



**St. Nikolaus-Hospital
Wallerfangen**

*Wenn wir jemandem helfen wollen,
müssen wir zunächst herausfinden, wo er steht.
Das ist das Geheimnis der Fürsorge.*

*Wenn wir das nicht können,
ist es eine Illusion, zu denken,
wir könnten anderen Menschen helfen.*

*Jemandem zu helfen impliziert,
dass wir mehr verstehen als er,
aber wir müssen zunächst verstehen,
was er versteht.*

Søren Kierkegaard

Fachklinik für Geriatrie
am
St. Nikolaus Hospital

Wallerfangen

Konzeption und Struktur

Geriatrische Rehabilitation

Wallerfangen, im Juni 2025

Inhalt:

Präambel	- 4 -
1. Struktur und Leistungsspektrum	- 5 -
1.1 Geriatrische Rehabilitation	- 5 -
1.1.1 Indikationen	- 5 -
1.1.2 Stationäre Geriatrische Rehabilitation	- 6 -
1.1.3 Tagesklinische Rehabilitation	- 6 -
1.1.3.1 Entlassungsvorbereitung und teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik	- 6 -
2. Strukturierte Prozessplanung / Verfahrensanweisungen	- 7 -
2.1 Aufnahmeprozess	- 7 -
2.1.1 Pflegerische Aufnahme	- 7 -
2.1.2 Pflegeanamnese	- 8 -
2.1.3 Untersuchung und Anamnese durch den Arzt	- 8 -
2.1.4 Kontrollen	- 8 -
2.2 Festlegung und Steuerung des Behandlungsprozesses	- 9 -
2.2.1 Nutzung von Vorbefunden und sonstigen Befunden	- 10 -
2.2.2 Einsatz von Assessments	- 10 -
2.3 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung / Patientenaufklärung	- 11 -
2.4 Nichtmedikamentöse Therapie	- 12 -
2.4.1 Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln	- 12 -
2.4.2 Visite	- 13 -
2.5. Medizinische Therapie	- 13 -
2.5.1 Arzneimitteltherapie und Anwendung von Leitlinien und Standards	- 13 -
2.5.2 Schmerztherapie und Palliativbehandlung	- 14 -
2.5.3 Vorgehen bei Komplikationen und außergewöhnlichen Situationen	- 15 -
2.6 Verlegungs- und Entlassungsplanung	- 16 -
2.6.1 Prozessplanung und –steuerung	- 16 -
2.6.2. Entlassung	- 16 -
3. Therapiegestaltung im multiprofessionellen Team	- 18 -
3.1 Teilhabeorientierung und Leitbildbezug	- 18 -
3.2 Ärztlich-medizinische Aufgaben	- 19 -
3.3 Pflege in der Geriatrie	- 20 -
3.4 Ergotherapie	- 22 -
3.5 Physiotherapie / Physikalische Therapie	- 25 -
3.5.1 Physiotherapie	- 25 -
3.5.2 Physikalische Therapie	- 29 -
3.6 Logopädie (Sprachtherapie)	- 30 -

3.6.1	Aphasien	- 30 -
3.6.1.1	Aphasie-Formen	- 30 -
3.6.1.2	Logopädische Therapie	- 31 -
3.6.1.2.1	Syndromspezifische Behandlung der Aphasien	- 31 -
3.6.1.2.2	Beratung und therapeutische Einbindung von Angehörigen und relevanten Bezugspersonen:	- 32 -
3.6.1.2.3	Dokumentation und Abschlussbericht	- 32 -
3.6.2	Dysarthrien:	- 32 -
3.6.3	Dysphagien	- 33 -
3.7	Psychologischer Dienst.....	- 34 -
3.7.1	Neuropsychologische Diagnostik und Therapie.....	- 34 -
3.7.2	Psychotherapeutische Behandlung.....	- 35 -
3.7.3	Angehörigenberatung	- 36 -
3.8	Klinischer Sozialdienst	- 36 -
3.9	Diät- und Ernährungsberatung.....	- 38 -
3.9.1	Indikationen Ernährungstherapie	- 38 -
3.9.2	Ernährungsanamnese.....	- 38 -
3.9.3	Ernährungsziel	- 38 -
3.9.4	Ernährungstherapeutische Maßnahmen	- 38 -
3.9.5	Nachsorge	- 39 -
3.9.6	Dokumentation und Interdisziplinäre Kommunikation	- 39 -
4.	Fort- und Weiterbildung nach innen und außen	- 39 -
4.1	Innerbetriebliche Fortbildungen	- 39 -
4.2	Kooperation mit Krankenpflegeschulen.....	- 40 -

Präambel

Von der Fachklinik für Geriatrische Rehabilitation zum Geriatrischen Versorgungsverbund Saar-West

Seit der Eröffnung der Fachklinik für Geriatrische Rehabilitation im Herbst 1993 sieht sich unsere Einrichtung einem permanenten gesellschaftlichen und politischen Wandel ausgesetzt, dem sich das Sankt-Nikolaus-Hospital mit Flexibilität und Kreativität gestellt hat. So wurde die Klinik im Jahre 2001 um eine Akutgeriatrie erweitert und führt seitdem die Bezeichnung Fachklinik für Geriatrie am St. Nikolaus-Hospital. Im Jahre 1997 öffnete unsere neu erbaute Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie ihre Tore. Die Klinik steht uns seither als einer unserer internen und externen Kooperationspartner zur Verfügung. Darüber hinaus pflegen wir Partnerschaften zu niedergelassenen Hausärzten und Praxen sowie zu Nichtgeriatrischen Akutkrankenhäusern. Diesen stehen wir durch diagnostisches Know-how (Assessments), Konsiliartätigkeit im Rahmen einer gerontotraumatologischen Zusammenarbeit, Fallmanagement, sektorenübergreifende Angebote und koordinierende Maßnahmen sowie bei der Erarbeitung einer Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität als Schaltstelle für geriatrische Patienten zur Verfügung. Da wir der Geriatrischen Pflege und Nachsorge einen hohen Stellenwert beimessen, arbeiten wir eng mit stationären und ambulanten Pflegediensten sowie den betreuenden Angehörigen zusammen. Um unserem Anspruch gerecht zu werden, sowohl präventiv und kurativ, als auch palliativ und nachsorgend tätig zu werden, haben wir ein Fortbildungssystem geschaffen, welches sich nach Innen an unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter richtet und nach Außen mit Schulen und externen Einrichtungen kooperiert. Darüber hinaus machen wir Angebote zur Beratung für pflegende Angehörige sowie an die interessierte Öffentlichkeit.

Die Arbeit aller Abteilungen wird bestimmt vom Leitbild der Gesamteinrichtung und orientiert sich an der Würde und dem Selbstbestimmungsrecht des einzelnen Menschen. Neben bestmöglicher Förderung der physischen und psychischen Gesundheit sind die Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie die Vermeidung von Benachteiligungen zentrales Ziel unserer Arbeit. Die individuelle Umwelt und Lebenssituation unserer Patienten werden in die Pflege und Therapie miteinbezogen; die Behandlung erfolgt somit nach ganzheitlichen Grundsätzen.

Da eine Vielzahl geriatrischer Patienten fortdauernde Krankheiten, Handicaps und Funktionsstörungen ohne Aussicht auf vollständige Heilung aufweist, kann die medizinisch-pflegerisch-therapeutische Behandlung unter Einbezug des Patientenwillens im Einzelfall auch einen vorwiegend palliativen interdisziplinären Ansatz beinhalten, worunter wir eine Linderung der Beschwerden, Schmerzen und Funktionsstörungen verstehen, bis hin zur qualifizierten Sterbebegleitung in Sonderfällen.

Ein therapeutisches Konzept, das darauf ausgerichtet ist, eine ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten, kann verständlicherweise nur bei einem entsprechenden Stellenschlüssel realisiert werden. Daher müssen neben der Ausstattung der Klinik auch die personelle Besetzung sowie die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen den spezifischen Bedürfnissen älterer Menschen und den Anforderungen aktueller medizinischer Standards entsprechen.

Durch unsere vernetzten Strukturen und die kurzen Wege sorgen wir für eine Minimierung von Schnittstellenproblemen. Die Bündelung von Kompetenzen sorgt für Synergie-Effekte und gewährleistet ein effizientes Arbeiten, das sowohl den Bedürfnissen unseres Patientengutes, als auch volkswirtschaftlichen Erfordernissen Rechnung trägt. Inspiriert von unserem christlichen Leitbild sehen wir uns zu Toleranz und Respekt gegenüber anderen Religionen und Kulturen sowie zur Wertschätzung und Fürsorge gegenüber den uns anvertrauten Patienten und Mitmenschen verpflichtet.

1. Struktur und Leistungsspektrum

1.1 Geriatrische Rehabilitation

Eine geriatrische Behandlung geht immer von den vorhandenen Fähigkeiten und Lebenserfahrungen des älteren Menschen aus. Indem sie diese nutzt und fördert, stärkt sie dessen Selbständigkeit und sein Selbstbewusstsein und ermöglicht ihm, in Würde zu altern und sein Leben zu beschließen. Sie bemüht sich, der besonderen Situation des betagten Patienten in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht gerecht zu werden. Betreuende und pflegende Angehörige, Freunde und Partner unserer Patienten werden in die Behandlung einbezogen, soweit dies sinnvoll ist und von den Betroffenen gewünscht wird. Intensive Angehörigenarbeit ist ein wesentlicher Bestandteil unseres Therapie-Ansatzes.

Behandelt werden geriatrische Patienten, diese sind definiert durch:

- Geriatrietypische Multimorbidität und
- Höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter)

Die geriatrietypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen;

Oder durch

- Alter 80 +
auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z.B. wegen des
 - Des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen,
 - Der Gefahr der Chronifizierung sowie
 - Des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus

Das Therapieangebot schließt auch pflegeintensive Patienten ein, denen andere Therapieeinrichtungen nicht mehr zu Verfügung stehen.

1.1.1 Indikationen

Von einer speziell geriatrischen Behandlung profitieren ältere Patienten mit Erkrankungen, die ihre Mobilität und Selbstständigkeit beeinträchtigen oder bedrohen. Durch die Behandlung soll eine bleibende Pflegebedürftigkeit vermindert oder abgewendet werden.

Stationäre oder teilstationäre Aufnahmen sind beispielsweise indiziert:

- in der Postakutphase internistischer Akuterkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzschwäche anderer Ursache, schwere Stoffwechselentgleisungen, komplizierte Lungenentzündungen, Durchblutungsstörungen, bestimmte Tumorerkrankungen etc.),
- bei neurologisch-psychiatrischen Krankheiten (nach Schlaganfall, bei Lähmungen, Sehstörungen, begleitenden psychischen oder psychiatrischen Syndromen wie beispielsweise Depressionen, Angst- oder posttraumatischen Belastungssyndromen, Multipler Sklerose, Parkinson, Muskelkrankheiten und anderen),
- bei chirurgisch-orthopädischen Patienten (mit Arthrosen oder Osteoporose, nach Knochenbrüchen oder Gelenkersatz, zur Rekonvaleszenz nach Bauch- oder Unterleibsoperationen).
- Bei vorangeschritten funktionellen Einbußen, z.B. auch bei Indikationen zur Rehabilitation, die durch den medizinischen Dienst oder verordnende niedergelassene Ärzte erkannt wurden und bei denen durch geriatrische Rehabilitation eine Verbesserung der Alltagssituation erzielt werden kann.

1.1.2 Stationäre Geriatrische Rehabilitation

Geriatrische Rehabilitation wird gewährleistet durch ein therapeutisches Team. Sie beinhaltet eine hochwertige ärztlich-medizinische Behandlung, aktivierende Pflege durch qualifizierte Pflegekräfte, eine intensive Ergo- und Physiotherapie, balneophysikalische Maßnahmen, bei Bedarf (neuro-)psychologische und logopädische Betreuung, vielfältige Hilfestellungen durch den klinischen Sozialdienst, eine diätetische Beratung und, wenn gewünscht, das Angebot einer seelsorglichen Begleitung.

Das Therapieziel ist immer die Verbesserung der Lebensqualität des älteren Menschen. Was Lebensqualität beinhaltet, wird individuell unter Einbezug des Patienten festgelegt; je nach den körperlichen und kognitiven Reserven und je nach dem individuellen Ausgangsbefund vor der Akuterkrankung. Die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden gemeinsam mit dem Patienten und gegebenenfalls seinen Angehörigen besprochen und im multiprofessionellen Team festgelegt.

1.1.3 Tagesklinische Rehabilitation

Für die rehabilitative Behandlung in der Tagesklinik gelten im Wesentlichen die gleichen Aspekte, wie für die stationären Rehabilitationspatienten mit dem Unterschied, dass die Tagesklinik geeignet ist für Patienten, die zwar bereits im häuslichen Umfeld zurechtkommen, jedoch weiterhin Therapie benötigen. Dadurch kann die vollstationäre Behandlung häufig abgekürzt werden. Das Behandlungsangebot ist identisch mit dem der stationären Behandlung; lediglich der Fahrdienst für den Transport von und nach zuhause kommt ergänzend hinzu.

Die Patienten können zuhause neue Fähigkeiten erproben und sich schrittweise von der Krankenhausbehandlung lösen. Als Bedingung muss gefordert werden, dass die Versorgung nachts und am Wochenende zuhause gewährleistet ist, und dass die Transporte ohne größere Belastung durchführbar sind.

Der Zugang zur Rehabilitationsbehandlung in der Tagesklinik erfolgt nach Genehmigung einer teilstationären Rehabilitation

- durch den Kostenträger, in der Regel nach vorheriger Antragsstellung durch Ärzte unseres Hauses, aber auch
- durch externe Antragsteller (in anderen Krankenhäusern, durch niedergelassene Ärzte oder im Rahmen einer medizinischen Begutachtung.)

1.1.3.1 Entlassungsvorbereitung und teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik

Die Weichenstellung für die ambulante Weiterbetreuung ist ein wichtiger Bestandteil der therapeutischen Arbeit. Durch gegebenenfalls erforderliche Hausbesuche mit den Patienten sowie Kontakte mit den Angehörigen und den Hausärzten wird die Entlassung gut vorbereitet, um eine rasche Wiedereinweisung zu vermeiden. Hierzu bedarf es eines strukturierten Entlass- und Überleitungsmanagements, an dem in der Regel alle geriatrischen Berufsgruppen in Abstimmung mit Patient und Angehörigen mitwirken. Dabei sind sowohl die psychischen und physischen Belange, die Fähigkeiten des Patienten sowie sein Recht auf ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben angemessen zu würdigen.

2. Strukturierte Prozessplanung / Verfahrensanweisungen

2.1 Aufnahmeprozess

Über die Krankenkasse des Versicherten oder den Sozialdienst des behandelnden Krankenhauses oder den veranlassenden Hausarzt/Facharzt wird ein Rehaantrag gestellt und eine Kopie dieses Antrags, ggf. mit weiteren medizinischen Unterlagen, uns zugesandt.

Diese Unterlagen werden zur Überprüfung dem Chefarzt oder lfd. Oberarzt/Oberärztin vorgelegt, bei Eignung des Patienten wird das Anmeldeformular abgezeichnet und geht zurück an das Bettenmanagement und der Fall wird in die Bettenplanung eingepflegt bzw. ein rechnerischer Termin vergeben. Bei unzureichend eingereichten Informationen erfolgt in der Regel eine telefonische Rücksprache zur Klärung oder die Anforderung ergänzender Unterlagen.

Falls sich bei den Überprüfungen der Unterlagen herausstellt, dass eine Aufnahme in in der Abteilung für geriatrische Rehabilitation nicht sinnvoll erscheint, erfolgt eine Absage an die Kasse durch unser Belegungsmanagement, gegebenenfalls mit der Empfehlung für eine akutgeriatrische Behandlung. Die Belegungssteuerung erfolgt durch das Belegungsmanagement. Die Transparenz hinsichtlich freier Kapazitäten ist durch frühzeitige Entlassungsplanung und rechtzeitige Kommunikation seitens des ärztlichen Dienstes mit dem Belegungsmanagement gewährleistet.

Nach erteilter Kostenzusage erfolgt die Einbestellung des Patienten auf schriftlichem Weg, auf die Warteliste wird verwiesen und je nach Kapazität erfolgte ein Vorziehen des Aufnahmetermins schriftlich, bei kurzfristiger Einbestellung auch vorab telefonisch, vorzugsweise bei Patienten, die aus der Kurzzeitpflege kommen oder die sich ausdrücklich auf die Warteliste haben schreiben lassen.

Am Vortag der Aufnahme erfolgt am frühen Nachmittag das Verteilen der geplanten Zugänge per E-Mail, d. h. alle vorliegenden Unterlagen werden sowohl an die entsprechende Station als auch an die Patientenaufnahme geschickt, so dass im Vorfeld bereits pflegerische Aspekte geklärt werden können. Diese Unterlagen werden am Aufnahmetag an Chefarzt oder Vertreter zur Mitnahme in die Frühbesprechung übergeben.

2.1.1 Pflegerische Aufnahme

Ist der Patient eingetroffen, informiert die Mitarbeiterin der administrativen Aufnahme telefonisch die Station über die Ankunft des Patienten und ob der Patient gebracht wird bzw. abgeholt werden muss.

