

## **Klinikkonzept**

---



DRK Klinik Mettlach  
Saaruferstraße 10  
66693 Mettlach  
[www.drk-kliniken-saar.de](http://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 Mindestmerkmale für eine geriatrischen Frührehabilitativen Komplexbehandlung...9	
3.1.2 Ausschlusskriterien für eine frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung .....	9
3.1.3 Aufnahmeformalitäten .....	10
3.2 Stationäre geriatrische Rehabilitation .....	10
3.2.1 Aufnahmevoraussetzungen für die stationäre geriatrische Rehabilitation .....	10
3.2.2 Aufnahmeformalitäten .....	11
3.2.3 Unterschiede zur fachspezifischen Rehabilitation / zur Krankenhauseinweisung ..	12
3.3 Geriatrische Tagesklinik .....	12
4. Der Aufenthalt in der Klinik .....	13
4.1 Aufnahmeverfahren.....	13
4.2 Während des Aufenthaltes .....	14
4.3 Einbindung von Angehörigen .....	15
4.4 Entlassung .....	15
5. Das geriatrische Therapieteam.....	16
5.1 Ärztlicher Dienst.....	16
5.2 Pflegedienst .....	16
5.3 Physiotherapie und Physikalische Therapie .....	17
5.4 Ergotherapie .....	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 .....	21
6.1	Zimmer.....	21
6.2	Diagnostik in der Einrichtung.....	21
6.3	Wunschessen und Getränke .....	22
6.4	Betreuungsteam.....	22
6.5	Hausdame.....	22
6.6	Seelsorge.....	22
6.7	Außen- und Parkanlage .....	23
7.	Spezielle Angebote der Klinik .....	23
7.1	Fitness im Alter .....	23
7.2	Wellness im Alter .....	24
8.	Qualitäts-/Risikomanagement, Beschwerdemanagement.....	25

Die weibliche Form ist der männlichen Form in diesem Text gleichgestellt; lediglich aus Gründen der Vereinfachung wurde die männliche Form gewählt.

## 1. Allgemeine Angaben

### 1.1 Daten und Kontakte

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	<a href="mailto:mettlach@drk-kliniken-saar.de">mettlach@drk-kliniken-saar.de</a> <a href="http://www.drk-kliniken-saar.de">www.drk-kliniken-saar.de</a>

### 1.2 Klinikleitung

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

1998-99 Ergänzung des Therapieangebots durch neue, unkonventionelle Therapien (computer-gestützte und -gesteuerte Behandlung) besonders für die Diagnostik und Therapie von Schlaganfallfolgen, kognitiven Störungen und Demenz. Zudem wurde auf dem Klinikgelände der erste behindertengerechte, funktionelle Therapiegarten seiner Art im südwestdeutschen Raum eingerichtet.

2001 bis 2005 erfolgte der weitere Ausbau des Leistungsprofils der Klinik als „Geriatrisches Kompetenzzentrum“ mit 10 bzw. 15 akutgeriatrischen, 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 akutgeriatrische, vollstationäre Planbetten erweitert.

2018 wurde die Akutgeriatrie weiter ausgebaut und verfügt nun über insgesamt 31 stationäre 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 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 Besucher 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 Patient ist dabei auch ein geriatrischer Patient. Vielmehr handelt es sich hierbei um multimorbide Patienten, die neben dem höheren Lebensalter ein erhöhtes Risiko von Krankheitskomplikationen sowie Folgeerkrankungen aufweisen.

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.

Ein Patient ist multimorbide, wenn er multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen bei mindestens zwei behandlungsbedürftigen Erkrankungen aufweist. Behandlungsbedürftig heißt, dass die aus diesen Erkrankungen entstehenden Gesundheitsprobleme, bzw. die resultierenden Schädigungen von Körperstrukturen und/oder Körperfunktionen, während der Rehabilitationsleistung und während der Therapiemaßnahmen engmaschig ärztlich überwacht und berücksichtigt werden müssen.

### 2.2 Behandlungsziele im Allgemeinen

Ziele der geriatrischen Behandlung sind insbesondere:

- Wiedererlangung geistiger und körperlicher Fähigkeiten
- Rückkehr in das soziale Umfeld unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation
- Erhalt, Verbesserung bzw. Wiedererlangung der Alltagskompetenz
- Erhalt, Wiederherstellung bzw. Förderung der selbstbestimmten Lebensführung
- Erleichterung der Pflege und / oder Steigerung der Lebensqualität.

