



Zum Wohle: Patientinnen trainieren in der geriatrischen Rehabilitation auch vermeintliche Selbstverständlichkeiten wie das Wassertrinken – zum Beispiel, wenn nach einem Schlaganfall das Schlucken nicht mehr richtig klappt.

Den Jahren Leben geben

Wer im Alter schwer erkrankt, baut schnell ab. Die geriatrische Rehabilitation am Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe wirkt dem Verfall der Fähigkeiten entgegen und hilft alten Patienten Schritt für Schritt zurück in einen möglichst selbstständigen Alltag. Eine Reportage von Christoph Fuhr (Text) und Dirk Hoppe (Fotos).

Frau Meyer* (73) strahlt über das ganze Gesicht. Was für ein Erfolgserlebnis: Ein Viertel Glas Wasser hat sie gerade getrunken – innerhalb weniger Minuten. „Prima“, lobt Logopädin Anita Gäng, „wenn das so weiter geht, können wir bald Ihre Tagesration erhöhen.“ Seit dem Schlaganfall klagt Frau Meyer über massive Schluckstörungen. Zurzeit wird sie über eine Sonde ernährt, die durch die Bauchdecke direkt in den Magen führt. Sie hat Probleme, ihre Zunge richtig zu bewegen, muss das Schlucken und Trinken neu lernen. Ihre Sprache ist noch ein wenig undeutlich. Doch sie ist optimistisch: „Es geht voran“, sagt sie, „ich will es schaffen.“

Fast einen Tag lang hatte Frau Meyer nach dem Schlaganfall hilflos in ihrer Wohnung gelegen und war danach lange in einem Krankenhaus behandelt worden. In der Klinik für rehabilitative Geriatrie des Diakonissenkrankenhauses Karlsruhe-Rüppurr soll sie jetzt wieder fit gemacht werden – für die Rückkehr nach Hause, für ein Leben, das sie im Idealfall genau so selbständig führen kann wie vor ihrem Schlaganfall.

Die Zunge trainieren. Frau Meyers Therapiestunde bei der Logopädin ist an diesem Tag noch nicht vorbei. Die Motorik der Zunge und ihre Sensibilität sind seit dem Schlaganfall halbseitig gestört. „Die Gefahr bei schweren Schluckstörungen besteht darin, dass Nahrung und Flüssigkeit in die Luft-röhre gelangen“, sagt Brigitte Metz. Die Folge ist eine Lungenentzündung, die nicht selten zum Tod führt. Anita Gäng greift in den Mund der Patientin, sie berührt und dreht ihre Zunge. Dann bittet sie Frau Meyer, diese Bewegungen nachzumachen. „Links, rechts, nach oben, nach unten, prima so, schauen Sie mir in die Augen, dann klappt das besser.“ Mit

Hilfe eines Stethoskops horcht die Logopädin danach den Schluckvorgang ab. „Das hört sich gut an, weiter so, ich bin zufrieden.“ Frau Meyer freut sich, heute ist ein guter Tag.

Für Patienten mit schweren Schluckstörungen wird in der Klinik eine spezielle Kost vorbereitet. Frau Meyer hat nach ihrer Einweisung zunächst andgedicktes Wasser bekommen, dann Breie und schließlich feste Nahrung mit passierem Fleisch. Sie darf inzwischen alles essen, „allerdings nichts, was bröseln und tropfen“, warnt die Logopädin. Noch schluckt die Patientin nicht sicher genug. Kekse und Zwieback etwa bleiben als Nahrung weiter verboten.



Die Bedürfnisse der Patienten im Blick: Chefarztin Dr. Brigitte Metz (r.) im Gespräch mit der Pflegedirektorin Jutta Ebersberg.

* Namen aller Patienten von der Redaktion geändert



Konzentriertes Üben mit Logopädin
Anita Gäng – damit die Zunge bald wieder dem Willen der Patientin gehorcht.

Interdisziplinäres Team für ältere Patienten. „Geriatrische Rehabilitation hat das Ziel, die Fähigkeit der Patienten zur Selbstversorgung zu erhalten oder wiederherzustellen“, erläutert die Chefärztin der Reha-Klinik, Dr. Brigitte R. Metz: „Wir tun alles, damit unsere Patienten in ihre vertraute Umgebung zurückkehren können.“ Metz, Internistin mit Weiterbildung in Klinischer Geriatrie und Physikalischer Therapie, ist nicht nur Chefärztin der Reha-Klinik. Sie leitet auch das in das Diakonissenkrankenhaus integrierte Geriatrische Zentrum Karlsruhe, in dem geriatrische Patienten akut behandelt werden. Die Reha-Klinik wiederum ist für die Nachsorge zuständig. Dieses Konzept ermöglicht die wohnortnahe Versorgung unter einem Dach.

Geriatrische Patienten werden im Diakonissenkrankenhaus von einem Team aus Ärzten, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Masseurinnen, Bademeistern, Ergotherapeuten und Logopäden betreut. Dazu kommen Sozialarbeiter, Neuropsychologen, Ernährungsberater und Seelsorger. Sie alle arbeiten an einem Kernziel: Die Patienten sollen lernen mit ihren Behinderungen und Krankheiten klarzukommen, um möglichst selbstbestimmt leben zu können.

Geriatrische Patienten, erläutert Brigitte Metz, sind in der Regel älter als 70 Jahre. Sie haben vielfältige Schädigungen und Fähigkeitsstörungen, sind zum Beispiel in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt oder neigen zu Stürzen, haben chronische Schmerzen oder kognitive Defizite, sind fehl- oder man-

gelernährt. Die Liste der Einschränkungen, die ihre Lebensqualität negativ beeinflussen, ist lang.

Die Weichen für Geriatrie-Patienten werden im Diakonissenkrankenhaus bereits in der Notaufnahme gestellt. Ganz gleich, in welcher Abteilung die Patienten versorgt werden – von Anfang an werden sie von den Fachärzten für Geriatrie und dem gesamten geriatrischen Team mitbetreut.

Soziales Netz vorbereiten. Am Ende des Klinikaufenthalts gibt es für geriatrische Patienten des Diakonissenkrankenhauses – viele kommen wegen eines Schlaganfalls oder eines Oberschenkelhalsbruchs – mehrere Möglichkeiten. Hat sich ihr Zustand rasant verbessert, werden sie nach Hause entlassen – dabei bereiten Mitarbeiter des Diakonissenkrankenhauses ein soziales Hilfsnetz vor, zum Beispiel die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst. Brauchen die Patienten weitere Unterstützung, um selbständig zu werden, werden sie nach Absprache mit der Krankenkasse in die geriatrische Reha-Klinik verlegt. Eine stationäre Reha-Maßnahme ist vor allem bei den Patienten erforderlich, die noch eine intensive medizinische und aktivierend-pflegerische Betreuung benötigen. Ihre Prognose muss allerdings positiv sein – es muss eine realistische Chance bestehen, dass sie nach in der Regel drei Wochen Rehabilitation wieder fit genug sind, um nach Hause zurückzukehren. Ist ein Patient in einem schlechten Zustand und ist unklar, ob die Therapie daran etwas ändern kann oder der Patient vielleicht doch ins Pflegeheim muss, dann gibt es die Möglichkeit einer Frührehabilitation. Dabei wird noch im Krankenhaus mit unterschiedlichsten Therapieangeboten geklärt, ob es eine Perspektive für messbare Fortschritte gibt. „Bei manchen Patienten ist zunächst überhaupt nicht absehbar, wie sie sich entwickeln werden“, sagt Brigitte Metz.

Individuelle Ziele abstecken. Wer in die Reha-Klinik des Diakonissenkrankenhauses kommt, durchläuft zunächst ein „multidimensionales geriatrisches Assessment“. Dabei ermitteln alle Teammitglieder, inwieweit der Patient in der Lage ist, sein Alltagsleben zu gestalten. Meist können sich geriatrische Patienten nicht präzise und realistisch zu ihren Fähigkeiten und Defiziten äußern. Fachleute der Klinik erfassen die Lebenssituation der Patienten vor dem Start der Rehabilitation auf unterschiedlichen Ebenen. Brauchen sie zum Beispiel Hilfe auf der Toilette? Wie ist es um ihr Gleichgewichts- und Koordinationsvermögen bestellt? Wie ist ihre emotionale Grundstimmung? Zu welchen kognitiven Leistungen sind sie fähig? Wie sieht es mit den Wohnverhältnissen und den sozialen Kontakten aus? Wie sicher sind sie im Umgang mit Gas, Strom, Telefon oder Geldangelegenheiten?

Mit Hilfe dieser umfassenden Informationen kann das Therapieangebot so gestaltet werden, dass am Ende meist die Rückkehr nach Hause, in die Selbständigkeit, möglich ist. Sind die Ergebnisse ausgewertet, definiert das Team ein individuell auf den Patienten abgestimmtes Ziel. Reha-Patienten nehmen fünf- bis sechsmal pro Woche jeweils an mindestens drei bis vier nichtärztlichen therapeutischen Angeboten teil, die jeweils 30 Minuten dauern. Dieses Programm durchlaufen nicht nur die stationär aufgenommenen Patienten, sondern auch die Patienten der mit zehn Plätzen ausgestatteten Reha-Tagesklinik des Diakonissenkrankenhauses. Sie werden ambulant betreut und können jeden Abend in ihre eigene Wohnung zurückkehren.

Mit Seidenmalerei gegen motorische Störungen. Im Werkraum für Ergotherapie: Frau Debus bemalt ein Seidentuch. Ein großes, blaues Quadrat ist auf dem Stoff zu erkennen. „Das ist die Ausgießung des heiligen Geistes auf die Menschen“, erklärt die alte Dame. Zu dieser Arbeit sei sie vor Jahrzehnten von ihrem Schwiegervater inspiriert worden. „Der suchte den Messias im Kosmos – und die Vollkommenheit vom Himmel.“

Seidenmalen ist alles andere als ein reiner Zeitvertreib, betont Ergotherapeutin Susanne Selchert. Frau Debus hat nach einem Schlaganfall motorische Störungen. Sie muss wieder lernen, beide Hände zu benutzen. Unter ergotherapeutischer Anleitung wird die Feinmotorik der rechten Hand trainiert.

Das Diakonissenkrankenhaus im Dienste älterer Patienten

Das Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppurr hält 65 Betten für die geriatrische Rehabilitation bereit. Für die ambulante Rehabilitation stehen zehn Plätze in einer Tagesklinik zur Verfügung. Zum Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe gehört darüber hinaus ein Geriatrisches Zentrum. Es ist für die Diagnostik und Therapie einschließlich der Rehabilitation akuter geriatrischer Patienten sowie für Prävention und Fortbildung im Bereich Geriatrie zuständig.

Geriatrische Reha-Kliniken, so auch die am Diakonissenkrankenhaus, übernehmen die Verantwortung für die Nachsorge der Patienten. Ziel aller Einrichtungen ist es, die Fähigkeit zur Selbstversorgung der geriatrischen Patienten zu erhalten oder wieder herzustellen. Pflegebedürftigkeit soll vermieden oder zumindest hinausgezögert werden.

Mehr Infos im Internet unter www.diak-ka.de



Kleiner Schritt, große Leistung: Physiotherapeutin Sabrina Ober trainiert mit einem Patienten das Treppensteigen.

Weil sie Probleme mit ihrer Schulter hat, soll sie auch große Bewegungen üben. Das geschieht zunächst beim Aufspannen des Seidentuchs und später, wenn das Tuch von Frau Debus gewaschen und gebügelt werden muss. Frau Schmidt, eine stark sehbehinderte Patientin mit Schenkelhalsbruch war in der letzten Zeit sehr unselbstständig. Jetzt werden ihre verloren gegangenen sensomotorischen Fähigkeiten wieder trainiert. Zu Hause habe sie häufig völlig apathisch vor dem Radio gehockt, berichteten die Angehörigen. Jetzt ertastet sie hochkonzentriert Holz-Buchstaben und setzt sie passend in vorgestanzte Lücken eines Kastens ein. Frau Schmidt ist voll bei der Sache. Ihre Körpersprache zeigt: Sie hat verstanden, wie wichtig es für ihren Alltag ist, Dinge zu ertasten und die Bewegungsfähigkeit ihrer Hände zu verbessern.

Weg vom Basteltanten-Image. „Wir sind weg vom Basteltanten-Image früherer Jahre“, sagt Ergotherapeutin Selchert. „Die Werktherapie ist ohnehin nur ein kleiner Teil unseres Arbeitsspektrums.“ Kernbereich der Ergotherapie ist das motorisch-funktionelle Training, zum Beispiel das Üben verschiedener Bewegungen des Rumpfes auf der Behandlungsbank mit dem Ziel, das selbstständige Aufstehen aus dem Bett zu erlernen. Ein weiterer wichtiger Bereich ist die Behandlung von Hirnleistungsstörungen. Darüber hinaus wird noch Selbsthilfe- und Haushaltstraining angeboten. In der Ergotherapie-Küche schneidet Frau Schuster Paprika. Wird sie es schaffen, ein einfaches Gericht zu kochen und wird sie dabei auch die Küchengeräte sicher bedienen können? Das muss



Die Kunst der Ergotherapie: Bei der Seidenmalerei lernt eine Patientin, wieder beide Hände zu benutzen.

der weitere Verlauf der Rehabilitation zeigen. Zu Hause werden diese Fähigkeiten von großer Bedeutung sein. Frau Schuster lebt allein und will kein „Essen auf Rädern“.

Angehörige schulen. In der Abteilung für Physikalische Therapie ist Masseurin Gabriele Völker gerade mit einer manuellen Lymphdrainage beschäftigt. Herr Fischer ist nach einem Oberschenkelhalsbruch in die Reha gekommen. Zudem leidet er unter Herzschwäche und hat Wasser in den Beinen. Gabriele Völker muss besonders vorsichtig vorgehen, das Herz des Patienten darf nicht überlastet werden. Mit sanften, kreisenden Massagebewegungen verschiebt die Therapeutin die Flüssigkeit aus dem Gewebe in die Lymphgefäße.

Ödeme hat Herr Fischer schon vor seinem Sturz gehabt „Es ist durchaus möglich, dass die dicken Beine mit Ursache für seinen Sturz waren“, sagt Chefärztin Brigitte Metz, die in

ihrem Reha-Team mit vier weiteren Ärzten zusammenarbeitet. „Dicke Beine können die Mobilität einschränken und Stürze begünstigen. Eine vorbeugende Lymphdrainage wäre bei diesem Patienten durchaus sinnvoll gewesen.“

Gabriele Völker legt einen Kompressionsverband an. Wenn seine Beine nach mehreren Therapiesitzungen dünner geworden sind, wird Herr Fischer Kompressionsstrümpfe bekommen. Seine Angehörigen werden vor seiner Entlassung in der Klinik geschult, damit beim täglichen Gebrauch der Strümpfe nichts schief geht.

Die Entlassung planen. Der Tag der Entlassung wird für jeden Patienten bis ins letzte Detail vorbereitet. Er bestimmt auch den Arbeitsalltag von Heiderose Götz vom Sozialdienst der Reha-Klinik. Immer wieder kommt es vor, dass Patienten eigene Möglichkeiten unmittelbar vor der Rückkehr ins alte Leben völlig falsch bewerten. „Wenn ich zu Hause bin, ist alles wie vorher, ich werde mein Leben wieder ohne Einschränkungen gut im Griff haben“, so hoffen sie. Eine fatale Fehleinschätzung, weiß Sozialarbeiterin Götz. Aufgabe des Reha-Teams ist es dann, die Patienten sensibel auf den Boden der Tatsachen zurück zu holen. Sie zeigen Grenzen auf, erläutern aber zugleich auch Chancen und Perspektiven.

Neuen Lebensmut schöpfen. Nicht jeder Patient überschätzt seine Möglichkeiten. Es gibt auch das andere Extrem: Menschen mit Depressionen, die körperlich alle Voraussetzungen hätten, ihr Leben wieder in die eigenen Hände zu nehmen, blicken kurz vor ihrer Entlassung aus der Reha verängstigt in die Zukunft: „Ich schaffe das nicht mehr, ich kann das nicht.“ Ängste abbauen, motivieren, auch das ist eine Aufgabe, die zum Arbeitsalltag des Teams gehört. Ein Viertel der Patienten, die im vergangenen Jahr in der Klinik für rehabilitative Geriatrie behandelt worden sind, hatten depressive Symptome. Chefärztin Brigitte Metz erzählt, dass depressive Patienten unter anderem durch die intensiven Gruppenerlebnisse während der Rehabilitation wieder Lebensmut schöpfen können. Sie erleben, dass es Menschen gibt, die ähnliche Probleme haben – und die aktiv etwas dagegen unternehmen. „Das kann bei unseren Patienten zu neuen und positiven Einsichten führen“, sagt Metz.

Entlassungen aus der Reha haben oft ihre eigene Dramaturgie. Zum Beispiel, wenn ein Vater andere Zukunftspläne als seine Kinder hat. Da gilt es, Gespräche zu führen und zu



Fit für den Alltag zu Hause: Krankenschwester Simone erklärt, wann welche Pille dran ist.

vermitteln, zuweilen zwischen Angehörigen, die jahrelang nicht mehr miteinander geredet haben. Der Vater wird entlassen, da müssten sich die Kinder doch zur Hilfe verpflichtet fühlen? „So einfach ist das nicht“, sagt Heiderose Götz. „Manchmal nutzen alle Bemühungen nichts, dann will das einfach nicht funktionieren.“

Bewegungsmuster wieder erlernen. Die überwiegende Mehrheit der Reha-Patienten und ihrer Angehörigen greift das Angebot der Klinik jedoch gerne auf. „Wir sind oft verblüfft, wie engagiert unsere Patienten mitmachen. Wenn wir sie erstmal überzeugt haben, dann ist vieles möglich“, berichtet die Leiterin der Physiotherapie Veronika Steinmetz.

Herr Berger ist ein Patient, der auf das Reha-Angebot vertraut. Nach einem Schlaganfall muss er sich alltägliche Bewegungsmuster in Erinnerung rufen: Wie bewältigt man eine Treppenstufe? Früher wäre das eine völlig abwegige Frage gewesen, heute ist es ein gravierendes Problem. Herr Berger hält sich an den Holmen eines Barren fest. Mit Hilfe der Physiotherapeutin soll er eine kleine Stufe überwinden. Erst das linke Bein hoch – das funktioniert problemlos, jetzt das rechte Bein – das will seit dem Schlaganfall nicht mehr richtig gelingen. Herr Berger bemüht sich, er bekommt Lob und Zuspruch von der Therapeutin und wird weiter trainieren, bis er den Bewegungsablauf wieder verinnerlicht hat. Wenn Herr Berger genügend Fortschritte gemacht und an Sicherheit gewonnen hat, wird er in einem Therapiegarten trainieren. Dort laufen die Patienten über Rasen, Waldboden und verschiedene Bodenplatten.

Die Lebensbedingungen berücksichtigen. Jeder Patient ist anders, jeder benötigt ein individuelles Therapiekonzept, das

immer wieder überprüft und angepasst werden muss. „Ein therapeutisches Standardprogramm gibt es bei uns nicht“, sagt Veronika Steinmetz. Immer wieder zeigt sich, dass Hintergrundwissen über die Lebensbedingungen der Patienten von besonderer Bedeutung ist. Es bringt wenig, wenn ein Patient mit Schulterproblemen am Ende seinen Oberkörper wieder gut bewegen kann, ihm aber die Kraft in den Beinen fehlt, um über mehrere Stufen zu seiner Haustür zu kommen. Genau beobachten – das gilt auch für den Einsatz von Hilfsmitteln. Der Rollator als Hilfe für Gehbehinderte muss nicht immer sinnvoll sein, erläutern die Therapeutinnen. Um ihn zu benutzen, brauchen Patienten Kraft und Beweglichkeit. „Manchmal“, sagt Veronika Steinmetz, „sind sie mit einem einfachen Stock als Gehilfe besser bedient.“

Chefärztin Brigitte Metz ist überzeugt, dass das Konzept der wohnortnahen geriatrischen Rehabilitation, wie es im Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe praktiziert wird, viele Vorteile hat. Nicht zuletzt deshalb, weil alte Menschen mit ihren oft eingeschränkten sozialen Kontakten leichter in der Klinik besucht werden können. „Wir dürfen bei unserer Arbeit in der Geriatrie ein Kernziel niemals aus den Augen verlieren“, sagt sie: „Es geht darum, den Jahren Leben zu geben, und nicht dem Leben Jahre.“

Christoph Fuhr ist Redakteur der Ärzte Zeitung in Neu-Isenburg. **Dirk Hoppe** ist Fotograf und Inhaber der Fotoagentur Netzhaut in Dortmund.

Qualität hat Vorrang: Konzeptioneller Rahmen für die geriatrische Rehabilitationsleistungen

Die geriatrische Rehabilitation ist eine spezifische Reha-Form für ältere, multimorbide und rehabilitationsbedürftige Patienten. Sie wird in den meisten Bundesländern von stationären Reha-Einrichtungen, gegebenenfalls auch ambulant durch wohnortnahe ambulante Einrichtungen erbracht. Sie ist eine zusätzliche Form neben der indikationsspezifischen Reha (beispielsweise der neurologischen Reha nach Schlaganfall). Das Gesetz sieht vor, dass Reha-Leistungen ambulant oder stationär erbracht werden. Seit dem 1. April 2007 ist die ambulante Rehabilitation in der Wohnung des Patienten möglich, laut GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ausdrücklich auch in stationären Pflegeeinrichtungen („mobile geriatrische Rehabilitation“).

Zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen qualitätsgerechten Rehabilitation sind auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation „Rahmenempfehlungen für die ambulante Rehabilitation“ vereinbart worden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben ergänzend Konkretisierungen zur geriatrischen Reha formuliert, so in den „Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation (1. Januar 2004)“ sowie in den „Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation (1. Mai 2007)“.

Alle Rahmenempfehlungen unter: aok-gesundheitspartner.de
Arbeitshilfe zur geriatrischen Reha: www.bar-frankfurt.de/Arbeitshilfen/bar
Quelle: AOK-Bundesverband