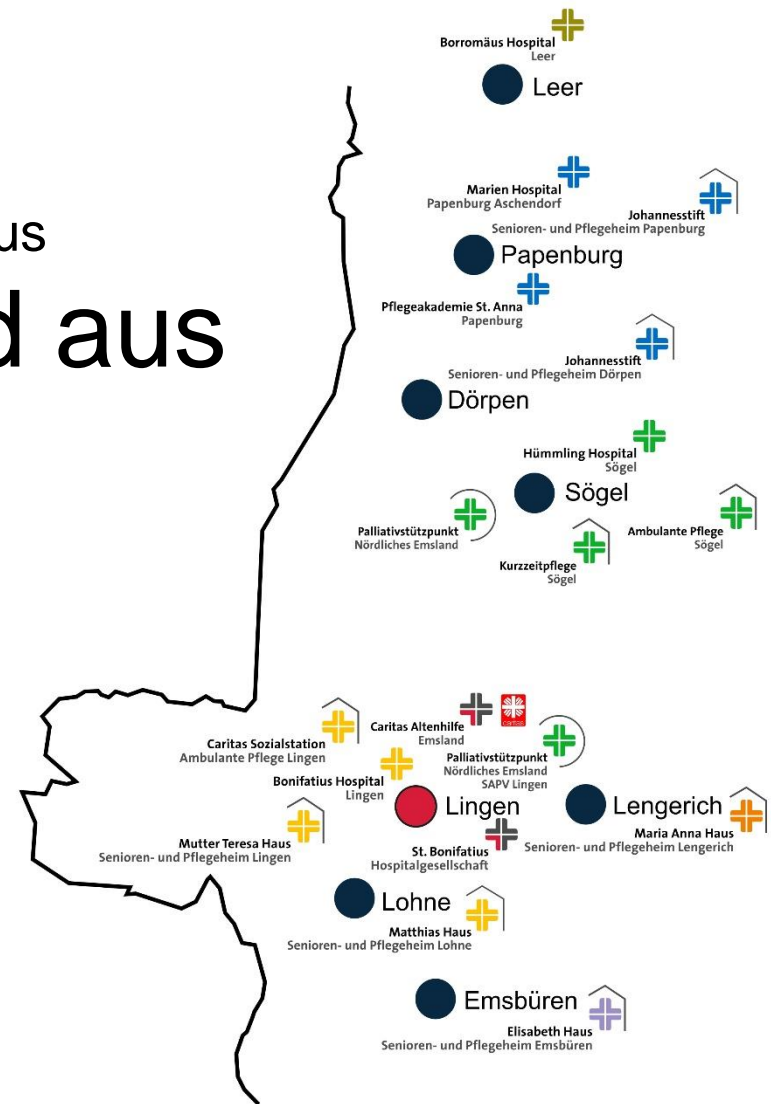


# Delir und Demenz im Krankenhaus

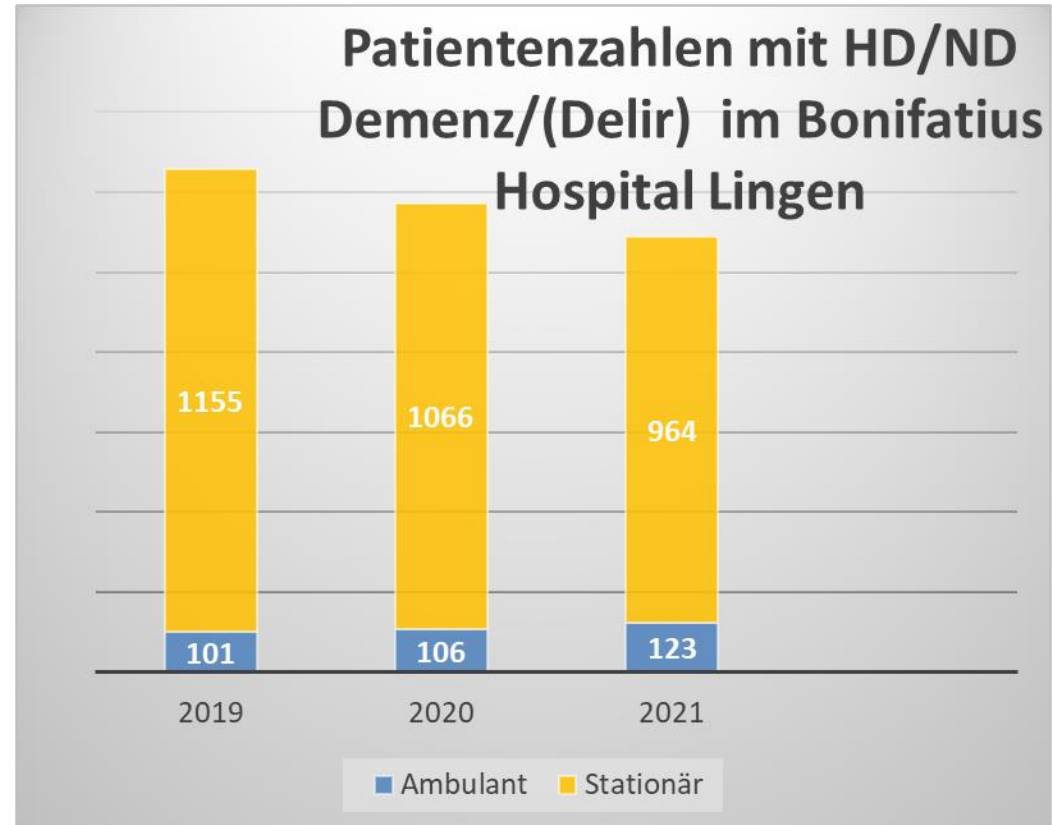
# Nutzen und Aufwand aus Anwendersicht

Dr. med. Jana Karin Köbcke  
Chefärztin Geriatrie  
Bonifatius Hospital Lingen



## Über uns:

- akademisches Lehrkrankenhaus der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
- 20 Fachabteilungen
- 1.900 Beschäftigte
- 22.000 Patienten stationär und 80.000 ambulant im Jahr
- auf dem Weg zum Demenzsensibles Krankenhaus
- Kognitionsteam mit 6 VK
  - 1963 gestellte Konsile
  - 868 davon bearbeitete Pflegekonsile für Demenz und Delir im Jahr 2021)



UNTERDIAGNOSTIK?

# Problemfelder in der Betreuung von Patienten mit Delir und Demenz



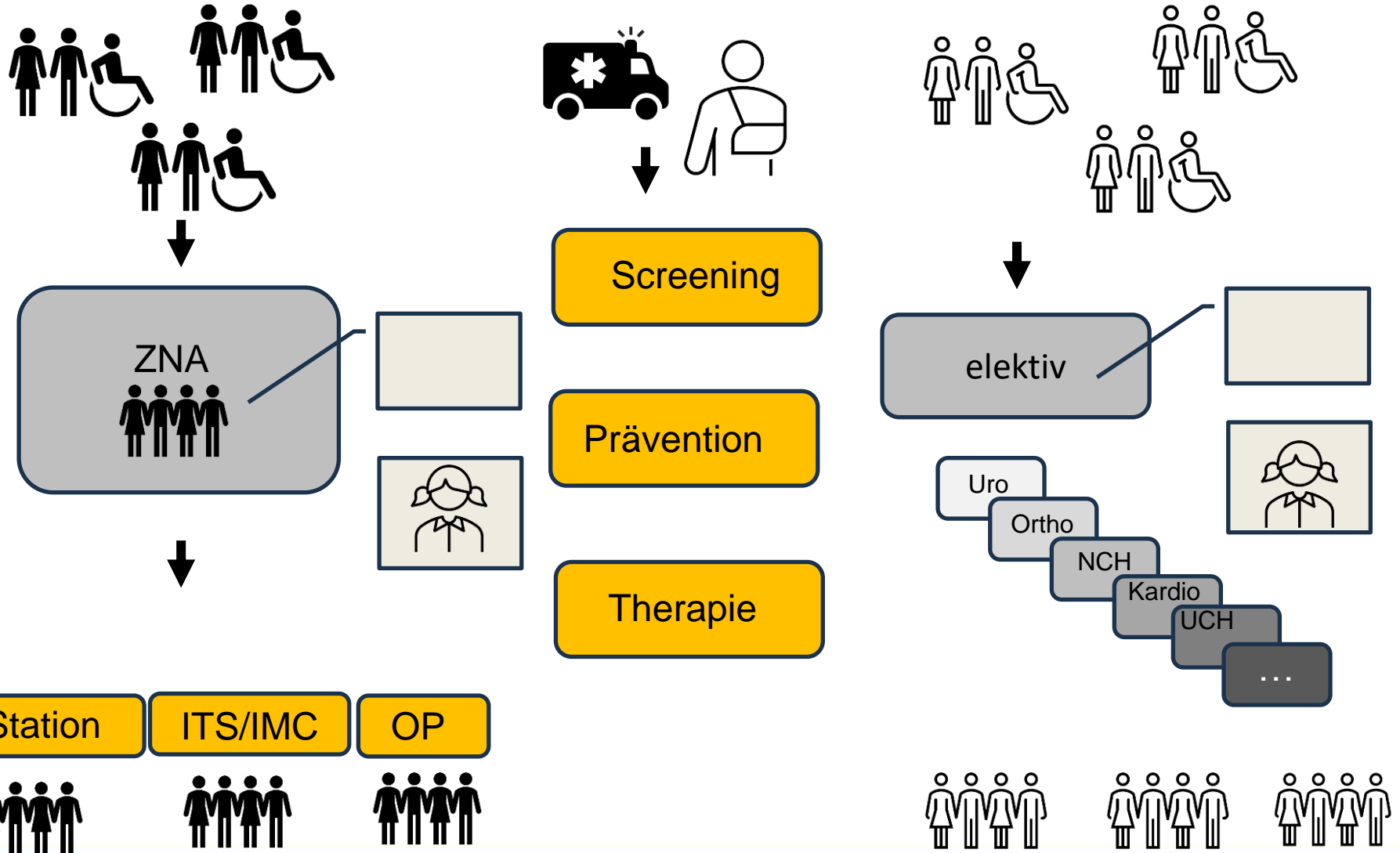
## Aus Sicht der Betroffenen:

- prolongierter Verlauf
- (chronische) Auswirkungen auf Mobilität, Kognition und Selbstversorgungskompetenzen
  - Erhöhung der Mortalität
  - Belastung für Angehörige
- Belastungen für medizinisches Personal

## Aus ökonomischer Sicht:

- personelle Ressourcen
- Komplikationen: Stürze, Infekte, Medikamenten-NW, Fixierung
- längere Verweildauern, Entlassmanagement
- Erlössituation

# 1. Strategische Überlegungen am Bsp. der Patientenaufnahme



# Mögliche Lösungsansätze eines Patienten-Screenings > 70 Jahre ...



## **Alterstraumatologisches Zentrum/UCH: durch unfallchirurg. Team**

- In der ZNA
- geriatrisches Screening (ISAR, CFS)
- Delir-Screening (Nu-DESC)

**→ Hoher Schulungsbedarf, viel  
Fluktuation, Qualität, Kontrolle**

## **Qualitätsvertrag KK „Postoperatives Delir“ durch Fallmanager/in :**

- elektive Patienten zur OP
- geriatrisches Screening (ISAR, CFS)
- Assessment für Kognition (SIS/  
MMST)
- Delir-Screening (Nu-DESC)

**→ Vertretungsregelung, zeitlicher  
Faktor, verschiedene Kliniken**

# Fazit 1

---

## Strategische Planung:

- passend zu Ihrem Haus
- Gliederung in Screening, Prävention und Behandlung mit zeitlichen und inhaltlichen Zielsetzungen
- Kosten und Personaleinsatz beachten
- Top Down

# Bildung einer Organisationsstruktur



*Leitung*

z.B. Stabstelle Demenz und Delir/Demenzbeauftragte

Planung, Koordination, Vernetzung

„*Experten*“

z.B. AKTIVER-Teams, Kognitionsteam, Delir-Nurse pro Team

z.B. Einzelbetreuung, Unterstützung der Teams  
Angehörigenarbeit

*(Stations)Teams im KH*



z.B. tgl. Delir-Screening, Pocketcards, (nicht)medikamentöse Maßnahmen

# Fazit 2

---

## Organisationsstruktur

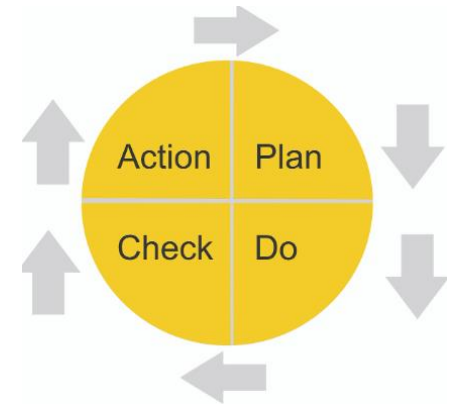
- Base and Top
  - personeller Mehraufwand
- Wissensaufbau einschl. der damit verbundenen Kosten
  - Vernetzung Pflegedirektion, Geschäftsführung, Ärzte, IT
    - Step-by-Step:
      - Beginn in einzelnen Einheiten oder in Teilschritten
      - viel Geduld



# Change-Management und Unternehmenskultur

Guter Umgang mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen kann erlernt werden

- Haltungsänderung des Personals
- Wissen erforderlich
- Checklisten hilfreich, aber nicht ausreichend



Fazit 3:

Wenn aus Wissen gelebter Alltag wird, können wir viel für unsere Patienten und unser Personal erreichen!

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

*„Dieser Weg wird kein leichter sein.“*

*Aber das Ziel ist es wert!*

