

Kooperationsvertrag

über die Zusammenarbeit im

Geriatric Verbund Dortmund (GV Do)



zwischen folgenden Einrichtungen als Gründungsmitglieder

Hüttenhospital gGmbH

Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH

Klinikum Dortmund gGmbH

Präambel

Dortmund ist mit ca. 600.000 Einwohnern die größte Stadt in Westfalen. Sie weist, wie viele andere Städte des Ruhrgebietes, einen überdurchschnittlich hohen Anteil an älteren, multimorbiden und chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten auf, die oft auch aus bildungs- und sozial schwachen Schichten stammen und nicht selten einen Migrationshintergrund haben. Hieraus leitet sich ein besonderer Anspruch an die Versorgungsqualität ab: Es ist nicht nur notwendig, die Primär- und Langzeitversorgung so weiter zu entwickeln, dass dabei (möglichst) alle an der gesamten Versorgungskette beteiligten Akteure – von der Prävention bis zur Rehabilitation – integriert sind, sondern dass auch adressatengerechte gezielte Lösungen für die genannten vulnerablen Bevölkerungsgruppen gemeinsam erarbeitet und umgesetzt werden. Dafür gründen wir den Geriatrie Verbund Dortmund (GV Do).

Im GV Do wirken neben den drei Dortmunder Krankenhäusern mit geriatrischen Abteilungen Vertreter der niedergelassenen Ärzteschaft, der stationären und ambulanten Pflege, der stationären Rehabilitation, der Kostenträger, der kommunalen Sozial- und Altenarbeit, von Seniorenorganisationen, der Wohnungswirtschaft sowie Unternehmen der Gesundheitsinformatik mit. Eine Integration weiterer Akteure ist angestrebt. Die organisatorische Federführung für die Kommunikationsplattform sowie für die formelle Gründung des GV Do hat das Hüttenhospital übernommen. Für die weitere Entwicklung wird in allen Arbeitsgebieten auf ein gleichberechtigtes, multiprofessionelles und interdisziplinäres Zusammenwirken hingearbeitet.

Die Kooperation im Rahmen eines geriatrischen Versorgungsverbundes in Dortmund erfolgt auf der Grundlage des Krankenhausplanes 2015 in Nordrhein-Westfalen:

„Eine qualitativ hochwertige Versorgung älterer Patientinnen und Patienten erfordert den Einsatz altersmedizinischer Standards. Dazu zählen insbesondere die Beachtung der entsprechenden Kompetenzen aller Disziplinen und die Überwindung der Schnittstellen zwischen diesen unter besonderer Berücksichtigung qualitativer und ökonomischer Belange.“

„Zwei Aspekte der Versorgung älterer Menschen im stationären Bereich sind besonders bedeutsam: frühzeitige Identifikation der Patientinnen und Patienten, die von einer altersmedizinischen Behandlung nach vorliegender Evidenz profitieren und Umsetzung transparenter Qualitätsmerkmale in geriatrischen Versorgungsstrukturen.“

„Die individuellen Behandlungsbedarfe geriatrischer Patientinnen und Patienten erfordern über die stationären Strukturen hinaus eine intensive Vernetzung und Bündelung von Kompetenzen, die den ambulanten Bereich einschließen. Der Verbund koordiniert die Versorgungskompetenzen und -strukturen und strebt auf diesem Weg die Überwindung der Sektorengrenzen an.“

„Der Krankenhausrahmenplan setzt als allgemeine Anforderung an alle Plankrankenhäuser voraus, dass Screening- und Assessmentverfahren zur Identifikation geriatrischer Versorgungsbedarfe angewendet werden.“

„Die Aufnahmesituation zur stationären Krankenhausbehandlung ist eine entscheidende Weichenstellung. Hier müssen die vulnerablen geriatrischen Patientinnen und Patienten identifiziert werden, die von einer geriatrischen Behandlung profitieren können.“

„Ein solches Screening muss bei jeder Krankenhausaufnahme von Patientinnen und Patienten ab dem 75. Lebensjahr zur Verfügung stehen.“

