



# GERIATRIE

**Juli 2025**



## Geriatric-Konzept

### Inhaltsverzeichnis

<b>VORWORT</b>	<b>4</b>
<b>1 EINLEITUNG</b>	<b>5</b>
1.1 HISTORIE	5
1.2 AKTUELLE SITUATION	5
1.3 DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG	7
<b>2 GERIATRIE</b>	<b>8</b>
2.1 DER GERIATRISCHE PATIENT	8
2.2 INDIKATIONEN FÜR EINE AKUTGERIATRISCHE BEHANDLUNG	9
2.3 PATIENTENAUFNAHME	10
<b>3 BEHANDLUNGSKONZEPT</b>	<b>11</b>
3.1 ZIEL	11
3.2 GERIATRISCHES ASSESSMENT	11
3.3 THERAPIE	14
3.3.1 GERIATRISCHE FRÜHREHABILITATIVE KOMPLEXBEHANDLUNG	14
3.3.2 ANGEHÖRIGENARBEIT	15
3.4 DIE GERIATRISCHE TAGESKLINIK	16
3.4.1 LEISTUNGSSPEKTRUM UND PATIENTENKLIENDEL	16
3.4.2 ZIELSETZUNG	18
3.4.3 ABLAUFORGANISATION	18
<b>4 DAS THERAPEUTISCHE TEAM</b>	<b>20</b>
4.1 DOKUMENTATION	21
4.2 TEAMBESPRECHUNG	21
4.3 ÄRZTE	21
4.4 PFLEGE	22
4.4.1 PFLEGEORGANISATION	22
4.4.2 DAS BOBATH-KONZEPT	22
4.4.3 PFLEGEKONZEPT	23
4.4.4 DAS PFLEGEMODELL NACH MONIKA KROHWINKEL	23
4.4.5 ERFASSUNG DER RESSOURCEN UND PROBLEME	25
4.4.6 FAMILIALE PFLEGE	25
4.4.7 INTERNE QUALITÄTSSICHERUNG	26
4.4.8 FORT- UND WEITERBILDUNG	28
4.5 PHYSIOTHERAPIE	29
4.5.1 AUFGABEN UND ZIELE DER PHYSIOTHERAPIE	29
4.5.2 PHYSIOTHERAPIE BEI KARDIO-PULMONALEN ERKRANKUNGEN	30
4.5.3 PHYSIOTHERAPIE BEI ERKRANKUNGEN DES SKELETTSYSTEMS	30
4.5.4 PHYSIOTHERAPIE BEI NEUROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN	31



## Geriatric-Konzept

<b>4.6 DEMENZCOACH</b>	<b>31</b>
4.6.1 AUFGABEN UND ZIELE DES DEMENZCOACHS	31
<b>4.7 ERGOTHERAPIE</b>	<b>33</b>
4.7.1 AUFGABEN UND ZIELE DER ERGOTHERAPIE	33
4.7.2 ERGOTHERAPIE BEI PATIENTEN MIT NEUROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN	33
4.7.3 ERGOTHERAPIE BEI ORTHOPÄDISCHEN UND CHIRURGISCHEN ERKRANKUNGEN	36
<b>4.8 LOGOPÄDIE</b>	<b>36</b>
<b>4.9 PSYCHOLOGIE</b>	<b>37</b>
4.9.1 AUFGABEN UND ZIELE DER PSYCHOLOGIE	37
4.9.2 PSYCHOLOGISCHE ANGEBOTE	38
4.9.3 UNTERSTÜTZUNG DER ANGEHÖRIGEN	38
<b>4.10 ERNÄHRUNGSBERATUNG</b>	<b>39</b>
4.10.1 AUFGABEN	39
4.10.2 ZIELE DES ERNÄHRUNGSTEAMS:	39
<b>4.11 SOZIALARBEIT</b>	<b>40</b>
<b>4.12 SEELSORGE</b>	<b>40</b>
<b>4.13 KOOPERATIONSPARTNER</b>	<b>40</b>
<b><u>5 QUALITÄTSMANAGEMENT</u></b>	<b><u>41</u></b>
5.1 EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG	42
<b><u>6 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT</u></b>	<b><u>43</u></b>
6.1 GRUNDSÄTZLICHES	43
<b><u>7 ANLAGEN</u></b>	<b><u>44</u></b>
<b><u>ANLAGE 1: EXEMPLARISCHER WOCHENPLAN „GERIATRISCHE KOMPLEXBEHANDLUNG STATIONÄR“</u></b>	<b><u>45</u></b>
<b><u>ANLAGE 3:</u></b>	<b><u>47</u></b>
<b><u>QUALIFIKATIONSPROFILE DER BERUFSGRUPPEN DES THERAPEUTISCHEN TEAMS</u></b>	<b><u>47</u></b>
ÄRZTE	47
PHYSIOTHERAPIE	47
ERGOTHERAPIE	47
LOGOPÄDIE	48
PSYCHOLOGIE	48
PFLEGE	48
ERNÄHRUNGSBERATUNG	49
SEELSORGE	49



## Geriatric-Konzept

# 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 siebte 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 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 Lebendig bleiben 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 Juli 2025

Unterschriften



## Geriatric-Konzept

# 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. Zum 1. Juni 2021 wurde die **Kath. St. Paulus Gesellschaft** gegründet und aus der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH wurde die **SJG St. Paulus GmbH**. Die SJG St. Paulus GmbH ist einer von vier Trägern der Kath. St. Paulus Gesellschaft.

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 aktuellen Bescheid der Bezirksregierung Arnsberg vom 16. Dezember 2024 ist das St. Elisabeth Krankenhaus seit dem 1. April 2025 mit folgender Struktur im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen geführt:

Gebiete	Fallzahlen Soll
Innere Medizin	590
Geriatrie	1.390
Gesamt	1.980

Aktuell werden 100 Plätze in der Klinik für Geriatrie auf zwei Stationen sowie der Tagesklinik vorgehalten. Auf der Station 1 können zudem bis zu drei Patienten an Überwachungsmonitore angeschlossen werden. Für Notfälle besteht zudem die Möglichkeit, einen Patienten initial bis zu 24 Stunden zu beatmen.



## Geriatric-Konzept

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, Psychologinnen, 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.

