

DGCC – Fachtagung 2006

Entwicklungen im Case Management –
Wachsende Fachlichkeit
und wechselnde Praxiserfahrungen

Das Gesundheitsmanagement der Geriatrie in der vernetzten Versorgung

R. Neubart, Evangelisches Krankenhaus Woltersdorf

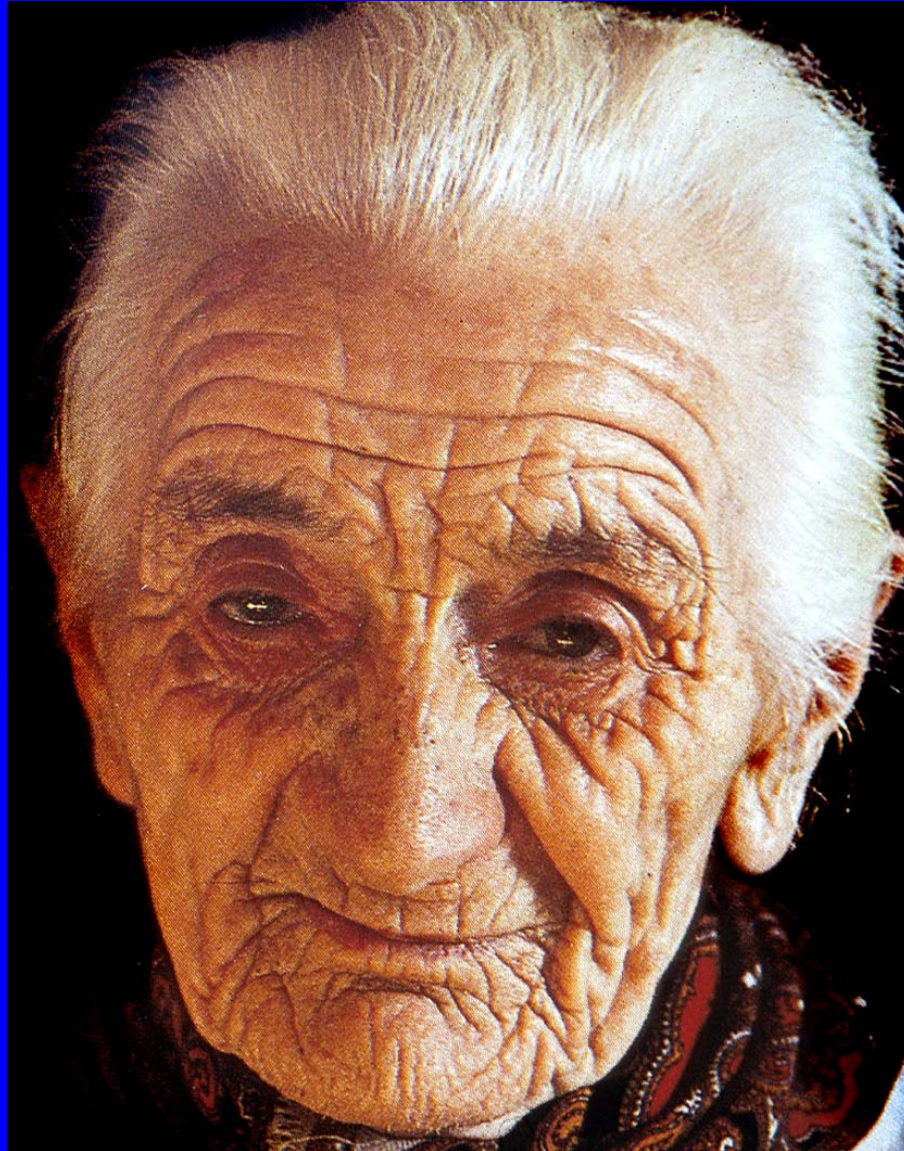
31. Januar 2006

Geriatrie

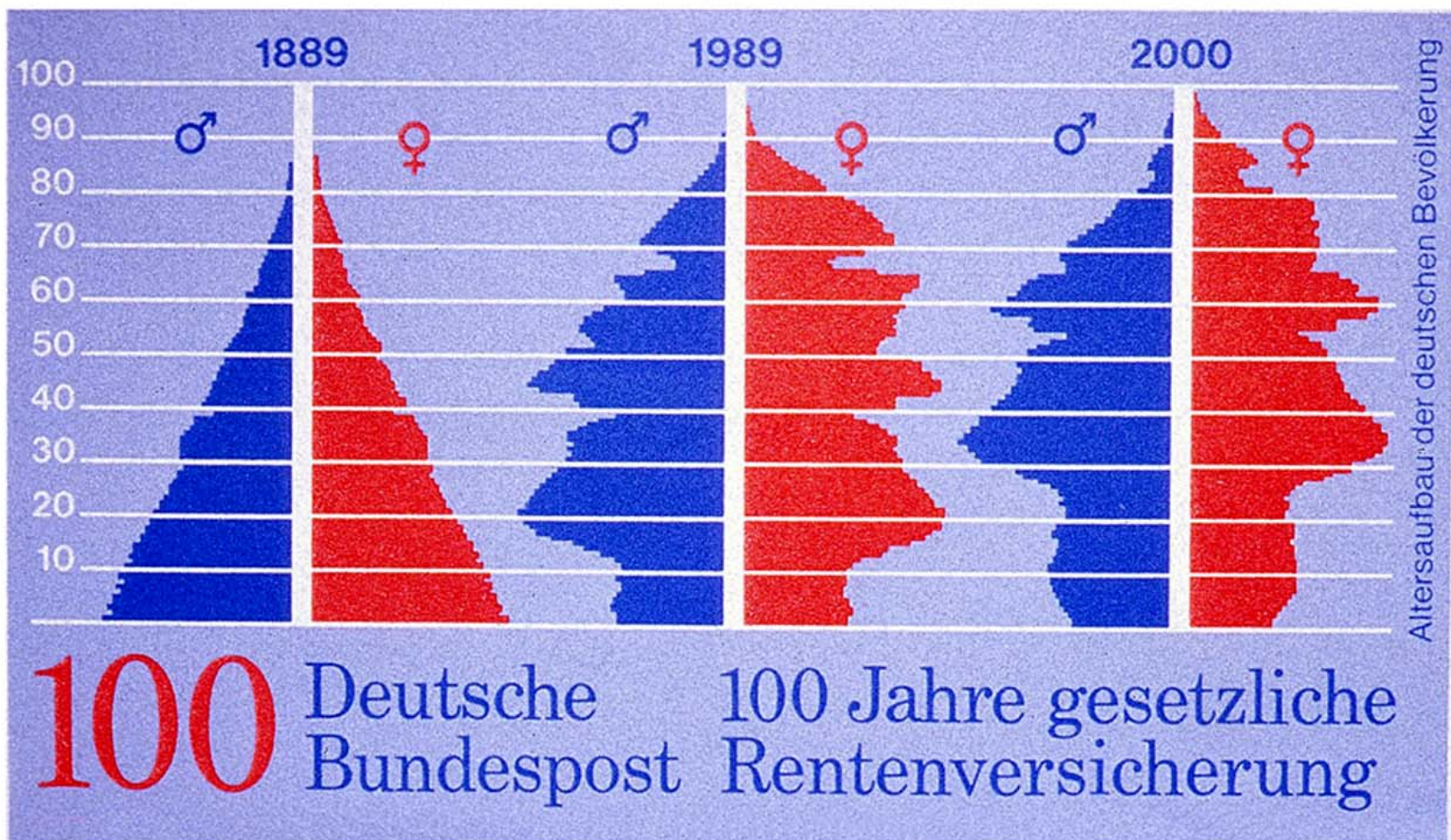


