

Klinikkonzept



I. Struktur der Klinik

Rehabilitation	55 Betten für geriatrische stationäre Rehabilitation
Im Krankenhaus- bedarfsplan	31 stationäre Betten für Akutgeriatrie 10 Tagesklinik-Plätze für teilstationäre Behandlung
Altenpflege	44 Plätze Wohnen in der Pflege Kurzzeitpflege (eingestreut)
Anschrift	DRK Klinik Mettlach für Geriatrie und Rehabilitation Saaruferstraße 10 66693 Mettlach
Telefon	Tel. (06864) 88-0 Fax (06864) 20 06
Kontakt	E-mail: mettlach@drk-kliniken-saar.de www.drk-kliniken-saar.de

II. Klinikleitung

Geschäftsführer	Dipl.-Betriebswirt Bernd Decker
Direktorium:	
Chefarzt und Ärztlicher Direktor	Dr. med. Herbert Grünewald Facharzt für Innere Medizin, Geriatrie, Physikalische Medizin und Balneologie, Neuraltherapie, Chirotherapie und Naturheilverfahren
Kaufmännischer Direktor	Dipl.-Kfm. Holger Kirchhoff
Pflegedirektorin	Ute Krauss

III. Geschichte

Vom Betriebskrankenhaus zur Fachklinik

Seit 1813 prägt das Weltunternehmen Villeroy & Boch das Ortsbild der Gemeinde Mettlach. 1857 ließ Eugen von Boch auf seinem Grund an diesem Standort in Zusammenarbeit mit den Barmherzigen Schwestern vom Heiligen Karl Borromäus verschiedene Einrichtungen der Wohltätigkeit errichten: ein Spital für altersschwache Männer und Frauen, eine Anstalt zur Erziehung verwaister Kinder und eine ambulante Krankenpflege in Mettlach und Umgebung.

1858 wurde das erste Krankenhaus (Kloster Mettlach – Krankenhaus) erbaut. Im Laufe der Jahre erwies es sich als nicht mehr ausreichend. Durch Bereitstellung der erforderlichen finanziellen Mittel von Villeroy & Boch wurde es erstmalig 1880 erweitert und größtenteils umgebaut.

1956 wurde gegenüber dem Mettlacher Bahnhof der neue Saalbau gebaut, womit Luitwin von Boch-Galhau einen Herzenswunsch vieler Mettlacher erfüllte.

1958 wurde mit dem Bau eines nach damals modernsten Gesichtspunkten ausgestatteten Akutkrankenhauses (Träger: Familie Villeroy & Boch) begonnen. Am 8. Oktober 1960 wurde der Neubau seiner Bestimmung übergeben. Das Krankenhaus unterhielt 93 Betten, davon 47 internistische, 34 chirurgische, 8 gynäkologische Betten und 4 HNO-Belegbetten. Einige Jahre später wurden ein Personalwohnheim (Haus Wildrose), das Altenheim und das Gästehaus (Haus Nancy) errichtet. In Zeiten des demographischen Wandels stellte sich die Frage nach einer adäquaten fachspezifischen medizinischen Versorgung betagter und hochbetagter Menschen.

1988 übernahm die DRK Gesellschaft für Geriatrie und Rehabilitation mbH die Trägerschaft des ehemaligen V & B Krankenhauses. Zusammen mit der Landesregierung und den Krankenkassenverbänden wurde das Krankenhaus im Rahmen eines Modellprojektes in eine Fachklinik für geriatrische Rehabilitation umgewandelt. Sie war damit die erste ihrer Art im südwestdeutschen Raum.

Entwicklung der DRK Klinik Mettlach

1988

Umwidmung des Villeroy & Boch Krankenhauses in die DRK Klinik Mettlach für Geriatrie und Rehabilitation. Weiterentwicklung des ganzheitlichen geriatrischen Behandlungskonzeptes und der Therapieverfahren nach Bobath, Affolter und weitere Therapiemethoden.

1993

Gründung der „Bundesarbeitsgemeinschaft geriatrischer Einrichtungen e.V.“ als aktives Gründungsmitglied im Vorstand (damals 19 Gründungsmitglieder), heute zu "Bundesverband Geriatrie e.V." umbenannt. Aktuell sind 370 Träger als Mitglieder gelistet.

1998

Ergänzung des Therapieangebots durch neue, unkonventionelle Therapie (computergestützte und gesteuerte Behandlung) besonders für die Diagnostik und Therapie von Schlaganfallfolgen, kognitive Störungen und Demenz.

1999

Erweiterung des Therapiespektrums der Ergotherapie Abteilung durch einen behindertengerechten, funktionellen Therapiegarten auf dem Gelände der Klinik. Es handelt sich um den ersten und einzigen seiner Art im südwestdeutschen Raum.

2000

Einrichtung der „Medizinischen Trainings-Therapie“, eine Präventions- und Therapiemaßnahme mit altersgerechten Trainingsgeräten (Fitness im Alter).

2001

Von 2001 bis 2005 erfolgte der Ausbau des Leistungsprofils der Klinik als „Geriatrisches Kompetenzzentrum“ mit 10 bzw. 15 akutgeriatrischen, vollstationären Betten und Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan des Saarlandes

2004

Anlage eines Gangschulungsweges mit verschiedenen Therapiemethoden auf dem Klinikgelände.

2008

Einrichtung eines modernen und großzügigen Wellmed-Bereiches. Vielfältige Therapien aus dem Bereich der physikalischen Behandlung, Wellness, Alternativ- und Präventionsmedizin runden das Therapiespektrum ab.

2015

Erweiterungs-Neubau mit zusätzlichen barrierefreien, großzügigen Patientenzimmern mit eigener Nasszelle (sieben Ein- und fünf Zwei-Bett-Zimmer) und Umzug der Tagesklinik (zehn teilstationäre Plätze) in den Neubau. Im selben Jahr Erhöhung auf 24 akutgeriatrische, vollstationäre Planbetten bei steigenden Patientenzahlen.

2018

Weiterer Ausbau der Akutgeriatrie. Erweiterung auf 31 stationäre Planbetten, verankert im Krankenhausbedarfsplan des Saarlandes.

IV. Definition des geriatrischen Patienten

Die Definition des geriatrischen Patienten erfolgt in Übereinstimmung mit den Fachgesellschaften der Altersmedizin (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, Bundesverband Geriatrie) und gemeinsam mit dem Medizinischen Verband der Spitzenverbände (Konsensus-Gruppe 2007).

