

Geriatric and Gerontopsychiatry – Hand in Hand? Symposium - Schnittstelle Somatik

APK-Fachtagung am 04. und 05. November 2024
Berlin

Referent: Bernd Meißnest
LWL-Klinikum Gütersloh

Agenda

- Was wir seit langem wissen
- Die Ausgangssituation
- Das „Gütersloher“ Problem
- Lösungswege
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit heute
- Fazit und Ausblick

Was wir bereits wissen:

Ältere PatientInnen:

- bringen aus mehreren Fachdisziplinen Diagnosen und Einschränkungen mit und sind oftmals nie am „richtigen“ Behandlungsort
- sind abhängig von einer guten Zusammenarbeit der verschiedenen Behandlungsteams
- reagieren sensibler auf Veränderung und müssen eine höhere Anpassungsleistung erbringen, („zu krank für das KH“)
- benötigen Zeit, angenehme Atmosphäre, positive Kontakte, vertraute Umgebung
- haben viele Ressourcen, trotz wachsender „Defizite“ und Einschränkungen

Leitlinienorientierte Behandlung einzelner Diagnosen schwierig bis unmöglich

Was wir bereits zur Polypharmazie bei Älteren wissen:

- Patienten über 65 Jahre nehmen im Schnitt 8 verschiedene Medikamente (Rieg S, Wehling M: Eur Geriatric Med. 2020 Aug 9.)
- Das Problem der Polypharmazie bei älteren Patienten wird immer schlimmer (Jonas W.Wastesson, Lucas Morin, et.al.(2018): An update on teh clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review, Expert Opinion on Drug Safety,17:12,1185-1196
- 80-Jährige haben im Schnitt 3,4 relevante Diagnosen, die mit 8 Arzneimitteln behandelt werden, davon 1-2 psychotrope (Wehling et.al VALFORTA Classification Age &Aging 45,262-7,2016: Kaufmann et al. JAMA 2002:287,337-344)
- Hohes Interaktionsrisiko zwischen somat. Medikation und Psychopharmaka (u.a. HRST, Blutungsrisiko, Hyponatriämie, plötzlicher Herztod); größere Empfindlichkeit, atypische Präsentation
- „Garfinkelmethode“ hilft kurzfristig und beweist die Reversibilität des Cerebrums. Ein nicht gegebenes Arzneimittel macht keine Interaktion.
- Nichtmedikamentöse Therapien bleiben oft unberücksichtigt.

Entwicklung in der Versorgung

- Durch die Einführung der DRG´s - Veränderung des Patientenlientels
 - **Gerontopsychiatrie:** Zunahme der somatisch/psychiatrisch Erkrankten;
Zunahme der „spontanen“ Verlegungen aus somatischen Kliniken
 - **Somatische Disziplinen:** Liegezeitreduzierung;
Zunahme der psychiatrisch auffälligen Patienten
- Demographische Entwicklung: Zunahme der interdisziplinär behandlungsbedürftigen älteren Menschen
- Zunahme des rehabilitativen Behandlungsauftrages bei Älteren
- Zunahme der interdisziplinären Konsilanfragen
- Der demente/delirante Patient als „Störfaktor“ in den somatischen Disziplinen
- Der somatische erkrankte Patient als „Störfaktor“ in der Psychiatrie.

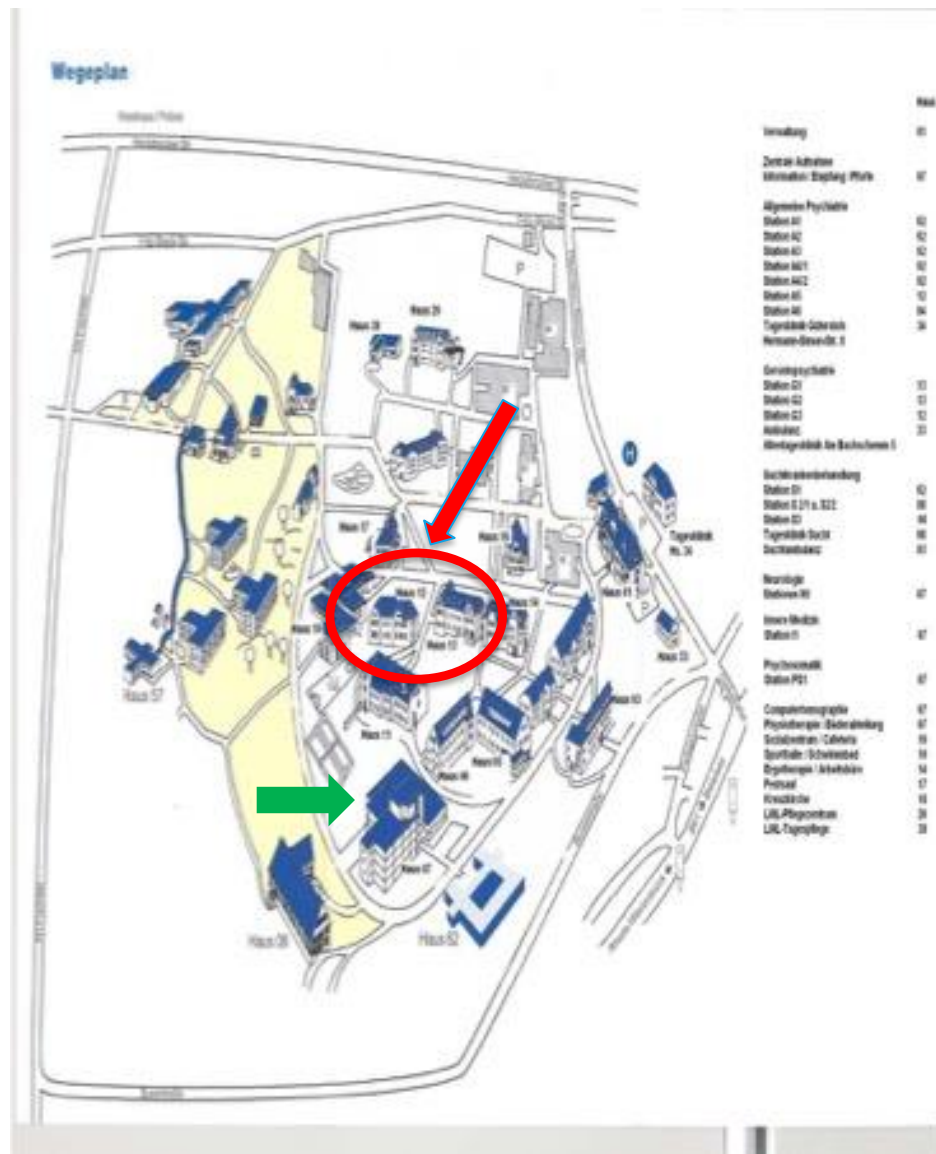
Die Struktur im LWL-Klinikum Gütersloh (2005)

Die Struktur

- Abteilung für Allgemeine Psychiatrie
- Abteilung für Suchtmedizin
- ➔ Abteilung für Gerontopsychiatrie
- ➔ Abteilung für Neurologie
- ➔ Abteilung für Innere Medizin incl. Intensivstation mit 8 Betten
- Abteilung für Psychosomatik

Die Rahmenbedingungen

- Dezentrale Aufnahme
- Fehlendes Entlassungsmanagement
- Unzureichendes interdisziplinäres Denken und Handeln.
- Keine Vernetzung mit den 5 Kliniken im Kreis GT



Die Situation im LWL-Klinikum Gütersloh

Forschungsarbeit zur stationären Gerontopsychiatrie und interdisziplinären Zusammenarbeit:

Frage: Was ist aus PatientInnen geworden?

- Retrospektive Befragung 1 Jahr nach Entlassung.

Ergebnisse und Empfehlung u.a.:

- Erkrankungsschwere und Komplexizität der PatientInnen mit fortgeschrittener Demenz nimmt zu
- Untersuchte Patienten gehörten zur Hochrisikogruppe für ein Delir (hohes Alter, fortgeschritten dement und hohe somatische Komorbidität)
- Räumliche Einheit nötig mit enger Kooperation zwischen internistischen, neurologischen und psychiatrischen KollegInnen
- Auf Verlegungen verzichten, da sie mit Stress, Aufwand und erhöhtem Komplikationsrisiko verbunden sind

Problemstellungen im LWL – Klinikum Gütersloh

- Zukünftiger Versorgungsauftrag der einzelnen Disziplinen ?
 - Gemeinsam oder getrennt; Spezialisierung oder „Interdisziplinär“
- Wie lassen sich Verlegungen zwischen den Disziplinen vermeiden?
- Was heißt interdisziplinäre Zusammenarbeit konkret?
- Was benötigen/wünschen die multimorbiden Patienten?
- Was wünschen Einweiser (!) / Angehörige / Netzwerkakteure?
- Wo bleibt die Ökonomie?

Die Lösungswege bis heute

- Start mit interdisziplinärer Pilotstation
- Stärkung des interdisziplinären Handelns
- Intensivierung des Konsiliar- und Liaisondienstes zwischen den Abteilungen innerhalb des LWL-Klinikums
- Zentrale Aufnahme für alle
- Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst in den somatischen Krankenhäusern des Kreises
- Räumliche Anpassung
- Öffnung nach außen (Gemeinde; Kliniken im Kreis)

Lösungsweg: Interdisziplinäre Pilotstation

Interdisziplinäre Pilotstation („Zentrum für Altersmedizin“) im somatischen Klinikgebäude:

- Pilotphase von 2005 bis 2008
- 10 Betten Gerontopsychiatrie; 10 Betten Neurologie; 8 Betten Innere Medizin
- Ein Pflegeteam, 3 ärztl. Leitungen.

Ergebnisse der Pilotphase:

- Positiv:
- Reduktion von Verlegungen, Verkürzung der VD
 - Interdisziplinäre Behandlungsangeboten (z.B. Ergotherapie)
 - Steigerung der Zufriedenheit bei Patienten, Einweisern, Angehörige
 - Minderung der Behandlungskosten durch Vermeidung unnötiger Diagnostik /Therapie und Transporte.

- Negativ:
- Max. Belastung für Pflegeteam im Management dreier Disziplinen.
 - Fehlendes/unzureichendes interdisziplinäres Denken
 - Klärung von Verantwortlichkeit
 - Schlechte Räumliche Ausstattung

Lösungsweg: Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Stärkung des interdisziplinären Denkens und Handelns:

- Gemeinsame Konzeptentwicklung
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und Weiterbildungsveranstaltungen

Ergebnisse u.a.:

- Gemeinsame Konzepterstellung:
Vereinbarung treffen, Prozessabläufe klären
- Coachingprozess (Meinen wir das Gleiche?):
Hohes Misstrauen, Teilnahme schwierig
- Gemeinsame Wege in der Behandlung festgelegt und umgesetzt:
Benötigt Zeit und gutes Gelingen; Lernen an der Praxis
- Interdisziplinäre Weiterbildung und Weiterbildungsbefugnis:
Bsp: Geriatrie, Palliativ-Care, Demenz-Coach, Zercur-Geriatrie,...

Lösungsweg: Zusammenarbeit konkret

Vom Konsil hin bis zur interdisziplinären Visite zwischen den Kliniken:

- Feste Zeiten, vor Ort, niederschwellige Ansprechbarkeit
- Reduktion von leitliniengestützter Diagnostik; Stärkung der „Prima vista“ Behandlung

Ergebnis :

- Stationsübergreifende Behandlung („virtuelle Verlegungen“) möglich
- Reduktion von Verlegungen, unnötiger Diagnostik und Transporte
- Hohe Akzeptanz bei den einzelnen Teams
- Erhöhung der fachlichen Kompetenz in den Teams
- Strukturierte Hospitationen einzelner MA´s

Lösungsweg: Zentrale Aufnahme

Zentrale Aufnahme:

- Alle Patienten nutzen den gleichen Eingang
- Belegungssteuerung
- Primärdiagnostik
- Interdisziplinärer Blick und dann Klärung des Behandlungssettings

Ergebnisse:

- Sehr hohe Akzeptanz bei den Zuweisern, Patienten und Teams
- Gute Überprüfung der Einweisungsdiagnose und notwendiger Behandlungspriorisierung durch interdisziplinären Blick
- Schnelle Primärdiagnostik

Lösungsweg: Gerontopsychiatrischer Konsildienst

Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst für die somatischen Abteilungen der Kliniken im Kreis Gütersloh:

- **Keine** Übernahme in die Gerontopsychiatrie **ohne** fachärztliches Konsil
- Krisenbehandlung vor Ort

Ergebnisse:

- Reduktion der Verlegungen und verbesserte psychiatrische Versorgung der somatischen Patienten
- Schulung der unterschiedlichen Professionen vor Ort
- Vermeidung hochspezifischer Behandlungsaufträge
- Verbessertes Aufnahmemanagement
- Zunahme der Konsiliartätigkeit
- Hohe Nachfrage nach gerontopsychiatrischer Kompetenz

Lösungsweg: Räumliche Anpassung

Gebäudeumbau und – anbau :

- 1-Bett und 2-Bett Zimmer mit Bad
- Therapieräume **auf** den Stationen
- Rechteckige Anordnung mit Lauf- und Sitzmöglichkeiten
- Offene Stationen
- Ausbau der Physio- und Ergotherapie auf der Stationsebene

Ergebnisse:

- Hohe Akzeptanz bei den unterschiedlichen Kliniken und Zuweisern
- Alle Stationen offen
- 2010:Eröffnung der geriatrischen Tagesklinik
- 2017:Umzug der gerontopsychiatrischen Tagesklinik

Behandlungsschwerpunkte im ZAM

Klinik für Innere Medizin / Geriatrie:

- Behandlung multimorbider älterer Menschen
- Behandlung von älteren Menschen mit Bedarf an geriatrischer Komplexbehandlung

Klinik für Neurologie:

- Patienten mit neurogeriatrischen Erkrankungen z.B. Parkinsonsyndrom; Frühformen demenzieller Syndrome;
- Bewegungsstörungen im Alter
- Defizitsyndrome nach cerebrovaskulären Ereignissen z.B. Schlaganfall
- Akute und chron. Schmerzsyndrome

Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie:

- Gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen mit zusätzlichem internistischen / neurologischen Behandlungsbedarf.
z.B. Delirien organischer Genese

Die Erfahrung mit dem interdisziplinären Konzept:

Allgemein:

- Interdisziplinäres Denken und Handeln wird gelebt
- Es lohnt sich für alle (!) und macht Spaß
- Zukunftsorientiertes Konzept das bisherige Strukturen, Abläufe und Haltungen „auf den Kopf stellt“
- Rehabilitatives Angebot (Geriatrische Komplexbehandlung) stationär und teilstationär auch speziell für gerontopsychiatrische Patienten
- Wirkung nach außen (Praxen, Pflegedienste, Kliniken, Bürger,...)

Speziell:

- Misstrauen, Konkurrenzdenken reduziert sich
- Überzogene Behandlungsaufträge überfordern (kein Rund-um-Sorglos Paket)
- Stetes Schulen und Informieren/Aufklären erforderlich
- Hoch sensible Struktur: Interdisziplinäre Station kommt immer wieder an ihre Grenzen
- Zeit- und Personalintensiv.

Das Zentrum für Altersmedizin heute

- 4 Stationsebenen:
 - Klinik für Geriatrie mit 4 IMC Betten (32 Betten)
 - Klinik für Neurologie (32 Betten)
 - Geriatrie/Gerontopsychiatrie (25 Betten)
 - Geronto TK (20) und geriatrische TK (14)
- Im DRG Bereich 80% geriatrische Komplexbehandlung
- Geriatrische Kompetenz in allen Bereichen
- Interdisziplinäre wöchentliche Visiten (5 „Fälle“ pro Termin und Station), auch mit Chirurgen im Rahmen des ATZ
- Flexible Belegungssteuerung und übergreifende Weiterbehandlung
- Kreative Therapieangebote für alle
- Festes, etabliertes Behandlungsangebot für kooperierende Kliniken u.a. Teil des alterstraumatologischen Zentrums

Das Zentrums für Altersmedizin heute

Die Personalausstattung:

- Für 89 Betten, 14 TK Plätze: 89,6 VK, davon 22,8 VK auf der interdisziplinären Station (25 Betten)
- Zuwachs über 4 Jahre von 65%

Ein „typischer“ Behandlungsverlauf:

- Frau M. leichte Demenz ; Sturz zuhause mit OSH – Fraktur
- OP mit postoperativem Delir; mit Psych-KG in die Gerontopsychiatrie
- Zunächst Delirbehandlung und anschließende geriatrische Komplexbehandlung durch „virtuelle“ Verlegung:

Gleiches Team, gleiche TherapeutInnen, gleiche Räumlichkeit
gemeinsame Entlassplanung

Fazit und Ausblick:

- Lohnendes Konzept benötigt Geduld und Kreativität
- Integration des ZAM - Konzeptes sehr personenabhängig und erfordert den Blick über den eigenen Tellerrand
- Interdisziplinäres Denken und Handeln wirkt positiv nach Außen in die ambulante Versorgung hinein
- Aktuelle Finanzierungssysteme sind nicht geeignet für eine gute, patientenorientierte, interdisziplinäre Behandlung
- Strukturen müssen stetig angepasst werden, z.B. digitale Krankenakte, Dokumentation, Qualifikationen,...
- Strukturvoraussetzungen für die geriatrische Behandlung werden künftig interdisziplinäre Netzwerke sein von Unfallchirurgie, Neurologie, Gerontopsychiatrie; z.B. alterstraumatologische Zentren, etc..
-

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

Haben Sie Fragen/Anmerkungen?

Gerne stelle ich den Vortrag als pdf – Datei ohne Bilder zur Verfügung
Mail: bernd.meissnest@lwl.org