

Fachkrankenhaus



Kloster
Grafschaft

Geriatric-Konzept

Oktober 2022

Akademisches Lehrkrankenhaus der

Philipps



Universität
Marburg

INHALT

| | |
|---|-----------|
| VORWORT | 4 |
| 1 EINLEITUNG | 5 |
| 1.1 HISTORIE | 5 |
| 1.2 AKTUELLE SITUATION | 5 |
| 1.3 DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG | 6 |
| 1.4 GERIATRIE | 6 |
| 1.5 DER GERIATRISCHE PATIENT | 6 |
| 1.6 INDIKATIONEN FÜR EINE AKUTGERIATRISCHE BEHANDLUNG..... | 7 |
| 1.7 PATIENTENAUFNAHME | 8 |
| 2 BEHANDLUNGSKONZEPT | 9 |
| 2.1 ZIEL..... | 9 |
| 2.2 GERIATRISCHES ASSESSMENT | 9 |
| 3 THERAPIE | 11 |
| 3.1 GERIATRISCHE FRÜHREHABILITATIVE KOMPLEXBEHANDLUNG | 11 |
| 3.2 ANGEHÖRIGENARBEIT | 12 |
| 3.3 Sprechzeiten..... | 12 |
| 3.4 LEISTUNGSERBRINGUNG..... | 12 |
| 4 DAS THERAPEUTISCHE TEAM..... | 14 |
| 4.1 DOKUMENTATION | 15 |
| 4.2 TEAMBESPRECHUNG | 15 |
| 4.3 ÄRZTE..... | 15 |
| 5 PFLEGE..... | 16 |
| 5.1 PFLEGEORGANISATION..... | 16 |
| 5.2 DAS BOBATH-KONZEPT..... | 17 |
| 5.3 PFLEGEKONZEPT | 17 |
| 5.4 DAS PFLEGEMODELL..... | 18 |
| 5.5 ERFASSUNG DER RESSOURCEN UND PROBLEME..... | 19 |
| 5.6 FAMILIALE PFLEGE | 19 |
| 6 INTERNE QUALITÄTSSICHERUNG | 20 |
| 6.1 NATIONALE EXPERTENSTANDARDS..... | 20 |
| 6.2 PFLEGESTANDARDS | 20 |
| 6.3 UMGANG MIT BETÄUBUNGSMITTELN | 20 |
| 6.4 UMGANG MIT FREIHEITSENTZIEHENDEN MASSNAHMEN | 21 |
| 6.5 FORT- UND WEITERBILDUNG | 21 |
| 7 PHYSIOTHERAPIE | 21 |
| 7.1 AUFGABEN UND ZIELE DER PHYSIOTHERAPIE..... | 21 |
| 7.2 PHYSIOTHERAPIE BEI KARDIO-PULMONALEN ERKRANKUNGEN | 22 |
| 7.3 PHYSIOTHERAPIE BEI ERKRANKUNGEN DES SKELETTSYSTEMS..... | 22 |
| 7.4 PHYSIOTHERAPIE BEI NEUROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN | 23 |
| 8. ERGOTHERAPIE | 23 |
| 9. LOGOPÄDIE..... | 25 |
| 10 Psychologie | 27 |
| 11 ERNÄHRUNGSBERATUNG..... | 28 |
| 11.1 AUFGABEN | 28 |
| 11.2 ZIELE | 28 |
| 12 SOZIALDIENST | 28 |

| | | |
|-----------|------------------------------------|-----------|
| 13 | SEELSORGE | 29 |
| 14 | KOOPERATIONSPARTNER | 30 |
| 15 | QUALITÄTSMANAGEMENT | 30 |
| 15.1 | INTERNE QUALITÄTSSICHERUNG | 30 |
| 15.2 | EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG | 31 |
| 16 | ÖFFENTLICHKEITSARBEIT | 32 |
| 16.1 | GRUNDSÄTZLICHES | 32 |
| 16.2 | PRESSEARBEIT | 32 |
| 16.3 | MEDIENGESTALTUNG | 32 |
| 16.4 | VERANSTALTUNGSORGANISATION | 32 |
| 16.5 | INTERNE KOMMUNIKATION | 32 |

VORWORT

Das vorliegende Geriatrie-Konzept berücksichtigt die Einführung des Fachbereiches Geriatrie als Ergänzung zu unseren bereits bestehenden Fachbereichen. Mit zahlreichen Vorbereitungen und allen Umstrukturierungsprozessen ist es uns gelungen, Prozessabläufe und das Multiprofessionelle Team miteinander im Einklang zu bringen.

Das Geriatrie-Konzept ist damit die Grundlage für die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Partnern des Krankenhauses. Es soll die Mitarbeiter unseres Hauses, die niedergelassenen Ärzte, die Therapieeinrichtungen in unserer Umgebung und die mit uns kooperierenden Krankenhäuser über unsere Ziele in der geriatrischen Behandlung informieren.

Die geriatrischen Patienten im Fachkrankenhaus Kloster Graftschaft werden nach den **Leitlinien der Fachgesellschaft für Geriatrie** behandelt. Bei unserer Arbeit lassen wir uns durch ein gemeinsam erarbeitetes Leitbild inspirieren:

„Die christlichen Grundwerte stehen im Mittelpunkt unseres Handelns.“

In Bezug auf unsere geriatrischen Patienten sehen wir das Älterwerden als einen mehrdimensionalen Prozess. Immer mehr Menschen erreichen ein hohes Alter. Älterwerden und aktiv das Alter zu gestalten, ist für uns ein Geschehen, welches wir positiv begleiten wollen. Sowohl die Eigenkompetenz als auch die Aktivität unserer Patienten sollen intensiv gefördert und erhalten werden. Dabei steht ein hochwertiger Versorgungsansatz im Vordergrund. Unser ganzheitlicher Ansatz beruht auf der Grundlage des christlichen Glaubens.

Graftschaft, Oktober 2022

Die Geschäftsführung



Fachkrankenhaus Kloster Graftschaft GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der Philipps-Universität Marburg
Annostraße 1
57392 Schmallenberg Graftschaft

1 EINLEITUNG

1.1 HISTORIE

Im Jahre 1948 legten die Schwestern vom Hl. Karl Borromäus, nach ihrer Vertreibung aus Schlesien in die 1072 gegründete ehemalige Benediktiner-Abtei Grafschaft, den Grundstein für das heutige Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft.

Das schöne barocke Gebäude, errichtet in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts, befand sich in einem desolaten Zustand. Nach dem infolge der Säkularisation zwangsweisen Auszug der Benediktiner-Mönche im Jahre 1804, hatte das Gebäude den verschiedensten Zwecken gedient und 1945 in den letzten Tagen des Krieges noch zusätzliche Schäden erlitten.

Im Februar 1948 kamen die ersten drei Schwestern nach Grafschaft. Nach und nach fanden sich die Schwestern, die durch Vertreibung aus Schlesien im gesamten Bundesgebiet verstreut waren, im heutigen Mutterhaus Kloster Grafschaft zusammen.

Durch ihre eigenen Hände, mit sehr bescheidenen Mitteln und unter großen Schwierigkeiten, versuchten sie das Haus so herzurichten, dass dort Kranke Aufnahme finden konnten. Am 24. April 1950 weihte Kardinal Dr. Lorenz Jäger aus Paderborn das wiedererstandene Mutterhaus der barmherzigen Schwestern vom Hl. Karl Borromäus ein und am 1. Juli des gleichen Jahres konnte in einem Teil des Gebäudes das Krankenhaus eröffnet werden.

1.2 AKTUELLE SITUATION

Neuer Bereich für Altersmedizin am Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft

Durch den demografischen Wandel und den medizinischen Fortschritt nimmt der Anteil an älteren Patienten (> 70 Jahre) spürbar zu. Wir vertreten die Meinung, dass in jedem Krankenhaus ein medizinischer Bereich, der sich im Besonderen mit den Erkrankungen im Alter beschäftigt, vorgehalten werden sollte. Aus unserer Sicht ist der persönliche Kontakt zu Familie und Freunden ein wichtiger Faktor für die Genesung unserer älteren Patienten. Das bedeutet wiederum für uns, dass der Weg zum Patienten möglichst kurz und die Einrichtung gut erreichbar sein sollte, damit ein täglicher Kontakt zu Familie und Freunden aufrechterhalten werden kann. Aktuell befinden sich 29 Betten in unserem Bereich für Geriatrie auf Station 14. Akute Notfälle können in unseren internistischen und intensivmedizinischen Abteilungen, mit denen wir eng zusammenarbeiten, behandelt werden. Ein großer Teil der geriatrischen Patienten bedarf einer geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung. Die Versorgung übernimmt das therapeutische Team bestehend aus Ärzten, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Psychologen, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Ernährungsberatern.

