

Geriatrischer Behandlungspfad Hüftfraktur

**M. Gogol Klinik für Geriatrie
Coppenbrügge**

**BAGKGE Ständiger Ausschuss II
Frankfurt 13.04.2005**

Globales Ziel

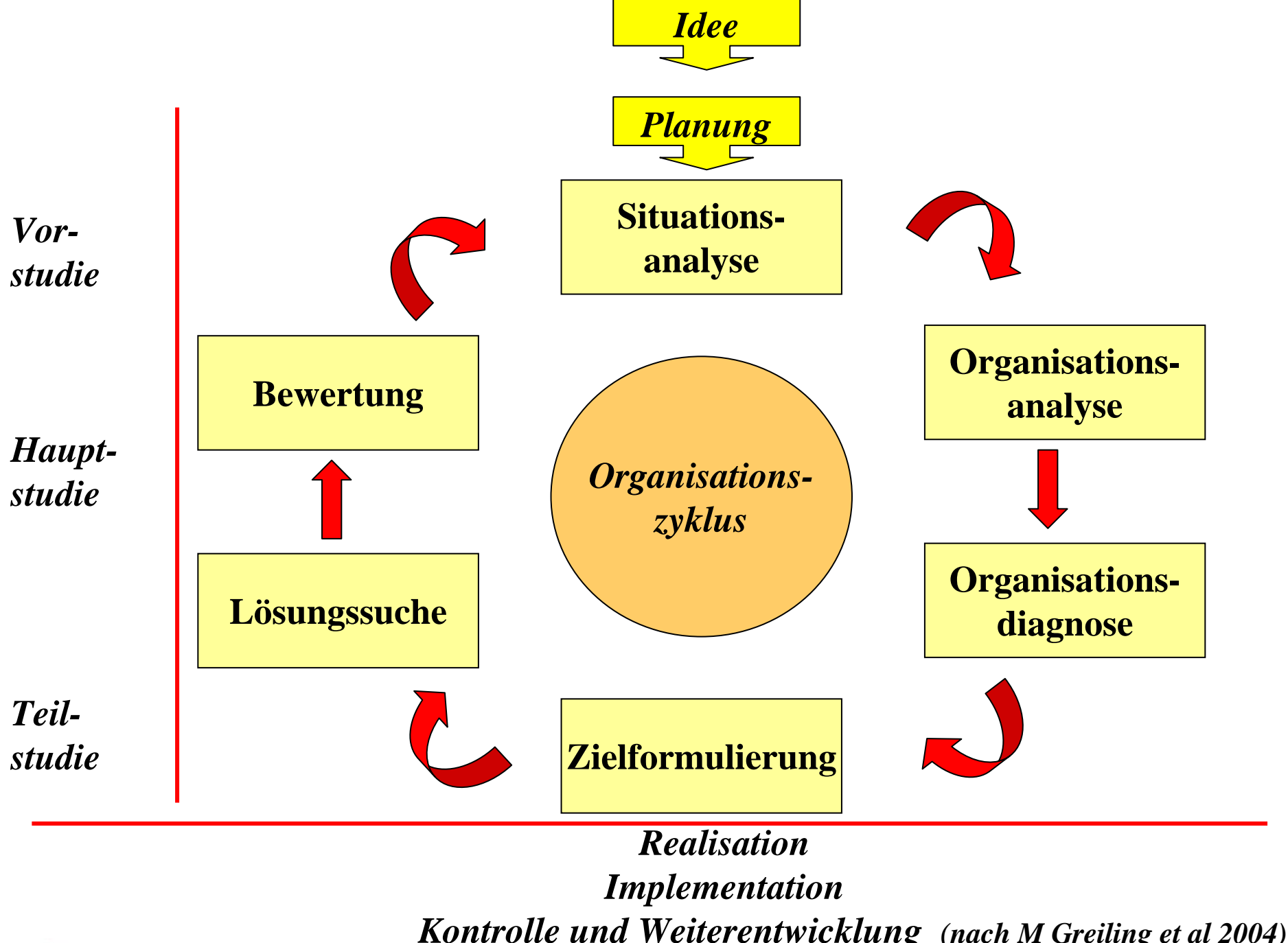
Krankenhaus soll idealerweise

- ✓ **Prozessorientiert**
- ✓ **Prozessstrukturiert**
- ✓ **Workflowbasiert**

sein.

Arbeitsschritte

- ✓ **Prozess-Dokumentation**
- ✓ **Ist-Analyse**
- ✓ **Prozess-Gestaltung**
- ✓ **Prüfung auf Eignung sowie Entwicklung eines Workflows**
- ✓ **Implementierung und Prozess-Evaluation**



*Vor-
studie*

*Haupt-
studie*

*Teil-
studie*

Idee

Planung

**Situations-
analyse**

Bewertung

**Organisations-
analyse**

**Organisations-
zyklus**

Lösungssuche

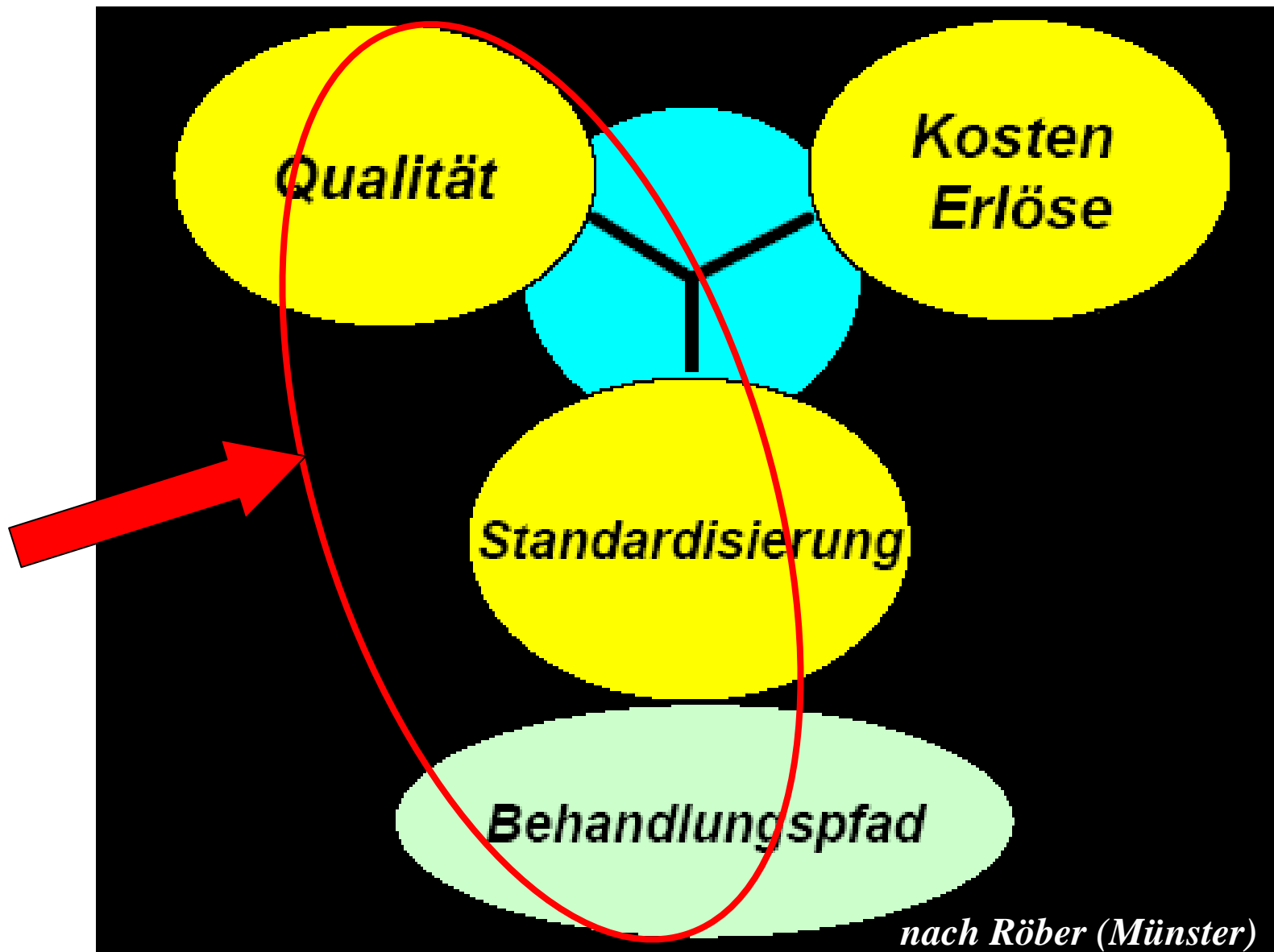
**Organisations-
diagnose**

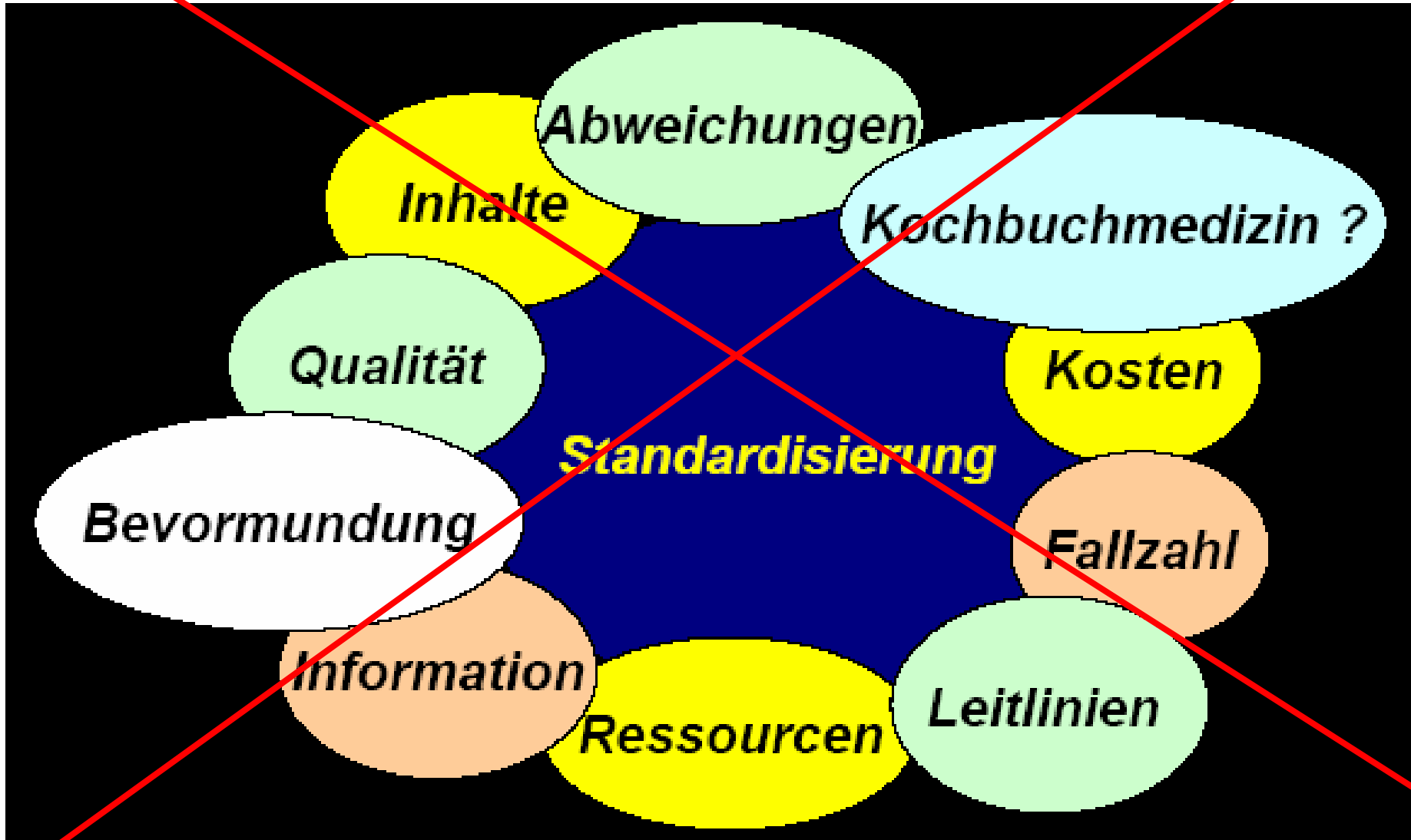
Zielformulierung

Realisation

Implementation

Kontrolle und Weiterentwicklung (nach M Greiling et al 2004)

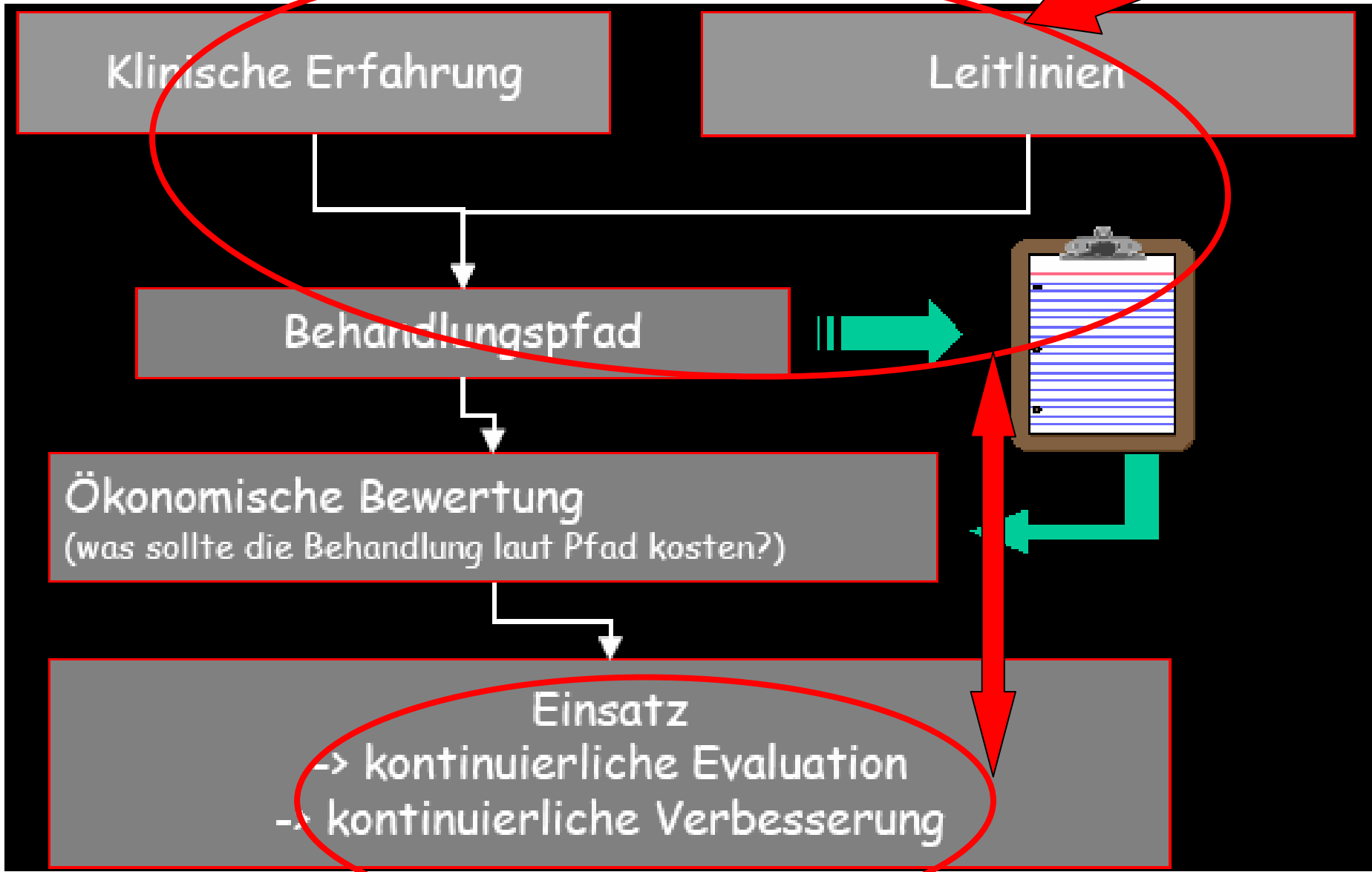




nach Röber (Münster)

Charakterisierung von CP

- ✓ CP schreiben nicht vor, WIE ein INDIVIDUELLER Patient behandelt werden soll – Behandlungsfreiheit bleibt
- ✓ CP sind keine Leitlinien
- ✓ CP definieren einen LOKALEN Prozessstandard
- ✓ CP erlauben Abweichungen, verlangen aber die Dokumentation



nach Röber (Münster)

CP als wirtschaftl. Steuerungsinstrument

- ✓ **Zentrales Steuerungsinstrument für den Behandlungsprozess**
- ✓ **Entwicklung und Überarbeitung im Team**
- ✓ **Regelmäßiges Reporting der Abweichungen**
- ✓ **Erkennen und Beseitigen von Prozessproblemen**
- ✓ **Risikomanagement**
- ✓ **Aufbau eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses**

CP-orientierte Organisation

- ✓ **Behandlungsfall statt Abteilunsepisode**
 - ✓ **Interdisziplinärer Behandlungsansatz**
 - ✓ **Verzahnung aller Fachbereiche**
 - ✓ **EDV-gestützte Dokumentation**
-
- **Pfad **BEGINNT** wo ?**
 - **Pfad **ENDET** wo ?**

CP-Spannweite

- ✓ **Abteilung**
- ✓ **Krankenhaus (abteilungsübergreifend)**
- ✓ **Gesamter Fall (krankenhaus- und ggf. trägerübergreifend)**



Kooperation

CP zur Kostenkontrolle

- ✓ **Aufnahmemanagement**
- ✓ **„administrativer“ Behandlungsablauf**
- ✓ **Standardisierung wesentlicher Arbeitsabläufe und Indikationsstellungen**
- ✓ **Einsatz von Medikamenten und Medizinprodukten**
- ✓ **Entlassungsmanagement**

**Ergänzung durch
Modellprojekt**

Gemidas bisher

Gemidas als Instrument des einrichtungs-
übergreifenden Qualitätsmanagements

Implementation
„Best Practice“



Erarbeitung
„Best Practice“

Datenerhebung

Datenanalyse

Abb. 2: Projektziele zur Erreichung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätsmanagementsystems



Homepage: <http://www.gemidas-qm.de>

DEGAM Leitlinie

Ältere

4

Sturzpatienten

Kurzversion

Deutsches Netzwerk für
Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Auszug aus dem Sonderdruck

Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege

Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG

Enterale Ernährung (Trink- und Sondennahrung) in der Geriatrie
und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation

D. Volkert
R. Lenzen-Großimlinghaus
U. Krys
M. Pirlich
B. Herbst
T. Schütz
W. Schröer
W. Weinrebe
J. Ockenga
H. Lochs

Aktuell Ernähr Med 2004; 29: 198 – 225

Sturz / Fraktur

Private Lebenssituation

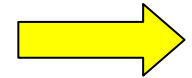
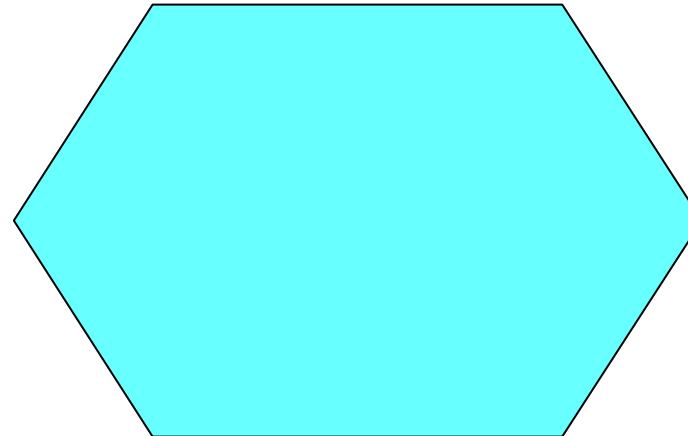
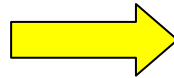
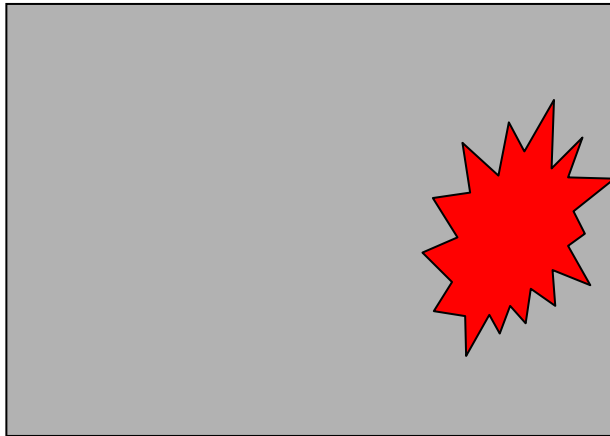
Erstversorgung Akut-KH

*...zusätzl. Begleitmorbidity
und Einschränkung*

Verlegung

*Geriatric
direkt / indirekt*

Sturz / Fraktur



Sturz / Fraktur

Private Lebenssituation

Erstversorgung Akut-KH

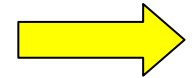
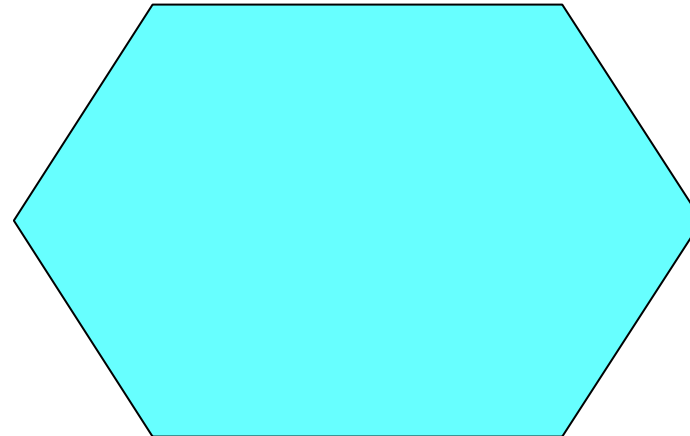
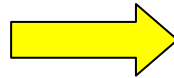
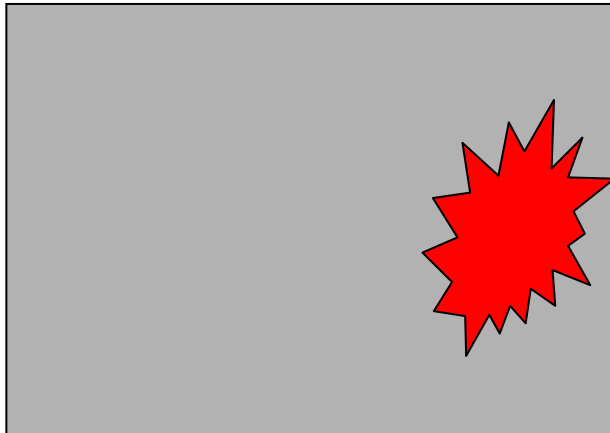
*...zusätzl. Begleitmorbidität
und Einschränkung*

Verlegung

Geriatric

direkt / indirekt

Sturz / Fraktur



Strukturierte Anmeldung

Strukturierte Abfrage

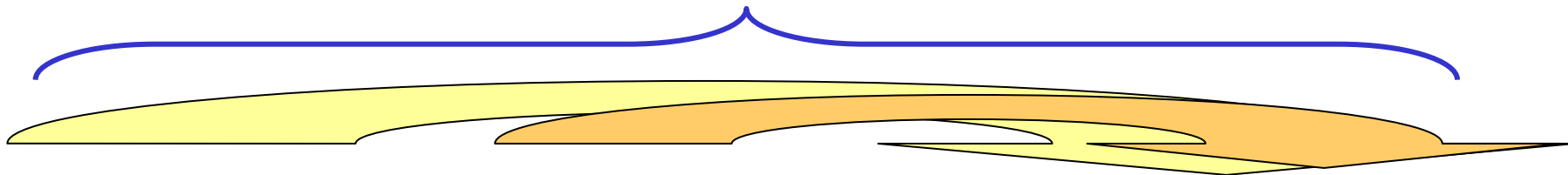
Konsilardienst

Interdisziplinäre Behandlung

Zuweisung Kostenträger/Arzt

Ermächtigungsambulanz

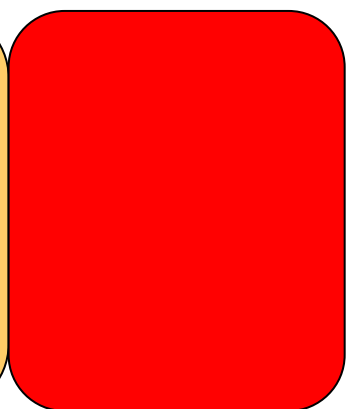
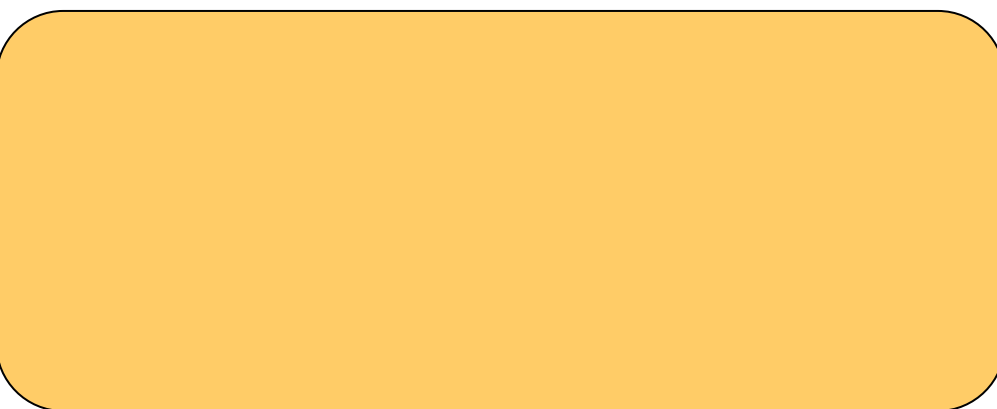
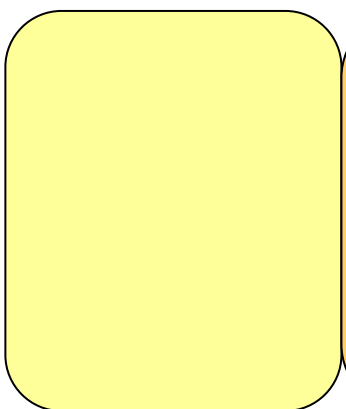
Geriatric →



