



St.-Elisabeth-Krankenhaus

Innere Medizin und Geriatrie

Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH

Kurler Straße 130 • 44319 Dortmund

GERIATRIE

August 2014



KATH. ST.-JOHANNES-GESELLSCHAFT
DORTMUND gGmbH

Kranken- und Pflegeeinrichtungen



Geriatric-Konzept

Inhaltsverzeichnis

Vorwort		4
1	EINLEITUNG	5
1.1	HISTORIE	5
1.2	AKTUELLE SITUATION	5
1.3	DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG	7
2	GERIATRIE	8
2.1	DER GERIATRISCHE PATIENT	8
2.2	INDIKATIONEN FÜR EINE AKUTGERIATRISCHE BEHANDLUNG	9
2.3	PATIENTENAUFNAHME	10
3	BEHANDLUNGSKONZEPT	11
3.1	ZIEL	11
3.2	GERIATRISCHES ASSESSMENT	11
3.3	THERAPIE	13
3.3.1	GERIATRISCHE FRÜHREHABILITATIVE KOMPLEXBEHANDLUNG	13
3.3.2	ANGEHÖRIGENARBEIT	14
3.4	DIE GERIATRISCHE TAGESKLINIK	15
3.4.1	LEISTUNGSSPEKTRUM UND PATIENTENKLIENDEL	15
3.4.2	ZIELSETZUNG	17
3.4.3	ABLAUFORGANISATION	17
4	DAS THERAPEUTISCHE TEAM	19
4.1	DOKUMENTATION	20
4.2	TEAMBESPRECHUNG	20
4.3	ÄRZTE	20
4.4	PFLEGE	21
4.4.1	PFLEGEORGANISATION	21
4.4.2	DAS BOBATH-KONZEPT	21
4.4.3	PFLEGEKONZEPT	22
4.4.4	DAS PFLEGE MODELL NACH MONIKA KROHWINKEL	23
4.4.5	ERFASSUNG DER RESSOURCEN UND PROBLEME	24
4.4.6	INTERNE QUALITÄTSSICHERUNG	25
4.4.7	FORT- UND WEITERBILDUNG	26
4.5	PHYSIOTHERAPIE	28
4.5.1	AUFGABEN UND ZIELE DER PHYSIOTHERAPIE	28
4.5.2	PHYSIOTHERAPIE BEI KARDIO-PULMONALEN ERKRANKUNGEN	28
4.5.3	PHYSIOTHERAPIE BEI ERKRANKUNGEN DES SKELETTSYSTEMS	28
4.5.4	PHYSIOTHERAPIE BEI NEUROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN	29
4.6	ERGOTHERAPIE	29
4.6.1	AUFGABEN UND ZIELE DER ERGOTHERAPIE	29
4.6.2	ERGOTHERAPIE BEI PATIENTEN MIT NEUROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN	29
4.6.3	ERGOTHERAPIE BEI ORTHOPÄDISCHEN UND CHIRURGISCHEN ERKRANKUNGEN	32



4.7	LOGOPÄDIE	32
4.8	ERNÄHRUNGSBERATUNG	33
4.8.1	AUFGABEN	34
4.8.2	ZIELE DES ERNÄHRUNGSTEAMS:	34
4.9	SOZIALARBEIT	35
4.10	SEELSORGE	35
4.11	KOOPERATIONSPARTNER	35
5	QUALITÄTSMANAGEMENT	37
5.1	INTERNE QUALITÄTSSICHERUNG	37
5.2	EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG	38
6	ÖFFENTLICHKEITSARBEIT	40
6.1	GRUNDSÄTZLICHES	40
7	ANLAGEN	41



VORWORT

Die erste Fassung des Geriatriischen Konzeptes wurde im September 2007 als Leitfaden für die Mitarbeiter unseres Krankenhauses erstellt. An der Erstellung waren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Therapeutischen Teams maßgeblich beteiligt.

Im Jahr 2008 wurden die Therapieräume im Erdgeschoss sowie die Räumlichkeiten der Tagesklinik im 1. Obergeschoss neu errichtet und in Betrieb genommen. Ebenfalls 2008 (Freigabe: 31.10.2008) wurde ein Konzept für die Geriatriische Tagesklinik erarbeitet. Mit der Überarbeitung und Aktualisierung des Konzeptes im Februar 2009 wurden die beiden vorgenannten Konzepte zu einem zusammengefasst.

Die nun vorliegende fünfte Version des Geriatriischen Konzeptes berücksichtigt die zahlreichen Umstrukturierungsprozesse, die in den vergangenen Jahren realisiert wurden. Das Geriatriische Konzept stellt somit den aktuellen Ist-Stand unseres Krankenhauses dar. Es soll die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Hauses, die niedergelassenen Ärzte in unserer Umgebung sowie die mit uns kooperierenden Krankenhäuser über die Ziele der geriatrischen Behandlung informieren.

Die geriatrischen Patienten im St.-Elisabeth-Krankenhaus werden nach den Leitlinien der Fachgesellschaft für Geriatrie und der anderer Fachgesellschaften (Innere Medizin, Neurologie, Urologie, Orthopädie) behandelt.

Bei unserer Arbeit lassen wir uns inspirieren durch ein gemeinsam erarbeitetes Leitbild:

„Wirken von Mensch zu Mensch für ein ganzes Leben.“

In Bezug auf unsere geriatrischen Patienten sehen wir das Älterwerden als einen mehr-dimensionalen Prozess. Immer mehr Menschen erreichen ein hohes Alter. Älterwerden und Lebendigbleiben ist für uns ein Geschehen, das wir positiv begleiten. Eigenkompetenz und Aktivität sollen möglichst gefördert und erhalten werden. Ein hochwertiger Versorgungsansatz steht für die Patienten im Vordergrund. Unser ganzheitlicher Ansatz beruht auf der Grundlage des christlichen Glaubens.

Dortmund im August 2014

Unterschriften



1 EINLEITUNG

1.1 HISTORIE

Die über einhundertjährige Geschichte des St.-Elisabeth-Krankenhauses weist zwischen 1901 und 1995 einige Besonderheiten auf, die maßgeblich die Entwicklung des Hauses bestimmten und in seiner grundsätzlichen Ausrichtung mehrmals zu einer Neuorientierung und Umstrukturierung führten. So verlor zwischen 1927 und 1946 das Krankenhaus durch die Aufnahme von Dauerpflegepatienten und Lungenkranken seinen ursprünglichen Charakter als Akutkrankenhaus und wandelte sich zu einem „Alters- und Pflegekrankenhaus“. Nach eingehender Diskussion über den Fortbestand der Einrichtung (1995) wurde neben einem Akutkrankenhaus für Innere Medizin eine Senioreneinrichtung (Pflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege) geschaffen (Pilotprojekt NRW). Im Jahre 1998 erhielt das St.-Elisabeth-Krankenhaus mit der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH einen neuen Träger. Die Kirchengemeinde St. Johannes Baptista in Dortmund-Kurl, als ehemalige Trägerin, ist seit diesem Zeitpunkt Gesellschafterin der zum 01.01.1998 gegründeten Trägergesellschaft.

Im Weiteren wurde die Spezialisierung der Klinik für Innere Medizin des Krankenhauses in eine Abteilung für Geriatrie vorangetrieben.

Die bewegte Geschichte des St.-Elisabeth-Krankenhauses unterstreicht deutlich, dass der Wandel das einzig Beständige ist. Deshalb wurde daraus unser Leitspruch:

Veränderung sichert unsere Zukunft

1.2 AKTUELLE SITUATION

Mit dem Bescheid der Bezirksregierung Arnsberg vom 29.09.2005 ist das St.-Elisabeth-Krankenhaus seit dem 1. Juli 2005 mit folgender Struktur in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen worden:

GEBIETE	Betten-Ist 01.07.2005	Betten-Soll	Betten-Ist 01.08.2010
Innere Medizin	80	0	0
Geriatrie	0	54	70
Zwischensumme	80	54	70
Tagesklinik Geriatrie:	0	20	15
BETTEN gesamt:	80	74	85

Aktuell werden 70 Betten in der Klinik für Geriatrie auf zwei Stationen vorgehalten. Der entsprechende Antrag bei der Bezirksregierung wurde gestellt. Auf der Station 1 können zudem bis zu drei Patienten an Überwachungsmonitore angeschlossen werden. Für Notfälle besteht zudem die Möglichkeit einen Patienten initial zu beatmen. Seit der Fertigstellung der Räumlichkeiten der Tagesklinik im 1. Obergeschoss unseres Krankenhauses werden dort 15 Plätze vorgehalten.

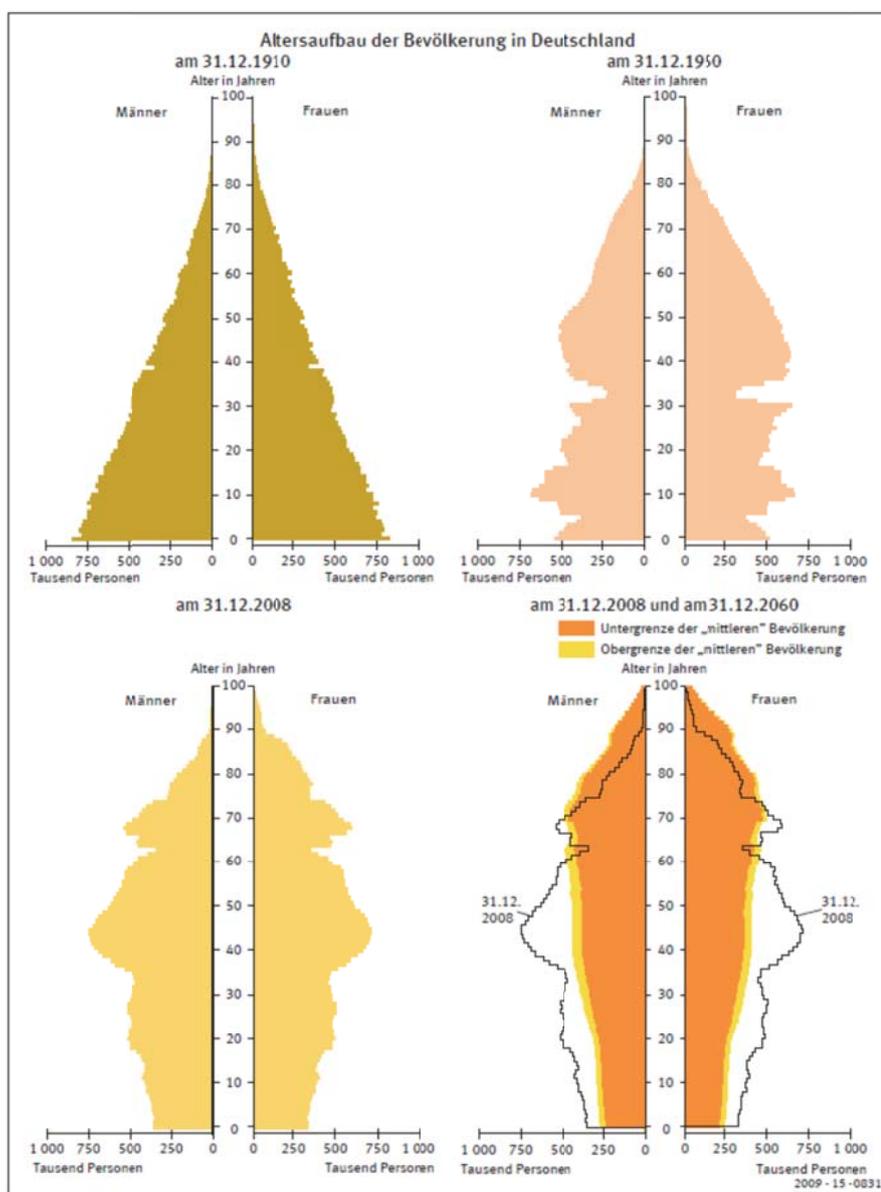


Ein großer Teil der geriatrischen Patienten bedarf einer geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung. Die Versorgung übernimmt das sog. Therapeutische Team, das aus Ärzten, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Ernährungsberatern besteht (ausführliche Beschreibung folgt). Daneben übernehmen ehrenamtlich tätige Damen und Herren individuelle Hilfestellungen und erleichtern den Patienten den Klinikalltag z.B. durch Zuhören, Erledigung von Besorgungen, Botengängen und der Erfüllung kleiner persönlicher Wünsche.



1.3 DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG

Die demographische Entwicklung zeigt, dass die Zahl der Menschen, die das 60. Lebensjahr überschritten haben sich in den letzten 100 Jahren verdoppelt hat. Die Lebenserwartung beträgt heute bei Männern 77,2 Jahre, bei Frauen 82,4 Jahre . Derzeit leben in Deutschland etwa 10.000 Menschen, die einhundert Jahre alt sind oder älter. Im Jahr 2025 wird ein Anstieg auf etwa 45.000, im Jahr 2050 sogar auf 114.000 Menschen erwartet.





2 GERIATRIE

„Geriatric“ als Begriff geht auf Ignaz Leo Nascher zurück und ist ebenfalls beinahe 100 Jahre alt. Der Wiener forderte etwa 1906 analog zur Pädiatrie eine eigenständige Altenheilkunde. Gemeint war, dass bei der Behandlung Älterer auf die physiologischen Gegebenheiten dieser Patientengruppe Rücksicht genommen werden sollte.

Im Alterungsprozess kommt es bei sehr vielen physiologischen Parametern zu einem kontinuierlichen Rückgang der Reservekapazitäten, sodass die Grenzen der Leistungsfähigkeit bereits unter Alltagsbedingungen, aber besonders im Rahmen von Erkrankungen oder beispielsweise Operationen erreicht, beziehungsweise überschritten werden.

Daraus wird ersichtlich, dass der kurative Therapieansatz um präventive und rehabilitative Aspekte erweitert werden muss.

2.1 DER GERIATRISCHE PATIENT

Der geriatric Patient ist gekennzeichnet durch hohes biologisches Alter, Leiden an mehreren Erkrankungen, veränderte oft auch unspezifische Symptomatik, verlängerte Krankheitsverläufe, oft auch verzögerte Rekonvaleszenz, veränderte Reaktion auf Medikamente, Immobilisierungssyndrome, psychosoziale Symptome.

Eine typische Indikation für eine geriatric Behandlung ist z. B. eine Erkrankung mit einem hohen Rehabilitationsbedarf. Dabei wird neben der fachärztlichen Kompetenz eine aktivierend-therapeutische Pflege erforderlich.

Bei Patienten mit einer akuten Erkrankung liegt die plötzliche Schädigung eines Organs oder eine plötzliche Funktionsstörung vor, die behandelt werden muss. Das kann auch bei einer akuten Verschlechterung einer bereits bestehenden chronischen Erkrankung notwendig werden.

Liegt keine Akuterkrankung vor, der Patient ist aber vorübergehend in seiner Alltagskompetenz oder in seiner individuellen Umgebung eingeschränkt, ist eine Rehabilitation angezeigt, insbesondere, wenn zusätzlich eine Reha-Fähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose bestehen. Da eine engmaschige ärztliche Diagnostik und Therapieüberwachung in diesem Fall nicht notwendig ist, erfolgt diese Rehabilitation nicht im Krankenhaus, sondern in der Rehabilitationseinrichtung.

Besteht jedoch eine positive Rehabilitationsprognose, bietet es sich in geeigneten Fällen an, im Anschluss an den Aufenthalt in der Akutgeriatric unseres Hauses eine geriatric stationäre Rehabilitation anzuschließen.

Steht bei einem Patienten jedoch eine Pflegebedürftigkeit im Vordergrund, ist eine stationäre Aufnahme in einer Akutgeriatric nicht sinnvoll bzw. möglich.



Weiterhin bestehen folgende Gegenanzeigen bezüglich einer stationären Krankenhausbehandlung:

- keine Akuterkrankung
- kein Rehabilitationspotential
- Terminalstadium einer malignen Erkrankung
- Patienten mit erheblicher Eigen- oder Fremdgefährdung
- Fehlende Motivation des Patienten

Gerne leistet das Team dem Patienten und seinen Angehörigen Hilfestellung, z.B. durch die Vermittlung von ambulanter Pflege, Tagespflege, Kurzzeitpflege, Heimversorgung oder die Vermittlung einer ambulanten oder stationären Hospizeinrichtung. So verfügt unsere Einrichtung am Standort Dortmund-Kurl über eine Tagespflege, eine Kurzzeitpflege sowie eine vollstationäre Pflegeeinrichtung (St.-Elisabeth-Altenpflege). Bei Bedarf stellen wir gerne eine entsprechende Überleitung her.

2.2 INDIKATIONEN FÜR EINE AKUTGERIATRISCHE BEHANDLUNG

Im St.-Elisabeth-Krankenhaus behandeln wir insbesondere Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- Patienten mit Erkrankungen des Skelett-Systems, z.B. Zustand nach Gelenkersatzoperationen, akute und/ oder chronische Knochen- und Gelenkerkrankungen
- Patienten nach Amputationen, sofern noch ein akutstationärer Behandlungsbedarf besteht
- Patienten nach langer Bettlägerigkeit, z.B. nach schweren Akuterkrankungen des Herz-/ Kreislaufsystems
- Patienten nach Herzklappen- oder Bypassoperationen
- Patienten mit chronischen arteriellen Durchblutungsstörungen und ihren Folgeerkrankungen
- Patienten nach Neurochirurgischen Operationen oder anderen schweren Operationen
- Patienten mit akuten zerebralen Erkrankungen, wie Schlaganfall, Hirnblutung, nach Hirntumoroperationen oder Schluckstörungen
- Patienten mit einem Morbus Parkinson und seinen Begleiterkrankungen
- Patienten mit akuten Verwirrheitszuständen mit oder ohne vorbeschriebener Demenz
- Patienten mit gastroenterologischen Problemen zur diagnostischen Abklärung oder zur postoperativen Behandlung bei Tumorerkrankungen
- Patienten mit Stuhl- oder Urininkontinenz

Typische geriatrische Syndrome und Fähigkeitsstörungen sind:

- Immobilitätssyndrom
- Sturzkrankheit
- Nutritive Störungen (Fehl- und Mangelernährung)
- Harn- und Stuhlinkontinenz
- Akute und chronische Verwirrheitszustände
- Depressionen



- Drohende alltagsrelevante Störungen mit Hinfälligkeit („frailty“)

2.3 PATIENTENAUFNAHME

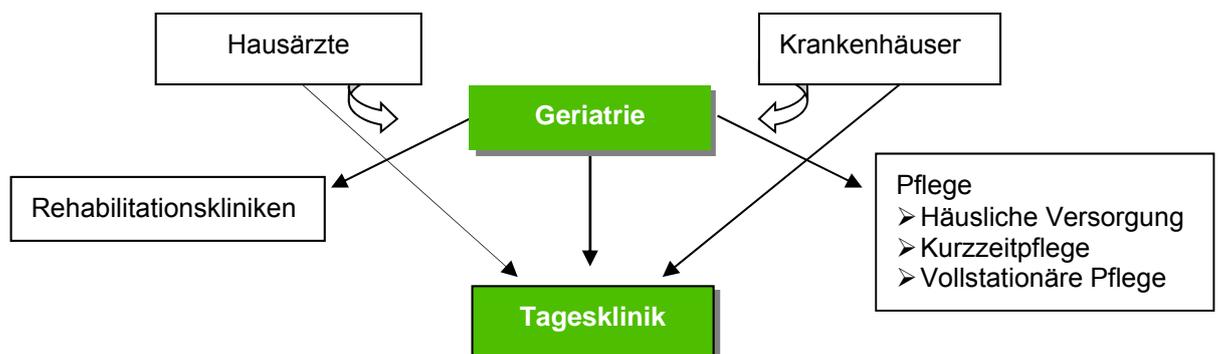
Zur stationären Aufnahme kommen zumeist ältere Patienten ab dem 65. Lebensjahr, grundsätzlich besteht jedoch keine Altersbegrenzung. Entscheidend sind vielmehr das Bestehen akutstationärer Behandlungsbedürftigkeit sowie die so genannte Multimorbidität, d.h. das Vorliegen mehrerer Erkrankungen mit akutem Behandlungsbedarf.

Patienten können rund um die Uhr vom verlegenden Krankenhaus, dem Hausarzt, dem Notarzt sowie aus Altenpflegeeinrichtungen angemeldet werden. Selbstverständlich ist auch eine direkte Kontaktaufnahme des Patienten sowie seiner Angehörigen mit dem Dienstarzt möglich.

Bei der telefonischen Anmeldung wird der Anrufer mit dem diensthabenden Arzt verbunden, der im Gespräch die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme bzw. Übernahme abschätzt und in der Regel sofort einen stationären/ teilstationären Aufnahmetermin benennt.

Auf Wunsch werden in den gesellschaftseigenen Fachabteilungen sowie in den umliegenden Krankenhäusern anderer Träger Konsile durchgeführt, um die Indikation einer stationären oder teilstationären geriatrischen Weiterbehandlung zu klären.

Bei Überweisungen oder Verlegungen aus anderen Fachabteilungen handelt es sich in der Regel um Patienten, die zur so genannten geriatrischen Komplexbehandlung übernommen werden.





3 BEHANDLUNGSKONZEPT

3.1 ZIEL

Ziel unserer Behandlung ist immer der Erhalt, die Wiedergewinnung oder die Verbesserung einer weitestgehenden Selbstständigkeit des Patienten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, die Minderung oder Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sowie die Erhaltung einer bestmöglichen Lebensqualität.

Dabei beschreibt der folgende Grundsatz die Arbeit unseres Therapeutischen Teams:

***Soviel Hilfe wie nötig,
soviel Selbstständigkeit wie möglich!***

Im Gegensatz zur Zielsetzung der akutmedizinischen Behandlung jüngerer Patienten gelingt bei der Behandlung des älteren, multimorbiden Patienten selten eine komplette Wiederherstellung der Organfunktionen. Bezüglich der basalen und instrumentellen Verrichtungen des täglichen Lebens ist es Zielsetzung einer geriatrischen Behandlung, eine größtmögliche Selbstständigkeit herbeizuführen.

Die so genannte Frührehabilitation spielt bei der multiprofessionellen Behandlung unserer Patienten eine überragende Rolle. Die rehabilitative Komponente stellt einen integralen Anteil unserer akutgeriatrischen Behandlung dar.

Die Multimorbidität unserer Patienten bedeutet, dass zum einen viele medizinische und psychosoziale Faktoren bei der Behandlung berücksichtigt werden müssen, zum anderen jedoch auch eine Priorisierung der notwendigen Diagnostik und Therapie notwendig ist.

3.2 GERIATRISCHES ASSESSMENT

Mit der Aufnahmeuntersuchung erfolgt das Geriatrische Assessment, ein multidimensionaler, interdisziplinärer, diagnostischer Prozess, bei dem mit standardisierten Testverfahren die medizinischen, psychosozialen und funktionellen Probleme der Patienten, aber auch deren Ressourcen erkannt werden.

So erfolgt eine medizinische Diagnostik der krankheitsbedingten Funktionsstörungen, eine pflegerische Diagnostik bezüglich Kompetenz, Hilfebedürftigkeit und Ressourcen bei der Selbstpflege, als auch eine Erfassung des sozialen und materiellen Umfeldes.

Unabdingbar ist die gemeinsame und multiprofessionelle Erarbeitung eines individuellen Therapiezieles. Die persönlichen Wertvorstellungen und die Lebensplanung des Patienten müssen Grundlage der Zielsetzung sein.



Das Assessment wird von dem ärztlich geleiteten Therapeutischen Team innerhalb der ersten Tage im Krankenhaus durchgeführt.

Der behandelnde Arzt der geriatrischen Abteilung erstellt die Anamnese des Patienten und plant in Absprache mit dem Patienten und seinem Oberarzt/ Chefarzt die notwendigen diagnostischen Maßnahmen. Weiterhin stellt er die Indikation für therapeutische Maßnahmen anderer Berufsgruppen des Therapeutischen Teams.

Dem behandelnden Stationsarzt obliegt die Gesamtverantwortung für das Therapeutische Team. Er dokumentiert die Ergebnisse der getroffenen Maßnahmen und leitet die geriatrischen Teamsitzungen.

Die erforderliche apparativ-technische Ausstattung für die Anamneseerhebung einschließlich der Notfalldiagnostik (Labor, Radiologie, Herz-/ Kreislaufdiagnostik, Endoskopie, Sonographie) ist verfügbar. Eine weiterführende Diagnostik, z.B. Computertomographie (CT) oder Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) etc. erfolgt durch das St.-Johannes-Hospital.

Durch das Pflegepersonal wird der **BARTHEL-INDEX** bei der Aufnahme und dann wöchentlich durchgeführt. Dabei wird der Unterstützungsbedarf des Patienten in seinen alltagspraktischen Fähigkeiten bewertet, z.B. beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege, beim Essen oder bei der Mobilität.

Die Physiotherapie führt den **TIMED UP&GO-TEST** durch. Hierbei handelt es sich um ein einfaches Testverfahren, um die Mobilität und eine eventuelle Sturzgefährdung des Patienten abzuschätzen.

Beim **TINETTI-TEST** erfolgt eine Überprüfung

- der Mobilität
- der Balance
- des Gangbildes (z.B. Schrittlänge, Schrittbreite, Wegabweichung usw.)

Diese Testverfahren werden zu Beginn sowie bei Bedarf auch während des stationären Aufenthaltes und bei der Entlassung durchgeführt.

Die Ergotherapie prüft, ob Elemente der kognitiven Gesundheit, wie Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis oder Lese- und Sinnverständnis gestört sind. Dafür nutzen die Ergotherapeuten unter anderem den **MMST-TEST**, den **DEMTECT** und den **UHRENTTEST**. Zur Abklärung von Hinweisen auf eine bestehende Depression kommt die Geriatrische Depressionskala (GDS) nach Yesavage zur Anwendung.

Für die Diagnose spezifischer logopädischer Störungen und ihrer Ursachen werden standardisierte Testverfahren angewandt, wie zum Beispiel der **AACHENER APHASIE TEST** und die **DYSPHAGIE-BEDSIDE-STATUSERHEBUNG**.



3.3 THERAPIE

3.3.1 GERIATRISCHE FRÜHREHABILITATIVE KOMPLEXBEHANDLUNG

Steht bei einem Patienten nicht die Diagnostik im Vordergrund, sondern die Behandlung von akuten Funktionsstörungen, mit dem Ziel die Alltagskompetenz wieder herzustellen, liegen die Voraussetzungen für eine frührehabilitative Behandlung vor, deren Merkmale nachfolgend aufgeführt sind:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung
- Standardisiertes Geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens vier Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens zwei Bereichen (Selbstständigkeit, Mobilität)
- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens fünf Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflegehilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen)
- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen, mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens zwei der folgenden vier Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie

Bei den wöchentlichen geriatrischen Teambesprechungen berichtet jedes Mitglied des Therapeutischen Teams den jeweiligen Ist-Status des Patienten und formuliert Behandlungsziele für die kommende Behandlungswoche. Anschließend wird auf Basis der erhobenen Befunde das gemeinsame Behandlungsziel durch den behandelnden Arzt festgelegt. Die Evaluation der aus den Zielen abgeleiteten Maßnahmen findet in der nächsten Teamsitzung statt und wird, wenn nötig, angepasst.

Die Geriatrische Komplexbehandlung muss nicht zwingend am 1. Tag des Aufenthaltes in unserer Klinik beginnen, sondern kann auch später einsetzen, wenn der Patient zuvor z.B. wegen eines Aufenthaltes in der Überwachungseinheit, nicht therapiefähig war. Die Geriatrische Komplexbehandlung beginnt mit dem Tag des ersten dokumentierten Geriatrischen Assessments und wird nicht durch Samstage, Sonntage oder Feiertage unterbrochen.

Die Geriatrische Komplexbehandlung kann wegen einer akuten Verschlechterung oder Therapieunfähigkeit des Patienten unterbrochen werden, in der Summe der Therapieabschnitte müssen jedoch die oben beschriebenen Voraussetzungen abschließend erfüllt sein. Die Entlassungsplanung erfolgt frühzeitig. Die zeitnahe Einbeziehung des Sozialdienstes in die Behandlung stellt sicher, dass der Patient nach dem stationären Aufenthalt lückenlos in seiner häuslichen Umgebung versorgt werden kann und „Drehtüreffekte“ vermieden werden.



Ist absehbar, dass eine Entlassung in eine Kurzzeitpflege oder eine vollstationäre Pflegeeinrichtung erforderlich ist, so unterstützt der Sozialarbeiter Patienten und Angehörige hier entsprechend.

Die Durchführung der „Geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung“ verlangt schriftlich festgelegte, standardisierte Mindestmerkmale, erlaubt jedoch trotzdem eine individuelle Behandlungsplanung.

In der Patientenbehandlung orientieren wir uns an erprobten und validen Leitlinien der medizinisch-geriatrischen Fachgesellschaften (einsehbar unter www.awmf-online.de und www.dggg-online.de).

3.3.2 ANGEHÖRIGENARBEIT

Die Schulung von Angehörigen während des stationären Aufenthaltes wird individuell, bedarfsgerecht und in Absprache mit dem Therapeutischen Team angeboten. In Kooperation mit einem Sanitätshaus lädt das Therapeutische Team sechs Mal im Jahr Patienten, Angehörige und alle Interessierten zum „Kurier-Gesundheits-Treff“ ein. Die jeweiligen Themen sind Geriatrie relevant und berühren auch ethische und psychosoziale Gebiete.

Darüber hinaus besteht ein hoher Beratungs- und Informationsbedarf von Seiten der Angehörigen. Basierend auf der individuellen Erkrankung und den daraus resultierenden Folgen für den Patienten und seine Angehörigen ergeben sich unterschiedlichste Fragestellungen und Anforderungen an die einzelnen Berufsgruppen innerhalb des Therapeutischen Teams. Insbesondere leistet hier auch die Seelsorge Hilfe und Begleitung in menschlichen Ausnahmesituationen.

Die Einbeziehung von Patienten und deren Angehörigen in die Behandlung sind für den Genesungsverlauf und die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt von besonderer Bedeutung. Deshalb werden zum Austausch der notwendigen Informationen zahlreiche Sprechstunden abgehalten.

ÄRZTE

Sind für die Patienten und deren Angehörigen regelmäßig ansprechbar. Sie stehen für eine Sprechstunde regelhaft von Montag bis Freitag zwischen 14:30 Uhr und 15:30 Uhr zur Verfügung, nach Absprache auch zu anderen Zeiten, z.B. während der Bereitschaftsdienstzeiten des jeweiligen Arztes auch abends.

SOZIALARBEIT

Dienstag bis Donnerstag von 12:00 Uhr bis 13:00 Uhr

PHYSIOTHERAPIE/ ERGOTHERAPIE

Immer ansprechbar während der Dienstzeiten und nach vorheriger Terminvereinbarung.



PFLEGE

Immer ansprechbar. Für ein längeres Gespräch bitte Terminabsprache mit der Stationsleitung unter Einbeziehung der Pflegefachkraft.

ERNÄHRUNGSBERATUNG

Terminvereinbarung auf Anfrage.

SEELSORGE

Jederzeitige Kontaktaufnahme über das Pflegepersonal oder das Personal an der Information.

3.4 DIE GERIATRISCHE TAGESKLINIK

Die Tagesklinik (TK) des St. Elisabeth-Krankenhauses in Dortmund-Kurl ist Bestandteil einer ganzheitlichen und abgestuften Form der medizinischen Versorgung des älteren Patienten. Mit einer Kapazität von 15 Plätzen stellt sie eine optimale Verbindung zwischen ambulanter und vollstationärer Versorgung unserer Patienten dar.

Die Bezeichnung „teilstationär“ soll den zeitlich geringeren Leistungsumfang einer Tagesklinik gegenüber einer vollstationären Behandlung bei gleicher Therapiedichte kennzeichnen. Primäres Ziel der tagesklinischen Behandlung ist es, dem alten Menschen zur Wiedererlangung seiner Selbstständigkeit zu verhelfen, seine Lebensqualität zu verbessern sowie dauerhafter Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

Durch die teilstationäre Krankenhausbehandlung kann die vollstationäre Behandlung vermieden oder abgekürzt werden, des Weiteren wird einer Behandlungsunterbrechung nach Entlassung aus vollstationärer Behandlung vorgebeugt.

Im Rahmen der tagesklinischen Behandlung erhält der Patient die erforderliche medizinische Diagnostik und Therapie, verbleibt hierbei jedoch in seinen gewohnten sozialen Strukturen.

Fallweise dient der teilstationäre Krankenhausaufenthalt der Klärung, ob ein Patient weiterhin in seiner gewohnten häuslichen Umgebung verbleiben kann oder ob eine andere Versorgungsstruktur notwendig ist. Diese Abklärung erfolgt im geriatrischen Team und in sehr enger Abstimmung mit dem Patienten, seinem Angehörigen sowie dem Hausarzt.

3.4.1 LEISTUNGSSPEKTRUM UND PATIENTENKLIENTEL

INDIKATIONEN EINER TEILSTATIONÄREN BEHANDLUNG

- Abklärung kognitiver Defizite
- Akute Verschlechterung einer bislang kompensierten Erkrankung, z.B. Morbus Parkinson, Stoffwechselerkrankungen, kardiopulmonale Erkrankungen
- Zustand nach Schlaganfall, Hirnblutung oder Schädel-Hirn-Trauma
- unklare Gangunsicherheit sowie wiederholte Stürze



- chronische Schmerzen bei schweren degenerativen Gelenkerkrankungen oder chronisch-entzündlichen Erkrankungen
- Zustand nach Amputationen von Gliedmaßen, Prothesenanpassung
- verzögerte Rekonvaleszenz nach operativen Eingriffen oder bei schweren internistisch-neurologischen Erkrankungen, die die bisherige selbstständige Lebensführung des Patienten bedrohen

EINSCHLUSSKRITERIEN

- Vermeidung oder Abkürzung einer vollstationären (geriatrischen) Behandlung
- die medizinische oder therapeutische Leistungsdichte lässt sich durch ambulante Maßnahmen nicht erreichen, eine vollstationäre Behandlung ist jedoch nicht (mehr) erforderlich
- die häusliche Versorgung am Abend, während der Nacht, sowie an Wochenenden und Feiertagen ist gewährleistet, ggf. auch durch Angehörige oder einen ambulanten Pflegedienst
- die Patienten sind bezüglich der täglichen Transferfahrten vom Wohnort zur Klinik ausreichend körperlich belastbar
- die tägliche Transportzeit ist zumutbar und beträgt max. 40 Minuten (einfache Strecke)

AUSSCHLUSSKRITERIEN

- keine Transportfähigkeit, Bettlägerigkeit, reine Pflegebedürftigkeit
- kein bestehendes Potenzial, keine Einwilligung/ Motivation des Patienten
- ambulante medizinische oder therapeutische Behandlung ausreichend
- hochgradig demente Patienten
- nicht beherrschbare Aggressivität, akutelirante Verwirrheitszustände, wiederholtes Weglaufen
- fehlende häusliche Versorgung außerhalb der teilstationären Behandlung
- bestehende stationäre Überwachungspflichtigkeit, drohende Operationspflichtigkeit
- bekannte meldepflichtige Infektionen
- fehlendes Rehabilitationspotential
- Endstadium konsumierender Grunderkrankungen
- akute Psychosen
- Suchterkrankungen
- eigen- oder fremdgefährdendes Verhalten
- selbstpflegerische Einschränkungen in den Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens (AEDL), die mehr als Beratung oder zeitweise Unterstützung bedingen, wie z.B. Harn- und/oder Stuhlinkontinenz, mittel- und schwergradig ausgeprägte Orientierungsstörungen mit Weglauftendenz etc.
- keine Mobilisation ohne Rollstuhl
- keine Vollbelastung nach einer Fraktur
- keine angepasste und funktionsfähige Prothese nach einer Amputation vorhanden
- Dialysepflichtigkeit



3.4.2 ZIELSETZUNG

Zu Beginn des Tagesklinischen Aufenthaltes sowie nach erfolgter Eingangsdagnostik wird ein individuelles Behandlungsziel festgelegt. In der wöchentlichen Therapiebesprechung des geriatrischen Teams werden die Maßnahmen der einzelnen Berufsgruppen im Hinblick auf das festgelegte Ziel abgestimmt.

