kkhm
Brabenderklinik
Zülpich

Geriatrische Rehabilitation in der Brabenderklinik

Einrichtungs- und Behandlungskonzept

Erstellt von: Dr. med. Carsten Schacher
Chefarzt Brabenderklinik

Stand: 3. November 2025

Geriatrische Rehabilitation in der Brabenderklinik

Einrichtungs- und Behandlungskonzept

Inhalt

1 Einleitung ... 4
2 Brabenderklinik – Klinik für geriatrische Rehabilitation ... 4
3 Versorgungsvertrag ... 4
4 Zuweisungsgebiet ... 5
5 Geriatrische Patientinnen und Patienten ... 5
6 Indikationen zur geriatrischen Rehabilitation ... 6
6.1 Allgemein ... 6
6.2 Rehabilitationsfähigkeit ... 7
6.3 Indikationen gemäß Internationaler statistischer Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (ICD) ... 8
6.4 Indikationen gemäß Internationaler Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF ... 9
7 Strukturqualität ... 10
7.1 Organisationsgrundlage der Brabenderklinik ... 10
7.1.1 Leitbild ... 10
7.1.2 Aufbau der Brabenderklinik, Leitung, Aufgaben und Verantwortlichkeiten ... 11
7.1.3 Qualitätsmanagement ... 11
7.2 Risikomanagement ... 13
7.2.1 Qualitätsziele und Planung ... 13
7.2.2 Interne und externe Kommunikationsstrukturen ... 14
7.2.3 Dokumente ... 19
7.2.4 Umgang mit Patientendaten und patientenbezogenen Dokumenten ... 19
7.2.5 Kooperationen ... 19
7.3 Ressourcenmanagement ... 19
7.3.1 Bereitstellung der Ressourcen ... 19
7.4 Infrastruktur der geriatriespezifischen Einrichtung ... 20
7.4.1 Räumliche Ausstattung ... 20
7.4.2 Patientenzimmer und Nasszellen ... 21
7.4.3 Berufsspezifische Infrastruktur ... 21
7.4.4 Multiprofessionelles Team der Geriatrie – Kompetenzen ... 22
8 Prozessqualität ... 23
8.1 Personalkonzept ... 23
8.1.1 Einarbeitung neuer Mitarbeiter ... 23
8.1.2 Fort- und Weiterbildung/Personalentwicklung ... 23
8.1.3 Personalentwicklung im Überblick ... 24
8.2 Rehabilitationsprozess und patientenbezogene rehabilitative Leistungen ... 25
8.2.1 Rehabilitationsprozess im Überblick ... 25
8.2.2 Anmeldung, Prüfung der Aufnahmekriterien, Aufnahmeplanung ... 26
8.2.3 Aufnahme ... 26
8.3 Rehabilitationsziele und Therapieplanung ... 29
8.4 Konzeptkreis – Therapiestandards und -konzepte ... 30
8.5 Konzepte für bestimmte geriatrie-typische Probleme ... 30
8.5.1 Sturz ... 30
8.5.2 Schmerz ... 31
8.5.3 Inkontinenz ... 31

8.5.4 Wunden ... 32
8.5.5 Kognitive Einschränkungen ... 32
8.5.6 Polymedikation ... 33
8.5.7 Sensorische Beeinträchtigung (Hören, Sehen) ... 33
8.5.8 Delir ... 33
8.6 Dauer der Rehabilitation ... 35
8.7 Therapieangebote ... 35
8.7.1 Allgemein ... 35
8.7.2 Aktivierende Pflege ... 35
8.7.3 Physiotherapie ... 35
8.7.4 Ergotherapie ... 36
8.7.5 Physikalische Therapie ... 37
8.7.6 Logopädie ... 37
8.7.7 Psychologie ... 37
8.7.8 Betreuungsassistenz ... 37
8.7.9 Seelsorge ... 38
8.7.10 Ernährung ... 38
8.7.11 Medikamentöse Therapie ... 38
8.8 Ärztliche Visiten ... 38
8.9 Multidisziplinäre Rehabilitationsvisite ... 39
8.10 Entlass-Management ... 39
8.10.1 Allgemein ... 39
8.10.2 Entlassbericht ... 39
8.10.3 Pflegeüberleitung ... 40
8.10.4 Versorgung mit Hilfsmitteln ... 40
8.10.5 Einbindung der Angehörigen ... 40
8.10.6 Kommunikation mit Patienten und Angehörigen bzw. Bevollmächtigten ... 41
8.10.7 Verlegung ... 41
8.10.8 Umgang mit Sterben und Tod ... 29
8.10.9 Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln ... 41
8.10.10 Dialysepatienten ... 28
8.10.11 Konsile ... 28
8.10.12 Dokumentation von Patientendaten ... 28
8.10.13 Eigentum der Patienten ... 29
9 Ergebnisqualität/Bewertung der Leistung ... 42
9.1 Überwachung und Messung der Leistung ... 42
9.2 Ergebnisqualität der rehabilitativen Behandlung ... 42
9.3 Umgang mit Fehlern ... 42
9.4 Korrekturmaßnahmen ... 43
9.5 Umgang mit Rückmeldungen ... 43
9.6 Datenanalyse ... 43
9.7 Interne und externe Maßnahmen zur Qualitätssicherung ... 43
9.8 Ergebnisreflexion/Verbesserung ... 44
10 Hygiene ... 44
11 Nachhaltigkeit ... 44
12 Zertifizierung/Siegel ... 45

1 Einleitung

Seit dem Ende des zweiten Weltkriegs nimmt in den westlichen Industrieländern der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung stetig zu. Jeder Geburtenjahrgang hat eine höhere statistische Lebenserwartung als der vorangegangene.

Die aktuelle Bevölkerungsvorausberechnung für Nordrhein-Westfalen des Ministeriums für Wirtschaft, Innovation, Digitalisierung und Energie des Landes Nordrhein-Westfalen geht von einem leichten Rückgang der Gesamtbevölkerung bis 2050 von derzeit 17,9 auf 17,6 Millionen Einwohner bei gleichzeitigem Anstieg des Anteils der Menschen über 65 Jahre von derzeit 21,3 auf rund 26,6 Prozent im Jahr 2050 aus. Der Anteil hochaltriger Menschen (80 Jahre und mehr) wird von 7,0 auf 11,3 Prozent ansteigen. Es wird angenommen, dass das Durchschnittsalter in den Kreisen stärker ansteigen wird als in den kreisfreien Städten.

Durch den wachsenden Anteil älterer Menschen bei nahezu gleichbleibender Gesamtbevölkerung wird auf absehbare Zeit im Zuweisungsgebiet der Brabenderklinik ein erhöhter Bedarf an geriatrischer medizinischer Versorgung und damit auch an Rehabilitationsplätzen bestehen. Dieser Entwicklung wurde durch den Erweiterungsbau der Brabenderklinik von 2019 mit Erhöhung der Bettenzahl von 40 auf 62 zunächst Rechnung getragen.

Hinweise zum Sprachgebrauch: Das vorliegende Konzept verwendet aus Gründen besserer Lesbarkeit überwiegend das generische Maskulinum. Die bei uns in Rehabilitation befindlichen Menschen (Rehabilitandinnen und Rehabilitanden) bezeichnen wir als Patientinnen und Patienten.

2 Brabenderklinik – Klinik für geriatrische Rehabilitation

Mit der Gründung des Geriatrischen Zentrums in Zülpich wurde 1997 ein modernes, auf die Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmtes Zentrum unter einem Dach geschaffen und 2019 baulich erweitert.

Die Brabenderklinik als Teil des Geriatrischen Zentrums Zülpich ist eine Klinik für geriatrische Rehabilitation mit Versorgungsauftrag gemäß § 111 SGB V. Sie gehört zur Unternehmensgruppe Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH und besteht als Rehabilitationsklinik seit 1997. Die rehabilitativen Prozesse sind durch das Qualitätssiegel Geriatrie des Bundesverbandes Geriatrie zertifiziert.

Die Zahl stationärer Behandlungsplätze beträgt 62.

Innerhalb des Konzerns ist die geriatrische Rehabilitationsklinik als Ergänzung zur Akut-Geriatrie im Kreiskrankenhaus Mechernich zu verstehen. Unter dem Dach des Geriatrischen Zentrums Zülpich befindet sich neben der Brabenderklinik außerdem das Seniorenwohn- und Pflegeheim Brabenderstift, das bei Versorgungsproblemen zum Entlasszeitpunkt nötigenfalls verschiedenen Versorgungsformen anbietet. Ambulante Pflege (Tagespflege), Kurzzeit-, Dauerpflege oder betreutes Wohnen an diesem oder auch weiteren Standorten in Mechernich und Schleiden gehören zum Leistungsspektrum.

3 Versorgungsvertrag

Die gesetzlichen Krankenkassen erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur dann, wenn kein anderer Rehabilitationsträger vorrangig zuständig ist (§ 40 Abs. 4 SGB V). Im Unterschied zur indikationsspezifischen Rehabilitation ist für die geriatrische Rehabilitation allerdings in der Regel die Krankenkasse der Kostenträger.

Die Brabenderklinik erfüllt die Kriterien für eine geriatrische Rehabilitation mit Versorgungsauftrag nach § 111 SGB V im Umfang von 62 Betten und hat mit den gesetzlichen Krankenkassen entsprechende Versorgungsverträge abgeschlossen. Zusätzliche Leistungsträger sind Betriebs- und Innungskrankenkassen, Seekrankenkasse, landwirtschaftliche Krankenkassen, Bundesknappschaft, Ersatzkassen und Träger der gesetzlichen Unfallversicherung.

4 Zuweisungsgebiet

Bedingt durch ihre geographische Lage und das hiesige weitere Angebot an geriatrischen Rehabilitationskliniken umfasst das Zuweisungsgebiet der Brabenderklinik neben dem Kreis Euskirchen die Städteregion Aachen, die kreisfreien Städte Köln, Leverkusen, Düsseldorf, Bonn, Oberhausen, Duisburg, Essen, Mülheim an der Ruhr, Krefeld, Remscheid, Solingen, den Rhein-Sieg-Kreis, den Rhein-Erft-Kreis, den Kreis Mettmann, den Rheinisch-Bergischen Kreis, den Oberbergischen Kreis sowie weitere Teile von Rheinland-Pfalz, der Eifel, des Ruhrgebiets und des Münsterlandes, zusammen eine Fläche von über 25 km².

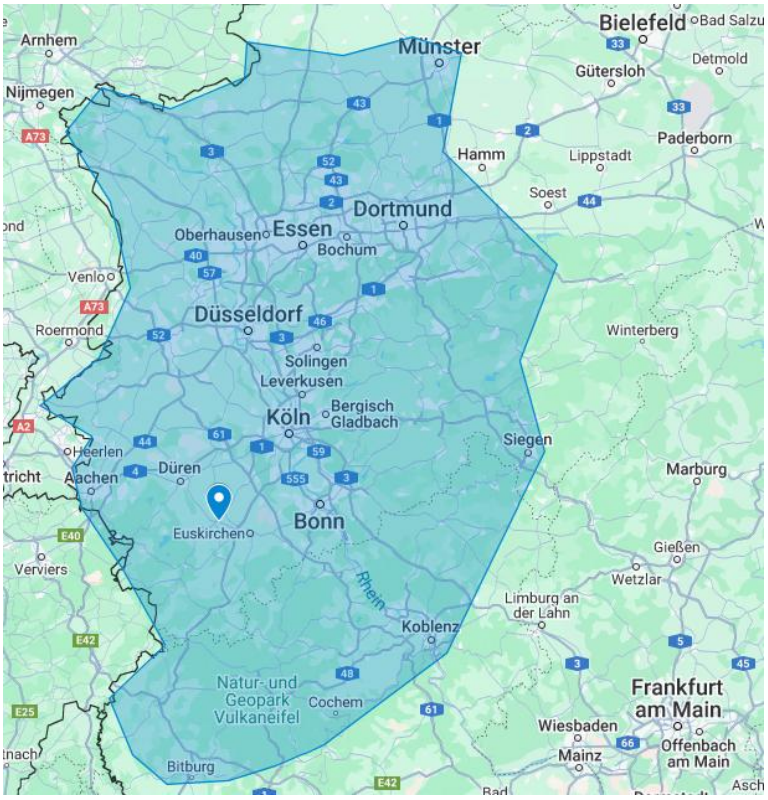


Abbildung 1: Zuweisungsgebiet der Brabenderklinik

5 Geriatrische Patientinnen und Patienten

Geriatrische Patientinnen und Patienten sind üblicherweise über 65 Jahre alt und von mehreren chronischen und/oder akuten Krankheiten betroffen, die sie funktionell beeinträchtigen (Multimorbidität) und die die Einnahme mehrerer Medikamente erforderlich machen (Polymedikation). Hinzu kommt häufig ein nicht einer spezifischen Erkrankung zuzuordnender Abbauprozess mit zunehmender Gebrechlichkeit („frailty“), der die Gesamtvulnerabilität des Organismus erhöht. Dabei gibt es durch die der Geriatrie eigene ganzheitlich-funktionelle Betrachtungsweise keine scharfen Trennkriterien hinsichtlich des kalendarischen Alters. So kann ein Mensch im fünften Lebensjahrzehnt durch

Krankheiten und biologische „Vor-Alterung“ bereits ein geriatrischer Patient sein, während ein Hochbetagter bei guter Gesundheit und guten funktionellen Ressourcen auch durch eine nicht-altersspezifische Fachdisziplin, wie z.B. die Orthopädie, behandelt werden kann, sofern keine Multimorbidität vorliegt, die einen ganzheitlichen Behandlungsansatz verlangt.

Typische mit dem Alter einhergehende gesundheitliche Beeinträchtigungen betreffen das Sehen und Hören, die Bein- und Armfunktion, die neuromuskulären Funktionen allgemein, die Harn- und Stuhlkontrolle, die Kau- und Ernährungsfunktion, die Funktion der inneren Organe Herz, Lunge, Leber, Verdauungstrakt, Niere und der Stoffwechselorgane, sowie die kognitiven Leistungen, die psychische Integrität und die Phänomene Sturz und Schmerz. Hinzu kommen sozialmedizinische Gegebenheiten wie Verlust des Partners, naher Angehöriger und Freunde, Vereinsamung, Abnahme oder Aufgabe der Sexualität, die freiwillige oder erzwungene Aufgabe der bisherigen Wohnung, der Wegfall sinnstiftender Tätigkeiten jenseits des Berufslebens und die Notwendigkeit häufiger Arztkontakte und Krankenhausaufenthalte.

Wenn auch der relative Gesundheitszustand und das subjektive Wohlbefinden älterer Menschen insgesamt immer besser werden und sich die meisten älteren Menschen deutlich jünger fühlen als sie sind (Generali Altersstudien von 2013 und 2017), so verlangt doch die oben geschilderte demografische Entwicklung, dass dem Gesundheitszustand älterer Menschen zunehmend Beachtung geschenkt und dass die Behandlung älterer, multimorbider Patienten im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung weiter professionalisiert wird. Dies übernimmt in der Medizin das Fachgebiet der Geriatrie, das in Deutschland derzeit als Subdisziplin mehrerer großer Fachgebiete betrachtet wird, so der Inneren Medizin, der Neurologie, der Allgemeinmedizin und der Psychiatrie/Gerontopsychiatrie.

Die unfallchirurgische Versorgung alter Menschen wird zunehmend mit dem Ziel einer fächerübergreifenden Alters-Traumatologie ausgebaut. In der aktualisierten Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung von Patienten mit hüftgelenksnaher Fraktur (in Kraft getreten am 06.06.2025) ist die obligate fachgeriatrische Mitversorgung von Patienten mit positivem geriatrischen Screening bereits formuliert. Es ist zu erwarten, dass weitere Krankheitsentitäten folgen werden, was die Krankenhäuser vor große Herausforderungen hinsichtlich ihres personellen Qualifikations-Portfolios stellt und zunehmend stellen wird.

Ältere Menschen wollen, sollen und müssen aufgrund der demografischen Entwicklung eine zunehmend wichtige Rolle in Familie, Gesellschaft und auch im Beruf spielen. Die geriatrische Rehabilitation ist neben der Prävention und der medizinischen Akutbehandlung einer von mehreren Bausteinen, um älteren Menschen das Ausfüllen dieser Rolle zu ermöglichen.

6 Indikationen zur geriatrischen Rehabilitation

6.1 Allgemein

Die Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit wird vom Antragsteller beurteilt und die Indikation zur stationären Rehabilitation in Form *entweder*

- **einer stationären Anschlussheilbehandlung** (in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach akutstationärem Krankenhausaufenthalt) *oder*
- **einer stationären Rehabilitation** nach § 14 SGB IX auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ bzw. auf Antrag des behandelnden Haus- oder Facharztes

gegenüber dem Kostenträger begründet. Dieser prüft den Antrag und erteilt die Genehmigung zur Rehabilitation oder lehnt diese ab.

In zusammenfassender Anlehnung an die „Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist die stationäre geriatrische Rehabilitation indiziert, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen *oder*
- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen *und*
- über die kurative Versorgung hinaus ein mehrdimensionaler und interdisziplinärer rehabilitativer Ansatz erforderlich ist

Diese Beeinträchtigungen müssen, unter Beachtung der sozialen Kontextfaktoren (z.B. häusliches Wohnumfeld), für den älteren Menschen alltagsrelevant sein, d.h., sie schränken seine Selbstständigkeit und Gestaltungsmöglichkeit in den Bereichen ein, die zu den menschlichen Grundbedürfnissen gehören. Diese sind Selbstständigkeit

- beim Essen und Trinken
- in der persönlichen Hygiene
- in der Mobilität
- in der Kommunikation
- bei der Gestaltung einer angemessenen Beschäftigung
- in der Gestaltung und Aufrechterhaltung der sozialen Integration

Entsprechende Beeinträchtigungen der Aktivitäten betreffen vor allem

- die Selbstversorgung (z.B. Ernährung, Körperpflege, Ausscheidung), deren Beeinträchtigung zur Abhängigkeit von fremder Hilfe (z.B. Pflegebedürftigkeit) führen kann
- die Fortbewegung, deren Beeinträchtigung ein Leben des Patienten außerhalb seiner Wohnung verhindern und so zu dessen sozialer Isolation führen kann
- das Verhalten, z.B. als Folge einer vorübergehenden Verwirrtheit, dessen Beeinträchtigung zu Störungen in der Orientierung und sozialen Integration führen kann
- die Kommunikation (z.B. Sprachverständnis, Sprachvermögen, Hören, Sehen) mit der Folge der Beeinträchtigung der örtlichen/räumlichen Orientierung
- die körperliche Beweglichkeit, deren Beeinträchtigung z.B. zu Beeinträchtigung der Selbstversorgung führen kann
- die Geschicklichkeit (z.B. bei manuellen Aktivitäten), deren Beeinträchtigung z.B. zu Beeinträchtigungen der Beschäftigung / Haushaltsführung führen kann.

6.2 Rehabilitationsfähigkeit

Geriatrische Rehabilitationsfähigkeit ist **gegeben,** wenn

- die Vitalfunktionen Atmung, Blutdruck, Puls und Körpertemperatur stabil sind
- die bestehenden Begleiterkrankungen, Schädigungen und typischen Komplikationen vom ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personal der geriatrischen Einrichtung behandelt werden können
- die psychische und physische Belastbarkeit des Patienten erlauben, dass er mehrmals täglich aktiv an rehabilitativen Maßnahmen teilnehmen kann

Geriatrische Rehabilitationsfähigkeit ist **nicht gegeben,** wenn mindestens eines der nachfolgend genannten (Ausschluss-)Kriterien erfüllt ist:

- fehlende Zustimmung, Motivation und Motivierbarkeit des Patienten zur Rehabilitation
- fehlende oder nicht ausreichende Belastbarkeit, die die aktive Teilnahme an den Therapieeinheiten verhindert
- Stuhlinkontinenz
- Begleiterkrankungen bzw. Komplikationen, die eine aktive Teilnahme an der Rehabilitation verhindern (z.B. Desorientiertheit, Hinlauftendenz, erhebliche Störung der Hör- und Sehfähigkeit, Lage und Größe eines Dekubitus bzw. anderer Wunden, Probleme an Stomata oder Amputationsstümpfen, schwere psychische Störungen wie schwere Depression oder akute Wahnsymptomatik, aktiver Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Nichtbeachtung des Rauchverbots in der Klinik)
- Andere Umstände, die eine Rehabilitation im vorgegebenen Setting unmöglich machen, wie z.B. Körpergewicht oberhalb der zugelassenen Belastung der hier verwendeten Betten und Therapiegeräte

6.3 Indikationen gemäß Internationaler statistischer Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (ICD)

In der Brabenderklinik werden Patienten mit den üblichen geriatrischen Indikationen behandelt. Dies sind insbesondere:

- Operativ oder konservativ behandelte Frakturen
- Vorausgegangener Gelenkersatz
- Frühphase demenzieller Erkrankungen
- Überstandene und behandelte Herzerkrankungen wie Herzinfarkt, lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen und kardiale Dekompensation
- Vorausgegangene Herz- und/oder Gefäßoperationen
- Rheumatoide Arthritis, degenerative Wirbelsäulenveränderungen, Arthrose und Polyarthrose sowie bei Osteoporose
- Vorausgegangene sonstige Operationen und verzögerte Rekonvaleszenz
- Amputationen der Extremitäten
- Immobilität verschiedenster Ursache, z.B. nach überstandenen schweren internistischen Erkrankungen wie Sepsis mit konsekutiver Critical-Illness-Polyneuromyopathie
- Erkrankungen aus dem internistisch-neurologischen Bereich, z.B. Morbus Parkinson oder erlittener Schlaganfall, sofern Art und Schweregrad der funktionellen Einschränkungen nicht eine neurologische Frührehabilitation der Phase B oder C erforderlich machen
- Zustand nach Myokardinfarkt nach Abschluss der invasiven Diagnostik und Feststellung eines konservativen Vorgehens
- Folgen von Gefäßerkrankungen
- Pflegebedürftige aller Pflegegrade, mit dem Ziel der Pflegeerleichterung zu Hause
- Spezifische geriatrische Funktionsstörungen wie chronische Schmerzzustände, Inkontinenz, Immobilität, Intellektueller Abbau, Sturzsyndrom, Ess- und Trinkstörungen
- Palliativmedizinische Indikation bei Tumorerkrankung, sofern nicht ein palliativmedizinischer Krankenhausaufenthalt indiziert ist, oder nach einem solchen

Patienten mit multiresistenten Keimen (MRSA, 3MRGN, 4MRGN, VRE) können ebenfalls aufgenommen und unter hygienischen Vorkehrungen nach KRINKO-Empfehlungen rehabilitiert werden. Nach Entscheidung der Hygienekommission können Patienten mit bestimmten, hoch-problematischen Keimen von der Aufnahme in die Brabenderklinik ausgeschlossen werden. Dies ist aktuell für eine Besiedlung mit Acinetobacter baumannii vom 4MRGN-Phänotyp der Fall.

6.4 Indikationen gemäß Internationaler Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF

Unabhängig von der Rehabilitationshauptdiagnose nach ICD , die z. B. den Krankenhausaufenthalt vor einer stationären Anschlussheilbehandlung begründet, basiert die Rehabilitation in der Brabenderklinik wie auch die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen nach SGB V und IX auf dem bio-psycho-sozialen Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die 2001 die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als begriffliche Grundlage der Beschreibung gesundheitsassoziierter Funktionen und Funktionsstörungen verabschiedet hat. Seit 2005 existiert die ICF in deutscher Übersetzung und bildet die Grundlage der rehabilitativen Indikationsstellung und des rehabilitativen Prozesses.

Die ICF besteht aus zwei Teilen mit jeweils zwei Komponenten:

- Teil 1 (Funktionsfähigkeit und Behinderung) mit den Komponenten
  - Körperfunktionen und -strukturen
  - Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)
- Teil 2 (Kontextfaktoren) mit den Komponenten
  - Umweltfaktoren
  - Personenbezogene Faktoren

Das oder die zugrundeliegende/n Gesundheitsproblem/e hat nach dem bio-psycho-sozialen Modell Einfluss auf die genannten ICF-Komponenten und diese wiederum wechselseitig auf die anderen Komponenten und auf das/die Gesundheitsproblem/e selbst.

Die Verwendung der ICF-Begriffe in der Brabenderklinik folgt den Definitionen und Erläuterungen gemäß ICF-Praxisleitfäden 1 bis 3 der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sowie der Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V.

Die einzelnen ICF-Komponenten werden bei der Aufnahme und während des Rehabilitationsprozesses erfasst und begrifflich beschrieben (nicht jedoch kodiert, wie es in der GKV auch nicht vorgesehen ist) und hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Rehabilitationsziele zu Aktivität und Teilhabe sowie hinsichtlich in Frage kommender individueller Interventionsansätze geprüft und gewichtet.

Wenn immer möglich werden gemeinsam mit dem Patienten individuelle, möglichst lebensnahe und konkrete Aktivitäts- und Teilhabeziele formuliert und auf den nach ICF-Konzept strukturierten hausinternen Dokumentationsbögen schriftlich festgehalten.

7 Strukturqualität

7.1 Organisationsgrundlage der Brabenderklinik

7.1.1 Leitbild

Das nachfolgende Leitbild stellt das Selbstverständnis unserer Klinik dar und ist Grundlage für unser Handeln. Es wurde erstmals März 2012 unter Beteiligung unserer Mitarbeitenden erarbeitet und wird durch die QM-Lenkungsgruppe bei Neuerungen, spätestens alle 5 Jahre überarbeitet.

1. Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit

Aufgabe der Brabenderklinik ist die geriatrische Rehabilitation. Sie stellt die Selbständigkeit des Patienten wieder her und vermeidet Pflegebedürftigkeit. Unsere Klinik unterstützt den Patienten in seiner Genesung und vermittelt ihm – und seinen Angehörigen – eine optimistische, aber auch realistische Sicht auf seine Zukunft.

2. Unterstützung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Wir wollen ein Beispiel für den wertschätzenden Umgang mit der älteren Generation geben und sie im Hinblick auf die größtmögliche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unterstützen.

3. Therapieziele

Auf der Basis der Wissenschaft und der Leitlinien der medizinischen und therapeutischen Fachgesellschaften entwickeln wir die Therapieziele. Die Diagnostik und Therapie unserer Patienten erfolgt nach Abstimmung mit allen Beteiligten und bezieht sich auf konkrete für den Patienten wichtige Verbesserungen in seinem Lebensumfeld.

4. Einbezug in die Behandlung

Auf der Grundlage des WHO-Modells der bio-psychosozialen Einheit des Menschen sehen wir den Patienten als Individuum und möchten seinen Bedürfnissen entsprechen. Die endgültige Entscheidung über den Umfang und die Art des rehabilitativen Prozesses, die wir respektieren und verbindlich umsetzen, trifft immer der Patient.

5. Kontrolle des Behandlungserfolges

Die Mitarbeiter des interdisziplinären Teams tragen dazu bei, den rehabilitativen Behandlungserfolg zu sichern und im Verlauf individuell anzupassen.

6. Führung und multiprofessionelles Team

Unser Führungsstil und der Umgang miteinander sind kooperativ und kollegial. Das multiprofessionelle Team arbeitet Hand in Hand. Der ärztliche Dienst leitet das Team, koordiniert dessen Arbeit und trägt die medizinische Verantwortung.

7. Einbezug der Angehörigen

Für die Genesung des Patienten ist seine Motivation unter Einbindung aller Beteiligten wichtig. Die Angehörigen werden zur Erhaltung und Verbesserung der Selbständigkeit und Lebensqualität des Patienten in den Prozess einbezogen.

8. Aufnahme- und Entlassungsmanagement

Die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Zuweisern und Partnern der Gesundheitsberufe ist uns wichtig. Dabei beziehen wir die vor und nachversorgenden Instanzen zeitgerecht in die Vorbereitungen der Aufnahme und der Entlassung ein.

9. **Umgang mit personellen und wirtschaftlichen Ressourcen**

Wir gehen verantwortungsbewusst mit personellen, wirtschaftlichen und natürlichen Ressourcen um. Nachhaltigkeit ist ein integraler Bestandteil unseres Handelns – wir berücksichtigen ökologische Gesichtspunkte bei der Entscheidungsfindung und setzen uns aktiv für einen umweltfreundlichen Klinikbetrieb ein.

10. **Qualitäts- und Risikomanagement**

Der Aufbau einer Sicherheitskultur wird gefördert und Fehler werden benannt. Um sie zu vermeiden oder zu beheben, führen wir gemeinsame und vertrauensvolle Gespräche. Ein umfassendes QM-System unterstützt uns in der Leistungserbringung und gewährleistete Verbesserung.

11. **Weiterbildung**

Die Genesung des Patienten ist Ansporn und Verpflichtung zur Weiterbildung, um die Betreuung und Versorgung weiter zu optimieren. Sinnvollen Neuerungen stehen wir offen gegenüber und setzen Sie nach konsensueller Entscheidung um.

7.1.2 Aufbau der Brabenderklinik, Leitung, Aufgaben und Verantwortlichkeiten

Die Brabenderklinik ist Teil der Geriatrisches Zentrum Zülpich GmbH, die wiederum Teil der Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH ist. Der Geschäftsführung und Prokuristin unterstellt ist die Einrichtungsleiterin, der die administrative Leitung und die Leitung der Therapieabteilung und der Pflege obliegt. Die medizinische Leitung obliegt dem Chefarzt.

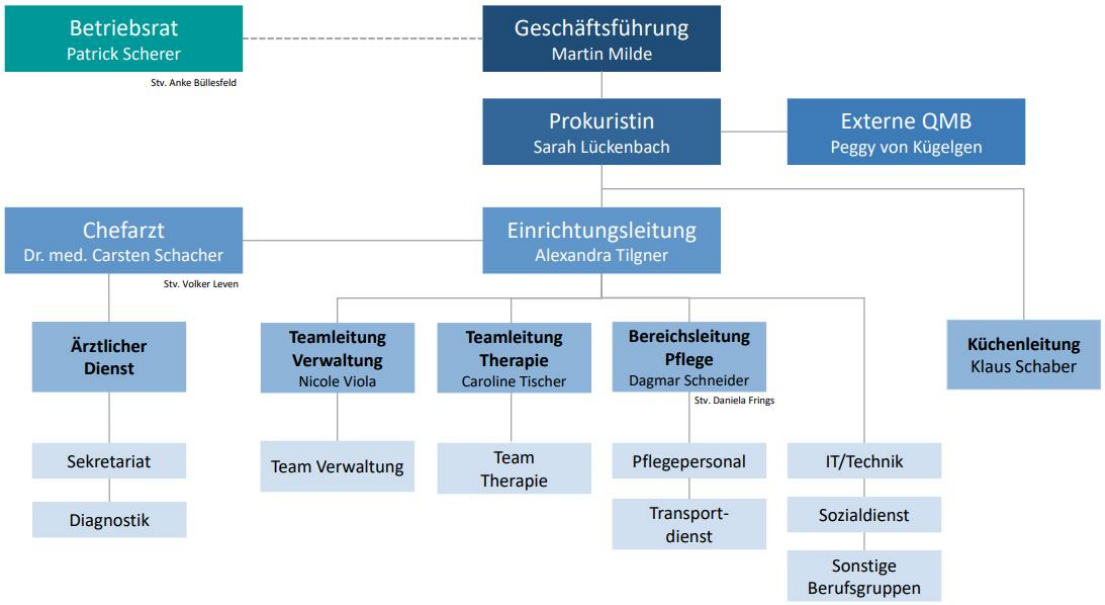


Abbildung 2: Organigramm der Brabenderklinik

Alle Befugnisse, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sind geregelt, durchgesetzt und können im Intranet eingesehen werden, u.a. im QM-Handbuch, den Protokollen der QM-Lenkungsgruppe und diesem Einrichtungskonzept.

7.1.3 Qualitätsmanagement

In der Brabenderklinik Zülpich ist ein Qualitäts- und Präventionssystem (QM) mit der Zielsetzung der ständigen Verbesserung der Behandlungsqualität und der Patientensicherheit eingerichtet. Die QM-Mitarbeiterinnen stehen in regelmäßigem Austausch mit der Leitung der Brabenderklinik. Die QM-Lenkungsgruppe tagt 4x im Jahr und beschließt die Ziel- und Maßnahmenplanung nach PDCA-Prinzip (Plan-

Do-Check-Act). Das QM-Handbuch und die aktuelle Ziel- und Maßnahmenplanung sind für alle Mitarbeiter im Intranet einsehbar.

Das zentrale Qualitätsmanagement ist Geschäftsführungsaufgabe. Im strukturellen Aufbau besteht das interne QM-System aus dem Geschäftsführer und den leitenden Mitarbeitern der Brabenderklinik. Ein Zertifikat nach dem **Qualitätssiegel Geriatrie** des Bundesverbands Geriatrie liegt vor. Ebenfalls erfolgt eine regelmäßige Erhebung der Struktur- und Ergebnisqualität im QS-Reha-Verfahren.

Die Geschäftsführung, die Einrichtungsleiterin und der Chefarzt geben durch Formulierung der Qualitätspolitik und der -ziele einen Rahmen vor, der dann in einem kontinuierlichen Prozess durch die Mitarbeiter gefüllt wird. Diese Ziele ergeben sich aus dem Leitbild und der strategischen sowie der operativen Planung der Brabenderklinik. Ebenso fließen die Ergebnisse aus internen, externen Audits und Begehungen und dem Beschwerdemanagement in die Erarbeitung von Qualitätszielen ein.

Zentrale Bestandteile sind die Fehlerkultur der aktiven Verantwortungsübernahme und die Ableitung eines Lern- und Entwicklungsprozesses. Das wichtigste Instrument der Fehlervermeidung durch organisatorische Maßnahmen ist die Standardisierung durch die Entwicklung von Pflegestandards und Pfade sowie die Beachtung von Leitlinien.