„Um Patientinnen und Patienten adäquat zu versorgen, kooperieren nicht geriatrische Fachabteilungen eng mit der Geriatrie und umgekehrt.“

„Im Verbund werden gemeinsame Behandlungsstandards für bestimmte Patientinnen- und Patientengruppen vereinbart. Behandlungsabläufe für bestimmte Patientinnen- und Patientengruppen werden gemeinsam festgelegt. Übernahmekriterien zur ggfls. notwendigen geriatrischen Weiterbehandlung, Frührehabilitation oder Rehabilitation werden vereinbart.“

Fachlich orientiert sich die Arbeit des Geriatrieverbundes an den Vorgaben der einschlägigen Fachorganisationen (z.B. Bundesverband für Geriatrie, DBfK). Innovative Projekte werden von den Mitgliedern des GV Do aufgrund der ihnen zur Verfügung stehenden eigenen Expertise erarbeitet, vorangetrieben und auf ihre Alltagstauglichkeit hin überprüft.

Der GV Do will:

- die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen in Dortmund (und später auch darüber hinaus) patientenzentriert, einrichtungs- und disziplinenübergreifend nachhaltig verbessern,
- dabei auch den besonderen Bedürfnissen sozial- und bildungsschwacher Gruppen (gerade auch mit Migrationshintergrund) durch innovative Ansprache- und Versorgungsstrategien gerecht werden,
- bei der Gesundheitsförderung, Prävention, Akuttherapie und bei der Rehabilitation neue Wege gehen,
- von den neuen Möglichkeiten im Bereich eHealth profitieren,
- die Fortbildung fördern, sowohl bei den Mitgliedsorganisationen, als auch für die interessierte und beteiligte Öffentlichkeit, z.B. durch die Bildung von Arbeitsgruppen und dem Angebot von Seminaren und/oder Informationsveranstaltungen.

Ausgangslage und Zielsetzung

Ausgehend von der Zusammenarbeit der drei Einrichtungen mit geriatrischen Abteilungen:

- Hüttenhospital gGmbH
- Kath. St. Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH
- Klinikum Dortmund gGmbH

in der stationären geriatrischen Versorgung wird beabsichtigt, ein geriatrisches Netzwerk unter Einbeziehung zentraler weiterer Versorgungs-/Leistungspartner in Dortmund aufzubauen. Insbesondere einbezogen werden sollen:

- Niedergelassene Ärzteschaft (Ärztenetze und KV)
- Stationäre Pflege und ambulante Pflegedienste
- Stationäre Reha
- Apotheken
- Sanitätshäuser
- Kommunale und freigemeinnützige Sozial- und Altenarbeit
- Senioren- und Selbsthilfeorganisationen (auch der Angehörigen)
- Wohnungswirtschaft
- Unternehmen der Gesundheitsinformatik
- Krankenkassen

Eine Integration weiterer teilnehmender Partner ist angestrebt.

Übergeordnetes **Ziel** des Verbundes ist es, die Autonomie und Selbständigkeit der Menschen, so lange wie möglich zu erhalten, sowie möglichst viel Lebensqualität bis zum Lebensende zu gewähren. Um eine patientenorientierte geriatrische Primär- und Langzeitversorgung auf- und auszubauen, werden indikationsspezifische Systemleistungen, Optimierung von Übergängen, bessere Zugänge durch bessere Beratung, Ansprache, Aktivierung, Gemeinschafts- und Quartiersbildung „vor Ort“, auch unter dem Aspekt der Prävention herausgestellt. Diese Gestaltungsansätze werden vom GV Do verfolgt und je nach Dringlichkeit und Machbarkeit aufgegriffen.

