wurde eine zusätzliche therapeutische Infrastruktur geschaffen, die eine Intensivierung der Trainingstherapie an den Kraftgeräten (*MTT*) sowie die Realisierung einer *Lokomotionstherapie mit Gewichtsabnahme* im Rahmen der Gangrehabilitation möglich machten. Zudem konnte durch die Einführung der *Spiegeltherapie* und der *Constraint Induced Movement Therapy (CIMT)* sowie durch die Etablierung einer computer- und robotergestützten Therapie (*Pablo, Armeo Spring*) das Fundament für eine moderne evidenzbasierte Armrehabilitation nach Oberarmfrakturen und Armlähmungen gelegt werden.

Unsere moderne und in 2019 eingeführte sensorbasierte Ganganalyse (Mobilty Lab®) erlaubt schließlich neben der Evaluation der Gangrehabilitation vor allem eine genaue Charakterisierung und Klassifikation der multifaktoriellen Gangstörungen sowie die Objektivierung der Gangstabilität und kognitiv-motorischen Interferenz unter Dual-Task-Bedingungen. Dies ermöglicht nicht nur die Einschätzung des individuellen Sturzrisikos unter Alltagsbedingungen, sondern auch die Erörterung und Festlegung individueller Therapieschwerpunkte im Rahmen der motorischen Rehabilitation.

6.3 Personalstruktur

Die Personalstruktur orientiert sich an den Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie e.V. Gegenwärtig betreuen vier Ärzte (3,5 VK), sechs Physiotherapeutinnen (4,15 VK), drei Ergotherapeutinnen (2,26 VK), eine Logopädin (0,8 VK), ein Psychologe (0,5 VK), eine Sozialarbeiterin (0,5 VK) und 20 examinierte Pflegekräfte (14,03 VK) unsere Rehabilitanden. Diese werden von medizinischen Fachangestellten auf der Station (1,16 VK) und im Reha-Sekretariat (1,5 VK) sowie durch 2 Therapiehelferinnen (Wochenarbeitszeit 7 bzw. 20 Stunden), 1-2 ganzjährig beschäftigte FSJ-ler, Auszubildende und Pflegepraktikanten unterstützt. Die Ernährungsberatung bzw. Diätassistenz erfolgen im Verbund mit dem Alb-Donau Klinikum. Die Urlaubsvertretungen des Psychologen, unserer Sozialarbeiterin und unserer Logopädin übernehmen die Fachkollegen des Alb-Donau Klinikums.

7. Diagnostik

7.1. Medizinische Diagnostik

Jeder rehabilitativen Therapie geht eine medizinische Diagnostik voraus, anhand derer die körperliche Belastbarkeit und die behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen (wie z.B. Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, Schilddrüsenfehlfunktion, Osteoporose, Mangelernährung, Dehydratation, Niereninsuffizienz) ermittelt bzw. objektiviert werden. Diese Basisdiagnostik schließt neben der Anamnese und körperlichen Untersuchung in unserer Klinik folgende medizinisch-technischen Untersuchungen ein:

A. Klinische Chemie

Geriatric-Routine:

- bei allen Rehabilitanden
 - ❖ Kleines Blutbild
 - ❖ Kreatinin, Blutzucker, Natrium, Kalium, Calcium
 - ❖ CRP, Gesamteiweiß
 - ❖ GPT, GGT, AP
 - ❖ TSH, FT4

Fraktur-Routine:

- bei allen Rehabilitanden mit **Fraktur / Osteoporose / Sturzsyndrom**
 - ❖ Geriatric-Routine + Vitamin D3 (25-OH) + Vitamin B12

Gefäß-Routine:

- bei allen Rehabilitanden mit **Infarktanamnese**
 - ❖ Geriatric-Routine + Cholesterin + Triglyceride + HDL-/LDL-Cholesterin

Ferner erfolgt in Abhängigkeit von den jeweiligen Komorbiditäten ein *erweitertes Labor* bei:

- **Diabetes mellitus**
 - ❖ HbA_{1c} + BZ-Tagesprofile + Urinstix / Urinstatus
- **CNS- und PNS-Erkrankungen** (Apoplex, IPS, MS, Ataxie, pos. Romberg)
 - ❖ Vitamin B12 + Urinstix / Urinstatus
- **Antikoagulation mit Marcumar**
 - ❖ Quick / INR
- **Medikamenten mit engem Therapiefenster** Spiegelbestimmungen (Therapeutisches Drug Monitoring), insbesondere bei
 - ❖ Digoxin, Digitoxin, Theophyllin
 - ❖ Antikonvulsiva (Carbamazepin, Phenytoin, Valproinsäure)
 - ❖ Lithium
 - ❖ Aminoglykoside, Ciclosporin

B. Technische Untersuchungen:

- bei allen Rehabilitanden
 - ❖ Ruhe-EKG
- bei Diabetes mellitus und neurologischen Erkrankungen (siehe oben)
 - ❖ 3 Restharnmessungen (Bladder Scan) an drei Tagen
- bei Bedarf durch die Reha-Ärzte
 - ❖ Langzeit-EKG
 - ❖ Langzeit-Blutdruckmessung
 - ❖ Abdomensonographie
 - ❖ Doppler- und Duplexsonographie der peripheren Gefäße
 - ❖ FEES
- bei Bedarf in Kooperation mit den Ärzten des Gesundheitszentrums Ehingen
 - ❖ Endoskopie
 - ❖ Lungenfunktionsdiagnostik
 - ❖ Echokardiographie einschl. transösophagealer Echokardiographie
 - ❖ Herzkatheteruntersuchung
 - ❖ Konventionelles Röntgen
 - ❖ Computertomographie / MRT des Neurocraniums
 - ❖ Nuklearmedizinische Untersuchungen
 - ❖ Konsile (Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Gynäkologie, HNO, Augenheilkunde, Kardiologie, Nephrologie, Onkologie etc.)

7.2 Geriatrische Funktionsdiagnostik

7.2.1 Geriatrisches Assessment

Mit der Methode des geriatrischen Assessments realisieren wir einen multidimensionalen, interdisziplinären, diagnostischen Prozess zur systematischen Erfassung der medizinischen, psychosozialen und funktionellen Fähigkeiten und Probleme älterer Personen.

Im Gegensatz zu der im Krankenhaus üblichen organbezogenen Diagnostik gelingt es mit dem geriatrischen Assessment die Krankheitsfolgen auf den Ebenen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, den Aktivitäten und der Partizipation zu erfassen. Dabei wird vor allem die Kapazität von Fähigkeiten im Bereich der *Selbstversorgung*, *Mobilität*, *Kognition*, *Emotion* und *Kommunikation* mit Hilfe objektiver, valider und reliabler Messverfahren erhoben.

Im Wesentlichen besteht das geriatrische Assessment aus dem Einsatz standardisierter Fragebögen (z.B. zur Depressionsbeurteilung) und in der Durchführung von Leistungstests (Performance-Tests) zur Beurteilung der o.g. Funktions- bzw. Fähigkeitsbereiche. Wo es möglich ist, kommen Messinstrumente mit hoher Änderungssensitivität zum Einsatz, um den Reha-verlauf objektiv abzubilden.

Die mit dem geriatrischen Assessment gewonnenen Informationen bilden gemeinsam mit unserer individuellen ICF-basierten Rehazielplanung (siehe 8.5) eine optimale Grundlage, um für unsere älteren Rehabilitanden einen maßgeschneiderten Rehabilitationsplan unter Berücksichtigung der für ihn relevanten Teilhabeaspekte zu entwickeln. In unserer Klinik ist dem geriatrischen Assessment zunächst ein **geriatrisches Screening (Stufe 1)** vorgeschaltet, welches in die **ärztliche Anamnese** integriert ist und bereits am Aufnahmetag eine erste Einschätzung geriatrischer Risiken und Probleme erlaubt. Folgende ICF-Domänen werden hierbei strukturiert erfasst:

Stufe 1:

- ❖ Ernährungszustand → Mini Nutritional Assessment (MNA-SF), Schlucktest
- ❖ Kommunikation → Hörvermögen, auditives Sprachverständnis, Sprachproduktion
- ❖ Alltagsrelevantes Sehvermögen → Screening-Frage, Fingerzähltest
- ❖ Orientierungsfähigkeit und Kurzzeitgedächtnis → Six-Item-Screener (SIS)
- ❖ Emotionales Befinden → 1-Item-Depressions-Screeningfrage
- ❖ Screening des Sturzangst → 1-Item-Sturzangst-Screeningfrage

Dem geriatrischen Screening schließt sich ein **umfassendes geriatrisches Assessment (Stufe 2)** an, welches **berufsübergreifend** erfolgt bzw. innerhalb des interdisziplinären Teams aufgeteilt ist und uns ein klares Bild vom Leistungsvermögen des Rehabilitanden und seiner Alltagssituation liefert. Folgende Verfahren kommen in der Stufe 2 zur Anwendung:

Stufe 2:

- ❖ Globale Sturzgefährdung: STRATIFY-Score (Tag 1 + wöchentlich, Pflege)
- ❖ Dekubitusrisiko: Norton-Skala (Tag 1 + wöchentlich, Pflege)
- ❖ Basis-ADL: Barthel-Index + Risk-Score (Tag 1-2 + wöchentlich, Pflege)
- ❖ Kognition im Alltag: Global Deterioration Scale (Tag 2 + wöchentlich, Pflege)
- ❖ Kontinenz: RAI-Kontinenzskala (Tag 2 + wöchentlich, Pflege)
- ❖ Schmerz in Ruhe / bei Bewegung: 1. Wahl NRS, 2. Wahl VRS (täglich, Pflege)
- ❖ Kognition:
 - Exekutivfunktion → Uhrentest (Tag 2-3, Ergotherapie oder Psychologie)
 - Globale Kognition → MMSE / MMBLIND (Tag 2-3, Ergotherapie oder Psychologie)
 - bei CIND → DemTect (optional, Psychologie oder Ergotherapie)
- ❖ Emotion:
 - DIA-S (Tag 2-3, Psychologie oder Ergotherapie)
- ❖ Sturzangst:
 - Short FES-I (Tag 2-3, Reha-Assistenz)
- ❖ Frailty: Handkraft dynamometrisch (Tag 2, Ergotherapie)
- ❖ Obere Extremität:
 - bei Feinmotorikstörung → Nine-Hole-Peg-Test und PUT (Tag 2, Ergotherapie)
 - bei Oberarmfraktur / Armlähmung → Box and Block Test (Tag 2, Ergotherapie)
- ❖ IADL: bei autonomer Medikamenteneinnahme → Geldzähltest (Tag 2, Ergotherapie)
- ❖ Lokomotion: SPPB, TUG, Tinetti, Two Minute Walk (Tag 2, Physiotherapie)
 - Bett-(Roll-)Stuhltransfer: Esslinger Skalierung (Tag 1 + wöchentlich, Pflege)
 - Aufstehen + Gehen: Single Chair Stand + FAC (Tag 2 + wöchentlich, Physiotherapie)
 - Treppensteigen: Esslinger Skalierung (Tag 2 + wöchentlich, Physiotherapie)
 - Freier Fußgänger oder unilaterale Gehhilfe → Manueller TUG (Tag 2, Physiotherapie)
- ❖ Sprachproduktion / Sprechmotorik: AST, AKSS, ADS (optional, Logopädie)
- ❖ Schlucken: klin. Schluckuntersuchung, Ehinger Dysphagie-Kost-Skala (Logopädie)
- ❖ Soziale Situation: SOS *Hochzirl* (Woche 2, Sozialdienst)

Der Stufe 2 schließt sich ggf. eine differenzierte **apparative oder vertiefte Diagnostik (Stufe 3)** an. Dies erfolgt zur Beantwortung spezieller Fragestellungen und vor dem Hintergrund spezieller Expertise bzw. Erfahrungen des Untersuchers. Folgende Verfahren kommen in der Stufe 3 zur Anwendung:

Stufe 3:

- ❖ Neuropsychologisches Befundsystem nach Caroline Michael
- ❖ Neuropsychologische Diagnostik mit der CERAD-Batterie (Psychologie)
- ❖ Spezielle kognitive Tests: AKT, BT, RFFT, TMT A/B, WMS, ZS-G (Psychologie)
- ❖ Fahreignungsdiagnostik mit Testmodulen des Wiener Testsystems (Psychologie)
- ❖ Instrumentelle Ganganalyse mit Mobility Lab (Chefarzt, Reha-Assistenz)

Abkürzungsverzeichnis zum Geriatrischen Assessment

| | |
|-------------|--|
| ADS | Allensbacher Dysarthrie-Schweregradskala |
| AKSS | Alltagsbezogene Kommunikations- und Sprachfähigkeitsskala |
| AKT | Alters-Konzentrations-Test |
| AST | Aphasie-Schnell-Test |
| BBT | Box and Block Test |
| BMI | Body Mass Index |
| BT | Benton-Test |
| CERAD | Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease |
| DIA-S | Depression im Alter-Skala |
| EDKS | Ehinger Dysphagiekost-Skala |
| FAC | Functional Ambulation Categories |
| GDS | Global Deterioration Scale |
| HADS | Hospital Anxiety and Depression Scale |
| IADL | Instrumental Activities of Daily Living |
| MFT | Muskelfunktionstest |
| MMBLIND | Mini Mental State Examination – Version für Sehbehinderte |
| MMSE | Mini Mental State Examination |
| MNA-SF | Mini Nutritional Assessment (Short Form) |
| NHPT | Nine Hole Peg Test |
| NRS | Numerische Rating Skala |
| POMA | Performance Oriented Mobility Assessment (Tinetti) |
| PUT | Picking-Up-Test |
| RAI | Resident Assessment Instrument |
| RFFT | Ruff Figural Fluency Test |
| RMI | Rivermead Mobility Index |
| Short-FES-I | Falls Efficacy Scale - International (Short Form) |
| SIS | Six-Item-Screener |
| SKT | Syndrom-Kurz-Test |
| SOS | Soziale Situation |
| SPPB | Short Physical Performance Battery (Gehgeschwindigkeit, Five Chair Rise, Standbalance) |
| TMT | Trail Making Test A / B |
| TUG | Timed Up & Go Test |
| VAS | Visuelle Analogskala |
| VRS | Verbale Rating Skala |
| WMFT | Wolf Motor Function Test |
| WMS | Wechsler Memory Scale |
| WT | Wiener Testsystem |
| ZS-G | Zahlen-Symbol-Test |

Geriatrisches Assessment

an der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen

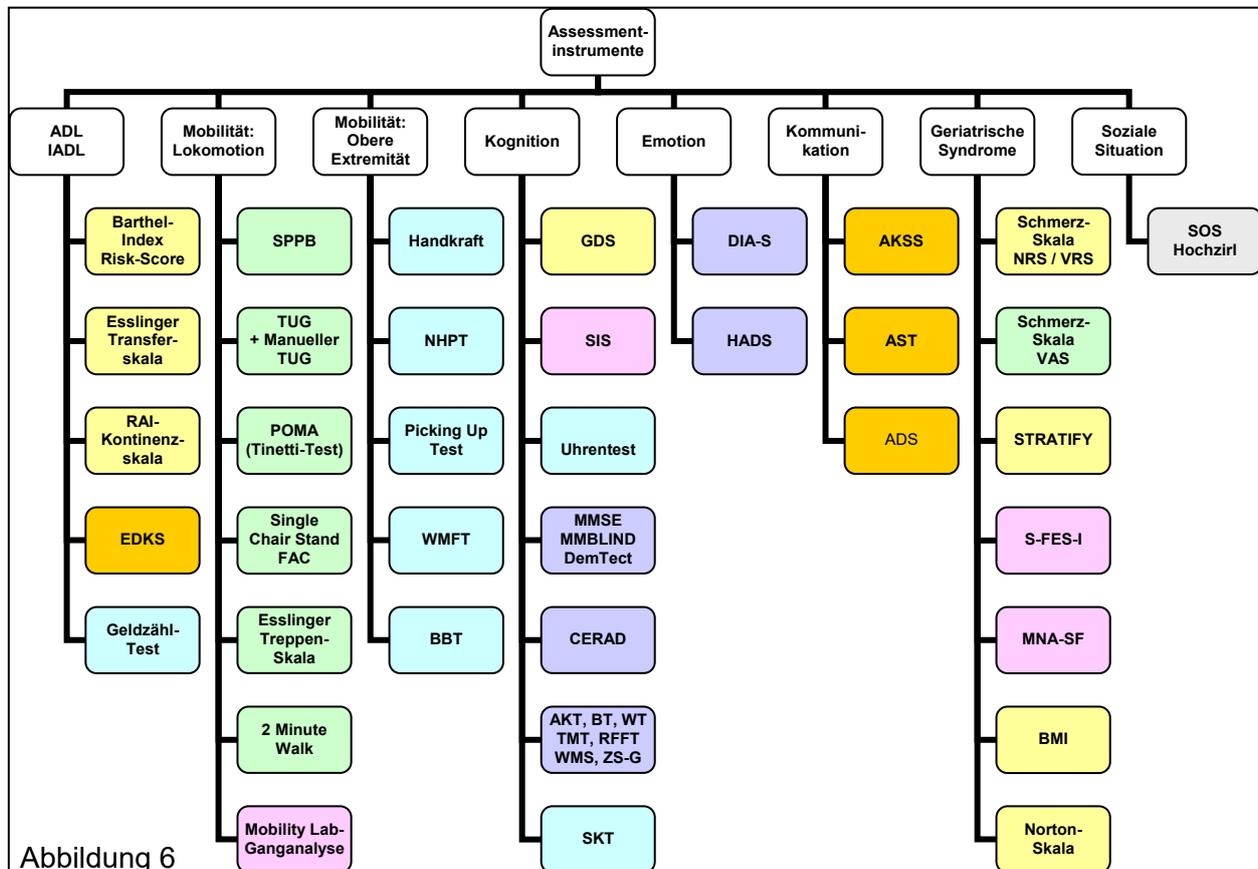


Abbildung 6

Bezüglich der detaillierten Erläuterung sämtlicher bei uns eingesetzten Assessmentverfahren sei an dieser Stelle auf die entsprechende Fachliteratur und auf die Arbeitsanweisungen in unserem QM-Handbuch verwiesen. Nachfolgend werden lediglich einige Kernaspekte der bei uns gebräuchlichsten Assessmentverfahren beleuchtet.

Integraler Bestandteil des geriatrischen Assessments ist vor allem eine standardisierte Bewertung der Alltagskompetenz, die sich auf die **Basisaktivitäten des täglichen Lebens** (z.B. Ankleiden, Waschen, Toilettengang) und auf die **instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens** (z.B. Umgang mit Medikamenten, Benutzung öffentlicher Transportmittel, Telefonieren oder Umgang mit Finanzen) stützt. Für letzteres setzen wir an unserer Klinik auch den *Geldzähltest* ein. Der Goldstandard für die Bewertung der Basisaktivitäten des täglichen Lebens ist der *Barthel-Index*. Die maximal erreichbare Punktzahl liegt hier bei 100 Punkten und drückt dabei die Unabhängigkeit in der Selbstversorgungsfähigkeit bei den Basisaktivitäten aus. Allerdings kann auch hierbei noch ein Unterstützungsbedarf bestehen, z.B. beim Kochen oder bei sozialen Aktivitäten. Der Barthel-Index gibt an, was ein Rehabilitand tatsächlich „tut“, nicht was er „kann“. Fehlende Aktivitäten, die durch Außenanregung stimulierbar wären oder zu denen sich der Rehabilitand durch bloße Anwesenheit einer Betreuungsperson – aus Sicherheitsgründen – in der Lage fühlen würden, werden im Barthel-Index nicht erfasst. Ferner fehlen beim Barthel-Index kognitive und kommunikative Aspekte. Auch werden im Barthel-Index keine Geschwindigkeitsaspekte berücksichtigt.

Für die Bewertung der **Lokomotion** existiert an unserer Klinik ein umfassendes motorisches Assessment, dessen Herzstück die *Short Physical Performance Battery (SPPB) nach Guralnik* bildet. Diese Testbatterie beinhaltet die objektive Messung der statischen Balance (*Tandemstand-Sequenz*), der *habituellen Gehgeschwindigkeit* und der funktionellen Kraft an den unteren Extremitäten (*Five Chair Rise Test*). Die klassischen Mobilitätstests der ersten Generation (*Timed Up & Go Test* und *Tinetti-Test*) sowie der *2 Minute Walk* als Ausdauerstest kommen ebenfalls routinemäßig zum Einsatz.

Für die Quantifizierung motorischer Leistungen im Bereich der **oberen Extremität** setzen wir zur Feinmotoriktestung den *Nine Hole Peg Test* und *Picking Up Test* ein. Die Objektivierung der Grobmotorik in Schulter und Hand erfolgt mit Hilfe des *Box-and-Block-Test (BBT)*.

Zur Ersteinschätzung der **Kognition** setzen wir zunächst Kurz-Screening-Instrumente wie den *Six-Item-Screener (SIS)* und den *Uhrentest nach Shulman* ein, dem sich ggf. ein vertieftes kognitives Assessment bzw. eine neuropsychologische Untersuchung anschließen. Als Grundlage für das weitere Vorgehen dient hier ein definierter kognitiver Testalgorithmus, der in der *AA Kognitives Assessment* dargestellt ist. Die Vorzüge des *SIS* bestehen unter anderem darin, dass er neben seiner hohen Sensitivität und Praktikabilität auch bei blinden Rehabilitanden sowie bei Rehabilitanden mit Schreibunfähigkeit eingesetzt werden kann. Zur Schweregradbeurteilung neurodegenerativer Erkrankungen bzw. kognitiver Abbauprozesse haben initial vor allem der *MMSE* und zur weiteren Vertiefung im Einzelfall auch die CERAD-Testbatterie einen hohen Stellenwert an unserer Klinik. Die Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit im klinischen Alltag erfolgt mit Hilfe der *Global Deterioration Scale (GDS)*, einer Beobachtungsskala, die nachfolgend dargestellt ist:

Global Deterioration Scale (GDS)

Stadium 1:

keine kognitiven Leistungseinbußen

- keine subjektiven Beschwerden bzw. Klagen über Gedächtnisstörungen

Stadium 2:

subjektive Klagen über

- Vergeßlichkeit, Verlegen von Gegenständen, Wortfindungsschwierigkeiten, Schwierigkeiten genauso schnell zu lesen oder zu verstehen wie früher
- keine objektiven Zeichen eines Gedächtnisdefizites im klinischen Interview
- keine objektivierbaren Defizite im sozialen Umfeld, angemessenes Verhalten

Abbildung 7

Global Deterioration Scale (GDS)

Stadium 3:

erste objektivierbare Beeinträchtigungen:

- vergißt gelegentlich den Wochentag, was es zum Mittagessen gab oder welches Buch gerade gelesen wurde
- Verwirrung, wenn mehr als eine Sache gleichzeitig zu erledigen ist
- wiederholtes Fragen: die Namen neuer Personen werden schlechter eingepägt
- findet sich manchmal an einem fremden Ort nicht zurecht
- gelegentlich Verstimmung, verringerte Leistungsfähigkeit im sozialen Umfeld geringe bis mittelgradige Angst begleitet die Symptome
- Defizite werden teilweise verleugnet

Abbildung 8

Global Deterioration Scale (GDS)

Stadium 4:

mäßige kognitive Leistungseinbußen:

- Schwierigkeiten, den eigenen Lebenslauf zu erinnern oder Gespräche zu folgen
- eindeutige Defizite über die Kenntnis aktueller oder kurz zurückliegender Ereignisse
- findet sich an fremden Orten nicht zurecht
- Schwierigkeiten bei einfachen Haushaltstätigkeiten oder im Umgang mit Geld
- das Verleugnen von Defiziten wird zur dominierenden Abwehrstrategie
- der Affekt ist verflacht
- Situationen mit höheren Anforderungen werden vermieden

Abbildung 9

Global Deterioration Scale (GDS)

Stadium 5:

mittelschwere Beeinträchtigungen:

- kennt die eigene Adresse, wesentliche Inhalte seines Lebenslaufes und die Namen naher Angehörigen nicht mehr (kennt aber noch den eigenen Namen und die Namen des Lebenspartners und der Kinder)
- unsicher zu Tag, Monat und Jahr sowie zum herrschenden Wetter
- Schlafstörungen und Wahnvorstellungen („es wurde mir etwas weggenommen“)
- Keine erforderliche Hilfe beim Toilettengang, aber möglicherweise Vernachlässigung der Hygiene und Schwierigkeiten bei der Auswahl situationsgerechter Kleidung

Abbildung 10

Global Deterioration Scale (GDS)

Stadium 6:

schwere Beeinträchtigungen:

- unsicher zum Aufenthaltsort und eigenen Namen
- komplette Anleitung beim Waschen, Baden und Anziehen nötig
- Tag-Nacht-Umkehr, zielloses Umherlaufen
- Verbale oder physische Aggressivität

Stadium 7:

sehr schwere Beeinträchtigungen:

- keine Vorstellung vom eigenen Namen, Sprache auf ein bis zwei Worte reduziert, durchgängig Hilfe (auch beim Essen) erforderlich
- Bettlägerigkeit, Harn- und Stuhlinkontinenz

Abbildung 11

Das logopädische Assessment umfasst die Objektivierung nonverbaler und verbaler **Kommunikationsstörungen**. Hierzu hat sich in unserer Klinik der Aphasie-Schnell-Test (AST) bewährt. Der AST umfasst 4 Subtests, der die Bereiche *Verstehen*, *Ausdruck*, *Lesen* und *Schreiben* überprüft. Maximal erreichbar sind 31 Punkte. Der erzielte Punktwert erlaubt eine Aussage über den Schweregrad der Sprachstörung und über den Ausprägungsgrad der Störung in den einzelnen Sprachmodalitäten. Die Schweregradbeurteilung einer Dysarthrie erfolgt mit Hilfe der Allensbacher Dysarthrie-Schweregradskala (ADS). Diese Ordinalskala bildet die Modalitäten *Verständlichkeit*, *Sprechmotorik*, *Kompensation* und *Kommunikation* auf einem Niveau zwischen 0 und 5 Punkten ab.

Weitere **Ordinalskalen**, die an unserer Einrichtung zur wöchentlichen Überprüfung und Beurteilung des Rehabilitationsverlaufes (**Rehabilitationsmonitoring**) angewendet werden, sind die *Esslinger Skalierung* für den *Transfer* und das *Treppensteigen*, die *Functional Ambulation Categories*, der *Single Chair Stand* und die *Kontinenzskala* aus dem RAI.

Die Ergebnisse des geriatrischen Assessments sind mit Blick auf die Rehabilitationsplanung nie isoliert zu betrachten, sondern immer im Kontext mit der sozialen Lebenssituation und der angestrebten Teilhabe zu bewerten. Kontextfaktoren wie Wohnraum (Barrieren) und Anbindung an die Familie, Hobbies und persönliche Interessen, Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln und Einkaufsmöglichkeiten, Sicherheitsrisiken und verfügbare ambulante Hilfsdienste bestimmen wesentlich mit, welche Rehabilitationsziele im Vordergrund stehen. Die folgende Abbildung stellt die Einbettung des geriatrischen Assessments innerhalb des gesamten Rehabilitationsprozesses dar:

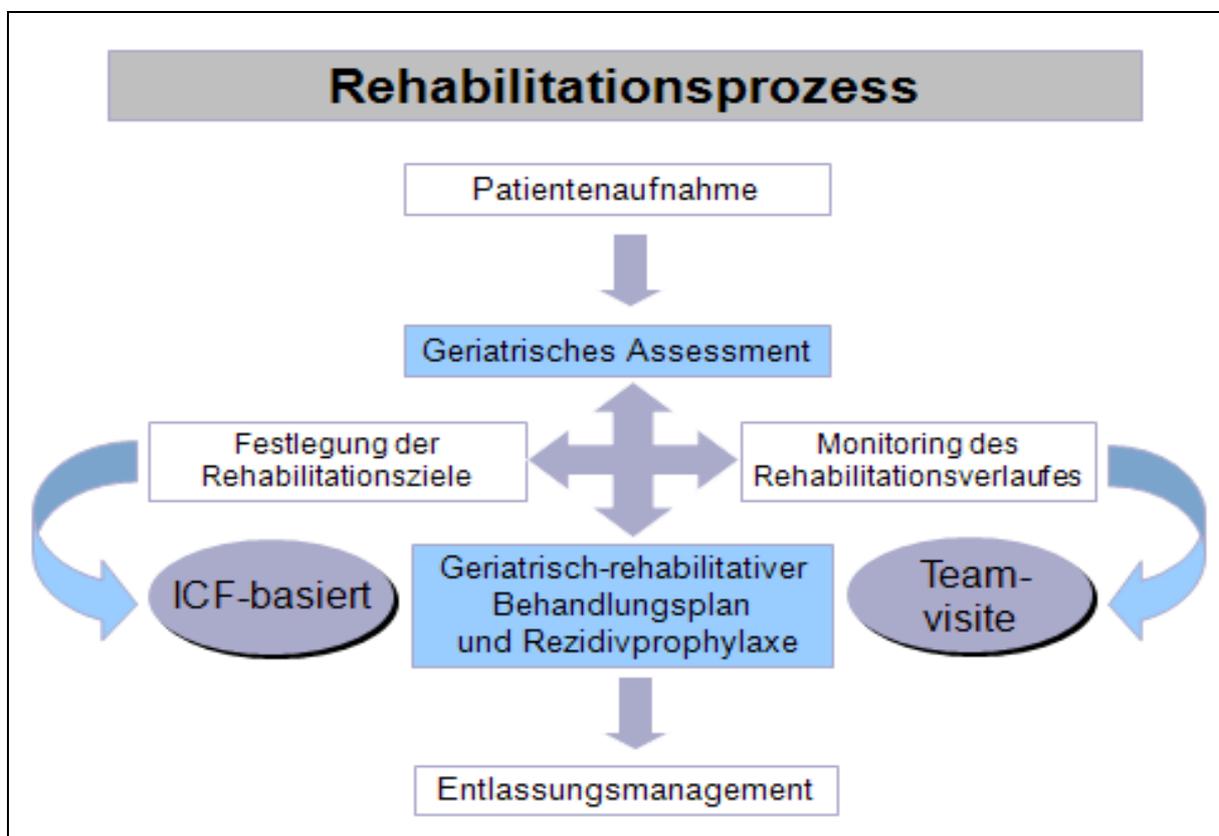


Abbildung 12

Es bleibt zusammenzufassen, dass die Methode des geriatrischen Assessments heutzutage nicht mehr aus dem Rehabilitationsprozess wegzudenken ist. Die Durchführung und Interpretation des geriatrischen Assessments ist zu einer der wichtigsten Kernkompetenzen des geriatrischen Teams geworden. Darüber hinaus ist die Wirksamkeit des geriatrischen Assessments (Evidenzlevel Ia) eindrucksvoll belegt (Abb. 13). Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass den Ergebnissen des Assessments zielgerichtete therapeutische Interventionen folgen. Diesem Auftrag ist die geriatrische Rehabilitation verpflichtet.

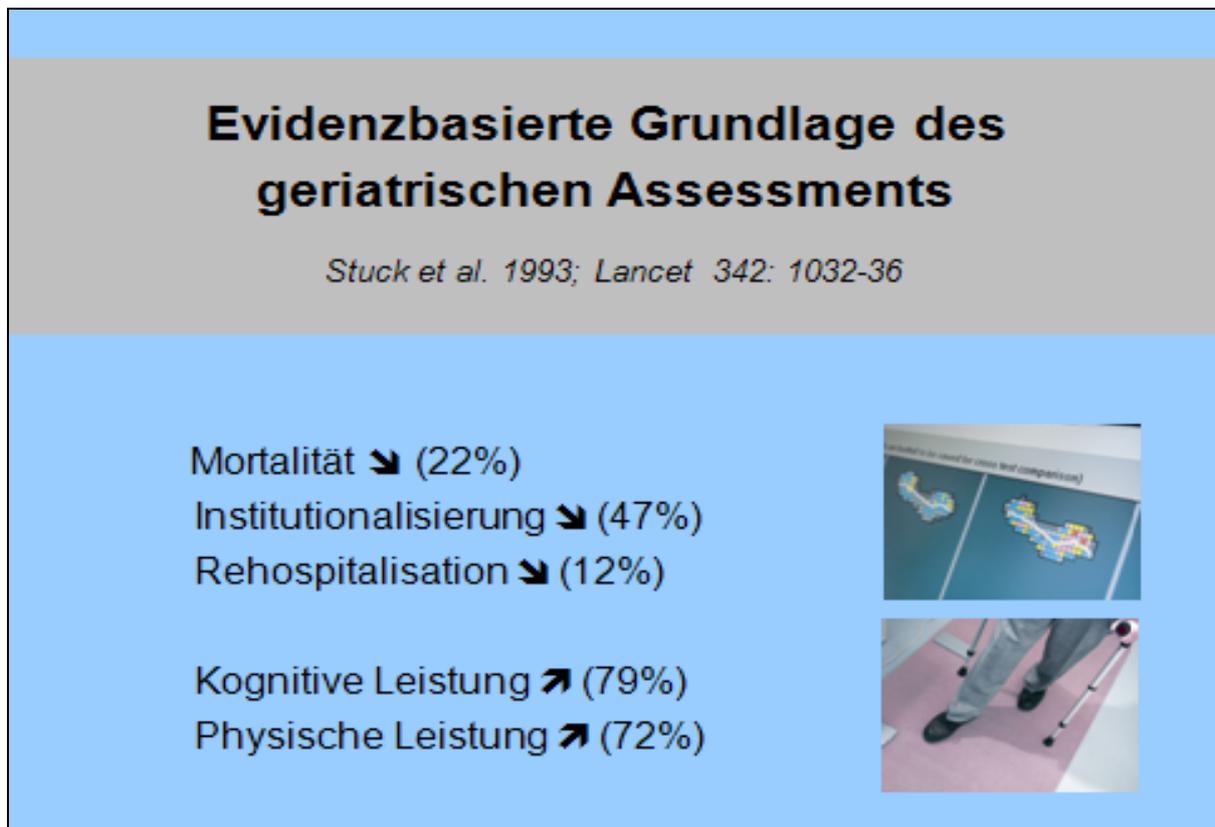


Abbildung 13

7.2.2 Instrumentelle Ganganalyse

Gehen ist eine wichtige Determinante der Selbstständigkeit im Alter. Gehbehinderungen nehmen im Alter zu. Während 6% der 65- bis 69-jährigen eine Gehhilfe benötigen, ist dieser Anteil bei den über 85-jährigen mit 38% zu beziffern. 27% der älteren Bevölkerung sind in ihrer Gehgeschwindigkeit so stark eingeschränkt, dass sie nicht mehr rechtzeitig eine Straße in der Ampelgrünphase überqueren können und dadurch eine relevante Einschränkung in ihrer Teilhabe erfahren.

Gangstörungen sind ein maßgeblicher Risikofaktor für Stürze. Jedem zweiten Sturz liegt eine **Ganginstabilität** zugrunde (Abb. 14). Pathophysiologisch kann das Gehen als Aufrechterhaltung eines dynamischen Gleichgewichts während der Fortbewegung interpretiert werden. Gangstörungen gefährden demzufolge die posturale Stabilität und bilden einen zentralen Ausgangspunkt für sturzbedingte Verletzungen, die in eine chronische Behinderung münden können. Die Wiederherstellung eines sicheren Gangbildes (Gangstabilität) steht dementsprechend oft im Mittelpunkt einer geriatrischen Rehabilitation.

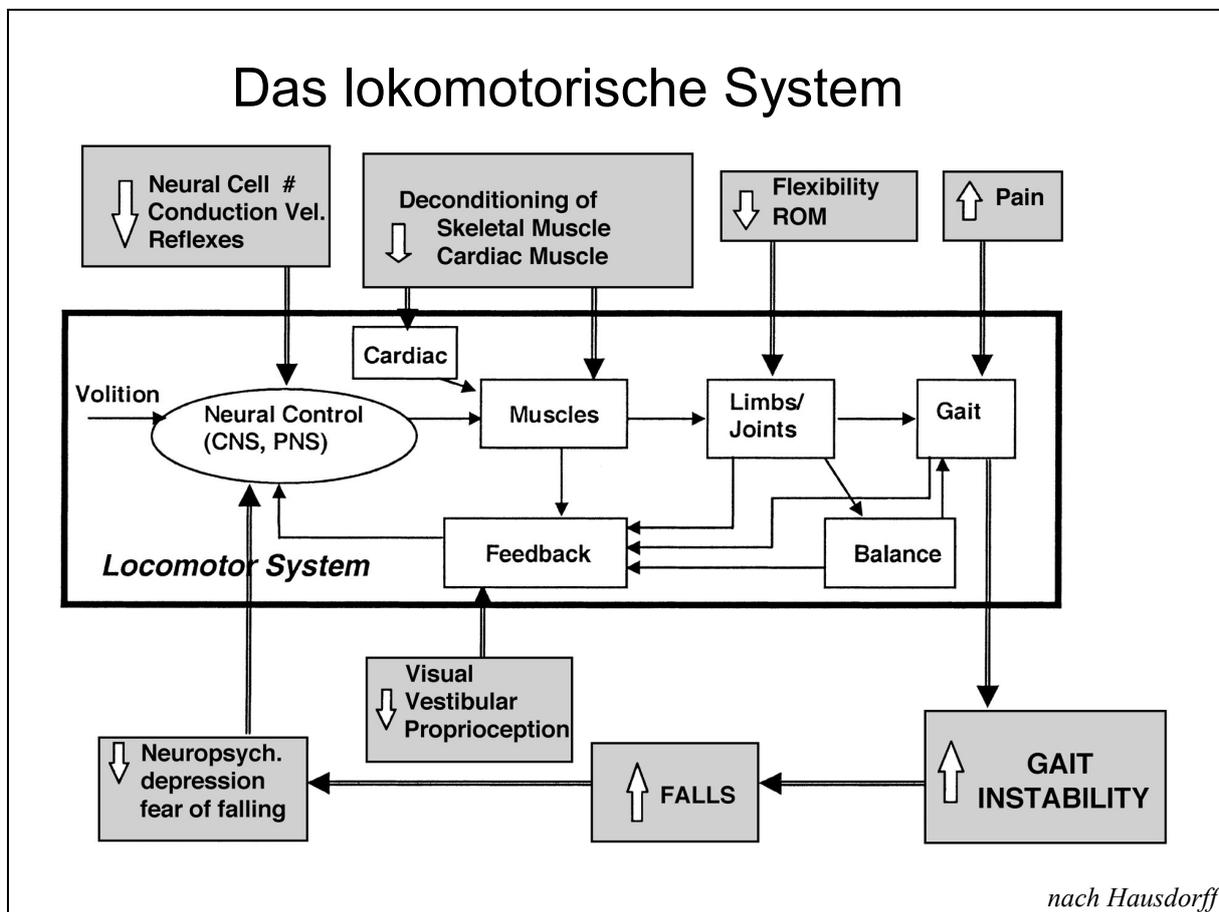


Abbildung 14

Ermöglicht wird das Gehen durch ein komplexes Zusammenspiel aus Gelenkbewegungen, selektiv gesteuerter Muskelaktivität und Positionswahrnehmung. Zahlreiche Erkrankungen können dieses Zusammenspiel empfindlich stören. Für den geriatrischen Rehabilitanden ist typisch, dass Gangstörungen multifaktorieller Genese sind und entsprechend einen multimodalen Rehabilitationsansatz erfordern. Häufige Ursachen für alterskorrelierte Gangstörungen sind muskuloskelettale Erkrankungen wie z.B. Arthrosen an Knie- und

Hüftgelenken oder Spinalkanalstenosen sowie Erkrankungen internistisch-neurologischen Ursprungs wie z.B. die diabetische Polyneuropathie, die Gangstörung als Folge von Schlaganfällen und die Gangstörung bei Morbus Parkinson. Sehr verbreitet sind in der Geriatrie schließlich frontale Gangstörungen im Kontext einer ausgedehnten cerebralen Mikroangiopathie (SAE), die zu Beeinträchtigungen in der zentral-kortikalen Steuerung komplexer Bewegungsprogramme führen und durch geeignete Dual-Task-Tests demaskiert werden können.

Unter physiologischen Bedingungen stellt das Gehen eine automatisierte, regelmäßige motorische Aktivität dar, die im jungen Alter weitgehend unterbewusst von subkortikalen Hirnregionen kontrolliert wird. Im Betagtenalter erfordert Gehen dagegen eine vermehrte Beanspruchung von Aufmerksamkeitsressourcen (*stop walking when talking*), was auf eine zunehmende kortikale Abhängigkeit der motorischen Kontrolle hindeutet. Dieser Umstand muss in der Gangrehabilitation berücksichtigt werden, wobei der Grundsatz eines Trainings an der individuellen Leistungsgrenze (*motor relearning*) nicht vernachlässigt werden darf.

Hilfreich für eine erfolgreiche spezifische Gangrehabilitation ist oftmals eine exakte Analyse der zugrundeliegenden Gangpathologie. Hierzu setzen wir an unserer Klinik insbesondere bei Sturzpatienten seit 2019 eine instrumentelle sensorbasierte Ganganalyse (Mobility Lab®) ein, die die Aufzeichnung temporospatialer Gangparameter erlaubt. Wichtige Gangparameter wie z.B. Kadenz, habituelle und maximale Gehgeschwindigkeit, Schritthöhe, Schrittlänge, Einbeinstand- und Schwungphase sowie die Elevation im Midswing können hierbei messtechnisch exakt ermittelt werden. Zudem lässt sich mit den am Oberkörper angebrachten Sensoren auch der Armpendel sowie das Wendemanöver beurteilen (siehe Abb. 15-17).

