

PROJEKT „BLICKWECHSEL – NEBENDIAGNOSE DEMENZ“



Warum sich Krankenhäuser mit dem Thema Demenz beschäftigen sollten und was sie zur Verbesserung der Versorgung demenzkranker Patienten tun können –
Sieben Gründe und sieben Empfehlungen

Projekt „Blickwechsel – Nebendiagnose Demenz“

Warum sich Krankenhäuser mit dem Thema Demenz beschäftigen sollten und was sie zur Verbesserung der Versorgung demenzkranker Patienten tun können –
Sieben Gründe und sieben Empfehlungen

Ergebnisse aus dem Modellprojekt „Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus“ (2005-2008)

Die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW hat das Projekt finanziell unterstützt. Diese Förderung ermöglicht uns und der Freien Wohlfahrtspflege, wegweisende Projekte für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen zu realisieren.



Vorwort	3
Einführung – Ein vernachlässigtes Zukunftsthema	5
Ein Projekt und seine Konsequenzen	7
Warum sollten sich Krankenhäuser mit dem Thema „Demenz“ beschäftigen?	
Sieben Gründe	9
1. Mehr als 12 Prozent der Patienten im Krankenhaus sind demenzkrank – Tendenz steigend	11
2. Eine Demenz ist oft Ursache für eine Einweisung ins Krankenhaus	13
3. Die Nebendiagnose Demenz beeinflusst Diagnostik und Therapie maßgeblich	15
4. Eine Demenz erhöht das Delir-Risiko	17
5. Das Verhalten demenzkranker Patienten fordert heraus und verursacht zusätzlichen Aufwand	19
6. Ärzte und Pflegemitarbeiter müssen ethisch schwierige Entscheidungen fällen	21
7. Rechtlich schwierige Situationen entstehen in der Behandlung und bei der Entlassung	23
Was können Krankenhäuser tun, um die Versorgung demenzkranker Patienten zu verbessern?	
Sieben Empfehlungen	25
1. Mitarbeiter qualifizieren	27
2. Erweiterte medizinische, biografische und pflegerische Anamnese durchführen	29
3. Angehörige als Partner in die Versorgung einbeziehen	31
4. Bei Verdacht auf Demenz abgestufte Diagnostik durchführen	33
5. Tagesstrukturierung organisieren	35
6. Fachberater einsetzen	37
7. Schwerpunktstationen bilden	39
Literatur	40

Nordrhein-Westfalen verfügt mit über 400 Krankenhäusern, mit qualifizierten Ärzten und mit ebenso qualifizierten und engagierten Mitarbeitern in der Pflege über ein – selbst im weltweiten Vergleich – leistungsfähiges stationäres Versorgungsangebot. Das wird sich auch dann nicht ändern, wenn die NRW-Krankenhäuser Betten abbauen – unser Land bleibt eine Region mit einer im Vergleich hohen Produktivität in diesem Bereich.

Es gibt allerdings keinen Grund für die, die im Krankenhaus-Bereich Verantwortung tragen, sich selbstzufrieden zurückzulehnen.



Nirgendwo ist mir dies in den vergangenen Jahren deutlicher geworden als in dem Projekt „Demenzranke ältere Menschen im Krankenhaus“, das die Projektgesellschaft des Paritätischen mit der engagierten Unterstützung der Stiftung Wohlfahrtspflege unseres Landes durchführen konnte.

Das Erlössystems in unseren Häusern orientiert sich in seinen Kalkulationsgrundlagen an einer Art „Serien-Patient“. Nicht zuletzt deshalb fällt es schwer, jene Patienten angemessen in den Blick zu nehmen, die „quer“ zur „Serie“ liegen und einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen – zum Beispiel Patienten mit Demenz.

Dieser Gruppe werden wir aufgrund des demografischen Wandels immer häufiger in unseren Häusern begegnen: Unser Handeln im Krankenhaus stellt dabei immer eine bedeutsame Station in der Versorgung dieser Menschen dar. Das gilt im Guten wie im Schlechten: ein gründlicher Befund, die angemessene Unterbringung und ein kluges Entlassungsmanagement gehören zu einer sachgerechten Versorgung demenzkranker Patienten und können viel beitragen zur Stabilisierung der Betroffenen und zur Entlastung der Angehörigen. Umgekehrt kann eine unzureichende Versorgung die Situation erheblich verschlechtern.

Was wir an dieser Patientengruppe lernen, ist ein Lernen für zukünftige Krankenhausversorgung: Sie wird sich weiter mit und an den älteren Menschen entwickeln müssen und sie wird – gerade auch durch ältere Patientengruppen – ihre Fähigkeit zur integrativ organisierten Versorgung verbessern müssen. Was wir gelernt haben – davon berichtet diese Publikation.

Gerade der demenzranke Mensch ist für alle Beschäftigten im Krankenhaus zugleich auch ein Spiegel der eigenen Existenz – ein Spiegel unserer Zerbrechlichkeit und unserer Hilfsbedürftigkeit. Das führt uns an die christlich-abendländischen Traditionen unserer Krankenhäuser zurück – einer Tradition, die wir im Hype der derzeitigen Krankenhaus-Entwicklung mitunter zu vergessen scheinen.

Dass diese Tradition im Engagement der an dem Projekt beteiligten Häuser und ihrer Mitarbeiter wieder aufleuchtet – auch dafür bin allen Beteiligten dankbar.

A handwritten signature in black ink that reads "Klaus Bremen". The signature is written in a cursive, flowing style.

Klaus Bremen
Geschäftsführer GSP

„Das Problem ist die reine Vergesslichkeit. Abends beginnt
der Tag bereits zu verdampfen.“

René van Neer

Ein vernachlässigtes Zukunftsthema

In Deutschland leben derzeit etwa eine Million demenzkranke ältere Menschen und jährlich kommen rund 200.000 Neuerkrankungen dazu (RKI 2005). In den nächsten 40 Jahren ist nach aktuellen Prognosen damit zu rechnen, dass sich die Zahl demenzkranker Menschen verdoppelt.

Laut einer Studie aus dem Jahr 1997 liegt der Anteil demenzkranker Patienten im Krankenhaus bei ungefähr zwölf Prozent – leider existieren keine aktuelleren Zahlen. Vermutlich ist der Anteil heute aber bereits größer, und die Quote demenzkranker Patienten, die wegen akuter gesundheitlicher Probleme stationär versorgt werden müssen, wächst schneller als der Anteil demenzkranker Menschen in der Bevölkerung. Ein erhöhtes Unfallrisiko, eine mit der Schwere der Erkrankung steigende Tendenz zur medizinischen Unterversorgung (Hallauer/Schons/Smala 1999) sowie direkte oder indirekte Begleiterscheinungen der Demenz (wie z. B. Mangelernährung oder die Folgen von Fehlmedikation) tragen dazu bei (Kleina/Wingenfeld 2007).

Demenzkranken Patienten im Krankenhaus stellen Ärzte und Pflegende bereits durch die typischen Symptome dieser Erkrankungen, wie beispielsweise Orientierungsstörungen, Einschränkungen in der Kognition und irritierende oder herausfordernde Verhaltensweisen, vor Probleme. Die größte Herausforderung sind jedoch die erheblichen Risiken, die demenzkranken Patienten mit ins Krankenhaus bringen:

- vielfältige Nebendiagnosen, die teilweise die Prognose deutlich verschlechtern (z. B. Mangelernährung)
- ein höheres Unfallrisiko (Stürze, Verbrennungen und sonstige Verletzungen)
- ein höheres Risiko von Fehlbehandlungen (z. B. aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten)
- ein höheres Risiko von Drehtüreffekten
- das Weglauf-Risiko
- das Risiko von Komplikationen (z. B. durch Behandlungsverweigerung und Delire)
- längere Verweildauer im Krankenhaus
- höhere Anforderungen an das Personal und
- ggf. rechtliche und ethische Komplikationen.

Trotz dieser erheblichen Schwierigkeiten gab es im Jahr 2005 zwar eine Vielzahl an Modellprojekten und wissenschaftlichen Untersuchungen zur pflegerischen Betreuung und Unterstützung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen – die Frage, wie Demenzkranke im Akutkrankenhaus adäquat versorgt werden können, blieb jedoch weitgehend ungestellt (vgl. Kleina/Wingenfeld 2007).

In dieser Situation beschloss die Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbh (GSP), eine Projektgesellschaft des Paritätischen NRW, sich im Rahmen eines Modells mit den Fragen der Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus zu beschäftigen. Gemeinsam mit vier allgemeinen Krankenhäusern aus der Mitgliedschaft des Paritätischen und mit Unterstützung der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW wurden Maßnahmen zur Betreuung und Unterstützung demenzkranker Menschen im Krankenhaus praxisnah entwickelt und erprobt.



Die größte Belastung an der Alzheimer-Krankheit, das sind die Ängste. Es ist auch so, dass die anderen, die hier wohnen, dass die zum Teil auch so Schwierigkeiten haben hier. Und da ist eine, die auch so immer hin und her geht und sagt: „Ich habe solche Angst, ich habe solche Angst.“ Jetzt kriege ich langsam auch schon solche Angst. Wenn man das immer so hört, ich hab solche Angst, und die (das Personal) sagen dann: „Sitzen bleiben!“ und „Es ist niemand da.“ Ja, das wissen die nicht, dass niemand da ist und dass das schlimm ist.

Charlotte Kampnagel

Ein Projekt und seine Konsequenzen

Das Projekt „Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus“ hat von 2005 bis 2008 Maßnahmen für die Praxis entwickelt und erprobt. Sie sollen dazu beitragen, dass demenzkranke Patienten im Krankenhaus angemessen versorgt werden.

Folgende Krankenhäuser haben sich in dem Projekt engagiert:

- Allgemeines Krankenhaus Viersen
- Alfried Krupp Krankenhaus Essen
- Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
- Krankenhaus Porz am Rhein.

Das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld hat das Projekt wissenschaftlich begleitet. Die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW ermöglichte das Projekt durch seine finanzielle Unterstützung.

Im folgenden Beitrag werden im ersten Teil zunächst sieben Gründe dargelegt, warum Krankenhäuser sich frühzeitig auf die zunehmende Zahl von Patienten mit kognitiven Einschränkungen und demenziellen Veränderungen einstellen sollten. Im zweiten Teil werden aus den Erfahrungen des Modellprojektes sieben Empfehlungen für Änderungen in der Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus ausgesprochen.

Für den Paritätischen NRW und die Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH (GSP) ist es nicht das erste engagierte Projekt für demenzkranke Menschen und ihre Familien: Die GSP hat zuvor mit einer außergewöhnlichen Kultur-Kampagne „Erinnern-Vergessen: Kunststücke Demenz“ auf die Lebenssituation von Familien mit demenzkranken Angehörigen aufmerksam gemacht.



Am nächsten Tag habe ich Frau F. gefüttert. Heute sagt man dazu Essen gereicht. Eine Stunde lang bitte ich sie immer wieder, den Mund zu öffnen. Manchmal nickt sie so ein wenig weg, schließt zart die Augen und ich berühre ihre Hand, um sie vorsichtig zu wecken. Plötzlich dreht sie sich zu mir um und lächelt mich so herzerreißend an, dass ich es nie vergessen werde. Soviel Charme, soviel kleines Mädchen in einer 97jährigen Frau. Ich vergesse sofort meine Ungeduld und wiederhole meine Frage nun schon zum 50sten Mal. Bitte, möchten Sie nicht noch etwas essen?

Barbara Wachendorf, Regisseurin

Was Krankenhäuser zur Verbesserung der Versorgung
demenzkranker Patienten tun können –
Sieben Gründe

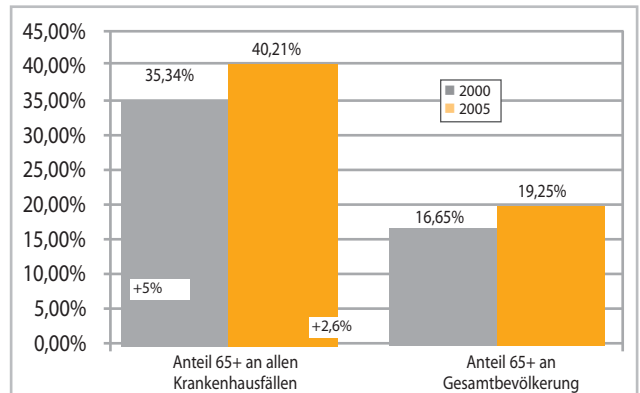


„Die Minuten dauern so lang“, meint René. „Tag für Tag wartet man auf nichts.“

René van Neer

Erster Grund: Mehr als 12 Prozent der Patienten im Krankenhaus sind demenzkrank – Tendenz steigend

In Deutschland leben immer mehr demenziell veränderte Menschen, derzeit etwa eine Million. Jährlich gibt es rund 200.000 Neuerkrankungen, voraussichtlich wird sich die Anzahl in den nächsten 40 Jahren verdoppeln. Grund für diese Zunahme ist vor allem die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung. Bereits zwischen 2000 und 2006 stieg der Anteil der über 65-jährigen in Deutschland von 16,5 auf über 19,5 Prozent.



Entsprechend nimmt auch die Zahl der älteren Patienten im Krankenhaus zu. Während im Jahr 2000 rund 35 Prozent der Krankenhauspatienten über 65 Jahre alt waren, gehörten 2005 bereits 40 Prozent dieser Altersgruppe an (Statistisches Bundesamt 2005). In einigen Fachabteilungen waren 2005 bereits über 50 Prozent der Patienten 65 Jahre und älter (z. B. in der Intensivmedizin), in anderen Abteilungen sogar über 60 Prozent (z. B. in der Inneren Medizin).

Die Veränderung der Versorgungsstrukturen wird den Anteil älterer Menschen im Krankenhaus zusätzlich erhöhen: Insbesondere jüngere Patienten werden zunehmend ambulant versorgt. Folglich steigt der Altersdurchschnitt der stationär behandelten Krankenhauspatienten weiter an (Friedrich/Günster 2005) und damit erhöht sich auch der Anteil

Anteil der Patienten ab 65 Jahren in verschiedenen Fachabteilungen	
Geriatric	90%
Augenheilkunde, Herzchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie	60-70%
Gefäßchirurgie, Nephrologie, Intensivmedizin, Endokrinologie, Urologie,	50-60%
Lungen- und Bronchialheilkunde, Neurologie, Thoraxchirurgie, Orthopädie, Dermatologie, Allgemeine	
Chirurgie, Unfallchirurgie, Rheumatologie	40-50%
Neurochirurgie	30-40%
Plastische Chirurgie, Frauenheilkunde	20-30%
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Frauenheilkunde und Gynäkologie, Psychosomatik/Psychotherapie	20%

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005

demenzkranker Patienten im Krankenhaus. Waren es im Jahre 1997 noch etwa 12 Prozent (vgl. Arolt 1997), so wird der Anteil in Zukunft überproportional steigen, denn

- Demenzkranke haben ein höheres Unfallrisiko (durch Wahrnehmungsstörungen, Gangunsicherheiten, Fehleinschätzung von Risiken etc.) und
- Demenzkranke haben ein höheres Erkrankungsrisiko (z. B. durch Fehl- und Mangelernährung, fehlerhafte Medikamenteneinnahme oder medizinische Unterversorgung).



Frau S. hat uns sehr beeindruckt. In ihrer Welt gibt es keine Fragen. Sie kommt in ihrer Wahrnehmung immer gerade von zu Hause oder geht gleich wieder nach Hause und meistens holt ihr Vater sie gleich ab. Nie jammert oder beschwert sie sich, sie deutet sich alles so um, wie es in ihr Leben passt, wir sind ihre Kollegen, wir trinken und essen in der Kantine, gehen gleich zurück ins Büro oder an die Arbeit. Frau S. wird für uns eine Art Leitstern durch das Projekt, denn wir haben jemanden kennengelernt, der uns hochgradig wirr erscheint, den wir kaum verstehen können, der sich selber aber durchaus versteht und zurechtfindet und wohlfühlt in seiner Welt.

Barbara Wachendorf, Regisseurin

Zweiter Grund: Eine Demenz ist oft Ursache für eine Einweisung ins Krankenhaus

Obwohl demenzkranke Patienten in den meisten Fällen nicht wegen ihrer Demenz im Krankenhaus behandelt werden, ist diese häufig die mittelbare oder unmittelbare Ursache für die Krankenhauseinweisung:

1. Beispiel: Frau M. bricht auf der Straße zusammen und kommt ins Krankenhaus. Dort stellt man eine akute Unterzuckerung fest. Frau M. ist Diabetikerin und gleichzeitig demenzkrank. Sie vergisst ihre Medikamente einzunehmen. Wird im Krankenhaus nur der Diabetes behandelt, ist es sehr wahrscheinlich, dass die Patientin in absehbarer Zeit wieder kollabiert.

