

..... Nr. 8 Juli 2013

transferplus

..... Menschen mit Demenz im Krankenhaus:
Perspektiven der Pflegenden



..... Herausgeber

..... g-plus - Zentrum im internationalen Gesundheitswesen

Inhalt

Vorwort: Demenz im Krankenhaus – „mission impossible“? Dr. Bernadette Klapper	3
Editorial: Perspektivenwechsel Prof. Dr. Elke Donath	5
Belastungserleben des Pflegepersonals bei der Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Wissenschaftliche Begleitforschung zu einem Projekt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Landesverband Bayern Dr. Winfried Teschauer	7
Pflege von Menschen mit Demenz im Krankenhaus – Ergebnisse einer Hospitation in Australien Stefan Boy	14
Lebensqualität im Krankenhaus trotz Demenz... Dr. Claudia Zemlin	20
Versorgung von Menschen mit Demenz – wie sehen das die Pflegekräfte? – Welche Möglichkeiten bietet eine Tagesbetreuung? Cornelia Plenter	26
Demenz im Krankenhaus – Erfahrungsaustausch und Ideenbörse im Welt-Café Marion Seigel	32
Innovative Lösungsansätze und neue Modelle für den Versorgungsbereich Demenz	38
Allgemeine Hinweise / Impressum	39

.... Vorwort: Demenz im Krankenhaus – „mission impossible“?

.... Dr. Bernadette Klapper, Leiterin der Gruppe „Gesundheit“ /
Programmbereich „Gesundheit und Wissenschaft“,
Robert Bosch Stiftung, Stuttgart

Sicher haben alle im Krankenhaus tätigen Pflegenden Erfahrungen gemacht mit dementen Patienten und wissen aus der täglichen Praxis, dass die Pflege dieser Patienten sehr besondere und fordernde Aufgaben mit sich bringt. Verwirrheitszustände, mangelnde Nahrungsaufnahme und so genanntes herausforderndes Verhalten wie beispielsweise gezogene Katheter und lautes Rufen und Umherwandern in der Nacht stellen das Krankenhauspersonal häufig vor besonders schwierige Situationen – in einem Umfeld, das in seinen alltäglichen Abläufen extrem kurz getaktet ist. Den engen Zeitplan zu erfüllen und gleichzeitig die notwendige Geduld und Ruhe für die Patienten mit Demenz aufzubringen, stellt sich oft genug als wahre „mission impossible“ für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dar.

Nun sind Menschen mit Demenz im Krankenhaus kein neues Phänomen. Bis vor einigen Jahren waren sie jedoch deutlich weniger als heute. Die gestiegene Lebenserwartung, die höhere Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthaltes und die längere Verweildauer für Demenzkranke tragen dazu bei, dass die Gruppe angewachsen ist. Genaue Prävalenzahlen liegen derzeit nicht vor. Die Erhebung dieser Zahlen gestaltet sich zudem schwierig. Es gibt kein einheitliches Screening-Verfahren, und die Krankenhäuser haben mit unterschiedlichen Konstellationen zu kämpfen. Es kommen Patienten geplant mit der Nebendiagnose Demenz zur Aufnahme, bei anderen fehlt die Information über die Nebendiagnose. Für manche Patienten ist bis zu dem Zeitpunkt noch keine Demenz-Diagnose gestellt worden, da die Erkrankung zu Hause in der gewohnten Umgebung gut kompensiert werden konnte. Schließlich entwickeln etliche Patienten ein postoperatives Delirium.

Erst spät im letzten Jahrhundert wurden differenzierte Behandlungs- und Pflegeansätze für Demenzkranke entwickelt wie beispielsweise die Biographiearbeit, die Validation und einige mehr. Als sehr hilfreich hat sich auch eine „demenzfreundliche“ Gestaltung der Umgebung erwiesen. Es ist das Verdienst dieser Ansätze, ein besseres Verständnis für Demenzkranke hervorgebracht zu haben und Wege aufzuzeigen, wie durch einen auf die Person abgestimmten Umgang die Pflege verbessert und ein positiver Einfluss auch auf herausforderndes Verhalten genommen werden kann. Inzwischen haben diese Ansätze gute Verbreitung in der Altenhilfe gefunden. In der Akutversorgung fehlen

jedoch noch weitgehend das Wissen und die Maßnahmen, wie Patienten, die neben ihrem akuten Behandlungsanlass auch an einer Demenz leiden, so schonend wie möglich behandelt werden können. Krankenhausaufenthalte können leicht zu traumatisierenden Erlebnissen für Demenzkranke werden. Oft genug finden sie sich in einer fremden Umgebung wieder, deren Sinn sie nicht mehr deuten können. Schmerzen, zum Beispiel nach einer erfolgten Operation, können nicht adäquat mitgeteilt werden. Wir wissen, dass Aufenthalte in Allgemeinkrankenhäusern für Demenzkranke mit einem erhöhten Risiko von Komplikationen wie Stürzen und nosokomialen Infektionen, Mangelernährung und Austrocknung sowie Über- oder Unterdosierung an Medikamenten verbunden sind. Diese können zu längeren Liegezeiten, einer größeren Wahrscheinlichkeit der Heimeinweisung und zu einer höheren Mortalität führen. Häufig ist die Verschlechterung der Demenzerkrankung insgesamt die Folge.

Wir in der Robert Bosch Stiftung wollen den Prozess unterstützen. Wir haben daher das Thema „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ in den Mittelpunkt unserer Förderaktivitäten im Themenkreis Demenz gestellt, in dem wir bereits seit über zehn Jahren intensiv tätig sind. In dieser Zeit förderte die Robert Bosch Stiftung gezielt eigene Initiativen und Projekte Dritter, um die Situation von Menschen mit Demenz zu verbessern. Schwerpunkte der Förderung waren die Vernetzung von Fachexperten und anderen Schlüsselpersonen zum Thema Demenz, die Palliativversorgung von Menschen mit Demenz und bürgerschaftliche Initiativen, die das Wohlergehen und die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihrer Begleiter zum Ziel haben. Auch das Internationale Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz, in dessen Rahmen dieses Themenheft erscheint, fördert die Robert Bosch Stiftung seit 2007 – und damit Fortbildungen und Auslandshospitationen für Vertreter aller Berufsgruppen, die Menschen mit Demenz begleiten oder die Voraussetzungen für ihre Betreuung schaffen.

Seit 2012 ist das Programm „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ als neues Schwerpunktthema hinzugekommen. Mit der Förderinitiative ist beabsichtigt, in den kommenden Jahren einen Beitrag zu leisten, die Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus langfristig zu verbessern. Es soll vor allem ermöglicht werden, über Einzelmaßnahmen hinauszugehen und umfassende Versorgungskonzepte in die Umsetzung zu bringen. Eine einfache Übertragung und Nachahmung von Ansätzen aus der Altenhilfe wird nicht ausreichen. Es wird vielmehr darum gehen, Lösungen zu finden, die den Bedürfnissen der akut erkrankten Demenzpatienten entsprechen und die im Krankenhausalltag Wirksamkeit entfalten können.

Wir setzen dabei auf den Mut, das Engagement und die Ausdauer der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus, die sich für das Thema stark machen, und hoffen, in wenigen Jahren gemeinsam auf deutliche Erfolge zurückblicken zu können.

.... Editorial: Perspektivenwechsel

.... Prof. Dr. Elke Donath, Leitung g-plus, Universität Witten/Herdecke;
Präsidentin Mathias Hochschule Rheine

Das Thema „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ ist lange Zeit nicht beachtet worden und wird erst seit wenigen Jahren artikuliert – obwohl dem Thema durch die zunehmende Alterung der Gesellschaft und den damit verbundenen Anstieg demenzieller Erkrankungen eine immer größer werdende Bedeutung zukommt. Daraus resultieren spezifische Herausforderungen an die Institutionen, in denen die betroffenen Personen versorgt werden. Krankenhäuser müssen sich künftig in ihrer Organisationsstruktur noch stärker auf einen Perspektivenwechsel einlassen und für die spezifischen Bedarfe der immer größer werdenden Zielgruppe sensibilisiert werden. Routinierte Abläufe müssen verändert werden – und die Sichtweise der demenziell erkrankten Patienten muss mehr Berücksichtigung finden. Gleichzeitig gilt es, die mit der Situation stark belastete Berufsgruppe der Pflegenden zu entlasten und im Umgang mit Menschen mit Demenz stärker zu sensibilisieren. Weiterhin müssen den Pflegenden Kompetenzen vermittelt werden, die ihnen einen angemessenen Umgang mit Menschen mit Demenz ermöglichen. Nicht zuletzt müssen wir die Stimmen der Angehörigen wahrnehmen, die weiterhin den größten Teil der Erkrankten in der Häuslichkeit versorgen und für die eine Einweisung der zu pflegenden Person ebenfalls eine belastende Situation darstellt.

Das Internationale Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz, gefördert durch die Robert Bosch Stiftung, setzt bereits seit sechs Jahren an diesem Punkt an und unterstützt Fachkräfte bei berufsbezogenen Fortbildungen und Hospitationen an Gesundheitseinrichtungen im Ausland. Auch Studierende, die in ihrem Studium einen Schwerpunkt auf Demenz gelegt haben, können sich bewerben, wenn sie ihren Studienschwerpunkt durch einen kurzzeitigen Auslandsaufenthalt vertiefen möchten. So sollen erfolgreiche Lösungsansätze und innovative Konzepte nach Deutschland gebracht werden, um neue Impulse für eine verbesserte Versorgungspraxis zu geben. Damit ergänzt das Internationale Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz thematisch und inhaltlich das von der Robert Bosch Stiftung geförderte Programm „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“. Dieses Förderprogramm unterstützt Krankenhäuser bei der Entwicklung und Umsetzung neuer Konzepte, die auf die Bedürfnisse von Patienten mit Demenz gezielt eingehen.

Das Symposium „Demenz im Krankenhaus: Perspektiven der Pflegenden“, das im Mai 2013 an der Universität Witten/Herdecke stattfand, brachte Menschen zusammen, die Patienten mit demenziellen Erkrankungen im Krankenhaus begleiten und versor-

gen, und ließ Akteure zu Wort kommen, die direkt oder planerisch in die Versorgung von Menschen mit Demenz involviert sind. Neben erfolgreichen Praxisprojekten aus Deutschland gab es auch Einblicke in den Umgang mit demenziell erkrankten Patienten im Krankenhaus in Australien: Ein Teilnehmer des Internationalen Studien- und Fortbildungsprogramms Demenz stellte die Ergebnisse seiner Hospitation in Krankenhäusern im australischen Bundesstaat Victoria vor. Außerdem nutzten die Teilnehmer das Diskussionsforum „Welt-Café“ zu einem lebendigen und konstruktiven Austausch über Gegenwart und Zukunft der Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus, so dass die Erfahrungen und Ideen der Teilnehmer gebündelt werden konnten.

Rund 170 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, positive Rückmeldungen nach der Veranstaltung und eine starke Resonanz der lokalen Medien – wir freuen uns über ein erfolgreiches Symposium, dessen Thema Pflegende, Angehörige als Vertreter der Betroffenen und weitere professionelle Akteure im Gesundheitswesen angeht und beschäftigt. Mit der nun vorliegenden achten Ausgabe des Themenheftes *transferplus* dokumentieren wir die Veranstaltung nicht nur durch Beiträge der Referenten, sondern auch durch einen Ergebnisbericht des „Welt-Cafés“.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen!



