



Gesundheit im Alter

Demenzkompetenz im Krankenhaus

Abschlussbericht zum rheinland-pfälzischen Modellprojekt –
Juli 2013 bis Februar 2015

Demenzkompetenz im Krankenhaus

Abschlussbericht zum rheinland-pfälzischen Modellprojekt –
Juli 2013 bis Februar 2015

Herausgeberin: Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG)
unter Mitwirkung von André Hennig, Institut inverso
und in Kooperation mit Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Fellgiebel, Universitätsmedizin Mainz

Im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes
Rheinland-Pfalz



Grußwort der Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, Sabine Bätzing-Lichtenthäler

Wenn Menschen an Demenz erkranken oder an einer vergleichbaren kognitiven Einschränkung leiden, ist dies für die Betroffenen und Angehörigen meistens mit Ängsten und Unsicherheiten im Umgang mit alltäglichen Dingen verbunden.

Die Erkrankung und der Umgang mit den Auswirkungen ist für alle Beteiligten – die Familien, die ehrenamtlich Tätigen und die professionellen Unterstützerinnen und Unterstützer – eine enorme Herausforderung. Mit der Demenzstrategie leistet Rheinland-Pfalz wichtige Aufklärungsarbeit und hat bereits vielfältige Angebote zur Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen geschaffen.

Ziel des Modellprojektes „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ war es, den Betroffenen und ihren Angehörigen speziell den stationären Aufenthalt im Krankenhaus zu erleichtern. Denn ein Krankenhausaufenthalt ist häufig eine ungewohnte Situation, die den Erkrankten fremd ist, in der sie sich nicht auskennen und deren Prozesse sie nicht verstehen. Leider lassen die festen Abläufe in einem Krankenhaus in der Regel wenig Zeit für ausführliche Erklärungen, die Rücksicht auf die kognitiven Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten nehmen. Das kann zu einer Überforderung auf beiden Seiten führen. Bei Menschen mit Demenz können sich die funktionalen Fähigkeiten bei einem Krankenhausaufenthalt durch diese Belastung weiter verschlechtern.

Das Projekt, das die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland Pfalz e.V. (LZG) im Sommer 2013 in unserem Auftrag durchgeführt hat, umfasste ein Dienstleistungspaket zur Beratung im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen, zu den Kommunikationsprozessen im Krankenhaus und vor allem zum Aufnahme- und Entlassungsprozess. Bei Patientinnen und Patienten ab 70 Jahren wurde mit deren Einverständnis bei der Aufnahme ein kurzer Standardtest durchgeführt, um die medizinische und pflegerische Versorgung von Anfang an darauf abzustimmen. Zusätzlich konnten Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal und weitere Krankenhausdienstleister an vertiefenden Qualifizierungsmaßnahmen teilnehmen.

Das Projekt wurde von Univ.-Prof. Dr. Andreas Fellgiebel als leitendem Oberarzt sowie Leiter der Demenzforschung an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz durch eine Studie zur Evaluierung eines Demenz-Screeningverfahrens begleitet.

Für das Engagement der beteiligten Krankenhäuser danke ich herzlich. Mein besonderer Dank gilt den Pflegekräften, die für das Screening viel Zeit und Geduld aufgebracht haben.

Die im Modellverfahren gewonnenen Erfahrungen und erprobten Instrumente können und sollen nun auf andere Kliniken übertragen werden. Bereits während des Modellprojektes haben wir für alle interessierten Krankenhäuser Multiplikatorenschulungen angeboten und einen Runden Tisch zum Thema „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ eingerichtet. Diese Runden Tische führen wir weiter und möchten aus den positiven Erfahrungen des Modellprozesses weitere Maßnahmen entwickeln.

Ein Anfang ist gemacht. Ich hoffe und vertraue im Interesse der Betroffenen darauf, dass sich weitere Krankenhäuser dieses wichtigen Themas annehmen.

Sabine Bätzing-Lichtenthäler
Ministerin für Soziales, Arbeit,
Gesundheit und Demografie
des Landes Rheinland-Pfalz

Grußwort des Geschäftsführers der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG), Dr. Matthias Krell

Seit elf Jahren klären wir im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie die Menschen in Rheinland-Pfalz über demenzielle Erkrankungen auf. Mit unserer Arbeit wollen wir Demenz aus der Tabuzone befreien und Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen dazu ermutigen, am gesellschaftlichen Leben teil zu haben. Wir unterstützen Fachkräfte dabei, sich auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz einzustellen.

Derzeit leben in Deutschland etwa 1,5 Millionen Menschen mit Demenz, etwa 80.000 in Rheinland-Pfalz. In vielen Bereichen unseres Alltags ist die Demenz schon längst angekommen. Neben persönlichen Erfahrungen im Familien- oder Freundeskreis trifft dies auch für alle diejenigen Einrichtungen zu, in denen Menschen mit Demenz umsorgt oder behandelt werden. So entfallen schon heute rund 50 Prozent der Pflage tage in Allgemeinkrankenhäusern auf über 65-jährige Patientinnen und Patienten. Der Anteil von Menschen mit Demenz liegt dabei aktuell bei etwa 10 bis 15 Prozent und wird in den nächsten Jahren weiter steigen.

Die Abläufe und Maßnahmen im Klinikalltag sind meist hoch komplex und zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht hinreichend auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz eingestellt. Mit einer stetig zunehmenden Arbeitsbelastung stößt das Krankenhauspersonal bei der Versorgung von Menschen mit Demenz oftmals an Grenzen.

Um die Lebens- und Versorgungsqualität von Menschen mit Demenz während und nach einem Krankenhausaufenthalt zu verbessern, beauftragte das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie die LZG, das Modellprojekt „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ in acht Kliniken in Rheinland-Pfalz durchzuführen. Projektinhalte waren die Einführung eines Testverfahrens zur Erfassung von kognitiven Einschränkungen, darüber hinaus umfangreiche Qualifizierungsmaßnahmen des Klinikpersonals hinsichtlich des Umgangs mit demenziell erkrankten Menschen. Weiterhin ging es darum, Kenntnisse über die Demenzerkrankung zu vermitteln. Nicht zuletzt galt es, ein möglichst frühzeitig koordiniertes Aufnahme- und Entlassungsmanagement zu entwickeln sowie eine aktive Vernetzung mit den ortsansässigen Demenznetzwerken herzustellen.

Ein besonderer Dank gilt André Hennig und den Kolleginnen und Kollegen der acht Modellkrankenhäuser. Das Projekt wurde durch ihren großen persönlichen Einsatz getragen, dessen aufschlussreiche Ergebnisse wir Ihnen mit dem vorliegenden Bericht präsentieren.

Wir wünschen uns, dass dieser Bericht als praxisnaher „Werkzeugkasten“ für den Umgang mit Menschen mit Demenz im Krankenhaus stehen kann. Er soll dazu beitragen, die Versorgung zukünftig lebensnäher, angepasster und vor allem belastungsärmer zu gestalten – sowohl für die Menschen mit Demenz als auch für die behandelnden, pflegenden und betreuenden Menschen.

Dr. Matthias Krell

Geschäftsführer der Landeszentrale für
Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG)



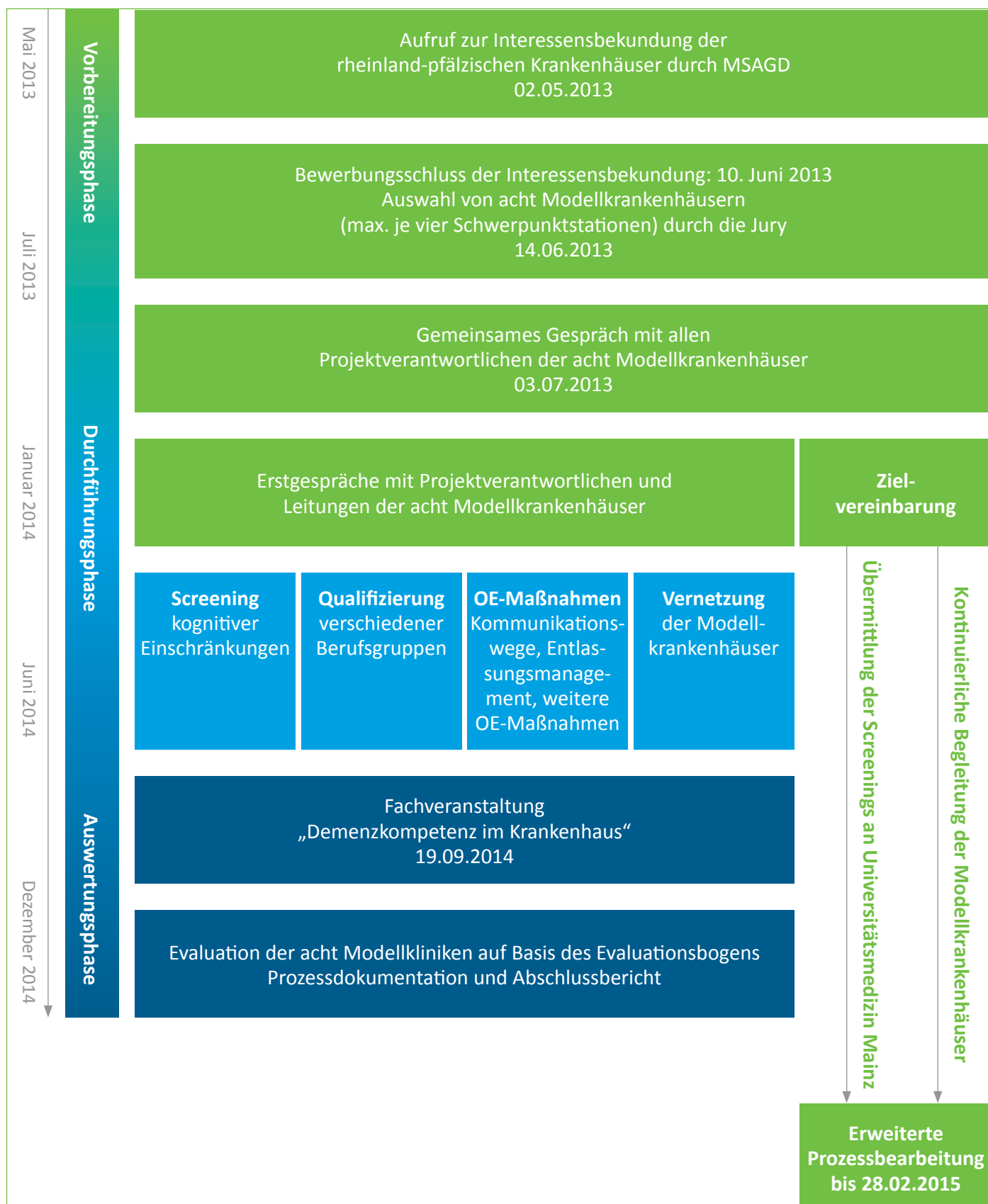
Inhaltsverzeichnis

Kurzübersicht des Modellprojekts	5
Übersicht der teilnehmenden Kliniken mit dazugehörigen Modellstationen	6
1. Einleitung	7
2. Hinführung zum Thema	8
2.1 Menschen mit Demenz im Krankenhaus	8
2.2 Das Krankenhaus aus Sicht des Menschen mit Demenz	8
2.3 Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen im Klinikalltag – Die Begleitstudie	10
2.4 Wissen und Fähigkeiten der Mitarbeiter der Modellstationen vor Projektbeginn	14
2.5 Handlungsfelder für Krankenhäuser	16
3. Formale Darstellung des Modellprojekts	20
3.1 Ziele und zeitlicher Ablauf des Modellprojekts	20
3.2 Konkrete Anforderungen an die Modellkrankenhäuser	21
3.3 Das Modellprojekt in Zahlen	23
4. Inhaltliche Darstellung des Modellprojekts	24
4.1 Einführung eines Screeningverfahrens zur Feststellung kognitiver Defizite	24
4.2 Qualifizierung relevanter Berufsgruppen	27
4.3 Optimierung des Entlassungsmanagements	31
4.4 Vernetzung über Klinikgrenzen hinweg	35
4.5 Angehörigenarbeit im Krankenhaus	37
4.6 Einbindung ehrenamtlichen Engagements	40
4.7 Struktur- und Milieuveränderungen	43
5. Evaluation und Erfahrungen	47
5.1 Evaluation des Screeningverfahrens	47
5.2 Evaluation der Qualifizierungsmaßnahmen für die Pflege	49
5.3 Projektübergreifende Erfahrungen	51
6. Empfehlungen für andere Kliniken	53
7. Perspektiven der Modellkliniken	56
Literaturverzeichnis	57
Anhänge	59
Anhang A: Überarbeiteter und evaluierter Screening-Bogen der Universitätsmedizin Mainz	59
Anhang B: Inhalte der Qualifizierungsmaßnahmen für Pflegekräfte	62
Impressum	65

Hinweis:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text nur die männliche Form verwendet. Gemeint ist stets sowohl die weibliche als auch die männliche Form.

Kurzübersicht des Modellprojekts



Übersicht der teilnehmenden Kliniken mit dazugehörigen Modellstationen

ASKLEPIOS Südpfalzlinik Germersheim

- Station 4: Innere Medizin (Standort Germersheim)
- Station 3: Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie, zeitweise Chirurgie und HNO (Standort Germersheim)
- Station B3: Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie (Standort Kandel)
- Station B2: Viszeralchirurgie, vereinzelt Urologie (Standort Kandel)

Evangelisches Krankenhaus Zweibrücken

- Station 6B: Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie
- Station 4B: Viszeral- und Gefäßchirurgie
- Station 3A: Gastroenterologie

Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein gGmbH

- Station 6: Allgemein- und Viszeralchirurgie (Standort Koblenz)
- Station 9: Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie (Standort Koblenz)
- Zentrale Patientenaufnahme (Ambulanz) (Standort Boppard)
- Station 2: Allgemein-, Viszeral-, Unfallchirurgie und Orthopädie (Standort Nastätten)

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH

- Station NE 02: Neurologische Klinik
- Station HAT 01: Hautklinik
- Station MB 10: Medizinische Klinik B, Schwerpunkt Kardiologie

Klinikum Idar-Oberstein GmbH

- Station 12: Unfallchirurgie
- Station 14: Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
- Station 44: Innere Medizin
- Station 24: Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie und Onkologie

St. Nikolaus-Stiftshospital GmbH in Andernach

- Station 2 der Inneren Medizin
- Station 2 der Allgemeinchirurgie

St. Josef-Krankenhaus Zell/Mosel

- Station 8: Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie
- Station 11: Neurologie

Westpfalz-Klinikum GmbH mit dem Standort Rockenhausen

- R2: Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie
- R3: Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie und Pneumologie
- R4: Geriatrie
- Zentrale Patientenaufnahme und Intensivstation

1. Einleitung

„ So seltsam es klingen mag, die erste Anforderung an ein Krankenhaus ist, dass es den Kranken nicht schaden soll.“ (Florence Nightingale, ~1850)

Krankenhausaufenthalte stellen Menschen mit Demenz vor große Herausforderungen. Aufgrund kognitiver Einschränkungen sind sie häufig nicht mehr in der Lage, sich an Absprachen zu halten oder ihre Bedürfnisse zurückzustellen. Deswegen fällt es Menschen mit Demenz oftmals schwer, sich aktiv an Diagnostik, Therapie oder den Abläufen im Krankenhaus zu beteiligen. Aus diesem Dilemma heraus entstehen Probleme sowohl für den Menschen mit Demenz als auch für die Mitarbeiter von Krankenhäusern. Das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (MSAGD) beauftragte vor diesem Hintergrund die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) mit der Durchführung des rheinland-pfälzischen Modellprojekts „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ und die Universitätsmedizin Mainz mit einer integrierten, begleitenden Studie. Ziel des Modellprojekts ist eine Steigerung der Lebens- und Versorgungsqualität von Menschen mit Demenz während eines Krankenhausaufenthalts.

Acht rheinland-pfälzische Kliniken konnten im Rahmen des Modellprojekts in der Erarbeitung und Umsetzung von Wegen zur Steigerung der Lebens- und Versorgungsqualität von Menschen mit Demenz unterstützt werden. Welche Erfahrungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse in diesem Prozess gewonnen wurden, darüber wird im Folgenden berichtet.

Vorangestellt wird eine Bestandsaufnahme, die aus wissenschaftlicher Perspektive die Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus beleuchtet und Handlungsfelder daraus ableitet. Ein kurzer Blick auf die formalen Rahmenbedingungen des Projekts rundet den theoretischen Teil ab, bevor die Praxis des Projekts dargestellt wird und somit einen Einblick in die vielen Ideen und Maßnahmen der Kliniken ermöglicht. Die Einbindung vielfältiger Verweise, Kommentare oder Zitate lassen diesen Bericht zu einem Handwerkskoffer werden, der jeden, der sich aufmacht, die Bedingungen für Menschen mit Demenz im Krankenhaus zu ändern, aktiv unterstützen soll. Neben Beispielen guter Praxis der Modellkrankenhäuser werden im folgenden Text auch Beispiele aus anderen, nicht am Projekt teilnehmenden, Kliniken/Projekten aufgeführt, die von Seiten des Herausgebers, als Beispiele guter Praxis erachtet werden.

Abb. 1: Beitrag in der Hauszeitung des Evangelischen Krankenhauses Zweibrücken

„Wir erwarten viele neue Impulse“

Im Gespräch: Zweibrücker Pflegedirektor Peter Blietschau zum Modellprojekt Demenz

Als eines von acht Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz hat das Evangelische Krankenhaus Zweibrücken den Zuschlag für die Teilnahme am Landesprojekt „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ erhalten – ein toller Erfolg. Pflegedirektor Peter Blietschau verspricht sich davon viele neue Impulse.

Herr Blietschau, warum hat sich das Evangelische Krankenhaus Zweibrücken für das Modellprojekt Demenz des Landes beworben?

Weil das Risiko, an Demenz zu erkranken, mit dem Alter steigt und die Menschen immer älter werden, ist in den kommenden Jahren mit einem Anstieg der Betroffenen zu rechnen. An Akutkrankenhäusern stellen diese Patienten besondere Anforderungen, denn sie können sich nicht so einfach in das System Krankenhaus einfügen. Deshalb bereiten wir uns in beiden Krankenhäusern bereits seit drei Jahren auf diese steigende Zahl von Patienten vor. Wir sind da auf einem sehr guten Weg. Das Modellprojekt „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ hilft uns, diesen Weg fortzusetzen und unsere Aktivitäten und Kompetenzen für diesen Bereich zu vertiefen. Deshalb haben wir uns beworben und sind sehr froh, unter den acht ausgewählten Krankenhäusern zu sein.

Wie bereitet sich das Evangelische Krankenhaus Zweibrücken auf Patienten mit Begleiddiagnose Demenz vor?

In einer ersten Phase zu einem

großen Teil durch Mitarbeiterschulungen. Menschen mit Demenz überfordert ein Krankenhausaufenthalt oft, weil sie die Anforderungen, die während der Untersuchungen und auf der Station an sie gestellt werden, oft überhaupt nicht verstehen können. Speziell geschultes Pflegepersonal kann sie dabei besser unterstützen. Deshalb schulen wir unsere Stationsleitungen und alle an der Patientenversorgung beteiligten Mitarbeiter im Pflegebereich und im ärztlichen Bereich in Kooperation



Pflegedirektor Peter Blietschau Foto: KKH

mit dem Autorisierten Zentrum für Validation des Landesvereins. Die Kurse vermitteln den wertschätzenden Umgang und Kommunikation mit Menschen mit Demenz ganz nah am Stationsalltag.

Es gibt auch Beratungsangebote sowie Fallbesprechungen mit

Betroffenen, deren Angehörigen und für unsere Mitarbeiter. In unser Konzept möchten wir auch die niedergelassenen Hausärzte einbinden, mit denen wir in gutem Kontakt stehen. Sie sind an einer guten Versorgung ihrer Patienten auch sehr interessiert.

Außerdem ist das Evangelische Krankenhaus Zweibrücken Mitglied im Demenz-Netzwerk Pirmasens-Zweibrücken. Das Netzwerk bringt verschiedene Arbeitskreise und Einrichtungen wie Sozialstationen, Pflegeheime, Selbsthilfegruppen sowie Pflegestützpunkte und Krankenhäuser zusammen. Es bündelt vielfältige Hilfs- und Informationsangebote für Patienten mit einer Demenz und ihre Angehörigen.

Warum ist das Evangelische Krankenhaus ausgewählt worden?

Mit den erläuterten Maßnahmen haben wir uns gut aufgestellt für die Versorgung von Patienten mit Zusatzdiagnose Demenz. Das hat die Entscheidungsträger beim Land offenbar überzeugt, wobei auch Argumente wie die Verteilung der Modellkliniken im Land und die Größe der Einrichtungen eine Rolle gespielt haben. Wir sind für den Zuschlag sehr dankbar, denn wir erwarten uns vom Modellprojekt viele neue Impulse.

Was wird während des einjährigen Modellprojekts am Evangelischen Krankenhaus konkret gemacht?

Wir überprüfen und verbessern die angestrebten Maßnahmen mit Hilfe des externen Projektpartners, der Landeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Zusätzlich wird ein Screening-Instrument entwickelt: Eine freiwillige Befragung soll zeigen, bei welchen Patienten kognitive Beeinträchtigungen oder demenzielle Symptome vorliegen, die das Risiko für Komplikationen während des Aufenthaltes erhöhen.

Interview: Susanne Liebold

„Demenzkompetenz im Krankenhaus“

Als eine von acht aus 23 Bewerbungen ausgewählten Kliniken in Rheinland-Pfalz nimmt das Evangelische Krankenhaus Zweibrücken an dem ein Jahr dauernden Modellprojekt „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ teil. Ziel ist, die Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz während des Krankenhausaufenthalts durch Schulungsangebote und begleitende Maßnahmen zu verbessern.

Das Gesundheitsministerium des Landes

des bietet vier Projektbausteine an: Im Baustein 1 soll ein Screening-Instrument entwickelt werden, bei dem möglichst alle Patienten über 70 Jahre bei der Aufnahme freiwillig einige Fragen beantworten. Die Daten helfen, eine Demenz zu erkennen. Baustein 2 bündelt Qualifizierungsangebote für Mitarbeitende. Im Baustein 3 sollen die Kommunikationswege im Informationsmanagement und bei der Vernetzung überprüft und optimiert werden. Im letzten Baustein erhält das Krankenhaus nach Bedarf Beratung zu den einzelnen Organisationsentwicklungsmaßnahmen. (Peter Blietschau)

2. Hinführung zum Thema

„ Menschen mit Demenz sind wie Sand im Getriebe. “

(Prof. Udo Schneider, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Krankenhaus Lübbecke)

2.1 Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Derzeit gibt es kaum belastbare wissenschaftliche Erkenntnisse darüber, wie viele Menschen im Krankenhaus eine Demenzerkrankung aufweisen. Dies hat mehrere Ursachen. So wird sicherlich eine Vielzahl von Menschen im Krankenhaus behandelt, bei denen eine Demenzerkrankung besteht, diese aber (noch) nicht diagnostiziert ist. Darüber hinaus ist der Aufnahmegrund selten die Demenzerkrankung selbst. Sofern diese nicht als relevante Nebendiagnose definiert wurde, kann dies statistisch also nicht abgebildet werden. Zudem verschweigen Menschen mit Demenz beziehungsweise deren Angehörige oftmals, zum Teil aus Scham, die Diagnose Demenz bei Krankenhausaufnahme.

Trotz dieser grundlegenden Schwierigkeit das Phänomen Demenz im Krankenhaus empirisch zu erfassen, gibt es einige Studien, die eine Vorstellung gewinnen lassen. Einer Literaturübersicht von Pinkert und Holle (2012) nach zeigen Studien eine Prävalenz von Menschen mit Demenz im Krankenhaus zwischen 3,9 % und 43,3 % (Pinkert, C. & Holle, B., 2012). Des Weiteren zeigen diese Studien, dass Menschen mit Demenz ein höheres Risiko haben, in ein Krankenhaus eingewiesen zu werden, als nicht demenziell Erkrankte (Ebd.). Nach Stettin (2011) weisen ca. 15 % der Patienten mit Akuterkrankungen in den Krankenhäusern auch eine Demenz auf. In spezialisierten Abteilungen, wie der Geriatrie, sind 29 % der Patienten an einer Demenz erkrankt (PAOLA-Studie, Trauschke, T., Werner, H. & Gerlinger, T., 2009). Die belastbarste Studie wurde von Arolt (1997) durchgeführt, die darlegt, dass im Jahr 1997 12 % der Patienten auf chirurgischen und internistischen Stationen eine Demenz aufwiesen (Arolt, V., 1997).

Im Pflege thermometer 2014 wurde der durchschnittliche Anteil der Patienten mit Demenz über alle Stationen hinweg mit 23 % ermittelt. Dabei liegen große Spannweiten bezogen auf die Fachrichtungen vor. Während auf spezifischen Versorgungseinrichtungen eine Prävalenz von 68 % festgestellt wurde, lag diese bei unfallchirurgischen Stationen bei 18,9 %, bei internistischen Stationen bei 20,8 % und bei orthopädischen Stationen bei 12,2 % (vgl. Isfort, M., Klostermann, J., Gehlen, D. & Siegling, B., 2014, S. 6).

Diesen Darstellungen entsprechend machen Menschen mit Demenz einen nicht genau zu definierenden, jedoch mit etwa 10% relevanten Anteil an der Gesamtzahl der Krankenhauspatienten aus (siehe dip, S. 5) und dies mit Verweis auf den demografischen Wandel mit einer steigenden Tendenz.

2.2 Das Krankenhaus aus Sicht des Menschen mit Demenz

Die stationäre Behandlung in einem Krankenhaus stellt an Menschen mit Demenz weit- aus größere Anforderungen als an kognitiv unbeeinträchtigte Patienten. In vielen Fällen führen diese zu Überforderungen der geistigen und körperlichen Fähigkeiten.

Ein somatisches Krankenhaus ist heutzutage ein hoch komplexes und auf Effizienz ausgerichtetes System, mit der Folge einer abnehmenden psycho-sozialen und stattdessen eher medizinischen und bürokratischen Hinwendung zum Patienten.

VERWEIS

Das Pflege thermometer des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) wandte sich im Jahr 2014 der Situationsanalyse von Menschen mit Demenz im Krankenhaus zu: www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf

Die Reaktionen der Menschen mit Demenz auf dieses System sind bereits gut untersucht worden. So stellten Pinkert und Holle (2012) durch eine Literaturstudie Folgendes fest:

Krankenhausbehandlungen können für Menschen mit Demenz negative Folgen haben:

- Verschlechterung der physisch-funktionalen Fähigkeiten, Verlängerung der Verweildauer, nosokomiale Infektionen, erhöhte Übersiedlung in die stationäre Langzeitversorgung
- Menschen mit Demenz fühlen sich im Krankenhaus ignoriert oder wenig wertgeschätzt, unsicher und an eine fremde Umgebung gefesselt (Pinkert, C. & Holle, B., 2012).

Neben der medizinisch dominierten Versorgung brauchen Menschen mit Demenz sinnvolle Aufgaben, klare und einfache sowie immer wiederkehrende Abläufe, wertschätzende, tröstende und auf die innere Erlebenswelt bezogene Beziehungen, um sich weiterhin in ihrem Leben verortet zu wissen und sich selbst nicht weiter zu verlieren.

Erfahrungen von Menschen mit Demenz im Krankenhaus sind unter anderem:

- Räumliche Uniformität
- Schall
- Uniformen der Mitarbeiter
- Arbeitsteilung
- Abstrakte Prozesse
- Unverständliche Symbole
- Übergriffe und Zwang
- Unbekannte Menschen, Geräusche, Gerüche
- Emotionale Überforderung
- Keine Beschäftigungsangebote
- Erzwungene Untätigkeit
- Überhöhte Geschwindigkeiten
- Nichts was Identität verleiht und an das eigene Leben erinnert
(Auszug aus dem Foliensatz der Qualifizierungsmaßnahmen von A. Hennig, 2013)

Zu den Auswirkungen eines Krankenhausaufenthalts auf pflegende Angehörige gibt es bislang noch keine Studien. Erfahrungsberichte zeigen aber, dass die Belastung der Angehörigen während des Krankenhausaufenthaltes ansteigt.

Verwirrende Begriffsvielfalt: Demenz oder kognitive Beeinträchtigungen

In der weiteren Ausführung werden die Begriffe Demenz sowie kognitive Beeinträchtigungen verwendet, was den Leser durchaus irritieren könnte. Diese Begriffe sind jedoch deutlich zu trennen.

In dem hier darzustellenden Projekt „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ wurde explizit die verbesserte Versorgung von Menschen mit Demenz angestrebt. Damit bezog sich das Projekt auf Menschen mit einer entweder bestehenden Diagnose oder noch zu diagnostizierenden Demenz, auch in allen Unterformen¹. Diese Menschen eint eine dauerhafte kognitive Einschränkung aufgrund neuronaler Schädigungen.

Dem entgegen, und hier entsteht ein logischer Bruch, wurde im Rahmen des Projekts „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ ein Screening-Verfahren eingeführt, welches nicht darauf zielt, Menschen mit Demenz, sondern Patienten, die eine wie auch immer verursachte kognitive Beeinträchtigung besitzen, zu identifizieren. Testpositiv gescreente Patienten werden sehr häufig eine Demenz aufweisen, doch in vielen Fällen werden auch andere Ursachen (Medikamente, Drogen, Fieber, Exikose, Schmerzen, usw.) ursächlich dafür sein.

Alle Akteure sind sicher, dass die Fokussierung in diesem Projekt auf Menschen mit Demenz, quasi im Windschatten auch eine Verbesserung beispielsweise für Menschen mit geistiger Behinderung mit sich bringt.

Im Folgenden wird daher nur im Zusammenhang mit dem angewendeten Screening von kognitiven Beeinträchtigungen und ansonsten von Demenz gesprochen.

2.3 Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen im Klinikalltag – Die Begleitstudie

Die Universitätsmedizin Mainz führte unter Leitung von Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Fellgiebel und unter Mitarbeit von Dr. Katharina Geschke eine Begleitstudie durch, in die Stationen der Universitätsmedizin Mainz sowie die Stationen der acht Modellkliniken des Projekts „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ eingebunden waren. Die integrierte Studie im Rahmen des Modellprojekts sollte neue Erkenntnisse zum Umfang und zur Häufigkeit von kognitiven Einschränkungen von Patienten im Alter von 70 plus während eines Krankenhausaufenthalts erlangen und diese darüber hinaus in Zusammenhang mit aufgetretenen Komplikationen stellen. Die Fragestellungen der Begleitstudie werden in diesem Bericht in drei unterschiedlichen Kapiteln dargestellt:

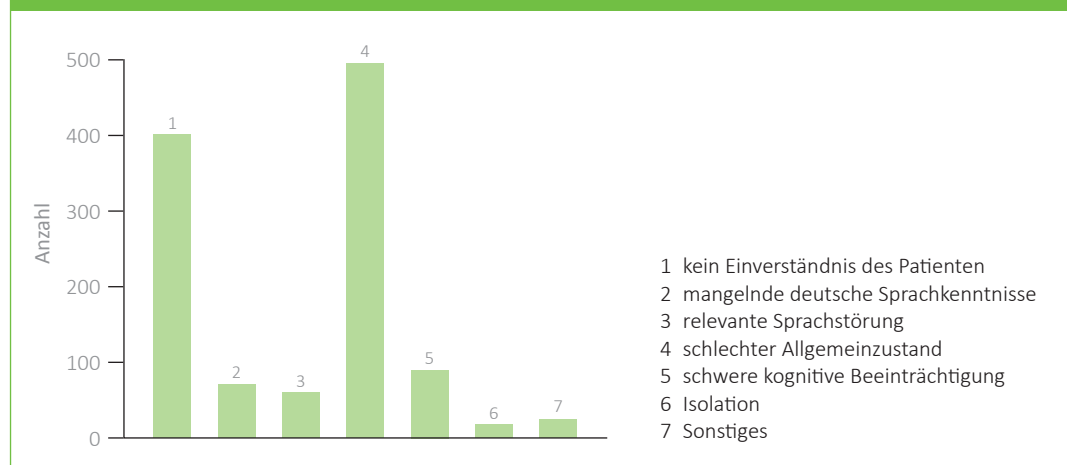
- Die Modellkliniken erhalten ein Instrument zur Identifikation kognitiver Beeinträchtigungen, um sich in dessen Gebrauch und Implikationen einzuarbeiten (siehe Kapitel 4.1).
- Evaluation eines Screeningverfahrens (strukturiertes Interview), das Risikopatienten, die aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen Komplikationen erfahren können, alltagsstabil und alltagstauglich abbilden soll (siehe Kapitel 5.1)
- Es entstehen neue Erkenntnisse dazu, wie häufig Komplikationen in Abhängigkeit von kognitiven Beeinträchtigungen auftreten und wie dies die Liegedauer im Krankenhaus beeinflusst (im nachfolgenden Text beschrieben).

¹ Die medizinische S3-Leitlinie Demenzen unterscheidet ätiologisch folgende Demenzformen: Demenz bei Alzheimer-Krankheit, vaskuläre Demenz, gemischte Demenz, frontotemporale Demenz, Demenz bei Morbus Parkinson, Lewy-Körperchen-Demenz.

Umfang der Begleitstudie – Ein- und Ausschluss der Patienten

Insgesamt wurden 2522 Patienten im Rahmen der Studie gescreent. Von diesen wurden 1.144 Patienten ausgeschlossen (siehe Ausschlussgründe in Abb. 2).

Abb. 2: Darstellung der Ausschlussgründe in der Begleitstudie

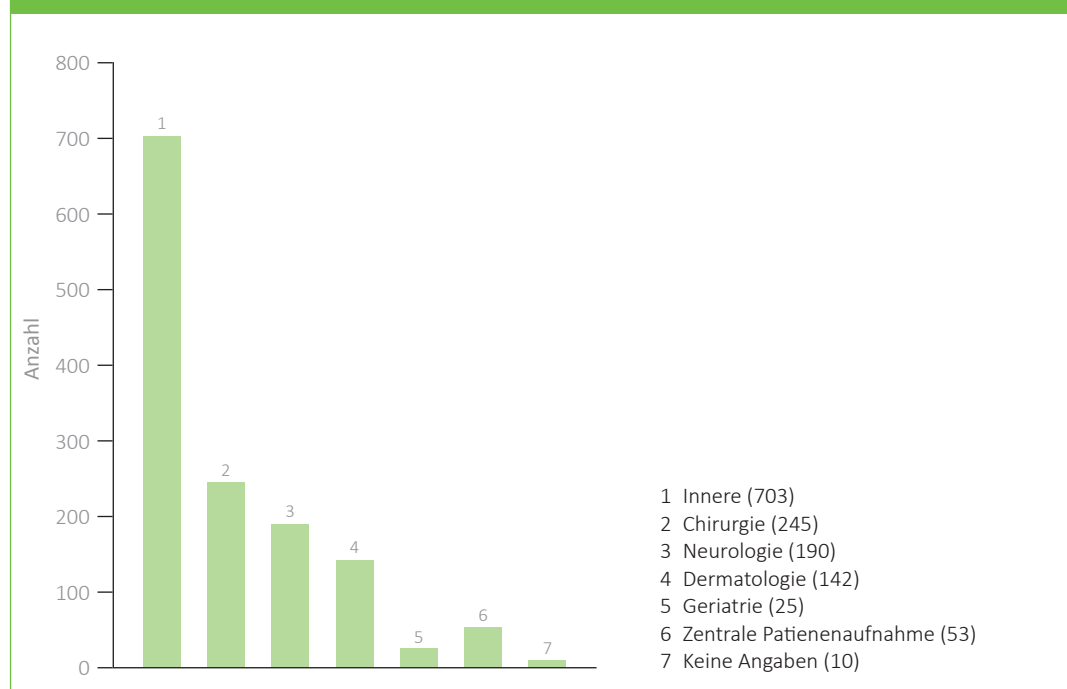


Insgesamt konnten 1368 Patientendaten (608 Männer [44,4 %] und 752 Frauen [55,0 %], in acht Fällen fehlte die Geschlechtsangabe) ausgewertet werden. Das mittlere Alter betrug 79,8 Jahre $\pm$ 5,8 Jahre (Standardabweichung, SD). Die mittlere Liegedauer betrug 8,7 Tage $\pm$ 6,8 Tage (SD).

Verteilung der Patienten auf medizinische Fachgebiete

Die Patienten verteilten sich wie folgt auf die unterschiedlichen medizinischen Fachgebiete:

Abb. 3: Anzahl der eingeschlossenen Patienten der verschiedenen Fachrichtungen



Demnach befanden sich mehr als die Hälfte aller Patienten auf Stationen der inneren Medizin (51,4 %), weitere 17,9 % in der Chirurgie, 13,9 % in der Neurologie, etwa jeder zehnte Patient in der Dermatologie (10,4 %) und 1,8 % entstammten der Geriatrie. 3,9 % der Patienten kamen direkt aus der zentralen Patientenaufnahme. Bei zehn Patienten, die in die Studie aufgenommen wurden, lagen keine Angaben zur medizinischen Fachrichtung vor.

Umfang und Häufigkeit kognitiver Beeinträchtigungen

Mögliche kognitive Beeinträchtigungen wurden mittels des 3-Wörter-Uhren-Tests (Kamenski, G., Dorner, T., Lawrence, K., et al., 2009) untersucht und folgende Klassifizierung vorgenommen:

- Grün: Keine kognitiven Beeinträchtigungen: Aufgaben komplett richtig
- Gelb: Leichte kognitive Beeinträchtigungen: Aufgabenerfüllung zwischen „grün“ und „rot“
- Rot: Kognitive Beeinträchtigungen: Aufgaben komplett falsch

Die Komplikationen, die sich während des Krankenhausaufenthaltes zeigten, wurden am Entlassungstag von den Pflegekräften dokumentiert.

241 Patienten (17,6 %) wurden als „rot“² im 3-Wörter-Uhren-Test (Kamenski, G., et al., 2009) eingestuft, 137 Patienten (10,0 %) waren „grün“ und 990 Patienten (72,4 %) „gelb“ (vgl. Tab. 1). Bei 4,6 % der Patienten (n=63) war zuvor eine Demenz-Diagnose bekannt, wohingegen 18,7 % der „rot“-klassifizierten Patienten (n = 38) und nur 2,7 % der anderen Patienten (n = 25) eine solche aufwiesen (χ^2 test, $p < 0.0005$).

Tab. 1: Übersicht der Verteilung der Ergebnisse des 3-Wörter-Uhren-Tests

3-Wörter-Uhren-Test	N	%	Alter	Alter SD
grün	137	10,0	77,4	5,1
gelb	990	72,4	79,5	5,7
rot	241	17,6	82,2	5,8
gesamt	1.368	100	79,8	5,8

Häufigkeit von Komplikationen

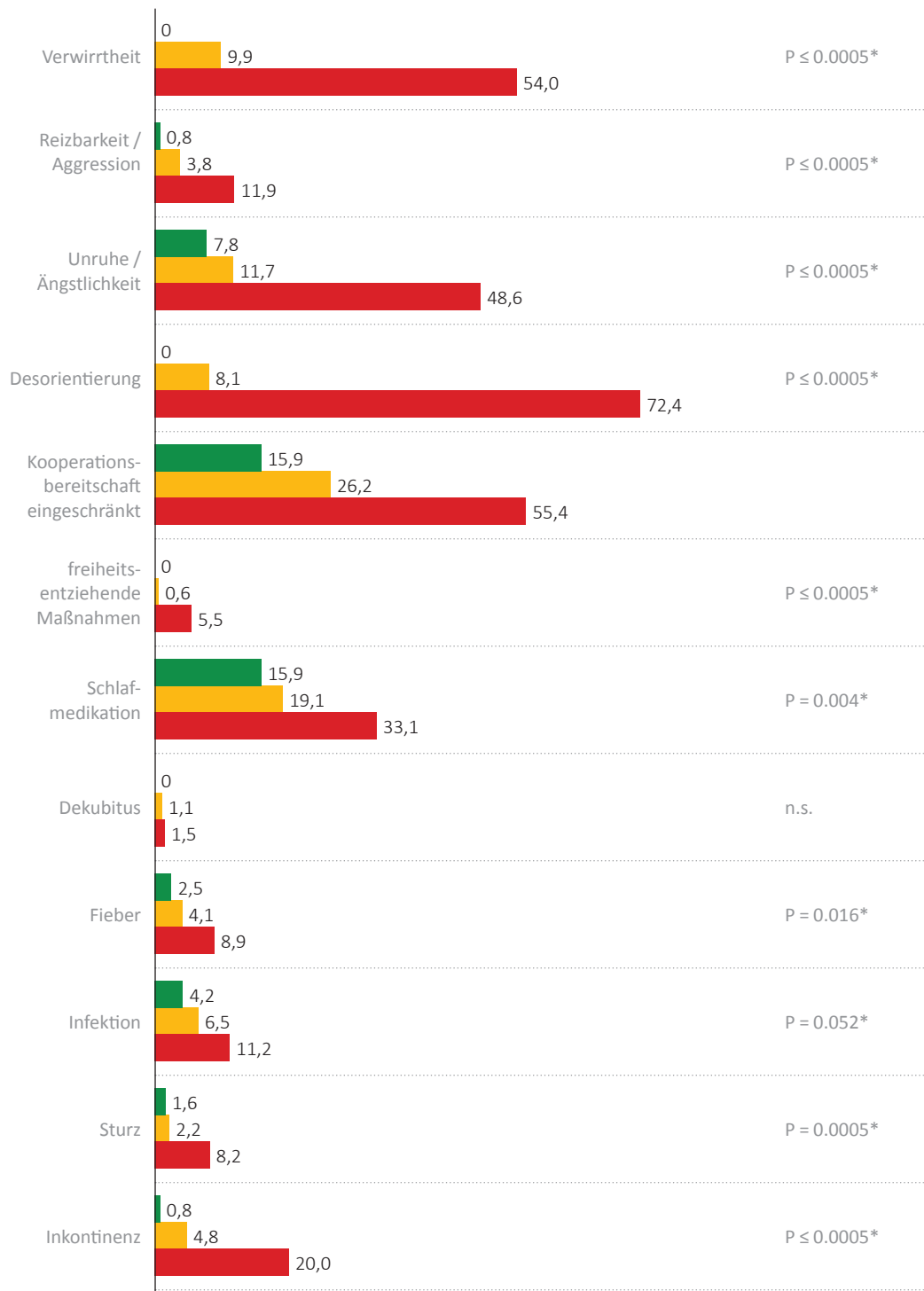
455 Patienten (33,3 %) wiesen während des stationären Aufenthaltes eine Komplikation auf. Bei 103 Patienten wurde der Komplikationsbogen bei Entlassung nicht ausgefüllt, so dass hier keine Daten in die Auswertung eingebunden werden konnten. Die „rot“-klassifizierten Patienten hatten signifikant mehr Komplikationen als die anderen Patienten (134 von 220 Patienten bei den „roten“ vs. 321 von 1045 Patienten bei den „gelben“ und „grünen“ Patienten; χ^2 test, $p < 0.001$). Somit hatten die im modifizierten 3-Wörter-Uhren-Test als „rot“ klassifizierten Patienten ein 3,5-fach höheres Risiko für das Auftreten einer Komplikation während des stationären Aufenthaltes.

Formen der Komplikationen

Das Pflegepersonal gab bei den „roten“ Patienten signifikant häufiger Verwirrheitszustände, Reizbarkeit und Aggression, Unruhe und Ängstlichkeit, Desorientierung, Notwendigkeit von freiheitsentziehenden Maßnahmen, Schlafmedikation, Fieber, Stürze und Inkontinenz an (vgl. Abb. 4). Der Begriff signifikant bedeutet, dass die benannten Komplikationen mit den kognitiven Beeinträchtigungen in engem Zusammenhang stehen und nicht nur zufällig auftreten. Auch die Kooperationsbereitschaft an sich wurde schlechter eingestuft. Das Auftreten von Dekubitus steht allerdings in keinem Zusammenhang zu kognitiven Einschränkungen.

² keine kognitiven Beeinträchtigungen (grün);
leichte kognitive Beeinträchtigungen (gelb);
kognitive Beeinträchtigungen (rot)

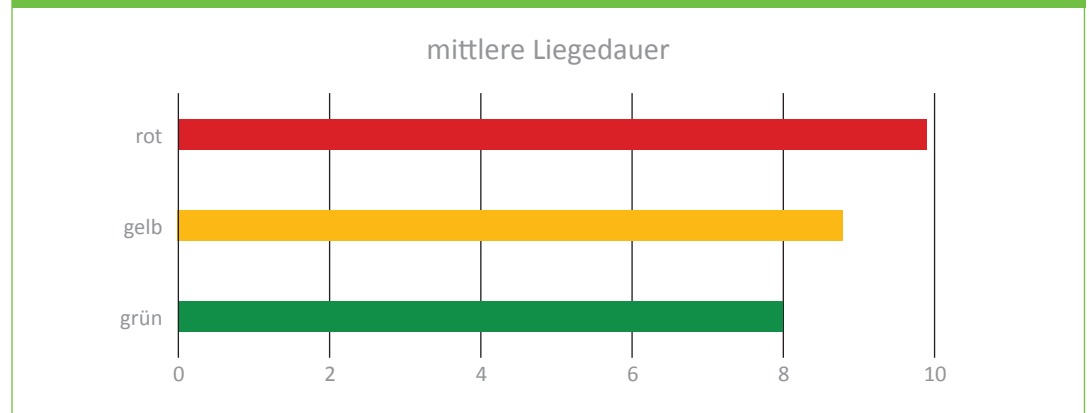
Abb. 4: Häufigkeit der aufgetretenen Komplikationen in Abhängigkeit von der kognitiven Beeinträchtigung (in %)



Zusammenhang zwischen kognitiver Beeinträchtigung und Liegedauer

Eine weitere Komplikation bei den „roten“ Patienten stellte eine verlängerte Liegedauer dar. So lagen diese Patienten durchschnittlich 10 Tage $\pm$ 8,8 Tage im Krankenhaus, die „gelben“ und „grünen“ nur 8,4 Tage $\pm$ 6,2 Tage (vgl. Abb. 5).

Abb. 5: Liegedauer in Abhängigkeit vom Ergebnis des 3-Wörter-Uhren-Tests



Kurzbewertung der Ergebnisse

Kognitive Beeinträchtigungen waren ein starker Prädiktor für das Auftreten von Komplikationen. Das bedeutet

- einerseits, dass Krankenhäuser ein großes Interesse daran haben sollten, möglichst frühzeitig diese Patienten zu identifizieren
- und andererseits, dass dieses Wissen um einen Risikopatienten auch gesonderter Maßnahmen zur Komplikationsprävention bedarf.

Die verlängerte Liegedauer von zwei Tagen (20 %) im Vergleich zu nicht kognitiv beeinträchtigten Patienten und das Wissen um die Komplikationen legen den Verdacht nahe, dass die Komplikationen die Liegedauererhöhung (mit-) bewirken. Ob diesen Mehrkosten für das Krankenhaus auch entsprechende Mehrerlöse gegenüberstehen, war nicht Teil der wissenschaftlichen Betrachtung.

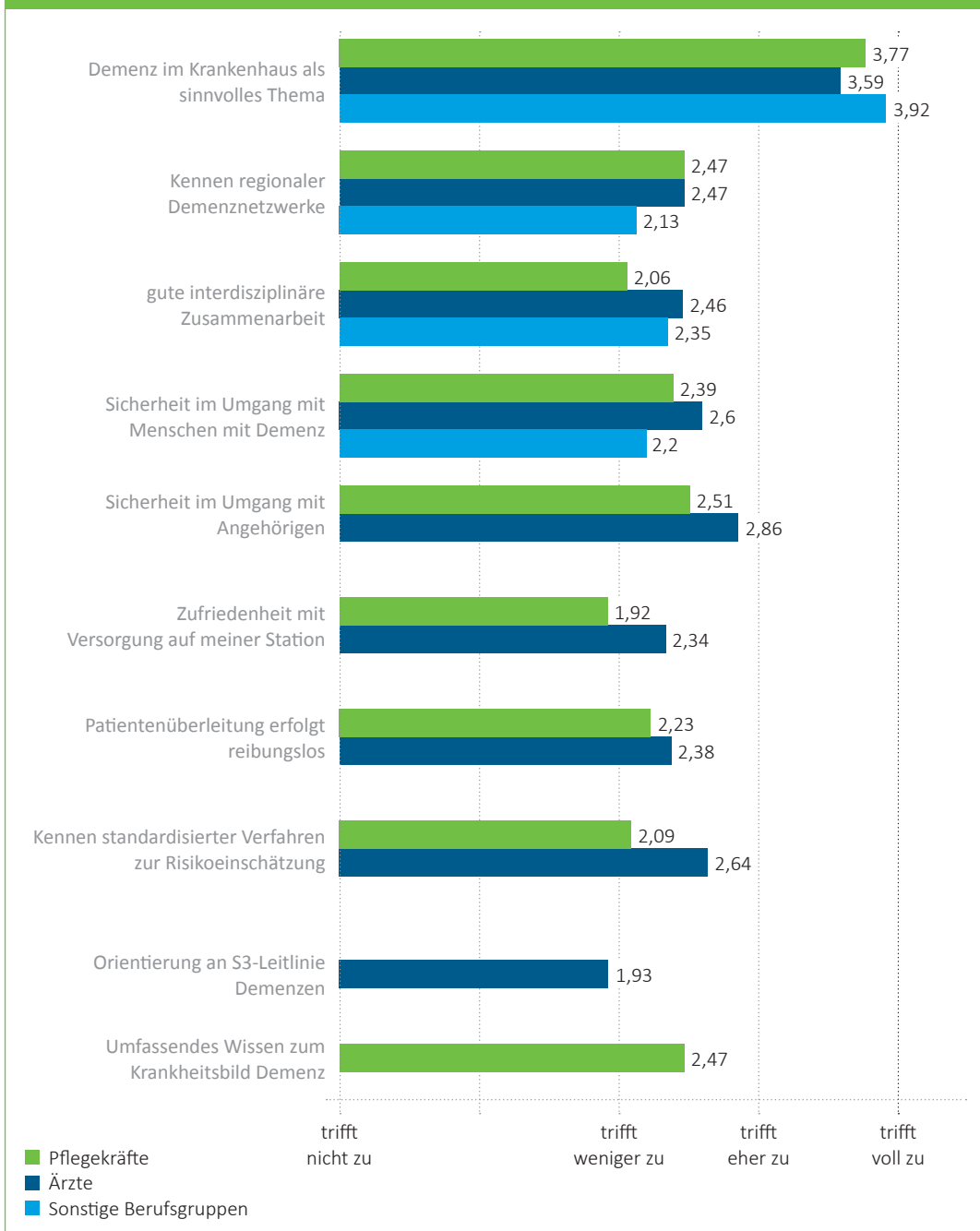
Das Wissen um die hohen Komplikationsraten sollte Krankenhäuser sowie Medizin und Pflegewissenschaft zur Ursachenforschung motivieren, um beispielsweise den Zusammenhang zwischen kognitiver Beeinträchtigung und der Entwicklung einer Inkontinenz im Verlauf des Krankenhausaufenthalts zu erklären.

2.4 Wissen und Fähigkeiten der Mitarbeiter der Modellstationen vor Projektbeginn

Zur Abbildung des Wissensstandes und der Kompetenzen der Mitarbeiter der 26 Modellstationen wurden diese direkt vor ihrer ersten Qualifizierungseinheit mit einem kurzen Fragebogen befragt. Insgesamt nahmen 498 Mitarbeiter an der ersten Qualifizierungseinheit teil, davon waren 91 (18 %) Ärzte (18 %), 250 Pflegekräfte (50 %) und 157 zählten zu sonstigen Berufsgruppen (32 %).

Nachstehend können die Ergebnisse der Befragungen eingesehen werden, in der nicht jede Berufsgruppe die gleichen Fragen erhielt, was anhand der farbigen Balken leicht zu ersehen ist (vgl. Abb. 6).

Abb. 6: Befragung zu Wissen und Kompetenzen der Berufsgruppen zum Thema Demenz vor Qualifizierungsbeginn



Es wird deutlich, dass alle Berufsgruppen die Hinwendung zum Thema Demenz im Krankenhaus als sinnvoll erachten.

Das Wissen um Demenznetzwerke in der Region ist bei allen Berufsgruppen wenig ausgeprägt.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit Demenz wurde von den Ärzten und Pflegekräften moderat eingestuft, von den sonstigen Berufsgruppen als weniger vorhanden.

Ihre Fähigkeiten in der Kommunikation sowohl mit Menschen mit Demenz als auch mit deren Angehörigen schätzten die Berufsgruppen leicht unterschiedlich ein, jedoch alle auf einem moderaten Niveau.

Organisatorische Aspekte in Hinblick auf die Patientenüberleitung und die Versorgung wurden als weniger zufriedenstellend bzw. weniger reibungslos von den Ärzten und Pflegekräften eingeschätzt.

Diese beiden Berufsgruppen mussten zudem einschätzen, ob sie standardisierte Verfahren zur Risikoeinschätzung von Menschen mit Demenz kennen. Die Ärzte kennen sich tendenziell ein wenig mehr als die Pflegekräfte damit aus, doch keine der Berufsgruppen fühlt sich hier umfassend wissend.

Nach Angaben der Ärzte orientiert sich deren tägliches Handeln weniger an der S3-Leitlinie Demenzen.

Ableitungen für das Modellprojekt

In der täglichen Arbeit im Krankenhaus konkurrieren stetig viele Themen (z. B. Hygiene, Dokumentationsanforderungen) um die Zeit der Mitarbeiter. Für den Erfolg des Modellprojekts war es förderlich, dass die Notwendigkeit des Themas nicht erst aufwändig erarbeitet werden musste, sondern bereits von den Mitarbeitern gesehen wurde.

Das Wissen und die Fähigkeiten in Hinblick auf Demenz und auch die aktuelle Versorgung von Menschen mit Demenz werden seitens der Mitarbeiter als lediglich durchschnittlich mit einer leichten Tendenz zu unterdurchschnittlich eingeschätzt. Auch die Selbsteinschätzung bezogen auf die Kommunikationskompetenzen kann als nicht ausreichend für ein professionell agierendes System bezeichnet werden. Diese Erkenntnisse nahmen direkt Einfluss auf die Inhalte der Qualifizierungsmaßnahmen für die unterschiedlichen Berufsgruppen.

Das Kennen regionaler Demenznetzwerke ist ein wichtiger Aspekt, um die Binnenperspektive des Krankenhauses zu verlassen und Voraussetzung für die Vernetzung mit anderen Akteuren vor Ort. Die Bereitschaft zur Vernetzung sollte im Rahmen des Projekts intensiviert werden.

2.5 Handlungsfelder für Krankenhäuser

Aufgrund der bisherigen Erkenntnisse und unter Einbezug empirischer Forschungsergebnisse werden nachstehend bedeutende Handlungsfelder für Kliniken eröffnet, das jedes für sich das Potential besitzt die Versorgung von Menschen mit Demenz zu verbessern. Im Rahmen des Modellprojekts „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ verpflichteten sich die acht Modellkliniken, die Handlungsfelder „Patientenorientierte Kommunikation“, „Screening kognitiv beeinträchtigter Risikopatienten“ und „Entlassungsmanagement / Vernetzung“ verbindlich zu bearbeiten. Die Hinwendung zu den Feldern „Komplikationsreduzierung“ und „Beschäftigungsangebote“ war freiwillig.

Identifikation von kognitiv bedingten Risikopatienten

Den oben dargestellten Ergebnissen nach ist es für Krankenhäuser wichtig, so früh wie möglich, sogar bereits vor Aufnahme, um kognitive Beeinträchtigungen des Patienten zu wissen. Dabei geht es nicht um Demenzdiagnostik, sondern um die Identifikation von Patienten, die besonderen Bedarf haben, und wie die integrierte Begleitstudie von Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Fellgiebel zeigte, auch einem erhöhten Risiko von Komplikationen ausgesetzt sind. Um in diesem Handlungsfeld tätig zu werden, bieten sich standardisierte Kurztests an (siehe dazu auch Kapitel 5.1).

Personenorientierte Kommunikation³

Die Person und deren Befindlichkeit in den Fokus jeder Kontaktaufnahme, sei es durch Ärzte, Pflegekräfte oder andere Berufsgruppen, zu stellen ist eine plausible jedoch äußerst schwer umzusetzende Aufgabe. So gut wie jeder Kontakt zum Patienten entsteht nicht durch das Interesse an der Person, sondern durch eine am oder mit dem Patienten zu erledigende Aufgabe für die Klinik. Der Leitgedanke der personenorientierten

VERWEIS

Das Dialogzentrum Demenz der Universität Witten / Herdecke recherchierte „Assessments in der Versorgung von Personen mit Demenz“
www.dzd.blog.uni-wh.de/files/2013/01/Assessments_DZD.pdf

³ Ansätze der personenorientierten Kommunikation bieten beispielsweise die Modelle der person-zentrierten Pflege nach Kitwood, der Validation nach Feil oder auch der integrativen Validation nach Richard.

Kommunikation heißt „Kontakt vor Funktion“. Erst wenn der Kontakt zum Patienten hergestellt ist, sollte die Aufgabe langsam in den Fokus der Betrachtung rücken. Zur personenorientierten Kommunikation gehört auch der absolute Verzicht auf Korrekturen („Sie haben bereits gefrühstückt“) oder Hinweise auf Defizite („Das hatte ich Ihnen gestern bereits erzählt“). Viele weitere Facetten einer personenorientierten Kommunikation könnten in den Krankenhausalltag integriert werden und damit Druck, Zwang oder Abwertungen vermeiden und am Ende des Tages Zeit sparen.

Verstehender Umgang mit herausforderndem Verhalten

Herausforderndes Verhalten wird gerne auch als störendes Verhalten oder Verhaltensauffälligkeit im Krankenhausjargon bezeichnet. Schütz und Füsgen untersuchten im Jahr 2012, wie Krankenhäuser mit therapeutischen und pflegerischen Problemen umgehen. Als Maßnahmen wurde benannt: Angehörige als Vermittler einsetzen, den Patienten ablenken, ein beruhigendes Gespräch führen, Fixierungsmaßnahmen durchführen oder Medikamente geben (Schütz, D. & Füsgen, I., 2012, S. 37).

Es wird durch die benannten Maßnahmen deutlich, dass das herausfordernde Verhalten als ein der Person oder Persönlichkeit innewohnendes Verhalten gedeutet wird, das es zu reduzieren gilt. Neue pflegewissenschaftliche Ansätze werben dafür, herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz zunächst immer als Reaktion auf ein unbefriedigtes Bedürfnis zu sehen (z. B. die Methode der Serial Trial Intervention). Wird diese Sichtweise eingenommen, verlangt es den Mitarbeitern eine intensive Suche nach dem Bedürfnis ab.

Die Veränderung der Deutung von herausforderndem Verhalten und das Kennenlernen nicht-medikamentöser Interventionsmöglichkeiten ist ein weiteres bedeutendes Handlungsfeld für Kliniken.

Sinnvolle Beschäftigungsangebote

Der Patient im Krankenhaus ist durchaus häufig und teils auch über lange Zeiträume sich selbst überlassen, sofern keine Pflege, Diagnostik oder Therapie stattfindet. Diese Zeit kann von kognitiv nicht beeinträchtigten Patienten zumeist gut und sinnvoll gefüllt werden.

Menschen mit Demenz hingegen erleben diese Zeit oft als „tote Zeit“ (Fellgiebel, Bad Kreuznach, 2013, Kommentar im Rahmen eines Vortrags im Forum Geriatrie). Sie verlieren sich selbst in diesen Momenten, agieren teilweise desorientiert und beginnen oft eine Suchbewegung, angefangen vom Nesteln am Wundverband, über das Stöbern im Schrank des Nachbarn bis hin zum Aufsuchen der Krankenhauspforte. Die „tote Zeit“ kann jedoch auch in eine Passivität münden, in einen Zustand der totalen Teilnahmslosigkeit. Ein nicht minder schlechter Zustand, doch weit weniger im Fokus der Mitarbeiter als agitiertes und aktives Verhalten.

Derzeit ist es schwer vorstellbar, sinnvolle, lebensgeschichtliche, an der Alltagsstruktur orientierte Beschäftigungsmöglichkeiten in einem Krankenhaus zu finden, die über Bindenaufwickeln und früher noch Zellstoffschneiden hinausgehen. Daher sind die Krankenhäuser gefordert, Beschäftigungsangebote zu schaffen, die „tote“ zu identitätsfördernder Zeit werden lassen.

VERWEIS

Serial Trial Intervention zur ursachenbezogenen Reduktion von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz.

Das Verfahren und deren Evaluation finden Sie unter: www.medsoz.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medsoz/STI-D_Projektbericht.pdf

Abb. 7: Plakat des St. Josef-Krankenhaus Zell – Unterschiedliche Maßnahmen für die Handlungsfelder

KLINIKUM MITTELMOSEL
St. Josef-Krankenhaus Zell



*Modellprojekt „Demenzkompetenz im Krankenhaus“
Ergebnisse*

Klinikum Mittelmosel

- Kardiologie und Gastroenterologie
- Allgemein- und Unfallchirurgie
- Orthopädie
- Viszeral- und Gefäßchirurgie
- Anästhesie- und Intensivmedizin
- Palliativmedizin
- Neurologie mit neurolog. Frühreha.
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Kinder- und Jugendmedizin
- Augenheilkunde
- Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
- Interdisziplinäre Fachabteilung

- Steuergruppe
- Schulung der Mitarbeitenden
 - Pflegedienst (44 MA) in 4 Modulen
 - Ärztlicher Dienst (11 MA)
 - Sonstige (35 MA, Labor, Ambulanzen, Seelsorge, Sozialdienst, Service- und Menüassistenten, Grüne Damen)

- 15 Multiplikatoren
- Teilnahme am Netzwerk Demenz in den Landkreisen
- Orientierungshilfen in Modellpatientenzimmern
- Bevorratung von „Demenz-kisten“ für Modellstationen
- Aufbau eines speziell geschulten ehrenamtlichen Dienstes
- Fortbildung für pflegende Angehörige
- Informationsbroschüre „Demenz“ für Angehörige
- Informationsplakate für Pflegestationen
- Überarbeitung des Patientenaufnahmebogen
- Arbeitsanweisung zum Umgang mit Demenzpatienten





Komplikationsprävention und -reduktion

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind, laut der integrierten Begleitstudie von Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Fellgiebel, als Risikopatienten einzustufen. Das Risiko resultiert dabei aus der fehlenden Absprachefähigkeit mit dem Patienten. Beispielsweise ist die Sturzgefährdung eines Patienten auch nur dann ein Risiko, wenn keine Vereinbarungen mit ihm getroffen werden können, wie etwa vor dem Toilettengang zu klingeln. Die Risiken eines Sturzes, aber auch einer Inkontinenz, eines zusätzlichen deliranten Syndroms, Fieber, Infektionen, die Gabe von Schlafmedikation oder die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen gilt es zu vermeiden. Eine besondere Beachtung verdienen Schmerzen bei Menschen mit Demenz. Diese werden häufig über untypische Wege gezeigt, so dass eine teilweise Unterversorgung mit Schmerzmedikation anzunehmen ist.

Jeder Sturz, der verhindert, jeder geblockte Katheter, der vermieden wird, jeder Wundverband, der vom Patienten ungeöffnet bleibt, jeder erkannte Schmerz stellt einen Gesundheitsgewinn für den Menschen und vermiedene Arbeit für die Mitarbeiter dar.

Entlassungsmanagement und Netzwerkarbeit

Das Wissen um eine im Durchschnitt 20 % längere Verweildauer von Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen (siehe dazu Kapitel 2.3) stellt unter anderem Fragen an das Entlassungsmanagement und die Vernetzung der Kliniken. Einer Befragung des Dialogzentrums Demenz der Universität Witten/Herdecke folgend, geben 50 % der befragten Krankenhäuser an, ein defizitäres Entlassungsmanagement für Menschen mit Demenz zu haben (vgl. Dialogzentrum Demenz 2013, S. 25). Die Krankenhäuser sollten künftig ihre Bemühungen intensivieren, die Schnittstellen zwischen Krankenhaus und nachsorgenden Systemen zu optimieren. Dies birgt noch erhebliches Potential in Hinsicht auf die Steigerung der Behandlungsqualität und Verbesserung der Ökonomie.



VERWEIS

Studienergebnisse zum Thema Schmerz und Demenz:

- Nicht demente Patienten erhalten nach Schenkelhalsfraktur die dreifache Dosis Morphinäquivalent verglichen mit Menschen mit Demenz (Morrison, R.S., 2000)
- 80-Jährige erhalten um ein Drittel weniger Opiate als Jüngere (Bernabei, R., Gambassi, G., Lapane, K., et al.; 1998)

VERWEIS

Das Dialogzentrum Demenz der Universität Witten/Herdecke untersuchte die „Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung dementzerkrankter Menschen – Probleme und Wissensbedarfe bei der Überleitung und Entlassung von Menschen mit Demenz“.

www.dzd.blog.uni-wh.de/files/2013/01/Ueberleitung_und_Entlassung.pdf

Abb. 8: Öffentlichkeitsarbeit zum Thema durch das Evangelische Krankenhaus Zweibrücken

3. Formale Darstellung des Modellprojekts

3.1 Ziele und zeitlicher Ablauf des Modellprojekts

Das übergeordnete Ziel des Projekts „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ bestand darin, die Lebens- und Versorgungsqualität von Menschen mit Demenz während eines Krankenhausaufenthalts zu steigern und eine optimale Pflegeüberleitung zu sichern.

Die Modellkrankenhäuser mussten sich zu einem offenen und kompetenten Umgang mit Menschen mit Demenz bekennen.

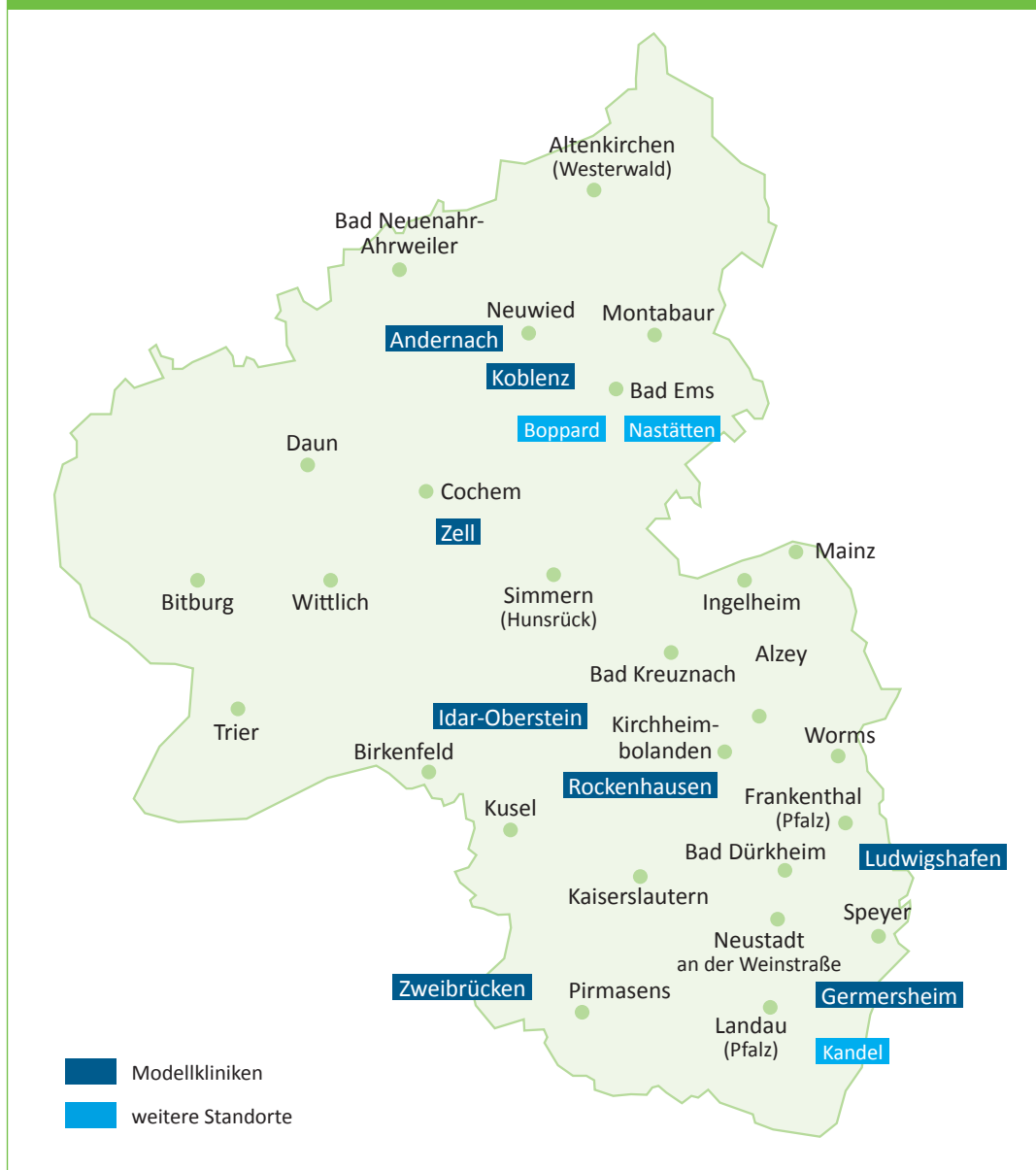
Dazu mussten:

- Menschen mit Demenz im Krankenhausalltag identifiziert werden (Screeningverfahren, Pflegeüberleitung);
- alle Professionen und Bereiche im Krankenhaus wissen, welcher Patient oder welche Patientin an einer Demenz erkrankt ist (Kommunikationswege);
- die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kompetent mit Menschen mit Demenz umgehen können;
- das Entlassungsmanagement optimiert und auf die spezifischen Bedarfe von Menschen mit Demenz hin ausgerichtet werden;
- sich die Krankenhäuser mit den regionalen Anbietern von Pflege und Betreuung vernetzen.

Das Projekt umfasste zunächst den Zeitraum von Mai 2013 bis Dezember 2014 und bestand aus einer Vorbereitungs-, einer Durchführungs- und einer Auswertungsphase. In einer erweiterten zweiten Projektphase bis Februar 2015 wurden die bereits initiierten Maßnahmen der Kliniken nochmals unterstützt, um den Durchdringungsgrad und die Nachhaltigkeit zu sichern.

Dem Projekt ging ein Interessensbekundungsverfahren voraus, bei dem sich alle Kliniken aus Rheinland-Pfalz um das Projekt bewerben konnten. Durch ein Fachgremium wurden aus den 23 Bewerbungen acht Modellkrankenhäuser ausgewählt (Vorbereitungsphase).

Abb. 9: Übersicht der regionalen Verteilung der Modellkliniken und deren weitere Standorte



Im nächsten Schritt wurde mit den Krankenhäusern eine Zielvereinbarung getroffen und mit einer Kick-Off-Veranstaltung im Juli 2013 das Projekt offiziell gestartet.

In der anschließenden Durchführungsphase wurden zunächst Vorabsprachen mit den Modellkliniken getroffen, um dann darauf basierend die Qualifizierungsmaßnahmen durchzuführen und gezielt Beratung einzubinden.

3.2 Konkrete Anforderungen an die Modellkrankenhäuser

Das Vorgehen im Projekt, genauer, die Zusammenarbeit mit den Modellkliniken wurde stark inspiriert durch die Erkenntnisse der Studie des iso-Instituts Saarbrücken im Auftrag der Deutschen Alzheimer Gesellschaft bezüglich der hemmenden und fördernden Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern.

VERWEIS

Kirchen-Peters, S., unter Mitarbeit von Herz-Silvestrini, D. und Bauer, J. (2012). Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern. Endbericht mit Handlungsempfehlungen des iso-Instituts Saarbrücken an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Zugriff über: www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Endbericht-Kirchen-Peters_Oktober2012_01.pdf

Abb. 10: Informationsplakat des Klinikums Idar-Oberstein

Das Qualitätsmanagement informiert.

Aktuelles aus dem Klinikum Idar-Oberstein

Demenzkompetenz im Krankenhaus

Die Anzahl älterer Patientinnen und Patienten im Krankenhaus wird in Zukunft weiter steigen. Eine große Anzahl dieser Menschen ist von Demenz betroffen. Vielfach werden die Demenzerkrankungen erst im Krankenhaus bemerkt, manchmal auch nicht.

Das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie und die Landeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung in Rheinland-Pfalz möchten gemeinsam über ein Modellprojekt die stationäre Versorgung der Demenzerkrankten im Akutkrankenhaus verbessern. Die wissenschaftliche Begleitung des Projektes erfolgt durch Prof. Dr. Andreas Fellgiebel von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Für das Modellprojekt haben sich 23 Krankenhäuser aus ganz Rheinland-Pfalz beworben. Das Klinikum Idar-Oberstein wurde gemeinsam mit 7 weiteren Krankenhäusern nun für das Modellprojekt ausgewählt.



Mit dem Projekt werden Schulungsangebote für den ärztlichen Dienst, die Pflege und patientennahe Berufsgruppen wie Sozialdienst, Reinigungsdienst und Servicedienst umgesetzt. Spezielle Screeningverfahren und Organisationsberatung sind weitere Projektbausteine. Die Stationen 12, 14, 21 und 24 sind als Musterstationen für das Projekt vorgesehen, die Laufzeit beträgt ein Jahr. Abschließend stehen die Erkenntnisse auch anderen Krankenhäusern und weiteren medizinischen Leistungserbringern zur Verfügung und verbessern damit insgesamt die Situation der Demenzpatienten im Gesundheitswesen.

Für Fragen wenden Sie sich bitte an
Hendrik Weinz
Leiter Qualitätsmanagement & Organisationsentwicklung
(Tel. -1738, h.weinz@io.shg-kliniken.de)



Konkrete Anforderungen an die teilnehmenden Krankenhäuser waren:

- Eine mit den Kliniken geschlossene Zielvereinbarung diene dazu, ein verbindlich erklärtes Interesse an dem Projekt seitens der Unternehmensführung (Direktorium / Geschäftsführung / Vorstand) zu dokumentieren. Diese Identifikation mit dem Projekt war einerseits für Mitarbeiter in einer symbolischen Hinsicht wertvoll, konnte darüber hinaus auch dann bedeutend werden, wenn Widerstände im Projekt entstanden und es einen „Rückenwind“ brauchte, um weiter zu kommen.
- Zudem wurden die Krankenhäuser seitens der LZG zur Bildung einer internen Steuerungsgruppe sowie der Benennung eines internen Projektverantwortlichen angeregt. Für das Projekt bedurfte es demnach einer verantwortlichen Person und einer interdisziplinären sowie hierarchieübergreifenden Steuerungsgruppe.
- Die Steuerungsgruppe wählte auf Grundlage einer Problembeschreibung und einer eigenen Zielsetzung die Maßnahmen aus, die sie als notwendig zur Zielerreichung erachtete. Dabei sollten sowohl Personal- als auch Organisationsentwicklungsmaßnahmen angestrebt werden.

- Für die Teilnahme an den Qualifizierungen wurde neben den Ärzten und Pflegekräften die Einbindung von weiteren Berufsgruppen sowie von ehrenamtlichen Mitarbeitern verbindlich vereinbart.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Zusammenarbeit mit den Kliniken war die nachhaltige Gestaltung und (Weiter-) Entwicklung der aktiven Mitarbeit in den regionalen Demenznetzwerken (siehe dazu auch Kapitel 4.4).

3.3 Das Modellprojekt in Zahlen

Auf das Interessensbekundungsverfahren bewarben sich insgesamt 23 Kliniken, von denen acht Kliniken ausgewählt wurden, die an elf Standorten in Rheinland-Pfalz agieren. Jede Modellklinik konnte bis zu vier Modellstationen benennen, die im Zentrum der klinikinternen Anstrengungen stehen sollten. Insgesamt nahmen 26 Modellstationen an dem Projekt teil.

Es wurden insgesamt 108 Qualifizierungsmaßnahmen für die Pflege (69), Medizin (23) und für sonstige Berufsgruppen (16) durchgeführt. Die Steuerungsgruppen der acht Modellkliniken nahmen insgesamt 40 Beratungen in Anspruch.

An den Qualifizierungsmaßnahmen beteiligten sich knapp 900 Pflegekräfte, 190 Ärzte und 280 sonstige Mitarbeiter.

Die Pflegekräfte sprachen 2.512 Patienten zur Teilnahme an der begleitenden Studie an, von denen 1.368 zustimmten und im Mittel je etwa zwölf Minuten gescreent wurden, was insgesamt etwa 274 Stunden entsprach.

