

Dr. med. Cornelia Rohleder-Stiller
Leitende Ärztin Geriatrie
Kreisklinik Trostberg

Trostberg, 08.2011

Konzept geriatrische Rehabilitation an der Kreisklinik Trostberg

Gliederung:

Einführung/Rahmenbedingungen

Organisation/Strukturqualität

(personelle, räumliche und apparative Ausstattung)

Behandlungsschwerpunkte/Indikationsgebiete

Ausschlusskriterien

Rehabilitationsziele

Kernprozess/Prozessqualität

Prozesse und Kommunikationsstrukturen

Rehabilitative Diagnostik

Therapie

ärztliche Aufgaben

Pflegeteam

Physiotherapie

physikalische Therapie

Ergotherapie

Logopädie

Sozialdienst

Ernährungsberatung

Besondere Angebote

Therapieabschluss und Ergebnis

Nachsorge/Vernetzung

Qualitätssicherung

Anlagen: 1) Strukturqualität

2) Behandlungsstandards (Ergotherapie, Physiotherapie, Pflege)

Einführung/Rahmenbedingungen:

Die Reha-Einrichtung stellt sich auf den Boden der Rahmenempfehlungen zur (ambulanten) geriatrischen Rehabilitation vom 01.01.04.

Diese Rahmenempfehlungen wurden gemeinsam von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkasse erstellt. Wegen dort ausführlicher Erläuterung der Begrifflichkeiten und Vorgaben (Rehabilitationsbedürftigkeit, -Fähigkeit und -Ziele, geriatritypischer Multimorbidität, Indikation, Diagnostik und Therapie im multiprofessionellen Team), wird auf eine Wiederholung verzichtet.

Die Umsetzung der Rahmenempfehlung im spezifischen Klinikkonzept der geriatrischen Rehabilitation am Krankenhaus Trostberg, wird im Folgenden dargestellt:

Organisation/Struktur:

Organisatorisch ist die geriatrische Rehabilitation der Inneren Abteilung der Kreisklinik Trostberg angegliedert. Die ärztliche Leitung ist fachlich selbständig, sie erfolgt durch eine Ärztin (Internistin, klinisches Rehawesen, Geriatrie, weitere Qualifikation s. Anlage Strukturqualität). Die dauernde Vertretung erfolgt durch den lfd. Oberarzt der Inneren Abteilung, der ebenfalls die Zusatzbezeichnung klinische Geriatrie besitzt und die Fachärztin für Anästhesie und Allgemeinmedizin (Funktionsoberärztin) Frau Alexander-Gaitsch, die sich im letzten Abschnitt zur Weiterbildung zum Geriater befindet (seit 6 Jahren in der Abteilung tätig). Zwei Assistenzärzte sind ebenfalls der geriatrischen Rehabilitationsabteilung zugeordnet. Die Bereitschaftsdienste werden durch die Innere Abteilung versehen. Das übrige Personal ist der geriatrischen Reha zugeordnet. Die weiteren Angaben über personelle und räumliche Ausstattung sind der Anlage 1 Strukturqualität zu entnehmen.

Durch die enge räumliche und organisatorische Anbindung an das Krankenhaus Trostberg, ergeben sich folgende positive Effekte:

- häufige Verlegungen aus der Rehabilitation ins Akuthaus und umgekehrt werden vermieden
- dem Patienten stehen im Bedarfsfall sämtliche diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Akuthauses zur Verfügung
- durch das im selben Gebäude eingerichtete ambulante Praxiszentrum stehen sämtliche Konsiliarleistungen zur Verfügung
- gemeinsame Fallbesprechungen, Konzepte und Fortbildungen im Akuthaus und der Rehabilitationseinrichtung kommen der Patientenversorgung zugute
- Transfer geriatrischer Kompetenzen ins Akuthaus (Konsile, Fallbesprechungen s.o.)
- Vernetzung:
 - a) Hausärzte: QZ Geriatrie, Telefonvisite
 - b) Selbsthilfegruppen
 - c) Pflegekonferenz
 - d) Hospiz, Alzheimergesellschaft
 - e) Pflegeheime
 - f) Ambulante Pflegedienste
 - g) QZ Pflegeheime
 - h) Gerontopsychiatrischer Arbeitskreis
 - i) Kontakt zu Leistungsträgern (MDK-Visite, telefonische Rücksprache Rehabilitationsanträge, Besprechung von Patientenwünschen und Beschwerden sowie Meinungsumfragen Patienten)
 - j) Konsiliardienst geriatrisch Kreisklinik Trostberg und Klinikum Traunstein

