

# Behandlungskonzept der Geriatrischen Fachklinik Rheinhessen-Nahe, Abteilung geriatrische Rehabilitation einschl. der Tandemstation

MODERNE DIENSTLEISTUNGSUNTERNEHMEN  
IM GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN

Die Einrichtungen des Landeskrankenhauses (AÖR)

[rheinessen-fachklinik-alzey.de](http://rheinessen-fachklinik-alzey.de)

[rheinessen-fachklinik-mainz.de](http://rheinessen-fachklinik-mainz.de)

[rhein-mosel-fachklinik-andernach.de](http://rhein-mosel-fachklinik-andernach.de)

[klinik-nette-gut.de](http://klinik-nette-gut.de)

[gesundheitszentrum-glantal.de](http://gesundheitszentrum-glantal.de)

[sprachheilzentrum-meisenheim.de](http://sprachheilzentrum-meisenheim.de)

[geriatrische-fachklinik-rheinhessen-nahe.de](http://geriatrische-fachklinik-rheinhessen-nahe.de)

[klinik-viktoriastift.de](http://klinik-viktoriastift.de)

[conmedico.de](http://conmedico.de)

[rhein-mosel-akademie.de](http://rhein-mosel-akademie.de)

[landeskrankenhaus.de](http://landeskrankenhaus.de)

Stand: September 2020

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Vorwort</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Allgemeine Grundlagen der Rehabilitation</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Qualitätssicherung</b>	<b>6</b>
<b>3.1</b>	<b>Externe Qualitätssicherung</b>	<b>6</b>
<b>3.2</b>	<b>Interne Qualitätssicherung</b>	<b>7</b>
3.2.1	Visiten	7
3.2.2	Kommunikation Pflegedienst	7
3.2.3	Kommunikation mit den Funktionsabteilungen	8
3.2.4	Kommunikation mit den Verwaltungsabteilungen	8
3.2.5	Hygienebegehungen	8
3.2.6	Arzneimittelkommission	8
3.2.7	Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter	8
<b>4</b>	<b>Infrastruktur</b>	<b>8</b>
<b>4.1</b>	<b>Apparative Ausstattung</b>	<b>8</b>
<b>4.2</b>	<b>Räumliche Ausstattung</b>	<b>9</b>
<b>4.3</b>	<b>Personelle Ausstattung</b>	<b>9</b>
<b>5</b>	<b>Kooperationspartner</b>	<b>9</b>
<b>5.1</b>	<b>Interne Kooperationspartner</b>	<b>9</b>
<b>5.2</b>	<b>Externe Kooperationspartner</b>	<b>10</b>
<b>6</b>	<b>Fachrichtung Geriatrie</b>	<b>10</b>
<b>6.1</b>	<b>Wer ist ein geriatrischer Patient?</b>	<b>12</b>
<b>6.2</b>	<b>Was heißt geriatrische Multimorbidität?</b>	<b>12</b>
<b>7</b>	<b>Allgemeine Voraussetzungen der stationären Rehabilitation</b>	<b>14</b>
<b>8</b>	<b>Spezifische Voraussetzungen der geriatrischen Rehabilitation</b>	<b>14</b>
<b>8.1</b>	<b>Stationäre geriatrische Rehabilitation</b>	<b>15</b>
<b>8.2</b>	<b>ambulante geriatrische Rehabilitation</b>	<b>15</b>
<b>8.3</b>	<b>Mobile geriatrische Rehabilitation</b>	<b>15</b>
<b>9</b>	<b>Indikationsstellung</b>	<b>16</b>
<b>9.1</b>	<b>Rehabilitationsbedürftigkeit</b>	<b>16</b>
<b>9.2</b>	<b>Rehabilitationsfähigkeit</b>	<b>17</b>
<b>10</b>	<b>Allgemeine Rehabilitationsziele</b>	<b>17</b>
<b>11</b>	<b>Spezielle Rehabilitationsziele</b>	<b>17</b>
<b>11.1</b>	<b>Rehabilitationsziele</b>	<b>17</b>
<b>11.2</b>	<b>Positive Rehabilitationsprognose</b>	<b>18</b>
<b>12</b>	<b>Säulen der Rehabilitation</b>	<b>18</b>
<b>12.1</b>	<b>Ganzheitlicher Therapieansatz, Team</b>	<b>18</b>
<b>12.2</b>	<b>Diagnostik</b>	<b>19</b>
<b>12.3</b>	<b>Therapiemaßnahmen</b>	<b>19</b>
12.3.1	Physiotherapie	19
12.3.2	Ergotherapie	20
12.3.3	Logopädie	20
12.3.4	(Neuro-) Psychologie	21
12.3.5	Sozialdienst	21
12.3.6	Ernährungsberatung	21
12.3.7	Ärztliche Betreuung	22
12.3.8	Pflegerische Betreuung	22
<b>13</b>	<b>Rehabilitationsverlauf</b>	<b>23</b>
<b>13.1</b>	<b>Aufnahmeverfahren</b>	<b>23</b>
<b>13.2</b>	<b>Verlängerung</b>	<b>24</b>
<b>13.3</b>	<b>Entlassmanagement § 40 SGB V</b>	<b>24</b>
<b>13.4</b>	<b>Notfallmanagement</b>	<b>24</b>
<b>13.5</b>	<b>Beendigung der Rehabilitation</b>	<b>24</b>

<b>14</b>	<b>Indikationen zur stationären und/oder ambulanten Rehabilitation in der Geriatrischen Fachklinik Rheinhausen-Nahe, Abteilung für geriatrische Rehabilitation</b>	<b>24</b>
<b>15</b>	<b>Verfügung</b>	<b>27</b>
<b>16</b>	<b>Anschriften der einzelnen Behandlungszentren</b>	<b>28</b>

**Name der Einrichtung:  
Geriatrische Fachklinik Rheinhausen-Nahe  
eine Einrichtung des Landeskrankenhauses (AöR)**

**Datum der Erstellung: September 2020**

**Autor der Überarbeitung: Rita Fritz**

**Gültigkeitsdauer: 3 Jahre**

## 1 Vorwort

Geriatrische Fachklinik Rheinhessen-Nahe  
Berliner Straße 63-65  
55583 Bad Kreuznach  
Tel.:06708/620-0  
Fax. 06708 / 620-777  
[info@gfk.landeskrankenhaus.de](mailto:info@gfk.landeskrankenhaus.de)  
[www.geriatriische-fachklinik-rheinhessen-nahe.de](http://www.geriatriische-fachklinik-rheinhessen-nahe.de)

Träger: Landeskrankenhaus (AöR)  
Vulkanstraße 58  
56626 Andernach  
Tel.:02632/407-5332  
Fax: 02632 / 407-5811  
[info@landeskrankenhaus.de](mailto:info@landeskrankenhaus.de)  
[www.landeskrankenhaus.de](http://www.landeskrankenhaus.de)

Die Geriatrische Fachklinik-Rheinhessen Nahe ist eine Fachklinik nach § 111 SGB V und stellt die geriatrisch rehabilitative Versorgung in der Region Rheinhessen-Nahe sicher.

Dieses Konzept dient als Grundlage und Struktur der Arbeit in der Geriatrischen Fachklinik Rheinhessen-Nahe, Abteilung Rehabilitation mit folgenden Leistungsbereichen:

- stationäre geriatrische Rehabilitation am Standort Bad Münster am Stein  
*Besonderheit: s. Konzept zur Tandemstation, Dokument Nr. [15131](#)*
- ambulante geriatrische Rehabilitation am Standort Bad Münster am Stein
- mobile geriatrische Rehabilitation am Standort Mainz, s. Konzept Dokument Nr. [15115](#)

Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist es, voraussichtlich nicht nur vorübergehende, alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder der Teilhabe durch frühzeitige Einleitung der Rehabilitation zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten („Rehabilitation vor Pflege“). Der Patient soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, in der eigenen Häuslichkeit weitgehend selbständig zu leben.

Durch die Lage des Standortes in Bad Münster deckt die Geriatrische Fachklinik die Versorgung geriatrischer Patienten im Raum Rheinhessen-Nahe ab. Die Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel ist gegeben durch Bahn- und Busverbindung im Rahmen des öffentlichen Personen-Nah- und Fernverkehrs. Einen hauseigenen Fahrdienst gibt es nicht, kostenpflichtige Parkplätze finden Patienten und Besucher in der nahegelegenen Tiefgarage der Stadt. Aufgrund der geografischen Lage genießt die Region ganzjährig ein mildes Klima.

Bezüglich der Historie der Einrichtung wird an dieser Stelle auf das Einrichtungskonzept der Geriatrischen Fachklinik verwiesen, Dokument Nr. [15147](#)

## 2 Allgemeine Grundlagen der Rehabilitation

In der Akutmedizin steht zu Beginn die diagnostische Klärung anhand der Anamnese, des klinischen Untersuchungsbefundes sowie der Ergebnisse der apparativ-technischen und laborchemischen Befunde. Nach Sicherung der Diagnose erfolgt je nach Ätiologie eine kausale oder symptomatische Therapie, wobei unterschiedliche Therapiemaßnahmen zur Anwendung kommen: z. B.: chirurgische Eingriffe, Strahlentherapie, Prothesen, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel.

Die Kommunikation zwischen den im Gesundheitswesen beteiligten Professionen und Institutionen erfolgt über die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD), wodurch Krankheiten und Krankheitsphänomene international in gleicher Weise eindeutig benannt werden können.

Bei der ICD werden jedoch keine verwertbaren Angaben über funktionale Defizite und über die negativen Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensführung gegeben, die in der Rehabilitationsmedizin eine Rolle spielen.

Entsprechend der Definition der WHO verstehen wir unter Rehabilitation: *„Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitest gehenden Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“*

In Ergänzung zur Akutmedizin stehen in der Rehabilitationsmedizin einerseits die Schädigungsfolgen einer Erkrankung mit den dadurch bedingten individuellen Fähigkeitsstörungen und der Einschränkung der Teilhabe, andererseits aber auch die Ressourcen und noch vorhandenen Fähigkeiten der Rehabilitanden im Vordergrund (defizit- und ressourcenorientiert).

