



Einrichtungskonzept Brabenderklinik

Erstellt am: 30.1.2012

Geändert am:

Freigegeben am: 3.4.2012

Erstellt von: Mü/Herr/Lü

Geändert von:

Freigegeben von: KTO-LG

Geriatrisches
Zentrum Zülpich GmbH



Inhalt

1.	Vorbemerkung	3
2.	Geriatrische Rehabilitation	4
2.1.	Zielsetzung der geriatrischen Rehabilitation in der Brabenderklinik	4
2.2.	Indikationen zur Aufnahme:	5
2.3.	Aufnahmekriterien	5
2.4.	Organisation/Strukturqualität	5
2.4.1.	Personalstruktur	5
2.4.2.	Räumliche Strukturen	6
2.4.3.	Das Leistungsspektrum	7
2.4.4.	Dauer der Behandlung	8
2.5.	Kernprozess in Anlehnung an OPS 8-550	9
2.6.	Das geriatrische Team	10
2.6.1.	Ärztlicher Dienst	10
2.6.2.	Pflegeteam	10
2.6.3.	Physiotherapie „pro medik concept“	10
2.6.4.	Praxis für Ergotherapie „pro Gesundheit“	11
2.6.5.	Logopädiepraxis Schimkus	11
2.6.6.	Sozialdienst	11
2.6.7.	Ernährungsberatung	11
2.7.	Einbeziehung und Beteiligung der Angehörigen	12
2.8.	Besondere Angebote	12
2.9.	Kommunikationsstrukturen	12
2.10.	Therapieabschluss und Ergebnis	12
2.11.	Kooperationen und Notfallmanagement	13
2.12.	Nachsorge/Vernetzung	13
2.13.	Qualitätssicherung	13
3.	Schlussbetrachtung	14

1. Vorbemerkung

Die Unternehmensgruppe Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH – zu der auch das Geriatriische Zentrum Zülpich mit der Brabenderklinik gehört – arbeitet kontinuierlich an der Verbesserung der Leistungsangebote für die Patientinnen und Patienten der Region und Umgebung. Unserem Leitspruch „Partner für Generationen & die Region“ entsprechend, bauen wir diese Angebote für alle Altersklassen aus, um den Menschen im Kreis Euskirchen und darüber hinaus beste Gesundheitsversorgung anzubieten. In den letzten Jahren rückten dabei die Senioren mehr und mehr in den Fokus. So weist der Unternehmensverbund in diesem Bereich zwischenzeitlich ein umfassendes Versorgungsangebot (ambulant, teil-/ stationär) auf.

Basierend auf einem detaillierten medizinischen Konzept zur geriatrischen Versorgung alter und sehr alter multimorbider Patienten im Kreis Euskirchen sind frührehabilitative, akutgeriatrische Strukturen in Einheit mit einer geriatrischen Tagesklinik (§ 39 SGB V) im Kreiskrankenhaus Mechernich aufgebaut und mit einer weiterführenden stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtung (§ 40 SGB V) im Geriatriischen Zentrum Zülpich (Brabenderklinik) inhaltlich, strukturell personell und organisatorisch eng verknüpft worden.

So können zum Beispiel Schlaganfallpatienten oder Patienten nach Schenkelhalsfrakturen sowohl akutmedizinisch und frührehabilitativ, als auch im weiteren Verlauf rehabilitativ innerhalb des Unternehmensverbunds versorgt werden. Darüber hinaus stehen alle diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen des Kreiskrankenhauses in Mechernich der Brabenderklinik bei Bedarf zur Verfügung. Bei medizinisch notwendigen Verlegung von Patienten ins Kreiskrankenhaus wird die Rehabilitation unter frührehabilitativen Aspekten (OPS 8-550) in vielen Fällen fortgesetzt.

Der Unternehmensverbund Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH hat seine ambulanten und stationären Versorgungsangebote für alte Menschen kontinuierlich erweitert. Diese ergänzen und verbessern inhaltlich und strukturell das umfassende Rehabilitationskonzept in der Brabenderklinik.

Auch die Wohnberatung des Kreises Euskirchen ist am Krankenhaus Mechernich eingerichtet und unterstützt regelmäßig die Wiedereingliederung der betagten Patienten in ihre häuslichen Umgebung.

Durch die Kooperationen mit niedergelassenen Praxen für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie sowohl im Krankenhaus als auch in der Brabenderklinik, ist für einen Großteil der Patienten eine therapeutische Kontinuität zwischen stationärer und ambulanter Betreuung möglich, so dass auch erst längerfristig erfolgreiche Therapiekonzepte, die in der stationären Rehabilitation erarbeitet und eingeleitet wurden, fortgesetzt und ambulant abgeschlossen werden können.

Die Brabenderklinik ist ein wichtiger Baustein dieses Versorgungskonzeptes um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder eine Verschlechterung zu verhindern und im Idealfall Selbstständigkeit und Lebensqualität zu erhalten. Die Rehabilitationsklinik in Zülpich kann daher nicht nur isoliert betrachtet werden, sondern muss mit ihrem Konzept und in dem beschriebenen strukturellen Gesamtzusammenhang gesehen werden.

So sind z. B. viele Standards konzernweit etabliert und essentieller Bestandteil des durchgehenden Versorgungskonzeptes, das u. a. durch eine einrichtungsübergreifende personelle Verantwortung des Leitungspersonals gewährleistet wird.