Behandlungsschwerpunkte, Indikationsgebiete

Neurologische Erkrankungen:

Zustand nach Schlaganfall
Morbus Parkinson

Internistische Erkrankungen:

Stoffwechselerkrankungen
Diabetes mellitus und Folgeschäden
Cardio-pulmonale Erkrankungen
Arterielle und venöse Durchblutungsstörungen
Osteoporose

Zustand nach chirurg. und orthopädischen Maßnahmen:

Operative Versorgung mit Endoprothesen von Hüft- und Kniegelenken
Zustand nach Gliedmaßenamputation
Zustand nach abdomineller, kardialer und kardiochirurg. Interventionen

Degenerative und entzündliche Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates:

Arthrose
Rheumatoide Arthritis

Spezifische geriatrische Funktionsstörungen:

Schmerzzustände
Inkontinenz
Immobilität
Intellektueller Abbau
Sturzsyndrom
Ess- und Trinkstörungen

Palliativ-medizinische Therapie:

Nach Tumorerkrankung
Bei chron. Schmerzen

Im Alter gehäuft auftretende Einschränkungen und Erkrankungen:

Depression
Seh- und Hörstörungen
Demenz

werden mituntersucht und behandelt

Ausschlusskriterien:

- Fehlende Zustimmung des Patienten
- Fehlende oder nicht ausreichende Belastbarkeit und Kooperationsfähigkeit
- Mangelnde Motivation
- Mangelnde Stabilität vitaler Funktionen
- Begleiterkrankungen bzw. Komplikationen (schwere Demenz, Desorientiertheit, Weg-Lauftendenz, schwere psychische Störungen wie akute Wahnsymptomatik und Psychosen, schwere Depression, Größe und Lage eines Dekubitus)
- Infektiöse Erkrankungen, die isolierungspflichtig sind (mit Rücksprache)

Rehabilitationsziele:

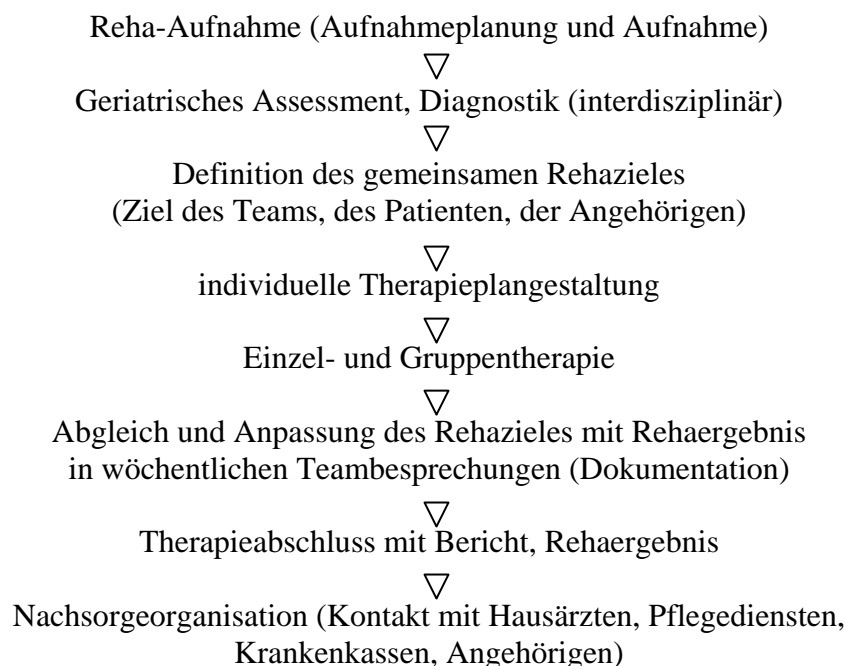
Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist, alltagsrelevante Beeinträchtigung der Aktivitäten zu beseitigen, zu vermeiden bzw. eine Verschlimmerung zu verhüten oder auch Beeinträchtigungen der Teilhabe abzuwenden.