Die Maßnahmen der Rehabilitationsbehandlung zielen darauf, die körperlichen, psychischen und sozialen Folgen der Behinderung und Aktivitätseinschränkung sowie die Störung der Teilhabe auf das kleinstmögliche Maß zu beschränken. Die Rehabilitation versucht, die Teilhabe oder Erwerbsfähigkeit bedrohende oder bereits entstandene Beeinträchtigungen im Alltagsleben zu beseitigen, zu mildern oder die Folgen zu beseitigen. In der Rehabilitationsmedizin stehen somit chronische Erkrankungen und Probleme des Alterns im Fokus. Ziel der Rehabilitationsbehandlung ist dabei vor allem die Ermöglichung der Wiedereingliederung in den Alltag. Bei jüngeren Patienten im erwerbsfähigen Alter wird darüber hinaus die Wiedereingliederung in das Berufsleben angestrebt.

Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) stellt dabei ähnlich der ICD eine einheitliche und international anerkannte Begrifflichkeit zur Verfügung, um beispielsweise Beeinträchtigungen der Mobilität, der Kommunikationsfähigkeit und der Selbstversorgung zu beschreiben.

In unseren Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation kommt auch das zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Anwendung.

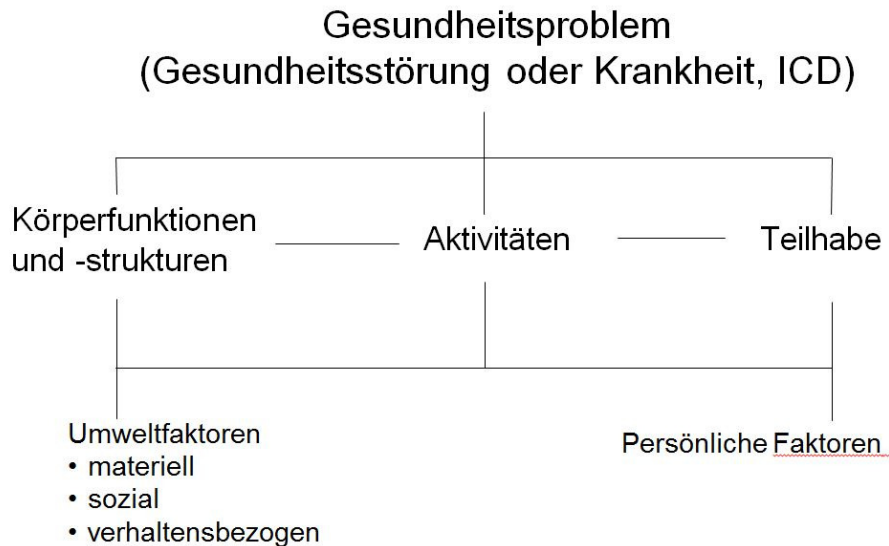
Die ICF besteht aus zwei Teilen mit jeweils zwei Komponenten:

- Teil 1 Funktionsfähigkeit und Behinderung umfasst die Komponenten: Körperfunktionen und -strukturen sowie Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)
- Teil 2 Kontextfaktoren umfasst die Komponenten: Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren

Berücksichtigt werden dabei die körperlichen Funktionen (einschließlich des seelischen und geistigen Bereichs) einer Person, die Aktivitäten, die sie damit tatsächlich ausführt bzw. ausführen kann (Leistung und Leistungsfähigkeit), sowie die Weise und der Umfang der Teilhabe an den Lebensbereichen, die für sie wichtig sind. Dies geschieht auf einem Lebenshintergrund, der einerseits von Umweltfaktoren (positiv als Förderfaktoren und negativ als Barrieren), andererseits von Faktoren, die in der Person begründet sind, geprägt ist.

Jeder Faktor kann sich positiv oder negativ auf den Rehabilitationsprozess auswirken, weswegen er berücksichtigt werden muss.

Daraus wird ersichtlich, dass funktionale Störungen das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen einer Gesundheitsstörung (im Sinne der ICD) und Kontextfaktoren (bio-psycho-soziales Modell der ICF) darstellen und nicht mehr nur Attribut einer Person sind.



Vgl. u.a. Bio-psycho-soziales Modell der ICF, Copyright Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

### 3 Qualitätssicherung

#### 3.1 Externe Qualitätssicherung

Die Geriatrische Fachklinik Rheinhausen-Nahe ist aufgrund gesetzlicher Verpflichtung (§ 37 SGB IX) nach einem von der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) anerkannten QM-Verfahren zertifiziert. Des Weiteren ist die Einrichtung verpflichtet sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung zu beteiligen.

Demnach ist die Klinik nach der DIN-ISO 2015 auf der Basis des Zertifikates „Qualitätssiegel Geriatrie“ (Herausgeber: Bundesverband Geriatrie) durch die Zertifizierungsgesellschaft DQS zertifiziert, das Zertifikat kann eingesehen werden. Das etablierte Qualitätsmanagement steht in unmittelbarem Zusammenhang (Matrixzertifizierung) mit dem des Trägers Landeskrankenhaus AöR, s. Qualitätsmanagementhandbuch des LKH.

Zu den Maßnahmen der externen QS gehören das EVA-Reha® sowie das QS-Reha Verfahren.

Die EVA-REHA Datenbank ist Bestandteil des Qualitätssiegels Geriatrie Rehabilitation, das gemeinsam vom MDK RLP, Kostenträgern und geriatrischen Einrichtungen initiiert und dauerhaft umgesetzt wird.

Die Rehabilitationseinrichtungen, die Leistungsträger und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz (MDK RLP) streben gemeinsam nach kontinuierlicher

Verbesserung der Qualität der geriatrischen Rehabilitation in Rheinland-Pfalz. Diesem gemeinsamen Bemühen, das auf der vertrauensvollen Zusammenarbeit der Beteiligten in den vorausgegangenen Jahren beruht, wurde durch die Entwicklung eines Qualitätssiegels Geriatrische Rehabilitation in Rheinland-Pfalz Rechnung getragen, wobei die Beteiligten gemeinsame aber auch einrichtungsspezifische Gründe hatten, die Entwicklung und Umsetzung des Qualitätssiegels voranzutreiben.

Aufgrund der positiven Ergebnisse der Begleitforschung in Trier und der konstruktiven Zusammenarbeit von Einrichtung, Medizinischem Dienst der Krankenversicherung in Rheinland-Pfalz und Leistungsträgern/Krankenkassen wurde eine Zusammenarbeit auf Landesebene vereinbart, in die alle geriatrischen Rehabilitationskliniken miteinbezogen wurden. Ziel der weiteren Zusammenarbeit war die kontinuierliche Erfassung der Behandlungsergebnisse. Dazu wurde vom MDK Rheinland-Pfalz die Datenbank/Software (Evaluation der Rehabilitation, kurz: EVA-REHA®) entwickelt.

Mit EVA-Reha® werden Reha-Effekte und Reha-Verläufe transparent, der Fokus liegt auf der Ergebnisqualität.

EVA-Reha® fördert die Qualitätsentwicklung in der medizinischen Rehabilitation durch

- Förderung des qualitätsbezogenen Dialogs zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger unter Moderation des MDK
- Anbindung an das interne Qualitätsmanagement
- Relevante Kennzahlen mit dem Fokus auf Ergebnisqualität
- Optionale Katamnese-Erhebung: Befragung der Versicherten nach der Entlassung aus der Rehabilitation
- Qualitätsberichte auf Basis der EVA-Reha® Daten
- Qualitätsgespräche mit Kooperationskliniken
- Zielvereinbarungen mit Kooperationskliniken

Im Rahmen des QS-Reha®-Verfahrens werden die Rehabilitationseinrichtungen in allen Qualitätsdimensionen regelmäßig alle drei Jahre überprüft. Die Daten über die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Patientenzufriedenheit werden in einem Qualitätsprofil zusammengestellt und klinikvergleichend ausgewertet. Einzelheiten zum methodischen Design, zum Stand der Umsetzung sowie zu den Zwischenergebnissen können der Homepage zum QS-Reha®-Verfahren des GKV-Spitzenverbandes unter [www.qs-reha.de](http://www.qs-reha.de) entnommen werden.

## **3.2 Interne Qualitätssicherung**

### **3.2.1 Visiten**

In der Geriatrischen Fachklinik Rheinhessen-Nahe finden neben den Visiten noch zusätzlich Besprechungen des multiprofessionellen Teams statt.

- Chefarztvisite wöchentlich mit dem multiprofessionellen Team (Chefarzt, Oberarzt, Stationsarzt, Mitarbeiter des Pflegedienstes, Physiotherapie, Ergotherapie) im Anschluss an die Teamkonferenz
- Teamkonferenz wöchentlich mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen
- tägliche Stationsarztvisite

### **3.2.2 Kommunikation Pflegedienst**

- Pflegerische Übergaben finden zum jeweiligen Dienstbeginn statt (mindestens 3-mal täglich)

- Einmal im Monat findet für die Mitarbeiter der jeweiligen Station eine Stationsbesprechung statt, in der alle ex- und internen Informationen besprochen und protokolliert werden
- Die Stationsleitungen treffen sich alle 14 Tage mit der Pflegedirektion
- Einmal im Monat findet eine interne Fortbildung statt.

### **3.2.3 Kommunikation mit den Funktionsabteilungen**

Einmal im Quartal treffen sich die Leitungen aller medizinischen Abteilungen mit dem Ärztlichen Direktor zum Erfahrungsaustausch.

### **3.2.4 Kommunikation mit den Verwaltungsabteilungen**

Wöchentlich lädt der Kaufmännische Direktor zur Abteilungsleiterbesprechung seines direktoralen Zuständigkeitsbereiches ein.

### **3.2.5 Hygienebegehungen**

Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der MedHygVO (Hygienekommission, Hygienefachkräfte, die regelmäßige Begehungen durchführen, etc.). Ergänzend gelten die LKH-übergreifend gültigen Dokumente zur Hygiene (Dokument Nr. [14594](#)), die Hygienebeauftragten sind der Beauftragten-Liste der GFK (Dokument Nr. [15204](#)) zu entnehmen.

### **3.2.6 Arzneimittelkommission**

Mindestens zwei Stationsbegehungen pro Jahr finden durch die Mitarbeiter der Apotheke der Rheinhausen-Fachklinik Alzey statt. Protokolle werden erstellt und an den Ärztlichen Direktor, die Pflegedirektorin und die Stationsleitungen weitergeleitet. Halbjährlich tagt die Arzneimittelkommission.

