

Evaluation des Projektes Demenz-Koordinators

3-Länderkongress Psychiatrische Pflege

28.09.18 Wien

Benjamin Volmar, André Nienaber, Michael
Löhr und Bernd Meißnest

Einführung

Demenz stellt Kliniken vor Probleme

Gesundheit Experten kritisieren, dass die Alterserkrankung in den Krankenhäusern zu wenig beachtet wird. Die Zahl der Betroffenen soll sich in Deutschland bis zum Jahr 2050 verdoppeln

VON TILL HOFMANN

Augsburg/Nürnberg Die Krankenhäuser in Deutschland sind nur unzureichend auf die wachsende Zahl

Schub gegeben. 47 Krankenhäuser im Freistaat hätten sich seither entschlossen, neue Abteilungen einzurichten, die sich speziell mit Altersmedizin und damit auch mit Demenz

arbeiten. Auch müssten ehrenamtlich tätige Kräfte besser eingebunden werden. Erste Ansätze gibt es – etwa das Modellprojekt „Demenzbegleiter im Krankenhaus“, das der Lan-

da.“ Bei rechtzeitiger und richtiger Behandlung hochgradig altersverwirrter Menschen – eine Kombination aus medikamentöser Therapie, Gedächtnistraining und körperlicher

- 40% der Patienten über den 65 Lebensjahr zeigen kognitive Defizite im Krankenhaus (Hendlmeier et al., 2017)
- Nur ein Drittel der Demenzen, im Laufe eines Krankenhausaufenthaltes, identifiziert werden (Harwood et al., 1997; Joray et al., 2004)
- Demenz ist oft eine Nebendiagnose, die selten abgerechnet wird (Isfort et al., 2014)
- Häufig kommt es zu Komplikationen, durch die demenziell bedingten Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen (Löhr et al., 2014)

Folgen der Behandlung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus

- Menschen mit Demenz haben signifikant längere Liegezeiten im Akutkrankenhaus. Des Weiteren benötigen sie mehr Pflegeleistungen (Erkinjutti et al., 1986).
- Lindsay et al. (2009) weisen nach, dass Patienten mit einem Delir längere Behandlungszeiten aufweisen und es im Rahmen des Delirs häufiger zu Prozessstörungen in der Diagnostik und der Therapie kommt.
- Menschen mit Demenz verlieren im Rahmen der Krankenhausbehandlung häufig lebenspraktische Alltagsfertigkeiten (Wingenfeld, 2005; Hansen et al., 1999).
- 30% der Patienten mit einem Delir werden in Anschluss in einem Pflegeheim weiterversorgt (Marcantonio et al., 2005).

Vorstellung des Klinikum Gütersloh

- Das Klinikum Gütersloh ist ein somatisches Akutkrankenhaus
 - Dies führt 474 Betten
 - Es besteht aus 13 unterschiedlichen Kliniken



Ehrenamtlichen Begleitern



- Seit Sommer 2013
- Über 4000 Besuche am Patienten
- Ca. 35 ehrenamtliche Besucherinnen, mit einer mindestens 30 stündigen Fortbildung

Das Projekt Demenz-Koordinator am Klinikum Gütersloh

- Kooperation der LWL-Klinik Gütersloh und des Klinikum Gütersloh
- Für 3 Jahre finanziert von der Bürgerstiftung Gütersloh
- 0,5 VK, besetzt mit einer Pflegefachperson
- Das Projekt wird durch die Stabsgruppe Klinikentwicklung/Forschung der LWL-Klinik und die FhdD evaluiert.



