

Klinikkonzept



DRK Klinik Mettlach
Saaruferstraße 10
66693 Mettlach
www.drk-kliniken-saar.de

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Angaben	4
1.1 Daten und Kontakte.....	4
1.2 Klinikleitung.....	4
1.3 Geschichte - vom Betriebskrankenhaus zur DRK Fachklinik	5
1.4 Geografische Lage und Umgebung.....	6
2. Geriatrie allgemein	6
2.1 Der geriatrische Patient.....	6
2.2 Behandlungsziele im Allgemeinen.....	6
2.3 Indikationen im Allgemeinen.....	7
2.4 Leitlinien, evidenzbasierte Medizin	7
3. Versorgungsangebote der DRK Klinik Mettlach.....	8
3.1 Stationäre akutgeriatrische Behandlung	8
3.1.1 Ausschlusskriterien für eine frührehabilitative, geriatrische Komplexbehandlung ..	10
3.1.2 Aufnahmeformalitäten	10
3.2 Stationäre geriatrische Rehabilitation	10
3.2.1 Aufnahmeformalitäten	12
3.2.2 Unterschiede zur fachspezifischen Rehabilitation/ zur Krankenhauseinweisung ...	12
3.3 Geriatrische Tagesklinik	13
4. Der Aufenthalt in der Klinik	13
4.1 Aufnahmeverfahren.....	13
4.2 Während des Aufenthaltes	14
5. Das geriatrische Therapieteam.....	16
5.1 Ärztlicher Dienst.....	16
5.2 Krankengymnastik und Physikalische Therapie.....	17
5.3 Ergotherapie	18
5.4 Pflegedienst	18
5.5 Logopädie/ Sprachtherapie	19
5.6 Psychologischer Dienst.....	20
5.7 Sozialdienst.....	20
5.8 Angehörige.....	21
6. Ausstattung und Dienstleistungen der DRK Klinik Mettlach	22

6.1	Zimmer.....	22
6.2	Diagnostik in der Einrichtung.....	22
6.3	Wunschessen und Getränke	22
6.4	Betreuungsteam.....	22
6.5	Hausdame.....	23
6.6	Seelsorge.....	23
6.7	Außen- und Parkanlage	23
7.	Spezielle Angebote der Klinik.....	24
7.1	Fitness im Alter	24
7.2	Wellness im Alter	25
8.	Qualitätsmanagement und Zertifizierung	25

1. Allgemeine Angaben

1.1 Daten und Kontakte

Rehabilitation	36 Betten für geriatrische stationäre Rehabilitation
Im Krankenhaus- bedarfsplan	35 stationäre Betten für Akutgeriatrie 11 Tagesklinik-Plätze für teilstationäre Behandlung
Altenpflege	52 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	mettlach@drk-kliniken-saar.de www.drk-kliniken-saar.de

1.2 Klinikleitung

Geschäftsführer	Dipl.-Volkswirt Udo Langenbacher Dr. Ottmar Schmidt
Direktorium:	
Chefarzt und Ärztlicher Direktor	Dr. med. Herbert Grünewald Facharzt für Innere Medizin, Geriatrie, Physikalische Medizin und Balneologie, Neuraltherapie, Chirotherapie und Naturheilverfahren
Kaufmännischer Direktor	BW Rainer Dannegger
Pflegedirektorin	Ute Krauss

1.3 Geschichte - vom Betriebskrankenhaus zur DRK 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.

1958 wurde mit dem Bau eines nach damals modernsten Gesichtspunkten ausgestatteten Akutkrankenhauses (Träger: Familie Villeroy & Boch) begonnen und am 8. Oktober 1960 seiner Bestimmung übergeben. Das Krankenhaus unterhielt damals 93 Betten in den Fachbereichen Innere, Chirurgie, Gynäkologie und HNO.

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 und verfolgte die Weiterentwicklung eines ganzheitlichen geriatrischen Behandlungskonzeptes sowie der Therapieverfahren nach Bobath, Affolter und weiterer Therapiemethoden.

1999 wurde das Therapiespektrum der Ergotherapie Abteilung durch einen behindertengerechten, funktionellen Therapiegarten auf dem Gelände der Klinik erweitert und in den folgenden Jahren weiter ausgebaut, wie z.B. durch Anlage eines Gangschulungsweges. Es handelt sich um den ersten und einzigen Therapiegarten seiner Art im südwestdeutschen Raum.

2001 bis 2005 erfolgte der weitere Ausbau des Leistungsprofils der Klinik als „Geriatrisches Kompetenzzentrum“ mit 10 bzw. 15 akutergeriatrischen, vollstationären Betten sowie die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan des Saarlandes.

2008 wurde ein moderner und großzügiger Wellmed-Bereich eingerichtet und damit das Therapiespektrum um vielfältige Therapien aus dem Bereich der physikalischen Behandlung, Wellness sowie Alternativ- und Präventionsmedizin ergänzt.

2015 erfolgte ein Erweiterungs-Neubau mit zusätzlichen barrierefreien, großzügigen Patientenzimmern mit eigener Nasszelle (sieben Ein- und fünf Zwei-Bett-Zimmer). In diesen zog auch die Tagesklinik mit zehn teilstationären Plätzen ein. Entsprechend den steigenden Patientenzahlen wurde die Bettenzahl damit auf 24 akutergeriatrische, vollstationäre Planbetten erweitert.

In den folgenden Jahren wurde die Akutergeriatrie kontinuierlich ausgebaut und verfügt inzwischen über insgesamt 35 stationäre und 11 teilstationäre Planbetten, welche auch im Krankenhausbedarfsplan des Saarlandes verankert sind.

