

Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation

Autorinnen/Autor:

Elisabeth Pochobradsky
Thomas Neruda
Claudia Nemeth

Steuerungsgruppe:

Prim. Dr. Christian Angleitner, MSc
ÄL Prim. Dr. Michael Berger
OA Dr. Bernhard Bichler
OA Mag. Dr. Raimund Fettweis
ÄL Prim. Dr. Richard Gaugeler
Mag. Dr. Markus Gosch, MAS
Mag. Dr. Barbara Griesser
ÄD Univ.-Prof. Dr. Monika Lechleitner
DGKS Sabine Löw
ÄD Prim. Dr. Peter Mrak
Prim. Dr. Katharina Pils
Prim. Dr. Marianne Scala
Prim. Priv.-Doz. Dr. Walter Schippinger
PT Claudia Seidl, MSc
Prim. Dr. Ulrike Sommeregger

Projektassistenz:

Lisa Haiduk
Verena Paschek

Wien, im Dezember 2017 – 2. Auflage

Dank

Das vorliegende Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation wurde von der Gesundheit Österreich GmbH erstellt. Ohne die engagierte Mitarbeit der Steuerungsgruppe sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus rund dreißig teilnehmenden Akutgeriatrien und fünf geriatrischen Tageskliniken hätte diese Arbeit nicht bewerkstelligt werden können. Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen involvierten Expertinnen/Experten, Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und Akutgeriatrien herzlich bedanken!

Wir wünschen den Nutzerinnen und Nutzern dieses Prozesshandbuchs, dass sie mit diesem Handbuch Unterstützung in ihrer täglichen Arbeit erfahren.

ISBN 978-3-85159-178-1

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Vorwort



Die österreichische Gesundheitspolitik hat in den 1990er Jahren die Weichen gestellt, um den Herausforderungen, die durch die demografische Entwicklung auf das Gesundheitssystem zukommen, adäquat begegnen zu können. Unter anderem wurde die geriatrische Akutversorgung gezielt und strukturiert etabliert. Beginnend mit Recherchen über gute Praxis im Ausland, wurde ein österreichisches Konzept für den Auf- und Ausbau der Versorgung in Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) erarbeitet. Seither sind in vielen Akutkrankenhäusern Einheiten für AG/R entstanden, weitere werden in Zukunft noch einzurichten sein.

Die Konzeption der AG/R hat einen Trend in der Gesundheitsversorgung vorweggenommen: ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Behandlungsangebot, das die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellt.

Die Bundesgesundheitsagentur begleitet die Entwicklung der AG/R seit vielen Jahren mit finanzieller Unterstützung von Informations-, Beratungs- und Vernetzungsaktivitäten, des laufenden Monitorings der Entwicklungen sowie bei der Qualitätsarbeit. Mit dem vorliegenden Prozesshandbuch, dessen 1. Auflage im Oktober 2013 erschienen ist, wurde ein weiterer Meilenstein gesetzt. Mit diesem Handbuch liegen Standards zur Prozessqualität vor, die nicht nur in Österreich, sondern international ein Vorzeigeprodukt in der Qualitätsarbeit sind. Neu in dieser Auflage ist die Aufnahme von zwei Musterprozessen aus dem tagesklinischen Bereich sowie ein Kapitel zur Beschreibung der Organisationsform „Geriatrische Tagesklinik“.

Das Handbuch richtet sich unmittelbar an die behandelnden und betreuenden Personen und soll die Entwicklung der AG/R aus einer weiteren, neuen Perspektive unterstützen. Neben der entsprechenden personellen und infrastrukturellen Ausstattung einer AG/R-Einheit sind möglichst optimale Arbeitsabläufe, die sowohl den Arbeitsbedingungen als auch den betreuten Patientinnen und Patienten zugutekommen, eine entscheidende Voraussetzung, um bestmögliche Ergebnisse zu erzielen.

Mein Dank richtet sich an die vielen Expertinnen und Experten in den verschiedenen Institutionen, die mit ihrer Erfahrung und ihrem Wissen auch die Entstehung der 2. Auflage des Handbuchs begleitet und mit großem Einsatz an der Weiterentwicklung der Inhalte gearbeitet haben.

Ich hoffe, dass auch die 2. Auflage des Handbuchs den Beschäftigten in der Akutgeriatrie/Remobilisation eine praxisnahe Unterstützung bietet und dazu beiträgt, das multiprofessionelle Angebot in diesem so wichtigen Bereich weiter zu stärken.

Ihre

Dr.ⁱⁿ Pamela Rendi-Wagner, MSc

Bundesministerin für Gesundheit und Frauen

Vorwort



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser!

Geriatric in Österreich hat alte Wurzeln und ist in ihrem Ursprung eng mit der Biographie von Ignatius Leopold Nascher verbunden. Das 20. Jahrhundert war von hohem individuellem Engagement einzelner Persönlichkeiten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung alter und hochbetagter Menschen geprägt. Mit dem Jahrhundertwechsel sind viele vorbereitete Standards etabliert worden.

Die Strukturqualität für Akutgeriatrie und Remobilisation wurde im „Österreichischen Strukturplan Gesundheit“ definiert. Die darin festgehaltenen Qualitätskriterien sind ein Garant für die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit im geriatrischen Team.

Bereits 2006 haben sich Geriater/innen, unterstützt durch vier Bundesländer, zu einem gemeinsamen Qualitätssicherungsprojekt in Abteilungen für Akutgeriatrie verpflichtet. Dieses fokussiert sein Interesse vor allem auf Ergebnisqualität. Die Indikatoren dazu wurden auf Basis der Strukturqualitätskriterien entwickelt.

2011 wurde das Additivfach für Geriatrie für ausgewählte Fachärztinnen/–ärzte und Allgemeinmediziner/innen verabschiedet. Somit wurde die längst fällige Strukturierung und Standardisierung der Ärzteausbildung in diesem Spezialgebiet möglich.

Mit der Ärztausbildungsreform wurde dieses zwar wieder abgeschafft, aber eine Spezialisierung steht kurz vor der Umsetzung.

Das vorliegende Buch ist die logische Weiterentwicklung der begonnenen Wege der Qualitätsarbeit in der Geriatrie.

Es beschreibt in sechs Musterprozessen im stationären Bereich und in zwei Musterprozessen aus dem tagesklinischen Bereich die Arbeitsweise der Abteilungen für Akutgeriatrie und Geriatrischen Tageskliniken, der Teams, aber auch die Vernetzung mit Zuweisern und nachfolgend betreuenden Personen und Strukturen. Der Patient / die Patientin und deren Angehörige werden auf ihrem Weg durch komplexe Strukturen begleitet. Diese Prozesse sollen dazu beitragen, im richtigen Augenblick die bestmögliche Betreuung im richtigen Setting zu ermöglichen. Die Prozesse unterstützen die Kommunikation im Team sowie nach außen. Sie machen Denken und Handeln transparent und nachvollziehbar.

Ich bedanke mich bei Frau Mag. Pochobradsky, bei Frau Mag. Nemeth und bei Herrn Mag. Neruda für die professionelle Begleitung der multiprofessionellen Diskussion über die relevanten Prozesse, bei allen Kolleginnen und Kollegen für ihre engagierten Beiträge, die Bereitschaft zuzuhören und zu reflektieren.

Das vorliegende Buch wird Standard der Prozessqualität in der Geriatrie werden. Diese Entwicklung darf aber nicht Stillstand bedeuten, sondern soll Basis für weitere Qualitätsarbeit für die uns anvertrauten, zum Teil fragilen Patientinnen und Patienten sein.

Prim. Dr. Katharina Pils

Vizepräsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie

Vorwort



Das nun vorliegende Prozesshandbuch für österreichische Akutgeriatrien illustriert den konsequenten Weg der Gesundheit Österreich GmbH in der Erarbeitung von innovativen Strukturen für die Versorgung älterer Patientinnen und Patienten gemäß dem Versorgungsauftrag.

Gemeinsam mit den Expertinnen und Experten der Spitäler, die Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) führen, gelang es, ein praxisnahes, unterstützendes Werk vorzulegen, wofür allen Beteiligten herzlich gedankt werden soll.

Von einem zarten Pflänzchen im Versorgungskanon sind die AG/R-Einrichtungen heute zu einem wesentlichen Player im Konzert der medizinischen Versorgungsangebote gewachsen. Multiprofessionalität und Teamarbeit werden hier ins Zentrum gerückt und die Kräfte für das Erreichen des Therapieziels, sprich: für die Wiederherstellung der Funktionalität (restitutio ad optimum!) unserer älteren Bevölkerung, gebündelt.

Die wachsende Evidenz in der Literatur spricht für die Vorteile geriatrischer Verfahrensweisen und rechtfertigt den Aufwand jahrelanger Bemühung um Qualitätsarbeit in diesem demografisch so wichtigen Bereich.

Diese schwierige „akutgeriatrische Komplexbehandlung“ erfordert neben leidenschaftlichem Engagement der Teams (Ärztinnen/Ärzte, Pflege, Therapeutinnen/Therapeuten, Sozialarbeiter/innen, Psychologinnen/Psychologen) auch eine straffe Organisation im Qualitätsmanagement, um die Potenziale der stationären Geriatrie voll auszuschöpfen und den bestmöglichen Erfolg für die Patientinnen und Patienten zu erreichen.

Ich bin davon überzeugt, dass mit den Anleitungen und Hilfestellungen aus diesem neuen Kompendium der Aufbau und die Weiterentwicklung von AG/R-Einrichtungen gelingen können und dass die erfolgreiche Umsetzung dessen, was vor Jahren mit der zukunftsweisenden Idee der AG/R in Österreich begonnen hat, künftig eine noch wichtigere Rolle im österreichischen Gesundheitswesen spielen wird.

Prim. Dr. Peter Mrak

QIGG (Qualität in der Geriatrie und Gerontologie)

Kurzfassung

1. Auflage

Das *Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation* wurde im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur in einem mehrjährigen Projektprozess „aus der Praxis für die Praxis“ entwickelt. Rund dreißig Akutgeriatrien lieferten mit Ist- und Soll-Darstellungen im stationären Bereich der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) die Grundlage für die systematische Beschreibung der Musterprozesse im Handbuch. Die Steuerungsgruppe, eine Gruppe aus Expertinnen und Experten aus den Akutgeriatrien, hat das Projektteam der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) bei der Erstellung des Prozesshandbuchs unterstützt. Die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) und der Verein Qualität in der Geriatrie und Gerontologie (QiGG) waren in fachlich-inhaltlicher Hinsicht wichtige Kooperationspartner.

Das Prozesshandbuch enthält Rahmenempfehlungen in Hinblick auf die wesentlichen Prozesse in den Akutgeriatrien und soll die Einrichtungen in der Abwicklung und Gestaltung ihrer Abläufe unterstützen. Es versteht sich als Beitrag zu einer österreichweit qualitativ vergleichbaren akutgeriatrischen Versorgung.

Das Handbuch wendet sich primär an die in den Einrichtungen Arbeitenden, bietet aber auch Berufstätigen in jenen Strukturen, die mit dem Akutgeriatriebereich vernetzt sind, Informationen und Einblick in die Tätigkeit dieses Versorgungsbereiches.

Das *Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation* wurde am 16. Oktober 2013 unter Beisein von Herrn Bundesminister Stöger der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Rund 80 Personen haben an der Präsentationsveranstaltung teilgenommen. Die Veranstaltung bot auch die Gelegenheit, mit allen beteiligten Personen in Diskussion zu treten.

2. Auflage

Bereits bei Fertigstellung der ersten Auflage bestand das Ziel, das *Prozesshandbuch AG/R* kontinuierlich weiterzuentwickeln. Dieses Ziel wurde in einem ersten Schritt erfüllt, indem in der nun vorliegenden 2. Fassung geriatrische Tageskliniken mit den zwei Musterprozessen „Zuweisung zu“ bzw. „Aufnahme in die geriatrische Tagesklinik“ in die Arbeiten zum Qualitätsmanagement einbezogen wurden. Expertinnen und Experten aus fünf geriatrischen Tageskliniken unterstützten die Bearbeitung der Ausführungen zu diesem Leistungsbereich.

Inhalt

Kurzfassung	IX
Abbildungen und Tabelle	XII
1 Ausgangslage	1
1.1 Arbeiten zum Prozesshandbuch	3
1.2 Kooperationen	8
2 AG/R – Grundsätzliches	10
2.1 Ziele der AG/R	10
2.2 Organisationsformen der AG/R	10
2.3 Ärzteausbildungsordnung 2015, Spezialisierung Geriatrie	11
2.4 Geriatrische Patientin / geriatrischer Patient	11
2.5 Aufnahmekriterien in die AG/R.....	14
2.6 Wie kommt die AG/R zur richtigen Patientin / zum richtigen Patienten?.....	16
2.7 Besonderheiten der AG/R.....	16
2.8 Beschreibung der Organisationsform Geriatrische Tagesklinik	18
3 Qualitätsmanagement.....	22
4 Anwender- und Nutzerhinweise	28
4.1 Darstellung der Prozesse	28
4.2 Glossar und Erläuterungen von Begriffen aus den dargestellten Prozessen.....	30
5 Prozesse – stationär.....	33
6 Prozesse – tagesklinisch	74
Literatur	87
Anhang	89

Abbildungen und Tabelle

Abbildungen:

Abbildung 1.1: Arbeiten an den stationären Musterprozessen	6
Abbildung 1.2: Projektkonstellation	9
Abbildung 3.1: Qualitätsdimensionen nach Donabedian	24
Abbildung 3.2: PDCA-Zyklus nach Deming	26
Abbildung 5.1: Prozesslandkarte	34
Abbildung 5.2: Zuweisung – Primäraufnahme.....	35
Abbildung 5.3: Zuweisung – Sekundäraufnahme	43
Abbildung 5.4: Aufnahme	50
Abbildung 5.5: Assessment	55
Abbildung 5.6: Entscheidungs-/Zielfindung.....	61
Abbildung 5.7: Entlassungsmanagement.....	67
Abbildung 6.1: Zuweisung in die geriatrische Tagesklinik.....	75
Abbildung 6.2 Aufnahme in die geriatrische Tagesklinik	82

Tabelle:

Tabelle 1.1: Arbeiten an den beiden tagesklinischen Musterprozesse „Zuweisung“ und „Aufnahme“	7
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

1 Ausgangslage

Demografischen Prognosen entsprechend wird der Bettenbedarf für die Versorgung im Bereich Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) laut Schätzung des ÖSG 2017 bis zum Jahr 2030 auf eine Größenordnung zwischen 3.500 und 4.000 Betten steigen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels gewinnt die Errichtung dieser Strukturen hohe Priorität.

Die Zielsetzung von Abteilungen und Departments für AG/R sind gemäß ÖSG 2017 *die Behandlung und Betreuung akutkranker geriatrischer Patientinnen und Patienten (alterstypische Multimorbidität und/oder Frailty-Syndrom) zur Vermeidung weiterer Funktionsverluste, Erhöhung der Lebensqualität und Reintegration in das gewohnte Lebensumfeld; Beachtung medizinischer, funktioneller, psychischer, kognitiver und sozialer Aspekte der Erkrankungen geriatrischer Patientinnen und Patienten.* AG/R-Einheiten halten Primär- und Sekundärversorgung für geriatrische Patientinnen und Patienten vor, die von Zuhause, aus Pflegeheimen, anderen Spitälern sowie aus Stationen und Abteilungen des eigenen Krankenhauses aufgenommen werden.

AG/R-Einheiten gestalten die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten im Fall einer stationär zu behandelnden Akuterkrankung bedarfs- und bedürfnisgerechter gegenüber anderen Abteilungen des Krankenhauses (KH). Entsprechend den Charakteristika geriatrischer Patientinnen und Patienten – allen voran Multimorbidität und Gefahr des Verlusts funktioneller Fähigkeiten –, zielt die AG/R insbesondere auf die Erhaltung und Wiederherstellung der Fähigkeit zur weitgehend selbstständigen Lebensführung sowie auf die Reintegration der Patientinnen und Patienten in ihr eigenes Umfeld.

Die Möglichkeit zur tagesklinischen Versorgung ist notwendiger Bestandteil des geriatrischen Leistungsangebotes, und zwar sowohl aufgrund ihrer Effekte für die Lebensqualität der Patientinnen/Patienten als auch für die Effizienz des Ressourceneinsatzes. Durch die verzögerte Rekonvaleszenz geriatrischer Patientinnen und Patienten kann der Einsatz therapeutischer Maßnahmen über einen längeren Zeitraum hindurch erforderlich sein, um das Ziel der Wiedererlangung funktioneller Fähigkeiten und der Erhöhung von Selbstständigkeit zu erreichen und zu sichern. Die geriatrische Tagesklinik ermöglicht das Fortführen der Therapie über den stationären Aufenthalt hinaus und damit neben einer verbesserten gesundheitlichen Situation der Patientin/des Patienten auch eine frühere Entlassung und mit ihr eine verkürzte stationäre Verweildauer.

Es handelt sich hierbei um ein teilstationäres Angebot, das ausschließlich an Standorten mit einer stationären Einheit für Akutgeriatrie/Remobilisation angeboten werden kann¹.

Bislang wurden in Österreich 47 Abteilungen und Departments mit insgesamt rund 1.600 Betten und rund 80 tagesklinischen Plätzen in acht Tageskliniken eingerichtet (Stand: Ende 2016).

¹ Siehe Kapitel *Festlegung von Einheiten zur tagesklinischen Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)* im LKF-Modell 2017: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/8/0/0/CH1241/CMS1287565975903/modell_2017.pdf

Das Konzept der AG/R wurde vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) in Kooperation mit Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Geriatrie in den Jahren 1998 und 1999 entwickelt (ÖBIG 1998, ÖBIG 1999) und im Jahr 2008 aktualisiert (GÖG/ÖBIG 2008). Das Kapitel 2 *AG/R – Grundsätzliches* des vorliegenden Prozesshandbuches wurde zum überwiegenden Teil aus dem damaligen Konzept übernommen, mit Expertinnen und Experten aus der AG/R erweitert und auf den aktuellen Stand gebracht.

Der ÖSG definiert diesen Leistungsbereich sowie Qualitätskriterien, die sich auf personelle Ausstattung, Infrastruktur und Leistungen der AG/R beziehen. Die quantitativen Personalkennzahlen finden sich seit 2006 nicht mehr im ÖSG, sondern im jeweils aktuellen *LKF-Modell* (Ausgabe 2017).

Ziel gesundheitspolitischer Maßnahmen muss es sein, die Entwicklung der Akutgeriatrien entsprechend den definierten Vorgaben abzusichern. Dazu sind auch weiterhin Maßnahmen erforderlich, die zum einen die Krankenanstalten beim Aufbau der Akutgeriatrien unterstützen, und zum anderen eventuellen Fehlentwicklungen – insbesondere dem Etablieren sogenannter „Türschildgeriatrien“ – frühzeitig entgegenwirken. Eine dieser Maßnahmen stellt das hier vorgelegte Prozesshandbuch dar, das grundsätzliche Empfehlungen zur Akutgeriatrie enthält und mit *Musterprozeduren* eine standardisierte Arbeitsweise sicherstellen soll.

Das Cochrane Review (2011) zur geriatrischen Intervention bei insgesamt 10.315 Patientinnen/Patienten, mit 22 Evaluierungsergebnissen aus sechs Ländern, untersuchte, ob spezialisierte, organisierte geriatrische Versorgung (in der Regel als umfassendes geriatrisches Assessment oder *CGA* = *comprehensive geriatric assessment* bezeichnet) bessere Behandlungsergebnisse erzielt als die herkömmliche Versorgung in einem Krankenhaus. Dieser Studie zufolge steigen die Chancen der Patientinnen/Patienten deutlich, nach einer stationären Akutaufnahme mit koordinierter und spezialisierter Versorgung bis zu einem Jahr lang am Leben bzw. in der eigenen Wohnung zu bleiben. Dieser Effekt wird konsistent in Studien zu geriatrischen Einheiten belegt, deren Patientinnen/Patienten in einer speziellen Abteilung aufgenommen werden und deren Versorgung von einem spezialisierten multidisziplinären Team sichergestellt wird. Dieser Effekt war hingegen nicht so deutlich zu erkennen, wenn die Patientinnen/Patienten in einer allgemeinen Abteilung verblieben und das Assessment von einem spezialisierten multidisziplinären Konsiliar-Team durchgeführt wurde (vgl. Ellis et al. 2011). Schlussfolgerung: Umfassendes geriatrisches Assessment erhöht innerhalb einer Frist von bis zu einem Jahr deutlich die Wahrscheinlichkeit, dass eine Patientin / ein Patient am Leben bzw. zu Hause bleibt.

Die medizinische Zeitschrift *The Lancet* veröffentlichte die Ergebnisse der Studie *Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial*. Darin wird die Bedeutung der alterstraumatologischen bzw. orthogeriatrischen Zusammenarbeit in definierten, multidisziplinären, geriatrischen Abteilungen (entspricht den AG/R-Strukturen) hervorgehoben, wobei neben den medizinischen auch ökonomische Aspekte Beachtung finden. Die meisten Patientinnen/Patienten mit einer Hüftfraktur sind älter als 70 Jahre, gebrechlich und funktionell

² Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

eingeschränkt. Deren langfristige Heilungschancen sind schlecht, die Versorgung mit steigenden Kosten verbunden. In der vorliegenden Untersuchung der sogenannten *Trondheim-Gruppe* wurden die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit einer umfassenden postoperativen Behandlung in einem speziellen geriatrischen Umfeld mit der Behandlung in einer orthopädischen Regel-Abteilung verglichen (Prestmo et al. 2015). Dazu wurden insgesamt 397 Patientinnen/Patienten in die Studie aufgenommen (198 Patientinnen/Patienten in spezialisierte geriatrische Behandlung, 199 Patientinnen/Patienten in die orthopädische Regel-Behandlung). Die Mobilitätsverbesserung wurde mit dem sogenannten *Short Physical Performance Battery (SPPB)* gemessen. Der durchschnittliche SPPB-Score lag vier Monaten nach der Frakturoperation im Fall der spezialisierten geriatrischen Intervention bei 5,12 Punkten bzw. bei 4,38 Punkten im Fall der orthopädischen Regel-Behandlung. Schlussfolgerung: Die frühzeitige postoperative Aufnahme von Patientinnen und Patienten mit einer Hüftfraktur und älter als 70 Jahre in eine spezialisierte geriatrische Einrichtung führt nach vier Monaten zu einer im Vergleich mit der orthopädischen Regel-Abteilung deutlich verbesserten Mobilität.

Qualitätsmanagement

Das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG 2005) legt Qualitätssicherung als unverzichtbaren Bestandteil der medizinischen Versorgung rechtsverbindlich fest (BGBl I 2004/179). Der Gesetzgeber sieht darin u. a. nicht nur Patientenorientierung, Transparenz und Leistungserbringung unter Berücksichtigung der Patientensicherheit vor, er schreibt damit auch die Evaluierung der Leistungen/Qualität fest.

Der im Gesundheitsbereich am weitesten verbreitete Ansatz, Versorgungsleistungen zu beurteilen, stammt von Avedis Donabedian, der Qualität definierte als den „Umfang des Erfolges, der unter optimalen Verhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist“ (Donabedian 1966, 1980). In den Mittelpunkt seiner Überlegungen stellte er den Kunden; in unserem Zusammenhang sind dies die Patientin und der Patient mit ihren/seinen Wünschen, Erwartungen, Ressourcen und Ängsten. Donabedian nahm eine Unterscheidung von Qualität nach den Dimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis vor, die sich im Gesundheitsbereich durchgesetzt hat. Strukturqualitätskriterien für Akutgeriatrien sind bereits im Österreichischen Strukturplan Gesundheit verankert. Um die Prozessqualität messbar zu machen, ist es nun nötig, die Abläufe in Akutgeriatrie-Einrichtungen nachvollziehbar abzubilden, was hier für sechs Prozesse – von der Zuweisung bis zur Entlassung – unternommen wurde.

1.1 Arbeiten zum Prozesshandbuch

Ziel war es, ein Prozesshandbuch für akutgeriatrische Abteilungen (inklusive tagesklinischer Behandlung in geriatrischen Tageskliniken) zu erstellen, das Rahmenempfehlungen zu den wesentlichen Prozessen (Kernprozessen) in den Akutgeriatrien enthält und die Einrichtungen in der Abwicklung und Gestaltung ihrer Abläufe unterstützt. Durch die Vorgabe von standardisierten Arbeitsabläufen, Verfahren und Methoden können Prozesssicherheit und Prozessqualität erhöht

werden. Im Mittelpunkt stehen dabei organisatorische Abläufe (= Organisationsprozesse), wie z. B. die Aufnahme oder die Entlassung, nicht aber Behandlungsabläufe (z. B. therapeutische Prozeduren).

Das vorliegende Prozesshandbuch zeichnet sich dadurch aus, dass es *aus der Praxis für die Praxis* entstanden ist. Es versteht sich als Beitrag zu einer österreichweit gleichermaßen qualitativ gesicherten akutgeriatrischen Versorgung. Das Handbuch wendet sich primär an die in den Einrichtungen Arbeitenden, bietet aber auch Berufstätigen in jenen Strukturen, die mit dem Akutgeriatrie-Bereich vernetzt sind, Information und Einblick in die Tätigkeit dieses Versorgungsbereiches.

Dieses Handbuch kann in den Akutgeriatrie-Einrichtungen in folgenden Zusammenhängen genutzt werden:

- » Input und Motivation für Maßnahmen des Qualitätsmanagements
- » Verbesserung und Optimierung der internen Arbeitsabläufe
- » Neupositionierung der eigenen Einrichtung
- » Arbeitshilfe für neue Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter
- » Klarere Verantwortlichkeitsabgrenzung unter den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und zu anderen Fachrichtungen
- » Präsentation der eigenen Arbeitsprozesse innerhalb der Einrichtung und für andere Akutgeriatrien und Fachrichtungen
- » Öffentlichkeitsarbeit der Akutgeriatrie/Remobilisation
- » Unterstützung zur Abgrenzung zwischen AG/R und anderen Fachrichtungen

Ursprünglich war das Prozesshandbuch *Akutgeriatrie/Remobilisation* sowohl für den stationären als auch für den tagesklinischen Bereich der AG/R konzipiert. Die Tageskliniken konnten sich jedoch (vorwiegend aus Ressourcengründen) in den Jahren 2009–2012 nicht in die Arbeiten zur Erstellung der ersten Auflage des Prozesshandbuchs einbringen. Nach Publikation der ersten Auflage im Jahr 2013 wurde erwogen, geriatrische Tageskliniken in das Prozesshandbuch einzubeziehen, zumal die Arbeiten für den stationären Bereich in einem ersten Schritt abgeschlossen waren und die Konzentration auf den tagesklinischen Bereich ermöglichte. Auch konnten die gewonnenen Erfahrungen aus den Arbeiten zum stationären Bereich genutzt werden.