Zentrale Erfolgsfaktoren für die Funktionsfähigkeit und Akzeptanz eines Geriatrieverbundes in Dortmund sind:

- Förderung des selbständigen Lebens und der Lebensqualität im Häuslichen Umfeld / im Quartier.
- Nachhaltige Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen in Dortmund patientenzentriert, einrichtungs- und disziplinenübergreifend.
- Bedürfnissen auch sozial- und bildungsschwacher Gruppen (mit und ohne Migrationshintergrund) durch innovative Ansprache und Versorgungsstrategien gerecht zu werden.
- Kooperation innerhalb der gesamten Versorgungskette mit allen stationären und ambulanten Leistungserbringern.
 - Vernetzung aller Leistungspartner im Sinne der Patienten/-innen.
 - Behandlungspfade mit standardisierten Screening- und Assessmentverfahren.
 - Nachvollziehbare Standards und Qualitätsanforderungen für alle Partner im Netzwerk.
- Berücksichtigung Gesundheitsförderung, Prävention, Akuttherapie und neuer Wege bei der Rehabilitation, wobei auch die organisierte Zusammenarbeit mit Anbietern der stationären Rehabilitation aus Nachbarregionen eine wichtige Rolle spielen soll.
- Quartiersnahe Versorgung durch übergreifende Strukturen; lokale Umsetzung in der Region Dortmund unter Beteiligung weiterer Partner und Nutzung bestehender Infrastrukturen.
- Einbindung der Möglichkeiten im Bereich eHealth.
- Beteiligung der Wissenschaft zur Evaluation der Ergebnisse.
- Berücksichtigung aller bestehenden Anforderungen und Einbindung aller Entscheider einschließlich Politik und Kostenträger, die eine Umsetzung fordern und über verschiedene Initiativen fördern.
- Institutionalisierung eines Netzwerkes unter Berücksichtigung der geriatrischen Kompetenz der drei stationären Einrichtungen und in enger Zusammenarbeit/Abstimmung mit den weiteren am Netzwerk beteiligten Partnern.
- Aufbau eines Internetportals.

§ 1 Gegenstand der Kooperationsvereinbarung

Gegenstand der Kooperation ist die Versorgung geriatrischer Patienten durch die Kooperationspartner in der Region Dortmund.

§ 2 Förderung des Konzeptes des Versorgungsverbundes

Die Kooperationspartner vereinbaren den Auf- und Ausbau eines geriatrischen Versorgungsverbundes gemäß den Vorgaben des Krankenhausplans 2015 des Landes Nordrhein-Westfalen und eines gemeinsamen Konzeptes/Vorgehensmodells, welches auf den im Weißbuch Geriatrie niedergelegten Grundgedanken beruht.

§ 3 Screening, Assessment

- (1) Die Kooperationspartner vereinbaren die regelhafte Anwendung des gemeinsamen, standardisierten Screeningverfahrens ISAR zur Identifikation der geriatrischen Patienten.
- (2) Die Kooperationspartner vereinbaren weiterhin die Anwendung folgender gemeinsamer und standardisierter sowie fachspezifischer, multidimensionaler Assessmentverfahren zur Identifikation des geriatrischen Versorgungsbedarfs: Barthel-Index, MMST, wahlweise Timed up and go oder Tinetti-Test.
- (3) Ziel ist es, für die so identifizierten geriatrischen Patienten bei Bedarf eine entsprechende Versorgung in den für sie fachlich indizierten Versorgungsstrukturen sicherzustellen.

§ 4 Konkrete Zusammenarbeit

- (1) Die Kooperationspartner treffen nähere Vereinbarungen über die konkrete Ausgestaltung der Zusammenarbeit der in diesem Vertrag vereinbarten Kooperation. Dazu können sie Arbeitsgruppen oder ähnliche Gremien bilden, welche die nähere Ausgestaltung der Kooperation i. S. d. § 1 konzeptionell umsetzen.

Es werden nähere Vereinbarungen getroffen, welche die Schaffung **gemeinsamer Behandlungsstandards**, die Festlegung und Anwendung gemeinsamer Behandlungsabläufe und die Vereinbarung von Übernahmekriterien zur geriatrischen (Weiter-)Behandlung betreffen. Diese werden in der **Anlage 1** niedergelegt und gelten als Teil des Vertrags.

In der **Anlage 2** werden die inhaltlichen Anforderungen für die Anmeldung zur Übernahme hinsichtlich der **Übernahmekriterien** zusammengefasst,

in **Anlage 3** die für die **Übernahme notwendigen Planungsinformationen**.