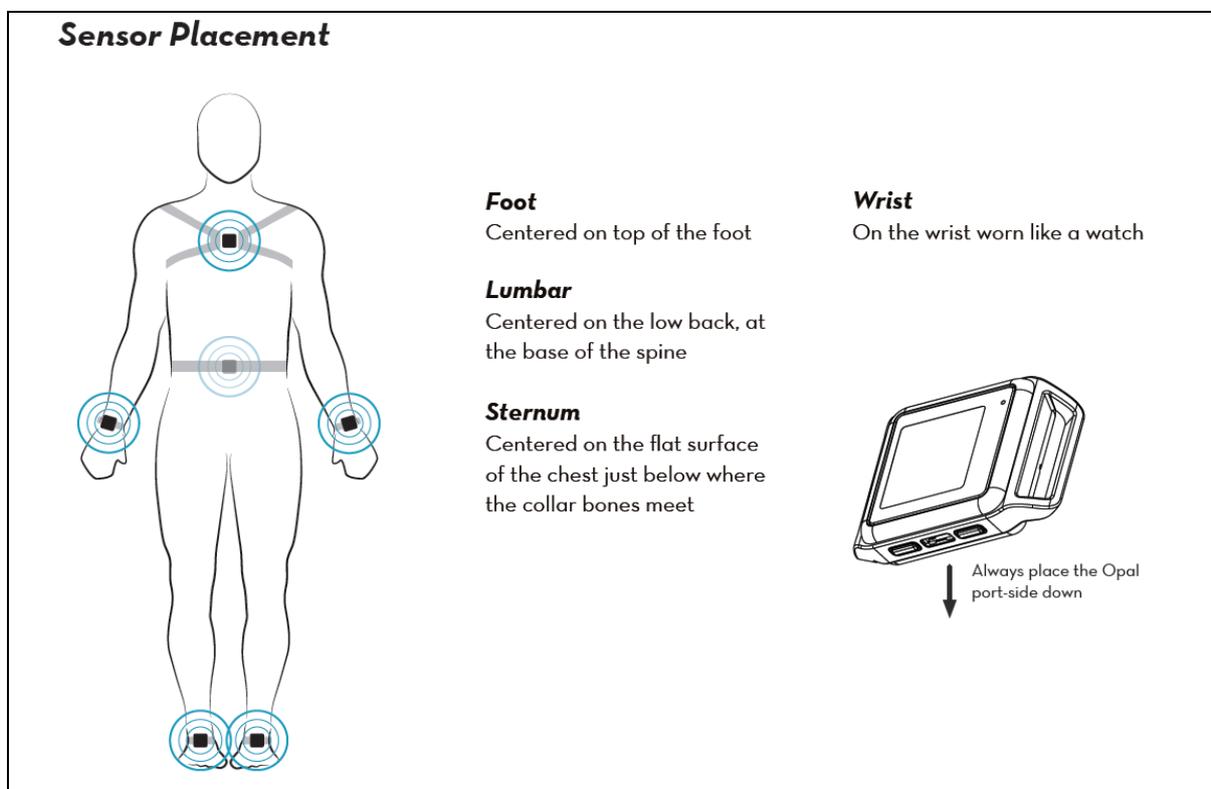


Abbildung 15

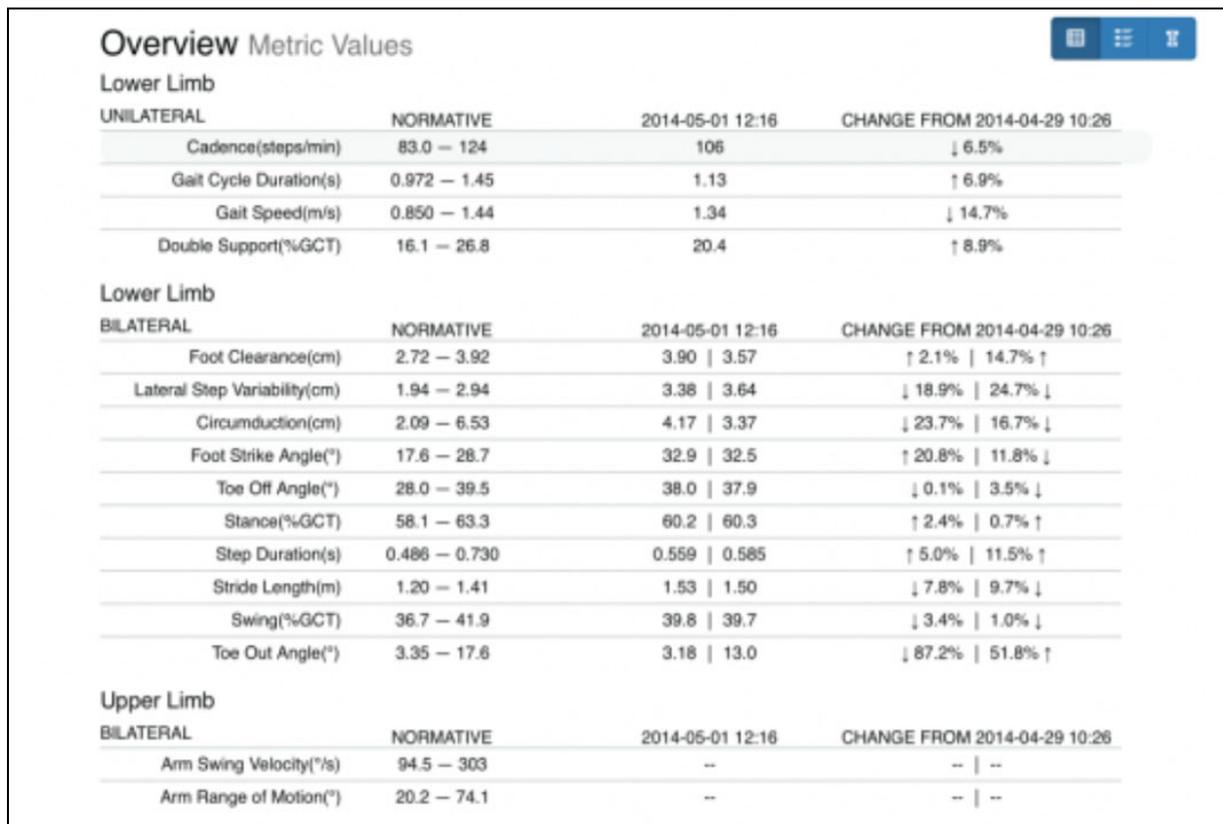


Abbildung 16

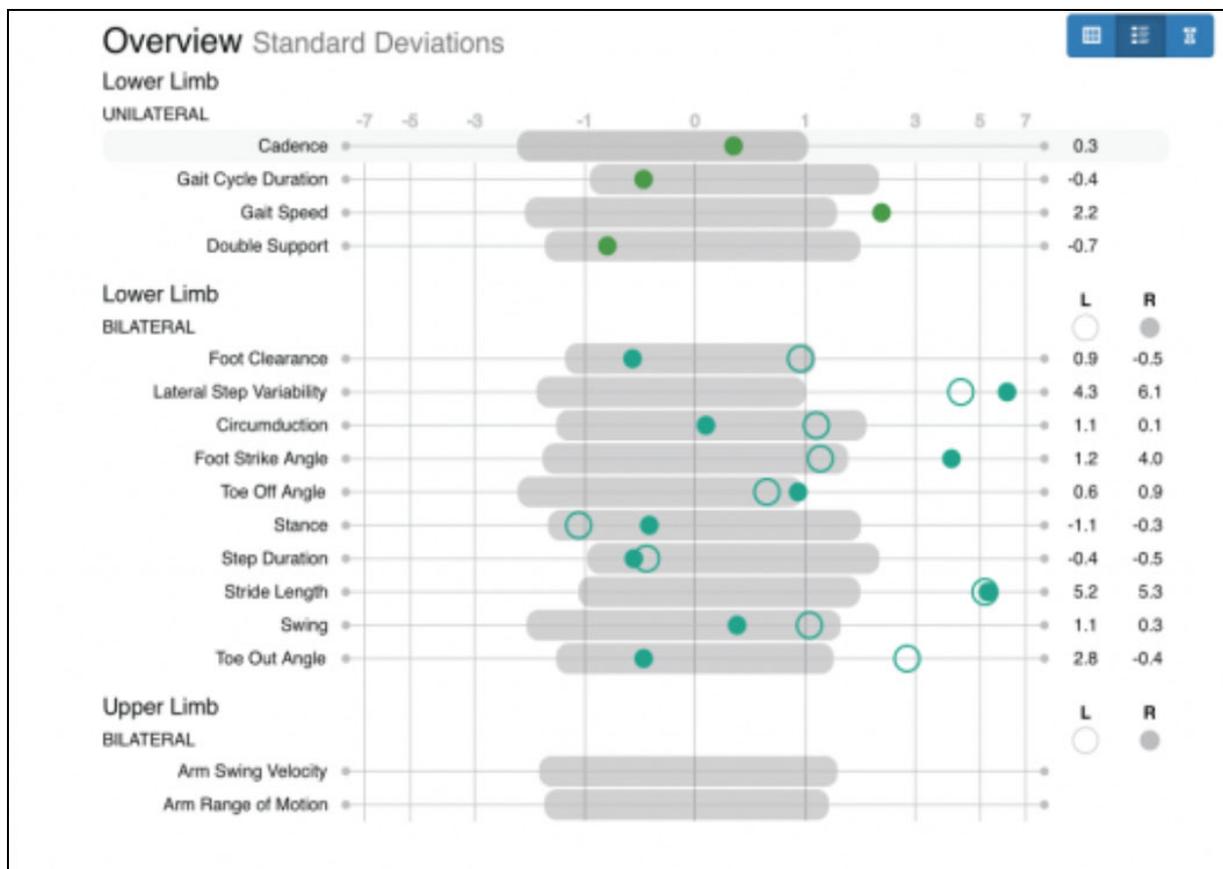


Abbildung 17

Die mit dem Mobility Lab® erhobenen z-Scores signalisieren das Ausmaß der Abweichung von den Normwerten. Dabei haben die Veränderungen der Gangparameter im Rahmen eines Dual-Task-Tests (50 minus 3-Serie) zur Objektivierung der kognitiv-motorischen Interferenz und die Messung der maximalen Gehgeschwindigkeit zur Bestimmung der Akzelerationsreserve eine besondere Bedeutung.

Die instrumentelle Ganganalyse bildet gemeinsam mit der beobachtenden Ganganalyse die Grundlage einer zielgerichteten Rehabilitation multifaktorieller Gangstörungen (siehe Abb. 18).

***INSTRUMENTELLE GANGANALYSE** indiziert nicht indiziert Datum: _____ Hz.: _____

| | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------|--------------------------------|---------|--|
| Kadenz | z-Wert < -3 | z-Wert < -2 | z-Wert < -1 | adäquat | Therapieempfehlung: <input type="checkbox"/> Geschwindigkeitstraining Hz.: _____ <input type="radio"/> Kadenz <input type="radio"/> Schrittlänge <input type="checkbox"/> Laufbandtraining <input type="radio"/> STT <input type="radio"/> LTT: Start-Tempo: _____ m/s <input type="radio"/> Lokomotionstraining <input type="checkbox"/> Training der Proprioception <input type="checkbox"/> Training von Ausfallschritten <input type="checkbox"/> Cueing-Strategien <input type="checkbox"/> Boden-Aufstehtraining <input type="checkbox"/> Exposition angstauslösender Aktivitäten mit positivem Feedback (Psychoedukation) <input type="checkbox"/> Progressives Muskeltraining <input type="checkbox"/> Dual-Task-Walking-Training <input type="checkbox"/> Selektive Muskelkräftigung <input type="checkbox"/> Dehnungsübungen <input type="checkbox"/> Trampolintaining <input type="checkbox"/> Parcours- und Terraintraining <input type="checkbox"/> Physikalische Schmerzlinderung |
| Gehgeschwindigkeit | < 0,50 | 0,50-0,59 | 0,60-0,80 | adäquat | |
| Doppelschrittlänge | z-Wert < -3 | z-Wert < -2 | z-Wert < -1 | adäquat | |
| Fußbelevation im Midswing | Li. Bein: z-Wert: _____ | | Re. Bein: z-Wert: _____ | | |
| Schwungphase | Li. Bein: z-Wert: _____ | | Re. Bein: z-Wert: _____ | | |
| Armschwung (ROM) | z-Wert < -3 | z-Wert < -2 | z-Wert < -1 | adäquat | |
| Wendemanöver | Dauer: z-Wert: _____ | | Schritte: z-Wert: _____ | | |
| Dual Task Gait Costs | DT-STOP | > 20 % | 11-20% | adäquat | |
| Akzelerationsreserve | < 0,19 | 0,20-0,35 | adäquat | > 0,67 | |
| Sturzangst (Short-FES I) | 22-28 | 15-21 | 8-14 | keine | |
| Schmerzen | ⊗⊗⊗ | ⊗⊗ | ⊗ | keine | |
| Ataxie | cerebellär | vestibulär | spinal | keine | |
| Sarkopenie (Handkraft) | < 12 (15) | < 14 (21) | < 16 (27) | keine | |

Lokalisation der Gangstörung: peripher zentral Kortikale Aspekte der Gangstörung: frontal dysexekutiv protektiv psychogen
 Weitere Diagnostik: Beinlängenmessung Muskeltest L-Dopa-Test Vit. B12-Spiegel Röntgen MRT: cranial spinal

Abbildung 18

Rehabilitanden mit unauffälligem Dual-Task-Test, aber stark erhöhter Sturzangst (*fear of falling*) bieten das Bild einer kompensatorischen Gangadaptation mit deutlich herabgesetzter Gehgeschwindigkeit, kürzerer Schrittlänge und breiterer Stützbasis (*cautious gait*). Hier sind kombinierte Rehabilitationsprogramme angezeigt, die neben dem klassischen Kraft- und Balancetraining spezifische Elemente einer aktiven Sturzprophylaxe beinhalten: Boden-Aufstehtraining, Fallschule, Training posturaler Stellreflexe, Dual-Task-Walking-Training und Psychoedukation mit Steigerung der Selbstwirksamkeit. Schließlich bildet das von der Pflege durchgeführte alltagsorientierte Gehtraining (AGT) oftmals einen wichtigen Eckpfeiler bei der Stabilisierung des Behandlungserfolges.

Als Indikatoren einer erfolgreichen Gangrehabilitation sind anzusehen (Auswahl):

- ❖ Verbesserung der Gangsymmetrie → Schrittlängendifferenz, Einbeinstandsymmetrie
- ❖ Verbesserung der Gangqualität → stabile Abrollphase, frühzeitigere Fersenanhebung
- ❖ klinisch relevante Zunahme der Gehgeschwindigkeit → > 0,10 m/s
- ❖ klinisch relevante Zunahme der Schrittlänge → > 18%

7.3 Psychometrische und neuropsychologische Diagnostik

Kognitive Defizite und Verwirrheitszustände sind bei älteren Menschen sehr häufig zu beobachten. Etwa 40% aller älteren hospitalisierten Patienten jenseits des 65. Lebensjahres bieten **kognitive Beeinträchtigungen**, die teilweise subsyndromal sind und häufig nicht diagnostiziert werden. Dennoch ist es wichtig, diese kognitiven Defizite zu erfassen, weil sie einen Indikator für Morbidität, Mortalität, Institutionalisierung und Krankenhausverweildauer darstellen und unmittelbar Einfluss auf den Pflegeaufwand haben. Ferner ist ihre ätiologische Zuordnung entscheidend, da hiervon die Einleitung einer spezifischen kognitionserhaltenden Therapie abhängt. So erfordert das Delir eine internistisch-neurologische Abklärung und kausale Behandlung entsprechend der Ursache. Kognitive Einschränkungen als Folge einer Polypharmazie (z.B. anticholinerg wirkende Medikamente) sind ebenso zu beachten wie das kognitive Defizit im Rahmen einer nicht-diagnostizierten Depression. Aber auch die Früherkennung einer neurodegenerativen Demenz vom Alzheimer-Typ ist von großer Bedeutung, da hiervon nicht nur die rechtzeitige Einleitung einer antidementiven Medikation, sondern auch die kompetente Beratung des Rehabilitanden und seines sozialen Umfeldes abhängt.

Das diagnostische Vorgehen bei kognitiven Beeinträchtigungen beinhaltet in unserer Klinik zwei Handlungsebenen:

1. Detektion einer kognitiven Beeinträchtigung durch ein kognitives Screening
2. Differentialdiagnostische Abgrenzung und Schweregradbeurteilung einer Demenz, eines Delirs, eines neuropsychologischen Syndroms, einer Depression oder einer anderen psychiatrischen Erkrankung durch psychopathologische Befunderhebung, *psychometrische Testverfahren* und differenzierte *neuropsychologischen Diagnostik*

Die erste Handlungsebene wurde bereits in 7.2.1 erörtert und stellt einen Bestandteil des geriatrischen Assessments dar. Die zweite Handlungsebene umfasst die richtige ätiologische Zuordnung der kognitiven Beeinträchtigung und stellt gerade beim geriatrischen Patienten aufgrund vielfältiger krankheitsbedingter Einflüsse eine große diagnostische Herausforderung dar. Entscheidend für eine exakte Diagnosestellung ist zunächst eine akkurate Erhebung der Krankengeschichte, oft auch mit Hilfe der Fremdanamnese. Diese beinhaltet unter anderem eine zeitliche Einordnung des Symptombeginns, das Ausmaß der Progression, den Verlust von Alltagskompetenz und die Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten. Wesentlich ist die differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen Delir, Depression und Demenz.

Im Hinblick auf die Depression sind die typischen Symptome wie gedrückte Stimmungslage, verminderter Appetit, Gewichtsverlust, Schlaflosigkeit, Energieverlust, psychomotorische Verlangsamung, Gefühl der Wertlosigkeit, Schuldgefühle, verringerte Entscheidungsfähigkeit und Suizidgedanken zu erfassen. Diagnoseunterstützend kommen hierbei psychometrische Testverfahren wie die *Depression im Alter-Skala (DIA-S)* zum Einsatz.

Die *neuropsychologische Diagnostik* dient der differentialdiagnostischen Abgrenzung kognitiver Beeinträchtigungen und der Objektivierung neuropsychologischer Defizite nach Schlaganfall. Grundsätzlich wird dabei auch eine Unterscheidung zwischen altersgemäßer Kognition, dementieller Entwicklung und einer CIND (*cognitively impaired not demented*)

vorgenommen. Letztere bilden eine heterogene Gruppe von Patienten, bei denen nicht alle Kriterien einer Demenz erfüllt sind, aber das Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigung eindeutig im pathologischen Bereich liegt, so dass klinische und testpsychologische Verlaufskontrollen im Intervall angezeigt sind. Hinter der Phänomenologie einer CIND können sich beispielsweise eine depressive Episode, unerwünschte Arzneimittelwirkungen (Psychopharmaka, Opiate), ein prolongiertes subsyndromales Delir, eine postoperative kognitive Dysfunktion (POCD), eine Stoffwechselstörung (Hypothyreose Vitamin B12-Mangel) oder Residuen einer passageren Hypoxämie (Anämie, Lungenembolie, Schlaf-Apnoe-Syndrom) verbergen. Unabhängig von der Ätiologie unterstellt der Begriff der CIND primär immer die potentielle Möglichkeit einer (Teil-)Reversibilität der festgestellten kognitiven Beeinträchtigungen. Gleichwohl kann die CIND aber auch das Vorstadium einer dementiellen Entwicklung darstellen, wodurch die Notwendigkeit einer neuropsychologischen Reevaluation im Intervall unterstrichen wird.

Rehabilitanden mit kognitiver Beeinträchtigung (CIND) oder Demenz können an unserer Klinik an einem kognitiven Gruppentraining teilnehmen. Hierbei wird zwischen „Gedächtnisgruppe“ (Erlernen von Strategien) und „Gesprächsgruppe“ (Kognitive Stimulation für demente Rehabilitanden (GDS \geq 4, MMSE $<$ 16) unterschieden.

Nachfolgend sind einige an unserer Klinik verfügbaren neuropsychologischen Testverfahren dargestellt, die bedarfsweise für einzelfallbezogene Fragestellungen herangezogen werden.

Tabelle 1: Neuropsychologische Diagnostik in der Geriatrischen Reha-Klinik Ehingen

| | | |
|-------------------------|--|--|
| Aufmerksamkeit | Alertness | Wiener Testsystem (ALERT) |
| | Daueraufmerksamkeit | Wiener Testsystem (DAUF) |
| | Kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit | Trail Making Test (TMT-A) |
| | Selektive Aufmerksamkeit | Alterskonzentrationstest Wiener Testsystem (SELECT) |
| | Geteilte Aufmerksamkeit | Trail Making Test (TMT-B) Wiener Testsystem (DIVID) |
| Gedächtnis | Verbales Gedächtnis | CERAD-Testbatterie Wechsler Memory Scale |
| | Visuelles Gedächtnis | CERAD-Testbatterie Benton-Test |
| | Implizites Gedächtnis | Figuraler Gedächtnistest |
| Exekutivfunktion | Handlungs- und Planungsfunktion | CERAD-Testbatterie Ruff Figural Fluency Test |
| | Interferenzanfälligkeit | Farb-Wort-Test |
| | Schlussfolgerndes Denken | Wisconsin Card Sorting Test |
| | Räumlich-konstruktive Leistungen | CERAD-Testbatterie |

7.4 Fahreignungsdiagnostik

Sehkraft, Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit verändern sich im Alter. Kommt es zusätzlich zu organischen Hirnschädigungen ist die Teilnahme am Personenkraftverkehr oft beeinträchtigt. Diese Problematik stellt sich in unserer Klinik im Kontext einer progressiven neurodegenerativen Erkrankung und im Einzelfall auch im Zusammenhang mit einem abgelaufenen Schlaganfall und den sich daraus ergebenden neuropsychologischen Störungen. Vor allem visuell-räumliche Störungen, visuomotorische Defizite, herabgesetzte Dauerbelastbarkeit und reduziertes kognitives Leistungstempo können die Fahreignung maßgeblich beeinträchtigen. Störungen der visuell-räumlichen Wahrnehmung wirken sich im Straßenverkehr z.B. in einer fehlerhaften Distanzschätzung aus und müssen im Rahmen der Fahreignungsdiagnostik besonders beachtet werden. Visuomotorische Defizite haben insbesondere Einfluss auf das Spurhalten des Fahrzeugs. Die kognitive Verlangsamung einer Person wirkt sich im Straßenverkehr dann nachteilig aus, wenn Verkehrssituationen komplex werden und ggf. unter Zeitdruck schnell und richtig reagiert werden muss.

Für die Beurteilung des Fahrverhaltens sind daher insbesondere Tests anzuwenden, die eine Aufmerksamkeitsteilung erfordern und ein hohes Maß an Stress induzieren. Hierfür eignen sich beispielsweise die Testbatterien des Wiener Testsystems, die wir an unserer Klinik einsetzen (siehe Tab. 1). Im Vorfeld ist jedoch eine Ersteinschätzung der Fahreignung mit Hilfe eines Screening-Tests sinnvoll. Dazu wenden wir den Trail-Making-Test B an, der nicht nur hohe Anforderungen an die geteilte Aufmerksamkeit stellt, sondern gleichzeitig wichtige kognitive Teilleistungen wie z.B. die visuelle Explorationsgeschwindigkeit, die visuomotorische Koordination und die kognitive Flexibilität erfasst.

Für die Fahreignungsbeurteilung ist auch die Erkennung von Persönlichkeitsveränderungen von hoher Bedeutung, da diese Störungen die Selbstwahrnehmung (Selbstüberschätzung) beeinflussen und ein inadäquates Risikoverhalten begünstigen können. Persönlichkeitsveränderungen können zum Beispiel im Rahmen dementieller Entwicklungen auftreten und werden von uns vor allem mit Hilfe fremdanamnestischer Angaben eruiert. Liegen kognitive Verlangsamung, gestörtes planerisches Denken und erhöhte Risikobereitschaft gleichzeitig vor, bedeutet dies eine sehr kritische Konstellation für die Sicherheit im Straßenverkehr. Unabhängig davon sind auch die *Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung* die Grundlage für die Beratung unserer Rehabilitanden.

Einschränkend ist schließlich anzumerken, dass die testpsychologische Untersuchung alleine keine sichere Vorhersage über das tatsächliche Verhalten im Straßenverkehr erlaubt. So konnte in mehreren Untersuchungen gezeigt werden, dass die Ergebnisse einer umfassenden Fahreignungstestung und einer praktischen Fahrprobe stark voneinander abweichen können. Besonders ältere Autofahrer schneiden in der Testsituation oft schlechter ab als in der praktischen Fahrprobe. Ein sensibler Umgang mit dieser Thematik ist daher geboten. Zur Abschätzung der Fahreignung empfehlen wir unseren Rehabilitanden eine informelle Abklärung über die Erstellung eines Privatgutachtens (z.B. durch TÜV oder DEKRA), wenn unser Rehabilitand trotz neuropsychologischer Einschränkungen weiterhin am Straßenverkehr teilnehmen möchte. Dabei weisen wir aber auch daraufhin, dass eine befürwortende rechtsverbindliche Beurteilung letztlich nur über die Fahrerlaubnisbehörde erworben werden kann und hierbei die Fahreignung auch unter bestimmten Auflagen (z.B. Beschränkung der Fahrtätigkeit auf bestimmte Zeiten und bestimmte Strecken, Fahrzeugumrüstung bei fahrrelevanten Mobilitätsbehinderungen etc.) attestiert werden kann.

8. Rehabilitatives Leistungsspektrum

8.1 Die ICF-Konzeption der Weltgesundheitsorganisation

Vor mehr als fünfzehn Jahren wurde eine Überarbeitung des ICD-Konzepts und ICIDH-Konzepts der WHO vorgenommen. Während sich die ICD auf die Klassifikation von Krankheitsdiagnosen konzentrierte, diente die ICIDH der Beschreibung von Krankheitsfolgen bzw. Kategorisierung von Schädigungen (I-Impairment), Behinderungen (D-Disability) und sozialen Beeinträchtigungen (H-Handicap).

Die inzwischen vorgenommene Revision des ICIDH-Konzepts war hilfreich und hat erhebliche Konsequenzen in der Zielformulierung und in der Beteiligung der Rehabilitanden am Rehabilitationsprozess nach sich gezogen. Das jetzt als ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) bezeichnete Konzept betont die Ressourcen des Rehabilitanden. Dementsprechend ist nicht mehr die Rede von *Schädigungen*, sondern von **Körperfunktionen und Körperstrukturen**. Analog wurden die Begriffe der *Behinderung* und der *sozialen Beeinträchtigung* durch das Konzept der **Aktivitäten und Partizipation** (Teilhabe) ausgetauscht. Die Umweltkontextfaktoren (Barrieren und Förderfaktoren) wurden stärker berücksichtigt und die persönlichen Werte und Haltungen des Rehabilitanden rücken in den Mittelpunkt. Das zentrale Ziel ist die Maximierung der Teilhabe und damit eng verbunden die Betonung der Aktivitäten gegenüber der bisherigen Betonung der funktionellen Kapazitäten. Die ICF kann und soll nicht die bisherige Diagnoseklassifikation der ICD ersetzen. Sie soll diese ergänzen. Es ist eine langfristige Aufgabe, dies in die tägliche Arbeit zu integrieren und mit Vertretern der organbezogenen Medizin und Kooperationspartnern zu erörtern.

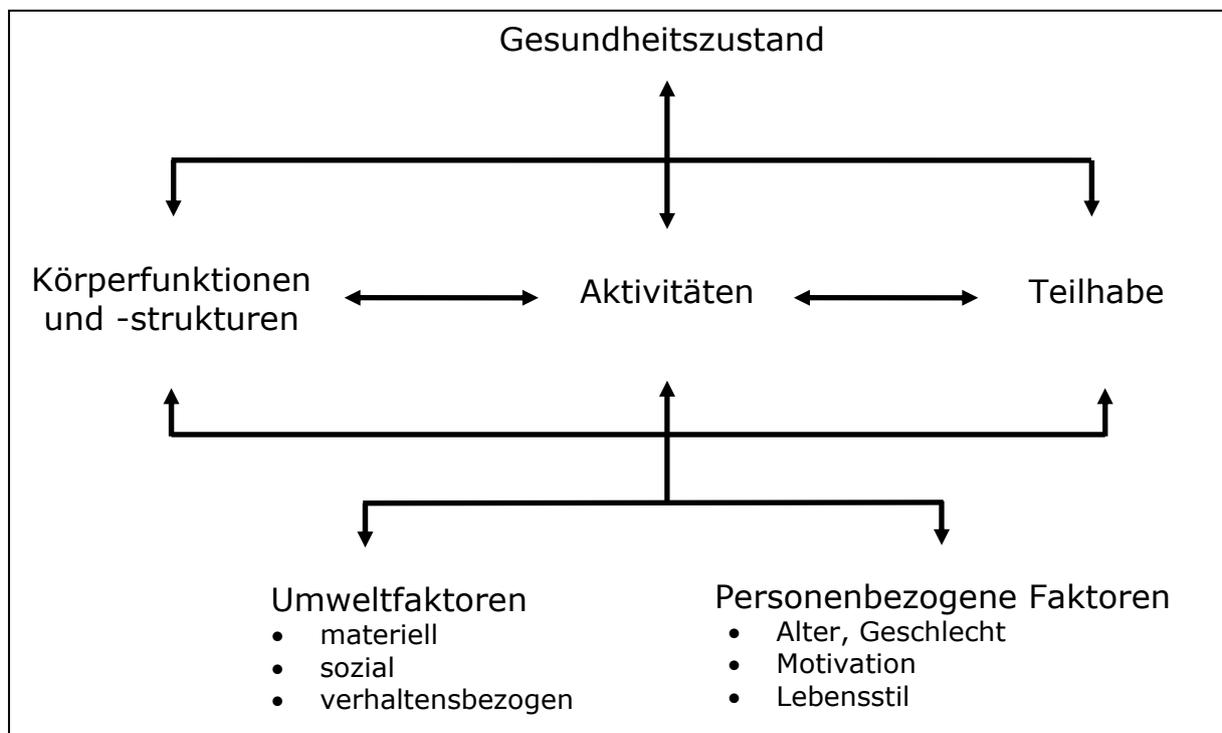


Abbildung 19: ICF Konzept

Der Sinn der Rehabilitation (lat. Rückkehr in das bürgerliche Leben) wird darin gesehen, eine möglichst aktive Lebensspanne zu ermöglichen und die inaktive Lebensspanne zu reduzieren bzw. zu komprimieren. Dabei wird unterstellt, dass es möglich ist, durch medizinische und therapeutische Interventionen ein hohes Lebensalter (Extension der Lebensspanne) mit einem geringeren Maß an Behinderung (Disability) zu erreichen. Eine wichtige therapeutische Intervention ist hierbei die Rehabilitation, die der Verbesserung der behinderungsfreien und behinderungsarmen Lebensspanne dient. Dabei wird Aktivität und Teilhabe als mehrdimensional betrachtet. Teilhabe ist häufig an Schwellen gekoppelt. So kann ein selbständiger Sitz-Stand Transfer nur ausgeführt werden, wenn mindestens 1 W/kg Körpergewicht in der Kniestreckmuskulatur produziert wird. Teilhabechancen resultieren nicht zuletzt aus der vorhandenen Differenz zwischen Schwellenwert und aktueller Kapazität. Neben der physischen Domäne ist die psychische, soziale und spirituelle Teilhabe als gleichwertig zu beachten.

Neben der Optimierung von Funktion durch Training kann es sein, dass bestimmte funktionelle Defizite technisch oder durch pflegerische Maßnahmen kompensiert werden müssen. Das zu Grunde liegende Paradigma wurde 1992 von dem Gerontologen BALTES entwickelt und als SOK-Modell (selektierte Optimierung und Kompensation) bezeichnet. Der Ansatz wird als Konzept für ein erfolgreiches Altern verstanden. Der ältere Mensch entscheidet (ggf. mit Beratung), in welchen Bereichen er / sie eine für ihn bedeutsame Verbesserung (selektierte Optimierung) erreichen möchte. Ist dies nicht der Fall, wird versucht einen Behinderungsausgleich über eine personelle oder technische Unterstützung zu erreichen (Kompensation). Beispiele für kompensatorische Interventionen sind die Hilfsmittelversorgung oder Wohnraumanpassung. Der dargestellte Ansatz bildet die intellektuelle Grundlage für die an unserer Klinik praktizierten individuellen und ICF-basierten Rehabilitationszielplanung (siehe 9.2).

Der Zeitpunkt und die Dauer der Rehabilitation bestimmen ganz wesentlich das Ergebnis. Das gegenwärtige System bewirkt, dass die Dauer der stationären Rehabilitation meist auf drei oder vier Wochen begrenzt ist. Trainingswissenschaftlich ist jedoch häufig ein mehrmonatiges repetitives Üben Voraussetzung, um ein optimales Ergebnis zu erzielen. Ein zu früher Beginn ist ebenso zu vermeiden, wie ein zu später Start der stationären Rehabilitation. Auch sind stagnierende Verläufe (z.B. bei depressiver Anpassungsstörung) oder sogar Verschlechterungen des Zustands (z.B. durch interkurrente medizinische Komplikationen) auf Grund der Vulnerabilität (frailty) geriatrischer Patienten immer möglich.

Um eine möglichst umfassende Wiederherstellung verlorengangener Funktionen und Fähigkeiten und eine Wahrung der Teilhabechancen des Rehabilitanden zu erreichen, müssen die Therapien und Rehamaßnahmen auf das individuelle Umfeld des Rehabilitanden (Kontextfaktoren) angepasst sein. Letztlich geht es darum, dass die in der Rehabilitation wiedererlangten Aktivitäten so in den Alltag transferiert werden, dass verloren gegangene Teilhabe wieder realisiert werden kann. *Beispiel:* Obwohl sich in der Klinik durch Sport- und Physiotherapie z.B. eine Gehfähigkeit wiederherstellen lässt, vermag der Rehabilitand sein eigenes Zuhause nicht zu verlassen, wenn z.B. der Umweltfaktor „*Bewältigung von 28 Treppenstufen*“ nicht adäquat in der Rehabilitationsplanung berücksichtigt und demzufolge das Beüben des Treppensteigens nicht ausreichend verfolgt wurde. In diesem Fall würde also dem Rehabilitanden seine Teilhabe am außerhäuslichen Leben genommen. Potentielle Versäumnisse dieser Art sind zu vermeiden und können durch ein strukturiertes Rehazielgespräch vorbeugend begegnet werden.

8.2 Die ICF-basierte Rehabilitationssynopse

Nachfolgend ist am Beispiel des idiopathischen Parkinson-Syndroms eine **ICF-basierte Rehabilitationssynopse** in Tabellenform dargestellt, in der die *Therapieschwerpunkte* und dazugehörigen *Behandlungsstrategien* und *Assessmentverfahren* systematisch dargestellt sind. Eine solche Synopse dient an unserer Klinik als umfassender „Werkzeugkasten“, aus dem entsprechend der Bedarfe, Zielsetzungen und Ressourcen des Rehabilitanden die entsprechenden Behandlungskomponenten entnommen werden, um daraus einen individuellen und maßgeschneiderter Rehabilitationsplan zu erstellen.

Tabelle 2: ICF-basierte Rehabilitationssynopse bei idiopathischem Parkinson-Syndrom:

| Readaptation von Körperfunktionen und Körperstrukturen | | |
|--|---|---|
| Therapieschwerpunkt | Behandlungsstrategie | Assessment |
| Mentale und emotionale Funktionen <ul style="list-style-type: none"> • Zeitliche Orientierung (b1140) • Örtliche Orientierung (b1141) • Antrieb (b130) • Daueraufmerksamkeit (b1400) • Selektive Aufmerksamkeit (b1401) • Geteilte Aufmerksamkeit (b1402) • Gedächtnis (b144) • Emotionale Funktionen (b152) • Funktionen der Wahrnehmung (b156) • Visuelles Erkennen (b1561) • Räumlich-visuelle Wahrnehmung (b1565) • Halbseitenaufmerksamkeit (b1568) • Höhere kognitive Funktionen (b1640) • Handlungsplanung (b1641) • Visuokonstruktion (b1648) • Praxie (b176) • Selbstwahrnehmung (b180) | CIND: <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Einzeltherapie • PC-gestütztes Hirnleistungs-training (Alertness, geteilte und selektive Aufmerksamkeit), z.B. CogniPlus / RehaCom Demenz: <ul style="list-style-type: none"> • Aktivgruppe • ggf. Rivastigmin bei Parkinson-Demenz Emotionale Stabilisierung: <ul style="list-style-type: none"> • Antidepressiva (SSRIs) • ggf. verhaltenstherapeutische Psychotherapie | Globale Einschätzung der Kognition: <ul style="list-style-type: none"> • SIS / Uhrentest • DemTect • MMSE / MMBLIND • Global Deterioration Scale (GDS) Ergänzende kognitive Tests: <ul style="list-style-type: none"> • TMT-A/B • AKT / ZS-G / BT • WCST / RFFT Einschätzung der Depressivität: <ul style="list-style-type: none"> ▪ DIA-S |
| Sensorik und Schmerz <ul style="list-style-type: none"> • Sehfunktionen (b210) • Gesichtsfeld (b2101) • Proprioception (b260) • Oberflächensensibilität (b270) • Druck- und Berührungsempfinden (b2702) • Ruhe- und Bewegungsschmerz (b280) | Sensibilitätssteigerung: <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilitätstraining • PNF Schmerztherapie: <ul style="list-style-type: none"> • Physikalische Schmerztherapie • Medikamentöse Analgesie | Sensibilität: <ul style="list-style-type: none"> • Semmes-Weinstein-Filamente • Vibrations-Stimmgabel Schmerz: <ul style="list-style-type: none"> • NRS / VRS |
| Stimm- und Sprechfunktionen <ul style="list-style-type: none"> • Stimmfunktionen (b310) • Stimmbildung (b3101) • Stimmqualität (b3102) • Artikulation (b320) • Redefluss und Sprechrhythmus (b330) • Sprechflüssigkeit (b3300) • Sprechrhythmus (b3301) • Sprechtempo (b3302) • Sprechmelodik (b3303) | <ul style="list-style-type: none"> • Stimm- und Sprechtherapie mit aktivem Beüben von Mimik, Atmung, Sprechmotorik und Stimme • Übungstherapie nach LSVT-LOUD • Einübung von Sprechstrategien • Akustische Cues • Rhythmisches Sprechtraining | Dysarthrie: <ul style="list-style-type: none"> • Allensbacher Schweregradskala für Dysarthrie • Expirationsdauer • Beurteilung der Stimmqualität nach dem RHB-System |

| Readaptation von Körperfunktionen und Körperstrukturen | | |
|--|---|---|
| Therapieschwerpunkt | Behandlungsstrategie | Assessment |
| Kardiovaskuläre, hämatologische und pulmonale Funktionen <ul style="list-style-type: none"> • Herzfrequenz (b4100) • Herzrhythmus (b4101) • Ventrikuläre Kontraktilität (b4102) • Arterieller Blutfluss (b4150) • Venöser Blutfluss (b4152) • Blutdruckanstieg (b4200) • Aufrechterhaltung des Blutdrucks (b4202) • Funktionen der Lymphgefäße (b4352) • Kardiopulmonale Ausdauerleistung (b4550) | <ul style="list-style-type: none"> • Antiarrhythmische Medikation • Medikamentöse Herzinsuffizienztherapie • Antihypertensive Medikation • Kompressionstrümpfe zur Vorbeugung von Orthostasen • Lagerungstechniken • Manuelle Lymphdrainage • Aerobes Laufbandtraining • Treppensteigen | Kardiopulmonale Ausdauer: <ul style="list-style-type: none"> • 2 Minute Walk • Pulsuhren • Aktivitätsmonitoring |
| Funktionen der Verdauung, des Stoffwechsels und der Ausscheidung <ul style="list-style-type: none"> • Kauen (b5102) • Speichelfluss (b5104) • Schlucken (b5105) • Orale Schluckphase (b51050) • Pharyngeale Schluckphase (b51051) • Ösophageale Schluckphase (b51052) <ul style="list-style-type: none"> • Defäkationsfunktionen (b525) • Stuhlkontinenz (b5253) <ul style="list-style-type: none"> • Funktionen des Wasserhaushaltes (b5450) • Wasserretention (b54500) • Miktionsfunktionen (b620) • Restharnbildung (b6200) • Harnfrequenz (b6201) • Harnkontinenz (b6202) | Funktionelle Schlucktherapie: <ul style="list-style-type: none"> • <i>restituierende Verfahren:</i> Training der orofacialen Muskulatur, der Kehlkopfhebung und des Glottisschluss, Training des harten Stimmeinsatzes und des bewussten festen Atemanhaltens • <i>kompensatorische Verfahren:</i> Handlungsänderungen wie z.B. Kopfeigung, Mendelsohnmanöver, supraglottisches Schlucken • <i>adaptive Verfahren:</i> Anpassung der Kostform (Konsistenz und Art der Nahrungsapplikation) • Angehörigenanleitung bzgl. Schluckstrategien und Gewährleistung der Nahrungsaufnahme Detrusorhyperaktivität: <ul style="list-style-type: none"> • Trosipiumchlorid | <ul style="list-style-type: none"> • Ehinger Dysphagie-Kost-Skala (EDKS) • Klinischer Dysphagiebefund <ul style="list-style-type: none"> • RAI-Kontinenzskala • Restharnkontrollen |
| Neuromuskuloskelettale Funktionen <ul style="list-style-type: none"> • Gelenkbeweglichkeit / -stabilität (b710/b715) <ul style="list-style-type: none"> - Wirbelsäule - Schulter und Ellenbogen - Handgelenk und Fingergelenke - Hüftgelenk - Kniegelenk - Sprung- und Fußgelenke • Muskelkraft / Muskeltonus (b730 / b735) <ul style="list-style-type: none"> - Kopf und Rumpf - obere Extremität - untere Extremität • Muskelausdauer (b740) | Pharmakotherapie der Akinesie: <ul style="list-style-type: none"> • L-Dopa, COMT-Hemmer • Dopaminagonisten • MAO-B-Hemmer Bewegungstherapie: <ul style="list-style-type: none"> • Training großer Bewegungsamplituden (LSVT-BIG) • Muskeldehnübungen, Gelenkmobilisation und Lagerungen • Progressives Muskeltraining (Hypertrophietraining) • selektives Krafttraining der Rückenstrecker, Hüft- und Knieextensoren | <ul style="list-style-type: none"> • Messung der Gelenkbeweglichkeit (ROM) <ul style="list-style-type: none"> • MFT • Handkraftmessung (JAMAR-Dynamometer) |

| Readaptation von Körperfunktionen und Körperstrukturen | | |
|---|--|--|
| Therapieschwerpunkt | Behandlungsstrategie | Assessment |
| <p>Neuromuskuloskelettale Funktionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motorische Stütz- und Stellreflexe (b755) <ul style="list-style-type: none"> - korrektive Stellreaktionen - protektive Stellreaktionen • Koordination von Willkürbewegungen (b760) • Unwillkürliche Bewegung - Tremor (b7651) • Bewegungsmuster beim Gehen (b770) <ul style="list-style-type: none"> - Festination - Foot flat - Forward lean - Freezing - Hinken - Lateral lean - Propulsion - Retropulsion - Starthemmung - Toe out - Trippelschritte - Walking on "ice" | <ul style="list-style-type: none"> • Gerätegestütztes Krafttraining • Zyklisches Bewegungstraining (Motomed / NuStep) • koordinierte Bewegungen mit feedback • Hüft- und Sprunggelenkmobilisierung • Erarbeitung und Training von Schutzschritten • Eigentrainingsprogramm • Konventionelles Balancetraining <p>Physikalische Therapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kälte- und Wärmeanwendung, Massagen (Detonisierung) <p>Störungsspezifische Gangrehabilitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Step-Training • Kadenztraining • Cueing-Strategien | <ul style="list-style-type: none"> • Beobachtende Ganganalyse (O.G.I.G.) • Instrumentelle Ganganalyse (Mobility Lab) |
| Förderung von Aktivitäten und Teilhabe | | |
| Therapieschwerpunkt | Behandlungsstrategie | Assessment |
| <p>Lernen und Wissensanwendung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sich Fertigkeiten aneignen (d155) • Lesen (d166) • Schreiben (d170) • Rechnen (d172) • Probleme lösen (d175) | <ul style="list-style-type: none"> • Flechtgruppe • Handlungsorientiertes Hirnleistungstraining • Gedächtnistraining in der Gruppe | <ul style="list-style-type: none"> • Geldzähltest • SKT |
| <p>Lagewechsel und Transfer</p> <ul style="list-style-type: none"> • vom Rücken in die Seitenlage (d4201) • vom Bett liegend an den Bettrand (d4100) • Bett-Stuhl-Transfer (d4200) • Sitz-Stand-Transfer (d4103) • Boden-Stand-Transfer (d4104) | <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisierung nach Bobath • Transfer-Übungen unter Anwendung kognitiver Bewegungsstrategien und <i>on/off</i> Cueing-Strategien zur Bewegungsinitiierung • Angehörigenanleitung und Schulung zum Einsatz von cues und kognitiven Bewegungsstrategien | <ul style="list-style-type: none"> • TCT • Esslinger Transferskala • Five Chair Rise (SPPB) |

