

Demenz im Krankenhaus: Auswirkung auf die Verweildauer und Kosten

Dr. Tom Motzek

Fachforum Demenz im Krankenhaus, Hannover

18. September 2019

Gliederung

1. Versorgungssituation auf einer internistischen Station
 - Orientierung, behaviorale und psychische Symptome
 - Pflegerische Outcomes, Kosten und Verweildauer

 2. Versorgungssituation anhand von Routinedaten
 - Prävalenz der Demenz
 - Einweisungshäufigkeit und –risiken
 - Verweildauer und Kosten

 3. Demenzfreundliche Interventionen
 - Handlungsfeld Architektur
 - Praxisbeispiel
-

Problemlagen in der Versorgung von Menschen mit Demenz

- fremde, unübersichtliche Umgebung, unbekannte Personen, Raumwechsel, lange Wartezeiten, sowie ungewohnte körpernahe Prozeduren erfordern hohe Anpassungsfähigkeit, Stressresistenz und Compliance
 - geringere Fähigkeit zur Anpassung bzw. Adaption an neue Situationen führen zu Überforderung und Ängsten → behaviorale und psychische Symptome
 - Wegfall stabilisierender Faktoren, wie der Bezug zu vertrauten Umgebungen und Personen, kann zu weiteren Verunsicherungen führen
-

Problemlagen in der Versorgung von Menschen mit Demenz

- Zweck von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen wird nicht erkannt
 - Betroffenen können ihre Bedürfnisse meist nicht ausreichend kommunizieren bzw. werden die Bedürfnisse durch die Pflegekräfte nicht immer ausreichend erkannt
 - **Psychosoziale Betreuung und Begleitung der Betroffenen kann im Kontext der Krankenhausversorgung meist nicht geleistet werden**
-

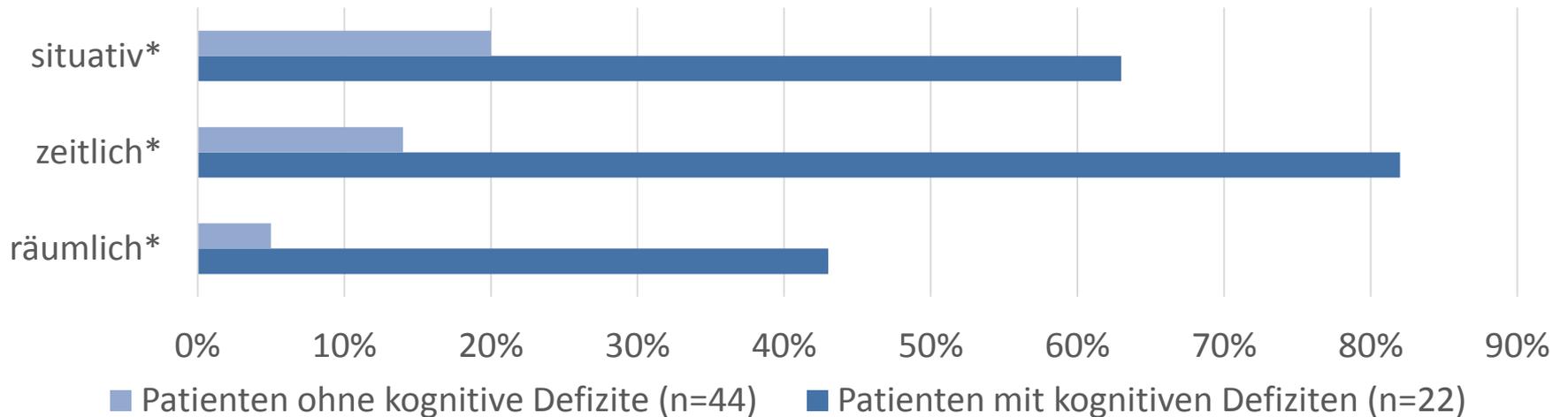
1. Versorgungssituation auf einer internistischen Station

- Orientierung, behaviorale und psychische Symptome (Proxybefragung)
- Pflegerische Outcomes, Kosten und Verweildauer (Routinedaten)

Proxybefragung von Pflegefachkräften auf einer internistischen Station (n=66)

