



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386

Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Handlungsbereiche aus Sicht von Klinikmitarbeitern
und kommunale Maßnahmenplanung

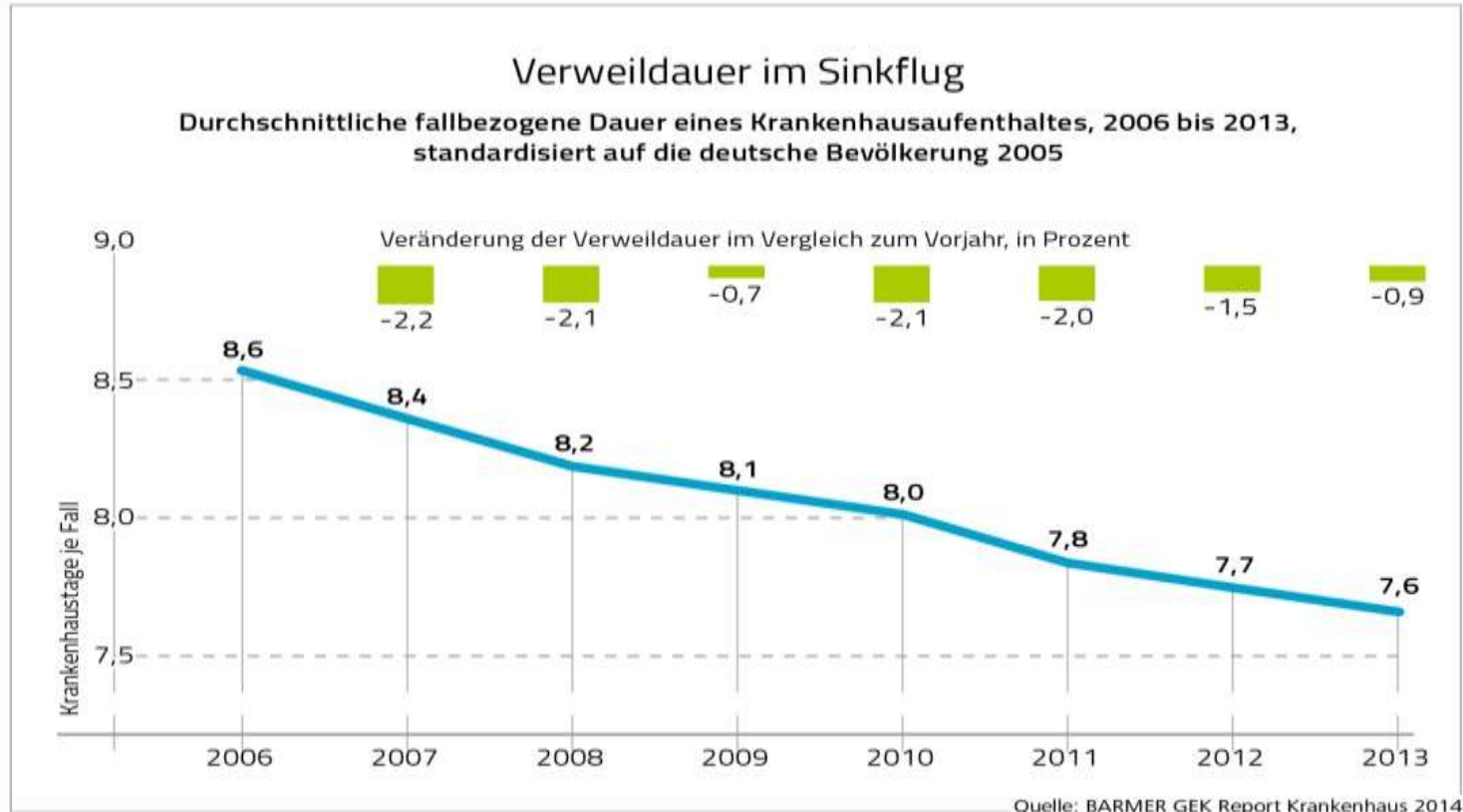
Dr. Petra Schönemann-Gieck, Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg
Katharina Ossendoth, Abteilung Altenarbeit, Amt für Soziale Arbeit, Wiesbaden