:::: Belastungserleben des Pflegepersonals bei der Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus

:::: Wissenschaftliche Begleitforschung zu einem Projekt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Landesverband Bayern

:::: *Dr. Winfried Teschauer, Ingenium-Stiftung, Ingolstadt*

Der Artikel beschreibt vorläufige Ergebnisse der Begleitforschung zu einem Projekt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Landesverband Bayern, zum Belastungserleben der Mitarbeiter an sechs bayerischen Krankenhausstandorten bei der Versorgung von Menschen mit Demenz. Die Mitarbeiter schätzten je nach Berufsgruppe den Anteil der demenzkranken Patienten auf 10% bis 30%, hatten zum überwiegenden Anteil keine Vorkenntnisse zum Thema Demenz (63%) und zeigten bei der Selbsteinschätzung teilweise hohe Belastungswerte durch die Versorgung der Demenzkranken.

Hintergrund

Die Versorgung von Menschen mit Demenz in Akutkrankenhäusern rückt in den vergangenen Jahren immer stärker in den Fokus der wissenschaftlichen Betrachtung. So widmete die Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie ihren dritten Band im Jahr 2013 genau diesem Thema (Kircheldorff und Hofmann, 2013). Dass das Thema drängend ist, lässt sich aus der simplen Korrelation von Prävalenzdaten der Demenzerkrankungen einerseits und den angenommenen Altersstrukturen beim Patientengut in deutschen Krankenhäusern andererseits ableiten. Das statistische Bundesamt schreibt hierzu: „Auch bei Demenzerkrankungen dürfte es zu einem deutlichen Anstieg der Fälle kommen. Krankenhausbehandlungen wegen Demenz fallen zurzeit jedoch in absoluten Zahlen kaum ins Gewicht (knapp 28 100 Fälle im Jahr 2008). Eine Zunahme Demenzkranker würde sich hauptsächlich im Bereich der häuslichen Betreuung und der Pflege auswirken.“ (Statistisches Bundesamt, 2010)

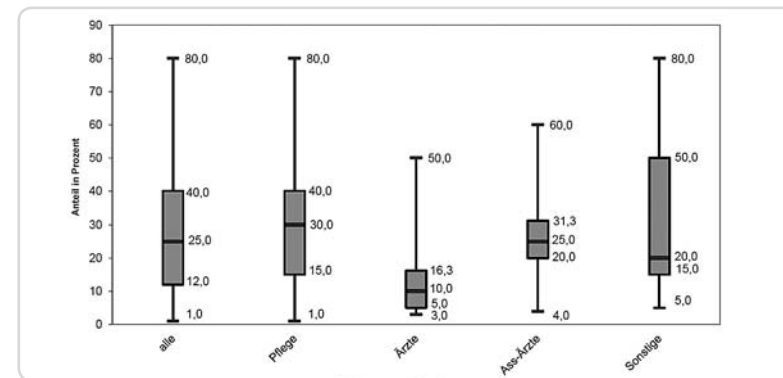
Diese Betrachtung ist insofern im Wortlaut richtig, als dass es regelhaft nur in einem geringen Anteil der Fälle zu einem Krankenhausaufenthalt wegen einer Demenz-

erkrankung kommt. Dagegen darf man davon ausgehen, dass den Prävalenzraten entsprechend somatische Behandlungen bei bestehender Demenz einen erheblichen Anteil der Krankenhausbehandlungsfälle in den jeweiligen Altersgruppen ausmachen. Nur in einem Teil der Fälle wird die bestehende Erkrankung als Nebendiagnose in der Patientendokumentation festgehalten.

Folgt man der Anzahl der in Krankenhäusern kodierten Demenzerkrankungen in der Altersgruppe 80 Jahre und älter, ergibt sich für das Jahr 2008 folgendes Bild: Es wurde bei 2 477 947 Krankenhausaufenthalten in 15 839 Fällen eine Demenz als Diagnose kodiert (Statistisches Bundesamt, 2010). Dies entspräche einer Prävalenzrate von 0,6 Prozent in dieser Altersgruppe. Die Daten über die Epidemiologie der Demenzerkrankungen gehen aber von Prävalenzraten von 15,7% in der Altersgruppe von 80 bis 84 und 26,4% in der Altersgruppe von 85 bis 89 Jahren aus (Bickel, 2012).

Untersuchungen zur tatsächlichen Zahl von Patienten mit der Nebendiagnose Demenz in Akutkrankenhäusern sind selten (Pinkert und Holle, 2012). Arolt und Kollegen fanden heraus, dass 18,0% der Patienten, die 65 Jahre oder älter waren, an einer Demenz litten. In einer Studie von Trauschke und Mitarbeitern (Trauschke et al., 2009) konnte eine Demenzerkrankung bei 28,2% der Patienten einer geriatrischen Station bestätigt werden.

Wegen der großen Bedeutung des Themas für Angehörige von Demenzkranken hat die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Landesverband Bayern, das Projekt „Demenz im Akutkrankenhaus“ ins Leben gerufen, das durch das Ministerium für Umwelt und Gesundheit des Landes Bayern, die Kostenträger sowie die Robert Bosch Stiftung gefördert wird. Die Kernhypothese des Projektes ist, dass als wesentliches Ziel ein Wandel in der Einstellung der Krankenhausmitarbeiter zum Thema Demenz im Sinne einer Sensibilisierung für kognitive Risiken erreicht werden muss. Das Projekt wurde durch die Bayerische Alzheimer Gesellschaft evaluiert, die Ergebnisse des Abschlussberichtes stehen im Internet zur Verfügung (Wagner und Teschauer, 2012). Die Erkenntnisse, die in der ersten Projektphase in sieben bayerischen Krankenhäusern gewonnen wurden, bestätigen unter anderem, dass der weit überwiegende Teil der Mitarbeiter keine Vorkenntnisse zum Thema Demenz hat und im täglichen Umgang mit demenzkranken Patienten vor allem durch deren herausforderndes Verhalten belastet wird. In der Regel sind die Mitarbeiter diesen Verhaltensweisen täglich oder mehrmals pro Woche ausgesetzt. Im Umgang mit diesen Verhaltensweisen bestehen große Unsicherheiten. Die vorgefundenen Verbesserungspotenziale werden im Projekt durch eine Reihe von Maßnahmen operationalisiert, wobei Schulungen von Mitarbeitern v.a. zum Umgang mit Menschen mit Demenz, die Einführung eines demenzsensiblen Konzeptes, die Einbindung von ehrenamtlichen Helfern sowie die Einbindung von Angehörigen wichtige Eckpunkte des Projektes darstellen.



In der zweiten Projektphase, die noch bis Ende des Jahres 2013 andauern wird, wird außerdem im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitforschung das Belastungserleben der Krankenhausmitarbeiter erfasst und die Auswirkung der Schulungsmaßnahme daraufhin untersucht.

Im Folgenden werden einige vorläufige Ergebnisse der Begleitforschung dargestellt:

An sechs bayerischen Krankenhäusern wurden in einer Eingangsbefragung 269 Mitarbeiter aller Berufsgruppen auf den am Projekt teilnehmenden Stationen befragt. Die meisten Fragebögen wurden von Mitarbeitern der Pflege beantwortet (72%), 11% waren Ärzte (5% Assistenzärzte und 6% Ärzte in verschiedenen Positionen). Die restlichen Berufsgruppen waren Assistenzberufe, Sozialdienst und Sonstige Mitarbeiter. Irgendeine Aus-, Fort- oder Weiterbildung zum Thema Demenz, z.B. auch in Form eines Vortrages, hatten 36% aller Befragungsteilnehmer absolviert. Knapp zwei Drittel (63%) der Befragten gaben an, kein Basiswissen zum Thema Demenz zu haben.

Um einen Eindruck von der Altersstruktur der auf der Projektstation versorgten Patienten zu bekommen, wurden die Befragungsteilnehmer gebeten, den Anteil von Patienten im Alter von mehr als 65 Jahren zu schätzen. Im Median ergab sich über alle Berufsgruppen hinweg ein Schätzwert von 75%, der auch bei der Aufteilung nach Berufsgruppen sehr einheitlich wiedergegeben wurde: Pflege, Assistenzärzte und Ärzte schätzten im Median den Anteil der über 65-Jährigen auf 75%, lediglich die verbleibenden Gruppen (Assistenzberufe, Sozialdienst und Sonstige) schätzten deren Anteil auf 70%. Darüber hinaus wurden die Mitarbeiter gebeten, den Anteil dementer Patienten auf der eigenen Station zu schätzen. Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse der statistischen Auswertung aufgeteilt nach Berufsgruppen. Die Mitarbeiter der Pflege schätzten diesen Anteil im Median auf 30%, die Assistenzärzte im Median auf 25%, die Ärzte jedoch nur

Abb. 1
Darstellung der geschätzten Anteile an verwirrten Patienten nach Mitarbeitergruppierung als Box-and-Whisker-Diagramm (Min, P25, P50, P75, Max); $N_{\text{gesamt}} = 227$; $N_{\text{Pflege}} = 178$; $N_{\text{Ärzte}} = 16$; $N_{\text{Assistenzärzte}} = 12$; $N_{\text{Sonstige}} = 21$

auf 10%. Damit wird erneut deutlich, dass die Anzahl der Patienten mit Demenzerkrankung und die für den Behandlungsprozess resultierenden Konsequenzen vor allem von Mitarbeitern in Leitungsfunktionen mehr oder weniger stark unterschätzt werden (vgl. Kirchen-Peters et. al, 2012). Einen wesentlichen Beitrag zur Belastung des Personals durch die Versorgung von demenzkranken Patienten leisten die psychiatrischen Symptome des Demenzsyndroms. Diese werden in einem Standard, der im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erarbeitet wurde (Bartholomeyczik et. al, 2006), als „herausforderndes Verhalten“ bezeichnet. Der Umgang mit diesen Verhaltensweisen erfolgt bei knapp zwei Dritteln der Mitarbeiter frei von theoretischem Grundwissen. Dementsprechend unterschiedlich war auch die Rezeption des Begriffes „herausforderndes Verhalten“, die in der Studie abgefragt wurde: 29% aller Befragten trugen nichts in das Freitextfeld ein, 13% erklärten, mit diesem Begriff nichts zu verbinden. Zur Kategorie „abwertende Symptomaufzählung“ wurden 24% der Antworten zusammengefasst (z.B. „schreien“, „kratzen“, „spucken“, „weglaufen“, „schlagen“ usw.). 13% umschrieben den Begriff mit eigenen Worten. Weitere 13% der Antworten wurden zur Kategorie „belastungsorientierte Wahrnehmung“ („erschwerte Arbeitsbedingungen“, „zeitaufwändig, anstrengend“, „kosten viel Zeit und Kraft“) zusammengeführt. Lediglich 11% der Antworten ließen auf die Kenntnis von einfühlsamen Handlungsoptionen schließen („dem Patienten besonders viel Aufmerksamkeit schenken“, „Geduld mitbringen, ruhig bleiben, Verständnis aufbringen“).

