

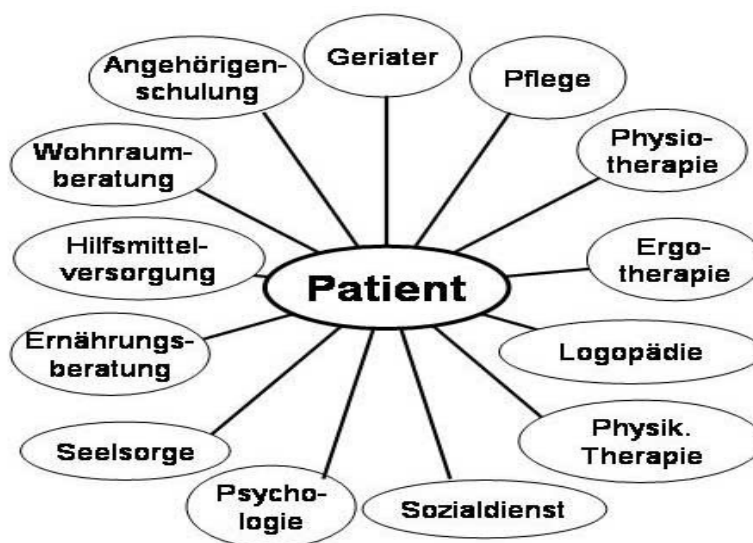
Einrichtungskonzept geriatrische Rehabilitationsklinik Mühlacker

Die geriatrische Rehabilitationsklinik ist Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrie Baden-Württemberg (LAG). Sie erfüllt die Kriterien für eine geriatrische Rehabilitationsklinik mit Versorgungsauftrag nach § 40 Abs. 2 SGB V (§ 111 SGB V – geriatrische Rehabilitation).

In unserem Rehakonzept richten wir uns nach dem Geriatriekonzept Baden-Württemberg (2014), erstellt vom Sozialministerium in Zusammenarbeit mit der LAG und den Kostenträgern. Wir berücksichtigen in unserem Rehakonzept auch die Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation, erstellt von der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR).

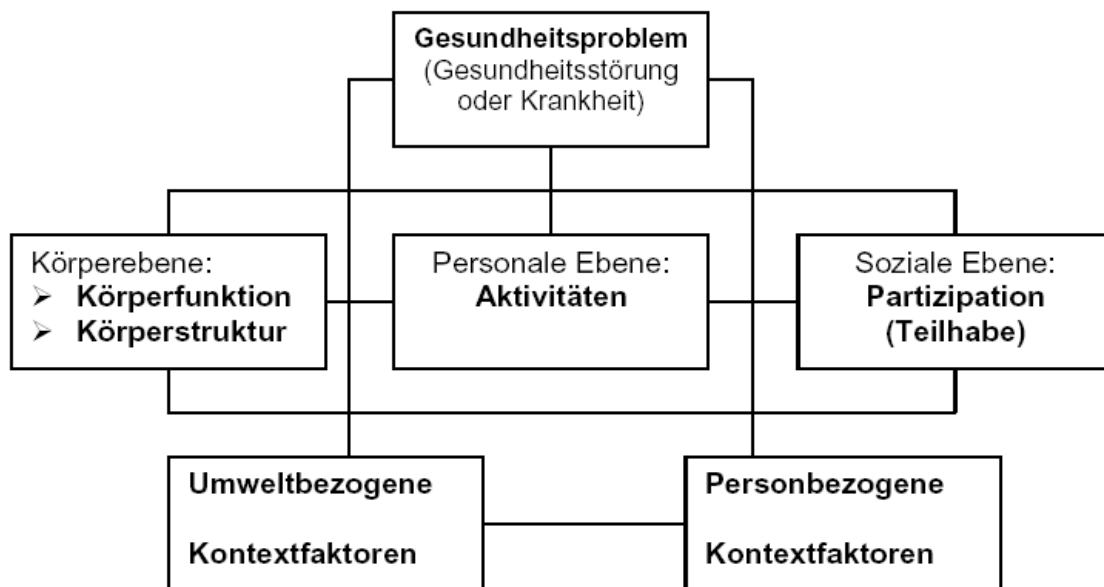
Allgemeine Grundprinzipien in der geriatrischen Rehabilitationsklinik Mühlacker

Für die gesamte Geriatrie Mühlacker gilt, dass wir in allen Bereichen unseres Versorgungskonzeptes vom Tag der Aufnahme an in einem multiprofessionellen geriatrischen Team und interdisziplinär arbeiten. Dabei steht der Rehabilitand mit seinen individuellen Bedürfnissen im Mittelpunkt.



Der therapeutische Ansatz einer umfassenden geriatrischen Rehabilitationsbehandlung geht über die limitierte „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD)“ hinaus. Geriatrische Rehabilitation basiert auf dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten ICF-Modell (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), mit besonderer Betonung von Funktion und Teilhabe. Die besondere Vulnerabilität älterer und hochbetagter Menschen sowie die geriatrietypische Multimorbidität erfordern hierbei eine stärkere Einbindung des ICD in die ICF-Behandlungsprinzipien funktionaler Gesundheit und Wiedererlangung der Möglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Bei der Behandlungszieldefinition nach ICF sind Fähigkeiten und Teilhabe des Betroffenen vor akuter Erkrankung und interne wie externe Kontextfaktoren zu berücksichtigen.



Bereits bestehender Pflegebedarf bzw. vorbestehende deutliche Teilhabeeinschränkung darf hierbei nicht als Ablehnungsgrund gezielter Rehabilitationsmaßnahmen gesehen werden. Vielmehr ist dies typischer Ausdruck geriatrischer Multimorbidität. Die Rehabilitationsprognose muss die Fähigkeiten und Ressourcen des Rehabilitanden vor akuter Erkrankung berücksichtigen, darüber hinaus den aktuellen körperlichen, funktionellen und psychischen Status. Eine qualifizierte Prognosestellung ist nur mit Fachkompetenz und spezifischer Erfahrung sowie nach persönlicher Untersuchung des Rehabilitanden und Befragung der Angehörigen / Bezugspersonen oder vorbehandelnden Ärzte möglich.

In der geriatrischen Rehabilitation der Geriatrie Mühlacker wird als Basis für die Therapieplanung bei Aufnahme ein standardisiertes, anerkanntes geriatrisches Basisassessment in folgenden Bereichen durchgeführt:

- Mobilität (Esslinger-Transfer-Skala, Balance, Timed up and go, Tinetti, Chair-rising, Gehgeschwindigkeitsmessung, Treppensteigen, Sturzrisikoerhebung)
- Selbsthilfefähigkeit (Barthel, Handkraftmessung)
- Ernährungsstatus (BMI)
- Kognition (MMST, Clock-Completion, gegebenenfalls differenziertere kognitive Testungen)
- Emotion (GDS)
- Bei Bedarf weitere Bereiche mit Diagnostikverfahren:
 - Schmerz
 - Inkontinenz
 - Bewegungsstörungen
 - Depression, Angststörungen
- noch ergänzt durch ein Sozialassessment in den Bereichen
- Soziales Umfeld
- Wohnumfeld
- Häusliche / außerhäusliche Aktivitäten
- Pflege und Hilfsmittelbedarf
- Rechtliche Verfügungen

Abgrenzungskriterien Akutgeriatrie vs. geriatrische Rehabilitation

Die (geriatrische) Akutbehandlung (§ 39 SGB V) ist als abgeschlossen anzusehen bzw. die Aufnahme in die geriatrische Rehabilitation kann erfolgen, wenn:

- die vitalen/vegetativen Parameter (HerzKreislauf, Blutdruck, Atmung, Temperatur) stabil sind und keine Intensivpflichtigkeit droht.
- die klinische Diagnostik weitgehend abgeschlossen ist. Das bezieht sich auch auf die Begleiterkrankungen und die oft notwendige differentialdiagnostische Abklärung einer Demenz oder Depression und mangelnden Motivation.
- die medizinische, besonders medikamentöse Therapie weitgehend festgelegt ist.
- keine Notwendigkeit zur dauerhaften Beaufsichtigung des Rehabilitanden (z. B. Weglauftendenz, im Vordergrund stehende gerontopsychiatrische Erkrankung, Delir, Suizidalität) besteht.
- bestehende Begleiterkrankungen und Komplikationen der Grundscheidung (z.B. Wundheilungsstörungen am Amputationsstumpf), die die aktive Teilnahme des Rehabilitanden an der Mobilisation und Rehabilitation nicht verhindern.
- die bestehenden Begleiterkrankungen und schädigungstypischen Komplikationen vom ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonal der Rehabilitationsabteilung behandelt werden können.
- die Stabilität des Kreislaufs und die allgemeine Belastbarkeit des Rehabilitanden erlauben, dass mehrmals täglich aktive rehabilitative Maßnahmen von mindestens 15 Minuten Dauer im Sitzen durchgeführt werden können.

Für die Entscheidung über die geriatrische Rehabilitationsfähigkeit in Bezug auf eine Abgrenzung zur akutstationären Krankenhausbehandlung ist das klinische Gesamtbild des Rehabilitanden maßgeblich, wobei grundsätzlich alle o. g. Kriterien im Hinblick auf die Feststellung der geriatrischen Rehabilitationsfähigkeit erfüllt sein müssen.

Ziele der geriatrischen Rehabilitation

- Vermeidung und/oder Abkürzung von Krankenhausbehandlung
- Vermeidung und/oder Minderung von Pflegebedürftigkeit
- oberstes Ziel: Erhaltung bzw. Wiedergewinnung der bestmöglichen Selbständigkeit und Lebensqualität
- Dies bezieht sich sowohl auf die körperliche wie psychische Stabilisierung, die Funktionsverbesserung als auch auf eine bestmögliche Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.
- Als zukünftiger Wohnort nach geriatrischer Rehabilitation wird vorrangig der bisherige Wohnort, alternativ eine andere Wohnform mit ambulanten Angeboten angestrebt. Nur in besonders indizierten Fällen ist eine voll- oder teilstationäre pflegerische Versorgung zu veranlassen bzw. auf Wunsch des Rehabilitanden einzuleiten.

Dateiname: SO_Einrichtungskonzept_04-00.odt
Ersteller: ÄD R. Dettmann
Freigabe: ÄD R. Dettmann

Seite: 3 von 5
Erstelldatum: 13.12.2022
Freigabedatum: 19.01.2023
Gültig bis: 31.03.2026

Indikationen für die geriatrische Rehabilitation

Die Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation werden bei Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und/oder Beeinträchtigungen als Folge von z.B. folgenden Krankheitsbildern erbracht:

- Erkrankungen des Zentralnervensystems und des peripheren Nervensystems
- Frakturen und Zustände nach Gelenktraumen bzw. Operationen
- Zustand nach Amputationen der Extremitäten
- Kardio-pulmonale Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen mit Folgekrankheiten/Spätschäden
- Tumorerkrankungen
- Schwere degenerative Gelenkerkrankungen
- Chronisch entzündliche Erkrankungen
- Osteoporose
- Bei verzögerter Rekonvaleszenz nach operativen Eingriffen und schweren Erkrankungen mit manifesten, aber reversiblen Fähigkeitsstörungen, die die bisherige selbständige oder weitgehend selbständige Lebensführung des Rehabilitanden akut bedrohen.

Definition des geriatrischen Rehabilitanden

Die für eine geriatrische Rehabilitationsmaßnahme in Frage kommenden Rehabilitanden sind gekennzeichnet durch:

- ein höheres Lebensalter (in der Regel über 70 Jahre)
und
- manifeste Fähigkeitsstörungen
und / oder
- drohende bzw. manifeste Beeinträchtigungen

Aufnahmekriterien

Als grundlegende Aufnahmekriterien gelten

- Rehabilitationsfähigkeit
- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationswilligkeit

Dauer der Rehabilitation

- Maximal bis zur Dauer der vorliegenden Kostenzusage durch den Kostenträger, wenn dieses medizinisch solange notwendig ist
- Wir verpflichten uns, das Wirtschaftlichkeitsgebot nach §§ 12 und 70 SGB V zu beachten.
- Die Rehabilitation wird beendet, wenn:
 1. das Rehabilitationsziel erreicht ist
oder
 2. sie ambulant durchgeführt werden kann
oder
 3. eine akute Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V notwendig ist
oder
 4. wenn trotz intensiver Therapie i. d. R. innerhalb von 10 Behandlungstagen keine Verbesserung der Fähigkeitsstörung oder Lebensqualität eingetreten ist.

Verpflichtungen

- Wir verpflichten uns, dass wir uns an Maßnahmen zur Qualitätssicherung beteiligen (§ 137 SGB V) und sorgen dafür, dass die Qualität der ärztlichen und pflegerischen Behandlung, die Versorgungsabläufe, die Assessments, Behandlungsmaßnahmen und Behandlungsergebnisse dokumentiert werden und einer Prüfung zugänglich gemacht werden können.
- Wir führen ein fallbegleitendes Überleitungs- und Entlassungsmanagement durch, welches auch die zeitgerechte angemessene Verordnung von Hilfsmitteln und Empfehlungen zur ambulanten therapeutischen Versorgung mit Heilmitteln umfasst.
- Jeder Rehabilitanden erhält am Ende der Rehabilitation einen vorläufigen Entlassungsbrief. Der endgültige Entlassbrief wird dem Hausarzt innerhalb von 10 Tagen zugesandt.
- Kontinuierliche Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiter ist für uns verpflichtend, um alle Mitarbeiter für die besonderen Aufgaben der geriatrischen Rehabilitation zu qualifizieren und den medizinischen Leistungsstandard zu sichern.