

Unser Einrichtungskonzept: „Altersmedizin ist anders“

Inhalt

A – Geschichte, Ausrichtung, Selbstverständnis, Trägerstruktur, Rolle in der Dortmunder Krankenhauslandschaft	2
A.1 Das Hüttenhospital als Geriatisches Zentrum der Region Dortmund.....	2
A.2 Das Hüttenhospital: Ein Krankenhaus der Akut-Grundversorgung mit entsprechendem Versorgungsvertrag.....	3
A.3 Das Hüttenhospital im Jahre 2020.....	3
A.4 Geriatrie Verbund Dortmund.....	4
B – Die Geriatrie: Allgemeine Definition und Umsetzung im Hüttenhospital.....	5
B.1 Europäische Definition der Geriatrie, Malta 2008.....	5
B.2 Merkmale des geriatrischen Patienten.....	5
B.3 Das geriatrische Assessment.....	6
B.4 Die Abteilung für Geriatrie des Hüttenhospitals.....	6
B.5 Das geriatrische Team des Hüttenhospitals.....	7
B.6 Krankheitsbilder, die in der Geriatrie des Hüttenhospitals behandelt werden.....	7
B.7 Patientenaufnahme in der Geriatrie des Hüttenhospitals.....	8
B.8 Assessment, Diagnostik, Behandlungsplanung (stationärer Bereich)	8
B.9 Behandlung, Teambesprechung, Dokumentation, Entlassungsplanung (stationärer Bereich).....	9
B.10 Die akutgeriatrische Tagesklinik des Hüttenhospitals.....	10
C – Leistungsspektrum, Angebote, Qualifikation der Mitarbeiter/innen der Geriatischen Abteilung	11
C.1 Leistungsspektrum, Angebote	11
C.2 Qualifikation unserer Mitarbeiter/innen in der Abteilung Geriatrie	12
D – Die Geriatrie des Hüttenhospitals im Kontext der Altersmedizin in Deutschland: Versorgungsstrukturen, fachwissenschaftlicher Standard	14
D.1 Umfeld, Netzwerk	14
D.2 Fachwissenschaftlicher Standard.....	15
E – Notfall-, Hygiene-, Qualitäts- und Klinisches Risikomanagement.....	16



Hüttenhospital Dortmund – Klinik für Geriatrie und Innere Medizin mit Tagesklinik

Unser Einrichtungskonzept: „Altersmedizin ist anders“

A – Geschichte, Ausrichtung, Selbstverständnis, Trägerstruktur, Rolle in der Dortmunder Krankenhauslandschaft

A.1 Das Hüttenhospital als Geriatisches Zentrum der Region Dortmund.

Im Jahr 1842 gründete die damalige Hörder Hermannshütte eine betriebliche Kranken- und Hilfskasse. Der nachfolgende „Hörder Bergwerks- und Hüttenverein“ erweiterte die Aufgaben dieser Sozialeinrichtung um den Betrieb eines Krankenhauses, in dem insbesondere unfallverletzte und alleinstehende Betriebsangehörige behandelt und gepflegt werden sollten.

Am 14. Januar 1858 wurde das erste Gebäude des Hüttenhospitals „Am Remberg“ eingeweiht. Die rasante Entwicklung in der Medizin und die wachsende Zahl der Werksangehörigen machten einen Neubau des Hüttenhospitals „Am Marksbach“ erforderlich, es wurde am 18. Januar 1913 eingeweiht. Das Krankenhaus wurde der gesamten Bevölkerung geöffnet und in die Bedarfsplanung des Landes aufgenommen. 1987 nahm als erste derartige Abteilung im weiten Umfeld unsere Geriatrie ihre Arbeit auf. 1989 wurde ein neuer Nord- und Westflügel mit modernen Krankenzimmern u. a. für die Geriatrie errichtet und 1995 der Umbau des Schwesternwohnheimes zur geriatrischen Tagesklinik vorgenommen.

2012 bezog die Intensivstation neu gebaute, hochmoderne Räumlichkeiten, 2014 folgten der Komplettumbau der Ambulanz, des Eingangsbereiches und der Endoskopie. Ende 2016 wurde der Umbau aller bestehenden Stationen abgeschlossen. Dies führte zu einer z. T. vollständig neuen Zimmeraufteilung. Die Zimmer verfügen über ein bis drei Bettenstellplätze, haben sämtlich eine eigene, rollstuhlgerechte Nasszelle, oftmals Zugang zu Balkonen sowie eigenes Fernsehen und Radio direkt am Bett. Helle Aufenthaltsräume gibt es auf allen Stationen.

Unser großzügiger Garten an der Südseite mit altem Baumbestand, speziellen Therapiewegen, vielen Sitzmöglichkeiten und einem Sinnesgarten lädt zu einem Spaziergang ein.

Erstellt durch: QRM, Krankenhausleitung	Evaluiert im: Mai 2023
Erstellt im: September 2018	Nächste Evaluation: Mai 2025
Version: 3; Seiten: 16	Freigabe: Krankenhausleitung

A.2 Das Hüttenhospital: Ein Krankenhaus der Akut-Grundversorgung mit entsprechendem Versorgungsvertrag.

Der Rahmen für die gegenwärtige und zukünftige Weiterentwicklung des Hüttenhospitals ist in einem Eckpunktepapier aufgeführt. Hier finden sich unsere Vision, die Unternehmenswerte sowie die Ziele und Strategieansätze der vier Handlungsfelder Patienten/ med. Versorgung, Finanzen/ Wirtschaftlichkeit, Service/ Organisation und Führung/ Mitarbeiterinnen. Ein zugehöriges Leitbild formuliert für alle Mitarbeiter wie auch Externe, wie wir diese Ziele erreichen wollen.

Zusammengefasst lautet die Vision des Hüttenhospitals: „Das Hüttenhospital ist ein in der Region anerkanntes und wirtschaftlich gesundes geriatrisches Zentrum, eingebunden in ein leistungsfähiges Netzwerk zur geriatrischen Vollversorgung.“

Unser Schwerpunkt liegt daher im Bereich der Medizin des älteren Menschen mit einer typischen, disziplinären Querschnittsausrichtung.

