

„Qualitätsmanagement der Geriatrie in Brandenburg“



Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Brandenburg
&
Geriatriische Akademie Brandenburg e. V.

Konzept zum Qualitätsmanagement der Geriatrie in Brandenburg

Gliederung

Einleitung

Prinzipien Geriatrischer Medizin

Strukturqualität

Geriatrische Infrastruktur und medizinische Umgebung

Die Geriatrische Klinik / Abteilung

Struktur der Klinik / Abteilung

Geriatrische Klinik (Vollstationäre Behandlung)

Die Geriatrische Tagesklinik

Mögliche strukturelle Ergänzungen

- a) Mobile Rehabilitation
- b) Die geriatrische Institutsambulanz
- c) Ambulante geriatrische Rehabilitation
- d) Die Kurzzeitpflege mit rehabilitativen Angeboten
- e) Andere Strukturelemente einer vernetzten geriatrischen Versorgung

Therapeutische Bereiche

Organisatorische Sicherstellung der geriatrischen Teamarbeit

Sicherstellung der medizinischen Qualität innerhalb der Geriatrischen Klinik

Sicherstellung der geriatrischen Qualität in größeren Kliniken durch Kooperation zwischen den Abteilungen

Kooperationen

- Patientenauswahl für die Geriatrie
- Zeitpunkt der Verlegung in die Geriatrie
- Geplante Behandlungsabläufe

Raumstruktur

Krankenzimmer

- Geriatriegerechte Klingelanlage
- Fernseher
- Telefon

Therapieräume

- Physiotherapie
- Physikalische Therapie
- Ergotherapie
- Sprachtherapie
- Psychologie
- Sozialarbeit
- Seelsorge
- Besprechungsräume

Bewegungsflächen

Abstellräume

Personalstruktur

Stellenschlüssel

Qualifikationen

- Ärztlicher Dienst
- Pflegedienst
- Physiotherapie

Ergotherapie
Sprachtherapie
Psychologie
Sozialdienst
Seelsorge

Prozessqualität

Anwendung der Geriatriischen Standards

Teamarbeit

Multidimensionales Geriatriisches Assessment

Zielorientierung geriatrischen Handelns

Patientenzentrierte Vorgehensweise

Ganzheitliches Gesundheitsmanagement

Alltagsrelevanz

Wohnortnähe

Das Prinzip der Fall abschließenden Behandlung

Die aktivierende Pflege im Rehabilitationsprozess

Struktur der Kommunikations- und Entscheidungsprozesse

Tägliche Einsatzbesprechung

Teamkonferenz

Einbeziehung der Angehörigen

Hilfsmittelversorgung

Strukturierte Entlassungsvorbereitung

Information und Instruktion des Patienten

Information und Instruktion der Angehörigen

Diagnostisch-therapeutischer Hausbesuch

Qualitätsmanagement der Geriatrie in Brandenburg

Probeentlassung („Belastungsurlaub“)

Kommunikation und Kooperation mit den medizinischen Partnern der ambulanten Versorgung

Entscheidungen in ethisch schwierigen Situationen

Fallpauschalengesetz („DRG's“) und Geriatrie

Disease Management Programme und Geriatrie

Ergebnisqualität

Prä-Post-Vergleich

Feedback

Follow up - Untersuchungen

Zertifizierung

Weiterentwicklung

Anlagen

Entwurf „Geplanter Behandlungsablauf“ für die Diagnosen

Bein - Amputation

Herzinsuffizienz

Oberarmfraktur

Schenkelhalsfraktur und Endoprothese der Hüfte

Schlaganfall

Einleitung

Der demographische Wandel stellt unsere Gesellschaft in Deutschland in der Gesundheits- und Sozialpolitik vor gewaltige Herausforderungen. Dabei setzt sich immer mehr die Überzeugung durch, dass sich Problemlösungskonzepte für Teilbereiche ohne Sicht auf die Gesamtzusammenhänge für die Bewältigung dieser Aufgaben als ungeeignet erweisen. Die Geriatrie erhebt den Anspruch, für die immer größer werdende Zahl der älteren Patienten Konzepte zu entwickeln, die wesentlich zur Lösung des Gesamtproblems beitragen können. Dies bezieht sich sowohl auf das immer weiter zu optimierende Niveau der Versorgung als auch auf Minimierung der Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem.

Effektivität und Effizienz sind nur entscheidend zu steigern, wenn geriatrische, also ganzheitliche Behandlungsstrategien konsequent angewandt werden. Sie haben sich an der individuellen Problemkonstellation und an der Nachhaltigkeit der Versorgung zu orientieren. Erreicht werden können diese ehrgeizigen Ziele nur, wenn

- die Kompetenz der Versorgung in allen Teilen des Systems optimiert wird, die in verschiedenen Bereichen ein erschreckend niedriges Niveau aufweist (z.B.: Hilfsmittelversorgung oder Nutzung teilstationärer Angebote),
- eine konsequente Vernetzung der stationären und der ambulanten Angebote stattfindet, um zielgenau und patientennah zu arbeiten,
- die Behandlungsziele sich an der Selbstständigkeit und erreichbaren Lebensqualität im persönlichen Wohnumfeld der Patienten orientieren und
- in allen Strukturelementen des Systems eine langfristige Stabilisierung der Gesundheitssituation der Betroffenen angestrebt wird.

Hierzu fehlen oft die Kenntnisse, die Einstellung, die Erfahrung, aber auch die Instrumente.

Wesentliche Gesichtspunkte dieser Strategie sind in der Publikation „Geriatrie in Brandenburg“ als Geriatriekonzept Brandenburg beschrieben worden. In diesem Zusammenhang wurde auch ein umfassendes Qualitätsmanagement gefordert, das in dieser Broschüre konkretisiert werden soll.

In einer oft zitierten Arbeit hat Donabedian 1966 die Differenzierung in Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität erläutert. Deshalb möchten wir, die Arbeitsgemeinschaft Geriatrie in Brandenburg, auch für unser Konzept zum Qualitätsmanagement auf diese Einteilung zurückgreifen.

Prinzipien Geriatrischer Medizin

Die Grundlage geriatrischen Handelns bildet eine Reihe von Prinzipien, die insbesondere durch folgende Stichworte charakterisiert werden können:

- multiprofessionelle Teamarbeit
- multidimensionales geriatrisches Assessment
- Zielorientierung geriatrischen Handelns
- Patientenzentrierte Vorgehensweise
- ganzheitliches Gesundheitsmanagement
- Alltagsrelevanz und Wohnortnähe der medizinischen Aktivitäten

Auch hierzu verweisen wir auf das 2001 veröffentlichte „Geriatriekonzept Brandenburg“. Wesentliche Punkte sind noch einmal im Kapitel Prozessqualität beschrieben.

Strukturqualität

Geriatrische Infrastruktur und medizinische Umgebung

Die Geriatrische Klinik / Abteilung

Wichtigste Institutionen der Geriatrie in Brandenburg sind die Geriatrischen Kliniken. Sie sind entweder als Abteilungen größerer Krankenhäuser oder als eigenständige geriatrische Krankenhäuser organisiert, die dann eine enge Kooperation mit den Kliniken ihrer Umgebung pflegen.

Struktur der Klinik / Abteilung

Die Aufgabe der Geriatrischen Klinik ist die ganzheitliche Behandlung multimorbider älterer Patienten mit dem Ziel, die größtmögliche Selbstständigkeit trotz chronischer Krankheiten und Behinderung zu erlangen.

Obwohl der Geriatrischen Klinik verschiedene Behandlungsoptionen offen stehen (vollstationäre Therapie, Tagesklinik, ggf. auch andere), sollte die Behandlung in der Regel Fall abschließend erfolgen, dass heißt zur Reintegration in die häusliche Umgebung führen.

Die Geriatrische Klinik/ Abteilung sollte im Rahmen des abgestuften Geriatrischen Versorgungskonzeptes mindestens über folgende Strukturelemente verfügen:

- Geriatrische Klinik (Vollstationäre Behandlung)

Hier werden alle geriatrischen Patienten behandelt, die der ständigen ärztlichen und pflegerischen Präsenz bedürfen. Für akut schwerer Betroffene und instabile Patienten sollte die Möglichkeit der Intensivüberwachung bestehen, insbesondere auch für Patienten mit akutem Schlaganfall, wenn nicht eine solche Einrichtung („stroke unit“) in einer größeren Klinik zusammen mit anderen medizinischen Fachrichtungen betrieben wird. Hierbei ist dann die geriatrische Kompetenz in geeigneter Weise sicherzustellen.

- Die geriatrische Tagesklinik

Eine moderne Geriatrische Klinik ist ohne Tagesklinik kaum vorstellbar. Die Vorteile sind in der intensiven Einbeziehung des Wohnumfeldes in die therapeutischen Konzepte zu sehen, da sich die Patienten nachts und am Wochenende in ihrer eigenen Wohnung aufhalten. Ansonsten steht ihnen das gesamte diagnostische und therapeutische Spektrum der Geriatrischen Klinik zur Verfügung.

- Mögliche strukturelle Ergänzungen
 - a) Mobile Rehabilitation

In verschiedenen Modellprojekten hat sich die mobile Rehabilitation als wertvolle Ergänzung für ein geriatrisches Konzept erwiesen. Ein mobiles Team führt die Therapien in enger Koordination mit Hausarzt und Sozialstation in der Wohnung des Patienten durch. Hierbei können alltagsrelevante Probleme noch besser als in der idealtypischen Klinikatmosphäre einer Lösung zugeführt werden.

- b) Die geriatrische Institutambulanz

Da geriatrische Medizin eine außerordentlich große Menge von Kenntnissen und Erfahrungen erfordert, kann eine Institutambulanz in Zusammenarbeit mit dem ambulanten medizinischen Umfeld eine Reihe von Problemen lösen, die die Hausarztpraxis vor unüberwindliche Schwierigkeiten stellen würde. Eine Alternative hierzu wäre eine geriatrische Schwerpunktpraxis, die allerdings nicht direkt auf die Angebote der Klinik zurückgreifen könnte.

- c) Ambulante geriatrische Rehabilitation

Geriatrische Rehabilitation kann auch ambulant erfolgen. Die ambulante geriatrische Rehabilitation muss an eine Institution angegliedert sein, die über die notwendigen Kompetenzen verfügt, zum Beispiel: eine geriatrische Klinik, eine Geriatrische Rehabilitationsklinik oder eine Geriatrische Schwerpunktpraxis.

- d) Die Kurzzeitpflege mit rehabilitativen Angeboten

In einem vernetzten geriatrischen System, kann die Kurzzeitpflege, die grundsätzlich den Anspruch einer Aktivierung und Vorbereitung auf das Leben in der eigenen Wohnumgebung leisten soll, eine wichtige Rolle spielen. Wie bei den anderen Strukturelementen ist eine gute Definition der Schnittstellen von entscheidender Bedeutung für die Wirksamkeit.

- e) Andere Strukturelemente einer vernetzten geriatrischen Versorgung

Prinzipiell sind auch andere Strukturelemente innerhalb des geriatrischen Versorgungssystems denkbar, die aber obligat an den Kriterien Kompatibilität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu messen sind. Besonders die Wohnraumanpassung stellt eine wichtige Aufgabe dar.

Therapeutische Bereiche

Die Geriatrie ist wegen der Komplexität der Gesundheitsprobleme ihrer Patienten grundsätzlich auf die Arbeit in multiprofessionellen Teams angewiesen. Die einzelnen therapeutischen Bereiche (Physiotherapie einschließlich Physikalischer Therapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Psychologie, Sozialarbeit) müssen durch die Art ihrer Organisation sicherstellen, dass für die geriatrischen Patienten möglichst viel an therapeutischer Kapazität zur Verfügung gestellt wird.

Bei den in der Geriatrie eingesetzten Therapeuten sind profunde Kenntnisse des Geriatrie-Konzeptes und der internen Strukturen der Klinik unverzichtbar. Sie müssen zudem über die Kompetenzen verfügen, die im Abschnitt Ausbildungsstandards beschrieben ist. Ausnahmen von diesem Prinzip sind nur in Fällen einer kurzfristigen Vertretung denkbar.

Wenn innerhalb einer größeren Klinik die Organisation der therapeutischen Abteilungen nicht grundsätzlich schon der geriatrischen Klinik übertragen wird, ist ein Mitglied der jeweiligen Therapeutengruppe als Leiter bzw. als Koordinator der Arbeit in der Geriatrie zu benennen.

Organisatorische Sicherstellung der geriatrischen Teamarbeit

Die Personalstruktur einer geriatrischen Abteilung innerhalb einer größeren Klinik ist so zu organisieren, so dass die dort eingesetzten Mitarbeiter ihr Arbeitsfeld ausschließlich in der Geriatrie haben, damit die Mitglieder des Therapeutischen Teams ihre Arbeit optimal aufeinander abstimmen können. Dies ist bei häufig wechselndem Personal undenkbar.

Durchaus sinnvoll können dagegen Rotationen von Mitarbeitern zwischen einzelnen Abteilungen sein, wobei die Zugehörigkeit zur geriatrischen Abteilung wegen der notwendigen Kontinuität nicht unter einem Jahr betragen sollte.

Sicherstellung der medizinischen Qualität innerhalb der Geriatrie

Unabhängig von der Größe und Organisationsform des Krankenhauses ist eine für die umfassende Versorgung geriatrischer Patienten notwendige Kompetenz unverzichtbar. Diese wird für den ärztlichen Bereich sichergestellt durch die Schwerpunktweiterbildung „Geriatrie“ für das Fach Innere Medizin oder die Fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ für die Fächer Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie, Psychiatrie und Nervenheilkunde, über die mindestens die Ärztliche Leitung verfügen muss (s.u.). Dadurch ist gewährleistet, dass jede Geriatrie auf Kenntnisse und Erfahrungen auf folgenden medizinischen Gebieten im eigenen ärztlichen Team zurückgreifen kann, die die Grundlage geriatrischen Handelns bilden:

- Innere Medizin
- Neurologie
- Psychiatrie

sowie spezielle Bereiche insbesondere der Fächer

- Urologie (Inkontinenz)
- Orthopädie (muskuloskeletale Erkrankungen des Alters)
- Dermatologie (chronische Wunden)
- Traumatologie (Weiterbehandlung insbesondere von Frakturen)
- Pharmakologie (Pharmakokinetik und Pharmakodynamik im Alter sowie Polypragmasie)

Alle weiteren im Team nicht vorhandenen medizinischen Kompetenzen müssen durch klinik-interne oder externe Konsilärzte sichergestellt werden.

Sicherstellung der geriatrischen Qualität in größeren Kliniken durch Kooperation zwischen den Abteilungen

Geriatrische Abteilungen innerhalb von größeren Kliniken benötigen definierte Kooperationsregeln in einem klinikinternen Geriatriekonzept.

Dieses Konzept sollte Ergebnis einer detaillierten klinikinternen Abstimmung sein und schriftlich niedergelegt werden. Ziel ist die möglichst optimale Einbeziehung der verschiedenen medizinischen Kompetenzen des jeweiligen Hauses, die im Sinne eines umfassenden geriatrischen Gesundheitsmanagements genutzt werden sollen.

Die geriatrische Abteilung versteht sich hierbei als Koordinierungsinstanz aller in der Klinik behandelten multimorbiden Patienten. Deren Weiterversorgung in der Zeit nach dem Krankenhaus bildet dabei den Orientierungsrahmen aller Maßnahmen. Zweckmäßigerweise sollte die Geriatrische Klinik auch die Arbeit der therapeutischen Bereiche koordinieren.

0Besonderer Abstimmungsbedarf besteht erfahrungsgemäß zwischen der Geriatrischen Klinik und den Stationen bzw. Abteilungen für Intensivmedizin sowie akute Schlaganfälle (Stroke Unit), die unverzichtbar auch geriatrische Kompetenz benötigen. Hier empfiehlt es sich, die entsprechenden Stationen kollegial zusammen mit den Geriatern zu führen.

Von großer Wichtigkeit ist auch ein geriatrisches Konsilsystem, das als Unterstützung der Therapie der anderen Bettenführenden Abteilungen fungiert. Auch hier sollten die Grundlagen der Kooperation in einem klinikeigenen Konzept schriftlich festgehalten werden.

Für bestimmte Krankheiten sollten Standards der Zusammenarbeit sowohl klinikintern als auch in der Kooperation mit den Kliniken der Umgebung in so genannten „klinischen Pfaden“ festgelegt werden (s.u.).

Kooperationen

Um die Geriatrischen Kliniken und Tageskliniken innerhalb des Versorgungssystems optimal für die Patienten nutzen zu können, bedarf es einer engen Kooperation und Kommunikation mit ihrer medizinischen und sozialen Umgebung. Anzustreben sind vernetzte Systeme der Patientenversorgung sowie Kooperationsverträge mit anderen Kliniken und ambulanten Institutionen.

Innerhalb eines vernetzten Geriatrischen Systems ist die Zusammenarbeit insbesondere mit folgenden Institutionen wichtig:

- Krankenhäuser der Umgebung
- Niedergelassene Ärzte
- Sozialstationen und andere Institutionen der Hauskrankenpflege
- Niedergelassene Therapeuten wie
 - Physiotherapeuten
 - Ergotherapeuten
 - Sprachtherapeuten
 - Psychologen
- Hospize
- ambulante Beratungsstellen für die Gesundheits- und Sozialversorgung
- Beratungs- und Servicestellen für die Wohnraumanpassung
- regionale Selbsthilfegruppen

Als weitere wichtige Mitglieder in der vernetzten geriatrischen Versorgung sind die Institutionen der Langzeitpflege und Altenhilfe zu nennen:

- stationäre Pflege (Alten- und Pflegeheime),
- Tagespflege,
- Kurzzeitpflege,
- Verhinderungspflege,
- andere Pflegeinstitutionen.

Die Institutionen der geriatrischen Langzeitpflege (ambulant und stationär) sind ohnehin als Kooperationspartner für eine vernetzte Versorgung geriatrischer Patienten unverzichtbar.

Eine besondere Bedeutung kommt ihnen aber im Zusammenhang mit den kürzlich eingeführten Fallpauschalen auf der Basis der DRG's (Diagnosis Related Groups) zu, da eine weitere Verkürzung der Krankenhausverweildauern erwartet werden kann. Um die vielfach gefürchteten verfrühten Krankenhausentlassungen zu vermeiden, ist ein supportives System der Weiterversorgung essentiell, hier ist die Kurzzeitpflege ein besonders wichtiger Baustein.

Patientenauswahl für die Geriatrie

In der Geriatrischen Klinik sollten alle Patienten behandelt werden, die unter mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden (Multimorbidität) und der vollstationären Pflege bedürfen. Prinzipiell gibt es für die Patienten verschiedene Zugangswege in die Geriatrische Klinik:

- die Einweisung durch den Hausarzt,
- die Verlegung aus anderen Kliniken,
- die Einlieferung durch den Notarzt sowie
- die Selbsteinweisung von Patienten mit akuten Beschwerden.

In jeden Fall prüft der Aufnahmearzt der Geriatrischen Klinik noch einmal die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung und die eventuelle Möglichkeit der Therapie in der Tagesklinik, gemäß des Grundsatzes „teilstationär vor vollstationär“. Angestrebt werden gleiche Zugangsbedingungen für alle Geriatrien.

Zeitpunkt der Verlegung in die Geriatrie

Patienten, die in einer anderen Klinik aufgenommen wurden und mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Behandlung in der Geriatrischen Klinik profitieren, sollten möglichst frühzeitig dorthin verlegt werden. Hier ist die notwendige konsequente aktivierende Therapie für diese Klientel am besten sichergestellt. Bei einer verspäteten Verlegung in die Geriatrie müssen oft funktionelle Defizite durch Immobilisierung und versäumte Therapien erst mühsam wieder aufgeholt werden. Therapeutischen Aufwand und Verweildauer werden so unnötigerweise erhöht.

Geplante Behandlungsabläufe

In der Kooperation zwischen den Kliniken haben sich „Geplante Behandlungsabläufe“ (Synonyme: Klinische Pfade, Clinical Pathways,) als nützlich erwiesen. Sie fungieren als praktische Leitlinien auf der Basis der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse der medizinischen Profile der kooperierenden Kliniken.

Für typische Hauptdiagnosen geriatrischer Patienten wurden Formulierungsvorschläge erarbeitet. Sie liegen diesem Text als Anlage bei.

Dies gilt im Einzelnen für die Diagnosen:

- Amputation
- Herzinsuffizienz
- Oberarmfraktur
- Schenkelhalsfraktur
- Schlaganfall

Raumstruktur

Der umfassende ganzheitliche Therapieansatz in der Geriatrie führt zu der Notwendigkeit, die gesamte Umgebung in das therapeutische Konzept zu integrieren. Die Räumlichkeiten, in denen Geriatrie stattfindet, werden zu einem wichtigen therapeutischen Faktor. Zu berücksichtigen sind dabei folgende Prinzipien, die zum Teil nur bedingt gleichzeitig zu verwirklichen sind. Hier ist eine Abwägung der Prioritäten erforderlich:

- Barrierefreiheit
- ein die Aktivität und Kommunikation förderndes Ambiente
- ästhetisch ansprechende und Stimmungsaufhellende Umgebung
- Hilfen zur Orientierung in verschiedenen Dimensionen

In verschiedenen Punkten unterscheidet sich eine Geriatrische Klinik in ihrer Raumstruktur von herkömmlichen Krankenhäusern

Deshalb verlangt der Neubau oder Umbau einer geriatrischen Einrichtung zwingend die Einbeziehung der Mitglieder des therapeutischen Teams schon in einer frühen Planungsphase.

Alle Räume der Geriatrischen Klinik müssen grundsätzlich barrierefrei und rollstuhlgerecht ausgestattet sein.

Krankenzimmer

Die Zimmer der Geriatrischen Station erfordern einen erhöhten Raumbedarf. Dies resultiert aus nahezu immer vorhandenen Bewegungsstörungen der Patienten, die sich oft nur mit Hilfsmitteln (Rollstuhl, Rollator, Deltarad, Gehstock) vorwärts bewegen können. Außerdem ist es erforderlich, dass die Betten individuell gestellt werden können, d.h. entweder mit einer Längsseite oder der Stirnseite an die Wand.

Die Entscheidung für die Stellung des Bettes ist abhängig von dem individuellen Behinderungsprofil des Patienten und wird jeweils vom therapeutischen Team festgelegt.

Folgende Anhaltszahlen für die Größe der Patientenzimmer können zu Grunde gelegt werden:

- Einbettzimmer 16 m²
- Zweibettzimmer 20 m²
- Dreibettzimmer 24 m²

Jedes Krankenzimmer sollte außerdem über eine eigene Nasszelle verfügen. Diese sollte behindertengerecht aber platz sparend mit Toilette, Waschbecken und bodengleicher Dusche ausgestattet werden.

Weiterhin ist in allen Zimmern eine Sitzmöglichkeit in Form eines die aktive Sitzposition unterstützenden Stuhles für jeden Patienten vorzusehen, wobei die Patienten - je nach Notwendigkeit - im Rollstuhl oder in Stühlen am Tisch sitzend gelagert werden können. Der Tisch muss kippsicher und rollstuhlunterfahrbar sein, die Höhe sollte 74 cm betragen. Die Stühle müssen für geriatrische Patienten stabil sein und feste, möglichst gerade Unterstützungsflächen im Sitzbereich und im Rücken bieten. Zwei Drittel der Stühle benötigen stabile Seitenlehnen. Sie müssen leicht zu säubern sein.

Wichtig für das Training der Selbstständigkeit sind Aufenthaltsräume auf jeder Station. Dort erfahren die Patienten wieder Aktivitäten und soziale Interaktionen, die in Anbetracht der meist invalidisierenden Erkrankungen erst mühsam eingeübt werden müssen.

Wünschenswert sind Therapieräume auf den geriatrischen Stationen, um eine reibungslose Einbeziehung der Therapien in den Tagesablauf der Patienten zu unterstützen. Daneben sind Therapieräume in den verschiedenen therapeutischen Abteilungen erforderlich, wo auch spezielle Einrichtungen vorgehalten werden. Wo die einzelnen Therapien stattfinden, wird jeweils aktuell und in Abstimmung mit dem Team vom zuständigen Therapeuten festgelegt.

Geriatriegerechte Klingelanlage

Geriatrische Patienten haben ganz verschiedene Behinderungen, die sie bei der Bedienung einer Klingelanlage behindern. Dies sind insbesondere Einschränkungen

- der Handfunktionen (z. B. bei Rheuma),
- des Sehens,
- der kognitiven Funktion
- des Schriftverständnisses
- der Symbolfähigkeit sowie
- der Oberflächensensibilität.

Die Klingelanlage hat diesen Gegebenheiten Rechnung zu tragen mit Peripheriegeräten, die leicht zu verstehen sind, über große Buchstaben und Zahlen in der Aufschrift verfügen und auch mit eingeschränkter Handfunktion bedient werden können.

Fernseher

Aus dem modernen Krankenhaus sind Fernsehgeräte nicht mehr weg zu denken. Es sollte allerdings bei geriatrischen Patienten im Einzelfall geprüft werden, ob diese von einem im Patientenzimmer aufgestellten Fernsehapparat profitieren oder die erwünschte Aktivität hierdurch eher eingeschränkt wird.

Telefon

Für geriatrische Patienten hat die Kommunikation über das Telefon wegen der oft eingeschränkten sozialen Kontakte eine besondere Bedeutung. Leicht bedienbare Telefone auf den Stationen sind deshalb unverzichtbar. Wenn erforderlich ist auch das Training in der Bedienung durch die Ergotherapie oder durch die Pflege in das individuelle therapeutische Konzept zu integrieren.

Therapieräume

Für das therapeutische Team sind geeignete Therapieräume vorzuhalten:

Physiotherapie

Hier sind Therapiesäle so zu konzipieren, dass alle Therapeuten gleichzeitig mit ihren Patienten arbeiten können. Es müssen Einzel- aber auch Gruppentherapien möglich sein. Für störungsanfällige Patienten sind Einzeltherapieräume vorzuhalten.

Folgende Einrichtungsgegenstände gelten als Mindeststandard:

- höhenverstellbare Therapieliegen verschiedener Größen
- Stehbarren
- Gehbarren
- Grundausstattung mit Hilfsmitteln, insbesondere
 - Rollstühle
 - Rollatoren

Delta-Räder

diverse Therapiematerialien

diverse Lagerungsmaterialien in ausreichender Menge

Physikalische Therapie

- Hydrotherapie
- andere Einrichtungen der balneologischen Therapie

Wünschenswert ist ein Bewegungsbad.

Ergotherapie

Es sind Therapieräume für verschiedene therapeutische Ansätze vorzuhalten, insbesondere für

- sensomotorisches Assessment bzw. Training
- ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens) - Bad (Incl. Waschbecken, Dusche, Badewanne mit diversen Hilfsmitteln)
- ATL - Küche: KüchENZEILE, Herd, Spüle und Kühlschrank, Rollstuhlgeeignete Arbeitsflächen
- Raum für Arbeiten mit speziellen Therapiematerialien (z.B. Ton, Seidenmalerei)
- Raum zur Einzeltherapie für störungsanfällige Patienten.
- Erwünscht sind außerdem Ausstattung mit unterfahrbaren Werkbank mit Werkzeugen, mindestens einem großen Wasser- / Waschbecken, ausreichend verschleißbarem Stauraum für diverse Materialien.

Die Raumstruktur muss Einzel- und Gruppentherapien ermöglichen. In den Räumen der Ergotherapie ist auf eine gute Ausstattung mit Steckdosen zu achten.

Folgende Einrichtungsgegenstände gelten als Mindeststandard:

- höhenverstellbare Therapieliegen verschiedener Größen
- höhen- und winkelverstellbare Tische
- Materialien für das sensomotorische Training

- Grundausstattung mit Hilfsmitteln, insbesondere
 - Rollstühle
 - ATL-Hilfsmittel
 - Diverse Therapiematerialien

Wünschenswert ist die Ausstattung mit PC und entsprechender Software.

Sprachtherapie

In der Sprachtherapie ist für jeden Therapeuten ein einzelner Raum von ca. 20 m² vorzuhalten. Von besonderer Wichtigkeit ist ein guter Schallschutz. Darüber hinaus werden folgende Einrichtungsgegenstände benötigt:

- Tisch und Stühle für Therapien sowie für Gespräche mit Patienten und Angehörigen
- Computer, ggf. mit Spezialtastatur und Drucker
- hochwertiges Aufnahmegerät mit Mikrofon für die Diagnostik, Verbesserung der Eigenwahrnehmung, Stimm- und Artikulationsübungen
- Wandspiegel
- Liege für Entspannungstherapie
- Hocker
- Diagnostik- und Therapiematerialien für alle Bereiche der Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie
- Waschbecken
- Raum für Gruppentherapien (gemeinsame Nutzung mit anderen Therapiebereichen)
- Zugang zu einem Kühlschrank mit Tiefkühlfach

Psychologie

In der Psychologie ist für jeden Therapeuten ein einzelner Raum von ca. 20 m² vorzuhalten. Von besonderer Wichtigkeit ist ein guter Schallschutz. Darüber hinaus werden folgende Einrichtungsgegenstände benötigt:

- Tisch und Stühle für Gespräche mit Patienten und Angehörige
- Computer, ggf. mit Spezialtastatur
- Liege für Entspannungstherapie

Ein weiterer mit PC's ausgestatteter Raum für die Computergestützte Therapie ist wünschenswert.

Sozialarbeit

In der Sozialarbeit ist für jeden Mitarbeiter ein einzelner Raum vorzuhalten, in dem auch Platz für Gespräche mit mehreren Angehörigen vorhanden ist. Die Büroausstattung muss Raum für die notwendigen umfangreichen Informationsmaterialien bieten.

Seelsorge

Der Seelsorger benötigt einen ruhigen Raum, der Platz für Gespräche auch mit Angehörigen bietet.

Besprechungsräume

Eine enge Kommunikation und Kooperation innerhalb des therapeutischen Teams ist entscheidend für die Therapieerfolge. Erforderlich sind deshalb für Teamkonferenzen geeignete Besprechungsräume, möglichst auf den Stationen.

Bewegungsflächen

Das Krankheitsprofil geriatrischer Patienten ist in der Regel mit Einschränkungen der Mobilität verbunden. Deshalb sind in den meisten Fällen Hilfsmittel nötig, wie Rollstühle, Rollatoren oder Gehstützen. Die Bewegungsflächen auf den geriatrischen Stationen sind so zu gestalten, dass die Mobilität mit Hilfsmittel für jeden Patienten erleichtert wird.

Abstellräume

Geriatrische Stationen benötigen eine umfangreiche Ausstattung mit eigenen Hilfsmitteln. Diese werden in bestimmten Therapiephasen und vor einer definitiven Versorgung der Patienten mit eigenen Hilfsmitteln benötigt. Deshalb sind Räume zum Abstellen dieser Hilfsmittel von genügender Größe vorzuhalten. Vorzusehen sind 0,5 m² pro Bett.

Personalstruktur

Stellenschlüssel

Folgende Stellenschlüssel für das therapeutische Team sind als Standard zu fordern: (nach dem 4. Bericht zur Lage der älteren Generation der Bundesregierung)

	empfohlen	minimal	Bemerkungen
Ärzte	1:10	1:11	
Pflege	1:1,6	1:1,8	Tagesklinik: 1:5
Physiotherapie	1:10	1:12	
Massage, Balneotherapie	1:25	1:30	
Ergotherapie	1:11	1:15	
Sprachtherapie	1:35	1:40	eventuell auch höher *
Psychologie	1:40	1:40	
Sozialarbeit	1:45	1:50	
Seelsorge	1:100	1:100	
Diätassistenz	1:100	1:100	

* bei etablierter Diagnostik und Therapie von Dysphagien 1:30

Dabei ist zu beachten, dass nur ein vollständig besetztes, gut ausgebildetes und optimal motiviertes Team die beschriebenen Effekte für das langfristige Gesundheitsmanagement der geriatrischen Klientel sicherstellen kann. Einsparungen an der Besetzung des therapeutischen Teams oder Kompromisse in deren Ausbildung wären mittelfristig mit einer Erhöhung der Kosten im System verbunden.

Qualifikationen

Die äußerst differenzierten und komplexen Konzepte in der Geriatrie in Zusammenhang mit der regelmäßig vorliegenden Multimorbidität der Patienten erfordern eine qualitativ hochwertige Grundausbildung aller Berufsgruppen im therapeutischen Team, außerdem eine geriatricspezifische Zusatzausbildung.

Zu dem sind Weiterbildungen in bestimmten für ältere Patienten relevanten Techniken zwingend erforderlich.

Darüber hinaus werden eine Reihe von weiteren Qualifikationen empfohlen, die sehr nützlich bei der Bewältigung der Detailaufgaben sein können.

Grundsätzlich ist jeder Mitarbeiter in der geriatrischen Klinik bzw. Abteilung verpflichtet, seine Fort- und Weiterbildung in Eigeninitiative voranzutreiben. Den Kliniken wird dringend empfohlen, diese Weiterbildungen zu koordinieren und zu unterstützen; je nach Wichtigkeit der empfohlenen Maßnahme für das Therapiekonzept des Hauses sollte hier auch eine finanzielle Unterstützung erfolgen. Für die Mehrzahl der absolvierten Kurse werden eine Teilung der Kosten zwischen dem Mitarbeiter und der Klinik sowie eine Freistellung empfohlen.

Ärztlicher Dienst

Für die Leitung der Abteilung sind folgende Qualifikationen erforderlich:

Der leitende Arzt muss über die Schwerpunktweiterbildung Geriatrie oder die fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie verfügen.

Die Stellvertreter des leitenden Arztes sollten ebenfalls über die Schwerpunktweiterbildung Geriatrie oder die fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie verfügen.

Alle anderen in der Geriatrischen Klinik beschäftigten Ärzte sollen Berufs begleitend zusätzlich zu der ggf. stattfindenden Facharztweiterbildung eine Fortbildung in den relevanten geriatrischen Techniken und Fertigkeiten erhalten.

Notwendige Zusatzausbildungen aller in der geriatrischen Klinik beschäftigten Ärzte:

- Grundkurs Handling, Facilitation und Lagerung von geriatrischen Patienten mit komplexen Bewegungsstörungen

Für alle Ärzte empfohlene Zusatzausbildungen:

- BOBATH - Ärztekurs
- Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie neuropsychologischer Störungen (HODT)
- Umgang mit Demenz-Kranken
- Behandlung chronischer Wunden
- Kurs „Grundlagen der Hilfsmittelversorgung in der Geriatrie“

- Sprach- und Sprechstörungen
- Dysphagie
- Ernährungsprobleme bei älteren Menschen
- Entlassungsmanagement
- Angehörigenarbeit
- Sterbebegleitung
- Konflikt- und Beschwerdemanagement
- Verschlüsselung von Leistungen nach den DRG's

Pflegedienst

Die Pflegedienstleitung sowie die stellvertretende Pflegedienstleitung einer geriatrischen Abteilung oder Klinik sollten neben der entsprechenden Berufs- und Leitungserfahrung über folgende Kompetenzen und Erfahrungen verfügen:

- Mindestens zweijährige Erfahrung in einer geriatrischen Abteilung oder gleichwertige Qualifikation, Leitungserfahrung, Weiterbildung zur Pflegedienstleitung oder einen mit Erfolg abgeschlossenes Studium in den Bereichen Pflegemanagement / Pflegewissenschaften, praktische Erfahrungen und Fertigkeiten sowie theoretische Kenntnisse in der Geriatrie.
- Fundierte Kenntnisse der geriatrischen Pflege, insbesondere aktivierende Pflegetechniken, Organisation eines Personen zentrierten Pflegesystems (z. B. Bereichs- oder Bezugspflege) sowie Kompetenzen innerhalb des Pflegeteams und Team übergreifend in den Bereichen Kooperation, Koordination und Kommunikation.

Personalmanagement, Personalentwicklung und Personaleinsatzplanung gehört zu den zentralen Aufgaben der Pflegedienstleitung in der Geriatrie.

Das Interesse an und die Verpflichtung zu permanenter Weiterentwicklung und Weiterbildung der eigenen Person, der Mitarbeiter und der Organisation sind unerlässlich.

Die Pflegedienstleitung sollte die Entwicklung des Therapeutischen Teams aktiv prägen und an dessen Weiterentwicklung mitwirken.

Alle anderen in der Geriatrischen Klinik beschäftigten Pflegekräfte sollten Berufs begleitend eine kontinuierliche Fortbildung in den relevanten geriatrischen Pflegetechniken erhalten.

Notwendige Zusatzausbildungen für alle in der geriatrischen Klinik beschäftigten Pflegekräfte:

- Grundkurs der Aktivierung, Facilitation und Lagerung von geriatrischen Patienten mit komplexen Bewegungsstörungen nach dem Bobath-Konzept

Qualitätsmanagement der Geriatrie in Brandenburg

Für Pflegekräfte in Leitungspositionen obligatorische (und für alle anderen Pflegekräfte empfohlene) Zusatzausbildungen:

- Grundkurs zur Nahrungsaufnahme bei Patienten nach Schlaganfall in Anlehnung an die Facio-Orale Therapie (FOT)
- Neuropsychologische Störungen im Alltag der Pflege
- Umgang mit Demenz-Kranken

Für alle Pflegekräfte empfohlene Zusatzausbildungen:

- Professionelle Pflegeplanung auf der Basis eines der Klientel entsprechenden Pflegemodells
- Ernährungsprobleme bei älteren Menschen
- Basale Stimulation
- Kinästhetik
- Behandlung chronischer Wunden
- Angehörigenarbeit
- Konflikt- und Beschwerdemanagement
- Beratende Gesprächsführung
- Entlassungsmanagement
- Sexualität und Intimsphäre in der Pflegebeziehung
- Sterbebegleitung
- Rechtliche Aspekte der Pflege
- DRG's in der Pflege

Physiotherapie

Für die Leitung der Abteilung sind folgende Qualifikationen erforderlich:

- staatliche Anerkennung als Physiotherapeut / Krankengymnast
- mindestens 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut in einer Geriatrie oder Rehabilitationseinrichtung, in diesem Fall mindestens 1 Jahr Erfahrungen auf dem Gebiet der Geriatrie

Notwendige Zusatzausbildungen aller in der Geriatrischen Klinik beschäftigten Physiotherapeuten:

- Grundkurs der Therapie, Facilitation und Lagerung von Patienten mit Schlaganfall nach dem Bobath-Konzept
- Grundkurs „Normale Bewegung“
- Kurs „Grundlagen der Hilfsmittelversorgung in der Geriatrie“

Für alle Physiotherapeuten empfohlene Zusatzausbildungen:

- Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie neuropsychologischer Störungen (HODT)
- Bobath-Aufbaukurs
- Lymphdrainage
- Manuelle Therapie
- Umgang mit Demenz-Kranken
- Grundkurs zur Nahrungsaufnahme bei Patienten nach Schlaganfall in Anlehnung an die Facio-Orale Therapie (FOT)

Ergotherapie

Für die Leitung der Abteilung sind folgende Qualifikationen erforderlich:

- staatliche Anerkennung als Ergotherapeut
- mindestens 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Ergotherapeut in einer Geriatrischen Klinik oder Rehabilitationseinrichtung, in diesem Fall mindestens 1 Jahr Erfahrungen auf dem Gebiet der Geriatrie.
- Grundkurs der Therapie, Facilitation und Lagerung von Patienten mit Schlaganfall nach dem Bobath-Konzept
- Kenntnisse und Erfahrung auf dem Gebiet der Hilfsmittelversorgung und Wohnraumanpassung

Notwendige Zusatzausbildungen aller in der Geriatrischen Klinik beschäftigten Ergotherapeuten:

- Grundkurs der Therapie, Facilitation und Lagerung von Patienten mit Schlaganfall nach dem Bobath-Konzept
- Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie neuropsychologischer Störungen (HODT)
- Grundkurs zur Nahrungsaufnahme bei Patienten nach Schlaganfall in Anlehnung an die Facio-Orale Therapie (FOT)

Für alle in einer Geriatrischen Klinik beschäftigte Ergotherapeuten empfohlene Zusatzausbildungen:

- Kurs der Behandlung von Patienten mit Schlaganfall nach Perfetti
- Kurs der Therapie von Wahrnehmungsstörungen bei Patienten mit Schlaganfall nach Affolter
- Umgang mit Demenz-Kranken
- Dysphagie
- Kurs „Grundlagen der Hilfsmittelversorgung in der Geriatrie“

Sprachtherapie

Für alle Mitarbeiter der Abteilung sind folgende Qualifikationen erforderlich:

- staatliche Anerkennung als Logopäde, Sprachheilpädagoge oder in einer anderen Ausbildung gleichwertiger sprachtherapeutischer Berufe, sofern sie eine fundierte Ausbildung in den für die Aufgabe erforderlichen Kenntnissen und Fertigkeiten einschließt.
- erwünscht: Erfahrungen auf dem Gebiet der Geriatrie, der unterstützten Kommunikation und der spezifischen Hilfsmittelversorgung

Für die Leitung der Abteilung sind zusätzlich folgende Qualifikationen erforderlich:

- Erfahrungen in der Behandlung von Aphasien, Sprechapraxien, Dysarthrien sowie von Schluckstörungen
- mindestens 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sprachtherapeut an einer geriatrischen oder anderen geeigneten Einrichtung.

Notwendige Zusatzausbildungen aller in der Geriatrischen Klinik beschäftigten Sprachtherapeuten:

- Grundkurs zur Therapie von Dysphagien bei Patienten mit erworbenen neurologischen Erkrankungen
- Grundkurs Handling, Facilitation und Lagerung von geriatrischen Patienten mit komplexen Bewegungsstörungen
- Ernährungsprobleme bei älteren Menschen
- Umgang mit Demenz-Kranken

Für alle Sprachtherapeuten empfohlene Zusatzausbildungen:

- Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie neuropsychologischer Störungen (HODT)

Psychologie:

Für alle Mitarbeiter der Abteilung sind folgende Qualifikationen erforderlich:

- abgeschlossene Hochschulausbildung für das Fach Psychologie

Für die Leitung der Abteilung sind zusätzlich folgende Qualifikationen erforderlich:

- abgeschlossene Ausbildung für Klinische Neuropsychologie oder gleichwertige Ausbildung
- mindestens 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer Geriatrischen Klinik oder Rehabilitations-einrichtung.
- Kenntnisse auf dem Gebiet der Gerontopsychiatrie

Notwendige Zusatzausbildungen aller in der Geriatrischen Klinik beschäftigten Psychologen:

- Gesprächsführung (u. a. supportive Gesprächstechniken) als Grundlage für Krankheitsbewältigung, Angehörigenarbeit / -beratung, Krisenintervention
- neuropsychologische Diagnostik und Therapie
- psychotherapeutische Techniken
- Kenntnisse der Entwicklungspsychologie des Alters
- Spezielle Kenntnisse in Diagnostik und Therapie bei Demenzerkrankungen
- Entspannungstherapien
- Sterbebegleitung
- Grundkurs Handling, Facilitation und Lagerung von geriatrischen Patienten mit komplexen Bewegungsstörungen
- Gesprächstherapie

Eine regelmäßige externe Supervision wird empfohlen.

Sozialdienst:

Für alle Mitarbeiter der Abteilung sind folgende Qualifikationen erforderlich:

- abgeschlossene staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge

Für die Leitung der Abteilung sind zusätzlich folgende Qualifikationen erforderlich:

- mindestens 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer Geriatrie oder einer gleichwertigen Einrichtung
- Besondere Erfahrungen und Kenntnisse in der Angehörigenarbeit einschließlich Gesprächsführung

- Kenntnisse und Erfahrung auf dem Gebiet der Hilfsmittelversorgung und Wohnraumanpassung
- Grundausbildung Case-Management
- profunde Kenntnisse in den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen

Notwendige Zusatzausbildungen alle in der Geriatrischen Klinik beschäftigten Sozialarbeitern:

- Grundkurs Handling, Facilitation und Lagerung von geriatrischen Patienten mit komplexen Bewegungsstörungen
- Umgang mit Demenz-Kranken

Seelsorge:

Für die Seelsorge in der Geriatrie sind folgende Qualifikationen erforderlich:

- Abgeschlossenen Ausbildung in therapeutischer Seelsorge oder gleichwertige Ausbildung

Notwendige Zusatzausbildungen für alle in der geriatrischen Klinik beschäftigten Seelsorger:

- Grundkurs Handling, Facilitation und Lagerung von geriatrischen Patienten mit komplexen Bewegungsstörungen
- Umgang mit Demenz-Kranken

Prozessqualität

Anwendung der Geriatrischen Standards

Die Konzepte der Geriatrie unterschieden sich in einigen Punkten wesentlich von denen der herkömmlichen Medizin. Die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale wurden in der Publikation „Geriatrie in Brandenburg“ ausführlich erläutert und sollen hier noch einmal umrissen werden.

Teamarbeit

Die Komplexität des multimorbiden geriatrischen Patienten erfordert die Kompetenz einer ganzen Reihe von Professionen, die für die umfassende Darstellung der bestehenden Probleme eines Patienten als auch für die therapeutische Intervention benötigt werden. Zu diesem „multiprofessionellen therapeutischen Team“ in der Geriatrie gehören:

- Arzt
- Krankenpflege

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Sprachtherapie
- Psychologie
- Sozialarbeit sowie
- Seelsorge.

Erst durch die Verknüpfung der Kompetenzen dieser Berufsgruppen kann eine geriatrische Institution wirksam agieren.

In Abhängigkeit von der speziellen Struktur der einzelnen Klinik gehören noch andere Berufsgruppen direkt oder durch Konsilleistungen zum therapeutische Team in der Geriatrie, beispielsweise sind dies

- Diätberatung
- Musiktherapie
- Kommunikationstherapie
- Kunsttherapie

Für das in der Geriatrie eminent wichtige Gebiet der Hilfsmittelversorgung wird außerdem die Kompetenz der Orthopädietechnik hinzugezogen.

Multidimensionales Geriatriches Assessment

Um für jeden Patienten ein Optimum an Lebensqualität trotz Krankheit und Behinderung zu erreichen, ist eine genaue Analyse sämtlicher Begleitumstände erforderlich. Dieses „multidimensionale geriatrische Assessment“ umfasst folgende Punkte:

- Anamnese und körperlicher Status
- Psychischer Status
- Subjektives Befinden
- Medizinische Daten
- ATL-Status
- Mobilität
- Kommunikationsfähigkeit
- Wohnverhältnisse
- Soziales Umfeld
- Ökonomischer Status

Insgesamt ist das geriatrische Assessment als ein Prozess zu verstehen, in dem unter Einbeziehung aller Teammitglieder sowie des Patienten und seiner Angehörigen ein plastisches Bild der Lage entsteht, aus dem die Zielstellung der Behandlung abgeleitet werden kann.

Zielorientierung geriatrischen Handelns

Aus dem beschriebenen Prozess des Assessments werden im Dialog aller Berufsgruppen Vorschläge für Behandlungsziele abgeleitet, die mit dem Patienten und seinen Angehörigen besprochen werden.

Aus dieser Kommunikation ergeben sich die endgültigen Behandlungsziele, die für die weitere Therapie Ziel führend sind. Diese sind in den Akten zu dokumentieren.

So entsteht für jeden Patienten ein individuelles umfassendes Konzept für sein Gesundheitsmanagement, das sich auch am Lebensumfeld und dem Wertesystem des Patienten orientiert.

Patientenzentrierte Vorgehensweise

Alle medizinischen Maßnahmen erfolgen grundsätzlich nicht Symptom-, sondern Patienten-zentriert. Das heißt, dass alle pathologischen Untersuchungsergebnisse und Normabweichungen nur dann zu einer Intervention führen, wenn Selbstständigkeit und Lebensqualität der Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit hierdurch verbessert werden.

Erfahrungsgemäß benötigen Geriatrische Patienten wegen der intensiven physischen und emotionalen Belastungen an den Wochenenden in der Regel eine Pause von den regulären Therapiemaßnahmen. Die Kontinuität der Rehabilitation wird in dieser Zeit durch die aktivierende Pflege sichergestellt.

Ganzheitliches Gesundheitsmanagement

Alle medizinischen Maßnahmen bei geriatrischen Patienten erfolgen grundsätzlich auf der Basis des aktuellen medizinischen Wissens. Die relevanten Leitlinien bilden also die Grundlage der Therapieentscheidung, müssen aber angesichts von Multimorbidität und der komplexen Gesamtsituation individuell für den einzelnen Fall bewertet werden („Ganzheitliches Gesundheitsmanagement“). Bei geriatrischen Patienten ergeben sich hieraus oft von der schematischen Empfehlung abweichende Konsequenzen, die aber im individuellen Kontext sinnvoll und notwendig sind.

Alltagsrelevanz

Therapeutische Entscheidungen bei geriatrischen Patienten müssen sich immer an der individuellen Lebenssituation des Betroffenen orientieren. So ist zum Beispiel der Interventionsbedarf bei Sprachstörungen auch vom Kommunikationsbedürfnis des betroffenen Patienten abhängig.

Das Training in der Physiotherapie richtet sich auch nach den auf dem Weg zur Wohnung zu überwindenden Treppen und die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels für die Mobilität nach dem üblichen Bewegungsradius des behinderten älteren Menschen.

Wohnortnähe

Die Forderung nach der Alltagsrelevanz aller medizinischen und therapeutischen Konzepte erfordert auch Behandlung in Wohnortnähe des Patienten. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Zum einen ist die Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Therapiekonzepte für geriatrische Patienten obligatorisch und für einige Krankheitsbilder (zum Beispiel: Schlaganfall) auch in der positiven Wirkung auf die Genesung wissenschaftlich nachgewiesen.

Zum anderen ist die in der Geriatrie unverzichtbare komplexe Entlassungsvorbereitung, die je nach Notwendigkeit einen diagnostisch-therapeutischen Hausbesuch, eine Probenentlassung oder die Wohnraumanpassung umfassen kann, bei einer größeren Entfernung der Klinik von der Wohnung kaum durchführbar.

Das Prinzip der Fall abschließenden Behandlung

Wegen des komplexen Therapieansatzes mit dem Ziel der Re-Integration in die häusliche Umgebung agiert die klinische Geriatrie grundsätzlich Fall abschließend. Von diesen Prinzipien soll nur in begründeten Sonderfällen abgewichen werden.

Die aktivierende Pflege im Rehabilitationsprozess

Bei der in der Geriatrie obligaten Aktivierung des Patienten spielt die Pflege eine entscheidende Rolle. Sie hat in der Geriatrie einen originär therapeutischen Auftrag und trägt die wesentliche Verantwortung für das „24-Stunden-Konzept der Aktivierung“. Alle Tagesaktivitäten, die dem Patienten zugemutet werden können, muss er so weit wie möglich selbst übernehmen, sei es noch ungeschickt, mit großem Zeitaufwand, mit erträglichen Schmerzen oder anderen zumutbaren Schwierigkeiten. Nur so erlernt er, trotz der gesundheitlichen Einschränkungen und Behinderungen, Kompetenz in seinen Alltagsaktivitäten. Streng vermieden werden sollte „die Erziehung zur Passivität“.

Struktur der Kommunikations- und Entscheidungsprozesse

Der Therapieerfolg in der Geriatrie hängt angesichts der Komplexität der Erkrankung jedes einzelnen Patienten entscheidend von der guten Kommunikation im Team ab. Erforderlich ist deshalb ein obligates System von Besprechungen und Teamkonferenzen, das mindestens folgende Strukturelemente umfasst:

Tägliche Einsatzbesprechung

Hier werden auf der Station unter Einbeziehung möglichst aller Berufsgruppen aktuelle Informationen über Patienten kommuniziert und kurzfristige taktische Entscheidungen getroffen.

Teamkonferenz

Diese findet mindestens wöchentlich statt und stellt das Forum für die Erarbeitung bzw. Modifikationen von Therapiezielen auf der Basis eines umfassenden geriatrischen Assessments und des laufenden Therapieprozesses dar. Die Anwesenheit des gesamten Therapeutischen Teams ist hier unverzichtbar.

Eine gute Dokumentation der Informationen und Absprachen (einschließlich der Behandlungsziele) bildet den Entscheidungsprozess ab und ist auch als Leistungsnachweis wichtig.

Einbeziehung der Angehörigen

Entscheidenden Einfluss auf die Lebenssituation in der Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt haben Angehörige und andere Bezugspersonen. Sie werden deshalb als „externe Teammitglieder“ betrachtet und von Beginn des Klinikaufenthaltes an so weit wie möglich in alle Aktivitäten einbezogen. Dabei geht es ebenso um Alltagsfragen, wie die Unterstützung des Patienten in allen Lebensbereichen, wie auch um die Sicherung der durch die Krankheit gestörten sozialen Beziehungen. Die Erkenntnis, dass nichts wieder so sein wird, wie es einmal war, trifft die Angehörigen meist genauso hart wie den Patienten. Deren Sorgen und Nöte sind als wesentlicher Anteil der Gesamtproblematik zu identifizieren. Oft kommt es deshalb zu heftigen emotionalen Reaktionen, die eine verständnisvolle Kommunikation und Beratung erfordern.

Hilfsmittelversorgung

Hilfsmittel spielen in der Geriatrie eine äußerst wichtige Rolle. Sie ergänzen die kurative und rehabilitative Behandlung und stellen so eine weitgehende Selbständigkeit trotz Behinderung sicher. Die Wahl der richtigen Hilfsmittel ist nicht nur von den Behinderungen des Betroffenen abhängig, sondern auch von seinem intellektuellen Vermögen und der prämorbidem Leistungsfähigkeit. Außerdem müssen das Umfeld (z.B. die Wohnung) und die Möglichkeiten der sozialen Unterstützung beachtet werden. Von besonderer Bedeutung ist hierbei das Prinzip der Förderung von Selbständigkeit. Eine Überversorgung führt eher zu einer Behinderung des Patienten.

Die Komplexität der Hilfsmittelversorgung macht abhängig vom individuellen Fall eine Einbeziehung verschiedener Berufsgruppen erforderlich. Hierzu gehören:

- Arzt,
- Pflegepersonal,
- Physiotherapeuten,
- Ergotherapeuten,
- Rehabilitationstechniker sowie
- Patient und Angehörige.

Je nach Notwendigkeit können auch andere Berufsgruppen diese „Hilfsmittelkonferenz“ ergänzen.

Um den täglichen Gebrauch eines Hilfsmittels sicherzustellen, müssen der Patient, aber auch die Angehörigen schon während des Klinikaufenthaltes intensiv mit dem Umgang vertraut gemacht werden. Zu beachten ist auch, dass sich in der Wohnumgebung oft ganz andere Schwierigkeiten zeigen als in der Trainingssituation einer idealisierten Umgebung im Krankenhaus.

Auch für eine Ökonomisierung der Krankenversorgung spielt eine optimale aber sparsame Hilfsmittelversorgung eine eminent wichtige Rolle. Nutzlose und nicht genutzte Hilfsmittel erreichen jährlich einen Gewinnwert von mehreren Milliarden Euro, die an anderer Stelle fehlen.

Strukturierte Entlassungsvorbereitung

Alle an der vernetzten geriatrischen Versorgung beteiligten Institutionen sind einem gemeinsamen Ziel verpflichtet, nämlich der größten erreichbaren Selbständigkeit und Lebensqualität des Patienten, trotz chronischer Krankheit und Behinderung. Die in der Klinik und Tagesklinik getroffenen Maßnahmen müssen sich an der Frage messen lassen, ob die gewählten Konzepte sich in der häuslichen Umgebung des Patienten bewähren.

Eine umsichtige und multidimensionale Entlassungsvorbereitung ist deshalb von größter Wichtigkeit. Dabei stehen dem Geriatrischen Team schon in der Klinik besondere Maßnahmen zur Verfügung. Dies sind unter anderem:

Information und Instruktion des Patienten

Für die künftige Lebensqualität des chronisch kranken multimorbiden Patienten ist seine optimale Information über die Zusammenhänge zwischen chronischer Krankheit und Lebensführung von entscheidender Bedeutung. Im Idealfall wird der Patient zum „Experten in den eigenen Krankheiten“. Bei dem hierfür notwendigen Dialog mit dem Patienten müssen dessen Wertesysteme, das intellektuelle Niveau und die Kommunikationsfähigkeit beachtet werden. In vielen Fällen bewährt sich ein Hausübungsprogramm, das zum Beispiel einfache gymnastische Übungen oder Maßnahmen zur Konditionierung (z. B. tägliche Spaziergänge) enthalten kann.

Information und Instruktion der Angehörigen

Die wichtigsten Personen für den Patienten für die Zeit nach dem Krankenhaus stellen seine Angehörigen dar. Auch sie bedürfen der genauen Information über die Zusammenhänge der Krankheiten. Ihre Sorgen und Zukunftsängste stellen ebenso hohe Anforderungen an die Kommunikationstechniken der Klinikmitarbeiter wie ihre nicht selten zu ertragenden negativen Emotionen, wie Wut, Verzweiflung und Schuldzuweisung. Oft können die Weichen für die Zukunft der Patienten nur positiv gestellt werden, wenn es gelingt, die Angehörigen zu ermutigen und sie für eine konstruktive Mitarbeit zu gewinnen. Wichtige Funktionen in diesem Kontext haben Beratungsgespräche, Informationsmaterialien und die Teilnahme an therapeutischen Sitzungen.

Diagnostisch-therapeutischer Hausbesuch

Die Wohnung ist der Schlüsselpunkt bei der Frage, ob ein Patient trotz bleibender Behinderungen ein selbständiges Leben führen kann oder nicht.

In vielen Fällen reicht die bloße Beschreibung der Wohnverhältnisse nicht aus, so dass ein Hausbesuch mit einer genauen Dokumentation aller Problemzonen erfolgen muss. Durchgeführt wird dieser Hausbesuch von einem der Teammitglieder gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen, wobei alle relevanten Bereiche (Altersaktivitäten, Mobilität, Pflegbarkeit) beurteilt werden. Die Adaptation von Patient, Hilfsmitteln und Wohnumgebung wird exakt protokolliert und bietet wertvolle Aufschlüsse für die weiteren Therapieziele bis zur endgültigen Entlassung.

Probeentlassung („Belastungsurlaub“)

Viele theoretische Überlegungen bezüglich der Selbständigkeit des Patienten und der Hilfsmittelversorgung können anhand einer Probeentlassung (meist über Nacht) in die häusliche Umgebung des Patienten bestätigt oder widerlegt werden. Die vielen wertvollen Erkenntnisse rechtfertigen den hohen organisatorischen Aufwand dieser Maßnahme, die gerade bei geriatrischen Patienten drohenden raschen Wiedereinweisung („Drehtürmedizin“) wirkungsvoll begegnet.

Kommunikation und Kooperation mit den medizinischen Partnern der ambulanten Versorgung

Eine erfolgreiche Krankenhausentlassung und Reintegration in die häusliche Umgebung ist nur dann gewährleistet, wenn alle Beteiligten über die besonderen Probleme des Patienten informiert werden und die therapeutischen Konzepte ohne Brüche weiterverfolgt werden können. Dabei ist eine exakte telefonische Kommunikation noch während der Behandlung zwischen den Partnern der klinischen und ambulanten Versorgung (Arzt, Pflegebereich, Therapeut) erforderlich. Aussagekräftige Epikrisen und Therapieberichte müssen zeitnah (In der Regel am Tag der Klinikentlassung) zur Verfügung gestellt werden.

Wünschenswert, aber wegen terminlicher Schwierigkeiten eher selten zu realisieren, wäre eine persönliche Informationsweitergabe an die ambulant tätigen Kollegen unter Einbeziehung des Patienten.

Viele ältere Patienten werden nicht in geriatrische Abteilungen eingewiesen oder verlegt, weil mangelnde Kenntnisse über die dortigen Therapiemöglichkeiten bestehen. Aktivierende Pflege, konsequente Mobilisierung und ausgefeilte Behandlungskonzepte der verschiedenen Therapeutengruppen können aber selbst solche Patienten mit einer weitgehenden Selbständigkeit ausstatten, die früher als „Langlieger“ chronisch immobilisiert wurden. Hier ist ein kontinuierlicher Dialog zwingend erforderlich.

Entscheidungen in ethisch schwierigen Situationen

Das hohe Alter und die Multimorbidität der Patienten bringt es mit sich, dass die Geriatrie häufig in Grenzsituationen medizinischen Handelns kommt. Fragen wie:

- Soll angesichts einer offensichtlich fehlenden Lebensqualität das Leben künstlich verlängert werden?
- Soll ein bestimmter gefährlicher Eingriff durchgeführt werden, wenn anders keine für den Patienten befriedigende Lebensqualität wiederhergestellt werden kann?
- Darf die Nahrungsverweigerung eines Patienten bei zweifelhafter Entscheidungsfähigkeit akzeptiert werden?

stellen das Team der Geriatrie immer wieder vor äußerst schwierige Entscheidungsprozesse.

Wichtigster Orientierungspunkt in einer solchen Situation ist immer der mutmaßliche Wille des Patienten. Sollte der Patient eine Patientenverfügung verfasst haben, was jedem älteren Menschen empfohlen werden kann, so können dieser wertvolle Hinweise für die weitere Vorgehensweise entnommen werden. Aber auch Kommunikation mit den Angehörigen, dem Hausarzt und anderen für den Patienten wichtigen Ansprechpartnern sind für eine umfassende Würdigung unverzichtbar.

Die verschiedenen Aspekte sollten im therapeutischen Team offen diskutiert werden, so dass die Last der Entscheidung auf mehreren Schultern ruht. Angesichts unterschiedlicher Persönlichkeiten und Wertesysteme der Patienten kann jede Entscheidung immer nur für den Einzelfall gelten.

Allgemein gilt der Grundsatz, dass keinem älteren Patienten nur aufgrund seines Lebensalters irgendeine Therapie versagt werden darf; aber angesichts der offensichtlichen Endphase eines Lebens ist jede medizinische Intervention mit Augenmaß und Fingerspitzengefühl einzusetzen.

Unabhängig von der medizinischen Versorgung findet jeder Patient in der Geriatrie Trost und Beistand. Dies gilt insbesondere auch für sterbende Patienten. Das Prinzip der möglichst optimalen Lebensqualität gilt also auch in der letzten Lebensphase.

Fallpauschalengesetz („DRG's“) und Geriatrie

Auch Geriatrie Kliniken sind dem neuen Entgeltsystem nach dem Fallpauschalengesetz auf der Grundlage „Diagnosis Related Groups“ (DRG's) unterworfen. Nachdem in den letzten Monaten hier wesentliche Verbesserungen für geriatrische Patienten erreicht werden konnten, ist weiterhin darauf zu achten, dass die Problematik dieser Klientel und deren Therapiebedarf sich möglichst umfassend in dem Entgeltsystem abbilden.

Disease Management Programme und Geriatrie

Durch die Disease Management Programme sollen chronisch kranke Patienten eine qualitativ bessere und kontinuierlichere Versorgung erhalten. Da alle diese Programme sich auf jeweils nur eine Diagnose beziehen, sind sie für geriatrische, also multimorbide Patienten in der Regel nicht sinnvoll anzuwenden, vielmehr ist ein Gesundheitsmanagement unter Einbeziehung aller relevanten Krankheiten und Begleitprobleme erforderlich.

Ergebnisqualität

Prä-Post-Vergleich

Der komplexe Handlungsansatz in Geriatrie Kliniken macht eine Ermittlung einer objektiven und reliablen Darstellung der Ergebnisqualität sehr schwierig. Als gut handhabbare Parameter können vor allem Indizes angesehen werden, die die Selbstständigkeit des Patienten abbilden. Hier spielen die verschiedenen Assessment-Instrumente, insbesondere der BARTHEL-Index und der FIM (Functional Independence Measure) eine wichtige Rolle.

Feedback

Wichtig ist die subjektive Einschätzung des Patienten seines Krankenhausaufenthaltes, die erfragt werden sollte.

Follow up - Untersuchungen

Die Nachhaltigkeit des von der geriatrischen Klinik initiierten Gesundheitsmanagements kann allerdings nur durch Längsschnittuntersuchungen befriedigend eingeschätzt werden, so dass eine Evaluation der entsprechenden Daten nach einem halben Jahr („Follow-up-Untersuchung“) sehr wünschenswert wäre.

Die Fragen der Finanzierung einer solchen Maßnahme müssten aber gelöst werden.

Zertifizierung

Es wird angestrebt, die Geriatrischen Kliniken, Abteilungen und anderen Institutionen im Land Brandenburg zu zertifizieren. Diese Zertifizierung soll durch die Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Brandenburg erfolgen, in Kooperation und Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg, den Kostenträgern und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Nur durch diese Maßnahme kann eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente geriatrische Struktur langfristig sichergestellt werden.

Viele Kliniken haben zu dem beschlossen, sich durch ein anerkanntes allgemeines Zertifizierungssystem bewerten zu lassen. Diese Initiativen werden auch von der Geriatrie ausdrücklich begrüßt. Allen geriatrischen Kliniken bzw. Krankenhäusern mit Geriatrischen Abteilungen wird deshalb empfohlen, eine Zertifizierung nach einem der anerkannten Systeme durchzuführen.

Wir sind davon überzeugt, dass hierdurch die Vorteile einer ganzheitlichen geriatrischen Therapie sich sehr deutlich abbilden lassen.

Weiterentwicklung

In Anbetracht der Bevölkerungsentwicklung wird die Geriatrie in unserem medizinischen und sozialen System eine zunehmend wichtige Rolle spielen. Dies erfordert auch eine Umstrukturierung mit Ausbau der geriatrischen Versorgung, die koordiniert im Dialog mit allen Partnern des Versorgungssystems unter Beachtung dieser Qualitätsanforderungen erfolgen muss.

© Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Brandenburg

Juli 2004

Schriftleitung: R. Neubart

1. Revision

November 2006

Anlagen

Entwurf „Geplanter Behandlungsablauf“ für die Diagnosen

Bein - Amputation

Anlage 1

Herzinsuffizienz

Anlage 2

Oberarmfraktur

Anlage 3

Schenkelhalsfraktur

Anlage 4

Schlaganfall

Anlage 5

XYZ Krankenhaus

Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Brandenburg

Geplanter Behandlungsablauf Beinamputation (PAVK, Diabetes mellitus)

Im Rahmen des Qualitätsmanagements hat das XYZ Krankenhaus in Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Brandenburg für Diabetes- und PAVK-Patienten mit Beinamputationen (Oberschenkel / Unterschenkel) einen geplanten Behandlungsablauf (Synonyme: Klinische Pfade, Clinical Pathways) erarbeitet mit dem Ziel, die Behandlungsprozesse für die Betroffenen zu verbessern. Einerseits sollte es zur Verkürzung der Verweildauer in der Klinik kommen, andererseits Fehlversorgungen vermieden werden.

Grundlagen der Behandlung sind das „Geriatriekonzept Brandenburg“, das „Konzept zum Qualitätsmanagement der Geriatrie in Brandenburg“.

Kooperation mit der Chirurgischen Klinik

Prinzipiell sind alle multimorbiden Patienten mit Diabetes- bzw. PAVK - bedingter Beinamputation geeignet, in der Geriatrie nach diesem Konzept weiter behandelt zu werden.

Die Kommunikation über die geplante Beinamputation und nachfolgende Verlegung in die Geriatrie Klinik bitten wir schon frühzeitig und präoperativ aufzunehmen. Es sollte eine geriatrische Konsiliaruntersuchung erfolgen, in der folgende Maßnahmen vereinbart werden:

1. Präoperative Phase (Chirurgische Fachabteilung)

Konsiliarische Mitbehandlung (z.B. Geriater, Internist):

- Optimierung der Stoffwechselsituation
- Herstellung der OP-Fähigkeit
- Gemeinsame Festlegung der Amputationshöhe

Physiotherapie (möglichst Fach-PT mit spezieller Weiterbildung):

- aktive Bewegungsübung, Stand und Gangschulung und Stoffwechselgymnastik unter Entlastung der betroffenen Extremität, Atemgymnastik und PNF
- Erhaltung von Kraft und Kondition sowie der Gleichgewichtsschulung, Kräftigung insbesondere des Schultergürtels zur Übernahme von Stützaktivitäten
- ggf. Durchblutungsförderung durch DD-Strom im Segment, alternativ Bindegewebsmassage im Segment, CO₂-Tockengas

Der Patient sollte schon präoperativ den versorgenden Orthopädietechniker kennen lernen. Außerdem erfolgen eine umfassende Aufklärung über Orthopädietechnische Weiterversorgungsmöglichkeiten, ggf. Intervention zum Abbau von Angst und resultierender Abwehr sowie die Vorstellung beim Psychologen zur orientierenden Befundaufnahme (Kognitive Defizite, Raumoperationsstörungen?), ggf. dann die Einleitung einer psychologischen Therapie und Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung.

2. Postoperative Phase (Chirurgische Fachabteilung)

Arzt: Wundmanagement, 1 x tgl. Wundkontrolle und Verbandswechsel, Bevorzugung des Hydrokolloidsystems.

Krankenpflege: Bei US-Amputationen frühzeitige Ödemreduktion durch Anwendung eines Silikonliners oder Bandage, Dokumentation des Amputationsstumpfumfanges, der Kompressionszeiten und des Lokalbefundes unter Hinzuführung des Prothesentechnikers.

Physiotherapie: Stumpfgymnastik und Fortsetzung der Therapie wie oben ausgeführt.

Frühzeitige Verlegung des Patienten in die Geriatrie, wenn mit lokalen Wundkomplikationen, die ein aktives chirurgisches Vorgehen erfordern, nicht mehr zu rechnen ist, also um den 10. postoperativen Tag.

3. Komplexe geriatrische Behandlung

Durchführung eines standardisierten Assessments in den Bereichen Mobilität, ATL-Status, Kognition, Emotion, Sozialstatus **innerhalb der drei ersten Werktage nach Verlegung** in die Geriatrie. **Klinischer Status** und Befund des Amputationsstumpfes mit Foto-Dokumentation (sofort).

Über die Behandlungsziele (Prothesenfähigkeit, ggf. alternative Hilfsmittelversorgung) wird endgültig nach Abschluss einer umfassenden Analyse der medizinischen und sozialen Situation („Multidimensionales Geriatriisches Assessment“) entschieden!

Wöchentlicher Behandlungsplan und Teamsitzung

Die Feststellung der Prothesenfähigkeit und Festlegung der Mobilitätsklasse (Innenbereichsgeher, eingeschränkter Außenbereichsgeher, uneingeschränkter Außenbereichsgeher) ist Aufgabe des Teams, erst dann erfolgt die Rezeptierung der Prothese.

Arzt / Pflege / Physiotherapie / Orthopädiemechaniker: Liner-Kompression, tägliche Befundung und Führen der Kompressionstabelle

Arzt: Optimierung der Stoffwechseleinstellung, ggf. Insulintherapie, medikamentöse Schmerztherapie

Kontrolle: mindestens 1 x täglich

Pflege / Arzt: Wundverband je nach Wundstatus und Sekretion

Physiotherapie (Voraussetzung: Fach-PT mit spezieller Weiterbildung):

- aktive Bewegungsübung, Stand und Gangschulung sowie Stoffwechselformen unter Entlastung der betroffenen Extremität, Atemgymnastik und PNF
- Training von Kraft und Kondition sowie der Gleichgewichtsschulung
- Stumpfgymnastik
- Stumpfabhärtung (Anleitung des Patienten: Kalte Güsse, Bürstenmassage)
- später Prothesentraining, Sicherheitstraining
- Durchblutungsförderung durch DD - Strom im Segment, alternativ Bindegewebsmassage im Segment oder CO₂-Trockengas, TENS (Schmerztherapie), Ultraschall am Amputationsstumpf (Ödemmobilisation)

Ergotherapie:

- Selbstständigkeitstraining
- An- und Ausziehen der Prothese

Ernährungsberatung (bei Diabetikern):

- Optimierung der Stoffwechseleinstellung
- Erstellung eines Ernährungsplanes

Psychologie: je nach psychologischen Befund Hirnleistungstraining, psychologische Schmerztherapie, Krankheitsbewältigung

Erweiterte Hilfsmittelversorgung: in Zusammenarbeit mit dem Sanitätshaus Fußsohlen-Druckmessung am erhaltenen Bein, Fußdeformitäten Versorgung mit Diabetiker-Schutzschuh und Einlagen

Medizinische Fußpflege: möglichst durch einen qualifizierten Podologen

Über den Aufenthalt in unserer Klinik werden Sie zeitnah in einem ausführlichen Bericht informiert.

Kontakt:

Info-Telefon (auch zur Patienten - Anmeldung) 01234 / 567 - 8
Fax: 01234 / 567 - 9
E-Mail: info@xyz-krankenhaus.de
Internet: www. xyz-krankenhaus.de

Materialien:

GeriatRIekonzept Brandenburg
Konzept zum Qualitätsmanagement der Geriatrie in Brandenburg
Merkblatt über mitzubringende Gegenstände für die Patienten

XYZ Krankenhaus

Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Brandenburg

Geplanter Behandlungsablauf Herzinsuffizienz

Im Rahmen des Qualitätsmanagements hat das XYZ Krankenhaus in Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Brandenburg für bestimmte Hauptdiagnosen geplante Behandlungsabläufe (Synonyme: Klinische Pfade, Clinical Pathways) erarbeitet. Ziel ist die Optimierung des Behandlungsprozesses für jeden einzelnen Patienten.

Grundlagen der Behandlung sind immer das „GeriatRIEkonzept Brandenburg“ und das „Konzept zum Qualitätsmanagement der Geriatrie in Brandenburg“, die wie auch die notwendigen Formulare jederzeit im Sekretariat unserer Klinik oder im Internet zur Verfügung stehen (s.u.).

Für die Diagnose Herzinsuffizienz besteht außerdem die Leitlinie zur „Therapie der chronischen Herzinsuffizienz“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, die in der jeweils neuesten Version unter im Internet unter „[leitlinien.net](#)“ eingesehen werden kann.

Um die Behandlungsprozesse noch besser aufeinander abzustimmen, wird mit jeder verlegenden Klinik ein individueller Dialog über die Details der Kooperation angestrebt, allgemein und für die einzelnen Krankheitsbilder.

Vorschlag zu den Prinzipien der Kooperation für die Diagnose Herzinsuffizienz:

Geeignet für die Aufnahme in das XYZ Krankenhaus sind multimorbide Patienten mit Herzinsuffizienz, die sich in der Regel im fortgeschrittenen Lebensalter befinden, akut oder als Verlegung. Der geeignetste Verlegungszeitpunkt ist aus unserer Sicht erreicht, wenn der Patient als transportfähig anzusehen ist, nach unserer Erfahrung also nach ca. 3-5 Tagen. Um Aktivierung und rehabilitative Maßnahmen vom ersten Tag an wird gebeten.

Die Kommunikation über die geplante Verlegung eines Patienten in unsere Klinik bitten wir zur Erleichterung unserer Organisation möglichst früh aufzunehmen. Für die Entscheidung, ob wir den Patienten aufnehmen können und die Terminabsprache sowie für die weitere Therapieplanung benötigen wir folgende Angaben, für die auch unser standardisierter Patienteninformationsbogen verwendet werden kann:

- alle festgestellten relevanten Diagnosen (mit ICD) und (v.a. neuropsychologische) Störungen
- Umstand und Zeitpunkt der akuten Dekompensation
- kurze Übersicht über den bisherigen Krankheitsverlauf

- Ergebnisse der Untersuchungen (sofern vorhanden) von
 - EKG
 - Labor
 - Röntgen (insbesondere des Thorax)
 - Echokardiographie bzw. TEE
- Medikation
- Behandelnde Ärzte
- ADL-Status („Activities of daily living“), z.B. in Form des BARTHEL-Index
- soziales Umfeld, z.B. Angehörige, andere Bezugspersonen
- Pflegeüberleitungsbogen (z.B. unser Bogen, dieser steht jederzeit zur Verfügung)
- Kostform (insbesondere bei Dysphagie)
- vorhandene Hilfsmittel

Als Dialogpartner in unserem Haus steht Ihnen grundsätzlich ein geriatrisch versierter Arzt zur Verfügung, der auch die Entscheidung über eine Aufnahme treffen kann. In besonders gelagerten Fällen besteht auch die Möglichkeit eines Geriatrischen Konsils durch einen geriatrisch und rehabilitationsmedizinisch erfahrenen Kollegen unseres Hauses.

Am Aufnahmetag bitten wir die Verlegung so zu organisieren, dass der Patient im Regelfall bis ca. 10:00 Uhr bei uns eintrifft. Bitte denken Sie an die Verlegungspapiere und ggf. Untersuchungsbefunde (z.B. Röntgenbilder).

Bitte informieren Sie die Patienten und ihre Angehörigen, dass sie die für die in der Regel aufwendige und anstrengende rehabilitative Therapie die richtige Kleidung und zusätzliche persönlichen Dinge mitbringen, vor allem auch vorhandene Hilfsmittel (siehe Merkblatt).

Der weitere Behandlungsablauf in unserer Klinik umfasst grundsätzlich folgende Maßnahmen:

**Multidimensionales
Geriatrisches
Assessment**

Anamnese und
Körperlicher Status
Psychischer Status
Subjektives Befinden
Medizinische Daten
Mobilität
ADL – Status
Kommunikationsfähigkeit
Wohnverhältnisse
Soziales Umfeld
Ökonomischer Status

Funktionsdiagnostik

EKG
Röntgen - Thorax
Transthorakale
Echokardiographie
(Differenzierung
systolische u/o
diastolische Herzinsuffizienz)

Labor

Blutbild
Kreatinin
Natrium
Kalium
Glukose
Gamma – GT

eventuell auch:

Troponin
CK
Myoglobin

**Ätiologie, Ausmaß, Faktoren,
Typ der kardialen Dysfunktion**

**Zusätzliche diagnostische Tests
(falls erforderlich)**

Therapeutischer Pfad:

Allgemeinmaßnahmen

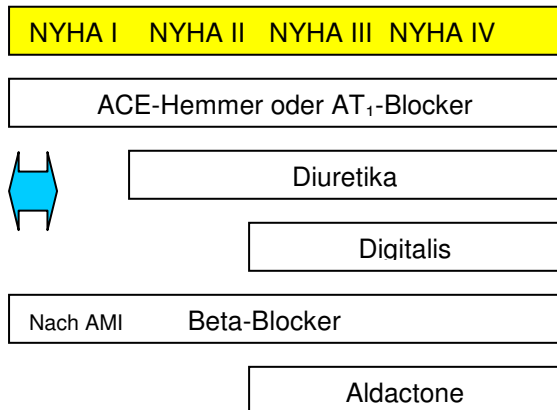
- Diätmaßnahmen
- Flüssigkeitszufuhr
- Kochsalz-Restriktion
- Alkohol-Restriktion
- Gewichtskontrollen
- Beachtung der Co-Medikation
- Bewegungstherapie



Aktivierung / Reha

- Krankenpflege
- Diätberatung
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Psychologie
- Hilfsmittel
- Angehörige

Medikamentöse Therapie



In besonderen Fällen erfolgt eine apparative Therapie, z.B. Schrittmacher-Implantation.

Sodann: Umfassende Entlassungsvorbereitung mit Einbeziehung des sozialen Umfeldes und obligater umfassender Information von Hausarzt, Pflegedienst (soweit notwendig) und ambulanten Therapeuten noch vor der geplanten Krankenhausentlassung

Über den Aufenthalt in unserer Klinik werden Sie zeitnah in einem ausführlichen Bericht informiert.

Kontakt:

- Info-Telefon (auch zur Patienten - Anmeldung) 01234 / 567 - 8
- Fax: 01234 / 567 - 9
- E-Mail: info@xyz-krankenhaus.de
- Internet: www. xyz-krankenhaus.de

Materialien:

- GeriatRIekonzept Brandenburg
- Konzept zum Qualitätsmanagement der Geriatrie in Brandenburg
- Merkblatt über mitzubringende Gegenstände für die Patienten
- Leitlinie zur „Therapie der chronischen Herzinsuffizienz“ der Dt. Gesell. für Kardiologie

XYZ Krankenhaus

Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Brandenburg

Geplanter Behandlungsablauf Oberarmfraktur

Im Rahmen des Qualitätsmanagements hat das XYZ Krankenhaus in Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Brandenburg für bestimmte Hauptdiagnosen geplante Behandlungsabläufe (Synonyme: Klinische Pfade, Clinical Pathways) erarbeitet. Ziel ist die Optimierung des Behandlungsprozesses für jeden einzelnen Patienten.

Grundlagen der Behandlung sind immer das „GeriatRIEkonzept Brandenburg“ und das „Konzept zum Qualitätsmanagement der Geriatrie in Brandenburg“, die wie auch die notwendigen Formulare jederzeit im Sekretariat unserer Klinik oder im Internet zur Verfügung stehen (s.u.).

Für die Diagnose Oberarmfraktur besteht außerdem die Leitlinie „Osteoporose des älteren Menschen“ des Dachverbandes Osteologie (DVO), die in der jeweils neuesten Version an gleicher Stelle angefordert werden kann.

Um die Behandlungsprozesse noch besser aufeinander abzustimmen, wird mit jeder verlegenden Klinik ein individueller Dialog über die Details der Kooperation angestrebt, allgemein und für die einzelnen Krankheitsbilder.

Vorschlag zu den Prinzipien der Kooperation für die Diagnose Oberarmfraktur:

Geeignet für die Aufnahme in das XYZ Krankenhaus sind multimorbide Patienten mit Oberarmfraktur, die sich in der Regel im fortgeschrittenen Lebensalter befinden. Der geeignetste Verlegungszeitpunkt ist aus unserer Sicht erreicht, wenn der Patient keine spezifisch chirurgische Intervention mehr benötigt, bei operierten Patienten nach unserer Erfahrung also nach ca. 7 Tagen. Patienten mit konservativ behandelten Frakturen sollten verlegt werden, wenn sie als medizinisch stabil anzusehen sind, also in der Regel sehr kurzfristig.

Bei der Entscheidung, ob ein chirurgischer Eingriff indiziert ist und bei der Wahl des operativen Verfahrens ist aus geriatrischer Sicht die alltagsrelevante Funktion der oberen Extremität entscheidend. Eine Immobilisierung der Schulter für mehr als 3 Tage sollte unbedingt vermieden werden. Um Aktivierung vom ersten Tag an wird gebeten.

Die Kommunikation über die geplante Verlegung eines Patienten in unsere Klinik bitten wir zur Erleichterung unserer Organisation möglichst früh aufzunehmen.

Für die Entscheidung, ob wir den Patienten aufnehmen können und die Terminabsprache sowie für die weitere Therapieplanung benötigen wir folgende Angaben, für die auch unser standardisierter Patienteninformationsbogen verwendet werden kann:

- alle festgestellten relevanten Diagnosen (mit ICD)
- Umstand und Zeitpunkt der akuten Verletzung. Unfall? Synkope?
- kurze Übersicht über den bisherigen Krankheitsverlauf
- Ergebnisse der Untersuchungen (sofern vorhanden) von
 - EKG
 - Bildgebenden Verfahren (z.B. Röntgen, CT), incl. der Bilder
 - Labor
- Medikation
- Behandelnde Ärzte
- ATL-Status („Aktivitäten des täglichen Lebens“), z.B. in Form des BARTHEL-Index
- soziales Umfeld, z.B. Angehörige, andere Bezugspersonen
- Pflegeüberleitungsbogen (z.B. unser Bogen, dieser steht jederzeit zur Verfügung)
- vorhandene Hilfsmittel
- Informationen über die Belastbarkeit und zum weiteren Heilungsverlauf
- Befunde bzw. Therapieberichte insbesondere aus den Bereichen
 - Physiotherapie
 - Physikalische Therapie

Als Dialogpartner in unserem Haus steht Ihnen grundsätzlich ein geriatrisch versierter Arzt zur Verfügung, der auch die Entscheidung über eine Aufnahme treffen kann. In besonders gelagerten Fällen besteht auch die Möglichkeit eines Geriatriischen Konsils durch einen geriatrisch und rehabilitationsmedizinisch erfahrenen Kollegen unseres Hauses.

Am Aufnahmetag bitten wir die Verlegung so zu organisieren, dass der Patient im Regelfall bis ca. 10:00 Uhr bei uns eintrifft. Bitte denken Sie an die Verlegungspapiere und ggf. Untersuchungsbefunde (z.B. Röntgenbilder).

Bitte informieren Sie die Patienten und ihre Angehörigen, dass sie die für die in der Regel aufwendige und anstrengende rehabilitative Therapie die richtige Kleidung und zusätzliche persönlichen Dinge mitbringen, vor allem auch vorhandene Hilfsmittel (siehe Merkblatt).

Der weitere Behandlungsablauf in unserer Klinik umfasst grundsätzlich folgende Maßnahmen:

- Die Komplettierung der Diagnostik (soweit erforderlich)
- Eine umfassende Analyse der medizinischen und sozialen Situation („Multidimensionales Geriatriisches Assessment“) mit Hilfe des gesamten therapeutischen Teams. Von besonderer Relevanz ist Klärung der Sturzursache.
- Festlegung der therapeutischen Ziele im Dialog aller Berufsgruppen und mit dem Patienten
- Ganzheitliche Behandlung (akutmedizinisch, rehabilitativ, präventiv) unter Einschluss - soweit notwendig - von Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Psychologie, Sozialdienst, Seelsorge und evtl. notwendigen Konsilärzten aus anderen medizinischen Bereichen. Bei Patienten nach Oberarmfraktur haben folgende Punkte besondere Bedeutung:
 - Möglichst Verhinderung von weiteren Stürzen (z.B. durch Verbesserung der Geschicklichkeit, Wohnraumanpassung, Verordnung von Gehhilfen)
 - Assessment sowie ggf. physio- und ergotherapeutisches Training des betroffenen Armes mit besonderer Berücksichtigung der Alltagsaktivitäten
 - Maßnahmen der passiven Sicherheit (z.B. Hüftprotektoren)
 - Therapie medizinischer Sturzursachen (z.B. durch Optimierung der Diabeteseinstellung oder Implantation eines Herzschrittmachers)
 - Klärung und ggf. Therapie der Osteoporose
- Umfassende Entlassungsvorbereitung mit obligater umfassender Information von Hausarzt und (soweit notwendig) Pflegedienst und ambulanten Therapeuten noch vor der geplanten Krankenhausentlassung.

Die in den meisten Fällen notwendige Hilfsmittelversorgung der Patienten bitten wir in der verlegenden Klinik nicht vorzunehmen, sondern unserem therapeutischen Team zu überlassen, da sie in den Rehabilitationsverlauf integriert werden muss.

Um das soziale Netz wieder herzustellen sind wir bemüht, unsere Patienten so bald wie möglich von der vollstationären Behandlung in wohnraumnähere Therapieformen zu überweisen wie der Geriatriischen Tagesklinik.

Über den Aufenthalt in unserer Klinik werden Sie zeitnah in einem ausführlichen Bericht informiert.

Kontakt:

Info-Telefon (auch zur Patienten - Anmeldung) 01234 / 567 - 8
Fax: 01234 / 567 - 9
E-Mail: info@xyz-krankenhaus.de
Internet: www.xyz-krankenhaus.de

Materialien:

GeriatRIekonzept Brandenburg
Konzept zum Qualitätsmanagement der Geriatrie in Brandenburg
Leitlinie „Osteoporose des älteren Menschen“ des Dachverbandes Osteologie
Merkblatt über mitzubringende Gegenstände für die Patienten

XYZ Krankenhaus

Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Brandenburg

Geplanter Behandlungsablauf hüftgelenknahe Fraktur

Im Rahmen des Qualitätsmanagements hat das XYZ Krankenhaus in Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Brandenburg für bestimmte Hauptdiagnosen geplante Behandlungsabläufe (Synonyme: Klinische Pfade, Clinical Pathways) erarbeitet. Ziel ist die Optimierung des Behandlungsprozesses für jeden einzelnen Patienten.

Grundlagen der Behandlung sind immer das „GeriatRIEkonzept Brandenburg“ und das „Konzept zum Qualitätsmanagement der Geriatrie in Brandenburg“, die wie auch die notwendigen Formulare jederzeit im Sekretariat unserer Klinik oder im Internet zur Verfügung stehen (s.u.).

Für die Diagnose Hüftgelenknahe Fraktur besteht außerdem die Leitlinie „Osteoporose des älteren Menschen“ des Dachverbandes Osteologie (DVO) und die Leitlinie Schenkelhalsfraktur der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, die in der jeweils neuesten Version an gleicher Stelle angefordert werden können.

Um die Behandlungsprozesse noch besser aufeinander abzustimmen, wird mit jeder verlegenden Klinik ein individueller Dialog über die Details der Kooperation angestrebt, allgemein und für die einzelnen Krankheitsbilder.

Vorschlag zu den Prinzipien der Kooperation für die Diagnose hüftgelenknahe Fraktur:

Geeignet für die Aufnahme in das XYZ Krankenhaus sind multimorbide Patienten mit hüftgelenknaher Fraktur und Endoprothese des Hüftgelenkes, die sich in der Regel im fortgeschrittenen Lebensalter befinden. Der geeignetste Verlegungszeitpunkt ist aus unserer Sicht erreicht, wenn der Patient keine spezifisch chirurgische Intervention mehr benötigt, nach unserer Erfahrung also nach ca. 7 Tagen. Patienten mit konservativ behandelten Frakturen sollten verlegt werden, wenn sie als medizinisch stabil anzusehen sind, also in der Regel sehr kurzfristig.

Bei der Wahl des operativen Verfahrens ist aus geriatrischer Sicht die initiale Belastungsstabilität wichtig. Um Aktivierung vom ersten Tag an wird gebeten.

Die Kommunikation über die geplante Verlegung eines Patienten in unsere Klinik bitten wir zur Erleichterung unserer Organisation möglichst früh aufzunehmen. Für die Entscheidung, ob wir den Patienten aufnehmen können und die Terminabsprache sowie für die weitere Therapieplanung benötigen wir folgende Angaben, für die auch unser standardisierter Patienteninformationsbogen verwendet werden kann:

- alle festgestellten relevanten Diagnosen (mit ICD)
- Umstand und Zeitpunkt der akuten Verletzung. Unfall? Synkope?
- kurze Übersicht über den bisherigen Krankheitsverlauf
- Ergebnisse der Untersuchungen (sofern vorhanden) von
 - EKG
 - Bildgebenden Verfahren (z.B. Röntgen, CT), incl. der Bilder
 - Labor
- Medikation
- Behandelnde Ärzte
- ATL-Status („Aktivitäten des täglichen Lebens“), z.B. in Form des BARTHEL-Index
- soziales Umfeld, z.B. Angehörige, andere Bezugspersonen
- Pflegeüberleitungsbogen (z.B. unser Bogen, dieser steht jederzeit zur Verfügung)
- vorhandene Hilfsmittel
- Informationen über die Belastbarkeit und zum weiteren Heilungsverlauf
- Befunde bzw. Therapieberichte insbesondere aus den Bereichen
 - Physiotherapie
 - Physikalische Therapie

Als Dialogpartner in unserem Haus steht Ihnen grundsätzlich ein geriatrisch versierter Arzt zur Verfügung, der auch die Entscheidung über eine Aufnahme treffen kann. In besonders gelagerten Fällen besteht auch die Möglichkeit eines Geriatrischen Konsils durch einen geriatrisch und rehabilitationsmedizinisch erfahrenen Kollegen unseres Hauses.

Am Aufnahmetag bitten wir die Verlegung so zu organisieren, dass der Patient im Regelfall bis ca. 10:00 Uhr bei uns eintrifft. Bitte denken Sie an die Verlegungspapiere und ggf. Untersuchungsbefunde (z.B. Röntgenbilder).

Bitte informieren Sie die Patienten und ihre Angehörigen, dass sie die für die in der Regel aufwendige und anstrengende rehabilitative Therapie die richtige Kleidung und zusätzliche persönlichen Dinge mitbringen, vor allem auch vorhandene Hilfsmittel (siehe Merkblatt).

Der weitere Behandlungsablauf in unserer Klinik umfasst grundsätzlich folgende Maßnahmen:

- Die Komplettierung der Diagnostik (soweit erforderlich)

- Eine umfassende Analyse der medizinischen und sozialen Situation („Multidimensionales Geriatriisches Assessment“) mit Hilfe des gesamten therapeutischen Teams. Von besonderer Relevanz ist Klärung der Sturzursache.
- Festlegung der therapeutischen Ziele im Dialog aller Berufsgruppen und mit dem Patienten
- Ganzheitliche Behandlung (akutmedizinisch, rehabilitativ, präventiv) unter Einschluss - soweit notwendig - von Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Psychologie, Sozialdienst, Seelsorge und evtl. notwendigen Konsilärzten aus anderen medizinischen Bereichen. Bei Patienten nach hüftgelenknaher Fraktur haben folgende Punkte besondere Bedeutung:
 - Möglichst Verhinderung von weiteren Stürzen (z.B. durch Verbesserung der Geschicklichkeit, Wohnraumanpassung, Verordnung von Gehhilfen)
 - Maßnahmen der passiven Sicherheit (z.B. Hüftprotektoren)
 - Therapie medizinischer Sturzursachen (z.B. durch Optimierung der Diabeteseinstellung oder Implantation eines Herzschrittmachers)
 - Klärung und ggf. Therapie der Osteoporose
 - Ggf. Versorgung mit Schuh-Erhöhung bzw. orthopädischem Schuhwerk
- Umfassende Entlassungsvorbereitung mit obligater umfassender Information von Hausarzt und (soweit notwendig) Pflegedienst und ambulanten Therapeuten noch vor der geplanten Krankenhausentlassung.

Die in den meisten Fällen notwendige Hilfsmittelversorgung der Patienten bitten wir in der verlegenden Klinik nicht vorzunehmen, sondern unserem therapeutischen Team zu überlassen, da sie in den Rehabilitationsverlauf integriert werden muss.

Um das soziale Netz wieder herzustellen sind wir bemüht, unsere Patienten so bald wie möglich von der vollstationären Behandlung in wohnraumnähere Therapieformen zu überweisen wie der Geriatriischen Tagesklinik.

Über den Aufenthalt in unserer Klinik werden Sie zeitnah in einem ausführlichen Bericht informiert.

Kontakt:

Info-Telefon (auch zur Patienten - Anmeldung) 01234 / 567 - 8
Fax: 01234 / 567 - 9
E-Mail: info@xyz-krankenhaus.de
Internet: www.xyz-krankenhaus.de

Materialien:

GeriatRIekonzept Brandenburg
Konzept zum Qualitätsmanagement der Geriatrie in Brandenburg
Leitlinie „Osteoporose des älteren Menschen“ des Dachverbandes Osteologie
Leitlinie „Schenkelhalsfraktur“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
Merkblatt über mitzubringende Gegenstände für die Patienten

XYZ Krankenhaus

Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Brandenburg

Geplanter Behandlungsablauf Schlaganfall

Im Rahmen des Qualitätsmanagements hat das XYZ Krankenhaus in Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Brandenburg für bestimmte Hauptdiagnosen geplante Behandlungsabläufe (Synonyme: Klinische Pfade, Clinical Pathways) erarbeitet. Ziel ist die Optimierung des Behandlungsprozesses für jeden einzelnen Patienten.

Grundlagen der Behandlung sind immer das „GeriatRIekonzept Brandenburg“ und das „Konzept zum Qualitätsmanagement der Geriatrie in Brandenburg“, die wie auch die notwendigen Formulare jederzeit im Sekretariat unserer Klinik oder im Internet zur Verfügung stehen (s.u.).

Für die Diagnose Schlaganfall besteht außerdem die Leitlinie „Schlaganfall“ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, die in der jeweils neuesten Version an gleicher Stelle angefordert werden kann.

Um die Behandlungsprozesse noch besser aufeinander abzustimmen, wird mit jeder verlegenden Klinik ein individueller Dialog über die Details der Kooperation angestrebt, allgemein und für die einzelnen Krankheitsbilder.

Vorschlag zu den Prinzipien der Kooperation für die Diagnose Schlaganfall:

Geeignet für die Aufnahme in das XYZ Krankenhaus sind multimorbide Patienten mit Schlaganfall oder ähnlichen Erkrankungen, die sich in der Regel im fortgeschrittenen Lebensalter befinden. Der geeignetste Verlegungszeitpunkt ist aus unserer Sicht erreicht, wenn der Patient als medizinisch stabil anzusehen ist, nach unserer Erfahrung also nach ca. 3-7 Tagen. Um Aktivierung und rehabilitative Maßnahmen vom ersten Tag an wird gebeten.

Prinzipiell ist nach individueller Absprache und freien Kapazitäten auch die Aufnahme von akut erkrankten oder noch instabilen Patienten möglich, die dann auf unserer Schlaganfall-Einheit (Geriatrische Combined Stroke Unit) oder der Intensivstation behandelt werden.

Die Kommunikation über die geplante Verlegung eines Patienten in unsere Klinik bitten wir zur Erleichterung unserer Organisation möglichst früh aufzunehmen. Für die Entscheidung, ob wir den Patienten aufnehmen können und die Terminabsprache sowie für die weitere Therapieplanung benötigen wir folgende Angaben, für die auch unser standardisierter Patienteninformationsbogen verwendet werden kann:

- alle festgestellten relevanten Diagnosen (mit ICD) und (v.a. neuropsychologische) Störungen
- Umstand und Zeitpunkt der akuten Erkrankung
- kurze Übersicht über den bisherigen Krankheitsverlauf

-
- Ergebnisse der Untersuchungen (sofern vorhanden) von
 - EKG
 - Bildgebenden Verfahren (CT, MRT)
 - Labor
 - Röntgen (insbesondere des Thorax)
 - Ultraschalluntersuchung der hirnersorgenden Arterien
 - Echokardiographie bzw. TEE
 - Medikation
 - Behandelnde Ärzte
 - ADL-Status („Activities of daily living“), z.B. in Form des BARTHEL-Index
 - soziales Umfeld, z.B. Angehörige, andere Bezugspersonen
 - Pflegeüberleitungsbogen (z.B. unser Bogen, dieser steht jederzeit zur Verfügung)
 - Kostform (insbesondere bei Dysphagie)
 - vorhandene Hilfsmittel
 - Befunde bzw. Therapieberichte aus den Bereichen
 - Dysphagie (ggf. Ergebnisse der endoskopischen oder radiologischen Diagnostik)
 - Physiotherapie
 - Ergotherapie
 - Sprachtherapie
 - Psychologie

Als Dialogpartner in unserem Haus steht Ihnen grundsätzlich ein geriatrisch versierter Arzt zur Verfügung, der auch die Entscheidung über eine Aufnahme treffen kann. In besonders gelagerten Fällen besteht auch die Möglichkeit eines Geriatrischen Konsils durch einen geriatrisch und rehabilitationsmedizinisch erfahrenen Kollegen unseres Hauses.

Am Aufnahmetag bitten wir die Verlegung so zu organisieren, dass der Patient im Regelfall bis ca. 10:00 Uhr bei uns eintrifft. Bitte denken Sie an die Verlegungspapiere und ggf. Untersuchungsbefunde (z.B. Röntgenbilder).

Bitte informieren Sie die Patienten und ihre Angehörigen, dass sie die für die in der Regel aufwendige und anstrengende rehabilitative Therapie die richtige Kleidung und zusätzliche persönlichen Dinge mitbringen, vor allem auch vorhandene Hilfsmittel (siehe Merkblatt).

Der weitere Behandlungsablauf in unserer Klinik umfasst grundsätzlich folgende Maßnahmen:

- Die Komplettierung der Diagnostik (soweit erforderlich)
- Eine umfassende Analyse der medizinischen und sozialen Situation („Multidimensionales Geriatriisches Assessment“) mit Hilfe des gesamten therapeutischen Teams
- Die Festlegung der therapeutischen Ziele im Dialog aller Berufsgruppen und mit dem Patienten
- Ganzheitliche Behandlung (akutmedizinisch, rehabilitativ, präventiv) unter Einschluss - soweit notwendig - von Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Psychologie, Sozialdienst, Seelsorge und evtl. notwendigen Konsilärzten aus anderen medizinischen Bereichen
- Umfassende Entlassungsvorbereitung mit obligater umfassender Information von Hausarzt und (soweit notwendig) Pflegedienst und ambulanten Therapeuten noch vor der geplanten Krankenhausentlassung.

Die in den meisten Fällen notwendige Hilfsmittelversorgung der Patienten bitten wir in der verlegenden Klinik nicht vorzunehmen, sondern unserem therapeutischen Team zu überlassen, da sie in den Rehabilitationsverlauf integriert werden muss.

Um das soziale Netz wieder herzustellen sind wir bemüht, unsere Patienten so bald wie möglich von der vollstationären Behandlung in wohnraumnähere Therapieformen zu überweisen wie der Geriatriischen Tagesklinik.

Über den Aufenthalt in unserer Klinik werden Sie zeitnah in einem ausführlichen Bericht informiert.

Kontakt:

Info-Telefon (auch zur Patienten - Anmeldung)	01234 / 567 - 8
Fax:	01234 / 567 - 9
E-Mail:	info@xyz-krankenhaus.de
Internet:	www. xyz-krankenhaus.de

Materialien: Geriatriekonzept Brandenburg
Konzept zum Qualitätsmanagement der Geriatrie in Brandenburg
Leitlinie „Schlaganfall“ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie
Merkblatt über mitzubringende Gegenstände für die Patienten



www.geriatrie-brandenburg.de

St. Marienkrankenhaus

Anschrift:

Bergstraße 1 - 3
14770 Brandenburg (Havel)

Träger:

Caritas-Krankenhilfe Berlin e. V.

Klinik für Innere Medizin / Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 80
Plätze in der Tagesklinik: 15

Telefon: 03381/ 366-0
Telefax: 03381/ 366-270

E-Mail: zentrale@marien-krankenhaus-brandenburg.de
k.schumann@marien-krankenhaus-brandenburg.de
Home-Page: www.marien-krankenhaus-brandenburg.de

Chefärztin:

Frau Dr. med. Katrin Schumann

Besonderheiten:

- Tagesklinik
- Weiterbildungsstätte für Klinische Geriatrie seit Jan. 2004



Werner-Forßmann-Krankenhaus

Anschrift:

Breitscheidstraße 100
16225 Eberswalde

Träger:

Eberswalder Sozial- und Gesundheitsholding GmbH

Fachabteilungen:

Abteilung für Allgemeinchirurgie / Gefäßchirurgie
Abteilung für Unfallchirurgie
Abteilung für Neurochirurgie
Abteilung für Innere Medizin
Abteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Abteilung für Radiologie
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin
Abteilung für Augenheilkunde
Abteilung für Urologie

Abteilung Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 40

Telefon: 03334/ 69-2217

Telefax: 03334/ 69-2171

E-Mail: geriatrie@wfk-ew.de

Home-Page: www.wfk-ew.de

Chefarzt:

Dr. med. Detlef Markwardt



**Städtisches Krankenhaus
Eisenhüttenstadt GmbH**

Anschrift:

Friedrich-Engels-Straße 39
15890 Eisenhüttenstadt

Träger:

Städtisches Krankenhaus
Eisenhüttenstadt GmbH

Fachabteilungen:

Abteilung für Innere Medizin
Abteilung für Anästhesie-, Intensiv-
und Notfallmedizin
Abteilung für Chirurgie-Traumatologie
Abteilung für Chirurgie-Visceralchirurgie
Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin
Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie

Abteilung Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 27
Plätze in der Tagesklinik: 10

Telefon: 03364/ 54-3124
Telefax: 03364/ 54-3130

E-Mail: geriatrie@khehst.de
Home-Page: www.khehst.de

Chefarzt:

Dr. med. Stefan Alt

Besonderheiten:

➤ Tagesklinik



Krankenhaus Forst

Anschrift:

Robert-Koch-Straße 35
03149 Forst

Träger:

Krankenhaus Forst

Fachabteilungen:

Abteilung für Innere Medizin
Abteilung für Chirurgie
Abteilung für Intensivmedizin
Abteilung für Gynäkologie
und Geburtshilfe
Abteilung für Urologie
Abteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Abteilung Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 60

Telefon: 03562/ 985-214

Telefax: 03562/ 985-294

E-Mail: geriatrie@krankenhaus-forst.de

Home-Page: www.krankenhaus-forst.de

Chefarzt:

OA Dipl.-Med. Wolfgang Plettig



Evangelisches Krankenhaus Lutherstift

Frankfurt (Oder) / Seelow

Anschrift:

Heinrich-Hildebrandt-Straße 22
15232 Frankfurt (Oder)

Träger:

Lutherstift gGmbH
Evangelisches Diakonissenhaus
Berlin Teltow Lehnin

Fachabteilungen:

Abteilung für Innere Medizin
Abteilung für Chirurgie
Abteilung für Anästhesie

Abteilung Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 56

Telefon: 0335/ 5542-201

Telefax: 0335/ 5542-209

E-Mail: geriatrie@lutherstiftung.de

Home-Page: www.lutherstiftung.de

Chefarzt:

Dr. med. Leonhard Fricke

Besonderheiten:

- Therapiegarten (im Bau)
- Betreutes Wohnen und Altenheim



Oberhavel Kliniken GmbH
Standort: Hennigsdorf
Abteilung Geriatrie

Anschrift:

Marwitzer Straße 91
16761 Hennigsdorf

Träger:

Kliniken Oberhavel GmbH

Fachabteilungen:

Abteilung für Innere Medizin
Abteilung für Chirurgie
Abteilung für Anästhesie
und Intensivmedizin
Abteilung für Neurologie
Abteilung für Psychiatrie
Abteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde



Abteilung Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 35

Telefon: 03302/ 545-4283
Telefax: 03302/ 545-4289

E-Mail: drschadow@aol.com
kkhhdf@t-online.de
Home-Page: www.kkh-ohv.de

Chefarzt:

Herr Bernd Sykura

Besonderheiten:

- Tagesklinik
- Interdisziplinäre Schlaganfall-Spezialeinheit

Klinikum Niederlausitz

Geriatrische Klinik - Klinikbereich Lauchhammer
Geriatrische Tagesklinik – Klinikbereich Klettwitz

Anschrift:

Calauer Straße 8
01968 Senftenberg

Träger:

Landkreis OSL

Fachabteilungen:

Medizinische Klinik I und II
Chirurgische Klinik
Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Urologische Klinik
Neurologische Klinik
Psychiatrische Klinik und Tagesklinik

**Geriatrie Klinik:**

Anzahl der Planbetten: 40
Plätze in der Tagesklinik: 10

Tel.: 03573/752900

Fax: 03573/752902

E-Mail: karin.schmidt@klinikum-niederlausitz.de

Home-Page: www.klinikum-niederlausitz.de

Chefärztin:

Frau Dr. med. Karin Schmidt

Besonderheiten:

- Tagesklinik
- Stroke Unit im KB Senftenberg
- Beratungsstelle für Demenzkranke in
- Zusammenarbeit mit dem Verein Neue Wege e.V. (ab Mai 2004)

**Klinik für Geriatrische
Rehabilitation Lehnin****Anschrift:**

Klosterkirchplatz 1 -19
14797 Lehnin

Träger:

Evangelisches Diakonissenhaus
Berlin Teltow Lehnin

Klinik für Geriatrische Rehabilitation:

Anzahl der Planbetten: 70
Plätze in der Tagesklinik: 10
Betten im Hospiz: 12

Telefon: 03382/ 768-284
Telefax: 03382/ 768-289

E-Mail: hans-joachimmoeller@stift-lehnin.de
Home-Page: www.stift-lehnin.de

Chefarzt:

Dr. med. Hans-Joachim Möller

Besonderheiten:

- Tagesklinik
- Betreutes Wohnen in Altenhöfen
- Altenhilfezentrum mit Gerontopsychiatrischer
Tagesstätte und Kurzzeitpflege



Ruppiner Kliniken

Klinik für Geriatrie

Anschrift:

Fehrbelliner Straße 38
16816 Neuruppin

Träger:

Ruppiner Kliniken GmbH

Fachabteilungen::

Medizinische Kliniken
Klinik für Pneumologie
Klinik für Urologie und Kinderurologie
Klinik für Allgemeine und Viszeral-Chirurgie
Klinik für Gefäßchirurgie
Klinik für Thoraxchirurgie
Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Klinik für Neurologie
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie
Psychiatrische Kliniken
Zentrum für Bildgebende Diagnostik

Abteilung Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 45

Plätze in der Tagesklinik: 10

Telefon: 03391/ 39-3290

Telefax: 03391/ 39-3299

E-Mail: d.nuernberg@ruppiner-kliniken.de

geriatrie@ruppiner-kliniken.de

g.schoppa@ruppiner-kliniken.de

Home-Page: www.ruppiner-kliniken.de

Chefarzt:

PD Dr. med. Dieter Nürnberg



Evangelisches Krankenhaus für Geriatrie

Potsdam

Anschrift:

Weinbergstraße 18/19
14469 Potsdam

Träger:

Klinik Betriebsgesellschaft am Weinberg gGmbH

Klinik für Innere Medizin / Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 89

Plätze in der Tagesklinik: 20

Telefon: 0331/ 2777-400

Telefax: 0331/ 2777-444

0.8001.GERIATRIE

0.8001.437 428 743 Kostenfreie Hotline!

E-Mail: aufnahme@evkp.deromana.lenzen@evkp.deHome-Page: www.geriatrie-potsdam.de**Chefärztin:**

Frau PD Dr. Romana Lenzen-Großimlinghaus

Besonderheiten:

- Tagesklinik
- Diagnostik und Therapie von Demenz-Erkrankungen
- Ernährung im Alter
- Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
- Interdisziplinäre Therapie von chronischen Wunden
- Teilnahme an Benchmarking-Projekten zur Qualitätssicherung in der Geriatrie

Perspektiven:

Aufbau begleitender Einrichtungen
(z. B. Pflegeheim, stationäres Hospiz)



Klinikum Uckermark GmbH

Krankenhaus der Schwerpunktversorgung

Anschrift:Auguststraße 23
16303 Schwedt**Träger:**Asklepios Kliniken Verwaltungsgesellschaft mbH
Stadt Schwedt**Fachabteilungen:**

Medizinische Kliniken	Chirurgie Klinik
Gefäßchirurgische Klinik	Frauenklinik
Unfallchirurgische Klinik	Geriatrische Klinik
Nuklearmedizinische Klinik	Hautklinik
Blutspendezentrale	HNO-Klinik
Mikrobiologie	Neurologische Klinik
Orthopädische Klinik	Urologische Klini
Klinikapotheke	Radiologie
Medizinische Klinik	Labor
Klinik für Kinder und Jugendliche	

**Klinik für Geriatrie:**

Anzahl der Planbetten: 40

Telefon: 03332/ 53-4042

Telefax: 03332/ 53-4030

E-Mail: geriatrie@klinikum-uckermark.deHome-Page: www.klinikum-uckermark.de**Chefarzt:**

Dipl.-Med. Harald Wulsche

Besonderheiten:

- Schlaganfallpatienten
- degenerative Gelenkerkrankungen
- Amputationspatienten (Diabetes mellitus)
- ambulante physiotherapeutische und logopädische Behandlung

Evangelisches Krankenhaus Woltersdorf

Anschrift:

Schleusenstraße 50
15569 Woltersdorf

Träger:

Evangelisches Krankenhaus
Woltersdorf GmbH

Klinik für Innere Medizin / Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 110
Plätze in der Tagesklinik: 20

Telefon: 03362/ 779-200
Telefax: 03362/ 779-209

E-Mail: r.neubart@krankenhaus-woltersdorf.de
h.scherzer@krankenhaus-woltersdorf.de
Home-Page: www.krankenhaus-woltersdorf.de

Chefarzt:

Dr. med. Rainer Neubart

Besonderheiten:

- Tagesklinik
- Stroke Unit
- Ambulante Angebote für Physio- und Ergotherapie
- Altenheim und Tagespflege
- Geriatriische Akademie Brandenburg e. V.