### **3.2.7 Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter**

Auskunft zur Fort- und Weiterbildung unserer Mitarbeiter siehe unter Dokument Nr. [30452](#) des Trägers, sowie unter folgendem [Link](#).

Die Teilnahmezertifikate sind vom Mitarbeiter in seinem persönlichen Fortbildungsordnern zu hinterlegen.

## **4 Infrastruktur**

### **4.1 Apparative Ausstattung**

Die apparative Ausstattung muss die Durchführung der erforderlichen Funktionsdiagnostik und Therapie gewährleisten. Eine geriatrische Rehabilitationseinrichtung muss in der Lage sein, eine Basisdiagnostik durchzuführen, ggf. die vom Krankenhaus durchgeführte Diagnostik zu ergänzen und die Verlaufsdagnostik zu gewährleisten.

Die Geriatrische Fachklinik Rheinhausen-Nahe hält folgende Diagnostik vor:

- EKG; Langzeit-EKG
- Langzeit-Blutdruckmessgerät
- Sonographie (Abdomen, Schilddrüse, Gelenke, Herz- Doppler)
- Lungenfunktionsmessgerät (Spirometrie)
- Schlafapnoediagnostik
- ATL-Diagnostik
- Labor in Kooperation mit der Rheinhausen-Fachklinik Alzey und dem Labor Koblenz
- Endoskopie: Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, Dysphagie-Diagnostik
- Röntgenanlage



Für die einzelnen Therapien (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, etc.) ist die hierfür erforderliche technische/apparative Ausstattung vorzuhalten.

## **4.2 Räumliche Ausstattung**

Der Bereich der geriatrischen Rehabilitation (§ 40 SGB V) umfasst

- 65 stationäre rehabilitative Betten (inkl. Tandem-Station)
  - 16 Doppelzimmer
  - 33 Einzelzimmer (davon kann in 12 Zimmern eine Begleitperson mit stationär aufgenommen werden)
- 5 ambulante geriatrische Rehabilitation-Plätze
- 20 Plätze in der mobilen geriatrischen Rehabilitation in Mainz

Folgende Merkmale beschreiben die Zimmer

- alle Zimmer sind mit einer Nasszelle ausgestattet
- alle Räume sind barrierefrei zu erreichen
- insgesamt stehen vier Aufzüge zur Verfügung
- ambulante Rehabilitanden können die Ruhemöglichkeiten auf Station 2 mit benutzen
- ebenso können die Spinde der Tagesklinik auf Station 2 mitbenutzt werden
- die Therapieräume und das Bewegungsbad befinden sich im 1. UG,
- der Speisesaal im EG

An dieser Stelle wird auf den aktuellen Raumnutzungsplan der Klinik verwiesen.

Nach Fertigstellung des Anbaus wird ein Atrium die Patienten zum Verweilen einladen.

## **4.3 Personelle Ausstattung**

- Leitender Arzt (Internist) mit Zusatzbezeichnung Geriatrie
- Oberärzte mit vergleichbarer Qualifikation (zusätzlich zweijährige rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrung)
- Leitende Therapeuten (Physio- und Ergotherapie) verfügen über zweijährige, vollzeitige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung
- der logopädische Dienst verfügt über Erfahrung in Diagnostik und Therapie von Kau- und Schluckstörungen
- Ernährungsberatung in enger Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt und der Logopädie, Kostempfehlung und Beratung von Angehörigen
- Psychologische Diagnostik und Behandlung durch die Mitarbeiter/innen der Psychologie
- Sozialpädagogen im Sozialdienst
- im Rehabilitationsteam haben Therapeuten eine Bobath- oder vergleichbarer Qualifikation
- für alle Berufsgruppen gilt gemeinsam die Anforderung der regelmäßigen Fort- und Weiterbildung
- Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger mit geriatrischen Zusatzqualifikationen (z. B. Zercur Geriatrie®)

## **5 Kooperationspartner**

### **5.1 Interne Kooperationspartner**

Der Austausch zwischen den verschiedenen patientennah tätigen Berufsgruppen erfolgt in Visiten, Teambesprechungen und Abteilungskonferenzen. Es erfolgt eine kooperative, berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit mit regelmäßigen multiprofessionellen Teambesprechungen.

Zusätzlich besteht eine strukturierte Kommunikation zwischen den Einrichtungen des Trägers, dem Landeskrankenhaus (AÖR). Zu nennen sind z.B. regelmäßiger Austausch auf der Ebene des Führungskreises aller Direktorien, der Pflegedirektoren und der Ärztlichen Direktoren, der Kompetenzstelle Hygiene (RFK Alzey) oder dem Qualitätsmanagement.

Die Prozesslandkarte der GfK gibt Auskunft über die Unterstützungsprozesse des Trägers und dessen anderen Einrichtungen, Dokument Nr. [30497](#).

## 5.2 Externe Kooperationspartner

Zwischen der Geriatrischen Fachklinik Rheinhausen-Nahe und den umliegenden Krankenhäusern insbesondere in Bad Kreuznach, Mainz, Ingelheim und Bingen besteht eine gute und enge Zusammenarbeit bezüglich der Patientenaufnahme, der Patientenversorgung und der Patientenverlegung.

Überwiegend erfolgt die Kooperation mit anderen Einrichtungen, sowie mit niedergelassenen Kollegen über die Kontaktaufnahme der Oberärzte und des Chefarztes (Qualitätszirkel).

Es erfolgen weiterhin regelmäßige Kooperationstreffen mit dem Netzwerk Demenz im Landkreis Bad Kreuznach, der Regionalen Gesundheitskonferenz im Landkreis Bad Kreuznach und dem Landesverband Geriatrie.

## 6 Fachrichtung Geriatrie

Alter und Krankheit sind nicht notwendig miteinander verkoppelt. 80% der 80-Jährigen leben selbstständig (Statistisches Bundesamt). Es sind aber einige Besonderheiten, die das Profil der geriatrischen Patientin/des geriatrischen Patienten bestimmen:

- Multiple chronische Erkrankungen und multiple funktionelle Einschränkungen in wechselseitiger Beeinflussung. Es gibt keine altersspezifische Krankheit, nur Erkrankungen, die beim alten Menschen so häufig vorkommen, dass sie das Bild des Alters prägen.

Je länger jemand lebt, umso größer ist das Risiko, durch Krankheiten bleibende Schäden zu erleiden. Die Zahl der Organdiagnosen steigt mit zunehmendem Alter. So hat ein 80-Jähriger im Durchschnitt 8,4 Organdiagnosen. Die Anzahl sagt jedoch wenig über den Gesundheitsstand aus, denn für die Alltagsbewältigung ist nicht das Vorliegen der Krankheit entscheidend, sondern deren Auswirkungen auf die Funktion. Deshalb ist es erforderlich, die Auswirkungen der Krankheiten auf den Alltag quantitativ zu erfassen. Der alte Mensch kann von vielen seiner Krankheiten nicht mehr geheilt werden. Er leidet neben akuten und chronischen Krankheiten an den bleibenden Folgen von Krankheiten.

- Große intra- und interindividuelle Schwankungsbreite: vergleicht man z.B. die Gehgeschwindigkeit von 30-Jährigen, wird man keine sehr großen Unterschiede feststellen können. Bei einer Gruppe von 75-Jährigen sieht das ganz anders aus: denn jeder kennt Menschen in diesem Alter, die z.B. im Rollstuhl sitzen, die unter einer Arthrose leiden, die wegen der Parkinsonschen Erkrankung sich nur sehr langsam bewegen, andere aber noch Marathon laufen und das Sportabzeichen erwerben.
- Atypische Symptompräsentation: die Symptome sind häufig nur diskret und nicht richtungsweisend. Nicht das zuerst erkrankte Organ bietet das Leitsymptom, sondern der Funktionsbereich bricht zusammen, der am nächsten an der Kompensationsgrenze lag, sozusagen das schwächste Glied in der Kette (Dominoeffekt).

- Somatisch, kognitiv und affektiv erhöhte Instabilität und verringerte Anpassungsfähigkeit: z.B. vermag der alte Körper bei Temperaturschwankungen in viel geringerem Maße als ein 30-Jähriger die Flüssigkeitsverschiebungen auszugleichen. Die gefährliche Folge der Austrocknung besteht. Stürze sind Ausdruck der körperlichen Instabilität
- Reduzierte Spontanrekonvaleszenz: Die Krankheit hat zur Folge, dass die Patientin/der Patient in ihrer/in seiner Selbständigkeit bleibend herabgesetzt wird. Aufgrund der Bettruhe, die einige Krankheiten erfordern, geht pro Tag ca. 5% der Muskelmasse verloren, so dass ein englischer Merkspruch "Bed is bad" lautet.
- Oft unzureichende soziale Unterstützungssysteme: 60% der über 75Jährigen, die im Fall der Krankheit oder Behinderung auf fremde Hilfe angewiesen sind, leben allein. Allerdings sind auch die meist schon betagten Lebenspartner pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten häufig überfordert.
- biographische Krisensituation: das instabile System, das die Gesundheit und Funktionsfähigkeit aufrechterhielt, ist zusammengebrochen. Die Selbständigkeit der Lebensführung steht insgesamt auf dem Spiel, denn oft war bereits vor der aktuellen Schädigung ein maximaler Einsatz der verbliebenen Kräfte nötig, um die Alltagsanforderungen zu bewältigen. Nicht Teile sind bedroht, sondern die gesamte Lebensführung.
- Verminderte oder bedrohte Alltagskompetenz
- Notwendigkeit der Rehabilitation

Die gesundheitliche Gesamtsituation alter Menschen wird häufig durch das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Krankheiten und deren Folgen, altersbedingter Veränderungen sowie gesundheitlich relevanter Lebensumstände und Lebensgewohnheiten geprägt. Dies erfordert speziell auf die Situation der alten und in besonderem Maße hilfsbedürftigen Menschen abgestimmte komplexe Behandlungs- bzw. Rehabilitationsangebote, deren nachfolgend genannte Komponenten entsprechend der Notwendigkeit zu kombinieren sind:

- Kontinuierliche ärztliche Diagnostik, Behandlung und Teamführung
- Maßnahmen der Pflege mit Schwerpunkt der aktivierend-therapeutischen Pflege, Maßnahmen der Krankengymnastik und Bewegungstherapie,
- Maßnahmen der Physikalischen Therapie
- Ergotherapie
- Maßnahmen der Logopädie (auch Schluckstörungen)
- Neuropsychologische Behandlung
- Psychologische und psychotherapeutische Behandlung
- Soziale Beratung
- Ernährungsberatung

Die Versorgung von Patienten in geriatrischen Einrichtungen erfolgt nach einer speziellen „Fachphilosophie“, an deren Beginn ein multidimensionales geriatrisches Assessment als diagnostischer Prozess steht. Dieses dient dem Ziel, medizinische und psychosoziale Probleme und Ressourcen bei alten Menschen systematisch und umfassend zu objektivieren und zu quantifizieren. Das Assessment erfasst, gliedert und bewertet körperliche, psychische und soziale Komponenten sowie Daten zum Umfeld.

