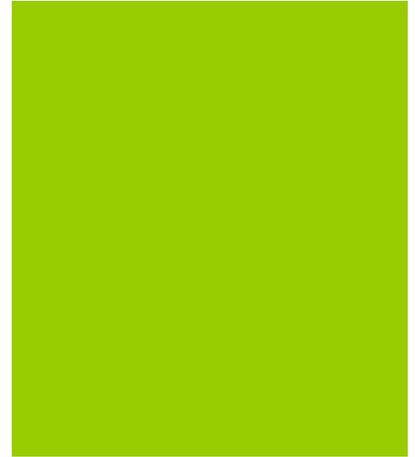


Demenzkranken im Akut-Krankenhaus



**Versorgung von Menschen
mit Demenz im
Akutkrankenhaus**

**Ergebnisse einer Befragung
von Beschäftigten
der Krankenhäuser im
Land Bremen**



Mitarbeiter/-innen der LinDe-AG Krankenhäuser

Antje Kehrbach, Referentin bei der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit (Projektleitung)

Dr. Amit Choudhury, Chefarzt Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation
Klinikum Bremen-Nord gGmbH

Bernd Böckmann, Klinikpflegeleitung, Klinikum Bremen Mitte

Rosemarie Henning, Pflegedienstleitung, Klinikum Bremerhaven Rein-
kenheide

Axel Kelm, Leitung Sozialtherapeutischer Dienst, Klinikum Bremen-Ost

Jutta Könning, Abteilungsleitung Pflege: Geriatrie, St. Josephstift
GmbH

Christian Precht, Ltg. Qualifizierungszentrum, Klinikum Bremen-Nord
gGmbH

Claudia Rössler, Qualitätsentwicklung Pflege, DIAKO Evangelische Di-
akonie-Krankenhaus gemeinnützige GmbH

Doris Scholt, Innerbetriebliche Fortbildung Kursleitung , Klinikum Links
der Weser

Barbara Scriba-Herman, Pflegedirektion, Rotes-Kreuz-Krankenhaus

Grüßwort



Liebe Leserinnen und Leser,

Demenzerkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen des höheren Lebensalters. In Deutschland sind davon gegenwärtig 1,1 Millionen Menschen betroffen.

Auch wenn Demenzerkrankungen und ihre Folgen zunehmend die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit gefunden haben, wurde die Krankenhausversorgung in der Diskussion um Demenz bislang wenig thematisiert.

Schon heute ist mindestens jede/r zehnte Patient/in in Akutkrankenhäusern dementiell erkrankt. Studien und Erfahrungen von Pflege und Medizin zeigen, dass sich der Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes bei vielen dementiell Erkrankten als wegweisend für den weiteren Krankheits- und Versorgungsverlauf erweist bzw. der Krankenhausaufenthalt zu einer Krisensituation mit negativen Auswirkungen auf die weiteren Lebensperspektiven werden kann. Aber auch für diejenigen Menschen, die demente Patienten im Krankenhaus versorgen, bedeutet diese Patientengruppe besondere Herausforderungen.

Diese Herausforderungen hat die Bremer Landesinitiative Demenz LinDe mit einer Befragung von Führungskräften in den Bremer Krankenhäusern aufgegriffen.

Eine fundierte Planung gesundheitlicher Versorgung benötigt unbedingt die Expertise der Professionellen vor Ort.

Deshalb habe ich mich sehr über die große Beteiligung an der Umfrage gefreut und auch über die Bereitschaft, detailliert über eigene Erfahrungen zu berichten. Dafür möchte ich mich ausdrücklich bei allen Beteiligten bedanken.

Der vorliegende Bericht bietet eine aktuelle Bestandsaufnahme der realen Versorgungssituation in den Krankenhäusern im Land Bremen. Zudem finden sich zahlreiche von den Befragten geäußerte Vorschläge und Ideen über Möglichkeiten, angemessen auf die Bedürfnisse von Demenzerkrankten im Akutkrankenhaus einzugehen.

Mein Wunsch ist es, dass die Bremer Krankenhäuser diesen Bericht als Anregung und Hilfestellung verstehen, um ihr Versorgungskonzept mehr und mehr den Bedürfnissen dieser besonderen Patientengruppe anzupassen.

Senatorin Renate Jürgens-Pieper

Vorwort

Das Krankenhaus sollte ein Ort sein, an dem der erkrankte Mensch willkommen und gut aufgehoben ist. Dies muss insbesondere für die Patienten gelten, die in besonderem Maße Unterstützung, Hilfe, Behandlung und Linderung benötigen, ohne dass sie den geforderten Mitwirkungspflichten gerecht werden können. Hierzu zählen z.B. Rationalität und Autonomie - Bedingungen, die Demenzkranke nicht erfüllen können. Daher sollten wir Strukturen, aber auch eine innere Haltung generieren, die eine individuelle, an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte Behandlung ermöglichen.

LinDe will mit diesem Bericht den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bremer Kliniken Anregungen geben, um in der Zukunft eine für alle zufriedenstellende Versorgung der Patienten zu gestalten.

Das LinDe Krankenhausteam

Danksagung

Ein herzliches Dankeschön an alle Stationsleitungen Pflege, Ärztlichen Leitungen und Geschäftsführungen der Krankenhäuser des Landes Bremen, die mit ihrer Beteiligung an der Umfrage wesentlich zur Entstehung dieses Berichtes beigetragen haben.

Inhalt

1 Einleitung	8
2. Methode	13
2.1 Rücklauf	15
3. Ergebnisse	16
3.1 Relevanz des Themas in den Krankenhäusern	16
3.2 Demenzpatienten im Krankenhaus	19
3.2.1 Die Aufnahme	19
3.2.2 Der Umgang mit Demenzpatienten	21
3.3 Konzepte und Angebote für Demenzpatienten	25
3.3.1 Einbeziehung von Angehörigen	25
3.3.2 Räumlichkeiten und Gestaltungselemente	27
3.3.3 Spezielle Bewegungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten	28
3.4 Schnittstellenmanagement	30
3.5 Aus-, Fort und Weiterbildung der Beschäftigten im Krankenhaus	34
4. Zusammenfassung	39
5. Ausblick	50
6. Literatur	52
7. Anhang	55
7.1 Informationsbogen für Angehörige (Auszug)	55
7.2 Der Fragebogen	56

1 Einleitung

Für Menschen mit Demenz sind eine überschaubare und gleich bleibende Umgebung, ein Tagesablauf mit festen Regeln und nicht allzu viele Sinneseindrücke wichtig, damit sie sich im Alltag möglichst gut zurechtfinden können.

In der häuslichen Umgebung und auch in den Einrichtungen der Altenhilfe lassen sich diese Empfehlungen mehr oder weniger umsetzen. Was passiert jedoch, wenn bei einem an Demenz erkrankten Menschen eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist?

Bereits für einen somatisch erkrankten Menschen ist es eine Herausforderung, sich dem Krankenhausalltag anzupassen. Es wird von ihm erwartet, in Kommunikation mit Pflegenden und Ärzten zu treten, um die Diagnose und Therapie zu verstehen, eigene Bedürfnisse zu äußern, die Bedürfnisse anderer Patienten zu berücksichtigen sowie kooperativ bei Untersuchungen und Behandlungen zu sein. Dies ist für einen dementen Patienten häufig nicht zu bewältigen (Steber, 2010).

Bereits 2002 wurde im „Vierten Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland“ festgestellt:

„Die Behandlung im Krankenhaus ist für Demenzkranke mit einer erheblichen psychischen Belastung verbunden. Gegen ihren Willen in eine fremde Umgebung verlegt, durch eine chaotische Atmosphäre der Aufnahmesituation verunsichert und an der Erkundung der Gegend gehindert, werden sie zunehmend ängstlich und aggressiv. Sie „stören“ organisatorische Abläufe, lehnen therapeutische Maßnahmen ab, gefährden Mitpatienten, erzeugen nächtliche Unruhe und beanspruchen übermäßig viel Zeit. Aus Not werden sie dann fixiert oder sediert und oft vorzeitig und unbehandelt entlassen“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002).

Mangelnde Krankheitseinsicht, ein anderes Schmerzerleben, Ängste, psychomotorische Unruhe und Aggressivität, ausgeprägte Störungen des Schlaf–Wach–Rhythmus und die Unfähigkeit, sich nicht an die neue Situation und Umgebung anpassen zu können, prägt ihr Verhalten (Kelm, 2010). Weil die Erfordernisse und die Abläufe der Behandlung nicht verstanden werden, fehlt die Compliance, d.h. die Fähigkeit zu einer verständnisvollen Zusammenarbeit zwischen Patient und Behandler.

Dies bleibt nicht ohne Folgen für den Patienten. Die „Nebenwirkungen“ eines Krankenhausaufenthaltes können für Demenzkranke gravierend sein:

- weiterer Selbständigkeitsverlust,
- Verschlechterung des kognitiven Status,
- vermehrtes Auftreten problematischer Verhaltensweisen,
- negative Auswirkungen beruhigender oder sedierender Medikamente hin zu verstärkter Passivität,
- erhöhtes Risiko für ein Delir (akuter Verwirrtheitszustand) nach einer invasiven Diagnostik oder Behandlung mit Narkose: Bei Menschen mit Demenz sind psychische Veränderungen schon im Ursprungskrankheitsbild vorhanden. Bei einem akuten Delir verstärken sich die Symptome plötzlich.
- erhöhte Rate an nosokomialen Infektionen (Kleina & Wingenfeld, 2007).

Patienten mit Demenz im Krankenhaus sind gar nicht so selten. In Bremen wurden im Jahr 2009 insgesamt 7.176 Demenzpatienten in den Krankenhäusern behandelt. Diese Angabe dürfte eher den unteren Bereich darstellen, denn häufig wird eine Demenz bei der Aufnahme nicht diagnostiziert (Kleina & Wingenfeld, 2007).

Beim überwiegenden Teil der Patienten (86%) war nicht die Demenz die Ursache für den Krankenhausaufenthalt, sondern Demenz war eine Nebendiagnose.

Die häufigsten Anlässe für Krankenhausaufenthalte von Patienten mit Nebendiagnose Demenz waren im Land Bremen im Jahr 2009:

ICD-10 Code	Hauptdiagnose	Fallzahl
S70-S79	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	390
I60-I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	336
J10-18	Grippe und Pneumonie	275
C00-C97	Bösartige Neubildungen	257
E86	Volumenmangel/Dehydration	239
S00-S09	Verletzungen des Kopfes	220
G40-G47	Episodische und paroxymale Krankheiten des Nervensystems	205
I50	Herzinsuffizienz	193
H25-H28	Affektionen der Linse	191
K20-K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodendums	168

Es sind typische Krankheitsbilder alter und hochaltriger Menschen. Die an erster Stelle stehenden Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels dürften vor allem auf Stürze zurückzuführen sein.

Durch die eingangs geschilderten Probleme von Demenzpatienten kann sich der Krankenhausaufenthalt verlängern. In einer Studie an Demenzpatienten wurde eine doppelt so hohe Verweildauer festgestellt wie bei Patienten mit gleicher somatischer Diagnose ohne Demenz (Kirchen-Peters & Herz-Silvestrini, 2011).

Für Bremen wurde am Beispiel der Hauptdiagnose „Ischämische Herzkrankheiten“ (ICD 10 I20-I25) ermittelt, dass die Patienten eine durchschnittliche Verweildauer von 8,7 Tage aufweisen. Bei Demenzpatienten mit gleicher Hauptdiagnose beträgt die durchschnittliche Verweildauer 10,2 Tage.

Aber nicht nur für die für die Demenzpatienten gestaltet sich die Situation im Krankenhaus schwierig. Auch für diejenigen Menschen, die demente Patienten im Krankenhaus versorgen, stellt diese Patientengruppe besondere Anforderungen dar. Das Krankenhauspersonal – dies betrifft sowohl den pflegerischen als auch den ärztlichen Bereich – ist auf den Umgang mit diesen Herausforderungen meist wenig vorbereitet. So sehen Pflegekräfte in Allgemeinkrankenhäusern hier bei sich selbst fachliche Defizite und fühlen sich häufig überfordert (Mavundla, 2000).

Trotz dieser beschriebenen Umstände wird das Problem und die damit verbundenen Herausforderungen wenig thematisiert. Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern gibt es in deutschen Allgemeinkrankenhäusern hinsichtlich der Akutbehandlung Demenzkranker wenige entwickelte Konzepte (Diefenbacher, 2004; Kirchen-Peters, 2007). An einigen Standorten – meist als Modellversuch – werden unterschiedliche Ansätze umgesetzt, die aber vereinzelte „Insellösungen“ sind.

Da die meisten Demenzformen altersabhängige Erkrankungen sind, wird im Zuge der demografischen Entwicklung mit einem starken Anstieg der Krankenzahlen und damit auch der Anzahl dementiell erkrankter Krankenhauspatienten zu rechnen sein.

Hinzu kommen die strukturellen Veränderungen in den Krankenhäusern. Hier spielt vor allem das Krankenhausfinanzierungssystem eine

wesentliche Rolle. Mit der Einführung der Fallpauschalen hat sich der Druck verstärkt, Versorgungsabläufe effizient zu gestalten.

Wenn nicht durch gezielte Maßnahmen und eine nachhaltige Qualitätsentwicklung die Versorgung von Demenzerkrankten im Akutkrankenhaus verbessert wird, werden die beschriebenen Probleme zukünftig noch mehr Gewicht bekommen (Schaeffer & Wingenfeld 2004).

Zur grundsätzlichen Bearbeitung der Problematik der Versorgung von Menschen mit Demenz gründete sich im Jahre 2010 die Bremer Landesinitiative Demenz **LinDe**. LinDe ist ein Bremer Bündnis von

- Mitarbeitern der Krankenhäusern,
- Mitarbeitern ambulanter, teilstationärer und stationären Einrichtungen,
- der Demenz-Informations- und Koordinationsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Bremen e.V. (DIKS),
- den Gesundheitsämtern im Land Bremen,
- der Bremer Alzheimergesellschaft,
- Ärzten,
- dem Magistrat der Stadt Bremerhaven,
- der Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen und der
- die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit.

Eine Arbeitsgruppe der LinDe - bestehend aus leitenden Mitarbeitern aller Bremer Krankenhäuser - hat sich mit der Problematik der Versorgung Demenzerkrankter in den Bremer Akutkrankenhäusern auseinandergesetzt. Hier wurde die Idee entwickelt, über eine Befragung in den Krankenhäusern die konkrete Versorgungssituation in den Bremer Akutkrankenhäusern verlässlich zu erfassen. Ermittelt werden sollten

die besonderen Herausforderungen bei der Versorgung von Demenzpatienten, ob und welche Konzepte verfolgt werden und wo es ggf. noch Verbesserungsbedarf gibt – und zwar aus drei Blickwinkeln: aus der Sicht der Geschäftsführungen der Krankenhäuser, der ärztlichen Leiter der Fachabteilungen und der Stationsleitungen Pflege. Dieses Herangehensweise wurde deshalb gewählt, weil sich der Focus bei der Versorgung nach den Berufsgruppen unterscheiden kann und ggf. Probleme, aber auch Handlungsalternativen unterschiedlich eingeschätzt werden.

2 Methode

Die Fragebögen für die Befragung wurden von der oben genannten LinDe-Arbeitsgruppe in mehreren Sitzungen entwickelt. Neben geschlossenen Fragen, die eine Auswahl an Antwortmöglichkeiten enthielten, wurden auch offene Fragen gestellt, die im Freitext beantwortet werden konnten. Zur inhaltlichen Auswahl der Fragen wurde einerseits einschlägige Literatur zum Thema ausgewertet, andererseits wurde die Expertise und das Interesse der Mitarbeiter in die Auswahl der Fragen einbezogen.

Zur Rekrutierung von Ansprechpersonen in den Krankenhäusern wurde vom Gesundheitsressort ein Anschreiben an die Geschäftsführungen der Krankenhäuser verfasst, indem um Unterstützung geworben wurde. Anschließend erhielten die Ansprechpartner in den Kliniken die jeweili

ge Anzahl der Fragebögen für die ausgewählten Stationen und Abteilungen mit der Bitte, dafür zu sorgen, dass die ausgefüllten Fragebögen an die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit zurückgesandt werden. Auf diese Weise bestand die Möglichkeit, Fragebögen anonym zurückzusenden.

Der Fragebogen war vor allem an die Abteilungen bzw. Fachrichtungen gerichtet, bei denen die Behandlung von Demenzpatienten vermutet wurde:

- Augenklinik
- Geriatrie
- Allgemeine Chirurgie
- Psychiatrie
- Kardiologie
- Innere Medizin
- Neurologie
- Gynäkologie
- Urologie

Aber auch in anderen Fachrichtungen konnte der Bogen ausgefüllt werden. Hierfür gab es die Möglichkeit, eine „andere Disziplin“ anzukreuzen und diese zu benennen. Etwa ein Drittel der beantworteten Fragebögen zählen zu dieser Kategorie. Die genannten Disziplinen sind breit gefächert, zum Teil wurden auch interdisziplinäre Stationen genannt. Wo es sinnvoll war, wurden diese Angaben zusätzlich ausgewertet.

Nach etwa vier Wochen erfolgte eine Erinnerung an die Mitarbeiter der Arbeitsgruppe per email.

Die Auswertung wurde von der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit durchgeführt. Der schriftliche Entwurf der Befragungsergebnisse wurde zur Evaluation mit Experten der LinDe ausführlich diskutiert und in die Ergebnisdarstellung integriert.

2.1 Rücklauf

Insgesamt hat etwa die Hälfte der Angeschriebenen geantwortet. Damit kann der Rücklauf dieser schriftlichen Fragebogenaktion als sehr gut bewertet werden. Die zum Teil sehr ausführlichen Angaben der Freitexte lassen auf ein großes Interesse an der Thematik schließen.

	Angeschrieben	Fragebogen ausgefüllt	Rücklaufquote
Geschäftsführungen	28	7	25%
Stationsleitungen Pflege	208	111	53,4%
Ärztliche Leitungen	140	67	47,9%
Gesamt	376	185	49,2%

Die Antworten der Geschäftsführungen ließen keine quantitative Auswertung zu. Daher wurden diese Antworten nur dann herangezogen, wenn ein deutlicher Trend zu erkennen war.

3 Ergebnisse

3.1 Relevanz des Themas in den Krankenhäusern

Zunächst wurde generell die Relevanz von Demenzpatienten im Krankenhaus für die dort Beschäftigten erhoben. Ziel war es, einen Eindruck zu erhalten, inwieweit Demenz im Krankenhausalltag bei den Beschäftigten überhaupt eine Rolle spielt und in welchen Fachabteilungen Demenzerkrankungen einen besonderen Stellenwert haben.

Auf die Frage „Ist das Thema Demenz in Ihrer Klinik von besonderer Relevanz?“ antworteten zwei Drittel der Befragten mit „Ja“. Dieses Ergebnis zeigt deutlich die berufsgruppen- und abteilungsübergreifende Bedeutung der Thematik.

Bei denjenigen Befragten, die eine geringe bzw. keine Relevanz bescheinigten, liegt dies vor allem daran, dass auf ihren Fachabteilungen hauptsächlich jüngere Menschen behandelt werden (z.B. in der Geburtshilfe oder Gynäkologie) und daher kaum Demenzpatienten zu versorgen sind oder dass die Verweildauer dort sehr kurz ist (z.B. bei ambulanten Operationen).

Am häufigsten gaben Mitarbeiter der „Inneren Medizin“ und „anderen Disziplinen“ eine besondere Relevanz an. Bei den „anderen Disziplinen“ wurden hier vor allem die Orthopädie/Unfallchirurgie, die Anästhesie/Intensivmedizin und die Aufnahmestation genannt.

Der Fragebogen enthielt die Bitte, mittels eines Freitextes genauer zu beschreiben, worin die besondere Relevanz bei der Versorgung von Demenzpatienten liegt. Die Antworten zeigen deutlich, welchen Anfor-

derungen sich die Mitarbeiter ausgesetzt sehen.

Beide Berufsgruppen – Ärzte wie auch Pflegende - konstatieren einen hohen personellen Betreuungs- und Zeitaufwand, der mit einer quantitativen Zunahme von Demenzerkrankten im Akutkrankenhaus einhergeht.

Die Pflegenden beschreiben, dass folgende Faktoren eine effektive Pflege von Demenzerkrankten erschweren:

- mangelndes kognitives Verstehen des Patienten,
- mangelnde Compliance,
- Aggressivität und Weglauftendenzen,
- gestörter Tag- und Nachtrhythmus,
- erhöhte Risikofaktoren hinsichtlich Stürzen und Infektionen und damit verbundener Mehraufwand zur Gewährung der Sicherheit des Patienten,
- Probleme bei der postoperativen Pflege; dies ist zum Teil durch die Verschlechterung des Zustandes durch ein Delir und Unruhezustände nach Narkosen bedingt.

Diese besonderen arbeitsintensiven Anforderungen führen für die Pflegenden zu einer erheblichen Mehrverantwortung für die Patienten. Zudem können gewohnte routinierte Arbeitsabläufe durch diese Anforderungen gestört bzw. verändert werden. Für die professionelle Bewältigung solch komplexer Pflegesituationen fehlen nach Aussagen der Befragten Pflegekonzepte und ein angemessener Betreuungsschlüssel. Zu beobachten sei hingegen ein Rückgang des Pflegepersonals in den Akutkrankenhäusern. Des Weiteren wird auf einen erhöhten Materialaufwand hingewiesen, der auch zu mehr Kosten führt.

Auch für die Ärzte stellt die häufig fehlende Compliance einen wichtigen Aspekt der Patientenversorgung dar. Sie beschreiben, dass Diagnose und Therapie erheblich verkompliziert werden und dass die poststationäre Versorgung sich häufig als schwierig darstellt, da Nachbehandlungsvorschläge nicht eingehalten werden. Somit habe eine Demenzerkrankung auch erheblichen Einfluss auf die Rehabilitation.

Als größte Herausforderung sehen die befragten Ärzte die Aufklärung, Einverständniseinholung und Therapieentscheidung. Die Befragten führen in diesem Kontext erhebliche rechtliche Bedenken an, da die Kommunikation mit den Betroffenen wegen der kognitiven Einschränkung besonders schwierig ist und die Einwilligungsfähigkeit infrage steht.

Die Geschäftsführungen sehen die besondere Relevanz insbesondere vor dem Hintergrund der steigenden Fallzahlen von Patienten mit Demenz, vor allem in großen Kliniken, und befürchten, dass der Abbau der Personaldichte bei zunehmender Stationsgröße, zunehmender Patientenzahl pro Pflegekraft sowie dem größeren Pflegeaufwand zu einer Überforderung ihrer Mitarbeiter führt.

3.2 Demenzpatienten im Krankenhaus

3.2.1 Die Aufnahme

Nicht bei allen Demenzpatienten ist die Diagnose bereits bei der Aufnahme bekannt oder wird diagnostiziert. Bei fehlender Kenntnis über eine vorliegende Demenz können sich Ärzte und Pflegende nicht auf die besonderen Bedürfnisse des Patienten einstellen, was zur Folge hat, dass der Umgang erschwert ist oder weitere gesundheitliche Probleme auftreten können (Stichwort: erhöhtes Delirrisiko nach invasiven Diagnose- und Behandlungsmethoden mit einer Narkose).

Daher wurde auch erfragt, inwieweit „eine Demenz bei Aufnahme in der Regel bereits bekannt ist“: „Selten oder nie“, „manchmal“ oder „häufig“?

Knapp die Hälfte der befragten Pflegenden und gut ein Drittel der Ärzte wissen häufig bereits bei der Aufnahme, dass es sich um einen Demenzpatienten handelt. Nur wenige Befragte haben geantwortet, dass sie selten oder nie Kenntnis darüber haben. Die übrigen wissen manchmal darüber Bescheid.

Angesichts der Problematik unerkannter Demenzen im Krankenhaus ist hier Verbesserungsbedarf zu konstatieren. Dies ist kein Bremer Phänomen, sondern wurde auch in bundesweiten Studien belegt. Dabei scheinen weniger Defizite in der Informationsübermittlung vorzuliegen, sondern in der unzureichenden Diagnostik vor dem Krankenhausaufenthalt (Kleina & Wingenfeld 2007).

Eine weitere Frage zielte darauf ab zu ermitteln, inwieweit es Assessments oder Instrumente zur Feststellung einer Demenz auf den Stationen gibt. Dies scheint kein Standard zu sein. Lediglich rund ein Viertel

der befragten Stationsleitungen Pflege und 22% der befragten Ärztlichen Leitungen bejahten die Frage nach solchen Verfahren. Diese werden vor allem in der Psychiatrie und der Geriatrie durchgeführt, weniger aber in der Inneren Medizin, wo jedoch eine besondere Relevanz dementieller Erkrankungen bescheinigt wurde.

Die Befragten konnten in einem Freitext beschreiben, um welche Verfahren es sich dabei handelt. Nach Aussage der Pflegenden wird am häufigsten der Mini-Mental-Status durchgeführt. Dieser Test erfasst die Orientierung, die Merk- und Erinnerungsfähigkeit, die Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit, die Sprache, die Fähigkeit, Anweisungen zu befolgen, Nachzeichnen und kognitive Beeinträchtigungen (Volkmar et al., 2005). An zweiter Stelle steht eine neuropsychologische Untersuchung, ggf. in Kombination mit dem Mini-Mental-Status.

Die Ärzte nannten als häufigstes Diagnoseinstrument DemTect. Dieser Test bildet fünf Leistungsbereiche ab (Neugedächtnisbildung, mentale Flexibilität, Sprachproduktion, Aufmerksamkeit, Gedächtnisabruf) (Volkmar et al., 2005).

In der Befragung sollte zudem eruiert werden, welche Indikationen für den Einsatz solcher Instrumente vorliegen müssen – ob diese Tests z.B. grundsätzlich bei allen Aufnahmen eingesetzt werden oder bei Patienten ab einem bestimmten Alter oder erst dann, wenn der Patient „auffällig“ ist. Die Antworten belegen, dass insbesondere Letzteres der Fall ist.

Als Verbesserungsmöglichkeit schlugen die Ärzte vor, bei neu diagnostizierter Demenz oder Verdacht auf Demenz die Geriatrie einzubeziehen, ein neurologisches Konsil vorzunehmen und bei bekannter Demenz dann eine zeitnahe Vorstellung bzw. Verlegung in die Geriatrie in

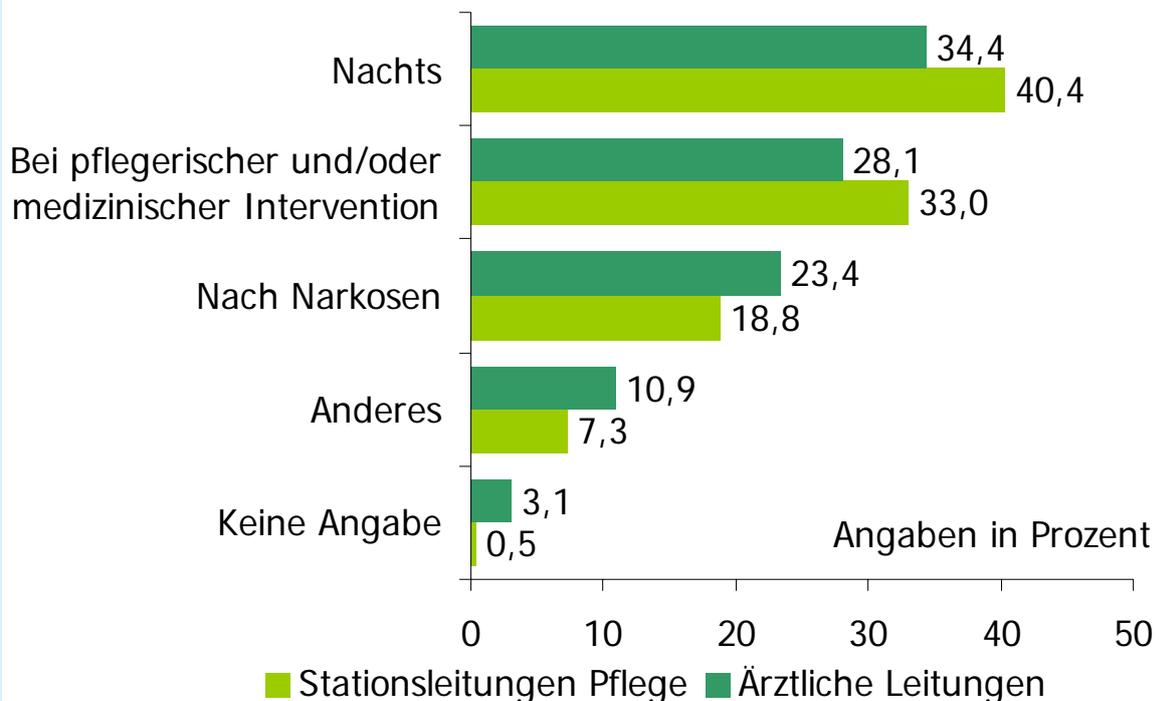
die Wege zu leiten. Die Nutzung des dortigen Assessments bzw. der Ressourcen wird als sehr sinnvoll erachtet. Insbesondere für die frühzeitige Planung der Behandlung nach der Intensivstation (post-ICU) sei ein standardisiertes Verfahren bei Aufnahme zu begrüßen.

3.2.2 Der Umgang mit Demenzpatienten

Wie im vorigen Abschnitt gezeigt wurde, wissen die Beschäftigten nicht bei allen Demenzkranken bei der Aufnahme über diese Diagnose Bescheid. Daher wurde auch gefragt, in welchen Situationen die besonderen Verhaltensweisen von nicht diagnostizierten Demenzpatienten besonders auffallen.

Übereinstimmend antworteten Ärzte wie auch Pflegende, dass Demzenerkrankungen, die vorher nicht bekannt sind, vor allem nachts auffallen sowie bei pflegerischen und medizinischen Interventionen. Dies betrifft z.B. die Mobilisation oder die Umsetzung von Therapieanweisungen. An dritter Stelle steht der Zustand nach Narkosen. Dies ist bedenklich im Hinblick auf das bereits erwähnte höhere Delirrisiko bei Demenzpatienten.

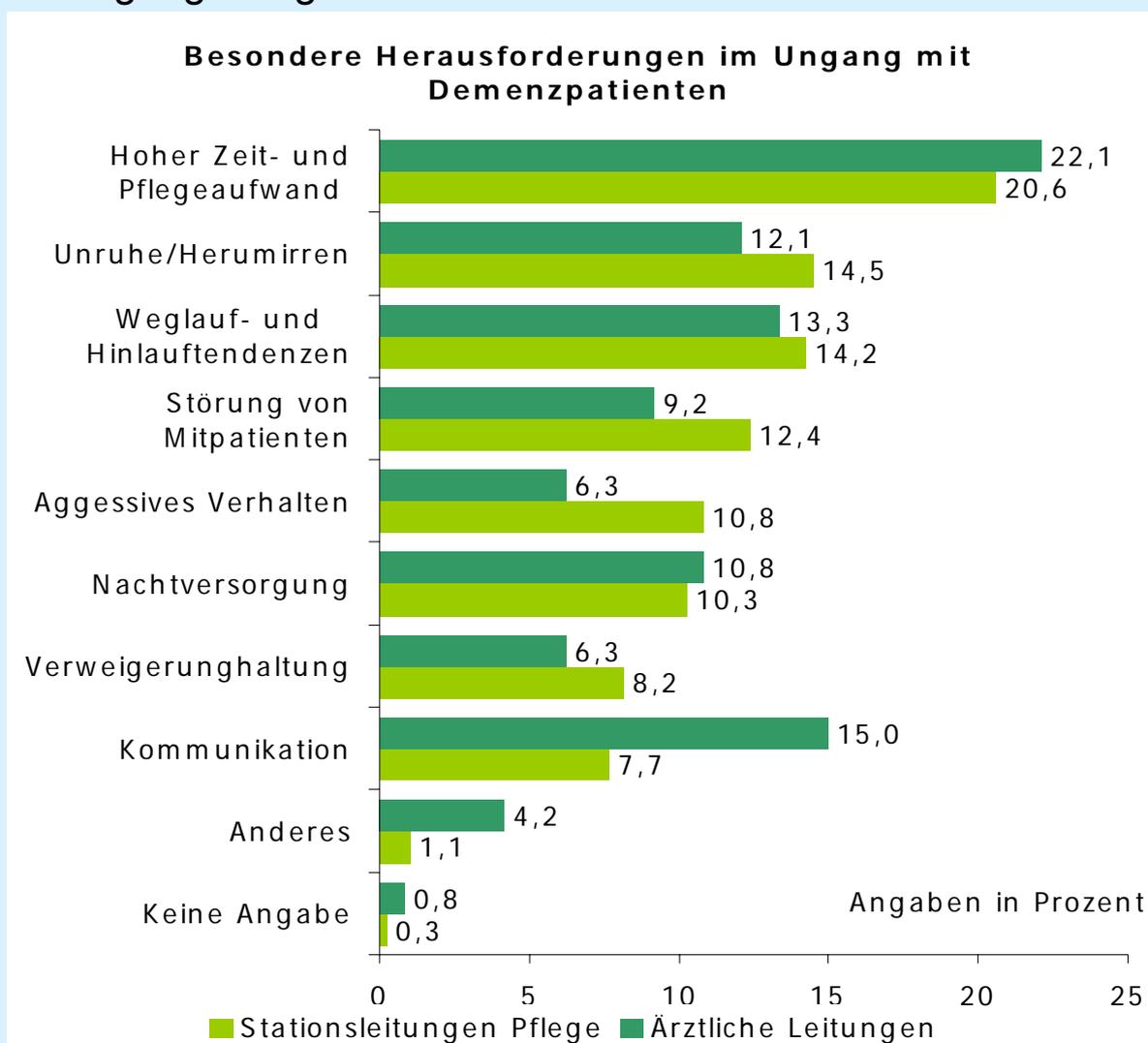
Wann fallen Demenzerkrankungen auf, wenn sie nicht diagnostiziert wurden?



Aber auch bei bekannter Demenzdiagnose ist der Umgang mit Demenzpatienten mit einigen Herausforderungen für die Pflegenden und die Ärzte verbunden. Mit der Befragung sollte ermittelt werden, welche Aspekte der Demenzerkrankung es genau sind, die für Beschäftigten besonders wichtig sind – um Ansatzpunkte für mögliche Verbesserungen zu identifizieren.

Wie bereits bei der ersten Frage nach der Relevanz des Themas Demenz in den Krankenhäusern wurde hier von den Ärzten wie auch von den Pflegenden vor allem der hohe Zeit- und Pflegeaufwand genannt.

An zweiter Stelle stehen bei den Pflegenden die Unruhe, das Herumirren und die Weglauf- und Hinlauftendenzen der Patienten, während die Ärzte insbesondere Probleme mit der Kommunikation beschreiben. Sie weisen hier noch einmal auf die medizinische Aufklärung und die Arztvisiten hin und heben auch hier noch einmal besonders - analog zur Antwort auf die Frage, welche Relevanz das Thema Demenz hat – die Problematik der Aufklärung, Einverständniseinholung und Therapieentscheidung hervor, verbunden mit rechtlichen Bedenken im Hinblick auf die Einwilligungsfähigkeit.



Die Liste der besonderen Herausforderungen wurde von den Pflegenden ergänzt durch die Themen Angehörigenbetreuung, Problematik der Nahrungs- und Medikamentenverweigerung und nicht vorhandene Therapiecompliance.

Von mehreren befragten Pflegenden wird die Meinung vertreten, dass demenzkranke Patienten grundsätzlich so schnell wie möglich wieder in ihre gewohnte Umgebung zurück müssten. Einige Pflegende geben an, den Aufenthalt von Demenzpatienten deshalb so kurz wie möglich zu halten. Allerdings wird hier eingeschränkt, dass es bei extrem kurzer Liegedauer, für die Patienten schwierig ist, sich an die Mitarbeiter des Krankenhauses zu gewöhnen bzw. eine Beziehung aufbauen zu können.