| Förderung von Aktivitäten und Teilhabe | | |
|--|---|--|
| Therapieschwerpunkt | Behandlungsstrategie | Assessment |
| Balance / Posturale Kontrolle <ul style="list-style-type: none"> • Sitzbalance (d4153) • Standbalance(d4154) • Sich beugen können (d4105) • Den Körperschwerpunkt verlagern (d4106) | <ul style="list-style-type: none"> • Haltungsschule und Balance-übungen mit Verlagerung des Körperschwerpunktes • Balancetraining in der Gruppe • Balancetraining mit Biofeedback (z.B. Wii-Fit,) • Posturomed / große Therapierolle | <ul style="list-style-type: none"> • Standbalance (SPPB) • Tinetti-Test (POMA) |
| Gehen <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 10 m (d4500.1) • mindestens 50 m (d4500.2) • mindestens 0,66 m/s (d4500.3) • mindestens 0,89 m/s (d4500.4) • auf variablem Untergrund (d4502) • um Hindernisse (d4503) • über Treppen (d4551) | <ul style="list-style-type: none"> • Gehschule unter Anwendung von Cueing-Strategien zur Ganginitiierung und Beibehaltung des Gangflüssigkeit incl. Instruktionen zur Rumpfbewegung • Lokomotionstherapie Laufbandtraining unter Einsatz von Shaping-Strategien • Rhythmisch-akustische Stimulation bei motorischen Blockaden (RAS) • Treppentraining • ggf. Walking and Talking Programm im Frühstadium | <ul style="list-style-type: none"> • Tinetti-Test (POMA) • Timed Up & Go Test • FAC • Gehgeschwindigkeit (SPPB) • Esslinger Treppenskala • Manueller TUG |
| Kontextbezogene Mobilität <ul style="list-style-type: none"> • sich im Haus fortbewegen (d4600) • sich außer Haus fortbewegen (d4602) • sich mit Rollstuhl fortbewegen (d465) • Transportmittel benutzen (d470) • Motorisiertes Fahrzeug fahren (d4751) | <ul style="list-style-type: none"> • Rollstuhltraining • Schulung zum sicheren und korrekten Einsatz der Gehhilfen und des Elektro-Rollstuhls • Parcours- und Terraintraining • Nordic Walking | <ul style="list-style-type: none"> • RMI • Aktivitätsmonitoring • Wiener Testsystem |
| Armgebrauch und manuelle Geschicklichkeit <ul style="list-style-type: none"> • Gegenstand anheben (d4300) • Gegenstand mit Händen tragen (d4301) • Gegenstand mit Armen tragen (d4302) • Gegenstand absetzen (d4305) • Feinmotorischer Handgebrauch (d440) • Gegenstand aufheben (d4400) • Gegenstand ergreifen (d4401) • Grober Hand- und Armgebrauch (d445) | <ul style="list-style-type: none"> • Hand- und feinmotorische Übungen unter Einsatz von Cues, kognitiven Bewegungsstrategien und Schwung- und Krafteinsatz • Motorisch-funktionelle + sensomotorische Therapie • Greifübungen • Schreibtraining • Feinmotorikgruppe • Flechtgruppe | <ul style="list-style-type: none"> • Picking Up Test • Nine Hole Peg Test (NHPT) • Handkraftmessung (JAMAR-Dynamometer) • Box-and-Block-Test |

| Förderung von Aktivitäten und Teilhabe | | |
|---|---|---|
| Therapieschwerpunkt | Behandlungsstrategie | Assessment |
| Selbstversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Blasenentleerung (d5300) • Darmentleerung (d5301) • Toilettenbenutzung (d5309) • Körperteile waschen (d5100) • Baden oder Duschen (d5101) • Die Zähne pflegen (d5201) • Das Haar pflegen (d5202) • Kleidung an- und ausziehen (d5400/01) • Schuhwerk an- und ausziehen (d5402/03) • Selbstständig essen (d550) • Selbstständig trinken (d560) | <ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Harnkontinenz in Anlehnung an den DNQP-Expertenstandard • Beckenbodengymnastik • Toilettentraining • Aktives ADL-Training incl. Einübung von Hilfsmittelgebrauch (z.B. Anziehhilfen) • Ess- und Trinktraining (z.B. strukturiertes Frühstückstraining und logopädische Kostempfehlung) • Strukturierte Angehörigenanleitung bei fortbestehendem ADL-Unterstützungsbedarf | <ul style="list-style-type: none"> • Barthel-Index • Kontinenzskala • EDKS |
| Erweiterte Aktivitäten und Anforderungen <ul style="list-style-type: none"> • Medikamente einnehmen (d2102) • Mit Krisensituationen umgehen (d2402) • Sich körperlich fit halten (d5701) • Einkaufen (d6200) • Mahlzeiten zubereiten (d6300) • Hausarbeiten erledigen (d6400) • Für andere sorgen (d660) • Mit Geld und Finanzen umgehen (d860) | <ul style="list-style-type: none"> • Eigentaining • Haushaltstraining • Edukation zur aktiven Tagesgestaltung • Wohnraumanpassung | <ul style="list-style-type: none"> • Medikamenten-Praxistest • Aktivitätsmonitoring • Geldzähltest |
| Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> • Verstehen verbaler Mitteilungen (d310) • Verstehen nonverbaler Mitteilungen (d315) • Verstehen schriftlicher Mitteilungen (d325) • Produktion verbaler Mitteilungen (d330) • Produktion nonverbaler Mitteilungen (d335) • Produktion schriftlicher Mitteilungen (d345) • Telekomm.-Gerät benutzen (d3600) • Techn. Schreibgerät benutzen (d3601) | <ul style="list-style-type: none"> • Sprachtherapie • Kommunikationstherapie (Mimik, Sprechen, Einsatz von Kommunikationstechniken und Kommunikationshilfen) | <ul style="list-style-type: none"> • Aphasie Schnell Test (AST) |
| Interpersonelle Interaktionen & Beziehungen <ul style="list-style-type: none"> • Soziale Beziehungen aufnehmen (d750) • Familienbeziehungen aufrechterhalten (d760) • Intime Beziehungen aufrechterhalten (d770) • Am Gemeinschaftsleben teilnehmen (d910) • Sich an Freizeitaktivitäten beteiligen (d920) | <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapie • Rekreationstherapie | |

| Prophylaxe | | |
|-------------------------------------|---|---|
| Therapieschwerpunkt | Behandlungsstrategie | Assessment |
| Vorbeugung körperlicher Inaktivität | <ul style="list-style-type: none"> Bereitstellung von Information zur Aufrechterhaltung von körperlicher Fitness, Gelenkbeweglichkeit und Training von Rumpf-, Arm- und Beinmuskulatur | <ul style="list-style-type: none"> Aktivitätsmonitoring |
| Sturz- und Frakturprävention | <ul style="list-style-type: none"> Beratung (Eduktion) über Sturzursachen und die Bedeutung von Kraft-, Balance- und Koordinationstraining aktive Sturzprophylaxe zur Steigerung der Selbstwirksamkeit und Reduktion der Sturzangst wie z.B. Boden-Matten-Programm, repetitives Training von Schrittschritten incl. Verbesserung von Hüft- und Sprunggelenkbeweglichkeit und dynamisches Training der Plantarflexoren Gehhilfsmittel-Schulung Sicheres Schuhwerk Hüftprotektoren ABS-Socken Bewegungsmelder Sturzprophylaxe in der Pflege in Anlehnung an den DNQP-Expertenstandard Vitamin D3 1000-3000 IE/die Spezifische Osteoporosetherapie in Anlehnung an die DVO-Leitlinien | <ul style="list-style-type: none"> Stratify Short-FES-I |
| Vorbeugung von Schmerzen | <ul style="list-style-type: none"> Schmerzmanagement in der Pflege in Anlehnung an den DNQP-Expertenstandard Interdisziplinäres Schmerzmanagement Schmerzlindernde Lagerung Physikalische Maßnahmen Hilfsmiteleinsetz | <ul style="list-style-type: none"> NRS / VRS |
| Obstipationsprophylaxe | <ul style="list-style-type: none"> Angemessene Flüssigkeits- und Ballaststoffzufuhr Förderung der Bewegung Macrogol 1-3 Btl./die | |

| Prophylaxe | | |
|------------------------------|---|--|
| Therapieschwerpunkt | Behandlungsstrategie | Assessment |
| Thromboseprophylaxe | <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Mobilisation fördern • Im Intervall mehrmals tgl. Beine erhöht lagern (ca. 30 Min.) • Bewegungsübungen mehrmals tgl. (Pedaltreten, Fußkreisen, Zehenbewegungen) • Anti-Thrombose-Strümpfe oder Kompressionsverband • Ausreichende Flüssigkeitszufuhr sicherstellen • Niedermolekulares Heparin (Therapiedauer in Anlehnung an die S3-Leitlinie) | |
| Ödemprophylaxe | <ul style="list-style-type: none"> • Angemessene Flüssigkeitsbeschränkung (1,5 l bzw. nach Anordnung des Arztes) • Lagerungstechniken | <ul style="list-style-type: none"> • 2 x wöchentlich Gewichtskontrollen • Ödemdrucktest |
| Pneumonieprophylaxe | <ul style="list-style-type: none"> • Gezielte Atemübungen (tiefes Ein- und Ausatmen) im Rahmen pflegerischer Maßnahmen, ggf. Einsatz von Atemtrainer • Gezielte Atemgymnastik in der Physiotherapie • In Rückenlage Oberkörper erhöht lagern • Bei Verschleimung Förderung von Sekretablösung (Sekretolytika), Anfeuchtung von Raumluft und ggf. Unterstützung beim Abhusten | |
| Aspirationsprophylaxe | <ul style="list-style-type: none"> • Oberkörperhochlagerung beim Essen und Trinken bis 30 min. nach dem Essen • Ausreichend Zeit für die Mahlzeiten einplanen • Sorgfältige Mundhygiene nach den Mahlzeiten (ggf. Entfernung von Nahrungsresten) • Einübung und Konsolidierung von Schluckstrategien • Kostadaptierende Maßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> • Bei Rehabilitanden mit Schluckstörungen immer 2 x tgl. Temperaturmessung • CRP-Kontrollen |

| Prophylaxe | | |
|--|--|---|
| Therapieschwerpunkt | Behandlungsstrategie | Assessment |
| Vorbeugung von Exsikkose und Malnutrition | <ul style="list-style-type: none"> • Ess- und Trinkplan erstellen • Wöchentliche Gewichtserfassung • Interdisziplinäres Malnutritionsmanagement (Ernährungsvisite bei Hochrisikopatienten) • Angemessene Flüssigkeitszufuhr sicherstellen und auf Getränkevorlieben achten • Zum Trinken anhalten und motivieren, evtl. Getränke andicken und Hilfsmittel-einsatz sicherstellen • Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege in Anlehnung an den DNQP-Expertenstandard | <ul style="list-style-type: none"> • Mini Nutritional Assessment (MNA-SF) • Wöchentliche Gewichtskontrollen |
| Soor-, Stomatitis- und Parodontisprophylaxe | <ul style="list-style-type: none"> • Mundhygiene nach jeder Mahlzeit, Mundspülungen mit Salbei oder Kamillentee • Ausreichende Bereitstellung von Flüssigkeit | |
| Vorbeugung von Druckulcera | <ul style="list-style-type: none"> • Beratung, adäquate Lagerung in Bett und Rollstuhl, Bewegungsplan • Bewegungsförderung bei allen Pflegemaßnahmen integrieren (Aktivierung) • Alltagsorientiertes Gehtraining (AGT) • Dekubitusprophylaxe in der Pflege in Anlehnung an den DNQP-Expertenstandard • Einsatz von Antidekubituskissen und -matratze | <ul style="list-style-type: none"> • Norton-Skala • Fingerdrucktest |
| Vorbeugung von Kontrakturen | <ul style="list-style-type: none"> • Bewegung der gefährdeten Gelenke während der Grundpflege • Beratung, Lagerung in physiologischer Stellung (Funktionsstellung), ggf. Anwendung von Lagerungshilfsmitteln • Einsatz von motorbetriebenen Bewegungsschienen | |

8.3 Das geriatrisch-rehabilitative Team

In der Geriatrie hat sich die Arbeit in einem **multiprofessionellen Team** bestehend aus Ärzten, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeitern, Ernährungsberatern und Psychologen am besten bewährt. Nur durch die Zusammenarbeit dieser verschiedenen Professionen gelingt es, die häufig komplexe Problematik älterer gebrechlicher Personen in ihrer Gesamtheit zu erfassen und zu behandeln.



Abbildung 20

8.3.1 Ärztlicher Dienst

In der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen werden unsere Rehabilitanden von erfahrenen Fachärzten für Innere Medizin und Allgemeinmedizin behandelt. Die leitenden Ärzte verfügen über die Zusatzqualifikation „Geriatric“ und sind ausgewiesene Spezialisten der Altersmedizin.

Unsere Ärzte sind für alle medizinischen und therapeutischen Aktivitäten verantwortlich. Sie überprüfen den Gesundheitszustand des Rehabilitanden wöchentlich in drei Visiten, kontrollieren und ändern bei Bedarf die Medikation, legen notwendige und ergänzende diagnostische Untersuchungen fest, überprüfen den Rehabilitationsverlauf und koordinieren den gesamten Rehabilitationsprozess im interdisziplinären Team.

An allen Werktagen und Wochenendtagen steht ein geriatrischer Rufbereitschaftsarzt zur Verfügung. Die Akutversorgung in Notfällen erfolgt im Verbund mit den beiden internistischen Abteilungen des Alb-Donau Klinikums Ehingen.

In Kooperation mit der Akutgeriatrie am Standort Ehingen besteht die Möglichkeit einer Fiberendoskopischen Untersuchung zur Abklärung von Schluckstörungen (Chefarzt und Oberarzt).

Die Ärzte der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen verpflichten sich zu einer wissenschaftlich fundierten Medizin. Auch ist es ihre Aufgabe, das geriatrische Wissen anderen Berufsgruppen und Rehabilitanden und Angehörigen in angepasster Form zu vermitteln.

8.3.2 Pflegedienst

Unsere Pflegekräfte betreuen die Rehabilitanden 24 Stunden am Tag und in der Nacht und bestimmen wie keine andere Berufsgruppe das Milieu, die Grundstimmung und die Rehabilitationsatmosphäre. Sie beeinflussen in wesentlichem Maße, ob sich der Rehabilitand angenommen fühlt und die Kraft für die Wiedererlangung einer selbstständigen Lebensführung aufbringt. Zuhören, Trösten, Mut zusprechen und Anspornen sind entscheidende Aspekte einer rehabilitationsfördernden Umgebung und nicht selten der Schlüssel zum Rehabilitationserfolg.

In fachlicher Hinsicht steht die *therapeutisch-aktivierende Pflege* im Vordergrund. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass sich der Rehabilitand in den Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. bei der Körperpflege) aktiv mitbeteiligt und von den Pflegenden selektiv in jenen Teilfunktionen Hilfe erfährt, in denen die Selbstversorgung nicht oder noch nicht gewährleistet ist. Bei der *aktivierenden Pflege* erfahren Rehabilitanden also *Hilfe zur Selbsthilfe*, damit sie letztlich eigenverantwortlich eine größtmögliche Selbstständigkeit wiedererlangen und behalten. Von den Pflegekräften verlangt das Konzept der aktivierenden Pflege viel Fingerspitzengefühl bei der Beurteilung der individuellen Rehabilitandenressourcen. Nur dadurch wird gewährleistet, dass Förderung möglich, aber Überforderung vermieden wird. Schließlich geben unsere Pflegekräfte den pflegenden Angehörigen Unterstützung und Anleitung, wenn sich ein fortbestehender Hilfebedarf abzeichnet. In enger Zusammenarbeit zwischen Pflege-Mitarbeitern, Therapeuten und Ärzten arbeitet unser Pflegedienst auch an der Umsetzung therapeutischer Konzepte.

Unser Pflegekonzept erfolgt getreu dem Motto *Begegnung von Mensch zu Mensch* und strebt die Erhaltung und Förderung der Selbstbestimmung, Selbständigkeit und Teilhabe unserer Rehabilitanden in der alltäglichen Lebensgestaltung an. Dabei sehen wir den Rehabilitanden als handelnde Person und nutzen dies, um gemeinsam mit ihm seine persönlichen Rehabilitationsziele unter gleichzeitiger Würdigung seiner individuellen Fähigkeiten festzuhalten. Unser komplettes *Pflegkonzept* ist QM-Handbuch hinterlegt und kann dort eingesehen werden.

Interdisziplinarität und Kooperation im geriatrischen Team

Die rehabilitative Pflege ist durch ein hohes Maß an interdisziplinärem Handeln mit Ärzten, Therapeuten und Sozialarbeitern gekennzeichnet. Die Teilnahme an Visiten und interdisziplinären Besprechungen sichern den notwendigen rehabilitandenbezogenen Informationsaustausch und ermöglichen, die jeweilige fachspezifische Perspektive aller beteiligten Berufsgruppen im Rehabilitationsprozess des Rehabilitanden aktiv einzubringen.

Therapiespektrum - Pflege:

- ❖ Aktivierende Pflegeherapie, z.B. Selbsthilfetraining beim Waschen und Anziehen
- ❖ Esstraining
- ❖ Kontinenztraining
- ❖ Transfer- und Rollstuhltraining
- ❖ Therapeutische Lagerung
- ❖ Pflege nach dem Bobath-Konzept
- ❖ Pflegeanleitung der Angehörigen
- ❖ Kinästhetik
- ❖ Basale Stimulation
- ❖ Aktivgruppen, z.B. Singen, Backen

8.3.3 Therapeuten-Team

8.3.3.1 Physiotherapie

Die Physiotherapie fördert die Wiedererlangung und Erhaltung komplexer motorischer Funktionen, die für die Mobilität und individuelle Gestaltung des Alltags erforderlich sind. Dazu zählen vor allem das Stehen, Gehen und Wenden, der Sitz-Stand-Transfer und Stand-Sitz-Transfer sowie das Treppensteigen. Alle diese alltagsrelevanten Fähigkeiten erfordern ein ausreichendes Maß an Koordination, Kraft, Beweglichkeit, Ausdauer und Schnelligkeit.

Basierend auf einer detaillierten Erfassung der Mobilitätseinschränkungen anhand validierter Messverfahren werden die zentralen Therapieschwerpunkte festgelegt und verfolgt. Vor allem Balancetraining und Krafttraining, aber auch die Gehschule in einfachen und komplexen Umgebungssituationen spielen im geriatrischen Behandlungsplan eine große Rolle, nicht zuletzt wegen ihrer großen Bedeutung in der Sturzprävention. Unter anderem setzt der Physiotherapeut auch indikationsspezifische Behandlungstechniken ein (z.B. Behandlungskonzepte auf neurophysiologischer Basis, FBL etc.), wenn dadurch die Aktivitäten und Teilhabe gefördert und die persönliche Zielsetzung des Rehabilitanden erreicht werden kann.

Bestehen Mobilitätsbeeinträchtigungen fort, werden zur maximalen Teilhabe des Rehabilitanden die verbliebenen Funktionseinschränkungen durch Mobilitätshilfen kompensiert und beispielsweise der Umgang mit Gehhilfen geübt.

Schließlich kommen auch physikalische Maßnahmen zur Anwendung, da diese zur Schmerzlinderung, Tonusregulierung und Durchblutungsverbesserung wesentlich beitragen.

Therapiespektrum – Physiotherapie:

- ❖ Krankengymnastik in der Einzeltherapie bei chirurgischen und internistischen Erkrankungen sowie auf neurophysiologischer Grundlage, z.B. Bobath-Therapie und Parkinsonbehandlung (z.B. LSVT-BIG)
- ❖ Bewegungstherapie in der Gruppe, z.B. Balancetraining, Geh- und Haltungsschule, Wirbelsäulengymnastik
- ❖ Krafttraining und Sturzprophylaxe, Fit für zu Hause
- ❖ Gerätegestütztes Balancetraining, z.B. Posturomed, Propriomed-Stäbe
- ❖ Medizinische Trainingstherapie
- ❖ Individuelles Ausdauertraining mit Pulsmesser
- ❖ Konventionelle Laufbandtherapie
- ❖ Lokomotionstherapie (Laufbandtherapie unter Gewichtsabnahme)
- ❖ Zyklische Bewegungstherapie, z.B. Motomed und NuStep
- ❖ Bewegungstraining mit der Wii Fit Plus
- ❖ Gangrehabilitation (z.B. nach O.G.I.G), Gehschule, Treppen- und Terraintraining
- ❖ Stehtisch
- ❖ Matten-/Bodenprogramm
- ❖ Orthesen- und Prothesenanpassung in Kooperation mit dem Orthopädie-Mechaniker
- ❖ Prothesengebrauchsschulung
- ❖ Tape-Anlagen, Hilfsmittelberatung und -schulung
- ❖ Osteoporose-Schule
- ❖ Erarbeitung eines Eigentrainings
- ❖ Angehörigenschulung und -beratung
- ❖ Manuelle Lymphdrainage
- ❖ Klassische Massagen
- ❖ Atemgymnastik
- ❖ Physikalische Therapie, z.B. Elektrotherapie, TENS, Ultraschallbehandlung, Kälte-Anwendung (Kryotherapie), Wärmetherapie (Heiße Rolle, Wärmepackung)
- ❖ Bewegungsbad und Schlingentischbehandlung in Kooperation mit dem S29

8.3.3.2 Ergotherapie

In der Ergotherapie stehen die Entwicklung, Wiedergewinnung, Verbesserung oder Erhaltung von Handlungskompetenzen im Alltag im Vordergrund. Motorische, sensorische, kognitive und psychische Einschränkungen, aber auch die Ressourcen des Einzelnen sollen durch den Einsatz ergotherapeutischer Maßnahmen gefördert werden. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltsanpassung und Beratung dazu, dem Rehabilitanden Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung der Lebensqualität zu ermöglichen. Im Mittelpunkt der ergotherapeutischen Behandlung steht das aktive Handeln des Rehabilitanden. Der therapeutische Ansatz ist dabei immer ganzheitlich und an den Zielen des Rehabilitanden orientiert. Dementsprechend variiert der Einsatz unterschiedlicher therapeutischer Medien, handwerklicher Techniken oder Alltagsaktivitäten. Für die nachhaltige Sicherung der Erfolge sind individuelle Eigentrainingsprogramme von entscheidender Bedeutung. Um eine bestmögliche Handlungsfähigkeit für den Rehabilitanden zu erreichen, kann die Erprobung und Versorgung erforderlicher Hilfsmittel sowie technischer Hilfen zur Wohnraumanpassung entscheidend sein.

Therapiespektrum - Ergotherapie:

- ❖ Ergotherapie auf neurophysiologischer Grundlage, z.B. Sensibilitäts- und Wahrnehmungstraining, visuelles Explorationstraining
- ❖ Arm- und Handrehabilitation, z.B. Spiegeltherapie, Computer- und gerätegestützte Arm- und Handtherapie (Armeo, Pablo, Armbewegungsschiene)
- ❖ Feinmotoriktraining in der Gruppe
- ❖ Flechtgruppe
- ❖ Motorisch-funktionelle Ergotherapie, z.B. Muskelfunktionstraining, Gelenkmobilisation
- ❖ ADL-Training, z.B. Haushaltstraining, Wasch- und Anziehtraining, Rollstuhltraining
- ❖ IADL-Training wie z.B. Medikamente richten
- ❖ Kognitive Rehabilitation, z.B. PC-gestütztes Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining
- ❖ Gedächtnis- und Gesprächsgruppe
- ❖ Erarbeitung verschiedener Eigentrainingsprogramme
- ❖ Hilfsmittelberatung und -versorgung
- ❖ Beratung bei der Wohnraumanpassung
- ❖ Angehörigenschulung und -anleitung

Eine detaillierte Darstellung der Therapieleistungen und Organisation der Ergotherapie-Abteilung findet sich im QMH im Dokument *Ergotherapeutisches Gesamtkonzept*.

8.3.3.3 Logopädie

Für die Teilnahme am sozialen Leben ist die Kommunikationsfähigkeit unabdingbar. Ist diese durch Mimik-, Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen gestört, droht soziale Isolation. Unsere LogopädInnen helfen durch vielfältige Übungen, sprachliche Fähigkeiten zu verbessern sowie Probleme mit der Stimme, Artikulation und Mimik abzubauen. Unsere Rehabilitanden sollen sich Ihrer Umwelt wieder mitteilen können und mit ihr in Kontakt bleiben.

Ein weiterer Schwerpunkt der Logopädie ist die Behandlung von Schluckstörungen. Diese treten vor allem als Folge eines Schlaganfalls, bei der Parkinson-Krankheit und auch als Folge des physiologischen Alterungsprozesses auf. Unsere LogopädInnen trainieren mit unseren Rehabilitanden das gezielte Schlucken und beraten dabei individuell im Hinblick auf eine geeignete Kostform.

Generell werden die Therapieziele immer persönlich mit dem Rehabilitanden abgestimmt.

Therapiespektrum - Logopädie:

- ❖ Sprachtherapie einschließlich Therapie der kommunikativen Alltagskompetenzen bei kognitiven Dysphasien
- ❖ Sprechtherapie, z. B. Lee-Silverman-Voice-Treatment (LSVT-LOUD) bei Parkinson-Krankheit, Artikulationstherapie, Sprechatemübungen
- ❖ Stimmtherapie, z. B. funktionales Stimmtraining, Resonanztherapie, Atemwurfübungen
- ❖ Schlucktherapie, z. B. F.O.T.T., klassische restituierende, kompensatorische und adaptierende Maßnahmen
- ❖ Angehörigenschulung und -anleitung
- ❖ Gesichtstherapie, z. B. PNF, aktiv-mimisches Training

8.3.3.4 Psychologie

Damit wir emotionale und kognitive Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen aus psychologischer Sicht abklären können, greifen wir auf verschiedene diagnostische Möglichkeiten zurück. Dazu gehören das klinisch-diagnostische Erstgespräch, ausgewählte neuropsychologische und psychometrische Verfahren, aber auch Beobachtungen bei uns in der Klinik sowie das Angehörigengespräch. Für jeden Rehabilitanden definieren wir kurzfristig erreichbare und konkrete Ziele, die wir im Rahmen eines individuellen Therapieansatzes verfolgen.

Eine kognitive Rehabilitation setzen wir insbesondere im Rahmen der Schlaganfallrehabilitation um. In Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen der Ergotherapie und Logopädie konzentrieren wir uns dabei vor allem auf die Erhaltung und Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten. In Frage kommen hierfür verschiedene Trainingsverfahren, darunter auch ein computerbasiertes Aufmerksamkeitstraining.

Stützende Gespräche, die wir bei Depressivität oder Angststörungen führen, orientieren sich an den Methoden der Verhaltenstherapie. Geeignete Entspannungsverfahren setzen wir in diesen Fällen ergänzend ein. Auf Wunsch bieten wir auch Angehörigen psychologische Beratung und Begleitung an.

Psychologisches und neuropsychologisches Therapiespektrum:

- ❖ Verminderung von Depressivität und Ängsten einschließlich der Bewältigung von Verlusten und die Suche nach neuen Zielen
- ❖ Förderung von Eigenverantwortung
- ❖ Diagnostik kognitiver Funktionen (Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Handlungsplanung)
- ❖ Hirnleistungstraining und Kompensation alltagsrelevanter kognitiver Defizite
- ❖ Erarbeitung praktischer Problemlösestrategien und Kompensationsmöglichkeiten

8.3.3.5 Therapiehelfer

Der/Die *Therapiehelfer/in* ist eine Hilfskraft, die das geriatrische Therapeuten-Team unterstützt und dabei einfache delegationsfähige Aufgaben übernimmt. Im Einzelnen sind dies der Hol- und Bring-Dienst der Rehabilitanden, die Unterstützung beim Gerätetraining, das aktivierende Gehtraining, die Unterstützung der Ergotherapie beim PC-Training und rehabilitandenbezogenen Eigentaining sowie die Anwendung physikalischer Zusatzmaßnahmen und die eigenständige Übernahme der Flecht- und Feinmotorikgruppe nach entsprechender Einarbeitung.

Der/Die *Therapiehelfer/in* ist ein Mitarbeiter ohne besondere Vorkenntnisse, jedoch mit sicherem und sozial kompetentem Auftreten und einer Empathie für die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen.

8.3.4 Ernährungsberatung

Die *Ernährungsberatung* arbeitet in der Geriatrie schwerpunktmäßig am Risikomanagement der Mangelernährung und an der Beratung von Diabetikern. Dazu gehören die Erstellung individueller Speisepläne, die Gewährleistung einer optimalen Kalorienzufuhr (ggf. durch Nahrungszusätze), die Kontrolle spezieller Kostformen und die Schulung von Rehabilitanden und Angehörigen. Darüber hinaus unterstützt die Ernährungsberatung das therapeutische Team bei der Zusammenstellung spezieller Kostformen für Rehabilitanden mit Schluckstörungen.

Therapiespektrum – Ernährungsberatung:

- ❖ Ernährungsberatung
- ❖ Ernährungsanamnese und Auswertung
- ❖ Zusammenstellung individueller Kostformen
- ❖ Gewichtsstabilisierung bzw. Gewichtszunahme bei Untergewicht
- ❖ Kostformen bei Schluckstörungen
- ❖ Abstimmung in Ernährungsfragen mit Arzt und Pflege

8.3.5 Sozialdienst

Der Sozialdienst verfolgt gemäß dem gesetzlich vorgeschriebenen Entlassmanagements das Ziel einer lückenlosen Anschlussversorgung des Rehabilitanden, i.d.R. im bisherigen häuslichen Umfeld und organisiert die dazu notwendigen Maßnahmen. Dazu gehören neben der sozialdienstlichen und sozialrechtlichen Beratung von Rehabilitand und ggf. Bezugsperson vor allem auch die Organisation eines ambulanten Hilfsnetzwerks bzw. die Vermittlung in eine geeignete Pflegeeinrichtung. Ferner gibt der Sozialdienst Informationen zu Beratungsstellen oder Selbsthilfeorganisationen und bahnt auf Wunsch Erstkontakte an. In schwierigen, diskrepanten Situationen (z.B. Überforderung Pflegeperson, dementieller Abbau des Rehabilitanden, Versorgungslücken etc.) organisiert der Sozialdienst ein Familiengespräch mit dem betroffenen Rehabilitanden, seinen Angehörigen und dem therapeutischen Team damit gemeinsam Lösungen erarbeitet werden, die eine stabile und nachhaltige pflegerische und soziale Versorgung des Rehabilitanden gewährleisten.

Leistungsspektrum des Sozialdienstes (siehe Flyer „Sozialer Beratungsdienst“):

- ❖ Sicherstellung der häuslichen Versorgung durch private Hilfen und ambulante Pflegedienste, organisierte Nachbarschaftshilfe, Tagespflege, Essen auf Rädern, Hilfsmittel, Hausnotruf etc.
- ❖ Antragsstellungen, z.B. Eileinstufung Pflegeversicherung, rechtliche Betreuung
- ❖ Vermittlung in stationäre Pflegeeinrichtungen (Kurzzeit- / Langzeitpflege)
- ❖ persönliche Fragen und seelische Belastungen
- ❖ sozialdienstliche und sozialrechtliche Beratung (Pflegeversicherung, Sozialleistungen, Generalvollmacht etc.)
- ❖ Information über Selbsthilfegruppen und weitergehende Beratungsmöglichkeiten

8.3.6 Reha-Assistenz

Die *Reha-Assistentinnen* unterstützen das interdisziplinäre Reha-Team, indem sie an der Schnittstelle zwischen Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten delegationsfähige Aufgaben übernehmen, die zum originären und typischen Qualifikationsprofil einer medizinischen Fachangestellten (Arzthelferin) gehören und zur administrativen Entlastung des geriatrischen Teams beitragen. Beispielhaft seien hier physikalische Messungen wie Gewichtskontrollen, EKG-Kontrollen, Blutabnahmen, technische Durchführung von Ganganalysen, Anforderung von Vorbefunde und Röntgenbilder, Vorbereitung von Rehabilitandenakte und Rezepte, Abheften von Therapiedokumente und Archivierung von Krankenakten genannt. Die komplette Darstellung des Tätigkeitsprofils ist in einer Aufgabenbeschreibung im QMH hinterlegt.

8.3.7 Reha-Sekretariat

Die Mitarbeiterinnen des Reha-Sekretariats koordinieren die Aufnahme und Entlassung und stehen hierzu im Kontakt mit den zuweisenden Krankenhäusern und Hausärzten. Unsere Reha-Sekretärinnen beantworten unseren Rehabilitanden und ihren Angehörigen alle auftretenden Fragen zu Reha-Anmeldung, Kostenübernahme durch die Krankenkasse, Wahlleistungen, Begleitperson und Abrechnung.

8.4 Rehabilitanden- und Angehörigenintegration

Teilhabe der Rehabilitanden und Angehörigen

Die Beteiligung des Rehabilitanden wird mit Beginn des Aufnahmetags angestrebt. Die Aufgabe der ersten Behandlungswoche besteht darin die Ressourcen und persönlichen Rehabilitationsziele des Rehabilitanden in einem strukturierten Rehazielgespräch zu identifizieren und auf dieser Grundlage ein maßgeschneidertes Rehabilitationsprogramm zu erstellen.

Nach Überprüfung der Rehabilitationsfortschritte in den wöchentlichen Teamvisiten werden die Aktivitäts- und Funktionsziele ggf. angepasst. Zusätzliche Informationen zu umweltbezogenen Kontextfaktoren und zu motivationalen Aspekten werden eingeholt und im Team kommuniziert. Es erfolgt auch eine prognostische Bewertung in den Spezialbesprechungen (Memory-Konferenz, Dysphagie-Team etc.) sowie in den Teamvisiten unter Einbeziehung des Rehabilitanden. Wo sich die Möglichkeit bietet, wird die Teilhabe der Angehörigen immer gesucht. Die Einbeziehung in Prozesse der Entscheidungsfindung erfolgt stets in Absprache mit dem Rehabilitanden und / oder dem Rechtsvertreter (Bevollmächtigten) bzw. Betreuer.

Die Pflegenden sind für die Angehörigen häufig der erste Ansprechpartner und erheben im Erstgespräch mit den Angehörigen den Informations- und Unterstützungsbedarf. Bei Bedarf werden die Angehörigen vom interdisziplinären Team geschult und angeleitet. Näheres hierzu regelt unsere *Verfahrensanweisung Angehörigenschulung und -beratung*, die im QMH hinterlegt ist (siehe auch 9.6). Zudem vermitteln die Pflegenden bei Bedarf oder auf Wunsch Kontakte zum betreuenden Arzt, den zuständigen Therapeuten oder Sozialdienst.

Unterstützend liegen in jedem Rehabilitandenzimmer Angehörigeninformationen zu Tagesablauf, Schulungsinhalten und Kontaktaufnahme aus.

Das wichtigste Teammitglied ist schließlich der Rehabilitand selbst. Er steht im Mittelpunkt aller rehabilitativen Bemühungen, bestimmt seine individuellen Bedürfnisse und persönlichen Rehabilitationsziele und damit in maßgeblicher Weise auch seinen Rehabilitationsverlauf. Von seinem Willen und seiner Motivation sowie von der Beziehung zwischen geriatrischem Team und Rehabilitanden hängt letztendlich der Rehabilitationserfolg ab.

8.5 Rehaleistungsverzeichnis

In der zurückliegenden Dekade hat sich an der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen ein rehabilitatives Leistungsspektrum entwickelt, das in dem nachfolgenden Rehaleistungsverzeichnis (siehe Abb. 21 und 22) festgehalten ist und alle Einzelleistungen unserer Einrichtung auflistet. Für alle Leistungen sind im Rehaleistungsverzeichnis auch zeitliche Richtwerte hinterlegt, die in Anlehnung an KTL, aber auch unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Belastbarkeit geriatrischer Rehabilitanden definiert wurden. Für jede Leistung findet sich im Rehaleistungsverzeichnis auch die dazugehörige Bezeichnung im Rehabilitanden-Therapieplan.

Das Rehaleistungsverzeichnis wird fortlaufend bei neu angebotenen Leistungen aktualisiert. Derzeit sind ca. 60 Leistungen des interdisziplinären Teams spezifiziert, darunter auch Beratung und Edukation als Einzel- und Gruppenmaßnahme.

Beispiel aus dem Jahr 2020

| Rehaleistungsverzeichnis der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen 2020 | | | |
|---|---|---------------------------|---------------------------------------|
| Therapiedauer: | | | Gruppe: maximal 10 Rehabilitanden |
| ○ 5-15 Min. | ▲ 25-30 Min. | ◇ 30-60 Min. | ⊕ 15-30 Min. |
| ● 10-20 Min. | ▼ 25-45 Min. | ◆ 40-60 Min. | ■ 20-30 Min. |
| KTL Therapieleistung | | | Kleingruppe: maximal 5 Rehabilitanden |
| KTL | Therapieleistung | Bezeichnung im Reha-Plan | Therapiedauer |
| A552.0 | Prophylaxen in der Gruppe | Sitzgruppe | ▲ |
| A561.0 | Gerätesequenztraining in der Kleingruppe | Gerätetraining | ■ |
| A562.1 | Krafttraining im Sitz | Kraft Sitz | ▲ |
| A562.2 | Krafttraining im Stand | Kraft Stand | ▲ |
| A562.3 | Krafttraining Ausdauer | Kraft Ausd. | ▲ |
| A569.0 | Beckenbodengymnastik in der Gruppe | BBG | ▲ |
| A580.1 | Balancegruppe Sitz | Balance Sitz | ▲ |
| A580.3 | Balancegruppe Stand | Balance Stand | ▲ |
| A601.0 | Otago-Übungsprogramm in der Gruppe | Otago-Gruppe | ▲ |
| A601.0 | Otago-Einführungsvortrag | Otago-Start | ▲ |
| A601.0 | Otago-Eigenttraining | Otago-Training | ▲ |
| A602.1 | Gehtraining in der Gruppe | Gehgruppe | ▲ |
| A651.0 | Laufbandtraining | Laufband | ● |
| B559.0 | Physiotherapeutische Einzelbehandlung (Krankengymnastik) | KG | ▲ |
| B563.0 | Osteoporose-Schule in der Gruppe | OSTEO-Gruppe | ▲ |
| B571.0 | Atemschule in der Gruppe | Atemgruppe | ▲ |
| B573.0 | Haltungsschule | Haltungsschule | ▲ |
| B609.0 | Physiotherapeutische Behandlung im Bewegungsbad in der Gruppe | BAD | ■ |
| C591.1 | Vortrag: Sturz und Gleichgewicht | Vortrag Sturz | ▲ |
| C591.2 | Vortrag: Calcium und Vitamin D | Vortrag Gesunder Knochen | ▲ |
| C592.0 | Vortrag: Gesunde Ernährung | Vortrag Gesunde Ernährung | ▲ |
| C593.1 | Vortrag: Ausdauertraining | Vortrag Ausdauer | ▲ |
| C593.2 | Vortrag: Krafttraining | Vortrag Kraft | ▲ |
| C600.0 | Vortrag: Bluthochdruck | Vortrag Bluthochdruck | ▲ |
| C612.0 | Vortrag: Sozialrechtliche Information / Pflegeversicherung | Sozialrecht | ▲ |
| C693.0 | Patientenschulung: Diabetiker-Schulung in der Kleingruppe | Diabetiker-Schulung | ◆ |
| C830.1 | Rehazielgespräch im interdisziplinären Team mit Rehabilitand | Zielgespräch | ⊕ |
| D579.0 | Sozialberatung (auch Angehörige) | Sozialdienst | ⊕ |
| D600.0 | Familiengespräch | Familiengespräch | ◇ |
| E643.0 | Ergotherapeutische Einzelbehandlung motorisch-funktionell | ERGO | ▼ |
| E652.0 | Feinmotoriktraining in der Gruppe | Feinmotorik | ▲ |

Abbildung 21

Beispiel aus dem Jahr 2020

| Rehaleistungsverzeichnis der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen 2020 | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| Therapiedauer: | | | Gruppe: maximal 10 Rehabilitanden |
| ● 5-15 Min | ▲ 25-30 Min. | ◆ 30-60 Min. | ⊗ 15-30 Min. |
| ● 10-20 Min. | ▼ 25-45 Min. | ◆ 40-60 Min. | ■ 20-30 Min. |
| | | | Kleingruppe: maximal 5 Rehabilitanden |
| KTL | Therapieleistung | Bezeichnung im Reha-Plan | Therapiedauer |
| E659.0 | Arm-Handtraining nach Schlaganfall in der Kleingruppe | CIMT | ◆ |
| E653.0 | PC-gestütztes Arm- und Handtraining in der Kleingruppe | Armtraining (PC) | ▼ |
| E660.0 | Flechten in der Gruppe | Flechten | ◆ |
| E680.1 | Alltagstraining als Einzelbehandlung | ERGO ADL | ▼ |
| E680.2 | Haushalts- und weiterführendes Alltags-Training als Einzelbehandlung | ERGO HHT | ◆ |
| E690.2 | Backen in der Kleingruppe | Backen | ◆ |
| E709.0 | Hilfsmittelberatung und -versorgung (auch Angehörige) | ERGO Himi | ⊗ |
| E739.0 | Logopädische Einzelbehandlung: Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie | LOGO | ▼ |
| E760.0 | Funktionelle Schlucktherapie incl. Beratung (auch Angehörige) | LOGO FST | ⊗ |
| F544.0 | Psychologische Behandlung und Beratung (auch Angehörige) | Psychologie | ⊗ |
| F560.0 | Kognitive Aktivierung in der Kleingruppe | Aktivgruppe | ◆ |
| F620.0 | Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung | ERGO HLT | ⊗ |
| F630.0 | PC-gestütztes Hirnleistungstraining in der Kleingruppe | Konzentrationstraining (PC) | ▼ |
| F640.0 | Gedächtnistraining in der Gruppe | Gedächtnistraining | ◆ |
| H550.0 | Individuelle Übungen für Rehabilitand zum eigenständigen Üben | Eigenttraining | ■ |
| H560.1 | Wasch- und Anziehtraining nach Schlaganfall | ERGO W + A | ■ |
| H560.2 | Anleitung zur Sturzprävention (auch Angehörige) | Sturzprophylaxe | ⊗ |
| H560.3 | Gehschule | Gehschule | ○ |
| H583.0 | Lichttherapie | Lichttherapie | ▲ |
| H680.0 | Therapeutische Angehörigenberatung | ERGO-Ang., KG-Ang. | ⊗ |
| K561.0 | Lokale Kältebehandlung (ryotherapie, Eis etc.) | Kryo, Eis, Quark, Rapsbad | ○ |
| K562.0 | Lokale Wärmebehandlung (Wärmepackung, Infrarotlicht, heiße Rolle etc.) | Wärme, Rotlicht, HR, Sandbox | ● |
| K592.0 | Reizstromtherapie / Transkutane Elektrische Nervenstimulation (TENS) | Elektro, TENS | ● |
| K595.0 | Ultraschalltherapie | U-schall | ● |
| K620.0 | Klassische Massage | Massage | ● |
| K672.0 | Manuelle Lymphdrainage | man. Lymph (MLD) | ▲ |
| K690.1 | Motomed-Training der Arme | Motomed A | ● |
| K690.2 | Motomed-Training der Beine | Motomed B | ● |
| K690.3 | motorbetriebene Armbewegungsschiene (CPM) | Armschiene | ■ |
| K690.4 | motorbetriebene Beinbewegungsschiene (CPM) | Beinschiene | ■ |
| L560.0 | Singen in der Gruppe | Singen | ▼ |
| M590.0 | Ernährungsberatung (auch Angehörige) | Ernährung | ⊗ |

© Geriatrische Rehabilitationsklinik Ehingen

Seite 2 von 2

Abbildung 22

9. Der Rehabilitationsprozess

9.1 Die Rehabilitandenaufnahme

Der überwiegende Anteil der Rehabilitanden in der Geriatrischen Rehabilitationsklinik ist älter als 65 Jahre. Der Alterdurchschnitt liegt mittlerweile bei mehr als 80 Jahren. Es muss jedoch beachtet werden, dass einzelne Rehabilitanden jünger als 65 Jahre sein können. Beispiele hierfür sind Rehabilitanden mit angeborenen oder früh erworbenen Mehrfachbehinderungen oder Rehabilitanden mit komplexen komplikationsträchtigen Verläufen bei multiplen Vorerkrankungen.

Der überwiegende Anteil der Rehabilitanden wird nach einem Akutkrankenhausaufenthalt zur Rehabilitation zugewiesen. Anders als ursprünglich vorgesehen, ist davon auszugehen, dass nicht immer die organbezogene medizinische Therapie abgeschlossen ist.