Patienten mit Demenz sind häufiger desorientiert

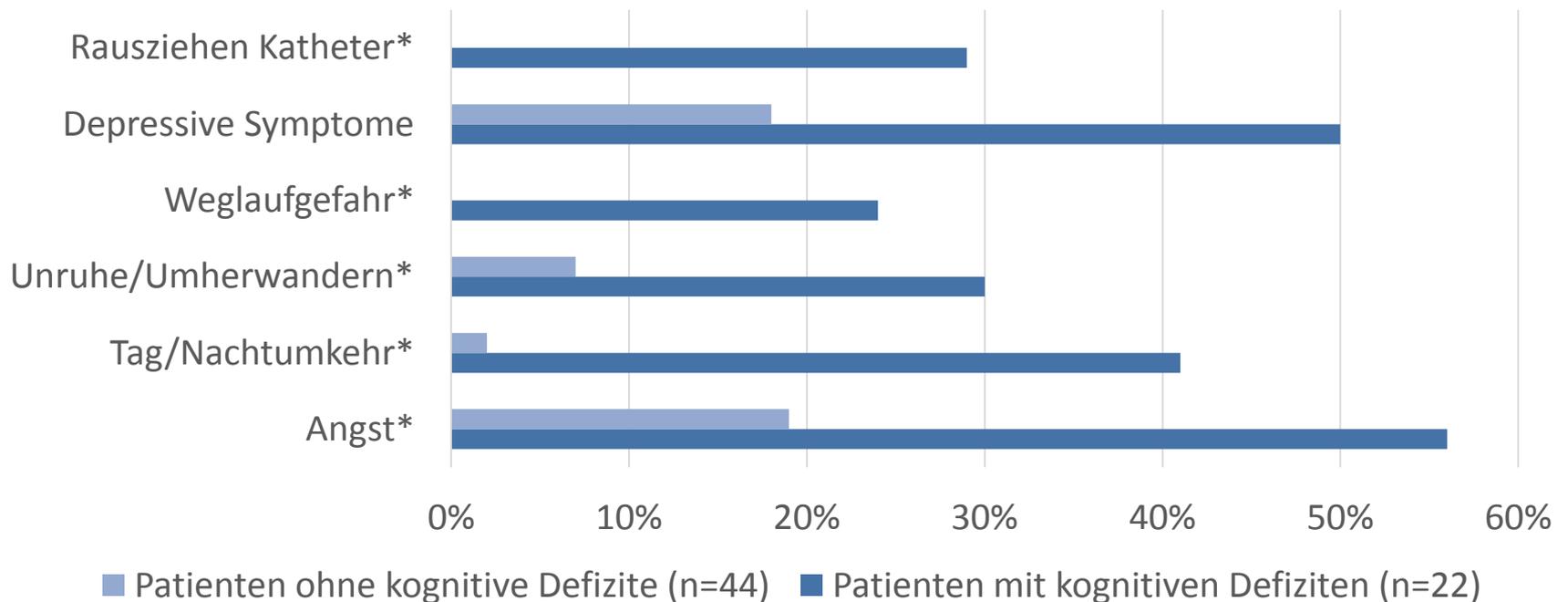
Abbildung:



* Unterschiede signifikant ($p < 0,05$)

Proxybefragung von Pflegefachkräften auf einer internistischen Station (n=66)