- (2) Die Vereinbarungen zwischen den Kooperationspartnern beinhalten insbesondere **Regelungen über Strukturkriterien** (Personal, multiprofessionelles Team, Fort- und Weiterbildung, räumliche Ausstattung) und die **Prozessqualität** (Teambesprechung, Aktivierend-

therapeutische Pflege, Assessment, Screening, Fallkonferenzen). Diese werden in der **Anlage 4** niederlegt und gelten als Teil des Vertrags.

- (3) Die Kooperationspartner beachten eine sozialmedizinische Versorgung und **berücksichtigen die sozial-medizinisch-nachbarschaftlichen Konzepte und beziehen die regionalen, lokalen Institutionen mit ein (Anlage 5).**
- (4) **Die Zusammenarbeit im GV Do setzt eine Vernetzung, einen Datenaustausch zwischen den Beteiligten voraus.** Die Kooperationspartner **halten Kommunikationsregeln ein und beteiligen sich aktiv am Informationsaustausch** und unterstützen den **elektronischen Informationsaustausch/eine Digitalisierung der Behandlungsabläufe im Rahmen ihrer Möglichkeiten (Anlage 6).**
- (5) **Der GV Do bezieht den aktuellen Stand der Forschung und Wissenschaft mit ein (Anlage 7).**
- (4) Die Kooperationspartner vereinbaren dem Konzept entsprechend als Konsiliardienst eine von den Mitgliedern des Versorgungsverbundes kollegial getragene Telefonhotline werktäglich in der Zeit von 13.30 bis 15.30 Uhr, in der ein geriatrisch erfahrener Arzt zur Verfügung steht.
- (6) Die Wahlfreiheit der Patienten bleibt gewahrt.
- (7) Die Vertragsparteien verpflichten sich, bei Erhebung, Verarbeitung, Speicherung, Nutzen und Weitergabe personenbezogener Daten die jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Vorschriften sowie die ärztliche Schweigepflicht zu beachten.
- (8) Die Kooperationspartner werden sich mindestens zweimal im Jahr versammeln, um ein Brainstorming durchzuführen und das weitere Vorgehen abzusprechen. Hierbei kann sich ein Kooperationspartner auch durch einen anderen vertreten lassen.
- (9) Vertragsänderungen beschließen die Kooperationspartner gemäß § 5 (3).
- (10) Ein Sprecher und Koordinator wird aus der Mitte der Gründungsmitglieder mit einfacher Mehrheit gewählt.
- (11) Die Gründungsmitglieder treten gemeinsam unter dem hier verwendeten Logo auf, welches von jedem Mitglied individuell verwendet werden kann.

Ebenso können die Aufgaben in einer Geschäftsordnung niederlegt werden.

§ 5 Eintritt weiterer Partner in den Versorgungsverbund

- (1) Die Kooperationspartner sind sich darüber einig, dass der Eintritt weiterer Partner sektorenübergreifend aus dem stationären, teilstationären und ambulanten Bereich in den Versorgungsverbund möglich und ausdrücklich erwünscht ist, wenn der hinzukommende Partner das Konzept des geriatrischen Versorgungsverbunds i. S. d. § 2 anerkennt und sich verpflichtet, nach dessen Maßgaben die Kooperation zu fördern und danach zu arbeiten. Dies muss er schriftlich erklären.

- (2) Der Eintritt weiterer Partner in den Versorgungsverbund lässt die Vereinbarungen der Kooperationspartner dieses Vertrages unberührt.
- (3) Die Entscheidung über die Aufnahme eines weiteren Partners treffen die Mitgliedseinrichtungen mit im Krankenhausplan zugelassener Hauptabteilung Geriatrie mit einfacher Mehrheit, wobei der Geschäftsführer der Einrichtung und der Chefarzt der Abteilung Geriatrie jeweils über eine Stimme verfügen.

§ 6 Ressourcenausstattung/Finanzierung

- (1) Die Gründungsmitglieder stellen nötige Ressourcen zu gleichen Teilen sicher. Notwendige Ausgaben werden gemeinsam abgestimmt und entsprechend dem Verhältnis der geriatrischen Betten der drei Einrichtungen aufgeteilt, anteilig nach individueller Anzahl der geriatrischen Betten im Verhältnis zur Gesamtanzahl geriatrischer Betten aller drei Einrichtungen; hierzu zählen auch Kosten für Projektmanagement/Koordination, Schnittstellenmanagement einschließlich Informationsaustausch (fachlich und IT-technisch).
- (2) Weitere Netzwerkpartner beteiligen sich nach individueller Absprache an etwaigen Kosten.
- (3) Darüber hinaus wird eine Finanzierung durch Fördermittel angestrebt durch Beteiligung an Fördermaßnahmen/Ausschreibungen: z.B. Innovationsfonds, Leitmarktwettbewerb NRW, Stiftung, o.ä.

§ 7 Kündigung

- (1) Die Vereinbarung wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- (2) Diese Kooperationsvereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende von jedem Kooperationspartner schriftlich ordentlich gekündigt werden.
- (3) Die Kooperationspartner gemäß § 5(3) können mit einfacher Mehrheit die Kooperationsvereinbarung mit einem Partner aus wichtigem Grund durch eingeschriebenen Brief ganz oder teilweise kündigen. Ein wichtiger Grund liegt unter anderem vor, wenn:

Nr. 1: ein Kooperationspartner gegen die Pflichten oder Vorschriften des Kooperationsvertrages elementar verstößt,

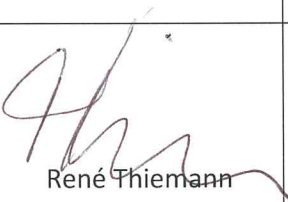
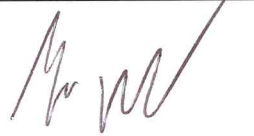
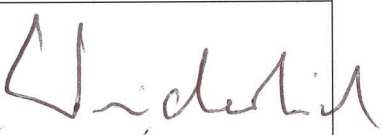
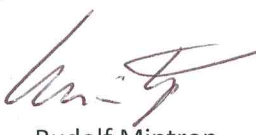
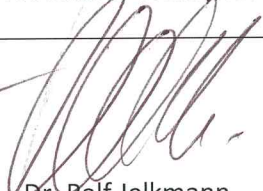
Nr. 2: eine Handlung eines Kooperationspartners gegen die Grundsätze der konzeptionellen Vorgaben des Versorgungsverbundes verstößt.
- (4) Vor einer eventuellen Vertragsauflösung ist das vorrangige Ziel der Kooperationspartner, den Kooperationsvertrag an die neuen Rahmenbedingungen sinnvoll anzupassen.

§ 8 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Die Vereinbarung endet darüber hinaus, wenn die Voraussetzungen eines Kooperationspartners zum Betrieb seiner Einrichtung/Einheit nicht mehr vorliegen.

§ 9 Schlussbestimmungen, Schriftform, Salvatorische Klausel

- (1) Nebenabreden zu diesem Vertrag sind nicht getroffen. Änderungen und Ergänzungen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Das Gleiche gilt für den Verzicht auf das Schriftformerfordernis.
- (2) Im Falle der Unwirksamkeit einer oder mehrerer Bestimmungen dieses Vertrages werden die Kooperationspartner eine der unwirksamen Regelungen in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht möglichst nahe kommende, rechtswirksame Ersatzregelung treffen. Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung unwirksam sein, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen davon nicht berührt.

Einrichtung	Geschäftsführer	Chefarzt Geriatrie
Hüttenhospital gGmbH	 René Thiemann	 Dr. Martin Jäger
Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH	 Klaus Bathen	 Dr. Johannes Wunderlich
Klinikum Dortmund gGmbH	 Rudolf Mintrop	 Dr. Ralf Jelkmann

Dortmund, den 20. August 2015

Anlage 1: Konkrete Zusammenarbeit im Geriatrie Verbund Dortmund

Behandlungsstandards

Ärztliche und Pflegerische Aufnahme finden am Aufnahmetag statt. Ein Eingangslabor mit Blutbild CRP, Leber- und Nierenwerten wird als Minimalprogramm binnen 24 Stunden nach Aufnahme durchgeführt.

