

Die Arbeit des Demenz-Koordinators

Erfahrungen, Inhalte und Ergebnisse eines
gerontopsychiatrischen Liaisondienstes

6. Deutschsprachiger Delirtag

20.11.2017 Stuttgart

Benjamin Volmar

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

- Studien zeigen, dass in etwa 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).
- Lindesay 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).

Einführung – Vorstellung des Settings

- Das Klinikum Gütersloh ist ein somatisches Akutkrankenhaus
 - Dies führt 474 Betten
 - Es existiert ein begleitetes Ehrenamtsprojekt zur Betreuung von Menschen mit Demenz



Einbindung von ehrenamtlichen Begleitern



Einbindung von ehrenamtlichen Begleitern

- Knapp 35 ehrenamtliche Begleiterinnen sind am Klinikum tätig
- Jeder Ehrenamtliche erhält eine 8 Stündige Grundausbildung
- Monatlich finden Austausch- und Weiterbildungstreffens statt
- Seit 2013 wurden mehr als 3.500 Besuche durchgeführt



Einbindung von ehrenamtlichen Begleitern



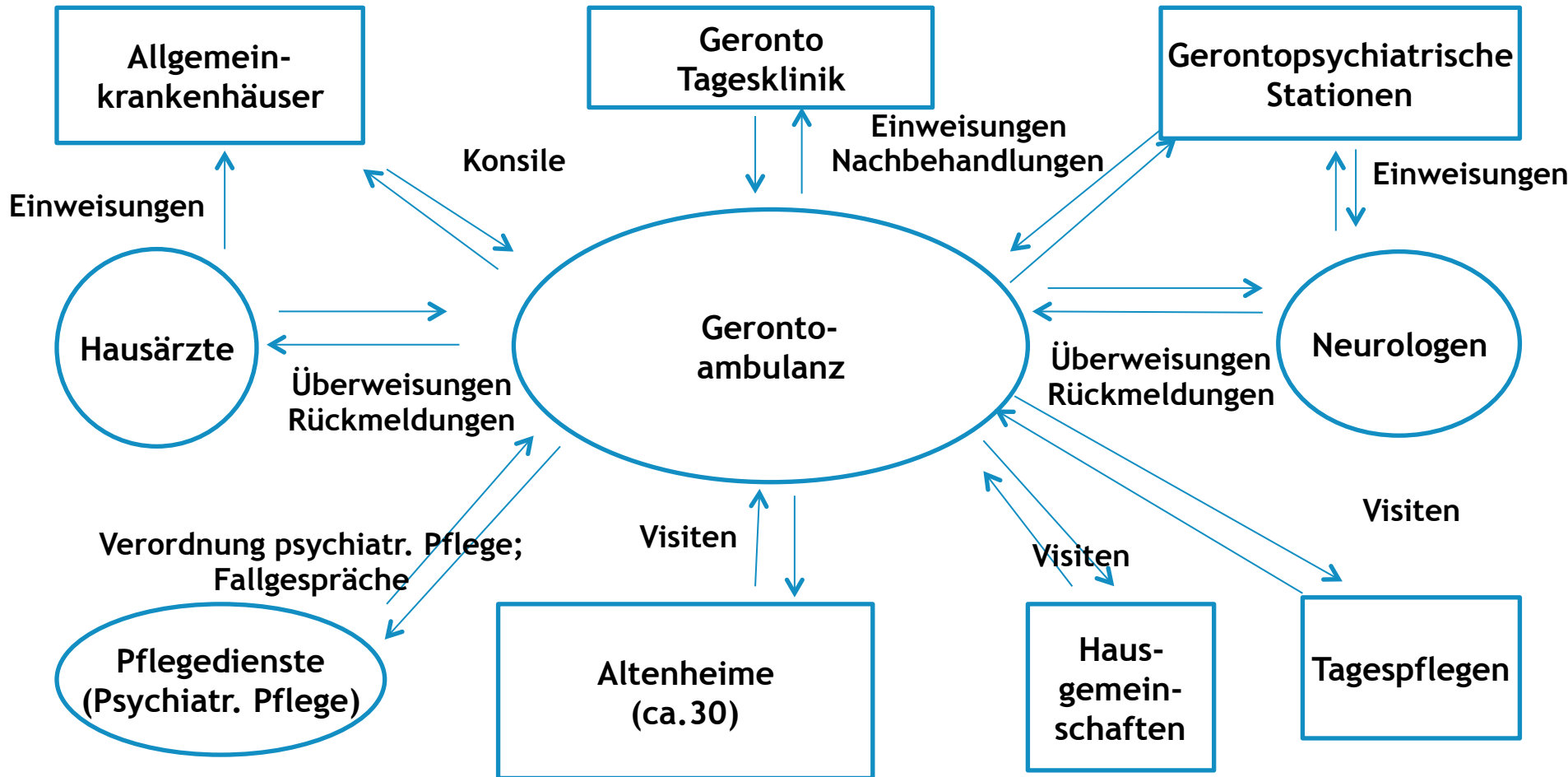
Das Projekt Demenz-Koordinator am Klinikum Gütersloh