Die für die Aufnahme zuständige Pflegekraft begrüßt den Patienten namentlich und begleitet ihn aufs Zimmer. Sie bietet Patient und Angehörigen ein Getränk an und versorgt sie mit ersten Informationen (Vorstellung Mitpatient, Broschüren, Klingelanlage, Telefon, Speisen mit Wahlmöglichkeit, weiteres Procedere). Wünsche und Fragen seitens des Patienten (Angehörigen) werden aktiv hinterfragt und, wenn möglich, berücksichtigt.

Die Essensbestellung erfolgt nach Erfassung der individuellen Wünsche über das digitale Verpflegungssystem.

Die Pflegekraft stellt ferner sicher, dass der Ärztliche Dienst über das Eintreffen des Patienten informiert wird.

Die Aufnahmeuntersuchung sowie die Besprechung des weiteren Vorgehens erfolgen am Aufnahmetag.

Bei Risikopatienten erfolgt am Aufnahmetag, möglichst bis 15.00 Uhr ein nasaler MRSA-Abstrich. Dieser wird zur weiteren Befundung an ein externes Labor weitergeleitet.

2.1.2 Pflegeanamnese

Die Anamnese durch die Pflegekraft findet am ersten Tag in der Regel im Patientenzimmer statt (auf Grund der baulichen Gegebenheiten in Verbindung mit der stark eingeschränkten Mobilität der Patienten).

Eine Vitalzeichenkontrolle (Blutdruck, Puls) erfolgt bei Erhebung der Pflegeanamnese. Die Hautinspektion und Temperaturkontrolle werden am Aufnahmetag durchgeführt.

Zusätzlich werden in der Pflegeanamnese im Rahmen der pflegerischen Expertenstandards Assessments zur Mangelernährung und zum Dekubitusrisiko erhoben.

Die Pflegekraft erhebt die Daten und dokumentiert diese in den standardisierten Bögen "Patienten-Stammdaten", "Patientenkurve" und "Pflegeanamnese". Fehlende Daten werden möglichst in den Folgetagen ergänzt. Spirituelle Bedürfnisse (z.B. Wunsch nach Krankenkommunion, Teilnahme an Gottesdiensten oder Wunsch nach Gespräch mit Geistlichen) werden im Formblatt Pflegeanamnese dokumentiert.

2.1.3 Untersuchung und Anamnese durch den Arzt

Am Aufnahmetag erfolgt die ärztliche Anamnese mit Erstuntersuchung durch den Stationsarzt. Die Dokumentation erfolgt auf dem ärztlichen Aufnahmebogen bzw. im KIS NEXUS. Das Vorliegen einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht/Betreuung ist gezielt zu erfragen und auf dem ärztlichen "Deckblatt Geriatrie" an entsprechender Stelle zu dokumentieren. Dort werden auch der Überblick über die Patientendiagnosen, Funktionsstörungen und relevante soziale Aspekte und die Vormedikation dokumentiert. Dies gilt ebenso für evtl. hieraus abzuleitende Maßnahmen (Procedere mit Festlegung zu weiterer Diagnostik, Therapie und Zielen). Eine Kopie der Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht ist in der Patientenakte aufzubewahren.

Nach der Untersuchung durch den Stationsarzt werden zugeordnete geriatrische Fachärzte (Chef- oder Oberarzt/ärztin) informiert, die den Patienten in der Regel am gleichen Tag sehen und das weitere Procedere festlegen. Dadurch ist sichergestellt, dass die Patienten schnellstmöglich vom geriatrischen Facharzt gesehen werden.

2.1.4 Kontrollen

Der Pflegedienst überprüft bei der Schichtübergabe die Dokumentation der Anamnese auf Vollständigkeit bzw. ob Ergänzungen notwendig sind.

Am Aufnahmetag erfolgt eine Kontrolle der ärztlichen Anamnese und Einschätzung durch den Facharzt einschließlich eines persönlichen Patientenkontaktes und Sichtung der Unterlagen; bei Aufnahmen außerhalb der regulären Dienstzeiten spätestens am darauffolgenden Werktag. In diesen Fällen wird der Patient dem verantwortlichen Geriater spätestens am folgenden Werktag vorgestellt.

2.2 Festlegung und Steuerung des Behandlungsprozesses

Die Steuerung des Behandlungsprozesses von Aufnahme bis hin zur Entlassung obliegt dem verantwortlichen Geriater. Nachts und an Wochenenden ist ein Hintergrunddienst durch Chefarzt oder einen qualifizierten Facharzt sicherzustellen.

Unmittelbar nach Ankunft des Patienten ist mit der Anamneseerhebung und ersten diagnostischen Maßnahmen durch ärztlichen Dienst und Pflege zu beginnen. Der gesamte diagnostische Prozess steht unter der Supervision des Facharztes. Nach Anamnese und Erstuntersuchung initiiert der aufnehmende Arzt die weiteren diagnostischen Maßnahmen (Labor, EKG, Röntgen etc.). Wenn im Verlauf des Behandlungsprozesses zusätzliche diagnostische Maßnahmen erforderlich werden, sind diese vom zuständigen Stationsarzt anzuordnen. Invasive Eingriffe und externe Konsile (z.B. CT, Gastroskopie) dürfen nur nach Rücksprache mit dem Facharzt angeordnet und durchgeführt werden.

Bei der Vorstellung des Patienten werden medizinische Maßnahmen zwischen Stations- und [geriatrischem Facharzt](#) abgesprochen. Die Zielsetzung des Patienten ist auf dem Anamnesebogen zu dokumentieren.

Erste therapeutische Verordnungen sind vom Stationsarzt auszustellen und umgehend an die Fachbereiche weiterzuleiten. Am nächsten Werktag nach Aufnahme erfolgt die Vorstellung der neuen Patienten in der Frühbesprechung. Hierbei sind Arzt, Pflege und behandelnde Therapeuten zugegen. Spätestens an diesem Tag ist, je nach Indikation, mit weiteren Therapiemaßnahmen wie Physio- und Ergotherapie, Logopädie etc. zu beginnen

Ergänzend zur begonnenen pflegerischen Datenerhebung und den am Vortag erfolgten ersten Grunduntersuchungen wie Temperatur-, Blutdruck- und Pulsmessungen erfolgt, abhängig vom physischen Zustand des Patienten am nächsten Morgen die Ermittlung und Dokumentation des Gewichts, möglichst in Tagesbekleidung. Abweichungen hiervon sind ebf. zu dokumentieren. Die weitere Verlaufsdokumentation erfolgt auf dem Pflegebericht. In der Regel am Tag nach der Aufnahme, spätestens jedoch am dritten Tag nach Aufnahme ist die Pflegeplanung mit Erhebung des Barthel-Index durchzuführen. Informationen hierzu können aus der Pflegeanamnese (incl. Braden-Skala), dem Pflegebericht sowie Informationen von Patient, Angehörigen sowie den weiteren am therapeutischen Prozess beteiligten Berufsgruppen entnommen werden. Die Dokumentation der Planung erfolgt auf dem standardisierten Formblatt „Pflegeplanung“. Dieses orientiert sich an den AEDL's (Aktivitäten des täglichen Lebens) nach dem Modell von Monika Krohwinkel. Die Evaluation der Pflegeplanung erfolgt regelmäßig bei Veränderung des Patientenzustandes im Zusammenhang mit der Pflegeübergabe. Einmal im Monat wird die Gesamtdokumentation durch die Stationsleitung/Stellvertretung überprüft, die Ergebnisse dokumentiert und an die Pflegedienstleitung weitergeleitet.

Alle für den Therapieerfolg relevanten Berufsgruppen sind in den Diagnose- bzw. Therapieplanungsprozess einzubinden. Die entsprechenden Anforderungen sind von den Stationsärzten unverzüglich zu erstellen und über NEXUS weiter zu leiten. Neben ärztlichem Dienst und Pflege sind dies Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Masseur/medizinische Bademeister, Logopäden, Psychologe, Sozialarbeiter und Diät-Assistentin (vgl. 3.). Die von den Behandlern gewonnenen diagnostischen Daten und Behandlungsergebnisse sind gemäß Dokumentationsstandard der Geriatrie zu dokumentieren und werden in der wöchentlichen Reha- bzw. Teambesprechung ausgewertet.

2.2.1 Nutzung von Vorbefunden und sonstigen Befunden

Die Nutzung von Vorbefunden ist einer der zentralen Punkte der Behandlung. Bei Patienten, die schon vorher in unserer Abteilung behandelt wurden, ist auf den elektronisch gespeicherten Arztbrief bzw. die elektronischen Patientenakte zurückzugreifen. Jeder Vorbefund ist an dem dafür vorgesehenen Ort in der Patientenakte aufzubewahren und somit jederzeit für die Behandelnden zugänglich zu machen.

Sollten die mitgebrachten Vorbefunde nicht ausreichen, sind diese vom aufnehmenden Arzt oder auf dessen Veranlassung durch Personal des Sekretariats – je nach Dringlichkeit – telefonisch und/oder schriftlich anzufordern. Röntgenbilder/CDs sind in der Regel schriftlich zu beantragen. Bei direkt zu klärenden Fragen ist der erforderliche ärztliche oder pflegerische Ansprechpartner unmittelbar zu befragen.

Relevante Informationen sind grundsätzlich bei der Frühbesprechung um 08.25/8.30 Uhr sowie in den wöchentlichen Teambesprechungen den entsprechenden Berufsgruppen mitzuteilen. Bei Wiederaufnahmen ist bei Bedarf die vorherige Krankenakte durch das Chefarztsekretariat zu bestellen.

Die Vorbefunde sind, falls nicht mitgeliefert, am Aufnahmetag anzufordern. Wenn das nicht möglich ist (z.B. an Wochenenden oder wenn ärztlicher Ansprechpartner im Dienstfrei), zum nächstmöglichen Termin.

Alle Vorbefunde sind in der Patientenakte zu hinterlegen bzw. in Kurzform in der Patientenkurve und dem Diagnosenblatt zu notieren und jederzeit zugänglich zu halten. Die entsprechenden Informationen sind für weitere diagnostische und therapeutische Entscheidungen zu berücksichtigen. Bei Verlegungen sind alle relevanten Befunde in Kopie; Röntgenbilder im Original bzw. in Datenträgerform (CD) mit der Bitte um Rückgabe mitzugeben. Zudem ist sofort ein ärztlicher Kurzbericht mit allen wichtigen Informationen zu erstellen und eine Kopie in der Patientenakte (physisch oder EDV) aufzubewahren. Der ausführliche Arztbrief ist spätestens nach 14 Tagen nachzureichen.

2.2.2 Einsatz von Assessments

A I): Regelhaft – und möglichst am ersten Werktag nach der Aufnahme durchzuführen sind die Neuropsychologischen Assessments MMSE oder KMS, Uhrentest, die Geriatriische Depressionsskala und eine Schmerzskala, z.B. Erweiterte Numerische Schmerzskala. Erhoben werden diese - je nach Arbeitsauslastung - vom psychologischen Dienst oder den Mitarbeitern der Logopädie oder Ergotherapie. Ausführlichere Neuropsychologische Assessments sowie Demenz-Screeningverfahren (z.B. DemTect, SIDAM) oder gar weitere psychometrische Verfahren bei psychiatrischen Fragestellungen werden vom psychologischen Dienst durchgeführt.

Die soziale Situation wird entsprechend dem Anamnesebogen vom Ärztlichen Dienst auch in NEXUS erfasst und durch weitere Berufsgruppen, je nach aktuellem Kenntnisstand, im weiteren Verlauf ergänzt.

Weitere regelhaft zu erhebende Assessments sind der Timed up and go-Test bei Aufnahme und Entlassung (Physiotherapie) sowie der Barthel-Index spätestens 72 Stunden nach Aufnahme und 1 Tag vor Entlassung (Pflege).

II): Fakultativ und nach klinischer Relevanz können durchgeführt werden:

Neuropsychologische Assessments zur Verlaufskontrolle,

Logopädische Assessments zur Aphasie-, Dysarthrophonie- und Dysphagie-Diagnostik,

Chair-Raising-Test, Motilitätstest nach Tinetti, Tandem-Stand und Tandem-Gang sowie das Sturzrisikoassessment nach STRATIFY, Handkraftmessung (Physiotherapie, Ergotherapie), u.a.

Erweiterter Barthel-Index, Braden Skala (zur Einstufung der Dekubitusgefahr) und das Mini Nutritional Assessment (Kurzform: Pflege, Ausführliche Form: Ärztlicher Dienst),

Schmerzanamnese in Anlehnung an den Expertenstandard Schmerzmanagement, Schmerzskala für nicht kommunikationsfähige ältere Menschen (Stationsärzte, Pflege, Psychologie, Therapeuten, z.B. BESD)

Individuelle soziale Situation (Sozialdienst).

B): Die Erhebung weiterführender Assessments nach klinischer Relevanz und zur Verlaufskontrolle ist in das Ermessen der jeweiligen Fachbereichsmitarbeiter gestellt oder erfolgt auf Anordnung durch **den ärztlichen Dienst**.

Sollte ein regelhaft zu erhebendes Assessment nicht durchgeführt werden können, so ist dies eindeutig mit Begründung zu dokumentieren.

2.3 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung / Patientenaufklärung

Die Bedürfnisse, Wünsche und Ressourcen der Patienten werden bei der Aufnahmeuntersuchung bewusst erfragt, auf den Anamnesebögen erfasst (ärztlicher Dienst, Therapeuten, Pflege) von den Teams hinsichtlich ihrer Realisierbarkeit überprüft und ggf. ergänzt. In den jeweiligen Teambesprechungen und regelmäßigen Visiten werden sie einer permanenten Evaluierung und Anpassung unterzogen.

Die Patienten sind vom behandelnden Arzt – u.a. bei den täglichen Visiten bzw. bei der einmal wöchentlich stattfindenden Facharzt-Visite - umfassend über ihren Gesundheitszustand aufzuklären. Ausnahmen hiervon können gemacht werden, wenn der Eindruck besteht, dass die Betroffenen zurzeit nicht in der Lage sind, eine sehr schwere oder lebensbedrohliche Erkrankung psychisch zu verarbeiten und wenn gewährleistet ist, dass durch die fehlende Aufklärung die Prognose nicht ungünstig beeinflusst wird. Insbesondere bei dementiellen Erkrankungen ist sorgfältig abzuwägen, inwiefern die Patienten mit einer solchen Diagnose konfrontiert werden können. In manchen Fällen ist es vorzuziehen, die direkt betroffenen Angehörigen über Auswirkungen und Prognose sowie den Umgang mit den Betroffenen aufzuklären. Die Entscheidung hierüber liegt in der Hand des Arztes in Kooperation mit den an der Diagnostik und Therapie beteiligten Berufsgruppen speziell des psychologischen Dienstes. In unklaren Fällen wird in Teamgesprächen Konsens erzielt.

Die Patienten sind von den Mitarbeitern aller Berufsgruppen über wesentliche Behandlungsschritte, deren Zielsetzung und Notwendigkeit zu unterrichten. Der Grad der kognitiven Wahrnehmungs- und Verarbeitungsfähigkeit ist hierbei angemessen zu berücksichtigen. Auf eine ablehnende Haltung des Patienten ist in angemessener, respektvoller Weise einzugehen. Die Ablehnung einer therapeutischen Maßnahme ist in NEXUS zu verzeichnen. Bei mehrmaliger oder genereller Ablehnung therapeutischer Maßnahmen ist der ärztliche Dienst zu verständigen und der Sachverhalt in den entsprechenden Teamsitzungen zu erörtern. Falls mit dem Patienten kein Konsens erzielt werden kann und eine Entlassung erforderlich wird, ist der Patient bei der Suche nach alternativen Behandlungs- und/oder Versorgungsmöglichkeiten zu unterstützen.

Bei sprachlichen Besonderheiten (z.B. unzureichenden Deutschkenntnissen) sollten nach Möglichkeit Mitarbeiter mit entsprechenden Fertigkeiten zu der Behandlung hinzugezogen werden. Listen fremdsprachiger Mitarbeiter befinden sich im Intranet und werden von der Personalabteilung auf dem neuesten Stand gehalten. Im Intranet werden auch Listen von Dolmetschern vorgehalten, die bei Bedarf eingesetzt werden sollten. Kulturelle Anliegen und Besonderheiten sind in der Behandlung zu berücksichtigen, soweit sie bekannt sind und ein ordnungsgemäßer Therapieverlauf gewährleistet ist. Eine den kulturell/religiösen Bedürfnissen angepasste Ernährung wird durch unsere Küche bzw. die Diätassistentin sichergestellt.

Religiös begründeten Patientenwünschen ist im Rahmen unseres Leitbildes / Gesamtkonzeptes Rechnung zu tragen. Auf Wunsch des Patienten ist - unabhängig von Konfession oder Religionszugehörigkeit - ein Geistlicher (ggf. aus der Ortsgemeinde des Patienten) hinzuziehen.

Die detaillierte Vorgehensweise ist im Seelsorgekonzept beschrieben.

