



**GERIATRISCHE REHA-KLINIK
BETHEL TROSSINGEN**

Konzeption

der

Geriatrische Reha-Klinik Bethel Trossingen gGmbH

Stand 2021

Inhaltsangabe

| | |
|---|-----------|
| Einleitung | 3 |
| Information..... | 3 |
| Mehr-an Kompetenz-Haus Bethel..... | 3 |
| Leitlinien | 4 |
| Kapitel 1 ICF | 5 |
| Schaubild und Erläuterung | 5 |
| Kapitel 2 Geriatrische Reha | 6 |
| Ziele der Rehabilitation | 6 |
| Kapitel 3 Behandlungsansatz | 7 |
| Multidimensionalen Behandlungsansatzes:..... | 7 |
| Zusammenfassung | 8 |
| Kapitel 4 Eckpunkte der Versorgung | 9 |
| Festlegung Rehabilitationsziele | 9 |
| Ärztliche Versorgung | 9 |
| Therapeutische Versorgung..... | 9 |
| Pflegerische Versorgung..... | 10 |
| Sozialdienst..... | 11 |
| Ernährungsberatung | 11 |
| Seelsorge | 12 |
| Angehörigenbetreuung | 12 |
| Ende der Rehabilitation..... | 12 |
| Kapitel 5 Unterstützende Faktoren | 13 |
| Qualitätssicherung | 13 |
| Qualitätsmanagement..... | 13 |

Einleitung

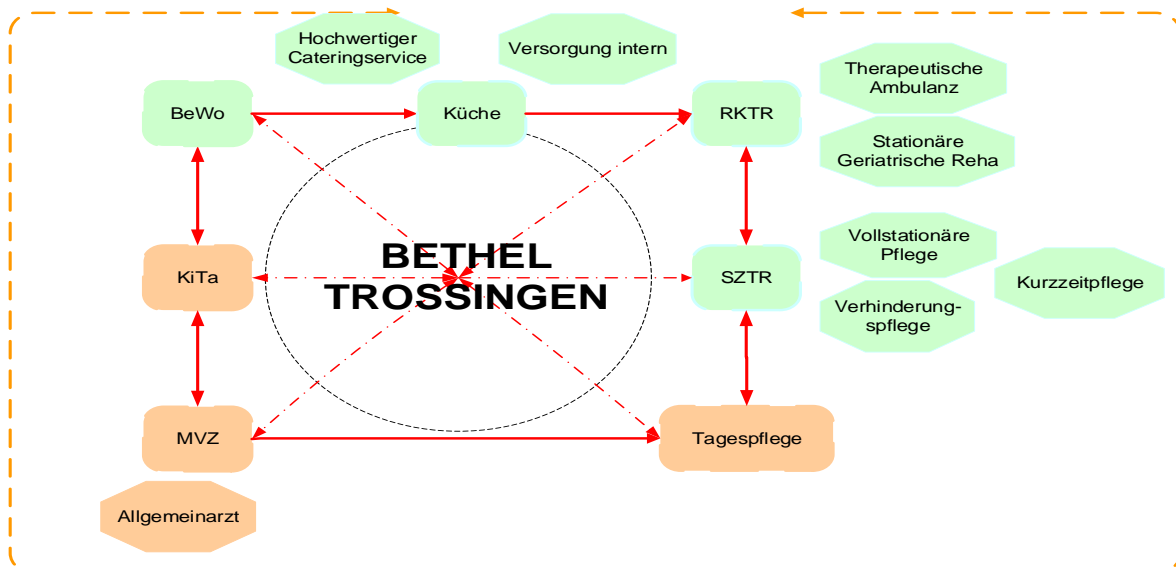
Information

Das Rehabilitationskonzept dient zur Festlegung und Verdeutlichung interner Strukturen und bietet dem Lesenden einen Überblick über das Leistungsangebot der Reha-Klinik. Für detailliertere Informationen zu den einzelnen Abläufen wird auf das QMH der Einrichtung verwiesen.

Leitlinien (Guidelines) die die Reha-Klinik für ihre Tätigkeit heranzieht sind systematisch entwickelte Standards zur Unterstützung ihrer Fachbereiche. Alle in der Einrichtung verwendeten Standards/Leitlinien entsprechend den neuesten wissenschaftlichen Standards von Medizin, Pflege und Therapie. Sie wurden anhand des Wissens aus unterschiedlichen Quellen zusammengetragen und ausgewertet.

In dem Verständnis der Reha-Klinik von Rehabilitation orientiert sich die Einrichtung am biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit der WHO, deswegen fokussiert sie sich primär auf die individuellen und sozialen Auswirkungen des Alterns.