Eine dauerhafte Wiedergewinnen der Alltagskompetenz soll ein langfristiges Verbleiben in der häuslichen Umgebung ermöglichen, aber auch unabhängig vom Setting (z. B. Pflegeheim) Mobilität und Selbständigkeit erhöhen.

Alltagsrelevante Ziele sind z. B. Stehfähigkeit, Bett-Rollstuhl-Transfer, Rollstuhlmobilität, selbständiger Toilettengang, Nahrungsaufnahme, An- und Auskleiden, Gehfähigkeit, Verbesserung Kognition, Kommunikation, Motivation und Stimmung. Dabei werden die spezifischen Bedürfnisse der Demenzkranken berücksichtigt.

Prozessqualität/Kernprozess:

Im Folgenden findet sich eine Darstellung des Kernprozesses, der für alle Berufsgruppen im interdisziplinären Team identisch ist:



Die Elemente dieses Kernprozesses werden im Einzelnen wie folgt dargestellt:

Prozesse und Kommunikationsstrukturen

Die Tagesstrukturierung ist für das gesamte Team festgelegt und schriftlich fixiert (s. Strukturen, Ablauf geriatrische Rehabilitation 5/2011). Eine Änderung bedarf der Besprechung in der Steuergruppe. Ergänzende Dokumente, Checklisten und Standards zum Visitenablauf, Teambesprechung, Therapiesitzung, Steuergruppe, Weiterbildung, Entlassungsmanagement, Beschwerdemanagement, Aufnahme-procedere, Sturzprophylaxe und Konsildurchführung finden sich im QM Handbuch.

Diagnostik:

Diagnostische Einrichtungen des Krankenhauses:

Röntgen
 EKG
 Langzeit-RR und Langzeit-EKG
 Lungenfunktion
 Endoskopie
 Sonographie
 Duplex-Sonographie
 Echokardiographie
 Labor
 CCT
 NMR

Durch die enge räumliche und organisatorische Anbindung ans Krankenhaus Trostberg und das neue Ärztezentrum Trostberg im selben Haus, stehen jederzeit konsiliarisch folgende ärztliche Disziplinen zur Verfügung:

- Innere Medizin (Gastroenterologie, Hämatologie/Onkologie)
- Orthopädie
- Neurologie
- Urologie
- Chirurgie
- Unfallchirurgie
- HNO

Spezifische rehabilitative Diagnostik/Assessment:

Bei allen Patienten werden die im GIB-DAT-Projekt obligaten Standardtests durchgeführt. Dies dient gleichzeitig der Qualitätskontrolle.

Dazu gehören:

4-D + S (Demenz, Depression, Dysphagie, Dysphasie, Soziales)

MMS

GDS (Geriatric depression scale)

Timed-up-and-go

Barthel-Index

Esslinger Transferskala

Angepasst an den individuellen Patienten, umfasst das multidimensionale Assessment zusätzlich folgende Standardtests:

Screening nach Lachs

Demtect

Erweitertes geriatrisches Assessment

Zusätzlich wird eine differenzierte logopädische Diagnostik erhoben.

Jede Berufsgruppe führt bei Aufnahme ein standardisiertes Assessment und individuelle Befunderhebung mit Dokumentation durch.

Nach Befunderhebung wird im Team ein Rehaziel definiert. Dieses wird mit dem Patienten und den Angehörigen besprochen und ggf. modifiziert zum gemeinsamen Rehaziel. Daraus folgend wird ein Rehaplan erstellt, der die einzelnen Therapieelemente umfasst.

Therapie:

Ärztliche Aufgaben:

- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung
- Durchführung bzw. Veranlassung und Auswertung der Rehadagnostik einschl. geriatrischem Assessment mit der Verpflichtung , eine Fehlallokation zu vermeiden und ggf. in Absprache mit dem Rehaträger rückgängig zu machen
- Erstellung und Anpassung des Rehaplanes
- Abstimmung des Rehaziels sowie des Rehaplanes mit dem Rehabilitanten, dem Rehateam und ggf. mit den Angehörigen
- Durchführung aller für die Rehabilitation erforderlichen, ärztlich therapeutischen Maßnahmen, einschl. der Behandlung von kognitiven und depressiven Störungen
- Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Hilfsmitteln
- Durchführung von Visiten und Sprechstundenangebot
- Koordination, Anpassung und Verlaufskontrolle der Therapiemaßnahmen
- Leitung des Rehateams und der Teambesprechung
- Information und Beratung des Rehabilitanten unter Einbeziehung der Angehörigen
- Erstellung von Verlängerungsanträgen
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichtes mit sozialmedizinischer Beurteilung, Empfehlung für die Weiterbehandlung unter Einbeziehung der Befundberichte der nicht ärztlichen Therapeuten des Rehateams
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, Konsiliarärzten und Konsiliardiensten und den an der Nachsorge beteiligten Diensten sowie Selbsthilfegruppen
- Qualitätssicherung
- Arzneimitteltherapie
- Geriatrische Arzneimittelvisite

Die geriatrische Pharmakologie stellt einen Schwerpunkt der Therapie dar. Viele Patienten kommen mit mehr als 20 Medikamenten. An jeder Schnittstelle (Ambulanz, Akuthaus, Rehabilitation, Pflegeheim) droht Informationsverlust. Es gibt viele Interaktionen, UAW's und Über- bzw. Untertherapie. Seit 2007 wird in einem Projekt „Arzneimittelvisite“ in der geriatrischen Rehabilitation gemeinsam mit dem Pharmakologen eine regelmäßige

Arzneimittelvisite durchgeführt. Es werden dazu die Beers-Liste und die Forta-Kriterien angewandt (Näheres siehe Ordner „Arzneimittelvisite“).

Pflegeteam (siehe Anlage Pflegekonzept und Handbuch Pflegestandards):

Pflegeteam (siehe OM Handbuch):

Der Krankenpflege obliegt die Betreuung der geriatrischen Patienten nach dem Prinzip der aktivierenden - therapeutischen Pflege.

Nach den Grundsätzen

„soviel Hilfe wie nötig, soviel Selbständigkeit wie möglich“

„Hilf mir es selbst zu tun“

Soll eine unterstützende Pflege Wege zur Selbsthilfe anzeigen. Immer unter dem Aspekt der Zusammenarbeit im multiprofessionellen therapeutischen Team aller Berufsgruppen.

Inhalte der aktivierender – therapeutischen Pflege:

- Grundpflege
- Behandlungspflege
- Körperpflege
- Darm-/Blasenfunktionstraining
- Für sichere Umgebung sorgen
- An-/Auskleiden
- Essen und Trinken
- Ruhen und Schlafen
- Kommunizieren
- Für Beschäftigung sorgen

Spezielle Pflege:

- Anleitung der Patienten im Umgang mit Spritzen, Inhalatoren, Medikamenten
- Durchführung prophylaktischer Maßnahmen
- Vorbereitung diagnostischer Maßnahmen
- Atemtraining
- Verbandswechsel
- Ausführung ärztlicher Anordnungen
- Pflegedokumentation
- Angehörigenschulung

Therapeutische Pflege

- Selbsthilfetraining (Waschtraining, Essbegleitung, Anziehtraining und Toilettentraining)
- Training der lebenspraktischen Fähigkeiten
- Gruppenaktivitäten (Gedächtnistraining, Gesellschaftsspiele, Organisation von Musikabenden ect.)

All diese Punkte werden unter Berücksichtigung von Konzepten und Standards durchgeführt:

- Bobath- Konzept
- Kinästhetik- Konzept
- Validations- Konzept
- Aromatherapie
- Pflegeplanung nach Orem

Zusätzlich werden alle im Hause umgesetzten Expertenstandards in die tägliche Pflege integriert. Stetige Fortbildungen der Pflegekräfte sorgen für eine konstante Pflegequalität.

Aufgaben der **Physiotherapie** sind Rückgewinnung, Verbesserung und Erhaltung der Selbständigkeit im Bereich Mobilität. Bewegungsabläufe dürfen dabei nicht isoliert gesehen werden, denn es besteht gerade bei geriatrischen Rehabilitanten ein enger Zusammenhang zwischen Wahrnehmung und Denken einerseits und Bewegung als Zielgröße andererseits.