- 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)

Gerontopsychiatrische Versorgungsstrukturen in Gütersloh



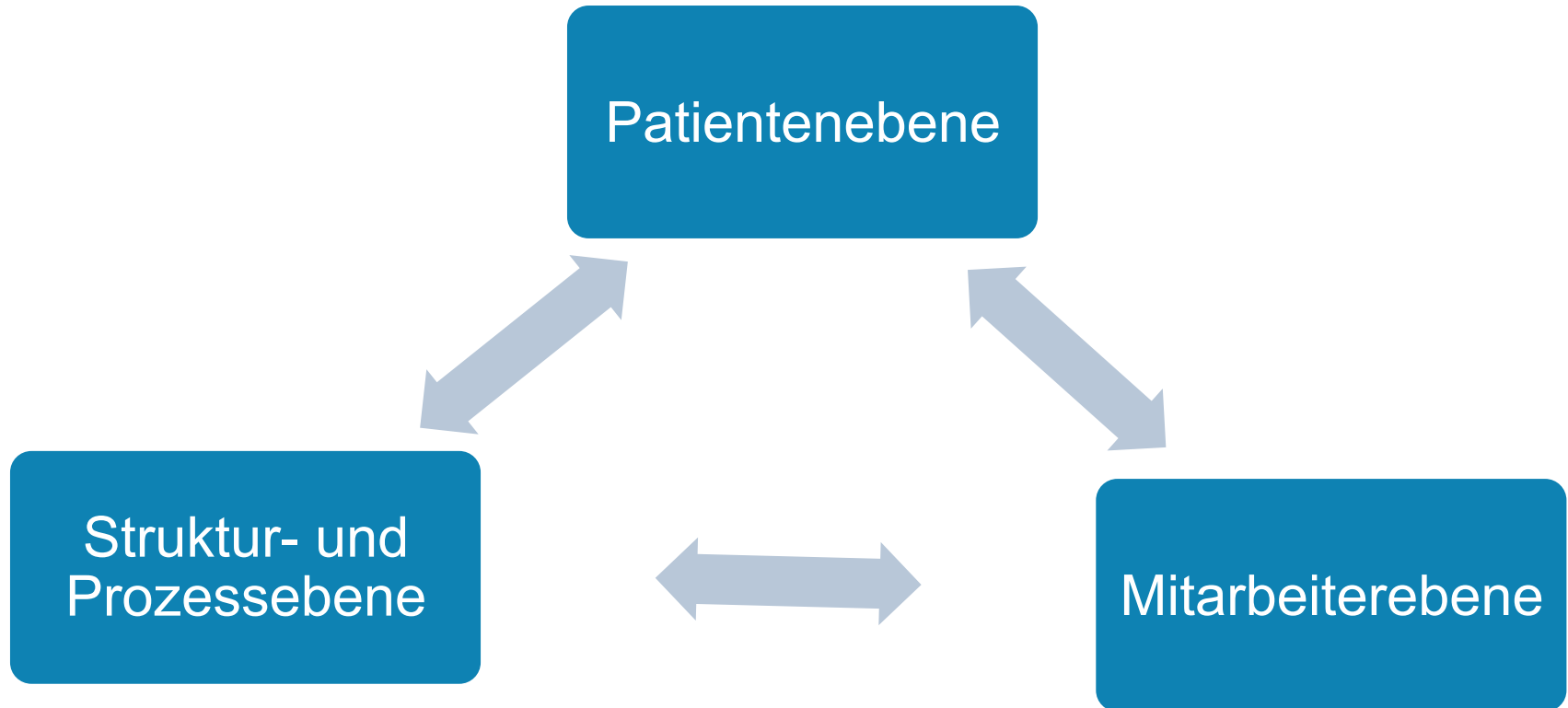
(eigene Grafik n. Kuhlmann 2013)