Die Wechselwirkung von Krankheiten, Behinderungen und altersassoziierten Veränderungen werden herausgearbeitet mit dem Ziel, medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Interventionen zu planen und ihren Verlauf zu kontrollieren. Darauf aufbauend wird unter Einbezug von Patient und Angehörigen ein umfassender Plan für die weitere Behandlung und Betreuung entwickelt. Auch die Zusammenarbeit der an der Behandlung beteiligten

Berufsgruppen in ärztlich geleiteten interdisziplinären therapeutischen Teams ist charakteristisch für die geriatrische Behandlungsweise.

## **6.1 Wer ist ein geriatrischer Patient?**

Nicht jeder ältere Patient ist ein geriatrischer Patient. Im Sinne der Begutachtungs-Richtlinie des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der GKV (MDS) wird von einem geriatrischen Patienten ausgegangen, wenn beide nachfolgend genannten (Identifikations-) Kriterien erfüllt sind:

- geriatritypische Multimorbidität und
- höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter; Abweichungen von diesem Kriterium sind möglich, bedürfen jedoch einer Begründung)

Erfüllt der so charakterisierte geriatrische Patient die Indikationskriterien für die geriatrische Rehabilitation, wird aus ihm ein potenzieller geriatrischer Rehabilitand.

Diese Definition des Geriatrischen Patienten ist damit fast identisch mit der der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) und des Bundesverbandes Geriatrie (BV Geriatrie).

Danach definiert sich ein geriatrischer Patient durch:

- höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter) und
- geriatritypische Multimorbidität

oder durch

- sehr hohes Alter (80 Jahre und älter) auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z.B. des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen, der Gefahr der Chronifizierung sowie des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

An dieser Definition orientiert sich inzwischen auch die Geriatric Medicine Section der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS).

## **6.2 Was heißt geriatritypische Multimorbidität?**

Geriatritypische Multimorbidität ist die Kombination von Multimorbidität und geriatritypischen Befunden bzw. Sachverhalten. Multimorbidität im Sinne der Begutachtungs-Richtlinie des MDS ist wie folgt definiert:

Ein Patient ist multimorbide, wenn er multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen bei mindestens zwei behandlungsbedürftigen Erkrankungen aufweist.

Behandlungsbedürftig heißt, dass die aus diesen Erkrankungen entstehenden Gesundheitsprobleme bzw. die resultierenden Schädigungen von Körperfunktionen und/oder Körperstrukturen während der Rehabilitationsleistung engmaschig ärztlich überwacht und bei der Therapie berücksichtigt werden müssen. Dies muss ggf. integrativ erfolgen, d. h. über die Grenzen des eigenen Fachgebiets hinweg. Die integrative Versorgung sollte vorrangig durch einen entsprechend qualifizierten Geriater sichergestellt werden, ggf. sind Ärzte anderer Fachgebiete (z. B. Orthopädie, Urologie) hinzuzuziehen.

Das geriatritypische der Multimorbidität ist eine Kombination der nachfolgend genannten Merkmalkomplexe:

Vorhandensein von Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen sowie alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten (in variabler Kombination) im Sinne eines geriatrischen Syndroms, d. h.

- Immobilität
- Sturzneigung und Schwindel
- kognitive Defizite
- Inkontinenz (Harninkontinenz, selten Stuhlinkontinenz)
- Dekubitalulcera
- Fehl- und Mangelernährung,
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- Depression, Angststörung
- chronische Schmerzen
- Sensibilitätsstörungen
- herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit
- starke Sehbehinderung
- ausgeprägte Schwerhörigkeit

Für das geriatrische Syndrom relevante Sachverhalte, außerhalb der Systematik der Schädigungen und alltagsrelevanter Beeinträchtigungen der Aktivitäten, sind

- Mehrfachmedikation
- herabgesetzte Medikamententoleranz
- häufige Krankenhausbehandlung (Drehtüreffekt)

Typische antragsrelevante Hauptdiagnosen beim geriatrischen Patienten sind:

- Zustand nach Schlaganfall
- Zustand nach hüftgelenksnahen Frakturen
- Zustand nach operativer Versorgung mit Totalendoprothesen von Hüfte und Knie
- Zustand nach Gliedmaßenamputation bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit oder diabetischem Gefäßleiden.

Ebenso finden sich bei geriatrischen Patienten neurologische, kardiopulmonale und muskuloskeletale Erkrankungen wie auch Tumor- und Stoffwechselerkrankungen als rehabegründende Hauptdiagnosen.

In der geriatrietypischen Befundkonstellation finden sich beim Patienten weitere Diagnosen, die aber, wie beispielsweise ein gut eingestellter Bluthochdruck oder Diabetes mellitus, nicht zwangsläufig aktuell behandlungs- oder engmaschig überwachungsbedürftig sind.

Weitere typische Beispiele sind:

- M. Parkinson/Parkinson-Syndrom
- arterielle Hypertonie
- koronare Herzkrankheit mit/ ohne Zustand nach Herzinfarkt
- Herzinsuffizienz unterschiedlicher Genese
- degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- periphere arterielle Verschlusskrankheit
- Diabetes mellitus
- chronisch-obstruktive Lungenerkrankung
- Demenz und
- Depression

Das häufig gleichzeitige Vorkommen der Folgen von somatischen und psychischen Schädigungen und alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten, das einen wesentlichen ursächlichen Faktor für Hilfs- und Pflegebedürftigkeit darstellt, ist besonders zu beachten.

Bei geriatrischen Patienten besteht ein relativ hohes Risiko der Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegedürftigkeit sowie dem Eintritt von

Krankheitskomplikationen (Thrombosen, interkurrente Infektionen, Frakturen, verzögerte Rekonvaleszenz u. a.).

## **7 Allgemeine Voraussetzungen der stationären Rehabilitation**

Bevor eine stationäre Rehabilitation begonnen wird, ist seitens der Einweiser (meist Akutklinik; seltener behandelnder niedergelassener Arzt) und des Kostenträgers ggfs. mit Unterstützung durch den medizinischen Dienst zu prüfen, ob ein Rehabilitationsbedarf und Rehabilitationsfähigkeit besteht sowie eine positive Reha-Prognose und alltagsrelevante, realistische Reha-Ziele. Bei Aufnahme des Rehabilitanden wird der Rehabilitationsbedarf und die Rehabilitationsfähigkeit überprüft, Rehabilitationsziele mit dem Patienten (ggf. dem Angehörigen) vereinbart und eine vorläufige Rehabilitationsprognose erstellt, die im Laufe der Behandlung überprüft und angepasst wird. Bei der Definition der Therapieziele sind die Bereiche der Körperfunktionen und Strukturen, der Aktivitäten und der Partizipation (Teilhabe), sowie die umwelt- und personenbedingten Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

## **8 Spezifische Voraussetzungen der geriatrischen Rehabilitation**

Beim geriatrischen Patienten besteht aufgrund von Multimorbidität und Komplikationen die Notwendigkeit gleichzeitiger akutmedizinischer Behandlung bzw. Überwachung und rehabilitativer Maßnahmen.

Dabei können die Anteile im Behandlungsverlauf unterschiedlich gewichtet sein. Damit befindet sich der geriatrische Patient mit seinen wechselnden Behandlungsschwerpunkten leistungrechtlich an der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung. Aufgrund der Notwendigkeit gleichzeitiger akutmedizinischer und rehabilitativer Behandlung ergeben sich strukturelle und konzeptionelle Besonderheiten.

Zu den strukturellen Voraussetzungen gehört ein multiprofessionelles Team, dessen Notwendigkeit sich aus der Mehrdimensionalität der gesundheitlichen Störungen ergibt.

Dieses Team besteht aus: ärztlichem Dienst, Pflegedienst, physikalischer Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie, Sozialarbeit, Sozialdienst, Ernährungsberatung und Seelsorge.

Die räumlichen Bedingungen sind u.a. in den Empfehlungen der klinisch-geriatrischen Behandlung bzw. dem Qualitätssiegel Geriatrie des Bundesverbandes Geriatrie e.V. dargelegt.

Vor der Aufnahme eines Patienten zur Geriatrischen Rehabilitation muss die Kostenzusage der Krankenkasse vorliegen.

Die Struktur der Einrichtungen, die Qualifikation der behandelnden Mitarbeiter, die organisatorischen und zeitlichen Abläufe der Behandlungsprogramme müssen auf die besonderen Bedürfnisse des geriatrischen Rehabilitanden ausgerichtet sein.

## 8.1 Stationäre geriatrische Rehabilitation

Eine stationäre geriatrische Rehabilitation ist indiziert, wenn neben den medizinischen Voraussetzungen

- die Kriterien für eine ambulante geriatrische Rehabilitation nicht erfüllt sind,
- Art und Grad der Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe durch eine ambulante geriatrische Rehabilitation nicht adäquat behandelt werden können,
- der Patient immobil ist,
- die Notwendigkeit der zeitweisen Herausnahme aus dem sozialen Umfeld besteht,
- die Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und ständiger Überwachung besteht.

Im Rahmen der Tandemstation können Begleitpersonen von Patienten, die an Demenz erkrankt sind mit aufgenommen werden. Sie werden im Umgang mit dem Patienten geschult, der Patient hat eine wichtige Bezugsperson in seiner Nähe, s. Konzept Tandemstation, Dokument Nr. [15131](#).

## 8.2 ambulante geriatrische Rehabilitation

Es gelten neben den medizinischen Voraussetzungen folgende individuelle Voraussetzungen für die Durchführung einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation:

- Der Rehabilitand muss die für eine ambulante Rehabilitation erforderliche Mobilität besitzen.
- Der Patient muss der ambulanten Leistung zustimmen.
- Die Rehabilitationseinrichtung muss in einer zumutbaren Fahrzeit (maximal 30-45 Minuten einfache Strecke) erreichbar sein.
- Die häusliche sowie sonstige medizinische Versorgung des Patienten muss sichergestellt sein.

Zwischen den einzelnen Therapieeinheiten können die Patienten der ambulanten Rehabilitation den Ruheraum der Tagesklinik auf Station 2 mit benutzen.

Nach Terminierung der Aufnahme wird für den gesamten von der Krankenkasse genehmigten Zeitraum ein Fahrdienst geordert. Der Patient bestätigt täglich per Unterschrift seine Anwesenheit und die Nutzung des Fahrdienstes, s. Prozessbeschreibung Aufnahme, Dokument Nr. [32800](#).

## 8.3 Mobile geriatrische Rehabilitation

Verweis „Konzept mobile geriatrische Rehabilitation“, Dokument Nr. [15115](#)

## 9 Indikationsstellung

Liegen bei einem alten Menschen mit geriatritypischer Multimorbidität eine

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- alltagsrelevante realistische Rehabilitationsziele sowie
- eine positive Rehabilitationsprognose

vor, kann eine geriatrische Rehabilitation durchgeführt werden.

### 9.1 Rehabilitationsbedürftigkeit

Für den geriatrischen Patienten alltagsrelevant sind insbesondere:

- Selbstständigkeit beim Essen und Trinken,
- Selbstständigkeit in der persönlichen Hygiene
- Selbstständigkeit in der Mobilität
- Selbstständigkeit in der Kommunikation
- selbstständige Gestaltung einer angemessenen Beschäftigung
- Selbstständigkeit in der Gestaltung und Aufrechterhaltung der sozialen Integration

Entsprechende Beeinträchtigungen der Aktivitäten betreffen vor allem

- die Selbstversorgung (z. B. Ernährung, Körperpflege, Exkretion), deren Beeinträchtigung zur Abhängigkeit von fremder Hilfe (Pflegebedürftigkeit) führen kann,
- die Fortbewegung, deren Beeinträchtigung ein Leben des Patienten außerhalb seiner Wohnung verhindern und so zu dessen sozialer Isolation führen kann,
- das Verhalten, z. B. als Folge einer vorübergehenden Verwirrtheit, dessen Beeinträchtigung zu Störungen in der Orientierung und sozialen Integration führen kann,
- die Kommunikation (z. B. Sprachverständnis, Sprachvermögen, Hören, Sehen) mit der Folge der Beeinträchtigung der örtlichen/räumlichen Orientierung
- die körperliche Beweglichkeit, deren Einschränkung z. B. zu Beeinträchtigung der Selbstversorgung führen kann,
- die Geschicklichkeit (z. B. bei manuellen Aktivitäten), deren Einschränkung z. B. zu Beeinträchtigungen der Beschäftigung/Haushaltsführung führen kann,
- die Strukturierung des Tagesablaufes, die zu vielfältiger Beeinträchtigung der Teilhabe führen kann

Wesentliche Hinweise auf manifeste oder drohende Beeinträchtigungen sind z. B.

- der Bezug bzw. die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung,
- der Antragsteller lebt im Pflegeheim,
- eine amtlich bestellte Betreuung,
- die Verwendung von Hilfsmitteln (z. B. Rollstuhl, Rollator, Inkontinenzhilfen).

Die Rehabilitationsbedürftigkeit ist nicht gegeben bei Vorliegen der nachfolgend genannten Ausschlusskriterien

- vitale Instabilität
- auto- oder fremdaggressives Verhalten

Kurative oder ausschließlich pflegerische bzw. andere Maßnahmen sind angezeigt bzw. ausreichend, z. B. bei

- Behandlung durch Hausarzt/Facharzt
- Krankenhausbehandlung
- Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln
- aktivierende Pflege
- häusliche Einzelfallberatung/Pflegekurse



## 9.2 Rehabilitationsfähigkeit

Bei geriatrischen Patienten sind die Besonderheiten der Rehabilitationsfähigkeit zu beachten. Sie verfügen im Unterschied zu Patienten, für die eine indikationsspezifische Rehabilitation in Betracht kommt, über eine herabgesetzte körperliche, psychische oder geistige Belastbarkeit und zeichnen sich durch größere Hilfsbedürftigkeit aus. Damit auch diese Patienten die erforderlichen, auf ihre speziellen Bedürfnisse abgestimmten Rehabilitationsleistungen erhalten, sind die nachstehenden niedrighwelligeren (Einschluss-)Kriterien sowie spezifische (Ausschluss-)Kriterien für die Indikationsstellung einer geriatrischen Rehabilitation zu berücksichtigen.

Geriatrische Rehabilitationsfähigkeit ist dann gegeben, wenn alle nachfolgend genannten (Einschluss-)Kriterien erfüllt sind

- die vitalen Parameter sind stabil
- die bestehenden Begleiterkrankungen, Schädigungen der Körperfunktionen und Strukturen und typischen Komplikationen können vom ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personal der geriatrischen Einrichtung behandelt werden sowie
- die Stabilität des Kreislaufs und die allgemeine psychische und physische Belastbarkeit des Patienten erlauben, dass er mehrmals täglich aktiv an rehabilitativen Maßnahmen teilnehmen kann

Geriatrische Rehabilitationsfähigkeit ist nicht gegeben, wenn mindestens eines der nachfolgend genannten (Ausschluss-)Kriterien erfüllt ist

- fehlende Zustimmung des Patienten zur Rehabilitation,
- fehlende oder nicht ausreichende Belastbarkeit, die die aktive Teilnahme verhindert (z. B. nach Frakturen und nach Gelenkoperationen),
- Stuhlinkontinenz, wenn diese Ausdruck einer weit fortgeschrittenen geistigen und körperlichen Erkrankung ist
- Begleiterkrankungen bzw. Komplikationen, die eine aktive Teilnahme an der Rehabilitation verhindern

## 10 Allgemeine Rehabilitationsziele

Das allgemeine Rehabilitationsziel der Geriatrie ist die dauerhafte Wiedergewinnung, Verbesserung oder Erhaltung der Selbstständigkeit bei den alltäglichen Verrichtungen, damit ein langfristiges Verbleiben in der gewünschten Umgebung möglich wird.

Alltagsrelevante realistische Rehabilitationsziele fokussieren dabei insbesondere auf die Grundbedürfnisse menschlichen Daseins, zu denen die selbstständige Bewältigung und Gestaltung des individuellen Lebensbereiches gehört. Der unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren anzustrebende Grad der Selbstständigkeit ergibt sich aus der Alltagskompetenz, welche der Patient vor Auftreten der Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Teilhabe hatte und somit die aktuelle Rehabilitationsbedürftigkeit begründet.

## 11 Spezielle Rehabilitationsziele

### 11.1 Rehabilitationsziele

Konkrete alltagsrelevante Rehabilitationsziele können z. B. sein

- Erreichen der Stehfähigkeit
- Erreichen des Bett-Rollstuhl-Transfers
- Verbesserung der Rollstuhlfähigkeit
- Erreichen des Toilettenganges/persönliche Hygiene

- selbstständige Nahrungsaufnahme
- selbstständiges An- und Auskleiden
- Gehfähigkeit über mehrere Treppenstufen
- Gehfähigkeit innerhalb und außerhalb der Wohnung
- Tagesstrukturierung

### **11.2 Positive Rehabilitationsprognose**

Eine positive Rehabilitationsprognose ist anzunehmen, wenn mindestens eines der nachfolgend genannten Kriterien zutrifft und ein nachhaltiger Erfolg zu erwarten ist:

Beseitigung/alltagsrelevante Verminderung der Beeinträchtigung(en) der Aktivitäten durch

- Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit sind erreichbar,
- Kompensationsmöglichkeiten zur Alltagsbewältigung sind mit nachhaltigem Erfolg anzuwenden (trainierbar) und/oder
- Adaptionsmöglichkeiten, welche die Beeinträchtigungen der Teilhabe vermindern, können erfolgreich eingeleitet werden

## **12 Säulen der Rehabilitation**

### **12.1 Ganzheitlicher Therapieansatz, Team**

Auf der Grundlage der International Classification Of Functioning (ICF) stehen am Beginn des Rehabilitationsprozesses die Erhebung und Dokumentation des Eingangsbefundes unter Berücksichtigung der Rehabilitationsfähigkeit, der Prognose und der persönlichen Anliegen des älteren Menschen werden alltagsrelevante Rehabilitationsziele abgeleitet und ein schrittweiser Behandlungsplan aufgestellt.

Dieser Prozess der multidimensionalen Diagnostik als Grundlage der Therapieplanung wird als geriatrisches Assessment bezeichnet. Ärztliche Befunde aus Untersuchung und Gespräch (Anamnese) finden ebenso Eingang in das Assessment wie Befunde von Fachtherapeuten, Mitarbeiter des Pflegedienstes oder Angehörigen (Fremdanamnese) und die Ergebnisse standardisierter Assessmentinstrumente (ATL-18, MMST, DemTect, Timed up and Go Test, Motilitätstest nach Tinetti) zur quantitativen Erfassung von Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Aktivitäten. Unter einem umfassenden geriatrischen Assessment versteht man einen multidimensionalen und interdisziplinären diagnostischen Prozess mit dem Ziel, die medizinischen, psychosozialen und funktionellen Probleme und Ressourcen des älteren Menschen zu erfassen und einen umfassenden Behandlungs- und Betreuungsplan zu entwickeln.

Die erfolgreiche Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation älterer Menschen geschehen unter Beachtung vielfältiger Wirkgefüge. Zum Einsatz kommt daher unter ärztlicher Verantwortung eine Vielzahl von Professionen in einem Rehabilitationsteam. Um eine effiziente Abstimmung unter den Mitarbeitern dieses Rehabilitationsteams und dem älteren Menschen über die individuellen Therapieziele, die hierfür erforderlichen Behandlungsmaßnahmen und die erzielten Behandlungsergebnisse zu erreichen, sind regelmäßige Besprechungen und eine aufeinander abgestimmte Arbeitsteilung im Rehabilitationsteam notwendig.

Eine zentrale Rolle bei den einzelnen therapeutischen Behandlungseinheiten kommt den qualifizierten Mitarbeitern des Pflegedienstes zu. Sie begleiten den älteren Menschen über den ganzen Tag, durch die Nacht und fördern hierbei durch gezielte Anleitung die Übernahme des therapeutisch Erlernen in die alltäglichen Verrichtungen des älteren Menschen. Diese aktivierende Form der Pflege wird daher auch geriatrisch rehabilitative/aktivierend-therapeutische Pflege genannt, s. „Konzept aktivierend-therapeutische Pflege“.

Da Ziele und Erfolge einer rehabilitativen Behandlung wesentlich von der Motivation und Mitarbeit des älteren Menschen abhängen, ist seine Einbindung in allen Phasen der Rehabilitation Aufgabe aller Beteiligten. Die frühe Einbindung vorhandener Angehöriger des älteren Menschen trägt zu seiner Motivation bei und unterstützt die Wiedereingliederung in das private Umfeld.

Seelsorger und Psychologen/Psychotherapeuten können die psychosoziale Versorgung während der Rehabilitation entscheidend verbessern.

Charakteristika eines geriatrischen Rehabilitationsteams sind:

- die Vielfalt therapeutischer Ansätze
- die interdisziplinäre Teamarbeit
- eine aktivierende ganzheitliche Pflege
- die Berücksichtigung gleichermaßen somatischer wie psychischer und sozialer Aspekte in der rehabilitativen Behandlungsplanung und -durchführung.

Diese Merkmale wirken positiv, weil

- die Anforderungen an den älteren Menschen angemessen über den Tag verteilt werden
- bei nur geringer Belastbarkeit eines Patienten Prioritäten in der Behandlung gesetzt werden
- alle therapeutischen Bemühungen auf gemeinsam mit dem älteren Menschen definierte Ziele ausgerichtet sind
- die Therapien abgestimmt werden, d.h. sich in ihrer Zielsetzung ergänzen bzw. aufeinander aufbauen

Unzureichende Abstimmung und Zusammenarbeit im Team können den Erfolg der Rehabilitation in Frage stellen. Daher ist eine Leitung des Teams durch einen erfahrenen Arzt ebenso erforderlich wie die Arbeit im Team selbst, z.B. durch Teambesprechungen oder Supervision.

## **12.2 Diagnostik**

Die apparative Ausstattung muss die Durchführung der erforderlichen Funktionsdiagnostik und Therapie gewährleisten, s. Prozessbeschreibung Diagnostik, Dokument Nr. [32737](#).

## **12.3 Therapiemaßnahmen**

Verweis Prozessbeschreibung Behandlung, Dokument Nr. [32753](#)

### **12.3.1 Physiotherapie**

Einzeltherapie:

Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage (z.B. Behandlung nach Bobath). Diese Therapieform ist wesentlich zur Wiedererlangung von Selbständigkeit nach einem Schlaganfall.

Weitere krankengymnastische Behandlungsmöglichkeiten: Krankheitsbezogene Krankengymnastik, Bewegungsbad, Rückenschule, Gangschule, Schlingentischbehandlung, Stumpfhtherapie, Muskelaufbautraining, Manuelle Therapie, Stemmübungen nach Brunkow, Skoliose-Therapie nach Schroth, Fitness-Training, Gangschule, Laufbandtherapie mit dynamischer und statischer Entlastung.

Gruppentherapie:

Allgemeine und indikationsbezogene Wassergymnastik, Atemgymnastik, Wirbelsäulengymnastik, Hemiparese-Gruppe, Schenkelhals-Gruppe, Entspannungstherapie

Physikalische Therapie:

z.B. Manuelle Massage, Lymphdrainage, Elektrotherapie, Medizinische Bäder, Inhalationen, Kryotherapie

### **12.3.2 Ergotherapie**

Die Ergotherapie setzt sich zum Ziel, dem Patienten größtmögliche Selbstständig- und Unabhängigkeit im lebenspraktischen Bereich wieder zu ermöglichen.

Es kommen ausgewählte Aktivitäten zum Einsatz um Auswirkungen von Krankheit und Behinderung zu erkennen und zu behandeln. Die daraus resultierende Vorgehensweise bei der Therapieplanung und -durchführung richtet sich nach den individuellen Fähigkeiten des Patienten in Bezug auf seine Motorik, Wahrnehmung, Kommunikations- und Handlungsfähigkeit.

Je nach Erforderlichkeit finden die entsprechenden Behandlungsverfahren in Einzel- und/oder Gruppentherapien ihre Anwendung.

Eingesetzte Behandlungsverfahren:

Selbsthilfetraining/ADL-Training

- gezieltes Training zum Wiedererlernen und Stabilisieren von Alltagsfähigkeiten als Einzeltherapie bei der Selbstversorgung in persönlichen Bereichen, wie z. B. das Einüben der Körperpflege, der Toilettenhygiene, das An- und Auskleiden, der Umgang mit Hilfsmitteln, Haushaltstraining als Einzel- oder Gruppentherapie, in der ergotherapeutischen Übungsküche, um wirklichkeitsnah alltägliche Handlungsabläufe zu üben und die Rückkehr in das häusliche Umfeld zu erleichtern.

Hilfsmittelversorgung

- erfolgt individuell und beinhaltet auch die Erprobung und Anpassung der notwendigen Hilfsmittel
- Beratung und Anleitung der Angehörigen, z. B. im Handling, beim Einsatz und Umgang mit Hilfsmitteln
- beinhaltet auch beratende Gespräche mit dem Patienten und Angehörigen, um auf evtl. auftretende Probleme im häuslichen Umfeld aufmerksam zu machen (Bsp. Stolperfallen, etc.) und Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen

Sensomotorisch – funktionelles Training

- zur Erweiterung und Erhaltung des Bewegungsausmaßes und Verbesserung der Durchführung psychologischer Bewegungs- und Handlungsabläufe (nach dem Bobath Konzept bzw. durch den gezielten Einsatz handwerklicher Techniken, z. B. arbeiten mit Peddigrohr, Modelliermassen, Seidenmalerei, etc.).

Neuropsychologische Therapie (Hirnleistungstraining)

- zur Förderung und Stabilisierung der Wahrnehmungsverarbeitung, der Orientierung von Gedächtnisleistungen, Aufmerksamkeit und Konzentration.

Training sozial-kommunikativer Fähigkeiten

- zur Erhaltung von Umgangskompetenz und Kontaktfähigkeit bei Gruppentherapien mit lebenspraktischen bzw. gestalterischen Inhalten (Haushaltstraining, Werkgruppe).

### **12.3.3 Logopädie**

Die logopädische Arbeit in der Geriatrie umfasst die Diagnostik, Therapie und Beratung aller Patienten mit zentralen Sprach-, Sprech-, Stimm-, Atem- oder Schluckstörungen, die z. B. als Folge eines Schlaganfalles auftreten können. Zusätzlich werden die Lähmungen der Gesichts- und Muskulatur behandelt.

Zusätzlich müssen die Angehörigen über die Art und das Ausmaß der jeweiligen Beeinträchtigungen informiert und bezüglich des Umgangs mit Verständigungsproblemen beraten werden.

#### **12.3.4 (Neuro-) Psychologie**

Die Neuropsychologie befasst sich mit den geistigen und seelischen Folgen von Erkrankungen des Gehirns (z. B. nach Schlaganfällen). Schlaganfallpatienten haben in den meisten Fällen nicht nur körperliche Einschränkungen (z. B. Lähmungen), sondern auch Störungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses oder der Wahrnehmung. Diese Beeinträchtigungen wirken sich auf die therapeutischen Übungen aus (z. B. Physiotherapie) und führen zu erheblichen Problemen im Alltag.

Patienten mit Aufmerksamkeitsstörungen haben häufig Probleme Gesprächen zu folgen, sich Übungen zu merken oder ihren Tagesablauf zu organisieren.

Vor einer neuropsychologischen Therapie steht eine ausführliche Diagnostik mit speziellen Tests (z.B. CERAD-Diagnostik), die aufzeigen, in welchen Bereichen die Einschränkungen liegen.

Auch bei der psychischen Bewältigung von Krankheit und Behinderung kann die Psychologie helfen (durch Einzel- und Gruppentherapie).

#### **12.3.5 Sozialdienst**

Der Sozialdienst berät und unterstützt beispielsweise:

- bei der Vermittlung von ambulanten Hilfen, z. B. häusliche Krankenpflege, Essen auf Rädern, Haushaltshilfen, etc.
- bei der Beschaffung behindertengerechten oder der Umrüstung des vorhandenen Wohnraumes
- bei Fragen im Zusammenhang mit Altsein und Pflegebedürftigkeit und Bereitstellung von medizinischen Hilfsmitteln
- Antragstellung bei Krankenkassen und Sozialhilfeträger

#### **12.3.6 Ernährungsberatung**

Die Ernährungsberaterin stellt auf ärztliche Empfehlung hin eine entsprechende Kost zusammen. Sie berät Patienten und Angehörige bei bestimmten Krankheitsbildern über angebrachte Kostformen (z.B. Diabetes mellitus, Diät bei Hypercholesterinämie). Eine Ergänzung der Normalkost mit Vitaminen, Proteinen und Kalorien ist bei Unter- oder Mangelernährten anzustreben und gewinnt in der Geriatrie zunehmend an Bedeutung, weil hiervon besonders häufig ältere Menschen aufgrund von Schluck- und Kaustörungen, Veränderungen des Geschmacksinnes, Depressionen oder Demenz betroffen sind.

Besonders wichtig ist die Zusammenarbeit mit den Logopäden beim Kostaufbau schluckgestörter Schlaganfallpatienten. Durch die Gabe in der Konsistenz speziell angepasster Kost und Flüssigkeit bei Schluckstörungen kann Mangelernährung und Komplikationen wie Aspirationspneumonien vorgebeugt werden und allmählich ein Kostaufbau erfolgen.