Die Planung dient dazu, Therapiefortschritte zu dokumentieren und zu überprüfen, um gegebenenfalls das Therapieziel anzupassen. Der organisatorische Ablauf einer tages-klinisch-geriatrischen Behandlung in unserem Haus ist als Übersicht in einem so genannten „Wochenplan“ dargestellt (Anlage).

Durch eine verbesserte Selbstständigkeit des Patienten soll die häusliche Reintegration gesichert werden, um ein längerfristiges Verbleiben in den bisherigen sozialen Strukturen des Patienten zu ermöglichen.

3.4.3 ABLAUFORGANISATION

BETRIEBSZEITEN

Die Behandlung und Therapie der tagesklinischen Patienten findet montags bis freitags zwischen 08:30 Uhr und 16:00 Uhr statt. Dadurch sind die in den Kodierrichtlinien geforderten Minutenwerte pro Tag gewährleistet. Die Kernarbeitszeit des Anmelde- und Pflegebereiches der Tagesklinik liegt zwischen 08:00 und 16:30 Uhr.

ANMELDUNG UND TERMINVERGABE

- Anmeldung und Terminierung bei der Pflegekraft
- Anlage des geplanten teilstationären Falls über Empfang/Aufnahme
- Planung des Transportes und telefonischer Erstkontakt durch die Pflegekraft
- Fallartwechsel, Behandlungsvertrag am ersten Behandlungstag über Empfang/Aufnahme

Beurlaubungen während der Behandlung können bis zu einer Dauer von maximal zwei Behandlungstagen erfolgen, darüber hinaus wird der Patient entlassen.

VORGEHEN BEI INTERNEN VERLEGUNGEN

- die Entscheidung, ob ein Patient aus dem Krankenhaus in die Tagesklinik verlegt wird erfolgt im Rahmen der wöchentlichen Teamsitzungen
- der behandelnde Arzt informiert den für die Tagesklinik zuständigen Arzt
- Informationsweitergabe durch den für die Tagesklinik zuständigen Arzt an die Aufnahme und den Pflegedienst der Tagesklinik
- geplanter Fallartwechsel in ORBIS® durch Empfang/Aufnahme
- Information des neuen tagesklinischen Patienten durch eine Mitarbeiterin des Pflegedienstes
- Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens sowie eines Kurzarztbriefes durch die entlassende Station



- Anlage einer neuen Akte

Der Patient wird morgens von einem von der Tagesklinik beauftragten Transportunternehmen von zuhause abgeholt. Nach Beendigung des täglichen tagesklinischen Aufenthaltes wird er von dem Fahrdienst wieder zurückgefahren. Die Kosten für diese Transporte sind in dem tagesklinischen Pflegesatz enthalten und somit nicht gesondert vom Patienten zu zahlen.

LEISTUNGSERBRINGUNG

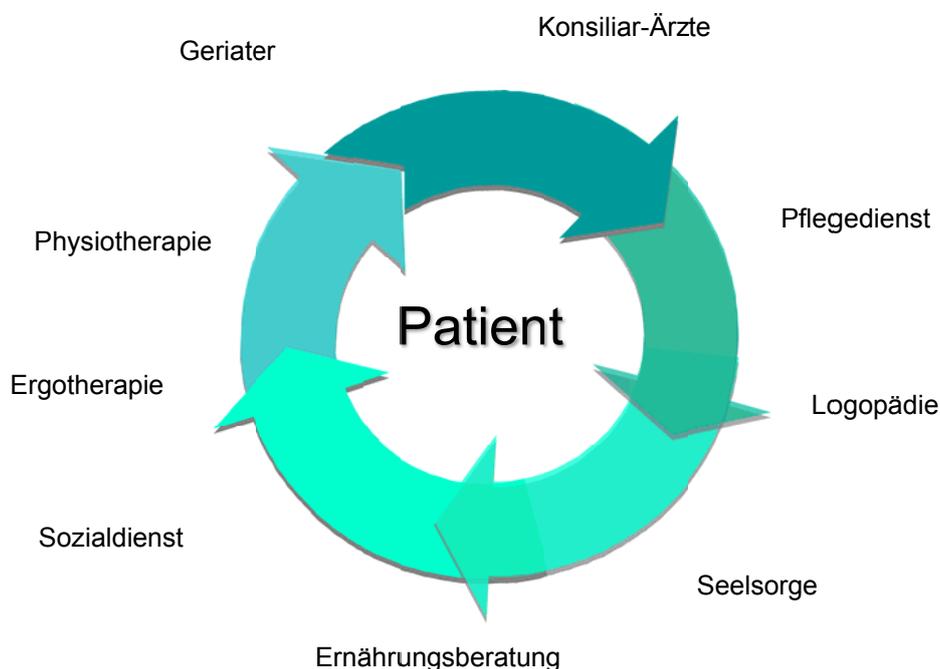
- ärztliche Anamnese, Therapieplanung und -verordnung am ersten Behandlungstag bis 12:00 Uhr über die Patientenkurve und die entsprechenden Formblätter (ggf. Patientenaufklärungsbögen)
- pflegerische Anamnese sowie Erhebung der Vitalparameter (Blutdruck, Puls, Blutzucker, Größe, Gewicht, BMI) und des Barthel-Indexes am ersten Behandlungstag über die Patientenkurve bzw. das KIS
- tgl. KIS-Eintrag der OPS durch den Pflegedienst
- geriatrisches und Sozialassessment innerhalb der ersten zwei Behandlungstage, wenn kein aktuelles Assessment (längstens vier Wochen) vorliegt
- tägliche Ärztliche Visite mit Verlaufsdokumentation in der Patientenkurve
- Therapien entsprechend der OPS
- zusätzliches Standard-AufnahmeprocEDURE am ersten Tag bei Neuaufnahmen von extern (Patienten, die nicht aus dem eigenen Haus kommen):
- Laborroutine
- Ruhe-EKG



4 DAS THERAPEUTISCHE TEAM

Die effektive Diagnostik und Therapie geriatrischer Patienten setzt ein multiprofessionelles Team voraus.

Es besteht aus Ärzten, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeitern, Ernährungsberatern und Seelsorgern. Diese Mitarbeiter bringen ihre individuelle Professionalität in die Arbeit mit den Patienten ein.



Die Arbeit des Therapeutischen Teams orientiert sich an dem Leitsatz:

*„ES GEHT NICHT DARUM, DEM LEBEN MEHR TAGE ZU GEBEN,
SONDERN DEN TAGEN MEHR LEBEN.“*

Cicely Saunders

Cicely Saunders: Ärztin, Sozialarbeiterin und Krankenschwester aus England, 2005 verstorben. Sie gilt als Gründerin der Hospiz und Palliativbewegung



4.1 DOKUMENTATION

Die Behandlung der Patienten, die im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung aufgenommen werden, erfolgt durch das therapeutische Team nach einem für den Patienten individuell erstellten Therapieplan. Um diese Leistungen strukturiert zu dokumentieren, wurde neben den gesellschaftsweit gültigen Dokumenten (Krankengeschichte, Fieberkurve, Verlaufsbericht, Leistungsbögen) eine EDV-gestützte Leistungsdokumentation im Krankenhausinformationssystem ORBIS® entwickelt. Auf diese Weise werden sämtliche therapeutischen Leistungen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) und die Inhalte der wöchentlichen Teambesprechungen elektronisch erfasst. In der Teambesprechung werden die Zielsetzungen und die bisherigen Behandlungsergebnisse durch das therapeutische Team diskutiert. Die Behandlung der Patienten lässt sich somit klar ersichtlich nachvollziehen und auch gegenüber den Leistungsträgern transparent nachweisen.

Im Rahmen einer Arbeitsgruppe wurde zudem ein Dokumentationsbogen zur Aktivierend-therapeutischen Pflege entwickelt, der alle pflegerischen Handlungen in Abgrenzung zu einem defizitorientierten Ansatz, gesondert darstellt

4.2 TEAMBESPRECHUNG

Die Teambesprechung findet einmal wöchentlich zu folgenden Zeiten im Besprechungsraum des ärztlichen Dienstes statt:

- | | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Station 1: | donnerstags | 10:00 Uhr |
| <input type="checkbox"/> | Station 2: | mittwochs | 10:00 Uhr |
| <input type="checkbox"/> | Tagesklinik: | dienstags | 11:45 Uhr |

Für den ärztlichen Dienst, den Pflegedienst, die Physio- und Ergotherapie sowie den Sozialdienst ist die Teilnahme verpflichtend. Je nach Bedarf nehmen zudem die Ernährungsberatung, die Logopädie sowie die Seelsorge teil.

Die Leitung und Moderation der Teambesprechung obliegt dem behandelnden Stationsarzt unter Supervision des zuständigen Oberarztes/ Chefarztes.

In der wöchentlichen Sitzung wird das individuell Erreichte elektronisch dokumentiert und die Maßnahmen im Hinblick auf das festgelegte Ziel miteinander abgestimmt, häufig müssen die prospektiven Therapieziele angepasst werden.

4.3 ÄRZTE

Der Ärztliche Leiter ist Facharzt für Innere Medizin und verfügt über die fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ und „Palliativmedizin“. Sein ständiger Vertreter ist Internist mit der fakultativen Weiterbildung „Geriatrie“. Der Chefarzt verfügt über die Weiterbildungsermächtigung für das Fach „Innere Medizin“ sowie „Geriatrie“.

Unter den Assistenzärzten befinden sich Fachärzte für Innere Medizin bzw. Allgemeinmedizin. Es existiert ein Rotationskonzept für die Ärzte in der klinischen Ausbildung in allen



Internistischen Kliniken der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH. Dieses wird wissenschaftlich von der Katholischen Fachhochschule Köln begleitet.

4.4 PFLEGE

4.4.1 PFLEGEORGANISATION

Das Pflorgeteam verbringt die meiste Zeit mit den Patienten und kennt damit die Bedürfnisse der Patienten am besten. Aus diesem Grund fühlen wir uns besonders für die Sicherheit und Zufriedenheit unserer Patienten verantwortlich. Daher sind eine gute Ausbildung, serviceorientiertes Denken sowie die Fähigkeit zur persönlichen Zuwendung sehr wichtig für Pflegenden. Unser Pflorgeteam besteht aus examinierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern, Altenpflegekräften und Hilfskräften.

Auf den Stationen wird das System der Bereichspflege durchgeführt. Bei einer Bereichspflege wird die Station in zwei oder mehrere Bereiche unterteilt, die jeweils von einer hauptverantwortlichen Pflegeperson und einem „Springer“ verantwortlich betreut werden. Neben dem Eingang zum Schwesternzimmer ist eine Magnettafel angebracht. Diese stellt neben der Aufteilung der Station in die Bereiche A und B auch die für die Bereiche zuständigen Schwestern in Form von Fotos mit Namen dar.

Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege sowie administrative Aufgaben werden von den zugeteilten Pflegepersonen für die jeweilige Patientengruppe erledigt. Die Pflege und Betreuung durch die Mitarbeiter erfolgt eigenverantwortlich und ermöglicht, dass die Patienten über einen längeren Zeitraum von denselben Pflegepersonen versorgt werden. Es soll ein engerer Bezug zwischen Patient und Pflegekraft entstehen sowie eine Kontinuität bei der Durchführung der Pflege erreicht werden.

Hierfür ist eine gute Informations- und Besprechungskultur notwendig. Es finden täglich Übergaben zwischen den einzelnen Schichten der Pflege statt. Besonderes Augenmerk wird auf die Übergabe zwischen Früh- und Spätdienst gelegt. Hier werden alle wichtigen Informationen, die unsere Patienten betreffen, besprochen.

4.4.2 DAS BOBATH-KONZEPT

Unterstützt wird die Therapie u. a. durch die Anwendung des Bobath-Konzeptes. Das Bobath-Konzept wird von Ärzten, Pflegenden, Angehörigen, Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden gleichermaßen angewandt. Es verbessert den Muskeltonus, die Koordination und Haltung mit dem Ziel, physiologische Bewegungsabläufe wieder zu initiieren und zu automatisieren.

Nach einer individuellen pflegerischen Befunderhebung zu Problemen, Ressourcen und Zielen werden dem Patienten Angebote im Rahmen der Pflegeberatung vorgeschlagen. Diese



umfassen besonders Lagerungen (zur Vermeidung bzw. Hemmung der Spastik), das Handling und das Selbsthilfettraining. Somit können sich im Rahmen der therapeutisch-rehabilitierenden Pflege und in Zusammenarbeit mit dem Patienten, seinen Angehörigen und dem Therapeutischen Team folgende Ziele ergeben:

- Vermeidung bzw. Hemmung von Spastik und die Wiederherstellung eines angepassten Muskeltonus bei schlaffer Parese
- Anbahnung normaler, beidseitiger Bewegung, Vermeidung eines kompensatorischen Fehleinsatzes der weniger betroffenen Seite
- Normalisierung der Wahrnehmung des eigenen Körpers und der Umwelt
- Anbahnung normaler Gesichts-, Mund-, Zungen- und Schlundmotorik

Oberstes Ziel der Pflege ist es, die Selbstständigkeit der Patienten in den sog. Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) wieder herzustellen bzw. zu sichern.

4.4.3 PFLEGEKONZEPT

Zielsetzung unserer Einrichtung ist, den mehrfach erkrankten, älteren Menschen therapeutisch, medizinisch und pflegerisch zu betreuen und zu behandeln. Dies soll dazu beitragen, dass die Lebensqualität der Menschen erhalten bzw. verbessert wird.

Neben der medizinisch-therapeutischen und pflegerischen Betreuung steht die Individualität unserer Patienten im Vordergrund.

Aktivierend-therapeutische Pflege beinhaltet die Anleitung, Beratung, Begleitung und Unterstützung bei der Bewältigung der Verrichtungen im Alltag. Dabei erfolgt Hilfestellung, je nach den individuellen Möglichkeiten, durch alle an der Therapie beteiligten Berufsgruppen, aber auch durch die Angehörigen.

- Aktivierende Pflege ist ein Fordern nach Selbstständigkeit.
- Einschätzung der Selbstpflegefähigkeit. Welche Hilfestellung wird benötigt?
- Aktivierung der Ressourcen, unter Berücksichtigung der derzeitigen Situation.
- Aktivierung der Ressourcen, unter Berücksichtigung des täglichen Befindens.
- Vermittlung des Gefühls der Begleitung, nicht das Gefühl der Abhängigkeit geben.
- Aktivierende Pflege beinhaltet die Stärkung der Motivation zur Mobilisation.
- Aktivierende Pflege beinhaltet die Bewusstmachung von Ressourcen.
- Durchführung von präventiven/ prophylaktischen Maßnahmen zur Vermeidung von Folgeerkrankungen.



4.4.4 DAS PFLEGEMODELL NACH MONIKA KROHWINKEL

Das Pflegemodell von Monika Krohwinkel¹ orientiert sich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen. Es geht davon aus, dass Bedürfnisse immer befriedigt werden müssen. Pflegerischer Handlungsbedarf ergibt sich somit durch die eingeschränkte Erfüllung der Bedürfnisse.

KOMMUNIZIEREN

Patient zuhören, ihn aussprechen lassen, bei Nichtverständlichem nachfragen, nicht dagegen antworten, nichts kommentieren und beurteilen, Empathie zeigen und ihn ernst nehmen.

SICH BEWEGEN:

In Zusammenarbeit mit den Physio- und Ergotherapeuten Aktivierung bei Bewegung, beim Lagern, beim Transfer, beim Heben und Tragen. Mitarbeit einfordern, auch beim Lagern.

VITALE FUNKTIONEN DES LEBENS AUFRECHTERHALTEN

- Pflege als vorausschauendes, prophylaktisches Handeln zur Vorbeugung und Vermeidung von Risiken wie etwa Dekubitus, Kontrakturen, Mundkrankheiten, Lungenentzündung, Thrombose und Obstipation
- Atemübungen oder Kreislaufübungen vermitteln, dabei auf Krankheitsbild und Gesundheitszustand achten.

SICH PFLEGEN

Anleitung, Begleitung, Beratung und Motivation zur Selbstpflege.

ESSEN UND TRINKEN

Patient Zeit geben, um selbst essen zu können. Essensart, wenn auch mit den Händen, nicht kommentieren, eher bestätigen.

AUSSCHEIDEN

Unterstützung bei der Ausscheidung, Umgang mit Inkontinenz (Kontinenztraining). Eventuell bei Toilettentraining Patient Wecker zur Verfügung stellen, der ihn in einem vereinbarten Zeitrhythmus an den Toilettengang erinnert. Patient auf eine eventuelle Inkontinenz ansprechen. Je nach Art der Inkontinenz Lösungen ausarbeiten.

SICH KLEIDEN

Selbstständige Kleiderauswahl treffen lassen, auch wenn die Kombination nicht immer passt. Hier kann es zwar zu unterschiedlichen Meinungen mit Angehörigen kommen, aber der Wunsch des Patienten steht im Vordergrund.

¹ Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel, Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege erstellen: Schnell, leicht und sicher, Angela Paula Löser, 2. Auflage 2004, Schlütersche Verlag, zitatzweise



RUHEN UND SCHLAFEN

Selbstständige Entscheidung des Patienten über den Bedarf an Schlaf akzeptieren. Durch Aktivitäten den Schlaf-Wachrhythmus an die innere Uhr anpassen und dem Patienten eine Tagesstruktur vermitteln.

SICH BESCHÄFTIGEN

Gesellschaftsspiele, Gespräche, Zeitungen oder Zeitschriften anbieten

SICH ALS FRAU BZW. ALS MANN FÜHLEN

Dem Patienten Freiräume geben sowie seine Intim- und Privatsphäre tolerieren. Niemals das Zimmer ohne Anklopfen betreten.

FÜR EINE SICHERE UMGEBUNG SORGEN

Orientierungshilfen anbringen, sodass Patienten sich allein orientieren können. Kalender und Uhr in lesbarer Größe bereitstellen.

SOZIALE BEREICHE DES LEBENS SICHERN

Die Sozialkontakte des Patienten sind die wichtigsten Kriterien für das Wohlbefinden.

MIT EXISTENZIELLEN ERFAHRUNGEN DES LEBENS UMGEHEN

Sich auf Gespräche zur Problembewältigung einlassen, durch Validation, Gruppentherapie.

STERBEN

Seelsorge und Begleitung soll individuell auf den Patienten und die Angehörigen bezogen werden.

Die pflegerischen Mitarbeiter betreuen den Patienten nach den oben genannten Grundsätzen und versuchen ihn soweit als möglich an den täglichen Verrichtungen des Lebens zu beteiligen.

Ziel ist und kann nur sein, die Eigenständigkeit des Patienten zu erhalten oder aber zurück zu gewinnen. Hier steht auch die Zusammenarbeit im Therapeutischen Team im Vordergrund.

4.4.5 ERFASSUNG DER RESSOURCEN UND PROBLEME

Um die Pflegeintensität unserer Patienten zu ermitteln, benutzen wir den Barthel-Index.

Der Barthel-Index bildet die Grundlage für die Ermittlung und Durchführung des Therapie- und Behandlungsprozesses sowie der Feststellung, in welchen Bereichen Aktivierende Pflege stattfinden muss. Der Index wird spätestens am Tag nach der Aufnahme erhoben und dann im wöchentlichen Rhythmus wiederholt.

Alle weiteren Wahrnehmungen und Erkenntnisse der Pflegemitarbeiter über den Patienten werden in den regelmäßigen Teambesprechungen und Visiten eingebracht, und somit zu einem Teil des immer wieder neu zu definierenden Rehabilitations- bzw. Therapiezieles.



4.4.6 INTERNE QUALITÄTSSICHERUNG

NATIONALE EXPERTENSTANDARDS

Die Sicherheit unserer Patienten hat eine sehr hohe Priorität. In allen Einrichtungen der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH werden die pflegerischen, evidenzbasierten Expertenstandards angewendet und jährlich evaluiert. Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege ist gesellschaftsweit umgesetzt. Die Inhalte sind in der Pflegeleitlinie „Dekubitusprophylaxe“ fixiert. Der Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ befindet sich derzeit in der gesellschaftsweiten Umsetzungsphase. Die Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“, „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ und „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ werden aktuell auf verschiedenen Stationen der Gesellschaft pilotiert. Im Anschluss an diese Pilotphase erfolgt eine Evaluation, bevor die Standards gesellschaftsweit umgesetzt werden.

WATERLOW-SKALA

Die Waterlow-Skala dient der Ermittlung von Patienten mit einem erhöhten Risiko während des stationären Krankenhausaufenthaltes einen Dekubitus (Druckgeschwür) zu entwickeln. Die Waterlow-Skala wird durch die Pflegefachkraft bei der Aufnahme des Patienten und abhängig vom ermittelten Risiko täglich, alle 2-3 Tage oder wöchentlich erneut erhoben. Die Dokumentation erfolgt im Krankenhausinformationssystem ORBIS®. Auf Grundlage des ermittelten Dekubitusrisikos werden durch die Pflegefachkraft verschiedene Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus eingeleitet.

Zu diesen Maßnahmen gehören:

- Mobilisation
- Druckentlastung (Weichlagerung, Hohllagerung)
- Hautpflege
- Ernährung
- Wundversorgung

BQS-DEKUBITUS

Seit dem 1. Januar 2007 wird die Dekubitusrate in einem Generalindikator erfasst. Ziel des Verfahrens ist es, die Rate an neu entstandenen Dekubitalulzera, unabhängig von Diagnosen und Prozeduren, zu erfassen. Es soll so die Versorgungsqualität eines Krankenhauses insgesamt beobachtet werden. Im Erfassungsjahr 2013 wird die BQS Dekubitus-Erfassung ganzjährig bei allen Patienten durchgeführt, die mindestens 20 Jahre alt sind, mindestens einen Dekubitus 2. Grades aufweisen und für die ein Aufnahmedatum \geq 01.01.2013 hinterlegt ist. Die BQS-Erfassung findet im Krankenhausinformationssystem ORBIS statt. Die Übermittlung der im Haus erhobenen Daten erfolgt abschließend ebenfalls elektronisch.



PFLEGELEITLINIEN UND -EMPFEHLUNGEN

Für eine Vielzahl von pflegerischen Handlungen stehen den Pflegekräften Leitlinien zum Abruf aus dem Intranet zur Verfügung. Diese Leitlinien werden durch eine Arbeitsgruppe der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft erstellt und bei Bedarf überarbeitet. Die Erstellung der Leitlinien erfolgt auf Grundlage aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse. Im Arbeitsalltag werden die pflegerischen Maßnahmen individuell an die jeweiligen Bedürfnisse des Patienten angepasst.

UMGANG MIT BETÄUBUNGSMITTELN

Hierzu liegt eine Verfahrensanweisung vor, die im Intranet hinterlegt ist und für alle Krankenhäuser der Gesellschaft gilt.

UMGANG MIT FREIHEITSENTZIEHENDEN MAßNAHMEN

Für die Kath.-St.-Johannes-Gesellschaft liegt ein „Leitfaden für freiheitsentziehende Maßnahmen vor. Der vorliegende Leitfaden entstand im Zusammenwirken der Stations- und Wohnbereichsleitungen aller beteiligten Einrichtungen mit Ausnahme der Jugendhilfe, unter beratender Mitwirkung von Herrn Ulrich Stein, Richter am Amtsgericht Dortmund. Ziel dieses Leitfadens ist es, die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH bei ihrer verantwortungsvollen Aufgabe im Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen zu unterstützen. Der Patient/Bewohner steht dabei mit seinen Wünschen, Bedürfnissen und seiner individuellen Lebensgeschichte im Mittelpunkt.

