



**Diakonissen-Stiftungs-
Krankenhaus Speyer**

Geriatriekonzept

Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 1 von 44

Inhalt

I. Vorbemerkung	3
II. Einleitung	5
Geriatrie im Krankenhaus	6
Die geriatrische Frührehabilitation.....	7
a) Indikationen für eine geriatrische Behandlung	7
b) Aufgaben der geriatrischen Behandlung.....	8
c) Konzepte der Frührehabilitation.....	8
d) Zielerreichung und Zielformulierung	9
e) Grundsätze bei der Behandlung	9
III. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	10
1. Strukturqualität	10
1.1 Grundlagen der Organisation.....	10
1.2 Ressourcenmanagement.....	13
2. Prozessqualität	22
2.1 Personal(bedarfs)planung und -einsatz	22
2.2 Prozesse der Leistungserbringung.....	22
3. Ergebnisqualität/ Bewertung der Leistung	40
3.1 Überwachung und Messung der Leistung	40
3.2 Ergebnisqualität in der Behandlung von Patienten	40
3.3 Umgang mit Fehlern	40
3.4 Korrekturmaßnahmen	41
3.5 Umgang mit Rückmeldungen.....	41
3.6 Datenanalyse.....	42
3.7 Interne und externe Maßnahmen zur Qualitätssicherung	42
3.8 Ergebnisreflexion / Internes Audit	42
4. Verbesserung	43

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 2 von 44

I. Vorbemerkung

Das Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer, Krankenhaus der Schwerpunktversorgung, verfügt über 484 Planbetten und 32 tagesklinische Plätze in den Fachabteilungen Innere Medizin (Geriatric, Gastroenterologie, Kardiologie und Internistische Onkologie), Gynäkologie und Geburtshilfe, Gefäßchirurgie, Allgemein- und Visceralchirurgie, Pädiatrie und Neonatologie, Anästhesie und HNO-Heilkunde sowie den Sektionen Gelenkchirurgie und Neurochirurgie und versorgt jährlich ca. 26.000 stationäre Patientinnen und Patienten.

Das oberste Ziel ist, für jede zu versorgende Person die optimale Behandlungsform mit der bestmöglichen Behandlungsqualität zu leisten, die auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Um dies zu erreichen, analysieren und reflektieren wir gemeinsam mit den Abteilungen unseres Hauses bestehende Strukturen und Prozesse.

Das Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus wird regelmäßig durch die TÜV Rheinland AG begangen und auditiert. Neben dem allgemeinen Managementsystem (DIN EN ISO 9001) wurden verschiedene spezialisierte Zentren nach den Richtlinien der einzelnen Fachgesellschaften zertifiziert.

Des Weiteren nimmt das Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer an allen gesetzlich vorgesehenen Qualitätssicherungsverfahren teil.

Darüber hinaus ist das Krankenhaus in das ergebnisorientierte Qualitätsmanagementsystem des CLINOTEL-Krankenhausverbundes eingebunden. Dieses geht weit über die gesetzlichen Anforderungen hinaus. Der CLINOTEL-Krankenhausverbund umfasst bundesweit über 60 Krankenhäuser. Im Verbund werden mehr als 900 Kennzahlen verfolgt, mit denen die Leistungsentwicklung und die Behandlungsergebnisse regelmäßig überprüft werden. Die Kennzahlen werden aus anonymisierten medizinischen Daten abgeleitet, die von den Kliniken für jeden Behandlungsfall zu Abrechnungszwecken erhoben werden (so genannte Routinedaten).

Das Geriatrische Zentrum am Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus in Speyer besteht aus der Klinik für Innere Medizin / Geriatric sowie der Geriatrischen Tagesklinik und ist Mitglied im Bundesverband Geriatric. Das Zentrum verfügt gemäß dem Bettenbedarfsplan über 55 vollstationäre Betten und 16 Behandlungsplätze in der Tagesklinik. Zum aktuellen Zeitpunkt werden 40 stationäre Betten und 16 Tagesklinikplätze belegt. Es trägt dazu bei, die geriatriche Versorgung von älteren Menschen in Speyer und Umgebung sicherzustellen.

Hauptschwerpunkt des Geriatricen Zentrums ist die Akutversorgung von multimorbiden, alten Menschen in der akuten Erkrankungsphase. Infektionen, Schlaganfälle, Stürze, Medikamenten-nebenwirkungen, Demenz, akute Verwirrheitszustände (Delir) und andere Erkrankungen führen schnell zu einem kompletten Funktionsverlust alter Menschen.

Diese bedürfen einer ganzheitlichen Diagnostik und Therapie durch ein speziell geschultes Team mit dem Ziel, den Zustand zu stabilisieren, zu verbessern, Lebensqualität wieder zu erlangen und die weitere Versorgung sicherzustellen. Das Geriatriche Zentrum Speyer vereinigt stationäre, teilstationäre und ambulante Angebote für multimorbide, ältere Patientinnen und Patienten. Unser Behandlungskonzept orientiert sich an den körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Bedürfnissen der zu behandelnden Menschen.

Zielgruppe aller Versorgungsbereiche des Geriatricen Zentrums Speyer sind geriatriche Patientinnen und Patienten (und deren Angehörige). Diese Personen sind nicht nur alt, sie weisen in der überwiegenden Mehrzahl als Folge ihrer akuten und chronischen Erkrankungen erhebliche körperliche und geistige Einschränkungen auf: Mobilitätseinschränkungen mit Sturzgefährdung, kognitive und affektive Störungen (Demenz, Delir, Depression), Ernährungsprobleme, eingeschränkte Seh- und Hörfähigkeit, Wahrnehmungsstörungen und Inkontinenz. Die funktionellen Einschränkungen sind die gemeinsame Endstrecke ganz unterschiedlicher zugrundeliegender Erkrankungen (Geriatriche Syndrome).

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 3 von 44

Das Geriatriekonzept für das Zentrum für Altersmedizin wurde 2023 umfassend erarbeitet. Die Überarbeitung ist in einem jährlichen Turnus geplant und liegt in der Verantwortlichkeit des Qualitätszirkels und des Leitungsteams des Geriatriischen Zentrums.

Grundlage für die Erstellung des Konzeptes waren das Geriatriekonzept des Bundesverband Geriatrie von 2018 und 2022, das Geriatriekonzept von Rheinland-Pfalz von 2016 und der Anforderungskatalog des Qualitätssiegels Geriatrie für Akutkliniken von 2023. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und geänderte gesetzliche Vorgaben werden bei der Überarbeitung berücksichtigt.

Durch die Einbindung des Geriatriischen Zentrums an das Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus stehen alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eines modernen Akutkrankenhauses zur Verfügung (u.a. Labor, Radiologie, kardiologische Funktionsdiagnostik, Endoskopie, Intensivmedizin).

Dadurch kann die fachärztliche Mitbehandlung durch verschiedene Spezialabteilungen sichergestellt werden (Kardiologie, Gastroenterologie, Hämato-Onkologie, Chirurgie, Gefäßchirurgie, Gynäkologie). Es besteht zudem eine Zusammenarbeit/Kooperation mit niedergelassenen Neurologen, Nephrologen, HNO und Dermatologen und ein Honorarvertrag für einen Psychiater. Des Weiteren besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Orthopädie/Unfallchirurgie und Urologie eines benachbarten Krankenhauses.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 4 von 44

II. Einleitung

Geriatric

Geriatric ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit den physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört die Behandlung älterer Patientinnen und Patienten bei

- + akuten Erkrankungen
- + chronischen Erkrankungen
- + präventiver Zielsetzung
- + rehabilitativen Fragestellungen und
- + den häufig palliativen Fragestellungen am Lebensende.

Die in der Geriatric betreuten Patientinnen und Patienten weisen eine hohe Krankheitsanfälligkeit (Vulnerabilität) auf, leiden an multiplen aktiven Krankheiten und sind deshalb auf eine umfassende Betreuung angewiesen. Krankheiten im Alter können sich atypisch präsentieren und sind deshalb schwierig zu diagnostizieren. Das Ansprechen auf Behandlung ist oft verzögert und häufig besteht ein Bedarf nach (gleichzeitiger) sozialer Unterstützung.

Geriatric Medizin geht daher über einen organzentrierten Zugang hinaus und bietet zusätzliche Behandlung in einem interdisziplinären Team an. Hauptziel dieser Behandlung ist die Optimierung des funktionellen Status des älteren zu behandelnden Menschen mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie.

Die geriatric Medizin ist zwar nicht spezifisch altersdefiniert, konzentriert sich jedoch auf typische, bei älteren Patientinnen und Patienten gefundene Erkrankungen. Meist sind diese über 65 Jahre alt. Patientinnen und Patienten, die am meisten von der geriatricen Spezialdisziplin profitieren, sind in der Regel 80-jährig und älter.

Der Geriatric Patient

Die meisten älteren, über 70-jährigen Menschen haben keine oder kaum gesundheitliche Einschränkungen. Sie gestalten ihren Alltag selbstständig, sind im öffentlichen Leben integriert und verfügen über ausreichend tragfähige soziale Strukturen. Altern ist nicht notwendig mit Krankheit verbunden.

Mit zunehmendem Lebensalter nehmen jedoch Grundfertigkeiten wie Mobilität, Selbstständigkeit und kognitive Fähigkeiten als Folge physiologischer Alterungsprozesse ab. Dies hat an sich noch keinen erhöhten Krankheitswert, ist jedoch mit einer erhöhten Krankheitsanfälligkeit verknüpft. Die Vulnerabilität lässt sich im klinischen Alltag durch einen relevanten Verlust an Funktionsreserven (Muskelkraft und Muskelmassen, Nierenfunktion bzw. glomeruläre Filtrationsrate, arterielle Gefäßcompliance, Anpassungsfähigkeit von Herzfrequenz und Herzzeitvolumen, Koronarreserve) beschreiben und bedingt eine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit. Das im Alter veränderte Verhältnis zwischen Körperfett und Körperwasser hat außerdem Auswirkungen auf die Homöostase, die Stoffwechselprozesse sowie auf die Arzneimittelwirkungen und deren Interaktionen. Treffen akute Erkrankungen bzw. die akute Exacerbation einer chronischen Erkrankung mit reduzierten Funktionsreserven zusammen, drohen bleibende körperliche und/oder psychische Beeinträchtigungen mit daraus resultierender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit.

Dieses Wissen um die inzwischen umfangreich erforschte Vulnerabilität im hohen Alter („Frailty“) hat Eingang in eine Konsensus-Definition von 2007 gefunden, bei der die Positionen der Deutschen Gesellschaft für Geriatric (DGG), der deutschen Gesellschaft für Geriatric und Gerontologie (DGGG), des Bundesverbandes Geriatric (BVG), des Bundes deutscher Internisten (BDI, Sektion Geriatric) und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) berücksichtigt wurden.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 5 von 44

Geriatrische Patientinnen und Patienten sind demnach definiert durch:

- + Geriatrietypische Multimorbidität und höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre und älter), wobei die geriatrietypische Multimorbidität hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen ist

oder durch

- + „Alter 80+“ („oldest old“) auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z.B. des Auftretens von Komplikationen oder von Folgeerkrankungen, der Gefahr der Chronifizierung sowie des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

Die geriatrietypische Multimorbidität ist in zahlreichen Publikationen beschrieben und beinhaltet häufig koexistente Merkmale:

- + Immobilität
- + Sarkopenie (Muskelatrophie)
- + Sturzgefährdung
- + Schwindel
- + Kognitive Defizite
- + Depression
- + Angststörung
- + Schlafstörung
- + Inkontinenz (Harninkontinenz, seltener Stuhlinkontinenz)
- + Dekubitalulcera
- + Schluckstörung
- + Fehl- und Mangelernährung
- + Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- + Akute und chronische Schmerzen
- + Sensibilitätsstörungen
- + Herabgesetzte körperliche Belastbarkeit und Gebrechlichkeit
- + Sehbehinderung
- + Schwerhörigkeit
- + Verminderte Immunkompetenz und rezidivierende Infekte
- + Mehrfachmedikation
- + Herabgesetzte Medikamententoleranz und erhöhtes Risiko iatrogenen Schäden
- + Häufige Krankenhausbehandlung (Drehtüreffekt)
- + Soziale Isolation

Im Zentrum der Definition des geriatrischen Patientenguts steht die Erkenntnis, dass eine ältere Person, die sich in medizinische Behandlung geben muss immer dann zu einem geriatrischen Fall wird, wenn die oben genannten geriatrietypischen Merkmale auftreten, aus denen Fähigkeitsstörungen (Verlust der Alltagskompetenz bzw. Aktivitäten) und soziale Beeinträchtigungen (Verlust der Teilhabe bzw. der Selbstständigkeit) resultieren. Nur dieses erweiterte Krankheitsverständnis schafft die Grundlagen für eine adäquate medizinische Betreuung im ganzheitlichen Sinne, die auch der Lebenssituation alter Menschen gerecht wird.

Geriatric im Krankenhaus

Die Geriatric im Krankenhaus dient der Identifizierung und Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen sowie damit einhergehenden Funktions- und Teilhabebeeinträchtigungen. Darauf sind die Diagnostik und Therapie der Klinik ausgerichtet.

Die Leitung dieser Einrichtung erfolgt unter Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes mit abgeschlossener Zusatzbezeichnung Geriatric.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 6 von 44

Geriatrische Patientinnen und Patienten bedürfen im Krankenhaus einer individualisierten, spezifischen altersmedizinischen Behandlung. Diese umfasst regelhaft sowohl akutmedizinische als auch frührehabilitative Elemente. Die Frührehabilitation ist als integraler Bestandteil der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten im Krankenhaus auf die frühzeitige Vermeidung beziehungsweise Verminderung von Pflegebedürftigkeit und von Teilhabebeeinträchtigungen ausgerichtet.

Für Rettungsstellen und Notaufnahmen ist die Einbindung einer Geriaterin oder eines Geriaters zur Identifikation und zielgerichteten Allokation des geriatrisch Erkrankten notwendig, mindestens ist geriatrispezifische Kompetenz vorzuhalten. Dies ist durch den relevant hohen Anteil von betagten und hochbetagten Patientinnen und Patienten begründet und als ein wesentliches Qualitätskriterium zu werten.

Durch geriatrische Konsiliarleistungen muss geriatrische Expertise auch in Fachabteilungen ohne primär geriatrischen Auftrag regelhaft verfügbar sein.

Die geriatrische Frührehabilitation

Die geriatrische Frührehabilitation ist eine spezielle Form der Behandlung mit Elementen der Akutbehandlung und der Rehabilitation. Sie ist für die besonderen Bedürfnisse betagter multimorbider Menschen konzipiert und bietet in diesem Kontext mehr als organspezifische Behandlung und Rehabilitation. Im Gegensatz zur organspezifischen Behandlung steht bei einer geriatrischen Frührehabilitation der ganzheitliche und interdisziplinäre Ansatz im Fokus. So arbeitet ein geriatrispezifisches Behandlungsteam zusammen, das aus dem Ärztlichem Dienst, dem Pflegedienst, therapeutischem Personal aus den Disziplinen Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Psychologie sowie Mitarbeitenden des Sozialdienstes besteht. Dieses multiprofessionelle Team berücksichtigt die alterstypischen Einschränkungen und Erkrankungen geriatrischer Patienten mitsamt ihren Folge- und Wechselwirkungen, um die bestmögliche Selbstständigkeit und Mobilität älterer Menschen zu erlangen.

Die Koexistenz von internistischen, neurologischen, psychiatrischen, orthopädischen, alterstraumatologischen und sensorischen Problemen ist fast immer mehr als die Summe der Einzelprobleme. Es geht immer darum, dass gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine Abstimmung der richtigen Behandlungsprioritäten vorgenommen wird. Überbehandlung ist ebenso zu vermeiden wie Unterbehandlung.

a) Indikationen für eine geriatrische Behandlung

Die Hauptindikationen für eine geriatrische Behandlung sind:

- + Herz-, Gefäß- und Stoffwechselerkrankungen
- + Chronische Lungenerkrankungen
- + Erkrankungen des Verdauungsapparates
- + Infektionen
- + Zerebrovaskuläre und neurodegenerative Erkrankungen
- + Frakturen, Gelenktraumen und elektive Gelenkoperationen
- + Amputationen bei arterieller Verschlusskrankheit oder Diabetes mellitus
- + Degenerative und entzündliche Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- + Folgezustände nach schweren allgemeinchirurgischen, orthopädischen, neuro- und herzchirurgischen Eingriffen

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 7 von 44

b) Aufgaben der geriatrischen Behandlung

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit alltagsrelevanten Mobilitätseinschränkungen und Störungen der Selbsthilfefähigkeit ist eine der Hauptaufgaben der stationären geriatrischen Behandlung. Die meisten stationären Patientinnen und Patienten bedürfen einer kontinuierlichen therapeutischen, medizinischen und pflegerischen Betreuung. Fast immer sind neben den medizinischen Diagnosen und Funktionseinschränkungen psychische, soziale und sensorische Probleme vorhanden, die ein interdisziplinäres Vorgehen erfordern. Bei ausreichender Mobilität und einer gesicherten ambulanten Versorgung und fehlendem stationären Behandlungsbedarf, kann die Behandlung in einer ambulanten Einrichtung, z.B. einer geriatrischen Tagesklinik durchgeführt werden.