Als Kriterien zur Diagnose einer Mangelernährung bei älteren Menschen mit (Kachexie) oder ohne Gewichtsverlust (latente Mangelernährung) dienen sowohl anthropometrische (Körpergewicht, Armdurchmesser) als auch biochemische (Protein und Eisen im Blut) und anamnestisch-klinische Informationen (Ernährungsgewohnheiten, Depression, Appetitmangel, Zahnstatus, Schluckvermögen). Schwerkranke (Malignome, Tuberkulose) und schluckgestörte Menschen sind grundsätzlich gefährdet und können im Rahmen eines individuellen Kostplanes überwacht werden. Schlecht ernährte Menschen zeigen verlangsamte oder fehlende Fortschritte

in der Rehabilitation und sind anfälliger für Komplikationen (im Krankenhaus erworbene Infektionen, Stürze). Die Ernährungsberatung sichert wesentlich die Mitarbeit des Patienten bei der notwendigen Behandlung.

### **12.3.7 Ärztliche Betreuung**

In der geriatrischen Einrichtung nimmt der Arzt eine zentrale Stellung im Rehabilitationsteam ein. Seine Aufgabe ist es, auf Grund schon vorhandener Berichte, durch seine eigenen Untersuchungen und die Erstellung des Assessments die Diagnostik zu ergänzen und Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe unter Einbezug der Therapeuten qualitativ und quantitativ möglichst genau zu erfassen.

Danach erstellt er mit Unterstützung des Teams einen individuellen Rehabilitationsplan, beobachtet die Ergebnisse unter dieser Therapie und passt in Abstimmung mit den einzelnen Therapeuten die weiteren Ziele und Therapieschritte an.

Der Arzt ist für den effektiven Einsatz des Rehabilitationsteams verantwortlich. Er muss hierzu über spezielle Kenntnisse auf den Gebieten der Rehabilitation und der verschiedenen therapeutischen Disziplinen verfügen.

Neben der Leitung des Rehabilitationsteams hat der Arzt auch die erforderliche Behandlung des Patienten durchzuführen. Dazu gehört die medikamentöse Behandlung. Die Multimorbidität des geriatrischen Patienten erfordert des Öfteren eine Vielfachmedikation. Die veränderte biologische Reaktion auf Medikamente, aber auch die geringe Compliance erhöhen die Raten der Neben-, Wechsel- und Fehlwirkungen. Eine wesentliche Aufgabe der geriatrischen Rehabilitation ist daher, die Medikation des geriatrischen Patienten kontinuierlich zu überprüfen und ggf. anzupassen. Ebenso gehören zur medikamentösen Behandlung auch das Training und die Anleitung zur regelmäßigen Einnahme von Arzneimitteln im Rahmen der Tagesstrukturierung.

Außerhalb der regulären Arbeitszeit wird ein ärztlicher Bereitschaftsdienst (vor Ort) vorgehalten. Zusätzlich besteht die fachärztliche Rufbereitschaft.

### **12.3.8 Pflegerische Betreuung**

Die Mitarbeiter des Pflegedienstes sind von allen an der Rehabilitation Beteiligten die längste Zeit am Tag mit dem Patienten zusammen. Das Grundkonzept der Pflege soll in jedem Bereich gleichermaßen aktivierend therapeutisch sein. Während Pflege immer aktivierend durchgeführt wird, handelt es sich bei der aktivierend therapeutischen Pflege um interdisziplinäre Aufgaben im Rahmen spezieller therapeutischer Konzepte (z.B. Bobath). Die Mitarbeiter des Pflegedienstes sind Teil des interdisziplinären therapeutischen Teams. Der Unterstützungsbedarf wird von den Mitarbeitern des Pflegedienstes ermittelt durchgeführt und im Behandlungsteam evaluiert.

Es ist Aufgabe der Mitarbeiter des Pflegedienstes, ein therapeutisches Milieu aufzubauen, in dem die Therapeuten den Patienten weiter fördern und fordern können. Professionelle Pflege wirkt rehabilitationsfördernd, falsch verstandene „Überbetreuung“ behindert aber die rehabilitativen Bemühungen.

Aufgaben der Mitarbeiter des Pflegedienstes sind u.a.:

- die Unterstützung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen z.B. durch sachgemäße Vorbereitung des Patienten (Motivationsgespräche)
- die Aktivierung des älteren Menschen mit dem Ziel, alle Aktivitäten des täglichen Lebens so früh und so weit wie möglich selbst zu übernehmen
- aber auch der Schutz des Patienten vor Überforderung
- der adäquate pflegerische Umgang mit dem älteren Menschen entsprechend seinen Einschränkungen (z.B. Mobilität)

- die Beteiligung und die Anleitung von Angehörigen, um sie gegebenenfalls ihren Fähigkeiten entsprechend auf die Erfordernisse der weiteren häuslichen Pflege vorzubereiten

Aktivierende therapeutische Pflege (s. Konzept Dokument Nr. [15168](#)), d.h. den älteren Menschen das selbst tun zu lassen, was er bereits wieder selbst kann, auch wenn es mehr Zeit braucht, stellt spezifische Ansprüche an den Patienten und die Mitarbeiter des Pflegedienstes. Dem älteren Menschen soll verdeutlicht werden, dass er bei seiner Pflege selbst aktiv mitarbeiten muss, um zu lernen, seinen Alltag wieder möglichst selbständig und erfolgreich zu gestalten. Eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung ist die Basis für eine erfolgreiche aktivierende Pflege. Ein intensiver Informationsaustausch im Team ist erforderlich, um sich mit den Therapeuten über den jeweiligen Stand der individuellen Fähigkeiten zu verständigen und sich hieran bei den Anforderungen an den Patienten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zu orientieren. Aktivierende therapeutische Pflege benötigt einen hohen Zeitaufwand, weil nachlassende Funktionen von Sinnesorganen, Sprachschwierigkeiten oder Verständnis-/ Verständigungsprobleme ein sehr intensives Maß an Zuwendung zum älteren Menschen erfordern. So braucht es z.B. mehr Zeit, einen geriatrischen Patienten bei der Körperpflege zu unterstützen als ihm das Waschen komplett abzunehmen.

Einige zusätzliche Aspekte, die bei der Pflege älterer Menschen zu beachten sind:

- die Gefahr von Dekubitalgeschwüren bei immobilen Patienten erfordert prophylaktische Maßnahmen, wie z.B. Bewegungsförderung, angepasste Mobilisation und Lagerungen
- Urininkontinenz und Stuhlinkontinenz erfordern Hautschutz und spezielle Pflege (z.B. Kontinenztraining)
- Obstipation wird z.B. durch Bewegungsförderung, ballaststoffreiche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr und ggf. Abführmaßnahmen vermieden
- eine ausreichende Ernährung ist häufig erschwert und muss u.a. durch die Mitarbeiter des Pflegedienstes überwacht und gefördert werden
- in der Nacht sind die erforderlichen Pflegemaßnahmen kontinuierlich fortzuführen und unruhige Patienten entsprechend zu betreuen

## 13 Rehabilitationsverlauf

### 13.1 Aufnahmeverfahren

Verweis auf die Prozessbeschreibung Aufnahme, Dokument Nr. [32800](#)

Kostenträger der geriatrischen Rehabilitation (stationär und ambulant) sind nahezu ausschließlich die Krankenkassen, nicht die Rentenversicherungsträger. Bei administrativer Aufnahme sind die jeweils gültigen Tarife der Kostenträger zu beachten, s. hierzu auch die aktuelle Entgeltvereinbarung der GFK.

Sofern der Rehabilitand dazu in der Lage ist, wird er bereits am ersten Tag seines Aufenthaltes mit der klinischen Umgebung (Patientenzimmer, Stationszimmer, Aufenthaltsraum, Speiseraum, Therapieräume, Bewegungsbad) und dem Stationsablauf (Zeiten der Behandlungspflege, Therapiezeiten, Visiten, Mahlzeiten etc.) vertraut gemacht.

Die ärztliche Aufnahme mit körperlicher Untersuchung, die pflegerische und therapeutische Aufnahme erfolgen ebenfalls am ersten Behandlungstag, sofern der Gesundheitszustand des Patienten dies zulässt. Ein individueller Therapieplan wird spätestens am darauf folgenden Tag ausgehändigt.

### **13.2 Verlängerung**

Sofern eine Verlängerung der Rehabilitationsmaßnahme entsprechend den genannten Kriterien indiziert ist, ist ca. eine Woche vor Ablauf der Maßnahme beim Kostenträger eine individuelle Verlängerung der Behandlung durch den behandelnden Arzt zu beantragen.

### **13.3 Entlassmanagement § 40 SGB V**

Verweis auf Dokumente Entlassmanagement § 40 SGB V, Dokument Nr. [25132](#)

### **13.4 Notfallmanagement**

Verweis: Dokumente zum Notfallmanagement (medizinischer Notfall, Arbeitsunfall, weitere Notfallsituationen) der GFK und des Trägers, Dokument Nr. [28917](#)

### **13.5 Beendigung der Rehabilitation**

Ein effizientes Behandlungsmanagement setzt eine frühzeitige Verständigung zwischen dem Rehabilitationsteam und dem Patienten über das potentielle Entlassungsziel voraus. Die Entlassungsvorbereitung ist eine wichtige Aufgabe des Teams. Besonders zu beachten sind die räumlichen Gegebenheiten des Wohnumfeldes und die sozialen Lebensumstände des älteren Menschen.

Bei Entlassung sollte sichergestellt sein, dass der ältere Mensch die erworbenen Fähigkeiten nicht nur im therapeutischen Milieu, sondern auch unter alltäglichen Bedingungen einsetzen kann. Dieser Zeitpunkt ist individuell aus dem Verlauf zu bestimmen.

Sollten die vereinbarten Rehabilitationsziele im genehmigten Zeitraum nicht erreichbar sein, kann in Absprache mit dem Rehabilitanden ein Antrag auf Verlängerung der Rehabilitationsmaßnahme beim Leistungsträger gestellt werden. Der Antrag wird eine Woche vor Ablauf der Genehmigung dem Leistungsträger in der Regel per Fax zugestellt.