3.3 Konzepte und Angebote für Demenzpatienten

3.3.1 Einbeziehung von Angehörigen

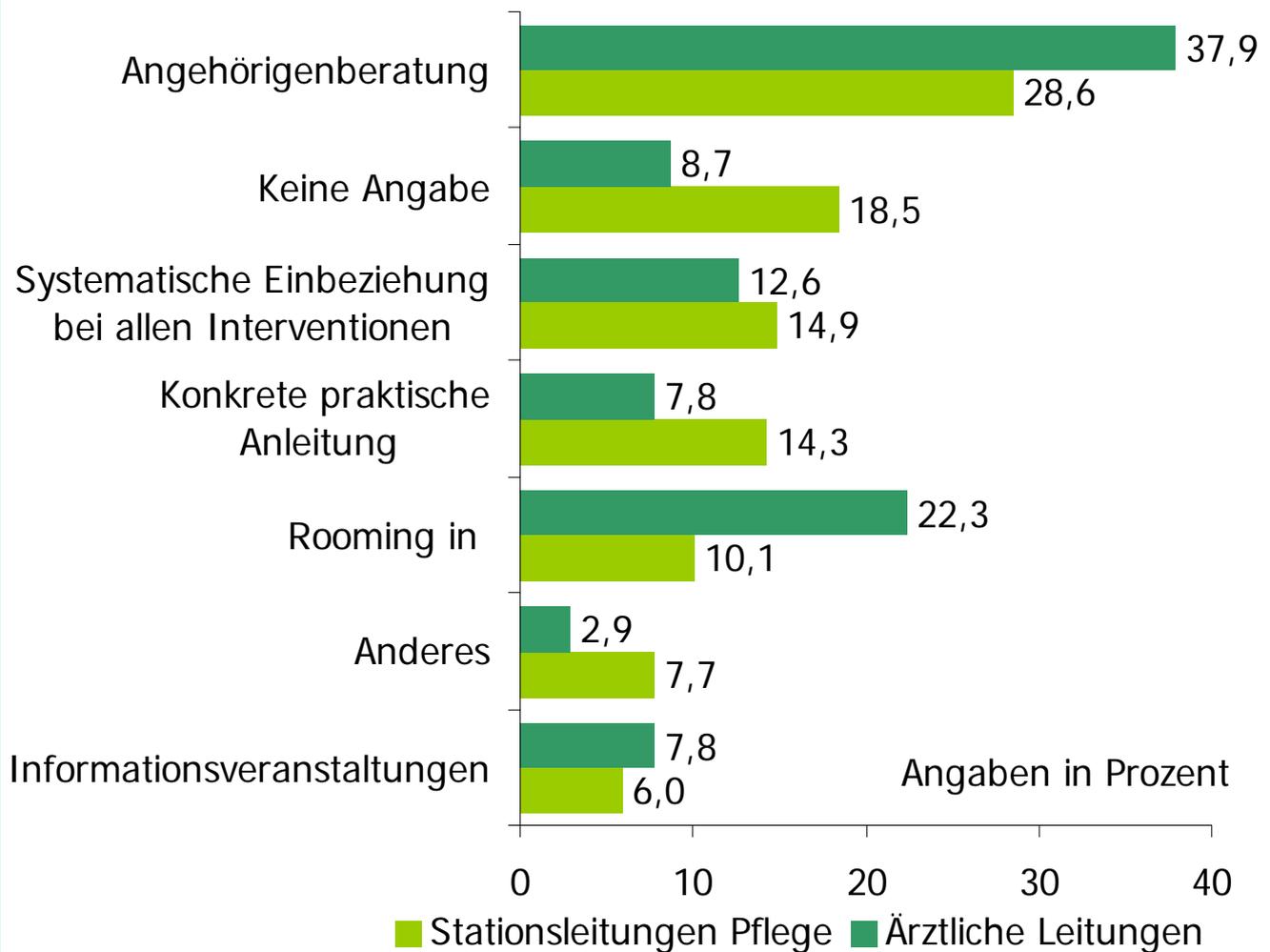
Angehörige sind sowohl für die Betroffenen selbst als auch für die Ärzte und Pflegenden ein wichtiger Partner im Versorgungsprozess. Für den Demenzpatienten bedeutet eine vertraute Person häufig eine Verringerung der Ängste und damit einhergehend auch der Symptome. So berichten die Pflegenden, dass sich die Symptome einer Demenzerkrankung bei Abwesenheit von Angehörigen verschlimmern.

Für die Pflegenden und Ärzte verfügen Angehörige oftmals über zentrale Informationen über den Patienten und können ggf. seine Compliance positiv beeinflussen. Daher ist die Einbeziehung von Angehörigen ein wichtiger Parameter bei der Versorgung von Demenzpatienten.

Um zu erfahren, wie die Kooperation mit Angehörigen gehandhabt wird, wurde auch gefragt, „welche Konzepte der Einbeziehung von Angehörigen in den Fachabteilungen/Stationen der Bremer Krankenhäuser – bezogen auf Demenz - umgesetzt oder konkret geplant sind“.

Am häufigsten wurde hier die Angehörigenberatung genannt. Da jedoch nicht näher gefragt wurde, wie sich diese gestaltet, liegen keine weiteren Informationen über Quantität und Qualität vor. An zweiter Stelle steht – zumindest bei den Ärzten – das „Rooming in“, also die Möglichkeit, dass eine vertraute Person den Erkrankten begleitet und auch über Nacht mit im Krankenhaus bleibt. Die Pflegenden nannten die Option deutlich weniger. Worin diese Differenz begründet ist, konnte nicht ermittelt werden.

Einbeziehung von Angehörigen



Insgesamt scheint eine strukturierte Einbeziehung von Angehörigen nicht durchgehend verbreitet zu sein, so dass auch hier Verbesserungsbedarf zu konstatieren ist. Diese Einschätzung wird durch Empfehlungen der Pflegenden gestärkt, Angehörige auch nachts zur Unterstützung und bei der Nahrungsaufnahme des Patienten einzubeziehen.

Für Demenzpatienten ist ein Ortswechsel in eine andere Umgebung eine große Umstellung. Vielfach finden sie sich nicht zurecht, was die Symptomatik des Herumirrens und ihre Ängste noch verstärken kann. Spezielle Räumlichkeiten oder Gestaltungselemente können hier unterstützend wirken.

Diese Optionen scheinen jedoch in den Bremer Krankenhäusern recht wenig ausgeprägt zu sein. Drei Viertel der Pflegenden und 85% der Ärzte machten zu der Frage „Gibt es spezielle Räumlichkeiten oder Gestaltungselemente für Demenzkranke in Ihrer Fachabteilung/Station?“ keine Angaben. Da die Fragebögen insgesamt recht vollständig ausgefüllt wurden, kann davon ausgegangen werden, dass diese kaum vorhanden sind.

Lediglich 10% der Pflegenden und einige wenige Ärzte berichten von farblich gestalteten Orientierungs- und Aufenthaltsorten - am ehesten in der Geriatrie und in den „Anderen Disziplinen“. Andere Alternativen, die erfragt wurden, wie z.B. besondere, wohnlich eingerichtete Räume oder spezielle Lichtgestaltung scheint es überhaupt nicht zu geben.

Dass insbesondere die Pflegenden hier Handlungsbedarf sehen, zeigen die abgegebenen Empfehlungen, die hier gar nicht abgefragt wurden. Sie nennen z.B. die bessere Kennzeichnung von Türen, Armbänder für die Patienten mit Namen und Station sowie Nachtlichter.

3.3.3 Spezielle Bewegungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten

Beschäftigung und Bewegung stellen wichtige Faktoren für die Lebensqualität von Demenzkranken dar. Sie tragen dazu bei, Fähigkeiten zu stärken, die dem Demenzkranken noch erhalten geblieben sind. In der ungewohnten Umgebung des Krankenhauses können sie den Patienten etwas ablenken oder auch dazu beitragen, dass der Patient nachts etwas ruhiger ist.

Spezielle Bewegungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Demenzkranke scheint es nach Auskunft der Ärzte und Pflegenden auf den Stationen der Bremer Krankenhäuser kaum zu geben. 85% der Pflegenden und 93% der Ärzte antworteten auf diese Frage mit „nein“.

Wenn vorhanden, dann sind nach Aussagen der Pflegenden vor allem ergotherapeutische Beschäftigungsangebote, insbesondere Tätigkeiten wie z.B. Spielen, Basteln, Handarbeit, Mandalas oder freies Malen sowie Postkarten sortieren etc. Als zweiter wichtiger Beschäftigungsbereich für Demenzerkrankte wird die Krankengymnastik und Physiotherapie genannt. Hier werden gezielt Bewegungstherapie, Bewegungsbad und die sog. Hockergymnastik angeboten. Die Ergotherapie und Bewegungstherapie erfolgen entweder in individueller Anleitung oder in einer Gruppe. Als sogenannte situationsbedingte Beschäftigungsangebote werden Spielen, Biographiearbeit, 10-Minuten-Aktivierung, Qi-Gong, Berührungseinheiten, Massagen sowie Aromatherapie erwähnt. Weitere Aktivierungsbereiche sind die Kunsttherapie, Musiktherapie sowie Besuche und Spaziergänge mit Ehrenamtlichen z.B. mit den „grünen Damen“.

Von den Ärzten haben sich lediglich zwei (von insgesamt 67) zu dieser Frage geäußert und auf spezielle Bewegungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten bei der Nachbehandlung in der geriatrischen Abteilung

des Hauses bzw. auf eine kognitiv spielerische Ergotherapie, Physiotherapie und neurologisch-psychiatrische Mitbehandlung hingewiesen.

Basierend auf den Antworten, die das Vorhandensein von speziellen Bewegungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten verneinen, halten 60% der Pflegenden diese jedoch für notwendig. Sie sehen die Vorteile vor allem darin, dass herausforderndes Verhalten reduziert wird, dass Patienten sich sicherer fühlen, abgelenkt werden oder ihrem häufig starken Bewegungsdrang nachgehen können. Ein Beschäftigungsprogramm am Tage könne auch zu einer besseren Nachtruhe führen. Als weitere Vorteile wurden die Verringerung der Sturzgefahr und die Reduzierung von Sedativa genannt.

Als problematisch wurde in diesem Zusammenhang die Personalsituation bewertet. Viele Befragte postulieren, dass bei der derzeitigen personellen Besetzung und dem Fehlen entsprechender Räumlichkeiten Beschäftigungsprogramme für ihre Station nicht umsetzbar seien. Dazu müsste in jedem Fall eine Entlastung des Pflegepersonals hergestellt werden.

Einige Pflegende schlagen vor, einen besonders eingerichteten Raum zur Beschäftigung mit wenig Verletzungsgefahr zu schaffen.

Bei den Ärztlichen Leitungen sieht die Einschätzung der Notwendigkeit von Bewegungs- und Beschäftigungsprogrammen etwas anders aus. Hier sprechen sich lediglich 39% für solche Möglichkeiten aus, 36% halten sie nicht für notwendig und ein Viertel hat dazu keine Angaben gemacht.

Die befragten Geschäftsführer bejahen die Notwendigkeit von speziellen Beschäftigungsangeboten, insbesondere der Ergotherapie.

3.4 Schnittstellenmanagement

Bei der Aufnahme wie auch bei der Entlassung von Demenzpatienten gilt es, relevante Informationen über den Patienten an die jeweils versorgenden Stellen weiterzugeben. An diesem Prozess sind ambulante Ärzte, Krankenhäuser, ggf. Einrichtungen der Altenhilfe und auch Angehörige beteiligt. Eine reibungslose Informationsweitergabe kommt dem Patienten selbst, aber auch den übrigen am Versorgungsprozess Beteiligten zugute.

In der Befragung wurde daher erhoben, inwieweit es in den Krankenhäusern „standardisierte Verfahren mit Kooperationspartnern bei der Aufnahme und bei der Entlassung von Demenzpatienten“ gibt.

Hinsichtlich der Aufnahme bejahten ein Drittel der befragten Pflegenden das Vorhandensein solcher Verfahren. Als Instrumente wurden vor allem Überleitungsbögen genannt. Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten oder Einrichtungen der Altenhilfe, die ebenfalls als Optionen im Fragebogen aufgeführt waren, wurden dagegen kaum genannt. Zusätzlich zu diesen vorgeschlagenen Optionen wurden weitere Instrumente angegeben, die in den Krankenhäusern genutzt werden:

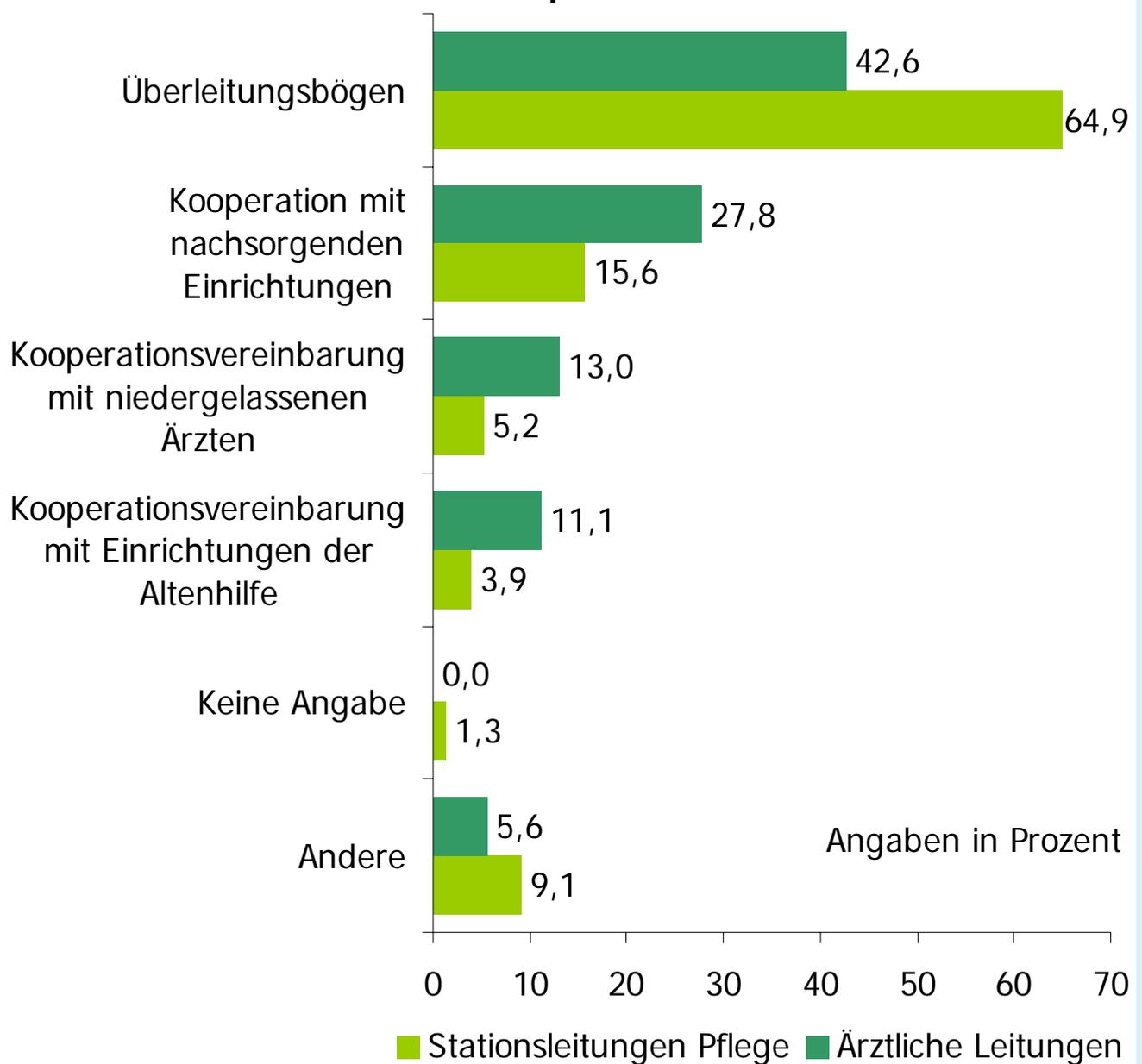
- Assessmentbögen in Zusammenarbeit mit Angehörigen,
- Zusammenarbeit mit den Krankenhaussozialdiensten sowie dem sozialpsychiatrischen Dienst,
- persönlicher Kontakt zu Kontaktpersonen von Demenzpatienten, Kontakte zur Demenz-Informations- und Koordinationsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Bremen e.V. (DIKS).

38% der befragten Pflegenden verfügen über keine standardisierten Instrumente bei der Aufnahme von Demenzpatienten, halten diese aber grundsätzlich für notwendig. Hierbei werden Überleitungsbögen als sehr sinnvoll erachtet. Die derzeitig verwendeten Versionen dieser Bögen werden für Demenzpatienten jedoch als nicht ausreichend bewertet, da lediglich sehr knappe Informationen wie das Vorhandensein einer Orientierungsstörung angegeben bzw. die ärztliche Diagnose "Demenz" angekreuzt werden kann. Eine genauere Beschreibung wäre hilfreich, und auch mehr Informationen zu Ressourcen und speziellem Umgang mit dem Patienten wären wünschenswert.

Bei den Ärzten finden sich nur wenige Nennungen zu der Frage, ob es bei der Aufnahme standardisierte Verfahren mit Kooperationspartnern gibt. 30% der befragten Ärzte geben explizit an, kein Verfahren vorzuhalten, betonen aber die Notwendigkeit. Hier müssten also Strukturen geschaffen werden, die den Informationsfluss verbessern.

Bei der Entlassung von Demenzpatienten scheint die Informationsweiterleitung insgesamt verbreiteter und strukturierter zu sein als bei der Aufnahme. So nennen knapp die Hälfte der Pflegenden und der Ärzte standardisierte Verfahren mit Kooperationspartnern. Auch hier werden am häufigsten Überleitungsbögen verwendet. Und ebenso findet sich die Kritik wieder, dass die Standard-Bögen zu wenige Parameter zur Beschreibung der Demenzerkrankung und der jeweiligen besonderen Bedürfnisse bieten.

Schnittstellenmanagement bei der Entlassung von Demenzpatienten



Eine Kooperation mit nachsorgenden Einrichtungen bestätigten 28% der Ärztlichen Leitungen und 16% der Stationsleitungen Pflege. Zudem gibt es auch Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten und Einrichtungen der Altenhilfe. Häufig wird auf den Sozialdienst im Haus verwiesen, der die Aufgabe hat, mit den Kooperationspartnern zu kommunizieren.

Zusätzlich wurden „andere“ Verfahren von den Pflegenden im Freitext angegeben: Hierbei handelt es sich um Kontakte bzw. Kooperationsvereinbarungen zu den Krankenhaussozialdiensten, aber auch nachsorgenden Einrichtungen. Einige Pflegende geben an, Case-Manager für die Überleitung einzusetzen. Andere übergeben den Patienten immer telefonisch an den "Neuversorger". Ein persönlicher Kontakt zu betreuenden Personen bzw. Angehörigen bei Entlassung wurde als notwendig angesehen.

Von den Pflegenden und den Ärzten werden standardisierte Verfahren bei der Entlassung grundsätzlich positiv bewertet, da sie die Transparenz den Informationsfluss fördern.

Einige Befragte zeigen sich aber auch zufrieden mit ihrem System der Überleitung. Beispielsweise werden bei der Verlegung sog. Pflegeverlegungsberichte der Kurzzeitpflege oder dem Heim mitgegeben. Hier könnte auf Besonderheiten im Umgang mit Patienten hingewiesen werden.

3.5 Aus-, Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten

Das Wissen um die Ursachen und die Symptomatik von Demenzerkrankungen sowie praktische Handlungsanweisungen können den Umgang mit Demenzerkrankten erleichtern. Dieses Wissen muss jedoch auch dorthin vermittelt werden, wo es notwendig ist, d.h. an die verschiedenen Beschäftigungsgruppen im Krankenhaus. Hierfür bieten sich unterschiedliche Konzepte der Aus-, Fort- und Weiterbildung an.

Welche Konzepte es in den Bremer Krankenhäusern gibt, wurde mit der Frage: „Gibt es in Ihrer Fachabteilung/Station spezielle Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für den Umgang mit Demenzkranken?“ erhoben. Die Antworten zeigen, dass etwa der Hälfte der Pflegenden solche Maßnahmen angeboten werden.

Dabei liegen die Themen schwerpunktmäßig im Bereich der Gerontopsychiatrie. Hier werden Inhalte, wie die „Verrückte Welt im Alter“, „Diagnostik und Behandlung von Patienten mit dementiellen Störungen“, „Kinästhetik“, „Konflikt und Deeskalationstraining“ und „Psychosoziale Betreuung im Alter“ behandelt, aber auch der spezifische Fokus „Pflege und Betreuung dementiell erkrankter Menschen im Krankenhaus“. Auch das Kommunikationskonzept der Validation wird an vielen Häusern gelehrt.

Ein Klinikum beschreibt, Demenzbeauftragte pro Station einzusetzen, die gesondert dafür geschult werden und dafür zuständig sind, als Multiplikatoren das Wissen an die Kollegen des Pflorgeteams weiterzugeben.

Als Träger der Fort- und Weiterbildungen werden hauptsächlich die innerbetrieblichen Fortbildungsabteilungen der einzelnen Krankenhäuser genannt, es gibt aber auch abteilungsinterne Fortbildungen. Externe

Veranstalter sind z.B. die Agentur für Arbeit (WeGeBau), Seminare anderer Institutionen, Fachkongresse und eine Pharmafirma. Zudem wurde auf die Weiterbildung zur „Staatlich anerkannten Fachpflegekraft für Gerontologie und Gerontopsychiatrie“ in Bremen hingewiesen und in diesem Rahmen die Hospitation in einem Heim für Demenzkranke.

Ein Teil der befragten Pflegenden bewertete das derzeitige Fortbildungsangebot in den Krankenhausträger als zu gering. Häufig seien diese Angebote dann überlaufen.

Bei den Ärzten gaben 43% an, dass für ihre Berufsgruppe regelmäßig interne sowie externe Fortbildungsangebote vorgehalten werden. Einige befragte Ärzte betonen, dass ein Austausch zwischen den Fachärztlichen Abteilungen bei den Fortbildungen verfolgt wird, z.B. zwischen Pharmakotherapie und Neurologie sowie niedergelassenen Ärzten. Zudem werden regelmäßig Fortbildungen durch Neuropsychologen, der Geriatrie und der Rehabilitation angeboten. Thematisch werden hier Fragen wie z.B. „Narkose und Demenz“ oder „Demenz und assoziierte Erkrankungen“ besprochen. Auch wird hervorgehoben, dass es für neue Mitarbeiter Einführungsfortbildungen zum Thema gibt. Ein Arzt gibt an, abteilungsinterne Leitlinien vorzuhalten.

Schaut man sich die Ergebnisse an, so ist festzuhalten, dass es eine ganze Reihe von Fortbildungsmaßnahmen gibt, die sich mit Demenzerkrankungen im Krankenhaus befassen. Die vorrangigen Zielgruppen sind die Pflegenden, gefolgt von Ärzten und Therapeuten. Andere Zielgruppen, nach denen gefragt wurde, wie z.B. Sozialarbeiter oder Mitarbeiter der Hauswirtschaft wurde kaum bis gar nicht genannt.

Bei der Bewertung der Ergebnisse sollte beachtet werden, dass 36% der befragten Pflegenden und 57% der Ärzte angaben, keinerlei Fortbildungsangebote zum Thema „Demenz“ zu erhalten. Dies wird nur zu einem geringen Teil mit niedrigen Fallzahlen von Demenzerkrankten oder sehr kurzen Liegezeiten von Demenzpatienten auf den jeweiligen Stationen begründet.

Der Wunsch nach solchen Angeboten besteht: 80% der Pflegenden und 61% der Ärzte, die angegeben haben, dass solche Fortbildungsmaßnahmen nicht angeboten werden, halten diese für notwendig, insbesondere vor dem Hintergrund der demografisch bedingten Zunahme von Demenzerkrankten.

In den Freitexten wurden sehr ausführlich zahlreiche Argumente und Wünsche für den Ausbau des Fort- und Weiterbildungsangebotes genannt – ein Umstand, der auf eine nicht zufriedenstellende derzeitige Situation hinweist. Als gewünschte thematische Schwerpunkte werden aufgeführt:

→ von den Pflegenden:

- Fortbildungen, die auf das bessere Verständnis für die Belange und spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz hinwirken, insbesondere die Schulung der kommunikativen Kompetenz;
- der Einsatz von Empathie und Akzeptanz z.B. durch die Methode der Validation, da diese zu einer Reduzierung von Überforderungssituationen und Ängsten beitragen kann und damit das Wohlbefinden des Patienten gesteigert wird;

- Fortbildungen, die Pflegende in die Lage versetzen, ein kompetentes Pflegekonzept für den professionellen Umgang mit Demenzkranken zu entwickeln (Anleitung, Beratung und Pflege von Demenzerkrankten unter Einbeziehung von Standards spezieller Pflege und Behandlung);
- Förderung von Ressourcen bei Menschen mit Demenz;
- Möglichkeiten zur sinnvollen Beschäftigung von Demenzkranken;
- das Erlernen von gezielten Interventionstechniken z.B. Anti-Eskalationstraining (speziell bei gewalttätigen Patienten);
- die Unterscheidung zu anderen Differentialdiagnosen z.B. Patienten mit Hirnmetastasen oder auch Depression;
- die Verbesserung der Kommunikation mit den Angehörigen, z.B. durch Rhetorikhilfen;
- die Vermeidung von Überforderungen der Pflegenden selbst mit dem Ziel einer Verbesserung des Umgangs durch z.B. mehr Ruhe, Gelassenheit und mehr Selbstsicherheit bei den Pflegenden.

→ von den Ärzten

- bessere Patientenversorgung, da dies im Ergebnis Ressourcen spart;
- psychosoziale Schulungen;

- Auswirkungen von medizinischen oder pharmakologischen Therapien z.B. über das postoperative Delir;
- rechtliche Besonderheiten bezüglich der Problematik der Einwilligung in medizinische Maßnahmen, da bei fehlender Einwilligungsmöglichkeit medizinische Eingriffe sorgfältig geplant werden müssen;
- Reduzierung der pharmakologischen und Fixierungsmaßnahmen.

4 Zusammenfassung

Ziel der schriftlichen Befragung der Ärztlichen Leitungen, der Stationsleitungen Pflege und der Geschäftsführer der Bremer Krankenhäuser war es, neben der Einschätzung, wie relevant die Versorgung von Demenzerkrankten in ihrem Arbeitsalltag ist, differenzierte Daten zur institutionellen Umsetzung und Gestaltung der Versorgung dieser Patientengruppe zu erheben sowie Ansätze für Verbesserungen zu eruieren. Hierbei wurde der Focus sowohl auf die Patienten mit ihren speziellen Bedürfnissen wie auch auf die Beschäftigten, die diese Patientengruppe versorgen, gerichtet.

Etwa zwei Drittel der Befragten bescheinigten eine besondere Relevanz des Themas „Demenz“ auf ihrer Station bzw. in ihrer Abteilung – insbesondere in der Inneren Medizin.

Die Gruppe der Pflegenden sahen deutlich mehr als die Ärzte die besonderen Herausforderungen im Umgang mit Demenzpatienten und gaben die meisten Anregungen für Verbesserungen.

Am Schluss des Fragebogens erhielten die Befragten die Möglichkeit, ihre Wünsche im Umgang mit Demenzpatienten in ihrem Krankenhaus zu äußern. Von dieser Option wurde vielfach und intensiv Gebrauch gemacht. Vor dem Hintergrund eines eng getakteten Stationsalltags, dem die meisten Befragten unterliegen, zeigt dieses Engagement, wie dringlich angemessene Versorgungskonzepte benötigt werden.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung zusammengefasst und mit Ergebnissen aus Studien sowie mit den Ergebnissen eines Gesprächs mit Experten der LinDe angereichert.

Zudem wird aus Sicht des Ressorts Gesundheit eine Priorisierung der wichtigsten Maßnahmen, die in der Zukunft kurz- mittel- bzw. langfristig umgesetzt werden sollen, vorgenommen.

Unter „kurzfristig“ werden Maßnahmen verstanden, die ohne viel Aufwand implementiert werden können und in einem Zeitraum von einem Jahr umgesetzt werden können. „Mittelfristige Maßnahmen“ benötigen einen Umsetzungszeitraum von zwei bis drei Jahren und bedürfen grundsätzlicher Veränderungen wie z.B. Umbaumaßnahmen. Unter „langfristig“ werden Maßnahmen verstanden wie z.B. die Durchsetzung einer angemessenen Finanzierung, die voraussichtlich in einem Zeitraum von fünf Jahren umzusetzen sind.

Mit diesem differenzierten Maßnahmenpaket liegt eine fundierte Handlungsgrundlage für die Verbesserung der Versorgung von Demenzpatienten im Akutkrankenhaus im Land Bremen vor.

Kurzfristige Maßnahmen:

Qualifizierung von Mitarbeitern

Ein zentrales Ergebnis der Befragung ist, dass wesentlich mehr verpflichtende Fortbildungen zum Thema „Demenz“ von Seiten der Krankenhausträger angeboten werden müssen. Den Pflegenden mangelt es an Wissen über die Erkrankung Demenz, aber vor allem auch an konkreter Handlungskompetenz im Umgang mit Demenzkranken. Dabei wird insbesondere das Wissen um eine angemessene und einfühlsame Kommunikation eingefordert. Dies stellt einen zentralen Ansatz für Verbesserungen der Versorgung dar, da viele Probleme durch eine intensive Beziehungsarbeit zwischen Patient und Pflegenden kompensiert werden können. Zudem wird gewünscht, dass neue Betreuungsansätze im Umgang mit Demenzkranken wie z.B. Biographiearbeit in die Fortbildungsangebote einfließen sollen.

Die Ärzte wünschen mehr Fortbildungen zu fachspezifischen Fragen im interdisziplinären Austausch innerhalb der Medizin.

Zudem ist es erforderlich, nicht nur die Pflegenden und Ärzte zu schulen, sondern alle Berufsgruppen im Krankenhaus. Dazu zählt auch die Hauswirtschaft im Hinblick auf Anpassungen der Essenszubereitung (z.B. Fingerfood).

Als eine Fortbildungsmöglichkeit für alle Berufsgruppen sollte die Hospitation in Einrichtungen für Demenzerkrankte fokussiert werden. Hilfreich ist auch eine kontinuierliche Evaluation des pflegerischen Handelns durch externe Demenzberater. Dadurch können Verhaltensweisen und Betreuungskonzepte immer wieder neu überdacht und angepasst werden.

Das Aktionsbündnis LinDe plant derzeit als Unterstützung der Fortbildungsaktivitäten zum Thema Demenz die Erstellung eines sektorenübergreifenden Fortbildungskonzeptes für alle Mitarbeiter von Gesundheitseinrichtungen in Bremen. Hier sollen vorhandene Fortbildungskonzepte nach überprüfbaren Kriterien verglichen und gute Konzepte empfohlen und ausgetauscht werden.

Entwicklung von Konzepten für die stärkere Einbeziehung der Angehörigen und Ehrenamtlichen

Angehörige können unterstützend und positiv wirken. Dies gilt grundsätzlich für alle Patienten. Angehörige spielen für Demenzerkrankte jedoch eine besonders wichtige Rolle.

Für Demenzerkrankte stellt ihre Anwesenheit etwas Vertrautes in der fremden Umgebung dar – insbesondere bei Behandlungen und Untersuchungen, deren Sinn sie mitunter nicht verstehen.

Zum anderen können Angehörige den Pflegenden wichtige Informationen über den Patienten geben und bei der Kommunikation zwischen Ärzten bzw. Pflegenden helfen. Dieses „Potential“ sollte noch stärker als bisher genutzt werden. Wünschenswert ist eine Begegnung, bei der die Professionellen die Angehörigen als Partner auf Augenhöhe im Versorgungsprozess anerkennen.

Die Krankenhausträger sind aufgefordert, Möglichkeiten für ein kostenloses Rooming-in anzubieten: Angehörige können mit aufgenommen werden und gemeinsam mit der Pflegekraft den Tagesablauf planen.

Sinnvoll ist auch eine Schulung von Angehörigen vor der Entlassung von Demenzpatienten. Falls absehbar ist, dass eine Versorgung zu Hause bald nicht mehr möglich ist, sollten auch Schulungen für eine Heimvorbereitung vom Krankenhaus angeboten werden.

Neben den Angehörigen ist die Einbeziehung von mehr ehrenamtlichen Helfern in die Betreuung sinnvoll, z.B. die sog. „grünen Damen“. Eine andere Form der Unterstützung des Pflegepersonals wird in der Bereitstellung von Begleitpersonen für diagnostische Untersuchungen gesehen.

Eine weitere Strategie sollte sein, das Krankenhaus für die Angehörigen weiter zu öffnen, indem z.B. Selbsthilfegruppen im Krankenhaus angesiedelt werden. Die Einrichtung einer Sprechstunde in der Institutsambulanz für Angehörige von Demenzkranken würde aus Sicht der Befragten die notwendige Angehörigenarbeit ebenso unterstützen.

Frühzeitige Diagnose und Verbesserung des Schnittstellenmanagements

Die Kenntnis über die Diagnose Demenz bei der Aufnahme ist für die medizinische und pflegerische Versorgung von größter Bedeutung, da sich Ärzte und Pflegende besser auf die Versorgungssituation einstellen können und gleich zu Anfang den Bedürfnissen des Patienten besser entsprochen werden kann – und nicht erst, wenn der Demenzkranke „auffällt“.

Sehr hilfreich ist es, wenn eine Diagnosestellung bereits im ambulanten Bereich erfolgt ist. Die Befragung ergibt, dass dies selten der Fall zu sein scheint. Daher gilt es, die Hausärzte und die niedergelassenen Ärzte anderer Disziplinen entsprechend zu sensibilisieren und fortzubilden. Hierzu plant die Aktionsgruppe LinDe, in Zusammenarbeit mit der Bremer Ärztekammer und dem Hausärzterverband, die Erstellung eines Fortbildungsangebots für Bremer Ärzte.

Im Krankenhaus ist eine routinemäßige Durchführung eines Assessments oder die Anwendung eines Instrumentes zur frühzeitigen Feststellung einer Demenz bei der Aufnahme in den Krankenhäusern dringend notwendig. Wie die Befragung zeigte, sind diese Maßnahmen noch längst kein Standard. Die Einführung dieser spezifischen Diagnoseinstrumente ist deshalb geboten.

Des Weiteren sind die Instrumente zur Informationsweitergabe, insbesondere die Überleitungsbögen, verbesserungswürdig, da sie zu wenige und zu ungenaue Informationen über die jeweilige spezielle dementielle Symptomatik und Bedürfnisse des Patienten enthalten.

Das Demenz-Servicezentrum Nordrhein-Westfalen und die Stadt Köln haben spezielle Überleitungsbögen für Demenzpatienten entwickelt (siehe Literatur). Der Einsatz solcher Bögen ist jedoch nur dann sinnvoll, wenn sie auch ausgefüllt werden. Erfahrungen zeigen, dass dies nur dann ausreichend geschieht, wenn es entsprechende Kooperationsvereinbarungen mit den Trägern der Altenhilfe gibt und wenn die routinemäßige Anwendung geübt wird (Betz, 2008/2009).

Die Bremer Krankenhausträger sind aufgefordert, in Kooperationsverhandlungen für eine bessere Überleitung von Demenzpatienten mit Einrichtungen der Altenhilfe einzutreten.

Wird der Demenzkranke zu Hause versorgt, sind Informationen von Angehörigen bei der Einweisung in das Krankenhaus von großem Wert. Die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft hat einen speziellen Informationsbogen entwickelt, der von den Angehörigen ausgefüllt werden kann (siehe Anhang). Dieser soll den „normalen“ Überleitungsbogen nicht ersetzen, sondern ergänzen. Durch die Anwendung dieses Bogens kann das Krankenhaus Informationen über die spezifischen Bedürfnisse des Patienten erhalten.

Was bei der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär bei der Aufnahme beschrieben wurde, gilt im Wesentlichen auch für die Entlassung. Ein gutes Entlassungsmanagement ist insbesondere dann erforderlich, wenn die Demenz erst im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes diagnostiziert wurde. Aber auch bei vorher bestehender Demenz müssen relevante medizinische und pflegerische Informationen an die nachstationären versorgenden Stellen weitergegeben werden – denn ggf. haben sich durch den Krankenhausaufenthalt einige Veränderungen ergeben.

Zudem ist eine schnellstmögliche Entlassung aus der Klinik anzustreben. Dies kann nur bei einer rechtzeitigen Vorbereitung der Nachsorge gelingen. Wichtig ist dabei die ausführliche Information für den behandelnden Hausarzt und eine gute Unterrichtung der pflegenden Angehörigen, der ambulanten Dienste oder des Heimpersonals über die Besonderheiten der notwendigen pflegerischen Maßnahmen. Auch hierfür können die oben genannten speziellen Überleitungsbögen sehr hilfreich sein.

Mittelfristige Maßnahmen:

Entwicklung von spezifischen Pflegekonzepten

Pflegende sind aufgrund ihrer patientennahen Arbeitsweise am intensivsten mit den Auswirkungen einer bestehenden Demenzerkrankung konfrontiert. Deshalb ist es dringend geboten, spezifische Pflegekonzepte in den Krankenhäusern einzuführen.

Gute Erfahrungen wurden in einer Klinik mit dem Einsatz von jeweils einem Demenzbeauftragten pro Station gemacht. Die Demenzbeauftragten wurden gesondert dafür geschult und dienen als Ansprechpartner für Pflegende und Ärzte. Zudem geben sie als Multiplikatoren ihr Wissen an die Kollegen des Pflegeteams weiter.

Auch im internationalen Raum wird gezeigt, dass speziell fortgebildete Pflegekräfte („Clinical Nurse Specialists“ oder „Advanced Practice Nurses“) die Pflegenden in der Basisversorgung als kompetente Ansprechpartner in fachlichen Fragen unterstützen können. Der Einsatz von diesen speziell geschulten Pflegeexperten in den Bremer Krankenhäusern sollte dringend umgesetzt werden.

Hilfreich für eine gute pflegerische Versorgung von Demenzpatienten sind auch stations- und berufsgruppenübergreifende Fall- und Themenbesprechungen sowie verstärkte die Anwendung personenzentrierter Betreuungsansätze (Validation, Kitwood).

Erweiterung des Beschäftigungsangebotes

Ein spezifisches Beschäftigungsangebot für Demenzkranke hat eine strukturierende und beruhigende Wirkung auf die Patienten und hilft Pflegenden wie Ärzten bei der Verrichtung des Tagesgeschäfts – es wird in Bremer Krankenhäusern bislang jedoch wenig angeboten.

Ein differenziertes Ergo- bzw. physiotherapeutisches Beschäftigungsangebot für Demenzkranke an Bremer Kliniken muss deshalb verstärkt angeboten werden.

Es geht um Anregung und Beschäftigung des Patienten, aber auch um die Übernahme vertrauter Tagesstrukturen. In diesem Kontext ist bedeutend, dass dadurch auch die Nachtruhe des Patienten gefördert werden kann. Zu beachten ist dabei eine angemessene, den Patienten nicht überfordernde „Dosierung“ der Aktivitäten, denn eine Reizüberflutung kann eine psychomotorische Unruhe und unerwünschtes, störendes Verhalten provozieren.

Langfristige Maßnahmen:

Anpassung der räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten

Ein auf Demenzkranke abgestimmtes Wegeleitsystem kann die Orientierung erleichtern und Ängste verringern. Die Möglichkeit der Unterbringung in Einzelzimmern mit einigen persönlichen Gegenständen

kann ebenfalls dazu beitragen, die Situation auf der Station deutlich zu entspannen – für den Patienten selbst, die Pflegenden und auch die Mitpatienten. Günstig sind zudem Zimmer in der Nähe des Dienstzimmers (wegen der Weglaufgefahr). Auch ein gesonderter Raum für laut rufende Patienten im fortgeschrittenen Stadium der Demenz ist sinnvoll, um die Nachtruhe der anderen Patienten weitgehend störungsfrei zu halten.

Diese Gegebenheiten liegen derzeit lediglich in Ansätzen vor - sie sollten Standard eines jeden Akutkrankenhauses sein.

Entwicklung von spezifischen Betreuungsformen von Demenzpatienten im Krankenhaus

Im Rahmen von Modellprojekten wurden in den letzten Jahren in verschiedenen Bundesländern spezifische Betreuungsformen erprobt und evaluiert, die heute an einzelnen Kliniken etabliert sind. Insbesondere sind dies:

- Der Konsiliardienst: Dabei wird auf Anforderung des Stationsarztes ein Facharzt einer anderen Disziplin hinzugezogen. Dieses ist das am häufigsten angewendete Modell, das auch zum Teil in Bremen angewendet wird. Pflegende wie auch Ärzte befürworten eine enge Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen, z.B. der Gerontopsychiatrie und der Geriatrie.
- Das Kontraktmodell: Dieses Modell funktioniert ähnlich wie der Konsiliardienst mit dem Unterschied, dass hier regelmäßig gerontopsychiatrische Experten hinzugezogen werden, wenn der Patient bestimmte Kriterien erfüllt (z.B. bei ausgewählten Diagnosen).

- Das Liaisonmodell: Dieses Modell ist am umfassendsten. Ein Konsiliar ist ständig präsent auf den jeweiligen Stationen. Bei der vollständigen Umsetzung dieses Modells werden auch multidisziplinäre Teams (z.B. gerontopsychiatrisch ausgebildete Pflegekräfte, Altenpflegende und Ergotherapeuten) einbezogen. Zudem wird eine Unterstützung auch über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes gewährt (Kleina & Wingenfeld, 2007).

Als weitere Option gibt es interdisziplinäre Schwerpunktstationen für Demenzerkrankte mit speziell geschultem Personal. Dabei ist dann eine Abteilung für die Behandlung der akuten Beschwerden bzw. der Erkrankung(en) der Patienten unter Berücksichtigung der bestehenden Demenz zuständig. Erfahrungsgemäß findet sich auf der Station eine geschützte Umgebung für mobile, aber verwirrte Patienten zur Vermeidung von Sedierungsmaßnahmen. Es gibt ein vielfältiges Beschäftigungsangebot (Physio- sowie Ergotherapie, Logopädie, Musiktherapie, Gesprächskreise mit biografischer Ausrichtung, Frühstücksgruppen, Gruppengymnastik).

Ausgenommen das Konsiliarmodell ist an den Bremer Krankenhäusern derzeit keines der genannten spezifischen Betreuungsformen eingeführt worden. Welches Modell in den jeweiligen Kliniken besonders geeignet ist, muss sorgsam abgewogen werden bzw. an die konkreten Bedarfe der Patientinnen und Patienten angepasst werden.

Bessere personelle Ausstattung und Finanzierung – Anpassung des DRG-Systems

Die Mehrheit der Befragten fordert das Vorhalten von ausreichendem Personal bei der pflegerischen, aber auch bei der medizinischen Versorgung ein. Neben einer quantitativ angemessenen Zahl von Pflegekräften wurde auch der Einsatz von entsprechend spezialisierten Fachkräften, die das Stationspflegepersonal unterstützen und entlasten, gewünscht. Besondere Erwähnung findet hier die Notwendigkeit der personellen Anpassung für den Nachtdienst.

Die personelle Ausstattung ist eng verknüpft mit der Finanzierung. Die derzeitige Finanzierung der Krankenhäuser über Fallpauschalen (DRGs) bildet die notwendigen Mittel zur Versorgung von Demenzpatienten in Akutkrankenhäusern nur unzureichend ab (Kirchen-Peters, 2009).

Im Jahr 2012 soll geprüft werden, ob eine angemessene Vergütung von Demenzpatienten innerhalb und außerhalb des DRG- Systems im Akutkrankenhaus erfolgen kann.

5 Ausblick

Der primäre Versorgungsauftrag des Krankenhauses bei demenzkranken Menschen besteht darin, das akute Gesundheitsproblem zu bewältigen. Aufgrund der derzeitigen Rahmenbedingungen ist es für viele Krankenhäuser eine große Herausforderung, das Leistungsangebot auf die komplexen Bedarfslagen demenzkranker Patienten abzustimmen.

Die Versorgung von Demenzpatienten im Krankenhaus ist nicht nur ein Thema, das jetzt den Nerv der Beschäftigten trifft, sondern es wird im Zuge demografischer Veränderungen weiter an Bedeutung gewinnen.

Die skizzierten Herausforderungen machen deutlich, dass die Entwicklung von spezifischen Versorgungskonzepten unumgänglich geworden ist. Jedes Krankenhaus ist aufgefordert, bezogen auf ihre spezifischen Rahmenbedingungen Konzepte einzuführen und zu erproben.

Unabhängig von Appellen verpflichtet daher das Bremische Krankenhausgesetz in § 22 Absatz 3 die Krankenhäuser im Land Bremen, die Belange dementer Patienten mit ihrem Bedürfnis nach Fortführung eines selbstbestimmten Lebens Rechnung zu tragen und angemessene Behandlungskonzepte vorzuhalten.

Wie diese Verpflichtung in den Krankenhäusern umgesetzt wird, soll anhand landesbezogener Qualitätskriterien ab 2014 für die Berichtsjahre 2012 und 2013 vom Gesundheitsressort abgefragt werden.

Wenn die Bremer Krankenhäuser entsprechend reagieren, könnte die Einführung neuer Versorgungsformen für Demenzpatienten auch einen Wettbewerbsvorteil darstellen.

Ein möglicher Bremer Weg könnte z.B. die Zertifizierung von seniorenfreundlichen Krankenhäusern („Elderly friendly hospitals“) sein, die es im europäischen Ausland schon gibt.

Die Landesinitiative Demenz wird das Thema weiter im Fokus behalten. Die erste Bremer Fachtagung „Wohin denn nur? Fragen und Antworten zur Integration von Demenzkranken im Krankenhaus“ hat mit über 160 Teilnehmern am 6.10.2011 stattgefunden und viele Anregungen für spezifische Möglichkeiten der Versorgung von Demenzkranken im Akutkrankenhaus gegeben. Eine weitere Fachtagung im Jahr 2013 soll den Bremer Krankenhäusern die Möglichkeit geben, ihre bis dahin umgesetzten Maßnahmen zu präsentieren.

6 Literatur

1. Betz D. (2008/2009): Überprüfung eines bestehenden Konzeptes für die speziellen Anforderungen der Überleitung demenziell Erkrankter vom häuslichen Bereich in ein Krankenhaus oder Altenheim aus Betz D. et al. : Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus - Schnittstellenübergreifende Informationsvermittlung als Voraussetzung für eine gelingende Versorgungskontinuität, im Internet: http://www.vde.com/de/Technik/AAL/Publikationen/Kongress-undFachbeitraege/Documents/Menschen_mit_Demenz_im_Akutkrankenhaus.pdf
2. Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Pflegemanagement des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e.V. (DBfK) (2011): Hinweise für das Pflegemanagement zur Betreuung von Patient/-innen mit kognitiven Störungen in Krankenhäusern, im Internet: <http://www.dbfk.de/verband/bags/BAG-Pflegemanagement/bag-pm-broschuere-demenz-2011-03-16-final.pdf>
3. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, S. 175
4. Diefenbacher, A. (2004): Consultation-Liaison-Psychiatry in Germany. In: Diefenbacher A (Ed) Consultation-Liaison-Psychiatry in Germany, Austria and Switzerland. Karger: 1-19.
5. Kelm, A. (2010): Demenzkranke im (und) Krankenhaus, Input und Konzeptvorstellungen LandesInitiativeDemenz, , Alzheimer Gesellschaft Bremen e.V., Klinikum Bremen-Ost, Zentrum für Psychiatrie, Powerpoint Vortrag
6. Kirchen-Peters S. (2009): Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft, Saarbrücken, im Internet: http://www.demenz-im-allgemeinkrankenhaus.de/pic_fuer_kunden/Zwischenbericht_Alzheimer_Endfassung_Febr.pdf

7. Kirchen-Peters S., Herz-Silvestrini D. (2011): Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern Zweiter Zwischenbericht an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V., Saarbrücken, im Internet: http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Zweiter_Zwischenbericht_Kirchen-Peters_21_03_2011.pdf
8. Kleina T., Wingenfeld K. (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus, Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) ISSN 1435-408X, P07-135, im Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-135.pdf>
9. Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen (2009): Wenn Demenz "nur" Nebensache ist - "Überleitungsbogen Demenz" für Krankenhäuser entwickelt, im Internet: http://www.demenz-service-nrw.de/content/artikel_246_42.html
10. Mavundla T.R. (2000): Professional nurses' perception of nursing mentally ill people in a general hospital setting. Journal of Advanced Nursing 32, Nr. 6, 1569-1578
11. Schaeffer, D. & Wingenfeld, K. (2004): Pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kruse, A. & Martin, M. (Hrsg.): Enzyklopädie der Gerontologie. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Hans Huber Verlag. S. 477-490.
12. Stadt Köln (2009): Der Kölner Überleitungsbogen - Wichtige Infos für den Weg ins Krankenhaus und zurück, im Internet: <http://www.stadt-koeln.de/2/soziales/wegweiser-demenz/02585/>
13. Steber R. (2010): Nebendiagnose Demenz, 8. Pflegesymposium 19.Mai 2010, Memmingen, im Internet: http://www.balk-bayern.de/Vortrag_Nebendiagnose_Demenz_19_05_2010.pdf
14. Vollmar H.C et al. (2005): Evidenzbasierte Leitlinie zu Diagnose und Therapie, entwickelt durch das medizinische Wissensnetzwerk „evidence.de“ der Universität Witten/Herdecke, im Internet: http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/DemenzImpressum/demenzimpresum.html).

15. Wojnar J. (2001): Demenzkranke verstehen. In Dürrmann, P. (2001): Besondere stationäre Dementenbetreuung. Vincentz-Verlag, Hannover
16. Stadt Köln (2009): Der Kölner Überleitungsbogen - Wichtige Infos für den Weg ins Krankenhaus und zurück, im Internet: <http://www.stadt-koeln.de/2/soziales/wegweiser-demenz/02585/>
17. Steber R. (2010): Nebendiagnose Demenz, 8. Pflegesymposium 19.Mai 2010, Memmingen, im Internet: http://www.balk-bayern.de/Vortrag_Nebendiagnose_Demenz_19_05_2010.pdf
18. Vollmar H.C et al. (2005): Evidenzbasierte Leitlinie zu Diagnose und Therapie, entwickelt durch das medizinische Wissensnetzwerk „evidence.de“ der Universität Witten/Herdecke, im Internet: http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/DemenzImpressum/demenzimpresum.html
19. Wojnar J. (2001): Demenzkranke verstehen. In Dürrmann, P. (2001): Besondere stationäre Dementenbetreuung, Vincentz-Verlag, Hannover

7.1 Informationsbogen für Angehörige (Auszug)

► Informationsbogen: Patient mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus
(Name)

Adresse des Patienten:	weiter:	Nähe und Distanz: Der Patient ...
Angehöriger:	Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:	<input type="checkbox"/> reagiert positiv auf Körperkontakt <input type="checkbox"/> hält lieber Distanz kann abrupt ablehnend reagieren, wenn
Adresse des Angehörigen:	Muttersprache/	
Telefon:	Dialekt:	
Rechtlicher Betreuer:	Ehemaliger Beruf (z.B. Handwerk):	
Adresse des Betreuers:	Stolz/ Bedeutsames:	
Telefon:	Einschränkungen Sehen:	
Patienten-versorgung/vollmacht:	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> Brillen vorhanden	
	Einschränkungen Hören:	
	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> Hörgerät vorhanden	
Kontaktaufnahme erwünscht bei ...	Verstehen von Sprache: Das Sprachverständnis ist ...	
<input type="checkbox"/> zunehmender Unruhe des Kranken	<input type="checkbox"/> weitgehend erhalten <input type="checkbox"/> kurze Fragen werden verstanden <input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt, z.B. auf prägnante Worte	
<input type="checkbox"/> fehlender Kooperation in Pflegesituationen	<input type="checkbox"/> Sprachverständnis fehlt <input type="checkbox"/> Gesten werden verstanden <input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt, z.B. einzelne Worte	
Sonstiges:	Sprach- und Sprechfähigkeit ist ...	
<input type="checkbox"/> rund um die Uhr	<input type="checkbox"/> weitgehend erhalten <input type="checkbox"/> kurze Sätze können gebildet werden <input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt, z.B. einzelne Worte	
<input type="checkbox"/> Angehöriger	Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:	
Religion:		
Regionale Herkunft / Heimat:		
	Gewohnheiten im Tagesverlauf:	
	morgens (z.B. zuerst Frühstück):	
	mittags (z.B. Ruhepause):	
	abends (z.B. Getränk, Rituale):	
	Sonstige Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:	
	Zur Entspannung:	
	Zum Einschlafen:	
	In Stress-situationen:	
	In Pflege-situationen:	

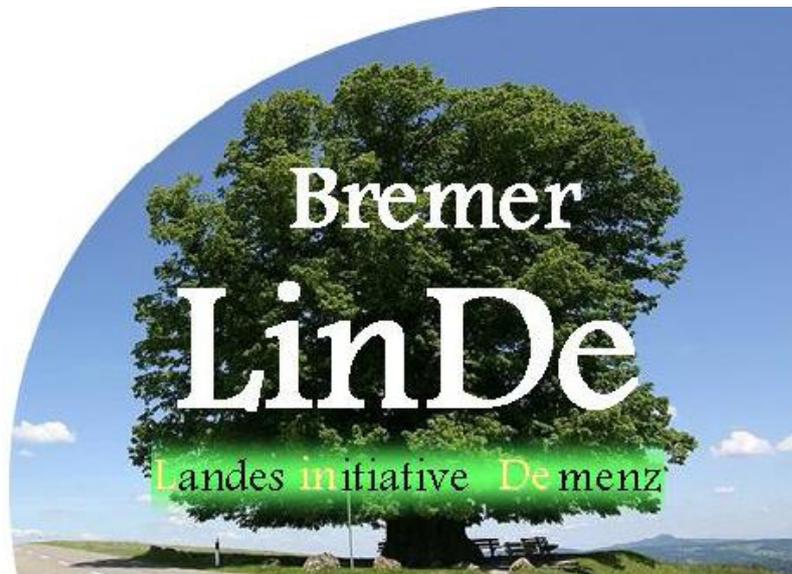


7.2 Der Fragebogen

Die Senatorin für Arbeit, Frauen,
Gesundheit, Jugend und Soziales



Freie
Hansestadt
Bremen



Bremer Landesinitiative Demenz

Ein Bündnis von Krankenhäusern,
ambulanten, teilstationären und stationären
Einrichtungen und ihren Trägern, der DIKS,
der Gesundheitsämter, der Bremer Alzheimergesellschaft,
niedergelassener Ärzte, dem Magistrat Bremerhaven und
der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Fragebogen

**zur Erfassung der Situation dementieller Patienten
in Krankenhäusern in Bremen und Bremerhaven**

*Bitte kreuzen Sie jeweils die zutreffenden Kästchen an, tragen die erfragte Zahl ein oder beantworten die Fragen (gerne in Stichworten). **Danke!***

1 Allgemeine Angaben zu Ihrer Fachabteilung / Station

1.1 Für welche Fachabteilung / Station Ihres Krankenhauses beantworten Sie die Fragen des Fragebogens? (bitte nur ein Kreuz)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Augenklinik | <input type="checkbox"/> Kardiologie | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Geriatrie | <input type="checkbox"/> Innere Medizin | <input type="checkbox"/> andere (bitte benennen:) |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Chirurgie | <input type="checkbox"/> Neurologie | |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Gynäkologie | |

1.2 Bitte geben Sie die Fallzahl der in Ihrer Fachabteilung / Station behandelten Patienten für das Jahr 2009 an:

1.3 Wie viel Prozent der dort behandelten Patienten (2009) haben – nach Ihrer Schätzung – die Haupt- oder Nebendiagnose Demenz?

1.4 Ist das Thema Demenz in Ihrer Fachabteilung / Station von besonderer Relevanz?

Ja (wenn Ja, warum?)

Nein (wenn Nein, warum nicht?)

2 Demenzpatienten in Ihrer Fachabteilung / Station

2.1 Aufnahme

2.1.1 Ist eine Demenz bei Aufnahme in der Regel bereits bekannt?
(z.B. in der Überweisung angegeben, Überleitungsbögen, Angehörigenauskunft angegeben)

- selten oder nie manchmal häufig

2.1.2 Wird in Ihrer Fachabteilung/auf Ihrer Station ein Assessment / Instrument zur Demenzdiagnostik bei der Patientenaufnahme angewendet?

- Ja (bitte weiter mit a und b) Nein

(a) Wenn Ja: Welches?

(b) Wenn Ja: Wann wird es eingesetzt?

- bei allen PatientInnen über 65 Jahren
 prinzipiell beim Aufnahmegespräch
 bei ‚auffälligem‘ Verhalten
 bei _____

2.2 Umgang

2.2.1 Wenn bei einem Patienten eine Demenz bei der Aufnahme nicht diagnostiziert wurde, wann fällt eine spezifische Verhaltensauffälligkeit von Demenzkranken besonders auf? (Mehrfachantwort möglich, max. 2 Kreuze)

- nach Narkosen
 in der Nacht
 bei pflegerischer und / oder medizinischer Intervention
 bei _____

Fragebogen an die Stationsleitungen Pflege

2.2.2 Wo sehen Sie vor allem die Herausforderungen im Umgang mit Demenzkranken an Ihrer Fachabteilung / Station? (Mehrfachantwort möglich, max. 3 Kreuze)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aggressives Verhalten | <input type="checkbox"/> Nachtversorgung |
| <input type="checkbox"/> Hoher Zeit- und Pflegeaufwand | <input type="checkbox"/> Kommunikation |
| <input type="checkbox"/> Weglauf- und Hinlauff Tendenzen | <input type="checkbox"/> Störung von MitpatientInnen |
| <input type="checkbox"/> Unruhe / Herumirren | <input type="checkbox"/> Verweigerungshaltung |
| <input type="checkbox"/> anderes, und zwar _____ | |

2.3 Patientenfürsorge

2.3.1 Welche möglichen Konzepte der Einbeziehung von Angehörigen sind in Ihrer Fachabteilung / Station umgesetzt oder konkret geplant?

- Rooming In
- Angehörigenberatung
- Informationsveranstaltungen
- Konkrete praktische Anleitung
- Systematische Einbeziehung bei allen Interventionen
- Andere, und zwar: _____

2.3.2 Gibt es spezielle Räumlichkeiten oder Gestaltungselemente für Demenzkranke an Ihrer Fachabteilung / Station?

- farblich gestaltete Orientierungs- und Aufenthaltsorte
- Lichtgestaltung
- Besondere wohnlich gestaltete Räume
- Andere, und zwar: _____

2.3.3 Gibt es in Ihrer Fachabteilung / Station spezielle Bewegungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Demenzkranke?

- Ja (bitte weiter mit ‚Wenn Ja‘) Nein (bitte weiter mit ‚Wenn Nein‘)

Wenn Ja: Welche?

Fragebogen an die Stationsleitungen Pflege

Wenn Nein: Halten Sie diese für nötig?

3 Aus-, Fort- und Weiterbildung

3.1 Gibt es an Ihrer Fachabteilung / Station spezielle Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für den Umgang mit Demenzkranken?

Ja Nein

Wenn Ja: Welche?

Für welche Berufsgruppen?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ärzte | <input type="checkbox"/> TherapeutInnen | <input type="checkbox"/> Hauswirtschaft |
| <input type="checkbox"/> Pflegende | <input type="checkbox"/> MitarbeiterInnen in der Aufnahme | <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> SozialarbeiterInnen | | |

Wenn Nein: Halten Sie Aus- und Fortbildungsmaßnahmen für nötig?

Ja Nein

Bitte begründen Sie diese Antwort:

4 Schnittstellenmanagement

4.1 Gibt es standardisierte Verfahren mit Kooperationspartnern bei Aufnahme von Demenzpatienten?

- Ja (bitte weiter mit ‚Wenn Ja‘) Nein (bitte weiter mit ‚Wenn Nein‘)

Wenn Ja: Welche?

- Kooperationsvereinbarung mit niedergelassenen ÄrztInnen
 Überleitungsbögen
 Kooperationsvereinbarung mit Einrichtungen der Altenhilfe
 Andere, und zwar: _____

Wenn Nein: Halten Sie diese für nötig?

4.2 Gibt es standardisierte Verfahren mit Kooperationspartnern bei Entlassung von Demenzpatienten?

- Ja (bitte weiter mit ‚Wenn Ja‘) Nein (bitte weiter mit ‚Wenn Nein‘)

Wenn Ja: Welche?

- Kooperation mit nachsorgenden Einrichtungen
 Kooperationsvereinbarung mit niedergelassenen ÄrztInnen
 Überleitungsbögen
 Kooperationsvereinbarung mit Einrichtungen der Altenhilfe
 Andere, und zwar: _____

Wenn Nein: Halten Sie diese für nötig?

Fragebogen an die Stationsleitungen Pflege

5 Und zum Schluss: Was wünschen Sie sich für Ihr Krankenhaus im Umgang mit Demenzpatienten?

Herausgeber:
Die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit
Abteilung Gesundheit
Rembertiring 8-12
28195 Bremen
www.gesundheit.bremen.de

Redaktion:
Antje Kehrbach (Referat für Pflege, Ärztliche Angelegenheiten, Infektionsschutz,
Gesundheitsfachberufe, Frauengesundheit, Gesundheitswirtschaft)

Antje Post (Referat Gesundheitsplanung, Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe)

Gestaltung: Barbara Grzybowski

Eigendruck der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit

Stand: Februar 2012

**Demenz Erkrankte fühlen sich dort zu Hause, wo sie alle Räume betreten dürfen, ohne Schwierigkeiten verstanden werden und wo alles, was sie sagen oder tun, ernst genommen wird.“
(Jan Wojnar, 2001)**