Geriatrische Frührehabilitation will bewirken, dass durch die während des Aufenthaltes angewandte Verfahren, die Fähigkeiten erworben werden, die für eine selbstständige Lebensführung notwendig sind oder um die Versorgung im ambulanten Umfeld zu ermöglichen. Aber auch das Wiedererlangen von motorischen Fähigkeiten, um die Lebensqualität und Teilhabe im Lebensumfeld zu verbessern, kann eine Aufgabe sein.

All dies erfolgt in Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten und deren Wünschen, die Prioritäten und Lebensziele sollten immer Berücksichtigung finden.

Ein wesentlicher Baustein des Frührehabilitationserfolges basiert also auf Erkenntnissen der Trainingslehre, die auch bei Hochbetagten ihre Gültigkeit besitzt. Für den Bereich der Mobilität besteht beispielsweise hinreichende Evidenz, dass durch repetitives und ausreichend intensives Training in verhältnismäßig kurzer Zeit relevante Fortschritte in den fünf motorischen Basisfähigkeiten (Kraft, Ausdauer, Balance, Beweglichkeit und Schnelligkeit) erzielt werden können. Diese Erfolge führen den Patientinnen und Patienten zudem zu einer positiven Verstärkung der Motivation.

Durch die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit entlastet die geriatrische Frührehabilitation sowohl das soziale Umfeld wie Angehörige und Familie, wie auch das Gemeinwohl.

Da der Einbezug der Angehörigen in den Frührehabilitationsprozess und deren Schulung für den Frührehabilitationsprozess notwendig ist, sollte die geriatrische Behandlung möglichst wohnortnah stattfinden, besonders da die Nähe der Angehörigen positiv zum Frührehabilitationserfolg beiträgt.

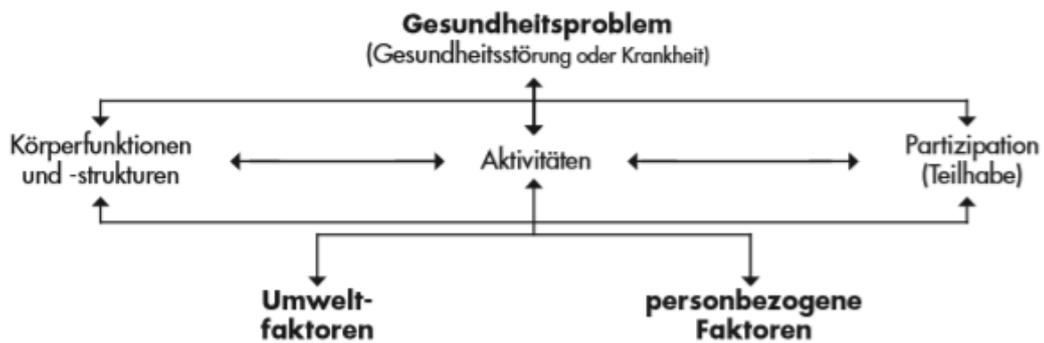
c) Konzepte der Frührehabilitation

Vor mehr als 10 Jahren wurde das ICD und ICIDH-Konzept der WHO überarbeitet. Beide Systeme konzentrierten sich auf die phänotypische Diagnosestellung der Krankheiten und die Beschreibung der Einschränkungen (Schädigung, Behinderung, soziale Beeinträchtigung).

Die Revision des Konzeptes war sehr wichtig und hat erhebliche Konsequenzen für die Zielformulierung und die Beteiligung des Patienten. Dieses Konzept wird als ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health bezeichnet und betont die Ressourcen des Patienten. In dieser Konzeption wird nicht mehr von Schädigungen gesprochen, sondern von Körperstrukturen und Körperfunktionen, die Begriffe Behinderung und soziale Beeinträchtigung wurden ersetzt durch Aktivitäten und Partizipation, es werden die Umweltfaktoren stärker berücksichtigt und die persönlichen Werte und Haltungen der Patientinnen und Patienten rücken in den Mittelpunkt.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 8 von 44

Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)



In unserem Geriatrischen Zentrum stehen neben der Akutbehandlung die Funktionalität und die Aktivierung von Ressourcen im Vordergrund. Daran orientieren wir uns in der Zielformulierung und der Behandlungsplanung.

Spezifische Aspekte bei bestimmten Grunderkrankungen oder geriatrischen Syndromen werden im Rahmen des GRBM berücksichtigt und in die ganzheitliche Behandlung mit aufgenommen.

d) Zielerreichung und Zielformulierung

Die persönlichen Ziele der Patientinnen und Patienten werden wesentlich von zwei Motiven bestimmt. In der überwiegenden Zahl geht es um die Rückkehr in das vertraute Wohnumfeld und um die Wiedererlangung von Aktivitäten, die vor der aktuellen Gesundheitseinschränkung noch möglich waren. Die Vermeidung zukünftiger Gesundheitsgefahren steht in der Regel nicht an erster Stelle, sollte aber dennoch beachtet werden.

Die Priorisierung der Ziele und die Anpassung der Wünsche sind ein notwendiger Prozess für den Verlauf der Behandlung. Eventuell ist eine psychologische Begleitung in diesem Prozess notwendig.

Die erreichten oder noch zu erreichenden Ziele während der Frührehabilitation werden kontinuierlich mit der Patientin bzw. dem Patienten und/oder den Angehörigen besprochen, die Wirksamkeit der angewandten Therapien wird in den Teamsitzungen überprüft und evtl. modifiziert.

e) Grundsätze bei der Behandlung

Die Behandlung der Patientinnen und Patienten in der Geriatrischen Klinik wird nach den anerkannten medizinischen Erkenntnissen und des fachwissenschaftlichen Diskussionsstandes ausgerichtet. Besondere Berücksichtigung finden dabei die Leitlinien des AWMF, Fortbildungsthemen der DGG, aktuelle Erkenntnisse aus den Fachkongressen, wie auch das in Baden-Württemberg durch die LAG beschriebene geriatrische-rehabilitative Basismanagement (GRBM).

Teilnehmende des geriatrischen Teams nehmen regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen teil, um das aktuelle Wissen im Team zu verbreiten.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 9 von 44

III. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

1. Strukturqualität

1.1 Grundlagen der Organisation

1.1.1 Leitbild

Die Mitarbeitenden der Klinik arbeiten mit einem Leitbild bzw. einem Wertekompass, welcher vom Träger der Einrichtung entwickelt wurde. Zusätzlich wurde für das Geriatrische Zentrum Grundsätze mit einem teilhabeorientierten Ansatz verschriftlicht.

Diese Grundsätze werden innerhalb der Einrichtung und nach außen transparent kommuniziert.

1.1.2 Aufbau der Organisation/ Aufgaben und Verantwortlichkeiten

Der Aufbau des Geriatrischen Zentrums ist über ein Funktionsorganigramm abgebildet. Die Leitung obliegt der Chefärztin der Klinik für Geriatrie.

Es gibt ein Leitungsteam, dem alle Führungskräfte der einzelnen Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams zugehören:

- + Chefärztin und das oberärztliche Team
- + Vertreter Geriatrie-Projektmanagement und Leitung Delirteam
- + Vertreter der Pflegedirektion, Bereichsleitung Pflege, Stationsleitung, Leitung Pflegeprozessmanagement
- + Leitung Tagesklinik, Ergotherapie und Logopädie
- + Leitung Physiotherapie
- + Sprechende Person des Psychologischen Dienstes
- + Leitung Sozialdienst

Verantwortungen, Befugnisse und Zuständigkeiten sind in Tätigkeitsbeschreibungen hinterlegt.

1.1.3 QM-System

Im Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus ist seit Jahren ein etabliertes und nach DIN EN ISO: 9001-zertifiziertes QM-System etabliert.

Mitarbeitende des Qualitätsmanagements sind Bestandteil verschiedener Sitzungen im Geriatrischen Zentrum und im regelmäßigen Austausch mit allen Leitungen des multiprofessionellen Teams.

Externe und auch interne Audits dienen der kontinuierlichen Überprüfung des QM-Systems.

1.1.4 Führung

Die Führungskräfte des Geriatrischen Zentrums arbeiten eng mit den Mitarbeitenden des Qualitätsmanagements zusammen. In regelmäßigen Treffen werden die festgelegten Prozesse auf ihre Wirksamkeit überprüft und die Ergebnisqualität ausgewertet.

Sie sind dafür verantwortlich, dass die Prozesse den Mitarbeitenden bekannt sind und in den Arbeitsalltag einfließen.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 10 von 44

1.1.5 Qualitätsziele und Planung

Durch den Qualitätszirkel Geriatrie wurden Qualitätsziele und Kennzahlen für das Geriatrie Zentrum festgelegt. Diese sind für alle Mitarbeitenden im Intranet hinterlegt und sind Teil der Managementbewertung.

Die Qualitätsziele und Kennzahlen werden im Qualitätszirkel besprochen.

Die Ergebnisse und Konsequenzen werden den Mitarbeitenden des geriatrischen Teams in den Gesamtteamsitzungen und in den einzelnen Bereichssitzungen vorgestellt.

1.1.6 Interne und externe Kommunikationsstrukturen

In der Klinik und im Geriatrie Zentrum ist eine Besprechungskultur etabliert, die vom Teamgedanken aller Mitglieder getragen wird.

Innerhalb des geriatrischen Zentrums gibt es eine Vielzahl an Besprechungen und Jour fix, die der Kommunikationsmatrix (SP-KH-GTZ-UEG-MD-011) entnommen werden können.

Die Mitarbeitenden werden in den jeweiligen Besprechungen informiert, damit ist sichergestellt, dass die Informationen im drop-down Verfahren weitergeleitet werden – es können aber auch Fragen und Anregungen aus den berufsspezifischen Besprechungen in die Leitungsebene weitergeleitet werden.

Die Aufgaben, die in der letzten Besprechung verteilt worden sind, werden zu Beginn jeder neuen Sitzung angesprochen und auf Umsetzung überprüft.

Jede Führungskraft stellt sicher, dass Informationen aus den Leitungsgremien an die Mitarbeitenden weitergeleitet werden.

Jede Sitzung wird protokolliert und das Protokoll wird allen Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt, damit auch nicht teilnehmende Mitarbeitende informiert sind.

Öffentlichkeitsarbeit und externe Kommunikation

In der Klinik ist eine Stabstelle für Unternehmenskommunikation, Presse und Öffentlichkeitsarbeit eingerichtet, die nach Rücksprache mit der Chefärztin und bei Bedarf des Direktoriums tätig wird.

Für die Außendarstellung sind der Internetauftritt und die Flyer von Bedeutung. Öffentlich Medien werden zur Bekanntmachung von neuen Entwicklungen oder besonderen Terminen genutzt.

Mitarbeitende vertreten das Geriatrie Zentrum auf externen Fortbildungen, Seminaren, Tagungen und Kongressen.

Auf der Homepage des Diakonissen-Stiftungs-Krankenhauses werden u. a. folgende Informationen bereitgestellt:

- + Organisationsstruktur und Aufbau
- + Ansprechpartner
- + Kontaktdaten

Die Kommunikation mit den relevanten Externen erfolgt über die Geschäftsführung (mit direkter Weiterleitung an die Chefärztin) oder über die Chefärztin.

Wichtige Kommunikationspartner sind dabei die Leistungsträger, der Clinotel-Verbund, die LAG Geriatrie Rheinland-Pfalz und der Bundesverband Geriatrie. Es wird regelhaft eine Teilnehmerin oder ein Teilnehmer zu Treffen oder Sitzungen entsandt.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 11 von 44

1.1.7 Dokumente

Der Umgang mit der Dokumentation und allen Unterlagen erfolgt planmäßig und systematisch im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems. Hierbei handelt es sich um Vorgabedokumente (u.a. Verfahrensanweisungen, Gesetze, etc.) und Nachweisdokumente (Aufzeichnungen, Protokolle, etc.).

In der Verfahrensanweisung Kennzeichnung von Dokumenten (VO-VA-002) sind die Vorgehensweisen und Zuständigkeiten für die Erstellung, Prüfung, Änderung, Freigabe und Verteilung von Vorgabedokumenten festgelegt.

Alle Dokumente werden über das Intranet für die Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt.

Besprechungen werden dazu genutzt, neue Dokumente im Team vorzustellen. Die Freigabe der Dokumente erfolgt über die Leitung der jeweils zuständigen Bereiche bzw. über die Qualitätszirkel.

1.1.8 Umgang mit Patientendaten und -dokumenten

Zum aktuellen Zeitpunkt erfolgt die patientenbezogene Dokumentation im Geriatrischen Zentrum halbdigital d.h. in der Patientenakte in Papierform und in einer digitalen Akte im KISS-System.

Bei Entlassungen bzw. zum Übergang in eine andere Einrichtung ist sichergestellt, dass ein Arztbrief, bei Bedarf ein Pflegeüberleitbogen und alle weiteren relevanten Dokumente in Papierform oder radiologische Befunde auf CD mitgegeben werden.

Die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung personenbezogener Daten erfolgt nur so, wie es nach dem Datenschutz der Ev. Kirche Deutschland und anderen einschlägigen Datenschutzgesetzen zulässig ist.

Die Vorgaben des Entlassmanagements werden umgesetzt (SP-KH-PVW-AA-016). Zum Aktenverlauf innerhalb der Klinik liegt ein Flussdiagramm vor (SP-KH-GTZ-UEG-AA-007).

1.1.9 Kooperationen

Innerhalb des Geriatrischen Zentrums gibt es keine festen Kooperationen mit anderen an der Versorgung der Patientinnen und Patienten Beteiligten.

Aber es gibt eine enge Zusammenarbeit mit den Pflegeeinrichtungen des Trägers, mit dem Fahrdienst der Tagesklinik, mit geriatrischen Rehakliniken, Akutkliniken der Region, der Palliativakademie und Selbsthilfegruppen.

Innerhalb des Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus bestehen Kooperationen mit den Praxen im MVZ (Nephrologie, Neurologie, Radiologie), den Therapieschulen, der Universitätsmedizin Mannheim und der UMHC in Hamburg zur Ausbildung von Medizinstudierenden.

1.1.10 Patientenorientierung

Vom Aufnahme- bis zum Entlasstag wird die Patientin oder der Patient über die von uns geplanten Maßnahmen und deren Ergebnisse, sowie der durchgeführten Behandlungen aufgeklärt. Kann die Patientin oder der Patient aufgrund von kognitiven Einschränkungen nicht aufgeklärt werden, werden die Angehörigen, die Bevollmächtigten oder die Betreuer oder Betreuerin informiert.

Vor Entlassung findet ein Entlassgespräch statt, in dem unsere Empfehlungen kommuniziert werden.

Es steht auf der Station ein Gesprächsraum zur Verfügung in dem Gespräch unter Einhaltung der Privatsphäre stattfinden können.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 12 von 44

Die klinische Untersuchung findet im Patientenzimmer statt, bei Bedarf kann diese auch im Untersuchungsraum durchgeführt werden.

Alle Mitarbeitende der Station tragen ein gut lesbares Namensschild und stellen sich bei jedem Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten bzw. seinen Angehörigen mit Namen vor. Auf Station ist eine Bildertafel, auf der die Mitarbeitenden der Station abgebildet sind.

Im Stationsbereich ist im Stützpunkt ein gut sichtbarer Sekretariatsbereich eingerichtet, dort können sich Angehörige melden und auch Gesprächstermine mit den zuständigen Ärzten vereinbaren.

1.1.11 Geriatriekonzept

Es liegt ein schriftlich ausgearbeitetes Geriatriekonzept vor. Dieses wurde vom Qualitätszirkel Geriatrie erstellt und von allen Teilnehmenden des Leitungsteams geprüft.

Das Konzept wird regelmäßig (jährlich im Qualitätszirkel) auf seine Aktualität überprüft und ggf. überarbeitet.

Die Mitarbeitenden der Geriatrie sind über das Konzept informiert, es ist sowohl im Intranet, wie auch auf der Website der Klinik platziert und kann so jederzeit eingesehen werden.

1.2 Ressourcenmanagement

1.2.1 Bereitstellung von Ressourcen

Die Verfügbarkeit der Ressourcen, um das Leistungsangebot zu erfüllen, aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln ist gegeben.

1.2.2 Infrastruktur der geriatricspezifischen Einrichtung

Die Station 5A ist eine eigenständige Einheit, in der die vollstationäre geriatrische Behandlung der Patientinnen und Patienten abgebildet wird und die räumlich von den anderen Abteilungen abgegrenzt ist.