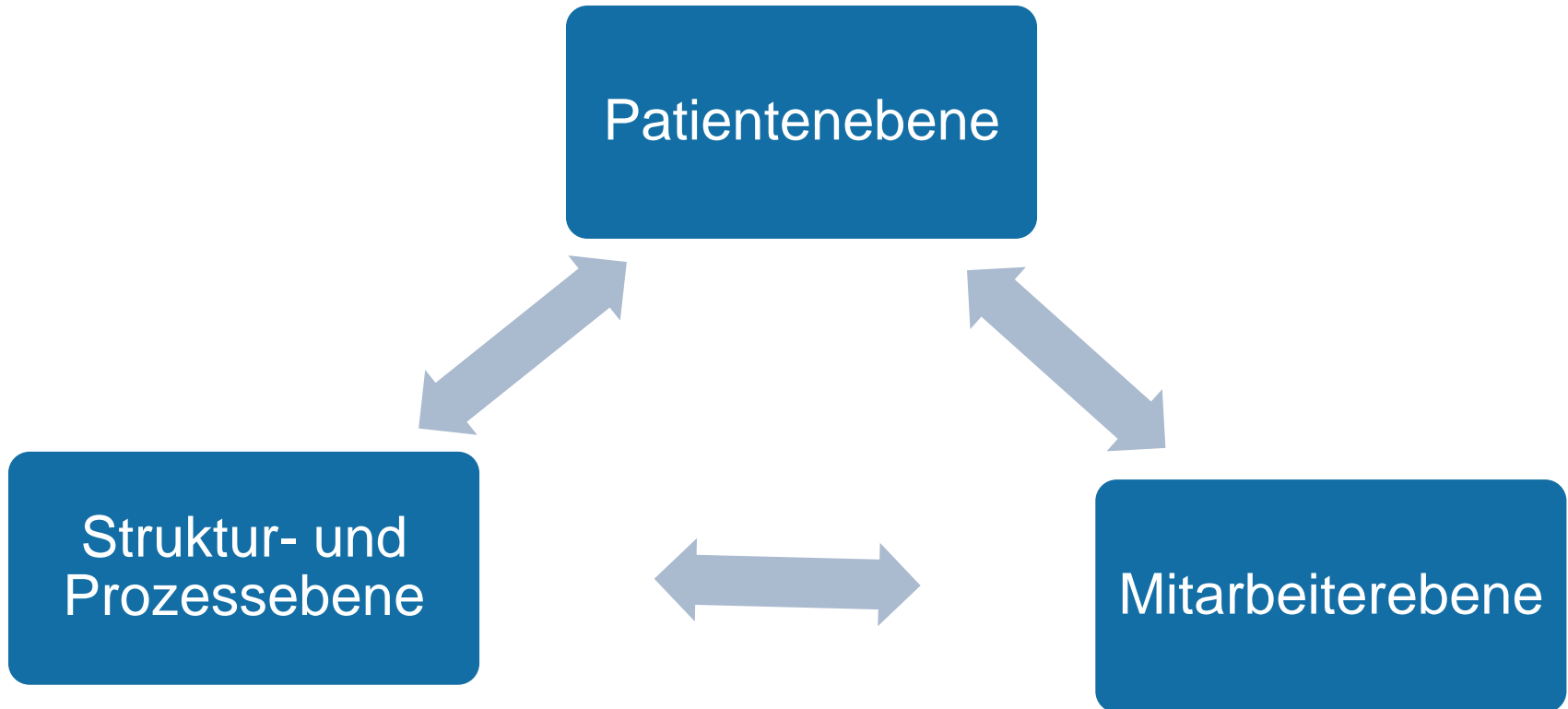
(Lücke 2015)

Ziele des Projektes Demenz-Koordinator

- In der Kommunikation mit Menschen mit Demenz Bedarfe erkennen, sowie Problemlagen und Ressourcen identifizieren
- Reflektion des Behandlungsteams im Umgang mit Menschen mit Demenz
- Über niederschwellige Schulungsmaßnahmen Verständnis, Toleranz und Kompetenz vermitteln
- Die somatische Behandlungsqualität von demenzerkrankten Menschen verbessern.
- Krankenhausaufenthalte verkürzen
- Weiterführende Versorgungslücken schließen



