



Empfehlungen für die Patientenüberleitung zur klinisch-geriatrischen Behandlung in Hessen

Fachausschuß "Qualitätssicherung in der Geriatrie"

Dr. W. Deetjen, Dr. K. Hahn, Dr. W. Knauf, Professor W. Vogel, Dr. H-J. Werner

1. Einleitung

Das nach dem Hessischen Geriatriekonzept in den letzten Jahrzehnten aufgebaute umfassende geriatrische Versorgungsnetz in Hessen ermöglicht eine zeitgemäße, fachlich qualifizierte, wohnortnahe und in der Regel fallabschließende Behandlung geriatrischer Patienten. Diese sind durch höheres Lebensalter (über 65 Jahre), das Vorhandensein meist mehrerer, sich gegenseitig beeinflussender, akuter als auch chronischer Krankheiten (Multimorbidität) und Behinderungen, sowie den daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen gekennzeichnet. Während die nach der ICD-Klassifikation dokumentierten Haupt- und Nebendiagnosen die Krankenhausbehandlung begründen, beschreibt das ICIDH-Konzept (Impairment, Disability, Handicap) die Auswirkungen der Erkrankung(en) bzw. der altersassoziierten Funktionsminderung(en). Sinnvollerweise ist im Hessischen Geriatriekonzept die kurative mit der frühzeitig einsetzenden rehabilitativen Behandlung verknüpft.

Die Geriatrie ist in Hessen mit zwei Ausnahmen im Planbettenbereich nach § 108 SGB V angesiedelt und geht vom Grundsatz der fallabschließenden Behandlung aus. Klinische Geriatrie umfaßt sowohl kurativ-medizinische als auch rehabilitative Aufgaben. Im Rahmen der Krankenhausbehandlung steht sie auch für die Direkteinweisung

durch niedergelassene Ärzte zur Verfügung.

Im Falle der Verlegung aus anderen medizinischen Fachabteilungen bzw. vorbehandelnden Krankenhäusern hat die geriatrische Behandlung so früh wie möglich nach der fachspezifischen Akutbehandlung einzusetzen. Aus diesem Grund wird ein geeignetes Überleitungsverfahren vorgeschlagen. Die Aufgabenbereiche indikationsspezifischer Rehabilitationseinrichtungen für Patienten, welche die Kriterien der AHB-Fähigkeit erfüllen, bleiben unberührt.

Die vorliegenden Empfehlungen charakterisieren diejenigen Patienten, die einer klinisch-geriatrischen Behandlung zugeführt werden sollen und werden ergänzt durch zweckmäßige Verfahrenswege (Konsile, Telefonanrufe, schriftliche Anmeldungen, usw.). Dadurch werden zeitaufwendige Rückfragen, ärztliche Stellungnahmen und letztlich Fehlbelegungen vermieden.

Die Empfehlungen sollen zu fachgerechten Aufnahmekriterien und einfach zu handhabenden Überleitungsverfahren führen. Damit soll sichergestellt werden, daß der geeignete Patient zum richtigen Zeitpunkt in die richtige Einrichtung aufgenommen wird. Langfristig sind Kooperationsvereinbarungen zwischen geriatrischen Kliniken und Krankenhäusern ohne geriatrische Klinik bzw. Fachabteilung anzustreben.

2. Aufgaben der Klinischen Geriatrie

Diagnostik und Therapie von akuten und chronischen Krankheiten und Krankheitsfolgen im Alter, ausgehend von Ätiologie, Pathogenese und Schä-

digung (Impairment), jedoch unter der fachspezifisch besonderen Berücksichtigung von Fähigkeitsstörung (Disability) und Beeinträchtigung (Handicap). Zu den Krankheitsfolgen gehören insbesondere Fähigkeitsstörungen im Bereich der Mobilität, der Sprache und nonverbalen Kommunikation, der Kognition und anderer alltagsrelevanter cerebraler Funktionen (Antrieb, Affekt, Orientierung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Urteilsfähigkeit), der orofacialen Funktionen (Kau-, Schluck-, Eß- und Sprechstörung), der Kontinenz sowie kombinierte Fähigkeitsstörungen.

- ▶ Formulierung eines individuellen alltagsrelevanten Behandlungsziels unter Berücksichtigung des prämorbidem Zustands, der persönlichen Ressourcen und des sozialen Umfelds.
- ▶ Spezifische Beobachtung und Anpassung der Behandlungsziele unter Berücksichtigung der Ergebnisse des multiprofessionellen geriatrischen Assessments im Behandlungsverlauf.
- ▶ Erhaltung bzw. Steigerung der Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL).
- ▶ Wiederherstellung von verloren gegangenen Funktionen.
- ▶ Unterstützung zur Erhaltung des Wohnumfelds bzw. Organisation der Weiterversorgung in einem vom Patienten gewünschten Umfeld.
- ▶ Strukturierte Organisation der Entlassung aus der Klinischen Geriatrie und Sicherung der Weiterversorgung.
- ▶ Erhaltung bzw. Steigerung von Lebensqualität.

Mit Blick auf die hoch spezialisierte und kostenintensive Behandlung in ei-

Schlüsselwörter

Geriatrische Kliniken – Anmelde- und Zugangsverfahren – Indikation für klinisch-geriatrische Behandlung – Behandlungskriterien – Qualitätssicherung Gemidas

ner geriatrischen Einrichtung ist die rechtzeitige und korrekte Platzierung entsprechend behandlungs- und rehabilitationsbedürftiger bzw. -fähiger Patienten erforderlich. Im Zweifel ist die geriatrische Behandlung auf Probe sinnvoll, um die Ressourcen des Patienten im Verlauf einschätzen und dem Rechtsanspruch auf „Rehabilitation vor Pflege“ gerecht werden zu können. Daraus ergeben sich folgende Behandlungskriterien.

3. Behandlungskriterien

Kriterien zur voll- und teilstationären geriatrischen Behandlung sind in der Regel:

- ▶ hohes Lebensalter
- ▶ Multimorbidität bzw. typisches geriatrisches Syndrom
- ▶ alltagsrelevante Fähigkeitsstörung
- ▶ Notwendigkeit einer multimodalen Komplexbehandlung einschließlich geriatrischem Assessment
- ▶ positive Behandlungs- und/oder Rehabilitationsprognose

In jedem Fall ist eine fachgeriatrische Einzelbegutachtung erforderlich, da keine der vorhandenen Assessmentskalen alle funktionellen Aspekte der Patienten bzw. den Schweregrad der Erkrankungen während der verschiedenen Krankheitsphasen ausreichend beschreiben kann. Eine bereits erfolgte Einstufung in eine Pflegestufe nach SGB XI ist per se kein Grund, eine geriatrische Behandlung abzulehnen.

4. Verfahren

Es bestehen verschiedene Zugangswege, wie Patienten in geriatrische Kliniken/Fachabteilungen aufgenommen werden können. Der Fachausschuß „Qualitätssicherung in der Geriatrie“ empfiehlt die Benutzung eines standar-

disierten Anmeldeformulars, das zur Patientenüberleitung in die klinisch-geriatrischen Einrichtungen einheitlich in Hessen benutzt werden soll.

4.1. Zugangswege in die Klinische Geriatrie

Die Zugangswege lassen sich wie folgt einteilen:

4.1.1. Zuweisungen aus anderen Krankenhausabteilungen

Zuweisungen bzw. Anmeldungen von anderen Krankenhäusern sollen in Hessen zukünftig durch ein standardisiertes Anmeldeformular erfolgen. Der Weg über ein regelhaftes geriatrisches Konsil mit geriatrischem Assessment hat sich in Wiesbaden seit 1998 bewährt. Dieses Konsil findet zunehmende Akzeptanz zwischen dem Geriater und dem jeweiligen Akutmediziner bzw. dem gesamten klinischen Umfeld zuweisender Abteilungen. Nachteilig ist der hohe personelle und zeitliche Aufwand.