2.4 Nichtmedikamentöse Therapie

Die an der therapeutischen Behandlung beteiligten Berufsgruppen werden auf schriftliche Verordnung des ärztlichen Dienstes hin tätig. Die Therapiebereiche planen und führen ihre diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen selbstständig durch. Hierbei orientieren sie sich an der ärztlichen Anordnung, am Behandlungskonzept sowie am bisherigen Behandlungsverlauf. Sie reflektieren ihre Arbeit im ständigen Feedback mit den jeweiligen Teams. Bei vorliegender Indikation und Fähigkeit des Patienten sind je nach Therapieziel jedem Patienten werktäglich mindestens 2 Therapien anzubieten.

Termine für die therapeutischen Einzelbehandlungen werden im Rahmen eines digitalen Wochenplans für jeden Patienten individuell geplant. Die einzelnen Berufsgruppen sprechen sich untereinander ab. Für Gruppenangebote gibt es feststehende wöchentliche Termine. Jeder Patient erhält durch den erstbehandelnden Therapeuten einen Therapieplan, in dem die Gruppentherapien mit festen Zeiten und Einzeltherapien ohne feste Zeiten einzutragen sind. Feste Termine (z.B. für Beratungsbesuche oder psychotherapeutische Gespräche) werden individuell geplant, mit den einzelnen Berufsgruppen abgestimmt und ggfs. an der Pin-Wand des Patienten vermerkt.

Bei Immobilität und/oder wegen Orientierungsstörungen werden viele der Patienten von den Behandlern in den Zimmern abgeholt und wieder zurückgebracht. Weitere Beratungstermine, bei denen Angehörige anwesend sein müssen, werden direkt mit den betroffenen Personen individuell durch den Therapeuten selbst vereinbart. Ein permanenter Informationsaustausch ist durch verschiedene Instanzen wie Reha- bzw. Teambesprechung, tägliche Visiten, Stations- und Team-Übergaben, Frühbesprechung etc. sowie ein einheitlich geregeltes Dokumentationsverfahren sichergestellt. Die von den Behandlern gewonnenen diagnostischen Daten und Behandlungsergebnisse werden gemäß Dokumentations-Standard dokumentiert und in der wöchentlichen Teambesprechung ausgewertet. Hierbei erfolgt die Therapieevaluierung und ggf. eine Anpassung der Zielsetzung und des Behandlungsprozesses für jeden Patienten.

Neben den die Rehabilitation betreffenden Aspekten soll auch die Erfüllung persönlicher Bedürfnisse sichergestellt werden. Dies betrifft bspw. die Wahlmöglichkeit beim Mittagessen (durch Pflege sicherzustellen), Aufnahme von Begleitpersonen, soweit Kapazität vorhanden (regelt Ärztlicher Dienst mit Belegungsmanagement), großzügige Besuchszeitregelung, soweit nicht der stationäre Ablauf beeinträchtigt wird (vgl. Info A-Z).

2.4.1 Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln

Die Versorgung mit Arzneimitteln ist durch den 24h Bereitschaftsdienst der SHG Apotheke Völklingen sichergestellt (standardisiertes elektronische Bestellverfahren mit ärztlicher Bestätigung; bei Sonderanforderungen Unterschrift Chef- oder Oberarzt). Zuständig für rechtzeitige Bestellung und adäquate Vorratshaltung sind die Stations-Pflegekräfte (vgl. VA Umgang mit Arzneimitteln). Medikamentenauslieferungen erfolgen normalerweise jeden Dienstag und Freitag, bei Feiertagen erfolgt eine gesonderte Information. Außerhalb der "normalen" Zeiten können Medikamente über Taxi angeliefert werden.

Für die Versorgung mit Hilfsmitteln sind in der Geriatrie alle regelmäßig erforderlichen Hilfsmittel zu bevorraten. Verantwortlich für die Überprüfung, Wartung, Verwaltung und Reinigung sind die Stationsleiter

(stationseigene Hilfsmittel) bzw. die Leiter der Therapieabteilungen (therapeutische Hilfsmittel). Die Hilfsmittelversorgung während der stationären Behandlung gehört zum Aufgabenfeld der Therapeuten und erfolgt in Absprache mit dem behandelnden Arzt – spätestens mit Therapiebeginn einen Tag nach der Aufnahme. Dies beinhaltet Auswahl und Anpassung der Hilfsmittel (Gehhilfen, Rollstühle, etc.), Einweisung in den Gebrauch, die ständige Überprüfung der Notwendigkeit und ggf. erneute Adaptation.

Die Klärung des Hilfsmittelbedarfs für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt erfolgt in Absprache/Kooperation zwischen Sozialdienst und Therapeuten, unter Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten des Patienten und der häuslichen Gegebenheiten. Eine notwendige Verordnung wird ärztlich gegengezeichnet. Gegebenenfalls kann in Ausnahmefällen auch ein Hausbesuch angeboten werden. Die Hilfsmittelversorgung wird von den Therapeuten in die Wege geleitet, wobei der Ablauf von der entsprechenden Kasse abhängig ist. Bei bestimmten Kassen müssen vorab Bewilligungen eingeholt werden, in anderen Fällen kann direkt beim Sanitätshaus geordert werden.

2.4.2 Visite

Die wöchentlichen Teambesprechungen sind integraler Bestandteil unseres Visitenkonzeptes. Die Durchführung der Teambesprechung sowie die Teilnehmer werden in der Verlaufsdokumentation des KIS NEXUS dokumentiert.

Alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen bzw. deren Vertreter sind bei den Teambesprechungen zugegen. Die Leitung der Teambesprechung obliegt einem Geriater. Hierbei erfolgen die Therapieevaluierung und ggf. eine Anpassung der Zielsetzung und des Behandlungsprozesses für jeden Patienten. Jede Berufsgruppe berichtet aus ihrer Perspektive über den Verlauf, so dass ein Gesamtbild des Behandlungsverlaufs deutlich wird. Die Ergebnisse der wöchentlichen Teambesprechung und ggf. eine Änderung des Vorgehens und der Zielsetzung sind zu dokumentieren (Kurve oder Nexus).

Zusätzlich zu den regelmäßigen Arzt- und Pflegevisiten erfolgt einmal wöchentlich eine Visite durch den verantwortlichen Geriater, die durch Fach- und Stationsarzt sowie nach Möglichkeit von einer Pflegekraft begleitet wird. Bei Bedarf und nach vorheriger Rücksprache sind Mitarbeiter des therapeutischen Stabes hinzuzuziehen. Darüber hinaus haben die Kollegen des ärztlichen Dienstes außerhalb der Visitenzeiten die Möglichkeit, den Therapien beizuwohnen, um sich einen Überblick über den Entwicklungsstand des Patienten zu verschaffen.

2.5. Medizinische Therapie

2.5.1 Arzneimitteltherapie und Anwendung von Leitlinien und Standards

Alle Patienten des Hauses werden nach dem aktuellen Erkenntnisstand der Medizin behandelt. Dies umfasst – soweit möglich und sinnvoll – die Einbeziehung von Leitlinien und Standards sowie den Einsatz einer medizinisch indizierten Arzneimitteltherapie unter dem Gesichtspunkt des Einsatzes von Arzneimitteln mit nachgewiesener Wirksamkeit (evidence-based).

Evidenzbasierte geriatrierelevante Leitlinien für die medizinische Behandlung von Körperfunktionsstörungen sind im Intranet (Nexus Curator: links) hinterlegt und können dort jederzeit abgerufen werden. Eine evidenzbezogene Anwendung der Leitlinien wird in entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen sichergestellt.

Die Medikamentenverordnung erfolgt durch den behandelnden Arzt, supervidiert durch den zuständigen Facharzt und Geriater nach anerkannten medizinischen Leitlinien. Der Arzt trägt in der Fieberkurve ein, welches Medikament zu welchem Zeitpunkt und in welcher Dosierung zu reichen ist. Auch Dosisänderungen

sind einzutragen und vom Anordnenden abzuzeichnen. Über Reitersystem ist dies zusätzlich zu verdeutlichen. Die Art und Zielsetzung sowie relevante Veränderungen der Medikation sind dem Patienten durch den Stationsarzt oder auf dessen Veranlassung zu erläutern.

Die Anordnung ist – außer in Notfällen – schriftlich und mit Handzeichen des Arztes vorzunehmen. In Notfällen ist die schriftliche Anordnung unverzüglich nachzutragen. Für die sachgerechte Vorbereitung und Medikamentenausgabe sind examinierte Pflegekräfte verantwortlich. Das Richten der Medikamente, welches nach den 4 Augenprinzip erfolgt, sowie die Umsetzung von Medikationsänderungen werden von der jeweiligen Pflegefachkraft abgezeichnet. Bei eingeschränkten körperlichen (z.B. Blindheit), motorischen oder kognitiven Fertigkeiten bzw. unzureichender Mitarbeit des Patienten ist die Einnahme der Medikation von der Pflegekraft zu überwachen. Nicht eingenommene Medikation muss in der Fieberkurve (durch Eintragung einer „0“) sowie im Pflegebericht eindeutig dokumentiert werden. Anschließend ist die zeitnahe Information eines Arztes sicher zu stellen.

Im Rahmen der Visiten sowie durch geeignete Kontrolluntersuchungen wird durch die Ärzte sowie im Team die patientenbezogene Wirksamkeit der Therapie geprüft und besprochen. Medikamente mit ungenügender Wirksamkeit oder zu hohen Nebenwirkungen sind unter Verantwortung der Ärzte auszutauschen bzw. Änderungen durchzuführen. Wissenschaftliche Erkenntnisse sind kontinuierlich zu verarbeiten und die Therapie an den aktuellen Stand anzupassen.

Die Bewertung und Überprüfung der Arzneimittel erfolgt zweimal jährlich in der Arzneimittelkommission (mit SHG-Apotheker und Ärzten weiterer an die SHG-Apotheke angeschlossener Kliniken). Hier erfolgt eine Listung geeigneter Medikamente hinsichtlich Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Hierüber wird ein Protokoll vom SHG-Apotheker erstellt. Zweimal jährlich findet eine Begehung durch Mitarbeiter der Apotheke statt. Hierbei wird die Arzneimittelbevorratung überprüft und ein Protokoll mit Auflistung evtl. notwendiger Änderungen erstellt. Die Umsetzung obliegt der Stationsleitung des Pflegedienstes.

Bei speziellen, stark kostenrelevanten Arzneimitteln wird durch eine entsprechende Anfrage bei dem Kostenträger eine Kostenübernahmeerklärung für die Zeit der geriatrischen Rehabilitation erbeten, soweit die Medikation vom Patienten nicht mit in die Rehabilitation gebracht wird.

2.5.2 Schmerztherapie und Palliativbehandlung

Eine hochwertige und umfassende Behandlung ist gewährleistet durch den Einsatz qualifizierten Personals und fortlaufender fachgruppenspezifischer, übergreifender Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen unter Einschluss des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin und Leitlinien (z.B. Schmerztherapie in Anlehnung an vorhandene Leitlinien – auch unter Einsatz spezieller Schmerz-Assessments→[Nexus Curator](#)). Zum Thema Schmerz-Therapie und Palliativbehandlung finden regelmäßige Fortbildungen und Seminare statt.

Schmerztherapie erfolgt einerseits durch Medikamente, andererseits durch ergänzende, nichtmedikamentöse Maßnahmen (z.B. physikalische Maßnahmen, Elektrotherapie, psychotherapeutische Maßnahmen, Entspannungsverfahren, CranioSacral-Therapie). "Schmerz" wird in Teambesprechungen und bei Visiten regelmäßig thematisiert und ist Teil des Aufnahme-Assessments. Ziel der Therapie: vorhandene Schmerzen lindern, Belastungsgrenzen erkennen, unnötige Schmerzen vermeiden. Bei Extremfällen kann konsiliarisch die Schmerzambulanz hinzugezogen werden.

Bei kurativ nicht zu behandelnden Patienten ist eine auf die Problematik zugeschnittene Palliativbehandlung mit dem Ziel einer Symptomkontrolle sicherzustellen. Hierzu gehören u.a. vermehrte Fokussierung auf Schmerzbehandlung und Zusatzsymptomatiken wie Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Ängste oder Depressionen, die Behandlung mittels Basaler Stimulation, Angebot von Wunschkost, bewusste emotionale Zuwendung und Gesprächsangebote auch für die Angehörigen. Die Vorgaben einer eventuell vorliegenden Patientenverfügung sind explizit zu berücksichtigen. Eine Kopie der Patientenverfügung ist in der Patientenakte aufzubewahren.

Religiöse oder spirituelle Präferenzen unserer Patienten werden in der Pflegeanamnese erfragt und dokumentiert und sollten ebenfalls Berücksichtigung finden. Wenn es der schwer Erkrankte oder seine Familie wünschen, wird für katholische Christen durch den Pflegedienst umgehend ein Seelsorger aus der Heimatgemeinde des Patienten angefordert. Für Patienten evangelischen Glaubens steht Pfarrerin Csoeff zur Verfügung. Bei Mitgliedern anderer Konfessionen und Glaubensgemeinschaften sind deren Wünsche ebenfalls zu berücksichtigen.

Um bei längeren Krankheitsphasen eine lückenlose, intensive Begleitung realisieren zu können, wird der Beistand durch die Angehörigen ermöglicht und unterstützt. Der Beratungsbedarf wird in den jeweiligen Teambesprechungen und bei Visiten ermittelt. Je nach Erfordernis werden den Angehörigen medizinische, physiotherapeutische, ergotherapeutische, psychosoziale oder pflegerrelevante Beratungsgespräche angeboten und ggf. über Verordnungsbögen angeordnet. Einzelzimmer werden auf Wunsch zur Verfügung gestellt. Ungestörte Gespräche (z.B. mit Familienangehörigen) können dort oder in den Räumen der jeweiligen Behandler stattfinden. Auch nachts können in Einzelfällen Angehörige bei diesen Menschen bleiben, um sie zu begleiten und zu unterstützen.

Bei der Suche nach einer adäquaten Einrichtung und der Abwicklung organisatorischer Sachverhalte kann Unterstützung durch unseren Sozialdienst angefordert werden.

2.5.3 Vorgehen bei Komplikationen und außergewöhnlichen Situationen

Beim Auftreten von Komplikationen ist in Anlehnung an bestehende Leitlinien zu verfahren. Die häufigsten Komplikationen bei geriatrischen Patienten sind Exsikkose, kardiale Dekompensationen, Harnwegsinfekte, Pneumonien, Thrombosen, Stürze, akute Verwirrheitszustände (Delir), Decubiti und Kontrakturen. Die Expertenstandards Ernährungsmanagement, Schmerzmanagement und Förderung der Kontinenz, Dekubitus- und Sturzprophylaxe (letztere angelehnt an Expertenstandards) sowie die Standards Pneumonie-Kontraktur-, Soor-, Obstipationsprophylaxe, Thromboseprophylaxe, Braunülen- u. Wundpflege (Wundmanagerin), PEG, Lagerung nach Bobath, GKW/TKW, Injektionen, Urostoma, Anus praeter, Absaugen, Tracheostoma, Sauerstoff etc. sind auch zu Vermeidung von Komplikationen zu berücksichtigen. Diese sind im so genannten "Blauen Ordner" und im Intranet hinterlegt.

Ärzte beugen durch eine entsprechende Medikation und durch Anordnung von mobilisierenden Maßnahmen den Komplikationen vor. Therapeuten führen spezielle prophylaktische Maßnahmen im Rahmen ihres Aufgabengebietes durch.

Prinzipiell ist bei Komplikationen der zuständige Arzt zu informieren, der – je nach Ausbildungsstand – einen Facharzt hinzuzieht. Auch notfallmedizinische Themen und Komplikationen einer Behandlung werden in den regelmäßig stattfindenden ärztlichen Fortbildungen behandelt. Zudem finden Reanimationskurse mit Teilnehmer-Erfassung in regelmäßigen Abständen statt. In der Prävention von Komplikationen (z.B. Thrombosen) erfolgt eine leitliniengerechte Therapie und Prophylaxe (z.B. Heparin, ATS, Mobilisation..).

Sind beim Vorliegen einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung Interventionen erforderlich (z.B. Sturzgefahr bei Demenz oder Delir) und ist der Patient nicht zu einer Willenserklärung fähig, ist seitens des Ärztlichen Dienstes als letzte Maßnahme gegebenenfalls eine Fixierung anzuordnen (s. Vorgaben der Dienstanweisung zur Fixierung - und des Dokumentationsblattes). Hierüber sind Chef- oder Oberarzt zu informieren. Die Indikation einer solchen Maßnahme muss entsprechend Dienstanweisung durch den Ärztlichen Dienst täglich überprüft werden. Immer muss eine Abwägung der Rechtsgüter Selbstbestimmung, körperliche Unversehrtheit und Verantwortung für den schutzbedürftigen Patienten getroffen werden mit dem Ziel, ihn vor Schaden zu bewahren und dennoch seiner Selbstbestimmungsfähigkeit, seinem (mutmaßlichen) Willen und seiner Mobilität gerecht zu werden. Angehörigen oder Betreuern sollte die Notwendigkeit eines solchen Eingriffs nach Möglichkeit erläutert werden. Deren Anschrift und Erreichbarkeit sind in der

Pflegedokumentation erfasst. Die Information der Angehörigen muss in Abstimmung mit dem Patienten und unter Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht erfolgen. Dies gilt analog für Betreuungspersonen/-institutionen gemäß der zugrundeliegenden juristischen Betreuungsregelung. Ist während des Therapieverlaufs absehbar, dass ein Patient – wiederholt oder längerfristig einer Fixierung bedarf und die Anschlussversorgung in einer stationären Einrichtung erfolgt, wird auf Anordnung des Ärztlichen Dienstes über unseren Sozialdienst ein Beschluss des Amtsgerichtes angeregt.