Wirkungsfelder des Demenz-Koordinators



Wirkungsfelder des Demenz-Koordinators

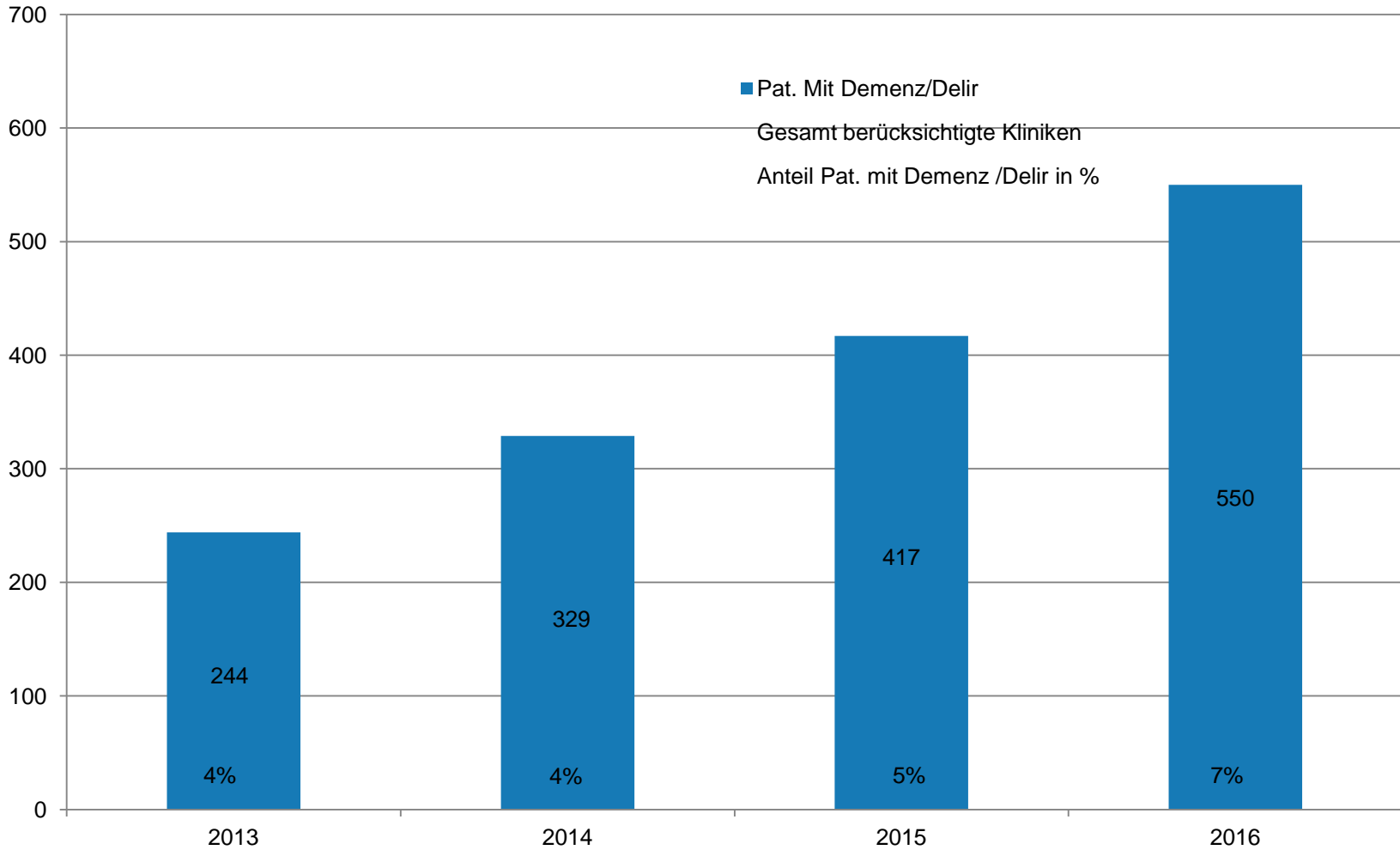
Kontextfaktoren	Arbeitsfeld Demenz-Koordinator
Gesundheitspolitische Überlegungen	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus • Demographischer Wandel mit deutlicher Zunahme von Patienten mit Demenz • Dementiell Erkrankte Patienten haben ein hohes Delirrisiko, somit verlängert sich häufig die Liegezeit und das klinische Outcome der Patienten
Unternehmerische Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung der stationären Verweildauer von Menschen mit Demenz • Qualitative Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus
Organisationsstruktur und –kultur	<ul style="list-style-type: none"> • Verlagerung der Expertise der Gerontopsychiatrie in das somatische Krankenhaus
Marketing und Vertragsabschlüsse	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der Kooperation von einem somatischen Akutkrankenhaus und einer Psychiatrischen Klinik
Ergebnisevaluation und Leistungssteigerung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Schulungen werden systematisch evaluiert • Qualitative Interviews mit Kooperierenden Berufsfeldern
Regulierungs- und Zulassungsbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • -
Kostenerstattungs- und Finanzierungsmechanismen	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte Identifikation von Menschen mit Demenz und damit Generierung einer abrechnungsfähigen Nebendiagnose • Reduzierung der Krankenhausliegezeiten von Menschen mit Demenz