In den Hauptabteilungen für Geriatrie wird ein geriatrisches Assessment binnen 4 Tagen abgeschlossen und umfasst die Bereiche Kognition, Emotionalität, soziales Assessment, Barthel-Test sowie Tinetti-Test oder alternativ Timed up and go. Vor der Entlassung werden Barthel-Test sowie Tinetti-Test oder alternativ Timed up and go aktualisiert. Ein MRSA Screening wird bei jedem Patienten durchgeführt.

Ein Arztbrief (möglichst bereits der Abschlussbericht; in Ausnahmefällen ein Kurzarztbrief) wird zur Entlassung mitgegeben. Soweit erforderlich werden Sozialdienst, Überleitungspflege sowie weitere Berufsgruppen in die Entlassungsplanung mit einbezogen.

Behandlungsabläufe

Häuserübergreifende Vorgaben werden nach Bedarf gemeinsam entwickelt.

Übernahmekriterien

Voraussetzung für eine geriatrische früh-rehabilitative Behandlung ist eine (noch) gegebene Behandlungsbedürftigkeit einer Akuterkrankung und noch nicht hinreichende Stabilität in Bezug auf eine Rehabilitationsbehandlung in einer Rehabilitations-Klinik. Im Einzelfall kann auch fehlende psychische und emotionale Stabilität ein Grund sein, dass eine akutgeriatrische ortsnahe früh-rehabilitative Behandlung notwendig ist, um den erforderlichen Angehörigen Kontakt sicherzustellen.

Weitere Übernahmekriterien werden im jeweils aktuellen Anmeldeformular zusammengefasst (siehe Anlage 2).

Überleitungskriterien

Je nach klinischem Befund wird im Verlauf der akutgeriatrischen Behandlung entschieden, ob eine Weiterbehandlung in einer vollstationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtung, tagesklinischen Einrichtung der Geriatrie, in Form einer mobilen geriatrischen Rehabilitation oder ambulanten Rehabilitation notwendig ist. Soweit erforderlich werden entsprechende Anträge bei den Kostenträgern gestellt. Notwendige Hilfsmittel werden verordnet.

Anlage 2: Übernahmekriterien zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung / Aufnahme in die Akutgeriatrie

Einschlusskriterien

- Die Verlegungshauptdiagnose eignet sich zur Durchführung einer geriatrischen Komplexbehandlung (8-550.x).
- Es besteht akutstationärer Behandlungsbedarf bezüglich Schwere der Erkrankung und Intensität der Behandlung, mindestens während der ersten 7 Tage des Aufenthaltes in der aufnehmenden Akutgeriatrie.
- Es besteht eine geriatrietypische Multimorbidität mit stationär behandlungspflichtigen Erkrankungen.
- Es besteht ein ausreichendes frührehabilitatives Potenzial des Patienten.
- Der Patient ist physisch und psychisch in der Lage, die therapeutischen Anforderungen umzusetzen.
- Der Patient ist ausreichend motiviert und mit der Verlegung zur geriatrischen Frührehabilitation einverstanden.

Ausschlusskriterien

- Bei Frakturen ist eine - auch teilweise - Belastung des Patienten nicht möglich. In diesem Fall erfolgt die Übernahme nach individueller Absprache.
- Die pflegerische Versorgung steht eindeutig im Vordergrund.
- Der Patient kann teilstationär oder ambulant behandelt werden.
- Es besteht eine erhebliche Eigen- oder Fremdgefährdung des Patienten.
- Der Patient ist bereits zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme angemeldet.
- Terminale Demenzerkrankungen bzw. schwere akute Verwirrheitszustände, schwere sonstige Verständigungsstörungen: In diesen Fällen erfolgt die Übernahme nach individueller Absprache.
- Tetraplegie, apallisches Syndrom.