Ein kleinerer Anteil der Rehabilitanden kommt aus dem häuslichen Umfeld zur Aufnahme. Beispiele hierfür sind Rehabilitanden mit einem chronischen Schlaganfallsyndrom, die als Folge von Inaktivität oder graduelltem Funktionsverlust mit einer stationären Rehabilitation einen signifikanten Fortschritt erreichen können oder Rehabilitanden mit drohender Pflegebedürftigkeit, die durch den MDK zugewiesen wurden.

Die Anmeldung erfolgt durch die Sozialdienste der zuweisenden Klinik bzw. standardisierte kassenspezifische Anmeldebögen. Vor Aufnahme eines Rehabilitanden in unsere Reha-Klinik wird durch die leitenden Ärzte stets eine Prüfung der Rehabilitationskriterien gemäß den *Begutachtungsrichtlinien Vorsorge und Rehabilitation* des Medizinischen Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen (MDS) vorgenommen. Fehlen in den Anmeldeunterlagen relevante Informationen, die die Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit einschränken, werden diese Informationen schriftlich nachgefordert. Ggf. werden offene Fragen auch telefonisch mit dem Zuweiser erörtert.

9.1.1 Vorbereitung der Rehabilitandenaufnahme

Bei Vorliegen der Kostenzusage durch die Krankenkasse und erfolgter Überprüfung der Reha-Aufnahmekriterien durch die leitenden Ärzte, wird die Übernahme durch die MitarbeiterInnen des Reha-Sekretariats bestätigt und der Aufnahmetermin telefonisch und schriftlich mitgeteilt. Diese beantworten auch alle Fragen von Rehabilitanden und Angehörigen, die im Vorfeld der Aufnahme entstehen können.

Mit der schriftlichen Terminbestätigung erhält der Rehabilitanden den Info-Flyer unserer Klinik. Dieser enthält Informationen zu:

- ❖ Ausstattung der Klinik
- ❖ Therapieangebote
- ❖ Besuchszeiten
- ❖ erforderliche Kleidung, Schuhe, Hilfsmittel etc.
- ❖ mitzubringende medizinische Unterlagen (Arztbriefe, Medikamentenplan etc.)
- ❖ Kontaktadressen

9.1.2 Ankunft des Rehabilitanden

Die Information am Haupteingang des Gesundheitszentrums Echingen ist durchgehend besetzt. Der Weg zu unserer Rehabilitationsklinik ist beschildert und auch die persönliche Abholung von der Information ist problemlos möglich. Als Orientierungshilfen tragen unsere Mitarbeiter Namensschilder und sind an ihrer Berufskleidung leicht zu erkennen. Am zentralen Stützpunkt der Station stehen kompetente Ansprechpartner zur Verfügung. Wir bieten unseren Rehabilitanden während des gesamten Rehabilitationsaufenthaltes eine Begleitung zu allen Therapien und Untersuchungen.

9.1.3 Aufnahmeuntersuchung

Der gesamte Prozess der Rehabilitandenaufnahme ist in der *Verfahrensanweisung Reha-Aufnahmeprozess* ausführlich dargelegt und findet sich in unserem QM-Handbuch. Nachfolgend werden hierzu nur einige Teilaspekte wiedergegeben:

Nach der Ankunft auf Station (zwischen 9.00-10.00 Uhr) werden die Rehabilitanden und Angehörige vom Pflegepersonal auf ihr Zimmer begleitet und erhalten Informationen bezüglich der Zimmerausstattung (elektrische Bettenbedienung, Patientenruf mit Gegensprechmöglichkeit, Fernseher, Telefon, Safe), Tagesablauf und ihrem persönlichen Rehabilitationsplan. Im Erstkontakt besteht auch Gelegenheit, individuelle Wünsche zu äußern. Die Mitarbeiterinnen des Reha-Sekretariates und alle weiteren Berufsgruppen suchen die Rehabilitanden in ihren Zimmern auf. Ein Merkblatt zum Tagesablauf, zur Sturzprophylaxe, zur Angehörigenschulung sowie der Speiseplan und das Reha-Rahmenprogramm liegen in den Zimmern aus.

Der Rehabilitanden wird zunächst durch die zuständige Pflegekraft und danach vom Arzt aufgenommen. Um unnötige Doppelbefragungen zu vermeiden, sind die Pflegeanamnese und ärztliche Anamnese inhaltlich aufeinander abgestimmt und in einem gemeinsamen Aufnahmebogen zusammengeheftet. Dokumentiert werden unter anderem auch das Vorliegen von Vollmachten oder einer rechtlichen Betreuung und einer Patientenverfügung. Bei kognitiv eingeschränkten Rehabilitanden werden für die Anamneseerhebung Angehörige einbezogen.

Die medizinisch-ärztliche Anamnese und körperliche Untersuchung ist in einem Standard geregelt, der im QMH hinterlegt ist. Dieser beinhaltet unter anderem auch ein strukturiertes Vorgehen bei der Erfassung geriatricspezifischer Syndrome durch das *Geriatrische Screening*, der Stufe 1 des geriatrischen Assessments (siehe auch 7.2.1).

Die pflegerische Aufnahme erfolgt in analoger Weise standardisiert *im Optiplan-System und* gemäß den Vorgaben des *GERIDOC-Handbuchs*, welches ebenfalls im QMH eingesehen werden kann.

Die Therapeuten führen am ersten Werktag nach der Rehabilitandenankunft ein umfassendes, ICF-basiertes Assessment durch, deren Ergebnisse in standardisierten Assessmentbögen (*Physio-Assessment, ergotherapeutische Funktionsdiagnostik* etc.) festgehalten werden. Die Zuordnung der Rehabilitanden zu den Mitarbeitern des therapeutischen Dienstes ist durch die Zimmernummer festgelegt. Die Durchführung des

Assessments durch die Therapeuten ist in mehreren schriftlichen Handlungsanleitungen dargelegt (z.B. *AA Motorisches Assessment*, *AA Logopädisches Assessment*, *AA Kognitives Assessment*). Der komplette Bestand aller Arbeitsanweisungen zum geriatrischen Assessment findet sich im QMH.

Bereits beim Erstkontakt mit dem Rehabilitanden verfügen die Therapeuten durch das *Formular Therapieanmeldung* über therapierelevante medizinische Informationen und über eine Ersteinschätzung der betroffenen ICF-Domänen. Die *Therapieanmeldung* wird von den Ärzten am Aufnahmetag ausgestellt und im Rahmen der täglichen Rehabilitandenvorstellung in der *interdisziplinären Frühbesprechung* ggf. durch ergänzende Informationen kommentiert.

Der Sozialdienst erhebt bei jedem Rehabilitanden eine strukturierte Sozialanamnese. Darin werden unter anderem häusliche Lebensumstände, familiäre und wirtschaftliche Situation, vorhandene Hilfsmittel und der Grad der bisherigen Selbstversorgung erfragt. Unabhängig davon werden jedoch auch von den anderen Berufsgruppen des interdisziplinären Teams sozialbezogene Kontextfaktoren erhoben, um dadurch die Therapiegestaltung und Entlassplanung zu optimieren. Dazu zählen z.B. die frühere berufliche Situation des Rehabilitanden, Hobbys, persönliche Interessen, die zuletzt bestandene Mobilität sowie hauswirtschaftliche und soziale Aufgabenwahrnehmung (Teilhabe).

9.2 Die Rehazielplanung

Die persönlichen Ziele der Rehabilitanden werden ganz wesentlich von zwei Motiven bestimmt. In der überwiegenden Zahl geht es um die Rückkehr in das vertraute Wohnumfeld und um die Wiedererlangung von Aktivitäten, die vor der aktuellen Gesundheitskatastrophe noch möglich waren. Die Vermeidung zukünftiger Gesundheitsgefahren steht in der Regel nicht an erster Stelle, ist aber dennoch zu beachten (Rehabilitandenedukation und Sekundärprävention).

Für die Rehabilitation bildet die ICF die Grundlage für eine „gemeinsame Sprache“ bei der Gestaltung des Rehabilitationsprozesses. Rehabilitation kann dabei als interdisziplinäres Management der *funktionalen Gesundheit* einer Person definiert werden.

Die Ansatzpunkte der Rehabilitation sind hierbei:

1. *Behandlung* der geschädigten Körperfunktionen und Körperstrukturen (kurative Strategie)
2. Überwindung und/oder *Kompensation* von Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, der Aktivitäten und Teilhabe (rehabilitative Strategie)
3. *Vermeidung* weiterer Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe (präventive Strategie)

Die **rehabilitative Intervention** beginnt immer mit der **Rehabilitationsplanung**, die auf der Grundlage definierter **Rehabilitationsziele** vorzunehmen ist und im Weiteren auch die Steuerung aller Maßnahmen während des Rehabilitationsprozesses umfasst. Der Intervention schließt mit der **Evaluation** ab, welche die Überprüfung der festgelegten Rehabilitationsziele und den Grad ihrer Zielerreichung zum Gegenstand hat (siehe 9.8.3).

9.2.1 Rehabilitationsziele

Grundlage für eine erfolgreiche und effiziente Rehabilitation ist die Definition realistischer Rehabilitationsziele, die auf eine Verbesserung der geschädigten Körperfunktionen und Körperstrukturen und vor allem auf die Wiedererlangung der prämorbidem Aktivitäten und Teilhabe des Rehabilitanden abzielt. Damit dies erfolgreich geschehen kann, sind die umweltbezogenen individuellen Kontextfaktoren und die persönlichen Ressourcen des Rehabilitanden zu berücksichtigen. Wie bereits unter 7.2.1 erwähnt, liefert das geriatrische Assessment hierzu eine erste wertvolle Informationssammlung. Die Ergebnisse des geriatrischen Assessments helfen dabei zu klären, ob die persönlichen Präferenzen des Rehabilitanden mit seinem Leistungsniveau zur Deckung gebracht werden können. Diese Analyse ist notwendig, um zur Formulierung realistischer Rehabilitationsziele zu gelangen und einen darauf aufbauenden zielführenden Rehabilitationsplan zu erstellen.

Grundsätzlich strebt Rehabilitation eine Verbesserung aller Dimensionen der Lebensqualität an:

- ❖ Körperlicher Status
- ❖ Funktioneller Status (Selbstversorgung, Mobilität, physische Aktivität)
- ❖ Psychischer Status (Angst, Depression)
- ❖ Soziale Interaktion (familiäre Beziehungen, soziale Unterstützung)

Neben der Formulierung einiger indikationsspezifischer Rehabilitationsziele (siehe 13. und Musterbeispiele im Anhang) lassen sich für den geriatrischen Rehabilitanden vornehmlich Rehabilitationsziele benennen, die keinen spezifischen Bezug zur rehabilitationsführenden Hauptdiagnose aufweisen, sondern die Folge klinischer manifest gewordener geriatrischer Syndrome sind und dadurch den Verlust der Alltagskompetenz nach sich ziehen (siehe 3.1).

Typische **alltagsrelevante Rehabilitationsziele** (Funktionsebene) in der Geriatrie:

Verbesserung der Selbstversorgung

- ❖ Selbständigkeit / Verbesserung in der Nahrungsaufnahme
- ❖ Wiederherstellung / Verbesserung des Schluckaktes
- ❖ Selbständigkeit / Verbesserung der Blasenkontrolle bzw. Kontinenz
- ❖ Selbstständiger Toilettengang
- ❖ Selbständigkeit / Verbesserung beim An- und Auskleiden
- ❖ Beherrschung / Verbesserung der persönlichen Hygiene bzw. Körperpflege

Verbesserung der Mobilität

- ❖ Erreichen der Rumpf- und Sitzstabilität
- ❖ Selbständigkeit / Verbesserung des Bett-(Roll)Stuhl-Transfers
- ❖ Erreichen / Verbesserung der aktiven Rollstuhl-mobilität
- ❖ Erreichen / Verbesserung der Stehfähigkeit
- ❖ Erreichen der Gehfähigkeit im Innen- und Außenbereich (mit / ohne Gehhilfe)
- ❖ Selbstständigkeit / Verbesserung des Treppensteigens
- ❖ Verbesserung der Armfunktion / Feinmotorik
- ❖ Verbesserung der motorischen Grundfähigkeiten (Kraft, Balance, Ausdauer etc.)

Verbesserung der sozialen Reintegration

- ❖ Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit
 - Orientierung und Wahrnehmung
 - Gedächtnis und Aufmerksamkeit
 - Handlungsplanung und Problemlösung
- ❖ Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit
 - Sprachproduktion
 - Sprechmotorik und Artikulation
 - Sprachverständnis
 - nonverbale Kommunikation (Mimik)
- ❖ Emotionale Stabilisierung
 - Beseitigung / Linderung von Depression
 - Beseitigung / Linderung von Angst
 - Krankheitsverarbeitung und -bewältigung
- ❖ Schmerzlinderung / Schmerzfreiheit
- ❖ Pflegeerleichterung und Angehörigenschulung
- ❖ Heimvermeidung

Die konkrete Ausformulierung dieser alltagsrelevanten Rehabilitationsziele erfolgt an unserer Klinik stets individuell und möglichst nach der SMART-Regel:

| | | |
|---|---|---|
| S | = | spezifisch |
| M | = | messbar |
| A | = | (vom Rehabilitanden) akzeptiert |
| R | = | realistisch |
| T | = | terminiert (am Ende der Rehabilitation) |

Einige dieser Rehabilitationsziele können hinsichtlich ihres Erreichungsgrades mit Hilfe einfacher funktioneller Scores (Ordinalskalen) in den wöchentlichen Teamvisiten überprüft werden. Das erleichtert ggf. die Entscheidung über Veränderungen oder Erweiterungen der Rehabilitationszielsetzung. Zu diesen funktionellen Scores zählen beispielsweise die *RAI-Kontinenzskala*, Einzel-Items des *Barthel-Index*, die *Esslinger Transferskala*, der *Single Chair Stand*, die *Functional Ambulation Categories* und die *Esslinger Skalierung* zur Beurteilung des Treppensteigens.

9.2.2 ICF-basiertes Rehazielformular

Konkreter Ausgangspunkt der interdisziplinären Rehaprozess- und Therapieplanung ist an unserer Klinik das ICF-basierte Reha-Zielformular, in dem die Teilhabe- und Aktivitätsziele des Rehabilitanden, die Kontextfaktoren (Förderfaktoren und Barrieren) sowie die Funktionsziele von allen Mitgliedern des behandelnden Reha-Teams in Schriftform festgehalten werden, nachdem diese gemeinsam mit dem Rehabilitanden in den jeweiligen Erstkontakten unter seiner Partizipation (*shared decision making*) identifiziert wurden. Dieses ICF-basierte Reha-Zielformular ist der sichtbare Ausdruck einer berufsübergreifenden Rehazielformulierung. Nachfolgend sind die an unserer Klinik etablierten Einzelschritte skizziert, die eine strukturierte ICF-basierte Rehazielformulierung gewährleisten:

1. Die Pflegenden erheben am Aufnahmetag eine Vielzahl relevanter Informationen zur ICF-basierten Rehazielplanung, darunter die Teilhabe- und Aktivitätsziele des Rehabilitanden, die dazugehörigen pflegerischen Funktionsziele sowie die Förderfaktoren und Barrieren
 → ICF-basiertes Rehazielformular in GERIDOC anlegen und ausfüllen
2. Der Arzt trägt die medizinischen Rehabilitationsziele in das ICF-basierte Reha-Zielformular ein, darunter die somatischen, sekundärpräventiven und edukativen Ziele. Ferner markiert er die am Rehabilitationsprozess benötigten Berufsgruppen
 → Schriftliche Eingaben in das ICF-basiertes Rehazielformular
3. Die ErgotherapeutInnen und PhysiotherapeutInnen definieren nach abgeschlossenem Aufnahmeassessment ihre Aktivitäts- und Funktionsziele
 → Schriftliche Eingaben in das ICF-basiertes Rehazielformular
4. Der Psychologe und die Logopädinnen halten ihre diagnostischen Ziele und Funktionsziele im Anschluss an den Erstkontakt im ICF-basierten Rehazielformular fest
 → Schriftliche Eingaben in das ICF-basiertes Rehazielformular

Der Rehabilitanden erhält schließlich ein vollständig bereinigtes Reha-Zielformular, das er in seinem Therapieplan mitführt. Die Verantwortung für den Prozess rund um das ICF-basierte Reha-Zielformular liegt beim zuständigen Arzt, der die Rehabilitationsziele im ICF-basierten Reha-Zielformular abzeichnet und diese in den Visiten mit dem Rehabilitanden in einer ihm angepassten Form hinsichtlich Zweckmäßigkeit, Erreichungsgrad und Aktualität kontinuierlich überprüft.

| | |
|---|--|
| Reha-Zielformular für: Fr. Mustermann Geb.Dat.: 24.12.2020 Zimmer: 222 Reha-Paten: Therapeutename | |
| Häusliche Versorgung / Lebensumstände | |
| Patientenziele: _____ | |
| Möchte sich selbst wieder zu Hause versorgen können | Hz. <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 0 |
| Soll selbständig sich an- und auskleiden können | 3 2 1 0 |
| Soll selbständig sich Ober-/Unterkörper waschen können | 3 2 1 0 |
| Soll selbständig WC-Gänge durchführen können | 3 2 1 0 |
| Möchte sich selbst wieder zu Hause versorgen können | |
| Soll selbständig sich an- und auskleiden können | |
| Soll selbständig sich Ober-/Unterkörper waschen können | |
| Soll selbständig WC-Gänge durchführen können | |
| Möchte sich selbst wieder zu Hause versorgen können | |
| Soll selbständig sich an- und auskleiden können | |
| Soll selbständig sich Ober-/Unterkörper waschen können | |
| Soll selbständig WC-Gänge durchführen können | |
| Möchte sich selbst wieder zu Hause versorgen können | |
| Soll selbständig sich an- und auskleiden können | |
| Soll selbständig sich Ober-/Unterkörper waschen können | |
| Soll selbständig WC-Gänge durchführen können | |
| Ärzte: (4 Kästchen!) | |
| Soll selbständig sich an- und auskleiden können | ja nein |
| Soll selbständig sich Ober-/Unterkörper waschen können | ja nein |
| Abschlussevaluation: _____ Datum: _____ | |
| Legende: 3 = Ziele vollständig erreicht 1 = leichte Verbesserung A = Ziel konnte erreicht bzw. bearbeitet werden, 2 = deutliche Verbesserung 0 = keine Verbesserung B = Ziel konnte nicht erreicht bzw. nicht bearbeitet werden | |

Abbildung 23

9.2.3 Der Therapieplan des Rehabilitanden

Die Struktur des Therapieplans ist durch die digitale Therapieplansoftware GERIPLAN vorgegeben. Bereits am Reha-Aufnahmetag erhält der Rehabilitanden seinen Therapieplan, in dem die Zeitkorridore für die pflegerische und ärztliche Aufnahme, die Aufklärung über die Sturzprophylaxe sowie die Termine für die Erstkontakte mit der Physiotherapie und Ergotherapie eingetragen sind. Weitere Eintragungen der Therapien bzw. Termine folgen auf der Grundlage der Angaben in der Therapieanmeldung, den individuellen Bedürfnissen und Zielen des Rehabilitanden (ICF-basiertes Rehazielformular) und seiner funktionsbezogenen Fähigkeiten (Ergebnisse des Aufnahmeassessments). Indikationsspezifische Aspekte werden durch die hausinternen Reha-Module berücksichtigt, die einen Behandlungskorridor hinsichtlich der Therapiemodalität und Therapieintensität für die häufigsten Diagnosegruppen (Clinical Pathways) vorgeben. Die technischen Einzelheiten für die Erstellung des Therapieplans sind im GERIPLAN-Handbuch hinterlegt und auch in der VA *Rehaprozess- und Therapieplanung* beschrieben.

Clinical Pathways in der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen:

| Akronym | Diagnosegruppe | Index-Diagnose |
|---------------------------------|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> U-FX | Fraktur bzw. Trauma der unteren Extremität incl. Becken | S32 / S72 |
| <input type="checkbox"/> O-FX | Fraktur bzw. Trauma der oberen Extremität incl. Schulter | S42 |
| <input type="checkbox"/> W-FX | Fraktur bzw. Trauma von Wirbelsäule / Achsenskelett | M80 / S22 |
| <input type="checkbox"/> GANG | Multifaktorielle Gangstörung / Sturzsyndrom | R26 |
| <input type="checkbox"/> H-TEP | Elektive Hüft-Operation | M16 |
| <input type="checkbox"/> K-TEP | Elektive Knie-Operation | M17 |
| <input type="checkbox"/> S-TEP | Konservativ oder operativ versorgte Schultererkrankung | M19 |
| <input type="checkbox"/> MSE | Sonstige muskuloskeletale Erkrankung | M06 |
| <input type="checkbox"/> PS | Parkinson-Syndrom | G20 |
| <input type="checkbox"/> NEURO | Sonstige Erkrankung des Nervensystems | S06 |
| <input type="checkbox"/> STROKE | Schlaganfall | I63 |
| <input type="checkbox"/> CARDIO | Kardiale Erkrankung | I25 / I35 / I50 |
| <input type="checkbox"/> AMP | Majoramputation einer Extremität | E11 |
| <input type="checkbox"/> PAVK | Periphere arterielle Verschlusskrankheit | I70 |
| <input type="checkbox"/> PULMO | Pulmonale Erkrankung | J44 |
| <input type="checkbox"/> VR | Sonstige Erkrankung mit verzögerter Rekonvaleszenz | M62 / M96 |

Abbildung 24

Aus dem Therapieplan ist ersichtlich, welche Therapien und weiteren Zusatzmaßnahmen zu welcher Zeit stattfinden. Auch die Namen der zuständigen Therapeuten sind dem Therapieplan zu entnehmen. Der Therapieplan ermöglicht dem Rehabilitanden, eine Übersicht des Tagesablaufs zu gewinnen und stellt zugleich für Angehörige eine Möglichkeit dar, an bestimmten Therapien und pflegerischen Maßnahmen teilzunehmen und hierbei geschult zu werden. Der Therapieplan wird in Abhängigkeit vom Rehabilitationsverlauf und den Entscheidungen der Teamvisite und weiteren interdisziplinären Besprechungen (siehe 9.5) ergänzt und wöchentlich aktualisiert.

9.2.4 Grundprinzipien der Rehabilitation

Sobald die individuellen Bedürfnisse und Aktivitäts- und Teilhabeziele des Rehabilitanden klar sind, stellt sich sodann auch die Frage nach einer notwendigen **Priorisierung der Rehabilitationsziele**, denn nicht immer können die Wünsche des Rehabilitanden in der verfügbaren Rehabilitationszeit erfüllt werden. Dies gilt beispielsweise dann, wenn eine Diskrepanz zwischen begrenztem Rehabilitationspotential (als Folge reduzierter Kapazitäten und Belastungsreserven) und dem Wunsch nach einer vollständigen Wiederherstellung der selbständigen Lebensführung offenkundig wird. Die Priorisierung der Rehabilitationsziele und die möglicherweise schmerzhafte Anpassung der Wünsche ist hier ein Prozess, der vom gesamten Team empathisch und mit Fingerspitzengefühl begleitet werden muss. So sollte der Rehabilitand nicht nur genügend Information erhalten, sondern auch Gelegenheit haben, dies mit Dritten zu besprechen. Komplexe Entscheidungen wie ein Umzug benötigen beispielsweise Zeit und Begleitung. Der Rehabilitand benötigt neben der Information häufig auch die Unterstützung durch Dritte, um schwierige Entscheidungen zu treffen, die auch mittelfristig als richtig empfunden werden.

Generell orientiert sich das Rehabilitationsziel am Rehabilitationspotential des Rehabilitanden. Der Rehabilitand soll gefordert, aber nicht überfordert werden (**Ressourcenorientierte Rehabilitation**). So wird das kognitive Training beispielsweise an das prämorbidale Leistungsniveau angepasst. Gleichzeitig gilt es das Prinzip der *Shaping-Technik* (**Positives Feedback** und **Training an der Leistungsgrenze**) zu beachten, da es genügend verfügbare Evidenz gibt, dass die Anwendung der Shaping-Technik ein besseres funktionelles Outcome verspricht.

Um die Rehabilitanden kümmert sich ein interdisziplinäres Team bestehend aus Ärzten, Pflege, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologen, Sozialarbeitern und Diätassistenten. Nur durch die enge Zusammenarbeit der Teammitglieder mit einer guten **interprofessionellen Kommunikation** gelingt es, die komplexe Problematik der älteren Menschen in ihrer Gesamtheit zu erfassen und ihr adäquat zu begegnen. Darin besteht die Stärke des geriatrisch-rehabilitativen Behandlungsansatzes und die nachgewiesene Überlegenheit gegenüber der gängigen Krankenhausbehandlung bei geriatrischen Patienten (*Stefan Bachmann, Christoph Finger, Anke Huss, Matthias Egger, Andreas E Stuck, KerriMClough-Gorr: Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials BMJ 2010;340:c1718*).

Unter Berücksichtigung der **indikationsspezifischen Vorgehensweisen** orientiert sich das gesamte Behandlungsteam an der Evidenz maßgeblicher nationaler und internationaler **Leitlinien der Fachgesellschaften**. Mit der Herausgabe des Praxisleitfadens „Geriatrisch-rehabilitatives Basis-Management“ (GRBM) konnte diese Zielsetzung für das interdisziplinäre Team greifbar gemacht werden (siehe 2.). Fachspezifische Leitlinien wurden bei der Erstellung des GRBM auf ihre Anwendbarkeit für geriatrische Patienten überprüft und unter Berücksichtigung der Multimorbidität der älteren Menschen sowie den geriatrischen Syndromen wie beispielsweise Demenz, Depression, Sturzangst, Mangelernährung oder Inkontinenz praxisnah aufbereitet.

Der an unserer Klinik in Projektarbeit entwickelte *Leitfaden zur Rehabilitation von geriatrischen Patienten mit Parkinson-Syndrom unter besonderer Berücksichtigung der ICF* beschreibt schließlich modellhaft wie wir eine krankheitsspezifische Diagnostik und Therapie

im Setting einer Geriatrischen Rehabilitationsklinik realisieren Dieser Leitfaden wurde in 2014 in der Zeitschrift *Neurogeriatrie* in Form einer Supplement-Ausgabe publiziert.

Die Therapieleitungen sind für die Umsetzung einer möglichst **evidenzbasierten Therapie** der geriatrischen Rehabilitanden zuständig. Interessierte Mitarbeiter können in Projekten mitwirken und neu erarbeitete Inhalte in die therapeutische Praxis umsetzen. Unsere Therapiehelfer unterstützen die Rehabilitanden bei der Konsolidierung der Therapieinhalte durch die Übernahme von Trainingstherapien und durch das Überwachen von Eigentrainingsprogrammen unter Supervision des jeweils behandelnden Therapeuten.

9.3 Unterstützende Prozesse

9.3.1 Koordinierung des Rehabilitandentransports

Organisatorische Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Teilnahme an der Rehabilitation sind unterstützende Prozesse wie zum Beispiel die Gewährleistung eines zeitgerechten Rehabilitandentransportes der vielfach noch (teil-)immobilen Rehabilitanden. Jeder Rehabilitand soll seine Termine im Therapieplan sowie die Mahlzeiten und Diagnostiktermine pünktlich und sicher erreichen können.

Hierzu wurde an unserer Klinik folgendes Vorgehen entwickelt, das die o.g. Zielsetzung sicherstellt:

Therapietermine:

- ❖ Die Therapietermine werden im Therapieplan der Rehabilitanden eingetragen. Die Gruppentermine mit den teilnehmenden Rehabilitanden sind zusätzlich in einer gesonderten Gruppenliste am Therapiestützpunkt hinterlegt.
- ❖ Rehabilitanden, die sich selbstständig fortbewegen können und kognitiv dazu in der Lage sind, können anhand des Therapieplans ihre Therapien selbstständig aufsuchen.
- ❖ Rehabilitanden, die nicht selbstständig die Gruppentermine wahrnehmen können, werden von Praktikanten oder den Therapiehelfern zu den Gruppentherapien begleitet.
- ❖ Zu den Einzeltherapien werden die Rehabilitanden entweder von den Therapeuten (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Psychologie) abgeholt oder es wird ein Treffpunkt für die nächste Therapieeinheit vereinbart (bei mobilen und kognitiv unbeeinträchtigten Rehabilitanden).

Transport zu den Mahlzeiten:

- ❖ Grundsätzlich wird angestrebt, dass alle Rehabilitanden mit so geringer technischer Hilfe wie möglich zu den Mahlzeiten kommen. Wenn sich ein Rehabilitand mit dem jeweiligen technischen Hilfsmittel selbstständig fortbewegen kann, so geht er selbstständig zu den Mahlzeiten.

- ❖ Benötigt ein Rehabilitand jedoch noch (oder wieder) personelle Unterstützung, so erfolgt durch die Pflegekräfte die Begleitung zum Speisesaal
- ❖ Hat der Rehabilitanden unmittelbar vor einer Mahlzeit eine Therapieeinheit, so wird er von der/dem Therapeuten/in zu der Mahlzeit gebracht, sofern der Rehabilitanden nicht selbstständig dazu in der Lage ist

Häufige und wichtige pflege-, hygiene- und therapierelevante Informationen werden darüber hinaus mit Hilfe von Informationssymbolen (Farbmarkierungspunkte) im Therapieplan des Rehabilitanden kenntlich gemacht.

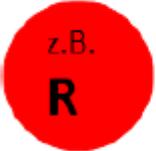
| | |
|--|--|
|  | <p align="center"><u>Schluckpatienten</u></p> <p>Pat. hat eine Schluckstörung, bitte Kostempfehlung / Schluckstrategien berücksichtigen (Kopie im Rehaplan)</p> |
|  | <p align="center"><u>FAC 2 zu allen Mahlzeiten</u></p> <p>Patient soll in Begleitung von 1 Person und des genannten Hilfsmittels vom Pat.-Zimmer bis zum Speisesaal und wieder zurückgehen.</p> |
|  | <p align="center"><u>Rollstuhl</u></p> <p>Patient ist ausschließlich Rollstuhlmobil</p> |
|  | <p align="center"><u>FAC 2 auf Stationsebene</u></p> <p>Patient soll in Begleitung von 1 Person und des genannten Hilfsmittels auf gesamter Stationsebene gehen.</p> |
|  | <p align="center"><u>stark Hüftluxationsgefährdete Patienten</u></p> <p>Patienten müssen folgendes beachten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nur auf erhöhtem Stuhl sitzen (plus Sitzkeil) - den Hüftwinkel nicht über 90° verkleinern - die Beine nicht übereinanderschlagen - das Becken und die Beine nicht drehen - und nicht Bücken |
|  | <p align="center"><u>Herz-Patienten nach Herzoperationen</u></p> <p>Patienten müssen folgendes beachten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Arme nicht über Herzhöhe heben - die Arme nicht gestreckt zur Seite bewegen - Patient braucht mehr Pausen |
|  wird von der Pflege gesetzt | <p align="center"><u>Clostridien-positive Patienten</u></p> <p>Patienten/Mitarbeiter müssen folgendes beachten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ausschließlich die Toilette im Patientenzimmer benutzen! - Virtuelle Zimmerisolierung - direkter Kontakt: Schutzkittel und Handschuhe tragen - nach Kontakt: intensives Händewaschen, danach Hände wie üblich desinfizieren |

Abbildung 25

9.3.2 Ernährungsberatung

Die Malnutrition ist eine der größten Herausforderungen in der Geriatrie, da sie unter allen geriatrischen Syndromen wahrscheinlich am stärksten die Morbidität und Mortalität erhöht. Dies wird leicht verständlich, wenn man sich die Folgen einer Malnutrition vor Augen hält:

- ❖ allgemeine Schwäche
- ❖ Verlust an Muskelmasse (Sarkopenie)
- ❖ Immobilität
- ❖ verlangsamte Rekonvaleszenz
- ❖ herabgesetzte Lymphozytenaktivität mit erhöhter Infektanfälligkeit
- ❖ Anämie
- ❖ beeinträchtigte Wundheilung
- ❖ erhöhtes Dekubitusrisiko
- ❖ erhöhtes Sturz- und Frakturrisiko
- ❖ längere Krankenhausaufenthalte

Unter Malnutrition wird in der Geriatrie meist eine Kombination von Eiweiß- und Energiemangel verstanden (sogenannte Proteinenergiemalnutrition). Davon abzugrenzen ist der reine Eiweißmangel (Kwashiorkor) und der reine Energiemangel (Marasmus). Malnutrition findet sich bei 27 bis 65% aller institutionalisierten älteren Menschen.

Als geeignetes Maß für den Schweregrad einer Malnutrition lassen sich der Body-Mass-Index (BMI), der Gewichtsverlauf und Proteinbestimmungen im Serum heranziehen. Ergänzend kommen strukturierte Assessmentverfahren in Form von Fragebögen zum Einsatz (z.B. Mini-Nutritional-Assessment), die eine gute Abschätzung der bestehenden Malnutrition bzw. des Malnutrisionsrisikos erlauben.

Bei etwa $\frac{3}{4}$ aller Menschen, die eine Malnutrition aufweisen, lässt sich eine medizinische Ursache der Mangelernährung finden. Dabei handelt es sich meistens um:

- ❖ gastrointestinale Erkrankungen
 - chronische Diarrhöe
 - peptische Ulcera
 - atrophische Gastritis
 - Stenosen im Gastrointestinaltrakt
- ❖ chronische Infekte
- ❖ Karzinome
- ❖ Chronische Dysphagien neurogenen Ursprungs
 - Apoplex
 - Morbus Parkinson
 - Andere neurodegenerative Erkrankungen
- ❖ Depressionen
- ❖ Demenzen

Differentialdiagnostisch müssen bei chronischen Schluckstörungen auch seltenere Ursachen wie z.B. das Zenker-Divertikel oder Hyperostosen (Morbus Forestier) bedacht werden.

Weitere Faktoren, die eine Malnutrition im Alter begünstigen, sind:

- ❖ altersphysiologisch herabgesetztes Verlangen nach Nahrung bei verringerter Geruchs- und Geschmackswahrnehmung und verringerter Darmmotilität
- ❖ Kaubeschwerden und erneuerungsbedürftige Zahnprothesen
- ❖ Inappetenz als Folge unerwünschter Arzneimittelwirkungen
- ❖ chronische Schmerzen
- ❖ fehlende Bewegung
- ❖ psychische Belastungssituationen (Ängste)
- ❖ fehlende soziale Unterstützung bei der Nahrungsmittelbeschaffung
- ❖ Schwierigkeiten bei der Zubereitung des Essens
- ❖ einseitige Lebensmittelauswahl
- ❖ Armut
- ❖ Einsamkeit

Das Leitsymptom einer Malnutrition ist in der Regel eine länger bestehende Inappetenz, die oft den Ausgangspunkt eines Teufelskreislaufes darstellt, der zu Antriebsarmut, Kraftverlust, Immobilität und weiterer Zunahme der Inappetenz führt:

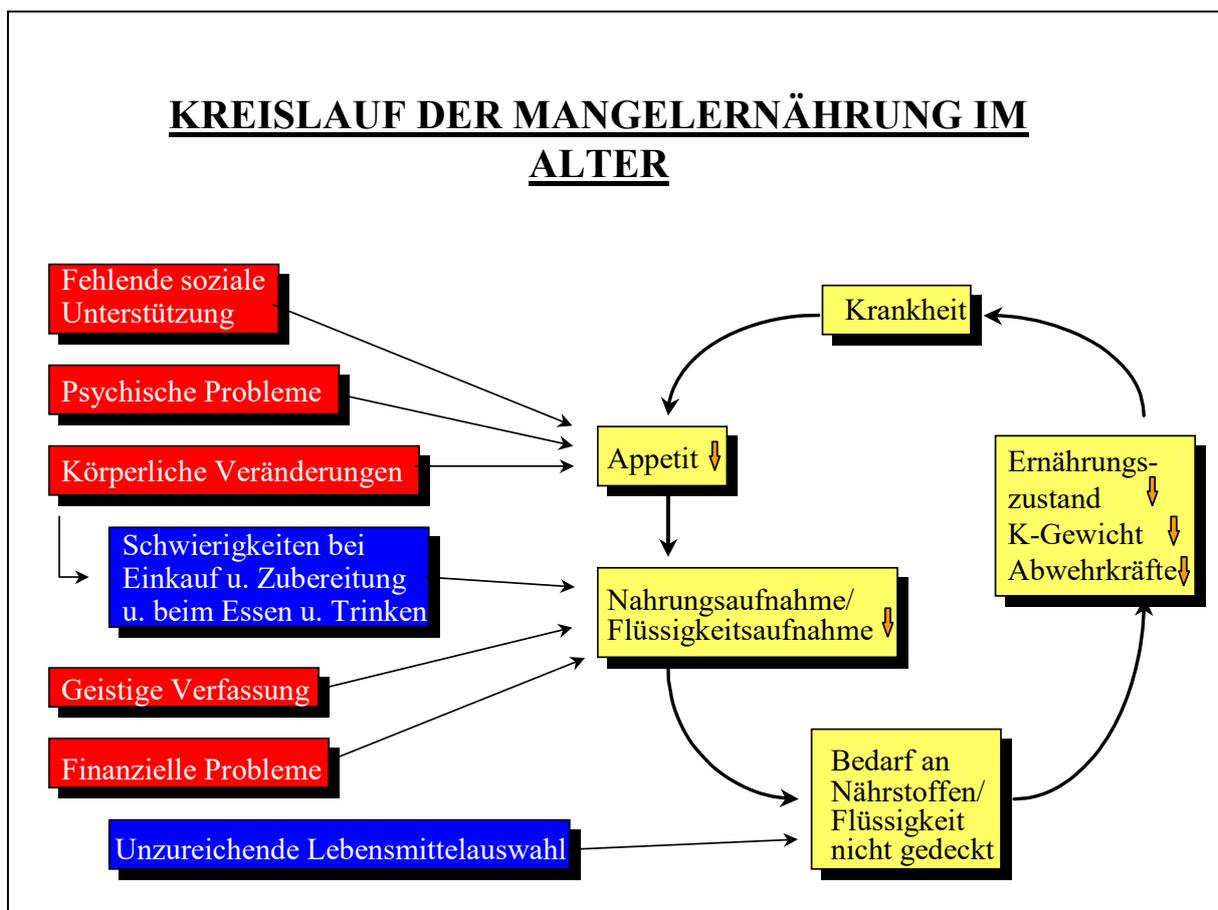


Abbildung 26

Für die klinische Praxis ist entscheidend, dass die Ursache einer Inappetenz richtig erkannt und damit therapeutische Maßnahmen zu ihrer Beseitigung ergriffen werden. Nicht selten sind Medikamentenüberdosierungen die Hauptursache einer „iatrogenen Inappetenz“ wie z.B. Digoxinintoxikationen. Umgekehrt sind Medikamente manchmal der therapeutische

Schlüssel zur Beseitigung einer Appetitlosigkeit, z.B. im Rahmen der spezifischen Behandlung einer Depression oder der wirksamen Behandlung chronischer Schmerzen.

Die kausale Behandlung der Grunderkrankung ist stets der entscheidende Ansatz eines wirksamen Malnutritionsmanagements. Bei geriatrischen Patienten mit Malnutrition ist immer eine hochkalorische Nahrungszufuhr durch geeignete Nahrungsanreicherungen bzw. Nahrungsergänzungen anzustreben. Auch an die Aufhebung unnötiger Diätrestriktionen muss gedacht werden. Ziel ist immer eine bedarfsangepasste Energiezufuhr, eine ausreichende Aufnahme essentieller Nährstoffe durch reichlichen Verzehr von Milchprodukten, Gemüse, Obst und Vollkornprodukten, eine vielseitige und abwechslungsreiche Lebensmittelauswahl mit geschmackvoller Zubereitung, die bewusste Wahl ballaststoffreicher Lebensmittel und eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr und Bewegung.

Alarmierend sind bei der geriatrischen Klientel bereits BMI-Werte unter 23 kg/m². Unter diesem Grenzwert besteht die Gefahr einer über das gewöhnliche Altersmaß hinausgehenden *Sarkopenie* (Atrophie der Skelettmuskulatur), deren Folgen weitreichend sind und z.B. über eine Abnahme der Muskelkraft und Zunahme des Sturz- und Frakturrisikos die Gefahr der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit drastisch erhöhen.

In unserer Klinik wird vom Pflegedienst bei allen Rehabilitanden am Aufnahmetag der BMI ermittelt. Die Ärzte führen im Rahmen der Anamneseerhebung ein Ernährungsscreening mit dem MNA-SF durch. Bei einem MNA-Score von 0-7 Punkten erfolgt umgehend die Anforderung der Ernährungsberaterin, die bei dem Rehabilitanden eine umfassende strukturierte Ernährungsanamnese durchführt (MNA - Long Form), entsprechende Kostumstellungen bzw. Kostergänzungen vornimmt (hochkalorische Kostanreicherung, Zwischenmahlzeiten, Trinksupplemente) und diese mit dem Rehabilitanden erörtert.

Ein **Ernährungsteam** der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen, bestehend aus einer qualifizierten Pflegekraft, unserer Ernährungsberaterin und den Fachärzten, trifft sich jeden Montag um 9 Uhr, um besondere Problemkonstellationen bei mangelernährten Rehabilitanden, mögliche Ursachen, ergänzende Diagnostik (z.B. Laboruntersuchungen, Ultraschall, Gastroskopie, Coloskopie, FEES) und therapeutische Maßnahmen zu besprechen. Das Gesprächsergebnis wird im Optiplan unter der Rubrik „Ernährungsberatung“ dokumentiert.

Ein regelmäßiger Austausch zwischen Pflegedienst, Ärzten, Logopädinnen und Ernährungsberaterin findet zudem wöchentlich im Rahmen des Dysphagieteams (siehe 9.5.4) statt, wo gezielt die Diagnostik und Therapie von Dysphagiepatienten erörtert wird.

Regelmäßige Gewichtskontrollen, wöchentliche Ess- und Trinkprotokolle, die Evaluation durch die Ernährungsberaterin sowie die Rücksprache mit dem Rehabilitanden im Rahmen der ärztlichen Visiten zeigen den erreichten bzw. noch nicht erreichten Erfolg an.

Vorträge zu Ernährungsfragen finden schließlich mehrmals im Monat statt. Darin werden Rehabilitanden und Angehörige für die Problematik der *Mangelernährung im Alter* sensibilisiert, um den Betroffenen gegensteuernde Maßnahmen aufzuzeigen. Themen dieser Rehabilitandenedukation sind z.B. „Gesunde Ernährung“ und „Calcium und Vitamin D“.

9.3.3 Fachärztliche Konsile

Durch die Einbettung der Reha-Klinik in das Gesundheitszentrum Ehingen ist eine kompetente medizinischer Mitbetreuung in zahlreichen medizinischen Fachgebieten gewährleistet. So können auf Anordnung der Reha-Ärzte externe Konsile (Radiologie, Chirurgie, Onkologie, Urologie, Gynäkologie, HNO, Orthopädie, Augenheilkunde, Dermatologie etc.) problemlos in Anspruch genommen werden. Dies erfolgt durch einen einheitlichen Konsilschein, der von den Pflegenden mit Patientenkleber und Eintragung der gewünschten Untersuchung vorbereitet und vom Arzt mit Fragestellung und anamnestischen Angaben komplettiert wird.

Bei allen Konsilen werden die Ergebnisse zeitnah durch einen handgeschriebenen Kurzbefund mitgeteilt. In einigen Fällen werden ausführliche (elektronisch erstellte) konsiliarische Stellungnahmen nachgereicht.

9.4 Ärztliche Visiten und Teamvisiten

Die Visiten finden für jeden Rehabilitanden 3 x wöchentlich (Montag, Mittwoch und Freitag) zwischen 9.30 Uhr und 12.00 Uhr statt. Zwei dieser drei Visiten sind *Stationsvisiten*, die der Stationsarzt bzw. Facharzt und die zuständige Pflegekraft bestreiten. Eine der drei Visiten ist eine *interdisziplinäre Teamvisite*, an der ein leitender Arzt, die Pflegekräfte, der Sozialdienst sowie die zuständigen Physiotherapeuten und Ergotherapeuten teilnehmen.

An Wochenenden und Feiertagen erfolgt bei Bedarf eine Schwerpunktvisite bei Rehabilitanden mit besonderen Fragestellungen oder Problemen.

Die Stationsvisiten haben ihren Schwerpunkt in der medizinisch-pflegerischen Überwachung des Rehabilitanden, die vor allem eine Kontrolle körperlicher Befunde und eine Feinjustierung der spezifischen Pharmakotherapie beinhaltet. Dabei erläutert der behandelnde Arzt dem Rehabilitanden sowohl die Notwendigkeit, Wirkung und Nebenwirkungen neu angesetzter Medikamente als auch das Absetzen bzw. die Verzichtbarkeit einer bisherigen Medikation. Beides geschieht unter der entsprechenden Teilhabe des Rehabilitanden und seiner persönlichen Präferenzen. Auch mögliche Alternativen zur medikamentösen Therapie wie z.B. physikalische Anwendungen (Fango, Ultraschall, Elektrotherapie, Kryotherapie etc) werden in der Stationsvisite erörtert. In diesem Kontext erfolgt schließlich auch eine regelmäßige Evaluation der Schmerztherapie, die bei kognitiv intakten Rehabilitanden mit Hilfe der numerischen Rating-Scale (NRS) und bei kognitiv eingeschränkten Rehabilitanden mit Hilfe der verbalen Rating-Scale (VRS) vorgenommen wird.

In der Teamvisite werden unter ärztlicher Moderation die wichtigsten Assessmentergebnisse (Ersterhebung und Wochen-Scores), die Aktivitäts- und Teilhabeziele des Rehabilitanden sowie die Funktionsziele aus Sicht der Professionen interdisziplinär ausgetauscht. Dann werden der bisherige Therapieverlauf und die Rehabilitationsfortschritte erörtert. Der gesamte Prozess der Teamvisite (Vorbereitung, Dokumentation und Durchführung) ist in der *Verfahrensanleitung Teamvisite* detailliert beschrieben und im QMH hinterlegt.

Die Teamvisite hat gegenüber der klassischen Teambesprechung den Vorteil, dass der Rehabilitationsverlauf gemeinsam mit dem Rehabilitanden in Anwesenheit des interdisziplinären Reha-Teams bewertet wird. Der Aspekt der Teilhabe am Rehabilitationsgeschehen wird hierdurch betont. Rehabilitanden und Angehörige werden hierdurch stärker in den Rehabilitationsprozess integriert. Fehlentwicklungen aus Sicht der Rehabilitanden werden dabei auch offenkundiger und ermöglichen ggf. eine Korrektur hinsichtlich der Rehazielssetzung und der gewählten Rehabilitationsmaßnahmen.

9.5 Spezielle interdisziplinäre Besprechungen

Neben den *Teamvisiten* finden weitere interdisziplinäre Besprechungen statt, die der gezielten Behandlung geriatritypischer Syndrome gewidmet sind und auf den Einzelfall bezogen auch den zeitlichen Rahmen einer Teamvisite sprengen würde. Abhängig vom inhaltlichen Schwerpunkt dieser speziellen interdisziplinären Besprechungen nehmen die Mitglieder des multiprofessionellen Teams hier in unterschiedlicher Zusammensetzung teil.

9.5.1 Interdisziplinäre Frühbesprechung

Die interdisziplinäre Frühbesprechung findet täglich zwischen 8.45-9.00 Uhr statt. Alle Berufsgruppen sind vertreten. Inhalte dieser Besprechung sind die ärztliche Vorstellung der Neuaufnahmen (Hauptdiagnosen, Begleiterkrankungen, sozialer Status, körperlicher, kognitiver und psychischer Zustand sowie betroffene ICF-Domänen), aktuelle Vorkommnisse (z.B. in der Nacht), Therapiefähigkeit bei Rehabilitanden mit interkurrenten Ereignissen und Klärung noch offener Fragen bei Rehabilitanden, die zur Entlassung anstehen.

9.5.2 Memory-Konferenz

Die Memory-Konferenz findet einmal wöchentlich (dienstags) von 09.00 Uhr bis 10.00 Uhr statt. Beteiligte Berufsgruppen sind hierbei die Ärzte, der Psychologe, die Ergotherapie und der Pflegedienst. Schwerpunkt dieser Besprechung ist die multiprofessionelle Analyse der bei unseren Rehabilitanden festgestellten kognitiven Beeinträchtigungen, deren ätiologische Zuordnung und eine sich daraus ableitende Planung der weiteren Diagnostik und Therapie.

Als Leitfaden für diese Besprechung dient ein standardisierter diagnostischer Prozess, bei dem wir im Endergebnis zwischen *altersgemäßer Kognition*, *CIND* (siehe auch 7.3.), *Verdacht auf Demenz* und *gesicherter Demenz* unterscheiden. Dieses Ergebnis wird im Memory-Konferenz-Protokoll festgehalten.

Die Pflege hat in der Memory-Konferenz eine Schlüsselfunktion, weil ihr bei der Übermittlung von Verhaltensbeobachtungen durch deren Nähe zu unseren Rehabilitanden die größte Bedeutung zukommt. So kann sie nicht selten über kognitive Auffälligkeiten im Alltag berichten, die anderen Berufsgruppen verborgen bleiben. Zur Operationalisierung dieser Beobachtungen wendet sie die Global Deterioration Scale an (siehe 7.2.1.), die sich in unserer Klinik sehr bewährt hat.

Protokoll der Memory-Konferenz:

Geriatrische
Rehabilitationsklinik
Ehingen

FO Memory Konferenz

Patientenkleber

Diagnosekleber

SIS: _____ Pkt.

Depressions-Ass:
 o.B. 1 Pkt. DIAS: _____

Auffälliges Basislabor:
 Na Ca Krea
 Hb CRP TSH

Psychotrope Substanzen:
 Antidepressiva Opiate
 Neuroleptika Sedativa
 Antidementiva Alkohol
 Parkinsonmedikamente

| Demtect/ MMSE: _____ Aktuell <input type="radio"/> Vorbefund <input type="radio"/> | Wiedergabe | | Orientierung | | Konzentration | | Sprache | | Visuo- konstruktion (Uhrentest) | |
|---|------------|--|--------------|--|---------------|--|---------|--|---------------------------------------|--|
| Grüner Bereich | 3 | | 8-10 | | 5 | | 3 | | 1 | |
| Gelber Bereich | 1-2 | | 7 | | 3-5 | | 2 | | 2-3 | |
| Roter Bereich | 0 | | ≤ 6 | | ≤ 2 | | 1 | | 4-6 | |

SKT-A: _____ SKT-G: _____ Geldzähltest: Anzahl der Versuch _____ Zeit: _____

Anmerkungen zur Testinterpretation:

Auffälligkeiten im psychosozialen Bereich:
 Emotion Sozialverhalten Antrieb Alltagskompetenz GDS: _____

Weiteres Vorgehen / Nachbesprechung:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PC- Gruppe | <input type="checkbox"/> DemTect |
| <input type="checkbox"/> Aktivierungsgruppe | <input type="checkbox"/> MMSE |
| <input type="checkbox"/> Angehörigengespräch mit Sozialdienst | <input type="checkbox"/> HADS |
| <input type="checkbox"/> Flechtgruppe | <input type="checkbox"/> Fahreignungsdiagnostik |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Krisenintervention/Stabilisierung |

Diagnose:
 V.a Demenz _____
 Kog. Beeinträchtigung (CIND) _____
 Altersentsprechend
 gesicherte Demenz

| | | | |
|---------------|--|-----------------------------------|--|
| Datum: | | Unterschrift Protokollant: | |
|---------------|--|-----------------------------------|--|

Ersteller: Stefan Maucher-Hahn
Freigeber: Stefan Maucher-Hahn
Version: 1.0
Freigabedatum: 14.12.2018
Seite 1 von 1

Abbildung 27

9.5.3 Kontinenzmanagement

Die Harninkontinenz ist eine der häufigsten und in Bezug auf Pflegebedürftigkeit relevantesten geriatrischen Syndrome. Ihre therapeutische Beeinflussbarkeit macht eine intensive Auseinandersetzung mit diesem Syndrom lohnenswert. Bei Aufnahme wird die Kontinenzanamnese vom Pflegepersonal erhoben und an definierter Stelle im Optiplan zur Vorbereitung des Dialogs mit dem Arzt dokumentiert. Bei auffälliger Kontinenzanamnese veranlassen die Pflegenden eigenständig entsprechende Urinuntersuchungen (siehe auch 7.1.) und Restharmessungen.

Der Erfolg des Kontinenzmanagements basiert auf der Erkenntnis, dass mehr als 80% aller Inkontinenzursachen auf der Grundlage anamnestischer Angaben und den Ergebnissen einer **Basisdiagnostik** (Körperliche Untersuchung, Laborwerte, Urinuntersuchungen, Restharmessungen) ermittelt werden können. Voraussetzung für ein erfolgreiches Kontinenzmanagement ist also eine vollständige Informationssammlung.

Liegen alle wesentlichen Befunde vor und wurde von den Pflegenden das Ausmaß der Inkontinenz (RAI-Kontinenzskala) festgestellt, kann gemeinsam mit den Ärzten die Inkontinenzform kategorisiert und auf der Grundlage der Ergebnisse der Basisdiagnostik die wahrscheinliche Inkontinenzursache ermittelt werden. Auf dieser Basis werden dann therapeutische Maßnahmen beschlossen und protokolliert (z.B. Antibiotikum, Spasmolytikum, Laxantien, Trinkmenge, Einleitung und Beendigung einer instrumentellen Harnableitung, Toilettentraining und Beckenbodengymnastik). Ggf. werden weitere Untersuchungen (z.B. urologisches oder gynäkologischen Konsil) veranlasst.

Ein wichtiger Beitrag zur niederschweligen diagnostischen Differenzierung der Inkontinenzform leistet an unserer Klinik ein tragbarer Bladder-Scan, mit dem unsere Pflegekräfte unkompliziert Restharmessungen am Patientenbett durchführen können. Diese Untersuchungsmethode erweist sich außerdem auch als sehr wertvoll, wenn nach Einleitung einer spasmolytischen Therapie ein unkompliziertes Monitoring der Blasenentleerung gewährleistet sein soll.

Zentrales Anliegen der Kontinenzbesprechung ist vor allem die Identifizierung und Behandlung rückbildungsfähiger Harninkontinenz. Typische Ursachen einer reversiblen Harninkontinenz in der Geriatrie sind:

- Harninkontinenz im Rahmen eines Delirs
- symptomatischer Harnwegsinfekt
- atrophische Urethritis
- exzessive Urinproduktion (chronische Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus),
- Stuhlimpaktation
- Immobilisierung (funktionelle Harninkontinenz)
- unerwünschte Arzneimittelwirkung

Das nachfolgende Schaubild fasst das Kontinenzmanagement unserer Klinik zusammen:

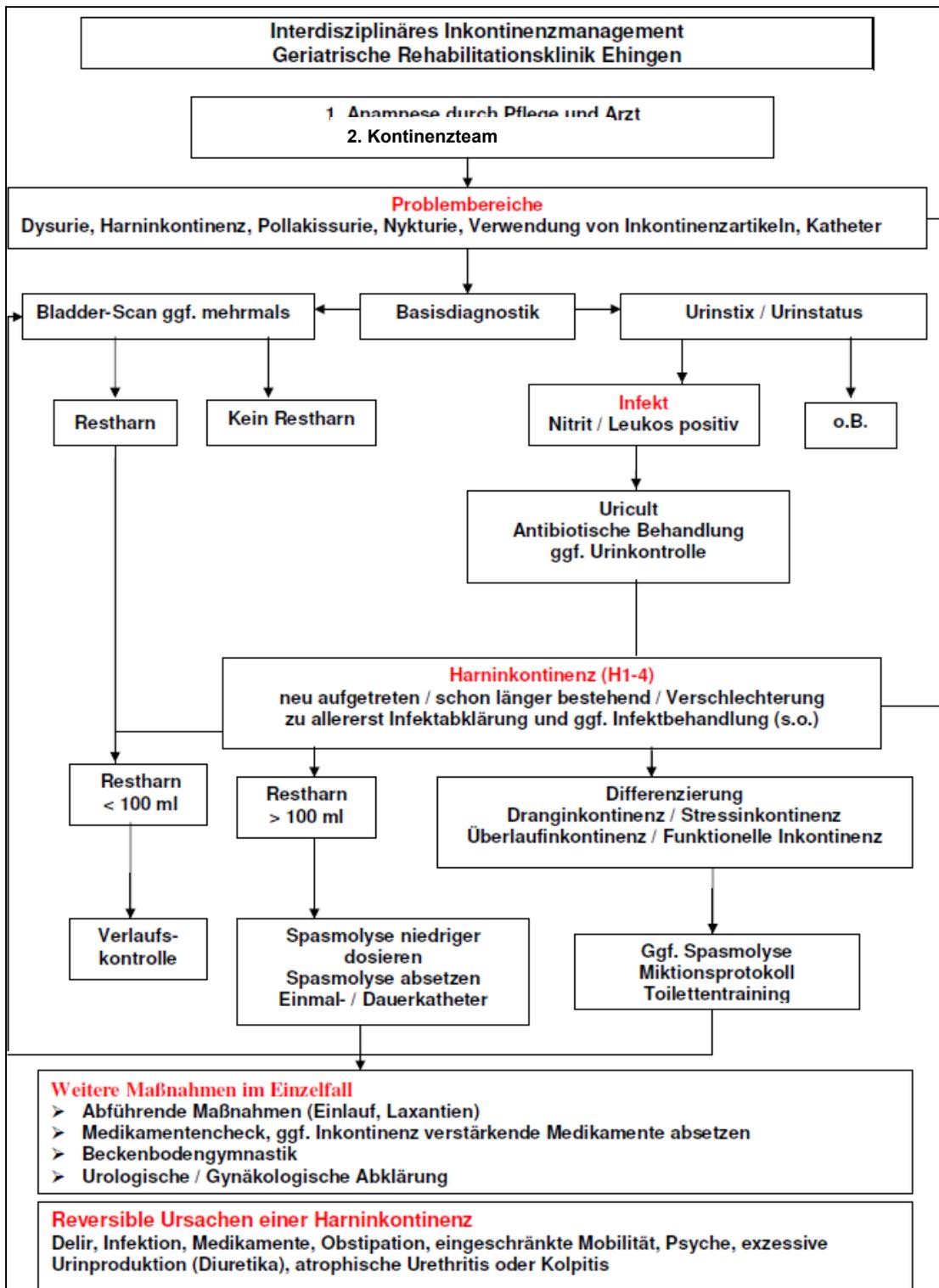


Abbildung 28

9.5.4 Dysphagie-Team

Einmal wöchentlich trifft sich das Dysphagie-Team immer mittwochs von 9.00 Uhr bis 9.30 Uhr. An dieser Besprechung nehmen die zuständigen Ärzte, Logopädinnen, eine Pflegekraft sowie die Ernährungsberaterin teil. Dabei wird das individuelle Dysphagiemanagement interdisziplinär abgestimmt. Dieses beinhaltet unter anderem die Festlegung der Kostform, die Auswahl geeigneter Kompensationsstrategien, Maßnahmen der Refluxvorbeugung, die Aufklärung der Angehörigen und die Indikationsstellung zu einer instrumentellen Schluckuntersuchung (FEES) bzw. HNO-ärztlichen Abklärung. Die Ergebnisse dieser Besprechung werden durch den zuständigen Arzt im Dokumentationssystem festgehalten.

Alle Maßnahmen des interdisziplinären Dysphagiemanagements sind in der gleichlautenden Verfahrensanweisung zusammengefasst, die auch die Zuständigkeiten der daran beteiligten Berufsgruppen regelt. Ergeben sich wichtige Aspekte zur Förderung der Kommunikation bei Sprachverständnisschwierigkeiten und Tipps zum Einsatz von Sprechstrategien wird auch dies von der Mitarbeiterin der Logopädie im Dysphagie-Team erörtert.

9.6 Rehabilitanden- und Angehörigenschulung

Informierende und beratende Gespräche der Familien und Angehörigen stellen eine wichtige Säule für die kompensatorische Alltagsbewältigung dar. Dazu bieten wir den Angehörigen auch individuelle Schulungen zu unterschiedlichen Themen an. Ggf. werden pflegende Angehörige auch in die pflegerische Unterstützung eingearbeitet und der Umgang mit Hilfsmitteln gemeinsam geübt (z.B. häusliche Grundpflege, Umgang mit Kontinenzhilfen und Ernährungssonden, rückschonende Mobilisierung und Lagerung). Falls sinnvoll können die Angehörigen als „Co-Therapeuten“ mit in die Therapie einbezogen werden und ebenfalls im Umgang mit Hilfsmitteln (z.B. Rollstuhl, Sanitärhilfen etc.) geschult bzw. beraten werden. Ein Informationsblatt für die Angehörigen informiert im Rehabilitandenzimmer über die möglichen Schulungsinhalte unseres Teams (siehe Abb. 29).

Durch Gesundheitsschulungen versuchen wir auch die Nachhaltigkeit der erzielten Rehabilitationsfortschritte zu verbessern. Dazu zählt die Anleitung zu verschiedenen Eigentrainingsprogrammen, die mit Hilfe von mitgegebenen Eigentrainingsbroschüren zu Hause fortgeführt werden können (z.B. Anleitung zum Krafttraining für Zuhause, Eigentraining nach Hüft- und Knie-OP, Eigentraining zur Verbesserung der Arm- und Handfunktion). Auch werden Vorträge zu Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck), zur Ernährung (siehe auch 9.3.2.), zum Sozialrecht und zum Kraft-, Balance- und Ausdauertraining angeboten. Flankierend hierzu wird den Rehabilitanden entsprechendes Schulungsmaterial ausgehändigt. Die Teilnahme an diesen edukativen Angeboten ist auch für Angehörige offen.

Schließlich halten wir zu den häufigen geriatrischen Krankheitsbildern eine ausreichende Anzahl geeigneter Informationsbroschüren vor, die wir den betroffenen Rehabilitanden und Angehörigen in ihrem Aufbau erläutern und mitgeben.

Lieber Angehöriger, liebe Angehörige,

in vielen Fällen ist es sinnvoll und notwendig, Sie als Angehöriger in den Prozess der Rehabilitation mit einzubeziehen, Sie ggf. zu beraten und zu schulen. Gerne stehen wir hierfür zur Verfügung. Folgende Informationen sollen Ihnen zeigen, wie Sie Kontakt zu den einzelnen Berufsgruppen aufnehmen und gewünschte Beratung und Schulung durch die zuständigen Personen erhalten können. Weitere Informationen finden Sie in unserer Klinikbroschüre, die im Patientenzimmer ausliegt. Darüber hinaus gibt es auch themenbezogenes Informationsmaterial an unserem Broschürenständer im Eingangsbereich der Station.

Schulungsinhalte

| | |
|------------------------|--|
| Pflege: | Waschen und anziehen Toilettengang Verbandswechsel z.B. bei Blasenkatheter oder Magensonde (PEG) Handhabung Blasenkatheter, Stoma, Inkontinenzartikel Blutzucker - Messung Spritztechnik s. c. (unter die Haut) Sturzprophylaxe, Hüftschutzhosen, Stoppersocken Basale Stimulation Wickel und Auflagen Atemstimulierende Einreibungen |
| Ergotherapie: | Handhabung der Hilfsmittel (alle außer Gehhilfen) Umgang mit der betroffenen Hand bzw. dem betroffenen Arm (Lagerung, Feinmotorik) Wahrnehmungsstörungen z.B. nach Schlaganfall |
| Physiotherapie: | Umsetzen, Transfer und Lagerung Gehen (mit oder ohne Gehhilfe) Treppensteigen Handhabung von Gehhilfen, Orthesen und Prothesen Ins Auto einsteigen bzw. aus dem Auto aussteigen Durchführung eines Eigentrainings |
| Logopädie: | Kostempfehlungen und Schluckstrategien bei Schluckstörungen Aufklärung und Beratung bei: Sprachstörungen Sprechstörungen Schluckstörungen Mimikstörungen Stimmstörungen |
| Psychologie: | Information und Umgang mit psychischen Erkrankungen wie z.B. Depressionen, Angsterkrankungen und Demenz |

Abbildung 29

9.7 Rahmenprogramm

Jeder Rehabilitand kann sich inner- und außerhalb der Reha-Station frei bewegen, um nach seinen Möglichkeiten spazieren zu gehen oder sich mit Besuchern zu treffen. Es stehen diverse Sitz- und Aufenthaltsmöglichkeiten zur Verfügung. In unserem Gesundheitszentrum haben die Rehabilitanden kurze Wege zum Friseur, einem Geldautomaten, zu einer Apotheke, einem Sanitätshaus, zum Hopfenhaus Restaurant und zum Café Mokka mit Kiosk und Einkaufsmöglichkeit von Drogerieartikeln, zur Krankenhauskapelle.

Aufgrund der Corona Pandemie musste das bisherige Rahmenprogramm bestehend aus musikalischen Beiträgen, Gottesdiensten in der Kapelle, Filmbeiträgen, Lesungen, Klaviervorspiele, Theateraufführungen, Spiele- und Bastelgruppen gestrichen werden. Unter den eingeschränkten Bedingungen findet derzeit jeden Sonntag im Speisesaal ein Gottesdienst statt sowie gelegentliche Klaviervorspiele. Außerdem bieten unsere Klinikseelsorger, die regelmäßig auf unserer Station sind, seelsorgerliche Gespräche, Segnungen, Gebete, Krankenkommunion und Wortgottesfeiern an.

Die Geriatriische Rehabilitation berücksichtigt, dass psychische, physische, soziale und spirituelle Faktoren zur Gesundheit beitragen und mithin nicht voneinander getrennt betrachtet werden können. Es ist daher von hoher Bedeutung, dass neben den gezielten evidenzbasierten therapeutischen, medizinischen und pflegerischen Behandlungsaktivitäten, den Rehabilitanden weitere anregende und aktivierende Angebote gemacht werden. Dies ist vor allem auch für Rehabilitanden hilfreich, die alleinstehend sind bzw. kein angemessenes soziales Netz haben.

9.8. Interdisziplinäres Entlassmanagement

Die Rehabilitation älterer Menschen muss bereits kurz nach der Aufnahme im Hinblick auf die möglichen Entlassungskonzeptionen im Rahmen der ersten Teamvisite im interdisziplinären Team geplant werden. Häufig sind erhebliche Vorarbeiten nötig und es bedarf der angemessenen Prüfung der Versorgungsoptionen. Wenn bereits nach der Aufnahmeuntersuchung und den Aufnahmeassessments ein Versorgungsproblem ersichtlich ist, nimmt unser Sozialdienst bereits in der ersten Reha-Woche Kontakt mit dem Rehabilitanden und ggf. dessen Bezugsperson auf, damit ein gesicherter Übergang in die häusliche Umgebung oder Kurzzeitpflege rechtzeitig geplant werden kann. Im Rahmen des kontinuierlichen fallbegleitenden Entlassmanagements wird dafür gesorgt, dass die zum Funktionsausgleich bzw. zur Teilhabe erforderlichen Hilfsmittel am Entlasstag verordnet sind bzw. bei dringlicher Notwendigkeit zur Verfügung stehen.

Schon während des Aufnahmeprozesses erfolgt eine erste Einschätzung der Rehaprognose und der notwendigen Rehabilitationsdauer, die über den gesamten Rehabilitationsverlauf kontinuierlich im Team reevaluiert wird. Entlassungstermine, Verlängerungsanträge und das Ausmaß der notwendigen poststationären Hilfen werden in den Teamvisiten diskutiert und regelhaft im Beisein des Sozialdienstes mit dem Rehabilitanden erörtert. In den Teamvisiten wird auch besprochen, ob und in welchem Ausmaß die Pflegemitarbeiter und die Therapie den Kontakt zu den Angehörigen herstellt, damit diese durch eine geeignete Anleitung, Schulung und Beratung ausreichend auf die sie zu erwartenden Aufgaben vorbereitet sind. Wichtige Umweltfaktoren wie z.B. die häusliche Wohnsituation (Barrieren, Treppenstufen,

Türbreite, Fahrstuhl etc.) haben unmittelbar Einfluss auf die Hilfsmittelplanung und -verordnung. Ggf. wird z.B. mit Hilfe der Angehörigen eine Wohnskizze erstellt, die Klarheit schafft, ob eine Wohnraumanpassung erforderlich und die Wohnung im Hinblick auf die geplanten Hilfsmittelverordnungen behindertengerecht ist. In besonders gelagerten Fällen können Hilfsmittelrezepte mit Hausbesuch verordnet werden, wenn auf andere Art und Weise nicht festgestellt werden kann, ob Personen-Umwelt-Passungsprobleme bestehen bzw. nur durch eine Besichtigung vor Ort geklärt werden kann, ob die Wohnung ausreichend nutzbar ist und/oder planungsrelevante Zugangsprobleme im Wohnumfeld vorliegen. Wir kooperieren mit Sanitätshäusern und tauschen uns regelmäßig auch einzelfallbezogen aus. Somit kann ggf. durch das vom Rehabilitanden gewählte Sanitätshaus über einen Hausbesuch die nötige Anpassung geklärt werden.

Ein besonderes Augenmerk gilt denjenigen Rehabilitanden, die in einem 1-Personenhaushalt leben und daher auf ein hohes Maß an Autonomie angewiesen sind. Hier stellt sich bei fortbestehendem Hilfebedarf nicht selten die Frage nach einem Wohnortwechsel. Dieser ist für viele ältere Menschen eine der schwierigsten Entscheidungen, bei denen es gilt, in Ruhe Vor- und Nachteile gegeneinander abzuwägen. In enger Abstimmung mit den Angehörigen / rechtlichen Betreuern, werden die notwendigen Maßnahmen festgelegt, um einen geordneten Übergang aus der Rehabilitationsklinik in die weitere medizinische und pflegerische Anschlussversorgung zu gewährleisten.

Die häufig komplexen Krankheitsbilder der Rehabilitanden erfordern ein abgestuftes Betreuungskonzept. Die Möglichkeit der häuslichen Weiterversorgung ist der Regelfall. Für die überwiegende Mehrheit unserer Rehabilitanden reichen familiäre Unterstützung / pflegerische Laienhilfe oder ambulante Hilfs- und Pflegedienste aus, um im Falle verbleibender Handicaps zu Hause gut zurechtzukommen. In wenigen Einzelfällen kommt es jedoch vor, dass neben den medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Fragen, auch schwierige soziale und juristische Fragen zu klären sind. Insbesondere bei Rehabilitanden, die nicht mehr geschäftsfähig sind und keinen Bevollmächtigten oder rechtlichen Betreuer haben und die Anschlussversorgung nicht gesichert ist, regt unser Sozialdienst eine rechtliche Betreuung beim Betreuungsgericht an, um notwendige Rechtsvoraussetzungen zu schaffen.

Der Sozialdienst berät jeden Rehabilitanden mindestens im Rahmen des gesetzlichen Entlassmanagements und übergibt ihm nach Bedarf Informationsmaterialien. Inhalt der Sozialberatungsgespräche sind neben einer detaillierten Bedarfsanalyse die ausführliche Beratung über Hilfen, die die Aktivitäten des täglichen Lebens erleichtern z.B. Tagespflege, ambulante Pflege, Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, Nachbarschaftshilfe, ehrenamtliche Helfer etc.). Dabei kann es sein, dass während des Reha-Verlaufs mehrere Beratungs- und Abstimmungsgespräche mit dem Rehabilitanden und den Angehörigen erforderlich werden, damit die notwendigen Unterstützungsmaßnahmen hinreichend erörtert sind und abgestimmt wird, ob der Rehabilitand selbst, Angehörige oder der Sozialdienst diese in die Wege leitet. Auch die Vermittlung sozialversicherungsrechtlich relevanter Informationen sowie die Weitervermittlung an andere Einrichtungs-, Beratungs- und Koordinierungsstellen incl. Selbsthilfegruppen ist Teil dieser Beratungsgespräche. Auf Wunsch wird auch ein Erstkontakt zu Selbsthilfegruppen durch den Sozialdienst angebahnt. Vorbereitende und endgültige Entlassgespräche, die besondere medizinische, pflegerische und therapeutische Aspekte berücksichtigen, erfolgen darüber hinaus durch alle Berufsgruppen. Ist während des Rehabilitationsverlaufes erkennbar, dass eine stationäre Pflegeheimaufnahme unvermeidlich

ist, organisiert der Sozialdienst in Abstimmung mit dem Rehabilitanden und Angehörigen die vollstationäre Pflege im direkten Anschluss an den Rehaaufenthalt. Obligatorisch für nachfolgende ambulante oder stationäre Pflegedienste erfolgt die Erstellung eines Pflegeüberleitungsbogens. Kurz vor der Entlassung klärt der Sozialdienst schließlich den Heimtransport ab und koordiniert diesen gemeinsam mit dem Pflegedienst.

Am Entlassungstag wird dem Rehabilitanden eine Entlassmappe mit ausführlichem Arztbericht incl. Medikationsplan und ggf. weiteren Dokumenten sowie ggf. Medikamenten zur Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Anschlussversorgung mitgegeben. Fallbezogen werden bei der Vorbereitung der nachstationären Behandlung ggf. auch Hausarzt, Facharzt, ambulanter Pflegedienst, Wundmanager, HomeCare-Dienste etc. sowie ambulant tätige Therapeuten unter Beachtung des Datenschutzes schriftlich und ggf. auch fernmündlich einbezogen bzw. informiert.

9.8.1 Hilfsmittelversorgung und -verordnung

Hilfsmittelverordnungen und Hilfsmittelschulungen haben in der Geriatrie einen hohen Stellenwert. Sie stellen oft die einzige passende Kompensationsstrategie dar, mit der die Alltagskompetenz gesichert und eine Rückkehr in die häusliche Umgebung gewährleistet werden kann. Ohne Gehhilfen, Funktionsrollstühle, Badewannenlifter, Rutschbretter, Kontinenzhilfen und Wohnraumanpassungen wäre die soziale Reintegration vieler hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen schlicht nicht möglich. Der intelligente Einsatz von Kompensations- und Adaptationsstrategien ist daher ein zentraler Eckpfeiler erfolgreicher geriatrischer Rehabilitation.

Ziel ist, den Rehabilitanden schon während des Rehabilitationsaufenthaltes mit den nötigen Hilfsmitteln zu versorgen. Diverse Hilfsmittel (z.B. Rollstühle, Gehhilfen, Toilettensitzerhöhung etc.) sind auf Station vorrätig und werden bei Bedarf dem Rehabilitanden während seines Aufenthaltes leihweise zur Verfügung gestellt. Außerdem erfolgen eine Einweisung und ein Training mit dem Hilfsmittel. Die Hilfsmittelversorgung wird durch die einzelnen Berufsgruppen im Rahmen der fortlaufenden Therapiebetreuung gewährleistet. Für spezielle Indikationen besteht eine Kooperation mit einem Sanitätshaus, einem Orthopädienschuhmachermeister, einer Stoma- und Inkontinenzberaterin und einem Fachberater für parenterale Ernährung.

Im Hinblick auf die poststationäre Hilfsmittelversorgung ermittelt die Ergotherapie den Hilfsmittelbedarf in Zusammenarbeit mit Rehabilitanden und Angehörigen sowie dem Sozialdienst und gegebenenfalls dem Sanitätshaus. Dabei handelt es sich vor allem um die Organisation technischer Hilfsmittel wie Badewannenlifter, Duschhocker, Rollstuhl etc. Die Feststellung erforderlicher Gehhilfen und Orthesen erfolgt dagegen durch die Physiotherapie. Pflegerische Hilfsmittel wie Inkontinenzartikel und Verbandsmaterial ermitteln die Pflegekräfte, die diesbezüglich auch die Beratung der Angehörigen und der Rehabilitanden übernehmen.

Die Notwendigkeit einer zeitgerechten Entlassvorbereitung betrifft insbesondere die Hilfsmittelversorgung, die bei der Krankenkasse rechtzeitig beantragt und zeitnah in Abstimmung mit dem Sanitätshaus organisiert werden muss, damit der Rehabilitand beim Übergang in den ambulanten Bereich über das verordnete Hilfsmittel verfügt.

Generell wird jede Hilfsmittelverordnung im Vorfeld mit den Rehabilitanden abgesprochen und im Rahmen der Aufnahme auch die bisherige Versorgung durch ein Sanitätshaus erfragt. Selbstverständlich bleibt es dem Rehabilitanden überlassen, mit welchen Dienstleistern er die künftige Hilfsmittelversorgung sicherstellt. Bei einer Organisation unsererseits erfragen wir seine Wünsche. Sämtliche Hilfsmittelrezepte werden über unser digitales Dokumentationssystem GERIDOC von den Therapeuten verwaltet und nach Unterzeichnung durch den Arzt dem Rehabilitanden bzw. seinen Angehörigen, der Krankenkasse oder dem gewünschten Sanitätshaus zugestellt.

9.8.2 Familiengespräch

Treten im Rahmen der Entlassungsplanung Schwierigkeiten auf, weil zum Beispiel im Zusammenhang mit dem künftigen Entlassungsort unterschiedliche Einschätzungen zwischen dem Rehabilitanden bzw. seiner Angehörigen und dem Reha-Team bestehen, erfolgt zur Klärung dieser Situation die Einberufung eines Familiengesprächs. Hierbei erfolgen im Beisein des Rehabilitanden, seiner Angehörigen, den behandelnden Pflegekräften, Therapeuten und Ärzten sowie dem Sozialdienst eine gemeinsame Erörterung der Ist-Situation und die Analyse der gegenwärtigen häuslichen Versorgungsmöglichkeiten. Das Familiengespräch wird von unserem Sozialdienst organisiert und vom zuständigen Arzt moderiert. Die Ergebnisse und beschlossenen Maßnahmen werden in einem Gesprächsprotokoll festgehalten.

9.8.3 Rehazi-evaluation

Um den Prozess der Rehabilitation unter Einbeziehung des Rehabilitanden gestalten zu können, braucht es zuverlässige Instrumente, um die Ressourcen und den Fortschritt bewerten zu können. Die gegenwärtig verfügbaren Assessmentinstrumente decken vor allem die Beurteilung der physischen, mentalen und kommunikativen Funktionen ab. Hier werden mit dem Abschlussassessment die stattgehabten Veränderungen auf der Funktionsebene dokumentiert. Dies dient der Qualitätskontrolle und Sicherung unserer Ergebnisqualität.

Zur Beurteilung der Aktivitäten und Teilhabe sowie der personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren fehlen vielfach noch geeignete bzw. validierte Verfahren, um auch diese ICF-bezogenen Ebenen messbar zu machen und damit angemessen zu bewerten. Hier sind Gespräche und die Erfahrung der Teammitarbeiter notwendig, um zielorientiert arbeiten zu können.

Je genauer die im ICF-basierten Rehazielformular dokumentierten Funktions- und Aktivitätsziele gemäß der SMART-Regel formuliert werden (siehe auch 9.2.1.), desto präziser lässt sich im Team und gemeinsam mit dem Rehabilitanden deren Erreichungsgrad am Ende der Rehabilitation bestimmen.

Die Evaluation der vom Team formulierten Funktionsziele und vom Rehabilitanden angestrebten Aktivitätsziele erfolgt an unserer Klinik derzeit auf einer 4-Punkt-Ordinalskala:

0 = keine Änderung bezüglich des formulierten Ziels

1 = geringe Fortschritte bzgl. des Ziels ohne Erreichung einer Alltagsrelevanz (ca. 25%)

2 = alltagsrelevante Fortschritte bzgl. des Ziels ohne 100%-ige Zielerreichung (ca. 50%)

3 = vollständige 100%-ige Zielerreichung

Der Arzt moderiert in der Teamvisite die Evaluation der von den Professionen formulierten Funktionsziele, die berufsübergreifend im Team vorgenommen wird. Die vom Rehabilitanden angestrebten Aktivitätsziele werden im Rahmen des letzten Arzt-Rehabilitandenkontaktes im Gespräch zwischen Arzt und Rehabilitanden evaluiert.

Neben der objektiven Evaluation durch das funktionsbezogene Abschlussassessment und der subjektiven Rehaziel-evaluation durch das Team und den Rehabilitanden wird zudem von den Therapeuten ein schriftlicher Abschlussbericht verfasst, der auch qualitative Bewertungen des Rehabilitationsverlaufes mit Bezug auf die Teilhabechancen enthält und Empfehlungen für die poststationäre Weiterbehandlung ausspricht.

9.8.4 Die Entlassung

Wie bereits oben erwähnt, erhält jeder Rehabilitand am Entlasstag einen ausführlichen Arztbrief. Dieser beschreibt den gesamten Rehabilitationsverlauf, die verordneten Hilfsmittel, die Entlassmedikation, die Ergebnisse des geriatrischen Assessments, die Planung der weiteren sozialen Versorgung und alle Diagnostik- und Therapieempfehlungen für den Zeitraum nach der Entlassung. Bei der Angabe der Entlassmedikation wird auch kenntlich gemacht, bei welchen Medikamenten die Indikation zur Weiterverordnung kritisch zu überprüfen ist.

Am Entlasstag werden dem Rehabilitanden in einer Entlassmappe neben dem Arztbrief weitere rehabilitandenbezogene Dokumente wie z.B. Laborbefunde, Medikamentenplan, Pflegebegleitbericht und seine Patienten-Ausweise (Schrittmacherausweis, Marcumarpass, Orthesenpass, Allergiepass, etc.) sowie Medikamente für den Entlasstag mitgegeben. Der Medikamentenplan dokumentiert unsere Arzneimittelempfehlung für den Hausarzt. Der Pflegebegleitbericht informiert über notwendige Pflegemaßnahmen, die ambulant fortzuführen sind. Flankierend hierzu erläutert die zuständige Pflegekraft dem Rehabilitanden und/oder Angehörigen die relevanten Maßnahmen für die pflegerische Nachsorge.

Dem Rehabilitanden werden in einer Einzeltherapiesitzung Verhaltensempfehlungen für Zuhause erläutert und ggf. entsprechende Informations- und Eigentrainingsbroschüren mitgegeben.

Gegenstand des Entlassgesprächs zwischen Arzt und Rehabilitanden bzw. Angehörigen sind vor allem die weiterführenden Maßnahmen im ambulanten Bereich. Dazu zählen neben den Empfehlungen zur ambulanten Heilmittelerbringung auch die notwendigen medizinischen Kontrolluntersuchungen sowie Erläuterungen und Instruktionen im Hinblick auf neu verordnete Medikamente und notwendige Selbstkontrollen. Das ärztliche Entlassgespräch findet zusammen mit einer indikationsspezifischen Abschlussuntersuchung am Tag vor der Entlassung ggf. im Rahmen der letzten Visite statt.

9.9 Der Reha-Pathway

Mit dem hier dargestellten *Allgemeinen Reha-Pathway* fassen wir unsere standardisierte Rehaprozessgestaltung zusammen: geriatritypischer Standard (schwarzer Schriftzug) *plus* indikationsspezifischer Standard durch rehabegründende Hauptdiagnose (roter Schriftzug):

| Allgemeiner Reha-Pathway 2019/2020 | | | | | |
|---|-------|---------|---------|----------|-----------|
| | Tag 1 | Tag 2-3 | Tag 5-7 | Tag 8-14 | Tag 15-21 |
| 01. Pflegeanamnese einschließlich individueller ICF-basierter Rehaziplanung (Teil 1) <ul style="list-style-type: none"> • Ersterfassung der Teilhabe-, Aktivitäts- und Funktionsziele des Patienten (Rehaziformular) • Erfassung der Kontextfaktoren: soziales Helfernetz, Barrieren und Förderfaktoren (Rehaziformular) • Erfassung der prämorbid Funktionsfähigkeit: Mobilität, Gehhilfen, Pflegestufe (Rehaziformular) • Sturz- und Frakturprophylaxe: Sturzrisikoeinschätzung, Patientenaufklärung und ggf. Hüftprotektion • Dekubitusrisikoeinschätzung einschließlich Fotodokumentation von Wunden | X | | | | |
| 02. Ärztliche Anamnese und Untersuchung einschließlich medizinischer Rehaziplanung (Teil 2) <ul style="list-style-type: none"> • Geriatrisches Kurzscreening (MNA-SF, SIS, Screening-Fragen zur Depression und Sturzangst) • Anordnung der Labors gemäß Zuordnung zur Diagnosegruppe (z.B. Fraktur-Routine, Gefäß-Routine) • EKG-Auswertung • Medikamentenverordnung • Fehlende Arztberichte und fehlende Röntgen-, CT- und MRT-Befunde - Anforderung Reha-Assistenz • Therapieanmeldung • Feststellung eines Malnutrisionsrisikos (MNA-SF = 7) - Anforderung Diätassistentin (siehe auch 09) • Schluck-, Sprach-, Sprech- oder Stimmtherapie erforderlich? - Anforderung Logopädie • Psychologische Begleitung erforderlich? - Anforderung Psychologie • Diagnosespezifische Festlegung der somatischen und präventiven Behandlungsziele (Rehaziformular) | X | (X) | (X) | (X) | (X) |
| 03. Klinisches Risikomanagement <ul style="list-style-type: none"> • Zusatzlabor einschließlich Spiegelbestimmungen (TDM) auf ärztliche Anordnung • RR-, Puls- und Temperaturmessung auf ärztliche Anordnung • Gewichtskontrollen sowie Trink- und Essprotokolle auf ärztliche Anordnung • Restharnmessung und Pulsoxymetrie auf ärztliche Anordnung • Weitere Laborverlaufskontrollen auf ärztliche Anordnung • Nephroprotektion: GFR-Ermittlung und Medikamentendosisanpassung • Thromboembolieprophylaxe: Antikoagulation (ggf. mit schriftlicher Aufklärung des Patienten) | X | (X) | (X) | (X) | (X) |
| 04. Geriatrisches Assessment einschließlich Rehaziplanung durch die Therapeuten (Teil 3) <ul style="list-style-type: none"> • Ersteinschätzung der ADL-Kompetenz und globalen Kognition: Barthel-Index und GDS - Pflege • Physiotherapeutisches Assessment mit fachspezifischer Staturerhebung - Physiotherapie • Ergotherapeutische Funktionsdiagnostik mit fachspezifischer Staturerhebung - Ergotherapie • Logopädisches Assessment mit fachspezifischer Staturerhebung - Logopädie • Ersterfassung der Aktivitäts- und Funktionsziele durch die Therapeuten (Rehaziformular) | | X | | | |
| | Tag 1 | Tag 2-3 | Tag 5-7 | Tag 8-14 | Tag 15-21 |
| 05. Interdisziplinärer Abgleich und Abschluss der individuellen ICF-basierten Rehaziplanung (Teil 4) <ul style="list-style-type: none"> • Finale Festlegung der Aktivitäts- und Funktionsziele • Rehazigespräch mit dem Patienten - Behandelnder Reha-Arzt | | X | | | |
| 06. Rehabilitation: <ul style="list-style-type: none"> • Wöchentliche Therapieplanung • Durchführung eines indikationsgruppenspezifischen Reha-Behandlungsplans (Reha-Modul) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Alterstraumatologische Indikationsgruppe - Module 1-3: U-FX, O-FX, W-FX, ◦ Muskuloskeletale Indikationsgruppe - Module 4-8: GANG, H-TEP, K-TEP, S-TEP, MSE ◦ Neurogeriatrische Indikationsgruppe - Module 9-10: PS, NEURO ◦ Kardiovaskuläre Indikationsgruppe - Module 11-14: STROKE, CARDIO, AMP, PAVK ◦ Allgemeingeriatrische Indikationsgruppe - Module 15-16: PULMO, VR | | X | X | X | X |
| 07. Identifikation geriatrischer Syndrome - Geriatrisches Management <ul style="list-style-type: none"> • Dekubitus-, Exsikkose-, Obstipations-, Ödem-, Pneumonie-, Aspirations- und Stomatitisprophylaxe • Wund- und Schmerzmanagement • Kontinenzmanagement • Dysphagie- und Malnutrisionsmanagement • Ganganalyse einschließlich Überprüfung der Dual-Task-Fähigkeit und Sturzangstassessment • Therapeutische Symptomkontrolle affektiver und kognitiver Störungen • Deeskalation der Polypharmazie einschließlich Prävention medikamentös induzierter Stürze und Delirien | | X | X | X | X |
| 08. Klinisches Monitoring und Evaluation des Rehabilitationsverlaufs <ul style="list-style-type: none"> • Stationsvisiten einschließlich Cardio-, Pulmo-, Nephro- und Medikamentenmonitoring • Wöchentliche Teamvisite • Wöchentliche Memory-Konferenz - Team und ggf. vertiefendes kognitives Assessment - Psychologie • Wöchentliche Besprechung des Dysphagieteam • Wöchentliche Ernährungsvisite | | X | X | X | X |
| 09. Eduktion <ul style="list-style-type: none"> • Praktische Patienten- und Angehörigenschulung einschließlich Ernährungsberatung (siehe auch 02) • Patientenvorträge | | X | X | X | X |
| 10. Sozialberatung <ul style="list-style-type: none"> • Sozialanamnese • Angehörigenberatung • Familiengespräch | | | X | X | X |
| | Tag 1 | Tag 2-3 | Tag 5-7 | Tag 8-14 | Tag 15-21 |
| 11. Hilfsmittelberatung und -versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Besprechung Ergotherapie & Sozialdienst - Überleitungsmanagement • Besprechung Ergotherapie & Sanitätshaus - Hilfsmittelversorgung • Pflegerische Hilfsmittelberatung und -versorgung • Ergo- und physiotherapeutische Hilfsmittelberatung und -versorgung • Ärztliche Hilfsmittelverordnung | | | | X | X |
| 12. Entlassmanagement <ul style="list-style-type: none"> • Abschlussassessment zur funktionellen Leistungsbeurteilung - Team • Abschlussequation der individuellen Rehazierrreichung durch das Teamvisiten-Team • Anleitung für das Eigentraining zuhause einschließlich Mitgabe von Informationsmaterial - Therapie • Entlassungsplanung einschließlich Pflegeüberleitung - Sozialdienst und Pflege • Organisation des Patiententransports und ggf. Mitgabe eines Pflegebegleitberichtes - Pflege • Ärztliche Abschlussuntersuchung einschließlich Verhaltensempfehlungen für Zuhause - Arzt • Aushändigung von Arztbrief, Medikamentenplan und Patientenausweise - Arzt und Pflege | | | | | X |

Abbildung 30

10. Rehabilitandsicherheit

Die Gewährleistung der Rehabilitandsicherheit ist ein zentrales Anliegen der rehabilitativen Geriatrie und Grundbedingung für einen erfolgreichen Rehabilitationsverlauf. Eine hohe Bedeutung hat in diesem Kontext die Sturzprävention (siehe 10.3). Andererseits dürfen wesentliche alltagsrelevante Rehabilitationsziele wie z.B. die Wiedererlangung der Transfer- und Gehfähigkeit nicht bedingungslos dem Ziel einer Sturzvermeidung geopfert werden. Der Rückgewinn an Mobilität und Bewegungsfreiheit stellt ein unverzichtbar hohes Gut dar und ist sehr eng mit Lebensqualität verknüpft. Dass mit der Erreichung dieses Ziels eine höhere Sturzexposition vorliegt, ist in Kauf zu nehmen und unvermeidbar. Anders ausgedrückt: die Gewährleistung der Rehabilitandsicherheit stößt in diesem Kontext an Grenzen. So müssen Fortschritte in der Mobilität auf der einen Seite und Rehabilitandsicherheit auf der anderen Seite gegeneinander abgewogen werden und daraus individuell eine geeignete Vorgehensweise definiert werden. In unserer Klinik gilt der Grundsatz, dass die Wahrung der persönlichen Freiheit und Selbstbestimmung des Rehabilitanden oberste Priorität hat. Prophylaktische Maßnahmen zur Vorbeugung vor Eigen- und Fremdgefährdung haben grundsätzlich Vorrang vor freiheitseinschränkenden Maßnahmen, die nur im Notfall und unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen durchgeführt werden.