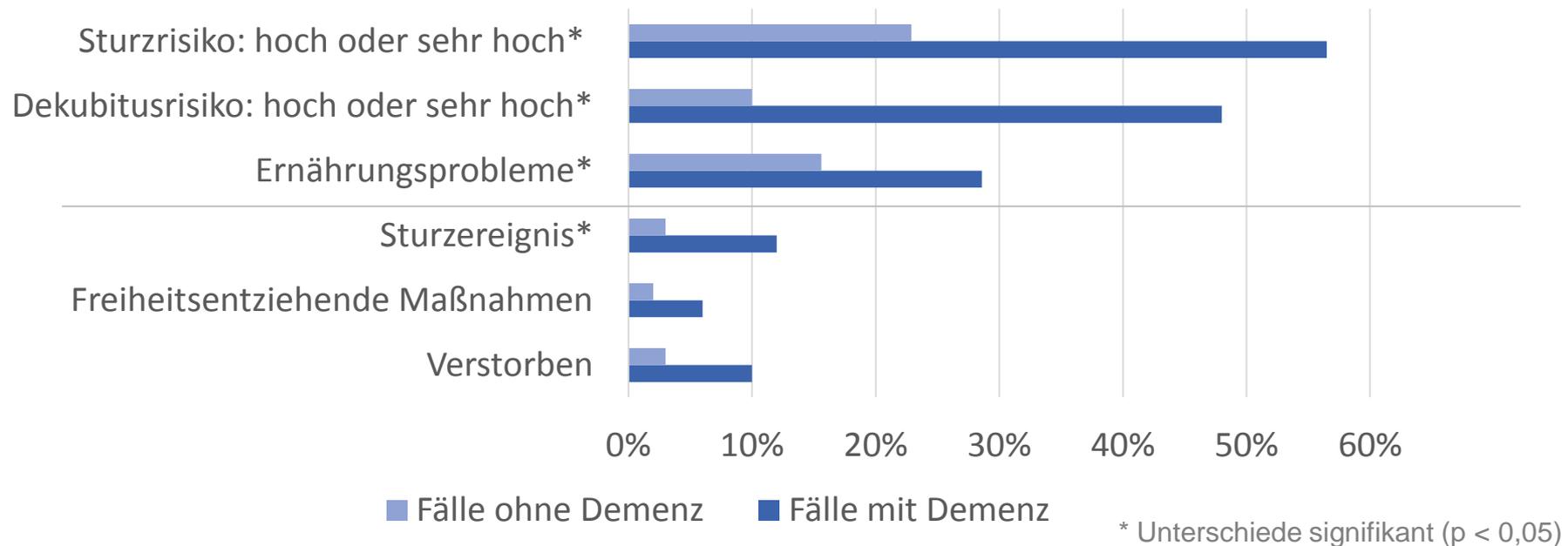
Patienten mit Demenz haben ein höheres Risiko für behaviorale und psychische Symptome



* Unterschiede signifikant (p < 0,05)

Auswertung von Routinedaten einer internistischen Station (n=200)

Patienten mit Demenz sind haben schlechter Ausgangslage bei Einweisung und höhere Risiken während des Aufenthaltes



	Fälle mit Demenz (n=100)	Fälle ohne Demenz (n=100)	p
Komorbiditätsmaß, ohne Demenz (SD)	1.8 (1.9)	1.9 (1.9)	0.807
Verweildauer (SD)	9.3 (5.7)	7.3 (5.5)	0.004
Anzahl Prozeduren (nach OPS)			
Diagnostische Maßnahmen, (SD)	0.48 (0.9)	0.82 (1.3)	0.040
Kosten (SD)	3.227 (1874)	2.886 (2653)	0.005

Differenz: tatsächliche VWD und mittlere VWD nach DRG: 1,4 Tage

Kosten für Patienten mit Demenz um 391 € (13.5 %) höher

Schlussfolgerungen

Vor dem Krankenhausaufenthalt

- Schlechterer Ernährungsstatus und größere Einschränkungen in Alltagsaktivitäten
- häufiger als Notfall eingewiesen

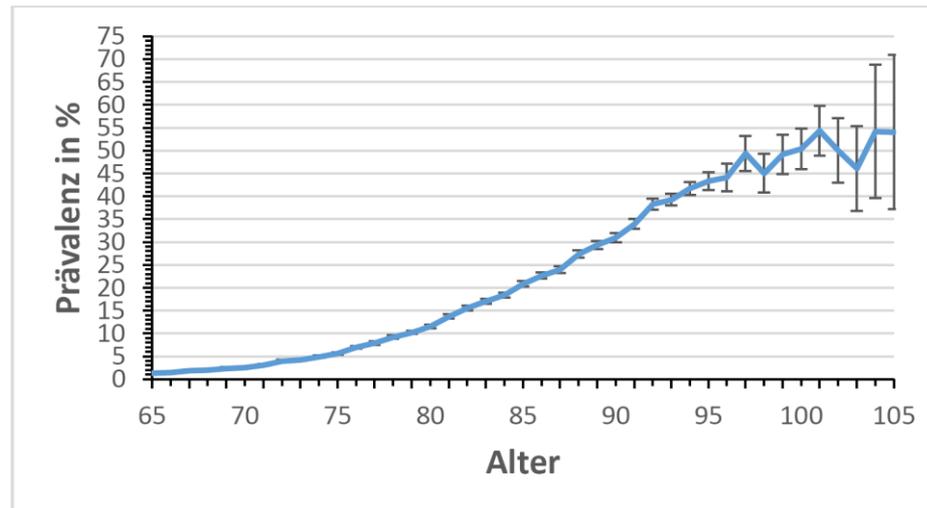
Während des Krankenhausaufenthaltes

- höhere Mortalität
 - häufiger postoperative Komplikationen und nachteilige Ereignisse (Stürze, Delir, etc.)
 - mehr herausfordernde Verhaltensweisen

 - Längere Verweildauer
 - Höhere Kosten
-

2. Versorgungssituation anhand von Routinedaten

- Prävalenz der Demenz
- Einweisungshäufigkeit und –risiken
- Verweildauer und Kosten



Methodik

Datengrundlage und Design

- Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung AOK PLUS für Sachsen (2008-2014)
 - Anzahl Versicherte 65+: 531.506 Personen (2014)
 - bezogen auf die über 65-jährigen deckt die AOK PLUS ca. 53% der sächsischen Bevölkerung ab
 - Fall-Kontroll-Design unter Einschluss von Personen, welche durchgängig und nicht-durchgängig versichert waren
-

Übertragbarkeit

- Versicherte in AOK PLUS (Alter: 18+) haben
 - einen höheren Anteil von Hochaltrigen als die Bevölkerung Deutschlands (AOK PLUS, 2014; eigene Berechnung)
 - haben häufiger (Hoffmann und Koller, 2017)
 - einen niedrigeren sozio-ökonomischen Status (32,7 % vs. 19,7 %) als Krankenversicherte in Deutschland
 - Adipositas (18,9 % vs. 15,9 %)
 - mind. eine kardiovaskuläre Erkrankung (42,7 % vs. 37,3 %)
-

Methodik

Identifizierung von Versicherten mit und ohne Demenz

Fallgruppe

- mindestens 3 Quartale mit mind. einer Diagnose im Jahr 2014
- ambulante oder/und stationäre Diagnosen: G30, G31.0, G31.82, G23.1, F00, F01, F02, F03, F05.1
- bei Versicherten, welche im Jahr 2014 aus der Versicherung ausschieden bzw. verstarben wurden zusätzlich Diagnosedaten des Jahres 2013 herangezogen

Kontrollgruppe

- Versicherte ohne eine Demenzdiagnose im Jahr 2014; gematched nach Geschlecht, Alter und Wohnort im Verhältnis 1:3 (getrennt für durchgängig und nicht durchgängig Versicherte)
-

Ergebnisse

Eigenschaften der Untersuchungsgruppen

	Personen mit Demenz (n = 61.239)	Personen ohne Demenz (n = 183.477)
Alter, M (SD)	84,2 (7,0)	84,1 (7,0)
Geschlecht: Weiblich, %	70%	70%
Siedlungsstruktur (Auswahl), n (%)		
Kreisfreie Großstadt	17.774 (29%)	53.262 (29%)
Dünn besiedelte ländliche Kreise	8.160 (13%)	24.426 (13%)
Nicht-durchgängig Versicherte	9.326 (15,2%)	27.310 (14,9%)
Pflegestufe (Auswahl), n (%)		
3 oder Härtefall	7.617 (12%)	3.050 (2%)
Charlson-Komorbiditäts-Index 2013, M (SD)	2,8 (2,4)	2,4 (2,4)

Hochrechnung der Fallzahlen in Sachsen (65+)

- Anzahl der Fälle 2014: 93.500 2030: 116.100 → **Anstieg von 24%**

Hochrechnung der administrativen Prävalenz im Krankenhaus

$$\text{Prävalenz im Krankenhaus } i = \frac{\text{Gesamtverweildauer von Patienten mit Demenz}}{\text{Gesamtverweildauer aller Patienten im Jahr 2014}}$$

Altersgruppe	VWD bei Demenz, Mittelwert ¹	Geschätzte Fallzahlen 2014 ²	Hochrechnung Gesamt-VWD, Summe	VWD in Sachsen, Summe ³	Altersspezifische Prävalenz der Demenz im Krankenhaus*
65-69	8,7	3.700	3.043	518.639	6,2%
70-74	8,1	10.600	85.751	915.546	9,4%
75-79	7,9	19.560	154.219	1.031.133	15,0%
80-84	7,4	21.980	163.564	766.060	21,4%
85-89	6,8	21.740	148.836	523.032	28,5%
90+	5,2	15.950	83.661	236.594	35,4%
65+	6,9	93.530	668.074	3.991.004	16,7%