Evangelisches Krankenhaus Woltersdorf

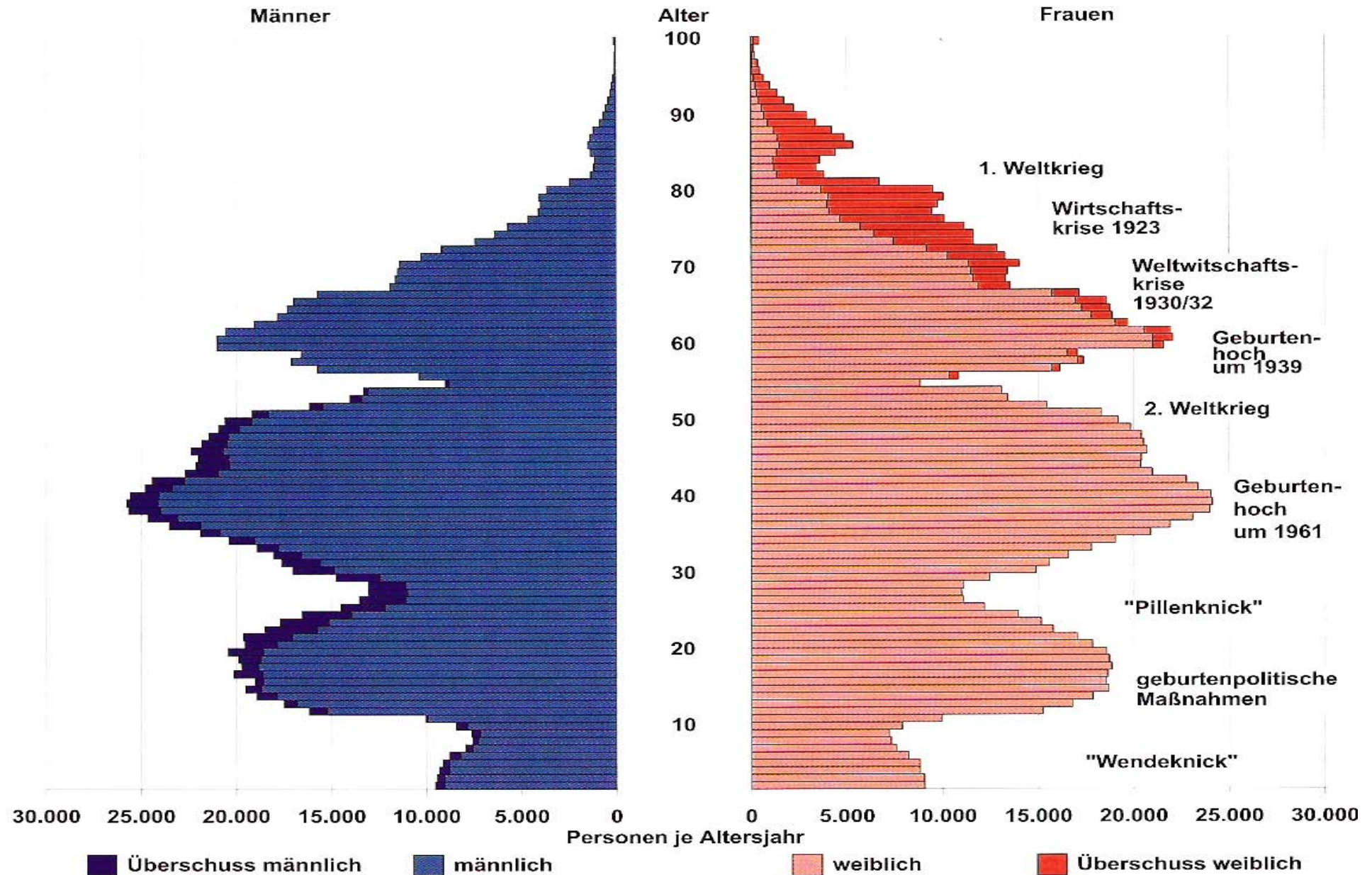
Ärztlicher Leiter: Dr. med. Rainer Neubart



Lebensqualität ist
(weitgehend) unabhängig
vom Alter!



Altersaufbau der Bevölkerung Land Brandenburg im Jahr 2000



Der geriatrische Patient

zeichnet sich aus durch

- Multimorbidität (Mehrfacherkrankung)
- Chronizität (langwieriger Krankheitsverlauf)
- schwerwiegende Krankheitsfolgen
 - Störungen der Mobilität
 - Störungen der Aktivitäten des täglichen Lebens
 - Störungen der Kommunikation
 - Probleme der Krankheitsverarbeitung (Coping)
- die Verflechtung der medizinischen mit den sozialen Problemen

Erfordernisse und Realität der heutigen Gesundheitsversorgung älterer Menschen

Das Problem	notwendig wäre	die Realität
Multimorbidität	ganzheitlicher Therapieansatz	Organ-zentrierte Medizin
Chronizität	langfristiges Konzept	möglichst kurzer Krankenhausaufenthalt
Fähigkeitsstörungen	Akutmedizin + Rehabilitation	symptombezogene Akutmedizin
Einbeziehung auch sozialer Probleme	komplexes Gesundheitsmanagement	Abbau von Stellen in der Sozialarbeit

Geriatrisches Prinzip:

Es gilt nur das als erfolgreich, was sich im
originären Lebensumfeld des Patienten bewährt.

Was braucht ein geriatrischer Patient?

- Engagement
- Empathie
- eine Analyse der meist komplizierten Gesundheitssituation (einschließlich der sozialen Begleitumstände)
- eine ganzheitliche Therapie
- ein umfassendes Gesundheitsmanagement

Dimensionen eines geriatrischen Versorgungssystems

- kurative Maßnahmen,
- rehabilitative Aktivitäten,
- palliative Medizin,
- (sekundär-) präventive Maßnahmen,
- Integration sozial flankierender Maßnahmen,
- Hilfsmittelversorgung,
- Wohnraumanpassung sowie
- konsequente Weiterleitung des Patienten an die der Behandlungsphase adäquate Institution

Das therapeutische Team

- Ärzte
 - Krankenpflege
 - Physiotherapie
 - Ergotherapie
 - Sprachtherapie
 - Psychologie
 - Sozialarbeit
 - Seelsorge
- und: - Angehörige !

Geriatric

Geriatric in Brandenburg





Geriatrisches Assessment

- 1) Anamnese und körperlicher Status
- 2) Psychischer Status
- 3) Subjektives Befinden
- 4) Medizinische Daten
- 5) ADL-Status*
- 6) Mobilität
- 7) Kommunikationsfähigkeit
- 8) Wohnverhältnisse
- 9) Soziales Umfeld
- 10) Ökonomischer Status

*ADL = „activities of daily living“, Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Waschen, Anziehen, Essen

Determinanten für ein nachhaltiges Gesundheitsmanagement

- Kompetenz der Beteiligten
- zielorientiertes Handeln
- vernetzte Strukturen
- gute Kommunikation und Kooperation („Überleitungsmanagement“)
- gemeinsames Qualitätsmanagement

Determinanten für ein nachhaltiges Gesundheitsmanagement

- Kompetenz der Beteiligten
- zielorientiertes Handeln
- vernetzte Strukturen
- gute Kommunikation und Kooperation („Überleitungsmanagement“)
- gemeinsames Qualitätsmanagement

Basis-Kurs Altersmedizin („BKA“)

Thema	Kapitel	h
Einführung	E	2
Geriatrie: Grundlagen	G	2
Der Geriatrische Patient	P	16
Assessment	A	4
Therapeutisches Team	T	20
Geriatrische Rehabilitation	R	4
Strukturen der Geriatrischen Versorgung	V	8
Umfassendes Gesundheitsmanagement bei Geriatrischen Patienten	M	6
Rechtliche und ethische Grundlagen	J	8
Geriatrische Syndrome	S	16
Spezielle Erkrankungen in der Geriatrie	K	26
Ganzheitliche Therapie und Beispiele der Anwendung	B	8
Hospitation in Geriatrischen Institutionen	H	40
		160 Stunden

Ansprechpartner: Geriatrische Akademie Brandenburg, ☎ 03362 / 779-200

Determinanten für ein nachhaltiges Gesundheitsmanagement

- Kompetenz der Beteiligten
- zielorientiertes Handeln
- vernetzte Strukturen
- gute Kommunikation und Kooperation („Überleitungsmanagement“)
- gemeinsames Qualitätsmanagement



Geriatrie

Die Festlegung von Behandlungszielen in der Geriatrie

1. Analyse der komplexen Problematik

⇒ Geriatisches Assessment im Therapeutischen Team

2. Analyse der Therapieoptionen

⇒ Was ist medizinisch / rehabilitativ / palliativ erreichbar?

3. Dialog mit dem Patienten

- gründliche Information zu seinem Gesundheitsstatus (soviel er wissen will)
- Informationen zu therapeutischen Möglichkeiten
 - medizinisch
 - rehabilitativ
 - palliativ
 - in bezug auf die erreichbare Lebensqualität
- Berücksichtigung seiner Wertesysteme
- Einbeziehung der sozialen Umgebung

4. Festlegung der Therapieziele



Geriatrie

Beispiele von Behandlungszielen

Medizinische Diagnostik:	Ursache von Stürzen Klärung einer Gewichtsabnahme
Medizinische Therapie:	Einstellung der Zuckerkrankheit Akuttherapie des Schlaganfalls
Pflege:	Transfer in der PT erlernten Mobilität in der Alltag Abheilung eines Dekubitus
Physiotherapie:	Rollstuhlmobilität Freies Gehen
Ergotherapie:	Verbesserung der Sensibilität in der Hand Selbstständigkeit bei der Körperpflege
Sprachtherapie:	Schlucken ohne Aspiration ungestörte Kommunikation mit der Familie
Psychologie:	Krankheitsverarbeitung Verbesserung der Konzentration

Determinanten für ein nachhaltiges Gesundheitsmanagement

- Kompetenz der Beteiligten
- zielorientiertes Handeln
- vernetzte Strukturen
- gute Kommunikation und Kooperation („Überleitungsmanagement“)
- gemeinsames Qualitätsmanagement

Gerinet Brandenburg



Netzwerkpartner: „Andere Dienstleister“

Netzwerkpartner Hier sind insbesondere Firmen zu nennen, die Kompetenz in folgenden Gebieten aufweisen, die sie in die Arbeit des Geriatriischen Netzwerkes einbringen können:

- Versorgung komplizierter Wunden
- Stomaversorgung
- Ernährungsmanagement, inklusive PEG
- Heimbeatmung

Für diese Netzwerkpartner gelten dieselben Regeln wie für die orthopädischen Firmen.

Geriatrie

Projekt GeriNet:

Prinzipien der Zusammenarbeit im Netzwerk

- Die Lebensqualität und Selbstständigkeit der betroffenen Patienten (bzw. Klienten oder Bewohner) steht im Vordergrund.
- Alle interventionellen Maßnahmen (Behandlungen, Therapien) sollen möglichst wohnortnah stattfinden. (Prinzip: Ambulant vor stationär!)
- Jede Institution hat zu prüfen, ob der Patient nicht von einem anderen Partner des Netzes in der gegenwärtigen Phase noch besser behandelt werden kann (optimale Allokation).
- Alle Partner handeln sparsam und preisbewusst.

Determinanten für ein nachhaltiges Gesundheitsmanagement

- Kompetenz der Beteiligten
- zielorientiertes Handeln
- vernetzte Strukturen
- gute Kommunikation und Kooperation („Überleitungsmanagement“)
- gemeinsames Qualitätsmanagement

Geriatrie

Überleitungsbogen

Seite 1

Arbeitsgruppe Patientenüberleitung
Geriatrische Akademie Brandenburg e. V.

Verlegung in / nach

P atienten
Ü
B er-
L eitung
I m
G eriatrischen
Q ualitätsmanagement

Absender:

Patientenüberleitung

Name des Patienten:

Größe: cm

Geburtsdatum:

Gewicht: kg

Anschrift:

Patientenverfügung vorhanden: ☐

Diagnosen:

Pflege-relevante

☐ Harninkontinenz (s.u.)

Diagnosen:

☐ Stuhlinkontinenz (s.u.)

☐ Offene Wunde(n) (s.u.)

☐ Schluckstörung (s.u.)

☐ _____

☐ _____

☐ _____

Soziale Situation:

☐ Allein lebend

☐ Mitbewohner:

☐ Unterstützung durch:

☐ Pat. steht unter Betreuung. Betreuer: _____ Betreuung beantragt: ☐

☐ Pflegestufe: _____

Pflegestufe beantragt: ☐

Bezugsperson(en): _____

Wohnung:

☐ Etage: _____

☐ Fahrstuhl

☐ Stufen: _____

Kooperationspartner im Gesundheitsmanagement:

☐ Hausarzt: _____

☐ Pflegedienst / Heim: _____

Weitere Partner (z.B. Fachärzte, Therapeuten):

☐ _____

☐ _____

Orientierung

ungestört: ☐

Probleme:

☐ Demenz (s.u.)

Kommunikation

ungestört: ☐

Hörgerät: ☐

Brille: ☐

☐ Aphasie

☐ andere Sprach- / Sprechstörung

☐ Tracheostoma Ch: _____ gewechselt am _____

☐ sonstiges:

Mitgeführte Papiere und Wertsachen:



Überleitungsbogen

Seite 2



Mobilität Vorhandene Hilfsmittel: _____	Alltagsaktivitäten Vorhandene Hilfsmittel: _____ Zahnprothese oben ☐ unten ☐
---	--

BARTHEL – Index	Summe: _____ Punkte
------------------------	----------------------------

Bett / Rollstuhl-Transfer	(unabhängig (15), geringe. Hilfe (10), erhebliche Hilfe (5), nicht selbstständig (0))
Fortbewegung Ebene	(unabhängig (15), geringe. Hilfe (10), Rollstuhl-mobil (5), nicht selbstständig (0))
Treppensteigen	(steigt unabhängig eine Treppe (10), benötigt Hilfe (5), nicht selbstständig (0))
Essen	(unabhängig (10), benötigt etwas Hilfe (5), nicht selbstständig (0))
An- und Auskleiden	(unabhängig (10), benötigt Hilfe (5), nicht selbstständig (0))
Waschen	(unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen (5), nicht selbstständig (0))
Baden	(unabhängig bei Voll- und Duschbad (5), nicht selbstständig (0))
Toilettenbenutzung	(unabhängig (10), benötigt Hilfe (5), nicht selbstständig (0))
Stuhlkontinenz	(Stuhlkontrolle (10), Inkontinenz max. 1/Woche (5), häufige Inkontinenz (0))
Urinkontinenz	(Urinkontrolle, ggf. DK (10), Inkontinenz max. 1/Tag (5), häufige Inkontinenz (0))

Ernährung / Schlucken

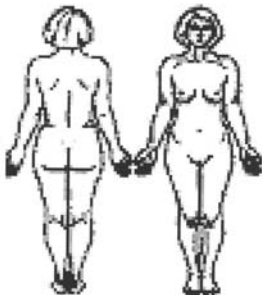
 Kostform: _____
 Trinkmenge überprüfen ☐
 PEG vorhanden ☐ Ch: _____gelegt am _____

Wunden:

Ausscheidung

 letzter Stuhlgang:
 DK transurethral ☐ Ch: _____gewechselt am _____
 suprapubisch ☐ Ch: _____gewechselt am _____
 Enterostoma ☐ Gr: _____gewechselt am _____

Körperschema:



Weitere Angaben:
 (z.B. auch Hautzustand, Risiken, Schlafstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Interessen und Vorlieben)

Ich bin mit der Weitergabe dieser Daten einverstanden

Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift Patient / Betreuer
-------	--------------	-------	---------------------------------

Anlagen:
☐ Ärztlicher Bericht / Epikrise
 ☐ Therapiebericht/e
 ☐ _____
☐ Beiblatt Ernährung
 ☐ Beiblatt Wundversorgung
 ☐ _____
☐ Beiblatt Medikamente
 ☐ Beiblatt Sturzrisiko
 ☐ _____

Determinanten für ein nachhaltiges Gesundheitsmanagement

- Kompetenz der Beteiligten
- zielorientiertes Handeln
- vernetzte Strukturen
- gute Kommunikation und Kooperation („Überleitungsmanagement“)
- **gemeinsames Qualitätsmanagement**

GeriNet: Qualitätsmanagement

- Zugangskriterien
- Regeln der Kooperation
- Qualitätszirkel
- Netzwerk - Konferenz
- Geriatriekonferenz Brandenburg

Gesundheitsmanagement: Probleme

- keine klaren Zuständigkeiten
- keine wirtschaftlichen Anreize
- erhebliches Beharrungsvermögen in alten Strukturen
- wenig Kompetenz in neuen Inhalten



Therapie:
Training