Seit 2012 ist das Hüttenhospital eine gemeinnützige GmbH. Geschäftsführer ist seit 2012 René Thiemann.

Gesellschafter (zu 100%) ist die Krankenkasse VIACTIV mit Sitz in Bochum. Die Geschäftsführung leitet das Krankenhaus im Auftrag des Gesellschafters. Sie verantwortet insbesondere die Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zukunftsfähigkeit des Hüttenhospitals. Unterstützt wird die Geschäftsführung durch die Krankenhausleitung sowie durch Fachabteilungen und Stabstellen. Zu den Fachabteilungen zählen z. B. das Finanz- und Rechnungswesen, Personalwesen, Controlling und das Medizincontrolling. Stabstellen sind eingerichtet z. B. für das Qualitäts- und Risikomanagement, die Unternehmenskommunikation, IT, Hygiene und Datenschutz und Informationssicherheit.

Die Gesellschafterversammlung ist das höchste Beschlussorgan der Hüttenhospital gGmbH. Vorsitzender der Gesellschafterversammlung ist der Vorstandsvorsitzende der VIACTIV Krankenkasse, Markus M. Müller. Zu den Aufgaben der Gesellschafterversammlung gehört es, alle Entscheidungen zu treffen, die für die Hüttenhospital gGmbH von grundsätzlicher Bedeutung sind. Unterstützt wird die Gesellschafterversammlung vom Aufsichtsrat. Der Aufsichtsrat berät und überwacht die Geschäftsführung. Der Aufsichtsrat setzt sich aus fünf aktiven Mitgliedern zusammen:

- Markus M. Müller, Vorstandsvorsitzender VIACTIV Krankenkasse
- Univ.-Prof. Dr. Hans-Jürgen Heppner, MHBA, Lehrstuhl für Geriatrie, FAU Erlangen-Nürnberg und Klinikdirektor, Klinikum Bayreuth GmbH
- Reinhard Brücker, ehem. Vorstandsvorsitzender VIACTIV i. R.
- Klaus-Peter Hennig, ehem. Vorstandsmitglied bei ThyssenKrupp i. R.
- Klaus Bailer, 1. Vorsitzender bei ZWAR „Zwischen Arbeit und Ruhestand“, ehem. Arbeitsdirektor, ThyssenKrupp i. R.

A.3 Das Hüttenhospital im Jahre 2023

Als Geriatrisches Zentrum für alle Menschen aus der Region Dortmund blickt das Hüttenhospital im Jahr 2023 auf über 35 Jahre Erfahrung in der Geriatrie zurück.

Das Hüttenhospital wurde seit 2005 bereits sechs Mal mit dem anerkannten KTQ-Zertifikat ausgezeichnet, zuletzt 2021.

Die Mobilisierung und Ermöglichung von weitgehender Selbständigkeit und Teilhabe unserer Patientinnen und Patienten ist eines unserer wichtigsten Ziele, getreu unserem Leitsatz **"Zurück ins Leben"**.

Seit mehr als 25 Jahren gibt es unsere integrierte Tagesklinik, die eine enge Verflechtung des gewohnten häuslichen Lebens mit der im Krankenhaus möglichen intensiven funktions- und fähigkeitsorientierten Behandlung ermöglicht.

In unserem Haus mit 174 Betten befinden sich folgende Fachdisziplinen:

- Innere Medizin mit 48 Betten einschließlich einer 2012 neu erbauten Intensivstation. Diese mit neun Betten in sieben Räumen mit Schleusenoption sowie Beatmungsmöglichkeiten an allen Plätzen.
- Geriatrie (Altersmedizin) mit 126 Betten (101 Betten stationär zuzüglich einer akut-geriatrischen Tagesklinik mit 25 Plätzen).

Ein wichtiger Schwerpunkt ist unser Konzept zur Dysphagie (Schluckstörung) mit Kurzuntersuchung aller Patienten, eingehender Diagnostik in Verdachtsfällen sowie ggf. Anwendung angepasster Koststufen mit qualitativ und optisch hochwertiger Zubereitung in unserer hauseigenen Küche.

Ab dem Jahr 2024 errichten wir auf unserem Campus einen modernen, an das Hauptgebäude angeschlossenen Erweiterungsbau, mit großzügigen Patientenzimmern (das Hüttenhospital wird zukünftig allen Patienten Ein- und Zweibettzimmer anbieten können), einer neuen Frischküche sowie attraktiven Aufenthaltsräumen.

A.4 Geriatrie Verbund Dortmund

Im Jahr 2015 gründete das Hüttenhospital gemeinsam mit dem Klinikum Dortmund und der Katholischen St.-Johannes-Gesellschaft den „Geriatrie Verbund Dortmund“ (GV Do).

Im GV Do haben sich Krankenhäuser, Ärzte, Seniorenheime, Pflegedienste, Seniorenbüros, Wohnungsgesellschaften und weitere relevante Akteure und Dienstleister des Sozial- und Gesundheitswesens zusammengeschlossen.

Das Ziel dieses Verbundes ist es, dem demografischen Wandel zu begegnen und älteren Menschen in Dortmund eine bessere, schnellere und effizientere Versorgung zu bieten – vor, während und nach einem möglichen Krankenhausaufenthalt. Dabei geht es um Gesundheit, Lebensqualität und Selbstständigkeit im Alltag. Über Sektorengrenzen hinweg, so der Anspruch des Verbundes, erhalten ältere Menschen bessere und gezieltere Dienstleistungen. Nach fünf Jahren des Bestehens hat sich bereits ein festes Netzwerk etabliert, welches in regelmäßig stattfindenden Treffen Probleme in der Versorgung erörtert und gemeinsame Lösungswege anstößt.

Die Geschäftsstelle des Geriatrie Verbundes Dortmund ist am Hüttenhospital angesiedelt.

B – Die Geriatrie: Allgemeine Definition und Umsetzung im Hüttenhospital

B.1 Europäische Definition der Geriatrie, Malta 2008

„Krankheiten können sich im hohen Alter anders manifestieren, sind oft sehr schwierig zu diagnostizieren, das Ansprechen auf die Behandlung erfolgt oft verzögert, und häufig sind sozial unterstützende Maßnahmen von Nöten.“

Die Geriatrie geht daher über die organorientierte Medizin hinaus, indem sie zusätzlich Therapie in einer Einrichtung mit einem multidisziplinären Team anbietet, deren wesentliches Ziel die Optimierung des funktionellen Status der älteren Person ist sowie die Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie.“

B.2 Merkmale des geriatrischen Patienten

Ein älterer Patient (ab 65, spätestens ab 70 Jahren) mit altersbedingten fortschreitenden Einschränkungen des Anpassungsvermögens wird dann zum geriatrischen Patienten, wenn durch Mehrfacherkrankungen in Verbindung mit Altersveränderungen Krankheitsfolgen bzw. Funktionsdefizite entstehen, die die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung im Alltag reduzieren. Er steht in Gefahr, bereits durch relativ geringfügige zusätzliche Erkrankungen oder sonstige Veränderungen von Kontextfaktoren dauerhafte wesentliche Einbußen seiner bisherigen funktionellen Selbständigkeit zu erleiden oder in Pflegeabhängigkeit zu geraten bzw. diese zu vergrößern.

Häufig auftretende Beeinträchtigungen geriatrischer Patienten sind:

- Gangstörung, Sturzsyndrom
- Immobilität
- Gebrechlichkeit
- Fehl- und Mangelernährung, Schluckstörung
- Schwerhörigkeit, Sehstörung
- Angst, Depression
- Kognitive Störungen / Demenz / Delir
- Inkontinenz
- Druckgeschwüre (Dekubitus)
- Störungen im Flüssigkeits- und Salzhaushalt
- Die Einnahme vieler Medikamente bei herabgesetzter Medikamententoleranz
- Kommunikationsstörung
- Vereinsamung / Isolation

Der geriatrische Patient benötigt Behandlungsplanung und –durchführung auf der Basis einer umfassenden organbezogen-medizinischen (nach ICD – International Classification of Diseases), funktionellen und sozialen Einschätzung unter Berücksichtigung personaler und externer Kontextfaktoren (nach ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health).

B.3 Das geriatrische Assessment

Unter Assessment versteht man eine systematische Beurteilung von alltagsrelevanten Funktionen und Fähigkeiten unter Zuhilfenahme von Testsystemen.

In der Geriatrie wählt man Testsysteme aus, die den Behandelnden Hinweise auf die physische, kognitive, emotionale, ökonomische und soziale Situation des Menschen geben.

Nur so können neben organmedizinischen Aspekten auch alltagsrelevante funktionelle Problembereiche und Fähigkeiten, psychosoziale Probleme und Risikokonstellationen aufgedeckt und behandelt werden. Schwerpunkte der Therapie sind die Bereiche Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion und soziale Versorgung.

Das geriatrische Team mit seinen verschiedenen Berufsgruppen repräsentiert den ganzheitlichen Ansatz geriatrischer Medizin und führt das Assessment sowie die Behandlung in enger Abstimmung durch.

B.4 Die Abteilung für Geriatrie des Hüttenhospitals

- Einrichtung der Abteilung im Jahre 1987. Letzte umfassende Sanierung mit weiterer Anhebung des Zimmerstandards in 2016.
- Die inzwischen 101 stationären Betten (bis 2015: 76, danach zunächst 91) finden sich zum größeren Teil auf den Stationen 2b und 3b.
- Die akutgeriatrische Tagesklinik umfasst 25 Plätze (bis 2015: 20) und ist in einem separaten Gebäude am gleichen Standort untergebracht.
- Die Leitung hat seit dem 01.01.2015 Dr. med. Martin Jäger inne. Vier Oberärzte/-ärztinnen, ebenfalls mit entsprechender Zusatzqualifikation „Geriatrie“ sind der Fachabteilung zugeordnet.
- Die Aufbauorganisation der Fachabteilung bzw. der einzelnen Berufsgruppen im Kontext der gesamten Klinik ist dem Organigramm zu entnehmen.
- Ausstattung: Auf den Stationen 2b und 3b jeweils 6 Dreibett-, 8 Zweibett- und 2 Einzelzimmer. Aufgrund des Bettenzuwachses seit 2015 und der Umbaumaßnahmen in 2016 finden sich weitere geriatrische Betten auf den Stationen 2a und 3a. Alle Räume mit eigener, rollstuhlgerechter Nasszelle. Alle Betten elektrisch verstellbar mit Niederflurfunktion, an allen Bettplätzen Anschlüsse für Luft und Sauerstoff sowie eigenes TV, Radio, Schrank und

Schließfach. In 2021 Umrüstung aller Nachttische, dabei einhändige Bedienbarkeit gewährleistet.

B.5 Das geriatrische Team des Hüttenhospitals

- Ärztinnen und Ärzte mit den fachlichen Schwerpunkten / Qualifikationen Innere Medizin, Physikalische Therapie, Klinische Geriatrie, Intensivmedizin, suchtmedizinische Grundversorgung und Palliativmedizin
- Pflegefachkräfte, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Altenpfleger/innen mit geriatricspezifischen Qualifikationen
- Physiotherapeuten und Krankengymnasten mit geriatricspezifischen Qualifikationen
- Ergotherapeuten mit geriatricspezifischen Qualifikationen
- Sprachtherapeuten mit geriatricspezifischen Qualifikationen
- Psychologinnen mit geriatricspezifischen Qualifikationen
- Physikalische Therapeuten, Medizinische Bademeister und Masseure mit geriatricspezifischen Qualifikationen
- Sozialarbeiterinnen mit geriatricspezifischen Qualifikationen
- Außerdem: Eigene Küche und Diätassistentinnen
- Außerdem: Krankenhausseelsorger sowie ein ehrenamtlicher Besuchsdienst

