



## BEDARFS- ERHEBUNG

### METHODISCHES VORGEHEN

In der ersten Phase des Projektes wurden alle ins Projekt eingebundenen Einrichtungen besucht, um

- die breite Basis der Beschäftigten über das Projekt und die geplanten Aktivitäten zu informieren,
- die Beschäftigten zur Teilnahme an den verschiedenen Gremien (Geriatrischer Lenkungskreis, Arbeitsgruppen/LAB-Teams) zu motivieren und
- die aktuellen Bedarfe hinsichtlich einer Organisationsentwicklung im Verbund aus der Praxis heraus zu erheben.

### ERHEBUNGSINSTRUMENT

Um eine strukturierte Erhebung hinsichtlich der vorhandenen Abläufe und Instrumente sowie bezüglich der Bedarfe der verschiedenen Berufsgruppen zu ermöglichen, wurde im Projekt ein entsprechender Leitfaden entwickelt, der im Rahmen der Hospitationen und Interviews zum Einsatz kam:

### Geriatrisches Screening

- Gibt es Vorgaben bezüglich des Screenings älterer Patienten? Werden diese im Alltag konsequent umgesetzt?
- Welches Screening wird eingesetzt?
- Wann und von wem wird das Screening durchgeführt?
- Genügt das Screening den Anforderungen der geriatrischen Fachkräfte?

	Voll und ganz	gar nicht
Aussagekraft	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Umfang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Identifikation der richtigen Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Zeitaufwand KH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

- Werden bei Bedarf zusätzliche Assessments eingesetzt? Wenn ja, welche?

### Gestaltung Versorgungsalltag

- Wie ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der geriatrischen Station geregelt?
- Gibt es regelmäßige multiprofessionelle Teambesprechungen?
- Wie werden Informationen ausgetauscht?
- Wie und von wem wird der Behandlungsprozess für die Patienten geplant?
- Wird die Einhaltung des Behandlungsplans evaluiert?

### Zusammenarbeit mit anderen Fachabteilungen, Zuweisenden und Weiterversorgenden

- In welcher Form wird mit anderen Abteilungen, Zuweisenden und Weiterversorgern kommuniziert und wie gut klappt das?

	Klappt gut	klappt gar nicht
Mail	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Fax	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Telefon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Persönliches Gespräch	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(Team-)Sitzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

- Wie könnte der Austausch von Informationen zwischen den Versorgern und Fachabteilungen erleichtert werden?
- Bekommen Sie von den Zuweisenden alle Informationen, die Sie benötigen? Wenn nein, welche Informationen fehlen häufig?
- Wie leiten Sie Informationen bei der Entlassung an die Weiterversorger weiter? Wer bekommt einen Überleitungsbogen von Ihnen?
- Funktioniert die Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln bei der Entlassung?
- Gibt es eine systematische Zusammenarbeit mit stationären und ambulanten Einrichtungen vor und bei der Entlassung?

### Umgang mit Patient\*innen und Angehörigen

- Werden Patienten und Angehörige in die Erstellung des Behandlungsplans eingebunden?
- Werden die Patienten bzw. Angehörigen nach dem Aufenthalt hinsichtlich ihrer Zufriedenheit befragt?
- Wie und durch wen werden Patienten und Angehörige über wesentliche durchzuführende Maßnahmen informiert?
- Werden Beratungen sowie Schulungsmaßnahmen/Seminare für Patienten und Angehörige angeboten?
- Werden Gesprächstermine mit Angehörigen vereinbart oder finden Gespräche spontan statt? Ist die Online-Vergabe von Terminen für solche Gespräche denkbar?
- Gibt es bereits digitale Angehörigengespräche (Mail / Chat)?
- Können Sie sich vorstellen, durch Informationsfilme für Angehörige und Patienten den Zeitaufwand für persönliche Gespräche zu reduzieren?

## AUSWERTUNG

Die Besuche, Interviews und Hospitationen ergaben folgendes Bild.