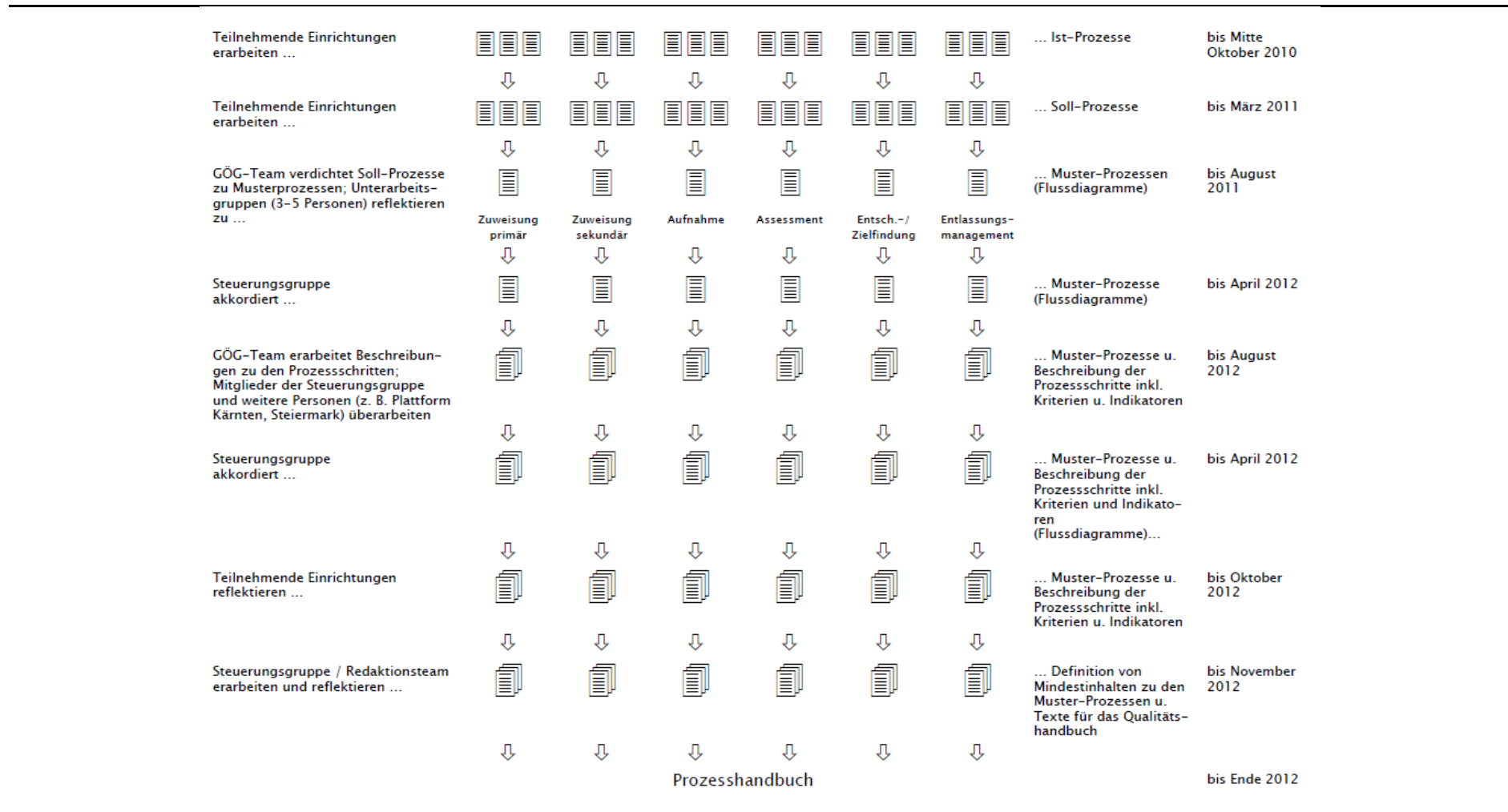
Die ausgewählten stationären Kernprozesse folgen der bereits etablierten Struktur und wurden inhaltlich abgestimmt. Rund dreißig Akutgeriatrien (siehe Anhang 2) lieferten mit Ist- und Soll-Darstellungen die Grundlage für die systematische Beschreibung der Prozesse im Handbuch. Das Projektteam der Gesundheit Österreich modellierte gemeinsam mit der Steuerungsgruppe (Expertinnen und Experten aus den Akutgeriatrien) und Unterarbeitsgruppen aus der Steuerungsgruppe jeweils einen Musterprozess zu jedem Kernprozess. Ein aus der Steuerungsgruppe gebildetes Redaktionsteam unterstützt die Gesundheit Österreich in der Reflexion, Aktualisierung und Erarbeitung weiterer Inhalte für das Prozesshandbuch.

In analoger Vorgangsweise zum stationären Bereich wurden auch für den tagesklinischen Bereich **Musterprozesse** auf der Grundlage von **Soll-Prozessen** erstellt und nunmehr in das Prozesshandbuch aufgenommen (2. Auflage). Vertreterinnen/Vertreter fünf geriatrischer Tageskliniken wurden

für die Arbeitsgruppe *Geriatrische Tageskliniken* nominiert. Insgesamt wurden in den Jahren 2013 und 2014 vier Sitzungen mit der Arbeitsgruppe durchgeführt.

Abbildung 1.1 zeigt Arbeitsweise und Entwicklungsschritte von den stationären Ist-Prozessen über die Soll-Prozesse bis hin zu den Muster-Prozessen und schließlich bis zum Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation.

Abbildung 1.1:
Arbeiten an den stationären Musterprozessen



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 1.1:

Arbeiten an den beiden tagesklinischen Musterprozesse „Zuweisung“ und „Aufnahme“

Ist-Prozesse	Die Teilnehmerinnen/Teilnehmer stellen den in ihrer Tagesklinik stattfindenden Ist-Prozess <i>Aufnahme</i> grafisch dar (Flussdiagramm und Beschreibung)	Bis Ende Jänner 2014
↓	↓	↓
Soll-Prozesse	Die Teilnehmerinnen/Teilnehmer generieren auf Basis des Ist-Prozesses einen individuellen Soll-Prozess mit dem Ziel der Optimierung (Flussdiagramm und Beschreibung)	Bis Ende Februar 2014
↓	↓	↓
Musterprozesse	Die Soll-Prozesse werden zu einem Musterprozess verdichtet. Die Prozessschritte der <i>Zuweisung</i> werden aus dem Musterprozess <i>Aufnahme</i> herausgelöst und es wird ein eigener Prozess <i>Zuweisung</i> generiert.	Ab März 2014
↓	↓	↓
Musterprozesse und Erläuterungen	In der Arbeitsgruppe werden für die Musterprozesse <i>Zuweisung</i> und <i>Aufnahme</i> die Flussdiagramme und die Beschreibungen der Prozessschritte finalisiert.	Bis Dezember 2014
↓	↓	↓
Musterprozesse und Erläuterungen, Textliche Beschreibung der geriatrischen Tagesklinik	Unter Einbeziehung der AG/R-Steuerungsgruppe Integration der Musterprozesse der geriatrischen Tageskliniken in das Prozesshandbuch AG/R	Bis Dezember 2015

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die im Prozesshandbuch abgebildeten Prozesse zeichnen die Abläufe in Akutgeriatrie-Einrichtungen zum aktuellen Zeitpunkt in Österreich nach. Sie sind eine Empfehlung und sollen allen, die bereits in einer Akutgeriatrie tätig sind, ebenso wie jenen, die ihre Tätigkeit erst aufnehmen, zur Orientierung dienen und als Grundlage für die professionelle Weiterentwicklung der Arbeitsabläufe in der Behandlung, Betreuung und Begleitung von geriatrischen Patientinnen und Patienten und deren Vertrauenspersonen herangezogen werden. Nicht zuletzt soll das Prozesshandbuch die Akutgeriatrien in ihrer Positionierung in der Gesundheitsversorgung unterstützen.

Bereits bei Fertigstellung der ersten Auflage bestand das Ziel, das Prozesshandbuch weiterzuentwickeln. Dieses Ziel wurde in einem ersten Schritt erfüllt, indem geriatrische Tageskliniken in die Arbeiten zum Qualitätsmanagement einbezogen wurden.

Darüber hinaus ist beabsichtigt, etwa drei Jahre nach Erscheinen der zweiten Auflage die Einrichtungen zu befragen, wie hilfreich die Verwendung des Prozesshandbuches und das Heranziehen von Musterprozessen ist, welcher Aktualisierungsbedarf besteht und ob die Indikatoren für die

Arbeit und die laufende Entwicklung der Einrichtung zweckmäßig sind³. Diese Ergebnisse sollen dann in das Handbuch einfließen und eine aktualisierte Version erscheinen. Sollten sich die Indikatoren als praktikabel erweisen, ist darüber zu entscheiden, wie entsprechende Daten routinemäßig erhoben werden können und welche Konsequenzen aus den Ergebnissen gezogen werden.

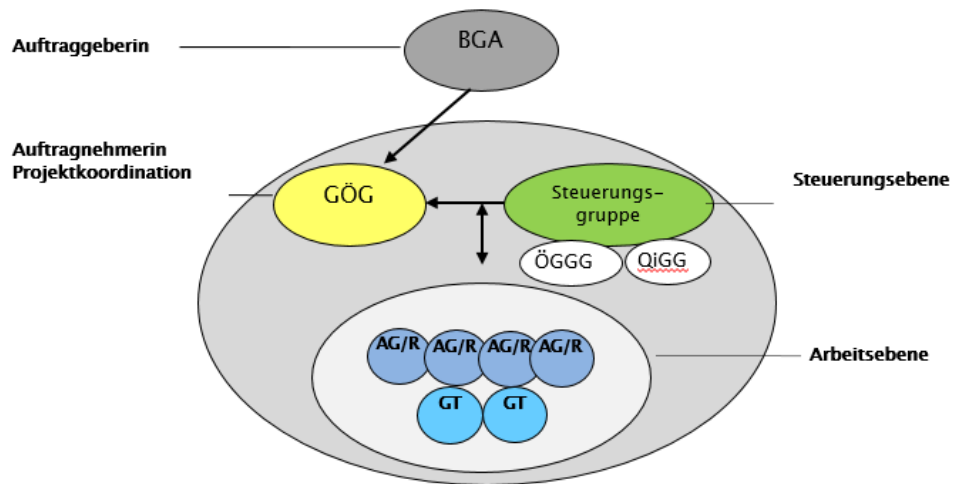
1.2 Kooperationen

Abbildung 1.2 zeigt die dem Projekt zugrunde liegende Konstellation einschließlich der Kooperation auf Steuerungsebene mit der Steuerungsgruppe (Expertinnen und Experten aus den Akutgeriatrien). Im Rahmen dieses Projekts wurde in fachlich-inhaltlicher Hinsicht eine Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) und dem Verein Qualität in der Geriatrie und Gerontologie⁴ (QiGG) eingegangen. Auf der Arbeitsebene wurden alle involvierten Akutgeriatrien und ihre Teams eingebunden. Zur Bearbeitung der Ausführungen zu den geriatrischen Tageskliniken wurde die Arbeitsgruppe *Geriatrische Tageskliniken* gebildet (vgl. auch Abschnitt 1.1).

³ In den Erläuterungen zu den Prozessen der Geriatrischen Tageskliniken wurde auf die Definition von Prozesskriterien und -indikatoren vorerst verzichtet.

⁴ Der Verein QiGG bezweckt den Aufbau und die Unterstützung von Systemen, die die Behandlungsqualität für und die Behandlungsergebnisse von geriatrischen Patientinnen und Patienten durch das Einführen eines Qualitätsmanagementsystems verbessern und sichern. Der Verein ist derzeit in den Bundesländern Kärnten, Oberösterreich, Steiermark und Wien aktiv.

Abbildung 1.2:
Projektkonstellation



AG/R = Akutgeriatrie/Remobilisation, BGA = Bundesgesundheitsagentur, GÖG = Gesundheit Österreich GmbH,
GT = Geriatriische Tageskliniken, ÖGGG = Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie, QiGG = Verein
Qualität in der Geriatrie und Gerontologie
Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2 AG/R – Grundsätzliches

2.1 Ziele der AG/R

Ziele der AG/R sind

- » Behandlung der akuten Erkrankung der Patientinnen und Patienten;
- » Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur weitgehend selbstständigen Lebensführung;
- » Vermeiden weiterer Funktionsverluste;
- » Erhöhen von Lebensqualität;
- » Reintegration der Patientinnen und Patienten in das gewohnte Umfeld und
- » bei intendierter Rehabilitation im Anschluss an die AG/R-Versorgung Herstellen der Rehabilitationsfähigkeit.

2.2 Organisationsformen der AG/R

Abteilungen und Departments für Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) sind eigenständige, fächerübergreifende Organisationseinheiten. Sie übernehmen die Behandlung direkt aufgenommener geriatrischer Patientinnen und Patienten sowie das Weiterführen der Behandlung akut kranker geriatrischer Patientinnen und Patienten aus anderen Abteilungen (Fachbereichen). AG/R-Einrichtungen zeichnen sich aus durch ein geriatrisch qualifiziertes, interdisziplinäres Team und durch ein multidimensionales Behandlungs- und Betreuungsangebot, das medizinische, funktionelle, psychische, kognitive und soziale Aspekte der Erkrankungen geriatrischer Patientinnen und Patienten gleichermaßen berücksichtigt.

Geriatrische Erkrankte können von Zuhause, aus Stationen und Abteilungen des eigenen Hauses, aus anderen Spitälern sowie aus Alten- und Pflegeheimen aufgenommen werden; umgekehrt ist auch die Entlassung dahin möglich.

Bedingt durch die Multimorbidität geriatrischer Patienten und Patientinnen, ist die AG/R zwar fächerübergreifend, die größten inhaltlichen Überschneidungen bestehen aber mit dem Fach Innere Medizin – das derzeit den Großteil geriatrischer Patienten und Patientinnen versorgt – und zur Neurologie. Abteilungen und Departments für AG/R sind in der Regel Teil eines dieser beiden Fächer.

Die **Geriatrische Tagesklinik** stellt ein **Angebot** dar, das ausschließlich an Standorten mit einer stationären Einheit für Akutgeriatrie/Remobilisation angeboten werden kann⁵. Weitere Ausführungen zur geriatrischen Tagesklinik finden sich in Abschnitt 2.7.

⁵ LKF-Modell 2017: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/8/0/0/CH1241/CMS1287565975903/mo-dell_2017.pdf

2.3 Ärzteausbildungsordnung 2015, Spezialisierung Geriatrie

Mit der neuen Ärzteausbildungsordnung (ÄAO) 2015 wurde die Additivfachausbildung in seiner bis dahin geltenden Form gemäß ÄAO 2006 gestrichen. Dies betrifft auch das Additivfach *Geriatrie*⁶.

Im Rahmen der ÄAO 2015 wird es zukünftig sogenannte *Spezialisierungen* (auch für die Geriatrie) geben, die aber zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Prozesshandbuches noch nicht vorlagen. Nach Ansicht der Steuerungsgruppe räumt die ÄAO 2015 der Geriatrie nicht den im Zuge der Patientenversorgung erforderlichen Stellenwert ein. Die Steuerungsgruppe erwartet allerdings mit der nächsten Novellierung der ÄAO, dass – entsprechend der demografischen Entwicklung und dem europäischen Standard – das Sonderfach Geriatrie geschaffen wird.

2.4 Geriatriische Patientin / geriatriischer Patient

AG/R-Einrichtungen sind darauf spezialisiert, die Versorgung von geriatriischen Patientinnen und Patienten mit stationär zu behandelnder Akuterkrankung zu verbessern.

Nach üblicher Definition ist eine geriatriische Patientin / ein geriatriischer Patient ein biologisch älterer Mensch, der durch altersbedingte Funktionseinschränkungen im Erkrankungsfall akut gefährdet ist, geriatrietypische Multimorbidität aufweist und bei dem ein besonderer Handlungsbedarf in rehabilitativer, somatopsychischer und psychosozialer Hinsicht besteht.

Für ältere Menschen besteht aufgrund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. wegen auftretender Komplikationen und Folgeerkrankungen, die Gefahr der Chronifizierung, der Verschlechterung der Selbsthilfefähigkeiten und des Verlustes der Autonomie (vgl. ÖGGG 2011, Deutsche Gesellschaft für Geriatrie 2012).

Festzuhalten ist, dass geriatriische Patientinnen und Patienten nicht primär über ihr Alter charakterisiert werden, sondern über eine mit dem Altern verbundene gesundheitliche Situation bzw. deren Gefährdung. Daraus lässt sich ableiten, dass geriatriische Patientinnen und Patienten spezifische Behandlungs- und Betreuungsbedürfnisse aufweisen.

⁶ Im Jahr 2011 wurde mit der 2. Novelle der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 das Additivfach Geriatrie geschaffen. Zugänglich war das Additivfach Geriatrie Fachärztinnen bzw. Fachärzten der Sonderfächer Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin sowie Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation sowie Ärztinnen bzw. Ärzten für Allgemeinmedizin. Wie für andere Additivfächer auch bestand zwischen 2011 und 2014 eine dreijährige Ausbildungsdauer an anerkannten Ausbildungsstätten „Das Additivfach Geriatrie umfasst die kurative, palliative, präventive und rehabilitative Betreuung von Patientinnen/Patienten auf dem Gebiet der Inneren Medizin/Neurologie/Physikalischen Medizin/Psychiatrie und Psychotherapeutischen Medizin/Allgemeinmedizin, die insbesondere ein höheres biologisches Alter, meist mehrere eingeschränkte Organfunktionen und/oder Erkrankungen, funktionelle Defizite und somit eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen, unter besonderer Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialkulturellen Aspekte sowie des multidimensionalen geriatriischen Assessments inklusive Nahtstellenmanagement.“

Im Einzelnen sind geriatrische Patienten und Patientinnen durch folgende Merkmale gekennzeichnet (vgl. Bruder et al. 1992, DKI/WidO 1987):

1. Höheres biologisches Alter

Geriatrische Patienten und Patientinnen sind alte Menschen, wobei jedoch nicht ihr Lebensalter, sondern ihr biologisches Alter ausschlaggebend ist. Die Angabe einer exakten Altersgrenze ist nicht möglich. So können Personen bereits im Alter von 60 Jahren geriatrische Patienten und Patientinnen sein, sie müssen es dagegen aber auch mit 80 und mehr Jahren noch nicht zwangsläufig sein. Erfahrungsgemäß befinden sich geriatrische Patienten und Patientinnen in der Altersgruppe von 75 Jahren aufwärts. Durch die demografische Entwicklung und den zunehmenden Anteil gesunder alter Menschen ist diese Altersangabe im Steigen begriffen.

2. Multimorbidität und veränderte Epidemiologie

Typisches Kennzeichen geriatrischer Patienten und Patientinnen ist Multimorbidität, das heißt, es bestehen gleichzeitig nebeneinander mehrere Symptome und komplexe (chronische) Krankheitsbilder, die ein einzelnes Organ oder auch verschiedene Organe betreffen können. Dabei kann es sich sowohl um kausal unabhängige Begleiterkrankungen oder auch um eine geriatrische Krankheitskette handeln, die durch ein neu auftretendes Leiden ausgelöst wird. Gleichzeitig haben alte Menschen geringere Kompensationsmöglichkeiten; auch triviale Störungen können weitreichende und fatale Folgen haben. Erkrankungen haben daher bei alten Menschen ein anderes Gewicht als bei jüngeren Patienten und Patientinnen. Die Krankheiten alter Menschen sind zudem nicht immer heilbar, sondern können chronisch und irreversibel sein. Des Weiteren haben bestimmte Erkrankungen im Alter eine hohe Inzidenz, wie z. B. Demenz und Schlaganfall.

3. Veränderte und spezifische Symptomatik und atypischer Krankheitsverlauf

Erkrankungen im Alter manifestieren sich oft durch eine uncharakteristische Symptomatik und einen atypischen Verlauf, die zu Fehleinschätzungen durch die betroffene Person selbst führen können und die Diagnostik erschweren. Einerseits können typische Symptome von Erkrankungen fehlen, andererseits können sich akute Erkrankungen in Symptomen manifestieren (wie z. B. Verwirrtheit, Apathie, Nahrungsverweigerung, Sturzneigung), die nicht auf eine spezifische Diagnose hinweisen und daher übersehen oder – als zum Altern gehörend – verharmlost werden. Darüber hinaus sind Normwerte (wie z. B. Parameter für Lungenfunktion) verändert und müssen anders interpretiert werden.

4. Veränderte Pharmakokinetik und Pharmakodynamik

Bedingt durch physiologische Altersprozesse, haben Medikamente bei alten Menschen andere Wirkungen als bei jüngeren Personen. Sie können stärkere und länger anhaltende Effekte (wie z. B. einige Analgetika) oder auch unerwünschte Wirkungen haben (etwa Digitalisglykoside, Psychopharmaka). Darüber hinaus sind Interaktionen von Arzneimitteln verändert, das heißt, Medikamente können – abweichend vom üblichen Wirkungsmuster – einander wechselseitig in ihrer Wirkung negativ beeinflussen. Alte Menschen haben ein hohes Risiko der Polypharmazie, bedingt durch ihre Multimorbidität und die möglicherweise gleichzeitige Behandlung durch mehrere Ärztinnen und Ärzte.

Die ÖGGG will mit dem Flyer *Polypharmazie* eine Hilfestellung im Umgang mit dem Problem der Polypharmazie geben. Darin ist das Symptom in den Mittelpunkt gestellt. Zu den verschiedenen Symptomen gelistet finden sich mögliche auslösende Substanzen sowie relevante Interaktionen. Einzelnen großen Themenbereichen wurden ganze Seiten gewidmet, um einen strukturierten Lösungsvorschlag anzubieten (vgl. ÖGGG 2013).

5. Risiko für Mangelernährung

Geriatrische Patientinnen/Patienten weisen oft ausgeprägte Zeichen einer qualitativen und quantitativen Mangelernährung auf. Ursachen dafür sind neben einem Rückgang des Hunger- und Durstgefühls und einer Verminderung des Geschmack- und Geruchsempfindens vor allem falsche und einseitige Ernährung (kohlenhydratreich, protein-, fett- und vitaminarm), die wiederum zahlreiche Ursachen haben, wie z. B. soziale Vereinsamung, Armut sowie reduzierte Kauffähigkeit wegen schlechter bzw. fehlender Zähne. Der Ernährungsstatus einer geriatrischen Patientin / eines Patienten darf dabei nicht nur als Funktion des Körpergewichts gesehen werden. Auch adipöse Patientinnen/Patienten können Zeichen einer schweren Mangelernährung aufweisen.

6. Protrahierter Krankheitsverlauf und verzögerte Rekonvaleszenz

Der Krankheitsverlauf und die Phase der Genesung sind bei älteren Menschen verlängert. Ein wichtiger Faktor in der Behandlung geriatrischer Patienten und Patientinnen ist eine ausreichende Zeitspanne für ihre Wiederherstellung zu ermöglichen.

7. Einschränkung von Organfunktionen

In der Therapieplanung muss auf die eingeschränkte Funktion der Organsysteme der älteren Patientin / des Patienten Rücksicht genommen werden. Beispielsweise prädisponiert eine kardiale Insuffizienz eine postoperative Dekompensation, die regelhaft bestehende Nierenfunktionseinschränkung stellt eine Gefährdung hinsichtlich Medikamenteninteraktionen und Elektrolytentgleisungen dar.

8. Erhöhte Vulnerabilität

Aufgrund physiologischer Veränderungen im Alter ist die Adaptionsfähigkeit von Organsystemen an Belastungen eingeschränkt. Geriatrische Patienten und Patientinnen befinden sich in einem stark wechselnden physischen und psychischen Zustand, erreichen ihre Leistungsgrenze rascher und sind anders als jüngere, monomorbide Patienten und Patientinnen immer akut gefährdet, z. B. davon, dass ein Organsystem dekompenziert oder dass Krankheitskaskaden ausgelöst werden. Die Fähigkeit der Anpassung an Veränderungen und neue Umgebungen – verstärkt durch Einschränkungen in den Sinneswahrnehmungen wie z. B. schlechtes Sehen oder schlechtes Hören – ist verringert, und sozialer Rückzug, Demotivation und Verwirrtheit können die Folge sein.

9. Instabilität

Altersbedingte degenerative Veränderungen (z. B. zerebraler Abbau, Sarkopenie, Osteoporose, Neuropathie) führen in zunehmendem Maße zu Gleichgewichtsstörungen und Problemen der Stabilität, zu erhöhter Sturzneigung und Verletzungsgefahr.

10. Immobilität, Inkontinenz, intellektueller Abbau

Immobilität, Inkontinenz und intellektueller Abbau sind neben der Instabilität häufige Leitsymptome bei geriatrischen Patienten und Patientinnen („die großen I“ der Geriatrie). Die Immobilität kann von einer Einschränkung in den Aktivitäten des täglichen Lebens bis hin zu Pflegebedürftigkeit reichen. Durch intellektuellen Abbau kommt es zu Verlusten an Aufmerksamkeit und Konzentration.

11. Psychische Störungen und psychiatrische Erkrankungen

Geriatrische Patienten und Patientinnen weisen häufig psychische Beeinträchtigungen auf. Ursachen dafür können lebensgeschichtlich kumulierte psychische Probleme sein, die am Lebensende manifest werden, oder der Verlust an Lebensperspektive durch die Erfahrung körperlicher Erkrankung und funktioneller Einschränkung, die zu Demotivation, Depression bis hin zur Suizidneigung führen können. Im und mit dem Alter treten häufig neurologische und psychiatrische Erkrankungen auf, die besondere Anforderungen an die Behandlung, Pflege und Betreuung stellen.

12. Risiko der Pflegebedürftigkeit

Geriatrische Patienten und Patientinnen sind durch die Wirkungen und Wechselwirkungen multipler Erkrankungen und Behinderungen in ihrer Selbstständigkeit und Fähigkeit zur Alltagsbewältigung eingeschränkt oder bedroht. Geriatrische Patienten und Patientinnen sind im Verlauf einer akuten Erkrankung besonders gefährdet, funktionelle Fähigkeiten zu verlieren und pflegebedürftig zu werden.

Geriatrische Patienten und Patientinnen sind also durch spezifische Merkmale gekennzeichnet, die sie von jüngeren, aber auch von älteren Patienten und Patientinnen mit einer monodimensionalen Erkrankung unterscheiden. Um von einer Person als geriatrischer Patientin oder geriatrischem Patienten sprechen zu können, müssen vorliegen a) die Merkmale des höheren biologischen Alters – das zu den beschriebenen Effekten wie atypischer Krankheitsverlauf, veränderte Pharmakokinetik usw. führt–, b) Multimorbidität und c) eines oder mehrere der geriatrischen Leitsymptome Immobilität, Instabilität, Inkontinenz und intellektueller Abbau. Daraus folgt, dass beispielsweise eine ansonsten gesunde und vitale ältere Patientin / ein gesunder und vitaler älterer Patient mit einem Herzinfarkt oder einem Schenkelhalsbruch noch keine geriatrische Patientin / kein geriatrischer Patient ist, sofern nicht weitere Merkmale vorliegen.

2.5 Aufnahmekriterien in die AG/R

Aus den obigen Ausführungen ergibt sich, dass nicht jede ältere Patientin / jeder ältere Patient eine *geriatrische* Patientin / ein *geriatrischer* Patient ist. Um sicherzustellen, dass diejenigen Patientinnen/Patienten in Akutgeriatrien aufgenommen werden, die vom speziellen diagnostischen und therapeutischen Angebot der AG/R in besonderem Ausmaß profitieren, besteht die Notwendigkeit, Kriterien für die Aufnahme zu definieren.

Das Festlegen von Kriterien für die Aufnahme einer geriatrischen Patientin / eines geriatrischen Patienten in eine AG/R dient somit dazu, die Gruppe der primär zu behandelnden Patientinnen und Patienten einzugrenzen und damit sowohl der AG/R selbst als auch den zuweisenden Stellen

in- und außerhalb des Krankenhauses eine klare und gemeinsame Vorstellung über den Behandlungsauftrag einer AG/R zu vermitteln. Nicht zuletzt soll sie eine möglichst hohe Treffsicherheit der AG/R in der Patientenauswahl ermöglichen.

Daraus leiten sich folgende Kriterien für die Aufnahme einer geriatrischen Patientin / eines geriatrischen Patienten ab:

1. somatische oder psychische Multimorbidität, die eine stationäre Akutbehandlung erforderlich macht, und
2. Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit durch den Verlust funktioneller und gegebenenfalls kognitiver Fähigkeiten oder durch psychische Probleme im Rahmen einer Erkrankung und
3. Bedarf an funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen.

Eine über diese Kriterien hinausgehende Eingrenzung der Zielgruppe der AG/R ist nicht möglich bzw. nicht zweckmäßig. Jede genauere Festlegung von Merkmalen würde – nicht realisierbare – diagnostische Maßnahmen vor der Aufnahme erfordern und außerdem den Handlungsspielraum der AG/R einschränken. Darüber hinaus könnte sich eine zu enge Definition der Zielgruppe nachteilig auf Patientinnen und Patienten auswirken, und zwar insbesondere auf jene mit hohem Pflegebedarf und geringem rehabilitativen Potenzial.

Zu den Kriterien im Einzelnen:

- » Multimorbidität: Die Multimorbidität kann sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht gegeben sein. Die Indikation zur Spitalsbehandlung ist in der Regel durch die Exazerbation einer Erkrankung gegeben.
- » Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit: Es gehören nicht nur Patienten und Patientinnen mit einer bereits eingetretenen, sondern auch mit einer drohenden Einschränkung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung – z. B. mit Sturzrisiko – zur Zielgruppe der AG/R. Dies ist sinnvoll, da der zeitgerechte Einsatz geriatrischen Wissens in der Diagnose und Behandlung präventiv wirken kann und somit gar nicht erst der Bedarf an Wiederherstellung verlorener Funktionen entsteht. Die Ursache für eine Einschränkung ist nicht relevant.
- » Bedarf an funktionsfördernden, -erhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen: Dieses Kriterium impliziert, dass die Patientin / der Patient aufgrund seines physischen und psychischen Zustandes in der Lage ist von den angebotenen Maßnahmen zu profitieren.

Die AG/R ist nicht nur für jene Patientinnen und Patienten zuständig, die voraussichtlich wieder im eigenen Haushalt leben können. Auch wenn funktionelle Fähigkeiten nur beschränkt gefördert werden können und die (weitgehend) selbstständige Lebensführung nicht mehr realistisch ist, kann eine Aufnahme in die AG/R angezeigt sein. Dies betrifft z. B. aus Pflegeheimen zugewiesene Patienten und Patientinnen, die nach Abschluss ihrer Akutbehandlung wieder in diese zurückkehren werden, oder für Patientinnen und Patienten mit schweren demenziellen Erkrankungen. Dafür sprechen folgende Überlegungen:

Erstens ist die Pflegebedürftigkeit einer geriatrischen Patientin / eines geriatrischen Patienten kein Kriterium für oder gegen die Behandlung, da die AG/R aus medizinischer Indikation

und nicht aufgrund von Pflegebedarf aufnimmt. Dieser hat aber Auswirkungen auf den Pflegeaufwand und damit auf den Personalstand der AG/R.

Zweitens sind Verbesserungen der funktionellen Fähigkeiten auch bei hohem Pflegebedarf möglich. AG/R-Maßnahmen können die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten erhöhen, auch wenn eine Wiederherstellung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung bzw. die Entlassung nachhause nicht möglich ist. Das Ziel der Erhaltung und Verbesserung der Möglichkeiten zu Aktivität und Partizipation gilt grundsätzlich für alle Patientinnen und Patienten.

Drittens können auch multimorbide Patientinnen und Patienten aus der stationären Langzeitpflege vom geriatrischen Wissen des Behandlungsteams der AG/R profitieren.

Viertens kann eine demenzielle Erkrankung zwar die Wiedererlangung selbstständiger Fähigkeiten verhindern, dies stellt aber ebenfalls kein Ausschlusskriterium für die Aufnahme einer Patientin / eines Patienten dar, da diese/dieser in ihrer/seiner akuten Situation (z. B. Exazerbation) in besonderem Maße von der geriatrischen bzw. gerontopsychiatrischen Qualifikation einer AG/R profitieren können.

2.6 Wie kommt die AG/R zur richtigen Patientin / zum richtigen Patienten?

Im Sinne einer optimalen Ressourcenauslastung ist es notwendig, alle potenziellen Zuweiser (z. B. eigenes Krankenhaus, fremde Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte) über die oben genannten Aufnahmekriterien zu informieren.

Dies geschieht insbesondere über intra- und extramurale Informationsveranstaltungen, Folder, Hinweise auf Zuweisungsformularen und persönliche Kontakte. Innerhalb eines Krankenhauses kann die Qualität der Zuweisung durch Bildung von Kooperationen sowie durch eine Vorbegutachtung durch einen geriatrischen Konsiliardienst verbessert werden. Eine Aufnahmestation mit geriatrischer Kompetenz weist geeignete Patientinnen/Patienten direkt zur Aufnahme in die AG/R weiter.

Im Sinne einer Akutbehandlung ist die Aufnahme in einer AG/R möglichst zeitnahe zum auslösenden Ereignis wünschenswert – im Idealfall als Primäraufnahme (Einweisung durch die Hausärztin / den Hausarzt (Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner), Notärztin/Notarzt). Ist die Primäraufnahme wegen spezialisierten Diagnostik- und Therapiebedarfs oder wegen struktureller Gegebenheiten nicht möglich, soll die Übernahme (= Sekundäraufnahme) möglichst frühzeitig erfolgen.

2.7 Besonderheiten der AG/R

Geriatrische Patientinnen und Patienten benötigen eine auf ihre komplexe Situation abgestimmte Behandlung und Betreuung, die sich nicht auf die Diagnose und Therapie eines singulären Leidens

beschränken, sondern die medizinischen, funktionellen, psychischen und sozialen Aspekte einer (hoch)betagten Person miteinschließen. Die Anforderungen an die Behandlung jüngerer oder auch monomorbider Patientinnen und Patienten sind davon deutlich verschieden: Zwar ist auch für diese eine multidimensionale Betreuung sinnvoll; monomorbide Patientinnen und Patienten sind jedoch für ihre Wiederherstellung in weit geringerem Maße davon abhängig als geriatrische Patientinnen und Patienten.

Die von der Aufnahme bis zur Entlassung eines Patienten / einer Patientin erbrachten Leistungen müssen folgenden grundlegenden Anforderungen entsprechen:

1. Multidimensionale Interventionen: Bei geriatrischen Patientinnen und Patienten besteht Handlungsbedarf nicht nur in somatischer, sondern auch in psychischer und sozialer Hinsicht. Letzterer insbesondere in der Einbindung des familiären Umfeldes und der Vorbereitung auf die Entlassung. Kennzeichen aller in der Diagnose, Behandlung und Betreuung gesetzten Maßnahmen ist daher die Beachtung der somatischen, kognitiven, psychischen und sozialen Aspekte der Erkrankung geriatrischer Patientinnen und Patienten und von deren Folgen.
2. Interdisziplinäre Teamarbeit: Herausragendes Kennzeichen der AG/R ist das interdisziplinäre Team. Dieses setzt sich aus Ärztinnen/Ärzten, Pflegepersonen, therapeutischem Personal (u. a. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie), klinischen Psychologinnen/Psychologen und Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern zusammen und soll Inter- und Transdisziplinarität verwirklichen. Das heißt, Teamarbeit bedeutet nicht nur eine Versorgung von Patientinnen und Patienten durch unterschiedliche Professionen, sondern eine gemeinsame Zielorientierung und eine aufeinander abgestimmte Arbeitsweise. Geriatrie ist auch Vorbild für einen Paradigmenwechsel in der Medizin insgesamt, indem sie anstelle einer krankheits- eine patientenorientierte Medizin repräsentiert. Das interdisziplinäre Team der Geriatrie ist damit beispielgebend für die Strukturen der Akutversorgung insgesamt.
3. Orientierung an Kompetenzen und Ressourcen: Diese werden im Rahmen des standardisierten geriatrischen Assessments erfasst. Darauf aufbauend erhalten geriatrische Patientinnen und Patienten eine Behandlung und Betreuung, die nicht an ihren Defiziten ansetzt, sondern an ihren Fähigkeiten anknüpft, diese trainiert, damit die Kompensation von Beeinträchtigungen ermöglicht und die Autonomie der Person fördert.
4. Bedachtnahme auf die Lebenssituation und die Lebensbedingungen: Die Behandlung und Betreuung geriatrischer Patientinnen und Patienten kann nicht unabhängig von deren Lebenssituation geplant und durchgeführt werden, sondern muss auf diese abgestellt sein, wie etwa auf die Wohnbedingungen, auf das Vorhandensein von Angehörigen oder auf die Möglichkeit der Organisation von Hilfe zuhause. Geriatrische Patientinnen und Patienten sind häufig nicht mehr in der Lage, allein zu leben. Besondere Bedeutung hat daher die Einbeziehung und - bei Bedarf - auch die Unterstützung der Angehörigen, die die (Weiter-)Betreuung einer Patientin / eines Patienten nach seiner Entlassung zuhause übernehmen und deren Möglichkeiten zur Bewältigung der Situation und deren Bedarf nach Hilfe berücksichtigt werden müssen.
5. Hierarchisierung der Probleme und Schwerpunktsetzung bei Diagnostik und Therapie: Die Instabilität des psychischen und physischen Zustands und die Interaktion von Arzneimitteln erfordern das Abwägen von Nutzen und Risiken von diagnostischen und therapeutischen

Maßnahmen unter Berücksichtigung der Prognose, aber auch der Situation der betroffenen Person. Im Interesse der Patientin / des Patienten können nicht alle medizinisch möglichen diagnostischen Maßnahmen durchgeführt und alle Erkrankungen gleichzeitig behandelt werden, sondern es müssen Prioritäten gesetzt und die Zahl der Maßnahmen begrenzt werden. Erforderlich sind gezielte Entscheidungen über eine differenzierte, auf das komplexe Krankheitsbild und die Lebensperspektive der Patientin / des Patienten abgestimmte Diagnostik und Therapie.

6. Gewährung der erforderlichen Zeit: Aus der verzögerten Rekonvaleszenz geriatrischer Patientinnen und Patienten und den sich möglicherweise erst nach längerer Zeit einstellenden Effekten therapeutischer Maßnahmen ergibt sich, dass kein Druck auf eine Verkürzung der Verweildauer bestehen darf. Bei bestehendem Verbesserungspotenzial ist im Anschluss an den Aufenthalt in der AG/R das Fortsetzen der Therapien in einer geriatrischen Tagesklinik oder in einer Rehabilitationseinrichtung anzustreben.
7. Qualitätsmanagement: Für eine Sicherung der Qualität ist die umfassende strukturierte Dokumentation der Arbeitsabläufe und -ergebnisse erforderlich. Dies geschieht durch interdisziplinäre Dokumentation in der Krankengeschichte. Die Herausforderung in der Geriatrie besteht darin, Mehrfachdokumentation zu vermeiden. Die Verwendung eines Datenmanagement-Systems, um die Ergebnisse des Assessments und den Zielerreichungsgrad der gesetzten Maßnahmen zu dokumentieren, wird dringend empfohlen. Diese Datensammlung stellt die Basis für die weitere Qualitätsarbeit, wie im folgenden Kapitel 3 erläutert, dar.
8. Kooperationsprinzip: Einheiten für Akutgeriatrie/Remobilisation verstehen sich als relevanter Partner in regionalen medizinischen und sozialen Betreuungsstrukturen für alte und hochbetagte Menschen, daher sind Kooperationen im Zuweisungs- und Entlassungsmanagement unverzichtbar. Im Sinne des Qualitätsmanagements, der Fort- und Weiterbildung ist ein regelmäßiger Gedankenaustausch zwischen allen Beteiligten zu gewährleisten.

2.8 Beschreibung der Organisationsform Geriatrische Tagesklinik

Definition

Geriatrische Tageskliniken sind im abgestuften geriatrischen Behandlungs- und Versorgungskonzept fixer Bestandteil. Die Möglichkeit zur tagesklinischen Versorgung ist notwendig, und zwar sowohl aufgrund ihrer positiven Effekte für die Lebensqualität der Patienten und Patientinnen als auch für die Effizienz des Ressourceneinsatzes. Es handelt sich hierbei um ein teilstationäres Angebot, das ausschließlich an Standorten mit einer stationären Einheit für Akutgeriatrie/Remobilisation angeboten werden kann⁷. Dieses Konzept bietet geriatrischen Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, im gewohnten (Wohn)Umfeld zu bleiben und trotzdem ein multiprofessionelles

⁷ LKF-Modell 2017: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/8/0/0/CH1241/CMS1287565975903/mo-dell_2017.pdf

Therapieangebot wahrzunehmen. Jede Patientin / jeder Patient kehrt täglich in sein Zuhause zurück.

Ziele

Ziele der tagesklinischen Behandlung sind sowohl das Vermeiden bzw. Verkürzen von Spitalsaufenthalten, das Fortführen bereits eingeleiteter Therapien als auch der Erhalt, das Wiedergewinnen oder das Verbessern alltagspraktischer Fähigkeiten und der Selbstständigkeit. Das tagesklinische Angebot ermöglicht die Fortführung der Therapie über den stationären Aufenthalt hinaus und damit neben der Verbesserung der gesundheitlichen Situation des Patienten/der Patientin auch eine frühere Entlassung und damit eine Verkürzung der stationären Verweildauer. Die längere Rekonvaleszenz geriatrischer Patientinnen und Patienten macht den Einsatz therapeutischer Maßnahmen über einen längeren Zeitraum erforderlich, um das Ziel des Wiedererlangens funktioneller Fähigkeiten und erhöhter Selbstständigkeit zu erreichen und zu sichern. Darüber hinaus können tagesklinische diagnostische und therapeutische Maßnahmen für zu Hause lebende Patientinnen und Patienten das Aufrechterhalten (und gegebenenfalls weitere Verbesserung) der funktionellen Fähigkeiten und das Vermeiden oder Verzögern einer stationären Aufnahme bewirken.

Zuweisung/Aufnahme

Die Aufnahme in die geriatrische Tagesklinik ist ausschließlich über ärztliche Zuweisung möglich (aus dem niedergelassenen ärztlichen Bereich, den Ambulanzen, dem akutstationären Bereich – zumeist stationärer AG/R-Strukturen sowie aus Alten- und Pflegeheimen). Empfehlenswert ist ein spezielles Zuweisungsformular „Geriatrische Tagesklinik“, das Zuweiserin/Zuweiser informiert, ob ein tagesklinischer Aufenthalt zielführend ist.

Bei Zuweisung aus einem Krankenhaus liegt im Schnitt eine Woche zwischen dem stationären Aufenthalt und der Aufnahme in der geriatrischen Tagesklinik. Die Entscheidung, ob eine Patientin / ein Patient für die geriatrische Tagesklinik entsprechend der unten stehenden Kriterien geeignet ist, soll ab dem Zeitpunkt des Eintreffens der Zuweisung (schriftlich oder mündlich) bzw. im Fall einer Terminvergabe für eine etwaige Begutachtung innerhalb einer Woche erfolgen.

Für die Aufnahme in die tagesklinische Behandlung ist die Beurteilung von Therapiefähigkeit und Therapiebelastbarkeit im Rahmen einer speziellen und individuellen Untersuchung der Patientinnen / des Patienten Voraussetzung (siehe Prozess *Zuweisung*).

Aufnahmekriterien für geriatrische Patientinnen/Patienten gemäß ÖSG 2012 und ÖSG 2017:

- » somatischer oder psychischer Multimorbidität;
- » Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit durch Verlust funktioneller und ggf. kognitiver Fähigkeiten oder durch psychische Probleme im Rahmen einer Erkrankung;
- » Bedarf an funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen.

Weitere spezielle Kriterien für die Aufnahme in die geriatrische Tagesklinik:

- » Physischer und psychischer Zustand muss ausreichend sein, um von den tagesklinischen Leistungen profitieren zu können
- » Die Patientin / der Patient soll mit dem spezifischen Behandlungsprozess der geriatrischen Tagesklinik einverstanden sein
- » Keine 24–Stunden ärztliche Versorgung erforderlich
- » Ausreichende körperliche und seelische Belastbarkeit für den Transport und den mindestens sechsstündigen Aufenthalt an den Behandlungstagen in der geriatrischen Tagesklinik
- » Ausreichend Selbstständigkeit bzw. Unterstützung für ein Leben zu Hause (z. B. mobile Dienste)
- » Kommunikationsfähigkeit
- » Motivation/Empowerment

Grundsätzlich gibt es keine Indikation für eine sofortige Aufnahme in die geriatrische Tagesklinik, da in diesem Setting ausschließlich elektive Therapien durchgeführt werden.

Leistungen

Gemäß LKF-Modell 2017 erhalten Patientinnen/Patienten in der geriatrischen Tagesklinik in Art und Umfang die Leistungen, die den Qualitätskriterien für den stationären Bereich zugrunde gelegt sind. Erforderliche diagnostische Maßnahmen werden in den geriatrischen Tageskliniken unterschiedlich gehandhabt: Es besteht die Möglichkeit, Untersuchungen im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich durchzuführen.

Geriatrische Patientinnen und Patienten leiden in der Regel an mehreren chronischen Krankheiten, die sich wechselseitig beeinflussen und damit Mobilität und Selbstständigkeit bedrohen. Erfolgreiche Therapiemaßnahmen erfordern daher häufig einen multiprofessionalen individuell auf die Patientin / den Patienten abgestimmten Behandlungsansatz. Neben medizinischer Abklärung und Behandlung kommen deshalb in den geriatrischen Tageskliniken vor allem therapeutische Interventionen aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Massage sowie pflegerische Angebote zur Anwendung. Bei Bedarf werden auch weitere Maßnahmen angeboten, beispielsweise aus den Bereichen Diätologie und klinische Psychologie. Die physische und soziale Reaktivierung der Patientin / des Patienten ist das vorrangige Ziel eines Aufenthalts in der geriatrischen Tagesklinik.

Oftmals wird die Behandlung in der geriatrischen Tagesklinik als erster Schritt aus der häuslichen Isolation erlebt. Dem Aufenthalt in der Tagesklinik folgt oftmals eine weiterführende Betreuung in einem geriatrischen Tageszentrum.

Im Durchschnitt sind zehn bis zwanzig Therapietage in der geriatrischen Tagesklinik pro Patientin/Patienten vorgesehen, die tatsächliche Dauer der Therapie wird vom Behandlungsteam für jede Patientin / jeden Patienten individuell festgelegt.

LKF-Modell

Im LKF-Modell 2017 wird explizit festgeschrieben, dass die AG/R-Qualitätskriterien in vollem Umfang auch für die tagesklinische Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation anzuwenden sind, ausgenommen davon ist das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (siehe unten). Für die geriatrische Tagesklinik gelten laut LKF-Modell 2017 folgende Strukturmerkmale:

- » Es muss mindestens eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP) anwesend sein. Bei mehr als 6 Patienten/Patientinnen ist ein DGKP/Patient-Schlüssel von 1:6 anzuwenden.
- » Die Tagesklinik ist täglich an Werktagen von Montag bis Freitag für 8 Stunden geöffnet.
- » Die Patienten/Patientinnen haben eine tägliche Anwesenheitspflicht von mindestens 6 Stunden. In begründeten Fällen kann ausnahmsweise von der täglichen Anwesenheitspflicht (an Arbeitstagen) Abstand genommen werden. Aus der Praxis wird berichtet, dass für Patientinnen/Patienten eine mehrmals wöchentliche bis tägliche Anwesenheit die Regel darstellt.
- » Die Patienten/Patientinnen erhalten in Art und Umfang mindestens die Leistungen, die in den Qualitätskriterien für den stationären Bereich (der AG/R) vorgesehen sind.

Darüber hinaus sind im LKF-Modell 2017 Voraussetzungen für die Abrechnung, Dokumentations- und Codier-Regeln sowie der genaue Abrechnungsmodus definiert.

3 Qualitätsmanagement⁸

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Mit Inkrafttreten des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG) am 1. 1. 2005 wurde Qualitätssicherung für Gesundheitsdienstleister verpflichtend (BGBl I 2004/179). Inhaltliche Kernpunkte des GQG sind

- » Schaffen der rechtlichen Basis für eine bundesweite, sektorenübergreifende verbindliche Qualitätsentwicklung
- » Vorgaben für ein einheitliches Qualitätssystem durch Begriffsbestimmungen, Zielbeschreibungen und Zuständigkeiten
- » Grundsätze der Patientenorientierung, Transparenz, Effizienz und Effektivität
- » Einrichten des Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen

In § 1 (1) GQG heißt es: „Zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitssystem ist systematische Qualitätsarbeit zu implementieren und zu intensivieren. Dazu ist ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem basierend auf den Prinzipien Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz nachhaltig zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren. Dabei ist insbesondere die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientinnen- und Patientensicherheit zu gewährleisten.“

Weiters heißt es in § 1 (2): „Die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat sicherzustellen, dass die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, zur Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend erfolgen. Dabei sind im Sinne des Qualitätssystems die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen.“

Qualitätskategorien nach Donabedian

Die im Gesundheitsbereich am weitesten verbreitete Definition basiert auf Avedis Donabedians Definition der Qualität als „Umfang des Erfolges, der unter optimalen Verhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist“ (A. Donabedian 1966, 1980). In den Mittelpunkt seiner Überlegungen stellte der „father of outcomes research“ die Patientin / den Patienten mit ihren/seinen Wünschen, Erwartungen, Ressourcen und Ängsten.

Donabedians Aufteilung in die Kategorien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität setzte sich allgemein durch. Nachfolgend werden die Definitionen der Fachliteratur durch entsprechende Passagen (*kursiv*) aus dem Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz (BGBl I 2004/179) ergänzt.

⁸ Die Ausführungen zum Kapitel „Qualitätsmanagement“ wurden im „Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen“ (GÖG/ÖBIG 2012) ausgearbeitet und für das Feld der Akutgeriatrie/Remobilisation adaptiert.

Strukturqualität: Summe sachlicher und personeller Ausstattung einer Gesundheitseinrichtung in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Dazu zählen:

- » *rechtliche und vertragliche Rahmenbedingungen,*
- » *räumliche und technische Infrastruktur (Erreichbarkeiten, Dokumentationsmöglichkeiten etc.),*
- » *finanzielle Ausstattung,*
- » *personelle Ausstattung.*

Prozessqualität: Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüf-
baren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen,
regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden. Darunter fallen alle medizinischen Ar-
beitsabläufe und Verfahrensweisen, die zum Erfolg der Einrichtung beitragen. Zur Definition, Be-
messung und Evaluierung von Prozessen bedarf es genauer Ablaufpläne und Verfahrensanwei-
sungen, anhand derer die laufende Evaluation und der Verbesserungsprozess erfolgen können.
Die Prozesse selbst unterscheiden sich nach folgenden tätigkeitsorientierten Prozessarten:

- » *Führungsprozesse: Verwaltung, Controlling, Interne Audits etc.,*
- » *Kernprozesse: Anamnese- und Untersuchungstechnik, Therapie, Gesprächsführung, Pflegestandards, Ausbildungsstandards etc.,*
- » *Unterstützungsprozesse: Fortbildung, Wartung von Räumen, Apparaten etc.*

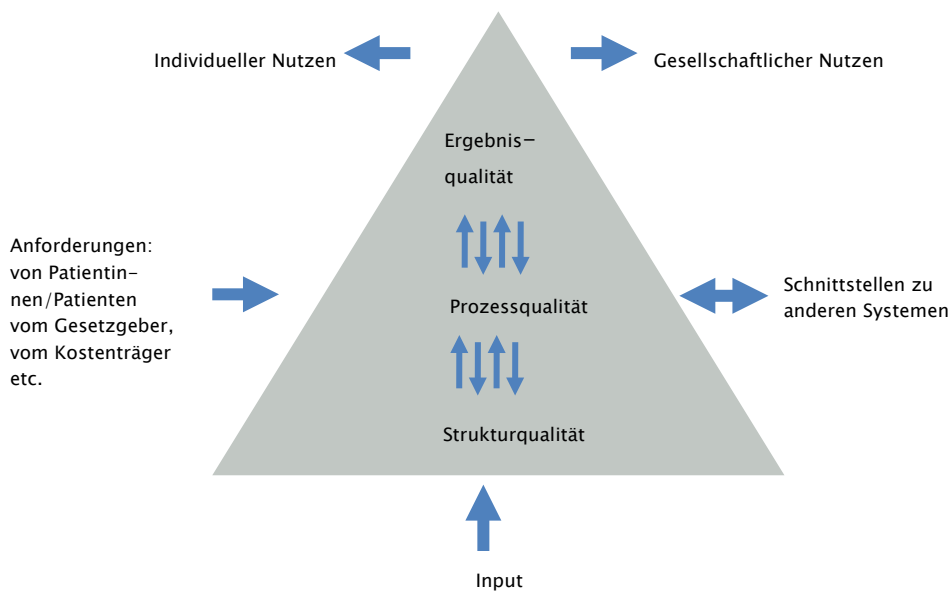
Die Prozessgestaltung gilt als wichtigstes Instrument des internen Qualitätsmanagements und des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Ergebnisqualität: Messbare Veränderungen des professionell eingeschätzten Gesundheitszustan-
des, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin / eines Patienten bzw. einer Bevöl-
kerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen. Die Ergebniska-
tegorie bildet die wichtigste Grundlage für die Evaluation der erbrachten Leistungen, wobei zu
unterscheiden ist zwischen

- » *objektiv messbaren Kriterien (Besserung und Heilung von Erkrankungen, Zeitaufwand, Kosten etc.) und*
- » *subjektiven Kriterien (Patienten- und Angehörigenzufriedenheit).*

In Donabedians Denkmodell wird deutlich, dass sich die Qualitätsdimensionen untereinander be-
einflussen. Die vorhandenen Strukturen und Ressourcen beeinflussen die Prozesse, die wiederum
die Ergebnisqualität mitbestimmen.

Abbildung 3.1:
Qualitätsdimensionen nach Donabedian



Quelle: Donabedian, A.: Evaluating the quality of medical care, 1966;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Qualitätskriterien und -indikatoren

Qualität wird anhand von Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren beurteilt.

Qualitätskriterien sind Eigenschaften, die typischerweise bei qualitativ hochwertigen (z. B. medizinischen) Leistungen erfüllt werden sollen. Qualitätsindikatoren veranschaulichen den Grad an Qualität, der erreicht wird. Ihre Ausprägungen ermöglichen eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen. Sie messen die Qualität nicht direkt, sondern sind Hilfsgrößen, die die Qualität einer Einheit durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse indirekt abbilden.

Gute Qualität wird über Referenzbereiche bzw. Referenzwerte definiert. Ein Referenzbereich ist jenes Intervall, innerhalb dessen die Ausprägung eines Qualitätsindikators als *gut* oder *unauffällig* gewertet wird. Ein Referenzwert ist ein Referenzbereich, bei dem Unter- und Obergrenze zusammenfallen.

Um Qualitätskriterien, -indikatoren und ihre Referenzbereiche bzw. Referenzwerte festlegen zu können, benötigt man idealerweise beste verfügbare Evidenz, d. h. bestmögliche Kenntnis von Fakten. Liegt keine empirische Evidenz vor, können Qualitätskriterien und -indikatoren im Expertenkonsens entwickelt werden.

Indikatoren werden aus Daten gebildet, die erhoben werden müssen. Dabei kann unterschieden werden zwischen Primärdaten (also Daten, die speziell für einen bestimmten Indikator erhoben werden, z. B. die Zufriedenheit von Teilnehmerinnen/Teilnehmern einer Veranstaltung) und Sekundärdaten (d. s. Daten, die bereits vorliegen oder in einem anderen Zusammenhang erhoben wurden, z. B. die Anzahl der Teilnehmerinnen/Teilnehmer einer Veranstaltung). Die Aussagekraft von Daten hängt von ihrer Qualität ab, wobei es drei wichtige Anforderungen an die Datenqualität gibt: möglichst hohe Objektivität, möglichst hohe Zuverlässigkeit (Reliabilität) und möglichst hohe Gültigkeit (Validität).

Qualitätskriterien und -indikatoren sind auch im Kontext der Gesundheitsversorgung von erheblicher Bedeutung.

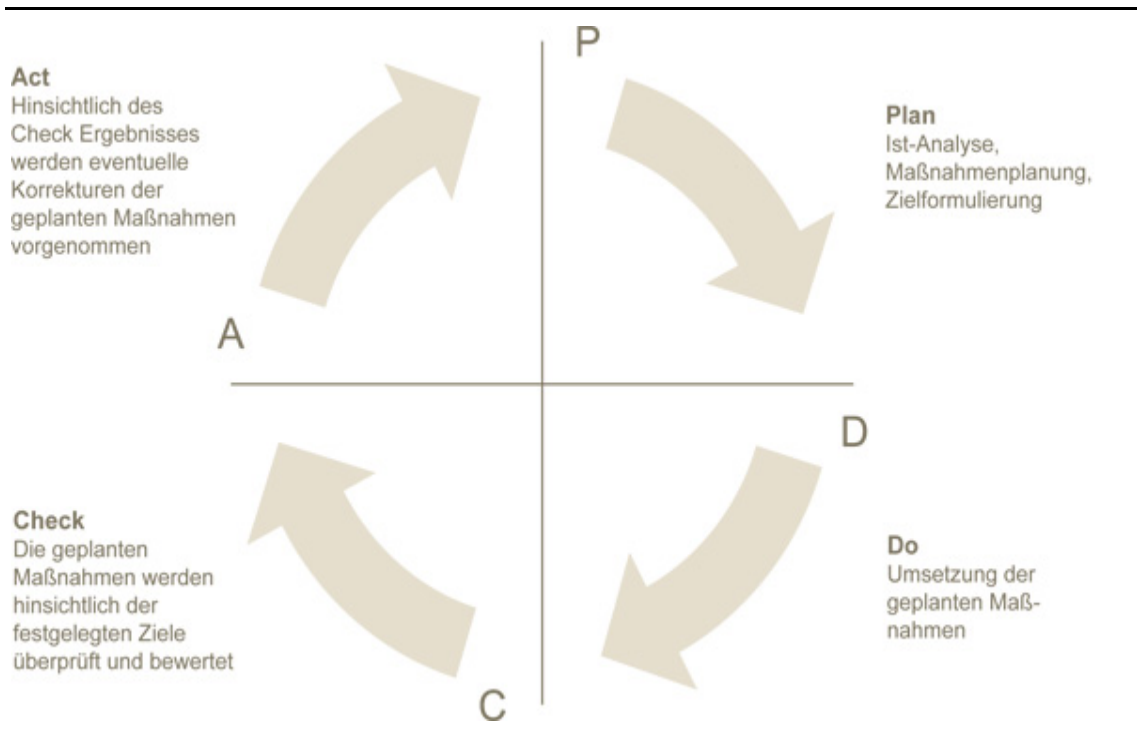
Qualitätsverbesserungszyklus nach Deming

Der amerikanische Qualitätsberater W. Edwards Deming entwickelte 1982 mit dem Qualitätsmanagementzyklus ein Werkzeug, das auf eine ständige Prozessverbesserung abzielt. Das unter der Bezeichnung PDCA-Zyklus (auch Deming-Zyklus) bekannte Modell ist ein Hilfsmittel zu einem strukturierten Vorgehen, um Verbesserungen zu initiieren, umzusetzen und nachzuweisen.

Dem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass jeder Vorgang als Prozess betrachtet und als solcher schrittweise verbessert werden kann.

Der PDCA-Zyklus beschreibt verschiedene Aktivitäten, die in einem Prozess eine Verbesserung zum Ziel haben. In der Planungsphase wird ein Verbesserungsplan mit Maßnahmen erstellt. Der Maßnahmenplan wird in Phase zwei in die Tat umgesetzt. Die Auswirkungen werden beobachtet, festgehalten, gemessen und überprüft. Die Ergebnisse werden anhand der Ausgangssituation analysiert, und der Zyklus kann wieder von vorne beginnen (Kaminske 1995).