1.3 DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

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

1.4 GERIATRIE

„Geriatric“ als Begriff geht auf Ignaz Leo Nascher zurück und ist ebenfalls beinahe 100 Jahre alt. Der Wiener forderte Anfang des 20. Jahrhunderts, analog zur Pädiatrie, eine eigenständige Altenheilkunde. Er setzte sich dafür ein, dass bei der Behandlung Älterer auf die physiologischen Gegebenheiten dieser Patientengruppe im Speziellen Rücksicht genommen werden sollte.

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

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

1.5 DER GERIATRISCHE PATIENT

Der geriatrische Patient ist gekennzeichnet durch ein hohes biologisches Alter. Er leidet an mehreren Erkrankungen, einer veränderten oft auch unspezifischen Symptomatik und häufig verlängerten Krankheitsverläufen. Mehrfach besteht eine Verzögerung der Rekonvaleszenz, veränderte Reaktionen auf Medikamente, ein Immobilisierungssyndrom und weitere psychosoziale Symptome.

Eine typische Indikation für eine geriatrische Behandlung ist u.a. eine akute Erkrankung mit einem hohen Rehabilitationsbedarf. Dabei ist neben der fachärztlichen Kompetenz eine aktivierend-therapeutische Pflege erforderlich.

Bei Patienten mit einer akuten Erkrankung liegt die plötzliche Schädigung eines Organs oder eine plötzliche Funktionsstörung vor, welche behandelt werden muss. Auch eine akute Verschlechterung einer bereits bestehenden chronischen Erkrankung muss häufig stationär behandelt werden.

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

Weiterhin bestehen folgende Gegenanzeigen bezüglich einer stationären geriatrischen Krankenhausbehandlung:

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

Das geriatrische Team leistet in diesem Zusammenhang dem Patienten und seinen Angehörigen Hilfestellung, zum Beispiel durch die Vermittlung einer ambulanten Pflege, Tagespflege, Kurzzeitpflege, Heimversorgung oder die Vermittlung einer ambulanten oder stationären Palliativeinheit. Unsere Einrichtung am Fachkrankenhaus verfügt ebenfalls über eine Palliativeinheit.

1.6 INDIKATIONEN FÜR EINE AKUTGERIATRISCHE BEHANDLUNG

Im Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft behandeln wir insbesondere Patienten mit den folgenden Erkrankungen:

- Patienten mit akuten neurologischen Erkrankungen (zum Beispiel ein Schlaganfall, eine Hirn-Blutung, nach einer Hirntumoroperation)
- Patientin mit unklaren Schluckstörungen
- Patienten nach neurochirurgischen Operationen oder anderen schweren Operationen
- Patienten mit einem Morbus Parkinson und seinen Begleiterkrankungen
- Patienten mit einem akuten Verwirrtheitszustand
- Patienten mit einem beginnenden kognitiven Defizit oder eine Demenz noch unklarer Genese
- Patienten mit einer akuten Erkrankung des Herz-/Kreislaufsystems
- Patienten nach einer Herzklappen- oder Herzbypass- Operation
- Patienten mit akuten Erkrankungen des Lungen- und Bronchialsystems
- Patienten mit einer akuten Verschlechterung der Nierenleistung
- Patienten nach einer Gelenkersatzoperation oder nach einem operativ versorgten Knochenbruch
- Patienten nach einer Amputation und einer gegebenenfalls schon eingeleiteten Prothesenversorgung
- Patienten mit arteriellen oder venösen Erkrankung und ihren Folgeerkrankungen
- Patienten mit Magen- und Darmproblemen, sowohl zur diagnostischen Abklärung als auch zur postoperativen Behandlung bei bestehenden Tumorerkrankungen
- Patienten mit Stuhl- oder Urininkontinenz

Typische geriatrische Syndrome und Fähigkeitsstörungen sind:

- Immobilitätssyndrom
- Sturzkrankheit
- Fehl- und Mangelernährung
- Harn- und Stuhlinkontinenz
- Akute und chronische Verwirrtheitszustände
- Depressionen
- Drohende alltagsrelevante Störungen mit Hinfälligkeit („frailty“)

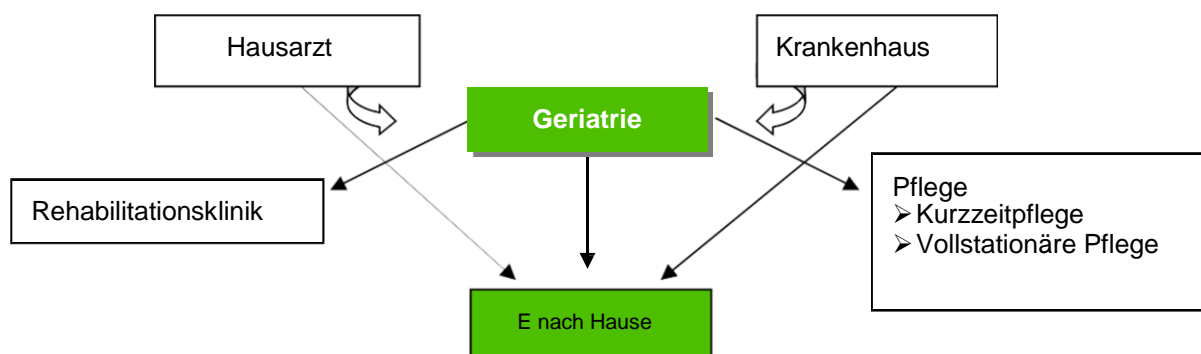
1.7 PATIENTENAUFNAHME

Es werden ältere Patienten ab dem 70. Lebensjahr stationär aufgenommen und behandelt, wobei grundsätzlich bei multimorbiden Patienten eine stationäre Behandlung auch ab dem 65. Lebensjahr möglich ist.

In der Regel werden die Patienten entweder von einem anderen Krankenhaus verlegt oder von einem Hausarzt eingewiesen. Altenpflegeeinrichtungen können aber auch mit uns Kontakt aufnehmen und nach kollegialer Absprache mit unseren Hausärzten, Patienten einweisen lassen. Eine direkte Kontaktaufnahme des Patienten und seiner Angehörigen mit unserem Geriater ist selbstverständlich auch möglich.

Durch den Geriater oder diensthabenden Arzt wird nach telefonischer Absprache die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme beziehungsweise Übernahme abgeschätzt. In der Regel wird ein stationärer Aufnahmetermin vereinbart.

In den umliegenden Krankenhäusern können auf Wunsch Konsile durchgeführt werden, um die Indikation für eine nachfolgende geriatrische Behandlung zu besprechen. Bei Überweisungen oder Verlegungen aus anderen Fachabteilungen handelt es sich in der Regel um Patienten, die zur sogenannten geriatrischen Komplexbehandlung übernommen werden.



2 BEHANDLUNGSKONZEPT

2.1 ZIEL

Der Erhalt, die Wiedergewinnung oder die Verbesserung der Autonomie des Patienten, sind die Hauptziele unserer geriatrischen Therapie. Der Patient soll in seiner Selbstständigkeit und Verrichtungen der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL's) gestützt werden. Die Ressourcen des Patienten sollen erhalten bleiben, um auch seine Lebensqualität bestmöglich zu erhalten oder sogar zu verbessern. Eine Minderung der Pflegebedürftigkeit wird durch die aktivierende Pflege erstrebt. Dabei beschreibt der folgende Grundsatz die Arbeit unseres Therapeutischen Teams:

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

Selten wird bei älteren multimorbiden Patientin eine komplette Wiederherstellung der Organfunktionen erreicht, da es sich nunmehr um chronische Erkrankungen handelt. Dementsprechend zielt die Behandlung geriatrischer Patienten auf eine Verbesserung oder dem Erhalt der Organfunktion. Eine größtmögliche Selbstständigkeit bezüglich der basalen und instrumentellen Verrichtungen des täglichen Lebens ist Zielsetzung einer geriatrischen Behandlung.

Bei der multiprofessionellen Behandlung unserer Patienten spielt die sogenannte Frührehabilitation eine überragende Rolle. Die rehabilitative Komponente stellt einen integralen Anteil unserer akutgeriatrischen Behandlung dar.

Im Hinblick auf die Multimorbidität unserer Patienten, werden neben den medizinischen auch die psychosozialen Faktoren in unserer geriatrischen Therapie weitgehend berücksichtigt. Zudem werden Diagnostik und Therapie miteinander im Einklang gebracht.

2.2 GERIATRISCHES ASSESSMENT

Mit der Aufnahmeuntersuchung erfolgt das Geriatrische Assessment, ein multidimensionaler, interdisziplinärer, diagnostischer Prozess, bei dem mit standardisierten Testverfahren die medizinischen, psychosozialen und funktionellen Probleme der Patienten, aber auch deren Ressourcen erkannt und festgehalten werden. So erfolgt eine medizinische Diagnostik der krankheitsbedingten Funktionsstörungen, eine pflegerische Diagnostik bezüglich Kompetenz, Hilfebedürftigkeit und Ressourcen sowohl bei der Selbstpflege, als auch bei der Erfassung des sozialen und materiellen Umfeldes. Unabdingbar ist die gemeinsame und multiprofessionelle Erarbeitung eines individuellen Therapiezieles. Die persönlichen Wertvorstellungen und die Lebensplanung des Patienten müssen Grundlage der Zielsetzung sein. Das Assessment wird vom ärztlich geleiteten Therapeutischen Team innerhalb der ersten Tage im Krankenhaus durchgeführt.

Der behandelnde Arzt der geriatrischen Abteilung erstellt die Anamnese des Patienten und plant in Absprache mit dem Patienten und seinem Oberarzt/Chefarzt die notwendigen diagnostischen Maßnahmen. Weiterhin stellt er die Indikation für weitere therapeutische Maßnahmen anderer Berufsgruppen des Therapeutischen Teams. Dem behandelnden Stationsarzt obliegt die Gesamtverantwortung für das Therapeutische Team. Zusammen mit dem Geriater dokumentiert er die Ergebnisse der getroffenen Maßnahmen und leitet die geriatrischen Teamsitzungen.

Die erforderliche apparativ-technische Ausstattung für die Anamneserhebung einschließlich der Notfalldiagnostik (Aufnahmelabor, Blutgasanalyse, Spirometrie, bei Bedarf Spiroergometrie, CO-Diffusionsmessung, Herz-/ Kreislaufdiagnostik, Endoskopie, Sonographie, Radiologie und Computertomographie) ist verfügbar. Sollte eine Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) erforderlich werden, wird diese durch Kooperationspartner erfolgen.

Durch das Pflegepersonal wird der BARTHEL-INDEX bei der Aufnahme und der Entlassung durchgeführt. Dabei wird der Unterstützungsbedarf des Patienten in seinen alltagspraktischen Fähigkeiten bewertet, zum Beispiel beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege, bei der Nahrungsaufnahme oder bei der Mobilität. Zusätzlich führt das Pflegepersonal die epa-AC Einschätzung durch. Diese Auswertung verschafft einen genauen Überblick über die Fähigkeiten und Beeinträchtigungen des Patienten. Darunter fallen Hinweise auf kognitive Störungen, eine Risikoauswertung (Dekubitus, Sturz, Mangelernährung, poststationäres Versorgungsdefizit, Pneumonie), eine Abbildung der DNQP, von Kontinenz-Profilen, sowie eine Abbildung der Komplexität der Pflegesituation und der Prozesssteuerung.

Die Physiotherapie führt den TIMED UP&GO-TEST durch. Hierbei handelt es sich um ein einfaches Testverfahren, das die Mobilität und eine eventuelle Sturzgefährdung des Patienten abschätzt. Beim TINETTI-TEST erfolgt eine Überprüfung der Mobilität und der Balance des Gangbildes (zum Beispiel die Schrittlänge, die Schritthöhe, die Schrittbreite, Wegabweichung usw.). Diese Testverfahren werden zu Beginn, unter Umständen während des stationären Aufenthaltes und vor der Entlassung des Patienten durchgeführt. Die Ergotherapie prüft auf eine Störung der Elemente der kognitiven Gesundheit, wie Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Lese- und Sinnverständnis. Dafür nutzen die Ergotherapeuten unter anderem den MMST-TEST, den DEMTECT und den UHRENTTEST. Zur Abklärung von Hinweisen auf eine bestehende Depression kommt die Geriatrische Depressionsskala (GDS) nach Yesavage zur Anwendung.

Für die Diagnose spezifischer logopädischer Störungen und ihrer Ursachen werden standardisierte Testverfahren einschließlich einer FEES (fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing) angewandt.

3 THERAPIE

3.1 GERIATRISCHE FRÜHREHABILITATIVE KOMPLEXBEHANDLUNG

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

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

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

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

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

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

Die Durchführung der „Geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung“ verlangt zwar schriftlich festgelegte, standardisierte Mindestmerkmale, erlaubt jedoch trotzdem eine individuelle Behandlungsplanung. In der Patientenbehandlung orientieren wir uns an erprobten und validen Leitlinien der medizinisch-geriatrischen Fachgesellschaften.

3.2 ANGEHÖRIGENARBEIT

Die Schulung von Angehörigen während des stationären Aufenthaltes wird individuell, bedarfsgerecht und in Absprache mit dem Therapeutischen Team angeboten. Die jeweiligen Themen sind für die Geriatrie relevant und berühren auch ethische und psychosoziale Gebiete. Darüber hinaus besteht ein hoher Beratungs- und Informationsbedarf seitens der Angehörigen.

Basierend auf der individuellen Erkrankung und den daraus resultierenden Folgen für den Patienten und seinen Angehörigen, ergeben sich unterschiedliche Fragestellungen und Anforderungen an die einzelnen Berufsgruppen innerhalb des Therapeutischen Teams. Insbesondere leistet hier auch die Seelsorge Hilfestellung und Begleitung in Ausnahmesituationen. Die Einbeziehung von Patienten und deren Angehörigen in die Behandlung sind für den Genesungsverlauf und die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt von besonderer Bedeutung (Siehe dazu auch Punkt 5.6 FAMILIALE PFLEGE).

3.3 Sprechzeiten

Ärzte sind für die Patienten und deren Angehörigen regelmäßig ansprechbar. Sie stehen für eine Sprechstunde regelhaft von Montag bis Freitag zwischen 13:30 Uhr und 15:30 Uhr zur Verfügung, nach Absprache auch zu anderen Zeiten, z.B. während der Bereitschaftsdienstzeiten des jeweiligen Arztes auch abends. Der **Sozialdienst** ist unter der Rufnummer: 09272 791 3056 oder über die Zentrale unter 02972 791 00 bis 16.00 Uhr erreichbar. Sowohl **die Physiotherapie** als auch die **Ergotherapie** sind während der Dienstzeit immer ansprechbar, es können jedoch auch vorherige Terminvereinbarung getroffen werden. Unsere **Pflege** ist ebenfalls ständig ansprechbar. Für ein längeres Gespräch erbitten wir eine Terminabsprache mit der Stationsleitung unter Einbeziehung der Pflegefachkraft. Unter der Rufnummer 02972 791 3127 oder mobil unter 0151 57893122 kann unsere **Pflegeberatung (Familiale Pflege)** erreichbar. Der Kontakt zur **Seelsorge** kann über das Pflegepersonal oder das Personal an der Information hergestellt werden.

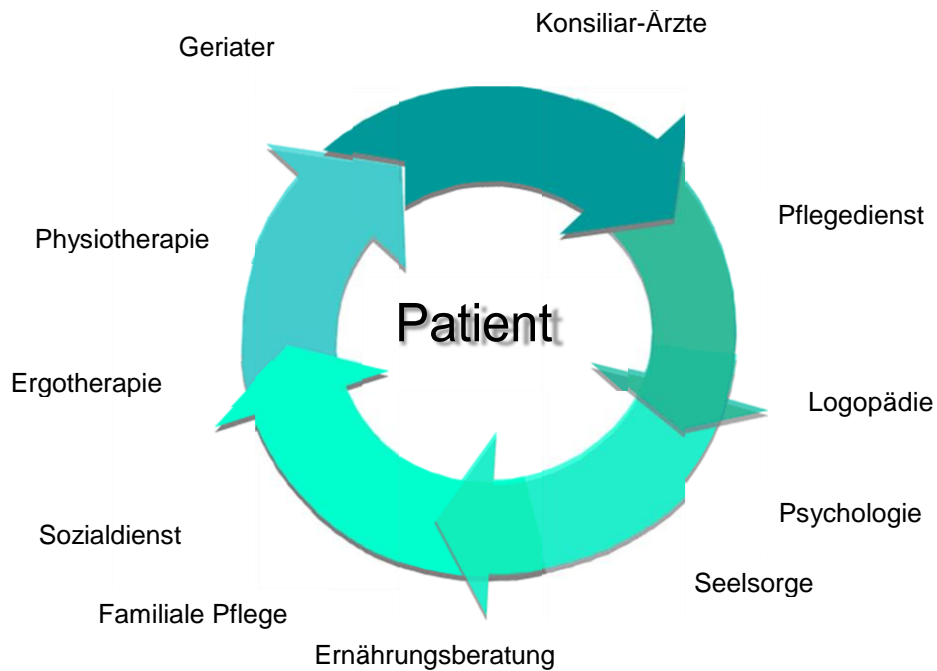
3.4 LEISTUNGSERBRINGUNG

- Ärztliche Anamnese, Therapieplanung und -verordnung am ersten Behandlungstag bis 12:00 Uhr über die Patientenkurve und die entsprechenden Formblätter (ggf. Patientenaufklärungsbögen)
- Pflegerische Anamnese sowie Erhebung der Vitalparameter (Blutdruck, Puls, Blutzucker, Größe, Gewicht, BMI) und des Barthel-Indexes am ersten Behandlungstag über die Patientenkurve beziehungsweise über das Krankenhausprogramm „KIS“
- Täglicher KIS-Eintrag der OPS durch den Pflegedienst
- Geriatrisches Assessment und Sozial-Assessment innerhalb der ersten drei Behandlungstage

- Tägliche ärztliche Visite mit Verlaufsdokumentation im KIS, Therapien entsprechend der OPS
- Zusätzliches Standard-Aufnahmeprozedere am ersten Tag bei externen Neuaufnahmen (Patienten, die nicht aus dem eigenen Haus kommen)

4 DAS THERAPEUTISCHE TEAM

Die effektive Diagnostik und Therapie geriatrischer Patienten setzt ein multiprofessionelles Team voraus. Es besteht aus Ärzten, Psychologen, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeitern, Ernährungsberatern und Seelsorgern. Diese Mitarbeiter bringen ihre individuelle Professionalität in die Arbeit mit den Patienten ein.



Die Arbeit des Therapeutischen Teams orientiert sich an dem Leitsatz:

„ES GEHT NICHT DARUM, DEM LEBEN MEHR TAGE ZU GEBEN, SONDERN DEN TAGEN MEHR LEBEN.“ (Cicely Saunders)

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

4.1 DOKUMENTATION

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

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

4.2 TEAMBESPRECHUNG

Die Teambesprechung findet wöchentlich am Donnerstag um 11:00 Uhr im Besprechungsraum des ärztlichen Dienstes statt. Für den ärztlichen Dienst, den Pflegedienst, die Physio- und Ergotherapie, den Psychologischen Dienst, der Logopädie, sowie den Sozialdienst ist die Teilnahme verpflichtend. Je nach Bedarf nehmen zudem die Ernährungsberatung und die Seelsorge daran teil. Die Leitung und Moderation der Teambesprechung obliegt dem behandelnden Stationsarzt unter Supervision des zuständigen Geriaters. In der wöchentlichen Sitzung wird das individuell Erreichte elektronisch dokumentiert und die Maßnahmen im Hinblick auf das festgelegte Ziel miteinander abgestimmt. Häufig müssen die prospektiven Therapieziele angepasst werden.

4.3 ÄRZTE

Der Ärztliche Leiter ist Facharzt/ärztin für Innere Medizin und verfügt über die fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“. Der Oberarzt ist Facharzt für Innere Medizin und verfügt ebenfalls über die fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“. Unter den Assistenzärzten befinden sich Fachärzte für Innere Medizin bzw. Allgemeinmedizin. Es existiert ein Rotationskonzept für die Ärzte in der klinischen Ausbildung.

5 PFLEGE

5.1 PFLEGEORGANISATION

Das Pflorgeteam verbringt die meiste Zeit mit den Patienten und kennt damit die Bedürfnisse der Patienten am besten. Aus diesem Grund fühlen wir uns besonders für die Sicherheit und Zufriedenheit unserer Patienten verantwortlich. Medizinische und pflegewissenschaftliche Fachkenntnisse, serviceorientiertes Denken und die Fähigkeit zur persönlichen Zuwendung sind für Pflegende sehr wichtig. Die Mitarbeiter der Pflegeberufe übernehmen in der Geriatrie nicht nur die traditionellen pflegerischen Aufgaben, sondern leisten vielmehr einen wichtigen Beitrag zur Rehabilitation. Die aktivierend-therapeutische Pflege ist zeitaufwendig und erfordert spezielle geriatrische Kenntnisse und die Fähigkeit zur berufsgruppen-übergreifenden Teamarbeit. Unser Pflorgeteam besteht aus examinierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern, Altenpflegefachkräften, Krankenpflegeassistenten und Pflegehelfern. Zusätzlich wird das Pflorgeteam durch Servicekräfte und einem Hol- und Bringedienst unterstützt. Unsere auszubildenden Pflegeschüler und Pflegeschülerinnen werden während der Ausbildung in der Geriatrie eingesetzt.

Auf den Stationen wird das System der Bereichspflege durchgeführt. Bei einer Bereichspflege wird die Station in zwei oder mehr Bereiche unterteilt, die jeweils von einer hauptverantwortlichen Pflegefachkraft betreut werden. Diese werden durch andere Fachkräfte, Hilfspersonal und Auszubildende, die für den Bereich zugeteilt werden, unterstützt.

Die Organisation, die Durchführung, die Dokumentation der Pflege und administrative Aufgaben, werden von den zugeteilten Pflegefachkräften für die jeweilige Patientengruppe abgeschlossen. Die Pflege und Betreuung durch die Mitarbeiter erfolgt eigenverantwortlich und ermöglicht den Patienten, über einen längeren Zeitraum von denselben Pflegepersonen versorgt zu werden. Dadurch soll ein engerer Bezug zwischen Patient und Pflegekraft entstehen, worüber eine Kontinuität und Verbesserung bei der Durchführung der Pflege erreicht wird. Eine gute Informations- und Besprechungskultur ist hierfür notwendig. Täglich finden Übergaben zwischen den einzelnen Schichten der Pflege statt. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Übergabe zwischen Früh- und Spätdienst gelegt. Hier werden alle wichtigen Informationen, die unsere Patienten betreffen, besprochen. Das therapeutische Team kann alle wichtigen Ereignisse jederzeit in der modernen Dokumentation einsehen.

5.2 DAS BOBATH-KONZEPT

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

Nach einer individuellen pflegerischen Befunderhebung zu Problemen, Ressourcen und Zielen werden dem Patienten Angebote im Rahmen der Pflgetherapie vorgeschlagen. Diese umfassen besonders Lagerungen (zur Vermeidung bzw. Hemmung der Spastik), das Handling und das Selbsthilfetraining. Somit können sich im Rahmen der therapeutisch-rehabilitierenden Pflege und in Zusammenarbeit mit dem Patienten, seinen Angehörigen und dem Therapeutischen Team, folgende Ziele ergeben:

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

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

5.3 PFLEGEKONZEPT

Zielsetzung unserer Einrichtung ist, den mehrfach erkrankten, älteren Menschen therapeutisch, medizinisch und pflegerisch zu betreuen und zu behandeln. Dadurch soll die Lebensqualität der Patienten erhalten bzw. verbessert werden. Neben der medizinisch-therapeutischen und pflegerischen Betreuung steht die Individualität unserer Patienten im Vordergrund. Aktivierend-therapeutische Pflege beinhaltet die Anleitung, Beratung, Begleitung und Unterstützung bei der Bewältigung der Verrichtungen im Alltag. Dabei erfolgt eine Hilfestellung nach Bedarf und nach den individuellen Möglichkeiten des Patienten, durch alle an der Therapie beteiligten Berufsgruppen, aber auch durch die Angehörigen.

Aktivierende Pflege ist ein Fordern nach Selbstständigkeit:

- Einschätzung der Selbstpflegefähigkeit.
- Abklärung der Notwendigkeit einer Hilfestellung.
- Aktivierung der Ressourcen, unter Berücksichtigung der derzeitigen Situation.
- Aktivierung der Ressourcen, unter Berücksichtigung des täglichen Befindens.
- Vermittlung des Gefühls der Begleitung, nicht des Gefühls der Abhängigkeit.
- Stärkung der Motivation zur Mobilisation.
- Bewusstmachung von Ressourcen.
- Durchführung von präventiven/prophylaktischen Maßnahmen zur Vermeidung von Folgeerkrankungen.

5.4 DAS PFLEGEMODELL

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

Folgende Punkte sind dabei von großer Bedeutung:

- **Kommunizieren:**

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

- **Sich bewegen:**

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

- **Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten:**

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

- **Sich pflegen**

Anleitung, Begleitung, Beratung und Motivation zur Selbstpflege.

- **Essen und Trinken**

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

- **Ausscheiden**

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

- **Sich kleiden**

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

- **Ruhen und schlafen**

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

- **Sich beschäftigen**

Gesellschaftsspiele, Gespräche, Zeitungen oder Zeitschriften anbieten

- **Sich als Frau bzw. als Mann fühlen**

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

- **Für eine sichere Umgebung sorgen**

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

- **Soziale Bereiche des Lebens sichern**

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

- **Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen**

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

- **Sterben**

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

Die pflegerischen Mitarbeiter betreuen den Patienten nach den oben genannten Grundsätzen und versuchen ihn soweit als möglich an den täglichen Verrichtungen des Lebens zu beteiligen. Ziel ist und kann nur sein, die Eigenständigkeit des Patienten zu erhalten oder aber zurückzugewinnen. Hier steht auch die Zusammenarbeit im Therapeutischen Team im Vordergrund.

5.5 ERFASSUNG DER RESSOURCEN UND PROBLEME

Um die Pflegeintensität unserer Patienten zu ermitteln, benutzen wir den Barthel-Index. Der Barthel-Index bildet die Grundlage für die Ermittlung und Durchführung des Therapie- und Behandlungsprozesses sowie der Feststellung, in welchen Bereichen aktivierende Pflege stattfinden muss. Er wird spätestens am Tag nach der Aufnahme erhoben und kurz vor der Entlassung. Die Erfassung von Pflegebedürftigkeit wird im FKKG mit dem ePA-AC-Modul durchgeführt. Die Einschätzung erfolgt bei Aufnahme, Entlassung, 1x wöchentlich und bei Änderung des Patientenzustands. ePA-AC ist ein vollstandardisiertes Screening-Instrument zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit eines Patienten und misst die Veränderungen von Patientenfähigkeiten und -zuständen zu verschiedenen Zeitpunkten; ePA-AC bietet die Grundlage für die pflegerische Diagnosestellung, steht vor allen Schritten im Pflegeprozess. Es eignet sich zudem für die Beurteilung der pflegerischen Ergebnisse. Die mit ePA-AC erhobenen Daten dienen als Unterstützung für die nachfolgende individuelle Pflegeplanung oder zur Berechnung eines pflegerischen Case-Mix-Indexes. Die Daten können außerdem zur Kennzahlen gestützten Qualitätsabweichung genutzt werden. Das ePA-AC wurde gezielt entwickelt, um Veränderungen von Patientenfähigkeiten und -zuständen messen zu können. Grundlage dafür ist die internationale Klassifikation von Funktion, Gesundheit und Behinderung (ICF), eine von der WHO erstellte und herausgegebene Klassifikation zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung sowie der relevanten Umweltfaktoren von Menschen.

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

5.6 FAMILIALE PFLEGE

Unsere Familiäre Pflege bietet den Angehörigen unserer Patienten kostenlose Unterstützung bei der Pflege. Durch Krankheit kann sich die häusliche und familiäre Lebenssituation gravierend verändern. Um die anstehende Umstellung für Patient/Angehörige optimal zu gestalten und eine weitere häusliche Versorgung zu ermöglichen, bieten wir folgende kostenlose Hilfestellungen an:

- Erstgespräch während des Krankenhausaufenthaltes
- Familienberatungsgespräch (zur Entwicklung eines familiären Pflegenetzes)
- Pflgetrainings am Krankenbett und nach der Entlassung in der häuslichen Umgebung

- Beratung und Hilfestellung bei Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen
- Informationen und Beratung zur Pflegeversicherung
- Handhabung von Hilfsmitteln und pflegerischen Materialien
- Hausbesuche
- Wohnraumberatung
- Pflegekurs zur Vertiefung und Optimierung theoretischer und praktischer Kenntnisse der pflegerischen Versorgung zu Hause
- Demenzberatung

Das Modell wird von der AOK Rheinland/Hamburg finanziell gefördert und von den Pflegekassen unterstützt. Um die Hemmschwellen der pflegerischen Versorgung zu mindern, damit der Patient sein Leben in seinem eigenen Zuhause optimal fortsetzen kann, wurde dieses Programm gegründet. Überforderung und Überlastung der Angehörigen sollen durch ein gezieltes Training und eine Beratung vermieden werden.

6 INTERNE QUALITÄTSSICHERUNG

6.1 NATIONALE EXPERTENSTANDARDS

Die Sicherheit unserer Patienten hat eine sehr hohe Priorität. Im Fachkrankenhaus Kloster Graftschaft GmbH werden die pflegerischen, evidenz-basierten Expertenstandards angewendet und alle 2 Jahre evaluiert. Um die Pflegebedürfnisse der Patienten professionell erfassen zu können, führt das Fachkrankenhaus Kloster Graftschaft die Methode ePA-AC zur Einschätzung der Patienten ein. Damit können die Risikoprofile aller Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung (DNQP) erfasst werden. Die ePA-AC bietet eine strukturierte Einschätzung, unterstützt Berufsanfänger, fördert eine einheitliche Sprachregelung und ermöglicht erfahrenen Pflegekräften die Reflexion ihrer fachlichen Entscheidungen. Die Einführung dieser Methode befindet sich derzeit in der Projektphase.

6.2 PFLEGESTANDARDS

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

6.3 UMGANG MIT BETÄUBUNGSMITTELN

Hierzu liegt eine Verfahrensweisung vor, die im Intranet einsehbar ist und für alle gilt.

6.4 UMGANG MIT FREIHEITSENTZIEHENDEN MASSNAHMEN

Für das Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft liegt eine Verfahrensanweisung für den Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen im Intranet vor. Ziel dieser Verfahrensanweisung ist es, die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter des Krankenhauses bei ihrer verantwortungsvollen Aufgabe im Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen zu unterstützen. Der Patient steht dabei mit seinen Wünschen, Bedürfnissen und seiner individuellen Lebensgeschichte im Mittelpunkt.

6.5 FORT- UND WEITERBILDUNG

Um zukünftig eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten in der Abteilung für Geriatrie zu gewährleisten, bedarf es weitgehender Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Für den Pflegedienst sind folgende Fort- und Weiterbildungen geplant und umgesetzt, die sowohl intern als auch extern stattfinden:

- Zercur Geriatrie® Fachweiterbildung Pflege Zertifiziertes Curriculum Geriatrie
- Wundversorgung (Wundexperte ICW e.V.)
- Pflegeberatung
- Aktivierende therapeutische Pflege
- Schwierige Gespräche führen Kommunikation mit schwierigen Patienten
- Bobath
- Kinästhetik
- Basale Stimulation
- Demenz erleben – verstehen – begleiten
- Reanimation im klinischen Alltag (jährliche Pflichtfortbildung)
- Brandschutz (jährliche Pflichtfortbildung)
- Arbeits- und Gesundheitsschutz (jährliche Pflichtfortbildung)
- Berufsspezifische Übungen / Umgang mit Hilfsmitteln
- Assessments in der Geriatrie
- Parkinson – Ursache, Symptome, Therapie

Für das geriatrische Team finden alle sechs bis acht Wochen interdisziplinäre geriatrisch-spezifische Fortbildungen statt. Es erfolgt eine Dokumentation des Fortbildungsthemas inkl. Teilnehmerliste.

7 PHYSIOTHERAPIE

7.1 AUFGABEN UND ZIELE DER PHYSIOTHERAPIE

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

Die Physiotherapie erfüllt innerhalb des interdisziplinären Teams folgende Aufgaben:

- Befunderhebung mit allen erforderlichen Assessments zu Beginn und am Ende der Komplexbehandlung.
- Allgemeine Mobilisation des Patienten (Gangschulung mit und ohne Hilfsmittel).
- Schmerzlindernde Maßnahmen z.B. tonusregulierende Massage, Wärmetherapie, Elektrotherapie.
- Kontraktur-, Atrophie- und Pneumonie-Prophylaxe und -behandlung
- Tonus-Regulierung z.B. Schlingentisch, BWB, MTT, Taping, Ödem-Behandlung
- Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster und funktionelles Training
- Gleichgewichtsschulung z.B. Posturomed, Parcours im Außenbereich, Airex-Kissen, Standinggerät
- Anleitung zur Eigentherapie, welche auch von Angehörigen begleitet werden kann (ADL-Training)
- Ressourcenerhalt

7.2 PHYSIOTHERAPIE BEI KARDIO-PULMONALEN ERKRANKUNGEN

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

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

7.3 PHYSIOTHERAPIE BEI ERKRANKUNGEN DES SKELETTSYSTEMS

Intensive krankengymnastische Behandlungen finden nach gelenkerhaltenden Therapien und gelenkersetzenden Verfahren (Hüft-, Knie-Gelenkersatz) statt. Die wichtigsten Ziele der Behandlung umfassen die Wiederherstellung der Mobilität (z.B. durch Manuelle Therapie, PNF und FBL), die Funktionsfähigkeit, die Schmerztherapie (z.B. Kryo-/Thermotherapie, verschiedene Formen der Elektrotherapie, Trigger-Punkt-Behandlung), die Kräftigung der Muskulatur und auch entstauende Maßnahmen.

Um einen Therapieerfolg objektiv bewerten zu können, sind genaue Befunderhebungen zu Beginn der Behandlung (Winkelmessung, Muskelfunktionsprüfung, Umfangsmessung) besonders wichtig. Krankengymnastische Therapien bei Wirbelsäulenerkrankungen finden vorwiegend bei Bandscheibenvorfällen, Verschleißerscheinungen und Osteoporose statt. Neben einem rückengerechten Trainingsprogramm soll vor allem das Wahrnehmen eines ungünstigen und körperbelastenden Verhaltens geschult werden. Auch hierbei finden physikalische Maßnahmen zur Schmerzlinderung (Rotlicht, heiße Rolle, Elektrotherapie und Massagen) ihre Anwendung. Weiterhin sind die Kräftigung und Mobilisation im schmerztolerierten Bereich unabdingbar.

7.4 PHYSIOTHERAPIE BEI NEUROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN

Im Vordergrund der krankengymnastischen Behandlung steht das Wiedererlernen funktioneller Bewegungen mit gleichzeitiger Hemmung pathologischer Bewegungsmuster. Spezielle neurologische Behandlungstechniken, wie z.B. Bobath oder PNF (propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation) werden hierbei angewandt. Eine sehr enge Kooperation mit der Ergotherapie, Logopädie und Krankenpflege ist unerlässlich, um dem Patienten eine optimale Regeneration zu gewährleisten. Neben den neurologischen Techniken werden ebenso elektrische Muskelstimulation angewendet. Diese Maßnahmen dienen der muskulären Entspannung, der Tonus-Regulation, der Schmerzlinderung und der Muskelkräftigung.

8. ERGOTHERAPIE

Die Ergotherapie bietet individuelle, dem Alter und den Erkrankungen angepasste Therapieangebote, die dem Patienten dabei helfen sollen, so lange wie möglich selbständig zu bleiben, um aktiv am Leben teilzunehmen. Geriatrische Krankheitsbilder in der Geriatrie mit der Notwendigkeit einer ergotherapeutischen Therapie sind wie folgt:

- Neurologische Erkrankungen, wie zum Beispiel ein Schlaganfall, Morbus Parkinson und eine demenzielle Entwicklung
- Internistische Erkrankungen, wie zum Beispiel eine kardiale Erkrankung, Asthma bronchiale, eine chronische obstruktive Lungenkrankheit, restriktive Lungenerkrankungen, Diabetes mellitus Typ II mit seinen Folgekrankheiten, gastrointestinale Erkrankungen
- Orthopädische Erkrankungen, wie eine Arthrose, Spätfolgen nach Sturz, Rheuma
- Krebserkrankungen
- Psychische Erkrankungen, wie zum Beispiel eine Altersdepression, Psychosen, Neurosen

8.1 Ergotherapeutische Grundhaltung in der Geriatrie

- geriatrische Akutversorgung von chronischen Begleiterkrankungen
- Erarbeitung des sozialen Umfeldes und eine Problembearbeitung
- medizinisches Wissen mit berufsspeziellen Fortbildungen, soziale Kompetenz, Einfühlungsvermögen und Interesse und Problembewältigung der Patienten

8.2 Ergotherapeutische Ziele in der Geriatrie für die Patienten

- Sturzprävention
- Erhöhung der Mobilität durch funktionelle Therapie, beziehungsweise unter Hinzunahme geeigneter Hilfsmittel
- Verbesserung der Wahrnehmung durch sensomotorische perzeptive Verfahren
- Verbesserung der Grob- und Feinmotorik
- Koordination und Steigerung der Handkraft

- Verbesserung beziehungsweise Erhalt der Gedächtnisleistung
- Verbesserung und Erhalt der Durchführung der Körperpflege
- Verbesserung und Erhalt der Selbstständigkeit und dadurch Förderung der Teilnahme am öffentlichen Leben
- Besprechung sinnvoller Ziele mit den Patienten und Prüfung der Sinnhaftigkeit

8.3 Ergotherapeutische Ziele in der Geriatrie für die Mitarbeiter

- Tagesstrukturierung
- Planung und Teilnahme an den wöchentlichen Teamsitzungen
- Dokumentation der Therapien
- Abstimmen der Therapien mit dem gesamten Team und dadurch direkter Austausch mit den anderen Berufsgruppen

8.4. Inhalte der Ergotherapie in der Geriatrie

- Befunderhebung
- Hilfsmittelversorgung
- Erhebung von Assessments innerhalb der ersten beiden Tagen
- Therapie der Grund- und Folgeerkrankung
- Erhalt zum Beispiel der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL's) mittels verschiedener Techniken
- Bobath Konzept, PNF, Handtherapie, Perfetti-Therapie, künstlerische und kreative Techniken, Rollstuhltraining, Anziehtraining, verschiedene Spiele und ausgewählte Sportgeräte,

8.5 Therapieinhalte in der Geriatrie

- ADL Training – Wasch-, Anzieh- und Esstraining
- Versorgung mit Hilfsmitteln
- Beratung der Angehörigen und anderer Berufsgruppen
- Teilnahme an den Gruppentherapien

9. LOGOPÄDIE

Der Bereich der Logopädie umfasst die Therapie der Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Die einzelnen Störungen treten meist nicht isoliert, sondern in Kombination auf. Häufig handelt es sich dabei um eine Schädigung bestimmter Areale des Gehirns, wie zum Beispiel nach einem Apoplex, einem Schädel-Hirn-Trauma, einem Hirntumor, einem akuten Sauerstoffmangel oder einer Hirnblutung. Neurodegenerative Erkrankungen wie der Morbus Parkinson oder die Multiple Sklerose führen auch zu Störungsbildern, die einer logopädischen Therapie bedürfen.

Im Rahmen einer dementiellen Entwicklung ist die logopädische Therapie in einigen Fällen erforderlich, ebenfalls in der Betreuung und Schulung der Angehörigen. Entsprechende Störungsbilder die einer logopädischen Behandlung bedürfen, sind unter anderem die Aphasie, die kognitive Dysphasie, die Sprech-Apraxie, die Dysarthrie, die Dysphagie, die Fazialis-Parese und die Dysphonie. Bei geriatrischen Patienten ohne eine diagnostisch ersichtliche Ursache werden die Symptome dementsprechend als Presbyphasie, Presbyphagie oder Presbyphonie bezeichnet.

Unterschiedliche Verfahren der subjektiven und objektiven Diagnostik stehen uns dabei in unserer Geriatrie zur Verfügung. Dazu gehören der Aachener-Aphasie-Test (AAT), die Aphasie-Check-Liste (ACL) und die fiberendoskopische Schluckuntersuchung (FEES).

Aufbauend auf die Erkenntnisse aus Diagnostik und den daraus resultierenden alltagsrelevanten Zielen für Patienten, wird die daraus abgeleitete Therapie individuell auf die Patienten abgestimmt.

Das Ziel der logopädischen Therapie, ist die Kommunikations- und sprachliche Handlungsfähigkeit der Betroffenen durch eine gezielte Förderung von Denk-, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen zu schulen und zu verbessern. Die Erarbeitung anderer Kommunikationsformen sind für die Aufrechterhaltung der Mitteilungsfähigkeit des Betroffenen bei starker Beeinträchtigung der Sprache notwendig.

Bei Lähmungen oder Störungen der mimischen und der Sprech- und Schluck-Muskulatur, werden über systematische Übungen die räumliche und zeitliche Koordination der Bewegungsabläufe und damit die für das Sprechen wichtigen Funktionen reguliert.

Beim Vorliegen einer Aphasie ist die Sprache des Patienten betroffen, wobei damit sowohl das Sprachverständnis als auch die Sprachproduktion gemeint sind. Häufig ist im Rahmen der Aphasie die Schriftsprache, also Lesen (Dyslexie, Alexie) und Schreiben (Dysgraphie, Agraphie), auch mit betroffen sind.

Therapieinhalte zur Behandlung der Aphasie richten sich nach dem jeweiligen Sprachprofil der Patienten, welche mithilfe der Diagnostik erstellt werden. Dabei wird auch Material aus der neurolinguistischen Aphasie-Therapie genutzt. Eine Anpassung an die persönlichen Bedürfnisse, ist hierbei besonders wichtig. Eine Erleichterung des Alltags und die Erhaltung der sprachlichen Kompetenz gehören hier zu den Zielen.

Treten aphasische Symptome infolge kognitiver Einschränkungen auf, spricht man von einer kognitiven Dysphasie. Das Vorgehen während der Therapie unterscheidet sich dabei nicht maßgeblich von dem, beim Vorliegen einer Aphasie. Es stehen weiterhin die Alltagskompetenz und der Erhalt, beziehungsweise die Förderung der sprachlichen Kompetenz im Vordergrund.

Liegt eine Sprech-Apraxie vor, ist beim Sprechen die Ausführung, der für die Laute benötigten Bewegungsabläufe gestört. Hierbei ist nur die Sprechfunktion betroffen. Der Patient weiß also, wie das Wort klingen soll, kann die entsprechenden Bewegungen jedoch nicht korrekt ausführen und die Sprache klingt häufig verwaschen. Daher wird zum Beispiel an der Ausführung der erforderlichen Bewegungen und bewussten Manipulation gearbeitet.

Die Dysarthrie gehört ebenfalls zu den Sprechstörungen. Die Funktion der, für das Sprechen benötigten, Muskulatur ist dabei eingeschränkt. Daher sind oft auch Bereiche wie Mimik, Kauen, und Schlucken betroffen. Es werden, je nach Hauptdiagnose, beispielsweise die Stimulation und Aktivierung der betroffenen Muskulatur mit Eis, Vibration oder durch Elektrotherapie vorgenommen. Die Stärkung der Muskulatur ist auch durch besondere Übungen ein Teil der Therapie.

Bei Patienten mit dem Störungsbild einer Dysphagie ist der Schluckakt betroffen. Hierbei ist es nötig, die einzelnen Phasen des Schluckens zu untersuchen, um dem Patienten die Nahrungsaufnahme im Alltag zu erleichtern und seine Lebensqualität wiederherzustellen oder zu erhalten. Dabei wird häufig ebenfalls die Stimulation und Aktivierung der betroffenen Muskulatur mit Eis, Vibration oder durch Elektrotherapie genutzt, die besonders hier aber auch der Förderung der Sensibilität gilt. Ebenso werden Übungen zur Kräftigung der am Schluckakt beteiligten Muskulatur durchgeführt. Im Vordergrund stehen die Sicherung der oralen Nahrungsaufnahme und die Aspirationsprophylaxe. Um das Aspirationsrisiko zu minimieren, kann beispielsweise eine Anpassung der Kost-Form erfolgen. Zudem erfolgt der Einsatz von Strategien oder Hilfsmitteln (z.B. Andickungsmittel) zur Kompensation der Schluckstörung.

Bei Patienten mit einer Fazialis-Parese ist die Lähmung von Nerven im (oro-) fazialen Bereich Ursache der Störung. Bei einer zentralen Fazialis-Parese ist lediglich der Mund-Ast betroffen, bei einer peripheren Fazialis-Parese betrifft die Störung auch die Muskulatur im Bereich der Stirn. Die Mimik des Patienten ist eingeschränkt und die orale Verarbeitung von Nahrung ist in vielen Fällen gestört.

Auch hier kann wiederum durch eine gezielte Stimulation und Aktivierung mithilfe der oben genannten Methoden die gesamten/ein Teil der Funktionen der betroffenen Muskulatur zurückgewonnen werden.

Die Dysphonie ist eine Störung der Stimmfunktion. Sie kann verschiedene Ursachen haben und je nach Ausprägung ist die Teilhabe der Patienten eingeschränkt. Je nach Ursache und Einschränkung, sind z. B. die Stärkung, oder Lockerung der Muskulatur und somit die Tonus-Regulierung, die Förderung einer physiologischen Sprechatmung, oder auch optimale Nutzung der Resonanzräume und Steigerung der Stimmleistung Ziel der Therapie. Dieses wird durch verschiedene Übungen, unter anderem in Anlehnung an die Kau-Phonation, oder auch durch ein funktionales Stimmtraining, erreicht.

In der Geriatrie spielt auch die Angehörigenberatung eine große Rolle. Durch den Einbezug der Angehörigen kann der Transfer der erarbeiteten Therapieinhalte in den Alltag erleichtert und der Erhalt der Therapieerfolge gesichert werden. Daher ist bei Bedarf auch die Beratung der Angehörigen möglich und erwünscht.

10 Psychologie

Zu den Aufgaben und Zielen der psychologischen Interventionen innerhalb der Geriatrischen Komplexbehandlung gehört die Ermittlung diagnostischer und therapeutischer Schwerpunkte der individuellen Behandlung der häufigsten Störungsbilder im Alter, wie z.B.:

- Demenz
- Depression
- Angststörungen
- psychotische Phänomene /Delir
- Schlafstörungen
- Schmerzstörungen
- Anpassungsstörungen

In einem Anamnesege­spräch werden psychosoziale Belastungen erarbeiten. Zu den häufigsten psychosozialen Belastungen im hohen Alter gehören:

- Verluste nahestehender Personen
- Familiäre Spannungen und Konflikte
- der eigene Umgang mit der zunehmenden physiologischen und kognitiven Funktionseinbuße
- die Einschränkungen der sozialen Partizipation und die Einsamkeit
- der Übergang in eine stationäre Wohnform (Pflegeheim)

Weiterhin erfolgte durch unsere Psychologin eine Auswertung und Interpretation der neuropsychologischen Screening-Verfahren (Mini-Mental-Status-Test, Uhren-Test, DemTect). Zusammen mit dem Anamnesege­spräch kann eine Beurteilung der mnestisch-kognitiven Leistungen des Patienten getroffen werden. Zudem werden auch affektive Störungen durch die Auswertung und Interpretation einer testgestützten Diagnostik (Geriatrische Depressionsskala) beurteilt. Zusammen mit den Geriatern wird eine ggf. bildgebende Gehirndiagnostik empfohlen und über eine mögliche psychopharmakologische Therapie beraten.

In enger Absprache mit den ärztlichen Kollegen wird eine Früh-Diagnostik und eine Verlaufsbeobachtung deliranter Verhaltensweisen (DOS-Scala) durchgeführt.

Um die häusliche Versorgung zu optimieren, ist eine enge Zusammenarbeit mit den Kollegen aus dem Sozialdienst und der Familialen Pflege notwendig.

Zur Verlaufsbeobachtung der emotionalen und kognitiven Situation des Patienten beziehungsweise eines Delirs, werden regelmäßige psychologische Visiten durchgeführt.

Die Schwerpunkte der lösungsorientierten psychologischen Gespräche entstammen dem Model der selektiven Optimierung und Kompensation (Baltes u. Carstensen 1996) zur besseren Anpassung an Lebensveränderungen, Belastungen und dem Älterwerden. Die Schwerpunkte der psychologischen Interventionen bei demenzerkrankten Patienten bilden der Einsatz der validierenden Techniken (nach Feil u. Richard), der Reminiszenz-Therapie und des Realitäts-Orientierungs-Trainings.

Insgesamt wirken die psychologischen Gespräche entlastend, stützend, motivierend, psycho-edukativ und während des stationären Aufenthaltes krankheitsbegleitend. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Trauerbegleitung. Spezifisch werden Entspannungstechniken (Atemtechnik, Visualisierung, Autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson) durchgeführt. Bedarfsorientiert und individuell wird auch eine Angehörigenberatung angeboten.

11 ERNÄHRUNGSBERATUNG

Die Ernährungsberatung betreut und berät Patienten, bei denen wegen ihres Ernährungszustandes oder aufgrund ihres Ernährungsbedarfes die durch den Kostformkatalog der Deutschen Gesellschaft für Ernährung ausgerichtete Ernährung nicht ausreicht. Zudem ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Ernährung sowie die frische Vor- und Zubereitung von Speisen mit täglich wechselndem Angebot, wie z.B. weiche, passierte und hochkalorische Kost, eine der Hauptaufgaben der Ernährungsberatung.

11.1 AUFGABEN

Die Ernährungsberatung erfüllt innerhalb unseres Teams folgende Aufgaben:

- Anamnese und Erfassung des Ernährungsstatus
- Beratung von Patienten und deren Angehörigen in Ernährungsfragen
- Beratung zu Sonderkostformen, z.B. bei Schluckstörungen - in Abstimmung mit der Ergotherapie
- Vor- und Zubereitung von Sonderkostformen nach ärztlicher Verordnung
- Ernährungsberatung und individuelle Betreuung von Patienten und Angehörigen durch die Diätassistentinnen

11.2 ZIELE

- Mangelernährung beheben und vorbeugen
- Verbesserung des Ernährungsstatus bei mangelernährten Patienten
- Optimierung der Patientenversorgung und der Patientenzufriedenheit
- Schulung der Patienten und deren Angehörigen, wie der Ernährungsstatus im häuslichen Umfeld gehalten und ggf. verbessert werden kann

12 SOZIALDIENST

Die Pflegeüberleitung unterstützt den Behandlungsprozess durch fachliche Hilfen im Hinblick auf persönliche und soziale Probleme, die aus der Multimorbidität des Patienten resultieren und Auswirkungen auf das Leben des Patienten und dessen soziales System haben. Daher wird bei der Aufnahme ein soziales Assessment mit dem Patienten erhoben.

Dieses ist in 5 Unterpunkte gegliedert:

- I. Wohnsituation/Wohnumfeld
- II. Pflegeversicherung und Pflegeleistungen
- III. Rechtliche Verfügungen
- IV. Häusliche/außerhäusliche Aktivitäten
- V. Hilfsmittel

Da die Patienten oftmals dement sind oder den aktuellen Versorgungsaufwand nicht adäquat einschätzen können, werden anschließend die Angehörigen, welche in der Versorgung eingebunden sind, zu diesen Punkten befragt. So werden direkt zu Beginn der Behandlung häusliche Schwierigkeiten und Defizite erkannt und können dementsprechend bis zum Behandlungsende behoben oder fachliche Hilfen installiert werden. Die wöchentliche Teamsitzung ist hierbei sehr hilfreich, da vom gesamten therapeutischen Team ein aktueller und prognostischer Status dargestellt wird. So können bestehende Probleme aufgegriffen und Lösungen erarbeitet werden. Vorrangiges Ziel bei der Hilfeplanung ist die Erhaltung größtmöglicher Selbständigkeit und Selbstbestimmung. In der Entlass-Planung arbeiten Sozialdienst, Familiäre Pflege und das therapeutische Team eng zusammen. Patient und Angehörige erhalten direkt beim Aufnahmegespräch das Hilfsangebot des Sozialdienstes und der Familialen Pflege zur Optimierung der häuslichen Versorgung und werden aktiv bei verbleibender Notwendigkeit im Verlauf des Aufenthaltes kontaktiert.

Tätigkeitsschwerpunkte:

- Beratung in Sozialrechtlichen Fragen und Einleitung von Sozialleistungen im Rahmen der Pflege- und Krankenversicherung
- Sicherung der Nachsorge durch Angebote im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich, z.B. Beantragung von Pflegehilfsmitteln, Einschaltung von ambulanten Pflegediensten, Anbahnung einer Kurzzeitpflege, Vollstationäre Pflege, Tagespflege oder Hospiz
- Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, die in Zusammenhang mit der Erkrankung/Multimorbidität oder deren Folgen stehen
- Unterstützung und Beratung des Patienten und seiner Bezugspersonen bei der Bewältigung von psychosozialen Problemen
- Erforderliche Vernetzung mit sozialen Hilfesystemen (Sozialamt, Sozialpsychiatrischer Dienst, Pflegestützpunkte, Versorgungsamt)

13 SEELSORGE

Besonders in einem christlichen Haus muss auf die Wertvorstellungen, aber auch auf die Vorlieben der uns anvertrauten Patienten eingegangen werden. Hier leistet die Seelsorge eine wertvolle Hilfe, die für Gespräche mit Mitarbeitern und auch für die Mitbetreuung von Angehörigen zur Verfügung steht. Sterbende werden von der Seelsorge sensibel begleitet.

14 KOOPERATIONSPARTNER

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

15 QUALITÄTSMANAGEMENT

15.1 INTERNE QUALITÄTSSICHERUNG

Das Fachkrankenhaus Kloster Graftschaft GmbH pflegt, entsprechend der Anforderungen der Sozialgesetzbücher V, VIII und XI, ein Qualitätsmanagementsystem und lässt dieses regelmäßig durch externe Audits überwachen.

Nach mehrjähriger Erfahrung mit unterschiedlichen Qualitätsmanagement-Systemen orientiert sich die GmbH seit 2002 an der DIN EN ISO 9001, die die größte Unabhängigkeit von der Art der Dienstleistung hat und so in allen Leistungsbereichen anwendbar ist.

Qualitätsmanagement (QM) bedeutet für die Fachkrankenhaus Kloster Graftschaft GmbH:

Ziele des Unternehmens werden aus dem Leitbild und der Qualitätspolitik abgeleitet und regelmäßig hinsichtlich Aktualität und notwendiger Anpassungen diskutiert (u.a. in der jährlichen Managementbewertung). Prozesse, die zur Erbringung der Dienstleistungen der verschiedenen Einrichtungen und Abteilungen erforderlich sind, werden regelmäßig überprüft, notwendige Verbesserungs- oder Korrekturmaßnahmen werden vereinbart (u.a. in zahlreichen internen und externen Audits, Begehungen und weiteren Gremien).

Informationen über die Anforderungen der Stakeholder an die Einrichtungen und Abteilungen werden kontinuierlich eingeholt, um die Dienstleistungen soweit wie möglich auf die Wünsche der Stakeholder abzustimmen (u.a. durch gezielte Befragungen, Auswertung von Bewertungsbögen und durch Verbesserungsvorschläge oder Rückmeldungen). Ressourcen, die für die Erbringung der Dienstleistung zur Verfügung stehen, werden regelmäßig hinterfragt und hinsichtlich der Erfordernisse im Sinne der Stakeholder- und Mitarbeiterorientierung überprüft. Hierbei sind personelle Ressourcen ebenso gemeint, wie die Arbeitsumgebung und die Bereitstellung der erforderlichen Arbeitsmittel. Regelmäßige Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen des Personals werden vereinbart und gefördert. Mitarbeiter werden kontinuierlich über die Entwicklungen und aktuellen Planungen des Unternehmens informiert, um ihnen eine Mitwirkung an der ständigen Anpassung und Verbesserung ihrer täglichen Arbeitsprozesse im Sinne des QM-Systems zu ermöglichen

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

- die ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung, stationär, und ambulant im Fachbereichen Innere Medizin
- Zusätzliche Leistungen im Sinne einer Dienstleister-Stakeholder-Beziehung sind die labormedizinische und mikrobiologische Diagnostik und Beratung sowie transfusionsmedizinische Versorgung
- die pharmazeutische Logistik, Arzneimittelinformation und -beratung, Herstellung von Rezeptur-, Defekturarzneimitteln und Zytostatika, pharmazeutische Begleitung der Zytostatika-Therapie für die Kliniken des Unternehmens und externe Partner
- die validierte Aufbereitung von Medizinprodukten incl. Reparatur- und Wartung von Instrumenten für alle Kliniken des Unternehmens und externe Partner
- die kontinuierliche Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements
- die Pflege, Überwachung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems hat der Geschäftsführer Frau Spiekermann übertragen. „Beauftragte der Obersten Leitung (BOL)“ im Sinne der DIN EN ISO 9001:2015.

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

15.2 EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG

Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS)

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

16 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

16.1 GRUNDSÄTZLICHES

Ziel der Öffentlichkeitsarbeit ist es, mit Information und Kommunikation langfristig ein geändertes Image der Einrichtung aufzubauen, zu gestalten und zu erhalten. In diesem Zusammenhang wenden wir uns an dem Einzugsbereich, der in dem Kerngebiet Schmallingenberg liegt auch die angrenzenden Regionen des HSK einbeziehen. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei den BEZUGSGRUPPEN der Organisation zuteil, also etwa Patienten, Angehörigen, Bürgern, dem Gesetzgeber, Kunden, Lieferanten, Medien, Mitarbeitern usw.

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

In enger Abstimmung mit der Geschäftsführung sind dies:

16.2 PRESSEARBEIT

Initiierung von Pressemitteilungen, Organisation von Pressekonferenzen, Beantworten von Presseanfragen; Anzeigen in Zeitschriften incl. Imageartikel

16.3 MEDIENGESTALTUNG

Erstellen von Broschüren, Flyern, Anzeigen, Internet-Seiten

16.4 VERANSTALTUNGSORGANISATION

Informationsveranstaltungen und Seminare mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhausärzten, Sozialdiensten der Krankenhäuser; Seminare für Patienten und Angehörige; Messen; Einladung von Seniorengruppen, Verbänden oder Vereinen zur Vorstellung der Einrichtung; Beteiligung des Chefarztes/ der Chefärztin an Veranstaltungen und den Arzt-Patientenseminaren des Fachkrankenhauses Kloster Grafschaft; 3-tägige Demenzpflegekurse; 3-tägige Intensivpflegekurse

16.5 INTERNE KOMMUNIKATION

Spezielle Informationen zur Geriatrie, Planung und Durchführung von Veranstaltungen für Mitarbeiter, Schulung von Mitarbeitern.