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 Versorgungslückenschließen



Wirkungsfelder des Demenz-Koordinators



Patientenebene

- Arbeit im Patientenkontakt
 - Identifikation von Menschen mit kognitiven Einschränkungen, deren Bedürfnissen und ihren individuellen Ressourcen
 - Einbezug der nutzbaren Ressourcen
 - Abklärung der vorliegenden Diagnose (Demenz vs. Delir)
- Arbeit im Angehörigenkontakt
 - Fremdanamnese
 - Beratung von Angehörigen
 - Einbezug der Angehörigen in die akute Versorgung

Genutzte Assessmentinstrumente

- Anamnese mit Schwerpunkten in den Bereich:
 - Soziales
 - Biografisches
 - Pflegerisches
 - Medizinisches
- Abbreviated Mental Test 4 (AMT 4) von Hodkinson (1972)
- Confusion Assessment Method (CAM) von Inouye et al. (1990)

MITARBEITER:

DATUM:

I. AKUTER BEGINN UND FLUKTUIERENDER VERLAUF

a) Gibt es begründete Anzeichen für eine akute Veränderung im Grundzustand des mentalen Status des Patienten? Nein___

b) Fluktuierte das (veränderte) Verhalten während des Tages, d. h. hatte es die Tendenz aufzutreten und wieder zu verschwinden oder wurde es stärker und schwächer? Nein___

II. AUFMERKSAMKEITSSTÖRUNG

Hatte der Patient Schwierigkeiten seine Aufmerksamkeit zu fokussieren, z. B. war er leicht ablenkbar oder hatte er Schwierigkeiten, dem Gespräch zu folgen? Nein___

III. FORMALE DENKSTÖRUNG

War der Gedankenablauf des Patienten desorganisiert oder zusammenhanglos, wie Gefasel oder belanglose Konversation, unklarer oder unlogischer Gedankenfluss, oder unerwartete Gedankensprünge? Nein___

IV. VERÄNDERTE BEWUSSTSEINSLAGE

Wie würden Sie die Bewusstseinslage des Patienten allgemein beschreiben?

– Wach – Alert (normal)

- Hyperalert (Überspannt)
- Somnolent – (schläfrig, leicht erweckbar)
- Soporös – Stuporös (erschwert erweckbar)
- Koma – (nicht erweckbar)

Wurden Kriterien in dieser Box angekreuzt? Nein___

BOX 1

Ja _____

Ja _____

Ja _____

BOX 2

Ja _____

Ja _____

(Grafik: CAM von Hasemann et al., 2007)

Mitarbeitererebene

- Schulungen von Mitarbeitern aller Berufsgruppen
- Einrichtungen von Kurzfortbildungen
- Berater für Versorgungsfragen rund um den Patienten
- Einführung von gezielten Fallgesprächen

der Diakonie



„LERN VON MIR“

Unterstützung von Menschen mit
Demenz in Allgemeinkrankenhäusern

Lern von Mir

Überblick

Modul 1	Demenz – eine Einführung
Modul 2	Die ganze Person sehen
Modul 3	Kommunikationsfähigkeiten entwickeln
Modul 4	Die Auswirkung der Krankenhausumgebung
Modul 5	Die Person kennen
Modul 6	Ein personzentriertes Verständnis von herausforderndem Verhalten