VWD: Verweildauer; 1 - Berechnet nach Daten der AOK PLUS; 2 - Hochrechnung für Sachsen; 3 - Quelle: Krankenhausstatistik nach der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, 2015

* Zum Vergleich (GHoSt-Studie): Demenz: 18,4 %; leichte kognitive Defizite: 19,8 % (Bickel et al., 2016)

Einweisungshäufigkeit

Tabelle: Anzahl der Krankenhauseinweisungen im Jahr 2014 (n = 244.716)

	Einweisung je Personenjahr ^a	
	PmD	PoD
Alle Krankenhauseinweisungen	0,80	0,60
Notfalleinweisungen	0,57	0,36

→ Personen mit Demenz hatten um 33%
mehr Einweisungen je Jahr

Pmd - Personen mit Demenz; PoD – Personen ohne Demenz;^a Einweisungsrate je Personenjahr

Einweisungshäufigkeit

Tabelle: Anzahl der Krankenhauseinweisungen im Jahr 2014 (n = 244.716)

	Einweisung je Personenjahr ^a		Negative Binomial Hurdle Model ^b							
			Zero-adjusted Teil: Mindestens eine Einweisung			Count Teil: Anzahl der Einweisungen (wenn mindestens eine)				
	PmD	PoD	OR	95% KI		p	RR	95% KI		p
Alle Krankenhauseinweisungen	0,80	0,60	1,49	1,46	1,52	<0,001	1,18	1,15	1,20	<0,001
Notfalleinweisungen	0,57	0,36	1,74	1,70	1,78	<0,001	1,37	1,33	1,41	<0,001

Pmd - Personen mit Demenz; PoD – Personen ohne Demenz; RR - Risk Ratio; OR - Odds ratio; KI – Konfidenzintervall; ^a Einweisungsrate je Personenjahr; ^b kontrolliert für Alter, Geschlecht, Charlson-Komorbiditäts-Score und Status in der Versicherung (durchgängig vs. nicht-durchgängig versichert)

- Ergebnisse im Einklang mit internationalen Studien (Zhu et al., 2015; Phelan et al., 2012; Tolpannen et al., 2015)

Einweisungshäufigkeit nach häufigsten chronischen Diagnosegruppen (Schäfer et al., 2010)

- besonders hohen Chance für mindestens eine Einweisung:
 - Diabetes mellitus: OR = 1,56 (KI 1,52 – 1,60]
 - Hypertonie: OR = 1,33 (KI 1,30 – 1,35)
 - besonders hohes Risiko für Wiedereinweisungen:
 - Arthrose: RR = 1,24 (KI 1,06 – 1,46)
 - Herzrhythmusstörungen: RR = 1,18 (KI 1,13 – 1,23)
 - Krebs war mit geringeren Einweisungsrisiken verbunden: OR = 0,69 (KI 0,66 – 0,72); RR = 0,82 (KI 0,77 – 0,88)
-

Einweisungshäufigkeit: Diskussion

- Gründe für höhere Einweisungshäufigkeit sind multifaktoriell
 - Risikofaktoren für Demenz sind Risikofaktoren für weitere Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Rauchen)
 - weitere (demenzbedingte) Risikofaktoren (Stürze, Delir, Dehydration)
 - ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung nur bedingt auf Bedürfnisse von Menschen mit Demenz ausgerichtet → Wiedereinweisungen, vermeidbare Krankenhauseinweisungen (ambulant-sensitive Krankenhausfälle)
 - jeder Krankenhausaufenthalt ist für Patienten mit Demenz mit höheren Risiken verbunden (insbesondere Notaufnahmen)
- Zukünftig sind daher Maßnahmen verstärkt umzusetzen, welche zu einer Reduzierung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte beitragen
-