1.4 Geografische Lage und Umgebung

Die Gemeinde Mettlach liegt im Landkreis Merzig-Wadern (Saarland) und in unmittelbarer Nachbarschaft zu Frankreich und Luxemburg. Ihre Ortschaften gruppieren sich um die überregional bekannte Saarschleife. Fast die Hälfte der Gemeindefläche (49,8%) ist von Wald bedeckt.

In fußläufiger Entfernung der Klinik befinden sich das Zentrum der Gemeinde, der Bahnhof sowie die Schiffsanlegestelle. Vom Klinikgelände können Patientinnen und Patienten auf die Saar oder das historische Erlebniszentrum von Villeroy & Boch blicken.

In unmittelbarer Nähe zum Eingang der Klinik befinden sich klinikeigene und kostenfreie Parkplätze für Besuchende, Patientinnen und Patienten.

2. Geriatrie allgemein

2.1 Der geriatrische Patient

Der Gesundheitszustand älterer Menschen wird häufig durch das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Krankheiten und deren Folgen, sowie durch altersbedingte Veränderungen der gesundheitsrelevanten Lebensumstände und Lebensgewohnheiten geprägt.

Nicht jeder ältere Erkrankte entspricht dabei auch dem geriatrischen Patientenbild. Vielmehr handelt es sich hierbei um multimorbide Patientinnen und Patienten, die neben dem höheren Lebensalter ein erhöhtes Risiko von Krankheitskomplikationen sowie Folgeerkrankungen aufweisen.

Patientinnen und Patienten sind multimorbide, wenn sie mehrere strukturelle oder funktionelle Schädigungen bei mindestens zwei behandlungsbedürftigen Erkrankungen aufweisen. Behandlungsbedürftig heißt, dass die aus diesen Erkrankungen entstehenden Gesundheitsprobleme, bzw. die resultierenden Schädigungen von Körperstrukturen und/oder Körperfunktionen, während des Rehabilitationsaufenthaltes und während der Therapiemaßnahmen engmaschig ärztlich überwacht und berücksichtigt werden müssen.

2.2 Behandlungsziele im Allgemeinen

Oberstes Ziel der geriatrischen Behandlung ist es, durch die Wiedererlangung geistiger und körperlicher Fähigkeiten dem Betroffenen seine Alltagskompetenz zurückzugeben.

Eine geriatrische Behandlung geht dabei immer von vorhandenen Fähigkeiten und Lebenserfahrungen des älteren Menschen aus. Indem sie diese Ressourcen nutzt und fördert, stärkt sie dessen Selbstständigkeit und sein Selbstbewusstsein und ermöglicht ihm in Würde zu altern und seinen Lebensabend zu gestalten.

2.3 Indikationen im Allgemeinen

Von einer geriatrischen Behandlung und Rehabilitationsmaßnahme profitieren ältere Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen, die ihre Mobilität und Selbstständigkeit beeinträchtigen oder bedrohen. Durch die Behandlung soll eine bleibende Pflegebedürftigkeit vermindert oder abgewendet werden.

Die häufigsten Krankheitsbilder, die letztlich dazu führen, dass die Betroffenen ihre Alltagskompetenz verlieren, sind in den folgenden Gruppen zusammengefasst:

- Akute, gefäßbedingte neurologische Erkrankungen, z.B. Schlaganfall, Hirnblutung.
- Neurologisch-psychiatrische Erkrankungen, z.B. Demenz, Delir, Depression, Angststörung.
- Neurologische Systemerkrankungen, z.B. Parkinson, Polyneuropathie, Multiple Sklerose.
- Zustand nach Operationen und Verletzungen, z.B. Oberschenkelhalsfraktur, Wirbelfraktur, Amputationen mit und ohne Prothesenversorgung, Osteosynthesen, Rekonvaleszenz nach Bauch- und Unterleibsoperationen.
- Chronische Gelenkerkrankungen, z.B. Arthrose, Osteoporose, Gelenkersatz, Rheumatische Erkrankungen, Spinalkanalstenose, Zustand nach Wirbelsäulendekompression.
- Ischämische Herzerkrankung, z.B. akuter Myokardinfarkt, Zustand nach Bypass Operation.
- Allgemeine internistische Erkrankungen, z.B. Pneumonie, Herzinsuffizienz, entzündliche Darmerkrankung, Tumor, Diabetes mit Folgeerkrankungen.
- Häufige geriatrische Syndrome, z.B. Dekubitus, Wunden, Exsikkose, Sturzneigung, Muskelatrophie, Kachexie und Ernährungsstörung, Immobilität.

2.4 Leitlinien, evidenzbasierte Medizin

Unsere Patientinnen und Patienten behandeln wir nach dem aktuellen Kenntnisstand der Medizin. Auch die geriatrische und rehabilitative Medizin ist, wie in anderen Bereichen, ständigen wissenschaftlichen Entwicklungen und Neuerungen unterworfen. Forschung und Erfahrung erweitern unser Wissen, insbesondere was die medikamentöse Behandlung älterer, multimorbider Patientinnen und Patienten anbelangt.

In unserer Fachgesellschaft, der „Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG)“, sind eine Reihe von themenbezogenen Arbeitsgruppen wissenschaftlich orientierter Geriater etabliert. Sie sorgen mit permanenter Erstellung und Aktualisierung von geriatrischen, medizinischen Leitlinien für ein evidenzbasiertes, medizinisches Vorgehen. Damit kann bundesweit der Wissensstand der verschiedenen geriatrisch tätigen Kliniken und Krankenhäusern, sowie der geriatrischen Teams, auf dem aktuellen Stand gehalten werden.

In der DRK Klinik Mettlach orientieren wir uns bei der altersgerechten, ganzheitlichen Behandlung und insbesondere bei der altersgerechten, medikamentösen Behandlung und Therapie, an den geriatrischen Leitlinien der DGG. Des Weiteren beachten wir bei speziellen neurologischen Krankheitsbildern, wie z.B. der Schlaganfallbehandlung, die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN). Bezüglich bestimmter, internistischer Fragestellungen, besonders bei der Mitbehandlung der Nebendiagnosen im Rahmen der Multimorbidität der geriatrischen Patientinnen und Patienten, greifen wir auf die Zusammenstellung evidenzbasierter Leitlinien und Empfehlungen der Deutschen Fachgesellschaften für Inneren Medizin, Kardiologie, Angiologie und andere zurück.

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.

Evidenzbasierte geriatrisch relevante Leitlinien sind in unserem Intranet hinterlegt und können dort jederzeit abgerufen werden. Auch bei unseren internen und externen Fortbildungsveranstaltungen wird die evidenzbezogene Anwendung der Leitlinien vermittelt.

3. Versorgungsangebote der DRK Klinik Mettlach

3.1 Stationäre akutgeriatrische Behandlung

Die stationäre, akutgeriatrische Behandlung geht über die reine Organmedizin hinaus und erbringt parallel zu der krankheitsbezogenen Diagnostik und Therapie zusätzliche, frührehabilitative Leistungen im Bereich der multidisziplinären funktionellen Therapien.

Eine akutgeriatrische, stationäre Behandlung in Form einer geriatrischen Komplexbehandlung ist allgemein indiziert, wenn geriatrische Patientinnen und Patienten aus dem ambulanten Bereich oder nach Abschluss einer fachspezifischen Krankenhausbehandlung, sowohl einen kurativen akut-medizinischen als auch einen frührehabilitationsmedizinischen Behandlungsbedarf aufweisen.

Die frührehabilitative stationäre Behandlung wird interdisziplinär durchgeführt. Neben ärztlichem Fachpersonal der Inneren und der Geriatrie sowie geriatrisch weitergebildeten Pflegekräften kommt ein bereitgefächertes Therapeutenteam (Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie, physikalische Abteilung und Sozialdienst) zum Einsatz.

Aufgrund der Schwere der Krankheitsbilder sowie der erforderlichen Therapiekomplexität und -intensität kann diese Art der Behandlung nicht durch die übliche ambulante, hausärztliche oder teilstationäre Versorgung gewährleistet werden.

Indikationsbeispiele für die allgemeine Akutgeriatrie:

- Internistische und allgemeinmedizinische Akuterkrankungen
- Chronische Schmerzsyndrome verschiedener Genese
- Arthrose und rheumatische Gelenkerkrankungen

- Erkrankungen der Wirbelsäule
- Osteoporose und Muskelschwund
- Chronische Wunden
- Ausschließlich konservativ behandlungsbedürftige, frische und chronisch verlaufende Frakturen wie Wirbelsäulenfrakturen

sowie typische geriatrische Syndrome im Zusammenhang mit einer akuten Erkrankung:

- Immobilität
- Stürze und Sturzneigung
- Inkontinenz
- Fehl- und Mangelernährung
- Exsikkose (Austrocknung)
- Akute Verwirrheitszustände
- Hirnorganische Psychosyndrome
- Gebrechlichkeit
- Verzögerte Rekonvaleszenz
- Kognitive Störung

Das DRG-System hat die fachspezifische, akutgeriatrische, multidisziplinäre, fachübergreifende Behandlung abgebildet und damit die Grundlage gegeben, bei Indikation geriatrische Patientinnen und Patienten frührehabilitativ in entsprechend strukturierten Fachabteilungen zu behandeln.

Die Mindestmerkmale dafür sind in der Prozedur (OPS 85501-2) 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

3.1.1 Ausschlusskriterien für eine frührehabilitative, geriatrische 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 der Patientinnen und Patienten oder Weglauftendenz.
- Chronische Immobilität/Bettlägerigkeit ohne Aussicht auf wesentliche Funktionsverbesserung (unausweichliche Langzeitinstitutionalisierung).
- Die Patientinnen und Patienten sind jünger als 60 Jahre (Gesetzgeber).

3.1.2 Aufnahmeformalitäten

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

Die Zuweisung kann entweder über eine direkte Krankenseinweisung durch die niedergelassene Hausärzteschaft bzw. Fachärzteschaft erfolgen oder durch eine direkte Verlegung aus einem anderen Akutkrankenhaus. Bei einer entsprechend medizinischen Indikation ist eine direkte Aufnahme in die akutgeriatrische Abteilung unserer Klinik rund um die Uhr möglich.

3.2 Stationäre geriatrische Rehabilitation

Die geriatrische Rehabilitation erfolgt im Allgemeinen im Anschluss an eine „Akutkrankenhausbehandlung“ oder an eine stationäre Akutkrankenhausbehandlung mit geriatrischem Schwerpunkt zur Durchführung der medizinisch noch notwendigen Therapien.

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

Unsere ganzheitliche, rehabilitative, geriatrische Behandlung richtet sich sowohl auf die Haupterkrankung als auch auf die Komorbidität (Begleiterkrankung). Es ist hier bei allen Indikationsgruppen exakt zu prüfen, welches Krankheitsbild für die bestehenden Funktionsstörungen und Stabilität des gesamten Zustandes im Vordergrund steht.

Zur möglichen Prüfung dieser beschriebenen Rehabilitationsvoraussetzungen sind für die geriatrische Rehabilitation sowohl eigene, klinikspezifische als auch kassenindividuelle Anmeldeformulare vorhanden. Der Geriater unserer Klinik stimmt sich mit den vorbehandelnden Krankenhäusern, Ärztinnen und Ärzten, gelegentlich auch mit dem Medizinischen Dienst im Rahmen eines Pflegegutachtens und insbesondere mit den Kostenträgern weiter ab. Fällt die Grundentscheidung zur Durchführung der geriatrischen Rehabilitation positiv aus, werden dann noch die Aufnahmemodalitäten und der Zeitpunkt des Beginns der Behandlung festgelegt.

Aufnahmevoraussetzungen für die stationäre geriatrische Rehabilitation

- **Rehabilitationsbedürftigkeit**,
d.h. eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe soll beseitigt, vermindert oder eine Verschlimmerung verhütet werden.
- **Rehabilitationswilligkeit**
Der alleinige Wunsch von Angehörigen, dass Patientinnen und Patienten eine Rehabilitationsmaßnahme antreten, reicht nicht aus. Die Patientinnen und Patienten selbst müssen einer Rehabilitationsmaßnahme zustimmen.
- **Rehabilitationsfähigkeit**
Rehabilitationsfähig sind Patientinnen und Patienten, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzen.

Hierzu gehören:

- Stabile Vitalparameter.
- Bestehende Begleiterkrankungen und Schädigungen der Körperfunktion können vom ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personal der geriatrischen Einrichtung beherrscht werden.
- Die Stabilität des Kreislaufs und die allgemeine psychische und physische Belastbarkeit erlauben den Patientinnen und Patienten mehrmals täglich aktiv an den rehabilitativen Maßnahmen teilzunehmen.
- Die Patientinnen und Patienten sind in der Lage, Anweisungen zur Durchführung von therapeutischen Maßnahmen zu verstehen und umzusetzen. Dies ist auch bei Demenzerkrankten oft gegeben. Deshalb ist die Diagnose Demenz kein alleiniges Ausschlusskriterium.

Kontraindikationen für eine Geriatrische Rehabilitation in der DRK Klinik Mettlach

- Da wir keine Intensivabteilung haben, können wir Patientinnen und Patienten mit instabilen Vitalparametern, Beatmungsnotwendigkeit, oder schweren eindimensionalen organ- und fachspezifischen Erkrankungen nicht rehabilitieren.
- Da wir keine geschlossene Abteilung haben, sind Patientinnen und Patienten mit ausgeprägter Weglauftendenz für unser Haus nicht geeignet und können daher nicht aufgenommen werden.

- Patientinnen und Patienten die wegen einer Infektionserkrankung isoliert werden müssen, können bei uns aufgenommen und behandelt werden. Allerdings müssen wir zu diesem Zeitpunkt auch eine Isolationsmöglichkeit z.B. im Einzelzimmer anbieten können, was in Hochbelegungszeiten nicht immer der Fall ist. Daher ist bei Isolationsnotwendigkeit eine Rücksprache mit unserem Chefarzt oder unseren Oberärztinnen notwendig

3.2.1 Aufnahmeformalitäten

- Das fachärztliche Personal im Krankenhaus oder die Hausärztinnen und -ärzte prüfen bei dem Patienten die Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsziele und die Rehabilitationsprognose. Sind die Voraussetzungen zur geriatrischen Rehabilitation erfüllt, stellen sie ggf. zusammen mit dem Sozialdienst einen Rehabilitationsantrag.
- Der mögliche Entlassungstermin aus dem Krankenhaus bzw. der Aufnahmetermin in der Rehabilitationsklinik kann schon auf dem Antrag vermerkt werden. Dieser Antrag wird der entsprechenden Krankenkasse zugesandt.
- Die Mitarbeitenden der Krankenkassen prüfen den Antrag und entscheiden über die Kostenübernahme.
- Wenn die Krankenkasse die Rehabilitationsmaßnahme bewilligt, können die Patientinnen und Patienten aufgenommen werden. Dies gilt sowohl für gesetzlich als auch für privat Versicherte.
- Reicht die vorgesehene Behandlungsdauer von in der Regel drei Wochen nicht aus, kann die Rehabilitation auf Antrag des Rehabilitationsarztes verlängert werden. Hierüber entscheiden ebenfalls die Mitarbeitenden der Krankenkassen, die ggf. Rücksprache mit dem Medizinischen Dienst halten.

3.2.2 Unterschiede zur fachspezifischen Rehabilitation/ zur Krankenhauseinweisung

- Die Fähigkeit zur Selbstversorgung ist das Therapieziel und nicht die Voraussetzung zur Rehabilitation.
- Kostenträger sind die gesetzlichen und privaten Krankenkassen und nicht die Rentenversicherungsträger.
- Das ärztliche Fachpersonal aus dem Krankenhaus darf Patientinnen und Patienten nicht einfach verlegen. Vor der Aufnahme in der Rehaklinik ist die Kostenzusage der Krankenkassen erforderlich.
- Die niedergelassene Ärzteschaft sollte möglichst im Vorfeld einen Antrag zur Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme bei der Krankenkasse stellen und deren Kostenzusage abwarten. In einzelnen Fällen kann bei über 70-jährigen Patientinnen und Patienten die Überprüfung durch die Krankenkasse entfallen, wenn bestimmte Voraussetzungen wie zum Beispiel Multimorbidität vorliegen und ein bestimmtes Verordnungsformular benutzt wird.

3.3 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 Patientinnen und Patienten eine ambulante Behandlung nicht ausreichen, eine stationäre Krankenhauseinweisung jedoch nicht erforderlich sein, so bietet sich die Behandlung in unserer Tagesklinik in teilstationärer Form, z.B. zwei bis drei Mal pro Woche an. Die Patientinnen und Patienten können bei Indikation von Hausärztinnen und Hausärzten direkt eingewiesen werden.

Die tagesklinische Behandlung kann auch eine Fortsetzung einer vorausgegangenen, stationären, geriatrisch-rehabilitativen oder akuten Krankenhausbehandlung darstellen. Sie dient dem Ausbau des Erreichten oder zum Erreichen der formulierten Behandlungsziele und unterstützt die häusliche Reintegration.

Die Patientinnen und Patienten werden von einem Fahrdienst zu Hause abgeholt, in der Klinik geriatrisch medizinisch-pflegerisch behandelt und betreut, und erhalten die notwendigen multidisziplinären Therapien sowie entsprechende Verpflegung. Am Nachmittag werden sie wieder nach Hause gebracht.

4. Der Aufenthalt in der Klinik

4.1 Aufnahmeverfahren

Im Rahmen der Aufnahme in der Klinik werden die Patientinnen und Patienten von speziell weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten körperlich untersucht, wobei insbesondere auf Funktionseinschränkungen geachtet wird. Zudem erfolgen weitere Erhebungen durch die einzelnen Mitarbeitenden des Therapieteam. Hierzu zählen insbesondere die Pflege, Physio- und Ergotherapie und, je nach Krankheitsbild, auch die Logopädie sowie der psychologischen Dienst.



Um den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu erleichtern, wird jeder Patientin und jedem Patienten möglichst eine feste Therapiekraft für die Dauer des gesamten Aufenthaltes zugeordnet.

Die Stationsärztin bzw. der Stationsarzt und das Pflegepersonal sind dann ab der Aufnahme für Patientinnen, Patienten und Angehörige primäre Ansprechpersonen bei Fragen zum Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf. Auch der Sozialdienst ist von Anfang an zur Mitbetreuung der Patientinnen und Patienten eingebunden und koordiniert die Weiterversorgung und das Entlassungsmanagement.

Die Aufnahme des medizinischen und psychosozialen Status sowie der funktionellen Fähigkeiten erfolgt in standardisierter Form sowohl bei der Aufnahme und als auch bei der Entlassung. Die

Daten werden in einem sogenannten Geriatrischen Basisassessment erfasst. Damit wird eine standardisierte Auswertung der Behandlungsergebnisse ermöglicht, die darüber hinaus im Rahmen des Gemidas-Projektes einen bundesweiten Vergleich der geriatrischen Kliniken erlaubt.

In der Klinik sind die folgenden Geriatrische Assessment- und Testverfahren etabliert:

- Selbstversorgung (Pflegedienst): Barthel-Index, Hamburger Einstufungsmanual
- Mobilität (Physiotherapie): Timed "Up and Go"-Test und/oder Esslinger Transferskala
- Sturzgefahr: Berg-Balance-Skala, Tandem Stand Test,
- Muskelkraft: Handkraftmessung mit Dynamometer. Chair-rising-test
- Kognition (Psychologischer Dienst):
Mini-Mental-Status-Test, Clock Completion Test nach Shulman,
Syndromkurztest SKT ZVT-G (A): Zahlenverbindungstest aus dem Nürnberger
Altersinventar,
SIDAM (Strukturiertes Interview für die Diagnose Demenz vom Alzheimer Typ oder
vaskuläre Demenz), Geldzähltest nach Nikolaus, Neglect-Test (NET)
- Emotion: Geriatrische Depressionsskala: Basis-Assessment (Ärztl. Dienst), DIA-S Die
Depression im Alter-Skala (Psychologischer Dienst)
- Sozialstatus (Sozialdienst): Sozialstatus in 5 Dimensionen: Basis-Assessment
- Aphasie, Dysarthrie, Dysphagie (Logopädie): Aachener Aphasie-Test (AAT), Modifiziertes
Schluckassessment (MSA)
- Parkinson (Physiotherapie): Stadien Einteilung nach Hoehn & Yahr , Webster Skala
- Schmerzen (Pflegedienst, Physio-und Ergotherapie)

4.2 Während des Aufenthaltes

Wöchentliche Teambesprechung

Das therapeutische Team setzt sich zum Informationsaustausch und zur individuellen Therapieanpassung jeder einzelnen Patientin und jedes einzelnen Patienten einmal pro Woche zusammen. Bei dieser Besprechung ist eine multidisziplinäre Beteiligung mit folgender Mindestbesetzung festgelegt:



- Chefarzt oder Oberärztinnen (Internisten mit Qualifikation Klinische Geriatrie)
- Stationsarzt / Stationsärztin
- Vertretung des Pflegepersonals, in der Regel die Stationsschwester
- Vertretung der Physiotherapie
- Vertretung der Ergotherapie

- Sprachtherapeute
- Fachkraft der Psychologie
- Vertretung des Sozialdienstes

Im Rahmen dieser Besprechung 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 die Patientinnen und Patienten. Regelmäßig wird dieses Programm im Team diskutiert und vor allem die kurzfristigen, realistisch erreichbaren Therapieziele verlaufsbezogen angepasst. Dabei wird der individuellen Leistungsbreite der Patientinnen und 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 der Patientinnen und Patienten. Bei allen sind als grundtherapeutische Versorgung pro Woche mindestens vier physiotherapeutische und drei ergotherapeutische Einzeltherapien sichergestellt, wobei täglich mindestens eine physiotherapeutische und/oder ergotherapeutische Einzelbehandlung erfolgt.

Bei Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall werden alle Einzeltherapien nach dem Bobath- bzw. Affolter-Konzept durch qualifizierte Therapeuten durchgeführt. Zusätzlich erhalten die Patientinnen und 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 Logopädiekraft durchgeführt.

Bei Sprachstörung, Dysarthrie und Facio-oraler Problematik sind mindestens zwei logopädische Einzeltherapien pro Woche gewährleistet, in komplexen Fällen bis zu vier Einzeltherapien. Zusätzlich erhalten die Patientinnen und Patienten, je nach Bedarf, bis zwei Mal pro Woche eine psychologische Begleitung und Beratung durch den psychologischen Dienst.

Zudem 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.

Einbindung von Angehörigen

So frühzeitig wie möglich wollen wir die Angehörigen der Patientinnen und Patienten in die Behandlung und Rehabilitation mit einbinden. Sie werden von den verschiedenen Therapeuten

im täglichen, funktions- und wahrnehmungsfördernden Umgang mit den Patientinnen und 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 den Patientinnen und Patienten und seinen Angehörigen besprochen, offene Fragen werden gegebenenfalls bei einem Hausbesuch durch Therapeuten geklärt. Dabei wird auch die Frage eventuell notwendiger Hilfsmittel besprochen.

Entlassung

Die Planung der Entlassung beginnt bereits bei der Aufnahme der Patientinnen und Patienten. Die von ihnen oder ihren Angehörigen gewünschte nachstationäre Versorgung wird im Aufnahmegespräch ermittelt.

Das weitere Entlassungsmanagement findet interdisziplinär in den wöchentlichen Team-Besprechungen statt. Hierbei wird in enger Kooperation mit dem Sozialdienst abgeklärt, ob die Patientinnen und Patienten in die eigene Wohnung zurückkehren können oder in ein Seniorenheim übersiedeln werden. Die Entscheidung über den Entlassungszeitpunkt trifft der verantwortliche Geriater.

Die Entlassung wird durch das gesamte Therapieteam gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen sukzessive vorbereitet. (siehe auch Kapitel 5 – das geriatrische Therapieteam).

5. Das geriatrische Therapieteam

5.1 Ärztlicher Dienst

Der Chefarzt und die internistische Oberärzteschaft sind Fachärzte für Innere Medizin und Geriatrie. Desweiteren hat der Chefarzt die Zusatzbezeichnungen „physikalische Medizin und Balneologie“ sowie „Naturheilverfahren“.

Die Assistenzärzteschaft erfährt in der Klinik eine Weiterbildung im Bereich der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin sowie im Bereich der geriatrischen Medizin.



Sie ist verantwortlich für

- die spezielle ärztliche Diagnostik inklusive des geriatrischen Assessments und soweit notwendig auch unter konsiliarischer Hinzuziehung externer Kolleginnen und Kollegen.
- die Einleitungen und Überwachung der medikamentösen und nicht medikamentösen Behandlung sowie der funktionellen Therapien.

- die Beurteilung des Rehabilitationspotentials der Patientinnen und 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 der Hausärzteschaft.

5.2 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 der Patientinnen und Patienten.

Im Einzelnen werden angeboten:

- Physiotherapie:
 - Therapie nach Bobath
 - Parkinson-Therapieprogramm (u.a. LSVT® -BIG (Lee Silverman-BIG Therapie))
 - Facio-orale Trakt Therapie
 - Ganganbahnung/ Gangschule, auch mit Beüben von Hilfsmitteln
 - Manuelle Therapie nach Maitland
 - Herz-Kreislauftraining
 - Krafttraining
 - Schwindel- und Gleichgewichtstherapie
 - Atemtherapie
 - Transfer u. Haltungsschulung
 - Beckenbodengymnastik
 - Medizinische Trainingstherapie mit apparativer Benutzung (MTT)
- Physikalische Therapie:
 - Durchführung von klassischen Massagen, Bindegewebsmassage, Fußreflexmassage
 - Manuelle Lymphdrainage
 - Warme Kräuterwickel, Fango, Infrarotbestrahlung
 - Einreibungen mit aktivierenden u. entspannenden Ölen
 - Eisbehandlungen
 - Kneipptherapie (z.B. Knieguss/ Schenkelguss/ Gesichtsguss/ Kneipptrittbecken)



- Elektrotherapie (z.B. Ultraschall/ TENS/ Iontophorese/ Muskelstimulation)
- Vierzellenbad, ansteigendes Fußbad

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

5.3 Ergotherapie

Die Ergotherapie (von griechisch Ergon = Werk, Arbeit) behandelt teilweise in Zusammenarbeit mit dem psychologischen Dienst zum einen die umfangreichen neuro-psychologischen Störungen, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall. Zum anderen führt sie neben dieser funktionellen, auch 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
- Kognitives Training, z. B. Therapie nach Stengel
- Wahrnehmungs- und Orientierungstraining
- Sensibilitätsschulung
- Computergestützte vielseitige funktionelle Trainingstherapie
- Schienenversorgung bei Funktionseinschränkungen des Armes nach Schlaganfall
- Hausbesuch (zusammen mit Sozialdienst, Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen zur Abklärung der häuslichen Versorgung)

5.4 Pflegedienst

Unser Pflegeteam gewährleistet eine fachlich-qualitative Versorgung unserer Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung neuester Erkenntnisse aus Pflegeforschung und Wissenschaft. Hierfür nehmen unsere Pflegekräfte regelmäßig an Schulungen- und Weiterbildungen teil. Unsere Pflegeleistungen basieren übergeordnet auf dem Konzept von Monika Krohwinkel, den ABEDL's des täglichen Lebens. Ausgangspunkt dieses Modells sind die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten.



Unser Pflegeteam ist in den interdisziplinären Behandlungsprozess integriert. Dabei stehen Schwestern und Pfleger auch den Angehörigen vom ersten Tag an zur Anleitung und Beratung zur Verfügung:

- zur Mobilisation, Lagerung und Transfer der Patientinnen und 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.

5.5 Logopädie/ Sprachtherapie

Die Logopädie befasst sich in der geriatrischen Rehabilitation mit der Diagnose und Therapie von Störungen des Sprechens, der Sprache und der Kommunikation. Ebenso werden Schluckstörungen und kognitive Defizite in Folge eines Schlaganfalls, oder einer anderen neurologischen Erkrankungen, wie z.B. Morbus Parkinson oder Demenz, behandelt. Nach eingehender Diagnostik erfolgt eine individuell angepasste störungsspezifische und alltagsrelevante Therapie.

Ziel der Behandlung ist es, dass Patientinnen und Patienten eine individuell befriedigende Kommunikationsfähigkeit erreichen und bei bestehenden Schluckstörungen ein sicheres Schlucken wiedererlangen. Die Aufklärung von Angehörigen über das jeweilige Krankheitsbild und deren Beratung und Anleitung im Verlauf der Behandlung sind Bestandteil der logopädischen Therapie.

Die logopädische Behandlung bietet Unterstützung bei folgenden Krankheitsbildern:

- Dysphagie: Störungen des Schluckablaufs
- Aphasie: Sprachstörungen in Bezug auf Sprachproduktion, Sprachverständnis, Lesen und Schreiben sowie Kommunikationsfähigkeit.
- Dysarthrie/Dysarthrophonie: Erworbene Sprechstörung mit Koordinationsstörungen der Aussprache (Artikulation), Stimmgebung, Atmung und Tonus
- Dysphonie: Funktionelle Stimmstörungen
- Sprechapraxie: Beeinträchtigte von Bewegungsabläufen der Stimm- und Sprechmuskulatur.
- Facialis-, Velum- und Hypoglossuspareesen: Gesichts- Gaumensegel- und Zungenlähmungen
- Kognitive Dysphasie: Sprach- und Kommunikationsstörungen z.B. bei Demenz

5.6 Psychologischer Dienst

Die Aufgaben des psychologischen Dienstes sind vielfältig und gehen weit über das Führen von Gesprächen hinaus. Die derzeit 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 Untersuchungen und Einzelbehandlungen
- Psychologische Diagnostik
- Psychotherapeutische Einzelgespräche, u.a. zur Unterstützung der Krankheitsverarbeitung, bei Depression und Ängsten
- Psychologische Schmerztherapie
- Angehörigenberatung bei Demenz
- Gruppentherapien in Zusammenarbeit mit der Ergotherapie
- Mitarbeiterschulung und Beratung

5.7 Sozialdienst

Der Sozialdienst ergänzt die ärztliche, therapeutische und pflegerische Versorgung durch fachliche Hilfe für Patientinnen und 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
- Hilfestellung bei Notwendigkeit einer Vorsorgevollmacht oder gesetzlichen Betreuung
- Kontaktvermittlung zu Selbsthilfegruppen, Pflegestützpunkten, Seniorenbüros
- das Entlassungsmanagement

Grundsätzlich erfolgen alle Hilfestellungen nur mit dem Einverständnis der Patientinnen und Patienten.

5.8 Angehörige

Die Angehörigen der Patientinnen und 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 der Patientinnen und Patienten, die Einfluss auf den Therapieverlauf nehmen können. Wir sind deshalb auf die Mithilfe der Angehörigen angewiesen und freuen uns über jede Kontaktaufnahme.

Mit den Angehörigen zusammen führen wir – wo erforderlich – mit den Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten, die nicht aus dem direkten Einzugsbereich der Klinik kommen, ihre Familienmitglieder während der Behandlung begleiten können.

6. Ausstattung und Dienstleistungen der DRK Klinik Mettlach

6.1 Zimmer

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

6.2 Diagnostik in der Einrichtung

Viele der wichtigsten Untersuchungen werden direkt in der Klinik durchgeführt. Hierzu zählen die folgenden:

- konventionelles Röntgen (digital)
- Labor mit Bereitschaftsdienst (Bei Bedarf können wir auf eine umfangreiche, externe Labordiagnostik zurückgreifen.)
- EKG, Langzeit-EKG sowie Lungenfunktionsprüfung
- Sonographie (Ultraschall) der Bauchorgane, Schilddrüse und der Gelenke
- Doppler- und Duplexsonographien
- Echokardiographie, farbkodiert mit Doppler und Duplex
- Langzeit Blutdruckmessung

Darüber hinaus bestehen Kooperationen mit den umliegenden Kliniken, z.B. für die Durchführung von MRT, CT.