Belastungserleben und Stress bei Pflegepersonen von Menschen mit Demenz sind sowohl für Angehörige gut beschrieben (Kurz und Wilz, 2011) als auch für Mitarbeiter in der Altenpflege umfangreich untersucht (Pitfield et al., 2011). Im Gegensatz dazu sind Veröffentlichungen zur Belastungssituation von Mitarbeitern der Krankenhäuser – hier insbesondere im Bereich der Pflege vor allem im deutschen Sprachraum – rar. Eine der wenigen Untersuchungen zum Thema wurde von Hrcir im Jahre 2009 im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität Wien vorgelegt. Methodisch verwendete Hrcir für ihre Erhebung eine Variante des NCAS (Modified Nursing Care Assessment Scale (M-NCAS), Kleinman et al. 2004). Aus den von Hrcir verwendeten 28 Items zur Beurteilung des eigenen Belastungserlebens wurden für die vorliegende Studie 14 negativ belegte Items ausgewählt (M²-NCAS: z.B. „Menschen mit Demenz sind absichtlich schwierig“) und nach der eigenen konkreten Belastung gefragt („Der Umgang damit fällt mir – sehr leicht / – leicht / – schwer / – sehr schwer“). Zusätzlich zu den von Hrcir vorgegebenen Antworten gab es noch die Option „trifft nicht zu“, falls das Verhalten gar nicht beobachtet wurde. Die Belastungsgrade wurden aufsteigend mit Zahlen von 1 bis 4 codiert. Daraus wurden Mittelwerte für die einzelnen Items errechnet.

Tabelle 1 zeigt die vorläufigen Belastungseinschätzungen aus der Eingangsbefragung. Die Tabelle zeigt Mittelwerte der Belastung zwischen 2,24 („sind ängstlich“) und 3,23 („sind aggressiv und feindlich“). Bedenkt man, dass die Zahl 3 die Antwort „Der

Menschen mit Demenz	Antwort „1“ bis „4“				trifft nicht zu		leer	F _H
	n	MW	Varianz	SD	n	%	n	
sind ängstlich	269	2,24	2,24	0,62	2	1%	2	U
sind undankbar	244	2,29	2,29	0,68	26	10%	3	N
sind verletzlich	258	2,36	2,36	0,61	9	3%	6	U
sind einsam	263	2,38	2,38	0,73	5	2%	5	U
suchen Aufmerksamkeit	266	2,40	2,40	0,70	5	2%	2	U
sind planlos	262	2,42	2,42	0,59	8	3%	3	U
sind apathisch	261	2,48	2,48	0,67	9	3%	3	H
sind manipulierend	225	2,54	2,54	0,67	43	16%	5	N
sind egoistisch	246	2,60	2,60	0,66	26	10%	1	N
haben ein leeres Leben	213	2,66	2,66	0,64	55	20%	5	H
sind stur und eigensinnig	255	2,86	2,86	0,73	13	5%	5	H
sind absichtlich schwierig	212	2,94	2,94	0,58	53	19%	8	H
sind unberechenbar	263	3,03	3,03	0,60	5	2%	5	H
sind fordernd	259	3,07	3,07	0,69	13	5%	1	H
sind paranoid	244	3,09	3,09	0,63	27	10%	2	H
sind aggressiv und feindlich	253	3,23	3,23	0,64	16	6%	4	H

U = Unsicheres Verhalten; N = Negativ beschreibend; H = herausforderndes Verhalten (vgl. Faktorenanalyse M-NCAS Hrcir, 2009, S. 122 / 123)

Tabelle 1

Belastungsempfinden der Mitarbeiter in Akutkrankenhäusern nach dem M²-NCAS. Angegeben sind für die einzelnen Items die Anzahl der Antworten, der Mittelwert nach Kodierung, die Varianz und die Standardabweichung. Außerdem Anzahl und Anteil der Antwortoption „trifft nicht zu“, die Anzahl der Fragen ohne Antwort (leer) sowie die Faktorenzuteilung nach Hrcir (Hrcir, 2009). Die Items sind nach Mittelwert aufsteigend geordnet.

Umgang damit fällt mir schwer“ und die Zahl 4 für „Der Umgang damit fällt mir sehr schwer“ ausdrücken, zeigen die Ergebnisse für eine Reihe von Items eine deutliche Belastung an. Die höchsten Mittelwerte wurden für die von Hrcir dem herausfordernden Verhalten zugeordneten Items ermittelt. Einen Hinweis zur Einstellung des Personals gibt auch die Anzahl der Antworten der Kategorie „trifft nicht zu“: Für die Items „haben ein leeres Leben“ wählten 20% der Befragungsteilnehmer diese Option, für das Item „sind absichtlich schwierig“ 19% und für das Item „sind manipulierend“ 16%.

Im Rahmen des Projektes wurden Schulungen nach einem von der Bayerischen Alzheimer Gesellschaft ausgearbeiteten Curriculum mit 16 Unterrichtseinheiten durchgeführt.

Die wesentlichen Inhalte der Schulung waren grundlegende Informationen zur Demenzerkrankung (Symptome, Ursachen, Diagnose und Therapie) und – als wesentlicher Anteil – das subjektive Erleben von Menschen mit Demenz und daraus folgende zentrale Umgangs- und Verhaltensregeln.

Etwa drei bis sechs Wochen nach den Schulungen wurde eine Zwischenbefragung der Mitarbeiter durchgeführt, in der unter anderem auch um eine Beurteilung der Schulungsinhalte gebeten wurde:

Zunächst wurde erhoben, inwieweit die Schulungsteilnehmer der Meinung waren, dass sich deren Wahrnehmung von Menschen mit Demenz infolge der Schulung verändert habe. Hierzu konnten vorläufig 85 Fragebögen ausgewertet werden. 84% der Teilnehmer beantworteten die Frage mit „ja“ (N=71), 8% (N=7) mit „nein“ und 6% (N=5) mit „weiß nicht“. Ein weit überwiegender Anteil der Schulungsteilnehmer hat also nach eigenem Bekunden einen anderen Blick auf das Krankheitsbild Demenz entwickelt.

Auf die Frage, inwiefern die Inhalte der Schulung als hilfreich im Umgang mit Menschen mit Demenz waren, wählten 60% der Schulungsteilnehmer die Option „sehr hilfreich“ (N=50) und weitere 39% die Option „teilweise hilfreich“ (N=32). Die Option „nicht hilfreich“ wählte keiner der Teilnehmer. Hierzu konnten 83 Fragebögen vorläufig ausgewertet werden.

In der Zwischenbefragung wurde erneut das Selbsteinschätzungsinstrument des M²-NCAS angewendet und die Mitarbeiter in eine Kontroll- und in eine Interventionsgruppe aufgeteilt. Die Interventionsgruppe bildeten Mitarbeiter, die diese Schulungen besucht, die Kontrollgruppe Mitarbeiter, die keine Schulung absolviert hatten. Die statistischen Auswertungen, inwieweit die Schulungen zu einer signifikanten Veränderung des Belastungserlebens geführt haben, sind Bestandteil der noch laufenden Auswertungen.

Literatur

- Arolt, V., Driessen, M. und Drilling H. (1997): The Lubeck General Hospital Study. I: Prevalence of psychiatric disorders in medical and surgical inpatients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* (1):207 – 216.
- Bartholomeyczik, S., Halek, M., und Riesner, C. (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit. Internetquelle: „https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/fa_redaktion_bak/pdf_publicationen/Forschungsbericht_Rahmenempfehlungen_Umgang_Demenz.pdf“ [Stand 20. Mai 2013].
- Bickel, H. (2012): Das Wichtigste – 1- Die Epidemiologie der Demenz; Hrsg.: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Selbsthilfe Demenz, Berlin, Internetquelle: „<http://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/informationsblaetter-downloads.html>“ [Stand: 20. Mai 2013].
- Hrncir, M. (2009): Das Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit demenzkranken Patienten im Akutspital im Vergleich zur Situation auf einer Demenzstation; Diplomarbeit Studienrichtung Psychologie an der Universität Wien.
- Kircheldorff, C. und Hofmann, W. (2013): Demenz im Akutkrankenhaus – Editorial. *Z. Gerontol. Geriatr.* 46:196-197.

Kirchen-Peters, S., Herz-Silvestrini, D. und Bauer, J. (2012): Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern – Endbericht mit Handlungsempfehlungen an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Internetquelle: „<http://www.deutsche-alzheimer.de/angehoerige/mit-demenz-im-krankenhaus.html>“ [Stand: 20. Mai 2013].

Kleinman, L., Frank, L., Ciesla, G., Rupnow, M. and Brodaty, H. (2004): Psychometric performance of an assessment scale for strain in nursing care: The M-NCAS. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004, 2:62.

Kurz, A. und Wilz, G. (2011): Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz – Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten; *Nervenarzt* 82:336-342.

Pinkert, C. und Holle, B. (2012): Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen. *Z. Gerontol. Geriatr.* 45:728-734.

Pitfield, C., Shahriyarmolki, K. und Livingston, G. (2011): A systematic review of stress in staff caring for people with dementia living in 24-hour care settings. *International Psychogeriatrics* 23:1, 4-9.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demographischer Wandel. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Heft 2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Trauschke, T., Werner, H. und Gerlinger, T. (2009): Zur Diagnostik und Häufigkeit von demenziellen Erkrankungen. Eine prospektive Untersuchung im Alltag einer geriatrischen Klinik (PAOLA-Studie).; *Z. Gerontol. Geriatr.* 42:385-390.

Wagner, G. und Teschauer, W. (2012): Abschlussbericht zum bayernweiten Projekt „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“, durchgeführt von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Bayern e.V. Hrsg.: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, Landesverband Bayern Internetquelle: „<http://www.alzheimer-bayern.de/hauptseiten/projekte.htm>“ [Stand: 20. Mai 2013].



:::: Pflege von Menschen mit Demenz im Krankenhaus

:::: Ergebnisse einer Hospitation in Australien

:::: *Stefan Boy, Krankenpfleger, Wiesbaden*

Mit dem Ziel, neue Konzepte und Lösungsansätze für die Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus zu finden, hat der Autor im Rahmen des Internationalen Studien- und Fortbildungsprogramms Demenz Ende Februar 2012 eine dreiwöchige Hospitation in Australien durchgeführt. Das australische Gesundheitsministerium und die Landesregierung des Bundesstaates Victoria haben bereits vor einigen Jahren entsprechende Strategiepläne zur verbesserten Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz entwickelt und setzen die Maßnahmen unter anderem für Pflegekräfte in Krankenhäusern seitdem gezielt um.

Warum das Thema „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“?

Als Krankenpfleger, der lange auf einer kardiologischen Station gearbeitet hat, hatte ich schon immer Berührung mit dem Thema. Die Maßnahmen, die ergriffen wurden, um demenziell erkrankte Patienten zu versorgen, erschöpften sich meistens in Fixierung und Sedierung. Glücklicherweise wurde 2009 an den Dr. Horst Schmidt Kliniken ein Projekt zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus ins Leben gerufen. Als Projektleiter recherchierte ich gemeinsam mit meinem Team, welche Projekte und Erfahrungen es hier in Deutschland gibt, interessierte mich aber auch bald für entsprechende Projekte im Ausland. Im Internet fand ich die Broschüre „Dementia Care in Hospitals“ aus dem Jahr 2005, entwickelt vom Gesundheitsministerium in Victoria, Australien.