Die teilstationäre Behandlung findet in den Räumen der geriatrischen Tagesklinik statt, die ebenfalls ein eigenständiger Bereich innerhalb der Klinik ist und gut ersichtlich von den anderen Strukturen abgegrenzt ist.

Die gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben und Richtlinien zur Gewährleistung einer sicheren Infrastruktur und Prozessumgebung sind erfüllt.

Dazu gehören: Arbeits- und Brandschutz, Hygienerichtlinien und Umgang mit Infektionen, Regelung zur Überwachung von Medizinprodukten und Datenschutz.

1.2.2.1 Räumliche Ausstattung

Der stationäre Bereich ist auf 49 Patientinnen und Patienten ausgelegt. Die Betten sind aufgeteilt auf 8 Dreibettzimmer, 10 Zweibettzimmer und 5 Einzelzimmer. Der Anteil der Ein- und Zweibettzimmer beträgt 65 Prozent.

Im teilstationären Bereich stehen pro Tag 16 Behandlungsplätze zur Verfügung.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 13 von 44

Die räumliche Ausstattung der Klinik ist so dimensioniert, dass ausreichend Raum für Patientinnen und Patienten mit Hilfsmitteln (Rollstühlen oder Rollatoren) gegeben ist. Die Wände und Treppen sind mit Handläufen ausgestattet, um der erhöhten Sturzgefahr geriatrischer Patientinnen und Patienten gerecht zu werden.

Im vollstationären Bereich befindet sich das von uns so genannte „Wohnzimmer“ welches multifunktionell genutzt wird. Er dient zum einem als Aufenthaltsraum für die Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen während der Besuchszeiten, wird aber auch zu den Essenszeiten als Speiseraum, für das gemeinsame Einnehmen von Mahlzeiten genutzt. Er dient ebenfalls für die Gruppentherapien im therapeutischen Bereich und 2x/Woche für die interdisziplinäre Teambesprechung. Die interprofessionellen Fortbildungen des geriatrischen Teams, wie auch das alle 2 Monate stattfindende Gesamtteam der Geriatrie finden ebenfalls in diesem Raum statt. Durch ein Raumnutzungskonzept ist sichergestellt, dass der Routinebetrieb durch die Besprechungen nicht gestört wird.

Es stehen für die Durchführung der Therapie drei weitere Therapieräume zur Verfügung, des Weiteren werden die Flure und Flurnischen als Therapieflächen genutzt.

Auf der Stationsebene befindet sich ein Raum, der für eine vertrauliche Kommunikation genutzt werden kann.

Begleitpersonen können bei uns im stationären Bereich jederzeit als Rooming-in mit aufgenommen werden.

Sterbende Patientinnen und Patienten werden generell in einem Einbettzimmer betreut, die Angehörigen können begleitend ohne Zeiteinschränkung da sein. Es wird immer ausreichend Zeit für ein würdevolles Abschiednehmen gestattet (SP-KH-P-VA-004).

1.2.2.2 Patientenzimmer

Die Mehrzahl der Patientenzimmer in der Geriatrischen Klinik sind hinreichend dimensioniert, um dem erhöhten Pflegeaufwand der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden. Besonders wichtig ist, dass die aktive Nutzung von Rollstühlen und Rollatoren, wie auch die Mobilisation in unsere Siestastühle und die Durchführung von therapeutischen Maßnahmen möglich ist. Sauerstoff- und Druckluftanschlüsse sind regelhaft vorhanden.

Jedes Patientenzimmer verfügt über einen Sanitärraum mit Duscmöglichkeit. Die Dimensionen sind ausreichend auch für mobilitätseingeschränkte Patientinnen und Patienten und für die Durchführung der aktivierenden-therapeutischen Pflege.

1.2.3 Berufsspezifische Infrastruktur

Im Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus gibt es keinen eigenständigen Therapiebereich, sondern die Therapieräume sind in die Abteilungen integriert.

Im Bereich der Geriatrischen Klinik findet sich die Abteilung für die Akutgeriatrie im 5. Stockwerk der Klinik und die Geriatrische Tagesklinik im Untergeschoss. Beides ist über den Fahrstuhl und einen kurzen Weg erreichbar, so dass Therapien in beiden Bereichen stattfinden können.

Im stationären Bereich befinden sich das „Wohnzimmer“ – welches täglich für Gruppentherapien benutzt wird, aber auch für die Einzeltherapie, z.B. bei der Essbegleitung. Weiterhin sind drei Therapieräume vorhanden, die nicht einzelnen Berufsgruppen zugeordnet sind, sondern nach Bedarf benutzt werden. Wir sehen im akutstationären Bereich den gesamten Raum als Therapieraum an, da besonders bei unseren akut schwer kranken oder schwer betroffenen Patientinnen und Patienten viel Therapie auf Zimmerebene stattfindet (z.B. Transferübungen aus dem Bett in den Stand oder der selbstständige Toilettengang). Der Flur und das Treppenhaus sind ebenfalls in die Durchführung der Therapie integriert (für die Ausweitung der Gehstrecke oder das Beüben von Treppenstufen). Die Flurecken sind als

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 14 von 44

Therapiebereich deklariert und farblich vom übrigen Bereich abgegrenzt – hier findet z.B. das Training an der Sprossenwand und am Seilzug statt.

Im teilstationären Bereich sind mehrere Therapieräume angesiedelt, die teils den Berufsgruppen zugeordnet sind, teils multiprofessionell genutzt werden. Auch hier ist der Aufenthaltsraum der Patientinnen und Patienten als Therapieraum nutzbar – in diesem Bereich finden die Gruppentherapie, die Musiktherapie und auch das Esstraining statt. Weiterhin sind mehrere Einzeltherapieräume und ausreichend dimensionierte Räume für Gruppeninterventionen und Gerätetraining vorhanden.

Direkt im Außenbereich der Tagesklinik findet sich ein Außengelände, in dem sich eine Terrasse mit Sitzgelegenheiten für gemeinsame Mahlzeiten und eine Laufstrecke mit unterschiedlichen Bodenbelägen befindet. Am Ausgang zum Parkhaus befinden sich Treppenstufen und eine schräge Ebene, die ebenfalls für die Therapie genutzt werden.

In allen Therapieräumen sind ausreichend digitale Arbeitsplätze für die direkte Dokumentation vorhanden.

Ebenso ist in der Klinik eine ausreichende Anzahl an höhenverstellbaren Therapietischen und -liegen vorhanden.

Auf der Stationsebene befindet sich ein Raum, welcher als Rückzugsraum besonders für vertrauliche Gespräche von allen Berufsgruppen genutzt werden kann. In der Tagesklinik können die Einzeltherapieräume, das Arztzimmer oder der Kognitionsraum für vertrauliche Gespräche genutzt werden.

1.2.3.1 Ärztlicher Dienst

Im stationären Bereich findet sich ein Arztzimmer mit vier digitalen Arbeitsplätzen und ein Aktzimmer, in dem digitale Arbeitsmöglichkeiten für die leitenden Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung gestellt werden. Körperliche Untersuchungen werden im Patientenzimmer durchgeführt. Es gibt auf der Stationsebene auch einen multifunktionell nutzbaren Raum, in dem die körperliche Untersuchung oder Ultraschalluntersuchungen unabhängig vom Patientenzimmer durchgeführt werden kann.

In der Tagesklinik gibt es ein Arztzimmer, in dem eine Untersuchungsmöglichkeit vorhanden ist und in dem auch die gemeinsamen Aufnahmegespräche und die ausführlichen Patientengespräche, z.B. auch mit Angehörigen, durchgeführt werden.

Durch die Einbindung der Geriatrischen Klinik in das Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus als Haus der Schwerpunktversorgung steht der Geriatrischen Klinik die apparativ-technische Ausstattung zur Verfügung, so dass die Diagnostik der Haupt- und Nebendiagnosen und die Notfalldiagnostik und -behandlung ohne Verlegung der Patientinnen und Patienten durchgeführt werden kann.

Dazu zählen besonders:

- + eigenes Labor im Haus, Spezialdiagnostik im Labor Limbach
- + Radiologie durch die Praxis Vorderpfalz im Haus
- + Herz-/Kreislaufdiagnostik
- + Endoskopie
- + Sonographie
- + Lungenfunktion und sonstige pulmonale Diagnostik

Bei akuten Notfallsituation steht das Team der Intensivstation zur Verfügung, bei überwachungspflichtigen Akuterkrankungen kann eine passagere Überwachung auf der IMC-Station stattfinden.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 15 von 44

1.2.3.2 Pflegerischer Dienst

Zentral auf der Station gelegen befindet sich das Dienstzimmer mit mehreren Computerarbeitsplätzen. Dort ist auch der Arbeitsbereich der Stationssekretärin, die als Anlaufpunkt zur Verfügung steht.

An das Dienstzimmer angebunden, aber durch eine Tür getrennt, befindet sich ein Raum für die Lagerung der Medikamente. Hier ist auch ausreichend Platz zur Vorbereitung, z.B. der parenteralen Medikation. Die oralen Medikamente werden in einem zentralen Bereich vom Medikamentenrichtdienst vorbereitet.

Für das Pflegeprozessmanagement steht ein eigener Raum zur Verfügung, um die Dokumentation durchzuführen oder Gespräche zu führen.

1.2.3.3 Physiotherapie / Physikalische Therapie

In allen Therapieräumen des stationären Bereichs und der Geriatrischen Tagesklinik befinden sich elektrisch höhenverstellbare Therapieliegen, in den Einzeltherapieräumen ist ausreichend Raum zur Aufbewahrung der Kleingeräte und es sind digitale Arbeitsplätze für die Dokumentation vorhanden.

Im Bereich der Klinik stehen folgende Möglichkeiten zur Behandlung zur Verfügung:

- + Beinpresse
- + Balance Pad
- + Posturomed
- + Geräte zur Ausdauerschulung/ motorbetriebener Bewegungstrainer
- + Stehapparat
- + Spiegel
- + Mobilisationsstühle
- + Möglichkeiten der Wärme- und Kälteapplikation
- + Sprossenwand
- + Trampolin
- + Seilzüge
- + Gehbarren
- + Laufstrecke im Außenbereich mit unterschiedlichen Bodenbelägen
- + Ganganalyse, Tyromotion

1.2.3.4 Ergotherapie

In den Räumen der Ergotherapie stehen folgende Möglichkeiten zum alltagsorientierten Training zur Verfügung

- + Therapiematerialien zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten
- + Therapiematerialien zur Verbesserung der fein- und grobmotorischen Funktionen
- + Therapiematerialien zur Verbesserung der Wahrnehmung und Sensorik
- + Angebote zur Verbesserung des Gleichgewichts- und der Stellreaktion
- + Übungsmaterial für hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Alltagstraining
- + Therapieküche mit der Möglichkeit zur Speisenherstellung
- + Gestalterische Therapieangebote
- + Möglichkeit zur Hilfsmittelschulung, Umgang mit Hilfsmittel, Hilfsmittelanpassung, Hilfsmittelberatung
- + Wärmeofen mit Wärmepacks zur Wärmebehandlung
- + Therapiespiegel für Spiegeltherapie bei Amputationen oder Schmerztherapie
- + Laufstrecke im Außenbereich mit unterschiedlichen Bodenbelägen

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 16 von 44

Gerätschaften der Ergotherapie:

- + Höhenverstellbare Bobath-Liegen
- + Höhenverstellbare sowie neigbare Therapietische
- + Bewegungstrainer Motomed
- + Posturomed
- + Seilzüge mit Sitzbank
- + Klappbarer Barren
- + SRT-Vibrationsplatte
- + PC inklusive Kognitionsprogramm für Hirnleistungstraining
- + Tyromotion - Tymo Gleichgewichtsplatte inklusive Software
- + Therapiewagen mit Materialien für Feinmotorik und Sensorische Behandlungen

1.2.3.5 Stimm-, Sprach-, Sprech- und Schlucktherapie

Die logopädischen Behandlungen finden in Einzeltherapie am Patientenbett bzw. im dafür vorgesehenen Behandlungsraum statt. Das Team der Logopädie entscheidet eigenständig nach Indikation und Belastbarkeit, ob die logopädische Diagnostik und die Therapieeinheit im Patientenzimmer oder in einem eigenen Behandlungsraum durchgeführt wird. Für die Therapieeinheit am Tisch besteht die Möglichkeit eines höherverstellbaren Therapietisches. Bei Bedarf stehen Therapiespiegel in den Behandlungsräumen für die zur Verfügung. Für die Behandlungen von Kau- sowie Schluckstörungen können in einem Behandlungsraum mit unterfahrbaren Waschbecken mit Spiegel durchgeführt werden, eine Absaugmöglichkeit steht unmittelbar zur Verfügung. Die FEES-Untersuchung kann entweder in den Räumen der Endoskopie, im Untersuchungszimmer auf Station oder im Patientenzimmer durchgeführt werden.

Gerätschaften der Logopädie:

- + Materialien zur Diagnostik und Therapie der logopädischen Störungsbilder
- + Testmaterialien
- + Höhenverstellbarer Therapietisch
- + Therapiespiegel
- + Unterfahrbares Waschbecken mit Spiegel
- + Mobiles FEES- Endoskopisches Untersuchungsgerät
- + Novafon

1.2.3.6 Sozialdienst

Der Sozialdienst hat eigene Räumlichkeiten mit geeigneter Bürokommunikation auf dem Klinikgelände.

Wenn im stationären Bereich Gespräche unter Wahrung der Privatsphäre notwendig sind, stehen dafür ausreichend Räumlichkeiten zur Verfügung.

1.2.3.7 Psychologischer Dienst

Der psychologische Dienst entscheidet patientenabhängig selbst, wo die Diagnostik und Therapie durchgeführt werden. Wenn eine ruhige Umgebung notwendig ist, stehen im Bereich der Tagesklinik und des stationären Bereichs Räume zur Verfügung.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 17 von 44

1.2.3.8 Konsiliartätigkeiten

Folgende Konsile können direkt von den Fachabteilungen der Klinik erstellt werden, die Befundung ist dann im KISS abrufbar.

- + Gynäkologie
- + Allgemein- und Viszeralchirurgie
- + Hämato-Onkologie
- + Orthopädie
- + Unfallchirurgie über die Rotationsärztinnen und -ärzte der BG Ludwigshafen in der Notfallaufnahme als Erstversorgung

Folgende Konsile werden durch niedergelassene Kolleginnen und Kollegen durchgeführt und werden über Konsilschein angefordert und darauf auch befundet.

- + Hals-Nasen-Ohren Arzt
- + Neurologie
- + Nephrologie
- + Urologie
- + Dermatologie
- + Psychiatrie

Im Bereich der Urologie und der Unfallchirurgie können wir jederzeit mit den Fachabteilungen des benachbarten Krankenhauses Kontakt aufnehmen und bei Bedarf, dort die Patientinnen und Patienten konsiliarisch vorstellen.

Bei besonderen Fragestellungen kann auf die Fachabteilungen der umliegenden Kliniken (Klinikum Ludwigshafen, Universitätsmedizin Mannheim, Universität Heidelberg) zurückgegriffen werden (z.B. im Bereich Neurochirurgie, Thoraxchirurgie, Rheumatologie, Mund-Zahn-Kiefer-Chirurgie, Augenheilkunde).

1.2.4 Multiprofessionelles Team der Geriatrie

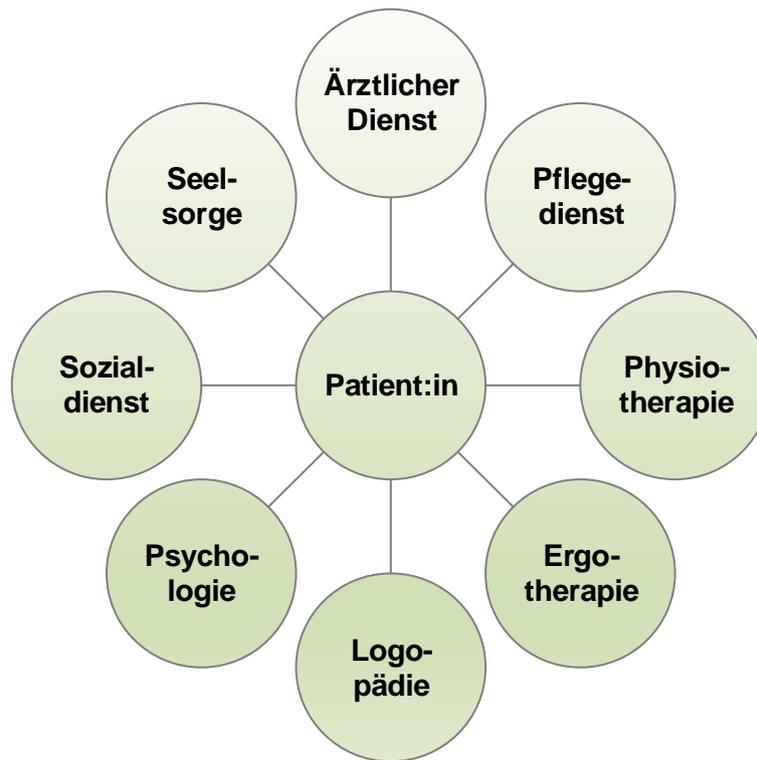
Die geriatrische Arbeit erfolgt in einem multiprofessionellen Team. Nur durch die Zusammenarbeit dieser verschiedenen Professionen gelingt es, die häufig komplexe Problematik älterer gebrechlicher Personen in Ihrer Gesamtheit zu erfassen und zu behandeln.

