

Veränderungen der Patientenstruktur einer Gedächtnissprechstunde: Ergebnisse einer Studie aus dem Qualitätsmanagement

Hartmut LEHFELD, Stefanie SCHUH, Günter NIKLEWSKI

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Klinikum Nürnberg

Korrespondierender Autor:

Dr. Hartmut Lehfeld, Dipl. Psych.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1
90419 Nürnberg
Tel.: 0911/398 3690
Email: lehfeld@klinikum-nuernberg.de

Zusammenfassung

Vorge stellt werden Ergebnisse einer Studie aus dem Qualitätsmanagement einer Gedächtnissprechstunde, deren Ziel die Erfassung von Veränderungen der Patientenstruktur innerhalb eines 5-Jahres-Zeitraums war. Die Ergebnisse, die auf einem Vergleich der Daten ambulanter Erstkontakte der Jahre 2004 und 2008 beruhen, zeigen vor allem ein Ansteigen des Anteils von Patienten mit Demenzerkrankungen, eine prozentuale Abnahme anderer Diagnosegruppen, eine Zunahme des durchschnittlichen Schweregrades der kognitiven Beeinträchtigungen, die vermehrte Zuweisung von Patienten mit Migrationshintergrund sowie die wachsende Bedeutung kooperierender Einrichtungen als Vermittler des Patientenkontakts. Die Erkenntnisse können für die Adaptation des Angebotes und die Planung zukünftiger Aktivitäten genutzt werden.

Schlüsselwörter: Gedächtnissprechstunde, Qualitätsmanagement, Patientenstruktur

Changes in the Patient Structure of a Memory Clinic: Results from a Quality Management Study

Results from a quality management study carried out in a memory clinic setting are presented. The aim of the study was to assess changes in the patient structure within a 5-year-period. Comparisons between out-patients seen in 2004 and 2008 demonstrates the following: the percentage of patients suffering from dementia increased; other diagnostic groups decreased; the average degree of cognitive impairment increased; the number of patients with a migrational background is growing; inter-institutional cooperation is important for patient referral. Results may be used in the adaptation of the services of the memory clinic and the planning of future activities.

Keywords: Memory clinic, quality management, patient structure

Einleitung

Für Einrichtungen der medizinischen Versorgung besteht eine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an qualitätssichernden Maßnahmen. Diese werden im Rahmen des Qualitätsmanagements (QM) erbracht, worunter alle Bestrebungen um eine stetige Qualitätsverbesserung verstanden werden. Die Gedächtnissprechstunde des Klinikums Nürnberg, die im Jahr 2000 an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie gegründet wurde, begann 2006 mit dem systematischen Aufbau eines internen QM-Systems. Dieser Prozess wurde im November 2007 mit der Zertifizierung gemäß DIN EN ISO 9001:2000 abgeschlossen. Im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung des Angebots sieht das QM-System der Gedächtnissprechstunde unter anderem kontinuierliche statistische Analysen zur Patientenstruktur vor. Im Weiteren vorgestellt werden Ergebnisse eines Vergleichs der in den Jahren 2004 und 2008 erstuntersuchten ambulanten Patienten.

Methodik

Im Rahmen eines Jahrgangsvergleichs wurden sämtliche ambulante Patienten der Gedächtnissprechstunde des Klinikums Nürnberg, die sich 2004 erstmals vorstellten, mit den Erstkontakten des Jahres 2008 verglichen. Die Identifizierung der Patienten erfolgte über die Terminbücher der entsprechenden Jahre. Alle Patienten waren von den in der Region niedergelassenen Haus- und Fachärzten zur weiteren Diagnostik in die Gedächtnissprechstunde überwiesen worden. In die Auswertung einbezogen wurden neben demographischen (z.B. Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund) und klinischen Merkmalen (z.B. Diagnose, Schweregrad der kognitiven Einbußen gemäß Global Deterioration Scale GDS nach Reisberg et al., 1982) auch formale und organisatorische Aspekte des Patientenkontakts (z.B. ärztlicher Zuweiser, wie von Gedächtnissprechstunde erfahren). Die statistische Auswertung wurde über χ^2 - und t-Tests mittels SPSS 14.0 vorgenommen.

