

## ZWECK UND ZIEL

Das vorliegende Einrichtungskonzept beschreibt u.a. die Aufbau- und Ablauforganisation der Geriatrischen Rehabilitation, die Kooperationen, die Unternehmensvision und strategischen Ziele, das Unternehmensleitbild sowie Qualitätssicherungsmaßnahmen. Es dient der Transparenz der Klinik nach innen und außen.

## GELTUNGSBEREICH

Die vorliegende mitgeltende interne Unterlage gilt für alle Mitarbeiter der Geriatrischen Rehabilitation.

## BEGRIFFSERKLÄRUNGEN UND ABKÜRZUNGEN

Keine

## ZUSTÄNDIGKEITEN

Siehe Geltungsbereich.

## BESCHREIBUNG DES VERFAHRENS

Siehe nachfolgende Seiten.

## MITGELTENDE DOKUMENTE / QUERVERWEISE

keine



## Inhalt:

<b>1</b>	<b>Die Organisationsstruktur .....</b>	<b>3</b>
1.1	<b>Die Struktur am Standort Alzenau des Klinikums Aschaffenburg-Alzenau .....</b>	<b>3</b>
1.1.1	<b>Lage und Kapazität des Standortes Alzenau-Wasserlos.....</b>	<b>3</b>
1.1.2	<b>Die Geschichte der Einrichtung .....</b>	<b>5</b>
1.1.3	<b>Die Unternehmens- Vision und die Strategischen Ziele .....</b>	<b>5</b>
1.1.4	<b>Kooperationen .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2</b>	<b>Die Geriatrische Rehabilitation als Teil des Klinikums Aschaffenburg-Alzenau .....</b>	<b>7</b>
2.2.1	<b>Geschichte, Lage und bauliche Ausstattung der Geriatrischen Rehabilitation .....</b>	<b>7</b>
2.2.3	<b>Rahmenvertrag der Geriatrischen Rehabilitation .....</b>	<b>11</b>
2.2.4	<b>Qualitätssicherung .....</b>	<b>13</b>
2.2.5	<b>Das multiprofessionelle Geriatrische Team .....</b>	<b>14</b>
2.2.6	<b>Die Behandlungsplanung durch das multiprofessionelle Geriatrische Team.....</b>	<b>15</b>
2.2.7	<b>Dokumentation .....</b>	<b>15</b>
2.2.7.1	<i>Konzeption der Pflegedokumentation.....</i>	<i>16</i>
2.2.7.2	<i>Konzeption der Therapiedokumentation.....</i>	<i>18</i>
2.2.7.3	<i>Konzeption der Arztdokumentation .....</i>	<i>18</i>
2.2.8	<b>Fort- und Weiterbildung des Personals .....</b>	<b>19</b>
2.2.9	<b>Leitbild und Philosophie des multiprofessionellen Teams .....</b>	<b>19</b>
2.2.9.1	<i>Das Leitbild des multiprofessionellen Teams.....</i>	<i>19</i>
2.2.9.2	<i>Die Philosophie des multiprofessionellen Teams.....</i>	<i>21</i>
2.2.10	<b>Bereichspflege .....</b>	<b>21</b>

## **1 Die Organisationsstruktur**

### **1.1 Die Struktur am Standort Alzenau des Klinikums Aschaffenburg-Alzenau**

Die ersten Kapitel geben eine Übersicht über die Struktur des Standortes Alzenau-Wasserlos, d.h. über die Lage und Kapazität, über das Unternehmensleitbild sowie über Kooperationen des Hauses, um im nachfolgenden Kapitel zur Vorstellung der Geriatrischen Rehabilitation überzugehen.

#### **1.1.1 Lage und Kapazität des Standortes Alzenau-Wasserlos**

Der Standort Alzenau-Wasserlos des Klinikums Aschaffenburg- Alzenau ist im ehemaligen Schloss von Wasserlos aus dem Jahr 1790, inmitten eines großen Schlossparks mit altem Baumbestand, einem Bachlauf sowie Teichen gelegen und wird von dicht bewachsenen Wäldern des Vorspessarts und Weingärten umgeben. Von dort aus reicht der Blick über die Rhein-Main-Ebene. Wasserlos ist mit seinen 2660 Einwohnern ein Stadtteil von Alzenau und liegt im Norden des Landkreises Aschaffenburg. Die Entfernung zum Zentrum Alzenau reicht von 1,7 km östlich und 0,1 km südlich. Besonders attraktiv für Einwohner und Gäste ist Alzenau-Wasserlos durch eine gut ausgebaute technische und soziale Infrastruktur. Diese ist gekennzeichnet von einer guten Verkehrsanbindung an das Autobahn- und Schienennetz, eine schnelle Erreichbarkeit des Flughafens Frankfurt am Main und einem bedarfsgerechten öffentlichen Personennahverkehr. Darüber hinaus verfügt die Stadt alleinig durch ihre zahlreichen Sehenswürdigkeiten<sup>1</sup> über vielfältige kulturelle Angebote und Freizeitangebote<sup>2</sup>, über eine Vielzahl an Einkaufsmöglichkeiten<sup>3</sup> und ein gut ausgebautes Gesundheits<sup>4</sup>- und Bildungssystem<sup>5</sup>. Auch familien-<sup>6</sup> und seniorenunterstützende<sup>7</sup> Angebote wie z. B. Beratungs- und Betreuungsangebote sowie Begegnungsangebote lassen Alzenau-Wasserlos als senioren- und familienfreundliche Stadt auszeichnen. Zudem gehört die Stadt zu einem wichtigen Technologie-, Industrie- und Dienstleistungsstandort mit insgesamt 9.000 Arbeitsplätzen<sup>8</sup>.

Der Standort genießt als Plankrankenhaus ein Kerneinzugsgebiet von ca. 60.000 Einwohnern<sup>9</sup>. Zusätzlich wird die Abteilung auch aus dem benachbarten Hessen angenommen.

Nach der von Stadt und Landkreis Aschaffenburg beschlossenen Fusion mit dem Klinikum Aschaffenburg ist das ehemalige Kreiskrankenhaus Alzenau-Wasserlos seit 1. Januar 2015 das Klinikum Aschaffenburg-Alzenau, ein Klinikum unter einem Träger, aber mit zwei Standorten, nämlich in Aschaffenburg und in Alzenau-Wasserlos. Im Jahr 2017 ging das Klinikum Aschaffenburg-Alzenau in eine gGmbH über.

Als Standort der Grund- und Regelversorgung verfügt es über die Abteilungen Geriatrische Rehabilitation mit max. 45 Betten im alten Schloss- und Neubauteil, gefolgt von der Tagesstationären internistischen Klinik, der Abteilung für Orthopädie, der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie und der Intensivstation mit insgesamt 110 Betten im angrenzenden Bauteil. Zudem kooperiert das Haus mit niedergelassenen Ärzten, die im Bereich der bildgebenden Verfahren die Computertomographie und

<sup>1</sup> Burg Alzenau, Stadtpfarrkirche St. Justinus, Hahnenkamm, Schlösschen Michelbach, Wallfahrtskirche Kälberau, Wehrkirche Hörstein, Schwedenkreuz

<sup>2</sup> Städtisches Sportzentrum, Bäder, Stadtbibliothek, Wanderwege, Spiel- und Bolzplätze, Freizeitplätze z. B. Skaterplatz, Basketballplatz,

<sup>3</sup> Supermärkte, Fachgeschäfte, Baumarkt, Kleidungsgeschäfte, Sanitätshaus, Bäckereien etc.

<sup>4</sup> Niedergelassene Ärzte fast aller Fachrichtungen, Apotheken, unterstützende Heilberufe, Notdienste, Hospizarbeit, Selbsthilfegruppen, Demenzbegleitung, Gesundheitskampagnen

<sup>5</sup> Grundschule, Hauptschule, Realschule, Gymnasium

<sup>6</sup> Kindergarten, Kinderkrippe, Familienwegweiser, Krabbelgruppen, Babysitterbörse, Familientisch Alzenau, Nachbarschaftshilfen, Familienberatungsangebote

<sup>7</sup> Seniorenberatung, Seniorentreff, Nachbarschaftshilfe, ambulante Pflegedienste, Seniorenheime, Demenzbegleitung, Seniorenförderverein

<sup>8</sup> vgl. <http://www.alzenau.de/>, abgerufen am 11.10.2012

<sup>9</sup> aus dem Altlandkreis Alzenau

Magnetresonanztomographie nutzen. Ein wichtiger Baustein in der Kooperation ist das Ärztehaus, welches durch eine Brücke an das Krankenhaus angebunden ist. Da es sich ausschließlich um das Einrichtungskonzept der Geriatrischen Rehabilitation handelt, soll an dieser Stelle jedoch auf weitere Einzelheiten des Gesamthauses verzichtet werden.