Allen Professionen im geriatrischen Team ist Folgendes gemeinsam:

- + Beratung der Patientinnen und Patienten und seiner Angehörigen
- + Förderung des Informationsaustausches zwischen den Patientinnen und Patienten, den Angehörigen und den Mitgliedern der anderen beruflichen Disziplinen
- + Teilnahme an inter- und intradisziplinären Fortbildungen
- + Teilnahmen an inter- und intradisziplinären Teambesprechungen

Teamarbeit findet nicht nur innerhalb der geplanten Besprechungen statt, denn die interdisziplinäre Vernetzung ist permanenter Bestandteil der geriatrischen Arbeit. Durch Informationsweitergabe können Konflikte vermieden werden und die die Einbindung der Patientin oder des Patienten in die Behandlung wird gefördert.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 18 von 44



Zum multiprofessionellen Team in unserer Einrichtung gehören der ärztliche Dienst, der Pflegedienst, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, psychologischer Dienst und Sozialdienst. Als Besonderheit ist in unserer Klinik ein Pflegeprozessmanagement etabliert. Alle Berufsgruppen werden durch das Delirteam unterstützt. Zum erweiterten Team zählen noch die Musiktherapie, der Therapiehund, die Seelsorge, die Ernährungsberatung und die Gerontoclowns.

Die Dienstplangestaltung in den einzelnen Bereich ist so gestaltet, dass die personelle Kontinuität an den Patientinnen und der Patientin und im Team gesichert ist.

Ärztlicher Bereich

Im Geriatrischen Zentrum des Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus werden die Patientinnen und Patienten von erfahrenen Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin behandelt, sie werden unterstützt von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten in der Weiterbildung Geriatrie, Innere Medizin oder Allgemeinmedizin.

Die ärztliche Leitung der Abteilung ist Chefärztin mit einer fachlich-medizinischer Weisungsbefugnis, die vertraglich geregelt ist. Sie ist Fachärztin für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie. Ihre Vertretung ist ebenfalls Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie. Zum ärztlichen Führungsteam gehören noch weitere Oberärztinnen und Oberärzte, die teils die Zusatzbezeichnung Geriatrie erlangt haben oder in der geriatrischen Weiterbildung sind. Die Fortbildungsquote wird innerhalb der ärztlichen Fachärztinnen und Fachärzte erfüllt.

Die Weiterbildungsbefugnis Geriatrie liegt für 18 Monate und die Weiterbildungsbefugnis Innere Medizin liegt für 24 Monate vor.

Es ist sichergestellt, dass während der regulären Arbeitszeit (08.00 - 16.30 Uhr) immer eine Geriaterin oder ein Geriater anwesend ist. Die Ärztinnen und Ärzte der Abteilung sind für die medizinischen und therapeutischen Aktivitäten verantwortlich. Werktäglich wird eine Visite durchgeführt, dabei wird die Medikation überprüft und bei Bedarf geändert, es wird über weitere diagnostische Untersuchungen

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 19 von 44

entschieden und der Behandlungsverlauf wird überwacht. Die Ärztinnen und Ärzte koordinieren den Behandlungsprozess im interdisziplinären Team.

Durch die Einbindung der Geriatrie in die Innere Medizin nehmen alle Assistenzärztinnen und Assistenzärzte und auch die Oberärztinnen und Oberärzte am Dienstmodell der internistischen Klinik teil. Es ist mindestens 1 Assistenzärztin oder Assistenzarzt für den Präsenzdienst für die internistischen (und damit auch geriatrischen Patientinnen und Patienten) im Haus eingeteilt. Parallel dazu befinden sich noch erfahrene internistische Mitarbeitende im Schichtdienst in der Notaufnahme oder der Überwachungsstation (und evtl. auch auf der Intensivstation). Die Oberärztinnen und Oberärzte der Geriatrie beteiligen sich am fachärztlichen Hintergrunddienst/Rufbereitschaftsdienst der Inneren Medizin. Dieser Dienst ist noch durch einen kardiologischen Rufdienst mit Katheterbereitschaft und einen Endoskopiedienst abgesichert.

Die Ärztinnen und Ärzte verpflichten sich zu einer wissenschaftlich fundierten Medizin. Auch ist es ihre Aufgabe, das geriatrische Wissen anderen Berufsgruppen und Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen in angepasster Form zu vermitteln.

Pflegerischer Bereich

Die Pflegekräfte des geriatrischen Teams betreuen die Rehabilitanden 24 Stunden am Tag und in der Nacht und bestimmen wie keine andere Berufsgruppe das Milieu, die Grundstimmung und die Atmosphäre der Klinik. Sie beeinflussen in wesentlichem Maße, ob sich der Patient angenommen fühlt und die Kraft für die Wiedererlangung einer selbstständigen Lebensführung aufbringt. Zuhören, Trösten, Mut zusprechen und Anspornen sind entscheidende Aspekte einer rehabilitationsfördernden Umgebung und nicht selten der Schlüssel zum Behandlungserfolg.

Während des Krankenhausaufenthaltes sind die Pflegenden rund um die Uhr direkter Ansprechpartner für die zu versorgenden Personen und ihre Angehörigen. Sie koordinieren für die Patientin oder den Patienten den Aufenthalt in Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen und organisieren alle im Tagesverlauf für den Patienten notwendigen Dinge.

Die pflegerische Leitung der stationären Geriatrie verfügt über eine zweijährige Berufserfahrung im Bereich der Geriatrie. Eine Pflegefachquote von 75% ist sichergestellt. Im Geriatrischen Zentrum sind mehrere pflegerische Mitarbeitende mit einer 180-stündigen strukturierten curricularen geriatricspezifischen Zusatzqualifikation. In der Fortbildungsplanung wird berücksichtigt regelmäßig weitere Mitarbeitende zu qualifizieren. Die Fortbildungsquote wird regelmäßig überprüft und sichergestellt.

Das Projekt Pflegeprozessmanagement hat die Entwicklung und Implementierung einer neuen pflegerischen Rolle zum Ziel. Dabei liegt der Hauptfokus auf der zielgerichteten Steuerung und Koordination des (pflegerischen) Behandlungsablaufs bei Patientinnen und Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen. Es geht darum durch gezielte Prozessoptimierung eine optimale stationäre wie poststationäre Versorgung sowie die bestmögliche wirtschaftliche Fallsteuerung zu erreichen. Hierbei sind ein ausgewogener Qualifikationsmix und der Einbezug interdisziplinären Know-hows essentiell.

Das zentrale Kriterium dabei ist die direkte pflegerische Tätigkeit. Als Kernkompetenzen werden die Themenfelder Coaching, Konsultationen, fachliche Führung, Praxisentwicklung, interprofessionelle Zusammenarbeit und ethische Entscheidungsfindung gesehen (Tracy & O'Grady, 2019). Voraussetzung zur Umsetzung der Rolle Pflegeprozessmanagement ist Berufserfahrung, Interesse an persönlicher Weiterentwicklung, ein hohes Maß an pflegefachlicher Expertise, die Fähigkeit zur Analyse und Beurteilung komplexer Zusammenhänge sowie die benannten Kernkompetenzen. Als Grundlage zur Entwicklung und Einführung der Rolle wurden in Bezug auf das Advanced Practice Nursing Modell, Aspekte des internationalen PEPPAFrameworks (Bryant-Lykosius, 2004) einbezogen.

In der Klinik hat sich des Weiteren ein Delir-Team etabliert, dass aus speziell geschulten, examinieren Pflegefachkräften und einer Betreuungskraft besteht. In der Regel kann derzeit täglich eine Präsenz von 08.00 Uhr bis 21.00 Uhr gewährleistet werden. Alle Stationen werden über Wochenpläne von Seiten

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 20 von 44

der Delir-Team-Leitung über die Einteilung und die Kontaktmöglichkeiten des Teams informiert. Sie setzen sich bei Bedarf mit den entsprechenden Kolleginnen in Verbindung. Besteht der Bedarf nach ärztlichem Support kann das Delir-Team zusätzlich auf den Austausch mit dem geriatrischen Oberärzteteam bzw. dem geriatrischen Facharztteam zurückgreifen. In der Geriatrie sind täglich Kolleginnen aus dem Delir-Team bzw. der Demenz Coach vor Ort, die dort auch Prophylaxemaßnahmen (Milieuthherapie) durchführen, da das geriatrische Patientenklientel besonders delirgefährdet ist. Hierzu steht Aktivierungs- und Orientierungsmaterial für die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten jederzeit zur Verfügung.

Therapeutischer Bereich und Sozialdienst

Im Team der Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie), der Psychologen und aus dem Sozialdienst befinden sich mehrere Mitarbeitende mit einer langjährigen Erfahrung im Umgang mit geriatrischen Patientinnen und Patienten. Die Fortbildungsquote wird regelmäßig überprüft und sichergestellt.

Die Mitarbeitenden der therapeutischen Abteilung werden durch die Therapieleitung der Abteilungen eingeteilt. Dabei wird das Prinzip der Kontinuität an den Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Zusätzlich werden sie von Schülerinnen und Schülern der Therapieschulen unterstützt.

In der Frühbesprechung werden aktuelle Probleme besprochen, die Auswirkungen auf die Durchführung der Therapie haben. Am Ende der Therapieeinheit werden die Inhalte der Therapie digital in der Akte dokumentiert.

Behandlungsziele und Therapiepläne in der Geriatrischen Klinik basieren auf den Zielen der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen, den Ergebnissen des geriatrischen Assessments, auf aktuellen und relevanten früheren Erkrankungen der Patientin oder des Patienten sowie den Befunden der begleitenden Diagnostik. Die funktions- und teilhabeorientierte Behandlung erfolgt interdisziplinär patientenzentriert unter Berücksichtigung aller aktuellen Patienten- und Behandlungsressourcen.

Unter Berücksichtigung der indikationsspezifischen Vorgehensweisen orientieren sich die Mitarbeitenden der therapeutischen Abteilung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten an den allgemeinen und speziellen nationalen und internationalen Leitlinien der Fachgesellschaften. Fachspezifische Leitlinien werden intern auf die Anwendbarkeit für das geriatrische Patientenklientel überprüft und unter Berücksichtigung der Multimorbidität der älteren Patientinnen und Patienten sowie den spezifischen geriatrischen Themen wie beispielsweise Demenz, Ernährung, Sturz und Inkontinenz angewendet.

Der Einsatz der Psychologinnen wird durch die Mitarbeitenden des geriatrischen Teams gesteuert und angemeldet, oder es ergibt sich ein Bedarf an psychologischer Behandlung während der Teambesprechung. Die Planung der psychologischen Gespräche erfolgt durch die Mitarbeiter und wird individuell geplant. Durch die Einsatzplanung ist gesichert, dass die Psychologinnen jeden Tag anwesend sind und an den Teambesprechungen teilnehmen.

Die Sozialanamnese wird über die pflegerischen Mitarbeitenden des Pflegeprozessmanagements durchgeführt. Ergibt sich während der Anamnese oder im Verlauf der Behandlung ein Beratungsdienst durch den Sozialdienst oder durch das Case-Management wird dieser angemeldet. Die Mitarbeitenden des Sozialdienstes sind festen Bereichen der Station zugeteilt und nehmen regelhaft an den Teambesprechungen teil.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 21 von 44

2. Prozessqualität

2.1 Personal(bedarfs)planung und -einsatz

Die Zahl der Mitarbeitenden orientiert sich an den Zahlen des Bundesverband Geriatrie. In regelmäßigen Gesprächen wird der Personalbedarf ermittelt, und an die zu erbringenden Leistungen angepasst.

Der vorliegende Stellenplan dient dabei als Grundlage für die Personalbedarfsplanung und die Personalentwicklung. Für die unterschiedlichen Berufsgruppen liegen Stellenbeschreibungen vor.

2.1.1 Einarbeitung neuer Mitarbeitenden

Für alle Berufsgruppen liegen berufsgruppen- und abteilungsspezifische Einarbeitungskonzepte vor.

2.1.2 Fort- und Weiterbildung/ Personalentwicklung

Es liegt ein schriftlich fixiertes Fort- und Weiterbildungskonzept für das geriatrische Team vor. In diesem Konzept sind sowohl die gesetzlich vorgeschriebenen Pflichtfortbildungen abgebildet wie auch die geriatrispezifischen Fortbildungen. In den Mitarbeitendengesprächen wird der individuelle Fortbildungsbedarf des einzelnen Mitarbeitenden angesprochen oder auch von der Führungskraft Vorschläge zu weiteren Qualifizierungsmaßnahmen gemacht.

Fachliteratur steht in Papierform als Zeitschriften oder Fachbücher zur Verfügung. Darüber hinaus hat jeder Mitarbeitende Zugriff auf das Onlinetool CNE von Thieme, welches auch über den Fachbereich Geriatrie verfügt. Das Anlegen eines Heimzuganges ist darüber ebenfalls möglich. Über den Servicebutton des Intranets bestehen zusätzlich Zugriffsmöglichkeiten auf die Plattformen Amboss, BFD-Buchholz-Fachinformationsdienst und Up to date.

Innerhalb der geriatrischen Teams findet 10x/Jahr eine interprofessionelle Fortbildungsreihe statt, die im Teamwork interprofessionell erarbeitet und präsentiert wird. Die Themen werden teilweise vom Leitungsteam vorgegeben oder sind Wünsche und Vorschläge aus dem Bereich der Mitarbeitenden. Zu speziellen Themen können auch externe Dozentinnen und Dozenten eingeladen werden. Ein Termin pro Jahr soll die Mitarbeitenden über die Kennzahlen und die Maßnahmen im Bereich der Qualitätssicherung informieren.

2.2 Prozesse der Leistungserbringung

Die Leistungserbringung erfolgt anhand der im Konzept beschriebenen Prozesse.

Unter Berücksichtigung der indikationsspezifischen Vorgehensweise orientieren sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des geriatrischen Teams in der Behandlung der Patientinnen und Patienten an den allgemeinen und speziellen nationalen und internationalen Leitlinien der Fachgesellschaften und an den Expertenstandards in der Pflege. Fachspezifische Leitlinien werden intern auf ihre Anwendbarkeit für geriatrische Patientinnen und Patienten überprüft und unter Berücksichtigung der Multimorbidität der älteren Patientinnen und Patienten sowie den spezifischen geriatrischen Themen wie beispielsweise Demenz, Ernährung, Sturz oder Inkontinenz angewendet. Dabei orientiert sich das Team unter anderen an dem geriatrisch-rehabilitativen Basis-Management (GRBM), welches durch einen Expertenrat der Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrie Baden-Württemberg erstellt wurde und an den hausinternen Behandlungsrichtlinien.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 22 von 44

Die Arbeit zwischen den einzelnen Abteilungen und Funktionsbereichen ist über Anforderungen und Befundung im KISS geregelt. Konsilanforderungen und Untersuchungen der einzelnen Funktionsbereiche werden digital angefordert und befundet, es ist jederzeit eine persönliche Kontaktaufnahme zur Absprache möglich.

Zu- oder Abverlegungen erfolgen primär in Absprache auf fachärztlicher Ebene, um die Indikation zu klären. Anschließend organisiert die Stationsleitung oder deren Stellvertretung die Übernahme, nachfolgend wird die Verlegung durch die Bereichspflegekräfte der Abteilungen in Zusammenarbeit mit den Stationssekretärinnen eingeleitet und durchgeführt. Bei Verlegungen wird dafür gesorgt, dass alle relevanten Befunde der weiterbehandelnden Fachabteilung oder Klinik zur Verfügung gestellt werden.

Alle Tätigkeiten, Befunde, Gespräche, erhobene Parameter etc. werden zeitnah und lückenlos in den dafür vorgesehenen Bereichen der digitalen oder noch auf Papier vorliegenden Patientenkurve dokumentiert.

Falls es zu Änderungen in den Abläufen, Prozessen oder Richtlinien kommt, werden die internen Dokumente durch die Führungskräfte angepasst und intern in den Besprechungen kommuniziert.