Ergebnisse

Den 245 Erstkontakten des Jahres 2004 (113 Männer, 132 Frauen, Durchschnittsalter: 68,8 Jahre, SD = 11,3) standen im Jahr 2008 insgesamt 317 Untersuchungen (139 Männer, 178 Frauen, Durchschnittsalter: 68,6 Jahre, SD = 14,0) gegenüber. Hinsichtlich Alter und Geschlecht waren damit keine bedeutsamen demographischen Veränderungen zu verzeichnen, jedoch zeigte sich eine signifikante Zunahme der Patienten mit Migrationshintergrund von 6,5% auf 11,4% ($p < .05$).

Der Prozentsatz der vom Hausarzt überwiesenen Patienten nahm zwischen 2004 und 2008 leicht von 46% auf 52% zu, der Anteil fachärztlich (Psychiater, Neurologen, Internisten) zugewiesener Patienten ging in entsprechendem Umfang zurück. Einen Überblick über die 2004 und 2008 in der Gedächtnissprechstunde gemäß ICD-10 gestellten Diagnosen gibt Tabelle 1. Zu beobachten war dabei, dass der mittlere Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigungen im klinischen Globalurteil (GDS) von 3,3 auf 3,8 anstieg ($p < .000$). Genauere Analysen (Daten beim Verfasser) ergaben, dass diese Entwicklung vor allem auf einen Anstieg der Patienten mit mittelschwerer Demenz bei gleichzeitiger Abnahme von Personen mit altersgemäßem kognitivem Status zurückzuführen war (s. Tab. 1).

Auf die Frage, wie sie auf das diagnostische Angebot der Gedächtnissprechstunde aufmerksam geworden seien, gaben 2004 wie 2008 etwa 60% der Patienten an, dass der behandelnde Arzt die Überweisung angeregt habe. Jeweils 8% berichteten, bei öffentlichen Vorträgen von der Gedächtnissprechstunde erfahren zu haben. Der Prozentsatz der Anmeldungen infolge der Berichterstattung in den regionalen Medien ging im Untersuchungszeitraum von 23 auf 12% zurück. Im gleichen Umfang zu nahm der Anteil der Patienten, die in anderen Institutionen, z.B. Angehörigenberatungsstellen, Informationen über die Gedächtnissprechstunde erhielten.

Diskussion

Die im Rahmen des Qualitätsmanagements einer Gedächtnissprechstunde angesiedelte Untersuchung, die hier aus Platzgründen nur in Auszügen dargestellt werden konnte, liefert zahlreiche Erkenntnisse, die für die weitere Adaptation des Angebots und die Planung zukünftiger Aktivitäten hilfreich sind. Zum einen zeigen die zwischen 2004 und 2008 gestiegene Anteil hausärztlicher Überweisungen und die zunehmende Bedeutung anderer Institutionen bei der Bekanntmachung der Einrichtung die gelungene Vernetzung der Gedächtnissprechstunde in die lokale Versorgungslandschaft. Zum anderen lässt sich an der deutlichen Abnahme des Anteils gesunder Personen bei gleichzeitiger Zunahme unklarer Demenzen am Diagnose-spektrum die gezielter Nutzung der diagnostischen Kompetenz der Einrichtung durch die ärztlichen Überweiser ablesen. Ein in diesem Zusammenhang überraschendes Ergebnis war der Anstieg des durchschnittlichen kognitiven Beeinträchtigungsgrades der zur Demenzdiagnostik vorgestellten Patienten. Die Erwartung war die, dass - infolge der zahlreichen Informationsveranstaltungen zu den Möglichkeiten der Demenzfrüherkennung - die Patienten im Jahr 2008 eher in einem früheren Krankheitsstadium zur Abklärung kämen als noch 2004. Die gegenteilige Entwicklung lässt - neben einer Reihe anderer Deutungsmöglichkeiten - den Schluss zu, dass die Gedächtnissprechstunde neben ihren genuin frühdiagnostischen Aufgaben auch therapeutische, Beratungs- und Vermittlerfunktionen im Sinne eines "case managements" bei Patienten mit bereits bekannter Diagnose übernehmen soll. In diese Richtung deuteten auch Ergebnisse einer früheren Untersuchung (1).

Auffällig war der 2004 wie 2008 geringe Anteil "anderer" Demenzerkrankungen (z.B. Frontalhirndemenzen, Lewy-Body-Demenz) in der Gedächtnissprechstunde, der weit hinter den epidemiologischen Erwartungswerten zurückblieb. Zu prüfen wäre hier, ob diese sich möglicherweise zunächst in der Gruppe der unklaren Demenzen verbergen und erst im Verlauf diagnostiziert werden. Weiterhin zeigte die Auswertung, dass die Gedächtnissprechstunde zunehmend von älteren Menschen mit Migrationshintergrund aufgesucht wird. Untersuchungen in der Muttersprache sind in der Nürnberger Ein-

richtung derzeit routinemäßig nur auf Russisch möglich, bei anderen Sprachen, z.B. Türkisch, greifen die Mitarbeiter in der Regel auf die Übersetzungshilfe von Angehörigen zurück.

Insgesamt beinhaltet der vorgestellte Jahrgangvergleich zahlreiche Hinweise, die in der Gedächtnissprechstunde für Qualitätsverbesserungen im Sinne des QM genutzt werden können. Beispiele wären der Aufbau eines case managements oder die Einrichtung zusätzlicher muttersprachlicher Diagnoseangebote. Weitere Ansatzpunkte für Optimierungsmöglichkeiten liefert auch die separate Auswertung der Untersuchungsdaten für haus- und fachärztliche Zuweisungen, die Unterschiede sowohl im Hinblick auf die Diagnosen als auch auf das Zuweisungsverhalten erbrachte (2, 3). Wünschenswert wäre, die vorgestellten Untersuchungsergebnisse sowie die daraus zu ziehenden Schlüsse mit den vor Ort niedergelassenen Ärzten zu diskutieren und deren Bedürfnisse bei der weiteren Angebotsplanung der Gedächtnissprechstunde zu berücksichtigen.

Literatur

1. Strößenreuther N, Lehfeld H. Was erwarten Patienten und Angehörige vom Besuch einer Gedächtnissprechstunde? Poster präsentiert auf dem IX. DGGPP-Kongress vom 17. - 20. Juni 2009 in Berlin. Abstract unter: http://dggpp.de/dggpp2009/Abstracts/abs_27.htm
2. Schuh S, Fechner K, Strößenreuther N, Lehfeld H, Niklewski G. Veränderungen im Diagnosespektrum einer Gedächtnissprechstunde innerhalb eines 5-Jahres Zeitraums. In: Schneider F, Grözinger M (Hrsg): Psychische Erkrankungen in der Lebensspanne. Abstractband zum DGPPN Kongress 2009, 258
3. Fechner K, Schuh S, Strößenreuther N, Lehfeld H, Niklewski G. Unterscheiden sich Haus- und Fachärzte im Zuweisungsverhalten in eine Gedächtnissprechstunde? In: Schneider F, Grözinger M (Hrsg): Psychische Erkrankungen in der Lebensspanne. Abstractband zum DGPPN Kongress 2009, 258

Tabelle 1: Diagnosehäufigkeiten der Jahre 2004 und 2008 und deren Veränderung. Alle Angaben in Prozent.

	2004	2008	Veränderung
keine Diagnose	18,4	8,8	- 9,6
Mild Cognitive Impairment (MCI)	20,9	16,2	- 4,7
Alzheimer Demenz	26,1	29,6	+ 3,5
vaskuläre Demenz	3,8	10,2	+ 6,4
andere Demenzen	1,3	2,1	+ 0,8
unklare Demenz	6,0	15,5	+ 9,5
Depression	21,4	16,2	- 5,2
andere Diagnosen	2,1	1,1	- 1,0