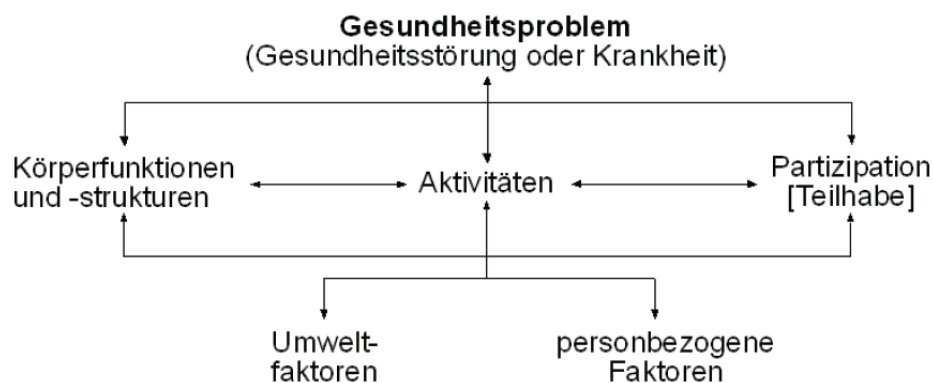
Mehr-an Kompetenz-Haus Bethel



Leitlinien

1. Der Name „Bethel“, Haus Gottes, bedeutet für die Einrichtung, die Menschen zu lieben, weil Gott sie liebt. Bethel ist ein Haus mit Seele, gegründet auf christlicher Nächstenliebe.
2. Die Reha-Klinik arbeitet an einer Unternehmenskultur, die geprägt ist von Offenheit und Transparenz und unterstützt die MA in der täglichen Arbeit mit Toleranz und Wertschätzung.
3. Sie behandelt, pflegt und betreut kranke, hilfsbedürftige Menschen, denen sie speziell auf ihre Situation abgestimmte Leistungen anbietet.
4. Im Mittelpunkt ihrer Tätigkeit steht der Mensch mit seinen leiblichen und seelischen Bedürfnissen sowie seiner Sozialstruktur. Jeder Mensch hat unabhängig von seinen Fähigkeiten und Leistungen eine unantastbare Würde, ein uneingeschränktes Lebensrecht und so auch ein Recht auf Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, dass die Reha-Klinik in ihrer täglichen Arbeit respektiert und schätzt.
5. Jeder MA trägt durch den Einsatz seiner individuellen Begabungen und Fähigkeiten zum Gesamterfolg des Unternehmens bei. Die Reha-Klinik fördert die persönliche und fachliche Kompetenz ihrer MA und erwartet von ihnen die Bereitschaft zur kontinuierlichen Weiterentwicklung.
6. Ihre betrieblichen Strukturen richten sich nach den Wünschen und Bedürfnissen ihrer Rehabilitanden.
7. Die Reha-Klinik ist daran interessiert, ihre Qualität laufend zu verbessern und sie an anderen zu messen. Qualitätssichernde und qualitätsentwickelnde Maßnahmen werden von ihren MA systematisch angewandt.
8. Die Ressourcen der Reha-Klinik werden verantwortlich und wirtschaftlich eingesetzt. Wirtschaftlichkeit sieht die Reha-Klinik als Mittel, Freiräume für diakonische Arbeit zu schaffen und zu erhalten.
9. Umweltbewusstes und verantwortliches Denken und Handeln gehören zu ihren Verpflichtungen gegenüber der Allgemeinheit.
10. Die Einrichtung beobachtet und analysiert die gesellschaftlichen Entwicklungen, ist offen für neue Dienstleistungsfelder und stellt sich dem Wettbewerb mit anderen Anbietern.
11. Die Reha-Klinik pflegt eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit allen, die sich an der Betreuung ihrer Rehabilitanden beteiligen oder ihre Dienste ergänzen.

Schaubild und Erläuterung



Der Körper und seine Funktionen:

Die ICF definiert sämtliche Körperfunktionen, z. B. der Haut, der Nerven und Muskulatur, des Urogenitaltrakts, des Immun-, Stoffwechsel oder Verdauungssystems und mehr.

Sie schafft Kategorien zur Beschreibung von Strukturen des menschlichen Körpers und mit ihnen in Zusammenhang stehenden Funktionen, auch auf psychologischer Ebene.

Personenbezogene Faktoren, z.B.:

- Alter
- Geschlecht
- Eigenschaften/Charakter
- Bildung/Beruf

Personenbezogene Faktoren werden in der ICF nicht klassifiziert und auch durch die geriatrische Rehabilitation nicht beeinflusst.

Aktivitäten und Teilhabe stehen in engem Zusammenhang, wobei oft eine Ursache - Wirkungsbeziehung entsteht z.B.

- Beeinträchtigung beim Treppensteigen - Leben im Mehretagenhaus
- Einschränkung der Mobilität - Hilfe beim Einkaufen
- Unfähigkeit der Essenszubereitung - Notwendigkeit von Essen auf Rädern
- Unterstützung bei der Selbstversorgung - Wohnen in eigener Wohnung unmöglich

Die Teilhabeorientierung ist dabei eines der zentralen Merkmale der medizinischen Rehabilitation. Sie wird in allen Fachgruppen eruiert. Verbesserungen in den Aktivitäten sind die wichtigsten Ziele der Therapeuten (Physio/Ergo/Logopädie).

Umweltfaktoren: z. B.

- Materielle und soziale Umwelt
- Hilfsmittel
- Unterstützung und Beziehungen
- Infrastruktur

Die beiden wichtigsten in der geriatrischen Rehabilitation beeinflussbaren Umweltfaktoren sind die Optimierung der Medikation und die Versorgung der Rehabilitanden mit Hilfsmitteln. Durch die Organisation des Sozialdiensts wird insbesondere bei Fehlen von sozialen Beziehungen die Weiterversorgung nach der Rehabilitationsmaßnahme in die Wege geleitet.

