

## Das Programm gertrud

### altersgerechte proaktive Gesundheitsversorgung

Pilot-Projekt zur Entwicklung, Umsetzung und Evaluation des Programms *gertrud*

<b>Fokus</b>	Sektorenübergreifende, risikoangepasste Gesundheitsversorgung älterer Patienten zur Reduzierung postoperativer Komplikationen, speziell dem Delir
<b>Zielgruppe</b>	Ältere Patienten (≥70 Jahre) mit elektiven chirurgischem Eingriff
<b>Federführung</b>	Stabsstelle Personalentwicklung und Pflegewissenschaft & Klinik für Anaesthesiologie, LMU Klinikum
<b>Ort</b>	3 Pilotstationen - Muskuloskelettales Universitätszentrum München
<b>Dauer</b>	3 Jahre (30.06.2021 – 29.06.2024)
<b>Förderung</b>	Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege „innovative medizinische Versorgungskonzepte“
<b>Eigenanteil</b>	Projektleitung, Projektgruppentreffen, Bildungsmodule, Medienentwicklung, Digitalisierung
<b>Ausblick</b>	Anbindung der Notaufnahme für nicht-elektive Patienten Ausdehnung auf weitere Fachbereiche Implementierungsstrategie für Kliniken Bayerns

#### Komponenten

<b>Interdisziplinäres Geriatrie-Team</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prästationäres Risikoassessment zusammen mit dem Einweiser</li> <li>▪ Behandlungsplanung der stationären und poststationären Gesundheitsversorgung gemäß Risikoprofil</li> <li>▪ Prästationäre Optimierung des Patienten</li> <li>▪ Medikationsanpassung und Patientenedukation</li> </ul>
<b>evidenzbasiertes, geriatrisches Pflegeteam</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre proaktive Gesundheitsversorgung nach Risikoprofil</li> <li>▪ multiprofessionelle Umsetzung nicht-pharmakologischer Delirprävention auf den Pilot-Stationen</li> </ul>
<b>care&amp;accompany-Begleiter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einbindung von u.a. Bundesfreiwilligen, Alltagsbegleitern, Auszubildenden in die nicht-pharmakologische Delirprävention</li> </ul>

Ansprechpartner:

Thomas.Saller@med.uni-muenchen.de & Denise.Seidenspinner@med.uni-muenchen.de

## 1. Ausgangssituation

Die Zahl der älteren Patienten und deren Lebensalter zum Behandlungszeitpunkt nimmt stetig zu. In der Ambulanz der Klinik für Anaesthesiologie werden im Schnitt 16 Patienten pro Tag mit Indikation zu einem chirurgischen Eingriff und Alter >65 Jahre vorgestellt. Die Hälfte dieser Patienten ist sogar älter als 80 Jahre. Laut einer Studie von Bickel (2018) liegen bei 40% der über 65 Jahre alten Patienten in süddeutschen Akutkrankenhäusern kognitive Störungen oder ein dementielles Syndrom vor. Das Alter und kognitive Beeinträchtigungen sind prädisponierende Faktoren für ein Delir.

Insbesondere Patienten der Traumatologie und Orthopädie mit höherem Lebensalter stellen ein Risikokollektiv für Delir dar. In einer aktuellen Arbeit von Saller (2019) an einer repräsentativen Stichprobe aus dem Klinikum der LMU war das mediane Lebensalter der Patienten in dieser Gruppe 72 Jahre. Bereits im Aufwachraum waren 15 % dieser präoperativ kognitiv gesunden Patienten delirant. Der Anteil der älteren Patienten in der Alterstraumatologie mit einem postoperativen Delir, insbesondere im weiteren Behandlungsverlauf und unter Einschluss auch kognitiv vorerkrankter Patienten, wird auf mehr als 30% geschätzt.

Ein postoperatives Delir geht für die betroffenen Patienten mit großen Risiken einher:

- hohes Risiko für kognitiven und funktionellen Abbau nach einem postoperativen Delir (Bickel, 2008)
- dreifach erhöhtes Risiko für Einweisung in eine Pflegeeinrichtung nach Delir (Witlox, 2010)
- unabhängiger Risikofaktor für Entstehung einer Demenz (Fong, 2015)
- erhöhte Mortalität und Sturzrate (Witlox, 2010)

Für die Pflegefachpersonen stellt die Versorgung von Patienten mit einem Delir eine belastende und herausfordernde Situation dar (Mc Donnell & Timmins, 2012). Die Versorgung von Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen und Demenz ist mit einem starken Belastungserleben bei den Pflegefachpersonen verbunden (Isfort, 2014).

Weinrebe und Kollegen (2016) konnten zeigen, dass durch die Steigerung der Komplexität der Behandlung bei einem Delir, die Liegedauer verlängert und die Kosten der Versorgung erhöht werden.

## 2. Zentrales Praxisproblem

Aktuell wird die Gesundheitsversorgung älterer Patienten mit elektiven chirurgischen Eingriffen, den Risikofaktoren für Delir und dem erhöhten Begleitungsbedarf nicht ausreichend gerecht. Die Möglichkeiten zur Vorbeugung postoperativer Komplikationen finden zu wenig Berücksichtigung. Im Einzelnen gibt es in folgenden Bereichen Probleme:

- Ein geriatrisches Assessment findet nur auf dafür spezialisierten Stationen statt.
- Ein strukturiertes Screening für Delir ist nur lückenhaft implementiert (Saller, 2016), obwohl es inzwischen von der europäischen Anästhesiengesellschaft (ESA) empfohlen wird.
- Für ältere Patienten ist kein prästationäres standardisiertes geriatrisches Assessment implementiert, das die Einschätzung durch den einweisenden Facharzt einbindet.
- Häufiges Verschieben von Operationen während stationärem Aufenthalt wegen bis dahin unbekanntem oder unbehandeltem Patientenzuständen.
- wenig sektorenübergreifender Austausch mit Hausärzten, pflegerischer Versorgungseinheiten oder Angehörigen, lediglich ggf. mittels Überleitungsbögen; dadurch sind Eigenarten, Verhaltensweisen, Ressourcen und Bedürfnisse des Patienten (insbesondere bei kognitiven Beeinträchtigungen) nicht bekannt.
- Keine durchgehende systematische Fallsteuerung der Patientenversorgung gemäß Risikoprofil.
- Pflegerischer Personalschlüssel ist unabhängig vom Alter der Patienten, dem individuellen Risikoprofil und der Komplexität in der Versorgung. Durch die Arbeitsverdichtung in der Pflege kann dem erhöhten Begleitungsbedarf älterer Patienten, insbesondere bei kognitiven Einschränkungen, nicht ausreichend entsprochen werden.
- Durch die zeitlich begründete fehlende Begleitungsmöglichkeit in der Versorgung von älteren Risikopatienten, insbesondere bei kognitiven Einschränkungen, kommt es auf Seiten der Pflegefachpersonen in der Folge zu psychischen Belastungen und häufigen Arbeitsunterbrechungen.
- Die Betreuung durch den einweisenden Facharzt und die Krankenhausbehandlung stellen sich ablösende Prozesse dar; es besteht ein geringer sektorenverbindender Informationsfluss/Zusammenarbeit.
- Delirante Patienten, insbesondere bei hypoaktiver Verlaufsform, werden nicht immer als delirant erkannt und nach Hause verlegt. Erst dort manifestiert sich das Delir und seine Folgen in einem Selbstversorgungsdefizit, das hohe Zusatzkosten durch Krankenhauseinweisungen, Pflegebedürftigkeit, häufige Arzt-Patientenkontakte nach sich zieht.

Zusammenfassend gibt es zur Zeit keine dem Alter der Patienten und den damit verbundenen Risiken gerecht werdende sektorenübergreifende proaktive Gesundheitsversorgung, die für den gesamten Prozess von der Indikationsstellung bis zur postoperativen Weiterversorgung zu Hause eine individuelle, risikoangepasste, multiprofessionell koordinierte Patientenversorgung für das bestmögliche Patientenoutcome sicherstellt.

### 3. Zentrales Interesse und Ziel

Das **zentrale Interesse** ist die multiprofessionelle Entwicklung und Ausarbeitung eines Programmes zur altersgerechten proaktiven Gesundheitsversorgung für ältere Patienten mit elektiven chirurgischen Eingriffen und dessen Erprobung und begleitende Evaluation im Rahmen eines Pilotprojektes.