2.6 Verlegungs- und Entlassungsplanung

2.6.1 Prozessplanung und –steuerung

Die Planung der Entlassung beginnt bereits bei der Aufnahme. Die vom Patienten oder seinen Angehörigen gewünschte nachstationäre Versorgung wird im Aufnahmegespräch sowohl durch die im Rahmen der pflegerischen Anamnese, als auch durch den behandelnden Arzt ermittelt und auf dem Anamnesebogen/Deckblatt dokumentiert. Die notwendige Zustimmung des Patienten zum Entlassmanagement wird bereits am Aufnahmetag durch die Mitarbeiter der Aufnahme erfragt. Ist diese gegeben, finden Planungen zu dem Entlassungsmanagement in den wöchentlichen Team-Besprechungen statt. Hierbei wird in enger Kooperation mit dem Sozialdienst abgeklärt, ob der Patient einen Ausbau an ambulanten Hilfen benötigt beziehungsweise als Anschlussversorgung ggf. eine vollstationäre Versorgung empfohlen wird. Die Planung berücksichtigt die poststationär notwendigen medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen unter Zugrundelegung verschiedener Assessments wie soziales Assessment, Barthel Index, Neuropsychologisches Assessment oder Schmerz-Assessment. Auch die Organisation von Hilfsmitteln und die Angehörigenberatung sowie das Vorgehen bei verstorbenen Patienten werden individuell geregelt.

2.6.2. Entlassung

Die Entscheidung über den Entlassungszeitpunkt trifft der verantwortliche Geriater in Abstimmung mit dem Patienten. Alle für den Entlassungstag notwendigen Vorbereitungen sind rechtzeitig einzuleiten: Zuständig für die Information der Angehörigen und ggf. die Organisation des Transportdienstes ist der Pflegedienst (spätestens 2 Tage vor Entlassung). Wenn gewünscht, wird zur Nachsorge von PEG-Sonden, Stomata oder Wunden eine Beratung vermittelt. Im Bedarfsfall kann diese auch vor Ort von den Pflegefachkräften direkt durchgeführt werden

Der Transportschein mit der Wahl des erforderlichen Transportmittels wird vom Arzt ausgefertigt und unterschrieben. Der Zeitpunkt der Entlassung liegt in der Regel zwischen 10 und 11 Uhr am Vormittag. Wünsche des Patienten bzw. seiner Angehörigen hinsichtlich Terminierung und Organisation werden soweit wie möglich berücksichtigt. Die Entlassung des Patienten mit Angabe der Uhrzeit und der Entlassart wird von der Pflege in der elektronischen Patientenakte in NEXUS zeitnah vorgenommen; ebenso, ob der Patient in eine Pflegeeinrichtung oder nach Hause entlassen wurde.

An eine mögliche Zuzahlung wird schon im Rahmen der Aufnahmemodalitäten durch die administrative Aufnahme schriftlich hingewiesen. Die Begleichung der Zuzahlung sowie die Abrechnung der Telefonkosten erfolgt am Abreisetag bei der administrativen Aufnahme. Diese rechnet die Beträge mindestens einmal im Monat mit der Buchhaltung ab.

Die Bereitstellung/Beantragung weiterer Hilfsmittel fällt in den Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Therapeuten. Werden klinikeigene Hilfsmittel für den Übergang ausgeliehen, erfolgt dies mittels Ausleihformular. Eine Kopie hiervon erhält der Patient, eine weitere verbleibt bei der ausleihenden Stelle bis

zur Rückgabe des Hilfsmittels. Bei vorliegendem Bedarf für weitere Hilfsmittel erfolgt eine Verordnung, ausgestellt durch die behandelnden Therapeuten und abschließend freigegeben durch den behandelnden Arzt.

Die Abklärung und Beratung hinsichtlich weiterer Therapienotwendigkeit, ggf. mit Adressenvermittlung, erfolgt ebenfalls durch die Therapeuten. Der Überleitbogen wird während des Aufenthaltes in NEXUS durch die Therapeuten oder das Pflegepersonal angelegt. Jede Berufsgruppe bearbeitet diesen Bogen nach Bekanntgabe des Entlassungsdatums. Am Tag der Entlassung dokumentiert die Pflege den pflegerischen Entlassungsstatus im Überleitbogen und druckt diesen in 2-facher Ausfertigung aus. Ein Exemplar wird dem Patienten oder dessen Angehörigen für die an der weiteren Versorgung beteiligten Personen mitgegeben. Das andere Exemplar kommt in die schriftliche Patientenakte. Die therapeutischen Abschlussberichte sind bis spätestens 1 Tag vor Entlassung anzufertigen, in NEXUS abzuspeichern, auszudrucken und in der Befundsammeltasche abzulegen (vgl. Doku-Matrix).

Eine weitergehende Beratung von Angehörigen oder Patienten für die poststationäre Versorgung erfolgt bei Bedarf durch die behandelnden Ärzte, Therapeuten, Pflegepersonal und den klinischen Sozialdienst. Die Pat. und Angehörigen können Informationen zu Hilfsangeboten im ambulanten und stationären Bereich erhalten. Hierzu gehören Unterstützung bspw. bei: Antragstellung zu einer weiteren z. B. ambulanten Rehabilitationsmaßnahme, zur Pflegeversicherung und anderen Sozialleistungen, Betreuungsanträgen, Betreuungsangeboten für Demenzkranke, Schwerbehindertenanträge, Vermittlung eines Altenheim- oder Kurzzeitpflegeplatzes, eines nachgehenden Pflegedienstes oder Haushaltsdienstes, von „Essen auf Rädern“ oder bei der Anschaffung eines Hausnotrufes.

Mit jedem Patienten wird ein ärztliches Abschlussgespräch im Rahmen der letzten Visite geführt. Hinweise zu speziellen Fragen sowie erfolgte Aufklärungsgespräche werden vom Arzt in der Patientendokumentation festgehalten. Das pflegerische Abschlussgespräch führt die Pflegekraft, welche die Entlassungsmodalitäten abklärt. Hierfür nutzen die Pflegefachkräfte eine Checkliste, um sicherzustellen, dass alle für die Entlassung wichtigen Punkte bearbeitet bzw. berücksichtigt wurden. Das therapeutische Abschlussgespräch erfolgt im Rahmen der letzten Behandlungseinheit. Für alle Berufsgruppen gilt, dass der Patient angemessen und freundlich verabschiedet wird, und dass seine Zufriedenheit sowie Fragen und Wünsche hinsichtlich seiner Entlassung aktiv hinterfragt werden.

Die Aushändigung des möglichst ausführlichen vorläufigen und maschinengeschriebenen ärztlichen Briefes an den Patienten bzw. dessen Angehörige erfolgt am Entlassungstag durch die zuständige Pflegekraft oder dem zuständigen Arzt. Im Anschluss wird der mitgegebene vorläufige Entlassungsbericht in Nexus freigegeben. Bei medizinisch erläuterungsbedürftigen Problemen wird der weiterbehandelnde Arzt durch den Stationsarzt telefonisch kontaktiert.

Der endgültige ärztliche Abschlussbericht ist spätestens 14 Tage nach der Entlassung zu erstellen (vgl. Doku-Matrix).

In der elektronischen Patientenakte wird die Entlassung mit Angabe der Uhrzeit und der Zieladresse zeitnah durch das Pflegepersonal erfasst.

Die administrative Aufnahme übersendet innerhalb von zwei Werktagen nach Entlassung eine Entlassungsmitteilung an den Kostenträger; diese beinhaltet v.a. die seitens der Kodierfachkraft verschlüsselten Diagnosen.

3. Therapiegestaltung im multiprofessionellen Team

3.1 Teilhabeorientierung und Leitbildbezug

In den vergangenen Jahren wurde von der WHO eine Neudefinition des Gesundheitsbegriffes vorgenommen, der zu einem Paradigmenwechsel im Kontext der medizinischen Rehabilitation geführt hat. Demnach ist das Ziel der Rehabilitation nicht mehr nur die Erlangung der bestmöglichen physischen und psychischen Gesundheit, sondern die Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe am Leben, in der Gesellschaft sowie die Vermeidung von Benachteiligungen. Neben den zur Einweisung führenden Grunderkrankungen ist der Lebenskontext der Betroffenen bei der Planung und Durchführung rehabilitativer Maßnahmen explizit zu erfassen und zu berücksichtigen. Eine solche Sichtweise wird als „Teilhabeorientierung“ bezeichnet.

Bereits in unserem Leitbild aus dem Jahre 2004 sind die Grundzüge dieses Partizipationsgedankens festgeschrieben: Gemäß Leitsatz 2 (Menschlich handeln) gestalten wir für unsere Patienten eine sichere und vertrauensvolle Umgebung, in der ein möglichst eigenständiges, eigenverantwortliches, kreatives und soziales Handeln erreichbar ist. Wir respektieren jeden Menschen in seiner Individualität, mit seinen Stärken und Fähigkeiten, seinen Grenzen, seiner Zerbrechlichkeit, Verletzbarkeit und Endlichkeit. Unser Blick ist immer auf den „ganzen Menschen“ gerichtet; seine Würde zu achten ist unser oberstes Ziel. Durch individuelle Angebote tragen wir zur Verbesserung der Lebensqualität bei. Wir suchen die Zusammenarbeit mit den Angehörigen, weil wir wissen, dass sie für die Wiedereingliederung bzw. das Wohlbefinden unserer Patienten eine wichtige Rolle übernehmen. Leitlinie unseres Handelns ist dabei die Subsidiarität, die Hilfe zur Selbsthilfe. In Leitsatz 3 unseres Leitbildes (Gemeinschaftlich handeln) betonen wir die Wichtigkeit teamorientierten Handelns. Demnach sind wir davon überzeugt, „das kreative Potential und das Engagement unserer Mitarbeiter am ehesten durch einen kooperativen Führungsstil zur Entfaltung zu bringen. Die Arbeit im Team hat für uns hohe Priorität“.

Unsere Therapiegestaltung beruht auf dem biopsychosozialen Modell und den Grundgedanken von Teilhabe und Selbstbestimmung. Demgemäß sind unsere Patienten und Angehörigen mitsamt ihren persönlichen Erwartungen und Grenzen aktiv und partnerschaftlich in die Therapiezieldefinition miteinbezogen. Neben der Berücksichtigung und Behandlung der geschädigten Körperstrukturen und Körperfunktionen liegt der Schwerpunkt unserer Therapieplanungen auf der Erkundung der Kontextfaktoren, in die unsere Patienten bzw. Rehabilitanden eingebunden sind. Dies beinhaltet sowohl deren Vorlieben, Einstellungen und Lebensgewohnheiten, als auch die Berücksichtigung und die Nutzung vorhandener familiärer Ressourcen, einschließlich der zur Verfügung stehenden Produkte, Technologien und Dienstleistungssysteme in der näheren und weiteren Umgebung. Um eine effiziente Durchführung unserer therapeutischen Maßnahmen sicher zu stellen, beschreiben wir konkret die Aktivitäten, die erforderlich und erreichbar sind, um den Betroffenen eine weitgehend selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in ihrer bevorzugten Lebensumwelt zu ermöglichen. Konsequenterweise streben wir an, die Angehörigen aktiv in die Therapiedurchführung einzubinden und diese hinsichtlich des Umgangs mit den Betroffenen anzuleiten und zu beraten.

Die Umsetzung der für eine erfolgreiche Rehabilitation notwendigen Schritte ist in Verfahrensanweisungen beschrieben. Diese enthalten Regelungen, die den Aufnahmeprozess, die Planung, Durchführung und Überprüfung therapeutischer Maßnahmen, die Kooperation aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen sowie den Entlassungsvorgang und die nachstationäre Versorgung unserer Patienten betreffen. Die Verfahrensanweisungen wurden in Qualitätszirkeln gemeinschaftlich von Vertretern aller Fachbereiche entwickelt. Sie werden permanent überprüft, gegebenenfalls angepasst und verbessert und haben den Charakter einer Dienstanweisung.

Alle am Behandlungsprozess beteiligten Fachbereiche sind in Anamneseerhebung, Diagnostik und Therapiegestaltung eingebunden. Namentlich sind dies der Ärztliche Dienst und die Pflege, unsere

Ergotherapie, die Physiotherapie und Physikalische Therapie, die Neuropsychologie, unsere Logopäden, die Diätassistentin und der Sozialdienst. Die einzelnen Fachbereiche sind in den nachfolgenden Kapiteln beschrieben.

3.2 Ärztlich-medizinische Aufgaben

Erfolgreiche geriatrische Behandlung setzt eine qualifizierte medizinische Betreuung voraus. Diese beginnt mit einer detaillierten Befunderhebung und Basisdokumentation, einschließlich eines geriatrischen Assessments bei der Aufnahmeuntersuchung. Jede Patientenaufnahme wird durch den verantwortlichen Geriater supervidiert. Bereits vorab wird bei der Anmeldung von Patienten, in Rücksprache mit den Zuweisern die Indikation für eine Behandlung unter Berücksichtigung des individuellen Potenzials bzw. medizinischen und frührehabilitativen Therapieziels geklärt. Im therapeutischen Team unter Beteiligung eines Geriaters wird dann für jeden Patienten ein regelmäßig zu überprüfendes Therapieziel definiert und ein Behandlungsplan erstellt.

Bei akuten medizinischen Problemen bis hin zum Notfall muss eine adäquate ärztliche Versorgung gewährleistet sein. Diagnostische Maßnahmen unter Berücksichtigung altersspezifischer Besonderheiten können einerseits notwendig werden, um die weitere Behandlung des Patienten besser planen und lenken zu können, andererseits sind Untersuchungen bei neu auftretenden akuten Erkrankungen (z.B. Infektionen) sowie Komplikationen (Herzschwäche, Lungenembolie etc.) erforderlich. Diese Komplikationen sind angesichts der Multimorbidität im Alter nicht selten. Weiterhin sind Untersuchungen zur Überwachung und Kontrolle des Heilungsverlaufes erforderlich. In der Geriatrie wird aber auf Diagnostik verzichtet, wenn sie den Patienten unnötig belastet, ohne dass ein angemessener therapeutischer Nutzen daraus resultiert. Auf eine Medikation, die sich auf die wichtigsten Indikationen beschränkt, muss ärztlicherseits wegen häufiger Nebenwirkungen und Wechselwirkungen besonders geachtet werden.

Nach Bedarf werden im St. Nikolaus-Hospital folgende Untersuchungen durchgeführt:

- Labor
- EKG
- Belastungs-EKG
- Ultraschalluntersuchungen (Schilddrüse, Herz, Bauch, Gefäße), [incl. Duplexsonographie](#)
- Doppler (zur Frage nach Durchblutungsstörungen)
- Röntgen (Herz/Lunge/Knochen)
- Magenspiegelung* und Darmspiegelung*
- Langzeit-EKG
- Langzeit-RR
- Lungenfunktionsprüfung
- EEG (Hirnstromableitung)
- Computertomographie und Kernspintomographie*

*in Kooperation mit externen Partnern

Verschiedene Fachärzte anderer Bereiche werden je nach Fragestellung konsiliarisch hinzugezogen (z.B. Chirurgen, Orthopäden, Urologen und Kardiologen, Lungenfachärzte, Neurologen, Haut- und Augenfachärzte).

Im therapeutischen Prozess obliegen dem verantwortlichen Geriater die Leitung und Koordination des Teams mit täglicher Problembesprechung sowie die Leitung und Durchführung der wöchentlichen Visiten und Teamkonferenzen. Akutmedizinische Erkrankungen erfordern eine adäquate medizinische Behandlung und Überwachung und gegebenenfalls eine Verlegung in eine akutmedizinische Einrichtung (extern oder akut Geriatrie im Hause). Dies kann auch eine Monitor-Überwachung in einem Überwachungszimmer einschließen.

Eine lückenlose und korrekte Dokumentation aller Maßnahmen und Befunde ist erforderlich, um eine qualitativ hochwertige Behandlung zu gewährleisten und eine korrekte und wirtschaftliche Abrechnung sicherzustellen. Zusätzlich ist im Rahmen der Klärung und Notwendigkeit von Rehabilitationsleistungen eine Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen notwendig, durch Bereitstellung geeigneter Patientenunterlagen.

Von den Assistenzärzten wird zusätzlich ein Bereitschaftsdienst nachts sowie an Wochenenden und Feiertagen geleistet, von den Fachärzten ein Hintergrund-Bereitschaftsdienst. Die Klinik ist als Weiterbildungsstätte für Innere Medizin anerkannt. Der Erwerb der Zusatzbezeichnung Geriatrie ist möglich.

Individuelle und gemeinsame medizinische Fortbildung nach aktuellem Stand der Wissenschaft und unter Einschluss ethischer Fragestellungen wird als unabdingbar für eine qualifizierte medizinische Behandlung erachtet.

