



Konzept

Einrichtungskonzept Geriatrische Rehabilitation (Teilveröffentlichung)

Version: 4

12.04.2021 bis 12.04.2023

Einrichtungskonzept (Teilveröffentlichung)

der Abteilung für Geriatrische Rehabilitation der St. Johannes Klinik Auerbach

Erstellt von Chefarzt Dr. med. Edmund Goß

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet.

Autor	Freigaben	Veröffentlichung	Seite
Goss, Edmund, Dr.	Goss, Edmund, Dr. (12.04.2021), Majer, Lena (12.04.2021)	Majer, Lena (12.04.2021)	1 von 18

Hinweis: Dieses ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, die Aktualität im Mitarbeiterportal zu überprüfen!

Einrichtungskonzept Geriatrische Rehabilitation (Teilveröffentlichung)

Version: 4

12.04.2021 bis 12.04.2023

1. Einführung und Rahmenbedingungen

1997 wurde an der St. Johannes Klinik Auerbach eine Geriatrische Rehabilitationsabteilung etabliert.

Es besteht ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V, Träger ist das Kommunalunternehmen „Krankenhäuser des Landkreises Amberg-Sulzbach“.

Auerbach liegt im westlichen Teil des Landkreises Amberg-Sulzbach und grenzt an die Landkreise Bayreuth, Nürnberger Land und Neustadt/Waldnaab an.

Die Geriatrische Rehabilitationsabteilung stellt deshalb die geriatrisch-rehabilitative Versorgung nicht nur für den eigenen Landkreis, sondern auch über die Region hinaus, sicher. Die St. Johannes Klinik Auerbach verfügt über 83 Betten mit den Hauptabteilungen Innere Medizin und Geriatrische Rehabilitation sowie seit 1/2011 der Abteilung für Akutgeriatrie als Unterabteilung der Inneren Medizin.

In den Jahren 1995 bis 2002 wurde die Klinik generalsaniert bzw. neu gebaut. Bei der Planung der geriatrischen Abteilung konnten deshalb die entsprechenden baulichen Notwendigkeiten berücksichtigt werden.

Die Abteilung für Geriatrische Rehabilitation verfügt über 53 stationäre Betten.

Das Einrichtungskonzept orientiert sich am Bayerischen Geriatrie-Konzept („Grundsätze zur geriatrischen Versorgung in Bayern“), herausgegeben vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, an den Rahmenempfehlungen zur (*ambulant*) geriatrischen Rehabilitation vom 1.1.2004, erstellt und herausgegeben von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie an den Empfehlungen für die Klinisch-Geriatrische Behandlung, herausgegeben von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V.

2. Leitbild

Im Leitbild sind Grundsätze und Ziele formuliert, die eine verbindliche Richtlinie für das tägliche Handeln aller an der Rehabilitation Beteiligten vorgeben.

Neben der ganzheitlichen, qualitativ hochwertigen Behandlung der Rehabilitanden sind dabei ein respektvoller Umgang mit allen Partnern sowie ein umweltschonender Umgang mit den Ressourcen verankert. Wertschätzung allen Mitarbeitern gegenüber fördert die Identifizierung mit den Zielen und Aufgaben des Unternehmens.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet.

Autor	Freigaben	Veröffentlichung	Seite
Goss, Edmund, Dr.	Goss, Edmund, Dr. (12.04.2021), Majer, Lena (12.04.2021)	Majer, Lena (12.04.2021)	2 von 18

Hinweis: Dieses ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, die Aktualität im Mitarbeiterportal zu überprüfen!



Einrichtungskonzept Geriatrische Rehabilitation (Teilveröffentlichung)

Version: 4

12.04.2021 bis 12.04.2023

3. Organisation

3.1. Personelle Ausstattung

Die Abteilung steht unter der Leitung eines Chefarztes. Der Stelleninhaber ist Facharzt für Innere Medizin mit fakultativer Weiterbildung klinische Geriatrie. Die Vertretung erfolgt durch einen Oberarzt. Zwei Assistenzärzte sind der geriatrischen Rehabilitationsabteilung zugeordnet.

Eine konsiliarische Mitbehandlung entsprechend den individuellen Erfordernissen durch externe Ärzte anderer Fachgebiete (Neurologie/Psychiatrie, Zahnarzt, HNO-Arzt, Augenarzt) vervollständigt die ärztliche Betreuung. Ein Neurologe/ Psychiater ist regelmäßig einmal pro Woche im Haus anwesend.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird abteilungsübergreifend durchgeführt und ist über 24 Std./Tag gewährleistet. Der Hintergrund-Rufdienst stellt den ständigen Facharztstandard sicher.

Neben dem Ärztlichen Dienst besteht das Geriatrische Team aus dem Pflegedienst, der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Logopädie, der Psychogerontologie, dem Sozialdienst und der Pflegeüberleitung. Ergänzend können Ernährungsberatung und Seelsorge in die Therapie mit eingebunden werden.

Administrative Aufgaben übernehmen die Mitarbeiterinnen des Sekretariats.

3.2 Räumliche und apparative Ausstattung

Die Abteilung befindet sich im 2. Obergeschoss sowie im Westflügel des 1. Obergeschosses. Den Rehabilitanden stehen großzügige und behindertengerecht ausgestattete Zwei-Bett-Zimmer sowie ein Ein-Bett-Zimmer, jeweils mit eigener Nasszelle und Toilette, zur Verfügung. Jeder Bettplatz verfügt über Telefon, WLAN, Radio, TV und Tresor. Die Ausstattung der Zimmer richtet sich nach den Empfehlungen der Fachgesellschaften für die klinische geriatrische Behandlung.

Dazu gehören u.a. elektrisch höhenverstellbare Betten, rollstuhlgerechte Nasszellen, behindertengerechtes Mobiliar, Sauerstoff- und Druckluftanschluss je Bettplatz und eine Rufanlage für die Pflegekräfte an jedem Bett und in jedem Bad.

Die Abteilung verfügt über einen großzügigen Speise- und Aufenthaltsraum mit Terrasse, Therapieräume für Logopädie und Psychologie, eine Übungsküche, über einen Entspannungsraum, einen Therapiegarten sowie einen speziell eingerichteten Raum zur individuellen Betreuung von Rehabilitanden mit Demenz.

In der Klinik kann die Cafeteria, die Kapelle sowie eine weitläufige, parkähnliche Gartenanlage genutzt werden.

In der Klinik besteht die Möglichkeit, Begleitpersonen unterzubringen.

An apparativen-diagnostischen Möglichkeiten bieten wir an: EKG, LZ-EKG, LZ-RR, Labor, Lungenfunktionsprüfung (Spirometrie), Sonographie inkl. Doppler- und Duplexsonographie, konventionelles Röntgen, Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie, Bronchoskopie), Schlafapnoescreening, Bio-Impedanz-Analyse.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet.

Autor	Freigaben	Veröffentlichung	Seite
Goss, Edmund, Dr.	Goss, Edmund, Dr. (12.04.2021), Majer, Lena (12.04.2021)	Majer, Lena (12.04.2021)	3 von 18

Hinweis: Dieses ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, die Aktualität im Mitarbeiterportal zu überprüfen!

Einrichtungskonzept Geriatrische Rehabilitation (Teilveröffentlichung)

Version: 4

12.04.2021 bis 12.04.2023

Durch die räumliche und organisatorische Nähe zur Abteilung für Innere Medizin und Akutgeriatrie stehen im Bedarfsfall zudem sämtliche diagnostische und therapeutische Möglichkeiten des Akutbereiches (z.B. Überwachungsbetten) zur Verfügung. Weiterführende Diagnostik (z. B. CT, NMR, Angiographie) kann im benachbarten St. Anna Krankenhaus Sulzbach-Rosenberg oder im Klinikum St. Marien in Amberg durchgeführt werden.

4. Voraussetzungen zur Aufnahme in die Geriatrische Rehabilitation

Grundvoraussetzungen zur Durchführung einer geriatrischen Rehabilitation sind das Vorliegen der Rehabilitationsbedürftigkeit, der Rehabilitationsfähigkeit und eines Rehabilitationspotentials bzw. einer positiven Rehabilitationsprognose.

Vor Aufnahme muss vom zuständigen Kostenträger eine gültige Kostenzusage in schriftlicher Form vorliegen.

5. Behandlungsschwerpunkte/Indikationsgebiete

Geriatrische Patienten sind definiert durch eine geriatrietypische Multimorbidität (mehr als zwei behandlungsbedürftige Erkrankungen) und durch ein höheres Lebensalter (in der Regel über 70 Jahre) oder durch ein Alter über 80 Jahren, aufgrund der eingeschränkten Kompensationsmechanismen und der erhöhten Vulnerabilität für Krankheiten und Komplikationen.

Behandlungsschwerpunkte in unserer Geriatrischen Rehabilitation sind:

- Folgezustände nach Frakturen (z. B. Femur-/Humerus-/Wirbelsäulen-/ Beckenfrakturen), nach Gelenkersatz (z. B. Hüft-/Knie-TEP) oder nach Amputationen
- Folgezustände nach größeren operativen Eingriffen (z. B. ACVB, abdominelle Operationen)
- Neurologische Erkrankungen wie Schlaganfall, M. Parkinson
- Degenerative und entzündliche Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Osteoporose
- Internistische Erkrankungen mit verzögerter Rekonvaleszenz (z.B. Herz-, Gefäß-, Lungen- und Stoffwechselerkrankungen)
- Chronische Schmerzzustände
- Gangstörung, Schwindel, Sturzsyndrom und drohende Immobilität
- Einschränkung der kognitiven Kompetenz/intellektueller Abbau
- Inkontinenz
- Ess- und Trinkstörungen
- Depression
- Seh- und Hörstörungen

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet.

Autor	Freigaben	Veröffentlichung	Seite
Goss, Edmund, Dr.	Goss, Edmund, Dr. (12.04.2021), Majer, Lena (12.04.2021)	Majer, Lena (12.04.2021)	4 von 18

Hinweis: Dieses ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, die Aktualität im Mitarbeiterportal zu überprüfen!

Einrichtungskonzept Geriatrische Rehabilitation (Teilveröffentlichung)

Version: 4

12.04.2021 bis 12.04.2023

6. Ausschlusskriterien

Kontraindikationen für eine Aufnahme stellen dar:

- fehlendes Rehabilitationspotential und fehlendes Rehabilitationsziel
- fehlende Zustimmung, Motivation, Motivierbarkeit und Mitarbeit zur Rehabilitation
- fehlende oder nicht ausreichende Belastbarkeit, die die aktive Teilnahme verhindert (z. B. nach Frakturen oder nach Gelenkoperationen)
- Begleiterkrankungen bzw. Komplikationen, die eine aktive Teilnahme an der Rehabilitation verhindern, z.B. schwere Demenz, Notwendigkeit einer akutmedizinischen Therapie, Selbst- oder/und Fremdgefährdung, ausgeprägte Weglauftendenz

7. Behandlungsablauf in der Geriatrischen Rehabilitation

Der Ablauf des Kernprozesses der Geriatrischen Rehabilitation in unserer Abteilung ist im Folgenden dargestellt. Dieser ist für alle Rehabilitanden identisch und für alle Teammitglieder verbindlich.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet.

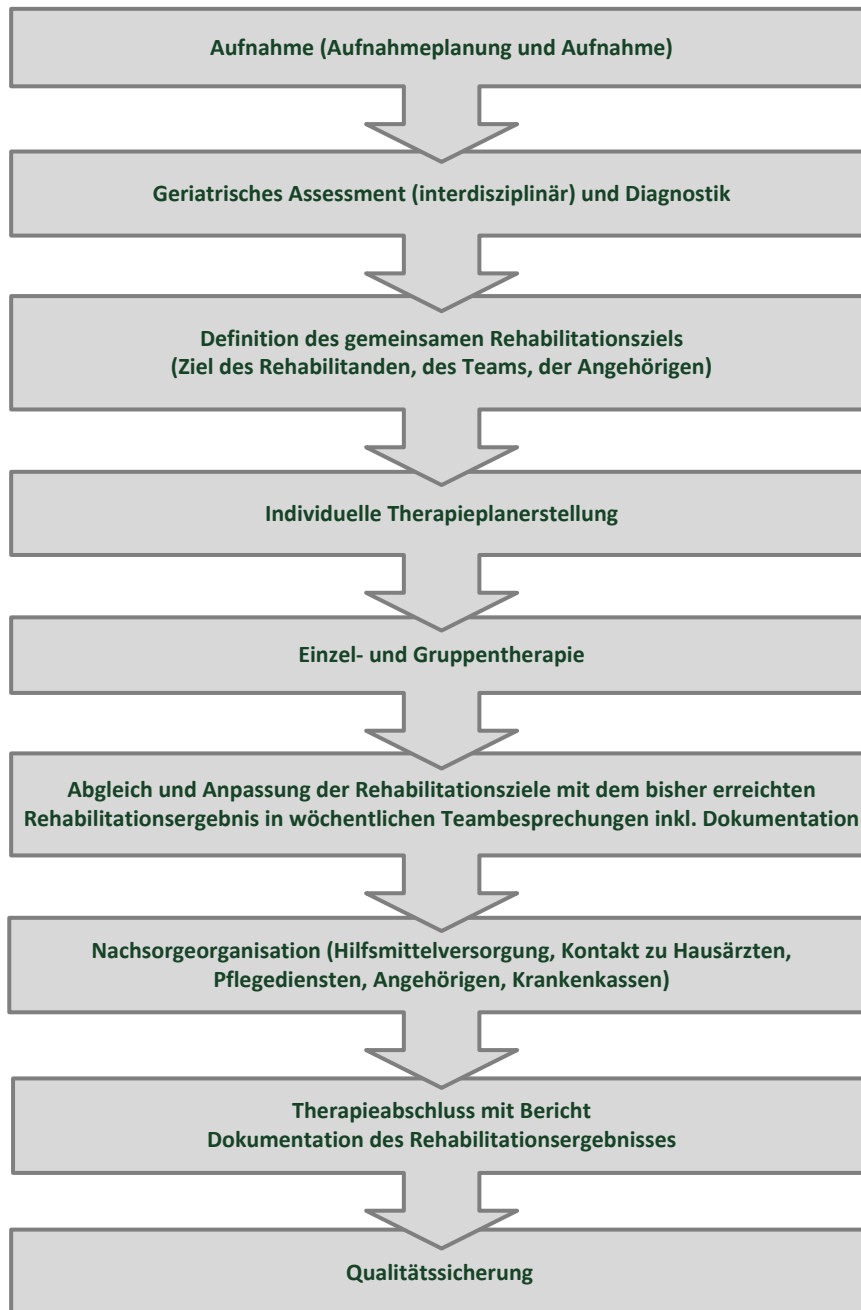
Autor	Freigaben	Veröffentlichung	Seite
Goss, Edmund, Dr.	Goss, Edmund, Dr. (12.04.2021), Majer, Lena (12.04.2021)	Majer, Lena (12.04.2021)	5 von 18

Hinweis: Dieses ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, die Aktualität im Mitarbeiterportal zu überprüfen!

Einrichtungskonzept Geriatrische Rehabilitation (Teilveröffentlichung)

Version: 4

12.04.2021 bis 12.04.2023



Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet.

Autor	Freigaben	Veröffentlichung	Seite
Goss, Edmund, Dr.	Goss, Edmund, Dr. (12.04.2021), Majer, Lena (12.04.2021)	Majer, Lena (12.04.2021)	6 von 18

Hinweis: Dieses ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, die Aktualität im Mitarbeiterportal zu überprüfen!

Einrichtungskonzept Geriatrische Rehabilitation (Teilveröffentlichung)

Version: 4

12.04.2021 bis 12.04.2023

7.1 Aufnahme

Der Aufnahmeprozess ist in einem Aufnahmealgorithmus geregelt.

Am Aufnahmetag erfolgen die ärztliche und pflegerische Aufnahme sowie der Erstkontakt mit der Physio- und Ergotherapie. Dabei werden initial notwendige Hilfsmittel evaluiert und bei Bedarf zur Verfügung gestellt.

7.2 Spezifische Diagnostik (Assessment)

Auf der Grundlage der ICF (Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO) stehen am Beginn des Rehabilitationsprozesses unter Berücksichtigung der bereits im Akutkrankenhaus durchgeführten Diagnostik und Therapie die Erhebung und Dokumentation des Eingangsbefundes (Ermittlung der Körperfunktionen sowie der personenbezogenen Faktoren und der Umweltfaktoren). Dieser Prozess der interdisziplinären und multidimensionalen Diagnostik wird als geriatrisches Assessment bezeichnet. Befunde aus Untersuchung und Gespräch finden ebenso Eingang wie die Ergebnisse standardisierter Assessmentinstrumente zur quantitativen Erfassung von Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Aktivitäten. Das Assessment hat zum Ziel, die medizinischen, psychosozialen und funktionellen Probleme und Ressourcen des Rehabilitanden zu erfassen, daraus Rehabilitationsziele abzuleiten und einen umfassenden Therapieplan zu entwickeln. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Erkennung typischer geriatrischer Problemfelder wie Immobilität, Sturzneigung, Fehl- oder Mangelernährung, kognitive Defizite, Inkontinenz oder Depression. Folgende Assessmentinstrumente finden in unserer Abteilung Anwendung:

- Geriatrisches Screening nach Lachs
- Barthel-Index (motorisch)
- Nutritional risk screening (NRS)
- Body-Mass-Index (BMI)
- Body-Impedanz-Analyse (BIA)
- Mini-Mental-State-Examination (MMSE)
- Uhren-Test
- Geriatric Depression Scale (GDS)
- DemTect-Test
- Reisberg-Skala
- Nürnberger Altersinventar (NAI)
- Timed up and go (TUG)
- Tinetti-Test
- Tandem-Stand/Tandem-Gang
- Chair-rising Test
- Berg Balance Scale (BBS)
- De Morton Mobility Index (Demmi)
- Handkraft-Messung
- Aachener Aphasie Test (AAT)
- Aphasie Schnelltest (AST)
- Aphasie Checkliste (ACL)

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet.

Autor	Freigaben	Veröffentlichung	Seite
Goss, Edmund, Dr.	Goss, Edmund, Dr. (12.04.2021), Majer, Lena (12.04.2021)	Majer, Lena (12.04.2021)	7 von 18

Hinweis: Dieses ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, die Aktualität im Mitarbeiterportal zu überprüfen!

Einrichtungskonzept Geriatrische Rehabilitation (Teilveröffentlichung)

Version: 4

12.04.2021 bis 12.04.2023

- Frenchay Dysarthrie Assessment
- Bogenhausener Semantik Untersuchung (BOSU)
- Schlucktest (nach Daniels)
- Sozialassessment
- 4 D+S-Skala
- Geldzähltest n. Nikolaus

7.3 Rehabilitationsziele

Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung einer Rehabilitationsbehandlung ist die Formulierung der Rehabilitationsziele, die im Rehabilitationsverlauf ggf. überprüft und angepasst werden müssen. Allgemeines Ziel einer geriatrischen Rehabilitation ist die nachhaltige Wiederherstellung, Verbesserung oder Erhaltung der Selbständigkeit, um selbstbestimmt am Leben in der Gesellschaft teilhaben zu können. Dies wird u. a. durch Verbesserung der Mobilität und der Selbsthilfefähigkeit bei den Verrichtungen des Alltags erreicht. Individuelle, alltagsrelevante Rehabilitationsziele werden im Dialog mit Rehabilitand, therapeutischem Team und/oder den Bezugspersonen/Angehörigen festgelegt. Hierbei werden die Barrieren und Förderfaktoren der Umgebung (z. B. bauliche Gegebenheiten, familiäres Umfeld, soziale Unterstützung) ebenso berücksichtigt wie die Körperfunktionen und -strukturen, die sich im Rehabilitationsverlauf verändern können und dann zu einer Anpassung der Zieldefinition führen.