Dank der Unterstützung der Robert Bosch Stiftung und des Instituts g-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen konnte ich im Rahmen des Internationalen Studien- und Fortbildungsprogramms Demenz im Februar 2012 eine dreiwöchige Hospitation in verschiedenen Einrichtungen im australischen Bundesstaat Victoria realisieren. Zunächst gestaltete sich die Kontaktaufnahme ziemlich schwierig, doch schließlich fand ich die richtige Ansprechpartnerin: Cathrine Utry, eine Mitarbeiterin im Aged Care Branch / Gesundheitsministerium des Bundesstaates Victoria, die für die Weiterentwicklung der genannten Broschüre, das so genannte „Toolkit“, verantwortlich ist, stellte mir ein Programm mit Stationen und Kontaktpersonen zusammen.



Die Stationen der Hospitation

- Aged Care Branch (Gesundheitsministerium Victoria: Demenz Portfolio, Weiterbildung; Bessere Pflege für ältere Menschen, ambulante und zugelassene Demenz-Dienstleistungen,
- DBMAS, Beratungsservice,
- Alzheimer's Association of Victoria (AAV): Die Rolle von AAV in Bildung, Pflege und familiären Ressourcen,
- NARI (National Ageing Research Institute): Die Erforschung des Alters und altersbedingter Bedingungen,
- Ballarat Health
- Bendigo Health
- Caulfield Hospital
- Royal Melbourne Hospital.

Aged Care Branch

Basierend auf den allgemeinen Strategien der australischen Bundesregierung zur Versorgung von Menschen mit Demenz entwickelte die Landesregierung des Bundesstaates Victoria im Jahr 2006 eine Strategie und Rahmenplanung von Maßnahmen für Victoria mit den Elementen Beratung, Diagnose, Schulung. So entstand unter anderem „The Toolkit: Best Care for older People“. Dazu wurden Experten aus Pflege, Medizin und Alterswissenschaft aus verschiedenen Einrichtungen in Victoria hinzugezogen. Einige dieser Einrichtungen gehörten auch zu den Stationen meiner Hospitation. Das Toolkit gibt ganz konkrete Hilfestellungen für Mitarbeiter im Gesundheitswesen im Umgang mit Patienten mit kognitiven Einschränkungen. Im Mittelpunkt stehen Demenz, Delir und Depression. Bei der personenzentrierten Pflege im Bereich dieser „3 Ds“ werden unter anderem die Aspekte Ernährung, Bewegung, Kognition und Kontinenz betrachtet.

Abb. 1

Victoria in der Kartendarstellung auf <http://www.google.de/intl/de/earth/>

DBMAS

Am zweiten Tag meiner Hospitation besuchte ich DBMAS im St. Vincent's Hospital in Melbourne. DBMAS bedeutet „dementia behavior management advisory service“, zu Deutsch: Demenz-Verhaltens-Management-Beratungsservice. Aufgabe ist es, Patienten und „Carers“ – Angehörigen und professionell Pflegenden – durch Beratung, Unterstützung, Informationen und gegebenenfalls durch Überweisungen zu anderen Institutionen zu helfen. Dieser Service geht auf eine Initiative der australischen Regierung zurück. Die über alle Bundesstaaten verteilten Beratungsstellen sind landesweit jederzeit kostenlos über eine Hotline erreichbar. In dünner besiedelten Bundesstaaten werden die Dienste in der Nacht zusammengeschlossen, zum Beispiel werden dann Westaustralien und die Northern Territories verbunden.

Der Dienst ermöglicht zum Beispiel, sich Beratung bzw. Hilfe in akuten Situationen zu holen. Hier versucht der Berater, in der Regel eine speziell ausgebildete Pflegekraft, konkrete Hilfestellung zu geben. In einem nächsten Schritt wird gegebenenfalls ein Besuch vereinbart und der Experte betrachtet die Situation vor Ort beim Patienten oder in der Pflegeeinrichtung.

CADMS

Ein Teil der Strategie war es, die Diagnosestellung der „3 Ds“ zu verbessern. Hierfür wurden an verschiedenen Gesundheitszentren Memory-Kliniken aufgebaut. Ich hatte sowohl in Ballarat als auch in Melbourne Gelegenheit, diese zu besuchen und die Kollegen bei ihrer Arbeit zu begleiten. Die Patienten und Angehörigen waren immer freundlich und bereit, mich als Beobachter zu akzeptieren. In den Memory-Kliniken arbeiten verschiedene Berufsgruppen, zum Beispiel Ergotherapeuten, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Psychologen und Mediziner, eng miteinander. Neben der notwendigen Diagnostik im Gesundheitszentrum selbst werden die Patienten vor Ort, zu Hause oder in der Pflegeeinrichtung besucht und es werden mit ihnen verschiedene Tests durchgeführt. Unter anderem wird auch der Grad der Belastung der Angehörigen ermittelt.

Caulfield Hospital

Im Caulfield Hospital hatte ich neben dem Besuch der Memory-Klinik auch die Möglichkeit, andere Bereiche des Krankenhauses kennen zu lernen. Am eindrucksvollsten fand ich die Station für Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Das Caulfield Hospital ist Teil des Alfred Health Hospitals, eines der größten Krankenhäuser in Melbourne, und deckt die Psychiatrie und rehabilitative Medizin ab. Die Station, die ich besuchte, ist speziell auf Menschen mit Demenz im Krankenhaus ausgerichtet. Patienten werden

beispielsweise im Haupthaus operiert und anschließend nach Möglichkeit wieder auf diese Station verlegt. Außerdem gehen die Pflegeexperten konsiliarisch in das Alfred Health, wenn dort ihre Expertise gebraucht wird. Beeindruckend waren die personelle Besetzung und die dadurch mögliche personenzentrierte Pflege.

Alzheimer's Association of Victoria

In Australien sind sehr viele Freiwillige in allen sozialen Bereichen engagiert, so auch in der Alzheimer-Gesellschaft und in Krankenhäusern. Die australische Alzheimer-Gesellschaft ist im Fundraising sehr erfolgreich, so dass dort auch viele Hauptamtliche arbeiten. Sie bieten neben Schulungsprogrammen, Selbsthilfegruppen und einem Forschungsfonds eine landesweite 24/7-Hotline an. Außerdem werden viele Flyer zu verschiedenen Themen herausgegeben – in bis zu 26 verschiedenen Sprachen, online sogar auf Deutsch. Die australische Gesellschaft ist multikulturell und sie wächst, im Gegensatz zur deutschen Bevölkerung, ständig weiter, vorwiegend durch Zuwanderung. Um Menschen unterschiedlichster Herkunft mit ihren Informationen zu erreichen, bietet die Alzheimer-Gesellschaft einen telefonischen Übersetzerservice an.

Bendigo Health

Hier konnte ich Einblick in die Schulung von Pflegefachkräften aus dem nördlichen Victoria erhalten. Alle registrierten Pflegekräfte in Australien müssen sich regelmäßig fortbilden, um ihre Akkreditierung nicht zu verlieren. Im Krankenhaus in Bendigo müssen alle Mitarbeiter das Schulungsprogramm zu den „3 Ds“ (Demenz, Delir, Depression) durchlaufen. Der Dozent ist Fachkrankenschwester für Psychiatrie und einer der Mitautoren des „Toolkit: Best Care for older People“.

Ballarat Health

Im Krankenhaus in Ballarat wurde der Cognitive-Impairment-Identifizierer entwickelt. Ein Delir-Risikoscreening gehört hier, wie in allen anderen besuchten Einrichtungen, zum Standard. Es gibt dazu einen klinischen Pfad vom Gesundheitsministerium Australien. In Ballarat geht man aber noch weiter: Hat ein Patient eine bestätigte kognitive Beeinträchtigung, werden der Bettplatz, die Akte usw. mit einem Logo gekennzeichnet, so dass jeder Mitarbeiter sofort sehen kann, dass man sich bei diesem Patienten an bestimmte Regeln halten muss. Dies geschieht natürlich nur mit Einverständnis des Patienten bzw. seiner Angehörigen. Im Ballarat Health werden auch alle Mitarbeiter regelmäßig zu den „3 Ds“ geschult.

Royal Melbourne Hospital (RMH)

Im RMH führte während meines Aufenthalts eine Krankenschwester ein Projekt mit Freiwilligen auf einer internistischen Station (36 Betten) durch. Für diese wurde ein Dienstplan mit je zwei Freiwilligen in Früh- und Spätdienst erstellt, so dass sie die Patienten mit kognitiven Einschränkungen tagsüber begleiten konnten. Diese Begleitung beinhaltete vorwiegend Kommunikation mit den Patienten sowie deren Begleitung zu Untersuchungen. Die Freiwilligen wurden anhand des „Toolkit: Best Care for older People“ geschult.

NARI

NARI ist das Akronym für National Ageing Research Institute, also das Nationale Altersforschungsinstitut. Unter anderem hat man hier maßgeblich am „Toolkit: Best Care for older People“ mitgearbeitet und Assessmentinstrumente für Pflegeeinrichtungen entwickelt.



Während der Reise schickte ich jeden Abend ein Update per Mail an mein Projektteam. So konnten die Kolleginnen auch noch Fragen nachreichen, die ich stellen sollte. Nach der Rückkehr wurden alle Kollegen über die Reise informiert. Es sollte ein Delirprojekt anhand der Delirguidelines entwickelt werden, ebenso sollte es eine Verstärkung der ehrenamtlich Tätigen geben.

Zusammenfassung

Die Hospitation in Australien verdeutlichte mir, wie wichtig eine sektorenübergreifende Struktur in der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus ist. Ich konnte sowohl den integrativen als auch den segregativen Ansatz gemeinsam im Krankenhaus

Abb. 2

National Ageing
Research Institute
(Foto: privat)



sehen. Die sehr enge Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene mit den Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und den Selbsthilfegruppen ermöglicht eine große Transparenz und einen umfassenden Informationsaustausch, der allen Beteiligten und dadurch auch den betroffenen Patienten und ihren Angehörigen zugute kommt. Auch gibt es eine enge Zusammenarbeit zwischen Pflegeexperten vor Ort, der Pflegewissenschaft und der Politik bis hinein in die Kommunen. Die pflegerischen Schichtbesetzungen in den Krankenhäusern sind allerdings mit der Personalausstattung in deutschen Krankenhäusern nicht vergleichbar.

Nach den Erfahrungen der australischen Kollegen erscheint es mir sinnvoll, auch in Deutschland bei Krankenhauspatienten, die 65 Jahre und älter sind, mit Hilfe eines Assessmentinstruments ein mögliches Delirrisiko zu ermitteln. Dies hätte mehrere Vorteile: Erstens könnten damit Risiken in den Bereichen der „3 Ds“ quantitativ erfasst werden, zweitens würde man im Sinne der Patientensicherheit handeln und damit letztendlich auch im Sinne des Patienten und der Angehörigen. Allerdings erhöht eine solche Erfassung möglicherweise auch das Risiko juristischer Folgen für Einrichtungen.

Das „Toolkit“ hat mir während meiner Hospitation gezeigt, dass auch professionell Pflegendе besser auf das Thema Demenz beziehungsweise die „3 Ds“ vorbereitet und geschult werden müssen. Das Toolkit scheint für diesen Zweck ein probates Mittel zu sein, das von den Pflegenden in Victoria als konkrete Hilfe anerkannt wird. Es wird in der Aus-, Fort- und Weiterbildung genutzt. Ein erster Transfer-Schritt könnte daher darin bestehen, das Toolkit in einer deutschen Übersetzung als Online-Ressource anzubieten.