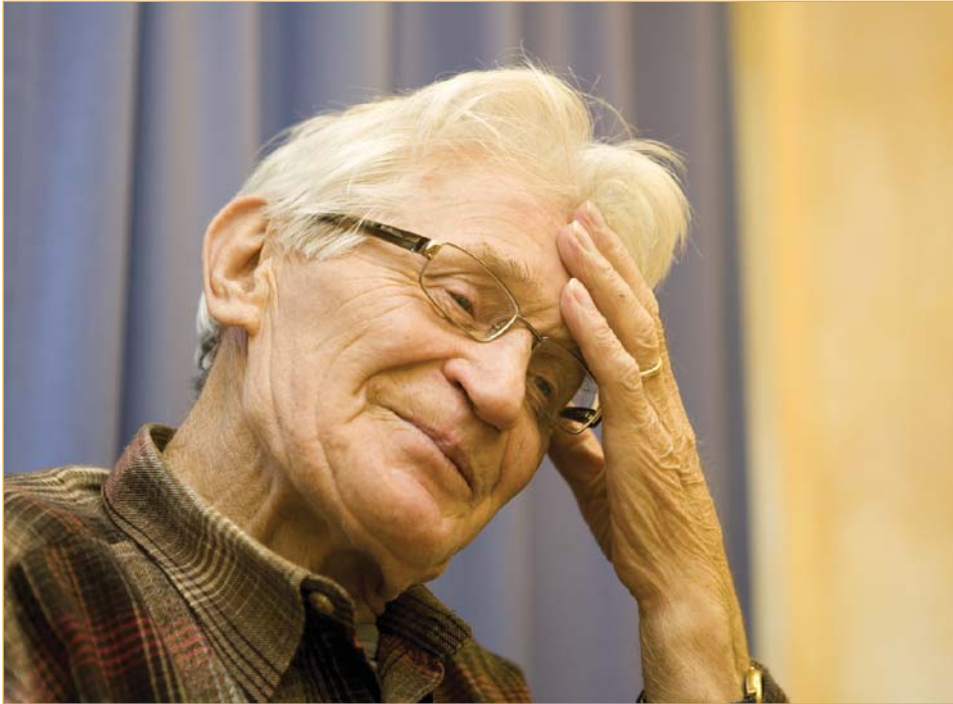
2. Beispiel: Herr G. ist gestürzt, hat sich eine Kopfverletzung zugezogen und kommt zur Abklärung ins Krankenhaus. Dort wird eine Gehirnerschütterung festgestellt und nach wenigen Tagen kann der Patient wieder entlassen werden. Im Entlassungsgespräch mit den Angehörigen stellt sich heraus, dass Herr G. zur Behandlung seiner Verhaltensauffälligkeiten ein Psychopharmakon bekommt, das bei Demenzkranken zu Gangunsicherheiten führen kann. Der Sturz lässt sich vermutlich auf dieses Medikament zurückführen.

3. Beispiel: Frau P. kommt ins Krankenhaus, weil sie den Nachbarn sehr verwirrt erschien. Im Krankenhaus stellt man eine Austrocknung fest und behandelt Frau P. entsprechend. Die Verwirrtheit legt sich weitgehend. Bei einer anschließenden Untersuchung stellt sich jedoch heraus, dass Frau P. vermutlich an einer Demenz leidet. Sie vergisst folglich, ausreichend zu trinken. Eine Entlassung, mit dem Hinweis mehr zu trinken, kann ihr nicht weiterhelfen.

Bei folgenden Erkrankungen besteht die Möglichkeit, dass die Demenz eine Ursache dafür sein könnte:

- Mangelernährung
- Exsikkose (Austrocknung)
- Stürze
- Vergiftungen
- akute Zustände infolge fehlerhafter Medikamenteneinnahme (z. B. entgleister Diabetes)
- Lungenentzündungen durch Schluckstörungen
- plötzlich auftretende Verwirrtheitszustände (Delir).

Wenn sich die Behandlung im Krankenhaus auf die Hauptdiagnose konzentriert und die Nebendiagnose Demenz nicht in ein Behandlungskonzept eingebunden wird, erhöht sich das Risiko von Fehlbehandlungen, „Drehtür-Effekten“ und Destabilisierungsspiralen für die Betroffenen erheblich.



„Es kam jemand herein und der schaute mich an. Er schielte auf meinen Geldbeutel. Es kam zum Streit, es wurde gekämpft. Es passierte hier irgendwo. Der eine hielt den andern fest und man zog aneinander ... Ich hatte das Gefühl, dass ich gerade etwas erlebte, sehr stark ... das ich mit Händen und Füßen ... Geschirr würde ich sagen.“

René van Neer

Dritter Grund: Die Nebendiagnose Demenz beeinflusst Diagnostik und Therapie maßgeblich

Medikamente haben bei demenzkranken Patienten oft schwerwiegende Nebenwirkungen

Eine demenzielle Erkrankung hat Auswirkungen auf die Verträglichkeit von Arzneimitteln. So sind demenzkranke Menschen deutlich empfindlicher gegenüber Medikamenten mit sogenannten anticholinergen Nebenwirkungen (z. B. Gedächtnis- oder Herzrhythmusstörungen). Die Einnahme derartiger Medikamente kann bei Patienten mit einer Demenz zu einer deutlichen Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten führen. Eine Vielzahl von Substanzen, die auch bei der Behandlung weit verbreiteter Erkrankungen eingesetzt werden, hat anticholinerge Nebenwirkungen. Dazu gehören beispielsweise Herz-Kreislauf-Mittel, Antibiotika, Medikamente gegen Asthma und Allergien sowie viele Mittel gegen psychiatrische und neurologische Erkrankungen. Aber auch andere Medikamente können teilweise dramatische Nebenwirkungen hervorrufen: Antipsychotisch wirkende Medikamente führen bei demenzkranken Patienten zu einem erhöhten Risiko von cerebrovaskulären Ereignissen (z. B. Gehirnblutungen).

Eine Demenz erschwert die sachgerechte medizinische Diagnostik und Behandlung

Die mit einer Demenzerkrankung verbundenen kognitiven Einschränkungen und Verhaltensweisen können eine sachgerechte medizinische Diagnostik und Behandlung deutlich erschweren. Dazu einige Beispiele:

- Demenzkranke lehnen Untersuchungen ab, da sie die Notwendigkeit und die Abläufe nicht nachvollziehen können und Angst bekommen.
- Bei vielen Untersuchungen und Behandlungen ist ein gewisses Maß an Mitwirkung des Patienten erforderlich. Bei Demenzkranken ist diese Kooperation nicht leicht zu erreichen. So kann es vorkommen, dass demenzkranke Patienten sich Kanülen für Infusionen selber herausziehen.
- Wenn demenzkranke Patienten Untersuchungen und Behandlungen verweigern und keine Betreuungsregelung vorliegt, müssen die Ärzte einschätzen, auf welcher rechtlichen Grundlage die medizinische Betreuung im Krankenhaus möglich ist. Stellt sich heraus, dass die Einwilligung eines Patienten fraglich ist und liegen keine Betreuungsregelungen und Patientenverfügungen vor, wird es für die Behandelnden häufig sehr schwierig, die notwendigen weiteren Schritte einzuleiten.
- Die Schmerzdiagnostik bei demenzkranken Patienten ist deutlich erschwert. Bislang gibt es kein valides Instrument zur Schmerzermittlung bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen. Dennoch muss eine angemessene Schmerzbehandlung erfolgen.

Sekundäre Demenzen lassen sich heilen

Bei einigen Patienten stellt sich bei genauerer Untersuchung heraus, dass die Symptome einer Demenz durch andere Faktoren verursacht wurden und daher erfolgreich behandelt werden können. Dies gilt für etwa zehn Prozent der Fälle. Diese sogenannten sekundären Demenzen können z. B. durch Mangelernährung (ein Vitamin-B 12-Mangel kann zu kognitiven Einschränkungen führen), durch Exsikkose, durch einen Normaldruckhydrozephalus, durch eine Depression oder auch durch ein Delir verursacht werden.



„Wie kann ich dir helfen?“ „Indem du froh bist, dass du bei mir bist“, antwortet er.

René van Neer

Vierter Grund: Eine Demenz erhöht das Delir-Risiko

Patienten mit einer demenziellen Erkrankung haben ein fünffach höheres Risiko ein Delir – d. h. einen akuten Verwirrtheitszustand – zu bekommen als Patienten ohne eine Demenz. Weitere Risikofaktoren sind die Verabreichung von Medikamenten mit anticholinergen Nebenwirkungen (4,5- bis 11,7-faches Risiko), die Verabreichung von mehr als sechs Medikamenten (13,7-faches Risiko) oder ein zu niedriger Natriumwert. Psychischer oder auch physischer Stress – etwa durch eine Operation, Angst, einen Umgebungswechsel oder Reizdeprivation und -überflutung – können ebenfalls Auslöser für ein Delir sein.

Ein Delir ist für die Patienten ein folgenschweres Ereignis: Sie haben eine längere Krankheitsdauer mit erhöhter Komplikationsrate, längere und kostspieligere stationäre Aufenthalte, eine größere Wahrscheinlichkeit der Einweisung in ein Pflegeheim, eine höhere Sterblichkeitsrate und ein höheres Risiko demenzieller Veränderungen (McCusker et al. 2001).

Ein Delir kann jedoch durch geeignete Maßnahmen vermieden werden. Dazu gehören beispielsweise die sachgerechte Identifikation und Behandlung der Grunderkrankung, die Prävention von Komplikationen (Druckulcera, Stürze, Funktionseinbußen oder Übersiedierung) und die Überprüfung der Medikamentierung. Aber auch geeignete pflegerische Interventionen, wie Maßnahmen zur Orientierungs- und Normalitätsförderung, geeignete Umgangs- und Kommunikationsformen oder ein normaler Schlafrhythmus minimieren das Risiko (Gutzmann 2008).

Außerdem sind Delire prinzipiell reversibel und müssen behandelt werden. Durch eine frühzeitige Identifikation von Risikopatienten und ersten Anzeichen eines Delirs können rechtzeitig Gegenmaßnahmen eingeleitet werden (Inouye et al. 1999). Doch gerade die Identifikation eines Delirs erweist sich bislang als schwierig. In einer Studie diagnostizierten Ärzte in 41,8 Prozent der Fälle statt eines Delirs eine Depression (Gutzmann 2008).

Derzeit werden die Risiken eines Delirs und seiner Auswirkungen im Krankenhaus unterschätzt und es fehlt entsprechendes Know-how. Häufig ist nicht bekannt, dass ein Delir mit einem Delirium tremens infolge eines Alkoholentzuges nichts zu tun hat. Auch wird oft nicht realisiert, dass eine Vielzahl von Deliren sich nicht durch auffällige Verhaltensweisen wie Unruhe, Aggression, Schreien etc. bemerkbar machen, sondern im Gegenteil durch Passivität und Apathie. Angesichts der dramatischen Konsequenzen, die Delire für Betroffene haben können, ist das kaum akzeptabel.



Es gibt so viele Ärgernisse. Wenn er zur Toilette muss zum Beispiel. Wo ist sie? Dass es in seinem eigenen Badezimmer eine Toilette gibt, gehört zu den Informationen, die nicht mehr hängen bleiben.

Deshalb geht er auf den Flur und klopft mit zusammengepressten Beinen an irgendeine Tür.

Eine Pflegerin tippt ihm auf die Schulter: „Suchen Sie etwas?

Müssen Sie etwa mal?“

Gerettet!

„Aber Herr van Neer, Sie haben doch eine Toilette in Ihrem Zimmer.“

Stella Braam, Autorin

Fünfter Grund: Das Verhalten demenzkranker Patienten fordert heraus und verursacht zusätzlichen Aufwand

Demenzkranke Patienten zeigen oft Verhaltensweisen, die die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter an ihre Grenzen bringen: Sie wandern unruhig herum, stören andere Patienten, verweigern die Körperpflege oder versuchen, die Station zu verlassen. Weil aber Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter auf diese Verhaltensweisen nicht eingestellt sind, entsteht ein zum Teil erheblicher Mehraufwand an Zeit und Personal. Auch dazu einige Beispiele:

- **Suche nach Patienten:** Jeder Mitarbeiter eines Krankenhauses kennt Geschichten von verwirrten Patienten, die unbemerkt die Station verlassen konnten und anschließend mit viel Aufwand im Haus und in der Umgebung gesucht werden mussten. Im schlimmsten Fall sterben dabei Patienten, beispielsweise weil sie erfrieren oder verdursten.
- **Beruhigen von Patienten:** Wenn Pflegende oder Ärzte nicht in der Lage sind, auf herausfordernde Verhaltensweisen von demenzkranken Patienten angemessen zu reagieren, kann es dazu kommen, dass Situationen eskalieren. Patienten wehren sich immer vehementer gegen vermeintliche Zumutungen und Mitarbeiter versuchen immer nachdrücklicher, Patienten zur Vernunft zu bringen. Die Stimmung wird aggressiver, letztendlich muss der Patient fixiert oder sediert werden, dazu sind in der Regel mehrere Mitarbeiter notwendig.
- **Hohes Risiko von Verletzungen:** Demenzkranke Patienten haben ein hohes Verletzungsrisiko, da sie Gefahren häufig nicht richtig einschätzen können und die reflexhafte Reaktion auf Schmerzen unter Umständen nicht mehr funktioniert. So kann es dazu kommen, dass sich demenzkranke Patienten schwerwiegende Verbrennungen an Heizkörpern, Wasserhähnen oder Kochplatten zuziehen oder Reinigungsmittel trinken.
- **Verlängerung der Liegezeit:** Insbesondere Delire, aber auch Behandlungskomplikationen durch fehlende Kooperationsfähigkeit, durch zusätzliche Verletzungen oder durch mangelnde Mobilisierung führen zu verlängerten Liegezeiten und somit zu einem höheren finanziellen Aufwand für das Krankenhaus.
- **Fehlendes Know-how im Umgang mit herausforderndem Verhalten belastet die Mitarbeiter:** Ständige Unruhe, der immer wieder geäußerte Wunsch, nach Haus zu gehen, Wanderungsverhalten, Weglaufrisiko, Suchen nach vermeintlich verloren gegangenen Gegenständen, Ablehnung von medizinischen und pflegerischen Maßnahmen etc. belasten das Personal erheblich, insbesondere dann, wenn keine Strategien zum Umgang mit diesen Verhaltensweisen bekannt und eingeübt sind.



„Wenn ich drei Wünsche frei hätte, würde ich mir wünschen, ja, dass ich den Zeitpunkt meines Todes selbst bestimmen darf. Dass es die Möglichkeit gibt, das wäre der Hauptwunsch, ja.“

Charlotte Kampnagel

Sechster Grund: Ärzte und Pflegemitarbeiter müssen ethisch schwierige Entscheidungen fällen

In der Versorgung demenzkranker Patienten müssen in Krankenhäusern häufig schwierige ethische Entscheidungen getroffen werden. In der Regel geht es darum, ob bestimmte Behandlungen oder Untersuchungen für einen konkreten Patienten notwendig und angemessen sind oder nicht. Häufig ergibt sich die Frage aus Unstimmigkeiten zwischen Wertvorstellungen der Behandelnden, Willensäußerungen des Patienten und dem Krankheitsverlauf:

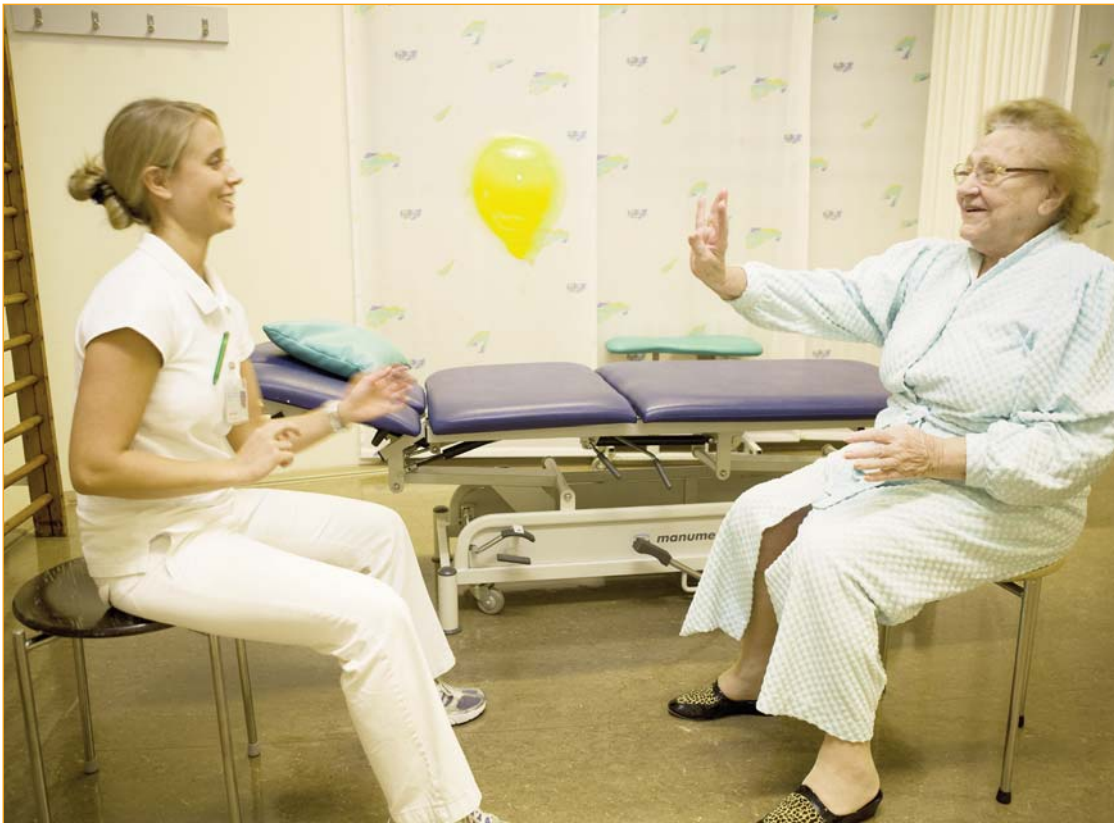
- Wie wird über eine Behandlung entschieden, wenn der Patient seinen aktuellen Willen nicht mehr äußern kann und Zweifel an seiner Einwilligung in die Behandlung bestehen?
- Wie werden Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen einer Behandlung abgewogen?
- Wie wird entschieden, wenn der Wille des Patienten nicht mit den eigenen Wertvorstellungen übereinstimmt?

Derartige Situationen entstehen bei demenzkranken Patienten immer wieder, da viele von ihnen de facto nicht mehr einwilligungsfähig sind und folglich auch nicht selbstständig über ihre Behandlungen entscheiden können. Ein häufiges Beispiel in Krankenhäusern ist die Frage, ob demenzkranke Patienten, die wenig bzw. gar nicht essen, ergänzend oder vollständig mit Sondenkost ernährt werden sollen. Hier müssen der mutmaßliche oder schriftlich notierte Willen des Patienten, der Nutzen und Schaden für ihn sowie die medizinische Notwendigkeit sorgfältig gegeneinander abgewogen werden. Eine Entscheidung muss gemeinsam mit dem Betroffenen (wenn möglich), den Angehörigen, dem Pflegepersonal, dem behandelnden Hausarzt und dem Krankenhaus abgestimmt und gefunden werden.

Aber auch andere Indikationen führen zu ethisch schwierigen Entscheidungen: Sollen bei einem schwer demenzkranken multimorbiden Patienten alle Einzelerkrankungen vollständig und leitliniengerecht behandelt werden? Das kann zu Vielfach-Medikamentierung mit unkontrollierbaren Neben- und Wechselwirkungen, zu belastenden Untersuchungen und Behandlungen mit zweifelhaften Auswirkungen auf die Lebensqualität des Patienten führen. Bei einem demenzkranken älteren Menschen mit weiteren Erkrankungen ist vor allem zu überlegen, welche Diagnostik und welche Behandlung notwendig ist, um den Allgemeinzustand und die Lebensqualität des Patienten zu verbessern. Umgekehrt kann es vorkommen, dass demenzkranken Patienten Untersuchungen oder Behandlungen vorenthalten werden, mit der traurigen Begründung, es lohne sich ja ohnehin nicht mehr.

Immer wieder entstehen im Versorgungsalltag Situationen, in denen sich demenzkranke Patienten nach Einschätzung der Mitarbeiter selbst gefährden und folglich freiheitsentziehende Maßnahmen eingesetzt werden müssen. Hierzu kommt es beispielsweise, wenn als notwendig erachtete medizinische Maßnahmen nicht toleriert werden, indem eine verordnete Bettruhe nicht eingehalten wird oder Injektionsnadeln und Katheter entfernt werden. Auch das Verlassen der Station durch Patienten mit Wandertendenzen kann dazu führen, dass freiheitsentziehende Maßnahmen erwogen werden.

Für die betroffenen Patienten sind solche Maßnahmen immer eine große Belastung und sollten daher das letzte Mittel der Wahl sein. Diejenigen, die über den Einsatz entsprechender Maßnahmen entscheiden müssen, stehen oft vor dem Dilemma, die potentielle Gefährdung des Patienten gegen die mit der Maßnahme verbundene Belastung abwägen zu müssen.



Seine Frau umarmt ihn, erklärt ihm, dass er kein Idiot ist, dass er Alzheimer hat, eine schwere Krankheit.
„Blödmann Alzheimer“, sagte er, „wenn ich den erwische!“

Sabine Maus über ihren Vater

Siebter Grund: Rechtlich schwierige Situationen entstehen in der Behandlung und bei der Entlassung

Die fehlende Einwilligungsfähigkeit vieler demenzkranker Patienten zieht nicht nur schwierige ethische, sondern auch komplizierte rechtliche Entscheidungen nach sich.

Wenn demenzkranke Patienten nicht mehr in der Lage sind, ihre Einwilligung zu einer medizinischen Behandlung zu geben, aber auch keine Patientenverfügung und keine Betreuungsregelung vorliegt, muss entschieden werden, ob der Patient mutmaßlich in die Behandlung eingewilligt hätte, da ohne Zustimmung kein Patient behandelt werden darf. Ist nicht klar, wie der mutmaßliche Wille eines Patienten aussieht, muss er beispielsweise in einer ethischen Fallkonferenz ermittelt werden.

Eine andere rechtlich schwierige Situation entsteht, wenn bei einem demenzkranken, nicht einwilligungsfähigen Patienten aus Sicht des Krankenhauses und der Angehörigen die nachstationäre Versorgung in der eigenen Wohnung nicht mehr möglich ist. Häufig wird dann die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung erwogen. Stimmt der Patient dieser Entscheidung jedoch nicht zu, muss erst eine Betreuungsregelung getroffen werden, bevor eine Verlegung in ein Pflegeheim stattfinden kann. Die Bearbeitungszeit der Amtsgerichte ist in diesen Fällen unterschiedlich lang, der Patient liegt währenddessen ggf. ohne medizinische Notwendigkeit im Krankenhaus.

Im Versorgungsalltag kommt es auch immer wieder zu Situationen, in denen im Krankenhaus der Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen erwogen wird, um demenzkranke Patienten zu schützen. Hierfür geben das Grundgesetz und die entsprechenden rechtlichen Regelungen einen engen und klar geregelten Rahmen vor: Nach dem Grundgesetz ist die Freiheit des Menschen unverletzlich. Damit die Fixierung des Patienten nicht zu einem Straftatbestand wird, muss ein Rechtsgrund vorliegen. Hierfür kommen im Rahmen der Krankenbehandlung insbesondere die Einwilligung des Patienten, Notwehr, die ernsthafte Gefährdung des Patienten oder die Gefährdung anderer durch den Patienten selbst in Betracht. Eine freiheitsentziehende Maßnahme stellt immer das letzte Mittel dar, wenn andere Handlungen wirkungslos bleiben oder in der gegebenen Situation nicht praktikabel sind.



„Morgen? Sprich nicht von morgen. Ich muss erst versuchen, mir das Heute zu merken.“

Renè van Neer

Was Krankenhäuser zur Verbesserung der Versorgung
demenzkranker Patienten tun können –
Sieben Empfehlungen



Es ist so in der letzten Zeit, dass ich gesundheitlich so runtergekommen bin. Vor allen Dingen, weil ich vergesse, was ich eben gesagt habe. Das ist ganz schlimm! Das belastet einen! Deshalb habe ich keinen Kontakt. Meine Tochter sagt immer: „Du musst unter Menschen, Du musst Kontakt haben!“ Ja, ich gehe, aber ich komme nicht zum Reden, weil man vergisst, was man gesagt hat.

Hildegard Busse

Erste Empfehlung: Mitarbeiter qualifizieren

Krankenhausmitarbeiter aus allen Berufsgruppen müssen besser über demenzielle Erkrankungen informiert werden und benötigen mehr Kompetenzen im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen. Die Gründe für diese Empfehlung sind:

- Nur ein relativ kleiner Teil der demenzkranken Patienten kommt mit einer sorgfältig diagnostizierten Demenz ins Krankenhaus. In vielen Fällen tritt sogar vor Ort erst ein konkreter Verdacht auf. In diesen Fällen ist es wichtig, dass die Mitarbeiter entsprechende Symptome richtig deuten und auf eine weitere Abklärung hinwirken können. Nur so lassen sich Fehler in der Behandlung, beispielsweise mit problematischen Medikamenten, oder eine akute Verwirrtheitssituation vermeiden.
- Für demenzkranke Patienten ist die Einweisung in ein Krankenhaus eine verstörende Situation. Die unbekannte Umgebung, fremde Menschen und Räume, ungewohnte Abläufe und Anforderungen wirken beängstigend. Die Patienten reagieren darauf mit Unruhe (z. B. Herumwandern, Rufen, Schreien), Abwehr und anderen sogenannten herausfordernden Verhaltensweisen. Wenn Mitarbeiter nicht gelernt haben, damit umzugehen, können Situationen schnell eskalieren: Patienten laufen weg oder werden aggressiv.

Die häufig betagten Menschen benötigen daher eine besondere Ansprache und Zuwendung sowie spezielle pflegerische und therapeutische Maßnahmen. Die derzeitige dreijährige Ausbildung in der Krankenpflege, aber auch die ärztliche Ausbildung sind auf die besonderen Bedürfnisse dieser Menschen nicht ausgerichtet: Vielen Mitarbeitern fehlen daher die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten zur Versorgung demenzkranker Patienten. So müssen Ärzte beispielsweise die Besonderheiten bei der Medikamentierung älterer und demenzkranker Patienten sowie die Risiken, die Präventions- und die Behandlungsmöglichkeiten eines Delirs kennen.

In qualifizierten Schulungen erfahren Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen Unterstützung. Dabei bilden Kenntnisse über das Krankheitsbild, einschließlich der pflegerisch-therapeutischen Maßnahmen, die Voraussetzung, um das Vorgehen bei der Betreuung demenzkranker Patienten nachvollziehbar und einsichtig zu machen. Ziel ist es, die Problemwahrnehmung zu fördern und die Bereitschaft zur Umsetzung der Maßnahmen zu festigen.

Fortbildungen sind aber nur dann erfolgreich, wenn die Mitarbeiter auch die Möglichkeit haben, das Erlernte einzusetzen und zu vertiefen. Also müssen Strukturen und Abläufe an die besonderen Anforderungen der demenzkranken Patienten angepasst werden. Pflegevisiten, Fachberatungen und Fallbesprechungen unterstützen die Weiterentwicklung und die Einübung des Know-hows.



„Finden Sie, dass Sie an Alzheimer leiden?“

„Sicherlich.“

„Ein bisschen, wie?“

René: „Ziemlich stark sogar.“

„Ja? Ziemlich stark. Gut, dass Sie das selbst erkennen.“

René: „Niemand kann ihr entkommen. Vielleicht denken Sie, es sei traurig, dass ich mich nicht dagegen wehren kann. Aber wir müssen uns über die große Zahl der Probleme den Kopf zerbrechen, die alte Leute mit Demenz haben. Dass wir so viele Erfahrungen von Menschen aufzählen können, die verzweifeln, weil sie den ganzen Tag mit ihrem Gedächtnis kämpfen. Der Irrsinn ist charakteristisch für Menschen, die in einer Welt leben, die mit jedem Tag ein Stück weniger ihr Zuhause ist.“

René van Neer

Zweite Empfehlung: Erweiterte medizinische, biografische und pflegerische Anamnese durchführen

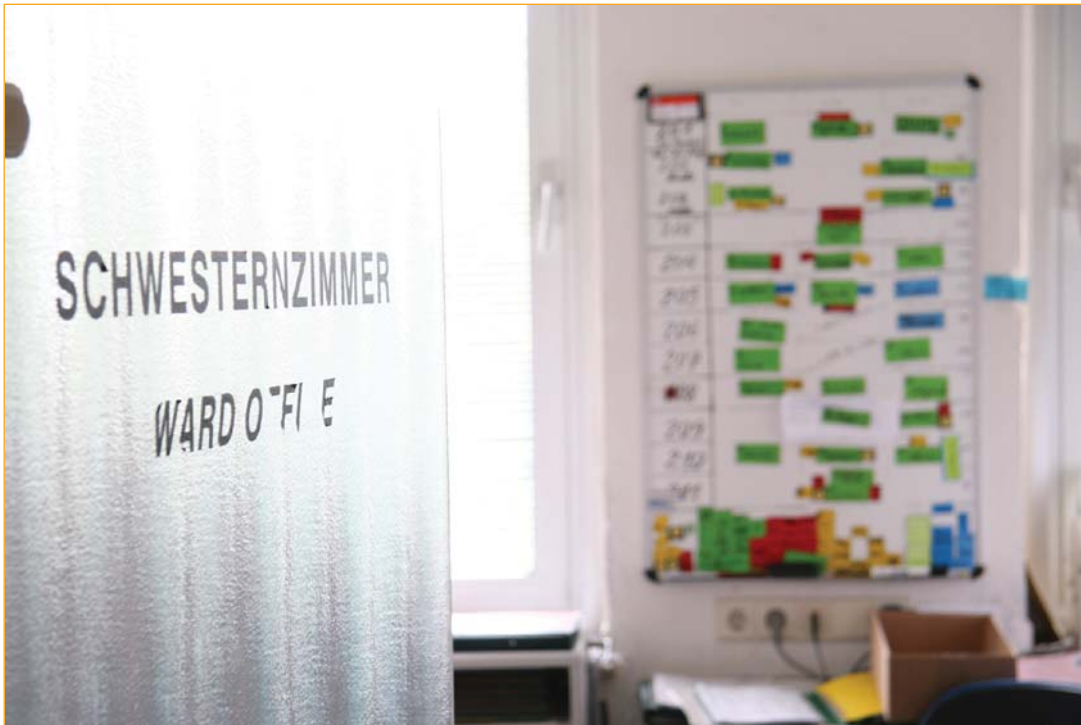
Für eine gute medizinische und pflegerische Versorgung demenzkranker Patienten brauchen die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter mehr Informationen als bei nicht demenziell veränderten Menschen. Die Gründe hierfür sind:

- Die Patienten können der Regel nur eingeschränkt Auskunft über ihre soziale Situation, ihre Erkrankung, ihr Befinden und ihre Bedürfnisse geben.
- Für demenzkranke Patienten ist es besonders wichtig, dass Gewohnheiten, Rituale oder spezielle Verhaltensweisen angemessen berücksichtigt werden.
- Die Versorgungskontinuität bei wechselndem Personal muss weitgehend ohne Hilfestellung und Informationen des Patienten gewährleistet werden können.

Zu den versorgungsrelevanten Informationen bei demenzkranken Patienten gehören Angaben über pflegerelevante Gewohnheiten des Patienten (z. B. über Essgewohnheiten), Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Bewegungsdrang), Suchterkrankungen (z. B. Rauchen) und biografische Hinweise (z. B. zu wichtigen Lebensereignissen). Mit diesen Informationen kann beispielsweise das unruhige Verhalten eines Patienten, der regelmäßig raucht, auf den Nikotinentzug zurückgeführt werden – die Pflegenden können dann dafür sorgen, dass er hin und wieder eine Zigarette rauchen kann. Oder sie können mit dem Wissen über die biografische Phase, an die sich eine Patientin gerade überwiegend erinnert und die ihr Verhalten bestimmt, auf die Erkrankte eingehen und auf den ersten Blick unerklärliche Verhaltensweisen nachvollziehen. Diese Angaben werden in der Krankenhausversorgung am besten über die Angehörigen und Mitarbeiter aus stationären Pflegeeinrichtungen ermittelt.

Dabei ist es besonders wichtig, dass alle Informationen, die für die Versorgung relevant sind, präzise dokumentiert werden und zwar so, dass alle Mitarbeiter ihr pflegerisches und ärztliches Handeln daran ausrichten können. So reicht zum Beispiel der Hinweis, dass ein Patient unter Orientierungsstörungen leidet, nicht aus. Es muss schriftlich erfasst werden, ob es sich dabei um räumliche, zeitliche oder persönliche Orientierungsstörungen handelt und in welcher Ausprägung diese bestehen: Ein Patient mit räumlichen Orientierungsstörungen findet sich noch in seinem Zimmer zurecht, aber vom Stationsflur aus nicht mehr in sein Zimmer zurück. Ein anderer hat er in seinem Zimmer Schwierigkeiten das eigene Bett zu finden.

Je nach Ausprägung der Orientierungsstörung und der Gewohnheiten benötigen Patienten andere Formen der Unterstützung. Daher sollten in der Dokumentation nicht nur die wichtigsten Einschränkungen der ATL (Aktivitäten des Täglichen Lebens) angegeben werden, sondern auch sehr konkrete Hinweise auf die Ressourcen sowie auf die Maßnahmen, die bereits erfolgreich waren oder nicht geholfen haben.



„Ich habe nur Wünsche, die nicht zu erfüllen sind. Ich wünsche mir, dass ich doch wieder richtig laufen kann, dass meine Beine funktionieren, ein Kreuz, dass ich da hinten den Bruch habe, da am Becken, aber ich bin mit ihm gelaufen, ohne dass ich es wusste. Jetzt ist er behandelt, jetzt kommt das Korsett jetzt sagt man, Du darfst nicht laufen, alleine. Und dieses nicht allein Laufen bedingte, dass ich immer jemanden haben sollte – und der war nicht da. Ich konnte, ich durfte oder ich konnte es nicht, weil keiner Zeit hatte. Und dieses, das ich da immer nur sitzen musste und liegen musste, meiner Ansicht nach, ist das Schlimmste gewesen, was es gibt, denn ich möchte mich ja ohne ein Gestell fortbewegen. Da ist der einzige Wunsch, den ich besitze.“

Hermine Vogelsang, nach einem Lendenwirbelbruch.

Dritte Empfehlung: Angehörige als Partner in die Versorgung einbeziehen

Angehörige sind oft wichtige Bezugspersonen für die Patienten und kennen diese besonders gut. Sie sollten daher im Rahmen ihrer Möglichkeiten beratend in die Versorgung miteinbezogen werden. Im Krankenhausalltag ist das Verhältnis zwischen Pflegemitarbeitern und Angehörigen derzeit eher angespannt und anfällig für Missverständnisse und Konflikte. Diese Problematik beschreibt der folgende Fall:

Es ist Essenszeit. Herr B. kann nicht mehr selbstständig essen – er muss gefüttert werden. Bei jedem Bissen muss er daran erinnert werden, den Mund zu öffnen und das Essen herunterzuschlucken – zwischendurch nickt er immer wieder ein. Die Tochter von Herrn B. betritt das Zimmer. Die Pflegekraft legt erleichtert den Löffel beiseite und sagt zu ihr: „Gut dass Sie kommen, machen Sie hier mal weiter“, und verschwindet durch die Tür. Die Tochter ist perplex und denkt: „Wieso, das ist doch ihr Job“. Sie hätte einfach gerne ein wenig am Bett ihres Vaters gesessen und seine Hand gehalten, bevor sie sich wieder anderen Dingen widmen muss. Die Pflegekraft wiederum hatte während des Fütterns die weiteren Aufgaben vor Augen, die auf sie noch warten und ihre Kolleginnen, die nun ihre Aufgaben mit übernehmen müssen. Die Tochter beschwert sich anschließend bei der Pflegedienstleitung über den rüden Umgang, die Pflegekraft verteidigt sich: „Wir sind doch kein Hotel.“

Situationen wie diese lassen sich vermeiden, wenn Angehörige nicht zugleich als „Störfaktor“ und als „nützliche Helfer“ gesehen werden, sondern als Partner in der Versorgung eines demenzkranken Patienten. Dieser Partner hat seine eigenen Bedürfnisse (z. B. nach kurzzeitiger Entlastung von der Pfl egetätigkeit durch den Krankenhausaufenthalt) und braucht in vielen Fällen selber Beratung und Unterstützung.

In einem Gespräch mit den Angehörigen bei der Aufnahme des Patienten können nicht nur wichtige Fragen zum erkrankten Menschen erörtert werden, sondern auch die möglichen Chancen und Grenzen der Integration von Angehörigen als wichtige Bezugspersonen in die Versorgung. Grundlegend dafür ist ein von Wertschätzung getragenes, offenes Gespräch zwischen Pflegepersonal und Angehörigen.

Oftmals ist der stationäre Krankenhausaufenthalt eine Schlüsselsituation in einer häuslichen Pflegebeziehung: Die Angehörigen gestehen sich erstmals ein, dass sie den Anforderungen an die häusliche Versorgung nicht mehr gewachsen sind oder es zeichnet sich ab, dass die Auswirkungen der akuten Erkrankung – beispielsweise eines Sturzes – den Aufwand für die häusliche Pflege weiter erhöht. „Wie soll es danach weitergehen?“, fragen sich viele Angehörige. In dieser Situation benötigen sie intensive Beratung und Unterstützung, die das Krankenhaus selbst bereit stellen oder an die es Angehörige gezielt vermitteln kann.



„Angelegenheiten, die Intelligenz verlangen, sind momentan schwierig für mich“, murmelt er und schläft wieder ein.

**René van Neer, nachdem ihm Antipsychotika
und Antidepressiva verabreicht worden waren**

Vierte Empfehlung: Bei Verdacht auf Demenz abgestufte Diagnostik durchführen

Bei vielen Patienten entsteht erst im Krankenhaus der Verdacht, dass sie an Demenz leiden, weil die zu behandelnde Krankheit beispielsweise eine mittelbare Folge der Demenzerkrankung sein könnte oder die Patienten sich auffällig verhalten. Da diese Patienten in erster Linie wegen ihrer Haupterkrankung behandelt werden, muss der behandelnde Arzt über eine diagnostische Abklärung der demenziellen Symptome entscheiden.

Dabei sind diverse Situationen zu unterscheiden: Sie haben jedoch eines gemeinsam - der Patient hat ursprünglich nicht wegen der demenziellen Symptome das Krankenhaus aufgesucht.

- Ein Patient weist demenzspezifische Symptome auf, die aber auch durch eine andere Erkrankung hervorgerufen werden können (z. B. durch ein Delir, eine Depression, Mangelernährung oder einen Normaldruckhydrozephalus). Diese möglichen Ursachen von demenziellen Symptomen sollten in jedem Fall ermittelt und eine entsprechende Behandlung eingeleitet werden.
- Ein Patient kommt ins Krankenhaus und weitere Symptome lassen den Verdacht aufkommen, dass eine Demenz die mittelbare Ursache dieser Erkrankung ist. In diesem Fall sollte ein entsprechendes Konsil erfolgen.
- Bei einem Patient wird die Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung oder eine gesetzliche Betreuung notwendig. Auch in diesem Fall sollte ein neurologisches oder psychiatrisches Konsil eingeholt werden.
- Bei einem Patienten werden demenzielle Symptome beobachtet, die bislang diagnostisch noch nicht abgeklärt worden sind. Im Krankenhaus sollten ein Demenztest und eine Delirprophylaxe durchgeführt sowie eine entsprechende diagnostische Abklärung durch den Hausarzt empfohlen werden.



„Wenn ich Wünsche frei hätte? Ich würde mir eine Person meines Vertrauens wünschen, die neben mir steht, unsichtbar, die mich leitet, die mich in Schutz nimmt.“

Horst Jurisch

Fünfte Empfehlung: Tagesstrukturierung organisieren

Ein wesentliches Problem in der Versorgung älterer, insbesondere demenzkranker Patienten im Krankenhaus ist der zugleich unruhige und anregungsarme Krankenhausalltag: Den ohnehin sehr verunsicherten demenzkranken Patienten fehlt eine klare Gliederung des Tagesablaufs sowie Anregung und Unterstützung zu Betätigungen. Sie langweilen sich am Tage, dösen, essen häufig schlecht und verlieren durch Nichtstun wichtige körperliche und geistige Fähigkeiten. Insbesondere nachts sind diese Patienten dann häufig unruhig und wandern herum. Körperliche und kognitive Fähigkeiten der Patienten werden nicht angesprochen und im Verlauf des Krankenhausaufenthalts weiter abgebaut. So verliert ein älterer Mensch mit jedem Tag, den er überwiegend bewegungslos im Bett verbringt, rund fünf Prozent seiner Muskelkraft.

Hier setzen tagesstrukturierende und milieugestaltende Angebote an. Zentrales Element dieser Angebote sind gemeinsame Mahlzeiten. Sie bieten den Patienten ein großes Maß an Orientierung im Tagesablauf und tragen dazu bei, dass sie besser essen und trinken als alleine in ihrem Zimmer.

Zwischen den Mahlzeiten werden verschiedene Gruppenaktivitäten angeboten: Gemeinsames Singen, Malen, Erzählen und Bewegen vertreiben die Langeweile und regen die Patienten zu körperlichen und geistigen Aktivitäten an. Die tagesstrukturierenden Angebote werden von einer hauptamtlichen Mitarbeiterin (z. B. einer Altenpflegerin) begleitet und ggf. durch ehrenamtliche Mitarbeiter, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten unterstützt.

Diese Mitarbeiter können darüber hinaus zu wichtigen Bezugspersonen für demenzkranke Patienten werden und sie während des Aufenthaltes stabilisieren und begleiten. Durch den intensiven Kontakt zu den Patienten können sie in der Regel auch die Ressourcen und die Genesung des Patienten gut beobachten und die Pflegekräfte entsprechend informieren.



Trifft nun ein großer Erwachsener auf einen nicht mehr funktionierenden Menschen, merkt er, wie ihm der sichere Boden unter den Füßen verloren geht. In dem fremden Element, dem Meer, droht er unterzugehen und zu ertrinken. Was soll er sagen oder tun, wenn er bedrängt wird: „Bleiben Sie bei mir. Sie gehen nicht! Sie bleiben bei mir.“ Oder: „Wissen Sie, wo ich wohne? Bringen Sie mich nach Hause? Sie brauchen mir nur zu sagen, wo ich die Tür finde. Gehen Sie mit mir. Bitte.“ Er klammert sich an die Sicherheiten des Festlandes: „Versuchen Sie zu schlafen.“ Oder: „Gefällt es Ihnen nicht mehr bei uns?“

Erich Schützendorf, Pädagoge

Sechste Empfehlung: Fachberater einsetzen

Die Versorgung und Pflege Demenzkranker setzt fundierte Kenntnisse über das Krankheitsbild und die Besonderheiten im Umgang mit diesen Patienten voraus und ist zum Teil sehr aufwändig.

In den Krankenhäusern wurde jedoch in den vergangenen Jahren die Zahl der Pflegekräfte reduziert, so dass die besonderen Anforderungen an die Versorgung demenzkranker Patienten die Mitarbeiter zunehmend unter Druck setzt. Sie können sich in der Regel nicht genügend auf die speziellen Bedürfnisse demenzkranker Patienten und die Fragen und Anliegen der Angehörige einstellen.

Vor diesem Hintergrund ist es hilfreich, wenn es im Krankenhaus eine speziell für die Patientengruppe ausgebildete Fachpflegekraft gibt, die das Wissen und die Kompetenzen der Pflegenden erweitern kann, die Pflegenden bei konkreten Fragen und Anliegen beratend unterstützt, die Versorgung begleitet und die Angehörigen berät.

Diese Fachberater „Demenz-Management“ übernehmen folgende Aufgaben:

- Sie sorgen für die Weiterentwicklung und Sicherung des Know-hows im Haus, entwickeln entsprechende Arbeitshilfen und Konzepte und sind Multiplikatoren für die Umsetzung dieser Neuerungen.
- Sie unterstützen die Mitarbeiter im Umgang mit schwierigen Situationen und in der Einschätzung von Patienten mit dem Verdacht auf eine Demenzerkrankung.
- Sie schulen die Mitarbeiter zu demenziellen Erkrankungen.
- Sie beraten und unterstützen Angehörige, wenn es um entlastende und unterstützende Angebote oder um Fragen der nachstationären Weiterversorgung geht.
- Sie verbessern das interne und externe Schnittstellenmanagement (z. B. zu den Funktionsabteilungen, zu Einrichtungen der stationären Pflege oder zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten für die Angehörigen).
- Sie unterstützen das interne Fallmanagement, um dafür zu sorgen, dass der Krankenhausaufenthalt für demenzkranke Patienten möglichst kurz und reibungslos verläuft.
- Sie organisieren und begleiten berufsgruppenübergreifende Kooperationen zur Demenzversorgung im Krankenhaus.

Perspektivisch erscheint es sinnvoll für den Krankenhausbereich, gerontopsychiatrisch geschulte Pflegeexperten auszubilden und einzusetzen.



Es wird Zeit, dass Demenzkranke aus dem Abseits treten, aber René hat so seine Zweifel: „Ich frage mich, ob die Gesellschaft reif ist, Demenz in einem anderen Licht zu sehen. Jetzt denkt sie: Diese Leute sind total plemplem.“

René van Neer

Siebte Empfehlung: Schwerpunktstationen bilden

Demenzkranke im Krankenhaus benötigen ein spezielles Versorgungssetting:

- Besonders qualifiziertes und für diese Aufgabe auch motiviertes Personal. Das versorgende Team sollte dabei nicht nur aus Krankenpflegekräften bestehen, sondern auch aus Mitarbeitern, die Altenpflegerische oder gerontopsychiatrische Qualifikationen aufweisen. Altenpfleger eignen sich beispielsweise sehr gut, um tagesstrukturierende Angebote zu gestalten sowie die Patienten individuell zu begleiten und zu mobilisieren.
- Möglichst hohe personelle Kontinuität durch Bezugspflegesysteme
- Räumliche Anpassungen (wie z. B. Schutzvorkehrungen und Maßnahmen zur Steigerung des Wohlbefindens)
- Tagesstrukturierende Angebote in entsprechenden Räumlichkeiten
- Räumlichkeiten für Angehörigengespräche und Gruppenangebote.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt es sich, demenzkranke Patienten möglichst konzentriert in einem überschaubaren Bereich des Krankenhauses zu versorgen. Maßgeblich für diese Schwerpunktbildung sind dabei nicht eine bestimmte medizinische Indikation und die entsprechenden ärztlichen Erfordernisse, sondern die besonderen Anforderungen an die Versorgung, so wie sie seit vielen Jahren auch für Kinder anerkannt sind.

In diesem abgegrenzten Bereich können auch die Räumlichkeiten an die Bedürfnisse dieser Patientengruppe angepasst werden. So sollten die Zimmer entsprechend gestaltet, Orientierungshilfen angebracht, Schutzmaßnahmen eingebaut und Material für die Aktivierung dieser Patienten angeschafft werden. Auch die Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe können den Bedürfnissen des Patienten angepasst werden. Dazu gehört auch Angehörigen die Möglichkeit zu geben, demenzkranke Patienten während des Krankenhausaufenthalts kontinuierlich zu begleiten (Rooming-In).

Perspektivisch bedeutet dies den Aufbau einer interdisziplinären Station, in der verschiedene medizinische Fachdisziplinen (z. B. Neurologie, Innere Medizin, Chirurgie) gemeinsam die in der Regel multimorbiden älteren demenzkranken Patienten versorgen.

Wie diese Schwerpunktbildung im Einzelnen aussehen kann, hängt von den Strukturen eines jeden Krankenhauses ab und muss jeweils erprobt werden.

- Arolt, V. (1997): Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten: Eine epidemiologische Untersuchung zu Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsbedarf psychiatrischer Morbidität bei internistischen und chirurgischen Patienten. Berlin: Springer.
- Friedrich, J., Günster, C. (2005): Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung der DRGs (2002-2004), in: Klauber, B., Robra, B.P., Schellschmidt, H. (Hg.): Krankenhaus-Report 2005 – Wege zur Integration, Stuttgart: Schattauer-Verlag, 153-204.
- Gutzmann, H. (2008): Folien zur Vorlesung zum Thema Delir an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité, <http://www.charite.de/psychiatrie/lehre/Delir.pdf>.
- Hallauer, J. Schons, M. Smala, A. et al. (1999): Defizite in der Behandlung von Patienten mit Alzheimer-Erkrankung, in: Psyche 25 (Sonderausgabe I/99), 31-34.
- Inouye, S.K., Bogardus, S.T., Charpentier, P.A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T.R., Cooney, L.M. (1999): A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients, in: N. Engl. J. Med. 340, 669-676.
- Kleina, T., Wingenfeld, K. (2007): Die Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus, Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), P07-135.
- McCusker, J., Cole, M., Dendukuri, N., Belzile, E., Primeau, F. (2001): Delirium in older medical inpatients and subsequent cognitive and functional status: A prospective study, in: Canadian Medical Association Journal, 165, 575-583.
- RKI - Robert-Koch-Institut (2005): Altersdemenz, Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 28, Berlin: Eigenverlag.
- Statistisches Bundesamt (2005): Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), Fachserie 12, Reihe 6.4.

Die Zitate wurden folgenden Büchern entnommen

- Braam, S. (2007): „Ich habe Alzheimer“ - Wie die Krankheit sich anfühlt, Weinheim und Basel: Beltz Verlag. „Das Problem ist...“ S. 56; „Morgen? Sprich nicht ...“ S. 62; „Finden Sie, dass Sie an Demenz leiden?“ S. 116; „Wie kann ich dir helfen ...“ S. 164; „Es gibt so viele Ärgernisse ...“ S. 42; „Es kam jemand herein ...“ S. 101; „Angelegenheiten, die Intelligenz verlangen ...“ S. 110; „Die Minuten dauern ...“ S. 140; „Es wird Zeit ...“ S. 64.
- Maus, S. (2007): „Blödmann Alzheimer“, sagt er, „wenn ich den erwische“, in: Brigitte: Heft 22, S. 162f. „Seine Frau umarmt ihn, ...“, S. 162
- Piechotta, G. (2008) (Hrsg.): Das Vergessen erleben. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag. „Es ist so in der letzten Zeit ...“ S. 73; „Wo ist denn Sabine?...“ S. 109; „Ich haben nur Wünsche ...“ S. 103; „Wenn ich drei Wünsche frei hätte, ...“ S. 194; „Wenn ich Wünsche frei hätte? ...“ S. 178; „Die größte Belastung ...“ S. 189,
- Schützendorf, E. (2005): Das Festland der Normalität und das Meer der Verrücktheit, in: GSP, Schlosstheater Moers, Lebenskunst e.V. Erinnern-Vergessen: Kunststücke Demenz, Eigenverlag, S. 124ff. „Trifft nun ein Großer Erwachsener ...“, S. 24
- Wachendorf, B. (2005): Der elektrische Hut für Drinnen und Draußen - Auszüge aus dem Probenstagebuch, in: GSP, Schlosstheater Moers, Lebenskunst e.V. Erinnern-Vergessen: Kunststücke Demenz, Eigenverlag, S. 86ff. „Am nächsten Tag ...“, S. 68; „Frau S. hat uns sehr beeindruckt ...“, S. 68

Herausgeber und Projektträger

GSP - Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbh (GSP)

Loher Straße 7, 42283 Wuppertal

Telefon: (02 02) 28 22 -430

Telefax: (02 02) 28 22 -490

www.sozialeprojekte.de

Vi.S.d.P.

Klaus Bremen M.A., Geschäftsführer GSP

Texte und Redaktion

Dr. Susanne Angerhausen

Redaktionelle Mitarbeit

Cornelia Benninghoven, Susanne Stromberg

Fotos

Werner Krüper, Thomas Leege

Layout und Gestaltung

Birgit Klewinghaus

Druck

Druckerei Eugen Huth, Wuppertal

www.huth-wuppertal.de

Im Sinne der Lesefreundlichkeit wird im Folgenden stets stellvertretend die männliche Form verwendet. Patientinnen, Ärztinnen, Mitarbeiterinnen und andere mehr werden selbstverständlich gleichermaßen angesprochen.

2. Auflage