Bei Entlassung erhält der Rehabilitand einen Kurarztbrief inkl. Medikamentenplan zur kurzfristigen Information des weiterbehandelnden Arztes. Der endgültige Arztbrief ist innerhalb von 10 Tagen an den Hausarzt zu übermitteln.

## **14 Indikationen zur stationären und/oder ambulanten Rehabilitation in der Geriatrischen Fachklinik Rheinhessen-Nahe, Abteilung für geriatrische Rehabilitation**

Aufnahmeindikationen für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation sind alltagsrelevante voraussichtlich nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe nach ICF bei nachfolgend aufgeführten Erkrankungen, sofern über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§12 SGB V) erforderlich ist sowie Rehabilitationsfähigkeit, realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele und eine positive Rehabilitationsprognose bestehen.

Es müssen weiterhin die Kriterien eines geriatrischen Patienten erfüllt sein (Alter i.d.R. mindestens 70 Jahre, geriatrietypische Multimorbidität und mindestens 2 Erkrankungen, die rehabilitativ behandelt werden müssen)

- Folgezustände nach akuten cerebrovaskulären Erkrankungen mit persistierendem neurologischen Defizit (Lähmungen, Gefühlsstörungen, Sprach- Sprechstörungen,



Wahrnehmungsstörungen, Schluckstörungen etc.) insbesondere nach ischämischem oder embolischem Hirninfarkt oder intrazerebraler Blutung oder nach Hirnverletzungen

- Folgezustände mit Gang- und/oder Mobilitätsstörungen, Schluckstörungen nach entzündlichen, degenerativen, metabolischen und hypoxisch erworbene Hirnschäden wie z.B. Meningitis, Enzephalitis, Morbus Parkinson, Polyneuropathie
- Kürzlich eingetretener oder chronisch fortschreitender allgemeiner körperlicher Abbau infolge von schweren internistischen Grunderkrankungen wie:
  - Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (Myocardinfarkt, Herzinsuffizienz)
  - Lungenerkrankungen (chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Pneumonie)
  - diabetisches Spätsyndrom nach langjährigem Diabetes mellitus
  - Erkrankungen der Verdauungsorgane
  - Folgezustände nach schweren Infektionen/Sepsis
- Gang- und/oder Mobilitätsbeeinträchtigungen mit drohendem Verlust der Selbstversorgungsfähigkeit nach Operationen am Skelettsystem wie
  - prothetische oder osteosynthetische Frakturversorgung
  - prothetischer Gelenkersatz z.B. Hüft- Knie- oder Schultergelenk
  - Amputation von Extremitäten (in der Regel nach abgeschlossener Wundheilung und Versorgung mit Interimsprothese)
  - Wirbelsäulenoperationen
- Gang- und Mobilitätsbeeinträchtigungen, Schmerzen und Verlust der Selbstversorgungsfähigkeit bei fortgeschrittenen degenerativen / stoffwechselbedingten Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankungen sofern keine Operationsindikation besteht wie
  - Arthrose der großen Gelenke
  - Osteoporose mit und ohne Frakturen
  - Skoliose und andere schwere degenerative Wirbelsäulenerkrankungen
- allgemeiner körperlicher Abbau und Verlust der Selbstversorgungsfähigkeit nach schweren Operationen wie
  - größeren abdominalchirurgischen Eingriffen
  - Operationen mit Eröffnung des Brustkorbs

Ausnahme: Onkologische Patienten, die einer Primärtherapie (Operation, Chemotherapie oder Bestrahlung bedürfen)

Voraussetzungen:

- Allgemeine Voraussetzungen:
  - Es besteht Rehabilitationsbedarf im Sinne einer Komplexleistung.
  - Der Versicherte ist rehabilitationsfähig im Sinne einer psychischen und physischen Belastbarkeit, die eine aktive Teilnahme an mehreren therapeutischen Anwendungen/Tag ermöglicht.
  - Der Versicherte hat eine positive Rehabilitationsprognose, d. h. dass nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung bei wirtschaftlichem Einsatz der Mittel mit rehabilitationstypischen Maßnahmen bestehende Beeinträchtigungen in einem alltagsrelevanten Umfang nachhaltig reduziert werden können und dass der Versicherte motiviert ist, an den therapeutischen Anwendungen teilzunehmen.
  - Eine eventuell vorausgegangene Krankenhausbehandlung ist abgeschlossen.
  - Bei einer vorausgegangenen Operation ist die Wundheilung abgeschlossen.
  - Die bestehenden Begleiterkrankungen sind mit den Mitteln der Rehabilitationseinrichtung behandelbar.
- Besondere Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitation:  
Eine Indikation für eine stationäre Rehabilitation besteht nur dann, wenn eine ambulante Rehabilitation nicht ausreicht oder nicht durchführbar ist, bzw. wenn eine

oder mehrere der in der nachfolgenden Liste genannten Kontraindikationen für eine ambulante Rehabilitation vorliegen:

- Es besteht die Notwendigkeit einer ständigen ärztlichen Präsenz und/oder einer pflegerischen Betreuung auch außerhalb der Therapiezeiten.
- Es liegt keine ausreichende Mobilität vor.
- Die Entfernung zwischen Rehabilitationseinrichtung und Wohnung des Rehabilitanden ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln / eigenem PKW / Fahrservice der Rehabilitationseinrichtung nicht innerhalb von maximal 45 Minuten (einfache Strecke) zurückzulegen.
- Es besteht bei dem Versicherten eine Einschränkung in der Selbstversorgung bzw. die Versorgung des in seiner Selbstversorgung eingeschränkten Versicherten ist außerhalb der Rehabilitationseinrichtung durch geeignete Maßnahmen (z. B. Versorgung durch Angehörige) nicht sicherzustellen.
- Die spezifischen Belastungen einer ambulanten Rehabilitation (z. B. tägliche Anreise, Anforderungen des häuslichen Umfeldes) würden zu einer Verzögerung des Rehabilitationsprozesses oder gar zu einer Gefährdung des Rehabilitationserfolgs führen.
- Es besteht ggfs. die Notwendigkeit eines Milieuwechsels.

## 15 Verfügung

Die vorstehenden Festlegungen erhebe ich hiermit zur Leitlinie für alle Beschäftigten der Geriatrischen Fachklinik Rheinhessen-Nahe.

Mit diesem Behandlungskonzept verlieren alle vorher bestehenden Behandlungskonzepte ihre Gültigkeit.

Das Behandlungskonzept wird spätestens alle drei Jahre evaluiert und durch das Direktorium der Geriatrischen Fachklinik Rheinhessen-Nahe freigegeben.

Bad Kreuznach,

---

Für das Direktorium

Freigabe: Direktorium der GFK

Veröffentlichung: Direktorium der GFK

Gültigkeit: 3 Jahre

## 16 Anschriften der einzelnen Behandlungszentren

### Rheinessen-Fachklinik Alzey

Dautenheimer Landstraße 66  
55232 Alzey  
Telefon: 06731 / 50 – 0  
E-mail: [info@rfk.landeskrankenhaus.de](mailto:info@rfk.landeskrankenhaus.de)

### Rheinessen-Fachklinik Mainz

Hartmühlenweg 2-4  
55122 Mainz  
Tel.: 06131 / 378-0  
Fax: 06131 / 378-2810  
E-mail: [info@rfk.landeskrankenhaus.de](mailto:info@rfk.landeskrankenhaus.de)

### Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach

Vulkanstraße 58  
56626 Andernach  
Telefon: 02632 / 407 – 0  
E-mail: [info@rmf.landeskrankenhaus.de](mailto:info@rmf.landeskrankenhaus.de)

### Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie

Am Nette-Gut 2  
56575 Weißenthurm  
Telefon: 02637 / 911 – 0  
E-mail: [info@kng.landeskrankenhaus.de](mailto:info@kng.landeskrankenhaus.de)

### Geriatrische Fachklinik Rheinessen-Nahe

Berliner Straße 63 - 65  
55583 Bad Kreuznach  
Telefon: 06708 / 620 – 0  
E-mail: [info@gfk.landeskrankenhaus.de](mailto:info@gfk.landeskrankenhaus.de)

### Gesundheitszentrum Glantal

Liebfrauenbergstraße  
55590 Meisenheim  
Telefon: 06753 / 910 – 0  
E-mail: [info@gkm.landeskrankenhaus.de](mailto:info@gkm.landeskrankenhaus.de)

### Klinik Viktoriastift

Cecilienhöhe 3  
55543 Bad Kreuznach  
Telefon: Tel.: 0671 8355-0  
E-Mail: [info@kvs.landeskrankenhaus.de](mailto:info@kvs.landeskrankenhaus.de)

## Impressum

Erstellt wurde dieses Konzept durch:

Auftraggeber:

Direktorium der GFK

Prozessverantwortlicher:

Herr Dr. Heckmann

Projektleiter:

Herr Dr. Heckmann

Team:

Herr Dr. Heckmann

Frau Pfannebecker

Herr Kloos

Abteilung QM

Frau Korrell

Herr Kyeck

## Copyrightvermerk:

Diese Unterlagen sind geistiges Eigentum des Landeskrankenhauses (AÖR) und sind nur für den internen Gebrauch im Landeskrankenhaus (AÖR) und seinen Einrichtungen zu verwenden. Sie dürfen nur mit Zustimmung Dritten zugänglich gemacht, vervielfältigt oder reproduziert werden.©

Bitte beachten Sie, dass dies der Ausdruck eines momentanen Standes dieses Handbuches ist. Gültig ist jeweils die Version, die im Intranet bzw. dem allgemeinen Laufwerk zur Verfügung steht.

Mitgeltende Unterlagen sind alle allgemeinen Konzepte des Landeskrankenhauses (AÖR) und der jeweiligen Einrichtungen. Die aktuellen Versionen finden Sie im Intranet.

Gleiches gilt für die abgebildeten Formulare. In diesem Handbuch sind nicht unbedingt die aktuellen Formulare zu finden. Sie sind im Netz oder bei den Mitgliedern des Projektteams erhältlich.

Zugunsten einer einfachen Lesbarkeit wird in weiten Teilen des Handbuchs auf die zusätzliche Nennung der weiblichen Form verzichtet. Selbstverständlich sollen Frauen hier gleichberechtigt angesprochen werden.