2.2.1 Patientenbezogene Prozesse

2.2.1.1 Aufnahme

Die Aufnahme in die Geriatrische Klinik und auf die geriatrische Station kann über mehrere Wege erfolgen:

- + Direktaufnahme über die IZA (interdisziplinäre Notaufnahme)
- + Verlegung von der IMC (interdisziplinäre Überwachungsstation) oder von der Intensivstation
- + Verlegung von geriatrischen Außenliegern in den geriatrischen Bereich
- + Übernahme aus anderen Fachabteilungen nach Rücksprache mit der zuständigen Oberärztin oder dem zuständigen Oberarzt
- + Übernahme aus anderen Kliniken nach Prüfung durch die zuständige Oberärztin oder den zuständigen Oberarzt
- + Rückübernahme aus anderen Kliniken
- + Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt oder Ärztin (Hausärztliche oder fachärztliche Praxis)

Dabei erfolgt bei Notaufnahmepatienten die administrative Aufnahme direkt in der IZA. Elektive Patientinnen und Patienten werden über das Zentrale Belegungsmanagement (ZBM) gesteuert.

Die Aufklärung über die Inhalte des Behandlungsvertrages und über mögliche Wahlleistungen erfolgt durch die Mitarbeitenden der Patientenverwaltung. Bei Aufklärung und Unterschriften durch Angehörige ist sicherzustellen, dass eine entsprechende Vollmacht vorliegt.

Die Aufklärung über die Inhalte des Behandlungsvertrages und über mögliche Wahlleistungen bei aufklärungsfähigen Patientinnen und Patienten erfolgt in der Regel in der IZA und bei Bedarf im stationären Setting.

Information über Neuaufnahmen an die Mitglieder des geriatrischen Teams erfolgt je nach Berufsgruppe in den spezifischen Übergaben oder während der morgendlichen Frühbesprechung oder durch Anmeldung in der GERDA.

Das Aufnahmeprozedere in der Geriatrischen Tagesklinik ist geregelt.

Verweis Dokumente:

- + Hautprozess Geriatrische Tagesklinik – Flussdiagramm (SP-KH-GTK-ÜG-VA-001)
- + Aufnahmeprozess in der Tagesklinik (SP-KH-GTK-ÜG-AA-005)
- + Einbestellprozedere der GTK (SP-KH-GTK-ÜG-AA-003)
- + Indikation zur Behandlung in der Tagesklinik (SP-KH-GTK-ÜG-AA-004)
- + Patiententransport und Einzugsgebiet (SP-KH-GTK-ÜG-AA-006)

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 23 von 44

Die Aufnahme in die Geriatriische Tagesklinik erfolgt durch:

- + Direkteinweisung durch eine niedergelassene Ärztin oder einen niedergelassenen Arzt
- + aus der geriatrischen Klinik
- + nach geriatrischem Konsil aus einer anderen Fachabteilung der Klinik

Die angemeldeten Patientinnen und Patienten werden gemeinsam mit der Leitung der Tagesklinik und dem ärztlichen Dienst der Tagesklinik vorbesprochen und die medizinische Indikation für die tagesklinische Behandlung überprüft und die Aufnahmen entsprechend geplant. Die Anmeldungen sind in der Warteliste chronologisch gelistet. Für Anmeldungen, welche aus medizinischen bzw. sozialmedizinischen Aspekten dringlicher sind, kann eine Priorisierung in der Warteliste vorgenommen werden.

Die Administrative Aufnahme erfolgt in der Tagesklinik über die Leitung in Zusammenarbeit mit der Patientenverwaltung des Krankenhauses.

Die Aufklärung über die Inhalte des Behandlungsvertrages und über mögliche Wahlleistungen erfolgt am ersten Behandlungstag bei der pflegerisch-medizinischen Aufnahme in der Tagesklinik. Bei Aufklärung und Unterschriften durch Angehörige ist sicherzustellen, dass eine entsprechende Vollmacht vorliegt.

Information über Neuaufnahmen stehen den Mitarbeitenden des geriatrischen Teams jederzeit zur Verfügung.

Der Behandlungsplan für die Tagesklinik wird im Wochenrhythmus erstellt und liegt für jeden ersichtlich aus.

2.2.1.2 Ersteinschätzung bei Aufnahme

Direkt bei Aufnahme werden Informationen zu Patientenverfügung, Betreuungen und Vollmachten erfasst. Die Dokumente sollten in Kopie vorliegen oder eingescannt sein, so dass sie allen Mitarbeitenden zugänglich sind. Wichtige Informationen für das gesamte Team werden entweder in der morgendlichen Frühbesprechung oder in der wöchentlichen Teambesprechung angesprochen.

Während des Aufnahmeprozesses werden die Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige über das begleitende Angebot der Klinik informiert (Seelsorge, Psychologie, Sozialdienst, Musiktherapie, tiergestützte Therapie).

Erwartungen der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen an die Versorgung werden so wie es dem Team möglich ist berücksichtigt. Unerfüllbare oder überzogene Erwartungen werden ebenfalls besprochen.

Standardisiert bekommen alle geriatrischen Patientinnen und Patienten im stationären und teilstationären Bereich ein geriatrisches Assessment, welches sich an die S1-Leitlinie Geriatrisches Assessment der AWMF anlehnt. Dabei sind standardisiert folgende Bereiche erfasst:

- + Medizinischer Status
- + Pflegeanamnese
- + Dekubitusrisikoeinschätzung und Dekubituserfassung
- + Körperliches Befinden/ Wunden
- + Mobilität
- + Sturzrisikoscreening
- + Selbsthilfefähigkeit
- + Kognitiver Status
- + Psychisches Befinden (Effekt)
- + Sozioökonomischer Status (z.B. Wohnsituation, Vorfunktionalität, Verfügungen, Pflegegrad, Angehörige, Hausarzt, Unterstützung, Hilfsmittel)
- + Schmerzanamnese

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 24 von 44

Bei Bedarf können weitere Assessments (z.B. Kontinenz, Delir, Schmerz, Ernährung, Dysphagie) erhoben werden.

Direkt bei Aufnahme wird der Bedarf eines Mobilitätshilfsmittels ermittelt und direkt zur Verfügung gestellt. Idealerweise hat der Patient sein eigenes Hilfsmittel dabei, darauf wird bei elektiven Aufnahmen bei Einbestellung direkt hingewiesen.

Standardisiertes geriatrisches Assessment bei Aufnahme:				
Berufsgruppe	Station 5A (Geriatric)	Zeitpunkt	Geriatrische Tagesklinik	Zeitpunkt
Pflegefachkräfte	Barthelindex	Aufnahmetag + Entlasstag	Barthelindex FIM (motorisch und kognitiv) MNA short form Soziales Assessment	Aufnahmetag, Barthel und FIM auch am Entlasstag
Pflegeprozessmanagement (PPM)	Pflegeinformationsbogen inkl. Schmerz- und Sturzanamnese, Nortenscala, Soziales Assessment, DIA-S MNA short form	Innerhalb ersten 48 Stunden nach Aufnahme	/	
Ergotherapie	MMSE und Clock, Handkraftmessung	Innerhalb der ersten 48 Stunden nach Aufnahme	DemTect und Clock, Handkraftmessung	Aufnahmetag
Physiotherapie	SPBB und Timed up and go, Gehgeschwindigkeit	Innerhalb der ersten 48 Stunden nach Aufnahme und am Entlasstag	SPBB und Timed up and go, Gehgeschwindigkeit	Aufnahmetag + Entlasstag

Weiterführendes geriatrisches Assessment bei Bedarf:		
Assessmentbereiche	Assessments	Durchführende Berufsgruppe
Selbsthilfefähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> Geldzähltest IADL 	Pflegefachkraft
Mobilität	<ul style="list-style-type: none"> EDMONTON Frail Scale Geriatrisches Assessment Trunk Control Test 6-Minuten-Gehtest (6MGT) SEBT (Star Excursion Balance Test) Sturzrisiko Assessment (GTK) 	Ergotherapie Ergotherapie Physiotherapie Physiotherapie Pflegefachkraft GTK
Emotion / Kognition	<ul style="list-style-type: none"> Assessment 6-CIT - Six Cognitive Impairment-Tests DemTect GDS= Geriatric Depression Scale (Assessment Geriatric) 	Ergotherapie Pflegeprozessmanagement Arzt

	<ul style="list-style-type: none"> • CAM (Confusion Assessment Method Kurzform) • 4AT • BDI • CERAD 	Psychologie
Schmerztherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzdokumentation NRS-Skala • Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz und/oder eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit im stationären Bereich 	Pflegefachkraft
Dysphagie	<ul style="list-style-type: none"> • Dysphagiescreening für Pflegekräfte • Logopädisches Assessment: Schlucken 	Pflegefachkraft Logopädie

2.2.1.3 Diagnostik

Wenn sich aus der Anamnese und den bei Aufnahme erhobenen Befunden weiterer Bedarf an Assessments oder Diagnostik ergibt werden diese direkt eingeleitet oder terminiert.

Den Untersuchenden stehen dabei die erforderlichen klinischen Daten in der Patientenakte zur Verfügung.

2.2.1.4 Therapie

Alle therapeutischen Leistungsgruppen werden innerhalb der geriatrischen Teams der Klinik vorgehalten.

Die Leistungsanforderung erfolgt direkt bei Aufnahme der Patientin oder des Patienten durch die zuständige Fachärztin oder den zuständigen Facharzt. Standardisiert werden bei den geriatrischen Patientinnen und Patienten Physiotherapie und Ergotherapie angemeldet.

Den Mitgliedern des therapeutischen Teams stehen alle notwendigen Daten direkt zur Verfügung.

2.2.2 Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten

2.2.2.1 Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten, ggf. Angehörigen

Direkt am Aufnahmetag werden die Patientin oder der Patient und/oder seine Angehörigen über den Ablauf der besonderen Behandlung mit Fokus auf einem rehabilitativen Teamansatz und geriatrischen Besonderheiten (z.B. geriatrische Syndrome) aufgeklärt und ebenfalls die Dauer des Aufenthaltes und der evtl. Entlassmodus angesprochen. Dabei werden, soweit es möglich ist, die Ressourcen, Präferenzen und Wünsche der Patientin oder des Patienten und seiner Angehörigen berücksichtigt.

Während der Visite erfolgt die Information über Änderungen der Medikation und über weitere geplante diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Ebenfalls werden die neu erhobenen Befunde und der Fortschritt der frührehabilitativen Behandlung besprochen. Bei Bedarf, Wunsch und Notwendigkeit

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 26 von 44

werden zeitnahe Angehörigengespräche geplant, in dem über den Ablauf der Behandlung, die medizinische und funktionellen Fortschritte und die Entlassplanung informiert werden.

Die Gespräche werden wahrhaft und an den Ressourcen der Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen ausgerichtet. Besonders in der Geriatrie ist es wichtig, über Therapiebegrenzungen und palliative, symptomorientierte Therapieansätze direkt von Beginn an zu sprechen. Therapiebegrenzungen werden in der Akte dokumentiert und an die Mitglieder des geriatrischen Teams kommuniziert.

Aufklärung und Einwilligung erfolgt in einem patienten-individuellen Arzt-Patienten-Gespräch. Bei nicht einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten erfolgt dieses Gespräch mit dem bevollmächtigten Angehörigen oder dem gesetzlichen Betreuer.

Kostformen werden im Rahmen der Möglichkeiten an die religiösen und kulturellen Bedürfnisse angepasst. Es steht auch ein Patientenkühlschrank für die Kost von zu Haus bereit. Auch wird die Körperpflege durch die Angehörigen von den Pflegekräften bestmöglich unterstützt.

Für Patientinnen und Patienten mit Sprachbarrieren sind einzelne Aufklärungsbögen in verschiedenen Sprachen im E-ConsentPro - Aufklärungsprogramm digital abrufbar. Darüber hinaus steht bei Bedarf eine interne Dolmetscherliste zur Verfügung, in der hausinterne Mitarbeitende und ihre Fremd-/ Muttersprachen hinterlegt sind und die Station auf der sie zu erreichen sind. Weitere Übersetzungshilfen sind im Intranet hinterlegt.

Unabdingbar für eine gute Kommunikation ist, dass die Patientin oder der Patient gut sehen und hören kann. Es ist daher immer bei Aufnahme zu prüfen ob eine Brille oder Hörgeräte benötigt werden und dafür zu sorgen, dass diese auch getragen werden. Bei bekannten Hör-/ Seheinschränkungen sind die entsprechenden Hinweisschilder am Patientenbett an zu bringen. Angehörige sollten gebeten werden, benötigte Hilfsmittel mitzubringen, falls noch nicht vorhanden. Hinweise für den Umgang bei Kommunikationsproblemen sind in einem gesonderten Dokument beschrieben. In diesem wird auch auf die in der Klinik vorhandenen Hilfsmittel und deren Lagerort hingewiesen (SP-KH-GTZ-UEG-MD-021).

Auf der Station oder durch das Team können Informationen zu Selbsthilfeorganisationen und Beratungsstellen erfragt werden. Ebenfalls wird geeignetes Informationsmaterial in Flyerständen für alle Patientinnen und Patienten sowie Angehörige sichtbar zur Verfügung gestellt und auch aktiv angeboten.

2.2.3 Behandlungsprozess

2.2.3.1 Planung und Festlegung des Behandlungsprozesses

Innerhalb der ersten 24h nach der stationären Aufnahme in die stationäre geriatrische Abteilung wird entschieden, ob die Patientinnen und Patienten eine frührehabilitative Komplexbehandlung erhalten oder ob eine Kurzbehandlung mit geriatrischem Assessment oder eine palliative Behandlung durchgeführt wird.

Erfolgt eine Komplexbehandlung so wird ein Behandlungsplan erstellt, der in den Teambesprechungen besprochen und angepasst wird.

2.2.3.2 Umfassende Behandlung der Patientin oder des Patienten

Die Behandlung der Patientinnen und Patienten in der Klinik für Geriatrie erfolgt nach den bekannten Leitlinien, dabei orientieren wir uns sowohl an den medizinischen Leitlinien für das jeweilige Krankheitsbild wie auch an geriatrispezifischen Leitlinien. Dem geriatrischen Team ist es bewusst, das medizinische Leitlinien nicht immer eins zu eins für geriatrische Patienten übernommen werden können, so dass hier Abweichungen möglich sind.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 27 von 44

Die geriatrisch-medizinische Behandlung orientiert sich dabei an dem aktuellen Stand der Wissenschaft, die pflegerische Behandlung an den aktuellen Erkenntnissen der Pflegewissenschaften und Expertenstandards. Für typische Krankheitsbilder im geriatrischen Setting sind schriftliche Behandlungsvorgaben hinterlegt.

Aufgrund der Einbettung der Geriatrie in die Innere Medizin, ist der Facharztstandard rund um die Uhr gewährleistet. Die Akutbehandlung von Komplikation ist durch die internistischen Dienstärzte zu jederzeit gewährleistet, bei Notfällen steht das Reanimationsteam der Intensivstation sofort zur Verfügung. Eine Überwachungsmöglichkeit geriatrischer Patientinnen und Patienten auf der IMC (Überwachungsstation) ist jederzeit möglich.

Eine konsiliarische Mitbehandlung durch andere Fachabteilungen ist sichergestellt, dies geschieht je nach Dringlichkeit über die Anforderung eines Konsils oder durch direkte telefonische Kontaktaufnahme mit der jeweils zuständigen Ärztin oder dem jeweils zuständigen Arzt der Abteilung.

Falls eine Behandlung in einem Fachgebiet notwendig wird, welches nicht im Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus abgebildet wird, kann mit den jeweiligen Abteilungen der benachbarten Krankenhäuser (St.-Vincentius-Krankenhaus Speyer, Klinikum Ludwigshafen, Universitätsklinikum Mannheim, Diako Mannheim) Kontakt aufgenommen werden.

Beratungen für die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige erfolgen individuell in den jeweiligen vereinbarten Gesprächen oder während der Therapieeinheiten. Im Rahmen der Speyerer Gesundheitsgespräche werden online medizinische Themen angeboten, über die sich jeder informieren kann.

Strukturierte Schulungen und Seminare werden innerhalb der Geriatrischen Klinik angeboten. Dabei wird den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen die Teilnahme ermöglicht.

In der Geriatrischen Klinik ist das Konzept der aktivierenden therapeutischen Pflege etabliert, bei dem der Fokus der Behandlung auf einer Förderung der Selbstständigkeit besteht. Bei Bedarf werden die pflegenden Angehörigen in diesem Konzept angeleitet.

In der Geriatrischen Klinik ist ein Konzept für den Umgang mit Schmerz etabliert. Bei Bedarf kann auf den interdisziplinären Schmerzdienst des Krankenhauses zurückgegriffen werden.

In der Klinik sind Grundlagen für den Umgang mit Menschen mit Demenz schriftlich festgelegt. Es wurde die Stelle eines Demenz-Coaches etabliert, die darüber hinaus das Delirteam leitet.

Des Weiteren liegen Konzepte zu geriatrisch wichtigen Themen vor, an denen sich alle Mitarbeitenden des geriatrischen Teams orientieren können. Diese Konzepte werden regelhaft auch ihre Aktualität überprüft und gegebenenfalls angepasst. Die Themen umfassen

- + Sturzprävention
- + Delirmanagement
- + Ernährungsmanagement
- + Multimedikation
- + Harninkontinenz
- + Sarkopenie
- + Dysphagie
- + Depression

Weitere spezialisierte Fachkräfte können jederzeit hinzugerufen werden (Wundmanagement, Stomatherapie, etc.)

2.2.3.2.1 Berufsgruppenübergreifende Anforderungen

Der Behandlungsprozess innerhalb der geriatrischen Behandlung erfolgt durch das multiprofessionelle Team der Geriatrie.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 28 von 44

Dabei sind nachfolgende Prozesse verschriftlicht und werden regelmäßig auf ihre Aktualität überprüft und bei Bedarf an Veränderungen angepasst:

- + Durchführung des geriatrischen Assessments
- + Teambesprechung
- + Diagnostische Maßnahmen bei geriatrischen Syndromen
- + Verhalten im Notfall
- + Angehörigenarbeit
- + Hilfsmittelberatung, -training und -versorgung
- + Entlassmanagement
- + Ethische Fallbesprechungen
- + Einheitliche Befundung und Dokumentation des Dekubitus
- + Einheitliche Befundung und Dokumentation Sturz

2.2.3.2.2 Ärztlicher Dienst

Wie unter 1.2.4 erwähnt steuern und überwachen Die Ärztinnen und Ärzte der Abteilung den Behandlungsprozess. Sie tragen dabei die Verantwortung für die medizinische Diagnostik und Therapie, die Überwachung und Koordinierung des geriatrischen Assessments, die Beurteilung und Anpassung des frührehabilitativen Verlaufs, die Einleitung der Nachsorge und der Entlassvorbereitung.

2.2.3.2.3 Pflegerischer Dienst

In fachlicher Hinsicht steht die therapeutisch-aktivierende Pflege im Vordergrund. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass sich die Patientin oder der Patient in den Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. bei der Körperpflege) aktiv mitbeteiligt und von den Pflegenden selektiv in jenen Teilfunktionen Hilfe erfährt, in denen die Selbstversorgung nicht oder noch nicht gewährleistet ist. Bei der aktivierenden Pflege erfahren die zu Versorgenden also Hilfe zur Selbsthilfe, damit sie letztlich eigenverantwortlich eine größtmögliche Selbstständigkeit wiedererlangen und behalten. Von den Pflegekräften verlangt das Konzept der aktivierenden Pflege viel Fingerspitzengefühl bei der Beurteilung der individuellen Patientenressourcen. Nur dadurch wird gewährleistet, dass Förderung möglich, aber Überforderung vermieden wird. Schließlich geben die Pflegekräfte pflegenden Angehörigen Unterstützung und Anleitung, wenn sich ein fortbestehender Hilfebedarf abzeichnet. In enger Zusammenarbeit zwischen Pflegemitarbeitenden, Therapeuten und dem Ärztlichen Dienst arbeitet der Pflegedienst auch an der Umsetzung therapeutischer Konzepte.

Das Pflegekonzept strebt die Erhaltung und Förderung der Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Teilhabe unserer Patientinnen und Patienten in der alltäglichen Lebensgestaltung an. Dabei sehen wir die Patientin oder den Patienten als handelnde Person und nutzen dies, um gemeinsam mit ihm seine persönlichen Behandlungsziele unter gleichzeitiger Würdigung seiner individuellen Fähigkeiten festzuhalten.

Die geriatrische Pflege ist durch ein hohes Maß an interdisziplinärem Handeln mit dem Ärztlichen Dienst, Therapeuten und Mitarbeitenden aus dem Sozialdienst gekennzeichnet. Die Teilnahme an Visiten und interdisziplinären Besprechungen sichern den notwendigen patientenbezogenen Informationsaustausch und ermöglichen, die jeweilige fachspezifische Perspektive aller beteiligter Berufsgruppen im Behandlungsprozess der Patientin oder des Patienten aktiv einzubringen.

Therapiespektrum – Pflege:

- + Aktivierende Pflegetherapie, z.B. Selbsthilfetraining beim Waschen und Anziehen
- + Esstraining
- + Kontinenztraining
- + Transfer- und Rollstuhltraining
- + Therapeutische Lagerung

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 29 von 44

- + Anleitung zur Selbstmobilisation
- + Pflegeanleitung von Angehörigen
- + Kinästhetik
- + Basale Stimulation

Pflegeprozessmanagement

Der Bedarf einer neuen innovativen, pflegerischen Rolle ist auf der Grundlage aktueller und sich verändernder Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen begründet. Bedingt durch demographische Veränderungen und der zunehmenden Ambulantisierung im Gesundheitswesen, ist eine Zunahme komplexer Versorgungsbedarfe in der Akutklinik zu beobachten. Die Zielpopulation (hoch-)komplexer Patientinnen und Patienten, ist eine vulnerable Patientengruppe mit erhöhtem Risikopotential für gesundheitliche Komplikationen. Weiterhin prägen die Verkürzung der durchschnittlichen Liegedauer sowie der ökonomische Druck auf die Kliniken die Veränderung. Aufgrund des zunehmenden pflegerischen Fachkräftemangels nehmen die Berücksichtigung flexibler Arbeitszeitmodelle sowie die Integration des Qualifikationsmix an Bedeutung zu. Anlass für das Projekt ist vor allem ein zunehmend zu beobachtender Kontinuitätsverlust im pflegerischen Behandlungsablauf. Dieser ist unter anderem durch einen hohen Anteil an Teilzeitpflegenden im Schichtsystem begründet. International werden Advanced Practice Nursing Rollen im Zusammenhang mit einer Verbesserung der Versorgungsqualität und mit einem besseren gesundheitlichen Outcome sowie einer reduzierten Rehospitalisierungs- und Mortalitätsrate diskutiert. Das Pflegeprozessmanagement ist ein Ansatz den aktuellen und veränderten Rahmenbedingungen zu begegnen

Die Entwicklung des pflegerischen Rollenprofils ist an das internationale Konzept des Advanced Practice Nursing von Hamric und Hanson (Tracy & O’Grady, 2019) angelehnt. Das zentrale Kriterium dabei ist die direkte pflegerische Tätigkeit. Als Kernkompetenzen werden die Themenfelder Coaching, Konsultationen, fachliche Führung, Praxisentwicklung, interprofessionelle Zusammenarbeit und ethische Entscheidungsfindung gesehen (Tracy & O’Grady, 2019). Voraussetzung zur Umsetzung der Rolle Pflegeprozessmanagement ist Berufserfahrung, Interesse an persönlicher Weiterentwicklung, ein hohes Maß an pflegfachlicher Expertise, die Fähigkeit zur Analyse und Beurteilung komplexer Zusammenhänge sowie die benannten Kernkompetenzen. Als Grundlage zur Entwicklung und Einführung der Rolle wurden in Bezug auf das Advanced Practice Nursing Modell, Aspekte des internationalen PEPPAFrameworks (Bryant-Lykosius, 2004) einbezogen.

Patientinnen und Patienten mit hochkomplexen Versorgungsbedarfen erfordern eine zeitnahe enge interdisziplinäre Zusammenarbeit und Koordination von Behandlungsprozessen zur Minimierung von Komplikationsrisiken im Verlauf des stationären Aufenthaltes. Perspektivisch wird der Anteil dieser Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zunehmen und das Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen stellen. Auf dieser Grundlage stellt das Pflegeprozessmanagement schon heute ein Ansatz dar den Herausforderungen von morgen zu begegnen. Das Pflegeprozessmanagement bietet zudem eine pflegerische Weiterbildungsmöglichkeit für Pflegefachfrauen/-männer, es knüpft an internationale Rollenprofile an und unterstützt daher im Grundgedanken die Professionalisierung und Akademisierung der Pflege in Deutschland.

Delirteam

Alte Menschen sind vulnerabler als junge. Eine Kleinigkeit kann ihr bisher funktionierendes System aus dem Lot bringen. Während eines Klinikaufenthaltes haben sie deshalb spezielle Bedürfnisse. Besonders die kognitive Situation von älteren Patientinnen und Patienten wird oft nicht ausreichend beachtet. Jüngste Studien zeigen, dass ein Delir bei älteren Menschen im Krankenhaus häufig auftritt. Alte Menschen sind mit einer Notfallsituation meist überfordert. Narkose, Operation und die fremde Umgebung tun ihr Übriges. Wenn dann die Patientinnen und Patienten auch noch ohne Brille und

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 30 von 44

Hörgerät eingewiesen werden, trägt das ebenfalls zur Desorientierung bei. Ein Delir ist mit einem erhöhten Risiko verbunden, dauerhaft pflegebedürftig zu werden. Auch die Mortalität ist erhöht.

Aufgrund dieser Problematik wurde 2021 im Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus das Delir-Team ins Leben gerufen. Es stellt den Kontakt zur Patientin oder zum Patienten her und erhebt biographiebezogene Daten (Gewohnheiten-/ Ritualebogen) um eine individuelle Begleitung zu gewährleisten. Es führt bereits erste Delirprophylaxemaßnahmen durch und unterstützt bei Bedarf in der Delirtherapie. Auf den Stationen stärkt es in regelmäßigen Besuchen gefährdete, ältere und hochbetagte Patientinnen und Patienten in ihrer Orientierungsfähigkeit.

Dabei unterstützen sie die Patientin oder den Patienten ganz individuell durch:

- + Aktivierung
- + Orientierung
- + Mobilisierung
- + Förderung der Sensorik
- + Entspannung und Unterstützung des Tag-/Nacht-Rhythmus
- + Begleitung zu Untersuchungen
- + Begleitung von Patienten im hypo-/ hyperaktivem Delir

Beispielsweise aktiviert das Delir-Team durch das Vorlesen aus der Tageszeitung, Kreuzworträtsel, Begleitung bei den Mahlzeiten, Bewegungsübungen oder Gespräche. Sie stellen ein großes Plus für die Patientinnen und Patienten dar, als Ansprech- und wichtige Bezugspersonen während des Krankenhausaufenthalts. Sie dokumentieren ihre Maßnahmen in der vorhandenen Pflegedokumentation (je nach Arbeitsfeld papierbasiert oder digital).

2.2.3.2.4 Physiotherapie/ Physikalische Therapie

Die Physiotherapie fördert die Wiedererlangung und Erhaltung komplexer motorischer Funktionen, die für Mobilität, die individuelle Gestaltung und Teilhabe im Alltag erforderlich sind. Ein weiterer Punkt ist der Erhalt, bzw. die Kompensation motorischer Fähigkeiten. In der Physiotherapie wird der Muskelkraft, dem Bewegungsumfang, der Koordination (z.B. muskuläre Haltungs- und Bewegungsstabilität), der kardiopulmonalen Ausdauer, Selbstwirksamkeitserwartung und Reduzierung von Kinesiophobie, Adhärenz zur selbstständigen Durchführung eines Eigenübungsprogramms trainiert.

Basierend auf einer detaillierten Erfassung der Funktionseinschränkungen der Patientin oder des Patienten werden individuelle Ziele wie z.B. Verbesserung des Transfers, des Stands, des Gangbilds, der Gehstrecke, sowie das Treppensteigen verfolgt. Um optimale Teilhabe der Patientin oder des Patienten zu ermöglichen und verbliebene Funktionseinschränkungen zu kompensieren wird der Umgang mit Hilfsmitteln und Gehhilfen geübt und ggf. werden Angehörige angeleitet.

Therapiespektrum – Physiotherapie:

- + Physiotherapie in der Einzeltherapie z.B. als motorisch-funktionelle Therapie, Gangschulung und Gleichgewichtsschulung, Haltungs- und Koordinationsschulung, sensomotorische Behandlung und Therapie auf neuropsychologischer Grundlage, z.B. Bobath-Therapie
- + Bewegungstherapie in der Gruppe
- + Krafttraining, medizinische Trainingstherapie am Gerät und Sturzprophylaxe
- + Gerätegestütztes Gleichgewichtstraining, z.B. Posturomed, SRT
- + Individuelles kardiopulmonales Ausdauertraining (Laufbandtraining)
- + Fahrradergometrie (z.B. Motomed) mit Herzfrequenz/Blutdruck und Oxymeterfeedback
- + Passive Gelenkmobilisation mit Hilfe von automatisierter Bewegungsschienen
- + Gangrehabilitation, Gehschule, Treppen- und Terraintraining
- + Standtraining mit Hilfe des Freistehbarrens
- + Schulung des adäquaten Umgangs mit Schmerzen am Bewegungsapparat
- + Orthesen und Prothesenanpassung in Kooperation mit der Orthopädie-Mechanik

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 31 von 44

- + Prothesentraining und Gehschule nach Beinamputation
- + Atem- und Entspannungstherapie
- + Beckenbodentraining bei Inkontinenz
- + Hilfsmittelberatung und -schulung
- + Erarbeitung eines Eigentrainingsprogrammes mit der Patientin oder dem Patienten
- + Medizinische Trainingstherapie (z.B. Seilzug, Beinpresse)
- + Angehörigenschulung und -beratung
- + Laufstrecke im Außenbereich - Barfußpfad: verschiedene Untergründe, schräge Ebene, Treppenstufen, Barrieren überwinden- Bordsteinkante

Physiotherapie wird allen Patientinnen und Patienten verordnet. Die Therapien werden überwiegend als Einzeltherapie angeboten. Einmal die Woche findet eine Gruppentherapie im stationären Bereich statt. Das Angebot orientiert sich an der individuellen Leistungsfähigkeit der Patientin oder des Patienten und seinen Therapiezielen.

Passive Maßnahmen (physikalische Therapie) können ergänzend bei entsprechender Indikationsstellung zum Einsatz kommen.

Physikalischen Therapie umfasst:

- + Kryo- und Wärmetherapie
- + Klassische Massagen
- + Manuelle Lymphdrainage

2.2.3.2.5 Ergotherapie

In der Ergotherapie steht die Entwicklung, Wiedergewinnung, Verbesserung oder Erhaltung der Handlungskompetenzen im Alltag im Vordergrund. Motorische, sensorische, kognitive und psychische Einschränkungen, aber auch die Ressourcen des Einzelnen sollen durch den Einsatz ergotherapeutischer Maßnahmen gefördert werden. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltsanierungen und Beratung dazu, dem Patienten Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung der Lebensqualität zu ermöglichen. Im Mittelpunkt der ergotherapeutischen Behandlung steht das aktive Handeln der Patientin oder des Patienten. Der therapeutische Ansatz ist dabei immer an den Zielen der Patientin oder des Patienten orientiert. Dementsprechend variiert der Einsatz unterschiedlicher therapeutischer Medien, handwerklicher Techniken oder Alltagsaktivitäten. Für die nachhaltige Sicherung der Erfolge sind individuelle Eigentrainingsprogramme von entscheidender Bedeutung. Um eine bestmögliche Handlungsfähigkeit für die Patientin oder den Patienten zu erreichen, kann die Erprobung und Versorgung erforderlicher Hilfsmittel sowie technischer Hilfen zur Wohnraumanpassung entscheidend sein.

Therapiespektrum Ergotherapie:

- + Alltagsorientiertes Selbsthilfetraining, z.B. Wasch- und Anziehtraining, Haushaltstraining
- + IADL-Training, z.B. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie Bettwäsche ab- und beziehen, Wäsche zusammenlegen und aufhängen, Wäsche bügeln
- + Therapieküche: Kochen, Backen, Abwaschen, Kaffee kochen
- + Motorisch-funktionelle Therapie
- + Sensomotorisch-perzeptive Behandlung
- + Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnistraining
- + Wahrnehmungs- und neuropsychologisches Training
- + Hilfsmittelberatung, und -versorgung, Umgang mit Hilfsmittel
- + Laufstrecke im Außenbereich - Barfußpfad: verschiedene Untergründe, schräge Ebene, Treppenstufen, Barrieren überwinden (Bordsteinkante)

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 32 von 44

- + Beratung bei der Wohnraumanpassung
- + Angehörigenschulung und -anleitung
- + Holzwerkstatt zur Holzbearbeitung- Werken
- + Gestalterische Arbeiten- Basteln
- + Wärmebehandlung
- + MTT – Motorische-Trainings-Therapie

Ergotherapie wird allen Patientinnen und Patienten in der frührehabilitativen Komplexbehandlung angeboten. Bei Bedarf und medizinischer Notwendigkeit kann aber auch Patientinnen und Patienten ohne GfK Ergotherapie angeordnet werden. Die Intensität und das Intervall der Behandlung wird von den Ergotherapeuten gesteuert. Die Behandlung findet überwiegend als Einzeltherapie statt. Einmal in der Woche wird eine ergotherapeutische Gruppentherapie angeboten.

2.2.3.2.6 Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Bei einer gestörten Kommunikationsfähigkeit ist die Teilnahme am sozialen Leben gestört. Dies kann nach einem Schlaganfall oder bei neurodegenerativen Erkrankungen der Fall sein und äußert sich durch Mimik-, Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen. Die Folge davon kann die soziale Isolation sein. Die Aufgabe der Logopädie liegt hier in der Diagnostik und Therapie von Störungen der Aussprache, der Stimmbildung, des Sprechens und des Sprachverständnisses, wie Dysarthrien, Dysphonien, Sprechapraxien, zentrale und periphere Fazialisparesen, und Aphasien. Es erfolgt ein Kommunikationstraining oft unter Einbezug der Angehörigen. Das Ziel ist, dass sich unsere Patientinnen und Patienten ihrer Umwelt wieder mitteilen können und mit ihr in Kontakt bleiben.

Die Diagnostik und Behandlung von Schluckstörungen und die anschließende Beratung bezüglich der geeigneten Kostform ist ein weiterer wichtiger Bestandteil der logopädischen Arbeit. Dies tritt ebenfalls häufig als Folge eines Schlaganfalls, bei der Parkinson-Krankheit oder auch als Folge des physiologischen Alterungsprozesses als Presbyphagie auf.

Weitere Inhalte sind die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Trachealkanülen sowie Beratung und Anleitung von Angehörigen von Patientinnen und Patienten mit Kommunikations- und Schluckstörungen. Die Mitarbeitenden der Logopädie assistieren dem Ärztlichen Dienst des Geriatrischen Zentrums bei der FEES-Untersuchung.

Therapiespektrum Logopädie:

- + Dysphagiebehandlung
- + Sprachtherapie
- + Sprechtherapie
- + Stimmtherapie
- + Therapie bei Schreib- und Lesestörungen
- + Kommunikationstraining
- + Therapie bei zentraler oder peripherer Fazialisparese
- + Behandlung von Patienten mit Trachealkanüle
- + Differentialdiagnostik bei Dysphagie: FEES
- + Angehörigenschulung und -anleitung

Die Logopädie findet nach Anordnung durch den Ärztlichen Dienst statt und wird als Einzeltherapie angeboten. Die Therapiefrequenz ist abhängig vom Ausmaß der Beeinträchtigungen und wird individuell festgelegt.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 33 von 44

Geriatrische Patientinnen und Patienten mit neurologischen Grunderkrankungen wie z.B.: M. Parkinson, Z.n. Apoplex, Z.n. Hirnblutung, sowie Patientinnen und Patienten mit einer Schluckstörung werden regelhaft für eine logopädische Befundung und Diagnostik angemeldet.

2.2.3.2.7 Sozialdienst

Gefährdete Versorgung im häuslichen Umfeld ist ein häufiges Problem bei geriatrischen Patientinnen und Patienten. Im Verlauf der Behandlung zeichnet sich in der Regel in der ersten Woche ab, ob es Probleme bei der Weiterversorgung geben wird und ob die Einschaltung des Sozialdienstes für die Entlassplanung notwendig wird.

Dann wird in einem zeitnahen Gespräch mit der Patientin oder dem Patienten und evtl. auch mit den Angehörigen erörtert, welche Aspekte der Weiterversorgung notwendig sind und welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt, dazu gehören die sozialrechtliche Beratung, die Organisation ambulanter Hilfsdienste, die Vermittlung geeigneter Pflegeeinrichtungen. Informationen zu Selbsthilfeorganisationen werden ebenfalls vermittelt.

In bestimmten Situationen kann ein Familiengespräch mit der betroffenen Patientin oder dem betroffenen Patienten, seinen Angehörigen und dem geriatrischen Team notwendig werden, um gemeinsam Lösungen zu erarbeiten, die eine stabile und nachhaltige Versorgung sicherstellen.

Tätigkeitsbereich des Sozialdienstes:

- + Unterstützung bei bzw. Erledigung der Bearbeitung von Antragsformalitäten, z.B. für die Pflegeversicherung, Klärung der Finanzierung pflegerischer Hilfen, Anerkennung einer Schwerbehinderung etc.
- + Beratung über Vorsorgevollmachten, gerichtliche Betreuungsverfahren
- + Unterstützung bei der Vorbereitung der Entlassung durch Vermittlung von Pflegediensten, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen, Hausnotruf, Essen auf Rädern u.a.
- + Beratung über Fahr- und Begleitdienste für behinderte Menschen
- + Vermittlung von Pflegeeinrichtungen zur Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege und vollstationärer Pflege und Beratung zu Tagespflege, Betreutem Wohnen
- + Beratung zur Freizeitgestaltung und Möglichkeit sozialer Kontakte (z.B. Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Dienste, Freizeitangebote für Senioren)
- + Zusammenarbeit und Vernetzung mit weiteren Einrichtungen der Gesundheit- und sozialen Versorgungssysteme
- + Hilfsmittelberatung
- + Hilfe bei der Vermittlung von Hospizplätzen und SAPV

Der Besuch und das Gespräch des Sozialdienstes erfolgen nach Anmeldung durch die Mitarbeitenden des geriatrischen Teams oder durch Kontaktaufnahme von Seiten der Angehörigen bzw. Patientinnen und Patienten. Die Häufigkeit der Gespräche und die Intensität sind individuell unterschiedlich.

Bei bestimmten Fragestellungen wird im Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus nicht der Sozialdienst, sondern das Case-Management tätig, der über das KISS angefordert werden kann. Dabei geht es zum Beispiel um:

- + Verordnung von Heimsauerstoff
- + Wundversorgungen
- + Ernährungstherapie über PEG oder Port

Der Sozialdienst dokumentiert alle Gespräche und Tätigkeiten in der Gerda (Inhalte und Ergebnisse). Die Anzahl der beratenen Patientinnen und Patienten wird jährlich für den Jahresbericht ermittelt und statistisch ausgewertet.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 34 von 44

Der Sozialdienst nimmt an regionalen Konferenzen, wie z.B. Pflegekonferenz oder Treffen in Pflegestützpunkten teil. Bei Bedarf wird Kontakt aufgenommen mit Beratungsstellen, Rehakliniken, sonstigen Einrichtungen.

Die Mitarbeitenden nehmen an den wöchentlichen Teambesprechungen teil. Auf den Stationen gibt es einen engen Austausch und eine enge Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Dienst und Pflegekräften.

Die Mitarbeitenden nehmen regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen teil.

2.2.3.2.8 Psychologischer Dienst

Häufig treten bei geriatrischen Patientinnen und Patienten nach einem komplikationsreichen Krankheitsverlauf affektive Störungen auf, die frühzeitig einen psychologischen Behandlungsbedarf indizieren. Dies sollte besonders zeitnah bei Anzeichen einer depressiven Stimmungslage, bei Ängsten bzw. bei einer inadäquaten Krankheitsverarbeitung erfolgen.

Ebenfalls besteht (neuro-)psychologischer Behandlungsbedarf, wenn sich während des Assessments oder des Aufenthalts Hinweise auf kognitive Defizite oder Verhaltensauffälligkeiten zeigen.

Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen, Sturzangst und Schlafstörungen profitieren ebenfalls von einer psychologischen Betreuung.

Therapiespektrum Psychologie:

- + Klinisch-psychologische Diagnostik und Exploration (z.B. Erkennen von Depression, Anpassungsstörung, somatoforme Störungen, Angsterkrankungen)
- + Psychologische Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung
- + Psychologische Behandlung bei psychischen Erkrankungen
- + Ressourcenaktivierendes Arbeiten
- + Krisenintervention bei akuten Belastungen
- + Psychologische Beratung und Psychoedukation
- + Neuropsychologische Diagnostik und Therapie
- + Spezielle Demenzdiagnostik
- + Biographische Anamnese und Biographiearbeit
- + Vermittlung und Einübung von Entspannungstechniken
- + Bei Bedarf Begleitung in herausfordernden Situationen im Klinikalltag
- + Bei Bedarf Angehörigengespräche

Die Psychologische Behandlung wird nach Anforderung durch das geriatrische Team erbracht und besteht in der Regel aus der therapeutischen Begleitung der Patientin oder des Patienten während des gesamten Aufenthaltes.

2.2.3.2.9 Seelsorge

Individuelle spirituelle Betreuung durch Mitglieder der Krankenhausseelsorge ist zu jederzeit auf Anfrage möglich. Über den Krankenhausempfang kann erfragt werden, welche Seelsorgerin oder welcher Seelsorger kontaktiert werden kann. Die Mitglieder der Seelsorge erfragen außerdem durch regelmäßige Besuche auf den Stationen direkt bei der Patientin oder beim Patienten, ob der Bedarf nach einem Gespräch oder Unterstützung besteht. Diese Hilfe wird konfessionsunabhängig angeboten. Wünsche und Wertvorstellungen der Patientinnen und Patienten werden respektiert. Ebenfalls werden durch das Team der Seelsorge die Durchführung von Gottesdiensten organisiert.

Im Geriatrischen Zentrum kann die Seelsorge in folgenden Situationen eingebunden werden:

- + wenn das Team den Eindruck hat, der Besuch einer Seelsorgerin würde guttun,
- + wenn jemand Gefühle wie Angst, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit zeigt,
- + in Sterbesituationen,
- + als Beistand für Angehörige beim Tod einer Patientin oder eines Patienten,

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 35 von 44

- + zur Begleitung Angehöriger in anderen schwierigen Situationen,
- + wenn jemand beten möchte,
- + wenn jemand nach Abendmahl, Krankenkommunion, Krankensalbung oder Segnung fragt.

2.2.3.2.10 Ernährungsberatung

Die Ernährungsberatung ist im Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus auf mehrere Schultern verteilt.

Die anthroposophischen Daten und das Ernährungsassessment werden direkt von den Mitarbeitenden auf Station erhoben, sie führen auch das Ess- und Trinkprotokoll. Bei Hinweis auf eine Malnutrition werden zusätzlich laborchemische Parameter bestimmt.

Die Ernährungsmedizin ist an die Innere Medizin/ Gastroenterologie angebunden. Eine Fachärztin hat die WB Ernährungsmedizin. Bei Bedarf kann eine ernährungsmedizinische Beratung angefordert werden und eine Bioimpedanzmessung durchgeführt werden.

Eine Beratung in Bezug auf Ernährungsfragen und Sonderkostformen kann über die Diätassistenz der Küche erfolgen, die bei Bedarf angefordert werden kann. Bei Kostformen aufgrund von Schluckstörungen beraten die Mitarbeitenden der Logopädie die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen.

Bei der Notwendigkeit einer Unterweisung in den Umgang mit Hilfsmitteln (z.B. einer PEG) und von Folgeverordnungen für den ambulanten Bereich steht das Case-Management beratend zur Seite und stellt die weitere Versorgung sicher.

2.2.3.2.11 Besondere Therapieformen

Musiktherapie

Musiktherapie wird innerhalb des Geriatrischen Zentrums als Gruppentherapie in der Tagesklinik und als Einzeltherapie in der stationären Geriatrie durchgeführt.

Tiergestützte Therapie

Tiergestützte Therapie wird durch eine Mitarbeiterin der Therapieabteilung mit ihrem Therapiehund einmal pro Woche als Gruppentherapie im stationären Bereich angeboten.

Gerontoclowns / Klinikclowns

Die ehrenamtlichen Geronto-Clowns sind ein- bis zweimal pro Monat im stationären Bereich tätig, die Klinik-Clowns kommen einmal pro Monat in die geriatrische Tagesklinik.

2.2.3.2.12 Grüne Damen & Herren / Ehrenamtliche Klinikbegleitung

Im Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus wird ehrenamtliches Engagement geschätzt. Auch im Geriatrischen Zentrum sind daher ehrenamtlich Engagierte aktiv.

Grüne Damen und Herren unterstützen das hauptamtliche Personal darin, Bedürfnisse und Wünsche kranker Menschen zu erfüllen.

Dazu besuchen sie regelmäßig die geriatrischen Patientinnen und Patienten in ihren Zimmern, sind Ansprechpartner für konkrete Hilfen und haben ein offenes Ohr für Sorgen und Nöte.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 36 von 44

Ehrenamtliche Klinikbegleiterinnen und -begleiter engagieren sich insbesondere für Menschen mit kognitiven Einschränkungen im Krankenhaus.

Sie begleiten und beschäftigen Patientinnen und Patienten während ihres stationären Aufenthaltes in der Geriatrie, z.B. durch

- + vorlesen und singen,
- + Spiele und Gespräche,
- + gemeinsame Aktivitäten, passend zur Biografie der Patientin oder des Patienten.

2.2.3.3 Visiten

Einmal pro Woche findet in jedem Bereich ein Chefarzt- oder Oberarztvisite statt, an der alle Mitglieder des geriatrischen Teams teilnehmen können. Ebenfalls nehmen Mitarbeitende der Apotheke des Hauses an der Visite teil, um pharmakologische Aspekte zu besprechen. Die zuständige Bereichspflegekraft ist zu Beginn für Fragen in ihrem Bereich anwesend, begleitet aber nicht grundsätzlich während der Visite bei der Patientin oder beim Patienten, nach Abschluss der Visite ist die zuständige Bereichspflegekraft ebenfalls für dringende Fragestellungen anwesend.

Täglich findet am Nachmittag zusätzlich eine fachärztliche Supervision als Kurvenvisite mit den Stationsärztinnen und -ärzten statt.

Soweit es personalorganisatorisch möglich ist, findet die werktägliche ärztliche Visite gemeinsam mit dem Pflegedienst statt, es erfolgen zu Beginn der Visite innerhalb eines Bereiches Absprachen bezüglich besonderen Aspekten.

Eine Pflegevisite ist im Projektstatus und soll dann regelhaft durchgeführt werden.

Multiprofessionelle Wundvisiten werden gemeinsam durch den ärztlichen und pflegerischen Dienst durchgeführt. Bei Bedarf kann jederzeit ein Mitglied aus dem Wundmanagement hinzugezogen werden.

Die Ergebnisse der jeweiligen Visiten werden in der Patientenakte dokumentiert.

In jedem Bereich findet wöchentlich eine multiprofessionelle Teambesprechung statt, deren Ablauf in einem Dokument geregelt ist. An der Teambesprechung nehmen alle Mitglieder des geriatrischen Teams teil (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie, Sozialdienst, Pflegeprozessmanagement). Vom therapeutischen Bereich nehmen in der Regel die Mitarbeitenden teil, die die Patientin oder den Patienten behandeln – falls dies nicht möglich sein sollte erfolgt eine Übergabe.

Die Ergebnisse der Teambesprechung werden in der entsprechenden Dokumentationsvorlage dokumentiert.

2.2.3.4 Entlassung und Verlegung

Im Geriatrischen Zentrum ist ein strukturiertes Entlassmanagement etabliert. Jedem Mitarbeitenden ist der Grundsatz, dass die Entlassung bereits mit der Aufnahmeanamnese beginnt, bewusst. So wird zeitnah vermittelt, ob der Aufenthalt eher ein Kurzaufenthalt ist oder eine frührehabilitative Komplexbehandlung für mindestens 14 Tage durchgeführt werden soll.

Es wird frühzeitig mit dem Patienten und seinen Angehörigen über eine evtl. notwendige Anschlussversorgung gesprochen, damit entsprechende Maßnahmen zeitnah eingeleitet werden können.

Bei Verlegung in andere Kliniken ist sichergestellt, dass alle für die Weiterbehandlung notwendigen Dokumente mitgegeben werden.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 37 von 44

2.2.3.5 Umgang mit Sterben und Tod

Im stationären Bereich gibt es ein Konzept für den Umgang mit sterbenden Patientinnen und Patienten. Die leitenden Ärztinnen und Ärzte der Abteilung haben ebenfalls die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin.

Bei jeder Patientin und jedem Patienten werden möglichst bei Aufnahme die Therapielimitationen besprochen und so dokumentiert, dass alle Mitglieder des Teams informiert sind.

Sterbende Patientinnen und Patienten werden in einem Einzelzimmer untergebracht oder das Nachbarbett wird nicht belegt. Sie können jederzeit kontinuierlich durch ihre Angehörigen begleitet werden.

Ebenfalls wird allen sterbenden Patientinnen und Patienten die Möglichkeit der seelsorgerischen, psychologischen und musiktherapeutischen Begleitung angeboten.

Falls gewünscht kann den Mitarbeitenden des Teams eine Supervision oder psychologische Betreuung angeboten werden.

Einmal im Monat findet im Wohnzimmer der Station eine Gedenkfeier statt, in der an die verstorbenen Patientinnen und Patienten erinnert wird.

2.2.3.6 Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

Durch die Apotheke im Haus ist die medizinisch indizierte und rechtzeitige Versorgung mit Arzneimitteln sichergestellt. Es findet während der wöchentlichen Supervisionsvisite durch die Chefärztin oder ein Mitglied aus dem oberärztlichen Team ein regelmäßiger Austausch mit den Pharmazeuten/Pharmakologen statt.

Im Haus sind verbindliche Regelungen für den Umgang mit Arzneimitteln etabliert und es gibt ein Konzept, um Risiken in Verbindung mit der Arzneimittelgabe zu minimieren.

Im Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus ist eine hauseigene Apotheke etabliert. Die pharmazeutische Logistik und Dienstleistungen sowie Arzneimittelherstellungen der Krankenhausapotheke sind sehr vielseitig und umfassen u.a.:

- + Erstellung und Pflege der hauseigenen Arzneimittelliste
- + Mitarbeit in der Arzneimittel- und Hygienekommission
- + Klinikinterne Kommunikation
- + Unterstützung der Ärzte bei pharmazeutischen Problemstellungen
- + Beratung der Stationen bzgl. der Anwendung von Arzneimitteln u. Medizinprodukten
- + Bestellung, Abgabe, Überprüfung und Herstellung von Arzneimitteln, Einmalartikeln und individuellen Rezepturen
- + Pharmaökonomische Beratung
- + Herstellung von Zytostatikazubereitungen
- + sterile Arzneimittelherstellung
- + Beratung Medikation im Rahmen der Visitenbegleitung

Vor Entlassung wird rechtzeitig darauf hingewiesen, dass eine Verordnung für neue Medikamente durch den weiterbehandelnden Hausarzt ausgestellt werden muss. Bei Bedarf wird vorab ein Medikationsplan ausgehändigt. Die Versorgung mit Medikamenten aus dem BTM-Bereich ist sichergestellt, da die leitenden Ärzte der Klinik BTM-Rezepte für den ambulanten Bereich ausstellen können. Des Weiteren ist die Ausstellung von Privatrezepten jederzeit möglich.

Im Geriatrischen Zentrum ist die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit einem geeigneten Hilfsmittel zu jeder Zeit gegeben. Vor Entlassung wird rechtzeitig der Bedarf an Hilfsmittel für die ambulante Versorgung erhoben und die notwendigen Hilfsmittel werden verordnet.

Die Beschaffung von Arzneimitteln und Medizinprodukten ist geregelt.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 38 von 44

2.2.3.7 Konsile

Konsile werden je nach Ansprechperson angemeldet. Je nach Dringlichkeit kann direkter telefonischer Kontakt aufgenommen werden. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind jederzeit für die Konsiliarärzte erreichbar.

2.2.3.8 Dokumentation von Patientendaten

Zum Zeitpunkt der Konzepterstellung erfolgt die Dokumentation von Patientendaten sowohl in der Akte als Papierform, wie auch digital im KISS und in der Gerda. Alle Mitglieder des geriatrischen Teams dokumentieren ihre Maßnahmen, einschließlich der Assessments und des Behandlungsverlaufs und der Behandlungsergebnisse zeitnah in der Patientenakte und es ist sichergestellt, dass alle an der unmittelbaren Behandlung der Patientin oder des Patienten Beteiligten Einsicht in die Patientenakte haben.

Die Dokumentation für den Umgang mit geriatricspezifischen Risiken ist geregelt und es liegen Dokumentationsvorgaben für unterschiedliche Bereiche vor, z.B.

- + Lagerungsplan
- + Ess- und Trinkprotokoll
- + Sturzrisiko- und Sturzerfassungsbogen
- + Nortonskala
- + Isolationsprotokoll / Eradikationsprotokoll

Das größte Anteil der Befunde aus der medizinischen Diagnostik ist direkt über das KISS abrufbar. Bei externen Untersuchungen oder Konsilen wird der Befund direkt in die Patientenakte sortiert und steht so dem Team zur Verfügung.

Bei Fehlern oder Unvollständigkeiten in der Dokumentation wird je nach Fehler mit einem direkten Gespräch reagiert, systemische oder strukturelle Fehler werden im Leitungsteam besprochen und von der jeweiligen verantwortlichen Führungskraft innerhalb ihres Teams korrigiert.

2.2.3.9 Eigentum der Patientinnen und Patienten, Angehörigen oder Externen

Mit dem Eigentum von Patientinnen und Patienten, Angehörigen oder Externen wird auf geeignete Weise umgegangen (siehe SP-KH-UEG-VA-002 – Verwahrung von Wertsachen und Umgang mit liegengebliebenem Patienteneigentum). Dabei werden – soweit relevant – auch Maßnahmen zu Kennzeichnung, Verifizierung und Schutz berücksichtigt. Hierüber werden dokumentierte Informationen angefertigt (siehe SP-KH-P-MD-040 – Begleitschein Wertsachenverwahrung).

Geht Eigentum verloren, wird beschädigt oder unbrauchbar erfolgt eine sofortige Dokumentation und die umgehende Information des Eigentümers (siehe HV-VS-MD-001 – Dokumentation Schadensanzeige zur Prüfung der Erstattungspflicht).

2.2.3.10 Notfallmanagement

Innerhalb des Diakonissen-Stiftungs-Krankenhauses ist ein Notfallmanagement für hausinterne Notfälle implementiert.

Eine standardisierte Notfallausrüstung mit Notfallkoffer, Notfallbrett, Defibrillator ist auf Station vorhanden und wird turnusmäßig (1x täglich) durch Mitarbeiter des Nachtdienstes kontrolliert. Auf notwendige Medikation für den Notfall ist jederzeit zugreifbar (Notfallkoffer), dieser wird regelmäßig von Mitarbeitenden der Anästhesie kontrolliert.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 39 von 44

Die Mitarbeitenden werden regelmäßig in der Bewältigung von Notfallsituationen geschult. Das BLS, ALS oder Mega-Code Training ist Bestandteil des Pflichtfortbildungsprogramms der Klinik.

2.2.3.11 Notfallaufnahme

Es wurde ein Konzept für die Identifikation der geriatrischen Patientin oder des geriatrischen Patienten in der Notaufnahme entwickelt.

Jede über 80jährige zu behandelnde Person wird werktäglich von einem der Oberärztinnen oder Oberärzte der Geriatrischen Klinik gesehen. Bei unter 80jährigen Patientinnen und Patienten kann eine geriatrische Patientin oder ein geriatrischer Arzt hinzugezogen werden.

Das ISAR-Screening ist im ERPATH-Modul der Notaufnahme integriert, der Geriatrie-Check Baden-Württemberg kann ebenfalls in der Notaufnahme angewandt werden, um geriatrische Patienten außerhalb der Regelarbeitszeit zu identifizieren. Diese Patientinnen und Patienten werden dann am folgenden Werktag vom geriatrischen Ärztlichen Dienst konsiliarisch gesehen. (SP-KH-GTZ-UEG-MD-015).

3. Ergebnisqualität/ Bewertung der Leistung

3.1 Überwachung und Messung der Leistung

Durch den Qualitätszirkel wurden innerhalb des Geriatrischen Zentrum Kennzahlen identifiziert, die regelmäßig überwacht werden. Die Ergebnisse werden innerhalb des Qualitätszirkels besprochen und jährlich den Mitarbeitenden des geriatrischen Teams übermittelt.

In der wöchentlichen Teambesprechung wird überprüft, ob die durchgeführten Maßnahmen Erfolg haben, oder ob der Behandlungsplan angepasst werden muss und ob eine Therapiezieländerung vorgenommen werden muss.

3.2 Ergebnisqualität in der Behandlung von Patientinnen und Patienten

Quartalsbezogen werden verschiedene Kennzahlen (z.B. Leistungszahlen, Sturzrate, Selbsthilfefähigkeit, Entlassort, etc.) erhoben und ausgewertet. Die Ergebnisse werden im Leitungsteam, im Qualitätszirkel und in den Jour Fix des Gesamtteams besprochen.

3.3 Umgang mit Fehlern

Fehler- und Beinahe-Fehler werden als Chance verstanden aus beobachteten Situationen Maßnahmen einzuleiten, die ein sicheres Arbeiten der Mitarbeitenden und eine sichere Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleisten.

Auf der Grundlage einer strukturierten Fehler- und Risikostrukturanalyse sind die häufigen Gefahrenpotentiale an unserer Klinik bekannt. Dazu zählen beispielsweise Stürze, Medikationsfehler oder die Übertragung von Infektionen.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 40 von 44

Für die wichtigsten Gefahrenquellen wurde eine Risikoanalyse erstellt, die regelmäßig überarbeitet und überprüft werden. Im Steuerteam der Klinik wird besprochen, welche Gefahren vorliegen und ob die Risikoanalyse um neue Themen erweitert werden muss.

Des Weiteren können seltene Fehler mit erheblichen Konsequenzen oder Beinahefehler auftreten. Diese werden im CIRS-Meldesystem der Klinik erfasst, von der Risikomanagerin bearbeitet und im Leitungsteam oder Steuerteam der Klinik besprochen. Die Mitarbeitenden werden geschult mögliche Fehler und Fehlerquellen zu erkennen, sie zu vermeiden oder zu melden.

3.4 Korrekturmaßnahmen

Sind Korrekturmaßnahmen notwendig, so werden diese systematisch durchgeführt. Die Auslöser werden ermittelt und im Leitungsteam des Geriatrischen Zentrums oder im Qualitätszirkel besprochen, bewertet und weiterverfolgt.

3.5 Umgang mit Rückmeldungen

Rückmeldungen und Beschwerden werden als essenzieller Bestandteil der Qualitätssicherung verstanden, da sie wichtige Hinweise auf die Prozesse des Geriatrischen Zentrums aus Sicht der Kunden und Mitarbeitenden liefern.

Die Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten, der Angehörigen und auch der Mitarbeitenden werden strukturiert erfasst und können somit für den Verbesserungsprozess genutzt werden.

Beschwerdemanagement (siehe auch VO-VA-016)

Mündliche Beschwerden werden direkt durch den entgegennehmenden Mitarbeitenden an die zuständige Führungskraft weitergeleitet und wenn möglich in einem direkten Gespräch gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und/oder seinen Angehörigen geklärt.

Schriftliche Beschwerden werden durch die betreffende Führungskraft aufgearbeitet und beantwortet. Bei Bedarf wird dem Beschwerdeführer ein persönliches Gespräch angeboten.

Die Beschwerden werden gesammelt und ausgewertet und im Leitungsteam zeitnah besprochen. An erster Stelle steht die Miteinbeziehung der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen.

Mitarbeitende haben die Möglichkeit, Beschwerden direkt beim Vorgesetzten oder auch über das Meldeportal im Intranet vorzubringen.

Patientenbefragung

Im gesamten Krankenhaus wird eine kontinuierliche Patientenbefragung im Rahmen des Clinotel-Verbundes durchgeführt. Alle Patientinnen und Patienten erhalten während ihres stationären Aufenthaltes einen Fragebogen. Die ausgefüllten Bögen werden in einem verschlossenen Umschlag abgegeben oder in dafür vorgesehene Behältnisse eingeworfen. Die Auswertung erfolgt über einen externen Dienstleister (anaQuestra). Die Ergebnisse werden mindestens einmal jährlich vorgestellt. Bei Bedarf werden Verbesserungspotentiale und Maßnahmen aus den Befragungsergebnissen abgeleitet. Das Nachhalten der Maßnahmen erfolgt durch die Leitung bzw. das QM. Des Weiteren ist der Benchmark mit weiteren geriatrischen Einrichtungen im Rahmen des Clinotel-Verbundes möglich.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 41 von 44

Mitarbeitendenbefragung

Die Mitarbeitendenbefragung wird ebenfalls im Rahmen des Clinotel-Verbundes und Unterstützung des externen Dienstleisters ZeQ durchgeführt (zuletzt im November/ Dezember 2023). Die Ergebnisse werden im Geriatrischen Zentrum durch das QM vorgestellt, bei Bedarf Maßnahmen abgeleitet und die Abarbeitung durch das QM nachverfolgt.

3.6 Datenanalyse

Für das Geriatrische Zentrum wurde zur Steuerung der Prozesse ein Kennzahlentableau erstellt. Dabei werden qualitätsorientierte Kennzahlen ermittelt und bewertet.

Die Ergebnisse der Datenanalyse werden den am Prozess beteiligten Personen zur Verfügung gestellt und innerhalb des Qualitätszirkels besprochen.

Bei Bedarf werden Maßnahmen abgeleitet, welche dann auch über die zentrale Maßnahmenliste nachverfolgt werden.

3.7 Interne und externe Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Die Einrichtung ist am Gemidas Pro Verfahren angemeldet und wird am verbandseigenen Geriatrie-Register teilnehmen.

Des Weiteren beteiligt sich die Klinik am Clinotel-Benchmark Verfahren.

Die Ergebnisse der internen und externen Qualitätssicherung werden im Qualitätszirkel besprochen und bewertet. Falls notwendig werden durchzuführende Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt.

Fehler und Beschwerden werden, wenn sie als systematische Fehler auftreten im Leitungsteam bearbeitet oder im Qualitätszirkel besprochen. Ob Behandlungs- und Therapieziele erreicht werden, wird innerhalb der Teambesprechung und der ärztlichen Visite überprüft.

Einmal im Jahr wird gemeinsam mit dem Risikomanagement und dem medizinischen Controlling strukturiert überprüft, ob die Anforderungen der Leistungsträger für die Strukturprüfung innerhalb der Geriatrie erfüllt sind.

3.8 Ergebnisreflexion / Internes Audit

Das Leitungsteam des Geriatrischen Zentrums leitet aus den Ergebnissen der Qualitätssicherung Verbesserungsbedarf ab und legt die weitere Vorgehensweise fest.

Ein Managementreview wird jährlich durch die Leitung des Geriatrischen Zentrums und das Qualitätsmanagement erstellt, im Qualitätszirkel vorgestellt und dann im Intranet für alle zugänglich hinterlegt.

Inhalte der Managementbewertung sind:

- + Folgemaßnahmen vorangegangener Managementbewertungen
- + Erfüllung von Qualitätszielen
- + Kennzahlentableau
- + Status von Beschwerden, Fehler- und Korrekturmaßnahmen
- + Rückmeldung von Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Mitarbeitenden, Zuweisern, etc.
- + Ergebnisse interner und externer Audits

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 42 von 44

- + Konkreter Änderungsbedarf unter Berücksichtigung des Ressourcenbedarfs

Dabei wird u.a. auch regelhaft überprüft, ob die Inhalte des Qualitätssiegels Geriatrie in den klinischen Prozessen umgesetzt werden.

Der Turnus von internen Audits im Geriatrischen Zentrum ist auf einmal jährlich festgelegt. Die Planung, Durchführung und Berichterstellung erfolgt durch das Qualitätsmanagement. Die festgestellten Hinweise werden zur Nachverfolgung in der zentralen Maßnahmenliste hinterlegt.

4. Verbesserung

Allgemein

Die Arbeit innerhalb des Geriatrischen Zentrums wird immer wieder reflektiert. Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung und die Arbeit auf ein hohes Qualitätsniveau im Sinne der Patientinnen und Patienten sowie den Mitarbeitenden zu bringen.

Nichtkonformitäten und Korrekturmaßnahmen

Probleme in Form von Schwachstellen, Abweichungen und Fehlern können u.a. auftreten

- in Abläufen
- in der Dokumentation
- im Qualitätsmanagementsystem
- in der Mitarbeitendenqualifikation

Korrekturmaßnahmen können u.a. Folgende sein:

- Verbesserung und Vereinfachung der Abläufe
- Verbesserung der Dokumentation
- Einführung gezielter Überwachungsmaßnahmen
- gezielte Personalschulungen
- Mitarbeitendengespräche

Vorbeugungs- bzw. Verbesserungsmaßnahmen basieren auf den Erfahrungen, Ideen und Initiativen aller Mitarbeitenden und ggf. auch Externer. Für die Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen sind die Qualitätszirkel-Mitglieder des Geriatrischen Zentrums zuständig.

Bei auftretenden Abweichungen ist jeder Mitarbeitende der Einrichtung angehalten diese zu melden. Dies erfolgt über eine Ereignis- oder Fehlermeldung. Hierzu existiert ein dokumentiertes und praktisches Verfahren (VA Beschwerdemanagement – VO-VA-016, Meldeportal).

Fortlaufende Verbesserung

Die Wirksamkeit, Angemessenheit und Eignung des Qualitätsmanagementsystems innerhalb des Geriatrischen Zentrums wird laufend verbessert.

Dabei werden u.a. folgende Instrumente berücksichtigt:

- der Managementbewertung (Kennzahlen, Ergebnisse aus internen und externen Audits, Ergebnisse aus Befragungen, etc.)
- dem Risiko- und Beschwerdemanagement
- der Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 43 von 44

Bei Bedarf werden aus den internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen Maßnahmen abgeleitet, in einem Maßnahmenplan erfasst und abgearbeitet. Unter anderem werden dabei die Kommunikation im Qualitätszirkel, im Leitungsteam oder in den einzelnen Besprechungen und Jour Fix genutzt.

SP-KH-GTZ-UEG-MD-024	Erstellt: Franke-Chowdhury	Geprüft: Multiprofessionelles Team	Freigabe: Franke-Chowdhury
Stand vom: 20.06.2024	Version: 001	Gültig ab: 20.06.2024	Seite 44 von 44