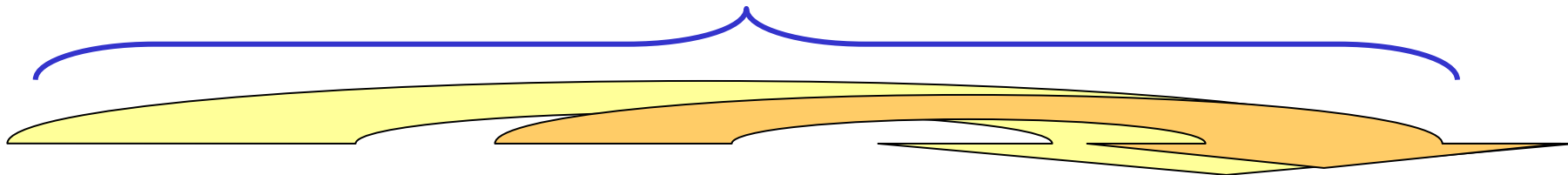
Aufnahme

Stationäre „Routine“

Entlassung



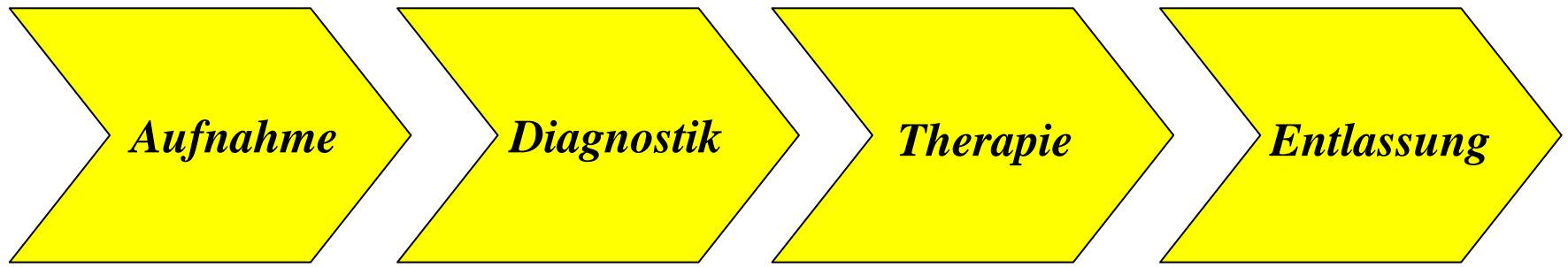
Geriatric →



Aufnahme

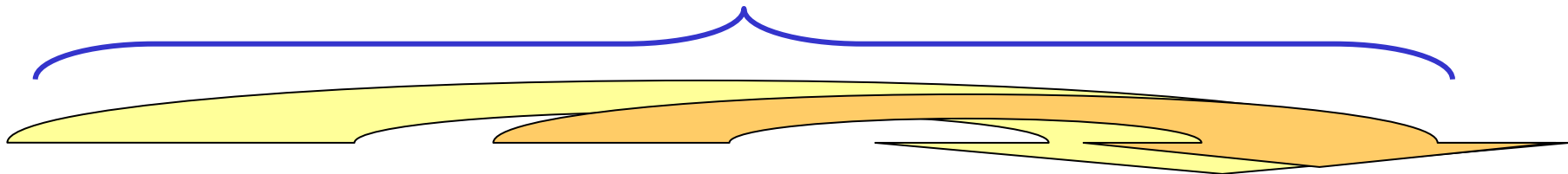
Stationäre „Routine“

Entlassung



Klass. Krankenhaus →

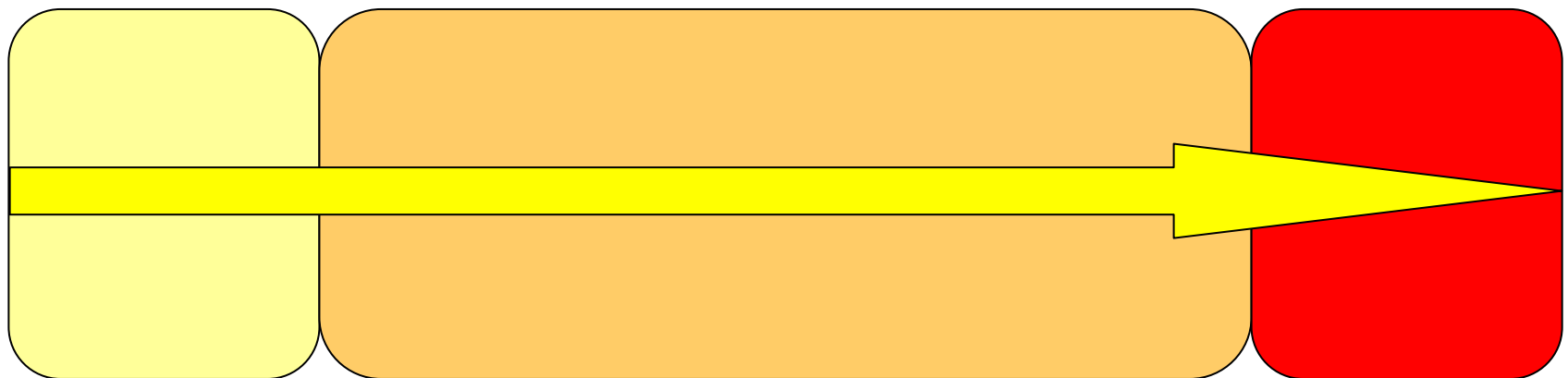
Geriatric →



Aufnahme

Stationäre „Routine“

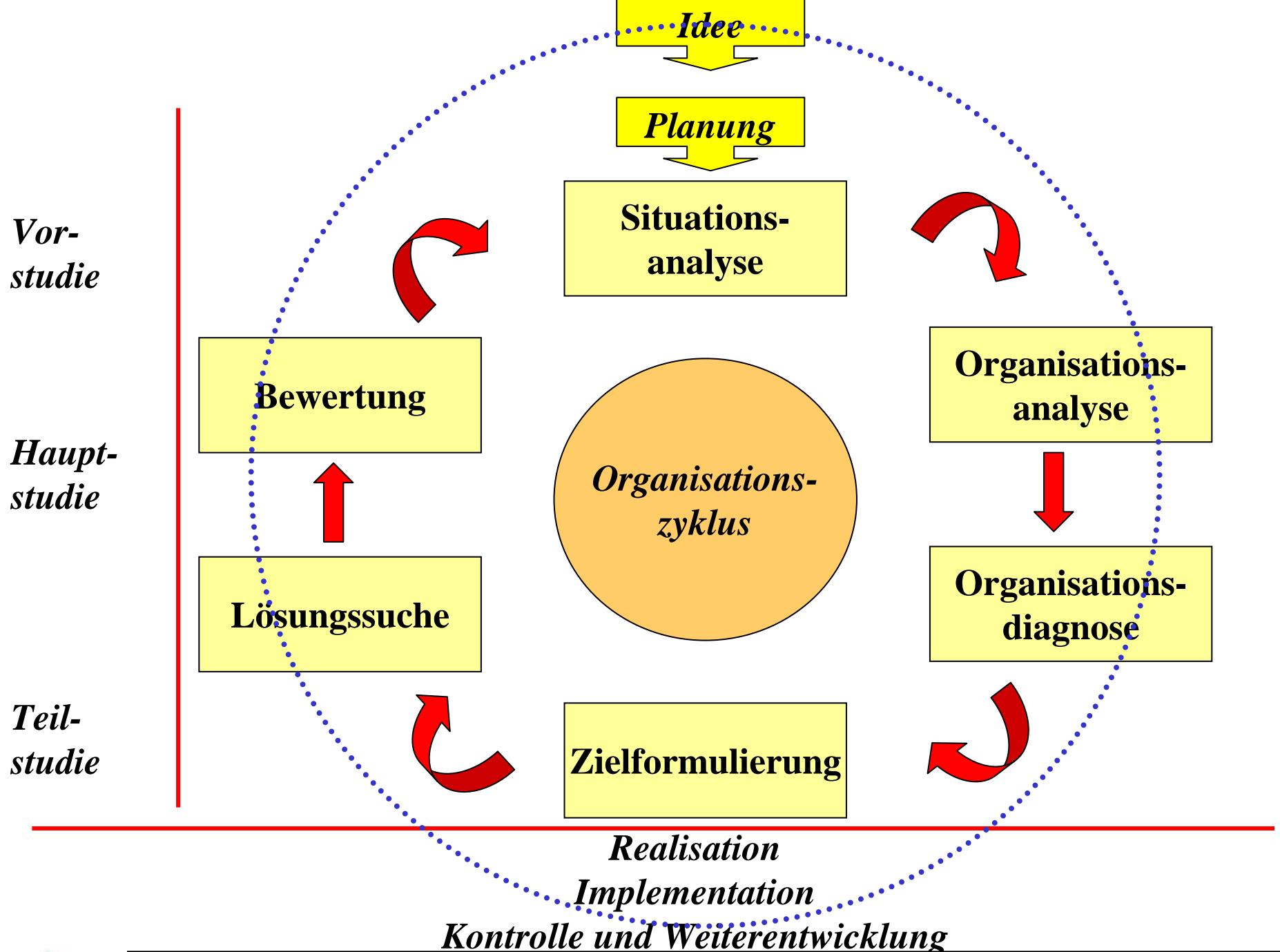
Entlassung



Geriatric als Teamprozess

Arzt, rehabilitativ-aktivierende Pflege, Physiotherapie, Physikal. Therapie, Ergotherapie, Sozialdienst / Überleitungspflege, (Neuro)psychologie, Logopädie, Logopädie, Diätassistenz, Seelsorge, Kreativtherapie, Nachsorge, Hilfsmittelversorgung, (Orthopädie)Schuhversorgung etc.

Prä-, voll-/teil- und nachstationär



Ständiger Ausschuss II

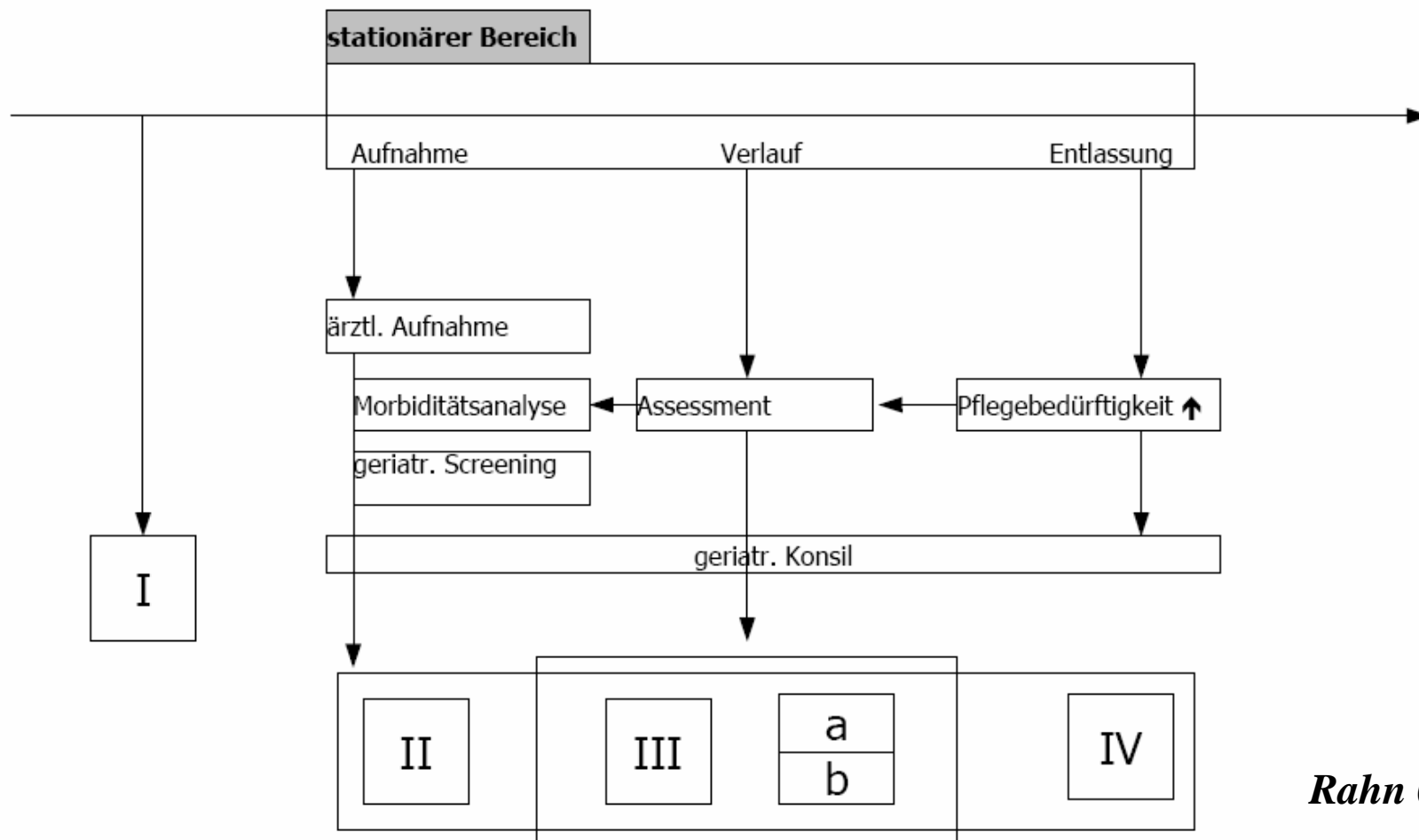
✓ **Allgemeine Bewertung / Empfehlung**

NICHT

✓ **Konkrete Umgestaltung**

→ *„virtueller Behandlungspfad“*

Klassifikation älterer Patienten und Operationalisierung

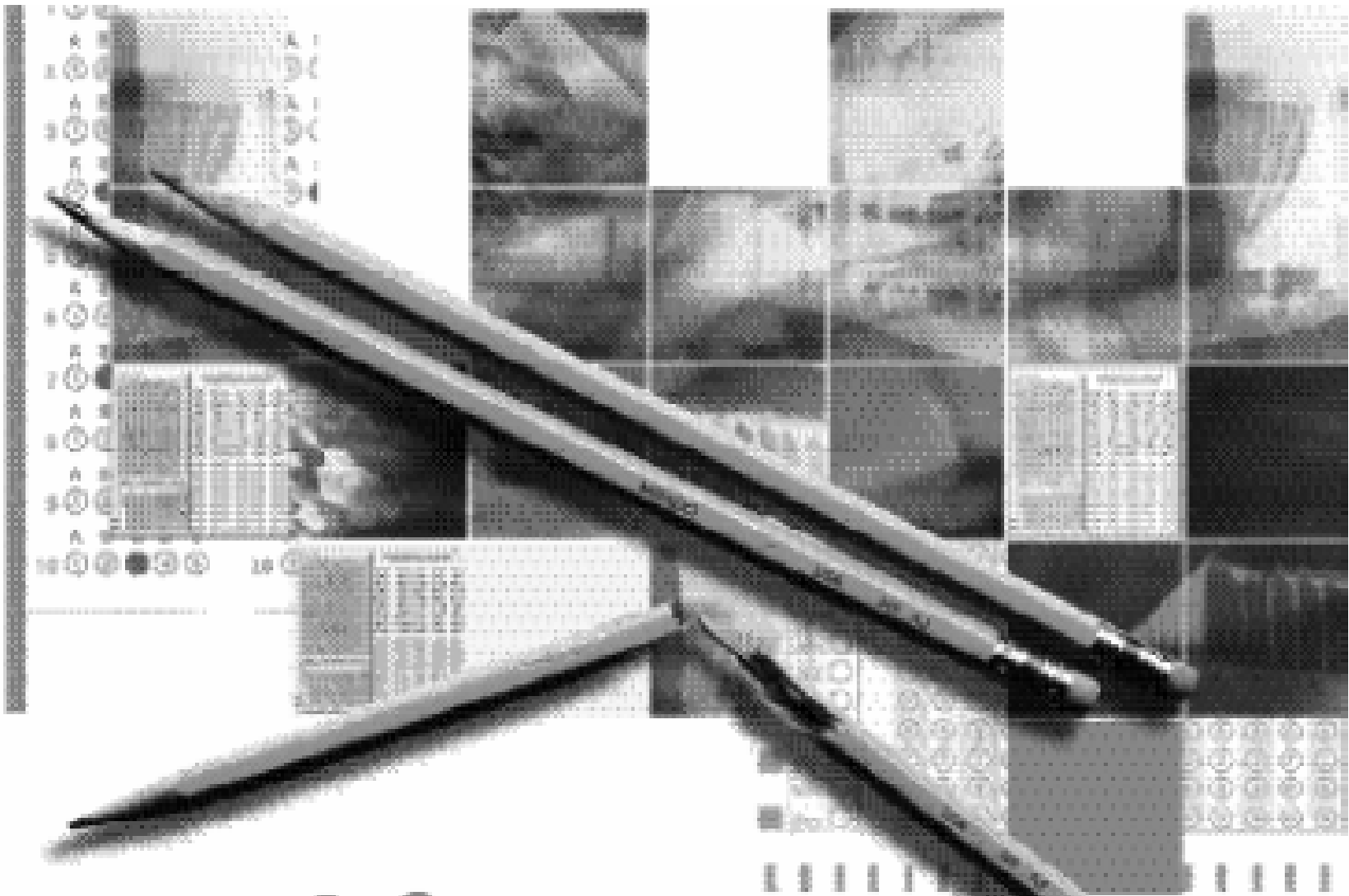


Rahn 04/2005

Zweiter Schritt (?)

- ✓ **Gesunde Alte**
- ✓ **Demente Alte**
- ✓ **„Dying Elderly“**
- ✓ **Frailty Alte**

MR Gillick – Choosing medical care in old age. What kind, how much, when to stop. Harvard University Press. Cambridge 1994



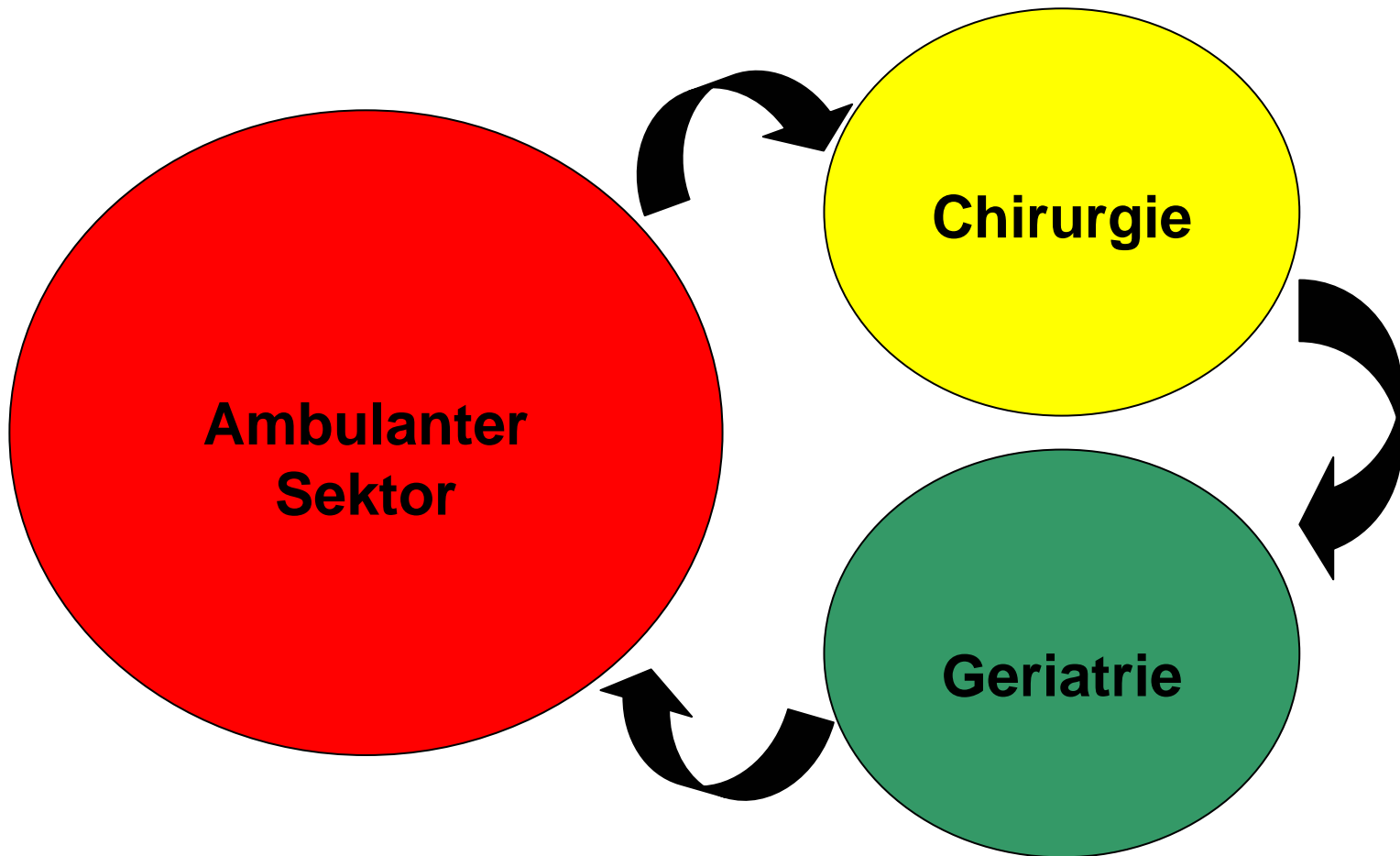
false

The Promises of Standardized Testing

Klinischer Pfad



Erfahrung + systematisches Wissen + zusätzl. Know how



Zielgruppe von Alterspatienten ?

- ✓ Kalendarisches Alter
- ✓ Biologisches Alter
- ✓ Funktioneller Status
- ✓ Kognitiver Status
- ✓ Prospektive Lebenserwartung
- ✓ Wunsch des Patienten
- ✓ (Wunsch der Angehörigen)

Sturz / Fraktur

Private Lebenssituation

Erstversorgung Akut-KH

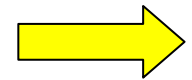
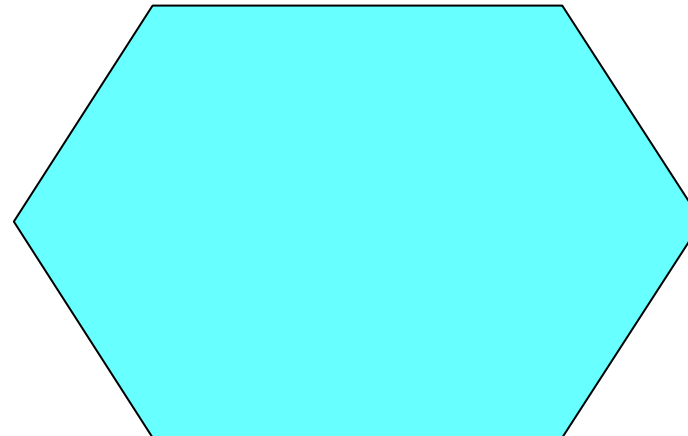
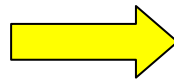
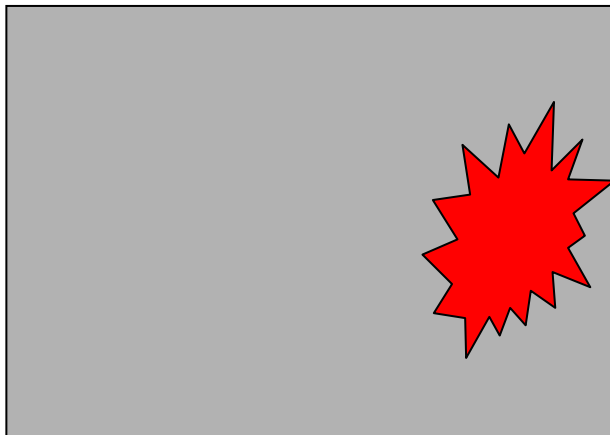
*...zusätzl. Begleitmorbidität
und Einschränkung*

Verlegung

Geriatric

direkt / indirekt

Sturz / Fraktur



Strukturierte Anmeldung

Strukturierte Abfrage

Konsilardienst

Interdisziplinäre Behandlung

Zuweisung Kostenträger/Arzt

Ermächtigungsambulanz

Aufnahme

- ✓ **Ärztl. Anamnese + Untersuchung**
- ✓ **Berufsgruppenspezif. Anamnese + Befund**
- ✓ **Geriatrische Anamnese**
- ✓ **Assessment multidimensional + multiprofessionell (AGAST)**
- ✓ **Zielformulierung**
- ✓ **Zielüberprüfung im Team (Teamkonferenz, Teamvisite)**

Aufnahmeroutine

- ✓ **Grösse (ggf. anamnestisch)**
- ✓ **Gewicht (ggf. anamnestisch)**
- ✓ **Einfuhrkontrolle 3 Tage**
- ✓ **3 x RR + Puls für 3 Tage**
- ✓ **1 x Temp. für 3 Tage**
- ✓ **Ggf. Lagerungsprotokoll / Antidekubitus-
hilfsmittel**

Labor

- ✓ **BSG**
- ✓ **Kl. + gr. BB**
- ✓ **Quick, INR, PTT, TZ**
- ✓ **H'st, Kreat., Na, K, Ca**
- ✓ **LDH, GOT, GPT, AP, γ GT, Che, Bili**
- ✓ **GE, CRP, TSH basal**
- ✓ **BZTP**
- ✓ **U'status + U'sediment**

Apparative Diagnostik

- ✓ **Ruhe-EKG**
- ✓ **LZ-EKG**
- ✓ **LZ-RR**
- ✓ **Rö Thorax (od. Vorbefund/-bild)**
- ✓ **Rö Hüfte (od. Vorbefund/-bild)**
- **KEINE ROUTINE:**
Lufu, Farbduplex, Sono, Echo

Primär Involvierte Berufsgruppen

- ✓ **Arzt**
- ✓ **Pflege**
- ✓ **Krankengymnastik**
- ✓ **Physikal. Therapie**
- ✓ **Ergotherapie**
- ✓ **Überleitungspflege**
- **NICHT: Sozialdienst, Neuropsychologie, Logopädie, Diätberatung, Seelsorge**

Prozessqualität

- **5,25 Tage-Woche (KG + ET)**
- ✓ **Tgl. KG-Einzel 20-30 min + Motomed + Gruppe (tgl. – 2tgl.)**
- ✓ **Tgl. ET 30 min Einzel + Gruppe (im Wechsel)**
- ✓ **Tgl. Physikal. Therapie (versch. Verfahren)**
- ✓ **Überleitungspflege im Verlauf**
- ✓ **Sozialdienst b.B.**
- ✓ **(Neuro)psychologie b.B.**
- ✓ **Logopädie b.B.**
- ✓ **Ernährungsmedizin b.B.**
- ✓ **Seelsorge b.B.**

b.B. = bei Bedarf und / oder Kapazität

Prämorbider Status

- ✓ **ADL**
- ✓ **IADL**
- ✓ **Mobilität**
- ✓ **Kognition**
- ✓ **Emotion**
- ✓ **Ernährung**
- ✓ **(Multi)pharmakotherapie**
- ✓ **Wohnsituation**
- ✓ **Soziale Unterstützung**
- ✓ **Hilfsmittelgebrauch / Pflegestufe**