Ergebnisse

Jahr	Anzahl der Patientenkontakte
Ab 03/2015	287 Patientenkontakte
2016	439 Patientenkontakte
2017	594 Patientenkontakte
Bis 14.02.2018	61 Patientenkontakte
Insgesamt	1381 Patientenkontakte

- Seit Projektstart wurden 55 interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt

Identifikation von Menschen mit Demenz



Identifikationsraten

	Patienten mit Demenz Gesamt	Patienten mit Demenz & Delir	Anteil Patienten mit Demenz & Delir an Demenz-Patienten in %
per 09.2017	625	42	6,72%
2016	772	44	5,70%
2015	693	40	5,77%
2014	670	46	6,87%
2013	643	92	14,31%
Gesamt	3.403	264	7,76%

Mortalitätsraten

	Fallzahl Gesamt	Verstorbene Patienten	Mortalitätsrate Gesamt	Patienten mit Delir Gesamt	Verstorbene Patienten mit Delir	Mortaliät- rate Delir- Patienten
2017	20.182	564	2,79%	344	62	18,02%
2016	20.417	528	2,59%	286	41	14,34%
2015	19.806	516	2,61%	272	35	12,87%
2014	19.688	530	2,69%	249	34	13,65%
2013	19.163	540	2,82%	306	48	15,69%
Gesamt	99.256	2.678	2,70%	1.457	220	15,10%

Wiederaufnahmeraten

	Patienten mit Demenz-Delir	Wiederaufnahmerate	Wiederaufnahmerate in %
per 09.2017	825	32	8,85%
2016	1.014	39	6,11%
2015	925	42	7,24%
2014	873	59	9,39%
2013	857	33	5,60%
Gesamt	4.494	205	7,39%

Vergleich der Verweildauern

Jahr	Ø-Verweildauer Menschen mit Demenz/Delir in Tagen	Ø-Verweildauer ohne Demenz/Delir in Tagen	Prozentuale längere Liegezeit von MmD
2013	11,4836066	6,38610565	180%
2014	10,6960486	5,83615978	183%
2015	10,3788969	5,43170475	191%
2016	9,19454545	5,1123581	180%

Empfinden der Mitarbeiter

*„Der Demenzkoordinator hilft uns wenn wir z.B. nicht genau wissen ob es eine Demenz oder ein Delir ist, er hat die speziellen Fragen. **Er fragt die Patienten und gibt dann sein Statement ab ob es dann wirklich eine beginnende Demenz ist oder eine fortgeschrittene Demenz oder ein Delir ist. Und er verschafft uns auch viel Zeit dadurch.** Wir haben echt keine Zeit dazu mit dem Patienten so zu sprechen oder irgendwas mit ihm zu machen. Das wird halt zur Seite geschoben. Er ist auch im Gespräch mit den Ärzten und Angehörigen.“*

(Volmar, Löhr und von Bierbrauer zu Brennstein 2017)

Empfinden der Mitarbeiter

*„Der Demenzkoordinator kümmert sich ja auch teilweise, wenn wir wirklich total demente Patienten haben oder Patienten ins Delir rutschen, da kümmert er sich ja auch ganz gut drum und man erfährt auch die Hintergründe zum Patienten. **Er hat ja die Zeit die Angehörigen oder das Pflegepersonal anzurufen und dann erfährt man schon einiges über die Patienten.**“*

(Volmar, Löhr und von Bierbrauer zu Brennstein 2017)

Empfinden der Mitarbeiter

*„Ich finde die Projekte sehr gut und erleichternd, so kam der Demenzkoordinator gestern und hat sich um einige sofort gekümmert und er hilft auch den Ärzten bei der Entlassung. Wenn die ehrenamtlichen kommen, können wir in dieser Zeit etwas anderes tun. **Es fehlt uns aber am Wochenende und in der Nacht jemand. Da sind wir nicht so gut besetzt und dementsprechend weniger, die uns helfen.**“*

(Volmar, Löhr und von Bierbrauer zu Brennstein 2017)

Ausblick und Ziele für die Zukunft

- Installation von weiteren Orientierungshilfen im Alltag
- Reduzierung von Delir-Risiken
- Schaffen einer Nachhaltigkeit durch Einsatz von Multiplikatoren auf den Stationen mit dem Projekt „Blickwechsel Demenz“

Ausblick und Ziele für die Zukunft

- Verbesserung der Identifikation von Menschen mit Demenz und damit einhergehend eine Verminderung der Komplikationen in der Behandlung

- Das schaffen neuer Versorgungswege und -gedanken

Nachtcafé



- Seit Juli 2017
- Täglich in den Abendstunden von 18:15 Uhr – 22:00 Uhr
- Komm- und Geh-Strukturen in der Begleitung und Betreuung
- Kein Abend ist gleich
- Schon über 1.400 Gäste
- Gefördert von der Bürgerstiftung und der Zinkkann-Stiftung

Fazit

- Generell lässt sich sagen, dass die Stelle Demenz-Koordinator bisher nur einen marginalen Faktor in der wirtschaftlichen Liegezeit ausmacht.
- Die alltägliche Präsenz sensibilisiert für das Thema und die betroffenen Patienten werden frühzeitiger identifiziert.

Fazit

- Durch diese Identifikation entstehen aber neue Problemstellungen, die im Alltag angegangen werden müssen.
- Die Evaluation der Schulungen war sehr schleppend und ist bisher, aufgrund des nichtvorhandenen Datenrücklaufs, nicht möglich.
- Trotzdem wird die Arbeit als Erfolg gewertet und die Arbeit wird seitdem in der Regelversorgung fortgeführt, finanziert durch die beiden Krankenhäuser.

Haben Sie noch Fragen?

Benjamin.Volmar@klinikum-guetersloh.de

05241 83 25152

Literatur

- Erkinjuntti, T., Wikström, J., Palo, J., & Autio, L. (1986). Dementia among medical inpatients. Evaluation of 2000 consecutive admissions. *Archives of Internal Medicine*, 146(10), 1923–1926.
- Gohrbandt, J., & Volmar, B. (2017). Pflegerische Rollenentwicklung anhand des Beispiels des Demenz-Koordinators. *Psychiatrische Pflege*, 2(4), 25–28.
- Hansen, K., Mahoney, J., & Palta, M. (1999). Risk factors for lack of recovery of ADL independence after hospital discharge. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(3), 360–365.
- Harwood, D. M., Hope, T., & Jacoby, R. (1997). Cognitive impairment in medical inpatients. II: Do physicians miss cognitive impairment? *Age and Ageing*, 26(1), S. 37–39.
- Hendlmeier, I., Bickel, H., Hessler, J. B., Weber, J., Junge, M. N., Leonhardt, S., & Schäufele, M. (2017). Demenzsensible Versorgungsangebote im Allgemeinkrankenhaus: Repräsentative Ergebnisse aus der General Hospital Study (GHoSt). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*.
- Isfort, M.; Klostermann, J.; Gehlen, D., Siegling, B. (2014): Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln.
- Joray, S., Wietlisbach, V., & Büla, C. J. (2004). Cognitive impairment in elderly medical inpatients: detection and associated six-month outcomes. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 12(6), S.639–647.

Literatur

- Lindesay, J., Rockwood, K., & Rolfson, D. (2009). Die Epidemiologie des Delirs. In J. Lindesay, A. MacDonald, K. Rockwood, & W. Hasemann (Hrsg.), G. Kreutzner (Übers.), *Akute Verwirrtheit - Delir im Alter: Praxishandbuch für Pflegende und Mediziner* (1. Aufl, S. 71–116). Bern: Huber.
- Löhr, M., Schulz, M., & Behrens, J. (2014). Menschen mit Demenz im Krankenhaus. *Psych. Pflege Heute*, 20(04), S. 189–195
- Lücke, S. (2015). Projekt mit Vorbildcharakter. *Die Schwester Der Pfleger*, 54(7/15), S. 26–28.
- Marcantonio, E. R., Kiely, D. K., Simon, S. E., John Orav, E., Jones, R. N., Murphy, K. M., & Bergmann, M. A. (2005). Outcomes of Older People Admitted to Postacute Facilities with Delirium: OUTCOMES OF DELIRIUM IN POSTACUTE CARE. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(6), S.963–969.
- Volmar, B., Löhr, M., & von Bierbrauer zu Brennstein, A. (2017). Menschen mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 63(3), 179–192.
- Wingenfeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber