



Geriatrische Rehabilitation in der Brabenderklinik

Einrichtungs- und Behandlungskonzept

erstellt von: Dr. med. Carsten Schacher
Chefarzt Brabenderklinik

Stand: März 2019

Einrichtungs- und Behandlungskonzept

Geriatrische Rehabilitation in der Brabenderklinik

Inhalt

1	Einleitung.....	4
2	Brabenderklinik – Klinik für geriatrische Rehabilitation.....	4
3	Versorgungsvertrag.....	5
4	Leitbild.....	5
5	Der geriatrische Patient.....	6
6	Indikationen zur geriatrischen Rehabilitation.....	7
6.1	Allgemein.....	7
6.2	Rehabilitationsfähigkeit.....	8
6.3	Indikationen gemäß Internationaler statistischer Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (ICD).....	9
6.4	Indikationen gemäß Internationaler Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF.....	9
7	Organisatorischer Rahmen.....	10
7.1	Personalkonzept.....	10
7.1.1	Ärztlicher Dienst.....	10
7.1.2	Verwaltungsdienst.....	10
7.1.3	Pflegedienst.....	10
7.1.4	Therapeuten.....	11
7.1.5	Sozialdienst.....	12
7.2	Gebäude- und Raumkonzept.....	12
8	Rehabilitationsprozess.....	13
8.1	Aufnahme.....	13
8.1.1	Ärztliche Aufnahme und Visiten.....	13
8.1.2	Pflegerische Aufnahme.....	13
8.1.3	Therapeutische Aufnahme.....	13
8.1.4	Assessments.....	14
8.2	Diagnostik.....	14
8.2.1	Basisdiagnostik.....	14
8.2.2	Erweiterte Diagnostik.....	14
8.3	Rehabilitationsziele und Therapieplanung – ICF-basiert.....	15
8.4	Therapieangebote.....	16
8.4.1	Allgemein.....	16
8.4.2	Aktivierende Pflege.....	16
8.4.3	Physiotherapie.....	17
8.4.4	Ergotherapie.....	17
8.4.5	Physikalische Therapie.....	18
8.4.6	Logopädie.....	18
8.4.7	Psychologie.....	18
8.4.8	Seelsorge.....	19
8.5	Ernährungsmanagement.....	19
8.6	Medikamentöse Therapie.....	19
8.7	Multidisziplinäre Rehabilitationsvisite.....	20
8.8	Entlass-Management.....	20
8.8.1	Allgemein.....	20
8.8.2	Entlassbericht.....	20
8.8.3	Pflegeüberleitungsbogen.....	21

8.8.4	Versorgung mit Hilfsmitteln.....	21
8.9	Einbindung der Angehörigen.....	21
9	Qualitätsmanagement.....	23
10	Risikomanagement.....	24
11	Anlagen.....	25

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.

Im Regierungsbezirk Köln, dem Hauptzuweisungsgebiet der Brabenderklinik, der die Kreise Euskirchen, Düren, Rhein-Erft-Kreis, Heinsberg, Rhein-Sieg-Kreis, Rheinisch-Bergischer Kreis, Oberbergischer Kreis und die kreisfreien Städte Köln und Bonn umfasst, geht die neueste Bevölkerungsvorberechnung des Ministeriums für Wirtschaft, Innovation, Digitalisierung und Energie des Landes Nordrhein-Westfalen vom 11.12.2018 von einem Wachstum der Gesamtbevölkerung bis 2040 gegenüber 2018 um 6,4 % und von einer Zunahme des Anteils älterer Menschen von 65 Jahren und mehr um 39,4 % im gleichen Zeitraum aus.

Sowohl durch die Zunahme der Gesamtbevölkerung als auch durch den wachsenden Anteil älterer Menschen wird auf absehbare Zeit im Zuweisungsgebiet der Brabenderklinik ein erhöhter Bedarf an geriatrischer medizinischer Versorgung und damit auch an Rehabilitationsplätzen bestehen. Dem trägt die Brabenderklinik durch den Erweiterungsbau von 2019 mit Erhöhung der Bettenzahl von 40 auf 62 Rechnung.

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.

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 wird im zweiten Halbjahr 2019 durch einen Erweiterungsneubau von 40 auf 62 erhöht.

Innerhalb des Konzerns ist die geriatrische Rehabilitationsklinik als Ergänzung zu den Akut-Geriatrien in den Krankenhäusern Mechernich und Schleiden sowie der geriatrischen Tagesklinik in Mechernich zu verstehen. Unter dem Dach des Geriatrischen Zentrums Zülpich befindet sich neben der Brabenderklinik noch 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.

Durch die Kooperationen mit niedergelassenen Praxen für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie in der stationären Rehabilitation, sowohl im Krankenhaus als auch in der Brabenderklinik, ist für viele Rehabilitanden eine therapeutische Kontinuität in der ambulanten Weiterbetreuung möglich.

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 40 Betten und hat mit den gesetzlichen Krankenkassen entsprechende Versorgungsverträge abgeschlossen. Der erweiterte Versorgungsvertrag im Umfang von 62 Betten befindet sich aktuell in Prüfung. Zusätzliche Leistungsträger sind Betriebs- und Innungskrankenkassen, Seekrankenkasse, landwirtschaftliche Krankenkassen, Bundesknappschaft, Ersatzkassen und Träger der gesetzlichen Unfallversicherung.

4 Leitbild

Die nachfolgenden Leitlinien stellen das Selbstverständnis unserer Klinik dar. Sie wurden unter Beteiligung unserer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erarbeitet und sind Grundlage für unser Handeln.

1. Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit

Aufgabe der Brabenderklinik ist die geriatrische Rehabilitation. Sie stellt die Selbstständigkeit 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 Rehabilitanden wichtige Verbesserungen in seinem Lebensumfeld.

4. Einbezug in die Behandlung

Auf der Grundlage des WHO-Modells der bio-psychozialen 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 verantwortungsvoll mit den personellen und wirtschaftlichen Ressourcen der Brabenderklinik um und beziehen ökologische Gesichtspunkte in unsere Entscheidungen mit 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.

5 Der geriatrische Patient

Der geriatrische Patient ist üblicherweise über 65 Jahre alt und von mehreren chronischen und/oder akuten Krankheiten betroffen, die ihn 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 (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 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 und der Orthopädie-Unfallchirurgie im Sinne einer Alters-Traumatologie.

Ältere Menschen wollen, sollen und müssen aufgrund der demografischen Entwicklung eine zunehmend wichtigere 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 akut-stationärem 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, Weglauftendenz, erhebliche Störung der Hör- und Sehfähigkeit, Lage und Größe eines Dekubitus bzw. anderer Wunden, Probleme am Amputationsstumpf, schwere psychische Störungen wie schwere Depression oder akute Wahnsymptomatik)

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

In der Brabenderklinik werden Rehabilitanden 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 Pflegeererleichterung zu Hause, gegebenenfalls mit einer Rückstufung in die nächst niedrigere Kategorie
- 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
- Ausgedehnte Wundheilungsstörungen, postoperativ oder chronisch (pAVK, Ulcus cruris)

Rehabilitanden mit multiresistenten Keimen (MRSA, 3MRGN, 4MRGN, VRE) können ebenfalls aufgenommen und unter hygienischen Vorkehrungen nach KRINKO-Empfehlungen rehabilitiert werden.

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
 - Personbezogene 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 Rehabilitanden individuelle, möglichst lebensnahe und konkrete Aktivitäts- und Teilhabeziele formuliert und auf den nach ICF-Konzept strukturierten hausinternen Dokumentationsbögen schriftlich festgehalten.

7 Organisatorischer Rahmen

7.1 Personalkonzept

7.1.1 Ärztlicher Dienst

Die Abteilung steht unter der Leitung eines Chefarztes (Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Geriatrie und den Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin und Ernährungsmedizin) mit 10-jähriger Erfahrung im Bereich der geriatrischen Rehabilitation in einer Rehabilitationsklinik nach § 111 SGB V. Die vertretende Oberärztin ist Fachärztin für Innere Medizin mit Zusatzweiterbildungen, Diabetologie und Palliativmedizin.

7.1.2 Verwaltungsdienst

Die Einrichtungsleitung steht der Verwaltung und dem pflegerischen Bereich organisatorisch vor. In der Verwaltung erfolgen das Bettenmanagement sowie die Therapieplanung. Es liegen Tätigkeitsbeschreibung und regelnde Dokumente für die administrativen Prozesse vor. Die Leitung verfügt über eine Ausbildereignungsprüfung.

7.1.3 Pflegedienst

Die Einrichtungsleitung der Brabenderklinik ist auch für die pflegerische Berufsgruppe verantwortlich. Ein Bereichsleiter Pflege ist auf operativer Ebene für die fachliche Führung auf den drei Stationen verantwortlich.

Die examinierten Pflegekräfte verfügen über die dreijährige Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege oder Altenpflege. Zusätzlich werden Pflegehilfskräfte eingesetzt. Die pflegerischen stan-

dardisierten Abläufe und Handlungen sind im Intranet hinterlegt und werden nach festgelegten Überprüfungszyklen aktualisiert. Das Pflegepersonal arbeitet nach einem definierten Pflegekonzept. Neue Mitarbeiter werden über ein schriftliches Einarbeitungskonzept eingearbeitet, dies gilt sowohl für Pflegefachkräfte, als auch Pflegehilfskräfte.

Die pflegerische Zusatzqualifikation Wundmanagement wird vorgehalten, ebenso einen Hygienebeauftragten in der Pflege. Zur Sicherstellung eines geregelten Ausbildungscurriculums der Auszubildenden gibt es zwei Praxisanleiterinnen.

7.1.4 Therapeuten

Die logopädischen, ergo- und physiotherapeutischen Therapieleistungen werden durch Kooperationspartner erbracht, die über umfassende Dienstleistungs- und Organisationspläne in die Abläufe der Brabenderklinik eingebunden sind und sowohl die Leistungen in den Krankenhäusern, als auch in der Rehabilitation erbringen.

Um für beide Vertragspartner eine gesicherte Grundlage zu etablieren, sind langfristige Dienstleistungs- und Mietverträge abgeschlossen worden. Die Dienstleistungs- und Mietverträge haben jeweils eine Laufzeit zwischen 10 und 20 Jahren. Für die Laufzeit der Verträge verpflichtet sich die Brabenderklinik, alle Leistungen bei der jeweiligen Praxis zu beziehen. Die disziplinarische Personalführung der therapeutischen Mitarbeiter obliegt den Praxisinhabern.

Der anordnende Arzt ist den Therapeuten bei der Wahl der Behandlungsmethode und bei weiteren behandlungsbezogenen Hinweisen fachlich und inhaltlich weisungsbefugt.

Es werden nur solche therapeutischen Leistungen erbracht, die durch den behandelnden Arzt mittels eines abgestimmten Leistungsanforderungsverfahrens beauftragt wurden. Ergibt sich aus der therapeutischen Behandlung heraus die Notwendigkeit, zusätzliche oder andersartige Behandlungen durchzuführen, werden diese von dem behandelnden Arzt erneut angefordert.

Folgende Grundsätze liegen der Therapieplanung zugrunde:

- Die zentrale Leistungsplanung aller therapeutischen Termine erfolgt im Verwaltungsbereich der Brabenderklinik
- Die Leistungsplanung erfolgt digital in einem zentralen Patientenkalender
- Ziel ist die Erstellung eines zunächst 3-wöchigen Therapieplans für jeden Rehabilitanden
- Der Therapieplanung berücksichtigt notwendige tagesaktuelle Gegebenheiten (insbesondere Zustand des Patienten, Abwesenheit Therapeuten etc.)

Die Mitarbeiter der kooperierenden Praxen arbeiten mit den Mitarbeitern des Ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes und der Verwaltung vertrauensvoll zusammen. Sie sind ein fester und wichtiger Bestandteil des Kern-Rehabilitationsprozess und werden durch z.B. Teilnahme an den Visiten, gemeinsame Teambesprechungen, Qualitätszirkel und einer offenen Kommunikationskultur in die interdisziplinären Abläufe integriert.

Die Leistungserbringung erfolgt je nach aktuellem Übungsziel am Patientenbett, im Bad, in den Stationsfluren, den Außenbereichen oder Treppen sowie in gesondert ausgestatteten Räumen z. B. an der Therapiebank, am Gehbarren, im Geräteraum, in Gruppentherapieräumen oder im Bewegungsbad.

Soweit die Behandlung der Patienten auf der Station stattfindet, erfolgt ein mündlicher Informationsaustausch über das aktuelle Befinden des Patienten und eine ggf. erforderliche Unterstützung durch

die zuständige Pflegekraft vor Beginn der Therapieeinheit. Die Mitarbeiter der Praxen können in diesem Zusammenhang die Behandlungsdokumentation einsehen und sich so über den Inhalt der multidisziplinären Rehabilitationsvisite hinaus Informationen verschaffen.

7.1.5 Sozialdienst

Die Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten und unterstützen den Rehabilitanden und die Angehörigen bei der Vorbereitung der Entlassung durch

- Information zu Pflegeversicherungsleistungen nach dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)
- Organisation häuslicher Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst und/oder Angehörige
- Organisation von Kurzzeitpflege in einer Pflegeeinrichtung
- Organisation der Aufnahme in einer stationären Pflegeeinrichtung
- Vermittlung und Organisation der Aufnahme in eine Hospizeinrichtung bzw. Einschaltung einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)
- Beratung zu ergänzenden Angeboten (z.B. Hausnotruf, Hilfsmittelversorgung, hauswirtschaftliche Hilfen, Angehörigenbetreuung, Essen auf Rädern, etc.)

Sie informieren zu möglichen Hilfestellungen bei persönlichen und finanziellen Veränderungen, wie

- Fragen der wirtschaftlichen Sicherung
- finanziellen Hilfen (z.B. Anträge bei der Deutschen Krebshilfe)
- Schwerbehinderung nach SGB IX
- Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsrecht.

7.2 Gebäude- und Raumkonzept

Das Gebäude 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.

Nach der Erweiterung verfügt die Brabenderklinik über drei Stationen mit insgesamt 62 Betten in 30 Einbett- und 16 Zweibettzimmern. Für die Behandlung und Therapie stehen Gruppentherapieräume sowie Einzeltherapieräume zur Nutzung durch Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie zur Verfügung. Des Weiteren befindet sich im Erdgeschoss jeweils ein Raum für EKG- und Ultraschall-Diagnostik.

Die Räumlichkeiten der Physiotherapie befinden sich im Erd- und Untergeschoss. Das Gerätetraining findet in einem gesonderten neuen Fitnessraum im Neubau statt, welcher mit entsprechenden Fitnessgeräten ausgestattet ist. Sechs weitere Einzeltherapieräume können für Krankengymnastik und physikalische Therapie genutzt werden. Ebenfalls im Untergeschoss befindet sich das Bewegungsbad, welches bei entsprechender Indikation durch die Rehabilitanden in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt und den Therapeuten genutzt werden kann.

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

Eine Cafeteria für Speisen und Getränke mit zusätzlichem Kiosk-Angebot sowie ein Frisör stehen zur Verfügung. Eine Fußpflegerin kann bei Bedarf angefordert werden.

8 Rehabilitationsprozess

8.1 Aufnahme

8.1.1 Ärztliche Aufnahme und Visiten

Die ärztliche Aufnahme findet 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.

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 Teambesprechungsvisiten 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.

8.1.2 Pflegerische Aufnahme

Im Erstgespräch und im Aufnahme-Assessment analysiert die Pflegefachkraft die pflegerischen Bedürfnisse, den Gesundheitszustand sowie weitere gesundheitliche Probleme und Ressourcen des Rehabilitanden. 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. Planung der Wundversorgung
- Ausmaß des Sturzrisikos. Sturzprophylaxe
- Ausmaß von Schmerzen. Schmerzmanagement
- Vorliegen einer Inkontinenz. Kontinenzförderung
- Vorliegen einer Mangelernährung. Ernährungsmanagement
- sowie weitere pflegerisch relevanten Aspekte

8.1.3 Therapeutische Aufnahme

Im Rahmen der physio- und ergotherapeutischen Aufnahmen werden folgende Parameter untersucht und fließen in die Therapieplanung ein:

- Schmerz
- Fähigkeit zum Lagewechsel
- Transferfähigkeit

- Steh- und Gehfähigkeit, Fähigkeit zum Treppensteigen
- Bewegungsumfang der großen und kleinen Gelenke
- Kraftgrad der verschiedenen Muskelgruppen
- Fähigkeiten in der Grob- und Feinmotorik, Faustschluss, Pinzettengriff, Schürzen- und Nackengriff, Handkraft
- Ggf. Einhaltung einer Belastungsbeschränkung
- Auswahl eines geeigneten Hilfsmittels, fortschrittsadaptierter Wechsel des Hilfsmittels

8.1.4 Assessments

Folgende Assessments werden im Rahmen der ergotherapeutischen, physiotherapeutischen und pflegerischen Aufnahmen standardmäßig erhoben:

- Barthel-Index bei Aufnahme, wöchentlich im Verlauf und vor Entlassung
- Tinetti-Test bei Aufnahme, wöchentlich im Verlauf und vor Entlassung
- Instrumentelle Aktivitäten nach Lawton und Brody (IADL)
- Mini-Mental-Status-Test (MMST) nach Folstein
- Uhrergänzungstest (CCT) nach Shulman
- Geriatrische Depressionsskala (GDS-15) nach Yesavage et al.
- Ernährungsassessment (Mini Nutritional Assessment, short form), bei Bedarf zusätzlicher Einsatz von Tellerdiagrammen

Die Assessmentergebnisse werden zeitnah ärztlich im Gesamtkontext gewürdigt und in der weiteren Therapieplanung berücksichtigt.