Geriatrische Syndrome

- ✓ **Delir**
- ✓ **Demenz**
- ✓ **Depression**
- ✓ **Urininkontinenz**
- ✓ **Stuhlinkontinenz**
- ✓ **Obstipation**
- ✓ **Schmerzen**
- ✓ **Schlafstörungen**
- ✓ **Stürze**
- ✓ **Dekubitus /
Chronische Wunden**
- ✓ **Über-/Unterernährung
/ Sarkopenie /
Inappetenz / Dysphagie**
- ✓ **Seh- und
Höreinschränkung**
- ✓ **Frailty-Syndrom**

Geriatrytyp. Morbidität

- ✓ Herzinsuffizienz
- ✓ Hypertonie
- ✓ KHK
- ✓ Asthma / COPD
- ✓ Bronchopulmonale Infekte
- ✓ Thrombose(prophylaxe)
- ✓ Harnwegsinfektionen
- ✓ Unkl. Fieber
- ✓ Enteritis
- ✓ MRSA-Infektionen
- ✓ Diabetes mellitus
- ✓ Osteoporose
- ✓

Managementfragen

- ✓ **Patientenverfügung ?**
- ✓ **Notwendige Betreuung ?**
- ✓ **DNR**
- ✓ **DNH**
- ✓ **Palliativmedizin**
- ✓ **„end of life - decisions“**
- ✓ **Assistierter Suizid ?**
- ✓ **Behandlungsende / -abbruch ?**

Primär-, Sekundär- und Tertiärprophylaxen

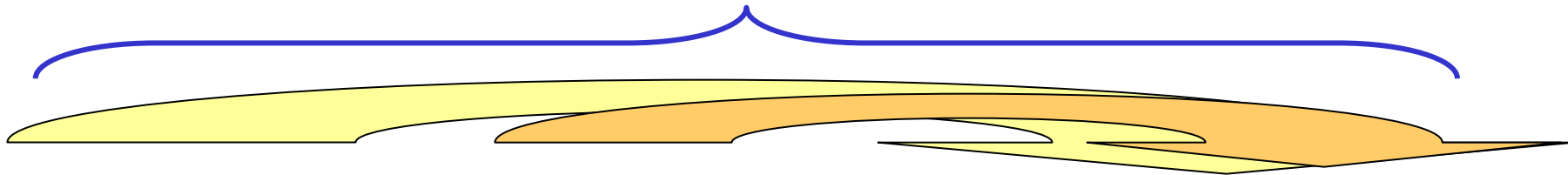
- ✓ **Impfungen**
- ✓ **Thrombozytenaggregationshemmer**
- ✓ **Marcumar**
- ✓ **Zeitdauer Antikoagulation mit Heparinen**
- ✓ **Statine bei kardiovaskulären Erkrankungen**
- ✓ **....**

Sonstiges

- ✓ **Allgem. Beratung**
- ✓ **„Anti-Aging“**
- ✓ **Hilfsmittelversorgung**
- ✓ **Nachsorge / therapeutischer Hausbesuch**
- ✓ **Angehörigenberatung / -schulung**
- ✓ **....**

Geriatrische Syndrome

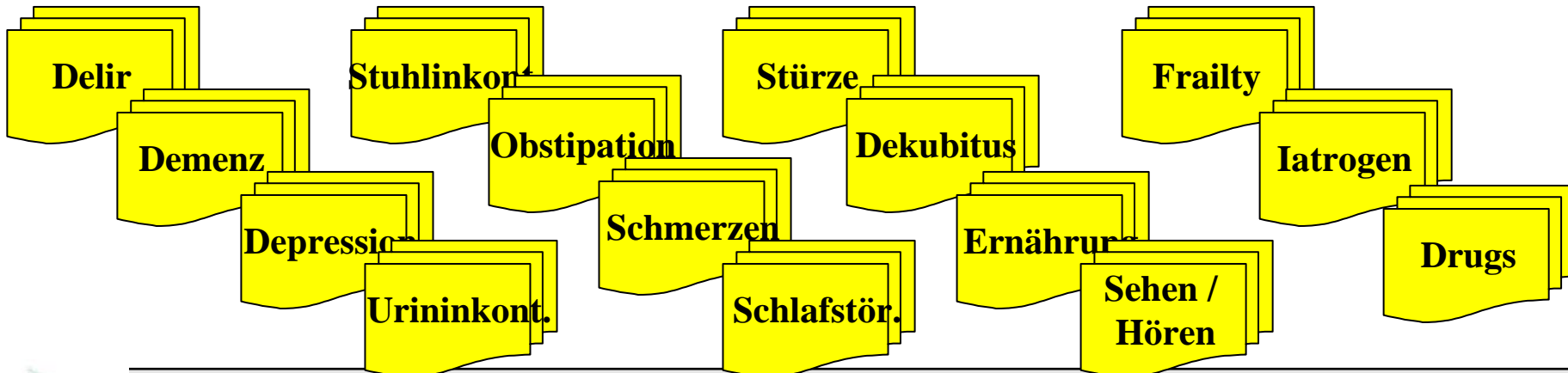
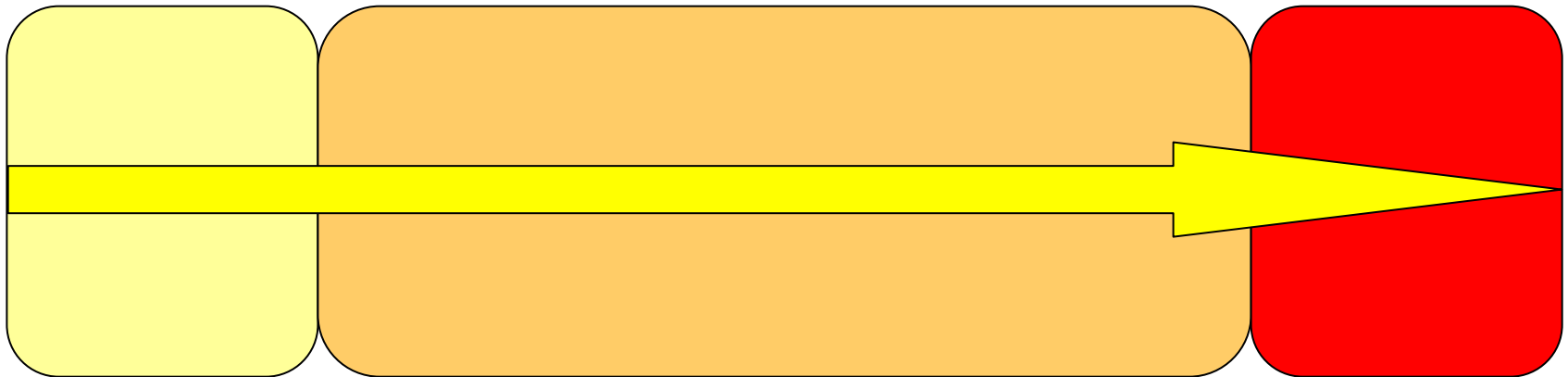
Geriatric



Aufnahme

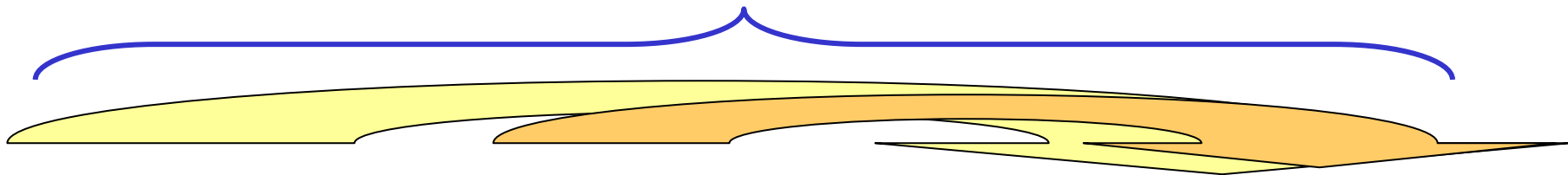
Stationäre „Routine“

Entlassung



Geriatrische Morbiditäten

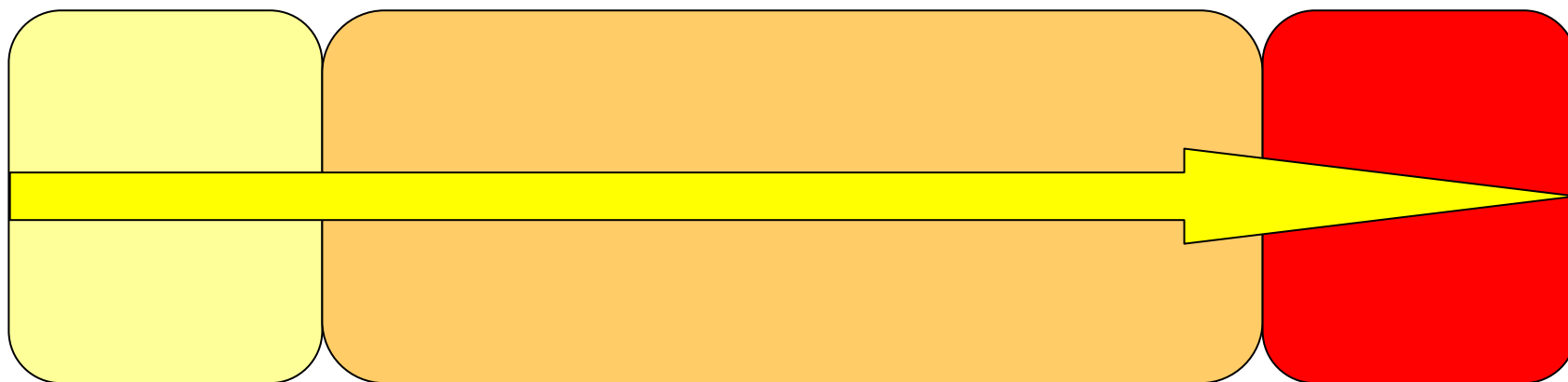
Geriatric →



Aufnahme

Stationäre „Routine“

Entlassung



Herzinsuff.

Infekte

Enteritis

.....

Hypertonie

HWI

MRSA

KHK

Unkl. Fieber

Diabetes

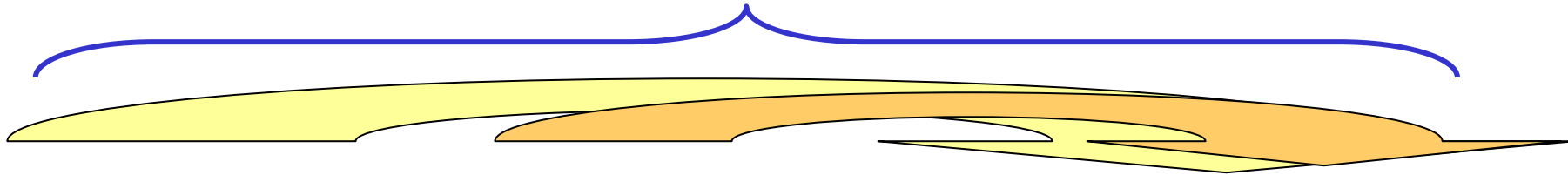
COPD

Thrombose prophylaxe

Osteoporose

Geriatrisches Management

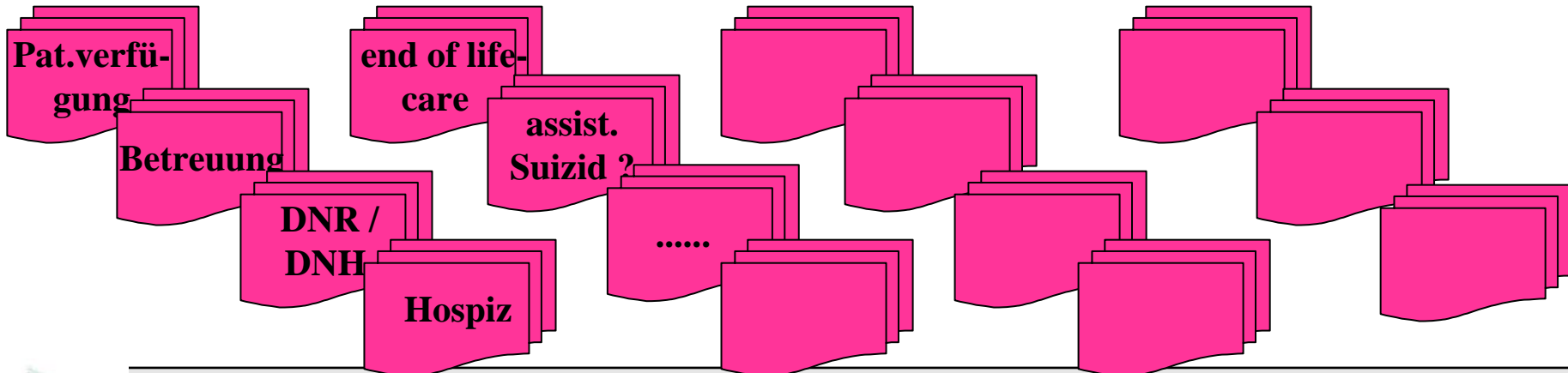
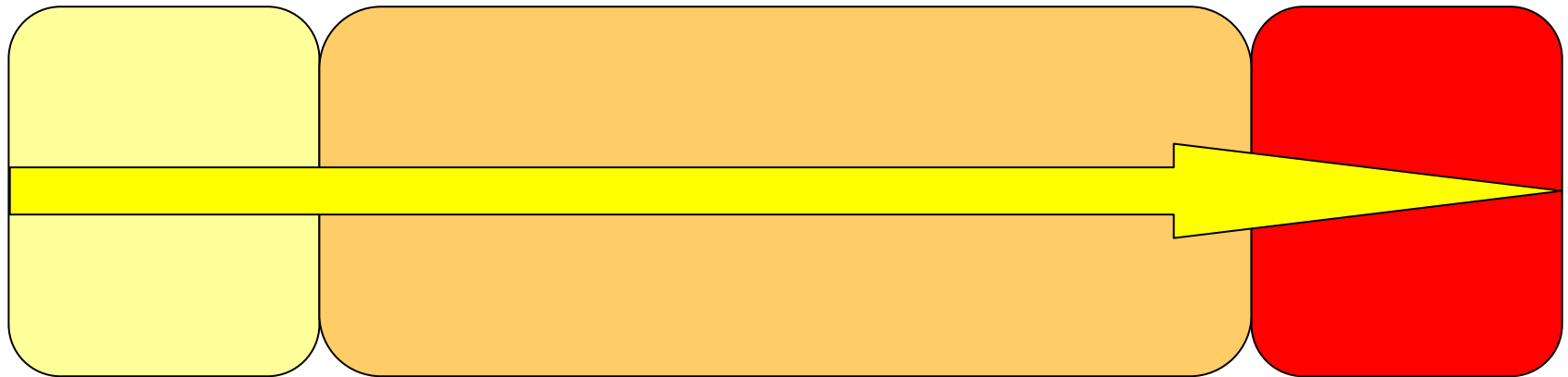
Geriatric →



Aufnahme

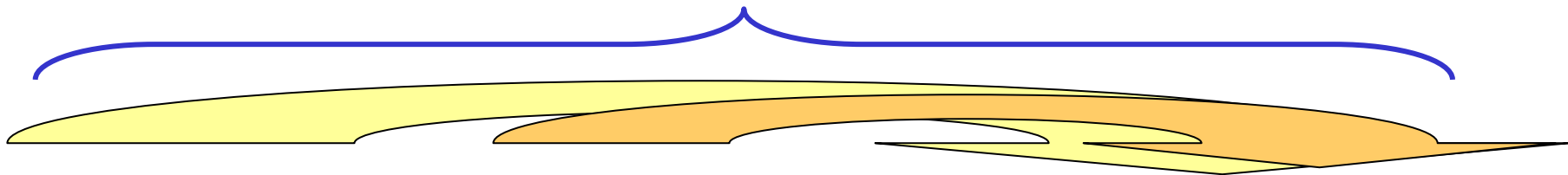
Stationäre „Routine“

Entlassung



Geriatrische Prophylaxen + Beratung

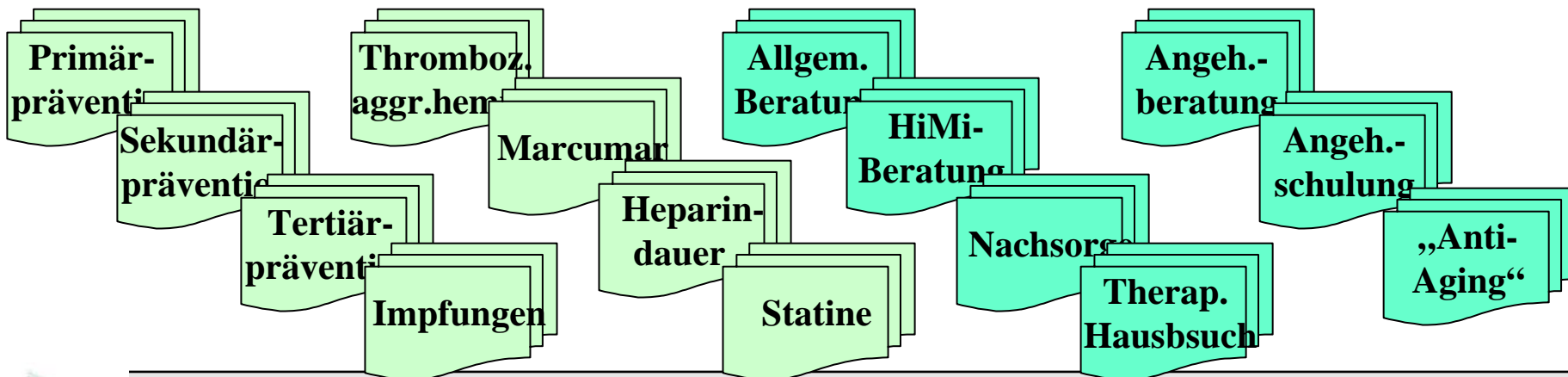
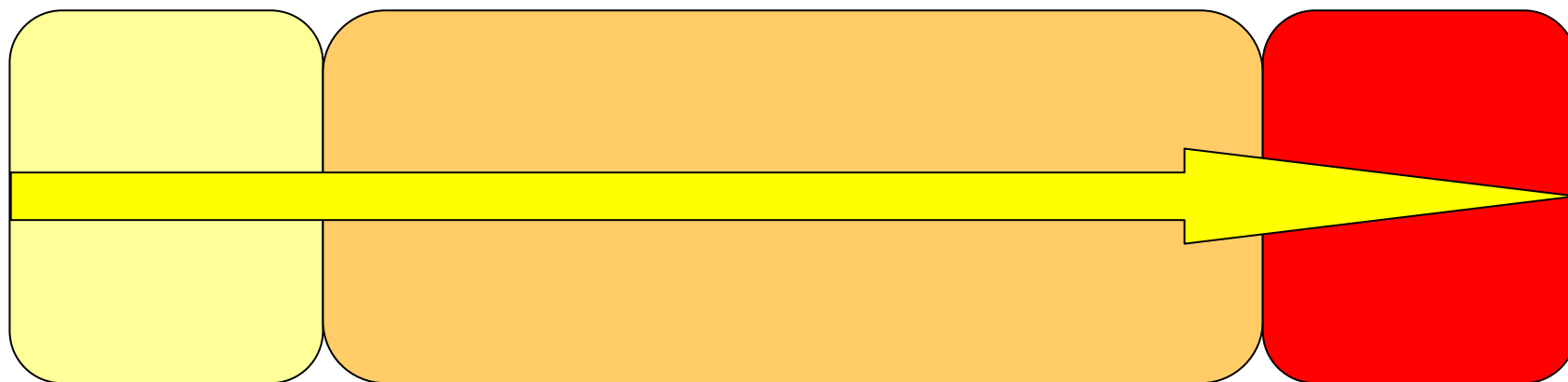
Geriatrie →



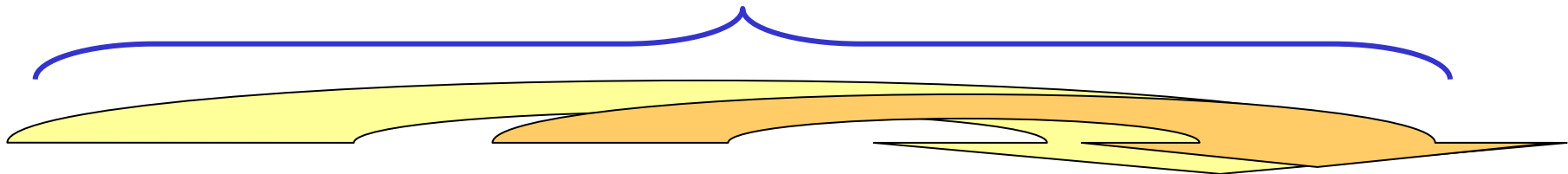
Aufnahme

Stationäre „Routine“

Entlassung



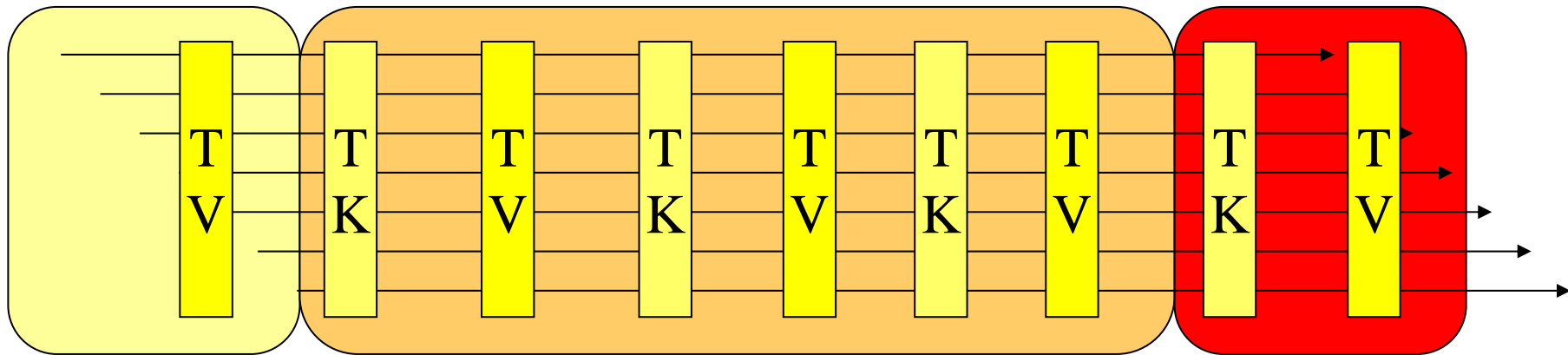
Geriatric



Aufnahme

Stationäre „Routine“

Entlassung



TV = Teamvisite TK = Teamkonferenz → = Berufsgruppe

Sturz im Krankenhaus I

Sturzdatum:

Uhrzeit:

Sturzhäufigkeit während des KH-Aufenthaltes: 1. 2. 3. 4. öfter

Sturzfolgen: keine sichtbaren Schmerz Prellmarke
 Platzwunde Schürfwunde Fraktur

wenn ja, wo?

Sturzort: Patientenzimmer Bad WC
 Stationsflur Therapieraum außerhalb d. Gebäudes
 sonstiges

Situation: allein in Begleitung mit Angehörigen

 Wegeunfall im Zusammenhang mit einer Therapie

 Aufstehen Gehen Stehen
 aus dem Rollstuhl Transfer aus dem Bett
 keine Angaben möglich

Sturz im Krankenhaus II

Weitere Faktoren: Boden nass Unebenheiten Hindernisse
Fixierung im Bett Fixierung sonst.
sonstiges

Fußbekleidung: Schuhe o. Fersenhalt Schuhe m. Fersenhalt
Strümpfe ohne Fußbekleidung

Dabei Hilfsmittel: keine Stock/UAGSt. Rollator
Bettgitter andere

Wie wurde der Patient aufgefunden:

Von wem wurde d. Patient aufgefunden:

diensthabender Arzt wurde informiert / Uhrzeit:

.....

Datum

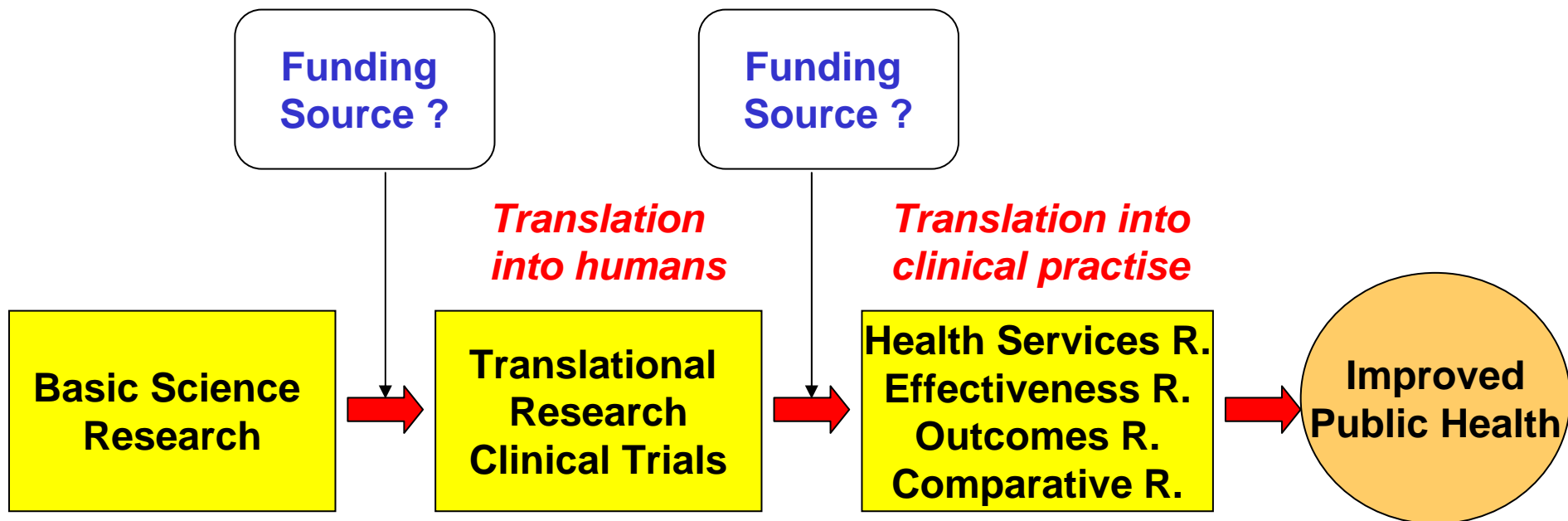
.....

Unterschrift Pflegekraft/Therapeut/Arzt

.....

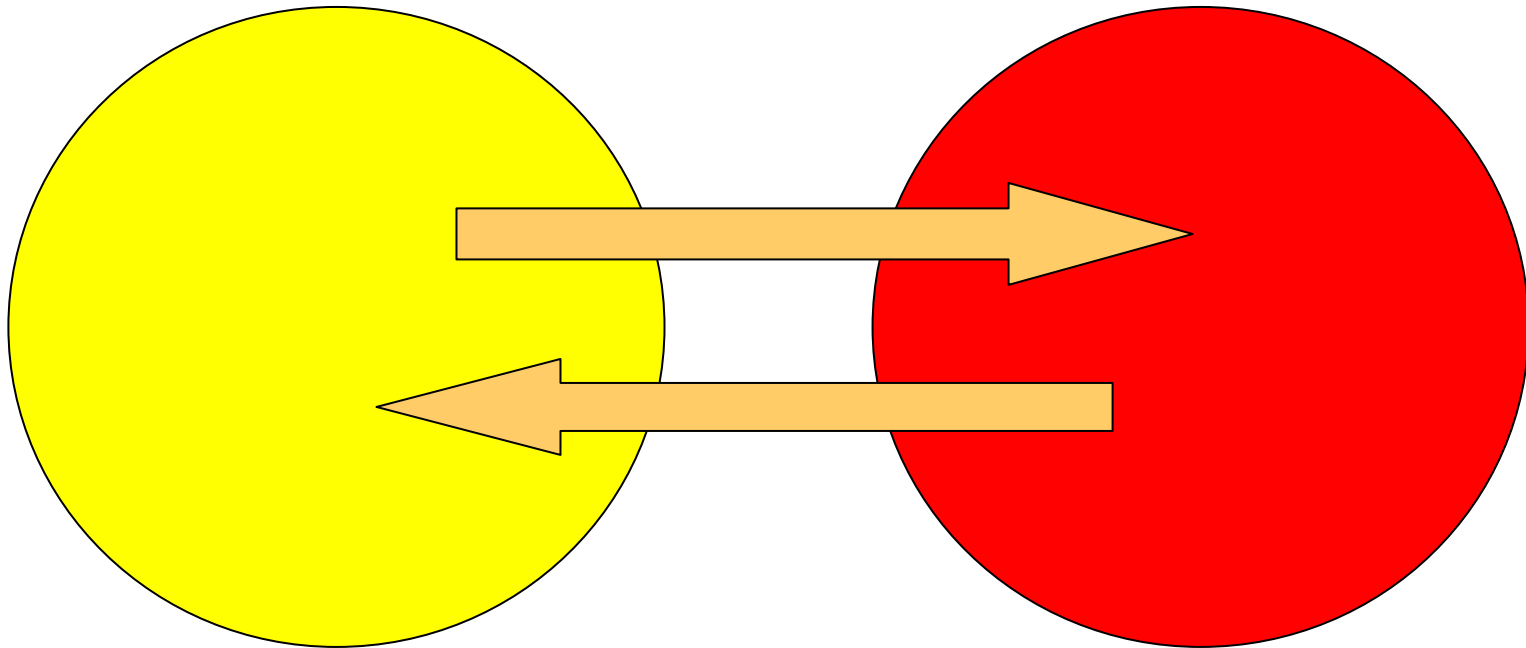
Name

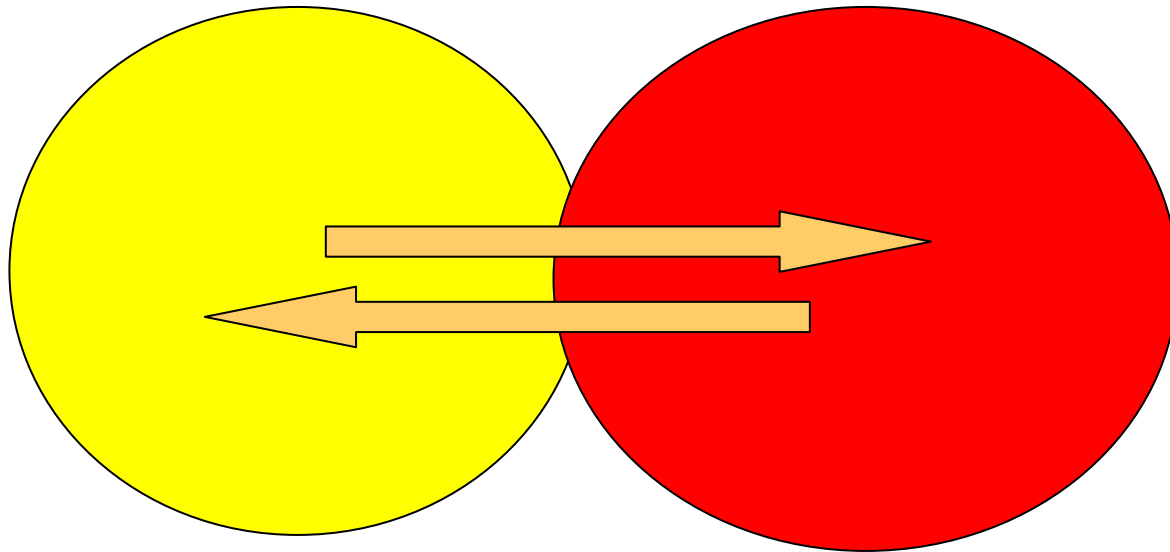
Quo vadis ?



WP Crowley et al. – Clinical research in the United States at a crossroad. JAMA 2004;291:1120

Best Practise ~~vs.~~ und Evidence Based Medicine





Oder