3.3 Pflege in der Geriatrie

Nach dem Krankenpflegegesetz wirkt die Pflege verantwortlich bei der Verhütung, Erkennung und Heilung von Krankheiten mit.

Sie ist ausgerichtet auf:

- die sach- und fachkundige, umfassende, geplante Pflege des Patienten, nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen,
- die gewissenhafte Vorbereitung, Assistenz und Nachbereitung bei Maßnahmen der Diagnostik und Therapie,
- die Anregung und Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten,
- die Beobachtung des körperlichen und seelischen Zustandes des Patienten und der Umstände, die seine Gesundheit beeinflussen,
- die Einleitung lebensnotwendiger Sofortmaßnahmen im Notfall.

In der geriatrischen Behandlung sieht die Pflege ihre Hauptaufgabe darin, den betagten Patienten unter Berücksichtigung seiner physischen, psychosozialen, kulturellen und geistig-religiösen Bedürfnisse individuell zur Selbsthilfe zu aktivieren. Der Grundansatz ist die aktivierend-therapeutische Pflege.

Wir streben die Anpassung des alten Menschen an seine komplexe Situation an; gegebenenfalls begleiten wir ihn auf seinem Weg zum Sterben. Wir betrachten den Tod als eine natürliche Auflösung des Lebens.

In der Regel sind diese Menschen multimorbid und befinden sich meist direkt an der Schwelle zwischen Selbständigkeit und großer oder gar vollständiger Abhängigkeit. Sie sind oft immobil oder zumindest stark in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt und somit auf aktivierende Pflege angewiesen. Langjährige chronische Erkrankungen, eventuell bis zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme mit wenig Leidensdruck erlebt und in

den persönlichen Alltag integriert, werden plötzlich durch das Hinzukommen einer einzigen "neuen" Erkrankung zu einer schier unüberwindlichen Hürde.

Ziel ist eine weitest mögliche Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens.

Wir helfen dem Patienten, irreversible Einschränkungen akzeptieren zu können und bieten ihm angemessene Anleitung und Hilfe, damit er in den Belangen des Alltages zurechtkommen und somit wieder sein Selbstwertgefühl aufbauen kann.

Eine Pflege, die die aktiven Möglichkeiten des Patienten nicht berücksichtigt, nicht geplant und gezielt einsetzt und fördert, führt zur Passivität und zum Verharren des Patienten in Abhängigkeit und Fremdbestimmung.

Wir versuchen, den Patienten in seiner Individualität anzunehmen, ihm positive Wertschätzung, Respekt, Gesprächsbereitschaft und Interesse entgegen zu bringen und ihm so das Gefühl der Vollwertigkeit als Person - und Mut zu seiner persönlichen Zukunft zu vermitteln. Die Beratung (nicht das Aufzwingen eigener Wertmaßstäbe), die Kommunikation (in dem Maße, wie es der Patient zulässt) und die Therapie (Grund- und Behandlungspflege) haben hier gleiches Gewicht.

In ihrer Arbeit berücksichtigt die Pflege:

- die Vergangenheit des Patienten,
- seine gegenwärtigen Probleme, Reserven, Bedürfnisse und Gewohnheiten,
- seine künftigen Möglichkeiten,
- seine Art der Wahrheit.

Ihre Ansätze liegen auf somatischer, psychischer und psychiatrischer Ebene.

Wir verstehen uns als Anwalt und Sprachrohr des Patienten und berücksichtigen dessen Recht auf Mitsprache und Selbstbestimmung. Wir räumen dem Patienten ein, eine Behandlung anzunehmen, aber auch abzulehnen.

Pflege bewahrt Stillschweigen über Person und Daten des Patienten.

Wir betrachten den Patienten als Partner und legen mit ihm zusammen erreichbare Ziele fest. Wir geben ihm Orientierung, bemühen uns, eine sichere und vertrauenerweckende Umgebung zu schaffen, vermitteln Selbstbewusstsein und Motivation, indem wir zusammen mit dem Patienten verborgene oder vergessene Fähigkeiten wiederentdecken und deren Ausführung üben.

Wir sind uns bewusst, dass eine unterstützende Familie den wichtigsten Faktor für die Wiedereingliederung des Patienten darstellt. Folglich werden die Angehörigen schon möglichst beim Aufnahmegespräch in die Behandlungsplanung mit einbezogen. Um einen eventuell vorliegenden Unterstützungsbedarf festzustellen und gemeinsam alltagsrelevante Kurz- / Langzeitziele festzulegen, erheben wir einen umfassenden sozialen Status und explorieren die vorherigen Einstellungen, Aktivitäten und Lebensgewohnheiten der Betroffenen.

Pflege hat den Anspruch, eine qualitativ angemessene und sichere Pflegepraxis zu gewährleisten, die unter Berücksichtigung neuester Erkenntnisse aus Pflegeforschung und Wissenschaft fortlaufend verbessert werden soll.

Der Pflegedienst arbeitet kooperativ mit allen Berufsgruppen des therapeutischen Teams sowie den externen Diensten bei der Koordination ganzheitlicher Pflege zusammen.

Er ist bestrebt, ein von Ruhe und Besonnenheit geprägtes Arbeitsklima zu fördern, das es jedem ermöglicht, Zufriedenheit und Erfüllung in der Ausübung seiner Rolle zu finden.

3.4 Ergotherapie

Die Inhalte der Ergotherapie sind bestimmt von dem Ziel, die größtmögliche Selbstständigkeit des Patienten wieder zu erreichen. Die Zieldefinition erfolgt in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen, ist präzise, alltagsrelevant und teilhabeorientiert formuliert und orientiert sich an den zugrundeliegenden Kriterien der ICF. Die Besonderheit der Ergotherapie liegt darin, dass Bewegungsmuster und Handlungen nicht abstrakt nachvollzogen werden, sondern unter Verwendung von Materialien, Handhabung von Werkzeugen und Einbeziehung von Spielen alltäglichen Gebrauchsbewegungen und Handlungen eingeübt werden **können**. Das Maß der durch die Erkrankung erlittenen körperlichen, geistigen und/oder psychischen Einschränkungen bestimmt den Inhalt bzw. den Schwerpunkt der Behandlung. Bereits im Erstkontakt mit dem Patienten werden Eindrücke über seine motorischen Fertigkeiten (z.B. Sitz- oder Stehfähigkeit), aber auch über seine Orientierung zur Person, Zeit, Ort und Situation sowie seine Ziele und Fähigkeiten gewonnen.

Folgende Behandlungsmöglichkeiten und Tätigkeiten gehören zur Ergotherapie:

➤ **Rollstuhlversorgung und Anpassung:**

Die Patienten, die in unsere Klinik kommen, sind oft noch bettlägerig. Die erste Aufgabe ist es nun, den Patienten in den normalen Tagesablauf zurückzubringen, d.h. ihn mit der notwendigen Unterstützung in den Rollstuhl zu setzen, um ihm so einen größeren Handlungsspielraum zu ermöglichen. Ganz wichtig ist es auch, den Patienten jetzt mit seiner neuen Umgebung vertraut zu machen. Evtl. ist der Patient noch so stark beeinträchtigt, dass der Transfer mit zwei Personen durchgeführt werden muss - dann arbeiten Therapeut und Pflegepersonal in interdisziplinärer Kooperation zusammen.

Rollstuhl ist nicht gleich Rollstuhl. Es gibt diese in verschiedenen Sitzbreiten und Sitzhöhen, es gibt verschiedene Armlehnen, Beinstützen und Zubehör wie Kissen, Lagerungsstücke.... Wichtig ist, dass der Rollstuhl so zusammengestellt wird, dass er sowohl den Körpermaßen des Patienten entspricht, als auch den Anforderungen des Krankheitsbildes, um so Sekundärschäden zu vermeiden (z.B. durch falsche Lagerung). Der Patient soll lernen, sich im Rollstuhl selbst fortzubewegen. Deshalb übt die Ergotherapeutin mit dem Patienten auch das Rollstuhl fahren. Wenn sich im Laufe der Behandlung herausstellt, dass der Patient auf Dauer auf einen Rollstuhl angewiesen sein wird, leitet die Ergotherapeutin eine entsprechende Versorgung in die Wege.

➤ **Selbsthilfetraining:**

Die Ergotherapeutin hilft dem Patienten im Rahmen der krankheitsbedingten Einschränkungen mit Verrichtungen des Alltags wie Waschen, Ankleiden, Essen, Schreiben und Hausarbeit wieder zurecht zu kommen. Das Selbsthilfetraining für das Waschen und Ankleiden erfolgt morgens nach dem Aufstehen und vor dem Frühstück auf Station im Zimmer bzw. der Nasszelle des Patienten und ist somit in den normalen Tagesablauf eingegliedert. Voraussetzung für den Beginn des Selbsthilfetrainings ist jedoch eine gewisse körperliche Belastbarkeit und ausreichende Sitzfähigkeit. Je nach Grad der Beeinträchtigung bezieht sich das Waschen und Ankleiden auf den ganzen Körper oder zunächst nur auf die Versorgung des Oberkörpers. Der Patient bekommt Anleitung zum Gebrauch von Hilfsmitteln und den strukturierten Handlungsabfolgen in Bezug auf das Waschen und Ankleiden.

Während des Frühstücks wird ggf. mit dem Patienten die Nahrungszubereitung und/oder die Nahrungsaufnahme evtl. auch unter Verwendung von Hilfsmitteln, geübt.

Bereits eine teilweise Autonomie (z.B. nur das Waschen des Oberkörpers, selbst nur Zahnpflege und Kämmen) verbessert die Lebensqualität und ist wichtig für die Erhaltung und Stabilisierung der vorhandenen Fähigkeiten. Die Entscheidung zwischen der Fortführung der Selbsthilfe oder deren Abbruch ist sehr schwierig und erfordert von der Therapeutin viel Feingefühl.

Zwischen den einzelnen Berufsgruppen (besonders zwischen Pflegedienst, Ergotherapie und Sozialdienst) erfolgt ein Austausch über den erreichten Selbstständigkeitsgrad des Patienten. Dadurch werden die wiedererlernten Fähigkeiten auch auf Station eingesetzt und für die Zeit nach der Entlassung notwendige Hilfsmaßnahmen eingeleitet (Information der Angehörigen, Erstellung eines Überleitungsbogens, Organisation von Hilfsdiensten).

➤ **Funktionelle Einzeltherapie:**

Hierbei unterscheiden wir einerseits die motorisch-funktionelle Therapie, in der die Patienten kontrollierte Bewegungs- und Handlungsabläufe wiedererlernen sollen, andererseits das kognitiv-aktivierende Training.

Erstes Ziel der motorisch-funktionellen Therapie ist das Wiedererlernen der Sitzkontrolle. Der Patient wird bei Bewegungen und Tätigkeiten im Sitzen geführt, wodurch ihm das Gefühl für normale Haltungen und Bewegungen vermittelt wird. In dem Maße, in dem der Patient Sicherheit und Bewegungskontrolle gewinnt, können die therapeutischen Hilfestellungen reduziert werden. Auf gleichem Wege wird in der motorisch-funktionellen Therapie auch der Einsatz der Extremitäten, vor allem der Arme und Hände, bei Bewegungen und Tätigkeiten geübt. Die Anforderungen werden gesteigert von einfachen, groben zu schwierigeren, feinmotorischen Bewegungen, von leichten zu kraftvollen Bewegungen. Um eine gute Bewegungsqualität zu erreichen, werden auch die Sensibilität (d.h. das Empfinden für Reize) und die Integration betroffener Körperpartien in das Körperbild durch gezieltes Wahrnehmungstraining gefördert. Sobald in Rumpf und Extremitäten ausreichende Bewegungsfunktionen vorhanden sind, werden in weiteren Schritten das Aufstehen, das Stehen und das Gehen geübt.

In der kognitiven-aktivierenden Therapie werden Patienten mit kognitiven Leistungseinbußen gefördert. Bei Patienten mit Hirnerkrankungen, aber auch bei chirurgisch-orthopädischen oder internistischen Patienten (z.B. als Folge langer Immobilisierung oder eines Verlustes an Autonomie) können diese auftreten und sich in Störungen der Konzentration, der Merkfähigkeit, der Orientierung, der Raumwahrnehmung oder der sinnvollen Handlungsplanung äußern.

Sowohl in der motorisch-funktionellen als auch in der kognitiven-aktivierenden Therapie werden in der Ergotherapie Materialien und Aktivitäten (bekannte Alltagshandlungen, handwerkliche oder kreative Tätigkeiten, Spiele) eingesetzt.

Das Tun des Patienten erhält damit ein Ziel, der Patient hat eine Aufgabe, wodurch Bewegungen und Handlungen einen praktischen Bezug erhalten und so leichter nachvollzogen werden können.

➤ **Haushaltstraining:**

Wenn der Patient ein gewisses Bewegungsrepertoire und eine ausreichende Belastbarkeit erreicht hat, wird ggf. ein Haushaltstraining durchgeführt. Hier können z.B. orthopädisch-chirurgische Patienten mit Beeinträchtigung der Gehfähigkeit ausprobieren, ob sie wieder leichte Tätigkeiten im Haushalt durchführen können (z.B. Arbeiten im Stehen, beim Spülen oder beim Kochen am Herd oder Transportieren von Gegenständen wie Geschirr z.B. beim Tischdecken), oder Patienten mit Beeinträchtigungen der oberen Extremitäten (z.B. Lähmungen oder Frakturen) können die wieder gewonnenen Bewegungsfähigkeiten im praktischen Einsatz, z.B. beim Schälen, Schneiden oder der Zubereitung eines Obstsalates ausprobieren. Dieses Training ist sehr wichtig, da die Ausübung einer Bewegung in einer Funktion, d.h. bei einer Aktivität eine viel höhere Anforderung darstellt als eine isolierte Bewegung ohne Funktion bzw. Handlung. Im Haushaltstraining haben die Patienten auch die Möglichkeit, verschiedene Hilfsmittel, die das Handeln erleichtern oder nicht mehr vorhandene Funktionen ersetzen, kennenzulernen und den Umgang damit einzuüben (z.B. rutschfeste Folien, Bestecke mit verdicktem Griff, Frühstücksbrettchen mit Nägeln). Auch zeigt sich im Haushaltstraining bei der Zubereitung kleinerer Mahlzeiten, ob der Patient sinnvoll planen und handeln kann (z.B. beim Kaffee kochen).

➤ **Angehörigenberatung:**

Die Kontaktaufnahme und die Arbeit mit den Angehörigen stellen einen weiteren wichtigen Teil der ergotherapeutischen Arbeit dar. Sie beginnt schon bald nach Behandlungsbeginn. Die Angehörigen werden über den ist-Zustand des Patienten und seine Beeinträchtigungen informiert und zum adäquaten Umgang und zu Hilfestellungen angeleitet. D.h. die Angehörigen können den Patienten, sofern dieser einverstanden ist, in die Therapie begleiten, zuschauen und somit erfahren, was geübt wird und lernen, dem Patienten bei Verrichtungen des täglichen Lebens (wie Aufstehen, Lagewechsel, Körperpflege, An- und Auskleiden, Toilettengang, Fortbewegung) zu helfen.

➤ **Hausbesuch:**

Um den Übergang des Patienten in seine häusliche Umgebung zu planen, kann es in seltenen Fällen eine Option sein einen Hausbesuch zu organisieren. Ein Therapeut, gegebenenfalls ergänzt durch einen Mitarbeiter des Sozialdienstes fahren mit dem Patienten in dessen Zuhause um dort gegebenenfalls Maßnahmen der Wohnraumanpassung einzuleiten.

➤ **Hilfsmittelversorgung:**

Es gehört zu den Aufgaben der Ergotherapie, mit dem Patienten während des Klinikaufenthaltes die notwendigen Hilfsmittel auszuprobieren und die Versorgung für den häuslichen Bereich in die Wege zu leiten.

➤ **Aktivierungstherapie:**

Ein weiterer Bereich der Ergotherapie ist Aktivierungstherapie. Diese Therapie findet meistens als Gruppentherapie statt. Ziel ist hier, beim Patienten die noch vorhandenen Fähigkeiten zu nutzen, zu fördern und auszubauen. Es geht hier um eine allgemeine Aktivierung; angesprochen werden dabei sowohl motorische als auch kognitive Funktionen. Inhalte dieser Therapie im Rahmen einer geriatrischen Behandlung können sein:

- Gymnastik mit und ohne Geräte
- Spielrunden
- Kognitive Aktivierung
- kreative Tätigkeiten

Die Erfahrung zeigt, dass die Aktivierungstherapie neben den spezifischen, auf die speziellen Symptome abgestimmten Einzeltherapien für alle Patienten eine sinnvolle, ergänzende Therapie ist, unabhängig von den zugrundeliegenden Krankheitsbildern. Neben den Aktivitäten, die durchgeführt werden, kommen hier auch eine Reihe von sozial-kommunikativen Aspekten zum Tragen.