## 1.1.2 Die Geschichte der Einrichtung

Die Tradition des Hauses geht bis ins letzte Jahrhundert zurück. Das Schloss Wasserlos, jetziges Krankenhaus, wurde 1790 auf dem Gelände einer mittelalterlichen Burg durch Prinz Eugen, späterer Herzog von Württemberg, erbaut. Die Einrichtung besaß viele wechselnde Besitzer. Ein damaliger Besitzer war Graf von Bentheim, welcher 1866 im Bruderkrieg das Schloss von Wasserlos zu einem Notlazarett erklärte. Seit Ende des zweiten Weltkrieges diente das Haus zur Versorgung des Altlandkreises Alzenau und wird seitdem als Krankenhaus genutzt. 1972 ging das Schloss mit seiner gesamten Parkanlage im Rahmen der Kreisgerichtsreform an den neu geschaffenen Landkreis Aschaffenburg über.

## 1.1.3 Die Unternehmens- Vision und die Strategischen Ziele

Die Vision ist für alle Mitarbeiter an beiden Standorten verbindlich. Auf Grundlage der Vision werden jährlich Zielplanungen mit den Fachabteilungen durchgeführt und die Erreichung dieser am Jahresende evaluiert. Die Vision wird den neuen Mitarbeitern im Rahmen der Einführungstage kommuniziert. Zudem werden alle anderen Mitarbeiter über den aktuellen Visions- und Zieleflyer im Intranet informiert. Die Unternehmens-Visionen sind u. a. auf der Homepage, im Intranet und im QM-Handbuch schriftlich veröffentlicht. Der Zeitpunkt einer Aktualitätsprüfung wird jährlich in der Dokumentationssoftware „Roxtra“ fixiert. Das Klinikum Aschaffenburg-Alzenau hat folgende Vision:

1. Wir sind das medizinische Exzellenz-Zentrum am Bayerischen Untermain
2. Ihre Zufriedenheit ist unser Erfolg
3. Nur aus eigener Kraft können wir uns frei entfalten
4. Unsere Mitarbeiter haben Grund stolz auf uns zu sein
5. Wir sind Partner für regionale Vernetzung

## 1.1.4 Kooperationen

Das Krankenhaus kooperiert mit unterschiedlichen Partnern:

- Im Bereich der Pflegefachhelferausbildung mit der „Hans-Weinberger-Akademie“ in Aschaffenburg
- Im Bereich der Ausbildung zur Physiotherapie mit der „Hans-Weinberger-Akademie“ in Aschaffenburg und der „Hochschule Fresenius“ in Idstein
- Im Bereich des Studiums zur Pflegefachfrau B. Sc./ zum Pflegefachmann B. Sc. mit der FH Fulda sowie seit 2023 mit der evangelischen Hochschule Nürnberg

Gleichzeitig bildet das Klinikum selbst über seine Bildungsakademie für Gesundheitsberufe die Schüler und Studenten aus (z. B. zum/ zur Pflegefachfrau / -mann, Pflegefachhelfer) aus. Diese werden an beiden Standorten eingesetzt.

Zudem arbeitet die Fachabteilung im Bereich der medizinischen Weiterentwicklung mit der „Abteilung für Akutgeriatrie und Frührehabilitation“ am Standort Aschaffenburg zusammen.

Ebenfalls können Auszubildende anderer sozialer Einrichtungen, z.B. im Bereich der Altenpflege, nach vorheriger Anfrage in der Geriatrischen Rehabilitation mehrwöchige Außeneinsätze absolvieren.

### Kooperation im Bereich der Ausbildungen

Auszubildende aus den Bereichen der Altenpflege und der Physio- und Ergotherapie können mehrwöchig Außeneinsätze absolvieren. Für die Begleitung der Auszubildenden stehen erfahrene Mitarbeiter (Praxisanleiter) zur Verfügung, um die Schüler in ihren Handlungskompetenzen (Fach-, Sozial- und Methodenkompetenz) zu stärken. Weiterhin haben die Auszubildenden durch Rotationen den Vorteil, die Prozessabläufe (Aufnahme, Diagnostik, Behandlung, Entlassung) der Fachabteilungen des Standortes Alzenau-Wasserlos kennenzulernen. Zentrale Praxisanleiter unterstützen die qualifizierten Mentoren während den Praxiseinsätzen der Schüler.

### Zusammenarbeit mit der Abteilung Akutgeriatrie und Frührehabilitation

Als Geriatrisches Zentrum arbeiten die Abteilungen „Akutgeriatrie und Frührehabilitation“ des Standortes Aschaffenburg und die „Geriatrische Rehabilitation“ des Standortes Alzenau-Wasserlos zusammen. Dadurch wird eine bessere Vernetzung der Abteilung für „Akutgeriatrie und Frührehabilitation“, bestehend aus max. 30 Betten, mit der Geriatrischen Rehabilitation, bestehend aus max. 45 Betten, ermöglicht. Auch werden ein fachlicher Austausch und eine übergangslose Rehabilitation bei Entlassung des Menschen von der Akutgeriatrie in die Geriatrische Rehabilitation gefördert.

## **2.2 Die Geriatrische Rehabilitation als Teil des Klinikums Aschaffenburg-Alzenau**

Der Standort Alzenau-Wasserlos hat sich mit der Erweiterung des Hauses um eine Geriatrische Rehabilitation dem demographischen Wandel angepasst, denn statistische Vorausberechnungen lassen deutlich werden, dass der Anteil der über 60-jährigen Menschen bis ins Jahr 2030 um 34,5 % ansteigen wird. Mit zunehmendem Alter nimmt für die ältere Bevölkerung auch das Risiko zu, multimorbid und pflegebedürftig zu werden<sup>10</sup>. So steigt die Anzahl pflegebedürftiger Menschen von 5% bei den 70-75-jährigen auf 95% bei den 90-jährigen an<sup>11</sup>. Eine Studie des Robert-Koch-Institutes zur Gesundheit im Alter (vgl. Robert-Koch-Institut 2012, S. 986) verdeutlicht, dass die Zunahme des Alters häufig mit einer Funktionseinschränkung einhergeht, welche zu Gesundheitsproblemen wie z. B. Stürzen, zum Verlust der selbstständigen Lebensführung, zu Pflegebedürftigkeit sowie zu einer erhöhten Sterblichkeit führt. Die Geriatrische Rehabilitation zielt vor diesem Hintergrund auf die Förderung der Menschen in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens durch einen individuellen und vom multiprofessionellen Rehabilitationsteam festgelegten Behandlungsplan ab. Dieser enthält z. B. Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie, Beschäftigungstherapie und Selbstständigkeitstraining, um eine selbstständige Lebensführung im eigenen häuslichen Umfeld zu fördern oder wiederherzustellen sowie eine Pflegebedürftigkeit und eine Institutionalisierung zu verhindern.

Im Weiteren wird die Geriatrische Rehabilitation mit ihren Strukturen vorgestellt. Hierbei wird unter anderem auf die Geschichte, Lage und bauliche Ausstattung, die Aufbauorganisation, den Rahmenvertrag und die Abläufe in der Geriatrischen Rehabilitation eingegangen.

### **2.2.1 Geschichte, Lage und bauliche Ausstattung der Geriatrischen Rehabilitation**

Die Geriatrische Rehabilitation des Standortes Alzenau wurde nach umfangreichen, konzeptionsbezogenen Umbauten im alten Schlossteil und angrenzenden Neubauteil in der ersten Etage am 01.11.1997 eröffnet. Im Krankenhausplan vorgesehen waren anfänglich 30 Betten. Diese wurden jedoch nach Antragstellung im Jahr 2005 auf insgesamt 40 Betten erweitert. Seit 2015 können max. 45 Betten belegt werden. Die einzelnen Abteilungsebenen des Krankenhauses sind jeweils in 3 Komplexe (A, B, C) aufgeteilt, welche über einen Flur (3 Aufzüge) miteinander verbunden sind. Auch im Komplex C sind zwei weitere Aufzüge angebracht. Ausschließlich in der Etage der Geriatrischen Rehabilitation ist in einem weiteren angebauten Trakt das Ärztehaus angesiedelt.