Die Qualitätsziele der Einrichtung orientieren sich an den Grundsätzen, die mit der gesamten Belegschaft für das Leitbild erarbeitet und fortentwickelt wurden. Einzelne Zielsetzungen werden in Abstimmung mit der Einrichtungsleitung definiert, konzeptuell fixiert und in die Bereiche vermittelt und umgesetzt.

Die interne Qualitätssicherung der Brabenderklinik bzw. des Konzerns sind darauf ausgerichtet, durch klare Regelungen und schriftliche Orientierungshilfen für die Mitarbeiter einen einheitlichen Standard der Leistungserbringung sicherzustellen.

Die Methoden der internen Qualitätssicherungsmaßnahmen bestehen aus:

- Die Teilnahme am QS-Reha-Verfahren der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt.
- Es werden die täglich stattfinden Früh- oder Teambesprechungen genutzt um mit allen ärztlichen Mitarbeitern Fallbesprechungen, Therapieverläufe sowie Neuerungen bei therapeutischen Verfahren u. Medikamenten vorzustellen, zu besprechen.
- Den gesetzlichen (z. B. hygienischen und datenschutzrechtlichen) Anforderungen wird entsprochen.
- Begehungen finden durch den externen Apotheker, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, die Hygienefachkraft, den Brandschutzbeauftragten statt, sowie darüber hinaus z.B. die Überprüfung der Qualität der Patientendokumentation und der medizintechnischen Geräte.
- In der Reha-Visite werden interdisziplinäre/interprofessionelle Fallbesprechungen regelmäßig durchgeführt.
- Auswertungen zu Leistungs-, Erlös- und Kostenentwicklungen werden im Rahmen des monatlichen Berichtswesens erstellt oder ad hoc durch die Geschäftsführung beauftragt. Die Auswertungen werden den jeweiligen Berichtsadressaten bzw. den betroffenen Mitarbeitern zur Verfügung gestellt.

Der Aspekt der ständigen Verbesserung wird durch jährliche interne und externe Audits, über Ergebnisse der jährlichen Managementbewertung, Informationen aus dem Beschwerdewesen und der Patientenbefragungen berücksichtigt. Außerdem sind alle Mitarbeiter aufgefordert, erkannte Verbesserungspotenziale den Führungskräften ihrer Abteilung zur Kenntnis zu bringen.

Erkenntnisse aus diesen Informationsquellen werden in den Gremien besprochen, bewertet und zur Organisationsverbesserung durch Verbesserungs-, Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen verwendet. Dieser sich ständig wiederholende Kreislauf wird dem Qualitätsgedanken des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses gerecht.

Die Geschäftsführung, vertreten durch die Prokuristin, übernimmt Rechenschaft für die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems im Bereich der Brabenderklinik.

7.2 Risikomanagement

Über die Entwicklung standardisierter Prozesse soll eine Normierung erreicht werden, die das Auftreten von Fehlern vermindert. Die Arbeit in der geriatrischen Rehabilitation ist als medizinische Einrichtung und insbesondere in Notfallsituationen jedoch flexibel und situationsbezogen. Das Einüben von Notfallsituationen (bspw. Rea-Trainings) im hauseigenen Simulationszentrum oder die jährlich durchzuführenden Pflicht-Fortbildungen schaffen Handlungssicherheit und standardisierte Prozesse.

Alle Mitarbeiter sind verpflichtet, eindeutig identifizierbare Fehler, die während der Leistungserbringung entdeckt werden (hier ausdrücklich: Patientenschäden/ Komplikationen) dem jeweiligen Vorgesetzten zu melden. Bei Aufnahme eines Patienten erfolgt standardisiert bspw. die Erfassung des Sturz- oder Dekubitus-Risiko bei jedem Patienten und fließt sowohl in die Behandlung des Patienten, als auch in die Statistik zur Ableitung weiterer risikominimierender Maßnahmen ein.

Unabhängig davon erfolgt eine Überprüfung und Bewertung von identifizierten Problemen durch die zuständigen Leitungskräfte (z. B. die Bereichs-/Stationsleitung für Probleme auf der jeweiligen Station). Bei Bedarf wird die Geschäftsführung hinzugezogen. Die Analyse von Problemen und die Umsetzung von Korrekturmaßnahmen werden in den Visiten und Konferenzen besprochen sowie in den Besprechungsprotokollen dokumentiert.

Die regelhafte Durchführung von Risikoaudits durch externe Auditoren unterstützt die Weiterentwicklung der geriatrischen Rehabilitationsklinik im Risikomanagement.

Besondere Vorkommnisse sind solche Ereignisse, bei denen ein Schaden für Patienten, Mitarbeiter, Dritte und Sachen bereits eingetreten ist oder gerade noch vermieden werden konnte. Solche Vorkommnisse können ein wichtiger Hinweis auf einen zusätzlichen Regelungsbedarf oder zusätzliche Sicherungsmaßnahmen geben. Daher können diese über ein internes Meldewesen anonym, sanktionsfrei und vertraulich gemeldet werden. Es besteht die Möglichkeit medizinische Beinahe-Fehler im Rahmen einer CIRS-Meldung abzugeben oder auch bei vermuteten Rechts- und Regelverstößen Hinweise im Rahmen des Hinweisgeberschutz-Gesetzes aufzuzeigen. Eine Arbeitsgruppe prüft jede Meldung und veranlasst bei Bedarf weitere Maßnahmen.

7.2.1 Qualitätsziele und Planung

Die QM-Lenkungsgruppe formuliert Qualitätsziele und deren Messbarkeit, z.B. im Bereich der Rehabilitationsergebnisse (Barthel-Index, ggf. Singer-Index, Tinetti-Index bei Aufnahme und bei Entlassung), der Sturzprophylaxe, der Dekubitusprophylaxe, der Wundbehandlung, der Patientenzufriedenheit u.a. Die Messergebnisse fließen wiederum in die Ziel- und Maßnahmenplanung mit ein.

Durch die QM-Lenkungsgruppe wird quartalsweise die Umsetzung der Zielplanung überprüft und bewertet, um eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung zu gewährleisten.

7.2.2 Interne und externe Kommunikationsstrukturen

Neben dem täglichen vertrauensvollen Umgang der Mitarbeiter aller Abteilungen und Berufsgruppen miteinander wurden mit dem Ziel der strukturierten Kommunikation mehrere abteilungs- bzw. berufsgruppeinterne sowie abteilungs- bzw. berufsgruppenübergreifende Besprechungen etabliert, die regelmäßig in unterschiedlichen Frequenzen tagen und deren Ergebnisse protokolliert werden.

Einen Überblick über die verschiedenen Besprechungen gibt die Tabelle auf den folgenden Seiten.

Die Zahl, Frequenz und Teilnehmerzusammensetzung der Besprechungen wurden so entworfen, dass leitenden und nachgehordneten Mitarbeitern aller Bereiche und Berufsgruppen alle wichtigen Informationen zuteilwerden, und dass deren Partizipation am Qualitätsmanagement sichergestellt ist.

Über mehrere weitere Kanäle wird neben den Besprechungen sichergestellt, dass wichtige Informationen möglichst viele Mitarbeiter erreichen. Dazu gehören:

- Beiträge im Intranet
- Newsletter per interner E-Mail, z.B. der Pflege und der Personalabteilung
- Das Informationsheft „Insider“
- Die regelmäßige Mitarbeiterversammlung

In der Verfahrensanweisung „Kenntnisnahme von Dokumenten“ ist die Informationsweitergabe an möglichst alle Mitarbeiter geregelt, auch wenn diese nicht an einer Besprechung teilnehmen konnten.

Die Kommunikation mit Zuweisern und Kostenträgern erfolgt durch die Verwaltung, mit Vor- und Nachbehandlern über das Sekretariat oder die zuständigen Ärzte.

Die Kommunikation mit der Öffentlichkeit erfolgt u.a. durch den Internet-Auftritt der KKHM GmbH, durch Pressemitteilungen. Zuständig ist die Abteilung für Unternehmenskommunikation

Titel der Besprechung Gremium	Inhalte	Frequenz Tag	Ort	Teilnehmer	Verantwortliche/r	Tagesordnung	Einladung	Protokoll Protokollführung
Organisatorische Besprechungen								
Organisationsrunde groß	Koordination der Berufsgruppen, Abläufe, Anträge etc.	Monatlich 1. Mi. im Monat	Konf.-Raum	EL, CA, BL Pflege, Koord. Verw., SD, AL Küche, Koord. Therapie, Technik, BR	EL		X	X Koord. Verw.
Jour fixe EL/Verw./Pflege	Aktuelle Themen	Wöchentlich Dienstags	Büro EL	EL, Koord. Verw., BL Pflege	EL			
Jour fixe EL/Med./Pflege	Aktuelle Themen	Wöchentlich Mittwochs	Büro EL	EL, CA, BL Pflege	EL			
QM-Lenkungsgruppe	Kontinuierliche Verbesserung	4x /Jahr	Konf.-Raum	Prokuristin, EL, CA, BL Pflege, QMB, Koord. Verw., Koord, Therapie	QMB	X	X	X QMB
Teambesprechung Pflege groß	1. Teambesprechung Jahresanfang, Fobi-Wünsche, Evaluation beschlossener Maßnahmen des Vorjahres, neue Ziele 2. Aktuelles, Inhalte QM-LG, Personalsituation	2x /Jahr	Konf.-Raum	EL, BL Pflege, stellv. BL Pflege, alle MA Pflege	EL	X	X	X BL Pflege
Teambesprechung Pflege klein, stationsbezogen	Aktuelles, Evaluation beschlossener Maßnahmen	4x /Jahr	Stationszimmer	BL Pflege, stellv. BL Pflege, MA der Station	BL Pflege			X BL Pflege

Titel der Besprechung Gremium	Inhalte	Frequenz Tag	Ort	Teilnehmer	Verantwortliche/r	Tagesordnung	Einladung	Protokoll Protokollführung
Teambesprechung Verwaltung	Aktuelles, Evaluation beschlossener Maßnahmen	4x /Jahr	Verwaltung	Koord. Verw., MA Verwaltung, MA Zentrale	BL Verwaltung		X	X MA Verwaltung
Teambesprechung Therapie	Aktuelles, Evaluation beschlossener Maßnahmen	4x /Jahr	Konf.-Raum	Koord. Therapie, MA Therapie (SD, BA, Ergo, Logo)	Koord. Therapie		X	X Koord. Therapie
Update Betriebsrat	Strukturierter Informationsaustausch	Monatlich Letzter Do. im Monat	Büro EL	EL, BR	EL		X	X BR
Reha-Gespräch	Strategie, gesetzl. Rahmenbedingungen, Aktuelles	Monatlich 2. Do. im Monat	GF Mechernich	GF, Prokuristin, EL	Prokuristin	X		X Prokuristin
Mitarbeiterversammlung	Informationsaustausch	Halbjährlich	Konf.-Raum	GF, Prokuristin, alle MA	EL		X	
Medizinische Besprechungen								
Frühbesprechung	Vorkommnisse im Nachtdienst, Vorstellung der Neuaufnahmen vom vorh. Werktag	Täglich 8:00 Uhr	Konf.-Raum	BD-Arzt, ÄD, 1 MA Therapie	CA			
Übergabe Pflege	Aktuelles, Organisation	1x /Woche	Station	MA Pflege	BL Pflege			
Übergabe Ärzte	Medizinische Patientenbelange	Täglich zu Dienstende und Dienstbeginn	Station	1 MA ÄD, BD-Arzt bzw. -Ärzte	CA			Dokumentation auf Belegungssübersicht BD-Arzt
Reha-Visite	Beurteilung des Reha-Verlaufs	1x /Woche pro Station	Station	CA, OA/Stationsarzt, MA Pflege, Therapie, SD	CA			Dokumentation in elektr. Patientenakte

Titel der Besprechung Gremium	Inhalte	Frequenz Tag	Ort	Teilnehmer	Verantwortliche/r	Tagesordnung	Einladung	Protokoll Protokollführung
Ärzteteambesprechung (ÄTB)	Aktuelle mediz. und organis. Aspekte, betriebsinterne Fortbildung	1x /Monat Dienstags	Konf.-Raum	Ärzte	CA			X (Intranet) CA
Röntgenbesprechung	Interpretation der Röntgenbilder	1x /Woche Mittwochs	Konf.-Raum	Ärzte	CA			
Pflege-Ärzte-Teambesprechung (PÄT)	Aktuelle Themen der Schnittstelle Pflege-Ärzte	4x /Jahr	Konf.-Raum	Ärzte, Pflege	BL Plfege			X CA
Konzeptkreis	(Weiter-)Entwicklung der Therapiestandards und -konzepte	1x /Monat Freitags	Konf.-Raum	CA, Koord. Therapie, weitere MA Therapie nach Bedarf	CA			X (Konzeptordner) CA
Hygienesitzung	Spezielle Hygieneaspekte der Brabenderklinik (ergänzend zur Hygienekommissionssitzung)	1x /Jahr und bei Bedarf	Konf.-Raum	CA (Hyg.-beauftr. Arzt), EL, Hygienefachkraft, b. Bed. KH-Hygienerkerin, BL Pflege	Hygienebeauftragter Arzt	X	X	X Hygienefachkraft
Betriebsrat								
Betriebsratssitzung	Mitbestimmung nach BetrVG	1x /Woche	BR	Betriebsräte	BR-Vorsitzender	X	X	X BR
Gremien der Muttergesellschaft, in denen auch Themen der Töchtergesellschaften behandelt werden								
Arzneimittelkommission	Anpassung Arzneimittelliste, Auswertung d. Verbrauchs	3x /Jahr	KKH Mechernich	GF, CÄ, Ltd. Abteilungsärzte, KH-Apothekerin	Vorsitzender Arzneimittelkommission	X	X	X KH-Apothekerin
Arbeitssicherheitsausschuss	Arbeitsschutz, Unfallverhütung, Aktuelles, Organisation	4x /Jahr	KKH Mechernich	GF, VD, ÄD, EL, BR, Betriebsärztin, FaSi, FaSi der Stationen, AL Medizintechnik, AL Technik	GF	X	X	X Fa Arbeitssicherheit

Titel der Besprechung Gremium	Inhalte	Frequenz Tag	Ort	Teilnehmer	Verantwortliche/r	Tagesordnung	Einladung	Protokoll Protokollführung
Hygienekommissi-onssitzung	Hygieneplan, Bera-tung, Infektionssta-tistik, Organisation, Fortbildung	2x /Jahr	KKH Mechernich	GF, CÄ, EL, KH-Hygieniker, Hy-gienefachkraft, Hyg.-Beauftr. Pflege, AL Tech-nik, QMB, BR-Voristzender	GF	X	X	X Hygienefachkraft

7.2.3 Dokumente

Die regelnden QM-Dokumente unterliegen alle der Dokumentenlenkung im Nexus Curator und werden von den Verantwortlichen mit den jeweiligen Geltungsbereichen kommuniziert und aktualisiert. Diese sind in das verwendete QM-System eingewiesen. Digitalen Dokumenten wird gegenüber papiergebundenen Dokumenten der Vorzug gegeben. Ziel ist ein volldigitaler Workflow, sodass Papier nur noch im Falle einer technischen Störung genutzt wird. Die zeitgerechte Aktualisierung der Dokumente und das Stilllegen obsoleter Dokumente werden von der QM-Beauftragten nachgehalten.

7.2.4 Umgang mit Patientendaten und patientenbezogenen Dokumenten

Der Umgang mit Patientendaten ist geregelt. Die Schulungen zum Thema Datenschutz erfolgen in digitaler Form durch Ole plus in einem 2-jährigen Turnus mit anschließendem Abschlusstest. Zusätzlich wird für Mitarbeitende, die Ole plus nicht nutzen, eine jährliche Schulung in Präsenz angeboten. Cyberkriminalität erfolgen ebenfalls regelmäßige Schulungen, deren Erfolg durch den Umgang mit Test-Phishing-Mails überprüft wird.

7.2.5 Kooperationen

In Kooperation mit dem Krankenhaus Mechernich kann bei Bedarf die umfangreiche Diagnostik eines Hauses der Regelversorgung konsiliarisch in Anspruch genommen werden. Folgende Konsiliarleistungen sind möglich: gastroenterologisch, kardiologisch, unfallchirurgisch, orthopädisch, wirbelsäulenchirurgisch, urologisch, gynäkologisch, neurologisch. Darüber hinaus kann die infektiologische Beratung des dortigen Antibiotic Stewards in Anspruch genommen werden.

In der Psychiatrischen Fachklinik Marienborn in Zülpich können (geronto-)psychiatrische Konsile angemeldet werden.

Wöchentlich führt das Röntgeninstitut Mechernich die elektive Röntgenuntersuchung der Brabenderklinik durch. Die Befundung erfolgt durch die Radiologen des Instituts, die auch hinsichtlich der Indikationsstellung und beratend zur Verfügung stehen. Notfall-Röntgenuntersuchungen finden im Kreiskrankenhaus Mechernich statt.

Gerontopsychiatrische Fragestellungen werden im Austausch mit der Psychiatrischen Fachklinik Marienborn in Zülpich besprochen. Für die Fachklinik Marienborn werden in der Brabenderklinik internistische Konsile durchgeführt, überwiegend Schilddrüsen-Sonografien vor geplantem Beginn einer Lithium-Therapie.

Für Konsile der Fachrichtungen HNO, Augen, Dermatologie, Zahnheilkunde stehen im Umkreis Facharztpraxen zur Verfügung.

7.3 Ressourcenmanagement

7.3.1 Bereitstellung der Ressourcen

Die Geriatrisches Zentrum Zülpich GmbH als Träger der Brabenderklinik stellt die erforderlichen Ressourcen bereit, um das Leistungsangebot hinsichtlich Infrastruktur, Personal, Prozessumgebung und unterstützende Dienstleistungen zu erfüllen, aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln. Der Bedarf wird im regelmäßigen Austausch zwischen der Geschäftsführung, vertreten durch die Prokuristin, der Einrichtungsleitung und dem Chefarzt ermittelt.

7.4 Infrastruktur der geriatriespezifischen Einrichtung

Die Brabenderklinik liegt im Zentrum der Stadt Zülpich mit guter Anbindung durch öffentliche Verkehrsmittel, ist durchgängig barrierefrei konzipiert und für Rollstuhlfahrer befahrbar. Im ganzen Gebäude gilt Rauchverbot.

7.4.1 Räumliche Ausstattung

Die Klinik verfügt über drei Stationen mit insgesamt 62 Betten in 30 Einbett- und 16 Zweibettzimmern, die sich sämtlich im Erdgeschoss befinden und eine zusammenhängende Einheit bilden. Drei- oder Mehrbettzimmer gibt es nicht.

Der Zugang zur Klinik erfolgt barrierefrei über eine automatisch öffnende Tür. Die gesamte Klinik ist für Rollstuhlfahrer und Rollatornutzer zugänglich. Alle Türen sind für die Breite von Krankenhausbetten ausgelegt. Es gibt keine sturzgefährdenden Schwellen. Der Fußboden ist rutschhemmend ausgelegt. Die Flure und Treppen sind mit beidseitigen Handläufen versehen.

Es gibt mehrere Aufenthaltsräume für die Patienten

Für Gottesdienste und Gebete steht eine Kapelle zur Verfügung. Eine seelsorgerische Begleitung kann auf Wunsch des Patienten hinzugezogen werden.

Mehrere Abstellräume für Rollatoren, Rollstühle, Toilettenstühle etc. sind vorhanden.

Für Teambesprechungen sind zwei Konferenzräume, die zu einem großen Raum verbunden werden können, eingerichtet. Dort finden auch Patientenvorträge, Informationsveranstaltungen und Fortbildungen statt. Ein Decken-Beamer ist vorhanden.

Auf Wunsch kann als kostenpflichtiger Service jeweils ein Angehöriger den Patienten in Form eines Rooming-Ins mit Beistellbett im Patientenzimmer und Vollpension begleiten. Voraussetzung ist, dass die Begleitperson nicht pflegebedürftig oder akut ärztlich behandlungsbedürftig ist. Bei zeitgleicher Rehabilitation beider Partner können diese ein gemeinsames Doppelzimmer erhalten.

Im Nebengebäude kann ein kostenpflichtiges Gäste-Appartement von einer Begleitperson genutzt werden.

Im Innenhof der Einrichtung stehen für Therapieeinheiten und zur freien Nutzung ein Therapiegarten sowie ein Therapiehochbeet den Patienten zur Verfügung.

Im Eingangsbereich gibt es eine Cafeteria für Speisen und Getränke mit zusätzlichem Kiosk-Angebot („Café Zöllech“), im 1. OG einen Frisör. Eine Fußpflegerin kann bei Bedarf angefordert werden.

Für die Behandlung und Therapie stehen im Erdgeschoss und im Untergeschoss Einzel- und Gruppentherapieräume zur Nutzung durch Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie, sowie Fitnessgeräte und ein Massagesessel zur freien Nutzung zur Verfügung. Im Untergeschoss liegen außerdem das Bewegungsbad, die physikalische Therapie, der Schlingentisch und der Geräteraum. Eine Hydrojet-Massageliege kann als kostenpflichtiger Zusatzservice gebucht werden.

Ein Röntgen-Diagnostikraum mit Digitaler Bildwandlung wird mittwochs konsiliarisch vom Röntgeninstitut Mechernich genutzt. Der Strahlenschutz ist baulich und durch die erforderliche Kennzeichnung gewährleistet.

Im Erdgeschoss befindet sich ein Raum für EKG- und Ultraschall-Diagnostik.

7.4.2 Patientenzimmer und Nasszellen

Alle Patientenzimmer sind barrierefrei, die Türen ermöglichen das Hindurchschieben eines üblichen Krankenhausbettes. Die Manövrierfläche neben dem Bett beträgt mindestens 1,5 x 1,5 m, in Doppelzimmern beträgt der Abstand zwischen den Betten mindestens 2 m. Pro Bett und im Zimmereingang ist je eine Notrufklingel vorhanden. Die Zimmer verfügen mindestens über 1 Tisch, 2 Stühle und eine TV-Bank.

Alle Nasszellen und Patiententoiletten sind ebenfalls barrierefrei, auch mit überbreiten Rollstühlen befahrbar, und die Bewegungsfläche neben den WCs beträgt mindestens 70 x 90 cm.

7.4.3 Berufsspezifische Infrastruktur

7.4.3.1 Ärztlicher Dienst

Die ärztliche technische Ausstattung umfasst 1 Notfall-Trolley mit Intubationsbesteck (Endotrachealtuben und Larynxmasken) und 1-Kanal-Notfall-EKG zur schnellen Rhythmusdiagnostik, 1 Absauggerät, transportable Sauerstoffflaschen, 1 fahrbares 12-Kanal-EKG-Gerät, 1 fahrbares Ultraschallgerät, Geräte für Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung und Lungenfunktionsprüfung, pro Station je 1 automatischen externen Defibrillator (AED).

Jeder Arzt-Arbeitsplatz verfügt über einen PC mit Spracherkennungs-Mikrofon und Bar-Code-Scanner zum Einlesen des Bundeseinheitlichen Medikationsplanes.

Planbare Röntgen-Aufnahmen finden mittwochs im Röntgen-Raum statt, erbracht durch das Röntgeninstitut Mechernich (s. o.). Notfall-Röntgenuntersuchungen finden im Krankenhaus Mechernich statt.

Ggf. notwendige endoskopische Diagnostik oder fiberendoskopische Schluckdiagnostik wird im Krankenhaus Mechernich in Kooperation erbracht.

7.4.3.2 Pflegerischer Dienst

Jede der 3 Stationen verfügt über ein Dienstzimmer mit mindestens 1 Desktop-PC und 2 fahrbaren, über WLAN verbundenen PCs mit jeweils Zugang zum Krankenhaus-Informations-System (KIS). Medikamente werden in temperaturüberwachten Schränken gelagert, sortiert nach Wirkstoffnamen. Jede Station hat einen temperaturüberwachten Kühlschrank und einen BtM-Tresor. Die Verantwortlichkeit für die Schlüsselübergabe des BtM-Tresors ist geregelt und wird dokumentiert. Die Vorbereitung der Medikamentenvergabe und der Behandlungspflege erfolgt in einem abgetrennten Bereich, um Störungen zu minimieren.

7.4.3.3 Physiotherapie/Physikalische Therapie

Die Behandlungsräume verfügen über elektrisch höhenverstellbare Liegen. Eine Liege mit 120 cm Breite steht zur Verfügung. Folgende weitere Geräte sind vorhanden:

- Beinpresse
- CPM-Bewegungsschiene für die Mobilisation der Schulter
- Maschine zum Training der Arm-Stützkraft
- Press-Back/Rudermaschine/Wirbelsäulen-Extensionstrainer
- Seilzug bilateral
- Balance Pad zur Gleichgewichts- und Koordinationsschulung
- Motorbetriebener Bewegungstrainer (Moto-Med)
- Laufstrecke mit unterschiedlichen Bodenbelägen, Steigungen und Stufen im Außenbereich
- Gehbarren

- Stehapparat
- Bewegungsbad
- Transportabler Spiegel zur Visualisierung
- Mobilisationsrollstuhl
- Wärmeapplikation/Fango
- Kälteapplikation
- Schlingentisch
- Sprossenwand
- Kombiniertes Elektrotherapie-Ultraschallgerät

Im Rahmen der Investitionsplanung ist die Klinik bestrebt, die technische Ausstattung stetig zu erweitern und zu modernisieren. Muskelgruppen, für die noch keine spezifischen Geräte zur Verfügung stehen, werden durch Übungen am Seilzug oder mit Thera-Bändern an der Sprossenwand trainiert.

7.4.3.4 Ergotherapie

Es steht ein eigener, ruhiger Therapieraum zur Verfügung. Der Raum verfügt über einen Spiegel zur Spiegeltherapie.

Die Ergotherapie verfügt über Übungsmaterial zum Gedächtnistraining, zur Verbesserung der Feinmotorik, für hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Bügelbrett, Bügeleisen).

Eine Übungsküche mit Material zur Speisenzubereitung ist eingerichtet.

7.4.3.5 Stimm-, Sprech-, Sprach-, und Schlucktherapie

Es steht eigener, ruhiger Therapieraum zur Verfügung. Der Raum verfügt über einen höhenverstellbaren Therapietisch und einen Therapiespiegel.

7.4.3.6 Sozialdienst

Der Sozialdienst verfügt über ein eigenes Büro mit Anbindung an das Krankenhaus-Informationssystem, in dem Gespräche, auch mit mehreren Teilnehmern, in ruhiger Atmosphäre stattfinden können.

7.4.3.7 Psychologischer Dienst

Psychologische Einzelgespräche finden in einem dafür vorgesehenen Raum in ruhiger Atmosphäre statt.

Der Psychologe leitet wöchentlich die Entspannungs-Gruppentherapie/ Muskelrelaxion nach Jacobson im Gruppenraum.

7.4.4 Multiprofessionelles Team der Geriatrie – Kompetenzen

Zum multiprofessionellen Team der Brabenderklinik gehören der ärztliche Dienst, der Pflegedienst, die Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie (Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie), der psychologische Dienst, der Sozialdienst, Betreuungsassistentinnen, sowie eine Ernährungsberaterin.

Für die Therapieplanung hat die personelle Kontinuität in der Patientenbehandlung hohe Priorität.

Die Abteilung steht unter der Leitung eines Chefarztes (Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Geriatrie und den Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin und Ernährungsmedizin) mit langjähriger Erfahrung im Bereich der geriatrischen Rehabilitation in einer Rehabilitationsklinik nach

§ 111 SGB V. Der Chefarzt verfügt über die volle Weiterbildungsermächtigung für 18 Monate Geriatrie und die Weiterbildungsermächtigung für 18 Monate der Basis-Weiterbildung Innere Medizin. Er ist ausschließlich in der Brabenderklinik tätig.

Während der regulären Arbeitszeit montags bis freitags von 8 bis 16:30 Uhr ist stets mindestens ein Geriater anwesend. In Kooperation mit der Abteilung für Geriatrie des Kreiskrankenhauses Mechernich wird die Anwesenheit eines Bereitschaftsdienstarztes organisiert, sodass 24 Stunden mindestens ein Arzt anwesend ist. Die Facharztrufbereitschaft stellt die Verfügbarkeit eines Internisten mit Zusatzbezeichnung Geriatrie lückenlos sicher.

Die vertretenden Oberärztinnen sind Fachärztinnen für Innere Medizin bzw. Viszeralchirurgie, jeweils mit Zusatzweiterbildung Geriatrie.

Die inner- und außerbetriebliche Fort- und Weiterbildungplanung strebt einen hohen Prozentsatz geriatrierelvanter Qualifikationen aller Berufsgruppen an und fördert diese.

Die pflegerische Leitung verfügt über eine mindestens zweijährige vollzeitige Berufserfahrung als examinierte Pflegefachkraft in einer geriatriespezifischen Einrichtung und hat eine 180-stündige struktrurierte curriculare geriatriespezifische Fortbildung absolviert.

8 Prozessqualität

8.1 Personalkonzept

Grundlage des Personalkonzepts ist zum einen der intern ermittelte Bedarf an Mitarbeitern der jeweiligen Abteilungen und Berufsgruppen sowie die Empfehlungen der Fachgesellschaften wie Bundesverband Geriatrie und BAR, zum anderen die im Rahmen der Vergütungsverhandlungen von den Kostenträgern zugebilligten Personalschlüssel, die wiederum auf den gesetzlich verbindlichen IPReG-Rahmenempfehlungen (aktuell vom 28.03.2025) basieren. Die IPReG-Rahmenempfehlungen sind den Versorgungs- und Vergütungsverträgen zugrunde zu legen (§§ 111 Absatz 7 Satz 4, 111c Absatz 5, Satz 3 SGB V).

8.1.1 Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Neue Mitarbeiter werden von erfahrenen Mitarbeitern der gleichen Berufsgruppe nach einem für die jeweilige Berufsgruppe festgelegten Einarbeitungs-Curriculum eingearbeitet. Vor dem ersten Dienst erfolgt die Einweisung in das KIS. Die strukturierte Einarbeitung mittels Checkliste führt durch die Themen: Ablauforganisation, innerklinische Notfälle/ Notfallpläne, Klinikstruktur, Einweisung in die medizinisch-technischen Geräte, Assessments, Dokumentenlenkung, Risikomanagement, Fort- und Weiterbildung und Datenschutz.

8.1.2 Fort- und Weiterbildung/Personalentwicklung

Angestrebt wird eine höchstmögliche allgemeine sowie rehabiliations- und geratriespezifische Qualifikation aller Mitarbeiter. Zur Erreichung dieses Ziels werden betriebsinterne Fortbildungen angeboten und externe Fort- und Weiterbildungen finanziell gefördert oder komplett übernommen.

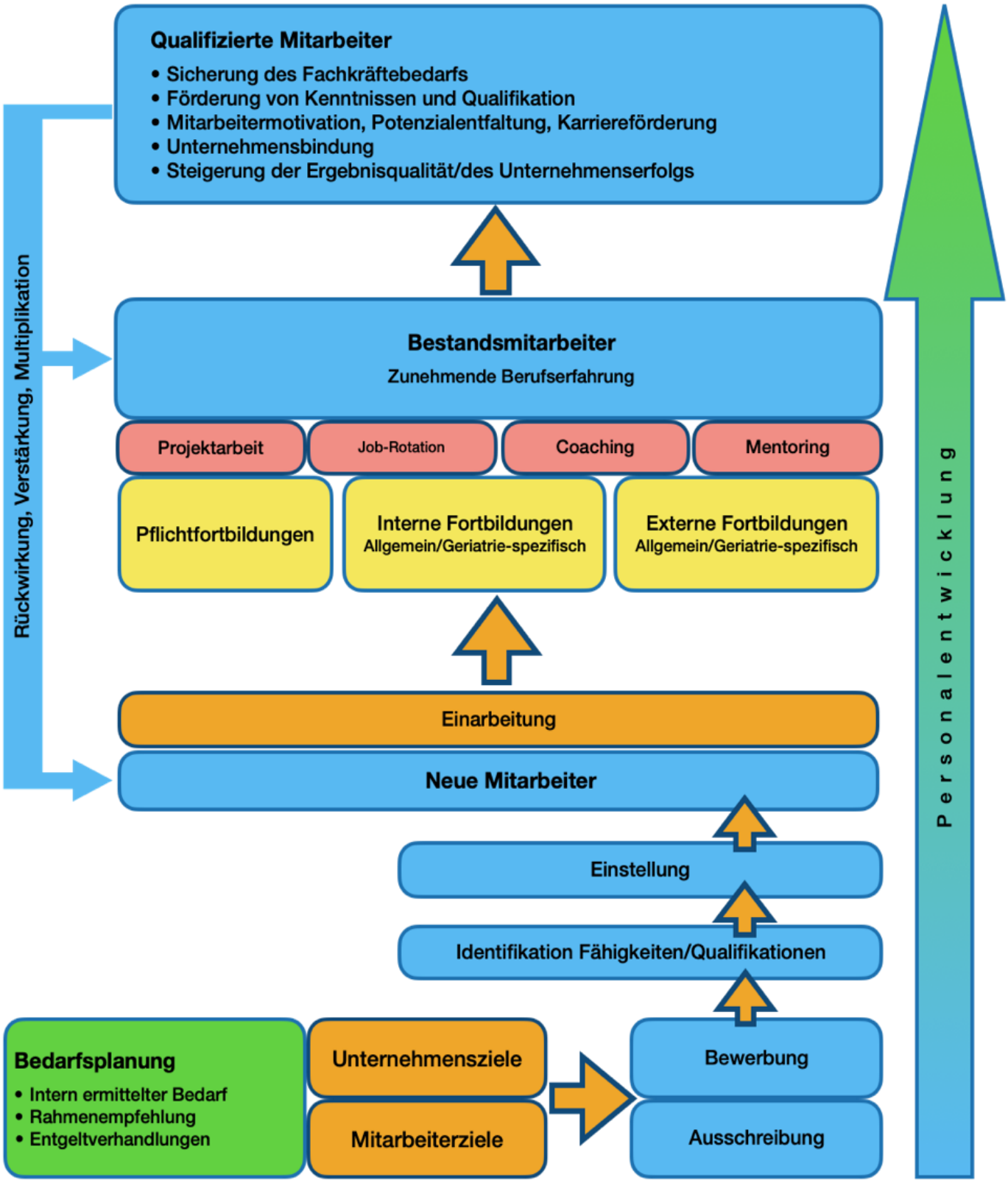
Sofern vom Berufsbild und der Abteilungsorganiation her möglich und sinnvoll, werden im Rahmen der Personalentwicklung auch die Instrumente Mentoring, Coaching und Job-Rotation eingesetzt.

Abteilungsintern und abteilungsübergreifend entwickeln Mitarbeiter im Rahmen von Projektarbeit Prozesse und Strukturen der Brabenderklinik weiter.

In regelmäßigen Schulungen werden berufsgruppenübergreifende und berufsgruppenspezifische Inhalte vermittelt, deren Durchdringung wiederum in internen Audits überprüft wird.

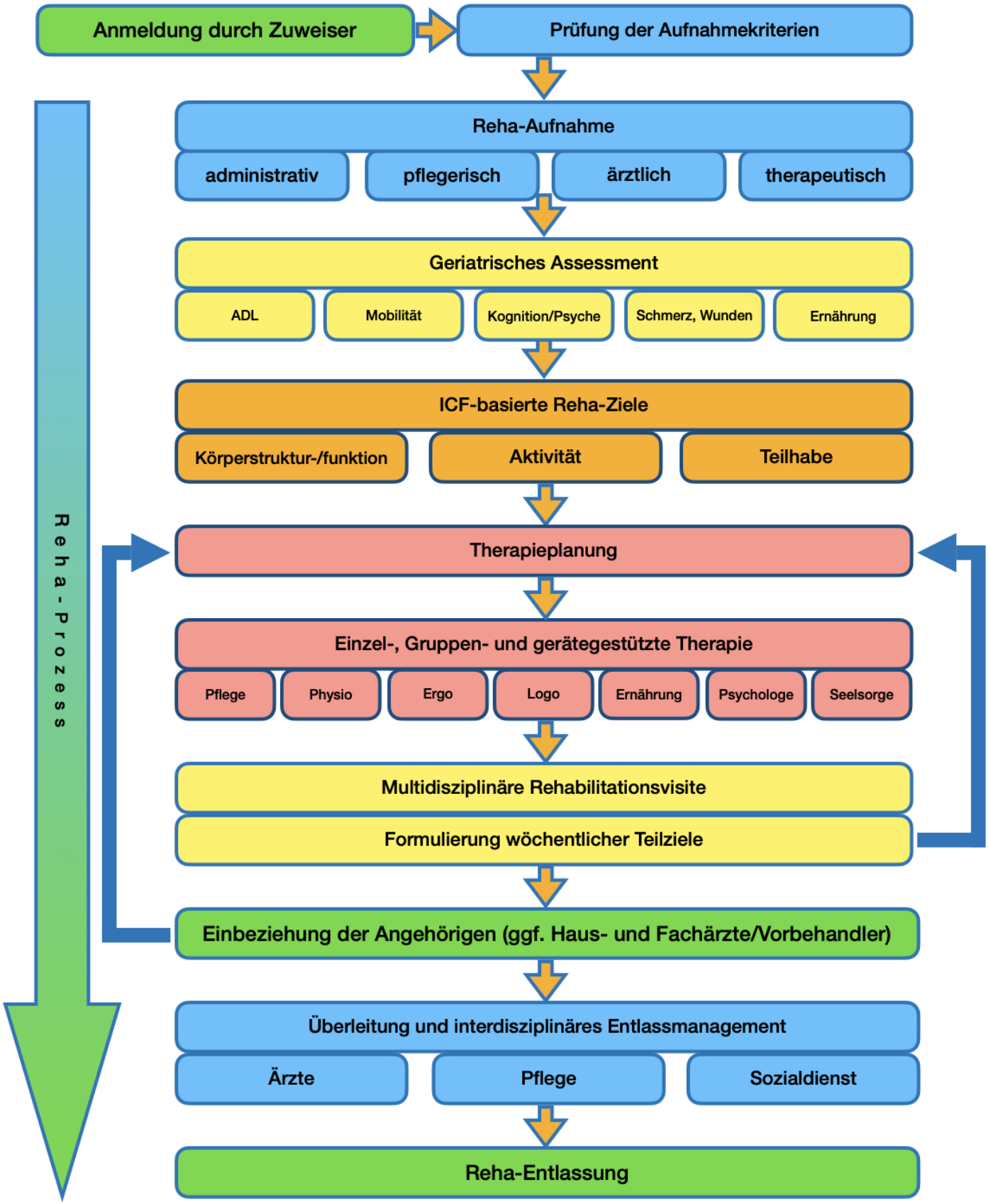
Das Fortbildungsprogramm wird jeweils am Ende des Vorjahrs für das kommende Jahr festgelegt und im digitalen Klinikkalender hinterlegt, auf den alle Mitarbeiter Zugriff haben.

8.1.3 Personalentwicklung im Überblick



8.2 Rehabilitationsprozess und patientenbezogene rehabilitative Leistungen

8.2.1 Rehabilitationsprozess im Überblick



8.2.2 Anmeldung, Prüfung der Aufnahmekriterien, Aufnahmeplanung

Die Anmeldung zur Reha bzw. Anfrage nach einem Aufnahmetermin erfolgt durch die stationären und ambulanten Zuweiser oder durch die Kostenträger. Ein Team aus der Verwaltungskoordinatorin, der Bereichsleitung Pflege und dem Chefarzt prüft nach medizinischen und pflegerischen Gesichtspunkten, ob die Aufnahmekriterien für die Rehabilitation in der Brabenderklinik erfüllt sind (s. Rehafähigkeit). Im positiven Fall erhält der Patient einen Aufnahmetermin, der dem Zuweiser bzw. dem Patienten selbst mitgeteilt wird. Der Patient erhält per Post vorab wichtige Informationen, z.B. über mitzubringende Hilfsmittel. Im negativen Fall ergeht eine Empfehlung zur aus unserer Sicht geeigneteren Behandlungsform des angemeldeten Patienten.

8.2.3 Aufnahme

Am Aufnahmetag erfolgt zunächst die **administrative** Aufnahme, gefolgt von der **pflegerischen** und schließlich der **ärztlichen Aufnahme.** In jedem dieser Aufnahmeschritte werden, aufeinander aufbauend, die für die Rehabilitationsplanung und bedarfs- und erwartungsgerechte Behandlung notwendigen Informationen unter Wahrung der Datenschutzvorschriften erhoben. Unter Einbindung der geriatrischen Patienten in den Rehabilitationsprozess wird ein ganzheitlicher, multidisziplinärer Ansatz verstanden, der die spezifischen Bedürfnisse älterer, oft multimorbider Menschen berücksichtigt.

Die Patienten werden noch vor der Aufnahme gebeten, vorhandene Hilfsmittel mitzubringen. Sollte dies nicht möglich oder vergessen worden sein, wird nach Bedarf noch am Aufnahmetag ein Hilfsmittel aus dem Pool der Klinik ausgeliehen und angepasst, z.B. Rollator, Unterarm-Rollator, Unterarmgehstützen oder Rollstuhl.

8.2.3.1 Administrative Aufnahme

Bei der **administrativen Aufnahme** werden die Patienten und ggf. deren Angehörige über die Inhalte des Behandlungsvertrages, die angebotenen (Wahl-)Leistungen und wichtige organisatorische Dinge informiert. Die für die Weitergabe von Informationen an Angehörige und Mitbehandler notwendige Zustimmung des Patienten oder Bevollmächtigten wird eingeholt. Kontaktdaten der Angehörigen werden erhoben. Die administrative Aufnahme mit Anlage des Patientendatensatzes im Krankenhaus-Informations-System (KIS) bildet die Grundlage einer ordnungsgemäßen Dokumentation und späteren Archivierung gemäß den gesetzlichen Vorschriften.

8.2.3.2 Pflegerische Aufnahme

Unmittelbar nach der administrativen erfolgt die pflegerische Aufnahme. Im Erstgespräch und im Aufnahme-Assessment analysiert die Pflegefachkraft die pflegerischen Bedürfnisse, den Gesundheitszustand sowie weitere gesundheitliche Probleme und Ressourcen des Patienten. Anhand eines definierten Verfahrens zum Erstgespräch ist ein strukturiertes Vorgehen festgelegt. Hierbei werden Gesundheitsprobleme und Entwicklungspotenzial identifiziert, die pflegerische Betreuung geplant und im weiteren Verlauf hieraus die erreichten Ergebnisse evaluiert.

Im Rahmen der pflegerischen Aufnahme werden, auf Grundlage der Handlungsempfehlungen der pflegerischen Expertenstandards, folgende Parameter standardmäßig beurteilt und dokumentiert:

- Vorhandensein von Dekubitalulcera. Dekubitusprophylaxe
- Vorhandensein anderer Wunden, Beschreibung, Fotodokumentation, Planung der Wundversorgung
- Ausmaß des Sturzrisikos, Sturzprophylaxe
- Ausmaß von Schmerzen, Schmerzmanagement
- Vorliegen einer Inkontinenz, Kontinenzförderung

- Vorliegen einer Mangelernährung, Ernährungsmanagement sowie
- weitere pflegerisch relevanten Aspekte

8.2.3.3 Ärztliche Aufnahme und Visiten

Die ärztliche Aufnahme findet ebenfalls am Aufnahmetag statt. Sie beinhaltet die Anamneseerhebung unter Einbeziehung aller vorhandenen Vorinformationen, die ausführliche körperliche und psychisch-kognitive Untersuchung, Erfassung der sozialen Situation, der Wohnsituation, bisheriger Aktivitäten und Gewohnheiten. Gemeinsam mit dem Patienten und ggf. begleitenden Angehörigen werden realistische Rehabilitationsziele formuliert. Anamnese, Untersuchungsbefund und Zielformulierungen werden schriftlich dokumentiert.

Bereits am Aufnahmetag wird auf Basis der bis dahin bekannten und erhobenen Informationen die Grundlage des späteren Entlassungsberichts in Form eines Aufnahmediktats angelegt. Da hierfür eine Diktatsoftware mit Spracherkennung verwendet wird, steht der Briefentwurf sofort zur Verfügung und kann z.B. für Notfall-Verlegungen oder ungeplante Entlassungen verwendet werden.

Der zuständige Arzt ordnet die notwendigen rehabilitativen Therapien an, koordiniert und überwacht im Rahmen mindestens dreimal wöchentlicher Visiten den Rehabilitationsprozess, wertet das geriatrische Assessment sowie die klinische und apparative Diagnostik aus und passt das Therapieregime nach Ergebnis der Reha-Visiten sowie ggf. auf Rückmeldung von Patient, Angehörigen und Therapeuten hin an.

Weitere wichtige Aufgaben bestehen in der Prophylaxe, Früherkennung und ggf. Behandlung interkurrenter Komplikationen sowie in der Anpassung der Arzneimitteltherapie, wobei hier oberstes Ziel die Reduktion der Polymedikation zur Vermeidung unerwünschter Arzneimittelneben- und Wechselwirkungen ist.

Bei der **pflegerischen** und **ärztlichen Aufnahme** identifizierte wichtige Aspekte, z.B. individuelle Risiken, werden dokumentiert und in den pflegerischen und ärztlichen Übergaben kommuniziert.

8.2.3.4 Diagnostik/Assessment

Der aufnehmende Arzt ordnet die erforderliche Erstdiagnostik an, die in der Regel am nächsten Werktag stattfindet: Dazu gehören immer eine ausführliche internistische Labor-Diagnostik und ein 12-Kanal-EKG.

Je nach klinischer Erfordernis steht weitere Diagnostik zur Verfügung:

- Langzeit-EKG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Spirometrie
- Abdomen-Sonographie
- Weichteil-Sonographie, z.B. der operierten Extremität
- Schilddrüsen-Sonographie
- Echokardiographie
- B-Mode-Kompressionssonographie zum Thromboseausschluss/-nachweis
- Doppler-/Duplexsonographie der hirnversorgenden und Extremitätengefäße
- Konventionelle native Röntgen-Diagnostik von Thorax, Abdomen und Extremitäten, einmal pro Woche (mittwochs) am hauseigenen digitalen Röntgenplatz in Kooperation mit dem Radiologischen Institut Mechernich. Die Röntgenaufnahme erfolgt durch eine Röntgen-Assistentin des Instituts in den Räumen der Brabenderklinik, die Befundung durch Radiologen des

Instituts. Die Bilder stehen sofort, die Befunde in der Regel weniger als eine Stunde nach der Anfertigung, in jedem Fall aber noch am Untersuchungstag zur Ansicht an den Arztarbeitsplätzen zur Verfügung. Die Bilder und der radiologische Befund werden im Rahmen einer ärztlichen Röntgen-Besprechung mit Bildpräsentation mittwochs um 14 Uhr gemeinsam gewürdigt.

Routine-EKG, Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung und Spirometrie werden erbracht von medizinischen Fachangestellten und am gleichen Tag bzw. nächsten Werktag ärztlich befundet. Notfall-EKGs werden vom Pflegepersonal erbracht.

Die sonographische Diagnostik wird von Fachärztin mit entsprechenden Fortbildungskursen und langjähriger klinischer Erfahrung durchgeführt. Im Rahmen der Weiterbildungsbefugnis Innere Medizin und Geriatrie erbringen die Weiterbildungs-Assistenten die Sonographien unter Supervision durch die genannten erfahrenen Kollegen.

In Kooperation mit dem Krankenhaus Mechernich kann darüber hinaus bei Bedarf die umfangreiche Diagnostik eines Hauses der Regelversorgung konsiliarisch in Anspruch genommen werden. Gerontopsychiatrische Fragestellungen werden im Austausch mit der Psychiatrischen Fachklinik Marienborn in Zülpich besprochen. Für allfällige Komplikationen stehen mehrere niedergelassene Facharztpraxen in Zülpich und Umgebung für zeitnahe konsiliarische Termine zur Verfügung (siehe Kooperationen).

8.2.4 Dialysepatienten

Dialysepatienten werden in Kooperation mit dem Nierenzentrum Eifel behandelt. Die Dialysen finden in Mechernich statt. Hin- und Rückfahrt übernimmt ein Fahrdienst (Fahrtzeit ca. 20 Minuten). Wichtige medizinische Belange, z.B. Medikamentenänderungen, Laborwerte, Trinkmengenbeschränkungen, Flüssigkeitseinlagerungen etc. werden im interkollegialen Austausch zwischen Reha- und Dialyseärzten telefonisch besprochen. Wenn möglich erfolgt die Entlassung an einem Werktag zwischen den Dialysetagen. Die Heimatdialyse wird rechtzeitig über die Entlassung des Patienten informiert.

8.2.5 Konsile

Die Anforderung und Durchführung externer Konsile ist strukturiert geregelt (s. Kapitel Kooperationen).

8.2.6 Dokumentation von Patientendaten

Die vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten ist geregelt und sichergestellt. Große Teile der Dokumentation sind bereits digitalisiert, nur ein kleiner Anteil ist noch Bestandteil der papiergebundenen Akte.

Alle relevanten Maßnahmen, Assessments, der Behandlungsverlauf und die Behandlungsergebnisse werden in der digitalen Patientenakte festgehalten, auf die alle am Patienten tätigen Mitarbeiter mit abgestuften Berechtigungen Zugriff haben.

Für geriatriespezifische Risiken wie Mangelernährung, Sturz- und Dekubitusrisiko gibt es Dokumentationsvorgaben.

Alle Untersuchungsbefunde liegen innerhalb weniger Minuten bis Stunden dem zuständigen Arzt vor, der wiederum je nach Relevanz die weiteren Behandler des multiprofessionellen Geriatrieteams informiert. Nachkommende Befunde/ Berichte werden in die entsprechende Patientenakte eingeordnet oder per Scan zugeordnet.

Eventuelle Fehler oder Unvollständigkeiten in der Dokumentation werden vom jeweiligen Vorgesetzten korrigiert und nachvollziehbar dokumentiert. Dokumentationsfehler werden im Rahmen der internen Fehleranalyse besprochen. Die Durchführung von Doku-Checks sind Teil der internen Audits und dienen der Minimierung von Risiken.

8.2.7 Eigentum der Patienten

Der Umgang mit Patienteneigentum ist in einer Arbeitsanweisung geregelt. Jeder Patient verfügt über einen eigenen Zimmertresor.

8.2.8 Notfallmanagement

Der Umgang mit lebensbedrohlichen Notfällen wird 2x jährlich geschult und ist im Notfallmanagement festgelegt. Hierfür besteht eine Kooperation mit dem verbundsinternen *Institut für medizinische Simulation, Notfalltraining und Patientensicherheit* am Kreiskrankenhaus Mechernich.

Alle Mitarbeiter haben Zugang zu den Alarm- und Notfallplänen im Dokumentenlenkungssystem Nexus Curator.

Art, Ausstattung und Umgang mit der Notfallausrüstung (Notfalltrolley, Absauggerät, AEDs) ist festgelegt und wird regelhaft sowie nach jedem Notfall überprüft.

8.2.9 Umgang mit Sterben und Tod

Jeder Patient wird zusätzlich zum eventuellen Vorhandensein einer Patientenverfügung bei der Aufnahme gefragt, ob er im Falle eines Herz-Kreislaufstillstand eine kardiopulmonale Wiederbelebung wünscht. Dieser Wunsch ist in der Dokumentation unmittelbar ersichtlich und wird im Notfall berücksichtigt.

In den sehr seltenen Fällen, bei denen ein Sterbeprozess absehbar ist, wird mit Angehörigen/Bevollmächtigten und nach Möglichkeit mit dem Patienten geklärt, ob der betroffene Patient in der Brabenderklinik in einem Einzelzimmer bleiben, in ein Krankenhaus verlegt oder in die bisherige Wohnumgebung zurückkehren möchten. Mit den Betroffenen erfolgt ein ärztliches Gespräch und wenn gewünscht, wird eine seelsorgerische Begleitung vermittelt.

Patienten, die unerwartet versterben, werden zum Abschiednehmen für die Angehörigen in ein Einzelzimmer verlegt, das so ausgestattet ist, dass ein würdevoller Abschied in ruhiger Atmosphäre möglich ist. Eventuellen bisherigen Mitpatienten werden ebenfalls Hilfsangebote gemacht sowie verstärkte pflegerisch und ärztlich Betreuung zuteil.

8.3 Rehabilitationsziele und Therapieplanung

Ziel ist es, die Selbstständigkeit und Lebensqualität der Patienten zu verbessern, indem individuelle Beeinträchtigungen in einem multiprofessionellen Team aus Ärzten, Therapeuten, Pflegekräften und Sozialarbeitern systemisch betrachtet und angegangen werden, um eine bestmögliche Teilhabe am nachstationären Alltag zu ermöglichen.

Nach Erfassung und Priorisierung der nach ICF-Komponenten aufgeschlüsselten Probleme werden am Ende des ärztlichen Aufnahmegesprächs zusammen mit dem Patienten realistische Ziele für die Dauer der stationären Rehabilitation formuliert und ein Szenario für die Zeit danach entworfen. Diese Ziele werden dem interdisziplinären Team mitgeteilt und bei der Erstellung und Weiterentwicklung des Therapieplans berücksichtigt. Im Rahmen der multiprofessionellen Rehabilitationsvisite

(siehe Absatz **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) werden unter Berücksichtigung des bisherigen Rehabilitationsverlaufs und der weiteren Rehabilitationsprognose wöchentlich neue Teilziele formuliert.

Nach der ärztlichen Aufnahme erfolgt anhand der vorherrschenden funktionellen Problemkonstellation in den ICF-Bereichen Körperfunktion/Körperstruktur, Aktivitäten, Teilhabe/Kontextfaktoren die Zuordnung zu einem ICF-basierten Basis-Therapiekonzept, ergänzt um individuelle Aspekte.

8.4 Konzeptkreis – Therapiestandards und -konzepte

Ein aus dem Chefarzt und Mitgliedern des therapeutischen Teams bestehender Konzeptkreis entwickelt und überarbeitet die in der Brabenderklinik geltenden **Therapiestandards und Therapiekonzepte.** Der Konzeptkreis tagt 1x monatlich. **Therapiestandard** bedeutet dabei die für eine bestimmte übergeordnete Störungskonstellation standardmäßig festgelegten Therapieeinheiten und deren Frequenzen, die in der Therapieplanungssoftware voreingestellt sind und vom verordneten Arzt je nach individueller Erfordernis ergänzt oder abgewählt werden können. Unter **Therapiekonzept** versteht sich die detaillierte Erfassung und Behandlung der mit einer übergeordneten Störungskonstellation vergesellschafteten funktionellen Einschränkungen.

Therapiestandards liegen aktuell für folgende Krankheitskonstellationen/Störungen vor:

- Erkrankungen/Operationen der oberen Extremität
- Erkrankungen/Operationen der unteren Extremität
- Wirbelsäulenerkrankungen/-Operationen
- Amputationen
- Neurologische Erkrankungen
- Kardiologische und andere internistische Erkrankungen
- Operationen an inneren Organen

Therapiekonzepte für die praktische Arbeit der Physio-, Ergo- und Sprachtherapeuten liegen für folgende funktionelle Einschränkungen vor und sind im Intranet einsehbar:

Physiotherapie: (Z.n.) Lungenembolie, Amputation, Apoplex, Beckenringfraktur, Coxarthrose, Femurfraktur hüftgelenksnah und distal, Frakturen der oberen Extremität, Gonarthrose, Herzinsuffizienz, (Z.n.) Herzklappenersatz, (Z.n.) Herztransplantation, Hüft-TEP, Interstitielle Lungenerkrankungen, Knie-TEP, Koronare Herzerkrankung, neurodegenerative Erkrankungen, Spinalkanalstenose, Omarthrose, (Z.n.) Pneumonie, Obstruktive Lungenerkrankung, Wirbelsäulenfraktur, Lungenemphysem

Ergotherapie: Cerebrale Schädigung, neuropsychologische Störung, sensomotorische Störung, Parkinson-Syndrom, Demenz, Depression, Frakturen der oberen Extremität, Erkrankungen und Verletzungen der unteren Extremität, Polyarthrose/Polyarthritis

Logopädie: Alexie, Agraphie, Aphasie, Apraxie, Dysphagie

8.5 Konzepte für bestimmte geriatrie-typische Probleme

Ergänzend zu den o.g. Therapiekonzepten, die überwiegend auf den funktionellen Störungen basieren, die mit der Reha-Hauptdiagnose zusammenhängen, gelten in der Brabenderklinik Konzepte zum Umgang mit den häufigsten geriatrie-typischen Problemen Sturz, Schmerz, Inkontinenz, Wunden, kognitive Einschränkungen, Polymedikation, sensorische Beeinträchtigung (Hören, Sehen). Schmerz, Delir.

8.5.1 Sturz

Das Sturz-Konzept der Brabenderklinik umfasst

- die Erhebung des individuellen Sturzrisikos bei Aufnahme
- die Sturz-Prophylaxe während des gesamten Rehabilitationsverlaufs
- die Erkennung und Dokumentation von Stürzen
- die Einleitung adäquater Maßnahmen nach einem Sturz
- die Information der Weiterbehandler bei Entlassung

Ziel ist die Vermeidung von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen sowie der Erhalt der Mobilität und Selbstständigkeit.

8.5.1.1 Sturz-Prophylaxe

- Erhebung des Sturzrisikos im Rahmen des pflegerischen Aufnahme-Assessments
- Überprüfung von Hilfsmitteln (Gehhilfen, Rollatoren) auf Funktionstüchtigkeit
- Sicherstellung geeigneter Beleuchtung, Stolperfallenbeseitigung, angepasste Schuhversorgung
- Beachtung der Medikation (sedierende, antihypertensive, psychotrope Substanzen)
- Training von Gleichgewicht und Muskelkraft im Rahmen der Therapie
- Information und Schulung von Patienten und Angehörigen, z.B. zur sturzprophylaktischen Anpassung der Wohnumgebung

8.5.1.2 Nach Sturzereignissen

- ärztliche Untersuchung und Dokumentation, Sturzprotokoll, statistische Auswertung der Sturzhäufigkeit
- Abklärung möglicher Ursachen (z. B. orthostatisch, medikamentös)
- Festlegung individueller Präventionsmaßnahmen
- Information der Angehörigen

8.5.2 Schmerz

Das Schmerz-Konzept umfasst

- die systematische Erfassung, Dokumentation und Bewertung von Schmerzen durch Ärzte, Pflege und Therapeuten bei Aufnahme und im Rehabilitationsverlauf
- die kontinuierliche Überprüfung und Anpassung der medikamentösen und nicht-medikamentösen Schmerztherapie
- die interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Schmerzreduktion
- die Schulung von Patienten im Umgang mit Schmerz

Ziel ist eine ausreichende Schmerzlinderung zur Ermöglichung der aktiven Teilnahme an der Rehabilitation und zur Steigerung der Lebensqualität.

8.5.2.1 Schmerz-Erfassung und -Therapie

- Initiale Schmerzeinschätzung mit NRS
- Regelmäßige Verlaufsdokumentation durch Pflege und Ärzte
- Überprüfung der Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Medikation
- Einsatz nicht-medikamentöser Verfahren (Wärme, Kälte, Entspannung, Lagerung)
- Anpassung der Therapie nach ärztlicher Anordnung
- Einbindung von Physiotherapie, Ergotherapie und Psychologie

8.5.3 Inkontinenz

Das Inkontinenz-Konzept umfasst

- die Erfassung von Harn- und/oder Stuhlinkontinenz
- die Ursachenabklärung
- die Entwicklung eines individuellen Kontinenzförderungsplans
- die Einbindung der Angehörigen

Ziel ist die Förderung oder Wiederherstellung der Kontinenz, die Wahrung der Würde und die Vermeidung von Hautschäden und Infektionen.

8.5.3.1 Maßnahmen

- Anamnese und ggf. Blasen-/Stuhlprotokoll
- Überprüfung der Trinkgewohnheiten und Toilettenzeiten
- gezieltes Toilettentraining, ggf. Anpassung von Hilfsmitteln
- Überprüfung der Medikation auf Inkontinenz-fördernde Substanzen
- Hautschutz und Pflege bei Inkontinenz
- Information der Angehörigen und Anleitung im Umgang mit Hilfsmitteln

8.5.4 Wunden

Das Wund-Konzept umfasst

- die Erfassung und Fotodokumentation von akuten und chronischen Wunden
- die Durchführung standardisierter Wundbeurteilungen (Wundvisite)
- die Planung und Durchführung adäquater Wundtherapie
- die Evaluation des Heilungsverlaufs
- die Prävention von Wundentstehung (insbesondere Dekubitus)

Ziel ist die Förderung der Wundheilung, die Vermeidung von Infektionen und die Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens.

8.5.4.1 Maßnahmen

- Regelmäßige Wundinspektion durch geschultes Pflegepersonal und Ärzte
- für ausgewählte Patienten bei komplizierten Wunden Einbindung in die wöchentliche Wundvisite mit Beteiligung der pflegerischen Wundexpertin
- Dokumentation nach standardisiertem Schema (z. B. Wundgröße, Exsudat, Geruch)
- Aseptisches Arbeiten und hygienische Verbandswechsel
- Anwendung geeigneter moderner Verbandssysteme
- Behandlung der Grunderkrankung (z. B. Diabetes, pAVK)
- Druckentlastung und Lagerungsmaßnahmen

8.5.5 Kognitive Einschränkungen

Das Konzept zu kognitiven Einschränkungen umfasst

- die Erfassung kognitiver Defizite bei Aufnahme
- die individuelle Anpassung der Therapie an die kognitive Leistungsfähigkeit
- die Förderung von Orientierung und Gedächtnis
- die Unterstützung der Angehörigen

Ziel ist die Erhaltung und Förderung der kognitiven Fähigkeiten, die Unterstützung der Alltagskompetenz und die Vermeidung von Überforderung und Desorientierung.

8.5.5.1 Maßnahmen

- Screening mit validierten Instrumenten (MMST, Uhrentest, DemTect)
- Einsatz orientierender Hilfen (Kalender, Beschilderung, Routinen)
- Angepasste Kommunikation: einfach, klar, ruhig
- Kognitive Aktivierung durch gezielte Übungen in Ergo- und Neuropsychologie
- Schulung und Beratung der Angehörigen

8.5.6 Polymedikation

Das Konzept Polymedikation umfasst

- die Erfassung der Gesamtmedikation bei Aufnahme
- die regelmäßige Überprüfung auf Interaktionen und Nebenwirkungen
- die Reduktion nicht notwendiger Arzneimittel
- die Zusammenarbeit mit Hausärzten

Ziel ist eine sichere, effektive und angepasste Medikation zur Minimierung arzneimittelbedingter Risiken und Delir- oder Sturzgefahr.

8.5.6.1 Maßnahmen

- Erhebung der aktuellen Medikation einschließlich Selbstmedikation
- Überprüfung bei Aufnahme auf Plausibilität der Eingangsmedikation und deren Dosen unter Beachtung der bekannten Diagnosen
- Regelmäßiges Arzneimittel-Review durch Arzt im Rahmen der Visiten
- Beachtung geriatrischer Besonderheiten (z. B. STOPP/START-Kriterien)
- Reduktion potenziell inadäquater Medikamente (PIM)
- Aufklärung von Patienten und Angehörigen über Einnahme und Nebenwirkungen
- Dokumentation von Änderungen und Weitergabe an nachbehandelnde Einrichtungen

8.5.7 Sensorische Beeinträchtigung (Hören, Sehen)

Das Konzept sensorische Beeinträchtigung umfasst

- die Erfassung von Hör- und Sehbeeinträchtigungen bei Aufnahme
- die Anpassung der Kommunikation und Umgebung an die Einschränkungen
- die Förderung der Teilhabe und Sicherheit

Ziel ist die Optimierung der Wahrnehmungsfähigkeit, die Verbesserung der Kommunikation und die Vermeidung von Isolation, Angst oder Sturzrisiken.

8.5.7.1 Maßnahmen

- Überprüfung des Hörvermögens und Sehstatus bei Aufnahme
- Kontrolle und ggf. Bereitstellung von Hilfsmitteln (Brillen, Hörgeräte)
- Gute Beleuchtung, kontrastreiche Gestaltung, Minimierung von Lärm
- Deutliche, ruhige Kommunikation in Blickrichtung des Patienten
- Einbindung von Angehörigen zur Unterstützung
- Weitergabe der Information über Einschränkungen an alle beteiligten Berufsgruppen

8.5.8 Delir

Das Delir-Konzept umfasst

- die Verhinderung der Aufnahme von Patienten mit floridem Delir

- die Delir-Prophylaxe
- die Früherkennung eines Delirs
- den sofortigen Beginn einer Delir-Therapie
- die Informationsweitergabe über ein erhöhtes Delir-Risiko an die Weiterbehandler

8.5.8.1 Aufnahme von Patienten mit floridem Delir

Die Aufnahme von Patienten mit bekanntem, noch nicht ausreichend behandeltem Delir in die Rehabilitation ist grundsätzlich nicht möglich. Dies wird den Zuweisern kommuniziert.. In der Aufnahmesituation wird nach klinischer Untersuchung, ggf. unter Einbeziehung eines validen Delir-Detektions-Scores (Nu-Desc) geklärt, ob ein Delir vorliegt. Je nach Schweregrad entscheidet der zuständige Arzt, ob ein Beginn der Rehabilitation möglich ist. Falls nein, wird der Patient zur Abklärung und Behandlung des Delirs in ein geeignetes Krankenhaus verlegt, und die Angehörigen werden informiert, dass eine Aufnahme in die Reha nicht möglich ist.

8.5.8.2 Delir-Prophylaxe

Bei bereits im Reha-Prozess befindlichen Patienten erfolgt die Delir-Prophylaxe erfolgt durch

- geregelte Tagesabläufe
- eine klar strukturierte Umgebung mit erleichterter räumlicher und zeitlicher Orientierung
- verständliche, übersichtlich gestaltete Therapiepläne
- eine auf die Bedürfnisse der Patienten eingehende, ruhige und geduldige Kommunikation
- Sicherstellung einer adäquaten Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme
- eine adäquate Schmerztherapie
- Sichtung der Medikationspläne auf potenziell Delir-begünstigende Substanzen, die wenn möglich dosis-reduziert oder abgesetzt werden
- die Möglichkeit der Mitaufnahme bzw. Besuchskontakte von Angehörigen

8.5.8.3 Delir-Früherkennung

Im Rehabilitationsverlauf wird pflegerisch, seitens der Therapeuten und in den ärztlichen Visiten auf Zeichen eines beginnenden Delirs geachtet, wie Wesensveränderung, Aufmerksamkeitsstörung, motorische Unruhe oder Apathie. Bei Delirzeichen erfolgt eine Abklärung der gängigsten Delir-begünstigenden Faktoren wie Infektion, Dehydratation, Schmerz, unerwünschte Arzneimittelwirkung. Je nach Schweregrad wird entschieden, ob die Delir-Therapie in der Brabenderklinik erfolgen kann, oder ob eine Verlegung des Patienten in ein Akut-Krankenhaus erforderlich ist. In jedem Fall werden die Angehörigen über die Komplikation informiert.

8.5.8.4 Delir-Behandlung

Die Delir-Therapie umfasst

- Reduktion/ Ausschalten der Delir-begünstigenden Faktoren
- spezifische Therapie von z.B. Infektion, Hypoglykämie
- Ausgleich eines eventuellen Flüssigkeitsdefizits, ausreichende Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr
- Einbeziehung von Angehörigen
- adäquate Schmerztherapie
- ggf. adäquate Arzneimitteltherapie
- ggf. Verlegung ins Akut-Krankenhaus

8.5.8.5 Informationsweitergabe

Ein überstandenes und ausbehandeltes Delir wird im ärztlichen Entlassungsbericht an prominenter Stelle erwähnt und epikritisch gewürdigt, um Weiterbehandler auf das vorliegende erhöhte Delir-Risiko hinzuweisen und eventuelle auslösende Faktoren zukünftig zu vermeiden.

8.6 Dauer der Rehabilitation

Die vom Kostenträger bewilligte Reha-Dauer beträgt in der Regel 21 Kalendertage. Sollte sich im Behandlungsverlauf herausstellen, dass der vorgegebene zeitliche Rahmen zum Erreichen der Rehabilitationsziele nicht ausreicht und noch kein Übergang in eine ambulante Rehabilitationsform möglich ist, so wird rechtzeitig (in der Regel 9 Tage vor Ablauf der genehmigten Behandlungsdauer, ein Antrag auf Verlängerung der Kostenübernahme für die stationäre geriatrische Rehabilitation beim Kostenträger gestellt. Gleichzeitig wird für den Fall einer Ablehnung das Entlassmanagement durch Unterstützung des Sozialdienstes intensiviert, um die lückenlose rehabilitative, medizinische und soziale Weiterbetreuung des Patienten sicherzustellen. Im Falle einer sachlich ungerechtfertigten Ablehnung erfolgt ein medizinisch begründeter Widerspruch an den Kostenträger.

Die Mitarbeiter der Therapieplanung verarbeiten alle anamnestisch erhobenen Daten und therapeutischen Leistungsanforderungen in einen mehrwöchigen Behandlungsplan, welcher dem Patienten ausgehändigt wird. Dieser Behandlungsplan wird in den Visiten supervidiert und ggf. angepasst.

8.7 Therapieangebote

8.7.1 Allgemein

Die ersten Therapien beginnen in jedem Fall am Tag nach der Aufnahme, auch am Wochenende. Für neu aufgenommene Patienten stehen am Wochenende physiotherapeutische Einzeltherapien, für alle anderen verschiedene Gruppentherapien und Freizeitangebote zur Verfügung, sodass auch am Wochenende effektive Übungen erfolgen.

8.7.2 Aktivierende Pflege

In der Brabenderklinik findet das Pflegekonzept nach Monika Krohwinkel unter Berücksichtigung der Aktivitäten und Erfahrungen des Lebens (AEDL) Anwendung. Ziel ist eine aktivierende Pflege unter Einbeziehung der Bezugspersonen, um die Selbstständigkeit der zu pflegenden Person soweit wie möglich zu erhalten, wiederherzustellen oder zu festigen.

Um eine strukturierte und einheitliche Bedarfserhebung zu gewährleisten wird bei der Aufnahme ein Initialassessment erhoben sowie ein Gespräch mit dem Patienten und bei Bedarf mit dessen Angehörigen oder Betreuer geführt. Hier wird der pflegerische Unterstützungsbedarf, wie auch die Anwendung der pflegerischen Expertenstandards evaluiert und Maßnahmen zur Prophylaxe geplant.

Die Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Sturzprophylaxe, Schmerzmanagement in der Pflege, Pflege bei chronischen Wunden und Mangelernährung werden in der Brabenderklinik gemäß Pflegeweiterentwicklungsgesetz nach § 113 SGB XI umgesetzt und auf dem aktuellen Stand gehalten.

8.7.3 Physiotherapie

Die Physiotherapie unterstützt den Rehabilitationsprozess im Hinblick auf Fähigkeitsstörungen im Bereich der Mobilität sowie der Muskel- und Gelenkfunktionen und der Körperwahrnehmung. Dem Pa-

tienten soll dadurch ein höchstmögliches Maß an Eigenmobilität zurückgegeben werden. In den physiotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapien werden u. a. folgende Anwendungen durchgeführt:

- Transfertraining
- Stand- und Gangtraining, Terraintraining
- Treppentraining
- Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath-Konzept)
- Medizinische Trainingstherapie
- Klassische Massagetherapie
- Atemtherapie
- Vibrax-Therapie
- Krankengymnastik am Gerät (in Kleingruppen und/oder nach Einweisung in Eigentherapie)
- Hilfsmitteltraining
- Endoprothesentraining
- Gleichgewichts- und Körperwahrnehmungstraining
- Bewegungstraining in der Gruppe („Hockergruppe“)
- Hinführen zur funktionellen Eigentherapie, Erarbeiten eines Heimübungsprogramms
- Manuelle Lymphdrainage mit Kompressionstherapie
- Therapie im Bewegungsbad (als Einzel- und Gruppentherapie)

8.7.4 Ergotherapie

Im Rahmen der Ergotherapie werden Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) trainiert, die Unterstützung durch geeignete Hilfsmittel erprobt und erlernt und ggf. entsprechende Hilfsmittelverordnungen empfohlen. Motorische Defizite der oberen Extremität werden diagnostiziert und therapiert. Weitere Aufgabengebiete liegen in der Aufdeckung und Mitbehandlung kognitiver Defizite (Hirnleistungstraining) oder in der Therapie von Sensibilitätsstörungen. Des Weiteren erfolgt je nach Bedürfnissen der Patienten ein Alltags - bzw. Haushaltstraining. Die Ergotherapie erhebt die Assessments IADL, MMS und GDS, untersucht das Bewegungsausmaß der oberen Extremitäten sowie die feinmotorischen Fähigkeiten und misst die Handkraft. Spezielle Inhalte in Einzel- und Gruppentherapien umfassen:

- ADL-Training (Selbsthilfe, Haushalt)
- Motorisch-funktionelle Therapie
- Sensomotorisch-perzeptive Therapie
- Neuropsychologische Therapie
- Psychisch-funktionelle Therapie
- Funktionelle Einzeltherapie bei Beeinträchtigung der oberen Extremität
- Gelenkschutzberatung/Luxationsprophylaxe
- Hilfsmittelberatung, Hilfsmittelversorgung und Schulung an den Hilfsmitteln
- Spiegeltherapie bei Phantomschmerzen nach Beinamputation
- Kieselbecken
- Ergotherapeutisch geführte Frühstücks- und Mittagsgruppe

8.7.5 Physikalische Therapie

Im Rahmen der Physiotherapie kommen Techniken der physikalischen Therapie zum Einsatz, die natürliche Reaktionen auf äußere Reizsetzungen nutzen und überwiegend in analgetischer bzw. antiphlogistischer Intention angewendet werden. In der Brabenderklinik stehen folgende Therapien zur Verfügung:

- Wärmeanwendung (Fango)
- Kälteanwendung
- Elektrotherapie (niederfrequente/TENS, mittel- und hochfrequente Stromstimulation, galvanischer Strom, Inferenzstrom, diadynamischer Strom)
- Ultraschall, auch in Kombination mit Elektrotherapie, Phonophorese

8.7.6 Logopädie

Die Mitarbeiter der Logopädie nehmen bei Bedarf noch am Aufnahmetag eine Einschätzung der Schluckfunktion vor und sprechen ggf. Empfehlungen zu einer geeigneten Kostform (Dysphagiekost) aus. Nach Rücksprache mit dem Arzt wird dann ein gezieltes Atem-, Stimm- und/oder Schlucktraining in Form einer logopädischen Einzeltherapie angesetzt (z. B. bei Dysphagie und/oder Dysphonie, Dysarthrie und Aphasie im Rahmen neurologischer Erkrankungen, aber auch insuffizienter Atmung und Schluckfunktion nach überstandenen schweren Erkrankungen wie Sepsis etc. sowie oro-fazialen myofunktionellen Störungen anderer Ursache). Die Logopäden leiten außerdem die Chorgruppe, die in musiktherapeutischer Intention und zur Förderung sozialer Kontakte und Kompetenzen konzipiert wurde, und begleiten die Frühstücks- und Mittagsgruppe bei Patienten mit Schluckstörungen.

8.7.7 Psychologie

Die psychologische Versorgung wird durch einen externen Diplom-Psychologen mit langjähriger Berufserfahrung sichergestellt. Diese erfolgt in Form psychologischer Einzelgespräche und Gruppentherapien zum Erlernen von Entspannungstechniken. Indikationen zur psychologischen Betreuung während der Rehabilitation können sein:

- Krankheitsverarbeitung, Förderung der Motivation zum Erreichen der Rehabilitationsziele
- Erlernen von Entspannungsverfahren
- Hilfe bei Bewältigung von Schmerz, Angst und Trauer
- Hilfe bei der Anpassung an eine neue Lebenssituation
- Angehörigengespräche
- Unterstützung bei der Abklärung und Einschätzung des Schweregrades psychischer Phänomene im Rahmen neurologischer Erkrankungen, z.B. nach Schlaganfall, bei Parkinson-Syndrom und bei neurodegenerativen Erkrankungen wie Demenzen.

8.7.8 Betreuungsassistenz

Im Rahmen der Betreuungsassistenz erfolgen individuelle Hilfestellungen sowie Aktivitäten wie:

- Kreativgruppe
- Herrengruppe zur Förderung sozialer Kompetenzen

8.7.9 Seelsorge

Auf Wunsch des Patienten und der Angehörigen steht während der Rehabilitationszeit seelsorgliche Begleitung durch Kooperationspartner verschiedener Gemeinden zur Verfügung. Der Wunsch nach Teilnahme an Gottesdiensten wird berücksichtigt.

8.7.10 Ernährung

Jeder Patient wird im Rahmen des Aufnahme-Assessments auf das Vorliegen einer Ernährungsstörung gescreent. In Zusammenarbeit der Berufsgruppen wird dann ein Behandlungsziel formuliert (z.B. Verhinderung weiteren Gewichtsverlusts, Erhöhung der Eiweiß-/Kalzium-/Vitamin-Aufnahme etc., Förderung einer moderaten Gewichtsabnahme). Die zu diesem Ziel führende Ernährungsintervention wird in der zur Verfügung stehenden Rehabilitationszeit begonnen und als Empfehlung an die weiterbetreuenden Instanzen (Hausarzt, Angehörige, ggf. Pflegedienst) mitgeteilt. Patient und ggf. Angehörige werden über die Inhalte informiert und geschult.

Die dazugehörige Ernnährungsberatung erfolgt durch eine Diätassistentin und Diabetesberaterin. Folgende Angebote werden aktuell umgesetzt:

- Ernährungsberatung in Einzelterminen, ggf. mit Angehörigen
- Ernährungsvorträge
- Workshops zur vollwertigen Ernährung im Alter („Das perfekte Butterbrot“)

8.7.11 Medikamentöse Therapie

Bei der ärztlichen Aufnahme und in den Visiten wird regelhaft geprüft, ob die bisherige akutstationär, haus- und fachärztlich verordnete Medikation noch indiziert, plausibel und korrekt dosiert ist. Unter Berücksichtigung geriatrie-relevanter Empfehlungen wie der PRISCUS- und FORTA-Listen werden folgende Ziele verfolgt:

- Reduktion einer Polymedikation zur Vermeidung unerwünschter Arzneimittelneben- und wechselwirkungen
- Reduktion der Schmerzmedikation, sobald möglich
- Vermeidung einer Dauermedikation mit Sedativa, Hypnotika, NSAR etc.
- Überprüfung und ggf. Anpassung einer vorbestehenden gerinnungshemmenden Medikation (ASS, OAK, NOAK, niedermolekulares und unfraktionierte Heparine etc.) zur Vermeidung von Übertherapie, ggf. nach Rücksprache mit z. B. dem vorbehandelnden Kardiologen
- Erreichen einer kardialen Rekompensation
- Optimierung einer Diuretkatherapie, Vermeidung von HCT und Triamteren
- Ggf. Korrektur von Anämieparametern, Elektrolyten, Nierenfunktion, Leberfunktion etc.
- Verbesserung von Blutdruck- und Diabeteseinstellung, ggf. Korrektur einer Schilddrüsendysfunktion

Siehe hierzu auch das Konzept für das geriatrie-typische Phänomen Polymedikation.

8.8 Ärztliche Visiten

Mindestens zweimal in der Woche findet neben der multidisziplinären Rehabilitationsvisite eine individuelle Visite des zuständigen Stations- oder Oberarztes statt, bei der der aktuelle Stand der Rehabilitation erfasst, Fragen beantwortet und ggf. Probleme identifiziert und behandelt werden.

8.9 Multidisziplinäre Rehabilitationsvisite

Neben mindestens zwei regulären Visiten des zuständigen Stations- oder Oberarztes findet einmal in der Woche findet für jeden Patienten eine multidisziplinäre Rehabilitationsvisite statt, in der in Anwesenheit des Chefarztes/der Chefarzt-Vertreterin, des Stations- oder Oberarztes sowie von Mitarbeitern der Therapieabteilung und des Sozialdienstes zunächst eine wochenbezogene Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse unter Berücksichtigung der ICF-Komponenten erfolgt, eine jeweils individuelle Zielsetzung formuliert und anschließend der Patient visitiert wird. In diesem Rahmen werden auch die weitere Rehabilitationsprognose und das Entlassmanagement inkl. Hilfsmittelversorgung und der voraussichtliche Entlassungstermin sowie ggf. notwendige Verlängerungsanträge besprochen. Die Inhalte der Visite werden unmittelbar dokumentiert, Therapieplanänderungen unmittelbar digital an die Therapieplanung weitergeleitet.

8.10 Entlass-Management

8.10.1 Allgemein

Das Entlassmanagement sichert den Übergang von der Rehabilitationsklinik zurück in den Alltag und beinhaltet die Planung, Organisation der nachstationären Versorgung. Ziel ist eine nahtlose Weiterversorgung, um den Rehabilitationserfolg zu sichern.
Das Entlassmanagement der Brabenderklinik beginnt bereits am Tag der Aufnahme. Unter Berücksichtigung der bisherigen häuslichen Versorgung und der Rehabilitationsprognose wird mit dem Patienten gemeinsam die Entlassung geplant und das vorläufige Entlassungsdatum kommuniziert. Der Sozialdienst koordiniert mit den Angehörigen die weitere Versorgung in der bisherigen oder einer neuen häuslichen Versorgung. Die Informationsweitergabe an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. die ambulante Pflege übernehmen der ärztliche bzw. der pflegerische Dienst der Brabenderklinik.

8.10.2 Entlassbericht

Die Grundlage des Entlassberichts wird bereits am Aufnahmetag vom zuständigen Arzt angelegt. Er wird im Rehaverlauf vervollständigt und enthält abschließend enthält die wesentlichen medizinischen Informationen zu Diagnosen, Anamnese, klinischer und apparativer Diagnostik, ICF-basierten funktionellen Einschränkungen zu Beginn und zu Ende der Rehabilitation, eine epikritische Würdigung des Rehabilitationsverlaufs sowie erforderlichenfalls besondere sozialmedizinische Feststellungen und Empfehlungen.

Im Entlassbericht werden eventuelle hier vorgenommene Arzneimitteländerungen epikritisch gewürdigt und nachvollziehbar begründet werden. Ein aktueller Bundeseinheitlicher Medikationsplan (BMP) liegt dem Entlassbericht bei.

Der Entlassbericht schließt mit Empfehlungen zur Konsolidierung und zum Ausbau des erreichten Rehabilitationserfolgs und ggf. zu weiterer Diagnostik, Therapie und Medikationsanpassung (z. B. Ausschleichen der noch erforderlichen Schmerztherapie).

Jeder Patient erhält am Tag der Entlassung einen ausführlichen vorläufigen Entlassbericht inkl. Ausdrucke der Labor- und ggf. Röntgen-Diagnostik sowie den BMP. In der Regel wird innerhalb einer Woche nach der Entlassung der endgültige Entlassungsbericht an den Weiterbehandler und den Patienten versandt.

Der medizinische Schreibdienst sorgt für Vollständigkeit, syntaktische Korrektheit, konsistente Formatierung sowie zeitnahen und vollständigen Versand der Entlassberichte. Die inhaltliche Korrektur erfolgt durch die Oberärztinnen und den Chefarzt.

Die Digitalisierung der Patientenakte als stetig fortschreitender Prozess ist in vielen Teilbereichen bereits abgeschlossen, insbesondere die Medikation. Ziel der Digitalisierung ist die vollelektronische Patientenakte.

Die Archivierung der papiergebundenen und der elektronischen Akte gemäß den gesetzlichen Bestimmungen und Aufbewahrungsfristen ist sichergestellt.

8.10.3 Pflegeüberleitung

Wird der Patient in eine erstmals bestehende oder geänderte häusliche Pflegesituation, in eine Kurzzeitpflege oder eine andere Pflegeeinrichtung entlassen, so erhält er zur Entlassung einen standardisierten Pflegeüberleitungsbogen.

Durch die Konzernstrukturen der Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH kann auf ein umfangreiches Angebot an ambulanten und stationären Versorgungsformen zurückgegriffen werden.

Es besteht auch ein intensiver persönlicher Kontakt zu den Verantwortlichen der Diakonie und der Caritas sowohl in Euskirchen als auch in der Eifel. Damit ist eine Vermittlung in zahlreiche Patienten- und Angehörigenselbsthilfegruppen gewährleistet.

8.10.4 Versorgung mit Hilfsmitteln

Die Bedarfserhebung zur Hilfsmittelversorgung ist ein strukturierter Bestand des Behandlungsplans. Bei der Aufnahme werden bereits vorhandene Hilfsmittel erfragt, um Doppelverordnungen zu vermeiden. Nach Möglichkeit wird mit patienteneigenen Hilfsmitteln geübt. Sollte sich während der Rehabilitation herausstellen, dass ein neues Hilfsmittel benötigt wird, so wird dieses rechtzeitig vor der Entlassung verordnet und auf Wunsch durch ein kooperierendes Sanitätshaus geliefert oder dem Patienten wird das Rezept zum Einlösen in einem Sanitätshaus nach Wahl ausgehändigt.

8.10.5 Einbindung der Angehörigen

Zur Förderung eines nachhaltigen Rehabilitationserfolgs auch nach der Entlassung und im Einklang mit Artikel 1 des Klinikleitbildes und dem Patientenwunsch werden die Angehörigen der Patienten in den Rehabilitationsprozess mit eingebunden.

Dies beinhaltet die Möglichkeit, bei den Anamnesegesprächen mit anwesend zu sein und die Reha-Ziele mit zu formulieren sowie die unverzügliche Information bei Komplikationen oder verzögertem Reha-Fortschritte. Zeitnahe Rückrufe bei Gesprächsanfragen sind gewährleistet (s.u.), persönliche Gesprächstermine können unkompliziert vereinbart werden.

Mit Hilfe des Sozialdienstes wird die Organisation der Weiterversorgung besprochen, notwendige Anträge bei Behörden und Kostenträgern auf den Weg gebracht und entsprechende Beratungen für weitergehende Hilfen angeboten. Auch hier werden die Angehörigen mit eingebunden und sozialdienstlich beraten.

Eine Beteiligung der Angehörigen bei den Therapien ist möglich, um zum Beispiel den Transfer zu erlernen. Im Bereich der Pflege können Angehörige hier beispielsweise die Technik subkutaner Infektionen oder den Umgang mit Stoma- oder Katheter-Beuteln erlernen.

Für den Klinikaufenthalt wird ein Klinikwegweiser mit allen relevanten Informationen rund um die Behandlung der Patienten bei Aufnahme ausgehändigt. Das geplante Entlassungsdatum wird bereits bei Aufnahme mitgeteilt. Über eine eventuell vom Kostenträger bewilligte Verlängerung werden Patient und Angehörige unverzüglich informiert.

Im Rahmen der Entlassvorbereitung und Hilfsmittelversorgung werden die Angehörigen ebenfalls mit einbezogen.

8.10.6 Kommunikation mit Patienten und Angehörigen bzw. Bevollmächtigten

Im geriatrischen Versorgungsumfeld ist eine wertschätzende, bedürfnisangepasste Kommunikation essenziell. Kommunikation auf Augenhöhe bedeutet hierbei, älteren Menschen mit Respekt, Empathie und Anerkennung ihrer Biografie und Lebenserfahrung zu begegnen. Zentral ist die Verwendung einer adressatengerechten, klar strukturierten und entschleunigten Sprache, die mögliche kognitive und sensorische Einschränkungen berücksichtigt.

Jeder Mitarbeiter stellt sich im Erstkontakt vor, erklärt seine Position und Aufgabe und erläutert dem Patienten, was als Nächstes geschieht.

Wichtige mündliche Erläuterungen werden durch Schriftmaterial ergänzt. So erhält jeder Patient eine Aufnahmemappe mit wichtigen Hinweisen zur Rehabilitation und zum voraussichtlichen Entlassdatum. Zu hygienerelevanten Fragen wie Isolationspflicht gibt es Erläuterungsbögen, die zusätzlich zur ärztlichen Aufklärung ausgehändigt werden.

Änderungen des Therapieplans, Medikamentenanpassungen, die Ergebnisse der Labor- und anderer Untersuchungen werden bei den Visiten oder je nach Dringlichkeit außerhalb der Visiten besprochen.

Angehörige, die einen Rückrufwunsch hinterlassen, werden in aller Regel noch am gleichen Tag vom zuständigen Arzt zurückgerufen, um Fragen zu klären. Die Gesprächsinhalte werden stichwortartig protokolliert.

8.10.7 Verlegung

Bei medizinischen Komplikationen, die voraussichtlich nicht mit den Mitteln einer Rehaklinik beherrscht werden können oder deren Behandlung den Reha-Fortschritt zu lange hinauszögern würde, wird nach Aufklärung des Patienten und der Angehörigen/ Bevollmächtigten die akutstationäre Verlegung in das nächste geeignete oder in ein vorbehandelndes Krankenhaus angestrebt.

8.10.8 Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

Im Rahmen der ärztlichen Aufnahme wird die bisherige Medikation erfasst und auf Kongruenz mit den bekannten Diagnosen überprüft. Eventuell dabei auftretende Fragen werden zeitnah mit dem Vorbehandler geklärt. Notwendige Anpassungen und Ergänzungen werden unter Berücksichtigung der aktuellen klinischen Situation, der bekannten Untersuchungsergebnisse und der den Patienten betreffenden Behandlungsleitlinien nach Rücksprache mit dem und Aufklärung des Patienten vorgenommen.

Schriftliches Aufklärungsmaterial steht für zahlreiche Medikamente und medizinische Sachverhalte in mehreren Sprachen als ausdruckbares Online-Tool von Thieme Compliance zur Verfügung.

Die rechtzeitige Versorgung mit Arzneimitteln ist durch die Kooperation mit der Apotheke am Kreiskrankenhaus Mechernich sichergestellt, die auch regelmäßige Begehungen zum ordnungsgemäßen Umgang mit und der Lagerung von Arzneimitteln durchführt.

Es bestehen verbindliche Regelungen zum Umgang mit und der Beschaffung von Arzneimitteln.

Die rechtzeitige Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln ist Teil des bei der Aufnahme beginnenden Entlassmanagements und durch die kooperierenden Sanitätshäuser der Umgebung gewährleistet. Bei weiter weg lebenden Patienten wird entweder durch Angehörige oder durch telefonischen Kontakt die Versorgung durch heimatnahe Sanitätshäuser rechtzeitig in die Wege geleitet.

Eine Hilfsmittelberatung erfolgt sowohl durch die Therapeuten im Rahmen der Therapien, als auch als eigenständige Therapieeinheit sowie im Rahmen eines Beratungsservices des kooperierenden Sanitätshauses.

Aufgrund er Vorgaben des Transfusionsgesetzes erfolgen in der Brabenderklinik keine Transfusionen von Blut- und Blutprodukten. Sofern die medizinische Notwendigkeit zu einer Transfusion besteht, wird der Patient hierzu in ein Akutkrankenhaus verlegt.

9 Ergebnisqualität/Bewertung der Leistung

9.1 Überwachung und Messung der Leistung

Die Brabenderklinik nimmt alle drei Jahre am QS-Reha-Verfahren unter Trägerschaft des GKV-Spitzenverbandes teil. Es dient der objektiven Bewertung und Verbesserung der Rehabilitationsprozesse durch standardisierte Datenerhebung, Vergleich und Rückmeldung an die Einrichtungen.

Ziele des Verfahren sind die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität rehabilitativer Leistungen,

Transparenz gegenüber Versicherten und Kostenträgern, Vergleichbarkeit der Leistungserbringer und bei Bedarf eine Qualitätsverbesserung durch das direkte Feedback der Patienten, die Rückmeldung der Verfahrensergebnisse vom durchführenden Institut und dem Benchmarking mit anderen geriatrischen Rehakliniken.

Inhalte des QS-Reha-Verfahrens sind die Erhebung und Auswertung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität anhand von Patientenbefragungen.

Die Rehabilitationsleistung der Brabenderklinik wird systematisch überwacht und gemessen, um die Wirksamkeit und Effizienz der angebotenen Maßnahmen sicherzustellen. Dies erfolgt durch standardisierte Verfahren wie die Dokumentation von Behandlungszielen, Zwischen- und Abschlussbefunden sowie regelmäßige Teambesprechungen. Ergänzt wird dies durch die Erhebung patientenbezogener Outcomes (z. B. Funktionsverbesserungen) sowie Prozesskennzahlen (z. B. Barthel-Erhebung Beginn/ Ende Reha).

9.2 Ergebnisqualität der rehabilitativen Behandlung

Die Ergebnisqualität wird über medizinische, therapeutische und psychosoziale Parameter erfasst. Dazu gehören beispielsweise die Erreichung individueller Rehabilitationsziele, Verbesserung von Funktionsstörungen (gemessen an standardisierten Skalen) sowie Patientenzufriedenheit. Benchmarking mit anderen Einrichtungen ermöglicht die externe Vergleichbarkeit.

9.3 Umgang mit Fehlern

Die Einrichtung pflegt eine offene Fehlerkultur und nutzt systematische Verfahren wie ein internes Fehlermanagementsystem (z. B. CIRS – Critical Incident Reporting System), um sicherheitsrelevante Ereignisse zu melden, zu analysieren und strukturell zu bearbeiten. Mitarbeitende werden zur aktiven Mitwirkung ermutigt und durch Fortbildungen im Bereich Risikomanagement sensibilisiert.

9.4 Korrekturmaßnahmen

Werden Abweichungen von definierten Standards oder Qualitätszielen festgestellt, werden gezielte Korrekturmaßnahmen eingeleitet. Diese können strukturelle, prozessuale oder personelle Anpassungen umfassen. Die Wirksamkeit der Korrekturmaßnahmen wird nachverfolgt und bewertet. Ziel ist es, Fehlerquellen nachhaltig zu beseitigen und wiederkehrende Probleme zu vermeiden.

9.5 Umgang mit Rückmeldungen

Rückmeldungen von Patienten, Angehörigen und Kooperationspartnern werden teils aktiv eingeholt, dokumentiert und systematisch ausgewertet. Instrumente wie standardisierte Patientenbefragungen, Feedbackgespräche sowie Beschwerdemanagement fließen in die kontinuierliche Qualitätsverbesserung ein. Positives Feedback dient der Bestärkung erfolgreicher Strukturen, kritische Rückmeldungen werden lösungsorientiert bearbeitet.

9.6 Datenanalyse

Daten aus Patientenakten, Fragebögen, Evaluationen und internen Erhebungen des Controllings werden regelmäßig analysiert. Dabei kommen sowohl quantitative als auch qualitative Methoden zum Einsatz. Die Analyse erfolgt auf individueller, abteilungsbezogener und einrichtungsweiter Ebene, um Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und gezielt zu steuern.

9.7 Interne und externe Maßnahmen zur Qualitätssicherung

In einer geriatrischen Reha-Klinik sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung essenziell, um eine bestmögliche Versorgung der Patienten sicherzustellen. Diese Maßnahmen lassen sich in interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen unterteilen.

Interne Maßnahmen dienen der kontinuierlichen Selbstkontrolle und Verbesserung. Zu den internen Maßnahmen zählen in der Brabenderklinik:

- Implementierung und stetige Weiterentwicklung eines von der BAR anerkannten Qualitätsmanagementverfahrens nach §37 Abs. 3 SGB IX / Qualitätssiegel Geriatrie
- Interne Audits: regelmäßige Überprüfung von Abläufen, Dokumentation und Prozessen durch interne Auditoren des Qualitätsmanagements
- Teambesprechungen: interdisziplinärer Austausch zur Optimierung der Patientenversorgung
- Mitarbeiterschulungen und Fortbildungen: kontinuierliche Weiterbildung zu geriatrischen, pflegerischen und therapeutischen Themen
- Patientenbefragungen: Rückmeldung von Patienten zur Qualität der Behandlung und des Aufenthalts
- Lob- und Beschwerdemanagement: strukturiertes Erfassen, Auswerten und Beheben von Beschwerden in der QM-Lenkungsgruppe
- Indikatorenbasierte Qualitätsmessung: Erfassung und Analyse von Kennzahlen (z. B. Mobilitätszuwachs, Sturzrate und Dekubitierfassung)

Externe Maßnahmen setzen objektive Standards und dienen der Vergleichbarkeit und Transparenz, um eine hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Zu den externen Maßnahmen zählen in der Brabenderklinik:

- Teilnahme an externen Qualitätssicherungsverfahren/Patientenbefragungen/Benchmarking: QS-Reha-Verfahren des GKV-Spitzenverbandes

- Zertifizierungen durch externe Stellen: Anforderungen gemäß dem Qualitätssiegel Geriatrie nach § 37 Abs. 3 SGB IX
- Externe Audits und Begehungen: Überprüfungen durch Kostenträger, Zertifizierungsstellen, Risikoaudits oder behördliche Begehungen

9.8 Ergebnisreflexion/Verbesserung

Ergebnisse aus Qualitätsmessungen, internen und externen Audits und Benchmarking fließen in interne Reflexionsprozesse ein. Diese werden in Form von Ziel- und Maßnahmenplanungen, QM-Lenkungsgruppen, strategischen Reha-Gesprächen und Qualitätszirkeln durchgeführt.

Ziel ist es, Erfolge zu sichern, Optimierungspotenziale zu identifizieren und Maßnahmen für die fortlaufende Weiterentwicklung der Versorgung zu initiieren und neue wissenschaftliche Erkenntnisse, gesetzliche Vorgaben und Bedürfnisse der Patienten dabei einzubinden und Prozesse daraufhin anzupassen.

10 Hygiene

In der Brabenderklinik gilt ein hausintern erarbeiteter Hygieneplan, der mehrmals jährlich geschult wird.

Die Mitglieder der Hygienekommission, Krankenhaushygienikerin, Hygienefachkraft, Hygienebeauftragter Arzt, Hygienebeauftragte in der Pflege und das Ausbruchmanagementteam sind benannt. Dreimal pro Jahr finden abteilungsübergreifende Hygienekommissionssitzungen im Krankenhaus Mechernich statt sowie mindestens einmal jährlich und bei Bedarf hauseigene Hygienekommissionssitzungen.

Es gibt eine Ausbruch-Checkliste mit Anweisungen zur sofortigen Reaktion auf Ausbruchereignisse auch außerhalb der normalen Arbeitszeiten. Alle Zuständigkeiten sind klar geregelt.

Die Brabenderklinik nimmt an der Aktion Saubere Hände teil und veranstaltet regelmäßig Hygiene-Aktionstage.

11 Nachhaltigkeit

In der Brabenderklinik wird aktuell im Rahmen des Gesamtkonzerns KKHM GmbH eine Klimaschutzstrategie mit folgenden Kernpunkten erarbeitet:

- Strategische Integration des Themas Nachhaltigkeit in die Unternehmensführung
- Reduktion von Umweltverschmutzung durch Anpassungen des Nutzerverhaltens und klimaoptimierte Beschaffung in den Bereichen Energie, Treibhausgase, Abfall, Mobilität und Ernährung
- Einbezug der Mitarbeitenden und Stakeholder
- Ausrichtung einer nachhaltigen und sozialen Unternehmensführung erweitern
- Erreichung der Klimaneutralität bis 2050

Ziel ist die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben (Europ. Green Deal, CSRD, LkSG, GHG) zum Klimaschutz. Hierfür werden jährlich Daten erfasst und in einem Nachhaltigkeitsbericht und in einer Klimabilanz dargestellt.

Die Klimaschutzmaßnahmen der Brabenderklinik sind Teil der Nachhaltigkeitsstrategie des Unternehmensverbunds Krankenhaus Mechernich GmbH und umfassen zwei Ebenen:

- die Begrenzung eines Fortschreitens des Klimawandels und
- die Anpassung an bereits eingetretene negative Folgen.

Aus der jährlichen Energieverbrauchsanalyse werden Ziele und Maßnahmen in der Arbeitsgruppe *Green Team* abgeleitet und eine Umsetzung durch das Nachhaltigkeitsmanagement überwacht.

12 Zertifizierung/Siegel

Zertifiziert wird die Brabenderklinik durch die Zertifizierungsgesellschaft für Klinikträger und medizinische Einrichtungen zur geriatrischen Behandlung, Rehabilitation und Vorsorge *Geri-Zert GmbH*, herausgegeben vom *Bundesverband Geriatrie*.

Sie vergibt das *Qualitätssiegel Geriatrie*, das die Anforderungen des von der BAR anerkannten Qualitätsmanagementverfahren nach § 37 Abs. 3 SGB IX erfüllt.

Der Geltungsbereich umfasst die stationäre geriatrische Rehabilitation.