3.5 Physiotherapie / Physikalische Therapie

3.5.1 Physiotherapie

Die Physiotherapie nutzt, als Bestandteil einer ärztlichen Verordnung, in ihrem Hauptschwerpunkt Bewegungen - vornehmlich die des Patienten - zu Heilzwecken. Zur Entwicklung, zum Erhalt und zur Wiederherstellung aller Funktionen im somatischen und psychischen Bereich werden prophylaktische, therapeutische und rehabilitative Ziele als Hilfen definiert. Die Physiotherapie umfasst auch die Schulung von Ersatzbewegungen (sogenannten Trickbewegungen) bei nicht mehr rückbildungsfähigen Störungen. Die angewandten Verfahren sind spezielle Techniken, die sich aus dosierten und zielgerichteten Bewegungsformen aus Sport und Gymnastik sowie Bewegungsabläufen aus den Alltagssituationen zusammensetzen. Weiterhin werden Lern-, Übungs- und Trainingsprinzipien aus dem Sport und der Sportmedizin übernommen.

Neben der eigentlichen Therapie gehört auch die Anleitung der Angehörigen im Umgang (Handling) mit dem Patienten und die Hilfsmittelversorgung (Gehhilfen, Schienen, Transferhilfen usw.) zu den Aufgaben des Physiotherapeuten. In seltenen Fällen kann auch ein erforderlicher Hausbesuch, der zusammen mit der Ergotherapie und dem Sozialdienst geplant und durchgeführt wird, die häusliche Versorgung sichern bzw. zu deren Erleichterung beitragen.

Unterstützend und ergänzend werden neben diesen Methoden auch alle anderen Techniken der physikalischen Therapie wie Elektrotherapie, Hydrotherapie, Massage, Lymphdrainage, Wärme-/Kälteanwendungen kombiniert.

Die physiotherapeutische Behandlungssituation - ob in Einzel- oder in Gruppenbehandlungen - ist durch die starke persönliche Begegnung von Patient und Behandler gekennzeichnet.

Aus dieser Definition des Begriffs "PHYSIOTHERAPIE" heraus soll im Folgenden auf die prinzipiellen Möglichkeiten der Behandlung im Bereich der Geriatrie eingegangen werden.

Innerhalb der Geriatrie muss beachtet werden, dass die Patienten i.d.R. an multiplen Krankheiten leiden und der Heilungsverlauf im Vergleich zum jungen Menschen deutlich länger andauert. Zudem ist auch der Lernprozess des alten Menschen im Vergleich zum jüngeren verlangsamt.

Die Voraussetzung für jede Behandlung ist der physiotherapeutische Befund. Aus ihm heraus werden Maßnahmen abgeleitet, die dem Patienten zu einem leichteren, selbständigeren und schmerzärmeren Leben oder zur Erhaltung bestehender Fähigkeiten verhelfen sollen. Die in die Behandlung einfließenden Techniken bzw. Behandlungsmethoden hängen auch vom jeweiligen Arbeitsschwerpunkt des Physiotherapeuten ab.

Anhand des im St. Nikolaus-Hospital verwendeten Verordnungs- und Befundbogens hier in Kurzform einige Informationen zu den einzelnen Kriterien der Verordnung und den zugrundeliegenden Behandlungstechniken:

➤ **Diagnose und Zielsetzung:**

Die physiotherapeutische Diagnose umfasst einerseits die Auflistung aller Funktionsstörungen, an denen der Patient leidet, andererseits aber auch die Beschreibung der erhaltenen Funktionen, die zur Rehabilitation und Verbesserung der Lebensqualität i.w.S. genutzt werden können. Die Zieldefinition erfolgt in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen, ist möglichst präzise formuliert, alltagsrelevant und teilhabeorientiert gemäß den zugrundeliegenden Kriterien der ICF.

➤ **Besonderes:**

In der Spalte „Besonderes“ können Informationen über häusliche Situation, Versorgung und sonstige Besonderheiten angegeben werden, die bei der Befundaufnahme durch den Arzt bzw. durch die Anmeldung bekannt werden. Die darunter angegebenen Verordnungen sind, wie oben bereits aufgeführt, recht allgemein gehalten, um den physiotherapeutischen Befund und den sich daraus ergebenden Behandlungsplan nicht einzuschränken. Einschränkungen sind nur dort sinnvoll, wo sie z.B. operationsbedingt entstehen können (Versorgung nicht belastungsstabil usw.).

Im Einzelnen werden innerhalb der aufgeführten Verordnungen folgende Techniken und Behandlungsmethoden angewandt:

➤ **Hemiplegiebehandlung:**

Sie wird auf der Basis des von Berta und Karel Bobath entwickelten und auch nach ihnen benannten Bobath-Konzeptes durchgeführt. Bei dieser Methode handelt es sich um eine spezifische Behandlung in der Physiotherapie, die das Problem der zerebralen Bewegungsstörungen vom neurophysiologischen Standpunkt aus angeht.

Folgende Störungen sind dabei zu berücksichtigen:

- abnormale Haltungs- und Bewegungsmuster,
- abnormaler Muskeltonus,
- abnormale Koordination der Muskeltätigkeit.

Auch hier ist zu Beginn eine genaue Befunderhebung erforderlich, in der geklärt wird, welche Störungen den physiologischen Bewegungsablauf verhindern. Das Behandlungsziel, das sich daraus ergibt, muss realistisch sein! Da sich die Behandlung an die jeweiligen Erfordernisse und individuellen Schwierigkeiten des Patienten anpasst, gibt es keine vorgegebenen Übungsfolgen bzw. Handlungsabläufe.

In der Behandlung wird versucht, pathologische Haltungs- und Bewegungsmuster zu hemmen, um einen möglichst normalen Muskeltonus zu erreichen. Gleichzeitig werden normale Bewegungsreaktionen angebahnt.

Diese Methode findet Anwendung bei allen Störungen im Zentralnervensystem, die zu Veränderungen im Muskeltonus führen.

Die Behandlung muss immer als Ganzbehandlung gesehen werden, da alle Bezugspersonen und professionellen Helfer, die mit dem Patienten in Kontakt treten, nach den Grundsätzen dieses Konzeptes verfahren sollten. Deshalb ist die Anleitung der Angehörigen im "Handling" des Patienten ein wesentlicher Bestandteil der Therapie.

Außerordentlich wichtig ist die möglichst frühzeitige Behandlung des Patienten, da nur so pathologische Bewegungsmuster und die sich daraus ergebenden Deformitäten vermindert bzw. vermieden werden können.

➤ **Mobilisation und Kräftigung:**

In diesem Bereich können alle den Therapeuten bekannten Techniken zur Behandlung des Patienten angewandt werden. In unserer Abteilung werden folgende Techniken hauptsächlich von den Therapeuten angewandt:

➤ **PNF:**

Die "**Propriozeptive Neuromuskuläre Faszilitation**", beruhend auf den neurophysiologischen Forschungsergebnissen von Sherrington u.a., wurde 1946 in den USA von Dr. Herrman Kabat und der Physiotherapeutin Margaret Knott entwickelt.

Ziel ist es, durch Stimulation der Propriozeptoren (z.B. der Muskel- und Sehnenspindeln) und Hinzunahme exterozeptiver Reize (verbal oder durch Widerstand) die Leistung des neuromuskulären Systems zu steigern und damit eine Verbesserung des funktionellen Bewegungsablaufes zu erreichen. Über spezielle Bewegungsmuster, denen natürliche Bewegungsabläufe zugrunde liegen, welche als "pattern" bezeichnet werden, kommen spezifische Techniken zur Anwendung, welche die Verbesserung von Kraft, Ausdauer, Entspannung und Koordination zum Ziel haben.

Die Ziele der Anwendung von PNF sind:

- Verbesserung der sensomotorischen Leistung,
- Normalisierung des Muskeltonus,
- Abbau pathologischer Bewegungsmuster,
- allgemeine Muskelkräftigung.

➤ **Manuelle Therapie:**

Die manuelle Therapie befasst sich mit der Diagnostik und der Behandlung von Funktionsstörungen der Extremitäten und Wirbelgelenke. Man versteht darunter die vom Therapeuten ausgeführten Techniken des translatorischen Gleitens und der Distraction, die bei Gelenkfunktionsstörungen zu deren Verminderung sowie zur Schmerzlinderung angewandt werden.

Die Indikationsstellung ergibt sich aus einem spezifischen, von der manuellen Therapie entwickelten Untersuchungsverfahren. Die speziellen Techniken (Handgriffe) sind zur Untersuchung, aber auch zum Teil zur Behandlung geeignet.

Die Behandlung wird eingeteilt in:

- spezielle Techniken zur Schmerzlinderung - Traktion und dreidimensionale Traktion,
- spezielle Mobilisationstechniken zur Beeinflussung von nichtkontraktilen inneren Gelenkstrukturen,
- Mobilisations- und Stabilisationstechniken zur Behandlung kontrakturer Gewebsstrukturen,
- aktive Trainingsmethoden sowie aktive und passive Methoden der Automobilisation und Autostabilisation,
- Schulung richtiger Verhaltensweisen im Alltag (ADL = activities of daily living).

Der Einsatz der manuellen Therapie im Rahmen der Physiotherapie ist überall dort möglich, wo nach Feststellung einer ursächlichen Blockierung des Gelenkspieles eine Wiederherstellung bzw. der Erhalt einer Gelenkbeweglichkeit angestrebt wird.

➤ **Stemmführung nach Brunkow:**

Über Stemmreaktionen der Hände und Füße kommt es bei dieser Technik automatisch zu einer Kokontraktion von antagonistischen Muskelgruppen, die willkürlich Richtung Wirbelsäule weitergeleitet und bewusst verstärkt werden können.

Die Stemmführungen sind aus allen Ausgangsstellungen möglich, die Wahl richtet sich dabei nach dem Zustand des Patienten. Manuelle Hilfen wie Hautwischen, weiches großflächiges Streichen, Druck-Stauch-

Impulse und manuelle Hilfen zur Einstellung der Füße und Hände sind in vielen Fällen angezeigt. Die Ausgangsstellung wird hierdurch gesichert und die Aufmerksamkeit des Patienten zum therapeutischen Geschehen wird geweckt.

Die maximale Arbeit der Muskulatur und die starke Beanspruchung der Konzentration setzen hierbei (und gerade in der Geriatrie) enge Grenzen in Übungsanzahl und Dauer.

Anwendungsbeispiele sind Hyperkinesen, Rückenbeschwerden, Bandscheibenleiden und Haltungsschäden.

Als Zusatz, zur Verstärkung oder auch zur Erleichterung dieser zuvor genannten Behandlungstechniken wird der Schlingentisch als Therapiehilfsmittel eingesetzt.

Außerdem werden noch Therapien aus dem Bereich der Trainingslehre, so z.B. zur Ausdauerverbesserung (z.B. Ergometertraining,...) und auch Therapieformen zur Verbesserung von peripheren Durchblutungszuständen (Ratschow'sche Umlagerungen,...) und Schwindelzuständen (Schwindeltraining,...) angewandt.

➤ **Gangschule bei maximaler Belastung:**

Hierbei handelt es sich nicht nur um eine Gangschule im eigentlichen Sinn des Wortes. Vielmehr werden hierunter alle Methoden verstanden, die zur Verbesserung und zur Ökonomisierung des aktuellen oder zum Erreichen des erwünschten physiologischen Gangbildes notwendig sind. Auch Übungen im Umgang und Gebrauch von Prothesen (An-, Ausziehen, Stumpfwickel, Stumpfabhärtung) und Hilfsmitteln (z.B. Handstock, Gehbock = "Walker", Rollator) fallen unter diesen Verordnungspunkt. Zusätzlich wird hier auch anfangs das Gehen im Gehbarren, am Laufband und später das Treppengehen (mit und ohne Hilfsmittel) geübt.

Die Angabe einer maximalen Belastung dient hier zur Vermeidung von Ermüdungsbrüchen des verwendeten Osteosynthesematerials bis zum Abschluss des Knochendurchbaues. Sie wird von ärztlicher Seite her angegeben und auch innerhalb des Behandlungsverlaufes, evtl. nach Röntgenkontrolle, angepasst.

➤ **Herz- Kreislauftraining:**

Die Steigerung von Ausdauer und Belastbarkeit ist Schwerpunkt dieser Trainingsform. Es wird auf eine Leistungssteigerung des Herzens, des Lungensystems und eine verbesserte Fließeigenschaft des Blutes abgezielt. Ziel ist zudem die Verbesserung der allgemeinen und auch speziellen körperlichen Verfassung, der Leistungszunahme sowie der Bewegungs- und Lebensfreude.

Die Therapie beinhaltet:

- das Training am Sitzrad - Bein- und Armtrainer - über dessen Widerstand die Arbeit (Training) und die Zunahme der Belastungsdauer der körperlichen Leistung beurteilt werden können,
- das Training auf dem Laufband, das ebenfalls die Ausdauer und die Kraft der Becken-Bein-Muskulatur sowie die Rumpf-Muskulatur trainiert;
- die Bewegungstherapie in der Einzelbehandlung: Gymnastische Übungen im Sitz / Stand mit oder ohne Gerät;
- Techniken aus der Krankengymnastik am Gerät (KGG) - zur gezielten Verbesserung der Kraftsituation einzelner Muskelgruppen

➤ **Atemtherapie:**

Mit der Atemtherapie kann die Behandlung der meisten Atemwegserkrankungen ergänzt und optimiert werden. Grundsätzlich unterscheidet man kurzfristige, im Rahmen akut aufgetretener Probleme zum Einsatz gelangende Maßnahmen und langfristige Maßnahmen zur Ergänzung und Unterstützung der Dauerbehandlung einer chronischen Atemwegserkrankung.

Kurzfristige physiotherapeutische Maßnahmen werden bei akut auftretenden Problemen eingesetzt. Hier ist die Lösung von Bronchialsekret im Rahmen einer akuten Verschlechterung einer vorbestehenden Atemwegserkrankung erforderlich, was durch Schulung der Atemtechniken und Erfahrung der Atemlenkung, Klopfmassagen, Vibrationsmassagen und dem gezielten Einsatz von Lagerungstechniken erfolgt. Langfristige physiotherapeutische Behandlungsmaßnahmen sind z.B. bei Asthma und der COPD Bestandteil der Behandlung, die das Erlernen und die Automatisierung atemerleichternder Stellungen und passender Atemtechniken zur Muskulaturlockerung und der Erleichterung der Atemarbeit beim Auftreten von Atemnot als Ziel hat, weshalb die Vermittlung dieser Techniken im Rahmen der Therapie erfolgt. Langfristige physiotherapeutische Behandlungsmaßnahmen haben die Schaffung gezielter Eigeninitiative zum Ziel, mit der die Betroffenen selbst einen Beitrag zum langfristigen Gelingen einer optimalen Behandlung beitragen können.

➤ **Gruppengymnastik:**

Innerhalb einer Gruppentherapie werden entweder Patienten mit gleichen oder ähnlichen Erkrankungen oder Gruppen für bestimmte Bewegungsformen, z.B. Spiele/Übungen mit und ohne Gerät, für Ausdauerbelastung wie Gehen bzw. Ergometertraining behandelt. Hierbei sind, gerade im geriatrischen Setting, Gruppengrößen von 3 - 8 Teilnehmern sinnvoll.

➤ **Bindegewebsmassage und Elektrotherapie:**

Hierunter sind passive Therapieformen zu verstehen, die, wie zu Anfang beschrieben, ergänzend und unterstützend angewandt werden (vgl. hierzu die Ausführungen im Kapitel Physikalische Therapie).

3.5.2 Physikalische Therapie

Das Tätigkeitsfeld des Masseurs und Medizinischen Bademeisters beschränkt sich im Wesentlichen auf die Durchführung passiver Behandlungsmaßnahmen. Sie dienen der Unterstützung aktiver Therapien und haben zum Ziel, die krankheitsbedingten Leiden des Patienten zu lindern und eine Stabilisierung seines psychischen und physischen Zustandes herbeizuführen.

An passiven Behandlungsmaßnahmen kommen in Betracht:

- Massage (klassische und Bindegewebsmassage, Lymphdrainage),
- Hydrojet: Unterwassermassage auf dem Wasserbett
- Hydro-Balneotherapie (Fango, Stangerbad, Wickel),
- Kryotherapie (auch Eistherapie),
- Elektrotherapie (bewährt haben sich Galvanisation und Diodynamik); deren Vorteile liegen in:
 - der kurzen Behandlungsdauer,
 - der schnell eintretenden analgetischen, hyperämisierenden und stimulierenden Wirkung,
 - der guten Verträglichkeit.

