

Pflege-Report 2017

„Die Versorgung der Pflegebedürftigen“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /
Stefan Greß / Jürgen Klauber /
Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 153-163



13	Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus Von der Diskrepanz zwischen innovativen Ansätzen und Versorgungsrealität	153
	<i>Sabine Kirchen-Peters</i>	
13.1	Prävalenz kognitiver Beeinträchtigungen im Akutkrankenhaus	153
13.2	Ausgestaltung von Behandlung und Versorgung	154
13.3	Barrieren für die Umsetzung demenzsensibler Strukturen und Prozesse	156
13.4	Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und Beispiele Guter Praxis	158
13.5	Fazit	161

13 Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus

Von der Diskrepanz zwischen innovativen Ansätzen und Versorgungsrealität

Sabine Kirchen-Peters

Abstract

Der Beitrag befasst sich mit der Versorgung von Menschen mit Demenz in deutschen Akutkliniken. Zunächst wird erläutert, in welchem Umfang kognitive Störungen und Demenzen im Krankenhaus auftreten. Im Anschluss geht es darum, inwieweit das Personal und die Organisation Krankenhaus auf diese Patientengruppe eingestellt sind und welche Probleme in der Behandlung auftreten. Der Artikel diskutiert in der Folge, warum positive Erfahrungen von Modellprojekten in Akutkrankenhäusern nicht aufgegriffen werden und zeigt Umsetzungsbarrieren auf, die in den politischen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, den Organisationsstrategien der Kliniken und den subjektiven Haltungen von Ärzten und Pflegekräften wurzeln. Schließlich werden Ansätze Guter Praxis wie gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste oder spezielle Abteilungen für Demenzkranke vorgestellt.

The article deals with dementia care in German general hospitals. It first explains to what extent cognitive impairments and dementia occur in hospitals and subsequently addresses the skills of staff members and the structures of hospital organisation with regard to this patient group as well as problems which may be encountered during treatment. Furthermore, it examines why positive experience of pilot projects is not put into practice in hospitals. The article also points out implementation barriers owed to political and social law frameworks and to organisational strategies. At the same time, it analyses the attitudes of physicians and nursing staff. Finally, good practice approaches such as psychogeriatric consultation-liaison services or special units for dementia patients are introduced.

13

13.1 Prävalenz kognitiver Beeinträchtigungen im Akutkrankenhaus

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung erhält die Krankenhausbehandlung älterer Menschen eine zunehmende sozial- und gesundheitspolitische Relevanz. Aktuell fließen mit rund 86 Milliarden Euro über ein Viertel aller Gesundheitsausgaben in Deutschland in den Krankenhaussektor (Statistisches Bundesamt 2016). Dabei ist mit einem deutlichen Anstieg dieser Kosten zu rechnen, weil ältere

Menschen vergleichsweise häufiger in ein Krankenhaus eingewiesen werden und im Durchschnitt dort 2,4 Tage länger bleiben als jüngere Patienten (Destatis 2011). Bereits heute sind über 43 % der behandelten Patienten über 65 Jahre alt, darunter ist etwa jeder Fünfte mit einem Alter von über 80 Jahren als hochbetagt einzustufen (Statistisches Bundesamt 2015).

Mit dem Alter steigt bekanntermaßen das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, deren Wahrscheinlichkeit sich etwa alle fünf Jahre verdoppelt (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2014). Zudem scheinen Demenzkranke häufiger in Kliniken eingewiesen zu werden als ältere Patienten ohne kognitive Einschränkungen (Phelan et al. 2012). Dies wird u. a. darauf zurückgeführt, dass auch kleinere somatische Erkrankungen bei Demenzkranken aufgrund von Komplikationen schwerwiegender ausfallen können als bei geistig Gesunden und dass Hausärzte häufiger zu Einweisungen neigen, wenn eine Symptomatik aufgrund der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit der Patienten nicht sicher eingeordnet werden kann.

Forschungsarbeiten zur Häufigkeit von Demenzerkrankungen im Akutkrankenhaus waren lange Zeit unterentwickelt und die wenigen vorliegenden Studien kommen zu sehr heterogenen Ergebnissen. In einer Literaturanalyse von Pinkert und Holle (2012) wurde bei einer Diskrepanz der Prävalenzraten zwischen 3,4 und 43,3 % ein Anteil von rund 20 % Demenzen bei Patienten über 65 Jahre als realistisch eingestuft. Eine im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung durchgeführte Repräsentativstudie bestätigte, dass Demenzen und kognitive Störungen in Akutkrankenhäusern häufig vorkommen. Von den rund 1 500 untersuchten über 65-jährigen Patienten zeigten 19,8 % leichte und 20,2 % schwerere kognitive Beeinträchtigungen. Die Gesamtprävalenz einer komorbiden Demenz betrug 18,4 %, darunter waren 6,8 % der Patienten leicht, 6,6 % mittelschwer und 5 % schwer erkrankt. Aus den Prävalenzraten lässt sich ableiten, dass in deutschen Akutkrankenhäusern täglich 23 000 demenzkranke Patienten sowie zusätzlich 24 000 ältere Patienten mit leichten kognitiven Störungen behandelt werden (Schäufele und Bickel 2016).

Im Folgenden wird ausgeführt, wie die Krankenhausversorgung dieser Patienten derzeit ausgestaltet ist, aus welchen Gründen sich die meisten Kliniken noch nicht stärker auf Demenzkranke eingerichtet haben und welche Ansätze Guter Praxis existieren.

13.2 Ausgestaltung von Behandlung und Versorgung

In einer Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung gaben 82 % der Pflegekräfte in Akutkrankenhäusern an, immer häufiger mit demenzkranken Patienten zu tun zu haben. Aber nur 30 % dieser Befragten fühlen sich für den Umgang mit Demenzkranken ausreichend qualifiziert (Nock et al. 2013). Auch andere Studien beklagen erhebliche Wissenslücken beim pflegerischen und ärztlichen Personal der Kliniken (Isfort et al. 2014; Angerhausen 2007; Kirchen-Peters 2013). Das mangelnde Hintergrundwissen resultiert aus den jeweiligen Ausbildungsordnungen der ärztlichen und gesundheitspflegerischen Berufsgruppen, in denen der Demenz nur eine untergeordnete Bedeutung beigemessen wird. Dadurch kommt es zu Handlungsunsicherheiten in relevanten Fragen der Diagnostik, Behandlung und des geeigneten

Einsatzes pflegerisch-therapeutischer Strategien. Insbesondere die Pflegekräfte, die den meisten Patientenkontakt haben, konstatieren hinsichtlich eines adäquaten Umgangs mit Demenzkranken einen deutlichen Fortbildungsbedarf. Unsicherheiten treten vor allem bei nicht kognitiven Symptomen auf, die auch als „herausforderndes Verhalten“ bezeichnet werden und die zu den am schwierigsten zu bewältigenden Pflegesituationen zählen (BMG 2006) (vgl. dazu Schwinger et al. 2017, Kapitel 12 in diesem Band). Fast 80% der demenzkranken Patienten zeigen im Akutkrankenhaus ein solches Verhalten, darunter sind so genannte expansive Symptome wie Schlafstörungen, motorische Unruhe, Reizbarkeit und Aggressivität besonders häufig. Die höchste Belastung des Personals geht von psychotischen Symptomen, darunter vor allem von Wahnvorstellungen aus, die mit weniger als 10% der demenzkranken Patienten jedoch deutlich seltener vorkommen (Schäufele und Bickel 2016).

Neben den Qualifizierungsdefiziten wirkt sich negativ aus, dass die Rahmenbedingungen im Allgemeinkrankenhaus nicht ausreichend auf demenzkranke Patienten ausgerichtet sind. So wirkt das Krankenhausmilieu für Demenzkranke mit ihrer stark verminderten Anpassungsfähigkeit geradezu symptomfördernd (Kirchen-Peters 2015):

- Bei rund 60% der Patienten mit Demenz ist die Erkrankung bei der Aufnahme nicht bekannt und nicht als Diagnose in der Krankenakte hinterlegt (Schäufele und Bickel 2016). Das Personal wird deshalb meist im Zuge der Behandlung von der Demenzsymptomatik überrascht und kann nicht proaktiv handeln.
- Es gibt keine angemessenen räumlichen Orientierungshilfen, sodass sich die Kranken auf den Stationen verirren und z. B. ihre Zimmer oder die Toiletten nicht finden.
- Den in der Regel starren Zeitvorgaben für den Ablauf bestimmter Verrichtungen und Untersuchungen können sich die Demenzkranken nicht anpassen.
- Hinzu kommt ein Stationsklima, das Gespräche mit Patienten nicht als nützliche und wichtige therapeutische Arbeit bewertet, sondern eher die auf die Somatik bezogenen Aspekte in den Vordergrund stellt.
- Insgesamt fehlt es an Beschäftigungsmöglichkeiten und an einer der Demenz angemessenen Tagesstrukturierung. Dies führt z. B. dazu, dass manche der Kranken die Stationen bzw. das Krankenhaus verlassen und aufwendig wieder gesucht werden müssen.
- Der ständige Zeitdruck beim ärztlichen und pflegerischen Personal sowie der häufige personelle Wechsel führen zu einer hektischen Atmosphäre, in der Demenzkranke mit ihrem erhöhten Aufwand an Zuwendung und Betreuung zur nervlichen Zerreißprobe für das Personal werden können.

Das mangelnde Hintergrundwissen, die zunehmende Arbeitsverdichtung und die ungeeigneten Organisationsstrukturen und -prozesse führen in vielfacher Weise zu Problemen in der Versorgungssicherheit der demenzkranken Patienten. Wie das Pflgethermometer 2014 beschreibt, gehören „unerwünschte Vorkommnisse“ zum Alltag in der Demenzversorgung der Akutkrankenhäuser. Rund 1 870 000 mal bzw. 1 700 000 mal im Jahr entfernen sich Demenzkranke angelegte Verbände bzw. periphere Venenzugänge. In 725 000 Fällen kommt es zu Stürzen von Demenzpatienten. Den Problemen bei der Behandlung wird teilweise mit Sedierungen und Fixie-

rungen begegnet, um die Abläufe im Stationsalltag aufrechtzuerhalten. Sedierungen werden deutschlandweit ca. 2,6 Millionen mal im Jahr verabreicht, körpernahe Fixierungen von demenzkranken Patienten werden rund 500 000 mal im Jahr vorgenommen (Isfort et al. 2014). Die Patienten verlieren durch die „unerwünschten Vorkommnisse“ weiter an Selbständigkeit und die Demenzsymptome verstärken sich, was nicht nur zu negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten, sondern auch zu finanziellen Konsequenzen führt. Dies ist z. B. der Fall, wenn die Patienten ein paar Tage nach ihrer Entlassung erneut aufgenommen oder in psychiatrische Krankenhäuser überwiesen werden müssen. Zudem werden nach misslungenen Krankenhausaufenthalten nicht selten Heimunterbringungen bei zuvor noch vergleichsweise selbständigen älteren Menschen in die Wege geleitet (Kirchen-Peters 2015).

Für die Krankenhäuser selbst wird die Anforderung, Demenzkranke zu versorgen, zu einer Herausforderung, bei der nicht nur das Erreichen des gewünschten Behandlungsergebnisses gefährdet ist, sondern auch zusätzliche, nicht gegenfinanzierte Zeiten eingebracht werden müssen. Das ist z. B. der Fall, wenn die vorgeschriebenen Liegezeiten überschritten werden oder wenn im Rahmen der Behandlung Komplikationen auftreten. Unter den Komplikationen sind neben den genannten Stürzen insbesondere Delirien zu nennen, deren Wahrscheinlichkeit bei Vorliegen einer Demenz in erheblichem Maße zunimmt. Ein Delir ist ein akuter Verwirrheitszustand nach ICD-10 F05, der sich durch plötzlich eintretende Denk-, Wahrnehmungs- und Bewusstseinsstörungen und ggf. vegetative Begleitsymptome äußert. Bereits bei der Aufnahme in ein Krankenhaus zeigen 10 bis 20% der über 65-Jährigen Anzeichen eines Delirs. Im Verlauf des Aufenthalts erhöht sich dieser Anteil um weitere 10 bis 25% (Ministerium für Gesundheit NRW 2012). Damit ist das Delir die häufigste Komplikation im Rahmen einer Demenzerkrankung. Bei Delirien erhöhen sich die Gesundheitskosten um den Faktor 2,5 bei zugleich geringerer Überlebensdauer der Patienten (Leslie et al. 2008). Das Sterblichkeitsrisiko bei Delir ist so hoch wie bei einem Herzinfarkt; zudem hat der Patient eine dreifach erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen Heimeintritt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt (Wolter 2010). Problematisch ist zudem, dass insbesondere die hypoaktiven, eher unauffälligen Delirformen (29% der Fälle) nach verschiedenen Literaturangaben zu 30 bis 60% nicht erkannt bzw. nicht richtig diagnostiziert und behandelt werden (Reischies et al. 2003). Denn bei hypoaktiven Delirien wirken die Patienten eher verlangsamt und apathisch. Vorliegende Verwirrheitszustände bis hin zu Halluzinationen bleiben im Verborgenen und können nur durch eine intensive Beschäftigung mit dem Patienten oder geeignete psychometrische Testungen exploriert werden (Kirchen-Peters 2015).

13.3 Barrieren für die Umsetzung demenzsensibler Strukturen und Prozesse

Eine Studie im Auftrag der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (Kirchen-Peters 2013) hat sich mit der Frage beschäftigt, warum positive Erfahrungen von Modellprojekten in Akutkrankenhäusern nicht aufgegriffen werden, selbst wenn diese den

Nachweis erbringen, dass sie auch betriebswirtschaftlich positive Effekte erzielen. Im Mittelpunkt der Studie standen schriftliche und mündliche Befragungen von Führungskräften der Akutkliniken, die über einen Zeitraum von drei Jahren durchgeführt wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass ein Geflecht verschiedenster Barrieren den Ausbau demenzfreundlicher Kliniken erschwert. Die Gründe, warum sich „Gute Praxis“ für eine verbesserte Versorgung von Demenzkranken im Klinikalltag nicht durchsetzt, liegen dabei sowohl in den politischen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, den Organisationsstrategien der Kliniken wie auch in der subjektiven Haltung der Ärzte und Pflegekräfte:

Aufgrund der politischen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen erzeugen Demenzkranke im derzeitigen Vergütungssystem ungedeckte Kosten für die Krankenhäuser. Die zusätzlichen Kosten resultieren in erster Linie aus einem erhöhten Personalaufwand, aus Zusatzentgelten für Konsile sowie aus längeren Liegezeiten. Insgesamt hat die durch die Einführung des DRG-Systems ausgelöste Ökonomisierung zudem einen enormen Wirtschaftlichkeitsdruck ausgelöst. Die Krankenhausmitarbeiter agieren am Rande ihrer Belastungsgrenzen, weil ihre Arbeitssituation durch eine steigende Verdichtung, eine hohe Arbeitsbelastung und durch Probleme in der personellen Besetzung geprägt ist. Durch die tägliche Arbeits- und Problemdichte bleibt kaum Raum für Austausch und Kreativität, die für die Entwicklung von Demenzkonzepten notwendig wären. Zudem werden die Kliniken als träge Unternehmensformen beschrieben, in denen Maßnahmen der Organisationsentwicklung aufgrund eingeschliffener Routinen und Kommunikationsmuster nur schwer umsetzbar sind. Dabei spielen traditionelle Hierarchien und berufliche Orientierungen im Medizinsektor eine große Rolle.

Im Hinblick auf die Organisationsstrategien hat sich die im Zuge der Einführung des DRG-Systems entstandene Ablauforientierung als wichtige Barriere für die Einführung demenzsensibler Strukturen und Prozesse herausgestellt. Bei kurzen Verweildauern geht es in erster Linie darum, dass die Patienten die für den Tag vorgesehenen Prozeduren reibungslos durchlaufen und auch die finanziellen Anreizsysteme sind diesem Ziel unterworfen. Die „unsichtbare“ und präventive Arbeit mit Demenzkranken wird deshalb von den Vorgesetzten und Kollegen weniger wertgeschätzt. Erschwerend für die Umsetzung demenzsensibler Konzepte ist darüber hinaus die zunehmende Spezialisierung und Funktionalisierung der Kliniken. Der einseitige Blick auf die Ziele der einzelnen Fachabteilung und dort auf die Behandlung der Hauptdiagnose versperrt einen ganzheitlichen Blick auf die komplexe medizinische, pflegerische und soziale Bedürfnislage der demenzkranken Patienten. Es fehlt insbesondere an einer patientenorientierten Sicht sowie an einer Bereitschaft und an Strukturen für eine interdisziplinäre sowie abteilungs- und sektorübergreifende Arbeitsweise.

Mitentscheidend für eine demenzbezogene Ausrichtung ist nach den Ergebnissen der Studie zudem die subjektive Haltung der Führungskräfte gegenüber demenzkranken Patienten. Häufig wird der Stellenwert psychischer Begleiterkrankungen in den Allgemeinkrankenhäusern unterschätzt und die Führungskräfte sind nicht über Ansätze Guter Praxis informiert. Hinzu kommen Fragen des beruflichen Selbstverständnisses: Sind Ärzte oder Pflegekräfte eher auf Heilung und Spitzenmedizin orientiert, fühlen sich diese durch eine zunehmende Beschäftigung mit Demenzkranken von einem beruflichen Statusverlust bedroht.

13.4 Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und Beispiele Guter Praxis

Krankenhausaufenthalte sind für Demenzkranke mit vielfältigen Risiken verbunden, die nicht aus ihrer somatischen Grunderkrankung, sondern aus den Begleiterscheinungen der Demenz resultieren (Isfort 2014 et al.; Kleina und Wingenfeld 2007; Angerhausen 2007). Das Fehlen der vertrauten Umgebung und Bezugspersonen, der Stress durch die Untersuchungen und Behandlungen sowie Ängste und ggf. Schmerzen stellen für Menschen mit Demenz einen Ausnahmezustand dar, für dessen Bewältigung sie eigentlich ein optimal auf sie eingestelltes Milieu benötigen würden. Die Strukturen und Prozesse auf die Bedürfnisse demenzkranker Patienten auszurichten ist jedoch für Akutkrankenhäuser eine anspruchsvolle Herausforderung. Meist haben nur solche Kliniken den Einstieg in eine demenzsensible Ausrichtung geschafft, die eine finanzielle Unterstützung – z. B. im Rahmen einer Modellförderung – erwirken konnten. Nach Förderung eines ersten Modellprojekts durch das Bundesministerium für Gesundheit (Kirchen-Peters 2005) wurde im Jahr 2012 ein mehrphasiges Modellprogramm zur Förderung solcher Ansätze von der Robert-Bosch-Stiftung aufgelegt. Auch einzelne Bundesländer wie z. B. Rheinland-Pfalz, das Saarland und Nordrhein-Westfalen haben in den Aufbau einer demenzsensiblen Krankenhauslandschaft investiert (vgl. z. B. LZG 2015; Kirchen-Peters 2014; GPS 2012).

Aus der Begleitforschung zu den Modellprojekten geht hervor, dass ein entscheidender Schlüssel zu einer besseren Versorgung Demenzkranker und Delirgefährdeter im Akutkrankenhaus der Wissensaufbau ist. Beim Wissensaufbau steht im Vordergrund, den Blick auf die besonderen Bedürfnisse der Demenzkranken im Krankenhaus zu schärfen und die Handlungssicherheit im Umgang zu erhöhen. Wichtige Umgangskonzepte, die auch im Akutkrankenhaus zum Einsatz kommen, sind derzeit die Validation (Feil 2000; Richard 2000) sowie die personenzentrierte Pflege (Kitwood 2000). Neben den beschriebenen Ansätzen können im Akutkrankenhaus auch Elemente anderer Pflegekonzepte in den Umgang mit demenzkranken Patienten sinnvoll eingebunden werden. Zu nennen sind z. B. die Mäeutik (Schindler 2003), die stark auf intuitive Elemente setzt, die Basale Stimulation, in deren Zentrum die Berührung steht, sowie die Biografiearbeit oder die Milieuthérapie (Böhm 2009). Umfangreiche Rahmenempfehlungen insbesondere für den Umgang mit herausforderndem Verhalten wurden von Bartholomeyczik et al. (BMG 2006) entwickelt.

Die demenzsensible Ausrichtung von Akutkrankenhäusern wird häufig im Rahmen spezieller Organisationsformen vorangetrieben. Derzeit kristallisieren sich dabei vor allem die Konzepte der Konsiliar- und Liaisondienste (KL-Dienste) und der speziellen Abteilungen für demenzkranke Patienten heraus. Zudem gibt es Kliniken, die sich auf die Prävention und Behandlung von Altersdelirien fokussiert haben.

Im Zentrum der Aktivitäten gerontopsychiatrischer KL-Dienste stehen medizinisch-pflegerische Beratungsleistungen wie Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung, Durchführung von Fortbildungen für das Krankenhauspersonal sowie Fallbegleitung und Bedside-Teaching. Je nach Ausrichtung des KL-Dienstes werden auch sozialpflegerische Interventionen angeboten, wie die Beratung der Angehörigen zum Umgang mit den Kranken sowie die Unterstützung bei der Organisa-

tion von Hilfen (Kirchen-Peters 2014b). Neben der Erweiterung des gerontopsychiatrischen Fachwissens im informellen und professionellen Umfeld des Patienten besteht eine wichtige Aufgabe darin, die durchgeführten Hilfestellungen der unterschiedlichen Personen und Institutionen besser zu vernetzen, um Versorgungsbrüche zu vermeiden. Um die vielschichtigen Probleme Demenzkranker zu erfassen, haben sich interdisziplinäre Teams bewährt, die in der Regel aus Psychiatern und psychiatrisch geschultem Pflegepersonal bestehen, ggf. aber auch durch Psychologen, Sozialarbeiter und/oder Ergo- und Physiotherapeuten ergänzt werden können.

Während gerontopsychiatrische KL-Dienste in Deutschland eher selten sind, haben spezielle Abteilungen für Demenzkranke mittlerweile eine stärkere Verbreitung gefunden. In einem Positionspapier (Hofmann et al. 2014) der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) werden 22 solcher Spezialstationen in geriatrischen Kliniken aufgelistet, von denen die erste zwar bereits 1990 in Essen gebildet wurde, der Großteil aber erst zwischen 2009 und 2013 entstanden ist. Während damit laut Positionspapier durchschnittlich 8% der Mitgliedskliniken Spezialstationen führen, sind regionale Häufungen zu beobachten. So befinden sich allein fünf der 22 Kliniken in Hamburg. Aufgrund der großen Vielfalt an Umsetzungsweisen dieser Spezialstationen hat die DGG Empfehlungen für deren Ausgestaltung formuliert, die in der Folge zu einer Vereinheitlichung von Qualitätsstandards führen sollen. Die Empfehlungen umfassen z. B. eine überschaubare Bettenzahl von vorzugsweise acht bis zwölf Betten, ein geschütztes, aber nicht geschlossenes Konzept mit Aufenthalts- und Therapiebereich, tagesstrukturierende Angebote sowie geschultes Personal auf freiwilliger Basis.

Eine der ersten geriatrischen Spezialstationen wurde 2003 am Heidelberger Bethanien-Krankenhaus unter der Bezeichnung GISAD (= Geriatrisch-Internistische Station für Akuterkrankte Demenzpatienten) eingerichtet. Nach umfangreichen Schulungen des Personals wurden auch organisatorische Veränderungen eingeleitet, so etwa die Etablierung tagesstrukturierender Angebote. Hintergrund war die Erfahrung, dass herausforderndes Verhalten häufig auftrat, wenn die Patienten über mehrere Stunden sich selbst überlassen blieben (Müller et al. 2006).

Wenngleich spezielle Abteilungen für Demenzpatienten insbesondere in geriatrischen Kliniken angeboten werden, finden sich dennoch einzelne Kliniken, die dieses Konzept auch im Allgemeinkrankenhaus erproben, wie z. B. die Station DAVID (Diagnostik, Akuttherapie, Validation auf einer Internistischen Station für Menschen mit Demenz) im Klinikum Hamburg-Alsterdorf mit elf akut-internistischen Betten. Laut Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zeichnet sich die Abteilung u. a. durch folgende Besonderheiten aus (Lüdecke et al. 2012): Die Patienten werden z. B. direkt auf der Station und nicht über die zentrale Aufnahme aufgenommen. Es handelt sich um einen abgeschlossenen Bereich mit speziellem Milieu (Farb-/Lichtgestaltung, Symbole, Erinnerungsgegenstände, ruhige Station, verdeckte Stationstür, großer Essbereich usw.). Das Personal ist in Validation geschult und es werden Altenpflegekräfte eingesetzt.

Unter den Organisationskonzepten sind zudem jene Projekte hervorzuheben, die sich speziell mit der Thematik der **Delirprävention** beschäftigen. Hier hat das St.-Franziskus-Hospital in Münster eine Pionierrolle eingenommen und Wege aufgezeigt, wie mit vergleichsweise einfachen Mitteln postoperative Altersdelirien verhindert werden können (Ministerium für Gesundheit NRW 2012). Dazu wurden

zunächst die Narkose-Prozesse in der Richtung verändert, dass bei älteren und delirgefährdeten Patienten vorzugsweise regionalanästhesiologische Verfahren eingesetzt werden und auf Sedativa möglichst verzichtet wird. Als Voraussetzung dieser Strategie gilt, dass zwei geschulte Altenpflegekräfte des Projektes diese Patienten vor, während und nach operativen Eingriffen intensiv begleiten, orientieren und entängstigen. Mit der Maßnahme konnte die durchschnittliche Delirhäufigkeit um rund die Hälfte gesenkt werden. Weitere Ansätze Guter Praxis wurden z. B. im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld mit dem Hospital Elder Life Program (HELP) (Hewer et al. 2016) oder am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge Berlin mit einem Clinical Pathway zur Behandlung älterer Patienten mit Delir und dessen Prävention umgesetzt (Kratz et al. 2015).

Unabhängig von umfangreicheren Organisationskonzepten gibt es eine Reihe von Kliniken, die einzelne Elemente von Guter Praxis umgesetzt haben:

- Einführung eines Kurzscreenings: Es stehen eine Reihe standardisierter Instrumente zur Erfassung von Demenz und Delir zur Verfügung, z. B. Mini-Mental-Status-Test (MMST), Demenz-Detektion (DemTect), Confusion Assessment Method (CAM). In aller Regel sind diese Testungen in der Praxis aufgrund des Zeitdrucks in der Aufnahmesituation schwer einsetzbar. Praxistauglicher scheint in diesem Sinn der Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT-Test) zu sein, dessen psychometrische Qualität in einer aktuellen Studie evaluiert wurde (vgl. Hessler et al. 2016).
- Angehörigenarbeit: Wie sich gezeigt hat, müssen Angehörige für eine gelungene Demenzversorgung beginnend mit der (Not-)Aufnahme als Partner im Behandlungsprozess verstanden und ernst genommen werden. Evaluiert wurden insbesondere das Angebot eines Rooming-In (dip 2011) sowie ein sektorenübergreifendes und interdisziplinäres Beratungsangebot nach der Erstdiagnose Demenz im Krankenhaus (Kirchen-Peters 2016).
- Demenzfreundliche Umgebungsgestaltung: Dabei geht es im Wesentlichen darum, die Orientierung und Wahrnehmung der Patienten zu verbessern, eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich die Kranken wohlfühlen und in der Unruhe abgebaut wird, sowie Bewegung, Beschäftigung und Unabhängigkeit zu fördern (Dietz 2014; Marquardt 2014). Eine umfangreiche englischsprachige Checkliste über Anforderungen an eine demenzfreundliche Umgebung sowie die Möglichkeit einer virtuellen Begehung eines demenzfreundlichen Krankenhauses findet sich auf der Internetseite des Dementia Services Development Centre.
- Beschäftigung und Betreuung: Demenzkranke Patienten benötigen gerade in der fremden Umgebung des Akutkrankenhauses Beschäftigung und Ansprache, weil sie sonst häufig ein so genanntes herausforderndes Verhalten zeigen. Positive Erfahrungen mit Angeboten zur Beschäftigung und Tagesstrukturierung wurden z. B. in Nordrhein-Westfalen mit dem Projekt „Teekesselchen“ oder in Bayern und Baden-Württemberg gesammelt, die solche Angebote in Kooperation mit den Landes-Alzheimergesellschaften aufgebaut haben. Darüber hinaus werden zuweilen Demenzlotsen eingesetzt, die neben der Aktivierung einzelner Patienten Begleitdienste zu Untersuchungen durchführen und dadurch das Personal entlasten und für einen sicheren Transfer sorgen.

13.5 Fazit

Patienten mit kognitiven Einschränkungen und Demenzen prägen zunehmend den Alltag in deutschen Akutkrankenhäusern. Trotz einer verstärkten öffentlichen Debatte über gravierende Probleme in der Ausgestaltung von Behandlung und Versorgung dieser Patientengruppe werden die positiven Erfahrungen mit verschiedenen Ansätzen Guter Praxis in der Versorgungsbreite noch zu wenig wahrgenommen und transferiert. Zwischen realer Versorgungspraxis und der Umsetzung von Ansätzen Guter Praxis klaffen demnach erhebliche Lücken. Viele Krankenhausträger sehen zwar Handlungsbedarf. Ein komplexes Gefüge an Barrieren trägt jedoch offenbar dazu bei, dass die begrenzten Ressourcen der durch die Ökonomisierung unter Druck geratenen Kliniken in die Behebung anderer Schwachstellen investiert werden. Die Bestandsaufnahme spricht dafür, dass auf der Ebene der politischen Steuerung Anreizsysteme und Finanzierungsmodelle gefunden werden müssen, um einen bundesweiten Ausbau demenzfreundlicher Strukturen und Prozesse in den Akutkrankenhäusern anzustoßen und zu befördern.

Literatur

- Angerhausen S. Projekt „Blickwechsel – Nebendiagnose Demenz“. Wuppertal: GSP. Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte 2007.
- Böhm E. Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band I – Grundlagen. Wien: Maudrich 2009.
- Böhm E. Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band 2 – Arbeitsbuch. Wien: Maudrich 2009.
- Bundesministerium für Gesundheit. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2006.
- Destatis. Gesundheit im Alter. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/GesundheitimAlter0120006109004.pdf?__blob=publicationFile (2011) (28 August 2016).
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (2014) (28 August 2016).
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip). Doppelt hilft besser bei Demenz. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Projekt „Neue Wege bei der Betreuung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus Lübbecke“. Köln: dip 2011.
- Dietz B. Nebendiagnose Demenz im Akutkrankenhaus. Einsatzpotentiale innovativer Licht-, Kommunikations- und Planungstechnologien für eine alters- und demenzsensible Architektur. Modul 1 und 2. München: Technische Universität 2014.
- Dementia Services Development Centre (DSDC); Health Facilities Scotland (HFS). Dementia Design Checklist. Design checks for people with dementia in healthcare premises. Stirling. <http://dementia.stir.ac.uk/design/virtuelle-umgebungen/virtuelle-krankenhaus-de> (28 August 2016).
- Feil N. Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München: Reinhardt 2000.
- Gesellschaft für gemeinnützige Projekte (GSP). Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Ein Wegweiser. Projekt Blickwechsel Demenz. Regional. Wuppertal: Gesellschaft für gemeinnützige Projekte 2012.
- Hessler JB, Schäufele M, Hendlmeier I, Junge MN, Leonhardt S, Weber J, Bickel H. The 6-Item Cognitive Impairment Test as a bedside screening for dementia in general hospital patients: re-

- sults of the General Hospital Study (GHoSt). *Int J Geriatr Psychiatry*: Version of Record online 7.6.2016; DOI: 10.1002/gps.4514.
- Hewer W, Thomas C, Drach L. *Delir beim alten Menschen. Grundlagen, Diagnostik, Therapien, Prävention*. Stuttgart: Kohlhammer 2016.
- Hofmann W, Rösler A, Vogel W. Spezialstationen für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten in Deutschland. *Z Gerontol Geriatr* 2014; 2: 136–40.
- Isfort M, Klostermann J, Gehlen D, Siegling B. *Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung 2014.
- Kathol RG, Weiner J-S, Worley LLM, Summergrad P. Psychiatrists for Medically Complex Patients: Bringing Value at the Physical Health and Mental Health/Substance-Use Disorder Interface. *Psychosom* 2009; 50: 93–107.
- Kirchen-Peters S. *Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“*. Saarbrücken: iso-Institut 2005.
- Kirchen-Peters S. *Akutmedizin in der Demenzkrise. Chancen und Barrieren für das demenzsensible Krankenhaus*. Saarbrücken: iso-Institut 2013.
- Kirchen-Peters S. *Herausforderung Demenz im Krankenhaus. Ergebnisse und Lösungsansätze aus dem Projekt Dem-i-K*. Saarbrücken: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland 2014.
- Kirchen-Peters S, Diefenbacher A. *Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste. Eine Antwort auf die Herausforderung Demenz?* *Z Gerontol Geriatr* 2014b; 7: 595–604.
- Kirchen-Peters S. *Demenzkranken in der Klinik. Warum es bei der Versorgung klemmt*. *Thema CNE. fortbildung, Lerneinheit 3*; 2015; 1: 2–6.
- Kirchen-Peters S, Ischebeck M. *Sektorenübergreifende Hilfen nach Erstdiagnose Demenz im Krankenhaus. Endbericht des Projekts Dem-i-K plus*. Saarbrücken: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland 2016.
- Kitwood T. *Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Göttingen: Huber 2000.
- Kleina T, Wingenfeld K. *Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus*. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft 2007.
- Kratz T, Heinrich M, Schlauf E, Diefenbacher A. The prevention of postoperative confusion-A prospective intervention with psychogeriatric liaison on surgical wards in a general hospital. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 289–96. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0289.
- Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz (LZG). *Demenzkompetenz im Krankenhaus. Abschlussbericht zum rheinland-pfälzischen Modellprojekt*. Mainz: I.B.Heim 2015.
- Leslie D, Marcantonio ER, Zhang Y, Leo-Summers L, Inouye SK. One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. *Arch Intern Med*. 2008; 14: 27–32.
- Lüdecke D, Peiser A, Döhner H. *Projekt DAVID: Diagnostik, Akuttherapie, Validation auf einer Internistischen Station für Menschen mit Demenz. Abschlussbericht*. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 2012.
- Nock L, Hielscher V, Kirchen-Peters S. *Dienstleistungsarbeit unter Druck. Der Fall Krankenhauspflege. Ergebnisse einer Befragung von Pflegepersonal im Krankenhaus und vergleichende Analyse zu Befunden aus Altenpflege und Jugendhilfe*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung 2013.
- Marquardt G. *Architektur für Menschen mit Demenz. Planungsgrundlagen, Praxisbeispiele und zukünftige Herausforderungen*. Dresden: Axel Viehweger 2014.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. *Der alte Mensch im OP. Praktische Anregungen zur besseren Versorgung und Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs*. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Nordrhein-Westfalen 2012.
- Müller E, Dutzi I, Hestermann U, Oster P, Specht-Leible N, Zieschang T. *Herausforderung für die Pflege: Menschen mit Demenz im Krankenhaus*. *P&G* 2006; 13: 321–36.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, *Delirium: diagnosis, prevention and management*. 2010. (<https://www.nice.org.uk/guidance/CG103/PublicInfo>) (28 August 2016).

- Phelan EA, Borson S, Grothaus L, Balch S, Larson EB. Association of incident dementia with hospitalisations. *JAMA* 2012; 307: 165–72.
- Pinkert C, Holle B. Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. *Z Gerontol Geriat* 2012; 8: 728–34.
- Reischies F, Diefenbacher A, Reichwaldt W. Delir. In: Arolt V, Diefenbacher A. *Psychiatrie in der klinischen Medizin. Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie*. Darmstadt: Steinkopff 2003; 259–84.
- Richard N. Demenz, Kommunikation und Körpersprache. Die Integrative Validation®. In: Tackenberg P, Abt-Zegelin A. *Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung*. Frankfurt/Main: Mabuse 2000: 142–8.
- Schäufele M, Bickel H. *Demenz im Allgemeinkrankenhaus. Prävalenz und Versorgungssituation*. München, Mannheim: (im Erscheinen) 2016.
- Schindler U. *Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Praxisalltag*. Hannover: Vincentz 2003.
- Schwinger A, Tsiasioti C, Klauber J. Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg). *Pflege-Report 2017*. Stuttgart: Schattauer 2017; 131–51.
- Statistisches Bundesamt. *Gesundheit. Ausgaben*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2016.
- Statistisches Bundesamt. *Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2014*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2015.
- Wolter D. Delir: Irrtümer. *Das Delir im Alter – zehn häufige Missverständnisse*. *Geriatric J* 2010; 12: 31.