Ziele der Rehabilitation

- Verbesserung von Gesundheit und Funktionseinschränkungen, inkl. Prävention
- Verhinderung von Pflegebedürftigkeit
- Erhalt der größtmöglichen Selbstständigkeit und damit Teilhabe und Partizipation
- Steigerung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens
- Sicherstellung der weiteren Versorgung

Der geriatrischer Rehabilitand wird klassischer Weise definiert durch:

- eine Geriatrie typische Multimorbidität (d.h. mehrere gleichzeitig vorliegende Erkrankungen)
- einem höheren Lebensalter
- alterstypisch erhöhtem Auftreten von Komplikationen
- Folgeerkrankungen mit der Gefahr der Chronifizierung
- erhöhtes Risiko für Verlust der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatuses.

Daraus ergibt sich eine allgemeine Zielgruppe für die geriatrische Rehabilitation, wenn eine entsprechende Rehabilitationsfähigkeit und -bedürftigkeit vorliegt:

- höheres Lebensalter (meist 70 Jahre und mehr)
- akute Erkrankung bzw. Operation
- weitere chronische Erkrankung(en), die die Aktivität, Teilhabe und Partizipation einschränkt

Eine geriatrische Reha kann angezeigt sein, wenn mindestens zwei chronische Krankheiten mit einer erheblich verminderten körperlichen Belastungsfähigkeit sowie einer Abnahme der kognitiven Leistungen einhergehen. Gegebenenfalls kann zusätzlich eine psychische und soziale Instabilität und/oder Antriebsminderung vorliegen.

Im Mittelpunkt steht stets der Rehabilitand mit seinen persönlichen Lebensumständen. Wichtige Kontextfaktoren wie Familie, Wohnumfeld, aber auch Verhaltensgewohnheiten und Freizeitaktivitäten werden berücksichtigt. Als oberstes Prinzip gilt hier die Wiedererlangung der Teilhabe wie oben bereits erwähnt. Weitere Grundvoraussetzungen:

1. **Rehabilitationsbedürftigkeit:** Es besteht aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung eine nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigung von Funktion, Teilhabe und Partizipation. Eine Rehabilitationsbedürftigkeit liegt auch vor, wenn der Verlust einer der genannten Punkte droht.
2. **Rehabilitationsfähigkeit:** Der Rehabilitand ist aufgrund seiner körperlichen, geistigen oder seelischen Verfassung in der Lage, an einem auf ihn angepassten Rehabilitationsprogramm von mehrmals (d.h. mindestens 2x) täglich über mindestens 30 Min. teilzunehmen. Hierbei stehen psychische und physische Aspekte im Vordergrund. Ein akutstationärer Behandlungsbedarf darf nicht mehr vorliegen.
3. **Rehabilitationspotential:** Das Rehabilitationspotential versteht sich als eine medizinisch begründbare Wahrscheinlichkeitsaussage für das Erreichen festgelegter Rehabilitationsziele. Begleiterkrankungen, die neben der Haupterkrankung bestehen, können das Rehabilitationspotenzial einschränken. Ohne erkennbares Potenzial ist eine Rehabilitation nicht zielführend.
4. **Rehabilitationswilligkeit:** Außerdem muss auch eine gewisse Motivation des Rehabilitanden vorliegen, um eine rehabilitative Maßnahme zu durchlaufen. Das Erreichen der Ziele ist nur durch eine konsequente Mitarbeit des Rehabilitanden möglich. Die Aufnahme der Angehörigen als Begleitperson kann zur Steigerung der Motivation beitragen.

Kapitel 3 Behandlungsansatz

Mehrdimensionalen Behandlungsansatzes:

Der Ablauf der Rehabilitation richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen des Rehabilitanden im Kontext seiner Erkrankungen und aktuellen Fähigkeiten.

Im Behandlungsverlauf werden die basierten Kontextfaktoren; die Klassifikation erhoben:

- der **Körperfunktionen**, z.B.: Sinnesfunktionen und Schmerz, Stimm- und Sprechfunktionen
- der **Körperstrukturen**, z.B.: Strukturen des Nervensystems, Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen
- der **Aktivitäten und Partizipation** (Teilhabe) z.B.: Bewusste sinnliche Wahrnehmungen, Die Körperposition ändern und aufrechterhalten
- der **Umweltfaktoren** z.B.: Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze, Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt

Anhand der in den Klassifikationen enthaltenen Kontextfaktoren, können Funktionsstörungen und die sich daraus ergebenden Ziele sowie die Festlegung der interdisziplinären Maßnahmen für den Rehabilitationsprozess abgeleitet werden.

Berücksichtigung finden vorsorgerelevante Kontextfaktoren (Vorsorgebedürftigkeit) wie z.B.: Mehrfachbelastung durch Familie, mangelnde Unterstützung bei der Alltagsbewältigung, Tod des Partners/naher Angehöriger, chronische Krankheiten, finanzielle Sorgen oder soziale Isolation. Die Behandlung der Rehabilitanden der Reha-Klinik erfolgt im Rahmen eines multiprofessionellen Behandlungskonzeptes unter ständiger ärztlicher Leitung.

Mit diesem Behandlungskonzept ist sichergestellt, dass bei der individuellen Behandlung alle notwendigen Berufskompetenzen zur Anwendung kommen.

- Multiprofessioneller Behandlungsansatz
 - interdisziplinäre Behandlung unter Einbindung sowie Analyse der Kontextfaktoren und Vorbereitung für die optimale Nachsorge bereits bei der Aufnahme
 - ganzheitliche Betrachtungsweise des Menschen
 - regelmäßiger Informations- und Kommunikationsaustausch mit den unterschiedlichen Fachbereichen
 - fokussierte Dokumentation über ein digitales Dokumentationssystem
 - Kooperationen / Netzwerke
- Medizinischer Behandlungsansatz
 - Durchführung eigener Diagnostik im Haus
 - Zusammenfassung und Interpretation in einem multiprofessionellen Ansatz
 - Berücksichtigung von Teilhabe und Partizipation
 - engmaschige ärztliche Behandlung und Führung
 - Hilfsmittelversorgung und Anpassung zusammen mit Sozialdienst und Therapeuten
 - Wundmanagement / Schmerzmanagement
- Pflegerischer Behandlungsansatz
 - rehabilitative und aktivierende Pflege einschl. basaler Stimulation und Kinästhetik
 - Kontrakturbehandlung und Prophylaxe
 - Unterstützung des therapeutischen und medizinischen Ansatzes
- Therapeutischer Behandlungsansatz
 - individuelle Einzel- und Gruppentherapie
 - Physiotherapie
 - manuelle Therapie
 - Lymphdrainage
 - Neurologische Anwendungen nach Bobath
 - Ergotherapie
 - Logopädie
 - Schlucktraining
 - Wärmeanwendungen (Fango und heiße Rolle) sowie Kälteanwendungen
 - Physikalische Therapie

-
- medizinische Trainingstherapie
 - Motomed
 - Sozialtherapeutischer Behandlungsansatz
 - sozialmedizinische und pädagogische Beratung und Hilfestellung
 - Unterstützender Behandlungsansatz
 - Diätassistenz im Bereich Diätetik, Ernährungsberatung
 - Durchführung von Lehrküche und Vorträgen
 - Demenz
 - Eine demenzielle Entwicklung zeigt sich oft durch Störungen des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit, des Sprechvermögens und in Beeinträchtigungen von Auffassung/Lernen, Denkablauf und Orientierung.
 - Verzögerte Rekonvaleszenz
 - Unter Rekonvaleszenz versteht man in der Medizin die Erholung und Wiederherstellung der Gesundheit nach einer Erkrankung. Dieser Zeitraum kann bei multimorbiden Patienten, die unter mehreren chronischen Erkrankungen gleichzeitig leiden, deutlich verlängert sein und stellt eine wichtige Indikation für die geriatrische Rehabilitation dar.
 - Frailty (Gebrechlichkeit)
 - Als Gebrechlichkeit, auch Frailty-Syndrom (engl. frailty = ‚Gebrechlichkeit‘) genannt, wird die chronische altersbedingt herabgesetzte Belastbarkeit bei vermindertem Kraftzustand bezeichnet.

Zusammenfassung

Die Leistungsangebote der Reha-Klinik werden dem aktuellen Bedarf kontinuierlich angepasst. Das multiprofessionelle Team leitet seine medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung von den aktuellen wissenschaftlichen Standards und Behandlungsleitlinien ab. Ziel ist es, die Behandlung bestmöglich durch Individualität, Empathie und Transparenz zu unterstützen.

Hierzu gehört die medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung, Beratung und Betreuung des Rehabilitanden und seiner Angehörigen während des Rehabilitationsprozesses. Häufige Ziele sind Verbesserungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie der Mobilität.

Diese Verbesserungen sollen auch dazu beitragen, eine realistische und zugleich positive Haltung zur Veränderung im Lebensalltag zu erreichen.

Die Rehabilitation ist ein mehrdimensionaler Behandlungsansatz, der das oberste Ziel „eine Verbesserung der Teilhabe“ in sich trägt. Zielgerichtet findet sich der Gedanke der Sekundärprävention im gesamten Rehabilitationsablauf wieder. Mit der Sekundärprävention soll so früh wie möglich in den Entstehungsprozess einer behandlungsbedürftigen Erkrankung eingegriffen werden.

Bei der Sekundärprävention geht es um die Früherkennung bzw. Verhinderung einer zunehmenden Verschlimmerung einer Erkrankung. Sie dient dazu eine Schädigung, Krankheit oder regelwidriges Verhalten frühzeitig zu erkennen bzw. dafür zu sorgen, dass der Verlauf einer Krankheit sich nicht verschlimmert bzw. chronifiziert. (Definition der Sekundärprävention nach der DGNP eV)

Praktisch bedeutet dies für die Reha-Klinik, dass sie regelmäßige Screenings zur Früherkennung von Erkrankungen (z.B. Blutzuckertestung auch bei Rehabilitanden ohne bekannten Diabetes, Erfassen der Kognition auch ohne bekannte Demenz durch MMST, regelmäßige Laborkontrollen auch bei Rehabilitanden ohne akute Beschwerden) durchführt.

Kapitel 4 Eckpunkte der Versorgung

Festlegung Rehabilitationsziele

Die Steuerung der Rehabilitationsziele (Zielanalyse - Zielfestlegung – Zieleinleitung –Zielüberprüfung) erfolgt in folgenden Schritten:

- Auswertung und Analyse in Bezugnahme der Vorbefunde
- individuelle Einschätzung (Assessment) der Fachbereiche
- interner Austausch aller Fachbereiche in gemeinsamen Teambesprechungen
- Austausch und Kommunikation mit dem Rehabilitanden durch Arzt, Pflege und Therapie
- Berücksichtigung bio-psycho-sozialer Aspekte insbesondere der „Teilhabe“
- Berücksichtigung des individuellen Hilfebedarfs in Bezug zum sozialen Umfeld

Gemeinsam mit dem Rehabilitanden erhebt der Arzt die Hauptziele auf denen die Nebenziele der einzelnen Fachbereiche aufbauen oder anknüpfen. Über die jeweiligen Kommunikationsstrukturen, werden die Ziele wöchentlich (Visiten, Arztbesprechung, Ergebnisanalyse) und nach Bedarf vom Arzt überprüft und dem aktuellen Entwicklungsstand des Rehabilitanden angepasst. Die jeweilige Erörterung von Therapiefortschritt, Besonderheit, neuer Zielsetzung und Evaluation des Therapieerfolges erfolgt in der Visite bei dem Rehabilitanden.

Ärztliche Versorgung

Die ärztliche Leitung erfolgt fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung (§107 Abs. 2 Nr 2 SGB V). Ärzte koordinieren und leiten das multiprofessionelle Team, erheben die Anamnese und den körperlichen Status und führen die notwendige medizinische Diagnostik sowie regelmäßige Visiten durch.

Sie überprüfen die therapeutischen Maßnahmen und den Behandlungserfolg und leiten ggf. notwendige Korrekturen ein. Die Rehabilitanden werden einem Arzt zugewiesen, so dass sie einen festen Ansprechpartner haben. Um eine durchgehende ärztliche Verfügbarkeit zu gewährleisten, ist immer mindestens ein Arzt im Haus (auch in der Nacht und an Wochenenden). Zusätzlich wurde durch den Chefarzt und Oberarzt eine Rufbereitschaft eingerichtet. Werden darüber hinaus weitere diagnostische oder konsiliarische Untersuchungen notwendig, erfolgen diese in Absprache mit den umliegenden Akutkrankenhäusern bzw. niedergelassenen Fachärzten.

Stationsärzte sind die ständigen Ansprechpartner für die Rehabilitanden. Von der Aufnahme- bis zur Entlassungsuntersuchung gestalten sie, in Absprache mit Oberarzt und Chefarzt, die medizinische Diagnostik und Therapie sowie den individuellen Rehabilitationsplan entsprechend den Vorgaben zur Therapiedichte, -art in der entsprechenden Indikation. Ihre Aufgabe ist es nicht nur, Gesundheitszustand, Körperfunktionen und mögliche Beeinträchtigungen der Teilhabe und Aktivitäten zu erfassen, sondern auch die Kontextfaktoren zu prüfen und individuell mit dem Rehabilitanden Therapieziele und Rehabilitationsverläufe abzusprechen.

Zusätzlich finden Visiten durch Stationsärzte und Oberärzte sowie regelmäßige Kurvenvisiten statt. Kommt es während des Aufenthaltes zu medizinischen Problemen, die der Ressourcen eines Akutkrankenhauses bedürfen (z.B. Röntgen, Transfusion, invasive Diagnostik wie Gastroskopie oder Herzkatheter), wird der Rehabilitand nach Absprache dorthin verlegt. Eine Rückkehr ist nach Abschluss des akutstationären Behandlungsbedarfs sowie bei weiterhin bestehender Kostendeckung durch die Krankenkasse nach Rücksprache möglich.

Therapeutische Versorgung

Um eine individuelle funktionsdefizitbezogene Therapie und Behandlung zu gewährleisten, stehen eine Reihe von therapeutischen Leistungen in der Reha-Klinik zur Verfügung. Die therapeutische Anordnung erfolgt nach Anforderung durch den verantwortlichen Arzt. Hierbei werden einerseits den Patienten bei häufigen Erkrankungen bestimmte Therapiepakete zugeordnet, andererseits können diese Pakete individuell verändert (erweitert, ergänzt oder reduziert) werden, und zwar sowohl bei Aufnahme des Rehabilitanden wie auch im weiteren Verlauf. Art und Umfang der erforderlichen therapeutischen Rehabilitationsleistung werden ebenfalls mit dem Rehabilitanden

besprochen und festgelegt.

Beispielsweise wird im Paket „Femurfrakturen“ die Lymphdrainage vorgegeben und individuell (sobald keine Lymphödeme mehr vorliegen) wieder beendet. Eine Individuelle Erweiterung findet auch statt, wenn zusätzlich zur Hauptindikation eine oder mehrere Behandlungsbedürftige Störungen vorliegen, z.B. im oben genannten Fall der Femurfraktur könnte zusätzlich ein Mammacarcinom vorliegen, das durch Lymphdrainage des betroffenen Arms zusätzlich behandelt werden soll.

Generell finden die Therapien von Montag bis Samstag statt. Die Therapieplanung erfolgt über die zentrale Disposition, hierbei erhält jeder Rehabilitand und Therapeut einen tagesaktuellen Wochenplan der therapeutischen Anwendung.

Physiotherapeuten: Physiotherapeuten führen neben dem Assessment die Bewegungstherapien durch. Zudem führen sie Tonus regulierende und schmerzlindernde Maßnahmen, Kontrakturprophylaxe, Gleichgewichtstraining, Sturzprophylaxe und Beratung zu Hilfsmitteln durch. Außerdem erfolgen Lymphdrainage, Massage, Thermo- und Elektrotherapie sowie Atemtherapie im Bereich der physikalischen Therapie.

Ergotherapeuten: Ergotherapeuten erarbeiten durch spezifische Therapieansätze Verbesserungen in den Bereichen der Selbstversorgung, der Handkraft und des Bewegungsausmaßes der oberen Extremität, Feinmotorik inkl. Schreibtraining sowie Kognition. Hierbei stehen zunächst die Erhebung von Funktionsstörungen und die Ableitung der Therapieziele im Vordergrund. Gezieltes Training der Aktivitäten des täglichen Lebens fördert die Selbstständigkeit und trägt zum Gesamtergebnis bei. Sie beraten bezüglich Hilfsmitteln der oberen Extremitäten (z.B. Greifzange) und der häuslichen Versorgung (z.B. Badewannenlifter) und rezeptieren diese in Absprache mit dem ärztlichen Dienst. Es erfolgt eine regelmäßige Teilnahme an der ärztlichen Visite.

Logopäden: Die Logopäden führen fallspezifische Assessments zur Erfassung von Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen durch. Die Ergebnisse werden in eine gezielte Therapie überführt. Rehabilitanden mit einer Schluckstörung werden beim Essen am Schlucktisch durch die Logopäden betreut. Die Planung weiterführender Diagnostik, wie zum Beispiel der endoskopischen Schluckuntersuchung, erfolgt nach Absprache mit dem ärztlichen Dienst. Die regelmäßige Überprüfung der Funktionsdefizite und entsprechende Anpassung der Kostform (Dysphagiekost, Andickung der Flüssigkeit) ist Teil der Aufgaben.

Fitnesstrainer: Fitnesstrainer führen Sport- und Bewegungstherapie mit dem Ziel der Steigerung der Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Steigerung der Kraft zur Erhaltung/Verbesserung der Leistungsfähigkeit ein- bis zweimal täglich durch. Dieses erfolgt unter anderem als Ergometer-, Terraintraining, an MTT Geräten oder auf dem Zimmer.

Hilfsmittel, die das Laufen und die Fortbewegung erleichtern (z.B. Rollator, Rollstuhl, Gehstöcke) werden in Absprache mit dem ärztlichen Dienst rezeptiert.

Regelmäßige fachgruppenspezifische Fortbildungen gewährleisten eine Therapie auf dem neusten wissenschaftlichen Stand. Sonderausbildung Einzelner (z.B. Gerontopsychiatrische Weiterbildung) ergänzen die fachliche Kompetenz des multiprofessionellen Teams.

Pflegerische Versorgung

Die Aktivierende Pflege wird geprägt von einem Beziehungsprozess (Pflege/Rehabilitand) mit zielgerichteten, individuellen Maßnahmen sowie aktivierenden-trainierenden Aktivitäten.

- In der Therapie oder bei ärztlichen Visiten ist es nur möglich, kurze Eindrücke von den Rehabilitanden zu gewinnen. Der Pflege hingegen ist es möglich, einen kontinuierlichen Eindruck von Rehabilitanden zu erhalten.
- Die Pflege ist verantwortlich für die Umsetzung der ärztlichen Anordnungen. Sie unterstützt bspw. die Ergotherapie im Bereich des ATL-Trainings, welches sie unterstützend durchführen.
- Die Pflege ist für den behandelnden Arzt eine zentrale Anlaufstelle und ist in den jeweiligen Besprechungen z.B. Visite und tägliche Teambesprechung dabei.

Mit dem Ziel der „Hilfe zur Selbsthilfe“ geht die aktivierende Pflege über die Grund- und Behandlungspflege hinaus und beachtet hierbei die vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie akute gesundheitliche Einschränkungen. Im Fokus steht das (Wieder-)Erlangen und Erhalten der Alltags-Kompetenzen (ATL's). Die Beratung/Anleitung der Rehabilitanden, Angehörigen/Bezugspersonen ist für das Anhalten des Therapieerfolges

eine ebenso unerlässliche Voraussetzung wie die Überleitung an weitere behandelnde medizinisch-therapeutische Berufsgruppen.

Sozialdienst

Die MA des Sozialdienstes haben die Aufgabe und das Ziel, Rehabilitanden und Angehörige bei der Bewältigung individueller persönlicher oder sozialer Schwierigkeiten in Bezug auf die Entlassung zu informieren, zu beraten und zu unterstützen.

Schon während des Aufnahmeprozesses erfolgt eine erste Einschätzung der Rehabilitationsprognose und der notwendigen Rehabilitationsdauer (die grundsätzlich durch die Leistungsträger vorgegeben wird), die über den gesamten Rehabilitationsverlauf kontinuierlich im multiprofessionellen Team reevaluiert wird.

Entlassungstermine, Verlängerungsanträge und das Ausmaß der notwendigen poststationären Hilfen werden im multiprofessionellen Team diskutiert und regelmäßig im Beisein des Sozialdienstes mit dem Rehabilitanden erörtert. In den Visiten bzw. Frühbesprechungen wird besprochen, ob und in welchem Ausmaß die Pflegenden und die Therapeuten den Kontakt zu den Angehörigen herstellen sollen, damit diese durch eine geeignete Anleitung, Schulung und Beratung ausreichend auf die sie zu erwartenden Aufgaben vorbereitet sind. Wichtige Umweltfaktoren wie z.B. die häusliche Wohnsituation (Barrieren, Treppenstufen, Türbreite, Fahrstuhl etc.) haben Einfluss auf die Hilfsmittelplanung und -verordnung.

Ein besonderes Augenmerk gilt denjenigen, die in einem 1-Personenhaushalt leben und daher auf ein hohes Maß an Autonomie angewiesen sind. In enger Abstimmung mit den Angehörigen und ggf. den rechtlichen und nicht-familiären Betreuenden werden die notwendigen Maßnahmen festgelegt, um einen geordneten Übergang aus der Reha-Klinik in die weitere Versorgung zu gewährleisten und dadurch die Nachsorge und Sicherung der Nachhaltigkeit einer optimalen und individuellen Versorgung zu gewährleisten.

Die häufig komplexen Krankheitsbilder der Rehabilitanden erfordern ein abgestuftes Betreuungskonzept. Die Möglichkeit der häuslichen Weiterversorgung ist der anzustrebende Regelfall. Für die überwiegende Mehrheit der Rehabilitanden reichen ambulante Hilfs- und Pflegedienste aus, um im Falle verbleibender Handicaps zu Hause gut zurechtzukommen.

Inhalt der Sozialberatungsgespräche sind neben einer detaillierten Bedarfsanalyse die ausführliche Beratung über Hilfen, die die Aktivitäten des täglichen Lebens erleichtern (Antragstellungen Pflegeleistungen, Pflegeheimaufnahme, Kurzzeitpflege, Tagespflege, ambulante Pflege, Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, Nachbarschaftshilfe, ehrenamtliche Helfer etc.).

Auch die Vermittlung sozialversicherungsrechtlich relevanter Informationen sowie die Weitervermittlung an andere Einrichtungs-, Beratungs- und Koordinierungsstellen incl. Selbsthilfegruppen ist Teil dieser Beratungsgespräche. Vorbereitende und endgültige Entlassgespräche, die auch besondere medizinische, pflegerische und therapeutische Aspekte berücksichtigen, erfolgen darüber hinaus durch alle Berufsgruppen.

Ernährungsberatung

Das Ernährungsmanagement umfasst alle individuellen Prozesse und Maßnahmen, die mit der Ernährung des Rehabilitanden in einem direkten oder indirekten Zusammenhang stehen z.B.:

- Vermeidung einer Dehydrierung
- Frühzeitiges Erkennen von Fehl-/ Mangelernährung
- Aspirationsgefahr erkennen und behandeln
- Vermeidung von Komplikationen (BZ-Entgleisung)

Die Diätassistenz steht bei der Umsetzung, Ernährungs-, Diätberatung und ernährungsmedizinischer Betreuung zur Verfügung. Maßnahmen wie z.B. Herstellung und Bereitstellung von individuell hergestellten Zwischenmahlzeiten werden über die Diätassistenz organisiert und umgesetzt.

Durch die Diätassistenz werden Bedarfe ermittelt und die Teilnehmenden für die Lehrküche eingeplant. Ziel der Lehrküche ist es, den Rehabilitanden Wege und Möglichkeiten zu zeigen, wie sie sich Zuhause weiterhin ihren persönlichen Bedarfen entsprechend ernähren können, hierzu gibt es ebenfalls gemeinsame Übungen.

Außerdem werden den Rehabilitanden in regelmäßig stattfindenden Vortragsreihen u.a. die Ernährungspyramide, Unverträglichkeiten, Eigenschaften der Lebensmittel sowie deren Auswirkungen auf die Gesundheit vorgestellt.

Seelsorge

Die seelsorgerische Betreuung der Rehabilitanden ist durch eine Zusammenarbeit mit den Vertretern der örtlichen Kirchengemeinden gewährleistet. Auf Wunsch der Rehabilitanden besuchen die Kirchenvertreter diese und/oder stehen ihnen für individuelle Anfragen zu Verfügung. Wöchentlich findet ein Gottesdienst im Haus statt.

Angehörigenbetreuung

Damit die Angehörigen in den Rehabilitationsprozess eingebunden werden können, bietet das Haus Angehörigengespräche mit allen Fachabteilungen an. Für Fragen oder Themen, die ein ausführliches Gespräch bedürfen, werden Sondertermine vereinbart. Auch besteht für Angehörige die Möglichkeit pflegerische Tätigkeiten für die Versorgung der Rehabilitanden zuhause zu erlernen.

Ende der Rehabilitation

Zum Ende des Aufenthaltes erfolgt eine Abschlussuntersuchung durch die Therapeuten und den zuständigen Arzt. Hierbei stehen die erreichten Fortschritte sowie die noch bestehenden Funktionsdefizite sowie ggf. Empfehlungen für die ambulante Weiterbehandlung im Vordergrund.

Die Assessments werden wiederholt und die Ergebnisse in den ärztlichen Entlassbericht einbezogen. Weitere Empfehlungen sowie für den weiteren Verlauf wichtige Besonderheiten während des Aufenthaltes (z.B. Änderungen in der Medikation, Komplikationen) werden ebenfalls im Brief dokumentiert. Am Entlasstag erhält der Rehabilitand den fertigen Brief inkl. der Diagnosen, Medikationsempfehlung, Anamnese, körperliche Aufnahmeuntersuchung, Vitalwerte, der letzten Laborwerte sowie Assessments bei Aufnahme und Entlassung, und eine medizinische Epikrise für seinen Hausarzt.

Bei Behandlungsende werden in den einzelnen therapeutischen Disziplinen die Ergebnisse der Behandlung in Form eines Abschlussbefundes dokumentiert. Im ärztlichen Entlassbericht erfolgt die zusammenfassende Beurteilung der diagnostischen Ergebnisse, der Gesamtbehandlung und der Therapie. Der Bericht beinhaltet ebenso weitere Vorschläge für das weitere Vorgehen nach der Entlassung. Rehabilitanden erhalten bei Entlassung zusätzlich einen Pflegeüberleitungsbericht für den ambulanten oder stationären Pflegedienst.

Kapitel 5 Unterstützende Faktoren

Qualitätssicherung

Die Einhaltung von Qualitätsstandards, die ständige Weiterentwicklung und Optimierung von Abläufen wird durch das Qualitätsmanagement gewährleistet. Neben internen Sicherungssystemen ist die geriatrische Rehabilitationsklinik Trossingen auch durch externe Qualitätssiegel zertifiziert. Durch diese ist der objektive Blick auf die Abläufe gewährleistet.

Als gesetzlich vorgeschriebenes externes Qualitätssicherungsverfahren wurde inzwischen auch das von der GKV getragene QS-Reha®-Verfahren etabliert.

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

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

Qualitätsmanagement

Das Rehabilitationsverständnis der Einrichtung orientiert sich an den Kriterien der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und dem zu Grunde liegenden bio-psycho-sozialen Modell, das Gesundheit und Krankheit als ineinandergreifende körperliche, seelische und soziale Vorgänge beschreibt.

Das Qualitätsmanagement wird durch ein BAR anerkanntes Verfahren (KTQ im Bereich Rehabilitation Version 2.0) angewandt und durch die PROCUMCERT zertifiziert. Daher steht es im ständigen Prozess der Anpassung im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung, wobei neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Forschungsergebnisse insbesondere aus den Bereichen Medizin (Geriatrie, Innere Medizin, Rehabilitationswesen) berücksichtigt werden.

Im QM-Handbuch sind die geplanten Prozess-Abläufe der Reha-Einrichtung in Form von Arbeitsanweisungen, Verfahrensanweisungen, Standards und Organisationsdokumente beschrieben.

Seit 2003 werden alle Unternehmensbeteiligungen des Gesundheitswerks Bethel durch den Gesellschafter überprüft. Ziel der Internen Revision in Medizin und Pflege (im Folgenden: Revision) war und ist es, die Einrichtungen bei der Qualitätssicherung und –entwicklung zu unterstützen, eine Rückmeldung über den jeweiligen Entwicklungsstand zu geben und in allen Bethel-Einrichtungen ein hohes Qualitätsniveau zu sichern.

Standardisierte Dokumentationsvorgaben für alle Berufsgruppen unterstützen auf der operativen Ebene eine qualitativ hochwertige Rehabilitanden Versorgung. Die Eigenverantwortung des Rehabilitanden und die Mitwirkung der Angehörigen ist fester Bestandteil des interdisziplinären Rehabilitationskonzepts der Einrichtung.

Bei allen Standards vergisst die Einrichtung dabei nie, dass ihr evidenzbasiertes Handeln immer auch individuell an die vorhandenen Bedürfnisse und Ressourcen ihrer Rehabilitanden angepasst werden muss.

Die bewusste Entscheidung zur Implementierung eines Qualitätsmanagementverfahrens wurde 2009 getroffen. Dabei entschied sich die Einrichtung für das QM-Modell KTQ®. Unabhängig von der Wahl des QM-Modells betrachtet die Einrichtung das Qualitätsmanagement als permanenten Prozess der kritischen Auseinandersetzung mit ihren Handlungen. Durch ständiges Lernen und Überprüfen strebt sie eine Optimierung der Prozessabläufe an.