Das Versorgungskonzept berücksichtigt die demographische Entwicklung im Kreis Euskirchen, wonach in den nächsten Jahren und Jahrzehnten ein weiterer Bedarf an geriatrischen Versorgungsangeboten entstehen wird.

Neben den gesetzlichen Vorgaben hat sich die geriatrische Rehabilitation an den Empfehlungen zur Struktur-, Einrichtungs- und Prozessqualität der

- Deutschen Gesellschaft für Geriatrie
- Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen
- AGAST – Arbeitsgruppe Geriatriisches Assessment
- BAR: Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation; Schriftenreihe der Bundesarbeits-gemeinschaft für Rehabilitation; Heft 6

- Rahmenempfehlungen zur (ambulanten) geriatrischen Rehabilitation vom 01.01.04. der Spitzenverbände der Krankenkassen und dem medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
- Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“, 2005, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen und Spitzenverbände der Krankenkassen
- ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) orientiert.

Im Jahr 2012 ist die Etablierung der QS-Reha für geriatrische Rehabilitationseinrichtungen geplant.

2. Geriatrische Rehabilitation

2.1. Zielsetzung der geriatrischen Rehabilitation in der Brabenderklinik

Ältere Menschen verlieren häufig auf Grund ihrer körperlichen und physiologischen Gebrechlichkeit (Frailty) sowie einem im Alter zunehmenden Muskelverlust (Sarkopenie) bereits nach wenigen Tagen krankheitsbedingter Bettlägerigkeit ihre Selbstständigkeit bei der Bewältigung des Alltags. Es besteht die Gefahr (der Verschlimmerung) der Pflegebedürftigkeit.

Um dieser Gefahr vorzubeugen, aber auch die gesellschaftlichen Teilhabe wiederherstellen zu können, bedarf es neben der medizinischen Versorgung und einer aktivierenden Pflege in weitaus stärkerem Umfang als bei jüngeren Patienten rehabilitativer Leistungen wie z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie sowie umfassender Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen (Sozialdienst).

Schwerpunkt der Behandlung ist die nach Möglichkeit weitestgehende Wiederherstellung der Selbstständigkeit des Patienten und seine Integration in seine häusliche Umgebung. Dazu gehört auch die Schulung an und die Versorgung mit entsprechenden Hilfsmitteln und/oder die Anpassung des Lebensumfeldes an die Behinderungen. Damit kommt die geriatrische Rehabilitation auch dem Anspruch der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) nach (Stichwort: "Reha vor Pflege").

Bei der Erstellung eines Rehabilitationsplans werden Therapieziele zur Förderung der Aktivität und Teilhabe im Sinne der ICF und des SGB IX in den Vordergrund gestellt. Die Verbesserung von Körperfunktionen stellt nur dann ein zentrales Therapieziel dar, wenn sie dem Zweck einer Wiedererlangung von Aktivitäten und Teilhabe im Alltag dienen.

Als Beispiel für das biopsychosoziale Krankheitsmodell des ICF kann der Schlaganfall dienen: Er ist ein Strukturschaden des Gehirns und kann über eine Hemiparese zur Verschlechterung der Aktivität „selbstständiges Gehen“ führen. In der Folge entsteht eine Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe, in dem die Wohnung nicht mehr selbstständig verlassen werden kann. Kontextfaktoren wie etwa der nicht barrierefreie Zugang zur Wohnung oder die Tatsache, dass der Patient verwitwet ist und daher alleine lebt, sind bei der Bewertung der Krankheitsfolgen zu beachten. Als Förderfaktoren können sich etwa die gute Motivation, erhaltene geistige Fähigkeiten oder ein ansonsten unbeeinträchtigter Gesundheitszustand auf den Verlauf der Rehabilitation auswirken. Laut Definition der Rehabilitation durch die BAR versteht man darunter alle Interventionen, „die darauf abzielen, eine Funktionseinschränkung nicht zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der Teilhabe eines behinderten oder chronisch kranken Menschen an seiner persönlichen, sozialen und beruflichen Umwelt werden zu lassen oder zumindest die Auswirkungen auf die genannten Lebensbereiche zu reduzieren“.

Die Brabenderklinik orientiert sich daher in der geriatrischen Rehabilitation an einem integrierten sozialmedizinischen Konzept, bestehend aus

- medizinischer Behandlung multimorbid erkrankter Körperstrukturen und -funktionen,
- physikalischer Rehabilitation zur Verbesserung der körperlichen und geistigen Aktivität
- und sozialer Betreuung und Reintegration zur Wiederherstellung der familiären und gesellschaftlichen Teilhabe.