Die **Schwerpunkte des Programmes** liegen in folgenden Punkten:

- Stärkung der Zusammenarbeit von niedergelassenem Arzt, multiprofessionellem geriatrischem Team, Angehörigen bzw. Altenhilfe und Patient.
- risikovorbeugende Behandlungsplanung der prästationären, stationären und poststationären Gesundheitsversorgung gemäß Risikoprofil im multiprofessionell und interdisziplinär besetzten Gesundheitsversorgungsteam Geriatrie-Team (EDV-gestützt).
- prästationäre risikoangepasste Optimierung des Patienten und Medikationsanpassung.
- stationäre und überleitend poststationäre proaktive Gesundheitsversorgung entsprechend Risikoprofil durch Teams der evidenzbasierten, spezialisierten Pflege.
- Einsatz von care & accompany-Begleitern zur Unterstützung der nicht-pharmakologischen Delirvorbeugung durch Begleitung.

Das **primäre Ziel** des Programmes ist die Verbesserung des Patientenoutcomes nach chirurgischen elektiven Eingriffen durch die Vermeidung bzw. Milderung von postoperativen Komplikationen.

**Sekundäres Ziel** des Programmes ist die Entlastung des Gesundheitsversorgungsteams bei der Versorgung und Pflege von Delirrisiko- oder deliranten Patienten

Die Frage nach der Praxistauglichkeit des Programmes gertrud wird anhand der Veränderung im Verhalten des Gesundheitsversorgungsteams bewertet. Indikatoren hierfür sind der Umsetzungsgrad der Tätigkeiten/Aufgaben des Programmes sowie die Selbsteinschätzung der Zielerreichung durch das Gesundheitsversorgungsteam.

Zur Frage der Tragfähigkeit des Programmes gertrud aus gesundheitsökonomischer Sicht wird eine Kosten-(Nutz-)wert-Analyse erstellt. Ziel ist es durch eine positiv bewertete Analyse den Ausbau des Programmes und seine Verstetigung zu argumentieren.

### 4. Angaben zum Arbeitsprogramm

Das Programm gertrud für elektive chirurgische Risikopatienten wird als Pilot-Projekt in Zusammenarbeit mit Pilot-Stationen eingeführt, die u.a. ältere Patienten für elektive chirurgische Eingriffe aufnehmen. Die drei Komponenten des Programmes werden stufenweise eingeführt, um die Umsetzung des Gesamtprogrammes effizienter zu gestalten und die Evaluation der einzelnen Komponenten zu ermöglichen.

- I Implementierung des multiprofessionellen **Geriatric-Teams** mit geriatrischer Pflegefachperson (Masterabschluss MA) und Umsetzung der sektorenübergreifenden prästationären Zusammenarbeit
  
- II Implementierung der **Teams** der **evidenzbasierten Pflege** für ältere Patienten mit geriatrischen Pflegefachpersonen (Bachelorabschluss BA und Fachweiterbildung FWB) auf den Pilot-Stationen und Weiterführung der sektorenübergreifenden proaktiven Zusammenarbeit
  
- III Implementierung der **Begleiter** auf den Pilot-Stationen – **care & accompany**

**Zu I) „Geriatric-Team“ - prästationär:**

- frühzeitiger Informationsfluss zwischen geriatrischer Pflegefachperson (MA) als Ansprechpartner des geriatrischen Teams und einweisendem (Fach-)Arzt, Hausarzt, Patient und Angehörigen bzw. Altenhilfe; geriatrisches Kurz-Assessment in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Arzt
  
- EDV-gestütztes geriatrisches Risiko-Assessment durch geriatrische Pflegefachperson (MA) einschließlich Edukation des Patienten/der Angehörigen am prästationären Tag u.a. zu proaktiver Mitarbeit zur Vorbeugung von postoperativen Komplikationen
  
- Risikoangepasste Pflegeprozessplanung durch geriatrische Pflegefachperson (MA) und gestufte Weiterleitung ins Geriatric Team gemäß Risiko-Profil
  
- Planung der prästationären, stationären und poststationären Gesundheitsversorgung des älteren Patienten auf Basis des geriatrischen Risiko-Profiles im multiprofessionell und interdisziplinär besetzten geriatrischen Gesundheitsversorgungsteam „Geriatric-Team“
  
- Prästationäre risikoangepasste Optimierung des Patienten auf Basis des Risikoassessments und Medikationsanpassung in Zusammenarbeit mit einweisendem Arzt, Hausarzt
  
- Übergabe der individuellen Pflegeprozessplanung (elektronische Pflegeprozessdokumentation) von der geriatrischen Pflegefachperson (MA) an das Team der evidenzbasierten, spezialisierten Pflege der aufnehmenden Station

**Zu II ) „evidenzbasierten Pflege“ – stationär:**

Aufnahmegespräch durch verantwortliche Pflegefachperson des Teams der evidenzbasierten, spezialisierten Pflege und ggfs. Anpassung der Pflegeprozess-Planung. Das Team verantwortet die stationäre altersgerechte proaktive Gesundheitsversorgung und entwickelt diese zusammen mit der geriatrischen Pflegefachperson (MA) weiter. Das Team wird ergänzt durch eine Pflegefachperson (BA) und einen Pflegefachhelfer, um die Entwicklung und Umsetzung der evidenzbasierten Pflege und eine kontinuierliche Betreuung der älteren Patienten sicherzustellen.

- Weiterführung der risikoangepassten und vorbeugenden Gesundheitsversorgung auf Basis der Pflegeprozessplanung durch das Team der evidenzbasierten, spezialisierten Pflege:
  - o Mögliche Reduzierung von Beruhigungsmedikation durch persönliche Begleitung der Patienten
  - o Durchführung der geplanten Assessments und (Delir-)Screenings
  - o Umsetzung der nicht-pharmakologischen Delirprävention
  - o kontinuierliche Patienten- und Angehörigenedukation
  - o Durchführung von Pflegevisiten und Fallbesprechungen für Risiko-Patienten
  - o Koordination der Gesundheitsversorgung im multiprofessionellen Team
  - o Koordinierung, Schulung und Betreuung der care & accompany Begleiter
  - o Informationsfluss zu niedergelassenem Arzt/Altenhilfe/Angehörigen
  - o Übergabe der individuellen Pflegeprozessplanung vom Team der evidenzbasierten, spezialisierten Pflege an die geriatrische Pflegefachperson (MA)
  - o Sicherung der poststationären proaktiven Gesundheitsversorgung durch geriatrische Pflegefachperson (MA) mittels Überleitungscoordination
  
- Zusammenarbeit der geriatrischen Pflegefachperson (MA) und der Pflegefachpersonen (BA); fachliche Verantwortung für Umsetzung der evidenzbasierten Pflege (z.B. Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“)

**Zu III ) „care & accompany Begleiter“ - stationär:**

- Unterstützung bei der Umsetzung der nicht-pharmakologischen Delirprävention auf den Pilot-Stationen in Delegation u.a. durch:
  - o Bundesfreiwilligendienst und Ehrenamtliche
  - o Betreuungskraft (§53c SGB XI) beim gemeinsamen Mittagstisch (hierfür steht die Finanzierung noch aus)

## 5. Literatur

**Bickel H., Gradinger R., Kochs E., Förstl H. (2008):** High risk of cognitive and functional decline after postoperative delirium. A three-year prospective study. In: Dement Geriatr Cogn Disord 26(1), 26-31

**Bickel H., Hendlmeier I., Heßler J. B., Junge M.N., Leonhardt-Achilles S., Weber J., Schäufele M. (2018):** The prevalence of dementia and cognitive impairment in hospitals—results from the General Hospital Study (GHoSt). In: Dtsch Arztebl Int 115, 733–40

**Fong T. G., Davis D., Growdon M. E., Albuquerque A., Inouye S. K. (2015):** The interface between delirium and dementia in elderly adults. In: Lancet Neurol. 14(8), 823-832

**Hewer W., Thomas C., Drach L. M. (2016):** Delir beim alten Menschen. Grundlagen – Diagnostik

**Isfort M., Klostermann J., Gehlen D., Siegling B. (2014):** Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. [https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer\\_2014.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf) (25.01.2019)

**Mc Donnell S., Timmins F. (2012):** A quantitative exploration of the subjective burden experienced by nurses when caring for patients with delirium. In: Journal of Clinical Nursing 21(17–18), 2488–2498

**Saller T., MacLulich A., Schäfer S.T., Crispin A., Neitzert R., Schüle C.; von Dossow V., Hofmann-Kiefer K.F. (2019):** Screening for delirium after surgery: validation of the 4 A's test (4AT) in the post-anaesthesia care unit. In: Anaesthesia 74(10), 1260-1266

**S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie 2015).** AWMF-Registernummer: 001/002

**Weinrebe W., Johannsdottir E., Karaman M., Füsgen I. (2016):** What does delirium cost? An economic evaluation of hyperactive delirium. In: Z Gerontol Geriatr 49, 52-58

**Witlox J, Eureling L. S., de Jonghe J. F., Kalisvaart K. J., Eikelenboom P., van Gool W. A. (2010):** Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. In: Jama 304(4), 443-451