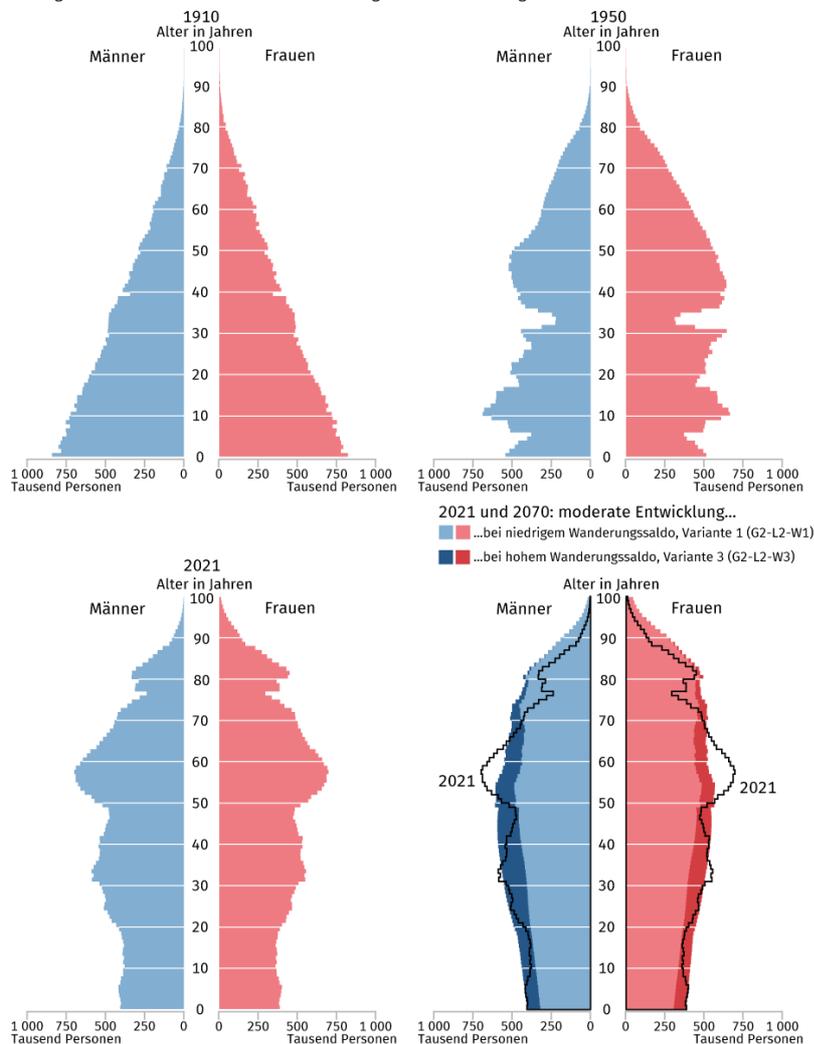
## Geriatric-Konzept

### 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.

#### Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland

2070: Ergebnisse der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung



Erläuterungen zu Varianten und Abkürzungen siehe Übersichten 1 und 2.

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022

Abb. 1: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland

Quelle: Statistisches Bundesamt



## Geriatric-Konzept

# 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.



## Geriatric-Konzept

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 Verwirrtheitszuständen 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 Verwirrtheitszustände
- Depressionen

## Geriatric-Konzept

- Drohende alltagsrelevante Störungen mit Hinfälligkeit („frailty“)

### 2.3 PATIENTENAUFNAHME

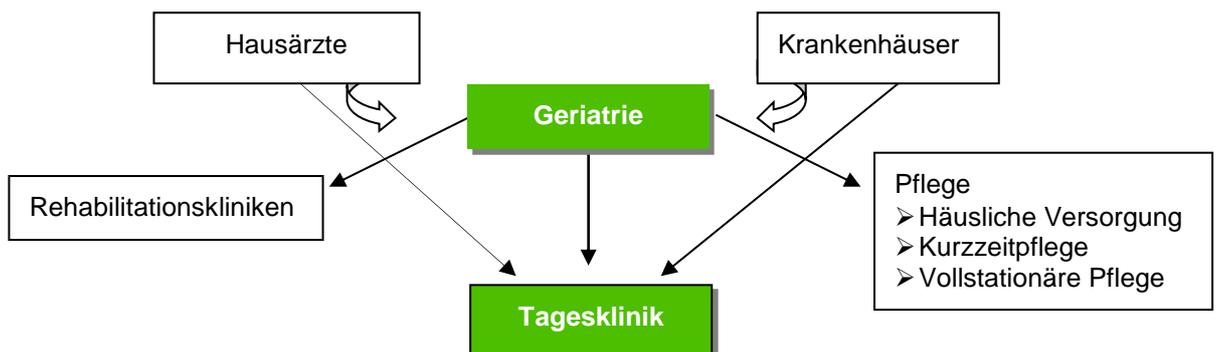
Zur stationären Aufnahme kommen zumeist ältere Patienten ab dem 70. Lebensjahr, grundsätzlich besteht jedoch keine Altersbegrenzung. Entscheidend sind vielmehr das Bestehen akutstationärer Behandlungsbedürftigkeit sowie die so genannte Multimorbidität, d.h. das Vorliegen mehrerer Erkrankungen mit akutem Behandlungsbedarf.

Patienten können rund um die Uhr vom verlegenden Krankenhaus, dem Hausarzt, dem Kassenärztlichen 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.





## Geriatric-Konzept

# 3 BEHANDLUNGSKONZEPT

## 3.1 ZIEL

Ziel unserer Behandlung ist immer der Erhalt, die Wiedergewinnung oder die Verbesserung einer weitest gehenden 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.



## Geriatric-Konzept

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.

Der **De Morton Mobility Index (DEMMI)** ist ein in Australien entwickelter Mobilitätstest, welcher eine reliable, valide, einfache und schnelle Messung der Mobilität älterer Patienten ermöglicht. Die Überprüfung erfolgt in den fünf Mobilitäts-Subkategorien

- Bett
- Stuhl
- Statisches Gleichgewicht
- Gehen und
- Dynamisches Gleichgewicht

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** bei einem MMST-Score zwischen 22 bis 25 und den **UHRENTTEST**. Zur Abklärung von Hinweisen auf



## Geriatric-Konzept

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**.



## Geriatric-Konzept

### 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 wiederherzustellen, 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 Teambesprechung wird durch einen Geriater moderiert.

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.

## Geriatric-Konzept

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](http://www.awmf-online.de) und [www.dggg-online.de](http://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.