Einweisungsrisiken: Vergleich zwischen Untersuchungsgruppen

- höhere Chancen für Krankenhauseinweisungen bestehen für Menschen mit Demenz
 - hinsichtlich **Pflegestufe** (PS) (OR für PS 1: 1,78 vs. 1,69; OR für PS 2: 1,74 vs. 1,11; OR für PS 3: 1,04 (nicht signifikant) vs. 0,47)
 - und dem **Wohnort außerhalb von Großstädten** (zum Beispiel OR für dünn besiedelte ländliche Kreise: 1,41 vs. 1,28)
 - Personen mit einer erst **kürzlich zurückliegenden Demenzdiagnose** (0,75 bis 2 Jahre) hatten höhere Chance für mindestens eine Einweisung (OR: 1,61 KI 1,53 – 1,68) und höheres Risiko für Wiedereinweisungen (RR: 1,33 KI 1,27 – 1,39), als Personen mit einer Demenzdiagnose, welche länger als 6 Jahre zurücklag
-

Verweildauer und Kosten

<i>Versichertenebene (2014)</i>	Versicherte mit Demenz (n = 61.239)	Versicherte ohne Demenz (n= 183.477)	Δ
Verweildauer je Personenjahr in Tagen	6,8	5	1,8
Kosten je Personenjahr in Euro	2.864	2.418	446
<i>Fallebene</i>	Fälle mit Demenz (n = 45.250)	Kontrollfälle ohne Demenz (n= 101.206)	Δ
Verweildauer, Mittelwert	8,5	8,4	0,1
Kosten in Euro, Mittelwert	3.591	4.056	-465

36 %

18 %

Ausgewählte Aspekte akutstationärer Versorgung (2014)

<i>Fallebene</i>	Fälle mit Demenz (n = 45.250)	Kontrollfälle ohne Demenz (n = 101.206)
Charlson-Komorbiditäts-Index (2013) je Fall, M	3,2	3,2
Leistungen nach OPS, Mittelwert		
Diagnostische Maßnahmen	0,47	0,61
Bildgebende Diagnostik	0,64	0,75
Operationen	0,43	0,64
Nichtoperative therapeutische Maßnahmen	0,68	1,00
Ergänzende Maßnahmen	0,36	0,09
Ausgewählte Behandlungen, %		
Hochaufwendige Pflege (OPS 9-200)	5%	2%
Ausgewählte Diagnosen, %		
Sturzneigung (R29.6)	3%	1%
Motorische Funktionsbeeinträchtigung Schwere/ sehr schwere (U50.4x, U50.5x)	7%	3%
Delir (F05.0, F05.1, F.05.8, F05.9)	7%	2%
Entlassungsgrund (Auswahl), %		
Tod	6%	13%

Inanspruchnahme und Einweisungsrate

- Gründe für niedrige Inanspruchnahme diagnostischer und therapeut. Maßnahmen:
 - aufgrund fortgeschrittener Demenz werden weniger Maßnahmen durchgeführt
 - höherer Anteil von ambulant-sensitiven Krankenhausfällen, welche in der Regel vorrangig pflegerisch versorgt werden dürften
 - nicht-kognitive Symptome oder Komplikationen machen Durchführung unmöglich, schwerer oder aufwendiger
 - höhere Einweisungsrate – in Verbindung mit geringer Inanspruchnahme therapeutischer u. diagnostischer Maßnahmen – lässt verschiedene Schlüsse zu:
 - Hinweis auf einen höheren Anteil vermeidbarer Krankenhauseinweisungen
 - spezifischer Versorgungsbedarf, welcher sich eher durch pflegerische, betreuende und psychosoziale Bedarfe als durch therapeutische und diagnostische Bedarfe charakterisieren lässt
 - Hinweis darauf, dass Betroffene mit einem schlechten Zustand entlassen wurden
-

Schlussfolgerungen

- Demenz hat hohe Relevanz in der ambulanten und stationären Versorgung
→ zunehmende Fallzahlen werden Versorgungssystem weiter herausfordern
 - Personen mit Demenz haben höheres Risiko für Krankenhauseinweisungen
 - Patienten mit Demenz werden im Versorgungssystem nicht adäquat versorgt (?)
 - Zukünftig sind Verbesserungen in der Versorgung von Menschen mit Demenz notwendig
 - Demenzsensible Ausrichtung von Akutkrankenhäusern
 - Reduzierung vermeidbarer Krankenhauseinweisungen
-

Akutkrankenhaus

- Demenzsensible Versorgungskonzepte
- Rettungsdienst
- Notaufnahme
- Entlassungsmanagement
- Ambulante Behandlungen