Anlage 3: Planungsinformationen bei Übernahme zur geriatrischen Frührehabilitation

- Ist eine Isolation des Patienten erforderlich (ESBL, MRSA, VRE, infek. Diarrhoen...)?
- Sind Patient und Angehörige über die Verlegung informiert und einverstanden?
- Ist die soziale Versorgung nach dem stationären Aufenthalt gesichert?
- Ist eine Pflegestufe vorhanden bzw. im Vorfeld beantragt worden?
- Ist eine Betreuung notwendig, beantragt bzw. bereits vorhanden?
- Besteht eine wirksame Vorsorgevollmacht?
- Besteht Dialysepflichtigkeit und ist diese gewährleistet?
- Besteht Sauerstoffpflichtigkeit?
- PEG, Tracheostoma, Anus praeter, Katheter, Sonden, VAC-Versiegelung vorhanden oder erforderlich?
- Bei Frakturen: ☐ keine Belastung ☐ Teilbelastung bis ___ kg ☐ Vollbelastung
- Bei Amputationen: ist die Wunde verheilt, der Stumpf abgehärtet und prothesenfähig, die Prothese seitens der KK genehmigt und bereits geliefert?
- Wahlleistungen gewünscht? ☐ Chefarzt ☐ 1-Bettzimmer ☐ 2-Bettzimmer
- Barthel-Index aktuell?
- Besteht eine Eigen- oder Fremdgefährdung, eine psychomotorische Unruhe?
- Besteht eine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung?
- Besteht ein intensivpflichtiger Überwachungszustand?

Anlage 4: Regelung von Strukturkriterien und Prozessqualität

Strukturkriterien

In den Hauptabteilungen für Geriatrie werden die Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Vorgaben des Bundesverbandes Geriatrie in Bezug auf Struktur- und Prozessqualität eingehalten.

Prozessqualität

Teambesprechung, Aktivierend-therapeutische Pflege, Assessment, Screening und die erforderlichen Fallkonferenzen werden gemäß der Geriatrischen OPS Ziffern 8-550 und 8-98a umgesetzt.

Anlage 5: Sozialmedizinische Versorgung

Der GV Do berücksichtigt die sozial-medizinisch-nachbarschaftlichen Konzepte und bezieht die regionalen, lokalen Institutionen und Plattformen wie SeniorenDO, den Seniorenbüros und verschiedene Seniorenservices mit ein.

Anlage 6: Instrumentenentwicklung/Informationsaustausch

Die Zusammenarbeit im GV Do setzt eine Vernetzung, einen Datenaustausch zwischen den Beteiligten voraus.

- Die Kooperationspartner **halten Kommunikationsregeln ein und beteiligen sich aktiv am Informationsaustausch**
 - Wir arbeiten transparent und informieren aktiv.
 - Wir stellen den Netzwerkpartnern Behandlungsinformationen umgehend in vereinbarter Form zur Verfügung.

- Die Kooperationspartner unterstützen den **elektronischen Informationsaustausch/eine Digitalisierung der Behandlungsabläufe**
 - Wir beteiligen uns an der Entwicklung einer gemeinsamen IT-Plattform.
 - Wir stellen technische Schnittstellen zu unseren IT-Systemen bereit, sofern vorhanden.
 - Wir beachten die Anforderungen des Sozialdatenschutzes.

Anlage 7: Forschung und Entwicklung - Evaluation

Der GV Do bezieht den aktuellen Stand der Forschung und Wissenschaft mit ein.

Das Ziel besteht darin, innovative Lösungen zu schaffen, die auf andere Regionen übertragen werden können. In diesem Kontext erfolgt eine Beteiligung an Forschungsvorhaben und –projekten.

Insofern erfolgt eine interventionelle Gesundheitsforschung durch Beteiligung wissenschaftlicher Institute. Das „Forschungsinstitut des GV Do“ begleitet den Aufbau des Verbundes, bringt sich aktiv in die Ausgestaltung des Verbundes mit ein und evaluiert die Ergebnisse.