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 unterschiedliche 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 und an den Wochenenden.

#### SOZIALARBEIT

Montag bis Freitag nach Vereinbarung

#### PHYSIOTHERAPIE/ ERGOTHERAPIE/ LOGOPÄDIE/ PSYCHOLOGIE/ DEMENZCOACH

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.



## Geriatric-Konzept

### 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



## Geriatric-Konzept

- 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, akut delirante Verwirrtheitszustände, 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



## Geriatric-Konzept

### 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 Arztbriefes durch die entlassende Station



## Geriatric-Konzept

- 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

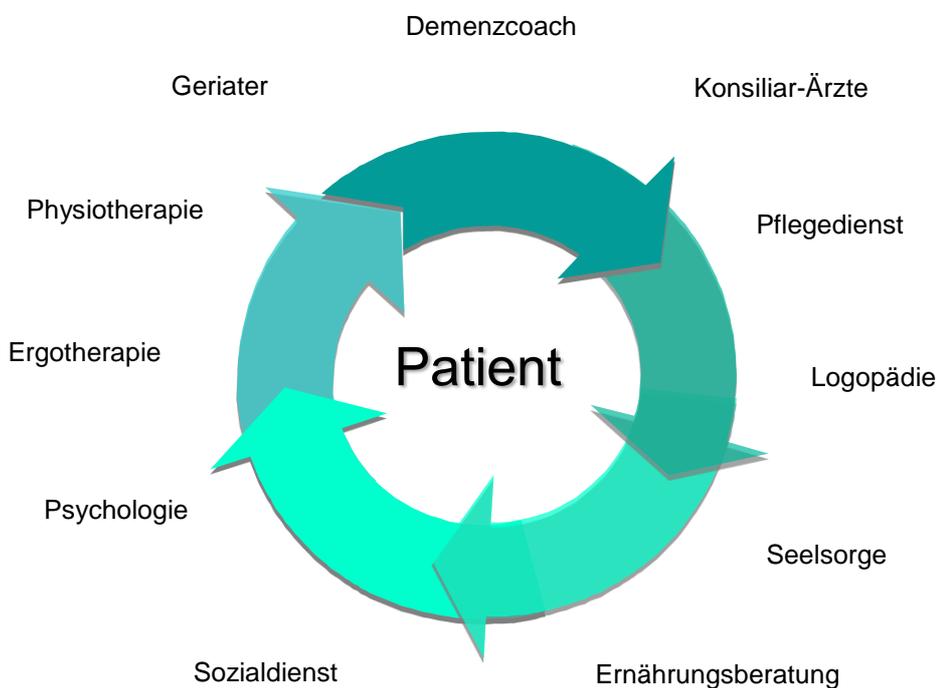
- ärztliche Anamnese, Therapieplanung und -verordnung am ersten Behandlungstag bis 12:00 Uhr über die Patientenkurve und die entsprechenden Formblätter (ggf. Patientenaufklärungsbögen)
- pflegerische Anamnese sowie Erhebung der Vitalparameter (Blutdruck, Puls, Blutzucker, Größe, Gewicht, BMI) und des 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-Aufnahmeprocedere am ersten Tag bei Neuaufnahmen von extern (Patienten, die nicht aus dem eigenen Haus kommen):
- Laborroutine
- Ruhe-EKG

## Geriatric-Konzept

# 4 DAS THERAPEUTISCHE TEAM

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

Es besteht aus Ärzten, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologinnen, 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.

## Geriatric-Konzept

### 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, elektronische Fieberkurve, Verlaufsbericht, Leistungsbögen) eine EDV-gestützte Leistungsdokumentation im Krankenhausinformationssystem ORBIS® entwickelt. Auf diese Weise werden sämtliche therapeutischen Leistungen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie) 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"/> | <b>Station 1:</b>   | <b>donnerstags</b> | <b>10:00 Uhr</b> |
| <input type="checkbox"/> | <b>Station 2:</b>   | <b>mittwochs</b>   | <b>10:00 Uhr</b> |
| <input type="checkbox"/> | <b>Tagesklinik:</b> | <b>dienstags</b>   | <b>11:45 Uhr</b> |

Für den ärztlichen Dienst, den Pflegedienst, die Physio- und Ergotherapie sowie der Logopädie, Psychologie und 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 Geriater und 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 „Klinische Geriatrie“. Der Chefarzt verfügt über die Weiterbildungsermächtigung für das Fach „Innere Medizin“, „Innere und Allgemeinmedizin“ sowie „Geriatrie“.



## Geriatric-Konzept

### 4.4 PFLEGE

#### 4.4.1 PFLEGEORGANISATION

Das Pflegeteam 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 Pflegeteam 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 dar.

Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege sowie administrative Aufgaben werden von den zugewiesenen 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 Pflegetherapie vorgeschlagen. Diese umfassen besonders Lagerungen (zur Vermeidung bzw. Hemmung der Spastik), das Handling und das Selbsthilfetraining. Somit können sich im Rahmen der therapeutisch-rehabilitierenden



## Geriatric-Konzept

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) wiederherzustellen 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 Krohwinkel\* 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.



## Geriatric-Konzept

\*(Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel, Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege erstellen: Schnell, leicht und sicher, Angela Paula Löser, 2. Auflage 2004, Schlütersche Verlag, zitatweise)

### 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.

### 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.



## Geriatric-Konzept

### 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 FAMILIALE PFLEGE



## Geriatric-Konzept

Das Modellprogramm „Familiale Pflege“ unter den Bedingungen der G-DRG entstand in Kooperation mit der Universität Bielefeld im Jahr 2004 und lief am 31.12.2018 aus. Aufgrund des großen Nutzens wurde das Projekt in die Regelversorgung überführt. Es dient der Unterstützung und Schulung pflegender Angehöriger zur Vorbereitung des Übergangs vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung. In den Blick genommen werden die Kompetenzen, die Angehörige benötigen, um die individuelle Pflegesituation für sich als zu bewältigen sowie erfolgreich zu erleben. Im Mittelpunkt stehen somit Bildungs- und Beratungsangebote, sowie Angebote zur Begleitung, Information und Kompetenzförderung pflegender Angehöriger. Durch Bildung und Beratung, möglichst der ganzen Familie, soll die Pflege und Betreuung besser verteilt und erleichtert werden.