2.2. Indikationen zur Aufnahme:

- Zustand nach Schlaganfall
- Rehabilitation bei rheumatoider Arthritis, degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, Arthrose und Polyarthrose sowie bei Osteoporose
- Zustand nach Operationen und verzögerter Rekonvaleszenz
- Zustand nach Beinamputationen
- Immobilität verschiedenster Ursache (Zustand nach Pneumonie, Thrombose)
- Zustand nach Frakturen
- Zustand nach Gelenkersatz
- Erkrankungen aus dem internistisch-neurologischen Grenzbereich (Morbus Parkinson)
- Frühphase dementieller Erkrankungen
- Zustand noch kardialer Dekompensation
- Zustand nach Myokardinfarkt nach Abschluss der invasiven Diagnostik und Feststellung eines konservativen Vorgehens
- Zustand nach Herz- und/oder Gefäßoperationen
- Folgen von Gefäßerkrankungen
- Pflegebedürftige aller Pflegestufen, mit dem Ziel der Pflegeerleichterung zu Hause, gegebenenfalls für eine Rückstufung in die nächst niedrigere Kategorie
- Spezifische geriatrische Funktionsstörungen: Schmerzzustände, Inkontinenz, Immobilität, Intellektueller Abbau, Sturzsyndrom, Ess- und Trinkstörungen
- Palliativ-medizinische Therapie: Nach Tumorerkrankung, bei chronischen Schmerzen
- Ausgedehnte Wundheilungsstörungen, postoperativ oder chronisch (pAVK, Ulcus cruris)

Patienten mit Problemkeimen (MRSA, ESBL, VRE) können ebenfalls bei freien Einzelzimmern untergebracht und unter entsprechenden hygienischen Vorkehrungen rehabilitiert werden.

Es liegt ein Versorgungsvertrag mit allen gesetzlichen Kostenträgern nach § 111 SGB V vor.

2.3. Aufnahmekriterien

Unter der besonderen Berücksichtigung der o. g. Diagnose und der Tatsache, dass der Patient eine vorbestehende Selbstständigkeit verloren hat oder zu verlieren droht, muss der behandelnde Arzt feststellen, ob der Patient

- rehabilitationsfähig und
- rehabilitationswillig

ist.

Danach kann er einen Antrag auf Kostenübernahme bei den zuständigen Kostenträgern (Krankenkassen) stellen. Bei vorhandener Rehabilitationsfähigkeit ist eine gegenwärtige, hochgradige Pflegebedürftigkeit kein Ausschluss für eine geriatrische Rehabilitation. Rehabilitationsanträge können auf der Homepage heruntergeladen, über das Sekretariat angefordert oder formlos gestellt werden.

2.4. Organisation/Strukturqualität

2.4.1. Personalstruktur

Die Abteilung steht unter der Leitung eines leitenden Arztes. Der Stelleninhaber ist gleichzeitig Chefarzt der Akutgeriatrie der Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH, FA für Innere Medizin, Teilgebiet Geriatrie, Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie, Grundkurs und Modul 1 für Palliativmedizin.

Vertreten wird er durch den Leitenden Abteilungsarzt (LAA) der Akutgeriatrie, FA für Innere Medizin, Teilgebiet Geriatrie, Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie. Er ist gleichzeitig hygienebeauftragter Arzt und stellvertretender Vorsitzender der

Arzneimittelkommission sowie Transfusionsbeauftragter der Inneren Kliniken im Kreiskrankenhaus Mechernich. In diesen Funktionen ist er auch für die Brabenderklinik tätig.

Die therapeutischen Bereiche Krankengymnastik einschließlich Physikalische Therapie, Ergotherapie einschließlich neuropsychologischer Diagnostik sowie Logopädie einschließlich Dysphagiebehandlung sind outgesourct und über Kooperationsverträge mit dem Konzern verbunden.

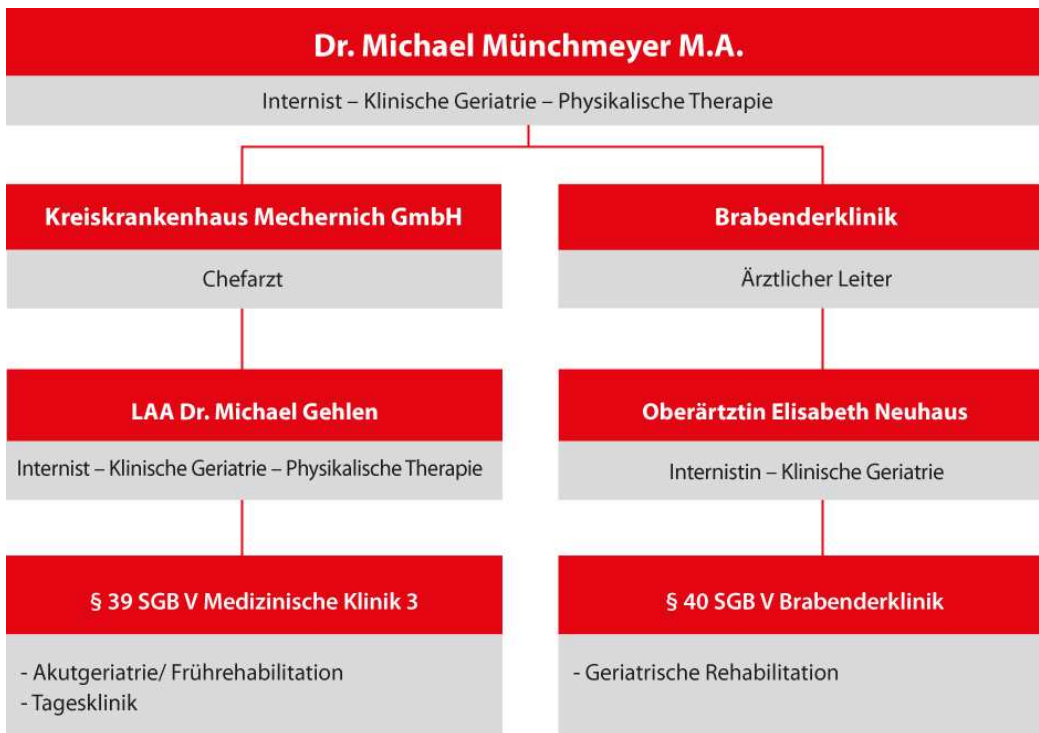


Abb: Organigramm Geriatrie im Unternehmen Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH

Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Psychiatrie in der Klinik Marienborn Zülzich (Diagnostik, Therapie und Weiterbildung), die konsiliarisch angefordert wird (z. B. psychiatrische, neurologische Diagnostik).