Danach ist nicht jeder ältere Patient ein geriatrischer Patient, sondern nur dann, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

Definition geriatrischer Patienten

Geriatrische Patienten sind definiert durch:

- Geriatrie-typische Multimorbidität und
- höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter);

die Geriatrie-typische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen;

oder durch

Alter 80 Jahre+

auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z.B. wegen

- des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen,
- der Gefahr der Chronifizierung sowie
- des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus

Hiernach muss also bei jedem über 80jährigen grundsätzlich geprüft werden, ob es sich um einen geriatrischen Patienten handelt.

Dabei ist ein Patient multimorbide, wenn er multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen bei mindestens zwei behandlungsbedürftigen Krankheiten aufweist. Für die weiteren Definitionen wird auf das o.g. Konsensuspapier verwiesen.

Danach besteht die geriatrietypische Multimorbidität aus einer Kombination der nachfolgend genannten Merkmalkomplexe a) und b), ggf. in Kombination mit c):

- a) Vorhandensein von Schädigungen und Fähigkeitsstörungen (in variabler Kombination) im Sinne eines geriatrischen Syndroms, d.h. nach der Systematik des ICDH/ICF:
 - Immobilität
 - Sturzneigung und Schwindel
 - kognitive Defizite
 - Inkontinenz (Harninkontinenz, selten Stuhlinkontinenz)
 - Dekubitalulzera
 - Fehl- und Mangelernährung
 - Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt

- Depression, Angststörung
- chronische Schmerzen
- Sensibilitätsstörungen
- herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit
- starke Sehbehinderung
- ausgeprägte Schwerhörigkeit

Für das geriatrische Syndrom relevante Sachverhalte - außerhalb der Systematik der Schädigungen und Fähigkeitsstörungen nach ICDH/ICF - sind:

- Mehrfachmedikation
 - herabgesetzte Medikamententoleranz
 - häufige Krankenhausbehandlung (Drehtüreffekt)
- b) Gegenüber nichtgeriatrischen Patienten erhöhtes Risiko der Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegedürftigkeit.
- c) Gegenüber nichtgeriatrischen Patienten erhöhtes Risiko von Krankheitskomplikationen (Thrombosen, interkurrente Infektionen, Frakturen, verzögerte Rekonvaleszenz u.a.).

V. Behandlungsindikation und -grundsätze

Ältere Menschen sind von zahlreichen medizinischen Problemen betroffen, die ihre Fähigkeit zur eigenständigen Lebensführung stark beeinträchtigen können.

Die geriatrische Behandlung mit der Akutgeriatrischen Frührehabilitation und mit der Geriatrischen Rehabilitation hat zum Ziel, diese Fähigkeiten wieder herzustellen, dem Betroffenen seine Alltagskompetenz wieder zu geben. Nicht passives Gepflegt werden ist Zielsetzung der Bemühungen, sondern Wiedererlangen der körperlichen wie geistigen Fähigkeiten.

Die häufigsten Krankheitsbilder, die letztlich dazu führen, dass der Betroffene seine Alltagskompetenz verliert, lassen sich in wenigen Gruppen zusammenfassen:

- Zustand nach akuten *neurologischen Erkrankungen*, z.B. Schlaganfall.
- Gerontopsychologische und hirnorganische Erkrankungen, z.B. Demenz, Delir, Depression.
- Schwere *neurologische Systemerkrankungen*, z.B. Multiple Sklerose Parkinson'sche Krankheit, Polyneuropathie.
- Zustand nach *Operationen und Verletzungen am Skelett*, z.B. Gelenkersatz, Amputationen mit und ohne Prothesenversorgung, komplizierte Knochenbrüche, Osteosynthesen, Spondylodesen der Wirbelsäule.
- Chronische *Gelenkerkrankungen und -veränderungen*, z.B. Arthrosen, Osteoporose, Rheumatische Erkrankungen.
- Allgemeine *internistische Erkrankungen*, sowie Altersgebrechlichkeit mit funktionellen Einschränkungen z.B. nach Herzinfarkt, schwerer Lungenentzündung, entzündlicher Darmerkrankung, bei kardio-pulmonaler Dekompensation, Dekubitus, Wunden, Exsikkose, Sturzneigung, Muskelatrophie, Kachexie.

VI. Leitlinien und evidenzbasierte Medizin

Die geriatrische und rehabilitative Medizin ist wie in anderen Bereichen der Medizin ständigen wissenschaftlichen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrungen erweitern unsere Kenntnisse, insbesondere was die Behandlung und die medikamentöse Therapie älterer multimorbider Patienten anbelangt. Unsere Fachgesellschaft, die „Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG)“, in der eine Reihe von themenbezogenen Arbeitsgruppen wissenschaftlich orientierter Geriater etabliert sind, sorgen mit Erstellung und Aktualisierung von geriatrischen, medizinischen Leitlinien für ein evidenzbasiertes, medizinisches Vorgehen. Sie kann damit auf Bundesebene den Wissenstand in den verschiedenen geriatrisch tätigen Kliniken und Krankenhäusern und für das geriatrische Team auf dem aktuellen Stand halten.

In erster Linie orientieren wir uns in der DRK Klinik Mettlach bei der altersgerechten, ganzheitlichen Behandlung und insbesondere bei der altersgerechten, medikamentösen Behandlung und Therapie an den krankheitsbezogenen, geriatrischen Leitlinien der DGG. Des Weiteren orientieren wir uns bei speziellen neurologischen Krankheitsbildern, wie z.B. der Schlaganfallbehandlung, an den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN). Bei bestimmten, internistischen Fragestellungen, besonders bei der Mitbehandlung der Nebendiagnosen im Rahmen der Multimorbidität des geriatrischen Patienten orientieren wir uns an der Zusammenstellung der evidenzbasierten Leitlinien und Empfehlungen der Deutschen Fachgesellschaft für Inneren Medizin.

Im rehabilitativen Geschehen finden die therapeutischen Strukturen und Empfehlungen des Bundesverbandes für Geriatrie, in dem wir ein Gründungsmitglied sind, sowie bei einigen Krankheitsbildern die Vorschriften und Strukturen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ihre Berücksichtigung.

Im Konkreten finden folgende, geriatrisch-medizinische Leitlinien zur Unterstützung unserer Therapieentscheidungen ihre grundsätzliche Berücksichtigung. Sie stehen dem ärztlichen Team im Intranet mit ständiger Aktualisierung durch den Chefarzt zur Verfügung.