Die Instrumente des Projekts umfassen:

- Erstgespräche mit den pflegenden Angehörigen zur Situationsklärung
- Familienberatungsgespräche zum Aufbau eines Pflegenetzwerkes und zur Förderung der innerfamiliären Gerechtigkeit
- Einzelfallbezogene Pflegetrainings im Krankenhaus
- Aufsuchende Pflegetrainings in der häuslichen Umgebung
- Qualitätscheck vor der Entlassung zur Gestaltung stabiler Pflegesettings bezogen auf Hilfsmittel und Gestaltung der häuslichen Umgebung sowie ein Qualitätscheck nach der Entlassung zur Prüfung der gelungenen Überleitung aus dem Krankenhaus in die Familie
- Somatisch ausgerichtete Initialpflegekurse
- Initialpflegekurse mit dem Schwerpunkt Demenz

Die Bausteine und Instrumente sind aufeinander bezogen und haben folgende Ziele:

- Stärkung von Alltagskompetenzen
- Erlernen pflegerischer Kompetenzen und Anleitung zu Pflege Techniken
- Bewältigung individueller Entwicklungsaufgaben durch Reflexion der persönlichen Situation
- Stärkung der Person
- Wissensvermittlung/Aufklärung
- Aufbau eines Pflegenetzwerkes
- Ermutigung zu rechtzeitiger und gezielter Inanspruchnahme erforderlicher, individuell sinnvoller Hilfen
- Förderung von Ressourcen

### 4.4.7 INTERNE QUALITÄTSSICHERUNG



## Geriatric-Konzept

### NATIONALE EXPERTENSTANDARDS

Die Sicherheit unserer Patienten hat eine sehr hohe Priorität. In allen Einrichtungen der SJG St. Paulus GmbH werden die pflegerischen, evidenz-basierten 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 OR-BIS®. 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

Die Behandlung der Patienten durch den Pflegedienst in der SJG St. Paulus GmbH erfolgt anhand einheitlicher Pflegeleitlinien und Pflegeempfehlungen. Diese werden durch die Pflegedirektion im St.-Johannes-Hospital regelmäßig aktualisiert und stehen den Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes im Intranet zur Verfügung.



## Geriatric-Konzept

### 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 SJG St. Paulus GmbH 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 SJG St. Paulus GmbH 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.

### 4.4.8 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®) 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.



## Geriatric-Konzept

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
- Wundversorgung (Wundexperte ICW e.V.)
- Pflegeberatung
- Aktivierung geriatrischer und neurologischer Patienten im Pflegealltag
- 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)

## 4.5 PHYSIOTHERAPIE

Die Abteilung der Physiotherapie des St. Elisabeth- Krankenhauses, möchte für die Betreuung der Patientinnen/Patienten im Bereich der Physiotherapie eine führende Stellung in der Region einnehmen. Für alle Therapien im Krankenhausbereich sollen die Patientinnen/Patienten eine individuelle und bestmögliche Behandlung erhalten, die auf deren besonderen Bedürfnisse ausgerichtet ist.

Durch verantwortungsvolles Handeln und Professionalität soll ein Beitrag zur Gesundheitsvorsorge und –Nachsorge für Menschen stattfinden.

Den Patientinnen/Patienten gegenüber verhalten wir uns respektvoll, wertschätzend und verantwortungsbewusst. Unser Handeln richtet sich dabei an deren Bedürfnissen. Wir handeln nach christlichen Grundsätzen.

Im Rahmen von klaren Führungsstrukturen pflegen wir einen partnerschaftlichen Führungsstil und führen eine offene Kommunikation. Die Führungskraft der Therapieabteilung ermöglicht den Mitarbeitenden ihre Persönlichkeit zu entfalten, ihre Fähigkeiten zu entwickeln und eigenständig zu handeln.

### 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



## Geriatric-Konzept

- 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. Oberstes Ziel der Therapien ist immer das Erreichen der bestmöglichen Eigenständigkeit und Mobilität der Patientinnen/Patienten, die Linderung bzw. die Beseitigung von Schmerzen und das Verhindern von Erkrankungen in Form einer Präventionstherapie, die beispielsweise auf Fehl- oder Mangelbelastungen beruhen. Die Physiotherapie orientiert sich bei der Behandlung an den Beschwerden, den Funktions- bzw. Aktivitätseinschränkungen und an den kognitiven Fähigkeiten der Patientinnen/Patienten, die in Form eines Befundes sichtbar gemacht werden.

Die Therapien basieren auf manuellen Fertigkeiten der Therapeutinnen/Therapeuten, die durch physikalische Reize, wie zum Beispiel Wärme, Kälte und elektrische Impulse ergänzt werden können und die Eigenaktivitäten der Patienten fördern.

Die Behandlungen sind immer an die anatomischen, physiologischen, emotionalen und kognitiven Gegebenheiten der Patientinnen/Patienten angepasst.

### 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.



## Geriatric-Konzept

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 DEMENZCOACH

### 4.6.1 AUFGABEN UND ZIELE DES DEMENZCOACHS

Der Demenzcoach spielt im Krankenhaus eine entscheidende Rolle bei der Betreuung von Patienten mit Demenz. Zu seinen Aufgaben gehört es, die spezifischen Bedürfnisse und Herausforderungen dieser Patientengruppe zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Er arbeitet eng mit dem interdisziplinären Team zusammen, um sicherzustellen, dass die Behandlung und Pflege auf die individuellen Bedürfnisse jedes Patienten abgestimmt sind.

So unterstützt der Demenzcoach die Patienten bei der Orientierung in ihrer neuen Umgebung durch eine klare Beschilderung der Räumlichkeiten. Reize werden durch beispielsweise das Demontieren des Patientenaufrichters reduziert, um zusätzlich aufkommende Verwirrungen und Ängste zu minimieren

Mit zu den Aufgaben des Demenzcoachs gehört es, die betroffenen Patienten auf einfühlsame und individuell angepasste Weise zu beschäftigen. Dabei variieren die Beschäftigungsmöglichkeiten nach den individuellen Fähigkeiten und Vorlieben des Einzelnen. Ein möglicher und wichtiger Ansatz ist die Erinnerungspflege. Diese zielt darauf ab, positive Erinnerungen aus der Vergangenheit hervorzurufen und das Wohlbefinden des Betroffenen zu steigern. Sie hilft den Betroffenen ihre Identität zu bewahren und Momente der Freude zu erleben.



## Geriatric-Konzept

Möglichkeiten zur Durchführung bieten:

- Biografiearbeit: Durch die Erstellung einer Biografie mit Hilfe des zuvor von den Angehörigen ausgefüllten „Biografiebogen“ können bedeutende Ereignisse, persönliche Geschichten und Erfahrungen aus dem Leben des Betroffenen festgehalten und dokumentiert werden. Der Biografiebogen dient nicht nur als Erinnerungstütze für den Patienten, sondern bietet auch eine Möglichkeit für das interdisziplinäre Team Einblicke in sein Leben zu erhalten und Gesprächsthemen zu finden, die positive Erinnerungen hervorrufen.
- Gespräche über Vergangenes: Offene Gespräche über Erlebnisse, Erfahrungen, Bobbys, Berufe oder Familiengeschichten können dazu beitragen, angenehme Gefühle zu wecken und Erinnerungen aus der Vergangenheit wieder lebendig werden zu lassen. Dabei werden die Erinnerungen des Patienten respektiert und eine unterstützende Atmosphäre geschaffen, die es ihm ermöglicht, sich wohl zu fühlen und sich zu öffnen.
- Fotos: Das Betrachten von mitgebrachten Fotos aus vergangenen Zeiten kann emotionale Reaktionen hervorrufen und Erinnerungen an besondere Momente oder Personen wachrufen.
- Musik: Mittels Musik können Erinnerungen geweckt und Emotionen beeinflusst werden. Durch die 1x/wöchentlich stattfindende „Musiktherapie“, in der Lieder aus vergangener Zeit in einer Kleingruppe gesungen und von einem Instrument begleitet werden, sollen positive und stimulierende Erfahrungen geschaffen werden. Zudem bietet sie die Möglichkeit sozialer Interaktion.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Arbeit des Demenzcoachs ist die Unterstützung der Angehörigen. Diese werden oft mit besonderen Herausforderungen konfrontiert und benötigen Unterstützung, um mit der Krankheit ihres Angehörigen umzugehen. Der Demenzcoach bietet ihnen Beratung, Informationen und emotionale Unterstützung, um sie durch diesen schwierigen Prozess zu begleiten. Diese kann in direkten, persönlichen Gesprächen oder in Form eines Demenzkurses, der nach §45 SGB ausgerichtet ist und insgesamt 12h umfasst, erfolgen.

Themenschwerpunkte dabei sind:

- Die verschiedenen Demenzformen mit ihren spezifischen Symptomen
- Die Möglichkeiten der Kommunikation mit Betroffenen
- Besonderheiten, die bei der Ernährung zu beachten sind
- Die Entwicklung einer Inkontinenz infolge der Demenz
- Die Vermeidung von Folgeerkrankungen, wie das Auftreten eines Dekubitus, einer Thrombose oder der Pneumonie
- Leistungen der Pflegeversicherung
- Betreuung, Verfügung und Vollmacht
- Sowie praktische Übungen zur Mobilisation, die mit den Teilnehmern eingeübt werden

## Geriatric-Konzept

Die Anzahl der teilnehmenden Angehörigen beschränkt sich dabei auf maximal 8 Personen und bietet somit auch einen angenehmen Rahmen zum regen Austausch untereinander.

Darüber hinaus begleitet der Demenzcoach täglich zwei demenziell veränderte Patienten während der morgendlichen Grundpflege, indem diese an die individuellen Fähigkeiten, Vorlieben und Bedürfnisse des Betroffenen angepasst wird, wodurch die Handlungs- und Planungskompetenz gefördert werden. Um den ständigen Wechsel des Pflegepersonals während der morgendlichen Versorgung für den Patienten so gering wie möglich zu halten, übernimmt der Demenzcoach zudem auch alle zusätzlich anfallenden Tätigkeiten, wie beispielsweise die Durchführung eines Verbandswechsels.

Weiterhin kümmert der Demenzcoach sich in seiner Tätigkeit um die Akquise, Einarbeitung sowie Schulung von ehrenamtlichen Patientenbegleitern. Diese tragen dazu bei, den Aufenthalt im Krankenhaus für die Patienten angenehmer und stressfreier zu gestalten, indem sie emotionale Unterstützung, ermutigende Gesellschaft, sowie Raum und Zeit für Gespräche bieten.

Insgesamt trägt der Demenzcoach dazu bei, die Qualität der Versorgung für Patienten mit Dement zu verbessern, indem er eine umfassende und demenzgerechte Betreuung sicherstellt. Er vermittelt den Patienten ein Gefühl von Sicherheit und Wohlbefinde, um ihre Lebensqualität während des Krankenhausaufenthaltes zu verbessern.

## 4.7 ERGOTHERAPIE

### 4.7.1 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.

### 4.7.2 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:



## Geriatric-Konzept

- 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



## Geriatric-Konzept

- 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.



## Geriatric-Konzept

### 4.7.3 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 wiederhergestellt, 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.

## 4.8 LOGOPÄDIE

In der Logopädie werden erworbene Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen diagnostiziert und behandelt. Auch Menschen mit einer halbseitigen Gesichtslähmung oder einem Luftröhrenschnitt fallen in den logopädischen Aufgabenbereich. Neben den Betroffenen werden bei Bedarf ihre Angehörigen sowie das Pflegepersonal individuell beraten und geschult, um den aktuellen Beeinträchtigungen entgegenzuwirken und sie, wenn möglich, zu beheben.

Gerade Störungen der Sprache und des Schluckens gehen oft mit einer starken Beeinträchtigung alltäglicher Bedürfnisse einher. Störungen dieser Abläufe werden meist durch



## Geriatric-Konzept

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, Tumorerkrankungen oder akute und chronische Verwirrheitszustände als Ausdruck gravierender Grunderkrankungen.

Für die Diagnose spezifischer logopädischer Störungen und ihrer Ursachen werden standardisierte Testverfahren angewandt:

- Mit Hilfe des „**Aachener Aphasie Testes**“ bzw. der „**Aphasie Check Liste**“ werden die spontane Sprache, das Sprachverständnis und die Schriftsprache überprüft. Der Patient soll Dinge benennen, lesen, schreiben, nachsprechen und verstehen.
- Mit Hilfe der „**Dysphagie-Bedside-Statuserhebung**“ wird vorwiegend die Mundmotorik (peri- 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, seine sprachlichen Restfähigkeiten zu nutzen und sich bestmöglich 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, die natürliche orale Nahrungsaufnahme zu verbessern sowie selbstständiges Essen und Trinken zu ermöglichen. Je nach Ausprägung werden auch Ess- und Trinkhilfen sowie diätische Maßnahmen in die Behandlung integriert, um eine Sondenernährung zu vermeiden bzw. zu reduzieren.