Physikalische Therapie: Unsere Aufgabe ist es, dass uns zur Verfügung stehende Therapiespektrum auf die Bedürfnisse des geriatrischen Patienten bestmöglich abzustimmen. Bei der individuellen Zielsetzung beachten wird die spezifischen psychischen, motorischen, kognitiven und sozialen Bedürfnis des geriatrischen Patienten. Damit erhalten (verbessern) wir die für den Patienten erreichbare Mobilität, Selbständigkeit und die dadurch resultierend verbesserte Lebensqualität.

Physiotherapeutische und Physikalische Therapie (siehe Anlage Behandlungsstandards):

- neurologisch (Bobath, PNF)
- manuelle Therapie (Kalten-Evert)
- Ausdauertraining
- Krafttraining
- Muskeldehnung (PiR)
- Nervenmob.(Buttler)
- Sensomotorisch rezeptives Training
- Ganganalyse + -schulung (FBL)
- Massagen (detonisierende Maßnahmen) (Schröpfen, klassische Massage, Reflexzonentherapie
(Ohr+ Fuß) – Maquard – Lutz
- Bindegewebsmassage (Dicke z. B.)
- Atemtherapie (Reflektorische, Schaschuch-Haase)
- Beckenbodengymnastik (Tanzberger, Pilates)
- Hilfsmittelanpassung und- Schulung
- Prothesenschulung, -anpassung + -handling
- Entspannungstraining (Jacobsen, Qi Gong, Autogenes Training)
- Gleichgewicht – und Koordinationsschulung
- Hirnleistungstraining mit motorischen Elementen
- Einsatz Motorschiene (Schulter / Knie)
- Elektrotherapie (Tens, Magnetfeld, Ultraschall, mittel-/hochfrequente Ströme, Rotlicht) + Anleitung
zur Eigennutzung
- Anleitung zu Eigenübungen
- Angehörigenanleitung
- Craniosacrale
- Osteopathie
- Kinesiotape
- Sturzprophylaxe
- Terrain Training

- Nordic walken
- Entstauungstherapie: Wicklung, MLD,
- Wirbelsäulenbehandlung nach Bruncow, Mc Kenzie, Brügger, Klein-Vogelbach

Sämtliche Verfahren der Regulation des Muskeltonus und der Schmerzbekämpfung sind auch effektive Mittel zur Verbesserung von Stimmung, Motivation und Lebensmut. Wegen reduzierter Kompensationsbreite und verminderter eigener Reaktionsmöglichkeiten geriatrischer Patienten, sind diese Maßnahmen bei entsprechendem Bedarf bedeutsamer als bei jüngeren Patienten.

Ergotherapie (siehe Anlage Behandlungsstandards):

Der Schwerpunkt der Ergotherapie liegt darin die neu erworbenen Ressourcen in den Alltag des Patienten zu transferieren. Es ist unser Bestreben den Patienten mit der größtmöglichen Selbständigkeit in sein häusliches Umfeld zu entlassen. Um diese Ziele zu erreichen nutzen wir das uns zur Verfügung stehende Therapiespektrum. Dieses wird auf jeden einzelnen Patienten der Geriatrischen Reha individuell abgestimmt. Die Therapieplangestaltung orientiert sich am aktuellen Bedarf des Patienten in Bezug auf psychische, physische, kognitive und soziale Aspekte.

Ergotherapie (siehe Anlage Behandlungsstandards):

- Waschtraining
- Anziehtraining
- Esstraining
- Haushaltstraining
- Kochtraining
- Hirnleistungstraining nach Schweizer; Anleitung zu Eigenübungen
- Motorisch-funktionelles Einzeltraining; Gruppentherapie (Manuelle Therapie, BGM; detonisierende Maßnahmen; Schröpfen; Triggerpunkte usw.)
- Beratung und Anleitung / Ausstattung mit Hilfsmitteln
- Ergonomische Einrichtung
- Wohnraumberatung
- Angehörigenberatung und Schulung vor Ort (Reha)
- Entspannungsübungen
- Neurologische Schwerpunkte (Bobath; PNF; Affolter; Neglect Therapie)
- Vermittlung von Kontaktadressen (ambulante Ergotherapie; Himiversorgung)
- Kreative Feinmotorikgruppe
- Abschwellende Maßnahmen OEx. (Lymphdrainage)
- Individuelle Schulung von Angehörigen bei Demenz
- Elektrotherapie (Ultraschall, Schulterstuhl, Tens, Magnetfeld)
- Kälte-/Wärmeanwendungen (Fango, Parafinbad, Eis)
- Therapie zur Tonusregulation (Jonestonesplint)
- Schienenversorgung / Orthosenversorgung
- Validation nach Naomi Feil speziell bei Demenz
- Sensibilitätstraining

Logopädie:

Die Aufgaben der logopädischen Arbeit beinhalten die Diagnostik, Behandlung, Verlaufskontrolle, Dokumentation und Berichtserfassung aller anfallenden logopädischen Störungsbilder. In diesem Rahmen auch ggf. Unterstützung und Anleitung bei der Auswahl und dem Einsatz von individuellen Hilfsmitteln sowie Ersatzkommunikationsmitteln. Begleitend findet eine intensive

Angehörigenbetreuung statt (Information, Beratung, Anleitung und Einbindung). Dies erfolgt in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit mit dem gesamten Therapeuten- und Pflorgeteam.

Ziele dabei sind die Wiederherstellung bzw. der Erhalt der Kommunikations- und Schluckfähigkeit des Patienten sowie die Bedingungen in dessen Umfeld zu optimieren.

Geriatrierelevante Störungsbilder/Tätigkeitsbereiche:

- Sprachstörungen (z.B. Aphasie)
- Sprachverarbeitungsstörungen/ Kommunikationsstörungen (z.B. bei Demenz)
- Sprechstörungen (z.B. Dysarthrie, Sprechapraxie)
- Zentrale und periphere Facialispareesen (z.B. nach Apoplex oder OP-Folgen)
- Stimmstörungen (z.B. bei M.Parkinson oder OP-Folgen)
- Schluckstörungen (z.B. nach Apoplex oder altersbedingt)
- Therapeutische Essensbegleitung (bei Dysphagie, zur Reduktion des Aspirationsrisikos und Optimierung der Nahrungsmodifikation)

Die logopädische Arbeitsweise richtet sich nach den aktuellen standardisierten Diagnostik- und Therapieverfahren. Eine regelmäßige Fortbildung der Therapeut/in (auch interdisziplinär in den klinikinternen Fortbildungen) sorgt für eine konstante Qualitätssicherung in der logopädischen Arbeit.

Sozialdienst:

- Psychosoziale Beratung
- Beratung von Angehörigen
- Entlassungsplanung
- Wiedereingliederung in den sozialen und häuslichen Lebensbereich
- Organisation und Koordination mit ambulanten Pflegediensten
- Notrufinstallation
- Hilfsmittelversorgung
- Essen auf Rädern
- Organisation und Information von/über Tagespflege, Kurzzeitpflege, Wohn- und Pflegeplatz, Hilfsangebote Demenz
- Klärung und Information bei sozialen und sozialmedizinischen Fragen
- Einleitung einer Betreuung
- Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung
- Eileinstufung – Pflegestufe – Beratung – Höherstufung – Betreuungsleistung bei Demenz
- O2-Versorgung (Heimsauerstoff)

Die **Therapieplanung** und Gestaltung erfolgt nach Festlegung des Rehaziels und ärztliche Verordnung durch die beteiligten Professionen. Die Terminierung und Koordinierung erfolgt durch die Abteilung Physiotherapie. Die Anpassung des Therapieplanes und die erreichten Ergebnisse werden in den wöchentlichen Teamsitzungen besprochen und dokumentiert, bei der wöchentlichen Team-/Leitungsvisite mit den Patienten abgesprochen sowie im Entlassungsbericht der einzelnen Professionen und im ärztlichen Entlassungsbericht festgehalten.

Therapiefrequenz-, dauer und –intensität sind dabei an die individuelle Belastbarkeit und Kooperationsfähigkeit des alten Menschen anzupassen. Grundsätzlich sind mindestens drei Therapieeinheiten/Tag vorgesehen mit o.g. Modifikationen.

Ernährungsberatung:

- **Erfassen des Ernährungszustandes**
Bei Mangelernährung oder Dehydratation individuelle Maßnahmen erarbeiten mit Pflege und Küche.
- **Ernährungsberatung nach VDD- (Berufsverband der Diätassistenten) Qualitätsstandard bei:**
 - Diabetes mellitus Typ 2
 - Schluckstörungen
 - Fettstoffwechselstörungen
 - Bluthochdruck
 - Osteoporose
 - Herz- Kreislaufkrankheiten
 - Obstipation
 - Adipositas
 - Allergien
 - Zustand nach Gastrektomie/ Kurzdarm
 - Nephrologie
- **Ernährungsschulung**
Auswahlkriterien:
 - Max. 5 Personen
 - Patienten mit Untergewicht, Übergewicht
 - Patienten, die sich selbstständig versorgen wollen
 - Patienten mit ernährungsbedingten Mangelerscheinungen
 - Patienten mit Fragen zu einer gesunden Ernährung im Alter

Themenschwerpunkte:

 - DGE- Broschüre „Fit im Alter“, „Trinken im Alter“
 - Seniorengerechte Ernährung anhand der Ernährungspyramide besprechen
 - Richtig trinken, was und wie viel
 - Umsetzen im Alter, praktische Empfehlungen
 - Ursachen für Mangelernährung/ Gewichtsverlust erarbeiten

Besondere Angebote:

In Kooperation mit dem HNO-Arzt

- Neurophysiologisches Schwindeltraining nach Dr. Biesinger
- Anpassung von Hörhilfen (nach Absprache)

In Kooperation mit der Schmerztagesklinik Traunstein

- Behandlung/Konsile bei chron. Schmerzen

Palliativmedizin für alte Menschen

Das Konzept der Palliativmedizin umfasst:

- Schmerztherapie
- Akzeptanz von Leben und Tod
- Symptomkontrolle

- Psychosoziale Betreuung von Patient und Angehörigen
- Seelsorge
- Ethik
- Multidisziplinäre Teamarbeit

Dieses Konzept ist in seinem Denkansatz identisch mit dem der geriatrischen Rehabilitation. Der vermeintliche Gegensatz zwischen Palliation und Rehabilitation besteht nicht. Eine Rehabilitation im Alter ist nur möglich vor dem Hintergrund der Lebensperspektive des einzelnen alten Menschen, seiner Ressourcen und Ziele. In der geriatrischen Rehabilitation verfügen 2 Ärzte über eine palliativmedizinische Weiterbildung, der Stellvertreter der Chefärztin besitzt die Zusatzbezeichnung. Entsprechende Therapiekonzepte werden in den Behandlungsablauf integriert.

Therapieabschluss und Ergebnis:

Im Gespräch mit den Angehörigen und Patienten wird das erreichte Rehaergebnis mit dem Ziel abgeglichen, wobei die Erwartungen aller Beteiligten mit einbezogen werden. Das Nachsorgekonzept und evtl. notwendige ambulante Fortsetzung der Therapien werden ebenfalls besprochen. Das Rehaergebnis und der Therapieverlauf werden im Entlassungsbericht dokumentiert und an den behandelnden Hausarzt weitergegeben.

Nachsorge/Vernetzung:

Eine regionale Vernetzung ist für die Versorgung des alten Menschen von zentraler Bedeutung. Dazu dienen folgende Instrumente:

Informationen der behandelnden Hausärzte:

- Arztbrief
- Telefonkontakte
- Fortbildung zur Geriatrie
- telefonische „Kurvervisite“ mit den Hausärzten
- QZ Geriatrie

Kooperation mit den Krankenhäusern

- Rehasiten und Fallbesprechungen im KH Trostberg, geriatrische Konsile
- Beurteilung der Rehafähigkeit, Prognose und Rehapotential der Patienten durch die Fachärzte klinische Geriatrie (im KH Trostberg durch Kurzvisite, im KH Traunstein durch Kommunikation mit Ärzten und Sozialdienst, 1x/Woche Rehakonsile)
- Ggf. Beginn der Frührehabilitation schon im Akuthaus (KH Trostberg)

Kooperation mit ambulanten Pflegediensten, Pflegeheimen, Selbsthilfegruppen und Hospizdiensten

Qualitätssicherung:

Die wesentlichen Punkte werden im QM-Handbuch dargestellt. Wegen der zentralen Bedeutung im folgenden eine kurze Zusammenfassung der Prozessqualität.

Prozessqualität:

Die Rehakommission der RV-Träger hat betont, dass für die Qualität des Outcome der Prozess durch sich ergänzende Therapieelemente und durch das gleichgerichtete Zusammenwirken der einzelnen Mitglieder der Rehateams von zentraler Bedeutung ist.

Inhaltlich umfasst dieses Modell im Einzelnen folgende Prinzipien:

- Ausrichtung an dem biopsychosozialen Krankheitsmodell (ganzheitlicher Ansatz)
- Biopsychosoziales Screening
- Individuelle Therapieplanung und Zielsetzung, die sich an den Fähigkeiten des Patienten orientiert und mit ihm abgestimmt wird
- Therapie- und Verlaufskontrollen (z.B. Teamsitzung, berufsgruppenübergreifende Visiten)
- Interdisziplinarität (berufsgruppenübergreifende Kooperation)
- Fortlaufende Dokumentation (Patientenakte, Therapieplan, Datenbank, Geridoc)
- Angebot regelmäßiger Gesprächsbereitschaft
- Angemessene Therapiedichte – gleichmäßige Verteilung der Therapien über den Tag
- Ausgewogenes Verhältnis zwischen Gruppen und Einzelangeboten
- Berücksichtigung notwendiger Erholungsphasen unter Berücksichtigung öder besonderen Situation des geriatrischen Patienten
- Ausreichend lange Behandlungszeiten
- Patient als Subjekt (und nicht als Objekt) des Rehabilitationsprozesses
- Berücksichtigung der geriatritypischen Multimorbidität
- Organisation eines Nachsorgekonzeptes schon während des stat. Aufenthaltes

Die Prozessqualität umfasst folgende Elemente:

- Standardisiertes Assessment (Aufnahmeuntersuchung jedes Patienten durch alle Professionen)
- Gemeinsame Vereinbarung eines Therapiezieles (Patient – Team – Angehörige)
- Umsetzung des Therapieziels im Therapieplan
- Revision und Anpassung des Therapieplanes in der Teamsitzung
- Bewertung des Rehaergebnisses in Bezug auf das Rehaziel
- Abschlussuntersuchung
- Nachsorgeuntersuchung
- 2x wöchentlich Visiten
- 2x wöchentlich Teamsitzung
- Standardisiertes Behandlungskonzept jeder am Rehaprozess beteiligten Profession
- Dokumentation

Das Klinikkonzept wird jährlich überprüft und durch Standardtherapiepläne ergänzt und angepasst. Die Verantwortlichkeit liegt bei der leitenden Ärztin. Diese ist als Auditorin im Qualitätsmanagement geschult, hat bereits in leitender Position Rehabilitationskonzepte erstellt sowie QM-Handbücher und war in Leitliniengruppen der Rehabilitation tätig. Zusätzlich verfügt sie über eine Weiterbildung in der evidenzbasierten Medizin.

Patientenpartizipation:

Ohne Einbeziehung des Patienten ist ein Erreichen des Rehazieles nicht möglich. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell wird wie folgt umgesetzt:

- Abstimmung und Vereinbarung des Rehaziels mit dem Patienten unter Einbeziehung der Angehörigen
- Gemeinsame Bewertung des Rehaergebnisses im Abschlussgespräch
- Gemeinsame Abstimmung des Therapieplanes
- Patientenbefragung: Jeder Patient erhält einen standardisierten Befragungsbogen zur Bewertung der Therapie- und des Rehabilitationsergebnisses
- Dokumentation:
Jede Berufsgruppe führt eine standardisierte Dokumentation durch. Jede Teamsitzung wird dokumentiert. Die zusammenfassende Beurteilung erfolgt im Arztbrief. Jeder Patient erhält am Tag der Entlassung den Arztbrief ausgehändigt.

Ergebnisqualität/externe Qualitätssicherung:

Die Klinik nimmt am GiBDAT-Projekt teil, das die Rehaergebnisse aller geriatrischen Rehaeinrichtungen erfasst und als Benchmarking dient.

Die leitende Ärztin ist Mitglied in der AfGiB, die dort definierten QM-Kriterien werden umgesetzt.

Strukturqualität:

Es erfolgen regelmäßige interne und externe Fortbildungen aller Berufsgruppen. Standardisierte Behandlungskonzepte werden erstellt und überprüft. Zur Qualifikation und personellen Ausstattung siehe Anlage „Strukturqualität“.