6.3 Wunschen und Getränke

Die Essensversorgung unserer Klinik ist ein wichtiger Bestandteil unseres bewährten Therapiekonzeptes. Unsere Patientinnen und Patienten können täglich aus 2 angebotenen Menüs einzelne Komponenten wählen. Die Mahlzeiten erfolgen in der Gemeinschaft in unseren Speisesälen, auch begleitet durch unser Pflegepersonal. Sollten unsere Patientinnen und Patienten aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sein, die Mahlzeiten in den Speisesälen einzunehmen, erhalten sie Zimmerservice. Zusätzlich zu den Hauptmahlzeiten können Zwischen-/ Spätmahlzeiten gewählt werden.

Gerade bei älteren Menschen ist regelmäßiges und ausreichendes Trinken für das Wohlbefinden äußerst wichtig. Alle Patientinnen und Patienten unserer Klinik erhalten daher jederzeit und kostenlos ihre Wunschgetränke (Säfte, Mineralwasser, Tee, Kaffee etc.) über die Mitarbeitenden der Stationen.

6.4 Betreuungsteam

Geriatrie Patientinnen und Patienten benötigen in besonderem Maße Betreuung und Aktivierung. Da dies ein Baustein unseres geriatrischen Konzeptes ist, verfügt unsere Einrichtung über Mitarbeitende in der sogenannten Betreuung, unserem „Aktivteam“. Diese Mitarbeitenden gestalten

ten mit den Patientinnen und Patienten therapiefreie Zeiten. Das Betreuungsangebot erfolgt in Gruppen und bei Bedarf auch in der Einzelbetreuung.

Durch dieses zusätzliche Angebot von Alltagsgestaltung wollen wir:

- den „Rückzug“ in die Isolation vermeiden und die Aktivierung aus dem Bett heraus fördern
- Unruhezustände, Beruhigungsmittel, Psychopharmaka, Fixierungen, Stürze vermeiden
- zum besseren Trinkverhalten beitragen
- die kognitiven Fähigkeiten fördern

Es finden regelmäßig Feste (Tanz in den Mai, Sommerfest, Oktoberfest, Weihnachtsfeiern, etc.) in unserer Einrichtung statt; unsere Patientinnen und Patienten aber auch deren Angehörige sind immer herzlich willkommen.

6.5 Hausdame

Die DRK Klinik Mettlach beschäftigt eine Hausdame, welche unsere Patientinnen und Patienten bei Aufnahme in Empfang nimmt. Sie holt die Patientinnen und Patienten im Eingangsbereich ab und begleitet diese ins Zimmer. Sie unterstützt die Patientinnen und Patienten und/oder Angehörige bei allen Aufnahmeformalitäten und erfragt die Wünsche unserer Patienten. Insbesondere in den ersten Tagen nach der Aufnahme schaut sie regelmäßig nach den Patientinnen und Patienten, ob auch alles in Ordnung ist.

6.6 Seelsorge

Die DRK- Klinik Mettlach wird seit vielen Jahren durch den Gemeindepfarrer und seine Helferinnen und Helfer unterstützt. Jeden Samstag wird in der Klinik ein katholischer Gottesdienst gehalten. Die Gottesdiensthelfer unterstützen hierbei, indem sie die Patientinnen und Patienten von den Stationen abholen und zur heiligen Messe begleiten.

Auf dem Gelände der DRK- Klinik befindet sich zudem eine kleine Kapelle welche in der Zeit von 09.00 Uhr bis 17.00 Uhr für Besucherinnen und Besucher offen steht. Einmal monatlich wird auch ein evangelischer Gottesdienst gehalten. Konfessionsträgerinnen und -träger können auf Wunsch angefordert werden.

Insgesamt unterstützt die Seelsorge bei der Bewältigung und Verarbeitung von Krankheiten und psychosozialen schweren Situationen.

6.7 Außen- und Parkanlage

Unsere Einrichtung verfügte über eine eigene Parkanlage. Hier gibt es ausreichend Bänke und Beschattung durch Bäume, welche zum Spazieren und Ruhen einladen. Ein Gangschulungsweg führt rund um das Klinikgebäude und bietet durch unterschiedliche Bodenbeschaffenheiten ein

optimales Gangschulungstraining. Der Weg ist auf Abschnitten erhöhter Gleichgewichts-anforderung durch Geländer gesichert.

7. Spezielle Angebote der Klinik

Die folgenden Angebote „Fitness im Alter“ und „Wellness im Alter“ stehen den Patientinnen und Patienten der Klinik und evtl. auch interessierten Seniorinnen und Senioren des Landkreises zur Verfügung.

7.1 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) verfolgt das 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
- Anwendung 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 Kreislaufkrankungen, Arthrosen und anderen chronischen Erkrankungen möglich und sinnvoll.

- Anwendung 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. ein 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.

7.2 Wellness im Alter

In unserem 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 Patientinnen und Patienten bei.

8. Qualitätsmanagement und Zertifizierung

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.

Zum Nachweis unserer Leistungsfähigkeit sowie der Qualität unserer Behandlung gegenüber Patientinnen und Patienten, Mitarbeitenden, niedergelassener Ärzteschaft wie auch Kostenträgern unterziehen wir uns regelmäßig der Beurteilung durch externe Zertifizierungsstellen. Unser geriatrisches Kompetenzzentrum, umfassend die Akutgeriatrie, die Rehabilitation, die Tagesklinik und das Seniorenheim, ist zertifiziert nach der DIN EN ISO 9001:2015 sowie nach dem Qualitätssiegel der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED).