GERAMOVER
Alte Menschen richtig steuern.

Ausgangslage

Die Anzahl der alten Menschen mit mehr als 75 Jahren nimmt in der Notaufnahme/Aufnahme der Kliniken auf Grund der demographischen Gegebenheiten stetig zu. Dieser Trend wird nicht nur anhalten, nach den vorliegenden Daten der Bevölkerungsentwicklung der nächsten 15-20 Jahre wird dieser Trend sich sogar verstärken. Insbesondere die Gruppe der über 80jährigen nimmt überproportional in der KH Versorgung zu. Die beschriebene Entwicklung gilt nicht nur für Deutschland – es ist dies ein Phänomen Europas mit Schwerpunkt Zentral-Europa (CH, AU, D).

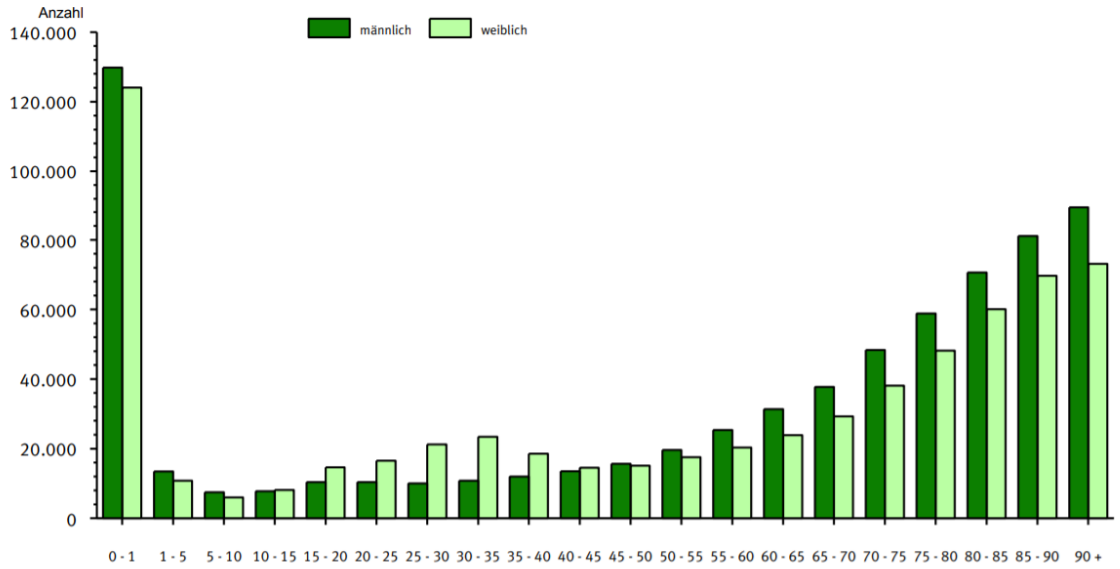
Auch werden die Kosten der Altersgruppen disproportional steigen. Die der über 65 Jährigen wird in den nächsten 10 Jahre und 28% zunehmen. Die Kostenverteilung der Erkrankungsentitäten verteilt sich wie folgt:

ICD10	Year (absteigend), Gender		
	2015		
	Both sexes	Male	Female
All diagnoses	338.207	148.670	189.537
A00-T98 All diseases and sequelae of effects of external causes	325.228	143.635	181.593
I00-I99 Diseases of the circulatory system	46.436	23.907	22.529
F00-F99 Mental and behavioural disorders	44.372	16.694	27.678
K00-K93 Diseases of the digestive system Info	41.620	19.725	21.895
M00-M99 Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	34.193	12.568	21.625
C00-D48 Neoplasms	23.002	11.572	11.430
R00-R99 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	20.026	7.000	13.026
S00-T98 Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	17.993	8.164	9.830
G00-G99 Diseases of the nervous system	17.150	7.673	9.477
J00-J99 Diseases of the respiratory system	16.544	8.476	8.068
E00-E90 Endocrine, nutritional and metabolic diseases	15.609	7.379	8.230
Z00-Z99 Factors influencing health status and contact with health services	12.979	5.034	7.944
N00-N99 Diseases of the genitourinary system	11.289	4.873	6.416
H00-H59 Diseases of the eye and adnexa	11.186	4.891	6.295
A00-B99 Certain infectious and parasitic diseases	7.081	3.689	3.392
L00-L99 Diseases of the skin and subcutaneous tissue	5.199	2.514	2.684
O00-O99 Pregnancy childbirth and the puerperium	4.229	X	4.229
H60-H95 Diseases of the ear and mastoid process	3.225	1.522	1.703
D50-D90 Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism	2.395	1.112	1.284
Q00-Q99 Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	2.170	1.066	1.104
P00-P96 Certain conditions originating in the perinatal period	1.508	811	697

Total Cost of Illness in millions of Euro for Germany. Classification: years, sex, ICD10, provider 2015

Es ist hier schon gut erkennbar, dass kardiovaskuläre, muskuloskelettale. psychische und Tumorerkrankungen die Kostenpyramide anführen - typische Erkrankungen des alten Patienten. Auch die Verteilung der Altersdurchschnitte je 100.000EW spricht diese Sprache.

Abbildung 1: Patienten und Patientinnen nach Altersgruppen je 100 000 Einwohner 2015 [1]



1 endgültige Ergebnis auf Grundlage des Zensus 2011.

Da die rechtlichen Regelungen zur Finanzierung der Krankenversorgung sehr unterschiedlichen Charakter aufweisen, werden die weiteren Betrachtungen auf das deutsche Modell abgestellt und fokussiert.

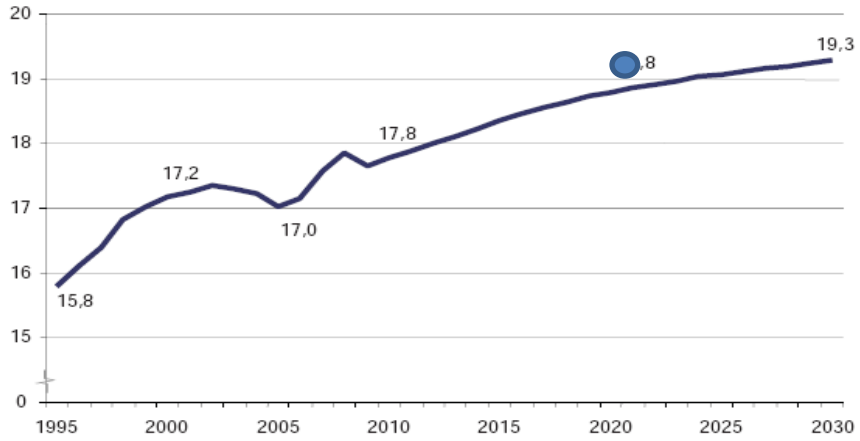
In knapp 2000 Kliniken in D werden ca. 500.000 Betten vorgehalten in denen ca. 19 Millionen Menschen versorgt werden. Davon sind 11.000 Betten geriatrisch ausgewiesen (3,6%).

Die Aufteilung in öffentliche, freigemeinnützige und private KH mit einem Anteil von ca. 500, 600 und 700 KH zeigt 240.000, 160.000 und 100.000 aufgestellte Betten. Ca. 400 KH haben mehr als 400 Betten, ca. 720 KH weisen > 150 – 400Betten auf, der Rest, immerhin knapp 1000KH haben weniger als 200 Betten. 500 KH haben zwischen 200 und 500 Betten und 250 KH haben mehr als 500 Betten.

Von ca. 9500 Fachabteilungen sind 1000 Innere (10,5%) und 322 Geriatrien (3,3%) in Deutschland. Der Anteil an +75 Patienten in der Aufnahme beträgt nach KH Daten ca. 35-40%. Die Altersverteilung in den Kliniken weist auf einen Anteil von ca. 35% > 70 Jährigen in den Akutabteilungen hin.

In der Aufnahme der verschiedenen Kliniken ist keine einheitliche Leitungs- und Strukturqualität vorzufinden. Notaufnahmen sind in Deutschland lokal-stationär, getrennt, gemeinsam-interdisziplinär, zentral unter Anästhesie, Chirurgie oder internistischer Leitung, selbständig oder integriert vorzufinden. Die Aufnahmestruktur ist von individueller bis zu standardisierter Aufnahme, von Triage Modulen verschiedener Art (Manchester Triage, Emergency Severity Index) gekennzeichnet. Die Entscheidung über Leitung und Strukturqualität darüber wird von der Klinikleitung intern getroffen. Die Anzahl der KH fälle wird jedoch nach den Daten des statistischen Bundesamtes zunehmen und sie sind nach 5 Jahren schon wieder über holt, denn die Daten von 2015 sind bereits schon wieder überholt worden und zeigen im Jahr 2021 bereits 19 Millionen Patienten.

Abbildung 2: Krankenhausfälle 1995 bis 2030 (Status-Quo-Szenario)
in Millionen



Dazu kommt noch die Tatsache der Zunahme an Pflegebedürftigen , die potentiell im Notfall auch in eine der Notaufnahmen geschickt werden.

Worin sich jedoch alle Notaufnahmen in Deutschland gleichen – es gibt durchgehend keine spezifische, qualifizierte Versorgung von +75Jährigen. Hier tut sich eine Schere der Versorgung auf: mehr Patienten weniger Kompetenz - es existiert keine Personalqualifikation für geriatrische Risiko und Potentialdetektion.

Spezielle Charakteristik älterer Patienten

Wie aus den statistischen Daten ersehbar, wird die Anzahl alter Patienten in der Notaufnahme mit klassischen internistischen Akutdiagnosen zunehmen. Gegenwärtig werden Patienten DRG getriggert versorgt, d.h. kardiologische Hauptdiagnosen den Kardiologen, pneumologische Hauptdiagnosen den Pneumologen usw. zugesandt. Dies berücksichtigt zwar die Spezifizierung der Facharztausbildung aber nicht die Bedarfe des alten Patienten.

Diese zeichnen sich klassischerweise durch folgenden Cluster aus:

- Vorhandensein mehrerer Diagnosen
- Funktionsstörungen
- Multimedikation
- Erhöhte Fragilität und Vulnerabilität
- Perzeptionsstörungen
- Verlangsamte Ablaufgeschwindigkeit

Dies sind alles Dinge, die in einer fachbereichsspezifischen DRG-Fokussierung nicht auftauchen. Tatsächlich muss ein kardiologischer Patient fokussiert kardiologisch behandelt werden. Diese Therapie wird aber nur Erfolg haben, wenn neben der internistischen, fachärztlichen Behandlung auch und besonders eine spezifische auf die Bedarfe und Gegebenheiten des alten Patienten abgestimmt sind. Sonst ist im Extremfall die Herzinsuffizienz nach Leitlinien versorgt, aber der Patient nicht mobil, zeigt keine Autonomie und hat kognitive Störungen, die eine Pflegeheimversorgung triggern werden. D.h. die Liegedauer wird bei fehlender Berücksichtigung und Integration dieser Befunde zunehmen und die Erfolge der rein fachspezifischen Therapie werden sich nicht erreichen lassen.

Für die Klinik bedeutete das umgekehrt, dass der alte Patient potentiell folgende Effekte triggern kann:

- Mehr Personalaufwand
- Längere Liegedauer
- Höhere Mortalität
- Spezifische Reha Bedarfe
- Individualisierte Therapieansätze

Es ist nachgewiesen, dass eine frühestmögliches Screening und Assessment für alte Patienten mit deutlicher Verbesserung im Outcome, des Selbständigkeitsparametern und in einer Reduktion der Verweildauer und Verbrauchsparameter einhergeht.

Insbesondere die frühestmögliche Integration von individuell - fokussierter Rehabilitation ist sehr effektiv und hilfreich.

Möglichkeiten der DRG´s und Geriatrie-Status

Die DRG´s sind so weiter entwickelt worden, dass eine Integration der geriatrischen Nebendiagnosen und die Planung von geriatrischen Prozeduren möglich ist. Dazu ist eine frühestmögliche Identifikation und Erfassung solcher Bereiche notwendig. Hierzu ist ein spezielles Wissen notwendig, was Bereichsbedingt an einen Facharzt mit Geriatrie- Weiterbildung gebunden ist. Die Fachärzte mit Geriatrie Weiterbildung sind Mangelware. So sind in Mecklenburg -Vorpommern nur 1/5- 1/10 der notwendigen Ärzte vorhanden – ein Beispiel für eine Situation in allen Bundesländern.

Damit gehen den Kliniken potentiell Bestandteile ihres möglichen Ertrages verloren, wenn sie nicht in der Lage sind 1. umfassend die Diagnosen und Nebendiagnosen zu erfassen 2. Risiken zu detektieren, die nicht erkannt Gefahren für Mensch und Klinik in sich bergen und 3. Potentiale zu schöpfen, die ihnen de facto vorliegen.