B.6 Krankheitsbilder, die in der Geriatrie des Hüttenhospitals behandelt werden

- Herz-/ Kreislaufkrankungen z. B. eine akute Herzmuskelschwäche oder eine Verschlechterung einer chronischen Herzinsuffizienz mit Luftnot, Wasseransammlung in der Lunge und/oder den Beinen, Bluthochdruckerkrankung
- Lungenerkrankungen z. B. eine akute Bronchitis, Lungenentzündung, Verschlimmerung einer chronischen Lungenerkrankung
- Magen- / Darmerkrankungen z. B. akute Magen-Darm-Infektionen, Magen- oder Darmblutungen.
- Neurologische Erkrankungen z. B. Schlaganfall, Parkinson-Syndrom, Hirnleistungsstörungen (meist in Zusammenhang mit der Primärerkrankung auftretend)
- Assoziierte psychische und psychosoziale Störungen
- Erkrankungen der Drüsen z. B. Blutzuckererkrankung, Schilddrüsenerkrankung
- Nierenerkrankungen
- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates z. B. Arthrosen (Gelenkverschleiß), Krankheiten aus dem rheumatischen Formenkreis
- Knochenschwund (Osteoporose) mit und ohne Brüche

- Muskelschwund / Sarkopenie
- Mangelernährung/ Malnutrition
- Schluckstörungen/ Dysphagie
- Weiterbehandlung nach operativ oder nicht operativ versorgten Brüchen z.B. Wirbelkörperbrüche, Schenkelhalsbrüche, Armbrüche
- Verzögerte Heilung nach anderen Erkrankungen wie z. B. Bauchoperationen

B.7 Patientenaufnahme in der Geriatrie des Hüttenhospitals

- Als Verlegung aus einer anderen Abteilung/anderen Klinik, weil noch ein akuter stationärer Behandlungsgrund sowie geriatrietypische Probleme bestehen.
- Als Notfallpatient über unsere Ambulanz.
- Notfallmäßig über den Rettungsdienst bei einer akuten Erkrankung oder Verschlechterung einer chronischen Erkrankung.
- Mit einer Einweisung vom niedergelassenen Haus- oder Facharzt (z. B. Neurologen oder Orthopäden) bei einer akuten Erkrankung oder Verschlechterung einer chronischen Erkrankung, die dazu führt, dass die Eigenständigkeit verloren geht.

B.8 Assessment, Diagnostik, Behandlungsplanung (stationärer Bereich)

- Screening des neu aufgenommenen Patienten i. R. der ärztlichen Anamnese und mittels ISAR-Bogen (= „Identification of seniors at risk“) durch die Pflege. Anschließend, soweit ein akutstationärer Behandlungsbedarf gegeben ist, Zuordnung zur Inneren oder Geriatriischen Abteilung.
- Belegungsmanagement: Geriatriische Patienten werden überwiegend auf den Stationen 2b und 3b (siehe Seite 5, „Abteilung für Geriatrie“) aufgenommen. Diejenigen Patienten mit stark reduzierter Mobilität oder temporärer Immobilität werden, soweit umsetzbar, auf Dreibettzimmer gelegt, dagegen die mobileren Patienten (Rollator, Rollstuhl aktiv) auf die Zweibett- bzw. Einzelzimmer.
- Der zuständige Arzt erkennt, gemeinsam mit dem zuständigen Oberarzt, eine mögliche Indikation zu einer Geriatriisch-Frührehabilitativen Komplexbehandlung (GFK). Dabei entscheidend ist das erkannte Potenzial des Patienten. Es erfolgt sodann eine unverzügliche Anordnung zur GFK (auf Widerruf, zunächst zum Anstoßen des Geriatriischen Assessments) auf digitalem Weg.
- Entgegennahme der Anordnung durch die Mitarbeiterin der Zentralen Therapieplanung und entsprechende Terminierung der Assessments der einzelnen Berufsgruppen.

- Geriatrisches Assessment innerhalb von 72 Stunden (zumeist 24-48 Stunden) nach Aufnahme durch:
 - Pflege: Barthel-Index
 - Ergotherapeuten: Mini Mental Status Test, Geriatrische Depressionsskala, Clock Completion (Uhrentest), ggf. DemTect
 - Physiotherapeuten: Tinetti-Test, Timed-Up-And-Go-Test
 - Sprachtherapie: Schluck- und Sprachscreening, Daniels-Test, Mini Nutritional Assessment (MNA)
 - Sozialdienst: Sozialassessment (innerhalb „GERDA“)
 - Psychologie: Psychologische Anfangsdiagnostik
- Anmerkung: Das Sozialassessment, der Barthel-Index und die Schluckdiagnostik werden darüber hinaus bei allen im Hüttenhospital aufgenommenen Patienten durchgeführt. Näheres regelt eine Verfahrensanweisung.
- Entscheidung von Stations- und Oberarzt (anhand der Assessment-Ergebnisse und in Abstimmung mit dem geriatrischen Team) über die Durchführung einer GFK. Bei negativem Entscheid Beenden der GFK. Dann jedoch Festlegung, ob der Einsatz einer oder mehrerer therapeutischer Berufsgruppen trotzdem angezeigt ist; ggf. separate Anordnung.
- Die Zentrale Therapieplanung koordiniert den Einsatz aller therapeutischen Berufsgruppen exkl. Psychologen.
- Die Behandlungsplanung inklusive der Festlegung von Rehabilitationszielen erfolgt zunächst individuell innerhalb der einzelnen beteiligten Berufsgruppen – gemeinsam mit dem Patienten – und wird im Behandlungsverlauf in den wöchentlichen Teambesprechungen abgeglichen, abgestimmt und angepasst (s. nächster Abschnitt).
- Die Pflege nutzt als weiteren Input für die Pflegeplanung neben dem Barthel-Index v. a. eine umfassende Pflegeanamnese und damit verknüpfte Pflegeplanung innerhalb unseres Krankenhausinformationssystems. Im Vordergrund steht bei den geriatrischen Patienten die sog. aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie (ATP-G).

B.9 Behandlung, Teambesprechung, Dokumentation, Entlassungsplanung (stationärer Bereich)

- Die Grundlage der Behandlung bilden die Vorgaben der Geriatrisch-Frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS 8-550).
- Primär entscheiden jedoch der gesundheitliche Zustand, die Bedarfe und Teilhabeziele gemäß der nachstationären Versorgungssituation über die Intensität der Behandlung. So kommt es häufig dazu, dass die Mindestanforderungen der o. g. OPS im Sinne des Patienten überschritten werden.

- Weitere wesentliche Vorgaben sind für uns die strukturellen und prozessualen Rahmenbedingungen des Bundesverbandes Geriatrie, festgelegt u. a. in dem Anforderungskatalog des Qualitätssiegels Geriatrie, im Sinne einer Best Practice und State-of-the-Art der Geriatrie in Deutschland.
- Die wochenweise ausgerichteten Rehabilitationsziele werden von jeder Berufsgruppe des Geriatriischen Teams im Vorfeld der nächsten Teambesprechung evaluiert und dokumentiert. Ebenso wird der bisherige Verlauf der Behandlung wochenweise zusammengefasst dargestellt.
- Unabhängig davon werden die erbrachten Einzelleistungen täglich von allen eingebundenen Mitarbeitenden erfasst.
- Alle Mitglieder des Geriatriischen Teams tauschen sich kontinuierlich im Behandlungsverlauf eines Patienten über die bisherige Entwicklung und das weitere Vorgehen aus. In strukturierter Form geschieht das in den wöchentlichen Teambesprechungen. Diese finden statt unter gemeinsamer Ansicht der aktuellen Dokumentation zum Patienten (via Beamer auf Leinwand im Besprechungsraum), mit Statements aller Berufsgruppen – das bezieht auch die bislang am jeweiligen Patienten nicht aktiv beteiligten Disziplinen mit ein – sowie einer Abstimmung über die weitere Behandlung. Näheres regelt eine Verfahrensweisung.
- Zudem erfolgt frühzeitig eine Entlassplanung unter besonderer Berücksichtigung der Entlassungsvoraussetzungen (Hilfsmittelbedarf, Unterstützung der Angehörigen, Beantragung Pflegegrad u. a.). Hier kommt dem Sozialdienst und dem interdisziplinären Entlassmanagement die zentrale Rolle zu.
- Die Dokumentation der erbrachten Leistungen und des Behandlungsverlaufs erfolgt seit 2015 zunehmend digital unterstützt. Die Mitarbeiter/innen nutzen u. a. Tablet-Computer zur mobilen Dokumentation und Patienteninformation. Nahezu die gesamte Patientenakte ist digitalisiert.
- Zu den in diesem und im vorigen Abschnitt (Seite 7) skizzierten Abläufen wurde eine Prozesslandkarte des Hüttenhospitals erstellt.
- Zu den konkreten Leistungen, Therapiekonzepten, Behandlungsmethoden, diagnostischen Möglichkeiten und zusätzlichen Angeboten siehe Kapitel C.

B.10 Die akutgeriatrische Tagesklinik des Hüttenhospitals

- Unsere 1996 eröffnete akutgeriatrische Tagesklinik (TK) schließt die Lücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung – ein auf die Patienten abgestimmter Therapieplan ermöglicht eine individuelle Behandlung und fördert den Erhalt der Selbständigkeit.
- In den Jahren 2019 und 2020 wurde die Tagesklinik in allen Bereichen grundlegend saniert, z. T. wurden dabei auch neue Zimmergrundrisse, die den Abläufen bei der Therapie entgegenkommen, geschaffen.
- Das Konzept lebt von der täglichen engen Verflechtung des gewohnten häuslichen Lebens mit der im Krankenhaus möglichen intensiven, funktions- und problemorientierten Behandlung. Darin liegt der rehabilitative Hauptvorteil gegenüber der - zumeist vorangehenden - vollstationären Behandlung.

- Es stehen 25 Plätze zur Verfügung. Zur Aufnahme benötigen Patienten, bei entsprechend vorliegender Notwendigkeit, eine Einweisung zur teilstationären Behandlung von einem niedergelassenen Haus- oder Facharzt.
- Die Aufenthaltsdauer beträgt in der Regel 15 Behandlungstage. Die Tagesklinik ist von 08:00 bis 16:00 Uhr geöffnet. An Wochenenden und Feiertagen ist die Tagesklinik geschlossen.
- Wir empfehlen Patienten, die nach einer erfolgreichen GFK im stationären Bereich weiterhin ein hohes Verbesserungspotenzial aufweisen, die Inanspruchnahme der teilstationären Behandlung. Die Einbestellung der Patienten in die Tagesklinik erfolgt dann möglichst zeitnah.
- Es werden Patienten mit diversen, alterstypischen Krankheitsbildern und Syndromen behandelt, die eine Reduktion der Selbsthilfefähigkeit und Teilhabe nach sich ziehen, so z. B. Schlaganfall, Parkinson-Krankheit, (zuvor orthopädisch versorgte) Knochenfrakturen, Arthrosen und viele weitere chirurgisch-orthopädische, internistische sowie neurologische Krankheiten.
- Grundlage der Behandlung bilden die Vorgaben der OPS 8-98a zur Teilstationären Geriatrischen Komplexbehandlung.
- Primär entscheiden jedoch der gesundheitliche Zustand, die Bedarfe und Teilhabeziele gemäß der aktuellen Lebenssituation über die Intensität der therapeutischen Anwendungen. So kommt es häufig dazu, dass die Mindestanforderungen der o. g. OPS im Sinne des Patienten überschritten werden.
- Das Geriatrie Team ist identisch mit dem des Haupthauses; die einzelnen Mitarbeiter/innen rotieren zwischen Einsätzen im stationären und teilstationären Bereich. Eine Fachärztin/Geriaterin leitet die TK.
- Die Abläufe der Tagesklinik sowie alle angebotenen Leistungen der einzelnen Berufsgruppen sind in einem Konzept detailliert aufgeführt.
- Die Dokumentation der erbrachten Leistungen und des Behandlungsverlaufs erfolgt auch in der Tagesklinik zunehmend digital unterstützt.