## GERIATRISCHES ASSESSMENT

Alle geriatrischen Abteilungen der im Verbund beteiligten Krankenhäuser führen ein standardisiertes Screening durch. Sie orientieren sich dabei an der Leitlinie "geriatrische Komplexbehandlung" (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V.). Abrechnungsrelevant ist in diesem Zusammenhang auch die so genannte OPS-Systematik (Operationen- und Prozedurenschlüssel), als Grundlage für das pauschalierende Entgeltsystem G-RG (German Diagnosis Related Groups von DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information). Hier sind Behandlungspfade, weitere Prozeduren und die einzusetzenden Assessment-Instrumente beschrieben. Nach OPS 8-55 erfolgt zu Beginn der Behandlung ein Assessment in mindestens vier Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition und Emotion). Im Laufe des stationären Aufenthaltes (möglichst zeitnah zum Beginn der Behandlung) soll darüber hinaus eine umfangreiche Sozialanamnese erstellt werden (soziales Umfeld, Wohnumfeld, Pflege- und Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen). Zum Ende (Entlassung) der geriatrischen Behandlung hat ein Assessment im mindestens zwei Bereichen stattzufinden (Selbstständigkeit und Mobilität). Die von den beteiligten Einrichtungen erhobenen Assessments sind in der Regel umfangreicher als in der OPS-Systematik vorgeschrieben. Die genutzten Instrumente sind weitgehend gleich, geringfügige Unterschiede bestehen zumeist in der Erhebung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der emotionalen Situation.

## EINGESETZTE ASSESSMENT-INSTRUMENTE

Der Barthel-Index (Bewertungsverfahren zur Einschätzung alltäglicher Fähigkeiten) wird in allen Abteilungen genutzt. Zur Erhebung der kognitiven Leis-

tungsfähigkeit wird ebenfalls in allen Krankenhäusern der MMST (Mini-Mental-Status-Test) eingesetzt. Zur Ergänzung des MMST (insbesondere bei Auffälligkeiten) werden i. d. R. noch der DemTect (Demenz-Detection-Test) und/oder der Uhrentest durchgeführt. Unterschiedlich ist mitunter der Einsatz von Instrumenten zur Einschätzung der emotionalen Situation. So wird beispielsweise in Lünen/Werne und Werl die geriatrische Depressions-Skala (GDS), in Schwerte der DIA-S (Depression im Alter-Skala) und in Unna der DESC-II (Rasch-basiertes Depressionscreening) und/oder ebenfalls die GDS (bei Patienten über 94 Jahre) erhoben. Der Einsatz weiterer Instrumente variiert in unterschiedlicher Art von Krankenhaus zu Krankenhaus. Zu den Instrumenten zählen u. a. das geriatrische Screening nach Lachs (SCR), der PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score), die instrumentellen Aktivitäten nach Lawton/Brody (IADL) oder der Timed up & go Test. Patientenabhängig werde ggfs. noch weitere Tests/Fragebögen zur Inkontinenz, der Delir-Score oder ein Schlucktest durchgeführt.

## WER ERHEBT WANN, WELCHE INSTRUMENTE

Die Zeitpunkte der Erhebung sind lt. OPS-Systematik festgeschrieben (zeitnah zu Aufnahme und Entlassung). Die Zeitpunkte weiterer Erhebungen erfolgen patienten- oder situationsorientiert. In der Regel wird der Barthel-Index von Mitarbeitenden der Pflege erhoben. Die kognitiven Tests führen Ergotherapie und/oder Neuropsychologie/Psychologie durch. Weitere Tests zur Mobilität übernimmt die Physiotherapie die Erhebung der Sozialanamnese ist Aufgabe des Sozialdienstes.

## ZUFRIEDENHEIT MIT DEN EINGESETZTEN INSTRUMENTEN

Insgesamt zeigen sich die die Mitarbeitenden der betreffenden Professionen bzgl. Aussagekraft, Zeitaufwand und Umfang zufrieden mit den eingesetzten und zur Verfügung stehenden Instrumenten. Die Erhebung der jeweiligen Bereiche zu Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition und Emotion gehören

zum Alltag einer geriatrischen Abteilung und werden nicht in Frage gestellt.

Auf Unverständnis stoßen mitunter die Tests zu Kognition und Emotion bei den Patient\*innen, die sich mit den Vorstellungen einer Mobilitäts-Verbesserung in die geriatrische Abteilung begeben haben und den Hintergrund der Fragen nicht verstehen. Gelegentlich wird die Durchführung der Tests dann komplett verweigert. Berichtet wurde auch, dass ggfs. bei bestehenden kognitiven Einschränkungen, die Tests aus Furcht vor einer „Bestätigung“ verweigert würden. Hier sollen im Rahmen des Konzeptes unter traumasensiblen Gesichtspunkten Lösungsansätze entwickelt und erprobt werden.

### **ZUSAMMENARBEIT, TEAMBESPRECHUNGEN, INFORMATIONSAUSTAUSCH, VISITEN**

In allen Abteilungen finden wöchentliche, multiprofessionelle Teambesprechungen statt, teilweise auch täglich (z.B. in Schwerte täglich auf den jeweiligen Stationen). Mitunter finden auch tägliche Frühbesprechungen in Anwesenheit unterschiedlicher Professionen statt, um die wesentlichen Tagesabläufe und Vorfälle aus der Nacht zu erörtern (z.B. Unna, Schwerte). Die Teambesprechungen sind zumindest wöchentlich ebenfalls in der OPS-Systematik festgeschrieben.

In der Regel sind folgende Berufsgruppen vertreten: ärztlicher Dienst mit leitender Ärztin/leitendem Arzt (Chefärztin/-arzt), mindestens einer/einem Vertreter\*in aus Pflegedienst, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Psychologie/Neuropsychologie (ggfs. per Video zugeschaltet, wie z. B. in Werne aus Lünen), Sozialdienst und ggfs. Ernährungsberatung, Controlling/Patientenmanagement, familiäre Pflege/Pflegeberatung.

Die Anwesenheit der unterschiedlichen Berufsgruppen wird per Anwesenheitsliste oder digital dokumentiert. Die Leitung der Teambesprechungen obliegt der/dem leitenden Ärztin/Arzt. Alle Patient\*in-

nen werden im Einzelnen besprochen, unterschiedliche Einschätzungen der Berufsgruppen diskutiert. Alle Professionen werden hinsichtlich der jeweiligen Patient\*innen zu ihren Einschätzungen über die aktuelle Situation, Fortschritte oder Rückschritte befragt. Behandlungsziele, Therapiemaßnahmen oder weitere Handlungsschritte werden geplant und dokumentiert.

Die Dokumentation erfolgt digital über eine entsprechende Software oder über das Krankenhaus-Informationssystem. In Werl und Unna wird die spezielle Geriatrie-Software GERDA genutzt. Lünen/Werne nutzt das KIS-System IMED one und Schwerte cermer medico.

Visiten werden täglich, Chefarztvisiten in der Regel wöchentlich durchgeführt. Hier sind neben den Ärzt\*innen auf unterschiedlichen Ebenen in der Regel auch die Mitarbeitenden der Pflege beteiligt. Situationsabhängig werden andere Berufsgruppen hinzugebeten.

### **BEHANDLUNGSPLAN, EVALUATION**

Individuelle Behandlungspläne werden während der Teamsitzungen besprochen und festgelegt. Die Verantwortung obliegt der/dem leitenden Ärztin/Arzt.

Die Anzahl der Therapieeinheiten sind ebenfalls anhand der OPS-Systematik geriatrische Komplexbehandlung beschrieben und umfassen:

- 7 Behandlungstage = mindestens 10 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 9 Therapieeinheiten als Einzeltherapie
- 14 Behandlungstage = mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 18 Therapieeinheiten als Einzeltherapie
- 21 Behandlungstage = mindestens 30 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 27 Therapieeinheiten als Einzeltherapie

Neben einer aktivierend-therapeutischen Pflege durch besonders qualifiziertes Pflegepersonal, werden die jeweiligen Therapieeinheiten durch folgende Berufsgruppen erbracht: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Psychologie/Neuropsychologie.

Die erbrachten Leistungen werden computergestützt über die eingesetzte Software dokumentiert. Die erforderliche Anzahl der Therapieeinheiten bzw. noch nicht erbrachte Leistungen werden somit softwaregestützt für die geplante Entlassung errechnet.

Die Prüfquoten des MDK für die geriatrischen Frührehabilitation liegen bei rund 20% der Behandlungsfälle. Bei fehler- oder lückenhafter Dokumentation kann der MDK die Finanzierung einzelner Behandlungstage oder die komplette Komplexbehandlung verweigern. Daher wird auf eine gewissenhafte Dokumentation großer Wert gelegt.

Die Evaluation des Behandlungsprozesses erfolgt über die beschriebenen Assessment-Instrumente im Vergleich zum Zustand bei der stationären Aufnahme. Eine explizite, standardisierte Befragung zur Zufriedenheit von Patient\*innen oder Angehörigen zum stationären Aufenthalt erfolgt aktuell nicht.

### **ZUSAMMENARBEIT MIT ANDEREN FACHABTEILUNGEN, ZUWEISENDEN UND WEITERVERSORGENDEN**

Die Kommunikation innerhalb der Abteilung wird durchweg als gut beschrieben. Die Mitarbeitenden sehen sich als gut akzeptierte Mitglieder in multiprofessionellen Teams. Die Hierarchien sind flach, die Kommunikation durch die regelmäßigen Teamsitzungen sichergestellt. Das Aufnahmeprozedere der jeweiligen Abteilungen gestaltet sich unterschiedlich. Das EK Unna hat beispielsweise einen Fragebogen zur Anmeldung in Verbindung mit dem Barthel-Index für einweisende Ärzt\*innen und Abteilungen entworfen.

Als problematisch wird die zumeist mangelhafte Aufklärung von Patient\*innen und Angehörigen über Sinn, Hintergründe und Aufgaben einer geriatrischen Komplexbehandlung gesehen. Die Patient\*innen kommen häufig mit völlig falschen Vorstellungen zur Aufnahme. Zuweisende (häufig andere Fachabteilungen im selben Krankenhaus oder aus anderen Kliniken, Einweisungen aus der ambulanten Versorgung fallen mit etwa 10 – 15 % eher gering aus) erklären die Ein- oder Zuweisung eher mit: „Wir schicken Sie dann mal zur Reha, verbunden mit Entspannung und ggfs. Wellnessangeboten.“

Die Teams wünschen sich daher explizit eine verbesserte Information von Angehörigen und Patient\*innen.

Die jeweiligen Abteilungen begegnen dieser Problematik mit unterschiedlichen Strategien. In Schwerte wird den Patient\*innen, die aus anderen Fachabteilungen des Hauses in die Geriatrie verlegt werden, eine „geriatrische Fachberatung“ über den Sozialdienst angeboten. In Lünen/Werne existiert eine „pflegerische Angehörigensprechstunde“ mit individueller Terminvergabe. In Unna wird zweimal wöchentlich eine ärztliche geriatrische Sprechstunde (DI und DO 14:00 bis 15:00 Uhr) angeboten. Eine pflegerische Sprechstunde ist in Planung. In Werl wird Beratung über einen „Demenzcoach“ angeboten. Alle Krankenhäuser (bis auf Unna) halten das Projekt „familiäre Pflege“ vor, das Angehörigen und Patient\*innen individuelle Pfeletrainings, Beratungen oder Schulungskurse zu bestimmten fachlichen Themen anbietet, um eine möglichst gute Weiterversorgung in der häuslichen Umgebung zu gewährleisten.

Von allen Beteiligten (auch aus dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich), wird die Schnittstelle der Weiterversorgung in der häuslichen Umgebung oder der stationären Altenpflege als besonders problematisch beschrieben. Es käme aufgrund mangelnder Informationsweitergabe immer

wieder zu Versorgungsbrüchen und Missverständnissen (z. B. die Weiterversorgung von chronischen Wunden oder die aktuelle Medikamentenanpassung). Grundsätzlich nutzen alle Abteilungen Entlassungs-Checklisten (Papierchecklisten oder Software-gestützt, z. B. GERDA).

Auch die Weitergabe von Informationen über einen Überleitungsbogen und über einen ärztlichen (Kurz-)Entlassungsbericht wird von allen Abteilungen sichergestellt. Allerdings wird hier kein einheitlicher Überleitungsbogen, sondern eigene krankenhausintern entwickelte oder in der Software hinterlegte Instrumente genutzt.

Situationsabhängig erfolgt eine Information von weiterversorgenden Diensten (z. B. ambulanter Pflegedienst, stationäre Altenpflegeeinrichtung, behandelnde\*r Hausärztin/Hausarzt) vorab auf unterschiedlichen Wegen (Mail, Fax, Telefon oder persönliches Gespräch).

Eine Zusammenarbeit mit ambulanten oder stationären Einrichtungen erfolgt in der Regel nicht systematisch, sondern ist eher dem Zufall überlassen oder durch bestehende persönliche Kontakte bestimmt.

Die Problematik, nach dem stationären Aufenthalt und im Bedarfsfall, einen möglichst wohnortnahen Kurzzeitpflegeplatz zu finden, kennen alle Abteilungen. Hier wünscht man sich mehr Aktivität, auch auf politischer Ebene. Etwas Entspannung hat die Einführung der Pflegeplatz-App in Nordrhein-Westfalen gebracht, auch wenn die angegebenen freien Plätze bei telefonischer Nachfrage nicht immer der Realität entsprochen haben.

Die Versorgung mit Medikamenten wird von allen Krankenhäusern sichergestellt. Die benötigten Arzneimittel werden bis zum nächsten Öffnungstag der Hausarztpraxen mitgegeben. Dies betrifft auch die Entlassungen vor einem Wochenende, Feiertag oder an einem Mittwochnachmittag. Problematisch und

gesetzlich untersagt ist die Mitgabe von BTM-pflichtigen Medikamenten. Hier erfolgt in der Regel die Information an die betreffende Hausarztpraxis rechtzeitig vor der Entlassung per Telefon, Fax oder E-Mail.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln wird von unterschiedlichen Berufsgruppen (Sozialdienst, Physio- und/oder Ergotherapie, Pflege) während der stationären Behandlung ermittelt und organisiert. Die Zusammenarbeit mit Sanitätshäusern oder Zulieferern funktioniert im Allgemeinen gut.

### **AUFKLÄRUNG, ANGEHÖRIGENGESPRÄCHE, SCHULUNGSMABNAHMEN**

Individuelle Schulungen und themenbezogene Kurseinheiten werden über die familiäre Pflege angeboten oder an interne (z. B. Geriatrieberatung, Sozialdienst) oder externe (z. B. Wohn- und Pflegeberatung) Beratungsstellen vermittelt. Individuelle Angehörigengespräche verlaufen in der Regel ungeplant und häufig „zwischen Tür und Angel“ während des Stationsalltages. Zumeist schließen die jeweiligen Abteilungen Gespräche an Vormittagen, während der Visiten oder Behandlungen grundsätzlich aus.

Hier sehen die beteiligten Abteilungen erheblichen Verbesserungsbedarf durch Möglichkeiten der digitalen Terminplanung, der Telemedizin oder über digitale Angehörigengespräche (z. B. Chat), insbesondere bei weit entfernt wohnenden Angehörigen. Alle befragten Personen und Berufsgruppen können sich eine Verbesserung der Situation durch die Erstellung von Informationsfilmen oder anderen Aufklärungsmedien (Flyer und Broschüren oder digitale Möglichkeiten) gut vorstellen.

### **GERIATRISCHE TAGESKLINIKEN (LÜNEN UND SCHWERTE)**

Die Behandlung der Patient\*innen in der Tagesklinik orientiert ebenfalls an der Leitlinie Geriatrie. Die OPS-Systematik als Grundlage für das pauschalierende Entgeltsystem (OPS 8-98) ist auch in den Tageskliniken abrechnungsrelevant. Hier sind eben-

falls die einzusetzenden Assessment-Instrumente vorgegeben, unterscheiden sich jedoch nicht von den eingesetzten Instrumenten in der stationären Geriatrie.

Folgende Voraussetzungen hinsichtlich der Einbindung unterschiedlicher Berufsgruppen müssen vorliegen: fachärztliche Behandlungsleitung (Zusatzbezeichnung Geriatrie), Pflegefachkraft mit geriatrischer Zusatzqualifikation, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie/ Neuropsychologie und Sozialdienst.

Die Anzahl der Therapieeinheiten ist ebenfalls festgeschrieben, die tägliche Aufenthaltsdauer muss (ohne Transportzeiten) 330 Minuten betragen. Die erbrachten Leistungen sind täglich zu dokumentieren und zu kodieren.

Die Prüfquoten des MDK liegen hier deutlich höher als in der stationären Geriatrie und die Streichung einzelner Behandlungstage wird deutlich restriktiver gehandhabt.

Die Tageskliniken befinden sich somit im Spannungsfeld der Rechtfertigung, ob eine ambulante Behandlung nicht ausreichend sei und zum gleichen Ergebnis führen werde. Adäquate ambulante Angebote sind zumindest im Kreis Unna jedoch nicht vorhanden.

Besuche oder Hospitationen der Tagesklinik sind bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht erfolgt, so dass eine eingehende Auswertung nicht möglich ist.

## **STATIONÄRE GERONTOPSYCHIATRIE UND GERONTOPSYCHIATRISCHE TAGESKLINIK**

Der Kreis Unna liegt sich hinsichtlich der psychiatrischen/gerontopsychiatrischen Versorgung der Bevölkerung im Einzugsbereich der LWL-Klinik in Dortmund. Im Gebäude des Ev. Krankenhauses in Unna wird eine psychiatrisch/gerontopsychiatrische Station vorgehalten, in Bergkamen befindet sich eine gerontopsychiatrische Tagesklinik. In beiden Einrichtun-

gen finden wöchentliche multiprofessionelle Teamsitzungen statt. Die Besetzung gestaltet sich ähnlich der geriatrischen Einrichtungen (Fachärztin/-arzt, gerontopsychiatrische Pflegefachkraft, Physiotherapie (?), Ergotherapie, Logopädie (?), Psychologie, Sozialdienst), ebenso der Ablauf.

Alle Patient\*innen werden im Detail besprochen und der weitere Behandlungsablauf geplant. Deutlich unterscheiden sich die Aufenthaltsdauern im Vergleich zur Geriatrie. In der Tagesklinik sind Aufenthalte von 6 bis 8 Wochen (mitunter sogar 12 Wochen) keine Seltenheit.

Besuche haben bisher nur in den Teamsitzungen in Unna und Bergkamen stattgefunden. Auswertungen hinsichtlich eingesetzter Assessment-Instrumente und Abläufe können daher hier noch nicht beschrieben werden.

Anhang 1:

**Besuche/Hospitationen Netzwerkpartner\*innen und assoziierte Einrichtungen**

Einrichtung	Termine	Ergebnisse
St.-Marien-Hospital Lünen, Geriatrie(Station BE und FE)	Teamsitzung 14.01.2020, Chefarztvisite und Hospitation Pflege 16.01.2020	Herr Schwierley beteiligt sich als Assistenzarzt am Lenkungskreis
Marien-Krankenhaus Schwerte, Geriatrie	Teamsitzung 20.01.2020, Hospitation Ergotherapie 22.01.2020, Information PDL und pflegerische Leitung Geriatrie 25.02.	Frau Anders beteiligt als pflegerische Leitung der Geriatrie am Lenkungskreis, ggfs. mit/oder in Vertretung mit Frau Vogel (stellv. PDL)
EK Unna, Geriatrie	Teamsitzung 23.01.2020, Frühbesprechung und Visite 28.01.2020, Hospitation Neuropsychologie 31.01., Hospitation Pflege 19.02., Information Controlling 07.02.	
Mariannen-Hospital Werl, Geriatrie	Teamsitzung 29.01.2020, Hospitation Sozialdienst 06.02. und 27.02., Besuch PDL und pflegerische Leitung Geriatrie 20.02.	Frau Jaskowski beteiligt sich als pflegerische Leitung der Geriatrie am Lenkungskreis, PDL sichert Unterstützung des Projektes zu
Station Gerontopsychiatrie des LWL am EK Unna	Vorstellung 14.02.2020, Teamsitzung 21.02.	Hospitation im Team wird diskutiert, Rückmeldung steht noch aus.
St.-Christophorus-Krankenhaus Werne, geriatrische Frührehabilitation	Teamsitzung und Visite 04.03.2020, Hospitation Ergotherapie 10.03.	
LWL Tagesklinik Gerontopsychiatrie	Vorstellung Projekt und Teamsitzung 12.03.2020	Frau Hirzel beteiligt sich als Psychologin am Lenkungskreis
Marien-Krankenhaus Schwerte, Tagesklinik Geriatrie	Hospitation für 13.03.2020 terminiert	Aufgrund Corona-Pandemie abgesagt, Ersatztermin steht noch aus.
Marien-Krankenhaus Schwerte, Sozialdienst/Geriatrie-Beratung	Hospitation für 03.04.2020 terminiert.	
Schmallenbach-Haus Fröndenberg	Vorstellung Projekt und Motivation zur Mitarbeit 13.02.2020	Herr Fleck beteiligt sich als Einrichtungsleitung am Lenkungskreis (ggfs. mit/oder in Vertretung mit Herrn Bruckelt, PDL).

Einrichtung	Termine	Ergebnisse
AWO Ruhr-Lippe-Ems, Fachbereich ambulante Dienste	Vorstellung Projekt und Motivation zur Mitarbeit 03.03.2020	Herr Memmeler (Fachbereichsleitung) wird Mitglied im Geriatrieverbund und wird an der nächsten Sitzung teilnehmen.
Friedrich-Krahn- Seniorenzentrum der AWO Ruhr-Lippe-Ems	Vorstellung Projekt und Motivation zur Mitarbeit 17.02.2020	Frau Hermann beteiligt sich als Einrichtungsleitung am Lenkungskreis.
St.-Marien-Hospital Lünen, Tagesklinik Geriatrie	Termin steht noch aus.	