Abb. 11: Plakat zur Darstellung des Projekts im Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein

Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein

**Das Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein
Projekt „Demenzkompetenz im Krankenhaus“**

Abteilungen/Fachbereiche:
 Allgemein- und Viszeralchirurgie
 Ambulanter Pflegedienst
 Anästhesie/Intensivmedizin
 Augenheilkunde
 Diagnostische/interventionelle Radiologie
 Frauenheilkunde
 Geburtshilfe
 Gefäßmedizin
 Hals-/Nasen-/Ohrenheilkunde
 Innere Medizin
 Kinder- und Jugendmedizin
 Mund-/Kiefer-/Gesichtschirurgie
 Medizinisches Versorgungszentrum
 Neurochirurgie
 Palliativmedizin
 Physiotherapie
 Plastische/Ästhetische Chirurgie
 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Radioonkologie und Strahlentherapie
 Rehabilitationsabteilungen
 Schmerztherapie
 Seniorenhilfeeinrichtungen
 Unfallchirurgie/Orthopädie
 Urologie

Modellstationen:
 Ev. Stift St. Martin, Koblenz:
 Station 6 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
 Station 9 Klinik für Innere Medizin Schwerpunkt Gastroenterologie
 Hellig Geist, Boppard:
 Zentral Stationäre Aufnahme / Case Management
 Paulinenstift, Nastätten:
 Station 2: Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Unfallchirurgie und Orthopädie in Nastätten sowie gynäkologische und HNO- Belegpatienten

Initiativen innerhalb des Projektes:

- Reorganisation und -strukturierung eines standortübergreifenden einheitlichen Entlassungsmanagements
- Ausbau der Netzwerkarbeit an allen drei Standorten
- Implementierung eines Konzeptes zum Umgang mit kognitiv eingeschränkten Patienten und herausforderndem Verhalten inkl. wissenschaftlicher Begleitung
- geriatrische Abteilung, geplant ab 2015
- Entwicklung eines Evaluationsinstrumentes für das Entlassungsmanagement
- Verstärkte Öffentlichkeitsarbeit

4. Inhaltliche Darstellung des Modellprojekts

4.1 Einführung eines Screeningverfahrens zur Feststellung kognitiver Defizite

Damit denjenigen Patienten, die aufgrund einer Demenz oder anderer kognitiver Defizite eine besondere Hinwendung seitens des Krankenhauses zu Teil wird, müssen diese (möglichst frühzeitig) identifiziert werden. Wie oben beschrieben, liegen dem Krankenhaus bei Aufnahme des Patienten oftmals keine Informationen über kognitive Einschränkungen vor. Teilweise wird diese verschwiegen und während des gesamten Krankenhausaufenthalts nicht bemerkt. Auch wenn das Krankenhaus zumeist keinen Auftrag für diagnostische oder therapeutische Maßnahmen für diese Patienten besitzt, ist es essentiell, um kognitive Beeinträchtigungen zu wissen. Diese sind oftmals Ursache für Komplikationen (siehe dazu auch Kapitel 2.3).

Aus diesem Wissen heraus wurde die Einführung eines Screenings zum Erkennen kognitiver Defizite (3-Wörter-Uhren-Test, Kamenski, G., et al., 2009) zu einer verbindlichen Aufgabe für die acht teilnehmenden Modellkliniken. Die Pflegekräfte wurden in der ersten Qualifizierungsmaßnahme in die Anwendung und Auswertung des 3-Wörter-Uhren-Tests eingewiesen. Ziel war die Identifikation kognitiver Beeinträchtigungen im Rahmen des pflegerischen Aufnahmegesprächs (Assessment).

VERWEIS

Die Ergebnisse der Befragung des forsa-Instituts zum Thema „Angst vor Krankheiten“ (2014) sind unter folgendem Link abrufbar: www.dak.de/dak/download/Studie_Angst_vor_Krankheiten-1523026.pdf

Screening ist keine Demenzdiagnostik

Eine besondere Sensibilisierung wurde in Hinblick auf die Aussagekraft des 3-Wörter-Uhren-Tests gelegt. Dieser ist ein valides Instrument zur Identifikation kognitiver Beeinträchtigungen, jedoch nicht zum Stellen einer Demenzdiagnose. Demnach wurde immer wieder betont, dass ein testpositives Ergebnis im 3-Wörter-Uhren-Test niemals mit dem Begriff Demenz in Verbindung gebracht werden sollte.

Die Studie des forsa-Instituts für die DAK-Gesundheit aus dem Jahr 2014 erkennt Alzheimer Demenz (49 %) als die Erkrankung, vor der Deutsche nach Krebs (69 %) am meisten Angst haben (DAK Gesundheit 2014).

Patienten sollten bei ihrer Aufnahme im Akutkrankenhaus also keinesfalls durch ein Screening verängstigt werden.

Auswertung des 3-Wörter-Uhren-Tests

Das Ergebnis des 3-Wörter-Uhren-Tests wird in drei Bereiche differenziert:

- grün: keine kognitiven Beeinträchtigungen
- gelb: leichte kognitive Beeinträchtigungen
- rot: kognitive Beeinträchtigungen

Das Verfahren bietet an, diese drei Ergebnisse in Analogie zur Ampel mit den Farben rot, gelb und grün auszudrücken. Sofern der Patient alle Aufgaben richtig gelöst hat, wird dies als grün, sofern alle Aufgaben falsch gelöst wurden als rot und alle anderen als gelb gewertet.

Abb. 12: Formular des 3-Wörter-Uhren-Tests

PATIENTENAUFKLEBER

bzw. Name und Geburtsdatum



UNIVERSITÄTSmedizin.
MAINZ

Drei-Wörter-Uhren-Test

zur Anonymisierung bitte ausschneiden

1. „Bitte wiederholen Sie folgende Wörter“:

- ☐ Auto
- ☐ Blume
- ☐ Kerze

(Korrekt wiederholte Wörter bitte ankreuzen)

2. Eine Seite weiter blättern für Uhrentest

Interpretation:

Beispiele

1. Perfekt:	
a. Ziffern 1-12 richtig eingezeichnet	
b. zwei Zeiger, die die richtige Uhrzeit (11:10 Uhr) anzeigen	
2. Leichte visuell-räumliche Fehler	
a. Abstände zwischen den Ziffern nicht gleichmäßig	
b. Ziffern außerhalb des Kreises	
c. Blatt wird gedreht, sodass die Ziffern auf dem Kopf stehen	
d. Patient verwendet Linien („Spelchen“) zur Orientierung	
3. Fehlerhafte Uhrzeit bei erhaltener visuell-räumlicher Darstellung der Uhr	
a. nur ein Zeiger	
b. „10 nach 11“ (o.Ä.) als Text hineingeschrieben	
c. keine Uhrzeit eingezeichnet	
4. Mittelgradige visuell-räumliche Desorganisation, sodass ein korrektes Einzeichnen der Uhrzeit unmöglich wird	
a. unregelmäßige Zwischenräume	
b. Ziffern vergessen	
c. Perseverationen, wiederholt den Kreis, Ziffern jenseits der 12	
d. Rechts-links-Umkehr (Ziffern gegen den Uhrzeigersinn)	
e. Dysgraphie, keine lesbare Darstellung der Ziffern	
5. Schwergradige visuell-räumliche Desorganisation	
a. wie unter 4. beschrieben, aber stärker ausgeprägt	
6. Keinerlei Darstellung einer Uhr (cave: Ausschluss Depression/Delir)	
a. kein wie auch immer gearteter Versuch, eine Uhr zu zeichnen	
b. keine entfernte Ähnlichkeit mit einer Uhr	
c. Patient schreibt Wort oder Name	

3. Nach Uhrentest: „Welche der eben wiederholten Wörter können Sie erinnern?“

- ☐ Auto
- ☐ Blume
- ☐ Kerze

(Richtig erinnerte Wörter bitte ankreuzen)

Auswertung:

- grün :** alle Wörter erinnert & perfekte Uhr (=keine Auffälligkeiten)
- gelb :** nicht alle Wörter erinnert und / oder Fehler bei der Uhr
- rot :** kein Wort erinnert & Uhr mit schweren Fehlern (ab 3: z.B. Verlust der Zeiger)

Ergebnis: ☐ grün ☐ gelb ☐ rot



Dies soll eine Uhr werden. Bitte zeichnen Sie die fehlenden Ziffern ein.
Zeichnen sie danach die Uhrzeit „10 nach 11“ ein.

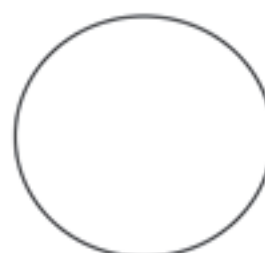


Abb. 13: Instruktionen zur Patientenaufklärung und Screeningdurchführung

Instruktionen zur Patientenaufklärung und Screeningdurchführung

GRÜN (keine Auffälligkeiten): „Wir haben bei Ihnen **keine Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit** feststellen können. Vielen Dank für Ihre Teilnahme!“

GELB (leichte Beeinträchtigungen): „Wir haben bei Ihnen **leichte Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit** feststellen können.“
„Das kann ganz unterschiedliche Gründe haben (wie z.B. Stress oder Medikamenteneinfluss).“

ROT (geistige Beeinträchtigungen): „Wir haben bei Ihnen **Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit** feststellen können.“ „Das kann ganz unterschiedliche Gründe haben (wie z.B. Stress oder Medikamenteneinfluss).“

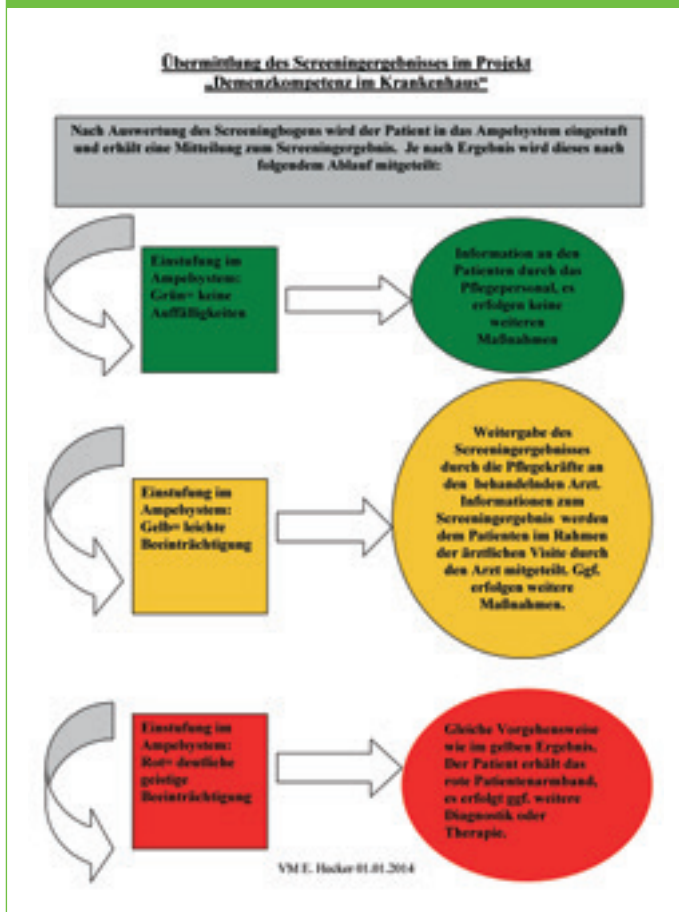
den acht Modellkrankenhäusern bewirkten die Rückmeldungen von insgesamt knapp 1.400 Screening-Ergebnissen bis auf sehr wenige Ausnahmen keine Irritationen bei den Patienten. Sofern diese entstanden, konnten sie durch eine erneute Aufklärung über den Test beseitigt werden: Das Screening dient der Identifikation von Patienten, die einer besonderen pflegerischen und medizinischen Aufmerksamkeit und Versorgung bedürfen.

Rückmeldung der Screening-ergebnisse an den Patienten

In fast allen Krankenhäusern meldeten die Pflegekräfte das Screening-Ergebnis an die Patienten bzw. deren Angehörige zurück. Das Überbringen eines solchen Ergebnisses fiel einigen Pflegekräften schwer. Das Ergebnis des Fiebers, Puls- oder Blutdruckmessens zu überbringen ist weitaus gewohnter und berührt keinen so sensiblen Bereich wie das eines Kognitionstests. Vor diesem Hintergrund wurde den Pflegekräften ein Sprachgebrauch zur Überbringung des Screening-Ergebnisses an die Hand gegeben (siehe Abb. 13).

Nach übereinstimmenden Rückmeldungen der Pflegekräfte aus

Abb. 14: Kommunikation der Screeningergebnisse im St. Nikolaus-Stiftshospital Andernach



Weiterleitung des Screeningergebnisses im Krankenhaus

Sofern kognitive Beeinträchtigungen beim Patienten erkannt wurden, galt es, diese an möglichst alle Stellen im Haus zu kommunizieren, die in den Prozess der Krankenhausbehandlung involviert waren. Vornehmlich wurde dabei an Pflegekräfte und Ärzte gedacht, doch auch für den Patiententransportdienst, die Funktionsbereiche (z. B. Röntgen, Gastroskopie) oder auch für Servicemitarbeiter ist die eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit eines Patienten eine wichtige Information.

Neben der mündlichen Weitergabe dieser Information innerhalb des Stationsteams und der schriftlichen Dokumentation legten die Modellkliniken großen Wert auf eine Kennzeichnung des Patienten mit Signalcharakter. Einige Kliniken nutzten das bekannte Raider-System an ihren Patientenmappen oder klebten Aufkleber auf diese. In einer weiteren Klinik wurde eine Ampel auf dem Kurvenblatt mit grün, gelb oder rot versehen. Darüber hinaus wurde von einigen Kliniken ein spezieller Hinweis in die elektronische Patientenakte eingearbeitet und ein besonderer Vermerk auf Untersuchungsanforderungen gemacht. Eine weitere Klinik legte in ihrem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) eine Markierung für Patienten mit kognitiv bedingten Risiken ab, so dass bei einer erneuten Aufnahme die Mitarbeiter darüber in Kenntnis gesetzt werden konnten.



Eine Klinik, die schon seit längerem ein Patientenarmband zur Patientensicherheit eingeführt hatte, legte Patienten mit einem roten Screening ein rotes Patientenarmband an. Eine andere Klinik hingegen entschied sich für ein grünes Armband.

Abb. 15: Patientenarmband im St. Nikolaus-Stiftshospital Andernach

Diskurs: Kennzeichnung von Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen?

Eine öffentlich sichtbare Kennzeichnung von Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen erscheint sicherlich vielen Menschen als datenschutzrechtlich und auch ethisch bedenklich. Aus der Perspektive der Sicherheit erscheint eine solche Kennzeichnung jedoch als sinnvoll, da dadurch „im Vorbeigehen“ der besondere Hilfebedarf (z. B. Orientierung schenken) sichtbar ist. Damit eröffnet sich ein klassisches Dilemma und fordert die Kliniken heraus, eine eigene Abwägung zu treffen.

4.2 Qualifizierung relevanter Berufsgruppen

Das Ziel der Steigerung der Lebens- und Versorgungsqualität von Menschen mit Demenz und einer Optimierung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements wird nur interdisziplinär zu erreichen sein. Vor diesem Hintergrund bedurfte es der Qualifikation einer Vielzahl an Berufsgruppen. Die Qualifizierungsangebote richteten sich an die Mitarbeiter, die im Rahmen der Krankenhausbehandlung mit den Patienten der Modellstationen in Kontakt kamen. Differenziert in drei Zielgruppen (Ärzte, Pflegekräfte und sonstige Berufsgruppen) wurden Qualifizierungsmaßnahmen mit unterschiedlichen Schwerpunkten und in unterschiedlichen Umfängen angeboten. Die Zielgruppendefinition diente als Orientierung für die Kliniken. Viele Kliniken banden jedoch auch zum Beispiel Physiotherapeuten oder den Sozialdienst in die Qualifizierungen der Pflegekräfte ein.

Durch das oben dargestellte Screening wurden demnach Menschen identifiziert, die einer besonderen Versorgung während ihres Krankenhausaufenthalts bedurften. Was dieses Besondere, als Abweichung von der Versorgung kognitiv unbeeinträchtigter Menschen, sein sollte, war Gegenstand der Qualifizierungsmaßnahmen. Neben dem spezifischen, fachlichen Wissen zielten die Qualifizierungsmaßnahmen auch auf eine Haltungsänderung der Mitarbeiter. Denn die Versorgung von Menschen mit Demenz wird nicht nur durch einen thematischen Wissenserwerb verbessert, sondern durch die Bereitschaft, Routinen aufzubrechen und dadurch das Verhalten von Menschen mit Demenz anders zu deuten als bisher. Die Teilnehmer der Qualifizierungsmaßnahmen sollten sich die Frage stellen, wie sie bestimmte Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz deuten: Als etwas Störendes, etwas, das die Arbeit erschwert, eine Belastung oder als unbefriedigte Bedürfnisse eines Menschen?

Ausdrücklich wurde in den Modellkliniken keine „Mehrarbeit“, sondern eine „Andersarbeit“ angestrebt, indem den Menschen mit Demenz eine besondere Haltung mit entsprechendem fachlichem Know-how entgegen gebracht wird.

Fallbeispiel

Ein Patient mit Demenz in der inneren Medizin mit hohem Bewegungsbedürfnis und Sturzgefahr rollt mit seinem Rollstuhl über Station, in den Aufzug hinein, an der Pforte vorbei, wird in der Stadt von der Polizei aufgefunden und zurück ins Krankenhaus gebracht. Der Oberarzt wird durch die Polizisten gerügt und gibt postwendend im harschen Ton die Aufgabe an die Pflegekräfte, sich darum zu kümmern, dass der Patient nicht mehr in der Stadt aufgefunden wird. Die Pflegekräfte nehmen daraufhin dem Patienten den Rollstuhl weg. Da das Bewegungsbedürfnis noch immer besteht, setzt sich der Patient nun zu Fuß in Bewegung, schafft es noch bis in ein Nachbarzimmer, stürzt dort und zieht sich dabei einen Oberschenkelhalsbruch zu.

Durch das Röntgen wird sichtbar, dass der Patient offensichtlich Schmerzen gehabt haben musste aufgrund einer zurückliegenden Operation, in der Marknägel in den Oberschenkelknochen eingebracht wurden.

In der Nachbetrachtung des Falls im Rahmen der Qualifizierung wurden die Thesen erörtert, ob der Bewegungsdrang den (unentdeckten) Schmerzen geschuldet war und ob ein Bewegungsdrang durch die Hinwegnahme eines Rollstuhls tatsächlich unterbunden werden kann. Es wurde deutlich, dass, solange sich Krankenhäuser ausschließlich auf die Verrichtung von Aufgaben konzentrieren und die Bedürfnisse des Menschen dabei ungesehen bleiben oder fehlbeurteilt werden, solche Fallbeispiele immer wieder entstehen werden.

Abb. 16: Stationsplakat zum Umgang mit Menschen mit Demenz im St. Josef-Krankenhaus Zell

KLINIKUM MITTELMOSEL
St. Josef-Krankenhaus



Menschen mit Demenz benötigen

... ruhigen Umgang	Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder demenziellen Veränderungen verarbeiten Informationen langsamer und benötigen daher mehr Zeit.
... einfache Ansprache	Anrede wie gewohnt (Vor- oder Spitzname, Dialekt), einfache kurze Sätze, keine Fremdwörter, Fragen vermeiden
... Orientierung	deutliche Hinweise zu Ort (Türschilder) und Zeit (großer Kalender, große Uhr)
... Blickkontakt	Mit zunehmender Demenz entstehen Einschränkungen des Blickfeldes. Daher sollten Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder demenziellen Veränderungen direkt von vorne angesprochen werden. Hilfreich kann auch eine freundliche leichte Berührung zu Beginn der Kontaktaufnahme sein.
... Vertrautheit	Vertraute Gegenstände, eigene Wäsche, bekannte Kleidungsstücke, Bücher, Familienfotos oder Lieblingsmusik können ein Stück Sicherheit vermitteln.
... Verständnis für die Zeit, in der sie „leben“	Ihre Gedanken sind ihre Realität! Nicht korrigieren, nicht tadeln.
... Wertschätzung	Das Gefühlsleben steht bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder demenziellen Veränderungen im Vordergrund. Über diese Ebene kann man sie in der Regel gut erreichen. Ihre Gefühle müssen vor allen Dingen ernst genommen werden.
... Verständnis für das Vergessen	Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder demenziellen Veränderungen suchen sich ihre Erinnerungslücken nicht aus! Für Angehörige ist dies oft schwer auszuhalten. Angehörige werden trotzdem immer als vertraute Menschen erkannt.
... geduldige Mitmenschen	Die mehrfach wiederholte Frage ist von einem Menschen mit Demenz immer ernst gemeint.

Auf dem Weg zu einem demenzsensiblen Krankenhaus

KLINIKUM MITTELMOSEL St. Josef-Krankenhaus / Barlstr. 7 / 56856 Zell
www.klinikum-mittelmosel.de / info@klinikum-mittelmosel.de

4.2.1 Qualifizierung der Ärzte

Die Qualifizierung der Ärzte bestand aus zwei Themenblöcken, wobei der erste pflegewissenschaftlich und der zweite medizinisch geprägt war. Der erste Themenblock diente neben der Sensibilisierung für die Wahrnehmung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz dem Kennenlernen des Screening-Instruments, dem Schmerzassessment, dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie der Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen.

Der zweite Themenblock befasste sich hauptsächlich mit medizinischem Wissen zur Ätiologie, Diagnostik und Therapie der Demenz und kognitiver Störungen. Grundlegend war dabei die medizinische S3-Leitlinie zum Thema Demenz und leichter kognitiver Störungen, welche die höchsten methodischen Qualitätsansprüche an eine Leitlinie erfüllt. Ergänzt wurden diese Inhalte um das Thema der Delirprävention.

4.2.2 Qualifizierung der Pflegekräfte

Pflegekräfte haben am häufigsten Kontakt zu Menschen mit Demenz im Krankenhaus und sind erster Ansprechpartner für diese sowie deren Angehörige. Darüber hinaus begleiten sie den Menschen mit Demenz im Prozess und Wechsel zwischen den anderen Berufsgruppen und den Funktionsbereichen (z. B. OP, Endoskopie, Röntgen, etc.).

„ Ich bin ja schon 16 Jahre im Geschäft, hab das aber trotzdem mal ausprobiert, was wir in der letzten Fortbildung gelernt haben. Das ist gut, das hilft wirklich weiter! “

(Mitarbeiterin einer Modellstation)

Beispiel guter Praxis

Das Evangelische Krankenhaus Zweibrücken des Landesvereins für Innere Mission in der Pfalz e.V. (LVIM), in dessen Trägerschaft sich auch das Autorisierte Zentrum für Validation® nach Naomi Feil befindet, bietet seinen Mitarbeitern seit Jahren eine kontinuierliche Praxisreflexion für den Umgang mit Menschen mit Demenz an. An sogenannten Validation®-Präsenztagen begehen und beobachten Mitarbeiter des Validation®-Zentrums die Station, um im Anschluss daran gemeinsam mit den Stationsmitarbeitern Fallbesprechungen, Teamtreffs der Validation®-Anwender oder Angehörigenberatungen durchzuführen.

Vor diesem Hintergrund bedarf es einer intensiven Qualifikation der Pflegekräfte, damit diese auf Grundlage einer personenorientierten Haltung und einem bedürfnisorientierten Verhalten in Kontakt mit Menschen mit Demenz während des Krankenhausaufenthalts treten.

Basierend darauf wurden den Pflegekräften in insgesamt vier Halbtagesfortbildungen folgende Inhalte dargeboten (siehe dazu auch Anhang B):

- die aktuellen medizinischen Erkenntnisse der S3-Leitlinie „Demenzen“
- Anwendung des Screenings und Rückmeldung der Ergebnisse
- Kommunikation mit Menschen mit Demenz
- Beschäftigungsangebote und tagesstrukturierende Maßnahmen
- Angehörigenarbeit
- Patientenüberleitung und Entlassungsmanagement
- Milieugestaltung und der Einsatz von Hilfsmitteln

VERWEIS

Die S3-Leitlinie „Demenzen“ wurde im Jahr 2009 veröffentlicht und stellt den aktuellen Stand des Wissens zur Diagnostik und medikamentösen sowie nicht-medikamentösen Therapie dar. Die Kurzversion (63 Seiten) ist unter folgendem Link zu finden: www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf

- Alternativen zu Fixierungen
- Umgang mit herausforderndem Verhalten
- Delirprävention
- Schmerzassessment

Im Kern zielten die Qualifizierungsinhalte darauf, Risiken und Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts zu vermeiden und dadurch eine Verbesserung der Versorgung zu erreichen.

Fallbeispiel einer individualisierten Maßnahme im Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein Koblenz

Ein demenziell erkrankter Patient war lange Zeit stationär auf der neurochirurgischen Station in Behandlung. Er litt sehr ausgeprägt an seiner fortgeschrittenen Demenz, verstärkt wurde das Krankheitsbild durch eine Blutung nach Sturz und einer OP mit Narkose.

Seine Frau war da, so oft sie konnte, oft schon am Vormittag. An den Tagen, an denen sie nicht da war, dies war selten der Fall, mussten die Pflegekräfte Herrn D. beschäftigen, da sonst, aufgrund seiner Hinlauftendenzen, die Station verlassen hätte. Zudem hatte er ein ausgeprägtes Sturzrisiko.

Die Pflegenden wussten aufgrund der Pflegeanamnese, dass er einst in seinem Berufsleben als Postbeamter am Postschalter arbeitete. So haben sie ihm einen kleinen „Schreibtisch“ mit leeren Blättern, einigen Formularen, Stiften und Stempeln im Patientenzimmer eingerichtet. Für einige Zeit ließ er sich so beschäftigen und war weniger „flüchtig“.

Einmal nahm die Stationsleitung ihn mit zum Schreiben der Zentrallagerbestellung. Er begleitete sie bei der Durchsicht und saß neben ihr bei der Eingabe am PC. Ablenken konnten die Pflegenden ihn auch, in dem er bei ihnen im Stuhl am Schreibtisch im Stationszimmer saß. So war er nicht allein und fügte seine Anmerkungen zu aufgeschnappten Gesprächsinhalten ein.

In diesem Zuge entstand auf dieser Station eine „Demenz-Kiste“. Hier haben einige Mitarbeiter Puzzel, Bücher, Malbücher etc. gesammelt, um Demenzkranke zu beschäftigen.

Von Stephanie Kampmann (Stationsleitung Neurochirurgie Koblenz)

„ Vor dem Projekt lag unser Fokus bei Fortbildungen hauptsächlich im Bereich der Validation. Mit den Fortbildungen durch Herrn Hennig [Referent der Qualifizierungsmaßnahmen] haben wir gelernt, unseren Fokus auch auf die Bereiche Delirvermeidung, Risikofaktoren, Ernährung, Sicherheit, Entlassungsmanagement und Vernetzung zu richten. Durch die Einbeziehung der verschiedenen nichtpflegerischen Berufsgruppen, wie Physiotherapie, Grüne Damen, Patientenbegleitdienst, Labor und Stationshilfen, wurde unser Konzept breiter im Haus bekannt und mitgetragen. “

(Peter Blietschau, Pflegedirektor und Projektleiter am Evangelischen Krankenhaus Zweibrücken)

Beispiel guter Praxis

Das Bildungszentrum der Universitätsmedizin Mainz bietet eine innovative Weiterbildung zum „Pflegeexperte/in für kognitive Einschränkungen und Demenz“ an:

www.unimedizin-mainz.de/fort-und-weiterbildung/programm/weiterbildungen-zusatzqualifikationen/pflegeexperte-fuer-kognitive-einschraenkungen-und-demenz.html

4.2.3 Qualifizierung sonstiger (Berufs-) Gruppen



Abb. 17: Qualifizierung der weiteren Berufsgruppen (Therapeuten/Ehrenamtliche) im Klinikum Idar-Oberstein

Krankenhäuser besitzen eine hochdifferenzierte Aufgabenwahrnehmung, sodass eine Vielzahl weiterer Akteure und Berufsgruppen mit Menschen mit Demenz im Laufe des Krankenhausaufenthalts Kontakt hat. Zu denken ist hier unter anderem an ehrenamtlich Tätige (sogenannte „Grüne Damen“), an Diätassistenten, Physiotherapeuten, den Sozialdienst, die Seelsorge oder auch die Mitarbeiter der Funktionsdienste (z. B. Röntgenabteilung). Auch diese Personengruppen sollten zu einem wertschätzenden und verständnisvollen Umgang befähigt sein. Dafür wurden folgende Inhalte im Rahmen einer Fortbildung angeboten wurden:

- Kommunikation mit Menschen mit Demenz
- Beschäftigungsangebote
- Umgang mit herausforderndem Verhalten

4.3 Optimierung des Entlassungsmanagements

Der dritte, verbindliche Baustein war die Veränderung und Steuerung der Kommunikations- und Abstimmungsprozesse im Rahmen des Entlassungsmanagements im Allgemeinen und für Menschen mit Demenz im Besonderen.

Die Auswirkungen eines defizitären Entlassungsmanagements wurden im Kapitel 2.5 „Handlungsfelder für Krankenhäuser“ dargestellt. Im Rahmen der Qualifizierungsmaßnahmen für die Pflegekräfte wurden diese Erkenntnisse ebenfalls vorgestellt und im Anschluss daran Defizite im eigenen Haus benannt und teilweise eine Ursachenanalyse betrieben (siehe nachstehende Beispiele der acht Modellkliniken).

Beispiele

- Oftmals fehlen bei Aufnahme eines Patienten wichtige Informationen, Kleidung oder auch Toilettensachen. Die Mitarbeiter erachten eine Nachfragemöglichkeit (feste Nummer der umliegenden Einrichtungen der stationären Pflege), auch nachts, für notwendig.
- Der aktuelle pflegerische Anamnesebogen sieht das Erfragen von „zentralen Lebensthemen“ nicht vor. Dabei wurde daran gedacht, für jeden kognitiv beeinträchtigten Menschen zwei bis drei Zugänge (Trigger) abfragen zu können, auf die diese gerne angesprochen werden und das Führen oder Motivieren im Krankenhausalltag erleichtern: „Über welche Lebensthemen kann schnell und gut eine Beziehung zum Patienten aufgebaut werden?“
- Teils versorgen Einrichtungen der stationären Pflege die Mitarbeiter mit Informationen, die keine Konsequenzen im Krankenhaus nach sich ziehen können. Das bedeutet unnötige Arbeit in den Pflegeeinrichtungen.
- Die Überleitungsbögen der verschiedenen Einrichtungen sollten einen Abgleich erfahren. Zukünftig sollte vermieden werden, dass Pflegeeinrichtungen teilweise die EDV-basierte Pflegeplanung und den Berichtsbogen des Bewohners ungefiltert weitergeben.
- Partiiell beschönigen Angehörige die Situation oder die Fähigkeiten des Patienten, teils aus Scham, teils aus dem Wunsch, das Ansehen zu wahren. Beschönigte Beschreibungen bergen die Gefahr, Überleitungsbedarfe nicht oder zu spät zu erkennen.
- Die Mitarbeiter geben an, dass manche Information in den Anamnesen doppelt bis dreifach erhoben werden, zum Beispiel durch die Pflegekräfte, den Arzt und den Belegarzt vorab.
- Der pflegerischen Anamnese sollte insgesamt ein höherer Stellenwert zu Teil werden (und nicht so häufig Pflegeschüler damit beauftragt werden), gleichbedeutend mit einem mehr an Zeit, die dafür aufgewendet werden sollte.
- Der Sozialdienst muss immer von den Ärzten beauftragt werden. Manchmal erkennen Pflegekräfte und Ärzte den Bedarf für ein Entlassungsmanagement sehr spät, oder aber sie sehen es früher, informieren den Sozialdienst aber zu spät.
- Die Ärzte zeigen sich aus Sicht der Pflegekräfte teils „uneindeutig“ und treten in Verhandlung mit den Angehörigen/Patienten über das Entlassungsdatum („Wollen Sie Montag oder Dienstag entlassen werden?“).
- Der Sozialdienst merkt an, dass gerade die hochaltrigen Angehörigen sehr „autonom“ agieren, demnach wenig zugänglich für Hilfen oder Beratungen sind.
- Spontan-Entlassungen, gerne in direkter Folge der vorherigen Chefarztvisite, oder auch Spontan-Verlängerungen sind ein großes Ärgernis für die Pflegekräfte, Patienten, Angehörigen sowie nachsorgende Bereiche und bedeuten einen für Ärzte kaum ersichtlichen Organisationsaufwand.

Den Steuerungsgruppen innerhalb der acht Modellkliniken wurde die Aufgabe zuteil, sich kritisch mit dem hausinternen Entlassungsmanagement auseinanderzusetzen und Optimierungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Durch eine Spiegelung der Rückmeldungen der Pflegekräfte und Beispiele guter Praxis aus anderen Krankenhäusern konnten die Steuerungsgruppen Verbesserungen erarbeiten.

Abb. 18: Interne Kommunikation zu Veränderungen im Entlassungsmanagement im Klinikum Idar-Oberstein

Das Qualitätsmanagement informiert.

Aktuelles aus dem Klinikum Idar-Oberstein

Abschluss im Pilotprojekt zur Demenzkompetenz im Krankenhaus

Seit Juli 2013 engagiert sich das Klinikum Idar-Oberstein als Modellkrankenhaus im Pilotprojekt Demenzkompetenz im Krankenhaus.

Zum Abschluss erörterte nun Pflegeexperte André Hennig mit den Vertretern des Behandlungsteams das Entlassmanagement. Er stellte die speziellen Bedürfnisse des dementen Patienten in den Fokus von Organisationsentwicklungsmaßnahmen. Hierbei stellte er erfolgreiche Praxisbeispiele aus anderen Einrichtungen vor. Durch die Diskussion erkannten Ärzte, Pflegendе, Sozialdienst und Casemanagement Verbesserungspotenziale im Bereich des Informationswesens. So konnten bereits im Laufe der Sitzung erste Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden:

- Konsilanforderung Sozialdienst: Ergänzung eines Pflichtfeldes „Gespräch mit Angehörigen durch den ärztlichen Dienst erfolgt“
- Untersuchungsanforderungen: Ergänzung eines Pflichtfeldes „Patientin ist desorientiert/ weist kognitive Einschränkungen auf“
- Hinweisschild: Ein Tischaufsteller am Patientenbett informiert die Angehörigen zur Kontaktaufnahme mit dem Behandlungsteam. Die Probephase läuft in der Fachklinik Baumholder.

Aus den internen und externen Erkenntnissen über demente Patienten erarbeitete Projektmitglied Maria Holtmeier einen Ratgeber. Die Broschüre richtete sich speziell an Angehörige von dementen Patienten und gibt Ratschläge zum Umgang mit dementen Patienten. Diese Erkenntnisse werden als Infoplakate im Klinikum Idar-Oberstein und der Fachklinik Baumholder öffentlich ausgehängt. Alle eingeleiteten Maßnahmen unterstützen die Entwicklung zum demenzsensiblen Krankenhaus.

Alle Beteiligten bedauern, dass das Demenzprojekt nun abgeschlossen ist. Das Qualitätsmanagement bedankt sich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die Unterstützung und das Engagement innerhalb des Projektes und bei der Versorgung aller Patientinnen und Patienten.

Kontakt: Hendrik Weinz; Leiter QM & Organisationsentwicklung
(Tel. -1738, h.weinz@io.shg-kliniken.de)



Im Diskussionsprozess wurde deutlich, dass Krankenhäuser häufig nur die letzten Momente vor der Entlassung und das Kontakten nach außen fokussierten. Das Modellprojekt zielte darauf, diese Teilbetrachtung zu erweitern und das Entlassungsmanagement als einen Prozess zu verstehen, der mit der Aufnahme des Patienten oder bereits vor Aufnahme beginnt.

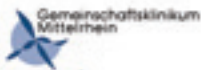
Die acht Modellkliniken entwickelten vielfältige Maßnahmen zur Optimierung des Entlassungsmanagements, die nachfolgend exemplarisch dargestellt werden:

- Eine Klinik integrierte den Blaylock-Risk-Assessment-Score, ein Verfahren zur Einschätzung, ob ein Patient ein strukturiertes Entlassungsmanagement benötigt. Damit kann eine subjektiven Einschätzung der Pflegekräfte und/oder der Angehörigen) um die Entscheidung, ob der Sozialdienst in einen Fall eingebunden wird, treffsicherer (valide) gefällt werden und somit eine verspätete oder ausgebliebene Einbindungen des Sozialdienstes reduziert werden. Darüber hinaus wurde der Pflegeüberleitungsbogen seitens der Klinik überarbeitet und auf die spezifischen Informationen zu Menschen mit kognitiven Störungen angepasst. Des Weiteren

wurden mit den umliegenden Altenpflegeeinrichtungen Vereinbarungen getroffen, wie zukünftig mehr Informationen, gerade im Hinblick auf kognitive Einschränkungen und der Umgang damit, an die Klinik weitergeleitet werden können.

- Eine Klinik entwickelte die notwendigen Veränderungen im Rahmen eines interdisziplinären Workshops, der zu einer Neufassung der Verfahrensweisung „Entlassungsmanagement“ führte.
- Die Evaluation des eigenen Entlassungsmanagements, ein idealtypisch gefordertes aber alltagspraktisch maximal zufällig stattfindendes Moment, birgt ein großes Potential zur Sicherung und Weiterentwicklung. Eine weitere Klinik sucht derzeit nach Evaluationsmöglichkeiten zur eigenen Qualitätsüberprüfung.

Abb. 19: Darstellung der Veränderungen im Entlassungsmanagement des Gemeinschaftsklinikums Mittelrhein



Veränderungen im Rahmen des Modellprojektes Demenzkompetenz im Krankenhaus

- Gründung einer standortübergreifenden Steuergruppe Entlassungsmanagement 02/2014
- Darstellung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede der bisherigen drei Standorte des SKM
- Erarbeitung einer standortübergreifenden Verfahrensweisung Entlassungsmanagement
- Vereinheitlichung und Etablierung des Eingangsassessments – Blaylock-Risk-Assessment
- Anmeldung über das KIS aktualisiert
- Vereinheitlichung des Dokumentations- und Formularwesens
- Erstellung eines standortübergreifenden Flyer

Abb. 20: Das Foto zeigt die drei Case-Managerinnen des preisgekrönten Case-Management-Konzepts des Heilig Geist Krankenhaus Boppard (in Trägerschaft des Gemeinschaftsklinikums Mittelrhein) anlässlich der Abschlussveranstaltung des Projekts „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ und interessierte Besucher (von rechts: Melanie Bach-Ludwig, Pauline Rondé, Beate Pyko).



Weitere Informationen dazu finden Sie unter folgendem Link:

www.demenz-rlp.de/fileadmin/pdf/2014_pdf/Demenzkompetenz_im_Krankenhaus/GKM_Entlassungsmanagement_Bach-Ludwig.pdf

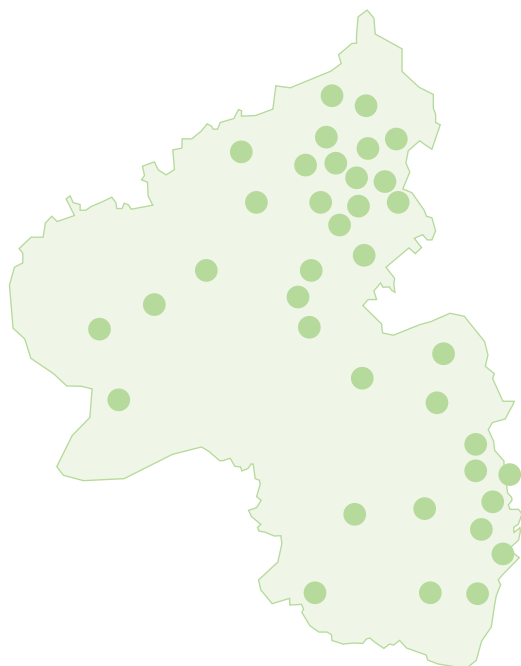
Nicht verschwiegen werden sollte, dass die Strukturen, genauer die Finanzierung von Leistungen aus unterschiedlichen Töpfen, wie beispielsweise Kranken- und Pflegeversicherung, den Leistungserbringern eine reine Binnenperspektive aufnötigt, die ein insulares Denken befördert. Das Denken über Sektorengrenzen hinweg sollte strukturell untermauert und nicht nur gefordert werden.

Ein effektiv funktionierendes Entlassungsmanagement ist angewiesen auf ein ausdifferenziertes Versorgungs- und Unterstützungssystem außerhalb der Klinik, mit dem es sich zu vernetzen gilt.

4.4 Vernetzung über Klinikgrenzen hinweg

Zur Optimierung des Entlassungsmanagements gehört auch eine enge Kooperation und Zusammenarbeit der Kliniken mit ambulanten Diensten und Einrichtungen. Gerade bei Menschen mit spezifischen Bedürfnissen, wie der Zielgruppe des Modellprojektes, sollte hier eine regelhafte Vernetzung erfolgen. Aktuell gibt es 40 regionale Demenznetzwerke in Rheinland-Pfalz. Die Netzwerke haben es sich zur Aufgabe gemacht, Schnittstellen in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen zu verbessern, sie organisieren Informationsveranstaltungen und setzen Handreichungen zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen um. Sie sind vor Ort die zentralen Anlaufstellen für alle, die sich über Demenz informieren, sich in der Netzwerkarbeit einbringen wollen oder für all diejenigen, die Hilfe und Unterstützung suchen. Im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) unterstützt das Landes-Netz-Werk Demenz in der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) die multiprofessionelle Vernetzung zum Thema Demenz vor Ort.

Abb. 21: Übersicht über die regionalen Demenznetzwerke in Rheinland-Pfalz (Abbildung mit 37 Netzwerken, Stand 3/2015)



VERWEISE

Folgende rheinland-pfälzischen Projekte versuchen Sektorengrenzen zu überwinden:

- Sektorenübergreifende Versorgung am St. Josef-Krankenhaus www.msagd.rlp.de/gesundheits/zukunftsprogramm-gesundheit-und-pflege-2020/projekte/sektoreneuebergreifende-versorgung/
- Sektorenübergreifendes Entlassungsmanagement in der Westpfalz www.msagd.rlp.de/gesundheits/zukunftsprogramm-gesundheit-und-pflege-2020/projekte/sektoreneuebergreifendes-entlassungsmanagement/
- Städtisches Krankenhaus des Landeskrankenhauses und des Pfalzkrankenhauses www.rhein-mosel-fach-klinik-andernach.de/leistungsspektrum/teilstationaereambulante-angebote/stadt Krankenhaus.html
www.pfalz-klinikum.de/angebote/ambulant-integrierte-versorgung-stadt Krankenhaus/

Die Einbindung der Kliniken in bestehende Netzwerke beziehungsweise die Schaffung von neuen Netzwerken war ein wesentliches Ziel im Modellprojekt. Die Vernetzungsaktivitäten stellten sich aufgrund der unterschiedlichen regionalen Bedingungen sehr verschieden dar:

- Andernach: Erste Kontakte zum Demenznetzwerk Mayen-Koblenz konnten geknüpft und Kooperationen mit anderen Akteuren wie zum Beispiel Hospizvereinen konnten angebahnt werden.
- Germersheim: Beide Standorte des Klinikums sind Teil des regionalen Demenznetzwerkes sowie der regionalen Pflegekonferenz im Landkreis Germersheim.
- Idar-Oberstein: Hier finden derzeit keine Sitzungen des regionalen Demenznetzwerkes statt. Zur Reaktivierung und einer Einbindung des Krankenhauses wurden erste Gespräche zwischen Klinik und Kreisverwaltung anberaumt und die Möglichkeiten einer Neugründung unter Federführung des Zentrums für Altersmedizin in Baumholder ausgelotet.
- Koblenz: Hier war das Klinikum bereits Mitglied im regionalen Demenznetzwerk. Die Zusammenarbeit wurde insbesondere in Bezug auf die Gewinnung von Ehrenamtlichen intensiviert. Ebenso ist der Standort Boppard schon seit Jahren aktiver Teil des dortigen regionalen Netzwerkes.
- Ludwigshafen: Das Klinikum war bislang nicht Mitglied des regionalen Demenznetzwerkes. Im Rahmen des Projektes wurde die Mitgliedschaft erklärt und eine Beteiligung im Arbeitskreis „Entlassungsmanagement“ des Netzwerkes realisiert. Darüber hinaus werden gemeinsam mit der örtlich ansässigen Gruppe der Alzheimer Gesellschaft Ehrenamtliche qualifiziert, die dann für das Klinikum oder die Netzwerkpartner tätig werden können.
- Rockenhausen: Im Donnersbergkreis gibt es kein regionales Demenznetzwerk. Daher wurden auch hier Gespräche zwischen Kreisverwaltung und Klinikum anberaumt. Der Prozess konnte ebenfalls noch nicht abgeschlossen werden.
- Zell: Das Klinikum hat die Kontakte insbesondere zu ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenhilfe verstärkt und durch die Schaffung eines einheitlichen Aufnahme- und Entlassungsbogens strukturiert. Darüber hinaus wurde die Teilnahme an den Sitzungen des Netzwerkes Cochem-Zell verstetigt.
- Zweibrücken: Das Krankenhaus ist bereits seit Jahren aktives Mitglied im regionalen Demenznetzwerk und hat sich hier insbesondere für eine Verbesserung der Kontakte zu Hausärzten durch Information und Schulung eingesetzt. Des Weiteren erarbeitet die Klinik derzeit gemeinsam mit stationären Altenhilfeeinrichtungen Überleitungsbögen für Menschen mit Demenz. Durch das Demenznetzwerk wurde eine Aufstellung mit Einrichtungen und Versorgungsangeboten speziell für Menschen mit Demenz in der Region erarbeitet, die im Krankenhaus in die Beratung eingebunden wird.

Abb. 22: Notfallkarten für Arztpraxen des Demenznetzwerkes Pirmasens /Zweibrücken



4.5 Angehörigenarbeit im Krankenhaus

Mittlerweile gibt es viele Stimmen, die sich dafür aussprechen, Demenz als „Familienerkrankung“ zu verstehen, wohlwissend um die vielen Herausforderungen für die Familie, die die Betreuung, Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz beinhalten.

Auch die Modellkrankenhäuser wissen um die Bedeutung von Angehörigen in der Versorgung von Menschen mit Demenz. Vor diesem Hintergrund wurden primär zwei Wege der Angehörigenarbeit in den Kliniken beschritten:

- Zum einen war es den Modellkliniken ein Anliegen, den Angehörigen einen „Dienst“ für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt zu leisten. Dies konnte beispielsweise durch das Bereitstellen von Informationsbroschüren oder Belletristik erreicht werden. Besonders die Mitarbeiter der Pflege zeigten großes Engagement dahingehend, den Angehörigen ein guter Gesprächspartner zu sein, belastende Situationen zu erörtern oder Tipps für eine veränderte Kommunikation zu geben. Darüber hinaus wurden von einigen Kliniken spezielle Angehörigensprechstunden angeboten (siehe Abb. 24).

Literaturtipps für Angehörige von Menschen mit Demenz – auch als auszuleihendes Buch auf Station denkbar:

Arno Geiger: Der alte König in seinem Exil.
www.arno-geiger.de/der-alte-koenig-in-seinem-exil/

Beispiele guter Praxis

Abb. 23: Liste zur Bestückung der Informationskiste für die Projektstationen des Klinikums Idar-Oberstein

Stations-Demenz-Kiste

Informations- und Beschäftigungsangebot für demenzielle Patienten und Angehörige

Informationsbroschüren:

1. Infobroschüre Pflegestützpunkt
2. Diagnose Demenz
3. Trainingsprogramm für Menschen mit Demenz und Angehörige
4. Ratgeber für rechtliche Fragen und soziale Leistungen
5. Ausgewogene Ernährung
6. Praktische Tipps bei Demenz
7. Hautpflegetipps

Beschäftigungsangebot

- Igelbälle

Verantwortlich für Erstellung:
M. Wenz (QM & Organisationsentwicklung)

Stand: 2. April 2016

Abb. 24: Angehörigensprechstunde im Evangelischen Krankenhaus Zweibrücken



Autorisiertes Zentrum für Validation®
nach Naomi Feil - Bildung und Beratung
beim Landesverein für Innere Mission in der Pfalz e. V.



Was steckt hinter dem veränderten Verhalten meiner/es demenziell erkrankten Angehörigen?

Impulse für Angehörige um in Beziehung bleiben zu können mit demenziell erkrankten Angehörigen ohne ständig an die eigenen Grenzen zu stoßen.

Beratung und Tipps

Zwischen 15:30 Uhr und 16:30 Uhr in den Räumen des Sozialdienstes 1.00

An den Präsenztagen hier im Hause von Frau Gräfenwald

Validation®-Teacher:

oder auf den Stationen durch Validation®-Anwender. Gerne können sie auch einen Termin vereinbaren.

Telefon: 06332 9423 730 oder 734

Validation® - Zentrum Wachenheim

Präsenztage von Frau Gräfenwald hier im Haus:

7. August, 28. September, 9. Oktober, 14. November und 18. Dezember

Exkurs

Angehörige haben entgegen den Fachkräften, die den Patienten häufig zum ersten Mal sehen, eine ganz besondere Entwicklungsanforderung: „Sie müssen den Menschen mit Demenz aus dem Bild entlassen, das sie von ihm haben“ (Müller-Hergl⁴). Damit ist ein Prozess des Trauerns um Jemanden gemeint, der noch lebt. Gefühle, wie Wut, Verleugnung, Aggression, Verzweiflung oder Hoffnung sind sehr normale Empfindungen. Die Trauer jedoch ist das konstruktivste Gefühl, welches am „Ende des Tages“ vielleicht in eine Form der Akzeptanz münden kann. Die akzeptierende Hinwendung zur Gefühlswelt von Angehörigen ist ein immens wichtiger Aspekt der Angehörigenarbeit.

- Zum anderen versuchten die Kliniken, Angehörige in den Krankenhausaufenthalt einzubinden, um dem Patienten einen besseren, im Sinne eines vertrauteren und sichereren, Klinikaufenthalt zu ermöglichen. Neben einer zumeist guten Informationsquelle können Angehörige auch ein Sicherheitsanker für den Patienten mit Demenz darstellen. Die Einladung des Krankenhauses an Angehörige, Freunde und Bekannte, möglichst viel Zeit im Krankenhaus zu verbringen, auch gerne zu unüblichen Zeiten (z. B. spätabends), ist eine für den Patienten sehr wertvolle Intervention (siehe dazu auch den nachstehenden Diskurs).

Diskurs

Im Rahmen der vielen Qualifizierungsmaßnahmen des Modellprojekts wurde die Einbindung der Angehörigen immer wieder kontrovers diskutiert. Einerseits wissen die Mitarbeiter der Kliniken um die große Bedeutung der (meisten) Angehörigen und damit darum, wie sinnvoll es ist, diese proaktiv anzusprechen, in den Krankenhausaufenthalt einzubinden und gegebenenfalls besondere Bedingungen zu schaffen (z. B. lange, auch über Nacht dableiben können, sog. Rooming-In). Dem entgegen steht das Wissen darum, dass die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz eine der herausforderndsten Aufgaben in unserer Gesellschaft darstellt. Eine kleine „Erholungspause“ für Angehörige im Falle eines Klinikaufenthalts wird daher auch als sehr wichtig erachtet.

Auch dies ist ein klassisches Dilemma: Viele Kliniken haben sich dafür ausgesprochen, Angehörigen eine freundliche und klare Einladung auszusprechen und über alle besonderen Möglichkeiten zu informieren, ohne dabei (über-)fordernd sein zu wollen.

4 Müller-Hergl: www.ldk-demnet.de/uploads/media/Text_203_20Mittleres_20Stadium.pdf

Abb. 25: Informationsblatt für Angehörige des St. Josef-Krankenhaus Zell



Wenn Menschen mit Demenz zu einer stationären Behandlung kommen

... ist dies oftmals mit Beunruhigung und Verunsicherung verbunden. Allein schon die fremde Krankenhausumgebung wird häufig als eine bedrohliche Veränderung empfunden.

Um Ihren Angehörigen mit Demenz bestmöglich während seines Aufenthaltes bei uns versorgen zu können, ist Ihre Unterstützung hilfreich.

Sie kennen Ihren Angehörigen am besten! Sie wissen um ...

- seine Vorlieben,
- seine Abneigungen,
- seine Besonderheiten und
- seine Gewohnheiten

Daher bitten wir Sie, uns über den Lebensalltag sowie den medizinischen und pflegerischen Versorgungsplan Ihres Angehörigen mit Demenz so genau wie möglich zu informieren.

Hinweis:
Auch wenn wir in diesem Informationsblatt vorwiegend den Begriff „Demenz“ verwenden, so ist dabei eine Vielzahl von kognitiven Einschränkungen eingeschlossen.

Ist für Ihren demenziell veränderten Angehörigen ein stationärer Aufenthalt geplant?
Wollen Sie sich vorab informieren?

Rufen Sie uns an - wir informieren Sie gerne!

0 65 42 97 - 12 28

Ein Unternehmen der
DERNBACHER GRUPPE KATHARINA KASPER



Klinikum Mittelmosel
Berle 7 34896 Zell

Telefon 06542 97 - 0 Telefax 06542 97 - 1721
www.klinikum-mittelmosel.de
info@klinikum-mittelmosel.de

KLK 10/14



**DERNBACHER GRUPPE
KATHARINA KASPER**



KLINIKUM MITTELMOSEL

Menschen mit Demenz im Krankenhaus

INFORMATIONEN FÜR ANGEHÖRIGE





Demenz als Nebendiagnose

In der Regel stellt die Demenz nur eine Nebendiagnose dar. Das heißt, dass die stationäre Einweisung aufgrund einer anderen Erkrankung erfolgt ist.

Trotzdem kann die demenzielle Veränderung den gesamten Behandlungsverlauf beeinflussen.

Für bestimmte Untersuchungen beziehungsweise Therapien ist die Kooperation des Patienten notwendig.

Beispiele:

- Für eine Infusion muss die Kanüle am Körper verbleiben.
- Während einer CT-Untersuchung muss der Patient ruhig liegen bleiben.
- Für eine erfolgreiche medikamentöse Behandlung ist die zuverlässige und dosisgerechte Einnahme Voraussetzung.

Patienten mit einer demenziellen Veränderung können in der Regel weniger kooperativ an ihrem Gesundheitsverlauf teilnehmen. So werden beispielsweise Medikamente vergessen oder nicht akzeptiert, weil ihre Farbe Widerstand bei einem Patienten mit Demenz auslöst.

Hier können Sie als Angehöriger unterstützen!

Alltägliches mit großer Wirkung

Damit sich sich Ihr Angehöriger mit Demenz bei uns wohl fühlt, können Sie uns unterstützen.

Sie kennen Ihren Angehörigen mit Demenz am besten, seine persönlichen Vorlieben und seine Abneigungen.

Dieses Wissen ist sehr wichtig, um den stationären Aufenthalt für den Patienten mit Demenz angenehmer zu gestalten.

- Gibt es einen Lieblingsgegenstand aus dem häuslichen Umfeld, wie beispielsweise ein Familienfoto, ein bevorzugtes Kleidungsstück oder eine bestimmte Melodie, die Sicherheit vermittelt und das Wohlbefinden steigert?

Bitte bringen Sie solche Lieblingsgegenstände mit.

- Gibt es Farben, Gerüche, Geräusche oder ähnliches, vor denen sich Ihr Angehöriger mit Demenz fürchtet?

Bitte informieren Sie uns über diese Gewohnheiten.

- Ist Ihr Angehöriger mit Demenz gerne mit Besteck, kann er selbstständig seine Körperpflege bewältigen und wie sieht sein alltäglicher Schlaf-Wachrhythmus aus?

Bitte berichten Sie uns von diesen Details aus dem Tagesablauf.

So können Sie helfen

Heben den Informationen, die Sie uns über Ihren Angehörigen mit Demenz geben, können Sie selbst auch die stationäre Behandlung unterstützen.

Besuchen Sie Ihren Angehörigen so oft wie möglich im Krankenhaus. Sie stellen als vertraute Person einen Ruhepol und Sicherheit in seiner aktuellen Ausnahmesituation dar. Gleichzeitig stellt Ihr Besuch eine positive Abwechslung im Tagesablauf dar.



Beispiele guter Praxis

Das Projekt „Doppelt hilft besser“ am Krankenhaus Lübbecke

Im benannten Projekt wird unter anderem ein Rooming-In-Angebot an Angehörige gerichtet: www.muehlenkreiskliniken.de/fileadmin/user_upload/krankenhaus_luebbecke-rahden/downloads/Flyer_Rooming-In_Chirurgie.pdf

Der Abschlussbericht zu dem Projekt dazu: www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_2011_Abschlussbericht-Doppelt-hilft-besser.pdf

Auf der Schwerpunktstation „Tandem“ der Geriatrischen Fachklinik Rheinhessen-Nahe in Bad Münster am Stein/Ebernburg wird eine Behandlung angeboten, deren Ziel es ist, neben der Rehabilitation der Akuterkrankung, den Angehörigen in der Alltagsgestaltung zu unterstützen. Dazu werden sowohl der Patient als auch der Angehörige aufgenommen. Der Aufenthalt in der Klinik steht unter dem Motto: Ressourcen erkennen und nutzen.

www.geriatri-sche-fachklinik-rheinhessen-nahe.de/typo3conf/ext/as_templates/einrichtungen/reha-klinik-rheingrafenstein/downloads/GFK_Tandem_06_1611.pdf

VERWEIS

Broschüre: Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus – Begleitheft zum „Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus“ (Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DALZG)) www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/broschueren/krankenhaus_broschuere_dalzg.pdf

- Eine weitere Idee ist es, Angehörige – bei gesicherter Demenz des Patienten – wenn möglich bereits im Vorfeld der Aufnahme eine Broschüre, beispielsweise die der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (DALZG), auszuhändigen. Diese Broschüren enthalten neben wichtigen Hinweisen, wie die Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus verbessert werden kann, auch einen Informationsbogen, über den Angehörige wertvolle Informationen an die Mitarbeiter weitergeben können.

4.6 Einbindung ehrenamtlichen Engagements



Abb. 27: Ehrenamtliche Validationsbegleiterinnen im Evangelischen Krankenhaus Zweibrücken

Die Einbindung von zivilgesellschaftlichem Engagement (Ehrenamt) in die Kliniken ist seit dem Beginn im Jahr 1969⁵ in Deutschland mit den sogenannten „Grünen Damen“ weit verbreitet. Der zunehmende Betreuungs- und Beschäftigungsbedarf von Menschen mit Demenz lässt einige Krankenhäuser einen auf diese Patientengruppe spezialisierten ehrenamtlichen Dienst entwickeln.

⁵ www.abendblatt.de/incoming/article107978662/Die-Geschichte-der-Gruenen-Damen-in-Deutschland-startete-1969.html

Die temporäre Begleitung, Betreuung oder Beschäftigung von Menschen mit Demenz ist während des Krankenhausaufenthalts sehr bedeutend, damit diese nicht sich selbst überlassen bleiben. Diese Aufgabe stellt jedoch auch Anforderungen an die ehrenamtlich Tätigen, die gegebenenfalls über die üblichen hinausgehen. Deshalb versuchen Kliniken sowohl bei den bisher tätigen „Grünen Damen“ Interessierte zu finden, als auch neue ehrenamtliche Tätige zu gewinnen, die diese Aufgabe besonders reizt.

Damit diese dann gut vorbereitet in die besonderen Situationen kommen, organisieren die Kliniken zumeist Schulungen zum Thema, oft auch in Kooperation mit anderen Institutionen (z. B. Alzheimer Gesellschaft, Zentrum für Validation, ambulantes Hospiz). Im Projekt „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ wurden überdies zum Teil neue Wege in der Gewinnung, Einbindung und Begleitung dieses „spezialisierten Ehrenamts“ beschritten:

- Ein wertschätzendes Anschreiben an ehemalige Mitarbeiter, die nun im Rentenalter sind, Zeitungsartikel zum Projekt und die Nutzung der Demenznetzwerke ließen die Modellkliniken einige ehrenamtlich Tätige gewinnen.
- Auch ehrenamtlich Tätige leisten diesen Dienst zumeist nicht „umsonst“. Viele Kliniken zeigten ihre Anerkennung für dieses Engagement durch die spezialisierten und wertschätzend gestalteten Schulungen, besondere Privilegien in der Klinik, einen neuen, nicht mehr grünen Kittel, eine Aufwandsentschädigung und die Gestaltung besonderer Festlichkeiten (z. B. Grillfest).
- In einigen Kliniken ist der Einsatz der ehrenamtlich Tätigen für Patienten mit Demenz verbindlich mit den Stationen vereinbart. Darüber erhalten die Mitarbeiter eine Sicherheit, wann „Patienten mit besonderen Bedürfnissen“ von anderen begleitet oder im Blick behalten werden können. Diese Planbarkeit ist ein immer wieder benanntes, wichtiges Moment für die Mitarbeiter der Stationen.
- Eine Klinik plant derzeit einen besonders innovativen Weg zu gehen: Ehrenamtliche im Krankenhaus sollen die ihnen vertraut gewordenen Patienten über das Krankenhaus hinaus nach Hause oder in die Einrichtung der stationären Pflege begleiten. Darüber ließe sich eine kontinuierliche Begleitung über Sektorengrenzen hinweg, zumindest im Ehrenamt, verwirklichen.
- Die Einbindung von ehrenamtlich Tätigen in eine spezialisierte Gruppentagesbetreuung von Menschen mit Demenz wird derzeit von einigen Kliniken auf Realisierbarkeit geprüft.

Abb. 28: Beschreibung des Ehrenamts im St. Nikolaus-Stiftshospital Andernach



St. Nikolaus - Stiftshospital GmbH Andernach
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS DER UNIVERSITÄT BONN

Was, Ziele des Ehrenamtes

Für Menschen mit Demenz ist ein Aufenthalt im Krankenhaus mit einer erheblichen psychischen Belastung verbunden. Ziel des Ehrenamtes ist es, durch Aufbau einer Beziehung (Bezugsperson), diese Belastung abzubauen und dazu beizutragen Patienten mit Demenz den Krankenhausaufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten.

Wie, Tätigkeiten im Ehrenamt

Es sollen ausschließlich betreuende Tätigkeiten ausgeübt werden, die sich an der Selbstständigkeit des Patienten orientieren.

- gemeinsam singen, basteln, vorlesen oder Märchen erzählen
- Fotoalben anschauen
- gemeinsam Essen und Trinken, soweit möglich
- Spaziergänge, soweit möglich

Wo, Organisation des Ehrenamtes

- Integration in die bestehenden Strukturen des Ehrenamts
- Schulungsmaßnahmen und Vorbereitung auf die Tätigkeiten im Ehrenamt, sowie Begleitung im Verlauf

Hier abtrennen

Ja, ich möchte mich im Ehrenamt für Patienten mit Demenz im Krankenhaus engagieren, bitte senden Sie mir weitere Informationen zu.

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Einwurf im Fach 6 Hauspost, St. Nikolaus-Stiftshospital GmbH Andernach, oder per Fax: an Fr. Hecker 02632-404-5450, bis zum 31.10.2014 erbeten.

Vielen Dank!

St. Nikolaus-Stiftshospital GmbH
Ehrenus-Platz 1, 55626 Andernach
Telefon: (02632) 404-0
Telefax: (02632) 404-5214

Geschäftsführerin:
Cornelia Kallenborn
Ansprechr. Koblenz HR-B 11306
Stitz der Gesellschaft St. Andernach

Kreissparkasse Mayen
BLZ 576 500 10
Konto 020 008 006
IBAN: DE34 5765 0010 0020 0058 00
SWIFT-BIC: SNLKDE33MAY

Volontäre Ehrenamtler eG
BLZ 577 615 61
Konto 383 134 406
IBAN: DE80 5776 1341 0383 1344 00
SWIFT-BIC: GENODE33BNA

Beispiel guter Praxis

Seit 2009 bietet das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke Patienten mit der Nebendiagnose Demenz die Möglichkeit zum Besuch eines speziell eingerichteten Tagesbetreuungsraums, dem „Teekesselchen“ (der als Erkennungszeichen auch vor der Tür steht).

In wohnlicher Atmosphäre erhalten die Patienten mit Demenz in kleinen Gruppen vielfältige Anregungen, die sie auf geistiger, seelischer, kommunikativer und physischer Ebene aktivieren und mobilisieren sollen.

Weitere Informationen zum Projekt „Teekesselchen“ sind abrufbar unter:
<http://www.gemeinschaftskrankenhaus.de/de/pflege/projekt.teekesselchen/>

**Abb. 29: Qualifizierungskurs zum Demenzbegleiter
des Evangelischen Krankenhauses Zweibrücken**

**Menschen mit Demenz mittels
einfühlsamer Kommunikation
begleiten**



**Validation®- Begleiter/innen:
Grundkurs für Bürgerschaftlich
engagierte Mitarbeiter/innen**



Autorisiertes Zentrum für Validation®
nach Naomi Feil - Bildung und Beratung - beim
Landesverein für Innere Mission in der Pfalz e. V.

4.7 Struktur- und Milieuveränderungen

Mittlerweile gibt es deutschlandweit eine Vielzahl an erfolgreichen Projekten zur Verbesserung der Bedingungen von Menschen mit Demenz während eines Krankenhausaufenthalts (siehe dazu auch die Verweise in diesem Bericht). Die Ansatzpunkte und die Ergebnisse sind sehr heterogen, boten jedoch den Krankenhäusern eine gute Anregung auf der Suche nach eigenen Wegen. Die acht Modellkrankenhäuser konnten sich bei Interesse Beispiele guter Praxis-Projekte aus Deutschland vorstellen lassen und wurden in Hinblick auf die notwendigen Organisationsentwicklungsmaßnahmen durch die LZG beraten. Nachfolgend sind einige Veränderungsmaßnahmen der Modellkliniken kurz skizziert:



Abb. 30: Einbindung von Puppen in den Klinikalltag im St. Josef-Krankenhaus Zell

Die Kliniken suchten entsprechend ihrer Bedarfe, Neigungen, Kompetenzen und sicherlich auch finanziellen Möglichkeiten nach Wegen auf struktureller Ebene, sowie in Hinblick auf das Milieu, Veränderungen zu bewirken:

- Vielen Kliniken war es ein großes Anliegen, die „tote Zeit“ (Fellgiebel, 2013) zu reduzieren. So sollen die zum Teil langen Zeiträume, in denen Menschen mit Demenz sich selbst überlassen sind, verringert werden, da in dieser Zeit teilweise gefährliches Verhalten entsteht (z. B. Aufstehen, Wundverbände öffnen, Blasen- oder Venenkatheter ziehen). Hierzu wurden häufig Beschäftigungskisten oder Erinnerungskoffer angeschafft und in den Alltag der Modellstationen integriert.



Abb. 31: Truhe der Erinnerung im St. Nikolaus-Stiftshospital Andernach

- Das Milieu eines Krankenhauses ist überdimensioniert, uniform, abstrakt und folgt Effizienz- sowie Hygieneansprüchen. Damit entbehrt diese Umwelt alledem, was Menschen mit Demenz emotional bedürfen: Orientierung, Geborgenheit, Vertrautheit. Viele Modellkliniken wirkten auf das Milieu ein, schafften farbliche oder biografische Markierungen, warben für das Einbinden von biografischen Gegenständen (z. B. eigene Bettwäsche mitzubringen), um ein paar kleine Ankerpunkte in einer fremden Welt zu ermöglichen.

Abb. 32: Milieugestaltung im Modellzimmer des St. Josef-Krankenhaus Zell

Klinikum Mittelmosel
Demenzkompetenz im KH
Maßnahmen auf der Station



- **Modellzimmer → Verbesserung der Orientierung**
 - farbliche Kennzeichnung der Lichtschalter
 - Piktogramm für die Toilette/Dusche




- **Modellzimmer → Verbesserung der Orientierung**
 - farbliche/bildliche Kennzeichnung der Patientenschränke
 - Wanduhr mit großen Zahlen




- **Modellzimmer → Verbesserung der Orientierung**
 - Wandkalendertafel mit großen Zahlen
 - Sturzmatten mit Lichtruf
 - separate Taster für Lichtruf und Bettlicht



19.09.2014 Abschlussveranstaltung „Modellprojekt Demenzkompetenz im KH“
 Birgit Mohr Pflegedirektorin

- Eine Klinik plante in der Anästhesie ein prä-/postoperatives Delirscreening einzuführen, um Veränderungen des kognitiven Zustands vor und nach einer Operation oder einer invasiven Diagnostik (z. B. Koloskopie) abbilden zu können. Darüber können Delire und demenzbedingte kognitive Störungen voneinander unterschieden werden und im Fall eines Delirs medikamentöse und psycho-soziale Interventionen erfolgen.

Abb. 33: Projektbeschreibung und Aufruf zur Abgabe von biografischen Dingen zur Bestückung der Demenzkisten im St. Josef-Krankenhaus Zell

Auf dem Weg zu einem demenzsensiblen Krankenhaus

Anfang März fand in unserem Haus ein zweitägiger Multiplikatoren-Workshop statt. Es ging um das wichtige Thema: Umgang mit demenziell veränderten Menschen – Auf dem Weg zu einem demenzsensiblen Krankenhaus.

Ein Thema, das uns als Mitarbeitern einer Gesundheitseinrichtung und im Hinblick auf unsere demographische Entwicklung in der modernen Welt alle angeht.

15 Teilnehmer aus allen Abteilungen des Hauses beschäftigten sich gemeinsam mit der bereits bekannten Dozentin Frauke Sörensen zwei Tage lang mit verschiedenen Aspekten der Demenz.

„Welche Formen der Demenz gibt es?“

„Wie kommunizieren wir mit Demenzkranken richtig?“

„Welche Verhaltensweisen sollte man vermeiden?“

„Was ist der Grund für deren Verhalten?“

„Wie erreichen wir Demenzkranke in schwierigen Situationen?“

„Wie können wir Demenzkranke beschäftigen?“ und vieles mehr.

Demenzkranken befinden sich während eines Krankenhausaufenthaltes immer in einer Situa-

tion. Sie werden aufgrund einer akuten Erkrankung aus ihrem vertrauten Umfeld herausgenommen. Sie fühlen sich fremd, wissen oft nicht, wo sie sind und warum sie nun hier sein müssen. Es herrscht viel Trübel um sie herum und sie kennen den Weg zur Toilette nicht – enorm wichtige Aspekte, die große Ängste, Unsicherheit, Unruhe und weitere negative Gefühle auslösen können.

Wie bereits vielen bekannt, ist Vertrauen bei demenzieller Veränderung besonders wichtig. Vertraute Gegenstände, vertraute Geräusche, vertraute Stimmen und Gesichter schaffen Vertrauen, bieten Halt und geben Orientierung – einer von vielen Lerninhalten aus der Schulung.

Natürlich möchten wir die dort erlernten Inhalte, Tipps und Anregungen im Umgang mit Demenzkranken allen Mitarbeitern des Klinikums Mittelsosel St. Josef-Krankenhauses zugänglich machen, um die Herausforderung „Demenzkranken im Krankenhaus“ gemeinsam leichter zu meistern (weitere Informationen folgen).

Eine besonders hilfreiche Maßnahme im Klinikalltag ist die Beschäftigung un-

serer Demenzpatienten. Aktuell planen wir, auf jeder Station im Haus bis Ende Juli 2014 eine Beschäftigungskiste einzuführen, wie es bereits auf der Gruppe 8 und 11 gibt. Es geht darum, immer ein paar Möglichkeiten in der Hinterhand zu haben, um Demenzkranke im hektischen Krankenhausalltag beschäftigen zu können. Insgesamt benötigen wir noch sechs der besagten Kisten.

Von der Gestaltung her sollen diese natürlich ähnlich sein wie die Kisten, die es schon gibt. Um diese Kisten nun zusammenzustellen, suchen wir noch passende Materialien.

An dieser Stelle ein Aufruf an alle Mitarbeiter des Hauses. Wenn Sie noch eine alte Handtasche, ein altes Spitzenstofftaschentuch, ein paar alte Damenzeitschriften, alte schwarzweiß Fotos, ein paar alte Lockenwickler, andere alte Haushaltswaren, Küchenutensilien (z.B. ein kleiner alter Rührbesen, ein altes Teelöffel etc.), alte große Stricknadeln und Wolle oder aber aus dem handwerklichen Bereich dicke Schrauben und Muttern zu Hause haben und bereit sind, diese Dinge zur Verfügung zu stellen, können Sie diese gerne bei Fr. Waltraud Kaufmann-Barz, unserer Sozialarbeiterin, im 2. OG Raum 216 für einen guten Zweck bis Dienstag den 13. Mai 2014 abgeben.

Von einigen dieser Gegenstände möchten wir themenbezogene Beschäftigungsschritte basteln (zum Beispiel eine Schnur für Männer mit einem Schraubenschlüssel, Muttern, dicken Schrauben usw.).



Auch für Ideen ihrerseits sind wir offen. Entscheidend ist, dass es sich um tatsächlich alte Gegenstände handelt, die den Demenzpatienten vertraut sind.

Den Weibern sollen Riech- und Fühläckchen erstellt werden. Die Säckchen, gefüllt mit zum Beispiel Marmelade, Crautchen, einem alten Stück Seife mit Rosenduft, getrocknetem Lavendel, sollen ein Stück Vertrautheit schaffen und beschütigen.

Die Patchwork-Gruppe QuasellQuilter stellt unserem Haus zu einem Sonderpreis in liebevoller Handarbeit individuelle Hästeldeden für jede Kiste her, damit unsere Demenzpatienten in Zukunft viel zu wühlen, fühlen und entdecken haben.

Wir sind gespannt was an Material zusammen kommt und bedanken uns bereits im Voraus für Ihre Unterstützung.

- In zwei Modellkliniken wurden technische Hilfsmittel zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz eingesetzt. Sturzgefahren oder Weglaufgefährdungen wurden durch Sensortechnik (Sturzmatten mit Lichtruf, Transpondersystem am Stationsausgang) zu vermeiden gesucht.

Beispiel guter Praxis

Station DAVID – ein geschützter Ort für Patienten mit Demenz im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf gGmbH

Die Station DAVID ist ganz auf die Bedürfnisse von akut-internistisch erkrankten Menschen mit einer Demenz eingestellt: von der medizinischen Versorgung über geschulte Mitarbeiter bis zur räumlichen Ausstattung. Die Aufnahme der Patienten erfolgt direkt auf die Station. Dort werden auch, so weit wie möglich, die Untersuchungen durchgeführt, um unnötige Raumwechsel zu vermeiden. Konzept und Umsetzung der Station sind mit dem Förderpreis Demenz der Diakoniestiftung MitMenschlichkeit und dem MSD-Gesundheitspreis für vorbildliche Versorgung ausgezeichnet worden.

www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fachbereiche/innere-medizin/station-david/

Beispiel guter Praxis

Schützender Raum: Station „Siloah“ für akut erkrankte Patienten mit kognitiven Einschränkungen im AGAPLESION Diakonieklinikum Hamburg gemeinnützige GmbH

Eine weitere Besonderheit der Medizinisch-Geriatriischen Klinik ist die Station Siloah. Sie wurde benannt nach einem Teich im biblischen Jerusalem, der die Bewohner der Stadt in Not mit lebensnotwendigem Wasser versorgte.

Die Station Siloah ist ein schützender Raum für Patienten, die in Folge akuter Erkrankungen an Unruhe, Verwirrtheit oder Orientierungslosigkeit leiden. Dies kann sowohl bislang unauffällige Patienten als auch Menschen betreffen, die bereits an einer Demenzerkrankung leiden.

Die Station Siloah ist sowohl baulich als auch vom Therapieangebot her genau auf diese Patienten zugeschnitten. Ziel der Behandlung ist, die akute Erkrankung zu beheben, den Patienten das Gefühl von Sicherheit zu geben und ihnen zu helfen, sich in der fremden Umgebung zu orientieren. www.d-k-h.de/Station-Siloah.1134.0.html

5. Evaluation und Erfahrungen

Im Folgenden werden zunächst Evaluationsergebnisse zum Screening sowie zu den Qualifizierungsmaßnahmen dargestellt. Im Anschluss werden die Erfahrungen der Projektleiter der acht Modellkliniken sowie der Projektverantwortlichen der LZG wiedergegeben.

5.1 Evaluation des Screeningverfahrens

Ziel des Screenings sollte nicht die Entwicklung eines Demenz-Diagnose-Instruments sein, sondern Komplikationen während des stationären Aufenthaltes, welche mit einer kognitiven Beeinträchtigung assoziiert sind, vorherzusagen. Somit können diejenigen Patienten identifiziert werden, die einen erhöhten Unterstützungsbedarf haben, um Komplikationen im Voraus zu vermeiden. Das Verfahren sollte überdies alltagsstabil und alltagskompatibel sein, damit auch in einem hoch komplexen Alltagsgeschehen gültige Ergebnisse erzielt werden können und die Durchführung von Pflegekräften schnell im Rahmen des Aufnahmeassessments erbracht werden kann. Dazu wurden die Screenings von Patienten sowohl aus der Universitätsmedizin Mainz als auch der insgesamt 26 Modellstationen des Projekts „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ in die Studie eingebunden.

Bestandteile des Screenings in der Übersicht

Alle Patienten im Alter von 70 plus, die zwischen Oktober 2013 und Juni 2014 auf eine der teilnehmenden Stationen aufgenommen wurden, wurden gebeten, an der Evaluation teilzunehmen. Da die Sammlung der Daten vollständig anonymisiert ablief, wurde im Einvernehmen mit der Ethikkommission der Universitätsmedizin Mainz lediglich eine mündliche Zustimmung eingeholt. Für Patienten, die das entsprechende Alter hatten und freiwillig einwilligten, erhoben die Pflegekräfte insgesamt drei Datenpakete. Diese sollen zum besseren Verstehen kurz skizziert, bevor sie dann im Detail dargestellt werden:

- (1) Strukturiertes Interview zu Alltagsfragen mit dem Patienten (z. B. Wie alt sind Sie? Was ist der genaue Grund Ihrer stationären Aufnahme?) sowie die Dokumentation einiger Beobachtungen (z. B. Patient wirkt unsicher, ratlos, ängstlich)
- (2) 3-Wörter-Uhrtest: ein valider Kurz-Test auf kognitive Defizite
- (3) Entlassungs- und Komplikationsbogen, um zu klären, wohin entlassen wurde und welche Komplikationen im Verlauf des Krankenhausaufenthalts entstanden sind (z. B. Dekubitus, Stürze, Inkontinenz).

Für jeden Patienten über 70 Jahre, der von der Studie ausgeschlossen wurde, füllte das Pflegepersonal einen Bogen aus, in dem der Grund des Ausschlusses festgehalten wurde (z. B. fortgeschrittene schwere kognitive Beeinträchtigung, Aphasie, schlechter Allgemeinzustand, Isolation, etc.).

Bestandteile des Screenings im Detail

Das für diese Studie entwickelte strukturierte Interview bestand im Detail aus drei Abschnitten und insgesamt 16 Fragen. Im ersten Abschnitt wurden mit sieben Fragen die örtliche und situative Orientierung und die Orientierung zur eigenen Person überprüft. Zudem wurde gefragt, ob es jemals Probleme mit dem Gedächtnis gab und ob der Patient sich eine besondere Unterstützung während seines Krankenhausaufenthaltes wünschte.

Im zweiten Abschnitt konnte ein Angehöriger nach seiner Meinung zur Notwendigkeit einer besonderen Unterstützung während des Krankenhausaufenthaltes gefragt werden. Da die Patienten jedoch selten von Angehörigen begleitet wurden, fehlten hier viele Antworten, sodass dieser Abschnitt nicht weiter ausgewertet werden konnte.

Im dritten Abschnitt wurde das Pflegepersonal nach seinen Beobachtungen bezüglich der häufigsten Symptomen eines demenziellen Syndroms in den ersten Stunden nach stationärer Aufnahme befragt (Unsicherheit, Ratlosigkeit, Ängstlichkeit, Desorientierung, Distanzlosigkeit, Rückzug, Desorganisation, Paranoia).

Zur Validierung des entwickelten strukturierten Interviews wurde parallel der modifizierte 3-Wörter-Uhren-Test nach Kamenski (2009) durchgeführt. Dies ist ein Screening-Instrument, bei dem der Patient zuerst gebeten wird, drei Wörter zu wiederholen und sich zu merken. Dann soll er eine Uhr mit allen zwölf Ziffern und beiden Zeigern, welche eine zuvor definierte Uhrzeit zeigen, zeichnen und zuletzt die drei Wörter erneut nennen. Für die Begleitstudie wurde die Auswertung des modifizierten 3-Wörter-Uhren-Tests vereinfacht und alle Patienten als „rot“ klassifiziert, die kein Wort erinnerten und schwere Fehler beim Zeichnen der Uhr machten. Die Patienten, die alle drei Wörter erinnern konnten und keinen Fehler beim Zeichnen machten, wurden als „grün“ klassifiziert. Alle anderen wurden als „gelb“ benannt.

Hier muss angemerkt werden, dass die Ergebnisse des 3-Wörter-Uhren-Tests in 23,9 % korrigiert werden mussten, obwohl das Pflegepersonal geschult wurde.

Zusätzlich wurde das Pflegepersonal nach den Komplikationen (3) des jeweiligen Patienten während des stationären Aufenthaltes befragt. Hier wurde speziell nach Stürzen, Infektionen, Fieber, erstmals aufgetretener Inkontinenz, vorübergehender Verwirrtheit, Dekubitus, Reizbarkeit, Aggression, Unruhe, Desorientierung, Einsatz von Schlafmedikation, freiheitsentziehenden Maßnahmen, psychiatrischem Konsil, Tod, Kooperationsbereitschaft und Liegedauer gefragt.

Ergebnisse zur Güte des strukturierten Interviews

Um die Screening-Fragen des strukturierten Interviews zu bestimmen, die am besten den kognitiven Status des Patienten beziehungsweise sein Ergebnis im 3-Wörter-Uhren-Test vorhersagen, wurde mit einem statistischen Modell namens „componentwise likelihood based Boosting“ gerechnet, dass die Kovariaten Alter, Geschlecht, Klinik, Station und Wohnsituation vor der Aufnahme mit einbezog. Es zeigte sich, dass die Fragen „Wie alt sind Sie?“, „Was ist der genaue Grund Ihrer stationären Aufnahme?“, „Wissen Sie, wo genau wir uns jetzt gerade befinden?“, „Wie weit war Ihre Anreise zur Klinik?“ und die Beobachtung von Unsicherheit und Ratlosigkeit am besten ein „rotes“ Ergebnis im modifizierten 3-Wörter-Uhren-Test vorhersagten. Die mittlere Missklassifikationsrate lag bei 23,8 % bei einer Prävalenz der „rot“ klassifizierten Patienten von 17,6 %. Somit ergaben sich für das strukturierte Interview eine Sensitivität von 67,3 % und eine Spezifität von 67,8 %.

Darüber hinaus wurde das „componentwise likelihood based Boosting“ mit den oben genannten Kovariaten genutzt, um die Fragen des strukturierten Interviews zu identifizieren, die das Auftreten von Komplikationen während des stationären Aufenthaltes vorhersagen. Hier wurden die Fragen „Was ist der genaue Grund Ihrer stationären Aufnahme?“, „Wissen Sie, wo genau wir uns jetzt gerade befinden?“, „Wie weit war Ihre Anreise zur Klinik?“, „Gibt es schon mal Probleme mit dem Gedächtnis im Alltag?“ und die Beobachtung von Unsicherheit, Ratlosigkeit, Desorientierung und Desorganisation mit einer Sensitivität von 52,5 % und einer Spezifität von 53,4 % bei einer mittleren Missklassifikationsrate von 32,2 % identifiziert.

Folglich kann das strukturierte Interview nicht sensitiv und spezifisch genug eine schwere kognitive Beeinträchtigung oder das Auftreten von Komplikationen bei Patienten über 70 Jahren vorhersagen. Das Interview kann demnach nicht die Durchführung des 3-Wörter-Uhren-Tests ersetzen.

Die aussagekräftigsten Fragen des Interviews („Wie alt sind Sie?“, „Was ist der genaue Grund Ihrer stationären Aufnahme?“, „Wissen Sie, wo genau wir uns jetzt gerade befinden?“, „Wie weit war Ihre Anreise zur Klinik?“, „Gibt es schon mal Probleme mit dem Gedächtnis im Alltag?“ und die Beobachtung von Unsicherheit, Ratlosigkeit, Desorien-

tierung und Desorganisation) konnten jedoch in dieser Untersuchungsgruppe die „rot“ klassifizierten Patienten mit einer Sensitivität von 84,2 % und das Auftreten von Komplikationen mit einer Sensitivität von 80,7 % identifizieren. Der negative prädiktive Wert liegt bei 91,4 %, beziehungsweise 78,3 %. Somit hatten die Patienten, die die Fragen richtig beantworteten und die in der Beobachtung unauffällig waren, eine hohe Wahrscheinlichkeit, nicht als „rot“ und damit kognitiv auffällig klassifiziert zu werden und keine Komplikationen zu erleiden.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse entstand die Überlegung, eine Kombination aus den besten Fragen des strukturierten Interviews und des 3-Wörter-Uhren-Tests zu bilden. Schließt man zuerst mittels der besten Fragen des strukturierten Interviews diejenigen Patienten aus, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit im 3-Wörter-Uhren-Test „grün“ sind und keine Komplikationen während des stationären Aufenthaltes erleiden, und führt dann mit den restlichen Patienten, welche eine Frage im Interview falsch beantworten oder in der Beobachtung auffällig sind, den 3-Wörter-Uhren-Test durch, kann die Spezifität deutlich verbessert werden. Mit dieser Kombination aus strukturiertem Interview und 3-Wörter-Uhren-Test können in der Untersuchungsgruppe 91,8 % derjenigen Patienten identifiziert werden, welche bezüglich ihrer kognitiven Leistung als „rot“ klassifiziert werden und während des stationären Aufenthaltes eine Komplikation erleiden. Die Spezifität liegt bei 94,3 %, der negative prädiktive Wert bei 99,0 % und der positive prädiktive Wert bei 65,4 %. Folglich hatten zwar 34,6 % der mit der Kombination identifizierten Patienten keine Komplikationen während des stationären Aufenthaltes, aber eine fortgeschrittene Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Die Durchführung des 3-Wörter-Uhren-Tests konnte bei 440 Patienten von 1.368 (32,2 %) vermieden werden.

Das Ziel, ein Verfahren zu entwickeln, das lediglich durch Alltagsfragen in einem strukturierten Interview Risikopatienten identifiziert, ohne dass diese sich kontrolliert und getestet fühlen, kann damit zukünftig nur für ein Drittel der Patienten erreicht werden. Mit dem zweistufigen Verfahren kann jedoch mit sehr großer Sicherheit dem zweiten Ziel der Studie entsprochen werden, diejenigen Patienten zu identifizieren, die einer besonderen Versorgung bedürfen. Die entwickelte Empfehlung zum zweistufigen Verfahren der Universitätsmedizin Mainz befindet sich im Anhang A.

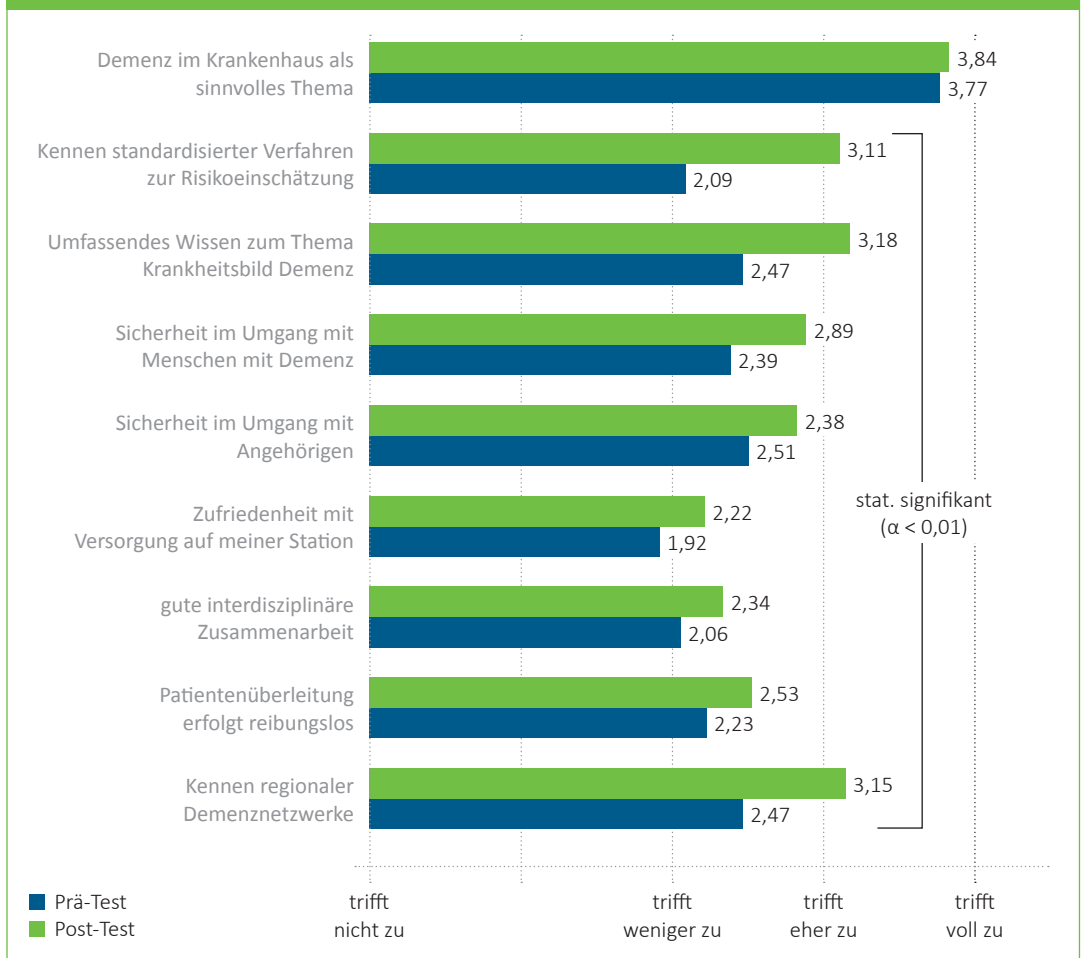
5.2 Evaluation der Qualifizierungsmaßnahmen für die Pflege

Die Qualifizierungsmaßnahmen waren in diesem Projekt Mittel zum Zweck der Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Welche Veränderungen auf der sichtbaren Ebene, wie Verfahrensanweisungen, Milieuveränderungen, Angehörigenarbeit oder Ehrenamtsgewinnung stattgefunden haben, wurde ausführlich in Kapitel 4. dokumentiert. Ziel der Evaluation der Qualifizierungsmaßnahmen war es aber auch, das nicht Sichtbare, häufig auch als weiche Faktoren bezeichnet, abzubilden. Aufgrund des Umfangs und der Tiefe der Qualifizierungsmaßnahmen für die Pflegekräfte sollte untersucht werden, ob ein Wissens- und Kompetenzgewinn erzielt werden konnte. Da die Ärzte sowie sonstigen Berufsgruppen einen eher geringen Qualifizierungsumfang erfuhren, wurde von einer Evaluation abgesehen.

Es wurden Pflegekräfte vor der ersten und nach der letzten der vier Qualifizierungsmaßnahmen befragt. Insgesamt wurden 69 Einheiten durchgeführt, an denen 906 Pflegekräfte und weitere dieser Qualifizierungseinheit zugeordnete Mitarbeiter (z. B. Physiotherapie, Sozialdienst) teilnahmen (im Durchschnitt 13 Mitarbeiter pro Einheit).

In einem Krankenhaus mit Dreischichtsystem und Wochenenddienst ist es organisatorisch nicht abbildbar, dass immer die gleichen Mitarbeiter der Modellstationen an den Qualifizierungsmaßnahmen teilhaben können, auch wenn dies von Kliniken angestrebt wurde. Dennoch besuchten insgesamt 172 Pflegekräfte sowohl die erste als auch die letzte Qualifizierungsrunde. Deren Befragung ergab folgende Veränderungen:

Abb. 34: Ergebnisse der Befragung der Pflegekräfte zum Wissens- und Kompetenzgewinn durch die Qualifizierungsmaßnahmen



Deutlich wird, dass in allen befragten Bereichen eine Steigerung in der Selbstwahrnehmung der Pflegekräfte erreicht werden konnte. Die jeweiligen Veränderungen von vorher (blauer Balken) zu nachher (roter Balken) sind statistisch signifikant. Demnach ist es höchst wahrscheinlich, dass die Qualifizierungsmaßnahmen diese durchgängig positiven Veränderungen bewirkt haben. Erfreulich ist, dass Wissens- und Kompetenzzugewinne in einem großen Maße erzielt werden konnten. Die Veränderungen in organisatorischen Belangen (Patientenüberleitung, Zusammenarbeit, Versorgung) sind ebenfalls sichtbar, doch moderater ausgeprägt. Große Veränderungen auf diesen Ebenen zu erzielen, würde sicherlich mit weitreichenden Organisationsentwicklungsmaßnahmen und mehr Ressourcen einhergehen müssen. Eine Veränderung in Hinblick auf die Frage, wie sinnvoll eine Beschäftigung mit dem Thema Demenz für die Krankenhäuser ist, konnte erfreulicherweise nicht statistisch signifikant abgebildet werden, sondern erfreute sich über die Projektlaufzeit einer durchgängig hohen Zustimmung.

„ Besonders stolz sind wir im Projekt auf unsere motivierten Mitarbeiter. Sowohl die Pflegekräfte als auch Kollegen und Kolleginnen der Physiotherapie und der Medizin sowie unsere vielen Ehrenamtlichen haben im Projekt großes Interesse und Engagement gezeigt. Selbst Mitarbeiter außerhalb der Modellstationen haben sich mit der Thematik beschäftigt und eigene Ideen für ihre Stationen entwickelt. “

(siehe auch Fallbeispiel unter 4.2.2)

(Natalie Waldforst, Leitung Kompetenzzentrum Pflege; stellv. Pflegedirektorin im Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein gGmbH)

5.3 Projektübergreifende Erfahrungen

„ Die gehen im Krankenhausalltag unter. “

(Pflegerkraft während einer Qualifizierungsmaßnahme)

In Projekten dieser Art wird durchgängig intensiv kommuniziert, Erfahrungen werden geteilt, Bedingungen bewertet und Erfolge festgestellt. Aus vielfältigen Beratungen und Qualifizierungsmaßnahmen, aber auch aus vielen Tür- und Angelgesprächen oder kurzen Email-Korrespondenzen, wurden immer wiederkehrende und sich damit bestätigende Erfahrungen augenscheinlich, die im Folgenden skizziert werden:

Wissen um vulnerable Patientengruppe

Die Mitarbeiter aller Berufsgruppen offenbarten immer wieder ihre Sorge um diese spezielle Klientel. Sie erkennen diese Menschen als vulnerabel, also verletzlich durch das System Krankenhaus. In Fallgeschichten wurden wiederholt Patienten dargestellt, die Komplikationen, wie Stürze, Delire oder Fixierungen während der Krankenhausbehandlung erfahren haben. Entgegen allen, die „bettfern“ arbeiten, bleibt dies kein anonymes Wissen, sondern es sind unmittelbar erlebte und teilweise noch lebendige Erfahrungen der Mitarbeiter.

Eine weitere bedeutende Erfahrung war die teilweise vorherrschende Unwissenheit oder Romantisierung bei den Mitarbeitern darüber, welche Konsequenzen die im Krankenhaus entstandenen Beeinträchtigungen (z. B. Mobilitätseinschränkungen, Inkontinenz) für die Betroffenen auch nach dem Krankenhausaufenthalt nach sich ziehen. Die nachsorgenden Systeme (mit Ausnahme der geriatrischen Reha) sind so gut wie nicht in der Lage, diese Beeinträchtigungen zu reduzieren, sodass der Patient dauerhaft beeinträchtigt bleibt.

Pflege und Medizin im Aufgabe-Verantwortungs-Dilemma

„ Die sollten erst gar nicht ins Krankenhaus geschickt werden. “

(Pflegerkraft während einer Qualifizierungsmaßnahme)

Beide Berufsgruppen sehen die Notwendigkeit für einen Diskurs zur Abwägung von Risiken und Chancen des Krankenhausaufenthalts von Menschen mit Demenz. Allzu oft finden sich Mitarbeiter der Krankenhäuser in Situationen, in denen sie die Beeinträchtigungen des Systems sehen und dennoch ihrer Aufgabe in dem vorgegebenen Behandlungspfad nachkommen müssen.

„ Die Leute kommen zu uns zur Abklärung einer Synkope⁶, werden dann abgeschossen und vier Tage lang in jedes Loch geguckt und dann wieder schlechter entlassen, ohne die Ursache gefunden zu haben! “

(Oberarzt eines Modellkrankenhauses)

Ein „Problem“ wird hin- und hergeschoben

Besonders in Situationen, in denen die Mitarbeiter des Krankenhauses an ihre Grenzen kommen, entsteht die Frage, wer jetzt genau zuständig ist. Gemeint sind hier vor allem Momente, in denen der Patient herausforderndes Verhalten zeigt, beispielsweise in der Nacht nach Hause oder sich kein Blut abnehmen lassen möchte. In dem einen Fall ruft

6 Umgangssprachlich auch Kreislaufkollaps oder Ohnmacht

die Pflegekraft in der Nacht den diensthabenden Arzt an, in dem anderen Fall holt der Arzt die Pflegekraft. Die Frage der Verantwortlichkeit in solchen Situationen wurde oft im Rahmen der Qualifizierungsmaßnahmen disziplinar geführt. Es bietet sich an, diese Diskussionen interdisziplinär zu führen und dabei darauf zu schauen, ob das, was der Patient an Verhalten zeigt, für ein unbefriedigtes psycho-soziales Bedürfnis oder ein pathologisches Symptom steht.

Beispiel guter Praxis

Servicestelle für Patienten mit kognitiven Einschränkungen oder Demenz an der Universitätsmedizin Mainz:

Um den besonderen Bedarfen von Patienten mit Demenz auch im stationären Versorgungsprozess gerecht zu werden, hat die Universitätsmedizin Mainz eine Servicestelle für Patienten mit kognitiven Einschränkungen oder Demenz eingerichtet. Die Servicestelle soll den betroffenen Patienten unmittelbare und direkte Unterstützung bieten, die sie für ihre Genesung im Krankenhausalltag dringend benötigen. Die Servicestelle ist unter folgendem Link zu finden:

www.unimedizin-mainz.de/pflegemanagement/pflegedienst/pflegeexperten/servicestelle-fuer-patienten-mit-kognitiven-einschraenkungen-oder-demenz.html

Fraglicher medizinischer Auftrag

Die Demenz ist in den allermeisten Fällen nicht der Grund für die Aufnahme im somatischen Krankenhaus, wodurch die Klinik auch keinen Behandlungsauftrag für die Demenz hat (Ausnahme Geriatrie). Daher stellt sich die Frage, welche Aufgabe der Medizin speziell zum Thema Demenz zukommt. In einigen indizierten Fällen können die Ärzte des Krankenhauses andere Ärzte, wie zum Beispiel einen Gerontopsychiater, konsiliarisch hinzuziehen, die dadurch einen Auftrag zur Diagnostik oder Therapie der Demenz entnehmen. Doch was bleibt als Aufgabe für die Mediziner vor Ort? Im Rahmen vielfältiger Gespräche und Diskussionen wurde deutlich, dass es die Hauptaufgabe der Ärzte bei „Nebendiagnose Demenz“ ist, die Vulnerabilität des Patienten in den Blick zu nehmen, um Komplikationen weitestgehend zu vermeiden.

Verrichtungs- versus Personenorientierung

Jeder Mitarbeiter hat im Krankenhaus täglich vielfältige Aufgaben zu erledigen und dies in zeiteffizienter Form. Viele Aufgaben am und mit dem Patienten können jedoch nur dann effizient erbracht werden, wenn der Patient sich kooperativ zeigt und zum Beispiel ruhig auf dem Röntgentisch liegen bleibt, sich Blut abnehmen lässt oder während der Körperpflege mitarbeitet.

Auch die Behandlungsergebnisse sind in vielen Fällen abhängig von der Zu- oder Mitarbeit des Patienten. Ist dieses kooperative Verhalten gering bis nicht vorhanden, schmälert dies auch oftmals die Behandlungsqualität.

Es wurde sichtbar, dass sowohl aus ökonomischen als auch qualitativen Motiven heraus darüber nachgedacht werden muss, ob es weiterhin „sozialromantisch“ ist, über eine personenorientierte und wertschätzende Kommunikation nachzudenken, oder nicht vielmehr schlicht notwendig.

6. Empfehlungen für andere Kliniken

In der Nachbetrachtung des gesamten Pilotprojekts waren neben den durchaus sehr wertzuschätzenden Erfolgen Schwierigkeiten zu erkennen, von denen die einen grundsätzlicher Natur sind und auf die Notwendigkeit eines profunden Projektmanagements verweisen und die anderen mit dem Thema Demenz in Zusammenhang stehen.

Es wird im Folgenden unterstellt, dass die gewonnenen Erkenntnisse nicht nur projektspezifischer, sondern allgemeiner Natur sind und damit Empfehlungscharakter für andere Akteure haben.

Strukturiertes Projektmanagement

Auch das Projekt „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ folgte den Gesetzmäßigkeiten von Projekten (z. B. Widerstände) in sozialen Systemen und war deshalb auf ein strukturiertes Projektmanagement angewiesen, das mit klaren Kommunikationswegen und eindeutigen Verantwortlichkeiten, einem realistischen Zeitplan und mit transparenten Zielen die Grundvoraussetzung für gelingende Maßnahmen ist. Das nachstehende Zitat verdeutlicht dies noch einmal.

„ So ein Projekt muss von allen Professionen mitgetragen werden. Es muss von der Geschäftsführung gewollt sein und dies muss auch so kommuniziert werden. Wichtig ist, dass die Vorteile für die Patienten in den Vordergrund gestellt werden. Die Projektverantwortlichen sollten im Haus anerkannte Player sein. Die Prozessschritte müssen verschriftlicht und transparent sein. “

(Rückmeldung eines Projektbeauftragten auf die Frage nach Empfehlungen für andere Kliniken)

Projektverantwortung

Es zeigte sich, dass es insbesondere die Projekte in der Umsetzung von konkreten Veränderungen in die Praxis leichter hatten, deren Projektverantwortlicher in einer oberen Führungsposition war. Die Legitimation von Veränderungen ist damit leichter und es besteht strukturelle Kraft, Widerstände zu beseitigen. Schwierig wurde es zumeist für die Projekte, deren Prozessverantwortlicher aus einer Stabsstelle heraus agierte und für jede Idee erst Mitkämpfer akquirieren musste. Für diese Prozessverantwortlichen wurden die Steuerungsgruppe und deren Besetzung damit umso bedeutender. Sofern Stabsstellen mit dieser Aufgabe betraut sind, sollte der Steuerungskreis unter anderem mit Leitungskräften namhaft bestückt sein, um Zugriffsmöglichkeiten auf das System zu haben.

Nachhaltigkeit gewinnen

Sofern Veränderungen im Rahmen von Projekten erzielt wurden, fallen diese gerne auf den Ausgangspunkt vor Projektbeginn zurück, gerade dann, wenn die treibenden Kräfte nur in der Projektstruktur vorhanden waren. Es ist sinnvoll auch über die Projektzeit hinaus Verantwortlichkeiten, Besprechungsplattformen und Dokumentationsanforderungen für das Thema im Haus zu schaffen. Über diese Wege lässt sich Nachhaltigkeit generieren, wie beispielsweise in der Modellklinik, die zweimal im Monat Fallbesprechungen auf den Stationen durchführt, in denen über aktuelle Patientensituationen oder zurückliegende Patienten gesprochen wird.

Ärzte für das Thema gewinnen

„ Da stellt die Ärztin den Patienten auf drei verschiedene Insuline ein. Und dann soll der demente Patient und dessen ebenfalls sehr alte Ehefrau zu Hause damit und dem Stixgerät und drei Insulinpens klar-kommen. “

(Aussage einer Mitarbeiterin während einer Qualifizierungsmaßnahme)

Kliniken sollten darüber nachdenken, ob sie in der Hinwendung zum Thema Demenz, die Ärzte besser inhaltlich mitnehmen können, wenn sie ihnen die Aufgabe der Komplikationsreduzierung übereignen und den Aspekt der Demenz in den Hintergrund treten lassen. Wir können einerseits sicherlich von einem medizinischen Nihilismus gegenüber der Demenzerkrankung ausgehen und andererseits besteht für somatische Kliniken kein Behandlungsauftrag für die Demenz. Projekte aus anderen Kliniken, in denen die Medizin federführend ist, wenden sich beispielsweise dem Aspekt der Delirprävention zu (siehe nachstehende Projektbeispiele). So wird seitens der Medizin das Thema Demenz im Schlepptau der Hinwendung zu anderen Themen quasi mit bearbeitet.

Beispiele guter Praxis

Der alte Mensch im OP: Projekt der Abteilung für perioperative Altersdelirs des St. Franziskus-Hospitals Münster

www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/presse/pressemitteilungen/Der_alte_Mensch_im_OP.pdf

help – Das Hospital Elder Life Program des Evangelischen Krankenhaus Bielefeld:

help ist das am weitesten entwickelte Programm zur Prävention, Diagnostik und Therapie von Delirien. Entwickelt wurde es von Prof. Sharon K. Inouye an der Yale University School of Medicine / USA. Das Programm stellt einen innovativen Ansatz zur Verbesserung der Versorgung von älteren Menschen im Krankenhaus dar. Studien belegen, dass die Anwendung des help-Programms die Entwicklung von Delirien signifikant reduzieren kann und zu einem deutlichen Rückgang der Gesamtzahl der Tage mit Delir und einer signifikanten Reduktion des Abbaus der Alltagsfähigkeiten bei älteren Patienten führte.

www.evkb.de/ueber-das-evkb/help-programm.html

Ehrenamt

Ein wertschätzendes Anschreiben an ehemalige Mitarbeiter, die nun im Rentenalter sind, Zeitungsartikel zum Projekt und die Nutzung der Demenznetzwerke ließen die Modellkliniken einige ehrenamtlich Tätige gewinnen, die sich speziell für diese Aufgabe interessierten. Das Interesse wurde seitens der Kliniken jedoch größer erwartet oder erhofft, sodass erste Zweifel an der Idee entstanden. Gerade auch in der zweiten Projektphase konnte jedoch in jeder der Kliniken die Ehrenamtsakquise betrieben und ein zunehmendes Interesse von ehrenamtlich Tätigen verzeichnet werden. Mund zu Mund-Propaganda und die Philosophie des ständigen Bemühens zum Beispiel über Öffentlichkeitsarbeit zeigten hier (etwas zeitversetzt) Wirkung.

Altenpflegekompetenz in Trägerschaft nutzen

Die meisten Krankenhäuser befinden sich heute in Trägerschaften, teilweise auch mit Einrichtungen der Altenhilfe. Sofern solche Zusammenhänge bestehen, ist es zu empfehlen, die Kompetenz im Umgang mit Menschen mit Demenz aus den Altenpflegeeinrichtungen zu nutzen. Zu denken ist hier beispielsweise an Hospitationen von Krankenhausmitarbeitern im Altenpflegeheim, der Einbindung von Demenzexperten aus dem Altenheim in die Arbeit oder Besprechungen auf Station.

„Insgesamt war die Teilnahme an diesem Projekt für die Entwicklung unserer Versorgungsstrukturen für Patienten mit kognitiven Einschränkungen aber gewinnbringend. Unser „Kompetenzspeck“ im Thema Demenz hat sich vergrößert. Wir müssen nun weiter am Thema bleiben und die Projektteilnahme auch als Kompetenzstärke für Kontakte und für das Marketing nutzen. Unser Ziel ist, dass wenn ein Patient mit der Begleiterkrankung Demenz einen stationären Aufenthalt benötigt, unser Krankenhaus auswählt, weil wir neben den medizinischen Kernkompetenzen zusätzlich die Kompetenzen im Umgang mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen besitzen.“

(Peter Blietschau, Pflegedirektor und Projektleiter am Evangelischen Krankenhaus Zweibrücken)

„Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht.“

Jede Veränderung, die den Patienten erreichen soll, muss den Umweg über den Menschen, besser gesagt, den Mitarbeiter nehmen. Alle Mitarbeiter von Krankenhäusern sind bereits in einem sehr komplexen, intellektuell hoch anspruchsvollen und auf Effizienz hin nahezu ausoptimierten System tätig. Sollten sich Kliniken das Thema Demenz auf die Tagesordnung stellen, wird dieses Thema mit vielen weiteren, ebenfalls bedeutenden Themen konkurrieren (Patientensicherheit, PKMS-Dokumentation⁷, nosokomiale Infektionen, usw.). Gerade für Mitarbeiter, die täglich mit einer defizitären Versorgung von Menschen mit Demenz konfrontiert sind und die Momente hautnah erleben, können Entwicklungen sich gar nicht schnell genug vollziehen.

Es entsteht ein Dilemma zwischen einem schnellen Handlungsbedarf und langsamen Entwicklungsmöglichkeiten. Der Satz „Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht“ veranschaulicht dieses Dilemma und fordert auf, hier eine realistische Perspektive einzunehmen.

Netzwerke nutzen und pflegen

Neben einer Optimierung von interdisziplinärer Zusammenarbeit und internen Kommunikationswegen ist die Zusammenarbeit mit externen Partnerinnen und Partnern ein wichtiger Erfolgsfaktor in der Versorgung von Menschen mit Demenz. Hierzu bieten die in Rheinland-Pfalz etablierten regionalen Demenznetzwerke eine hervorragende Ausgangssituation. Die Einbindung einer Klinik in ein solches Netzwerk sollte durch die Krankenhausleitung maßgeblich unterstützt werden.

Die Kontaktaufnahme zu bestehenden Netzwerken kann über den jeweiligen Koordinator stattfinden. Das jeweils nächstgelegene regionale Demenznetzwerk kann im Internet unter www.demenz-rlp.de aufgerufen werden. Eine aktive Beteiligung erfolgt in der Regel durch die Teilnahme an Netzwerktreffen, Mitarbeit in Arbeitsgruppen oder durch gemeinsame Veranstaltungsplanungen.

Als starker Partner im Gesundheitswesen der Region, können Kliniken auch Ausgangspunkt für die Initiierung und Neugründung von Demenznetzwerken sein. Dazu ist die Einbindung der kommunalen Gebietskörperschaften, in deren Einzugsgebiet das Krankenhaus liegt, zu empfehlen. Erste Ansprechpartner können hier die Sozialplaner der Landkreise bzw. kreisfreien Städte sein. Aber auch die Kontaktaufnahme zu bekannten niedergelassenen (Fach-) Ärzten, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen oder Pflegestützpunkten (www.sozialportal.rlp.de) ist dabei hilfreich.

7. Perspektiven der Modellkliniken

Das Projekt war von Beginn an auf die Entwicklung von Nachhaltigkeit hin angelegt. Die LZG konnte den Kliniken eine wertvolle Unterstützung in der Initiierung neuer Ideen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus sein. Nun agieren die Kliniken ohne diese Unterstützung. Die Rückmeldungen der Kliniken über deren Perspektiven stimmen allesamt sehr hoffnungsvoll und werden zum Abschluss des Projektberichts noch kurz skizziert:

- Die meisten Modellkliniken werden das evaluierte Screening-Verfahren entsprechend der Empfehlungen der Universitätsmedizin Mainz in ihr regelhaftes Pflegeassessment integrieren.
- Einige Kliniken konnten im Rahmen des Modellprojekts ehrenamtlich Tätige gewinnen und qualifizieren. Aktuell erarbeiten diese mit den Modellstationen gemeinsam ein Aufgabenkonzept, welches beiden Seiten Sicherheit im Umgang miteinander verschafft.
- Darüber hinaus wird eine Klinik ein spezielles Projekt zur besseren und schnelleren Versorgung von Menschen mit Demenz, die sich eine Fraktur zugezogen haben, durchführen. Darin eingebettet ist die Einbindung eines geriatrischen Facharztes, der darüber hinaus gemeinsam mit einem Pflegeexperten einen geriatrischen Konsildienst bildet und bei Anforderung konkret Informationen geben und Hilfestellungen auf Station leisten kann.
- Die Etablierung eines speziell ausgebildeten Demenz-Konsildienstes, der die Mitarbeiter auf den Stationen berät und unterstützt, ist das Ziel einer weiteren Klinik. Hierzu werden ein Arzt und eine Pflegefachkraft entsprechend qualifiziert. Der Konsildienst soll die Mitarbeiter der Stationen beraten und unterstützen.
- Eine Klinik wendet sich in der Weiterarbeit an diesem Projekt dem Aufgabenspektrum Schmerz und Demenz zu. Im Rahmen eines interdisziplinären Workshops von Pflegekräften und Ärzten werden die besonderen Anforderungen an Schmerzassessment sowie -therapie bei Demenz erörtert und gemeinsam Leitlinien für den Alltag erarbeitet.
- Durch das Modellprojekt wurde die Qualität und Quantität des Themas Demenz in einer Klinik der gesamten Trägerschaft deutlich. Seitens der Geschäftsführung erging daher der Auftrag an die Pflegedirektion, ein Konzept zur Versorgung von Menschen mit Demenz für die gesamte Trägerschaft zu erarbeiten.
- Derzeit implementiert eine Klinik eine neue Software zur elektronischen Patientenakte, in der eine Kennzeichnung kognitiv beeinträchtigter Patienten möglich wird, auch um beispielsweise Wartezeiten in den Funktionsabteilungen zu reduzieren.
- Der von einer Klinik im Verbund mit umliegenden Pflegeeinrichtungen erarbeitete Überleitungsbogen soll einen hohen Durchdringungsgrad in der Region finden. Dazu wird eine spezielle sektorenübergreifende Fachveranstaltung initiiert.
- Einige Kliniken haben sich bei der Robert-Bosch-Stiftung für eine Förderung im Rahmen des Programms Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus beworben, um die Nachhaltigkeit auf den Modellstationen zu sichern, eine hohe Durchdringung im gesamten Klinikum zu bewirken und neue Ideen voranzutreiben.

VERWEIS

Die Ausschreibung sowie eine Übersicht der bisher geförderten Kliniken zum Thema Demenz im Krankenhaus können gefunden werden unter: www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/37166.asp

Literaturverzeichnis

Arolt, V. (1997). *Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten: Eine epidemiologische Untersuchung zu Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsbedarf psychiatrischer Morbidität bei internistischen und chirurgischen Patienten.* Berlin: Springer.

Bernabei, R.; Gambassi, G.; Lapane, K.; Landi, F.; Gatsonis, C.; Dunlop, R.; Lipsitz, L.; Steel, K. & Mor, V. (1998). *Management of pain in elderly patients with cancer.* SAGE Study Group. Systematic Assessment of Geriatric Drug Use via Epidemiology. Journal of the American Medical Association, 279 (23), 1877-1882.

Charité-Universitätsmedizin Berlin. *Wirksamkeit der deutschen Version der Serial Trial Intervention zur ursachebezogenen Reduktion von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz (STI – D) (Projektbericht).* Online verfügbar unter: http://medsoz.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medsoz/STI-D_Projektbericht.pdf.

DAK (2014). *Ergebnisse der Befragung zum Thema „Angst vor Krankheiten“.* forsa-Institut. Online verfügbar unter: www.dak.de/dak/download/Studie_Angst_vor_Krankheiten-1523026.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Hrsg.) (2009). *S3-Leitlinie „Demenzen“.* Online verfügbar unter: www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf.

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) (2011). *Doppelt hilft besser bei Demenz. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Projekt: Neue Wege bei der Betreuung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus Lübbecke.* Online verfügbar unter: www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_2011_Abschlussbericht-Doppelt-hilft-besser.pdf.

Dialogzentrum Demenz: Transfer – Wissenschaft – Praxis (2013). *Assessments in der Versorgung von Personen mit Demenz.* Universität Witten/Herdecke. Online verfügbar unter: http://dzd.blog.uni-wh.de/files/2013/01/Assessments_DZD.pdf.

Isfort, M.; Klostermann, J.; Gehlen, D. & Siegling, B. (2014). *Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus.* Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) (Hrsg.): Köln. Online verfügbar unter: www.dip.de.

Kamenski, G.; Dorner, T.; Lawrence, K.; Psota, G.; Rieder, A.; Schwarz, F.; Sepandj, A.; Spiegel, W. & Strotzka, S. (2009). *Detection of dementia in primary care: comparison of the original and a modified Mini-Cog Assessment with the Mini Mental State Examination.* Mental Health In Family Medicine, 6, 209–217.

Kämmer, K.; unter Mitarbeit von Schulz, C. & Hamborg, M. (2013). *Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus. Begleitheft zum „Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus“.* 3. Auflage. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz: Berlin. Online verfügbar unter: www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/broschueren/krankenhaus_broschuere_dalzg.pdf.

- Kirchen-Peters, S.; unter Mitarbeit von Herz-Silvestrini, D. & Bauer, J. (2012).** *Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern (Abschlussbericht).* iso-Institut Saarbrücken an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Online verfügbar unter: www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Endbericht-Kirchen-Peters_Oktober2012_01.pdf.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen Referat Presse, Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.) (2012).** *Der alte Mensch im OP. Praktische Anregungen zur besseren Versorgung und Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs.* Online verfügbar unter: www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/presse/pressemitteilungen/Der_alte_Mensch_im_OP.pdf.
- Morrison, R. S. & Siu, A. L. (2000).** *A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture.* Journal of Pain and Symptom Management, 19 (4), 240-248.
- Pinkert, C. & Holle, B. (2012).** *Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus.* Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45, 728-734.
- Riesner, C. (2013).** *Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung demenz-erkrankter Menschen.* Universität Witten/Herdecke – Dialogzentrum Demenz: Transfer – Wissenschaft – Praxis. Online verfügbar unter: http://dzd.blog.uni-wh.de/files/2013/01/Ueberleitung_und_Entlassung.pdf.
- Schütz, D. & Füsgen, I. (2012).** *Patienten mit Gedächtnisstörungen im Krankenhaus. Umgang mit therapeutischen und pflegerischen Problemen.* Universität Witten/Herdecke.
- Stettin, C. (2011).** *Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Nebendiagnose Demenz. Pflegetag 2011.* Online verfügbar unter: <http://pflegetag.maps-marburg.de/wp-content/uploads/2011/stettin/MenschenmitDemenzimAkutkrankenhaus.pdf>.
- Trauschke, T.; Werner, H. & Gerlinger, T. (2009).** *Zur Diagnostik und Häufigkeit von demenziellen Erkrankungen. Eine prospektive Untersuchung im Alltag einer geriatrischen Klinik (PAOLA-Studie).* Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 42 (5), 385-390.

Anhänge

Anhang A: Überarbeiteter und evaluierter Screening-Bogen der Universitätsmedizin Mainz



Screeningbogen „Demenzkompetenz im Krankenhaus“

I. Fragen an Patienten/ Patientin

Antwort von Patient/in

	richtig	falsch/unsicher
1. Wie alt sind Sie? (in Jahren)	☐	☐
2. Was ist der genaue Grund Ihrer stationären Aufnahme? (Indikation, Eingriff, Behandlung, Diagnostik)	☐	☐
3. Wissen Sie, wo genau wir uns jetzt gerade befinden? (Name der Klinik u. Name der Abteilung o. Stationsnummer o. Stockwerk)	☐	☐
4. Wie weit war Ihre Anreise zur Klinik? (km o. Wegezeit)	☐	☐

	(eher) nein	(eher) ja
5. Gibt es schon mal Probleme mit dem Gedächtnis im Alltag?	☐	☐



II. Beobachtungen durch Pflege (innerhalb der ersten Stunden auf Station)

	nein	ja/teilweise
6. Patient/Patientin wirkt		
Unsicher	☐	☐
Ratlos	☐	☐
Desorientiert	☐	☐
Desorganisiert	☐	☐



Achtung: Falls auch nur ein Kreuz auf der rechten Seite
→ 3-Wörter-Uhrentest durchführen

Patientenaufkleber



UNIVERSITÄTSmedizin.

MAINZ

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Drei-Wörter-Uhren-Test

1. „Bitte wiederholen Sie folgende Wörter“: (Korrekt wiederholte Wörter bitte ankreuzen)

- ☐ Auto
- ☐ Blume
- ☐ Kerze

2. Blatt wenden für Uhrentest

Interpretationshinweise:

1. Perfekt:
 - a. Ziffern 1-12 richtig eingezeichnet
 - b. zwei Zeiger, die die richtige Uhrzeit (11:10 Uhr) anzeigen
2. Leichte visuell-räumliche Fehler
 - a. Abstände zwischen den Ziffern nicht gleichmäßig
 - b. Ziffern außerhalb des Kreises
 - c. Blatt wird gedreht, sodass die Ziffern auf dem Kopf stehen
 - d. Patient verwendet Linien („Speichen“) zur Orientierung
3. Fehlerhafte Uhrzeit bei erhaltener visuell-räumlicher Darstellung der Uhr
 - a. nur ein Zeiger
 - b. „10 nach 11“ (o.Ä.) als Text hineingeschrieben
 - c. keine Uhrzeit eingezeichnet
4. Mittelgradige visuell-räumliche Desorganisation, sodass ein korrektes Einzeichnen der Uhrzeit unmöglich wird
 - a. unregelmäßige Zwischenräume
 - b. Ziffern vergessen
 - c. Perseverationen, wiederholt den Kreis, Ziffern jenseits der 12
 - d. Rechts-links-Umkehr (Ziffern gegen den Uhrzeigersinn)
 - e. Dysgraphie, keine lesbare Darstellung der Ziffern
5. Schwergradige visuell-räumliche Desorganisation
 - a. wie unter 4. beschrieben, aber stärker ausgeprägt
6. Keinerlei Darstellung einer Uhr (cave: Ausschluss Depression/Delir)
 - a. kein wie auch immer gearteter Versuch, eine Uhr zu zeichnen
 - b. keine entfernte Ähnlichkeit mit einer Uhr
 - c. Patient schreibt Wort oder Name

Beispiele

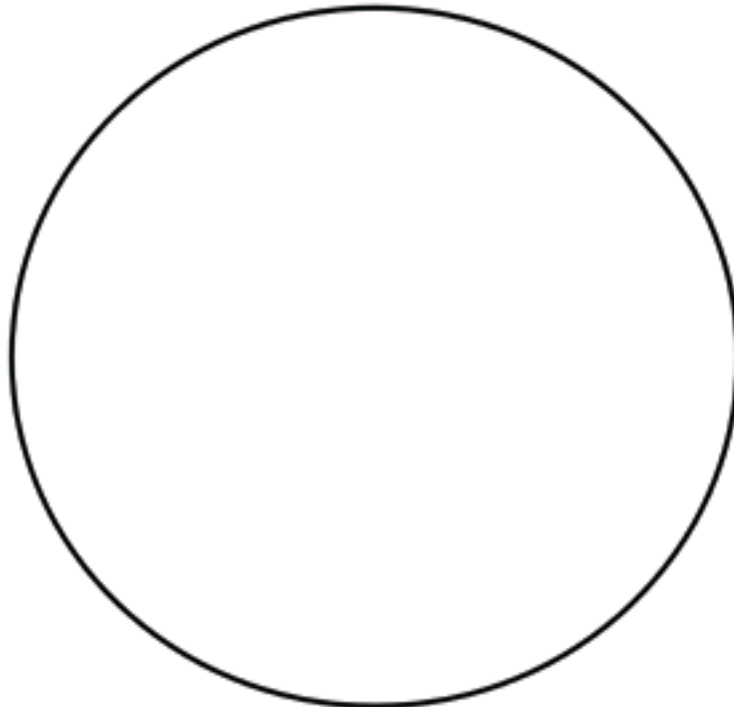


3. Nach Uhrentest: „Welche der eben wiederholten Wörter können Sie erinnern“?

- ☐ Auto
- ☐ Blume
- ☐ Kerze

(Richtig erinnerte Wörter bitte ankreuzen)

**Dies soll eine Uhr werden. Bitte zeichnen Sie die fehlenden Ziffern ein.
Zeichnen sie danach die Uhrzeit „10 nach 11“ ein.**



Auswertung:

grün: alle Wörter erinnert & perfekte Uhr (=keine Auffälligkeiten)

gelb: nicht alle Wörter erinnert und / oder Fehler bei der Uhr

rot: kein Wort erinnert & Uhr mit schweren Fehlern (ab 3: z.B. Verlust der Zeiger)

Ergebnis:  grün  gelb  rot → CAVE!!

Modellprojekt

Demenzkompetenz im Krankenhaus

► Qualifizierung der Pflegekräfte

Skizzierung der Fortbildungsinhalte

Reihenfolge

1. Vorstellung des Modellprojekts Demenzkompetenz im Krankenhaus
2. Anwendung und Auswertung des Screening-Verfahrens
3. Demenz – das Krankheitsbild erkennen und verstehen
4. Kommunikation mit demenziell erkrankten Menschen
5. Patientenüberleitung und Entlassungsmanagement
6. Angehörigenarbeit
7. Abklärung von und Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten
8. Schmerzassessment
9. Alternativen zu Fixierungen
10. Delirprävention
11. Beschäftigungsangebote und Milieugestaltung

1
2
3
4

1

Fortbildungsreihenfolge: Die Reihenfolge der Fortbildungsinhalte stellt eine grundsätzliche Empfehlung an jedes Modellkrankenhaus dar. Demnach sind Änderungen ja nach Schwerpunktsetzung und Wünschen der Krankenhäuser möglich.

Fortbildungscharakter: Mit Zustimmung durch die Pflegedirektion wird die Fortbildung Workshopcharakter einnehmen, um gegen Ende jeder Einheit konkrete Veränderungen für die Praxis zu planen und mit Verantwortlichkeiten zu versehen.

Umfang der Qualifizierung: 4 Veranstaltungen á 3,5 h; jede Veranstaltung wird dem Schichtdienst entsprechend inhaltsgleich am Morgen und am Nachmittag angeboten.

Modellprojekt Demenzkompetenz im Krankenhaus

André Hennig

Dipl.-Pfleger, Pädagoge, Führungskräfte- und Gruppencoach

Detaillierte Übersicht der Fortbildungsinhalte

1. Vorstellung des Modellprojekts Demenzkompetenz im Krankenhaus

- Erkenntnisse zum Thema Demenz im Kontext des Krankenhauses
- Angebote der LZG für die Krankenhäuser

2. Anwendung und Auswertung des Screening-Verfahrens

- Kennenlernen der leitenden Ideen des Screenings
- Praktische und kommunikative Durchführung des Screenings
- Auswertung und Aussagekraft des Screenings

3. Demenz – das Krankheitsbild erkennen und verstehen

- Allgemeine Einführung in das Thema
- Ausschnitte der Wirklichkeit: Perspektiven von Betroffenen, Angehörigen, Pflegenden und Medizinem auf die Demenz
- Exkurs: Medizinische Erkenntnisse zur Demenz – Aktuelle Ätiologie, Diagnostik und Therapie (S3-Leitlinie „Demenzen“- DEGAM-Leitlinie Demenz)

2

4. Kommunikation mit demenziell erkrankten Menschen

- Kommunikation auf Grundlage eines psychosozialen Verständnisses von Demenz (Personenzentrierte Pflege nach Kitwood)
- Validierende Gesprächstechniken und Motivationshilfen
- Erinnerungspflege

5. Patientenüberleitung und Entlassungsmanagement

- Besondere Anforderungen an das Entlassmanagement von Menschen mit Demenz (Expertenstandard Entlassungsmanagement (DNQP); Studienergebnisse; Gute-Praxis-Beispiele)

Modellprojekt Demenzkompetenz im Krankenhaus

André Hennig

Dipl.-Pfleger, Pädagoge, Führungskräfte- und Gruppencoach

6. Angehörigenarbeit

- Die Situation zu Hause verstehen lernen (Zorgkompass (Bloom&Duijnste))
- Hilfreich Gespräche mit Angehörigen führen (Grundzüge Klientenzentrierte Gesprächsführung (Rogers); Coachingtechniken (Radatz))

7. Abklärung von und Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten

- Wege des Verstehens und des Umgangs (BMG: Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz)
- Wege der Abklärung (Serial Trial Intervention (STI))

8. Schmerzassessment

- Erkenntnisse zum Schmerzerleben von Menschen mit Demenz
- Erkenntnisse zum Schmerzerkennen von Fachkräften
- Kennenlernen eines pflegerischen Schmerzassessments

9. Alternativen zu Fixierungen

- Folgen von Fixierungen
- Alternativen zu Fixierungen (ReduFix-Projekt)
- Milieugestaltung und der Einsatz von Hilfsmitteln

10. Delirprävention

- Delir versus Demenz – Abgrenzung und Gemeinsamkeiten
- Ursachen für Delire im Krankenhaus
- Psycho-soziale und med. Aspekte der Delirprävention

11. Beschäftigungsangebote und Milieugestaltung

- Bedeutung und Sinn von Beschäftigung
- Kleine und große Angebote im Krankenhausalltag
- Orientierung und Wohlbefinden durch Milieugestaltung fördern

Die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) klärt seit März 2004 im Auftrag von Sozialministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler die Öffentlichkeit im Land über die Hintergründe der Demenz auf. Das Landes-Netz-Werk Demenz möchte dazu beitragen, Vorurteile zur Entstehung und zum Verlauf demenzieller Erkrankungen abzubauen und die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu verbessern.

Mehr Information zu Demenz finden Sie unter www.demenz-rlp.de.

Ihre Ansprechpartnerin in der LZG ist Susanne Herbel-Hilgert, 06131 2069-26, sherbel-hilgert@lzg-rlp.de.

Impressum

Herausgeberin:

Landeszentrale für Gesundheitsförderung
in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG)
Hölderlinstraße 8
55131 Mainz
Telefon 0 61 31 / 20 69 - 0
Fax 0 61 31 / 20 69- 69
www.lzg-rlp.de

V.i.S.d.P.:

Dr. Matthias Krell, Geschäftsführer der LZG

Text:

André Hennig, Dr. Katharina Geschke und Patrick Landua

Projektkoordination:

Patrick Landua (LZG), plandua@lzg-rlp.de

Grafische Konzeption und Design:

Ulrike Speyer, www.ulispeyer-grafikdesign.de

Bildmaterial:

Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein gGmbH,
St. Nikolaus-Stiftshospital GmbH Andernach,
Klinikum Mittelmosel / St. Josef-Krankenhaus Zell,
Klinikum Idar-Oberstein,
Evangelisches Krankenhaus Zweibrücken des
Landesvereins für Innere Mission in der Pfalz e.V.
Titelseite: istockphoto

Druck: I.B. HEIM GmbH

Auflage: 1.500

Gefördert durch:

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
www.msagd.de

Materialien zur Gesundheitsförderung
LZG-Schriftenreihe: 291



Ein Projekt gefördert durch



In Zusammenarbeit mit



UNIVERSITÄTSmedizin.
MAINZ