Abbildung 3.2:
PDCA-Zyklus nach Deming



Quelle und Darstellung: <http://www.humanitas-pflegeservice.de/100-0-Qualitaetssicherung+.html>

Die im Schritt *Plan* definierten Ziele sollten die sogenannten SMART-Kriterien erfüllen:

- » S = spezifisch
- » M = messbar
- » A = anspruchsvoll
- » R = real
- » T = terminiert

Der Zyklus ist ein nie endender Prozess ohne Anfangs- und ohne Endpunkt. Das wiederholte Durchlaufen führt zu einer ständigen Verbesserung (auch unter dem Begriff kontinuierlicher Verbesserungsprozess bekannt), der Grundlage aller Qualitätsmanagementsysteme ist. Damit wird in Institutionen eine stetige Verbesserung der Abläufe verfolgt - u. a. mit dem Ziel, die Zufriedenheit der Kunden (in den Akutgeriatrien sind dies primär die Patientinnen und Patienten) und der Mitarbeiter/innen zu erhöhen.

Qualitätsmanagement für die Akutgeriatrien

Obwohl Qualitätssicherung als Verpflichtung der medizinischen Versorgung aufgefasst wird, gibt es erst wenige praktikable Lösungsansätze zu einem Qualitätsmanagement in den

Gesundheitseinrichtungen, die als Best-Practice-Ansätze für die Akutgeriatrien herangezogen werden können.

Die Akutgeriatrien in Österreich haben sich – oftmals bedingt durch lokale Gegebenheiten oder Vorgaben – unterschiedlich entwickelt und unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt (z. B. Primär- und Sekundäraufnahmen, eindeutige Schwerpunktsetzung auf Sekundäraufnahmen). Nicht zuletzt deshalb ist ein gemeinsames Verständnis über Zielrichtung und Inhalte der Akutgeriatrien wichtig wie auch einheitliche Arbeitsweisen.

Die Orientierung an den dargestellten Arbeitsabläufen sowie den empfohlenen Instrumenten sollen Prozesssicherheit, Prozessqualität und in weiterer Folge die Behandlungsergebnisse in Akutgeriatrien verbessern. Der Qualitätsansatz hilft den Einrichtungen dabei,

- » Inhalte und Grundsätze der Akutgeriatrien besser umzusetzen,
- » Qualität von Prozessen und Abläufen zu optimieren sowie transparenter und damit für alle einsichtiger zu machen,
- » Informationsaustausch zu verbessern und
- » patientenorientierte Behandlung und Betreuung anzubieten.

Die dargestellten Abläufe müssen auf ihre breite Anwendbarkeit im Alltag der Akutgeriatrien geprüft werden. Nach Erprobung des Prozesshandbuches besteht die Gelegenheit, die damit gemachten Erfahrungen rückzumelden und ggf. Verbesserungsvorschläge zu formulieren, die wiederum in eine Weiterentwicklung des Prozesshandbuches einfließen können.

Zusätzlich zur Anwendung dieses Handbuches wird den Akutgeriatrien die Teilnahme an einem Qualitätsmanagement- bzw. Benchmark-System empfohlen.

4 Anwender- und Nutzerhinweise

Alle österreichischen Akutgeriatrie-Einrichtungen waren eingeladen, an der Entwicklung des Prozesshandbuches mitzuwirken. In zahlreichen Sitzungen der Steuerungsgruppe und während dreier Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern aus den AG/R-Einrichtungen wurde das Handbuch entwickelt. Das Handbuch ist von Anwenderinnen/Anwendern für Anwenderinnen/Anwender entstanden.

Kernstück bilden die zentralen Abläufe in den Akutgeriatrien in Form von Flussdiagrammen mit Erläuterungen und Vorschlägen zu Qualitätskriterien und -indikatoren. Dementsprechend wurden Musterprozesse aufbereitet, und zwar die Prozesse *Zuweisung - Primäraufnahme*, *Zuweisung - Sekundäraufnahme*, *Aufnahme*, *Entscheidungs-/Zielfindung*, sowie *Assessment- und Entlassungsmanagement* für den stationären Bereich der Akutgeriatrie. Für geriatrische Tageskliniken wurden die Musterprozesse *Zuweisung* und *Aufnahme* definiert.

Beispiel-Dokumente wurden nicht in das Handbuch aufgenommen. Es wurden Mindestinhalte zu den Empfehlungen in den Kernprozessen definiert, die an den jeweiligen Einrichtung zu erfassen bzw. zu berücksichtigen sind, z. B. Medikamenten-Anamnese, Entlassungsbrief (vgl. Abschnitt 4.2).

Die Akutgeriatrien werden ersucht, ihre Dokumente dahingehend zu überprüfen, ob darin die in den Prozessen angeführten Inhalte erfasst werden, und diese gegebenenfalls zu ergänzen. Die Autorinnen/Autoren dieses Handbuches legen den Einrichtungen - insbesondere solchen, die neu in Betrieb gehen - nahe, sich bezüglich der Dokumente mit anderen AG/R-Einrichtungen auszutauschen.

Für die Prozessevaluierung werden Qualitätskriterien und -indikatoren vorgeschlagen. Diese sollen helfen, die Qualität der Arbeit in den Einrichtungen für die eigene Bewertung messbar zu machen. Für jeden Prozess wurden spezifische Qualitätskriterien und -indikatoren entwickelt, die Auskunft über die Qualität der Arbeitsabläufe geben können. Sie können die Reflexion und Bewertung der eigenen Arbeit unterstützen und Verbesserungs- und Entwicklungspotenziale aufzeigen. Die angegebenen Indikatoren haben zum jetzigen Zeitpunkt Empfehlungscharakter. Sie sollen dazu dienen, Erfahrungen im Umgang mit diesen Größen zu sammeln.

4.1 Darstellung der Prozesse

Die Prozesslandkarte zu Beginn der Prozessdarstellungen stellt die sechs Musterprozesse im stationären Versorgungsbereich im zeitlichen Ablauf grafisch dar (vgl. Abbildung 5.1).

Die einzelnen Musterprozesse sind nach einem einheitlichen Schema aufgebaut und bestehen aus einem Flussdiagramm mit Erläuterungen zum Flussdiagramm und zu den Prozesskriterien und -indikatoren. Die Erläuterungen zu den Prozessen in den geriatrischen Tageskliniken klammern

vorerst noch Definition zu Prozesskriterien und -indikatoren aus. Das Flussdiagramm zeigt alle bedeutenden Prozessschritte in ihrem chronologischen Ablauf. Die für die einzelnen Prozessschritte erforderlichen Dokumente sind ebenfalls genannt. Wo sinnvoll, wird auf überschneidende Prozessschritte und Parallelprozesse verwiesen.

In den Erläuterungen zum Flussdiagramm werden die einzelnen Prozessschritte kommentiert sowie Hinweise auf Dokumentations- bzw. Informationserfordernisse gegeben.

Prozesskriterien und -indikatoren sind jeweils im Anschluss an die Prozessbeschreibung angeführt.

In den Flussdiagrammen verwendete Symbole und ihre Bedeutung



Die Patientendokumentation hält von allen Berufsgruppen gesammelte und für die Behandlung relevante Informationen zur Patientin / zum Patienten kontinuierlich fest. Art und Weise der Dokumentation sind abhängig von der Trägerschaft der Einrichtung. Patientenbezogen sollen z. B. die jeweiligen Basisdaten sowie Art und Häufigkeit von durchgeführten Maßnahmen (z. B. medizinische Intervention, therapeutische Maßnahmen) dokumentiert werden. Schwerpunkt im Bereich der Akutgeriatrie/Remobilisation ist dabei die Dokumentation zum Aufnahme- und Entlassungs-Assessment und der regelmäßigen Evaluierungsergebnisse während des Aufenthalts.

4.2 Glossar und Erläuterungen von Begriffen aus den dargestellten Prozessen

Aufnahmebereitschaft	Prinzipiell soll an einer Akutgeriatrie 24 Stunden/Tag, 7 Tage/Woche Aufnahmebereitschaft gegeben sein.
Betreuungsperson	Person, die die Patientin / den Patienten außerhalb des Krankenhauses betreut/pflegt. Zum Beispiel pflegende Angehörige oder professionell ausgebildete Pflege- / Betreuungsperson (z. B. diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson)
Bettenführende Ärztin / bettenführender Arzt	Verantwortlich während der Hauptdienstzeit
Diensthabende Ärztin / diensthabender Arzt	Verantwortlich außerhalb der Hauptdienstzeit
Entlassungsbrief	<p>Ein informativer Entlassungsbrief soll (zusätzlich zum ELGA-Standard, d. h. Aufnahmegrund, Diagnose bei Entlassung / ICD-10-Code), Maßnahmen/Therapie, empfohlene Medikation, weitere empfohlene Maßnahmen, Kontrollen) folgende Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none">» geriatrische Syndrome,» Risikobereiche,» Abschlussberichte des multidisziplinären Teams,» Ergebnisse des geriatrischen Assessments (Aufnahme- und Entlassungs-Assessment),» funktioneller Status zur Entlassung (Mobilität, Selbstständigkeit),» verordnete Hilfsmittel,» soziale Situation (weitere Betreuung, Anträge). <p>Der Entlassungsbrief (oder ausführlicher Arztbrief) soll im Idealfall am Entlassungstag der Patientin / dem Patienten mitgegeben bzw. an Hausärztin/Hausarzt (Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner) übermittelt werden. Dazu ist es notwendig, alle Informationen/Ergebnisse laufend während des Aufenthalts in der Dokumentation einzufügen (= mit zu dokumentieren).</p>
Entlassungsmanagement	<p>Eine standardisierte Maßnahme im Sinne des Case Managements, die für Patientinnen/Patienten mit multiplem Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausentlassung pflegerische, medizinische und soziale Dienstleistungen institutionsübergreifend organisiert (vgl. Colemann 2003).</p> <p>Begriffe und Modelle variieren zwischen den Bundesländern, z. B. Oberösterreich: Überleitungspflege, Steiermark: Entlassungsmanagement im Rahmen von Gesundheitszentren, Salzburg: z. B. Übergangspflege, Wien: Entlassungsmanagement.</p>

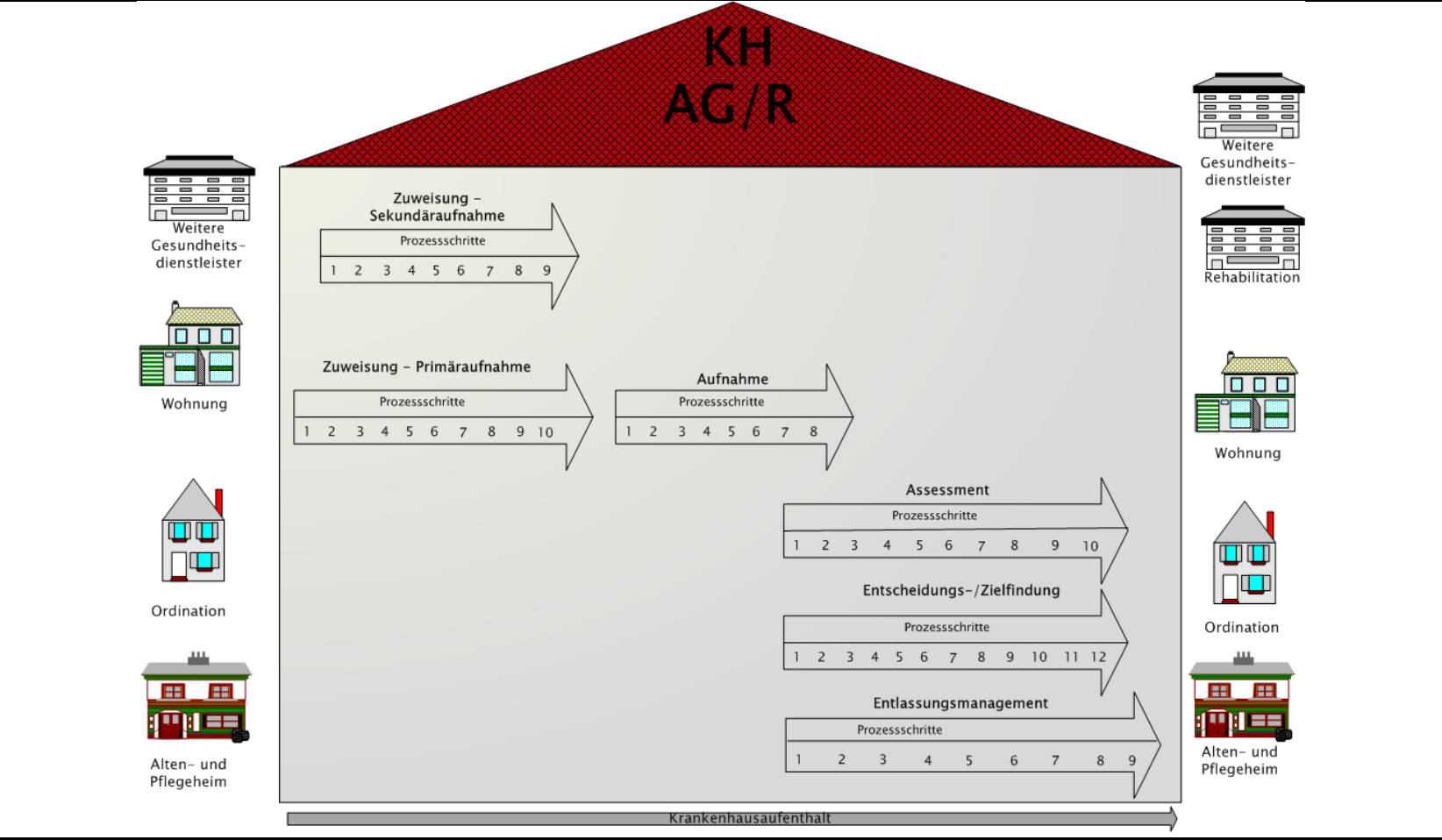
Externe Partnerin / externer Partner	Hausärztin/Hausarzt (Allgemeinmediziner/in), Angehörige, Vertrauensperson, Beschäftigte im Seniorenheim, zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt, Sachwalterin/Sachwalter, mobile Dienste
Geriatrisches Assessment	<p>Das spezifische Diagnoseinstrument der Geriatrie erlaubt eine systematische, multidisziplinäre Evaluation des älteren Menschen. Die komplexen Probleme älterer Menschen können dadurch erfasst, beschrieben und analysiert werden.</p> <p>Ermitteln und Darstellen vorhandener Fähigkeiten, Defizite und Ressourcen dienen als Basis für das Erarbeiten eines koordinierten Behandlungs- und Versorgungsplans und für das Feststellen des Hilfsmittelbedarfs (vgl. ÖGGG 2011, AG/R-Steuerungsgruppe).</p> <p>Die Broschüre zum Österreichischen Basisassessment (ÖGGG 2011) beinhaltet u. a. eine Auswahl praxistauglicher Assessment-Instrumente mit Hinweisen zur Durchführung und Bewertung.</p>
Interdisziplinäre Besprechungen	<p>Interdisziplinäre Besprechungen über jede Patientin / jeden Patienten sollen wöchentlich, multidisziplinär (verschiedene Berufsgruppen) stattfinden. Folgende Besprechungsinhalte sind vorzusehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Problemanalyse, » Zieldefinition, » Therapieplanung, » Verlaufsbeschreibung aus Sicht der Berufsgruppen, » Dokumentation der Ergebnisse.
Medikamentenanamnese	<p>Systematisches Erheben, welche Medikamente die Patientin / der Patient aktuell einnimmt bzw. eingenommen hat.</p> <p>Folgende Mindestinhalte wurden definiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Welche Medikation besteht aktuell (alle Applikationsformen)? » Welche Änderungen wurden im Krankheitsverlauf / in letzter Zeit vorgenommen? » Compliance: Was wird tatsächlich und in welcher Dosierung eingenommen bzw. angewandt (z. B. Pflaster, Injektionen, Tropfen)? » Wird Unterstützung benötigt? Wenn ja, wer leistet Unterstützung? » Welche Zusatzpräparate werden eingenommen (Nahrungsergänzung, rezeptfreie Medikamente)?
Mobile Dienste	Dienste, die die Betreuung und Pflege im gewohnten und familiären Umfeld erleichtern, den Verbleib des betreuungs- und/oder pflegebedürftigen Menschen in seiner häuslichen Umgebung ermöglichen und die pflegenden Angehörigen entlasten. Zu den mobilen Diensten zählen z. B. Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Essen auf Rädern.
MTD	In diesem Handbuch Abkürzung für gehobene medizinisch-technische Dienste, insbesondere Physiotherapeutin/Physiotherapeut, Ergotherapeutin/Ergotherapeut, Logopädin/Logopäde, Diätologin/Diätologen

Multidisziplinäres Team	Alle in der AG/R vertretenen Berufsgruppen: Ärztin/Arzt, klinische Psychologin / klinischer Psychologe, wenn möglich mit Psychotherapieausbildung, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, MTD, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter.
Patientendokumentation	Für einen optimalen interdisziplinären Informationsfluss ist es unabdingbar, dass die Berufsgruppen alle Einsicht in die Dokumentation des Krankheitsverlaufs nehmen können – unter Berücksichtigung berufsrechtlicher Regelungen. Ob Dekurs und Pflegebericht von allen dokumentierenden Berufsgruppen in einem Dokument gemeinsam geführt werden, ist von der jeweiligen Organisation festzulegen. Prinzipiell ist eine gemeinsame Dokumentation zu empfehlen (vgl. AKH Linz et al. 2010).
Pflegeanamnese	Erheben der pflegebezogenen Vorgeschichte eines Menschen mit seinen Fertigkeiten und Fähigkeiten. Sie dient dazu, Probleme, Fähigkeiten bzw. Ressourcen und Bedürfnisse einer Patientin / eines Patienten einzuschätzen.
Pflegebegleitschreiben	<p>Umfassende schriftliche Information zu pflegerelevanten Themen die Patientin bzw. den Patienten betreffend:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Pflegebedarf (sämtliche Bereiche, in denen die Patientin / der Patient einer Pflege bedarf, sind zu erfassen und zu beschreiben), » weiterversorgende Organisationseinheit und die mit ihr getroffenen Vereinbarungen, » Entlassungszustand. <p>Die Bezeichnungen und Inhalte variieren zwischen den Krankenhäusern und Bundesländern, z. B. Pflegebegleitschreiben, Situationsbericht, Pflegebericht.</p>
Vertrauensperson	<p>Person, die von der Patientin / dem Patienten bestimmt wird, an Informationen und Gesprächen teilzuhaben bzw. bevollmächtigt wird, sie/ihn in bestimmten oder allen Angelegenheiten zu vertreten.</p> <p>Bei der von der Patientin / dem Patienten angegebenen Vertrauensperson handelt es sich meist um einen Angehörigen, muss es aber nicht.</p>

5 Prozesse – stationär

Abbildung 5.1: Prozesslandkarte	34
Abbildung 5.2: Zuweisung – Primäraufnahme.....	35
Erläuterungen zu Zuweisung – Primäraufnahme	36
Abbildung 5.3: Zuweisung – Sekundäraufnahme	43
Erläuterungen zu Zuweisung – Sekundäraufnahme	44
Abbildung 5.4: Aufnahme.....	50
Erläuterungen zu Aufnahme.....	51
Abbildung 5.5: Assessment	55
Erläuterungen zu Assessment.....	56
Abbildung 5.6: Entscheidungs-/Zielfindung.....	61
Erläuterungen zu Entscheidungs-/Zielfindung	62
Abbildung 5.7: Entlassungsmanagement.....	67
Erläuterungen zu Entlassungsmanagement	68

Abbildung 5.1:
 Prozesslandkarte



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zuweisung – Primäraufnahme

Unter Zuweisung wird der Prozess des Ansuchens, eine Patientin / einen Patienten in der AG/R stationär aufzunehmen, verstanden.

Primäraufnahme bezieht sich auf Aufnahmen von Patientinnen/Patienten, die von außerhalb des akutstationären Bereichs zugewiesen werden, z. B. Zuweisung aus dem niedergelassenen ärztlichen Bereich, Akutaufnahme, Ambulanz, Alten- und Pflegeheim.

Erläuterungen zum Prozess

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
1	<p><u>Anfrage:</u></p> <p>Der Prozess startet mit der Anfrage.</p> <p>Die Anfrage kann gestellt werden von: der/dem niedergelassenen Ärztin/Arzt, von der Ambulanz im Haus / in einem anderen Haus, einer Aufnahmestation.</p> <p>Nur in Ausnahmefällen – bei dringlicher In- dikation – kann die Anfrage von der Pati- entin / vom Patienten oder Angehörigen direkt gestellt werden.</p> <p>Wurde eine Einweisung von einer/einem geriatrisch versierten Hausärztin/Hausarzt ausgestellt, kann bei klarer Indikation die Terminvereinbarung auch durch Patientin/ Patient, Angehörige oder Personal des Alten- und Pflegeheims erfolgen.</p> <p>Die Anfrage für eine Primäraufnahme erfolgt in der Regel telefonisch.</p> <p>Die/der bettenführende Ärztin/Arzt in der AG/R ist von der Anfrage/Zuweisung zu informieren.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R; Pflegeperson</p>	<p><u>Informationen, die bei Anfrage jedenfalls zu erheben sind:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Datum der Anfrage » Patientendaten (z. B. Patientennamen, Geburtsdatum, Wohnort) » Zuweisungsgrund » Relevante Diagnosen » Dringlichkeitseinschätzung durch Zuweiser/in » Beschreibung der gesundheitlichen/ funktionellen Patientensituation bzw. des Remobilisationspotenzials » Soziale Versorgungssituation » Kontaktdaten Angehörige/Sachwalter » Kontaktdaten der anfragenden Person/Institution <p><u>Formulare/Dokumente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Terminkalender/Planer » Einweisungsschein <p>Die erforderlichen Daten werden im Auf- nahmebuch/Kalender bzw. in der Patien- tendokumentation vermerkt.</p> <p><u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
2	<p><u>Kriterien prüfen:</u></p> <p>Im Gespräch mit der anfragenden Person wird überprüft, ob die Patientin / der Patient die Aufnahmekriterien erfüllt.</p> <p>Zur Klärung der Patientensituation holt die Ärztin / der Arzt bei der zuweisenden Person telefonisch (entweder während des Erstkontakts oder gegebenenfalls in einem Zusatzgespräch) Zusatzinformationen ein (ergänzende Unterlagen zu aufnahmerelevanten Informationen, Befunde).</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt</p>	<p><u>Aufnahmekriterien (gemäß ÖSG)</u></p> <p>Geriatrische Patientinnen/Patienten mit folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Somatische und/oder psychische Multimorbidität, die eine stationäre Akutbehandlung erforderlich macht. » Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit durch den Verlust funktioneller und gegebenenfalls kognitiver Fähigkeiten oder durch psychosoziale Probleme im Rahmen einer Erkrankung. » Bedarf an funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen. <p><u>Weitere Kriterien für eine Aufnahme in die AG/R:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Physischer und psychischer Zustand muss ausreichend sein, um von den AG/R-Maßnahmen profitieren zu können <p><u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
3	<p><u>Kriterien erfüllt?</u></p> <p><u>Ja</u></p> <p>Sind Kriterien erfüllt, ist zu entscheiden, ob eine Begutachtung möglich ist. Es geht weiter mit Schritt 4.</p> <p><u>Nein</u></p> <p>Sind Kriterien nicht erfüllt, muss die Anfrage zurückgewiesen werden. Entsprechend der Form der Anfrage (mündlich/schriftlich). Eventuell wird eine Empfehlung für eine weitere Vorgangsweise ausgesprochen. Der Prozess endet hier.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R, eventuell mit multidisziplinärem Team</p>	<p><u>Begutachtung möglich:</u> Patientin/Patient befindet sich in der Ambulanz oder Aufnahme</p> <p><u>Aufnahmekriterien – Ergebnis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Aufnahmekriterien erfüllt? (ja/nein, Datum) <p>Bei Ablehnung wird dies dem Anfrager entsprechend der Form der Anfrage mitgeteilt.</p> <p><u>Patientendokumentation:</u> Information über die Absage an Zuweiser (mündlich/schriftlich)</p>
4	<p><u>Eventuell Begutachtung:</u></p> <p>Es wird darüber entschieden, ob eine Begutachtung der Patientin / des Patienten erforderlich ist. Entscheidend für eine etwaige Begutachtung ist die Einschätzung des physischen und psychischen Zustands der Patientin/des Patienten aufgrund der vorliegenden Informationen. Wenn die Einschätzung unklar ist, wird die Begutachtung durchgeführt.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p><u>Begutachtung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Feststellen des Remobilisationspotenzials » Grad der Pflegebedürftigkeit » Kognitive Situation <p><u>Eine Begutachtung erfolgt, wenn:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » die Aufnahmekriterien (siehe Schritt 2) aufgrund der vorliegenden Information nicht ausreichend beurteilt werden können und » wenn eine Begutachtung überhaupt organisatorisch möglich ist, z. B. Patientin/Patient befindet sich in einer zentralen Aufnahme <p><u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>