3.6 Logopädie (Sprachtherapie)

In der geriatrischen Rehabilitation werden im logopädischen Bereich vorwiegend Patienten mit neurologischen Sprach-, Sprech-, Schluck- und Stimmstörungen unterschiedlichen Schweregrades betreut. Die Schwerpunkte der nachfolgenden Beschreibungen sind auf die klinischen Bilder der Aphasien (Sprachstörungen), Dysarthrien (Sprech- und Artikulationsstörungen) und Dysphagien (Schluckstörungen) gerichtet. Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen treten oft gemeinsam auf, so dass häufig umfassendere sprachtherapeutische Interventionen erforderlich werden. Die am häufigsten in unserer Einrichtung anzutreffenden Störungsbilder sind:

3.6.1 Aphasien

Der Begriff "Aphasie" leitet sich aus dem Griechischen ab und bedeutet eigentlich "Sprachlosigkeit". Dennoch haben die meisten Patienten ihre Sprache nicht völlig verloren. Es handelt sich vielmehr um eine Sprachstörung, die in sehr unterschiedlichen Schweregraden auftreten kann. Einige Patienten zeigen nur leichte Unsicherheiten, z.B. in der Wortfindung, andere haben die Fähigkeit, sich sprachlich auszudrücken und Sprache zu verstehen, praktisch komplett eingebüßt. Wichtig zu wissen ist, dass alle sprachlichen Modalitäten, nämlich Sprechen und Verstehen, Lesen und Schreiben betroffen sein können. Von entscheidender Bedeutung ist die Tatsache, dass es sich bei einer reinen Aphasie niemals um Lähmungen einzelner Muskeln oder Muskelgruppen handelt, die für den Sprechakt benötigt werden. Im letzteren Fall handelt es sich um eine Sprechstörung, Dysarthrie oder Dysarthrophonie genannt, die weiter unten beschrieben wird. Wenn die beiden Formen in Kombination auftreten, kann dies die Diagnose erschweren.

Die häufigsten Ursachen der Aphasien sind akute zerebrale Zirkulationsstörungen, also Schlaganfälle (Apoplexe, Insulte), die meist durch Ischämien (Mangeldurchblutung), seltener durch eine Hirnblutung oder Hirnembolie ausgelöst werden. Allgemein sind hierauf ca. 80-90 % aller Aphasien zurückzuführen. Aphasien nach Hirntraumata (Verkehrsunfälle, Stürze etc.), Hirntumoren und Zuständen nach neurochirurgischen Eingriffen im Gehirn sind sehr viel seltener anzutreffen und spielen in der Geriatrischen Rehabilitation eine geringere Rolle.

3.6.1.1 Aphasie-Formen

Wie sich eine Aphasie auf die Sprachfähigkeit auswirkt, kann im Einzelfall sehr unterschiedlich sein. Jeder Betroffene hat eine ganz individuelle Form von Aphasie. Allerdings kann man die am häufigsten vorkommenden Aphasien nach bestimmten Hauptmerkmalen in Gruppen, - sog. Syndrome - aufteilen. Eine solche Syndrombestimmung ist wichtig für die sprachtherapeutischen Zielsetzungen, angemessene Übungsansätze und die sprachliche Prognose.

♦ Globale Aphasie:

Patienten mit globaler Aphasie sind die am stärksten beeinträchtigten Aphasiker. Alle Funktionen sind bei ihnen stark betroffen. Sie können sich weder ausdrücken, noch verstehen, noch schreiben oder lesen. Manchmal können sie nicht einmal "ja" oder "nein" klar unterscheiden und im Gespräch einsetzen. Es gibt globale Aphasiker, deren einzigen sprachlichen Äußerungen in immer wiederkehrenden, sinnlosen Silben oder kurzen Wörtern bestehen, z.B. "dadada" oder "tantantan". Dies wird als "recurring utterances" bezeichnet. Andere globale Aphasiker können nur noch "Automatismen" äussern. Das sind fest eingeschliffene, automatisierte Phrasen oder Floskeln, die nicht abgeändert werden können und inhaltlich nur selten etwas

mit dem zu tun haben, was der Patient eigentlich sagen will. Solche Äußerungen können sein "jajaja", "nicht wahr", "sag ich doch", "ja Lili, nein Lili" oder "guten Tag, guten Tag".

Begleitsymptome: Oft Halbseitenlähmung (bei Rechtshändern der rechten Körperseite), Apraxie, oft Dysarthrie, Gefühlsstörungen auf der gelähmten Seite, eingeschränktes Gesichtsfeld auf der betroffenen Seite.

◆ **Wernicke-Aphasie:**

Patienten mit Wernicke-Aphasie haben häufig eine erhebliche Störung des Sprachverständnisses. Trotzdem sprechen sie manchmal sehr viel und haben Mühe, ihren Redefluss zu bremsen. Obwohl ihre Sprache sehr flüssig wirkt, ist es schwierig oder unmöglich, den Sinn ihrer Rede zu verstehen. Es fällt ihnen schwer, beim Thema zu bleiben und sich präzise auszudrücken. Ihre Wortwahl ist häufig fehlerhaft und eigenartig; es treten viele sog. phonematische ("Tatze" für "Katze") und/oder semantische Paraphasien ("eine Kehre" für "Besen") auf. In ausgeprägteren Fällen kommt es zur Konstruktion neuartiger, allgemein unverständlicher Wortschöpfungen (Neologismen) oder einer eigenen, nur dem Betroffenen selbst erschließbaren Sprache (phonematischer Jargon). Auch hier kommt es zur Bildung von Floskeln, die eigentlich wenig zu bedeuten haben.

Begleitsymptome: oft Apraxien, - meist keine Halbseitenlähmung.

◆ **Broca-Aphasie:**

Für Patienten mit einer Broca-Aphasie ist es oft sehr mühsam, sich sprachlich zu äußern. Leitsymptom ist der Agrammatismus, also die mangelnde Fähigkeit, Sätze in grammatikalisch korrekter Form zu konstruieren. Häufig sprechen die Betroffenen nur noch in Ein- bis Zweiwortsätzen, die allerdings hochgradig bedeutungsrelevant sein können (sog. Telegrammstil: "Schlag gekriegt, Krankenwagen – Tatütata - Krankenhaus"). Oft suchen sie mit großer Anstrengung nach Wörtern, die manchmal auch lautlich verdreht und fehlerhaft sein können (phonematische Paraphasien; z.B. "Tasse" für "Kasse"). Das Sprachverständnis ist bei ihnen meistens besser erhalten.

Begleitsymptome: oft Halbseitenlähmung, meist Dysarthrie.

◆ **Amnestische Aphasie:**

Das hervorstechendste Merkmal dieser Aphasie ist die Störung der Wortfindung. Diese Patienten haben kaum Schwierigkeiten beim Verstehen, können oft auch flüssig sprechen, unterbrechen ihre Rede aber öfters, weil ihnen ein bestimmtes Wort nicht einfällt. Auch Gegenstände zu benennen, fällt ihnen meist schwer ("Gestern war mein Sohn hier; er hat mir ...eh.....so runde Dinger.... zum Essenaus Schokolademitgebracht").

Begleitsymptome: oft Apraxie

3.6.1.2 Logopädische Therapie

3.6.1.2.1 Syndromspezifische Behandlung der Aphasien

◆ **Globale Aphasie:**

Training des Sprachverständnisses als Grundlage therapeutischer Interventionen und Einüben alternativer Kommunikationsformen wie symbolische Gesten und deren Übertragung in den Alltag (z.B. geöffnete Hand an den Mund führen als Symbol für "Durst" oder "Hunger") oder Benutzung von Bildtafeln als nonverbale Ersatzstrategie.

◆ **Broca Aphasie:**

Behandlung des Agrammatismus z.B. über Satzlege- oder Satzvervollständigungsaufgaben. Bsp: Das Kind spielt dem Ball (auf, mit oder zu einsetzen?).

◆ **Wernicke Aphasie:**

Kontrolle und Hemmung des ungebremsten Redeflusses; Behandlung der phonematischen Paraphasien über Arbeit mit Minimalpaaren (z.B. soll der Patient entscheiden, ob auf einem Bild ein Kopf bzw. Topf abgebildet ist und dies dann korrekt benennen) oder Behandlung semantischer Paraphasien durch das Zuordnen von Unterbegriffen zu Oberbegriffen und umgekehrt.

◆ **Amnestische Aphasie:**

Behandlung der Wortfindungsstörungen durch Suche nach Synonymen (bedeutungsähnliche Begriffe) oder die Erarbeitung effektiverer Suchstrategien (z.B. multimodale Beschreibung eines Begriffs: Frucht/gelb/sauer für Zitrone).

3.6.1.2.2 Beratung und therapeutische Einbindung von Angehörigen und relevanten

Bezugspersonen:

- Umgang mit aphasischen Menschen im Allgemeinen.
- Gemeinsame Entwicklung von Strategien zur Kommunikationsverbesserung im Alltag, unter Einbezug aller zur Verfügung stehenden sprachlichen und nichtsprachlichen Techniken unter Zugrundelegung des PACE-Konzeptes.
- Bereitstellen therapeutischen Übungsmaterials für das Üben auf Station oder Zuhause gemeinsam mit Angehörigen.

3.6.1.2.3 Dokumentation und Abschlussbericht

Die Dokumentation und die Erstellung der Abschlussberichte erfolgen gemäß den entsprechenden Verfahrensanweisungen und dem Dokumentationsstandard der Geriatrie. Wichtig und unabdingbar bei der Erstellung der Abschlussbefunde ist die Bezugnahme auf die gemeinschaftlich erarbeitete Zieldefinition und die Alltagsrelevanz aller durchgeführten Maßnahmen.

3.6.2 Dysarthrien:

Dysarthrien sind Sprechstörungen in Folge von Erkrankungen oder Veränderungen der zentralen Bahnen, Kerne und Hirnareale der am Sprechvorgang beteiligten Hirnnerven. Hieraus können sich Koordinations-, Funktions-, oder Bewegungseinschränkungen der am Sprech- und Stimmgebungsvorgang beteiligten Muskeln bzw. Muskelgruppen ergeben. Typische Symptome sind z.B. langsames, monotones oder skandierendes (abgehackt/verlangsamtes) Sprechen, Schwankungen in Lautstärke und Tonhöhe und verwaschene, unpräzise Artikulation. Es sind also nicht die innere Sprache (Sprachprozessierung) und das Sprachverständnis gestört, sondern lediglich die Funktion der Sprechorgane. Auch bei den Dysarthrien werden unterschiedliche Syndromkomplexe unterschieden, die von der zugrundeliegenden neurologischen Erkrankung (z.B. Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose u.a.) abhängen. In unserem Arbeitsfeld resultieren die meisten Dysarthrien aus Schlaganfällen. Die jeweilige Symptomatik richtet sich dann nach der Insultlokalisation und lässt sich nicht immer einem bestimmten Syndrombild zuordnen. Häufig handelt es sich um Mischformen. Der Schweregrad der Dysarthrie ist abhängig von zahlreichen Teilsymptomen der Lippen-, Zungen-, Kiefer-, Gaumensegel-, Kehlkopf- und Atemmuskulatur und der Koordinationsfähigkeit der Bewegungen. Von Dysarthrophonien sprechen wir, wenn Stimm und

Atmungsfunktionen in gravierender Weise mitbetroffen sind. Ein totales Sprechvermögen wird als Anarthrie bezeichnet.

➤ **Behandlung:**

Die Diagnostik (z.B. mit der umfassenden Frenchay Dysarthrie Untersuchung) ermöglicht die Erstellung eines typischen Störungsprofils und gibt gleichzeitig Erkenntnisse über mögliche Begleitstörungen (z.B. Schluckstörungen). Überprüft werden z.B. Husten- und Schluckreflexe, Atmung, Lippen-, Zungen-, Kiefer- und Gaumensegelbeweglichkeit, Stimmgebung, Verständlichkeit der Artikulation sowie weitere beeinflussende Faktoren wie Gehör, Gebisszustand, psychische Verfassung und körperliche Belastbarkeit.

Ziel der Dysarthrietherapie ist eine bessere Verständlichkeit. Je nach Störungsprofil können die Therapieschwerpunkte in den Bereichen Haltung/Tonus/Kraft, Atmung, Stimmgebung, Resonanz, Artikulation, Sprechmelodie, Lautstärke oder auch im Erarbeiten alternativer Kommunikationsmethoden (z.B. elektronische bzw. digitale Hilfsmittel, Schrift- oder Buchstabentafeln, Zeichensysteme) liegen. Der Patient soll dabei lernen,

- seine verbleibenden Fähigkeiten optimal zu nutzen,
- absichtlich zu tun, was er vorher automatisch durchgeführt hat (z.B. bewusst die Unterlippe an die oberen Schneidezähne zu führen, um ein /f/ bilden zu können),
- sein eigenes Sprechen selbst zu kontrollieren und Veränderungen erkennen zu können,
- zusätzlich zu den Therapien selbständig oder mit Angehörigen zu üben.

3.6.3 Dysphagien

Schluckstörungen treten oft nach Schlaganfällen auf, aber auch bei anderen neurologischen Erkrankungen wie z.B. Morbus Parkinson. Hier sind sie (wie die Dysarthrien) meist Folge von Erkrankungen oder Veränderungen der zentralen Bahnen, Kerne und Hirnareale der am Schluck- und Sprechvorgang beteiligten Hirnstrukturen.

Bei schwerwiegenden Schluckstörungen besteht die Gefahr der ASPIRATION = Eindringen von Fremdkörpern (Flüssigkeit oder Speisebrocken) in die Lunge.

Besonders gefährlich ist die sogenannte SILENT ASPIRATION (Stille Aspiration). Hierbei geraten Fremdkörper oder Flüssigkeiten in die unteren Luftwege, ohne unmittelbare klinische Zeichen; z.B. wird nicht gehustet.

➤ **Behandlung:**

Wichtig ist eine möglichst schnelle Einschätzung der Schluckstörung hinsichtlich Aspirationsgefahr, Umfang der Fehlfunktionen, Optimierung der Ernährung (hier gibt es eine Nahrungsmittelauswahl in 3 Stufen für unsere Patienten mit Schluckstörungen) und weitere kompensatorische Möglichkeiten:

- Andicken der Flüssigkeiten bis zu der Steifigkeit, die relativ und gefährdet abgeschluckt werden können; Anpassung der Nahrungskonsistenz,
- Kopfnicken nach vorne vor dem Abschlucken – Vallecularräume werden erweitert – unkontrollierbare Flüssigkeit und Nahrung wird dort aufgehalten – es wird noch einmal nachgeschluckt, um Vallecularräume zu entleeren,

- Abschlucken lassen in Seitenlage über die gesunde Seite,
- Vollversorgung über Nasensonde oder PEG (Flüssigkeit, hochkalorische Flüssignahrung, Medikamente) bedeutet meist für die Patienten ENTLASTUNG, da sie nicht täglich dem Stress ausgesetzt sind, irgendwie essen und trinken zu müssen, obwohl sie das im Moment nicht mehr ungefährdet können.

Je nach Ausprägung und Art der Störungen (Lähmungen, Gefühls-, Wahrnehmungsstörungen am Körper und besonders an den Sprech- und Schluckorganen, abgeschwächte Schluckreflexe, Husten ist beeinträchtigt oder Hustenstoß wegen einer Stimmbandlähmung nicht möglich), müssen vor den eigentlichen Schluckübungen erst die entsprechenden Funktionen beübt, verbessert und stabilisiert werden.

Schluckübungen mit dem Therapeuten, der Pflegekraft oder den angeleiteten Angehörigen können nun folgen, wobei immer eine individuelle Anpassung von Nahrung und Flüssigkeit notwendig ist. Allgemein gilt: erst steif- dann langsam hin zu flüssig.

Je stabiler und sicherer der Schluckablauf, je mehr Nahrung und Flüssigkeit wieder relativ sicher über den Mund aufgenommen werden kann, desto weniger braucht über die Nasen- bzw. Magensonde verabreicht zu werden.

➤ **Nachsorge und Angehörigenberatung:**

Die Aufklärung von Patienten und Angehörigen über die vorliegenden Störungsbilder, den adäquaten Umgang mit den Betroffenen und die Anleitung zu möglichen Hilfestellungen sind in allen Fällen wichtige Bestandteile der logopädischen Arbeit. Sie orientiert sich an dem im Kapitel 2.6.2 beschriebenen Grundsätzen. Da eine Fortsetzung der Therapie nach dem Klinikaufenthalt oft notwendig ist, versuchen wir, schon während des Aufenthaltes eine Anschlussbehandlung durch eine wohnortnahe logopädische Praxis zu sichern.

3.7 Psychologischer Dienst

Der Psychologische Dienst des St. Nikolaus-Hospitals unterscheidet prinzipiell zwei Handlungsfelder: Die **Neuropsychologische Diagnostik/Therapie** auf der einen, die **Psychologische Beratung und Psychotherapie** auf der anderen Seite.

3.7.1 Neuropsychologische Diagnostik und Therapie

Im Allgemeinen bestehen Sinn und Zweck neuropsychologischer Diagnostik darin, mithilfe neuropsychologischer und psychometrischer Testverfahren die neurokognitiven Leistungsfähigkeiten (z.B. Sprachsystematik, spezifische Aufmerksamkeits- sowie Gedächtnis- und exekutive Teilleistungen, psychopathologischer Befund) eines Patienten zu erfassen.

Hierzu werden - neben standardisierten Testverfahren - vielfältige Methoden zur Informationsgewinnung wie die klinische Verhaltensbeobachtung, die Exploration, Eigen- und Fremdanamnese zum Einsatz kommen. Zudem ist ein interdisziplinärer Austausch, insbesondere auch aufgrund weiterer oder möglicher medizinischer Untersuchungen, essentiell.

Die neuropsychologische Diagnostik dient neben der Erhebung des kognitiven Status in Ergänzung zur medizinischen Befunderhebung und apparativer Verfahren selbstverständlich der Abklärung möglicher Therapieoptionen.

Indikationen:

- Erfassen des aktuellen neurokognitiven Status sowie des psychischen Zustandes des Patienten nach Hirnschädigung; z.B. bei Schlaganfällen, neurologischen Erkrankungen oder Schädel-Hirn-Traumata sowie alle weiteren neurodegenerativen Krankheitsbilder.
- Differentialdiagnostik unterschiedlicher neuropsychologischer und psychologischer Fragestellungen wie etwa im Rahmen dementieller, pseudodementieller, deliranter und amnestischer Zustandsbilder,
- Abklärung möglicher Therapieoptionen
- Entwicklung einer Grundlage für die individuelle Beratung des Patienten und/oder seiner Angehörigen,
- Interpretation der erhobenen Befunde (Diagnostik) und ggfs. der durchgeführten Therapie sowie Empfehlungen der Weiterbehandlung oder Verlaufskontrolle im Rahmen eines neuropsychologischen Berichts.

➤ Neuropsychologische Therapie:

Individuelle auf das Störungsbild und Defizitprofil des Patienten abgestimmte Therapie, überwiegend im Einzelsetting. Hierzu können u.a. computergestützte Therapieoptionen zum Einsatz kommen, die unter bestimmten Voraussetzungen auch in einer Gruppe durchgeführt werden können. Die Therapieeinheiten sollten regelmäßig stattfinden.

3.7.2 Psychotherapeutische Behandlung

Indikation:

- Patienten mit psychischen oder Verhaltensstörungen in Anlehnung an Kapitel F00-F99 des ICD-10 / ICD-11).
- Psychosomatischen Beeinträchtigungen i.w.S. (z.B. Somatisierungstendenz, Schlafstörungen, essentielle Hypertonie etc.),
- Hilfestellung bei schwieriger Krankheitsverarbeitung
- Trauerbewältigung und komplizierte Trauer
- Krisenintervention in Ausnahmeständen (Suizidalität, Delir, Psychosyndrom, Trauma, Aggression)
- Co-Therapie mit anderen Berufsgruppen bei schwierigen Situation im Stationsalltag (Angst bei der Mobilisation, Therapiemotivation, zwischenmenschlichen Konflikten).
- Vermittlung psychoedukativer Inhalte sowie Entspannungsverfahren abgestimmt auf das jeweilige Störungsbild.
- Angehörigenberatung
- Sterbebegleitung bei schwerkranken oder sterbenden Patienten,

Je nach Patient und zugrundeliegender Symptomatik handelt es sich hierbei um supportive sowie psychoedukative psychotherapeutische Interventionen mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. Angehörige oder wichtige Bezugspersonen können bei Bedarf in die psychologische Behandlung eingebunden werden.

3.7.3 Angehörigenberatung

Die Indikationen hierfür sind vielfältig. Sie leiten sich zum Teil aus vorangegangenen Einzelgesprächen ab, sind Resultat der neuropsychologischen Diagnostik oder erfolgen auf Vorschlag einzelner Mitarbeiter des behandelnden Teams. Es kann sich hierbei um originäre Beratungsgespräche handeln, z.B., wie eine pflegende Person mit einem chronisch verwirrten älteren Menschen umgehen sollte oder welche Hilfestellungen bei bestimmten zerebralen Defiziten (z.B. Sprachstörungen)) **oder aufgrund der Schwere der psychischen Erkrankung** angemessen wären; die Gespräche können aber auch auf die Bearbeitung partnerschaftlicher oder generationenübergreifender Konflikte abzielen, wobei es dann eher darum geht, festgefahrene Strukturen aufzuweichen und neue Perspektiven im Umgang miteinander zu eröffnen.

3.8 Klinischer Sozialdienst

➤ Gesetzliche Grundlagen und Ziele:

Der klinische Sozialdienst ist eine eigenständige Abteilung innerhalb des Krankenhauses und gesetzlich verankert im § 27 des Saarländischen Krankenhausgesetzes sowie für die Reha im Rahmenvertrag zum Entlassmanagement von stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz 4 in Verbindung mit 39 Abs. 1a SGB V für Rehabilitanden der gesetzlichen Krankenversicherung (Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha) vom 01.02.2019 in der Fassung der 1. Änderungsvereinbarung vom 25.09.2023.

Ziel der Tätigkeit des klinischen Sozialdienstes in der Geriatrie ist es, den durch Krankheit und Behinderung betroffenen älteren Menschen und seine Angehörigen in sozialen Fragen und Angelegenheiten zu beraten und zu unterstützen, um so eine längerfristige Perspektive für die Zeit nach der stationären Behandlung zu entwickeln. Der Sozialdienst im Krankenhaus hat eine zentrale Stellung als „Schnittstellenlotse“ um den Behandlungserfolg des Patienten im Sinne einer größtmöglichen Selbständigkeit und seine Weiterversorgung zu sichern.

➤ Arbeitsweise des Sozialdienstes:

Die Tätigkeit des Klinischen Sozialdienstes der Geriatrie im St. Nikolaus Hospital Wallerfangen ist im Wesentlichen bestimmt vom Leitbild der Einrichtung. Im Mittelpunkt der Arbeit steht der durch Krankheit und Behinderung betroffene Mensch in seinem psycho-sozialen Umfeld.

Der klinische Sozialdienst ist in das geriatrische Behandlungsteam integriert und ist personell fachübergreifend mit mehreren Diplom-Sozialarbeitern (mit staatlicher Anerkennung) und Zusatzausbildung in Klienten-zentrierter Beratung besetzt. Schon zu Beginn des stationären Aufenthaltes wird in den Aufnahmegesprächen der einzelnen Fachbereiche in enger Absprache mit dem Patienten ein individuelles Behandlungsziel formuliert. Die Situation und Problematik jedes einzelnen Patienten und seine Behandlungsziele werden innerhalb der wöchentlichen Teambesprechungen thematisiert, überprüft und mit dem Patienten gemeinsam angepasst. Der Klinische Sozialdienst wird vom unfallverantwortlichen Arzt

hinzugezogen und betreut seine Patienten anhand spezifischer sozialarbeiterischer Interventionsformen. Dies erfolgte nach vorheriger Einwilligung in das Entlassmanagement unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation, der Selbstbestimmung und Ressourcen des Patienten sowie seines Umfeldes. Die individuelle Entlassungsvorbereitung geschieht zusammen mit dem Patienten und ggf. seinen Bezugspersonen in enger Abstimmung mit dem ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Team sowie, falls erforderlich, mit nachsorgenden Einrichtungen der ambulanten oder stationären Versorgungsstrukturen. Der Patient wird sowohl in sozialrechtlichen Fragen beraten, als auch in Form von praktischen und organisatorischen Hilfen auf die Entlassung vorbereitet und bei der Bewältigung seiner durch Krankheit bedingten neuen Lebenssituation unterstützt.

➤ **Aufgaben des Sozialdienstes:**

- Behandlung von Problemen, Konflikten und Fragestellungen der Patienten mit den Arbeitsmethoden der Sozialarbeit,
- Erfassung der Komplexität der Lebenslagen sowie Unterstützung von Patienten und deren Bezugspersonen bei der Bewältigung von psychosozialen Problemen und Krisen, die im Zusammenhang mit der Erkrankung oder deren Folgen stehen; Hilfe bei Krankheitsbewältigung,
- Enge Kooperation mit den an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen im Krankenhaus, mit externen Diensten, Einrichtungen und Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens,
- Beteiligung an krankenhausinternen Angeboten (Angehörigeninformationsveranstaltung), Organisation und Durchführung von themenspezifischen Veranstaltungen für Patienten und Angehörige,
- Regelmäßige Fortbildungen der Mitarbeiter zur Aktualisierung des Fachwissens.
- Aktive Mitwirkung an den patientenbezogenen Rehabesprechungen in enger Kooperation mit dem fallverantwortlichen Arzt sowie weiteren an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen
- Auf Wunsch des Pat./Angehörigen: Erstellung eines Hilfeplans, ausgehend von einer Situationsanalyse mit Empfehlungen hinsichtlich der nachstat. Versorgung.
- Beratung von Patienten und Bezugspersonen in allen sozialen und sozialrechtlichen Fragen, und bei bestehender Indikation Unterstützung von Patienten und deren Bezugspersonen bei der Inanspruchnahme von Sozialleistungen
- Bei Bedarf nach vorheriger Einwilligung: Koordination der Hilfen zwischen Mitwirkenden im Entlassungsprozess wie beispielsweise Informationen zur Sicherung der Nachsorge durch Vermittlung von Angeboten und Hilfen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich.
- Mitwirkung bei der Einleitung von Maßnahmen nach dem Betreuungsrecht in enger Abstimmung mit dem verantwortlichen Arzt.

3.9 Diät- und Ernährungsberatung

Im geriatrischen Bereich erhalten Patienten/innen je nach Indikation bei Bedarf eine ernährungstherapeutische Unterstützung.

Je nach Diagnostik und Therapieziel erfolgt eine Anforderung an die Diätassistenz, welche therapeutisch tätig wird.

Unseren Patienten steht ein vielfältiges Ernährungsangebot zur Verfügung, welches in unserem Kostformenkatalog hinterlegt ist und über das Verpflegungsprogramm Jomosoftware angefordert werden kann.

Die darin enthaltenen Informationen werden durch die Diätassistenz und den Küchenleiter auf aktuellem Stand gehalten, richten sich nach den aktuellen Leitlinien und werden an neue Vorgaben und Gegebenheiten bei Bedarf angepasst.

3.9.1 Indikationen Ernährungstherapie

- Qualitative und/oder quantitative Mangelernährungsformen
- MNAsf <12 Punkte oder ungewollte Gewichtsabnahme während Klinikaufenthalt
- Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus, Hyperlipoproteinämie, Hyperurikämie usw.)
- Störungen des Verdauungstraktes (Chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Stomaanlagen...)
- Lebensmittelallergien und Unverträglichkeiten
- Störungen des Organsystems (Lebererkrankungen, Pankreaserkrankungen, Gastrektomien, PEG-Sonden)
- Dysphagien
- Essstörungen (Inappetenz, Nahrungsverweigerung usw.)
- Und weitere, je nach Bedarf

3.9.2 Ernährungsanamnese

Nach Anforderung erfolgt ein Erstgespräch mit dem Patienten oder den Angehörigen. Der Erstkontakt dient dem Erfassen aller ernährungsrelevanter Informationen (anthropometrische Daten, Ernährungsverhalten, Vorerkrankung, Medikation, weitere Indikationen ärztlicherseits). Nach erfolgter Ernährungsanamnese wird ein erstes Ziel gemeinsam mit dem Patienten oder den Angehörigen festgelegt.

3.9.3 Ernährungsziel

Das Ernährungsziel wird gemeinsam mit den Patienten oder den Angehörigen (teilhabeorientiert) festgelegt und stellt eine Verbindung dar zwischen den Zielen, welche aus ärztlicher Sicht festgelegt wurden, den Zielen, welche für den Patienten umsetzbar erscheinen und denen, welche aus ernährungstherapeutischer Sicht empfehlenswert erscheinen. Die Ziele werden je nach Therapieverlauf an die individuelle Situation angepasst.

3.9.4 Ernährungstherapeutische Maßnahmen

Je nach Zielvereinbarung werden erste therapeutische Maßnahmen auf Basis der aktuellen Leitlinien der Ernährungsmedizin festgelegt. Die Maßnahmen umfassen einerseits die Anpassung der Speisenauswahl an

die jeweilige individuelle Situation, die Maßnahmen können jedoch auch eine Anreicherung der Speisenauswahl bedeuten, die zusätzliche Gabe von diätetischen Produkten beinhalten (Bilanzierte Diät) oder die Energiebilanzierung für eine parenterale Zusatzversorgung oder PEG-Versorgung umfassen.

Durch die Planung eines regelmäßigen Patientenkontakts werden die Umsetzung, die Ernährungsziele und die getroffenen Maßnahmen regelmäßig geprüft und bei Bedarf angepasst.

3.9.5 Nachsorge

Während des Therapieablaufs erfolgt bei Bedarf ein ausführliches Nachsorgegespräch mit Patient und/oder Angehörigen über die weitere Ernährungsweise nach Entlassung. Hier werden bei Bedarf weitere schriftliche Informationen ausgehändigt, welche als Gedankenstütze nach Entlassung bei der weiteren Ernährungsumstellung dienen sollen. Weiterhin erfolgt bei Bedarf auch eine Besprechung von Möglichkeiten einer ambulanten Ernährungstherapie (Kostenerstattung, Bescheinigung, Organisationsablauf).

3.9.6 Dokumentation und Interdisziplinäre Kommunikation

Die Dokumentation und die Erstellung der Abschlussberichte erfolgen gemäß den entsprechenden Vorgaben und dem Dokumentationsstandard der Geriatrie.

Die Diätassistenz stellt ein Bindeglied zwischen Ärzten, Patienten, Therapeuten, Pflege und Küche dar und leitet notwendige Informationen die Ernährung betreffend an die jeweiligen Ansprechpartner weiter. Als Kommunikationswege dienen hierfür unter anderem das Verpflegungsprogramm Jomosoftware, die Dokumentation im Klinikinformationssystem NEXUS und der direkte Kontakt zu den entsprechenden Berufsgruppen.

4. Fort- und Weiterbildung nach innen und außen

4.1 Innerbetriebliche Fortbildungen

Zur Sicherung und Entwicklung der Arbeitsqualität der medizinischen Mitarbeitenden der Fachklinik Geriatrie des Sankt-Nikolaus-Hospital wird die Fort- und Weiterbildung zielorientiert (Klinikziele) und auch vor dem Hintergrund der jeweiligen personalen und sozialen Ressourcen des Mitarbeitenden organisiert und umgesetzt.

Hierzu ist ein Fort- und Bildungsausschuss in der Fachklinik implementiert, der die Bedarfe aus den einzelnen Tätigkeitsbereichen (ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Bereich) jährlich erfasst und daraus gezielte, individuelle Fort- und Bildungsmaßnahmen bereichsspezifisch und bereichsübergreifend ableitet. Die bereichsspezifischen und bereichsübergreifenden Fort- und Bildungsmaßnahmen werden dabei transparent kommuniziert (Nexus Curator) und stetig evaluiert.

In Personalentwicklungsgesprächen werden zudem auf Basis bereits bestehender Qualifikationen sowie der personalen und sozialen Ressourcen des Mitarbeitenden in Abgleich mit den Bedarfen und Zielen der Fachklinik individuelle Fort- und Bildungsmaßnahmen für das Folgejahr vereinbart.

Näheres regelt die Verfahrensweisung „Fort- und Weiterbildung“ in der jeweils geltenden Fassung.

4.2 Kooperation mit Krankenpflegeschulen

Vor dem Hintergrund der Neuorganisation der Ausbildung in der Krankenpflege im Saarland im Jahre 2003 hat sich unsere Einrichtung entschlossen, einen Beitrag zur Ausbildung zu leisten und bietet im Bereich Krankenpflege 15 Ausbildungsplätze für die generalistische Ausbildung und für die Pflegeassistenten an.

Da unsere Einrichtung nur die beiden Fachdisziplinen Geriatrie und Psychiatrie vorhalten kann, haben wir die Ausbildung im Rahmen von Kooperationsverträgen mit anderen Krankenpflegeschulen der Region organisiert. Dies mündete 2007 in die Etablierung der Verbundschule für Gesundheits- und Pflegeberufe der Marienhaus GmbH im Saarland. Gemeinsamer Schulstandort ist Lebach. Weitere Kooperationen finden ebenfalls mit anderen Ausbildungsträgern wie Knappschaft, DRK und CTS statt, um deren externen Facheinsätze in Geriatrie und Psychiatrie mit sicherzustellen.

Unsere Einrichtung hat sich in die erprobten Strukturen der Kooperationspartner integriert und einen Beitrag zur Weiterentwicklung der pflegerischen Ausbildung im Hinblick auf unsere Kernkompetenzen Geriatrie und Psychiatrie beigesteuert.

In diesem Zusammenhang haben wir ein „Praktisches Curriculum Geriatrie und Psychiatrie“ als Teil eines Gesamtkonzeptes vorgelegt.

Seit 2009 gewähren wir ersatzweise für den Pädiatrischen Einsatz, ausschließlich für SNH Auszubildende des Sankt Nikolaus-Hospitals, einen vierwöchigen Einsatz im Kinderheim unserer Stiftung.

In der Aufgabenverteilung leistet die Verbundschule den gesamten theoretischen Teil der Ausbildung. Der praktische Teil in Disziplinen, die unsere Einrichtung nicht anbieten kann, wird durch die anderen Kooperationspartner im Verbund abgedeckt.

Im Gegenzug gewährleistet unsere Einrichtung für einen Teil der Auszubildenden des Verbundes (ca. 100 Azubi im Jahr mit einem Einsatz von 4 - 6 Wochen), die praktische Ausbildung in den Fachdisziplinen Geriatrie und Psychiatrie.

Ein strukturiertes Gesamtkonzept mit Darlegung der Strukturen, Regelung der Verantwortlichkeiten und die Umsetzung des praktischen Curriculums mit Praxisanleitung und Ausbildungsinhalten wurde im Jahre 2006 vorgelegt und wird regelhaft evaluiert.