2.4.2. Räumliche Strukturen

Es werden 40 Betten in 1- und 2-Bett-Zimmern mit behindertengerechter sanitärer Einrichtung vorgehalten. Die Klinik besteht aus zwei Stationen und wurde im Erdgeschoss des Geriatriischen Zentrums Zülzich eingerichtet.

Alle Zimmer haben einen Fernseher und ein Telefon. Die Wertsachen können in einem Schranksafe auf dem Zimmer oder bei der Verwaltung aufbewahrt werden. Es befindet sich eine Cafeteria direkt am Eingang, in das Stadtzentrum kommt man in zwei Minuten.

Die Ausstattung der Zimmer richtet sich nach den Empfehlungen der Fachgesellschaften für die klinische geriatriische Behandlung. Dazu gehören u.a.:

- Elektrisch höhenverstellbare Betten
- Licht-, TV- und Rundfunkanschlüsse je Bett
- barrierefreie Nasszellen
- Behindertengerechtes Mobiliar
- Rufanlage für die Pflegekräfte an jedem Bett und in jedem Bad
- Bei Bedarf Sauerstoffzufuhr und Absaugung über mobile Geräte

Die Patienten der geriatrischen Rehabilitation werden von einem gemeinsamen Therapeutenpool behandelt. Die Behandlungsräume sind in die Abteilung integriert. Die Therapiebereiche sind wie folgt ausgestattet:

Physiotherapie „pro medik concept“:

- Gruppengymnastikraum
- Schlingentisch
- Einzelbehandlungsplätze: diese Räume sind zum Teil zur Durchführung neurophysiologischer Behandlungen mit einer Bobathliege ausgestattet
- Sprossenwand und Barren, Schulterstuhl, Bewegungsschiene
- ein Stehtisch, Trainingsgeräte (Kraft/Ausdauer)
- diverse Kleingeräte zur Behandlung von Patienten mit Ataxien, Koordinationsstörungen und Gleichgewichtsstörungen
- Kälte- und Wärmeanwendungen
- Elektrotherapie und Ultraschalltherapie
- Bewegungsbadbad

Praxis für Ergotherapie „pro Gesundheit“:

- Einzeltherapieraum zum Üben handwerklicher Techniken
- Übungsküche zur Durchführung eines speziellen ADL-Trainings und Haushaltsabklärung bzw. Alltagsabklärung,
- Therapieraum
- Übungsbad
- Übungsmaterialien für feinmotorisches Training
- Mitbenutzen des Gruppentherapiebereichs für kognitive und feinmotorische Schwerpunkte

Logopädie sowie Sozialdienst gehören ebenfalls zum integrativen Behandlungsspektrum mit je einem separaten Therapieraum bzw. Dienstzimmer.

An **weiteren Räumen** sind vorhanden:

- Cafeteria
- Therapiegarten mit ausreichenden Sitzgelegenheiten und Sonnenschutz
- Hochbeet auf der Terrasse für ergotherapeutische Therapie

2.4.3. Das Leistungsspektrum

a) Medizinische Diagnostik

EKG, Langzeit-EKG, Langzeit-RR, abdominelle, kardiale und angiologische Sonografie, Spirometrie, Endoskopie einschließlich PEG-Anlage, internistisches Basislabor und spezielle Laboruntersuchungen. Konventionelle Röntgenuntersuchung des Thorax und des Skelettsystems.

In Zusammenarbeit mit der Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH stehen alle weiteren diagnostischen Möglichkeiten eines modernen Krankenhauses der Regelversorgung zur Verfügung (z. B. CT, MRT, Konsiliardienste Orthopädie, Unfallchirurgie, Urologie, Gynäkologie, Kardiologie, Dermatologie, HNO).

Neurologisches und Psychiatrisches Konsil durch die Klinik Marienborn im Ort.

Mitglied des zertifizierten Kontinenzentrums im KKH Mechernich

Basisabklärung von Demenzen, Seh- und Hörstörungen, Inkontinenzen und Sturzursachen.

b) Psychometrie

Mini Mental Test nach Folstein, Syndromkurztests nach Erzigkeit, Geriatrische Depressionsskala nach Yesavage, Clock-Completion-Test, Ischiämieindex nach Hachinski, DemTect, Neuropsychologisches Screening.

c) Funktionstests

Barthel-Index (Aktivitäten des täglichen Lebens = ADL), IADL (erweiterter ADL), Motilitätstest nach Tinetti, Esslinger Transferskala, European Stroke Scale.

d) Logopädische Befundung

Aachener Aphasietest und weitere Diagnostik zur Unterscheidung von verschiedenen Sprach- und Sprechstörungen, Diagnostik von Kau- und Schluckstörungen.

e) Sozialarbeit

Beratung und Schulung von Angehörigen und Patienten, Organisation der Weiterversorgung, Pflegeversicherung, Betreuungsverfahren.

f) Wohnraumberatung

g) Therapieangebote

Aktivierende Pflege, Behandlung von Dekubitalulcera und Wundheilungsstörungen.,

Krankengymnastik: speziell Bobathverfahren bei Schlaganfall, Beckenbodengymnastik bei Inkontinenz, alle Behandlungsverfahren im Bewegungsbad, Krafttraining, Laufbandtraining etc.

Physikalische Therapie: Massage, Elektrotherapie ,manuelle Lymphdrainage, Wärme- und Kälteanwendungen, moderne Wundversorgung.

Ergotherapie: Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Frühstückstraining, Anziehtraining, Kochen und Einkaufen. Motorisch funktionelle Behandlung der oberen Extremität sowie Hilfsmittelanpassung – Training und Verordnung, Hirnleistungstraining, Haushaltstraining, Kreativgruppe etc.

Sprachtherapie: Behandlung von Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen insbesondere nach Facialis und Hypoglossusparese etc.

Diätberatung aller Art, insbesondere Diabetikerschulungen durch Arzt, Pflege und Diätassistentin.

Schulung von Marcumarpatienten zur Quick/INR-Selbstkontrolle.

2.4.4. Dauer der Behandlung

In der Regel genehmigen die Kostenträger zunächst eine Rehabilitationsbehandlung von drei Wochen, die bei Bedarf und Erfordernis nach Antrag und Genehmigung durch die Krankenkassen verlängert werden kann.

2.5. Kernprozess in Anlehnung an OPS 8-550

Der rehabilitative geriatrische Kernprozess ist orientiert am OPS-Code 8-550 („Operationen- und Prozedurenschlüssel: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“) mit folgenden Mindestmerkmalen: Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung Geriatrie).

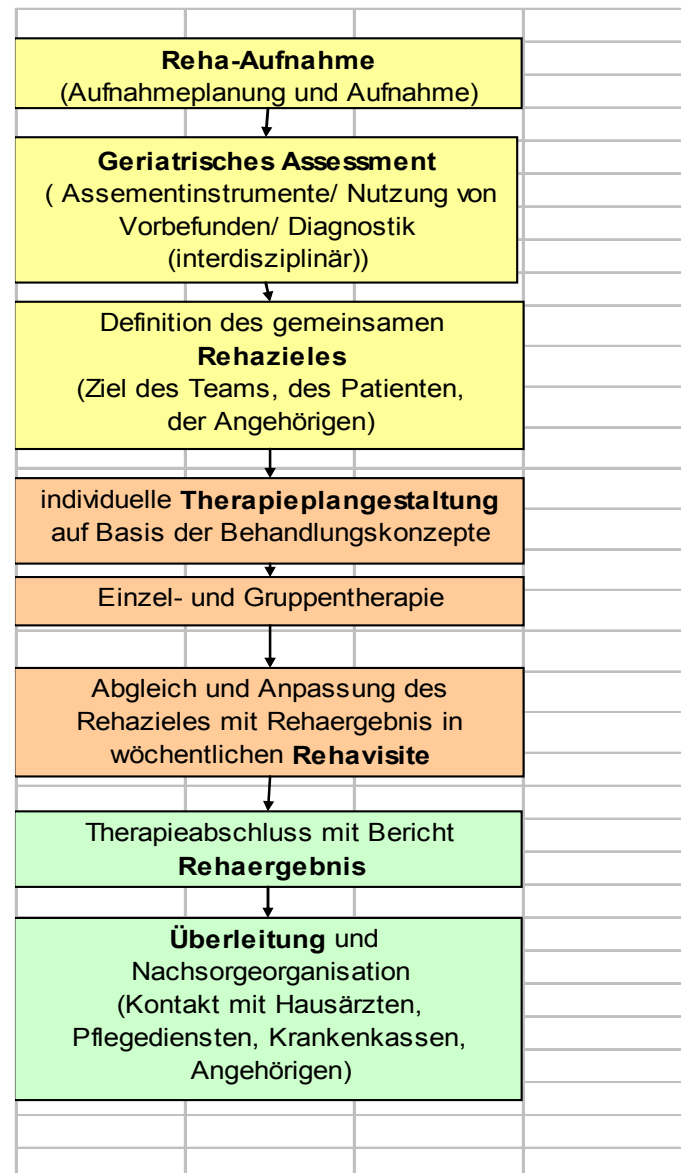
Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein. Ein standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen

(Selbständigkeit, Mobilität). Die entsprechenden Dokumentationen und Formulare des geriatrischen Assessments (Geriatriisches Screening nach Lachs, Barthel-Index, Tinetti Test, Uhrentest, Mini Mental Status nach Folstein, Geriatrische Depressionsskala etc.) finden sich in den Aufnahmedokumenten sowie in den Dokumentationen der wöchentlichen Rehabilitationskonferenz.

Des Weiteren finden Verlaufs- und Abschlussdokumentationen der einzelnen involvierten therapeutischen Bereiche statt. Es werden soziale Assessments durchgeführt (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen), die vom Sozialdienst dokumentiert werden und in der Befundmappe des Patienten abgeheftet werden. Des Weiteren werden die Hilfsmittel (Ergotherapie) eruiert und weitere notwendige Verordnungen vorgenommen.

Im Rahmen des sozialen Assessments wird mit den versorgenden Angehörigen persönlich Kontakt aufgenommen und das weitere Vorgehen abgestimmt und dokumentiert. Im Rahmen der wöchentlichen Rehasite unter Beteiligung aller Berufsgruppen wird eine wochenbezogene Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weitere Behandlungsziele durchgeführt.

Die Pflege wird aktivierend therapeutisch durchgeführt und in Form des Barthel-Index eine Veränderung im ADL-Bereich wöchentlich dokumentiert. Der Einsatz aller Therapeuten ist teamintegriert (Physiotherapie/physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie). Für alle diese Prozesse gibt es entsprechende Dokumentationsbögen, die patientenbezogen den Verlauf dokumentieren und in der Befundmappe des Patienten abgeheftet werden.



2.6. Das geriatrische Team

Alle Therapien sind Teamarbeit. Das Team besteht in der Regel aus Ärzten, Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Logopäden, Mitarbeitern der Physikalischen Abteilung sowie des Sozialdienstes. Bei Bedarf werden auch Diätberater oder Seelsorger hinzugezogen. Geleitet wird das Team immer von einem Arzt.

Das Team setzt sich aus folgenden Berufsgruppen zusammen:

2.6.1. Ärztlicher Dienst

Die Verantwortung für den gesamten Behandlungsverlauf obliegt den ärztlichen Mitarbeitern.

Sie veranlassen die Durchführung der spezifischen Assessments, bewerten die Aussagen der übrigen Professionen und verantworten den im therapeutischen Team konzipierten individuellen Therapieplan. Des Weiteren obliegen den Ärztinnen die weitere Diagnostik und Therapie der Erkrankungen bzw. von akut aufgetretenen Komplikationen.

Die ärztlichen Mitarbeiterinnen der geriatrischen Rehabilitationseinrichtung werden durch ein interdisziplinäres Team verschiedener Professionen unterstützt.

2.6.2. Pflorgeteam

Zunächst ist der Pflegedienst im multiprofessionellen Team der Geriatrie zu nennen, da durch die Mitarbeiter des Pflegedienstes die Patienten 24h rund um die Uhr versorgt und behandelt werden. Die pflegende Tätigkeit wird geprägt durch die Multimorbidität, die bei älteren Menschen häufig anzutreffen ist. So treten auch sehr oft mehrere Pflegeprobleme gleichzeitig auf. Insgesamt ist der Aspekt einer rehabilitativen Pflege von wesentlicher Bedeutung und erfordert bei der Versorgung der hochbetagten Patienten einen gesteigerten Zeitaufwand.

Insgesamt ergibt sich ein hoher Kommunikations- und Dokumentationsaufwand.

Weiterhin finden sich bei den geriatrischen Patienten gehäuft Ernährungsdefizite bzw. Trinkschwäche und diffuse Schmerzzustände, die einer umfassenden Kontrolle und Therapie bedürfen. Aus diesen Gründen erfolgen zum Beispiel regelmäßige Schmerzabfragen und Gewichtskontrollen.

Auch ist die Anleitung von Angehörigen in konkreten Pflegemaßnahmen unverzichtbare Aufgabe des Pflegedienstes. So trägt der Einbezug der Familienangehörigen des Patienten wesentlich zur Sicherung der in der geriatrischen Therapie erzielten Behandlungserfolge bei.

Durch die Fortführung bestimmter Maßnahmen im häuslichen Umfeld wie z. B. die konsequente Mobilisation, Bewegungsübungen, kontrollierte Nahrungsaufnahme und Trinkmenge kann eine nachhaltige Stabilisierung des Patienten erzielt und damit eine baldige akutstationäre Wiederaufnahme oder die Pflegebedürftigkeit verhindert werden.

2.6.3. Physiotherapie „pro medik concept“

Diese Berufsgruppe unterstützt den Heilungsprozess insbesondere im Hinblick auf Fähigkeitsstörungen im Bereich der Mobilität. Dem Patienten soll dadurch die Rückkehr in sein häusliches Umfeld ermöglicht werden. In Einzel- und Gruppentherapie werden u. a. folgende Anwendungen durchgeführt:

- Manuelle Therapie
- Bobath-Konzept
- Funktionelle Bewegungslehre
- Medizinische Trainingstherapie
- Physiotherapeutische Gruppentherapie
- Endoprothesentraining
- Hinführen zur funktionellen Eigentherapie

- Gleichgewichts- und Körperwahrnehmungstherapie
- Weiteres

2.6.4. Praxis für Ergotherapie „pro Gesundheit“

In diesem Bereich werden Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) trainiert, die Unterstützung durch geeignete Hilfsmittel erprobt und erlernt und ggf. entsprechende Hilfsmittel verordnet. Motorische Defizite der oberen Extremität werden diagnostiziert und therapiert.

Weitere Aufgabengebiete liegen in der Aufdeckung und Mitbehandlung kognitiver Defizite (Hirnleistungstraining) oder in der Therapie von Sensibilitätsstörungen. Des Weiteren erfolgt je nach Bedürfnissen der Patienten eine Alltags- bzw. Haushaltstraining. Ein ergotherapeutisches Assessment ergänzend zur neuropsychologischen Abklärung wurde eingeführt.

Spezielle Inhalte umfassen:

- ADL-Training (Selbsthilfe, Haushalt)
- Funktionelle Einzeltherapie bei Beeinträchtigung der oberen Extremität
- Gelenkschutzberatung/Luxationsprophylaxe
- Hilfsmittelberatung, Hilfsmittelversorgung und Schulung an den Hilfsmitteln
- Sensibilitäts- und Feinmotorik-Training
- Gruppentherapie zur Förderung kognitiver, kreativer und sozialer Kompetenzen.

2.6.5. Logopädiepraxis Schimkus

Indikationen für eine logopädische Behandlung im Rahmen einer geriatrischen Rehabilitation sind erworbene Sprach- und Sprechstörungen sowie die Dysphagie. Ursachen sind in der Regel erworbene Hirnschädigungen (zerebraler Insult, Trauma, Parkinson- Syndrom).

Die Indikationsstellung zur logopädischen Behandlung erfolgt durch die aufnehmende Ärztin. Diagnostisch werden bei Sprachstörungen vor allem der AAT, die Bogenhausener Semantik-Untersuchung sowie das Akalkulie-Screening eingesetzt. Therapieansätze sind je nach Störungsbild und Fähigkeit des Patienten MODAK, NAT-Materialien und das PACE-Prinzip. Zur spezifischen sprechmotorischen Diagnostik stehen die Ergebnisse der klinischen Untersuchung, der auditiven Analyse sowie der Überprüfung der Atem-, Artikulations- und Stimmfunktion zur Verfügung. Es folgen funktionsorientierte Therapieverfahren zur Verbesserung von Körperhaltung, Atemfunktion, orofacialer Beweglichkeit, Artikulation sowie kommunikativ pragmatische Ansätze. Bei Verdacht auf eine Schluckstörung wird eine standardisierte klinische Schluckuntersuchung noch am Aufnahmetag durchgeführt und die geeignete Kostform verordnet.

2.6.6. Sozialdienst

Die Mitarbeiterin des Sozialdienstes gibt Hilfe durch Beratung und Unterstützung bei der Organisation der Versorgung und Betreuung des Patienten im Anschluss an die stationäre geriatrische Rehabilitation. Hierzu gehört die Vermittlung von ambulanter oder stationärer Pflege oder weiterer ambulanter Hilfsdienste, die Ausstattung mit Notrufsystemen, die Vermittlung von Kenntnissen über Vorsorgevollmachten und bei Bedarf die Anregung oder Empfehlung einer gesetzlichen Betreuung.

2.6.7. Ernährungsberatung

Bei Bedarf steht eine Diätassistentin im Rahmen der Anbindung an das Kreiskrankenhaus Mechernich zur Verfügung. Nach Terminabsprache wird der Patient problemorientiert geschult.

2.7. Einbeziehung und Beteiligung der Angehörigen

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

2.8. Besondere Angebote

Auf Wunsch wird der Besuch eines Seelsorgers veranlasst. Gottesdienste werden angeboten. Weitere Angebote sind im „Patientenleitfaden“ der Brabenderklinik dargestellt und werden auf Wunsch vom Pflegepersonal oder der Verwaltung vermittelt. Am Wochenende gibt es Beschäftigungsangebote oder ein musikalisches Programm.

2.9. Kommunikationsstrukturen

Titel der Besprechung/ Gremium	Inhalte	Häufigkeit/ Tag/Uhrzeit	Teilnehmer
Leitungsrunde Brabenderklinik	Koordination der Berufsgruppen, Ablaufgestaltung	monatlich	Geschäftsführer, Leitender Arzt, Verwaltungskoordina- torin, Pflegedienst-, Stationsleitung
Organisationsrunde	Koordination der Berufsgruppen, Ablaufgestaltung, Anträge etc	(alle 2 Monate)	Leitender Arzt, Oberärztin, VWK, Stationsleitung, Vertreter der Therapeuten
Stationsbesprechung	Aktuelles/Information Vorstellung neuer DA/VA/SOPs	halbjährlich	Stationsleitung Pflege + Mitarbeiter
Frühbesprechung	Vorstellung neuer Patienten/ Aktuelles	08.00 Uhr täglich	Ärztlicher Dienst,, Logo, Ergo, Physio
Übergaben	Aktuelles/ Organisation	täglich	MA Pflege
Reha-Visite	Beurteilung des Reha-Verlaufes	1 x wöchentlich	Leitender Arzt, Oberarzt,, Pflege-MA, Therapeuten

2.10. Therapieabschluss und Ergebnis

Im Rahmen der wöchentlich stattfindenden Rehabilitationsbesprechung und -visite wird vor der Entlassung des Patienten interdisziplinär eine Abschlussbesprechung abgehalten, während der das Behandlungsergebnis, die abschließende Hilfsmittelversorgung und weitere Betreuung im ambulanten Sektor besprochen und dokumentiert wird. Die beteiligten Berufsgruppen verfassen Abschlussberichte. Der weiterbehandelnde Hausarzt und die zuweisende Klinikabteilung erhalten einen ausführlichen Arztbericht zur Diagnostik, Therapieverlauf sowie Vorschläge zur ambulanten Nachsorge. Die Abschlussberichte der Therapeuten dienen zum Teil der Unterrichtung der weiterbehandelnden Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden.

2.11. Kooperationen und Notfallmanagement

Bei schwerwiegenden akuten Erkrankungen kann auf die Ressourcen des Kreiskrankenhauses Mechernich zurückgegriffen werden. Durch die Nähe zum Akuthaus und der Möglichkeit einer schnellen und unkomplizierten Verlegung, auch im Sinne einer Überwachungspflichtigkeit bei akuter Erkrankung bzw. akuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes, wurde auf die Einrichtung eines Überwachungszimmers innerhalb der Abteilung für geriatrische Rehabilitation verzichtet.

Bei akut lebensbedrohlichen Ereignissen greift ein internes Notfallmanagement. Über einen zentralen Funkruf wird ein direkter Kontakt mit dem/der diensthabenden Arzt/Ärztin hergestellt.

Die Notrufpläne mit den Telefon- und Funknummern werden täglich aktualisiert und auf den Stationen und in den zentralen Behandlungsräumen verteilt. Ein Notfallwagen ist vor Ort auf der Station etabliert, die Türe des Stationszimmers ist gekennzeichnet. Eine jährliche Fortbildung für Reanimation ist für alle Mitarbeiter als Pflichtfortbildung etabliert.

Bei nicht lebensbedrohlichen Zuständen besteht die Möglichkeit von ca. 16:30 Uhr bis 8:00 des nächsten Tages, die ärztlichen Mitarbeiter der Abteilung im Rahmen des Bereitschaftsdienstes zu kontaktieren. Ebenso ist ein Hintergrunddienst eingerichtet. Der Notarzt kann zusätzlich vom Standort Kreiskrankenhaus Mechernich angefordert werden.

Kooperationen z. B. mit der Orthopädietechniker bzw. Prothesenbauer runden die Versorgung ab.

2.12. Nachsorge/Vernetzung

Durch die Kooperation mit den therapeutischen Praxen ist die Kontinuität in der ambulanten Nachbehandlung der Patienten aus dem Kreis Euskirchen und dem Rhein-Erftkreis deutlich vereinfacht.

Der Leitende Arzt der Brabenderklinik ist Sprecher des Gerontopsychiatrischen Arbeitskreises der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft des Kreises Euskirchen, Gründungsvorsitzender und Mitglied der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Euskirchen, Mitglied im Netzwerk für Sterbe- und Trauerbegleitung des Kreises Euskirchen, beratender Arzt in der Sozialen Arbeitsgemeinschaft in Züllich und Gruppenarzt der Selbsthilfegruppe im Kreis Euskirchen der Deutschen Parkinson Vereinigung.

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

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

2.13. Qualitätssicherung

Die Prozessqualität umfasst folgende Elemente:

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

Das Klinikkonzept wurde im Rahmen der Vorbereitung auf die KTQ-Zertifizierung 2012 aktualisiert und erweitert. Es wird jährlich überprüft und durch Standardtherapiepläne ergänzt und angepasst. Die Verantwortlichkeit liegt beim leitenden Arzt.

Kennzahlen zu Prozess- und Ergebnisqualität werden erhoben zu :

- Rehabilitationsprozess
- Dokumentationsprozess
- Sturzmanagement
- Dekubitusmanagement
- Wundmanagement

Derzeit befindet sich die Brabenderklinik in der Vorbereitung zur Zertifizierung nach KTQ/BAR. Der Termin wurde für Juli 2012 festgelegt.

Die Teilnahme am QS-Reha-Verfahren durch die BQS ist angemeldet.

3. Schlussbetrachtung

Die Brabenderklinik der Geriatrischen Zentrum Zülpich GmbH ist Baustein eines abgestuften, ambulanten und stationären Versorgungsangebotes des Unternehmensverbundes Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH für geriatrische Patienten im Kreis Euskirchen zur Verbesserung der Aktivität und Selbstständigkeit im täglichen Leben. Durch die Verzahnung mit Angehörigen- und Selbsthilfegruppen sowie weiteren Angeboten der Kirchengemeinden, der Wohlfahrtsverbände und der Kreisbehörde Euskirchen werden die Möglichkeiten der Teilhabe alter Menschen am gesellschaftlichen Leben deutlich erleichtert. Die Strukturqualität der Einrichtung wird durch diese Vernetzung gesteigert.

Die Brabenderklinik ist als Ausbildungsstätte für Ärzte, Pflegekräfte und Verwaltungsangestellte anerkannt. Die therapeutischen Kooperationspartner bilden ebenfalls vor Ort aus. Der Leitende Arzt hat die Weiterbildungsermächtigung für Innere Medizin (Common Trunk) zusammen mit den Chefarzten der Medizinischen Kliniken 1 und 2 der Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH sowie für das Teilgebiet Geriatrie. Im Rahmen der Rotation und der Bereitschaftsdienste nehmen auch Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Klinik 3 an der Versorgung der Patienten teil. Für die Klinik Marienborn in Zülpich mit den Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie haben der dortige Chefarzt und der Leitende Arzt der Brabenderklinik die gemeinsame Weiterbildungsermächtigung für die Geriatrie. Gemeinsamer Blockunterricht mit den klassischen Themen der Geriatrie und Teilnahme an Rehabilitationsvisiten sind Teil der Kooperation und sichern die gerontopsychiatrische Versorgung der Patienten über das Konsilwesen hinaus.