

Herausforderung Demenz im Krankenhaus

Ergebnisse und Lösungsansätze
aus dem Projekt Dem-i-K

Dr. Sabine Kirchen-Peters





Sehr geehrte Damen und Herren,

heute leben in Deutschland bis zu 1,4 Millionen Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind. Ab 2020 wird jeder fünfte Krankenhauspatient unter einer Demenz leiden – das prognostiziert die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie. Dies ist eine große Herausforderung für das öffentliche Gesundheitssystem. Die Krankenhäuser stoßen bei der Versorgung von demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten oft an ihre Grenzen. Die strukturellen Voraussetzungen eines Krankenhauses sind derzeit (noch) nicht immer darauf ausgerichtet, demenzielle Patienten mit Akuterkrankung so zu behandeln, dass sowohl die Akuterkrankung als auch die Demenz gleichermaßen Beachtung finden.

Eine gute medizinische Versorgung von demenziell erkrankten Patienten im Krankenhaus liegt mir sehr am Herzen. Nicht nur die Akuterkrankung muss nach den hohen medizinischen Standards behandelt werden, sondern auch die Behandlung der Demenz muss unter Beachtung des hohen Betreuungs- und Pflegebedarfs sichergestellt sein. Hierbei ist ein intensiver Gedanken- und Erfahrungsaustausch mit Ärztinnen und Ärzten, Mitgliedern der Klinikleitungen, Pflegekräften, Therapeuten, Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Krankenhaus-Trägern, Fachverbänden und von weiteren Beteiligten von großer Bedeutung.

Das Modellprojekt „Demenz im Krankenhaus“ hat zum Ziel, die Versorgung demenzkranker Patientinnen und Patienten in den Akutkrankenhäusern des Saarlandes zu verbessern. Um hier ein übertragbares Handlungskonzept zu entwickeln hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie die Finanzierung der vorliegenden wissenschaftlichen Begleitung übernommen.

Der Arbeitsgemeinschaft Katholischer Krankenhäuser als Träger des Projektes und den beteiligten Krankenhäusern St. Nikolaus-Hospital Wallerfangen, CaritasKlinikum Saarbrücken, Caritas-Krankenhaus Lebach, Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis und dem Marienkrankenhaus St. Wendel möchte ich meinen Dank aussprechen. Der persönliche Einsatz, mit dem die Beteiligten dieses Projekt durchgeführt haben, ist vorbildlich und hat dazu geführt, dass die Ergebnisse aus dem Projekt in Handlungsempfehlungen münden, welche von anderen Kliniken übernommen werden können.

Andreas Storm
Minister für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie



Sehr geehrte Damen und Herren,

wir alle stehen in den nächsten Jahren vor den großen Herausforderungen, die sich aus den Folgen einer immer älter werdenden Gesellschaft ergeben. Hierzu gehört in besonderer Weise die zu erwartende deutliche Zunahme von an Demenz erkrankten Menschen. Wenn Eltern oder Großeltern an einer Demenz erkranken, werden wir unmittelbar mit den Folgen der Erkrankung in unserem privaten Umfeld konfrontiert. Betroffen sind aber auch die Krankenhäuser und andere Einrichtungen, in denen Demenzkranke behandelt, gepflegt und versorgt werden. Man schätzt, dass in naher Zukunft jeder fünfte Krankenhauspatient neben seiner behandlungsbedürftigen Grunderkrankung zusätzlich auch an einer Demenz leiden wird. Krankenhausaufenthalte sind für Demenzkranke mit besonderen Risiken verbunden, weil sie in erster Linie auf die Behandlung der Grunderkrankung ausgerichtet sind und für Demenzkranke alleine schon der plötzliche Umgebungswechsel eine besondere Belastung darstellt.

Der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland hat vor diesem Hintergrund im Jahr 2011 das Projekt „Demenz im Krankenhaus Dem-i-K“ auf den Weg gebracht. Ziel war es, in den akutstationären Mitgliedseinrichtungen eine Verbesserung der Versorgung von Demenzkranken zu erreichen. Die Ergebnisse des Projektes können sich sehen lassen. Durch die trägerübergreifende Zusammenarbeit konnten umfangreiche Schulungen durchgeführt und demenzsensible Behandlungskonzepte umgesetzt werden.

Im Namen des Vorstandes möchte ich mich deshalb ganz besonders bei der Projektgruppe, der die Projektsteuerung oblag, und den Verantwortlichen in den Projekthäusern bedanken. Bedanken möchte ich mich auch beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, das die wissenschaftliche Begleitung des Projektes gefördert hat, ohne die ein solches Projekt nicht möglich gewesen wäre. Schließlich danke ich Frau Dr. Kirchen-Peters für die hervorragende wissenschaftliche Begleitung. Der von ihr angefertigte Bericht dokumentiert nicht nur sehr anschaulich die Ergebnisse aus dem Projekt, er enthält auch Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen, die wir in unserer weiteren Arbeit nutzen werden. Die Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser und die katholischen Krankenhausträger im Saarland werden auf der Grundlage der Ergebnisse und Empfehlungen aus Dem-i-K auch in den nächsten Jahren trägerübergreifend daran arbeiten, die Versorgung von Demenzkranken in ihren Einrichtungen kontinuierlich weiter zu entwickeln.

B. Kugel

Dr. Birgit Kugel

Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland

Herausforderung Demenz im Krankenhaus

**Ergebnisse und Lösungsansätze aus
dem Projekt Dem-i-K**

Dr. Sabine Kirchen-Peters
unter Mitarbeit von
Dorothea Herz-Silvestrini

Inhalt

1. Problemaufriss	5
2. Projektziele, Leistungen und Zielgruppen.....	9
3. Methoden der wissenschaftlichen Begleitung	12
4. Ergebnisse der Bestandsaufnahmen in den involvierten Abteilungen	15
4.1 Schriftliche Befragungen der Dem-i-K-Mitarbeiter	16
4.2 Eingangsgespräche und Workshops.....	25
4.3 Abschließende Interviews und Workshops.....	29
5. Ergebnisse der Struktur- und Prozessanalyse	35
5.1 Implementationsprobleme und Anpassungen der Konzeption im Projektverlauf	35
5.2 Ergebnisse der Reflexionsworkshops.....	40
5.3 Fortbildung des Krankenhauspersonals	49
5.4 Durchführung von Konsilen	53
5.5 Fallbegleitung der Pflegekräfte (Modul 6).....	55
6. Auswertung der Patientendokumentation.....	58
7. Befragung der Angehörigen.....	66
8. Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit.....	68
9. Zusammenfassung und Empfehlungen.....	71
Literatur	86

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Dem-i-K-Schwerpunktteilungen.....	10
Tabelle 2: Dem-i-K-Zielgruppen.....	10
Tabelle 3: Methoden der wissenschaftlichen Begleitung.....	14
Tabelle 4: Fallzahlen der Bestandsaufnahmen.....	16
Tabelle 5: Besuch Demenz-Fortbildungen (nur Erstbefragung)	18
Tabelle 6: Gründe für Nicht-Besuch Fortbildung (N = 84, MFN) (nur Erstbefragung)	18
Tabelle 7: Kenntnis spezieller Versorgungskonzepte	19
Tabelle 8: Einschätzung der Behandlungsqualität und der Angehörigenzufriedenheit (Angaben in Prozent)	20
Tabelle 9: Stärken und Schwächen der Klinik im Umgang mit demenzkranken Patienten (Angaben in Prozent)	21
Tabelle 10: Häufigkeit von Umgangsproblemen mit Demenzkranken (Angaben in Prozent)	22
Tabelle 11: Arbeitsbelastung bei der Versorgung Demenzkranker	23
Tabelle 12: Arbeitszufriedenheit	24
Tabelle 13: Evaluation der Fortbildungen (Module 1-5) (N = 40, Angaben in Prozent).....	51
Tabelle 14: Ergebnisse der Zeiterfassung (KL-Arzt)	54
Tabelle 15: Ergebnisse der Zeiterfassung (KL-Pflegefachkraft)	56
Tabelle 16: Nicht psychiatrische Diagnosen (N = 213)	59
Tabelle 17: Einschätzung der Demenz	59
Tabelle 18: Vorliegende Orientierungsstörungen (N = 227, Angaben in Prozent)	60
Tabelle 19: Maßnahmen des KL-Arzt (MFN, N = 229)	61
Tabelle 20: Maßnahmen der KL-Pflegefachkraft (MFN, N = 219)	62
Tabelle 21: Entlassung der zu Hause lebenden Patienten (N = 227, Angaben in Prozent)	63
Tabelle 22: Gegenüberstellung von Zielen und Ergebnissen.....	64

1. Problemaufriss

Ältere Patienten¹ prägen in zunehmendem Maße das Bild der deutschen Kliniken, denn sie nehmen vergleichsweise häufigere und längere Krankenhausaufenthalte in Anspruch als jüngere Menschen. Bereits heute entfallen rund die Hälfte aller Krankenhausaufenthalte auf über 60-Jährige. Bis zum Jahr 2030 wird ihr Anteil auf über 62% ansteigen. Dabei geht eine besondere Brisanz von der Tatsache aus, dass es sich bereits bis zum Jahr 2020 bei jedem fünften Krankenhausfall um einen über 80-jährigen Patienten handeln wird (Statistische Ämter 2010). Durch den demografischen Faktor steigt aber nicht nur das Alter der Patienten, sondern auch die Komplexität der Diagnosen und Hilfebedarfe. So ist mit einer zunehmenden Zahl von Patienten zu rechnen, die neben ihren als Hauptdiagnose aufgelisteten somatischen Diagnosen gleichzeitig an behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen, insbesondere an Demenzen, leiden (Diefenbacher 2005). Ging man zu Beginn des Jahrtausends davon aus, dass durchschnittlich 12% aller Krankenhauspatienten an einer Demenz erkrankt sind (Arolt 1997), schätzt man deren Anteil aktuell bereits auf rund 20% (Pinkert/Holle 2012).

Wie in verschiedenen Untersuchungen gezeigt werden konnte, sind Krankenhausaufenthalte besonders für Demenzkranke mit vielfältigen Risiken verbunden, die nicht aus ihrer somatischen Grunderkrankung, sondern aus den Begleiterscheinungen der Demenz resultieren (Kirchen-Peters 2005; Kleina/Wingenfeld 2007; Angerhausen 2007). Allein der plötzliche Umgebungswechsel durch einen Krankenhausaufenthalt stellt für Demenzkranke bereits eine krisenhafte Situation dar, für deren Bewältigung sie eigentlich ein optimal auf sie eingestelltes Milieu benötigen würden. Es ist ein Ursachenbündel, das die Belastungen ausmacht: Zunächst kann festgestellt werden, dass der Fokus im Krankenhaus nicht selten ausschließlich auf die körperlichen Beschwerden der Patienten gelegt wird und intervenierende psychische Probleme zu wenig Beachtung finden. Hinzu kommen das im Allgemeinen wenig ausgeprägte gerontopsychiatrische Hintergrundwissen bei allen beteiligten Berufsgruppen und ungünstige strukturelle Rahmenbedingungen.

Das mangelnde Hintergrundwissen resultiert aus den jeweiligen Ausbildungsordnungen der ärztlichen und krankenschwägerischen Berufsgruppen, in denen der Demenz nur eine untergeordnete Bedeutung beigemessen wird. Dadurch kommt es zu Handlungsunsicherheiten in relevanten Fragen der Diagnostik (z.B. geeignete Testverfahren), Behandlung (z.B. Unkenntnis über mit der Demenz in Zusammenhang stehende Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen von Medikamenten) und des geeigneten Einsatzes therapeutischer Strategien (z.B. Validation). Insbesondere die Pflegekräfte, die den meisten Patientenkontakt haben,

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im gesamten Bericht bei Personenbezeichnungen die männliche Form verwendet. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass dennoch immer beide Geschlechter gemeint sind.

konstatieren hinsichtlich eines adäquaten Umgangs mit Demenzkranken einen deutlichen Fortbildungsbedarf. Unsicherheiten treten z.B. auf, wenn Patienten pflegerische oder therapeutische Handlungen verweigern und aggressiv reagieren, permanent die Station verlassen möchten oder unter Wahnvorstellungen und Halluzinationen leiden. Solche Verhaltensauffälligkeiten, die auch als „herausforderndes Verhalten“ bezeichnet werden, zählen zu den am schwierigsten zu bewältigenden Pflegesituationen (Batholomeyczik et al. 2006).

Neben den Qualifizierungsdefiziten wirkt sich negativ aus, dass die Rahmenbedingungen im Allgemeinkrankenhaus nicht ausreichend auf demenzkranke Patienten ausgerichtet sind. Im Gegenteil ist das Krankenhausmilieu für Demenzkranke mit ihrer stark verminderten Anpassungsfähigkeit geradezu symptomfördernd:

- So gibt es z.B. keine räumlichen Orientierungshilfen, so dass 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 sie sich 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 die 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 werden.

Bei der Versorgung Demenzkranker im Allgemeinkrankenhaus besteht demnach großer Handlungsbedarf². Den Problemen bei der Behandlung wird teilweise mit Sedierungen und Fixierungen begegnet, um die Abläufe im Stationsalltag aufrechtzuerhalten. Damit einher gehen in aller Regel ein weiterer Verlust von Selbständigkeit, eine Verschlechterung des kognitiven Status und das Auftreten oder die Verstärkung sekundärer Demenzsymptome

² Während in deutschen Pflegeheimen bereits viele Anstrengungen zu einer besseren Versorgung Demenzkranker unternommen wurden, weisen verschiedene Institutionen und Verbände zunehmend auf den dringenden Handlungsbedarf in den Allgemeinkrankenhäusern hin, allen voran die Deutsche Alzheimer Gesellschaft, die neben regelmäßiger Öffentlichkeitsarbeit auch Tagungen nutzt, um die bestehenden Probleme immer wieder zu thematisieren. Daneben hat die Robert-Bosch-Stiftung ein Modellprogramm zum Themenfeld „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ initiiert.

(Kleina/Wingenfeld 2007). Bei eher „unauffälliger“ psychischer Komorbidität bleiben die psychischen Beeinträchtigungen in aller Regel unbeachtet, wodurch sich die Genesung der Patienten häufig verzögert oder verkompliziert. Unabhängig von den Erscheinungsformen der Demenz hat dies nicht nur negative Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten, sondern auch finanzielle Konsequenzen durch überproportional häufige und lange Krankenhausaufenthalte sowie vermeidbare Heimeinweisungen oder Verlegungen in Psychiatrische Krankenhäuser (Reichwaldt/Diefenbacher 2001).

Für die Krankenhäuser selbst wird die Anforderung, Demenzkranke zu versorgen, zu einer Herausforderung, bei der nicht nur das gewünschte Behandlungsergebnis häufig nicht erreicht wird, 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 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 10-20% 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). Problematisch ist zudem, dass insbesondere die hypoaktiven Delirformen (29% der Fälle) nach verschiedenen Literaturangaben zu 30-60% nicht erkannt bzw. nicht adäquat diagnostiziert und behandelt werden (Reischies et al. 2003).

Wie aus internationalen Erfahrungen und den wenigen in Deutschland erprobten Modellkonzepten abzuleiten ist, eignen sich in erster Linie spezielle Konsiliar- und Liaisondienste (KL-Dienste), um die beschriebenen Probleme und Negativspiralen bei der Versorgung demenzkranker und delirgefährdeter Patienten zu vermeiden. Dabei geht der Ansatz deutlich über das weitgehend bekannte und bereits bedarfsweise für einzelne Patienten durch ärztliche „Berater“ angewandte Konsiliarverfahren hinaus. Das Liaisonmodell umfasst die auch anfrageunabhängige Präsenz eines multiprofessionellen Teams aus spezifisch qualifizierten Ärzten und Pflegekräften in der betreffenden Behandlungseinheit. Nach Auffassung von Experten sollte die Entwicklung von KL-Diensten vorangetrieben werden, „da diese Form nicht nur Interventionsmodule auf Anforderung, z.B. bei Krisen oder vorzunehmender Diagnostik, bietet, sondern prinzipiell zu einer breit gefächerten Verbesserung der Frühdiagnostik, Behand-

lung, rechtzeitiger Krisenintervention und Fortbildung sowie Supervision führt“ (Diefenbacher/Reichwaldt 2001). Die weiterführenden Aufgaben, die KL-Dienste leisten könnten, werden wegen der ungeklärten Finanzierung bislang im Klinikalltag kaum erbracht und dies gilt auch, wenn das Krankenhaus über eigene neurologische und/oder psychiatrische Fachabteilungen verfügt. Dazu zählen neben der demenzbezogenen Qualifizierung des Personals vor allem eine gezieltere Identifizierung demenzkranker und delirgefährdeter Patienten und die Überbrückung von Schnittstellenproblemen, z.B. zwischen Instanzen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses.

2. Projektziele, Leistungen und Zielgruppen

Im Saarland wurde mit Hilfe einer Förderung durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familien und Frauen, das von Ende 2010 bis Ende 2013 die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitforschung übernahm, ein Pilotprojekt aufgelegt, mit dem die Krankenhausversorgung von Patienten mit der Nebendiagnose Demenz verbessert werden sollte. Aufbauend auf den Erfahrungen der wenigen Good-Practice-Modelle in Deutschland wurden unter Leitung der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland, die den Anstoß zum Projekt gab, an unterschiedlichen Standorten KL-Dienste aufgebaut.

Mit dem Projekt Dem-i-k sollten Wege aufgezeigt werden, wie eine Verbesserung der Akutversorgung demenzkranker Patienten unter unterschiedlichen strukturellen Rahmenbedingungen gelingen kann. Die bekannten Krisensituationen und Negativspiralen sollten außer Kraft gesetzt, die Lebensqualität der Kranken erhalten und gesteigert werden. Parallel zur Qualitätsverbesserung sollten positive Auswirkungen auf die Kostenbilanz erwirkt werden. Dies ist z.B. der Fall, wenn durch Prozessoptimierung Krankheitsverläufe günstig beeinflusst und damit die vorgeschriebenen Liegezeiten eingehalten werden können. Zentrales Ziel des Verbundprojekts war neben der Erarbeitung regionaler Pilotlösungen der Transfer von Erfahrungen in den allgemeinen Krankenhausalltag. Es sollten übertragbare Handlungsempfehlungen erarbeitet werden, mit deren Hilfe die Entwicklung demenzsensibler Strukturen und -prozesse in allen saarländischen Krankenhäusern vorangetrieben werden kann.

Das Aufgabenspektrum der KL-Dienste sollte patientenbezogene, mitarbeiterbezogene und institutionenbezogene Leistungen umfassen:

- *Patientenbezogene Aufgaben*
 - (Früh-)Diagnostik, Behandlungsempfehlung
 - Identifizierung noch unerkannt demenzkranker bzw. delirgefährdeter Patienten
 - Krisenintervention, insbesondere bei Verhaltensauffälligkeiten und Delirien
 - Problem- und ressourcenorientierte Patientengespräche
 - Beratung der Angehörigen
- *Mitarbeiterbezogene Aufgaben*
 - Unterstützung bei Diagnostik und Behandlung
 - Beratung über den Umgang mit den Kranken
 - Fallbegleitung
 - Fortbildung des Krankenhauspersonals
- *Institutionenbezogene Aufgaben*
 - Lobbying für demenzkranke bzw. delirgefährdete Patienten
 - Konzeptberatung, z.B. im Hinblick auf demenzsensible Strukturen und Prozesse

Die Implementation des Pilotprojekts Dem-i-k erfolgte zunächst in Schwerpunktabteilungen der Akutkrankenhäuser. Es wurden solche Abteilungen ausgesucht, in denen bereits vor dem Projektstart ein besonders hoher Anteil demenzkranker Patienten versorgt wurde.

Tabelle 1: Dem-i-K-Schwerpunktabteilungen

Klinik	Schwerpunktabteilungen
Klinik A	Gastroenterologie (2 Stationen), Gefäßchirurgie
Klinik B	Neurologie, Kardiologie, Gefäßchirurgie
Klinik C	Innere Abteilung
Klinik D	Unfallchirurgie
Klinik E	Psychiatrie als Träger des KL-Dienstes

Die Konzentration auf Schwerpunktabteilungen als Keimzellen für den Aufbau demenzsensibler Kliniken lehnte sich an Erfahrungen eines vergleichbaren Projekts in Kaufbeuren an. Im Vergleich zum „Gießkannenprinzip“ versprach man sich eine Reihe von Vorteilen. So sollte in erster Linie die Möglichkeit eines intensiveren Kontakts zu den Mitarbeitern geschaffen werden, um die andernorts bekannten Probleme im Akzeptanzaufbau zu reduzieren. In kleineren Schwerpunktteams wurde es zudem als leichter umsetzbar eingeschätzt, die Aufgabenvielfalt des KL-Dienstes zu verdeutlichen und die Effekte der Arbeit sichtbar zu machen. Ausgehend von der erwarteten positiven Resonanz in den Schwerpunktabteilungen sollten die Erfahrungen dann klinikweit ausgedehnt werden.

Angestrebt wurden Verbesserungen bei drei verschiedenen Patientengruppen:

Tabelle 2: Dem-i-K-Zielgruppen

Zielgruppen	Funktion des Projekts
Demenzkranke im Frühstadium	Identifizierung der Patienten; Initiierung von Frühdiagnostik und -behandlung
Bekannt Demenzkranke	Vermeidung von Krisensituationen; Sicherung der Nachhaltigkeit des Behandlungserfolgs
Delirgefährdete	Vermeidung von Delirien; Identifizierung von Delirien und Durchführung einer angemessenen Behandlung

Im Krankenhaus werden viele Patienten behandelt, bei denen die Demenz noch nicht diagnostiziert ist und die Kompetenzeinbußen erst während des Krankenhausaufenthalts deutlich werden. Hier sollte das Krankenhaus eine Filterfunktion wahrnehmen, indem diese Patienten einer Frühdiagnostik und -behandlung zugeführt werden. Bei Patienten, die mit einer be-

kannten Demenz, z.B. aus Pflegeheimen, ins Akutkrankenhaus eingeliefert wurden, sollte der Fokus primär darauf liegen, eine krisenhafte Zuspitzung während des Krankenhausaufenthalts zu vermeiden. Dies ist von besonderer Relevanz, wenn schwerwiegende Verhaltensauffälligkeiten auftreten, die das Personal überfordern und die Abläufe im Krankenhaus gefährden. Eine weitere Zielgruppe des Projektes stellten Demenzkranke oder demenzgefährdete Personen dar, bei denen eine delirante Episode – etwa in Zusammenhang mit einer Operation – verhindert werden soll. Hier sollten neben präventiven Maßnahmen Strategien zur Erkennung und angemessenen Behandlung von Delirien entwickelt werden.

3. Methoden der wissenschaftlichen Begleitung

Im Auftrag des saarländischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen hat das *iso*-Institut das Projekt Dem-i-K wissenschaftlich ausgewertet und Grundlagen für eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere saarländische Krankenhäuser geschaffen. Die Begleitforschung umfasste eine sozialwissenschaftliche Struktur-, Prozess- und Wirkungsanalyse. Zudem wurden die beteiligten Akutkrankenhäuser bei der Umsetzung der Projektziele beraten.

Die **prozessbezogene Beratung** bezog sich beispielsweise auf die Umsetzung der ärztlichen Aufgaben im trägerübergreifenden KL-Ansatz, auf die Implementation der Fallbegleitung nach Abschluss der Fortbildungsmodule sowie auf die Datenerfassung im Rahmen der Patientendokumentation. Die wissenschaftliche Begleitung nahm zudem an den Sitzungen der Steuerungsgruppe teil, in der die Projektstrukturen und -prozesse fortlaufend diskutiert und angepasst wurden. Darüber hinaus bildeten sich unter Beteiligung der wissenschaftlichen Begleitung mehrere Besprechungsforen, wie z.B. der Projektbeirat oder die „Arbeitsgruppe Finanzierung“ (vgl. Kap. 8).

Bei der **Wirkungsanalyse** wurde geprüft, ob die neu installierten Versorgungsbausteine die Versorgung Demenzkranker im Krankenhaus verbessern konnten. Unter Einsatz verschiedener Methoden wurden neben messbaren Parametern auch weichere (qualitative) Erfolgsindikatoren in die Analyse einbezogen. Die Wirkungsanalyse orientierte sich an den verschiedenen Zielsetzungen des Projekts:

- Auswirkungen auf die Patienten: Mit Hilfe eines einheitlichen Dokumentationssystems für alle beteiligten Akutkrankenhäuser (Patientendokumentation) wurde der Erfolg der Intervention zum einen anhand funktioneller und psychopathologischer Outcome-Parameter bei Aufnahme und Entlassung gemessen. Zudem wurden in der zweiten Projekthälfte Angehörige befragt, wie sie die Behandlung der Dem-i-K-Patienten wahrgenommen haben.
- Auswirkungen auf das Krankenhauspersonal: Durch das Projekt sollte zudem eine Erhöhung der demenzbezogenen Kompetenz beim Krankenhauspersonal erfolgen. Um die Fortschritte zu überprüfen, wurden die Krankenhausmitarbeiter durch eine Bestandsaufnahme zu Beginn, zur Mitte und zum Abschluss des Projekts in die Untersuchung einbezogen. Die Bestandsaufnahme umfasste jeweils eine schriftliche Befragung des ärztlichen und pflegerischen Personals in den Schwerpunktabteilungen der vier somatischen Krankenhäuser, in der die aktuellen Probleme in der Versorgung Demenzkranker erfasst wurden (vgl. Kap. 4.1). Zusätzlich fanden explorative Workshops mit Pflegekräften und

Interviews statt (vgl. Kap. 4.2 und 4.3) sowie eine gesonderte Auswertung der berufsgruppenbezogenen Fortbildungsmaßnahmen (vgl. Kap. 5.3).

- Auswirkungen auf die Kostenbilanz: Schließlich sollten Daten über das Potential einer Kostenminderung geliefert werden. Neben volkswirtschaftlichen Kosten, die z.B. durch Einweisungen in die Psychiatrie oder in Pflegeheime entstehen, sind vor allem betriebswirtschaftliche Kosten aus Sicht der Krankenhausträger relevant. Um solche Kosteneffekte nachzuweisen, wurden zum einen entsprechende Fragenkomplexe in die Patientendokumentation aufgenommen (vgl. Kap. 6). Zum anderen wurde eine Unterarbeitsgruppe eingerichtet, die prüfen sollte, ob die Patientenstatistiken der Krankenhäuser in dieser Hinsicht ausgewertet werden können, z.B. im Hinblick auf veränderte Verweildauern der demenzkranken Patienten (vgl. Kap. 8). Auf der Grundlage der erhobenen Daten sollte die Bewertung der Kosteneffekte von den Finanzexperten der katholischen Krankenhäuser vorgenommen werden (vgl. Kapitel 9).

Die **Struktur- und Prozessanalyse** diente vor allem der späteren Übertragbarkeit der Ergebnisse und Erfahrungen in die Krankenhauspraxis. Neben der Erfassung von Patientendaten zur Beschreibung der Zielgruppe von KL-Diensten waren vor allem strukturelle und prozessorientierte Aspekte von Bedeutung, wie die Arbeitsweise der Projektbeteiligten, die konkreten Arbeitsabläufe und im Verlauf der Umsetzung auftretende Probleme sowie herausgearbeitete Lösungswege. Die wissenschaftliche Begleitung orientierte sich dabei unter anderem an folgenden leitenden Forschungsfragen:

- Wie setzt sich die Klientel zusammen (z.B. soziodemografische Merkmale, körperlicher Status, Art und Ausprägung der psychischen Erkrankung, Wohnform und Hilfe-setting)? (vgl. Kap. 6)
- Welche Leistungen werden vom KL-Dienst mit welchen Zeiteinheiten erbracht? Wie ist das Procedere bei den wesentlichen Kernaufgaben (Konsile, Fortbildungen, Fallbegleitung)? (vgl. Kap. 5.3 bis 5.5)
- Welche Arbeitsstrukturen bilden sich intern heraus, und welche Prozesse bewähren sich bei der Kooperation mit anderen Abteilungen und externen Instanzen? (vgl. Kap. 5.1 und 5.2)

Die Struktur- und Prozessanalyse stützte sich vor allem auf Interviews mit den Mitarbeitern der Projekte und auf explorative Workshops mit dem Krankenhauspersonal. Im letzten Projektjahr wurden zudem zur Vorbereitung der Handlungsempfehlungen insgesamt vier Reflexionsworkshops durchgeführt (vgl. Kap. 5.2). Darüber hinaus wurde eine Leistungs- und Arbeitszeiterfassung bei den Mitarbeitern der KL-Dienste durchgeführt (vgl. Kap. 5.3 bis 5.5).

Der Großteil der Instrumente wurde sowohl für die Struktur- und Prozessanalyse als auch für die Wirkungsanalyse genutzt. So wurden z.B. die Mitarbeiter im Rahmen der Interviews für die Struktur- und Prozessanalyse auch dazu befragt, wie sie die Wirkungen des Projekts in den einzelnen Phasen bewerten. Umgekehrt lieferte die Patientendokumentation wichtige Daten zur Beschreibung der Zielgruppe eines KL-Dienstes. In der folgenden Tabelle sind die methodischen Schritte entlang ihrer Funktion aufgelistet:

Tabelle 3: Methoden der wissenschaftlichen Begleitung

Instrumente	Struktur- und Prozessanalyse	Wirkungsanalyse
Bestandsaufnahme in verschiedenen Projektstadien (schriftliche Personalbefragungen, Workshops/Interviews mit Mitarbeitern)	X	X
Patientendokumentation (Erst-/Abschlusserfassung)	X	X
Befragung der Angehörigen	X	X
Evaluation der Fortbildungen	X	X
Leistungs- und Arbeitszeiterfassung in den Projekten	X	
Reflexionsworkshops	X	
Kosten-/Nutzenanalyse durch die Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser		X

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der verschiedenen Erhebungen entlang der eingesetzten Methoden dokumentiert. Die Ergebnisse der Struktur- und Prozessanalyse beziehen sich in diesem Bericht ausschließlich auf die Kernelemente des Projekts (Fortbildungen, Konsile, Fallbegleitung). Zusammen mit zusätzlichen Informationen sowie mit Prozessempfehlungen zu weiteren Bausteinen demenzsensibler Gestaltung bilden sie eine wichtige Grundlage der vorgelegten Handlungsempfehlungen. Des Weiteren enthält die Ergebnisdarstellung eine Auswertung der patientenbezogenen Daten (Patientendokumentation) und der Angehörigenbefragung. Die Ergebnisdarstellung schließt mit einem Kapitel zur Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des Projekts, in dem auch ausgewählte Informationen zur Kostenanalyse verarbeitet sind. Weitere Ergebnisse der Kostenanalyse, die von der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser verantwortet wurde, sind in den Handlungsempfehlungen dargelegt.

4. Ergebnisse der Bestandsaufnahmen in den involvierten Abteilungen

Die Bestandsaufnahme zu Projektbeginn hatte zum Ziel, ein Bild der bestehenden Probleme bei der Versorgung Demenzkranker zu entwerfen. Zum Abschluss des Projekts wurden die Erhebungen wiederholt um zu prüfen, ob und in welchen Bereichen Entwicklungen zu verzeichnen sind³. Für die Erstbefragung wurde in den vier somatischen Krankenhäusern eine schriftliche Personalbefragung durchgeführt, die das ärztliche und pflegerische Personal der Interventionsabteilungen umfasste. Zudem fanden Interviews mit ausgewählten Ärzten der Stationen statt. Für den Bereich des Pflegepersonals wurde vorgeschlagen, anstatt Interviews explorative Auftaktworkshops mit Pflegekräften durchzuführen, um die Pflegekräfte der Stationen für das bevorstehende Projekt zu sensibilisieren. In Klinik A war ein Workshop zum geplanten Zeitpunkt nicht zu organisieren, weil die Fortbildungen gerade durchgeführt wurden, so dass dort ersatzweise die beiden Leitungskräfte der Interventionsstationen interviewt wurden. Die Ergebnisse der Erstbefragung wurden in den einzelnen Häusern präsentiert und entsprechende Rückmeldungen und Interpretationen in die Auswertung aufgenommen.

Die Abschlussbefragung in den somatischen Kliniken umfasste analog zur Erstbefragung eine schriftliche Mitarbeiterbefragung. Der Rücklauf der Abschlussbefragung fiel in einzelnen Kliniken wegen Personalfuktuation auf den Interventionsstationen niedriger aus als in der Erstbefragung.

Darüber hinaus wurden – wenn möglich – Abschlussworkshops und/oder Interviews mit den Projektverantwortlichen, mit Stationsleitungen, den für die Häuser tätigen KL-Ärzten (4 Personen) und der KL-Pflegefachkraft (1 Person für alle Häuser) sowie einzelnen weiteren Ärzten der Stationen durchgeführt. Die empirischen Schritte sind in folgender Tabelle mit den jeweiligen Fallzahlen aufgeführt:

³ Die Mitarbeiterbefragung wurde auch in einem mittleren Projektstadium durchgeführt. Die Ergebnisse sind in einem gesonderten Zwischenbericht dokumentiert.

Tabelle 4: Fallzahlen der Bestandsaufnahmen

Klinik	Schriftlicher Fragebogen		Interview		Auftakt/Abschlussworkshop	
	2011	2013	2011	2013	2011	2013
Klinik A	35	25	3 Ärzte, 2 SL	1 KA ⁴ , 1 PD, 2 SL, 1 Arzt	-----	-----
Klinik B	35	35	3 Ärzte	1 PV, 1 PD	11 Pflegekräfte	8 Pflegekräfte
Klinik C	30	7	1 Arzt	1 KA, 1 PV, 1 SL	8 Pflegekräfte + 1 QM	-----
Klinik D	21	18	2 Ärzte	1 KA, 1 PDL	12 Pflegekräfte, 1 Sozialdienst	14 Pflegekräfte
Gesamt	121	85	11	12	33	22

Zu allen Erhebungszeiträumen wurden zudem die Mitarbeiter des KL-Dienstes aus der Fachklinik E befragt.

4.1 Schriftliche Befragungen der Dem-i-K-Mitarbeiter

An den schriftlichen Befragungen waren jeweils rund 20% ärztliche Mitarbeiter beteiligt. Drei Viertel der Befragten waren zu beiden Erhebungszeiträumen weiblichen Geschlechts. Die schriftliche Befragung umfasste mehrere Fragenkomplexe⁵:

- Sensibilität/Wissensstand über Demenz/Delir
- Einschätzung der Behandlungsqualität und der Stärken bzw. Schwächen der Klinik im Umgang mit Demenzkranken
- Probleme im Umgang mit Demenzkranken
- Arbeitsbelastung und -zufriedenheit
- Bewertung des Dem-i-K Projektes (nur in der Abschlussbefragung)

⁴ Erläuterungen zu den verwendeten Abkürzungen:

KA = KL-Arzt

QM = Qualitätsmanagement

PD = Mitglied der Pflegedirektion

PDL = Pflegedienstleitung

PV = Projektverantwortlicher, je nach Klinik Qualitätsbeauftragte, Mitglieder Pflegedirektion oder Stationsleitungen

SL = Stationsleitung oder deren Stellvertretung.

⁵ Teilweise wurden die Fragen an die Struktur einer bundesweiten Umfrage des *iso*-Instituts in deutschen Kliniken angepasst, die 2009 im Auftrag der Deutschen Alzheimer Gesellschaft durchgeführt wurde. Dies ermöglicht einen Vergleich der Antworten und somit können Rückschlüsse auf „Modelleffekte“ gezogen werden (vgl. Kirchen-Peters 2013).

Sensibilität/Wissensstand über Demenz/Delir

Zur Erfassung der Sensibilität gegenüber den Krankheitsbildern Demenz und Delir wurden die Teilnehmenden zunächst gebeten, den Anteil der in der eigenen Klinik behandelten Personen mit Demenz bzw. Delir einzuschätzen. Geht man von einer durchschnittlichen Zahl von rund 20% Demenzkranker aus (vgl. Kap. 1) und stellt man in Rechnung, dass durch die besondere Abteilungsstruktur der beteiligten Häuser, die teilweise mit geriatrischen, psychiatrischen und neurologischen Fachabteilungen ausgestattet sind, auch etwas höhere Anteile Demenzkranker noch zutreffend sein können, hat sich ein großer Teil der Befragten sowohl in der Erstbefragung als auch verstärkt in der Abschlussbefragung realistisch geäußert. Im Durchschnitt gaben die Befragten einen Anteil von jeweils rund 26% Demenzkranker in der eigenen Klinik an. Im Vergleich zur bundesweiten Befragung⁶, in der durchschnittlich nur ein Anteil von rund 13% angegeben wurde, besteht demnach im Rahmen von Dem-i-K eine deutlich größere Sensibilität für die Bedeutung der Demenzkranken als Patientengruppe im Akutkrankenhaus.

Dies gilt auch für das Krankheitsbild Delir, eine schwerwiegende Komplikation, die insbesondere bei Krankenhausaufenthalten kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen auftreten kann. Während Experten von Delirraten zwischen 15 und 30% bei den über 65-jährigen Patienten ausgehen, wurde in der bundesweiten Erhebung die Delirrate mit einem Anteil von durchschnittlich 0,3% extrem unterschätzt. Im Rahmen des Dem-i-K-Projektes wurde der Anteil an Delirien in der eigenen Klinik in der Erst- und Folgerhebung auf durchschnittlich rund 21% bzw. 16% geschätzt. Dabei schätzten insbesondere die an der Befragung beteiligten Pflegekräfte die Delirhäufigkeit realistisch ein. Es kann als Erfolg von Dem-i-K betrachtet werden, dass sowohl aus der Erst- als auch aus der Abschlusserhebung eine höhere Sensibilität im Hinblick auf Delirien hervorgeht als im Bundesdurchschnitt und den Themen Demenz und Delir eine stärkere Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Die folgenden Tabellen verdeutlichen zudem, dass durch das Projekt eine Lücke in der Vermittlung demenzspezifischer Wissensinhalte gefüllt werden konnte:

⁶ Siehe Fußnote 5.

Tabelle 5: Besuch Demenz-Fortbildungen (nur Erstbefragung)

Fortbildung	N	v.H.
Nein	97	80,8
Ja	23	19,2
Gesamt	120	100,0

Vier von fünf Befragten haben zu Modellbeginn noch keine Fortbildung zum Thema Demenz besucht. Dabei sind die dafür angegebenen Gründe aufschlussreich:

Tabelle 6: Gründe für Nicht-Besuch Fortbildung (N = 84, MFN ⁷) (nur Erstbefragung)

Gründe	N	v.H.
Kein passendes Angebot	62	73,9
Keine Zeit/Probleme mit Dienstplangestaltung	27	32,2
Zu viele andere wichtige Themen	19	22,6
Zu geringe Relevanz des Themas	8	9,5
Zu hohe Kosten der Fortbildungen	6	7,1
Sonstiges	4	2,4
Kein Interesse	2	4,8
Gesamt	128	152,5

Als Grund wird von der Mehrzahl (73,9%) das bisherige Fehlen eines passenden Angebots angegeben. In der Tat scheint es so zu sein, dass die im Rahmen von Dem-i-K entwickelten Fortbildungsprogramme für Pflegekräfte, die in Halbtagesform als innerbetriebliche Fortbildung durchgeführt werden, genau den fachlichen und zeitlichen Anforderungen des Krankenhauspflegepersonals entsprechen (vgl. Kap. 4.2.1). Denn jeder dritte Befragte gab zudem an, bislang aus mangelnder Zeit oder aufgrund von Problemen der Vereinbarkeit mit der Dienstplangestaltung keine Fortbildung besucht zu haben. Während bundesweit 75% der Befragten den Hauptgrund in der Tatsache sehen, dass die Kliniken zu viele andere wichtige Themen zu bearbeiten haben, teilen dieses Argument bei den Beschäftigten der Dem-i-K-Kliniken nur rund 23%. Auch diese Tatsache spricht für einen Sensibilisierungseffekt des Modellprojekts, der sich bereits in der Anfangsphase des Projekts gezeigt hat.

⁷ MFN = Mehrfachnennungen möglich

Als eine Folge des mangelnden Fortbildungsangebots konnte zu Beginn des Projektes nur jeder zehnte Befragte Kenntnisse über spezielle Versorgungskonzepte für Demenzkranke im Krankenhaus angeben. Im Projektverlauf hat sich dieser Anteil auf 48% deutlich erhöht.

Tabelle 7: Kenntnis spezieller Versorgungskonzepte

Kenntnis	Erstbefragung		Abschlussbefragung	
	N	v.H.	N	v.H.
Ja	14	11,6	38	47,5
Nein	107	88,4	42	52,5
Gesamt	121	100,0	80	100,0

Die Nennungen von speziellen Versorgungskonzepten beziehen sich in der Abschlussbefragung sowohl auf Elemente des Dem-i-K-Projektes, wie z.B. Konsile, Beschäftigungsangebote im Rahmen eines Demenzcafés, spezielle Formen der Ernährung oder Angehörigenarbeit, als auch auf noch nicht umgesetzte Elemente wie Rooming-In oder technische Hilfestellungen. Viele der Befragten beantworteten diese Frage engagiert und nannten mehrere spezielle Versorgungsbausteine oder auch konkrete Beispiele für veränderte Umgangsweisen mit Demenzkranken.

Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Kenntnis spezieller Versorgungskonzepte in den einzelnen beteiligten Kliniken Schwankungen aufwies. Während z.B. in einer Klinik 72% der Mitarbeiter von solchen Kenntnissen berichtete, traf dies für ein anderes Haus nur auf jeden dritten Befragten zu. In allen Häusern gaben Pflegekräfte mehr Kenntnisse an als befragte Ärzte.

Einschätzung der Behandlungsqualität und der Stärken bzw. Schwächen der Klinik im Umgang mit Demenzkranken

In beiden Erhebungen schätzte die Mehrheit der Befragten (66 bzw. 60%) die allgemeine Behandlungsqualität in der eigenen Klinik hoch bzw. sehr hoch ein. Niedrige Einschätzungen bilden die Ausnahme.

**Tabelle 8: Einschätzung der Behandlungsqualität und der Angehörigenzufriedenheit
(Angaben in Prozent)**

Behandlungsqualität/ Angehörigenzufriedenheit	Erstbefragung (N=121)					Abschlussbefragung (N=85)				
	sehr niedrig	niedrig	mittel	hoch	sehr hoch	sehr niedrig	niedrig	mittel	hoch	sehr hoch
Behandlungsqualität insgesamt	0,8	1,7	31,4	59,3	6,8	0,0	7,2	32,5	54,2	6,0
Behandlungsqualität Demenzkranke	3,3	24,2	53,3	15,8	3,3	6,0	21,4	52,4	19,0	1,2
Behandlungsqualität geistig Gesunde	0,0	3,3	16,7	70,8	9,2	0,0	5,3	15,8	63,2	15,8
Zufriedenheit Angehörige Demenzkranker	1,7	15,7	59,5	20,7	2,5	0,0	17,6	58,8	21,2	2,4

Geht es um die Behandlungsqualität der geistig gesunden Patienten verstärkt sich diese Tendenz: Rund 80% bzw. 74% bezeichnen diese als hoch oder sogar als sehr hoch. Im Hinblick auf die Behandlungsqualität bei demenzkranken Patienten sinken die Bewertungen jedoch deutlich ab, und dies gilt für Erst- und Abschlussbefragung. Immerhin etwa jeder Fünfte würde die Behandlungsqualität in diesem Fall als hoch oder sehr hoch bezeichnen, wobei die Werte der Abschlussbefragung etwas höher ausfallen. Dennoch kann aus dem Antwortverhalten abgeleitet werden, dass aus Sicht der Beschäftigten immer noch ein großer Handlungsbedarf bei der Weiterentwicklung von Strukturen und Prozessen der Dementenversorgung besteht. Dies gilt auch für die Einschätzung der Zufriedenheit der Angehörigen Demenzkranker mit der Behandlungsqualität, wenngleich auch in diesem Bereich mittlerweile etwas weniger negative Einschätzungen getroffen wurden.

Konkreter nach den Schwächen der Klinik im Umgang mit demenzkranken Patienten gefragt, nennen die meisten Mitarbeiter immer noch die Personalmenge (88,3 bzw. 97%) sowie die bauliche Struktur (80 bzw. 72%) und die Milieugestaltung (74,8 bzw. 63%). Während sich die Angaben zur insuffizienten Personalmenge im Projektverlauf sogar weiter verstärkt haben, werden – wohl aufgrund einzelner Anpassungsmaßnahmen wie z.B. der Errichtung eines Demenzcafés – im Hinblick auf Bau und Milieu etwas weniger negative Antworten gegeben. Ein weiterer Handlungsbedarf kann aus der Bewertung der Kompetenz und des Engagements des ärztlichen Personals abgeleitet werden.

**Tabelle 9: Stärken und Schwächen der Klinik im Umgang mit demenzkranken Patienten
 (Angaben in Prozent)**

Stärken/ Schwächen	Erstbefragung (N=120)			Abschlussbefragung (N=85)		
	Stärke	Mittel	Schwäche	Stärke	Mittel	Schwäche
Personalmenge	0,8	10,8	88,3	1,2	2,4	96,5
Bauliche Struktur	0,0	20,0	80,0	3,5	24,7	71,8
Milieugestaltung	2,5	22,7	74,8	2,4	34,9	62,7
Kompetenz ärztliches Personal	17,5	39,2	43,3	17,6	43,5	38,8
Engagement ärztliches Personal	21,8	36,1	42,0	14,3	40,5	45,2
Kompetenz Pflegepersonal	27,5	48,3	24,2	44,0	45,2	10,7
Engagement Pflegepersonal	61,9	28,0	10,2	73,8	21,4	4,8
Teamarbeit in der Abteilung	52,9	33,1	14,0	62,4	29,4	8,2
Kooperation mit anderen Abteilungen	12,5	50,8	36,7	27,1	43,5	29,4
Pflegekonzept	20,0	44,2	35,8	35,7	48,8	15,5
Arbeitsstrukturen und -prozesse	8,4	52,1	39,5	14,3	54,8	31,0
Einbezug von Angehörigen	25,8	45,8	28,3	32,9	51,8	15,3
Entlassungsplanung	26,7	50,0	23,3	43,4	37,3	19,3
Kooperation mit Institutionen außerhalb	24,4	52,9	22,7	22,6	59,5	17,9
Unternehmensleitbild	37,1	47,4	15,5	23,5	59,3	17,3
Leitungskompetenz	23,7	54,2	22,0	32,1	53,1	14,8

Verbesserte Werte im Vergleich zur Ausgangsbefragung lassen sich in den meisten Einzelbereichen feststellen, besonders aber in der „Kompetenz des Pflegepersonals“, die nun immerhin 44% der Befragten im Vergleich zu einem Ausgangswert von 27,5% als Stärke wahrnehmen, im „Engagement des Pflegepersonals“ (74% im Vergleich zu 62% in der Eingangsbefragung) sowie in der „Teamarbeit in der Abteilung“ (62% im Vergleich zu 53%). Dies gilt auch für weitere pflegebezogene Parameter, wie z.B. das Pflegekonzept (Bewertung als Stärke von 20% auf 36% gestiegen), die Entlassungsplanung (27% auf 43%) oder den Einbezug von Angehörigen (26% auf 33%). Seltener werden zudem die „Arbeitsstrukturen und -prozesse“ als Schwäche angegeben (31% anstatt 40%). Insgesamt entfallen 87 Prozentwerte mehr auf die Kategorie „Stärke“, 15 Prozentwerte mehr auf die Kategorie „Mittel“ und

101 Prozentwerte weniger auf die Kategorie „Schwäche“. Damit kann festgestellt werden, dass durch das Modellprojekt deutliche Verbesserungen wahrgenommen werden, jedoch von Seiten der Mitarbeiter an vielen Stellen weiterer Handlungsbedarf zur Optimierung der Demenzversorgung gesehen wird.

Bereits in der Erstbefragung wurde deutlich, dass erhebliche Umgangsprobleme mit demenzkranken Patienten den Alltag des Krankenhauspersonals prägen. Am häufigsten traten diese Probleme bei Verhaltensauffälligkeiten auf, etwa wenn Patienten unter nächtlicher Unruhe oder Orientierungsstörungen litten. Zudem häuften sich Probleme durch aggressives oder störendes Verhalten sowie durch Weglauftendenzen und durch Probleme mit Mitpatienten.

Tabelle 10: Häufigkeit von Umgangsproblemen mit Demenzkranken (Angaben in Prozent)

Umgangsprobleme	Erstbefragung (N=120)					Abschlussbefragung (N=85)				
	sehr häufig	häufig	mittel	eher weniger	selten oder nie	sehr häufig	häufig	mittel	eher weniger	selten oder nie
Probleme im Umgang (allgemein)	15,7	38,8	26,4	17,4	1,7	10,6	35,3	37,6	16,5	0,0
Tag-Nacht-Umkehr	40,0	50,8	6,7	2,5	0,0	47,1	43,5	4,7	4,7	0,0
Aggressivität	10,7	53,7	26,4	8,3	0,8	7,1	47,1	32,9	12,9	0,0
Ablehnen pflegerischer Maßnahmen	12,4	44,6	34,7	8,3	0,0	11,8	42,4	36,5	8,2	1,2
Weglauftendenz	16,7	45,8	27,5	10,0	0,0	11,8	44,7	37,6	5,9	0,0
Störendes Verhalten	17,5	49,2	25,0	8,3	0,0	17,9	50,0	25,0	7,1	0,0
Orientierungsstörungen	34,7	57,0	8,3	0,0	0,0	47,6	46,4	6,0	0,0	0,0
Probleme mit Mitpatienten	17,4	45,5	31,4	5,8	0,0	11,8	45,9	27,1	15,3	0,0
Wahn/Halluzinationen	5,9	31,9	42,0	19,3	0,8	5,9	35,3	35,3	22,4	1,2
Depressivität/Apathie	16,0	37,8	33,6	11,8	0,8	4,7	40,0	38,8	16,5	0,0

Wie aus der Abschlussbefragung hervorgeht, werden vom Personal immer noch erhebliche Umgangsprobleme festgestellt. Dabei werden diese nun für fast alle Kategorien von einem höheren Anteil an Befragten als „häufig“, denn als „sehr häufig“ beschrieben. Ausnahmen bilden die Kategorien „Tag-Nacht-Umkehr“ und „Orientierungsstörungen“, die offenbar im klinischen Alltag besonders schwierig zu meistern sind. Insgesamt ist zwar nur ein leichter Rückgang von Umgangsproblemen feststellbar, bei der offenen Frage, welche Strategien eingesetzt werden, wenn Umgangsprobleme entstehen, sind jedoch deutliche Unterschiede

zur Erstbefragung zu konstatieren (ohne Tabelle). Die überwiegende Mehrheit der Befragten konnte zum Abschluss des Projekts qualifizierte Angaben zu geeigneten Interventionen unterbreiten, darunter z.B. die Beauftragung eines Demenz-Konsils, der Einsatz validierender Techniken, der Einbezug von Angehörigen oder die Aktivierung der Fallbegleitung. Gerade die große Vielfalt an beschriebenen Verhaltensweisen spricht dafür, dass die Mitarbeiter der involvierten Abteilungen Umgangsproblemen mit Demenzkranken nicht mehr so hilflos gegenüberstehen wie noch zu Beginn des Projektes. Gleichzeitig belegt es die Notwendigkeit, weiterhin Konsile und Fallbegleitungen anzubieten, die um Falle von Umgangsproblemen eine wichtige Unterstützung bilden.

Die Arbeitsbelastung bei der Versorgung Demenzkranker wird von den Mitarbeitern der Dem-i-K-Kliniken jedoch immer noch als hoch (34%) bis sehr hoch (59%) eingeschätzt, wobei für die Belastungsausprägung im Projektverlauf sogar eine ansteigende Tendenz zu verzeichnen ist. Dies kann durch eine gestiegene Zahl Demenzkranker auf den Modellstationen ebenso erklärt werden wie durch zusätzliche Belastungen im Rahmen Projektarbeit.

Tabelle 11: Arbeitsbelastung bei der Versorgung Demenzkranker

Arbeitsbelastung	Erstbefragung		Abschlussbefragung	
	n	v.H.	n	v.H.
Sehr niedrig	1	0,9	1	2,6
Niedrig	3	2,6	0	0,0
Mittel	11	9,4	4	4,9
Hoch	53	45,3	28	34,1
Sehr hoch	49	41,9	48	58,5
Gesamt	117	100,0	80	100,0

Während die Arbeitszufriedenheit bei den meisten Befragten mit 45% zu Projektbeginn noch im Mittelmaß angesiedelt war und jeweils über 20% diese als eher niedrig bzw. als eher hoch einschätzten, haben sich diese Werte in der Tendenz weiter verschlechtert. Mittlerweile gibt der Großteil der Befragten eine mittlere bis niedrige Arbeitszufriedenheit an.

Tabelle 12: Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit	Erstbefragung		Abschlussbefragung	
	n	v.H.	n	v.H.
sehr niedrig	7	5,9	8	9,5
niedrig	29	24,4	29	34,5
mittel	54	45,4	33	39,3
hoch	26	21,8	12	14,3
sehr hoch	3	2,5	2	2,4
Gesamt	119	100,0	84	100,0

Im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit ist zu vermuten, dass diese in erster Linie von Bedingungen abhängt, die keinen unmittelbaren Bezug zum Modellprojekt aufweisen. Nimmt man die Ergebnisse der Interviews an diesem Punkt als Interpretationsbasis zu Hilfe, spricht vieles dafür, dass vor allem die im Krankenhausalltag bestehende Personalknappheit der Hintergrund für Belastungserleben und Unzufriedenheiten darstellt.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich in der Abschlussbefragung eine Reihe positiver Entwicklungen abgezeichnet haben. Dies betrifft insbesondere die Sensibilisierung für die Zahl und die Situation demenzkranker Patienten im Krankenhaus, die Kenntnis von Good-Practice-Ansätzen, den Abbau von Schwächen in der Demenzversorgung sowie die Anwendung von Strategien bei auftretenden Umgangsproblemen. Auch in der offenen Frage, was bislang durch das Projekt erreicht wurde, spiegelt sich diese Einschätzung. Die meisten Befragten sehen Entwicklungen in den Bereichen von Sensibilisierung, Bewusstsein und Haltung der Pflegekräfte und *„finden das Projekt wichtig, weil es einen Anstoß gegeben hat, sich mit der Versorgung demenzkranker Patienten auseinanderzusetzen“*⁸. Gelobt wurden insbesondere die bessere Wahrnehmung von Demenzen und Delirien, Verbesserungen in der fachärztlichen Behandlung sowie ein sicherer Umgang mit den Kranken.

Wie aus der schriftlichen Abschlussbefragung hervorgeht, benötigen die Mitarbeiter allerdings weiterhin Unterstützung, insbesondere bei Verhaltensauffälligkeiten, und es sind – auch nach Ablauf der Projektlaufzeit – noch weitere Anstrengungen auf dem Weg zum demenzfreundlichen Krankenhaus notwendig, wie z.B. bei der nächtlichen Versorgung der demenzkranken Patienten, für die immer noch keine adäquaten Lösungen gefunden werden konnten. Probleme wurden in den offenen Fragen im Zeitmangel gesehen, der häufig verhindere, sinnvolle Strategien umzusetzen. Zudem müsse überlegt werden, wie die Qualifizie-

⁸ Zitate aus Interviews werden im Text kursiv gekennzeichnet.

ungsmaßnahmen auf die gesamten Kliniken ausgeweitet werden können. Schließlich äußerten die Befragten den Wunsch, die bauliche Struktur der Kliniken zu verbessern sowie eine stärkere Kooperation mit den Angehörigen und mit anderen Prozessverantwortlichen in der nachklinischen Versorgung zu organisieren. Die Vorschläge zu Weiterentwicklungspotentialen des Projektes waren auch ein Thema der qualitativen Analyse, deren Ergebnisse in den folgenden Kapiteln dargestellt werden.

4.2 Eingangsinterviews und Workshops

Neben der Konkretisierung von Problemen und Hindernissen der Dem-i-K-Häuser auf dem Weg zu demenzfreundlichen Krankenhäusern hatte der qualitative Teil der Empirie zu Projektbeginn auch das Ziel, die gemeinsame Reflexion über das Thema Demenz zu fördern und die Sensibilisierung weiter voranzutreiben. Einbezogen waren in erster Linie Pflegekräfte sowie Ärzte der involvierten Projektstationen.

Ergebnisse der Interviews und Workshops mit Pflegekräften

Die folgende Darstellung beruht auf Workshops in drei Kliniken und einem Gruppeninterview mit Stationsleitungen in einer Klinik. In den Workshops wurde unter der Leitfrage „Warum misslingt die Versorgung Demenzkranker in der Klinik?“ eine Kartenabfrage durchgeführt, deren Ergebnisse anschließend diskutiert wurden. Die Antworten der Teilnehmer bewegten sich auf drei Ebenen, wobei die Gewichtung der Ebenen je nach Haus teilweise unterschiedlich ausfiel.

Übergeordnete Ebene: Am häufigsten wurde genannt, dass für die aufwendigere Zuwendung für Patienten mit der Nebendiagnose Demenz zu wenig Zeit eingebracht werden könne. Der Zeitmangel führe zu einer Überlastung des Personals und zu einer großen Hektik im Pflegealltag. Einige Teilnehmer führen die sich verschärfende Personalknappheit auf eine mangelnde gesellschaftliche Wertschätzung der Pflegearbeit zurück. Es müsse ein Umdenken in der Bevölkerung erfolgen. Derzeit seien die meisten Menschen noch kaum über Demenz informiert, dadurch bestehe keine Lobby für Demenzkranke, und es würde kein Druck in Richtung der notwendigen Veränderungen erzeugt.

Betriebliche Strukturen und Prozesse: Auf der betrieblichen Ebene wurden die Themenbereiche Bau/Milieu, Personal sowie Arbeitsabläufe thematisiert. Im Hinblick auf die räumlich-sachliche Ausstattung wurde beklagt, dass zu wenig orientierungsfördernde Maßnahmen ergriffen werden. Dabei stellten die Pflegekräfte fest, dass in diesem Bereich auch mit begrenzten Mitteln viel zu erreichen sei, aber häufig das Bewusstsein fehle, um die Notwendig-

keit der Maßnahmen, z.B. farbige Toilettenbrillen, zu erkennen. Es gebe zudem zu viele Ausgänge und keine Beschäftigungsräume.

Viele Nennungen entfielen auf den Bereich Personal. Am häufigsten wurde genannt, dass es dem Personal an Hintergrundwissen über Demenz fehle. Das führe oft zu Unsicherheiten z.B. über eine geeignete Medikation. *„Gerade ältere Patienten kommen häufig mit einer schlechten medikamentösen Einstellung. Sie nehmen viele verschiedene Präparate aus dem psychiatrischen Bereich. Und dann wird wild ausprobiert, weil das Hintergrundwissen nicht da ist.“* Zur Unterstützung wünschten sich die Teilnehmer leicht handhabbare Instrumente für den Praxisgebrauch, wie z.B. eine Checkliste für Medikamente, die man bei Demenz oder Delir nicht einsetzen sollte. Zudem wurde ein Behandlungspfad als hilfreich eingeschätzt, der Orientierungshilfe vor allem im Falle einer Erstdiagnose Demenz bieten könnte. Die Teilnehmer berichteten von häufig auftretenden Problemen im Umgang mit demenzkranken Patienten, die vor allem bei Verhaltensauffälligkeiten, wie Aggressivität oder Unruhe, auftreten.

Ebenso wurden wiederholt unterschiedliche Probleme auf der Ebene der Arbeitsorganisation benannt. So sei die Aufgabenvielfalt für die Krankenhauspflegekräfte mittlerweile erdrückend, und es gehe sehr viel Zeit durch Dokumentationsarbeiten verloren. Die Befragten in den Häusern sahen unterschiedlich viele Spielräume für entlastende Arbeitsstrukturen. Während es z.B. in einem Haus kritisch gesehen wurde, wenn zunehmend Hilfskräfte für bestimmte Aufgaben eingesetzt würden und dadurch möglicherweise langfristig die Rolle der Fachpflege gefährdet sei, bewerteten Pflegekräfte in anderen Häusern den Einsatz von Hilfskräften als durchaus positiv, wenn dadurch Zeitpuffer geschaffen würden. So könnten lästige Störungen im Arbeitsablauf, die etwa durch Patiententransporte entstehen, auf diese Weise abgebaut werden. Insgesamt seien die Arbeitsabläufe zu fachspezifisch ausgerichtet. Es fehle dadurch der ganzheitliche Blick auf die Bedürfnisse der Kranken.

Auch die interne Kommunikation über Demenzkranke sowie die Kommunikation an den Schnittstellen müsse verbessert werden, damit alle Berufsgruppen und Abteilungen an einem Strang ziehen können (*„sonst arbeitet der eine validierend und der andere realitätsorientierend“*). Insbesondere die Kooperation zwischen Pflegekräften und Ärzten, die durch tradiertes Hierarchiedenken geprägt sei, müsse zur Etablierung einer interdisziplinären Arbeitsweise vorgebracht werden. Für den berufsgruppenübergreifenden Dialog fehle es derzeit noch an Strukturen und teilweise am notwendigen Respekt der Ärzte vor den Pflegekräften.

Auch der mangelnde Informationstransfer wurde in diesem Zusammenhang kritisiert. Bei der Aufnahme würden z.B. nicht die erforderlichen Informationen eingeholt. Die entsprechenden Instrumente seien nicht demenzsensibel ausgerichtet. *„Gerade in Notfällen drängt die Zeit,*

und es muss alles hoppla-hopp gehen.“ Des Weiteren wird es als erforderlich gesehen, die Kooperation mit den vor- und nachstationären Versorgern zu verbessern, wie z.B. den niedergelassenen Haus- und Fachärzten und den Pflegeeinrichtungen. Ein besonderes Gewicht wurde in diesem Zusammenhang den Angehörigen beigemessen. Die Pflegekräfte berichteten von Situationen, in denen die Angehörigen der demenzkranken Patienten mit ihrem erhöhten Beratungsbedarf zu einer zusätzlichen Belastung im Pflegealltag werden können. *„Viele haben auch ein ausgeprägtes Anspruchsdenken und wollen ihre eigene Überforderung an uns ablassen.“* In allen Häusern wurde diskutiert, auf welche Weise die Angehörigen von der teilweise empfundenen Zusatzbelastung zu einer Ressource werden könnten.

Individuelle Ebene: Nicht selten wurden Fragen der individuellen Haltung thematisiert. Eine Barriere für die Umsetzung demenzsensibler Konzepte sei oft die mangelnde Motivation und das fehlende Interesse der Beschäftigten. Man gehe nicht auf die demenzkranken Patienten ein, sondern gebe lieber ein sedierendes Medikament. Denn die Demenz werde nur als Nebendiagnose bewertet, der man keine Aufmerksamkeit beimessen müsse. So würden die Ärzte allzu oft anordnen, Demenzkranke zur engmaschigen Kontrolle der Vitalfunktionen an Monitore anzuschließen. Was eine solche faktische Fixierung für die Kranken bedeute, würde nicht reflektiert. Insgesamt sahen die Pflegekräfte durch das Modellprojekt eine Chance, *„das Menschliche als Priorität in die Maschinerie Krankenhaus zurückzuholen“*, was nicht nur den Demenzkranken, sondern auch allen anderen Patienten und den Mitarbeitern zugute kommen würde.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass vom Pflegepersonal zu Projektbeginn ein großer Handlungsbedarf konstatiert wurde. Neben der allgemeinen Zeitnot, die meist als größtes Hindernis für den Aufbau demenzgerechter Arbeitsweisen bewertet wurde, wurden vor allem die Wissensdefizite der Beschäftigten diskutiert und die Frage, wie man die in den Schwerpunktabteilungen durchzuführenden Fortbildungen auf die gesamte Klinik ausweiten könnte. Einen großen Diskussionsraum nahmen auch Probleme mit den nicht an Demenz ausgerichteten Arbeitsabläufen ein. In diesem Zusammenhang äußerten die Workshop-Teilnehmer als wichtigstes Anliegen, die Arbeitsstruktur interdisziplinär auszurichten, da sich die Probleme von Demenzkranken nicht an Berufsgrenzen orientieren. Zudem stellte sich die Schnittstelle zu den Angehörigen als Handlungsfeld heraus.

Ergebnisse der Eingangsgespräche mit Ärzten

Die Interviews zur Bestandsaufnahme bezogen sich auf die vier somatischen Kliniken. Es wurden sowohl Chefarzte, Oberärzte als auch Stationsärzte befragt. Zu Projektbeginn konnte

eine unterschiedlich stark ausgeprägte Wahrnehmung des Handlungsbedarfs konstatiert werden:

Ein Teil der Ärzte negierte einen ausgeprägten Handlungsbedarf auf der medizinischen Seite des Projekts. Die Probleme bestünden in den schlechten Rahmenbedingungen und im Arbeitstempo, das durch das DRG-System entstanden sei. *„Durch die Personalknappheit entsteht der Reflex Sedativa.“* Das Projekt habe auf diese Fakten keinen Einfluss. Zudem seien die Behandlungsmöglichkeiten bei Demenz ohnehin sehr eingeschränkt.

Andere sahen zwar einen Handlungsbedarf, dieser bestehe jedoch in erster Linie darin, die Ärzte von den aufwendigen Demenzpatienten zu entlasten. Denn diese sprengten den finanziellen Rahmen und führten letztendlich zu einer Überlastung des Personals. Eine eigene Wissenserweiterung halte man aber nicht unbedingt für erforderlich. Um die richtigen Schritte selbst zu tun, fehle es an dem spezifischen Fachwissen, aber auch an der dafür notwendigen Zeit.

Der größere Teil der interviewten Ärzte hingegen berichtete von einer relevanten Zahl demenzkranker Patienten und von erheblichen Problemen in der Versorgung. Im Einzelnen wurden folgende Handlungsbedarfe beschrieben:

- Es treten Unsicherheiten in der Medikation auf. Wie auch schon die Pflegekräfte berichtet hatten, kommen offenbar viele ältere Patienten mit Polypharmazie in das Akutkrankenhaus. Für die Optimierung der medikamentösen Einstellung fehlen die Zeit und die disziplinübergreifende Fachlichkeit.
- Wichtig sei für alle Berufsgruppen, die Demenzkranken besser zu verstehen. Derzeit komme es durch Widerstände der Patienten sehr häufig zu Problemen und Komplikationen in der Stationsroutine. Andererseits wurde beklagt, dass die Demenz in der Alltagshektik häufig untergehe und dadurch kein angemessenes Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten möglich sei.
- Besondere Probleme wurden in der Nachtversorgung konstatiert, in der häufig ein Arzt und eine Pflegekraft für eine große Zahl an Patienten zuständig sind. *„Dann ist man alleine und muss überall gleichzeitig sein, in der Notaufnahme, auf Intensiv und dann hat man noch einen demenzkranken Patienten, mit dem man sich intensiver befassen müsste. Dann kann man sich oft nur entscheiden, ein Sedativum zu geben, denn das Problem muss in zehn Minuten gelöst sein. Dem Patient wird man so nicht gerecht, aber es geht darum, dass der ruhig im Bett liegt, nicht stört, nicht stürzt und nicht zu anderen ins Zimmer läuft.“*

- Fast alle Befragten kritisierten einen mangelnden Informationstransfer. So sei bei der Aufnahme häufig gar nicht herauszufinden, welche Medikamente ein Patient einnehme: *„Welches Medikament nehmen Sie denn? – Die sind rot.“* Aber auch der Informationstransfer bei der Entlassung der Patienten sei nicht überzeugend geregelt. *„Es kommen viele ältere alleinstehende Frauen, deren Selbständigkeit nach einem Unfall eingeschränkt ist. Und wie sollen die nach einem Krankenhausaufenthalt zu Hause weiter versorgt werden?“* Hier forderten die Ärzte eine stärkere Einbindung der Sozialdienste und schlugen eine Kooperation mit den Pflegestützpunkten vor.
- Neben Behandlung und Pflege müsse auch die Betreuung der Demenzkranken verbessert werden. Dazu wurde vereinzelt angeregt, Beschäftigungsangebote aufzubauen.
- Einige Ärzte wünschen sich zudem, dass in der vorklinischen Phase geprüft wird, ob ein Krankenhausaufenthalt bei bekannter Demenz durch ambulante Maßnahmen zu umgehen ist. Vor dem Hintergrund der Risiken eines Krankenhausaufenthaltes sei abzuwägen, ob alle medizinisch möglichen Schritte sinnvoll seien oder ob die Lebensqualität eines Demenzkranken dadurch unter Umständen gefährdet werde.
- Im Hinblick auf Delirien wurde ein Informationsdefizit beklagt. Die Defizite beziehen sich wie dargestellt auf das Erkennen deliranter Zustände, auf Behandlungsoptionen sowie auf damit in Zusammenhang stehende juristische Fragen wie Fixierungen.

Von der überwiegenden Mehrheit der befragten Ärzte wurde demnach ein Handlungsbedarf im Hinblick auf die Versorgung demenzkranker Patienten konstatiert, wenn auch nicht immer ein eigener Wissensaufbau damit in Verbindung gebracht wurde. Die Wünsche an das Projekt bezogen sich in erster Linie auf eine Optimierung der medikamentösen Behandlung, auf die Reduzierung von Komplikationen sowie auf Impulse für einen besseren Informationstransfer. Dennoch bleibt festzuhalten, dass zu Projektbeginn das Interesse der Ärzte am Thema Demenz nicht immer vorausgesetzt werden konnte. *„Demenz ist für meine Kollegen ein störendes Begleitphänomen.“*

4.3 Abschließende Interviews und Workshops

Die folgende Darstellung ergänzt die in Kapitel 4.1 ausgeführten Ergebnisse der schriftlichen Mitarbeiterbefragung zum Abschluss des Projektes. Neben den abschließenden Workshops mit den in das Projekt involvierten Pflegekräften liegen Ergebnisse aus Interviews mit den Mitarbeitern des KL-Dienstes, Stationsärzten und Stationsleitungen sowie weiteren Projektverantwortlichen und Mitgliedern der Pflegedirektion vor.

Die Ergebnisse der mündlichen Befragungen bestätigen und präzisieren die Befunde der schriftlichen Mitarbeiterbefragung. In allen an Dem-i-K beteiligten Abteilungen hat sich die Haltung zu demenzkranken Patienten verbessert, und es hat sich ein Problembewusstsein etabliert.

In welchem Ausmaß – aufbauend auf diesem Problembewusstsein – weitere Schritte zu einer demenzsensiblen Ausrichtung umgesetzt wurden, scheint jedoch zwischen den einzelnen Häusern zu variieren. Dabei beeinflussen neben der Bereitstellung von Ressourcen auch hausinterne Rahmenbedingungen den Projektfortschritt (vgl. Kap. 5.1). Aus diesem Grund werden die folgenden Ausführungen entlang der einzelnen Kliniken dargestellt:

Klinik A hat für das Projekt die meisten Ressourcen bereitgestellt. Dies betrifft die Anzahl der in den drei Stationen im Demenzthema geschulten Mitarbeiter ebenso wie die Frequenz der Fallbegleitung, die dort einmal wöchentlich für vier Stunden eingesetzt wird. Zudem hat die Pflegedirektion die Umsetzung demenzsensibler Arbeitsweisen zu einem Schwerpunkt erklärt und kümmert sich persönlich darum, *„den Prozess am Laufen zu halten“*. Die Stationsleitungen berichten, dass vor allem die Pflegekräfte *„ein anderes Auge auf demenzkranke Patienten haben“*. Von großer Bedeutung ist jedoch, dass die Mitarbeiter selbst aktiver Strategien einsetzen, um die Versorgung Demenzkranker zu verbessern. Dies betrifft zum einen den eigenen Umgang mit den Kranken, der nun besser gelingt. Die Pflegekräfte haben die Scheu verloren, auf demenzkranke Patienten zuzugehen. *„Man kann aufgeregte Patienten jetzt besser beruhigen“*; *„bei den meisten klappt die Validation schon hervorragend, andere müssen weiter üben.“* Bei Unsicherheiten hilft man sich gegenseitig im Team.

Zum anderen werden auch in den Prozessen nun kleinere Maßnahmen ergriffen, die für die Patienten aber einen hohen Wert haben können. *„Wir legen nun rote Servietten unter die weißen Teller, damit die Patienten das Essen erkennen können. Wir versuchen Hilfen zur Orientierung zu geben und die Patienten möglichst nicht zu verlegen. Auch ein schnelles Durchschleusen wird versucht und auf Untersuchungen verzichtet, die nicht unbedingt im Krankenhaus gemacht werden müssen. Alle paar Stunden schauen wir, ob ein Toilettengang nötig ist, und wir achten auf Hinweise von Unruhe. Das muss man alles wissen!“* Zudem wurde die Anamnese in der Pflegedokumentation umgestellt: die Pflegekräfte erfassen das *„Lebensthema“* des demenzkranken Patienten, um den Zugang zu vereinfachen.

Auch die Ärzte haben den Blick auf demenzkranke Patienten verändert. Das Konsiliarsystem wird begrüßt und Konsilvorschläge der Pflege werden selbstverständlich umgesetzt (*„es gibt kein Gemecker mehr“*). Die Ärzte schlagen sogar selbst Konsile vor, in Einzelfällen begleiten sie den KL-Arzt zum Patienten und lassen sich die Empfehlungen zur Medikation erklären. Als großer Fortschritt für den reibungslosen Prozess der Beantragung von Konsilen wird der

in der Abschlussphase des Projekts entwickelte Dem-i-K-Konsilschein bewertet (vgl. Materialband). *„Das ist ein echter Fortschritt. Jetzt kann man das einfacher ausfüllen.“*

Die Mitarbeiter der Klinik A sind zufrieden mit der Projektentwicklung. *„Man profitiert nicht nur beruflich, sondern auch persönlich.“* Als Vorteil wird auch gesehen, dass Beschwerden von Angehörigen, die früher im Hinblick auf die Versorgung demenzkranker Patienten häufiger waren, nun sehr selten geworden sind. *„Man muss mit den Angehörigen reden und ihnen einiges erklären, z.B. wenn wir bemüht sind, einen Patienten schnell wieder zu entlassen.“* Trotz der positiven Bilanz wird an verschiedenen Stellen weiter ein Handlungsbedarf gesehen. Dies betrifft in erster Linie die zunehmende Ökonomisierung und den daraus resultierenden Zeitdruck im Arbeitsalltag. *„Man hat zu wenig Zeit für das, was auf uns zugekommen ist in den Krankenhäusern. Immer mehr ältere Patienten, immer kürzere Liegezeiten.“* *„Durch den Personalmangel kann man das neue Wissen nicht so gut einsetzen. Dann ist man selbst unzufrieden. Gestern war ich z.B. allein für 15 Patienten zuständig. Da muss man zuerst gucken, dass niemand zu Schaden kommt. Das setzt Grenzen für unser Konzept.“* Weitere Wünsche der Mitarbeiter beziehen sich auf die Schaffung eines Beschäftigungsraums, auf die Erarbeitung eines Angebots für nächtlich unruhige Patienten sowie auf eine schnellere Abarbeitung von Konsilanfragen.

Die Pflegedirektion hat zur Konsolidierung und Ausweitung von Dem-i-K nach Projektende Strukturentscheidungen getroffen. Regelmäßig zweimal in der Woche ist die KL-Pflegefachkraft zukünftig in Klinik A, um Fallbegleitungen im ganzen Haus durchzuführen und nach und nach allen Pflegekräften ein Basiswissen über Demenz zu vermitteln. Nachdem das Interesse der Ärzteschaft zu Beginn des Projekts zurückhaltend ausfiel, fordern nun Chefärzte anderer Abteilungen ein, in Dem-i-K involviert zu werden.

In Klinik B wurde ebenso wie in A in mehreren Abteilungen mit Dem-i-K begonnen. Allerdings wurden hier pro Abteilung weniger Pflegekräfte geschult und aufgrund personellen Wechsels steht ein Teil dieser Kräfte den Stationen nicht mehr zur Verfügung. In der Konsequenz arbeiten in einer der involvierten Abteilungen keine und in den anderen beiden nur noch zwei geschulte Kräfte. Von Seiten der Pflegekräfte wird dies als eine zu geringe Durchdringung bewertet. *„Das reicht nicht. Schon allein wegen der verschiedenen Schichten und dem Ausfall durch Krankheit oder Urlaub.“* Für das in Klinik B zunächst angedachte Multiplikatorensystem, in dem die geschulten Pflegekräfte den Kollegen ihr Wissen vermitteln sollten, fühlen sich diese nicht fundiert genug informiert. *„Man kann mich schon ansprechen, aber als Multiplikator, da fühle ich mich überfordert.“* Auch die Fallbegleitung fand in Klinik B deutlich seltener statt, sodass sich die meisten Pflegekräfte immer noch unsicher im Umgang mit demenzkranken Patienten fühlen. *„Es wird nicht validiert, dafür haben wir zu wenig Erfahrung.“*

Daraus kann abgeleitet werden, dass Fallbegleitungen so regelmäßig stattfinden sollten, dass sie in die Routine des Stationsalltags Eingang finden können. *„Einmal im Monat ist eine zu niedrige Frequenz, um eine Wirkung zu erzielen. Sonst gerät das Thema in Vergessenheit.“*

Durch die geringe Durchdringung ist es auch nicht gelungen, das Problembewusstsein der somatischen Ärzte in größerem Ausmaß zu verbessern. Die demenzbezogene Kooperation zwischen den Pflegekräften und den Stationsärzten laufe schleppend, über die Genehmigung von Konsilen, die in Klinik B kompetent aus der eigenen neurologischen Fachklinik abgerufen werden können, müsse immer noch mühsam verhandelt werden.

Dennoch hat sich das Projekt positiv auf die Haltung der Pflegekräfte zu demenzkranken Patienten ausgewirkt. *„Das ist die wichtigste Veränderung durch das Projekt: Man ist sensibilisiert für demenzkranke Patienten, und es gibt ein gewisses Hintergrundwissen. Auch die Unsicherheit ist nicht mehr so groß.“* Im Hinblick auf veränderte Strukturen und Prozesse sind insbesondere in der neurologischen Abteilung einige Veränderungen feststellbar. So wurde z.B. eine Markierung auf dem Fußboden des Ausgangs angebracht, die das Weglaufen demenzkranker Patienten eingeschränkt hat. Zudem besteht nach einer Fortbildung des Küchenpersonals mittlerweile die Möglichkeit, in der Küche „Demenzkost“ anzufordern. Die auf dem Prinzip „Fingerfood“ zusammengestellten Teller regen das selbständige Essen der Patienten an und sorgen für eine bessere Akzeptanz der Nahrungsaufnahme.

Um das Projekt nach dem offiziellen Abschluss zu beleben, wurde eine qualifizierte Mitarbeiterin mit einem festen Stellenanteil freigestellt, um zunächst das Konzept für einen „Demenzkonsildienst“ zu erarbeiten. Dieser Dienst soll an die neu entstandene Abteilung für Geriatrie angebunden sein und die Elemente Schulung und Konsile umfassen.

Jeweils nur eine Abteilung war in den Kliniken C und D in das Projekt involviert. In C handelte es sich um eine Innere Abteilung, in der acht Personen geschult wurden, die den Stationen jedoch aufgrund personellen Wechsels nicht mehr in Gänze zur Verfügung stehen. Das Projekt wurde in C durch verschiedene Krisen beeinträchtigt, die durch den mehrfachen Ausfall von Projektzuständigen auf der pflegerischen und ärztlichen Seite ausgelöst wurden (vgl. Kap. 5.1). Der „Durchbruch“ vollzog sich durch die Einrichtung eines „Demenzcafés“, in dem demenzkranke Patienten zunächst durch geschulte Grüne Damen betreut wurden. Nachdem sich herausgestellt hatte, dass dies kein geeigneter Arbeitsansatz war, wird das Cafe nun durch eine Alltagsbegleiterin in Kooperation mit einer Pflegekraft und der Physiotherapie betrieben.

Das Café hat sich in vielerlei Hinsicht bewährt. *„Es ist viel leichter mit den Demenzkranken in der Gruppe. Auch die ruhigen Demenzpatienten kann man jetzt besser motivieren. Auch beim Essen hat man im Café eine bessere Kontrolle.“* Nach den Aussagen der Mitarbeiter werden demenzkranke Patienten nun leichter erkannt und der Umgang mit ihnen und den Angehörigen hat sich verbessert.

Für den Erfolg des Projekts war die Positionierung der Leitung und der sichtbare Ressourceneinsatz durch die Ausstattung des Cafés und durch die Beschäftigung einer Alltagsbegleiterin von ausschlaggebender Relevanz. Bereits in der Abschlussphase des Projekts wurde zudem begonnen, Pflegekräfte anderer Stationen sowie Physiotherapeuten zu schulen. *„Vorher mussten sich die Mitarbeiter rechtfertigen, wenn sie Zeit im Café verbracht haben, jetzt haben sie den Rückhalt und werden wertgeschätzt.“*

Der Bedarf, demenzsensible Strukturen aufzubauen, wird vom Personal mittlerweile erkannt, auch wenn noch nicht alle überzeugt werden konnten. Nach dem offiziellen Projektende will man nun auf der Ebene von Arbeitsstrukturen und -prozessen einige Umstrukturierungen angehen. Eine Fallbegleitung durch die KL-Pflegefachkraft wünscht man sich einmal im Monat weiterzuführen, um das Wissen kontinuierlich aufzufrischen.

In Klinik D wurden 13 Mitarbeiter einer unfallchirurgischen Station geschult. Die Pflegekräfte ziehen ein positives Fazit des Projekts: *„Die Pflegekräfte haben viel dazugelernt und es gibt in vielen Bereichen kleine Verbesserungen.“* Genannt werden z.B. eine demenzsensiblere Anamnese und Entlassungsplanung sowie ein entspannterer Umgang mit den Patienten. Große Fortschritte wurden auch in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen erzielt, mit denen zu Beginn des Projekts noch sehr häufig Konflikte auftraten. Denn Angehörige waren immer wieder schockiert, wenn im Rahmen der Operationen plötzliche und gravierende Verwirrheitszustände, so genannte Delirien, auftraten und machten dies dem Personal zum Vorwurf. Im Rahmen des Projekts wurde eine Angehörigeninformation zum Delir entwickelt und eine Angehörigengruppe eingerichtet. Zudem ist das Personal nun in der Lage, den Angehörigen die Veränderungen besser zu erläutern, und die Konflikte haben sich erheblich reduziert.

Immer noch Handlungsbedarf sehen die Pflegekräfte im Problembewusstsein der Chirurgen. Es bestehe noch kein ausreichendes Wissen über geeignete medikamentöse Strategien und das Interesse, sich mit Demenz zu beschäftigen, sei zu schwach ausgeprägt. Dennoch werden Fortschritte in der demenzbezogenen Zusammenarbeit mit den Ärzten gesehen. *„Jetzt braucht es nur noch einen Anruf der Pflege, und dann hab ich meine Unterschrift auf dem Konsil.“*

Ein dringender Wunsch der Pflegekräfte bezieht sich auf die Einrichtung eines Beschäftigungsraums für die demenzkranken Patienten sowie auf die Entwicklung eines Konzepts für die personelle Besetzung eines solchen Cafés. Inwieweit solche Verbesserungen erfolgen können, ist zum Abschluss des Projekts noch unklar. Es bestehen Überlegungen, inwieweit die Einrichtung einer interdisziplinären Abteilung aus Geriatrie und Unfallchirurgie eine geeignete Struktur für weitere Maßnahmen darstellen könnte. Zunächst hat man sich entschieden, Schulungsmaßnahmen für weitere Pflegekräfte des Hauses durchzuführen, mit denen bereits vor dem offiziellen Abschluss des Projekts begonnen wurde.

Die abschließenden Interviews und Workshops ergeben ein sehr unterschiedliches Bild des erreichten Umsetzungserfolges von Dem-i-K. Ohne Zweifel lässt sich ableiten, dass der Ressourceneinsatz ein entscheidendes Kriterium ist, wenn es um die Umsetzung demenzsensibler Konzepte geht. Eine kritische Schwelle von zunächst acht geschulten Mitarbeitern pro Abteilung sollte möglichst nicht unterschritten werden. Zudem hat es sich bewährt, eine wöchentliche Fallbegleitung durchzuführen, damit das Thema auf den Stationen präsent bleibt.

An welchen Stellschrauben die Kliniken beginnen, Strukturen und Prozesse zu verbessern, liegt letztlich an den vorhandenen Vorbedingungen. Für manche hat es sich bewährt, dem Thema Demenz mit der Errichtung von Räumlichkeiten einen sichtbaren Platz zu geben, andere kamen voran, indem sie gezielter auf ein wesentliches Problem – die Beschwerden von Angehörigen – mit mehreren Maßnahmen reagiert haben. Unabhängig davon scheinen Demenzkonzepte nur mit Rückendeckung der Leitung zu funktionieren, denn die Mitarbeiter nehmen viele Belastungen in Kauf, wenn sie sich auf den Weg in eine demenzsensible Arbeitsweise machen. Dies muss mit der erforderlichen Hartnäckigkeit und Konstanz vorangetrieben werden sowie mit Wertschätzung und Unterstützung verbunden sein.

5. Ergebnisse der Struktur- und Prozessanalyse

In den folgenden Kapiteln wird zunächst rekapituliert, wie sich der Projektfortschritt entwickelt hat und welche Implementationsprobleme im Projektverlauf auftraten. Basis der Aussagen bilden in erster Linie die in der Anfangsphase und im Rahmen einer Zwischenbilanz Ende 2012 geführten Interviews mit den Vertretern des KL-Dienstes sowie mit dem Krankenhauspersonal.

Nach einer Darstellung der Ergebnisse von Reflexionsworkshops in der Abschlussphase des Projekts werden die wichtigsten Projektbausteine Fortbildungen, Fallbegleitung und Konsile beschrieben, wobei hierzu neben den Interviews Ergebnisse der Leistungs- und Arbeitszeiterfassung sowie der Evaluation der Fortbildungen einbezogen werden.

5.1 Implementationsprobleme und Anpassungen der Konzeption im Projektverlauf

Die Umsetzung des Konsiliar- und Liaisonkonzeptes sollte in der ursprünglichen Planung in zwei Varianten erprobt werden:

- Klinik D plante, unter Nutzung der eigenen Ressourcen aus der angebundenen geriatrischen Klinik einen trägerinternen KL-Dienst aufzubauen. Die modellhaften Leistungen sollten sich auf die Gruppe der delirgefährdeten und demenzkranken Sturzpatienten im Bereich der Unfallchirurgie konzentrieren.
- Die Fachklinik E strebte eine trägerübergreifende Konsiliar- und Liaisonseinheit an, die in den katholischen Krankenhäusern A, B und C behandelnd und beratend tätig werden sollte.

Im Projektverlauf wurde die ursprüngliche Planung in mehrfacher Hinsicht angepasst. So wurde bereits in der Anlaufphase beschlossen, dass die Fortbildung der Pflegekräfte für alle Häuser zentral von der Fachklinik E übernommen wird. So konnte sichergestellt werden, dass alle in das Projekt involvierten Pflegekräfte auf einer einheitlichen Wissensbasis agieren. Nach den Schulungen, die in jeweils festen Gruppen durchgeführt wurden, erschien es auch in Klinik D sinnvoll, die Fallbegleitung zur Festigung des Erlernten in bewährten Strukturen vorzunehmen. In allen Dem-i-K-Häusern wird nun im Bereich der pflegerischen Aufgaben des KL-Dienstes mit einem trägerübergreifenden Ansatz gearbeitet.

Eine umgekehrte Entwicklung hat sich im Bereich der medizinischen Aufgaben vollzogen. Mittlerweile wird nur noch in Klinik A mit dem trägerübergreifenden Konzept gearbeitet, indem ein Facharzt der Klinik E auf Abruf für Konsile bereitsteht. In Klinik B wurden nach einer

Neubesetzung der Chefarztposition der Neurologie eigene Kompetenzen aufgebaut. Nach einer Phase der parallelen Durchführung von Konsilen, die mit Abstimmungs- und Schnittstellenproblemen einherging, wurde das System auf „hausintern“ umgestellt. Ebenso wurde in Klinik C vorgegangen, nachdem der ehemalige KL-Arzt aus Fachklinik E in die verantwortliche Position der hauseigenen Neurologie gewechselt hatte.

Auf diesem Wege wurden bereits zur Mitte des Projekts, insbesondere für den Bereich der Pflegekräfte, erhebliche Projektfortschritte erzielt. *„Wir haben unglaublich viel erreicht: Die Pflegekräfte haben nun ein Bewusstsein dafür, dass es sich um eine chronische Erkrankung handelt, auf die man mit einem spezifischen Setting und mit geeigneten Handlungsstrategien reagieren muss.“* *„Die Mitarbeiter haben ihren Blick auf Demenz gerichtet und es wird nach nicht pharmakologischen Lösungen gesucht.“* Wie aus dem Zitat hervorgeht, hatte zu diesem Zeitpunkt der Wissensaufbau beim Personal bereits zu einer veränderten Haltung geführt: Es ging nicht mehr in erster Linie darum, Demenzkranke als Störenfriede zu kategorisieren und sie durch fragwürdige Maßnahmen, wie Sedierungen, an das Krankenhaussystem anpassen zu wollen. Die Mitarbeiter waren vielmehr bemüht, auf die Bedürfnisse der Kranken einzugehen und nach angemessenen Lösungen, wie z.B. validierende Ansprache oder Einbezug der Angehörigen, zu suchen.

Die Pflegekräfte fanden Ansatzpunkte, anders mit den Demenzkranken umzugehen, den Tagesablauf zu strukturieren oder einen persönlichen Zugang zu finden. Das Ausprobieren eines anderen Umgangs mit den Patienten brachte Erfolge, die die Pflegekräfte ermutigten und auf ihrem Weg bestärkten. *„Es ist tatsächlich möglich, Widerstände zu reduzieren und die Behandlung weitgehend ohne Störungen durchzuführen. Ich hätte nicht gedacht, dass das wirklich funktioniert.“* *„Ich bin jetzt viel ruhiger, weil ich weiß, wie ich reagieren kann.“*

Durch die Schulungen und die kontinuierliche Fallbegleitung konnten jedoch nicht alle Probleme gelöst werden, die den Umgang mit demenzkranken Patienten in Akutkliniken erschweren. Denn anders als für die Pflegekräfte berichtet, war die Umsetzung des Projektes auf der Seite der ärztlichen Mitarbeiter der Kliniken von diversen Umsetzungsproblemen gekennzeichnet, die den Projektfortschritt verzögert haben. Dabei handelte es sich einerseits um typische Probleme, die auch anderen Modellprojekten in Deutschland Mühe bereiten. Andererseits sind im Projektverlauf diverse, nicht absehbare Komplikationen aufgetreten:

So musste in der ersten Projektphase ein erheblicher personeller Wechsel auf der Seite der ärztlichen Führungskräfte verkräftet werden. Sowohl in Klinik D als auch in B und C wechselten die ärztlichen Leitungskräfte der für das Projekt relevanten Abteilungen Neurologie bzw. Geriatrie. In C verstarb zudem der für das Projekt verantwortliche Qualitätsbeauftragte und ein entscheidender Akteur, der KL-Arzt aus E, hatte eine längere Krankheitsphase und

wechselte anschließend aus persönlichen Gründen in das Krankenhaus C, wo er seither die Konsile intern durchführt. Es liegt auf der Hand, dass die Vakanzen und die Einarbeitung der neuen Stelleninhaber zu einem erheblichen Zeitverzug geführt haben.

Wie aus den Interviews hervorgeht, kamen Probleme mit der Haltung der somatischen Ärzte gegenüber Demenzkranken erschwerend hinzu, die auch in bundesweiten Studien als Barriere für eine reibungslose Umsetzung von Demenzprojekten ermittelt wurden. So wurde die Demenz häufig nicht als behandlungsbedürftige Erkrankung anerkannt und der therapeutische Nutzen einer Diagnose nicht gesehen. *„Man kann bei dieser Krankheit eben nicht mehr viel machen. Wenn ein Feuer abgebrannt ist, dann bleibt eben nur noch die Asche und die bringt auch ein Konsiliararzt nicht mehr zum Lodern.“* Bei den auf Heilung fokussierten Akutmedizinerinnen war weniger im Blick, dass auch die Vermeidung von Komplikationen im Laufe eines Krankenhausaufenthaltes ein wichtiges therapeutisches Ziel sein kann. Hinzu kam, dass es wenige Vorstellungen darüber gab, dass durchaus wirksame pharmakologische und nicht-medikamentöse Interventionen zur Verfügung stehen, um den Krankenhausaufenthalt eines Demenzkranken positiv zu gestalten. Allerdings – und das erfordert ein Umdenken – sind diese Maßnahmen stets individuell zu ermitteln und einzusetzen. *„Die ärztlichen Kollegen wollen knappe Rezepte, wie man einen Demenzkranken in die Abläufe einpassen kann. Es gibt aber keinen Trick für Führbarkeit.“*

Ein weiteres Problem der Haltung bestand in der Tatsache, dass die somatischen Ärzte die Berücksichtigung der Nebendiagnose Demenz häufig als nicht zu ihrem Verantwortungsbe- reich zählendes Problem definieren. Wie bereits in der Bestandsaufnahme dargestellt, bestand zwar ein Bedürfnis, sich an diesen Punkten zu entlasten, was auch die Kooperationsbereitschaft mit dem ärztlichen Konsiliar steigerte, ein Bedarf für eine eigene Beschäftigung mit der Spezifik der Erkrankung und eine Wissenserweiterung in diesem Feld war damit aber nicht zwangsläufig verbunden. Vor dem Hintergrund einer extremen zeitlichen Verdichtung im Arbeitsalltag und einer Vielzahl wichtiger fachlicher Themen, mit denen sich Klinikärzte befassen müssen, rückte die Demenz in der Prioritätenliste weit nach hinten. Vor allem in den chirurgischen Fächern bestanden oft Zeitprobleme durch unerwartete Zwischen- oder Nottfälle. Dennoch wurde zu wenig berücksichtigt, dass Komplikationen im Ablauf, die durch einen nicht angemessenen Umgang entstehen, nicht nur belastend für den Patienten sind, sondern auch einen zusätzlichen Stress beim Personal auslösen und insgesamt erhebliche zeitliche Ressourcen binden.

Es kommt hinzu, dass eine erfolgreiche Behandlung eines Demenzkranken im Akutkrankenhaus nur dann gelingt, wenn ein geregelter Informationsfluss gewährleistet werden kann. Denn einerseits ist der Demenzkranke selbst nicht in der Lage, wichtige Informationen zu

transportieren. Andererseits geht die Demenz mit vielseitigen Problemen medizinischer, pflegerischer und sozialer Art einher, die die Kooperation der unterschiedlichen Fachberufe unerlässlich macht. Der im Krankenhaussektor sich verstärkende Ökonomisierungsdruck erschwert jedoch gerade die Möglichkeit, sich Kommunikationszeiten herauszuarbeiten und befördert eher die Tendenz, sich im Arbeitshandeln auf das eigene Kerngeschäft und die eigene Disziplin zu konzentrieren.

Die beschriebenen Umstände mit personellen Diskontinuitäten in Kombination mit den anders gesetzten Prioritäten haben zunächst dazu geführt, dass sich die dem Projekt voranzustellenden medizinischen Fortbildungen stark verzögert haben. Die letzten Schulungen von Ärzten konnten erst im März 2012 abgeschlossen werden. Da die Schulungen den Grundstein für die weiteren Arbeiten des KL-Dienstes legen sollten, wirkte sich dies auch auf die Konsilarbeit aus. Als weitere Erschwernis stellten sich Unklarheiten im Prozess der Konsilanforderung sowie im Ausfüllen der von der wissenschaftlichen Begleitung in Kooperation mit den Projektverantwortlichen entwickelten Patientendokumentation heraus. Zur Verdeutlichung des Prozesses wurde ein Merkblatt zur Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Begleitung entwickelt.

Im Hinblick auf die Patientendokumentation stellte sich das Problem, dass das Instrument von mehreren Akteuren aus unterschiedlichen Berufsgruppen ausgefüllt werden musste. So mussten z.B. Stammdaten und medizinische Grunddaten vom Klinikpersonal ausgefüllt werden, die Testungsergebnisse, Ziele und Maßnahmen vom KL-Dienst sowie die anschließende DRG, die in Vorbereitung der Kostenanalyse ausgefüllt werden sollte, vom Controlling. In jedem Haus musste demnach ein passender Prozessablauf definiert werden, wie das Instrument von einer Position zur nächsten weitergereicht werden konnte.

Neben persönlichen Gesprächen mit den relevanten Akteuren wurde eine Reihe von Initiativen ergriffen, um den Prozess der Konsilanforderung und des Ausfüllens der Patientendokumentation in Gang zu setzen. So wurden die Pflegekräfte – teilweise mit Unterstützung der wissenschaftlichen Begleitung – im Rahmen der Fallbegleitung über die Handhabung des Instruments unterrichtet. In der Steuerungsgruppe zum Projekt wurden die Projektverantwortlichen aufgefordert, den Prozess in den eigenen Kliniken voranzutreiben. Zudem wurde von der wissenschaftlichen Begleitung in einer der Kliniken eine Arbeitssitzung durchgeführt, in der neben dem externen KL-Dienst die ärztlichen Leitungskräfte der relevanten Abteilungen und der Projektverantwortliche für den Pflegebereich beteiligt waren. Es wurde diskutiert, wo im Prozess Schwierigkeiten auftreten und wie diese gelöst werden könnten. Darauf aufbauend wurde ein Ablaufschema mit Verantwortlichkeiten entwickelt, das den anderen Kliniken als Handreichung zur Verfügung gestellt wurde.

Nach Abschluss der Ärztefortbildungen und den beschriebenen Schritten zur Prozessabklärung wurden nun kontinuierlich Konsile angefordert und von den mittlerweile vier KL-Ärzten abgearbeitet. Auch die Qualität der Dokumentationsarbeiten verbesserte sich, sodass bereits bis Ende November 2012 fast 150 vollständig ausgefüllte Bögen für eine Zwischenauswertung zur Verfügung standen. Durch die steigende Zahl von Konsilanfragen entstanden wiederum neue Probleme, wenn interne Konsiliare im Rahmen des Projektes verstärkt in Anspruch genommen werden sollten, diese für die zusätzlichen Aufgaben jedoch keine Personalressourcen zur Verfügung hatten. *„Es besteht die Gefahr, dass sich die Durchführung der Konsile nicht am Bedarf der Patienten orientieren kann, sondern daran, ob ich die Zeit habe.“* Auch im Hinblick auf die Identifizierung von demenzkranken oder delirgefährdeten Patienten zeigten sich Grenzen, weil den KL-Ärzten zu wenig Zeit zur Verfügung stand, in den Akten von älteren Patienten nach demenzspezifischen Auffälligkeiten zu suchen. So konnten meist nur die von den Stationen angeforderten Konsile abgearbeitet werden und diejenigen „Indexpatienten“ blieben unberücksichtigt, bei denen der Hilfe- oder Präventionsbedarf nicht ganz so offensichtlich zu Tage trat.

Es bleibt festzustellen, dass die Implementation des Projektes von vielfältigen Problemen rund um die Integration der Ärzte der Akutmedizin in das Dem-i-K-Konzept geprägt war. *„Der Ärztebereich ist noch in der Entwicklung. Die Kooperation ist schon gewachsen, aber es müssen noch dicke Bretter gebohrt werden, bis das Konsilwesen zur Alltagsroutine geworden ist. Es muss ganz selbstverständlich werden, psychiatrische Konsile anzufordern.“* Förderlich war, Maßnahmen auf der Prozessebene zu ergreifen, wie etwa die Verfestigung von Kooperationsabsprachen in Ablaufschemata, die Festlegung von Prozessverantwortlichen oder die Reduzierung von kommunikationsintensiven Schnittstellen, indem in fast allen Häusern auf interne KL-Dienste umgestellt wurde. Bis sich die Haltung zu demenzkranken Patienten umfassend verändern lässt, bedarf es jedoch weiter an Geduld für einen umfassenden Prozess der Sensibilisierung, der auch letztlich die Bereitschaft für Kooperationserfordernisse steigern wird.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die beteiligten Kliniken etwa zwei Jahre gebraucht haben, bis die Projektbausteine Fortbildungen, Fallbegleitung und Konsile umgesetzt waren. Auf der Basis eines durch das Projekt geschaffenen Bewusstseins, insbesondere bei den Pflegekräften, wurde bis zu diesem Zeitpunkt bereits viel bewegt, was sich in der alltäglichen Kommunikation und im Umgang mit den Patienten und Angehörigen niedergeschlagen hat. Allerdings ist auch deutlich geworden, dass es weiterhin erheblicher Anstrengungen bedurfte, den Anspruch der „Demenzfreundlichkeit“ zu erfüllen. Aus diesem Grund wurde das Projekt um ein Jahr verlängert, damit die durch die wissenschaftliche Begleitung be-

nannten Handlungsfelder präzisiert und bearbeitet werden konnten. Es wurde vereinbart, in der Abschlussphase des Projekts klinikübergreifende Reflexionsworkshops durchzuführen, die es ermöglichen sollten, im gemeinsamen Austausch Lösungswege zu erarbeiten und umzusetzen (vgl. Kap. 5.2).

5.2 Ergebnisse der Reflexionsworkshops

Mit Beginn der letzten Projektphase wurden unter Moderation der wissenschaftlichen Begleitung klinikübergreifende Reflexionsworkshops durchgeführt, deren Ergebnisse in diesem Kapitel dargestellt werden. Dabei handelte es sich um zwei Reflexionsworkshops mit den Pflegeverantwortlichen der beteiligten Kliniken, einen Workshop mit den vier KL-Ärzten des Projekts sowie einen länderübergreifenden Austausch mit den Mitarbeitern des KL-Dienstes aus Kaufbeuren, zu dem seit der Planungsphase von Dem-i-K Kontakte bestehen.

Hintergrund der im ursprünglichen Projektplan nicht vorgesehenen Reflexionsworkshops waren die Befunde aus dem Zwischenfazit des Projekts, nach denen nun zwar der Grundstein für eine demenzsensible Ausrichtung gelegt war, indem in den in das Projekt involvierten Abteilungen erfolgreich ein Problembewusstsein geschaffen und eine Wissensbasis aufgebaut werden konnte. Dennoch stellten sich zu diesem Zeitpunkt eine ganze Reihe komplexer Fragen nach Justierungen in der Arbeitsweise sowie nach neuen Erfordernissen, die in einem konzentrierten Dialog beantwortet werden sollten.

Auf der Ebene der praktisch tätigen Mitarbeiter sollte eine gemeinsame Reflexion des bislang Erreichten, vor allem aber auch der Umsetzungsprobleme erfolgen. Dadurch sollten Impulse gesetzt werden, die Kliniken in ihrer demenzsensiblen Ausrichtung weiter voranzubringen. Um die zeitlichen Ressourcen der Beteiligten zu schonen, wurden gesonderte Veranstaltungen für Pflegeverantwortliche und KL-Ärzte durchgeführt.

Reflexionsworkshops für Pflegeverantwortliche

Zur Einstimmung in den ersten Workshop für die Pflegeverantwortlichen präsentierte die wissenschaftliche Begleitung die Zwischenergebnisse des Projektes. Im Anschluss sollten die Teilnehmer übertragbare Lösungswege für zunächst folgende Fragen diskutieren:

- Wie kann das erzielte Wissen von Pflegekräften und Ärzten der Schwerpunktabteilungen auf die gesamte Klinik ausgeweitet werden? Wie intensiv sollten welche Gruppen geschult werden? Wie könnte ein Zeitplan für eine Qualifizierungsoffensive aussehen? Welche Möglichkeiten werden für ein Multiplikatorensystem gesehen?

- Wie sollte die optimale Struktur der Fallbegleitung (Modul 6) konzipiert sein, um eine möglichst gute Durchdringung des Themas zu gewährleisten, ohne die Pflegekräfte zeitlich zu stark zu belasten?
- Wie können ein interdisziplinärer Ansatz bei der Behandlung demenzkranker Patienten aufgebaut und die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegekräften verbessert werden?

Als Diskussionsgrundlage wurden den Teilnehmern die Struktur und die Inhalte der in Dem-i-K durchgeführten Fortbildungen sowie der Fallbegleitung vorgelegt, um zu prüfen, ob die jeweiligen Inhalte auf ungeteilte Zustimmung stoßen. In der Folge wurden verschiedene Justierungen vorgenommen, wie z.B. die Anpassung des Zeitrahmens der Fallbegleitung an die Anzahl der beteiligten Stationen oder die Absprache, die Fallbegleitung möglichst nicht montags oder freitags durchzuführen.

Im Hinblick auf die klinikweite Verbreitung des demenzbezogenen Wissens wurden folgende Vorschläge erarbeitet:

1. Für die bereits geschulten Pflegekräfte wird eine „Auffrischung“ des Wissens erfolgen. Die Inhalte, die wiederholt und vertieft werden sollen, werden in jedem Krankenhaus gesondert abgefragt.
2. Die Ausbildung von Multiplikatoren, die das Wissen an die Kollegen weitergeben, wird nicht weiter verfolgt, weil dies von den Beteiligten als wenig zielführend bewertet wird.
3. Ob und in welcher Form die Stationsärzte weiter qualifiziert werden sollen, wird im Reflexionsworkshop der KL-Ärzte auf der Grundlage eines Vorschlags der Pflegeverantwortlichen erörtert.
4. Für die nicht in den Modulen 1-5 geschulten Kräfte sollen verstärkt zweitägige Fortbildungskurse an zwei aufeinander folgenden Tagen angeboten werden. Am ersten Tag werden die medizinischen Grundlagen vermittelt, am zweiten Tag geht es um Umgangskonzepte. Diese Veranstaltungen werden auch für andere Berufsgruppen, z.B. Physiotherapeuten, Mitarbeiter des Sozialdienstes usw., geöffnet. Die Veranstaltungen können hausintern oder klinikübergreifend organisiert werden.
5. Für die Seelsorger wird ein klinikübergreifendes Angebot entwickelt, das zwei bis drei Stunden umfassen soll. Mit dem Angebot sollen die Seelsorger in die Lage versetzt werden, die Angehörigen Demenzkranker besser beraten zu können. Zudem soll dort vermittelt werden, dass auch die demenzkranken Patienten von einem religiösen Beistand profitieren können. Für Seelsorger, die ein Interesse haben, z.B. mit Demenz-

kranken zu beten, soll die zweitägige Schulung geöffnet werden. Auch die Gemeindefeferenten sollen zu diesen Veranstaltungen eingeladen werden.

6. Bereits an der Ausbildung von Pflegekräften wird anzuknüpfen sein. Um dies umzusetzen, werden Gespräche mit den Verantwortlichen der Pflegeschulen durchgeführt. Die Praxisanleiter in den Kliniken sollen mindestens in einem Umfang von 16 Stunden geschult werden, damit diese den Schülern im Thema Demenz Unterstützung anbieten können. Zudem sollen demenzspezifische Fragen zukünftig im Rahmen der Praxisleitertage thematisiert werden
7. Nachdem der Einsatz der geschulten Grünen Damen von diversen Problemen begleitet ist, werden weitere Schulungen in diesem Bereich zurückgestellt (vgl. Angaben zum zweiten Workshop in diesem Kapitel).

Ein weiterer Diskussionspunkt waren die im Projektverlauf deutlich gewordenen Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal, Stationsärzten und dem KL-Dienst. Berichtet wurde immer wieder von zeitaufwendigen „Pannen“, die auf Optimierungsbedarfe in den auf Kooperation ausgerichteten Abläufen verweisen. So kam es z.B. häufiger vor, dass Patienten, die ein Konsil erhalten sollten, bei Antritt des KL-Arztbes bereits entlassen oder in eine andere Abteilung verlegt worden waren. Auch für die Fallbegleitung durch die KL-Pflegefachkraft galt, dass es häufig Lücken und Wartezeiten gab, die durch eine bessere Planung unter Umständen hätten reduziert werden können.

Dazu wurden folgende Vorschläge unterbreitet:

1. Durch persönliche Gespräche sollen die Chefärzte der Abteilungen über Dem-i-K informiert werden. Zudem soll versucht werden, Dem-i-K in einer Chefarztrunde vorzustellen.
2. Anstatt weitere zentrale Fortbildungsveranstaltungen zu organisieren, sollen die Stationsärzte zunächst über stationsbezogene Informationsveranstaltungen persönlich informiert werden. Dabei ist es notwendig, sich an die Zeitstruktur der jeweiligen Abteilung anzupassen.
3. Einmal im Quartal soll für ca. 60 Minuten ein „Jour fix Demenz“ organisiert werden, an dem aus allen Abteilungen ein Stationsarzt und eine Pflegekraft (= ärztliche und pflegerische Demenzbeauftragte der Abteilungen) teilnehmen. Als erstes mögliches Thema wird vorgeschlagen, wie die ärztliche Aufklärung im Falle einer Erstdiagnose Demenz organisiert werden kann.

4. Den Stationsärzten soll das Angebot unterbreitet werden, dass sie den KL-Arzt bei mehreren Konsilen im Quartal begleiten können. Es ist von großer Bedeutung, dass diese Strategie von den jeweiligen Chefärzten unterstützt wird.
5. Es soll die Möglichkeit genutzt werden, zu medizinisch relevanten Themen externe Referenten einzuladen, z.B. Vertreter des Delirprojektes in Münster.
6. Bei schwierigen Konstellationen (z.B. demenzkranker Patient mit Weglauftendenz und MRSA; Delir bei nächtlicher Unterbesetzung) sollen anlassbezogene kollegiale Fallbesprechungen stattfinden.

Auf der Grundlage eines Protokolls wurden allen Projektbeteiligten die Ergebnisse des Workshops übermittelt und ein Konsens über die erarbeiteten Vorschläge hergestellt.

Der zweite Workshop der Pflegeverantwortlichen befasste sich mit Fragen der Weiterentwicklung demenzsenibler Strukturen und Prozesse. Zur Diskussion standen insbesondere folgende Fragen:

- Wie kann die Beschäftigung, soziale Betreuung und Tagesstrukturierung der Patienten verbessert werden?

In allen an Dem-i-K beteiligten Akutkliniken wurden von der KL-Pflegefachkraft auch Grüne Damen geschult. Wie sich gezeigt hat, ist der Einsatz dieser Kräfte in der Dementenbetreuung jedoch eher selten gelungen. Die Ehrenamtlichen zeigten zwar ein hohes Interesse an den angebotenen Qualifizierungen. Jedoch bestanden große Hemmschwellen, sich tatsächlich mit demenzkranken Patienten zu beschäftigen. Ein gezielter und planbarer Einsatz der ehrenamtlichen Kräfte erfordert zudem zeitliche Ressourcen für Anleitung und Begleitung auf Seiten der Pflegekräfte, für die derzeit wenig Spielräume gesehen werden. Bevor in diesem Feld weitere Schulungen stattfinden, wurde vereinbart, zunächst mehr Wissen über geeignete Strategien einzuholen. Neben einer Recherche über Modellprojekte, die in diesem Themenfeld durchgeführt wurden, wurde der Austausch mit anderen saarländischen Kliniken vereinbart. Zudem sollten Erfahrungen der ambulanten Pflegeanbieter mit der Schulung und dem Einsatz von Ehrenamtlichen und Alltagsbegleitern einbezogen werden.

- Wie kann eine stärkere Einbindung der Angehörigen umgesetzt werden?

Im Laufe der Diskussion wurde deutlich, dass es sinnvoll ist, in der Zusammenarbeit mit Angehörigen nach verschiedenen Krankheitsstadien zu unterscheiden, weil die damit zusammenhängenden Bedürfnisse der Angehörigen sehr unterschiedlich sein können. Die folgenden Vorschläge beziehen sich demzufolge auf Patienten, bei denen im Krankenhaus erst-

mals die Diagnose Demenz gestellt wurde, auf bekannt Demenzkranke sowie auf Patienten mit Delir. Folgende Vorschläge wurden gesammelt:

Wie Dem-i-K gezeigt hat, sind die Patienten und die Angehörigen von der Erstdiagnose Demenz in aller Regel überrascht. Denn selbst wenn sich bereits zu Hause erste Symptome gezeigt haben, werden diese meist mit dem Alter der Patienten in Zusammenhang gebracht. Es stellt sich die Frage, wie in dieser emotional angespannten Situation, eine einfühlsame und nicht vom enormen Zeitdruck der Akutmedizin zu stark überlagerte ärztliche Aufklärung erfolgen kann. Im Rahmen des Projekts Dem-i-K plus⁹ wird diese Aufgabe vom KL-Arzt übernommen, und es werden derzeit Erfahrungen gesammelt, welche Strategien des Umgangs mit den Patienten und Angehörigen geeignet sind.

Neben der ärztlichen Aufklärung besteht bei den Angehörigen ein hoher Beratungsbedarf im Hinblick auf die mit der Diagnose verbundenen sozialen und pflegerischen Regelungsbedarfe. Es wurde vereinbart, dass eine erste Ansprache der Angehörigen durch das Pflegepersonal erfolgt. Im Rahmen dieses Gesprächs sollen den Angehörigen nützliche regional zugeschnittene Materialien und überregional anerkannte Ratgeber zur Verfügung gestellt werden (vgl. Materialband). Neben dem hauseigenen Sozialdienst werden die Angehörigen an eine spezielle Demenzberatungsstelle (z.B. Demenzzentren, Pflegestützpunkte) vermittelt. Um die reibungslose Überleitung zur Demenzberatung zu gewährleisten, sollen dazu Kooperationsgespräche mit den Institutionen geführt werden. Zudem wird auf Angehörigengruppen in der Region hingewiesen.

Anders stellt sich der Hilfebedarf häufig dar, wenn es sich um eine bekannte Demenz handelt. Um einen reibungslosen Aufnahmeprozess zu gewährleisten und wichtige Informationen über den Patienten zu erhalten, ist ein strukturiertes Aufnahmegespräch von großer Bedeutung. Dieses sollte möglichst in einem ungestörtem Raum stattfinden. Falls dies nicht möglich ist, besteht die Option, Mitpatienten zu bitten, während des Gesprächs das Zimmer zu verlassen. Die aufnehmende Pflegekraft sollte dieses Gespräch innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme geführt haben. Folgende Inhalte sollten besprochen werden:

- Was ist Lebensthema/Beruf des Kranken?
- Wie könnte eine schnelle Entlassung umgesetzt werden?
- Wie ist die rechtliche Vertretung organisiert?
- Wie soll mit Weglauftendenz umgegangen werden?

⁹ Im Rahmen eines weiterführenden Projekts werden derzeit sektor- und trägerübergreifende KL-Dienste für Patienten mit Erstdiagnose Demenz erprobt (vgl. www.demik-plus.de).

- Inwieweit kann und möchte der Angehörige die Betreuung und Versorgung des Patienten unterstützen (Präsenz am Tag, am Abend oder Rooming-In; Unterstützung beim Essen)?

Dem Angehörigen sollte angeboten werden, dass die offiziellen Öffnungszeiten zur Sicherung einer möglichst hohen Präsenz aufgeweicht werden. Zudem erfolgt ein Hinweis auf die Möglichkeit von Rooming-In. Damit die Mitaufnahme der Angehörigen gelingen kann, sollten Demenzkranke möglichst in Zweibettzimmern untergebracht werden. Chef- und Stationsärzte müssen über das Angebot Rooming-In informiert werden. Zudem ist der Sozialdienst einzubeziehen, damit dieser die Beantragung der Kostenübernahme bei den Krankenkassen übernehmen kann. Zur Ergebnissicherung werden die Informationen aus dem Aufnahmegespräch in die Pflegedokumentation eingetragen. Vor der Entlassung werden analog zu den Patienten mit Erstdiagnosen Informationsmaterialien übergeben und auf die Möglichkeit einer speziellen Demenzberatung über externe Beratungsspezialisten hingewiesen. Zudem wird eine Hilfevermittlung über die hausinternen Stellen (Sozialdienst, Casemanagement etc.) organisiert.

Wenn Patienten im Akutkrankenhaus ein Delir erleiden, steht zunächst die Suche nach möglichen Ursachen im Mittelpunkt der Aktivitäten sowie das Ergreifen der passenden medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen. Aufgrund der akuten und schwerwiegenden Veränderungen, die durch Delirien entstehen, müssen die Angehörigen vom Stationsarzt oder vom Anästhesisten intensiv über das Krankheitsbild aufgeklärt werden. Um eine Reorientierung des Patienten zu erleichtern, ist es ratsam, die Angehörigen zu bitten, eine hohe persönliche Präsenz sicherzustellen. Um Ärzten und Pflegekräften das notwendige Hintergrundwissen zum Delir zu vermitteln, sind gezielte Fortbildungen notwendig. Diese sollen im Wesentlichen delirauslösende und -protektive Faktoren sowie das Erkennen und Behandeln von Delirien zum Inhalt haben.

- Wie können die Strukturen und Prozesse in der Notaufnahme demenzsensibler gestaltet werden?

Zur Situation von Demenzkranken in den Notaufnahmen der einzelnen Häuser liegen den Teilnehmern des Reflexionsworkshops nur begrenzte Informationen vor, die sich auf folgende Problemfelder beziehen:

- Mangelnde demenzbezogene Kompetenz des Personals.
- Demenz ist nicht im Blick.
- Ungünstige Rahmenbedingungen für Demenzkranke (Zeitdruck, Hektik, Stress, lange Wartezeiten).

- Auftreten von Umgangsproblemen mit demenzkranken Patienten.

Die Teilnehmer formulierten folgende erste Vorschläge zur Verbesserung der Demenzversorgung in der Notaufnahme: Zunächst sollen die Dem-i-K-Verantwortlichen mit dem dortigen Personal Kontakt aufnehmen, um mehr Informationen über die Situation in den Notaufnahmen und die dortigen Handlungsbedarfe zu gewinnen. Für die Beschäftigten in den Notaufnahmen werden zweitägige Sensibilisierungs- und Fortbildungsveranstaltungen mit einem angepassten Konzept angeboten. Insgesamt sollen die Prozesse mit den Mitarbeitern der Notaufnahme besser abgestimmt werden. Dadurch könnte z.B. eine schnellere Überleitung der Patienten auf die Stationen erreicht werden. Insbesondere bei bekannten Demenzen sollte darauf hingewirkt werden, im Sinne einer „Triage“ Wartezeiten zu reduzieren und ggf. eine Begleitung zu anderen Funktionsbereichen zu organisieren. Zur Verbesserung der Früherkennung demenzkranker Patienten soll überlegt werden, ob ein einfaches Früscreening möglichst bei allen über 70-Jährigen eingesetzt werden könnte (z.B. 3 Wörter-Uhren-Test).

Reflexionsworkshop für KL-Ärzte

Der Reflexionsworkshop für die KL-Ärzte war zeitlich zwischen den beiden Reflexionen der Pflegeverantwortlichen gelagert. Dadurch wurde es möglich, die Ergebnisse der berufsgruppenspezifischen Treffen jeweils aufeinander zu beziehen. Hauptthema des Austauschs zwischen den vier für die Interventionskliniken zuständigen Ärzten war die Optimierung und die Abstimmung der Konsiliararbeit. Dabei standen z.B. folgende Fragen im Vordergrund:

- Entspricht die von der wissenschaftlichen Begleitung durchgeführte Zeiterfassung der Konsiliararbeit den eigenen Erfahrungen?
- Wie werden die in der Patientendokumentation erfassten Daten zur Medikation beim Erstkontakt bewertet?
- Gibt es unterschiedliche Vorgehensweisen bei den Empfehlungen zur Veränderung der Medikation, z.B. beim Absetzen oder Neuverordnen von Medikamenten?

Zur Fundierung der Diskussion unterbreitete die wissenschaftliche Begleitung Tabellen mit den Ergebnissen der Zeiterfassung und der Medikation. Die Zeiterfassung wurde als plausibel betrachtet. Deutlich wurde, dass Wegezeiten unterschiedlich ins Gewicht fallen je nachdem, ob es sich um interne oder externe Konsile handelt. Die KL-Ärzte betonten die Notwendigkeit, den Anteil unproduktiver Zeiten möglichst durch eine Prozessoptimierung zu reduzieren. Je besser eine Station auf das Erscheinen des Konsiliarius vorbereitet sei, desto

zeitschonender könne das Konsil durchgeführt werden. Folgende Vorschläge wurden zur Unterstützung der Konsilarbeit unterbreitet:

- Es wurde die Entwicklung eines gesonderten Konsilscheins für Dem-i-K-Patienten angeregt (vgl. Materialband). Dieser hat zum Ziel, die Anforderung zu konkretisieren und zu erläutern, mit welcher konkreten Fragestellung sich das Konsil beschäftigen soll (z.B. welche Störung soll bearbeitet werden? Geht es um den Verdacht auf eine neu aufgetretene Demenz oder um eine bekannte Demenz? Soll eine Delirabklärung erfolgen? Bestehen Verhaltensauffälligkeiten und wenn ja, welche?) Diese Angaben sollen durch Ankreuzen von Antwortkategorien zeitsparend ermöglicht werden. Zudem sollen Beobachtungen der Angehörigen im Konsilschein aufgenommen werden, weil der Konsiliar die Angehörigen meist nicht antrifft.
- Um aussagekräftige Testungen vornehmen zu können, sollte der Patient beim Konsil in seinem Zimmer und nicht durch Narkotika beeinträchtigt sein.
- Vor und nach dem Konsil sollte ein ärztlicher und/oder pflegerischer Mitarbeiter informiert und ansprechbar sein.

Die Abstimmung des Ablaufs der Konsiliararbeit führte zu einem idealtypischen Vorgehen, das im Kapitel 5.4 dargestellt ist.

Als zweites Thema beschäftigten sich die KL-Ärzte mit der bereits von den Pflegeverantwortlichen diskutierten Frage, wie die somatischen Ärzte der Akutkliniken besser in das Demenzkonzept eingebunden werden könnten. Die von der Pflegegruppe herausgearbeiteten Vorschläge zur Förderung einer interdisziplinären Arbeitsweise wurden insgesamt als zielführend erachtet. Allerdings wurde eine Skepsis geäußert, ob dies nicht eine Erhöhung der personellen Ressourcen voraussetze. Sonst sei weder die Werbung um die Mitarbeit der somatischen Ärzte, noch die Abarbeitung der daraus resultierenden Konsile leistbar. Eine bessere Ressourcenzuteilung könnte u.U. durch die Schaffung spezieller geriatrischer Bereiche/Abteilungen umgesetzt werden.

Reflexionsworkshop mit dem KL-Dienst aus Kaufbeuren

Der gerontopsychiatrische KL-Dienst aus Kaufbeuren, mit dem bereits seit der Planung von Dem-i-K Kontakte bestehen, arbeitet seit 13 Jahren erfolgreich mit einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinische Geriatrie, Psychoonkologie, Homöopathie sowie zwei Fachkrankenschwestern für (Geronto-) Psychiatrie. Der zweitägige Workshop hatte zum Ziel, durch die klinikübergreifende Diskussion über wichtige Handlungserfordernisse auf dem Weg

zum demenzsensiblen Krankenhaus neue Impulse für die tägliche Arbeit und für die Weiterentwicklung der Konzepte zu sammeln.

Im Rahmen des Austauschs wurden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Arbeitsweisen herausgearbeitet. Im Unterschied zu Dem-i-K werden vom KL-Dienst in Kaufbeuren nicht nur Demenzkranke identifiziert, sondern alle Menschen mit seelischen Erkrankungen im Alter z.B. auch Depressionen. Die Mitarbeiter sind zwar Angestellte der Psychiatrischen Klinik, ihr Büro befindet sich jedoch in der begleiteten Akutklinik. Wenn Konsilanforderungen eingehen, wird besprochen, ob es sich eher um ein pflegerisches oder um ein ärztliches Anliegen handelt. Je nach Schwerpunkt werden dann ärztliche oder pflegerische Konsile durchgeführt. Die Pflegekräfte führen auch Testungen (z.B. DemTect oder Mini-Mental-Status-Test) durch, aber sie erstellen keine Diagnosen, was dem KL-Arzt vorbehalten bleibt. Die Patienten können bei Bedarf nach dem Klinikaufenthalt durch einen mobilen Dienst, in dem auch eine der KL-Pflegefachkräfte tätig ist, weiter in der Häuslichkeit betreut werden. Das Konzept von Dem-i-K unterscheidet sich schon allein durch die Verbundstruktur der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser. Zum anderen stehen in Dem-i-K mit Ausnahme der Konsile die mitarbeiterbezogenen Aufgaben im Vordergrund, wie z.B. Schulungen der Pflegekräfte in den Akutkrankenhäusern sowie die regelmäßige Fallbegleitung auf den Projektstationen. Während man sich in Kaufbeuren auf einen umfangreichen Ansatz von Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie konzentriert, sind im Rahmen von Dem-i-K verschiedene Unterprojekte, wie z.B. ein Demenz-Café, Fingerfood oder die Arbeit mit Aktivierungskisten sowie eine Reihe hilfreicher und übertragbarer Materialien (vgl. Materialband) entwickelt worden.

Resümee der Reflexionsworkshops

Die Ergebnisse der Reflexionen machen insgesamt deutlich, dass es sich bei Dem-i-K nicht um einen abgeschlossenen Prozess handelt. Es wurden drängende Handlungsfelder besprochen und Lösungswege diskutiert, die in die Handlungsempfehlungen zum Dem-i-K-Projekt eingearbeitet werden. Die Umsetzung der erarbeiteten Vorschläge wird die Kliniken jedoch über das offizielle Projektende hinaus ebenso beschäftigen wie die Konzeptionierung weiterer Bausteine einer demenzsensiblen Klinik (z.B. in den Bereichen Ernährung oder Milieugestaltung). Zudem hat sich gezeigt, dass der Blick über den eigenen Tellerrand im Rahmen einer länderübergreifenden Diskussion über die Versorgung Demenzkranker in Akutkrankenhäusern eine sich lohnende Investition darstellt.

5.3 Fortbildung des Krankenhauspersonals

In den involvierten Abteilungen aller Kliniken wurden im Rahmen des Dem-i-K-Projektes spezielle Schulungen zum Themenbereich Demenz/Delir durchgeführt. Dabei stand im Vordergrund, das Hintergrundwissen zu erhöhen und den Blick auf die besonderen Bedürfnisse der Demenzkranken im Setting Krankenhaus zu schärfen. Die Schulungen wurden für Pflegekräfte und Ärzte unterschiedlich strukturiert, weil zum einen den unterschiedlichen Wissensbedarfen Rechnung zu tragen war, zum anderen Fortbildungsformen gefunden werden mussten, die jeweils in die Zeitstruktur der verschiedenen Berufsgruppen passten.

Für Ärzte wurden auf der Grundlage eines speziell dafür entwickelten Skripts (vgl. Anlage) jeweils zwei 90-minütige, aufeinander aufbauende Veranstaltungen angeboten. Das Skript basiert auf den S3-Leitlinien „Demenz“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und enthält Hinweise zur diagnostischen Einordnung der verschiedenen Demenzformen, zu Testverfahren und zur medikamentösen Behandlung. Ein wichtiger Inhalt sind darüber hinaus Strategien zur Delirprophylaxe, wie z.B. die Vermeidung auslösender Faktoren wie ungeeignete Medikation oder Stoffwechsel-Elektrolytentgleisungen, sowie Anforderungen an die Delirdiagnostik und -behandlung. Zudem wurden im Rahmen der Fortbildungen Informationen über die Inhalte des Dem-i-K-Projektes transportiert und Erläuterungen zur wissenschaftlichen Begleitung gegeben. Dabei standen die Indexkriterien zum Einschluss in das Modellprojekt und das konkrete Vorgehen beim Ausfüllen der Patientendokumentation im Vordergrund. Der Hauptteil der Fortbildungen wurde vom KL-Arzt aus der Fachklinik E durchgeführt; in Kliniken mit eigenen Fachabteilungen wurden die Fortbildungen ganz (Klinik D über Ärzte der Geriatrie) oder teilweise (Klinik B über Ärzte der Neurologie) eigenständig durchgeführt.

Die Umsetzung der Ärztefortbildungen war von Problemen unterschiedlichster Art geprägt, die in Kapitel 5.1 erläutert wurden. Insgesamt nahmen 35 Ärzte im Rahmen von Dem-i-K an Schulungsmaßnahmen teil. Bei einer Schwankungsbreite von fünf bis 14 Teilnehmern wurden pro Haus durchschnittlich neun Ärzte erreicht.

An den Schulungen für Pflegekräfte nahmen insgesamt 57 Personen teil. Dabei schwankte die Zahl der Teilnehmer zwischen sieben und 24 pro Haus in Abhängigkeit davon, wie viele Stationen einer Klinik am Projekt beteiligt waren (zwischen einer Station bis zu drei Stationen). Die Pflegefortbildung wurde in allen Häusern von der KL-Pflegefachkraft der Fachklinik E als aufeinander aufbauendes Basispaket in fünf vierstündigen Modulen durchgeführt. Sie mündete in ein Zertifikat, das den Teilnehmern im Rahmen der Auftaktveranstaltung vom Gesundheitsminister überreicht wurde.

Die Module wurden in jedem Krankenhaus von einer festen Gruppe durchlaufen. Sie umfassen im Groben folgende Inhalte:

Modul 1: Einführung und Sensibilisierung für die Situation eines Demenzkranken in der Akutklinik; strukturelle Rahmenbedingungen in der Akutklinik; Aufnahmesituation; Milieuthherapie; Erwartungen an das Modellprojekt; Möglichkeiten und Grenzen.

Modul 2: Diagnostik der Demenz: Formen, Stadien und Psychopathologie; Abgrenzung Verwirrtheit, Delir, Depression; Delirprophylaxe.

Modul 3: Umgangstechniken: Demenzkranke verstehen, Kommunikation, Beziehungsarbeit, Validation, Stationsmilieu, Hilfsmittel, Techniken.

Modul 4: Gefahren erkennen, problematisches Verhalten, Psychopharmaka und Nebenwirkungen, Ernährung, Schmerzen, Aggressionen und Deeskalationsstrategien.

Modul 5: Körpersprache und nonverbale Kommunikation, aktivierende Beschäftigung von Demenzkranken, Kooperation mit Grünen Damen, Angehörige als Ressource verstehen und gewinnen.

Modul 6: Pflegerisches Konsil, wöchentliche Präsenz über vier Stunden an einem festen Tag auf den Stationen, Fallbesprechung, Training und Coaching.

Neben der Darstellung von Inhalten basierte die Fortbildung auf praktischen Übungen mit Fallbeispielen aus dem klinischen Alltag, auf Situationstraining und Selbsterfahrung. Wie die Teilnehmer das Angebot bewertet haben, geht aus der Auswertung des Evaluationsbogens hervor, der nach Beendigung aller Module verteilt wurde.

Tabelle 13: Evaluation der Fortbildungen (Module 1-5) (N = 40, Angaben in Prozent)

Aussagen zur Fortbildung	trifft voll zu	trifft zu	weiß nicht/neutral	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Ich bin mit den Modulen insgesamt zufrieden.	55,3	44,7	0,0	0,0	0,0
Mit der Fachkompetenz der Referentin bin ich zufrieden.	70,0	30,0	0,0	0,0	0,0
Die Darstellung der Referentin war verständlich.	67,5	32,5	0,0	0,0	0,0
Ich konnte eigene Fragestellungen einbringen.	67,5	32,5	0,0	0,0	0,0
Die Gruppengröße ist angemessen.	65,0	35,0	0,0	0,0	0,0
Ich habe Anregungen für die Praxis erhalten.	57,5	40,0	2,5	0,0	0,0
Mit der Präsentation und den eingesetzten Methoden bin ich zufrieden.	57,5	37,5	5,0	0,0	0,0
Die Arbeitsatmosphäre war anregend.	53,8	38,5	5,1	2,6	0,0
Die Zeitdauer und -einteilung waren angemessen.	25,0	52,5	10,0	12,5	0,0

Alle Teilnehmer waren mit der Fortbildung insgesamt zufrieden, darunter mehr als die Hälfte sogar sehr zufrieden. Die Zufriedenheit gründet sich auf alle abgefragten Dimensionen. Besonders hohe Werte wurden bei den Kategorien Fachkompetenz, Verständlichkeit der Darstellung sowie bei der Möglichkeit, eigene Fragestellungen einzubringen, erreicht. Insbesondere das sensible Eingehen auf die Bedürfnisse der Teilnehmer hat sich als wichtiger Erfolgsgarant herausgestellt. Um Akzeptanz zu erreichen, so die Erfahrung, darf das eigene Wissen der Dozenten über Demenzkranke nicht zum Dogma stilisiert werden, sondern die Vermittlung von Kenntnissen muss im Respekt vor der Arbeitslogik in der Akutmedizin erfolgen.

Die Gruppengröße, die auf maximal zwölf festgelegt war, sowie die eingesetzte Methodik und die Arbeitsatmosphäre wurden von den Teilnehmern begrüßt. Im Hinblick auf den angestrebten Transfer ist von hoher Bedeutung, dass fast ohne Ausnahme geäußert wurde, durch die Fortbildung Anregungen für die Praxis erhalten zu haben. Die offene Frage „Welche Lerninhalte werden Sie in Zukunft umsetzen?“ wurde von vielen Teilnehmern ausführlich ausgefüllt. Viele zeigten sich optimistisch und gaben an, möglichst alles Gelernte umsetzen zu wollen. Besonders viele Einzelnennungen bezogen sich auf die Umsetzung der Validationsmethode. Die Hälfte der Teilnehmer gab an, eine veränderte Haltung gegenüber De-

menzkranken einzunehmen, die mit Begriffen wie Respekt, Einfühlungsvermögen oder Verständnis umschrieben wurde. Manche nahmen sich zudem vor, die Angehörigen zukünftig stärker einzubeziehen, mit biografischen Informationen zu arbeiten, Maßnahmen der Aktivierung und Beschäftigung einzusetzen und auf eine angemessene Ernährung der Patienten zu achten. Lediglich eine einzelne Teilnehmerin äußerte die Befürchtung, dass manche der vermittelten Strategien auf den Stationen möglicherweise nicht umsetzbar seien. Es wurde angeregt zu überlegen, wie das vermittelte Wissen an die übrigen Kollegen weitergegeben werden kann und ob eine Verknüpfung der Fortbildung mit Hospitationen sinnvoll sein könnte.

Aus der überaus positiven Bewertung sticht heraus, dass die Zufriedenheit mit der Zeitdauer und -einteilung nicht uneingeschränktes Lob erfahren hat. Aus den Antworten zu den angefügten offenen Fragen lässt sich schließen, dass die Teilnehmer das Angebot gerne noch weiter ausgebaut hätten. Sie wünschten sich insbesondere mehr Informationen über Validation, Angehörigenarbeit und geeignete bzw. ungeeignete Medikamente. Einzelne Teilnehmer hätten die Fortbildungen auch lieber in Ganztagesform besucht.

Im weiteren Projektverlauf wurden in den Kliniken weitere Fortbildungen für zusätzliche Mitarbeitergruppen in Tages- oder Halbtagesform durchgeführt. Die Evaluation der Veranstaltungen belegt, dass die hohe Zufriedenheit, die für die Module 1-5 ermittelt wurde, in allen Dimensionen sogar noch gesteigert werden konnte. In den offenen Fragen wurden insbesondere die praxisnahen Darstellungen und die anschauliche Wissensvermittlung unter Nutzung filmischer Kurzinputs gelobt. Fast alle Teilnehmer gaben zudem an, die Inhalte der Fortbildung in ihrer zukünftigen Arbeit umzusetzen, darunter z.B. eine veränderte Gesprächsführung mit den demenzkranken Patienten, die Suche nach einem verbesserten Zugang über das Lebensthema oder der Einsatz von orientierenden oder aktivierenden Maßnahmen.

Insgesamt kann man feststellen, dass das Schulungskonzept für die Pflegekräfte als ein sehr erfolgreich umgesetzter Baustein des Dem-i-K-Projekts bewertet werden kann. Es hat sich bewährt, die Grundschulungen zunächst den anderen Maßnahmen wie Konsilen und Fallbegleitung verpflichtend voranzuschalten, damit alle Akteure auf einer gemeinsamen Wissensbasis in die Kooperation einsteigen können.

5.4 Durchführung von Konsilen

Zur fachärztlichen Unterstützung der in das Projekt involvierten somatischen Abteilungen wurden im Rahmen des Projektes auf Anfrage Konsile durch Fachärzte aus den Fachgebieten Geriatrie, Psychiatrie und Neurologie durchgeführt. Der Ablauf eines Konsils wurde wie folgt beschrieben: Von den somatischen Ärzten wird zunächst ein Konsilschein ausgefüllt und an den KL-Arzt gefaxt. Die Konsile werden sowohl im internen als auch im externen Konzept zwischen Klinik A und der Fachklinik E – wenn möglich – am Tag der Anfrage abgearbeitet.

Die Vorbereitung des Patientenkontakts umfasst das Lesen der Konsilanforderung, das Studium der Patientenakte und die Nachfrage bei den Pflegekräften der Station. In der Patientenakte werden vor allem die Diagnosen, die eingesetzten Medikamente und der Pflegebericht analysiert. *„Die Tätigkeit des Konsiliars gleicht der eines Detektivs. Warum bekommt der Patient z.B. dieses Medikament? Der Patient weiß es meist selbst nicht.“* In Abhängigkeit von der Komplexität des Einzelfalls und der Kooperation des Stationspersonals dauert die Vorbereitung in aller Regel zwischen 10 und 15 Minuten.

Im Konsil wird der Zustand des Patienten erhoben und – wenn eingefordert - eine Diagnose gestellt. Im Patientengespräch versucht der Konsiliarius eine Einschätzung der bestehenden Probleme zu erhalten. Es wird der Mini-Mental-Status-Test und ggf. der Uhrentest eingesetzt. Falls Assistenten für eingehendere Testungen zur Verfügung stehen, kann eine differenziertere Analyse vorgenommen werden (z.B. durch DemTect, GDS, EVA).

Die Patienten und Angehörigen sollten darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse der Testungen nach einem halben Jahr durch einen niedergelassenen Nervenarzt/Psychiater zu überprüfen sind. Informationen zur Einordnung und Abgrenzung der unterschiedlichen Demenzformen und zum Delir sowie eine Systematisierung der diagnostischen Verfahren befinden sich im Skript „Was ist Demenz? Demi-K Information für Ärztinnen und Ärzte“ (vgl. Materialband).

Nach der Erhebung des Zustands schlägt der Konsiliarius bei Bedarf eine therapeutische Intervention vor. Bei erstmals diagnostizierten Demenzen wird häufig ein Antidementivum angesetzt. Auch der Einsatz eines niederpotenten oder atypischen Neuroleptikums kann bei extremen Verhaltensauffälligkeiten angeraten sein. Oft kann jedoch gerade das Absetzen ungeeigneter Medikamente ein wichtiger Schritt sein, etwa wenn Nebenwirkungen beobachtet werden oder im Falle eines Delirs. Eine Orientierung zum Medikamenteneinsatz kann der PRISCUS-Liste (Holt et al. 2010) der potenziell inadäquaten Medikation für ältere Menschen

entnommen werden. Generell gilt, dass der Psychopharmakaeinsatz bei älteren Menschen mit großer Sorgfalt abzuwägen und Polypharmazie möglichst zu vermeiden ist. Weitere Empfehlungen zur Therapie von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz sind in den Handlungsempfehlungen aufgeführt.

In Abhängigkeit vom Umfang der Testungen und von der Kooperationsfähigkeit und -willigkeit des Patienten dauert das eigentliche Konsil zwischen 15 und 45 Minuten. Erschwerende Bedingungen bestehen in der Schwerhörigkeit des Patienten oder in einer nicht ungestörten Gesprächsatmosphäre im Mehrbettzimmer.

Die Ergebnisse der Testungen, die Einschätzung der Situation, die Diagnose und ggf. die therapeutischen Empfehlungen werden im Konsilbericht dargelegt. Das Verfassen dieses Berichts dauert etwa 10 Minuten. Im Anschluss an das Konsil sollte – wenn möglich – ein Rückkopplungsgespräch mit dem Stationsarzt und/oder mit der Pflegekraft stattfinden, das sich aufgrund des Zeitdrucks auf die wesentlichen Erkenntnisse in ca. fünf Minuten beschränken sollte. Ein Konsil verlängert sich, wenn Angehörige präsent sind und eine Aufklärung über die Ergebnisse gewünscht wird. Dafür müssen im Durchschnitt 20 Minuten einkalkuliert werden. Angehörigengespräche sind jedoch eher selten, weil die Angehörigen meist nicht präsent sind, wenn das Konsil durchgeführt wird.

Die Ergebnisse der Zeiterfassung, die im Oktober 2012 von allen vier KL-Ärzten durchgeführt wurde, sind in folgender Tabelle aufgelistet:

Tabelle 14: Ergebnisse der Zeiterfassung (KL-Arzt)

Leistungen	Aufwand in Minuten
Fahrtzeit (Hin- und Rückweg)	Rund 30 Minuten (nur in Klinik A, andere Konsile sind intern organisiert)
Vorbereitung Patientenkontakt (Studium der Patientenakte/Konsilschein, Nachfrage bei Pflegekräften ...)	Durchschnitt: 11 Minuten mit einer Bandbreite zwischen 10 und 15 Minuten
Erhebung Zustand/Diagnosestellung/ Testungen/Patientengespräch	Durchschnitt: 29 Minuten mit einer Bandbreite zwischen 15 und 45 Minuten
Erstellung Konsilbericht	Durchschnitt: 7 Minuten mit einer Bandbreite zwischen 5 und 10 Minuten
Fallbesprechung mit Einzelpersonen	Durchschnitt: 6 Minuten mit einer Bandbreite zwischen 2 und 10 Minuten
Angehörigenberatung	Durchschnitt: 20 Minuten mit einer Bandbreite zwischen 15 und 30 Minuten

Ein fachärztliches Konsil dauert demnach mit Vorbereitung, dem eigentlichen Konsil sowie der Nachbereitung im Sinne von Konsilberichten und Fallbesprechungen mit den Mitarbeitern der Station rund 53 Minuten. Wenn auch noch Angehörigengespräche hinzukommen,

erhöht sich der Zeitaufwand auf durchschnittlich 75 Minuten. Zu berücksichtigen ist zudem die Kalkulation von Fahrtzeiten, wenn externe Konsile angefragt werden. Dabei können häufig aber mit einer Anreise mehrere Konsile abgeleistet werden.

5.5 Fallbegleitung der Pflegekräfte (Modul 6)

Nachdem zwischen Januar und April 2011 die Schulungen für Pflegekräfte in allen beteiligten Kliniken abgeschlossen waren, startete das sogenannte Modul 6, in dem das Erlernte in Kooperation mit der KL-Pflegefachkraft aus der Fachklinik E in der Praxis verstetigt und weiterentwickelt werden sollte. Die Häuser verabredeten je nach Kapazitäten und Struktur eine unterschiedlich intensive Betreuung durch die KL-Pflegefachkraft (einmal pro Monat bis wöchentlich vier Stunden). In der Anfangsphase gab es verschiedene Unstimmigkeiten, wie die Fallbegleitung in die normale Stationsarbeit integriert werden sollte. Denn wenn die KL-Pflegefachkraft zur Beratung kommt, müssen dennoch die erforderlichen Abläufe in der Patientenversorgung gesichert werden. Es wurde die Empfehlung ausgesprochen, die erforderlichen Kooperationszeiten im Dienstplan zu berücksichtigen, indem für die Zeit der Fallbegleitung eine zusätzliche Pflegekraft in den Dienst hinzugenommen wurde. Dies war von großer Bedeutung, damit die Pflegekräfte die Unterstützung durch die KL-Pflegefachkraft nicht als zusätzliche Belastung erlebten. Mittlerweile hat sich folgende Struktur für die Durchführung von Modul 6 herausgebildet:

- Zur Strukturierung und Vorbereitung des Einsatzes wird am Tag vorher eine Einsatzplanung übersandt, in der die zu besprechenden Fälle und Themen aufgelistet sind. Nach anfänglichen Problemen mit der Pünktlichkeit, Verbindlichkeit und Vollständigkeit der Angaben hat sich das Verfahren eingespielt.
- Zu Beginn des Termins findet ein Vorgespräch mit dem Projektverantwortlichen aus der Pflege statt. Man geht die Einsatzplanung zusammen durch und konkretisiert den Ablauf.
- Anschließend analysiert die KL-Pflegefachkraft die Patientenakte und prüft die Unterlagen auf pflegerisch und/oder medizinisch relevante Zusammenhänge (z.B. Vorerkrankungen mit Hinweisen auf körperliche Ursachen; Informationen, ob eine bekannte Demenz vorliegt; Lebensthema aus dem beruflichen oder Freizeitbereich, Medikamente wie Neuroleptika usw.). Aus den Dokumenten gehen zudem erste Hinweise auf den Hilfebedarf der Patienten und auf Interventionsmöglichkeiten hervor.
- Die KL-Pflegefachkraft begleitet anschließend die Pflegekraft der Station zum Patienten. Die KL-Pflegefachkraft beobachtet zunächst den Patienten mit Blick auf beste-

hende Ressourcen und Defizite (z.B. selbständiges Essen, Erkennen des Essens, Unruhe usw.). Gleichzeitig beobachtet sie, wie die Pflegekraft mit dem Patienten umgeht. Auf deren Wunsch zeigt die KL-Pflegefachkraft mit eigenen Interventionen, wie man z.B. einen Zugang zum Patienten aufbaut, etwa durch richtige Ansprache und Einfühlungsvermögen in die Wahrnehmung eines Demenzkranken. Damit werden die theoretischen Inhalte von Modul 1 bis 5 praktisch eingeübt.

- Nach dieser Sequenz findet ein Rückkopplungsgespräch statt, in dem die Pflegekraft ein Feedback erhält und das Erlebte gemeinsam reflektiert wird. Anschließend wird beraten, welche Maßnahmen beim Patienten sinnvoll erscheinen (z.B. Fingerfood, Bodenmatte, Nutzen von Aktivierungsmöglichkeiten, Angehörigengespräch).

Zur Konkretisierung des Aufwandes für die einzelnen Maßnahmen wurde im Oktober 2012 eine Zeiterfassung der Konsile durchgeführt.

Tabelle 15: Ergebnisse der Zeiterfassung (KL-Pflegefachkraft)

Leistungen	Aufwand in Minuten
Vorbereitung	Durchschnitt: 10 Minuten
Fahrtzeiten (Hin- und Rückweg)	Ortsabhängig zwischen 30 und 120 Minuten
Auswertung und Besprechung Einsatzplanung	Durchschnitt: 10 Minuten
Vorbereitung Patientenkontakt (Studium der Patientenakte/Konsilschein, Nachfrage bei Pflegekräften ...)	Durchschnitt: 10 Minuten
Bed-Side-Teaching/Hinweise zur Aktivierung	Durchschnitt: 30 Minuten, differiert je nach Fall zwischen 15 und 45 Minuten
Fallbesprechung mit einzelnen MA	Durchschnitt: 30 Minuten; differiert je nach Fall zwischen 15 und 45 Minuten
Fallbesprechung mit Team	Durchschnitt: 22 Minuten, differiert je nach Fall zwischen 15 und 30 Minuten
Angehörigenberatung (Umgang, ges. Betreuung, Versorgung ...)	Durchschnitt: 45 Minuten, differiert je nach Fall zwischen 30 und 60 Minuten
konzeptionelle Beratung über geplante Veränderungen von Strukturen und Prozessen/Milieugestaltung	Durchschnitt: 45 Minuten, differiert je nach Thema zwischen 30 und 60 Minuten
Wartezeiten wegen Akutfällen	Durchschnitt: 15 Minuten; in Einzelfällen bis zu 30 Minuten
Fortbildung zusätzlicher Mitarbeiter	90 Minuten bis zu acht Stunden
Sonstiges: Erläuterungen zum Umgang mit Instrumenten (z.B. Patientendokumentationen, Barthel-Index)	Durchschnitt: 10 Minuten, in Einzelfällen bis zu 30 Minuten
Sonstiges: Telefonate, Arztkontakte, etc.	Durchschnitt: 10 Minuten, in Einzelfällen bis zu 30 Minuten

Die Fahrtzeiten fallen je nach Lage des Krankenhauses unterschiedlich stark ins Gewicht. Die konkrete Fallberatung umfasst die Besprechung der Einsatzplanung, die Vorbereitung des Patientenkontaktes, das Bed-Side-Teaching und die Fallbesprechungen. Wieviel Zeit insgesamt benötigt wird, hängt von der Zahl der an diesem Tag zu besprechenden Patienten ab. Neben der Fallberatung werden im Rahmen von Modul 6 weitere Leistungen angeboten, die nicht bei jedem Termin anfallen. Dazu zählen neben Fortbildungseinheiten z.B. die demenzbezogene Angehörigenberatung und die konzeptionelle Beratung über geplante Veränderungen von Strukturen und Prozessen. Im Rahmen der konzeptionellen Beratung wurden in allen Häusern erste Schritte zur demenzsensibleren Ausrichtung der Kliniken begleitet, darunter:

- die Einführung von Fingerfood für Menschen, die nicht mit Besteck essen können, und insgesamt ein veränderter Umgang mit Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei demenzkranken Patienten;
- die Einrichtung eines Memorycafés mit 500 Lux-Beleuchtung und spezifischer Mi-lieugestaltung und unter Mithilfe geschulter Ehrenamtlicher;
- die Entwicklung einer Angehörigeninformation über das Delir;
- Initiierung einer Gruppe für Angehörige Demenzkranker;
- die Etablierung eines „Runden Tisches Demenz“ als Plattform für eine Auseinander-setzung mit dem Thema in der Klinik;
- die Bestückung und der Einsatz von Aktivierungskisten mit Erinnerungsmateria-lien aus den 50er und 60er Jahren (z.B. „Unser erstes Auto“, „Unser Haushalt“ usw.).

Zudem wurden in allen Häusern Grüne Damen geschult, damit diese die Betreuung und Tagesstrukturierung von demenzkranken Patienten unterstützen können. Es wurden zwischen elf und 16 Ehrenamtliche pro Krankenhaus geschult, die die Arbeit der Pflegekräfte durch Einzelbetreuung von Demenzkranken oder in Gruppenform im Rahmen des Cafés unterstüt-zen. Der Einsatz der Grünen Damen in der Dementenbetreuung ist jedoch noch nicht zufried-enstellend geglückt.

6. Auswertung der Patientendokumentation

Mit dem Instrument der Patientendokumentation wurden patientenbezogene Daten für alle Patienten erhoben, für die in den vier somatisch ausgerichteten Kliniken Konsile angefordert wurden. Die Dokumentation umfasste neben Stammdaten eine Reihe von Parametern zur Erfassung des körperlichen und geistigen Zustands, zur Medikation sowie zu den Zielen der Intervention und den dazu eingesetzten Maßnahmen. Um mit Hilfe eines Prä-Post-Vergleichs Hinweise auf die Wirkung der Konsiliar- und Liaisonarbeit zu ermitteln, wurden relevante Daten – wenn möglich – nicht nur bei Aufnahme, sondern auch bei Entlassung erhoben. Vor dem Hintergrund der mit Krankenhausaufenthalten verbundenen Risiken für demenzkranke Patienten ist es dabei bereits als Erfolg zu bewerten, wenn sich im Rahmen des Aufenthalts keine Verschlechterungen ergeben, sondern der Zustand bei Einweisung erhalten werden kann.

Da die Erfassung der Abschlussdaten bei Entlassung nicht immer gewährleistet werden konnte, liegt eine Reihe unvollständiger Datensätze¹⁰ vor, die nicht in die Auswertung eingehen. Die folgende Auswertung basiert auf bis zum Projektende 231 vollständig ausgefüllten Patientendokumentationen. Rund ein Drittel dieser Patientendokumentationen stammt aus Klinik A, ein Viertel aus Klinik C und jeweils rund 20% aus den Kliniken B und D.

Daten bei Erstkontakt

Die in das Projekt involvierten Patienten waren durchschnittlich 81,7 Jahre alt und überwiegend weiblich (62,8%). Im Hinblick auf bereits festgestellte Pflegebedürftigkeit war der Anteil höherer Schweregrade vergleichsweise gering. Nur vier Patienten waren beim Erstkontakt in Pflegestufe III und nur rund 25% in Pflegestufe II eingestuft. Hingegen waren 46% (noch) nicht eingestuft bzw. in Stufe 0 und 28% in Stufe I. Rund ein Fünftel der Patienten lebte im Pflegeheim. Dieser Anteil hat sich im Verlauf des Projekts verringert, was für eine höhere Sensibilität gegenüber ambulanten Patienten mit geringerer Demenzsymptomatik sprechen könnte. Von den ambulanten Patienten wohnten immerhin rund 20% alleine im eigenen Haushalt, wodurch sich im Hinblick auf Versorgungssicherheit eine besondere Brisanz ableiten lässt. Eine Unterstützung durch ambulante Dienste nahmen mit 34% nur knapp ein Drittel der Patienten in Anspruch. Zudem lag beim Erstkontakt nur für 38% der Patienten eine rechtliche Betreuung vor.

Aus dem Barthel-Index, der bei 208 Patienten erhoben wurde, kann der Grad an Selbständigkeit bei den alltäglichen Verrichtungen abgeleitet werden. Bei einem Mittelwert von 41,7

¹⁰ Insgesamt wurden 325 Patientendokumentationen ausgefüllt.

von 100 Punkten stellte sich die Hilfeabhängigkeit sehr unterschiedlich dar. Ein größerer Teil der Dem-i-K-Patienten (rund 39%) war mit unter 30 Punkten als weitgehend pflegeabhängig zu bezeichnen.

Die Einweisungsdiagnose war von drei Ausnahmen abgesehen im somatischen Bereich angesiedelt und betraf vorwiegend Verletzungen und Unfälle oder Herz-Kreislaufprobleme.

Im Durchschnitt hatten die Patienten bei Aufnahme zwei nicht psychiatrische Diagnosen, darunter am häufigsten eine Herz-Kreislauf- oder eine Stoffwechselerkrankung.

Tabelle 16: Nicht psychiatrische Diagnosen (N = 213)

Diagnosen	Häufigkeit	v.H.
Herz-Kreislaufferkrankungen	153	76,9
Stoffwechselerkrankungen	83	41,7
Schlaganfall	45	22,6
Sonstige neurologische Erkrankungen	24	12,1
Tumorerkrankungen	18	9,0
Sonstige Erkrankungen	20	10,1
Gesamt	343	172,4

Zur Ermittlung des psychischen Status wurde der Mini-Mental-Status-Test durchgeführt. Nicht immer waren die Patienten bereit, an einem solchen Test mitzuwirken. Deshalb liegen nur Daten von 165 Testungen vor. Daraus ergibt sich ein Mittelwert von 18,3 Punkten, was einer mittelschweren Demenz entsprechen würde. Bei allen Patienten wurde jedoch eine Einschätzung der Demenz vorgenommen, auch wenn keine intensivere Testung möglich war. Die Durchschnittswerte entsprechen denen der MMST-Testung, sodass die eingeschätzten Werte mit einer hohen Wahrscheinlichkeit als realistisch angesehen werden können.

Tabelle 17: Einschätzung der Demenz

Demenz	Häufigkeit	v.H.
Keine	29	12,9
Leichte	67	29,9
Mittelschwere	75	33,5
Schwere	53	23,7
Gesamt	224	100,0

Die meisten Dem-i-K-Patienten waren in einem leichten (30%) oder mittelschweren (34%) Stadium der Demenz. Lediglich ein knappes Viertel der Patienten befand sich bereits in einem schweren Stadium. Vor dem Hintergrund der bestehenden Identifizierungsprobleme ist zu unterstreichen, dass es sich bei den Einschätzungen bei fast 45% der Personen um zuvor nicht bekannte Demenzfälle handelt. Ebenso ist zu betonen, dass auch ein Ausschluss von Demenz für die Patienten eine wichtige Funktion erfüllt, eröffnet er doch die Möglichkeit, andere psychische Störungen, etwa eine Depression, gezielt zu behandeln. Dies traf auf rund 13% der Dem-i-K-Patienten zu.

Eine weitere Zielgruppe des Projektes waren delirante Patienten. Ob ein Delir vorliegt, wurde mit der Confusion Assessment Method (CAM) ermittelt. Der Testung liegen vier Kategorien zugrunde: akuter Beginn und fluktuierender Verlauf, Störungen der Aufmerksamkeit, Denkstörungen, quantitative Bewusstseinsstörung. Wenn mindestens drei der Kategorien zutreffen, kann von einem Delir ausgegangen werden. Von den erfassten Patienten haben 27% ein Delir entwickelt, womit sich bestätigt hat, dass es sich um eine relevante Patientengruppe handelt, auf die man erst durch die neue Dem-i-K-Arbeitsweise aufmerksam geworden ist. Die Diagnose von Delirien ist eine wichtige Voraussetzung für eine gezielte Behandlung. Denn ohne Behandlung können Delirien zu schwerwiegenden Konsequenzen bis hin zum Tod führen.

Weniger aus diagnostischen Gründen, sondern eher im Hinblick auf die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit von Verhaltensproblemen wurden auch Orientierungsstörungen erfasst, die sowohl bei Demenz als auch bei Delir auftreten können.

Tabelle 18: Vorliegende Orientierungsstörungen (N = 227, Angaben in Prozent)

Art der Störung	Häufigkeit	v.H.
Zeitliche Desorientierung	186	81,9
Örtliche Desorientierung	133	58,6
Desorientierung zur Person	66	29,1
Situative Desorientierung	120	52,9

Aus Sicht des Krankenhauspersonals sind Störungen der situativen Orientierung besonders brisant, weil eine Verknennung der Situation (z.B. „Ich bin im Gefängnis und nicht im Krankenhaus!“) zu massiven Verweigerungen und aggressivem Verhalten führen kann. Über die Hälfte der Patienten litt bei Erstkontakt unter solchen situativen Verknennungen. (Sehr) häufig verbreitet waren zudem eine mangelnde zeitliche Orientierung (82%) und eine örtliche Des-

orientierung (59%). Über ein Viertel der Patienten war bei Erstkontakt in allen vier Kategorien nicht orientiert.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die erfassten Patienten sehr häufig unter Orientierungsstörungen litten, die für den klinischen Alltag relevant sind. Durch das Projekt wurden häufig mittelschwere Demenzen und eine relevante Zahl an Delirien ermittelt. Bei den Demenzen handelte es sich in fast der Hälfte der Fälle um Erstdiagnosen.

Daten zu den durchgeführten Maßnahmen

In der Patientendokumentation wurde auch vermerkt, welche Maßnahmen das KL-Team ergriffen hat, wobei diese nach den Berufsgruppen Arzt und Pflege unterteilt sind.

Tabelle 19: Maßnahmen des KL-Arzt (MFN¹¹, N = 229)

Maßnahmen	Häufigkeit	v.H. der Fälle
Diagnostik	175	76,4
Empfehlung zur Veränderung der Medikation	140	61,1
Beratung der Angehörigen	89	38,9
Patientengespräch	65	28,4
Empfehlung gesetzliche Betreuung/Vorsorgevollmacht	35	15,3
Fallbesprechung mit einzelnen Mitarbeitern	10	4,4
Fallbesprechung mit Team	8	3,5
Empfehlung Pflegerisches Konsil	9	3,9
Sonstiges	16	7,0
Gesamt	547	238,9

Im Durchschnitt erhielt jeder Patient 2,4 ärztliche Leistungen im Rahmen des Konsils. Bei den ärztlichen Leistungen dominierten die klassischen Arbeitsbereiche Diagnostik (76,4%) und Empfehlungen zur Veränderung der Medikation (61,1%). Unter sonstige Leistungen fielen zudem die Einleitung weiterer Diagnostik oder die Empfehlungen zur Verlaufskontrolle besonders ins Gewicht. Neben den rein medizinischen Leistungen spielte die Beratung der Angehörigen, die sich im Projektverlauf als dritthäufigste Maßnahme des KL-Arzt herauskristallisiert hat, eine herausgehobene Rolle. Daneben wurde – um handlungsfähig zu bleiben – in jedem siebten Fall die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung angeregt. Insgesamt weniger häufig sind personalbezogene Maßnahmen durch den KL-Arzt, wie Fallbe-

¹¹ MFN = Mehrfachnennungen möglich

sprechungen. Dies lag in der Regel daran, dass noch keine Struktur dafür gefunden werden konnte, damit unmittelbar vor oder nach dem Konsil ein ärztlicher Ansprechpartner zur Verfügung stand. Rückmeldungen werden dann eher schriftlich oder aber auch vermittelt über die Pflegekräfte erstattet. Unter den sonstigen Angaben wird deutlich, dass die Konsile zu sehr individualisierten Maßnahmen führten, etwa wenn im Einzelfall eine zügige Entlassung oder ein Augenarztkonsil vorgeschlagen wurde.

Tabelle 20: Maßnahmen der KL-Pflegefachkraft (MFN¹², N = 219)

Maßnahmen	Häufigkeit	v.H. der Fälle
Beratung der Angehörigen	148	71,2
Hinweise zur Aktivierung	115	52,5
Anregung Kontaktaufnahme Sozialdienst	64	29,2
Fallbesprechung mit einzelnen Mitarbeitern	57	26,0
Fallbesprechung mit Team	63	28,8
Bedside-Teaching	20	9,1
Empfehlung gesetzliche Betreuung/Vorsorgevollmacht	30	13,7
Milieugestaltung anregen	11	5,0
Sonstiges	6	2,7
Gesamt	514	234,7

Pro Patient wurden von der KL-Pflegefachkraft 2,3 Maßnahmen erbracht. Die mit über 70% am häufigsten genannte Einzelmaßnahme der KL-Pflegefachkraft war die Beratung der Angehörigen. Fast alle anderen Angaben bezogen sich auf die Beratung des Krankenhauspersonals. Unter diesen mitarbeiterbezogenen Leistungen dominierten die Hinweise zur Aktivierung (52,5%), die im Verlauf des Projekts zugenommen haben, und die Anregung einer Kontaktaufnahme zum Sozialdienst zur Unterstützung der Entlassungsplanung (29,2%). Die Maßnahmen zur Fallbegleitung, die zusammengenommen fast zwei Drittel der Tätigkeiten ausmachten, umfassten die Fallbesprechung mit einzelnen Pflegekräften, die Fallbesprechung im Team oder das Bed-Side-Teaching. Auch die KL-Pflegefachkraft wies in über jedem zehnten Fall auf die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung hin.

¹² MFN = Mehrfachnennungen möglich

Daten bei Entlassung

Zur Entlassung wurden verschiedene Testungen bei den Patienten wiederholt und zusätzliche Daten erhoben, um die Entwicklung des Krankenhausaufenthaltes zu erfassen und Hinweise auf Kosteneffekte zu erhalten.

In einer vergleichsweise hohen Zahl der Fälle konnten die Testungen des Barthel-Indexes zum Zeitpunkt der Entlassung wiederholt werden (N=157), um Rückschlüsse auf Veränderungen des Selbständigkeitsgrades bei den alltäglichen Verrichtungen zu erhalten. Bei 63% der Patienten konnte der Zustand stabil gehalten werden, was bereits als Erfolg des Projekts gewertet werden kann. Bei fast einem Drittel der Patienten haben sich die Punktwerte des Barthel-Index bei Entlassung sogar verbessert (31,2%). Orientierungsstörungen haben sich bei 69% der konsiliarisch betreuten Patienten nicht verändert, bei rund 23% haben sich (in der Regel leichte) Verbesserungen ergeben. Bezogen auf die beim Erstkontakt desorientierten Patienten (N=227) betreffen die Verbesserungen insbesondere die örtliche Orientierung (24,0% der Patienten mit verbesserten Werten). In den anderen Kategorien konnten bei jeweils rund 15% der Patienten Verbesserungen festgestellt werden. Die Wiederholungstestungen sprechen demnach dafür, dass der Klinikaufenthalt beim überwiegenden Teil der Dem-i-K-Patienten nicht zu den sonst häufig üblichen Verschlechterungen im körperlichen und psychischen Status geführt hat.

Um Hinweise auf Kosteneffekte zu erhalten, wurde zudem erfasst, ob im Anschluss an den Klinikaufenthalt eine Heimunterbringung oder eine Überweisung in ein anderes Krankenhaus stattfand und wie sich die Verweildauer entwickelt hat. Dahinter steht die Erfahrung, dass viele Demenzkranke nach einer misslungenen und eskalierten Akutbehandlung direkt in Pflegeheime oder psychiatrische Kliniken übergeleitet werden.

Tabelle 21: Entlassung der zu Hause lebenden Patienten (N = 227, Angaben in Prozent)

Entlassung	Häufigkeit	v.H.
Nach Hause	129	72,1
In Pflegeheim	23	12,8
In Kurzzeitpflege	5	2,8
In andere Klinik	9	5,0
In (geriatrische) Reha	11	6,1
Sonstiges	2	1,1
Gesamt	179	100,0

Fast drei Viertel der bei Aufnahme noch zu Hause lebenden Patienten konnten nach dem Krankenhausaufenthalt wieder in die häusliche Umgebung entlassen werden. Rund jeder zehnte Patient wurde in ein Pflegeheim entlassen. Für kleinere Anteile von Patienten wurden eine (geriatriische) Rehabilitation oder eine Kurzzeitpflege organisiert. Nur 5,0% mussten in eine andere Klinik – in der Regel mit psychiatrischer Ausrichtung – überwiesen werden.

Für diejenigen Patienten, die nach Hause entlassen wurden, wurde in fast jedem fünften Fall ein ambulanter Dienst zur Versorgungssicherung vermittelt. In 22% der Fälle wurden zudem Schritte zur Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung eingeleitet (10,4% eingerichtet, 5,2% beantragt, 5,9% angeregt).

Die Verweildauer der Modellpatienten lag mit durchschnittlich 12 Tagen rund 4 Tage über dem allgemeinen Durchschnitt von 8,0 Tagen (2009). Die Frage, ob die Verweildauer durch das Projekt beeinflusst werden konnte, wurde von der Arbeitsgruppe „Finanzierung“ geprüft (vgl. Handlungsempfehlungen). Als weiteres Indiz für den Erfolgsgrad des Projektes kann eine Gegenüberstellung von gesetzten Zielen und Ergebnissen gewertet werden.

Tabelle 22: Gegenüberstellung von Zielen und Ergebnissen

Ziele	genannte Ziele	erreichte Ziele	v.H. der Nennungen
Angehörige unterstützen	122	113	92,6
Delir vermeiden	97	79	81,4
Demenzbedingte Verweildauerüberschreitung vermeiden	110	73	66,4
Verhaltensauffälligkeiten reduzieren	97	62	63,9
Compliance fördern	87	55	63,2
Einweisung in Geriatrie/Psychiatrie vermeiden	74	58	78,4
Drohende Heimunterbringung vermeiden	56	42	75,0
Delir behandeln	23	18	78,3
(Differential)diagnostik	13	11	84,6
Einweisung in Geriatrie/Psychiatrie einleiten	11	7	63,6

Die Tabelle verdeutlicht zum einen die Vielfalt der bei Erstkontakt durch die Projektbeteiligten gesetzten Ziele. Zum anderen zeigt sie, dass eine Reihe von Zielen durchaus ein hohes Potential für Kosteneinsparungen umfassen, etwa wenn es um die Vermeidung von Delirien,

um die Verhinderung von Verweildauerüberschreitungen oder um die Vermeidung drohender Heimunterbringungen geht. In diesen Zielbereichen wurden von den Projektbeteiligten Erfolgswerte zwischen rund 66 und rund 81% angegeben. Zum anderen sind Ziele aufgeführt, die das Krankenhauspersonal vor zusätzlichen Belastungen schützen sollen, z.B. dadurch, dass Verhaltensauffälligkeiten reduziert werden oder die Compliance gefördert soll. Auch in diesen Feldern wurden in über 60% der Fälle Erfolge verzeichnet.

Die Patientendokumentation enthält noch weitere Daten, die Hinweise auf Kosteneffekte liefern sollten, wie z.B. ein Abgleich der Eingangsdiagnose mit der zum Abschluss abgerechneten DRG. Diese Daten wurden in der Dem-i-K-Unterarbeitsgruppe „Finanzierung“ diskutiert (vgl. Kap. 8.) und unter Rückgriff auf die allgemeine Statistik der Krankenhäuser interpretiert.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass es sich bewährt hat, mit einem einheitlichen Instrument (Patientendokumentation) über den Projektverlauf hinweg Daten zu erfassen. Die dargestellten Erst- und Leistungsdaten ermöglichen die Beschreibung der im Rahmen des Dem-i-K Projektes erreichten Patientengruppe und der vom KL-Dienst erbrachten Leistungen. Aus den Abschlussdaten lassen sich zudem Hinweise auf die Wirkungen der Interventionen ableiten, z.B. die meist stabilen oder gar verbesserten Werte beim körperlichen und psychischen Status der Patienten bei Entlassung oder die hohe Zahl von Patienten, die im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt nach Hause entlassen werden konnten. Weitere Aussagen zu Kosteneffekten sind in den Handlungsempfehlungen dargelegt.

7. Befragung der Angehörigen

Die Befragung von Angehörigen war in das empirische Design aus zwei Gründen integriert worden. Zum einen sollte über die Aussagen der Angehörigen ein zusätzlicher Rückschluss auf Wirkungen des Projektes ermöglicht werden. Zum anderen erhoffte man sich, nützliche Hinweise für eine Optimierung der Arbeitsweise innerhalb des Projektes zu erzielen. Die Befragung umfasste einen schriftlichen Fragebogen, der im Anschluss an die erbrachten Konsile vom Krankenhauspersonal verteilt werden sollte, sowie exemplarische Interviews mit Angehörigen.

Die Befragung, die ursprünglich im Sommer 2012 durchgeführt werden sollte, verzögerte sich um einige Monate. Hintergrund waren aufgetretene datenschutzrechtliche Bedenken. Unklar war, ob mit den Angehörigen bedenkenlos Gespräche über eine festgestellte Demenz geführt werden dürfen. Um die Unsicherheiten auszuräumen, wurde ein datenschutzrechtliches Votum eingeholt. Das Votum bescheinigte die grundsätzliche Unbedenklichkeit der Befragung unter der Voraussetzung, dass ein Einverständnis des Patienten eingeholt wird. In der Steuerungsgruppe (vgl. Kap. 8) wurde besprochen, wie die Befragung im Einzelnen durchgeführt werden könnte. Die Diskussion mündete in eine Prozessbeschreibung, die einen rechtssicheren und reibungslosen Ablauf der Befragung garantierte.

Aufgrund der Verzögerungen konnte die Befragung erst Mitte November 2012 gestartet werden und kam dennoch nur schleppend in Gang. Als Problem stellte sich heraus, dass dem Personal der somatischen Kliniken durch die engen personellen Ressourcen wenig Spielraum für die notwendigen Erläuterungen zum Fragebogen zur Verfügung stand. Dies galt auch für die Vermittlung von Angehörigen als Interviewpartner. Die wenigen schriftlichen Fragebogen zusammen genommen mit den fünf exemplarisch durchgeführten Interviews ergaben folgende Erkenntnisse:

- Die Angehörigen fühlen sich mit den demenzkranken Patienten in der Klinik gut aufgehoben. Sie beklagen jedoch den enormen Zeitdruck, den sie für Demenzkranke als nicht angemessen empfinden. *„Die Zeitanteile, die die Politik für diese Patienten gewährt, sind völlig unzureichend. Hier werden die demenzkranken Patienten und die Pflegekräfte gleichermaßen verheizt.“*
- Es wurde zudem deutlich, dass die Situation der Angehörigen in der Häuslichkeit häufig durch eine mangelnde Unterstützung geprägt ist. Meist fehlt eine fachärztliche Diagnosestellung ebenso wie Beratungsangebote oder pflegerische Hilfen. Es herrscht ein gravierendes Informationsdefizit, auf das man im Rahmen des Projektes noch stärker reagieren muss.

- Die Unterversorgung im häuslichen Umfeld führt offenbar immer noch zu kostenintensiven Krankenhauseinweisungen. So berichtete eine Angehörige, dass sie mit der Mutter, die bei einem Unfall schmerzhafte Prellungen erlitten hatte, nicht mehr zurechtkam, weil diese sich gegen ihre Berührungen wehrte. So sah sie sich gezwungen, diese wegen der Umgangsprobleme in ein Krankenhaus einliefern zu lassen.

8. Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit

Dem-i-K war ein Projekt der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland. Es handelte sich um eine sehr komplexe Projektkonstruktion, an der viele verschiedene Träger, Einrichtungen und Akteure beteiligt waren. Aus diesem Grund war eine übergeordnete Steuerung der Prozesse erforderlich, die auch nach Projektende Bestand haben soll. Die Projektleitung oblag der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland. Zentrales Organ der Projektsteuerung war die Steuerungsgruppe, die alle zwei Monate zusammentraf. Sie ging aus der Arbeitsgruppe „Demenz im Krankenhaus“ hervor, in der die Konzeption des Projektes gemeinsam entwickelt wurde. Vor Beginn des Projektes wurde eine Geschäftsordnung für die Steuerungsgruppe verabschiedet, in der die Aufgaben, Mitglieder und die Arbeitsweise der Gruppe verbindlich festgelegt sind. Die Aufgaben der Steuerungsgruppe lagen in der

- Koordination und Feinabstimmung des Projektes;
- Zielerreichungskontrolle und ggf. Kurskorrektur;
- Sicherstellung des Informationsaustauschs zwischen den Kliniken und den Trägern;
- Beauftragung und Koordination von Arbeitsgruppen;
- Öffentlichkeitsarbeit.

Neben der wissenschaftlichen Begleitung und dem Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser (Projektleitung), der die Gruppe moderierte, nahmen aus jeder beteiligten Klinik ein benannter Projektverantwortlicher teil, der sich bei Verhinderung durch eine ebenfalls festgelegte Person vertreten ließ. Zur Ergebnissicherung wurden alle Sitzungen protokolliert. Man traf sich reihum in den beteiligten Kliniken.

In der Anfangsphase des Projektes wurden in der Steuerungsgruppe vor allem die Projektstrukturen aufgebaut und ein detaillierter Projektplan entwickelt. Der Projektplan umfasste zum einen die im Projekt zu strukturierenden Arbeitsbereiche, darunter in erster Linie die Frage, wie die bevorstehenden Fortbildungen in den einzelnen Häusern organisiert werden sollten. Zum anderen stand im Mittelpunkt, wie Erhebungen der wissenschaftlichen Begleitung umgesetzt werden und welche Screening-Instrumente zum Einsatz kommen sollten. Zur Entwicklung einer Patientendokumentation wurde eine Unterarbeitsgruppe gebildet, um alle relevanten Aspekte berücksichtigen zu können (erforderliche Datenmenge, Integration von Fragekomplexen zum Nachweis von Kosteneffekten, Machbarkeit für das ausführende Personal usw.). Die Unterarbeitsgruppe umfasste wegen der komplexen Anforderung neben der

wissenschaftlichen Begleitung Vertreter aus dem ärztlichen und pflegerischen Dienst sowie aus dem kaufmännischen Sektor und aus dem Controlling.

Im weiteren Projektverlauf kümmerte sich die Steuerungsgruppe um Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit. So wurden ein Projektflyer zur Erläuterung der Konzeption sowie ein zweiter Flyer für den Bereich der Fortbildungen konzipiert und fertiggestellt. Zum anderen wurden ein Roll-Up-Display und ein Projektposter mit ersten Ergebnissen für Veranstaltungen entwickelt sowie eine Projekthomepage (www.dem-i-k.de) eingerichtet. Diskutiert wurde auch der Ablauf öffentlichkeitswirksamer Veranstaltungen wie das Projekt-Kick-Off im April 2011, das Pflegesymposium im Oktober 2011 oder die Konstituierung des Projektbeirats im November 2011.

Daneben war die Steuerungsgruppe ein Gremium, in dem fortlaufend die anstehenden Projektanforderungen und im Prozess auftretende Hemmnisse diskutiert wurden und nach Lösungen gesucht wurde. Dazu zählten z.B. die im Kap. 5.1 beschriebenen Probleme in der Umsetzung der Ärztefortbildungen und in der Anforderung von Konsilen. Gegen Ende der Projektlaufzeit wurden in der Steuerungsgruppe die durchzuführenden Reflexionsworkshops konzipiert und deren Ergebnisse wiederum in die Gruppe eingespielt.

Eine weitere Unterarbeitsgruppe beschäftigte sich mit der Frage, wie ein übertragbares Finanzierungskonzept für die von den katholischen Krankenhäusern erbrachten Mehraufwendungen in Höhe von rund 100.000 Euro pro Jahr und Klinik aussehen könnte. Die Gruppe bestand aus den Finanzierungsexperten und Controllern der beteiligten Häuser, der wissenschaftlichen Begleitung und dem Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser. Sie beschäftigte sich zum einen mit der Frage, wie Kosteneffekte auf der betriebs- und volkswirtschaftlichen Seite darstellbar gemacht werden könnten, was als methodische Herausforderung bewertet werden kann. Zum anderen unternahm sie den Versuch, Vorschläge für ein Finanzierungsmodell zu entwickeln. Aus der Gruppe ging dazu ein erstes Papier hervor, das dem Ministerium schon während der Projektlaufzeit übersandt wurde. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe werden in den Handlungsempfehlungen aufbereitet (vgl. Kapitel 9.).

Neben der Steuerungsgruppe wurde ein Projektbeirat gebildet, in den neben den Mitgliedern der Steuerungsgruppe eine Reihe wichtiger Akteure im Umfeld des Projektes einbezogen waren. Dazu zählen das Ministerium für Gesundheit als Auftraggeber der wissenschaftlichen Begleitung, die Krankenkassen, die für eine Weiterfinanzierung des Projektes nach Modellende gewonnen werden sollten, Institutionen mit zusätzlicher fachlicher Expertise (Demenzverein Saarlouis, Saarländische Alzheimer Gesellschaft, Gerontopsychiatrische Abteilung

der SHG Kliniken) sowie berufliche und verbandliche Interessenvertretungen (Saarländische Ärztekammer, Landespflegerat, Saarländische Pflegegesellschaft). Die erste und konstituierende Sitzung des Projektbeirats, in der alle eingeladenen Institutionen vertreten waren, wurde vom Gesundheitsminister moderiert. Die Projektstruktur und die Arbeitsweise im Projekt sowie erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung wurden vorgestellt. Nach Vorlage des Endberichts und den dazugehörigen Handlungsempfehlungen soll der Projektbeirat wieder informiert werden.

9. Zusammenfassung und Empfehlungen

Die Einführung demenzsensibler Konzepte ist eine komplexe Angelegenheit. Um den Einstieg in die neue Arbeitsweise zu erleichtern, baute die Konzeption von Dem-i-K auf den bereits gesammelten Erfahrungen anderer Projekte mit hilfreichen Strategien, aber auch mit Umsetzungsproblemen auf. So wurde z.B. vor Projektbeginn eine zweitägige Hospitation in Kaufbeuren durchgeführt, wo im Jahr 2000 der erste gerontopsychiatrische KL-Dienst in Deutschland installiert wurde. Die in Kaufbeuren gesammelten Erfahrungen über gravierende Akzeptanzprobleme auf Seiten der „somatischen Pflegekräfte“ konnten durch eine entsprechende Anpassung der Dem-i-K-Konzeption weitgehend reduziert werden. Neben einer Konzentration auf Schwerpunktabteilungen war dabei mit entscheidend, die Mitarbeiter durch dem Projekt vorgeschaltete Schulungen für die Problematik der Demenz und des Delirs zu sensibilisieren, ihnen den Handlungsbedarf zu verdeutlichen, aber auch Optionen für eine andere Praxis aufzuzeigen.

Nach einer intensiven Vorbereitungsphase, die durch eine planende Expertengruppe begleitet wurde, konnte das Projekt Dem-i-K (Demenz im Krankenhaus) Ende 2010 von der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser aufgelegt werden. Während der Aufwand für die Durchführung des Projekts von den Trägern selbst aufgebracht wurde, übernahm das saarländische Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familien und Frauen die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitforschung, durch die zum einen die Wirkungen des Projekts bewertet und zum anderen übertragbare Handlungsempfehlungen für alle saarländischen Kliniken abgeleitet werden sollten.

Aus der Auswertung geht hervor, dass das Projekt auf allen Zielebenen erhebliche Erfolge erzielt hat. Dabei beziehen sich die positiven Wirkungen sowohl auf die Patienten als auch auf die Mitarbeiter in den involvierten Abteilungen. Mit Hilfe der Patientendokumentation konnte gezeigt werden, dass für einen Großteil der Patienten während des Krankenhausaufenthalts stabile oder sogar verbesserte Werte im körperlichen und psychischen Status erreicht wurden. Diese Ergebnisse sind umso beachtlicher, wenn man sich vor Augen führt, dass Krankenhausaufenthalte für Demenzkranke mit hohen Risiken verbunden sind und daraus sehr häufig Krisensituationen erwachsen, die sich negativ auf die weiteren Lebensperspektiven der Betroffenen auswirken.

Wie im Bericht dargelegt, ist es zudem gelungen, einen erheblichen Anteil Erstdiagnosen zu stellen und die Patienten einer frühen Behandlung zuzuführen. Dies ist als ein wichtiges Ergebnis zu bewerten, wenn man in Rechnung stellt, dass die „Nebendiagnose Demenz“ im Akutkrankenhaus üblicherweise wenig Beachtung erfährt. Man kann daraus schließen, dass

in Akutkrankenhäusern ein hohes Potential für die frühe Identifizierung und Behandlung von Demenzen besteht, wenn die Mitarbeiter den Blick auf das Krankheitsbild richten. Dies betrifft auch die im Rahmen von Demenzen häufig auftretenden Delirien, die unberücksichtigt zu erheblichen negativen Konsequenzen auf die Morbidität und Mortalität der Patienten führen. Bei fast 30% der involvierten Patienten wurden Delirien festgestellt, womit die Grundlage für gezielte medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Interventionen geschaffen wurde.

Aus den zu Beginn und zum Abschluss des Projekts durchgeführten Bestandsaufnahmen in den an Dem-i-K beteiligten Abteilungen lassen sich zusätzliche Wirkungen ableiten. Die Umsetzungserfolge, die man insbesondere im Arbeitsfeld der Pflege erreichen konnte, sind beachtlich. Es hat bei den geschulten Kräften ein Blickwechsel stattgefunden: Die Bedürfnisse der Kranken werden wahrgenommen, und es hat sich eine höhere Sensibilität sowie ein verändertes Problembewusstsein eingestellt. Zudem haben die Pflegekräfte Strategien erlernt, mit den demenzkranken Patienten adäquater umzugehen, und sie fühlen sich nicht mehr so hilflos wie noch zu Beginn des Projekts. Die Kenntnisse über spezielle Versorgungskonzepte und pflegerisch-therapeutische Interventionen sind gewachsen, und in vielen Bereichen wurde ein Abbau von Schwächen der Kliniken in der Demenzversorgung konstatiert. Auch ein Rückgang von Umgangsproblemen lässt sich nachzeichnen. Allerdings besteht bei schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten immer noch der Bedarf an fachlicher Unterstützung durch den KL-Dienst. Alle Kliniken haben zudem Schritte unternommen, in verschiedenen Bereichen demenzfreundliche Strukturen und Prozesse einzuführen. Dabei sind jeweils individuelle, auf den Ressourcen der einzelnen Kliniken aufbauende Maßnahmen entwickelt worden, z.B. in den Bereichen Ernährung, Angehörigenberatung oder Beschäftigung.

Ein wichtiger Befund des Projekts besteht in der Erfahrung, dass die Umsetzung eines demenzfreundlichen Settings entscheidend auch mit dem Ressourceneinsatz zusammenhängt. Da es sich bei Dem-i-K nicht um ein klassisches Modellprojekt handelt, bei dem der projektbedingte Mehraufwand gefördert wird, mussten die Kliniken selbst entscheiden, wie viele Ressourcen sie einsetzen konnten. Dies betraf z.B. die Zahl der in den Modulen 1 bis 5 geschulten Mitarbeiter, den Aufwand für zusätzliche Fortbildungsveranstaltungen für weitere Mitarbeitergruppen sowie die Häufigkeit von Fallbegleitungen. Wie die Erfahrung gezeigt hat, zeichnet sich in denjenigen Kliniken eine größere „Durchdringung“ des Themas und eine problemlosere Übernahme der neuen Arbeitsweisen in der Krankenhausroutine ab, in denen mehr Mittel für die Fortbildungen des Personals und für die Fallbegleitungen eingesetzt werden konnten. Die Wirkungsunterschiede beziehen sich sowohl auf die Sicherheit im Umgang mit den Kranken als auch auf den regelmäßigen Einsatz geeigneter Strategien, wie z.B. das Setzen aktivierender oder orientierender Impulse. Es lässt sich daraus ableiten, dass Fallbe-

gleitungen so regelmäßig stattfinden sollten, dass sie in die Routine des Stationsalltags Eingang finden können. Zudem sollte pro Station ein Mindestmaß an Pflegekräften geschult sein, damit zum Zeitpunkt der Fallbegleitung überhaupt kompetente Ansprechpartner präsent sein können.

Um Ressourcen geht es auch im ärztlichen Tätigkeitsfeld. Hier hat sich gezeigt, dass Probleme entstehen, wenn interne Konsiliare im Rahmen des Projektes verstärkt in Anspruch genommen werden sollen, diese für die zusätzlichen Aufgaben jedoch keine zeitlichen Ressourcen zur Verfügung haben. Auch im Hinblick auf die Identifizierung von demenzkranken oder delirgefährdeten Patienten sind zusätzliche Zeitressourcen für die ärztlichen Konsiliare von großer Bedeutung. Denn anstatt sich darauf zu beschränken, die von den Stationen angeforderten Konsile abzuarbeiten, könnten durch ein gezieltes Suchen nach „Indexpatienten“ auch diejenigen erfasst werden, bei denen der Hilfe- oder Präventionsbedarf nicht ganz so offensichtlich zu Tage tritt.

Zu betonen ist in diesem Zusammenhang, dass die Umstellung auf eine demenzsensible Arbeitsweise in den Akutkliniken erhebliche Kosten u.a. für Honorare und Mitarbeiterfreistellungen verursacht, für die es nach den Ergebnisse diverser, im Rahmen des Projekts vorgenommener Analysen keine Gegenfinanzierung gibt. Weil die Träger vor diesem Hintergrund mit sehr begrenzten Finanzierungsspielräumen agieren müssen, kommt es in der Umsetzung von modellhaften Elementen häufig zu Verzögerungen und Hemmnissen. Dieser Aspekt muss letztlich als mitausschlaggebend bewertet werden, wenn man sich fragt, warum es in Deutschland – trotz diverser Bemühungen in der Regel im Rahmen von Modellprojekten – noch immer nicht gelungen ist, eine Musterklinik zu schaffen, in der alle Strukturen und Prozesse auf die spezifischen Bedürfnisse Demenzkranker ausgerichtet sind.

Aus der Evaluation sind neben der Wirkungsanalyse zahlreiche Ergebnisse hervorgegangen, die in übertragbare Handlungsempfehlungen transferiert wurden. Dazu zählen in erster Linie die Kernelemente der Empfehlungen:

- berufsgruppenbezogene Fortbildungen,
- fachärztliche Konsile sowie
- Fallbegleitungen für die Pflegekräfte.

Im Rahmen der Reflexionsworkshops wurden zudem für weitere Handlungsfelder Empfehlungen zum Aufbau demenzfreundlicher Strukturen und Prozesse entwickelt (vgl. Kapitel 5.2 und nachfolgenden Text).

Zu fundierten Handlungsempfehlungen gehören jedoch – neben der Ausarbeitung von Gestaltungshinweisen für Bausteine einer demenzsensiblen Ausrichtung – auch Hinweise auf zu erwartende Implementationsprobleme sowie auf die Schwierigkeiten, eine feste Verankerung der Innovationen in die selbstverständliche alltägliche Arbeitspraxis zu erzielen. Auch hierzu wurden im Rahmen von Dem-i-K wichtige Erkenntnisse erzielt, denn es musste in allen beteiligten Häusern die Erfahrung gemacht werden, wie mühsam und krisenanfällig der Weg zu einer demenzsensiblen Ausrichtung sein kann. Als wesentliches Implementationsproblem stellte sich neben den begrenzten personellen Kapazitäten die Frage der Haltung zu demenzkranken Patienten heraus. So musste bei den somatischen Ärzten z.B. lange um die Akzeptanz des Konzepts gerungen werden, und dieser Prozess ist in den meisten Kliniken noch nicht abgeschlossen. Die Nebendiagnose Demenz nimmt auf der Prioritätenliste der somatischen Medizin keine vorrangige Rolle ein und beim ärztlichen Personal muss Überzeugungsarbeit geleistet werden, um diese Haltung sukzessive aufzuweichen. Als „Lernerfolg“ des Projektes kann herausgestellt werden, dass die Kooperation mit den fachärztlichen Konsiliaren möglichst schwellenarm gestaltet werden muss. So hat es das Projekt vorangebracht, die ärztlichen Konsile – wenn dies möglich war – innerhalb der internen Struktur des Krankenhauses anzusiedeln. Wenn die externe Variante gelingen soll, scheint eine räumliche Nähe der Kooperationspartner, die eine spontane Abarbeitung von Konsilanfragen ermöglicht, ebenso erforderlich zu sein wie eine hohe personelle Kontinuität.

Zudem kommt es in den Kliniken immer wieder zu Brüchen und zu Zeitverzögerungen, wenn die angestrebten Veränderungen mit einem hohen kommunikativen Aufwand verbunden sind, etwa wenn sie eine Abstimmung zwischen Pflegekräften, Ärzten und Mitarbeitern der Verwaltung erfordern. Wie aus Dem-i-K abgeleitet werden kann, ist die Etablierung von Projektverantwortlichen mit eigenen Entscheidungskompetenzen ein vielversprechender Ansatz, Umstrukturierungen anzustoßen und die Prozesse in Gang zu halten. Auch runde Tische, an denen sich ausgewählte Personen zur gemeinsamen Reflexion des Projektfortschritts zusammenfinden und in denen weitere Umsetzungsschritte geplant und begleitet werden, scheinen sich günstig auszuwirken.

Abschließend lässt sich feststellen, dass der kontinuierliche Aufbau demenzfreundlicher Strukturen und Prozesse eine aufwendige und zeitintensive Aufgabe darstellt. Die Entwicklungen erfordern Hartnäckigkeit und ein Umdenken aller Beteiligten, damit aus der qualifizierten Einzelaktion von geschulten Pflegekräften und Ärzten eine kollektive Strategie für das gesamte Krankenhaus werden kann. Als unerlässlich hat sich die uneingeschränkte Unterstützung durch die gesamte Leitung herausgestellt, die das Voranschreiten einer demenzsensiblen Ausrichtung zu ihrem persönlichen Anliegen erklären sollte. Auf Bundesebene ist

parallel dazu darauf hinzuwirken, dass die großen Anstrengungen der Träger und Mitarbeiter auf dem mühevollen Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus mit einem finanziellen Ausgleich kompensiert werden können.

Im Folgenden werden die wichtigsten **Handlungsempfehlungen**, die aus dem Projekt Dem-i-K abgeleitet werden können, thesenartig aufbereitet:

1. Die Versorgung Demenzkranker wird zukünftig nicht nur in Pflegeeinrichtungen, sondern auch in Akutkrankenhäusern zum normalen Alltag gehören. Deshalb sollten demenzbezogene Wissensinhalte konsequenter in die Ausbildungsordnungen der Gesundheitsberufe integriert werden. Eine erweiterte Kompetenz ist auch für die Praxisanleiter/innen von Auszubildenden in Pflegeberufen einzufordern.
2. In allen saarländischen Kliniken sollten Qualifizierungsmaßnahmen für Ärzte und Pflegekräfte durchgeführt werden. Zu Inhalten und Struktur dieser Fortbildungen sind im Bericht und im Materialband Vorschläge unterbreitet. Pro Station sollte zunächst mindestens ein Drittel der Mitarbeiter im Themenbereich Demenz/Delir geschult werden. Die Zahl geschulter Kräfte kann im Rahmen von Nachschulungen sukzessive erhöht werden.
3. Die Qualifizierungen sollen durch wöchentliche Fallbegleitungen für Pflegekräfte ergänzt werden, in denen das theoretisch vermittelte Wissen vertieft und verfestigt wird.
4. Um auf die Nebendiagnose Demenz aufmerksam zu werden, empfiehlt sich der Einsatz eines Kurzscreenings (z.B. 3-Uhren-Wörter-Test). Falls sich aus der Testung ein Demenzverdacht ableitet, soll zur Sicherung von Diagnose und (Früh-)Behandlung regelmäßig mit einem fachärztlichen Konsiliar kooperiert werden.
5. Die Etablierung demenzfreundlicher Kliniken ist ein aufwendiger und krisenanfälliger Prozess, der leicht ins Stocken geraten kann. Um einen kontinuierlichen Fortgang der Entwicklungen abzusichern, sind die Benennung von Projektverantwortlichen und die Einrichtung runder Tische mit interdisziplinärer Besetzung anzuraten.
6. Die rückhaltlose Unterstützung durch die gesamte Krankenhausleitung ist unabdingbare Voraussetzung für die Umsetzung demenzfreundlicher Arbeitsweisen. Eine wichtige Aufgabe der Leitungskräfte besteht darin, eine positive Haltung des Personals zu demenzkranken Patienten zu erwirken.
7. Bei der Konzipierung und Umsetzung demenzfreundlicher Strukturen und Prozesse ist es von Vorteil, wenn nach unterschiedlichen Zielgruppen differenziert wird (delirgefährdete bzw. an Delir erkrankte Patienten; Personen in verschiedenen Demenzsta-

dien). Diese Vorgehensweise führt zu bedürfnisgerechten Konzepten (vgl. z.B. den in der Folge beschriebenen Verfahrensvorschlag zur Angehörigenarbeit).

8. Für die Finanzierung des Mehraufwandes, der durch die Einführung demenzsensibler Strukturen und Prozesse entsteht, muss eine sachgerechte Finanzierungsregelung gefunden werden.

In Ergänzung der Thesen werden in der Folge zu einzelnen Handlungsfeldern konkrete Verfahrensvorschläge unterbreitet, die – mit Ausnahme des Vorschlags zum Themenbereich Finanzierung – im Wesentlichen auf den Ergebnissen der Reflexionsworkshops resultieren. Die Verfahrensvorschläge erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern bilden den Diskussionsstand zum Abschluss des Projekts Dem-i-K ab.

Ergebnisse der Kostenanalyse (1)

Ergebnisse der Kostenanalyse: Finanzierung

Thomas Jungen, Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland

Die Modellförderung des Projektes Dem-i-K bezog sich ausschließlich auf die wissenschaftliche Begleitung. Die Umsetzung von Dem-i-K war deshalb mit dem dezidierten Auftrag der Träger an die Steuergruppe versehen, Ansätze für die Gegenfinanzierung des mit der Umsetzung demenzsensibler Konzepte verbundenen Aufwands zu erarbeiten.

In einem ersten Schritt wurde daher geprüft, ob mit der häufigeren Kodierung der Nebendiagnose „Demenz“ eine höhere Vergütung verbunden ist. Dahinter stand die Annahme, dass durch Dem-i-K eine höhere Zahl von Demenzpatienten erkannt und über die Erfassung der relevanten Nebendiagnosen dokumentiert werden kann. Geprüft wurde, ob die zusätzliche Erfassung der Nebendiagnose „Demenz“ zu einer höherbewerteten DRG und damit zu einer höheren Vergütung führt. Das DRG-System ist im Grundsatz so konzipiert, dass neben der Hauptdiagnose, die den Behandlungsgrund erfasst, auch die Nebendiagnosen, die mögliche Komplikationen abbilden, Einfluss auf die Höhe der Krankenhausvergütung haben.

Analysen mit den Daten der Projekthäuser haben ergeben, dass die Kodierung der Nebendiagnose „Demenz“ in der Regel nicht ursächlich für eine höhere Vergütung ist. Die Nebendiagnose „Demenz“ führt nur im Zusammenwirken mit anderen Nebendiagnosen zu einer Höherbewertung und spielt in diesem Zusammenhang nur eine untergeordnete Rolle. Anders ausgedrückt: Die Höherbewertung der DRG ist geknüpft an signifikante weitere Komplikationen, die in der Regel dazu führen, dass auch ohne die Demenz eine Höherbewertung erfolgt wäre.

Die Steuergruppe hat daraufhin verschiedene Ansätze für eine mögliche Finanzierung demenzsensibler Konzepte zusammengestellt und im Anschluss geprüft:

a) Antrag an das InEK zur Änderung der CCL-Zuordnung der Demenzdiagnosen

Derzeit haben nicht alle Demenzdiagnosen einen korrespondierenden CCL-Wert, der möglicherweise zu einer Steigerung des DRG-Schweregrades führen kann. Dies betrifft zum Beispiel die Diagnose F.03 (unspezifische Demenz), die nicht erlösrelevant, aber pflegerisch relevant ist. Erlösrelevant sind nur Diagnosen, in denen vom Facharzt eine Spezifizierung der Demenz vorgenommen wird. Problematisch ist, dass der Facharzt eine eindeutige, vom MDK anerkannte Spezifizierung nur dann vornehmen kann, wenn entsprechende Dokumente bzw. Informationen aus der Vergangenheit vorliegen. Dies kann in vielen Fällen im Krankenhaus nicht vorausgesetzt werden. Die Forderung an das InEK sollte deshalb lauten, dass bei Prüfung durch den Facharzt auch unspezifische Demenzdiagnosen erlösrelevant sind.

b) Finanzierung der Demenz über den OPS und eine Komplexpauschale unter Angabe notwendiger Strukturmerkmale und Standards

- c) Finanzierung der Demenzbehandlung über den OPS für pflegeaufwendige Patienten (Pflegekomplex-Score)

Hier wirkt sich die Demenz allerdings nur unter Umständen erlössteigernd aus.

- d) Finanzierung über einen IV-Vertrag
- e) Finanzierung über einen Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntG

Nach Bewertung der Vor- und Nachteile der verschiedenen Finanzierungsansätze, hat sich die Steuergruppe für die Beantragung eines Zuschlags nach § 5 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz entschieden. Ein Antrag auf einen Zuschlag wurde im September 2010 an die saarländischen Krankenkassen geschickt. Grundlage der Kalkulation des Zuschlags waren die besonderen Leistungen, die für die Versorgung der Demenzkranken erforderlich sind und über DRG's nicht abgegolten werden. Dazu gehören die Identifizierung von Risikopatienten, Aufgaben des Liaisondienstes, die demenzspezifische Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die gesonderte zusätzliche Dokumentation, Fallbesprechungen, Angehörigenarbeit und Auswertungen zur Ergebnissicherung. In die Kalkulation sind ausschließlich die Kosten für die Versorgung demenziell Erkrankter eingeflossen, die in der Regelfinanzierung bisher nicht abgedeckt sind. Die Gesamtkosten pro Projektthaus und pro Jahr wurden mit 94.818 € berechnet.

Ende 2010 wurde den saarländischen Krankenkassen der Antrag vorgestellt und mit der Begründung abgelehnt, dass zum einen keine Problemlage bei der Versorgung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus zu erkennen sei und zum anderen etwaige anfallende Kosten für die Versorgung demenziell erkrankter Patienten im Krankenhaus von den Krankenhäusern aus der bestehenden Finanzierung zu tragen seien.

Die Option, den zusätzlichen Aufwand über ein mögliches Zusatzentgelt abzudecken, ist eine bedenkenswerte Option, die im Rahmen von Dem-i-K allerdings nicht umgesetzt werden konnte. Abgesehen davon, dass die Krankenhäuser dazu in nennenswertem Umfang Vorinvestitionen zu leisten haben, muss eine Abbildung der Leistungen über einen OPS-Code erfolgen, mit dem diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren erfasst werden. Die Beantragung einer entsprechenden Prozedur beim DIMDI ist mit erheblichem Aufwand verbunden und erfordert eine Abstimmung der relevanten Fachgesellschaften. Dieser Aufwand und die damit verbundenen Kosten hätten den Rahmen von Dem-i-K bei weitem gesprengt.

Mit dem Ziel, gegebenenfalls externe Förderpartner für die Projekthäuser gewinnen zu können, wurden Förderanträge beim Bundesministerium für Bildung und Forschung und bei der Robert-Bosch-Stiftung gestellt. Eine Förderzusage konnte in der Projektlaufzeit von Dem-i-K nicht erreicht werden.

Ergebnisse der Kostenanalyse (2)

Ergebnisse der Kostenanalyse: Ergebnismessung

Thomas Jungen, Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland

Um Effekte aus der Umsetzung demenzsensibler Konzepte ableiten zu können, hat sich die Steuergruppe dafür entschieden, die Qualitätsindikatoren zum Tracer „Demenz“ des Vereins Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser – QKK e.V. zu nutzen. Der QKK e.V. bietet seinen Mitgliedseinrichtungen Qualitätsindikatoren an, die für das Benchmarking und die Schwachstellenanalyse genutzt werden können. Dazu gehören auch folgende Indikatoren zum Tracer „Demenz“:

- Demenz Diagnosestellung ab 65 Jahre
- Demenz Diagnosestellung ab 90 Jahre
- Demenz Delir
- Demenz Entlassung in häusliche Versorgung
- Demenz Mortalität.

Eine ausführliche Beschreibung der Indikatoren findet sich im QKK-Indikatorenset und ist abrufbar unter: <http://www.qkk-online.de/index.php?id=15>

Da alle Dem-i-K-Häuser auch Mitgliedseinrichtungen des QKK e.V. sind, haben die entsprechenden Auswertungen ohne zusätzlichen Aufwand vorgelegen. Mit Zustimmung der Einrichtungsleitungen konnten die Auswertungen auch für Dem-i-K genutzt werden.

Bei einem Vergleich der Projekthäuser konnte kein statistisch signifikantes Ergebnis ermittelt werden. Dies liegt darin, dass der Indikator nur auf Hausebene gemessen wird und Dem-i-K in den Projekthäusern nur in einzelnen Abteilungen umgesetzt wird. Die Steuergruppe hat deshalb beschlossen, eine Analyse auf Fachabteilungsebene vorzunehmen. Die Zustimmung der Einrichtungsleitung zu diesem Vorgehen liegt vor. Die Analyse ist beauftragt. Ein Ergebnis wird erst nach Abschluss von Dem-i-K vorliegen.

Das Demenz-Konsil

Ablauf des Demenzkonsils

1. Die Vorbereitung des Patientenkontakts umfasst das Lesen der Konsilanforderung, das Studium der Patientenakte und die Nachfrage bei den Pflegekräften der Station. In Abhängigkeit von der Komplexität des Einzelfalls und der Kooperation des Stationspersonals dauert die Vorbereitung in aller Regel zwischen 10 und 15 Minuten.
2. Im Patientengespräch versucht der Konsiliarius eine Einschätzung der bestehenden Probleme zu erhalten. Es wird der Mini-Mental-Status-Test und ggf. der Uhrentest eingesetzt. Falls Assistenten für eingehendere Testungen zur Verfügung stehen, kann eine differenziertere Analyse vorgenommen werden (z.B. durch DemTect, GDS, EVA). Es sollte darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse der Testungen nach einem halben Jahr durch einen niedergelassenen Nervenarzt/Psychiater zu überprüfen sind. Informationen zur Einordnung und Abgrenzung der unterschiedlichen Demenzformen und zum Delir sowie eine Systematisierung der diagnostischen Verfahren befinden sich im Skript „Was ist Demenz? Demi-K Information für Ärztinnen und Ärzte“ (vgl. Anhang).
3. Nach der Erhebung des Zustands schlägt der Konsiliarius bei Bedarf eine therapeutische Intervention vor. Bei erstmals diagnostizierten Demenzen wird häufig ein Antidementivum angesetzt. Auch der Einsatz eines niederpotenten oder atypischen Neuroleptikums kann bei extremen Verhaltensauffälligkeiten angeraten sein. Oft kann jedoch gerade das Absetzen ungeeigneter Medikamente ein wichtiger Schritt sein, etwa wenn Nebenwirkungen beobachtet werden oder im Falle eines Delirs. Eine Orientierung zum Medikamenteneinsatz kann der PRISCUS-Liste (vgl. Anhang) der potenziell inadäquaten Medikation für ältere Menschen entnommen werden. Generell gilt, dass der Psychopharmakaeinsatz bei älteren Menschen mit großer Sorgfalt abzuwägen und Polypharmazie möglichst zu vermeiden ist. Weitere Empfehlungen zur Therapie von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz enthält das Skript „Was ist Demenz? Dem-i-K Information für Ärztinnen und Ärzte“.
4. In Abhängigkeit vom Umfang der Testungen und von der Kooperationsfähigkeit und –willigkeit des Patienten dauert das eigentliche Konsil zwischen 15 und 45 Minuten. Erschwerende Bedingungen bestehen in der Schwerhörigkeit des Patienten oder in einer nicht ungestörten Gesprächsatmosphäre im Mehrbettzimmer. Die Ergebnisse der Testungen, die Einschätzung der Situation, die Diagnose und ggf. die therapeutischen Empfehlungen werden im Konsilbericht dargelegt. Das Verfassen dieses Berichts dauert etwa 10 Minuten. Im Anschluss an das Konsil sollte ein Rückkopplungsgespräch mit dem Stationsarzt und/oder mit der Pflegekraft stattfinden, das sich aufgrund des Zeitdrucks auf die wesentlichen Erkenntnisse in ca. 5 Minuten beschränken sollte. Ein Konsil verlängert sich, wenn Angehörige präsent sind und eine Aufklärung über die Ergebnisse gewünscht wird. Dafür müssen im Durchschnitt 20 Minuten einkalkuliert werden. Angehörigengespräche sind jedoch eher selten.

Förderliche Bedingungen für ein Demenz-Konsil

1. Wegezeiten fallen unterschiedlich ins Gewicht. Dabei spielt eine Rolle, ob es sich um interne oder externe Kooperationsformen mit dem Konsiliararzt handelt.
2. Zu beachten ist, dass der Anteil unproduktiver Zeiten möglichst durch eine Prozessoptimierung reduziert werden sollte. Je besser eine Station auf das Erscheinen des Konsiliarius vorbereitet ist, desto zeitschonender kann das Konsil durchgeführt werden.
3. Zur Unterstützung der Konsilarbeit können folgende Schritte hilfreich sein:
 - Konkretisierung des Konsilscheins. Dieser soll eine konkrete Fragestellung enthalten, mit der sich das Konsil beschäftigen soll z.B.: Welche Störung soll bearbeitet werden? Geht es um den Verdacht auf eine neu aufgetretene Demenz oder um eine bekannte Demenz? Soll eine Delirabklärung erfolgen? Bestehen Verhaltensauffälligkeiten und wenn ja, welche?
 - Günstig ist, wenn Beobachtungen der Angehörigen im Konsilschein aufgenommen sind, weil der Konsiliar die Angehörigen meist nicht antrifft.
 - Der Patient sollte beim Konsil in seinem Zimmer und nicht durch Narkotika beeinträchtigt sein. Sonst können keine aussagekräftigen Testungen vorgenommen werden.
 - Vor und nach dem Konsil sollte ein ärztlicher und/oder pflegerischer Mitarbeiter informiert und ansprechbar sein.
4. Im Materialband ist ein Beispiel für einen konkretisierten Konsilschein abgedruckt.

Ausweitung demenzbezogenen Wissens

Ausweitung des demenzbezogenen Wissens auf alle Abteilungen und Berufsgruppen eines Krankenhauses

1. Für in einzelnen Abteilungen bereits intensiver geschulte Pflegekräfte sollte nach einer gewissen Zeit eine „Auffrischung“ des Wissens erfolgen. Gewünschte Inhalte der Qualifizierungen sollten stationsweise abgefragt werden, z.B. durch Aushang von Vorschlägen oder durch mündliche Abfrage.
2. Für noch nicht geschulte Kräfte sollten mindestens zweitägige Fortbildungskurse an zwei aufeinander folgenden Tagen angeboten werden (erster Tag: Grundlagen; zweiter Tag: Umgangstechniken). Diese Veranstaltungen sollten auch für andere Berufsgruppen geöffnet werden, wie z.B. Krankengymnastik/Physiotherapie, Sozialdienst.
3. Auch für Seelsorger sollte ein Angebot entwickelt werden, das mindestens 2 bis 3 Stunden umfassen müsste. Mit dem Angebot sollen die Seelsorger in die Lage versetzt werden, die Angehörigen Demenzkranker besser beraten zu können. Zudem sollte vermittelt werden, dass auch die demenzkranken Patienten von einem religiösen Beistand profitieren können.
4. Um bereits bei den Auszubildenden demenzbezogenes Wissen aufbauen zu können, sollte mit den Pflegeschulen der Träger diskutiert werden, inwieweit der Themenkomplex „Demenz im Krankenhaus“ bereits ausreichend in die Ausbildung integriert ist. Zudem sollten die Praxisanleiter mindestens in einem Umfang von 16 Stunden geschult werden, damit diese den Schüler/innen im Thema Demenz Unterstützung anbieten können.

Interdisziplinäre Arbeitsweise

Förderung einer interdisziplinären Arbeitsweise im Dreieck zwischen Stationsärzten, Pflegekräften und dem Konsiliar- und Liaisondienst

1. Die Chefärzte der Abteilungen sollten im persönlichen Gespräch durch den Konsiliararzt über die Möglichkeit und den Sinn von Demenz-Konsilen informiert werden. Zudem können demenzspezifische Arbeitsweisen in der Chefarztrunde thematisiert werden.
2. Wichtig sind zudem stationsbezogene Informationsveranstaltungen für die Stationsärzte; bei der Terminierung sollte man sich an die Zeitstruktur der jeweiligen Abteilungen anpassen.
3. Zu empfehlen ist ein „Jour fixe Demenz“, an dem aus allen Abteilungen ein Stationsarzt und eine Pflegekraft (= ärztliche und pflegerische Demenzbeauftragte der Abteilungen) teilnehmen. Solche Veranstaltungen können z.B. einmal im Quartal mit einem Zeitumfang von 60 Minuten durchgeführt werden. Vor den Treffen sollten die Themen des Gremiums definiert werden, z.B. wie kann die ärztliche Aufklärung bei Erstdiagnose Demenz organisiert werden.
4. Den Stationsärzten sollte das Angebot unterbreitet werden, den Konsiliararzt bei mehreren Konsilen im Quartal zu begleiten; dies ist zuvor mit den jeweiligen Chefärzten abzustimmen.
5. Bei schwierigen Konstellationen (z.B. demenzkranker Patient mit Weglauftendenz und MRSA; Delir bei nächtlicher Unterbesetzung) sollten anlassbezogene kollegiale Fallbesprechungen durchgeführt werden.

Initiierung erster Schritte in Richtung einer demenzsensiblen Notaufnahme

Verbesserung der Demenzversorgung in der Notaufnahme

Eine demenzsensible Notaufnahme ist ein wesentlicher Baustein auf dem Weg zu veränderten Arbeitsweisen mit demenzkranken Patienten. Derzeit treten bei der Aufnahme dieser Patienten erhebliche Probleme auf, die u. a. auf folgende Faktoren zurückzuführen sind:

- Demenz ist nicht im Blick und demenzkranke Patienten werden nicht erkannt.
- Mangelnde demenzbezogene Kompetenz des Personals; dadurch Verstärkung herausfordernden Verhaltens.
- Ungünstige Rahmenbedingungen für Demenzkranke (Zeitdruck, Hektik, Stress, lange Wartezeiten).

Folgende erste Schritte können unternommen werden, um die Notaufnahmen an das Demenzthema heranzuführen:

- Erweiterung der Informationen über die Situation Demenzkranker in den Notaufnahmen durch Kontaktaufnahme und Austausch mit dem dortigen Personal.
- Sensibilisierungs- und Fortbildungsveranstaltungen mit einem Umfang von mindestens 2 Tagen für die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter anbieten.
- Prozesse mit den Mitarbeitern der Notaufnahme abstimmen (z.B. im Hinblick auf eine schnellere Überleitung der Patienten auf die Station).
- Bei bekannten Demenzen: Wartezeiten reduzieren im Sinne von Triage und ggf. Begleitung/Betreuung organisieren.
- Früherkennung: Überlegungen, ob ein einfaches Frühscreening möglichst bei allen über 70-Jährigen eingesetzt werden könnte (z.B. 3 Wörter-Uhrentest).

Verbesserung der Angehörigenarbeit nach Zielgruppen

Anforderungen bei Erstdiagnose	Anforderungen bei bekannter Demenz	Anforderungen bei Delir
<p>1. <i>Ärztliche Aufklärung von Patient und Angehörigen</i></p> <p>2. <i>Demenzberatung</i></p> <p>a) Aushändigen von Informationsmaterial durch das Pflegepersonal; es kann zudem ein Hinweis auf die Materialien ausgehängt werden. Nach Durchsicht bestehender Ratgeber werden folgende Materialien empfohlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falls vorliegend: Regionale Demenzratgeber • Angehörigeninformationen aus dem Projekt Dem-i-K (vgl. Anhang) • Broschüre der Deutschen Alzheimer Gesellschaft „Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen“ • Begleitheft und Informationsbogen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft „Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus“ • Flyer der zuständigen Pflegestützpunkte <p>a) Vermittlung einer Demenzberatung über Demenzzentren oder Pflegestützpunkte</p> <p>Um die reibungslose Überleitung zur Demenzberatung zu gewährleisten, sollten dazu Kooperationsgespräche mit den jeweiligen Institutionen geführt werden.</p> <p>3. <i>Angehörigengruppe</i></p> <p>Hier stellt sich häufig das Problem, dass solche Gruppen nicht angenommen werden. Die Akzeptanz kann gefördert werden, wenn Angehörige als Experten für ihre Betreuungssituation angesprochen werden, die ihre Erfahrungen an andere weitergeben können.</p>	<p>1. <i>Strukturiertes Aufnahmegespräch</i></p> <p>In einem ungestörtem Raum bzw. Mitpatienten bitten, das Zimmer während des Gesprächs zu verlassen; die aufnehmende Pflegekraft sollte dieses Gespräch innerhalb von 24h nach der Aufnahme führen. Folgende Inhalte sind zu empfehlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was ist Lebensthema/Beruf des Kranken? • Wie könnte eine schnelle Entlassung umgesetzt werden? • Wie ist die rechtliche Vertretung organisiert? • Wie soll mit Weglauftendenz umgegangen werden? • Inwieweit kann und möchte der Angehörige die Betreuung und Versorgung des Patienten unterstützen (Präsenz am Tag, am Abend oder Rooming-In; Unterstützung beim Essen)? <p>2. <i>Rooming-In</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bereits bei der Aufnahme empfehlen und in der Planung der Zimmerbelegung berücksichtigen (Demenzkranken möglichst in Zweibettzimmern unterbringen) • Chef- und Stationsärzte über Angebot Rooming-In informieren • Sozialdienst einbeziehen, damit dieser die Beantragung der Kostenübernahme über § 11 Abs. 3 SGB V bei den Krankenkassen übernehmen kann. Begründung der notwendigen Mitaufnahme der Begleitperson liefern. Begleitpersonen müssen nicht zwangsläufig Angehörige sein. <p>3. <i>Entlassungsplanung</i></p> <p>Vgl. Vorgehen wie bei Erstfällen im Hinblick auf Materialien und Vermittlung einer speziellen Demenzberatung über externe Beratungsspezialisten; zudem Organisation einer Hilfevermittlung über die hausinternen Stellen (Sozialdienst, Casemanagement etc.)</p>	<p>1. <i>Prävention: Fortbildung von Ärzten und Pflegepersonal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Themen: Delirauflösende und –protektive Faktoren; Erkennen und Behandeln von Delirien <p>2. <i>Bei Auftreten eines Delirs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Suche nach der Delirursachen und Ergreifen passender medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen • Aufklärung der Angehörigen über den Statusonarzt oder den Anästhesisten • Angehörige bitten, eine hohe persönliche Präsenz sicherzustellen

Literatur

- Angerhausen, S. (2007): Projekt „Blickwechsel – Nebendiagnose Demenz“. Hrsg. von GSP. Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte. Wuppertal.
- Arolt, V. (1997): Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten. Heidelberg.
- Bartholomeyczik, S. et al. (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin
- Büssing, A.; Glaser, J. (Hrsg.) (2003): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen.
- Diefenbacher, A. (2006): Erkrankungen im Grenzbereich zwischen Psyche und Soma aus konsiliar-liaisonpsychiatrischer Sicht. In: Die Psychiatrie 1: 24-28.
- Diefenbacher, A. (2005): Konsiliar- und Liaisondienste: Erfahrungen und Perspektiven. In: *iso*-Institut (Hrsg.): Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen im Krankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance? Dokumentation der Fachtagung im Rahmen des BMG-Modellprogramms zur „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ am 12.10.2005 im Internationalen Jugendforum Bonn. Saarbrücken: *iso*-Institut: 71-85.
- Diefenbacher, A.; Reichwaldt, W. (2001): Die Rolle der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der gerontopsychiatrischen Versorgung. Eine Einführung. In: pan 1: 27-28
- Dutzi, I.; Hestermann, U.; Müller, E.; Oster, P. (2006): Geriatriisch-Internistische Station für akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD). Zwischenbericht des Modellprojektes. Heidelberg. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Fischer, P.; Assem-Hilger, E. (2003): Delir/Verwirrtheitszustand. In: Förstl, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart: 394-408.
- Gurlit, S. (2006): Der alte Mensch im OP. www.alzheimerforum.de/2/8/4/284inh.html
- Herzog, T. et al. (2003): Leitlinie und Quellentext für den psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst. In: Rudolf, G; Eich, W. (Hrsg.): Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und –psychiatrie. Stuttgart.
- Holt, S.; Schmiedl, S.; Thürmann, P.A. (2010): Potentially inappropriate medication in the elderly - PRISCUS list: In: Dtsch Arztebl Int 2010; 107: 543-551.
- iso*-Institut (Hrsg.) (2005): Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen im Krankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance? Dokumentation der Fachtagung im Rahmen des BMG-Modellprogramms zur „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ am 12.10.2005 im Internationalen Jugendforum Bonn. Saarbrücken: *iso*-Institut.
- Kirchen-Peters, S. (2013): Akutmedizin in der Demenzkrise? Chancen und Barrieren für das demenzsensible Krankenhaus. Saarbrücken: *iso*-Institut.
- Kirchen-Peters, S. (2008): Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst. Pioniere warten auf Nachahmer. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41(6): 467-474.
- Kirchen-Peters, S. (2007): Lösungen für eine bessere Versorgung Demenzkranker im Krankenhaus. In: Alzheimer Info, Nachrichten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft 4: 3-4.
- Kirchen-Peters, S. (2007): Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste vor dem Durchbruch? Neubewertung eines Modellprojektes vor dem Hintergrund der Gesundheitsreform. In: Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie 1(3): 220-223.
- Kirchen-Peters, S. (2005): Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“. Saarbrücken: *iso*-Institut.

Kirchen-Peters, S. (2000): „Früher waren Demenzkranke unter meiner Würde“. Bestandsaufnahme der Versorgungssituation Demenzkranker am Beispiel des Landkreises Saarlouis. Saarbrücken: Landkreis Saarlouis.

Kleina, T.; Wingenfeld, K. (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Bielefeld.

Leslie, D. et al. (2008) One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. In: Archives of Internal Medicine 14: 27-32.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2012): Der alte Mensch im OP. Praktische Anregungen zur besseren Versorgung und Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs. Düsseldorf.

Pinkert, C.; Holle, B. (2012): Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 45(8): 728-734.

Reichwaldt, W.; Diefenbacher, A. (2001): Die Rolle der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der gerontopsychiatrischen Versorgung. Eine Einführung. In: Psychiatrie und Altenhilfe News 1: 27-30.

Reischies, F.; Diefenbach, A.; Reichwaldt, W. (2003): Delir. In: Arolt, V.; Diefenbach, A. (Hrsg.): Psychiatrie in der klinischen Medizin – Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie. Darmstadt: 259-284.

Schäufele, M.; Bickel, H.; Weyerer, S. (1999): Predictors of mortality among demented elderly in primary care. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 14: 946-956.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden.

Materialband zum Projekt

Dem-i-K (Demenz im Krankenhaus)

Inhalt:

1. Dem-i-K-Flyer
2. Dem-i-K-Fortbildungsflyer
3. Skript Ärztefortbildung
4. Konsilschein
5. Einsatzplanung Fallbegleitung
6. Spickzettel Delir
7. Basisinformation-Delir
8. Patientenbogen *ISO*-Institut
9. Aktivierungskisten Marienhaus Klinikum Saarlouis-Dillingen
10. Ernährungshinweise Caritas Klinikum Saarbrücken
11. Angehörigeninfo Marienkrankenhaus St. Wendel
12. Angehörigeninfo Caritaskrankenhaus Lebach

Weitere Infos unter: www.dem-i-k.de

Kontakt

Beteiligte Krankenhäuser und Ansprechpartner:

- +** St. Nikolaus-Hospital, Wallerfangen
Siegfried Wittl, Tel.: 0 68 31 962 - 422
s.wittl@sankt-nikolaus-hospital.de
- +** CaritasKlinikum Saarbrücken
Ursula Hubertus, Tel.: 06 81 406 - 2850
u.hubertus@caritasklinikum.de
- +** Caritas-Krankenhaus, Lebach
Martina Altmeier, Tel: 0 68 81 501 -6111
m.altmeier@caritas-krankenhaus-lebach.de
- +** Marienhaus Klinikum Saarlouis-Dillingen
Rudolf Krasenbrink, Tel: 0 68 31 16 - 2000
R.Krasenbrink@sis.marienhaus-gmbh.de
- +** Marienkrankenhaus, St. Wendel
Dr. Martin Sofsky, Tel.: 0 68 51 59-2001
Martin.Sofsky@marienhaus.de

Thomas Jungen

Projektleitung
Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland
jungen-t@caritas-trier.de

Sabine Kirchen-Peters

Wissenschaftliche Projektleitung
Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso),
Saarbrücken
kirchen-peters@iso-institut.de

Dem-i-K Demenz im Krankenhaus



Dem-i-K Demenz im Krankenhaus



DAS PROJEKT



Projektträger

Arbeitsgemeinschaft
kath. Krankenhäuser
Saarland



Beteiligte Träger



St. Nikolaus-Hospital
Wallerfangen

Evaluation

Institut für Sozialforschung
und Sozialwirtschaft e.V.
Saarbrücken



Gefördert durch

Saarland

Ministerium für Gesundheit
und Verbraucherschutz

Arbeitsgemeinschaft
kath. Krankenhäuser
Saarland



Dem-i-k

Demenz im Krankenhaus



DAS PROJEKT

Warum muss die Behandlung Demenzkranker im Akutkrankenhaus verbessert werden?

Immer mehr ältere Patienten, die in Allgemeinkrankenhäusern etwa wegen eines Knochenbruchs oder eines Herzproblems behandelt werden, leiden auch an einer Demenzerkrankung. Für die alten Menschen entsteht schon allein durch die ungewohnte Umgebung großer Stress. Zudem verstehen sie häufig nicht, was um sie herum geschieht, haben Angst, wollen nach Hause, leisten Widerstand gegen die Behandlung. In dieser Situation wären sie auf kompetente Hilfe und Unterstützung angewiesen. Das Gegenteil ist oft der Fall: Das Krankenhaus stellt mit einer unübersichtlichen Architektur, mit fehlender Tagesstrukturierung und mit einem für die Dementenversorgung nicht ausreichend geschulten Personal ein geradezu demenz-förderndes Milieu dar. Viele Demenzkranke entwickeln in der Folge Delirien im Sinne akuter Verwirrheitszustände, die mit Halluzinationen, Unruhe oder Teilnahmslosigkeit einhergehen und unbehandelt schwerwiegende Konsequenzen haben können. Diese Zustände treten vor allem nach dem Einsatz von Narkosen auf. Damit wird der Krankenhausaufenthalt für Demenzkranke häufig zu einer Krisensituation mit negativen Auswirkungen auf die weiteren Lebensperspektiven.



Welche Ziele verfolgt das Projekt?

Grundanliegen des Projekts ist eine umfassende Verbesserung der Demenzversorgung in den Krankenhäusern des Saarlandes. Die Projektteilnehmer/innen aus den katholischen Pilotkrankenhäusern sollen Wege aufzeigen, wie die bekannten Probleme reduziert werden können. Nach Projektende soll ein übertragbares Handlungskonzept vorgelegt werden, das von allen saarländischen Krankenhäusern genutzt werden kann.

Welche Ansätze setzen die Pilotkrankenhäuser um?

Um den Erfahrungshintergrund zu verbreitern und damit eine hohe Übertragbarkeit des Konzeptes zu ermöglichen, wird das Projekt an verschiedenen Standorten und in unterschiedlich strukturierten katholischen Krankenhäusern erprobt und sozialwissenschaftlich ausgewertet.

➤ Das **Marienkrankenhaus St. Wendel** baut eine trägerinterne Lösung auf, indem ein hausinterner Konsiliar- und Liaisondienst ein besonderes Setting für delirgefährdete und demenzkranke Sturzpatienten/innen im Bereich der Unfallchirurgie umsetzt.

➤ Das **St. Nikolaus Hospital Wallerfangen** erprobt eine trägerübergreifende Konsiliar- und Liaisonereinheit, die in den katholischen Krankenhäusern Lebach, Saarlouis und Saarbrücken behandelnd und beratend tätig wird.

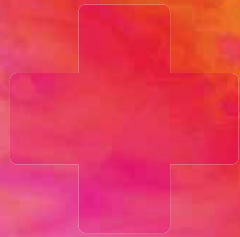
Welche Zielgruppen werden angesprochen?

Die modellhaften Interventionen beziehen sich auf drei Gruppen von Demenzkranken:

- Demenzkranke, bei denen während des Krankenhausaufenthaltes erstmals Symptome einer Demenz deutlich werden. Bei diesen Personen nimmt das Krankenhaus eine Filterfunktion ein, indem sie einer Frühdiagnostik und -behandlung zugeführt und die Weichen für eine nachhaltige Anschlussversorgung gestellt werden.
- Bekanntermaßen Demenzkranke, bei denen eine krisenhafte Zuspitzung während des Krankenhausaufenthalts vermieden werden soll. Dies ist von besonderer Relevanz, wenn schwerwiegende Verhaltensauffälligkeiten auftreten.
- Demenzkranke oder demenzgefährdete Personen, bei denen einen Delirium – etwa in Zusammenhang mit einer Operation – verhindert werden soll.

Neben patientenbezogenen Maßnahmen wie ärztliche Konsile oder Patienten- bzw. Angehörigenberatung stehen Anstrengungen zur Qualifizierung und Entlastung des Krankenhauspersonals im Mittelpunkt des Projekts.





Dem-i-K Demenz im Krankenhaus

Dem-i-K Demenz im Krankenhaus

DER FORTBILDUNGSPLAN

Modul Fortbildung für Ärzte

Ärztliches Basiswissen Demenz:

Formen der Demenz, Klinik einschließlich der nicht kognitiven Symptome, Psychopathologie, Diagnostik, Therapie
Delirprophylaxe, vor allem durch Vermeiden delirprovokierender Faktoren wie ungeeignete Medikation, Stoffwechsel-Elektrolytengleichung; Delirdiagnostik- und Therapie.

Die Dauer einer Fortbildungsveranstaltung beträgt ca. 1,5 Stunden zu Beginn des Projektes. Eine Wiederholung alle 3-6 Monate ist sinnvoll; mit zunehmender Dauer des Projektes kann diese Frequenz reduziert werden.

Module 1-5 Fortbildung für Pflegepersonal

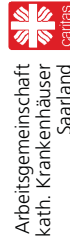
Die Module 1-5 sind als zusammenhängendes aufeinander aufbauendes Basispaket zu verstehen. Jedes Modul umfasst 4 Stunden. Die Gruppe mit maximal 12 Teilnehmern versteht sich über die 5 Module als geschlossene Gruppe.

Die Inhalte leben von der Interaktion der Teilnehmer. Übung mit Fallbeispielen aus der Einrichtung, Situationstraining und Selbsterfahrung stehen im Vordergrund.

Modul 6 „Praxismodul“ vor Ort

„Pflegerisches Konsil“, wöchentliche Präsenz über 4 Stunden an einem festen Tag vor Ort auf den Stationen: Fallbesprechung, Training, „Coaching und Supervision“

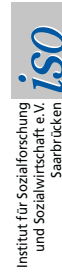
Projekträger



Beteiligte Träger



Evaluation



Die Ausgangslage

Hinter einer Einweisung in die Akutklinik steht meist eine dringlich stationär behandelungsbedürftige somatische Erkrankung. Die hochspezialisierte und in den Arbeitsabläufen straff durchorganisierte Akutklinik ist in ihrer Gesamtstruktur auf Effizienz ausgerichtet. Damit dies realisiert werden kann, muss der Patient aktiv in die Behandlungsplanung mit einbezogen und in die Arbeitsabläufe integriert werden können.

Eine begleitende demenzielle Erkrankung des Patienten, mit seiner mangelnden Anpassungsfähigkeit, kann sich bei diesen Rahmenbedingungen schnell zum „Störfaktor“ entwickeln und für den Patienten, die Mitarbeiter und Mitpatienten zum Problem werden. Für den Patienten kann sich der stationäre Aufenthalt unter Umständen zu einer Krisensituation entwickeln, die zu einer gravierenden Verschlimmerung seiner Symptomatik führen kann.

Das Qualifizierungsangebot

Das Qualifizierungsangebot richtet sich in erster Linie an das ärztliche und pflegerische Fachpersonal. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden für die Belange eines demenzerkrankten Patienten, in einer für ihn unbekanntem und fremdbestimmten Umgebung besonders sensibilisiert. Dabei ist es ein wesentliches Ziel, die bereits vorhandenen Behandlungs- und Umgangsstrategien gemeinsam weiterzuentwickeln und das Handlungsrepertoire für die am und mit dem Patienten Arbeitenden zu erweitern. Die Fortbildungen sind in modulare Weise konzipiert und inhaltlich beruigruppenspezifisch hinterlegt.

Durchführung des Liaison- und Konsiliardienstes:
St. Nikolaus-Hospital Wallerfangen
Hospitalstraße 5 | D-66798 Wallerfangen
www.sankt-nikolaus-hospital.de

Ansprechpartner:
Astrid Krächan, Tel.: 0 68 31 96 24 02
a.kraechan@sankt-nikolaus-hospital.de
Dr. Thomas Hovenbitzer, Tel. 0 68 31 96 22 32
t.hovenbitzer@sankt-nikolaus-hospital.de

Weitere Infos unter: www.dem-i-k.de



Arbeitsgemeinschaft
kath. Krankenhäuser
Saarland

Gefördert durch Ministerium





Durchführung des Liaison- und Konsiliardienstes:

St. Nikolaus-Hospital Wallerfangen
Hospitalstraße 5 | D-66798 Wallerfangen
www.sankt-nikolaus-hospital.de

Ansprechpartner:

Astrid Krähen, Tel.: 0 68 31 96 24 02
a.kraechen@sankt-nikolaus-hospital.de
Dr. Thomas Hovenbitzer, Tel. 0 68 31 96 22 32
thovenbitze@sankt-nikolaus-hospital.de

Weitere Infos unter: www.dem-i-k.de



Inhalte und Termine

Modul 1

„Störfaktor“ Demenz

Einführung, Sensibilisierung für die Situation eines demenz-erkrankten Patienten in der Akutklinik. Standortbestimmung, strukturelle Rahmenbedingungen in der Akutklinik, Aufnahmesituation, Milieuthherapie, Erwartungen, Möglichkeiten, Grenzen

- Marienkrankenhaus St. Wendel: Mo. 10.01.2011
- Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis: Di. 11.01.2011 u. 15.02.2011
- Caritasklinik St. Theresia Saarbrücken: Mi. 09.02.2011
- Caritaskrankenhaus Lebach: Do. 13.01.2011



Modul 2

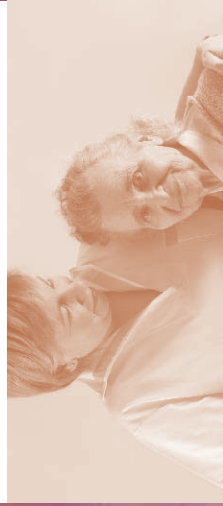
Wissenserweiterung Diagnose Demenz: Formen, Stadien, Psychopathologie. Unterschiede: Verwirrtheit-Delir-Demenz-Depression, Delirprophylaxe

- Marienkrankenhaus St. Wendel: Mo. 17.01.2011
- Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis: Di. 18.01.2011 u. 01.03.2011
- Caritasklinik St. Theresia Saarbrücken: Mi. 16.02.2011
- Caritaskrankenhaus Lebach: Do. 20.01.2011

Modul 3

„Welten treffen aufeinander“ – demenzerkrankte Patienten verstehen, Kommunikation, Beziehungsarbeit, Umgang, Validation, Stationsmilieu, Hilfsmittel, Techniken

- Marienkrankenhaus St. Wendel: Mo. 24.01.2011
- Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis: Di. 25.01.2011 u. 15.03.2011
- Caritasklinik St. Theresia Saarbrücken: Mi. 23.02.2011
- Caritaskrankenhaus Lebach: Do. 27.01.2011



Modul 4

Gefahren erkennen, problematisches Verhalten in den ATL, Psychopharmaka und Nebenwirkungen, Ernährung, Schmerzen, Aggressionen und Deeskalationstechniken

- Marienkrankenhaus St. Wendel: Mo. 31.01.2011
- Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis: Di. 01.02.2011 u. 22.03.2011
- Caritasklinik St. Theresia Saarbrücken: Mi. 02.03.2011
- Caritaskrankenhaus Lebach: Do. 03.02.2011

Modul 5

Körpersprache und nonverbale Kommunikation, Aktivierende, integrierende Beschäftigung von Demenzerkrankten - Schnittstelle zu anderen Berufsgruppen / Grüne Damen, Angehörige als Ressource verstehen und gewinnen

- Marienkrankenhaus St. Wendel: Mo. 07.02.2011
- Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis: Di. 08.02.2011 u. 05.04.2011
- Caritasklinik St. Theresia Saarbrücken: Mi. 16.03.2011
- Caritaskrankenhaus Lebach: Do. 10.02.2011



Modul 6 „Praxismodul“ vor Ort

Modul 6 wird wöchentlich an einem festen Tag, als „Pflegerisches Konsil“ vor Ort genutzt. „Pflege berät Pflege auf Station“: Fallbesprechung, Teambesprechung, Training, Coaching vor Ort, bedarfsorientierte Vertiefung, Festigung der Inhalte aus den Modulen 1-5

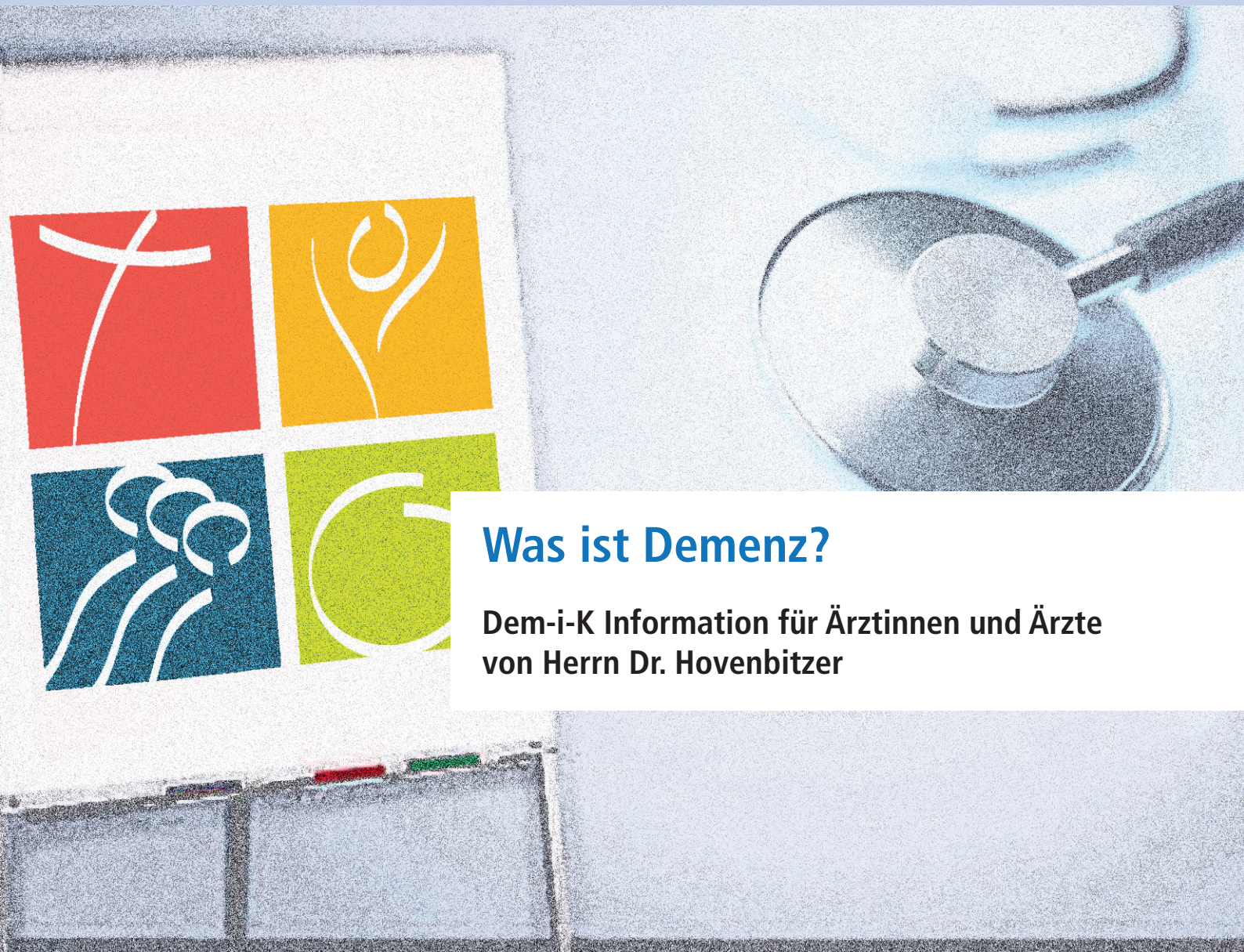
Kooperation mit dem Krankenhaussozialdienst / Entlassplanung / Angehörigenberatung
Eine Anwesenheit bei Team-, Fallbesprechungen wäre auf die Weise planbar oder aber auch eine Beratung am Patienten direkt vor Ort möglich.

Auch der Aufbau einer qualifizierten Demenzberatung der Angehörigen und Betreuer vor Ort könnte unterstützt werden, um die Akut-Versorgung der betroffenen Patienten zu verbessern und die poststationäre Betreuung zu erleichtern.

Zudem sollen, in enger Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst und dem Sozialdienst, durch die Implementierung konkreter Maßnahmen der Entlassvorbereitung und der Nachsorge vermeidbare Heimeinweisungen und Verlegungen in psychiatrische Kliniken reduziert werden.

Modul 6 beginnt nach Abschluss der Fortbildungsmodule 1-5

- Marienkrankenhaus St. Wendel: klinikerne Absprache
- Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis: jeweils dienstags
- Caritasklinik St. Theresia Saarbrücken: jeweils mittwochs
- Caritaskrankenhaus Lebach: jeweils donnerstags



Was ist Demenz?

Dem-i-K Information für Ärztinnen und Ärzte
von Herrn Dr. Hovenbitzer



*St. Nikolaus-Hospital
Wallerfangen*



FORTBILDUNG "DEMENZ"

(das folgende Script basiert im Wesentlichen auf den S3-Leitlinien "Demenz" der Deutschen Gesellschaft für Neurologie)

Definition:

Der Begriff "Demenz" bezeichnet ein klinisches Syndrom. In der vorliegenden Leitlinie wird die Definition der Demenz nach ICD-10 zugrunde gelegt:

Demenz ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens 6 Monate bestanden haben. Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen; gelegentlich treten diese Symptome auch eher auf.

Ätiologische Kategorien:

Demenz bei Alzheimer-Krankheit:

Wahrscheinliche Alzheimer-Demenz:

- ▶ Nachweis einer Demenz in einer klinischen Untersuchung unter Einbeziehung neuropsychologischer Testverfahren.
- ▶ Defizite in mindestens zwei kognitiven Bereichen.
- ▶ Progrediente Störung des Gedächtnisses und anderer kognitiver Funktionen.
- ▶ Keine Bewusstseinsstörung.
- ▶ Beginn zwischen dem 40. und 90. Lebensjahr, meistens nach dem 65. Lebensjahr.
- ▶ Kein Hinweis für andere ursächliche System- oder Hirnerkrankungen.

Ausschlusskriterien:

- ▶ Plötzlicher apoplektiformer Beginn.
- ▶ Fokale neurologische Zeichen, wie Hemiparese, sensorische Ausfälle, Gesichtsfelddefekte oder Koordinationsstörungen im frühen Krankheitsstadium.
- ▶ Epileptische Anfälle oder Gangstörung zu Beginn oder im frühen Stadium der Erkrankung.

Vaskuläre Demenz:

Der Begriff der "vaskulären Demenz" bezeichnet eine Demenz als Folge von vaskulär bedingten Schädigungen des Gehirns. Unter diesem Begriff



werden makro- wie mikrovaskuläre Erkrankungen zusammengefasst.
NINDS-AIRIN-Kriterien für wahrscheinliche vaskuläre Demenz.

1.) Kognitive Verschlechterung bezogen auf ein vorausgehendes höheres Funktionsniveau, manifestiert durch Gedächtnisstörungen und mindestens zwei der folgenden Fähigkeiten: Orientierung, Aufmerksamkeit, Sprache, visuell-räumliche Fähigkeiten, Urteilsvermögen, Handlungsfähigkeit, Abstraktionsfähigkeit, motorische Kontrolle, Praxie.
Alltagsaktivitäten müssen gestört sein.

Ausschlusskriterien:

Bewusstseinsstörung, Delirium, Psychose, schwere Aphasie, ausgeprägte sensomotorische Störung, die Testung unmöglich macht, systemische oder andere Hirnerkrankungen, die ihrerseits kognitive Störungen verursachen können.

2.) cerebrovaskuläre Erkrankungen

Als relevant eingestufte cerebrovaskuläre Läsion im radiologischen Befund von folgendem Ausmaß:

Großgefäßläsion in der dominanten Hemisphäre, beidseitige hemisphärische Großgefäßläsionen, Leukencephalopathie > 25% des Marklagers.

Eine Verknüpfung von 1 und 2 definiert durch mindestens eine der folgenden Bedingungen:

Beginn der Demenz innerhalb von 3 Monaten nach einem Schlaganfall, abrupte Verschlechterung kognitiver Funktionen, fluktuierende oder stufenweise Progression der kognitiven Defizite.

Unterstützend früh auftretende Gangstörungen, motorische Unsicherheit und häufige Stürze, Blasenstörung, Pseudobulbärparalyse, Persönlichkeitsstörungen und Stimmungsänderungen, Abulie, Depression, emotionale Inkontinenz und andere subkortikale Defizite.

Frontotemporale Demenz:

In der ICD wird auch der Terminus Pick-Krankheit verwendet.

Klinisch-diagnostische Konsensuskriterien der frontotemporalen Demenz:
Grundlegende klinische Merkmale, alle zu erfüllen: Schleichender Beginn und allmähliche Progredienz. Früh auftretendes Defizit im zwischenmenschlichen Kontakt. Früh auftretende Verhaltensauffälligkeit. Früh auftretende emotionale Indifferenz. Früh auftretender Verlust der Krankheitseinsicht.

Unterstützende Merkmale:

Verhaltensauffälligkeiten, wie Vernachlässigung der Körperpflege und Hygiene, geistige Inflexibilität, Ablenkbarkeit und fehlende Ausdauer, Hyporalität und Veränderung der Essgewohnheiten, perseveratives und stereotypes Verhalten, unaufgeforderte Manipulation von Gegenständen.



Sprache und Sprechen:

Veränderte Sprachproduktion, Sprachantriebsstörung, Wortkargheit, Logorrhoe, sprachliche Stereotypie und Echolalie, Perseveration und Mutismus.

Demenz bei Morbus Parkinson:

Kernmerkmale: Diagnose eines Morbus Parkinson. Ein demenzielles Syndrom mit schleichend beginnend langsamer Progression, welche sich bei bestehender Diagnose eines Parkinson-Syndroms entwickelt und sich wie folgt darstellt:

Einschränkungen in mehr als einer kognitiven Domäne, Abnahme der Kognition im Vergleich zu prämorbidem Niveau. Die Defizite sind ausgeprägt genug, um zu Einschränkungen im täglichen Leben zu führen, unabhängig ob die Einschränkungen motorischen oder autonomen Symptomen zuzuordnen sind.

Assoziierte klinische Merkmale sind kognitive Funktionen, Aufmerksamkeit beeinträchtigt, exekutive Funktionen beeinträchtigt, visuell-räumliche konstruktive Funktionen beeinträchtigt, Gedächtnis beeinträchtigt, Sprache ist weitgehend unbeeinträchtigt. Apathie, Persönlichkeitsveränderungen und Stimmungsveränderungen einschl. depressiver Symptome und Angst, Halluzinationen vorwiegend visuell, Wahn – meist paranoid gefärbt – und verstärkte Tagesmüdigkeit.

Lewy-Körperchen-Demenz:

Das zentrale Merkmal der „Lewy-Körperchen“ ist eine Demenz, die mit Funktions-einschränkungen im Alltag einhergeht. Die Gedächtnisfunktion ist beim Erkrankungsbeginn relativ gut erhalten.

Kernmerkmale sind: Fluktuation der Kognition, insbesondere der Aufmerksamkeit und Wachheit, wiederkehrende ausgestaltete visuelle Halluzinationen sowie Parkinson-Symptome. Stark hinweisende Merkmale sind: Verhaltensstörungen im REM-Schlaf, ausgeprägte Neuroleptikaüberempfindlichkeit, unverminderte dopaminerge Aktivitäten in den Basalganglien.

Unterstützend, aber keine diagnostische Spezifität sind: wiederholte Stürze oder Synkopen, vorübergehende Bewusstseinsstörungen, schwere autonome Dysfunktionen, Halluzinationen in anderen Modalitäten, systematischer Wahn, Depression.

Diagnostische Verfahren:

Die Diagnose der „Demenz“ ist eine Syndrom-Diagnose. Demenz ist zunächst eine klinische beschreibende Diagnose; eine prognostische Aussage ist damit nicht impliziert.



Standardisierte Neuropsychologische Test's (Auswahl):

► **Mini-Mental-State-Examination:**

Weit verbreiteter standardisierter Test, umfasst insgesamt 30 Fragen/Aufgaben zur Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit, Erinnerungsfähigkeit, Sprache und andere Funktionen. Gut geeignet zur Verlaufskontrolle und zur Stadieneinteilung (> 24 Punkte normal; 17-24 leichtgradige Demenz; 10-17 mittelgradige Demenz, < 10 schwere Demenz).

Leichte Formen können allerdings zu Beginn der Erkrankung dem Nachweis entgehen.

► **Uhrentest:**

Der Patient wird aufgefordert, in einen Kreis die Zahlen von 1 – 12 wie auf einer Uhr einzuzeichnen, danach wird die Position der Zeiger auf eine bestimmte Uhrzeit (z.B. 11:10 Uhr) angefordert.

Hochgradig sensitiver Test auf visuell-konstruktive Fähigkeiten, auffällig nicht nur bei Demenz, sondern auch bei Neglect-Syndrom oder anderen Apraxien.

► **DemTect:**

Sehr empfindlicher Test zur Frühdiagnose einer Demenz, besteht aus fünf Einzelaufgaben, insgesamt drei Gedächtnistests für Worte und Zahlen, einer Zahlenumwandlungsaufgabe und einer verbalen Flüssigkeitsaufgabe.

Es bestehen zwei Auswerteschemata, die für unter 60-jährige und über 60-jährige klassifiziert sind. Sehr empfindlicher Test, insbesondere zur Frühdiagnostik geeignet, zur Verlaufskontrolle nicht geeignet.

Ergänzend zum Erfassen affektiver Komponenten:

► **Geriatric-Depression-Scale:**

Insgesamt 15 Items mit Fragen zur Lebenszufriedenheit, zur sozialen Aktivität, zur Stimmung etc.

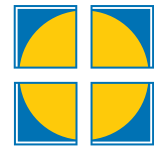
Maximal 15 Punkte können erreicht werden. Ab einem Score bei mehr als 6 Punkten erscheint eine Depression wahrscheinlich. Zur alleinigen Diagnose nicht geeignet, da die sogenannten Vitalsymptome einer Depression (z.B. Insomnie mit Früherwachen, zirkadiane oder jahreszeitliche Schwankungen, Appetit) nicht mit erfasst werden.

Weitere Diagnostik:

Cerebrale Bildgebung obligat.

Prinzipiell Kernspintomographie aufgrund geringerer Strahlenbelastung und höherer Sensitivität Methode der ersten Wahl.

Alternative CCT, insbesondere zur Abklärung neurochirurgisch therapierbarer Demenzformen wie Normaldruckhydrocephalus oder subdurales Hämatom und andere subkortikale Defizite.



EEG:

Sehr sensitive, aber wenig spezifische Untersuchung, meist wenig aussagekräftig.

Labordiagnostik:

Obligat. Blutbild, CRP/BSG, TSH, GOT, CK, LDH, Harnstoff, Glukose, B12 und Folatspiegel, Lewis-Suchtest. Bei entsprechender Anamnese vertiefte Labordiagnostik mit HIV- und Borrelien-Serologie, Calcium, Phosphat, Schilddrüsenantikörper, Drogen- und Schwermetall-Screening, HbA1c, Kupferclearance, Vitamin- und Hormonspiegel.

Liquordiagnostik:

Zum Nachweis von entzündlichen Veränderungen (Infekte, Multiple Sklerose, Vaskulitis, limbische Encephalitis), bei Verdacht auf Creutzfeld-Jakob-Erkrankung (Nachweis von Protein 14-3-3), probatorische Entlastungspunktion (Entnahme wenn möglich von 30 – 50 ml Liquor) bei Verdacht auf Normaldruckhydrozephalus.

Doppler/Duplexsonographie:

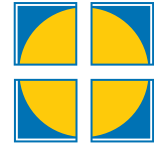
Nur indiziert bei entsprechenden Veränderungen in der cerebralen Bildgebung oder ischämischen Ereignissen in der Anamnese.

Therapie des kognitiven Kernsymptoms:

Für die neurodegenerativen Demenzen ist eine therapeutische Wirksamkeit von Cholinesteraseinhibitoren wie Donezepil, Rivastigmin und Galantamin vor allem für die leichte bis mittelschwere Demenz vom Alzheimer-Typ im Sinne einer Progressionsverlangsamung in Studien belegt. Ebenso wird der Einsatz von Cholinesteraseinhibitoren Studien mit Rivastigmin bei Demenz bei Morbus Parkinson, der Lewy-Body-Demenz sowie der frontotemporalen Demenz als möglich klassifiziert. Bei der mittelschweren bis schweren Demenz vom Alzheimer-Typ wird der Einsatz von Memantin empfohlen. Andere Nootropika wie Piracetam, Ginkgo etc. sind ohne nachweisbaren Effekt, ebenso wie der prophylaktische Einsatz von nicht steroidalen Antirheumatika/Antiphlogistika sowie hochdosierten Vitaminen.

Therapie von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz:

Prinzipiell sollten auch die Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz mit den oben genannten Antidementiva erfolgen. Bei zusätzlicher depressiver Stimmungslage (zirka 40% aller Demenzpatienten) oder der differenzialdiagnostischen Frage "Demenz vs. Pseudodemenz bei Depression" können Antidepressiva zum Einsatz gebracht werden. Am ausgedehntesten ist hier die Datenlage für Citalopram. Für Citalopram spricht auch die fehlende oder sehr geringe kardiale Nebenwirkungsrate im Vergleich zu klassischen Antidepressiva und das relativ geringe Interaktionspotenzial. Trizyklische Antidepressiva sollten wegen ihrer potenziell anticholinergen



Nebenwirkung ebenso wie wegen ihrer potenziellen kardialen Nebenwirkungen wenn möglich nicht eingesetzt werden.

Mirtazapin als Tetrazyklikum kann zum Einsatz gebracht werden, insbesondere wenn Schlafstörungen etc. vorliegen.

Wahn, Halluzinationen etc. können mit Neuroleptika behandelt werden, wobei hierfür lediglich Risperidon eine offizielle Zulassung hat. Allerdings ist zu beachten, dass die Dauergabe von Neuroleptika, gleich ob atypisch oder typisch, bereits ab einem Einnahmezeitraum von 6 bis 8 Wochen zu einer statistisch signifikanten Erhöhung der Rate an Schlaganfällen oder Herzinfarkten führt. Daraus folgt, dass die Gabe von Neuroleptika nur bei akutem Handlungsbedarf [z.B. im Rahmen eines Delirs, z.B. zur Ermöglichung einer anderen lebenswichtigen Therapie wie intravenöse Antibiotika-Gabe bei schweren Infekten] indiziert ist. Eine Dauertherapie ist in aller Regel nicht indiziert. Offizielle Zulassung nur für Risperidon. Bei Parkinsonoid eher Quetiapin oder Clozapin (off label use).

Sedativa/Hypnotika:

Hier kommen meist Benzodiazepine zum Einsatz. Ihr Nachteil liegt in der zum Teil langen Halbwertszeit (z.B. Diazepam 12 – 72 Stunden), ihrer bei Dauereinnahme selbst Demenz fördernden Wirkung sowie dem unerwünschten Nebenwirkungsprofil mit Muskelrelaxation und erhöhter Sturzneigung.

Andererseits werden derartige Präparate häufig schon jahre- bis jahrzehntelang eingenommen, ein Entzug kann Wochen dauern und ist bei der oftmals limitierten Lebensspanne der betagten Patienten nicht immer sinnvoll.

Wenn Benzodiazepine unvermeidlich sein sollten, sollte deswegen auf Substanzen mit kurzer Halbwertszeit (z.B. Lorazepam) und/oder fehlenden langwirksamen Metaboliten (z.B. Oxazepam) erfolgen.

Therapie von Schreien, Rufen, Laufen etc.:

Pharmakologische Therapie außer bei kausaler Ursache (z.B. Schmerzen bei Osteoporose, Arthrose, Karies etc.) wenig Erfolg versprechend. Ansprechrate maximal 25%. Hier sind eher milieutherapeutische Maßnahmen (Zuwendung, Validation etc.) Erfolg versprechender.

Sonstiges:

Hauptkomplikation stellt während des Krankenhausaufenthaltes die Entwicklung eines Delirs dar. Die Entwicklung eines Delirs vermindert massiv die Wahrscheinlichkeit auf eine Rückkehr ins gewohnte Umfeld und selbstständige Leben. Die Mortalitätsraten sind beträchtlich.

Da die Ursachen des Delirs multifaktoriell sind, ist ein multifaktorieller Ansatz sinnvoll.

Hier wären exemplarisch zu nennen: Check der Medikamentenliste auf geeignete bzw. ungeeignete Medikamente Beers-Kriterien, PRISCUS-Liste .



Einsatzplanung Fallbegleitung

Einrichtung:	
Station:	Einsatz-Datum:
Ansprechpartner:	Uhrzeit:
Telefon:	Anforderer:

Bedarf:

Pflegerisches Konsil: Beratung, praktische Unterstützung und Coaching am Patienten Problemstellung:
Fallbesprechung im Team Thema:
Berufsübergreifende Fallbesprechung Thema:
Fallbesprechung einzelner Mitarbeiter Thema:
Beratung zur Aktivierung Problem:
Beratung Angehörige auf Station Thema:
Vertiefung zu den Fortbildungen Thema:
Sonstiges Thema:

Vorhersagescore zur Delirentwicklung nach Macantino

Risikofaktor:

- Alter > 70 Jahre?
- Alkoholabusus?
- Körperliche Behinderung?
- Path. präoperative Laborwerte?
- Thoraxeingriff?
- Aortenaneurysmaoperation?

Wenn mehr als 3x ja, Delir-Risiko
50 % und mehr.

Dem-i-K

Demenz im Krankenhaus


Symptomatik des Delirs

1. Akuter Beginn und fluktuierender Verlauf (fremdanamnestisch abklären)
2. Störung der Aufmerksamkeit (Konzentrationsstörungen, Ablenkbarkeit)
3. Denkstörungen (unzusammenhängendes, sprunghaftes, paralogisches Denken)
4. Quantitative Bewusstseinsstörungen (hyperalekt, schläfrig, stuporös, komatös)

Punkt 1 und 2 sind für die Diagnose des Delirs obligatorisch. Für jeden der Punkte 1–4 gibt es bei Bejahung 1 Punkt. Bei 3 und mehr Punkten ist ein Delir wahrscheinlich (Sensitivität 94–100%, Spezifität 90–95%)

Delir

Durch verschiedene Ursachen ausgelöstes Krankheitsbild mit folgenden Symptomen:

- Störung von Bewusstsein, Aufmerksamkeit, Gedächtnis
- Desorientierung zur Person, Zeit, Ort oder Situation
- Inkohärenter Gedankengang
- Verminderte Auffassungsfähigkeit
- Verknennung der Umwelt.
- Verschiedene, wechselnde Wahneindrücke
- Antriebsstörungen (rascher Wechsel von psychomotorischer Unruhe mit Phasen der Apathie und Antriebslosigkeit)
- Affektlabilität (rasche Stimmungsschwankungen)
- Wahrnehmungsstörungen i.F. von meist optischen und akustischen Halluzinationen
- Vegetative Störungen mit gestörtem Schlaf-Wach Rhythmus, Zittern, Puls- und Blutdruckanstieg. (v.a. bei Entzugsbedingungen Delirien (Alkohol, bestimmte Medikamente))

Die Symptomatik entwickelt sich in aller Regel über Stunden oder Tagen, kann sehr stark in der Ausprägung schwanken und klingt in aller Regel nach 4 Wochen wieder ab; auch bei den oftmals nur wenige Stunden oder Tage anhaltenden Verwirrheitszuständen nach operativen Eingriffen, im Klinikjargon „Durchgangssyndrom“ genannt, handelt es sich um Delirien.

Mögliche Ursachen (Auswahl):

- Überdosierung oder Entzug von Alkohol, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln, verschiedene Drogen
- Nebenwirkung von Antiparkinsonmitteln, Antiallergika, Antiepileptika, Medikamenten zur Behandlung der Harninkontinenz, Kortison, Antidepressiva
- chronische Leber- oder Nierenerkrankung
- Störung des Wasserhaushaltes, Austrocknung
- Vitaminmangel der B Vitamine
- Infektionen, v.a. des Gehirns, Fieber jeglicher Ursache
- Mangeldurchblutung des Gehirns
- Gehirnerkrankung/Schädigung wie Tumor, Metastase, Hirnblutung, Schlaganfall, Demenz, Parkinsonerkrankung

Dem-i-k Demenz im Krankenhaus



BASISINFORMATIONEN

Delirien sind keine seltene Erkrankung: in ca. 10–15% aller Krankenhausaufenthalte kommt es zum Auftreten eines Deliris, ca. 5–15% aller Alkoholentzüge entwickeln ebenfalls ein Delir.

Nimmt man leichte Formen, die nur wenige Tage anhalten, hinzu, („Durchgangssyndrom“) kann davon ausgegangen werden, dass ca. ein Drittel der Bevölkerung einmal im Laufe des Lebens ein Delir erleidet.

Die Sterberate v.a. bei älteren Patienten mit einem Delir ist hoch: nach Schätzung sterben 40–50% aller betagten Patienten innerhalb eines Jahres nach Entwicklung eines Deliris; bei Entzugsdelirien ist unbehandelt eine Sterberate von 15–20% anzunehmen, bei adäquater Behandlung <5%.

Hinweise zur Abgrenzung Delir vs. Demenz:

Demenz	Delir
Beginn meist schleichend, chronisch	Beginn meist akut
Orientierungsstörungen oft spät im Verlauf	Orientierungsstörung meist zu Beginn, oftmals zusammen mit Bewusstseinsstörung
Psychomotorische Unruhe und / oder Antriebsstörungen fehlen oft lange	Psychomotorische Unruhe und oder Antriebsstörungen meist zu Beginn
Meist chronischer, schleichender Verlauf	Oftmals Besserung/Heilung

Aber: Delirien treten einersets oftmals als Komplikationen einer bestehenden Demenz auf; andererseits werden Demenzen oft durch Delirien eingeleitet/demaskiert.

Hinweise zur Abgrenzung Delir vs. Verwirrtheitspsychose:

Delir	Psychose
oft keine psychiatrische Vorerkrankung bekannt	Schizophrenie oder Manie meist bekannt
Familienanamnese meist leer	oft positive Familienanamnese für psychische Erkrankung
Beginn oft akut	oft Warnsymptome o. leichtere Symptome in der Vorgeschichte
meist alle Symptome gleich ausgeprägt	oft deutlich unterschiedliche Ausprägung einzelner Symptome
Halluzinationen meist visuell, desorganisiert	Halluzinationen häufig akustisch, systematisiert
Wahn häufiger bruchstückhaft, Wechselnde und alltägliche Themen	Wahn meist systematisiert, konstant, bizarr

Aber auch hier gilt: das eine schließt das andere nicht aus: ein psychotischer Patient kann ohne weiteres zusätzlich ein Delir entwickeln.

Ärztlicher Teil: Delirprophylaxe

- Sind die Elektrolyte ausgeglichen (vor allem Natrium)?
- Ist der Schilddrüsenstoffwechsel ausgeglichen (TSH normal)?
- Ist der Patient normo- oder nur leicht hypoglykämisch?
- Enthält die häusliche Medikationsliste für Demenzpatienten ungeeignete Medikamente?
- Benzodiazepine: Diazepam, Flunitrazepam, Tranxilium; falls z.B.aufgrund langjähriger Einnahme Benzodiazepine unvermeidlich, besser Oxazepam oder Lorazepam
- Trizyklische Antidepressiva, trizyklische niederpotente Neuroleptika, z.B. Promethazin, Levomepromazin, Doxepin, Amitriptylin?
- Bei Depression Mirtazapin, SSRI (z.B. Cipramil)
- bei Neuroleptie besser Melperon, Risperidon oder Seroquel
- Potenziell Liquor-gängige, anticholinerg wirksame Urologika, z.B. Oxybutynin, besser Trosipiumchlorid-Haltige

Ärztlicher Teil Verhalten bei akutem Delir:

Basis-Check:

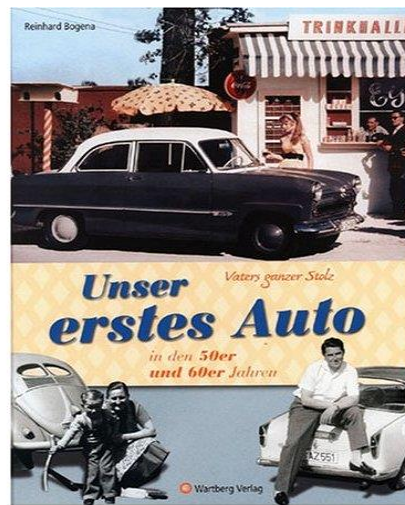
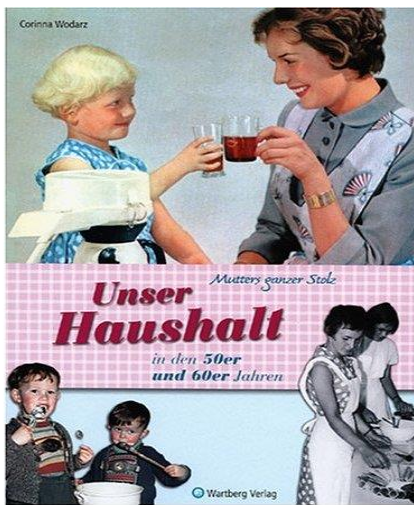
- Internistische und neurologische Untersuchung
- Kurvenvisite, vor allem Medikations-Änderung, Fieber
- Labor: Blutbild, Elektrolyte, Kreatinin, Harnstoff, CRP, Blutzucker, GOT, GPT, AP, Gamma-GT, LDH-C, Gesamteiweiß, TSH basal, Blutgas-Analyse
- EKG (Herzinfarkt als mögliche Delirursache)
- Röntgen Thorax (Pneumonie?)
- Sonographie vor allem der Harnblase (Harnverhalt?)
- Medikamentöse Therapie des Delirs

Vorbemerkungen: Therapieziel muss definiert sein, wenn möglich Monotherapie. Dosierung im Wesentlichen nach Wirkung und Nebenwirkung. Neuroleptische Delir-Therapie ist keine Dauertherapie, sie kann mit Abklingen der deliranten Symptomatik ausgedisponiert und beendet werden.

Medikationsschema: Zeitpunkt o. Check ob Rigor oder Tremor, dann 1 mg Risperidon in schnell freisetzender Galenik (falls nicht möglich, Haloperidol 1-2 mg i.v.), Kontrolle alle 60 Minuten, ggf. Wiederholung der Dosis. Bei stark angstbesetzter Situation Einsatz von Lorazepam (favor in schnell freisetzender Galenik). Nach Beendigung des Delirs tägliche Dosisreduktion der Neuroleptika um 50%. Solange Neuroleptika gegeben

Bei Aufnahme	Bei Entlassung
Stammdaten	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter: _____ Jahre ▪ Geschlecht: <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich ▪ Pflegestufe: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Patient verstorben ▪ Verweildauer: _____ Tage
Grunddaten Versorgung	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wohnform: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Allein lebend <input type="checkbox"/> Mit Angehörigen <input type="checkbox"/> In Heim/Einrichtung ▪ Versorgung durch ambulanten Dienst: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ▪ Rechtliche Betreuung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beantragt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entlassung: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nach Hause <input type="checkbox"/> In Heim/Einrichtung <input type="checkbox"/> In Psychiatrische Klinik Sonstiges: _____ ▪ Versorgung durch ambulanten Dienst: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ▪ Rechtliche Betreuung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beantragt <input type="checkbox"/> Angeregt ▪ Maßnahmen während des Aufenthalts:
Körperlicher und geistiger Zustand	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einweisungsdiagnose: ▪ Anamnese zu Demenz 	<p>Fachärztliches Konsil</p> <p>Bestätigung: <input type="checkbox"/> Erstdiagnose Demenz <input type="checkbox"/> Bestätigung Delir <input type="checkbox"/> Keine Demenz <input type="checkbox"/> Kein Delir</p> <p>Angehörigenberatung im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Vermittlung der Angehörigen an Demenzberatung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Vermittlung der Angehörigen an Sozialdienst <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verhaltens- und Bewusstseinsstörungen 	<p>Komplikationen während des Aufenthalts</p> <p><input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Sturz <input type="checkbox"/> Fixierung erforderlich <input type="checkbox"/> Patient weggelaufen</p> <p><input type="checkbox"/> Sedierung erforderlich</p> <p>Sonstiges: _____</p>
<ul style="list-style-type: none"> Zeitlich orientiert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Örtlich orientiert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Zur Person orientiert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Situativ orientiert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja 	

Marienhaus Klinikum Saarlouis – Dillingen
Projektstationen 51,63,93



Ernährung bei demenzkranken Patienten

Essen und Trinken bedeuten mehr als eine angemessene Aufnahme von Nährstoffen und Flüssigkeiten und mehr als das Stillen von Hunger und Durst. Essen und Trinken sind lebensnotwendig – für den Körper, die Psyche, den Geist.

Erkrankte verspüren oft keinen Hunger oder Durst. Speisen und Getränke werden nicht als solche erkannt. In Folge kommt es nicht selten zu einer Fehl – und Mangelernährung. Eine angepasste und abgestimmte Ernährung für Menschen mit einer Demenz, in den verschiedenen Phasen, wurde daher erarbeitet.

In der Regel werden bekannte und regionale Gerichte gegessen. Eine Essbiografie kann hilfreich sein, um auf Grund der Herkunft und der Lebensgeschichte mögliche gern gegessene Speisen herauszufinden. Ein bevorzugter Geschmack von süßen Speisen sollte berücksichtigt werden. Man sollte bei der Speisenauswahl Gerüche und individuelle Reize nutzen, sowie flexible Mahlzeiten und kleine Zwischenmahlzeiten ermöglichen.

Kostform DEM 1

Der Erkrankte kann noch selbständig essen und ist in der Lage die Speisen im Mund zu zerkleinern.

Reize werden durch den Geruch, die Optik, Geschmack und die Auswahl bekannter und gewohnter Speisen gesetzt.

In Anlehnung an die individuelle Biographie .

Frühstück

Mischbrot, Weißbrot, Einback, Butter, Marmelade (Himbeere, Pflaume, Erdbeere, Kirsche), Rübenkraut, Quark, süßer Milchbrei, süßer Griesbrei

Zwischenmahlzeit

Apfelmus, passiertes Birnenkompott, süße Kuchen

Mittagessen

„Arme Ritter“, Mehlknödel mit Apfelmus, Germknödel mit süßer Vanillesoße, süße Nudeln mit Zucker und Zimt, süße Pfannkuchen mit passiertem Obstkompott, Kaiserschmarren mit süßer Soße, Eintöpfe, Kartoffelgerichte, Mehlknödel, „Gefüllte Knödel“ mit Speckrahmsoße, Eieromlett

(alle Gerichte können je nach Bedarf mit Zucker oder anderen Süßungsmitteln aufgearbeitet werden)

Zwischenmahlzeit

Kuchen („trockene Kuchen“) , süße Quarkspeisen

Abendessen

Mischbrot, Weißbrot, Einback, Butter, Marmelade, Rübenkraut, Streichwurst, Streichkäse, Joghurt mit Sahne, süßer Milchbrei, süßer Griesbrei

Getränke

Warme Milch mit Honig, süße Säfte, süßer Tee, Kaffee, Kakao, Mineralwasser, alkoholfreies Bier

Kostform DEM 2

Der Erkrankte benötigt Hilfe und Anleitung im Umgang mit den Speisen, Geschirr und Besteck.

Das Zerkleinern von Speisen im Mund fällt schwerer oder wird vergessen.

Die Kostform ist eine „weiche Kost“.

Reize werden durch Geruch, Optik und Geschmack gesetzt.

Frühstück

Weißbrot, Einback, Marmelade (Pflaume, Kirche, Erdbeere, Himbeere), Rübenkraut, Quark, süßer Milchbrei, süßer Griesbrei, süßer Keksbrei

Zwischenmahlzeit

Joghurtdrink, Banane, Apfelmus

Mittagessen

Die Gerichte wie bei DEM 1. Hier wird darauf geachtet, dass Lebensmittel und Speisen angeboten werden, die leicht zu zerkleinern sind.

Keine Zutaten von Nüssen, Mandeln, Körner, u.ä.

Zwischenmahlzeit

Sahnekuchen, Käsekuchen, Joghurt mit Sahne, Pudding mit Sahne

Abendessen

Weißbrot, Butter, Marmelade, Rübenkraut, Streichwurst, Streichkäse, süßer Pudding mit Sahne, Milchbrei, Griesbrei

Getränke

Warme Milch mit Honig, süßer Tee, Kakao, süße Säfte, Mineralwasser, Kaffee

Kostform DEM 3

Der Erkrankte ist nicht mehr in der Lage selbständig zu Essen und Speisen im Mund zu zerkleinern. → Das Essen muss angereicht werden.

Reize werden durch Geruch und Geschmack gesetzt.

Frühstück

Süßer Milchbrei, süßer Keksbrei, süßer Milchbrei, süßer Zwiebackbrei, Pudding mit Sahne (alle Speisen sind süß, angegedickt, lauwarm)

Zwischenmahlzeit

Passierte Bananenmilch

Mittagessen

Creme-Suppen mit Sahne angegedickt

Passierte Kost mit Soße (Soße mit Sahne angegedickt und leicht gesüßt)

Zwischenmahlzeit

Apfelmus, passiertes Birnenkompott, Joghurt mit Sahne, Bananenquark

Abendessen

Süßer Milchbrei, süßer Pudding mit Sahne, süßer Milchbrei, Joghurt mit Sahne

Alle Speisen ohne Zusätze von Nüssen, Mandelsplittern, Körnern, u.ä.

Getränke

Süße Säfte (Pfirsich-Birne-Banane)

(Orangen- und Apfelsaft werden wegen ihrer leichten Säure oft abgelehnt)

Süßer Tee, Kakao, lauwarmer Milch, Milch mit Honig, Mineralwasser

Kostform DEM FF (Fingerfood)

Der Erkrankte ist nicht mehr in der Lage Besteck als solches zu erkennen und damit umzugehen. Er isst mit den Fingern. Das Zerkleinern von Speisen im Mund und das Schlucken sind dabei nicht beeinträchtigt.

Frühstück

Brot (Weißbrot, Mischbrot), Butter, Marmelade, Kekse, portionierter stichfester Pudding, portionierte stichfeste Götterspeise

Das Brot wird in kleine Portionen geschnitten oder zusammengelegt zu einer „Klappstulle“

Mittagessen

Fingermöhren, Brokkoli-, Blumenkohlröschen, Kartoffelstücke, Kartoffelecken, Kroketten, Würstchen, Frikadellen, Fischstäbchen, Lyonerscheiben usw.; alles was man mit den Fingern essen kann.

Zwischenmahlzeit

Kuchen in Würfeln, Kekse, Obst ohne Schale

Abendessen

Brot, Butter, Marmelade, Streichwurst, Streichkäse, Gurkenstücke, Tomatenstücke, Würstchen, Obststücke, stichfester Milchpudding

Getränke

Süße Säfte, süßer Tee, Kaffee, Joghurtdrink, warme Milch mit Honig

Vom Pflegepersonal kann eine bestimmte Form der Kommunikation (Validation) angewandt werden:

Validation heißt: Folgen in die innere Welt von dementen alten Menschen, diese innere Welt akzeptieren, benennen und bestätigen. Wenn der Prozess weiter fortschreitet, stehen dem Dementierenden keine Worte mehr zur Verfügung. Sie brauchen andere, um die Worte für sie auszusprechen. (aus dem Video „Nähe“)

Angehörigeninformation



MARIENKRANKENHAUS
ST. WENDEL

- ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE -

DEMENZ

eine Herausforderung für
Krankenpflege und unsere Gesellschaft

Was Sie als Angehörige unterstützend tun können!

- Wünsche und Vorlieben bzgl. Essen und Körperpflege dem Pflegepersonal mitteilen
- Bieten Sie Ihrem Angehörigen (im häuslichen Umfeld und im Krankenhaus) ausreichend Getränke an
- Beschäftigungsmaterial (Fotos, Zeitschriften, Handarbeitsutensilien, Bücher usw.) mitbringen
- Darauf achten, dass vorhandene Brille, Hörgeräte, Zahnprothese getragen werden
- Informieren Sie das Pflegepersonal, wenn Ihnen Veränderungen während des stationären Aufenthaltes in Form von Desorientiertheit, Verwirrtheit oder Halluzinationen bei Ihrem Angehörigen auffallen.
- Sie als Angehörige können auch als Vermittler zwischen Patient und Pflegepersonal wirken und somit ein Gefühl der Sicherheit geben.
- Orientierung geben, für ihn „da sein“ als Bezugsperson
- Ihre Mithilfe ist auch bei der Entlassungsplanung erforderlich.

Ansprechpartner

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an einen Mitarbeiter der Pflege oder/ und des Sozialdienstes.

Definition Demenz

Alltagsrelevante Störungen von Kurzzeitgedächtnis, Denkvermögen, Sprache, Motorik und Persönlichkeitsstruktur, die länger als 6 Monate vorhanden sind.

Definition Delirium (de lira (lat.) = aus der Furche)

Akuter Verwirrheitszustand mit plötzlichem Beginn, schwankendem Verlauf, Störung des Denkens, der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins.

Anzeichen einer Demenz

- Der Patient vergisst Anweisungen und Termine.
- Die Reihenfolge bei Alltagshandlungen ist auffällig verändert.
- Der Patient sucht sein Zuhause.
- Häufig wird erstmals z. B. in der ungewohnten Krankenhausumgebung deutlich, dass die geistige Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist.
- Demenzkranke haben häufig in ihrem gewohnten Umfeld eine gute Fassade.
- Auch eine zuhause nicht erkannte dementielle Entwicklung gehört zu den wichtigsten Risikofaktoren für ein Delirium.

Dementielle Erkrankungen verstärken sich bzw. treten häufig erstmals in Erscheinung mit der stationären Aufnahme im Krankenhaus (Verlassen der gewohnten Umgebung und der vertrauten Menschen). Des Weiteren kann sich die Erkrankung (Delir) durch eine Operation (Narkose) verstärken oder erst neu auftreten, welche sich aber im Laufe des stationären Aufenthaltes wieder zurückbilden kann.

Im Falle der Verstärkung der Erkrankung können bei uns im Krankenhaus sowohl geriatrische, psychiatrische als auch psychologische und Hilfe in Form von konsiliarischen Untersuchungen in Anspruch genommen werden.

Wenn die weitere Betreuung nach dem stationären Aufenthalt des Patienten auf Grund der Schwere der Erkrankung durch die Angehörigen alleine nicht mehr möglich sein sollte, kann bei uns im Hause der *Sozialdienst* eingeschaltet werden. Dieser hilft bei weiteren Betreuungsmöglichkeiten (ambulanter Pflegedienst, Kurzzeitpflege oder Heimplatz). Der Sozialdienst steht Ihnen für Information und Organisation zur Verfügung, auch über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur häuslichen Pflege berät er Sie gerne.

Unbehandelte Delirien im Sinne akuter Verwirrheitszustände können schwerwiegende Konsequenzen haben und den Gesundheitszustand verschlechtern.

Unsere unfallchirurgische Abteilung bietet einen hausinternen Konsiliar- und Liaisondienst für delirgefährdete und demenzkranke Patienten an.

Gegebenenfalls ist eine vorübergehende (in der Akutphase) oder auch dauerhafte Medikamenteneinnahme zur Behandlung notwendig.

Auch kann eine fachärztliche ambulante oder stationäre Behandlung notwendig sein.

WAS KANN ICH TUN?

Als Angehörige können Sie unterstützend wirken:

- Informieren Sie das Pflegepersonal, wenn Ihnen Veränderungen während des stationären Aufenthaltes auffallen.
- Achten Sie darauf, dass vorhandene Brille, Hörgerät und Zahnprothese auch getragen werden.
- Gehen Sie auf Wünsche, Vorlieben und Gewohnheiten Ihres Angehörigen ein und geben Sie diese an das Pflegepersonal weiter.
- Bleiben Sie Bezugsperson und geben Sie Orientierung. Notwendig ist jetzt dringend ständige familiäre Zuwendung, die das Pflegepersonal nicht leisten kann. Gegebenenfalls fragen sie beim Pflegepersonal nach ‚Rooming in‘.
- Bitte sind Sie in Notfällen für Ihren dementen Angehörigen jederzeit erreichbar!
- Unterstützen Sie ihn bei ausreichender Nahrung- und Flüssigkeitsaufnahme.
- Bleiben Sie im Gespräch gelassen und konfrontieren Sie Ihren erkrankten Angehörigen nicht mit ‚Ihrer‘ Realität. Berichtigen Sie ihn nicht ständig.
- Erhalten Sie und fördern Sie die Eigenaktivitäten Ihres erkrankten Angehörigen, z.B. Gewohnheiten wie Zeitung lesen oder vorlesen, Handarbeiten, Bildbände anschauen, Singen oder Musik hören.

Dadurch steigern Sie das Selbstwertgefühl des Patienten und verhindern eine drohende Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Damit wirken Sie als Vermittler zwischen Patient und Pflegepersonal und geben dem Patienten ein Gefühl der Sicherheit.

KONTAKT

Wo können Sie sich hinwenden?

Während des stationären Aufenthaltes können Sie Ihre Fragen an die behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal stellen.

Informationen zum Krankheitsbild und zum Umgang mit den Betroffenen geben Ihnen auch die Pflegestützpunkte, z. B.

Demenz-Verein Saarlouis e.V.
Ludwigstraße 5, 66740 Saarlouis
Tel.: 06831 48818-15 (H. Leiner)
E-Mail: info@demenz-saarlouis.de

Caritas-Verband Saar-Hochwald:
Caritassozialstation Lebach/Schmelz
Demenzzentrum
Pfarrgasse 9, 66882 Lebach
Telefon: 06881 4839
E-Mail: info@sozialstation-lebach.de

und die Seniorenberaterinnen der Gemeinden (Bürgeramt)

DEMENZ

IM KRANKENHAUS



Informationen für Angehörige
demenziell erkrankter Patienten

**Sehr geehrte Angehörige,
mit dieser kurzen Information möchten
wir Sie und Ihre erkrankten Familien-
mitglieder unterstützen.**

Das Thema Demenz begleitet uns alle; wir wurden schon auf unterschiedliche Art und Weise damit konfrontiert. Es ist aber gut zu wissen, dass diese Erkrankung so alt wie die Menschheit ist, denn schon im Alten Testament der Bibel sind die Erwartungen an die Angehörigen so formuliert:

»Mein Kind nimm dich deines Vaters/deiner Mutter im Alter an. Wenn sein/ihr Verstand abnimmt, sieh es ihm/ihr nach und verachte ihn/sie nicht. Fürsorge für den Vater/die Mutter wird nicht in Vergessenheit geraten.«
(Jesus Sirach 3, 12– 14)

WAS IST EINE DEMENZ?

Demenz ist eine langsam fortschreitende Erkrankung des Gehirns, die mit Vergesslichkeit, Störungen der Aufmerksamkeit und der Konzentration, Störungen der Sprache und Veränderung der Persönlichkeit einhergeht. Die bekannteste und häufigste Form ist die Alzheimer-Krankheit. Zuhause werden Defizite Gedächtnis und Orientierung betreffend häufig noch nicht bemerkt, weil die Menschen sich in der vertrauten Umgebung zurechtfinden.

Verändert sich die Umgebung z. B. im Urlaub oder bei einem Krankenhausaufenthalt, fallen diese Defizite und Veränderungen auf. Für Angehörige kommt diese Veränderung dann häufig 'plötzlich'. Sie sind erschüttert über die plötzliche 'Verwirrtheit', sind hilflos und überfordert mit der Situation.

WORAN ERKENNE ICH EINE DEMENZ?

- Auffallende Vergesslichkeit: Der Patient vergisst Anweisungen und Termine
- Mangelnde Konzentration und Aufmerksamkeit, kann längeren Gesprächen nicht mehr folgen, wirkt unaufmerksam
- Ständiges Wiederholen von Fragen
- Unerwartete Reaktion auf Veränderungen, z. B. findet sich in der Krankenhausumgebung nicht mehr zurecht
- Orientierungsstörungen zu Zeit, Ort, Situation und später auch Verwechseln von Personen
- Überspielt Defizite – hält Fassade aufrecht – bei Fragen, die sie nicht mehr beantworten können, z. B.: Wie alt sind sie? – Raten sie mal!
- Der Patient sucht sein Zuhause (Hin- und Weglauf-tendenz), hat oft ein verändertes Wahrnehmungsum- und Realitätserleben
- Sozialer Rückzug, zeigt kein Interesse mehr an Zeitung, Fernsehen oder gesellschaftlichen Aktivitäten
- Schränke ein- und ausräumen, verstecken von Gegenständen und damit ständiges Suchen, sammeln und horten
- Körperpflege häufig ablehnend
- Demenzkranke sind nicht mehr gern allein, unsicher, suchen nach Worten
- Persönlichkeitsveränderungen, eigensinnig, depressiv oder gesteigerter Antrieb
- Veränderter Tag-/Nachtrhythmus

Sind diese Symptome mindestens 6 Monate vorhanden, spricht man von einer Demenz.

WAS IST EIN DELIR?

Delir ist ein Begriff, den es nicht nur in Verbindung mit Alkohol gibt. Ein Delir ist ein akuter Verwirrheitszustand, der häufig eine körperliche Ursache hat. Delir ist, anders als eine Demenz, vorübergehend, wenn die Ursache erfolgreich behoben oder behandelt wird.

Mögliche Ursachen sind Flüssigkeitsmangel, Wechselwirkung von Medikamenten, Narkose, Durchfallerkrankungen, Blutzuckerschwankungen und -entgleisungen, Überfunktion der Schilddrüse; Vergiftungen, Infektionen und Fieber, Vitamin-Mangel-Zustände, chronische Atemwegserkrankungen, Herzerkrankungen, Blutarmut, Seh- und Hörstörungen, Mangelernährung.

Weitere Ursachen: Umgebungswechsel, Einschränkung der Beweglichkeit (Bettruhe), Ängste, Wegfall der Bezugsperson, höheres Alter und viele körperliche Erkrankungen, auch bei beginnender, noch nicht erkannter Demenz (Risiko, ein Delir im Krankenhaus zu erleiden, ist ca. fünffach erhöht)

WORAN ERKENNE ICH EIN DELIR?

- Plötzlich auftretende Verwirrtheit und Erregung,
- Stimmungsschwankungen: gehoben und gereizt, aggressiv oder ganz teilnahmslos, ruhig im Bett liegend, kann aber schnell wechseln und umschlagen,
- Schwitzen, Zittern, allgemeine Unruhe, ängstlich,
- Auch mal nicht ansprechbar,
- Tagsüber sehr schläfrig, nachts aktiv,
- Ablenkbar, keine Konzentration auf etwas,
- Schreckhaft, licht- und geräuschempfindlich,
- Unruhe: Nesteln, wischen,
- Optische und akustische Halluzinationen (kleine Tiere, Klopfen an der Wand).

Arbeitsgemeinschaft
katholischer Krankenhäuser
Saarland



Dem-i-K
Demenz im Krankenhaus

Institut für Sozialforschung
und Sozialwirtschaft e.V.
Saarbrücken

iso



cts
Caritas
Trägergesellschaft
Saarbrücken



St. Nikolaus-Hospital
Wallerfangen

**MARIEN
HAUS**

Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Frauen und Familie
Franz-Josef-Röder-Straße 23
66119 Saarbrücken
presse@soziales.saarland.de

www.soziales.saarland.de

Saarbrücken 2014

ISBN 978-3-935084-37-6

• Ministerium für
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie

SAARLAND

Großes entsteht immer im Kleinen.