Relevante Leitlinien:

- Integrierte Versorgung Demenz
- Diabetes mellitus im Alter
- Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls
- Ernährungszustand, Energie- und Substratstoffwechsel im Alter
- Enterale Ernährung bei Patienten mit Schlaganfall
- Harninkontinenz
- Nationale Versorgungs-Leitlinie Chronische Herzinsuffizienz
- Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Frauen ab der Menopause, bei Männern ab 60. Lebensjahr
- Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin
- Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit

Zu den oben aufgelisteten und im Intranet abrufbaren Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und weiterer Fachgesellschaften stehen als Nachschlagwerke auch die systematisch aufgebauten Leitlinien der Inneren Medizin von Berthold Block in aktueller Auflage, sowie die gebundene Ausgabe der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie DGN, ebenfalls in aktueller Auflage, dem ärztlichen Team in der Bibliothek zur Verfügung.

VII. Infrastruktur der Klinik

Personalstruktur

Es wird ein qualifiziertes interdisziplinäres geriatisches Team vorgehalten, das die Anforderungen des Qualitätssiegels Geriatrie voll erfüllt und teilweise überschreitet:

Im Vordergrund aller Bemühungen steht, dem älteren Menschen seine Alltagskompetenz wiederzugeben. Die dazu notwendigen Therapien werden im Team durchgeführt.

Bei Aufnahme in der Klinik wird der Patient von speziell weitergebildeten Ärzten körperlich untersucht, wobei insbesondere auf Funktionseinschränkungen geachtet wird. Die Erfassung des medizinischen und psychosozialen Status sowie der funktionellen Fähigkeiten erfolgt in standardisierter Form bei der Aufnahme und bei der Entlassung. Die Daten werden im sogenannten Geriatischen Basisassessment erfasst. Diese Erhebung ermöglicht die standardisierte Auswertung der Behandlungsergebnisse, die darüber hinaus im Rahmen des Gemidas-Projektes einen bundesweiten Vergleich der geriatischen Kliniken erlaubt.

Der Stationsarzt und das Pflegepersonal sind dann ab der Aufnahme für Patient und Angehörige primärer Ansprechpartner bei Fragen zum Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf. Ein Mitarbeiter der physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Abteilung wird als Nächstes einen Aufnahmezustand erheben. Von Beginn bis zum Ende des stationären Aufenthaltes wird jedem Patienten möglichst ein fester Therapeut zugeordnet, um so den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu erleichtern. Je nach Krankheitsbild schließt sich eine Untersuchung durch die Sprachtherapeutin und den psychologischen Dienst an. Von Anfang an ist der Sozialdienst zur Mitbetreuung des Patienten eingebunden und koordiniert die Weiterversorgung und das Entlassungsmanagement.

Basisassessment

Das in der Klinik etablierte geriatische Basisassessment besteht aus:

- Assessment der Selbstständigkeit: Barthel-Index nach dem Hamburger AGAST-Manual (Arzt + Pflege)
- Assessment der Mobilität: Timed up&go, Berg-Balance-Scale, Kraftgrade nach Janda, Messung der Handkraft (Arzt + Physiotherapeut)
- Assessment der Kognition: Mini-Mental-Status, DemTect-Test, Uhrentest nach Shulmann (Arzt + Ergotherapeut), bei Auffälligkeiten des Screenings: weitere psychologische und neuropsychologische Diagnostik im Haus
- Assessment der Emotion: geriatische Depressionsskala GDS (Arzt + Psychologin)
- Sozialassessment aus 5 Bereichen (Arzt und Sozialdienst)

Durch den Pflegestandard wird das Basisassessment bei der Aufnahme mit folgenden Risikoeinschätzungen durch die Pflegefachkraft erweitert:

- Dekubitus-Risiko
- Pneumonie- Risiko
- Sturzrisiko
- Inkontinenzrisiko
- Thromboserisiko
- Risiko der Mangelernährung
- Risiko der Exsikkose
- Risiko von Schluckstörungen
- Risiko von Munderkrankungen
- Schmerzassessment

Alle Risikoeinschätzungen können unter Zuhilfenahme von folgenden zur Verfügung stehenden Skalen durchgeführt werden:

- Mini Nutritional Assessment aus 24 Punkten.
- Sturzrisiko Erfassung (Erweiterte Morse-Sturzrisiko-Skala aus 6 Bereichen: Alter, Mentaler Zustand, vergangene Stürze, Aktivitäten, Gang und Gleichgewicht, Medikamente und Sucht-Anamnese).
- Braden-Skala zur Dekubitus-Risiko-Erfassung.
- Brass-Skala zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfes

Alle Risikoeinschätzungen werden im Verlauf der stationären Behandlung regelmäßig (alle 7 Tage, oder bei Veränderung) evaluiert.

Wöchentliche Teambesprechung

Das therapeutische Team setzt sich zum Informationsaustausch und zur individuellen Therapieanpassung jedes einzelnen Patienten regelmäßigen zusammen. Bei dieser Besprechung ist eine multidisziplinäre Beteiligung Voraussetzung mit folgender Mindestbesetzung:

- Chefarzt oder Oberarzt (beide Internisten mit Qualifikation Klinische Geriatrie)
- Stationsarzt
- Vertretung des Pflegepersonals, in der Regel die Stationsschwester
- Vertretung der Physiotherapie
- Vertretung der Ergotherapie
- Sprachtherapeutin
- Psychologin
- Vertretung des Sozialdienst

Diese Besprechung findet regelmäßig einmal wöchentlich pro Station statt. In diesem Rahmen werden alle Fälle ohne Ausnahme interdisziplinär besprochen. Hierbei werden Therapieziele orientierend an den Ergebnissen des erhobenen Assessments und an den Patientenwünschen formuliert. Das Team erstellt auf dieser Basis ein Therapieprogramm für den Patienten. Regelmäßig wird dieses Programm im Team diskutiert und vor allem die kurzfristigen, realistisch erreichbaren Therapieziele werden verlaufsbezogen angepasst. Dabei wird der individuellen Leistungsbreite des Patienten besonderes Gewicht beigemessen.

Therapiefrequenz

Die Frequenz der Therapien richtet sich interdisziplinär nach dem funktionellen Behandlungsbedarf, der Hauptindikation, der Zielsetzung der Behandlung und dem individuellen Gesamtzustand des Patienten. Es ist aber in unserer Klinik bei allen Krankheitsbildern täglich mindestens eine physiotherapeutische und/oder ergotherapeutische Einzelbehandlung gewährleistet. Bei allen Patienten sind als grundtherapeutische Versorgung pro Woche mindestens vier physiotherapeutische Einzeltherapien und drei ergotherapeutische Einzeltherapien sichergestellt.

Bei Schlaganfallpatienten werden alle Einzeltherapien nach dem Bobath- bzw. Affolter-Konzept durch qualifizierte Therapeuten durchgeführt. Zusätzlich erhalten die Patienten mindestens täglich eine physikalische Therapiemaßnahme und/oder ein bis zwei Gruppentherapien. Zusätzlich werden bei Sprachstörungen, Schluckstörungen und facio-oraler Problematik auch zeitaufwändige Einzeltherapien durch die Logopädin durchgeführt. Bei Sprachstörung, Dysarthrie und facio-oraler Problematik sind mindestens vier einzellogopädische Therapien pro Woche gewährleistet. Zusätzlich erhalten die Patienten, je nach Bedarf, bis zwei Mal pro Woche eine psychologische Begleitung und Beratung durch den psychologischen Dienst.

Ebenfalls werden durch den psychologischen Dienst Gruppentherapien in homogenen Gruppen angeboten. Je nach Krankheitsbild und Fragestellung, z.B. im Rahmen einer Demenzabklärung und Behandlung, werden umfangreiche neuropsychologische Testverfahren und Verlaufsuntersuchungen durchgeführt. Die aktivierend-therapeutische Pflege, Hilfe zur Selbsthilfe, Selbsthilfetraining im ATL-Bereich (Aktivitäten des täglichen Lebens), die Bewegungs- und Mobilisationspläne, Atemtherapie sowie Angehörigenberatung und Entlassungsmanagement seitens des Sozialdienstes sind Bestandteile des Therapieangebotes.

So frühzeitig wie möglich wollen wir die Angehörigen der Patienten in die Behandlung und Rehabilitation mit einbinden. Sie werden von den verschiedenen Therapeuten im täglichen, funktions- und wahrnehmungsfördernden Umgang mit dem Patienten angeleitet und von den Pflegekräften in der selbstständigkeitsfördernden, aktivierenden Pflege. Je nach Situation können auch spezielle Pflegemaßnahmen, wie z.B. der Umgang mit der perkutanen Ernährungssonde, die Insulinapplikation oder das Anlegens notwendiger Verbände eingeübt werden. Die weitere häusliche Versorgung wird mit dem Patienten und seinen Angehörigen besprochen, offene Fragen werden gegebenenfalls bei einem Hausbesuch durch Therapeuten geklärt. Dabei wird auch die Frage eventuell notwendiger Hilfsmittel besprochen.

Wenn vor der Entlassung des Patienten noch Kontakte zu Behörden und Hilfsinstitutionen zu knüpfen sind, oder die Entlassung nach Hause nicht möglich ist, und rechtzeitig ein Platz in einem Altenwohnheim oder Pflegeheim gesucht werden muss, ist unser Sozialdienst behilflich.

Ausstattung

Unseren Patienten stehen ausschließlich 1- und 2-Bett-Zimmer zur Verfügung. Außerdem halten wir eine Überwachungseinheit und einen Aufnahmeraum bereit.

Bereitschaft

Der ärztliche Bereitschaftsdienst und der fachärztliche Rufbereitschaftsdienst stehen rund um die Uhr zur Verfügung.

Therapieabteilungen

Unsere spezialisierten Therapieabteilungen, denen die Physiotherapie, die physikalische Therapie, die Ergotherapie, die Logopädie, der psychologische Dienst und der Sozialdienst angehören, sind räumlich ausgesprochen großzügig gestaltet und personell sehr gut ausgestattet.

Therapieangebote

Wir gewährleisten unseren Patienten täglich mehrfache Therapieangebote. Diese werden auch an Samstagen und Feiertagen durchgeführt, um einen optimalen Therapieerfolg herbeizuführen.

Pflege

Unsere Pflegefachkräfte sind geriatrisch ausgebildet. Wir pflegen therapeutisch-aktivierend, nach dem Bobath-Konzept sowie nach dem Aktivitas-Konzept.

Röntgen

Wir verfügen über ein eigenes, konventionelles, digitales Röntgengerät zur Aufnahme z.B. der Lunge, des Bauchraumes, der Knochen und Gelenke.

Computertomographie und Magnetresonanztomographie

CT und MRT werden in 24 Stunden Bereitschaft in unmittelbarer Kooperation mit der Radiologie-Praxis X-care RNS vorgehalten.

Labor

Unsere Klinik stellt ein eigenes Labor mit Bereitschaftsdienst. Bei Bedarf können wir auf eine umfangreiche, externe Labordiagnostik zurückgreifen.

EKG, Langzeit-EKG, Belastungs-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung, Kipptisch-Untersuchung sowie Lungenfunktionsprüfung

Sonographien (Ultraschall)

Wir führen Sonographien aller Bauchorgane, der Schilddrüse, der Gelenke und Weichteile durch.

Doppler- und Duplexsonographien

Die farbkodierte Doppler- und Duplexsonographie erlaubt uns die peripheren, arteriellen und venösen Gefäße sowie die hirnersorgenden Gefäße darzustellen.

Echokardiographie, farbkodiert im Doppler und Duplexverfahren

Endoskopie

Endoskopien führen wir in Kooperation mit den Nachbarkrankenhäusern durch. Proktoskopien können von uns vor Ort durchgeführt werden.

EEG, Neurographie, EMG, Neurophysiologische Untersuchung, Liquor Diagnostik

Diese Untersuchungsmethoden werden in Kooperation mit der Neurologie des Krankenhauses Saarlouis vom DRK durchgeführt.

Schmerztherapie

Wir bieten unseren Patienten verschiedene Schmerztherapie-Methoden an. Dazu gehören die physikalische Therapie und die Elektrotherapie, die Neuraltherapie und therapeutische Lokalanästhesie, die Akupunktur sowie die Chirotherapie als bewährte alternative Therapieformen.

VIII. Versorgungsangebote

1. Die stationäre geriatrische Rehabilitation

Die geriatrische Rehabilitation erfolgt im Allgemeinen im Anschluss an eine stationäre Behandlung im Akutkrankenhaus z.B. nach Operation oder intensivmedizinischer Behandlung. Unsere Rehabilitationsklinik hat einen geriatrischen Schwerpunkt zur Durchführung der medizinisch noch weiter notwendigen Mobilisation und Behandlung.

Diese geriatrische Behandlung soll in der Regel wohnortnah erfolgen. Jede Rehabilitationsmaßnahme setzt beim Patienten das Vorhandensein einer Rehabilitationsbedürftigkeit, einer Rehabilitationswilligkeit und einer Rehabilitationsfähigkeit (Rehabilitationspotential) voraus. Geriatrische Rehabilitation ist indiziert, wenn im Zusammenhang mit der betreffenden Erkrankung (häufig durch die Multimorbidität bedingt), wesentliche Fähigkeitsstörungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens resultieren, und bleibende Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit drohen.

Unsere ganzheitliche, rehabilitative, geriatrische Behandlung berücksichtigt sowohl die Haupterkrankung, als auch auf die Komorbiditäten. Es ist bei allen Indikationsgruppen exakt zu prüfen, welches Krankheitsbild für die resultierenden Funktionsstörungen und für den Gesamtzustand des Patienten im Vordergrund steht.

Zur möglichen Prüfung dieser beschriebenen Rehabilitationsvoraussetzungen sind für die geriatrische Rehabilitation sowohl eigene, klinikspezifische als auch kassenindividuelle Anmeldeformulare vorhanden. Anhand der im Formular hinterlegten Krankheitsdaten werden in Abstimmung mit dem Geriater unserer Klinik, und den vorbehandelnden Krankenhäusern und Kostenträgern, die Grundentscheidung zur Aufnahme in die geriatrische Rehabilitation und der Zeitpunkt des Behandlungsbeginns abgestimmt.

2. Die stationäre akutgeriatrische Behandlung

Die akutgeriatrische Behandlung geht über die reine Organmedizin hinaus und erbringt parallel zu der krankheitsbezogenen Diagnostik und Therapie *zusätzliche, frührehabilitative Leistungen*. Diese zusätzlichen Leistungen sind sehr personalintensiv und werden von einem interdisziplinär arbeitenden geriatrischen Team unterschiedlicher Fachberufe erbracht.

Eine akutgeriatrische Maßnahme in Form einer stationären Komplexbehandlung ist allgemein indiziert, wenn ein geriatrischer Patient aus dem ambulanten Bereich, oder nach Abschluss einer fachspezifischen Krankenhaus-Behandlung, sowohl einen kurativ-akutmedizinischen, als auch einen frührehabilitativen, medizinischen Behandlungsbedarf aufweist.

Es handelt sich um eine *Spezialisierung auf die Behandlung des geriatrischen Patienten*. (siehe Definition Seite 5)

Der frührehabilitative, stationäre Behandlungsbedarf versteht sich in einer multidisziplinären Therapie. Neben Internisten und Geriatern sowie geriatrisch weitergebildeten Pflegekräften kommt ein breit gefächertes Therapeutenteam zum Einsatz (Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, gerontologische Behandlung, physikalische Schmerztherapie, Psychologie, psychosoziale Behandlung und Betreuung).

Aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes, sowie der Therapiekomplexität und notwendigen Therapieintensität, ist diese Art der Behandlung durch die übliche, ambulante, hausärztliche oder teilstationäre Versorgung nicht gewährleistet ist. Also handelt es sich in der Regel um *Schnittstellen* in der medizinischen Versorgung des geriatrischen Patienten.

Ausschlusskriterien der frührehabilitativen, geriatrischen Komplexbehandlung:

- Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Überwachung, Behandlung, Beatmung. Schwere eindimensionale, organ-und fachspezifische Erkrankung.
- Durchgehend instabile Vitalparameter erlauben keinerlei aktive Beteiligung an frührehabilitativ-therapeutischen Maßnahmen.
- Eine erheblich herabgesetzte Belastbarkeit erlaubt keinerlei aktive Beteiligung an frührehabilitativ-therapeutischen Maßnahmen.
- Es sind ausschließlich passive, frühmobilisierende Maßnahmen möglich.
- Offene Wunden oder Wundkomplikationen erlauben aufgrund ihrer Lokalisation oder aufgrund von Begleitsymptomen keinerlei Durchführung frührehabilitativ-therapeutischer Maßnahmen.
- Fehlende Compliance des Patienten oder Weglauftendenz.
- Chronische Immobilität Bettlägerigkeit ohne Aussicht auf wesentliche Funktionsverbesserung (unausweichliche Langzeitinstitutionalisierung).
- Der Patient ist jünger als 60 Jahre (Gesetzgeber).

Indikationsbeispiele für die allgemeine Akutgeriatrie:

- Neurologische Folgezustände, Hemiparese, Aphasie, Dysphagie.
- Chronische Schmerzzustände mit drohender Immobilität.
- Arthrose, Rheuma, Osteoporose mit Fraktur, Muskelschwund.
- Rezidivierende kardiale oder pulmonale Dekompensation, die zu Einschränkungen im Bereich der Selbstversorgung führen.
- Spätfolgen und Stoffwechsellentgleisung bei Diabetes mellitus.
- Delir, Abklärung einer mentalen Verschlechterung, einer Demenz.
- Parkinsonsyndrom mit Symptomverschlechterung und Immobilität.
- Depression, Anpassungsstörung, Angststörung.
- Exsikkose, nicht intensivpflichtige Pneumonie, Harnwegsinfekt, Enteritis, Dekubitus, chronische Wunden, Malnutrition, Kachexie, Onkologische Folgezustände, Z. n. Amputation, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Polyneuropathie, periphere Nervenschädigungen.
- Ausschließlich konservativ Behandlungs-bedürftige, frische und chronisch verlaufende Frakturen wie Wirbelsäulenfrakturen.

Sowie typische geriatrische Syndrome im Zusammenhang mit einer akuten Erkrankung wie:

- Immobilität, Gangstörung
- Stürze und Sturzneigung
- Muskelatrophie, Kontraktur, Sarkopenie
- Inkontinenz
- Fehl- und Mangelernährung
- Exsikkose (Austrocknung)
- Akute Verwirrheitszustände, kognitiver Abbau
- Schlafstörung, Störung des Schlaf- Wachrhythmus
- Gebrechlichkeit, Instabilität, Infektanfälligkeit
- Verzögerte Rekonvaleszenz
- soziale Vereinsamung
- Hör- und Sehstörung
- Inadäquate Medikation, Polymedikation

Das DRG-System hat zum ersten Mal die fachspezifische, akutgeriatrische, multidisziplinäre, fachübergreifende Behandlung abgebildet und damit die Grundlage gegeben, bei Indikation, geriatrische Patienten frührehabilitativ in entsprechend strukturierten Fachabteilungen zu behandeln. Die *Mindestmerkmale* dafür sind in den Prozeduren (OPS 8-550-0, 8-550-1, 8-550-2) wie folgt festgelegt:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung
- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens zwei Bereichen (Selbstständigkeit, Mobilität)
- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens fünf Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen)

- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonderes geschultes Pflegepersonal
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens zwei der folgenden vier Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/facio-orale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie
- Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung

Die akutergeriatrische Abteilung der DRK Klinik in Mettlach ist ein akuter stationärer Krankenhausbereich und im Krankenhausbedarfsplan des Saarlandes ausgewiesen.

Die Zuweisung des Patienten kann entweder über eine direkte Krankenhauseinweisung durch den niedergelassenen Hausarzt bzw. Facharzt erfolgen, oder über eine direkte Verlegung aus einem anderen Akutkrankenhaus erfolgen (stationäre Verlegung von einer Krankenhausfachabteilung in eine andere Krankenhausfachabteilung).

Aufnahmemodalität: Bei medizinischer Indikation ist eine direkte Aufnahme in die akutergeriatrische Abteilung unsere Klinik rund um die Uhr möglich.

Anmeldeformular: Ein Anmeldeformular für die Akutergeriatrie findet sich im Internetportal unserer Klinik.

3. Die geriatrische Tagesklinik

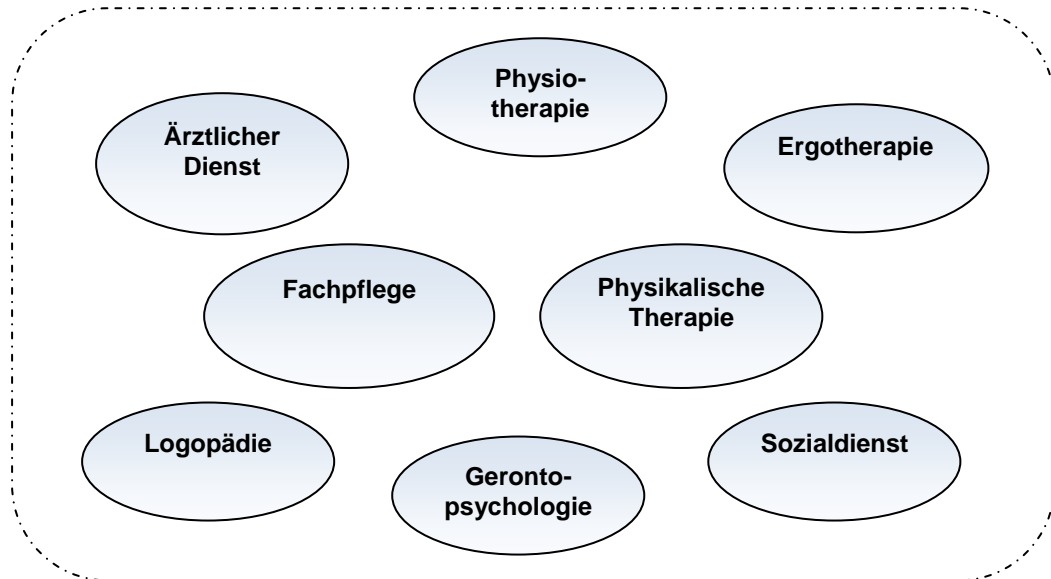
Die Behandlungsschwerpunkte und die Behandlungsstruktur sind mit dem beschriebenen Therapiekonzept des stationären Bereichs identisch und werden von demselben Team durchgeführt.

Sollte bei geriatrischen Patienten im Schwerpunktbereich unserer Klinik eine ambulante Behandlung nicht ausreichend und eine stationäre Krankenhauseinweisung nicht erforderlich sein, so bietet sich die Behandlung in unserer Tagesklinik in teilstationärer Form, z. B. zwei bis drei Mal pro Woche an. Die Patienten können bei Indikation vom Hausarzt oder niedergelassenen Facharzt direkt eingewiesen werden (die Tagesklinik ist Krankenhaus Bereich und im Krankenhausbedarfsplan des Saarlandes ausgewiesen).

Die tagesklinische Behandlung kann auch eine Fortsetzung einer vorausgegangenen, stationären, geriatrisch-rehabilitativen oder akuten Behandlung darstellen. Sie dient dem Ausbau des bisher Erreichten, oder der weiteren Erarbeitung der formulierten Behandlungsziele, und unterstützt die häusliche Reintegration. Die Patienten werden von einem Fahrdienst zu Hause abgeholt, hier geriatrisch medizinisch-pflegerisch behandelt und betreut, und erhalten die notwendigen multidisziplinären Therapien sowie entsprechende Verpflegung. Am Nachmittag werden Sie wieder nach Hause gebracht.

IX. Die Berufsgruppen des geriatrischen Teams der Klinik

Das geriatrische Therapieteam



1. Ärztlicher Dienst

Der Chefarzt und die internistischen Oberärzte sind Fachärzte für Innere Medizin und Geriatrie. Des Weiteren hat der Chefarzt die Zusatzbezeichnungen „physikalische Medizin und Balneologie“ sowie „Naturheilverfahren“.

Die Assistenzärzte erfahren in der Klinik eine Weiterbildung im Bereich der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin sowie im Bereich der geriatrischen Medizin.

Sie sind verantwortlich für

- die spezielle ärztliche Diagnostik inklusive des geriatrischen Assessments und soweit notwendig auch unter konsiliarischer Hinzuziehung externer Kollegen.
- die Einleitungen und Überwachung der medikamentösen und nicht medikamentösen Behandlung sowie der funktionellen Therapien.
- die Beurteilung des Rehabilitationspotentials des Patienten.
- die Therapieplanung und Überwachung.
- die Leitung des Rehabilitationsteams.
- die Erfassung der Behandlungsergebnisse teils mit Evaluation.
- die Angehörigenberatung bezüglich des Heilungsverlaufs.
- die Abstimmung der weiteren poststationären Therapie mit dem Hausarzt.

2. Krankengymnastik und Physikalische Therapie

Die Krankengymnastik mit der angeschlossenen Physikalischen Therapie stellt einen wesentlichen Pfeiler jeder geriatrischen Behandlung dar. Die verschiedenen angebotenen Therapieformen sind umfangreich. Gemeinsames Ziel ist die Mobilisierung des Patienten.

Im Einzelnen werden angeboten:

Physiotherapie:

- Therapie nach Bobath
- Therapie nach Affolter
- Schlingentischbehandlung
- Manuelle Therapie
- Schwindeltraining auch mit apparativer Unterstützung
- Rückenschulung
- Atemtherapie
- Gangschulung, auch mit Beüben von Hilfsmitteln
- spezielle Therapieformen (z.B. PNF, Brügger, Brunkow, Cyriax, Vojta)
- Medizinische Trainingstherapie mit apparativer Benutzung (MTT)

Physikalische Therapie:

- Anwendung von Wärme (warme Heublumenwickel, Fangopackungen)
- Kälteanwendungen (nass und trocken)
- Massagen
- Lymphdrainage
- Elektrotherapie (z.B. TENS, Vierzellenbad, Interferenzstrom, Hochfrequenztherapie)
- Fitness- und Wellness-Bereich
- Kneipptherapie
- Fußreflexzonenmassage
- Manipulativtherapie nach Terrier

Die Versorgung mit Gehhilfen und Prothesen wird, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit einem Orthopädiemechaniker, ebenfalls von der physiotherapeutischen Abteilung nach gemeinsamer Entscheidung durch das therapeutische Team vorgenommen.

3. Ergotherapie

Die Ergotherapie (von griechisch Ergon = Werk, Arbeit) behandelt teilweise in Zusammenarbeit mit dem psychologischen Dienst einmal die umfangreichen neuropsychologischen Störungen, insbesondere beim Schlaganfallpatienten. Zum anderen führt sie neben dieser funktionellen, eine aktivierende Therapie in Gruppen- wie Einzelbehandlung durch. Soweit notwendig, wird eine individuelle Rollstuhlanpassung ebenfalls in der Ergotherapie durchgeführt.

Die Abteilung bietet beispielsweise an:

- Selbsthilfetraining
- Haushaltstraining
- funktionelle Spiele (zur Hirnleistungssteigerung und Mobilitätssteigerung)
- Funktionstraining in der Gruppe
- Hirnleistungstraining in Gruppen- wie Einzeltherapie
- Wahrnehmungs- und Orientierungstraining
- Sensibilitätsschulung
- Computergestützte vielseitige funktionelle Trainingstherapie
- Therapiegarten
- Schienenversorgung bei Funktionseinschränkungen des Armes nach Schlaganfall
- Hausbesuch (zusammen mit Physiotherapie, Patient und Angehörigen zur Abklärung der häuslichen Versorgung)

4. Pflegedienst

Für einen Behandlungserfolg ist die enge Zusammenarbeit zwischen Therapeuten und Pflegepersonal notwendig. Spezielle Schulungen im Bobath-Konzept und im Aktivitas-Konzept garantieren das korrekte Handling mit dem Patienten auf der Station.

Vom ersten Tag an stehen Schwestern und Pfleger den Angehörigen zur Anleitung und Beratung zur Verfügung:

- zur Mobilisation, Lagerung und Transfer des Patienten
- zur Wundversorgung, z.B. nach Amputationen oder bei Dekubitalgeschwüren
- zur weiteren häuslichen Pflege
- zur Handhabung von Inkontinenzmaterial (Katheter, Beutel, Anus praeter, Windeln etc.)
- zur Schulung der Insulininjektionstechnik
- zur Durchführung der Sonden-Ernährung

Die Pflege in der Geriatrie versteht sich als aktivierende Pflege. Sie versteht sich als Hilfe zur Selbsthilfe mit dem Ziel, die Selbständigkeit in den Verrichtungen des täglichen Lebens zu erhalten bzw. wieder zu erlangen

5. Sprachtherapie

Sprachstörungen (Aphasien) sind ein Symptom, das bei verschiedenartigen Krankheiten des Gehirns auftreten kann, wenn das Sprachzentrum von diesen Krankheiten mitbetroffen ist. Aphasische Patienten haben Schwierigkeiten beim Sprechen aber auch beim Verstehen gesprochener Sprache sowie beim Lesen und Schreiben. Sehr wohl aber können sie ihre Gefühle und Wünsche äußern und logisch denken.

Für den Außenstehenden ist es oft schwer, sich vorzustellen, dass bei diesen Patienten die Sprache gestört ist, das Denken und die Fähigkeit zur Kommunikation jedoch sehr wohl erhalten sind.

Die logopädische Abteilung diagnostiziert und therapiert die verschiedenen Formen der Störungen der Sprache:

- Aphasien (Sprachstörungen)
- Dysarthrien (Sprechstörungen)
- Sprechapraxien

Um Frustrationen des Patienten zu vermeiden, wird die Logopädin frühzeitig die Angehörigen des Betroffenen über die Störung aufklären und auch Tipps für den Umgang mit der Störung vermitteln.

Sehr häufig bei Schlaganfall vorkommende Schluckstörungen und Lähmungen der Mundbodenmuskulatur werden ebenfalls in der Sprachtherapie behandelt, es handelt sich hierbei um die sogenannte facio-orale Trakt-Therapie (F.O.T.T.).

6. Psychologischer Dienst

Die Aufgaben des psychologischen Dienstes sind vielfältig und gehen weit über das Führen von Gesprächen hinaus. Die leitende Mitarbeiterin ist durch eine Zusatzausbildung als Diplom-Gerontologin (Spezialisierung auf das Alter) besonders zur Diagnostik und Therapie der in Frage kommenden Krankheitsbilder qualifiziert.

Der psychologische Dienst bietet an:

- Neuropsychologische Diagnostik
- Gedächtnisdiagnostik
- Feststellung der allgemeinen geistigen Leistungsfähigkeit
- Abklärung einer eventuellen Demenz
- Untersuchung der Planungsfähigkeit, der Raumwahrnehmung und des Tempos
- Depressionsabklärung
- Kognitives Funktionstraining
- Individuell als Einzeltraining
- Gruppentraining zur Förderung von Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Konzentration
- Einzelgespräche
- Unterstützung der Krankheitsverarbeitung
- Krisenintervention bei aktuellen Problemsituationen
- stützende Gespräche bei depressiven Patienten
- Angehörigenberatung – die „Angehörigensprechstunde“
- Information über die Erkrankung aus psychologischer Sicht
- Hilfe bei der Entscheidung über die weitere Versorgung (mit dem Sozialdienst)
- Aufarbeitung der eigenen Lebenssituation als pflegende Angehörige
- Entspannungstraining mit einzelnen Patienten und für das Personal
- Mitarbeiterschulung und Beratung als Teambesprechungen
- Einzelgespräch als Mitarbeiter-Sprechstunde

7. Soziale Betreuung

Der Sozialdienst ergänzt die ärztliche, therapeutische und pflegerische Versorgung durch fachliche Hilfe für Patienten, die im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung oder Behinderung soziale Probleme haben.

In Zusammenarbeit mit den Angehörigen wird ein individueller Hilfeplan ausgearbeitet. Er umfasst:

- die Organisation von Hilfen bei häuslicher Pflege (Mobiler sozialer Hilfsdienst, Essen auf Rädern, Ambulanter Krankendienst)
- Hilfen bei Fremdunterbringung (Teil- und vollstationärer Bereich, Alten- und Pflegeheim, Dauerpflege, Tagespflege, Fachkliniken)
- Hilfestellung bei Anträgen (Pflegegeld, Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, Betreuungsmaßnahmen)
- Vermittlung weiterer Beratung
- das Entlassungsmanagement

Grundsätzlich erfolgen alle Hilfestellungen nur mit dem Einverständnis des Patienten.

8. Angehörige

Die Angehörigen der Patienten gehören ebenso wie jede Berufsgruppe der Klinik zu unserem Team. Wir binden sie möglichst frühzeitig in jede Therapieform mit ein, um das Verständnis für die Krankheit ihres Familienmitgliedes zu fördern und eine spätere weitere Versorgung des Betroffenen bei häuslicher Pflege zu sichern.

Nur der Familienangehörige kennt genau die häusliche Situation, nur er kennt Vorlieben und Abneigungen des Patienten, die Einfluss auf den Therapieverlauf nehmen können.

Wir sind deshalb auf die Mithilfe der Angehörigen angewiesen und freuen uns über jede Kontaktaufnahme mit dem therapeutischen Team.

Mit den Angehörigen zusammen führen wir – wo erforderlich -- mit dem Patienten einen Hausbesuch durch, um die Überleitung in die Häuslichkeit zu vereinfachen.

Auf dem Klinikgelände besteht die Möglichkeit ein Gästezimmer zu beziehen, so dass auch Angehörige von Patienten, die nicht aus dem direkten Einzugsbereich der Klinik kommen, ihre Familienmitglieder während der Behandlung begleiten können.

X. Spezielle Angebote der Klinik

Fitness im Alter

Im Gegensatz zu der überholten Annahme, dass Krafttraining als gesundheitsschädlich für ältere Menschen galt, haben wissenschaftliche Untersuchungen inzwischen den gesundheitlichen Nutzen und die Effektivität des Trainings im Alter bewiesen.

Die medizinische Trainingstherapie (MTT) hat zum Ziel,

- die Gelenkbeweglichkeit zu verbessern bzw. zu erhalten.
- den Knochenabbau zu mindern.
- Stürzen vorzubeugen bzw. Sturzrisiko zu vermindern.
- Reserven für wichtige Alltagsverrichtungen zu schaffen.
- Zeit mit Spaß, Freude und Wohlbefinden zu verbringen

Als Therapie:

MTT ist eine zielgerecht organisierte Form von körperlichen Aktivitäten zur Verbesserung von Kraft, Ausdauer und Gleichgewicht. Sie besteht aus:

1. dem Ausdauertraining

Trainiert werden das Herz, die Lunge und der Kreislauf. Hierbei werden große Muskelgruppen sehr oft (Wiederholungseffekt) angespannt und arbeiten gegen geringe Widerstände, oft nur gegen das eigene Körpergewicht. Puls und Blutdruck steigen, um der arbeitenden Muskulatur mehr Sauerstoff zur Verfügung zu stellen. Das Ergebnis ist eine größere Ausdauerfähigkeit. Wandern, Schwimmen, Radfahren, Tanzen und Treppensteigen sind unter Ausdauertraining einzuordnen.

2. dem Krafttraining

Im Gegensatz zum Ausdauertraining steht beim Krafttraining das kurze, kräftige, exakt dosierte Muskeltraining im Vordergrund. Dies hat kaum Auswirkung auf den Puls und den Blutdruck. Deswegen ist das gezielte Training auch bei Menschen mit Herz- und Kreislauferkrankungen, Arthrosen und anderen chronischen Erkrankungen möglich und sinnvoll.

Zur Prävention:

Im Laufe des Alterungsprozesses verlieren gesunde ältere Menschen etwa 3 bis 4% Kraft im Jahr, hinzu kommt ein Verlust an Muskelmasse durch teils Fehlverhalten (körperliche Schonung) und teils durch reduzierte Leistung von Herz und Atemorganen mit verminderter Belastbarkeit. Beschleunigt eine schwere Erkrankung oder ein Ereignis, wie z.B. der Sturz, den Kraftabbau, kann dies sogar bis zur Bettlägerigkeit führen.

Allgemein ist bekannt, dass eine regelmäßige sportliche Betätigung zur Verhütung von Krankheiten, wie Osteoporose, Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Arteriosklerose sowie zur Verbesserung der Gemütslage dient.

Gezieltes medizinisches Training bei alten Menschen kann dem physiologischen Abbauprozess entgegenwirken und Gebrechen sowie Hinfälligkeit vorbeugen.

Dies gilt auch für Menschen mit Bluthochdruck, vielen Herzerkrankungen, Arthrose, Osteoporose, nach Schlaganfall, Morbus Parkinson und vielen anderen chronischen Erkrankungen.

Voraussetzung: Vor Beginn eines Trainings wird ein Risikoprofil erhoben und mit dem Hausarzt abgeklärt, ob aus seiner Sicht etwas gegen ein Training spricht.

Wellness im Alter

Im Jahr 2008 entstand ergänzend zu dem präventiven Angebot der Bereich „Wellness im Alter“. In diesem modernen Fitness- und Wellness-Bereich, der die besonderen Belange des älteren Menschen berücksichtigt, stehen eine Kneipp-Anlage, eine Infrarot-Wärmekabine, Farb- und Lichttherapie, eine Wassermassagebank und eine Wärmesandbank zur Verfügung. Dieses Angebot trägt zur Stabilisierung der sensomotorischen Fähigkeiten und damit zur Erhöhung der Vitalität und des Wohlbefindens unserer geriatrischen Patienten bei. Die Angebote „Fitness im Alter“ und „Wellness im Alter“ stehen den Patienten der Klinik und evtl. auch interessierten Seniorinnen und Senioren des Landkreises zur Verfügung.

XI. Hauptindikationen und Therapiekonzepte

Für die Behandlung der häufigsten Krankheitsbilder liegen in unserem QM-System Therapiekonzepte und Behandlungsprozesse vor, die die Struktur der Behandlung und die Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen sowie die einzusetzenden Maßnahmen im Detail regeln. Unter Berücksichtigung der geriatrischen Multimorbidität wurden Konzepte einerseits für die wichtigsten rehabilitationsbegründeten Diagnosen erstellt, andererseits aber auch für die wichtigsten geriatrischen Syndrome. Damit orientieren sich die Konzepte an den eingangs aufgeführten geriatrischen Syndromen und im Sinne eines umfassenden somatischen und psychosozialen Rehabilitationsbegriffes an Struktur und Funktion, Aktivität und Teilhabe, sowie an der Persönlichkeit.