8.2 Diagnostik

8.2.1 Basisdiagnostik

Der aufnehmende Arzt ordnet die erforderliche Erstdiagnostik an, die in der Regel am nächsten Werktag stattfindet: Dazu gehören immer eine ausführliche Labor-Diagnostik, ein EKG sowie eine Sonographie des Abdomens.

8.2.2 Erweiterte Diagnostik

Je nach klinischer Erfordernis steht weitere Diagnostik zur Verfügung:

- Langzeit-EKG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Spirometrie
- Weichteil-Sonographie
- 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 Aufnahme erfolgt durch eine Röntgen-Assistentin des Instituts in den Räumen der Brabenderklinik, die Befundung durch Radiologen des Instituts.

Bilder und Befunde stehen noch am Untersuchungstag zur Ansicht an den Arztarbeitsplätzen zur Verfügung

In Kooperation mit dem Krankenhaus Mechernich kann darüber hinaus bei Bedarf die umfangreiche Diagnostik eines Hauses der Vollversorgung konsiliarisch in Anspruch genommen werden.

8.3 Rehabilitationsziele und Therapieplanung – ICF-basiert

Nach Erfassung und Priorisierung der nach ICF-Komponenten aufgeschlüsselten Probleme werden am Ende des ärztlichen Aufnahmegesprächs zusammen mit dem Rehabilitanden 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 8.7) 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, z.B. „Hüft-TEP“ oder „Apoplex“, ergänzt um individuelle Aspekte.

In der Brabenderklinik gelten für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie hausintern anhand internationaler Fachliteratur und Empfehlungen der Fachgesellschaften erarbeitete, nach ICF-Komponenten aufgeschlüsselte Therapiekonzepte, die im Intranet abrufbar sind und in regelmäßigen Qualitätszirkeln überarbeitet und geschult werden.

Diese Konzepte gehen detailliert auf die zugrundeliegenden Diagnosen, die vorhandenen Organschädigungen und Funktionsstörungen, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten, der Teilhabe und auf mögliche Auswirkungen für den umwelt- und personenbezogenen Kontext ein. Darüber hinaus bieten sie Planungshilfen für die Zielvereinbarung mit dem Patienten, für die funktionelle Befunderhebung sowie für die Erstellung des Therapieprogramms inkl. erforderlicher Techniken und Methoden und ggf. die abschließende Hilfsmittelversorgung.

Umfassende Therapiekonzepte liegen aktuell für folgende Krankheiten/Störungen vor:

- Agraphie
- Alexie
- Amputation
- Aphasie
- Apoplex (s. Anhang)
- Apoplex sensomotorische Störung
- Apraxie
- Beckenringfraktur
- Cerebrale Schädigung neuropsychologische Störung
- Coxarthrose
- Demenz
- Depression
- Dysphagie
- Femurfraktur distal
- Femurfraktur hüftgelenksnah

- Frakturen obere Extremität
- Frakturen obere Extremität
- Gonarthrose
- Herzinsuffizienz
- Herzklappenersatz
- Herztransplantation
- Hüft-TEP (s. Anhang)
- Interstitielle Lungenerkrankungen
- Knie-TEP
- Koronare Herzerkrankung
- Lungenembolie
- Lungenemphysem
- Morbus Parkinson
- Neurodegenerative Erkrankungen
- Obstruktive Lungenerkrankung
- Omarthrose
- Pneumonie
- Polyarthrit, Polyarthrose
- Spinalkanalstenose

Beispielhaft finden sich die Behandlungskonzepte für Hüft-TEP und Apoplex in der Anlage.

Sollte sich im Verlauf 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 7 Tage vor Ablauf der genehmigten Zeit) ein Antrag auf Verlängerung der Kostenübernahme für die stationäre geriatrische Rehabilitation beim Kostenträger gestellt. Gleichzeitig wird für den Fall einer Ablehnung das Entlassmanagement intensiviert, um die lückenlose rehabilitative, medizinische und soziale Weiterbetreuung des Rehabilitanden sicherzustellen.

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.

8.4 Therapieangebote

8.4.1 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.

8.4.2 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 Rehabilitanden 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, Entlassungsmanagement, 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.

8.4.3 Physiotherapie

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

8.4.4 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
- Hirnleistungstraining, Kreativgruppe (Gruppentherapie)
- Herrengruppe zur Förderung sozialer Kompetenzen
- Spiegeltherapie bei Phantomschmerzen nach Beinamputation
- Kieselbecken
- Ergotherapeutisch geführte Frühstücks- und Mittagsgruppe

8.4.5 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 (Iontophorese, Nemectrodyn-Therapie, Exponentialstrom/Faradisation, Hochvolt, diadynamische Ströme nach Bernard)
- Ultraschall, Phonophorese

8.4.6 Logopädie

Die Mitarbeiter der Logopädie nehmen bei Bedarf noch am Aufnahmetag eine Einschätzung der Atem-, Stimm- und 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 Rehabilitanden mit Schluckstörungen.

8.4.7 Psychologie

Chronische und akute Erkrankungen bedingen oftmals das Auftreten psychologischer Probleme oder die Verschlechterung/das Wiederauftreten vorbestehender psychologischer Probleme. Zu einer erfolgreichen Rehabilitation gehören daher die Eingangserfassung des psychischen Zustands des Rehabilitanden und die Einbeziehung eventueller Probleme in den Reha-Prozess.

Die psychologische und neuropsychologische Versorgung wird aktuell durch eine Kooperation mit der *Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Marienborn GmbH* in Zülpich sichergestellt. Anfang 2020 ist die Etablierung einer Psychologin in der Brabenderklinik geplant.

Indikationen zur psychologischen und neuropsychologischen 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.

8.4.8 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.

8.5 Ernährungsmanagement

Jeder Rehabilitand 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), das in der zur Verfügung stehenden Rehabilitationszeit auf den Weg gebracht und als Empfehlung an die weiterbetreuenden Instanzen (Hausarzt, Angehörige, ggf. Pflegedienst) weitergereicht wird. Rehabilitand und ggf. Angehörige werden über die Inhalte informiert und geschult.

Aktuell steht bei Bedarf eine Diätassistentin im Rahmen der Anbindung an das Kreiskrankenhaus Meckernich zur Verfügung. Nach Terminabsprache wird der Patient problemorientiert geschult. Ab Sommer 2019 wird eine eigene Diätberaterin der Brabenderklinik die Beratung vornehmen.

Folgende Angebote werden aktuell umgesetzt:

- Frühstücks- und Mittagsgruppe, je nach vorherrschender Problematik (eher motorische/motivationsbedingte Störung der Nahrungsaufnahme vs. Kau-/Schluckstörung) geleitet durch Ergotherapie oder Logopädie
- Ernährungsberatung, ggf. auch unter Einbeziehung der Angehörigen

8.6 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 geriatrischer 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 Diuretikatherapie, Vermeidung von HCT und Triamteren
- Ggf. Korrektur von Anämieparametern, Elektrolyten, Nierenfunktion, Leberfunktion etc.
- Verbesserung von Blutdruck- und Diabeteseinstellung, ggf. Korrektur einer Schilddrüsendifunktion

8.7 Multidisziplinäre Rehabilitationsvisite

Einmal in der Woche findet für jeden Patienten eine multidisziplinäre Rehabilitationsvisite statt, in der in Anwesenheit des Chefarztes/der Chefarzt-Vertreterin, des Stationsarztes, der beteiligten Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie), der Pflegekraft 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.

8.8 Entlass-Management

8.8.1 Allgemein

Das Entlassmanagement beginnt bereits am Tag der Aufnahme. Unter Berücksichtigung der bisherigen häuslichen Versorgung und der Rehabilitationsprognose wird mit dem Rehabilitanden 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.

8.8.2 Entlassbericht

Der Entlassbericht 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 wird die an den bundeseinheitlichen Medikationsplan angelegte letzte Medikationsliste aufgenommen, wobei vorangegangene Arzneimitteländerungen epikritisch gewürdigt und nachvollziehbar begründet werden. Die Verwendung des Bundeseinheitlichen Medikationsplans ist in Vorbereitung.

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).

Es wird angestrebt, jedem Rehabilitanden am Tag der Entlassung den endgültigen und vollständigen Entlassbericht inkl. Ausdrucke der Labor- und ggf. Röntgen-Diagnostik mitzugeben und die Zahl der vorläufigen Kurarztberichte zu minimieren.

Die Einführung einer zunächst teil-, später voll-elektronischen Patientenakte inkl. Befund- und Arztbriefschreibung ist in Vorbereitung.

8.8.3 Pflegeüberleitungsbogen

Wird der Rehabilitand 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.

8.8.4 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.

8.9 Einbindung der Angehörigen

Die Beteiligung der Patienten und deren Angehörigen am gesamten Rehabilitationsprozess von der Aufnahme bis zur Entlassung ist eine direkte Konsequenz des ersten Artikels in unserem Leitbild. Im Sinne der patientenorientierten Versorgung integriert die Klinik die Rehabilitanden nach dem Maß ihrer zunehmenden Selbststeuerungsmöglichkeit. Im Therapiekonzept ist das als die Richtung vom „Hands-on-“, zu „Hands-off-Modus“ der Therapie verbindlich benannt.

Bei Aufnahme und/oder während der stationären Rehabilitation wird nach Rücksprache mit dem Rehabilitanden Kontakt mit den Angehörigen aufgenommen und dabei die bisherige Versorgung und der Grad der Selbstständigkeit des Rehabilitanden zu Hause erfasst, hieran orientierend werden auch die Therapieziele definiert. Mit Hilfe des Sozialdienstes wird die Organisation der Weiterversorgung besprochen, notwendige Anträge bei Behörden und Kostenträgern den Weg gebracht und entsprechende Beratungen für weitergehende Hilfen angeboten. Die Ergotherapie stimmt die Hilfsmittelversorgung sowohl mit den Rehabilitanden als auch mit den Angehörigen ab. Eine Beteiligung der Angehörigen bei den Therapien ist ausdrücklich erwünscht, um zum Beispiel den Transfer zu erlernen.

Für den Klinikaufenthalt wird ein Klinikwegweiser mit allen relevanten Informationen rund um die Behandlung der Patienten bei Aufnahme ausgehändigt. Ebenfalls enthält der Rehabilitand gleich zu während der Aufnahme das geplante Entlassungsdatum.

Für die Information der Angehörigen über die Versorgungsabläufe im Rahmen der Entlassvorbereitung kontaktiert das Stationsteam die Angehörigen und stellt so frühzeitig die Weichen in der therapeutische Zielplanung und der notwendigen Hilfsmittelversorgung.

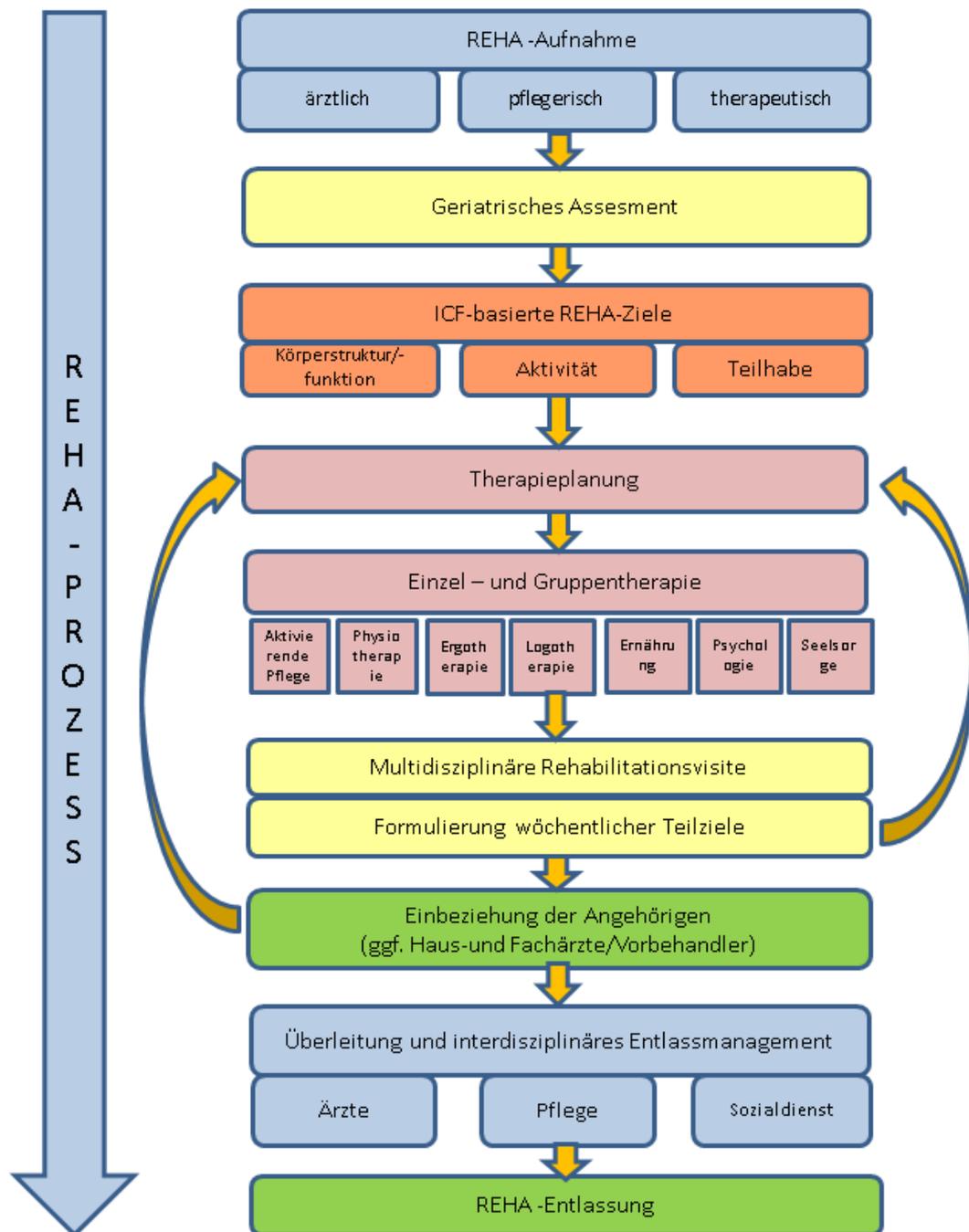


Abb. Prozessschritte geriatrische Rehabilitation

9 Qualitätsmanagement

Das zentrale Qualitätsmanagement ist Geschäftsführungsaufgabe. Im strukturellen Aufbau besteht das interne QM-System aus dem Geschäftsführer und den leitenden Mitarbeitern der Brabenderklinik. Eine 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 und der Chefarzt geben durch Formulierung der Qualitätspolitik und der -ziele einen Rahmen vor, der dann in einem kontinuierlichen Prozess durch die MA gefüllt wird. Diese Ziele ergeben sich aus dem Leitbild und der strategischen sowie der operativen Planung der Brabenderklinik. Ebenso fließen die Ergebnisse aus 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 wir mit der gesamten Belegschaft für unser Leitbild erarbeitet und fortentwickelt haben. 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 stattfindenden 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 durch den externen Apotheker, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, die Hygienefachkraft, den Brandschutzbeauftragten statt, sowie darüber hinaus z.B. die Überprüfung der Qualität der Patientendokumentation.
- 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 Audits, über Ergebnisse der jährlichen Managementbewertung, Informationen aus dem Beschwerdewesen und Kundenbefragungen 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 Verbesserungsprozess gerecht.

10 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 aber flexibel und situationsbezogen und erfordert ggf. ein begründetes nachvollziehbares Abweichen von Standards. Daher ist die eindeutige Definition von „Fehlern“ schwierig.

Alle Mitarbeiter sind verpflichtet eindeutig identifizierbare Fehler, die während der Leistungserbringung entdeckt werden (hier ausdrücklich: Patientenschäden/ Komplikationen) dem jeweiligen Vorgesetzten zu melden.

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 hinzu gezogen. Die Analyse von Problemen und die Umsetzung von Korrekturmaßnahmen werden in den Visiten und Konferenzen besprochen sowie in den Besprechungsprotokollen dokumentiert.

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 implementiertes Beinahe-Fehler-Meldungssystem/CIRS systematisch dokumentiert werden, an den Chefarzt weitergeleitet, dort besprochen und analysiert werden, so dass ggf. Maßnahmen veranlasst werden.

11 Anlagen

ICF-basierte Behandlungskonzepte

- „Hüft-TEP Physio“ (Dokument-Nr. 6181) und
- „Apoplex“ (Dokument-Nr. 6164)