

Bremer Empfehlungen zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus

2014

Inhalt

Einleitung	2
Bremer Empfehlungen zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus ..	4
A. Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.....	5
B. Konzepte für die stärkere Einbeziehung der Zu- und Angehörigen	6
C. Frühzeitige Diagnose und Verbesserung des Schnittstellenmanagements.....	7
D. Spezifisches Beschäftigungsangebot.....	8
E. Räumliche Gegebenheiten	9
F. Spezifische Versorgungs- und Betreuungsformen von Patient/innen mit Demenz im Krankenhaus	10
Literaturverzeichnis	12
Impressum.....	14

Einleitung

Demenzerkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen des höheren Lebensalters. In Deutschland sind davon gegenwärtig 1,4 Mio. Menschen betroffen, Jahr für Jahr treten fast 300.000 Neuerkrankungen auf. Auch wenn Demenzerkrankungen und ihre Folgen zunehmend die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit gefunden haben, wurde die Krankenhausversorgung in der Diskussion um Demenz bislang wenig thematisiert.

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

Um die Qualität der Versorgungssituation von Menschen mit Demenz in Bremer Krankenhäusern zu verbessern, hat der Senator für Gesundheit in Absprache mit dem Bremer Krankenhausplanungsausschuss (3.9.2013) Experten und Expertinnen gebeten, Empfehlungen zu erarbeiten.

Auf der Grundlage dieser Empfehlungen ist geplant, dass die Bremer Krankenhäuser alle zwei Jahre einen Qualitätsbericht zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus dem Senator für Gesundheit vorlegen.

Der Expert/innenrat plant, die vorgelegten Empfehlungen zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus im Jahr 2016 zu aktualisieren.

Experten und Expertinnen der „Bremer Empfehlungen zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus“, April 2014

Herr Dr. Brabant: Chefarzt des Zentrums Geriatrie/Frührehabilitation am St. Joseph- Stift Bremen

Frau Bomball: Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen

Frau Bullwinkel: Personalentwicklung am St. Joseph- Stift Bremen

Herr Dr. Choudhury: Klinikdirektor Geriatrie/ Frührehabilitation am Klinikum Bremen Nord

Herr Prof. Dr. Görres: Geschäftsführender Direktor des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen

Frau Goetz: Geschäftsführerin der Unabhängigen Patientenberatung Bremen (UPB)

Herr Dr. Hilmer: Chefarzt Geriatrie /Frührehabilitation am Klinikum Bremen Ost

Frau Kehrbach: Referentin beim Senator für Gesundheit Bremen

Herr Kelm: Leitung des Sozialtherapeutischen Dienstes, BHZ Ost am Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; Demenzkoordinator am Klinikum Bremen-Ost

Frau Meier: Leiterin der Bremer Demenz Informations- und Koordinationsstelle(DIKS)

Frau Prof. Dr. Roes: Sprecherin und Leiterin der AG Implementierungs- und Disseminationsforschung am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)

Bremer Empfehlungen zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus

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

„Die Behandlung im Krankenhaus ist für Demenzkranke mit einer erheblichen psychischen Belastung verbunden. Gegen ihren Willen in eine fremde Umgebung verlegt, durch eine chaotische Atmosphäre der Aufnahmesituation verunsichert und an der Erkundung der Gegend gehindert, werden sie zunehmend ängstlich und aggressiv. Sie „stören“ organisatorische Abläufe, lehnen therapeutische Maßnahmen ab, gefährden Mitpatienten, erzeugen nächtliche Unruhe und beanspruchen übermäßig viel Zeit. Aus Not werden sie dann fixiert oder sediert und oft vorzeitig und unbehandelt entlassen“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002, S.175).

Die Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht, ein anderes Schmerzerleben, Ängste, psychomotorische Unruhe und Aggressivität, ausgeprägte Störungen des Schlaf–Wach–Rhythmus und die Unfähigkeit, sich an die neue Situation und Umgebung anpassen zu können, prägt ihr Verhalten (Kelm, 2010).

Dies bleibt nicht ohne Folgen für den/die Patient/in. Die „Nebenwirkungen“ eines Krankenhausaufenthaltes können für Menschen mit Demenz gravierend sein:

- weiterer Selbstständigkeitsverlust,
- Verschlechterung des kognitiven Status,
- vermehrtes Auftreten von herausfordernden Verhaltensweisen,
- negative Auswirkungen beruhigender oder sedierender Medikamente hin zu verstärkter Passivität bzw. Apathie,
- erhöhtes Risiko für ein Delir (akuter Verwirrheitszustand) nach einer invasiven Diagnostik oder Behandlung mit Narkose,
- erhöhte Rate an nosokomialen Infektionen
(Hoffmann et al. 2014, Hoffmann 2013, Eggenberger et al. 2013, Wingenfeld & Steinke 2013, DIP 2012, MGEPA 2012, Kleina & Wingenfeld, 2007).

Durch die geschilderten Probleme kann sich der Krankenhausaufenthalt für Patient/innen mit Demenz verlängern. In einer Studie zu Menschen mit Demenz im Krankenhaus wurde u.a. eine doppelt so hohe Verweildauer festgestellt wie bei Patient/innen mit gleicher somatischer Diagnose ohne Demenz (Kirchen-Peters & Herz-Silvestrini, 2011). Für Bremen wurde am Beispiel der Hauptdiagnose „Ischämische Herzkrankheiten“ (ICD 10 I20-I25) ermittelt, dass die Patient/innen eine durchschnittliche Verweildauer von 8,7 Tage aufweisen. Bei Patient/innen mit Demenz mit gleicher Hauptdiagnose beträgt die durchschnittliche Verweildauer 10,2 Tage (Die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit Bremen 2012, S.11). Neben dem Risiko eines verlängerten Krankenhausaufenthalts ist auch eine vorzeitige Entlassung ggf. mit Problemen - z.B. Drehtüreffekt – verbunden (vgl. Kirchen-Peters et al. 2012).

Aber nicht nur für Patient/innen mit Demenz gestaltet sich die Situation im Krankenhaus schwierig. Auch für die Professionellen stellt diese Patient/innengruppe besondere Anforderungen dar. Das Krankenhauspersonal – dies betrifft sowohl den pflegerischen, den ärztlichen und den therapeutischen Bereich – ist auf den Umgang mit diesen Herausforderungen meist wenig vorbereitet. So sehen Pflegefachkräfte in Allgemeinkrankenhäusern hier bei sich selbst fachliche Defizite und fühlen sich häufig überfordert (Mavundla, 2000).

Im Jahr 2011 wurden die Ärztlichen Leitungen, die Stationsleitungen Pflege und die Geschäftsführer aller Bremer Krankenhäuser zur Versorgungssituation von Menschen mit

Demenz im Akutkrankenhaus von der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit befragt (Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit 2012). Ziel war es, neben der Einschätzung, wie relevant die Versorgung von Menschen mit Demenz in ihrem Arbeitsalltag ist, differenzierte Daten zur institutionellen Umsetzung und Gestaltung der Versorgung dieser Patient/innengruppe zu erheben sowie Ansätze für Verbesserungen zu eruieren.

Die in 2011 identifizierten Ergebnisse bestätigen, dass die Frage der Versorgung von Menschen mit Demenz von großer Relevanz ist. Pflegende, Ärzte und Geschäftsführungen sind sich einig, dass es eine deutliche quantitative Zunahme von Patient/innen mit Demenz im Akutkrankenhaus gibt.

Wenn nicht durch gezielte Maßnahmen und eine nachhaltige Qualitätsentwicklung die Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus verbessert wird, werden die beschriebenen Probleme zukünftig noch mehr Gewicht bekommen (Schaeffer & Wingenfeld 2004, Pinkert und Holle 2012).

A. Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Empfehlungen:

Für die Versorgung von Patient/innen mit Demenz sind spezielle Interaktionsformen erforderlich. Empfohlen werden (niederschwellige) Fortbildungen/ Schulungen der relevanten Berufsgruppen im Krankenhaus (z. B. Ärzt/innen, Pflegefachkräfte, Therapeut/innen, Verwaltungspersonal). Ziel ist es, ein Grundverständnis für Patient/innen mit kognitiven Einschränkungen zu ermöglichen, einfache Verhaltensregeln zu erlernen und im klinischen Alltag umzusetzen. Hierzu könnte das Modell 'behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD)' verwendet werden. BPSD steht für 'Symptome gestörter Wahrnehmung, Denkinhalte, Stimmung oder Verhalten, die häufig bei Patient/innen mit Demenz auftreten.' Für die Fortbildung bedeutet dies, sich u.a. mit intrinsischen und extrinsischen Ursachen des Verhaltens zu befassen, mit dem Ziel, das Verhalten der Patient/innen mit Demenz analysieren und besser verstehen zu können.

Auch ehrenamtliche Helfer/innen, die in die Betreuung von Patient/innen mit Demenz eingebunden werden, sind auf diese Aufgabe vorzubereiten.

Um die Zusammenarbeit im Team oder die Diskussion über einzelne Fälle zu stärken, sollen interdisziplinäre Fallbesprechungen unter Beteiligung des ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Personals eingeführt werden.

Eine Supervision ehrenamtlicher Helfer/innen soll im Rahmen von regelmäßigen Gesprächen zusammen mit Vertretern des Krankenhauses durchgeführt werden.

Es wird empfohlen, für alle Berufsgruppen die Möglichkeit der Hospitation in Einrichtungen für Menschen mit Demenz einzurichten.

Um die Qualität dauerhaft zu sichern, sollten die Qualifizierungsmaßnahmen regelmäßig evaluiert werden.

Begründung:

Ein zentrales Ergebnis der Bremer Befragung 2011 war, dass ein hoher Bedarf an verpflichtenden Fortbildungen zum Thema „Demenz“ von Seiten der Krankenhausträger angeboten werden sollten. Die Pflegenden gaben an, dass ihnen Wissen über die Erkrankung Demenz, aber vor allem auch konkrete Handlungskompetenz im Umgang mit Menschen mit Demenz fehlt. Dabei wird insbesondere das Wissen um eine angemessene und einfühlsame Kommunikation eingefordert. Dies stellt einen zentralen Ansatz in der

alltäglichen Versorgung dar, da viele Probleme durch eine intensive Beziehungsarbeit zwischen Patient/in und Pflegenden kompensiert werden können (Hoffmann 2013, BMG 2006).

Zudem wird gewünscht, dass neue Betreuungsansätze, insbesondere personenzentrierte Ansätze im Umgang mit Menschen mit Demenz in die Fortbildungsangebote einfließen.

Aus der Bremer Erhebung wird deutlich, dass Ärzte/innen mehr Fortbildungen zu fachspezifischen Fragen im interdisziplinären Austausch innerhalb der Medizin wünschen.

Zudem ist es erforderlich, nicht nur den Pflegenden und Ärzt/innen Fortbildungen anzubieten, sondern alle Berufsgruppen im Krankenhaus in diesen Prozess einzubeziehen. Dazu zählen z.B. auch die Servicekräfte im Hinblick auf Anpassungen der Essenszubereitung (z.B. Fingerfood).

Als eine ergänzende Fortbildungsmöglichkeit für alle Berufsgruppen wird eine mehrtägige Hospitation in Einrichtungen fokussiert, die sich mit der Versorgung von Menschen mit Demenz befassen.

Hilfreich ist auch eine kontinuierliche Evaluation der Fortbildungen und deren Konsequenz für den Alltag im Krankenhaus, z.B. durch gegenseitige Visitationen der Häuser ggf. unter Beteiligung anderer Institutionen der Altenhilfe. Dadurch können Verhaltensweisen und Betreuungskonzepte immer wieder neu überdacht und angepasst werden.

Kriterien für den Qualitätsbericht Bremer Krankenhäuser:

- Anzahl der Fortbildungen zum Themenkomplex Demenz
- Themenschwerpunkte und Kompetenzbereiche differenziert nach Berufsgruppen
- Regelmäßige Schulung von Ehrenamtlichen
- Möglichkeiten der Hospitationen in spezifischen Einrichtungen für Menschen mit Demenz

B. Entwicklung von Konzepten für die stärkere Einbeziehung der Zu- und Angehörigen

Empfehlungen:

Um die Gegenwart von Bezugspersonen - rund um die Uhr – zu ermöglichen und dadurch herausforderndes Verhalten bei Patient/innen zu reduzieren, können Krankenhausträger die Möglichkeit des Rooming-ins vorhalten. Zudem ist den Bezugspersonen zu ermöglichen, sich bei der Pflege von Patient/innen mit Demenz als Ansprechpartner unterstützend einzubringen. Dies ist aber nur als ergänzende Maßnahme zu verstehen und darf professionelle Dienstleistungen nicht ersetzen.

Im Rahmen des Entlassungsmanagements soll eine Beratung (Schulung) für An- und Zugehörige durchgeführt und dabei insbesondere auf Möglichkeiten der wohnortnahen Betreuung hingewiesen werden.

Eine regelmäßige Sprechstunde ermöglicht es die An- und Zugehörigen über Unterstützungsoptionen zu informieren. Die Sprechstunde kann auch von örtlichen Vereinen und Verbänden (z.B. regionalen Alzheimer Gesellschaften, Patientenfürsprachestellen, Wohlfahrtsverbänden, Fachstellen für pflegende Angehörige, etc.) angeboten werden.

Begründung:

An- und Zugehörige können unterstützend und positiv wirken. Dies gilt grundsätzlich für alle Patient/innen. Pflegende Angehörige spielen für Menschen mit Demenz eine besonders wichtige Rolle, denn ihre Anwesenheit stellt etwas Vertrautes in der fremden Umgebung dar – insbesondere bei Behandlungen und Untersuchungen, deren Sinn Patient/innen mit Demenz mitunter nicht verstehen. Zum Anderen können pflegende An- und Zugehörige den Pflegenden wichtige Informationen über den/die Patient/in geben und bei der Kommunikation zwischen Ärzten/innen bzw. Pflegenden unterstützen. Dieses „Potential“ könnte noch stärker als bisher genutzt werden. Wünschenswert ist eine Begegnung, bei der die Professionellen die An- und Zugehörigen als Partner auf Augenhöhe im Versorgungsprozess anerkennen (Gräbel et al. 2013, dip 2012, S.29).

Die Krankenhausträger sind aufgefordert, Beratung zu medizinisch notwendigen Rooming-in anzubieten: An- und Zugehörige können auf Wunsch und bei Bedarf mit aufgenommen werden und gemeinsam mit den Pflegenden den Tagesablauf planen bzw. unterstützend tätig sein.

Sinnvoll ist auch eine Beratung von pflegenden An- und Zugehörigen vor der Entlassung von Patient/innen mit Demenz, falls absehbar ist, dass eine Versorgung zu Hause nicht mehr möglich ist, sind Informationen für eine Heimvorbereitung vom Krankenhaus anzubieten.

Kriterien für den Qualitätsbericht Bremer Krankenhäuser:

- Rooming – in Möglichkeiten
- Schulungs- / Informationsangebote für pflegende An- und Zugehörige
- Sprechstunden für pflegende An- und Zugehörige

C. Frühzeitige Diagnose und Verbesserung des Schnittstellenmanagements

Empfehlungen:

Die Krankenhäuser haben sicherzustellen, dass bei jedem/r Patienten/in über 70 Jahre bei Aufnahme im Rahmen der ärztlichen oder pflegerischen Anamnese gezielt nach Demenzerkrankungen oder kognitiven Einschränkungen gefragt, bzw. geeignete Assessments durchgeführt werden. Bei positivem Demenzscreening sollte bereits ab der Aufnahme eine geriatrische Fachkompetenz vorgehalten werden.

Was für die Schnittstelle zwischen ambulant/häuslich und stationär bei der Aufnahme beschrieben wurde, gilt im Wesentlichen auch für die Entlassung. Ein frühzeitiges Entlassungsmanagement ist insbesondere dann notwendig, wenn die Demenz erst im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes diagnostiziert wurde. Aber auch bei vorher bestehender Demenz sind relevante medizinische und pflegerische Informationen an die nachstationären versorgenden Stellen weiter zu geben – denn ggf. haben sich durch den Krankenhausaufenthalt bedeutsame Veränderungen ergeben, bzw. es ist ein erhöhter nachstationärer Versorgungsbedarf vorhanden.

Zudem ist eine adäquat geplante Entlassung aus der Klinik notwendig. Dies kann nur bei einer rechtzeitigen Vorbereitung der Nachsorge gelingen. Wichtig ist dabei die ausführliche Information für den behandelnden Hausarzt/Hausärztin und eine adäquate Unterrichtung der pflegenden Angehörigen, der ambulanten Dienste oder der Pflegenden der stationären Kurz- und Langzeitpflege über die Besonderheiten der notwendigen pflegerischen Maßnahmen

und Therapie. Auch hierfür können die oben genannten speziellen Überleitungsbögen sehr hilfreich sein.

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

Begründung:

Die Kenntnis über die Diagnose Demenz bei der Aufnahme ist für die medizinische und pflegerische Versorgung von größter Bedeutung, da sich Ärzte/innen und Pflegende besser auf die Versorgungssituation einstellen können und gleich zu Anfang den Bedürfnissen der Patient/innen besser entsprochen werden kann.

Um einen reibungslosen Ablauf für die an Demenz erkrankten Patient/innen gewährleisten zu können, ist bei elektiven Aufnahmen eine Diagnoseerhebung vor einem Krankenhausaufenthalt zu empfehlen. Daher gilt es, die Hausärzte/innen und die niedergelassenen Ärzte/innen anderer Disziplinen entsprechend zu sensibilisieren und fortzubilden.

In Krankenhäusern erfolgt der Gebrauch demenzspezifischer Assessmentinstrumente noch nicht routinemäßig.

Kriterien für den Qualitätsbericht Bremer Krankenhäuser:

- Routinemäßige Durchführung geeigneter Assessments oder die Anwendung geeigneter Instrumente zur frühzeitigen Feststellung einer Demenz
- Instrumente zur Informationsweitergabe, insbesondere spezifische Überleitungsbögen
- Entlassungsmanagement (An- und Zugehörigenarbeit, Selbsthilfe, ambulante Dienste, etc.)

D. Schaffung/Etablierung eines spezifischen und aktivierenden Beschäftigungsangebotes

Empfehlungen:

Die Etablierung eines differenzierten Beschäftigungsangebotes (u.a. durch Ergo- bzw. gerontologisches bzw. gerontopsychiatrisches Fachpersonal) an Bremer Kliniken ist anzustreben und dient in erster Linie der Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit, sowie der kognitiven Anregung und Erhalt der Funktionalität, des Verstehens und der Analyse von Verhalten, etc.

Es geht insbesondere um eine individualisierte Anregung und Beschäftigung der Patient/innen, sowie um die Gestaltung vertrauter Tagesstrukturen. In diesem Kontext ist bedeutend, dass auch in der Nacht Möglichkeiten der Beschäftigung vorgehalten werden und darüber hinaus die Nachtruhe der Patient/innen gefördert werden kann. Grundsätzlich ist dabei eine angemessene, die Patient/innen nicht überfordernde „Dosierung“ dieser Aktivitäten zu beachten, denn eine Reizüberflutung kann eine psychomotorische Unruhe und herausforderndes Verhalten provozieren (BMG 2006).

Für die praktische Umsetzung ist die Entwicklung eines demenzsensiblen Pflegekonzeptes, bzw. durch Integration der Patient/innen in ein multiprofessionelles, aktivierendes

therapeutisches Setting notwendig. Die Einbeziehung eines spezifisch geschulten Begleitdienstes für Menschen mit Demenz auf ehrenamtlicher oder auch professioneller Basis kann Teil des Konzeptes sein.

Begründung:

Ein auf die spezifischen Bedürfnisse der Menschen mit Demenz abgestimmtes Beschäftigungsangebot, welches in den Alltag einer Akutklinik integriert wird, hat in der Regel eine strukturierende und beruhigende Wirkung auf die Patient/innen.

Kriterien für den Qualitätsbericht der Krankenhäuser

- Beschäftigungsangebote für Menschen mit Demenz
- Maßnahmen der basalen Stimulation

E. Anpassung von räumlichen und Gegebenheiten

Empfehlungen:

Die Kliniken sind aufgefordert ein auf die spezifischen Bedürfnisse der Menschen mit Demenz abgestimmtes Wegeleitsystem einzurichten, um die Orientierung zu erleichtern und Ängste zu minimieren. Die Möglichkeit der Unterbringung in Einzelzimmern mit einigen persönlichen Gegenständen kann ebenfalls dazu beitragen, die Situation auf der Station deutlich zu entspannen – für den/die Patienten/in selbst, die Pflegenden und auch die Mitpatient/innen. Ein gesonderter Raum für Patient/innen mit Vokalstörungen (laut rufend) im fortgeschrittenen Stadium der Demenz ist sinnvoll, um die Nachtruhe der anderen Patient/innen weitgehend störungsfrei zu halten.

In geeigneten Bereichen und Stationen können einzelne Zimmer für Menschen mit Demenz eingerichtet werden, die räumlich und strukturell den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz angepasst werden. Dies umfasst die Farbgestaltung, die Möblierung, die Vorhaltung von Material zur angepassten Stimulation, wie auch Orientierungshilfen oder Vorrichtungen zur Erkennung von Weglauftendenzen (z. B. Aus- und Eingangskontrolle; unter Berücksichtigung ethischer Grundsätze).

Begründung:

Es liegt bereits eine Reihe von Erfahrungen und Erkenntnisse über die innenarchitektonische Gestaltung von Stationen für Menschen mit Demenz vor. Hierbei handelt es sich überwiegend um Konzepte zur Kompensation der optischen und akustischen Einbußen von Menschen mit Demenz. Da besonders die eingeschränkte Verarbeitung der Wahrnehmung zu Belastungssymptomen wie Unruhe und Angst bei den Betroffenen führen kann, sind diese Hinweise bei der räumlichen Gestaltung einer Demenz-Station zu berücksichtigen.

Das Verhalten der Menschen mit Demenz zeigt deutlich, dass räumliche und innenarchitektonische Faktoren ebenso wie der Umgang und das soziale Milieu weitgehende Auswirkungen auf Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und damit auch Lebensqualität haben.

Kriterien für den Qualitätsbericht der Krankenhäuser:

- Demenzgerechte Wegeleitsysteme
- Rückzugsräume für Menschen mit Demenz
- Demenzsensible ausgestaltete Millieu

F. Entwicklung spezifischer Versorgungs- und Betreuungsformen von Patient/innen mit Demenz im Krankenhaus

Empfehlungen:

- Im Rahmen von Modellprojekten wurden in den letzten Jahren in verschiedenen Bundesländern spezifische ärztliche Versorgungs- und Betreuungsformen erprobt und evaluiert, die heute an einzelnen Kliniken etabliert sind (Hoffmann et al. 2014, Eggenberger et al. 2013, Kolb & Myllymäki 2011, Angershausen 2008, Kirchen-Peters 2005). Dabei handelt es sich um Modelle, die teils singulär, teils in Kombination angeboten werden. Insbesondere sind dies (Kleina & Wingenfeld, 2007):

Menschen mit Demenz befinden sich auf Peripherstationen

- **Der Konsiliardienst:** Dabei wird auf Anforderung des Stationsarztes/in ein Facharzt/-ärztin einer anderen Disziplin hinzugezogen. Dieses ist das am häufigsten angewendete Modell, das auch zum Teil in einigen Bremer Krankenhäusern schon angewendet wird. Analog der Einbindung eines Facharztes/-ärztin, könnten auch geriatrisch/ gerontopsychiatrisch ausgebildete Pflegende konsiliarisch hinzugezogen werden. Pflegende wie auch Ärzte/innen befürworten eine enge Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen, z.B. der Gerontopsychiatrie und der Geriatrie.
- **Das Kontraktmodell:** Dieses Modell funktioniert ähnlich wie der Konsiliardienst mit dem Unterschied, dass hier regelmäßig gerontopsychiatrische oder geriatrische Expert/innen (sowohl ärztliche als auch pflegerische) hinzugezogen werden, wenn der/die Patient/in bestimmte Kriterien erfüllt (z.B. bei Schweregrad der Demenz).

Das Liaisonmodell: Dieses Modell ist am umfassendsten. Ein Konsiliar ist ständig präsent auf den jeweiligen Stationen. Das Modell basiert auf einer multidisziplinären Teamzusammensetzung (z.B. gerontopsychiatrisch oder geriatrische ausgebildete Pflegefachkräfte, Altenpflegende und Ergotherapeut/innen)

Menschen mit Demenz befinden sich auf einer Schwerpunktstation

- **Interdisziplinäre Schwerpunktstationen für Menschen mit Demenz:** Hierbei handelt es sich um eine Abteilung für die Behandlung der akuten Beschwerden bzw. der Erkrankung(en) der Patient/innen unter Berücksichtigung der diagnostizierten/bestehenden Demenz. Erfahrungsgemäß findet sich auf dieser Station eine geschützte Umgebung für Menschen mit Demenz zur Vermeidung von Sedierungsmaßnahmen. Es wird ein vielfältiges Beschäftigungsangebot (Physio- sowie Ergotherapie, Logopädie, Musiktherapie, Gesprächskreise mit biografischer Ausrichtung, Frühstücksgruppen, Gruppengymnastik) vorgehalten. Dieses orientiert sich an den individuellen Betreuungsbedarfen pro Patient/in und wäre demnach angepasst zu planen und umzusetzen. Diese Versorgungsform scheint besonders gut geeignet, um dem Verlust der Selbständigkeit und kognitiven Fähigkeiten entgegen zu wirken.

¹ Siehe Anlage 1

Ergänzende Betreuungsformen wären hierzu

- **Einbindung von Bezugspersonen:** Diese können in die Betreuung und Behandlung von Patient/innen mit Demenz eingebunden werden.
- **Patient/innenbegleiteteam:** Das Patient/innenbegleiteteam besteht z. B. aus geriatrisch versierten Pflegefachkräften zur Delir Prophylaxe nach chirurgischen Eingriffen. Das Patientenbegleiteteam ist dem ärztlichen Team unterstellt (Modell Münster).
- **Einbindung ehrenamtlicher Helfer/innen** (Besuchsdienst, Hilfsdienste mit Zusatzqualifikation Demenz): Ein koordinierter Besuchsdienst hilft z. B. Patient/innen mit kognitiven Einschränkungen in ihrer Desorientiertheit oder entlastet auch die Angehörigen dieser Patient/innen.

Begründung:

Die Behandlung und Diagnostik von Patient/innen mit Demenz kann durch einen regelmäßigen gerontopsychiatrischen Konsiliardienst / gerontopsychiatrischen Liaison-Dienst verbessert werden.

Ein regelmäßiger geriatrischer Konsiliardienst / geriatrischer Liaison-Dienst kann die Behandlung und Diagnostik weiterer Begleiterkrankungen (insbesondere bei gleichzeitig vorliegender Multimorbidität) verbessern.

Es ist auch möglich, für die Behandlung multimorbider Patient/innen mit Einschränkungen und Risiken (Demenz, Delir Gefährdung, etc.) im Krankenhaus eine interdisziplinäre Schwerpunktstation für Menschen mit Demenz einzurichten. Auf diesen Stationen wird speziell geschultes Personal tätig. Eine Besonderheit dieser Station ist, dass tagesstrukturierende Maßnahmen, Aktivierungs- und Beschäftigungsangebote vorgehalten werden.

Patient/innen mit Demenz neigen vor allem nach einer Narkose verstärkt zu postoperativen Altersdelirien. Mit postoperativen Altersdeliren korrespondierende herausfordernde Verhaltensweisen können durch die Einrichtung eines Patientenbegleitetams reduziert werden (DIP 2012, Gurlit 2006, MGEPA 2012).

In vielen Krankenhäusern sind bereits Ehrenamtliche, wie z.B. die „Grünen Damen“ oder Hospizhelfer/innen, tätig, die Patient/innen regelmäßig besuchen oder ihnen im Klinikalltag helfen. Speziell geschulte Ehrenamtliche könnten tagsüber auch für die Betreuung von Patient/innen mit Demenz eingesetzt werden.

Kriterien für Qualitätsberichte Bremer Krankenhäuser

- Art der spezifischen Versorgungsmodelle und ergänzenden Betreuungsformen für Menschen mit Demenz

Literaturverzeichnis

1. Angershausen, S. (2008): Demenz – eine Nebendiagnose im Akutkrankenhaus oder mehr? Maßnahmen für eine bessere Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 6/2008. 41: 460-466.
2. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin.
3. Bundesministerium für Gesundheit (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/fa_redaktion_bak/pdf_publicationen/Forschungsbericht_Rahmenempfehlungen_Umgang_Demenz.pdf (abgerufen am: 11.04.2014)
4. Die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit Bremen (2012): Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus Ergebnisse einer Befragung von Beschäftigten der Krankenhäuser im Land Bremen. Eigendruck der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit. Bremen.
5. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. – dip (2012): Menschen mit Demenz im Krankenhaus - Eine Handreichung der interdisziplinären Arbeitsgruppe der Diözesan - Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser (DiAG) in der Erzdiözese Köln. Köln.
6. Eggenberger, E., Myllymäki J., Kolb, C. Martschin, R. Bollheimer, L.C., Sieber, C. (2013): „We cannot care alone“ Ehrenamtliche Demenzbegleiter am Klinikum Nürnberg. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 3/2013. 46: 226 – 232.
7. Gräbel, E., Siebert, J, Ulbrecht, G., Stemmer, R. (2013): Was leisten „nicht-medikamentöse“ Therapien bei Demenz? Ein Überblick über aktuelle Projekte. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): informationsdienst altersfragen. Heft 02, März / April 2013.
8. Gurlit, S. (2006): Der alte Mensch im OP. www.alzheimerforum.de/2/8/4/284inh.html (abgerufen am: 15.04.2014).
9. Hoffmann, W. (2013): Demenz im Akutkrankenhaus: Was war neu 2012? Eine Literaturübersicht. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 3/2013. 46: 196-197.
10. Hoffmann, W., Rösler, A., Vogel, W., Nehen, H.G. (2014): Spezialstation für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten in Deutschland. Positionspapier. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2/2014. 47: 136 – 140.
11. Kelm, A. (2010): Demenzkranke im (und) Krankenhaus, Input und Konzeptvorstellungen Landesinitiative Demenz, Alzheimer Gesellschaft Bremen e.V., Klinikum Bremen-Ost, Zentrum für Psychiatrie, Powerpoint Vortrag.
12. Kirchen-Peters, S. (2005): Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“. Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso), Saarbrücken. http://www.iso-institut.de/download/Kaufbeurenbericht_2005.pdf (abgerufen am: 11.04.2014)
13. Kirchen-Peters S., Herz-Silvestrini D. (2011) „Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern“ In: Zweiter Zwischenbericht an die Deutsche Alzheimer

Gesellschaft, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V., Saarbrücken, http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Zweiter_Zwischenbericht_Kirchen-Peters_21_03_2011.pdf (abgerufen am: 9.05.2014)

14. Kirchen-Peters S., Herz-Silvestrini D., Bauer J. (2012) „Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern“ Endbericht mit Handlungsempfehlungen an die Deutsche Alzheimergesellschaft. Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V., Saarbrücken, http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Endbericht-Kirchen-Peters_Oktober2012_01.pdf (abgerufen am: 14.4.2014)

15. Kleina T., Wingenfeld K. (2007) „Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus“ In: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) ISSN 1435-408X, P07-135, <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-135.pdf> (abgerufen am: 9.05.2014)

16. Kolb C.M., Myllymäki J. (2011) Demenzgerechte Krankenhäuser trotz knapper Ressourcen. Menschen mit Demenz im Krankenhaus. In: Praxis Pflegen 06.

17. Mavundla T.R. (2000): Professional nurses' perception of nursing mentally ill people in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 32, Nr. 6, 1569-1578.

18. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen –mgepa (2012): Der alte Mensch im OP. Praktische Anregungen zur besseren Versorgung und Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs. http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/presse/pressemitteilungen/Der_alte_Mensch_im_OP.pdf (abgerufen am: 14.04.2014)

19. Pinkert, C. und Holle, B. (2012): Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 8/2012 45:728-734.

22. Schaeffer, D. & Wingenfeld, K. (2004): Pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kruse, A. & Martin, M. (Hrsg.): *Enzyklopädie der Gerontologie*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Hans Huber Verlag. S. 477-490.

23. Wingenfeld, K., Steinke M. (2013): Die Tagesbetreuung von Krankenhauspatienten mit kognitiver Beeinträchtigung. In: *Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): informationsdienst altersfragen*. Heft 02, März / April 2013.

Impressum

Herausgeber

Der Senator für Gesundheit
Contrescarpe 72
28195 Bremen

Projektleitung und Ansprechpartnerin

Antje Kehrbach
Tel.: +49 421 361 9564
Fax: +49 421 496 9564
E-Mail: Antje.Kehrbach@Gesundheit.Bremen.de

Spezialstation Demenz

Ende 2013 existierten 22 Spezialstationen für die Betreuung von Menschen mit Demenz, die innerhalb geriatrischer Klinikabteilungen verankert sind. Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) resümiert, dass der Trend zur Eröffnung derartiger Spezialstationen sich fortzusetzen scheint. Es handelt sich hierbei ‚geschützte Bereiche‘ innerhalb einer offen geführter Geriatrie Station, in denen mit Hilfe eines spezielles Settings (therapeutisches Milieu) sowie einem demenzadaptiertes Behandlungskonzept und einer angepasste Ablauforganisation eine an den Bedarfen der Menschen mit Demenz ausgerichteten Versorgung gewährleistet werden kann. Gleichzeitig wird von der DGG kritisch angemerkt, dass sowohl konzeptionell und strukturell als auch hinsichtlich Zuweisungs- und Platzierungsmodalitäten eine breite Varianz vorzufinden ist und offensichtlich nur eine geringe Übereinstimmung darüber besteht, welche Anforderungen zu erfüllen sind. Vor diesem Hintergrund initiierte die DGG einen strukturierten Erfahrungsaustausch mit Geriatern die schon eine Geriatrie Station mit Spezialstation leiten und ein Positionspapier erarbeitet. Folgende obligate und fakultative Empfehlungen wurden formuliert (Aktualisierung für 2017 geplant) (Hoffmann et al. 2014):

1. Allgemeine Empfehlung: Die Spezialstation sollte den Titel , *Spezialstation für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten*‘ tragen
2. Obligate Anforderungen:
 - a. Bettenanzahl ca. 8-12 Betten, max 20 Betten; größere Station wären in Teilstationen zu gliedern
 - b. Spezialstation ist von der geriatrischen Klinikabteilung räumlich getrennt, d.h. in einem geschütztem Rahmen organisiert, aber nicht abgeschlossen (demnach eine Kombination aus integrativ/segretativ)
 - c. auf die Menschen mit Demenz angepaßte Tagesstruktur
 - d. erweitertes, strukturiertes (geriatriches, kognitives) Assessment, unter Berücksichtigung von Sturz, Schmerz und/oder Ernährung sowie Biographie und soziale Situation der Menschen mit Demenz
 - e. Personal wird auf der Basis von Freiwilligkeit rekrutiert und nimmt an speziellen, fachlich anerkannten Schulungen teil und ist der Spezialstation fest zugeordnet
3. Fakultative Anforderungen:
 - a. Der Angehörigenarbeit kommt eine hohe Priorität zu
 - b. Vor dem Hintergrund des post-akuten hohen Versorgungsbedarfes ist die Einbindung des Sozialdienstes von besonderer Relevanz
 - c. Schulungs- und Supervisionskonzepte sowie zusätzliche therapeutische Angebote (u.a. Musiktherapie) sind zu beachten
 - d. Angepasste Milieugestaltung (u.a. architektonisch, technisch, inkl. Beleuchtungskonzept) sowie Gestaltung einer wohnlichen Atmosphäre unter Beachtung von Hygiene-, Brandschutz- und Sicherheitsbestimmungen