

## **Grundlegendokument Geriatriische Behandlung**

### **Einleitung**

Die biologisch-medizinische, psychische und soziale Stabilität alter Menschen wird durch ein akutes Ereignis (Krankheit, Unfall) oder die Verschlechterung einer chronischen Krankheit einschneidend beeinträchtigt. Ziel der akutgeriatriischen Behandlung ist es, dadurch entstandene Defizite und vorhandene Ressourcen mit standardisierten Instrumenten zu erfassen, in einen individualisierten Behandlungsplan zu integrieren und die betroffenen Personen sowie deren Betreuungsumfeld anhand der daraus abgeleiteten Massnahmen optimal auf die Entlassung vorzubereiten.

Im Fokus der Behandlung steht das Ziel, das vorhandene Gesundheitsproblem ohne oder mit möglichst geringen funktionellen, medizinischen, psychischen oder sozialen Einbussen zu bewältigen. Dabei stehen die individuellen Wünsche und Bedürfnisse sowie das Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung der betroffenen Person im Vordergrund. Diese Bedürfnisse müssen mit den Möglichkeiten und Grenzen evidenzbasierter moderner Medizin, Pflege, Therapie und Beratung in Einklang gebracht werden. Voraussetzung für alle Berufsgruppen innerhalb eines Behandlungsteams ist, dass Instrumente und Massnahmen angewendet werden, die den Kriterien einer modernen, wissenschaftlich fundierten geriatriischen Behandlung entsprechen. Mit dem Begriff Behandlung sind Pflege, Betreuung, Therapien und ärztliche Versorgung gemeint. Die Kombination aus den Bedürfnissen der betroffenen Person und einer wissenschaftlich fundierten Behandlung und das Wissen um die Biologie im Alter bilden die Grundvoraussetzungen für eine entsprechende Grundhaltung, ohne die geriatriische Arbeit nicht umsetzbar ist. Hinzu kommen die Fachexpertise und die Erfahrung als weitere wesentliche Grundlagen für die Arbeit mit alten Menschen.

Diese Grundhaltung beruht zudem auf dem Respekt vor dem Alter und vor alten Menschen und dem sorgfältigen Einsatz neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse. Diese Grundhaltung, die jahrzehntelange Erfahrung unserer Institution in der Betreuung und Behandlung alter Menschen und Wissenschaftlichkeit sind Grundvoraussetzungen, die die Geriatriische Klinik St. Gallen als Kompetenzzentrum erfüllen muss. Zusätzlich muss das Behandlungsteam in der Lage sein, schnell und flexibel auf akute Veränderungen zu reagieren und sowohl kurative, rehabilitative, präventive und palliative Anteile in der Behandlung berücksichtigen. Das vorliegende Konzept gibt einen kurzen Überblick über den geriatriischen Behandlungsprozess und weist insbesondere auf Kriterien hin, die erfüllt sein müssen damit Assessmentinstrumente und Behandlungspfade oder Prozesse eingeführt oder angewandt werden können.

Bestehende Dokumente werden anhand dieses Grundlagenpapiers regelmässig inhaltlich und formal überprüft und bei Bedarf adaptiert.

## **Überblick über den Behandlungsprozess**

Der Geriatrische Behandlungsprozess ist als kontinuierlicher und zyklischer Prozess zu betrachten, kann aber zur Vereinfachung in mehrere unterschiedliche Abschnitte eingeteilt werden.

1. Prä-Hospitalisationsphase
2. Hospitalisationsphase
3. Post-Hospitalisation

Diese Aufteilung erlaubt eine strukturierte Vorgehensweise, birgt aber die Gefahr, dass das übergeordnete Ziel aus den Augen verloren geht. Daher sind regelmässige standardisiert organisierte Konferenzen<sup>1</sup> und Teamtreffen mit klar definiertem Inhalt ein wichtiges und zentrales Steuerorgan. Der Ablauf und die Inhalte der Konferenzen sind in einem Manual definiert.

In jeder Phase sind qualitativen Vorgaben aus Behandlungspfaden, Standards, Guidelines der Geriatrischen Klinik mit einzubeziehen. Zusätzlich sind Massnahmen zur Qualitätssicherung für die wesentlichen Bestandteile der Behandlung zu beachten. Im Idealfall gelten diese Massnahmen für alle auf geriatrischen Abteilungen betreuten Personen im Kanton St. Gallen.

### *Prä-Hospitalisationsphase*

Diese Phase berücksichtigt die medizinisch -pflegerische - soziale Betreuung und den funktionellen Zustand einer Person vor dem Ereignis, das zur Aufnahme geführt hat. Bei Personen, die von anderen Institutionen verlegt werden, muss unterschieden werden zwischen dem Zustand vor der Aufnahme in die zuweisende Institution (zB. zuhause) und den Ereignis-

---

<sup>1</sup> Hierzu gehören die Besprechungen im Rahmen der Interprofessionellen Behandlung (IBB), Fallbesprechungen, Familienkonferenzen, Treffen im Rahmen des Liverpool Care Pathways und weitere Sitzungen, die die Patientenbetreuung zum Schwerpunkt haben.

nissen mit Einfluss auf die Funktion während der Hospitalisation dort. Beide Situationen liefern wesentliche Informationen. Diese müssen daher im Rahmen von Assessments und in der Behandlungsplanung differenziert werden. Die genaue Kenntnis der Prä-Hospitalisationsphase ist wichtiger Ansatz für den Einsatz präventiver Massnahmen, die zukünftig in der Geriatrie wachsende Bedeutung haben werden.

### *Hospitalisationsphase*

Während dieser Phase befindet sich die betroffene Person in der geriatrischen Institution. Eine umfassende interprofessionelle Dokumentation unter Vermeidung von Doppelspurigkeiten innerhalb kürzester Zeit ist zwingend. Die Mitglieder des Behandlungsteams müssen aufgrund ihrer hohen Fachexpertise in der Lage sein, realistische Prognosen über die zu erwartende Zielerreichung abzugeben. Dabei muss unter Umständen in Kauf genommen werden, dass einzelne Ziele erst nach der Hospitalisation erreicht werden können.

In der Hospitalisationsphase kommen vor allem die bereits in der Geriatrischen Klinik eingeführten Instrumente (z.B. Mini-Mentalstatus, IBB Dokumente) unter Berücksichtigung der hier formulierten übergeordneten Prinzipien zur Anwendung. Bestehende Handlungsanweisungen und Instrumente werden regelmässig auf Aktualität und Kompatibilität mit den Grundsätzen überprüft. Bei Bedarf werden neue Handlungsanweisungen erarbeitet und eingeführt. Diese Massnahmen sind nötig, um die Behandlungsqualität so hoch wie möglich zu halten, und bieten die Chance, bestehende Prozesse zu optimieren. Im Geriatrischen Behandlungsprozess wechseln sich Tätigkeiten im Bereich Assessment, Prävention, Intervention, Evaluation und Edukation ab. Die Behandlungspfade orientieren sich an diesen Bereichen. Der Verlauf der Behandlung, Pflege und Betreuung ist nachvollziehbar zu dokumentieren. Das heisst auch, dass spezifische Informationen über den funktionellen Zustand einer Person vor Austritt zwingend gesammelt und dokumentiert werden müssen.

### *Post-Hospitalisationphase*

Dem Übergang zwischen spitalinterner und spitalexterner Betreuung kommt mittelfristig eine wichtige Bedeutung zu. Im Idealfall steuern die bei Eintritt festgelegten Austrittsziele die gesamte Hospitalisationsphase. Diese Phase ist zudem eine wichtige Schnittstelle zwischen den nachbehandelnden (vorbehandelnden) Diensten und einer Institution. Sie kann daher im weitesten Sinne auch wiederum als Prä-Hospitalisationsphase verstanden werden. Sie gilt als wichtiges Element, das die Entlassung einer Person und deren Einbettung in ein neues,

oder das ehemalige Versorgungsnetz koordiniert. Nachbehandelnde Stellen oder Personen müssen bereits früh in die Hospitalisationsphase eingebunden werden. Es muss auch in dieser Phase mit hoher Professionalität und Qualität gearbeitet werden. Insbesondere die optimale Kommunikation über noch nicht erreichte Behandlungsziele und Empfehlungen für deren Erreichbarkeit sind ein wesentliches Element der Werkzeuge, die besonders in Zukunft benötigt werden.

### **Konsequenzen für die Behandlung in der Geriatrischen Klinik**

Jede Phase der geriatrischen Behandlung kann zur Vereinfachung in einzelne Prozesse unterteilt werden. Die Unterteilung und die entsprechende Zuordnung von Behandlungspfaden erlauben es, dass stets auf die individuellen Bedürfnisse alter Menschen mit hoher Qualität eingegangen werden kann. Wesentliche Kriterien sind Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit, Wunsch der betroffenen Person, die Erfahrung, die hohe Fachkompetenz sowie die biopsychosoziale Grundhaltung des interprofessionellen Behandlungsteams alten Menschen gegenüber. Aktuelle und zukünftige Instrumente und Behandlungspfade sollten stets diesen Grundlagen entsprechen. Abweichungen davon müssen begründet sein.

Als Steuerorgan für die Koordination der Einführung neuer Pfade und Instrumente sowie zu Überprüfung der Prozesse in der Geriatrischen Klinik hat die Klinikleitung einen Steuerungsausschuss aus Vertreterinnen und Vertretern aller am Behandlungsprozess beteiligten Dienste eingesetzt.

#### **Autorinnen und Autoren:**

Dieses Dokument entstand durch Mitarbeit und im Konsensus mit folgenden Vertreterinnen und Vertretern beteiligter Dienste der Geriatrischen Klinik St. Gallen:

PD Dr. Th. Münzer, Chefarzt

Gabriela Bischofberger, Leiterin Pflegedienst

Claudia Lenz/ Peter Konings, Cheftherapeut/in

Bettina Senn, Leiterin Sozialdienst

Roman Strübi, Leiter Pflege

Phasenmodell der Geriatrischen Behandlung