Alltagsrelevante Rehabilitationsziele können z. B. das Erreichen der Stehfähigkeit, die Verbesserung der Transfers, die selbständige Nahrungsaufnahme, das Erreichen des selbständigen Toilettenganges, das selbständige An- und Auskleiden oder die Gehfähigkeit über Treppen sein.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet.

Autor	Freigaben	Veröffentlichung	Seite
Goss, Edmund, Dr.	Goss, Edmund, Dr. (12.04.2021), Majer, Lena (12.04.2021)	Majer, Lena (12.04.2021)	8 von 18

Hinweis: Dieses ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, die Aktualität im Mitarbeiterportal zu überprüfen!

Einrichtungskonzept Geriatrische Rehabilitation (Teilveröffentlichung)

Version: 4

12.04.2021 bis 12.04.2023

7.4 Behandlungsablauf

Auf der Basis der Ergebnisse des Assessments und unter Berücksichtigung der Rehabilitationsziele wird ein individueller Therapieplan erstellt.

Je nach Art, Anzahl und Ausmaß der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen wird die individuell erforderliche Frequenz und Dauer der Therapie festgelegt und ggf. im Verlauf angepasst. Erforderliche Ruhepausen werden zusätzlich eingeplant. Wünsche des Rehabilitanden werden, soweit medizinisch vertretbar, im Therapieplan berücksichtigt. Für häufige Indikationen existieren Behandlungspfade und/oder Behandlungsstandards.

Neben der akuten somatischen Erkrankung und der Multimorbidität liegen häufig zusätzlich Störungen in psychosozialen Bereichen vor, sodass nur durch einen interdisziplinären Ansatz dem Rehabilitanden in seiner Ganzheit gerecht werden kann.

An sechs Tagen in der Woche erhalten die Rehabilitanden Physio- und Ergotherapie gemäß dem individuellen Therapieplan als Einzel- und Gruppentherapie. Bei entsprechendem Bedarf steht zusätzlich Logopädie und psychogerontologische oder seelsorgerische Betreuung zur Verfügung. Eine Diätassistentin kann ebenso hinzugezogen werden.

Der Sozialdienst bzw. die Pflegeüberleitung begleitet den Rehabilitanden bzw. die Bezugspersonen bereits während des Aufenthaltes, um die Weiterversorgung nach der Rehabilitation mit notwendigen Hilfsmitteln oder Einbeziehung ambulanter oder stationärer Hilfsangebote vorzubereiten.

Anleitung und Schulung der Rehabilitanden und bei Bedarf auch der Bezugspersonen werden während des Aufenthaltes durch die jeweiligen Berufsgruppen sichergestellt. Angehörige werden zum Beispiel im Umgang pflegebedürftiger Rehabilitanden (z. B. nach Apoplex) und möglichen Kompensationsmechanismen sowie der Anwendung von Hilfsmitteln vertraut gemacht.

Bei Verzögerung im Erreichen des Rehabilitationszieles, weiterhin bestehender positiver Rehabilitationsprognose und gegebener Rehabilitationsfähigkeit wird rechtzeitig über eine Verlängerung im Rehabilitationsteam beraten. Wird eine Verlängerung befürwortet, wird nach Zustimmung des Rehabilitanden durch die ärztlichen Mitarbeiter ein Verlängerungsantrag erstellt und an den zuständigen Kostenträger übermittelt.

7.5 Entlassmanagement

Bei Entlassung sollte sichergestellt sein, dass der Rehabilitand die erworbenen Fähigkeiten nicht nur im therapeutischen Milieu, sondern auch unter alltäglichen Bedingungen einsetzen kann. Die Entlassungsvorbereitung ist deshalb eine wichtige Aufgabe des Rehabilitationsteams. Mitarbeiter der Pflegeüberleitung bzw. des Sozialdienstes bereiten bereits während des Aufenthaltes die notwendige Versorgung mit Hilfsmitteln vor, damit diese zum Entlassungszeitpunkt dem Rehabilitanden zur Verfügung stehen. Ebenso wird bei Bedarf rechtzeitig Kontakt mit ambulanten oder stationären Einrichtungen aufgenommen oder eine Pflege-Schnelleinstufung beantragt.

Um eine optimale Weiterversorgung zu gewährleisten, erhält der Rehabilitand zur Entlassung den vollständigen Entlassungsbericht für den weiterbehandelnden Arzt ausgehändigt. Spezielle Pflegeüberleitungsbögen werden für nachversorgende Einrichtungen gesondert verfasst.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet.

Autor	Freigaben	Veröffentlichung	Seite
Goss, Edmund, Dr.	Goss, Edmund, Dr. (12.04.2021), Majer, Lena (12.04.2021)	Majer, Lena (12.04.2021)	9 von 18

Hinweis: Dieses ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, die Aktualität im Mitarbeiterportal zu überprüfen!

Einrichtungskonzept Geriatrische Rehabilitation (Teilveröffentlichung)

Version: 4

12.04.2021 bis 12.04.2023

7.6 Schulungsmaßnahmen für Rehabilitanden und Angehörige

Schulungsprogramme für Rehabilitanden werden abgestimmt auf die speziellen Bedürfnisse und auf die jeweilige Situation individuell durchgeführt.

Angehörigenberatungen und -schulungen ermöglichen es, die Angehörigen mit in den Rehabilitationsprozess einzubeziehen. Es werden von jeder Berufsgruppe des therapeutischen Teams Gespräche angeboten und bei Bedarf vereinbart.

Weiterhin wird pflegenden und versorgenden Angehörigen die Möglichkeit gegeben, bei pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen zu hospitieren, um bestimmte Pflege- und Behandlungstechniken für den Umgang mit dem Rehabilitanden in der häuslichen Umgebung (z. B. Lagerung und Transfer, Umgang mit Demenzkranken) zu erlernen. Durch die Pflegeüberleitung und den Sozialdienst können weiterführende Kontakte zu Selbsthilfegruppen usw. angebahnt werden.

7.7 Dokumentation

Zur Dokumentation des gesamten Rehabilitationsprozesses nutzt unsere Einrichtung die Software GERIDOC und GERIPLAN. Dadurch ist eine einheitliche und umfassende Dokumentation gewährleistet und eine zeitnahe Bereitstellung der Informationen für alle an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen sichergestellt.

Mit hoher Datenqualität und -vollständigkeit werden regelmäßig Parameter aus der GERIDOC Datenerfassung an die GIB-DAT („Geriatrische in Bayern-Datenbank“) übermittelt. Hierbei handelt es sich um ein Qualitätssicherungsprojekt der AFGiB (Ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern), welches ein Benchmarking mit anderen bayerischen geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen ermöglicht.

8. Das Geriatrische Rehabilitationsteam

Die Besonderheiten des geriatrischen Rehabilitanden mit seinen individuellen somatischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen erfordern einen spezifischen interdisziplinären Behandlungsansatz, der durch die Vielfalt therapeutischer Angebote im geriatrischen Rehabilitationsteam sichergestellt wird.

8.1 Ärzte

Die Leitung des geriatrischen Rehabilitationsteams und die Verantwortung für den gesamten Behandlungsverlauf liegen beim Arzt. Seine Aufgabe ist es, aufgrund vorhandener Berichte und Vorbefunde, durch seine eigenen Untersuchungen und die Einbeziehung der Ergebnisse aus dem Assessment die Diagnostik zu ergänzen und Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe qualitativ und quantitativ möglichst genau zu erfassen.

Daneben ergibt sich aus symptomatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen die Indikation zur aktiven medizinischen Behandlung.

Eine wirkungsvolle Prävention, frühzeitige Erkennung und Behandlung von Komplikationen sind dabei für eine erfolgreiche Rehabilitation entscheidend.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet.

Autor	Freigaben	Veröffentlichung	Seite
Goss, Edmund, Dr.	Goss, Edmund, Dr. (12.04.2021), Majer, Lena (12.04.2021)	Majer, Lena (12.04.2021)	10 von 18

Hinweis: Dieses ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, die Aktualität im Mitarbeiterportal zu überprüfen!

Einrichtungskonzept Geriatrische Rehabilitation (Teilveröffentlichung)

Version: 4

12.04.2021 bis 12.04.2023

8.2 Therapeutische, geriatrisch-rehabilitative Pflege

Das Pflegepersonal betreut die Patienten 24 Stunden am Tag, sorgt für Geborgenheit und Vertrautheit auf der Station und schafft dadurch eine rehabilitationsfördernde Atmosphäre. Die Pflegekräfte - vorwiegend examinierte Krankenschwestern und Altenpfleger - besitzen medizinische, rehabilitative, altersphysiologische und therapeutische Kenntnisse, die kontinuierlich weiter geschult werden.

Die jeweiligen Schwerpunkte der Pflege werden aus der konkreten Situation des Rehabilitanden abgeleitet. Unter Beachtung der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie der gesundheitlichen Einschränkungen stehen das (Wieder-) Erlangen und Erhalten von Alltagskompetenz im Mittelpunkt.

8.3 Physiotherapie/Physikalische Therapie

Die Physiotherapie behandelt den Rehabilitanden insbesondere im Hinblick auf Funktions- und Fähigkeitsstörungen im Bereich der Mobilität.

Im Vordergrund stehen dabei die Wiederherstellung der Gelenkbeweglichkeit, die Verbesserung der Koordination und des Gleichgewichtes, die Steigerung der Belastbarkeit, Kraft und Ausdauer, das Wiedererlangen selbständiger und sicherer Transferleistungen sowie das Erreichen bzw. Erhalten der Gehfähigkeit und Gangsicherheit.

Bei der Behandlung von zentralnervösen Schädigungen (z. B. nach Schlaganfall) dient die Physiotherapie durch Behandlungsverfahren auf neurophysiologischer Grundlage (z. B. Bobath, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation-PNF) der Normalisierung des Haltetonus der Muskulatur und damit der Vorbereitung und Stimulation normaler Bewegungen unter Hemmung pathologischer Bewegungstendenzen.

Gemeinsam mit Ergotherapeuten werden die Rehabilitanden mit Hilfsmitteln zur Unterstützung der Mobilität (z. B. Unterarmgehstützen, Gehwagen oder Rollstuhl) versorgt und in der Handhabung trainiert.

Für die Zeit nach der Entlassung sichert die Anleitung zu selbständigen Übungen die Nachhaltigkeit der Rehabilitation.

Der Stellenwert der physikalischen Therapie liegt vorwiegend in einer Ergänzung und Unterstützung der aktiv-bewegungstherapeutischen Maßnahmen.

8.4 Ergotherapie

Schwerpunkte der Ergotherapie sind das Erlernen von Selbsthilfefertigkeiten, das alltagsnahe Training und die Hilfsmittelanpassung, um eine größtmögliche Selbständigkeit für das häusliche Umfeld zu erreichen.

Der Rehabilitand soll befähigt werden, wiedergewonnene körperliche Ressourcen im Alltag sinnvoll in Handlungen umzusetzen oder verlorene Funktionen zu kompensieren. Damit ergänzen sich Ergotherapie und Krankengymnastik in besonderer Weise, z. B. bei der Rückgewinnung von Rumpfkontrolle, bei der Gleichgewichts- oder der Transferschulung. In der Ergotherapie werden dabei vor allem Defizite der oberen Extremität diagnostiziert und therapiert.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet.

Autor	Freigaben	Veröffentlichung	Seite
Goss, Edmund, Dr.	Goss, Edmund, Dr. (12.04.2021), Majer, Lena (12.04.2021)	Majer, Lena (12.04.2021)	11 von 18

Hinweis: Dieses ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, die Aktualität im Mitarbeiterportal zu überprüfen!



Einrichtungskonzept Geriatrische Rehabilitation (Teilveröffentlichung)

Version: 4

12.04.2021 bis 12.04.2023

Weitere Aufgabengebiete bestehen in der Aufdeckung und Mitbehandlung kognitiver Defizite, Störungen der Aufmerksamkeit und der Handlungsplanung oder in der Therapie von Sensibilitätsstörungen. Um diese Ziele zu erreichen, werden alle Kontextfaktoren (persönliche- und Umweltfaktoren) umfassend berücksichtigt und die Therapie auf die jeweiligen Lebensumstände des Rehabilitanden individuell abgestimmt.

Ergänzend zu den bereits vorhandenen und im Sozialassessment dokumentierten Hilfsmittel und der Wohnsituation kann in bestimmten Fällen die Durchführung einer Wohnungsbegehung/Wohnraumberatung in Zusammenarbeit mit ortsansässigen Sanitätshäusern veranlasst werden, um die Hilfsmittel den Einsatzmöglichkeiten in der häuslichen Umgebung anzupassen bzw. Bedarf an ergänzenden Maßnahmen der Wohnraumgestaltung zu erheben (z. B. das Anbringen von Handgriffen, Treppenlifter, Einstiegshilfen in die Dusche oder Badewanne).

