

# 1    Was ist Rehabilitation?

Der Begriff Rehabilitation wird übersetzt als *Wiederherstellung* und zeigt den Wunsch auf, einen Menschen wieder in seinen vorherigen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Zustand zu versetzen. In der Medizin bezeichnet die Rehabilitation den Einsatz und die Wirkung von Maßnahmen mit dem Ziel, die körperlichen, psychischen und sozialen Folgen einer Behinderung oder Einschränkung auf ein Minimum zu beschränken.

Im Sozial- und Arbeitsleben versteht man darunter die Wiedereingliederung in den Alltag oder Beruf.

Im Politischen bedeutet Rehabilitation die Wiederherstellung von Ruf oder Ansehen einer Person oder Gruppe.

Die Medizinische Rehabilitation versucht einen entstandenen Schaden zu beseitigen (Schluckbeschwerden), zu mildern (pürierte Kost zu sich nehmen können) oder dessen Folgen zu vorzubeugen oder zu beseitigen (Magensonde legen um einer Unterernährung vorzubeugen). Hierfür gibt es Reha-Kliniken oder ambulante Reha-Maßnahmen, die allen Menschen gesetzlich zustehen – auch Menschen Erwerbsalter sind.

Aus diesem Grund gibt es inzwischen unterschiedlich spezialisierte Einrichtungen

- für Kinder und Jugendliche,
- für noch Erwerbstätige,
- für ältere Menschen.

Zusätzlich erfolgt die Unterscheidung anhand von Krankheitsgruppen in entsprechende klinische Gebiete wie z. B. Neurologie, Orthopädie, Suchterkrankungen oder Geriatrie.

## 2 Geriatrie

Die Geriatrie befasst sich mit den Alterungsprozessen des Menschen unter diagnostischen, therapeutischen, präventiven und rehabilitativen Aspekten. Als geriatrischer Patient wird ein Mensch bezeichnet, dessen Mindestalter 68 Jahre beträgt und der unter einer Multimorbidität leidet. Typische Indikationen sind Schlaganfälle, neurologische Erkrankungen wie Parkinson, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Gefäßerkrankungen mit und ohne Amputation, Wundheilungsstörungen, verzögerte Rekonvaleszenz nach größeren Operationen, Mehrfachmedikation, herabgesetzte Medikamententoleranz und häufige Krankenhausbehandlung (Drehtüreffekt). Hinzu kommen in den meisten Fällen Komplikationen durch kognitive Störungen (Demenz, Durchgangssyndrom), psychische Erkrankungen (Depression, Ängste), Inkontinenz, Sensibilitätsstörungen, Seh- und Hörbehinderungen, Schwindel, Fehl- und Mangelernährung sowie Störungen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushaltes.

Obwohl es die Geriatrie seit 1980 in Deutschland gibt, ist sie heute noch immer weitgehend unbekannt in der Bevölkerung. Viele können schon das Wort nicht mit Inhalt füllen. Obwohl in Deutschland inzwischen flächendeckend Geriatren vorhanden sind, gibt es noch immer Ärzte, die nicht wissen, welche Patientenklientel in der Geriatrie richtig aufgehoben wäre. Hinzu kommt die nötige Antragstellung zur Aufnahme in die Geriatrische Rehabilitation.

Sehr viele ältere Menschen werden aus diesen Gründen weiterhin nach einer akuten Erkrankung oder nach einer schleichenenden Verschlechterung in ein Pflegeheim eingewiesen. Die Möglichkeit einer Rehabilitation wird ihnen oftmals aufgrund von Unwissenheit vorerthalten. Dabei steht ihnen die Finanzierung einer Rehabilitation sogar gesetzlich zu, sie ist im SGB V und XI festgelegt. Der Anspruch auf Finanzierung regelt sich über die Krankenkassen, Pflegeversicherung und Sozialhilfe.

### Rechtsanspruch

Die Soziale Pflegeversicherung regelt im §5 SGB XI den Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation sowie die Finanzierung durch den Leistungsträger. In §31 SGB XI wird die „Rehabilitation vor Pflege“ deutlich festgelegt.

Seit Juni 2001 gibt es das SGB IX, das die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen festschreibt. Geregelt werden die selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung der Hindernisse für deren Umsetzung. Es macht deutlich, dass es ein selbstverständliches Bürgerrecht ist, ein selbstbestimmtes und selbstverantwortliches Leben zu führen, auch als behinderter Mensch.

Die geriatrischen Kliniken lassen sich in drei Formen unterteilen:  
Die *Akutgeriatrie* kümmert sich nur um die akute medizinische Versorgung des Patienten. Es steht die diagnostisch-therapeutische Versorgung im Vordergrund.

Geriatrische Kliniken

Die *rehabilitative Geriatrie* ist eine rein auf Rehabilitation ausgerichtete Klinik, die keine weitere Diagnostik anbietet.

Zusätzlich existiert die gemischte Form, das *geriatrische Fachkrankenhaus* mit Aufnahmestation und Rehabilitationsstationen. Diese Einrichtung ermöglicht eine gezielte, patientengerechte, kompetente Beurteilung des geriatrischen Patienten und kann einen lückenlosen Übergang in die Rehabilitation gewährleisten. Beurteilung, Therapie und Rehabilitation liegen in einer Hand.

Derzeit muss eine geriatrische Rehabilitation, die in einer Institution durchgeführt werden soll, genehmigt werden. Der behandelnde Arzt – in der Regel der Hausarzt oder der Stationsarzt in der Akutklinik – stellt einen begründeten Antrag bei der Krankenkasse. Es ist durchaus möglich, direkt von zuhause eine Behandlung in der rehabilitativen Geriatrie aufzunehmen, es muss nicht zwingend eine akute Erkrankung vorgelegen haben. Selbst wenn eine Behandlung abgelehnt wird, besteht die Möglichkeit eine Rehabilitation einzuklagen. In der Regel wird eine Dauer von 20 bis 21 Tagen genehmigt. In vielen Fällen reicht dieser Zeitrahmen jedoch nicht aus. Eine weitere Therapie wäre sinnvoll, da bereits Verbesserungen erzielt wurden. Sollte dies der Fall sein, so kann die Klinik einen begründeten Verlängerungsantrag stellen, wodurch oft weitere 7 bis 14 Tage Behandlung ermöglicht werden.

Sollte der grundsätzliche oder der Verlängerungsantrag abgelehnt werden, bleibt noch die Möglichkeit eines Widerspruchs oder auch die Eingabe beim Sozialgericht. Die Kriterien für die Behandelbarkeit bzw. die Aufnahme in den Kliniken sind sehr vielfältig.

Aufnahmekriterien

- Der Patient muss die Rehabilitation selbst wollen, sein eigener Versorgungsanspruch muss geklärt sein.
- Die körperliche Möglichkeit sollte gegeben sein. Zum Beispiel sollte die kardiologische Leistungsmöglichkeit steigerungsfähig sein, eine Fraktur oder ein Gelenkersatz belastbar, ein Stumpf bereits verheilt, wenn es darum geht eine Prothese anzupassen und laufen zu lernen. Ist eine Versorgung mit einer Prothese nicht vorgesehen, so kann der Patient bereits vorher zur Reha kommen, da seine Zielsetzung dann eher beim Transfer oder dem einbeinigen Fortbewegen liegt.
- Kognitive Leistungsmöglichkeiten sollten vorhanden sein. Grundsätzlich ist immer die Zielsetzung an die Möglichkeiten des Menschen anzupassen. Hat der Patient allerdings geringe medizinische Probleme, so ist es oft möglich seine Selbstständigkeit auch in seiner häuslichen Umgebung zu fördern und sogar wieder herzustellen. Dies erfordert dann wie in den Institutionen eine genau abgesprochene Zielsetzung und eine gute Kooperation aller Beteiligten.

## **Geriatrische Rehabilitation im interdisziplinären Team**

Nur durch eine gute Zusammenarbeit im interdisziplinären Team ist es möglich, eine sinnvolle und gelungene Rehabilitation zu erreichen. Zu diesem Team gehören alle Personen, die dazu beitragen können, dass der geriatrische Patient seine Ziele erreichen kann: der Patient selbst, der behandelnde Arzt, Hausarzt, Angehörige, Pflegende, Sozialarbeiter, Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Neuropsychologen, Ernährungsberater, Kontinenzberater, Seelsorger.

Der Patient steht hierbei im Mittelpunkt. Das heißt, *er* bestimmt die Ziele. Das ist besonders schwer von seinem Umfeld zu akzeptieren, da jeder Mensch andere Vorstellungen von einem ausgefüllten Leben hat. Sehr oft kommt es vor, dass der ältere Mensch seine Bedürfnisse bereits auf ein Minimum reduziert hat. Er möchte sich gerne pflegen lassen und eigentlich nur laufen lernen und nicht mehr seine Körperpflege selbst übernehmen. Hier ist es dann die Aufgabe der Pflege, seinen Wunsch zu erkennen und ihn zu akzeptieren. In diesen Fällen ist es wichtig, mit dem Patienten seine erkennbaren Möglichkeiten offen zu besprechen und seine Beweggründe für die Ablehnung seiner Eigenständigkeit herauszuarbeiten. Die klare Kommunikation führt zu einer deutlich besseren Rehabilitation und beugt Missverständnissen vor.

### Kommunikation

Um für alle Teammitglieder die Ziele ihrer Arbeit deutlich zu machen, ist es sinnvoll, sich jede Woche intensiv mit jedem Patienten auseinanderzusetzen, das heißt, jedes Mitglied berichtet über seine Diagnose, Behandlungswege, Erfolge. Gemeinsam werden dann die neuen Ziele festgelegt. Hilfreich ist ein kurzes Treffen am Morgen, um besondere Ereignisse weiterzugeben, die die Behandlung beeinflussen könnten.

## **Aufgaben der Teammitglieder**

### **Arzt**

Ihm obliegt die gesamte Verantwortung für den Aufenthalt des Patienten und somit die Leitung des therapeutischen Teams. Er übernimmt in der Regel die Moderation und führt die einzelnen Mitglieder zusammen. Er für alle medizinischen Belange des Patienten verantwortlich. Er gibt die Belastbarkeit vor, ordnet Diagnostik an, entscheidet über notwendige Therapien.

### **Pflege**

Die Pflege ist der zentrale Sammelpunkt, sie kümmert sich 24 Stunden um die Patienten und organisiert den Aufenthalt. Sie weiß, wo der Patient sich befindet und bündelt alle Informationen. Sie verständigt die Therapeuten über die Möglichkeit, des Patienten an der Therapie teil zu nehmen.

Die Pflege muss die Grundlagen für die Therapiefähigkeit des Patienten schaffen. Zum Beispiel kann ein verstopfter Patient nicht an seinem Transfer arbeiten, wenn ihm der Bauch schmerzt. Die grundlegenden Bedürfnisse des Menschen müssen erst erfüllt oder befriedigt sein, bevor eine Therapie beginnen kann. Um sie zu erkennen, braucht die Pflege eine Anamnese, die aus einer guten Beobachtung resultiert. In vielen Fällen entdeckt erst die Pflege die Problematiken, die zu einer bestimmten Therapie führen. Zum Beispiel ziehen Patienten oft einfach keine Strümpfe an, weil sie diese nicht anziehen können. Einige Patienten geben ihre Probleme nicht gerne zu, sodass niemand auf Anhieb auf die Idee kommt, dass sie ein Problem haben. Wenn Patienten sehr stark eingeschränkt, sind reduziert sich die Therapie. Sie können die Grundpflege nicht selbst durchführen, da sie die Belastung derzeit nicht aushalten. Bei diesen Patienten geht es erst einmal darum, die Belastbarkeit einzuschätzen und die Grundbedürfnisse wie Nahrungsaufnahme, Kontaktaufnahme und Sauberkeit zu befriedigen.

Therapiefähigkeit

Ist der Patient dann in der Lage an anderen Therapieeinheiten teilzunehmen, ändert sich der Pflegeauftrag. Jetzt versucht die Pflegekraft die in der Therapie erlernten Bewegungen und Verhaltensmuster in den Alltag zu übertragen. Das heißt z. B. das hüftschonende Bücken beim Anziehen einzuüben. Es wird dem Patienten nicht mehr das Anziehen abgenommen, sondern er wird angeleitet sich selbst anzuziehen.

Hinzu kommt die Aufgabe Gespräche zu führen. Zunächst mit dem Patienten zu dessen Krankheitsbewältigung, dann intensiv mit dessen Angehörigen, damit ein Verstehen der Erkrankung und der Auswirkungen erreicht wird. Die Angehörigen werden von den Pflegenden angeleitet, wenn nach der Reha weiterhin Hilfestellungen oder die Übernahme von Tätigkeiten nötig sind.

Einen weiteren wichtigen Tätigkeitsschwerpunkt hat die Pflege in der Beratung und Vorsorge. Sie kennt den Patienten durch den intensiven Kontakt inzwischen am besten und kann abschätzen, welche Gewohnheiten oder Vorlieben z. B. in der Ernährung für ihn von Vorteil oder Nachteil sind und wie sie am besten für seine Vorsorge zu nutzen sind. (Ein unterernährter Mensch, der nicht gern Süßes isst, wird nicht freiwillig ein Stück Sahnetorte zu sich nehmen, vielleicht schmeckt ihm jedoch ein Stück fetter Speck.) Auch in der Sturzprophylaxe ist das Wissen um bestimmte Verhaltensmuster, wie z. B. das nächtliche Aufstehen, sehr wichtig.

Beratung und Vorsorge

Die Beobachtung des Patienten ist eine der größten Aufgaben der Pflege und mit der Dokumentation verbunden. Um bei einem Parkinson-Patienten eine für ihn sinnvolle medikamentöse Einstellung zu erreichen, braucht es eine sehr exakte Überwachung über 24 Stunden, die gut dokumentiert ist. Das ist notwendig, da es vorkommen kann, dass Übungen, Medikamente oder andere zur Förderung der Rehabilitation eingesetzte Dinge nicht den gewünschten Erfolg zeigen, sondern im Gegenteil sogar manchmal einen Schaden anrichten.

Beobachtung und Dokumentation

## Krankengymnastik (Physiotherapie)

Sie ist für die Diagnostik und Behandlung der mobilitätseinschränkenden Störungen im weitesten Sinne zuständig. Die Krankengymnastik diagnostiziert als erste Handlung die Bewegungseinschränkungen und legt fest, welches Hilfsmittel derzeit am besten geeignet ist. Das Hilfsmittel wird dann dem Patienten angepasst und der Umgang mit ihm eingeübt. Weiter werden mit in der Physiotherapie alle nötigen Bewegungsmuster erarbeitet, die der Patient verloren hat oder ändern muss,. Häufig erfolgt im Laufe der Therapien ein Wechsel der Hilfsmittel, die dann jedes Mal wieder angepasst und die Bewegungsmuster neu erarbeitet werden müssen.

Bei einem beinamputierten Patienten zum Beispiel werden meistens erst ein Rollstuhl, dann ein Gehbock, dann Unterarmgehstöcke und im günstigsten Fall als letztes der Handstock eingesetzt. Bei diesen Patienten ist die Krankengymnastik maßgeblich an der Prothesenversorgung beteiligt. Gemeinsam mit dem Orthopädiertechniker wird die nötige Prothese ausgewählt und angepasst. Später wird dann wieder der Sitz der Prothese gemeinsam überprüft und weiter der Umgang mit ihr verbessert.

Bei Patienten mit einem neuen künstlichen Hüftgelenk üben die Krankengymnasten die Bewegungsabläufe ein, die verhindern, dass das neue Gelenk herausspringt.

Hat ein Patient chronische Schmerzen, so leitet der Therapeut ihn in der Benutzung von schmerzlindernden Geräten (Tens) an.

## Ergotherapie

Die Ergotherapie hat die Aufgabe, mit den Patienten die Fertigkeiten der Lebensführung zu erarbeiten. Sie zeigt einem Schlaganfallpatienten wie es möglich ist, sich mit einem Arm zu waschen oder anzukleiden. Sie versucht den gelähmten Arm wieder so weit wie möglich in die Aktivitäten mit einzubeziehen. Die Ergotherapeuten finden heraus, welche Hilfsmittel für die Lebensführung notwendig sind und zeigen dem Patienten den Umgang damit. Bei Patienten mit rheumatoider Arthritis suchen sie gelenkschonende Hilfsmittel heraus und vermitteln ihre Benutzungsmöglichkeit. Bei Patienten, die eine Behinderung in ihrer Ablaufplanung haben, versuchen sie Abläufe mit Struktur zu versehen und somit ein selbstständiges Leben wieder zu ermöglichen. In einigen Fällen machen die Ergotherapeuten aus den Kliniken Hausbesuche, um festzustellen, welche Umbauten, Veränderungen oder Hilfsmittel nötig sind, damit ein Patient wieder in die gewohnte Umgebung zurück kann. Der Hausbesuch dient oft auch der Prophylaxe, um Stürze zu vermeiden.

## Logopädie

Sie ist in erster Linie für Sprach- und Sprechstörungen zuständig. Sie diagnostiziert, um welche Störung es sich handelt und stellt einen Behandlungsplan auf. Sie erarbeitet Hilfen in Form eines Bildsprach-

books oder eines Alphabets in Form von Legebuchstaben, um eine Kommunikation möglich zu machen.

Ein weiteres Tätigkeitsfeld sind Gesichtslähmungen und Schluckstörungen, die bei Krankheiten wie dem Morbus Parkinson oder bei einem Schlaganfall eine sehr wichtige Rolle spielen. Die Logopädie ist in diesen Fällen an der Diagnostik beteiligt. Gemeinsam mit dem Arzt wird z. B. eine Kinematographie (Schluckröntgen) durchgeführt, um das Ausmaß der Schluckbeeinträchtigung genau festzustellen. Erst dann ist es möglich zu sagen, ob ein Mensch unbeschadet essen und trinken kann oder ob seine Kost der Schluckschädigung angepasst werden muss. Logopäden erarbeiten in diesem Fall einen Behandlungsplan, um eventuell wieder eine normale Ernährung möglich zu machen.

## **Sozialdienst**

Nachdem der Arzt gemeinsam mit dem Team und dem Patienten geklärt hat, wie viel Unterstützung oder Pflegeübernahme der Patient nach dem Aufenthalt in der Reha-Einrichtung benötigt, gibt der Sozialdienst Hilfen bei der Antragstellung für eine eventuelle anschließende Pflegestufe oder vermittelt Adressen oder Gespräche mit Pflegediensten. Sollte es nötig werden eine anschließende Unterbringung in einer anderen Wohnform zu finden, so hilft er bei der Suche nach einer zeitlich möglichen und geeigneten Unterbringung. Nicht jedes Mal kann der Wunsch eines Patienten nach einem bestimmten Pflegeheimplatz erfüllt werden. Ein Kurzzeitpflegeplatz, der vom Sozialdienst vermittelt werden kann, hilft manchmal Wartezeiten zu überbrücken. Später besteht oft die Möglichkeit, in das gewünschte Heim zu wechseln. Weiterhin werden Kontakte zu anderen Einrichtungen der sozialen Hilfen vermittelt, z. B. Selbsthilfegruppen, Gesprächskreise, Besuchsdienste, Nachbarschaftshilfe oder Sozialarbeiter. Es geht in erster Linie darum, ein soziales Netz um den Patienten aufzubauen, in dem er sich wohl und sicher fühlt. Damit soll der sogenannte Drehtüreffekt (Patienten kommen regelmäßig wieder in die Klinik) vermieden werden.

Natürlich werden die Kontakte nur in Abstimmung mit dem Patienten aufgenommen oder vermittelt. Gespräche mit den Angehörigen werden nur mit Genehmigung des Patienten geführt. Sie werden dann in die Organisation der Entlassung mit eingebunden und erhalten von den Sozialdiensten die nötige Feststellung. Abgenommen wird ihnen in der Regel die Organisation nicht.

## **Ernährungsberatung**

Sie ist für eine krankheitsgerechte und dem Patienten angepasste Ernährung zuständig sowie für die Beratung und Anleitung der Patienten. Viele ältere Menschen kommen heutzutage in einem ausgetrockneten und unterernährten Zustand ins Krankenhaus. Durch zentralisierte Einkaufsmöglichkeiten, die weite Wege bedeuten, ist es oft zu mühsam für die älteren Menschen, sich ausreichend mit Nahrung zu versorgen.

Oft sind finanzielle Probleme wie geringe Renten oder technische Probleme wie der Umgang mit dem Geldautomaten Schuld an der Unterernährung. Einsamkeit verbunden mit Depressionen und Bewegungseinschränkungen führt ebenfalls zu einer schlechten Ernährung.

Die Veränderung unserer heutigen Nahrungsmittel macht es den älteren Menschen schwer, ihre gewohnte Nahrung herzustellen. So wie die jungen Menschen kaum einen Pfannkuchen mit den einzelnen Zutaten backen können, so können die Älteren nicht mit der Tüte zum Aufreißen oder der Tiefkühlkost zureckkommen. Hier ist es die Aufgabe der Beraterin zu vermitteln, andere Wege aufzuzeigen oder den Umgang mit den neuen Lebensmitteln leichter zu gestalten und die Ängste davor abzubauen.

## Kontinenzberatung

Sie wird in der Geriatrie sehr oft benötigt, da im Alter häufiger Kontinenzprobleme auftreten. Jüngere Menschen produzieren im 24-Stunden-Rhythmus mehr Urin am Tag als in der Nacht. Bei den Älteren kommt es durch eine Veränderung der Herzbelastung zu einer gleich hohen, wenn nicht sogar höheren Urinausscheidung in der Nacht.

### Harnwegserkrankungen

Die Erschlaffung der Blasenmuskulatur oder die Verengung der Harnröhre führen zu Blasenentleerungsstörungen, die wiederum zusammen mit dem weniger effizienten Immunsystem zu häufigen Blaseninfekten führen können.

Hinzu kommt bei den Frauen eine mögliche Veränderung der Verschlusswirkung aufgrund von Östrogenmangel nach der Menopause, was zu einer Stressinkontinenz oder einem spontanen Urinabgang führen kann.

Bei Männern kann es aufgrund einer sehr häufigen Prostatavergrößerung ebenfalls zu Entleerungsstörungen bis hin zum Harnverhalt kommen.

Weitere Erkrankungen, die häufig eine große Veränderung in der Kontinenz beinhalten, sind der Diabetes Mellitus, Parkinson-Syndrom, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Wirbelsäulenveränderungen und Demenz. Hinzu kommen die Nebenwirkungen von Medikamenten, die z. B. in einigen Fällen gewollt oder ungewollt zu einer erhöhten Harnmenge führen.

### Magen-Darm-Erkrankungen

Ein weiterer Schwerpunkt der Kontinenzberatung ist die Hilfe bei der Stuhlausscheidung. Hier handelt es sich am häufigsten um Stuhlgangsverstopfung, ausgelöst durch schlechte Ernährung, Bewegungsmangel, Medikamente oder zu wenig Flüssigkeit.

Ein dauerhafter Durchfall entsteht häufig aufgrund einer Darmoperation (Verkürzung) oder durch Darmerkrankungen wie Morbus Crohn, Divertikulose, chronische Infektionen, das Reizdarmsyndrom oder Medikamenteneinnahme (Antibiotika, Abführmittel und Eisenpräparate).

Der künstliche Abfluss von Stuhlgang (Anus praeter) und Urin (Katheter), der aufgrund von Erkrankungen angelegt wird, ist ebenfalls Thema der Kontinenzberatung.

Die Kontinenzberater diagnostizieren, um welche Problematik es sich bei dem Patienten handelt, und versuchen eine geeignete Behandlung oder Versorgung mit Hilfsmitteln zu finden. Sie leiten den Patienten und seine Angehörigen im Umgang damit an und vermitteln für eine weitere Versorgung zuhause Hilfen. Oftmals sind viele Gespräche notwendig, da Kontinenzprobleme in den meisten Fällen zu psychischen Problemen führen.