Die Beschreibung der baulichen Ausstattung und der zur Verfügung stehenden Bettenanzahl bezieht sich auf den IST-Stand vor der brandschutztechnischen Sanierung, welche ein vorübergehender Umzug der Abteilung notwendig machte. Die Geriatrische Rehabilitation soll im Jahr 2025 in ihre ursprünglichen Räumlichkeiten zurückziehen und hiernach die Bettenanzahl wieder sukzessive erhöht werden.

Die Geriatrische Rehabilitation erstreckt sich mit ca. 1.900 Quadratmetern auf 2 Bauteile (Komplex A u. C) im Alten Schlossteil und Neubauteil. Beide Bauteile verfügen über insgesamt 25 Zimmer mit insgesamt max. 45 Betten. Hiervon bestehen insgesamt 2 Einzelbettzimmer mit Ø 17 Quadratmetern und 23 Zweibettzimmer mit Ø 22 Quadratmetern.

<sup>10</sup> vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010, S. 5ff.

<sup>11</sup> vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012, S. 2

Jedes Zimmer ist mit einer Toilette mit Nasszelle, je einem Kleiderschrank und Nachtschrank sowie mit höhenverstellbaren Betten ausgestattet. Zusätzlich zu der Nasszelle ist in den Komplexen A und C jeweils ein behindertengerechtes Stationsbad mit Dusche vorhanden. Um die Funktionsfähigkeit der Rehabilitanden zu unterstützen, wurde die Ausstattung den Problem-Ressourcen der Zielgruppe angepasst.



**Abbildung 1** Standort Alzenau-Wasserlos

Darüber hinaus sind die Zimmer mit einer Sitzecke, zwei Fernsehern und zwei Telefonen ausgestattet. In jedem Zimmer ist jeweils am Patientenbett, an der Sitzgruppe und auch in der Nasszelle eine Personenrufanlage angebracht, um die Sicherheit des Rehabilitanden zu gewährleisten.

Für gemeinsame Begegnungen von Rehabilitanden und Gästen sowie für Gesellschaftsangebote in Form von Mittwochskaffees stehen zwei Balkone sowie ein gemeinsamer Aufenthaltsraum zur Verfügung, um die Teilhabe des Rehabilitanden am gesellschaftlichen Leben zu unterstützen. Auch ein Frühstücksraum steht zur gemeinsamen Begegnung bereit. Dieser soll nach Abschluss der brandschutztechnischen Sanierung wieder genutzt werden können.

Für physiotherapeutische Übungen ist die Abteilung mit einem Kraft- und einem Frühsportraum sowie mit einem Massage- und Behandlungsraum ausgestattet, für ergotherapeutische Übungen mit einem Behandlungsraum und einem Handwerksraum. Die Trainings- und Gymnastikräume enthalten Geräte, welche die Funktionsfähigkeit des Rehabilitanden fördern.

Auch der Handwerksraum unterstützt die Funktionsfähigkeit des Rehabilitanden und lädt zum „Kreativ werden“ ein. Die Funktionsräume sind barrierefrei zu erreichen.



**Abbildung 2** Handwerksraum



**Abbildung 3** Kraft- und Trainingsraum

### Zimmerausstattung von Rehabilitanden

- höhenverstellbare und rollfähige Niederflurbetten mit geteilten, absenkbaren Bettgittern
- Sauerstoffanschluss
- Nachtschrank sowie Telefon- und Fernsehanschluss
- Kleiderschrank mit Einlegeböden und Hängefach
- Stabile, kipp sichere und abwaschbare Sitzecke
- Personenrufanlage am Bett, im Bad und an den Sitzecken
- Toilette mit anzubringender Toilettensitzerhöhung und einem Haltegriff
- Waschbecken, rollstuhlunterfahrbar, Kippspiegel, Handtuchhalter und Regal für Waschutensilien

### Behandlungszimmer

- Rotlichtlampe
- Elektrogeräte

### Diagnostische Ausstattung in Kooperation mit dem Akuthaus

- EKG
- Belastungs-EKG
- Langzeit-EKG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Lungenfunktionsprüfung
- Pulsoxymeter
- Ultraschalldiagnostik des Herzens (Doppler-Echokardiografie, Farbdoppler, steuerbare PW- und CW-Doppler)
- Ultraschalldiagnostik (Sonografie) sämtlicher arterieller und venöser, hirnversorgender und peripherer Gefäße (Farbduplex, direktionale PW- und CW-Doppler, hochauflösende B-Bild-Sonografie, Plaque- und Stenomessungen)
- Ultraschalldiagnostik (Sonografie) von Schilddrüse, Lymphknoten, Weichteilen und Organen des Beckens und Bauchraumes einschließlich Farbduplex
- Endoskopie (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, hohe Coloskopie),
- Komplette internistische Röntgendiagnostik, einschließlich Skelettröntgendiagnostik und - in Ausnahmefällen - Computertomographie (Auswertung erfolgt über die Praxis für Radiologie am Standort Alzenau-Wasserlos)
- Schluckdiagnostik (Videoendoskopie, mit Logopäden)
- Sonstige spezielle Untersuchungen (z. B. Konsiliaruntersuchungen und Mitbehandlungen bei Fachärzten sämtlicher medizinischer Fachdisziplinen)

### Therapeutische Ausstattung der Ergotherapie

- Einzelräume und Gruppenräume: verfügen über Klein-<sup>12</sup> und Großgeräte<sup>13</sup>
- Handwerksraum: Bügelbrett und Bügeleisen, Bastel- und Malmaterialien, Bälle, Korken, Gymnastikringe, Greifkegel, Therapieketten, Fühl- und Tastkästen

### Therapeutische Ausstattung der Physiotherapie

- Gymnastikraum: Bälle, Stäbe, Koordinationsreifen, Stand- und Sitzergometer, Terrastab, Springtuch, Igelbälle, Schaukelbrett, Stepper, Pezzibälle, Sprossenwand, Schlingentisch
- Geräteraum: Hanteln, Elektrogeräte, Ergometer (Fahrradergometer für Beine, Sitzergometer für Beine und Arme, Handergometer), Laufband mit Sturzsicherung, Posturomed, Beinpresse, Rotlicht

### Mittwochskaffeeraum

- Tische und Stühle
- Unterhaltungsmedien (Fernseher, Radio, Zeitschriften)

<sup>12</sup> Hanteln, Sandsäcke, Wackelbrett, Bälle, Kletterbaum, Therapiestäbe, Gymnastikmatten und Sitzkissen, Trainingsbänder, Roll- und Schraubenbretter, Greifkegel und -ringe, Tücher und Bänder

<sup>13</sup> Bobath-Liege, Sprossenwand, Gymnastikreifen, Gymnastikbälle, Hängeleiter, Therapietische

- therapeutische Spiele: Spielkarten mit Kartenhalter, Tast- und Fühlsäckchen, diverse Spiele<sup>14</sup> sowie Fühl- und Tastkästen
- Tischkegelbahn

#### Konsiliarische Zusammenarbeit

- Neurologie
- Ophthalmologie
- Neurochirurgie
- HNO
- Dermatologie
- Orthopädie

---

<sup>14</sup> Mensch ärgere dich nicht, Mühle, Vertellekes, Junior Memory, 4 Gewinnt, 100 Piatnik Puzzle, Super 3, Domino, Letra - Jahreszeitenkarten, Hüpf –und Denkspiel, Sprichwortbox, Rubik's Tangle, Bildkarten, Scrabble, Mikado, Schach, Jahreszeitenkarten, Hüpf –und Denkspiel, Sprichwortbox, Rubik's Tangle, Bildkarten, Scrabble, Mikado, Schach etc.

## 2.2.2 Die Aufbauorganisation der Geriatrischen Rehabilitation

s. Organigramm der geriatrischen Rehabilitation

## 2.2.3 Rahmenvertrag der Geriatrischen Rehabilitation

Der Standort Alzenau-Wasserlos hat mit den Kostenträgern<sup>15</sup> einen Versorgungsvertrag geschlossen, welcher unter anderem Indikationsgruppen, Dauer der Behandlung, Leistungsangebot, Art der medizinischen Leistungen, Einweisungsvoraussetzungen sowie die Qualitätssicherung bestimmt.

### Indikationsgruppen der Geriatrischen Rehabilitation

Vertraglich geregelt ist die Erbringung medizinischer Leistungen zur Geriatrischen Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung für die Versicherten der Mitgliedskassen der Krankenkassenverbände für folgende Indikationsgruppen:

- Gefäßbedingte Gehirnfunktionsstörungen, insbesondere Schlaganfall
- Zustand nach Frakturen, insbesondere Oberschenkelhalsbruch
- Entzündliche und degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, z. B. Arthrose, Osteoporose sowie Zustand nach Gelenkersatzoperationen
- Ischämische Herzkrankheiten, z. B. Myokardinfarkt
- Sonstige Herzkrankheiten, z. B. Herzinsuffizienz, Orthostase-Syndrom, Thrombosen
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit und Zustand nach Amputationen
- Neurologische Erkrankungen, z. B. Polyneuropathie, Morbus Parkinson
- Stoffwechselerkrankungen, insbesondere Diabetes mellitus
- Ernährungsmangelkrankheiten
- Spezifische geriatrische Funktionsstörungen z. B. Blasen- und Mastdarmstörungen, Sturz- Syndrom, Pneumonie, Dekubitus
- Zustand nach schweren chirurgischen Eingriffen
- Schwere internistische Erkrankungen

### Dauer der Geriatrischen Rehabilitation

Die stationäre Behandlung darf nur für die aus medizinischen Gründen erforderliche Dauer durchgeführt werden. Sie ist zu beenden, wenn:

- die Behandlung ambulant erfolgen kann
- Krankenhausbehandlung gemäß §39 SGB V notwendig wird
- Pflegebedürftigkeit vorliegt
- das gewünschte Behandlungsergebnis nicht erreicht werden kann

### Das Leistungsangebot der Geriatrischen Rehabilitation

Das Leistungsangebot der Geriatrischen Rehabilitation ist nach der Definition der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps zum einen auf die Behandlung der Schädigung ausgerichtet und zum anderen auf die Verminderung von Fähigkeitsstörungen und der sozialen Beeinträchtigung (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e. V. o. J., S. 11).

Die Geriatrische Rehabilitation des Standortes Alzenau-Wasserlos hat ihr Leistungsspektrum dem demographischen Wandel und der daraus resultierenden steigenden Anzahl von älteren, multimorbiden und funktionseingeschränkten Menschen angepasst. Ziel ist die größtmögliche Selbstständigkeit von Rehabilitanden im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens nach Operationen, nach konservativ versorgten Akuterkrankungen sowie bei drohender oder vorliegender Behinderung zu erhalten oder wiederherzustellen, um die Teilhabe in der Gesellschaft zu fördern. Zudem ist ihr Leistungsspektrum darauf ausgerichtet, dem Eintritt

<sup>15</sup> AOK Bayern, Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V.- Bayern, BKK Landesverband Bayern, Bundesknappschaft, Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern, Landesverband der Innungskrankenkassen-Bayern, Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.- Bayern

einer Pflegebedürftigkeit oder ihrer Zunahme vorzubeugen und einer Institutionalisierung entgegenzuwirken. Zu den Leistungen der Geriatrischen Rehabilitation gehören:

- Fachärztliche Versorgung
- Interdisziplinäre Maßnahmen der aktivierenden Pflege
- Physiotherapeutische Übungen und Anwendungen
- Lebenspraktisches Training / Selbstständigkeitstraining
- Ergotherapie
- Logopädie

### Einweisungsvoraussetzung

Der Standort Alzenau-Wasserlos akquiriert potentielle Rehabilitanden vorwiegend im eigenen Standort und am Standort Aschaffenburg. Menschen, die in die Geriatrische Rehabilitation des Standortes Alzenau-Wasserlos aufgenommen werden, müssen die folgenden Aspekte erfüllen:

1. Rehabilitationsbedürftigkeit
2. Rehabilitationsfähigkeit
3. Rehabilitationswilligkeit
4. Positive Rehabilitationsprognose

Zu 1. Die Rehabilitationsbedürftigkeit besteht dann, wenn der potentielle Rehabilitand einige der folgenden Kriterien erfüllt:

- über 65 Jahre alt
- bestehende Multimorbidität oder Polypharmazie
- bestehende Einschränkungen in den Sinnesfunktionen „Sehen“ und/oder „Hören“
- bestehende Bewegungseinschränkungen (Armmobilität, Beinmobilität)
- Aufweisen eines erhöhten Sturzrisikos
- bestehende Harn- und/oder Stuhlinkontinenz
- Verdacht auf eine Demenz oder das Vorhandensein einer diagnostizierten Demenz
- Verdacht auf Depressionen oder das Vorhandensein einer diagnostizierten Depression
- Gefährdung der häuslichen Versorgung
- Bestehende chronische Schmerzen
- Bestehender Barthel-Index zwischen 30 und 60
- Genehmigter GRB-Antrag durch den Kostenträger
- Kompensation von therapiebedingten Belastungen und positive Awareness

Gegensätzlich ist die Rehabilitationsbedürftigkeit nicht vorhanden, wenn ausschließlich kurative, medizinische oder pflegerische Leistungen indiziert sind.

Zu 2. Rehabilitationsfähigkeit:

Trotz einer positiven Rehabilitationsbedürftigkeit müssen Rehabilitanden auch befähigt sein, aktiv an rehabilitativen Maßnahmen teilzunehmen. Diese Forderung setzt u. a. Kriterien wie Kreislaufstabilität, physische und psychische Belastbarkeit, Rehabilitationswilligkeit, das Fehlen von erheblichen Seh- und Hörbeeinträchtigungen und von Wundheilungsstörungen sowie das Fehlen von Verhaltensauffälligkeiten wie Wahnsymptomatik, erhebliche Desorientiertheit, Weglauftendenz und schwere Depressionen voraus.

Zu 3. Rehabilitationswilligkeit:

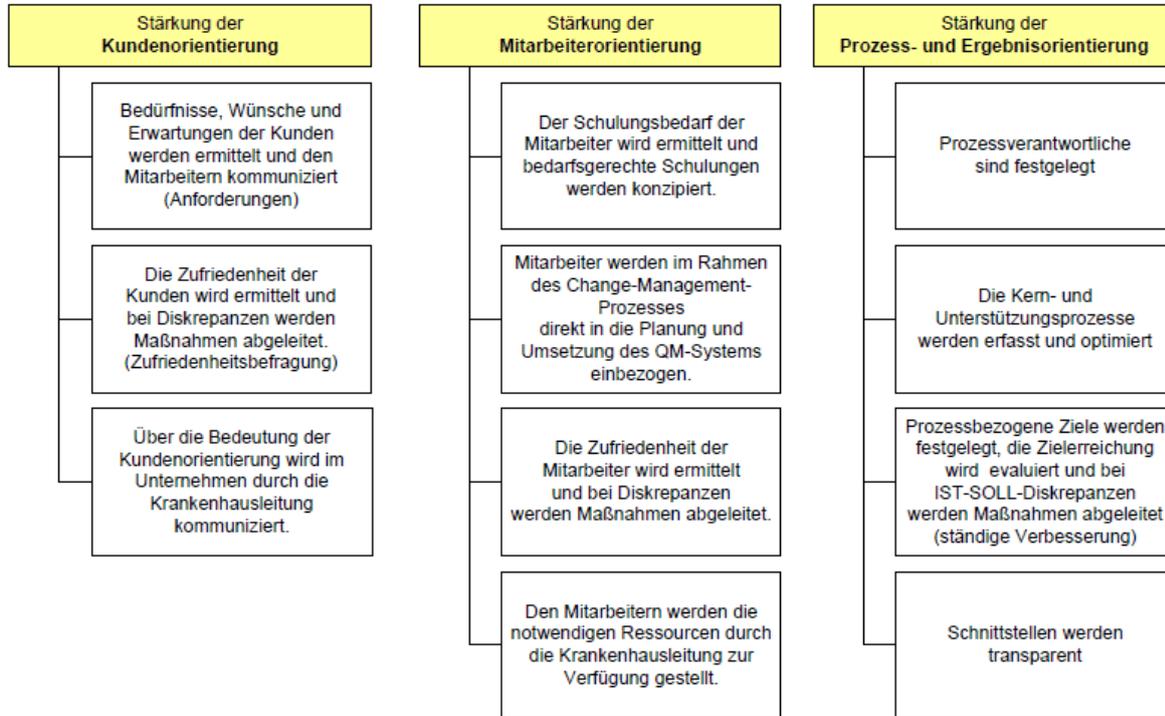
Eine weitere Voraussetzung für die Aufnahme in die Geriatrische Rehabilitation bildet die Motivation, aktiv an der Therapie teilzunehmen. Ist eine Rehabilitationswilligkeit nicht gegeben, kann die Geriatrische Rehabilitation innerhalb von 24 Stunden abgebrochen werden.

Zu 4. Rehabilitationsprognose:

Zudem muss der potentielle Rehabilitand eine erfolgreiche Rehabilitationsprognose aufweisen, d. h. die Behandlung muss einen Erfolg durch das Erreichen von festgelegten Therapiezielen versprechen.

### 2.2.4 Qualitätssicherung

Die Geriatrische Rehabilitation hat im Juni 2013 die Erstzertifizierung erfolgreich abgeschlossen. Für die Rehabilitanden und Mitarbeiter ergeben sich daraus zahlreiche Vorteile, die der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen sind.



**Abbildung 3** Vorteile der Qualitätssicherung für Kunden, Mitarbeiter u. Krankenhausleitung

## 2.2.5 Das multiprofessionelle Geriatrische Team

Die Mitarbeiter der Geriatrischen Rehabilitation arbeiten eng miteinander als multiprofessionelles Team zusammen. Geleitet wird das Team vom Chefarzt und Geriater der Abteilung. Einen fachlichen Austausch pflegt das multiprofessionelle Team mit dem Chefarzt der Akutgeriatrie des Standortes Aschaffenburg, wodurch eine kontinuierliche fachliche Weiterentwicklung für beide Kooperationspartner ermöglicht wird.

Der Chefarzt obliegen während dem Aufenthalt des Rehabilitanden in der Geriatrischen Rehabilitation zahlreiche Aufgaben. Er koordiniert und leitet innerhalb des multiprofessionellen Teams die Behandlungsplanung. Hierbei arbeitet er mit dem Geriatrischen Assessment, um mit diesem weitere Messinstrumente zur Einschätzung der funktionalen, medizinischen und psychosozialen Problem-Ressourcen des Rehabilitanden abzuleiten. Das Geriatrische Assessment dient explizit als Instrument zur Entwicklung der Therapieplanung, der Therapieüberwachung und der Kontrolle des Therapieerfolgs, indem es Indikatoren wie Selbsthilfestatus, Mobilität, Sturzgefahr, Kognition und Emotion bei der Aufnahme und bei der Entlassung erhebt. Auch die Anordnung und Durchführung von diagnostischen Verfahren sowie die Modifikation der Medikation gehören zu seinem Aufgabenspektrum.

Durch die Anbindung der Geriatrischen Rehabilitation an das Krankenhaus profitiert die Abteilung von den Diagnostikmöglichkeiten des Haupthauses. So können Sonographie incl. Duplex-Sonographie und Echokardiographie, MRT und CT, Labor, Röntgen, Langzeit-EKG und Langzeitblutdruckmessung, Endoskopie/Coloskopie, Lungenfunktionstest sowie SM- und ICD-Kontrollen zum Erkennen von weiteren Diagnosen durchgeführt werden, um Komplikationen frühzeitig zu erkennen. Auch Konsiliarärzte können bei Komplikationen oder Verdachtsdiagnosen hinzugezogen werden.

Eine weitere Berufsgruppe bildet die Physiotherapie. Ihre Aufgaben liegen in der Krankengymnastik, in der Durchführung von physikalischen Anwendungen und im Hilfsmitteltraining. Zudem bezieht sich ihr Leistungsspektrum auf Schlaganfallbehandlung nach dem Bobath-Konzept, PNF-Techniken, Kompressionsbehandlung und Lymphdrainagen, Elektrotherapie sowie Schlingentischbehandlung. Weiterhin führt sie Wärmeanwendungen durch und wendet Kältetherapie sowie Cool-Packs an. Sie übt mit sturzgefährdeten Menschen das Gehen und bietet Terraintraining an. Des Weiteren gehören zu ihrem Aufgabengebiet Rückenschule, medizinische Trainingstherapie an speziellen Geräten, medizinische funktionelle Massagen, physiotherapeutische Schmerztherapie, Transfertraining. Darüber hinaus haben die Rehabilitanden die Möglichkeit, ihre körperliche Aktivität in Form eines Parcour-Trainings zu steigern oder sich in einem Geländetraining zu erproben. Die physiotherapeutischen Anwendungen können vom Rehabilitanden täglich entweder in Form einer Einzeltherapie genutzt werden oder aber innerhalb einer Gruppentherapie. Auch eine Kombination ist möglich. Bei Aufnahme durch die Therapeuten erhalten die Rehabilitanden einen, auf ihre Bedürfnisse abgestimmten Wochenplan.

Weiterhin am Behandlungsprozess beteiligte Berufsgruppen sind die Logopäden, die Ergotherapeuten, die Pflegekräfte sowie die Mitarbeiter der Pflegeüberleitung.

Das Krankenhaus kooperiert mit der logopädischen Praxis Olbrich in Alzenau, da es über keine hausinternen Logopäden verfügt.

Während die Logopäden Übungen zur Minimierung von Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen anbieten sowie die Ausdrucksfähigkeit und die Kommunikationsfähigkeit im Alltag fördern, zielen Pflegekräfte sowie Ergotherapeuten darauf ab, die Förderung des Menschen in seinen Aktivitäten des täglichen Lebens und seine Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu fördern. Daher bieten die Ergotherapeuten Alltagstraining an, aber auch Körperpflegetraining, An- und Ausziehtraining und Esstraining.

Zu ihren weiteren Aufgaben gehören motorisch-funktionelle Behandlungen nach Bobath, neuropsychologisches Training und Hirnleistungstraining. Für Menschen, die in ihrem Alltag von Hilfsmitteln unterstützt werden, trainieren die Ergotherapeuten auch den Hilfsmittel- und Prothesenumgang. Die Therapieeinheiten können täglich in Form einer Einzeltherapie genutzt werden, aber auch in Gruppentherapien. Menschen, die ihre Übungen im Rahmen einer

Einzelstunde durchführen möchten, können das Mittwochscafé mit Gesang nutzen, um Kontakte zu anderen Rehabilitanden herzustellen.

Die Pflegenden unterstützen mit ihrem Leistungsangebot die Ergotherapeuten bei der Förderung und Wiederherstellung der Alltagskompetenzen des Rehabilitanden. Ihre Interventionen zielen darauf ab, die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und der Verhinderung von Krankheiten sowie die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Selbstpflegefähigkeit zu fördern.

Zudem liegt ihr Aufgabenspektrum in der Beratung und Anleitung von pflegenden Angehörigen (Pflegetraining). Auch die „Pflege und Unterstützung“ von Angehörigen nimmt in der Geriatrischen Rehabilitation eine hohe Bedeutung ein, damit die häusliche Pflege durch diese ohne körperliche Belastungen so lange wie möglich gewährleistet werden kann. Weiterhin führen die Pflegenden die motorisch-funktionelle Behandlung nach Bobath durch, aber auch die Pflege bei Harninkontinenz, chronischen Wunden, Dekubitus, Ernährungsmangel, Schmerzen und bei erhöhtem Sturzrisiko.

Die physio- und ergotherapeutischen Berufsgruppen werden seit dem 01.08.2021 durch das gegründete Therapiezentrum (100 % Tochtergesellschaft des Klinikums) zur Verfügung gestellt.

Die soziale Unterstützung liegt im Aufgabenbereich der Sozialen Dienste/ Pflegeüberleitung. Sie bietet fachkompetente Beratung im Hinblick auf die häusliche und institutionalisierte Versorgung an, organisiert die Betreuung und Pflege nach Abschluss der Rehabilitation und übernimmt die Kommunikation mit den Kostenträgern, den weiterbehandelnden Haus- und Fachärzten sowie den Hilfsmittellieferanten. Somit wird eine nahtlose Versorgung der Rehabilitanden im häuslichen oder institutionalisierten Umfeld möglich (integrierte Versorgung).

Zu den weiteren unterstützenden Berufsgruppen der Geriatrischen Rehabilitation gehören:

- Ernährungsberatung
- Seelsorge
- Psychologischer Dienst

### **2.2.6 Die Behandlungsplanung durch das multiprofessionelle Geriatrische Team**

Die Behandlungsplanung wird individuell für jeden einzelnen Rehabilitanden von einem multiprofessionellen Team bestehend aus dem Facharzt, der Pflegeprofession, den Ergo- und Physiotherapeuten sowie der Logopädie festgelegt.

Auf Basis des Geriatrischen Assessments sammeln die einzelnen Berufsgruppen im Rahmen einer anamnestischen Erhebung zusammen mit dem Rehabilitanden Informationen zu seinen medizinischen, funktionellen und psychosozialen Problem-Ressourcen. Auf Grundlage der gesammelten Informationen legt das interdisziplinäre Team den Behandlungsplan fest, indem es die Probleme definiert, die Therapieziele in Absprache mit dem Rehabilitanden oder dessen Angehörigen formuliert, Rehabilitationsmaßnahmen ableitet und die Zielerreichung nach Durchführung der festgelegten Maßnahmen evaluiert und ggf. anpasst. Der Behandlungsprozess wird EDV-gestützt dokumentiert und kann von jedem PC-Arbeitsplatz der Geriatrischen Rehabilitation von den Mitarbeitern abgerufen werden.

Jeder Rehabilitand wird innerhalb der interdisziplinären Fallvisite wöchentlich am Patientenbett besprochen, um den Behandlungsprozess zu steuern. Zudem wird der Rehabilitand innerhalb der Visiten in die Lenkung seiner Behandlung einbezogen.

Die am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen greifen während ihrer Behandlungsplanung auf indikationsspezifische Behandlungskonzepte, berufsgruppen-spezifische Standards und Nationale Expertenstandards zurück, welche auf medizinisch-, pflegerisch- und therapeutisch wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren.

### **2.2.7 Dokumentation**

Die Dokumentation erfolgt in allen Abteilungen des Standortes Alzenau-Wasserlos EDV-gestützt, so dass Patientenakten von jedem PC-Arbeitsplatz mit einem Passwort aufgerufen werden können.

Durch den Einsatz von IT ist auch in der Pflege Produktivitätssteigerung und Qualitätssicherung möglich. Im Rahmen der Wettbewerbsfähigkeit der Krankenhäuser kommen dem Anwender und der Industrie ebenso wie der Forschung bestimmende Rollen zu. Alle drei Bereiche müssen dazu beitragen, den internen Arbeitsablauf in der Pflege zu verbessern und Geschäftsprozesse zu optimieren. Das Stichwort dazu lautet: Workflow-Optimierung.

Der Standort Alzenau-Wasserlos entschied sich 1998 für die Einführung des Klinik-Informationssystems ORBIS. Die Software ersetzte die bis dato vorhandene IT-Lösung. Ausschlaggebend für die Wahl des neuen Klinik-Informationssystems war vor allem sein integrierter Ansatz.

Die Einführung der elektronischen pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Dokumentation begann im Jahr 2000. Durch den Einsatz von mobilen IT-Arbeitsplätzen können die Daten patientennah erfasst werden und stehen allen an dem Behandlungsprozess beteiligten Personen jederzeit und an jedem EDV-Arbeitsplatz zur Verfügung.

Durch den Einsatz dieser Software ist das "papierlose Krankenhaus" nahezu umgesetzt worden.

Es ist gelungen, die Computertechnik und die Patientenbehandlung sinnvoll miteinander zu verbinden. Der Patient bleibt im Vordergrund, das EDV-System unterstützt unsere Philosophie des ganzheitlichen Ansatzes.

#### *2.2.7.1 Konzeption der Pflegedokumentation*

Das Konzept beinhaltet, dass die komplette Dokumentation und Kommunikation in der Pflege durch die Software abgebildet wird. Immer wiederkehrende Eintragungen müssen nicht wiederholt niedergeschrieben werden. Zeiträume für Neueinschätzungen werden festgelegt und das System zeigt in der Stationsübersicht an, sobald eine Neueinschätzung, wie zum Beispiel das Dekubitusrisiko, erfolgen soll.

##### Stationsgrafik

Die grafische Darstellung der Station und der Belegung ist der Dreh- und Angelpunkt der Zugangsmöglichkeiten für die Dokumentation. Sie ermöglicht einen Überblick über alle Patienten und Rehabilitanden auf den Stationen. Von hier aus greifen die Pflegekräfte direkt auf die medizinischen, pflegerischen und administrativen Informationen zu. Auf einen Blick können geplante Maßnahmen, Aufträge, neue Befunde, Bettzuweisungen, Verlegungen und Entlassungen erkannt werden. Von der Stationsgrafik aus gelangen die Mitarbeiter auch in die Patientenakte, in der alle Informationen zu einem Patienten gebündelt werden.

##### Pflegebasisdokumentation

Die Basisdokumentation für die Pflege verwendet die aus der Praxis bekannten und an die Expertenstandards angelehnten Formulare. Zur Erleichterung stehen hier Textbausteine zur Verfügung.

##### Ergebnisorientiertes Pflegeassessment (ePA-AC)

Mit dem ePA-AC werden die Fähigkeiten und Beeinträchtigungen eines Patienten in Punktwerten von 1 bis 4 erhoben und der Selbstpflegeindex bestimmt. Das Pflegeassessment ist mit vielen Vorteilen verbunden wie z. B.:

- Es fasst alle pflegerelevanten Informationen auf einen Blick zusammen
- Es ermöglicht die Ermittlung von pflegerelevanten Risiken
- Es zeigt Veränderungen durch regelmäßige Wiederholungseinschätzungen auf
- Es ermöglicht die Überprüfung der Ergebnisqualität

### Überleitungs- oder Entlassungsbericht

Die Informationen aus dem regelmäßig wiederholten Pflegeverlaufsassessment werden durch aktuelle Daten und Information für die amb. Versorger ergänzt. Die Erstellung des Berichtes ist ohne zusätzlichen Arbeitsaufwand möglich.

### Dekubitus Dokumentation

Durch grafische Unterstützung ist eine schnelle Orientierung möglich. Das Dekubitusrisiko wird im Rahmen des ePA-AC überprüft (auch andere Skalen sind möglich). Auswertungen geben Auskunft über die Häufigkeit von Dekubitus zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt und liefern Daten zur Qualitätssicherung. Dekubitus- Meldungen werden als Bericht an die Pflegedienstleitung gesendet, um über die Inzidenz und Prävalenz von Pflegephänomenen (hier Dekubitus) zu informieren. Eine digitale Bildhinterlegung ist möglich.

### Wundmanagement

Im Wundmanagement können mehrere Wunden inklusive der Wundbehandlung parallel erfasst werden. Ein Bericht zum Wundverlauf zeigt auf einen Blick, ob die Therapie den gewünschten Effekt hatte oder ob eine Behandlungskorrektur vorgenommen werden muss.

### Kurvenführung

Die grafische Umsetzung der Kurvenführung als Patientenkurve entspricht der vorherigen Papierform. Vitalwerte, Medikation oder Pflegemaßnahmen, durch die der Behandlungsverlauf abgebildet wird, werden übersichtlich dargestellt. Durchführungsbestätigungen der ausführenden Pflegekraft oder neue Anordnungen des zuständigen Arztes werden direkt in der Kurvenführung dokumentiert. Die hochinformativen Patientenkurve zeigt neben Anordnungen und sonstigen Texten auch Tendenzen (Scorings) und Verläufe (Puls, Temperatur). Laborergebnisse werden auch in grafischer Form angesehen. Das Modul „Medication“ erhöht die Arzneimitteltherapiesicherheit, in dem auf Wechselwirkungen und Inkompatibilitäten aufmerksam gemacht wird.

### Vorteile der elektronischen Patientenakte

Ziel ist es, Dokumentationsaufgaben zu vereinfachen. Redundanz wird vermieden, das heißt, die einmalig erfassten Informationen stehen an allen erforderlichen Stellen zur Verfügung. Eingebettet in das integrierte Workflow- und Managementsystem werden Lese- und Übermittlungsfehler sowie der Zeitaufwand für die Informationsbeschaffung reduziert. Die Auswertung von Informationen erlaubt es, Erfolge in der Betreuung der Patienten sichtbar zu machen. Durch die systematische Vorgehensweise und die umfassende Dokumentation der umfangreichen Aufgaben wird die Pflege qualitativ verbessert. Erzielt wird eine Reihe von Vorteilen - betriebswirtschaftlich, administrativ und medizinisch. Die elektronische Patientenakte führt zum nahtlosen Zusammenspiel der medizinischen und pflegerischen Dokumentation.

### 2.2.7.2 Konzeption der Therapiedokumentation

#### Assessmentinstrumente in der Therapie

Zu den geforderten Assessmentinstrumenten der Therapeuten gehören der Tinetti, ggf. der Mini-Mental-Status (in Zusammenarbeit mit den Psychotherapeuten), der Handkrafttest sowie der Timed up and Go Test (TuG). Darüber hinaus generieren sich aus dem Geriatrischen Screening nach LACHS die individuellen Assessments, welche aus dem Dem-Tec und dem Handkrafttest bestehen. Bei neurologischen Auffälligkeiten stehen der Logopädie Sprechapraxietest, der Dysarthrie- und Dysphagietest sowie der Aphasieschnelltest zur Verfügung.

#### Anamnese

In der therapeutischen Anamnese werden der vegetative und körperliche Status des Rehabilitanden erfasst. Daraus werden im Rahmen der therapeutischen Befunderhebung gleichzeitig therapeutische Interventionen abgeleitet. Diese werden am Ende vom Aufenthalt des Rehabilitanden in einem Abschlussbericht zusammengefasst, welcher automatisch in den Arztbrief eingeht.

#### Dokumentation der erbrachten therapeutischen Leistungen

Die Dokumentation erfolgt im KIS durch Auswahl der jeweiligen Therapieeinheiten nach KTL. Bei Entlassung wird eine Urkunde mit sämtlichen aufgeführten Therapieeinheiten ausgehändigt.

### 2.2.7.3 Konzeption der Arztdokumentation

#### Patientenkurve

In der Patientenkurve hat der Arzt die Möglichkeit, ärztliche Anordnungen für die Pflegeprofession zu tätigen. Mit ihr wird die Kommunikation zwischen Pflegepersonal und dem behandelnden Arzt unterstützt.

#### Konzeption der Behandlungsplanung

Die Behandlungsplanung beginnt mit dem berufsgruppenspezifischen Aufnahmegespräch. Auf Basis der Problemformulierung werden die Ziele sowie Behandlungs- bzw. Therapiemaßnahmen in der berufsgruppeneigenen Dokumentation in Orbis festgehalten. Im Rahmen der Teamvisite wird die Behandlung und Zielerreichung besprochen. Ggf. werden die Behandlungs- bzw. Therapiemaßnahmen modifiziert. Die Dokumentation erfolgt über die Visitendokumentation.

#### Assessmentinstrumente der Mediziner

Mit dem Geriatrischen Screening nach LACHS steht ein Instrument zur Verfügung, um die Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition und Emotion des Rehabilitanden zu erfassen. Ausgehend von diesen erfassten Ergebnissen können die individuellen Assessments gelenkt und gesteuert werden.

#### Anamnese

Die Anamnese des Arztes gliedert sich in die soziale und vegetative Anamnese sowie in den körperlichen Untersuchungsbefund. Darüber hinaus werden die bisher eingenommenen Medikamente, die unterzogenen Operationen sowie bereits bestehende Diagnosen erfasst. Somit erhält der Arzt von dem Rehabilitanden ein ganzheitliches Bild.

Zur weiteren ärztlichen Dokumentation gehören:

- Medikamentenplan
- Dokumentation der Visiten
- Dokumentation der interdisziplinären Fallbesprechung
- Apparative Befundung und Anmeldung im Computer
- Arztbrief
- Hilfsmittelrezepte
- Laborbefunde und Anmeldung

- Verlängerungsanträge
- Antrag Amtsgericht
- Verlegungsbericht
- Kommunikation mit Krankenkasse

In Abstimmung mit den Ärzten ist die Kurvenführung zu einem wesentlichen Element der umfassenden, berufsgruppenübergreifenden elektronischen Patientenakte geworden.

## 2.2.8 Fort- und Weiterbildung des Personals

Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit, an aktuellen Fort- und Weiterbildungsprogrammen teilzunehmen. Ein Teil der Fortbildungsangebote wird standortübergreifend im e-Learning-Tool Relias® abgebildet, insbesondere die Fortbildungen mit verpflichtender Teilnahme.

Das Fort- und Weiterbildungsprogramm Alzenau für den Pflege- und Funktionsdienst wird am Anfang und in der Mitte des Jahres von der Pflegedienstleitung Alzenau festgelegt. Hierbei orientiert sich diese an den Bedarfen der Mitarbeiter sowie an aktuellen pflege-, medizinisch- und therapeutisch- relevanten Themen. Die Themenauswahl für die Fortbildungen der Ärzte ergibt sich auf Basis der gemeldeten Bedarfs-Rückmeldungen. Der Schulungsbedarf der Mitarbeiter im Pflege- und Funktionsdienst wird zum einen innerhalb von Mitarbeitergesprächen durch die Stations- und Abteilungsleitungen erhoben, denn die Mitarbeiter sind von der Pflegedienstleitung angehalten, ihren Schulungsbedarf selbstverantwortlich zu bestimmen und während der Mitarbeitergespräche zu kommunizieren. Somit haben sie die Möglichkeit, das Fort- und Weiterbildungsprogramm aktiv mitzugestalten. Analysen von Qualitätskennzahlen (Sturz-, Dekubitusraten etc.) lassen Rückschlüsse auf den Themenbedarf zu. Durch das regelmäßige Fort- und Weiterbildungsangebot, basierend auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, ist eine qualitativ hochwertige Versorgung für die Rehabilitanden sichergestellt.

Weiterhin können alle Mitarbeiter die Fort- und Weiterbildungsangebote am Standort Aschaffenburg nach Beantragung bei der zuständigen Leitung und Genehmigung besuchen. Um jederzeit über einen aktuellen medizinischen Wissensstand zu verfügen, werden neue wissenschaftliche medizinische Erkenntnisse im Rahmen von ärztlichen Frühbesprechungen ausgetauscht. Zudem finden multiprofessionelle Fortbildungen im Team statt.

## 2.2.9 Leitbild und Philosophie des multiprofessionellen Teams

### 2.2.9.1 Das Leitbild des multiprofessionellen Teams

Das Leitbild des multiprofessionellen Teams ist an dem ICN Ethikkodex orientiert und entspricht den Kernaussagen des Unternehmensleitbildes.

Die Mitarbeiter der rehabilitativen Fachabteilung richten ihr Verhalten an den vier Grundelementen des ICN-Ethikkodex aus, während die Krankenhausleitung dessen Einhaltung unterstützt. Im Folgenden werden die Grundsätze des ICN-Ethikkodex sowie dessen Umsetzung in der Geriatrischen Rehabilitation vorgestellt. Der ICN-Ethikkodex richtet sich zwar an die Berufsgruppe der Pflegenden, allerdings ist er auch auf andere Berufsgruppen übertragbar. So wird er auf der Geriatrischen Rehabilitation von allen am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen umgesetzt.

#### Grundsatz: Pflegende und ihre Mitmenschen

**Demnach gilt die berufliche Verantwortung der Pflegenden dem pflegebedürftigen Menschen. Bei ihrer beruflichen Tätigkeit fördert sie ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden. Die Pflegenden gewährleisten, dass der Pflegebedürftige ausreichende Informationen erhält, auf die er seine Zustimmung zu seiner pflegerischen Versorgung und Behandlung gründen kann. Sie behandeln jede persönliche Information vertraulich und gehen verantwortungsvoll mit der Informationsweitergabe um.**

Das oberste Ziel des multiprofessionellen Teams der Geriatrischen Rehabilitation ist die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Selbstständigkeit des zu behandelnden Menschen in seinen Aktivitäten des täglichen Lebens sowie die Verhinderung von Krankheit und Behinderung. Auch die psychische Begleitung steht im Vordergrund, wenn Menschen aufgrund ihrer Erkrankung einen Lebensumbruch erfahren und in Sinnkrisen geraten.

Bereits im Aufnahmegespräch erfassen die einzelnen Berufsprofessionen zusammen mit dem Rehabilitanden dessen Ressourcen und Probleme, aber auch dessen Gewohnheiten und Ziel- und Wertvorstellungen. Sie legen auf Basis dieser Informationen gemeinsam mit dem Behandlungsteam und in Abstimmung mit dem Rehabilitanden den Behandlungsplan fest. Das multiprofessionelle Team orientiert sich individuell an den Bedürfnissen und Wünschen jedes einzelnen Rehabilitanden, was eine hohe Kreativität und Flexibilität voraussetzt. Erheben die Pflegenden oder die Therapeuten bei der Aufnahme ein erhöhtes Risiko z. B. für einen Dekubitus, einen Sturz oder für einen Ernährungsmangel, wird der Rehabilitand mit Hilfe von hausinternen Informationsbroschüren, welche an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert sind, über sein Risiko sowie über prophylaktische Interventionen aufgeklärt. Somit hat er die Möglichkeit, seine Behandlung aktiv mitzugestalten.

Die Patientenakte ist EDV-gestützt und passwortgeschützt im PC hinterlegt und kann ausschließlich von befugten Mitarbeitern der Geriatrischen Rehabilitation aufgerufen werden. Die Einhaltung des Datenschutzes bzw. der Schweigepflicht hat im Standort Alzenau-Wasserlos eine hohe Bedeutung. Dies wird innerhalb des Einstellungsverfahrens durch die Leitung kommuniziert. Die Einhaltung des Datenschutzes bzw. der Schweigepflicht wird innerhalb des Vorstellungsgesprächs durch den Mitarbeiter schriftlich versichert und durch den Datenschutzbeauftragten unterstützt.

#### Grundsatz: Pflegende und die Berufsausübung

**Weiterhin ist die Pflegende persönlich verantwortlich und rechenschaftspflichtig für die Ausübung der Pflege, sowie für die Wahrung ihrer fachlichen Kompetenz durch kontinuierliche Fortbildung. Sie achtet auf ihre eigene Gesundheit, um ihre Fähigkeit zur Berufsausübung zu erhalten und sie nicht zu beeinträchtigen. Die Pflegende beurteilt die individuellen Fachkompetenzen, wenn sie Verantwortung übernimmt oder delegiert.**

Das medizinische, pflegerische und therapeutische Handeln am Standort Alzenau-Wasserlos begründet sich auf wissenschaftlich basierten Verfahrensanweisungen/ Standards, welche für die einzelnen Professionen verbindlich und handlungsleitend sind. Verfügt der Mitarbeiter über eine unzureichende Methodenkompetenz, um eine bestimmte Handlung auszuführen, ist er durch die Krankenhausleitung angehalten, den Schulungsbedarf bei den Leitungen zu kommunizieren und durch das bedarfsorientierte Angebot an Fort- und Weiterbildungen zu decken. Zudem stehen die Mitarbeiter der Pflegeprofession in der Verantwortung, den Umgang mit Medizinprodukten nach den Vorgaben des MPG zu befolgen. Demnach dürfen Medizinprodukte nur dann angewendet werden, wenn eine Einweisung durch den Medizinprodukteverantwortlichen stattgefunden hat und ein sicherer Umgang mit dem Medizinprodukt gewährleistet werden kann. Auch für die Wahrung der eigenen Gesundheit übernimmt der Pflegende selbstständig die Verantwortung. Die Krankenhausleitung ermöglicht zwar kostenfreie Gesundheitskurse, da die Förderung und Erhaltung der Gesundheit von Mitarbeitern eine hohe Bedeutung hat, die Wahrnehmung dieser erfolgt aber selbstverantwortlich durch den Mitarbeiter selbst.

**Darüber hinaus setzt der Ethikkodex voraus, dass die Pflegende in ihrem beruflichen Handeln jederzeit auf ein persönliches Verhalten achtet, welches dem Ansehen der Profession dient und das Vertrauen der Bevölkerung in sie stärkt.**

Die Mitarbeiter der Geriatrischen Rehabilitation sind angehalten, sich nach den Wertvorstellungen des Standortes Alzenau-Wasserlos zu verhalten. Dieses spiegelt sich im Unternehmensleitbild wieder.

**Zusätzlich ist die Pflege bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit dazu angehalten, dass der Einsatz von Technologie und die Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse vereinbar sind mit der Sicherheit, der Würde und den Rechten der Menschen.**

Die Ärzteschaft der Geriatrischen Rehabilitation berät die Rehabilitanden und/ oder dessen Angehörige über Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen und bezieht sie in den

Entscheidungsprozess ein, um die Sicherheit, die Würde und die Rechte des Menschen nicht zu verletzen oder zu gefährden.

Grundsatz: Pflegende und die Profession

**Des Weiteren übernimmt die Pflege die Hauptrolle bei der Festlegung und Umsetzung von Standards für die Pflegepraxis, das Pflegemanagement, die Pflegeforschung und Pflegebildung.**

Der Standort Alzenau-Wasserlos ermöglicht durch Bildung von Arbeitsgruppen die Bearbeitung und Umsetzung der nationalen Expertenstandards und sichert durch innerbetriebliche Fortbildungen die Umsetzung dieser im Haus.

Grundsatz: Pflegende und Kollegen

**Zusätzlich sorgt die Pflegende für eine gute Zusammenarbeit mit den Kollegen aus der Pflege und anderen Professionen. Die Pflegende greift zum Schutz des Patienten ein, wenn sein Wohl durch einen Kollegen oder eine andere Person gefährdet ist.**

Die Krankenhausleitung pflegt den freundlichen und persönlichen Umgang mit den Mitarbeitern. Dieser spiegelt sich auch im Umgang der Mitarbeiter untereinander wieder.

### 2.2.9.2 Die Philosophie des multiprofessionellen Teams

Der Erhalt der Selbständigkeit und die Begrenzung des Risikos der Pflegebedürftigkeit im Alter gelten als herausragende Ziele der Geriatrischen Rehabilitation.

Rehabilitation im Alter versteht sich umfassend und hat den Anspruch auf Ganzheitlichkeit. Der ganzheitliche Anspruch bezieht sich auf das Vermeiden von dauerhafter Abhängigkeit, d.h. umfasst sowohl eine somatische Wiederbefähigung als auch eine psychische und soziale Wiedereingliederung.

Nicht die Krankheit oder Behinderung steht im Mittelpunkt rehabilitativen Bemühens, sondern der kranke, eingeschränkte oder behinderte Mensch in seiner jeweiligen Umgebung<sup>16</sup>.

Rehabilitation im Alter ist ein Prozess, der häufig keinen Abschluss zulässt, sondern auf bestimmte Zeit hinaus das Leben der alten Menschen, ihrer Umgebung sowie des therapeutischen Teams, oder einzelner Mitglieder daraus bestimmt. Dies erfordert, dass die rehabilitativen Bemühungen im stationären und ambulanten Bereich nahtlos ineinander übergehen.

Rehabilitation alter Menschen ist nicht allein das Konzentrieren auf den alten Menschen, also nicht allein auf das Individuum, sondern auch auf seine Beziehungen zu Bezugspersonen und seine Einbettung in Systeme, seien es familiäre oder nachbarschaftliche Netze oder Institutionen wie Krankenhaus, Alteneinrichtung oder Pflegeheim.

Mit dieser Sichtweise kann es gelingen, Bedürfnisse und Verhalten alter Menschen aus dem systemischen Kontext heraus zu verstehen, in dem er lebt.

Es ist notwendig, Informationen über die Strukturen menschlicher Beziehungen zu gewinnen, bevor ein Interaktions- oder Rehabilitationsplan entwickelt wird. Genauso notwendig ist es, die systembildenden Helfer (interdisziplinäres therapeutisches Team) in den Rehabilitationsprozess zu integrieren. Nur so lassen sich Fallstricke der Rehabilitation, die etwa in starren Organisationen oder gewachsenen Beziehungen liegen, erkennen und konstruktiv auf sie einwirken.

### 2.2.10 Bereichspflege

Durch die seit Jahren praktizierte Bereichspflege wird erreicht, dass eine Pflegeperson für eine bestimmte Anzahl von Patienten zuständig ist. Der Vorteil der Bereichspflege ist, dass jeder Rehabilitand die für ihn zuständige Pflegeperson kennt und sich sicher und geborgen fühlen kann, da eine auf seine Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme ausgerichtete Pflege und

---

<sup>16</sup> Rehabilitation

Therapie möglich ist. So kann sich eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem multiprofessionellen Team und dem Rehabilitanden entwickeln.

## Abbildungsverzeichnis



Abbildung 1 Standort Alzenau-Wasserlos

..... 8  
Abbildung 2 Handwerksraum..... 8  
Abbildung 3 Vorteile der Qualitätssicherung für Kunden, Mitarbeiter u. Krankenhausleitung 13