4.1.2. Zugang über die Krankenhausnotaufnahme

Bei diesem Verfahren haben die medizinischen Disziplinen eine gleichberechtigte und aktive Rolle im Aufnahmeverfahren, wobei dem Geriater die Möglichkeit verbleibt bzw. er dafür zuständig ist, einen der Geriatrie zugewiesenen Patienten in der für den Patienten am besten geeigneten Versorgungsform (vollstationär/Tagesklinik) aufzunehmen. Dadurch lassen sich Fehlplatzierungen von Patienten weitgehend vermeiden. Vorverweildauern fallen weg, die Liegedauer verkürzt sich.

4.1.3. Direkte Einweisung über den Hausarzt

Niedergelassene Kollegen können Pa-

tienten direkt in die geriatrische Klinik/Fachabteilung mit Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V einweisen.

Für die Aufnahme in geriatrische Kliniken/Fachabteilungen mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V ist ein Antrag auf Kostenübernahme beim Kostenträger zu stellen.

4.2. Typische Indikationen

Es gelten für die geriatrische Patienten folgende typische Indikationen:

4.2.1. Ältere Patienten mit Krankheitsbildern, mit einem hohen Rehabilitationsbedarf

Das sind Patienten, die neben fachärztlicher Kompetenz intensive therapeutische Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie und Sozialdienst einzeln oder in Kombination benötigen, um eine akute Erkrankung und deren Folgen zu überwinden und die Selbständigkeit zu erhalten bzw. wieder zu gewinnen.

Hierzu gehören insbesondere:

a) Patienten mit

- Schlaganfall und Schlaganfallfolgen
- Parkinson Syndrom und Begleiterkrankungen
- akute und/oder chronische Knochen-, und Gelenkerkrankungen
- chronische AVK und ihre Folgeerkrankungen
- Amputation
- sonstige Bewegungsstörungen

b) Patienten nach

- längerer Bettlägerigkeit
- operativ/konservativ versorgt Traumata
- Gelenkersatzoperationen
- neurochirurgischen Operationen
- anderen schweren Operationen

Anzeige

Positionieren Sie sich richtig!

30 Mio. Deutsche nutzen das Internet.

Manche suchen Informationen.

Manche suchen Hilfe.

Manche suchen einen Spezialisten.

Und finden Ihre Homepage.

Webdesign - Programmierung - Standesrecht - Fachtexte - Behindertengerechte Gestaltung - Hosting - Support

Dr. med. Schröter & Schröter
Internetmarketing für Kliniken,
Arztpraxen und Apotheken
<http://www.webizin.de>
Tel.: 0177-8452934

webizin.de





4.2.2. Multimorbidität

Dekompensation des Patienten mit mehreren gleichzeitig bestehenden, aktiven, interagierenden Erkrankungen.

4.2.3. Akute und chronische Verwirrheitszustände

Akute und chronische Verwirrheitszustände im Alter sind in vielen Fällen Ausdruck gravierender Grunderkrankungen und erfordern gründliches geriatrisches Assessment und Management, gegebenenfalls unter Einbeziehung anderer Fachgebiete.

4.2.4. Akuterkrankung bei vorbestehender Demenz

Demenzranke werden häufig wegen Akuterkrankungen wie Pneumonie, Harnwegsinfekt, Herzinsuffizienz oder Frakturen in das Krankenhaus eingewiesen. Die klinische Geriatrie verfügt über die notwendige Kompetenz im Umgang mit der Demenzerkrankung und den begleitenden Komplikationen. Die Aufgabenstellung der Gerontopsychiatrie bezüglich der Demenzerkrankung bleibt hiervon unberührt.

4.2.5. Spezielle geriatrische Krankheitsbilder

- ▶ Immobilitätssyndrom
- ▶ Sturzkrankheit
- ▶ Kommunikationsstörungen
- ▶ Failure to thrive Syndrom (nutritive Störung)
- ▶ Posturale Hypotension
- ▶ Inkontinenz
- ▶ Fähigkeitsstörung unklarer Genese mit/ohne soziale Beeinträchtigung

Nicht geeignet sind Patienten:

- ▶ die intensiv-medizinischer Überwachung/Therapie bedürfen,
- ▶ die beatmungspflichtig sind,
- ▶ bei denen Selbst- und/oder Fremdgefährdung besteht,
- ▶ mit Erkrankungen, die nach Infektionsschutzgesetz gemeldet und isoliert behandelt werden müssen.

5. Qualitätssicherung

5.1. Dokumentation

Die Durchführung der genannten Aufgabenbereiche wird vom multi-professionellen geriatrischen Team unter der ärztlichen Verantwortung des Geriaters nach anerkannten Standards dokumentiert. Aus der Dokumentation sollen die Indikation, die Dauer, die Zielsetzung, die Maßnahmen, der Verlauf und das Ergebnis der geriatrischen Behandlung so hervorgehen, daß sie auch für nicht an der Behandlung beteiligte Geriater nachvollzogen werden können.

5.2. Ergebnisqualität

Seit 1999 wurde durch Initiative des „Fachausschusses Qualitätssicherung in der Geriatrie“ die Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm GEMIDAS der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatrischer Einrichtungen e.V. obligat für alle hessischen geriatrischen Fachabteilungen/Kliniken vorgeschrieben und umgesetzt.

Damit werden Daten erhoben zu:

- ▶ Patientendaten
- ▶ Verweildauer
- ▶ Vorverweildauer
- ▶ ICD-10-Diagnose
- ▶ Nebendiagnosen
- ▶ Status vor Aufnahme in der Geriatrie (Privatwohnung, Krankenhaus, Pflegeeinrichtung)
- ▶ Entlassung aus der Geriatrie (Privatwohnung, Krankenhaus, Pflegeeinrichtung)
- ▶ Behandlungsart (voll/teilstationär)
- ▶ Barthel-Index bei Aufnahme und Entlassung
- ▶ PPR-Einstufung bei Aufnahme und Entlassung
- ▶ Hilfsmittelverordnung
- ▶ MMSE (Mini-Mental-State-Examination nach Folstein)
- ▶ Timed up and go bei Aufnahme und Entlassung

Die Daten ermöglichen einen Überblick über das Leistungsspektrum der klinischen Geriatrie in Hessen. Ihre

kontinuierliche Erfassung und Auswertung erlaubt Quer- und Längsschnittuntersuchungen der Behandlungsergebnisse und eignet sich darüber hinaus für die interne, wie externe Qualitätssicherung geriatrischer Versorgung.

Kommentar:

Die Mitglieder des Fachausschusses Geriatrie der Geschäftsstelle Qualitätssicherung in Hessen GQH-Ärzte aus Geriatrie, Neurologie, Gerontopsychiatrie, des MDK Hessen sowie Vertreter des Pflegepersonals – haben die vorstehenden Empfehlungen für die Überleitung von Patienten in Geriatrische Kliniken/Fachabteilungen entwickelt. Damit liegt erstmals ein Papier vor, das einen Konsens zwischen geriatrisch tätigen Ärzten/Pflegepersonal und den Ärzten des MDK (und damit auch mit den Kostenträgern) in der leidigen Frage herstellt: Welche der alten Patienten benötigen fachgeriatrische Behandlung und sollten in Geriatrische Kliniken/Fachabteilungen eingewiesen werden.

Der Fachausschuß wünscht sich, daß Geriater im Rahmen des Geriatrischen Konsils, niedergelassene Ärzte und Ärzte in verlegenden Krankenhausabteilungen diese Empfehlungen zur Grundlage ihrer Entscheidung machen, wenn es um die Frage geht, ihre Patienten in Geriatrische Kliniken/Fachabteilungen einzuweisen. Andererseits geben die Empfehlungen dem MDK ein Instrument an die Hand, um die Indikation für fachgeriatrische Behandlung in den genannten Einrichtungen zu überprüfen.

Für die Geriater in den Geriatrischen Kliniken und Fachabteilungen sollen die Empfehlungen mehr Klarheit, weniger Fehleinweisungen und vielleicht auch etwas Entlastung von Bürokratie in Form von negativen MDK-Gutachten bringen.

Dr. Hansjörg Werner
Sprecher des Fachausschusses GQH
Geschäftsstelle Qualitätssicherung
Hessen, Eschborn
E-Mail: hanswerner@gmx.de