8.5 Logopädie

Die Aufgaben der Logopädie beinhalten die Diagnostik und Behandlung erworbener Störungen der Kommunikation sowie von Ess- und Schluckstörungen.

Schwerpunkte sind Sprachstörungen (z. B. bei Aphasie), Sprachverarbeitungsstörungen (z. B. bei Demenz oder kognitiver Dysphasie), Schreib- und/oder Lesestörungen (z. B. nach Apoplex), Sprechstörungen (z. B. Dysarthrie, Sprechapraxie), zentrale und periphere Fazialispareisen (z. B. nach Apoplex), Stimmstörungen (z. B. bei M. Parkinson, Stimmbandlähmungen) sowie Schluckstörungen (z. B. bei Dysphagie nach Apoplex, Presbyphagie).

Ziele sind dabei der Wiedererwerb bzw. der Erhalt der Kommunikation zur sozialen Teilhabe und die Wiederherstellung bzw. der Erhalt der Schluckfähigkeit, um eine ausreichende Ernährung zu sichern.

Die Beratung und Anleitung der Angehörigen bzw. Bezugspersonen der Rehabilitanden stellt sowohl bei Kommunikations- als auch bei Schluckstörungen einen weiteren Schwerpunkt der Behandlung dar. Dies erfolgt in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit mit dem gesamten Pflege- und Therapeutenteam.

8.6 Psychogerontologie/Neuropsychologie

Die Aufgaben der Psychogerontologie umfassen die neuropsychologische und psychologische Diagnostik und die daraus resultierenden Interventionen.

In der neuropsychologischen Diagnostik wird die kognitive Leistungsfähigkeit hinsichtlich Orientiertheit, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und exekutive Funktionen wie Handlungsplanung und Problemlösung erhoben. Die psychologische Diagnostik klärt die Stimmung und Verhaltensmerkmale des Rehabilitanden.

Ein Basis-Assessment (MMSE, Uhrentest, Reisberg-Skala, GDS) ermöglicht dabei eine erste Einschätzung hinsichtlich des Vorliegens einer Demenz bzw. einer Depression. Entsprechend den Befundergebnissen werden spezifische Therapien angeboten wie Hirnleistungstraining, Gesprächstherapie, Entspannungstraining oder Angehörigengespräch. Ziel der Interventionen ist die psychische Stabilisierung hinsichtlich Krankheitsakzeptanz, Krankheitsbewältigung und Lebensbewältigung, Angst und Trauer, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und somit die

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet.

Autor	Freigaben	Veröffentlichung	Seite
Goss, Edmund, Dr.	Goss, Edmund, Dr. (12.04.2021), Majer, Lena (12.04.2021)	Majer, Lena (12.04.2021)	12 von 18

Hinweis: Dieses ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, die Aktualität im Mitarbeiterportal zu überprüfen!

Einrichtungskonzept Geriatrische Rehabilitation (Teilveröffentlichung)

Version: 4

12.04.2021 bis 12.04.2023

Verbesserung der Lebensqualität. Eine enge Zusammenarbeit im gesamten therapeutischen Team und ggf. mit den Bezugspersonen im häuslichen Umfeld ist dabei unerlässlich.

8.7 Sozialdienst/Pflegeüberleitung

Der Sozialdienst und die Pflegeüberleitung sind Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Durch Erhebung des Sozialassessment kann eine Einschätzung der sozialen Situation inkl. der positiven und negativen Kontextfaktoren vorgenommen werden. Daraus, aus Angehörigengesprächen und aus dem Erreichungsgrad der Rehabilitationsziele im Verlauf lässt sich der zukünftige Versorgungsbedarf ableiten.

Durch Beratung und Unterstützung kann dann die Organisation der Versorgung und Betreuung des Rehabilitanden im Anschluss an die stationäre geriatrische Rehabilitation eingeleitet werden.

Die Arbeit des Sozialdienstes und der Pflegeüberleitung erfolgt dabei in enger Absprache und Kooperation mit den Angehörigen, Bezugspersonen, ambulanten und stationären Pflegediensten, den Krankenkassen und den Hausärzten.

Dies geschieht bereits während des stationären Aufenthaltes, damit entsprechende Hilfen am Entlasstag zur Verfügung stehen.

8.8 Ernährungsberatung/Diätassistenz

Die Diätassistentin berät bei Bedarf Rehabilitanden und Angehörige bei bestimmten Krankheitsbildern über angebrachte Kostformen (z. B. Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, Z. n. Gastrektomie, Kurzdarmsyndrom) und stellt auf ärztliche Empfehlung hin eine entsprechende Kost zusammen.

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

8.9 Seelsorge

Um eine ganzheitliche Betreuung des Rehabilitanden zu unterstützen, kann der Einsatz eines Seelsorgers im geriatrischen Team sinnvoll sein. Ein Seelsorger steht ergänzend zu den anderen Mitgliedern des Rehabilitationsteams jedem Rehabilitanden, unabhängig von seiner Konfession, Religions- oder Weltanschauung, für Gespräche zur Verfügung.

8.10 Tiergestützte Therapie

Die Therapie mit Hunden unterstützt Therapiekonzepte für Menschen mit körperlichen und geistig/seelischen Beeinträchtigungen. Durch den Kontakt mit dem Therapiehund kann nicht nur das allgemeine Wohlbefinden verbessert, sondern auch der Fortschritt der anderen Therapiemaßnahmen gesteigert werden. Gerade bei kognitiv eingeschränkten Rehabilitanden kann ein Therapiehund die Kommunikation und evtl. auch die Bewegung anregen.

Die Begegnung mit dem Therapiehund erfolgt in enger Abstimmung mit dem übrigen Therapeuten-Team, insbesondere der Ergotherapie.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet.

Autor	Freigaben	Veröffentlichung	Seite
Goss, Edmund, Dr.	Goss, Edmund, Dr. (12.04.2021), Majer, Lena (12.04.2021)	Majer, Lena (12.04.2021)	13 von 18

Hinweis: Dieses ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, die Aktualität im Mitarbeiterportal zu überprüfen!

Einrichtungskonzept Geriatrische Rehabilitation (Teilveröffentlichung)

Version: 4

12.04.2021 bis 12.04.2023

8.11 Angehörige/Bezugspersonen

Die Teilhabe als zentrales Ziel der geriatrischen Rehabilitation muss vor allem die Barrieren und Förderfaktoren der Umgebung berücksichtigen, wie z. B. das familiäre Umfeld. Somit stellen die Angehörigen in der Regel den wichtigsten Teil des sozialen Kontextes dar. Sie werden deshalb – soweit nötig und möglich – mit Zustimmung des Rehabilitanden zur Festlegung und zur besseren und nachhaltigen Erreichung der Rehabilitationsziele in den Rehabilitationsprozess einbezogen. Auf Wunsch können auch Begleitpersonen mit aufgenommen werden.

9. Qualitätssicherung

Qualitätssicherungsmaßnahmen sind ein wesentlicher Bestandteil des internen Qualitätsmanagement-Systems, welches in der Abteilung implementiert ist. Oberstes Ziel ist dabei die rehabilitandenorientierte Prozessoptimierung. Der Nachweis wurde mit der Zertifizierung 2018 nach KTQ® und dem „Qualitätssiegel Geriatrie Add On“ erbracht. Eine hohe Qualität wurde dabei bescheinigt.

9.1 Strukturqualität

Strukturqualität ist gekennzeichnet durch bauliche, apparativ-technische und personelle Rahmenbedingungen.

Durch regelmäßige interne und externe Fortbildungen aller Berufsgruppen ist eine hohe fachliche Qualifikation der Mitarbeiter sichergestellt.

Eine hohe Facharztquote (50%) ist ebenso wie ein hoher Anteil an examinieren Pflegekräften (84%) erfüllt.

Zu den Strukturmerkmalen der internen Kommunikation zählen wöchentliche Teambesprechungen unter Beteiligung aller Berufsgruppen, Teamvisiten und regelmäßige Sitzungen der Lenkungsgruppe.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird darüber hinaus durch eine fortlaufende, gemeinsame Dokumentation aller Berufsgruppen in einem einheitlichen EDV-System (GERIDOC) gewährleistet.

Standardisierte Behandlungskonzepte werden unter der Verantwortung des Chefarztes durch die Mitarbeit aller Professionen erstellt und regelmäßig (i.d.R. jährlich) überprüft. Seit 2012 nimmt die Abteilung am verpflichtend umzusetzenden, externen Qualitätssicherungsverfahren QS-Reha® teil.

Für die Aufnahme in den Bundesverband Geriatrie wurde ebenfalls ein externes Audit zur Überprüfung der Strukturqualität mit Erfolg durchgeführt.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet.

Autor	Freigaben	Veröffentlichung	Seite
Goss, Edmund, Dr.	Goss, Edmund, Dr. (12.04.2021), Majer, Lena (12.04.2021)	Majer, Lena (12.04.2021)	14 von 18

Hinweis: Dieses ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, die Aktualität im Mitarbeiterportal zu überprüfen!

Einrichtungskonzept Geriatrische Rehabilitation (Teilveröffentlichung)

Version: 4

12.04.2021 bis 12.04.2023

9.2 Prozessqualität

Sich ergänzende Therapieelemente und ein gleichgerichtetes Zusammenwirken aller an der Rehabilitation beteiligter Personen stellen die Basis dar, um die Rehabilitationsziele zu erreichen. Der Prozessqualität kommt deshalb eine zentrale Bedeutung zu.

Wichtige Prinzipien dabei sind:

- die Ausrichtung am bio-psycho-sozialen Modell gemäß ICF
- ein bio-psycho-soziales Assessment
- die Berücksichtigung der geriatritypischen Multimorbidität
- eine individuelle Therapieplanung und Zielsetzung, die sich an den Fähigkeiten des Rehabilitanden orientiert
- die Interdisziplinarität
- regelmäßige Therapie- und Verlaufskontrollen
- eine fortlaufende Dokumentation
- eine angemessene Therapiedichte
- die Berücksichtigung notwendiger Erholungsphasen
- die Einbeziehung von Angehörigen/Bezugspersonen
- die Organisation eines Nachsorgekonzeptes schon während des stat. Aufenthaltes

9.3. Ergebnisqualität

Die Abteilung nimmt seit dem Jahr 2000 an der einheitlichen Datenerfassung im Rahmen des GIB-DAT-Projektes der AFGiB teil. Durch regelmäßige Quartals- und Jahresauswertungen der GIB-DAT-Daten erfolgt eine externe Qualitätssicherung und ein bayernweites Benchmarking. Ebenfalls werden dadurch Kennzahlen wichtiger Prozesse (z. B. Veränderung der Assessmentwerte zwischen Aufnahme und Entlassung, Dokumentationsvollständigkeit, Arzneimitteltherapie, Komplikationen) erhoben.

Weitere Instrumente zur Überprüfung der Ergebnisqualität sind Rehabilitandenfragebögen, in denen die Zufriedenheit mit dem Behandlungsprozess und den unterstützenden Prozessen (direkt bei Entlassung) sowie dem Entlassmanagement (zwei Wochen nach Entlassung) evaluiert werden.

Seit April 2012 erhebt die Abteilung Daten zur Erfassung von Clostridium difficile assoziierten Erkrankungen zur internen Qualitätssicherung und zum externen Benchmarking.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet.

Autor	Freigaben	Veröffentlichung	Seite
Goss, Edmund, Dr.	Goss, Edmund, Dr. (12.04.2021), Majer, Lena (12.04.2021)	Majer, Lena (12.04.2021)	15 von 18

Hinweis: Dieses ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, die Aktualität im Mitarbeiterportal zu überprüfen!



Einrichtungskonzept Geriatrische Rehabilitation (Teilveröffentlichung)

Version: 4

12.04.2021 bis 12.04.2023

10. Qualitätsziele

Die Qualitätsziele der Abteilung orientieren sich am Leitbild und an der Qualitätspolitik des Gesamt-Unternehmens.

Die Zufriedenheit der Rehabilitanden ist dabei das erste Ziel. Dies wird durch eine kontinuierlich hohe Behandlungsqualität und durch die Berücksichtigung der körperlichen, seelischen und sozialen Bedürfnisse der Rehabilitanden erreicht. Neben der Rehabilitandenorientierung ist die Zufriedenheit der Angehörigen, der zuweisenden Kliniken, der Hausärzte und der Krankenkassen ein weiterer wichtiger Aspekt.

Den wichtigsten Faktor in der Behandlung der Rehabilitanden stellen dabei unsere Mitarbeiter dar. Sie zeichnen sich durch eine hohe fachliche und soziale Kompetenz aus.

Ein kollegialer Umgang im Team, Wertschätzung allen Berufsgruppen gegenüber und die Einbeziehung in die Prozessorganisation sorgen für eine hohe Mitarbeiter-Zufriedenheit und verbessern dadurch die Identifikation mit der Abteilung.

Neben der Qualifikation der Mitarbeiter erfordert eine qualitativ hochwertige Versorgung eine ständige Überprüfung und Weiterentwicklung der Behandlungskonzepte, Behandlungsstandards und Behandlungspfade anhand der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse. Auch Prozessabläufe werden regelmäßig überprüft (z. B. durch interne Audits) und ggf. angepasst.

Ein umfassendes Hygienemanagement ist implementiert. Der dadurch bereits sehr hohe Hygiene-Standard wird durch regelmäßige Schulungen, Begehungen und interne Überprüfungen sowie den Einsatz von Hygienefachkräften und Hygienebeauftragten kontinuierlich verbessert.

Durch die Teilnahme am GIB-DAT-Projekt werden Qualitätsindikatoren erhoben und mit anderen Einrichtungen verglichen.

11. Beschwerdemanagement

Es sind verschiedene Möglichkeiten für die unterschiedlichen Zielgruppen implementiert, Meinungen, Lob, Verbesserungsvorschläge oder Beschwerden anzubringen.

Die jeweils verantwortlichen Mitarbeiter (z.B. Stationsleitung, Chefarzt, QMB) bearbeiten Beschwerden umgehend, nehmen mit dem Beschwerdeführer (sofern nicht anonymisiert) Kontakt auf und geben entsprechende Rückmeldung.

Verbesserungsvorschläge können über das Ideenmanagement (IMAGO) von Mitarbeitern eingereicht werden. Die IMAGO Anträge werden in der Lenkungsgruppe Qualität besprochen, bewertet und ggf. prämiert.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet.

Autor	Freigaben	Veröffentlichung	Seite
Goss, Edmund, Dr.	Goss, Edmund, Dr. (12.04.2021), Majer, Lena (12.04.2021)	Majer, Lena (12.04.2021)	16 von 18

Hinweis: Dieses ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, die Aktualität im Mitarbeiterportal zu überprüfen!

Einrichtungskonzept Geriatrische Rehabilitation (Teilveröffentlichung)

Version: 4

12.04.2021 bis 12.04.2023

12. Kooperation/Vernetzung

Aufgrund der Multimorbidität der geriatrischen Patienten besteht eine enge Verknüpfung akutmedizinischer und rehabilitationsmedizinischer Behandlungsanteile. Durch den bereits seit Jahren etablierten geriatrisch-rehabilitativen Schwerpunkt an unserer Klinik war es deshalb folgerichtig, im Januar 2011 innerhalb der Internistischen Abteilung eine Unterabteilung für Akut-Geriatrie zu etablieren. Eine kontinuierliche Weiterversorgung der Rehabilitanden mit geriatrischer Expertise ist dadurch im Falle einer akuten Erkrankung oder Komplikation gewährleistet. Darüber hinaus besteht eine intensive Zusammenarbeit mit der Internistischen Akutabteilung unserer Klinik. Die Rehabilitanden profitieren dabei von sämtlichen dort vorgehaltenen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, inkl. der Überwachungsbetten.

Bei spezifischen Problemstellungen aus den Bereichen der Gastroenterologie, der Kardiologie, der Unfall- und Allgemeinchirurgie, der Gynäkologie oder bei intensivmedizinischem Handlungsbedarf kommt den Rehabilitanden die enge Zusammenarbeit mit unserem Partnerkrankenhaus St. Anna in Sulzbach-Rosenberg zugute.

Bei darüber hinaus gehenden Anforderungen steht das Klinikum St. Marien in Amberg als Haus der Maximalversorgung (z.B. Stroke Unit) zur Verfügung.

Aus externen Schulen für Pflege und Heilberufe (Krankenpflegeschule Sulzbach-Rosenberg und Amberg, Altenpflegeschulen, Ergo- und Physiotherapieschulen, Notfall-Sanitäterschulen) werden regelmäßig Schüler und Praktikanten ausgebildet.

Für die Versorgung der Rehabilitanden nach dem stationären Aufenthalt ist die regionale Vernetzung von zentraler Bedeutung.

Dies wird u. a. durch zeitnahe Information der Hausärzte (Information über die Aufnahme, Mitgabe des ausführlichen Entlassberichtes am Entlasstag, telefonische Kontaktaufnahme bei Problemstellungen) und Kooperation mit ambulanten Pflegediensten, Pflegeheimen und anderen Nachversorgern sichergestellt.

Die St. Johannes Klinik Auerbach ist seit November 2013 Mitglied im Bundesverband Geriatrie.

Seit Februar 2018 besteht eine Kooperationsvereinbarung mit dem Zentrum für Altersmedizin am Klinikum Nürnberg über die Zusammenarbeit zur örtlichen und krankenhausübergreifenden Patientenversorgung auf dem Gebiet der Geriatrie.

Seit Oktober 2018 ist das Kommunalunternehmen der Krankenhäuser des Landkreises Amberg-Sulzbach Lehrkrankenhaus der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Standort Nürnberg.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet.

Autor	Freigaben	Veröffentlichung	Seite
Goss, Edmund, Dr.	Goss, Edmund, Dr. (12.04.2021), Majer, Lena (12.04.2021)	Majer, Lena (12.04.2021)	17 von 18

Hinweis: Dieses ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, die Aktualität im Mitarbeiterportal zu überprüfen!

Einrichtungskonzept Geriatrische Rehabilitation (Teilveröffentlichung)

Version: 4

12.04.2021 bis 12.04.2023

13. Schlussbemerkung

Die Qualität der geriatrischen Rehabilitation ist dadurch gekennzeichnet, dass sie das individuelle Potential des Rehabilitanden erkennt, die Multimorbidität umfassend berücksichtigt und die Behandlungskonzepte auf die persönlichen Erfordernisse und Bedürfnisse abstimmt. Seit Etablierung der Abteilung für Geriatrische Rehabilitation im Jahr 1997 wurde diese Kompetenz an unserer Klinik kontinuierlich ausgebaut und durch die Eröffnung der Akutgeriatrie im Januar 2011 weiterentwickelt.

Das therapeutische Team ist dabei der entscheidende Faktor, um den komplexen Problemen in der Behandlung älterer Menschen umfassend gerecht zu werden. Es ermöglicht eine ganzheitliche Betreuung und Behandlung der Rehabilitanden, damit diese wieder an einem selbstbestimmten Leben in der Gesellschaft teilhaben können.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet.

Autor	Freigaben	Veröffentlichung	Seite
Goss, Edmund, Dr.	Goss, Edmund, Dr. (12.04.2021), Majer, Lena (12.04.2021)	Majer, Lena (12.04.2021)	18 von 18

Hinweis: Dieses ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder ist selbst dafür verantwortlich, die Aktualität im Mitarbeiterportal zu überprüfen!