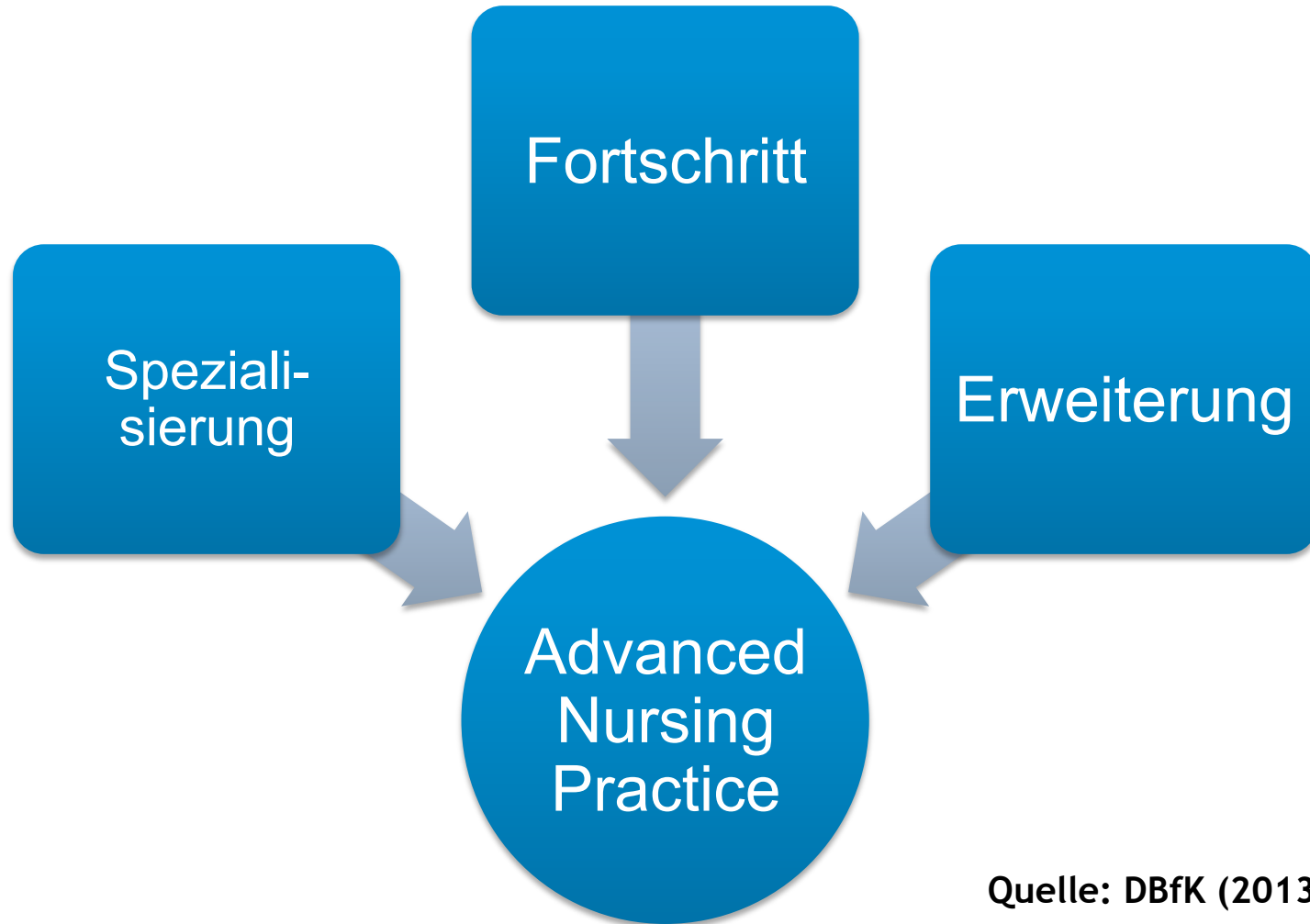
Das Manual und alle Schulungsmaterialien können unter www.lernvonmir.fh-diakonie.de kostenfrei heruntergeladen werden.

Struktur und Prozessebene

- Installation von Orientierungshilfen
- Beratung bei demenzsensiblen Ablaufprozessen
- Vernetzung der bestehenden internen und externen Angebote

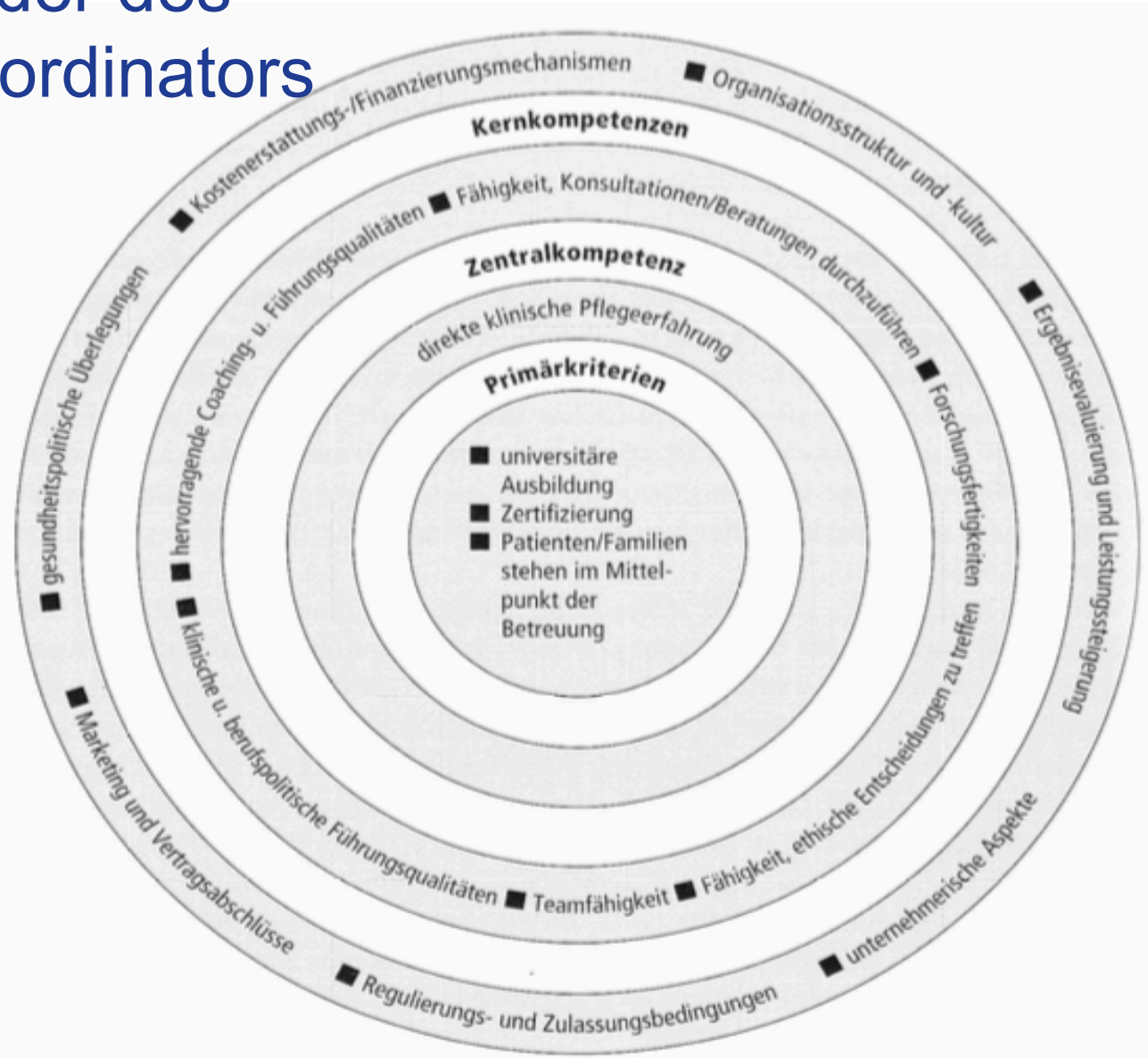


Wirkungsfelder des Demenz-Koordinators



Quelle: DBfK (2013)

Wirkungsfelder des Demenz-Koordinators



ANP Modell nach Schober und Affara (2008)

Wirkungsfelder des Demenz-Koordinators

<i>Kontextfaktoren</i>	<i>Arbeitsfeld Demenz-Koordinator</i>
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

Erste Ergebnisse für das Jahr 2015

In der Pneumologie:

- 36% mehr Menschen mit Demenz identifiziert
- 106% mehr Delirien erkannt
- Verweildauer von Patienten mit Delirien in der Pneumologie von 13,11 auf 9,49 Tage reduziert

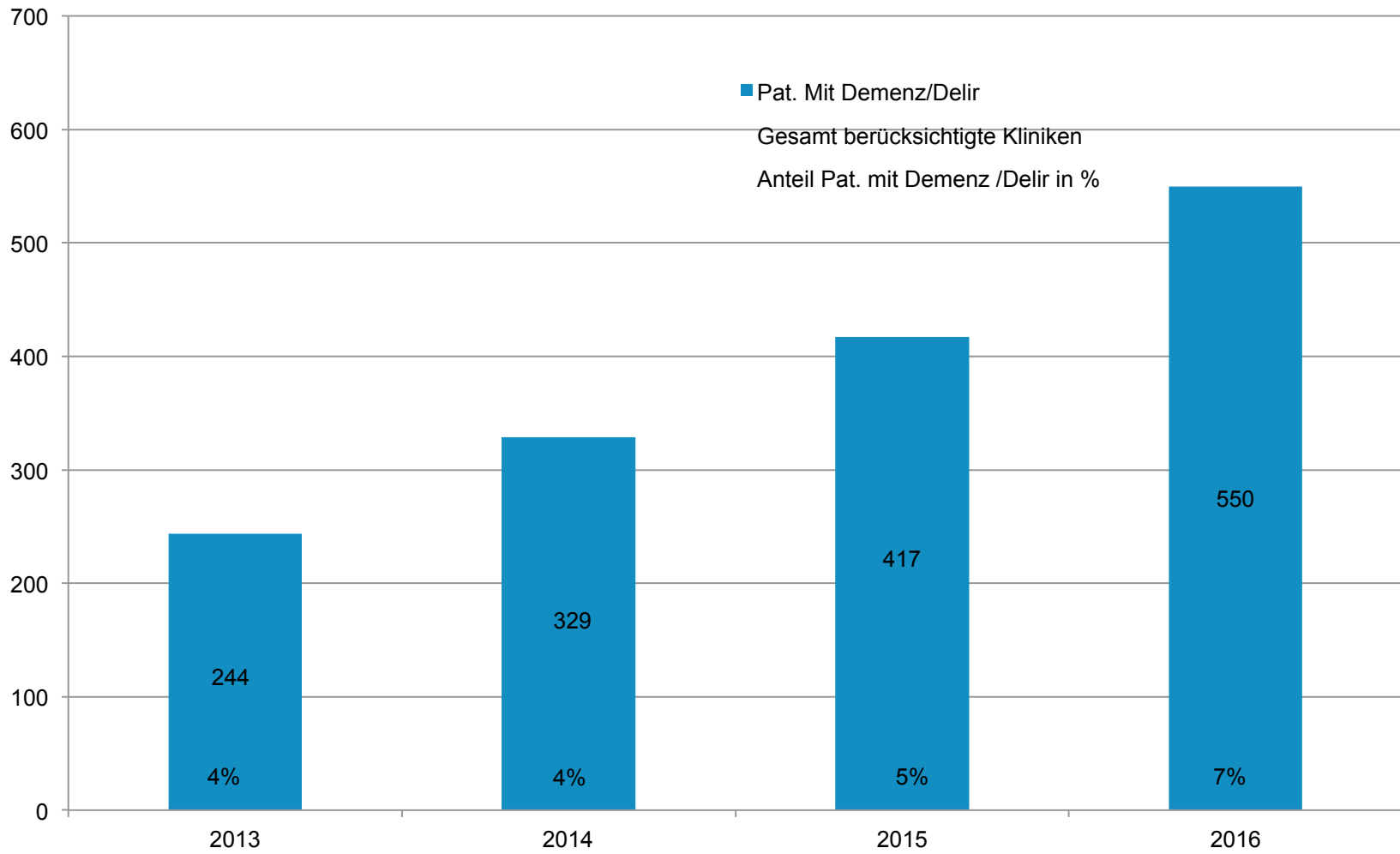
In der Unfallchirurgie gibt es keine signifikanten Veränderungen von 2015 zu 2014

Weitere Kennzahlen

- Im Jahr 2016 gab es knapp 400 Patienten Kontakte , die durchschnittliche Aufwandszeit pro Kontakt beträgt ca. 2- 3 Arbeitsstunden

- Seit Projektstart wurden ca. 40 interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt

TOP 10 Hauptdiagnosen bei Demenz-Delir Patienten im Vergleich zu Patienten ohne Demenz-Delir mit identischer Hauptdiagnose aller Kliniken



TOP 10 Hauptdiagnosen bei Demenz-Delir Patienten im Vergleich zu Patienten ohne Demenz- Delir mit identischer Hauptdiagnose aller Kliniken

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)

Das Nachtcafé

- Seit Juli 2017 existiert am Klinikum Gütersloh ein Beschäftigungsangebot für Menschen mit kognitiven Problemen.
- Es ist in der Zeit von 18:30 -22:00 Uhr geöffnet und kann auch Aufsuchend agieren.
- Die Betreuung erfolgt durch Alltagsbegleiterinnen
- Pro Abend kommen 3-5 Besucherinnen, insgesamt gibt es bisher ca. 400 Besuche (16.11.17)
- Finanziert wird es aus Spendenmitteln der Bürgerstiftung Gütersloh und der Erich und Katharina Zinkann-Stiftung



Katrin Meyer, Brigitte Buscher (Bürgerstiftung), Bernd Mußenbrock (Erich und Katharina Zinkann-Stiftung), Maike Mösges (Pflegedirektion Klinikum Gütersloh), Katja Plock (Demenz-Coach Klinikum-Gütersloh), Maud Beste (Geschäftsführerin Klinikum Gütersloh)

Ausblick und Ziele für die Zukunft

- Installation von weiteren Orientierungshilfen im Alltag
- Reduzierung von Delir-Risiken
- Überführung der Stelle in die Regelversorgung
- Schaffen einer Nachhaltigkeit durch Einsatz von Multiplikatoren auf den Stationen

Ausblick und Ziele für die Zukunft

- Verbesserung der Identifikation von Menschen mit Demenz und damit einhergehend eine Verminderung der Komplikationen in der Behandlung
- Durch Alltagspräsenz als niederschwelliger Ansprechpartner fungieren
- Das schaffen neuer Versorgungswege und -gedanken

Literaturverzeichnis

- Burrow, S., Elvish, R., & Keady, J., (2015). Lern von Mir. Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2013). *Advanced Nursing Practice. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. Berlin, zuletzt geprüft am 18.01.2016.
<http://www.dbfk.de/download/download/Advanced-Nursing-Practice---Pflegerische-Expertise-2013-02.pdf>
- 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.
- Hasemann, W., Kressig, R. W., Ermini-Fünfschilling, D., Pretto, M., & Spirig, R. (2007). Screening, Assessment und Diagnostik von Delirien. *Pflege*, 20(4), S.191–204.
- 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.

Literaturverzeichnis

- Kuhlmann, H.-P. (2013). „Alte Bäume verpflanzt man nicht“-Gerontopsychiatrisches Versorgungskonzept Gütersloh. In G. Klug, G. Herrmann, & B. Fuchs-Nieder (Hrsg.), *Was braucht eine moderne Gerontopsychiatrie?: Rahmenbedingungen für mobile sozialpsychiatrische Hilfe im Alter ; Beiträge zur Internationalen Gerontopsychiatrischen Tagung anlässlich 10 Jahre SozialPsychiatrische Hilfe im Alter (SOPHA)* (S. 108–117). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Lindesay, J., Rockwood, K., & Rolfson, D. (2009). Die Epidemiologie des Delirs. In J. Lindesay, A. MacDonald, K. Rockwood, & W. Hasemann (Hrsg.), G. Kreuzner (Übers.), *Akute Verwirrtheit - Delir im Alter: Praxishandbuch für Pflegenden 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.
- Schober, M.; Affara, F. (2008). *Advanced Nursing Practice (ANP)*. Deutschsprachige Ausg. / . Bern: Huber (Pflegepraxis).
- 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

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Haben Sie noch Fragen?

Benjamin.Volmar@klinikum-guetersloh.de

05241 83 25152