C – Leistungsspektrum, Angebote, Qualifikation der Mitarbeiter/innen der Geriatriischen Abteilung

C.1 Leistungsspektrum, Angebote

- Sämtliche Leistungen, d. h. diagnostische Verfahren, angewendete Konzepte, Therapieformen und weitere Angebote der einzelnen am Patienten tätigen Berufsgruppen werden in einem regelmäßig aktualisierten Leistungskatalog aufgeführt. Dabei sind die Leistungen des Ärztlichen Dienstes, des Sozialdienstes, der Physikalischen Therapie und der Psychologie übergreifend für stationäre und teilstationäre Geriatrie anwendbar, die Leistungen von Sprach-, Ergo- und Physiotherapie unterscheiden sich diesbezüglich. Die teilstationären Angebote dieser drei Bereiche finden sich in dem im vorigen Abschnitt (diese Seite oben) genannten „Konzept für die Tagesklinik“.

- Der o. g. Leistungskatalog gehört als Anlage zu dem vorliegenden Einrichtungskonzept. (Link)
- Die mitarbeiterstärkste Berufsgruppe innerhalb des Geriatriischen Teams bildet die Pflege. Ihr kommt eine besondere Rolle beim Festigen der in den einzelnen Therapiesitzungen erlernten Bewegungsabläufe, Verhaltensweisen etc. zu, da sie die einzigen Fachkräfte sind, die „rund um die Uhr“ Kontakt zum Patienten haben und somit auf ihn einwirken können. Zentrales Konzept dabei ist die aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie (ATP-G).
- Hervorzuheben sind außerdem:
 - Als modernes geriatrisches Dienstleistungszentrum wollen wir auch die Sicherstellung von Strukturen, die das Leben außerhalb der Klinik ermöglichen, fördern. Um Angehörige besser bei ihren Aufgaben zu entlasten und um die uns naheliegenden älteren Menschen besser zu begleiten, bieten wir das Demenzcafé „Café der Sinne“ an. Das Angebot gliedert sich in zwei Gruppen: eine ist den Angehörigen, eine andere den betroffenen Menschen gewidmet.
 - Seit 2014 haben wir eine Abteilung „Familiale Pflege“ aufgebaut. In diesem Rahmen werden Initialpflege- und Demenzpflegekurse (jeweils 12 Stunden umfassend) angeboten, geleitet von einem qualifizierten Pflegetrainer.
 - Unter Leitung unseres Ärztlichen Direktors und Chefarztes der Geriatrie, wurde die apparative Schluckdiagnostik wesentlich ausgebaut. So sind seit 2017 bzw. 2018 die Videofluoroskopie sowie die Faseroptische Endoskopische Evaluation des Schluckens (FEES) möglich. Ein Dysphagiekonzept ist in Anwendung.
 - Weitere Einzelheiten zu den vorgenannten Punkten: siehe Leistungskatalog.

C.2 Qualifikation unserer Mitarbeiter/innen in der Abteilung Geriatrie

- Die Qualifikation aller Mitarbeiter/innen wird durch unsere Personalabteilung in einer Fortbildungsdatenbank abgebildet, im Sinne eines Kompetenzprofils. So kann regelhaft ein Abgleich mit den jeweils aktuellen Qualifikationsanforderungen (die auf internen oder externen Vorgaben beruhen) erstellt werden.
- In einem Personalentwicklungskonzept, gültig für das gesamte Hüttenhospital, wurden Strategie und Instrumente der Personalentwicklung festgelegt.
Einige Grundzüge:
 - Für den Bereich Geriatrie sind die jeweils gültigen Empfehlungen bzw. Mindestquoten des Bundesverbandes Geriatrie in Zusammenhang mit dem Qualitätssiegel Geriatrie ein verbindlicher Rahmen für uns.
 - Im therapeutischen Bereich ist ein Fortbildungskonzept in Anwendung, das für Physio-, Ergo- und Sprachtherapie Fortbildungs-Themen sowie –Zeiträumen und –Budgets definiert. Ein übergreifendes Fortbildungskonzept für alle klinisch Tätigen ist im Aufbau.
 - In der Pflege unterstützen wir die Akademisierung/ Professionalisierung des Berufszweiges. Wir fördern die berufsbegleitende Fachweiterbildung

von Pflegekräften in den Bereichen Geriatrie und Intensivmedizin. Zielquoten wurden formuliert. Erstmals in 2018 wählten wir in einem Auswahlverfahren zwei Mitarbeiterinnen für ein pflegewissenschaftliches Studium aus. Es besteht eine Kooperation mit der FOM, Hochschule für Ökonomie und Management, Standort Dortmund.

- Im ärztlichen Bereich: Betreffend Facharztweiterbildung – 36 Monate Basisweiterbildung Innere Medizin (Common Trunk), 18 Monate zusätzlich für Innere Medizin (24 Mon. beantragt); 18 Monate Zusatzqualifikation Geriatrie. Weiterbildung für die Erlangung der Fachkunde in der Radiologie in den Bereichen Notfall, Thorax, Abdomen, Knochen im konventionellen Röntgen. Alle Leitungsärzte sind Fachärzte. Vier der sieben Leitungsärzte sind Geriater, darüber hinaus haben zwei Assistenzärzte diese Zusatzweiterbildung.
- Wir streben eine Anerkennung als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Witten/Herdecke an.
- Bei größeren Qualifizierungen (so z. B. Fachweiterbildungen) werden grundsätzlich in gegenseitigem Einvernehmen Weiterbildungsvereinbarungen geschlossen.
- Wir öffnen uns modernen Lernverfahren; fast alle Pflichtunterweisungen für unsere Mitarbeitenden werden inzwischen in digitaler Form und damit von überall abrufbar angeboten.
- Sämtliche im Hüttenhospital verfügbare Fachliteratur wurde in einer Online-Datenbank registriert/ katalogisiert.
- Verpflichtende Fortbildungen/ Schulungen aller Berufsgruppen werden im „Konzept für Pflichtfortbildungen der Hüttenhospital gGmbH“ ([Link](#)) aufgeführt. Dazu gehören u. a. Einweisungen ins KIS, in das Dokumentenmanagementsystem und in den Hygieneplan.
- Hausintern gewährleisten wir den Wissenstransfer durch interne Fortbildungen der Berufsgruppen:
 - Ärzte 1x monatlich und bei Bedarf, 60 Minuten
 - Therapeuten jeweils 1x monatlich, 60 Minuten
 - Pflegekräfte: nach Jahresplan, überwiegend mit externen Dozenten, Zeitrahmen variabel
 - Z. T. als interdisziplinärer Fortbildungen organisiert
- Wir halten spezielle Räumlichkeiten für interne bzw. In-House-Schulungen vor, in der entsprechend ausgestatteten, sog. „Alten Villa“ auf unserem Krankenhausgelände.
- Als interdisziplinäre Gremien, u. a. mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Angebote und Anpassung der Prozesse sind vor allem zu nennen
 - Die Krankenhausleitungssitzung unter Leitung und Moderation des Geschäftsführers, 12x jährlich 90-180 Minuten
 - Die Qualitäts- und Risikokonferenz unter Leitung und Moderation des Qualitätsmanagers, 6x jährlich 60-120 Minuten.
- Alle Gremien mit Angaben zu Intention, Teilnehmern, Frequenz, Protokollpflicht u. a. sind aufgeführt in einer Besprechungsstruktur.

D – Die Geriatrie des Hüttenhospitals im Kontext der Altersmedizin in Deutschland: Versorgungsstrukturen, fachwissenschaftlicher Standard

D.1 Umfeld, Netzwerk

- Die Geriatrie des Hüttenhospitals war zum Zeitpunkt ihrer Gründung 1987 und viele Jahre danach die einzige derartige Abteilung in Dortmund und Nachbarstädten.
- Seitdem hat sich u. a. durch die Einführung des DRG-Vergütungssystems und durch den erkannten erheblichen Mehrbedarf an geriatrischen Betten die Situation grundlegend geändert. Allein auf Dortmunder Stadtgebiet sind im Jahr 2023 drei weitere geriatrische Abteilungen zu finden.
- Das Hüttenhospital hat jedoch als erfahrenste – mittlerweile über 35 Jahre – und auch bettenstärkste altersmedizinische Abteilung inklusive Tagesklinik, plus Expertise in Intensivmedizin und internistischer Medizin, den Anspruch, das Geriatrische Zentrum der Region zu bilden.
- Unter anderem zu diesem Zweck – neben dem Ziel, ein geriatrisches Versorgungsnetzwerk zu schaffen – hat das Hüttenhospital den Geriatrie Verbund Dortmund initiiert, zu dem auch zwei der drei weiteren stationären Dortmunder Geriatrien gehören. Siehe dazu Kapitel A, Seite 3.
- Die Weiterentwicklung des Hüttenhospitals am vorhandenen Standort ist wichtiger Bestandteil des Zukunftskonzeptes. Freie Mittel werden gemäß unserer Freigemeinnützigkeit in die Verbesserung der räumlichen, medizinischen und personellen Ausstattung reinvestiert. In den letzten Jahren wurden so sämtliche bettenführenden Stationen grundlegend neugestaltet.
- Wir bauen unser Klinikgelände unter Erhalt des großen Gartens zu einem Campus der Altersmedizin aus, auf dem die Sektoren
 - Stationär (Hauptgebäude)
 - Teilstationär (Tagesklinik, Nebengebäude)
 - Ambulant (Hauptgebäude: Praxis für Physio- und Ergotherapie)vertreten sind.
- Unsere Innovationsbereitschaft äußert sich z. B. in der Digitalisierung unserer Patientenakte inkl. mobilem KIS und in der Konsortialführung des inzwischen abgeschlossenen Innovationsprojektes „GerNe –Digital“ (Geriatrisches Netz digital – Dortmunds sektorenübergreifende Versorgung mit Transparenz und Patientensicherheit in der geriatrischen Pflege).
- Das Hüttenhospital strebt weiterhin die Aufrechterhaltung seiner Zertifizierungen nach KTQ und dem Qualitätssiegel Geriatrie des Bundesverbandes Geriatrie an, um seine gute Qualität bei der geriatrischen Versorgung zu untermauern.
- Das Hüttenhospital arbeitet seit vielen Jahren eng und vertrauensvoll mit diversen Kooperationspartnern und Dienstleistern zusammen, um die in unserem Haus nicht zur Verfügung stehenden Möglichkeiten umfassend sicherzustellen: Labormedizin, Zentralapotheke, Dialyse, CT- und MRT-Untersuchungen, Medizintechnik, Wäscherei u. a.
- Seit 2015 kooperieren wir außerdem mit der Klinik für Unfallchirurgie am Klinikum Dortmund und bilden gemeinsam mit dieser und der dortigen Klinik für Geriatrie seit Ende 2021 ein Alterstraumatologisches Zentrum (gemäß DGU – Deutscher Gesellschaft der Unfallchirurgen).

- Seit vielen Jahren kooperieren wir mit der Klinik für Psychiatrie, Abteilung Gerontopsychiatrie des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Dortmund.

D.2 Fachwissenschaftlicher Standard

- Die im Kapitel C (Seite 10) dargestellten Personalentwicklungs- bzw. Qualifikationsmaßnahmen sind ein wichtiger Baustein, um das im Haus vorhandene Wissen rund um den geriatrischen Patienten aktuell zu halten.
- Darüber hinaus sind die leitenden Ärzte der Geriatrie, Dr. Martin Jäger und seine Stellvertretung Dr. Uta Langenbach in Verbänden und Gremien aktiv.
- Beide sind Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG e. V.).
- Dr. Langenbach ist zudem Mitglied beim Berufsverband deutscher Internisten (BDI).
- Dr. Jäger ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Deutschen Gesellschaft für Dysphagie (DGD) sowie Leiter der Arbeitsgruppe Dysphagie der DGG.
- Ebenso ist er Mitglied des regionalen Qualitätszirkels Geriatrie, zu dem auch geriatrische Abteilungen in Dortmund, Lünen, Soest, Winterberg und Beckum gehören und nimmt als Vertreter des Hüttenhospitals an den Zusammenkünften des lokalen Hörder Ärztenetzes teil.
- 2013 – Mitwirkung und Co-Autor der Leitlinie Klinische Ernährung in der Neurologie, Teil des S3-Leitlinienprojektes der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM).
- 2016 – Mitwirkung Expertenkommission „Geriatrisch-Rehabilitatives Basismanagement“ (Publikation GRBM Kohlhammer Verlag 2018).
- 2017 – Geriatrisch-Pharmazeutisches Versorgungsforschungsprojekt Dysphagie in stationären Altenheimenrichtungen mit dem Institut für geriatrische Pharmazie und der Universität Witten/Herdecke.
- Einmal jährlich im November wird der Westfälische Geriatrie-Tag veranstaltet, an dem sich das Hüttenhospital in der Vergangenheit auch schon aktiv mit Vorträgen beteiligt hat (während der Corona-Pandemie pausiert).
- Das Hüttenhospital ist Mitgliedskrankenhaus des Bundesverbandes Geriatrie seit 2008: www.bv-geriatrie.de/
- Ein Facharzt ist als QM-Beauftragter für den Bereich Medizin benannt und qualifiziert. Er validiert u. a. die Daten der externen verpflichtenden Qualitätssicherung und tauscht sich mit den entsprechenden Institutionen aus.
- Die Leitlinien z. B. der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) werden von den Leitungsärzten sondiert. Die Anwendung bei unseren geriatrischen und entsprechend häufig multimorbiden Patienten erfolgt unter sorgfältiger Abwägung der Risiken gemeinsam zwischen Oberarzt und Assistenzarzt. Alle im Haus implementierten, häufig interdisziplinären Behandlungspfade (SOPs) berücksichtigen sowohl die Leitlinien, als auch die Besonderheiten der Geriatrie sowie die Gegebenheiten im Hüttenhospital.
- Mithilfe der inzwischen im Haus verwendeten Tablets (Ärzte: personalisierte Tablets) war es möglich, den Mitarbeitern medizinische Apps zur Verfügung zu stellen (z. B. FORTA-Arzneimittelliste – „Fit For The Aged“ oder DocCheck Flexikon – Medizinlexikon).

E – Notfall-, Hygiene-, Qualitäts- und Klinisches Risikomanagement

Einrichtungsübergreifend und somit über den Fachbereich Geriatrie hinausgehend sind im Hüttenhospital das Notfall-, Hygiene-, Qualitäts- und Klinisches Risikomanagement eingerichtet.

Die vorhandenen Regelungen berücksichtigen jedoch den hohen Anteil älterer bzw. hochbetagter Patienten in unserer Klinik:

- Als Schwerpunktambulanz für Geriatrie war es uns außerdem wichtig, die pflegerischen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe und Sturzprophylaxe frühzeitig einzuführen (2013 bzw. 2015).
- Pflegestandards zur Förderung der Harnkontinenz, zur Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz sowie zum sog. herausfordernden Verhalten wurden in 2018 neu entwickelt.
- Unsere Arbeitsgruppe Ethik unter Leitung des ev. Krankenhausseelsorgers Frank Lins erarbeitete Ethik-Leitlinien zu den Themen Demenz, Fixierung, Sterben und Tod.
- Eine Dienstanweisung regelt das Vorgehen, wenn desorientierte Patienten versuchen, das Krankenhausgelände zu verlassen.
- ID-Armbänder sorgen seit 2014 für eine sicherere Identifikation unserer Patienten.
- Fixierungen werden sehr zurückhaltend gemäß den gesetzlichen Vorgaben eingesetzt; Näheres regelt unsere Dienstanweisung zur Freiheitsentziehenden Maßnahmen.
- Ebenfalls seit mehreren Jahren werden einmal wöchentlich, im stationsweisen Wechsel, pharmakologische Visiten unter Beteiligung einer Apothekerin durchgeführt. Innerhalb unseres KIS steht eine aktuelle Pharma-Datenbank zur Verfügung zzgl. eines optionalen Arzneimitteltherapiesicherheits-Checks auf Grundlage der aktuell bei einem Patienten verordneten Medikamente.
- Ärztliche Behandlungspfade thematisieren u. a. die Behandlung bzw. Differenzialdiagnose zu Osteoporose, Kollaps/Synkope, Schlaganfall, Parkinson-Syndrom, Anämie, Infekt, Demenz, akutes Koronarsyndrom und Pneumonie.
- Interdisziplinäre Therapiestandards (SOPs) wurden eingeführt bezüglich Ernährungsmanagement, Femurfraktur, Wirbelkörperfraktur, proximaler Humerusfraktur. Es folgten in 2018 die Bereiche Multimedikation, Sturz, Volumenmangel/ Exsikkose und bis 2020 Delir, Harninkontinenz, Schmerztherapie und Sepsis.
- Screening im Rahmen des Hygienemanagements:
 - a) Multiresistente Erreger: Über die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) hinausgehende Durchführung bei allen Patienten (Abstriche Nase, Rachen & chronische Wunden bei Aufnahme).
 - b) Leisten- und Analabstriche bei Patienten aus Ländern in denen MRGN endemisch vorkommt. Über die KRINKO-Empfehlungen hinaus ein Urin-Screening auf MRGN bei Patienten, die aus anderen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen kommen, sowie bei Pat. mit liegendem Blasen-Dauerkatheter.