Zu beaufsichtigende Rehabilitanden erhalten durch unsere Pflegekräfte immer das notwendige Maß an Unterstützung bei den Alltagsaktivitäten (stand by / verbale Anleitung / teilweise bzw. komplette Übernahme / Begleitung). Im Rahmen der Aufnahme werden durch die Anamnese und das geriatrischen Assessment Ressourcen und Gefahrenmomente erfasst und im Team ausgetauscht.

Die Ausstattung der Klinik ist barrierefrei, die Flure sind weitläufig und mit Handläufen versehen, die Stühle in Rehabilitandenzimmern und Speisesaal haben Armlehnen, Nassbereich und Toiletten sind mit Handläufen ausgestattet und rollstuhlgerecht. Es gibt ein Nachtlicht. Durch die Therapeuten wird vor Ausgabe eine Funktions- und Sicherheitsüberprüfung der Hilfsmittel (Rollstühle, Rollatoren etc.) vorgenommen.

10.1 Medizinisches Notfallmanagement

Das medizinische Notfallmanagement ist an unserer Klinik in einer Verfahrensanweisung geregelt und gliedert sich in einen 3-Stufen-Plan (subakuter Notfall - akuter Notfall - Reanimation). Für alle Notfälle sind Alarmierungsschemata definiert. Ein Reanimationsteam steht rund um die Uhr zur Verfügung. Ebenso ist eine notwendige Versorgung auf der Intensivstation des benachbarten Akuthauses sichergestellt. Die Reha-Station ist mit einem Notfallwagen und der Therapiebereich im 3. Obergeschoss mit einem Notfallkoffer ausgestattet. Die MitarbeiterInnen nehmen mindestens einmal jährlich an einer Reanimationsfortbildung teil.

Die Notfallausrüstung der Reha-Klinik umfasst:

Am Stations-Stützpunkt:

- 1 Defibrillator (Defigard 3002 ICH, Brucker Medical)
- 1 O₂-Gerät
- 1 Notfallabsaugpumpe (K622, VTI)
- 1 Ambu-Beatmungsbeutel
- 1 Notfallkoffer

Im Therapiebereich (3. OG):

- 1 Notfallkoffer mit Ambu-Beatmungsbeutel (Mark III)

10.2 Gerontopsychiatrische Probleme

Besondere Vorkommnisse, die in den gerontopsychiatrischen Problembereich fallen, werden in den interdisziplinären Besprechungen oder auf dem kurzen Dienstweg offen kommuniziert. So werden von Rehabilitanden geäußerte Suizidgedanken im Team mitgeteilt und entsprechend einer von uns erstellten Verfahrensanweisung weiter abgeklärt.

Auch für den Umgang mit orientierungslosen und aggressiven Patienten sind in unserem QM-Handbuch Verfahrensanweisungen hinterlegt, die unser Vorgehen standardisieren. Bei Patienten mit Weglauftendenzen wird z.B. immer geprüft, ob der Rehabilitand vorzeitig und in Obhut seiner Angehörigen nach Hause entlassen werden kann oder eine Verlegung in eine stationäre Gerontopsychiatrie angezeigt ist.

Selbstverständlich erfolgt bei den o.g. gerontopsychiatrischen Symptomen immer auch der Ausschluss eines Delirs durch eine entsprechende internistisch-neurologische Diagnostik und ein Medikamenten-Check hinsichtlich potentiell delirogener Medikamente. Der Begriff *Delir* ist unserem geriatrischen Team geläufig. Wir verstehen darunter alle akuten psychischen Störungen, die eine organische Ursache haben und als potentiell lebensbedrohlich, aber prinzipiell reversibel zu gelten haben. Bei geriatrischen Patienten sind die Auslöser eines Delirs meist systemische Infekte, cerebravaskuläre Ereignisse, schwere metabolische Entgleisungen, Blutungen, Herzinfarkt oder akutes Nierenversagen sowie die Folge unerwünschter Arzneimittelwirkungen (z.B. Opiate, Anticholinergika, Antibiotika).

Die ersten Schritte einer Delir-Abklärung bestehen bei uns immer in einer umfassenden Laboruntersuchung und der Aufzeichnung eines aktuellen EKG. Können Exsikkose, Infekte und Elektrolytstörungen ausgeschlossen werden, folgen ggf. weitere Untersuchungen, die auch eine bildgebende Diagnostik des Neurocraniums beinhalten können. Aus der Definition des Delirs ergibt sich, dass sich die Therapie immer nach der körperlichen Grunderkrankung richtet.

Es sind in der Literatur eine Reihe von Risikofaktoren beschrieben worden, die das Auftreten eines Delirs bei älteren Menschen begünstigen. Tabelle 3 fasst diese Risikofaktoren zusammen und dient uns als wertvolle Checkliste.

Tabelle 3: Häufige Risikofaktoren für die Entstehung eines Delirs bei älteren Menschen

- Hohes Alter
- vorbestehende Demenz
- Parkinson-Syndrom
- Dauertherapie mit anticholinergen und dopaminergen Medikamenten
- sensorische Beeinträchtigungen (Seh- und Hörstörungen)
- schwere körperliche Erkrankungen (Infektionen, Frakturen)
- Narkose
- Herzoperationen
- hypoxische Zustände (z.B. kardiales Low-Output-Syndrom)
- Anämie
- Fieber
- Blutzuckerentgleisungen
- Schmerzen
- Malnutrition
- Hypotonie
- Elektrolytentgleisungen (vor allem Hypo- und Hypernatriämie)
- Urämie
- Alkohol- bzw. Benzodiazepinabhängigkeit (plötzlicher Entzug)
- freiheitsbeschränkende Maßnahmen
- Harnverhalt

Generell ist zu sagen, dass das Vorliegen eines Delirs nicht mit einer Rehabilitationsfähigkeit vereinbar ist. Das Delir stellt damit eine Indikation zu einer Patientenverlegung in die Akutklinik dar, wo die Delirursache möglicherweise erst noch identifiziert und in jedem Fall kausal weiterbehandelt werden muss. In unserem *Standard Patientenverlegung in die Akutklinik* ist anhand medizinischer Kriterien definiert, wann wir die Rehabilitation abbrechen und eine sofortige akutmedizinische Versorgung anvisieren.

Da ein Delir bei unserer geriatrischen Klientel aufgrund interkurrenter Erkrankungen jederzeit auftreten kann und die frühzeitige Diagnose von prognostischer Bedeutung ist, müssen in einer Geriatrischen Reha-Klinik diesbezüglich ein hohes Maß an Sensibilität und ein guter diagnostischer Blick vorhanden sein. Wegweisend für die Diagnose *Delir* ist neben dem Vorhandensein psychischer Auffälligkeiten immer eine Beeinträchtigung des Bewusstseins sowie fluktuierende kognitive Störungen. Typisch Symptome eines Delirs sind:

- ❖ psychomotorische Störungen mit Erregungszuständen
- ❖ Fehlwahrnehmungen wie Illusionen und Halluzinationen (meist optisch)
- ❖ erhöhte Irritierbarkeit durch äußere Reize (z.B. verstärkte Schreckreaktionen)
- ❖ veränderter Redefluss und nicht zusammenhängende (inkohärente) Sprache
- ❖ vegetative Zeichen wie Tachykardie oder Schweißausbrüche
- ❖ ausgeprägte Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus
- ❖ nächtliche Verschlechterung der Symptome und stark wechselnde Symptomatik im Tagesverlauf
- ❖ plötzliches Einsetzen der Symptome
- ❖ Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit auf etwas zu richten und zu halten
- ❖ Beeinträchtigung des abstrakten Denkens und der Einsicht (mit oder ohne Wahn)
- ❖ plötzliche Desorientiertheit hinsichtlich Zeit, Ort, Situation und Person

Sehr problematisch (weil oft nicht diagnostiziert) ist die Sonderform des *hypoaktiven Delirs*. Dieses verläuft symptomarm und ist durch Bewegungsarmut und fehlende Kontaktaufnahme des Patienten mit dem Gesundheitspersonal (Apathie) gekennzeichnet. Vegetative Zeichen fehlen meist. Halluzinationen und Desorientiertheit bleiben ohne gezielte psychiatrische Exploration oft verborgen. Die Prognose ist sehr ernst, weil bei fehlender Diagnosestellung meist auch keine Ursachenforschung und damit auch keine spezifische Behandlung erfolgt. Hypoaktive Delirien treten besonders bei Medikamentenüberdosierungen auf.

Unter dem Aspekt der Rehabilitandensicherheit ist von elementarer Bedeutung, dass die heute wissenschaftlich gesicherten Möglichkeiten einer wirksamen Delirprävention Einzug in den klinischen Alltag finden. In kontrollierten Studien konnte nachgewiesen werden, dass geeignete pflegerische Maßnahmen die Prävalenz eines Delirs bei geriatrischen Patienten um 40-50% verringern können (siehe Tab.4). Alle diese Einzelmaßnahmen sind in unserer Klinik fest etabliert und prägen gleichzeitig auch ein rehabilitationsförderndes Milieu, das unseren Rehabilitanden die bestmöglichen Voraussetzungen für die Erarbeitung funktioneller Fortschritte bietet.

Tabelle 4: Wirksame Maßnahmen einer Delirprävention

- Versorgung mit Hörgerät und Sehhilfen
- adäquate Ernährung und Vermeidung einer Dehydratation
- O2-Gabe
- suffiziente Schmerztherapie und rasche Mobilisierung
- Vermeidung von Lärm und Ortswechsel sowie ruhige Umgebung (Schlaf)
- Gewährleistung einer Reorientierung durch Anbringung von Uhren, Kalender und Reha-Plan im Patientenzimmer
- emotionale Zuwendung der Pflegeperson, konstante Pflegepersonen
- Aufbau einer vertrauten Atmosphäre (Familienfotos, Angehörige)
- einfache verbale Hinweise auf Ort, Zeit und Situation
- angenehme Musik
- angemessene Beleuchtung auch nachts (Sturzvermeidung)
- Absetzen unnötiger, potentiell delirogener Medikamente
- Entfernung unnötiger Katheter (z.B. Blasenkatheter)

10.3 Sturz- und Frakturprävention

Bei Unfällen in der Klinik handelt es sich überwiegend um Stürze. Diese stellen einen geriatrischen Notfall dar, da sie im Verbund mit einer oft gleichzeitig bestehenden Osteoporose sehr leicht zu Frakturen führen können. Daher legen wir an unserer Klinik großen Wert auf ein wirkungsvolles Sturzpräventionsmanagement.

Im Rahmen der Anamnese sowie im wöchentlichen Sturzrisikoassessment unseres Pflegedienstes werden aktuell bestehende Risikofaktoren der Rehabilitanden identifiziert und geeignete Maßnahmen eingeleitet. Ja nach Ergebnis der Sturzrisikoeinschätzung (*Stratify-Score*) kommen sturz- und frakturpräventive Maßnahmen zum Einsatz, deren Anwendung in der *Verfahrensanweisung Sturz- und Frakturprophylaxe* eingehend geregelt ist (z.B. Einsatz

von Hüftprotektoren, ABS-Socken, Bewegungsmelder). Wichtig sind auch Maßnahmen zur sicheren Umgebungsgestaltung. Diese beinhalten das Tragen von gutem Schuhwerk, die Erreichbarkeit der Patientenglocke und die Sicherheitsüberprüfung von Hilfsmitteln (z.B. Bremsen am Rollstuhl oder Rollator). Bettteilgitter werden nur eingesetzt, wenn diese zum subjektiven Sicherheitsgefühl des Rehabilitanden beitragen. Die Stationsleitung sorgt regelmäßig dafür, dass eine ausreichende Anzahl an Hüftprotektoren vorrätig ist.

Unser gesamtes Sturzpräventionsmanagement basiert auf Information und Einbeziehung unserer Rehabilitanden und ihrer Angehörigen. Dies geschieht bereits am Aufnahmetag in einem Aufklärungsgespräch, das sich an die Pflegeanamnese anschließt. Flankierend hierzu erhält der Rehabilitanden zum Thema Sturzprophylaxe das *Merkblatt Sturzprophylaxe* ausgehändigt, das sich in jedem Rehabilitandenzimmer befindet. In diesem Merkblatt sind Verhaltensweisen dargelegt, die der Rehabilitanden selber beisteuern kann, um sein persönliches Sturzrisiko zu verringern. Ferner sind darin der Zweck und die Funktionsweise des Hüftprotektors erläutert.

Durch das wöchentliche Sturzrisikoassessment des Pflegedienstes und durch Gehproben in den Teamvisiten findet eine kontinuierliche Überprüfung des Sturzrisikos und der Schutzmaßnahmen statt. Kommt es dennoch zu einem Sturz, werden die individuellen Sturzrisikofaktoren nochmals analysiert, ggf. kausale Maßnahmen ergriffen, der Stratify-Score neu erhoben und ggf. die sturzpräventiven Maßnahmen erweitert. Das konkrete Vorgehen nach Stürzen ist in unserer Verfahrensanweisung *Sofortmaßnahmen bei Stürzen und Sturzverletzungen* beschrieben. Darin enthalten ist auch ein Flussdiagramm, das die medizinische Erstversorgung nach Stürzen visualisiert:

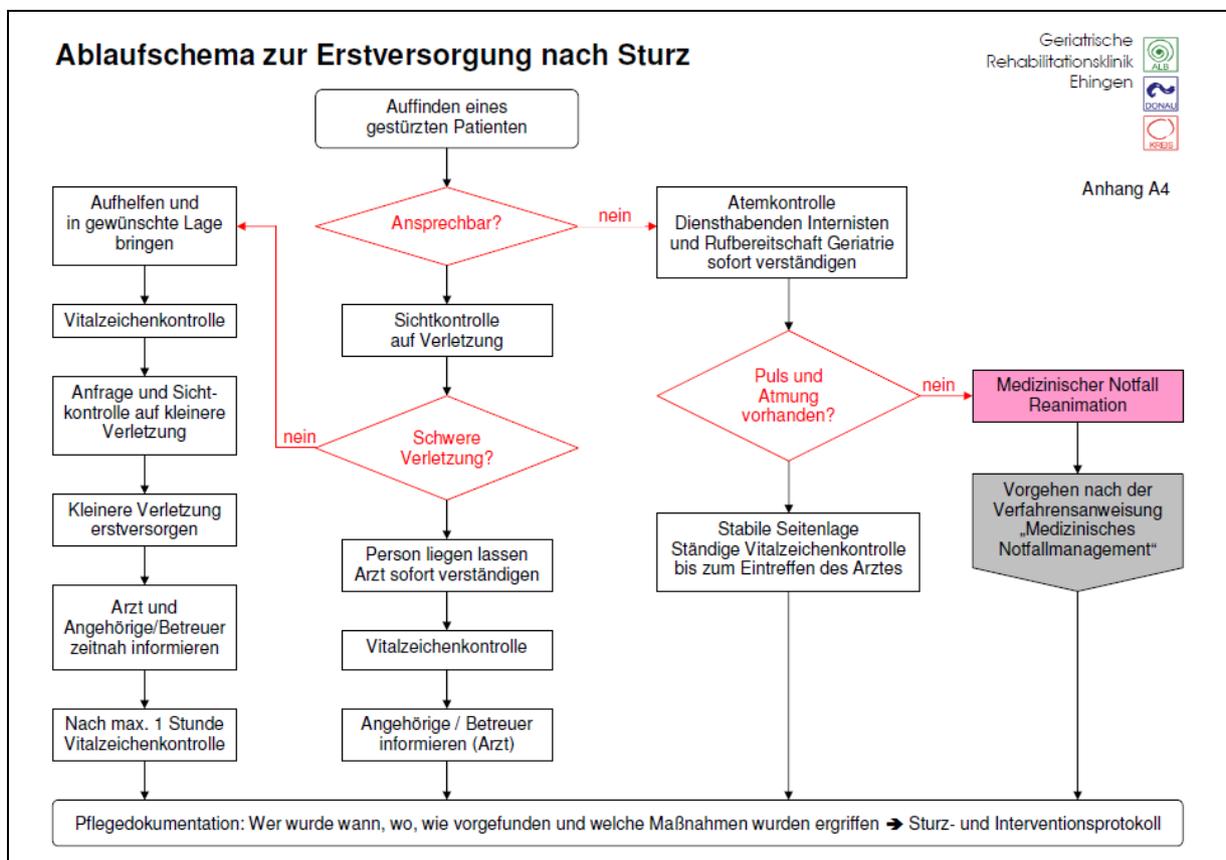


Abbildung 31

Zu den wichtigsten *Risikofaktoren für Stürze* zählen insbesondere:

- ❖ kognitive Beeinträchtigungen mit Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen
- ❖ Depressionen
- ❖ Sehbehinderungen
- ❖ Dranginkontinenz
- ❖ orthostatische Dysregulation
- ❖ Polyneuropathie
- ❖ Sarkopenie - insbesondere funktionelles Kraftdefizit an den unteren Extremitäten
- ❖ Gleichgewichtsstörungen und Ganginstabilität
- ❖ Einnahme von Psychopharmaka und Multimedikation
- ❖ Alkohol
- ❖ neuromuskuläre Dysfunktionen (z.B. Schlaganfall, Morbus Parkinson, MS)
- ❖ Hüft- und Kniegelenksarthrosen

Unter den Medikamenten tragen besonders Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquilizer, Opiate, Antihypertensiva, Diuretika, Antiarrhythmika, Digitalispräparate und Antidiabetika zur Begünstigung von Stürzen bei.

Nächtliche Stürze sind bei unserer Klientel häufig zu beobachten, weil sie im kausalen Zusammenhang mit nächtlichen Toilettengängen und der Einnahme von Psychopharmaka stehen. Die Behandlung der Dranginkontinenz und die kritische Überprüfung der ZNS-Medikation und kardiovaskulären Medikation sind daher wichtige Ansatzpunkte für die Sturzprävention.

Ein weiterer Interventionsansatz stellt die nachhaltige Verbesserung der Muskelkraft dar. Viele unserer Rehabilitanden leiden an einer *Sarkopenie* und damit an einer altersabhängigen Abnahme der Muskelmasse und Muskelkraft. Herabgesetzte Reaktionsfähigkeit und verringerte Muskelkraft tragen jedoch in erheblichem Maße zu einer *posturalen Instabilität*, also einem Kontrollverlust des Körpergleichgewichts (bei Veränderung der Körperposition) bei. Der Sturz ist nichts anderes als die Folge dieses Gleichgewichtsverlusts. Genauer ausgedrückt: eine posturale Instabilität liegt dann vor, wenn der ältere Mensch nicht mehr dazu in der Lage ist, während einer Bewegung das Gleichgewicht durch andauernde Kompensation zu halten und zu stabilisieren. Der Erhalt der posturalen Kontrolle erfordert eine dynamische Aktivierung jener Muskeln, die situationsabhängig am besten geeignet sind, den Körper aufrecht gegen die Schwerkraft zu tragen. Daraus leitet sich die Bedeutung der Muskelkraft zur Aufrechterhaltung des Körpergleichgewichtes ab. Typische Alltagssituationen, in denen Stürze auftreten, sind z.B. Aktivitäten, die die Muskulatur der unteren Extremitäten beanspruchen wie z.B. der Sitz-Stand-Transfer, aber auch der Stand-Sitz-Transfer.

Wissenschaftliche Untersuchungen haben mittlerweile eindrucksvoll belegt, dass Krafttraining gerade bei älteren und gebrechlichen Menschen sehr effektiv ist und zur Besserung funktioneller Fähigkeiten sowie zur Verringerung der Sturzhäufigkeit beiträgt. Wesentlich dabei ist, dass ein Hypertrophietraining mit Verbesserung der Maximalkraft und Kraftausdauer durchgeführt wird. Als optimale Trainingsintensität gelten 2 bis 3 ein- bis zweistündige Therapieserien pro Woche mit mindestens 8-10 Wiederholungen pro Übung unter Einsatz eines 70 – 80%-igen Kraftmaximums. Das Krafttraining kann bei älteren Menschen mit individuell angepassten Gewichten sehr gut in der Gruppe durchgeführt

werden. Das Prinzip dieses progressiven Krafttrainings ist auch an unserer Klinik etabliert und ein wichtiger Bestandteil unseres Rehabilitationsprogrammes. Nimmt die Muskelkraft an den unteren Extremitäten deutlich zu, besteht eine gute Chance, dass die Aufrechterhaltung der posturalen Kontrolle nicht nur bei beabsichtigten, sondern auch bei unvorhergesehenen Veränderungen der Körperposition (z.B. beim Stolpern oder Stoßen) gewährleistet ist.

Aber auch unabhängig von der Sturzproblematik ist dem Krafttraining eine besondere Bedeutung beizumessen, weil bei den Hochbetagten das Phänomen der Sarkopenie sonst einen jährlichen Muskelverlust von etwa 3-4% erwarten lässt. Damit ist dieser Muskelverlust weit stärker ausgeprägt als beispielsweise bei einem 60-jährigen (jährlicher Muskelverlust 1-1,5 %). Faktoren wie Unterernährung, körperliche Inaktivität, Entzündungen und chronische Erkrankungen können diesen Vorgang weiter beschleunigen und innerhalb kürzester Zeit eine Hilfsbedürftigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens bewirken. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, die im Alter unabwendbare und individuell stark schwankende Sarkopenie durch regelmäßiges Training mindestens in dem Umfang entgegenzusteuern, dass daraus kein Krankheitscharakter entsteht und weiterhin ein unabhängiges Leben möglich ist.

Sehr problematisch ist schließlich, dass etwa die Hälfte aller gestürzten Personen Angst vor einem erneuten Sturz entwickeln und daher sinnvolle alltägliche Aktivitäten wie Einkaufen oder Spaziergänge einschränken oder gar aufgeben. Dies markiert dann den Eintritt in eine Abwärtsspirale der körperlichen Dekonditionierung, die durch den daraus resultierenden Kraft- und Mobilitätsverlust weitere Stürze begünstigt und zwangsläufig die Entstehung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit beschleunigt:

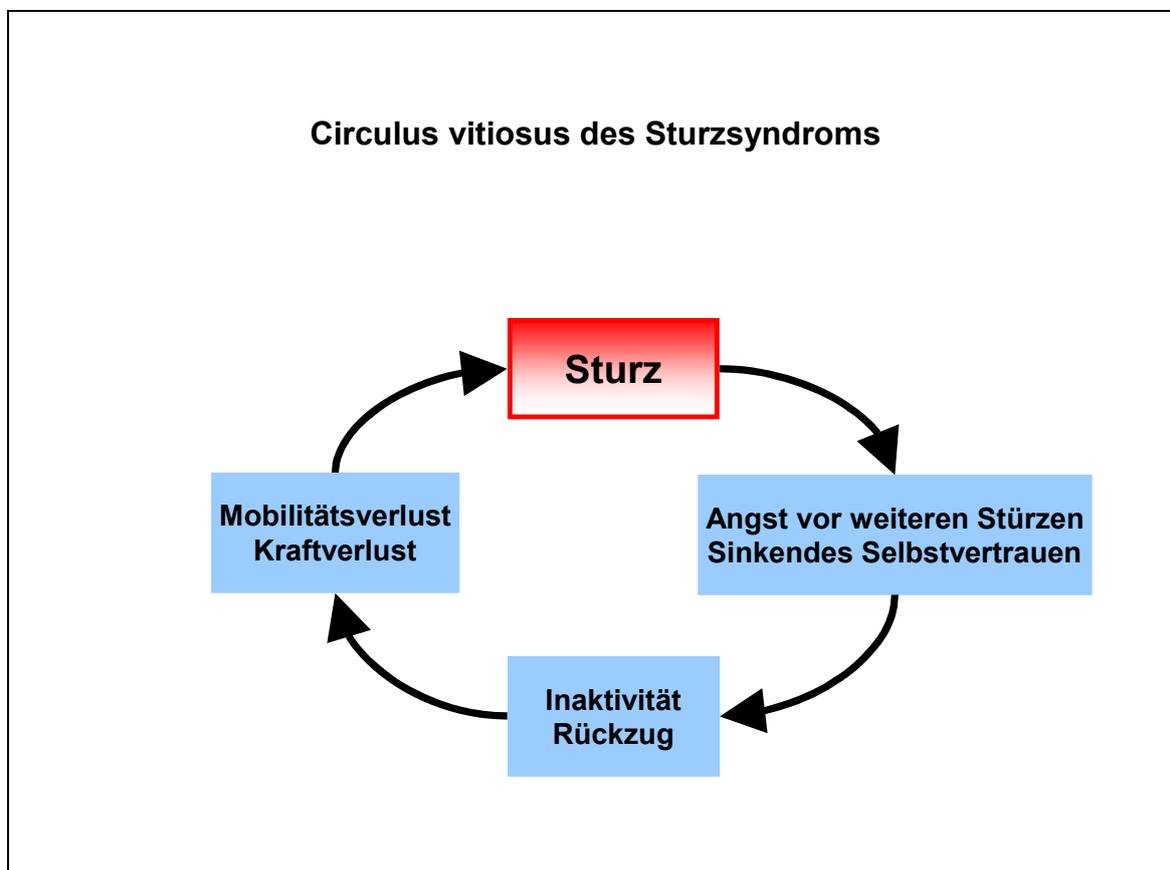


Abbildung 32

Ein weiteres Problem ist, dass die Sarkopenie oft mit einer Osteoporose, einer weiteren Ursache körperlicher Gebrechlichkeit im Alter, vergesellschaftet ist. Die häufigste Manifestation der Osteoporose ist die spontane Wirbelkörperfraktur, gefolgt von der Hüftfraktur und der Radiusfraktur. Bedenklich ist, dass die Osteoporose in Deutschland nach wie vor eine unterdiagnostizierte und untertherapierte Krankheit darstellt. Auch erfolgt bei vielen Osteoporose-Patienten die Diagnosestellung erst nach Eintreten der ersten Fraktur. Die Folge ist eine drohende Patientenkarriere, die durch chronische Schmerzen, Immobilität, soziale Isolation, Depression und Hilfs- und Pflegebedürftigkeit charakterisiert ist:

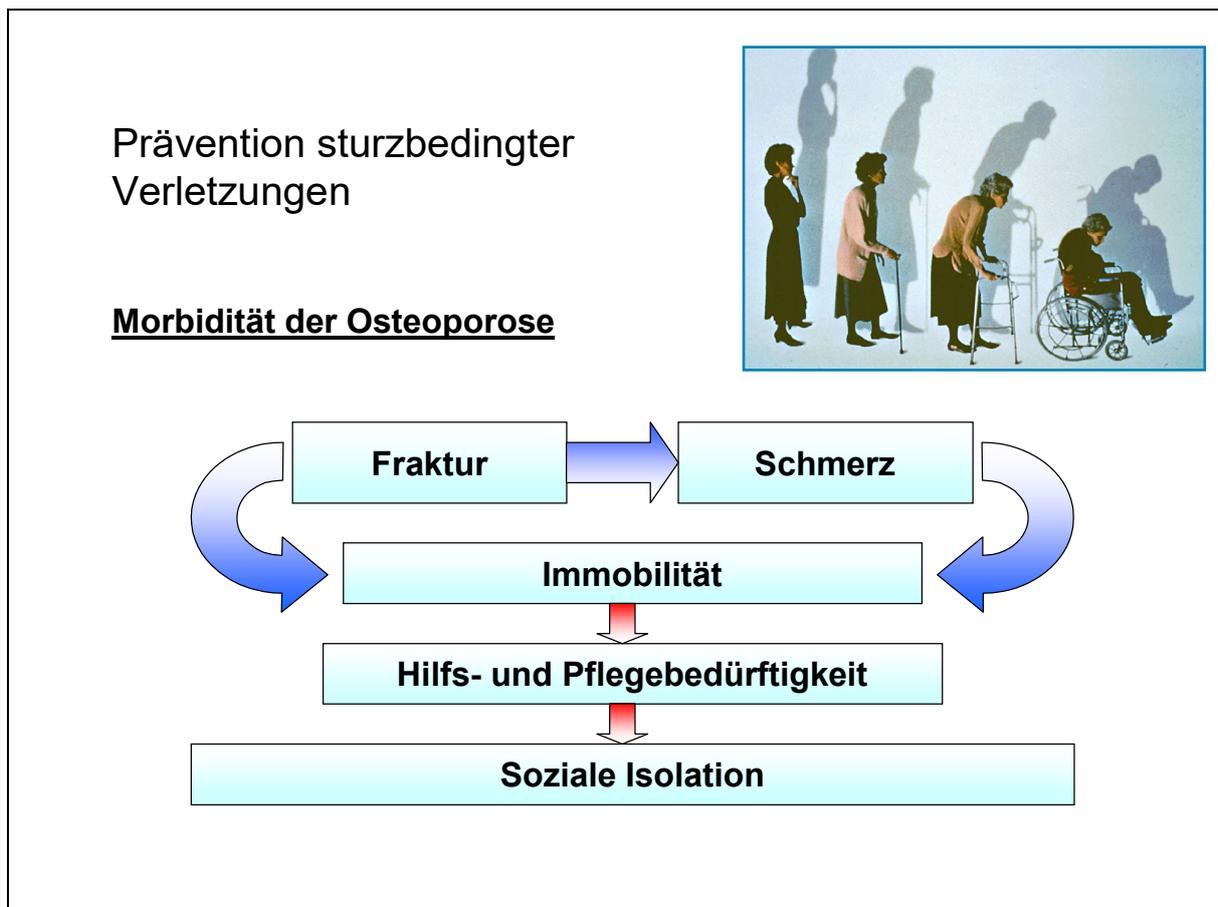


Abbildung 33

Etwa 50% aller Patienten mit hüftgelenksnaher Fraktur bleiben funktionell beeinträchtigt, benötigen also häusliche Pflege aufgrund einer fortbestehenden Hilfsbedürftigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens und/oder verlieren ihre Gehfähigkeit.

Die dargestellte Situation hat für uns zur Folge, dass wir uns der Prävention und Behandlung dieser Volkskrankheit mit hoher Aufmerksamkeit widmen und alle Möglichkeiten einer modernen evidenzbasierten Osteoporosetherapie in Betracht ziehen. Dabei orientieren wir uns an den Empfehlungen und Leitlinien der DVO. Neben einer ausreichenden nutritiven und ggf. substituierenden Grundversorgung mit Calcium steht dabei vor allem eine effektive Vitamin-D3-Zufuhr im Vordergrund. Speziell bei geriatrischen Rehabilitanden konnte anhand von Spiegelmessungen gezeigt werden, dass diese Klientel erhebliche bis massive Vitamin-D-Defizite aufweisen. Vitamin-D3-Gaben von 1000 I.E./die sind hier oft unzureichend, um den notwendigen Schwellenwert eines frakturpräventiven Vitamin-D-Spiegels von mehr als 30 ng/ml zu überschreiten. Nach heutiger Evidenz müssen bei geriatrischen Patienten häufig

2000-3000 I.E. Vitamin-D3 substituiert werden, damit ein wirksamer und frakturpräventiver Vitamin-D-Spiegel in adäquater Zeit erzielt werden kann.

Unabhängig vom Vorliegen einer Osteoporose gibt es Hinweise, dass sich die posturale Stabilität und neuromuskuläre Koordination unter Vitamin-D3-Gabe signifikant verbessert und über diesen Mechanismus zur Sturzreduktion beitragen könnte. Vitamin-D-Rezeptoren finden sich an vielen Stellen im Körper, darunter in der Skelettmuskulatur und im Gehirn, so dass zu vermuten ist, dass die physiologische Bedeutung von Vitamin D3 über seine bislang bekannte Rolle, der Regulierung des Calciumspiegels im Blut und des Knochenaufbaus, deutlich hinausgeht.

Weitere osteoprotektive Maßnahmen beinhalten die Nikotinabstinenz, einen reduzierten Alkoholkonsum sowie die rasche Mobilisierung und Aufrechterhaltung der körperlichen Aktivität. *Bisphosphonate* wie z.B. *Alendronat* oder *Risedronat* erweitern die medikamentöse Osteoporosetherapie, indem sie die Osteoklasten und damit den krankhaften Knochenabbau hemmen und zusätzlich das Frakturrisiko senken. Die wissenschaftliche Datenlage für den Einsatz von Bisphosphonaten ist auch bei den Hochbetagten mittlerweile gut und kann zumindest bei Patienten mit osteoporotischer Wirbelkörperfraktur und hüftgelenksnaher Fraktur als hinreichend evidenzbasiert gelten. In jüngster Zeit sind weitere neue Osteoporosemedikamente mit spezifischen Wirkprinzipien auf den Markt gekommen, die Hoffnung geben, dass sich mit ihnen diese Volkskrankheit noch wirksamer eindämmen lässt. Dazu zählt beispielsweise *Denosumab*, ein monoklonaler Antikörper, der hochselektiv die Osteoklastenbildung aus Vorläuferzellen hemmt, subcutan verabreicht werden kann und inzwischen auch als first line Therapie von Experten propagiert wird.

Für alle spezifischen Osteoporose-Medikamenten gilt, dass auch vielfältige Nebenwirkungen und Kontraindikationen beachtet werden müssen, so dass der Einsatz und die Anwendung dieser Präparate in die Hand osteologisch erfahrener Internisten, Geriater, Orthopäden oder Endokrinologen gehört.

Da die Umsetzung von Sekundärprävention zu den vornehmen Aufgaben einer Reha-Klinik gehört, gilt es Risikokonstellationen hinsichtlich des möglichen Vorliegens einer Osteoporose auch bei denjenigen Rehabilitanden zu beachten, die nicht wegen einer sturzbedingten Fraktur, sondern aus anderen Gründen eine geriatrische Rehabilitation erhalten. Zu diesen Risikokonstellationen zählen nachgewiesene Frakturrisikofaktoren wie z.B. eine positive Familienanamnese (maternale Hüftfraktur), ein Rückgang der Körpergröße um mehr als 4 cm, eine Steroidtherapie für die Dauer von mehr als 6 Monaten, ein BMI unter 20kg/m², eine rheumatoide Arthritis und eine Hyperthyreose. In diesen Fällen ist die weitere Abklärung durch eine Osteodensitometrie, die wir in Kooperation mit den orthopädischen Kollegen des MVZ Ehingen während der Rehabilitation veranlassen können, angezeigt.

10.4 Geriatrische Pharmakotherapie

Die Arzneimitteltherapie im höheren Alter wird von unseren Reha-Ärzten entsprechend den medizinischen Erfordernissen des Rehabilitanden sowie unter Beachtung unserer hausinternen Leitfadens *Prinzipien der Geriatrischen Pharmakotherapie* durchgeführt. Dabei soll geriatrische Pharmakotherapie möglichst evidenzbasiert, sicher und wirtschaftlich sein.

Die Gewährleistung einer sicheren Pharmakotherapie hat für uns hohe Priorität, weil beim geriatrischen Patienten *iatrogene Schäden* aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen sehr häufig sind. So konnte gezeigt werden, dass unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei den über 65-jährigen für jede vierte bis fünfte stationäre Krankenaufnahme verantwortlich sind. Diuretika, Digoxin, ACE-Hemmer, nichtsteroidale Antirheumatika, Antiaggregantien, Antidiabetika und Psychopharmaka spielen in diesem Zusammenhang die größte Rolle.

Aber auch die Indikationsstellung der Pharmakotherapie ist bei alten Menschen oft suboptimal. In der *Berliner Altersstudie* wurde beispielsweise eine erhebliche Prävalenz an Fehlmedikation (17%) und Untermedikation (24%) nachgewiesen.

Die durch die Multimorbidität verursachte Multimedikation trägt zu den beobachteten Phänomenen bei, da mit ihr das Risiko klinisch relevanter Arzneimittelinteraktionen nachvollziehbar steigt. So können drei Medikamente nur drei, vier Medikamente bereits sechs und fünf Medikamente schließlich zehn potentielle Interaktionen eingehen. Bei zehn Medikamenten sind gar 45 potentielle Interaktionen möglich. Ferner besteht ein reziproker Zusammenhang zwischen der Anzahl verordneter Medikamente und der Patientencompliance. So sinkt mit jedem zusätzlich verordneten Arzneimittel die Wahrscheinlichkeit einer korrekten Medikamenteneinnahme.

Angesichts der Tatsache, dass ältere Menschen die Hauptkonsumenten rezeptpflichtiger Medikamente sind (ca. ein Drittel aller über 75-jährigen nehmen dauerhaft vier oder mehr Medikamente ein), müssen Grundprinzipien der geriatrischen Pharmakotherapie besondere Beachtung finden. Leider geschieht dies in der täglichen Praxis oft nur unzureichend. So sind gerade beim geriatrischen Patienten Medikamentenüberdosierungen keine Seltenheit.

Die Pharmakokinetik aus auch die Pharmakodynamik werden durch den Alterungsprozess signifikant beeinflusst. Zum einen führen die reduzierte Körperflüssigkeit und der höhere relative Anteil an Körperfett im Alter bei vielen Medikamenten zu höheren Plasmaspiegeln und längeren Halbwertszeiten. Zum anderen kann es im Rahmen von Akuterkrankungen aufgrund einer reduzierten Proteinbindungskapazität zu einer erhöhten Bioverfügbarkeit zahlreicher Medikamente kommen. Ein weiterer möglicher Mechanismus für eine erhöhte Bioverfügbarkeit von Medikamenten ist die verminderte Leberenzymaktivität im Alter. Von dominanter Bedeutung ist schließlich die im Alter reduzierte Eliminationsfähigkeit nierengängiger Medikamente. Durch das gleichzeitige Vorliegen aller dieser Faktoren, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eines Auftretens von Arzneimittelintoxikationen erheblich.

Die reduzierte Eliminationsfähigkeit nierengängiger Medikamente beruht überwiegend auf eine herabgesetzte *glomeruläre Filtrationsrate (GFR)*, die altersbedingt zwischen dem 20. und 90. Lebensjahr um mehr als 50% abnimmt. Die renale Eliminationsrate hängt darüber hinaus vom renalen Plasmafluss und der Zahl funktionsfähiger Nephrone ab. Wesentlich ist in diesem Zusammenhang, dass das Serumkreatinin keinen verlässlichen Indikator für die

Nierenfunktion darstellt, denn aufgrund der deutlich reduzierten Muskelmasse im hohen Alter findet sich für dieses im Muskelgewebe anfallende Stoffwechselprodukt trotz deutlich eingeschränkter Nierenfunktion oft noch ein normaler Serumkreatininwert. Es empfiehlt sich daher bei allen geriatrischen Patienten eine zusätzliche Abschätzung der Kreatinin-Clearance (z.B. mit der Cockcroft-Formel), um eine relevant eingeschränkte Nierenfunktion nicht zu übersehen. Die Cockcroft-Formel leistet wertvolle Dienste bei der Anpassung der Medikamentendosis und berücksichtigt neben dem Kreatinin-Wert das Alter, das Geschlecht, die Körpergröße und das Körpergewicht des Patienten.

Aus geriatrischer Sicht ist schließlich zu betonen, dass die instrumentelle Fähigkeit zur Medikamenteneinnahme bei geriatrischen Patienten stets zu überprüfen ist. Viele ältere Menschen sind aufgrund von Sehstörungen, kognitiver Beeinträchtigung und feinmotorischer Behinderung nicht mehr in der Lage, ihre Medikamente korrekt einzunehmen. Auch dieser Umstand erhöht die Wahrscheinlichkeit von Fehlern und Versäumnissen und damit das Risiko prinzipiell vermeidbarer Organdekompensation.

Es bleibt also zusammenzufassen, dass iatrogene Schäden als Folge einer inadäquaten Pharmakotherapie ein ernstes Problem darstellen. Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland jährlich bis zu 20.000 Patienten an Pharmaka sterben und 7 % aller Todesfälle in mehr oder weniger kausalem Zusammenhang mit einer Arzneimitteleinnahme stehen. Ältere Menschen sind aufgrund der dargestellten Besonderheiten im Alter und dem höheren Interaktionsrisiko durch die Multimedikation besonders vulnerabel und stark gefährdet. Die Pharmakotherapie im höheren Alter ist damit eine besondere Herausforderung, die stets einer kritischen Abwägung zwischen Nutzen und potentiellm Schaden eines Medikamentes bedarf. Vor diesem Hintergrund erfolgt in unserer Klinik die Medikamentenverordnung immer auch unter besonderer Beachtung des besonderen Risikoprofils älterer Menschen. Dabei orientieren wir uns an die PRISCUS-Liste, an die STOPP-/START-Kriterien und an die FORTA-Klassifikation, die allesamt eine Bewertung potentiell inadäquater Medikamente für ältere Menschen vornehmen bzw. auch Therapiealternativen aufzeigen. Das Sturzrisiko, der Einfluss auf Kognition, die Nierenfunktion und die Restharnbildung sind immer wichtige Entscheidungskriterien, die wir bei der Auswahl von Medikamenten heranziehen. Für Medikamente mit engem therapeutischem Fenster nutzen wir schließlich das *Therapeutische Drug Monitorings* (TDM) zur sicheren Dosisfindung. Über potentielle Nebenwirkungen neu verordneter Medikamente werden unsere Rehabilitanden aufgeklärt. Dies gilt in besonderem Maße auch für die neuen oralen Antikoagulantien (NOAK).

Zur Gewährleistung einer sicheren Pharmakotherapie stellen wir uns stets folgende Fragen:

- ❖ Ist das Medikament wirklich indiziert?
- ❖ Kann das Medikamentenregime vereinfacht werden?
- ❖ Kann die Anzahl einzunehmender Medikamente verringert werden?
- ❖ Steht ein retardiertes und einmal täglich zu verabreichendes Medikament für die Verbesserung der Compliance zur Auswahl?

Zur Vermeidung unerwünschter Nebenwirkungen sind uns diese Leitsätze am wichtigsten:

- ❖ bei jedem neu verordneten Medikament wird mit einer niedrigen Dosis begonnen; die Steigerung der Dosis erfolgt allmählich bis zum gewünschten klinischen Effekt (*Start low – go slow*)
- ❖ jeder abrupte Entzug ZNS-wirksamer Medikamente wird vermieden; das Absetzen des Medikamentes erfolgt schrittweise durch Dosisreduktion über mehrere Tage

10.5 Infektionsprävention und -management

Die Gewährleistung moderner Standards der Infektionsprävention sowie ein gut koordiniertes Infektionsmanagement sind ein zentrales Anliegen unserer Einrichtung und dienen dem Schutz unserer Rehabilitanden und Mitarbeiter. Dieser Aufgabenstellung haben wir uns in der Vergangenheit in verschiedenen Aktivitäten, unter anderem auch in Projektarbeit, erfolgreich gestellt. Neben dem unternehmensweiten gültigen Hygieneplan wurden dabei auch ergänzende rehaspezifische Regelungen entwickelt, um wichtige Hygieneaspekte vor dem Hintergrund einiger Besonderheiten einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung (z.B. Gruppentherapien, Speisesaal, Therapiebereich, Trainingsgeräte und -material) adäquat zu berücksichtigen. Diese Hygieneaspekte sind vor allem in unserer *VA Allgemeine Hygiene auf Station* dargelegt.

Ferner wurden die rehaspezifischen Besonderheiten im *Umgang mit multiresistenten Erregern* in einer Verfahrensanweisung zusammengefasst. Der *Umgang mit infektiösen Durchfallerkrankungen* wurde in einer umfassenden Verfahrensanweisung so detailliert geregelt, dass ein strukturiertes Infektionsmanagement in jeder Phase des Geschehens möglich ist. Besondere Aufmerksamkeit haben wir dabei dem Norovirus-Management gewidmet, welches neben der Beschreibung von Hygiene- und Schutzmaßnahmen auch einen 10-Punkte-Maßnahmekatalog für das koordinierte Krisen- und Ausbruchmanagement beinhaltet. Zentrales Ziel ist hierbei, dass im Infektionsfall einer Verbreitung der betreffenden Erreger möglichst schnell Einhalt geboten wird. Ergänzend hierzu besteht eine VA Norovirus-Eindämmungsmanagement, die bereits alle prophylaktischen Maßnahmen beschreibt, die wir im Umgang mit Verdachtsfällen treffen.

Die Überprüfung der hygiesichernden Maßnahmen erfolgt in unserer Reha-Klinik durch regelmäßige Hygienebegehungen und Abklatschuntersuchungen. Allgemeine Hygiene-Schulungen (z.B. Flächendesinfektion, Händehygiene) und spezielle Hygieneschulungen (z.B. Lebensmittelhygiene) werden im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung (IBF) jedes Jahr von unseren Mitarbeitern wahrgenommen.

Die Desinfektionspläne hängen an den Arbeitsplätzen aus. Der vollständige Hygieneplan ist im Intranet bzw. QM-Handbuch hinterlegt und allen MitarbeiterInnen zugänglich.

11. Interne Kommunikation und Personalentwicklung

11.1 Interne Kommunikation

Maßgeblich für ein gutes Betriebsklima ist eine gut entwickelte Kommunikationskultur. Hierzu bestehen an unserer Einrichtung berufsinterne und berufsübergreifende Besprechungsforen, die in unserer *Reha-Besprechungsmatrix* (siehe QM-Handbuch) zusammengefasst sind. Nachfolgend wird nur auf die interdisziplinären Besprechungsforen eingegangen.

Zentraler Dreh- und Angelpunkt des interdisziplinären Informationsaustausches ist an unserer Klinik die *Rehakonferenz*, die einmal monatlich unter Beteiligung der Ärzte, des Pflegedienstes (Pflegedirektor und Stationsleitung), der Therapieleitungen (Physiotherapie und Ergotherapie), der Logopädie und Psychologie sowie des Sozialdienstes und des Reha-Sekretariats tagt. Im Mittelpunkt dieser Besprechung steht neben der Mitteilung der aktuellen Klinikbelegung und der Wartezeiten vor allem die Erörterung von Maßnahmen, die der Personalentwicklung, der Rehabilitandenversorgung, der Abstimmung und Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Umsetzung unserer Qualitätsziele dienen.

Im Bereich der Klinikleitung finden zwischen dem Chefarzt und der Geschäftsführung bei Bedarf *Rücksprachen* und *Jahresgespräche* statt. Darin werden vor allem Fragen der strategischen Zielplanung, betriebswirtschaftliche Ergebnisse, die Abklärung notwendiger Investitionen und ggf. Personalfragen betreffend der mittleren Leitungsebene erörtert.

Für die rehainterne QM-Organisation und Aufgabenverteilung ist die *QM-Lenkungsgruppe* (siehe Übersicht „Beauftragte Personen“ im QMH) zuständig. Dieses Gremium tagt nach Bedarf.

Schließlich findet mindestens einmal jährlich eine *Vollversammlung* statt, an der alle Mitarbeiter unserer Einrichtung teilnehmen. Die Vollversammlungen dienen der internen Kommunikation unserer ökonomischen und qualitätsbezogenen Ergebnisentwicklung (interne und externe Qualitätssicherung) sowie der Erläuterung unserer Zielplanung (z.B. Qualitätsziele), geplante Projekte, Investitionen und strategischen Vorhaben.

Sämtliche Beschlüsse und Maßnahmen der interdisziplinären Besprechungen werden in Ergebnisprotokollen festgehalten und sind im EDV-Netz für jeden Mitarbeiter abrufbar. Zudem wird auch per e-mail auf die Protokolle hingewiesen. Für jeden Mitarbeiter besteht diesbezüglich eine Holschuld bzw. selbstorganisierte Informationspflicht.

Durch die Integration der Geriatrischen Reha-Klinik Ehingen in das Gesundheitszentrum Ehingen besteht unter anderem auch eine ständige Teilnahme an folgenden Kommissionen:

- ❖ Krankenhausleitung
- ❖ Arzneimittelkommission
- ❖ Hygienekommission
- ❖ Transfusionskommission

11.2 Personalentwicklung

Für eine teilhabeorientierte Arbeitswelt ist es erforderlich die Mitarbeiter aktiv in die Entwicklungen mit einzubeziehen. Dies bedarf einer vorausschauenden Personalplanung und der Entwicklung der beruflichen Potentiale der Mitarbeiter. Dabei gilt es ein möglichst verbindliches, innovatives, stetiges Arbeitsklima zu schaffen, in dem jeder Mitarbeiter bereit ist, seine Ideen und Möglichkeiten einzubringen.

Gleichzeitig muss überprüft werden, in welchem Umfang ärztliche und nichtärztliche Aufgaben an andere und eventuell neue Berufsgruppen abgegeben werden können. Beispiele hierfür sind an unserer Klinik medizinische Fachangestellte (Reha-Assistenz) oder die Beschäftigung von Therapiehelfer.

Auf Grund des demographischen Wandels wird das Durchschnittsalter der Mitarbeiter steigen. Ältere Arbeitnehmer sind für die Abteilung von großer Bedeutung. Sie bringen Erfahrung mit und vermögen Wichtiges von Unwichtigem oft gut zu unterscheiden. Jüngere Arbeitnehmer zeigen Neugier und sind meist offen für Veränderungsprozesse. Teams aus unterschiedlichen Altersgruppen sind besonders leistungsfähig. Neugier und Erfahrung werden gleichermaßen benötigt, um die Aufgaben erfolgreich bewältigen zu können.

Die Gewinnung von neuen Mitarbeitern und die Entwicklung und Förderung von Mitarbeitern sind von zentraler Bedeutung. Hierzu werden die internen Fortbildungen ebenso genutzt wie externe Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Beispielhaft erwähnt seien der Erwerb von spezifischen Behandlungstechniken, die Teilnahme an geriatrischen Basisqualifikationen (ZERCUR Geriatrie) und die Teilnahme an Fachkongressen und Reha-Messen. Ergänzend hierzu wird den Mitarbeitern der Erwerb von Methodenkompetenz ermöglicht, z.B. im Bereich des Projektmanagements oder eine Auditor-Ausbildung. Auch besteht die Möglichkeit zu Hospitationen an anderen Kliniken.

Besonders wichtig ist uns schließlich die Diversifizierung von Spezialwissen innerhalb des interdisziplinären Teams. Jeder Mitarbeiter soll die Möglichkeit bekommen, sich innerhalb seines Wirkungsbereiches themenspezifische Kompetenzen anzueignen und dadurch zu einem „Experten“ auf diesem Gebiet zu werden.

Das Qualifikationsprofil unseres Teams ist im EDV-Netz in einer Qualifikationsmatrix hinterlegt. Ferner werden zentrale Maßnahmen zur Personalentwicklung auch in unserer Jahreszielplanung (Strategie-Karte) visualisiert (siehe Abbildung 34).

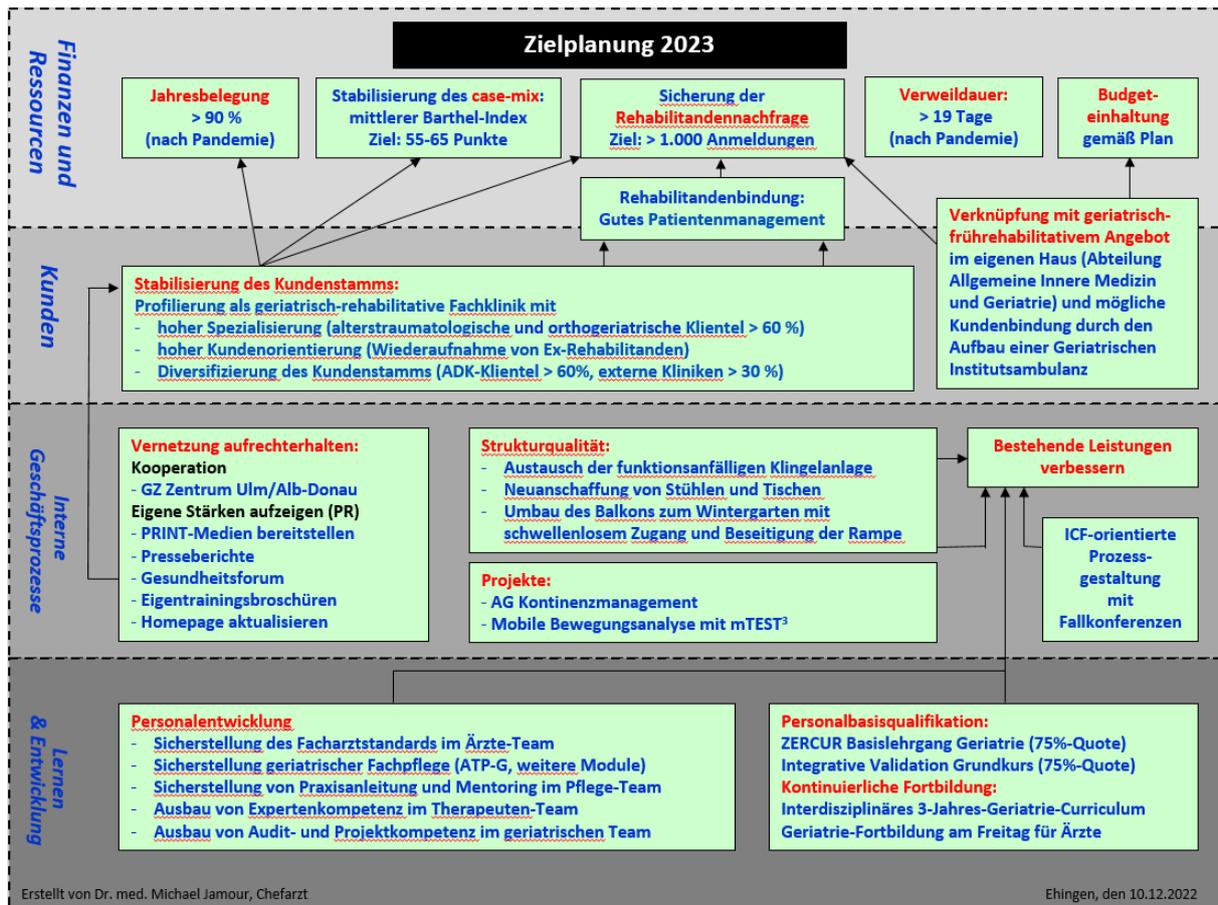


Abbildung 34

Unser gesamtes Fortbildungskonzept ist in einer Verfahrensanweisung beschrieben und im QM-Handbuch hinterlegt.

Wir unterscheiden:

- ❖ *Innerbetriebliches Fortbildungsprogramm (IBF)* der ADK GmbH für Gesundheit und Soziales, das jährlich erstellt wird und auch die gesetzlich vorgeschriebenen Pflichtfortbildungen berücksichtigt (teilweise auch im e-Learning-Format)
- ❖ *Betriebsinternes 3-Jahres-Geriatrie-Curriculum* und *geriatrische Fortbildungen*, die im IBF integriert sind
- ❖ *Externe Fortbildungen*, die dem Erwerb einer speziellen Fachexpertise bzw. Behandlungstechnik dienen

Jeder Mitarbeiter ist im Besitz eines Fortbildungsheftes, in dem er eigenverantwortlich seine Fortbildungsaktivitäten festhält. Die Teilnahme an den externen Fortbildungen wird darin durch den Fachvorgesetzten bescheinigt, während die Teilnahme an den internen und unternehmensweiten Fortbildungen vom Dozenten bestätigt wird. Alle Fortbildungsaktivitäten werden gemäß einer definierten Punktesystematik bewertet. Die Gesamtzahl der am Ende eines Kalenderjahres erreichten Fortbildungspunkte lassen erkennen, ob die Fortbildungen im gewünschten Umfang wahrgenommen werden konnten. Als Grundlage für diese Evaluation dient hier vor allem das Mitarbeiterjahresgespräch.

Unter den externen Fortbildungen hat der curriculäre Lehrgang "ZERCUR Geriatrie" einen besonderen Stellenwert, weil sich dieser Lehrgang explizit an das interdisziplinäre geriatrische Team richtet und geriatrische Basiskompetenzen vermittelt. Der Lehrgang eignet sich daher besonders für neue Mitarbeiter, die einen raschen und kompakten Überblick über die Handlungsfelder der Geriatrie gewinnen sollen.

"ZERCUR Geriatrie" wurde auf Initiative des Bundesverbandes Geriatrie konzipiert. Dabei haben wir an der inhaltlichen Ausgestaltung dieses Curriculums von Anfang an mitgewirkt. Dem 9-tägigen Lehrgang schließt sich eine Hospitation an einer Geriatrischen Klinik und die Bearbeitung eines Fallbeispiels an. Bei erfolgreicher Teilnahme wird vom Bundesverband Geriatrie ein Zertifikat ausgestellt.

Für die reihinterne Durchführung unserer Fort- und Weiterbildungen stehen uns geeignete Vortrags- und Seminarräume einschließlich moderner Präsentationstechnik zur Verfügung. An Printmedien existieren Fachbücher und klinikeigene Fachzeitschriften, die rund um die Uhr genutzt werden können. Durch das Internet besteht ferner für alle Mitarbeiter ein Zugriff auf wissenschaftliche Datenbanken wie z.B. MEDLINE (PubMed) sowie auf die Leitlinien der Fachgesellschaften (z.B. AWMF). Die für die Geriatrie wichtigsten Leitlinien sind zudem im QM-Handbuch hinterlegt und werden dort in regelmäßigen Abständen eingepflegt.

12. Leitlinien und Standards

Wir wenden Medizin, Therapie und Pflege auf der Grundlage evidenzbasierten Wissens an. Das bedeutet, dass wir uns bei der Erstellung unserer eigenen hausinternen Standards an den Leitlinien der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften anlehnen. Neben den deutschsprachigen Leitlinienveröffentlichungen der AWMF (*Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften*) stellen vor allem die *Clinical Guidelines* der AGS (*American Geriatrics Society*), der BGS (*British Geriatrics Society*), der SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*) und des NICE-Instituts (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) wertvolle Arbeitshilfen für uns dar.

Wie bereits unter 9.2.4. dargestellt, konnten mit der Herausgabe des Praxisleitfadens „Geriatrisch-rehabilitatives Basis-Management“ (GRBM) wesentliche Eckpunkte dieser Leitlinien unter Berücksichtigung von Multimorbidität und geriatrietypischer Syndrome für das interdisziplinäre Behandlungsteam praxisnah aufbereitet werden.

Im Pflegebereich sind es für uns vor allem die nationalen Expertenstandards des DNQP, die hier die Richtschnur unseres Handelns darstellen.

13. Indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte

Die evidenzbasierte Basis der Rehabilitation älterer Menschen ist noch relativ begrenzt. Der Einsatz von Leitlinien, Standards und klinischer Behandlungspfade ist daher überwiegend auf Konsensverfahren und nicht auf kontrollierte Studien gegründet. Allerdings wurde in einem systematischen Review 2010 basierend auf einer Meta-Analyse mit mehreren tausend Patienten festgestellt, dass die geriatrische Rehabilitation erfolgreich arbeitet und signifikante Effekte erzielt (*Stefan Bachmann, Christoph Finger, Anke Huss, Matthias Egger, Andreas E*

Stuck, KerriMClough-Gorr: Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials BMJ 2010;340:c1718). Die Behandlung war hier gegenüber einer konventionellen Therapie deutlich überlegen (siehe auch 9.2.4). Damit ist die Evidenz gegenüber vielen anderen Behandlungsverfahren wesentlich besser belegt.

Generell gilt, dass indikationsspezifische Behandlungsaspekte unter gleichzeitiger Würdigung der ICF und Individualität des geriatrischen Rehabilitanden mitberücksichtigt werden müssen. Wie dies aussehen kann, haben wir mit dem von uns entwickelten *Leitfaden zur Rehabilitation von geriatrischen Patienten mit Parkinson-Syndrom unter besonderer Berücksichtigung der ICF* exemplarisch dargestellt. Drei weitere Beispiele einer indikationsspezifischen Behandlungsplanung finden sich im Anhang.

14. Qualitätssicherung

14.1 Interne Qualitätssicherung

Durch Methoden der internen Qualitätssicherung gewährleisten wir eine Evaluation unserer Arbeit am Rehabilitanden und unserer Reha-Prozesse und schaffen hierdurch die Grundlagen für eine kontinuierliche Verbesserung unserer Prozessabläufe.

Derzeit setzen wir vor allem folgende Verfahren zur internen Qualitätssicherung ein:

- Barthel-Index und Risk-Score (seit 2002)
- Sturzstatistik (seit 2004)
- Hygienekontrollen (seit 2006)
- Dekubitusinzidenzen (seit 2007)
- Interne Audits (seit 2007)
- Kennzahlenmatrix (seit 2008)
- Fortbildungsmonitoring (seit 2008)
- Komplikationsstatistik (seit 2008)

Im Zentrum der Rehabilitandenevaluation steht vor allem das Reha-Outcome (Ergebnisqualität). Dabei geht es neben der individuellen (subjektiven) Reha-Zielevaluation auch um die Anwendung objektiver Messverfahren des geriatrischen Assessments, um Veränderungen funktioneller Fähigkeiten mit Hilfe physikalischer Parameter zu dokumentieren und ggf. Rückschlüsse bezüglich der Zielgenauigkeit der von uns eingesetzten Therapieressourcen zu erhalten.

Eine alltagsbezogene Evaluation aller Prozessabläufe geschieht darüber hinaus durch die Stations- und Teamvisiten (Evaluation des Erreichungsgrades bezüglich der definierten Reha-Ziele), durch das Besprechungswesen (z.B. Fehleranalysen), die Projektgruppenarbeit (z.B. Problemanalysen) und die Durchführung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (Feststellung von Wissenslücken).

14.2 Externe Qualitätssicherung

Als externes Qualitätssicherungsverfahren kommt in unserer Klinik seit 2004 der Kollektive Datensatz (KODAS) zur Anwendung. KODAS ist eine standardisierte Zusammenstellung von Daten zur geriatrischen Rehabilitation, die von Rehabilitanden in den Kliniken der Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrie Baden-Württemberg erhoben werden. KODAS ist ein freiwilliges externes Qualitätssicherungsverfahren.

Als gesetzlich vorgeschriebenes externes Qualitätssicherungsverfahren wurde inzwischen auch das von der GKV getragene QS-Reha[®]-Verfahren etabliert, wobei neben der bereits etablierten Erhebung der Strukturqualität nun auch erste Daten zur Ergebnisqualität der geriatrischen Rehabilitation seit 2020 vorliegen.

Zielsetzung von KODAS ist es, die **Rehabilitandenkollektive** und Rehabilitationsergebnisse der beteiligten Kliniken so zu beschreiben, dass Vergleiche der Kliniken untereinander möglich werden. Der Datensatz enthält neben administrativen Fakten zum Ablauf der Rehabilitation Angaben zum nosologischen, psychosozialen und funktionellen Gesamtzustand der Rehabilitanden zu Beginn und zum Abschluss einer geriatrischen Rehabilitation.

Die besondere Aufgabenstellung der geriatrischen Kliniken ergibt sich aus dem medizinisch-funktionellen Status der Rehabilitanden, der in KODAS mit wissenschaftlich bewährten Assessmentverfahren beschrieben wird. Um die Objektivität der Daten zu gewährleisten, beruhen die KODAS-Daten vornehmlich auf Messverfahren, deren Testgütekriterien belegt sind.

Die Besonderheiten der geriatrischen Rehabilitation werden durch die KODAS-Daten erkennbar und quantifizierbar. KODAS gibt durch standardisierte Anwendung etablierter geriatrischer Assessmentinstrumente den kollektiven Verlauf der Geriatrischen Rehabilitation wieder, und ist damit ein Instrument zur Beschreibung der **Ergebnisqualität einer Klinik**. KODAS dient, wie der Name ausdrücklich betont, nicht der medizinischen Entscheidungsfindung zu einzelnen Rehabilitanden, sondern zur Beschreibung von Rehabilitandenkollektiven verschiedener Kliniken.

KODAS ist als Messinstrument zur kollektiven Ergebnisqualität Teil eines umfassenden Qualitätsmanagements, in dem Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abgebildet werden.

Die **Strukturqualität** der Geriatrischen Rehabilitationskliniken Baden-Württembergs wird seit 2012 durch das QS-Reha[®]-Verfahren geprüft.

Die **Prozessqualität** wird durch standardisierte Arbeits- und Prozessabläufe sichergestellt, und im Zuge der gesetzlich vorgeschriebenen (Re-)Zertifizierungen (z.B. KTQ[®]) regelmäßig einer Überprüfung unterzogen und dabei auch weiterentwickelt.

Sämtliche Ergebnisse der bei uns eingesetzten objektiven Messverfahren einschließlich der KODAS-Daten werden an unserer Klinik dezentral von jeder Berufsgruppe in GERIDOC eingepflegt. Die Vollständigkeit der Dateneingabe wird durch die Reha-Assistenz überprüft.

Die strukturierte Befragung der Rehabilitanden und deren Angehörigen ist von besonderer Bedeutung, um die Qualität zu sichern und weiterzuentwickeln. Seit 2006 führen wir an unserer Klinik dazu professionelle **Rehabilitandenbefragungen** durch, die extern ausgewertet werden und einen Vergleich mit anderen geriatrischen Reha-Einrichtungen (benchmark) ermöglichen. Alle bisherigen Auswertungen weisen hier bei sehr guten Rücklaufquoten von mehr als 50% stets überdurchschnittliche Ergebnisse aus.

Sämtliche Auswertungsberichte zu den Befragungen stehen allen Mitarbeitern zur Verfügung und können im EDV-Netz eingesehen werden.

15. Qualitätsmanagement

Die strukturellen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Rehabilitation gemäß des Landesgeriatriekonzepts Baden-Württemberg sind in unserer Klinik gegeben. Die Umsetzung professioneller Standards in Medizin, Therapie und Pflege ist hierdurch möglich. Wir handeln nach anerkanntem Expertenwissen auf evidenzbasierter Grundlage und orientieren uns hierbei eng an den Leitlinien der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und an den nationalen Pflege-Expertenstandards des DNQP. Beides fließt in unsere klinikinternen Standards, Behandlungspfade und klinische Algorithmen (SOP) ein. Schließlich ist die Gewährleistung des Facharztstandards rund um die Uhr gegeben.

Standardisierte Dokumentationsvorgaben für alle Berufsgruppen unterstützen auf der operativen Ebene eine qualitativ hochwertige Rehabilitandenversorgung. Die Eigenverantwortung des Rehabilitanden und die Mitwirkung der Angehörigen sind fester Bestandteil unseres interdisziplinären Rehabilitationskonzepts. Bei allen Standards vergessen wir dabei nie, dass unser evidenzbasiertes Handeln immer auch individuell an die vorhandenen Bedürfnisse und Ressourcen unserer Rehabilitanden angepasst werden muss.

Die bewusste Entscheidung zur Implementierung eines Qualitätsmanagementverfahrens haben wir in 2005 getroffen. Dabei haben wir uns für das QM-Modell KTQ® entschieden. Unabhängig von der Wahl des QM-Modells betrachten wir Qualitätsmanagement als permanenten Prozess der kritischen Auseinandersetzung mit unseren Handlungen. Durch ständiges Lernen und Überprüfen streben wir eine Optimierung der Prozessabläufe in unserer Klinik an. Alle Maßnahmen, die die Qualität sichern und weiterentwickeln, werden im Rahmen der internen und externen Qualitätssicherung auf ihre Wirksamkeit überprüft und unseren Mitarbeitern in den berufsinternen Besprechungen sowie in den Vollversammlungen rückgemeldet. Leistungsbereitschaft und der Wille zu einer ständigen Verbesserung unserer Arbeit sind für uns eine entscheidende Grundhaltung, um die hohe Betreuungs- und Behandlungsqualität auch nachhaltig zu gewährleisten. Die hohe Akzeptanz unserer Einrichtung in der Bevölkerung zeigt uns, dass wir hier auf dem richtigen Weg sind.

In unserer Klinik wird ganz bewusst der Klinikführung und mittleren Leitungsebene die Gesamtverantwortung für die Entwicklung und Umsetzung des Qualitätsmanagements übertragen. Sie entscheidet in der QM-Lenkungsgruppe (siehe 11.1) sowohl über Grundsatzfragen als auch über einzelne konkrete QM-Aktivitäten und QM-Maßnahmen. Allerdings beziehen wir die Mitarbeiter bei den QM-Aktivitäten und QM-Maßnahmen aktiv mit ein und fördern hierdurch nicht nur ein Qualitätsbewusstsein, sondern vor allem auch ein Verständnis für die Methodik (PDCA-Zyklus), mit der wir Verbesserungszyklen systematisch

und wirksam in Gang setzen können. So übernehmen beispielsweise Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen Aufgaben im Rahmen des internen Auditwesens.

15.1 Der PDCA-Zyklus

Der PDCA-Zyklus unserer Klinik ist der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen. Der Soll-Ist-Vergleich der Reha-Prozesse und die daraus abgeleiteten Maßnahmen sind dann vornehmlich Diskussionsgegenstand der jährlichen Geriatrie-Klausurtagung (siehe 15.5) und der monatlichen Reha-Konferenzen.

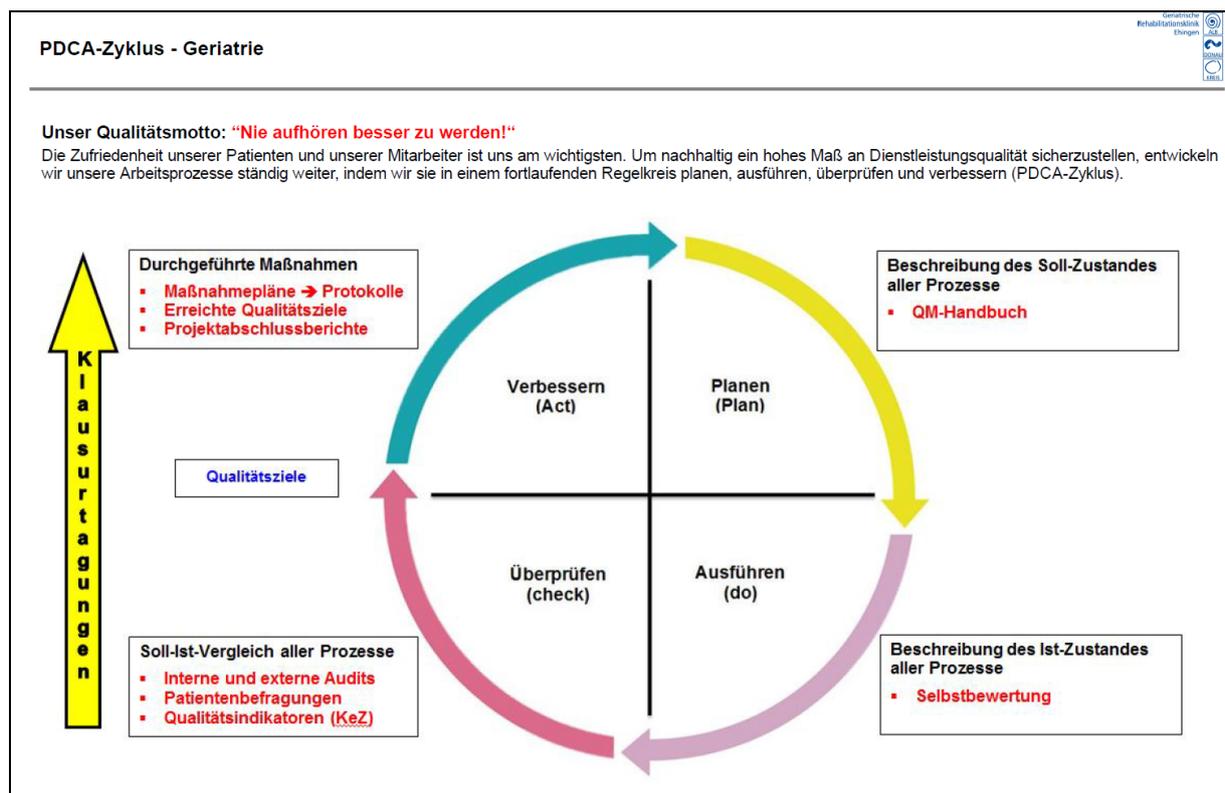


Abbildung 35

15.2 Das QM-Handbuch

Im QM-Handbuch sind unsere geplanten Prozess-Abläufe in Form von Verfahrensanweisungen/SOPs, Standards und Checklisten sowie Merkblätter beschrieben. Das QM-Handbuch ist im Intranet integriert. Alle Reha-Mitarbeiter wurden zuletzt in 2022 intensiv in der Anwendung des QM-Handbuchs sowie Intranets geschult.

15.3 Meinungs-, Fehler- und Risikomanagement

Meinungen (Lob und Beschwerden) werden als essentieller Bestandteil des Qualitätsmanagements verstanden. An erster Stelle steht immer die Miteinbeziehung des Rehabilitanden und der Angehörigen. Dabei gilt es stets den Beschwerdegrund exakt zu erfassen, den kurzen Dienstweg zu beschreiten und ohne Zeitverzug gemeinsam nach möglichen Lösungswegen zu suchen.

Jahresaktuell werden die Meinungen auch gesammelt und nach erfolgter Auswertung durch das zentrale Qualitätsmanagement in der Geriatrie-Klausurtagung erörtert. Diese entscheidet dann über weitere Maßnahmen und darüber, welche Personen bzw. unterstützenden Prozesse (z.B. Technik) zur Behebung des Problems ggf. miteinbezogen werden müssen.

Auf der Grundlage einer strukturierten Fehler- und Risikostrukturanalyse sind die häufigen Gefahrenpotentiale an unserer Klinik bekannt. Dazu zählen beispielsweise Stürze, Medikationsfehler oder die Übertragung von Infektionen (z.B. Norovirus). Entsprechende Präventivmaßnahmen wurden daraufhin entwickelt, um diese Risiken zu minimieren, beispielsweise eine risikoadaptierte Sturz- und Frakturprävention in der Pflege einschließlich der Versorgung von Hochrisikopatienten mit Hüftprotektoren, die Einführung des Vier-Augenprinzips bei der Vorbereitung und Bereitstellung der Medikamente sowie der bereits erwähnte 10-Punkte-Maßnahmekatalog für das Krisen- und Ausbruchsmanagement bei positivem Norovirus-Nachweis und das Norovirus-Eindämmungsmanagement bei Verdachtsfällen.

Neben diesen Maßnahmen der Fehlerprävention greifen wir ggf. auf Fallkonferenzen zurück, wenn es z.B. zu (Beinahe-)Fehlern mit erheblichen Konsequenzen kommt. Ziel ist die Entwicklung einer gemeinsamen Fehlerpräventionskultur und der offene Umgang mit (Beinahe-)Fehlern. Dazu zählt auch, dass Rehabilitanden und Angehörige bei Fehlern von den leitenden Mitarbeitern informiert werden. Das C.I.R.S.-Verfahren ist im Intranet etabliert und steht jedem Mitarbeiter zur Verfügung.

15.4 Projektmanagement

Bei komplexen Problemstellungen werden ggf. Projektarbeitsgruppen gebildet, die an schriftlich ausformulierten Zielaufträgen (Projektvereinbarungen) arbeiten. Die Ergebnisse der abgeschlossenen Projekte werden in der Vollversammlung bzw. in Projektpräsentationen vorgestellt. Die Umsetzung der Projektziele wird wiederum zu Teilen in den Audits überprüft und dabei der Erreichungs- und Durchdringungsgrad festgestellt.

Mehrere Projekte konnten in den letzten Jahren erfolgreich an unserer Klinik installiert und umgesetzt werden (siehe auch *Meilensteine der Qualitätsentwicklung* unter 1.).

15.5 Reha-Klausurtagung und Managementbewertung

Einmal jährlich findet eine Reha-Klausurtagung statt, die der berufsübergreifenden Analyse der internen und externen Ergebnismessungen sowie der Qualitätszielplanung und der Managementbewertung dient. Der teilnehmende Personenkreis rekrutiert sich dabei

überwiegend aus den Mitgliedern der Reha-Konferenz. Die Agenda der Klausurtagung hat üblicherweise die folgende Struktur:

I. Managementbewertung

- A. Analyse durch externe Begutachter
 - 1. MDK-Begehung
 - 2. KTQ-Visitation
 - 3. QS-Reha-Verfahren
 - 4. Gesundheitsamt

- B. Analyse der Ergebnismessungen mit externem Vergleich (benchmark)
 - 1. Rehabilitandenbefragungen (CONSORT + QS-Reha)
 - 2. KODAS
 - 3. Qualitätsindikatoren (QS-Reha)

- C. Analyse der Ergebnismessungen im internen Vergleich
 - 1. Qualitätsindikatoren (eigene Kennzahlen)
 - 2. Interne Audits
 - 3. Hygienebegehungen
 - 4. Dekubitus-, Sturz-, NKI- und Komplikationsstatistik

- D. Evaluation der Qualitätsziele, strategischen Ziele und Personalentwicklung (Strategy-Map) einschließlich Betriebsergebnis

II. Zielplanung

- A. Erhalt und Weiterentwicklung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
 - 1. Infrastruktur (Investitionsgüter, Organigramme, Besprechungswesen)
 - 2. Personalentwicklung und Personaleinsatzplan
 - 3. Erarbeitung einer Zielplanung für das Folgejahr (incl. Priorisierung)

- B. Planung interner Ergebnismessungen für das Folgejahr

- C. Interdisziplinärer Terminplan für das Folgejahr

Sämtliche Ergebnisse der Reha-Klausurtagung (Analyse und Zielplanung) werden in einem Protokoll festgehalten und allen Mitarbeitern der Reha-Klinik per e-mail zur Verfügung gestellt. In der darauffolgenden Vollversammlung wird die Zielplanung nochmals allen Mitarbeitern durch die Teilnehmer der Klausurtagung präsentiert.

15.6 Beziehungen zu Behandlern und Selbsthilfeorganisationen

Selbsthilfeorganisationen wie z.B. die Schlaganfall-Selbsthilfegruppe Ehingen oder die Demenz-Selbsthilfegruppe Ehingen werden vor allem über neue Therapieangebote, Projekte oder Vortragsreihen (z.B. Gesundheitsforum) angesprochen. Auf Wunsch werden den Selbsthilfegruppen auch unsere Räumlichkeiten für Zusammenkünfte zur Verfügung gestellt. Unser Sozialdienst stellt auf Wunsch von Rehabilitanden den Erstkontakt zu den Leitern einer zu seinem Bedarf passenden Selbsthilfegruppe her und gibt Erstinformationen weiter.

Ein Kontakt mit den Nachbehandlern findet im Rahmen von Fortbildungen und Qualitätszirkeln sowie im Rahmen gemeinsamer Aktionen mit Ärztenetzen wie z.B. der Kreisärzteschaft statt.

15.7 Beziehungen zu Leistungsträgern

Die Kooperation mit unseren Zuweisern ist vielschichtig. Hier ist vor allem das regelmäßige persönliche Gespräch der Sekretärinnen und der leitenden Ärzte von Bedeutung. Auch folgten in der Vergangenheit die Sozialdienste der häufigen Zuweiser den Einladungen unserer Klinik. Gleiches gilt auch für die Kontakte mit den Krankenkassen und dem MDK, die kontinuierlich gepflegt werden.

Durch die Verbandsarbeit des Chefarztes bei der LAG Geriatrie Baden-Württemberg, dem BWKG-Fachausschuss Geriatrie und dem Bundesverband Geriatrie e.V. bestehen darüber hinaus überregionale Kontakte, um das Geriatriekonzept mit den daran beteiligten Partnern weiterzuentwickeln und den fachlichen Austausch zu fördern.

ANHANG A

Musterbeispiel: **Der geriatrische Rehabilitand mit muskuloskelettaler Erkrankung**

Der geriatrische Rehabilitand mit muskuloskelettaler Erkrankung benötigt eine stationäre Rehabilitation meist als Folge einer sturzbedingten Verletzung (hüftgelenksnahe Fraktur, proximale Oberarmfraktur, Wirbelkörperfraktur, Beckenfraktur). In den meisten Fällen resultiert hier die Notwendigkeit einer operativen Versorgung, aus der sich die Rehabilitationsbedürftigkeit begründet. Für das Grundverständnis der Rehabilitationsplanung ist nun wichtig, dass das Ereignis „Fraktur“ als *Krankheitsfolge* der Ursache „Sturz“ begriffen wird. Das bedeutet, dass bei der Rehabilitation sturzbedingter Verletzungen nicht nur die funktionelle Nachbehandlung der Fraktur, sondern auch sekundärpräventive Maßnahmen wie die Mitbehandlung einer oft bestehenden Osteoporose und wirksame Vorkehrungen zur Sturz- und Frakturprophylaxe im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen stehen.

Neben diesen alterstraumatologischen Indikationen stellen auch degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates eine geriatrische Rehabilitationsindikation dar, wenn gleichzeitig die Kriterien einer geriatritypischen Multimorbidität (geriatrische Syndrome) erfüllt sind. Nachfolgend sind Zielsetzungen und Maßnahmen einer muskuloskelettalen Rehabilitation skizziert wie sie bei geriatrischen Patienten nach künstlichem Kniegelenkersatz zur Anwendung kommen können.

Die Indikation zu einer Knie-TEP-Implantation wird bei hochgradig deformierter und schmerzhafter Gonarthrose gestellt. Eine totale Endoprothese des Kniegelenks beschreibt den vollständigen Ersatz des echten Kniegelenks. Dabei gibt es verschiedene Arten von Implantaten, die zum Einsatz kommen. Abhängig von Art und Umfang der Schädigung wählt der Chirurg eine passende Endoprothese aus. So wird zum Beispiel zwischen dem Oberflächenersatz und der achsgeführten Knieprothese unterschieden. Während die achsgeführte Knie-TEP durch einen langen Keil in den beteiligten Knochen befestigt und zementiert wird, sitzt der Oberflächenersatz den Knochen auf. Die achsgeführte Knie-TEP kommt in erster Linie zum Einsatz, wenn kein gesunder Bandapparat mehr zur Verfügung steht.

Die Einflussfaktoren auf den Behandlungsverlauf nach Knie-TEP sind bei geriatrischen Rehabilitanden vielschichtig. Zu berücksichtigen sind neben dem gewählten OP-Verfahren der Heilungsprozess (z.B. Narbenheilung, Schmerzen, Ödeme), die Nachbehandlungsvorgaben des Chirurgen, vorbestehende Achsenfehlstellungen bzw. Schädigungen des Band- und Sehnenapparates, die Haltung und Rumpfstabilität des Achsenskeletts, die statische und dynamische Standsicherheit, eine evtl. Bewegungs- und Sturzangst und nicht zuletzt das Ausmaß der Gebrechlichkeit (frailty) und die daraus resultierende Belastbarkeitsreserve. Dementsprechend variabel gestaltet sich auch der Rehabilitationsplan des geriatrischen Knie-TEP- Rehabilitanden.

Funktionsbezogene Ziele nach einer Knie-TEP-Implantation sind vor allem der Rückgewinn der dynamischen Kniestabilität, ein mögliches Beinachsentraining, die Wiederherstellung der aktiven und passiven Kniebeweglichkeit und Beschwerdefreiheit. Dabei gilt es im Rahmen der Rehabilitation mögliche Entzündungs- oder Überlastungszeichen zu beachten und auf muskuläre Dysfunktionen zu reagieren.

Zur Förderung der Kraftentwicklung werden die Übungsbehandlungen zunächst assistiv unterstützt und bei Zunahme der groben Kraft ausschließlich aktiv durchgeführt. Alle krankengymnastischen Übungen (z.B. isometrische Übungen, koordinative Übungen (Beinachsentraining) dienen der Vorbereitung zur Gehschule. Eine systematische Kräftigung der Arm- und Beinmuskulatur zielt vor allem auf eine Verbesserung der Kraftausdauer und Geschicklichkeit. Bedarfsweise kann eine Beübung an motorgetriebenen Beingeräten (Motomed oder Motorschienenbehandlung) vorgenommen werden, wenn bei subjektiver Beschwerdearmut eine Zunahme der passiven Kniebeweglichkeit erreicht werden soll.

Bei reflektorischen Schmerzhemmungen müssen die gängigen Physiotherapietechniken durch Übungen komplexer Bewegungsabläufe oder individuell angepasster ADL-Übungen unterstützt werden, wobei das Gangmuster auch in Rückenlage vorgeübt werden kann (PNF-Methode, FBL). Bleiben aber auch neurophysiologische Behandlungen bei Schmerzen erfolglos, sind eine Elektrotherapie mit diadynamischen Strömen bzw. TENS zur lokalen Resorptionsförderung sowie Faszientechniken die Methode der Wahl.

Der Einsatz von Kryotherapie bewirkt, dass bei einem schmerzhaften Reizknie Abwehrspannungen vorgebeugt werden. Weitere fakultative Maßnahmen sind manuelle Lymphdrainage zur Entstauung sowie Patella- und Narbenmobilisation.

Wärmeanwendungen oberhalb des Kniegelenkes tragen dazu bei, dass verspannte Muskelgruppen detonisiert werden. Dementsprechend eignen sie sich folglich als Vorbereitung einer krankengymnastischen Einzeltherapie. Allerdings setzt dies voraus, dass keine Entzündungszeichen vorliegen.

Bei zementierten Implantaten kann zu Beginn der 3. postoperativen Woche in Abhängigkeit von der Muskelkraft meist eine volle Belastung unter Berücksichtigung der Beinachse aufgebaut werden. Die Art der Stockunterstützung wird nach den Beschwerden und der Gehleistung gewählt. Nach der 2. bis 3. postoperativen Woche ist meist ein Wechsel vom 3-Punktgang in den 2-Punktgang möglich. Wenn möglich, sollte dann im weiteren Verlauf eine Entwöhnung des Hilfsmittels nach der 6.-8. postoperativen Woche angestrebt werden.

Zur Sicherung der Alltagstauglichkeit ist es sinnvoll, dass der Belastungsaufbau und die Gehschule auch als Terraintraining, z.B. in unserem Therapiegarten erfolgt. Das Bewältigen von treppenunterschiedlicher Stufenlänge und -höhe, das rhythmische Steigen über Bordsteinkanten und das Gehen auf schrägen Ebenen und unebenen Böden schult hier das Vertrauen in das ersetzte Gelenk.

Nach Abschluss der Wundheilung können ergänzend krankengymnastische Übungen im Bewegungsbad zum Einsatz kommen. Je nach Zielsetzung der Therapie können diese entweder muskelkräftigend (Bewegungsübungen oder Gehübungen entgegen dem Wasserwiderstand) bzw. bei schmerzhaften Verspannungen durch die Wärmewirkung und den Auftrieb des Wassers schmerzlindernd wirken.

Je nach individueller geriatrischer Problemlage (siehe o.g. Einflussfaktoren) sind weitere Therapieschwerpunkte zu setzen wie z.B. ein Balance- und Koordinationstraining (Posturomed, Weichbodenmatten, Airexkissen etc.), Übungen zur Verbesserung der Rumpfstabilität, Taping oder Triggerpunktbehandlungen (z.B. M. sartorius, M. quadriceps femoris, Adduktoren) sowie Boden-Mattenprogramme zum Angstabbau.

Zusammenfassung typischer Rehabilitationsziele und Therapiemaßnahmen bei geriatrischen Rehabilitanden mit muskuloskelettaler Erkrankung:

- ❖ Bestmögliche Funktion im Bereich des Bewegungsapparates durch Kräftigung der Ziel-Muskelgruppen und umliegenden Muskelgruppen sowie Wiederherstellung der Gelenkbeweglichkeit und des dynamischen Gleichgewichts (Physiotherapie)
- ❖ Verbesserung der allgemeinen Mobilität durch Kraft- und Balancetraining (Physiotherapie)
- ❖ Muskuläre Detonisierung durch Wärmeanwendungen (Physiotherapie)
- ❖ Entstauungstherapie durch manuelle Lymphdrainage (Physiotherapie)
- ❖ Gehschule und Terraintraining (Physiotherapie)
- ❖ Lokomotionstherapie mit Gewichtsübernahme bei Teilbelastung (Physiotherapie)
- ❖ Bei Bedarf Bewegungsbad zur weiteren Muskelkräftigung (Physiotherapie)
- ❖ Umfassende Schmerztherapie durch medikamentöse und physikalische Maßnahmen (Arzt und Physiotherapie)
- ❖ TEP-Schulung bei luxationsgefährdeten Rehabilitanden (Pflege, Ergo- und Physiotherapie)
- ❖ Orthopädische Schuhanfertigung bei signifikanter Beinlängenverkürzung
- ❖ ADL-Training und ggf. Hilfsmitteltraining (Pflege und Ergotherapie)
- ❖ Medikamentöse Behandlung einer Osteoporose (Arzt)
- ❖ Mitbehandlung identifizierter Sturzrisikofaktoren wie Dranginkontinenz (Spasmolytika, Toilettentraining), Orthostase (Kompressionsstrümpfe, Medikamentenanpassung) und Psychopharmaka (Dosisanpassung)
- ❖ Passive sturzpräventive Maßnahmen wie Umgebungsanpassung, Antirutschsocken, Sensormatten (Pflege)
- ❖ Aktive Sturzprophylaxe wie Boden-Aufstehtraining, Fallschule, Training posturaler Ausgleichsstrategien in Hüft- und Sprunggelenk, dynamische Kräftigung der Plantarflexoren, Dual-Task-Walking-Programme und Psychoedukation zur Steigerung der Selbstwirksamkeit (Physiotherapie)
- ❖ Bei Bedarf Frakturprävention durch Hüftprotektion (Pflege)
- ❖ Vitamin-D3-Versorgung (1.000-3.000 IE) und spezifische Osteoporosetherapie (Arzt)
- ❖ Versorgung mit Gehhilfen, Anziehhilfen, Toilettensitzerhöhung etc. (Physiotherapie und Ergotherapie)
- ❖ Gesundheitsförderung – Eigentaining und Anleitung zum Krafttraining einschließlich spezieller Übungen nach Hüft- oder Knie-OP für Zuhause (Physiotherapie)
- ❖ Wohnumfeld-Anpassung (Ergotherapie, Sanitätshaus, Rehabilitanden und Familie)

Schulungsmaßnahmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung erfolgen ggf. unter Einbeziehung des familiären Umfeldes. Bei allen Rehabilitanden erfolgt eine Sozialberatung.

ANHANG B

Musterbeispiel: Der geriatrische Rehabilitand mit diabetischen Folgeerkrankungen

Der geriatrische Rehabilitand mit diabetischen Folgeerkrankungen benötigt eine stationäre Rehabilitation meist nach einer Beinamputation. Diese ist in der Regel das Resultat einer fortgeschrittenen pAVK (periphere Durchblutungsstörungen als Folge einer Makroangiopathie), die gemeinsam mit dem gleichzeitigen Vorliegen einer diabetischen Polyneuropathie (Sensibilitätsstörungen als Folge metabolisch-toxischer Schädigungen) die Entstehung einer Infektion und Gangrän stark begünstigt.

Charakteristisch für den Diabetiker ist nun, dass diese makroangiopathischen Veränderungen auch mit anderen Endorganschäden vergesellschaftet sind (koronare Herzkrankheit, Stenosen der hirnzuführenden Arterien) und den Rehabilitationsverlauf beeinflussen können. So begünstigt eine koronare Herzkrankheit z.B. das Auftreten einer kardialen Dekompensation unter verstärkter körperlicher Inanspruchnahme. Komplizierend kommt hinzu, dass Diabetiker auch Endorganschäden auf dem Boden einer Mikroangiopathie aufweisen (diabetische Nephropathie und Retinopathie, cerebrale Mikroangiopathie). Diese wiederum können das Rehabilitationspotential negativ beeinflussen. Eine diabetische Retinopathie kann z.B. so starke Visuseinschränkungen mit sich bringen, dass die Sehbehinderung zu einem Handicap für die Teilnahme an den rehabilitativen Maßnahmen wird. Abhängig vom Ausmaß der cerebralen Mikro- und Makroangiopathie können kognitive Beeinträchtigungen Auswirkungen auf die Lernfähigkeit und Lerngeschwindigkeit haben. Schließlich kann bei diabetischer Nephropathie die Auslösung eines iatrogen induzierten Nierenversagens (z.B. durch unkritische Verordnung nichtsteroidaler Antiphlogistika bei oft gleichzeitig bestehender ACE-Hemmer-Medikation) jede weitere Teilnahme an der Rehabilitation zunichtemachen.

Diese Gesamtproblematik erfordert vom geriatrischen Team viel Fingerspitzengefühl, damit die Rehabilitation nach Beinamputation trotzdem komplikationsfrei verläuft und zu einem erfolgreichen Abschluss geführt werden kann.

Zunächst ist festzuhalten, dass nach einer Beinamputation die daraus resultierenden somatischen und psychischen Probleme ein umfassendes Rehabilitationskonzept erfordern, das vorrangig folgende Schwerpunkte hat:

1. Optimierung körperlicher Voraussetzungen vor geplanter Gehschule
2. Prothesenherstellung
3. Schmerzminimierung
4. Individuelle Prothesen-Gehschule
5. Behindertengerechte Anpassung des Wohnumfeldes

Weitere Therapieschwerpunkte können sich aus der eingangs dargestellten Komorbidität und aus der individuellen Krankheitsverarbeitung mit der möglichen Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Begleitung ergeben. Wichtig ist auch die Berücksichtigung von Kontextfaktoren wie z.B. das soziale Umfeld (Unterstützungspotential) und Umweltbarrieren.

ad 1.

Die erforderliche Kraft zur Führung der Prothese erlangt der Beinamputierte erst durch eine individuelle Krankengymnastik. Gezielte Kräftigung, Formung und Abhärtung des Amputationsstumpfes sowie die Vermeidung von Gelenkkontrakturen und trophischen Störungen (Förderung der Durchblutung) stehen hier im Mittelpunkt. Die Physiotherapie hat darüber hinaus jedoch auch die Aufgabe, den Allgemeinzustand durch Beeinflussung des Herz-Kreislaufsystems zu heben (Ausdauertraining), die Atemfunktion zu verbessern (Atemgymnastik) und die Muskulatur der erhaltenen Gliedmaßen und des Rumpfes zu kräftigen (Krafttraining als Einzel- und Gruppenmaßnahme). Alle diese Maßnahmen dienen zur Vorbereitung auf eine individuelle Prothesen-Gehschule. Personenbezogene Faktoren, die die Aussicht auf ein erfolgreiches Prothesentraining beeinflussen, sind zu beachten. Dazu zählen vor allem auch der Rehabilitandenwille und das Potential zur kognitiven Umsetzung der Prothesen-Gehschule.

ad 2.

Ziel ist die Herstellung einer technisch einwandfreien Prothese sowie die Schulung des Rehabilitanden in der Handhabung mit ihr. Die Herstellung der Prothese liegt im Verantwortungsbereich des Orthopädiemechanikers. Die Konstruktion der Prothese muss den individuellen und spezifischen Erfordernissen des Rehabilitanden und damit den Gegebenheiten am Amputationsstumpf und der Statik der erhaltenen Gelenke gerecht werden. Die Indikationsstellung und Planung der Prothesenanpassung liegt im Verantwortungsbereich des Arztes.

ad 3.

Rehabilitanden mit Beinamputation leiden nicht selten an Stumpfschmerzen sowie an Phantomsensationen und Phantomschmerzen. Für die Stumpfschmerzen kommen ursächlich Durchblutungsstörungen des Stumpfes, entzündliche Veränderungen am knöchernen Stumpf oder Weichteilbereich oder ungünstig positionierte Stumpfexostosen in Betracht. Abhängig von Ursache und Ausprägung ist der therapeutische Zugang konservativ oder operativ. Die Schmerzintensität kann stark variieren und wird in Abhängigkeit von der psychischen Verfassung teilweise auch mit starker subjektiver Beeinträchtigung erlebt. Phantomschmerzen und schmerzlose Phantomsensationen treten als unmittelbare Folge der mit der Beinamputation zwangsläufig verbundenen Nervenamputation auf. Sie stellen spezifische sensorische Realitäten dar, die durch Stumpfwickeln, Anpassung eines Stumpfstrumpfs, ggf. manuelle Lymphdrainage, Verbesserung der Hautverhältnisse und Muskeldurchblutung sowie durch eine gut passende Prothese am günstigsten beeinflusst werden können. Bürstungen, Kälte- und Wärmepackungen in Form von Wechselbädern und alle anderen Maßnahmen der Stumpfabhärtung sind ebenfalls gegen schmerzhaftes Phantomsensationen einzusetzen, welche der Rehabilitanden mehrmals täglich nach vorheriger Anleitung durchführen sollte. Des Weiteren ist die Spiegeltherapie ein möglicher Ansatz zur Reduzierung der Phantomsensation und der Phantomschmerzen. Eine starke Aktivierung der Spiegelneurone und der korrigierende Einfluss auf das Körperschema sind zentrale Eckpfeiler dieser Therapieform. Ziele der Therapie sind unter anderem eine bessere Schmerzkontrolle, Schmerzreduktion und eine mögliche Reduktion der medikamentösen Schmerztherapie. TENS und periphere Analgetika führen dagegen kaum zum Ziel. Zentral

wirksame Analgetika oder Antikonvulsiva wie Gabapentin oder Pregabalin sind hier oft die medikamentöse Therapie der ersten Wahl.

ad 4.

Die individuelle Prothesen-Gehschule ist der zentrale Behandlungsschwerpunkt bei der Rehabilitation Beinamputierter. Zunächst gilt es dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Haut des Stumpfes beim Tragen der Prothese trotz großer Kontaktfläche einer unphysiologisch starken Beanspruchung ausgesetzt ist. Hier entstehen mechanische und hyperhydrosebedingte Irritationen der Haut, die zusammen mit der oft gleichzeitig bestehenden Hautdurchblutungsstörung zu Hautabschilferungen, Mazerationen und im Extremfall zu Hautinfektionen führen können. Die regelmäßige Reinigung und Stumpfes und der Prothese ist daher unerlässlich.

Viele geriatrischen Diabetes-Patienten mit Beinamputation waren schon längere Zeit vor der Amputation immobil und zeigen neben Bewegungseinschränkungen, Gelenkkontrakturen und Inaktivitätsatrophien der Muskulatur oft auch mentale Defizite auf dem Boden der schon beschriebenen cerebrovaskulären Makro- und Mikroangiopathie. Diese Defizite gilt es durch den multidimensionalen Therapieansatz der rehabilitativen Geriatrie mit Hilfe eines täglich wiederkehrenden Selbsthilfetrainings (Pflege und Ergotherapie) sowie durch unterstützende kognitive Übungen (Ergotherapie) und durch die o.g. physiotherapeutischen Maßnahmen (siehe ad. 1) aufzufangen, damit das Hauptziel einer Prothesen-Gehschule letztlich möglich wird.

Zur Vorbereitung auf die Gehschule werden isometrische Muskelanspannungsübungen der Rumpf- und Extremitätenmuskulatur im Liegen und Sitzen durchgeführt. Daran schließen sich Standübungen auf dem erhaltenen Bein sowie Aufstehen und Hinsetzen ohne Prothese an. Knie- bzw. Hüftkontrakturen der Amputationsseite erfordern Dehnungsübungen und konsequente Lagerung. Speziell die Arm- und Schultermuskeln sind in Einzel- und Gruppenbehandlung zu kräftigen, da für den Beinamputierten die Armkraft bei jeglichem Lagewechsel, bei jedem Aufstehen und bei jedem Gehen mit Hilfsmitteln unerlässlich ist.

Für die eigentliche Gehschule hat sich eine Frühversorgung mit der sogenannten Interimsprothese bewährt, da hiermit frühzeitig mit Gehübungen begonnen werden kann, auch wenn aufgrund der zu erwartenden Stumpfumfangsschwankungen noch Änderungen der Prothesenanpassung zu erwarten sind. Hierzu ist eine intensive und gut abgestimmte Zusammenarbeit mit dem Sanitätshaus erforderlich. Kleine Wunddehiszenzen am Stumpfende können bei der Interimsversorgung ohne Schwierigkeiten berücksichtigt werden, machen aber vor allem bei den oft vorhandenen Durchblutungsstörungen der Haut sorgfältige medizinische Verlaufskontrollen erforderlich. Ziel der Gehschule ist die Erarbeitung eines harmonischen und insbesondere ökonomischen Prothesengangs, damit die beim Amputierten stets erforderliche Mehrbelastung in Grenzen gehalten werden kann. Zunächst ist die Entwicklung eines neuen Gleichgewichtsgefühls nach Gliedmaßenverlust erforderlich. So ist die Gleichgewichtsstabilisierung eine wesentliche Voraussetzung für das flüssige Gehen. Die ständige Verlagerung des Körperschwerpunktes beim Gehen gilt es also zu erarbeiten. Für den Beinamputierten bedeutet dies anfangs einen immer neu zu vollziehenden Balanceakt, wenn er bei jedem Schritt mit dem Prothesenbein in die Standphase wechselt. Hat der Amputierte durch die Grundübungen jedoch erst einmal genügend Standsicherheit und Zutrauen in die Standfestigkeit seines Prothesenbeines

erlernt, ist ein wesentliches Hemmnis der Gehschule beseitigt. Sehr hilfreich kann in diesem Zusammenhang auch eine Lokomotionstherapie mit leichter Gewichtsentlastung sein.

ad 5.

Ziel ist eine behindertengerechte Adaptation des Wohnumfeldes, die es auch dem Beinamputierten ermöglicht, Hindernisse zu überwinden und keine Einschränkungen in der Mobilität zu erfahren. Durch Zusammenarbeit von Ergotherapie, Sozialdienst, Sanitätshaus, Rehabilitanden und Familienangehörigen lassen sich die wohnungsbedingten Voraussetzungen meist gut erheben, so dass geeignete Kompensations- und Adaptationsmaßnahmen bereits während der stationären Rehabilitation in die Wege geleitet werden können.

Zusammenfassung typischer Rehabilitationsziele und Therapiemaßnahmen bei geriatrischen Rehabilitanden mit diabetischen Folgeerkrankungen:

- ❖ Prothesenanpassung und Prothesenschulung (Orthopädietechnik und Physiotherapie)
- ❖ Prothesen-Gehschule (Physiotherapie)
- ❖ Bei Bedarf Lokomotionstherapie unter leichter Gewichtsentlastung (Physiotherapie)
- ❖ Ödem- und Kontrakturprophylaxe im Bereich des Amputationsstumpfes (Physiotherapie)
- ❖ Umfassende Schmerztherapie durch medikamentöse und physikalische Maßnahmen (Arzt, Physiotherapie und Ergotherapie)
- ❖ Krafttraining an den oberen Extremitäten und Ausdauertraining in Einzel- und Gruppentherapie (Physiotherapie)
- ❖ ADL-Training und ggf. Rollstuhltraining (Pflege und Ergotherapie)
- ❖ Kognitives Training (Ergotherapie)
- ❖ Gute Stoffwechseleinstellung mit individuellem Behandlungskonzept (Arzt)
- ❖ Diagnostik und Therapie der Folgeerkrankungen / Risikofaktoren (Arzt)
- ❖ Kardiales und renales Monitoring zur Vermeidung iatrogenen Schäden (Arzt)
- ❖ Einstellung und Monitoring der kardiovaskulären Dauermedikation (Arzt)
- ❖ Diabetiker-Schulung mit Wissensvermittlung und Motivation zu eigenverantwortlichem Handeln (Arzt)
- ❖ Gesundheitsförderung (Ernährungsberatung)
- ❖ Ggf. psychotherapeutische Einzelbetreuung zur Krankheitsbewältigung (Psychologie)
- ❖ Versorgung mit Gehhilfen, Rollstuhl etc. (Physiotherapie und Ergotherapie)
- ❖ Wohnumfeld-Anpassung (Ergotherapie, Sanitätshaus, Rehabilitanden und Familie)

Schulungsmaßnahmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung erfolgen ggf. unter Einbeziehung des familiären Umfeldes. Bei allen Rehabilitanden erfolgt eine Sozialberatung.

ANHANG C

Musterbeispiel: **Der geriatrische Rehabilitand mit cerebrovaskulärer Erkrankung**

Der geriatrische Rehabilitand mit cerebrovaskulärer Erkrankung benötigt eine stationäre Rehabilitation meist nach einem ischämischen Hirninfarkt oder nach einer intracerebralen Blutung. Beide Ereignisse verursachen die typischen, aber auch vielfältigen Symptome eines „Schlaganfalls“.

Die Häufigkeit von Schlaganfällen zeigt eine starke Altersabhängigkeit. So nimmt die Schlaganfallinzidenz mit jeder Lebensdekade deutlich zu. Mehr als drei Viertel aller Schlaganfallpatienten sind älter als 75 Jahre. Ein typisches Merkmal für den Schlaganfall im hohen Alter ist, dass er im Vergleich zu jüngeren Menschen oft ein Zweit- oder Drittereignis und damit ein Rezidiv darstellt. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer wirksamen Rezidivprophylaxe gerade auch beim geriatrischen Schlaganfallpatienten. Für die Rehabilitationsplanung bedeutet dies, dass nicht nur eine aktive Auseinandersetzung mit den *Krankheitsfolgen* eines Schlaganfalls, sondern auch eine intensive Beschäftigung mit den ihn verursachenden Risikofaktoren stattzufinden hat. Diese müssen für jedes Individuum identifiziert und im Sinne einer wirksamen Sekundärprävention behandelt bzw. eingedämmt werden. Darin besteht eine wesentliche Aufgabe des ärztlichen Dienstes im Rahmen unseres rehabilitativen Gesamtkonzeptes.

Folgende Risikofaktoren bzw. Krankheitsmanifestationen tragen zur Entstehung eines Schlaganfalls bei:

- ❖ Arterielle Hypertonie
- ❖ Diabetes mellitus
- ❖ Nikotinabusus
- ❖ Hypercholesterinämie
- ❖ Vorhofflimmern
- ❖ Stenosen der hirnzuführenden Arterien
- ❖ Bewegungsmangel
- ❖ Adipositas
- ❖ Alkohol

Auf funktioneller Ebene orientieren sich die Therapieschwerpunkte der Rehabilitation am spezifischen Störungsbild des Schlaganfalls:

Schlaganfälle verursachen komplexe Ausfälle des sensomotorischen Systems. Typische Folgen sind brachiofacial oder beinbetonte Lähmungen einer Körperhälfte, pathologische Tonusveränderungen der Muskulatur, Störungen der Oberflächen- und Tiefensensibilität und/oder Beeinträchtigungen der Bewegungskoordination. Schwerpunkt der Ergo- und Physiotherapie ist in diesen Fällen eine Einzelbehandlung auf neurophysiologischer Grundlage. Hierfür stehen verschiedene etablierte Methoden zur Verfügung. In unserer Klinik favorisieren wir die Bobath-Methode und PNF. Da wir das „Bobath-Konzept“ als ein 24-Stunden-Management begreifen, sind in unserer Klinik auch die meisten Pflegenden und die

Logopädie in der Anwendung dieses Behandlungskonzeptes geschult. Wesentliche Ziele der Bobath-Methode sind unter anderem ein bequemes und schmerzfreies Lagern, die Tonusnormalisierung der betroffenen Körperregion und die Anbahnung (Fazilitation) physiologischer Bewegungsmuster. Die Wiederherstellung einer normalen und physiologischen Gelenkbeweglichkeit aller Gelenke unter Berücksichtigung von Koordination, Muskeltonus und Gelenkstellung soll erreicht und pathologische Bewegungsmuster gehemmt werden.

Die Förderung der Atmungs- und Kreislauffunktionen sowie das Balance-, Kraft- und Bewegungstraining werden im Rahmen der Gruppentherapien zusätzlich erworben. Die Einzeltherapie fokussiert demgegenüber auf das individuelle Rehabilitandenziel und kann z.B. Wahrnehmungsschulung, Standing, Gangschule nach FBL oder Lokomotionstherapie als Schwerpunkt haben.

Die Ergotherapie hat einen ihrer Therapieschwerpunkte in der Arm- und Handrehabilitation. Hier ist meist eine sehr individuelle neurophysiologische Einzeltherapie notwendig, um die spezifischen im Alltag benötigten Handfunktionen wiederzuerlangen. Für die Erfassung von Störungen der Arm- und Handfunktion stehen in unserer Klinik einige standardisierte Tests zur Verfügung (z.B. Nine-Hole-Peg-Test und Box-and-Block-Test) sowie der neurologische Befundbogen (obere Extremität) zur Verfügung. Spezifische Therapieprogramme einer evidenzbasierten Arm- und Handrehabilitation wie z.B. die Spiegeltherapie, die Constraint-Induced-Movement-Therapie (CIMT) oder die roboter- bzw. computergestützte Therapie mit dem Armeo Spring bzw. Pablo sind an unserer Klinik fest etablierte Bestandteile der Schlaganfallrehabilitation. Durch Eigentrainingsübungen, dem jeweils an den Rehabilitanden angepassten CIMT-Eigenttraining und der Feinmotorikgruppe kann die in der Einzeltherapie erworbene Funktionsfähigkeit der Hand oft weiter stabilisiert und ausgebaut werden.

Für leicht betroffene Schlaganfallpatienten stellt das systematische Training einer selbstständigen Haushaltsführung einen wichtigen Schritt für die selbstständige Lebensführung dar. Hierzu werden in der Ergotherapie alltagspraktische Fertigkeiten in Form von Einzeltherapie (z.B. Haushaltstraining, Selbsthilfetraining) sowie in der Gruppentherapie z.B. beim Anfertigen eines Korbes geübt.

Die Behandlung neuropsychologischer Syndrome (Apraxie, Pusher-Symptomatik, Neglect, Extinktionsphänomene etc.) ist ein weiteres Tätigkeitsfeld unserer Therapeuten und unseres Psychologen. Neuropsychologische Störungsbilder beeinträchtigen die Selbstständigkeit von Schlaganfallpatienten ganz wesentlich und stellen eine besondere therapeutische Herausforderung dar. Ihre funktionelle Erfassung erfolgt gemeinsam mit dem Psychologen, ihre therapeutische Beeinflussung in Zusammenarbeit mit der Physiotherapie und aktivierenden Pflege. Dabei werden unsere Rehabilitanden im Rahmen des täglichen Selbsthilfetrainings auf beobachtete Verhaltensauffälligkeiten hingewiesen und dabei alltagsnah ein kontrolliertes und organisiertes Verhalten eingeübt. Angehörige nehmen in bestimmten Phasen des Rehabilitationsprozesses hier eine wichtige unterstützende Rolle ein.

Für den neuropsychologischen Bereich existieren an unserer Klinik störungsspezifische Therapieansätze, die auch mit Hilfe PC-gestützter Trainingsverfahren (z.B. RehaCom und CogniPlus) zu einer Verbesserung von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen, Lern- und Gedächtnisleistungen und räumlich-konstruktiven Leistungen beitragen können.

Bei neurologisch bedingten Sehstörungen nutzen wir hier auch die Möglichkeit eines PC-gestützten visuellen Explorations- und Wahrnehmungstrainings.

Eine logopädische Einzeltherapie wird bei nachgewiesener Aphasie, Dysarthrie und neurogener Dysphagie notwendig.

Die Diagnose einer Aphasie wird klinisch gestellt. Als Screening-Methode kommt in unserer Klinik der Aphasie-Schnell-Test (AST) zum Einsatz. Dieser erfasst die Sprachproduktions- und Sprachverständnisprobleme, Dyslexien (Lesen) und Dysgraphien (Schreiben). Ggf. werden mit Hilfe zusätzlicher Aufgabenbatterien auch nach assoziierten Störungsbildern wie Sprechapraxie, Akalkulie und kognitiven Dysphasien gefahndet. Diese werden ebenfalls in der Therapie berücksichtigt. Das Hauptziel der logopädischen Therapie bei Aphasie ist die funktionelle Verbesserung der Sprachproduktion, des Sprachverständnisses und des Lesens. Aber auch das Einüben kommunikativer Ersatzstrategien sowie die Vermeidung von sozialem kommunikativem Rückzug ist ein wichtiger Baustein der Behandlung.

Für die Diagnostizierung einer Dysarthrie setzt die Logopädie in unserer Klinik standardisierte Diagnostikbögen ein, die eine gründliche Untersuchung der Mundmotorik, Atmung, Artikulation und Phonation beinhalten. Die Intensität der Therapie (Einübung veränderter Sprechtechniken) orientiert sich an der Art und am Ausmaß der dysarthrischen Störungen.

Die Diagnostik und Behandlung einer neurogenen Dysphagie stellt schließlich einen weiteren wichtigen Therapieschwerpunkt in der Rehabilitation geriatrischer Schlaganfallpatienten dar. Pathophysiologisch findet sich bei der neurogenen Dysphagie nach Schlaganfall ein spät einsetzender Schluckreflex, Lähmungen im Bereich von Rachen- und Kehlkopfmuskulatur sowie Sensibilitätsstörungen im Bereich des Pharynx. Liegt eine Störung bzw. Ausfall des Hustenreflexes vor, kommt es zum Phänomen der stillen Aspiration. Die Gefährlichkeit der stillen Aspiration besteht darin, dass sie wegen fehlender klinischer Symptomatik oft nicht rechtzeitig diagnostiziert wird und im Vergleich zu symptomatischen Aspirationen mit einem etwa sechs Mal höheren Pneumonierisiko vergesellschaftet ist. Diesem Umstand ist es leider zu verdanken, dass Schluckstörungen lebensbedrohliche Krankheitsfolgen nach einem Schlaganfall darstellen. Laut dem Deutschen Institut für Ernährungsmedizin (2001) sterben jährlich ca. 50.000 Schlaganfallpatienten in Deutschland aufgrund einer aspirationsbedingten Pneumonie. Nur durch ein geeignetes Dysphagie-Screening, eine gezielte Anamnese und klinische Untersuchung kann die neurogene Dysphagie in den allermeisten Fällen frühzeitig erkannt und in ihrem Schweregrad eingeschätzt werden. Mit den daraus abgeleiteten Vorsichtsmaßnahmen lässt sich das relative Pneumonierisiko um ca. 80% und das Mortalitätsrisiko um ca. 70% reduzieren.

Das Dysphagiemanagement an unserer Klinik ist entsprechend der oben dargestellten Bedeutung interdisziplinär organisiert. Die Logopädie führt eine umfassende Anamnese und klinische Untersuchung durch, wenn sich aus dem Dysphagie-Screening Verdachtsmomente einer neurogenen Dysphagie ergeben. Die klinische Untersuchung auf Dysphagie erfolgt in aufrechter Sitzposition. Dabei werden die Fazialissymmetrie, das Bewegungsausmaß und die Koordination der Zunge, des Kehlkopfes (Beweglichkeit in Ruhestellung, Kehlkopfhebung beim Schluckablauf) sowie Stimme, Würgreflex, willentlicher Hustenstoß (Kraft, Schutzfunktion) und der Schluckablauf bei verschiedenen Bolus-Konsistenzen bewertet.

Unabhängig davon sind die Beobachtungen des Pflegepersonals über das Verhalten des Rehabilitanden bei den Mahlzeiten zu jeder Zeit der Rehabilitation von wesentlicher Bedeutung. Finden sich klinische Hinweise auf Schluckstörungen (häufiges Räuspern, belegte Stimme, Husten, Verschleimung, oraler Speichelaustritt, Nahrungsreste im Mund, Essensverweigerung und Erstickungsanfälle) muss sofort reagiert werden. Wichtig ist, dass eine engmaschige klinische Überwachung mit täglichen Temperaturmessungen (aspirationsbedingtes Fieber) sowie das Führen von Trink- und Essprotokollen (Vorbeugung einer Exsikkose und Deckung des Kalorienbedarfes) erfolgt.

Auf Anregung der Logopädie werden an unserer Klinik vom ärztlichen Dienst fiberendoskopische Schluckuntersuchungen (FEES) durchgeführt, die eine genaue Einordnung des Störungsmusters und eine Einschätzung des Dysphagie-Schweregrades erlauben. Beeinträchtigungen der Schluckreflextriggerung und des Bolustransportes, ein prä- und postdeglutitives Leaking, stille Aspirationen und Penetrationen sowie Koordinationsstörungen im Bereich des oberen Ösophagussphinkters lassen sich hierbei eindeutig identifizieren und erleichtern z.B. die Entscheidung, ob zur Sicherstellung der Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr eine PEG angelegt werden muss. Umgekehrt ist die fiberendoskopische Schluckuntersuchungen (FEES) aber auch eine gute Entscheidungshilfe dafür, ob in einer späteren Phase der Rehabilitation nach erfolgreicher Schluckrehabilitation die PEG wieder entfernt werden kann.

Die Untersuchungsergebnisse der Fiberendoskopie erlauben es der Logopädie, ihre funktionelle Dysphagietherapie zu optimieren, in dem neben der Wiederherstellung des physiologischen Schluckablaufs durch Normalisierung gestörter Muskelfunktionen auch die richtigen Methoden zur Erlernung geeigneter Kompensationsstrategien abgeleitet werden. Wesentlich für den Gesamterfolg des Dysphagiemanagements ist schließlich, dass die Schlucktherapie der Logopädie durch Maßnahmen der aktivierenden Pflege, der Physiotherapie und der Ergotherapie unterstützt wird. Dazu gehören beispielsweise korrekte Sitzposition und Körperhaltung bei der Nahrungsaufnahme, die Verbesserung der Rumpfstabilität und die Anwendung geeigneter Atemtechniken.

Gemeinsam mit der Ergotherapie arbeitet die aktivierende Pflege durch ein tägliches Selbsthilfetraining an der Wiedererlangung der Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Waschen, Anziehen, Essen und die persönliche Hygiene werden mit dem Rehabilitanden unter Zuhilfenahme notwendiger oder hilfreicher Hilfsmittel täglich geübt. Dies geschieht auch im Rahmen des Wasch- und Anziehtrainings, wo der Rehabilitanden durch die Ergotherapie auch im Umgang mit Anziehhilfen und Alltagshilfen eingehend geschult wird.

Generell nimmt die Auswahl, Anpassung und Gebrauchsschulung von Hilfsmitteln zur Erhaltung und Verbesserung der Selbstständigkeit bzw. zur Kompensation bleibender Behinderungen einen breiten Raum in der Rehabilitation geriatrischer Schlaganfallpatienten ein. So umfasst das Hilfsmittelspektrum Mobilitätshilfen (z.B. Gehhilfen, Rollstuhl), Anziehhilfen (z.B. Greifzange, Strumpfanzieher) Alltagshilfen (z.B. Einhänderbrett, Schreibhilfen), Kontinenzhilfen (z.B. Einlagen, Mobilhosen, Kathetersysteme, Beinbeutel), Sanitärhilfen (z.B. Toilettenstuhl, Toilettensitzerhöhung, Badewannenlift, Badewannensitz, Duschhocker) und Pflegehilfen (z.B. Pflegebett, Rutschbrett).

Da viele Schlaganfallpatienten immobil sind, kommt der korrekten Lagerung und der Erlernung des Transfers eine hohe Bedeutung zu. Hier liegt neben dem täglichen Wasch- und Anziehtraining und der Kontinenzförderung eine weitere Domäne der aktivierenden Pflege, die die in der Therapie wiedererworbenen Strategien und Fertigkeiten in den Stationsalltag zu übersetzen hat. Ziel der aktivierenden Pflege ist es, den Rehabilitanden über die Hilfe zur Selbsthilfe langfristig von pflegerischen Leistungen unabhängig werden zu lassen.

Ebenso wichtig ist in der Pflege aber auch eine gute Versorgung im Hinblick auf die psychischen und sozialen Belange des Rehabilitanden. In diesem Zusammenhang ist es von zentraler Bedeutung, dass die bei Schlaganfallpatienten häufig anzutreffende „*poststroke depression*“ frühzeitig erkannt und einer spezifischen Behandlung zugeführt wird. Diese besteht idealerweise aus einer medikamentösen Therapie und einer psychotherapeutischen Einzelbehandlung. Bei diesem Vorgehen besteht begründete Aussicht darauf, dass die für die Rehabilitationsprognose ungünstigen Folgen einer Depression aufgefangen werden können.

Psychologische Hilfestellung bei der Krankheitsverarbeitung und Krankheitsbewältigung ist bei Schlaganfallpatienten fast immer zu leisten. Je nach Persönlichkeit, Art der Erkrankung und den bestehenden Behinderungen erstreckt sich die Breite der möglichen therapeutischen Interventionen von wenigen stützenden Gesprächen bis hin zu einer systematischen, psychotherapeutischen Einzelintervention. Die Kompetenz unseres Psychologen wird zu diesen Zwecken gezielt in Anspruch genommen. Besonders bei Rehabilitanden, die organisch bedingte Störungen und Fehleinschätzungen der Selbst- oder Körperwahrnehmung aufweisen, gilt es durch das geriatrische Team ein entsprechendes Störungsbewusstsein aufzubauen und eine realistische Einschätzung anzubahnen. Angehörige sind gerade auch in diesem Zusammenhang so intensiv wie möglich in den Rehabilitationsprozess einzubeziehen. Kontaktmöglichkeiten zu den entsprechenden regionalen Selbsthilfegruppen werden in diesem Kontext ebenfalls angeboten.

Wesentlich für die Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges ist schließlich auch, dass das Umfeld von Schlaganfallpatienten einer umfassenden Betreuung bedarf. Gemeint ist eine kompetente Beratung und Begleitung pflegender Angehöriger bei fortbestehender Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit. Eine wesentliche Aufgabe des Pflegepersonals besteht hier darin, dass die Angehörigen noch während des Rehabilitationsaufenthaltes auf die anstehenden häuslichen Aufgaben vorbereitet und individuell angeleitet werden.

Zusammenfassung typischer Rehabilitationsziele und Therapiemaßnahmen bei geriatrischen Rehabilitanden mit cerebrovaskulärer Erkrankung:

- ❖ Bestmögliche Wiederherstellung der neuromuskulären Bewegungseinheit (Tonus, Sensibilität und Koordination) auf neurophysiologischer Grundlage (Physiotherapie und Ergotherapie)
- ❖ Verbesserung der allgemeinen Mobilität durch zyklische Bewegungstherapie (Motomed) und Kraft- und Balancetraining in der Gruppe (Physiotherapie)
- ❖ Gehschule, Lokomotionstherapie unter Gewichtsabnahme (Physiotherapie)
- ❖ Bestmögliche Wiederherstellung der Arm- und Handfunktion durch Einsatz evidenzbasierter Therapieverfahren der Arm- und Handrehabilitation (Ergotherapie)
- ❖ Verbesserung alltagspraktischer Fähigkeiten durch Haushaltstraining, Selbsthilfetaining, ferner auch handwerkliches Gestalten in Einzel- und Gruppentherapie (Ergotherapie)
- ❖ Neuropsychologische Diagnostik und Therapie (Ergotherapie, Psychologie)
- ❖ PC-gestütztes Aufmerksamkeitstraining (Psychologie und Ergotherapie)
- ❖ Selbsthilfetaining mit Hilfsmittelgebrauchsschulung beim Frühstückstraining, Wasch- und Anziehtraining und Rollstuhltraining (Ergotherapie)
- ❖ Bestmögliche Wiedererlangung der Kommunikationsfähigkeit (Logopädie)
- ❖ Dysphagiemanagement mit fiberendoskopischer Schluckuntersuchung, funktioneller Dysphagietherapie, F.O.T.T. und spezifischer Pflege (Geriatrisches Team)
- ❖ ADL-Training einschließlich Transfer und Lagerung nach Bobath (Pflege, Ergo- und Physiotherapie)
- ❖ Dekubitusprophylaxe und Prophylaxe eines Schulter-Hand-Syndroms (Pflege)
- ❖ Kontinenzförderung (Toilettentraining, Restharnmonitoring etc.) und Rehabilitanden- und Angehörigenschulung im Umgang mit Kontinenzhilfen (Pflege)
- ❖ Psychopathologische Befunderhebung und psychotherapeutische Einzelbetreuung zur Krankheitsverarbeitung- und -bewältigung (Psychologie)
- ❖ Diagnostik und Therapie der Schlaganfallrisikofaktoren einschließlich Thromboembolieprophylaxe bei chronischem Vorhofflimmern (Arzt)
- ❖ Einstellung und Monitoring der kardiovaskulären Dauermedikation (Arzt)
- ❖ Praktische Angehörigenschulung (Pflege) und Angehörigenschulung durch Wissensvermittlung (Geriatrisches Team)
- ❖ Adäquate Versorgung mit Mobilitätshilfen, Alltagshilfen, Kontinenzhilfen, Sanitär- und Pflegehilfen (Therapeutisches Team)
- ❖ Wohnumfeld-Anpassung (Ergotherapie, Sanitätshaus, Rehabilitanden und Familie)

Schulungsmaßnahmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung erfolgen unter Einbeziehung des familiären Umfeldes. Bei allen Rehabilitanden erfolgt eine umfassende Sozialberatung.

ANHANG D

Technische Ausstattung

Im Folgenden sind die wichtigsten Komponenten unserer derzeitigen technischen Ausstattung aufgeführt.

Pflegerisch genutzte Geräte:

- ❖ 1 Sitzlifter (Omnilift G2, Weiner) und Hubwanne
- ❖ 1 Personenwaage (927, Seca)
- ❖ 4 Ohrthermometer (First Temp Genius, Sherwood-Davis & Geck)
- ❖ 1 Ultraschall - Bladder Scan (BVI 6100, Verathon Medical)

Therapeutisch genutzte Geräte:

- ❖ 2 Motomed Viva 2 Bewegungstherapie (Reck)
- ❖ 4 Medizinische Trainingsgeräte
(Seilzug – Beinpresse - Beinbeuge-Kniestrecker - PullDown-Schulterfixator)
- ❖ 1 Schulterbewegungsschiene (Artromot, Ormed)
- ❖ 1 Kniebewegungsschiene (Artromot-K1, Ormed)
- ❖ 1 Lymphamat (Digital Gradient, Bösl Medizintechnik))
- ❖ 1 Reizstrom- und Ultraschalltherapiegerät (Sono 5 & Galva 5, Zimmer)
- ❖ 1 Kaltluft-Therapie (Cryo 5, Zimmer)
- ❖ 1 Wärempackung mit Wasserbad
- ❖ 1 Lokomotionstherapie (1 VADO-Laufband und 1 Loko-Station, Zimmer-Woodway)
- ❖ 1 Wii Fit Plus
- ❖ 1 NuStep TX5R (Physioaspect)1 Standing
- ❖ 2 Novaphon-Massagegerät
- ❖ 1 Wiener Testsystem CogniPlus (Hardware und Software)
- ❖ 1 RehaCom (Hardware und Software)
- ❖ 1 Armeo®Spring (Hocoma)
- ❖ 1 Pablo Plus Pro Sensor und Multitouch PC (Tyromotion)
- ❖ 1 Parafinbad

Aktivitäts- und Bewegungsanalyse:

- ❖ 1 Instrumentelle Ganganalyse (Mobilty Lab, 6 OPAL-Sensoren, APDM)
- ❖ 5 Aipermotion 320 PC und 1 Aiperview 320 (Aipermon)

Medizinische Diagnostik:

- ❖ 1 Sono-/ Echokardiographie (Siemens)
- ❖ 1 EKG (Mac 1200, GE Medical Systems)
- ❖ 1 Langzeit-EKG (AR12, Oxford Med. Syst.)
- ❖ 1 Langzeit-RR (MR-CX, Oxford Medical Syst.)
- ❖ 1 Spirobank G (MIR)
- ❖ 1 Pulsoxymeter (Rad-9, Masimo)
- ❖ 1 Pulsoxymeter (PalmSAT, NONIN Medical)