Für alle logopädischen Fragen werden Gespräche mit Betroffenen und ihren Angehörigen angeboten.

## 4.9 PSYCHOLOGIE

### 4.9.1 AUFGABEN UND ZIELE DER PSYCHOLOGIE

Schwere Erkrankungen oder plötzlich auftretende Ereignisse, die die Gesundheit und Selbstständigkeit des älteren Menschen beeinträchtigen, wie beispielsweise ein Schlaganfall oder auch ein Sturz, lösen bei vielen unserer Patienten Gefühle der Hilflosigkeit, Ängste oder auch depressive Verstimmungen aus.

Viele Patienten der geriatrischen Rehabilitation leiden neben diversen körperlichen Erkrankungen auch an psychischen Auffälligkeiten. Den Schwerpunkt bilden depressive Erkrankungen, gefolgt von Angststörungen, Demenz, Delir, Schlafstörungen, Schmerzstörungen und Anpassungsstörungen.

Zu den häufigsten psychosozialen Belastungen im hohen Alter gehören:



## Geriatric-Konzept

- Verluste nahestehender Personen
- Familiäre Spannungen und Konflikte
- der eigene Umgang mit nachlassenden körperlichen und geistigen Fähigkeiten
- die Einschränkungen der sozialen Teilnahme und die erlebte Einsamkeit
- der Übergang in ein Pflegeheim.

### 4.9.2 PSYCHOLOGISCHE ANGEBOTE

In Fällen einer schwierigen Krankheitsverarbeitung können therapeutische Angebote in Form von entlastenden und unterstützenden Gesprächen hilfreich sein. Folgende Ziele können unterstützt werden:

- Motivationsförderung in der Therapie
- Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung und dem Krankheitsmanagement
- Begleitung bei der Suche nach Lösungen für Probleme, die durch die Erkrankung entstanden
- Förderung der Selbstständigkeit und Vorbereitung auf den Alltag nach dem Klinikaufenthalt
- Hilfe bei der Auseinandersetzung mit nachlassenden körperlichen und geistigen Fähigkeiten, z.B. Verarbeiten der Gefühle von Hilflosigkeit und des Verlusts von Selbstständigkeit
- Unterstützung bei der Akzeptanz von geistigen Leistungsveränderungen
- Vermittlung von Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserleben durch aktive Teilhabe am Reha-Prozess
- Selbstwertstabilisierung durch Reaktivierung bisheriger Interessen und Tätigkeiten unter Einbeziehung biografischer und lebensgeschichtlicher Aspekte
- Vermittlung von Selbsthilfe- und Selbstkontrollstrategien
- Stabilisierung bei Reaktivierung familiärer Konflikte und erlittener Traumata
- Hilfe beim Umgang mit chronischen Krankheiten und Schmerzen
- Hilfe beim Umgang mit Hilf- und Hoffnungslosigkeit
- Einsatz und Vermittlung psychologischer Entspannungstechniken, z.B. der Atemtechnik
- Begleitung und Unterstützung bei der Konfrontation mit Tod und Sterben
- Information über Selbsthilfegruppen und deren Angebote, auch Information über ambulante und stationäre Hilfsangebote

Durch ein Gespräch wird eine adäquate Behandlung bereits während des Aufenthaltes ermöglicht. Zudem können therapeutische Maßnahmen für die Zeit danach eingeleitet bzw. Behandlungsempfehlungen gegeben werden.

### 4.9.3 UNTERSTÜTZUNG DER ANGEHÖRIGEN

Auch die Angehörigen der Patienten tragen häufig eine große Last. Daher ist die Unterstützung der Angehörigen wichtig. Hierzu können klärende Gespräche über psychologische Krankheitsbilder oder auch die Suche nach Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten für



## Geriatric-Konzept

Angehörige gehören. Die Schwerpunkte sind psychische Belastungen, Ängste, emotionale Krisen, Stress und Erschöpfung.

### 4.10 ERNÄHRUNGSBERATUNG

Das Ernährungsteam betreut und berät Patienten, bei denen wegen ihres Ernährungszustandes oder aufgrund ihres Ernährungsbedarfs die Ernährung nicht ausreicht. Das Hauptaugenmerk liegt auf der Erfassung einer eventuell vorliegenden Mangelernährung und des daraus folgenden Handlungsbedarfs. In Zusammenarbeit mit den Ärzten, der Pflege und den Logopädinnen wollen wir versuchen eine individuelle und bedarfsgerechte Ernährung für die Patienten zu gewährleisten.

#### 4.10.1 AUFGABEN

Die Ernährungsberatung erfüllt innerhalb unseres Teams folgende Aufgaben: Erfassung des Ernährungsstatus mit dem Minimal Nutritional Assessment ggf. mit Hilfe der Angehörige

- Verordnung, Durchführung und Begleitung sowohl der klinischen Ernährung (oral, enteral), als auch zu Hause bzw. in der Pflegeeinrichtung
- Ernährungsberatung, Schulung und individuelle Betreuung von Patienten/ Angehörigen mit besonderen Ernährungsproblemen durch die Diätassistenten nach aktuellen Qualitätsstandards
- Entlassungsmanagement bei neuen PEG- Anlagen (Weiterversorgung)
- Konsiliardienst (Anforderung/ Dokumentation über ORBIS®) – Schulung, Beratung von Patienten und Angehörigen

#### 4.10.2 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
- Empfehlung einer bedarfsgerechten Ernährung
- Verbesserung des Ernährungszustandes mangelernährter Patienten.
- Erfassung des Ernährungsstatus
- Mangelernährung erkennen, beheben und vorbeugen



## Geriatric-Konzept

### 4.11 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.

### 4.12 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 SJG St. Paulus GmbH formuliert.

### 4.13 KOOPERATIONSPARTNER

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

- Zahnarztpraxis Frau Dr. Braun
- Gemeinschaftspraxis für Stimm- und Sprachtherapie Koepe / Scholz



## Geriatric-Konzept

# 5 QUALITÄTSMANAGEMENT

Entsprechend der Anforderungen der Sozialgesetzbücher V, VIII und XI pflegt die SJG St. Paulus GmbH ein Qualitätsmanagementsystem als Methode der Unternehmensführung. Seit 2008 orientiert sich die GmbH an der DIN EN ISO 9001, einer europäischen Norm, die durch ihre technisch-industrielle Herkunft prozessorientiert ist und die Kundenorientierung und die Dienstleistung zur Erfüllung der Kundenanforderungen in den Vordergrund stellt. Die Norm zielt auf einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess ab, um Kunden, Mitarbeitern und Lieferanten bei ständig steigenden Anforderungen oder veränderten Bedingungen gerecht zu werden. Zuvor war das Qualitätsmanagement- System am Anforderungskatalog KTQ orientiert.

Um die christliche Grundauslegung des Unternehmens zu verdeutlichen, ist die seelsorgerliche Begleitung aller Kundengruppen und Mitarbeiter als Kernleistung ein obligater Bestandteil des QM-Systems.

Auditoren einer akkreditierten Zertifizierungsstelle führen jährlich Stichprobenprüfungen in allen Leistungsbereichen durch, wobei alle drei Jahre ein umfassendes Audit als so genannte Rezertifizierung stattfindet.

Aufgabe eines QM-Systems ist der ständige Abgleich der eigenen Dienstleistung mit den Anforderungen der "Kunden" (Patienten, Bewohner, Angehörige, Kostenträger, Kooperationspartner und viele mehr). Die Anforderungen werden u.a. anhand von Befragungen und Kundenrückmeldungen (z.B. durch Bewertungen im Internet, Beschwerden oder persönliche Kontaktaufnahme) sowie durch Audits, Datenanalysen (externe Qualitätssicherung) oder weitere Begehungen erhoben, daraus abgeleitet werden Korrektur-, Vorbeuge- oder Verbesserungsmaßnahmen vereinbart.

### Kontinuierliche Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements

Die Pflege, Überwachung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems hat die Geschäftsführung der Abteilung Qualitätsmanagement der GmbH übertragen.

Die Abteilung hat eine beratende Funktion, begleitet qualitätssichernde Maßnahmen und koordiniert alle qualitätsmanagementbezogenen Aktivitäten in den Krankenhäusern der SJG St. Paulus GmbH. 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.



## Geriatric-Konzept

### 5.1 EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG

Nach § 137 Abs. 1 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) sind alle deutschen Krankenhäuser zur Teilnahme an der externen stationären Qualitätssicherung verpflichtet. Der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)** legt fest, wie diese gesetzliche Vorgabe im Einzelnen umgesetzt werden soll; mit dem Ziel

- Leistungsbereiche systematisch zu identifizieren, für die Qualitätsverbesserungen erforderlich sind,
- Unterstützung zum internen Qualitätsmanagement zu geben sowie
- eine Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen zu erreichen.

Dabei wird er von einem wissenschaftlichen Institut, dem **Institut zur Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)**, unterstützt. Das IQTIG entwickelt die Qualitätssicherungsverfahren und ist an deren Durchführung beteiligt.

Aktuell führt das IQTIG 15 QS-Verfahren im Regelbetrieb durch. Grundlage dafür ist die "Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung" (DeQS-RL). **Für das St. Elisabeth Krankenhaus Kurl sind derzeit drei QS-Verfahren aktiv:**

- **Modul Pneumonie:** Die ambulant erworbene Pneumonie ist die häufigste durch eine Infektion bedingte Todesursache in Deutschland. Eine erhöhte Sterblichkeit kann durch eine unzureichende Behandlung der Pneumonie bedingt sein. Um die Versorgungsqualität zu messen und ggf. Schritte zu ihrer Verbesserung einzuleiten, gehört die ambulant erworbene Pneumonie seit 2005 zu den dokumentationspflichtigen Leistungen der externen stationären Qualitätssicherung. Die Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens beziehen sich auf die rechtzeitige und kontinuierliche Durchführung von notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie auf die Sterblichkeit im Krankenhaus (IQTIG,2024).
- **Modul NWIF:** Postoperative Wundinfektionen können als Komplikationen nach einer Operation auftreten. Ziel des QS-Verfahrens ist es, die Qualität der Maßnahmen ambulanter und stationärer Leistungserbringer zur Vermeidung nosokomialer Infektionen, insbesondere postoperativer Wundinfektionen und des Hygiene- und Infektionsmanagements, zu messen, vergleichend darzustellen und zu bewerten. Dabei soll eine fachgebietsübergreifende Aussage über die teilnehmenden Einrichtungen getroffen werden können. Das bundesweite Verfahren kann somit dazu beitragen, Verbesserungspotenziale hinsichtlich der Vermeidung nosokomialer Infektionen zu erkennen und auszuschöpfen. Es kommen Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zum Einsatz, zu denen die notwendigen Daten fallbezogen während des gesamten Kalenderjahres erfasst werden (IQTIG,2024).
- **Modul Dekubitusprophylaxe:** Das QS-Verfahren berücksichtigt alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre in allen Fachabteilungen aller Krankenhäuser. Die Indikatoren und Kennzahlen des QS-Verfahrens betrachten ausschließlich die Häufigkeit neu entstandener Dekubitalulcera (Druckgeschwüre), die während des stationären Krankenhausaufenthalts bei Patientinnen und Patienten auftreten. Dieses Auftreten von Dekubitalulcera wird als Dekubitusinzidenz bezeichnet und gilt in internationalen Studien als Ergebnisindikator für Patientensicherheit (IQTIG,2024).

Weitere Informationen zu den QS-Verfahren sind auf der Internetseite der IQTIG zu finden (<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>)



## Geriatric-Konzept

# 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 SJG St. Paulus GmbH

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



## Geriatric-Konzept

# 7 ANLAGEN

Anlage 1: Exemplarischer Wochenplan „Geriatrische Komplexbehandlung stationär“

Anlage 2: Exemplarischer Wochenplan „Tagesklinik“

Anlage 3: Qualifikationsprofile der Berufsgruppen des Therapeutischen Teams



Geriatric-Konzept

EXEMPLARISCHER WOCHENPLAN GERIATRISCHE KOMPLEXBEHANDLUNG STATIONÄR															
Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag								
06:30	Aktivierend-therapeutische Pflege: Grundpflege (Anleitung, Motivation)														
07:00	Aktivierend-therapeutische Pflege: Grundpflege (Anleitung, Motivation)														
07:30	Aktivierend-therapeutische Pflege: Grundpflege (Anleitung, Motivation)														
08:00	Aktivierend-therapeutische Pflege: Grundpflege (Anleitung, Motivation)														
08:30	FRÜHSTÜCK/ GERONTOFRÜHSTÜCK						FRÜHSTÜCK								
09:00															
09:30	PHYSIO-/ ERGOTHERAPIE/ LOGOPÄDIE	CA-VISITE STAT. 2 OA-VISITE STAT. 1	PHYSIO-/ ERGOTHERAPIE/ LOGOPÄDIE	Stations- visite	PHYSIO-/ ERGOTHERAPIE/ LOGOPÄDIE	Geriatrische Teambesprechung Stat. 2	CA-VISITE STAT. 1 OA-VISITE STAT. 2	PHYSIO-/ ERGOTHERAPIE/ LOGOPÄDIE	Geriatrische Teambesprechung Stat. 1	OA-VISITE STAT. 2 STATIONSVISITE STAT. 1	PHYSIO-/ ERGOTHERAPIE/ LOGOPÄDIE	Stations- visite	AUFNAHMEASSESS- MENTS PHYSIO- ODER ERGOTHERAPIE	Kurven- visite	Mobilisation
10:00															
10:30															
11:00															
11:30															
12:00	MITTAGESSEN														
12:30	MITTAGESSEN														
13:00		Ruhezeit/ Entspannung		Ruhezeit/ Entspannung		Ruhezeit/ Entspannung		Ruhezeit/ Entspannung		Ruhezeit/ Entspannung		Ruhezeit/ Entspannung	Ruhezeit/ Entspannung		
13:30															
14:00	PHYSIO-/ ERGOTHERAPIE/ LOGOPÄDIE		PHYSIO-/ ERGOTHERAPIE/ LOGOPÄDIE		PHYSIO-/ ERGOTHERAPIE/ LOGOPÄDIE		PHYSIO-/ ERGOTHERAPIE/ LOGOPÄDIE		PHYSIO-/ ERGOTHERAPIE/ LOGOPÄDIE		PHYSIO-/ ERGOTHERAPIE/ LOGOPÄDIE				
14:30															
15:00		Unter- suchungen		Unter- suchungen		Unter- suchungen		Unter- suchungen		Unter- suchungen		Unter- suchungen			
15:30															
16:00															
16:30															
17:00	Mobilisation		Mobilisation		Mobilisation		Mobilisation		Mobilisation		Mobilisation		Mobilisation	Mobilisation	
17:30	ABENDESSEN														
18:00	ABENDESSEN														
18:30	ABENDESSEN														
19:00	Aktivierend-therapeutische Pflege: Grundpflege (Anleitung, Motivation)														
19:30	Aktivierend-therapeutische Pflege: Grundpflege (Anleitung, Motivation)														
20:00	Aktivierend-therapeutische Pflege: Grundpflege (Anleitung, Motivation)														
20:30	Aktivierend-therapeutische Pflege: Grundpflege (Anleitung, Motivation)														

Aktivierend-therapeutische Pflege (A TP)



**Geriatric-Konzept**

**Anlage 2: Exemplarischer Wochenplan „Tagesklinik“**

EXEMPLARISCHER WOCHENPLAN DER TAGESKLINIK							
Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag		
08:00	Ankunft						Aktivierend-therapeutische Pflege / Betreuung
08:30	Frühstück und medizinische Versorgung (Medikamentengabe, Verbände, Ermittlung von Vitalparametern etc.)						
09:00	PHYSIOTHERAPIE / VERSORGUNG / VISITE						
09:30							
10:00							
10:30							
11:00							
11:30	MITTAGESSEN						
12:00	Therapeutische Teambesprechung						
12:30	Mittagsruhe / Entspannungszeit						
13:00	ERGOTHERAPIE / FREIZEITANGEBOTE / VORBEREITUNGSZEIT						
13:30							
14:00							
14:30							
15:00	REFLEXIONS-/ FEEDBACKRUNDE						
15:30							
16:00	Abholung						



## Geriatric-Konzept

ANLAGE 3:

# QUALIFIKATIONSPROFILE DER BERUFSGRUPPEN DES THERAPEUTISCHEN TEAMS

## ÄRZTE

- Zusatzbezeichnung 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
- Kinesio-Taping
- Rückenschulinstructor
- Medizinische Trainingstherapie
- Sportphysiotherapie
- Zulassung für Ambulante Rehabilitation
- Fußreflexzonenmassage
- Cyriax-Therapie
- Neurale Mobilisation
- Funktionelle Bewegungslehre nach Klein-Vogelbach
- Motopädagogik
- Craniomandibuläre Dysfunktions-Therapie
- Sturzpräventionstraining

## ERGOTHERAPIE

- Ergotherapie bei Demenzerkrankungen
- Bobath-Therapeuten
- Affolter-Therapie
- Perfetti-Therapie
- Basale Stimulation
- Handtherapie
- Taping
- Sensorische Integration
- HLT
- F.O.T.T



## Geriatric-Konzept

- Motorisches Lernen
- Entspannungspädagogin
- Validation

## LOGOPÄDIE

- Neuromotorische Kontrolle nach Brondo
- Neurorehabilitation und Neurorehabilitation bei sensomotorischen Störungen
- Logopädie auf neurophysiologischer Basis
- Kinesio-Taping in der Logopädie
- Craniomandibuläre Dysfunktions-Therapie
- Unterstützte Kommunikation für nichtsprechende Menschen
- TAKTKIN® Konzept zur Behandlung sprechmotorischer Störungen bei Erwachsenen
- Stimmrehabilitation nach Laryngektomie
- Trachealkanülenmanagement
- Dysphagiemanagement
- Endoskopische Schluckdiagnostik von Dysphagien nach internationalen Standards
- Logopädie in der Palliativmedizin
- Logopädie bei Demenz
- AAP®-basierte Stimmtherapie (Atemrhythmisch angepasste Phonation)

## PSYCHOLOGIE

- Dipl.-Psychologin
- Verhaltenstherapeutin (DGVT)
- Psycho-Onkologin (WPO)
- Arbeit in der Schmerz- und Palliativmedizin, chronische Schmerzpatienten, palliative Begleitung

## 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 (jährliche Pflichtfortbildung)



## Geriatric-Konzept

- 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