Wohnung und Wohnumfeld

- Wohnausstattung
- Wohnumfeld
- Kleinräumige Wohn- und Versorgungsangebote
- Entlastungs- und Unterstützungsangebote

Patient

Angehörige

Haus- und Fachärzte

- Koordination, Kontinuität, leitliniengerechte Versorgung
- Vernetzung
- Prävention und Gesundheitsförderung

Ambulante und Stationäre Pflege

- Ambulante Pflege
- Tagespflege
- Kurzzeitpflege
- Stationäre Pflege

Was ist demenzsensible Architektur?

Den Menschen in den Fokus der Planung rücken

Räume für Menschen mit Demenz

Stand der Forschung zu stationären Pflegeeinrichtungen

ARCHITEKTUR

MENSCHEN MIT DEMENZ



Verhalten

Kognition

Funktionalität

Wohlbefinden

Soziale Fähigkeiten

Orientierung

Pflegerische Ergebnisse



Demenzfreundliche Architektur im Krankenhaus

- Entwicklung klar gegliederter, überschaubarer Grundrissstrukturen
- Bevorzugung kleinerer Stationsgrößen
- Schaffung eines sicheren und übersichtlichen Bewegungsraumes
- Bereitstellung von geeigneten Aufenthaltsbereichen
- Implementierung von Leit- und Orientierungssystemen
- Einsatz von Licht, Farben und Kontrasten zur Förderung der Sehfähigkeit
- barrierefreie und ergonomische Ausstattung
- Schaffung einer ruhigen und angenehmen Atmosphäre

Demenzfreundliche Architektur im Krankenhaus

- Großteil architektonischer Maßnahmen, wie die Implementierung von Leit- und Orientierungssystemen oder der Einsatz von Licht, Farben und Kontrasten zur Förderung der Sehfähigkeit, lassen sich im Rahmen von **Instandhaltungs- und Renovierungsmaßnahmen** kostengünstig umsetzen
 - Maßnahmen, welche höhere finanzielle Investitionen erfordern, können zu einer höheren Versorgungsqualität, Mitarbeiterzufriedenheit und Entlastung der Pflegekräfte beitragen
-

Gefördert durch:



Handbuch und Planungshilfe: Demenzsensible
Krankenhausbauten (Kathrin Büter, Gesine Marquardt)
ISBN 978-3-86922-716-0

Praxisbeispiel:

Umgestaltung einer Station im Diakonissenkrankenhaus Dresden

- Qualifizierung
- Architektur (2 Musterzimmer, Aufenthaltsbereich, Flur)
- Prozesse und Abläufe (Aufnahme, Pflege, Essensversorgung, Tagesstruktur, Delir- und Schmerzmanagement)
- Angehörigenedukation

Gefördert durch



Umsetzung demenzfreundlicher Konzepte

Wie zufrieden sind Sie mit der.....



Umsetzung demenzfreundlicher Konzepte

Der Umgang mit PatientInnen mit Demenz macht mir Spaß

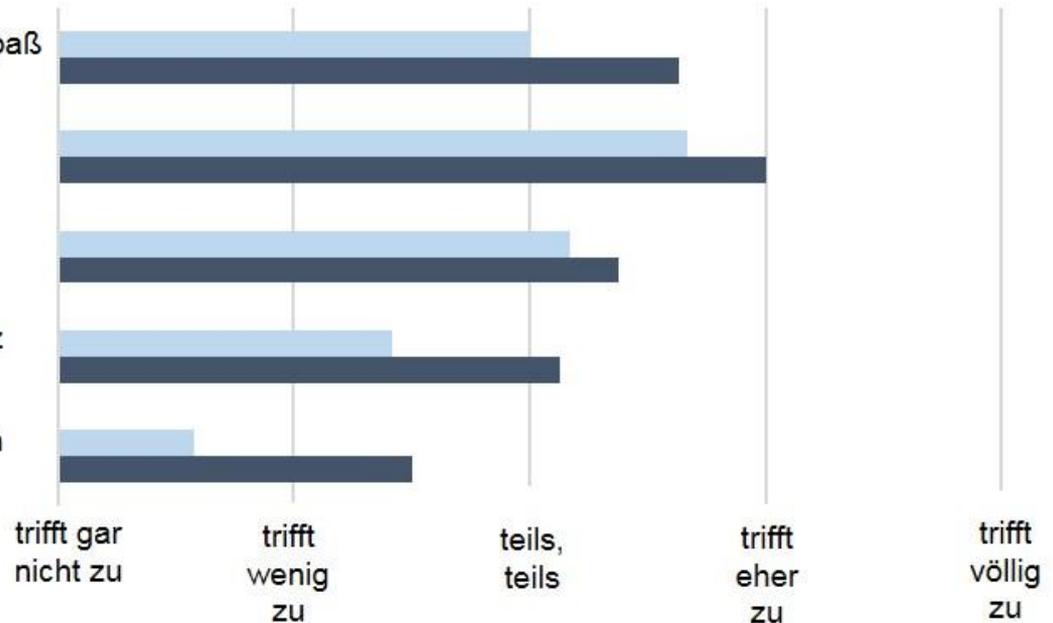
Ich habe das Gefühl, zu den meisten PatientInnen mit Demenz ein gutes Verhältnis zu haben.

Ich kann durch meine tägliche Arbeit das Verhalten der PatientInnen mit Demenz beeinflussen.

Ich habe das Gefühl, unruhige PatientInnen mit Demenz gut beaufsichtigen und im Blick haben zu können.

Die Station bietet genügend Möglichkeiten, PatientInnen mit Demenz zu beschäftigen.

■ Vor der Umgestaltung ■ Nach der Umgestaltung



Umsetzung demenzfreundlicher Konzepte

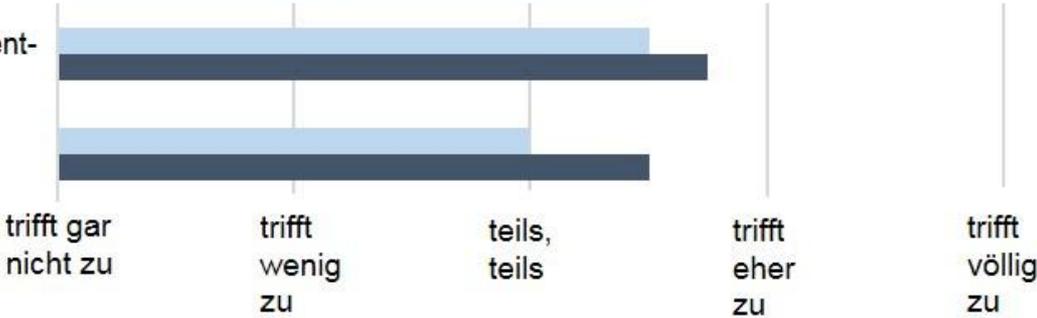


Umsetzung demenzfreundlicher Konzepte

Mit der Art und Weise der Betreuung und Pflege von PatientInnen mit Demenz auf der Station bin ich sehr zufrieden

Alles in Allem bin ich mit meiner Arbeit sehr zufrieden

■ Vor der Umgestaltung ■ Nach der Umgestaltung



Worauf es ankommt:

- intensiver und interdisziplinärer Planungsprozess für die erfolgreiche Entwicklung und Implementierung
- Wechselspiel mit sozialen, pflegerischen und organisatorischen Komponenten bedenken
- Beteiligung und Einbindung der Pflegekräfte
- persönliches Engagement von Mitarbeitern in der direkten Patientenversorgung (Pflegeexperten für Demenz als Motoren der Veränderung)
- Verhalten und die Haltung aller Mitarbeiter
- → klare Haltung von Führungskräften unverzichtbar, um Konzepte dauerhaft zu festigen und eine positive Haltung aller Mitarbeiter gegenüber Menschen mit Demenz zu fördern

Was spricht für die Umsetzung demenzfreundlicher Konzepte

- hohe Verletzlichkeit von älteren Menschen mit kognitiven Einschränkungen (und anderen Patientengruppen)
 - Zunahme der Betroffenen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels
 - Erhalt der Versorgungsqualität, Kosten der sozialen Sicherungssysteme
 - demenzsensible Maßnahmen können das Stress- und Belastungsempfinden der Pflegefachkräfte verringern und letztendlich auch die Arbeitszufriedenheit steigern lassen
 - Chancen zur Organisationsentwicklung
-

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit