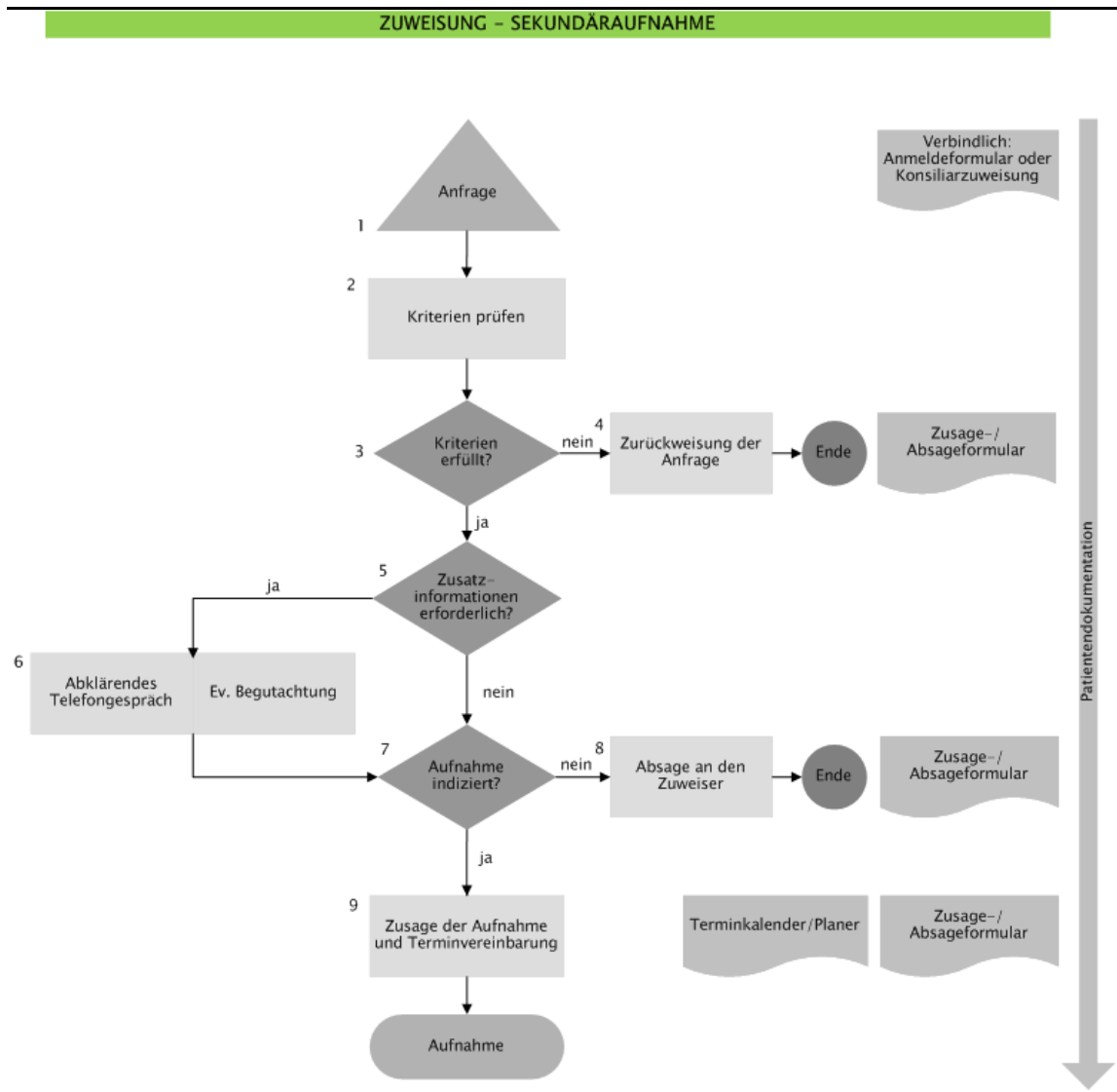
Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
5	<p><u>Aufnahme indiziert?</u></p> <p><u>Ja</u></p> <p>Auf Basis der vorliegenden Informationen kann die Frage beantwortet werden, ob die Aufnahme in der AG/R indiziert ist, d. h. ob die Patientin / der Patient Nutzen aus der Behandlung ziehen kann. Es geht weiter mit Schritt 6.</p> <p><u>Nein</u></p> <p>Ist aufgrund der vorliegenden Informationen die Aufnahme nicht indiziert, muss die Anfrage (mündlich/schriftlich) zurückgewiesen werden. Eventuell wird eine Empfehlung für eine weitere Vorgangsweise ausgesprochen. Der Prozess endet hier.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R, eventuell mit multidisziplinärem Team</p>	<p><u>Wann ist die Aufnahme nicht indiziert:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Patientin/Patient ist in einem physisch und/oder psychisch nicht ausreichenden Zustand, um von den Leistungen der AG/R profitieren zu können » Wenn die Patientin / der Patient die im Schritt 2 angeführten Kriterien nicht erfüllt » Siehe auch Prozess <i>Aufnahme</i>, Prozessschritt 4 (Intervention machbar?) unter Interventionen, die nicht auf der AG/R machbar sind
6	<p><u>Aufnahme sofort erforderlich?</u></p> <p><u>Ja</u></p> <p>Wenn die Aufnahme sofort erfolgt, muss geklärt werden, ob ein Bett in der AG/R frei verfügbar ist. Es geht weiter mit Schritt 7.</p> <p><u>Nein</u></p> <p>Wenn die Aufnahme nicht sofort sein muss, dann geht es weiter mit Schritt 8.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p>Prinzipiell soll an einer Akutgeriatrie 24 Stunden/Tag, 7 Tage/Woche Aufnahmebereitschaft gegeben sein. Dies ist vom Träger bei Personalausstattung und Zielauslastung zu berücksichtigen.</p> <p><u>Wann ist eine Aufnahme sofort durchzuführen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » dringliche medizinische akutgeriatrische Indikation » Aufnahme in der AG/R ohne weitere zeitliche Verzögerung notwendig, um das Remobilisationspotenzial zu erhalten <p><u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
7	<p><u>Bett vorhanden?</u></p> <p><u>Nein</u></p> <p>Ist kein Bett in der AG/R verfügbar ist, soll der Anfrager sich darum bemühen, dass die Patientin / der Patient in einer anderen AG/R aufgenommen werden kann.</p> <p>Wird die Patientin / der Patient in einer anderen Abteilung aufgenommen, mündet dieser Schritt eventuell in den Prozess <i>Zuweisung Sekundäraufnahme</i>.</p> <p><u>Ja</u></p> <p>Der Prozess der Zuweisung endet, und es folgt der Prozess der Aufnahme.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R, eventuell mit Pflegeperson</p>	
8	<p><u>Zusatzinformation notwendig?</u></p> <p>Bei Aufnahme, die nicht sofort erfolgen muss, ist abzuklären, ob Zusatzinformationen für die Entscheidung zur Aufnahme bzw. die Planung des Aufenthalts erforderlich sind.</p> <p><u>Ja</u></p> <p>Es geht weiter mit Schritt 9.</p> <p><u>Nein</u></p> <p>Sind keine Zusatzinformationen notwendig, weiter mit Schritt 11.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
9	<p><u>Zusatzinformation einholen</u></p> <p>Sind Zusatzinformationen erforderlich, werden diese eingeholt.</p> <p>Wo können Zusatzinformationen eingeholt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Ambulanztermin, » Gespräch mit Angehörigen, » Gespräch mit der Patientin / dem Patienten, » Telefonat mit dem Zuweiser/in, » einsehbare frühere Krankengeschichten und Assessmentergebnisse. <p>Es geht weiter mit Schritt 10.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p>Folgende Kriterien können der/dem erfahrenen Geriaterin/Geriater helfen, das individuelle Potenzial und damit die Sinnhaftigkeit der Aufnahme abzuschätzen, sind aber nur Mosaiksteine im Rahmen der Beurteilung der ÖSG-Kriterien (siehe Schritt 2), z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> » vor Erkrankung bestehender Funktionsgrad » monodimensionale Erkrankung? » Multimorbidität? » psychiatrische Auffälligkeiten? » Dialysepflichtigkeit? <p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt
10	<p><u>Aufnahme indiziert?</u></p> <p>Auf Basis der zusätzlich <u>eingeholten</u> Zusatzinformationen kann die Frage beantwortet werden, ob die Aufnahme in die AG/R indiziert ist, d. h. ob die Patientin / der Patient Nutzen aus der Behandlung ziehen kann.</p> <p><u>Ja</u></p> <p>Dann geht es weiter mit Schritt 11.</p> <p><u>Nein</u></p> <p>Die Anfrage wird abgewiesen (siehe Schritt 5).</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p><u>Wann ist die Aufnahme nicht indiziert:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Patientin/Patient ist in keinem physisch und/oder psychisch ausreichenden Zustand, um von den Leistungen der AG/R profitieren zu können » Wenn die Patientin / der Patient die im Schritt 2 angeführten Kriterien nicht erfüllt

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
11	<p><u>Zusage zur Aufnahme und Terminvereinbarung:</u></p> <p>Ärztin/ Arzt sagt der zuweisenden Person die Aufnahme in die AG/R zu und vereinbart den Aufnahmetermin.</p> <p>Der Prozess endet, und es folgt der Prozess der <i>Aufnahme</i>.</p> <p><u>Terminvereinbarung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R/Pflegeperson/administrative Stelle</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p><u>Terminkalender der AG/R:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Aufnahmetermin und Name der Patientin / des Patienten werden eingetragen » Dokumentation der Zusage (Handzeichen der zusagenden Person, Datum) <p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt <p><u>Zusage an (entsprechend der Art der Anfrage):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Zuweiser/in (Krankenhaus, Betreuer/in, Behandler/in) » Patientin/Patient
Kriterium:	<p>Dokumentation der Aufnahmekriterien</p> <p>Indikator: Anzahl an Patientinnen/Patienten, für die Aufnahmekriterien dokumentiert sind, dividiert durch die Anzahl aller aufgenommenen Patientinnen/Patienten</p>	

Abbildung 5.3:
Zuweisung – Sekundäraufnahme



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zuweisung – Sekundäraufnahme

Unter Zuweisung wird der Prozess des Ansuchens, eine Patientin / einen Patienten in der AG/R stationär aufzunehmen, verstanden.

Sekundäraufnahmen beziehen sich auf Aufnahmen von Patientinnen/Patienten, die aus einem anderen akutstationären Bereich zugewiesen werden, z. B. Zuweisung aus einer anderen Abteilung (im Haus / außerhalb des Hauses).

Erläuterungen zum Prozess

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
1	<p><u>Anfrage:</u></p> <p>Der Prozess startet mit der Anfrage.</p> <p>Die Anfrage kann von einer anderen Abteilung im Haus / einem anderen Krankenhaus gestellt werden.</p> <p>Die Anfrage für eine Sekundäraufnahme erfolgt in der Regel schriftlich.</p> <p>Die/der bettenführende Ärztin/Arzt in der AG/R ist von der Anfrage zu informieren.</p> <p><u>Durchführung: Außerhalb der AG/R:</u> behandelnde/r auswärtige/r Ärztin/Arzt</p> <p><u>Innerhalb der AG/R:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p><u>Informationen, die bei Anfrage erhoben werden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Datum der Anfrage » Patientendaten (z. B. Patientennamen, Geburtsdatum, Wohnort) » Zuweisungsgrund » Relevante Diagnosen » Beschreibung der gesundheitlichen/funktionellen Patientensituation bzw. des Remobilisationspotenzials » Soziale Versorgungssituation » Kontaktdaten Angehörige/Sachwalter » Kontaktdaten der anfragenden Person/Institution <p><u>Formulare/Dokumente:</u></p> <p><u>Verbindlich:</u> Anmeldeformular oder Konsiliarzuweisung</p> <p>Die erforderlichen Daten werden im Aufnahmebuch/Kalender vermerkt.</p>

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
2	<p><u>Kriterien prüfen:</u></p> <p>Zur Prüfung der gesundheitlichen Situation der Patientin / des Patienten bzw. zur Kriterienprüfung stehen drei Informationsquellen zur Verfügung:</p> <p>Zuweisungsformular, Telefongespräch oder persönliche Begutachtung (Konsiliarbegutachtung).</p> <p>Welche Form der Kriterienprüfung gewählt wird, hängt von den organisatorischen Gegebenheiten ab. Die Konsiliarbegutachtung stellt die effektivste Form der Kriterienüberprüfung dar.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p><u>Aufnahmekriterien (gemäß ÖSG):</u></p> <p>Geriatrische Patientinnen/Patienten mit folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Somatische und/oder psychische Multimorbidität, die eine stationäre Akutbehandlung erforderlich macht; » Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit durch den Verlust funktioneller und gegebenenfalls kognitiver Fähigkeiten oder durch psychosoziale Probleme im Rahmen einer Erkrankung; » Bedarf an funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen. <p><u>Weitere Kriterien für eine Aufnahme in die AG/R:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Physischer und psychischer Zustand muss ausreichend sein, um von den AG/R-Maßnahmen profitieren zu können. <p><u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
3	<p><u>Kriterien erfüllt?</u></p> <p><u>Ja</u></p> <p>Sind die Kriterien erfüllt, ist zu überprüfen, ob Zusatzinformationen erforderlich sind.</p> <p>Der frühestmögliche Übernahmezeitpunkt soll angestrebt werden.</p> <p><u>Nein</u></p> <p>Dann geht es weiter mit Schritt 4.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R, eventuell mit multidisziplinärem Team</p>	<p><u>Aufnahmekriterien – Ergebnis:</u></p> <p>» Aufnahmekriterien erfüllt? (ja/nein Datum)</p> <p><u>Patientendokumentation</u></p> <p>Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>
4	<p><u>Zurückweisung der Anfrage</u></p> <p>Werden die Kriterien nicht erfüllt, muss die Anfrage zurückgewiesen werden. Entsprechend der Form der Anfrage (zumeist schriftlich). Eventuell wird eine Empfehlung für eine weitere Vorgangsweise ausgesprochen. Der Prozess endet hier.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p><u>Formulare/Dokumente:</u></p> <p>Zusage-/Absageformular Konsiliarbefund</p> <p><u>Patientendokumentation:</u></p> <p>Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
5	<p><u>Zusatzinformationen erforderlich?</u></p> <p>Es ist abzuklären, ob Zusatzinformationen für die Entscheidung einer Aufnahme erforderlich sind.</p> <p><u>Ja</u></p> <p>Es geht weiter mit Schritt 6.</p> <p><u>Nein</u></p> <p>Sind keine Zusatzinformationen notwendig, dann geht es weiter mit Schritt 7.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p><u>Parameter zur Entscheidung über Zusatzinformationen:</u></p> <p>Wenn die im Schritt 2 genannten Kriterien aufgrund der vorliegenden Information nicht ausreichend beurteilt werden können.</p> <p><u>Patientendokumentation:</u></p> <p>Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>
6	<p><u>Abklärendes Telefongespräch – ev. Begutachtung:</u></p> <p>In einem abklärenden Telefongespräch werden offene Fragen zum physischen und psychischen Zustand der Patientin / des Patienten geklärt. Sollte die Situation telefonisch nicht abzuklären sein, erfolgt eine Begutachtung.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p>Folgende Kriterien können der/dem erfahrenen Geriaterin/Geriater helfen, das individuelle Potenzial und damit die Sinnhaftigkeit der Aufnahme abzuschätzen, sind aber nur Mosaiksteine im Rahmen der Beurteilung der ÖSG-Kriterien (siehe Schritt 2), z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> » Belastbarkeit der Patientin / des Patienten, insbesondere von implantierten Osteosynthesen? » Parenterale Ernährung? » Schwere Infektionen ausbehandelt? » Dialysetermine? <p><u>Patientendokumentation:</u></p> <p>Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>

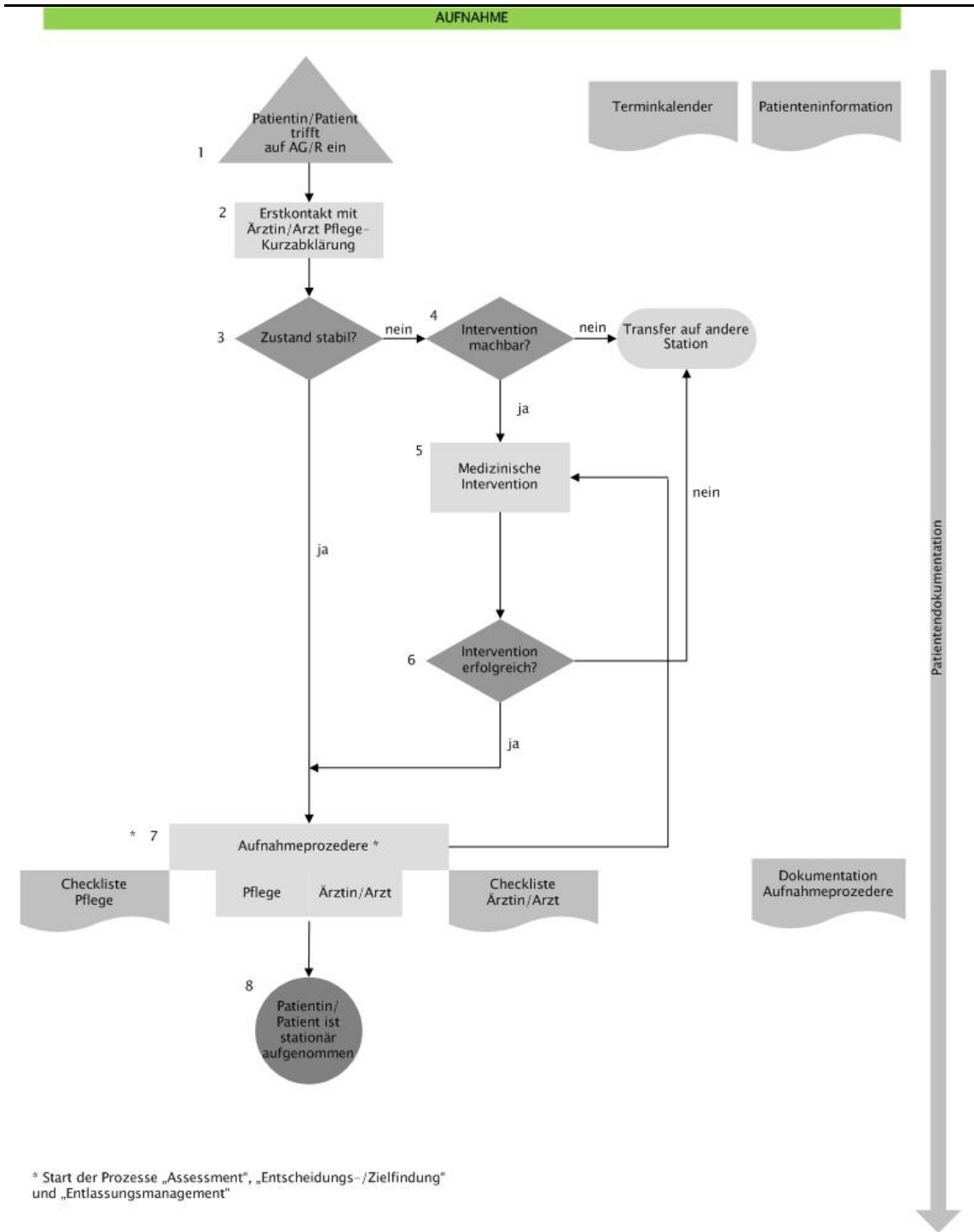
Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
7	<p><u>Aufnahme indiziert:</u></p> <p>Auf Basis der nun vorliegenden Informationen und erfüllter Aufnahmekriterien kann die Frage beantwortet werden, ob die Patientin / der Patient für die AG/R geeignet ist und Nutzen aus der Behandlung ziehen kann.</p> <p><u>Ja</u></p> <p>Es geht weiter mit Schritt 9.</p> <p><u>Nein</u></p> <p>Es geht weiter mit Schritt 8.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <p>Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>
8	<p><u>Absage an den Zuweiser/in:</u></p> <p>Werden die Aufnahmekriterien nicht erfüllt, muss dem/der Zuweiser/in eine Absage erteilt werden. Eventuell wird eine Empfehlung für eine weitere Vorgangsweise ausgesprochen.</p> <p>Der Prozess endet hier.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p><u>Absage an:</u></p> <p>» Zuweiser/in (behandelnde Ärztin / behandelnden Arzt)</p> <p><u>Formulare/Dokumente:</u></p> <p>» Zusage-/Absageformular bzw. Konsiliarbefund</p>

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
9	<p><u>Zusage zur Aufnahme und Terminvereinbarung:</u></p> <p>Die/die begutachtende Ärztin/ Arzt sagt der zuweisenden Person die Aufnahme in die AG/R zu und vereinbart den Aufnahmetermin.</p> <p>Der Prozess endet, und es folgt der Prozess der Aufnahme.</p> <p><u>Terminvereinbarung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R/Pflegeperson/administrative Stelle</p> <p><u>Zusage:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R/Pflegeperson</p>	<p><u>Terminkalender der AG/R:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Der Aufnahmetermin und Name der Patientin / des Patienten wird eingetragen. » Dokumentation der Zusage (Handzeichen der zusagenden Person, Datum) <p><u>Zusage an:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Zuweiser/in (Ärztin/Arzt der Abteilung) <p><u>Formulare/Dokumente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Zusage-/Absageformular/ Konsiliarbefund

Kriterium: Dokumentation der Aufnahmekriterien

Indikator: Anzahl an Patientinnen/Patienten, bei denen die Erfüllung der Aufnahmekriterien dokumentiert ist, dividiert durch die Anzahl aller aufgenommenen Patientinnen/Patienten

Abbildung 5.4:
Aufnahme



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Aufnahme

Unter Aufnahme wird der Prozess verstanden vom Zeitpunkt des Eintreffens der Patientin / des Patienten bis zum Abschluss der administrativen und medizinischen Aufnahme in der AG/R.

Erläuterungen zum Prozess

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
1	<p><u>Patientin/Patient trifft in AG/R ein</u></p> <p>Pflegeperson empfängt eintreffende Patientin / eintreffenden Patienten, führt ins Untersuchungs-/Aufnahme-/Patientenzimmer, Aufnahmeprozess startet.</p> <p>Information an Patientin/Patienten über Tagesablauf und Station.</p> <p><u>Durchführung:</u> Pflegeperson</p>	<p><u>Terminkalender:</u></p> <p>» aktualisieren</p> <p>Prüfen, ob Patientin/Patient im Haus bekannt bzw. bereits erfasst ist. Wenn nein, müssen alle Daten erfasst werden.</p> <p>Erfassen der Patientendaten entsprechend dem jeweiligen KH-Standard</p> <p><u>Patienteninformation:</u> Übergabe einer Patientenmappe</p>
2	<p><u>Erstkontakt mit Ärztin/Arzt und Pflege – Kurzaufklärung:</u></p> <p>Erstkontakt durch diensthabende/n Ärztin/Arzt und Pflegeperson, um aktuelle Patientensituation einschätzen zu können</p> <p>Kurzaufklärung dient zur allgemeinen Beurteilung des Gesundheitszustandes der Patientin / des Patienten und zur Ersteinschätzung, wie stabil/instabil, orientiert/desorientiert die Patientin / der Patient ist und welche Schritte akut einzuleiten sind.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R, Pflegeperson</p>	<p><u>Kurzaufklärung:</u></p> <p>Erheben der Vitalzeichen, der Basisparameter (Größe, Gewicht, Blutzucker, Blutdruck, Puls, Temperatur) und der Orientierung</p>

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
3	<p><u>Zustand stabil?</u></p> <p><u>Ja</u></p> <p>Ist der physische und psychische Zustand der Patientin / des Patienten stabil, dann geht es weiter mit Schritt 7.</p> <p><u>Nein</u></p> <p>Ist der physische und psychische Zustand nicht stabil, geht es weiter mit Schritt 4.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>
4	<p><u>Intervention machbar?</u></p> <p><u>Nein</u></p> <p>Ist der physische und psychische Zustand der Patientin / des Patienten instabil, muss geklärt werden, ob eine akute medizinische Intervention auf der AG/R durchführbar ist. Ist dies nicht der Fall, so erfolgt der Transfer der Patientin / des Patienten in eine andere Station.</p> <p><u>Ja</u></p> <p>Es geht weiter mit Schritt 5.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R, Pflegeperson</p>	<p><u>Interventionen, die notwendig werden können und in der AG/R machbar sind:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Gesamte Basisversorgung der Patientin / des Patienten bis hin zur cardiopulmonalen Reanimation <p><u>Interventionen, die notwendig werden können, jedoch NICHT in der AG/R machbar sind:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Intervention, die zu einer „intensiv“ monitorisierten Überwachungssituation führen » Chirurgische Intervention <p><u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>
5	<p><u>Medizinische Intervention</u></p> <p>Wenn die medizinische Intervention in der AG/R machbar ist, dann wird sie durchgeführt.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R, Pflegeperson</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Dokumentation medizinische Intervention

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
6	<p><u>Intervention erfolgreich</u></p> <p><u>Ja</u></p> <p>Wenn die medizinische Intervention in der AG/R durchgeführt wurde und sie erfolgreich war, dann weiter mit Schritt 7.</p> <p><u>Nein:</u></p> <p>Ist die gesetzte medizinische Intervention nicht erfolgreich, dann muss die Patientin / der Patient in eine andere Station transferiert werden.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Standardisierte Behandlungsdocumentation von Therapie und Verlauf wie in einer Normalbettenstation, bei Bedarf inklusive Überwachungsblätter
7	<p><u>Aufnahmeprozedere:</u></p> <p>Durch Ärztin/Arzt und Pflegeperson wird entsprechend den Checklisten die medizinische und pflegerische Anamnese durchgeführt. Nach Abschluss des Aufnahmeprozedere endet der Prozess mit der stationären Aufnahme der Patientin / des Patienten (Schritt 8).</p> <p>Im Rahmen des Aufnahmeprozedere kann der Bedarf an einer medizinischen Intervention festgestellt werden. Ist dies der Fall, geht es weiter mit Schritt 5.</p> <p>☞ Start der Prozesse <i>Assessment, Entscheidungs-/Zielfindung und Entlassungsmanagement</i></p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R, Pflegeperson</p>	<p><u>Checkliste Pflege:</u></p> <p>Pflegeanamnese laut GuKG § 14</p> <p>Geriatrische Pflegeanamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Selbsthilfefähigkeit » Mangelernährung-Screening » Sturzrisiko » Dekubitusrisiko » Inkontinenzscreening <p><u>Checkliste Ärztin/Arzt:</u></p> <p>Medizinische Anamnese unter besonderer Berücksichtigung geriatrischer Fragestellungen, z. B. Selbsthilfedefizite, Sturzrisiko, Kognition, Medikamentenanamnese inkl. Änderung der Medikation im Krankheitsverlauf, Mobilität</p> <ul style="list-style-type: none"> » Medizinischer Status inkl. EKG, Labor » Anordnung von Hilfsbefunden <p><u>Formulare/Dokumente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Dokumentation Aufnahmeprozedere

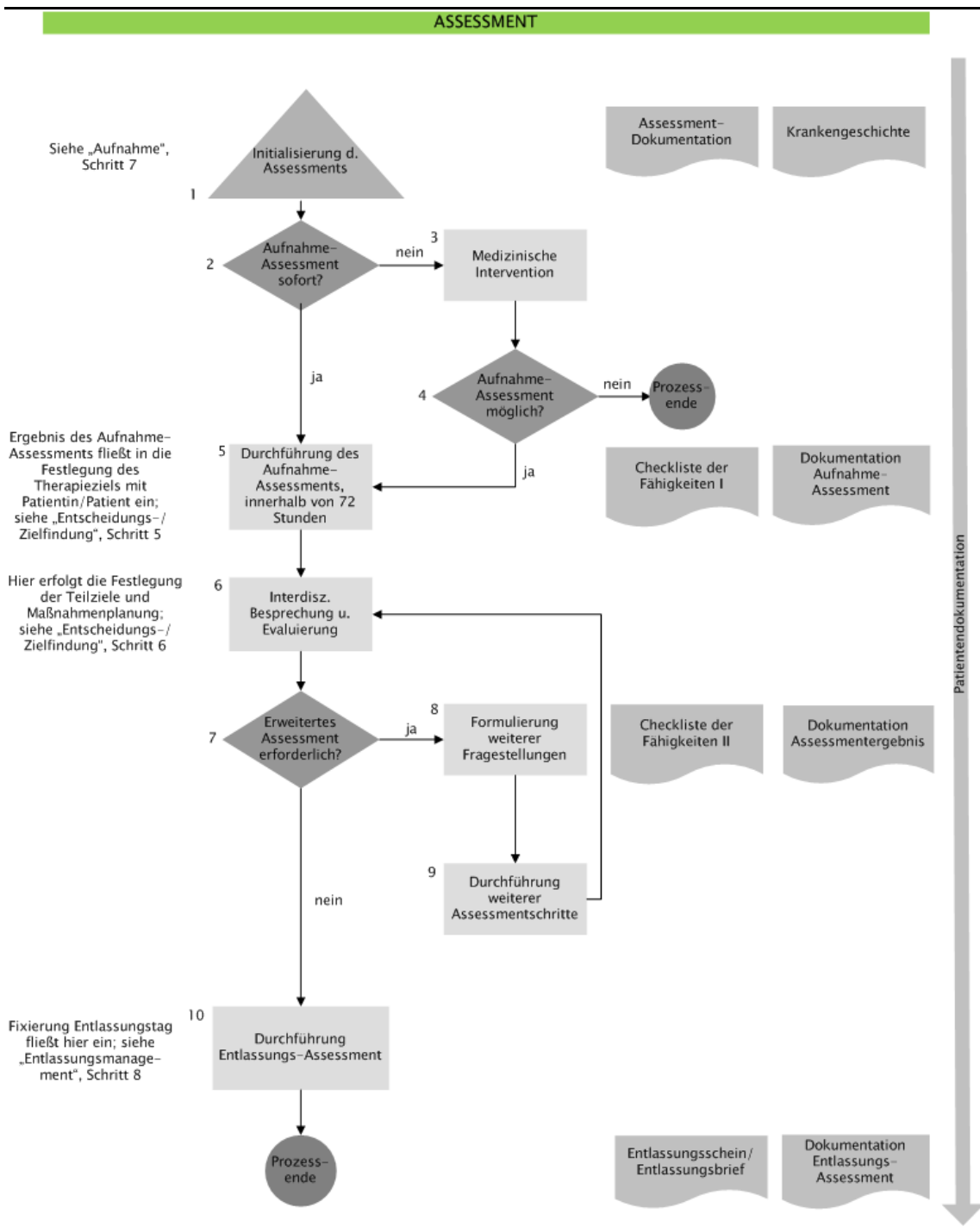
Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
-----	-----------------	--------------------------------------------------------

8 Patientin/Patient ist stationär aufgenommen:

Prozess endet hier.

Kriterium: Anzahl an Patientinnen/Patienten mit abgeschlossener Aufnahmedokumentation
 Indikator: Anzahl an Patientinnen/Patienten, bei denen eine abgeschlossene Aufnahmedokumentation vorliegt, dividiert durch die Anzahl aller aufgenommenen Patientinnen/Patienten

Abbildung 5.5:
Assessment



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Assessment

Der Prozess *Assessment* dient zur systematischen Erfassung des Gesundheits- und Funktionszustandes der Patientin / des Patienten, beginnt während der Aufnahme und endet mit der Dokumentation aller durchgeführten Assessments (Aufnahme- und Entlassungs-Assessment).

Erläuterungen zum Prozess

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
1	<p><u>Initialisierung der Assessments:</u></p> <p>Der Prozess <i>Assessment</i> beginnt, nachdem der Prozess <i>Aufnahme</i> abgeschlossen ist, d. h. wenn die Patientin / der Patient stationär aufgenommen ist.</p> <p>☞ Siehe <i>Aufnahme</i>, Schritt 7</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Krankengeschichte wird angelegt</u></p> <p><u>Assessment-Dokumentation</u></p>
2	<p><u>Aufnahme-Assessment sofort?</u></p> <p>Die/der bettenführende Ärztin/Arzt entscheidet auf Basis des physischen und psychischen Zustandes der Patientin / des Patienten, ob das Aufnahme-Assessment sofort (innerhalb von 72 Stunden) abgeschlossen werden kann.</p> <p><u>Nein</u></p> <p>Dann weiter mit Schritt 3</p> <p><u>Ja</u></p> <p>Dann weiter mit Schritt 5.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p><u>Entscheidende Parameter für ein sofortiges Assessment:</u></p> <ul style="list-style-type: none">» Allgemeinzustand gut» Aufmerksamkeit, Wachheit gegeben» Konzentrationsfähigkeit gegeben» Kooperationsfähigkeit der Patientin / des Patienten gegeben

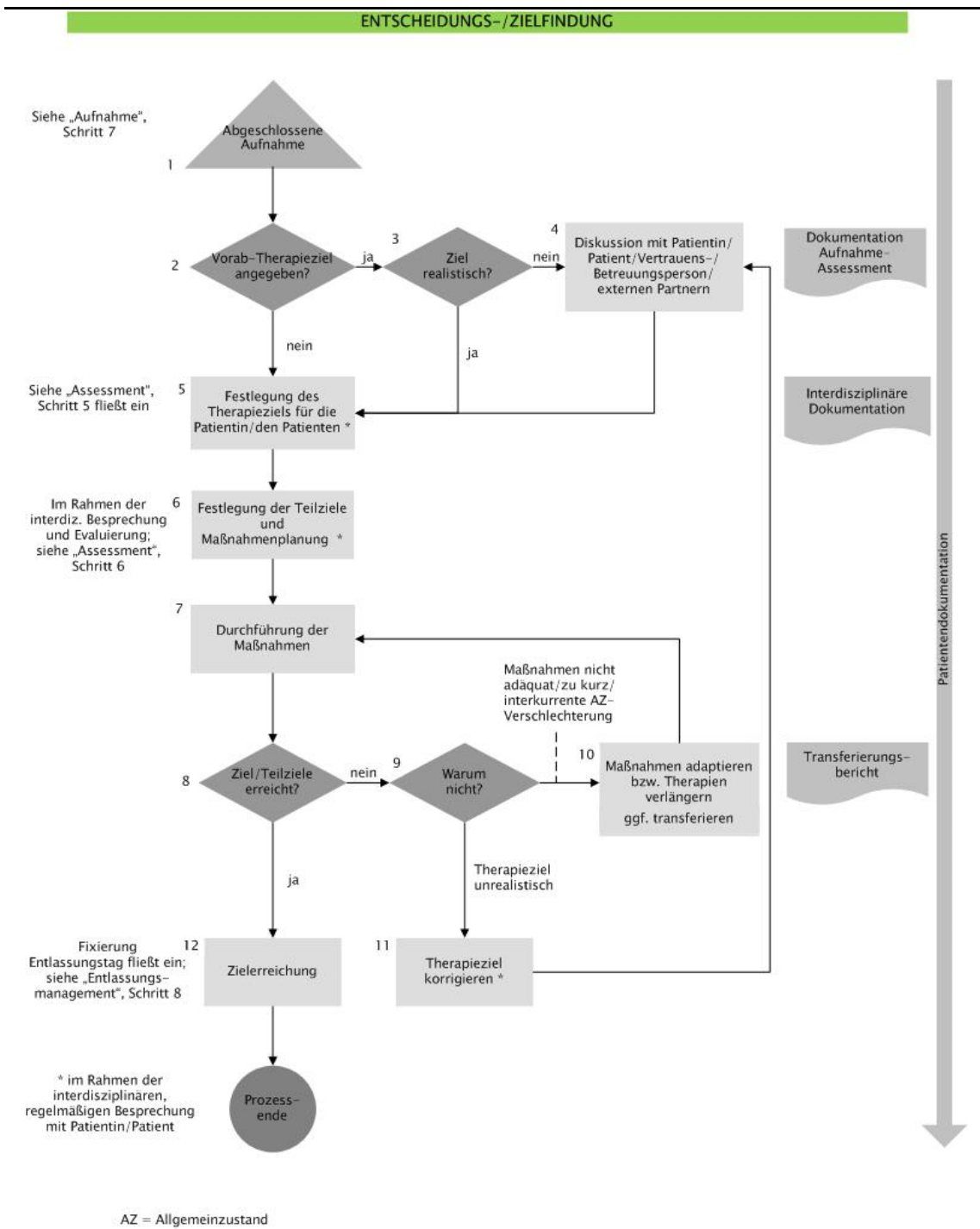
Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
3	<p><u>Medizinische Intervention:</u></p> <p>Befindet sich die Patientin / der Patient in einem Gesundheitszustand, der ein Aufnahme-Assessment nicht zulässt, so wird dieses auf einen geeigneten Zeitpunkt verschoben.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Dokumentation der medizinischen Intervention
4	<p><u>Aufnahme-Assessment möglich?</u></p> <p><u>Nein</u></p> <p>Ist nach der Durchführung der medizinischen Intervention das Aufnahme-Assessment noch immer nicht möglich, endet hier der Prozess.</p> <p><u>Ja</u></p> <p>Dann geht es weiter mit Schritt 5.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p><u>Einschlusskriterien für das Assessment:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Patientin/Patient ausreichend physisch und psychisch belastbar <p><u>Ausschlusskriterien für das Assessment:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Stark reduzierter Allgemeinzustand » Instabiler Gesundheitszustand » Keine Patientenzustimmung

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
5	<p><u>Durchführung des Aufnahme-Assessments innerhalb von 72 Stunden:</u></p> <p>Das Aufnahme-Assessment sollte innerhalb von 72 Stunden nach der Aufnahme der Patientin / des Patienten entsprechend der Checkliste I vom multidisziplinären Team durchgeführt werden.</p> <p>Auf der Basis von standardisierten Assessments werden die zu erarbeitenden Bereiche systematisch abgearbeitet und (elektronisch) dokumentiert.</p> <p>Es steht jeder AG/R frei, die Assessments selbst zu wählen, es sollen aber alle Teilbereiche der Checkliste I erfasst werden.</p> <p>☞ Ergebnis des Aufnahme-Assessments fließt in das Festlegen des Therapieziels mit Patientin/Patient ein; siehe <i>Entscheidungs-/ Zielfindung</i>, Schritt 5</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Checkliste I:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Kognition » Psychischer Zustand » Mobilität » Kontinenz » Selbstpflege » Nahrungsaufnahme/Dysphagie » Ernährungszustand » Kommunikationsfähigkeit » Schmerz » Dekubitusrisiko » Sturzrisiko » Delirrisiko (schon beim Assessment, DOSS-Skala) <p><u>Assessmentbroschüre ÖGGG:</u> Tests zu den Fähigkeiten (Checkliste I) listet die Assessmentbroschüre der ÖGGG.</p> <p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » (Elektronische) Dokumentation Aufnahme-Assessment
6	<p><u>Interdisziplinäre Besprechung u. Evaluierung:</u></p> <p>In der zumindest einmal wöchentlich stattfindenden interdisziplinären Besprechung werden folgende Themen besprochen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Vorstellen der Patientin / des Patienten » Festlegen der Ressourcen und Defizite » Festlegen des Behandlungsziels » Evaluieren des Behandlungsziels während des Aufenthalts » Evaluieren des Behandlungsziels am Ende des Aufenthalts <p>☞ Hier werden Teilziele festgelegt und Maßnahmen geplant siehe <i>Entscheidungs-/ Zielfindung</i>, Schritt 6</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Dokumentation des Behandlungsbedarfs » Dokumentation der Ressourcen und Defizite » Dokumentation der Behandlungsziele » Evaluierungsergebnisse während des Aufenthalts » Evaluierungsergebnis am Ende des Aufenthalts

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
7	<p><u>Erweitertes Assessment erforderlich?</u></p> <p>Im Rahmen der interdisziplinären Gespräche wird entschieden, ob weitere Tests erforderlich sind.</p> <p><u>Nein</u></p> <p>Wenn zur Abschätzung des Behandlungsbedarfs und -ziels keine weiteren Tests erforderlich sind, dann weiter mit Schritt 10.</p> <p><u>Ja</u></p> <p>Es geht weiter mit Schritt 8.</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Einschlusskriterien für das Assessment:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Patientin/Patient ausreichend physisch und psychisch belastbar
8	<p><u>Formulieren weiterer Fragestellungen:</u></p> <p>Eine Auswahl an validen Tests zur Abschätzung des Behandlungsbedarfs und -ziels wird festgelegt und anschließend durchgeführt.</p> <p>Die für die jeweiligen Tests verantwortlichen Berufsgruppen werden mit der Durchführung beauftragt.</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Checkliste II:</u></p> <p>Weitere Problemlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Sturzangst » Depression » Demenz » Frailty » Sprachstörung/Aphasie » Neuropsychologie (Apraxie, Neglect, Hemianopsie) <p><u>Patientendokumentation:</u> (Elektronische) Dokumentation Assessmentergebnis</p>
9	<p><u>Durchführen weiterer Assessmentsschritte:</u></p> <p>Eine Auswahl an weiteren Assessmentsschritten zur Abschätzung des Behandlungsbedarfs und -ziels wird durchgeführt.</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u> Elektronische Dokumentation weiterer Testergebnisse</p>

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
10	<p><u>Durchführung Entlassungs-Assessment</u></p> <p>Das Entlassungs-Assessment soll in den letzten 48 Stunden vor der Entlassung durchgeführt werden. Es dient zur Überprüfung des Behandlungserfolgs.</p> <p>Auf Basis der bereits vorliegenden Assessments werden alle relevanten Assessments nochmals durchgeführt und (elektronisch) erfasst sowie im Entlassungsbrief vermerkt.</p> <p>☞ Fixierung Entlassungstag fließt hier ein; siehe <i>Entlassungsmanagement</i>, Schritt 8</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p><u>(Elektronische) Dokumentation (in der Patientendokumentation):</u></p> <p>» Entlassungs-Assessment</p>
	<p><u>Prozessende:</u></p> <p>Der Prozess endet mit der Dokumentation und gegebenenfalls vergleichender Darstellung aller durchgeführten Assessments.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R, Pflege, therapeutisches Personal</p>	<p>(Elektronische) Dokumentation (in der Patientendokumentation)</p> <p>Entlassungsschein/Entlassungsbrief (gemäß KAKuG), in der Praxis oft andere Bezeichnungen gebräuchlich, wie z. B. kurzer Arztbrief (= Entlassungsschein), Patientenbrief (Entlassungsbrief).</p>
Kriterium:	<p>Durchgeführte Aufnahme- und Entlassungs-Assessments</p> <p>Indikator: Anzahl an Patientinnen/Patienten, für die sowohl ein Aufnahme- als auch Entlassungs-Assessment durchgeführt wurde (Ausnahme Tod oder Transferierung), dividiert durch Gesamtzahl an Patientinnen/Patienten</p>	

Abbildung 5.6:
Entscheidungs-/Zielfindung



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Entscheidungs-/Zielfindung

Entscheidungs-/Zielfindung beschreibt den Prozess von der Festlegung des Therapieziels bis zur Zielerreichung bzw. Korrektur des Therapieziels. Das Therapieziel kann sich auf die medizinische, pflegerische und therapeutische Dimension beziehen.

Erläuterungen zum Prozess

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
1	<p><u>Abgeschlossene Aufnahme:</u></p> <p>Der Prozess beginnt spätestens mit der abgeschlossenen Aufnahme.</p> <p>☞ Siehe <i>Aufnahme</i>, Schritt 7</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p>Abgeschlossene Aufnahme bedeutet in diesem Kontext das Vorliegen eines Therapieziel-leitenden Erfassens der führenden geriatrischen Funktionsstörung/en.</p> <p><u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>
2	<p><u>Vorab-Therapieziel angegeben?</u></p> <p>Hier wird überprüft, ob ein Vorab-Therapieziel angegeben wurde, z. B. von der/dem zuweisenden Ärztin/Arzt, von der Patientin / vom Patienten, von der Vertrauens-/ Betreuungsperson.</p> <p><u>Ja</u></p> <p>Es geht weiter mit Schritt 3</p> <p><u>Nein</u></p> <p>Es geht weiter mit Schritt 5.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R, Pflegeperson</p>	<p>Über ein Vorab-Therapieziel wird das Team informiert.</p> <p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Aufnahme des Vorab-Therapieziels » und Integration in den Patientenwunsch (siehe Schritt 5) <p><u>Beispiele für Therapieziele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Stiegen steigen » Sicherer selbstständiger Transfer » Selbstständige Benutzung der Toilette <p><u>Dokumentation Aufnahme-Assessment</u></p>

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
3	<p><u>Ziel realistisch?</u></p> <p>Das AG/R-Team beurteilt anhand der vorliegenden Befunde und gegebenenfalls des Assessmentergebnisses, ob das vorab angegebene Therapieziel realistisch ist, d. h. ob es im Zuge des Aufenthalts auf der AG/R erreicht werden kann.</p> <p><u>Ja</u></p> <p>Dann weiter mit Schritt 5</p> <p><u>Nein</u></p> <p>Dann weiter mit Schritt 4</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <p>» Dokumentation des interdisziplinären Teamgesprächs</p>
4	<p><u>Diskussion mit Patientin/Patient/Vertrauens-/Betreuungsperson/externe Partner:</u></p> <p>Wenn das Therapieziel als unrealistisch eingeschätzt werden muss, wird Kontakt mit jenen Personen, von denen das Vorab-Therapieziel stammt, aufgenommen.</p> <p>Prozessschritt 4 kann auch wiederholt erforderlich sein.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R bzw. bereichszuständiges Teammitglied</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <p>» Dokumentation der Gespräche</p>

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
5	<p><u>Festlegen des Therapieziels für die Patientin / den Patienten:</u></p> <p>Auf Basis der vorliegenden Informationen inkl. des Assessmentergebnisses wird nun das Therapieziel gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten festgelegt.</p> <p>Dieser Prozessschritt erfolgt im Rahmen der interdisziplinären, mindestens wöchentlich Besprechung mit der Patientin / dem Patienten.</p> <p>Dieser Prozessschritt kann sich mehrmals wiederholen.</p> <p>☞ Siehe <i>Assessment</i>, Schritt 5 fließt ein</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Interdisziplinäre Dokumentation » Wochenweise Adaptierungen, basierend auf dem Fortschritt, den die Patientin / der Patient macht (Dokumentation) » Teamvisite » Zielvereinbarung dokumentieren <p><u>Dokumentation Aufnahme-Assessment</u></p>
6	<p><u>Festlegen der Teilziele und Maßnahmenplanung</u></p> <p>Nun werden Teilziele festgelegt, es folgt die Maßnahmenplanung.</p> <p>Dieser Prozessschritt erfolgt im Rahmen der interdisziplinären, mindestens wöchentlich Besprechung mit der Patientin / dem Patienten.</p> <p>Dieser Prozessschritt kann sich mehrmals wiederholen.</p> <p>☞ Im Rahmen der interdisziplinären Besprechung und Evaluierung; siehe <i>Assessment</i>, Schritt 6</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p>Das Ergebnis des Aufnahme-Assessments bildet die Basis, um diesen Schritt durchführen zu können.</p> <p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Interdisziplinäre Dokumentation » Teamvisite <p><u>Vorliegen des Ergebnis-Assessments</u></p>
7	<p><u>Durchführung der Maßnahmen:</u></p> <p>Die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen werden entsprechend der Planung durchgeführt.</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Interdisziplinäre Dokumentation

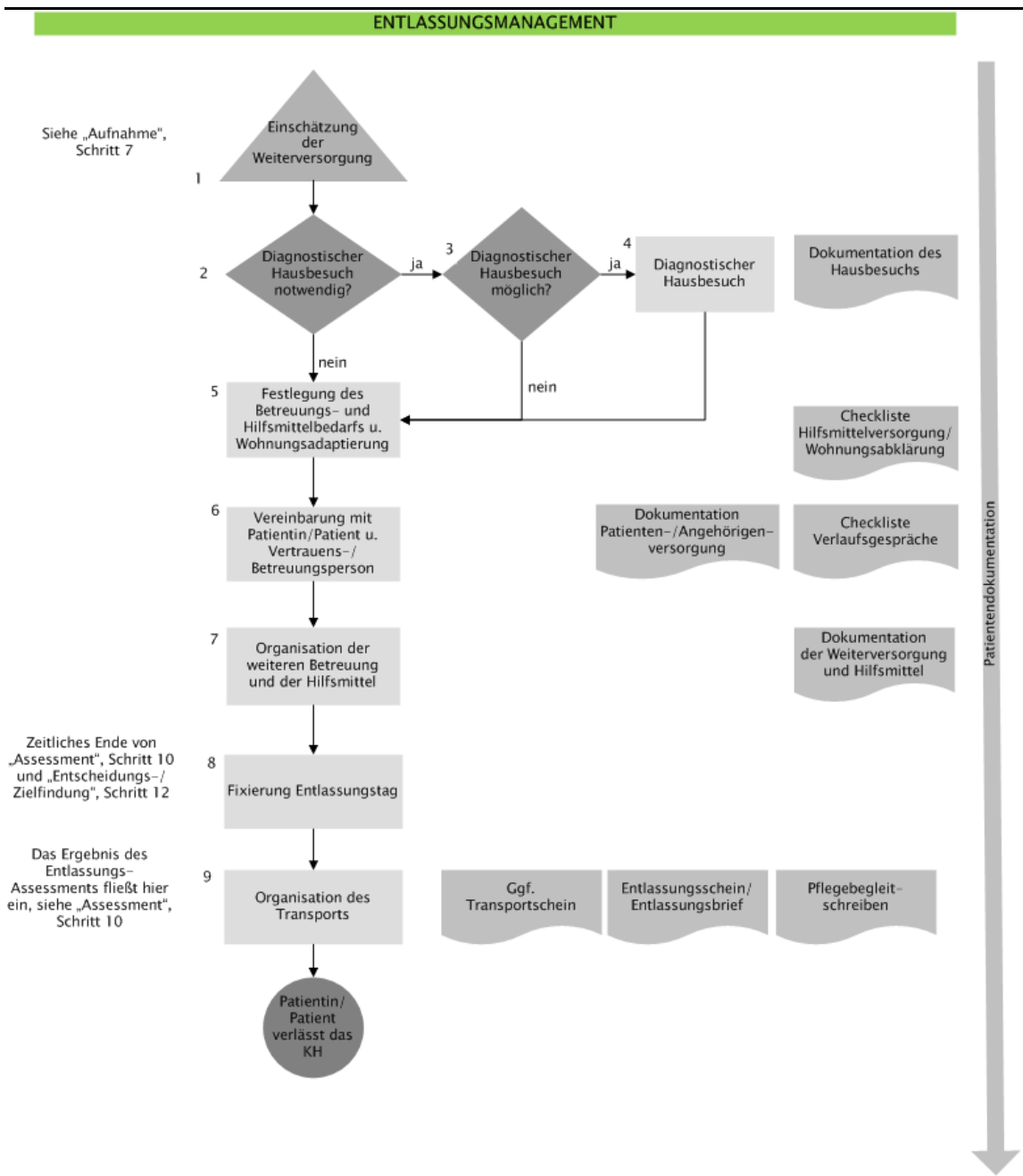
Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
8	<p><u>Ziel/Teilziel erreicht?</u></p> <p>Es wird mindestens 1x wöchentlich überprüft, ob das Therapieziel / ob Teilziele erreicht wurde/n und mit der Patientin / dem Patienten besprochen.</p> <p><u>Ja</u></p> <p>Es geht weiter mit Schritt 12.</p> <p><u>Nein</u></p> <p>Es geht weiter mit Schritt 9.</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Interdisziplinäre Dokumentation » Teamvisite <p>Messen der Zielerreichung, z. B. mittels GAS-Skala (Goal Attainment Scaling)</p>
9	<p><u>Warum nicht?</u></p> <p>Maßnahmen nicht adäquat, zu kurz oder interkurrente Allgemeinzustand-(AZ-) Verschlechterung</p> <p>Es geht weiter mit Schritt 10.</p> <p><u>Therapieziel unrealistisch:</u></p> <p>Es geht weiter mit Schritt 11.</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <p>Interdisziplinäre Dokumentation</p> <p><u>Integration AG/R-externer Expertise:</u> z. B. Konsiliardienste</p>
10	<p><u>Maßnahmen adaptieren bzw. Therapien verlängern:</u></p> <p>Sollte es sich bei den gesetzten Maßnahmen nicht um die adäquaten Maßnahmen gehandelt haben, werden diese nun adaptiert bzw. Therapien verlängert. Es geht zurück zu Schritt 7.</p> <p><u>Ggf. Transferierung</u></p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Parameter, die anzeigen, dass die gesetzten Maßnahmen nicht adäquat waren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Akute medizinische Verschlechterung des Allgemeinzustands (inklusive Delirium) bzw. Ersterkennen mit entsprechender Änderung der Zeitvorgabe » Aufenthaltsdauer verlängert sich <p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Interdisziplinäre Dokumentation » Ggf. Transferierungsbericht (geriatrische Weiterbetreuung empfehlen)

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
11	<p><u>Therapieziel korrigieren:</u></p> <p>Wenn das Therapieziel unrealistisch ist, muss es korrigiert werden, und es geht zurück zu Schritt 4.</p> <p>Dieser Prozessschritt erfolgt im Rahmen der interdisziplinären, mindestens wöchentlichen Besprechung mit der Patientin / dem Patienten.</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Interdisziplinäre Dokumentation » Teamvisite
12	<p><u>Zielerreichung:</u></p> <p>Bei Erreichen des Therapieziels ist dies zu dokumentieren, der Entlassungstermin wird fixiert, der Prozess endet hier.</p> <p>☞ Fixieren Entlassungstag fließt ein; siehe <i>Entlassungsmanagement</i>, Schritt 8</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Interdisziplinäre Dokumentation » Therapieziel erreicht / nicht erreicht
Prozessende		

Mögliche Qualitätskriterien und -indikatoren

- Kriterium: Dokumentation des Therapieziels der Patientin / des Patienten
- Indikator: Anzahl jener Patientinnen/Patienten, die das Therapieziel dokumentiert (auch nach Verlängerung der Aufenthaltsdauer) erreicht haben, dividiert durch die Gesamtzahl der in der AG/R aufgenommenen Patientinnen/Patienten

Abbildung 5.7:
Entlassungsmanagement



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Entlassungsmanagement

Allgemein: Das Entlassungsmanagement als fixer Teil des Pflegeprozesses beginnt bereits mit dem Pflegeassessment und wird als standardisierte Maßnahme definiert: sowohl für Patientinnen/Patienten mit multiplem Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausentlassung als auch für Patientinnen/Patienten mit keinem bzw. geringem Versorgungsbedarf im Anschluss an die akutstationäre Behandlung.

AG/R: Der Prozess *Entlassungsmanagement* beginnt mit der Einschätzung der Weiterversorgung und endet damit, dass die Patientin / der Patient das Krankenhaus mit der für ihn adäquaten Versorgung verlässt.

Erläuterungen zum Prozess

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
1	<p><u>Einschätzung der Weiterversorgung:</u></p> <p>Aufgrund des festgelegten Therapieziels schätzt das interdisziplinäre Team in Absprache mit der Patientin / dem Patienten ein, was für die Weiterversorgung nach der Entlassung benötigt wird.</p> <p>Dieser Prozessschritt beginnt spätestens mit dem Vorliegen des Basisassessments (siehe Prozess <i>Aufnahme</i>, Schritt 7: Aufnahme-prozedere).</p> <p>☞ Siehe <i>Aufnahme</i>, Schritt 7</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <p>» Einschätzen des Weiterversorgungsbedarfs</p>

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
2	<p><u>Diagnostischer Hausbesuch notwendig?</u></p> <p>Zur vollständigen Abklärung der Wohnsituation der Patientin / des Patienten und der damit im Zusammenhang stehenden Weiterversorgung kann ein diagnostischer Hausbesuch erforderlich sein.</p> <p>Im Team wird entschieden, ob ein diagnostischer Hausbesuch durchgeführt werden soll.</p> <p><u>Ja</u></p> <p>Es geht weiter mit Schritt 3.</p> <p><u>Nein</u></p> <p>Es geht weiter mit Schritt 5.</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <p>» Dokumentation der Entscheidung zum Hausbesuch</p>
3	<p><u>Diagnostischer Hausbesuch möglich?</u></p> <p>Abklären der Möglichkeit eines Hausbesuches – von Seiten der Ärztin / des Arztes der AG/R mit der Patientin / dem Patienten bzw. Vertrauens-/Betreuungsperson.</p> <p><u>Ja</u></p> <p>Es geht weiter mit Schritt 4.</p> <p><u>Nein</u> (z. B.: Patientin/Patient lehnt Hausbesuch ab, Ressourcen stehen im Team für einen Hausbesuch nicht zur Verfügung)</p> <p>Es geht weiter mit Schritt 5.</p> <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <p>» Dokumentation der Möglichkeit des Hausbesuchs</p>

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
4	<p><u>Diagnostischer Hausbesuch</u></p> <p>Durchführen des diagnostischen Hausbesuches gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten und eventuell der Vertrauens-/Betreuungsperson. Wenn möglich, ist der Termin mit der Hausärztin / dem Hausarzt gemeinsam zu organisieren.</p> <p>Mit dem diagnostischen Hausbesuch wird die Wohnungssituation vor Ort und die Fähigkeiten der Patientin / des Patienten, die Aktivitäten des täglichen Lebens darin allein bzw. mit Unterstützung durchzuführen, erheben. Etwa, welche Hilfsmittel in der Wohnumgebung verwendbar sind (z. B. Gehhilfe, Badehilfe), ob es Stolperfallen gibt, welche Adaptierungen der Wohnung erforderlich wären und insbesondere, welche Fertigkeiten der Patientin / dem Patienten noch fehlen und daher gezielt trainiert werden müssen.</p> <p><u>Durchführung:</u> Pflege, therapeutisches Personal, Sozialarbeit, Entlassungsmanagement</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Dokumentation des Hausbesuchs
5	<p><u>Festlegen des Betreuungs- und Hilfsmittelbedarfs u. Wohnungsadaptierung</u></p> <p>Das interdisziplinäre Team legt gegebenenfalls unter Zuhilfenahme eines Erhebungsbogens mit der Patientin / dem Patienten und gegebenenfalls Vertrauens-/Betreuungsperson den Betreuungs- und Hilfsmittelbedarf und etwaige Wohnungsadaptierung fest.</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Dokumentation des Betreuungsbedarfs » Dokumentation des Hilfsmittelbedarfs » Dokumentation der Wohnungsadaptierung <p><u>Checkliste</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Hilfsmittelversorgung/ Wohnungsabklärung (Informationen etwa zu Stufenanzahl/Lift, Handlauf, Türbreiten, Türschwelle/-staffel, Ausstattung des Nassraumes, Beleuchtung, Kochmöglichkeit, Heizmöglichkeit, Notrufstrukturen)

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
6	<p><u>Vereinbarung mit Patientin/Patienten und Vertrauens-/Betreuungsperson:</u></p> <p>Mit der Patientin / dem Patienten und Vertrauens-/Betreuungsperson werden der weitere Betreuungs- und Hilfsmittelbedarf und die Wohnungsadaptierung besprochen und vereinbart.</p> <p>In diesem Schritt wird abgeklärt, was von der Vertrauens-/Betreuungsperson geleistet werden bzw. wo und von wem die Betreuung stattfinden kann.</p> <p>Bei nicht ausreichenden Ressourcen in der weiteren Betreuungssituation wählen Patientin/ Patient und Vertrauens-/Betreuungsperson nach qualifizierter Beratung die weitere externe Betreuung aus (z. B. mobile Dienste, 24-Stunden-Betreuung, Alten- und Pflegeheim).</p> <p><u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team, Entlassungsmanagement</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Dokumentation Patienten-/ Angehörigenversorgung <p><u>Checkliste Verlaufsgespräche</u></p>
7	<p><u>Organisation der weiteren Betreuung und der Hilfsmittel:</u></p> <p>Pflege/MTD/Sozialarbeit/Entlassungsmanagement/Psychologin/Psychologe/Ärztin/Arzt organisieren die weitere externe Betreuung und Hilfsmittel (Verordnungsschein). Sofern eine Betreuung schon vor dem Krankenhausaufenthalt bestand, sind die betreuenden Organisationen/Personen zu informieren, z. B. Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin in der Rolle von Hausärztin/Hausarzt, mobile Dienste, bereits betreuende Einrichtungen (z. B. Tageszentrum, Pflegeplatz).</p> <p>Angehörigenschulungen wie Transferschulung und dergleichen bei vorhandenen Ressourcen sinnvoll.</p> <p><u>Durchführung:</u> Pflege, MTD, Sozialarbeit, Entlassungsmanagement, Psychologin/ Psychologe, Ärztin/Arzt</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Dokumentation der Weiterversorgung und Hilfsmittel » Verordnungsschein Hilfsmittel » Bewilligte Rezepte <p><u>Folgende Anträge können gestellt werden, z. B.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Pflegegeld » Rehabilitation » Kurzzeitpflege/Urlaubspflege » Alternative Wohnformen, z. B. Pensionistenwohnung, betreute Wohngemeinschaft » Alten- und Pflegeheim » Sachwalterschaft

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
8	<p><u>Fixieren des Entlassungstags</u></p> <p>In Absprache mit der Patientin / dem Patienten, Vertrauens-/Betreuungsperson und eventuell betreuender Einrichtung, mobilen Diensten und dem Entlassungsmanagement wird durch bettenführende/n bzw. diensthabende/n Ärztin/Arzt in der AG/R der Entlassungstag fixiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Das Ergebnis des Entlassungs-Assessments fließt hier ein, siehe <i>Assessment</i>, Schritt 10 ☞ Zeitliches Ende von <i>Assessment</i>, Schritt 10 und <i>Entscheidungs-/ Zielfindung</i>, Schritt 12 <p><u>Durchführung:</u> bettenführende/r bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt in der AG/R in Absprache mit multidisziplinärem Team</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Dokumentation des Entlassungstags » Information an Patient/in und bei Bedarf an Vertrauens-/Betreuungsperson
9	<p><u>Organisation des Transports:</u></p> <p>Abklären des Transports der Patientin/Patienten und im Bedarfsfall Organisation des Transports, z. B. nach Hause.</p> <p><u>Durchführung:</u> Pflegeperson/Stationssekretariat</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Dokumentation des gewählten Transports <p><u>Formulare/Dokumente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Transportschein » Entlassungsschein/ Entlassungsbrief (gemäß KAKuG; in der Praxis oft andere Bezeichnungen gebräuchlich, wie z. B. kurzer Arztbrief (= Entlassungsschein), Patientenbrief (Entlassungsbrief). » Pflegebegleitschreiben (inkl. Wunddokumentation) » Kontrolltermine

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
	<u>Patientin/Patient verlässt das KH:</u> Der Prozess Entlassungsmanagement endet mit dem Verlassen des Krankenhauses.	Wünschenswert wäre eine Evaluierung (eventuell telefonisch) der gesetzten Maßnahmen zur Entlassung ca. zwei bis vier Wochen nach Spitalsaufenthalt.

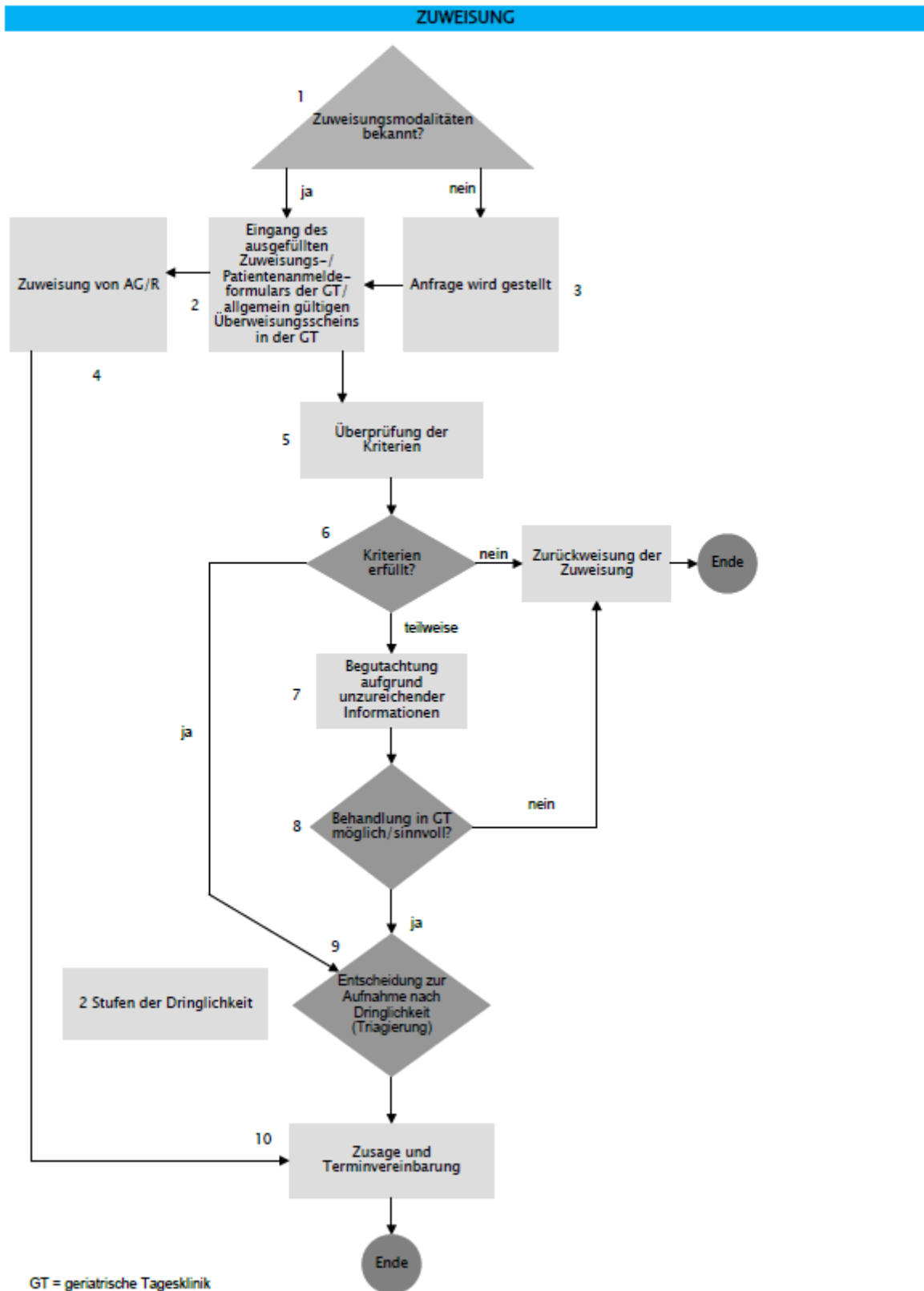
Kriterium: Entlassungsbrief inkl. Pflegebegleitschreiben bei der Entlassung

Indikator: Anzahl an Patientinnen/Patienten, die bei der Entlassung den Entlassungsbrief (langer Arztbrief) erhalten, dividiert durch Gesamtzahl der Patientinnen/Patienten

6 Prozesse – tagesklinisch

Abbildung 6.1: Zuweisung in die geriatrische Tagesklinik.....	75
Erläuterungen zu Zuweisung in die geriatrische Tagesklinik	76
Abbildung 6.2: Aufnahme in die geriatrische Tagesklinik	82
Erläuterungen zu Aufnahme in die geriatrische Tagesklinik	83

Abbildung 6.1:
Zuweisung in die geriatrische Tagesklinik



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zuweisung in die geriatrische Tagesklinik

Zuweisung meint den Prozess des Ansuchens, eine Patientin / einen Patienten in der geriatrischen Tagesklinik aufzunehmen.

Zuweisung in eine geriatrische Tagesklinik bedeutet immer Primäraufnahme. In die geriatrische Tagesklinik zugewiesen wird aus dem niedergelassenen ärztlichen Bereich, den Ambulanzen, dem akutstationären Bereich sowie aus Alten- und Pflegeheimen.

Erläuterungen zum Prozess

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
1	<p><u>Zuweisungsmodalitäten bekannt?</u></p> <p>Prozessbeginn: Sind der/dem zuweisenden Ärztin/ Arzt die Zuweisungsmodalitäten in die geriatrische Tagesklinik bekannt?</p> <p><u>Ja:</u></p> <p>Sind die Zuweisungsmodalitäten bekannt, weiter mit Schritt 2</p> <p><u>Nein:</u></p> <p>Sind die Zuweisungsmodalitäten nicht bekannt, weiter mit Schritt 3.</p>	
2	<p><u>Eingang des ausgefüllten Zuweisungsformulars/Patientenanmeldeformulars der geriatrischen Tagesklinik / des allgemein gültigen Überweisungsscheins in der geriatrischen Tagesklinik:</u></p> <p>Empfehlenswert ist es, wenn die geriatrische Tagesklinik ein spezielles Zuweisungsformular/Patientenanmeldeformular anbietet, das der/dem zuweisenden Ärztin/Arzt mitteilt, welche Informationen erforderlich sind.</p> <p>Falls es in der geriatrischen Tagesklinik kein spezielles Zuweisungs- /Patientenanmeldeformular gibt, erfolgt die Zuweisung mittels allgemein gültigen Überweisungsscheins. In diesem Fall werden mit der/dem zuweisenden Ärztin/Arzt darüber hinaus die zusätzlichen Informationensprechend der Checkliste rechts dokumentiert.</p> <p>Die/der zuweisende Ärztin/Arzt trägt die erforderlichen Informationen in das Zuweisungs- bzw. Patientenmeldeformular der geriatrischen Tagesklinik ein.</p>	<p><u>Informationen, die mit der Zuweisung je- denfalls zu erheben sind:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Datum der Zuweisung » Patientendaten (z. B. Patientennamen, Geburtsdatum, Wohnort, Patiententelefonnummer) » Vertrauensperson: Name, Kontaktadresse, Tel. Nr. » Kontaktdaten der zuweisenden Person/Institution » Zuweisungsgrund » Relevante Diagnosen » Beschreibung der gesundheitlichen/funktionellen Situation der Patientin / des Patienten bzw. des Remobilisationspotenzials <p><u>Informationen zu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Kardiopulmonale Belastbarkeit » Mobilitätsgrad (Hilfsmittel/Hilfssperson) » Frakturbelastbarkeit » Orientierung (zeitlich/örtliche/situative/zur eigenen Person) » Verhaltensauffälligkeit » Kooperation/Motivation

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
	<p>Das von der/dem zuweisenden Ärztin/Arzt ausgefüllte spezielle Zuweisungsformular/Patientenanmeldeformular der geriatrischen Tagesklinik bzw. der allgemein gültige Überweisungsschein wird an die geriatrische Tagesklinik übermittelt.</p> <p><u>Durchführung:</u> Pflegeperson/Ärztin/Arzt der geriatrischen Tagesklinik</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Nahrungsaufnahme/PEG-Sonde » Toilettenhandling » Hautdefekte » Infektionen » Kommunikation » Soziale Versorgungssituation <p><u>Formulare/Dokumente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Terminkalender/Planner » Zuweisungsformular/Patientenanmeldeformular <p>Termine werden im Aufnahmebuch/Kalender/Vormerkbuch eingetragen.</p> <p>Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>
3	<p><u>Anfrage wird gestellt:</u></p> <p>Die <u>Anfrage</u> kann von Ärztinnen/Ärzten, Patientinnen/Patienten und Vertrauenspersonen telefonisch oder schriftlich erfolgen.</p> <p>Im Zuge der Anfrage werden der zuweisenden Person Informationen über die Zuweisungsmöglichkeiten in die geriatrische Tagesklinik bekannt gegeben. Zugewiesen kann mittels eines Überweisungsscheins bzw. eines speziellen Zuweisungs-/Patientenanmeldeformulars der jeweiligen Einrichtung werden (siehe Schritt 2).</p> <p>Die <u>Zuweisung</u> erfolgt ausschließlich durch Ärztinnen/Ärzte z. B. aus dem niedergelassenen oder stationären Bereich sowie aus Alten- und Pflegeheimen. Eine Aufnahme bedingt eine Zuweisung.</p> <p>Die leitende Ärztin / der leitende Arzt in der geriatrischen Tagesklinik ist von der Anfrage zu informieren.</p> <p><u>Durchführung:</u> Pflegeperson/Ärztin/Arzt der geriatrischen Tagesklinik</p>	
4	<p><u>Zuweisung erfolgt von der AG/R (Abteilung/Department):</u></p> <p>Sofern Zuweisung aus der AG/R (Abteilung/Department) geht es weiter mit Schritt 10.</p>	

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
5	<p><u>Überprüfen der Kriterien:</u></p> <p>Anhand der Informationen im Zuweisungs-/Patientenanmeldeformular der geriatrischen Tagesklinik / im allgemein gültigen Überweisungsschein oder im Gespräch mit der/dem zuweisenden Ärztin/zuweisenden Arzt wird überprüft, ob die Patientin / der Patient die Aufnahmekriterien für die geriatrische Tagesklinik erfüllt.</p> <p>Im Falle von Unklarheiten hinsichtlich der Patientensituation holt die Ärztin / der Arzt der geriatrischen Tagesklinik von der/dem zuweisenden Ärztin/Arzt (entweder während des Erstkontakts oder gegebenenfalls in einem Zusatzgespräch) Zusatzinformationen ein (ergänzende Unterlagen zu aufnahmerelevanten Informationen, Befunde).</p> <p><u>Durchführung:</u> Ärztin/Arzt der geriatrischen Tagesklinik / multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Aufnahmekriterien (gemäß ÖSG)</u></p> <p>Geriatrische Patientinnen/Patienten mit folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Somatische und/oder psychische Multimorbidität, die eine tagesklinische Behandlung erforderlich macht. » Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit durch den Verlust funktioneller und gegebenenfalls kognitiver Fähigkeiten oder durch psychosoziale Probleme im Rahmen einer Erkrankung » Bedarf an funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen <p><u>Spezielle Kriterien für eine Aufnahme in die geriatrische Tagesklinik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Physischer und psychischer Zustand muss ausreichend sein, um von den tagesklinischen Leistungen profitieren zu können » Die Patientin / der Patient muss der Aufnahme in die geriatrische Tagesklinik zustimmen » Keine 24-Stunden ärztliche Versorgung erforderlich » Ausreichende körperliche und seelische Belastbarkeit für den Transport und den mindestens sechsstündigen Aufenthalt an den Behandlungstagen in der geriatrischen Tagesklinik » Ausreichende Selbstständigkeit bzw. Unterstützung für ein Leben zu Hause (z. B. mobile Dienste) » Kommunikationsfähigkeit » Motivation/Empowerment <p>Informationen zur Patientin /zum Patient werden gesammelt</p>

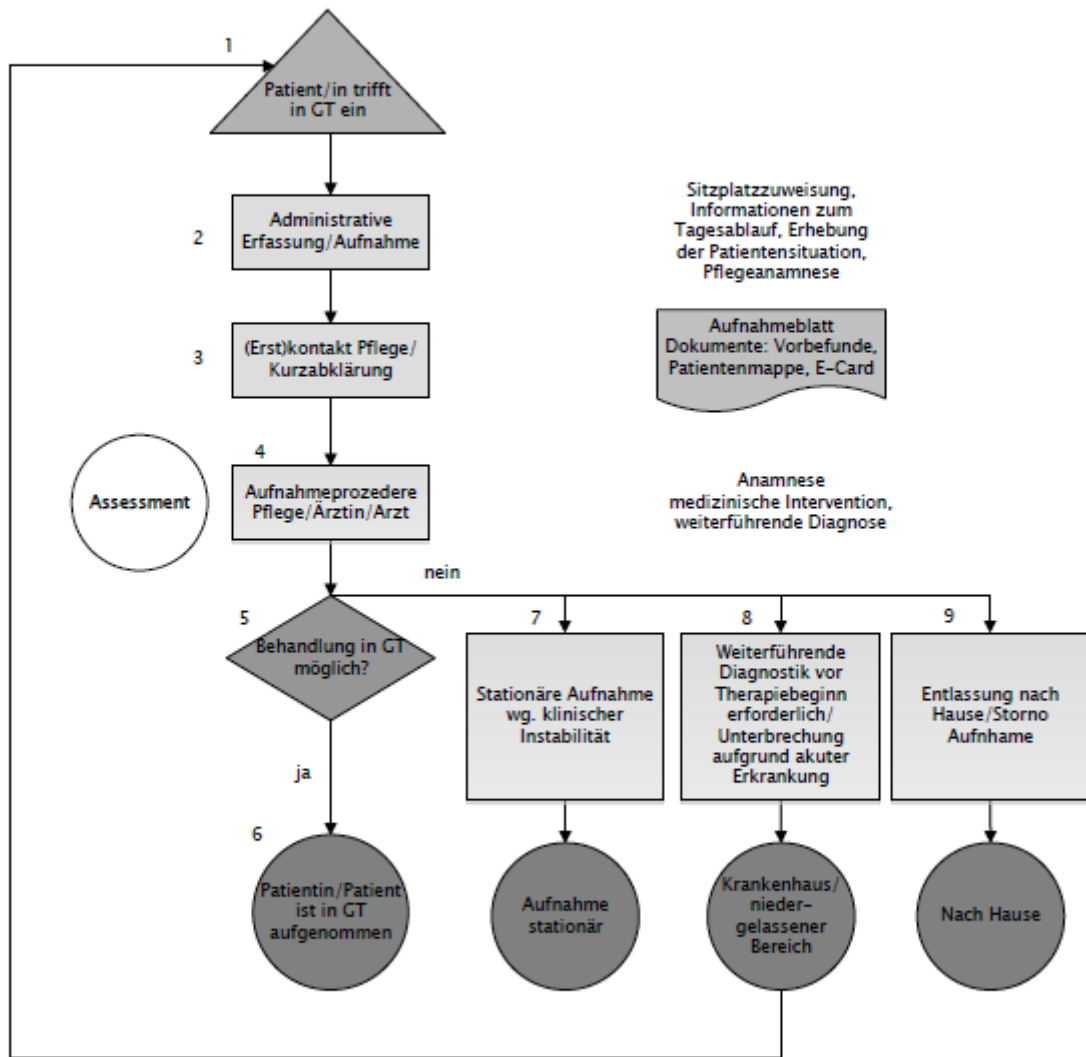
Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
6	<p><u>Kriterien erfüllt?</u></p> <p><u>Ja</u></p> <p>Sind die Kriterien auf Basis der vorliegenden Informationen erfüllt sind, geht es weiter mit Schritt 9.</p> <p><u>Teilweise</u></p> <p>Ist die Entscheidung <u>nicht klar</u>, ob die Kriterien erfüllt sind, geht es weiter mit Schritt 7.</p> <p><u>Nein</u></p> <p>Werden die Kriterien <u>nicht erfüllt</u>, wird die Anfrage zurückgewiesen. Entsprechend der Form der Zuweisung (mündlich/schriftlich). Eventuell wird eine Empfehlung für eine weitere Vorgangsweise ausgesprochen. Der Prozess endet hier.</p> <p><u>Durchführung:</u> Ärztin/Arzt der geriatrischen Tagesklinik, eventuell mit multidisziplinärem Team</p>	<p><u>Aufnahmekriterien – Ergebnis:</u></p> <p>» Aufnahmekriterien erfüllt? (ja/nein, Datum)</p> <p>Die Entscheidung ob eine Patientin / ein Patient für die geriatrische Tagesklinik geeignet ist, <u>soll innerhalb einer Woche</u> ab dem Zeitpunkt des Eintreffens des ausgefüllten Zuweisungsformulars/Patientenanmeldeformulars der geriatrischen Tagesklinik / allgemein gültigen Überweisungsscheins getroffen werden.</p> <p><u>Information an:</u></p> <p>» Zuweiserin/Zuweiser (entsprechend der Form der Zuweisung). Im Fall einer Ablehnung sollte die Zuweiserin / der Zuweiser die Patientin /den Patienten über die Entscheidung informieren.</p> <p>» Patientin/Patient</p> <p>Die Zu- oder Absage wird unmittelbar nach der Entscheidung mitgeteilt.</p>
7	<p><u>Begutachtung aufgrund unzureichender Informationen:</u></p> <p>Wird eine Begutachtung als erforderlich erachtet, erfolgt diese entweder im Rahmen des Ambulanzsettings der geriatrischen Tagesklinik oder bei stationären Patientinnen/Patienten im eigenen KH eventuell im Rahmen einer ärztlichen Visite oder eines Konsiliarbesuchs auf der Station.</p> <p><u>Durchführung:</u> Ärztin/Arzt der geriatrischen Tagesklinik / multidisziplinäres Team</p>	<p><u>begutachtet wird, wenn:</u></p> <p>» die Aufnahmekriterien (siehe Schritt 5) aufgrund der vorliegenden Information nicht ausreichend beurteilt werden können</p> <p><u>Begutachtung:</u></p> <p>» siehe Kriterien Schritt 5</p> <p><u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
8	<p><u>Behandlung in geriatrische Tagesklinik sinnvoll/möglich?</u></p> <p><u>Ja</u></p> <p>Auf Basis der vorliegenden Informationen kann die Frage beantwortet werden, ob die Behandlung in der geriatrischen Tagesklinik sinnvoll/möglich ist, d. h. ob die Patientin / der Patient Nutzen aus der Behandlung ziehen kann. Es geht weiter mit Schritt 9.</p> <p><u>Nein</u></p> <p>Ist aufgrund der vorliegenden Informationen die tagesklinische Behandlung nicht sinnvoll/möglich, muss die Zuweisung (mündlich/schriftlich entsprechend der Zuweisung) abgelehnt werden. Eventuell wird eine Empfehlung für eine weitere Vorgangsweise ausgesprochen. Der Prozess endet hier.</p> <p><u>Durchführung:</u> Arzt/Ärztin der geriatrischen Tagesklinik / multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Wann ist die Aufnahme nicht indiziert:</u></p> <p>Wenn die Patientin / der Patient die im Schritt 5 angeführten Kriterien nicht erfüllt bzw. die Begutachtung (Schritt 7) negativ ausfällt.</p> <p>Die Entscheidung ob eine Patientin / ein Patient für die geriatrische Tagesklinik geeignet ist soll innerhalb einer Woche ab dem Zeitpunkt des Eintreffens des ausgefüllten Zuweisungsformulars/Patientenanmeldeformulars der geriatrischen Tagesklinik / des allgemein gültigen Überweisungsscheins erfolgen.</p> <p><u>Information an:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Zuweiserin/Zuweiser (entsprechend der Form der Zuweisung) » Patientin/Patient <p>Die Zu- oder Absage wird unmittelbar nach der Entscheidung mitgeteilt.</p>
9	<p><u>Entscheidung zur Aufnahme nach Dringlichkeit (Triagierung)?</u></p> <p>Triagierung der Anmeldungen nach hoher bzw. niedriger Dringlichkeit</p> <p><u>Durchführung:</u> Ärztin/Arzt der geriatrischen Tagesklinik / multidisziplinäres Team</p>	<p><u>Hohe Dringlichkeit zur Aufnahme:</u></p> <p>Dringliche therapeutische Indikation nach Akutereignis z. B. Fraktur, operative Eingriffe, Insult</p> <p><u>Niedrige Dringlichkeit:</u></p> <p>Patientin/Patient mit chronischen Problemen z. B. Gangstörung, chronisches Schmerzsyndrom</p> <p><u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
10	<p><u>Zusage und Terminvereinbarung</u></p> <p>Die Pflegeperson gibt der Patientin / dem Patienten und/oder der Vertrauensperson den Aufnahmetermin bekannt. Vor dem ersten Behandlungstermin werden der Patientin / dem Patienten entsprechende Unterlagen (z. B. Folder der Tagesklinik, Informationsunterlagen) übermittelt.</p> <p>Abklärung des Transports mit der Patientin / dem Patienten und Organisation entsprechend der Erfordernisse.</p> <p><u>Hohe Dringlichkeit zur Aufnahme</u></p> <p>Wenn die Aufnahme dringend erforderlich ist, muss geklärt werden, ob ein Platz in der geriatrischen Tagesklinik verfügbar ist. Nach Abklärung der Platzressourcen wird die Aufnahme zum frühestmöglichen Zeitpunkt zugesagt.</p> <p>Der Prozess <i>Zuweisung</i> endet hier und der Prozess der Aufnahme folgt.</p> <p><u>Durchführung:</u> Pflegeperson / administrative Stelle</p>	<p><u>Aufnahmebuch/Kalender/Vormerkbuch der geriatrischen Tagesklinik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Aufnahmetermin und Name der Patientin / des Patienten werden eingetragen » Dokumentation der Zusage (Handzeichen der zusagenden Person, Datum) <p><u>Patientendokumentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt <p><u>Zusage und Information an Patientin/Patienten</u></p> <p><u>Informationen für Patientin/Patient:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » E-Card » Informationen zu Kleidung und Schuhwerk » Aktuelle Medikamentenliste » Mitnahme der einzunehmenden Medikamente » Aktuelle Befunde/Röntgenbilder » Hilfsmittel und Heilbehelfe z. B. Hörgerät, Lesebrille, Gehhilfen » Abklärung des Transports

Abbildung 6.2
Aufnahme in die geriatrische Tagesklinik

AUFNAHME



GT = geriatrische Tagesklinik

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Aufnahme in die geriatrische Tagesklinik

Unter *Aufnahme* wird der Prozess verstanden vom Zeitpunkt des Eintreffens der Patientin / des Patienten bis zum Abschluss der administrativen und medizinischen Aufnahme in der geriatrischen Tagesklinik.

Erläuterungen zum Prozess

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
1	<p><u>Patientin/Patient trifft in der geriatrischen Tagesklinik ein</u></p> <p>Administrative Person/Pflegeperson empfängt Patientin/Patienten, und führt in den Aufenthaltsbereich und weist Sitzplatz/Ruheplatz/Garderobe zu, Aufnahmeprozess startet.</p> <p><u>Durchführung:</u> Administrative Person/Pflegeperson</p>	<p><u>Terminkalender:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » abgleichen <p><u>Patienteninformation:</u> Informationsmaterialien werden vorbereitet (eventuell in Form einer Mappe)</p> <ul style="list-style-type: none"> » Aufnahmeinformationen » Speiseplan » Tagesablauf » Informationsblatt zur Aufbewahrung der Wertgegenstände
2	<p><u>Administrative Erfassung/Aufnahme</u></p> <p>Administrative Person/Pflegeperson erhebt bei der Patientin / beim Patienten alle entsprechend dem jeweiligen KH-Standard erforderlichen Informationen. Die Patientin / der Patientin wird über den Tagesablauf informiert.</p> <p><u>Durchführung:</u> Administrative Person/Pflegeperson</p>	<p>Prüfen ob Patientin/Patient in der geriatrischen Tagesklinik bereits erfasst ist. Wenn nein, müssen alle Daten erfasst werden. Wenn ja, gegebenenfalls Aktualisierung der Patientendaten (siehe Zuweisung, Prozessschritt 1).</p>
3	<p><u>(Erst)kontakt Pflege – Kurzabklärung:</u></p> <p>(Erst)kontakt durch Pflegeperson, um aktuelle Patientensituation einschätzen zu können.</p> <p>Kurzabklärung dient zur allgemeinen Beurteilung der Patientin / des Patienten und zur Ersteinschätzung, wie stabil/instabil, orientiert/desorientiert die Patientin / der Patient ist.</p> <p><u>Durchführung:</u> Pflegeperson</p>	<p><u>Kurzabklärung:</u></p> <p>Erheben der Vitalzeichen, der Basisparameter (Größe, Gewicht, Blutzucker, Blutdruck, Puls, Temperatur) und der Orientierung</p> <p><u>Patienteninformation:</u> Informationsmaterialien werden übergeben</p> <p><u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
4	<p><u>Aufnahmeprozedere Pflege/Ärztin/Arzt:</u></p> <p>Von Ärztin/Arzt und Pflegeperson wird entsprechend den Checklisten die medizinische und pflegerische Anamnese durchgeführt.</p> <p><u>Durchführung:</u> Ärztin/Arzt der geriatrischen Tagesklinik und Pflegeperson</p>	<p><u>Checkliste Pflege:</u></p> <p>Pflegeanamnese laut GuKG § 14</p> <p>Geriatrische Pflegeanamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Selbsthilfefähigkeit » Mangelernährung-Screening » Sturzrisiko » Dekubitusrisiko » Inkontinenzscreening <p><u>Checkliste Ärztin/Arzt:</u></p> <p>Medizinische Anamnese unter besonderer Berücksichtigung geriatrischer Fragestellungen, z. B. Selbsthilfedefizite, Sturzrisiko, Kognition, Medikamentenanamnese inkl. Änderung der Medikation im Krankheitsverlauf, Mobilität</p> <ul style="list-style-type: none"> » Medizinischer Status optional EKG, Labor » Anordnung von Zusatzuntersuchungen <p><u>Patientendokumentation</u></p> <p>Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>
5	<p><u>Behandlung in geriatrischen Tagesklinik möglich:</u></p> <p>Auf Basis der nun vorliegenden medizinischen und pflegerischen Informationen kann die Frage beantwortet werden, ob die Patientin / der Patient derzeit für die geriatrische Tagesklinik geeignet ist und Nutzen aus der Behandlung ziehen kann.</p> <p><u>Ja</u></p> <p>Es geht weiter mit Schritt 6.</p> <p><u>Nein</u></p> <p>Es geht weiter mit Schritt 7, 8 oder 9.</p> <p><u>Durchführung:</u> leitende/r Ärztin/Arzt der geriatrischen Tagesklinik</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u></p> <p>Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>

Nr.	<u>Prozessschritte</u>	<u>Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)</u>
6	<p><u>Patientin/Patient ist in geriatrische Tagesklinik aufgenommen:</u></p> <p>Prozess endet mit der Aufnahme der Patientin / des Patienten durch Arzt/Ärztin der geriatrischen Tagesklinik</p> <p><u>Durchführung:</u> Ärztin/Arzt der geriatrischen Tagesklinik</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>
7	<p><u>Stationäre Aufnahme wegen klinischer Instabilität:</u></p> <p>Ist der physische und/oder psychische Zustand der Patientin / des Patienten instabil, endet hier der Prozess Aufnahme in die geriatrische Tagesklinik und die Patientin / der Patient wird stationär zugewiesen. Es wird abgeklärt, ob die Aufnahme in der AG/R oder in einer Abteilung einer anderen Fachrichtung erfolgen soll.</p> <p>Der Prozess endet hier.</p> <p><u>Durchführung:</u> leitende/r Ärztin/Arzt</p>	<p><u>Im Bedarfsfall wird eine Überweisung/Zuweisung ausgestellt</u></p> <p><u>Information an:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Zuweiserin/Zuweiser (entsprechend der Form der Zuweisung) » Vertrauensperson <p><u>Absage eventueller vereinbarter Transporte</u></p> <p><u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>
8	<p><u>Weiterführende Diagnostik vor Therapiebeginn erforderlich / Unterbrechung aufgrund akuter Erkrankung:</u></p> <p>Sind weiterführende diagnostische Maßnahmen erforderlich, wird die Patientin / der Patient an das Krankenhaus und/oder an den niedergelassenen Bereich überwiesen.</p> <p>Leidet der Patient / die Patientin an akuten Erkrankungen, die keinen stationären Aufenthalt erfordern, wird eine Empfehlung für eine weiterführende Betreuung im häuslichen und niedergelassenen Bereich ausgesprochen und der Behandlungsbeginn wird verschoben.</p> <p>Der Prozess wird hier unterbrochen und gegebenenfalls mit Schritt 1 fortgesetzt.</p> <p><u>Durchführung:</u> leitende/r Ärztin/Arzt der geriatrischen Tagesklinik</p>	<p><u>Überweisung/Zuweisung/Empfehlungsschreiben an den niedergelassenen Bereich für z. B. weiterführende Diagnostik</u></p> <p><u>Absage eventueller vereinbarter Transporte</u></p> <p><u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt</p>

Nr.	<u>Prozessschritte</u>	<u>Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)</u>
9	<p><u>Entlassung nach Hause / Storno der Aufnahme:</u></p> <p>Ist, anders als laut Zuweisung oder Begutachtung eingeschätzt, eine physische und/oder psychische Überforderung der Patientin / des Patienten zu befürchten, wird die Aufnahme abgebrochen. Im Falle der Verbesserung des Gesundheitszustands kann eine neue Zuweisung erfolgen.</p> <p>Gegebenenfalls wird eine Empfehlung für eine weiterführende Betreuung im häuslichen und niedergelassenen Bereich ausgesprochen.</p> <p>Der Prozess endet hier.</p> <p><u>Durchführung:</u> leitende/r Ärztin/Arzt der geriatrischen Tagesklinik, Pflegeperson</p>	<p><u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin/zum Patienten werden gesammelt</p> <p><u>Absage eventueller vereinbarter Transporte</u></p> <p><u>Ggf. Organisation der Betreuung zu Hause</u></p> <p><u>Information an:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Zuweiserin/Zuweiser (entsprechend der Form der Zuweisung) » Vertrauensperson

Literatur

- AKH Linz et al. 2010: Weißbuch Dokumentation der oberösterreichischen Fondskrankenanstalten. http://www.aekoee.or.at/cms/uploads/media/Weißbuch_Dokumentation.pdf (25. 11. 2012)
- BGBl I 2004/179: Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – QQG) (Gesundheitsreformgesetz 2005)
- BGBl II 2006/286: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin / zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 – ÄAO 2006)
- BGBl II 2011/259: Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, mit der die Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 (ÄAO 2006) geändert wird (2. Novelle der ÄAO 2006)
- BMG (Hg.) 2012: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012. Bundesministerium für Gesundheit. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH. Wien
- BMG 2011: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – LKF-Modell 2012. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Bruder, J.; Lucke, C.; Schramm, A.; Tews, H. P.; Werner, H. (1991): Was ist Geriatrie? Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie zur Erarbeitung von Strukturstandards Geriatrischer und Gerontopsychiatrischer Einrichtungen. Rügheim (Nachdruck 1992)
- BZK (2017): ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Colemann, E. A. (2003): Improving the quality of transitional care for Persons with complex care needs. In: Journal of the American Geriatrics Society 51 (4), 556 f.
- Deming, W. E. (1986): Out of the Crisis. Massachusetts Institute of Technology. Massachusetts
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V.: Was ist Geriatrie? www.dggeriatrie.de. (25. 11. 2012)
- DKI/WIdO (1987): Deutsches Krankenhausinstitut und Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkasse: Adäquate Versorgung von Alters- und Langzeitkranken. Bonn/Düsseldorf
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly 3, Part 2, 166–206
- Donabedian, A. (1980): The Definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in the quality assessment and monitoring. Michigan

- Donabedian, A. (1992): The role of outcomes in quality assessment and assurance.
In: Quality review bulletin 18, 356–360
- Ellis, G.; Whitehead, M. A.; O'Neill, D.; Langhorne, P.; Robinson, D. (2011): Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review). In: Cochrane Database of Systematic Reviews 7
- GÖG/ÖBIG 2008: Akutgeriatrie/Remobilisation in österreichischen Krankenanstalten.
Überarbeitete Fassung auf Basis des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) 2006.
Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Kaminske, G. F.; Brauer, J.-P. (1995): Qualitätsmanagement von A bis Z. München, Wien
- Kaminske, G. F.; Brauer, J.-P. (2008): Qualitätsmanagement von A – Z. 6. Auflage, München
- Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – LKF – Modell 2017 (2017).
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Prestmo, Anders ; Hagen, Gunhild; Sletvold, Olav; Helbostad, Jorunn L.; Thingstad, Pernille;
Taraldsen, Kristin; Lydersen, Stian; Halsteinli, Vidar; Saltnes, Turi; Lamb, Sarah E.;
Johnsen, Lars G.; Saltvedt, Ingvild (2015): Comprehensive geriatric care for patients with
hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. In: The Lancet
- ÖGGG 2011: Österreichisches Geriatisches Basisassessment. Österreichische Gesellschaft
für Geriatrie und Gerontologie. 2. Auflage, Wien
- ÖGGG 2013: Polypharmazie. Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie. 2. Auf-
lage, Wien

Anhang

- Anhang 1: Entwicklungsschritte zum Prozesshandbuch
- Anhang 2: Teilnehmende Einrichtungen bei der Erstellung der stationären AG/R-Prozesse
- Anhang 3: An der Entwicklung der tagesklinischen Prozesse beteiligte Expertinnen/Experten
- Anhang 4: Gesundheitsqualitätsgesetz

Anhang 1:

Entwicklungsschritte zum Prozesshandbuch

Entwicklungsschritte zum Prozesshandbuch

Jahr	Inhalt
2009	<p>Vorarbeiten zum Projekt</p> <ul style="list-style-type: none"> » Treffen mit QiGG » Teilnahme Vorstandssitzung QiGG » Nominierungsprozess zur Steuerungsgruppe, » Steuerungsgruppensitzung (1. 12. 2009)
2010	<p>Vorarbeiten zu den Prozessen (Ist-Prozesse, Soll-Prozesse)</p> <ul style="list-style-type: none"> » Einladung zur Projektteilnahme » Auftaktveranstaltung (22. 6. 2010) » Auswahl und Darstellung der Ist-Prozesse » Erster Workshop mit teilnehmenden Einrichtungen (14. 10. 2010) » 2 Sitzungen mit der Steuerungsgruppe (2. 2. 2010, 14. 4. 2010)
2011	<p>Erarbeitung von Musterprozessen</p> <ul style="list-style-type: none"> » Zweiter Workshop mit teilnehmenden Einrichtungen (3. 3. 2011) » 3 Sitzungen mit Kleingruppen der Steuerungsgruppe (7. 6. 2011, 24. 8. 2011, 31. 8. 2011) » 2 Sitzungen mit der Steuerungsgruppe (27. 1. 2011, 12. 10. 2011)
2012	<p>Erstellung des Prozesshandbuchs</p> <ul style="list-style-type: none"> » Fortsetzung der Arbeiten an den Musterprozessen » Diskussion und Festlegung von Kriterien und Indikatoren für alle Prozesse » 4 Sitzungen mit der Steuerungsgruppe (16. 4. , 10. 9., 25. 9., 5. 11. 2012) » Dritter Workshop mit teilnehmenden Einrichtungen (15. 10. 2012) » 1 Sitzung mit dem Redaktionsteam zur Reflexion, Aktualisierung und Erarbeitung weiterer Inhalte für das Prozesshandbuch (26. 11. 2012) » 1. Fassung Prozesshandbuch
2013	<p>Publikation des Prozesshandbuchs</p> <ul style="list-style-type: none"> » Vorstellung des Prozesshandbuchs in der UAG ÖSG (25. 1. 2013) » Fachliche Inputs durch die Steuerungsgruppe » Aussendung des Prozesshandbuchs an UAG ÖSG und UAG Qualität zur Stellungnahme (April 2013) » Einarbeitung der Stellungnahmen und endredaktionelle Überarbeitung » 2 Sitzungen mit der Steuerungsgruppe (4. 2., 17. 6. 2013) » Information und Einladung zur Mitarbeit an alle Geriatrischen Tageskliniken (August) » Konstituierung der Arbeitsgruppe „Geriatrische Tageskliniken“ » Erste Sitzung mit der Arbeitsgruppe „Geriatrische Tageskliniken“ (9.10) » Präsentationsveranstaltung (16. 10. 2013)
2014	<p>Weiterentwicklung des Prozesshandbuchs durch Integration der Geriatrischen Tageskliniken</p> <ul style="list-style-type: none"> » 3 Sitzungen mit der Arbeitsgruppe „Geriatrische Tageskliniken“ » 1. Fassung zur inhaltlichen Beschreibung von Geriatrischen Tageskliniken und der beiden Musterprozesse „Zuweisung“ und „Aufnahme“ inkl. Erläuterungen
2015	<p>Erstellung der 2. Fassung des Prozesshandbuchs</p> <ul style="list-style-type: none"> » Abstimmung der inhaltlichen Beschreibung der Organisationsform „Geriatrischen Tageskliniken“ innerhalb der Arbeitsgruppe „Geriatrische Tageskliniken“ » Präsentation der Ausführungen zu den Geriatrischen Tageskliniken in der Steuerungsgruppe „AG/R“ (2.12.) » Endredaktion und Integration der Ausführungen zu den Geriatrischen Tageskliniken in das Prozesshandbuch » Vorlage der 2. Auflage des Prozesshandbuchs

ÖSG = Österreichischer Strukturplan Gesundheit, QiGG = Verein Qualität in der Geriatrie und Gerontologie,
UAG = Unterarbeitsgruppe

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Anhang 2:
Teilnehmende Einrichtungen bei der Erstellung
der stationären AG/R-Prozesse

Teilnehmende Einrichtungen bei der Erstellung der stationären AG/R-Prozesse

Bundesland	Krankenanstalt
Kärnten	A. ö. Krankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt GmbH / Department für Akutgeriatrie und Remobilisation
	A. ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach GmbH / Interne Abteilung mit Akutgeriatrie/Remobilisation
	Ö. Krankenhaus Waiern/Feldkirchen / Akutgeriatrie/Remobilisation (Interne)
	Landeskrankenhaus Wolfsberg / Akutgeriatrie/Remobilisation (Interne)
Oberösterreich	A. ö. Krankenhaus der Elisabethinen Linz / Department für Akutgeriatrie
	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried / Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation
	der Barmherzigen Brüder Konventspital Linz / Akutgeriatrie
	Krankenhaus Sierning, Kreuzschwestern Sierning GmbH / Akutgeriatrie und Remobilisation
	Klinikum Wels-Grießkirchen / Akutgeriatrie und Remobilisation
	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz / Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation
	Salzkammergut Klinikum, Standort Gmunden / Abteilung für Akutgeriatrie/Remobilisation
	Salzkammergut Klinikum, Standort Bad Ischl / Department für Akutgeriatrie
Salzburg	Landesklinik Tamsweg / Akutgeriatrie/Remobilisation (Interne)
	Christian-Doppler-Klinik Salzburg – Universitätsklinikum der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität / Universitätsklinik für Geriatrie
Steiermark	Landeskrankenhaus Rottenmann – Bad Aussee, Standort Rottenmann / Department für Akutgeriatrie
	Landeskrankenhaus Mürzzuschlag-Mariazell, Standort Mürzzuschlag / Akutgeriatrie/Remobilisation
	Albert-Schweitzer-Klinik Graz / Akutgeriatrie/Remobilisation
	Landeskrankenhaus Voitsberg / AG/REM-Station
	Landeskrankenhaus Feldbach-Fürstenfeld, Standort Fürstenfeld / Akutgeriatrie und Remobilisationsstation
	Landeskrankenhaus Hörgas-Enzenbach / Akutgeriatrie/Remobilisation
Tirol	A. ö. Bezirkskrankenhaus Lienz / Akutgeriatrie / Remobilisation (Interne)
	Landeskrankenhaus Hochzirl / Akutgeriatrie
Wien	Hartmannspital / Department für Akutgeriatrie/Remobilisation
	Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien / Akutgeriatrie/Remobilisation
	Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien / Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation
	Wilhelminenspital der Stadt Wien / Abteilung mit Endokrinologie, Rheumatologie und Akutgeriatrie
	Herz Jesu Krankenhaus / Department für Akutgeriatrie/Remobilisation
	Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, / Abteilung für Akutgeriatrie

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Anhang 3:

An der Entwicklung der tagesklinischen Prozesse beteiligte Expertinnen/Experten

- » OA Dr. Antonella de Campo, Albert-Schweitzer-Klinik, Graz
- » Dr. Christa Chhatwal, SMZ Sophienspital, Wien
- » Mag. Maria Hascha, Hartmannspital
- » Dr. Helga Hornbogner, Klinikum-Klagenfurt am Wörthersee, Haus der Geriatrie
- » Margarete Lietz, Albert-Schweitzer-Klinik, Graz
- » Dr. Andreas Macho, Hartmannspital
- » DGKS Rosemarie Mayer, Klinikum-Klagenfurt am Wörthersee, Haus der Geriatrie
- » OA Dr. Laszlo Mihoczy, Hartmannspital
- » DGKS Herma Ottinger, Hartmannspital
- » DGKP Martin Petio, Albert-Schweitzer-Klinik, Graz
- » Prim. Priv. Doz. Dr. Walter Schippinger, Albert-Schweitzer-Klinik, Graz
- » Gertrud Wewerka, MSc, Christian-Doppler-Klinik – Universitätsklinik für Geriatrie, Salzburg

Anhang 4:
Gesundheitsqualitätsgesetz

Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheitsqualitätsgesetz, Fassung vom 13.12.2017

Langtitel

Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG)
StF: BGBl. I Nr. 179/2004 (NR: GP XXII RV 693 AB 711 S. 90. BR: AB 7175 S. 717.)

Änderung

BGBl. I Nr. 81/2013 (NR: GP XXIV RV 2243 AB 2255 S. 200. BR: AB 8961 S. 820.)

Text

Zielsetzung und Grundsätze

§ 1. (1) Zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist systematische Qualitätsarbeit zu implementieren und zu intensivieren. Die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, zur Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems haben bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend, insbesondere auch einschließlich des niedergelassenen Bereichs, zu erfolgen. Sie haben die Prinzipien der Patientinnen- und Patientenorientierung und Transparenz zu berücksichtigen und die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientinnen- und Patientensicherheit nachhaltig zu fördern und zu gewährleisten.

(2) Die Festlegungen zum Qualitätssystem haben jedenfalls auch den Anforderungen der Zielsteuerung-Gesundheit, gemäß dem Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 81/2013 in der jeweils geltenden Fassung, und insbesondere dem darin vorgesehenen Monitoring zu entsprechen. Qualitätsarbeit hat einen wesentlichen Beitrag zur mittel- bis langfristigen Steigerung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen zu leisten und somit zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und deren langfristigen Finanzierbarkeit beizutragen. Dabei sind im Sinne des Qualitätssystems die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen.

(3) Zum Zweck der Sicherstellung der in Abs. 1 und 2 festgeschriebenen Grundsätze hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit für eine entsprechende Abstimmung der am gesamtösterreichischen Qualitätssystem beteiligten Akteurinnen und Akteure Sorge zu tragen. Darüber hinaus hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit die bundesweite Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen zum Zweck der nationalen und internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsleistungen zu gewährleisten.

(4) Die für die kontinuierliche Qualitätsarbeit erforderlichen Daten müssen, sofern sie nicht für konkrete Ziele und Zwecke personenbezogen benötigt werden, im Wege einer Vertrauensstelle zumindest pseudonymisiert werden.

Begriffsbestimmungen

§ 2. Im Sinne dieses Bundesgesetzes bedeuten die Begriffe:

1. „Qualitätssystem“: Darunter wird ein Koordinierungs-, Förderungs-, Unterstützungs- und Überwachungssystem des Bundes verstanden, mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsleistungen kontinuierlich zu verbessern.
2. „Qualität“: Grad der Erfüllung der Merkmale von patientinnen- und patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.
3. „Patientinnen- und Patientenorientierung“: Im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität sollen die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, aktiv an Entscheidungsprozessen teilzunehmen.
4. „Patientinnen- und Patientensicherheit“: Umfasst Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse, die zum Schaden der Patientin / des Patienten führen können.

5. „Transparenz“: Nachvollziehbarkeit durch Dokumentation und Analyse der Leistungen und Ergebnisse und deren systematische Überprüfung; Basis für kontinuierliche und systematische Vergleiche zur Qualitätsverbesserung.
6. „Effektivität“: Zielerreichungsgrad zwischen einem gesetzten Ziel und dessen Realisierung, wobei das in der Gesundheitsversorgung gesetzte Ziel idealerweise die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten ist.
7. „Effizienz“: Verhältnis zwischen dem Einsatz und dem Ergebnis einer Leistung nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip unter Berücksichtigung der Kostendämpfung.
8. „Strukturqualität“: Summe sachlicher und personeller Ausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht.
9. „Prozessqualität“: Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüfbaren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden.
10. „Ergebnisqualität“: Messbare Veränderungen des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin / eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen.
11. „Gesundheitsleistung“: Jede durch eine Angehörige oder einen Angehörigen eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes oder einer gesetzlich zugelassenen Organisation am oder für den Menschen erbrachte Handlung, die der Förderung, Bewahrung, Wiederherstellung oder Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes dient.
12. „Qualitätsstandards“: Beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten.
13. „Bundesqualitätsrichtlinien“: Von der Bundesministerin / Vom Bundesminister für Gesundheit durch Verordnung erlassene und damit verbindlich gemachte Standards.
14. „Bundesqualitätsleitlinien“: Von der Bundesministerin / Vom Bundesminister für Gesundheit als Orientierungshilfe empfohlene Standards.
15. „Qualitätsindikator“: Messbare Größe, welche dazu geeignet ist, die Qualität der Gesundheitsleistung zu beobachten, zu vergleichen und zu evaluieren.
16. „Referenzwert, Referenzbereich“: Ein Referenzbereich ist jenes Intervall, innerhalb dessen die Ausprägung eines Qualitätsindikators als gut oder als unauffällig definiert wird. Ein Referenzwert ist ein Referenzbereich, dessen Ober- und Untergrenze zusammenfallen.
17. „Grundprinzipien der Gesundheitsförderung“ im Rahmen der Erbringung von Gesundheitsleistungen: Gesundheitsförderung zielt auf den Prozess ab, den Menschen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Anwendungsbereich

§ 3. (1) Die Gesundheitsleistungserbringerinnen und -erbringer sind unabhängig von ihrer Organisationsform

1. zur Einhaltung der Qualitätsstandards nach Maßgabe dieses Bundesgesetzes und
2. zur Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 81/2013 in der jeweils geltenden Fassung,

verpflichtet. Die Gesundheitsleistungen müssen den auf Grund dieses Gesetzes geltenden Vorgaben und dem jeweiligen anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen entsprechen sowie in der fachlich gebotenen Qualität und in einem gesundheitsförderlichen Umfeld erbracht werden.

(2) Bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen ist die Transparenz betreffend Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gegenüber den Patientinnen und Patienten auf deren Nachfrage zu gewährleisten.

(3) Die Abgeltung von einzelnen Leistungen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems durch die Träger der Sozialversicherung, die Landesgesundheitsfonds und den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds setzt voraus, dass die essentiellen Qualitätsstandards, die unmittelbar für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und den Behandlungserfolg maßgeblich sind, eingehalten werden. Dazu zählen insbesondere jene aufgrund dieses Bundesgesetzes, gemäß § 7 Abs. 3 und 4 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit und gemäß § 117c Abs. 1 Z 5 des Ärztegesetzes 1998, BGBl. I Nr. 169/1998 in der jeweils geltenden Fassung, festgelegten essentiellen

Qualitätsstandards sowie die Teilnahme an den Maßnahmen zur Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung gemäß § 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit.

Qualitätsstandards

§ 4. (1) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit kann die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Erbringung bestimmter Gesundheitsleistungen unter Einbeziehung der jeweils Betroffenen, insbesondere der relevanten Gesundheitsberufe sowie der Patientinnen und Patienten, unterstützen.

(2) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit kann im Zusammenhang mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen Qualitätsstandards als Bundesqualitätsleitlinien empfehlen oder als Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnung erlassen, wobei insbesondere auf Folgendes zu achten ist:

1. Bundeseinheitlichkeit,
2. Bedachtnahme auf sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise,
3. Patientinnen- und Patientenorientierung,
4. Grundprinzipien der Gesundheitsförderung,
5. Transparenz,
6. Stand der Wissenschaft und der Erfahrung bezüglich der Effektivität und der Effizienz.

Die Bundesqualitätsstandards enthalten Vorgaben für eine oder mehrere der in § 5 genannten Dimensionen der Qualitätsarbeit (Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität). Zur Umsetzung der Bundesqualitätsrichtlinien kann der Bund neben verbindlichen Instrumenten auch unverbindliche Instrumente, die durch gleichwertige Maßnahmen – bei Nachweis der Erfüllung der Anforderungen – ersetzt werden können, vorsehen.

(3) An Bundesqualitätsleitlinien oder Bundesqualitätsrichtlinien können Qualitätsindikatoren gekoppelt werden, deren Inhalte auch Elemente der österreichischen Qualitätsberichterstattung darstellen. Bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist auf internationale Vergleichbarkeit zu achten.

Dimensionen der Qualitätsarbeit

§ 5. (1) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit hat dafür Sorge zu tragen, dass die Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen im Sinne einer systematischen Qualitätsarbeit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigen. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität haben in einem direkten und ausgewogenen Verhältnis zueinander zu stehen, wobei die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Ergebnisqualitätsindikatoren und deren Messung in allen Sektoren des Gesundheitswesens vorrangig ist. Diese Vorgaben haben auch gemäß den Zielsetzungen der Zielsteuerung-Gesundheit mit Bedacht auf bestehende Melde- und Dokumentationsanforderungen sowie internationale Entwicklungen zu erfolgen.

(2) Im Bereich der Strukturqualität hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen verbindliche Strukturqualitätskriterien für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu entwickeln. Diese Strukturqualitätskriterien sind bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen einzuhalten, unabhängig davon, in welcher Organisationsform diese erbracht werden. Entsprechende Meldepflichten sind hierzu von der Bundesministerin / vom Bundesminister für Gesundheit festzulegen.

(3) Im Bereich der Prozessqualität hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit verbindliche Anforderungen zu entwickeln sowie Unterstützung durch die Zurverfügungstellung geeigneter Instrumente zu gewährleisten. Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit hat dafür Sorge zu tragen, dass Indikatoren zur Prozessqualität und Meldepflichten zu diesen Prozessqualitätsindikatoren festgelegt werden, unter anderem im Rahmen der österreichischen Qualitätsberichterstattung.

(4) Im Bereich der Ergebnisqualität hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit dafür Sorge zu tragen, dass Indikatoren und Referenzgrößen zur Ergebnisqualität und entsprechende Meldepflichten hierzu festgelegt werden, unter anderem im Rahmen der österreichischen Qualitätsberichterstattung.

Qualitätsberichterstattung

§ 6. (1) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit hat im Hinblick auf den Aufbau, die Weiterentwicklung, die Sicherung und die Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems Vorgaben für den Aufbau einer bundeseinheitlichen, bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung zu machen. Insbesondere sind beginnend mit dem Jahr 2014 regelmäßige Berichte über die Ergebnisqualität im stationären und ambulanten Bereich zu erstellen.

Für die diesbezüglich erforderliche Dokumentation und Datenmeldung sind folgende Grundsätze einzuhalten:

1. Festlegung und Erfassung jener Daten, die für die Überprüfung der Erfüllung der Vorgaben dieses Bundesgesetzes notwendig sind;
2. die Sicherstellung der österreichweiten Erfassung der für die Beobachtung der Qualität des österreichischen Gesundheitswesens relevanten Daten;
3. die Geringhaltung des administrativen Aufwandes bei der Dokumentation und Qualitätsberichterstattung und die weitestgehende Einbeziehung bestehender Dokumentationen.

(2) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit kann durch Verordnung nähere Bestimmungen hinsichtlich der Dokumentation bzw. der Qualitätsberichterstattung festlegen. Dazu zählen insbesondere:

1. Datenumfang, Datenqualität, Datenfluss,
2. Berichtszeitpunkt,
3. Berichtszeitraum und
4. Festlegung der zur Dokumentation, Datenmeldung und Qualitätsberichterstattung Verpflichteten.

Dabei ist insbesondere auf die in Abs. 1 genannten Vorgaben Bedacht zu nehmen.

(3) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit hat im Sinne der Transparenz die Berichte über das österreichische Qualitätssystem in geeigneter Form zu veröffentlichen. Sie / Er hat darüber hinaus dafür Sorge zu tragen, dass entsprechende Rückmeldesysteme an die zur Qualitätsberichterstattung Verpflichteten eingerichtet werden.

Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen

§ 7. Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit kann die Entwicklung von Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen im Bereich der Qualitätsarbeit unterstützen. Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit kann auch selbst Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen zur nachhaltigen Verbesserung bzw. Sicherstellung der Qualität von Gesundheitsleistungen setzen.

Kontrolle

§ 8. (1) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit hat im Zusammenhang mit der Sicherung und Verbesserung der Qualität von Gesundheitsleistungen eine bundesweite Beobachtung und Kontrolle sicherzustellen. Diese umfasst jedenfalls

1. die Überprüfung der Mitwirkung an der österreichischen Qualitätsberichterstattung,
2. die Überprüfung der Umsetzung von Bundesqualitätsrichtlinien und
3. die Evaluierung der Umsetzung bzw. Anwendung von Bundesqualitätsleitlinien bzw. des Einsatzes gleichwertiger Instrumente.

(2) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit hat sicherzustellen, dass begleitende externe Kontrollen zur Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen erfolgen. Zu diesem Zweck haben die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit sowie die von ihr / ihm beauftragten Personen, Einrichtungen und Behörden das Recht, Auskünfte und Meldungen zu verlangen, in alle für die Qualitätsarbeit relevanten Unterlagen Einsicht zu nehmen, einschließlich der Datenqualität, und bei Bedarf Erhebungen vor Ort durchzuführen, soweit dies zur Wahrnehmung der ihr / ihm obliegenden Aufgaben erforderlich ist. Den Einsicht nehmenden Personen, Einrichtungen und Behörden sind Kopien der eingesehenen Unterlagen kostenlos zur Verfügung zu stellen. Sonstige Beobachtungs- und Kontrollpflichten bzw. –rechte auf Grund anderer Rechtsvorschriften bleiben davon unberührt.

Unterstützung durch das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen

§ 9. (1) Ein „Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen“ ist einzurichten. Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit kann sich bei der Wahrnehmung ihrer / seiner Aufgaben auf Grund dieses Gesetzes dieses „Bundesinstitutes für Qualität im Gesundheitswesen“ bedienen.

(2) Dieses Institut hat unter Bedachtnahme auf die Bundeseinheitlichkeit, die bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise, die Patientinnen- und Patientenorientierung, die Transparenz, Effektivität, Effizienz und gemäß internationaler Standards insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. Mitwirkung bei der Erstellung von allgemeinen Vorgaben und Grundsätzen
 - a) für die Standardentwicklung im Bereich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,

- b) für die Dokumentation zur Qualitätsberichterstattung und für die Qualitätsberichterstattung,
 - c) für Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen,
 - d) für die Kontrolle gemäß § 8 Abs. 1;
2. Überprüfung, Empfehlung sowie Erarbeitung von Qualitätsstandards, die von der Bundesministerin / vom Bundesminister für Gesundheit erlassen (Bundesqualitätsrichtlinien) oder als Orientierungshilfe (Bundesqualitätsleitlinie) empfohlen werden können;
 3. Erstellung von Qualitätsberichten;
 4. Durchführung von bzw. Mitwirkung bei der Setzung von Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen;
 5. Durchführung der bzw. Mitwirkung an der Kontrolle der Einhaltung der Bestimmungen dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen oder sonstiger Vorgaben;
 6. Unterstützung der Bundesministerin / des Bundesministers für Gesundheit bei der bundesweiten Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen zum Zweck der nationalen und internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsleistungen.

Strafbestimmungen

§ 10. (1) Wer bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen einer auf Grund dieses Gesetzes verbindlich gemachten Bundesqualitätsrichtlinie zuwiderhandelt, begeht, sofern nicht eine gerichtlich strafbare Tat vorliegt, eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Verwaltungsstrafe bis Euro 10.000,-- zu bestrafen, im Wiederholungsfall bis Euro 20.000,--.

(2) Wer den Vorschriften über die Qualitätsberichterstattung oder der Dokumentation nicht entspricht, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Verwaltungsstrafe bis Euro 3.000,-- zu bestrafen, im Wiederholungsfall bis Euro 5.000,--.

(3) Wer die Kontrollrechte der Bundesministerin / des Bundesministers für Gesundheit nach § 8 Abs. 2, zweiter und dritter Satz, oder der von ihr / ihm beauftragten Personen, Einrichtungen oder Behörden behindert, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Verwaltungsstrafe bis Euro 5.000,-- zu bestrafen, im Wiederholungsfall bis Euro 7.000,--.

(4) Von geahndeten Verwaltungsübertretungen ist die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit in Kenntnis zu setzen.

Schluss- und In-Kraft-Tretensbestimmungen

§ 11. (1) Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit betraut.

(2) Dieses Bundesgesetz tritt mit Ausnahme des § 10 am 1. Jänner 2005 in Kraft. § 10 tritt am 1. Jänner 2006 in Kraft.