- Etwa 40 % der Krankenhauspatienten über 65 Jahre weisen kognitive Beeinträchtigungen auf, knapp 20 % leiden an einer demenziellen Erkrankung (Robert Bosch Stiftung, 2016)
- Zahlreiche **demenzsensible Konzepte**, die sich v.a. mit der Begleitung, Beschäftigung und Angehörigenarbeit befassen, wurden erprobt und evaluiert.
- Es existieren viele Materialien (Informationsbögen, Broschüren, Checklisten) zur Vorbereitung und Erleichterung geplanter KH-Aufenthalte (z.B. DAIZG)
- Transfer des Wissens und Implementierung der Konzepte „in die Breite“ und in die Regelversorgung gestaltet sich schwierig.



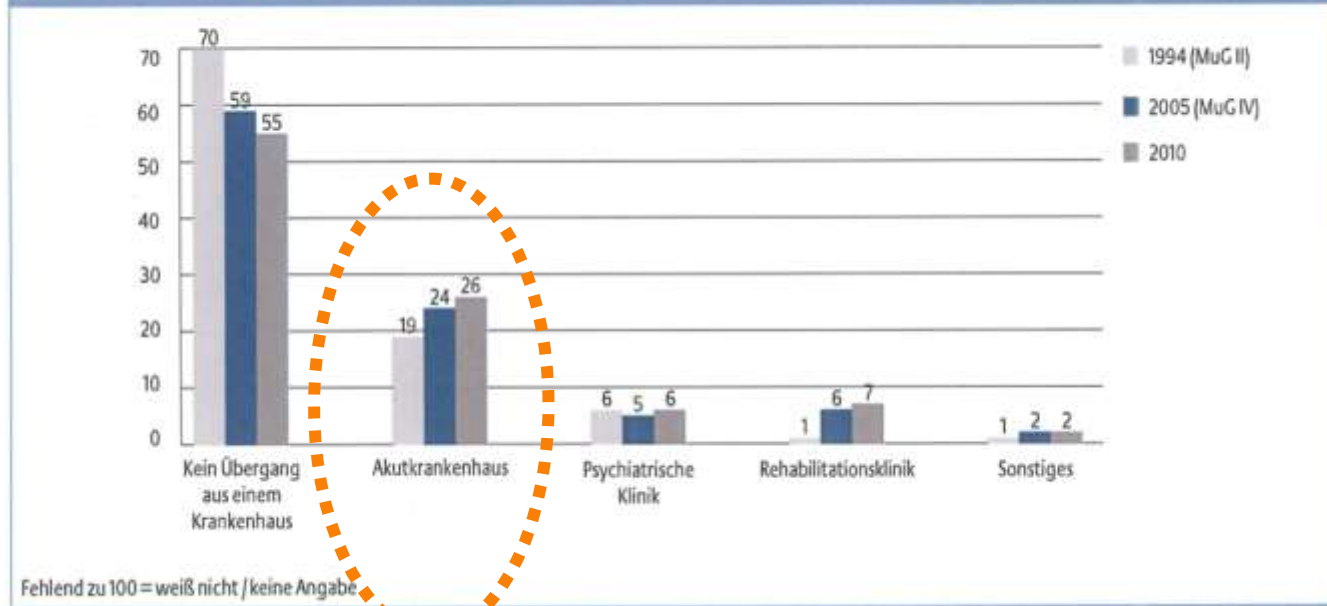
Abnahme der Klinikverweildauer





Zunahme der Überleitung in stationäre Pflegeeinrichtungen

Abb. 4.10 Übergang aus einem Krankenhaus in die vollstationäre Pflegeeinrichtung 1994, 2005 und 2010 (%)



Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, IHS Infratest Sozialforschung 2010



KLINIK als ORT DER ENTSCHEIDUNG!



Wiesbadener Ansatz

Ziel der kommunalen Altenarbeit ist es, darauf hinzuwirken, dass ältere Menschen mit eingeschränkten gesundheitlichen, finanziellen, sozialen und psychischen Ressourcen diejenigen Hilfen bekommen, die sie brauchen, um möglichst lange und selbstbestimmt im gewählten Wohnumfeld wohnen zu können.

GeReNet.Wi:
Netzwerkarbeit
auch für
Menschen mit
Demenz



Forum Demenz:
Maßnahmen
explizit für
Menschen mit
Demenz



SGB V (GKV)

§ 11 Anspruch auf Versorgungsmanagement

§ 39 Entlassmanagement als Teil der Krankenhausbehandlung

SGB XII (Sozialhilfe)

§ 2 Nachrang der Sozialhilfe

§ 13 Prävention vor Rehabilitation vor Pflege

§ 14 ambulante vor stationären Leistungen

Zielsetzung des *GeReNet.Wi*

„Verbesserung der Nachsorgesituation älterer Menschen nach Krankenhausbehandlung zur Sicherung der eigenständigen Lebensweise“ (*Geschäftsordnung GeReNet.Wi & Forum Demenz Wiesbaden, 2008*)



Studie

„Nachsorge nach Klinikaufenthalt“

- Auftraggeber:** Abt. Altenarbeit im Amt für Soziale Arbeit der LH Wiesbaden
- Durchführung:** Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg
- Ziel:** Erhebung von Handlungsbedarfen zur Weiterentwicklung der Überleitung und Nachsorge älterer Patienten aus Perspektive der Klinikmitarbeiter
- Kliniken:** St. Josefs-Hospital
Asklepios Paulinen Klinik
HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken



Methode der Datenverarbeitung und Auswertung

Datengrundlage: 18 Experteninterviews und 6 Fokusgruppengespräche

Datenverarbeitung:

- Schritt I - Verschriftlichung der aufgezeichneten Interviews
- Schritt II – kommunikative Validierung und Freigabe der Interviews
- Schritt III - Anonymisierung

Auswertung:

- Zuordnung markierter Textstellen (n=1004) zu Themenbereichen
- Codierung unterschiedlicher Phänomene
- Thematische Zuordnung zu theoretischem Modell



Stichprobe (Experteninterviews / Fokusgruppen)

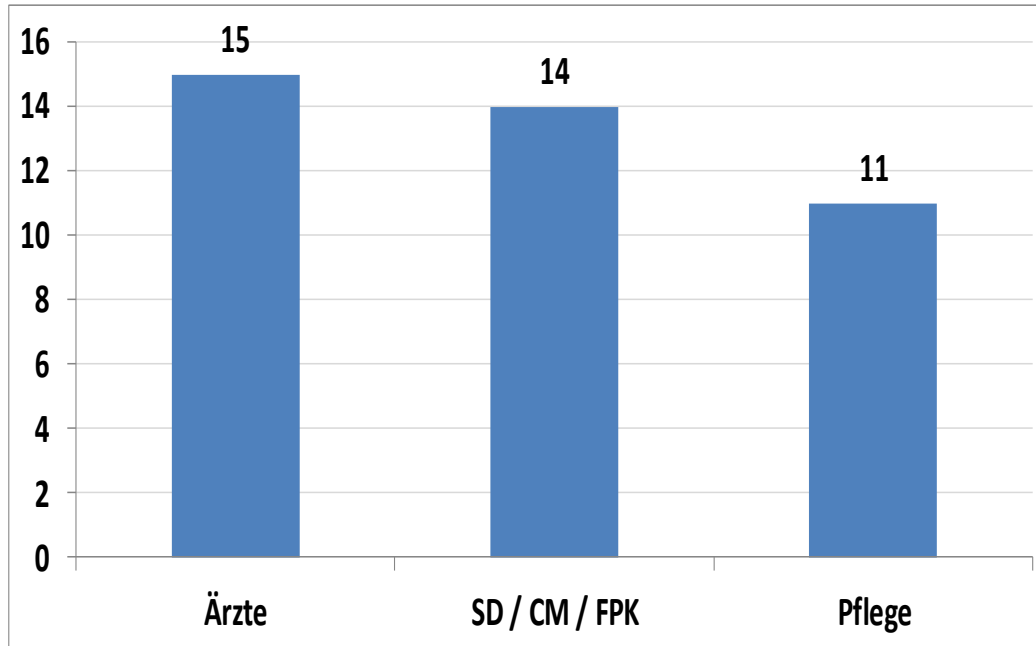


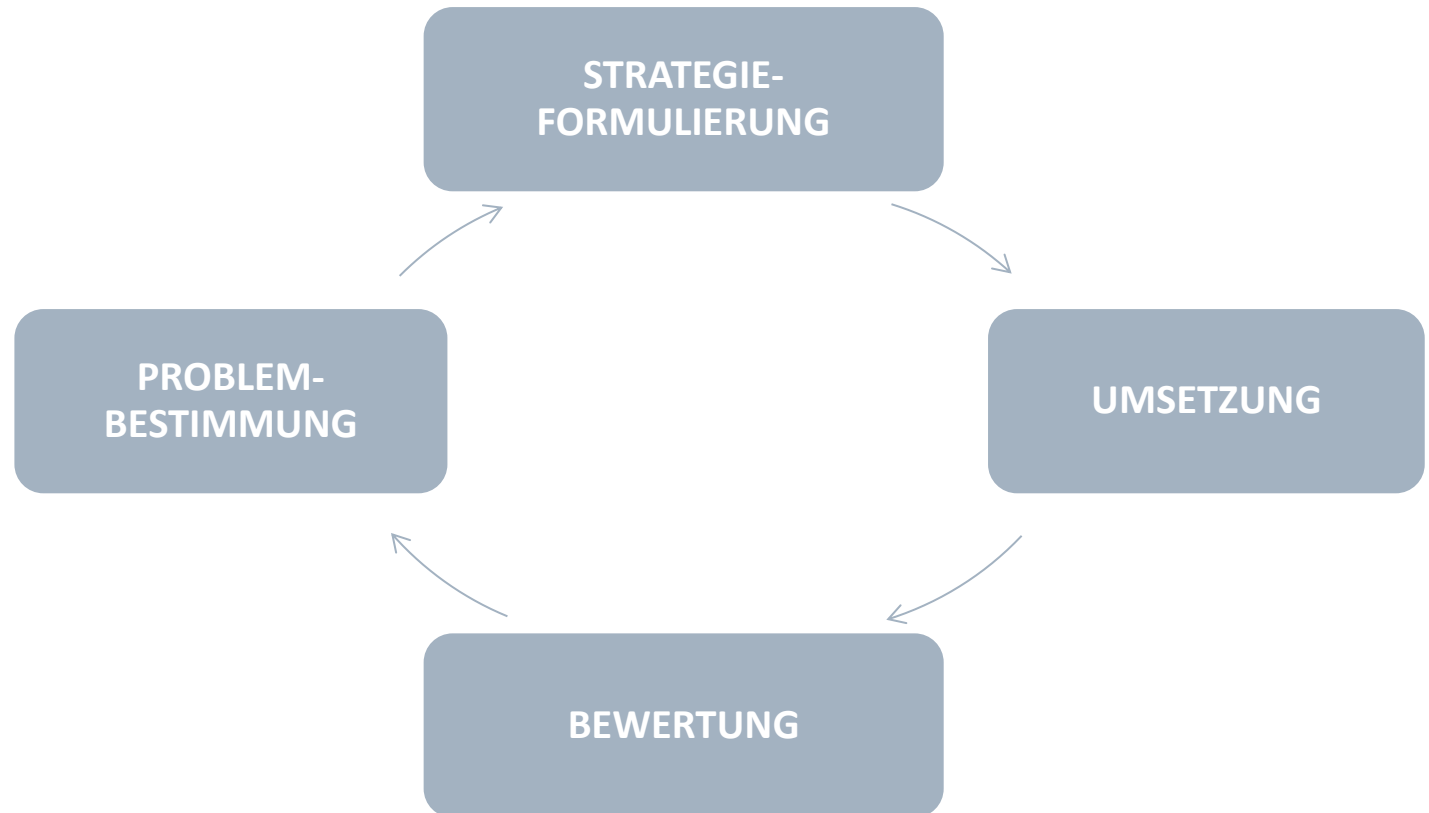
Abbildung: Interviewpartner der 20 Interviews nach Professionen (Häufigkeiten)

Teilnehmende Stationen / Abteilungen (n=15)

- Allgemeine / Unfall-,
Gefäß-Chirurgie
- Zentrale Notaufnahme
- Kardiologie
- Innere Medizin
- Gastroenterologie
- Psychiatrie
- Neurologie

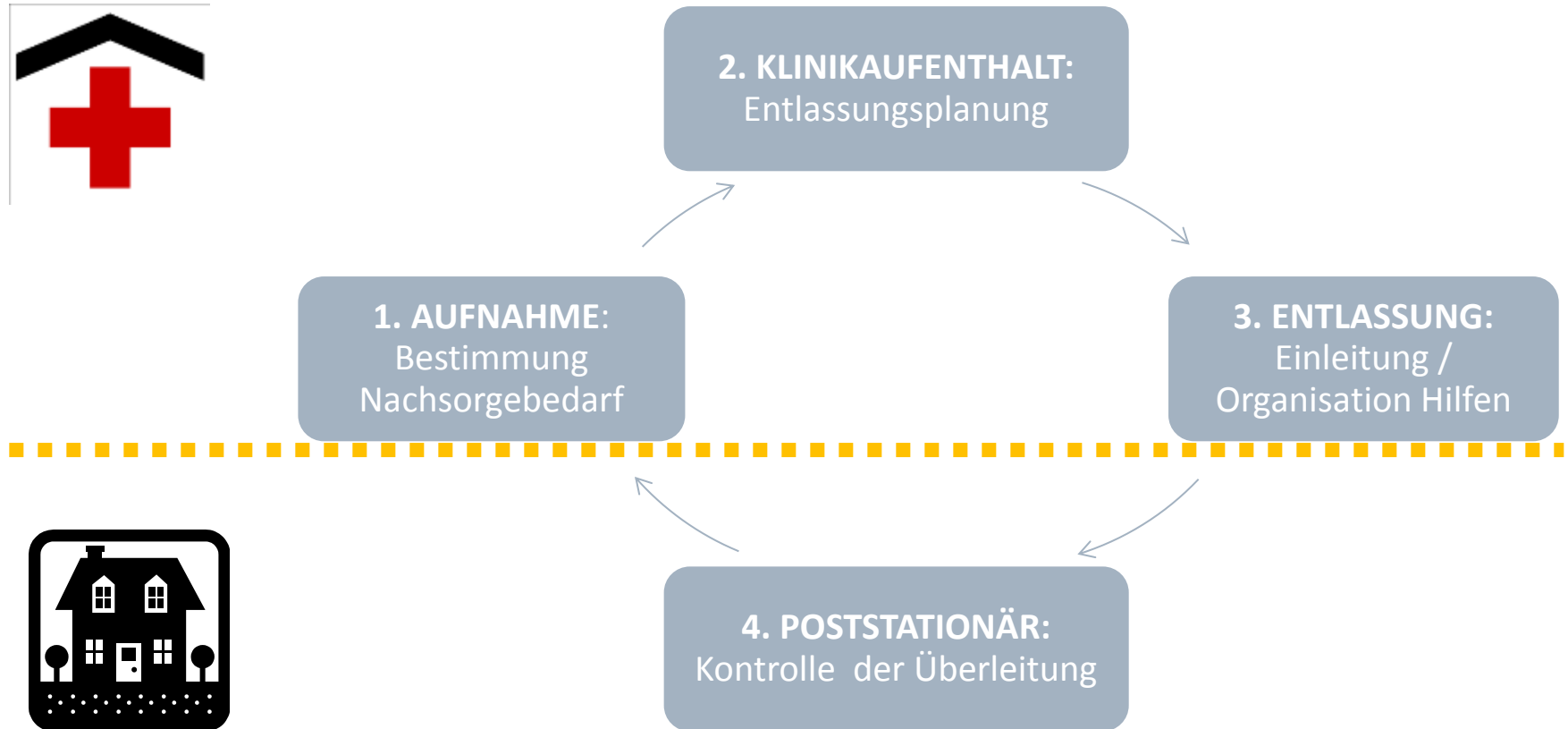


„Public Health Action Cycle“ (Rosenbrock, 1995)





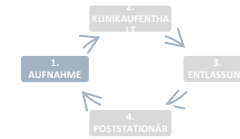
Überleitung als Interventionszyklus*



*in Anlehnung an den „Public Health Action Cycle“ (Rosenbrock, 1995)



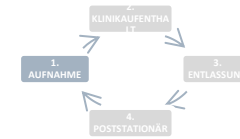
Bestimmung der Überleitungs- Bedarfe - Befunde



- Aufnahme oft ohne Vorliegen eines klinisch behandlungspflichtigen Krankheitsbildes notwendig („soziale Indikation“)
- Grund: (zu) wenige valide Information zum Patienten (häusliche Versorgungssituation, Vorerkrankungen etc.), v.a. bei
 - mangelnder Auskunftsfähigkeit (z.B. Delir, Demenz, „Zustand nach Türöffnung“)
 - Patienten ohne Angehörige / Auskunftspersonen
 - schlechter Erreichbarkeit der rechtl. Betreuer
 - bei neu auftretendem Hilfebedarf (keine Auskunftspersonen)
- besondere Bedarfe von pflegenden Patienten



Patienten mit pflegebedürftigen Angehörigen



"Wir haben jetzt gerade aktuell den Fall, dass wir eine Patientin, eine ältere Dame mit einem Herzinfarkt aufgenommen haben, die hat zu Hause ihren Mann eingesperrt - der ist nämlich dement - damit er nicht wegläuft. Wir haben einen Schlüssel organisiert, haben den Rettungsdienst hingeschickt, das war auch 'ne klassische Frage, dass nämlich die aufnehmende Ärztin gefragt hat 'sind sie jetzt alleine zu Hause', und sie sagte 'nee, mein Mann ist verwirrt, ich habe ihn zu Hause eingesperrt'. Dann haben die den Schlüssel organisiert. Die Patientin hätte theoretisch auch versterben können, dann wäre der Mann dann zu Hause alleine eingesperrt gewesen. Da kam der Rettungsdienst hin, hat die Tür geöffnet, der Patient, d.h. Ehemann lag dann bei uns auf der Kurzliegerstation aus sozialer Indikation. Er hätte gar nicht herkommen müssen - aber wohin sonst? Zuhause kann man ihn in dem Fall ja nicht alleine lassen." [...] „Hätte die Frau Kammerflimmern bekommen, wäre der demente Ehemann zu Hause gestorben. Denn die hatten keine Angehörige. Eingesperrt in der Wohnung.“

[OA ZNA 001: 51]



Entlassungsplanung - Befunde



- Entscheidungsfindung in Kliniken findet nicht immer in einem einheitlichen Rahmen statt (große organisatorischen Unterschiede zwischen Kliniken und Stationen), überwiegend kein „geregeltes“ Überleitungsmanagement
- hohe Zeitverzögerung bei fehlender Einwilligungs- / Geschäftsfähigkeit
- Häufig werden angebotene Hilfen / Maßnahmen von den Patienten / Angehörigen abgelehnt! Mögliche Gründe:
 - keine Auseinandersetzung mit möglicher Pflegebedürftigkeit (keine Vorbereitung, keine familieninternen Absprachen, wer sich kümmern könnte, wenn...)
 - Angst, Unsicherheit
 - mangelnde Vorstellung der Situation zu Hause („es wird schon gehen...“)



Fehlende Einsichtsfähigkeit



„Wo dann z.B. die Ordnungsbehörde sagt: `Wie könnt ihr denn jetzt wieder diese alte Dame in ihre Wohnung entlassen? Die ist doch gestürzt! Die haben wir gerade in die Klinik gebracht. Die Wohnung ist so vollgestellt – die wird wieder stürzen! Wie kann denn das sein, dass da keiner einen Schritt weiter denkt!‘ Und dann schalten sich die anderen [der KSD] ein und sagen `[...] wir haben beraten, wir haben auch eine Betreuung angeregt, die Betreuungsbehörde war auch dabei und auch der Richter. Es ist begutachtet worden. Diejenige ist freien Willens und die lehnt eine Betreuung ab.` Also haben wir keine Handhabe. Wir entlassen sie wieder in die Wohnung – wohlwissend, dass alle dabei ein schlechtes Gefühl haben. [...] Und das ist natürlich oft schwierig zu verstehen. Und auch schwer auszuhalten.“

[OA, Psychiatrie 012:63]



Entlassung/Überleitung – Befunde



- Probleme bei der Verlegung in spezialisierte Einrichtungen -> mehr Kapazitäten und Informationen zu Verweisstrukturen gewünscht
 - bei speziellen Versorgungsbedarfen (z.B. Schwerstkranke, junge Pflegebedürftige, neuropsychiatrisch auffällige Patienten, Suchtpatienten, suizidale Patienten etc.)
 - am Rande / außerhalb der Geschäftszeiten
 - für multimorbide Patienten außerhalb der geriatrischen Einschlusskriterien
 - bei fehlender Kostenzusage durch KK/PfK
- Finanzierungsprobleme bei Patienten ohne Pflegestufe (KZPf, häusliche Hilfen) und bei nicht krankenversicherten Patienten



Kontrolle der Überleitung - Befunde



- Klinikmitarbeiter wünschen sich Rückmeldungen über Verlauf der Überleitung
- in Einzelfällen Rückmeldungen nach Entlassung der Patienten
- systematische Rückmeldung bei Wiedereinweisung in die Klinik
- lediglich stichpunktartige Kontrollen bei nach Hause übergeleiteten Patienten durch SD-Mitarbeiter

-> d.h. keine systematische Qualitätskontrolle der Entlassungen in den Kliniken möglich



Fazit

- Zunehmender Anteil älterer Patienten führt zu veränderten Versorgungsbedarfen in den Akutkliniken -> besonders Einfluss psychischer und sozialer Problemlagen.
- In den Kliniken werden zahlreiche Handlungsbedarfe wahrgenommen – diese betreffen Aufnahme – klinikinterne Planungen – Entlassung und poststationäre Phase.
- Die Entwicklung disziplinübergreifenden Kommunikationsstrukturen innerhalb der Kliniken aber auch über die Schnittstelle hinweg sind zu verbessern.



„Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und Entlassung“

- **Laufzeit:** 01.05.2016-31.12.2018
- **Förderung** als Regionales Gesundheitsnetz im Gesundheitspakt 2.0 des HMSI und durch kommunale Mittel
- **Leitung:** Amt für Soziale Arbeit, Abt. Altenarbeit, LH Wiesbaden
- **Wissenschaftliche Begleitung:** IfG, Uni Heidelberg
- **Zielgruppe:** ältere Patienten im Akutkrankenhaus, die einen vorrangig sozialen Interventionsbedarf aufweisen
- **Ziel:** Entwicklung, Implementierung und Evaluation der Maßnahmen mit dem Ziel der Verstetigung



Handlungsfelder im Nachsorgezirkel

1. Vermeidung der Aufnahme von Patienten ohne klinisch-behandlungspflichtiges Krankheitsbild („soziale Indikation“)
2. Verbesserung der Erschließung valider Informationen zur häuslichen Lebenssituation (v.a. von Menschen ohne Kontakt zum Hilfesystem)
3. Entwicklung von Konzepten für Klinikaufenthalte von Pflegepersonen
4. Weiterentwicklung der Beratungskompetenz in den Kliniken zu ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten
5. Schaffung der Möglichkeit einer niedrigschwelligen Begleitung nach Klinikaufenthalt, insb. von Personen, die notwendige Hilfen ablehnen.
6. Schaffung der Möglichkeiten einer Notfallpflege (ambulant / stationär)

HERZLICHEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386

petra.schoenemann@gero.uni-heidelberg.de



Amt für Soziale Arbeit

katharina.ossendoth@wiesbaden.de