Der Blick in die §21 Daten der Kliniken erlaubt eine erste Einschätzung sowohl der Alterscluster als auch der Kodiertiefe und- Spezifitäten in diesen Bereichen. Die Beurteilung von analysierten Daten belegt den hohen Altersanteil und die fehlende Kodierfähigkeit für +75 Patienten.

Die Einschätzung einer mit einer Wahrscheinlichkeit x eintretenden Diagnosen/Nebendiagnose hängt essentiell von den epidemiologischen Daten für diese Störung ab. Dieser Wert wird dann als Erwartungswert dieser Diagnosen in der betreffenden Patientengruppe gewertet. Aus dem sich ergebenden GAP zwischen Erwartungs-/Durchschnittwert und den reell kodierten Anteilen ist das nicht gehobene Ertragspotential ablesbar.

Als Beispiel sei eine Überblicksauswertung einer Klinikgruppe mit 65.000 Patienten /Jahr anonymisiert aufgeführt, die jedoch exemplarisch für Akuthäuser gelten dürfte.

	2019	**2020**	**Erwartung Mittelwerte bei alten Patienten**
1. **Delir**	1,1%	<1%	**30%**
2. **Mangelernährung**	-	-	**35%**
3. **Demenz**	1,4%	1,0%	**13%**
4. **Dysphagie**	-	-	**15%**
5. **Aspiration**	<1%	<1%	**8-12%**
6. **Inkontinenz Harn**	7,9%	11,1%	**35%**
7. **Inkontinenz Stuhl**	4,6%	5,7%	**25%**
8. **Immobilität**	-	-	**20%**
9. **Dranginkontinenz**	<1%	<1%	**35%**

Es ist gut erkennbar, dass die hier exemplarisch aufgeführten, kritischen Bereiche über den Zeitraum von 2 Jahren nicht oder stark unterrepräsentiert erfasst wurden. Dies wird insbesondere in den Arealen 1,2,4 und 5 schwerwiegende Auswirkungen auf den Ertrag, aber auch auf die Sekundärkosten durch Komplikation und Verlängerung der Verweildauer haben. Es wäre optimal, all diese Bereiche schon im Aufnahmebereich zu screenen und wenn möglich zu erfassen.

GERAMOVER
Alte Menschen richtig steuern.

Risikobereiche geriatrischer Patienten

Die Risikobereiche geriatrischer Patienten sind in 5 Arealen zu clustern und mit dem Mnemotechnik Wort KLANG gut zu merken:

- Kognition
- Lokomotion
- Autonomie
- Nutrition
- Gesamtreduktion

Kognit*ion*	**Lokomotion**	**Autonomie**	**Nutrition**	**Gesamtzustand**
Depression Demenz Delir MCI	Gang-, Transfer- störung Sturz	Pflegebedarf- Cluster nach Barthel Einstufung nach Reisberg	Dysphagie Mangelernährung Dehydratation	Verwahrlosung Funktionalität Bewältigung

Jeder dieser Bereiche trägt hinsichtlich Morbidität und Mortalität ein eigenes Risikopotential und ist durch spezifische Unterbereiche gekennzeichnet, die für sich erfasst werden müssen. Erschwerend ist die Tatsache, dass die sich die KLANG Bereiche unterredender bedingen und verstärken können. Bsp: So zeigen mangelernährte Patienten signifikant häufiger Delirien und kognitive Störungen und sind immobiler. Für jeden Unterbereich liegen Screenings und Assessments vor, die mit guter Voraussagekraft das Vorhandensein einer Störung festlegt

GERAMOVER
Alte Menschen richtig steuern.

Der alte Mensch und die Notaufnahme

Die Zielsetzung der Notaufnahme ist:

- Time to doc
- Effizienz
- Aggressive Therapie und schnelle Diagnostik
- Invasive Interventionsbereitschaft

Bei alten Menschen prallen damit in einer Notaufnahme widersprüchliche Welten aufeinander. Der alte Mensch benötigt in der Aufnahmesituation:

- Time for observation
- Individualität
- Komplexe Therapie und Diagnostikansätze
- Überdachte Intervention

Ein speziell geriatrisch geschulter und trainierter Notaufnahme-Mitarbeiter kann solche Störungen erkennen, notwendige Workflows und eine spezifische Patientensteuerung triggern. Geschulte Mitarbeiter:

- sichern die Qualität der Aufnahmeprozedur,
- hinterlegen überprüfbare Dokumente,
- detektieren Risiken
- identifizieren Potentiale
- standardisieren Workflows

Inhaltsverzeichnis der Qualifikation **GERA***mover Xpert*

Prinzipielles

Die GERAmover-Xpert-Schulung wurde einer Entwicklungszeit von über 10 Jahren speziell für erfahrene Pflegekräfte in der Notaufnahme entwickelt. Es ist eine Personalqualifikation, die von der RbP anerkannt und bepunktet ist. Das Screening ist fester Bestandteil in der Ersteinschätzung alter Menschen.

Die Ausbildung erfolgt FRONTAL oder ONLINE in 2 Tagen. Die Vermittlung von spezifischen, praktischem, geriatrischem Wissen steht im Zentrum. Workflows ermöglichen es strukturiert und standardisiert Funktionsstörungen und Risiken alter Menschen zu erfassen. Basis ist das KLANG-Modul mit dem die zentralen Störungen der Kognition, der Lokomotion der Autonomie der Nutrition und des Gesamtzustandes erfasst werden. Damit werden die Akut-Pflegebedürftigkeit und die Frührehapotentiale eingeschätzt. Die GERAmover-Xpert-Ausbildung endet mit einer Prüfung und mit einem Zertifikat.

Ziel ist es, rasch die Erfassung von Funktionsstörungen und eine Patienteneinschätzung zu realisieren. Über die eingegebenen Funktionsstörungen werden mit der GERAmover - Datenbank er Verdachtsdiagnosen, Kodierungen, Assessments und konkrete Vorsichts-Maßnahmen empfohlen.. Die GERAmover-XPerts schließen den Aufnahmeprozess alter Menschen in der Notaufnahme professionell ab und hinterlegen das Dokument.

Theorie und Grundlagen

1. Klinische Versorgungssituation, demographische Situation und Ausblick
2. Pflegebedürftigkeit, aktuell und Ausblick
3. Definition Geriatrie
4. Der geriatrische Patient
5. Geriatrische Versorgungsstrukturen
6. Geriatrische Weiterbildung
7. Gesetzesauftrag „Teilhabe“ und Grundlagen
8. Geriatrisches Team
9. Rehabilitation , Indikation, Antrag, Kostenträger
10. Geriatrische Frührehabilitation, Indikation, Antrag, Kostenträger

B) KLANG Modul- Funktionsstörungen des alten Menschen

1.Kognition → Demenz, Delir, Depression
2.Lokomotion → Transfer, Kadenz, Immobilität, Sturz
3.Autonomie → Barthel Index, FIM, Katz
4.Nutrition → Mangelernährung, Dehydratation, Dysphagie
5.Gesamteindruck → Nicht beobachtete Funktionsstörungen und fehlende soziale Kontrolle

GERAMOVER
Alte Menschen richtig steuern.

KERNFRAGEN für die Aufnahme alter Menschen in der Klinik und nachfolgende Prozesse

Zuerst müssen die Kernfragen geklärt werden. Kernfragen haben das Ziel, kritische Bereiche gezielt abzufragen und einen standardisierten Prozess anzulegen.

VORAUSSETZUNG- Liegt eine akutstationäre Behandlungsbedürftigkeit (ASBB) vor - sprich muss der alte Patient aus medizinischen Gründen stationär aufgenommen werden?

Wenn keine akutstationäre Behandlung vorliegt, muss der Hausarzt kontaktiert und gegebenenfalls ambulante Dienst organisiert werden.

1. KOGNITION - Wie ist die Aufmerksamkeit: Ist der Patient verwirrt? Kann er „N+E“ in die Luft zeichnen und das Wort „Radio“ rückwärts buchstabieren?

Bei kognitiven Auffälligkeiten kann die Testung mit den Buchstaben und dem Rückwärtsschreiben abgefragt werden. So sind Aufmerksamkeitsstörungen und delirante Syndrome detektierbar. Beide Tests sind einfach durchführbar und zeigen sehr schnell, was der Patient kann, versteht und umsetzen kann.

- ➔ *PROZESS: das Umfeld muss reizarm und klar gestaltet werden (extra Raum), optimale Lichtgestaltung und Abschirmung ist wichtig. Jede weitere Störung sollte vermieden werden und epirogene Faktoren (Personalwechsel, Unruhe, invasive Maßnahmen,…) reduziert werden, wenn irgend möglich sollten Angehörige involviert werden*
- ➔ *KOGNITION im Detail prüfen*

2. LOKOMOTION: kann er sich allein aufsetzen und frei sitzen? Kann er aufstehen?

Patienten die sich nicht alleine aufsetzen können, nicht frei sitzen können sind immobil. Sie werde nicht aufstehen können ohne zu stürzen.

- ➔ *PROZESS: Der Patient muss als Sturzpatient klassifiziert werden und in Begleitung mobilisiert werden. Hilfsmittel muss in Reichweite sein. Sturzgefahr muss notiert werden.*
- ➔ *LOKOMOTION im Detail prüfen*

3. AUTONOMIE - Wie waren die Vorversorgungsbedarfe des Patienten - also ist er ein robuster, gebrechlicher oder abhängiger Patient?

Wenn der Patient keine Hilfe benötigte und autonom war, ist er robust. Dann stehen die krankheitsbedingten Störungen und deren Behandlung im Vordergrund.

Kommt der Patient aus einer Institution oder eine Rund-um Pflege-Situation ist er abhängig und deutlich bis schwer eingeschränkt. Auch abhängige Patienten brauchen eine fokussierte medizinische Versorgung mit allerdings einer pflegerischen Fokussierung.

Hat der Patient vermehrt Schwäche gespürt, kürzere Gehstrecken zurückgelegt und war langsamer gewesene? Hat er erste und vermehrt Hilfen in Anspruch genommen? Dann ist er als gebrechlich einzustufen.

-->Hier liegen mit hohen Wahrscheinlichkeit Funktionsstörungen vor.

➔ *AUTONOMIE im Detail prüfen*

4. NUTRITION: gibt es Hinweise auf Mangelernährung und Schluckstörungen

Geben Sie die Hand und fordern sie auf, zuzudrücken. Lassen sie den Patienten einen Schluck Wasser trinken und beobachten sie, wie es geht. Beides sind signifikante einfache Tests, die rasch zeigen ob hier eine Störung vorliegt.

→ *bei Schwäche und Schluckstörungen muss die Logo/Ernährungstherapie frühestmöglich involviert werden*

5. GESAMT - Soziales Umfeld: zeigt die Kleidung Hinweise auf fehlende soziale Kontrolle oder /und Funktionsstörungen

Flecken auf der Kleidung sind Zeichen der Inkontinenz, Schluckstörung oder fehlenden sozialen Kontrolle. Sie sagen genau, wie der Patient gelebt hat.

→Abklärung des Umfeldes

GERAMOVER
Alte Menschen richtig steuern.

Workflow für die Untersuchung

Mit Hilfe eines festgelegten WORKFLOWS, kann das Störungsmuster innerhalb von 5- max. 10 Minuten komprimiert in ein komplettes Risikoscreening und eine Potentialanalyse übergeführt und anschließende Dokumentationen angelegt.

Ablauf: t ca. 3-10 Minuten

Blickdiagnose	Beobachtung	X	K	L	A	N	G
1. **Äußerlichkeiten**	1. Essensreste						
	2. Urin/ Inkontinenzflecken /Geruch						
	3. Verwahrlosung						
	4. falsch geknöpft, Mehrfachkleidung						
2. Haltung	5. Schiefe Körperhaltung						
	6. Drückt eine Körperseite weg (pusher?)						
3. Wachheit	7. Schläft immer wieder ein oder döst						
4. Ernährung	8. Dünne Beine						
	9. Dünne Arme						
	10. Eingefallene Augen, Wangen						
Untersuchung	**Befund**						
1. Kontaktaufnahme „Guten Tag Herr/Frau XX, mein Name ist XX, was haben sie für Beschwerden?	11. Irritation						
	12. Keine normale Reaktion						
	13. Verwirrt, verlangsamt						
2. „Geben Sie mir bitte die Hand und drücken fest zu“, die linke Hand tastet nach Hautfalten.	14. Stehende Hautfalten						
	15. Kalte Haut						
	16. Schwacher Händedruck						
7. „ Können Sie bitte den Mund öffnen?“	17. Trockener Mund 18. Essensreste						
8.„Können Sie das Wasser trinken?“	19. Kann nicht unaufgefordert weitertrinken						
	20. Trinkt den Becher nicht leer						
	21. Muss absetzen, räuspern, husten						
9.„Setzen/Stellen sie sich bitte auf -	22. Kann nicht selbständig aufsetzen						
	23. Kann nicht alleine frei sitzen/stehen						
	24. Kippt zur Seite →Wenn 1 Punkt positiv kein Standtest						
10.„Können Sie dieses Schild lesen (zentrale Notaufnahme)?“	25. Hört nicht						
	26. Sieht schlecht						
	27. Kann nicht lesen						
11. Können Sie bitte mal lächeln?	28.Asymmetrie						

12.„Können Sie ein N+E in die Luft zeichnen und die Buchstaben nachsprechen?“ „Können sie Radio rückwärts buchstabieren?“	29.Versteht nicht						
	30.Kann nicht umsetzen						
	31.Nachsprechen nicht möglich oder fehlerhaft						
	32.Schwacher Arm						
	33.Lähmung						
Zusätzliche Info aus Doku, oder Angehörigengespräch:	**Information**						
	34ist einkaufen, außer Haus						
	35Verlässt nicht die Wohnung						
	36Verlässt nicht das Zimmer						
	37Verlässt nicht das Bett						
	38Stürze						
	39Hat in letzter Zeit weniger gegessen						
	40Kleidung ist weitergeworden						
	41Kann sich selbst nicht baden						
	42kann ausgewählte Kleidung selber nicht anziehen						
	43keine Erinnerung an Buchstaben oder bereits vorbekannte Gedächtnisschwäche						
	44Hat seit mehr als 6 Monate Gedächtnisstörungen						
	45Veränderungen sind akut aufgetreten						

Die Ergebnisse werden in den Geramover eingegeben.

D.h. wenn der Patient zum Bsp immer wieder einschläft, verwirrt ist und den Aufgaben nicht folgen kann, fällt er in die Kategorie „kognitive Störung“ mit der Kodierung Delir. Als Assessment wird ein CAM Score hinterlegt und empfohlen diesen im Verlauf zu wiederholen. Außerdem erfolgt für diesen Patienten die Empfehlung die Risikofaktoren für Delirien zu beachten (Dehydratation, Malnutrition, Immobilität, Infekte) und im Verlauf zu überprüfen ob eine Demenz vorliegt und das Delir verschwindet.

Wenn er z.B. darüber hinaus dünne Arme und Beine, einen schwachen Händedruck und anamnestisch Gewichtsabnahme hat, wird die Störung Malnutrition getriggert und die Kodierung E41 Angelegt. Dabei wird die Empfehlung ausgesprochen einen NRS oder einen SGA durchzuführen, das Körpergewicht und die Körpergröße zu kontrollieren. Außerdem wird die Empfehlung ausgesprochen auf eine ausreichende Hydratation zu achten und

die Gefahr von akuten Verschlechterungen zu bedenken, die sich in Delirien und Bewegungseinschränkungen und Schwäche ausdrücken kann.

Kodierungsgrundlagen

Diagnose	Positive Antworten	Code
Delir	DEF: Plötzliche Veränderung mit fluktuierender Wachheit , Aufmerksamkeitsstörungen oder Störungen des Bewusstseins	**F059**
Demenz DAT	DEF: Alltagsrelevante Gedächtnisstörung über mehr als 6 Monate hinweg mit gleichzeitiger Störung von einem der folgenden Bereiche Abstraktion, Apraxie, Aphasie, Agnosie, dysexekutives Syndrom	**G308** **F002**
Delir bei Demenz	Kombination einer plötzlich vermehrten Verwirrtheit bei chronisch bestehender Demenz	**F051**
DAT mittelschwer	Demenzerkrankung die dazu geführt hat, dass weder ein selbständiges Bad noch eine selbständige Auswahl von Kleidung möglich ist	
Malnutrition	Gewichtsabnahme in den letzten 3 Monaten von mehr als 5% der Ausgangsgewichtes, Aspekt der Muskelmassenverluste, BMI < 18,5	**E410**
Dehydratation	Intravaskulärer Wassermangel mit Konzentriertem Urin, Schwäche, stehenden Hautfalten, kalten Gelenken	**E87**
Dysphagie	Unfähigkeit zu schlucken ohne abzusetzen, zu räuspern oder sich zu verschlucken Nachweis von Essensresten im Mundraum	**R130**
Aspiration	Nachweis von Essensresten im Mundraum	**J960**
Apraxie	Unfähigkeit aufgeforderte Bewegungsläufe auszuführen oder nachzumachen	**R42.0**
Aphasie	Fehlerhaftes oder Unfähigkeit zum Nachsprechen oder Spontansprechen	**R470**
Lokomotionsstörungen	Bewegungsstörung, die das selbstständige bewegen im Raum unmöglich macht oder gefährdet	**R268**

Geschätzte Gehstrecke	Verlässt das Haus	<500m
	Wohnungsmobil	<50m
	Zimmermobil	<5m
	Nicht mobil	0m
Sturzgefahr	Nachgewiesene oder stattgehabte Sturzereignisse	**R2981**
Apoplex	Vorhandensein eines positiven FAST Testes	**I639**
Inkontinenz	Unfähigkeit den Blasen/ Mastdarmschließmuskel zu kontrollieren	**N3942, R15**
Immobilität	Unfähigkeit, sich ohne fremde Hilfe fortzubewegen	**M6230**
Barthel Index abschätzen	Selbständigkeit besteht ab der Fähigkeit, alleine das Haus zu verlassen →BI > 60Pkt Pflegebedürftigkeit besteht sicher bei der Unfähigkeit das Bett zu verlassen, oft gepaart mit Inkontinenz, Schluckstörung BI < 20	**U5020 U5050**

Kriterien der Personalqualifikation **GERA***mover Xpert*

Der trainierte Mitarbeiter ist in der Lage in einem standardisierten Workflow alle kritischen Bereiche abzuprüfen und die erhobenen Befunde anzulegen.

Oberlernziel	**Lernziel**	**Lerninhalt**	**Lernmaterialien**
Personalqualifikation für Pflegepersonal in der ZNA	Fähigkeit in der pflegerischen Ersteinschätzung eine hochprofessionelle Risiko- und Potentialabschätzung bei +75 Patienten durchzuführen	Schulung und Training eines standardisierten Workflows einer Patientenanamnese, -selektion und -untersuchung	Workflowdarstellung in Modulen
1. Strukturelle und organisatorische Gegebenheiten der Versorgung älterer Menschen	Profunde Kenntnisse zur Gesetzgebung, Grundlage und Bedeutung der Geriatrischen Versorgung	Demographie und klinische Versorgung Pflegesituation Geriatrie, Definition, Strukturen Geriatrischer Patient, MDK Formen der geriatrischen Rehabilitation	
2. Funktionsstörungen des alten Menschen erkennen und beurteilen	Professionelle Kenntnis altersrelevanter Störungen	Definition, Epidemiologie, Assessments und Screenings	Worddokumente, Assessments, Dokumentationshilfen
A	Kognition	1. Demenz 2. Delir 3. Depression	
B	Lokomotion	1. Lokomotion 2. Transfer 3. Kadenz 4. Immobilität 5. Sturz	
C	Autonomie	6. Barthel Index 7. FIM 8. Katz	
D	Nutrition	9. Mangelernährung	

		10. Dehydratation 11. Dysphagie 12. Ernährungszustand	
E	Gesamtzustand	13. Verwahrlosung 14. Soziale Isolation	
3. Triggerung von Entscheidungen	Definition von Risiken und Potentialen	1. Risikodetektion 2. Potentialcluster 3. Patientenselektion 4. Workflow und Trigger	
4. Praxisrelevanter Workflow für ZNA	Integration von Wissen aus Assessments und Screenings in Fragen und Untersuchungen	Kommunikations- und Praxistraining von sensiblen Sequenzen im Anamneseprozess	Übungen an 3 Patienten Theoretische Fälle

Fragenkatalog zur Prüfung:

Der Fragenkatalog ist so aufgebaut, dass theoretisches Wissen in einem großem Umfang abgefragt wird und Verbindungen zwischen den verschiedenen Arealen hergestellt werden muss. Darüber hinaus werden Patientenbeispiele geschildert die bewertet werden müssen. Praktische Workflowprüfungen runden das gesamte Bild ab. Bei der praktischen Workflow Prüfung wird der Ablauf, die Routine im Umgang und die Zeit gestoppt, die benötigt wird. Im zweiten Schritt werden die angelegten Dokumente gesichtet und das Ergebnis bewertet.

Im Detail:

- 60 Fragen Theorie
- 30 Fragen Praxis
- Dokumentenprüfung
- Workflowprüfung