

Interdisziplinäre
demenzsensible
Akutversorgung

Projekthandbuch

für die Implementierung von IdA im Akutkrankenhaus

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung – Was ist IdA? ... 4
1.1 Ausgangssituation ... 4
1.2 Kurzbeschreibung des Modellprojekts in Brandenburg ... 4
1.3 Zielgruppe und ihre Besonderheiten ... 6
1.4 Ausschlusskriterien ... 7
1.5 Ziele von IdA ... 7
2. Strukturelle Voraussetzungen ... 7
2.1 Rolle und Aufgaben von Projektleitung und Projektbeauftragten im Modellprojekt und Bedingungen für eine erfolgreiche Implementierung ... 7
2.2 Schulung und Sensibilisierung des Stammpersonals ... 8
2.3 Zusätzlicher Personalbedarf ... 9
2.3.1 Koordinator*innen ... 9
2.3.2 Tagesbegleiter*innen ... 10
2.4 IdA-spezifische Qualifizierungen ... 11
2.5 Öffentlichkeitsarbeit ... 31
2.6 Vernetzung und Kooperation ... 32
2.7 Rechtliche Rahmenbedingungen ... 41
2.8 Datenschutz und Dokumentation ... 41
3. Die Interventionen ... 42
3.1 Rolle und Aufgaben der Koordinator*innen ... 42
3.1.1 Vorgehen allg.: ... 43
3.1.2 Patienteneinwilligung ... 45
3.1.3 Erstscreening und Eingangsassessment ... 45
3.1.5. IdA-Dokumentation ... 51
3.1.6 Einbezug von Angehörigen ... 52
3.1.6 Einbezug des Stammpersonals ... 52
3.1.7 Einbezug von Vor- und Nachbehandler*innen ... 52
3.1.8 Erstellen von Maßnahmenplänen ... 57
3.1.9 Anforderung zusätzlicher Konsile ... 57
3.1.10 Durchführung von Fallbesprechungen ... 58
3.1.11 Fallsteuerung: Monitoring und Verlaufsdokumentation ... 60
3.1.12 Fallübergaben ... 60
3.2 Rolle und Aufgaben der Tagesbegleiter*innen ... 61
3.2.1 Einzelbetreuung ... 61

3.2.2 Gruppenbetreuung 63
3.2.3 Selbstverständnis, Herangehensweise, Auswahl der Materialien 63
3.2.4 Einsatzplanung 64
3.2.5 Hygiene 65
3.2.6 Grenzen 65
3.2.6 Verworfene Maßnahmen 66
4. Besondere Situationen 66
4.1 Coronabedingte Abweichungen und Anpassungen 66
4.2 Unkooperative Patient*innen 67
4.3 Herausfordernde Patient*innen 69
4.4 Umgang mit Störungen durch Besuche oder Untersuchungen 69

Projekthandbuch IdA

1. Einführung – Was ist IdA?

1.1 Ausgangssituation

Knapp 40 Prozent der älteren Patienten, die wegen einer körperlichen Erkrankung in einer Klinik behandelt werden, haben Gedächtnisbeeinträchtigungen, davon etwa 20 Prozent vom Schweregrad einer Demenz. Bei der Aufnahme ist dies in den wenigsten Fällen bekannt. Aus dieser Begleiterkrankung ergibt sich im Krankenhaus ein erhöhtes Risiko für Verwirrtheitszustände, Krankenhausinfektionen, Mangelernährung und Stürze. Daher liegen diese Patienten oft länger in der Klinik, müssen häufiger verlegt werden, und es entsteht ein erhöhter Behandlungs- und Betreuungsaufwand. Für das Pflegepersonal der somatischen Stationen bedeutet dies eine inhaltliche und zeitliche Herausforderung. Auch wünschen sich die Angehörigen häufig eine bessere Einbindung in den Behandlungsablauf.

Hier setzt IdA an: IdA steht für „Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung – sektorübergreifend“ und ist ein innovativer Ansatz zur Unterstützung älterer Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die wegen einer körperlichen Erkrankung auf einer somatischen Station im Krankenhaus behandelt werden. In einer ausführlichen Eingangsuntersuchung ermitteln speziell geschulte Koordinatoren den Hilfebedarf und die Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen des Projektes. Ein individueller Maßnahmenplan unter Einbeziehung der Angehörigen und Vernetzung mit kooperierenden Hausärzten und/oder Pflegeeinrichtungen ermöglicht Orientierungshilfe, Tagesstruktur und Begleitung während des Krankenhausaufenthaltes. Die eigens für das Projekt angestellten und geschulten Tagesbegleiter bieten Einzelbetreuung auf den Stationszimmern mit entsprechender Ausstattung zur Aktivierung oder Beruhigung der Patienten an. Außerdem finden Gruppenaktivitäten in separaten Räumlichkeiten zur Beschäftigung am Nachmittag statt.

Das Projekt adressiert drängende Anpassungserfordernisse in der akutstationären Versorgung, die deutschlandweit und in jedem Krankenhaus bestehen, und die aufgrund der weiteren demografischen Entwicklung und der damit verbundenen Versorgungserfordernisse alternativlos erscheinen.

1.2 Kurzbeschreibung des Modellprojekts in Brandenburg

Das Projekt „IdA – Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung - sektorübergreifend“ (IdA) wurde vom 01.10.2019 bis zum 30.09.2023 als durch den Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschuss (gBA) gefördertes Modellprojekt an den drei Interventionskliniken Oberhavel Kliniken GmbH - Standorte Hennigsdorf und Oranienburg, Sana Kliniken Niederlausitz gGmbH – Standorte Lauchhammer und Senftenberg sowie am Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH in Potsdam durchgeführt. Die Oberhavel Kliniken GmbH fungierte als Konsortialführung in dem Projekt. Neben den drei genannten Kliniken waren folgende Konsortialpartner an IdA beteiligt:

- Klinikum Campus GmbH (projektspezifische Qualifizierung und Schulung)
- Jäger Gesundheitsmanagement - JGM GmbH (Projektmanagement)
- AOK Nordost- Die Gesundheitskasse (Beratung und Datenlieferung)
- AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH (Evaluation)

Als Kooperationspartner sowie in beratender Funktion waren folgende Akteure beteiligt:

- BAHN-BKK (Datenlieferung)
- KNAPPSCHAFT (Datenlieferung)
- Alzheimer-Gesellschaft (Beratung bei der Konzeptionierung, Mitarbeit an den Curricula)

Die Projektlaufzeit verlief in mehreren Phasen. Aufgrund der Corona-Pandemie musste der Start der Präerhebung um 6 Monate nach hinten verschoben werden und die Phase der Prozessevaluation (von 14 auf 8 Monate) stark eingekürzt werden. Folgende Zeiträume haben sich schließlich ergeben:

1. Vorbereitungsphase: 01.10.2019 – 04.09.2020
    - Ausarbeitung von Konzepten, Verträgen, Anträgen (Einwilligungserklärungen, Konsortialpartnervertrag, Datenschutzkonzept, Ethikantrag, Schulungscurricula usw.)
    - Entwicklung und Einrichtung einer Dokumentationsdatenbank zur Datenerfassung (IdA-Portal)
    - Personalakquise und Qualifizierung (Projektbeauftragte, Koordinatoren, Tagesbegleiter)
    - Abstimmung von Erhebungsinstrumenten
    - Materialauswahl und Beschaffung (Ausstattung Büros und Gruppenräume, Anschaffung und Ausstattung von Funktionswagen mit Beschäftigungsmaterialien)
    - Öffentlichkeitsarbeit (Eröffnungsveranstaltung, Pressemitteilungen, Entwicklung von Flyern, Homepage und weiteren Werbematerialien)
2. Präerhebung: 07.09.2020 – 20.11.2020
    - Erhebung eines IST-Stands vor Beginn der Intervention an den beteiligten Kliniken unter Einsatz von Studynurses
3. Prozessevaluation: 23.11.2020 – 30.06.2021
    - Einübung aller Prozesse und Abläufe
    - Abstimmung notwendiger Dokumente und Formulare
    - Anpassung von Prozessen/Dokumenten
    - Anpassungen im IdA-Portal
    - Finalisierung Evaluationskonzept
4. Wirkungsevaluation: 01.07.2021 – 30.09.2022
    - Durchführung der Intervention
    - Evaluation der Maßnahmen
5. Datenanalyse/Ergebnisauswertung: 01.10.2022 – 31.03.2024
    - Erstellung Abschlussbericht / Evaluationsbericht

Parallel zur Wirkungsevaluation in den Interventionskrankenhäusern wurde eine Kontrollgruppe in folgenden Kontrollkrankenhäusern untersucht:

- GLG Werner Forßmann Klinikum, Eberswalde
- Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH, Potsdam
- Oberhavel Klinik Gransee GmbH, Gransee

Im Projektverlauf wurde deutlich, dass sich die Rekrutierung von geeigneten Patientinnen und Patienten für die Kontrollgruppe deutlich schwieriger gestaltet als für die Interventionsgruppe, da kein unmittelbarer Nutzen von der Teilnahme an der Kontrollgruppe für die Patientinnen und Patienten ausgeht. Darüber hinaus machen sich die pandemiebezogenen Auswirkungen auf den Klinikalltag bemerkbar (zeitweise Schließungen von Stationen, Aussetzen/Aufschieben elektiver Krankenhausaufenthalte etc.). Aus diesem Grund wurden zu Beginn sowie im Verlauf der Wirkungsevaluation weitere Kontrollkliniken hinzugewonnen, um die avisierten Fallzahlen zu erreichen.

- Ruppiner Kliniken GmbH, Neuruppin
- Carl-Thiem-Klinikum gGmbH, Cottbus
- Klinikum Ernst von Bergmann Bad Belzig gGmbH, Bad Belzig

Das vorliegende Handbuch soll die Vorgehensweise bei der Projektdurchführung Schritt für Schritt beschreiben und die dazu notwendigen Voraussetzungen, Materialien, Maßnahmen und Dokumente aufführen. Dadurch soll die Möglichkeit geschaffen werden, IdA auch in anderen Einrichtungen in Deutschland problemlos einzuführen und zu etablieren und dabei von den Erfahrungen in Brandenburg zu profitieren.

1.3 Zielgruppe und ihre Besonderheiten

In das Modellprojekt eingeschlossen werden alle stationär behandlungsbedürftigen Patienten ab 70 Jahren, die bei einer der teilnehmenden Krankenkassen versichert sind (AOK Nordost, BAHN-BKK, KNAPPSCHAFT), mit akuter somatischer Erkrankung und kognitiver Beeinträchtigung und voraussichtlicher stationärer Aufenthaltsdauer auf einer teilnehmenden somatischen Station von mehr als drei Tagen. Grundvoraussetzung für eine Projektteilnahme stellt die schriftliche Einwilligung des Patienten (oder dessen Betreuer) und eine Bedarfsanalyse durch den Koordinator dar.

Menschen mit kognitiven Einschränkungen sind rational nicht immer erreichbar, sie können sich in fremder Umgebung nicht gut orientieren und verstehen oft den Grund des Krankenhausaufenthalts nicht. Auf Veränderungen reagieren sie oft „herausfordernd“. Mit den Auswirkungen sind alle Berufsgruppen konfrontiert (Weglauftendenz, Ablehnung diagnostischer und therapeutischer Interventionen, Ziehen von Schläuchen nach OP etc.). Ein Krankenhausaufenthalt ist für diese Patientengruppe mit hohen Risiken verbunden, die nicht aus der Grunderkrankung, sondern aus den Begleitsymptomen resultieren. Sie stellen, darüber hinaus,0 an das pflegerische und medizinische Personal besondere Anforderungen und erfordern einen erhöhten Zeitaufwand. Der Versorgungsalltag auf den somatischen Stationen ist derzeit darauf nicht eingestellt. Bekannte Folgen sind insbesondere Überlastungen des Pflegepersonals, mangelnder Einbezug der Angehörigen, Delirien, ein erhöhtes Risiko für nosokomiale Infektionen, Mangelernährung, Stürze und eine daraus resultierende verlängerte Verweildauer, häufig verbunden mit Mehrfachverlegungen zwischen den verschiedenen Fachabteilungen. In der Folge entsteht ein erheblicher Behandlungs- und Pflegeaufwand, sowohl innerhalb des Krankenhauses als auch nach der Entlassung mit einem erhöhten Betreuungsaufwand durch Angehörige und ambulante Dienste bis hin zur Notwendigkeit der Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung.

1.4 Ausschlusskriterien

Patienten, die die o.g. Kriterien nicht erfüllen, können nicht in das Projekt eingeschlossen werden. Ausgeschlossen werden überdies Patienten, für die sich nach einem Kurzscreening (6 CIT) und ggf. nach anschließendem Assessment kein Erfordernis für die projektspezifische Betreuung ergibt bzw. der Patient oder sein juristischer Vertreter eine Teilnahme ablehnt. Weitere Ausschlusskriterien stellen ein zu schlechter Gesundheitszustand, mangelnde Deutschkenntnisse oder eine mangelnde Kooperationsbereitschaft des Patienten dar. Auch während der Projektteilnahme hat der Patient zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, seine Teilnahmeeinwilligung zu widerrufen, was ebenfalls zu einem Projektausschluss führt.

1.5 Ziele von IdA

Das übergeordnete Ziel des Projektes IdA bestand darin, die Versorgung für ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auf somatischen Stationen zu verbessern und ihre Wiedereinweisungsrate zu senken. Im Rahmen von IdA wird die stationäre Versorgung älterer Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auf den somatischen Stationen systematisch darauf ausgerichtet, Komplikationen wie delirante Zustände und herausfordernde Verhaltensweisen, Stürze, freiheitsbeschränkende Maßnahmen und die inadäquate Behandlung mit Neuroleptika/Benzodiazepinen zu reduzieren und dem weiteren Verlust kognitiver Fähigkeiten und Alltagsfertigkeiten entgegenzuwirken sowie Notfallverlegungen in die Akutpsychiatrie zu vermeiden. Die Belastung des Pflegepersonals auf den Stationen soll reduziert und Angehörige sollen systematisch in die Behandlung einbezogen werden. Sektorenübergreifend werden ambulante Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen für ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und deren Angehörige fallbezogen mit der akutstationären Versorgung vernetzt.

In Abgrenzung zur Regelversorgung, bietet IdA eine zusätzliche Maßnahmen- und Behandlungsplanung an, die passgenau und prozesshaft den Behandlungserfolg von somatisch erkrankten Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen sicherstellt. Langfristig schafft diese neue Versorgungsform eine umfassende Entlastung aller Beteiligten der Krankenhausversorgung und wird vor allem für die Patienten selbst und deren Angehörigen vom großen Nutzen sein.

2. Strukturelle Voraussetzungen

2.1 Rolle und Aufgaben von Projektleitung und Projektbeauftragten im Modellprojekt und Bedingungen für eine erfolgreiche Implementierung

Das IdA-Projekt verfügt im Rahmen der Umsetzung als Modellvorhaben über eine Gesamtprojektleitung, die beim konsortialführenden Unternehmen angesiedelt ist. Die Gesamtprojektleitung hat die Funktion die Rahmenbedingungen und Strukturen so zu gestalten, dass eine erfolgreiche Projektumsetzung gewährleistet ist; dazu gehört es, übergeordnete Prozesse zu steuern, den Informationsfluss und regelmäßigen Austausch der beteiligten Konsortialpartner untereinander sicherzustellen und die Projektumsetzung einrichtungsübergreifend im Blick zu behalten, voranzutreiben und bei auftretenden Schwierigkeiten, Lösungsstrategien zu entwickeln. Der Projektleitung kommt somit eine Vermittlerrolle zu. Zu den Aufgaben der Projektleitung gehören in enger Abstimmung mit dem Antragskonsortium und unterstützt vom Projektmanagement die Ausarbeitung von Konzepten, Anträgen und Verträgen, die Sicherstellung der fristgerechten quartalsmäßigen Mittelanforderung beim Fördermittelgeber und Weiterleitung an die Konsortialpartner sowie die Abstimmung zentraler Prozesse der Öffentlichkeits- und Pressearbeit.

Die Übertragung der Abläufe aus der Theorie in die Praxis und die Schaffung der Voraussetzungen, um die IdA-spezifischen Maßnahmen und Versorgungsprozesse auf den teilnehmenden Stationen im Akutkrankenhaus umsetzen zu können, obliegt den Projektbeauftragten. In jeder teilnehmenden Klinik ist eine Vollzeitstelle für die Projektbeauftragung durch ein oder zwei Personen besetzt worden. Die Projektbeauftragten stimmen sich untereinander eng ab und sind im kontinuierlichen Austausch miteinander, um eine einheitliche Projektumsetzung an den teilnehmenden Interventionskrankenhäusern und somit die spätere Vergleichbarkeit der Projektergebnisse sicher zu stellen. Hierfür hat sich ein wöchentlicher Jour Fixe als zielführend herausgestellt. Die Aufgabe der Projektbeauftragten besteht also darin, innerhalb des jeweiligen Krankenhauses die für die Projektumsetzung notwendige Infrastruktur zu schaffen sowie notwendige Ausstattung und Personal zu beschaffen. Dies erfordert eine enge Abstimmung mit hausinternen Bereichen wie Personalabteilung, Materialwirtschaft, EDV & Datenschutz, Bau & Technik, Wäscheversorgung, Hygiene, Pflegedienstleitung, Klinikleitung, Geschäftsführung etc.

Im Rahmen von IdA wurden die Patientenzimmer auf den teilnehmenden Stationen demenzsensibel ausgestattet mit großen geräuscharmen Uhren und gut lesbaren Wandkalendern mit Anzeige von Wochentag und Datum sowie mit einem Bildsystem zur Verbesserung der Orientierung. Außerdem wurden Funktionswagen angeschafft und mit Beschäftigungsmaterial ausgestattet (vgl. Kapitel 3.2.1). Pandemiebedingt konnten an den meisten Standorten nicht wie geplant Räume für die Gruppenbetreuung eingerichtet und mit Kochmöglichkeiten, Sitzgruppen und Ruhemöbeln, Fernsehern und Abspielgeräten ausgestattet werden, da die Hygienevorschriften ein interstationäres Zusammenkommen von Patienten unterschiedlicher Fachbereiche untersagten. Stattdessen wurden auf den Stationen vorhandene Räumlichkeiten z.B. Aufenthaltsräume für Gruppenaktivitäten genutzt, die mit Beschäftigungsmaterial wie Spiele, Bücher und Bastelbedarf bestückt wurden.

Im Rahmen der vorbereitenden Tätigkeiten und der anschließenden Projektumsetzung haben sich folgende Faktoren als wichtige Bedingungen für eine erfolgreiche Implementierung herausgestellt, worauf in den weiteren Abschnitten detailliert eingegangen wird:

- Sensibilisierung des Pflegepersonals auf den somatischen Stationen
- Einführung des 6CIT-Tests als Standardscreening bei Patienten über 70 Jahren
- Schaffung zusätzlicher Personalstellen für Koordination und Betreuung
- Entwicklung von zielgruppenspezifischem Informationsmaterial und Öffentlichkeitsarbeit
- Bekanntmachung des Projekts in der Region bei Betroffenen, Angehörigen, stationären und ambulanten Pflegedienstleistern sowie bei niedergelassenen Haus- und Fachärzten
- Vernetzung mit Vor- und Nachbehandlern
- Herstellung von Rechtssicherheit
- Datenschutzkonforme Dokumentation

2.2 Schulung und Sensibilisierung des Stammpersonals

Das Bestandspersonal, insbesondere die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Pflege, frühzeitig in dem Prozess der IdA-Implementierung mitzunehmen, sie für die Problematik der Zielgruppe zu sensibilisieren und ihnen die Vorteile von IdA für ihren beruflichen Alltag darzulegen, ist entscheidend für den späteren Projektverlauf. Ohne die Akzeptanz und Mitwirkung seitens des Bestandspersonals, ist eine Umsetzung der IdA-Maßnahmen nicht möglich oder zumindest enorm erschwert.

Die Benennung von Demenzbeauftragten als Multiplikatoren und Multiplikatorinnen auf den Stationen der Somatik kann ein gutes Instrument sein, um die Pflegekräfte für die Zielgruppe und

ihre spezifischen Bedürfnisse zu sensibilisieren. Wichtig ist, dass die zu benennenden Mitarbeiter ein Interesse für das Thema mitbringen. Ebenso ist es möglich das Thema Delir/Demenz im Akutkrankenhaus bzw. verschiedene Aspekte kognitiver Beeinträchtigungen im Rahmen von internen Fortbildungen für die Pflege zu platzieren.

Noch vor der Umsetzung der ersten IdA-spezifischen Versorgungsmaßnahmen ist es ratsam, im Rahmen von Chefarzt- und Bereichsleitersitzungen sowie in Teamsitzungen auf den Stationen das Projekt vorzustellen und dabei sowohl auf den dadurch entstehenden Aufwand – wie Teilnahme an Befragungen, Durchführung des Erstscreenings (vgl. Kapitel … 6CIT) oder Abstimmungsbedarfe mit den Projektkoordinatoren bzw. Tagesbegleitern – , als auch auf den resultierenden Nutzen für die Pflegekräfte – Entlastung durch die Betreuung der Patienten durch die speziell geschulten Tagesbegleiter – hinzuweisen. Neben fachlichen Fragen ist es auch wichtig organisatorische Aspekte zu kommunizieren: Wann beginnen welche vorbereitenden Maßnahmen? Wann finden Schulungen der Pflegekräfte statt? Zu wann wird zusätzliches Personal eingestellt? Welche Aufgaben haben die IdA-Mitarbeiter und welche Tätigkeiten fallen nicht ins Aufgabengebiet? Wem sind sie unterstellt? Wann ist der Projektstart geplant? Benennung und Erreichbarkeit der Ansprechpartner?

Es ist damit zu rechnen, dass dem Vorhaben auch mit Skepsis begegnet wird. Im Rahmen des Modellvorhabens wurde die Erfahrung gemacht, dass z.B. Kritik geäußert wurde, da es keine Entlastung im Nachtdienst gibt, der durch Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen und Weglauftendenzen besonders belastet ist. Der Ansatz von IdA ist es jedoch, die Patienten tagsüber so zu beschäftigen und im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten so zu mobilisieren und kognitiv zu fordern, dass als Resultat ein guter Nachtschlaf erfolgen kann. Weiterhin wurde die Ausstattung der Patientenzimmer mit großen geräuschlosen Uhren zur zeitlichen Orientierung und das Vermitteln von Tagesstrukturen teilweise skeptisch gesehen, da die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen befürchteten, dass dies den Unmut von Patienten verstärken könnte, die auf eine Untersuchung, einen Eingriff oder ihre Entlassung länger als geplant warten müssen. Insgesamt hat sich aber mit Beginn der Maßnahmenumsetzung anfängliche Skepsis schnell aufgelöst und zum Positiven entwickelt, da der Nutzen von IdA zügig erkenn- und spürbar wurde und die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen eine deutliche Entlastung im Arbeitsalltag wahrnahmen.

2.3 Zusätzlicher Personalbedarf

2.3.1 Koordinator*innen

Stellenkalkulation

Die aufgezeigte Stellenkalkulation zeigt den Durchschnitt der im Projekt besetzten Koordinatoren-Stellen und enthält das Gehaltsniveau des Jahres 2020.

Die Koordinatoren sind arbeitstäglich für das Projekt tätig (Montag – Freitag).

Stelle	**Qualifikation**	**Gehalt durchschnittlich pro Monat (AG-Brutto)**
Koordinator	EG8/5 – EG9/6	4.556,66 €

Verrichtungen je Patient	Min. je Patient
Erstentscheidung mit Assessment	55
Information und Einwilligung einholen	60
Bedarfsdetaillierung	60

spezifische IdA Dokumentation	60
Maßnahmenplan	85
Angehörigenberatung	15
Monitoring	55
Zuarbeit Entlassbrief & struktur. Überleitung	30
Minuten gesamt für fallbez. Demenzkoord.	420
Entspricht Stunden	7,00
Entspricht Arbeitstagen	0,88

Rot markierte Verrichtungszeiten sind IdA-Projektspezifische Verrichtungszeiten, die bei der Implementierung nach Projektende ggf. wegfallen.

Qualifikationsanforderungen

Im Rahmen der neuen Versorgungsform IdA werden im optimalen Fall geriatrisch/gerontopsychiatrisch erfahrene Pflegefachkräfte als Koordinatoren oder Koordinatorinnen eingesetzt. Als zusätzlicher Vorteil hat sich die Rekrutierung von Personal aus dem eigenen Haus herausgestellt, da diesem die Strukturen und Prozesse im Haus bekannt sind und auch der Zugang zu den Pflegekräften im Haus erleichtert wird.

Da aufgrund des allgemein herrschenden Fachkräftemangels insbesondere im Bereich der Pflege der o.g. Optimalfall nicht immer realisierbar ist, können auch Pflegekräfte aus anderen Fachbereichen sowie Therapeuten oder Sozialarbeiter nach entsprechender Schulung die Aufgabe des Koordinators übernehmen.

Alle Koordinatoren und Koordinatorinnen wurden vorab IdA-spezifisch geschult, worauf im nächsten Abschnitt detailliert eingegangen wird.

2.3.2 Tagesbegleiter*innen

Stellenkalkulation

Die aufgezeigte Stellenkalkulation zeigt den Durchschnitt der im Projekt besetzten Stellen der Tagesbegleiter und enthält das Gehaltsniveau des Jahres 2020.

Die Tagesbegleiter sind werktäglich für das Projekt tätig (Montag – Samstag).

Stelle	Qualifikation	Gehalt durchschnittlich pro Monat (AG-Brutto)
Tagesbegleiter	Mindestlohn	2.319,02

Vorab kalkulierte Verrichtungen je Patient	**Min. je Patient**
Anteil m. Einzelbetreuung	64%
Anteil m. Gruppenbetreuung	36%
Dauer der Einzelbetreuung in Min/Pat/Tag	120
Abhol- und Bringzeit pro Pat in Min/Tag	10
Min je Gruppenbetreuung/Tag (3 Std á 2 Pers)	360
Vor- und Nachbereitung in Min/Tag	60
Briefing und Fallbesprechung/Tag (60 Min á 2 Pers)	120

Tage mit Betreuung pro Jahr	274

Qualifikationsanforderungen

Die im Projekt für die Umsetzung der IdA-spezifischen Maßnahmen eingesetzten Tagesbegleiter und Tagesbegleiterinnen müssen keine fachlichen Qualifikationsanforderungen erfüllen. Sie werden vergleichbar mit den in Kliniken eingesetzten Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen vorab intensiv in Theorie- und Praxiseinheiten geschult. Die Schulungsinhalte werden im nachfolgenden Abschnitt ausführlich beschrieben.

Bei der Auswahl der Tagesbegleiter und Tagesbegleiterinnen ist vielmehr auf sogenannte „Softskills“ zu achten, wie Einfühlsamkeit, Motivation, Belastbarkeit, Empathie für die spezifische Zielgruppe, evtl. Erfahrung aufgrund einer persönlichen Betroffenheit.

2.4 IdA-spezifische Qualifizierungen

Für die Qualifizierung der projektspezifischen Mitarbeiter*innen wurde ein Curriculum für den theoretischen und praktischen Unterricht in der Weiterbildung zum /zur

- Projektbeauftragten
- Koordinator*in
- Tagesbegleiter*in

durch die Klinikum Campus GmbH in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. entwickelt, um die Beteiligten für den Umgang mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und herausfordernden Verhaltensweisen zu sensibilisieren und zu qualifizieren.

Module Projektbeauftragte*r

Module	**UE Rahmenlehrplan**
Modul 5	8
oder/und	
Modul 14	8
oder/und	
Modul 13	8
Gesamt (mindestens)	**16**

Module Koordinator*in

Module	**UE Rahmenlehrplan**
Modul 2	8
Modul 5	8
Modul 9	4
Modul 12	64
Modul 13	8
Modul 14	8
Gesamt	**100**

Module Tagesbegleiter*in

Module	**UE Rahmenlehrplan**

Modul 1	6
Modul 2	12
Modul 3	16
Modul 4	12
Modul 5	24
Modul 6	32
Modul 7	20
Modul 8	8
Modul 9	4
Modul 10	5
Modul 11	9
Modul 13	8
Verfügungsstunden	4
Gesamt	**160**

Modul 1

Einführung in die interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung

Institutionelle Rahmenbedingungen (Krankenhausstruktur) in Bezugnahme auf das Konzept der interdisziplinären demenzsensiblen Akutversorgung	
Dauer: 4 x 45 Minuten	
Wissen	Krankenhausstruktur Krankenhausabteilungen Ärztliches/pflegerisches Personal Krankenhaussozialdienste Verwaltungsbereiche Sensibilität für die Belange dementer Personen während des stationären Aufenthaltes Abgrenzungen und Überschneidungen in der Akutversorgung Ablauf nach der stationären Aufnahme Diagnostische Verfahren G-DRG-System im Krankenhaus logistische Herausforderungen bei dementiell erkrankten Patienten
Können	Teilnehmer*innen kennen Krankenhausstruktur können Aufgabengebiete entsprechenden Berufsgruppen zuordnen die Tagesstruktur, im Rahmen der institutionellen Möglichkeiten, an die Bedürfnisse des Patienten anpassen
Einstellung	Sensibilisierung für die Arbeit mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung in der Akutversorgung sind sich bewusst, dass sie durch wirtschaftliches Arbeiten die Institution unterstützen

Dieser Einstieg ermöglichte von Beginn an Verknüpfungen von der Theorie demenzsensibler Akutversorgung mit der Praxis im Arbeitsalltag. Teamarbeit und Kooperationen wurden im Laufe der Schulung durch die erlernten Krankenhausabteilungen deutlich. Der zeitliche Umfang muss mindestens 3 x 45 Minuten betragen.

Grundkenntnisse der Hygieneanforderungen im Krankenhaus Der unmittelbare oder mittelbare Kontakt zwischen Tagesbegleiter*innen und Patient*innen ermöglicht das potentielle krankheitserregende Keime übertragen werden können. In der stationären Akutversorgung ist eine hygienische Arbeitsweise von großer Bedeutung.	
Dauer: 2 x 45 Minuten	
Wissen	Begriffsbestimmung: nosokomiale Infektionen Ökonomische Einsatz von Handschuhen und Desinfektionsmittel Fachgerechte Durchführung einer hygienischen Händedesinfektion und Flächendesinfektion Krankenhauskeime (MRSA) Infektionskrankheiten: Influenza Persönliche Hygiene Hygienerichtlinien im Krankenhaus
Können	eine hygienische Händedesinfektion durchführen Handschuhe anziehen und ausziehen Betreuungsumfeld hygienisch gestalten
Einstellung	hygienische Maßnahmen gewissenhaft durchführen sind sich der Bedeutung einer korrekten Durchführung hygienischer Maßnahmen bewusst

Aufgrund der aktuellen Coronapandemie gab es zum Thema Hygiene viele Fragen und Diskussionsrunden. Dieser Themenschwerpunkt müsste mit mindestens 2 x 45 Minuten integriert werden, um den Teilnehmer*innen die Sorgen zu nehmen und dadurch eine sichere Arbeitsweise anzustreben.

Modul 2

Basiswissen der Krankheitsbilder Demenz, Depression, Delir

Basiswissen gerontopsychiatrisches Krankheitsbild Demenz – im Kontext der stationären Akutversorgung	
Dauer: 4 x 45 Minuten & 4 x 45 Minuten Vertiefung Tagesbegleiter*in	
Basiswissen:	
Wissen	Bedeutung dementieller Veränderung in unserer Gesellschaft Basiskenntnisse über unterschiedliche Demenzformen Ursachen typische Symptome Verlauf einer Demenz (Schweregrad) Abgrenzung zur „normalen“ Vergesslichkeit Einschränkung der Gedächtnis- und Erinnerungsleistung verstehen das Einschränkungen den stationären Aufenthalt beeinflussen Begleitung zu Operationen bei Menschen mit Demenz

Können	das Krankheitsbild Demenz verstehen Einschränkungen der Gedächtnis- und Erinnerungsleistung erkennen
Einstellung	akzeptieren und verstehen die Erlebniswelt der Patienten können Spannungen in der Betreuungsbeziehung als krankheitsbedingt annehmen haben einen respektvoller und wertschätzender Umgang mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung
Vertiefung für Koordinator*in & Projektbeauftragte	
Dauer: 8 x 45 Minuten	
Wissen	Diagnostische Verfahren medikamentöse Behandlung Einschränkung der Gedächtnis- und Erinnerungsleistung verstehen das Einschränkungen den stationären Aufenthalt beeinflussen Erlebniswelt und Bedeutung für die stationäre Akutversorgung
Können	Menschen mit einer dementiellen Veränderung im stationären Krankenhausalltag zielgerichtet anleiten und unterstützen Erlebniswelt des Erkrankten annehmen und berücksichtigen
Einstellung	akzeptieren und verstehen die Erlebniswelt der Patienten können Spannungen in der Betreuungsbeziehung als krankheitsbedingt annehmen haben einen respektvoller und wertschätzender Umgang mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung

Das Krankheitsbild Demenz wurde theoretisch vermittelt. Die Tagesbegleiter*innen interessierten sich vorwiegend für den Umgang mit Demenzpatienten und die Validation.

Dies ist ohne theoretische Grundlagen nur bedingt möglich. Daher ist der zeitliche Umfang für das Basiswissen angemessen.

Delir und Depression – im Zusammenhang mit Demenz	
Dauer: 4 x 45 Minuten	
Wissen	Basiswissen Krankheitsbild Depression Symptome der Depression mögliche Ursachen Schweregrad und Formen Basiswissen Krankheitsbild Delir Ursachen für ein Delir Verhaltensauffälligkeiten erkennen Delir ohne Demenz & Delir mit Demenz
Können	Wirklichkeitserleben betroffener Patienten erfassen Probleme in der Alltagsbewältigung wahrnehmen Beziehungen zu Patienten mit einer Demenz, einer Depression oder einem Delir aufgrund des Basiswissens gestalten

Die Kombination der drei gerontopsychiatrischen Krankheitsbilder Demenz, Depression und Delir ist für die Tagesbegleiter*innen eine gute theoretische Basis. Sie waren zusätzlich sehr interessiert an Therapiemöglichkeiten.

Einstellung	sind sich der Bedeutung der Beziehungsgestaltung bewusst respektvoller Umgang mit Betroffenen in der stationären Akutversorgung

Modul 3

Grundlagen der Betreuung und Begleitung von Menschen mit einer dementiellen Veränderung in der interdisziplinären demenzsensiblen Akutversorgung

Lebensgewohnheiten und Wohlfühlen – individuelle Tagesgestaltung Das oberste Ziel der Alltagsbegleitung ist es, den Patienten in seiner aktuellen Lebenswelt die bestmöglichste Unterstützung zukommen zu lassen. Das jeweilige individuelle Tagesangebot muss an die Lebensgewohnheiten des Patienten und seiner aktuellen Bedürfnisse angepasst sein.	
Dauer: 2 x 45 Minuten	
Wissen	können den Zusammenhang zwischen Lebensgewohnheiten, Wohlfühlen und individueller Tagesgestaltung verstehen kennen verschiedene Möglichkeiten Angebote entsprechend der Lebensgewohnheiten zu planen
Können	angemessene Aktivitäten und Beschäftigungsangebote auswählen sind in der Lage Tagesablaufe individuell zu planen, organisieren und bestmöglich umzusetzen – alle in Bezug auf die stationären Möglichkeiten
Einstellung	sehen die Lebenswelt des Patienten als Hintergrund für die Tagesgestaltung an sind bereit eigene Aktivität und Kreativität einzubringen streben ein gemeinsames Handeln mit dem Patienten an

Die Teilnehmer*innen sahen den Bereich der individuellen Tagesgestaltung sehr kritisch. Sie waren fest der Meinung, dass die Struktur im Krankenhaus keine Möglichkeiten dazu bietet. Nach einigen Praxistagen konnte gut reflektiert werden das kreative individuelle Tagesgestaltung teilweise gut umgesetzt werden kann. Der zeitliche Umfang ist angemessen.

Begleitung von Menschen mit einer dementiellen Veränderung zu Terminen im Krankenhaus Begleitung in den Operationssaal und Begleitung während einer Operation	
Dauer: 4 x 45 Minuten	
Wissen	Begleitung zur Diagnostik/Therapie Hygieneanforderungen im OP (Schleusenverhalten, Händedesinfektion, OP-Kleidung) Verhalten im OP Saal spezielle Kommunikation im OP Saal Zusammenarbeit mit dem OP Team (Anästhesie-Team)
Können	Vertraut machen mit den organisatorischen und technischen Gegebenheiten auf der Station bzw. im Zimmer Information über den Ablauf des OP-Tages Information an die Stationsschwester bzw. Pflegepersonal bzgl. Begleitung in der operativen Phase Patientenorientierte Begleitung in der Einleitung und im OP Hilfestellung beim Einschleusen Physische/psychische Situation des Patienten im Blick haben Kontinuierliche Information des Patienten bzgl. der OP Vorbereitung Aufsuchen des Patienten unmittelbar nach operativem Eingriff

	Besorgung persönlicher Dinge, sofern vom Patienten gewünscht Hilfsmittel bereitstellen (Zahnprothese, Brille, Hörgeräte, Uhr) mit Angehörigen Kontakt aufnehmen, wenn erforderlich und gewünscht
Einstellung	Individuelle Situation des Patienten wahrnehmen und seine Bedürfnisse ermitteln und umsetzen Wertschätzung gegenüber dem Berufsbild Operationstechnische Assistenz

Grundkenntnisse der Prophylaxen: Sturz und Aspiration Durch prophylaktische Maßnahmen werden Risiken gemindert und der Alltag der Menschen mit einer dementiellen Veränderung sicherer gestaltet.	
Dauer: 4 x 45 Minuten	
Wissen	Sturzprophylaxe: kennen Veränderungen des Bewegungsapparates alter Menschen kennen geeignete mobilitätserhaltende Maßnahmen oder geeignete Hilfsmittel und deren Handhabung kennen Maßnahmen der Sturzprophylaxe Aspirationsprophylaxe: kennen Maßnahmen der Aspirationsprophylaxe kennen den Zusammenhang von Farben und Nahrungsaufnahme bei Menschen mit einer dementiellen Veränderung wissen welche Hilfsmittel bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme verwendet werden können kennt mögliche Probleme bei der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme
Können	Sturzprophylaxe: Bewegungen und Bewegungsstörungen beobachten und beschreiben Unterstützen bei der Mobilisation und verwenden Hilfsmittel setzen notwendige Maßnahmen zur Sturzprophylaxe im Rahmen der Alltagsbegleitung um Aspirationsprophylaxe: sorgen für eine angenehme Raumatmosphäre bei der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme geben den Patienten die notwendige Zeit und Hilfsmittel die Nahrungsaufnahme begleiten und gut beobachten
Einstellung	Sturzprophylaxe: verstehen das Mobilität für alte Menschen einen gesundheitlichen und sozialen Schwerpunkt hat gehen mit Ängsten einfühlsam um Aspirationsprophylaxe: können Nahrungsverweigerung einer Konfliktsituation zuordnen verstehen das Nahrungsaufnahme einer Privatsphäre bedarf kennen ihre Grenzen entsprechend des Aufgabengebietes im Umgang mit Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme

Die Teilnehmer*innen haben den Bereich der Prophylaxen theoretisch vermittelt bekommen und die praktische Umsetzung geübt. Passend zum Thema Aspirationsprophylaxe wurde die Dehydratationsprophylaxe mit aufgegriffen. Sie sollte generell mit im Curriculum aufgenommen werden. Die Flüssigkeitszufuhr und eventuelle Bilanzierung ist ein wichtiger Bereich der Begleitung von dementiell Erkrankten. Ebenso Grundlagen der Deprivationsprophylaxe. Kann zeitlich mit integriert werden.

Selbstfürsorge Für sich selbst sorgen, ist ein wichtiger Auftrag an die Tagesbegleiter*innen. Nur ein „stabiler" Begleiter kann ein stützender Begleiter sein. Die Auseinandersetzung mit persönlichen Schwierigkeiten und Grenzen im Arbeitsalltag sowie die Entwicklung persönlicher Strategien für den Umgang mit diesen Situationen liegen in der Verantwortung des Einzelnen und der Institution.	
Dauer: 6 x 45 Minuten	
Wissen	die Stressfaktoren bei der Arbeit mit dementiell erkrankten Patienten in der stationären Akutversorgung kennen das Syndrom des zwanghaften Helfens kennen konstruktive Strategien im Umgang mit Stress ihre Selbstwahrnehmung zum Thema Stress
Können	eigene und fremde Bedürfnisse erkennen und berücksichtigen eigene Ressourcen im Umgang mit Stress einsetzen Stressfaktoren bei sich und im Team wahrnehmen erfassen die unterstützende und schützende Funktion von Teamarbeit im Zusammenhang mit Selbstfürsorge
Einstellung	Reflektieren eigene Bewältigungsstrategien achten die eigenen Belastungsgrenzen reflektieren die eigene Motivation für die Arbeit mit dementiell erkrankten Patienten sind sich der Gefahren eigener Abwehr- und Verdrängungsmechanismen bewusst

Das Thema Selbstfürsorge wurde sehr gut angenommen. Die Teilnehmer*innen hatten selbst sehr viele Ideen für eine gute Work-Life-Balance. Zeitlicher Umfang ist ausreichend.

Modul 4

Wahrnehmen und Beobachten

Nahrungsaufnahme – Ess- und Trinkgewohnheiten Bei Menschen mit einer dementiellen Veränderung ist eine gute Beobachtung des Essverhaltens unverzichtbar. Nur so können rechtzeitig Probleme erkannt werden und Ressourcen gefördert werden. Durch geeignete Maßnahmen kann einer progressiven Gewichtsabnahme entgegengewirkt werden.
Dauer: 4,5 x 45 Minuten

Wissen	kennen die Bedeutung von Essen und Trinken im Alter Veränderungen von Geruchs- und Geschmackssinn kennen ablehnendes Verhalten kennen mögliche Ess- und Trinkgewohnheiten bei Menschen mit einer dementiellen Veränderung kennen verschiedene Hilfsmittel für die Nahrungsaufnahme
Können	Ressourcen und Probleme bei Nahrungsaufnahme erkennen Hilfsmittel für Nahrungsaufnahme auswählen Erkennen, wenn eine Nahrungsaufnahme gewünscht ist
Einstellung	Essen und Trinken als emotionales, befriedigendes Erlebnis verstehen

Die Wahrnehmung und Beobachtung wurden auf die gesamte Situation im Krankenhaus und den gesamten Patienten bezogen. Zusätzlich, zu der im Curriculum genannten Nahrungsaufnahme, kamen Körperhaltung, Bewegungen, Gesichtszüge und Verhaltensänderungen. Dies konnte gut in den 4,5 x 45 Minuten integriert werden.

Angst bei Patienten in der interdisziplinären demenzsensiblen Akutversorgung Der stationäre Krankenhausaufenthalt ist für Menschen mit einer dementiellen Veränderung eine Stresssituation. Ein typisches Merkmal dafür ist Unruhe und ein Gefühl Hilflosigkeit. Mit zunehmendem Alter nimmt auch die Fähigkeit angemessen mit Angst umzugehen ab und äußert sich oft in Misstrauen gegenüber anderen Personen.	
Dauer: 1,5 x 45 Minuten	
Wissen	Begriffsbestimmung: Stress, Angst und Unruhe Symptome von Angst und Unruhe Nonverbale Anzeichen für Misstrauen Unruhe und Angst
Können	Unruhe und Angst bei Patienten erkennen und gut beschreiben Beschäftigungsangebote anwenden um Angst und Unruhe zu minimieren Ressourcen und Probleme erkennen und einschätzen
Einstellung	Erkennen und respektieren die Individualität dementiell eingeschränkter Patient*innen

Angst erkennen, beschreiben und entsprechend handeln konnte thematisch gut mit der „Wahrnehmung und Beobachtung“ verknüpft werden. Diese Unterrichtseinheiten ergaben Austauschmöglichkeiten über eigene Erfahrungen beim Arzt, im Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtungen. Damit wurde das Verständnis für die dementiell erkrankten Patienten verstärkt.

Umgang mit Schmerzen bei Menschen mit Demenz Menschen mit einer dementiellen Veränderung sind oft nicht mehr in der Lage ihre Schmerzen mitzuteilen. Es ist darauf zu achten ob sich das Verhalten verändert oder verbale Äußerungen darauf hinweisen das Schmerzen vorliegen können. Die Alltagsbegleiter*innen spielen hierbei eine wichtige Rolle, da in der Zeit der Betreuung eine gute Beobachtung durchgeführt werden kann.
Dauer: 1 x 45 Minuten

Wissen	Kenntnisse der altersbedingten Veränderungen gute Beobachtungskriterien von Verhaltensmerkmalen woran erkennt man Unruhe, Aggressivität, Angst kennen stereotypische Bewegungsabläufe
Können	Beobachtung des Patienten während der Alltagsbegleitung Erkennen von schmerzbedingten Verhaltensänderungen bzw. Erkennen veränderter nonverbaler Kommunikation
Einstellung	Uneingeschränkte Akzeptanz der individuellen Schmerzeinschätzung des Patienten mit einer dementiellen Veränderung Einsicht, dass die Lebensqualität durch starke Schmerzen eingeschränkt ist
Mobilität, Bewegungsdrang und Lauftendenz Ein verstärkter Bewegungsdrang kann für Menschen mit einer dementiellen Veränderung zum Problem werden. Zur eigenen Sicherheit sind eine gute Begleitung, eine angemessene Kommunikation und ausführliche Beobachtung notwendig. Eine individuelle Tagesgestaltung kann Problemen entgegenwirken.	
Dauer: 7 x 45 Minuten	
Wissen	Formen der Mobilitätseinschränkungen Einfluss von Sinnesbeeinträchtigungen auf die Mobilität Lauftendenzen „Hinlaufen“ & „Weglaufen“ mögliche Ursachen Mobilität und soziale Teilhabe Möglichkeiten zielgruppenspezifischer Betreuung
Können	Alltagsbegleitung nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben planen und umsetzen Umgang mit Hilfsmitteln bei der Mobilisation mit geringem oder übermäßigem Bewegungsdrang umgehen
Einstellung	sind für eine gute Wahrnehmung und Beobachtung sensibilisiert erkennen die Individualität bei dementiell erkrankten Patienten können herausfordernde Situationen gut reflektieren

Dieser Themenpunkt war für die Tagesbegleiter*innen von großem Interesse. Theoretische Grundlagen, praktische Beispiele und praktische Übungen konnten in diesem Bereich Handlungsweisen für die Praxis vermitteln. Umfang ausreichend.

Modul 5

Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung

Mit fortgeschrittenem Verlauf der Demenzerkrankung nimmt die Kommunikationsfähigkeit des Betroffenen immer weiter ab. Für Personen, die mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung zusammenarbeiten, ist es daher wichtig, vielseitige Möglichkeiten der Kommunikation zu kennen.

Formen der Kommunikation

Menschen mit Demenz sind zumeist in der Lage, mimische Signale noch richtig zu deuten. Sie interpretieren ein Lächeln als Anzeichen von Freude und Stirnrunzeln als Hinweis für Ärger. Die Kommunikation mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung kann dann gelingen, wenn ihre und die eigene Körpersprache immer wieder sorgfältig beobachtet und überprüft wird.	
Dauer: 4 x 45 Minuten	
Wissen	verbale, nonverbale und paraverbale Kommunikation Raumsprache, Objektsprache Arten und Formen der Gesprächsführung förderliche und nichtförderliche Gesprächstechniken
Können	Teilnehmer*innen kennen Kommunikationsformen Lernen die Grundlagen einer guten Kommunikation kennen
Einstellung	Sensibilisierung für die Kommunikation mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung

Kommunikationsmodelle und -theorien Es gibt zahlreiche Modelle zum Prozess der Kommunikation, welche sich im Hinblick auf ihre wissenschaftliche Tradition sowie inhaltlichen Schwerpunkte unterscheiden. Das Erlernen von grundlegenden Theorien und Modelle trägt zu einer gelungenen Kommunikation bei.	
Dauer: 8 x 45 Minuten	
Wissen	Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun, Paul Watzlawick klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers Förderliche und nichtförderliche Gesprächstechniken Kommunikation im Team – interdisziplinär - multidisziplinär
Können	die Teilnehmer*innen kennen und wenden die Kommunikationsmodelle an mit guter Kommunikation andere Berufsgruppen um Unterstützung bitten
Einstellung	Gespräche mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung sensibel gegenübertreten Gespräche als wesentliches Element des Miteinanders betrachten respektieren die Zuständigkeit und Kompetenzen anderer Berufsgruppen

„Nicht immer braucht es Worte“ nichtsprachliche Kommunikation und Interaktion mit allen Sinnen – Demenz Support Das Praxisseminar basiert auf den Erfahrungen aus der Begleitung demenziell veränderter Menschen und auf den Ergebnissen des Forschungsprojektes "Interaktion mit allen Sinnen" (Beobachtungsstudie der Demenz Support Stuttgart). Es will Pflegende und Begleitende für eine nicht-sprachliche, eine Interaktion mit allen Sinnen sensibilisieren und befähigen.	
Dauer: 8 x 45 Minuten	
Wissen	Was macht eine Interaktion zu einer Interaktion? Über welche Ebenen teilen sich uns Menschen mit beeinträchtigter Sprache und kognitiver Beeinträchtigung mit? Müssen wir dafür eine andere Sprache lernen? Wie funktioniert eine nicht-sprachliche Kommunikation? Welche Voraussetzungen ermöglichen eine gelingende Interaktion?
Können	Teilnehmer*innen können in einen lebendigen Austausch mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung treten
Einstellung	Sensibilisierung für eine nicht-sprachliche, eine Interaktion mit allen Sinnen sensibilisieren und befähigen

Für die Sensibilisierung der Teilnehmer im Bereich Kommunikation waren die Inhalte und der Umfang ausreichend. Aufgrund der Corona Pandemie war es dem Demenzsupport Stuttgart nicht möglich die Veranstaltung „Nicht immer braucht es Worte“ zu übernehmen. Es wurde als Ersatzreferent der Psychologe Herr Winkelmann für den theoretischen Teil eingesetzt und Einführung in die Praxis übernahm die Referentin und gerontopsychiatrische Fachkrankenschwester Frau Nollau. Der Stundenumfang war ausreichend. Es war ein intensiver Erfahrungsaustausch möglich. Die Referentenauswahl wird beibehalten.

Modul 6

Betreuungs- und Beschäftigungsangebote

Betreuungs- und Beschäftigungsangebote Die Betreuung und Beschäftigung muss individuell auf die Menschen mit einer dementiellen Veränderung abgestimmt sein. Sie muss seinen Ressourcen entsprechen und der aktuellen Tagesverfassung angepasst werden. Gut ausgewählte Beschäftigungsangebote sollen dazu beitragen, dass die vorhandenen Fertigkeiten spielerisch und ohne Druck genutzt werden. Der Patient soll ein Erfolgserlebnis haben und wenn möglich eine Tagesstruktur erkennen.	
Dauer: 24 x 45 Minuten	
Wissen	Kennen Methoden der Tagesgestaltung Tagesstrukturierte Maßnahmen/ Tag-Nacht-Rhythmus Möglichkeiten der Beschäftigung bei dementiell erkrankten Patienten Möglichkeiten der Beschäftigung bei Bettlägerigkeit Positiven Einfluss
Können	Setting der Beschäftigungsangebote Einzelaktivierung, Partnerarbeit, Gruppenaktivierung planen Alltagskompetenztraining einsetzen Angebote unter Berücksichtigung der Biografie planen und umsetzen Spiele spielen, entwickeln und gestalten Lesen und Vorlesen Bewegungsübungen durchführen Orientierungshilfen, Uhr und Kalender gemeinsam gestalten mit Menschen mit einer dementiellen Veränderung malen, Musik hören, singen, puzzeln, rätseln, kreative gestalten
Einstellung	sensibler Umgang mit kulturellen, religiösen und sozialen Hintergründen beziehen eine Ablehnung der Beschäftigungsangebote nicht auf sich üben sich in Zurückhaltung bei Bewertungen

Geschlechtsspezifische Angebote Für jeden ein passendes Angebot gestalten und auf Interessen, Geschlecht und Biografie Rücksicht nehmen. Die Besonderheit von männlicher Lebensführung und Interessen zeichnet sich auch bei Menschen mit Demenz als spannende Herausforderung für die Beteiligten aus.
Dauer: 8 x 45 Minuten

Wissen	Männerspezifische Interessen Männer ansprechen und motivieren Ideenentwicklung zu männerspezifischen Angeboten (in Einrichtungen, zuhause) Angebote planen
Können	Entwicklung von Ideen, wie und mit welchen Angeboten man Männer ansprechen, motivieren und "abholen" kann
Einstellung	Geeignete Angebote für Männer mit einer dementiellen Veränderung entdecken und entwickeln.

Betreuungs- und Beschäftigungsangebote konnten in vielfältiger Form vermittelt werden. Die Tagesbegleiter*innen äußert mehrfach Bedenken das nur wenige bzw. keine entsprechenden Materialien in der Klinik zur Verfügung stehen. Angedachte Materialien auf dem Beschäftigungswagen wurden besprochen und den Teilnehmer*innen verdeutlicht das das IdA-Projekt gerade begonnen hat und die Materialien Stück für Stück mehr werden. Dabei wurde auf kreative und kostengünstige Materialien verwiesen.

Der zeitliche Umfang ist ausreichend, da die Umsetzung in der Praxis erprobt werden muss.

Modul 7

Demenzspezifische Pflegekonzepte

Die Teilnehmer*innen verfügen über das Wissen der Grundlagen und Ziele therapeutischer Konzepte bezogen auf das Krankheitsbild Demenz. Sie sind in der Lage therapeutische Ziele den ausgewählten Aktivierungen zuzuordnen. Sie kennen unterschiedlichste Aktivierungsmöglichkeiten für die Zeiträume 10 Minuten bis 90 Minuten.

Validation Validation bedeutet „unbedingte Wertschätzung“ und ist eine Technik für den Umgang mit dementiell erkrankten Menschen. Damit soll das Wohlbefinden und die Autonomie des Dementen gefördert werden. Validation ist eine Grundhaltung.	
Dauer: 6 x 45 Minuten	
Wissen	die Veränderungen des Selbstwertgefühls das Validation Stress reduzieren kann den Zusammenhang zur Biografie kann Rückzug verhindern Gefühle und Bedürfnisse
Können	Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation Validation in die Praxis umsetzen
Einstellungen	verstehen die Bedeutung von Empathie und Verzicht auf Wertung

Vereinzelte Tagesbegleiter*innen äußerten mehr zu diesem Thema hören zu wollen. Von unserer Seite ist der zeitliche Umfang ausreichend, da sich die Validation durch die gesamte Schulung zieht, besonders im Bereich der Kommunikation. Wenn mehr Bedarf zu „Validation“ besteht, empfehlen wir eine Tagesveranstaltung.

Basale Stimulation Basale Stimulation ist ein pädagogisches, therapeutisches und pflegerisches Konzept. Es fördert die Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Bewegungsfähigkeit. Durch eine ganzheitliche, körperbezogene Kommunikation unterstützt die Basale Stimulation schwer beeinträchtigte Menschen. Sie eignet sich dazu Menschen mit Demenz zu fördern, zu unterstützen und Ressourcen zu erhalten.	
Dauer: 1 x 45 Minuten	
Wissen	jeder Mensch lernt anders Gesundheit und Wohlbefinden erkennen und verstehen dass der Wunsch nach Sicherheit individuell ist dass Einflüsse des sozialen Umfeldes und der Umwelt Auswirkungen haben nonverbale Kommunikation – körperlicher Ausdruck
Können	Gesundheit und Wohlbefinden stärken Beziehungen/Vertrauen aufbauen und stärken Selbstbestimmung fördern Maßnahmen gezielt anwenden
Einstellung	wollen den Menschen mit Demenz ihre Umwelt näherbringen und Kontakte herstellen / ermöglichen viel Verständnis und Empathie im direkten Kontakt

10 Minuten Aktivierung In der 10 Minuten Aktivierung werden durch gezielte Erinnerungsarbeit Schlüsselreize initiiert. Der Zeitraum ist aufgrund der begrenzten Konzentrationsfähigkeit so gewählt. Der dementiell erkrankte Mensch profitiert von einer täglichen Durchführung.	
Dauer: 4 x 45 Minuten	
Wissen	kennen mehrere Möglichkeiten der 10 Minuten Aktivierung Körpergefühl und Bewegungsfähigkeit Personalressourcen Langzeiterinnerungen beachten
Können	gelernte 10 Minuten Aktivierungen umsetzen geeignete Aktivierungen auswählen berücksichtigen die Biografie mit Ablehnungen angemessen umgehen Gedächtnistraining gezielt einsetzen
Einstellung	sind sich der Bedeutung einer guten Auswahl an Aktivierungsmöglichkeiten bewusst

Basale Stimulation könnte sehr gut mit der Aromapflege kombiniert werden. Dieses Thema wurde mehrfach von den Teilnehmer*innen gewünscht und wird jetzt als zusätzliche Tagesveranstaltung angeboten. Die 10 Minuten Aktivierung ist zeitlich gut geplant und kann immer wieder in der Schulung eingebunden werden.

Musik- und Kunst Musik und Kunst sind Ausdrucks- und Kommunikationsmittel, welche unmittelbar Emotionen und Gefühle eines Menschen, vor allem bei dementiell erkrankten Menschen, ansprechen. Durch Klänge, Töne und Stimme wird der Mensch über den Hörsinn angeregt. Verschiedene Kunstmaterialien ermöglichen eine besondere Ausdrucksform und überraschende Kreativität.	
Dauer: 5 x 45 Minuten	
Wissen	lösen und drücken Emotionen und Gefühle aus Zugang zu Erinnerungen fördern von Kontakt und Kommunikation gibt Halt, schafft Zusammenhänge zwischen innerer Erlebniswelt und Umwelt Anregung von Bewegung und Kreativität kennen unterschiedliche Materialien sind sich möglicher emotionaler Auswirkungen und Grenzen der Methoden bewusst
Können	Materialien zielgerichtet und klientenorientiert einsetzen Situationsbedingt Materialien wechseln Kommunikationstechniken unterstützend anwenden Adäquate emotionale Begleitung
Einstellung	Akzeptanz und Annahme der individuellen Kreativität Empathischer Umgang und wertfreie Interpretation des künstlerischen Ausdrucks

Personenzentrierter Ansatz nach Tom Kitwood Der personenzentrierte Ansatz nach Tom Kitwood zählt zur Zeit mit zu den federführenden Methoden in der Betreuung und Begleitung von Menschen mit einer dementiellen Veränderung. Ziel ist es, das „Personsein“ zu erhalten bzw. zu fördern oder ggf. wiederherzustellen. Das humanistische Menschenbild impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen. Tom Kitwood hebt hierbei auch eine Haltung hervor, in der Empathie, Akzeptanz und Kongruenz gegenüber den psychischen Bedürfnissen eines Menschen, wie z.B. Identität, Trost und Einbeziehung entscheidend sind. Dabei grenzt sich das Verständnismodell der Demenz klar von biomedizinischen Ansätzen ab	
Dauer: 4 x 45 Minuten	
Wissen	Hintergrund des personenzentrierten Ansatzes: „Herzstücke“, Haltung, psychische Bedürfnisse eines Menschen mit Demenz, Verständnismodell von Demenz Möglichkeiten der Umsetzung in den Praxisalltag
Können	wertschätzender, ressourcenorientierter Umgang für Menschen mit einer dementiellen Veränderung Einnehmen einer personenzentrierten Haltung Fähigkeit des Perspektivwechsels Erkennen von psychischen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz

	Umsetzung in der Interaktion und Kommunikation
Einstellung	Reduzierung von „herausfordernden Verhaltensweisen“ durch Anwendung diese Methode Anerkennung von „Personsein“ trotz Demenzerkrankung Einfühlungsvermögen, Wertschätzung und Echtheit im Umgang pflegen

Snoezelen®

Snoezelen® ist eine Methode zur Entspannungs- und Wahrnehmungsförderung. Dabei werden gezielt Sinnesreize eingesetzt, um das Wohlbefinden von demenzerkrankten Menschen zu fördern bzw. zu steigern. In Gruppen- oder Einzelsitzungen werden verschiedene Beschäftigungs- und Aktivierungsangebote in speziell angelegten Snoezelenräumen durchgeführt. Dazu zählen beispielsweise Aromen zur Anregung des olfaktorischen Sinns oder Fingerfood, um den gustatorischen Sinn zu aktivieren. Welche Reaktionen dabei auftreten und wie sie einzuordnen sind, obliegt einer gezielten Beobachtung.

Dauer: 1 x 45 Minuten

Wissen	Begriffsbestimmung, Aufgaben und Ziele Gruppen- oder Einzelangebote Sinnesspezifische Aktivierungsangebote Einrichtung von Snoezelenräumen Reaktionen und Veränderungen kennen
Können	Umsetzung von Aktivierungs- und Beschäftigungsangeboten in den Alltag klientenorientierte Anwendung von Angeboten Umgang mit verschiedenen Materialien gezielte Beobachtung und Einordnung von Reaktionen und Veränderung und damit Adaption weiterer Angebote
Einstellung	Snoezelen® ermöglicht Zugang über Sinne die Wahrnehmung wird gefördert und damit das Wohlbefinden die Wahrnehmung ist individuell und Reaktionen erfolgen nicht konstant und kongruent

Der Begriff „Snoezelen“ war nur sehr wenigen Teilnehmer*innen bekannt. Das Konzept weckte großes Interesse. Leider war eine praktische Anwendung nicht möglich, da der Snoezele- Wagen noch nicht im Klinikum Niederlausitz geliefert wurde. Zeitlicher Umfang ist ausreichend.

Milieugestaltung

„Der Demenzkranke kann sich seiner Umgebung nicht anpassen, deshalb sollte sich die Umgebung an den altersverwirrten Menschen anpassen“ (Dr. Jan Wojnar).
Aufgrund der Demenzerkrankung finden sich betroffene Menschen v.a. in fremden Umgebungen mit fremden Menschen nicht zurecht, was folglich zu einer Minderung der Sicherheit. Dabei sind vertraute Räumlichkeiten, Bezugspersonen und eine feste Tagesstrukturierung sehr wichtig für das Wohlbefinden. Hierbei gibt eines eine Vielzahl von organisatorischen und institutionellen Gestaltungsmöglichkeiten sowie im Rahmen von gezielten Aktivierungs- und Beschäftigungsangeboten.

Dauer: 1 x 45 Minuten

Wissen	Auswirkungen der Umgebung (Milieu) auf den Menschen mit Demenz personelle und räumliche Gestaltungsmöglichkeiten institutionelle Rahmenbedingungen Aktivierungs- und Beschäftigungsvielfalt unter Einbeziehung adäquater Materialien Reaktionen und Veränderungen beim betroffenen Menschen kennen
Können	klientenorientierte Umsetzung im Praxisalltag unter Rücksichtnahme von Sicherheitsaspekten Erkennen und Einordnung von individuellen Reaktionen Fähigkeit zum Perspektivwechseln und Verständnis für die Lebensweltorientierung Einsetzen von gezielten Materialien zur Orientierungsförderung
Einstellung	Annahme der Problematik, dass Menschen mit Demenz sich in fremden Umgebungen und mit fremden Menschen schlecht zurecht zu finden Erkenntnis, dass eine vertraute Umgebung und vertraute Menschen für Sicherheit sorgen und steigern somit das Wohlbefinden Einfühlungsvermögen und Verständnis für individuelle Reaktionen über Milieugestaltung kann ein Zugang zur lebensweltlichen Wahrnehmung des demenzerkrankten Menschen gefunden werden

Milieugestaltung konnte theoretisch und praktisch gut umgesetzt werden. Das Verständnis für die Bedeutung einer vertrauten Umgebung war bei den Teilnehmer*innen von Anfang an gut vorhanden. Für die Übertragung in den Klinikalltag sind 45 Minuten angemessen.

Modul 8

Biografiearbeit in der interdisziplinären demenzsensiblen Akutversorgung

Biografiearbeit – „Erinnern heißt leben“ Die Teilnehmer*innen wissen, warum eine gute Biografiearbeit basisführend sein kann. Es gelingt ihnen, durch angemessene Kommunikation sowie Einsatz von gezielten Methoden biografische Daten zu erfassen und diese zu dokumentieren. Ihnen ist bewusst, wie die biografischen Erkenntnisse in den stationären Betreuungsalltag integriert bzw. verwendet werden können	
Dauer: 8 x 45 Minuten	
Wissen	Begriffsbestimmung: Biografiearbeit und Erinnerungspflege Sozialbiografie Kennen die Grundlagen und Ziele der Biografiearbeit Unterschiedliche Methoden der Biografiearbeit differenzieren gesprächsorientierte und aktivitätsorientierte Biografiearbeit
Können	Umsetzung und Integration von biografischen Erkenntnissen in den Betreuungsalltag Unterschiedliche Arten von Informationen zusammentragen
Einstellung	Sehen die Biografiearbeit als sensiblen Bereich der Datenerhebung an, verstehen Biografiearbeit als Voraussetzung für eine gute Beziehungsgestaltung Wahren einen sensiblen Umgang mit den Erkenntnissen aus der Biografiearbeit

Die Biografiearbeit wurde von den Tagesbegleiter*innen als nebensächlich angesehen. Die Begründungen waren akute Aufnahmen, Aufnahmen aus Singlehaushalten und keine Angehörigen zur Verfügung. Besonders zu Zeiten der Coronapandemie. Theoretisch konnte die Bedeutung gut vermittelt werden, die Skepsis gegenüber der Umsetzung im Klinikalltag blieb teilweise erhalten. Der zeitliche Umfang könnte auf 4 x 45 Minuten reduziert werden.

Modul 9

Angehörigenarbeit

Angehörigenarbeit Die Angehörigenarbeit ist ein wesentlicher Baustein in der Betreuung und Begleitung von demenzkrankten Menschen. Dabei stehen pflegende Angehörige vor großen Herausforderungen, wie z.B. Veränderung der Rollen und Beziehungen in der Familie oder belastende Situationen in der Vereinbarkeit mit der weiteren Ausübung des Berufes. Eine gute Integration der pflegenden Angehörigen kann durch gezielte Informations- und Beratungsangebote gewährleistet werden, sodass diese den herausfordernden Alltagssituationen begegnen und sich selbst dabei nicht außer Acht lassen können.	
Dauer: 4 x 45 Minuten	
Wissen	Auswirkungen der Diagnose „Demenz“ auf die Familienmitglieder und Angehörigen kennen und belastende Situationen verstehen Rollen- und Selbstverständnis der Angehörigen Einbeziehung und Kooperation Informations- und Beratungsangebote Leistungen und Unterstützungs- sowie Entlastungsstrategien Strategien zur Konfliktbewältigung
Können	Entwicklung einer Familiensensibilität Erkennen von herausfordernden Situationen und Rollen- bzw. Selbstverständnis der Angehörigen nachvollziehen Ressourcen und Grenzen der Angehörigenkooperation erkennen Beratungskonzepte anwenden, um Angehörige über alle Leistungen, Unterstützungsangebote sowie Entlastungsstrategien zu beraten und zu informieren Strategien zur Deeskalation und Bewältigung von Konflikten
Einstellung	Haltung, dass Erkrankung Demenz nicht nur eine Herausforderung für die betroffenen Menschen, sondern auch für deren Angehörigen ist Verständnis und Empathie für Situation der pflegenden Angehörigen und die daraus resultierende Rolleneinnahme Einfühlungsvermögen bei der Kontaktaufnahme und Beratung der Angehörigen vermitteln

Das Thema Angehörigenarbeit wurde ausreichend vermittelt und immer wieder einen Bezug zur Biografiearbeit hergestellt.

Modul 10

Recht

Rechtliche Aspekte der Betreuung und Beschäftigung in der stationären Akutversorgung Die Teilnehmer*innen haben Grundkenntnisse über rechtliche Aspekte die ihr Berufsbild betreffen.	
Dauer: 5 x 45 Minuten	
Wissen	Auszüge aus dem Strafrecht, Schweigepflicht, Straftaten gegen den Körper, Straftaten gegen das Leben, insbesondere fahrlässige Tötung, Aussetzung § 221 Strafgesetzbuch, Tötung auf Verlangen, Misshandlung Schutzbefohlener, unterlassene Hilfeleistung, Freiheitsberaubung Grundkenntnisse Haftungsrecht, Betreuungsrecht Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen
Können	Kennen und Beachten von rechtlichen Grundlagen im Klinikalltag
Einstellung	Bewusstmachen der eigenen Rechte und Pflichten in der Betreuung von Menschen mit einer dementiellen Veränderung

Die Teilnehmer*innen hätten sich teilweise noch mehr rechtliche Aspekte gewünscht. Von unserer Seite ist der zeitliche Umgang angemessen und rechtliche Aspekte sollten sich auf den Kernpunkt der Arbeit beziehen.

Modul 11

Erste Hilfe

Erste Hilfe Die Teilnehmer*innen erkennen lebensbedrohliche Situationen und kritische Zustandsveränderungen. Sie können lebensrettende Sofortmaßnahmen durchführen und/oder dabei assistieren.	
Dauer: 9 x 45 Minuten	
Wissen	Notfallsituationen einschätzen Handlungskette Notruf Allgemeine „Erste-Hilfe-Maßnahmen“ Erste Hilfe“ in ausgewählten Notfallsituationen (Knochen- und Gelenkverletzungen, Innere und äußere Blutungen, Wunden, Thermische Verletzungen, Vergiftungen, Verätzung, Atemwegsverlegung, Lebensbedrohliche Zustände, Schock) Verletzung der Sinnesorgane
Können	Lebensrettende Sofortmaßnahmen durchführen und unterstützen können
Einstellung	werden für das Helfen sensibilisiert lernen Hilfe zu holen, mit beispielhaften Notfallsituationen umzugehen, um eine positive Einstellung zur Ersten Hilfe zu bekommen

Die Teilnehmer*innen erhielten das Erste-Hilfe Zertifikat.

Modul 12

Grundlagen der Fallsteuerung

Fallsteuerung Die Teilnehmer*innen verfügen über das anwendungsbezogene Fachwissen und Grundlagen der Fallsteuerung. Aufbauend auf einer Bedarfs- und Ressourcenermittlung werden personen- und bedarfsorientierte Maßnahmen für Menschen mit Demenz bezogen auf die stationäre Akutversorgung geplant sowie koordiniert. Sie überwachen und stellen die Fallsteuerung sicher.	
Dauer: 64 x 45 Minuten	
Wissen	Basis: Einführung in die Fallsteuerung für Menschen mit dementiellen Veränderungen Assessment als zentrales Instrument der Fallsteuerung – Assessmentverfahren Ressourcenanalyse und Ressourcensicherung soziale und informelle Netzwerke Visualisierung von sozialen Systemen (Geno- und Soziogramm, Ökomap) personenorientierte Planung von Maßnahmen kollegiale Fallberatung Basis: Fallsteuerung – Überwachung und Steuerung Koordination von Maßnahmen Struktur-Prozess- und Ergebnisqualität Vertiefung: Zielgruppenbezogene Handlungsstrategien zielgruppenbezogene Problemlagen ermitteln zielgruppenbezogene Assessmentanforderungen, Ressourcenanalyse und –steuerung (Biografiearbeit, Lebensweltorientierung, Empowerment) sektorenübergreifendes Management Entlassmanagement
Können	Fallbesprechungen organisieren sowie moderieren Schaffung und Sicherstellung der Kontinuität in der Versorgung des Menschen mit einer dementiellen Veränderung
Einstellung	Senkung der Wiedereinweisungsrate in das Krankenhaus, Lebensqualität sowie Selbstständigkeit der Patienten länger erhalten, Ressourcen des Betroffenen optimal nutzen und Gesundheitsausgaben reduzieren

Aufgrund der Coronapandemie mussten die Termine mehrfach verschoben werden. Ein Termin wurde als Onlineschulung durchgeführt. Von den Teilnehmer*innen gab es bisher noch keine Rückmeldung, da das Thema noch nicht abgeschlossen ist.

Modul 13

Konfliktmanagement

Konfliktmanagement „Probleme, die man ignoriert, verschwinden nur, um Verstärkung zu holen." Die Teilnehmer*innen sind in der Lage, schwierige Konfliktsituationen im Umgang bei Menschen mit einer dementiellen Veränderung sowie mit deren Angehörigen im stationären Setting konstruktiv zu bewältigen. Dabei werden kommunikative, deeskalierende und kooperative Lösungsansätze angewandt und situativ angepasst.	
Dauer: 8 x 45 Minuten	
Wissen	Handlungskompetenzen im Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Demenz und deren Angehörigen im stationären Kontext (Verhalten verstehen, Rahmenempfehlungen, Krisenintervention)

Können	Mut und Selbstvertrauen zu haben, sich schwierigen Konflikt-Situationen zu stellen sind ebenso elementar wie Konfliktbewältigungskompetenzen, denn „Können“ setzt „Wollen“ voraus. Meine eigene Haltung Innere Antreiber Selbsterfahrung Psychodynamische Prozesse/Abwehrmechanismen (Verdrängung, Projektion, Verschiebung) Verhaltensanalyse aus kognitiv verhaltensorientierter Sicht Psychologische Phänomene, die Konflikte verstärken Reaktanz Selektive Wahrnehmung Fundamentale Attributionsfehler Rosenthal-Effekt Vorurteile Konfliktverständnis Mein Konfliktstil Gefühle im Konflikt Grundeinstellung und Konfliktsyndrom Heiße vs. Kalte Konflikte Konfliktbewältigung Strukturelles Konfliktmanagement Konstruktive Konfliktbearbeitung (Fünf-Phasen-Modell)
Einstellung	Um Konfliktsituationen mit Patienten sowie mit deren Angehörigen konstruktiv bewältigen zu können, stehen neben kommunikativen und mediativen Kompetenzen, die eigene „Konflikt-Persönlichkeit“ sowie die Haltung, wie wir Menschen begegnen im Vordergrund. Andere Menschen und Konfliktsituationen zu verstehen bedeutet in erster Linie sich selbst zu verstehen. Zentrale Voraussetzungen hierbei sind das Verständnis eigener psychodynamischer Prozesse sowie das Erspüren von blinden Flecken und Schattenseiten der eigenen Persönlichkeit.

Die Schulung „Konfliktmanagement“ wurde von den Tagesbegleiter*innen, Koordinator*innen und Projektbeauftragten besucht. Von den Teilnehmer*innen gab es gute Rückmeldungen. Der Austausch unter allen IdA-Projekt Beteiligten wurde als sehr positiv rückgemeldet. Bleibt eine Tagesveranstaltung.

Modul 14

Prozessmanagement und Steuerung des Gesamtprojekts

Die Teilnehmer*innen wissen um die Bedeutung einer demenzsensiblen Versorgung im stationären Akutalltag. Institutionelle Rahmenbedingungen und Prozesse werden mit dem Konzept des IdA-Projekts gesteuert und abgestimmt, so dass eine klientenorientierte Versorgung gewährleistet sowie umgesetzt werden kann.

Patienten mit der „Nebendiagnose ‚Demenz‘ im Akutkrankenhaus“ Bedeutung einer stationären Akutversorgung von Menschen mit Demenz – Demenz Support

Der hohe Betreuungsbedarf kognitiv beeinträchtigter Menschen beeinflusst die routinierten, auf Effizienz ausgerichteten Stationsabläufe in Akutkrankenhäusern erheblich. Die Mitarbeiter*innen verfügen überwiegend über themenspezifisches Wissen, große Erfahrung und Empathie. Aufgrund der zeitlichen und strukturellen Rahmenbedingungen haben sie jedoch häufig den Eindruck, ihr Wissen im Umgang mit den Patient*innen überhaupt nicht einsetzen zu können. Sie stellen sich der Frage wie eine „kleine Ethik" im beruflichen Umfeld aussehen kann und diskutieren, wie sie Möglichkeitsräume dafür im beruflichen Alltag erschließen können.	
Dauer: 8 x 45 Minuten	
Wissen	Patienten mit kognitiven Einschränkungen erkennen, achten, schützen, verstehen, beschäftigen Sektorenübergreifendes Aufnahme- und Entlassungsmanagement Besondere Risiken erkennen und minimieren Orientierung unterstützen Aktivität fördern Zusammenarbeit mit Angehörigen und Ehrenamt Autonomie vs. Selbstbestimmung – die kleine Ethik im Stationsalltag Eigene Grenzen definieren
Können	Barrieren zu identifizieren (intrapersonal; räumlich; strukturell; organisational) und Strategien dafür zu entwickeln, wie sie ihre Kompetenzen wirksam einsetzen können.
Einstellung	Interprofessionelles Verständnis, verschiedene Akteure mit jeweiligem Rollen- und Selbstverständnis

Die Schulung „Nebendiagnose Demenz" im Akutkrankenhaus" wurde vom Demenzsupport Stuttgart durchgeführt. Die letzte Veranstaltung in 2020 konnte vor Ort durchgeführt werden. Aufgrund der Entwicklungen in der Corona Pandemie musste das Seminar im Jahr 2020 die Veranstaltung als Online Seminar durchgeführt werden.

Zusatzschulungen TB zu ausgewählten Themen ergänzen.

Für zukünftige Projektumsetzungen ist es aus den Erfahrungen im IdA-Projekt empfehlenswert, zusätzliche finanzielle Mittel für Supervision, Teamentwicklung und Konfliktmanagement einzuplanen. Die IdA-Mitarbeitenden sind täglich mit belastenden Situationen im Bereich Krankheit und Tod konfrontiert und benötigen regelmäßig einen geschützten, professionellen Rahmen, in dem sie über das Erlebte sprechen und sich austauschen können. Gleichzeitig sollte nicht unterschätzt werden, wie wichtig ein funktionierendes Team für die Motivation und Gesunderhaltung der einzelnen Mitarbeitenden ist und wie fatal sich im Gegenzug ein unbearbeiteter Konflikt auf die Fluktuation und Mitarbeiterbindung auswirken kann.

2.5 Öffentlichkeitsarbeit

Die Materialien wurden unterstützend zur Bekanntmachung des Projektes in den teilnehmenden Kliniken, relevanten Regionen und zur Akquise des ambulanten Sektors entwickelt und genutzt. Bei vereinzelter Übernahme des Konzepts können diese weiterhin sehr hilfreich sein. Bei Übernahme in die Regelversorgung erübrigen sich diese perspektivisch.

Zentrale Informationsplattform für Patienten, Angehörige und Ärzte ist die Homepage www.IdA-Brandenburg.de.

Printseitig wurde die Bekanntmachung des Projektes über diverse Flyer unterstützt, welche separat die Patienten und deren Angehörige und das Fachpublikum ansprechen sowie auf projektspezifische Veranstaltungen hinweisen.

Beim Patientenflyer wurden 3 regional differenzierte Versionen für die jeweiligen Kliniken Oberhavel, Ernst von Bergmann und Niederlausitz erarbeitet. Hintergrund dieser Entscheidung waren die Kontaktdaten auf dem Flyer, die direkt dem jeweiligen Haus zugeordnet werden sollten, um eine Kontaktaufnahme entsprechend barrierearm zu gestalten.

Visitenkarten wurden für die Koordinatoren und Projektbeauftragten angefertigt, die an Patienten, Angehörige sowie mögliche Kooperationspartner zur Kontaktaufnahme ausgehändigt werden können.

Faltmappen mit Projektlogo wurden angefertigt, in welchen die Unterlagen der Patienten (Einwilligungserklärung, Infobogen, Datenschutzhinweise, ggf. Flyer) geordnet übergeben werden können.

Für die Versorgungsmitarbeiter wurden Buttons mit entsprechend großem IdA-Logo (Magnet- oder Nadelhalter) angefertigt.

Weiterhin wurden 2 sogenannte „Erklärfilme“ gefertigt, in denen die Projektinhalte und Ziele einerseits der breiten Öffentlichkeit und andererseits dem Fachpublikum erläutert wurden. Die Filme können auf der Projekthomepage abgerufen werden und stehen allen Partnern zusätzlich auch in einer Stummversion mit Untertitel für die Verwendung in Wartebereichen zur Verfügung.

Rollups in verschiedenen Designs werden an den Standorten sowohl als Raumteiler als auch Hintergrund für Veranstaltungen genutzt.

Diverse „give aways“ für Patienten und Interessierte, wie beleuchtete Leselupen, Buntstiftsets, Kugelschreiber und Terminblöcke komplettieren die öffentlichkeitswirksame Darstellung des Projekts.

2.6 Vernetzung und Kooperation

Wen kontaktiere ich?

Im Rahmen von IdA wurde ein Leitfaden zum Aufbau eines ambulanten Netzwerks erarbeitet, so dass ein möglichst einheitliches Vorgehen gewährleistet wird. Ziele dieses Netzwerks sind zum einen die Bekanntmachung des Projekts in der Region und zum anderen die Akquise von Patienten. Um ein geeignetes Netzwerk aus niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie Beratungsstellen und anderen sozialen Einrichtungen für das IdA-Projekt zu etablieren, ist die Ansprache geeigneter Zuweiser des jeweiligen Klinikstandorts hilfreich. Eine Filterung geeigneter Ärzte könnte demnach so aussehen:

1) Erstellung einer Zuweiserliste durch das Controlling der Klinik. Hier sind die aktuellen Zuweiser, sowie deren Einweisungsraten erkennbar.
2) Selektion, ob es sich um Angestellte des jeweiligen Klinikstandorts handelt (eigenes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), Poliklinik, Außenstandorte mit erworbenen Arztsitzen etc.), oder „externe Zuweiser“, die keine vertragliche Bindung an die Klinik aufweisen.

Eine grobe Einteilung und Priorisierung könnte folgendermaßen erstellt werden:

- Bei „hauseigenen Niedergelassenen“ ist die Ansprache einfacherer, da eine vertragliche und idealerweise persönliche Bindung zur Klinik und deren Angeboten besteht. Demnach werden für den Beginn der Besuch und die Information dieses Klientels angeraten.
- Niedergelassene, die durch die Chefärzte der einzelnen Kliniken des jeweiligen Standorts benannt werden können idealerweise durch den jeweiligen Chefarzt selbst kontaktiert und über das Projekt informiert werden oder auf einen Kontakt durch den Projektbeauftragten vorbereitet werden.
- Niedergelassene ohne vertragliche Bindung an die jeweilige Klinik, aber mit hohen (über 20) stationäre Zuweisungen in den letzten 12 Monaten sind höchstwahrscheinlich ebenfalls positiv gegenüber der Klinik und deren Angeboten eingestellt. Die Ansprache dürfte hier entsprechend gelingen. VOR einer Kontaktaufnahme dieser Zuweiser ist es ratsam, die beteiligten Chefärzte der Klinik einzubinden und ggf. um Vorbereitung der Kontaktaufnahme zu bitten.
- Niedergelassene mit geringer Einweisungsrate (unter 20 stationäre Fälle in den letzten 12 Monaten) sind potenziell weniger mit der jeweiligen Klinik verbunden. Demnach ist die Ansprache ggf. schwieriger und sollte erst nach ausreichend Erfahrung bei Kontakten mit den ersten beiden Gruppen der Niedergelassenen erfolgen.

Weiterhin gehören zu einem ambulanten Netzwerk neben Medizinern auch:

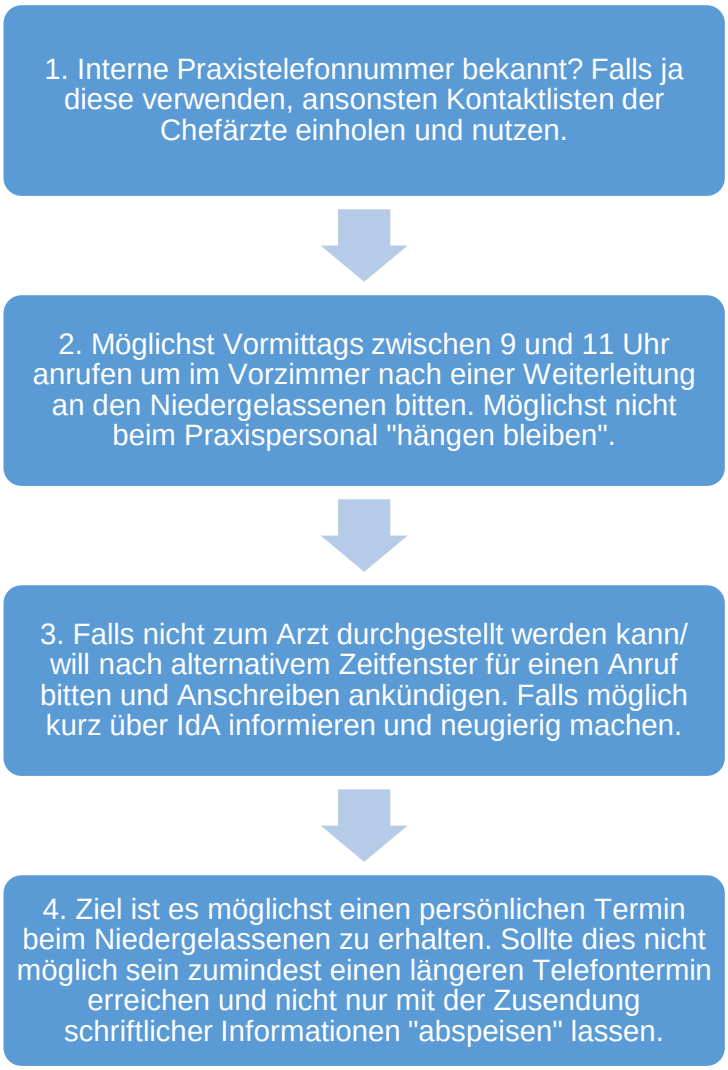
- Selbsthilfegruppen,
- Beratungsstellen,
- ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen,
- Pflegestützpunkte, sowie
- Vertreter der Gemeindeverwaltung.

Die geeigneten Ansprechpartner können mithilfe des Sozialdienstes (Patientenmanagement) und der Seelsorge benannt werden. Diese Aufzählung ist nicht abschließend.

<u>Wie läuft die Kontaktaufnahme ab?</u>

Ein persönlicher Kontakt zu einem potenziellen ambulanten Netzwerkteilnehmer ist stets erfolgsversprechender als ein Anschreiben oder ein Telefonat. Aufgrund der herrschenden Pandemiesituation im Verlauf der Projektumsetzung, wurde es jedoch notwendig, auf persönliche Besuche in Arztpraxen zu verzichten bzw. diese zumindest zu minimieren.

Die folgenden Ausführungen bereiten grundsätzlich den persönlichen Kontakt mithilfe von Anrufen, oder Anschreiben vor. Die Priorisierung der zu kontaktierenden Niedergelassenen basiert auf der zuvor getätigten Einteilung (s.o.).



Alternativ zur direkten telefonischen Kontaktaufnahme kann die telefonische Kontaktaufnahme im Vorfeld durch ein Anschreiben angekündigt werden. Erfahrungsgemäß ist dies mit hohem Aufwand und Kosten verbunden und führt oftmals nicht zum Erfolg, da die Informationen als „Werbung“ abgetan und verworfen werden oder nach einer Woche die Erinnerung an dieses Schreiben verblasst ist. Besser ist es daher ein Anschreiben flankierend zu einem ausführlichen Telefonat mit dem Niedergelassenen zu nutzen, nachdem er/sie über das Projekt informiert wurde und sich interessiert zeigte. Nachfolgend finden sich eine grobe Formulierungshilfe für ein solches Anschreiben:

Sehr geehrter Herr Dr. …

ich danke Ihnen für unseren telefonischen Austausch zum Projekt IdA am …… (Datum einfügen). Nachdem wir über das Projekt und seine Vorteile für Ihre Patientinnen und Patienten sprachen, sende ich Ihnen anbei die entsprechenden Unterlagen.

Neben einigen Patientenflyern und einem Flyer für Sie als potenziellen Netzwerkpartner, finden Sie die Kopiervorlage für die „Überweisung" geeigneter Patienten anbei. Dieser Hinweiszettel dient uns im Klinikum als Hilfe, den von Ihnen eingewiesenen Patienten vorrangig auf die Teilnahme zum IdA – Projekt anzusprechen und bei Eignung möglichst einzuschreiben. Selbstverständlich gebe ich Ihnen Rückmeldung zur erfolgten Teilnahme und den stattgefundenen Maßnahmen während des stationären Aufenthaltes.

Da dieses zukunftsträchtige Projekt von Vernetzung und Zusammenarbeit lebt würde ich mich freuen, wenn wir im Austausch bleiben und ich Sie zu Netzwerktreffen und Qualitätszirkeln einladen dürfte. Hierzu und zu möglichen Fragen zu den beiliegenden Unterlagen melde ich mich in einigen Tagen erneut bei Ihnen. Ich hoffe Sie von diesem dringend benötigten Innovationsfondsprojekt überzeugen zu können und freue mich auf unseren weiteren Austausch.

Freundliche Grüße sendet ……

Nachdem dieses Anschreiben mit den entsprechenden Informationen versendet wurde ist es notwendig, spätestens nach vier Tagen (Kalendertermin setzen!) beim Niedergelassenen anzurufen und nach den Unterlagen und möglichen Unklarheiten zu fragen. Weiterhin ist zu klären, ob die Praxis in das IdA-Netzwerk aufgenommen werden möchte und ob Interesse an weitergehenden Informationen zum Thema Selektivvertrag mit der AOK besteht.

Ähnlich der Unterlagen des Anschreibens nach einem Telefonat mit dem Arzt sind folgende Unterlagen für den Praxisbesuch eine gute Idee:

- 5 bis 10 Patientenflyer, je nach Praxisgröße
- 1 bis 2 Arztflyer, je nach Anzahl der dort beschäftigten Ärzte
- dieselbe Anzahl an Visitenkarten (je Arzt mindestens eine Karte)
- ggf. Kugelschreiber für den Empfang
- 3 bis 5 Hinweiszettel zur elektiven Einweisung (Kopiervorlagen)
- ggf. weitere Werbeartikel (Kalender etc.) des jeweiligen Klinikstandorts
- Informationen zum Selektivvertrag (Infos siehe unten)
- Falls bereits bekannt eine Liste potenzieller Netzwerktreffen, oder Veranstaltungen im Rahmen des IdA – Projekts
- Muster eines IdA – Entlassungsberichts als Anschauungs- und Erklärungshilfe
- Teilnahmevereinbarung Ambulantes Netzwerk

Auf die nachfolgenden möglichen Fragen sollte sich in Vorbereitung auf das Gespräch vorbereitet werden:

Weshalb sollte ein sehr eingebundener Arzt, ein Leiter einer Pflegeeinrichtung, eines Pflegestützpunktes, oder ein anderer potenzieller Netzwerkpartner dem Projekt seine Zeit schenken? Diese Skepsis und vor allem diese Frage im Hintergrund können ggf. gleich zu Beginn des Gesprächs, egal ob Telefonat oder persönlicher Kontakt, offen angesprochen werden.

Ein geeigneter Einstieg in das Gespräch ist daher: *„Vielen Dank Herr/Frau Dr. …., dass Sie mir Ihre Zeit schenken und ich Sie über unser neues Innovationsfondsprojekt IdA informieren darf.“*

Welche Fragen erwarten mich (FAQ)?

Die folgende FAQ-Aufstellung ist keineswegs abschließend und die möglichen Antworten sind nur Ideen und Anregungen, die vielleicht im Kontakt helfen können:

1) Was ist „IdA“?

„IdA“ ist ein zukunftsorientiertes Projekt für ältere Patientinnen und Patienten, die durch einen Krankenhausaufenthalt oftmals desorientierter und hilfloser entlassen werden, als sie eingeliefert wurden. Wir möchten Ihre Patienten während des stationären Aufenthaltes intensiver betreuen und somit helfen, dass Sie und Ihr Team ebenfalls entlastet und unterstützt werden, da die Nachbetreuung idealerweise erleichtert wird.

Flankierend kann hier der Arztflyer gereicht und gemeinsam kurz durchgegangen werden.

2) Was bringt mir und meiner Praxis dieses Projekt?

Unser Ziel ist es nicht nur den Patienten und seine Angehörigen besser zu betreuen, sondern Ihnen als weiterbehandelndem Arzt die Versorgung zu erleichtern. Wir möchten mithilfe des Projekts Delirien und Verwirrtheitszustände verringern und somit Ihre Versorgung erleichtern.

Durch die rechtzeitige Information der bevorstehenden Entlassung Ihres Patienten können sie Ihren Praxisablauf besser planen und mithilfe eines Weiterbehandlungstermins Patienten ohne Termin in Ihrer Praxis verringern. Weiterhin möchten wir sie über die Erkenntnisse zu Ihrem Patienten mithilfe eines gesonderten IdA-Entlassungsberichts informieren. Hier finden Sie Informationen zu den stattgefundenen Maßnahmen und Screenings, sowie deren Ergebnissen mit einer kurzen Erklärung.

Wir wollen uns so während eines somatischen Aufenthaltes bei uns nicht nur um die körperlichen, sondern auch kognitiven und seelischen Belange Ihres Patienten kümmern.

3) Ist IdA für mich mit Mehrarbeit/ Aufwand verbunden?

Es würde mich sehr freuen, wenn Sie uns einen Hinweis geben, sofern Sie einen geeigneten Patienten elektiv in unser Klinikum einweisen. Hierfür habe ich eine Kopiervorlage vorbereitet, die Sie dem Patienten zusammen mit seinen Unterlagen einfach mitgeben und ihn darum bitten, diesen Zettel am Aufnahmetag abzugeben.

So erhalten wir den Hinweis, dass Ihr Patient aus Ihrer Sicht für IdA geeignet ist. Meine Kollegen besuchen Ihren Patienten schnellstmöglich am Bett und führen einige Screenings durch. Nachdem diese abgeschlossen sind und der Patient bei Eignung zustimmt, betreut mein Team Ihren Patienten intensiv während seines Krankenhausaufenthaltes.

Einige Tage vor der geplanten Entlassung nehme ich Kontakt zu Ihnen und Ihrem Praxisteam auf und bitte um einen Weiterbehandlungstermin. Hier erhalten Sie auch kurz und kompakt Informationen zu den stattgefundenen Maßnahmen im Rahmen des Projekts.

Für Sie und Ihr Team entsteht somit nur dieser geringe Mehraufwand, der durch die Vorteile aus meiner Sicht mehr als ausgeglichen wird.

4) Kostet die Teilnahme meine Patienten oder mich eine Teilnahmegebühr?

Nein, die Teilnahme ist für Sie und alle weiteren Netzwerkteilnehmer kostenfrei.

5) Solche Projekte kenne ich, sie sind kurz aktuell und dann genauso schnell wieder verschwunden. Weshalb sollte das bei IdA anders sein?

Die Idee dieser zusätzlichen Versorgung einzelner Patientengruppen während eines stationären Aufenthaltes ist nicht neu. Diese „Leuchttürme“ wurden bisher von einzelnen Kliniken oder Trägern privat finanziert und „schliefen“ daher nach einer kurzen Zeit oftmals wieder ein. Das besondere an IdA ist, dass wir durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und demnach den Innovationsfonds gefördert werden. Durch eine enge wissenschaftliche Begleitung und Evaluation möchten wir nachweisen, dass diese neue Versorgung den Sprung in die Regelversorgung verdient hat.

Sollte uns das, idealerweise mit ihrer Unterstützung, gelingen, wird diese zusätzliche Betreuung Regelversorgung für alle Versicherten aller Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet. Wir leisten hier Pionierarbeit und daher hoffe ich, dass Sie ein Teil unseres Projekts werden.

6) Sie sehen meine Praxis ist voll. Wie soll ich die Zeit für noch ein Projekt aufbringen?

Das verstehe ich vollkommen. Daher möchte ich Ihren Aufwand mit dem Nutzen Ihrer Unterstützung mehr als aufwiegen. Der Hinweiszettel und ggf. ein Flyer sind aus meiner Sicht schnell mitgegeben, sofern sie einen geeigneten Patienten einweisen.

Die Terminvereinbarung vor der stationären Entlassung soll in erster Linie Sie und Ihr Team entlasten und die zusätzlichen Informationen sollten Ihnen möglichst bei der Weiterbehandlung helfen. Sofern ich Sie zur aktiven Mitarbeit an unserem IdA– Netzwerk begeistern kann sehe ich den Vorteil der berufsgruppenübergreifenden Vernetzung, der Weiterentwicklung dieser sinnvollen Idee und die Erweiterung von Wissen zu den Bedürfnissen von Patienten mit einer kognitiven Einschränkung.

7) Weshalb kann ich nur Patienten dieser drei Krankenkassen auf IdA hinweisen? Das bringt doch nichts. Diese Selektion ist mir zu kompliziert.

Das verstehe ich vollkommen. Bei uns in der Region sind viele der geeigneten Patienten bei der AOK Nordost (oder je nach Region der anderen Krankenkassen KNAPPSCHAFT und BAHN-BKK) versichert. Diese drei Kassen beteiligen sich an diesem Projekt, indem sie ihre Krankenkassendaten zur Verfügung stellen. Dies ist mit hohem Aufwand verbunden. Das Ziel des Projekts ist, wie beschrieben, die Regelleistung für alle Versicherten aller Kassen. Da Sie Ihre Patienten nur gezielt auf das Projekt hinweisen und diese großen Kassen an Bord sind ist es aus meiner Sicht einen Versuch wert.

8) Ich soll auch noch einen Nachsorgetermin anbieten? Wie stellen Sie sich das vor?

Mein Vorschlag ist, dass meine Kollegen und ich Ihnen ca. zwei Tage vor der stationären Entlassung einen IdA – Entlassungsbericht faxe (*Hier jetzt Muster bereithalten und zeigen*).

Auf der zweiten Seite kann Ihre Sprechstundenkraft einen Weiterbehandlungstermin eintragen. Diesen Antwortbereich können Sie einfach faxen, oder den Termin kurz per E-Mail senden oder anrufen. Wir freuen uns auf jeden Fall auf die Antwort. Ihrem Patienten hilft dieser Termin auch für die Planung und gibt Sicherheit, nicht am Entlassungstag nach dem Krankenhaus unvorbereitet in Ihrer Praxis erscheinen zu müssen. Diese Ängste möchten wir Ihren Patienten mit Ihrer Hilfe gerne nehmen.

9) Falls ich mich an Ihrer Netzwerkarbeit beteilige, was habe ich davon?

Ich verstehe ihre Bedenken und die aktive Teilnahme an Stammtischen und Qualitätszirkeln soll Ihnen und den anderen Teilnehmern in erster Linie helfen. Falls es bereits aus Ihrer Sicht geeignete Netzwerke gibt wäre ich froh, wenn Sie mir diese nennen und idealerweise einen Kontakt herstellen. Ansonsten geht es beim Erfahrungsaustausch um die Vernetzung innerhalb Ihrer Berufsgruppe und darüber hinaus. Ich freue mich auf Ihre Ideen und stelle gerne auch die passenden Räumlichkeiten (*Pandemievorschriften beachten*) und ggf. Dozenten bereit.

Wie kann auf den Integrierten Versorgungsvertrag mit der AOK Nordost hingewiesen werden?

Neben der Information über die allgemeinen IdA-spezifischen Maßnahmen und Projektinhalte soll der niedergelassene Arzt auch auf die Möglichkeit eines Beitritts zu einem Selektivvertrag mit der AOK im Rahmen von IdA aufgeklärt werden. Hierbei kann wie folgt argumentiert werden:

- Der Integrierte Versorgungsvertrag (IV Vertrag) bildet einen gesicherten Rahmen für AOK Nordost Versicherte innerhalb des IdA – Projekts. Grundsätzlich unterscheiden sich die Leistungen nicht von denen der anderen beiden teilnehmenden Krankenkassen. Weshalb also überhaupt einen extra Vertrag?
- Der Innovationsausschuss des GBA und der §92a SGB V verlangen einen abgeschlossenen IV Vertrag für jedes geförderte Innovationsfondsprojekt. Da die Projekte vom Abschluss des Förderzeitraums bis zur möglichen Einführung in die Regelversorgung ohne eine Zwischenfinanzierung dastehen, bietet ein IV Vertrag ein geeignetes und erprobtes Mittel, um gut implementierte Projekte nicht erst wieder „sterben zu lassen“, bevor sie in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden.
- Ein Vertrag ist eine verlässliche Grundlage für Rechte und Pflichten der teilnehmenden Vertragsteilnehmer. Ein IV Vertrag beschreibt die Aufgaben aller Parteien transparent und ist im Falle grober Verletzungen dieser Verpflichtungen justiziabel. Grobe Abstimmungen und Absichtserklärungen sind dies nicht.
- Ein IV Vertrag ist idealerweise ein Aushängeschild für ein Projekt. Mit dessen Hilfe können ggf. Mehrwerte extra finanziert und das Projekt somit attraktiver gestaltet werden.

Der IV Vertrag mit der AOK Nordost wurde bewusst inhaltsgleich zu den anderen teilnehmenden Krankenkassen verfasst, um eine Ungleichbehandlung innerhalb des Projekts zu vermeiden. Trotzdem sind die Vorteile für alle Seiten bei bestehender Nutzung gegeben. Die Aufgabe der Projektverantwortlichen ist somit diesen Vertrag zumindest kurz im Austausch mit dem niedergelassenen Arzt anzusprechen.

Nach dem Gespräch sind Notizen über mögliche Besonderheiten, die dem Arztberater der AOK bei seiner Arbeit helfen könnten sinnvoll (Einstellung des Arztes, Wünsche, was vielleicht zu vermeiden ist, Tipps im Umgang mit der Terminfindung etc.)

Anschließend werden dem bekannten AOK-Arztberater die Kontaktdaten weitergegeben, sofern der Arzt dies wünscht. Der Arztberater ruft die besuchte Arztpraxis ca. eine Woche nach dem Besuch an und besucht die Praxis oder veranlasst einen Versand der Vertragsunterlagen.

Der Praxisbegleiter der AOK gibt den Projektbeauftragten nach diesem Austausch eine Rückmeldung über dessen Verlauf und den eventuellen Abschluss des IV Vertrages. So wird sichergestellt, dass im Falle von Nachfragen alle Beteiligten informiert sind.

Wie kann ich die Beteiligung am Aufbau eines Netzwerks (Stammtische, Qualitätszirkel etc.) fördern?

Stammtische und Qualitätszirkel innerhalb des IdA – Projekts sollen die interdisziplinäre Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen fördern und alle Beteiligten zum Thema kognitive Beeinträchtigungen undDemenz sensibilisieren. Um dies zu erreichen ist es einfacher bestehende Netzwerke, wie Ärztestammtische, oder weitere etablierte Gruppen zu nutzen und dort das Thema zu platzieren.

Diese Stammtische und Netzwerke sind häufig bei den Chefärzten*innen der Klinik bekannt und sollten daher dort erfragt werden. Gleichzeitig können Pflegestützpunkte gute Ansprechpartner sein, da diese bereits eine Schnittstellenfunktion erfüllen und sich in der Region sehr gut auskennen. Vor dem Hintergrund der aktuellen Pandemie ist es zu prüfen, in wieweit persönliche Treffen und Austausche stattfinden. Auch bei der Planung von Veranstaltungen am Klinikstandort ist deren Durchführbarkeit zuvor immer zu hinterfragen.

Bei den Besuchen der potenziellen Netzwerkpartner*innen sollte das Thema beständig abgefragt werden, so dass ein Stimmungsbild entsteht. Hier geht es um Themenwünsche und potenzielle Veranstaltungsorte. Sofern möglich finden Stammtische häufig im kleinen Kreis in einer Lokalität, oder in Praxisräumen am Abend statt. Hier kann es hilfreich sein, Räume innerhalb des Klinikums anzubieten und ein kleines Catering bereitzustellen.

Da innerhalb der einzelnen Kliniken häufig Vortragsreihen zu verschiedenen Themen laufen kann in einem ersten Schritt auf geeignete Themen hingewiesen und eingeladen werden. Eventuell entsteht so ein intensiverer Kontakt, der durch den/die Chefarzt*in der jeweiligen Klinik des Standorts positiv flankiert werden kann.

Nach der Erstansprache durch die Projektbeauftragten teilt sich der Kreis der besuchten Netzwerkpartner meist in drei Gruppen:

1. Von Beginn an interessierte und engagierte Netzwerkpartner	• Diese Gruppe ist leicht zur Zusammenarbeit und Mitarbeit zu motivieren. • Wichtig ist, die Hinweise und Wünsche stets ernst zu nehmen und möglichst umzusetzen. • Diese Gruppe möchte aktiv mitgestalten, was ermöglicht werden sollte, sofern es zum Gesamtkonzept passt.
2. Verhaltene, aber nicht desinteressierte Netzwerkpartner*innen (zögernd, erst einmal testen wollend)	• Grundsätzlich interessierte, aber vorsichtige Netzwerkpartner sind ambivalent. • Diese Gruppe hat in der Vergangenheit häufig negative Erfahrungen gesammelt und möchte nun nicht erneut "Zeit verschwenden". • Hier ist eine stets anlassbezogene Ansprache mit der Kommunikation klarer Mehrwerte sinnvoll.
3. Ablehnende, oder gänzlich desinteressierte Partner, die an keiner Netzwerkarbeit interessiert sind	• Die dritte Gruppe hat wenig Interesse. • Oftmals begründet in schlechten Erfahrungen oder eingefahrenen Verhaltensmustern möchte diese Gruppe nur in ihrem Tätigkeitsfeld bleiben. • Sofern auf den ersten Blick für diese Gruppe keine definitiven Mehrwerte erkennbar sind, wird ein Engagement abgelehnt.

In der Ansprache und Kommunikation ist es hilfreich, die erfolgten Besuche in diese drei Kategorien zu unterteilen. So kann die jeweilige Gruppe entweder „aussortiert“ (Gruppe 3), vollständig einbezogen (Gruppe 1) oder anlassbezogen integriert (Gruppe 2) werden.

<u>Wie bereite ich Stammtischtreffen, Qualitätszirkel und Erfahrungsaustausche vor?</u>

Vor dem Hintergrund der aktuellen Corona Pandemie ist im Vorfeld einer Veranstaltungsplanung stets die aktuelle Situation in der Region und am jeweiligen Klinikstandort zu beachten. Hier kann es aktuell zu kurzfristigen Änderungen kommen, was eine Planung sehr erschwert.

Vor diesem Hintergrund kann alternativ ein Newsletter helfen, Neuigkeiten und Informationen an Netzwerkpartner, vor allem der Gruppen 1 und 2 zu senden und als Ansprechpartner für Fragen zur Verfügung zu stehen.

Eventuell vierteljährlich können erreichte Meilensteine und kommende Schritte kommuniziert werden. Neben dieser Newsletter Erstellung, die mehr Inhalte als die offizielle Homepage die vor allem einen Fokus auf die jeweilige Versorgungsregion legen sollte, gibt es die Möglichkeit der persönlichen Kontaktaufnahme, vor allem in Zusammenhang mit einem aktuellen Patienten des jeweiligen Netzwerkpartners. Hier ist die Zusammenarbeit mit den Projektkoordinatoren sehr

wichtig, da diese im Rahmen ihrer Arbeit ebenfalls mit Pflegeeinrichtungen, Niedergelassenen und weiteren Netzwerkpartnern kommunizieren.

Diese Kollegen sollten somit stets über erfolgte Besuche und Absprachen informiert werden und bei Bedarf gemeinsam mit den Projektbeauftragten Besuche durchführen, um den Teamcharakter von IdA nach außen zu transportieren. Da dies mit einem hohen personellen Einsatz verbunden ist bieten sich hier ggf. hauseigene MVZ, oder Polikliniken (§311 SGB V) vorrangig an.

Weitere Ausführungen zu diesem Abschnitt folgen, sobald die Durchführung solcher Treffen realistisch wird und die dann notwendigen Hygienemaßnahmen und Rahmenbedingungen klar sind.

2.7 Rechtliche Rahmenbedingungen

Innovationsfondsrojekte im Bereich der neuen Versorgungsformen mit Krankenkassenbeteiligung sind in der Regel auf Grundlage eines Selektivvertrags nach §140a SGB V oder eines Modellvorhabens nach den §§63ff. SGB V durchzuführen.

Im Projekt IdA wurde mit der AOK Nordost ein Vertrag zur Besonderen Versorgung nach §140a SGB V umgesetzt. Ergänzt wurde dieser Vertrag durch die Kooperation der BAHN-BKK und der KNAPPSCHAFT auf Grundlage des §630a BGB in Verbindung mit §39 SGB V.

2.8 Datenschutz und Dokumentation

Für die Durchführung des Innovationsfondsprojekts und der Erprobung der neuen Versorgungsform IdA ist eine sehr gute Datenbasis die entscheidende Grundlage für eine aussagekräftige Evaluation mit belastbaren Ergebnissen. Insofern mussten die Projektbeteiligten weitreichende Überlegungen anstellen, welche Daten für die Umsetzung und Evaluation der IdA-spezifischen Maßnahmen erforderlich sind und wie diese datenschutzkonform erhoben, übermittelt und ausgewertet werden können.

Um die IdA-spezifischen Daten von den restlichen Krankenhausdaten zu trennen, um z.B. unterschiedliche Löschungsfristen gewährleisten oder patientenseitigen Widerrufen nachkommen zu können, wurde für die Erhebung der IdA-spezifischen Daten eine Erfassungsdatenbank, das sog. IdA-Portal, entwickelt, das auf den lokalen Servern der teilnehmenden Kliniken installiert wurde. Alle relevanten, über die eigentliche Krankenhausbehandlung hinausgehenden Daten, die für die Auswertung der Ergebnisse sowie für die Umsetzung der IdA-Maßnahmen erforderlich sind, werden im IdA-Portal erfasst und können von dort pseudonymisiert und entsprechend aufbereitet für die Evaluation exportiert werden.

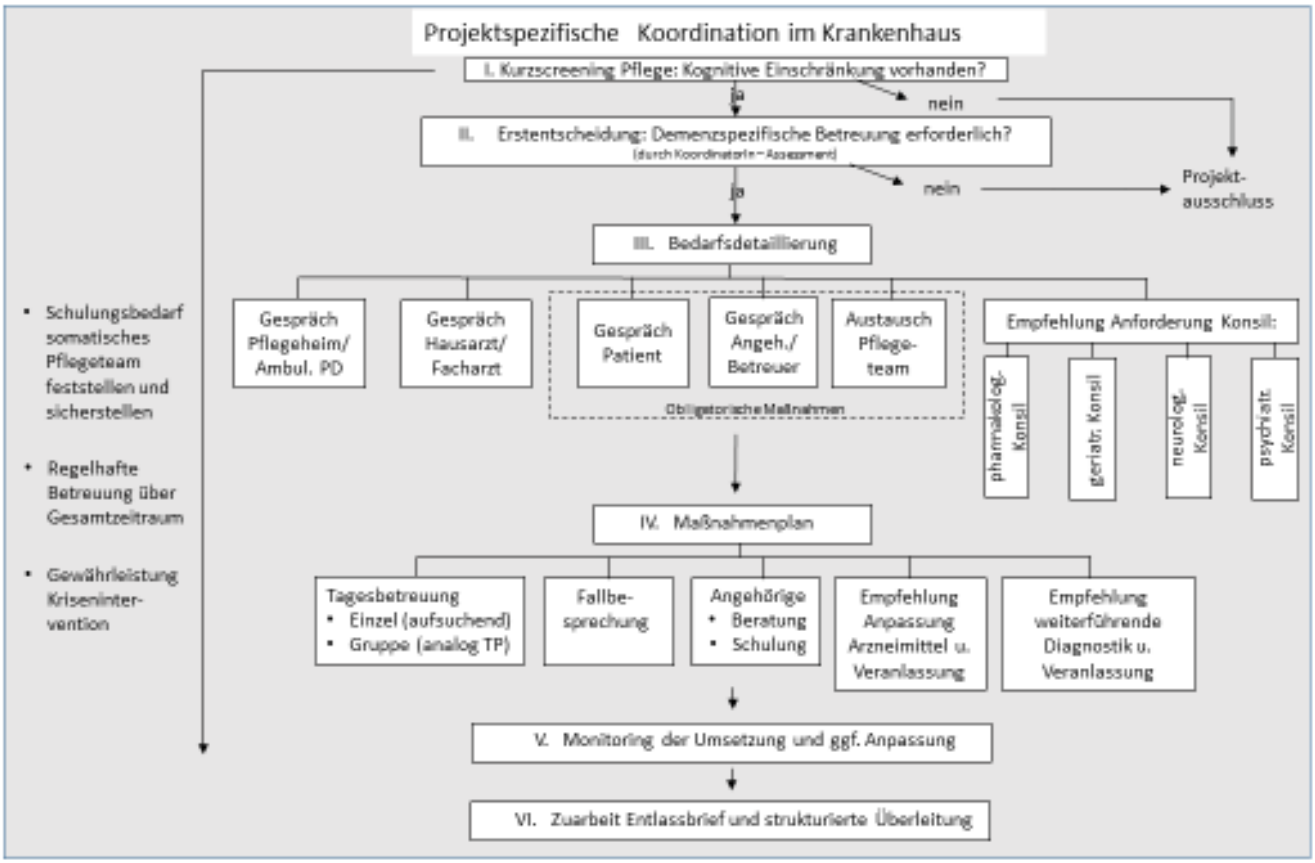
Da im Rahmen des Projekts im Bereich Krankenhaus sehr sensible personenbezogene Daten verarbeitet werden, wurde ein ausführliches Datenschutzkonzept entwickelt. Das Konzept betrachtet detailliert alle Verarbeitungsprozesse im Projekt; angefangen beim Ausgestalten und Einholen der Patienteneinwilligung, über die Datenerfassung während des Krankenhausaufenthalts und des Informationsaustauschs mit behandelnden internen und externen Ärzten und Angehörigen, bis hin zum Datenexport und Datentransfer zwischen Projektpartnern. Bei allen Vorgängen wurde stets der Prämisse gefolgt, so viele Daten wie nötig und so wenig wie möglich zu erfassen und die Betroffenenrechte der Patienten zu jeder Zeit zu wahren.

Eine besondere Herausforderung stellte die Zielgruppe der über 70-Jährigen mit kognitiven Beeinträchtigungen in diesem Zusammenhang dar. Es ist bei dieser Zielgruppe davon auszugehen, dass ein großer Teil des Patientenpotentials nicht selbst einwilligungsfähig ist. Dies bedeutet einen enormen Aufwand und Wachsamkeit, um erstens die Einwilligungsfähigkeit bzw. Nicht-

Einwilligungsfähigkeit zu erkennen und um zweitens im letzteren Fall, die Einwilligungsmodalitäten sowie ggf. weitere Formalitäten mit dem/r gesetzlichen Betreuer*in zu klären.

3. Die Interventionen

Das folgende Schaubild stellt den Ablauf der idaspezifischen Maßnahmen dar und dient allen Projektbeteiligten als übergeordneter Leitfaden.



3.1 Rolle und Aufgaben der Koordinator*innen

Der Koordinator ist dem Projektbeauftragten unterstellt. Der Projektbeauftragte gibt den Koordinatoren Fern- und Nahziele vor und überwacht diese. Er steht hauptsächlich führend,- ausführend und beratend für das gesamte Projektteam zur Seite. Der Projektbeauftragte optimiert und steuert Prozesse und lenkt das Projekt mit allen beteiligten Initiatoren. Grundlegend werden die Vorgänge hierbei zielorientiert gestaltet und durch unterschiedliche Verantwortlichkeiten im Team ausgeführt und gesteuert.

Der Koordinator ist für die Screenings der Patienten am Klinikum zuständig. Erfüllen diese die Voraussetzungen zur Teilnahme am Projekt werden diese in das Projekt eingeschrieben. Bei der Bewertung der Projekttauglichkeit bedient er sich unterschiedlicher, fachspezifischer Screenings und Assessment-Methoden.

Folgende Vorgaben müssen für das Modellprojekt vorab erfüllt sein:

- Mitgliedschaft in einer der folgenden Krankenkassen: AOK, Bahn BKK, KNAPPSCHAFT
- mindestens 70 Jahre
- Aufnahme und Aufenthalt auf einer teilnehmenden Station im Klinikum[1]
- Bei Projekteinschluss noch nicht länger als 72 h im Klinikum[2]

Als erstes Screening wird der 6CiT Test durchgeführt. Sofern dieser mit einem Wert von mindestens 8 die kognitiven Beeinträchtigungen bestätigt, wird der Patient in das Projekt eingeschlossen. Anschließend folgen weitere Tests (CAM, Barthel, MMST). Es wird ein Maßnahmenplan erarbeitet, den der Tagesbegleiter am Patienten umsetzt.

Die Einsatzplanung hierfür übernimmt der Koordinator. Auch die Dienstplanung oder – anpassung obliegt ihm (je nach Standort). Er steht führend, anleitend und beratend dem Tagesbegleiter zur Seite. Neben der vordergründigen Kerntätigkeit, Patienten zu screenen und u.a. in das Portal einzuschließen übernimmt er weitere komplexe Aufgaben wie Dokumentation, Organisation und Koordination interner Projekt- und Klinikabläufe.

Der Koordinator befindet sich in enger Abstimmung mit unterschiedlichen Berufsgruppen, um eine multiprofessionelle Begleitung und Vernetzung des Patienten während des Projektes und nach seiner Entlassung zu gewährleisten.

Es findet in regelmäßigen Abständen ein Austausch aller Koordinatoren, aller mitwirkenden Standorte statt.

3.1.1 Vorgehen allg.:

Der Patient wir neu auf einer teilnehmenden Station aufgenommen und vom IdA-Koordinator in den ersten 72 Stunden (am besten innerhalb der ersten 24 Stunden bzw. schnellstmöglich) nach der Aufnahme besucht. Dieser gibt dem Patienten kurz Informationen zum Projekt und zum bevorstehenden Screening. In diesem Gespräch können bereits Gründe auftreten, warum der Patient ev. nicht für IdA geeignet ist. Folgende Gründe führen zu einer Nichteignung bereits in dieser Phase:

- Geplante Aufenthaltsdauer weniger 4 Tage
- Kritischer Gesundheitszustand (je nachdem, ob dieser akut oder kurzfristig ist, kann der Patient an einem anderen Tag nochmals aufgesucht werden; bei dauerhaft kritischem Zustand kein Projekteinschluss möglich)
- Patient nimmt bereits an einer anderen (klinischen) Studie teil
- Patient kann durch coronabedingte (pandemiebedingte?) Gründe nicht teilnehmen
- Patient wurde mehrmals nicht angetroffen
- Gesetzlicher Vertreter nicht erreichbar
- 72 Stunden Frist konnte nicht eingehalten werden
- Ggf. längerer Aufenthalt auf der ITS
- Patient verweigert 6CiT
- Patient wurde aus anderem Krankenhaus in teilnehmendes KH verlegt
- Kapazitätsgrenzen des IdA-Teams überschritten (in diesem Fall wird bei weiteren Patienten auch nicht auf IdA-Eignung geprüft)

[1] Lediglich Zwischenaufenthalte auf der ITS z.B. zur postoperativen Beobachtung sind zulässig.
[2] Im Verlauf der Prozessevaluation von anfänglich 24h auf 72h angehoben, um das Wochenende einschließen zu können.

An der IdA-Versorgung teilnehmende Fachgebiete und Stationen nach Trägern und Standorten:

Träger	Oberhavel Kliniken GmbH				Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH		Klinikum Niederlausitz GmbH			
Standort	**Hennigsdorf**		**Oranienburg**		**Potsdam**		**Senftenberg**		**Lauchhammer**	
Fachgebiet	KH Plan	IdA	KH Plan	IdA	KH Plan	IdA	KH Plan	IdA	KH Plan	IdA
Augenheilkunde					X					
Chirurgie	X	X1	X1	X1	X	X1	X	X1	X	X1
• Orthopädie					X	X1	X	X1		
Frauenheilkunde & Geburtshilfe			X2	X2	X				X	X2
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	X	X2			X					
Haut- und Geschlechtskrankheiten					X					
Innere Medizin	X	X3	X3	X3	X	X2	X	X2	X	X3
• Geriatrie	X				X				X	
Kinder- und Jugendmedizin			X						X	
Kinder- und Jugendpsychiatrie & -psychotherapie					X					
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie					X					
Neurochirurgie					X					
Neurologie	X	X4			X	X3	X	X3		
Nuklearmedizin					X					
Psychiatrie & Psychotherapie	X				X		X			
Psychosomatische Medizin & Psychotherapie	X				X		X			
Strahlentherapie					X					
Urologie					X				X	X2

Nachrichtlich:

Standort Hennigsdorf	
X1	Stationen 27, 28 (Chirurgie, Gefäßchirurgie)
X2	Station 30 (HNO-Heilkunde)
X3	Stationen 23, 25, 35 (Innere Medizin)
X4	Station 26 (Neurologie)
Standort Oranienburg	
X1	Stationen 4, 5 (Chirurgie)
X2	Station 2 (Gynäkologie)
X3	Stationen 6, 7 (Innere Medizin)
Standort Potsdam	
X1	Stationen E4, D5 (Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie [ab 03/2021])
X2	Stationen C7, C8, D6, E6, H1 (Onkologie, Hämatologie [bis 02/2021], Angiologie, Nephrologie [ab 11/2020], Kardiologie,)
X3	Station H2 (Neurologie)

Standort Senftenberg	
X1	Station 25 (Unfallchirurgie und Orthopädie, Hand- und Plastische Chirurgie)
X2	Stationen 21, 24, 28 (Diabetologie, Endokrinologie, Nephrologie, Pneumologie, Kardiologie, Gefäßzentrum)
X3	Stationen 22, 20 (Neurologie, Stroke Unit)
Standort Lauchhammer	
X1	Stationen 3, 4 (Allgemein- und Viszeralchirurgie)
X2	Station 6 (Urologie/Gynäkologie)
X3	Station 5 (Innere Medizin)

Der anschließende Ablauf ist folgendermaßen:

- Durchführung 6CiT (ggf. bereits durch Pflegekraft bei Aufnahme erfolgt)

- Ergebnis größer/gleich 8 => Einholen der Einwilligungserklärung
- Aufnahme des Patienten ins IdA-Projekt und weitere, tägliche Dokumentation im IdA-Portal (bei Implementierung in Regelversorgung fällt dieser Arbeitsschritt weg
- Weiterführung Eingangsassessment => Erhebung Barthel und MMST

Mögliche Ausschlussgründe:

- unzureichende Deutschkenntnisse
- geplante Aufenthaltsdauer weniger als 4 Tage bzw. bereits entlassen oder verlegt
- kritischer Gesundheitszustand (prefinal oder infektiös)
- Teilnahme an einer anderen (klinischen) Studie
- Corona-bedingter Ausschluss
- Patient mehrfach nicht angetroffen
- kein Kontakt zu gesetzlichem Vertreter möglich
- 72h Frist kann nicht eingehalten werden
- 6CIT verweigert
- Verlegung aus anderem Krankenhaus
- Sonstiges

3.1.2 Patienteneinwilligung

Der Koordinator ist verpflichtet nach der 6CIT Testung, sofern der Wert >/= 8 Punkte ist von dem jeweiligen Patienten, die Patienteneinwilligung unterzeichnen zu lassen. Hat der Patient einen gesetzlichen Betreuer, muss die Einwilligung durch diesen stattfinden. Nach der 6 CIT Testung finden weitere Screenings statt:

- CAM
- MMST
- Barthel

Herausforderungen beim Einholen der Patienteneinwilligung:

- Einwilligung zur Teilnahme an einem Projekt zu kognitiven Beeinträchtigungen, ohne ggf. bis zu diesem Zeitpunkt davon gewusst zu haben/ sich eingestanden zu haben
- Patient am Aufnahmetag überfordert
- Prüfung vorab, ob der Patient selbst einwilligungsfähig ist
- Gesetzlicher Vertreter hat eingewilligt, Patient verweigert aber die Teilnahme
- Schwierige Erreichbarkeit des Angehörigen oder gesetzlichen Vertreters

Die Einwilligung erhält die Krankenkasse im Original. Ein Durchschlag bleibt zu Archivierungszwecken im Klinikum. Der Patient erhält ebenfalls einen Durchschlag der Einwilligung.

Das umfangreiche Einholen der Einwilligungserklärung würde bei Übernahme der Leistung in die Regelversorgung entfallen.

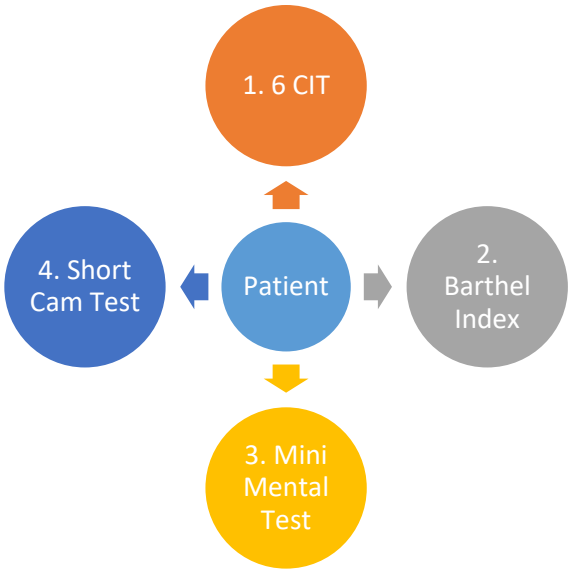
3.1.3 Erstscreening und Eingangsassessment

Der Patient erhält 4 Testungen. Die Dokumentationsbögen werden hierfür vorgegeben.

Der Koordinator besucht den Patienten in Absprache mit dem Stationsteam, um die Testung in einer realitätsnahen Situation und Umgebung durchzuführen. Durch seine fachliche –und soziale

Kompetenz schätzt der Koordinator ein, wie er die Testung ausführt. Wegweisend ist hier sich in erster Linie auf die unterschiedlichen Patienten einstellen zu können, um den Patienten beim Test auch eine Sicherheit zu vermitteln und seine Compliance zu erhalten oder gegeben falls zu erhöhen.

Das Screening erfolgt in 4 Schritten:



Der 6 CIT

Dieses 6-Item-Screening auf kognitive Beeinträchtigung erfordert einen typischen Erinnerungstest mit 3 Begriffen. Die Testperson sollte in der Lage sein, die drei Begriffe anfangs zu wiederholen und sich nach 5 Minuten wieder daran zu erinnern.

0 - 3 Punkte: Beeinträchtigung wahrscheinlich

4 - 6 Punkte: Beeinträchtigung weniger wahrscheinlich

Der Barthel Index

Ist ein Instrument zur Messung der Fähigkeit zur körperlichen Selbstversorgung im Alltag, Fremderhebungsinstrument mit 10 Items á 2 bis 4 Stufen, insgesamt sind 0 bis 100 Punkte erreichbar, je nach Item werden in 5-Punkt-Abstufungen 0 bis maximal 5, 10 oder 15 Punkte vergeben.

Mini Mental Test

Der MMST dauert zehn bis 15 Minuten. Jede richtige Antwort wird als ein Punkt gezählt. Maximal werden 30 Punkte vergeben. Ergibt die Auswertung bis zu 27 Punkten, dann spricht man von einer leichten kognitiven Beeinträchtigung, bei weniger als 20 Punkten von mittelgradiger Demenz und bei unter zehn Punkten von einer schweren Demenz.

Short Cam Test

Als Standard zur klinischen Delir Diagnostik gilt die Confusion Assessment Method, kurz CAM. Dabei gilt ein Delir als wahrscheinlich, wenn folgende Kriterien vorliegen:

akutes Auftreten und fluktuierender Verlauf
und

Aufmerksamkeits-/Konzentrationsstörung
und

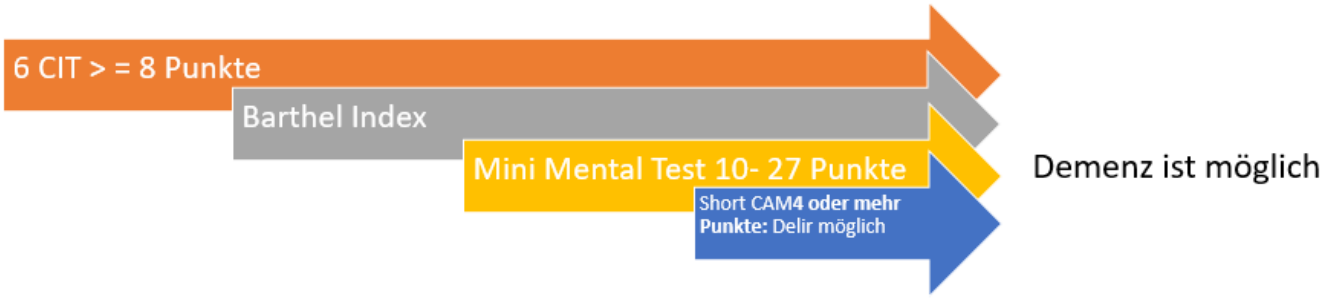
Denkstörung
oder

Bewusstseinsstörung

4 oder mehr Punkte: Delir möglich +/- kognitive Beeinträchtigung

1-3: mögliche kognitive Beeinträchtigung

0: Delir oder schwere kognitive Beeinträchtigung unwahrscheinlich, aber möglich,



Es ist sinnvoll, soweit es möglich ist, die weitere Anamnese am Patienten zu erheben und zu dokumentieren. Hierfür steht ein Anamnesebogen zu Verfügung.

Patientenklebchen

Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung

Wohnsituation: ○ allein ○ zu Hause zusammen mit: ○ Ehepartner/ Lebenspartner ○ Kindern ○ sonstigen Angehörigen

○ betreutes Wohnen ○ Pflegeheim

○ Wohngruppe ○ Pflegedienst

Betreuung im KH: ○ Angehörige ○ rechtl. Betreuer ○ selbst einwilligungsfähig ○ erhält Besuch

Kognition: ○ orientiert ○ teilorientiert ○ desorientiert

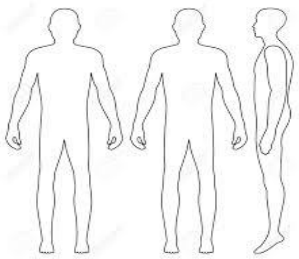
Mobilität: ○ selbstständig ○ Rollator ○ Rollstuhl ○ bettlägerig ○ eingeschränkt wegen akuter Erkrankung

Schmerzen: ○ ja, Lokalisation siehe Bild ○ nein

○ Lokalisationsbeschreibung:

○ eigene Angabe Schmerzstärke (1-10): _____

○ Einnahme Schmerzmittel: ○ ja ○ nein



Aktueller

Bewegungsradius: ○ Bett ○ Patientenzimmer ○ Flurebene ○ Klinikebene ○ Außenbereich

Hilfsmittel: ○ Brille / Lesebrille ○ nicht dabei* ○ Pat. erblindet ○ rechts / links / beidseits

○ Hörgerät links ○ Hörgerät rechts ○ nicht dabei* ○ Pat. gehörlos ○ rechts / links / beidseits

○ Zahnprothese oben ○ Zahnprothese unten ○ nicht dabei*
*wenn nicht dabei, Beschaffung veranlasst? ○ ja ○ nein

Ausscheidung: ○ selbstständig ○ mit Hilfe ○ inkontinent ○ Blasenkatheter / Stoma

Ernährung: ○ Appetit gut ○ mäßig ○ schlecht

○ Kaubeschwerden ○ Schluckbeschwerden ○ Getränke andicken lassen

○ Zubereitung selbstständig ○ mit Hilfe ○ völlige Übernahme

○ isst selbstständig ○ mit Hilfe ○ völlige Übernahme

○ Ernährung durch Sonde ○ Flüssigkeitsdefizit

○ Besonderheiten:

_____

Allergien/

Unverträglichkeiten: ○ nicht bekannt○ ja:

_____

Achtung!

_____

Schlaf: zu Hause ○ gut ○ mäßig ○ schlecht ○ nimmt Schlafmedikamente

Im KH ○ gut ○ mäßig ○ schlecht ○ nimmt Schlafmedikamente

○ Frühaufsteher ○ Spätaufsteher ○ Gründe für schlechten Schlaf: _____

Stimmung: ○ gut ○ deprimiert ○ gestresst ○ wütend ○ traurig ○ schwankend

○ Hinweise:
_____
_____

Nähe/ Distanz: ○ reagiert positiv auf Körperkontakt ○ hält lieber Distanz

kann abrupt ablehnend werden, wenn:
_____
___

derzeitiges herausforderndes Verhalten: ○ Essen/ Trinken schlecht ○ Umkehr Tag/ Nacht Rhythmus ○ rufen/ schreien/ schlagen

○ Hinlauf-/ Weglauftendenz ○ Passivität/ Rückzug/ Teilnahmslosigkeit ○ starkes Angstverhalten

Interessen: ○ Zeitung / Bücher ○ Gespräche ○ Musik ○ Spiele ○ Kreuzworträtsel ○ Malen

○ Basteln ○ Motivkarten ○ Gedächtnisspiele ○ Bewegung/ Sport ○ Tanz ○ Kochen / Backen

○ Spazieren gehen ○ Gruppenbetreuung ○ Religion/Spiritualität ○ Beruf _____ ○ sonstiges _____

Hinweise:

_____
_____

_____
_____

3.1.5. IdA-Dokumentation

Im IdA-Portal erfolgt folgende Dokumentation:

- alle potenziell für IdA geeigneten Patienten (lediglich Erfassung der IdA-Kennung und Ausschlussgrund; keine Erfassung personenbezogener Daten)
- die Ergebnisse der Kurzscreenings und des Eingangsassessments
- die Gründe für nicht-Eignung oder vorzeitige Abbrüche
- die IdA-Versorgung während des Krankenhausaufenthaltes inkl. durchgeführter Maßnahmen
- Ereignisse während des Krankenhausaufenthaltes (z.B. Stürze, freiheitsbeschränkende Maßnahmen, herausforderndes Verhalten, Medikation, Notfallverlegungen)

Bei Erfassung eines Falls ist folgendes zu beachten:

- Wird ein Patient erneut eingeliefert, wird ein neuer Fall eröffnet (KEINE Reaktivierung eines alten Falls)
- Hat ein Patient bereits im letzten Krankenhausaufenthalt eingewilligt und ggf. auch teilgenommen, wird er beim nächsten Aufenthalt erneut um Einwilligung gebeten und ggf. in IdA aufgenommen
- Wir ein Patient von einem teilnehmenden Krankenhaus in ein anderes teilnehmendes Krankenhaus verlegt, wird kein neuer Fall eröffnet, sondern der bestehende Fall weitergeführt

Die Dokumentation erfolgt fortlaufend während des Krankenhausaufenthaltes. Die abgefragten Informationen sind für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes im IdA-Portal zu dokumentieren.

Die Dokumentation beginnt immer mit dem Aufnahmetag im Krankenhaus, auch wenn der Patient erst am zweiten oder dritten Tag in das Projekt eingeschlossen wird. Die IdA-spezifische Versorgung beginnt mit Vorliegen der Einwilligung.

Ebenfalls wird jeder mögliche Patient in das Portal aufgenommen, auch wenn der Patient im weiteren Verlauf des Eingangsassessments als nicht geeignet eingeschätzt wird. Das ist wichtig für die Berechnung der Dropoutquoten und der Fallzahlerreichung. In diesen Fällen werden jedoch keine personenbezogenen Daten erhoben, sondern lediglich ein IdA-Kennzeichen angelegt und ein Ausschlussgrund erfasst.

Das detaillierte Vorgehen bei der Dokumentation im IdA-Portal ist in den Schulungsunterlagen Koordinatoren beschrieben, die dem Handbuch anhängen.

Aus dem IdA-Portal können verschiedene standortspezifische Reports exportiert werden. Diese dienen zum Einen dem Controlling der Fallzahlen, zum anderen werden die Reports in verschlüsselter, pseudonymisierter Form an AGENON und die Krankenkassen übermittelt, um die Daten auswerten zu können.

3.1.6 Einbezug von Angehörigen

Angehörige sind „Mit-Betroffene“. Um sie in verschiedenen Phasen begleiten zu können, benötigen Angehörige verbale und schriftliche Informationen, um ein Verständnis für den Zustand des betroffenen Menschen selbst und ein Verstehen der aktuellen Situation zu erlangen. Ziel des Projektes war es durch die Koordinatoren fachlich – und sozial beratend zur Seite zu stehen und individuelle Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Da Angehörigen – Gruppenschulungen aufgrund der Covid – 19 Pandemie nicht stattfinden durften, fanden Einzel-Angehörigenberatungen – und Schulungen statt, vor Ort sowie telefonisch.

Ein Ziel des Projektes war es, ein wissenschaftlich fundiertes und praktikables Instrument zur Befragung von Angehörigen des Patienten anzuwenden. Hierfür wurden zu verschiedenen Projektphasen entsprechende Angehörigenfragebögen zur Verfügung gestellt, um die Qualität und Wirkweise des Projektes im Hinblick auf das soziale Umfeld des Patienten, explizit mit dem Fokus auf seine Angehörigen, abbildbar zu machen. Durch temporäre Besuchsverbote an Kliniken, gab es die Ausweich-Möglichkeit auch durch das Aufrufen eines Links, bzw. Scannen eines QR – Codes an der Angehörigenbefragung teilzunehmen.

3.1.6 Einbezug des Stammpersonals

Der persönliche Kontakt und Austausch ist wichtig und die Beziehung zu dem multiprofessionellen Klinikteam von großer Bedeutung. Das Stammpersonal vor Ort wurde umfangreich, vor und nach den Testungen, über den Zustand des IdA-Patienten informiert. Auch wurde ein täglicher Austausch angestrebt, seitens des Koordinators und auch des Tagesbegleiters. Zum positiven Feedback gehörte, dass die psycho-soziale Beschäftigung des Patienten durch den Tagesbegleiter als Bereicherungen und Entlastung für das Stationspersonal empfunden wurde. Die enge Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen dem Projektkoordinator, dem Patientenkoordinator und teilweise dem Krankenhaus Sozialdienst ermöglichte es den Patienten aus vielen fachspezifischen Winkeln zu beobachten und entsprechend bestmöglich zu versorgen, auch in Hinblick auf das Entlassmanagement. So wurde die interdisziplinäre Arbeit des IdA-Projektteams temporär auch ein wichtiger Faktor für den Krankenhaus Casemanagement Bereich. Da hier die Projektarbeit systemisch den gesamten Prozessablauf optimieren konnte und davon einzelne Patienten deutlich profitierten.

3.1.7 Einbezug von Vor- und Nachbehandler*innen

Entlassbriefe sind wichtig, nicht nur für die Patienten selbst, sondern auch für die sogenannten „Nachbehandler“. Am 01.07.2017 trat der Rahmenvertrag „Entlassmanagment“ in Kraft. Dabei wird der voraussichtliche, individuelle Bedarf für die nach der stationären Behandlung erforderliche Anschlussversorgung, welche Kosten die Kranken- oder Pflegekasse tragen u.v.m. noch im Krankenhaus festgestellt. Die notwendigen Maßnahmen werden frühzeitig eingeleitet und der weiterbehandelnde Arzt bzw. die weiterversorgende Einrichtung rechtzeitig informiert. Bestandteil des Entlassmanagements ist neben der Prüfung des Anspruchs auch die Verordnung von Arznei-,

Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, von häuslicher Krankenpflege oder Soziotherapie, um die nahtlose Versorgung für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen sicherzustellen.

Falls der Tag der Entlassung am Klinikum absehbar war, erfolgte eine telefonische Kontaktaufnahme mit dem nachbehandelnden Arzt, der bei den Studienpatienten meistens der Hausarzt ist. Es wurde dann via Mail oder Fax um Terminkoordination für die ambulante Weiterbehandlung gebeten und diese wurde auch durch den Projektkoordinator vermerkt. Bei gelungenem Entlassmanagement in Bezug auf die Terminkoordination, erfolgte eine schriftliche Antwort im Antwortbereich des Dokumentes.

Vorläufige IdA - Entlassungsinformation
mit der Bitte um Terminkoordination
zur ambulanten Weiterbehandlung

Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung

Ihr unten genannter Patient befindet sich aktuell in stationärer Behandlung in unserer Klinik. Da die Entlassung Ihres Patienten bevorsteht, möchten wir Sie über die Teilnahme des Patienten am Innovationsfondsprojekt „IdA“ informieren.

Weitere Informationen zum IdA – Projekt finden Sie auf www.ida-brandenburg.de .

Im Rahmen dieses Projektes möchten wir die Zusammenarbeit mit Ihnen ausbauen und Ihre Arbeit unterstützen. Daher bitten wir Sie um Vergabe eines ambulanten Weiterbehandlungstermins Ihres Patienten.

Bitte senden Sie dazu den Antwortbereich dieses Schreibens zurück an

Fax: 0331/24136005

Bei Fragen erreichen Sie das IdA – Team des Krankenhauses unter

Name des Patienten _____

Geburtsdatum _____

Aufnahme ins IdA - Projekt erfolgte am _____

Stationäre Entlassung ist vorraussichtlich geplant am _____

Erfolgte Screenings und Ergebnisse

Testverfahren	Letzes Testdatum	Letzes Testergebnis*
6 – CIT		
MMST		
Barthel – Index		
CAM / I – CAM		

*** Eine kurze Legende der Testergebnisse finden Sie auf der Rückseite dieses Schreibens.**

Durchgeführte Maßnahmen im Rahmen des Projekts

☐ Aktivierende Einzelbetreuung aufsuchend

☐ Beruhigende Einzelbetreuung aufsuchend

☐ Teilnahme an Gruppenangeboten

☐ Angehörigenberatung

Durchgeführte Konsile im Rahmen des IdA-Projekts

_____

Empfehlungen für die Weiterbehandlung

_____

Bitte wenden…

Kurze Beschreibung der Testergebnisse (Legende)

6 – CIT

Bei einem gewichteten Fehlerwert >7 besteht der Verdacht auf eine kognitive Beeinträchtigung.

Quelle: J. B. Hessler et al. (2016); The 6-Item Cognitive Impairment Test as a bedside screening for dementia in general hospital patients: results of the General Hospital Study (GHoSt); Published online in Wiley Library

MMST

- 20 bis 26 Punkte: leichte Alzheimer-Erkrankung
- 10 bis 19 Punkte: moderate/mittelschwere Alzheimer-Erkrankung
- Weniger als 10 Punkte: schwere Alzheimer-Erkrankung

Quelle: Deuschl, G., & Maier, W. (2016). S3-Leitlinie Demenzen. Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Hrsg. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, 33.

Barthel – Index

- 0 - 30 Punkte: weitgehend pflegeabhängig
- 35 - 80 Punkte: hilfsbedürftig
- 85 - 95 Punkte: punktuell hilfsbedürftig
- 100 Punkte: Zustand kompletter Selbständigkeit

Quelle: Version KF 1.1, erstellt 8.11.2004 i.A. der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V.

CAM / I – CAM

Ein Delir liegt vor, wenn die Merkmale 1a und 1b und 2 sowie 3 oder 4 vorliegen.
Ein Verdacht auf Delir liegt vor, wenn 1a oder 1b und 2 sowie 3 oder 4 vorliegen.

Quelle: Hospital Elder Life Program, LLC

Antwortbereich

Bitte faxen Sie diesen Bereich an: 0331/24136005

oder senden eine E – Mail:

Ich erwarte meine Patientin / meinen Patienten

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Am: _____

Um: _____

zur ambulanten Weiterbehandlung ☐ in meiner Praxis.

☐ in der Häuslichkeit.

_____ _____

Datum Praxisstempel und Unterschrift

3.1.8 Erstellen von Maßnahmenplänen

Nach erfolgter Einwilligung und Testung des Patienten durch das Eingangsassessment, erstellt der Koordinator einen Maßnahmenplan. Mithilfe eines Maßnahmenplans kann zielgerichteter entschieden werden, welche Aktivitäten wann, in welcher Reihenfolge, mit welchem Aufwand, von wem, bis wann und unter welchen Prämissen ausgeführt werden müssen. Für den klassischen Maßnahmenplan wird prinzipiell nur eine einfache Tabelle erstellt, welche die geplanten Aktivitäten übersichtlich aufführt und organisiert. Der Maßnahmenplan wurde als Dokument zur Verfügung gestellt und in verschiedenen Projektphasen angepasst und optimiert. Darin plant der Koordinator, die für den Patienten vorgesehenen Maßnahmen, die wiederrum durch den Tagesbegleiter umgesetzt wurden. Darüber hinaus fand eine tägliche Dokumentation statt.

Maßnahmenplan

Nr.	Name:						Station:				Zimmer:			
	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
Datum														
Einzelbetreuung	PLAN *	IST **												
Basis	⊗	○	⊗	○	⊗	○	⊗	○	⊗	○	⊗	○	⊗	○
Kognitiv aktivierend a) Kognitives Training *(Memory, Puzzles, Kreuzworträtsel)* *b)* Kognitive Stimulation *(Alterinnerung, Alltagshandlungen, Konversation, Biographie)* c) Realitätsorientierung *(Zeitung)*	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□
Kognitiv beruhigend *(Aromapflege/ Lichttherapie/ Entspannungsmusik)*	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□
Mobilisierend *(Spaziergang, Bett/Stuhl/Station/draußen)*	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□
Abendritual *(Tee, Bewegung, Tagesrückblick, sensorische Verfahren)*	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□
Mahlzeitenbegleitung	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□
Gruppenbetreuung *Kochen, backen, tanzen, singen, Gesellschaftsspiele*														
Handzeichen														
Bemerkungen *z.B. Behandlungsbegleitung*														

*Koordinator, ** Tagesbegleiter

Stand: 17.02.2021

3.1.9 Anforderung zusätzlicher Konsile

Bei einem Konsil handelt es sich um eine Beratung eines Arztes durch einen anderen Arzt, meistens einen Facharzt. Ein Konsil kommt dann zum Tragen, wenn ein Arzt im Hinblick auf das Krankheitsbild eines Patienten unsicher ist. Dann ist es wichtig, einen weiteren Facharzt zu Rate zu ziehen, um die richtige Therapie verordnen zu können. Gleichermaßen kann ein Konsil als Einleitung für eine eventuelle Verlegung des Patienten in ein anderes Fachgebiet dienen.

Es gab die Möglichkeit im IdA Portal zusätzlich angeforderte Konsile zu dokumentieren. Da bei jedem erfassten Patienten eine tägliche neue Bedarfsanpassung stattfand, gab es diese Auswahlmöglichkeit dementsprechend täglich. Unterschieden wurde hier in:

pharmakologisches Konsil

geriatrisches Konsil

psychiatrisches Konsil

neurologisches Konsil

und

kein Konsil empfohlen

Der Koordinator darf lediglich eine Empfehlung an den verantwortlichen Arzt aussprechen. Das Konsil selber initiiert der Arzt. Als Entscheidungshilfe steht dem Koordinator ein Kriterienkatalog für Konsilanforderungen im Rahmen von IdA zur Verfügung.

Später mit validem Zahlenmaterial % Angabe einfügen, welche Menge an Konsilen ausgelöst wurde und welchen Arbeitsumfang diese in Anspruch nehmen.

3.1.10 Durchführung von Fallbesprechungen

Es gibt die Möglichkeit auch in einem kleinen Rahmen, dem Stationssetting, „Fälle“ zu besprechen. Der Fall ist der Patient mit seinen verschiedenen Bedarf und Bedürfnissen. Ein, nach Möglichkeit, interdisziplinäres Team bemüht sich die verschiedenen, meistens daraus resultierenden, gehobenen Anforderungen zu diskutieren um den Patienten gerecht zu werden. Dadurch sollen zum Beispiel Unsicherheiten auf beiden Seiten, Versorgungslücken, ethische Fragestellungen etc. in ca. 20 Minuten besprochen und nach Möglichkeit zum Positiven verändert werden. Das funktioniert aber immer nur in Korrelation mit dem Stationsteam / dem interdisziplinären Team. Da diese Herangehensweise zwar wünschenswert, jedoch sich größtenteils als nicht praktikabel herausstellte, gibt es die Möglichkeit, dass der Fall einzeln mit jedem Ansprechpartner nacheinander besprochen wird. Hierfür stand auch ein entsprechend vorgegebenes Dokument zur Verfügung.

Ergebnisprotokoll Fallbesprechung

Name Patient/in: _____

Fallnummer: _____

Datum der Fallbesprechung: _____

Teilnehmer/innen der FB: _____

_____

_____

_____

Moderator: _____

Thema/ herausforderndes Verhalten/ derzeitige Patientensituation:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Zielformulierungen der besprochenen Maßnahmen	Verantwortlicher:
1.	
2.	
3.	
4.	

nächster FB- Termin zur Abklärung des Zielerreichens: _____

Handzeichen Moderator: _____

Stand: 10.6.21

3.1.11 Fallsteuerung: Monitoring und Verlaufsdokumentation

Wenn ein Patient komplexe Fallproblematiken aufweist und ganzheitliche Unterstützung durch unterschiedliche Dienste und Fachkräfte benötigt, kann der Einsatz von interdisziplinären Casemanagement die Arbeit aller Beteiligten optimieren. Wichtig ist hierbei, dass der Fall möglichst in „einer Hand bleibt."

Jeder Patient war bei der Studie im täglichen Monitoring. D.h. es wurde täglich eine Ida Akte erfasst und Veränderungen protokolliert, wie zum Beispiel:

- Die Medikamente und damit verbundene Medikamentenänderungen
- Stürze
- Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, wie zum Beispiel, mechanische Fixierungen[3]
- Herausforderndes Verhalten
- Welche Art von Begleitung stattfand
- Austausch mit dem Stationspersonal
- Einberufung von Fallbesprechungen
- Corona-bedingte Besonderheiten in der Versorgung des Patienten

Ferner erfolgte nach der Aufnahme in das Portal und dem Beginn der Begleitung eine tägliche Bedarfsanpassung:

- Empfehlung zur Anforderung eines oder mehrerer Konsile
- Anpassung des Maßnahmenplans

So war der Verlauf gut abbildbar und Veränderungen schnell erfasst und sichtbar. Ferner war dadurch eine rasche Intervention möglich.

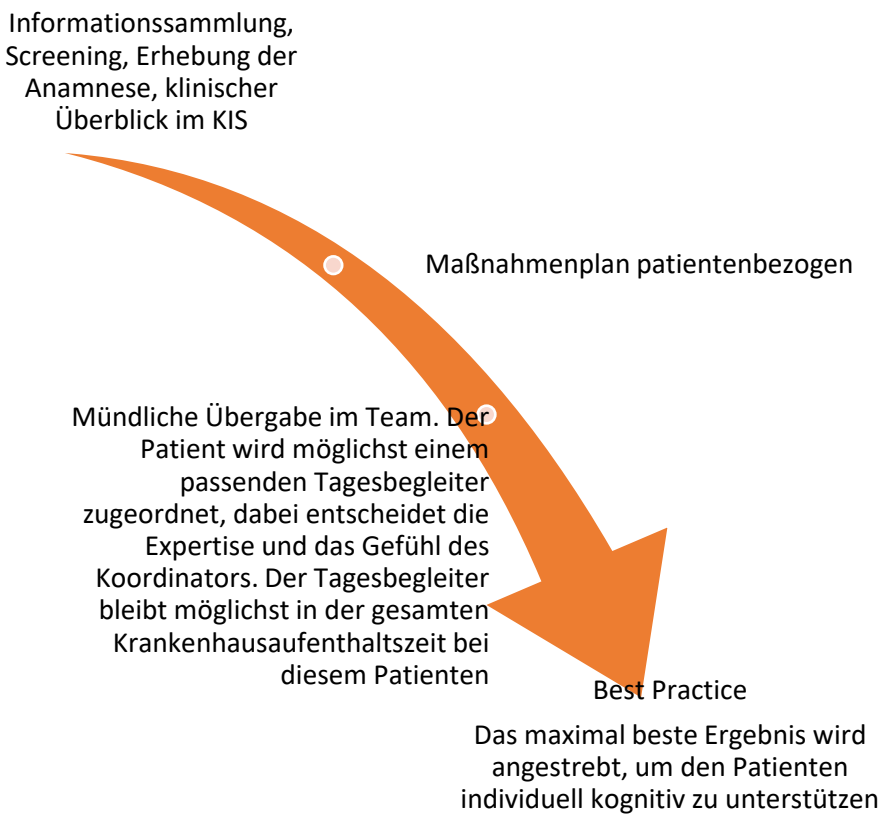
3.1.12 Fallübergaben

In erster Linie fand ein täglicher Datentransport statt. Durch die Eingabe im Portal hatten Koordinator, Projektbeauftragte, sowie alle wissenschaftlichen Mitarbeiter direkten Live-Zugriff.

Unter dem Koordinatoren – Team erfolgte die Fallübergabe mündlich, anhand der IdA Akte, dem Krankenhausinformationssystem und der händischen Dokumentation im Anamnesebogen und dem Maßnahmenplan.

Fallübergabe vom Koordinator an den Tagesbegleiter:

[3] Im Verlauf der Prozessevaluation wurde für den weiteren Projektverlauf festgelegt, dass lediglich die ärztliche (Kurz)Anordnung von Bettgittern als freiheitsbeschränkende Maßnahme dokumentiert wird, da andere Maßnahmen wie z.B. Fixierungen auf den somatischen Stationen in der Regel nicht angewendet werden.



3.2 Rolle und Aufgaben der Tagesbegleiter*innen

Im Projekt „Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung – sektorübergreifend“ werden zur Gestaltung und Begleitung des Tagesablaufes Tagesbegleiter eingesetzt. Sie erhielten nach der Einstellung eine umfangreiche projektspezifische Schulung über 160 Stunden (vgl. Kapitel 2.4). Hauptaufgabe der Tagesbegleiter*innen ist Unterstützung der ins Projekt eingeschlossenen Teilnehmer in der Tagesstruktur. Anhand eines von den Koordinator*innen festgelegten Maßnahmenplans, erfolgt eine Einzel- oder Gruppenbetreuung. Der Beziehungsaufbau zum/zur Patient*in, die Unterstützung der Koordinatoren*innen sowie der Austausch mit dem Pflegeteam sind weitere Kernaufgaben der Tagesbegleiter.

Da jeder Mensch ein Bedürfnis nach Beschäftigung hat und dieses Bedürfnis auch im Alter und bei einer kognitiven Beeinträchtigung bis hin zu einer demenziellen Erkrankung auch weiter besteht, ist die Aktivierung und Beschäftigung von Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen sehr essentiell.

Für die Betreuung und Beschäftigung der Patient*innen stehen den Tagesbegleiter*innen einheitliche Materialien zur Verfügung.

3.2.1 Einzelbetreuung

In der Einzelbetreuung stehen unterschiedliche Materialien zur Verfügung. Unter anderem kommen zum Einsatz: CD´s mit unterschiedlichen Melodien und Geräuschen, Anti-Stressbälle, Kartenspiel zur Biografiearbeit, Malbücher, Kreuzworträtsel, Gesellschaftsspiele, Generationspuzzle, Bücher unterschiedlicher Epochen, Bastelmaterialien, Nestelringe, Koosh- und Igelbälle, Zeitschriften und Liederbücher. Die Materialien befinden sich auf entsprechenden Funktionswagen.

Snoezelenwagen

Das Snoezelen beschreibt den Aufenthalt in einer Wohlfühlatmosphäre. Hierbei werden gezielt verschiedene Reize angesprochen. Ursprünglich aus den Niederlanden kommend, beschreibt diese Form der Entspannung einen warmen Raum mit bequemen Sitz- oder Liegemöglichkeiten, wobei leise Musik und Lichteffekte helfen sollen, ein geborgenes und angstnehmendes Umfeld zu schaffen.

Zur besseren Mobilität im Klinikalltag haben wir uns im Projekt für einen Snoezelen-Wagen entschieden. Dadurch besteht die Möglichkeit jedes Krankenzimmer, in einen solchen Ort der Ruhe und Entspannung zu verwandeln. Der Wagen ist mit einer Musik-Anlage, einem Lichtprojektor und einer beleuchteten Wassersäule ausgestattet und bietet zudem noch Platz für Beschäftigungsmaterialien oder Materialien zur Unterstützung der Entspannungsatmosphäre.

Funktions-/Beschäftigungswagen

Der Funktions-/Beschäftigungswagen bietet die Möglichkeit vor Ort dem IdA-Teilnehmer eine umfassendes Einzelbetreuungsangebot zu geben. Abhängig von der Tagesverfassung des Teilnehmers können die Tagesbegleiter ein individuelles Beschäftigungsangebot anbieten und die Beschäftigungsform wählen. In den Funktions-/Beschäftigungswagen werden unterschiedliche Materialen wie zum Beispiel Bücher, Mal- und Bastelzubehör oder auch Gesellschaftsspiele vorgehalten. Die Wägen sind integraler Bestandteil des Beschäftigungsangebotes im IdA-Projekt.

Materialien in den Wägen

- Bücher
- Puzzle
- Zeitschriften
- Bastelmaterialien
- Musik- und Entspannungs-CD´s
- Kartenspiele
- Malzubehör wie Buntstifte und Faserstifte
- Gesellschaftsspiele
- Tast- und Sinnesmaterialien

Hier einige Beispiele zu möglichen Einzelbetreuungsangeboten:

Aktivierende Maßnahmen – dazu zählt jede Form der geistigen und körperlichen Aktivierung. Beispiele dafür sind Kreuzworträtsel, Spaziergänge, Bewegungsspiele und Erinnerungspflege.

Beruhigende Maßnahmen – umfasst alle Maßnahmen um innere und äußere Anspannung zu minimieren, Schlafstörungen entgegen zu wirken und Angstsituationen zu entspannen. Beispiele dafür sind Aroma-Öle, Entspannungsmusik, Orientierungs- und Erinnerungshilfen.

Orientierungsbesuche – Aktualisierung der Kalender, Einsatz auditiver und optischer Hilfsmittel sowie das Angebot einer tagesaktuellen Zeitung helfen dem Teilnehmer sich zu orientieren und können zum festen Ritual und Beziehungsaufbau genutzt werden.

Gespräche – das individuelle, bedürfnisorientierte und strukturierte Gespräch nimmt viele Funktionen in der Einzelbetreuung ein. Es ist Beschäftigung, Aktivierung, Informationssammlung, Biografiearbeit und Beziehungsaufbau und -erhalt.

Mahlzeiten-Begleitung – Nahrungsaufnahme ist Grundbedürfnis, Gesundheitsfördernd und -erhaltend und Sinneserfahrung. Es ist wichtig Teilnehmern mit kognitiven Beeinträchtigungen die Zeit und Möglichkeit zur Nahrungsaufnahme zu geben.

Biografiearbeit - Biografiearbeit ist die Beschäftigung mit der Lebensgeschichte eines Menschen. Damit Biografiearbeit gelingen kann muss eine Vertrauensbasis geschaffen werden. Die möglichen Methoden können das reine Interview sein aber auch aktivitätsorientierte Biografiearbeit z.B. in Form von Erinnerungsecken ist möglich.

Kreative Gestaltung -umfasst alle Angebote, die kreatives Handeln oder Denken aktivieren. Dazu gehören Malen, Basteln, Musizieren und Singen.

Spiele – Beschäftigung durch Spielen von Gesellschafts- oder Alltagsspielen fördert die kognitive Aufmerksamkeit, die Kommunikation und das gemeinsame Miteinander.

3.2.2 Gruppenbetreuung

Die Gruppenbetreuung ist eine weitere Form der Alltagsbeschäftigung. Im Vergleich zur Einzelbetreuung kommt hier noch der Gruppenpsychologische Aspekt hinzu. Vorteile der Gruppenbetreuung können ein höheres Gefühl der Geborgenheit und Sicherheit sein, der soziale Kontakt und Austausch, Vermeidung von Einsamkeit, Anerkennung und Selbstvertrauen durch die Reaktion der anderen Gruppenteilnehmer sowie die Erkenntnis, nicht allein mit seinen Sorgen und Nöten zu sein.

In der Gruppenbetreuung kann man unterschiedliche, an der Größe der Gruppe angepasste, Beschäftigungsangebote machen. Bei kleineren Gruppen bietet sich eine beschäftigungsgleiche Gruppenarbeit an, bei größeren Gruppen eher beschäftigungsteilige Gruppenarbeit.

Als typische Gruppenaktivitäten im IdA- Projekt sind geplant: gemeinsames Musizieren, Basteln und Gestalten, Training/Erhalt von Alltagsfähigkeiten, Gruppengespräche, Gesellschaftsspiele und Feiertags- bzw. Saisonal thematische Inhalte gestalten.

Aufgrund der Coronapandemie verzögert sich der Zeitpunkt bis zur Durchführung von Gruppenaktivitäten. Für die vielfältigen Gruppenangebote wird ein eigens für das Projekt eingerichteter Gruppenraum zur Verfügung gestellt. Dieser wird an den Bedürfnissen von Gruppenbeschäftigung angelehnt eingerichtet, soll neben der Möglichkeit der Beschäftigung auch den Platz für Ruhephasen und Rückzug bieten, wenn der Bedarf entsteht.

Die ursprünglich für die Gruppenbetreuung je Standort zentral geplanten Gruppenräume konnten pandemiebedingt nicht umgesetzt werde, da eine Stationsübergreifende Durchmischung der Patienten unter Coronabedingungen nicht umsetzbar war. Entsprechend wurde als Alternative das Konzept „Gruppenbetreuung light“ erarbeitet.

3.2.3 Selbstverständnis, Herangehensweise, Auswahl der Materialien

Tagesbegleiter, denen im Projekt die Aufgabe zukommt, individuell oder in einer Gruppe für eine Tagesstruktur zu sorgen, benötigen Fähigkeiten mit herausfordernden Verhaltensweisen umgehen zu können, sowie eine Vielfalt an Methoden, um Wohlbefinden zu fördern und dabei auf die jeweilige

Person einzugehen. Das hierfür notwendige Wissen erlernten die Tagesbegleiter im Rahmen von Onlineschulungen, welches sie in der sich anschließenden Präsenzschulung vertiefen konnten. Sie wurden sensibilisiert für die Besonderheiten von Personen höheren Alters mit kognitiven Einschränkungen im besonderen Setting des Akutkrankenhauses.

Nach Dienstantritt erhalten die Tagesbegleiter in Form einer Teambesprechung Informationen zu den neu aufgenommenen IdA-Patienten. Jedem neuen IdA-Patienten wird für die Dauer seines Aufenthaltes im Krankenhaus (und wenn möglich auch für folgende Krankenhausaufenthalte am Klinikstandort) jeweils ein bis zwei Tagesbegleiter spezifisch zugeordnet. Danach erhalten die Tagesbegleiter weitergehende Auskünfte zu „ihrem“ IdA-Patienten vom Koordinator, sowie aus dem IdA-Anamnesebogen und erhalten vom Koordinator den Maßnahmenplan. Durch die Zuordnung eines festen Tagesbegleiters je IdA-Patient ist ein konstanter Ansprechpartner für die Patienten gegeben, der im Rahmen des vorliegenden Maßnahmenplans sehr individuell auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten „seines“ IdA-Patienten eingehen kann. So entsteht häufig eine vertrauensvolle Bindung zwischen IdA-Patient und Tagesbegleiter, Veränderungen im Verhalten oder des Allgemeinzustandes können von den Tagesbegleitern sehr schnell wahrgenommen und an die Pflegekräfte sowie die Koordinatoren weitergegeben werden. Die Tagesbegleiter verstehen sich insofern als Ergänzung zu den Pflegekräften der Klinik und entlasten diese durch ihre Arbeit mit den Patienten, wenngleich sie keine pflegerischen Tätigkeiten ausüben. Auf Basis des vorliegenden Maßnahmenplans wählen die Tagesbegleiter das Material zur tagesstrukturierenden Beschäftigung aus. Die konkrete Auswahl orientiert sich dabei an den Interessen, den körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Patienten und den Erfahrungen des Tagesbegleiters. Je nach Tagesverfassung des Patienten kann der konkrete Umgang mit dem Beschäftigungsmaterial flexibel angeglichen werden. Wird ein IdA-Patient zum ersten Mal von seinem Tagesbegleiter aufgesucht, so findet zunächst ein Kennenlerngespräch statt und es werden Materialien verschiedenen Schwierigkeitsgrades entsprechend den Patienteninteressen vorgehalten.

Die Dauer und die Anzahl des Besuchs durch den Tagesbegleiter orientiert sich einerseits an den Vorgaben aus dem Maßnahmenplan, andererseits aber an den individuellen Bedürfnissen des IdA-Patienten. Um eine Vergleichbarkeit der Betreuung im Projekt über die einzelnen Klinikstandorte hinweg zu gewährleisten, wird jeder IdA-Patient mindestens 2x/Tag für ca. 20-30 Minuten aufgesucht und betreut.

Im Anschluss an den Patientenbesuch dokumentiert jeder Tagesbegleiter in der rückseitigen Tabelle des Maßnahmenplanes die Art und Ausprägung der durchgeführten Betreuung und vermerkt Vorlieben und Abneigungen des Patienten in Vorbereitung eines nächsten Besuchs. Auch Veränderungen des Allgemeinzustandes oder im Verhalten werden vermerkt und in einer Dienstübergabe an die Koordinatoren rückgemeldet. Diese sind anschließend in der Lage, eine notwendige Anpassung des Maßnahmenplanes vorzunehmen und ggf. weitere Schritte – wie etwa Fallbesprechungen und Konsile einzuleiten.

Nach Dienstende des Tagesbegleiters verbleibt der Maßnahmenplan und die patientenbezogene Dokumentation im Büro der Koordinatoren, sodass bei Schichtwechsel oder im Krankheits- und Urlaubsfalle eine Vertretung durch einen anderen Tagesbegleiter möglich ist.

3.2.4 Einsatzplanung

Im IdA-Projekt startete die Betreuung der Patienten aufgrund förderrechtlicher Richtlinien zunächst mit 50% der vorgesehenen Personalstärke im einfachen Tagdienst und ausschließlich werktags. Nachdem auch die zweite Hälfte des IdA-Personals eingestellt werden konnte und die

Onlineschulung durchlaufen hatte, wurde die Betreuung der IdA-Patienten auf werktags 7.30-19 Uhr erweitert und ein Tag-Schichtbetrieb eingeführt. Dieser sieht weiterhin eine Betreuung an Samstagen und an Feiertagen im Umfang von 4 Zeitstunden je Klinikstandort vor, wobei an Feiertagen nur dann eine Betreuung stattfindet, wenn sich andernfalls zwei betreuungsfreie Tage hintereinander ergeben würden.

Die tagesaktuelle Einsatzplanung an den einzelnen Klinikstandorten obliegt den jeweiligen Koordinatoren*innen und richtet sich sowohl nach Patientenaufkommen, Betreuungsbedarf der IdA-Patienten und Ausprägung der geplanten Betreuung. Aufgrund von Covid-19 waren leider keine Gruppenbetreuungen zulässig, sodass nur Einzelbetreuungen durchgeführt werden können. Die Einsatzzeiten an den jeweiligen IdA-Patienten im Rahmen der täglichen Arbeitszeit der Tagesbegleiter werden von den Koordinatoren*innen gesteuert und berücksichtigen sowohl die klinikeigenen Abläufe, wie Visiten und geplante Untersuchungen. Die für die Planung erforderlichen Informationen hierzu erhält der/die Koordinator*in einerseits aus dem KIS andererseits aber auch durch den engen Austausch mit dem ärztlichen und pflegerischen Klinikpersonal sowie aus Rückmeldungen der Tagesbegleiter*innen.

3.2.5 Hygiene

Da das IdA-Projekt im Krankenhaus durchgeführt wird, liegen die jeweils geltenden Hygienevorschriften des Hauses auch der Arbeit der IdA-Mitarbeitenden zugrunde. Hierzu gehört zunächst die Basishygiene, also die Händedesinfektion vor und nach Patientenkontakt, sowie vor und nach Betreten oder Verlassen des Patientenzimmers. Unter hygienischen Aspekten ist auf künstliche Nägel, Nagellack und das Tragen von Schmuck zu verzichten. Weiterhin sollen die Fingernägel kurz und abgerundet sein. Zu achten ist zudem auf intakte Haut. Insofern ist das regelmäßige Auftragen von Hautschutz neben der regelmäßigen Desinfektion der Hände unbedingt erforderlich. Das Desinfizieren des Beschäftigungsmaterials, der mobilen Funktionswagen sowie anderer Gegenstände, die in den Nahbereich der Patienten gelangten, gehört ebenfalls zu den Hygienemaßnahmen.

Hinzu kommen noch die besonders zu beachtenden Hygienevorschriften und damit verbundenen zusätzlichen Schutzmaßnahmen wie das Tragen eines MNS, Handschuhen und ggf. Schutzkleidung im Falle des Vorliegens einer ansteckenden Erkrankung des Patienten. Hierfür hat jedes Krankenhaus ein eigenes Hygienekonzept erstellt, an das sich die IdA-Mitarbeiter jeweils halten.

Im besonderen Fall der Corona-Pandemie wurden die Hygienemaßnahmen sukzessive verschärft und laufend der pandemischen Entwicklung und den gesetzlichen Vorschriften entsprechend angepasst, sowie eine fortlaufend modifizierte Teststrategie entwickelt. War zu Beginn der Corona-Pandemie ab März 2020 zunächst in vielen Häusern lediglich das Tragen eines MNS und Handschuhen unter Einhaltung von 1,5m Abstand sowie verstärkte Basishygiene ausreichend, wurden nach und nach auch zusätzliche Schutzkleidung und FFP2/FFP3-Masken erforderlich für den Umgang mit den Patienten. Um eine Ausbreitung von Covid-19 zu vermeiden wurden zunächst PCR-Testungen und später Schnelltests eingeführt und neu aufgenommene Patienten zunächst auf Aufnahmestationen getestet, bevor ein Kontakt zum IdA-Personal und eine Verlegung auf eine teilnehmende Station überhaupt erst möglich waren. Im Falle von Neuaufnahmen aus Pflegeeinrichtungen wurde ab ca. Herbst 2020 standardmäßig eine zehn- bis 14-tägige Isolation angeordnet, um Bestandspatienten und Klinikmitarbeiter vor Ansteckung zu schützen.

3.2.6 Grenzen

Im Rahmen von IdA werden die ins Projekt eingeschlossenen Patienten gemäß dem innovativen Projektkonzept betreut. Eine klare Grenze zwischen Projekt und klassischer Versorgung im

Akutkrankenhaus besteht darin, dass die IdA-Patienten von den IdA-Mitarbeitenden nicht pflegerisch versorgt werden, sondern eine spezifische Betreuung erhalten, die auch auf die individuellen Bedürfnisse und Interessen der Patienten eingeht. Der Fokus dieser Betreuung liegt klar auf der Kognition und dem Erhalt bzw. optimalerweise der Verbesserung der Alltagsfähigkeiten der IdA-Patienten. Während auf den somatischen Stationen eines Akutkrankenhauses das Hauptaugenmerk auf der Versorgung des körperlichen Leidens liegt, steht im Rahmen des Projekts die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der Patienten im Vordergrund und ergänzt an dieser Stelle die übliche Versorgung um einen wesentlichen Bestandteil.

Zwar ist im Rahmen des Projektes IdA eine sektorenübergreifende Vernetzung vorgesehen, jedoch ist eine IdA-spezifische Betreuung der ins Projekt eingeschlossenen Patienten weder möglich noch im Projekt vorgesehen. Die Möglichkeit einer gleichbleibenden Betreuung mit festen Bezugspersonen wäre sicherlich im Hinblick auf das Patientenwohl ein erstrebenswertes Ziel, jedoch übersteigt eine solche Versorgung die Kapazitäten des Projekts.

Wie Studien bereits zeigten, nehmen mit steigendem Alter der Patienten auch mögliche kognitive Einschränkungen zu. Diese sind nicht bei allen Patienten bekannt, sondern zeigen sich häufig erst im Rahmen eines Aufenthaltes in einem Akutkrankenhaus durch z.B. auffälliges Verhalten. Hierdurch entsteht eine Mehrbelastung der Pflegekräfte. Betrachtet man die demographische Entwicklung der Bevölkerung Deutschlands, so ist anzunehmen, dass künftig anteilig mehr Patienten mit kognitiven Einschränkungen stationär behandelt werden. Durch den Aufbau eines regionalen Ambulanten IdA-Netzwerks sollen Zuweiser und Pflegeeinrichtungen, sowie das Personal der somatischen Stationen in den Kliniken zum einen für die besonderen Bedürfnisse von älteren Menschen mit kognitiven Einschränkungen sensibilisiert werden und zum anderen auch eine Plattform für den gegenseitigen Erfahrungsaustausch erhalten. Prozesse zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sollen so langfristig besser abgestimmt werden, um eine möglichst optimale Versorgung der betroffenen Patienten erreichen zu können. Hierfür wäre es förderlich, wenn die spezifische Versorgung von IdA-Patienten nicht beschränkt auf Versicherte einzelner Krankenkassen wäre. Bei erwiesener Wirksamkeit von IdA, einer Ausweitung auf alle Krankenkassen und der Überführung der IdA-spezifischen Betreuung in einen neuen Standard, wäre auch der organisatorische und bürokratische Aufwand für Kliniken und Niedergelassene geringer. Weitestgehend ist dabeieine verbesserte Versorgung einer zunehmend größer werdenden relevanten Patientengruppe zielführend.

3.2.6 Verworfene Maßnahmen

Bisher keine, nur coronabedingte Änderungen s.u.

4. Besondere Situationen

4.1 Coronabedingte Abweichungen und Anpassungen

Wegen der ab März 2020 einsetzenden Einschränkungen aufgrund der Corona-Pandemie wurden einige Anpassungen notwendig: Die Einstellung des IdA-Personals (Koordinatoren und Tagesbegleiter I) wurde um vier Monate verschoben (soweit dies noch verhinderbar war), die Durchführung der Schulungen entsprechend und damit einhergehend erfolgte Verschiebung der Prozessevaluation um insgesamt 6 Monate. An den teilnehmenden Klinken wurden spezielle Hygienekonzepte und später auch Teststrategien entwickelt und entsprechend der jeweiligen Inzidenzwerte fortlaufend angepasst. Stationen wurden teilweise oder sogar vorübergehend gänzlich gesperrt, die Patientenzahlen der somatischen nicht infektiösen Stationen in den Häusern verringert und somit auch das Patientenpotential für IdA-Patienten reduziert.

Die Prä-Erhebungsphase an den Interventionshäusern startete verzögert und fand letztlich von September bis November 2020 statt. Mit Beginn der Prozessevaluationsphase ab Ende November 2020 konnte in verringertem Umfang mit der spezifischen Betreuung der IdA-Patienten begonnen werden. Um die besonders vulnerable Gruppe der IdA-Patienten zu schützen, wurde unter Einhaltung der Maßnahmen zur Eindämmung der Verbreitung des Corona-Virus zunächst ausschließlich Einzelbetreuungen angeboten und verschärfte Hygienemaßnahmen ergriffen (siehe Abschnitt „3.2.5 Hygiene“).

Durch die Abstandsregelungen waren auch Besprechungen und Personalversammlungen aufgrund Raummangels erschwert bzw. nicht möglich. Dies stellte gerade für die Koordinatoren und Tagesbegleiter eine Herausforderung dar und erforderte viel Flexibilität und Lösungsorientierung.

Durch geltende Besuchsverbote wurden Angehörigengespräche und Angehörigenberatungen überwiegend telefonisch durchgeführt, der persönliche Kontakt war nur in wenigen Fällen möglich und dann auch nur unter erhöhtem n Aufwand. Erschwert wurde zudem das Einholen der Originalunterschriften auf den Teilnahmeerklärungen des Projekts im Falle des Vorhandenseins eines gesetzlichen Vertreters, da diese zur Unterschrift nicht oder nur sehr selten ins Haus kamen. Aufgrund der in den Häusern geltenden Besuchsverbote konnte auch die im Projekt angestrebte regelhafte Einbindung der Angehörigen in den Betreuungsprozess nicht umgesetzt werden.

Coronabedingt wurden Schulungen und Projektmeetings zum überwiegenden Teil online durchgeführt. Einerseits ersparte dieses Vorgehen Fahrzeiten und –kosten, andererseits war jedoch ein persönlicher Austausch so nicht möglich und es waren immer wieder technische Schwierigkeiten zu bewältigen.

Auch der Aufbau des Ambulanten IdA-Netzwerks wurde dadurch erschwert, dass die Projektbeauftragten nicht persönlich Kontakt zu den ambulanten Einrichtungen und Ärzten aufnehmen konnten aufgrund der Kontaktbeschränkungen.

4.2 Unkooperative Patient*innen

Der überwiegende Anteil der in IdA eingeschlossenen Patienten ist kooperativ, sofern sie grundsätzlich einer Teilnahme am Projekt zugestimmt haben. In Abhängigkeit vom Grad der kognitiven Einschränkung oder einer demenziellen Erkrankung kann es jedoch auch zu unkooperativen Verhalten im Rahmen des Krankheitsbildes kommen. Die IdA-Mitarbeiter*innen nutzen ihre fachliche Erfahrung und ihr Wissen aus den spezifischen IdA-Schulungen für den Umgang mit unkooperativen Patienten. Im Folgenden wird auf unterschiedliche Ausprägungen und unterschiedliche Lösungsstrategien hinsichtlich des Umgangs mit unkooperativen Patienten eingegangen.

1. Verweigerung/Ablehnung gegenüber den Koordinatoren bei:

a) der Kontaktaufnahme zum Erstgespräch

Im Erstgespräch soll durch den/die Koordinator*in bei potentiell für IdA in Frage kommenden Patienten*innen zunächst die Bereitschaft zur Einwilligung ins Projekt erfragt werden. Grundsätzlich kann eine Verweigerung zur Kontaktaufnahme zum Koordinator persönliche (spontane Antipathie), situative (Patient mit Krankenhaus-Situation überfordert) oder gesundheitliche (Allgemeinzustand schlecht/Schmerzen, demenziell bedingt, Depressivität, Delir) Gründe haben. Die besonders erfahrenen und im Rahmen von IdA speziell geschulten Koordinatoren*innen erfassen mögliche Gründe für die Verweigerung/Ablehnung schnell. Bei Verdacht einer persönlichen Antipathie kann

dem Patienten angeboten werden, dass zu einem späteren Zeitpunkt ein andere/r Koordinator*in zum Erstgespräch erneut Kontakt aufnimmt. Um die Gefahr einer situativen Verweigerung der Kontaktaufnahme möglichst gering zu halten, wird der/ die Patient*in erst nach einer gewissen Ruhezeit nach Aufnahme ins Krankenhaus und die teilnehmende Station aufgesucht. Zudem achten die Koordinatoren*innen auf eine ruhige, möglichst störungsfreie Atmosphäre. Leidet der Patient unter starken Schmerzen oder ist sein Allgemeinzustand schlecht und er fühlt sich zum aktuellen Zeitpunkt nicht in der Lage zu einem Gespräch, wird eine Kontaktaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt erneut versucht. Patienten*innen, die schlafen oder vorgeben zu schlafen, bei denen der Verdacht einer kognitiven Einschränkung vorliegt, werden von den/die Koordinatoren*innen außerhalb der Ruhezeiten zur Kontaktaufnahme aufgeweckt, auch vor dem Hintergrund, dass sich andernfalls möglicherweise eine Tag-Nacht-Umkehr anbahnen könnte. Erfahrungsgemäß ist der Kontaktaufbau bei einer erneuten Kontaktaufnahme mit einem IdA-Kandidaten unproblematisch möglich.

b) der Einwilligung ins Projekt

Sind die Patienten grundsätzlich als IdA-Kandidaten gemäß Kassenzugehörigkeit, Alter und 6 CIT-Wert geeignet, so wird von den Koordinatoren die Einwilligungsfähigkeit der Patienten durch die dahingehend geschulten Projektkoordinatoren geprüft, sowie die Bereitschaft zur Einwilligung in die Projektteilnahme erfragt. Lehnen Patienten zunächst ab, werden sie nach den Gründen für ihre Ablehnung befragt und möglicherweise noch offene Fragen geklärt und Unsicherheiten ausgeräumt. Einige Patienten verweisen an dieser Stelle auf gesetzliche Vertreter oder darauf, dass sie die Teilnahme erst mit einem Angehörigen abklären wollen. Diesem Wunsch wird nachgegangen und eine weitere Kontaktaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt vereinbart bzw. geklärt, ob die Angehörigen oder ein gesetzlicher Vertreter zu kontaktieren sind.

Sollte dennoch keine Einwilligung ins Projekt erzielt werden können, so wird dies als Patientenwunsch zur Nichtteilnahme gewertet und keine weiteren Besuche durch IdA-Mitarbeiter mehr durchgeführt.

d) der Durchführung des Eingangsassessments

Im Falle der Zustimmung in die Teilnahme zum Projekt folgt die Durchführung des Eingangsassessments. Aufgrund von Ermüdung des Patienten im Verlauf dessen, kann es zu ablehnendem Verhalten kommen. Gegebenenfalls wird dann das Assessment zu einem späteren Zeitpunkt (z.B. nach einer kleinen Pause) fortgeführt. Insbesondere bei Fragen zur Kontinenz zeigen einige Patienten*innen ablehnendes Verhalten und möchten diese sehr intimen Fragen zunächst oder auch generell nicht beantworten. Die Koordinatoren*innen zeigen an diesen Stellen Verständnis für das Unwohlfühlen der Patienten, verweisen aber zugleich darauf, dass alles was besprochen wird vertraulich behandelt wird und die Notwendigkeit zur Abklärung dieser Fragen im Krankenhaus besteht. Häufig zeigen sich die Patienten im Anschluss kooperativer. Als hilfreich hat sich auch die Anpassung von Formulierungen z.B. „Passiert Ihnen manchmal ein Unglück…?“ herausgestellt, da Fragen dieser Art dadurch entschärft werden.

2. Verweigerung/Ablehnung gegenüber den Tagesbegleitern:

a) bei der ersten Kontaktaufnahme

Auch bei der Kontaktaufnahme der Tagesbegleiter*innen mit ins Projekt eingeschlossenen IdA-Patienten*innen können persönliche, situative oder auch gesundheitliche Gründe eine Rolle spielen, die zu unkooperativen Verhalten führen. Die Strategien für den Umgang mit unkooperativen Patienten*innen sind hier analog zu den unter 1a) genannten. Darüber hinaus erlaubt es die Expertise der Koordinator*innen, eine „passende“ Tagebegleiter*in für die Betreuung der Patienten auszuwählen. Ablehnungen aus persönlichen Gründen kommen daher selten vor.

b) während der Betreuung

Die Gründe für unkooperatives Verhalten während der Betreuung durch den IdA-Tagesbegleiter*innen können in der Tagesverfassung des Patienten, den persönlichen Vorlieben und Abneigungen in Hinblick auf die Betreuungsdauer und Betreuungszeit sowie an der Art der Betreuung liegen. Ist ein/ IdA-Patient*in an einem Tag z.B. schlecht gelaunt, so kann er aufgrund dessen die Betreuung ablehnen. Die Tagesbegleiter*innen versuchen dann zunächst innerhalb eines Gespräches mögliche Gründe zu identifizieren, die Ursache zu beheben und die Patienten doch noch zu einer Betreuung zu ermuntern. Sollte dies nicht zielführend sein, wird die Betreuung zu einem späteren Zeitpunkt erneut angeboten. Während die Betreuungszeit im Stationsalltag der somatischen Stationen weitgehend vorgegeben sind durch feste Stationsabläufe (Wecken, Visite, Mahlzeiten, Untersuchungen), richten sich die Betreuungsdauer und die Art der Betreuung zwar nach den Vorgaben im Maßnahmenplan, berücksichtigen aber auch die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten der IdA-Patienten*innen situativ. Ist ein/e Patient*in nach einiger Zeit der Betreuung unkooperativ, da er erschöpft ist, so wird die Betreuungsdauer kürzer gehalten. Hat ein/e Patient*in eine Abneigung gegen Gesellschaftsspiele, wird ihm/ihr eine andere Form der kognitiv und motorisch anregenden Betreuung angeboten.

4.3 Herausfordernde Patient*innen

Im Alltag mit den Patienten*innen sehen sich Koordinatoren*innen sowie Tagesbegleiter*innen mit herausfordernden Verhaltensweisen seitens der Patienten*innen konfrontiert, die die Arbeit mit den Patienten*innen auf unterschiedliche Art und Weise erschweren. Das Auftreten herausfordernder Verhaltensweisen verhindert die Kooperation und Mitwirkung des Patienten*innen und kann auch dazu führen, dass die Betreuung tageweise nicht oder nur bedingt stattfinden kann. Um darauf adäquat reagieren zu können, wurden im Rahmen der projektspezifischen Schulungen auch Kommunikationsstrategien geschult und die Verhaltensweisen im Kontext kognitiver Erkrankungen betrachtet. Das Auftreten von herausforderndem Verhalten wird projektspezifisch dokumentiert und folgende Verhaltensweisen als herausfordernd definiert:

- passives Verhalten, (Apathie, Rückzug, Nahrungsverweigerung, monotones Wiederholen, Nesteln, Hypoaktivität)
- unruhiges, aktives, nicht aggressives Verhalten, Hyperaktivität (Hin- und Hergehen, monotones Wiederholen von Bewegungen, Hin- und Weglauftendenz, Tag-Nacht-Umkehr)
- körperlich aggressives Verhalten (schlagen, beißen, schubsen, mit Stuhlgang schmieren)
- verbal aggressives Verhalten (beschimpfen, anschreien)
- verbales, nicht aggressives Verhalten (ständiges Fragen, Wiederholen von Sätzen)
- sonstiges herausforderndes Verhalten (Enthemmung, starke Schmerzen/Schmerzäußerungen)

Patienten, die derartige Verhaltensweisen zeigen, stellen nicht nur für das IdA-Personal, sondern insbesondere für die stationäre Pflege in der Somatik eine Herausforderung und Mehrbelastungen dar. Daher ist es ein Ziel von IdA, das Auftreten dieser Verhaltensweisen zu reduzieren.

4.4 Umgang mit Störungen durch Besuche oder Untersuchungen

Die Koordinatoren*innen und Tagesbegleiter*innen sahen sich zu Beginn der Prozessevaluation und dem damit verbundenen Beginn der spezifischen Betreuung damit konfrontiert, die für IdA angestrebten Prozesse in den jeweiligen Stationsalltag zu implementieren. Hierfür waren zunächst

viele Absprachen mit den Stationsleitungen und den Pflegekräften notwendig, um Störungen während der Betreuung oder den Befragungen möglichst zu vermeiden.