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

Die häufigsten Krankheitsbilder, die zum Verlust der Alltagskompetenz führen können, 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 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 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 Krankenhäuser, 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 des geriatrischen Patienten, greifen wir auf die Zusammenstellung evidenzbasierter Leitlinien und Empfehlungen der Deutschen Fachgesellschaft für Inneren Medizin 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 geriatrerelevante 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 ein geriatrischer Patient aus dem ambulanten Bereich oder nach Abschluss einer fachspezifischen Krankenhausbehandlung, sowohl einen kurativen akutmedizinischen als auch einen frührehabilitationsmedizinischen Behandlungsbedarf aufweist.

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

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

Neben den in Kapitel 2.3 beschriebenen Krankheitsbildern können auch die folgenden typischen geriatrischen Syndrome eine Indikation für eine akutgeriatrische Behandlung darstellen.

- 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

### **3.1.1 Mindestmerkmale für eine geriatrischen Frührehabilitativen Komplexbehandlung**

Das DRG-System bildet die Grundlage bei entsprechender Indikation geriatrische Patienten frührehabilitativ in entsprechend strukturierten Fachabteilungen zu behandeln. Hierzu müssen die folgenden Mindestmerkmale erfüllt sein:

- 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

### **3.1.2 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 des Patienten oder Weglauftendenz.
- Chronische Immobilität/Bettlägerigkeit ohne Aussicht auf wesentliche Funktionsverbesserung (unausweichliche Langzeitinstitutionalisierung).
- Der Patient ist jünger als 60 Jahre (Gesetzgeber).

### 3.1.3 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 den niedergelassenen Hausarzt bzw. Facharzt 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.

Das Anmeldeformular für die Akutgeriatrie befindet sich auf der Homepage unserer Klinik:  
[www.drk-kliniken-saar.de/sr/mettlach/](http://www.drk-kliniken-saar.de/sr/mettlach/)

## 3.2 Stationäre geriatrische Rehabilitation

Die geriatrische Rehabilitation erfolgt im Allgemeinen im Anschluss an eine stationäre Behandlung im Akutkrankenhaus, z.B. nach Operation, intensivmedizinischen oder akutgeriatrischen Behandlung. Sie soll in der Regel wohnortnah erfolgen.

Eine 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 dabei 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.

### 3.2.1 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 ein Patient eine Rehabilitationsmaßnahme antritt, reicht nicht aus. Der Patient selbst muss einer Rehabilitationsmaßnahme zustimmen.

- **Rehabilitationsfähigkeit**

Rehabilitationsfähig sind 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 dem Patienten mehrmals täglich aktiv an den rehabilitativen Maßnahmen teilzunehmen.
- Der Patient ist 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 Patienten mit instabilen Vitalparametern, Beatmungsnotwendigkeit, oder schweren eindimensionalen organ- und fachspezifischen Erkrankungen nicht rehabilitieren.
- Da wir keine geschlossene Abteilung haben, sind Patienten mit ausgeprägter Weglauftendenz für unser Haus nicht geeignet und können daher nicht aufgenommen werden.
- 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 Oberarzt notwendig.

### 3.2.2 Aufnahmeformalitäten

- Der Arzt im Krankenhaus oder der Hausarzt prüfen bei dem Patienten die Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsziele und die Rehabilitationsprognose. Sind die Voraussetzungen zur geriatrischen Rehabilitation erfüllt, stellt er ggf. zusammen mit dem Sozialdienst einen Rehabilitationsantrag.
- Der mögliche Entlassungstermin aus dem Krankenhaus bzw. der Aufnahmetag in der Rehabilitationsklinik kann schon auf dem Antrag vermerkt werden. Dieser Antrag wird der entsprechenden Krankenkasse zugesandt.

- Die Mitarbeiter der Krankenkassen prüfen den Antrag und entscheiden über die Kostenübernahme.
- Wenn die Krankenkasse die Rehabilitationsmaßnahme bewilligt, kann der Patient aufgenommen werden. Dies gilt sowohl für gesetzlich versicherte Patienten als auch für Privatpatienten.
- 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 Mitarbeiter der Krankenkassen, die ggf. Rücksprache mit dem Medizinischen Dienst halten.

### **3.2.3 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.
- Niedergelassene Ärzte können Patienten nicht eigenverantwortlich in die geriatrische Rehaklinik einweisen. Sie müssen erst einen Antrag zur Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme bei der Krankenkasse stellen.
- Krankenhausärzte dürfen Patienten nicht einfach verlegen. Vor der Aufnahme in der Rehaklinik ist die Kostenzusage der Krankenkassen erforderlich.

### **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 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 Patienten können bei Indikation vom Hausarzt oder niedergelassenen Facharzt direkt eingewiesen werden.

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

Die 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 wird der Patient von speziell weitergebildeten Ärzten körperlich untersucht, wobei insbesondere auf Funktionseinschränkungen geachtet wird. Zudem erfolgen weitere Erhebungen durch die einzelnen Mitarbeiter 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 jedem Patienten möglichst ein fester Therapeut für die Dauer des gesamten Aufenthaltes zugeordnet.

Der Stationsarzt und das Pflegepersonal sind dann ab der Aufnahme für Patient und Angehörige primärer Ansprechpartner bei Fragen zum Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf. Auch der Sozialdienst ist von Anfang an zur Mitbetreuung des 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 Geriatrischen Assessment- und Testverfahren etabliert:

- Selbstversorgung (Pflegedienst):  
Barthel-Index, Hamburger Einstufungsmanual: Basis-Assessment
- Mobilität (Physiotherapie):  
Timed “Up and Go“-Test: Basis-Assessment  
Sturzgefahr: Berg-Balance-Skala, Tandem Stand Test  
Muskelkraft: Handkraftmessung mit Dynamometer. Chair-rising-test
- Kognition (Psychologischer Dienst):  
Mini-Mental-Status-Test: Basis-Assessment  
Clock Completion Test nach Shulman  
Syndromkurztest SKT ZVT-G (A): Zahlenverbindungstest aus dem Nürnberger Altersinventar  
SIDAM (Strukturierets 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):  
Schmerztagebuch mit Numerischer Rating Skala  
ECPA-Schmerzskala für ältere Demenzkranke

## 4.2 Während des Aufenthaltes

### Wöchentliche Teambesprechung

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



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

Im Rahmen dieser Besprechung werden alle Fälle interdisziplinär besprochen. Dabei werden auf Basis des erhobenen Assessments sowie der Patientenwünsche die Therapieziele formuliert. Darauf aufbauend wird ein individuelles Therapieprogramm erstellt, welches regelmäßig und verlaufsbezogen angepasst wird. Dabei findet die individuelle Leistungsbreite des Patienten besondere Berücksichtigung.



### Therapiefrequenz

Die Frequenz der Therapien richtet sich interdisziplinär nach dem funktionellen Behandlungsbedarf, der Hauptindikation, der Zielsetzung der Behandlung und dem individuellen Gesamtzustand des Patienten. Bei allen Patienten 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 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 faciooraler Problematik auch zeitaufwändige Einzeltherapien durch die Logopädin durchgeführt.

Bei Sprachstörung, Dysarthrie und faciooraler 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.

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.

### **4.3 Einbindung von Angehörigen**

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 Anlegen 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 abgestimmt.

### **4.4 Entlassung**

Die Planung der Entlassung beginnt bereits bei der Aufnahme des Patienten. Die vom Patienten oder seinen 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 der Patient in die eigene Wohnung zurückkehren kann oder in ein Seniorenheim übersiedeln wird. Die Entscheidung über den Entlassungszeitpunkt trifft der verantwortliche Geriater.

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

## 5. Das geriatrische Therapieteam

### 5.1 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.

### 5.2 Pflegedienst

Unser Pflege team gewährleistet eine fachlich qualitative Versorgung unserer 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 des Patienten.



Unser Pfl egeteam 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 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, als Hilfe zur Selbsthilfe mit dem Ziel, die Selbständigkeit in den Verrichtungen des täglichen Lebens zu erhalten bzw. wieder zu erlangen.

### 5.3 Physiotherapie und Physikalische Therapie

Die Physiotherapie 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
  - 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 (VRT)
  - 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

#### Zusätzliche Angebote in unserem Wellmedbereich

- Hydrojetanwendungen ( Wassermassageliege )
- Wärmeanwendung auf einer Kiesbank
- Aromatherapie
- Infrarotkabine
- Wechselbäder für die Füße ( warm / kalt )

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.

## **5.4 Ergotherapie**

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

Die Abteilung bietet beispielsweise an:

- ADL-Training (Activities of Daily Living)
- Therapie nach Bobath
- Sensomotorisch-perzeptive Behandlung
- Neuroorthopädische Therapie (NAP)
- Feinmotorik- und Graphomotoriktraining
- Training neuropsychologischer Funktionen
- F.O.T.T. (Facio-orale-Trakt-Therapie)
- Kognitives Training
- Computergestützte Einzeltherapien
- Haushaltstraining

- Therapiegarten
- Hausbesuch (zusammen mit Physiotherapie, Patient und Angehörigen zur Abklärung der häuslichen Versorgung)

#### Gruppentherapien:

Sie fördern die soziale Integration, Kommunikation, Motivation und das Selbstvertrauen des Patienten. Je nach Gruppe liegen der Therapieschwerpunkte im kognitiven und/ oder im motorischen Bereich. Angeboten werden:

- Funktionelle Gruppentherapie
- Kognitives Training nach Stengel in der Gruppe
- Musiktherapie in der Gruppe
- Kochgruppe
- Therapiegartengruppe

## **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 Patienten eine individuell zufriedenstellende Kommunikationsfähigkeit erreichen und bei bestehenden Schluckstörungen ein sicheres Schlucken wiedererlangen. Die Aufklärung von Angehörigen über das jeweilige Krankheitsbild sowie 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 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 Kliniksozialdienst begleitet und unterstützt den Patienten und seine Angehörige bei Problemen die durch Krankheit und Behinderung entstanden sind, und die die selbstbestimmte Lebensführung in physischer, psychischer, beruflicher und finanzieller Hinsicht beeinträchtigen können. Im Mittelpunkt steht der betroffene Mensch in seinem psychosozialen Umfeld.

Im Rahmen des Entlassungsmanagement werden alle notwendigen Maßnahmen und Entlassungsmodalitäten vorbereitet und koordiniert. Zudem bietet der Sozialdienst individuelle Beratung und Information des Patienten und seiner Angehörigen über Möglichkeiten der Nachsorge und Weiterbehandlung, wie z.B.:

- Fachliche Beratung und Hilfestellung:
  - Beantragung von Leistungen aus der Sozialversicherung (z.B. Pflegegrad)
  - Psychosoziale Intervention mit Beratung in persönlichen und familiären Fragen
  - Hilfestellung bei Notwendigkeit einer Vorsorgevollmacht / gesetzlichen Betreuung
  - Kontaktvermittlung zu Selbsthilfegruppen, Pflegestützpunkten, Seniorenbüros
- Vermittlung von Hilfen zur häuslichen Pflege
  - ambulanter Pflegedienste, Haushaltshilfen
  - fahrbarer Mittagstisch
  - Hausnotrufsystemen
  - Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige (z.B. Gesprächskurse)
- Vermittlung von Hilfen bei teil- oder vollstationärer Pflege:
  - geeignete Einrichtungen der Altenpflege, Kurzzeit- oder Tagespflege

## 5.8 Angehörige

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

Insbesondere die Angehörigen kennen die häusliche Situation sowie die 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. Wo erforderlich, führen wir

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.

## 6. Ausstattung und Dienstleistungen der DRK Klinik Mettlach

Die Zugänge sowie alle patientengebundenen Räumlichkeiten sind barrierefrei. Ein geriatricspezifisches Wegeleitsystem ist eingerichtet.

### 6.1 Zimmer

Unseren Patienten stehen 1- und 2-Bett-Zimmer mit integrierter Nasszelle zur Verfügung. Außerdem halten wir eine 2-Bett-Überwachungseinheit und einen Aufnahmerraum bereit.

### 6.2 Diagnostik in der Einrichtung

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

- Röntgen
- 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, Kipptisch-Untersuchung

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

### 6.3 WunschesSEN und Getränke

Die Essensversorgung unserer Klinik ist ein wichtiger Bestandteil unseres bewährten Therapiekonzeptes. Unsere 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 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 Patienten unserer Klinik erhalten daher jederzeit und kostenlos ihre Wunschgetränke (Säfte, Mineralwasser, Tee, Kaffee etc.) über die Mitarbeiter der Stationen.

### 6.4 Betreuungsteam

Geriatrische Patienten benötigen in besonderem Maße Betreuung und Aktivierung. Da dies ein Baustein unseres geriatrischen Konzeptes ist, verfügt unsere Einrichtung über Mitarbeiter in der Betreuung, dem sogenannten „Aktivteam“. Diese Mitarbeiter gestalten mit den 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

Zusätzlich finden regelmäßig Feste (Tanz in den Mai, Sommerfest, Oktoberfest, Weihnachtsfeier, etc.) in unserer Einrichtung statt. Hierzu sind unsere Patienten aber auch deren Angehörige immer herzlich willkommen.

### 6.5 Hausdame

Die DRK Klinik Mettlach beschäftigt eine Hausdame, welche unsere Patienten bei Aufnahme in Empfang nimmt. Sie holt die Patienten im Eingangsbereich ab und begleitet diese ins Zimmer. Sie unterstützt die Patienten und/oder Angehörigen bei allen Aufnahmeformalitäten und erfragt die Wünsche unserer Patienten.

### 6.6 Seelsorge

Die DRK-Klinik Mettlach wird seit vielen Jahren durch den Gemeindepfarrer und seine Helfer unterstützt. Jeden Samstag wird in der Klinik ein katholischer Gottesdienst gehalten. Die Gottes-



diensthelfer unterstützen hierbei indem sie die 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 Besucher offen steht. Einmal monatlich wird auch ein evangelischer Gottesdienst gehalten. Konfessionsträger können auf Wunsch angefordert werden.

Neben den christlich geprägten seelsorgerischen Angeboten finden in unserer Klinik auch Besonderheiten anderer Glaubensrichtungen Berücksichtigung.

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

## **6.7 Außen- und Parkanlage**

Unsere Einrichtung verfügt 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 Gleichgewichtsanforderung durch Geländer gesichert.

Zudem haben wir einen Therapiegarten mit Hochbeeten, welcher von unseren Patienten im Rahmen ihrer Therapien bepflanzt und gepflegt wird. Zu gegebenen Zeit wird dann auch gemeinsam geerntet und der "Ertrag" weiter verarbeitet, z. B. in der Kochgruppe.

Aufgrund des Erweiterungsbaus im Altenpflege- und Wohnbereich ist die Parkanlage derzeit nicht verfügbar und wird nach Fertigstellung an anderer Stelle neu geschaffen.

## **7. Spezielle Angebote der Klinik**

Die folgenden Angebote „Fitness im Alter“ und „Wellness im Alter“ stehen den 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 teils durch 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 Patienten bei.

## 8. Qualitäts-/ Risikomanagement, Beschwerdemanagement

Das Qualitäts-/Risiko-Management-System (QRMS) ist in einem Träger-Systemhandbuch beschrieben. Das QRM-System legt die Struktur-/ Prozess- und Ergebnisqualität für alle Einrichtungen in der Trägergesellschaft fest. Ergänzt wird das QRM-System durch gesetzliche Anforderung, wie z.B. an Rehabilitationseinrichtungen sowie Anforderung an die Zertifizierung nach dem Qualitätssiegel Geriatrie für Rehabilitationseinrichtungen und Qualitätssiegel Akutgeriatrie. Dabei bilden unser Träger-Leitbild, die „Geriatricspezifischen Qualitätsgrundsätze“ der DRK Klinik Mettlach und unsere Risikopolitischen Qualitätsgrundsätze den roten Faden des Systems.

Unser Anspruch ist:

- Einschränkungen der Alltagskompetenz oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.
- Die Teilhabe am Alltagsleben, Familienleben, öffentlichem Leben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu ermöglichen.
- Die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Jeder Patient, unabhängig von seiner nationalen, ethnischen und religiösen Zugehörigkeit sowie politischen Überzeugung, ist Antrieb unseres beruflichen Handelns. Die Patienten stehen als Persönlichkeiten im Mittelpunkt aller Bemühungen. Maßstab für die Qualität unserer Arbeit ist die Zufriedenheit unserer Patienten. Respekt, Rücksichtnahme und Mitgefühl kennzeichnen unsere Wertschätzung.

Das klinische Risikomanagement umfasst die Gesamtheit an Strategien, Strukturen, Prozessen, Methoden, Instrumenten und Aktivitäten in Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege, welche die Mitarbeiter unterstützen, Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu analysieren, zu beurteilen und zu bewältigen. Im Fokus steht also die Patientensicherheit.

Zum Nachweis unserer Leistungsfähigkeit sowie der Qualität unserer Behandlung gegenüber Patienten, Mitarbeitern, niedergelassenen Ärzten wie auch Kostenträgern unterziehen wir uns regelmäßig der Beurteilung durch externe Zertifizierungsstellen. So ist unser Haus nach DIN EN ISO 9001:2015 sowie nach dem „Qualitätssiegel Geriatrie für Rehabilitationseinrichtungen“ und dem „Qualitätssiegel Geriatrie für Akutkliniken“ zertifiziert.

Beschwerdemanagement:

In unserer Klinik ist ein strukturiertes „Zufriedenheits-/ bzw. Beschwerdemanagement installiert. Es existiert ein schriftliches und verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement.

Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. Die Beschwerdeannahme ist schriftlich oder persönlich möglich. Zudem ist ein Patientenführsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben benannt.