4.4.7 FORT- UND WEITERBILDUNG

Um auch zukünftig eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten in der Klinik für Geriatrie zu gewährleisten bedarf es weitgehender Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Das Fort- und Weiterbildungskonzept basiert auf den drei Säulen Fachweiterbildung, Ausbildung von Pflegeexperten und Fortbildungsmaßnahmen. Im Bereich der Fachweiterbildung nehmen seit September 2011 jährlich Mitarbeiter an der vom Bundesverband Geriatrie entwickelten Weiterbildung Zercur Geriatrie® Fachweiterbildung Pflege an der Kath. Schule für Gesundheits- und Pflegeberufe sowie an dem ebenfalls vom Bundesverband Geriatrie entwickelten Fortbildungslehrgang „Zertifiziertes Curriculum Geriatrie“ (Zercur Geriatrie®) am St. Marien-Hospital Hamm teil. Im Rahmen der Ausbildung von Pflegeexperten haben mehrere Mitarbeiterinnen erfolgreich den Basiskurs „Wundexpertin ICW e.V.“ abgeschlossen. Für den Bereich der flächendeckenden Fortbildung therapeutischer Konzepte, wie z.B. Kinästhetik, Bobath oder Basale Stimulation ist die Fortbildung „Aktivierung geriatrischer und neurologischer Patienten im Pflegealltag“ fester Bestandteil der Innerbetrieblichen Fortbildung. Darüber hinaus werden diverse Fortbildungen zu Themen wie „Demenz erleben – verstehen – begleiten“ oder „Schwierige Gespräche führen“ angeboten. Seit dem Jahre 2010 finden für die Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes hausinterne Fortbildungen statt, die sich mit geriatricspezifischen Themen wie „Nahrungsanreicherung bei Schluckstörungen“ oder „Ernährung im Alter“ auseinandersetzen.



Für den Pflegedienst sind folgende Fort- und Weiterbildungen geplant und umgesetzt:

- Zercur Geriatrie® Fachweiterbildung Pflege (Kath. Schule für Gesundheits- u. Pflegeberufe Dortmund gGmbH)
- Zertifiziertes Curriculum Geriatrie (St. Marien-Hospital Hamm)
- Wundversorgung (Wundexperte ICW e.V.)
- Pflegeberatung
- Aktivierung geriatrischer und neurologischer Patienten im Pflegealltag
- Demenz erleben - verstehen - begleiten
- Schwierige Gespräche führen
- Kommunikation mit schwierigen Patienten
- Bobath
- Kinästhetik
- Basale Stimulation
- Brandschutz (2 jährige Pflichtfortbildung)
- Reanimation im klinischen Alltag (2 jährige Pflichtfortbildung)
- Arbeits- und Gesundheitsschutz (jährliche Pflichtfortbildung)



4.5 PHYSIOTHERAPIE

4.5.1 AUFGABEN UND ZIELE DER PHYSIOTHERAPIE

Die Physiotherapie erfüllt innerhalb des interdisziplinären Teams folgende Aufgaben:

- Mobilisation des Patienten
- schmerzlindernde Maßnahmen
- Kontrakturprophylaxe und -behandlung
- Tonusregulierung
- Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster
- funktionelles Training
- Gleichgewichtsschulung
- Anleitung zur Eigentherapie, die auch von Angehörigen begleitet werden kann

In der Physiotherapie werden die geriatrischen Patienten entsprechend ihrer Erkrankung und ihres Zustandes mobilisiert. Das oberste Ziel ist das Erreichen der bestmöglichen Herstellung der Eigenständigkeit des Patienten bezüglich seiner Mobilität. Seine häusliche Situation sollte hierbei besondere Berücksichtigung finden. Die Physiotherapeuten tragen in Absprache mit den Ergotherapeuten frühzeitig Sorge dafür, einen Hilfsmittelbedarf dem Sozialarbeiter zu melden. Bei Notwendigkeit oder auf Wunsch beziehen die Physiotherapeuten Angehörige der Patienten in das Behandlungskonzept mit ein.

4.5.2 PHYSIOTHERAPIE BEI KARDIO-PULMONALEN ERKRANKUNGEN

Die konservative und operative Behandlung der Herzerkrankungen erfordert auch Physiotherapie. Durch diese Therapie sollen Folgen der Immobilität vermieden und die Leistungsfähigkeit gesteigert werden. Die Behandlung besteht aus der krankengymnastischen Befunderhebung und den aktiven Techniken der Bewegungs- und Atemtherapie. In der Phase der „aufgelockerten Bettruhe“ finden besonders die Prophylaxen ihren Schwerpunkt, um ungünstige Folgen der Bettruhe (Venenthrombose, Pneumonie, Abnahme von Muskelkraft und -ausdauer, verzögerte Kreislaufregulation bei orthostatischer Belastung und Drucknekrosen) zu vermeiden.

In der Phase der „Mobilisation“ findet eine gezielte Steigerung der Leistungsfähigkeit statt. Reizintensität, Reizdauer, Reizumfang und Pausendauer werden individuell nach Belastbarkeit eingesetzt und nach regelmäßiger Befundkontrolle entsprechend neu angepasst. So wird eine abrupte Belastung vermieden und gleichzeitig ein ökonomisches Bewegungsverhalten erlernt.

4.5.3 PHYSIOTHERAPIE BEI ERKRANKUNGEN DES SKELETTSYSTEMS

Intensive krankengymnastische Behandlungen erfolgen nach gelenkerhaltenden Therapien und gelenkersetzenden Verfahren (Hüft-, Knie-Gelenkersatz) statt. Die wichtigsten Ziele der Behandlung umfassen die Wiederherstellung der Mobilität (z.B. durch Manuelle Therapie, PNF



und FBL), die Funktionsfähigkeit, die Schmerztherapie (z.B. Kryo-/Thermotherapie, verschiedene Formen der Elektrotherapie, Triggerpunktbehandlung und Schmerztherapie nach Travell-Simons) und die Kräftigung der Muskulatur.

Um einen Therapieerfolg objektiv bewerten zu können, ist eine genaue Befunderhebung zu Beginn der Behandlung (Winkelmessung, Muskelfunktionsprüfung, Umfangsmessung) besonders wichtig. Krankengymnastische Therapien bei Wirbelsäulenerkrankungen finden vorwiegend bei Bandscheibenvorfällen, Verschleißerscheinungen und Osteoporose statt. Neben einem rückengerechten Trainingsprogramm soll vor allem das Wahrnehmen eines ungünstigen und körperbelastenden Verhaltens geschult werden. Auch hierbei finden physikalische Maßnahmen zur Schmerzlinderung (Fango, Elektrotherapie und Massagen) ihre Anwendung.

4.5.4 PHYSIOTHERAPIE BEI NEUROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN

Im Vordergrund der krankengymnastischen Behandlung steht das Wiedererlernen funktioneller Bewegungen mit gleichzeitiger Hemmung pathologischer Bewegungsmuster. Spezielle neurologische Behandlungstechniken, wie z.B. Bobath oder PNF (propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation) werden hierbei angewandt.

Eine sehr enge Kooperation mit der Ergotherapie, Logopädie und Krankenpflege ist unerlässlich, um dem Patienten eine optimale Regeneration zu gewährleisten. Neben den neurologischen Techniken werden ebenso Lymphdrainage, Kryotherapie und elektrische Muskelstimulation angewendet. Diese Maßnahmen dienen der muskulären Entspannung, der Tonusregulation, der Schmerzlinderung und der Muskelkräftigung.

4.6 ERGOTHERAPIE

4.6.1 AUFGABEN UND ZIELE DER ERGOTHERAPIE

Bei der Ergotherapie werden unsere Patienten in den Aktivitäten des täglichen Lebens trainiert. Neben der funktionellen Therapie erfolgt eine Gleichgewichtsschulung, eine Tonusregulierung und Anbahnung von Bewegung sowie eine Therapie bei sensomotorisch-perzeptiven und motorisch-funktionellen Störungen.

4.6.2 ERGOTHERAPIE BEI PATIENTEN MIT NEUROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN

Neurologische Erkrankungen und Verletzungen weisen in der Regel sehr komplexe Störungsbilder auf. Diese Störungsbilder bilden sich vergleichsweise langsam, und nur selten vollständig zurück.

Die Ergotherapie wird besonders aktiv bei Phänomenen wie zum Beispiel:



- Problemen bei Lähmungen und Bewegungseinschränkungen
- Störungen der Aufnahme, Weiterleitung und Verarbeitung von sensorischen Reizen
- Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis oder Lese- Sinn- Verständnis
- Neuropsychologischen Defizite wie z.B. Ordnen, das Nachvollziehen von Teilschritten einer Handlung, das Erkennen von Gegenständen oder das Erfassen von Räumen, Zeit und Personen
- Sozioemotionale Veränderungen, unter anderem in den Bereichen der Steuerung von Emotionen, der Affekte oder bei der Gestaltung von Kommunikation

Es können einzelne Schwierigkeiten oder auch mehrere in Kombination auftreten. Im ungünstigen Fall kann der Betroffene nicht mehr allein in seiner Wohnung leben oder seine Freizeitbeschäftigungen ausüben. Die Erfahrung zeigt, dass nur bei wenigen neurologischen Erkrankungen eine vollständige Rückbildung der Phänomene zu erwarten ist. Ein wichtiges ergotherapeutisches Tätigkeitsfeld ist deshalb die Beratung des Betroffenen, seines Umfeldes und das behutsame Erweitern der Tätigkeitsfelder im Alltag (AOT). Dabei kann für eine Person der selbstständige Toilettengang im Vordergrund stehen, während für eine andere das Autofahren oder Fahrradfahren von herausragender Bedeutung ist. Vielleicht sind es aber auch scheinbare Kleinigkeiten, wie das Essen mit Messer und Gabel oder das unabhängige Einkaufengehen.

Um die vorrangigen Ziele und ihre Teilschritte eingrenzen zu können steht zu Beginn der Behandlung die Befunderhebung, aus der sich die Behandlungsziele ergeben. Die Ergotherapeutin entwickelt in Absprache mit dem Patienten hieraus einen Behandlungsplan.

Im Mittelpunkt der Befunderhebung stehen:

- individuelle Ziele (was möchte man unbedingt wieder können und was davon ist einem persönlich besonders wichtig?)
- die Zufriedenheit mit den allgemeinen Lebensumständen (psychosoziales Umfeld, Freizeitgestaltung, formale Bedingungen wie Umfang und Art der Betreuung, Wohnraumanpassung, Hilfsmöglichkeiten, etc.)
- die Einschätzung der derzeitigen Selbstständigkeit (was geht allein, wozu benötigt man Hilfe und warum, welche Hilfsmittel gibt es?)
- das Erfassen motorischer, kognitiver und psychischer Stärken und Schwächen (wo gibt es Defizite und warum? Welche Fähigkeiten hat der Betroffene, um hier auszugleichen?)
- Analyse der genannten Ziele (was ist aus therapeutischer Sicht ein realistisches Ziel? Wann ist es voraussichtlich erreichbar und welche Maßnahmen sind hierfür nötig?)

Unter Einsatz verschiedener Medien und Therapiemittel können dann zum Beispiel:

- ungünstige Bewegungsmuster, die Folgeschäden nach sich ziehen, gehemmt und andere aufgebaut werden
- die Aufnahme und Verarbeitung von Sinnesreizen stimuliert werden
- die Greiffunktion der Hände trainiert oder Ersatztechniken eingeübt werden



- grundlegende alltägliche Routinen wie Waschen, Ankleiden oder Essen erarbeitet werden
- der Gebrauch von Hilfsmitteln (z.B. Einhandbretter) erprobt oder die Patienten bzw. ihre Angehörigen bei der Anschaffung der Hilfsmittel oder Wohnumfeldanpassungen beraten werden
- durch ein Hirnleistungstraining die Konzentration, Orientierungsfähigkeit oder die Merkfähigkeit verbessert werden
- die neuropsychologischen Fähigkeiten bei der Wahrnehmung oder Verarbeitung erweitert werden.



4.6.3 ERGOTHERAPIE BEI ORTHOPÄDISCHEN UND CHIRURGISCHEN ERKRANKUNGEN

Behandelt werden Patienten mit Störungen aus den Bereichen:

- Orthopädie
- Traumatologie
- Rheumatologie

Dies können folgende Erkrankungen sein:

- Abnutzungserscheinungen und Erkrankungen der Wirbelsäule und anderer großer Gelenke
- entzündliche und degenerative Gelenkerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis
- Verletzungen von Knochen, Muskeln, Sehnen und Nerven nach Amputationen
- Lähmungen von Nerven, vor allem der Arme und des Rumpfes
- Tumore der Knochen, Muskeln oder Nerven

Die Beweglichkeit soll wieder hergestellt, die Muskulatur gekräftigt und die Geschicklichkeit und Koordination beider Hände und der einzelnen Finger normalisiert werden. In der Ergotherapie soll der Patient lernen, seine Kräfte zu nutzen und durch veränderte Verhaltensweisen und Arbeitsabläufe eine bleibende Behinderung zu kompensieren. Dieses kann auch durch Training mit speziellen Hilfsmitteln erfolgen.

Ergotherapeutische Behandlung in diesem Fachbereich beinhaltet zum Beispiel:

- Übungen zur Beweglichkeit, Muskelkraft, Ausdauer, Belastbarkeit und Sensibilität
- Training von Alltagsaktivitäten im Hinblick auf die persönliche und häusliche Selbstständigkeit
- Beratung und Training zum Gelenkschutz
- Abhärtung von Amputationsstümpfen und Training mit der Prothese
- Beratung bezüglich geeigneter Hilfsmittel und Änderungen im häuslichen Umfeld

Körperliche Folgen der Grundkrankheit werden durch ergotherapeutische Maßnahmen gemildert, vorhandene Fähigkeiten gestärkt. Das Ziel ist, ein Maximum an Lebensqualität zu sichern und eine größtmögliche Selbstständigkeit in allen Bereichen der persönlichen und häuslichen Lebensführung zu erreichen.

4.7 LOGOPÄDIE

Die Logopädie führt die Diagnostik und die Therapie der erworbenen Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen durch (Aphasie, Dysarthrie, Sprechapraxie und Dysarthrophonie). Daneben wird die Diagnostik und Behandlung von Kau- und Schluckstörungen durchgeführt. Das Team und die Angehörigen werden bei der Behandlung dieser Störungen angeleitet.

In der Logopädie werden alle Krankheitsbilder behandelt, die mit der Sprache, dem Sprechen und der Stimme zu tun haben. Aber auch spezifische Störungssymptome, wie zum Beispiel



Probleme beim Schlucken oder mit der Mimik werden berücksichtigt. Störungen dieser Abläufe werden meist durch Schlaganfälle hervorgerufen, bei denen die steuernden Gehirnregionen geschädigt wurden. Ursachen können aber auch andere neurologische Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Multiple Sklerose oder Demenz sein sowie Schädel-Hirn-Verletzungen oder Tumorerkrankungen.

Für die Diagnose spezifischer logopädischer Störungen und ihrer Ursachen werden standardisierte Testverfahren angewandt, wie zum Beispiel:

- Mit Hilfe des „Aachener Aphasie Testes“ werden die spontane Sprache, das Sprachverständnis und die Schriftsprache überprüft. Der Patient soll Dinge benennen und nachsprechen.
- Mit Hilfe der „Dysphagie-Bedside-Statuserhebung“ wird vorwiegend die Mundmotorik peripher aber auch intraoral, der Schluckreflex, der Hustenreflex und der Würgereflex überprüft.

Die logopädische Therapie hat vor allem das Ziel, die Kommunikations- und sprachliche Handlungsfähigkeit der Betroffenen durch gezielte Förderung von Denk-, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen zu schulen und zu verbessern. Ist die Sprache stark gestört, werden andere Kommunikationsformen erarbeitet, damit der Betroffene in der Lage ist sich mitzuteilen.

Bei Lähmungen oder Störungen der mimischen Muskulatur sowie der am Sprechen und Schlucken beteiligten Muskeln werden durch systematische Übungen die räumliche und zeitliche Koordination der Bewegungsabläufe, und damit die für das Sprechen wichtigen Funktionen reguliert.

Die Behandlung der Schluckstörung hat das Ziel, selbstständiges Essen und Trinken zu ermöglichen und den Patienten unter Umständen unabhängig von einer Sondenernährung zu machen.

Für alle logopädischen Fragen werden Patienten- und Angehörigengespräche angeboten. Die Kooperationspartnerschaft mit der Gemeinschaftspraxis für Stimm- und Sprachtherapie aus Dortmund-Aplerbeck bietet die Eingliederung logopädischer Fachkompetenz in das interdisziplinäre Team des Geriatrischen Zentrums am St.-Elisabeth-Krankenhaus in Dortmund-Kurl.

4.8 ERNÄHRUNGSBERATUNG

Das Ernährungsteam betreut und berät Patienten, bei denen wegen ihres Ernährungszustandes oder aufgrund ihres Ernährungsbedarfs die durch den Kostformkatalog ausgerichtete Ernährung nicht ausreicht. Das Ernährungsteam will Vorgehensweisen in den Einrichtungen standardisieren und durch Information und Schulungen der Mitarbeiter für Sicherheit und Qualität im Bereich der Ernährung für unsere Patienten sorgen.



4.8.1 AUFGABEN

Die Ernährungsberatung erfüllt innerhalb unseres Teams folgende Aufgaben:

- Evaluierung, Erstellung und Implementierung von Leitlinien und Standards (clinical pathways); Dokumentation und Leistungsnachweis
- Erfassung des Ernährungsstatus (Minimal Nutritional Assessment) ggf. werden Angehörige gebeten, sich mit der Ernährungsberatung unseres Hauses in Verbindung zu setzen, um mit deren Hilfe dann einen Ernährungsstatus zu erheben.
- Verordnung, Durchführung und Begleitung sowohl der klinischen Ernährung (oral, enteral, parenteral), als auch zu Hause bzw. in der Pflegeeinrichtung
- Ernährungsberatung, Schulung und individuelle Betreuung von Patienten/ Angehörigen mit besonderen Ernährungsproblemen, durch die Diätassistenten in den jeweiligen Einrichtungen nach aktuellen Qualitätsstandards
- Entlassungsmanagement (Information für den Hausarzt, Weiterversorgung)
- Konsiliardienst (Anforderung/ Dokumentation über ORBIS®)
- Schulung, Beratung von Patienten und Angehörigen

4.8.2 ZIELE DES ERNÄHRUNGSTEAMS:

- Optimierung der Patientenversorgung/ Patientenzufriedenheit
- Schulungen von Patienten und deren Angehörigen in Ernährungsfragen
- Beratung zu Sonderkostformen z.B. bei Schluckstörungen in Abstimmung mit der Logopädie
- Sicherstellung einer bedarfsgerechten Ernährung
- Verbesserung des Ernährungszustandes mangelernährter Patienten.
- Konsequente Erfassung des Ernährungsstatus
- Mangelernährung erkennen, beheben und vorbeugen



4.9 SOZIALARBEIT

Die Sozialarbeit unterstützt den Behandlungsprozess durch fachliche Hilfen im Hinblick auf persönliche und soziale Probleme, die aus der Multimorbidität des Patienten resultieren und Auswirkungen auf das Leben des Patienten und dessen soziales System haben. Die Sozialarbeit greift diese Probleme auf und trägt zur Erarbeitung einer angemessenen Lösung bei. Vorrangiges Ziel bei der Hilfeplanung ist die Erhaltung größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung.

Patientenbezogene Aufgaben können in diesem Rahmen sein:

- Hilfe in sozialrechtlichen Fragen, oder die Inanspruchnahme von Sozialleistungen, wie zum Beispiel:
 - Leistungen der Pflegeversicherung
 - der Krankenversicherung
 - der Rentenversicherungsträger
- Sicherung der Nachsorge durch Angebote im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich, zum Beispiel durch Beantragung/ Anbahnung von Pflegehilfsmitteln, Kurzzeitpflege, Heimunterbringung, Tagespflege, Hospiz
- Einleitung von Maßnahmen der Rehabilitation, die im Zusammenhang mit der Erkrankung/ Multimorbidität oder deren Folgen stehen
- Einleitung von Maßnahmen nach dem Betreuungsrecht
- Erforderliche Vernetzung mit sozialen Hilfesystemen, wie zum Beispiel Versorgungsamt, Sozialamt, Amtsgericht oder Selbsthilfegruppen
- Unterstützung und Beratung des Patienten und seinen Bezugspersonen bei der Bewältigung von psychosozialen Problemen.

4.10 SEELSORGE

Besonders in einem christlichen Haus muss auf die Wertvorstellungen, aber auch auf die Vorlieben der uns anvertrauten Patienten eingegangen werden. Hier leistet die Seelsorge eine wertvolle Hilfe, die für Gespräche mit Mitarbeitern und auch für die Mitbetreuung von Angehörigen zur Verfügung steht. Sterbende werden von der Seelsorge sensibel begleitet. Aufgaben, Zielsetzung und Leitlinien sind in einem Seelsorgekonzept für die Kath.-St.-Johannes-Gesellschaft formuliert.

4.11 KOOPERATIONSPARTNER

Das Therapeutische Team wird fachlich bei der Behandlung und Versorgung der Patienten durch folgende Kooperationspartner unterstützt:

- Neurologische Gemeinschaftspraxis Dr. Hentschel
- Zahnarztpraxis Dr. Braun
- Gemeinschaftspraxis für Stimm- und Sprachtherapie Frau Koepe, Frau Scholz, Frau Thomsen
- Caritas Sozialstation (Pflegerberatung, dienstags, 15:00-16.00 Uhr)

St.-Elisabeth-Krankenhaus

Geriatric-Konzept



**KATH. ST.-JOHANNES-GESELLSCHAFT
DORTMUND gGmbH**

Kranken- und Pflegeeinrichtungen

- Sanitätshaus Emmerich
- Verkehrswacht Dortmund
- Polizei Dortmund, Verkehrskommissariat
- DSW 21



5 QUALITÄTSMANAGEMENT

5.1 INTERNE QUALITÄTSSICHERUNG

Die Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH pflegt, entsprechend der Anforderungen der Sozialgesetzbücher V, VIII und XI, ein Qualitätsmanagementsystem und lässt dieses regelmäßig durch externe Audits überwachen.

Nach mehrjähriger Erfahrung mit unterschiedlichen Qualitätsmanagement-Systemen orientiert sich die gGmbH seit 2008 in allen Einrichtungen gleichermaßen an der DIN EN ISO 9001, die die größte Unabhängigkeit von der Art der Dienstleistung hat und so in allen Leistungsbereichen anwendbar ist.

Qualitätsmanagement (QM) bedeutet für die Kath. St.-Johannes Gesellschaft Dortmund gGmbH:

- Ziele des Unternehmens werden aus dem Leitbild und der Qualitätspolitik der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH abgeleitet und regelmäßig hinsichtlich Aktualität und notwendiger Anpassungen diskutiert (u.a. in der jährlichen Managementbewertung)
- Prozesse, die zur Erbringung der Dienstleistungen der verschiedenen Einrichtungen und Abteilungen erforderlich sind, werden regelmäßig überprüft, notwendige Verbesserungs- oder Korrekturmaßnahmen werden vereinbart (u.a. in zahlreichen internen und externen Audits, Begehungen und weiteren Gremien)
- Informationen über die Anforderungen der Kunden an die Einrichtungen und Abteilungen werden kontinuierlich eingeholt, um die Dienstleistungen soweit wie möglich auf die Kundenwünsche abzustimmen (u.a. durch gezielte Befragungen, Auswertung von Bewertungsbögen und durch Verbesserungsvorschläge oder Kundenrückmeldungen)
- Ressourcen, die für die Erbringung der Dienstleistung zur Verfügung stehen, werden regelmäßig hinterfragt und hinsichtlich der Erfordernisse im Sinne der Kunden- und Mitarbeiterorientierung überprüft. Hierbei sind personelle Ressourcen ebenso gemeint, wie die Arbeitsumgebung und die Bereitstellung der erforderlichen Arbeitsmittel
- regelmäßige Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen des Personals werden vereinbart und gefördert
- Mitarbeiter werden kontinuierlich über die Entwicklungen und aktuellen Planungen des Unternehmens informiert, um ihnen eine Mitwirkung an der ständigen Anpassung und Verbesserung ihrer täglichen Arbeitsprozesse im Sinne des QM-Systems zu ermöglichen

Die **Kernleistungen des Unternehmens** im Sinne des QM-Systems sind:

- die ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung, stationär, teilstationär und ambulant in den Fachbereichen der drei Krankenhäuser
- das ambulante Operieren
- die Pflege und sozial-aktivierende Betreuung in den drei Einrichtungen der stationären Altenhilfe, Kurzzeitpflege und Tagespflege
- Hilfen zur Erziehung in stationären Kinder- Jugend- und Familienwohngruppen, teilstationäre Leistungen für Kinder und Jugendliche, Diagnostik, Beratung und



Familietherapie sowie Förderangebote, offene Ganztagschulen und Kinder- und Jugend-psychiatrische Ambulanz

- die seelsorgerliche Begleitung der anvertrauten Patienten, Bewohner, Kinder und Jugendlichen ihrer Angehörigen und der Mitarbeiter

Zusätzliche Leistungen im Sinne einer Dienstleister-Kundenbeziehung sind die

- labormedizinische und mikrobiologische Diagnostik und Beratung sowie transfusionsmedizinische Versorgung und Beratung aller Kliniken des Unternehmens und externer Partner
- die pharmazeutische Logistik, Arzneimittelinformation und -beratung, Herstellung von Rezeptur-, Defekturarzneimitteln und Zytostatika, pharmazeutische Begleitung der Zytostatikatherapie für die Kliniken des Unternehmens und externe Partner sowie zusätzliche Dienstleistungen der Stationsapotheker
- die validierte Aufbereitung von Medizinprodukten incl. Reparatur- und Wartung von Instrumenten für alle Kliniken des Unternehmens und externe Partner

Kontinuierliche Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements

Die Pflege, Überwachung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems hat der Geschäftsführer der Abteilung Qualitätsmanagement der gGmbH übertragen. „Beauftragte der Obersten Leitung (BOL)“ im Sinne der DIN EN ISO 9001:2008 ist die Abteilungsleitung als Mitglied der so genannten „erweiterten Geschäftsführung“.

Die Abteilung hat eine beratende Funktion für den Geschäftsführer, begleitet qualitätssichernde Maßnahmen und koordiniert alle Qualitätsmanagement-bezogenen Aktivitäten in den Dortmunder Einrichtungen der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH. Sie fungiert gleichzeitig als Vermittler zwischen Mitarbeitern und Geschäftsführung, um alle Beteiligten zur Weiterentwicklung der Leistungsbereiche und damit des gesamten Unternehmens zu motivieren. Zahlreiche Schnittstellen existieren zur Abteilung Öffentlichkeitsarbeit und Unternehmenskommunikation. Gemeinsame Aufgaben sind z.B. die stetige Weiterentwicklung des Intranets als zügige und transparente Informationsplattform für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Präsentation des Unternehmens für potentielle Kunden und Mitarbeiter z.B. im Internet, sowie die Begleitung der zahlreichen internen und externen Befragungen von Kunden und Partnern.

5.2 EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG

Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS)

Seit dem 1. Januar 2005 besteht eine verpflichtende externe Qualitätssicherung für den Leistungsbereich „ambulant erworbene Pneumonie“, da dieses Krankheitsbild eine medizinisch als auch gesundheitspolitisch relevante Erkrankung darstellt. Es wurden zehn Qualitätsindikatoren festgelegt, die sowohl Aspekte der Prozessqualität als auch der Ergebnisqualität sichtbar machen.



Seit dem 1. Januar 2007 wird die Dekubitusrate in einem Generalindikator erfasst. Dieses neue Qualitätsmessverfahren „Generalindikator Dekubitusprophylaxe“ löst damit das bisherige Verfahren ab. Ziel des Verfahrens ist es, die Rate an neu entstandenen Dekubitalulzera, unabhängig von Diagnosen und Prozeduren, zu erfassen.

Es besteht eine Dokumentationsverpflichtung für die ersten drei Monate eines Jahres, für alle stationären Fälle von Patienten die älter als 75 Jahre sind. Die Krankenhäuser der Kath. St.-Johannes gGmbH haben beschlossen, diesen Generalindikator über den vorgegebenen Zeitraum hinaus auch weiter zu erfassen, um ihn anschließend zu evaluieren. Die Übermittlung der im Haus erhobenen Daten erfolgt abschließend elektronisch. Berufene pflegerische Fachgruppenmitglieder sind aktiv im Bundes- als auch im Landesausschuss vertreten.



6 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

6.1 GRUNDSÄTZLICHES

Ziel der Öffentlichkeitsarbeit ist es, mit Information und Kommunikation langfristig ein geändertes Image der Einrichtung aufzubauen, zu gestalten und zu erhalten. In diesem Zusammenhang wenden wir uns an den neuen Einzugsbereich, der neben der Stadt Dortmund auch andere im Nordosten angrenzende Regionen der Großstadt umfasst. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei den **BEZUGSGRUPPEN** der Organisation zuteil, also etwa Patienten, Angehörigen, Bürgern, dem **GESETZGEBER, KUNDEN, LIEFERANTEN, MEDIEN, MITARBEITERN**, usw.

Die grundsätzliche Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit/ Public Relations ist es, den Kontakt zwischen dem Krankenhaus und einer definierten Zielgruppe herzustellen, zu festigen oder auszubauen. Die Kommunikation zwischen dem Krankenhaus und der Zielgruppe soll dann in Gang gesetzt und gesteuert werden. Hierzu steht eine Reihe von Kommunikationsinstrumenten zur Verfügung.

In enger Abstimmung mit der Stabstelle für Öffentlichkeitsarbeit sind dies:

PRESSEARBEIT: Initiierung von Pressemitteilungen, Organisation von Pressekonferenzen, Beantworten von Presseanfragen; Anzeigen in der Zeitschrift Senioren Heute incl. Imageartikel

MEDIENGESTALTUNG: Erstellen von Broschüren, Flyern, Anzeigen, Newslettern, Verbraucherzeitschriften, Internet-Seiten

VERANSTALTUNGSORGANISATION: Informationsveranstaltungen und Seminare mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhausärzten, Sozialdiensten der Krankenhäuser; Seminare für Patienten und Angehörige; Messen; Einladung von Seniorengruppen, Verbänden oder Vereinen zur Vorstellung der Einrichtung; Beteiligung des Chefarztes an der Nachtvorlesung und den Arzt-Patientenseminaren der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft

INTERNE KOMMUNIKATION: Spezielle Informationen zur Geriatrie, Planung und Durchführung von Veranstaltungen für Mitarbeiter, Schulung von Mitarbeitern, Intranetbetreuung

„Kurier Gesundheitstreff“: Achtwöchig stattfindende Informationsveranstaltungen mit internen/ externen Referenten und Kooperationspartnern zu altersspezifischen Themen

ROLLATORENTRAINING
FAHRSICHERHEITSTRAINING



7 ANLAGEN

Anlage 1: Exemplarischer Wochenplan „Geriatrische Komplexbehandlung stationär“

Anlage 2: Exemplarischer Wochenplan „Tagesklinik“

Anlage 3: Qualifikationsprofile der Berufsgruppen des Therapeutischen Teams



St.-Elisabeth-Krankenhaus

Anlage 1: Exemplarischer Wochenplan „Geriatrische Komplexbehandlung stationär“

Innere Medizin und Geriatrie
Exemplarischer Wochenplan "Geriatrische Komplexbehandlung stationär"
 Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
06:30	Aktivierend-therapeutische Pflege: Grundpflege (Anleitung, Motivation)						
07:00							
07:30							
08:00	Frühstück Gerontofrühstück	Frühstück	Frühstück				
08:30							
09:00	Physio-, Logo- oder Ergotherapien	Aufnahmeassessments Physio- u. Ergotherapie	Mobilisation				
09:30							
10:00							
10:30							
11:00	CA-Visite Station 2 OA-Visite Station 1	Stationsvisite	CA-Visite Station 1 Stationsvisite Station 2	OA-Visite Station 2 Stationsvisite Station 1	Stationsvisite	Kurvenvisite	Kurvenvisite
11:30							
12:00	Mittagessen						
12:30	Physio-, Logo- oder Ergotherapien						
13:00							
13:30							
14:00							
14:30	Kaffeezeit						
15:00							
15:30	Untersuchungen						
16:00							
16:30	Mobilisation						
17:00							
17:30	Abendessen						
18:00							
18:30							
19:00	Aktivierend-therapeutische Pflege: Grundpflege (Anleitung, Motivation)						
19:30							
20:00							
20:30							



Anlage 2: Exemplarischer Wochenplan „Tagesklinik“

Exemplarischer Wochenplan "Tagesklinik"										
Zeit	Montag	Aktivitäten	Dienstag	Aktivitäten	Mittwoch	Aktivitäten	Donnerstag	Aktivitäten	Freitag	Aktivitäten
08:00	Ankunft									
08:30	Frühstück + med. Versorgung (Medikamentengabe, Verbände, Ermittlung von Vitalzeichen etc.)		Frühstück + med. Versorgung (Medikamentengabe, Verbände, Ermittlung von Vitalzeichen etc.)		Frühstück + med. Versorgung (Medikamentengabe, Verbände, Ermittlung von Vitalzeichen etc.)		Frühstück + med. Versorgung (Medikamentengabe, Verbände, Ermittlung von Vitalzeichen etc.)		Frühstück + med. Versorgung (Medikamentengabe, Verbände, Ermittlung von Vitalzeichen etc.)	
09:00										
09:30	Gruppe A Physiotherapie									
10:00	Gruppe B Versorgung/Visite									
10:30	Gruppe B Physiotherapie									
11:00	Gruppe A Versorgung/Visite									
11:30	Mittagessen									
12:00			Therapeutische Teambesprechung							
12:30	Mittagsruhe									
13:00										
13:30	Gruppe A Ergotherapie									
14:00	Gruppe B Vorbereitungszeit									
14:30	Gruppe B Ergotherapie									
15:00	Gruppe A Freizeitangebote									
15:30	Reflexions-/Feedbackrunde bei									
16:00	Abholung									



St.-Elisabeth-Krankenhaus

Innere Medizin und Geriatrie

Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH

ANLAGE 3:

QUALIFIKATIONSPROFILE DER BERUFSGRUPPEN DES THERAPEUTISCHEN TEAMS

ÄRZTE

- Facharzt Geriatrie
- Teilnahme an Fachtagungen und –kongressen
- Wöchentliche „Inhouse“-Fortbildungen im Rahmen der Ärzte-Besprechung
- Fakultative Fallbesprechungen sowie ethische Fallkonferenzen

PHYSIOTHERAPIE

- Manuelle Therapie
- Manuelle Lymphdrainage
- Myofasziale Techniken
- Bobath-Therapie
- Dorn-Therapie
- Dry-Needling-Therapie
- Kinesio-Taping
- Rückenschulinstructor
- Schmerztherapie nach Travell-Simons
- Medizinische Trainingstherapie
- Sportphysiotherapie
- Zulassung für Ambulante Rehabilitation
- Fußreflexzonenmassage
- Cyriax-Therapie
- Neurale Mobilisation
- Diplom-Sportwissenschaftlerin
- Einführung in die Ayurvedische Therapie
- Shiatsu-Therapie
- Funktionelle Bewegungslehre nach Klein-Vogelbach
- Motopädagogik
- Hospitationen
- Craniomandibuläre Dysfunktions-Therapie
- Wellness-Therapie
- Osteopathie
- Sturzpräventionstraining

ERGOTHERAPIE

- Ergotherapie bei Demenzerkrankungen
- Bobath-Therapeuten
- Affolter-Therapie



KATH. ST.-JOHANNES-GESELLSCHAFT
DORTMUND gGmbH

Kranken- und Pflegeeinrichtungen



- Perfetti-Therapie
- Basale Stimulation
- Handtherapie
- Taping
- Sensorische Integration
- HLT
- F.O.T.T
- Motorisches Lernen
- Entspannungspädagogin
- Validation

PFLEGE

- Leitungskompetenzen im Mittleren Management
- Fachkrankenschwester Anästhesie-Intensivmedizin
- Fachweiterbildung Geriatrie
- Zercur Geriatrie® Fachweiterbildung Pflege
- Zertifiziertes Curriculum Geriatrie®
- Praxisanleitung
- Pflegeberatung
- Wundexpertin ICW e.V.
- Aktivierung geriatrischer und neurologischer Patienten im Pflegealltag
- Bobath
- Kinästhetik
- Basale Stimulation
- Demenz erleben – verstehen – begleiten
- Schwierige Gespräche führen
- Kommunikation mit schwierigen Patienten
- Brandschutz (2 jährige Pflichtfortbildung)
- Reanimation im klinischen Alltag (2 jährige Pflichtfortbildung)
- Arbeits- und Gesundheitsschutz (jährliche Pflichtfortbildung)

ERNÄHRUNGSBERATUNG

- Diätküchenleiterin
- Besondere Qualifikation für die Ernährung und Verpflegung von Senioren

SEELSORGE

- Klinische Seelsorgeausbildung (KSA)
- Weiterbildung Validation
- Weiterbildung Demenz