Eine Anmerkung zum Schluss: Während meines Aufenthaltes sah ich immer wieder Personen mit roten T-Shirts in der Stadt und auf dem Klinikgeländen mit der Aufschrift: „Respect our Work. Nurses and Midwives“. Das waren streikende Krankenschwestern (und Hebammen), die sich mit dieser Aktion für ein gutes „Patient pro Pflegekraft“-Verhältnis einsetzten (zum Bsp. 1:6 in Caulfield). Am Ende war der Streik erfolgreich. Es liegt auch in unserer Hand – der der Pflegekräfte-, Missverhältnisse zu verändern.

Abb. 3

Screenshot der Internetseite <http://respectourwork.com.au/>

Abb. 4

Die 12 Apostel
(Foto: privat)



:::: Lebensqualität im Krankenhaus trotz Demenz...

:::: *Dr. Claudia Zemlin, Leiterin des Fachbereichs Demenzielle Erkrankungen, Vitanas GmbH & Co. KGaA, Berlin*

Kann das auf dem personenzentrierten Ansatz von Kitwood basierende Dementia Care Mapping-Verfahren von Einrichtungen der Altenpflege übertragen werden auf die Pflegesituation im Krankenhaus? Die Autorin berichtet von den positiven Erfahrungen mit dieser Methode und beschreibt, wie eine Verbesserung der Lebensqualität für Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus erreicht werden kann.

Eine Einweisung in ein Krankenhaus ist in den meisten Fällen für den Patienten eine Situation, die den Lebensrhythmus durcheinander bringt, die Person verwirrt, irritiert und auch häufig ängstigt. Menschen, die dabei durch ungestörte kognitive Leistungen – etwa die Einsicht der Notwendigkeit einer Behandlung, die Fähigkeit, sich zeitweise an ungewohnte soziale „Machtverhältnisse“ anzupassen, und verhältnismäßig gute Kenntnisse über zeitliche Abläufe (Aufenthaltsdauer) – können diesen Zustand recht gut kompensieren. Deutlich schwieriger jedoch gestalten sich die Eindrücke der veränderten Lebenskonstellation bei Patienten mit Demenz.

Über Umwege kommt man auch ans Ziel...

Tatsache ist, dass Patienten mit Demenz häufig schon in einer Krisensituation ins Krankenhaus kommen, z.B. nach Stürzen, bei Schmerzen oder Zuständen wie akuter Verwirrtheit nach Flüssigkeits- und/oder Nahrungsmangel.

Zusätzlich überfordern sie die Umstände in einem traditionellen Krankenhaus, die eine schnelle Anpassung an die neue Umgebung erfordern: die Tolerierung von ungewohnten Situationen (Spritzen, Infusionen, „andersfarbige“ Tabletten, physiotherapeutische Übungen...) und die Akzeptanz von medizinischen Entscheidungen, die einen als Person zwar betreffen, die man als Patient auf Grund von medizinischer Unwissenheit jedoch nicht immer versteht. Für Patienten ohne Demenz ist eine solche Situation häufig schon ein Drama, für Patienten mit Demenz aber ist sie meist eine Katastrophe!

Das Akut-Krankenhaus ist oft ein wichtiger Drehpunkt, wenn es um die Zukunft der Patienten mit Demenz geht. Häufig werden hier weitreichende Entscheidungen für die Zukunft des Klienten getroffen, wie zum Beispiel eine Entscheidung über die zukünftige

Wohnform, die der Patient noch bewältigen kann, sprich: sein Zuhause, eine Wohngemeinschaft mit ambulanter Hilfe oder ein Pflegeheim. Entscheidend ist hier häufig die Beantwortung der Frage, wie gut medizinertherapeutische Interventionen noch greifen können und inwieweit der Patient aktiv mithelfen kann.

Bedenkt man, wie wichtig die psychische Verfassung für die körperliche Genesung ist, kann man sich vorstellen, was eine eher verwirrende Umgebung für einen Patienten mit Demenz bedeutet. Sind die Umstände im Krankenhaus zu stark irritierend für den Patienten mit Demenz, wird es sein Zustand nicht zulassen, all seine Fähigkeiten zu zeigen, die er in für ihn passenden milieutherapeutischen Szenarien durchaus noch hat.

Die Frage ist, wie man ein unterstützendes und vor allem emotional auffangendes Milieu in einem akut geriatrischen Krankenhaus entwickelt und wie man diese Entwicklung verdeutlichen kann.

Zurückblickend auf eine 30-jährige Berufstätigkeit mit einem fast ebenso langen Kontakt zu Krankenhäusern erinnert man sich an viele Situationen, in denen Patienten mit Demenz in einer typischen Krankenhaus-Maschinerie völlig verwirrt und hilflos ausgeliefert waren. Allerdings stand ihr besonderes Schicksal nirgendwo auf der Agenda. Sie waren halt für eine gewisse Zeit da und wurden nicht selten medikamentös an diese fremde Situation und Umgebung „angepasst“. Patienten mit Demenz hatten im Krankenhaus keine Lobby!

In Wirklichkeit hatten Menschen mit Demenz zur damaligen Zeit auch in den Heimen wenige ernstzunehmende „Interessenvertretungen“, wenn es um die psychischen Belange ging. Das änderte sich erst, als die Anzahl von Klienten, die an einer Demenz litten, deutlich und spürbar zunahm. Immer weniger Klienten konnten von den herkömmlichen Angeboten profitieren und Mitarbeiter beobachteten häufig auffällige Verhaltensweisen, die deutlich zeigten, dass hier Lösungen gefordert waren, die eine bessere Lebensqualität ermöglichten. Die Dringlichkeit verstärkte sich bei Menschen, die im Heim lebten, wo somit die herausfordernden Verhaltensweisen nicht nur während des kurzen Krankenhausaufenthaltes beobachtet wurden, sondern womöglich permanent – durch eine Verschlechterung der demenziellen Erkrankung, oftmals ausgelöst durch das irritierende Erlebnis des Krankenhausaufenthaltes.

Die Vitanas Gruppe hat wie auch andere Unternehmen, die in der stationären Begleitung und Pflege von Senioren tätig sind, das Ziel in ihrem Leitbild fest verankert, ihrer Klientel einen Lebensraum zu schaffen, in dem neben den körperlichen auch die psychischen Bedürfnisse erfüllt werden, also Lebensqualität auch für Klienten mit Demenz zu sichern. Auf der Suche nach Lösungen stieß man auf den personenzentrierten Ansatz nach Tom Kitwood mit dem Dementia Care Mapping-Verfahren. Man sah hier die Möglich-

keit, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz in den Heimen zu evaluieren, indem man den Pflegeprozess detailliert durch eine engmaschige Kodierung von Verhaltenskategorien, Ausprägungen des Wohlbefindens und Qualität der Interaktionen abbildet. Mit den Resultaten sollten Entwicklungsprozesse initiiert werden. Das DCM-Verfahren sollte in allen Einrichtungen, also anfangs in den Pflegeheimen, mit folgenden Zielen zum Einsatz kommen:

- Ermittlung des Standes der Pflege und Begleitung der Klienten mit Demenz
- Steigerung der Akzeptanz des DCM-Verfahrens durch Schulungen des Pflegepersonals
- Steigerung der Reflexion des eigenen Handelns in der Begleitung dieser Klientel durch Fallarbeit

Seit 2002 konnten die Evaluationsergebnisse deutlich zeigen, dass der personenzentrierte Gedanke ins Unternehmen eingeführt werden konnte. Das DCM-Verfahren war als Instrument und Methode vertraut, und das Thema Demenz wurde im gesamten Unternehmen präsenter. Ihm wurde ein wichtiger Stellenwert zugeschrieben. Das traf auch für die Patienten mit Demenz im Krankenhaus zu. Es wurde erkannt, dass Patienten mit Demenz auch Personen mit psychischen Bedürfnissen sind, die bei entsprechender Berücksichtigung tatsächlich Lebensqualität und somit auch Genesung im Krankenhaus entwickeln können.

Die Erfahrungen aus den Pflegeeinrichtungen wurden auf das Krankenhaus übertragen und den Gegebenheiten dort angepasst. Jahrelange eigene Beobachtungen im Krankenhaus und die häufig in Beratungen von den Schwestern geäußerte Rat- und Hilfslosigkeit in schwierigen Situationen mit Patienten mit Demenz hat uns daher bereits 2005 veranlasst, neue Wege zu beschreiten. Das DCM-Verfahren sollte in Form eines Pilotprojekts im Krankenhaus eingesetzt werden, jedoch war es ursprünglich nicht für die Krankenhaussituation konzipiert.

Was ist anders?

Traditionell wird das DCM-Verfahren in der (teil-)stationären Pflege eingesetzt. Während es bei der Anwendung von DCM in der (teil-)stationären Pflege vor allem um die Verbesserung der Lebensqualität dort lebender Personen in einem Prozess geht, verlassen Menschen mit Demenz das Krankenhaus in der Regel bereits ca. zehn Tage nach der Einweisung wieder.

Der im Verfahren vorgesehene Zyklus aus Erhebung, Feedback und Handlungsplanung, welcher sich häufig in einer mehrjährigen Begleitung immer derselben Personen äußert, ist so für die Anwendung in Krankenhäusern nicht zu realisieren.

Während es im Feedback in der stationären Pflege vornehmlich um eine konkrete Handlungsplanung zur Verbesserung des Befindens eines Einzelnen geht, muss, im Sinne einer induktiven Herangehensweise (Zemlin und Rüsing, 2009) bei der Anwendung des Verfahrens in Krankenhäusern versucht werden, aus der Beobachtung und der Besprechung der beobachteten Personen auf die Betreuung zukünftiger Patienten zu schließen. Beobachtungszeiträume in Krankenhäusern unterscheiden sich durch krankheitsbedingte lange Ruhezeiten in den Krankenzimmern und medizinische Behandlungsmaßnahmen.

Trotzdem:

Trotz der Anwendung des DCM in einem anderen als gewohnten Setting bleibt es das Ziel des Verfahrens, Wohlbefinden und Lebensqualität der Beobachteten zu verbessern.

Zum Verlauf:

Positiv war, dass die Schwesternschaft vor allem selber eine Veränderung wünschte und sich somit offen gegenüber der Evaluation zeigte!

Die Teams auf den Stationen, die jeweils 45 Patienten betreuen, wurden mit dem personenzentrierten Ansatz von Tom Kitwood, der Grundlage des DCM-Verfahrens ist, und mit der DCM-Methode durch einen DCM-Trainer vertraut gemacht. Die Evaluationen wurden seitdem regelmäßig zweimal im Jahr durch einen DCM-Trainer durchgeführt und der Veränderungsprozess somit detailliert festgehalten. Die Erfahrungen waren positiv.

Ergebnisse:

Auch wenn die Beobachtungsfrequenzen für einzelne Patienten teilweise sehr kurz waren, hatte der DCM-Anwender eine große Anzahl von Informationen, die das Umfeld, das Milieu, die Qualität der Kontakte zwischen Patienten und Mitarbeitern betrafen, gesammelt. Diese Informationen wurden nun diskutiert, um die Lebenssituation für die Patienten verbessern zu können. Dabei betrafen die Veränderungen vor allem das Milieu und die Kommunikationsqualität.

Das Milieu wurde dahingehend verändert, dass ein gesonderter Bereich für Patienten mit fortgeschrittener Demenz und herausfordernden Verhaltensweisen mit einem weitestgehend segregativen Ansatz eingerichtet werden konnte. Durch gezielte Möblier-

Die räumliche Gestaltung des Krankenhauses konnte der Institutionscharakter reduziert werden. Durch eine eher anheimelnde Möblierung, die der Prägung der Patienten entgegenkommt, wurde eine Gruppenbildung unterstützt, die bei Patienten mit Demenz häufig Sicherheit vermitteln kann.

Das Tablettensystem wurde abgeschafft und ein Schöpfsystem neu installiert.

Das Normalitätsprinzip konnte vor allem bei den Mahlzeiten umgesetzt werden, z.B. Kartoffel- und Gemüseschüsseln statt fertig angerichteter Teller.

Die Mitarbeiter wurden geschult, die Patienten auch in kurzen Kontakten mit gezielt eingesetzten Materialien zu beschäftigen. Dabei wurde die kollektive Prägungszeit berücksichtigt.

Bezüglich der Kommunikation und Haltung zeigten sich Veränderungen dahingehend, dass sich die Toleranz gegenüber herausfordernden Verhaltensweisen verbesserte und die Mitarbeiter sich vermehrt für biographische Daten interessierten, um Verhalten verstehen zu können. Zusätzlich ging die Zahl der personalen Detraktionen bei allen Berufsgruppen deutlich zurück. Patienten können in ihrem Tun unterstützt werden, indem z.B. die Visite auf einen späteren Zeitpunkt verschoben wird, um eine begonnene Aktivität des Patienten nicht zu unterbrechen. Beobachtungen haben gezeigt: Eine verständnisvolle Haltung, die dem Patienten mit Demenz mehr Freiraum gibt, hat eine Verbesserung des Kontakts zwischen Pflegepersonal und Patienten zur Folge. Das Tempo hat in vielen Bereichen deutlich abgenommen – mit einem großen Gewinn sowohl für das Personal als auch für die Patienten und einem größeren gegenseitigen Verständnis.

Fazit:

Der Umweg hat sich für die Lebensqualität der Patienten mit Demenz im Krankenhaus gelohnt. Es war hilfreich, die Erfahrungen, die zuerst in den Pflegeheimen mit dem personenzentrierten Ansatz nach Tom Kitwood und seinem DCM-Verfahren gesammelt wurden, auf die Situation von Patienten mit Demenz im Krankenhaus zu übertragen und anzupassen.

Das DCM-Verfahren ist in der geriatrischen Klinik ein nützliches Instrument, um Lebensqualität auch für Patienten mit Demenz zu sichern.

Aber...

solche beschriebenen Veränderungsprozesse im Krankenhaus brauchen Geduld und Ausdauer und müssen auch manchmal Rückschritte verkraften. Es kann immer wieder passieren, dass andere Bereiche, Fragestellungen... fokussiert werden und man immer wieder neu anfangen muss, um die Lebensqualität einer solch fragilen Klientel zu entwickeln und zu sichern.

Literatur

Zemlin, C. und Rüsing, D. (2009): Dementia Care Mapping im Krankenhaus – ein lohnender Weg. Erste Ergebnisse und Hindernisse. Pflegezeitschrift 62:5, 278-281



..... Versorgung von Menschen mit Demenz – wie sehen das die Pflegekräfte?

..... Welche Möglichkeiten bietet eine Tagesbetreuung?

..... *Cornelia Plenter, Pflegewissenschaftlerin, Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Projekt „Blickwechsel Demenz“*

Die Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus ist ein komplexes Geschehen – für die Professionellen und die Patienten selbst. Die Pflegekräfte stehen vor großen Herausforderungen. Die Einführung eines stationsübergreifenden tagesbetreuenden Angebots bietet Möglichkeiten zur Unterstützung auf beiden Seiten: eine adäquate Beschäftigung und Stabilisierung der Patientenklientel bei gleichzeitiger Entlastung von Betreuungsaufgaben auf Seiten der Pflegekräfte.

Was bedeutet es für Menschen mit Demenz, im Krankenhaus zu sein?

Menschen mit Demenz im Krankenhaus finden sich in der für sie fremden Umgebung nicht zurecht. In der auf Arbeitsverdichtung ausgerichteten Krankenhausatmosphäre finden sie keine haltgebenden Routinen. Es fehlen ihnen die vertraute Umgebung, die vertrauten Bezugspersonen, eine vertraute Tagesstruktur und ein adäquates Beschäftigungsangebot.

Der Umgebungswechsel führt häufig zu einer weiteren Verschlechterung des Allgemeinzustandes, die oftmals begleitet ist von einer weiteren Reduktion körperbezogener und kognitiver Funktionsfähigkeit und damit einen weiteren Verlust der Selbständigkeit bedeutet. Menschen mit einer Demenzerkrankung tragen ein erhöhtes Delirrisiko (Gurlit 2012) und geraten nicht selten in einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus. Sie zeigen ein Verhalten, das wir als „herausfordernd“ bezeichnen: indem sie beispielsweise versuchen, den Ort, der auf sie so verwirrend wirkt, zu verlassen.

Was bedeutet die Versorgung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus für Pflegekräfte? – Ausgewählte Studienergebnisse

Mittlerweile liegen Studien vor, die fundierte Auskunft über das Belastungserleben der Pflegekräfte in der Versorgung von Hochbetagten im Krankenhaus geben können.

Sie belegen, dass die Pflegebedürftigkeit von Patienten im Akutkrankenhaus deutlich ansteigt. Menschen mit kognitiven Einschränkungen haben einen erhöhten Pflege- und Betreuungsbedarf. Sie stellen hohe Anforderungen an die pflegerische Versorgung in fachlicher und zeitlicher Hinsicht. Folglich besteht ein hoher Bedarf zur Entlastung der Pflegekräfte durch angemessene Maßnahmen wie tagesstrukturierende Betreuungsangebote, Schulungsangebote, Einsatz von Demenzlotsen/Pflegeexperten, Maßnahmen zur Delirvermeidung, Rooming-in, Angehörigeneinbindung (Füsgen et al 2011, Isfort 2012).

Ergebnisse aus dem Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke (GKH)

Im Zeitraum von 2009 bis 2012 wurde das Projekt „Blickwechsel Demenz. Regional“ im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke durchgeführt mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz in Herdecke. Zu dem Zweck wurde u. a. die Tagesbetreuung „Teekesselchen“ als fachübergreifendes Angebot für Patienten mit Orientierungsstörungen umgesetzt. Die Projektleitung lag bei der Gesellschaft für soziale Projekte mbH (GSP) / der Paritätische. Gefördert wurde das Projekt durch die Stiftung Wohlfahrtspflege (www.blickwechseldemenz.de).

Aus einer unveröffentlichten Befragung der Pflegekräfte im Rahmen dieses Projektes geht hervor, dass die Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen als integraler Bestandteil pflegerischer Arbeit wahrgenommen wird. In den überwiegenden Fällen fühlen sich die Pflegekräfte gut vorbereitet auf den Umgang mit dieser Klientel. Gleichzeitig werden auch Unsicherheiten angeführt und ein deutlicher Fortbildungsbedarf, insbesondere in den Bereichen Kommunikation und Umgangskonzeptionen. Als wichtigste erforderliche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Orientierungsstörungen im GKH wird die Einrichtung einer Tagesbetreuung eingeschätzt sowie der Einsatz von geriatrischem Fachpersonal (wie Pflegeexperten für Demenz).

Einführung der „Tagesbetreuung Teekesselchen“ für Patienten mit kognitiven Einschränkungen im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

Das tagesstrukturierende Angebot wurde eingeführt im Rahmen des Projektes „Blickwechsel Demenz. Regional“. Evaluiert wurde diese Maßnahme von dem Institut für Pflegewissenschaft an der Uni Bielefeld (IPW) unter der Förderung des Gesundheitsministeriums NRW (MGEPA). Die Tagesbetreuung „Teekesselchen“ wurde ausgezeichnet mit dem VDEK Zukunftspreis 2011.

Ziele der Tagesbetreuung

Für die Patienten stehen folgende Ziele im Vordergrund:

- Fördern von Vertrautheit und Beziehungsaufbau in der (für sie) unvertrauten Umgebung Krankenhaus durch personelle Kontinuität in wohnlicher Atmosphäre
- Unterstützung des normalen Tag-Nacht-Rhythmus durch die gezielte Aktivierung am Tag
- Reduzierung von „herausfordernden Verhaltensweisen“ und ggf. freiheitseinschränkenden Maßnahmen
- Fördern von regelmäßiger Nahrungsaufnahme durch Unterstützung von Patienten durch die gemeinsamen und begleiteten Mahlzeiten
- Fördern von kognitiven und physischen Fähigkeiten und Fertigkeiten durch die gezielte Ansprache und Aktivierung, Fördern der Mobilität
- Stabilisierung der vorhandenen Fähigkeiten und Erhalt von Selbständigkeit.

Für die Mitarbeiter steht im Vordergrund:

- Entlastung der Berufsgruppe Pflege von Betreuungsaufgaben, dadurch Freiräume für andere Aufgabenbereiche
- Sensibilisierung von Mitarbeitenden im GKH: Modellhaft kann kollegiales Lernen im Umgang mit demenziell erkrankten Patienten in der Tagesbetreuung erfasst werden. Die Beobachtung, dass ein angemessener Umgang mit Menschen mit Demenz zielführend ist, führt zu Veränderung der Betreuung dieser Klientel auf den Stationen.

Die „Tagesbetreuung Teekesselchen“ im GKH

In der Tagesbetreuung werden gezielte Beschäftigungsangebote gemacht, gefolgt von angemessenen Ruhezeiten. Die Patienten erfahren eine Stabilisierung durch die Unterstützung der Tagesstruktur mit Phasen der Ruhe und der Aktivität.

In der Vormittageinheit (von 11 bis 13 Uhr) werden Aktivitäten und Mittagessen angeboten. Nach der Mittagsruhe werden nachmittags Aktivitäten und das Abendessen angeboten. Das Betreuungsangebot folgt einem ritualisierten Ablauf der Tagesaktivitäten. In der Regel sind etwa zwei bis sieben Patienten gleichzeitig in der Tagesbetreuung.

Der zeitliche Rahmen

Die Tagesbetreuung „Teekesselchen“ ist geöffnet von montags bis freitags von 11 bis 13 Uhr und von 14 bis 16 Uhr zu den Dienstzeiten der hauptamtlichen Altenpflegekraft.

Unterstützt wird die hauptamtliche Tätigkeit durch ein Team von ehrenamtlichen Mitarbeitern zum Teil bis ca. 18 Uhr.

Das inhaltliche Angebot

Der Einstieg in die gemeinsame Runde folgt einem rituellen Einstieg, beispielsweise in Form eines Liedes oder eines einfachen Vorstellungsspiels. Zum Einstieg bieten sich jahreszeitliche Themen an (Frühling, Ostern), gefolgt von Angeboten wie:

- Singen und / oder Musik hören
- Vorlesen
- Ratespiele wie Vervollständigen von Redewendungen
- Gesellschaftsspiele (altersgemäß)
- Bewegungsübungen mit (Stoff-) Ball oder Schwungtuch
- gemeinsames Basteln

Beteiligte Stationen

Für die Zeit der Evaluation sind primär fünf Stationen der Erwachsenenomatik ausgewählt worden. Im Laufe der Verstetigung ist das Angebot auf weitere Stationen ausgeweitet worden. Integriert sind die Fachabteilungen: Innere Medizin, Neurologie und Chirurgie.

Auswahl der Patienten

Für die Auswahl der Patienten erfragt die Tagesbetreuerin täglich auf den entsprechenden Stationen den Bedarf. Als Auswahlkriterien gelten folgende Faktoren:

- Vorliegen einer Orientierungsstörung
- Vorliegen einer diagnostizierten Demenz
- Rollstuhlmobilität
- Keine ansteckenden Krankheiten
- Diagnostik und Therapie haben Vorrang
- Wunsch der Patienten zur Teilnahme (Freiwilligkeit)

Die Einrichtung des Tagesbetreuungsraums ist an einer wohnlichen Atmosphäre orientiert: In einem alten Küchenbuffet ist das erforderliche Geschirr gelagert, ein Ruhesessel lädt zum Verweilen ein, in Regalen sind Deko-Gegenstände ausgestellt und weitere Materialien gelagert. Vor der Tür steht ein silberner Teekessel, der die Öffnungszeiten der Tagesbetreuung anzeigt und zum Eintreten einlädt. Auf dem Balkon blühen Balkon-

pflanzen, im Winter kann man sich an den Besuchern des Vogelhäuschens erfreuen. Eine angemessene Beleuchtung, ein einstellbarer ansprechender hölzerner Tischkalender und Jahreszeitschmuck unterstützen die Orientierung der Gäste.

Personelle Besetzung

Die koordinierenden Aufgaben werden durch eine Pflegewissenschaftlerin geleistet, die Durchführung der Tagesbetreuung liegt bei einer Altenpflegekraft mit einer 60%-Stelle. Die Unterstützung des Hauptamtes durch ehrenamtliche Mitarbeiter (15 Personen) wird von der Pflegewissenschaftlerin koordiniert (Akquise, Qualifizierung, Einsatzplanung, Begleitung und Förderung)

Erfahrungen in der Tagesbetreuung

Auf der Erfahrungs- und Beobachtungsebene sind viele Eindrücke in die Bewertung dieses für ein Akutkrankenhaus ungewohnte Betreuungsangebot eingegangen.

Einen Einblick dazu bieten die folgenden Zitate:

- „Die Patienten kommen anders aus dem Teekesselchen zurück“
(Zitat einer Pflegefachkraft)
- „Wann kann ich wieder zu Ihnen kommen?“
(Frage von Patienten, die die Tagesbetreuerin auf dem Flur treffen)
- „...Die Tagesbetreuung hat wesentlich dazu beigetragen, dass meine Mutter den Klinikaufenthalt so gut überstanden hat...“
(eine Angehörige)
- „...Ich fühle mich hier sehr wohl u. finde immer offene Worte, mir geht es danach immer besser, nach jeder Stunde, die ich hier bin, ...Ich wünsche mir, dass es noch lange dieses Zimmer gibt...“
(Eine Patientin mit einer Eintragung im Gästebuch)

Evaluationsergebnisse dieser Tagesbetreuung

Der Bericht „Die Tagesbetreuung kognitiv beeinträchtigter Krankenhauspatientinnen und -patienten“, erschienen 2013 als Publikation des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA), stellt die Untersuchungsergebnisse dar sowie eine Aufstellung der Kosten-Nutzen-Analyse.

Auf der Ergebnisseite lassen sich folgende maßgebliche Faktoren festhalten:

- Eine Stabilisierung der Patienten in den Bereichen Mobilität, Kognition und Verhalten. Gemessen an den Ergebnissen anderer Studien lassen sich hier

gute Ergebnisse für diese Klientel durch das Betreuungsangebot aufweisen.

Zum Vergleich: in anderen Studien steht der fortlaufende Verlust von Fähigkeiten im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes im Vordergrund.

- Die Tagesbetreuung stellt eine wichtige Entlastung der Pflegekräfte auf den Stationen dar –in fachlicher und in zeitlicher Hinsicht (Wingenfeld et al 2013).

Der ausführliche Bericht „Die Tagesbetreuung kognitiv beeinträchtigter Krankenhauspatientinnen und -patienten“ ist kostenfrei verfügbar auf der Publikationsseite des MGEPA: <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa>

Das Gesundheitsministerium fördert das dritte „Blickwechsel Demenz“-Projekt unter dem Titel: „Förderung der Umsetzung demenzsensibler Versorgungsprojekte“. Vorgesehen sind sechs Workshops für Krankenhäuser in NRW, die sich demenzsensibel ausrichten möchten. Projektlaufzeit: drei Jahre. www.blickwechseldemenz.de

Literatur

Füsgen, I. und Schütz, D. (2013): Patienten mit Gedächtnisstörungen im Krankenhaus. Umgang mit therapeutischen und pflegerischen Problemen. Internetquelle: http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/Patienten_mit_Gedaechtnisstoerungen.pdf [Stand: 10. Mai 2013].

Gurliß, S. und Möllmann, M. (2012): Der alte Mensch im OP. Praktische Anregungen zur besseren Versorgung und Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs. Hrsg.: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.

Isfort, M. (2012): Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Eine Handreichung der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser (DIAG) in der Erzdiözese Köln. Hrsg.: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip), Köln. Internetquelle: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Demenz_im_Krankenhaus_Handreichung_Endbericht.pdf [Stand: 10. Mai 2013].

Plenter, C. (2012): Wir lassen Sie nicht allein. pflegen: Demenz 23.

VDEK (2012): vdek-Zukunftspreis. Bürgerschaftliches Engagement für Gesundheit und Pflege. ersatzkasse magazin. spezial. Sonderbeilage.

Wingenfeld, K., Steinke, M., Ostendorf, A. (2013): Die Tagesbetreuung kognitiv beeinträchtigter Krankenhauspatientinnen und -patienten. Eine wissenschaftliche Auswertung. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Hrsg.: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.



..... Demenz im Krankenhaus – Erfahrungsaustausch und Ideenbörse im Welt-Café

..... *Marion Seigel, Journalistin und PR-Beraterin, care-comm, Hamburg*

Zum Abschluss des Symposiums waren die Teilnehmer eingeladen, im Rahmen einer besonderen Tagungsmethode aus den USA ihre Erfahrungen auszutauschen und gemeinsam kreative Lösungsvorschläge zu sammeln und zu diskutieren.

Wie kann man eine Gruppe von Menschen besser in intensive Gespräche bringen als in der lockeren Atmosphäre eines Straßen-Cafés? Was das Welt-Café als Tagungsformat vom üblichen Kaffeeklatsch unterscheidet, sind die Verfahrensmethode und eine begleitende Erfassung der Ergebnisse – auf Handkarten und beschreibbaren Tischdecken. Sie bilden u.a. die Grundlage für diese Zusammenfassung.

Für das Welt-Café versammelten sich an rund zehn Tischen bei Kaffee und Kuchen jeweils vier bis sechs Teilnehmer. Pro Tisch fungierte einer von ihnen als eine Art Gastgeber oder Moderator. Geplant wurden zwei Diskussionsrunden mit einer Dauer von jeweils 20 Minuten. Nach Ablauf der ersten waren alle aufgerufen, sich für die zweite Runde an einen anderen Tisch zu setzen. Die Gastgeber blieben jeweils an ihren Tischen zurück und fassten für die Neankömmlinge kurz zusammen, was bisher besprochen wurde. Dafür konnten sie eigene Stichwortkarten verwenden und die Notizen auf den Tischdecken nutzen. Erste Erkenntnisse, Thesen und Ideen stellten nach dem Welt-Café die beiden Hamburger Journalistinnen Sabine Rheinhold und Marion Seigel in einer kurzen Präsentation vor.

Zwei Fragen gaben die thematische Marschrichtung vor: Welche konkreten Herausforderungen sehen Sie auf Ihre Einrichtungen zukommen? Welche Maßnahmen führen Sie jetzt schon durch / planen Sie, um mit diesen Herausforderungen umzugehen?

Zur ersten Frage fand überwiegend ein Informationsaustausch zur aktuellen Ausgangslage statt: Welche Probleme gibt es konkret? Was macht schon heute den Alltag im Krankenhaus mit Menschen mit Demenz so schwierig? Die daraus resultierende Bestandsaufnahme ergab folgende Schwerpunkte:

Defizite bei Fachwissen und negative Grundhaltung

Einigkeit herrschte darüber, dass im Akutkrankenhaus das Fachwissen zum Thema Demenz weitgehend fehlt. Sowohl in der Ausbildung der Gesundheitsberufe als auch in der ärztlichen Ausbildung scheint Demenz offenbar kein Thema zu sein. Und – wie in der breiten Öffentlichkeit auch – ist es eindeutig negativ besetzt.

- Es gibt keine bzw. kaum Fortbildung/Schulung/Information zum Thema.
- Demenz grundsätzlich negativ besetzt: bedeutet Arbeit („Essen anreichen, waschen, Inkontinenz“).
- Bereitschaft fehlt, sich mit Demenz auseinanderzusetzen („Der ist durch den Wind, schauen Sie mal, was Sie da ausrichten können“).
- Schon während der Ausbildung wird eine negative Haltung gegenüber Geriatrie/Demenz manifestiert.
- Entsprechende Ausbildungsinhalte fehlen sowohl bei pflegerischer als auch bei medizinischer Ausbildung.
- „Neue Ideen? Das haben wir noch nie so gemacht“.

Herausforderung: Erkennen und abgrenzen

Das zweite Problemfeld: Eine demenzielle Beeinträchtigung lässt sich nur schwer im Rahmen eines vielfältigen Symptomgeschehens klar feststellen, besonders schwierig wird eine Abgrenzung in der Notaufnahme. Das scheint auch in Mängeln des bisher üblichen Überleitungsmanagements begründet.

- Patienten kommen ohne Diagnose Demenz, wirken aber verwirrt, kognitiv eingeschränkt, „erst durch den Ortswechsel fällt die Demenz auf“.
- In die Notaufnahme kommen ältere Patienten meist ohne Angehörige.
- Andere (medizinische) Gründe für Orientierungslosigkeit/Verwirrung: Delir, Medikation bei Multimorbidität, Exsikkose, situationsbedingte psychische Überforderung nach Unfall/Sturz o.Ä. usw.
- Delir – Codierung ist finanziell relevant.
- Patienten mit Migrationshintergrund – Einschätzung schwierig: Verhalten kulturbedingt, Sprachbarriere oder Demenz?
- Behinderte im hohen Alter/Demenz.
- Mehr Informationen über Patienten sind notwendig.
- In Überleitungsbögen von Pflegeheimen/Pflegediensten fehlen oft die wichtigsten Informationen vor allem zu Diagnose Demenz (Geschäftsfähigkeit?), Biografie (Gewohnheiten, Verhalten, Ängste, Abwehr).

Hinderungsgründe für Demenzfreundlichkeit

Ebenso erschweren Personal- bzw. Zeitmangel sowie das Klassifikationssystem nach diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG, Diagnosed Related Groups), eingeschränkte kognitive Fähigkeiten angemessen zu berücksichtigen.

- Problem Pflegeschlüssel: Notbesetzung 1:20, Normalbesetzung 1:13.
- Problem DRG: Hauptdiagnose/Nebendiagnosen, überwiegend ist eine Demenz bei Krankenhaus-Aufnahme nicht diagnostiziert.
- „Was erlösrelevant ist, ist gut: Krebs ist besser als Demenz“.
- Gerontopsychiatrie kommt zu kurz.
- Problem SGB XI im Krankenhaus – es fehlt Finanzierungsgrundlage für eine Demenzbetreuung, wie sie in Pflegeheimen möglich ist.
- „Physio gut auch für Aktivierung, nicht nur für halbseitige Lähmung oder Fraktur“

Die zweite Frage nach möglichen Maßnahmen fassten die Teilnehmer als Einladung zu einer Ideenbörse und als eine Art „Wunschkonzert“ auf: Neues denken dürfen und zwar zunächst ohne den Ballast des Alltags wie Kostendruck, Personalmangel und gesetzliche Bestimmungen. Trotzdem gab es auch hierzu Überlegungen. Es bildeten sich folgende Schwerpunkte heraus.



Wissensvermittlung zum Thema Demenz

Aus dem Bewusstsein heraus, viel zu wenig über Demenz zu wissen, wurde der Wunsch nach Schulungen/Fortbildungen in allen Gruppen formuliert:

- Schulungen im Umgang mit Demenzkranken: „Man muss ein Gefühl dafür bekommen, dass der Demenzkranke in einer anderen Welt lebt“, bislang steht Realitätsforderung im Vordergrund.
- Fortbildung für alle Mitarbeiter im KH, während der Dienstzeit.
- Demenzberater schulen, die als Multiplikatoren wirken sollen.
- Patienten zur Inklusion von Menschen mit Demenz bewegen.
- Verständnis schaffen durch Kommunikation.
- Demenzleitfaden/Aufklärungsbroschüre für Mit-Patienten entwickeln.

Abb. 1-3
Impressionen aus dem
Welt-Café: Diskussionen
und Notizen der
Teilnehmenden (Fotos:
Jürgen Appelhans,
Dortmund)

Aufgeschlossenheit fördern und andere Haltung entwickeln

Ganz oben auf der Wunschliste stand: Von den Kollegen aus der Geriatrie lernen, in multidisziplinären Teams arbeiten und Demenz stärker in Ausbildungsinhalte integrieren.

- Zugänge nutzen, die andere Berufsgruppen haben: Austausch, Netzwerke mit Pflegeheimen, Pflegekräfte mit geriatrischer Ausbildung in Teams.
- Gegenseitige Hospitationen in Pflegeheimen und Krankenhäusern.
- Ausbildungsinhalte zu Demenz für alle Gesundheitsberufe entwickeln.
- Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegekräften, Angehörigen verbessern.
- Pflegekräfte müssen begeistert werden („Demenz ist mir total sympathisch“, „Menschen mit Demenz sind so spontan“).
- Multiprofessionelle Arbeitsgruppe einrichten.

Ideen für ein demenzfreundliches Krankenhaus

Maßnahmen baulicher Art erfordern größere Investitionen. Andere Maßnahmen, darin waren sich alle einig, könnten auch mit geringerem Aufwand, dafür aber mit Fantasie und Einfühlungsvermögen umgesetzt werden.

- Räumliche, architektonische Gestaltung anpassen, z.B. halbgeschlossene Abteilung für Demenzkranke mit Rundlauf.
- Fachübergreifende Demenzstation einrichten, eventuell nach Prinzip des Drei-Welten-Modells (Dr. Christoph Held).
- Workshops für Pflegepersonal, um praktikable Alltagsideen zu entwickeln und deren Umsetzung anzuschieben.
- Alltagstaugliche, leicht umsetzbare Maßnahmen: Sensormatten, Besteck Orientierungshilfen im ganzen Krankenhaus, „Kruscht-Handtasche“, Kuschtiere, Foto- bzw. Bilderbände für Unterhaltung/Erinnerung, Beschäftigungskoffer usw.
- Wegweiser für WCs („Es gibt viele einfache Dinge, die leicht zu installieren sind!“).
- Demenzcafé einrichten als Treffpunkt mit Beschäftigungsangeboten: Tag u. Nacht.
- Auf Zimmerbelegung achten.
- Rooming-in für Angehörige.
- Solidarisierung Angehörige/Pflegekräfte zur Durchsetzung.

Personelle Veränderungen für demenzfreundliches Krankenhaus

Multiplikatoren, die ihre Erfahrung im Umgang mit Demenzkranken weitergeben, gelten als obligatorisch und zwar im Einsatz für alle Menschen im Krankenhaus: Pflegenden,

Ärzte, Therapeuten, Mitarbeiter der Hauswirtschaft, Patienten mit und ohne Demenz, Angehörige.

- Demenzkoordinatoren, Demenzcoach und Demenzlotsen einsetzen.
- Nächtliche Honorarkräfte kümmern sich um unruhige und umherwandernde Patienten.
- Betreuungskräfte und ehrenamtliche Helfer gewinnen für Betreuungsgruppen und als Demenzlotsen.
- „Grüne Damen“ für Demenzkranke.
- Angehörigenberatung und Pflegekurse.
- Gesprächszeiten für Angehörige einrichten.



Organisatorische Veränderung für demenzfreundliches Krankenhaus

Die Abläufe klinischer Untersuchungen sind einem Menschen mit Demenz kaum vermittelbar. Umso mehr muss sofort erkennbar werden, dass es sich bei einem Patienten um einen kognitiv beeinträchtigten Menschen handelt, um angemessen agieren zu können.

- Bundesweit einheitliche Überleitungsbögen (von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen.)
- Notfallmappe für Demenzkranke.
- Bei Aufnahme und Verdacht auf kognitive Einschränkungen Screening-Verfahren „Mini-Cog“ (Schnelltest) einsetzen.
- Schnittstellenmanagement verbessern.

Finanzierung

Alles steht und fällt mit dem Volumen des Etats, das ein Akutkrankenhaus bereitstellt, um demenzfreundlicher zu werden. Deshalb heißt es, zweigleisig zu fahren: Geeignete Finanzierungstöpfe finden und das Management durch harte Fakten überzeugen.

- Weil im DRG-System Abrechnung nicht möglich, externe Finanzierung durch Projekte und Re-Finanzierung durch Kommune anstreben.

Abb. 4-6

Impressionen aus dem Welt-Café: Diskussionen und Notizen der Teilnehmenden (Fotos: Jürgen Appelhans, Dortmund)

- Gelder bereitstellen für Demenzausrichtung von Krankenhaus.
- Warum soll Kurzzeitpflege nicht auch im Krankenhaus möglich werden?
- Verwaltung überzeugen und gewinnen über messbare Ergebnisse z.B. Studien, QM-Richtlinien, Befragung zur Kundenzufriedenheit, Erfassen negativer Daten (Sturzzahlen, Dekubitus).

Projekte, die erwähnt wurden

Nicht immer muss das Rad neu erfunden werden. Man kann vielmehr von Studien und Projekten anderer profitieren oder sich anregen lassen. Und so wiesen Teilnehmer auf Folgendes hin:

- z.B. Modellprogramm „Familiale Pflege“ der AOK zur Begleitung und Kompetenzförderung von pflegenden Ehepartnern und Angehörigen im Übergang vom Krankenhaus in die poststationäre Versorgung läuft seit 2004 in Nordrhein-Westfalen mit inzwischen über 250 Krankenhäusern.
- z.B. TU Dresden Projekt zur „Architektur im demografischen Wandel“, Gesine Marquart.
- Demenz im Krankenhaus dem-iK Projekt des St. Nikolaus-Hospital Wallerfangen, Fortbildungen für Ärzte und Pflegepersonal mit sechs Modulen <http://www.dem-i-k.de> wissenschaftlich begleitet von Sabine Kirchen-Peters.

Fazit

Den kollegialen Austausch empfanden die Welt-Café-Akteure als inspirierende Ergänzung zu den Vorträgen des Symposiums. Eine Teilnehmerin formulierte es so: „Ich nehme viele Anregungen mit, die ich am liebsten auf unserer Station auch gleich umsetzen möchte!“



..... Innovative Lösungsansätze und neue Modelle für den Versorgungsbereich Demenz

..... Internationales Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz – gefördert von der Robert Bosch Stiftung

Ob Begleitung, Versorgung oder Lebensraumgestaltung – mit dem Internationalen Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz unterstützt die Robert Bosch Stiftung Studierende und Fachkräfte im Versorgungsbereich Demenz, die sich im Ausland fort- und weiterbilden möchten.

Im Rahmen des Programms werden Praxis- und Bildungsaufenthalte im Ausland zum Thema Demenz finanziell, inhaltlich und organisatorisch unterstützt. Das Programm richtet sich an Fachkräfte in Pflege- und anderen Gesundheitsberufen, Ärzte, Sozialarbeiter, Architekten, Ingenieure sowie Angehörige weiterer Berufsgruppen, die Menschen mit Demenz begleiten oder die Voraussetzungen für ihre Betreuung schaffen. Außerdem können sich Studierende aller Fachrichtungen bewerben, die innerhalb ihres Studiums einen Schwerpunkt auf den Themenbereich Demenz gelegt haben und diesen durch einen Auslandsaufenthalt thematisch vertiefen wollen. Sowohl Einzel- als auch Teamhospitationen sind möglich.

Das Internationale Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz wird von der Robert Bosch Stiftung gefördert und vom Institut g-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen am Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke koordiniert. Neben Zuschüssen zu Reise- und Aufenthaltskosten bietet das Programm eine umfassende inhaltliche Begleitung und organisatorische Unterstützung, zum Beispiel durch Seminare zur Vor- und Nachbereitung der Auslandshospitation und durch ein Expertennetzwerk.

Neben dem Internationalen Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz koordiniert g-plus auch das ebenfalls von der Robert Bosch Stiftung geförderte Internationale Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit. Auch in diesem Programm wird die Durchführung von berufsbezogenen Praxisaufenthalten im Ausland gefördert – mit dem Ziel, neue Impulse für die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu setzen. In der aktuellen Programmphase bildet die Altenpflege einen besonderen Schwerpunkt.

Informationen zu den Förderprogrammen sowie Kurzfassungen von Erfahrungsberichten geförderter Teilnehmer: www.g-plus.org

Allgemeine Hinweise

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Wir weisen an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass sowohl die männliche als auch die weibliche Schreibweise für die entsprechenden Beiträge gemeint ist.

Impressum

Herausgeber

g-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten

Leitung: Prof. Dr. Elke Donath

g-plus gehört zum Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke:
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten

Kontakt: g-plus@uni-wh.de
Internet: www.g-plus.org

Koordination des Bandes
Sebastian Riebandt

Redaktion
Sebastian Riebandt, Katrin Bernsmann

Konzeption und Gestaltung
Axel Boesten, Köln
www.axel-boesten-plus-x.de

Bildnachweis
Abbildung Titel: Werner Krüper – www.blickweise.de

Druck
Offsetdruck Klaus Dieckhoff, Witten
www.dieckhoff-druck.de

Auflage
700 Exemplare

Juli 2013

Diese Publikation wurde im Rahmen des Projektes Internationales Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz von der Robert Bosch Stiftung gefördert.

