

Veröffentlichungsreihe des
Instituts für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-408X

P07-135

**Die Versorgung demenzkranker älterer
Menschen im Krankenhaus**

Thomas Kleina und Klaus Wingenfeld

Bielefeld, April 2007

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstr. 25
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880
Telefax: (0521) 106 - 6437
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Abstract

Schon seit vielen Jahren wächst der Anteil älterer und hochaltriger Patienten im Krankenhaus. Mit dieser Entwicklung geht auch eine Zunahme der Zahl demenziell erkrankter Patienten einher, die zumeist nicht aufgrund ihrer Demenz, sondern wegen anderer Erkrankungen stationär behandelt werden. Umgebungsbedingungen und Abläufe im Krankenhaus sind jedoch auf ihre Problemlagen und Bedürfnisse kaum eingestellt. Mit dem Übergang zur DRG-basierten Krankenhausfinanzierung, die vielfach eine erhebliche Straffung und Rationalisierung der Ablauforganisation nach sich zieht, wird sich diese Problematik noch weiter verschärfen.

Das Modellprojekt „Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus“ (2005 bis 2008) zielt darauf ab, Defizite der akutstationären Versorgung demenziell Erkrankter transparent zu machen und nachhaltige Problemlösungen zu entwickeln. Einbezogen sind insgesamt vier Krankenhäuser. Die Projektträgerschaft liegt bei der Gemeinnützigen Gesellschaft für soziale Projekte mbH, einer Tochtergesellschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Nordrhein-Westfalen.

Das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld führt die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts durch. Zu Beginn des Vorhabens erfolgte eine Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Versorgungspraxis in den beteiligten Häusern. Grundlage waren vorrangig Einzel- und Gruppeninterviews mit Pflegekräften, Ärzten sowie den für das Entlassungsmanagement zuständigen Mitarbeitern. Ergänzend wurden in den Krankenhäusern verfügbare Patientendaten analysiert.

Die Ergebnisse dokumentieren vielfältige Probleme des Versorgungsalltags. Informationslücken beim Eintritt in das Krankenhaus, die auch im Verlauf des stationären Aufenthaltes vielfach nicht behoben werden, führen zu mangelnder Anpassung von Pflege, Diagnostik und Behandlung an Bedarf und Bedürfnisse der Demenzkranken. Einer fachgerechten Einschätzung von psychischen Störungen stehen oftmals Wissensdefizite entgegen. Aufmerksamkeit finden vor allem Verhaltensweisen, die sich negativ auf das Stationsgeschehen und die Arbeitsorganisation auswirken. Nachtaktivität, motorische Unruhe und mangelnde Toleranz von Behandlungsmaßnahmen gehören in Verbindung mit Personalknappheit zu den wichtigsten Anlässen für freiheitsbegrenzende Maßnahmen. Möglichkeiten der Einbindung der Angehörigen werden nur sporadisch genutzt.

Die Ergebnisse der Untersuchung dienen u.a. als Grundlage für die konzeptionelle Ausgestaltung von Maßnahmen, mit denen die Versorgungssituation Demenzkranker in den am Modellprojekt beteiligten Kliniken verbessert werden soll. Hierzu gehören beispielsweise Qualifizierungsmaßnahmen, eine Optimierung von Pflege und medizinischer Behandlung, spezifische Angebote zur Unterstützung demenzkranker Patienten und ihrer Angehörigen sowie eine Verbesserung der Überleitung in die poststationäre Versorgung.

Inhalt

| | |
|--|----|
| Einführung | 1 |
| 1. Ausgangslage..... | 3 |
| 1.1 Problemhintergrund | 3 |
| 1.2 Ansätze zur Verbesserung der Krankenhausversorgung demenzkranker Menschen | 10 |
| 2. Das Modellprojekt und die beteiligten Kliniken | 17 |
| 3. Fragestellungen und methodisches Vorgehen..... | 21 |
| 3.1 Datenerhebungen | 22 |
| 3.2 Patientendaten aus den Krankenhäusern | 25 |
| 4. Die Versorgung Demenzkranker in den beteiligten Krankenhäusern...27 | |
| 4.1 Daten zum Eintritt in das Krankenhaus | 27 |
| 4.2 Die Übermittlung von Informationen an das Krankenhaus | 29 |
| 4.3 Ergänzung und Nutzung von Information | 35 |
| 4.4 Versorgungsalltag | 41 |
| 4.5 Einbeziehung von Angehörigen | 55 |
| 4.6 Entlassungsmanagement..... | 57 |
| 5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen | 67 |
| 5.1 Aufnahmesituation und Informationslage | 67 |
| 5.2 Pflegerische Versorgung..... | 70 |
| 5.3 Die Rolle der Angehörigen..... | 73 |
| 5.4 Medizinische Versorgung..... | 74 |
| 5.5 Entlassungsmanagement..... | 76 |
| 5.6 Kooperation und Vernetzung..... | 78 |
| 6. Ausblick | 81 |
| Literatur..... | 83 |

Einführung

In den vergangenen Jahren haben Demenzerkrankungen und ihre Folgen zunehmend die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit gefunden. Berichte in den Medien greifen das Thema immer wieder auf und weisen auf damit verknüpfte Herausforderungen für die aktuelle und zukünftige pflegerische Versorgung hin. Der Vierte Altenbericht der Bundesregierung bezeichnet die Demenz als „eine der häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter, die neben außergewöhnlichen Belastungen für Betroffene und Pflegende mit hohen gesellschaftlichen Kosten verbunden ist“ (BMFSFJ 2002).

Inzwischen gibt es zahlreiche Initiativen zur Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituation demenzkranker Menschen. Abgesehen von den niederschweligen Angeboten, die im Gefolge der Einführung der §§45a-c SGB XI entstanden sind, wurde in den letzten Jahren ein umfangreiches Förderprogramm der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW aufgelegt, mit dem in Ergänzung dazu verschiedenste modellhafte Ansätze der Unterstützung demenziell Erkrankter und ihrer Angehörigen geschaffen wurden. Die meisten von ihnen zielen auf eine Verbesserung der Rahmenbedingungen und den Ausbau von Unterstützungsangeboten für die häusliche Versorgung. Parallel hierzu wurden in Nordrhein-Westfalen so genannte Demenz-Service-Zentren aufgebaut, die für die Betroffenen den Zugang zu Unterstützungsangeboten erleichtern und für eine stärkere Vernetzung von Angeboten sorgen sollen. Im Bereich der stationären pflegerischen Versorgung begann im Jahr 2004 das Modellprojekt „Referenzmodelle zur qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“, das sich in besonderer Weise mit den Problemlagen und Bedürfnissen psychisch erkrankter Heimbewohner auseinandersetzt.

Zugleich fällt auf, dass die Krankenhausversorgung in der Diskussion um Demenz und die damit verbundenen gesellschaftlichen Herausforderungen bislang wenig thematisiert wurde. Auch findet man hier derzeit kaum Ansätze einer systematischen, auf demenziell erkrankte Patienten zugeschnittenen Qualitätsentwicklung. Dabei sind die Herausforderungen, die sich in diesem Zusammenhang stellen, keineswegs weniger dringlich oder von geringerer Bedeutung als in anderen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung: Da die meisten Formen der Demenz altersabhängige Erkrankungen darstellen, ist im Zuge der demografischen Entwicklung mit einem starken Anstieg der Krankenzahlen und damit auch der Anzahl demenziell erkrankter Krankenhauspatienten zu rechnen. Der Anteil der über 65-Jährigen unter den Krankenhauspatienten hat sich von 1994 bis 2001 bereits von 31% auf über 37% erhöht. Die Zahl der Patienten im Alter über 74 Jahren hat sich in diesem Zeitraum fast verdoppelt und wird im Zuge der demografischen Entwicklung weiter ansteigen (Wingenfeld 2005). Abgesehen von diesem Trend finden im Krankenhaus häufig wichtige Weichenstellungen statt (Schaeffer 2000). Für viele demenziell Erkrankte erweist sich der Verlauf des Krankenhausaufenthalts als entscheidend für den weiteren Krankheits- und Versorgungsverlauf.

Vor diesem Hintergrund entstand das nordrhein-westfälische Modellprojekt „Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus“. Das im Jahr 2005 begonnene Vorhaben zielt darauf ab, Probleme und Anforderungen in der aktuellen Versorgungspraxis transpa-

rent zu machen und Wege aufzuzeigen, wie die Versorgung Demenzkranker während des akutstationären Aufenthalts – auch unter Berücksichtigung von Fragen der Versorgung nach der Krankenhausentlassung – nachhaltig verbessert werden kann. Das Projekt wird von der Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert, die Projektträgerschaft liegt bei der Gemeinnützigen Gesellschaft für soziale Projekte mbH (GSP), die als Tochtergesellschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Nordrhein-Westfalen diese Aufgabe übernommen hat. Einbezogen sind insgesamt vier Krankenhäuser, in denen innovative Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung demenziell Erkrankter in verschiedenen Handlungsfeldern erprobt werden.

Das Modellprojekt wird vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld wissenschaftlich begleitet. Der vorliegende Bericht präsentiert die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung, die sich auf die erste von insgesamt drei Phasen des bis Mitte 2008 laufenden Modellprojekts beziehen. Sie umfassen im Kern eine empirisch gestützte Bestandsaufnahme der Problemfelder und Anforderungen, die im Zusammenhang mit der akutstationären Versorgung demenziell Erkrankter ausgemacht werden können.

1. Ausgangslage

1.1 Problemhintergrund

Der Begriff Demenz beschreibt ein Bündel von Erkrankungen verschiedener Ursachen mit teilweise unterschiedlichem Erscheinungsbild. Bei über 90% der Erkrankungen handelt es sich um primäre Demenzen, für die bislang keine kausale Therapie zur Verfügung steht¹. Die mit Abstand häufigste Form ist die Demenz vom Alzheimerstyp, die rund zwei Drittel aller Erkrankungen ausmacht (Weyrer 2005).

Allen Demenzen gemeinsam sind kognitive Einbußen, die im Verlauf der Erkrankung zunehmend auftreten und die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung immer stärker beeinträchtigen. Neben Einbußen des Erinnerungsvermögens und der Orientierungsfähigkeit treten häufig Wahrnehmungsstörungen wie Wahnvorstellungen, Verkennungen und Halluzinationen auf. Auch affektive Störungen wie Depressionen und Manien kommen regelmäßig vor, im fortgeschrittenen Krankheitsstadium geht außerdem das Sprachvermögen verloren (Hafner/Meier 2005).

Die Krankheit beeinträchtigt zudem das Identitätsgefühl der Betroffenen (Grond 2000). Nicht zuletzt prägen daher Wesensveränderungen das Bild, die mit auffälligem, teilweise auch aggressivem Verhalten einhergehen (Gutzmann/Zank 2005). Diesen begleitenden, als sekundäre Demenzsymptome bezeichneten Krankheitsfolgen² kommt in der Versorgung Demenzkranker eine besondere Bedeutung zu. Sie wirken sich in hohem Maße belastend auf die Pflege- und Betreuungspersonen aus und sind häufig ein entscheidender Grund für die Übersiedlung der Betroffenen in ein Pflegeheim (Haupt 1999).

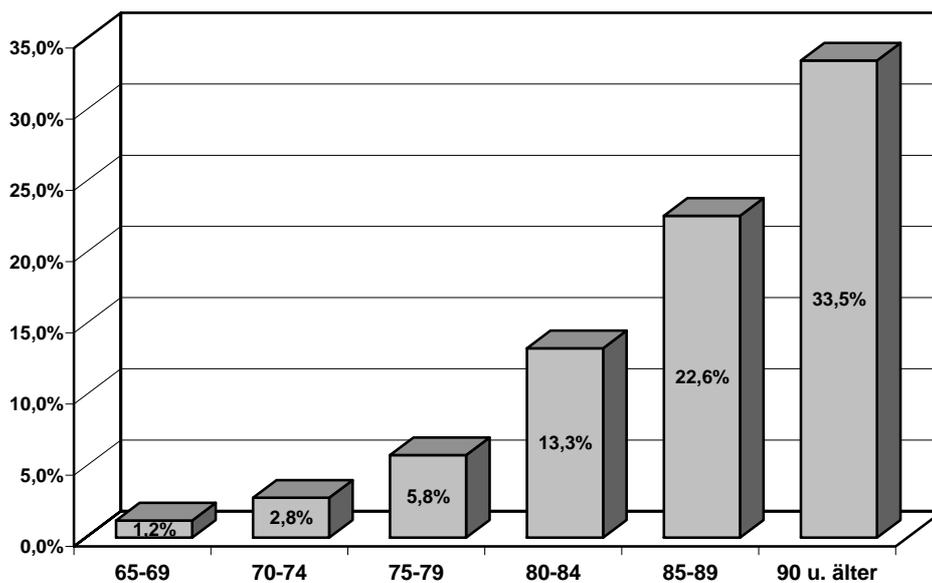
Nach Bickel (2002) liegt der Anteil demenziell Erkrankter bei den über 65-Jährigen bei rund 7%, was bei der derzeitigen Bevölkerungsstruktur bedeutet, dass in Deutschland 0,8 bis 1,1 Millionen ältere Menschen betroffen sind. Die demografische Entwicklung lässt erwarten, dass diese Zahl in den nächsten Jahrzehnten noch erheblich steigen wird³. Denn das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, ist in hohem Maße altersabhängig: Die Krankheit tritt vor dem 60. Lebensjahr selten auf und ist in diesen Fällen häufig auf sekundäre Faktoren zurückzuführen, z.B. auf Unfallfolgen oder andere neurologische Erkrankungen. Ein steiler Anstieg der Prävalenz ist ab dem 75. Lebensjahr zu beobachten (Gutzmann/Zank 2005). So sind unter den 65- bis 69-Jährigen nur etwa 1% betroffen, in der Gruppe der über 90-Jährigen hingegen rund 34%. Die Zahl der Neuerkrankungen in Deutschland wird auf jährlich 200.000 Fälle geschätzt.

¹ Sekundäre Demenzen sind Folge anderer Erkrankungen und nehmen mit geschätzten 5% bis 10% einen vergleichsweise geringen Anteil ein.

² Die Ausprägung der nicht-kognitiven Symptome kann sehr unterschiedlich sein, sie treten nicht zwangsläufig im Krankheitsverlauf auf.

³ Schätzungen auf der Basis der Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes rechnen mit über 1,9 Millionen Betroffenen im Jahr 2030. Für das Jahr 2050 wird sogar von 2,8 Millionen Erkrankten ausgegangen (Hallauer 2002).

Abb. 1: Prävalenz demenzieller Erkrankungen nach Altersgruppen



Quelle: Bickel 2002, eigene Darstellung

Aktuelle Studien, die gezielt und ausschließlich das Vorkommen demenzieller Erkrankungen bei Patienten in Krankenhäusern untersuchen, liegen (auch in der internationalen Literatur) nicht vor. Es finden sich allerdings einige Untersuchungen, die sich – wenn auch meist eingegrenzt auf bestimmte Fachrichtungen – mit der psychiatrischen Morbidität von Krankenhauspatienten im Allgemeinen beschäftigen. Daneben existieren Berichte einiger Studien, die die Validität bestimmter Testinstrumente zum Gegenstand hatten und zu diesem Zweck Prävalenzraten demenzieller Erkrankungen ermittelten⁴.

Untersuchungen unter Patienten internistischer Fachabteilungen ermittelten Prävalenzen von 13% bis 15% (Anthony et al. 1982, Roca et al. 1984)⁵. Bei einer umfangreichen Erhebung unter 2000 Patienten der medizinischen Abteilung einer Universitätsklinik wurden demenzielle Erkrankungen bei 9,1% der Untersuchten gefunden (Erkinjuntti et al. 1986)⁶.

⁴ Die vorliegenden Studien sind hinsichtlich der untersuchten Patientengruppen und der angewandten Untersuchungsmethoden nur bedingt vergleichbar. Ebenso ist in Rechnung zu stellen, dass sich die Diagnosekriterien für das Vorliegen einer Demenz in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren gewandelt haben. In älteren Studien, bei denen die Diagnose nach ICD 9 gestellt wurde, musste das Vollbild eines demenziellen Syndroms vorliegen. Nach den Vorgaben des ICD 10 und des DSM-III-R reicht es aus, wenn ein demenzieller Prozess erkannt wird, auch wenn noch nicht sämtliche Symptome zu beobachten sind. Dies könnte zumindest teilweise einen Erklärungsansatz für die Differenzen zwischen den verschiedenen Untersuchungen liefern.

⁵ Im Rahmen der Untersuchungen wurden konsekutiv aufgenommene Patienten untersucht. Dabei wurde keine Vorauswahl nach Alter getroffen. Zur Identifikation von Demenzerkrankungen wurde der MMSE in Kombination mit einer klinischen Untersuchung genutzt.

⁶ Es wurden Patienten ab einem Lebensalter von 55 Jahren untersucht. Leichte Demenzen wurden bei der Ermittlung der Prävalenz nicht berücksichtigt.

Studien, die sich ausschließlich mit hochaltrigen Patienten beschäftigten, kommen erwartungsgemäß zu höheren Prävalenzraten: In einer Untersuchung von 331 Patienten mit einem Lebensalter über 70 Jahren wurden 18% als demenzkrank identifiziert (Kolbeinson/Jonsson 1993). Dagegen weisen Studien, die retrospektiv anhand vorliegender Patientenunterlagen die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen ermitteln, niedrigere Raten von unter 5% aus (Lyketsos et al. 2000)⁷.

Für die Situation in Deutschland liefert vor allem die Arbeit von Arolt (1997) aussagekräftige Ergebnisse. Er untersuchte 400 Patienten zweier Lübecker Allgemeinkrankenhäuser auf das Vorhandensein psychischer Störungen. Im Rahmen dieser Studie wurden 200 Patienten aus inneren Abteilungen sowie 200 Patienten aus chirurgischen Abteilungen untersucht. Die Prävalenz demenzieller Erkrankungen belief sich insgesamt auf 12,3%, wobei das Vorkommen im Fachbereich Innere Medizin (13,0%) leicht über dem Chirurgischer Abteilungen (11,5%) lag⁸.

Insgesamt wird deutlich, dass die Zahl der Patienten mit demenziellen Erkrankungen in Krankenhäusern erheblich ist und – fasst man die vorliegenden Untersuchungsbefunde zusammen – in einer Größenordnung von mindestens 10% liegen dürfte. Angesichts der Tatsache, dass mehrere der angeführten Untersuchungen älteren Datums sind, ist möglicherweise von einem noch höheren Anteil auszugehen; denn die Altersstruktur der Krankenhauspatienten hat sich in den letzten Jahren spürbar verändert und alte Menschen stellen einen immer größeren Teil der Patienten (Friedrich/Günster 2005).

Der Umstand, dass verlässliche Zahlen zur Gruppe demenziell erkrankter Patienten nicht vorliegen, ist kein Zufall: Bei vielen dieser Patienten liegt bei der Krankenhausaufnahme keine exakte Diagnose vor, und nicht selten unterbleibt auch während des Krankenhausaufenthaltes eine genauere diagnostische Abklärung. Dies wiederum verweist indirekt auf die Grundproblematik der stationären Versorgung Demenzkranker:

⁷ In der retrospektiven Analyse anhand der Patientenkurven liegt allerdings eine methodische Schwäche. So muss während des Aufenthaltes von den behandelnden Ärzten die Demenzdiagnose gestellt worden sein oder eine Übernahme aus vorab bekannten Befunden stattgefunden haben.

⁸ Es liegt eine zweite Arbeit aus Deutschland zu diesem Thema vor (Cooper/Bickel 1987). Untersucht wurde hier die Prävalenz psychischer Erkrankungen von Patienten in inneren Abteilungen zweier Allgemeinkrankenhäuser. Die Häufigkeit so genannter hirnorganischer Psychosynndrome belief sich auf 9,1 %, wobei von diesen Patienten nur 55% als eindeutig demenzkrank identifiziert wurden. Allerdings wurden nur Patienten mit einem Lebensalter von 65 bis 80 Jahren in die Untersuchung einbezogen. Gerade bei Hochaltrigen ist jedoch die Prävalenz gegenüber der untersuchten Gruppe deutlich erhöht. Auch Heimbewohner wurden ausgeschlossen, was insofern problematisch ist, als auch für diese Menschen eine überdurchschnittlich hohe Rate demenzieller Erkrankungen beschrieben wird (Wingefeld/Schnabel 2002, Schneekloth/Müller 1999).

In der überwiegenden Zahl der Fälle ist nicht die Demenz, sondern eine andere Erkrankung bzw. gesundheitliche Störung Anlass für die stationäre Behandlung. Dementsprechend richten sich das Interesse der Krankenhausmitarbeiter ebenso wie diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen vorrangig auf das akute Gesundheitsproblem, nicht auf die Demenz. Zugleich aber prägen die Folgen einer demenziellen Erkrankung in hohem Maße das Verhalten des Patienten, seine Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung und die Beziehung zwischen Ärzten/Pflegekräften und Patient. Hierdurch entsteht eine Schiefelage, die letztlich ausschlaggebend ist für viele Probleme und Defizite der Versorgung während des Krankenhausaufenthaltes und darüber hinaus – eine strukturell bedingte Schiefelage, die nur durch besondere, zielgerichtete Maßnahmen kompensiert werden kann.

Mit anderen Worten: Die Patienten werden i.d.R. nicht wegen der Demenz im Krankenhaus behandelt, und doch bestimmt diese Erkrankung maßgeblich ihren Unterstützungsbedarf. So gesehen handelt es sich um eine ausgesprochen vulnerable Patientengruppe mit einem hohen Risiko, während des Krankenhausaufenthaltes von Komplikationen betroffen zu sein, durch die Belastungen des stationären Aufenthalts zusätzliche gesundheitliche Einbußen zu erleiden und eine problematische Phase der Rekonvaleszenz nach der Entlassung zu erleben:

Die Ergebnisse empirischer Studien zeigen, dass es während des Krankenhausaufenthaltes Demenzkranker vielfach zu einem weiteren Selbständigkeitsverlust, zur Verschlechterung des kognitiven Status und zu einem vermehrten Auftreten problematischer Verhaltensweisen kommt (vgl. Wingenfeld 2005). Die Patienten erleben aufgrund der fremden Umgebung, aber auch infolge der erzwungenen Untätigkeit häufig weitere Verluste ihrer ohnehin schon eingeschränkten alltagspraktischen Fähigkeiten (Pedone et al. 2005, Hansen et al. 1999). Sie sind in hohem Maße darauf angewiesen, die ihnen verbliebenen Alltagskompetenzen regelmäßig zu aktivieren, was während des Krankenhausaufenthaltes häufig nicht möglich ist. Auch der Einsatz beruhigender und sedierender Medikamente mit dem Ziel, problematische Verhaltensweisen zu minimieren, kann zu ausgeprägter Passivität der Betroffenen führen und somit zu nachhaltigen Verschlechterungen beitragen (Eichhorn/Nißle 2005). Selbst Demenzkranke, die bislang fähig waren, ihren Alltag relativ selbstständig zu bewältigen, geraten durch das Fehlen vertrauter Bezugspersonen, die veränderte Umgebung, ungewohnte Tagsstrukturen und die laute, hektische Atmosphäre an ihre Grenzen. Orientierungseinbußen und herausfordernde Verhaltensweisen verstärken sich unter Umständen oder treten neu auf (Kirchen Peters 2005, Wojnar 2003).

Ein viel diskutiertes Thema ist in diesem Zusammenhang die Entwicklung eines Delirs⁹. Generell haben ältere Menschen ein erhöhtes Risiko, im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes delirante Phasen zu durchleben,

⁹ In der Praxis ist häufig die Verwendung der Begriffe „akute Verwirrtheit“ und „Durchgangssyndrom“ vorzufinden. Diese früher verwendeten Diagnosen werden von der ICD-10 inzwischen unter dem Begriff Delir zusammengefasst. Darunter wird ein ätiologisch unspezifisches Syndrom mit Störungen in den Bereichen Bewusstsein, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis, psychomotorisches Verhalten, Emotion und Schlaf-Wach-Rhythmus verstanden.

insbesondere nach dem Einsatz invasiver Diagnose- und Behandlungsmethoden. Schätzungen gehen davon aus, dass dies bei 15% bis 30% der über 65-Jährigen der Fall ist (Reischies et al. 2003). Ein Delir entwickelt sich häufig im Zusammenhang mit einer allgemeinen Verschlechterung des Gesundheitszustandes und ist in den meisten Fällen reversibel. Gerade bei demenzkranken Menschen scheinen aber auch Umgebungswechsel und der Gebrauch bestimmter Medikamente ursächlich beteiligt zu sein (Hafner/Meier 2005, Karlsson 1999), was zu einem überproportional häufigen Auftreten bei dieser Patientengruppe führt¹⁰.

Darüber hinaus sind demenzkranke Patienten überdurchschnittlich häufig von nosokominalen Infektionen betroffen. In einer Untersuchung unter Patienten deutscher Akutkrankenhäuser lag das Vorkommen dieser Komplikation bei Demenzkranken um 37% höher als in einer Vergleichsgruppe (Dinkel/Lebok 1997). Als eine mögliche Ursache kommt das mangelnde Verständnis von Versorgungsabläufen und -anforderungen in Betracht: Werden beispielsweise Injektionsnadeln, Drainagen oder Katheter nicht toleriert und erfolgen von Seiten der Patienten Manipulationen oder ein aus hygienischer Sicht unangemessener Umgang damit, sind Probleme vorprogrammiert (Kirchen-Peters 2005)¹¹.

Verschiedene andere Probleme im Verlauf der Versorgung stehen ebenfalls im Zusammenhang mit kognitiven Einbußen. Informationen über die bisherige Symptomatik und den Verlauf der akuten Gesundheitsstörung sind von den Betroffenen selbst nur eingeschränkt zu erhalten. Sie können häufig keine hinreichend präzise Auskunft über ihr aktuelles Befinden oder die Wirkung medizinischer Maßnahmen geben. Dies kann z.B. zu Schwierigkeiten bei der Schmerztherapie von Demenzkranken führen (Wojnar 2003). Sinn und Zweck diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sind für die Betroffenen nicht nachvollziehbar, weshalb sie zu einer aktiven Mitarbeit nicht in der Lage sind und zum Teil belastende oder unangenehme Maßnahmen abwehren (KDA 2002)¹².

¹⁰ Die Symptomatik von Demenz und Delir ähnelt sich in vielen Punkten. Delirante Phasen werden zum Teil als Symptome einer bekannten Demenzerkrankung gedeutet, d.h. als solche nicht erkannt. Eine gezielte Behandlung unterbleibt infolgedessen (Fick/Foreman 2000). Wird ein bestehendes Delir mit einer Demenz verwechselt, geht man bei Entscheidungen über die zukünftige medizinische und pflegerische Versorgung des Patienten von einer nicht reversiblen kognitiven Störung aus. Eine bedarfsgerechte Behandlung kann unter diesen Umständen nicht eingeleitet werden.

¹¹ Im Zusammenhang mit dem vermehrten Auftreten von Komplikationen wird zum Teil auch auf eine erhöhte Mortalität demenzkranker Patienten hingewiesen (Dinkel/Lebok 1997). Allerdings herrscht in diesem Punkt keine Einigkeit, verschiedene Untersuchungen kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen (vgl. z.B. Bickel et al. 1993, Lyketsos et al. 2000).

¹² Probleme entstehen auch im Hinblick auf die Frage der Einwilligung bei invasiven diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Diese können sich verzögernd auf die Durchführung der Krankenhausbehandlung auswirken. Es wird von einer steigenden Zahl von Anfragen an neurologische und psychiatrische Konsildienste berichtet, in denen es weniger um eine therapeutische Fragestellung geht, sondern die Beurteilung der Notwendigkeit betreuungsrechtlicher Maßnahmen im Vordergrund steht (Wetterling/Junghanns 2000).

Das Krankenhauspersonal – dies betrifft sowohl den pflegerischen als auch den ärztlichen Bereich – ist auf den Umgang mit diesen Herausforderungen meist wenig vorbereitet. Pflegekräfte in Allgemeinkrankenhäusern sehen bei sich selbst fachliche Defizite und fühlen sich häufig überfordert (Rohrbach 2006, Mavundla 2000). Sie sind mit Konzepten zur Verbesserung der Kommunikation und zum Umgang mit demenzbedingten Verhaltensweisen, die in den letzten Jahren im Heimbereich vermehrt Anwendung finden, wenig vertraut. Betreuungs- und Beschäftigungsangebote, wie sie sich im Heimsektor finden, sind in Krankenhäusern unüblich, wenngleich sie durchaus geeignete Maßnahmen darstellen, um das Wohlbefinden der Betroffenen zu erhöhen und Verhaltensauffälligkeiten vorzubeugen (Smith 2001).

Das Zusammenspiel der körperlichen und kognitiven Defizite demenzkranker Patienten führt häufig zu einem speziellen und überdurchschnittlich hohen Pflege- und Betreuungsaufwand (Klostermann 2004). Während der Umgang mit rein körperlichen Einschränkungen zum „normalen Tagesgeschäft“ gehört, verkomplizieren kognitive Einschränkungen, möglicherweise verbunden mit problematischen Verhaltensweisen, die Planung und Durchführung der Versorgung. Demenzkranke sind häufig nicht oder nur bedingt in der Lage, sich auf die im Krankenhaus üblichen Abläufe einzustellen. Das bedeutet, dass die alltäglichen Routinen den Gewohnheiten der Betroffenen angepasst werden müssten. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass die Betroffenen eine Zusammenarbeit verweigern und als herausfordernd erlebte Verhaltensweisen zunehmen (KDA 2002). Darüber hinaus existiert bei Demenzkranken häufiger als bei anderen Patienten die Notwendigkeit, sie zu Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen außerhalb des Patientenzimmers zu begleiten, was mit zusätzlichem Zeitaufwand für das Pflegepersonal einhergeht.

Personelle Kontinuität ist eine wichtige Voraussetzung dafür, eine Beziehung zu Demenzkranken aufzubauen, ein vertieftes Wissen über die individuellen Eigenarten und Bedürfnisse der Betroffenen zu erlangen und dementsprechend angemessen mit diesen umzugehen (Lind 2000, Bosch 1998). Die auf die effiziente Gestaltung medizinischer und pflegerischer Versorgung ausgerichteten Strukturen eines Krankenhauses führen jedoch zur Beteiligung zahlreicher Personen an der Versorgung. Der seit langem geforderte Übergang zu patientenorientierten Pflegesystemen (Erkinjuntti et al. 1988) steht in der deutschen Krankenhausversorgung bislang noch am Anfang.

Der Krankenhausaufenthalt stellt für Demenzkranke also eine außerordentlich belastende und mitunter komplikationsreiche Versorgungsepisode dar. Es ist daher nicht verwunderlich, dass sie nach den Ergebnissen vieler Studien eine *überdurchschnittliche Aufenthaltsdauer* aufweisen (Saravay/Lavin 1994)¹³. Aktuelle Studien bestätigen dieses Ergebnis: In einer deutschen Untersuchung bei 511 internistischen Krankenhauspatienten kamen Friedrich et al. (2002) zu dem Ergebnis, dass sich bei Patienten mit Demenz die Verweildauer gegenüber anderen Patienten mit vergleichbar

¹³ Es handelt sich um eine Übersichtsarbeit, in der 26 Studien, vorwiegend aus dem US-amerikanischen Raum, zusammengefasst wurden.

schwerer somatischer Störung mehr als verdoppelte¹⁴. Bei einer Studie unter österreichischen Krankenhauspatienten lag die Verweildauer Demenzkranker um 48% höher als bei kognitiv unbeeinträchtigten Patienten (Wancata et al. 1999; vgl. auch Fulop et al. 1998 und Lyketsos et al. 2000). Auch zur *Rehospitalisierung* Demenzkranker liegen Untersuchungsergebnisse vor. In den meisten Studien wird eine erhöhte Anzahl von Wiedereinweisungen gegenüber kognitiv unbeeinträchtigten Patienten beschrieben (Cummings 1999, Severson et al. 1994, Camberg et al. 1997). Demenzkranke, die zuvor häuslich betreut wurden, weisen außerdem ein *erhöhtes Risiko auf, nach einem Krankenhausaufenthalt in die stationäre pflegerische Versorgung überzusiedeln*. Ursachen hierfür liegen u.a. in der bereits beschriebenen Verstärkung körperlicher und kognitiver Einbußen, die sie während des Krankenhausaufenthalts häufig erleben (vgl. Alarcón et al. 1999, Sands et al. 2003)¹⁵.

Vor dem Hintergrund der strukturellen Veränderungen, die sich gegenwärtig im Krankensektor vollziehen, ist davon auszugehen, dass die skizzierten Probleme zukünftig noch mehr Gewicht gewinnen, wenn ihnen nicht durch gezielte Maßnahmen entgegengewirkt wird (Schaeffer/Wingenfeld 2004). Damit ist insbesondere der mit den DRGs (Diagnosis Related Groups) vollzogene Wechsel des Finanzierungssystems angesprochen¹⁶. Für das Krankenhaus ergibt sich mit den DRGs ein verstärkter Druck, Versorgungsabläufe effizient zu gestalten. Daraus erwachsen Risiken für die Versorgungsqualität, von denen drei für demenzkranke Patienten von besonderer Relevanz sein dürften (vgl. Wingenfeld 2005):

- Die Gefahr einer Begrenzung der diagnostischen und therapeutischen Leistungen auf ein Minimum dessen, was zur Behandlung der akuten Erkrankung, die den Patienten in das Krankenhaus führte, erforderlich

¹⁴ Eine weitere deutsche Studie fand keinen signifikanten Zusammenhang zwischen einer bekannten Demenzdiagnose und der Länge des Krankenhausaufenthaltes (Dinkel/Lebok 1997), weist allerdings einige methodische Schwachstellen auf: Es wurden retrospektiv Patientendaten analysiert, die von 1978 bis 1989 in repräsentativ ausgewählten Akutkrankenhäusern erhoben wurden. Auffällig ist, dass die Prävalenz von Demenzerkrankungen bei den über 60-Jährigen bei nur 1,42 % lag. Vor dem Hintergrund aktueller Untersuchungen ist somit anzunehmen, dass nur ein geringer Teil der an einer Demenz erkrankten Patienten tatsächlich identifiziert und in der Auswertung berücksichtigt wurde.

¹⁵ Vergleiche zwischen Kranken mit ähnlich ausgeprägten körperlichen Defiziten lassen vermuten, dass Einschränkungen des psychischen Zustands die wichtigere Rolle bei der Entscheidung über eine Heimunterbringung spielen (Bickel et al. 1993).

¹⁶ Das Prinzip, das den DRGs zugrunde liegt, ist die Zuordnung von Patienten mit der gleichen Hauptdiagnose zu einer Fallgruppe, wobei vergleichbare Kosten unterstellt werden (vgl. Fischer 2001). Durch die Berücksichtigung bestimmter anderer Faktoren (z.B. einer hohen Zahl behandlungsrelevanter Nebenerkrankungen) wird versucht, sich den tatsächlichen Kosten während des Krankenhausaufenthaltes kalkulatorisch weiter anzunähern. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass ein derartiges Klassifikationssystem dem tatsächlichen Behandlungs- und Versorgungsaufwand bei Patienten, für die viele personalintensive Leistungen erbracht werden müssen, nur begrenzt gerecht wird (Fuchs 2004). Zu dieser Gruppe gehören auch Demenzkranke.

ist. Dies könnte z.B. bedeuten, dass eine Abklärung neu aufgetretener kognitiver Defizite nicht stattfindet und generell die Tendenz gefördert wird, die Versorgung ausschließlich an den Anforderungen auszurichten, die sich aus der akuten Gesundheitsstörung ergeben.

- Betriebswirtschaftlich funktionale Abläufe kollidieren leicht mit Patientenbedürfnissen. Schon seit vielen Jahren wird darauf hingewiesen, dass die Versorgung in Krankenhäusern oftmals einseitig dem Ziel eines reibungslosen Betriebsablaufs folgt. Demenziell Erkrankte stellen eine Patientengruppe dar, deren Bedürfnisse und Möglichkeiten quer zu dieser Handlungsorientierung liegen. Sie sind weniger als andere Patienten in der Lage, sich auf die Anforderungen und den Rhythmus des Krankenhausalltags oder die Erwartungen von Ärzten und Pflegekräften einzustellen. Ihre Versorgung setzt vielmehr Flexibilität in der Gestaltung von Arbeitsroutinen voraus, für die im Gefolge zunehmender Bemühungen zur Effektivitätssteigerung zukünftig immer weniger Spielraum gegeben sein könnte.
- Das Risiko frühzeitiger Entlassungen in instabile Versorgungssituationen. Demenzkranke sind im Vergleich zu kognitiv nicht eingeschränkten Patienten weniger in der Lage, mit den Folgen eines noch nicht vollständig gelösten Gesundheitsproblems umzugehen. Sie sind also in hohem Maße auf eine rechtzeitige Vorbereitung der Versorgung nach der Krankenhausentlassung angewiesen.

Es gibt also zahlreiche Anlässe und Gründe für gezielte Initiativen zur Verbesserung der Versorgungssituation demenziell Erkrankter im Krankenhaus. Sowohl die demografische Entwicklung als auch die sich anbahnenden strukturellen Veränderungen im Krankensektor lassen es dringlich erscheinen, eine nachhaltige Qualitätsentwicklung einzuleiten.

1.2 Ansätze zur Verbesserung der Krankenhausversorgung demenzkranker Menschen

Angesichts der skizzierten Probleme wurden verschiedene Versuche unternommen, Verbesserungen der akutstationären Versorgung Demenzkranker herbeizuführen. Sie konzentrieren sich nicht immer auf die Gruppe demenziell erkrankter Patienten, sondern zielen zum Teil grundsätzlich auf den besonderen Versorgungsbedarf alter Menschen oder psychisch Kranker ab. Die wichtigsten Ansätze soll im Folgenden zusammenfassend dargelegt werden.

Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste

Ein wichtiger Ansatz zur Verbesserung der Versorgungssituation besteht in der Einbindung gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienste. Diese Dienste können nicht nur bei Fragen der Versorgung demenziell Erkrankter hinzugezogen werden, sondern auch bei anderen gerontopsychiatrischen Problemstellungen, z.B. bei Depressionen oder Substanzmissbrauch (Diefenbacher/Arold 2003). Die Einbindung gerontopsychiatrischer Expertise erfolgt, in Abhängigkeit von der Organisationsform der Dienste, in unterschiedlicher Art und Intensität (vgl. AWMF 2000):

- Reine Konsiliardienste werden nur auf Anforderung der Stationsärzte tätig, wenn bei einem Patienten der Verdacht auf eine psychische Komorbidität besteht oder sich fachliche Fragen hinsichtlich der Behandlung oder des Umgangs mit einer psychischen Störung ergeben. Beteiligt wird in der Regel nur ein Facharzt.
- Im so genannten Kontraktmodell werden regelmäßig gerontopsychiatrische Experten bei Patienten hinzugezogen, die zu einer bestimmten Risiko- oder Diagnosegruppe gehören, auch wenn kein aktueller Anlass besteht. Auch hier bleiben die Kontakte zumeist auf den ärztlichen Bereich begrenzt.
- Der umfassendste Ansatz wird im Rahmen von Liaisonmodellen praktiziert. Hier ist eine regelmäßige Präsenz des Konsiliars auf den jeweiligen Stationen gegeben. Es kommt auch zum Einsatz multidisziplinärer Teams (z.B. gerontopsychiatrisch ausgebildeter Pflegekräfte und Ergotherapeuten), die bei der Betreuung der Betroffenen mitwirken. Diese leisten zum Teil auch über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes hinaus Unterstützung für den Patienten.

Die in Deutschland am häufigsten praktizierte Organisationsform ist die des reinen Konsiliarmodells. Hier wird jedoch eine zum Teil ausgesprochen zurückhaltende und angesichts der vermuteten Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen zu geringe Inanspruchnahme beklagt (Diefenbacher/Arold 2003).

Internationale Erfahrungen und Erkenntnisse aus einzelnen Modellprojekten in Deutschland zeigen, dass sich mit Liaisonmodellen eine deutliche Verbesserung der Krankenhausversorgung demenzkranker Patienten, aber auch eine längerfristige Stabilisierung der Versorgungssituation insgesamt erreichen lassen (Kirchen-Peters 2005). Die frühzeitige Erkennung demenzbedingter Veränderungen bei weniger auffälligen Patienten, die z.B. durch die Einbindung gerontopsychiatrisch geschulter Pflegekräfte erreicht wird, ermöglicht eine Vermeidung problematischer Entwicklungen. Außerdem haben die „normalen“ Pflegekräfte auf diesem Weg die Möglichkeit, sich mit einschlägigen Fragestellungen direkt an fachkompetente Kollegen zu wenden und diese, wenn nötig, mit in die Versorgung einzubeziehen.

Abgesehen von der damit erzielten qualitativen Verbesserung der Krankenhausbehandlung, die sich positiv auf die Verfassung der Patienten auswirkt, wird auch über Verbesserungen der Qualifikation des Krankenhauspersonals, den Abbau von Belastungen und Verbesserungen der Versorgungskontinuität berichtet.

Trotz eines im Vergleich zum Konsiliarmodell hohen personellen Aufwandes lassen sich offenbar Kosteneinsparungen für das einzelne Krankenhaus, aber auch für das Versorgungssystem insgesamt realisieren. Aus Modellprojekten wird von einer verminderten Zahl an Heimeinweisungen, einer Verkürzung der Krankenhausverweildauer und niedrigen Rehospitalisierungsraten berichtet (AWMF 2000/Kirchen-Peters 2005).

Geriatrische Spezialabteilungen

Das Leistungsprofil geriatrischer Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern ist in besonderem Maße auf Patienten mit typischen Alterserkrankungen zugeschnitten. Neben der Behandlung der akuten Gesundheitsstörung liegt ihre Zielsetzung vor allem in der Wiedererlangung bzw. der Verbesserung der Alltagskompetenz des Patienten. Ihr Aufgabenfeld umfasst daher neben der Behandlung körperlicher Erkrankungen auch Unterstützung bei sozialen und psychischen Problemlagen (Füsgen 2004). Es werden ggf. mehrere Berufsgruppen in den Therapieprozess eingebunden, die Mitarbeiter verfügen häufig über geriatrisch relevante Zusatzqualifikationen. In der Literatur wird deshalb meist vom geriatrischen Team gesprochen:

- Der Pflege kommen, da sie geriatrische Patienten in zeitlicher Hinsicht am intensivsten begleitet, häufig organisatorische und koordinierende Aufgaben zu. Darüber hinaus gilt sie als prädestiniert, alltägliche Problemlagen zu erkennen und im Team deutlich zu machen. Neben dem klassischen Auftrag, Defizite des Kranken zu kompensieren, stellt die Begleitung und Beratung pflegender Angehöriger einen wichtigen Aufgabenbereich dar.
- Therapeutische Berufsgruppen (vor allem Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie) sollen den Patienten mit ihren speziellen Behandlungsmethoden helfen, körperliche Kompetenzen zu bewahren oder wiederzuerlangen.
- Geriatrische Erkrankungen beschwören häufig psychische Belastungen und soziale Konfliktsituationen herauf. Psychologen und Sozialarbeitern kommt die Aufgabe zu, diese zu erkennen und beratend oder therapeutisch tätig zu werden.

Die große Zahl parallel tätiger Professionen stellt hohe Anforderungen an die Koordination der gemeinsamen Bemühungen. Um erfolgreich zu arbeiten, müssen Einschätzungen über Behandlungsfortschritte und auftretende Probleme regelmäßig abgeglichen werden. Ebenso muss Einigkeit über angestrebte Ziele bestehen. Ein häufig praktiziertes Mittel sind in diesem Zusammenhang multidisziplinäre Team- und Fallbesprechungen (Runge/Rehfeld 2000).

Nur in wenigen modellhaften Versuchen wurden Stationen geschaffen, die sich auf die Versorgung Demenzkranker spezialisiert haben (Vellas et al. 1998). Auch wenn den Bedürfnissen dieser Patienten grundsätzlich besser entsprochen werden kann, sehen sich diese Stationen mit ähnlichen Problemen konfrontiert wie andere Fachabteilungen. Wird beispielsweise der Einsatz invasiver oder sehr spezieller medizinischer Verfahren notwendig, überlastet dies häufig die personellen und sachlichen Ressourcen, auf die in geriatrischen oder gerontopsychiatrischen Abteilungen zurückgegriffen werden kann (Hirsch 2003). Abgesehen davon ist aufgrund der eingeschränkten Kapazitäten eine Behandlung aller Patienten, die möglicherweise von dieser speziellen Versorgungsform profitieren könnten, derzeit nicht möglich.

Leitlinien und Practice Guides

Eine wichtige Grundlage der qualifizierten Versorgung demenzkranker Krankenhauspatienten steht heute mit verschiedenen Leitlinien und Practice Guides zur Verfügung.

Medizinische Leitlinien geben Hinweise zur adäquaten Vorgehensweise in Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen. Sie sind zumeist nicht speziell auf die Krankenhausversorgung ausgerichtet, sondern stellen unabhängig vom Versorgungssetting den aktuellen Stand des medizinischen Wissens in kompakter Form zur Verfügung. Sie enthalten u.a. wichtige Hinweise auf mögliche Komplikationen, z.B. Ausführungen zu Nebenwirkungen bestimmter Medikamentengruppen bei demenzkranken Menschen (Medizinisches Wissensnetzwerk der Universität Witten/Herdecke 2005, DGPPN 2000). Einige Publikationen beschäftigen sich nur mit Teilaspekten der Versorgung Demenzkranker, z.B. dem Umgang mit demenzbedingten Verhaltensveränderungen (SIGN 2000). Aktuelle Leitlinien weisen durchgängig auf die Notwendigkeit psychosozialer Interventionen hin und geben Hinweise zu verschiedenen Therapiekonzepten.

Spezielle krankenhausbezogene Leitlinien berücksichtigen eher grundsätzliche Fragen des Umgangs mit psychisch Kranken. Sie betonen u.a. das Erfordernis, Screeninginstrumente zur frühzeitigen Aufdeckung derartiger Defizite zu nutzen. Außerdem weisen sie auf notwendige Anpassungen der akutmedizinischen Behandlung bei den identifizierten Patienten hin (Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists 2003).

Auch für die Pflege finden sich auf internationaler Ebene einige Publikationen, die handlungsleitenden Charakter für die Versorgung demenzkranker Patienten haben. Sie vermitteln, ähnlich wie die ärztlichen Leitlinien, grundlegendes Wissen über Demenzerkrankungen, definieren damit verbundene pflegerische Aufgaben und formulieren Handlungsrichtlinien. Den Pflegekräften werden dabei in hohem Maße Aufgaben der Früherkennung demenzieller Erkrankungen zugeschrieben, z.B. durch die eigenständige Durchführung psychometrischer Testverfahren (Archibald 2002/RNAO 2003)¹⁷. Daneben finden sich Hinweise auf spezifische Maßnahmen bei der Pflege Demenzkranker. Beispiele hierfür sind besondere Kommunikationsformen, die Einbindung Angehöriger oder die Schmerzeinschätzung.

Neben relativ umfassenden Handlungsrichtlinien finden sich auch kurze Anleitungen zum Umgang der Pflege mit demenzbedingten Verhaltensveränderungen (z.B. mit Wanderungstendenzen), zur Einschätzung der Belastung von Angehörigen oder zur Anwendung von Assessmentinstrumenten, mit denen demenzbedingte Einschränkungen und Verhaltensweisen eingeschätzt werden können (Silverstein/Flaherty 2004, Sullivan 2002, Waszynski 2001).

Es liegen also, wenngleich vor allem auf internationaler Ebene, durchaus Handlungsleitlinien vor, die für die Versorgung demenzkranker Patienten in den Krankenhäusern genutzt werden können. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass fachlich fundierte Guidelines allein noch keine Verbesserung der Versorgungsqualität garantieren. Es bedarf zur Umsetzung fast

¹⁷ In anderen Ländern ist die Pflege häufig weit intensiver als hierzulande mit diagnostischen Aufgaben betraut.

immer flankierender Maßnahmen (Schulungen, Anpassung und Schaffung von Handlungsrichtlinien für die eigene Einrichtung), andernfalls sind keine nachhaltigen Erfolge zu erwarten (Young/George 2003).

Entlassungsmanagement für demenzkranke Patienten

Auf den besonderen Bedarf demenzkranker Patienten für ein individuelles Entlassungsmanagement wurde bereits hingewiesen. In diesem Zusammenhang bestehen nur wenige, speziell auf die Bedürfnisse Demenzkranker ausgerichtete Konzepte. Allerdings ergeben sich schon aus den generellen Anforderungen an ein qualifiziertes Entlassungsmanagement wichtige Hinweise darauf, wie es auf die spezifischen Problem- und Bedarfslagen demenzkranker Patienten zugeschnitten werden kann.

So kann dem Entlassungsmanagement eine wichtige Funktion bei der Aufdeckung noch nicht bekannter Demenzerkrankungen zukommen. Aufgrund ihrer möglicherweise tragenden Rolle in einem späteren Pflegearrangement müssen ebenso Leistungsfähigkeit- und Bereitschaft der Angehörigen mit erfasst werden.

Bei der Einschätzung relevanter Problemlagen (Assessment) muss kognitiven Einschränkungen ein hoher Stellenwert zugewiesen werden, da sie erhebliche Auswirkungen auf den Unterstützungsbedarf des Betroffenen und seiner Angehörigen haben (Cummings 1999). Weil die Einschätzung relativ hohe Fachlichkeit voraussetzt, wird zum Teil die Hinzuziehung von Spezialisten empfohlen (Health & Social Care Change Agent Team 2003).

Im Rahmen der Entlassungsvorbereitung ergibt sich häufiger die Notwendigkeit, Maßnahmen zu ergreifen, die bei kognitiv Unbeeinträchtigten weniger Bedeutung haben. Der nationale Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ legt Wert auf die umfassende Einbindung Angehöriger in die Entlassungsplanung und sieht vor, ihnen bereits während des Krankenhausaufenthaltes bedarfsgerechte Schulungs- und Beratungsangebote zu unterbreiten (DNQP 2004). Hierbei sollte es jedoch nicht nur um Fragen der Nutzung von Leistungsangeboten gehen. Für ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Entlassungsmanagement sind Informationen über lokal verfügbare Hilfeangebote, die spezielle, auf die Bedürfnisse der Demenzkranken und ihrer Angehörigen abgestimmte Leistungen vorhalten, zweifellos unverzichtbar (Health & Social Care Change Agent Team 2003). Daneben dürfen Fragen des alltäglichen Umgangs mit krankheitsbedingten Einschränkungen und Verhaltensweisen jedoch nicht vernachlässigt werden.

Hinsichtlich möglicher Organisationsformen des pflegerischen Entlassungsmanagements findet sich eine breite Palette verschiedenster Modelle. Neben den in Deutschland bekannten Stellen für Pflegeüberleitung (vgl. Joosten 1997) bilden u.a. Modelle der Übergangsvorsorge, bei denen Mitarbeiter des Krankenhauses im Anschluss an den Aufenthalt zunächst weitere Unterstützung anbieten, einen interessanten Ansatz. Sie haben sich insbesondere bewährt, wenn sie beratende und edukative Aufgaben über den Krankenhausaufenthalt hinaus vorsehen. Solche Ansätze finden sich in Deutschland aufgrund der strikten Trennung der Finanzierung von Leistungen der Krankenhausversorgung und des ambulanten Versorgungssektors bislang nur selten, die meisten Erfahrungen mit ihnen stammen aus dem englischsprachigen Raum.

Besonderheiten der Pflege Demenzkranker

Die pflegerische Betreuung Demenzkranker stellt besondere Anforderungen an die Auswahl und Ausgestaltung von Maßnahmen sowie die Haltung der beteiligten Pflegekräfte. Die Versorgungsqualität hängt in hohem Maße davon ab, welche spezifischen Angebote vorgehalten werden und wie der alltägliche Umgang mit den Patienten ausgestaltet ist. Gerade in diesen Punkten wird auf Optimierungsbedarf in *allen* Versorgungsbereichen hingewiesen. Dennoch kommt der Pflege im Krankenhaus eine gewisse Sonderstellung zu. Die meisten der heute diskutierten Ansätze zur pflegerischen Versorgung Demenzkranker sind auf die Verhältnisse der ambulanten/häuslichen oder stationären *Langzeitversorgung* zugeschnitten und daher nur in modifizierter Form auf die Krankenhauspflege übertragbar. Ungeachtet dessen beinhalten sie Grundsätze und Methoden, die unabhängig vom jeweiligen Versorgungssetting Gültigkeit haben.

Um die individuellen Bedarfs- und Bedürfnislagen Demenzkranker zu erkennen und ihnen Rechnung tragen zu können, wird als wesentliche Voraussetzung ein *personenzentrierter, verstehender Ansatz* im Umgang mit den Betroffenen eingefordert (Kitwood 2000). Gemeint ist damit, dass die Pflegenden versuchen müssen, Einblick in die Perspektive der demenzkranken Menschen zu gewinnen, um deren Beweggründe und Verhaltensmuster zu verstehen. Erst wenn dies gelingt, lassen sich individuell geeignete Interventionen auswählen und durchführen. Dabei wird eine empathische, wertschätzende Grundhaltung gegenüber den Betroffenen als wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Gestaltung pflegerischer Beziehungen für unumgänglich gehalten (Schwerdt/Tschainer 2002). Diese so genannte validierende Grundhaltung wird in der Fachliteratur inzwischen als wichtige Qualitätsanforderung für die Versorgung demenzkranker Menschen benannt.

Eine bedürfnisgerechte Versorgung demenzkranker Menschen setzt ferner *biografieorientiertes Arbeiten* voraus. Die Berücksichtigung biografischer Informationen ermöglicht einerseits die Deutung von Verhaltensweisen, andererseits können pflegerische Interventionen an individuelle Gewohnheiten und Vorlieben angepasst werden. Biografieorientiertes Arbeiten berücksichtigt sowohl die Lebensgeschichte demenzkranker Menschen als auch deren aktuelle Lebenssituation (Lind 2000), indem z.B. vertraute Tagesstrukturen beachtet werden.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass Demenzkranke mehr als andere Krankenhauspatienten vom Verlust noch verbliebener Fähigkeiten bedroht sind. Dem *Erhalt und der Förderung bestehender Ressourcen* kommt daher bei der Pflege der Betroffenen ebenfalls eine hohe Bedeutung zu (vgl. Korte-Pötters/Wingenfeld 2005). Damit angesprochen sind beispielsweise Grob- und Feinmotorik, Handlungsmotivation, optische und sensorische Wahrnehmung, Körperkraft, Bewegungskoordination, Wissen, Erfahrung und anderes mehr. Diese Aufzählung verdeutlicht, dass sich ressourcenorientierte Pflege nicht nur auf körperliche Aspekte beziehen sollte, sondern auch auf Wissen/Erfahrung, kognitive Fähigkeiten und psychische Strukturen. Diese Anforderung gilt für die Pflege demenziell Erkrankter in besonderem Maße. Prinzipiell lassen sich zwei Ansätze der Ressourcenförderung unterscheiden: *Direkte Ressourcenförderung* umfasst Maßnahmen, die sich unmittelbar auf Erhalt, Entwicklung oder Verbesserung einzelner Ressourcen ausrichten. Hierzu gehören beispielsweise

Übungen zur Förderung von Muskelkraft, Gangsicherheit oder Feinmotorik, ebenso jedoch Gedächtnistraining oder zielgerichtete beratende Gespräche. Hiervon zu unterscheiden ist die *ressourcenfördernde Ausgestaltung von Maßnahmen*. Fast jede pflegerische Maßnahme kann in einer Form durchgeführt werden, mit der Pflegebedürftige zu eigenständigen Handlungen (etwa zur Übernahme von Teilhandlungen) motiviert werden. Hierdurch wiederum können Ressourcen angesprochen („aktiviert“) und, eine gewisse Stetigkeit vorausgesetzt, erhalten oder sogar verbessert werden.

Von besonderer Bedeutung für die Versorgung von Demenzkranken sind also Konzepte und Methoden, die auf die Förderung der Alltagskompetenz, die Steigerung des Wohlbefindens und die Minimierung problematischer Verhaltensweisen zielen. Regelmäßiges kognitives Training beispielsweise kann zum Erhalt der verbliebenen Potenziale beitragen und sie für die Alltagsgestaltung der Betroffenen nutzbar machen. Es ist vor allem im frühen Stadium der Demenzerkrankung erfolgversprechend (Haupt 2002). Konzepte wie die basale Stimulation oder das Snoezelen versuchen, die Betroffenen unter Beteiligung verschiedener Sinneskanäle zu erreichen, um so Einfluss auf deren Wahrnehmung und Wohlbefinden zu nehmen (KDA 2006). Identitätsstützende Strategien wie Erinnerungsarbeit oder die Methode der Validation versuchen vor allem, dem Verlust personaler Identität entgegenzuwirken und einen Zugang zur Erlebenswelt des Kranken herzustellen (Romero 2005). Milieutherapeutische Ansätze streben an, Wohn- und Lebensbereich der Betroffenen so zu gestalten, dass eine möglichst selbstständige Lebensführung erreicht wird und Einflüsse, die sich negativ auf Befindlichkeit und Verhalten der Erkrankten auswirken, ausgeschaltet werden (Kühl/Hellweg 2004). Auch wird in den letzten Jahren vermehrt versucht, durch Angebote der Kunst- und Musiktherapie Demenzkranken individuell geeignete Beschäftigung anzubieten¹⁸.

Wie schon angedeutet ist es notwendig, Möglichkeiten und Grenzen der Nutzung dieser und anderer Ansätze in der Krankenhausversorgung sorgfältig zu prüfen. So setzen beispielsweise milieutherapeutische Ansätze, die im Kern eine durchdachte Gestaltung der räumlichen und sozialen Umgebung des Patienten umfassen, im Akutkrankenhaus weitreichende Umstellungen voraus, die unter den gegebenen Rahmenbedingungen schwer zu realisieren sind. Allerdings sind die Handlungsspielräume oft größer als es bei oberflächlicher Betrachtung erscheinen mag. Es gibt beispielsweise durchaus erfolgreiche Versuche, mit Beschäftigungsangeboten die Befindlichkeit demenziell Erkrankter positiv zu beeinflussen und problematische Verhaltensweisen zu vermeiden (Smith 2001). Auch die Validation wird der Pflege im Krankenhaus als wichtige Methode im Umgang mit emotionalen Belastungen oder psychomotorischer Unruhe empfohlen (Höchst/Micka 2000) und kann ohne strukturelle Veränderungen im Versorgungsalltag angewendet werden. Weitere Methoden wie die 10-Minuten-Aktivierung, orientierungsfördernde Maßnahmen oder die Herstellung von Kommunikation mit Hilfe von vertrauten Gegenständen (z.B. Fotos) (vgl. Korte-Pötters/Wingenfeld 2005) können ebenfalls im Kran-

¹⁸ Psychotherapeutische Verfahren kommen bei der Behandlung Demenzkranker seltener zum Einsatz. Sie dienen in erster Linie der Therapie begleitender Symptomatik, z.B. wenn die Betroffenen Depressionen oder aggressive Verhaltensweisen entwickeln.

kenhaus genutzt werden, ohne dass grundlegende Umstellungen erforderlich sind.

Voraussetzung für eine Pflege nach den genannten Grundsätzen und mit den (hier nur exemplarisch) angeführten Methoden sind allerdings Fachkenntnisse, die in den meisten Bereichen der Krankenhauspflege eher schwach entwickelt sind. Auch werden sie bislang nur selten explizit in die Pflegeplanung für Krankenhauspatienten aufgenommen. Insofern wären hier wichtige Voraussetzungen für eine bedürfnisgerechte Betreuung erst noch herzustellen.

2. Das Modellprojekt und die beteiligten Kliniken

Mit dem nordrhein-westfälischen Modellprojekt „Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus“ sollen Maßnahmen entwickelt und erprobt werden, mit denen sich die Qualität der Versorgung Demenzkranker während des akutstationären Aufenthaltes in verschiedenen Handlungsfeldern nachhaltig verbessern lässt. Nach der Modellkonzeption stehen dabei folgende Aspekte im Vordergrund:

- Kompetenzen der Mitarbeiter der Krankenhäuser im Umgang mit Demenzkranken,
- Möglichkeiten einer frühzeitigen Diagnostik sowie der Optimierung von Pflege und medizinischer Behandlung im Krankenhaus,
- Angebote zur Unterstützung demenzkranker Patienten und ihrer Angehörigen während des Krankenhausaufenthaltes,
- Überleitung in die poststationäre Versorgung und Behebung von Schnittstellenproblemen.

Diese Aspekte markieren zunächst einmal den Rahmen, in dem sich die zu erprobenden Maßnahmen bewegen sollen. Die beteiligten Krankenhäuser sind nach den Vorgaben der Modellkonzeption aufgefordert, entsprechend ihrer organisatorischen Voraussetzungen konkretisierende Handlungskonzepte zu entwickeln und dabei (in Abstimmung mit dem Projektträger) eigene Schwerpunkte zu setzen. Diese Handlungskonzepte und die damit gesammelten Erfahrungen sollen am Ende des Projektes zusammengefasst und anderen Interessierten zur Verfügung gestellt werden. Zudem bietet sich mit der Einbindung einer Begleitforschung die Chance, die aus wissenschaftlicher Sicht nur begrenzt vorliegenden Erkenntnisse zu Problemen, die sich im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt für demenzkranke Menschen, aber auch andere psychisch Kranke ergeben, zu erweitern und zu präzisieren.

Das Modellprojekt hat eine Laufzeit von insgesamt drei Jahren und wird von Mitte 2005 bis Mitte 2008 durchgeführt. Es gliedert sich in drei Phasen:

- In einer sechsmonatigen Einführungs- und Planungsphase haben die beteiligten Krankenhäuser auf der Basis ihrer eigenen Erfahrungen und der vom IPW durchgeführten Problemanalyse Konzepte entwickelt, die geeignet sind, die Versorgung demenzkranker Patienten zu verbessern.
- Die zweite Projektphase dient der Implementierung der Konzepte in die Versorgungspraxis der Häuser. Sie umfasst 24 Monate. Die Umsetzung soll gemeinsam mit der Projektleitung der GSP dokumentiert werden.
- Abschließend werden in der dritten Phase über einen Zeitraum von sechs Monaten der Grad der Umsetzung der geplanten Maßnahmen und die hierdurch erzielten Veränderungen durch das IPW evaluiert.

Der Tätigkeitsschwerpunkt der wissenschaftlichen Begleitung während der ersten Projektphase bestand also darin, eine Bestandsaufnahme der derzeitigen Versorgungssituation demenzkranker Patienten durchzuführen. Dabei sollten die aus Sicht der Akteure zentralen Problemfelder identifiziert und bereits umgesetzte Problemlösungen dargestellt werden. Die Ergebnisse dieser Analyse liefern zum einen die Basis für die Evaluation des Gesamtprojektes. Zum anderen können die beteiligten Häuser bei der Planung ihrer weiteren Vorgehensweise auf die Erkenntnisse zurückgreifen. Darüber hinaus stand das IPW der Projektleitung und den Kooperationspartnern in den Krankenhäusern als Ansprechpartner in fachlichen Fragen zur Verfügung.

Die vier beteiligten Krankenhäuser wurden bereits vor dem Tätigwerden der wissenschaftlichen Begleitung durch den Projektträger ausgewählt. Es handelt sich um Allgemeinkrankenhäuser, die im Paritätischen Wohlfahrtsverband NRW organisiert sind¹⁹. Sie sind im Krankenhausbedarfsplan als Häuser der Grund- und Regelversorgung in der Versorgungsstufe 2 berücksichtigt. Im Hinblick auf Größe, Ausstattung und besondere, für das Projekt möglicherweise relevante Ressourcen unterscheiden sie sich jedoch.

Die für die Begleitung des Projektes in den Häusern geschaffene Stelle (50 % der Regelarbeitszeit) wurde durchweg mit Mitarbeitern aus dem pflegerischen Bereich besetzt. Sie verfügten zu Projektbeginn noch nicht über eine spezielle gerontopsychiatrische Expertise oder eigene praktische Arbeitserfahrung in diesem Bereich, mussten sich also zunächst intensiv um den Erwerb neuen Wissens bemühen. Ergänzend wurden in allen Kliniken multidisziplinär besetzte Projektgruppen gegründet, die regelmäßig zusammenkommen, um sich über die Entwicklungen in ihrem Haus auszutauschen und die Projektmitarbeiter fachlich und organisatorisch zu unterstützen.

In den beteiligten Krankenhäusern hat man sich im Rahmen bisheriger Aktivitäten bereits mit verschiedenen Fragen beschäftigt, die auch für die Versorgung Demenzkranker von Bedeutung sind. Beispielhaft sei auf die Verbesserung der Kooperation mit externen Partnern im Rahmen von

¹⁹ Das Alfred Krupp Krankenhaus ist seit dem 1. Januar 2006 nicht mehr Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband NRW, beteiligt sich aber weiterhin uneingeschränkt am Projekt.

Modellen der integrierten Versorgung, die Optimierung des Entlassungsmanagements oder die Organisation der pflegerischen Versorgung in den Kliniken verwiesen. Allerdings wurden in keiner der Einrichtungen vorab Projekte mit dem ausdrücklichen Ziel durchgeführt, die Versorgung demenzkranker Patienten zu verbessern. Im Folgenden werden die einzelnen Einrichtungen mit ihren Eckdaten und Besonderheiten kurz vorgestellt²⁰.

Das *Alfried Krupp Krankenhaus* in Essen ist eine Einrichtung in Trägerschaft der *Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Krankenhaus gGmbH*. Mit derzeit 573 Planbetten ist es das größte am Projekt beteiligte Haus, 2004 wurden insgesamt 22.750 Patienten stationär versorgt. Das *Alfried Krupp Krankenhaus* versorgt Patienten aus dem gesamten Stadtgebiet Essens, teilweise auch darüber hinaus und muss in diesem Zusammenhang mit einer großen Zahl verschiedenster Einrichtungen und Personen außerhalb der Klinik zusammenarbeiten. Es verfügt über eine Neurologische Fachabteilung mit 48 Betten, durch die konsiliarisch die in der Klinik durchgeführte Demenzdiagnostik- und Therapie betreut wird. Dies stellt für die Abteilung allerdings keinen Tätigkeitsschwerpunkt dar. Das Entlassungsmanagement obliegt dem Krankenhaussozialdienst. Die Einrichtung ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen.

Das *Alfried Krupp Krankenhaus* verfügt über eine eigene Krankenpflegeschule (Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege). Die Pflege ist nach den Grundsätzen der Bereichspflege organisiert. Dem Haus angegliedert ist ein ambulanter Pflegedienst, der zum Teil in die Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt mit eingebunden ist. Die für das Projekt geschaffene Stelle wurde durch eine Pflegefachkraft mit einer Weiterbildung für Palliativpflege besetzt.

Das Krankenhaus beteiligt sich an *Diseasemanagementprojekten* und Modellen der integrierten Versorgung. Diese fokussieren allerdings spezifische Versorgungsaufgaben (z.B. die Versorgung chronischer Wunden) oder sind auf die Behandlung bestimmter Krankheiten ausgerichtet. Im Rahmen dieser Modelle gibt es Kontakte zu ambulant tätigen Einrichtungen und Ärzten, bei denen das Thema Demenz jedoch bislang keine besondere Rolle spielte.

Träger des *Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke* ist der Gemeinnützige Verein zur Entwicklung von Gemeinschaftskrankenhäusern e.V. Im Jahr 2004 wurden dort insgesamt 9.937 Patienten stationär versorgt, das Haus verfügt über 463 Planbetten. In erster Linie werden Patienten aus dem näheren Einzugsgebiet in und um Herdecke versorgt. Die Klinik ist kein akademisches Lehrkrankenhaus, kooperiert aber mit der medizinischen Fakultät der privaten Universität Witten/Herdecke in den Bereichen Pflegewissenschaft, Humanmedizin und Musiktherapie. Die Klinik verfügt über eine neurologische Fachabteilung mit 27 Betten, eine psychiatrische Fachabteilung mit 34 Betten und eine Abteilung für psychotherapeutische Medizin mit 16 Betten. Im Rahmen der hausinternen konsiliarischen Betreuung demenzkranker Patienten wird in erster Linie auf die neurologische Abteilung zurückgegriffen. Neben den in allen Krankenhäusern ver-

²⁰ Zur Darstellung wurde auf Daten der Qualitätsberichte der Häuser aus dem Jahr 2004 zurückgegriffen. Diese wurden ergänzt durch Aussagen der am Projekt beteiligten Mitarbeiter und Angaben, die den aktuellen Internetseiten der Einrichtungen entnommen wurden.

fügbaren Regelleistungen besteht für die Patienten im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke die Möglichkeit, Leistungen der anthroposophisch erweiterten Medizin in Anspruch zu nehmen. Diese Besonderheit führt dazu, dass auch einige Patienten aus weiter entfernten Regionen gezielt das Gemeinschaftskrankenhaus aufsuchen.

Die im Gemeinschaftskrankenhaus etablierte Institution der Pflegeüberleitung (vgl. Joosten 1997) hat eine lange Tradition und war in den zurückliegenden Jahren wesentlich an der Entwicklung und Umsetzung innovativer Konzepte zum pflegerischen Entlassungsmanagement in Deutschland beteiligt. Daneben gibt es auch in Herdecke einen Krankenhaussozialdienst. Beide Institutionen arbeiten arbeitsteilig und aufeinander abgestimmt.

Die pflegerische Organisation im Gemeinschaftskrankenhaus orientiert sich am Modell der Bezugspflege. Vor diesem Hintergrund wurden weitere Konzepte erprobt und eingeführt, die zu mehr Patientenorientierung beitragen sollen, z.B. die pflegerische Übergabe am Patientenbett. Eine eigene Krankenpflegeschule wird nicht betrieben, allerdings ist das Dörthe-Krause-Institut, eine Ausbildungsstätte für Pflegekräfte, am Krankenhaus angesiedelt. Die praktischen Ausbildungsanteile werden im Hause durchgeführt. Die im Projekt geschaffene Stelle wird durch eine Pflegefachkraft besetzt, die zuvor als pflegerische Bereichsleitung tätig war.

In Herdecke gibt es eine seit längerem etablierte Zusammenarbeit im ärztlichen Bereich, die als „Medizinische Qualitätsgemeinschaft Herdecke“ bezeichnet wird. Bestrebungen zur Verbesserung des Informationsflusses und Übereinkünfte zu gemeinsamen Behandlungsstrategien bilden den Kern des Modells. Es werden zu bestimmten Themen auch gemeinsame Fortbildungen von Krankenhausärzten und niedergelassenen Medizinern organisiert. Darüber hinaus beteiligen sich die im Modell organisierten Einrichtungen und Personen an Vorträgen und gesundheitsfördernden Angeboten, die in und um Herdecke gemacht werden. Die Kooperation wird von den Beteiligten geschätzt und man gibt an, gute Kontakte zu pflegen.

Das *Krankenhaus Porz am Rhein* verfügt über 463 Planbetten, es wurden 2004 insgesamt 16.127 Patienten stationär versorgt. Träger ist die Krankenhausstiftung Porz am Rhein. Obwohl die Klinik im Stadtgebiet von Köln liegt, werden primär Patienten aus dem Stadtteil Porz versorgt, was zu einer überschaubaren Anzahl von Kooperationspartnern außerhalb des Krankenhauses führt. In der Einrichtung existieren keine Fachabteilungen, die sich explizit mit der Diagnose und Therapie von Demenzerkrankungen beschäftigen. Allerdings ist ortsnah das Alexianer-Krankenhaus angesiedelt, ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, zu dem enge Kooperationsbeziehungen bestehen und das unter anderem einen gerontopsychiatrischen Schwerpunkt hat. Für die Entlassungsvorbereitung zeichnet der Sozialdienst der Klinik verantwortlich. Das Krankenhaus Porz ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln.

Die Klinik verfügt über eine angegliederte Krankenpflegeschule. Basis für die Organisation der pflegerischen Versorgung ist das Modell der Bereichspflege. Die Betreuung des Projektes übernimmt eine Pflegefachkraft mit zusätzlicher Ausbildung zur Praxisanleiterin.

Das Krankenhaus ist, ähnlich wie in Essen, an Disease-Management-Projekten und integrierten Versorgungsmodellen beteiligt. Auch hier wurde das Thema Demenz bislang nicht in diesem Rahmen aufgegriffen.

Das *Allgemeine Krankenhaus Viersen GmbH* ist mit 340 Planbetten das kleinste der beteiligten Häuser. 2004 wurden dort 13.308 Patienten stationär versorgt. Träger sind die Stadt Viersen, die Stiftung Allgemeines Krankenhaus Viersen und die Viersener Wohlfahrtsstiftung St. Nikolaus. Der überwiegende Teil der Patienten kommt aus dem Westkreis Viersen, also dem Stadtgebiet und der näheren Umgebung. Man arbeitet mit einer insgesamt überschaubaren Zahl von Kooperationspartnern zusammen. Es existiert keine Fachabteilung, die hausintern für Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen hinzugezogen werden könnte. Das Entlassungsmanagement erfolgt durch eine Stelle für Pflegeüberleitung.

Auch in Viersen folgt die Pflege dem Prinzip der Bereichspflege. Angegliedert ist eine Krankenpflegeschule, die sowohl Gesundheits- und Krankenpfleger/innen als auch Krankenpflegehelfer/innen ausbildet. Auch hier hat eine Pflegefachkraft mit der Ausbildung zur Praxisanleiterin die Stelle der Projektbeauftragten übernommen.

Das Krankenhaus Viersen ist am Projekt „Qualitätsnetz Viersen“ beteiligt, das die Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzten und zwei Krankenhäusern der Region betreibt. Wesentliche Inhalte sollen die Verbesserung des Informationsflusses zwischen den Beteiligten und Absprachen hinsichtlich des Vorgehens bei bestimmten Erkrankungen sein. Das Modell befindet sich allerdings noch in einer frühen Phase, so dass die Kooperationsbeziehungen noch im Aufbau begriffen sind.

3. Fragestellungen und methodisches Vorgehen

Der Schwerpunkt der wissenschaftlichen Begleitung durch das IPW in der ersten Projektphase bestand in einer Analyse der aktuellen Versorgungssituation demenzkranker Patienten in den vier teilnehmenden Einrichtungen. Zu diesem Zweck wurden verschiedene Daten erhoben. Den Kern bildete eine qualitative empirische Untersuchung, bei der im Rahmen von Einzel- und Gruppeninterviews verschiedene Krankenhausmitarbeiter befragt wurden. Dabei standen zwei Fragestellungen im Vordergrund:

- Wie stellt sich die Situation demenzkranker älterer Menschen und ihrer Angehörigen während eines Krankenhausaufenthaltes aus Sicht der Krankenhausmitarbeiter dar?
- Mit welchen Anforderungen sehen sich die Mitarbeiter bei der Versorgung demenzkranker Patienten konfrontiert und welche Strategien kommen zur Anwendung, um diesen zu begegnen?

Ergänzend zu der qualitativen Untersuchung wurden von den Krankenhäusern zur Verfügung gestellte Abrechnungsdaten von Patienten mit der Diagnose Demenz ausgewertet.

3.1 Datenerhebungen

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes wurden in allen teilnehmenden Krankenhäusern Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen befragt. Es wurden 21 leitfadengestützte Einzelinterviews mit Pflegekräften, Ärzten und Mitarbeitern des Entlassungsmanagements sowie drei Gruppeninterviews, an denen ausschließlich Pflegekräfte beteiligt waren, durchgeführt. Der Zugang zu den Interviewpartnern wurde durch die jeweiligen Projektmitarbeiter der Krankenhäuser hergestellt. Vor dem Hintergrund der formulierten Fragestellungen bestand ein Interesse daran, Interviewpartner zu gewinnen, die in ihrer alltäglichen Berufspraxis regelmäßig an der Versorgung demenzkranker Patienten beteiligt sind und auf der Grundlage direkter Erfahrungen darüber berichten konnten²¹. Dieses Kriterium war die wesentliche Vorgabe, die den Projektmitarbeitern für die Auswahl der Gesprächspartner gemacht wurde. Darüber hinaus sollten sie zumindest über einige Jahre Berufserfahrung verfügen und bereit sein, auf freiwilliger Basis an der Untersuchung teilzunehmen. Die Kriterien wurden von nahezu allen Interviewpartnern erfüllt. Der Zugang zu den Teilnehmern gestaltete sich insgesamt problemlos.

Leitfadengestützte Interviews

Grundlage für die Interviews bildete jeweils ein Leitfaden, der auf Basis der in der Literatur gefundenen Hinweise erstellt wurde. Für Pflegekräfte, Ärzte und Mitarbeiter des Entlassungsmanagements wurden unterschiedliche Leitfäden entwickelt, die bei der Themenwahl die jeweiligen Arbeitsschwerpunkte mit berücksichtigten²². Konkret wurde in den einzelnen Leitfäden eine Eingangsfrage zum Gesprächseinstieg formuliert. Sie sollte den Interviewpartnern zunächst Gelegenheit geben, die aus ihrer Sicht bedeutsamen Probleme anzusprechen, die bei der Versorgung demenzkranker Patienten auftreten. Nachfolgend wurden zu den relevant erschei-

²¹ Von Gesprächspartnern in qualitativen Interviews wird erhofft, dass sie über das gewählte Themengebiet möglichst umfassend Auskunft geben können, dass sie gleichsam Experten sind. Meuser und Nagel zufolge ist diese Expertenrolle „ein hinsichtlich des jeweiligen Erkenntnisinteresses vom Forscher verliehener Status“ (Meuser und Nagel 1997: 483f). Sie führen weiter aus: „Eine Person wird zum Experten gemacht, weil wir wie auch immer begründet annehmen, dass sie über ein Wissen verfügt, das sie zwar nicht alleine besitzt, das aber doch nicht jedermann bzw. jederfrau in dem interessierenden Handlungsfeld zugänglich ist“ (ebd.).

²² Interviewleitfäden dienen zum Einen dazu, „das Hintergrundwissen des Forschers thematisch zu organisieren, um zu einer kontrollierten und vergleichbaren Herangehensweise an den Forschungsgegenstand zu kommen“ (Witzel 1989: 236). Im Gesprächsverlauf geben sie dem Interviewer einen Überblick darüber, in wie weit die aus seiner Sicht relevanten Themen im Laufe des Interviews behandelt wurden. Nicht zuletzt ermöglichen sie es, den Interviewten gegenüber als kompetenter Gesprächspartner aufzutreten (Müller-Mundt 2002). Qualitative Interviews verzichten auf vorgegebene Antwortalternativen, um dem Interviewpartner eine möglichst freie Darstellung seiner Sicht der Dinge zu ermöglichen. Dadurch werden sie „in der Regel auch ehrlicher, reflektierter, genauer und offener als bei einem Fragebogen oder einer geschlossenen Umfragetechnik“ (Mayring 1996: 235).

nenden Themenbereichen weitere offene Fragen verfasst. Am Ende des Interviews wurden die Befragten aufgefordert, Bereiche anzusprechen, die im Verlauf des Gesprächs noch nicht thematisiert wurden, ihrer Meinung nach aber für das Projekt von Bedeutung waren. Die Leitfäden mussten während der Untersuchung hinsichtlich der aufgenommenen Themengebiete nicht verändert werden.

Sämtliche Interviews wurden zur späteren Auswertung mit dem Einverständnis der Gesprächspartner audiotekhnisch aufgezeichnet. Zudem wurden in einem Kurzfragebogen einige Daten zur Qualifikation und dem derzeitigen Tätigkeitsfeld festgehalten²³. Nach Abschluss der Interviews wurde ein Postskriptum angefertigt, in dem Besonderheiten des Gesprächsverlaufs und ergänzende, erst im Nachgespräch gegebene Informationen aufgezeichnet wurden.

Im Verlauf der Erhebung wurden folgende Interviews geführt:

- Sieben Interviews mit Pflegekräften, die bis auf eine Ausnahme an der direkten pflegerischen Versorgung der Patienten beteiligt sind. Alle übernehmen daneben in ihrem Arbeitsbereich die Funktion einer Stationsleitung oder stellvertretenden Stationsleitung. Die Dauer der Gespräche betrug zwischen 40 und 50 Minuten.
- Neun Interviews mit Ärzten, deren Gesprächsdauer sich zwischen 20 und 55 Minuten bewegte.
- Fünf Interviews mit Mitarbeitern der Pflegeüberleitung oder Sozialdienste²⁴ mit einer Zeitdauer zwischen 40 und 55 Minuten.

Gruppendiskussionen

Die Auswahl der Gesprächspartner für die Gruppendiskussionen mit Pflegekräften erfolgte ebenfalls durch die Projektmitarbeiter. Dies geschah nach den gleichen Kriterien, die für die Einzelinterviews galten. Allerdings wurden sie ergänzt um die Vorgabe, dass es sich um Personen mit vergleichbarer Position in der Hierarchie der Einrichtung handeln sollte. Dies geschah, um negative Effekte auf die Offenheit und die Beteiligung der Teilnehmer im Verlauf der geführten Diskussion zu vermeiden.

Die Entscheidung zur Führung von Gruppendiskussionen ergab sich aus zeitökonomischen Gründen und in der Absicht, Beschreibungen und Fakten über die alltägliche Versorgung demenzkranker Patienten in den beteiligten Häusern zu gewinnen. Darüber hinaus sind sie aber ein Instrument, von dem man sich verspricht, umfassendere Einblicke in die kollektiven Orientierungsmuster der Beteiligten zu gewinnen (Bohnsack 2003). Vor dem Hintergrund der formulierten Fragestellungen bestand die Erwartung, dass die Teilnehmer neben Aussagen dazu, *wie* sich die Versorgung demenzkranker Patienten gestaltet, weitergehende Begründungen offen-

²³ Allen Teilnehmern wurde zugesichert, über die Inhalte der Gespräche Stillschweigen zu bewahren und Auszüge und Aussagen aus den Interviews nur in anonymisierter Form öffentlich zu machen.

²⁴ Wenn im Folgenden von Entlassungsmanagement gesprochen wird, sind grundsätzlich sowohl Mitarbeiter der Pflegeüberleitungsstellen als auch der Sozialdienste gemeint.

baren würden. Es ging also auch um die Frage, *warum* in der Praxis zu bestimmten Handlungspraktiken gegriffen wird und an welchen gemeinsamen Maßstäben sich die Beteiligten dabei orientieren.

Auch wenn im Kontext von Gruppendiskussionen eine besonders offene Herangehensweise eingefordert wird, ist eine inhaltliche und strukturelle Planung unumgänglich (Lamnek 2005). Zu diesem Zweck wurde ein Diskussionsleitfaden entwickelt, an dem sich der Moderator orientieren konnte. Außerdem wurde eine Eingangsfrage formuliert, die einerseits deutlich machen sollte, warum man sich von den Teilnehmern Informationen über die Versorgung demenzkranker Patienten versprach. Gleichzeitig enthielt sie die Aufforderung, über die eigenen Erfahrungen mit dieser Patientengruppe zu berichten. Darüber hinaus wurden die vorab als relevant betrachteten Themengebiete im Sinne eines Topic Guide zusammengestellt, ohne dabei jedoch konkrete Fragestellungen zu formulieren²⁵.

Die Gruppendiskussionen waren allesamt ergiebig. Zu den Diskussionen wurden jeweils Protokolle verfasst, in denen der grobe Verlauf sowie wichtige Inhalte und Besonderheiten des Diskussionsverlaufs erfasst wurden. Einen Überblick über die durchgeführten Gruppendiskussionen, die beteiligten Personen und die Zeitdauer gibt die folgende Tabelle.

Tab. 1: Übersicht über Teilnehmer und Zeitdauer der durchgeführten Gruppendiskussionen

| | Arbeitsfeld der Teilnehmer | Teilnehmerzahl | Dauer |
|-----------------|--|-----------------------|--------------|
| Herdecke | Pflegekräfte mit Leitungsaufgaben auf ihren jeweiligen Stationen, aus den Bereichen Innere Medizin (2x), Chirurgie und Psychiatrie | 4 | 110 Minuten |
| Porz | Pflegekräfte aus dem Bereich der Inneren Medizin | 3 | 80 Minuten |
| Essen | Pflegekräfte aus den Bereichen Innere Medizin und Neurologie | 5 | 115 Minuten |

²⁵ Dies geschah vor dem Hintergrund, dass der Moderator einerseits im Diskussionsverlauf leichter einen Überblick über die bereits angesprochenen Punkte behalten konnte, andererseits jedoch die Freiheit besaß, sich sprachlich der Wortwahl der Teilnehmer anzupassen. Außerdem bestand durch den Verzicht auf vorformulierte Fragen die Möglichkeit, vorhergegangene Äußerungen aufzugreifen und mit in die Fragestellung zu integrieren. Die aufgenommenen Themen entsprachen denen, die auch bei der Leitfadenerstellung für die Einzelinterviews mit Pflegekräften zugrunde gelegt wurden.

Datenaufbereitung und -auswertung

Zum Zweck der Auswertung wurden sämtliche Gruppendiskussionen und 17 der Einzelinterviews vollständig transkribiert. Lediglich Abschweifungen, die keine Aussagen zur Fragestellung enthielten, blieben unberücksichtigt. Bei der Transkription des Materials aus den Gruppendiskussionen wurden außerdem erkennbare Reaktionen der Teilnehmer dokumentiert, was allerdings anhand der Mitschnitte nur eingeschränkt möglich war.

Vordringliches Ziel der Situationsanalyse war es, Einblick in die Situation demenzkranker Patienten im Krankenhaus zu gewinnen und herauszuarbeiten, wie sich der Umgang der Mitarbeiter mit möglichen Problemlagen gestaltet. Hierzu wurde das gewonnene Textmaterial mit der Technik der qualitativen Inhaltsanalyse aufgearbeitet und ein Kategoriensystem aufgestellt, das die inhaltliche Strukturierung der Texte ermöglichte (Mayring 2000). Parallel zu den Kategorien, die in erster Linie Informationen zur Versorgungssituation demenzkranker Patienten strukturiert darstellen sollten, wurden Äußerungen der Interviewpartner, die vor allem Handlungs- und Zielorientierungen deutlich machten, gesondert codiert.

3.2 Patientendaten aus den Krankenhäusern

Die beteiligten Krankenhäuser stellten anonymisierte Daten der im Jahr 2004 mit der Haupt- oder Nebendiagnose Demenz erfassten Patienten zur Verfügung. Den Datensätzen waren Angaben über Alter, Geschlecht, Verweildauer, Hauptdiagnose, Nebendiagnose, Einweisungs- und Entlassungsgrund zu entnehmen.

Die Daten wiesen Unterschiede in der Art der Diagnoseverschlüsselung auf, so dass zunächst eine Vereinheitlichung der Demenzdiagnosen nach der aktuellen ICD-10 vorgenommen werden musste. Nach der Bereinigung verblieben insgesamt 1583 Datensätze, die zur Auswertung herangezogen wurden. Diese verteilten sich wie folgt auf die Krankenhäuser.

Tab. 2: Anzahl der Patienten mit Haupt- oder Nebendiagnose Demenz

| | Essen | Porz | Viersen | Herdecke |
|---------------|-------|------|---------|----------|
| Patientenzahl | 553 | 270 | 373 | 387 |

Auffällig war, dass die Zahl der in den einzelnen Häusern verschlüsselten Demenzdiagnosen erheblich unterhalb der auf Basis der Literaturanalyse angenommenen Prävalenzen lag. Die Differenz fällt zwar einrichtungs- und fachrichtungsbezogen unterschiedlich groß aus, ist jedoch in allen Häusern durchgängig vorhanden. Als Erklärungen für die Differenzen kommen verschiedene Möglichkeiten in Betracht:

- Neue Demenzdiagnosen werden während eines Krankenhausaufenthaltes eher selten gestellt, die verschlüsselten Diagnosen bilden deshalb wahrscheinlich in erster Linie vorab bestehende Informationen ab. Da bekannt ist, dass Demenzen im ambulanten Sektor zum Teil

nicht diagnostiziert werden, werden diese Informationsdefizite beim Krankenseintritt gleichsam in die Statistiken „importiert“.

- Bei der Verschlüsselung nach dem DRG-System dürfen nur Diagnosen aufgenommen werden, die das Erbringen zusätzlicher Leistungen nötig machen. Da dieser Mehraufwand in den Häusern häufig nicht dokumentiert wird, finden die Diagnosen keinen Eingang in die Abrechnungsdaten.
- Im Verlauf der Erhebungen wurde deutlich, dass in den Einrichtungen unterschiedliche „Verschlüsselungskulturen“ herrschen, die teilweise zu starker Zurückhaltung bei der schriftlichen Fixierung von Demenzdiagnosen führen.
- Bei der Auswertung des Interviewmaterials verstärkte sich der Eindruck, dass vor allem Demenzkranke in fortgeschrittenem Krankheitsstadium als solche identifiziert werden. Dies lässt vermuten, dass insbesondere Erkrankte im frühen Stadium selten auffallen und die Erkrankung dementsprechend weniger häufig verschlüsselt wird.

Dies hatte zur Konsequenz, dass die Daten nicht herangezogen werden konnten, um die Gruppe der demenzkranken Patienten in den beteiligten Krankenhäusern verlässlich zu quantifizieren. Sie wurden daher im Verlauf der Situationsanalyse vor allem genutzt, um Hinweise auf mögliche Problemfelder zu erhalten, erlauben jedoch keine weitergehenden Aussagen.

4. Die Versorgung Demenzkranker in den beteiligten Krankenhäusern

4.1 Daten zum Eintritt in das Krankenhaus

Anlass für die Krankenhausaufnahme demenzkranker Patienten ist in der Regel ein akutes Gesundheitsproblem, das in der bestehenden Versorgungssituation nicht mehr beherrsch- oder behandelbar erscheint. Aufnahmen aufgrund der Demenzerkrankung selbst sind die Ausnahme. Sie kommen in relevanter Zahl nur in den Krankenhäusern Herdecke und Essen vor, in denen sich neurologische Fachabteilungen der Diagnostik und Therapie dieser Erkrankung widmen. Auch hier ist allerdings die Demenz als Hauptdiagnose, gemessen an der Gesamtzahl der als demenzkrank eingestuften Patienten, von untergeordneter Bedeutung. In der Neurologie des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke beträgt ihr Anteil 20 %, in der des Alfried Krupp Krankenhauses Essen 8,5 %. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Verteilung der Diagnose Demenz hinsichtlich ihrer Einstufung als Haupt- oder Nebendiagnose in den beteiligten Krankenhäusern.

Tab. 3: Verteilung der Haupt- und Nebendiagnosen „Demenz“

| | Patienten | | Anteil | |
|-----------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | Hauptdiagnose Demenz | Nebendiagnose Demenz | Hauptdiagnose Demenz | Nebendiagnose Demenz |
| Herdecke | 19 | 368 | 4,9 % | 95,1 % |
| Viersen | 1 | 372 | 0,3 % | 99,7 % |
| Porz | 1 | 269 | 0,4 % | 99,6 % |
| Essen | 13 | 540 | 2,4 % | 97,6 % |
| Alle | 34 | 1549 | 2,1 % | 97,9 % |

Quelle: Patientendaten aus den beteiligten Krankenhäusern

Die Tatsache, dass es bei der Aufnahme in Krankenhaus zunächst um die Bewältigung einer akuten gesundheitlichen Störung geht, sollte nicht darüber hinweg täuschen, dass die Ursachen des jeweiligen Problems durchaus in der Demenzerkrankung liegen können. Im Rahmen der Interviews wurden z.B. Fälle geschildert, in denen die mangelnde Fähigkeit eines Demenzkranken, seine Medikamente korrekt einzunehmen, zur Dekompensation einer eigentlich gut beherrschbaren somatischen Erkrankung geführt hat. Auch bei den Patienten, die mit Frakturen in die Klinik eingewiesen werden, vermutet man, dass eine bestehende Demenzerkrankung häufig für das Verhalten verantwortlich gewesen sein könnte, das zum Sturz geführt hat. Darüber hinaus wurde (insbesondere von Seiten der am Entlassungsmanagement beteiligten Interviewpartner) darauf hingewiesen, dass Krankenhauseinweisungen zum Teil auch durch eine Überforderung pflegender Angehöriger in häuslichen Pflegesituationen ausgelöst werden.

Bei akuten Gesundheitsproblemen der Betroffenen erfolgt der Eintritt ins Krankenhaus in vielen Fällen plötzlich und ungeplant. Aus den Angaben der Interviewpartner geht hervor, dass nur selten bereits vor der Auf-

nahme Informationen über die Patienten vorliegen. Gestützt werden diese Aussagen auch durch die Patientendaten aus den Häusern, die eine vergleichsweise hohe Quote als Notfall klassifizierter Einweisungen ausweisen. Für drei Häuser lagen ausreichend differenzierte Daten, aus denen sich der Anteil eindeutig als Notfall einzustufender Aufnahmen ergab. Er lag zwischen 46,6 % und 63 % lag (vgl. Tab. 4). Unklar bleibt die Zahl der Krankenhauseintritte, die zwar geplant, aber dennoch sehr kurzfristig erfolgen. Die Aussagen der Interviewpartner lassen vermuten, dass auch dies regelmäßig vorkommt.

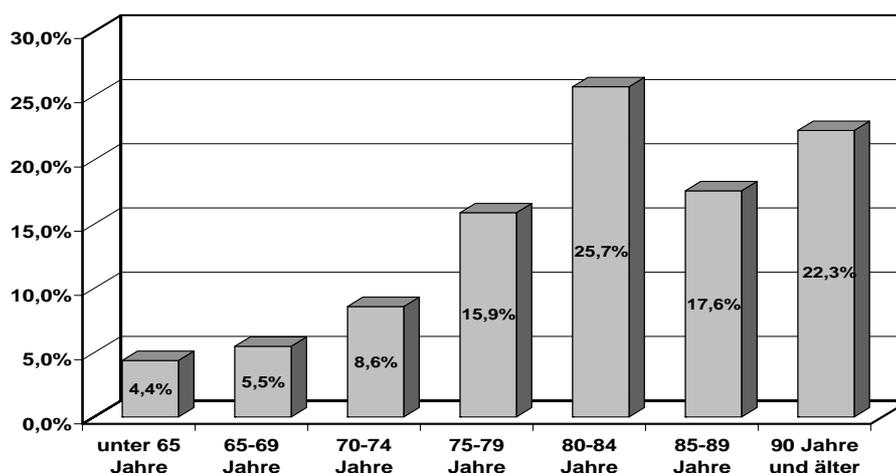
Tab. 4: Verteilung der Aufnahmearten

| | geplante Aufnahme | | Notfall | |
|-----------------|-------------------|--------|------------------|--------|
| | Anzahl Patienten | Anteil | Anzahl Patienten | Anteil |
| Herdecke | 155 | 40,1 % | 155 | 59,9 % |
| Viersen | 199 | 53,4 % | 199 | 46,6 % |
| Porz | 100 | 37,0 % | 100 | 63,0 % |

Quelle: Patientendaten aus den beteiligten Krankenhäusern

Die als demenzkrank verschlüsselten Patienten zeichneten sich erwartungsgemäß durch ein hohes Lebensalter aus. 90 % der Betroffenen waren 70 Jahre und älter, 65 % wiesen ein Lebensalter von mehr als 80 Jahren auf. Diese Verteilung war in allen beteiligten Krankenhäusern ähnlich. Abbildung 2 zeigt die Anteile der verschlüsselten Patienten nach Altersklassen.

Abb. 2: Verteilung der Alterklassen (alle Krankenhäuser)



Quelle: Patientendaten aus den beteiligten Krankenhäusern

4.2 Die Übermittlung von Informationen an das Krankenhaus

Die Informationen bezüglich einer bekannten Demenzerkrankung und eines bestehenden Hilfebedarfes erreichen das Krankenhaus auf unterschiedlichen Wegen. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Inhalte, der Art der Übermittlung und ihrer Verlässlichkeit.

Informationen durch den einweisenden Arzt

Sofern es sich nicht um eine Notfallaufnahme handelt, liefert ggf. der einweisende Arzt neben Angaben zum akutmedizinischen Problem erste Hinweise auf eine Demenzerkrankung. Diese beziehen sich in erster Linie auf die Frage, ob bei einem Patienten bereits eine Demenzerkrankung bekannt ist oder vermutet wird. Die befragten Krankenhausmitarbeiter gaben an, dass diese ersten Hinweise aus ihrer Sicht besonders wichtig seien. So könnten sie früh auf mögliche Probleme im weiteren Versorgungsverlauf aufmerksam werden, unter Umständen ergänzende Informationen einholen und gegebenenfalls ihr Vorgehen anpassen.

In aller Regel lassen die von den einweisenden Ärzten gemachten Angaben jedoch kaum Rückschlüsse auf die konkrete Ausprägung einer Demenz und die damit verbundenen Konsequenzen zu. An welcher Form der Demenz der Betroffene leidet, ist den Angaben der niedergelassenen Ärzte mehrheitlich nicht zu entnehmen. Dies spiegelt sich auch in den von den Häusern erfassten Diagnosedaten wieder, in denen größtenteils die Diagnose „Demenz ohne Angabe“ verschlüsselt wurde (vgl. Tab. 5).

Tab. 5: Anteil der Demenzdiagnosen nach Differenziertheit²⁶

| | Patienten | | Anteile | |
|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|
| | differenziert | undifferenziert | differenziert | undifferenziert |
| Herdecke | 118 | 269 | 30,5 % | 69,5 % |
| Viersen | 77 | 296 | 20,6 % | 79,4 % |
| Porz | 151 | 119 | 55,9 % | 44,1 % |
| Essen | 119 | 434 | 21,5 % | 78,5 % |
| Alle | 465 | 1118 | 29,4 % | 70,6 % |

Insgesamt ist also festzuhalten, dass die medizinischen Vorinformationen meist wenig differenziert sind. Bei einer erheblichen Anzahl der Aufnahmen liegen keine ausführlichen Einweisungsunterlagen vor. Neben den

²⁶ Als undifferenzierte Diagnose wurde ausschließlich die Verschlüsselung „Demenz ohne Angabe“ gewertet. Dies bedeutet allerdings nicht, dass bei den differenzierten Diagnosen davon ausgegangen werden kann, dass sie als Ergebnis einer durchgeführten Diagnostik gestellt wurden. Die Daten lassen auch keine Aussagen darüber zu, ob die Demenzdiagnose bereits im Vorfeld bekannt war oder erst im Krankenhaus gestellt wurde.

schriftlichen Angaben zum aktuellen Gesundheitszustand der Betroffenen gelangen von Seiten der niedergelassenen Ärzte nur selten detailliertere Informationen ins Krankenhaus.

„Wenig, wenig... also es gibt Hausärzte, die rufen an und sagen: 'Ich schick euch den Herrn soundso, den kennt ihr ja bereits, da hat sich das und das verändert' oder 'mir ist das und das aufgefallen', aber es machen längst nicht alle Hausärzte" (Pflegerkraft, Interview 12, Absatz 82).

Auch scheint nur selten erkennbar zu sein, ob und inwieweit eine Demenzerkrankung diagnostisch abgeklärt wurde. Von einigen Interviewpartnern wird vermutet, dass ein Teil der übermittelten Diagnosen nicht auf einer Differentialdiagnostik beruht, sondern sich gleichsam in die Krankengeschichte der Patienten „eingeschlichen“ hat:

„Tatsache ist aber auch, dass viele Patienten, die vielleicht ein bisschen fahrig sind, vielleicht ein bisschen unruhig, nervös sind, vielleicht irgendwie nicht so gut... kohärente Gedankenabläufe haben, dass die auf irgendeinem anderen stationären Aufenthalt z.B. diese Diagnose angehängt bekommen haben, obwohl die eigentlich nicht wirklich verifiziert worden ist" (Arzt, Interview 8, Absatz 5).

Die Ergebnisse der Befragungen stehen im Einklang mit der Fachdiskussion und anderen Forschungsergebnissen, die ebenfalls die Frage nach der Qualität der durch niedergelassene Ärzte übermittelten Informationen aufgreifen. Schon seit vielen Jahren wird auf Schwachstellen der Identifizierung von Demenzerkrankungen in der hausärztlichen Versorgung hingewiesen. Studien kommen zu dem Ergebnis, dass der Anteil diagnostizierter Demenzen hier deutlich unter 50% liegt (Boise et al. 1999). Einige Untersuchungen geben noch niedrigere Anteile von teilweise nur 22% an (Sandholzer et al. 1999)²⁷.

Zu dieser Situation dürften verschiedene Ursachen beitragen. Hierzu gehört u.a. das Verhalten der Erkrankten und ihrer Angehörigen. Bestehende Einschränkungen von Alltagskompetenzen und kognitive Defizite werden den Hausärzten oft erst dann bekannt, wenn Angehörige von ihnen berichten. Von den betroffenen Patienten selbst kommen solche Hinweise selten, so dass insbesondere die Beurteilung beobachtbarer kognitiver Einschränkungen durch die Angehörigen darüber entscheidet, ob und wann eine diagnostische Abklärung stattfindet (Pentzek/Abholz 2004). Sowohl Betroffene als auch Angehörige schreiben erste Veränderungen im Frühstadium einer Demenzerkrankung häufig dem normalen Alterungsprozess zu. Gleichfalls scheinen Ängste vor der Diagnose „Demenz“ und der damit verbundenen Gewissheit des anstehenden Autonomieverlustes eine Rolle zu spielen. Angehörige kompensieren die bemerkten Defizite häufig, bis gravierende Probleme im Alltag entstehen (Iliffe et al. 2000). Zugleich bestehen auf Seiten der niedergelassenen Ärzte nicht selten fachliche Defizite. Die bei der Demenzdiagnostik angemessene Vorgehensweise ist relativ unstrittig und wird in der medizinischen Fachliteratur einheitlich beschrieben. Es liegen inzwischen auch für Deutschland evidenzbasierte Leitlinien vor, die der Praxis entsprechende Diagnostikal-

²⁷ In der Studie von Sandholzer et al. wurden nur Personen untersucht, die noch in der Lage waren, die Arztpraxis aufzusuchen. Somit wurden Patienten mit einer hochgradigen Demenz, bei denen die Erkennungsquote vermutlich größer ist, nicht berücksichtigt.

gorithmen zur Verfügung stellen (Medizinisches Wissensnetzwerk der Universität Witten/Herdecke 2005, DGPPN 2000). Dennoch scheint das Wissen über Symptome einer beginnenden Demenz und über diagnostische Möglichkeiten bei vielen Hausärzten unzureichend zu sein. Darüber hinaus könnten die Angst vor falsch-positiven Befunden und die Wahrnehmung der Demenz als kaum behandelbare Erkrankung die Motivation zur Abklärung eines Anfangsverdachts beeinträchtigen. Zumindest gibt es einige Hinweise darauf, dass Hausärzte auf Anzeichen einer möglichen Demenzerkrankung mitunter sehr zurückhaltend reagieren (Wind et al. 1998). Offensichtlich hängt die Bereitschaft zur diagnostischen Abklärung bei Ärzten, aber auch anderen professionellen Akteuren entscheidend davon ab, ob sie glauben, nach einer Diagnostik mit positivem Ergebnis auf angemessene Therapien zurückgreifen oder andere adäquate Hilfsangebote mobilisieren zu können (Sanger et al. 2005)²⁸.

Das Problem der unzureichenden medizinischen Information bei der Aufnahme ins Krankenhaus ist also nicht allein darauf zurückzuführen, dass verfügbare Informationen nicht übermittelt werden. Vielmehr ist generell von einer schlechten Informationslage und wenig intensiven Bemühungen bei der Differentialdiagnostik der Demenz im Vorfeld des Krankenhausaufenthaltes auszugehen.

Informationen durch stationäre Pflegeeinrichtungen

Beim Krankenseintritt demenzkranker Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen werden Informationen vorwiegend in schriftlicher Form mit Hilfe von Überleitungsbögen übermittelt. Allerdings geschieht dies nicht mit der aus Sicht der Interviewpartner notwendigen Regelmäßigkeit. Eine Ausnahme stellt in dieser Hinsicht das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke dar, in dem überwiegend Zufriedenheit geäußert wurde. Die Beteiligten in dieser Klinik führen das unter anderem darauf zurück, dass es mit den in der Umgebung befindlichen Alten- und Pflegeheimen abgesprochene Verfahrensweisen zur Informationsübermittlung gibt. In den anderen beteiligten Häusern hängt die Regelmäßigkeit der Übermittlung schriftlicher Informationen sehr stark von der jeweiligen Pflegeeinrichtung ab. Überleitungsbögen werden häufig, aber nicht immer genutzt. Selbst wenn sie verwendet werden, sind sie offenbar nicht immer vollständig ausgefüllt.

Auch der Informationsgehalt der von den Pflegeheimen bereitgestellten Angaben wird unterschiedlich bewertet. Als überwiegend angemessen und verlässlich werden die Informationen zu bekannten körperlichen Erkrankungen, der damit verbundenen ärztlichen Therapie und den daraus resultierenden behandlungspflegerischen Maßnahmen bewertet. Gleiches

²⁸ Darüber hinaus beeinflusst auch *mangelnde Funktionalität des Gesundheitssystems* die Chancen, Demenzerkrankungen frühzeitig zu identifizieren (Iliffe et al. 2005). In der Literatur wird in diesem Zusammenhang insbesondere auf die unzureichende Umsetzung bestehender Leitlinien hingewiesen. Auch Regelungen zur finanziellen Vergütung der Diagnostik stellen unter Umständen einen Einflussfaktor dar: Um Alltagseinschränkungen der Betroffenen realistisch einschätzen zu können, sind häufig lange Gespräche mit Angehörigen notwendig. Der damit verbundene zeitliche Aufwand wird jedoch vergleichsweise schlecht vergütet.

gilt für den Bedarf an körperbezogener Pflege. Im Hinblick auf diese Aspekte fühlen sich die Akteure in den meisten Fällen ausreichend informiert, um die Versorgung der Betroffenen im Krankenhaus adäquat planen und gestalten zu können.

„Welche Medikamente er hat und seine Leistungsfähigkeit, also wie er im Altersheim mobilisiert war, was er dort konnte, was für körperliche Defizite und was für pflegerische Notwendigkeiten da sind. Ob ein Dekubitus da ist und so weiter. Das ist schon dokumentiert, das kommt auf dem Begleitbogen...“ (Arzt, Interview 2, Absatz 9).

„Und im Prinzip können die Heime da ein Kreuz hinmachen, vollständige Übernahme, Teilübernahme der Körperpflege, Vorbereitung Essen, Medikamente verabreichen und dann kann man das so ankreuzen. Wenn man dann diese Heimüberleitungsbögen sieht, kann man sich dann einfach vorstellen, was da zu machen ist“ (Pflegerkraft, Interview 23, Absatz 7).

Im Gegensatz dazu erfolgen Angaben zu psychosozialen Problemen und Bedürfnissen der Heimbewohner erheblich seltener und weniger differenziert. Diese Informationen haben, wenn sie übermittelt werden, in erster Linie hinweisenden Charakter. Das heißt es werden Defizite benannt, ohne dass für die Mitarbeiter des Krankenhauses die auf diese Problemlagen bezogenen, bislang getroffenen Maßnahmen ersichtlich werden. Der Hinweis, dass ein Heimbewohner „nicht orientiert“ oder „in seiner Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt“ ist, ermöglicht es dem Krankenhauspersonal zwar, diese Punkte mit erhöhter Aufmerksamkeit zu verfolgen. Ihnen fehlen jedoch die Aussagen zur Frage, wie mit diesen Defiziten im Rahmen der bisherigen Versorgungsgestaltung umgegangen wurde, welche Maßnahmen erfolgreich angewendet wurden und welche sich als nicht angemessen erwiesen haben. Insbesondere von Seiten der Pflegekräfte wird das Fehlen derartiger Angaben als problematisch erlebt. Um sich besser auf die Bedürfnisse der Patienten einstellen zu können, wünscht man sich in diesem Punkt Verbesserungen.

„Und wenn ich z.B. weiß, was der Patient mag, was er nicht mag oder auf was er allergisch, sag ich mal, reagiert, also das ist für uns wirklich schon eine große Hilfe. Was er überhaupt nicht verträgt oder was man bei ihm z.B. überhaupt nicht sagen kann. Das kommt auch schon mal vor, dass die dann plötzlich wirklich ausrasten, sag ich mal in unserer Sprache. Also, das sind schon sehr wichtige Informationen. Weil, einen solchen Patienten kann man nach einem Tag überhaupt nicht beurteilen, absolut nicht. Und wenn wir schon diese Informationen hätten, wäre das einfacher für uns...“ (Pflegerkraft, Interview 15, Absatz 13)

Zum Teil wird versucht, fehlende Informationen nachträglich einzuholen. Häufig sind jedoch kompetente Ansprechpartner, die umfassend Auskunft geben könnten, nur schwer zu erreichen. Gerade im Fall kurzfristiger Krankenhauseinweisungen scheint es problematisch zu sein, die gewünschten Auskünfte zeitnah zu erhalten.

„Also ich hab schon angerufen, ich meine, das gilt umgekehrt wahrscheinlich auch, aber oftmals bin ich erschreckt darüber, wie wenig die informiert sind im Altenheim. Trotzdem, ich kann natürlich konkret nichts sagen, (...) ich weiß nur, dass ich zwischendurch immer mal so denke, hmmm – das müsste man aber eigentlich wissen, wenn man jetzt den Patienten pflegt...“ (Pflegerkraft, Interview 11, Absatz 55).

„Manchmal ruft man im Heim an, wobei, wenn jetzt schon kein Überleitungsbogen da ist, meistens ein Anruf im Heim nicht besonders fruchtbar ist. Zu normalen Tageszeiten geht das noch, aber im Notdienstzeitpunkt findet man in aller Regel Keinen, der der da genauere Auskunft geben kann“ (Arzt, Interview 21, Absatz 3).

Informationen durch ambulante Pflegedienste

Bei demenzkranken Patienten, die vorab durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden, können die Mitarbeiter der Krankenhäuser nach den Schilderungen zahlreicher Interviewpartner deutlich seltener auf schriftliche Informationen zurückgreifen:

„Also die Einweisung erfolgt dann ja meistens über den Hausarzt, der dann informiert worden ist von den Angehörigen oder von dem ambulanten Dienst und es gibt keine Pflegeüberleitung, die da mitkommt, also keine schriftliche Form im Gegensatz zu den Altenheimen, die haben ja diese Pflegeüberleitungsbögen. Das würden wir uns wünschen aus dem ambulanten Bereich auch“ (Arzt, Interview 7, Absatz 7).

In den eher wenigen Fällen, bei denen schriftliche Informationen übermittelt werden, liegt auch hier der Schwerpunkt auf medizinischen Eckdaten und Angaben zu bisher durchgeführten körperbezogenen Pflegemaßnahmen. Im Gesamtbild werden Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste daher nicht als ergiebige Informationsquelle angesehen.

Informationen durch den Patienten selbst und seine Angehörigen

Die Mitarbeiter des Krankenhauses versuchen, wenn dies in ihren Augen möglich ist, erste Informationen zunächst von den Patienten selbst zu erhalten. Dies gilt besonders für Demenzkranke im frühen Stadium, bei denen keine Vorinformationen zur Erkrankung bekannt sind und deren kognitive Defizite und Verhaltensänderungen weniger offensichtlich sind.

Die zentrale Rolle der Angehörigen bei der Gewinnung von Informationen wurde durchweg von allen Interviewpartnern betont. Sie sind in Aufnahmesituationen am häufigsten als direkte Ansprechpartner verfügbar. Dies gilt insbesondere für Patienten, die aus dem häuslichen Bereich in die Klinik kommen. Pflegerisches und ärztliches Personal haben durch die Anwesenheit von Angehörigen die Möglichkeit, wichtige Informationen zeitnah zu erschließen. Während der Aufnahme wird dies für das Krankenhauspersonal vor allem dann wichtig, wenn bereits in dieser Situation kognitive Defizite oder Verhaltensauffälligkeiten der Patienten offensichtlich werden. Außerdem sind Angehörige durch ihre Nähe zu den Betroffenen häufig in der Lage, über Auskünfte zur aktuellen Situation hinaus den bisherigen Verlauf von Erkrankungen und den daraus resultierenden Versorgungsbedarf zu beschreiben.

Wenn es darum geht, differenzierte Angaben zur bisherigen medizinischen Behandlung zu machen, kommen Angehörige allerdings – dies gilt vor allem aus Sicht der Mediziner – nur begrenzt als Informationsquelle in Betracht. Man sieht ihre Kompetenzen vor allem darin, die Lebenssituation und die Alltagsfähigkeiten der betroffenen Patienten einschätzen zu können. Die Aussagen von Angehörigen ermöglichen es vor allem den Pflegekräften, sich frühzeitig auf besondere Erfordernisse der Versorgung einzu-

stellen. Einige Interviewpartner berichten auch, dass gerade Angehörige aus dem häuslichen Umfeld das Krankenhauspersonal von sich aus auf Besonderheiten hinweisen.

„Also die kennen die Leute ja meistens gut, viel besser als wir. Und mir geht es immer so, dass ich sehr froh bin, wenn es da gut sich kümmernde Angehörige gibt. Oft haben die ja schon eine ganz lange Erfahrung mit den Patienten. Und die sagen dann: 'Ja, ja, das war vor einem halben Jahr schon genauso und da haben wir dies und jenes gemacht und dann ging es ihm schnell wieder besser'. Und die wissen auch, ob bestimmte Medikamente nicht vertragen werden...“ (Arzt, Interview 21, Absatz 38).

„Wenn die von Zuhause kommen, die Angehörigen, die pflegen sind da also schon, die engagiert pflegen, sind auch schon ziemlich genau, die bringen dann auch schon so ein Kissen mit von zuhause und solche Sachen z. B... Die sagen dann: 'Meine Mutter schläft am besten oder isst am besten, wenn die auf der rechten Seite liegt oder auf der linken Seite liegt' und solche Sachen“ (Pflegerkraft, Interview 11, Absatz 13).

Allerdings, so die Beobachtung vieler Gesprächspartner, sind im Rahmen der Aufnahme nicht in allen Fällen Angehörige zugegen. Dies gilt scheinbar besonders für Heimbewohner und auch dann, wenn die akute Gesundheitsstörung so massiv war, dass die Einweisung sehr kurzfristig geschehen musste.

Aufgrund des vergleichsweise hohen Lebensalters der demenzkranken Patienten sind deren Lebenspartner zum Teil bereits verstorben oder selbst nicht mehr in der Lage, ihre Angehörigen in die Klinik zu begleiten. Unter diesen Umständen ist es für die Pflegekräfte häufig schwierig, die benötigten Informationen zu gewinnen.

„...aber mein Eindruck ist oder meine Vermutung ist, dass das viele Patienten sind, die nicht viel Angehörigenkontakt hier haben. Wo es für uns auch schwer ist, dann an Informationen zu kommen“ (Pflegerkraft, Interview 1, Absatz 9).

Wenngleich den Angehörigen in ihrer Rolle als Informanten in der Aufnahmesituation große Bedeutung zugesprochen wird, bezieht sich das Interesse der Krankenhausmitarbeiter zunächst auf Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand des Betroffenen und seinen körperlichen Pflegebedarf. Im Hinblick auf die Demenz stehen kognitive Defizite wie z.B. Orientierungsstörungen und potenziell problematische Verhaltensweisen im Vordergrund. In dieser Situation ist es unüblich, Informationen zur bisherigen Rolle der Angehörigen explizit zu erfragen und ihre Bereitschaft und Fähigkeit zu einer Beteiligung bei der Gestaltung des Krankenhausaufenthaltes zu erfassen.

Auch wenn, so ist zusammenzufassen, die Mitarbeiter des Krankenhauses bei der Aufnahme Informationen zu Diagnosen, zum allgemeinen Gesundheitszustand, zum Teil auch zu einer bekannten Demenzerkrankung erhalten, sind diese in der Summe oftmals nicht ausreichend, um für die Dauer des Aufenthaltes eine angemessene Versorgung zu planen. Die unbefriedigende Informationslage zu Beginn des stationären Aufenthalts stellt eine wesentliche Schwachstelle und eine mögliche Quelle für zahlreiche, an und für sich vermeidbare Probleme im weiteren Verlauf der Versorgung dar.

Allerdings ist festzustellen, dass das Fehlen von Informationen zur Demenzerkrankung von den Mitarbeitern des Krankenhauses zwar beklagt wird, sie aber zunächst wenig Initiative ergreifen, um Informationsdefizite frühzeitig und gezielt – zumindest teilweise – zu beheben. Die Interviews deuten jedenfalls darauf hin, dass die hierzu bestehenden Gelegenheiten im Rahmen des Aufnahmeverfahrens eher selten genutzt werden. Das Interesse richtet sich vor allem auf die akute Gesundheitsstörung. Die Demenz wird keineswegs durchgängig als Erkrankung gesehen, die auf die Behandlung dieser Gesundheitsstörung maßgeblich Einfluss ausüben könnte.

„Also bei uns, ich sag mal in der Schnelle einer internistischen Aufnahme wird vielleicht grade noch nach dem Beruf gefragt oder Stressfaktoren oder so, KHK oder so, aber sonst auch nichts...“ (Arzt, Interview 9, Absatz 24).

„Also im Moment, muss ich sagen, ist es leider noch so, dass das eine absolute Nebendiagnose ist, die wenig Beachtung findet. Die nehmen wir zur Kenntnis, manchmal steht es auf der Einweisung ja explizit drauf. Patienten kommen ja nicht wegen dieser Diagnose, sondern kommen wegen einer Akuterkrankung und dann wird natürlich zuerst mal DRG-orientiert sich an die Haupteinweisungsdiagnose herangearbeitet und versucht, die zu diagnostizieren...“ (Arzt, Interview 9, Absatz 4).

4.3 Ergänzung und Nutzung von Information

Die während der Aufnahme über eine Demenzerkrankung gewonnenen Informationen werden auf unterschiedliche Art und Weise gesammelt und zwischen den beteiligten Mitarbeitern kommuniziert.

Kognitive Defizite werden für die Ärzte unter Umständen im Anamnesegespräch sichtbar, wenn die Patienten offenkundig nicht in der Lage sind, Angaben zu ihrer Krankengeschichte und ihrem aktuellen Gesundheitsproblem zu machen.

„Es ist natürlich so, dass wenn man dann die Patienten aufnimmt, wenn man ein Anamnesegespräch führt, dass man natürlich dann auch schnell einfach abschätzen kann, inwieweit ist der Patient jetzt wirklich orientiert oder (...) kann er wirklich adäquate Aussagen machen oder nicht“ (Arzt, Interview 3, Absatz 7).

Allerdings fallen in diesem Zusammenhang Einschränkungen der Alltagskompetenz nicht immer auf. Für die Mediziner werden kognitive Defizite vor allem dann relevant, wenn sich durch sie Probleme hinsichtlich der Einwilligungsfähigkeit der Patienten bei Untersuchungen und Eingriffen ergeben oder die Therapie nicht in der sonst üblichen Weise durchgeführt werden kann. Sind kognitive Defizite bereits über einen längeren Zeitraum bekannt, ohne dass eine Demenzdiagnose vorliegt, ist eine nähere diagnostische Abklärung eher unüblich. Die Notwendigkeit, bezogen auf eine Demenzerkrankung weitere diagnostische Schritte einzuleiten, ergibt sich aus ärztlicher Sicht vor allem dann, wenn akute Verschlechterungen der kognitiven Leistungsfähigkeit eines Patienten beobachtet werden und in diesem Zusammenhang eine sekundäre Demenz ausgeschlossen werden

soll²⁹. Auch das Alter der Patienten scheint einen gewissen Einfluss darauf zu haben, ob man sich ärztlicherseits für eine Demenzdiagnostik entscheidet.

„... da hängt es auch sehr vom Alter ab. Wenn man einen 50jährigen Dementen hat oder man denkt es ist diese Demenz, dann hat man eine andere Vorgehensweise, als wenn es ein 90jähriger ist“ (Arzt, Interview 21, Absatz 15).

Diagnosen und eventuell bestehende medikamentöse Therapien finden Eingang in die ärztliche Anamnese und sind auf diesem Wege für die auf der Station tätigen Ärzte und Pflegekräfte verfügbar. Wenn Patienten gleich zu Beginn eine ausgeprägte Demenzsymptomatik zeigen, erfolgt unter Umständen vorab eine mündliche Information an die weiterversorgende Fachabteilung³⁰.

„Der häufigste Weg von einem Demenzerkrankten bei uns ist glaub ich, dass derjenige über die Akutambulanz kommt und dann gibt es schon aus der Akutambulanz so vorsichtige Ansage, also so komplett orientiert ist die oder der nicht“ (Pflegekraft, Interview 6, Absatz 33).

Häufig scheinen sich die Ärzte in der Patientenaufnahme allerdings auf die Übermittlung medizinischer Informationen zum akuten gesundheitlichen Problem zu beschränken. Insbesondere die Pflegekräfte der Stationen betrachten diese Perspektivverengung kritisch, denn für sie ist bereits ein Hinweis auf eine bekannte Demenz wertvoll, um das weitere Vorgehen, z.B. hinsichtlich der Unterbringung der Patienten, zu planen.

Die Pflegekräfte auf den Stationen haben den häufigsten und intensivsten Kontakt zu Patienten und sind somit diejenigen Mitarbeiter, die Symptome einer Demenzerkrankung, über die bislang keine oder keine ausreichenden Informationen vorliegen, oft als erste wahrnehmen.

„Die sind vielleicht auch durch ihre Arbeit näher noch dran und erfahren so vielleicht auch mehr... auch, was ein Patient auf dem Nachttisch stehen hat, welche Fotos, dann fragt man mal: 'Sind das die Enkelkinder', da kommt ein Gespräch zustande oder so was. Das ist aber nicht Thema einer Visite, das macht man vielleicht auch mal, aber... da sind einfach die Schwestern prädestiniert, die kriegen mehr raus, einfach so durch ihre Arbeitsweise...“ (Arzt, Interview 9, Absatz 26).

Die pflegerische Anamnese, die in der Regel mit dem Eintreffen der Patienten auf der jeweiligen Station beginnt, bietet hierzu ebenfalls Gelegenheiten. Zunächst werden Hinweise auf einen bestehenden Unterstützungsbedarf gesammelt und in der Pflegedokumentation niedergelegt. Hierbei erhalten die Mitarbeiter weitere Anhaltspunkte auf kognitive Defi-

²⁹ Hinsichtlich des Ausschlusses sekundärer Demenzen sehen die Interviewpartner im Versorgungsalltag weniger große Probleme. Hier fühlen sie sich vergleichsweise kompetent, da es im Wesentlichen um die Beurteilung der Ergebnisse bildgebender Verfahren oder einschlägiger Laborparameter geht. Die Frage, welche Form einer primären Demenz möglicherweise vorliegt steht bei diesem Vorgehen aus Sicht des Krankenhauses weniger im Vordergrund.

³⁰ In Einzelfällen wird, wenn man als Ursache für kognitive Defizite und Verhaltensauffälligkeiten eine akute somatische Erkrankung vermutet, bereits in der Aufnahmesituation eine diagnostische Abklärung eingeleitet, die im Verlauf des Aufenthaltes durchgeführt werden soll.

zite und dadurch bedingte Einschränkungen, beispielsweise wenn die Patienten keine Angaben zu erfragten Sachverhalten machen können oder ihre Antworten offensichtlich falsch sind.

„Wenn wir jetzt Patienten von der Aufnahme abholen, dann haben wir so einen Aufnahmebogen, den wir ausfüllen... und dann merkt man eigentlich, wenn man ein bisschen Erfahrung hat schon relativ schnell, dass da irgend was so nicht stimmt, weil die halt z.B. gar nicht ihren Namen wissen oder den Namen der Ehefrau, Medikamente die sie nehmen, also solche Sachen“ (Pflegerkraft, Interview 23, Absatz 3).

Es scheint allerdings nicht selbstverständlich zu sein, dass kognitive Einbußen bereits zum Zeitpunkt der Pflegeanamnese entdeckt werden. Sie geraten jedoch spätestens dann in den Blick der Pflegekräfte, wenn diese beobachten, dass Patienten alltägliche Verrichtungen nicht oder nur eingeschränkt selbstständig durchführen können. Nach den Schilderungen der Interviewpartner hinterlassen Patienten in einem frühen Stadium der Demenzerkrankung, zum Teil aber auch bei fortgeschrittener Krankheit zunächst einen eher unauffälligen Eindruck. Liegen keine Hinweise von Seiten Dritter vor, werden die vorhandenen Einschränkungen dann erst relativ spät wahrgenommen.

„Aber es gibt natürlich auch die Situation, wenn eine Demenz leicht ist und derjenige noch nicht schwer beeinträchtigt ist, dass man sich so nach drei, vier Tagen fragt, also irgend etwas ist da.(lacht) Also, dass man feststellt, also, so ganz so koscher ist das nicht“ (Pflegerkraft, Interview 6, Absatz 44).

„Ja, also wir haben sehr viele Patienten, die haben noch eine sehr aufrechte Fassade und wir merken das dann in der Pflege, wo wir sagen, der Patient ist ja eigentlich selbstständig oder von unserer Anamnese her selbstständig und wir dann feststellen müssen, dass er viel weniger Sachen kann, als er wirklich angegeben hat“ (Pflegerkraft, Interview 12, Absatz 11).

Unter Umständen führen erst Hinweise der Zimmernachbarn oder die Tatsache, dass ein Patient den Rückweg zur Station nach einer Untersuchung nicht findet dazu, dass die geistige Leistungsfähigkeit der Betroffenen in den Blickpunkt des pflegerischen Interesses gerät. Es wurden mehrfach Fälle beschrieben, in denen man erst im Verlauf eines stationären Aufenthaltes – und zum Teil eher zufällig – auf eine bestehende Demenz aufmerksam wurde, obwohl die Symptome anderen Beteiligten, z.B. den Angehörigen, lange bekannt waren.

„Also sie war unheimlich traurig, hat geweint und da habe ich sie angesprochen, was passiert ist. Ja, der Ehering wäre da in den Abfluss gefallen und sie hängt ja so an dem Ring und die hat mir so Leid getan, dass ich das halbe Waschbecken da abgeschraubt habe [lacht] und ich habe ihn natürlich nicht gefunden. Dann habe ich den Techniker angefunkelt und der hat noch mal alles durchgeschaut. Na ja, irgendwie habe ich sie dann doch beruhigt und 2 Stunden später kam die Tochter zu Besuch und dann erzähle ich ihr das und da hat sie nur angefangen zu lachen und da hat sie gesagt: 'Wissen sie was, meine Mutter ist schon seit 20 Jahren geschieden und hat aus dem Ehering einen ganz normalen Ring machen lassen'" (Pflegerkraft, Interview 15, Absatz 5).

Spezifische Instrumente zur Erfassung des kognitiven Status oder von Verhaltensweisen eines Patienten werden von Seiten der Pflegekräfte nicht

eingesetzt. Teilweise sehen sich die Pflegekräfte – dies stellt einen wesentlichen Unterschied zur Situation in anderen Ländern dar – auch nicht dafür zuständig, sondern ordnen diese Erfassung dem Verantwortungsbereich der Ärzte zu und beschränken sich darauf, Beobachtungen weiterzugeben.

Da solche Instrumente fehlen, hängt die Qualität der pflegerischen Einschätzung stark vom jeweiligen Dokumentationssystem und der Art und Weise ab, wie die Pflegenden mit ihm umgehen. Die Dokumentationssysteme der beteiligten Häuser sind unterschiedlich aufgebaut. Allen gemein ist, dass zunächst systematisch die Stammdaten der Patienten erfasst werden. Parallel dazu erfolgt eine erste Einschätzung hinsichtlich ihrer Fähigkeiten zur Selbstversorgung und der Gestaltung bestimmter Lebensaktivitäten. In der Auswahl der erfassten Probleme und Ressourcen sowie der Art und Weise, wie die gewonnenen Erkenntnisse abgebildet werden, gibt es Abweichungen zwischen den Häusern. Tabelle 6 gibt einen Überblick darüber.

**Tab. 6: Erfasste Probleme und Ressourcen
in der Pflegeanamnese der verschiedenen Häuser**

| | Probleme und Ressourcen | Art der Dokumentation |
|------------------|--|--|
| Essen | <ul style="list-style-type: none"> • Atmung • Ausscheidung • Bewusstseinslage • Ernährung • Kommunikation • Körperpflege • Mobilität • Ruhen und Schlafen • Soziale Situation • voraussichtliches Entlassungsziel • vorhandene Hilfsmittel | Die Angaben zu den Lebensbereichen werden im Ankreuzverfahren gesammelt, schriftliche Erläuterungen sind in kurzer Form zu wenigen Punkten möglich. |
| Herdecke | <ul style="list-style-type: none"> • Kommunizieren • Sich bewegen • Vitalfunktionen aufrechterhalten • Sich pflegen • Essen und Trinken • Ausscheiden • Sich kleiden • Ruhen und schlafen • Sich beschäftigen • Für Sicherheit sorgen • Sich als Mann oder Frau fühlen • Mit existenziellen Lebenserfahrungen umgehen • Soziale Bereiche des Lebens sichern | Der Bogen bildet die AEDLs nach Krohwinkel ab. Die Angaben werden zu den meisten Bereichen im Ankreuzverfahren gesammelt, zu einigen Punkten sollen schriftliche Angaben gemacht werden. |
| Köln-Porz | <ul style="list-style-type: none"> • Ausscheidung • Bewusstseinslage • Ernährung • Hilfsmittel • Körperpflege/Kleidung • Mobilität • Schlafen • Soziale Situation und pflegerische Versorgung vor dem Aufenthalt | Die Angaben zu den Lebensbereichen werden im Ankreuzverfahren gesammelt, schriftliche Erläuterungen sind in kurzer Form zu wenigen Punkten möglich. |

(Fortsetzung Tab. 6)

| | Probleme und Ressourcen | Art der Dokumentation |
|----------------|---|---|
| Viersen | <ul style="list-style-type: none">• Ausscheidung• Eigene Sicherheit• Ernährung• Hautzustand• Kommunikation• Körperpflege/Kleidung• Mobilität• Orientierung/Bewusstseinslage• Ruhen und Schlafen• Vitale Funktionen | Die Angaben zu den Lebensbereichen werden im Ankreuzverfahren gesammelt, schriftliche Erläuterungen sind nur in kurzer Form zu wenigen Punkten möglich. |

In den Interviews klingt an, dass die Pflegekräfte es als schwierig empfinden, Informationen zu psychosozialen Problemlagen mit den bestehenden Systemen zu erfassen und so darzustellen, dass sie im Rahmen der Maßnahmenplanung auch genutzt werden können.

„Ja, der Pflegeanamnesebogen, da ist das eine Frage, im Original vom Anamnesebogen ist das irgendwie eine kleine Frage, wo man ankreuzen kann: somnolent, wach und so weiter. Diesen Standardzustand oder Verwirrheitszustände, Geisteszustand. Es wird abgefragt, wird aber in der Akutsituation... also es hat irgendwie gar keine Konsequenz. Wenn eine Schwester da ist und den Eindruck hat, der Patient ist jetzt verwirrt, dann macht sie da ein Kreuz, aber das hat weiter gar keine Konsequenz, so würde ich das einschätzen“ (Pflegekraft, Interview 1, Absatz 7).

Erschwerend kommt hinzu, dass Häufigkeit und Intensität psychischer oder sozialer Auffälligkeiten im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes tendenziell zunehmen. Teilweise entwickeln sie sich auch erst nach einigen Tagen, d.h. zu einem Zeitpunkt, zu dem die routinemäßige Informationserfassung bereits als abgeschlossen gilt. Eine umfassende Neueinschätzung auf der Basis einer vertiefenden pflegerischen oder ärztlichen Anamnese ist allerdings unüblich.

Bezogen auf die Sensibilität, mit der Pflegekräfte Veränderungen wahrnehmen und ihre Beobachtungen weitergeben, bestehen außerdem Unterschiede. Zum einen wird dies mit der fachlichen Kompetenz der einzelnen Pflegenden und ihrer Berufserfahrung begründet, zum anderen werden auch Unterschiede aufgrund der fachlichen Ausrichtung der Stationen gesehen.

„Das kommt sicher vor. Dass halt das Personal das nicht so richtig mitbekommt, dass da jemand eine Fassade aufbaut. Weil, auch das hängt dann immer von dem Erfahrungswert oder dem Erfahrungsstatus desjenigen, sowohl des Arztes als auch des Pflegepersonals ab“ (Entlassungsmanagement, Interview 16, Absatz 11).

„Also, kommt auch so ein bisschen auf die Fachdisziplin an. Also, auf den internistischen Stationen fällt es den Schwestern auf, in der Neurologie auch, aber auf den chirurgisch-orthopädischen geht da mal so ein Patient unter und dann ist es tatsächlich der Sozialdienst der sagt: 'Hallo, können wir den Menschen überhaupt so in die Reha, orthopädische Reha oder sonst was schicken, ist der nicht ein bisschen arg auffällig?'" (Entlassungsmanagement, Interview 20, Absatz 13).

Auch die ärztlichen Interviewpartner berichten, dass sich ihrer Erfahrung nach die Symptome einer Demenzerkrankung im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes neu manifestieren oder sich in dessen Verlauf verstärken können. Sie schreiben dies zum einen den negativen Auswirkungen der Krankenhausumgebung zu und weisen auch auf den möglichen Einfluss einer akut bestehenden Erkrankung hin.

„Doch, das sehen wir auch sehr sehr oft. Also, das ist ja häufig bei den älteren Leuten so, dass einfach die andere Umgebung, wenn sie eben ihre gewohnte Umgebung verlassen, dass dann vielleicht eine diskrete Demenz, die schon vorbestehend ist sich dann hier auch akut noch mal deutlich verschlechtert“ (Arzt, Interview 3, Absatz 9).

„Gerade bei Patienten, die zu Hause gut funktioniert haben in ihren eigenen vier Wänden, die z.B. länger alleine leben, dass es von außen keiner merkt, wo auch nach außen hin die Fassade gut erhalten ist. Und wenn dann eine Infektion hinzu kommt oder eine Blutzuckerentgleisung oder ähnliches, also ein somatischer Stressfaktor und dann eine Ortsänderung hinzukommt, dann kann eben eine latent bestehende demenzielle Entwicklung plötzlich sich ausweiten und dann auch zu einem erheblichen Problem werden“ (Arzt, Interview 21, Absatz 13).

Bei der Planung pflegerischer Maßnahmen orientieren sich die Systeme aller Häuser an der Systematik der so genannten Pflegepersonalregelung (PPR). Die geplanten Pflegemaßnahmen werden in die Bereiche allgemeine und spezielle Pflege eingeteilt. Die allgemeinen Pflegeleistungen bilden die von den Pflegekräften eigenständig planbaren Maßnahmen ab, wohingegen sich die speziellen Pflegeleistungen auf ärztlich verordnete, behandlungspflegerische Maßnahmen beziehen.

In allen Dokumentationssystemen ist ein bestimmtes Leistungsspektrum fest vorgegeben, aus dem die Pflegekräfte die aus ihrer Sicht notwendigen Maßnahmen auswählen können. Hinsichtlich der allgemeinen Pflegeleistungen werden nahezu ausschließlich körperbezogene Pflegemaßnahmen formuliert. Lediglich in einem Fall (Krankenhaus Porz) ist vorgesehen, mit Hilfe der vorgegebenen Leistungen die „allgemeine Beaufsichtigung“ und „Anleitung und Beratung“ eines Patienten zu planen. Bezogen auf die Möglichkeiten, pflegerische Maßnahmen die über die vorgegebenen Leistungen hinausgehen, in die Planung aufzunehmen, bestehen Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern: Im Krupp-Krankenhaus Essen wie auch im Krankenhaus Herdecke besteht die Möglichkeit, Maßnahmen frei zu formulieren und zusätzlich mit aufzunehmen. Die schriftliche Maßnahmenplanung des Krankenhauses Porz hingegen erlaubt keine ergänzende Formulierung zusätzlicher Interventionen. Im System des Krankenhauses Viersen schließlich besteht die Möglichkeit zu Ergänzungen, allerdings nur in sehr geringem Umfang³¹.

³¹ In den Dokumentationssystemen aller beteiligten Häuser besteht die Möglichkeit, im Rahmen des Pflegeberichtes Maßnahmen zu dokumentieren, die nicht vorab in der pflegerischen Planung berücksichtigt wurden. An gleicher Stelle können Informationen zu Besonderheiten, die während der pflegerischen Versorgung aufgetreten sind sowie andere Auffälligkeiten dokumentiert und weitergegeben werden.

4.4 Versorgungsalltag

Die Einschränkungen und Verhaltensweisen, die Patienten aufgrund einer bestehenden Demenzerkrankung zeigen, beeinflussen auf vielfältige Weise die Versorgung während des Aufenthaltes. Wenngleich die Problemkonstellationen der medizinischen und pflegerischen Versorgung große Ähnlichkeiten zeigen, sind es in erster doch die Pflegenden, die mit ihnen im Alltag konfrontiert werden und geeignete Handlungsstrategien entwickeln müssen. Das Zusammentreffen von Ärzten und Patienten findet primär im Rahmen der Visiten und während der Durchführung medizinischer Maßnahmen statt. Es ist somit weniger häufig und bleibt gewöhnlich auch zeitlich begrenzt.

Konsequenzen von Informationsdefiziten

Informationslücken werden von den Pflegekräften unter anderem deshalb als Erschwernis empfunden, weil sie sich nicht frühzeitig auf Bedürfnisse und Verhaltensweisen des Patienten einstellen können und daher erst im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes, gewissermaßen auf dem Weg des Experimentierens, geeignete Handlungsstrategien entwickeln müssen. Dies betrifft beispielsweise Informationen über die bisherige Alltagsgestaltung und bewährte Formen des Umgangs mit Verhaltensweisen. Hierbei werden eben nicht sofort die besten Lösungen gefunden.

„Also, so welche tagesstrukturierenden Maßnahmen der Mensch hat und welche Gewohnheiten, das ist in der Regel, das wird nicht übermittelt und ist dann eben durch die Bezugspflege ... ja, ein Experiment des Herantastens, wo die Einschränkungen liegen oder welche Gewohnheiten angenehm sind oder nicht angenehm sind, also das ist immer ein Lotteriespiel“ (Pflegekraft, Interview 6, Absatz 31).

„Ja, also was uns fehlt, sind so die Vorlieben des Patienten, gerade was das Essen anbelangt, also wir können die meisten Sachen ja wirklich nur erraten, dann wär es ganz schön, wenn wir da mehr Informationen hätten. Lebensgewohnheiten des Patienten, wir kennen keine Hobbys, wir kennen halt eben nichts aus der Biografie, was macht er gerne, womit könnten wir ihn, wenn es sein Krankheitsbild anbelangt, beschäftigen. Das sind Sachen, die uns fehlen“ (Pflegekraft, Interview 12, Absatz 3).

Die ungesicherte Informationslage trägt zusammen mit Unterschieden in der Intensität, in der die Berufsgruppen das Verhalten der Patienten beobachten können, zu abweichenden Einschätzungen von Ärzten und Pflegekräften bei. Dies birgt ein gewisses Konfliktpotenzial in der Zusammenarbeit, insbesondere wenn es darum geht, Entscheidungen über Sinn und Notwendigkeit medizinischer oder pflegerischer Maßnahmen zu treffen.

„Wir kommen mit den Leuten wirklich in Kontakt. Wir wissen... es ist vor allem wirklich ein Problem bei den Leuten, die eine gute Fassade haben, wo man das nicht so innerhalb einer Visite von 3 Minuten mal mitkriegt. Die geben vielleicht auch punktuell mal die richtige Antwort und der Rest verschwimmt dann wieder so im Nichts und im Tagesablauf und die Ärzte kriegen das womöglich gar nicht mit und halten uns dann auch noch für blöde und sagen: 'Was erzählst du denn da, der gibt bei den Visiten immer die richtigen Antworten'“ (Pflegekraft, Interview 24, Absatz 143).

Werden kognitive Einschränkungen von den Ärzten nicht erkannt oder unterschätzt, entsteht die Gefahr, dass die Betroffenen im Hinblick auf ihre Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie überfordert werden und somit der Behandlungserfolg gefährdet wird (Archibald 2003). Es kann z.B. dazu kommen, dass eine notwendige Flüssigkeitskarenz vor Untersuchungen von den Patienten (unbemerkt) nicht eingehalten wird oder die Einnahme von Medikamenten unterbleibt.

Generell ist darauf hinzuweisen, dass Informationsdefizite beim Krankenseintritt unter Umständen dazu führen, dass behandlungsrelevante, mit einer Demenzerkrankung verknüpfte Problemlagen während des Aufenthaltes zu spät oder gar nicht identifiziert werden. Was dies, abgesehen von den Problemen im stationären Versorgungsalltag, im einzelnen mit sich bringen könnte, kann an dieser Stelle nur angedeutet werden.

In der Literatur wird beispielsweise auf ein häufiges Vorkommen begleitender *depressiver Episoden*, insbesondere in der frühen Krankheitsphase, hingewiesen. Rund ein Drittel der Demenzerkrankten ist davon betroffen (Kitwood 2000, Gutzmann/Zank 2005). Demenzerkrankungen können also depressive Episoden anstoßen, Depressionen wiederum führen häufig zur Beeinträchtigung von Eigeninitiative und kognitiven Fähigkeiten. Insofern besteht eine gewisse Gefahr der Verwechslung beider Krankheitsbilder. Bei depressiven Symptomatiken ergibt sich mithin die Notwendigkeit einer diagnostischen Abklärung, da je nach Ursache mit unterschiedlichen Therapien reagiert werden muss (Arnold 2005). Im Krankenhaus besteht die Gefahr des Übersehens oder der Unterschätzung derartiger Symptome, da sie sich in vielen Fällen weniger störend auf die Diagnose- und Behandlungsabläufe auswirken. Die Patienten weisen häufig eine eher passive und scheinbar kooperative Grundhaltung auf. Dennoch besteht die Gefahr, dass die Betroffenen während des Krankenhausaufenthaltes und auch im Anschluss daran nur wenig Motivation zur Übernahme einer aktiven Rolle bei der Krankheitsbewältigung aufbringen können.

Demenz ist nicht „heilbar“, aber der Krankheitsverlauf lässt sich hinauszögern. Im Frühstadium der Erkrankung bestehen hierfür die besten Chancen (Schröder 2000). Das frühzeitige Erkennen beginnender Demenzerkrankungen ist daher von zentraler Bedeutung für den Therapieverlauf. Darüber hinaus eröffnet sich letztlich erst mit der Diagnosestellung die Möglichkeit, den Betroffenen und ihren Angehörigen Zugang zu geeigneten Behandlungs- und Hilfsangeboten zu verschaffen und somit die Versorgungssituation längerfristig zu stabilisieren (vgl. Diefenbacher/Arolt 2003). Liegt also bei der Krankenhausaufnahme keine gesicherte Diagnose vor und werden auch durch das Krankenhaus selbst keine weiteren diagnostischen Schritte eingeleitet bzw. empfohlen, wird die Chance verpasst, dem Patienten einen frühzeitigen Zugang zu den benötigten Hilfen zu ermöglichen.

Kooperation zwischen Mitarbeitern und Patienten

Viele Probleme im Versorgungsalltag hängen damit zusammen, dass demenziell erkrankte Patienten nur bedingt in der Lage sind, das Versorgungsgeschehen und die damit verbundenen Erwartungen an sie nachzuvollziehen.

Generell fällt es den Pflegekräften schwer, sich einen verlässlichen Eindruck der Befindlichkeit des Patienten zu verschaffen, der in vieler Hinsicht notwendig ist, um eine bedürfnisgerechte und schonende pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Die Patienten sind häufig nicht fähig, ihre Bedürfnisse und Probleme so zu kommunizieren, dass die Pflegekräfte sich ein umfassendes und differenziertes Bild davon machen können.

„...wenn zum Beispiel in der Vorstellung dann gefragt wird wo Schmerzen sind, wo Beschwerden sind, dass die sich also gar nicht äußern können, nicht gut äußern können, höchstens eben in der kindlichen Form auch, dass die also sagen: 'Ja da', oder 'im Bauch, der Bauch tut weh' oder 'mein Bein, mein Bein', also ganz konkret sich auch nicht äußern können zur Art des Schmerzes und, ja, wo die Schmerzen liegen, also es kommt ja auf die Schmerzart vielfach an, wie der Schmerz ist, z.B. können demenzkranke Patienten ganz schlecht, eigentlich gar nicht äußern...“ (Pflegekraft, Interview11, Absatz 3).

Häufig benötigen demenzkranke Patienten in Folge ihrer Erkrankung Unterstützung bei alltagspraktischen Verrichtungen wie etwa der Körperpflege, bei der Nahrungsaufnahme oder während eines Toilettengangs. Auch die Umsetzung medizinisch-therapeutischer Vorgaben, z.B. die Medikamenteneinnahme, ist ihnen oft nicht selbstständig möglich.

„Ja die Medikamente. Wir halten die ja zurück, wir stellen die nicht ins Zimmer, weil der nimmt sonst alle auf einmal oder gar keine. Und der versteckt die, schmeißt die weg, weiß man ja alles nicht. Deshalb halten wir die zurück und geben die immer bei unseren Runden. Morgens, mittags und abends geben wir dem Patienten die“ (Pflegekraft, Interview 24, Absatz 154).

Die Versorgung in diesen Bereichen wird von den Pflegenden zwar als zeitaufwändig beschrieben, zugleich jedoch als wenig problematisch, wenn sich die Patienten grundsätzlich „kooperativ“ verhalten. Unter diesen Umständen wird von gewohnten Versorgungsroutinen nur wenig abgewichen. Pflegekräfte sind jedoch oft nicht in der Lage, den Betroffenen die Notwendigkeit pflegerischer oder medizinischer Maßnahmen deutlich zu machen und so auf ihre aktive Mitarbeit hinzuwirken oder zumindest die „Duldung“ von Maßnahmen zu erreichen. Die bei anderen Patienten erprobten und bewährten Lösungsansätze versagen in diese Hinsicht zwangsläufig. Immer wieder kommt es dazu, dass demenzkranke Patienten die Durchführung bestimmter Maßnahmen verweigern.

„... dass der Patient wegläuft, dass der Patient die Behandlung verweigert, dass der Patient seine Medikamente nicht nimmt oder man ihm die nicht geben kann. Das sind ja so klassische Themen“ (Pflegekraft, Interview 1, Absatz 3).

Können Erklärungen nicht überzeugen, versucht man, die Patienten durch die Einbindung Angehöriger umzustimmen. Gelingt auch dies nicht, wird zum Teil die Durchführung der Maßnahmen zurückgestellt. Die Pflegekräfte schildern derartige Erfahrungen vor allem im Zusammenhang mit Tätigkeiten wie der Medikamentengabe, der Verabreichung von Injektionen oder der Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Probleme bei der grundpflegerischen Versorgung scheinen seltener vorzukommen oder werden von den Pflegekräften als weniger großes Problem betrachtet.

Aus ärztlicher Sicht stellt sich die Ablehnung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen als ausgesprochen problematisch dar. Die befragten Ärzte schildern mehrere Situationen, in denen demenzkranke Patienten die Durchführung von Maßnahmen durch körperliche Abwehrhandlungen unmöglich machen oder eine notwendige Mitarbeit verweigern. Die Ärzte müssen in diesem Fall eine Entscheidung darüber treffen, ob die jeweilige Maßnahme unumgänglich ist (um eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern) oder ob die Durchführung zunächst verschoben werden kann. Im letztgenannten Fall ist es dann ggf. notwendig, betreuungsrechtliche Schritte einzuleiten, um unter Umständen auch gegen den Widerstand des Patienten tätig werden zu können.

Eine ähnliche Problematik ergibt sich, wenn die kognitiven Defizite der Betroffenen nach Einschätzung der Mediziner so stark sind, dass sie offensichtlich zu einer rechtsgültigen Einwilligung in die geplanten Maßnahmen nicht in der Lage sind. Die Einrichtung einer Betreuung ist allerdings oft mit einem zeitlichen Aufwand verbunden, der sich im Hinblick auf die angestrebte Dauer der Krankenhausbehandlung als problematisch erweist und die Ärzte unter Umständen vor einen Entscheidungskonflikt stellt.

„Und kompliziert wird es dann, wenn er nicht geschäftsfähig ist, dann müsste man theoretisch erst korrekterweise eine Betreuung einrichten, das dauert lange. So lange kann man mit der Diagnostik oft nicht warten, also eine DRG-Begründung, wir haben jetzt eine Woche auf die Betreuungsurkunde gewartet, das gibt es ja nicht. Es ist auch so, dass dann eine Diskussion – da geht es auch ein bisschen in die Berufsethik – anfängt, machen wir bei dem noch eine Koronarangiografie, wo der so dement ist...“ (Arzt, Interview 9, Absatz 22).

Unter Umständen kommt es dann – im Bewusstsein, sich auf rechtlich unsicherem Terrain zu bewegen – zur Fortsetzung der Diagnostik und Therapie in Absprache mit den Angehörigen der Betroffenen.

Eine bestehende Demenzerkrankung beeinflusst nach den Aussagen der Interviewpartner auch die Entscheidung über die Form der Therapie. Angesichts der eingeschränkten Möglichkeiten der Patienten, sich aktiv an der Behandlung zu beteiligen, werden komplexe Therapieformen, die hohe Anforderungen an ihre Mitwirkung stellen, nur zurückhaltend eingesetzt.

„Also dass man, was weiß ich, jetzt irgendwelche komplizierten... Gerade z.B. bei den Diabetikern, dass man da eben dann kein intensiviertes Schema oder so machen kann“ (Arzt, Interview 3, Absatz 19).

Auch die mit einer Demenzerkrankung assoziierten Gefährdungen, denen die Betroffenen im Verlauf der weiteren Versorgung ausgesetzt sein könnten, üben unter Umständen einen Einfluss bei der Wahl der Therapie aus.

„Ein Beispiel dafür wäre Antikoagulation bei verschiedensten Erkrankungen, z.B. nach Lungenembolie, bei Vorhofflimmern, wo man sagt, einfach aus Gründen oder als Ursache der Demenz ist z.B. die Sturzgefahr so groß, dass die Gefahr von Blutungen im Rahmen der Antikoagulation höher einzuschätzen ist, als der Profit, den der Patient durch die Antikoagulation hat. Das wäre z.B. ein Beispiel wo teilweise wirklich auch gravierende Entscheidungen getroffen werden...“ (Arzt, Interview 18, Absatz 42).

Als problematisch sehen die Interviewpartner auch die Tatsache, dass die Identifizierung gesundheitlicher Probleme sich bei Demenzkranken aufgrund der schlecht abgrenzbaren Symptomatik und der mangelnden Fähigkeit der Betroffenen, sich zu artikulieren, häufig nicht gelingt oder lange Zeit in Anspruch nimmt. So kann es dazu kommen, dass sich die akuten Gesundheitsprobleme im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes nicht eingrenzen lassen und dementsprechend auch keine ursächliche Behandlung stattfindet. Angesichts des Drucks, den Krankenhausaufenthalt im Rahmen der durch die DRG-orientierte Vergütung vorgegebenen Zeitdauer zu beenden, werden unter Umständen auch Entscheidungen getroffen, die eine Weiterversorgung in anderen Einrichtungen oder in der häuslichen Umgebung zeitnah ermöglichen sollen. Einige Interviewpartner weisen darauf hin, dass ihrer Meinung nach bei diesen Erwägungen die Patienteninteressen nicht immer ausreichend berücksichtigt werden.

„Viele Patienten werden entlassen letztendlich mit... Verlegenheitsdiagnosen oder mit allgemeinen Diagnosen und... kommen oft ja auch nach kurzer Zeit wieder, wenn die heimische Versorgung nicht ausreichend gut ist“ (Arzt, Interview 8, Absatz 3).

„Die Frage, die man sich zunächst ja immer mal stellen und beantworten muss ist, ist es erstens überhaupt gewünscht und zweitens sinnvoll. Nur was nicht passieren sollte, was vielleicht mitunter passiert, aber was nicht passieren sollte ist, dass es so einen Automatismus gibt: Patient isst nicht richtig, also kriegt Patient eine PEG-Sonde. Patient kann sich nicht richtig äußern, also... wird er schon haben wollen“ (Arzt, Interview 21, Absatz 36).

Eine bestehende Demenzerkrankung kann sich aus ärztlicher Sicht also in zweierlei Hinsicht auf die Verweildauer der betroffenen Patienten auswirken. Werden die medizinischen Maßnahmen durchgeführt, ohne Abstriche aufgrund verhaltensbedingter Probleme oder zu klärender Rechtsfragen zu machen, verlängert dieses Vorgehen unter Umständen die Aufenthaltsdauer der Patienten. Nimmt man wegen mangelnder Beteiligung des Betroffenen Abstand von der Erbringung einzelner diagnostischer und therapeutischer Leistungen, wirkt sich das eventuell sogar verkürzend auf die Liegezeit aus.

Desorientierung und motorische Unruhe

Die Notwendigkeit, sich in einer ungewohnten Umgebung zu orientieren, führt bei vielen der Patienten zur Überforderung. Selbst wenn noch gewisse Potenziale vorhanden sind, stoßen sie nach Wahrnehmung der Pflegekräfte in der Umgebung des Krankenhauses häufig an ihre Grenzen.

„Ja, es ist halt so, dass in den Zimmern, da gibt es Leute, die grenzen dann ihren Bereich ins Zimmer ein und wissen: 'O.K., ich laufe einmal ums Bett, da ist die Toilette'. Es gibt Leute die das noch schaffen. Aber wenn die die Tür zur Toilette verfehlen und kommen auf den Flur, dann sehen alle Zimmertüren gleich aus. Und wenn die die Station verlassen sieht der ganze Bereich gleich aus“ (Pflegerkraft, Interview 24, Absatz 118).

Eines der am häufigsten geschilderten Phänomene stellen so genannte Wanderungstendenzen³² und andere Formen motorischer Unruhe dar. Von den Pflegekräften werden sie in hohem Maße mit einer möglichen Selbstgefährdung der Patienten assoziiert. Als Ursachen kommen in den Augen der Interviewpartner verschiedene Faktoren in Betracht: Möglicherweise entstehe Angst vor der fremden Umgebung und dem Vorhandensein vieler fremder Personen. Auch Langeweile, hervorgerufen durch den eintönigen Krankenhausalltag und mangelnde Beschäftigungsmöglichkeiten, werden als Erklärungen ins Feld geführt.

„Und dass die da auf dumme Gedanken kommen ist klar. Also wenn ich da selber liegen würde und wüsste nicht wo ich bin würde ich auch abhauen... das ist eigentlich fast nachzuvollziehen“ (Pflegekraft, Interview 17, Absatz 121).

„Und wenn die Beschäftigung tagsüber nicht stattfindet und die nächtliche Unruhe eintritt, ja da gibt es eben diesen Schlaf/Wachrhythmus der dann verschoben wird oder es ist dann eben ein Teufelskreislauf, der dann eben bis zur Fixierung enden kann“ (Pflegekraft, Interview 6, Absatz 79).

Als problematisch wird in diesem Zusammenhang die hektische und laute Atmosphäre des Krankenhauses beschrieben, die sich in der Wahrnehmung der Interviewpartner verstärkend auf ohnehin bestehende Unruhezustände auswirkt.

„Und wenn es um Unruhe geht, dann sind natürlich die Patienten das eine, die vielleicht auch unruhig sind, aber auf den anderen Stationen macht, zumindest bei uns, macht eben vieles andere noch eine Unruhe, da machen wir Pflegenden Unruhe, da machen die Ärzte Unruhe, da ist unglaublich viel lauter Umsatz, weil, man muss auch mal von der einen Seite auf die andere kurz rufen: 'Hör mal, kannst du mal eben, da und so'" (Pflegekraft, Interview 6, Absatz 170).

Für die Pflegekräfte ist es eher zweitrangig, ob unruhige Patienten gezielt die Station verlassen oder aufgrund von Orientierungsproblemen nicht in der Lage sind, ihr Zimmer wieder zu finden. Wenn ein Patient „wegläuft“, resultieren daraus für sie zunächst ganz praktische Probleme: Sie sehen sich in der Verantwortung, die Sicherheit der von ihnen betreuten Patienten zu gewährleisten und sie ggf. zu beobachten. Die räumliche Gestaltung der Stationen, die krankenhaustypischen Arbeitsabläufe und eine hohe Arbeitsbelastung machen dies in ihren Augen jedoch schwierig, teilweise sogar unmöglich. Wenn die Patienten nicht auf der Station angetroffen werden, ergibt sich die Notwendigkeit – unter hohem Personaleinsatz – eine Suche im gesamten Krankenhaus durchzuführen. Nach der Beobachtung der verschiedenen Interviewpartner zeigen sich Wanderungstendenzen und unruhiges Verhalten zudem verstärkt in den Abendstunden und nachts, wenn die dünne Personaldecke es nochmals problematischer macht, mit diesem Verhalten umzugehen.

³² Der Begriff „Wanderungstendenz“ lehnt sich an den international gebräuchlichen pflegerischen Fachbegriff „wandering“ an (vgl. z.B. Algase 1999). Auf den in Deutschland gängigen, aber fachlich umstrittenen Begriff „Wegläuftendenz“ wird an dieser Stelle verzichtet.

Wenn eine Demenzerkrankung den Pflegekräften von Beginn an bekannt ist oder sie Orientierungsschwierigkeiten und Wanderungstendenzen beobachten, schlägt sich dies ggf. in der Organisation der räumlichen Unterbringung nieder. Den Patienten wird dann z.B. ein Raum in der Nähe des Stationszimmers zugewiesen, in der Hoffnung, so bessere Beobachtungsmöglichkeiten zu haben. Durch den räumlichen Gesamtaufbau der Stationen ist die Reichweite dieser Maßnahme allerdings begrenzt. Die Beobachtungsmöglichkeiten werden häufig dadurch beschränkt, dass ein Verlassen durch Notausgänge oder Fahrstühle möglich ist, die nicht unbedingt von den Pflegenden einzusehen sind. Die Mitarbeiter greifen auf verschiedene Tricks und Hilfsmittel zurück, um ausreichende Kontrolle auszuüben, dies gelingt jedoch offensichtlich in vielen Fällen nicht.

„Ja, so von mir aus gucke ich immer, dass so Patienten mit dieser Erkrankung, also dass die möglichst in Nähe des Schwesternzimmers untergebracht werden, dass man also nicht, also hier von vorn, von 202 bis 215 hinten, wir haben einen ganz langen Flur, wir sind hier mittig oder sagen wir mal, im vorderen Drittel, das Schwesternzimmer, dass die also jetzt nicht auf 213, 214 liegen wo man so gar nicht irgendetwas sieht. So eher in Nähe des Schwesternzimmers, so ein Zimmer vielleicht davor, dass man, wenn die sich mal auf Socken machen (lacht), dass man das dann z.B. im Vorbeigehen dann noch sehen kann und da reagieren kann und man geht auch öfter reingucken, wenn die näher sind. Das ist einfach so, wenn einer jetzt da hinten liegt dann wird der auch mal schneller, muss man einfach so sagen, im Alltagsstress schon mal vergessen“ (Pflegekraft, Interview 11, Absatz 5).

„Ich mein, wenn ich nachts bin, dann mach ich einen großen Löffel auf die Türklinke“ (Pflegekraft, Interview 24, Absatz 64).

Durch die eingeschränkte Selbstständigkeit und bestehende Orientierungsprobleme demenzkranker Patienten ergibt sich vielfach die Notwendigkeit einer intensiven *Begleitung vor und während der Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen*. Dies ist häufig mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden. Die Betroffenen müssen ggf. nicht nur in die entsprechenden Funktionsabteilungen gebracht werden, teilweise erweist es sich auch als notwendig, mit dem Patienten dort zu verbleiben. In einigen Häusern übernehmen so genannte Hol- und Bringdienste üblicherweise den Transport von Patienten, was sich bei demenzkranken Menschen als problematisch erweisen kann. Es ergibt sich dann unter Umständen ein Dilemma, in dem die Pflegekräfte sich zwischen der ihrer Meinung nach angemessenen Vorgehen und den durch die Stationsabläufe vorgegebenen Notwendigkeiten entscheiden müssen. Versuche, die Abläufe in den Funktionsabteilungen so zu beeinflussen, dass eine aus Sicht der Pflegenden akzeptable Lösung gefunden werden kann, gelingen in den Augen der Interviewpartner zu selten.

„Je nachdem wie der Grad der Verwirrtheit ist, kann man den Patienten eigentlich nicht fremden Leuten anvertrauen, da muss eigentlich von der Station jemand mitgehen. Das gibt oft Konflikte, weil einfach die Zeit nicht da ist. Also das würden die Pflegenden gerne tun, manchmal ist auch ein Praktikant da, wenn man jemand hat, dem man sagt: Lauf mal mit und bleib dabei, pass auf. Aber das ist oft schon auch schwierig. also in der Regel muss dabei irgendjemand dabei sein, auch zum Röntgen oder EEG, sonst kommen die Mitarbeiter in der anderen Abteilung eigentlich gar nicht klar“ (Pflegekraft, Interview 1, Absatz 15).

„Was wir dann schon manchmal machen ist, am Telefon dazu sagen, dass der dement ist und fragen, ob sie ihn sofort drannehmen. Wenn sie ihn sofort rannehmen, bleibe ich dabei. Aber wenn das nicht klappt... stellen wir den manchmal wirklich da hin, geben noch mal kurz Info: 'Aufpassen' und dann müssen wir da wieder weg" (Pflegekraft, Interview 24, Absatz 136).

„Normalerweise müssen sie eine Betreuung oder jemanden haben, der sie begleitet. Die Papiere werden aufs Bett geschmissen, der Patient wird vom Hol- und Bringedienst abgeholt und dahin gefahren zu den Untersuchungen. Ob der nun eine halbe Stunde dort warten muss oder nicht und im Röntgen sitzt oder nicht, ich glaube da haben wir wenig Einfluss" (Pflegekraft, Interview 6, Absatz 51).

Um kognitiv eingeschränkten Patienten das Zurechtfinden in der ungewohnten Umgebung zu erleichtern, bemühen sich die Pflegekräfte darum, Orientierungshilfen zu schaffen:

„Es kommt manchmal vor, dass Erkennungszeichen auf Türen geklebt werden, damit sie ihre Zimmer finden in manchen Abteilungen, aber das ist auch nicht Gang und gäbe, das ist eher, dass ich das mal auf der Neurologie sehe, wo ich aber nicht so viel bin" (Entlassungsmanagement, Interview 4, Absatz 3).

Insbesondere wenn die Pflegenden annehmen, dass Demenzkranke trotz aller Bemühungen versuchen werden, die Station zu verlassen, werden Maßnahmen zur Abfederung negativer Konsequenzen ergriffen. Es werden zum Teil Kleidungsstücke mit Aufklebern oder Zetteln versehen, so dass für andere Mitarbeiter des Krankenhauses ersichtlich ist, dass der Patient seine Station verlassen hat und nicht in der Lage ist, sich zu orientieren. Allerdings ist dieses Vorgehen in den Augen der Pflegekräfte unter Umständen erniedrigend für die Betroffenen; es bietet im Übrigen keine Gewähr dafür, dass der Patient das Krankenhaus nicht doch verlässt und sich in diesem Kontext unter Umständen selbst gefährdet.

„Es ist auch schon oft vorgekommen, dass die Patienten, obwohl die stationär gelegen haben, wieder zu Hause erschienen sind... zu Fuß. Also sie sind wirklich weggelaufen, das ist auch schon mal passiert. Dass sich die Familie gewundert hat, dass diejenigen vor der Tür stehen" (Pflegekraft, Interview 15, Absatz 37).

Verhaltensweisen

Als besonders problematisch erweisen sich aus Sicht der Pflegekräfte Verhaltensweisen, die im Kontext des Krankenhausaufenthaltes Gefährdungen oder erhebliche Störungen verursachen.

Hierzu gehören auch und besonders sozial „unangemessene“ Verhaltensweisen. Sie umfassen nach den Schilderungen der Interviewpartner ein breites Spektrum. Es reicht vom Ausziehen der Bekleidung über das Urinieren im öffentlichen Bereich der Station bis hin zu Übergriffen in den persönlichen Lebensbereich anderer Patienten. Derartiges Verhalten macht in den Augen der Interviewpartner ein unmittelbares Eingreifen erforderlich. Außerdem beeinträchtigt es unter Umständen das Zusammenleben mit anderen Patienten oder Besuchern erheblich. Die Mitarbeiter stehen den so entstandenen Situationen häufig recht hilflos gegenüber, weil sie kaum Ansatzpunkte sehen, auf das Verhalten einzuwirken.

„Ja, es kommt schon mal vor, dass die Patienten von den Anderen Anziehsachen benutzen [lacht], das ist so, dass vieles vertauscht wird. Also es ist manchmal wirklich viel Durcheinander“ (Pflegerkraft, Interview 15, Absatz 37).

„Ich finde eben, dass auch dieser schwierige Ablauf auf den Stationen, dass dann eben so ein Mensch auf dem Flur steht und sich die Windelhose auszieht und als Pflegenden man irgendwie drauf reagieren muss und aber es eigentlich gar nicht adäquat kann“ (Pflegerkraft, Interview 6, Absatz 209).

„Ja und der, immer raus. Ohne Hemdchen oder mit nacktem Unterkörper und dann rennt der da über den Flur. Und dann kommt Besuch und: 'Ohhh' und dann ist man nur am einfangen“ (Pflegerkraft, Interview 24, Absatz 121).

Auch aggressiv gefärbtes Verhalten wird bei Demenzzkranken regelmäßig beobachtet. In erster Linie handelt es sich dabei um verbale Auffälligkeiten. Dies wird zwar als störend, aber wenig gefährlich eingestuft. Körperlich aggressive Verhaltensweisen treten nach Einschätzung der Interviewpartner weniger häufig auf. Hervorgerufen werden sie nach deren Einschätzung oftmals dadurch, dass bestimmte andere Verhaltensweisen der Patienten nicht toleriert werden und man versucht, diese zu unterbinden.

„Und dann werden die irgendwann zurück gebracht oder wir kriegen es noch mit auf dem Flur (...) 'Nein' und 'Ich will nicht' und dann fangen sie auch manchmal an um sich zu schlagen und zu treten“ (Pflegerkraft, Interview 17, Absatz 112).

„Das, denk ich, trägt dann auch wieder dazu bei, dass derjenige dann vielleicht noch verwirrter wird oder dann auf einmal aggressiv wird oder so. Und dann reagiert man als Pflegepersonal wieder anders darauf oder irgendwann gereizt und das steigert sich irgendwie und ... das finde ich auch wieder sehr schwierig, man muss immer versuchen, dass es nicht so eskaliert“ (Pflegerkraft, Interview 24, Absatz 63).

Solche Situationen werden von den Pflegekräften als emotional sehr belastend geschildert. Handlungsmöglichkeiten sehen sie kaum, so dass häufig ein Arzt hinzugezogen wird³³. Dies geschieht vor allem in Situationen, die als nicht mehr beherrschbar eingeschätzt werden und in denen sie sich Unterstützung durch die Gabe von Medikamenten oder die rechtliche Absicherung hinsichtlich freiheitsbegrenzender Maßnahmen verschaffen wollen.

„Ja, Pflege tritt ganz oft an uns heran, weil die natürlich näher am Patientenkontakt sind. Wir machen vielleicht Visite oder wenn wir über den Flur laufen hören den rufen und denken 'aha, der schon wieder', aber die Schwestern müssen es ausbaden, ist klar, die sind ganz nah am Patienten, haben den 24 Stunden und die kommen halt und sagen: 'Also, so geht das nicht, geben sie dem mal endlich was.' Die setzen einen auch unter Druck und ... 'der läuft uns ständig weg, wir können da keinen

³³ Von den Ärzten werden Verhaltensauffälligkeiten oft weniger häufig wahrgenommen als von den Pflegenden. Aufgrund des vergleichsweise seltenen Patientenkontaktes sind diese für sie vorwiegend dann zu beobachten, wenn sie sich zufällig im öffentlichen Bereich einer Station zeigen. Informationen über problematische Verhaltensweisen werden also häufig von Seiten der Pflegekräfte an die Ärzte herangetragen.

neben stellen, der rennt von der Station'. Die Patienten sind ja auch gefährdet und die Schwestern verweisen dann ja auch auf ihre Aufsichtspflicht und so, der sie nicht nachkommen können, die sind in einem echten Konflikt" (Arzt, Interview 9, Absatz 10).

Zeigen Patienten sozial unangemessenes oder aggressives Verhalten, wird eventuell eine Unterbringung im Einzelzimmer angestrebt oder ein in den Augen der Pflegekräfte „belastbarer“ Mitpatient gesucht. Die Gestaltungsmöglichkeiten der Pflegekräfte sind in dieser Hinsicht jedoch häufig eingeschränkt. Gerade im Zuge kurzfristiger Aufnahmen muss in der Praxis auf das zunächst verfügbare Patientenzimmer zurückgegriffen werden. Außerdem sind in den Augen der Interviewpartner auch die Interessen anderer Patienten zu berücksichtigen, die aufgrund ihrer Erkrankung ebenfalls nur eingeschränkt belastbar sind.

„Ich glaube, bei der Raumverteilung sind wir auf der Station schon bemüht, dass es irgendwie berücksichtigt wird, aber auch nur... eigentlich nicht, um den Demenzkranken gerecht zu werden sondern demjenigen, der auf das Zimmer kommt, damit derjenige nicht wirklich auch gestört wird durch den demenzerkrankten Menschen" (Pflegekraft, Interview 6, Absatz 24).

Im Extremfall kann es dazu kommen, dass im Interesse anderer Patienten Maßnahmen ergriffen werden, die eher geeignet sein dürften, Verhaltensauffälligkeiten weiter zu verstärken, z.B. die nächtliche Unterbringung auf dem Flur:

„...oder die einen völlig verdrehten Tag-Nacht-Rhythmus hat, was ja auch oft vorkommt und sie den ganzen Nachtrhythmus da auf der Station durcheinander hauen und da irgendwelche Leute... ich meine, wir holen die auch schon mal auf den Flur, dass die nachts draußen schlafen, aber wir gucken schon, dass die nachts dann ruhiger sind" (Pflegekraft, Interview 24, Absatz 165).

Kommt es zur pharmakologischen Behandlung demenzbedingter Verhaltensweisen, wird nur selten fachärztliche Expertise eingeholt. Die Auswahl der entsprechenden Medikamente erfolgt häufig durch den zuständigen Stationsarzt. Eine Orientierung an Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften erfolgt in dieser Konstellation nicht. In diesem Zusammenhang wird von einigen Ärzten auf fachliche Defizite und Unsicherheiten in rechtlichen Fragen hingewiesen. Einige Interviewpartner merken bezogen auf die medikamentöse Therapie außerdem kritisch an, dass ihrer Meinung nach die Entscheidung zu einer pharmakologischen Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten auch vor dem Hintergrund einer hohen pflegerischen Arbeitsbelastung getroffen wird und nicht unbedingt medizinische Gründe ausschlaggebend sind.

„Und dann wird symptomatisch medikamentös das ganze angegangen, wobei das jeder nach seinem eigenen Erfahrungsschatz oder Kenntnisstand tut, damit die Leute in der Akutstation handhabbar sind" (Arzt, Interview 9, Absatz 4).

„Es gibt große Unsicherheiten: Wie gehe ich mit einem verwirrten Patienten um, was für Medikamente sind gut, was für Medikamente sind schlecht, was die rechtlichen Gesichtspunkte, wann braucht er eine Betreuung, wann nicht." (Arzt, Interview 2, Absatz 5)

„Und dann ist eben der Reflex da, dass man eben schnell sagt, ja komm, Haldol, Dipi oder irgendwas... damit der erstmal Ruhe gibt, dann hab ich Ruhe vor den Schwestern, die Schwestern Ruhe vorm Patienten... nicht so gut, aber so ist es leider, so wird es leider vielfach praktiziert“ (Arzt, Interview 9, Absatz 10).

Auffällig bei der Analyse der Interviews war, dass von keiner Pflegekraft Verhaltensweisen thematisiert wurden, die zwar belastend für die betroffenen Patienten sind, den gewöhnlichen Versorgungsablauf im Krankenhaus jedoch nicht stören. Keiner der Interviewpartner wies beispielsweise darauf hin, dass auch eine besonders passive Grundhaltung oder eine ausgeprägte Zurückgezogenheit Anlass für pflegerische Maßnahmen sein sollten.

Beziehungsgestaltung

Als förderlich für die Kommunikation und den Umgang mit demenzkranken Patienten erweist sich aus Sicht der Interviewpartner die Herstellung personeller Kontinuität. So gelingt es unter Umständen, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, das es den Betroffenen erleichtert, sich im Kontext pflegerischer Maßnahmen zu orientieren und sicher zu fühlen. Zudem zeigt sich in der Praxis, dass Veränderungen, den kognitiven Status oder das Verhalten Demenzkranker betreffend, von Pflegekräften mit einer größeren Sensibilität wahrgenommen werden, wenn sie den Betroffenen intensiver und länger betreut haben. Es wird darum versucht, den Kreis der beteiligten Mitarbeiter überschaubar zu halten und die Zahl der Personalwechsel zu begrenzen. Diesbezüglich wird allerdings – dies gilt auch für das Krankenhaus Herdecke, in dem ein Bezugspflegesystem praktiziert wird – darauf hingewiesen, dass aufgrund der Organisationsstrukturen und der typischen Abläufe eines Krankenhauses dieses Anliegen nur in begrenztem Maße zu verwirklichen ist.

„Wir machen zwei Bereiche normalerweise auf den Stationen... Ich meine, wenn wir jetzt Frühdienstwoche haben, dass da auch immer dieselbe Schwester ist. Wobei es natürlich nicht immer möglich ist, weil halt auch: 5-Tageweche, Freipläne, Fortbildungen etc. ... es wird versucht, man merkt das auch, teilweise bei vielen Patienten, dass halt, wenn die so Vertrauen gefasst haben, wenn man jetzt mal einen Tag auf der anderen Seite arbeiten muss, weil es halt nicht anders auskommt, dass die einem dann auch teilweise... ja auch folgen, wenn sie einen dann sehen... Man ist ja dann auch, wenn man jeden Tag denselben Patienten versorgt, auch in so seinem gewissen Handlungsablauf wieder drin. Das gibt halt vielen kognitiv geschädigten Patienten einfach so ein Gefühl der Sicherheit, das läuft so ab“ (Pflegekraft, Interview 23, Absatz 15, 17).

Gerade in Situationen, die ein hohes Potenzial besitzen, Orientierungsstörungen und Verhaltensänderungen hervorzurufen (z.B. während der Durchführung von Untersuchungen), kann die Anwesenheit vertrauter Pflegekräfte jedoch nur durch einen erhöhten Einsatz zeitlicher Ressourcen ermöglicht werden. Dies wiederum wirkt sich dann möglicherweise negativ auf die Bewältigung anderer Arbeitsaufgaben aus.

Von einzelnen Pflegekräften wird beschrieben, dass sie bei der Versorgung demenzkranker Patienten auch *Strategien zur Kontakt- und Kommunikationsförderung* einsetzen. Dies geschieht allerdings eher unsystema-

tisch und ungeplant und ist in hohem Maße abhängig von der Kompetenz der einzelnen Mitarbeiter. Ein derartiges Vorgehen gründet sich weniger auf strukturiertes Fachwissen über kommunikative Zugangswege bei Demenzkranken, vielmehr scheinen hier persönliche Berufs- und Lebenserfahrungen der Pflegekräfte dafür ausschlaggebend zu sein, ob und wann derartige Strategien eingesetzt werden.

„Wir haben jetzt hier auch eine Patientin, die freut sich einfach nur immer, wenn man sagt, so mal ein bisschen zu streicheln und sagt: 'Wie ist es denn Frau Soundso, wie ist es denn heute'. Und ich merke, da ist irgendetwas und dann strahlen die schon alleine jetzt schon nur von der Berührung, dass man dann doch merkt, dass sie doch was mitkriegen in Anführungsstrichen“ (Pflegekraft, Interview 11, Absatz 3).

Im Hinblick auf dieses Vorgehen wird allerdings auch auf Barrieren hingewiesen. Offenbar genießen derartige pflegerische Interventionen im Krankenhaus eine geringe Akzeptanz. Die Pflegenden befinden sich in einem Dilemma, in dem sie sich zwischen den normativen Vorgaben der Station und der von ihnen als angemessen eingeschätzten Vorgehensweise entscheiden müssen.

„Es ist nicht wirklich so, dass man sich wie früher mal hinsetzt liebevoll und irgendwie Geschichten erzählt oder sich über andere Dinge unterhält oder mal jemanden in den Arm nimmt oder so. Ich mach das heute noch gerne, aber es ist nicht die Zeit, wenn es dann schon wieder draußen... Oder du guckst auf die Uhr, um Gottes Willen, in 10 Minuten kommt das Mittagessen und du hast immer noch vor dir Verordnungen machen oder Sonstiges“ (Pflegekraft, Interview 17, Absatz 86).

„Ich rede auch gerne mal mit Patienten, weil man, wenn man das persönliche Gespräch... auch bei Demenzkranken, dann geh ich da hin, setzt mich mal ein paar Minuten hin und rede mit denen, weil dann kriegt man viel mehr so raus, dann kann man so ein bisschen locken, aber... das ist so selten geworden, also richtig mal so sich ins Zimmer zu setzen. Und dann heißt es immer, wie kannst du da 5 Minuten in dem Zimmer sitzen, ja meine Güte“ (Pflegekraft, Interview 24, Absatz 47).

Freiheitsbegrenzende Maßnahmen

Im Versorgungsalltag kommt es immer wieder zu Situationen, in denen sich demenzkranke Patienten nach Einschätzung der Pflegekräfte selbst gefährden und in denen freiheitsbegrenzende Maßnahmen eingesetzt werden. In den Augen der Interviewpartner stellen diese das letzte Mittel dar, zu dem gegriffen wird, wenn andere Maßnahmen wirkungslos bleiben oder in der gegebenen Situation nicht praktikabel sind.

Zu einer möglichen Selbstgefährdung kommt es nach Einschätzung der Pflegekräfte dann, wenn als notwendig erachtete medizinische Maßnahmen nicht toleriert werden, indem z.B. eine verordnete Bettruhe nicht eingehalten wird oder Injektionsnadeln und Katheter entfernt werden. Auch das Verlassen der Station durch Patienten mit Wanderungstendenzen kann dazu führen, dass freiheitsentziehende Maßnahmen angewendet werden. In diesem Zusammenhang wird darauf verwiesen, dass auch eine nicht ausreichende Personalausstattung ein solches Vorgehen begünstigen oder notwendig machen kann.

„Das ist bei uns auch, wenn jetzt Patienten z.B. mit einem zentralen Zugang versorgt sind und werden müssen oder Magensonde liegen haben und doch sehr unruhig sind, dass halt die Gefahr besteht, dass die Sachen auch rausziehen... es wird schon mal gemacht, dass die fixiert werden“ (Pflegerkraft, Interview 6, Absatz 56).

„Und dann kommt irgendwie das Altbewährte, wenn nur eine Nachtwache für 35 Patienten ist, schaut man eben dann, teilweise doch an Fixierungen und ähnliches gehen muss um den Patienten eben dann auch zu schützen, dass er eben nicht aus dem Bett fällt, nicht im unbewachten Moment aus dem Fenster springt oder...“ (Pflegerkraft, Interview 11, Absatz 5).

Auch wenn die Pflegekräfte deutlich machen, dass sie freiheitsentziehende Maßnahmen als teilweise unumgänglich empfinden, wird deren Anwendung ausgesprochen kritisch betrachtet:

„Klar, manchmal hat es viel Sinn, aber ich finde es schon eine Freiheitsberaubung, ich finde es nicht altersgerecht und finde es irgendwie scheiße“ (Pflegerkraft, Interview 17, Absatz 20).

„Manchmal hat man das Gefühl, man hat zwar eine bestimmte Hilfe dadurch, aber manchmal hat man das Gefühl, dass die noch unruhiger werden dadurch, wenn die sich dann auch noch so eingesperrt fühlen... mit dem Bauchgurt z.B.“ (Interview 11, Absatz 9).

Man sieht in den Maßnahmen also nicht nur eine entwürdigende, ethisch zweifelhafte Umgangsweise, sondern zweifelt auch an ihrer Wirkung: Nach der Erfahrung der Interviewpartner tragen sie häufig eher zu einer Verstärkung bestehender Unruhezustände und aggressiver Verhaltensweisen bei, was in der Folge zu weiteren Zwangsmaßnahmen, z.B. der Ausweitung von Fixierungsmaßnahmen oder der Anwendung sedierender Medikamente, führen kann.

Spezifische Unterstützung

Wie bereits deutlich wurde, stehen die Demenz und die damit verknüpften Versorgungsfragen nicht im Mittelpunkt des Handelns der Krankenhausmitarbeiter. Spezifische Maßnahmen werden nur selten in der Pflegeplanung berücksichtigt. Dennoch gibt es im Versorgungsalltag immer wieder Versuche, spezifische Unterstützungsleistungen anzubieten.

Einige Pflegekräfte verwiesen beispielsweise darauf, dass auch die Erhaltung und Förderung verbliebener Potenziale angestrebt wird, wenn Gelegenheit dazu besteht:

„...versucht halt bei der Körperpflege zu fördern, was noch zu fördern ist. Dass man halt wirklich mit ins Badezimmer geht und sagt dann halt wirklich wie so, ja, teilweise wie bei Kindern dann: Das machen wir jetzt und das machen wir jetzt. Dass halt noch so ein bisschen Selbstständigkeit da ist“ (Pflegerkraft, Interview 23, Absatz 11).

In einem begrenzten Rahmen versuchen die Pflegekräfte auch, demenzkranken Patienten *Beschäftigungsangebote* zu machen, weil dies ihrer Beobachtung nach zu einer Abnahme als störend empfundener Verhaltensweisen beitragen kann. Dies geschieht in erster Linie dann, wenn sich derartige Maßnahmen gut in die normalen Stationsabläufe integrieren lassen, sie nicht mit einem hohen Arbeitsaufwand verbunden sind und die Betrof-

fenen noch in ein gewisses Maß an körperlicher Mobilität aufweisen. Viele Interviewpartner halten eine Intensivierung und Ausweitung von Beschäftigungsangeboten für geboten. Es wird allerdings darauf verwiesen, dass in den Krankenhäusern hierfür nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten zur Verfügung stehen und durch begrenzte Zeitressourcen der Pflegekräfte weitergehende Maßnahmen von diesen selbst nicht zu leisten sind.

„Also nach Möglichkeit ist es bei uns so, dass wir sie in den Stationsalltag integrieren, also selbst schon dafür sorgen, dass sie, ja, an dem Gesamtgeschehen teilnehmen, ob sie jetzt irgendwie spülen oder einen Essenswagen, ja, nicht schieben, aber mitlaufen, also da passieren manchmal ganz individuelle Begegnungen“ (Pflegekraft, Interview 6, Absatz 81).

„Ansonsten an Beschäftigungsprogramm, irgendwelche Möglichkeiten, dass die Patienten jetzt nicht nur da im Zimmer sind, gibt es halt nur Fernsehen oder Radio“ (Pflegekraft, Interview 23, Absatz 11).

Von Seiten anderer Berufsgruppen wird an einigen Stellen darauf hingewiesen, dass die Pflegekräfte zwar in hohem Maße bemüht sind, demenzkranken Menschen Angebote zur Beschäftigung und Integration in den Stationsalltag machen, ihr konkretes Vorgehen zum Teil jedoch wenig angemessen sei:

„Und dann dieses mit dem kalten Kaffee auf einem engen Stühlchen mit einer Klappe davor, abgesperrt sozusagen, aber dann auf dem Flur, damit sie auch noch etwas sehen können. Das ist ja dann so eine kleine 'Schlechtes- Gewissen- Funktion', dass sie noch in der Öffentlichkeit sind, aber im Grunde sind sie vollkommen isoliert, sitzen da“ (Entlassungsmanagement, Interview 4, Absatz 9).

Um für die Betroffenen den Aufenthalt in der Klinik angenehmer zu gestalten und in der Hoffnung dadurch herausfordernde Verhaltensweisen zu minimieren, wird in Ansätzen versucht, *vertraute Gewohnheiten zu übernehmen oder persönliche Gegenstände verfügbar zu machen*. Dies geschieht jedoch häufig erst, wenn im Verlauf des Aufenthaltes bestimmte Vorlieben entdeckt werden oder man aktiv von Angehörigen oder anderen vorab Beteiligten darauf hingewiesen wird. Derartige Maßnahmen werden dann aber vielfach als förderlich für das Befinden der Betroffenen erlebt.

„Nur wenn, direkt über Angehörige. Oder halt, es gibt halt auch Einzelpatienten, die halt auch schon öfters mal hier waren, die haben so Puppen, die geben die Heime dann mit. Oder so ein Stofftier oder sonst irgendwelche... was die halt auch dann im Arm haben, was ihn dann auch so beruhigt, sie damit beruhigt. Ich meine, die haben sie dann öfters mal dabei, aber auch nicht immer“ (Pflegekraft, Interview 23, Absatz 9).

In diesem Zusammenhang machen einige Pflegekräfte erneut deutlich, dass sie sich umfassendere Informationen bezüglich der Gewohnheiten und Tagesstrukturen der von ihnen betreuten Demenzkranken wünschen. Gleichzeitig weisen sie darauf hin, dass sie nur über limitierte Möglichkeiten verfügen, Abläufe und Strukturen dahingehend zu beeinflussen, dass den individuellen Bedürfnissen der Patienten in höherem Maße Rechnung getragen wird.

4.5 Einbeziehung von Angehörigen

Angehörige entwickeln im Verlauf der häuslichen Versorgung vielfach ein Wissen, das sie zu Experten für die Versorgung eines Demenzkranken macht. Häufig sind sie es, die auch im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung noch einen kommunikativen Zugang zu den Betroffenen finden, deren Befindlichkeit einschätzen können und in der Lage sind, Verhaltensweisen zu deuten und angemessen darauf zu reagieren. Vor dem Hintergrund gemeinsamer Lebenserfahrungen verfügen sie noch am ehesten über biografisches Wissen, das ihnen ermöglicht, an Gewohnheiten und Vorlieben der Demenzkranken anzuknüpfen und die pflegerische Beziehung ihren individuellen Bedürfnissen anzupassen.

Aufgrund ihres Zugangs zu den Betroffenen und ihrer Erfahrung können sie auch während des Krankenhausaufenthaltes wichtige Hilfen geben, nicht zuletzt auch bei der Vermeidung problematischer Verhaltensweisen (Martin-Cook 2001). Ohne ihre Einbindung bleiben wichtige Möglichkeiten, vorhandene Potenziale zur Vermeidung kognitiver und körperlicher Funktionseinbußen auszuschöpfen, ungenutzt (Archibald 2003).

Aus Sicht der befragten Krankenhausmitarbeiter sind verschiedene Faktoren ausschlaggebend dafür, ob und in welchem Umfang es zur Beteiligung der Angehörigen an der Versorgungsgestaltung kommt. Deren Bereitschaft, sich im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes zu engagieren, spielt in dieser Hinsicht eine entscheidende Rolle.

„Aber wir haben auch schon Angehörige gehabt, die gesagt haben: 'Ich wasche meine Mutter zu Hause auch, dann mache ich das hier auch. Dann machen wir das später, die trinkt erst mal ihren Kaffee, die kommt morgens schlecht in die Pötte und danach. Ich komme dann und dann versorge ich die'" (Pflegerkraft, Interview 23, Absatz 32).

„Und oft ist es auch tatsächlich so, dass Angehörige, die einen Demenzpatienten zu Hause auch versorgen, deren Krankenhausaufenthalt auch wirklich als Erholungsphase wirklich sehen und dann mag man eigentlich auch gar nicht noch Erwartungen an die Angehörigen noch stellen im Krankenhausaufenthalt sich in Übermaßen zu kümmern" (Pflegerkraft, Interview 6, Absatz 154).

Die Interviewpartner differenzieren hier stark zwischen zwei Angehörigen-
gruppen:

- Zum einen werden Angehörige beschrieben, die sich während des Krankenhausaufenthaltes eigeninitiativ in hohem Maße an der Versorgung beteiligen, in diesem Kontext Pflegetätigkeiten übernehmen und durch ihre häufige Anwesenheit das Pflegepersonal auch im Hinblick auf die Beaufsichtigung der Patienten entlasten. Dieses Engagement wird von den Interviewpartnern als hilfreich eingeschätzt und durchweg positiv bewertet.
- Zum anderen werden Fälle beschrieben, in denen sich Angehörige während des Krankenhausaufenthaltes gar nicht oder nur sehr widerstrebend beteiligen. Wenn die Pflegekräfte dieses Verhalten vor dem Hintergrund einer vorab bestehenden häuslichen Pflegesituation beobachten, begegnen sie diesem mit Verständnis, verweisen oft auf die mit einer solchen Pflegekonstellation verbundenen Belastungen und sehen in dem Rückzug eine „verdiente Auszeit“. Bei Angehörigen, die

nach Einschätzung der Interviewpartner keiner derartigen Vorbelastung ausgesetzt waren, wird eine geringe Beteiligung während des Krankenhausaufenthaltes häufig als unangemessen betrachtet.

Auch wenn die Beteiligungsbereitschaft der Angehörigen als zentraler Faktor betrachtet wird, erfolgt diesbezüglich keine systematische Abklärung durch die Pflegekräfte. Zu einer umfassenden Einbindung in die Versorgung kommt es meist nur dann, wenn die Angehörigen selbst die Initiative ergreifen.

Gezielt zurückgegriffen wird auf die Angehörigen eher vereinzelt und größtenteils in Situationen, die problematisch erscheinen, zu eskalieren drohen und in denen sich die Pflegenden nicht in der Lage sehen, eine angemessene Betreuung zu leisten:

„Dann haben wir die Angehörigen angerufen, wenn es gar nicht ging, wenn die Patienten also völlig durcheinander und völlig aufgedreht und unruhig waren und man sich nicht mehr zu helfen wusste, wo man dann sagt: 'Könnten sie nicht vielleicht gucken, ob sie sich nicht vielleicht 2, 3 Stündchen sich mal zu ihm setzten oder zu ihr setzen, dass sie weiß, da ist jemand bekanntes, eine bekannte Stimme'" (Pflegekraft, Interview 11, Absatz 17).

„Und wo wir dann versuchen, wenn Angehörige vorhanden sind, die dann zu organisieren wenn so was gemacht werden muss. Dass die dann im Prinzip nach der Coro eine Sitzwache halten, weil die können wir uns gar nicht leisten vom Personal" (Pflegekraft, Interview 23, Absatz 19).

Die Interviewpartner beurteilen die im Krankenhaus herrschenden Rahmenbedingungen als wenig förderlich für die gezielte Beteiligung Angehöriger. Sie verweisen auf die häufig eingeschränkte räumliche Situation, die deren Anwesenheit über einen längeren Zeitraum unter Umständen entgegensteht. Die Begleitung durch Angehörige während diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen scheint in einzelnen Fällen stattzufinden und wird als grundsätzlich möglich und wünschenswert beschrieben. Allerdings scheint sie den Pflegekräften vor dem Hintergrund ihrer geringen Einflussmöglichkeiten auf die zeitlichen Abläufe der Fachabteilungen nicht immer organisierbar.

Gezielte Gespräche, in denen die Möglichkeiten der Beteiligung Angehöriger an der Versorgung thematisiert werden und in denen auch deren Unterstützungsbedarf ermittelt wird, bleiben im Alltag die Ausnahme. Von Seiten der Pflegekräfte wird in diesem Zusammenhang auf Sozialdienst oder Pflegeüberleitung verwiesen, die derartige Aufgaben übernehmen. Insgesamt betrachtet man die Angehörigen als wichtige Informanten und sieht sich zum Teil auch auf deren Hilfen angewiesen. Unterstützungsleistungen für Angehörige werden von den Pflegenden jedoch nicht erbracht.

„Ja, also die Gespräche auf Station die begrenzen sich wirklich sehr, weil wir sehr eingespannt sind und wir sind froh, wenn wir nicht angesprochen werden, leider, ist so. Aber ich bin natürlich für jede wichtige Information dankbar" (Pflegekraft, Interview 15, Absatz 35).

4.6 Entlassungsmanagement

Organisationsform und Einbindung des Entlassungsmanagements

In allen beteiligten Krankenhäusern wird das Entlassungsmanagement nicht durch die auf den Stationen tätigen Pflegekräfte durchgeführt, sondern erfolgt in der Regie speziell dafür geschaffener Instanzen. In den Häusern Porz und Essen liegt die Zuständigkeit beim Krankenhaussozialdienst, hier übernehmen Sozialarbeiter und Sozialpädagogen die damit verbundenen Arbeiten. Im Krankenhaus Viersen gibt es die Institution der Pflegeüberleitung, die, getragen von Krankenpflegekräften, während der Entlassungsvorbereitung tätig wird. Einen Sonderfall stellt diesbezüglich das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke dar, in dem sowohl ein Sozialdienst als auch eine Pflegeüberleitung etabliert sind.

Die Entscheidungsfindung hinsichtlich der Frage, ob bei einem Patienten ein Entlassungsmanagement durchgeführt werden muss und die dafür zuständigen Stellen hinzugezogen werden, erfolgt in den beteiligten Krankenhäusern auf unterschiedlichen Wegen:

- In den Krankenhäusern Essen und Porz werden formal bereits im Rahmen der Pflegeanamnese erste Weichen gestellt. In den jeweiligen Stammblätttern sind die Pflegekräfte aufgefordert, kurze Angaben zur Art der pflegerischen Vorversorgung zu machen und Stellung dazu zu nehmen, ob die Pflege nach der Krankenhausentlassung zu diesem Zeitpunkt als gesichert erscheint.
- Im Dokumentationssystem des Krankenhauses Viersen wird eine derartige Stellungnahme nicht eingefordert. Die Frage nach der Notwendigkeit von Entlassungsvorbereitungen wird zum Aufnahmezeitpunkt noch nicht durchgängig gestellt.
- Pflegeüberleitung und Sozialdienst sind im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke in morgendlichen Besprechungen mit Ärzten und Pflegekräften auf den Stationen präsent. In diesem Rahmen wird die Situation der dort versorgten Patienten gemeinsam reflektiert, wobei auch jeweils die Notwendigkeit eines Entlassungsmanagements geklärt wird.

Im Verlauf der Erhebung zeigte sich, dass bei der Einbeziehung von Sozialdienst bzw. Pflegeüberleitung in den Krankenhäusern Essen, Porz und Viersen vergleichbare Wege gegangen werden. Auch die eingeforderte pflegerische Stellungnahme am Beginn des Krankenhausaufenthaltes führt nicht unbedingt dazu, dass von Seiten der Pflegekräfte bereits bei Versorgungsbeginn der Sozialdienst eingeschaltet wird. Mögliche Versorgungsdefizite treten unter Umständen erst im Verlauf des Aufenthaltes in den Blick der Pflegenden, die dann Informationen an die zuständigen Institutionen des Entlassungsmanagements weitergeben. In vielen Fällen geschieht dies auch direkt durch die Ärzte, zunächst ohne weitere pflegerische Beteiligung. In allen drei Häusern zeigt man sich von Seiten der für das Entlassungsmanagement zuständigen Mitarbeiter im Wesentlichen zufrieden mit dem Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme.

Bei Patienten, die sich bereits vor dem Krankenhausaufenthalt in professioneller pflegerischer Versorgung befanden, wird unter Umständen

ganz auf das Einschalten von Pflegeüberleitung oder Sozialdienst verzichtet. In diesen Fällen werden Informationen über den Entlassungszeitpunkt und die aktuelle pflegerische Versorgung direkt an die nachsorgenden Einrichtungen übermittelt.

Im Krankenhaus Herdecke stellt sich aufgrund der Präsenz von Pflegeüberleitung und Sozialdienst im Rahmen der täglichen Stationsbesprechungen die Frage nach dem rechtzeitigen Beginn des Entlassungsmanagements in dieser Form nicht.

In Ansätzen finden Patientenbesprechungen oder Sozialvisiten auch in den anderen Krankenhäusern statt, jedoch eher sporadisch. Dennoch werden sie dann als hilfreich eingeschätzt.

„Mitunter machen wir es auch so, das wir da so eine Art Sozialvisite machen, das heißt, dass wir halt mit dem Arzt zusammen sitzen, mitunter auch mal eine Schwester dazu holen, dass wir einfach die Fälle durchgehen. Das ist eine Sache, die sich ganz gut bewährt hat. Das ist jetzt keine ständige Einrichtung, sondern das wird situativ gemacht, wenn auf der Station X, wenn ich da auf einmal eine ganze Menge an Patienten habe, dann ist es einfach ökonomischer, dass man in kurzer Zeit alles abarbeiten kann“ (Entlassungsmanagement, Interview 16, Absatz 17).

Vorgehen bei der Entlassungsvorbereitung

Im Rahmen des Entlassungsmanagements sollte ein Vorgehen gewählt werden, dass sich an den Regelkreis des Pflegeprozessmodells anlehnt. Danach werden zunächst die verfügbaren Informationen bezüglich des voraussichtlichen Versorgungsbedarfs und der vorhandenen Ressourcen ermittelt. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen werden Zielsetzungen getroffen und die zur Umsetzung notwendigen Maßnahmen geplant und durchgeführt. Eine Evaluation des durchgeführten Entlassungsmanagements schließt den Prozess ab.

Grundvoraussetzung für die Planung der Entlassungsvorbereitungen ist eine realistische Einschätzung des Versorgungsbedarfes der demenzkranken Patienten. Die Informationen, die Pflegeüberleitung oder Sozialdienst hierfür benötigen, werden von verschiedenen Akteuren zur Verfügung gestellt.

Hier sind zunächst die *Pflegekräfte* zu nennen, die den Patienten im Krankenhaus betreuen. Ihre Einschätzungen zum Pflegebedarf stützen sich allerdings vorrangig auf die im Krankenhaus durchgeführte Pflege. Nicht immer berücksichtigen sie die abweichenden Rahmenbedingungen in anderen Versorgungssettings.

„Da frage ich auch nicht die Ärzte, weil die wissen das nicht. Das ist logisch, die Schwestern machen die Arbeit. Dabei muss man aber immer noch das Ganze ein wenig differenziert betrachten, weil die Schwestern hier betrachten das aus den Augen des Krankenhauspflegepersonals. Die können es auch nicht aus den Augen meinerwegen eines ambulanten Pflegedienstes betrachten. Das ist ja schon eine ganz andere Geschichte. So, das bedeutet, ich kriege von dem Pflegepersonal hier quasi immer den Maximalbedarf genannt. Unabhängig davon, ob sich das refinanzieren lässt über Pflegestufe oder sonst was und alleine daraus ergeben sich ja schon mitunter kräftige Diskrepanzen“ (Entlassungsmanagement, Interview 16, Absatz 7).

Wenn nach dem Krankenhausaufenthalt eine Weiterversorgung durch einen ambulanten Pflegedienst erfolgen soll, wird dieser in einigen beteiligten Häusern ggf. bereits während des Aufenthaltes hinzugezogen. Durch ein Aufnahmegespräch im Krankenhaus soll ein frühzeitiger Abgleich der möglicherweise unterschiedlichen Einschätzungen bezüglich des nachstationären Pflegebedarfs erfolgen.

Von den *Ärzten* werden vor allem Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten, die geplante Behandlung und den voraussichtlichen Entlassungstermin eingeholt. Sind aus ärztlicher Sicht nach dem Krankenhausaufenthalt weitere komplexe Behandlungen (z.B. eine anschließende Rehabilitationsbehandlung) oder die Einschaltung eines ambulanten Pflegedienstes (z.B. zur Verabreichung von Injektionen) erforderlich, werden auch hierzu entsprechende Hinweise aufgenommen.

Unter Umständen verschaffen sich Pflegeüberleitung oder Sozialdienst zusätzliche Informationen von Pflegeeinrichtungen, die an der Versorgung vor dem Krankenhausaufenthalt beteiligt waren. Dies erfolgt vor allem dann, wenn sich die im Krankenhaus gesammelten Informationen als nicht ausreichend erweisen, um Veränderungen im Umfang und der Qualität des Hilfebedarfes einzuschätzen. In diesem Zusammenhang werden zum Teil Informationen über die Patienten gewonnen, die auch genutzt werden können, um die Versorgung während des Krankenhausaufenthaltes individuell angemessener zu gestalten. Diese Hinweise werden dann an die Pflegekräfte der Stationen weitergegeben.

„Ich versuche immer, bei solchen Menschen, die noch am Beginn der Demenz sind, wirklich auch im Vorfeld Informationen zu kriegen. Gerade die Gewohnheiten, dass das im Krankenhaus einigermaßen weiter gemacht wird. Und das gelingt mal mehr, mal weniger, je nachdem wie es auch im Krankenhaus gewusst wird und wie die Krankenpflege es umsetzen kann... Für mich heißt das methodisch, dass ich das abfrage und das an die Pflege weiter gebe“ (Entlassungsmanagement, Interview 4, Absatz 5).

Ein derartiges Vorgehen wird allerdings nicht in allen beteiligten Häusern praktiziert.

Wenn es darum geht, Informationen zur bisherigen Versorgung zu erhalten und zu einer realistischen Einschätzung der zukünftig verfügbaren Hilfen zu kommen, nehmen Angehörige eine Schlüsselrolle ein. Versuche, von den demenzkranken Patienten selbst Informationen zu erhalten, bleiben meist erfolglos. Angehörige sind am umfassendsten über die bisherigen Auswirkungen einer Demenzerkrankung informiert und können die Fähigkeiten der Betroffenen, sich in ihrer Alltagsumgebung zurechtzufinden, am besten einschätzen.

Auch bei demenzkranken Patienten nehmen die Vermittlung von Leistungsanbietern, die Organisation komplementärer Hilfsangebote, die Abstimmung mit Kostenträgern und die Abklärung rechtlicher Fragen einen Großteil des Entlassungsmanagements ein.

„Ich werde halt eingeschaltet, wenn eine Versorgungsproblematik da ist, das heißt, wo die Versorgung geklärt werden muss. ... das sind die drei Hauptbereiche bei dementen Leuten: Betreuung, ambulante und stationäre Pflege“ (Entlassungsmanagement, Interview 16, Absatz 5).

Die Arbeit der Sozialdienste und Pflegeüberleitung wird hierbei häufiger als bei anderen Patienten mit dem Dilemma konfrontiert, dass zwar die Krankenhausbehandlung als abgeschlossen gilt, die Versorgung nach der Entlassung jedoch nicht ausreichend vorbereitet ist oder der Patient sich noch nicht in einer Verfassung befindet, die die intensive Unterstützung durch das Krankenhaus verzichtbar erscheinen lässt. Durch eine Demenz verursachte Problemlagen dürfen sich aus der Sicht des Krankenhauses möglichst nicht – vor allem nicht unter den Bedingungen des DRG-Systems – auf die Aufenthaltsdauer auswirken.

Seitens des Entlassungsmanagements müssen unter diesen Umständen ggf. notdürftige Lösungen ins Auge gefasst werden. Ergibt sich z.B. während des Aufenthaltes das Erfordernis, eine gesetzliche Betreuung einzurichten, können zum Teil nur erste Schritte eingeleitet werden.

„... aber wir ihm sagen müssen: 'Tut mir Leid, geht nicht anders. Behandlungszeit hier ist zu Ende, Betreuung ist zwar auf den Weg gebracht, aber noch nicht durch. Da müsst ihr durch'. Und das ist sehr problematisch“ (Entlassungsmanagement, Interview 16, Absatz 28).

Auch der Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung erweist sich in einigen Fällen als schwierig. Sind Selbstversorgungsdefizite des Patienten vor allem auf kognitive Einbußen und weniger auf körperliche Einschränkungen zurückzuführen, greift nach den Schilderungen der Interviewpartner das schon seit langem diskutierte Problem des einseitig somatisch definierten Bedarfsbegriffs des SGB XI:

„Ist auch immer ein Problem, wenn die Patienten sonst pflegerisch nichts weiter haben und sie stellen dann einen Pflegeantrag, dass die Patienten eine Pflegestufe bekommen, die fallen dann oft durchs Netz“ (Entlassungsmanagement, Interview 10, Absatz 5).

Im Übrigen stehen bei häuslicher Weiterversorgung wenige Angebote zur Verfügung, mit denen die vielfach dringend notwendige Unterstützung in Form von ressourcenfördernden Maßnahmen mobilisiert werden könnten:

„Die Weitervermittlungsmöglichkeiten, die ich habe, sind in der Tat defizitorientiert. (...) weil die Defizite können aufgefangen oder die können angegangen werden. Darauf sind die Angebote ausgerichtet. Aber es sind keine ressourcenorientierten Angebote, die ich machen kann und das fehlt“ (Entlassungsmanagement, Interview 5, Absatz 37).

Die Bereitschaft und Fähigkeit der Angehörigen zur Übernahme der häuslichen Versorgungsverantwortung ist von zentraler Bedeutung für die Planung des poststationären Versorgungsarrangements. Sie sind daher in vielen Fällen primäre Ansprechpartner für das Entlassungsmanagement und streng genommen die eigentlichen Adressaten der geleisteten Hilfen. Ohne ihre Mitwirkung ist ein Verbleib des Erkrankten in der häuslichen Umgebung zumeist nicht möglich.

„Also wir nehmen die sehr ernst, weil in der Pflegeüberleitung sind die Angehörigen eine Säule von diesem Projekt überhaupt. Für uns stehen Patient und Angehörige im Mittelpunkt (...) Angehörige sind eine ganz wichtige Säule in der Überleitung“ (Entlassungsmanagement, Interview 4, Absatz 23).

Die für das Entlassungsmanagement zuständigen Mitarbeiter sehen darin jedoch häufig auch eine zwiespältige Konstellation. Infolge der mangelnden Partizipationsmöglichkeiten demenzkranker Patienten treffen faktisch die Angehörigen allein die Entscheidungen über Art und Ausgestaltung der Versorgung nach der Krankenhausentlassung. Das Entlassungsmanagement bemüht sich, im Interesse des Patienten zu handeln, muss sich jedoch letztlich an den Belangen der Angehörigen orientieren.

„Wogegen das schon so ist, dass bei demenziell Erkrankten, je nach Schweregrad, also bei einer schweren Demenz es schon eine fremdbestimmte Nachsorgeplanung ist. Wenn nicht eine Verfügung oder eine Willenserklärung in irgendeiner Form schon mal vorliegt. Das heißt, manchmal habe ich einfach den Eindruck, dass ich die Nachsorge eher zu Gunsten des Angehörigen gestalte als zu Gunsten des demenzkranken Patienten. Weil die Angehörigen natürlich sagen: 'Wir wünschen uns das und das' und der Demenzkranke kann entweder gar nichts sagen oder wuselt so vor sich her“ (Entlassungsmanagement, Interview 5, Absatz 21).

Hilfen zur Reduzierung oder Kompensation der körperlichen und psychischen Belastung, der Angehörige in häuslichen Pflegesituationen unterliegen (vgl. Schaeffer 2001), sind aus Sicht der Krankenhausmitarbeiter begrenzt. Im Rahmen der vergleichsweise kurzen Dauer des stationären Aufenthalts liegt der Arbeitsschwerpunkt des Entlassungsmanagements auf der Organisation der nachfolgenden Versorgung, Beratungsgespräche zu dieser Frage werden meist nur in eingeschränktem Umfang geführt. Stattdessen konzentriert sich die Arbeit auf die Information über Unterstützungsmöglichkeiten (lokal tätige Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, unter Umständen therapeutische Angebote). Welche konkreten Anlaufstellen für Demenzkranke und deren Angehörige vor Ort verfügbar sind, ist allerdings nicht immer bekannt. Einige Gesprächspartner begründen dies mit der fehlenden Stetigkeit von Selbsthilfegruppen. Ein Wechsel der inhaltlichen Schwerpunkte oder die Einstellung der Aktivitäten solcher Gruppen werden dem Krankenhaus häufig nur zufällig bekannt. Der Weg zu Selbsthilfeangeboten führt daher oft über andere Organisationen, die umfassender über aktuell bestehende Gruppen informieren können (z.B. Pflegeberatungsstellen). Ob es dann zu Kontakten mit diesen Instanzen kommt, hängt in erster Linie von der Eigeninitiative der Angehörigen ab.

„Nee... also Empfehlungen ja, ich gebe gerne mal eine Empfehlung von einer psychotherapeutischen Praxis raus oder so, aber selber dafür Sorge tragen können, dass das passiert kann ich nicht. Das muss dann der (...) Angehörige selber machen. Ich kann nur Empfehlungen geben hinsichtlich auch weitergehender Sozialverbände oder Gruppen, Selbsthilfegruppen, die wir dann auch empfehlen, das machen wir“ (Entlassungsmanagement, Interview 20, Absatz 27).

Das Spektrum der Unterstützung für pflegende Angehörige im Rahmen des Entlassungsmanagements unterscheidet sich allerdings stark in den beteiligten Krankenhäusern. In Herdecke besteht für Angehörige psychisch kranker Patienten die Möglichkeit, an einer einmal wöchentlich stattfindenden, vom Sozialdienst moderierten Gesprächsgruppe teilzunehmen. Demenzerkrankungen und deren Folgen werden hier allerdings nur vereinzelt thematisiert, da die Teilnehmer sich in erster Linie aus dem Fachbereich Psychiatrie rekrutieren, wo Demenzkranke vergleichsweise selten versorgt werden.

In allen beteiligten Krankenhäusern kommt dem Entlassungsmanagement die Aufgabe zu, Informationen über die im Verlauf des Aufenthaltes erfolgte pflegerische und medizinische Versorgung an die nachsorgenden Organisationen und Personen zu übermitteln. Außerdem werden Angaben zu den bereits initiierten nachstationären Maßnahmen mitgeteilt. Die Bündelung und Weitergabe dieser Informationen erfolgt im Wesentlichen mit Hilfe von Überleitungsbögen. Diese unterscheiden sich zwischen den beteiligten Häusern hinsichtlich Umfang und inhaltlichem Profil, doch liegt der Schwerpunkt stets auf Informationen zu körperlichen Defiziten und dem daraus resultierenden Hilfebedarf. Die Möglichkeiten, psychische Problemlagen, Verhaltensaspekte und darauf bezogene Maßnahmen oder Empfehlungen zu dokumentieren, sind sehr begrenzt. Ausführlichere Hinweise über die nach dem Krankenhausaufenthalt angestrebte und bereits organisierte Versorgung finden sich nur im Überleitungsbogen des Krankenhauses Herdecke.

Ergänzend zur schriftlichen Information findet bei Patienten mit komplexen Problemlagen bereits während des Krankenhausaufenthaltes ein Austausch mit den nachfolgend beteiligten Organisationen statt. Die Kontakte erfolgen bei stationären Pflegeeinrichtungen in erster Linie telefonisch und zeitlich parallel zur Klärung organisatorischer Fragen. Wird z.B. ein Heimplatz gesucht, werden erste Hinweise über den Versorgungsbedarf des betroffenen Patienten gegeben und auch von den Pflegeeinrichtungen eingefordert. Demenzbedingte Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten sind in diesem Zusammenhang ein wichtiges Thema, weil eine gute Vorbereitung der Übernahme des Patienten in diesen Fällen besonders wichtig ist, aber auch weil Offenheit in diesem Punkt als unverzichtbar für eine längerfristig gute Zusammenarbeit mit den Einrichtungen erachtet wird:

„Und das ist auch ganz wichtig, dass wenn wir Heimanmeldungen machen, dass wir da immer mit offenen Karten spielen. Das heißt, dass wir nicht versuchen, einen Dementen, meinetwegen ein bisschen renitenten als ganz lammfromm denen zu verkaufen, sondern wir sagen denen schon, was Sache ist. Das ist eine ganz klare Sache, da muss man offen miteinander umgehen. Wenn ich das dreimal gemacht hätte, dann würde das Heim mir keinem mehr abnehmen“ (Entlassungsmanagement, Interview 16, Absatz 32).

Dies setzt allerdings voraus, dass diese Problemlagen den am Entlassungsmanagement Beteiligten bekannt geworden sind. Persönliche Besuche von Heimmitarbeitern während des Krankenhausaufenthaltes sind unüblich, so dass den vermittelten Vorabinformationen eine hohe Bedeutung zukommt.

Anders stellt sich die Situation bei Einbindung ambulanter Pflegedienste dar. Zahlreiche Dienste versuchen sich bereits während des Krankenhausaufenthaltes einen Eindruck von der Befindlichkeit des Betroffenen und dem zu erwartenden Pflegebedarf zu verschaffen, in dem sie die Patienten und deren Angehörige vorab im Krankenhaus aufsuchen. Dies wird von den Interviewpartnern ausgesprochen positiv bewertet. Man geht davon aus, dass die Pflegedienste mehr noch als die Krankenhausmitarbeiter eine realistische Einschätzung des realisierbaren Umfangs der Folgeversorgung treffen können, da sie ihr Leistungsspektrum und die Möglichkeiten des ambulanten Versorgungssektors am besten kennen. Darüber hinaus findet durch den persönlichen Kontakt in den Augen der Interview-

partner ein umfassenderer Informationsaustausch statt, als dies auf schriftlichem oder telefonischem Wege möglich wäre. Außerdem werden detailliertere Absprachen zwischen Patienten, Angehörigen und nachsorgender Einrichtung möglich.

„Dass wir dann die Pflegedienste bitten, ins Krankenhaus zu kommen, sich den Patienten anzugucken und dann mit den Angehörigen und den Patienten direkt selber abzumachen, was dann gemacht werden soll... Das hat einfach den Vorteil, dass dieser Leistungsunterschied zwischen den Krankenhausschwesternaugen, was die meinen was nötig ist, und denjenigen, die draußen arbeiten, dass diese Diskrepanz, die wird dadurch aufgelöst. Das ist glaube ich ganz wichtig. Und halt diese realistische Seite, was die Kostenfrage anbelangt, die wird dann auch direkt mit den beiden Parteien diskutiert. Das hat sich so bewährt und wird auch von den Pflegediensten sehr geschätzt, weil die dann halt auch sehr genau wissen, was auf sie zukommt und das selber einschätzen können. Dadurch werden Reibungsverluste vermieden“ (Entlassungsmanagement, Interview 16, Absatz 32).

Dieses Vorgehen wird jedoch nicht von allen Pflegediensten praktiziert. Verbindliche Absprachen zwischen den Diensten und dem Krankenhaus gibt es nicht. Die Vorabbesuche bleiben zudem auf Fälle begrenzt, bei denen eine umfangreiche, komplexe Versorgung ansteht. Dies ist allerdings bei demenzkranken Patienten häufig der Fall.

Pflegekräfte der Stationen übernehmen mitunter die Anleitung pflegender Angehöriger. Teilweise erfolgt dies auf Initiative der Mitarbeiter von Sozialdienst oder Pflegeüberleitung, teilweise auf Eigeninitiative und vor allem dann, wenn Angehörige für sie neue pflegerische Aufgaben übernehmen. Den Schwerpunkt bildet hierbei die Vermittlung einfacher pflegerischer Techniken. Die Angehörigen bekommen Gelegenheit, die ohnehin anstehenden Pflegemaßnahmen zu begleiten und dabei ihre Kompetenzen zu erweitern. In Ansätzen werden, abhängig von der Kompetenz der jeweiligen Pflegekraft, auch Hinweise zum Umgang mit kognitiven Einbußen oder Verhaltensweisen gegeben. Allerdings entstehen diese Anleitungs- und Gesprächssituationen häufig spontan, sie beruhen nicht auf einer systematischen Einschätzung des Anleitungsbedarfs und sind auch kein Bestandteil einer zielgerichteten Planung.

„Also wenn die Angehörigen das übernehmen, versuchen wir halt schon während des Aufenthaltes, die Angehörigen auch mit in die Pflege einzubeziehen. Das heißt, die werden nicht rausgeschickt, wenn die Pampers gewechselt wird... Selbst wenn ein Pflegedienst kommt, aber der kommt ja nur einmal, zweimal am Tag, dann ist zwischendurch ja auch die Frau oder der Mann dran. Dann versuchen wir halt, die mit einzubeziehen, versuchen denen auch zu sagen, auf was sie achten müssen. Also einfach auch die grundpflegerischen Tätigkeiten als auch teilweise, wenn die Demenz sich verschlimmert hat, mit welchen Mechanismen man halt eventuell umgehen kann, dass man demjenigen nicht immer widerspricht, sondern ihm auch mal Recht gibt und sagt: 'Ja, das machen wir jetzt'. Und dann ist es gut“ (Pflegekraft, Interview 23, Absatz 36).

Eine ärztliche Beteiligung erfolgt vor allem im Rahmen der Beantragung nachfolgender Maßnahmen. Dies ist z.B. bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen oder häuslicher Pflege im Rahmen des SGB V der Fall. Zum Teil geht auch die Initiative zu derartigen Maßnahmen von den Me-

diziniern aus, wenn ihrer Einschätzung nach Verbesserungen des Gesundheitszustandes eines Betroffenen möglich sind oder die ärztliche Therapie ohne Hinzuziehung von Pflege nicht gewährleistet scheint. Die Organisation übernehmen jedoch die Mitarbeiter des Entlassungsmanagements.

„Da gucken wir natürlich dann auch, das, wenn wir die Patienten entlassen und da noch keine Versorgung in irgendeiner Form eingeleitet ist, dass man dann eben tatsächlich einen Pflegedienst involviert, dass die Medikamenteneinnahme überprüft wird oder die Medikamente gestellt werden und auch verabreicht werden, Blutzuckermessungen, all diese Dinge. Also das ist natürlich dann schon so, dass wir das dann auch für den weiteren ambulanten Bereich dann mit organisieren“ (Arzt, Interview 3, Absatz 19).

Daneben pflegen die Ärzte natürlich auch Kontakte zu ihren niedergelassenen Kollegen, so dass auf diesem Wege Fragen zur weiteren Diagnostik und Therapie unter Umständen direkt, ohne Beteiligung des Entlassungsmanagements, besprochen werden. Dies ist allerdings nicht unbedingt die Regel und geschieht nur dann, wenn der einzelne Mediziner einen besonders dringenden Klärungs- oder Informationsbedarf hinsichtlich bestimmter Sachverhalte sieht. Mit einer Demenzerkrankung verbundene Fragen scheinen dabei eine eher untergeordnete Rolle zu spielen.

„Also klar, man hat immer Kontakt mit den Hausärzten, was jetzt die medizinische Geschichte angeht, wenn da jetzt irgendwie noch was offen ist oder auch was im ambulanten Bereich noch weiter geklärt werden muss. Da nehmen wir natürlich dann Kontakt mit den Hausärzten auf, aber was jetzt die Demenz angeht ist das eher weniger, dass wir mit den Hausärzten tatsächlich Kontakt aufnehmen“ (Arzt, Interview 3, Absatz 33).

Die Befragungsergebnisse zeigen u.a., dass die Aktivitäten der verschiedenen Mitarbeitergruppen und ihre Schwerpunktsetzungen häufig auf persönlicher Initiative beruhen. Strukturen zur prozessbegleitenden Abstimmung der Beteiligten sind im Krankenhaus Herdecke vergleichsweise gut ausgebildet, in den anderen Häusern erfolgt die Kooperation eher spontan. Die wichtige Funktion der Koordination der Beteiligten, die den für das Entlassungsmanagement zuständigen Stellen zukommen sollte, ist also sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Evaluation

Eine systematische Überprüfung der Ergebnisse des Entlassungsmanagements ist in den beteiligten Kliniken, wie vermutlich in vielen anderen Krankenhäusern auch, überwiegend schwach ausgeprägt. Mit dem Verlassen der Klinik endet in den Augen der meisten Beteiligten ihre Zuständigkeit. Informationen über Probleme nach der Entlassung des Patienten erreichen das Krankenhaus eher zufällig und nur in einzelnen Fällen. Dies ist z.B. der Fall, wenn nachsorgende Organisationen weitere Auskünfte über die Betroffenen einholen und in diesem Zuge auf Versäumnisse oder Fehleinschätzungen der Krankenhausmitarbeiter hinweisen.

Es gibt von Seiten der Sozialdienste und Pflegeüberleitung in allen beteiligten Häusern Kontakte zu nachsorgenden Einrichtungen, die von den Beteiligten auch zur Abstimmung über grundsätzliche Vorgehensweisen und Probleme im Rahmen des Entlassungsmanagements genutzt werden.

Diese haben jedoch weniger den Charakter gezielter Evaluationsmaßnahmen.

„Es gibt ganz einfach eine sehr enge Kooperation mit den hiesigen Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen und dem Hospiz auch. Das haben wir also schon vor 15 Jahren oder noch länger eingestiebt, dass es mit den Pflegediensten regelmäßige Treffen gibt. Wo wir uns erstens gut austauschen können, das heißt auch die Pflegedienste untereinander, Erfahrungen mit dieser Kasse und jener Kasse und da musst du es so machen“ (Entlassungsmanagement, Interview 16, Absatz 30).

Rückmeldungen über die Auswirkungen der im Krankenhaus durchgeführten medizinischen Behandlung werden ebenfalls nicht regelhaft eingeholt. Dies bedeutet, dass auch im Hinblick auf eine begonnene Diagnostik oder Therapie demenzieller Erkrankungen der weitere Verlauf für die Ärzte unklar bleibt und bestenfalls zufällig die Richtigkeit des eigenen Vorgehens überprüft werden kann.

„Wir haben ja keine integrierte oder haben ja keine verzahnte Versorgung eigentlich. Das heißt, der Patient wird wieder abgegeben an die hausärztliche, ambulante Versorgung, wir sehen den von außen nur, wenn der wieder aufgenommen wird, was bei den Patienten naturgemäß relativ häufig ist, das muss man ja sagen. Aber wir haben ja keine Informationen darüber. Also es ist nicht so, dass wir jetzt z.B. vom Hausarzt noch mal in Kenntnis gesetzt werden über den Verlauf oder wie es dem Patienten geht oder dass wir irgendwelche gemeinsamen Besprechungen, Konferenzen haben, also das gibt es nicht, nein“ (Arzt, Interview 8, Absatz 22).

Da in zahlreichen Studien die Krankenhausverweildauer als Indikator für die Angemessenheit des Entlassungsmanagements herangezogen wird, soll hier kurz darauf eingegangen werden. Die Verweildauern der in den Krankenhäusern als demenzkrank identifizierten Patienten bewegten sich in den beteiligten Häusern für die Gruppe der Patienten ab dem 65. Lebensjahr zwischen durchschnittlich 10,1 und 13,9 Tagen. Sie wiesen in allen Einrichtungen eine breite Streuung auf. Von zwei Häusern wurden Vergleichsdaten über die Verweildauern altersgleicher Patienten zur Verfügung gestellt. Ein Vergleich mit den Daten der als demenzkrank identifizierten Patienten lieferte überraschende Ergebnisse (vgl. Abb. 3 und 4): Im Krankenhaus Viersen waren die mittleren Verweildauern ab einem Lebensalter von 70 Jahren deutlich kürzer als bei der Vergleichsgruppe. Im Krupp-Krankenhaus Essen war ähnliches bei Patienten ab dem 85. Lebensjahr zu beobachten. Überraschend war vor allem die mit dem Lebensalter verknüpfte Verkürzung der Verweildauer, ein Phänomen, das in beiden Häusern auftrat und so nicht zu erwarten war.

Abb. 3: Mittlere Verweildauer (in Tagen) demenzkranker Patienten im Vergleich (Krankenhaus Viersen)

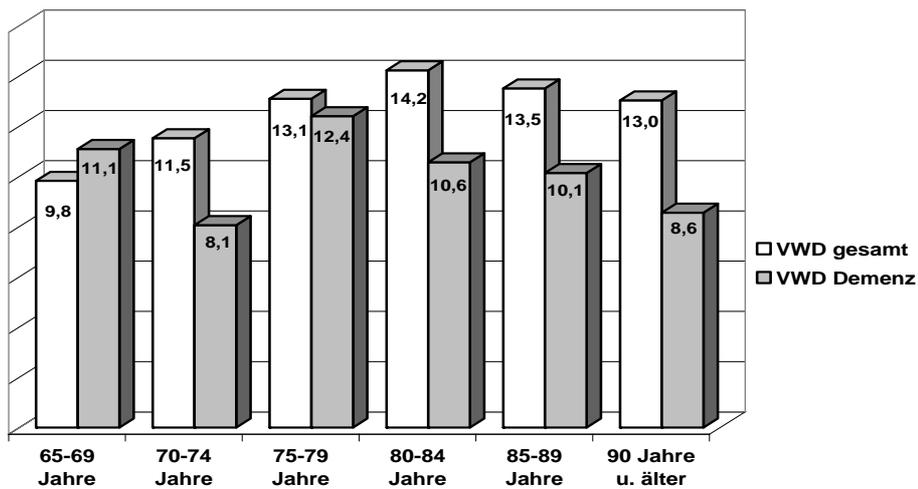
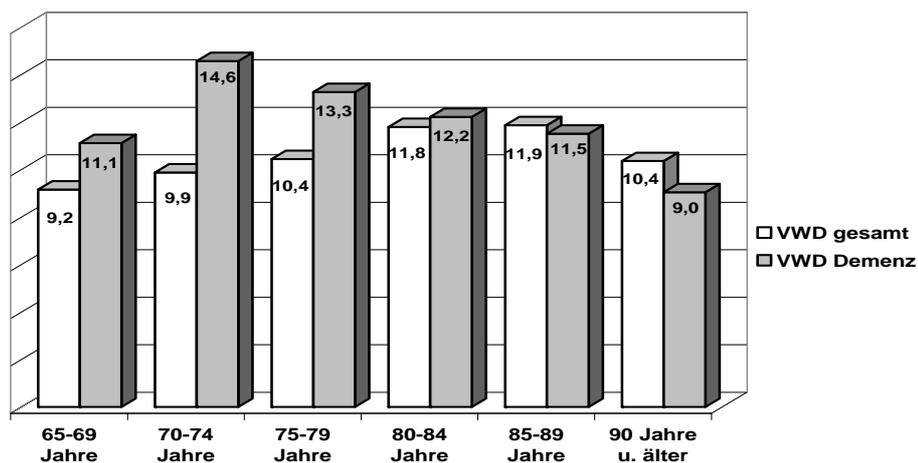


Abb. 4: Mittlere Verweildauer (in Tagen) demenzkranker Patienten im Vergleich (Krankenhaus Essen)



Die Daten geben allerdings keine Anhaltspunkte für mögliche Ursachen. Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse, die während des Projektes gewonnen wurden, könnten zwei Aspekte von Bedeutung sein:

- Bei hochaltrigen Patienten besteht unter Umständen bereits seit längerem ein Unterstützungsbedarf, so dass bereits vor dem Krankenhausaufenthalt Versorgungsstrukturen geschaffen wurden, die eine rasche Rückkehr möglich machen.
- Bei einem Teil der Betroffenen wird aufgrund der Probleme, die sich im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes ergeben, ggf. auf einige medizinische Maßnahmen verzichtet, die kognitiv unbeeinträchtigte Patienten in gleichem Alter erhalten.

5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel werden die während der ersten Projektphase gewonnenen Erkenntnisse kurz zusammengefasst und die wesentlichen Anforderungen formuliert, die an eine Verbesserung der Versorgung demenzkranker Patienten zu stellen sind. Angesichts der beobachteten Schwierigkeiten und Defizite sowie der vermuteten Ursachen ist anzunehmen, dass zahlreiche der benannten Probleme nicht isoliert in den beteiligten Einrichtungen bestehen, sondern durchaus charakteristisch für die Krankenhauslandschaft in Deutschland sind. Die gegebenen Hinweise bieten somit auch für andere Kliniken, die an einer Verbesserung der Versorgung demenzkranker Patienten interessiert sind, wichtige Orientierungspunkte.

5.1 Aufnahmesituation und Informationslage

Der Eintritt demenzkranker Patienten ins Krankenhaus erfolgt häufig aufgrund einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes, der durchaus das Resultat demenzbedingter Einschränkungen sein kann. Auch der Zusammenbruch häuslicher Versorgungsarrangements scheint bei einigen Patienten für die Krankenhauseinweisung mit verantwortlich zu sein. Die Mehrzahl der Betroffenen zeichnet sich durch ein hohes Lebensalter aus. Bei vielen von ihnen bestehen neben dem akuten medizinischen Problem und der Demenzerkrankung weitere Gesundheitsbeeinträchtigungen, die ebenfalls während des Aufenthaltes berücksichtigt werden müssen.

Die bei Aufnahme übermittelten Informationen bleiben zumeist auf Angaben zum akuten medizinischen Problem und dem bekannten körperbezogenen Pflegebedarf begrenzt. Zum Teil erreichen selbst diese Informationen verspätet oder gar nicht das Krankenhaus. Auf eine bestehende Demenzerkrankung wird vielfach nur durch die Mitteilung der entsprechenden Diagnose und den Hinweis auf Orientierungs- oder Bewusstseinsstörungen eingegangen; nur in wenigen Fällen werden ausführliche Angaben zu nicht-kognitiven Symptomen und dem bisherigen Umgang mit diesen übermittelt. Gleiches gilt für Informationen zu den individuellen Gewohnheiten und der vertrauten Tagesstruktur der Betroffenen. Aussagekräftige Informationen stammen vor allem von Angehörigen, diese stehen jedoch in der Aufnahmesituation nur bei einem Teil der Patienten als Ansprechpartner zur Verfügung.

Zugleich bleiben die Bemühungen der Krankenhausmitarbeiter zur Verbesserung der Informationslage, vor allem zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes, begrenzt. Ergibt sich durch die Gegenwart Angehöriger die Möglichkeit, nähere Angaben zum Patienten zu erhalten, konzentriert man sich meist auf die Erfassung des körperbezogenen Unterstützungsbedarfs, medizinischer Daten und von Verhaltensweisen mit Gefährdungspotential. Die Kontaktaufnahme zu prästationären Leistungserbringern erfolgt nur in Einzelfällen. Im Formularwesen der Häuser ist bei der Erhebung der Pflegeanamnese eine differenzierte Dokumentation kognitiver Einschränkungen und psychosozialer Problemlagen nicht routinemäßig vorgesehen. Es bleibt somit den einzelnen Mitarbeitern überlassen, ob sie derartige Informationen erfragen und diese schriftlich festhalten. Erkenntnisse aus anderen Untersuchungen, die sich mit der Nutzung pflegerischer

Dokumentationssysteme in Krankenhäusern beschäftigen, lassen allerdings vermuten, dass dies eher selten der Fall ist.

Es stellt sich somit die Frage, warum das häufige Fehlen wichtiger Informationen zwar beklagt, jedoch nur selten den Versuch unternommen wird, Informationslücken aufzufüllen. Eine mögliche Erklärung liegt in der Erfahrung der Mitarbeiter, dass der Zugang zu möglichen Informanten sich häufig schwierig gestaltet, also die Kontaktaufnahme einen erheblichen Arbeitsaufwand mit sich bringt, der nicht immer zum Erfolg führt. Außerdem gehört die Erhebung psychosozialer Daten nicht zum gewohnten Aufnahme-prozedere und ist somit nicht in das routinemäßige Vorgehen der Akteure eingebunden. Nicht zuletzt könnte auch die Auffassung der Mitarbeiter, demenzbedingte Probleme ohnehin nicht ausreichend auf-fangen zu können, dazu führen, dass man sich bereits im Rahmen der In-formationssammlung weniger umfassend mit ihnen beschäftigt.

Sowohl die Konzentration auf medizinische Problemlagen und körperliche Einschränkungen, als auch die bestehenden Defizite bei der Informationsübermittlung und -sammlung bergen Risiken, die eine angemessene Versorgung demenzkranker Menschen im Krankenhaus erschweren können:

- Der ursächliche Einfluss einer Demenzerkrankung auf die Entstehung des Problems, das zur Krankenhauseinweisung geführt hat, wird ggf. nicht erkannt und erfährt dementsprechend keine oder eine zu späte Berücksichtigung bei der Planung der Pflege, der medizinischen Diagnostik und Therapie sowie der Initiierung eines individuellen Entlassungsmanagements.
- Demenzbedingte Einschränkungen und Verhaltensweisen, die sich erschwerend auf die pflegerische Versorgung und die Durchführung der ärztlichen Behandlung auswirken können, fallen erst dann auf, wenn sich bereits schwerwiegende Probleme ergeben haben. Präventive Interventionen finden daher nicht statt.
- Mangels Informationen zu den individuellen Gewohnheiten und Vorlieben der Betroffenen können diese bei der Gestaltung des Aufenthaltes nicht berücksichtigt werden. Dies fördert die Zunahme von Orientierungsstörungen und nicht kognitiven Symptomen.
- Einschränkungen in der Selbstversorgungskompetenz werden als Folgen somatischer Erkrankungen fehlgedeutet. Eine pflegerische Versorgung, die sich an den tatsächlich vorhandenen Ressourcen der Betroffenen orientiert und diese fördert, unterbleibt. Dadurch kann es zu weiteren, vermeidbaren Funktionseinbußen kommen.
- Durch das Fehlen von Informationen zu bereits erprobten Maßnahmen und Strategien im Umgang mit problematischen Verhaltensweisen müssen die Krankenhausmitarbeiter sich dieses Wissen selbst erarbeiten. Der Rückgriff auf bestehende Erfahrungsschätze unterbleibt. Dies führt zu einem vermeidbaren Arbeitsaufwand für die Mitarbeiter, ist aber vor allem für die Patienten eine zusätzliche, eigentlich überflüssige Belastung.

Es besteht also die Gefahr, dass sich sowohl der körperliche als auch des kognitive Status der Betroffenen verschlechtert und die Versorgungsquali-

tät insgesamt beeinträchtigt wird. Vor diesem Hintergrund stellt die Verbesserung der Informationsgrundlage einen sehr wichtigen Schritt zur Verbesserung der Versorgungssituation insgesamt dar. Nur auf der Basis ausreichender Informationen kann die Versorgung der Betroffenen, an deren individuelle Bedarfs- und Bedürfnislagen angepasst werden.

In dieser Hinsicht sind folgende Fragen zur Versorgungsgestaltung und den Auswirkungen der Demenzerkrankung auf Alltagsbewältigung und Verhalten des Patienten von Bedeutung:

- Welcher Grad kognitiver Einschränkungen und demenzbedingter Verhaltensauffälligkeiten war vor dem Krankenhausaufenthalt bekannt?
- Welche körperbezogenen Hilfeleistungen benötigte der Patient vor dem Krankenhausaufenthalt?
- Welche Hilfen wurden erbracht, die auf den Erhalt der kognitiven Fähigkeiten abzielten?
- Gibt es Erfahrungen zum Umgang mit psychischen Problemlagen und Verhaltensauffälligkeiten? Welche Vorgehensweise hat sich in diesem Zusammenhang bewährt?
- Wie sieht die gewohnte Tagesstruktur des Patienten aus (z.B. Aufstehen, Mahlzeiten)?
- Inwieweit bestehen Möglichkeiten und Bereitschaft der Angehörigen, bei der Versorgung während des Aufenthaltes mitzuwirken?

Da die übermittelten Demenzdiagnosen häufig wenig differenziert und verlässlich sind, jedoch für die Gestaltung der Therapie durchaus eine Rolle spielen, sollte auch hier versucht werden, größtmögliche Sicherheit zu gewinnen. Dies gilt insbesondere, wenn unpräzise oder ungesichert erscheinende Informationen vorliegen. Um hier zu richtigen Einschätzungen zu kommen, sollten u.a. Informationen zu folgenden Fragen vorliegen:

- Wer hat die Diagnose gestellt? Ist sie durch geeignete diagnostische Maßnahmen abgesichert worden?
- Wurden die Demenz oder ihre Symptome bereits ärztlich therapiert?
- Sind Patient und/oder Angehörige über die Diagnose informiert?

Es ist sinnvoll klar zu regeln, wer für die Beschaffung welcher Informationen verantwortlich zeichnet und welche Bemühungen dazu unternommen werden sollen. Eine zeitnahe Vervollständigung der Informationen nach der Aufnahme sollte angestrebt werden, damit geeignete pflegerische, diagnostische und therapeutische Maßnahmen unmittelbar initiiert werden können. Um Informationen während des Aufenthaltes für alle Beteiligten nutzbar zu machen, müssen sie in geeigneter Form verfügbar sein. Da dies mit den gängigen Formularsystemen nur eingeschränkt gewährleistet ist, sollte die Notwendigkeit ihrer Anpassung bzw. Ergänzung geprüft werden.

Die Beschaffung der genannten Informationen ist eine zentrale Voraussetzung, um im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes Problemlagen frühzeitig aufzudecken und angemessene Interventionen zu initiieren. Es sollte jedoch nicht übersehen werden, dass Qualitätsverbesserungen erst durch

die Nutzung der gewonnenen Erkenntnisse bei der Gestaltung der Versorgung und nicht allein durch eine verbesserte Informationslage zu erreichen sind.

5.2 Pflegerische Versorgung

Die Pflegekräfte sind aufgrund ihrer patientennahen Arbeitsweise am intensivsten mit den Auswirkungen einer bestehenden Demenzerkrankung konfrontiert. Sie nehmen krankheitsbedingte Einschränkungen und Verhaltensveränderungen häufig als Erste wahr und sind außerdem diejenigen, die zunächst versuchen müssen, angemessene Maßnahmen zum Umgang mit diesen zu finden. Die Problemwahrnehmung wird allerdings häufig von einer ablauforientierten Sichtweise überlagert. Aufmerksamkeit finden vor allem Einschränkungen und Verhaltensweisen, die sich störend auf das Stationsgeschehen und die Arbeitsorganisation auswirken oder zu einem erhöhten Arbeitsaufwand führen. Dies sind vor allem:

- kognitive Defizite, die zu einem erhöhten körperlichen Unterstützungsbedarf führen oder eine häufigere Begleitung und Beobachtung notwendig machen,
- Verweigerung pflegerischer und medizinischer Maßnahmen,
- motorische Unruhe, insbesondere Wanderungstendenzen und
- aggressive oder sozial unangemessene Verhaltensweisen.

Weniger auffällige Verhaltensweisen und Problemlagen, die aus fachlicher Sicht Unterstützung auslösen sollten, werden häufig übersehen oder in ihrer Bedeutung nicht erkannt. Dies spiegelt sich auch im Spektrum der pflegerischen Maßnahmen wieder. Sie umfassen vor allem Unterstützungsleistungen bei alltagspraktischen Verrichtungen und eine intensiviertere Beobachtung der Betroffenen. Zwar werden auch Maßnahmen mit präventivem Charakter durchgeführt, die eine Entstehung oder Verstärkung problematischer Verhaltensweisen verhindern sollen. Allerdings sind dabei weniger die individuellen Bedarfslagen der Patienten ausschlaggebend. Im Vordergrund steht vielmehr das Bestreben, Störungen im alltäglichen Versorgungsablauf zu vermeiden. Die Pflegenden selbst begründen dies mit dem Verweis auf den Zwang der herrschenden Rahmenbedingungen:

- Die vorgegebenen Abläufe genießen Priorität gegenüber den individuellen Bedürfnissen einzelner Patienten.
- Das Erbringen von Leistungen, die der psychosozialen Unterstützung der Betroffenen dienen, wird als zusätzlicher Aufwand bei einer ohnehin hohen Arbeitsbelastung erlebt.
- Die im Krankenhaus verfügbaren räumlichen und sachlichen Ressourcen begrenzen das Spektrum möglicher Interventionen.

Selbst wenn Informationen zu Problemlagen, Gewohnheiten und Vorlieben der Betroffenen verfügbar sind, bleiben diese bei der Auswahl der pflegerischen Maßnahmen oft unberücksichtigt. Die Arbeitsorganisation der Pflegekräfte, die im Krankenhaus durch eine nach wie vor funktionelle Arbeitsteilung gekennzeichnet ist, erschwert die Wahrnehmung individueller Bedarfslagen demenzkranker Patienten zusätzlich und wirkt sich

ebenfalls hinderlich auf den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu den Betroffenen aus.

In der derzeitigen pflegerischen Versorgung im Krankenhaus, so lässt sich zusammenfassen, erfahren die durch eine Demenz verursachten Bedarfslagen eine zu geringe Aufmerksamkeit. Ressourcen, die zur Verbesserung der Situation der Betroffenen nutzbar gemacht werden könnten, bleiben häufig ungenutzt. Dies begünstigt eine Reihe von Negativentwicklungen und Defiziten während des Aufenthaltes, die zum Teil durchaus vermieden werden könnten:

- Das Übersehen von demenzassoziierten Symptomen führt dazu, dass die mögliche Chance zur Einleitung einer frühzeitigen Abklärung und Therapie verpasst wird. Dies gilt insbesondere für Patienten, deren Symptome sich während eines Krankenhausaufenthaltes zum ersten Mal deutlich zeigen.
- Auch Einschränkungen und Verhaltensweisen, die zunächst als nicht störend erlebt werden, können sich negativ auf die Bewältigung einer akuten Gesundheitsstörung während des Krankenhausaufenthaltes und darüber hinaus auswirken. Sie werden jedoch bei der Unterstützung durch die Pflegekräfte selten berücksichtigt.
- Durch das eingeschränkte Spektrum pflegerischer Interventionen bleiben Möglichkeiten ungenutzt, der Entwicklung und Verstärkung von Funktionseinbußen und nicht kognitiven Symptomen entgegenzuwirken. Es kommt zu vermeidbaren aktivitätseinschränkenden Maßnahmen und medikamentöser Ruhigstellung. Die Behandlung des akuten Gesundheitsproblems und die pflegerische Versorgung werden erschwert. Die Folgen dieser Entwicklungen beeinträchtigen unter Umständen die noch vorhandenen Kompetenzen der Betroffenen nachhaltig, was sich in einem erhöhten Leistungsbedarf in der poststationären Versorgung niederschlagen kann.

Um kognitiven Einbußen und dem Auftreten psychischer Problemlagen (z.B. Orientierungsstörungen, Angstzustände, Unruhezustände und depressive Stimmungen) entgegenzuwirken, ist es ratsam, die Palette pflegerischer Maßnahmen zu erweitern. Neben einem gesteigerten Wohlbefinden der Patienten und der Vermeidung problematischer Situationen kann auf diesem Wege auch eine verbesserte Mitwirkung bei pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erreicht werden. Maßnahmen zur psychosozialen Unterstützung sind zwar einerseits mit einem gewissen Arbeitsaufwand verbunden, sie haben jedoch auch das Potenzial, Problemsituationen zu vermeiden und somit die Arbeitsbelastungen an anderer Stelle zu reduzieren. Hier kommen verschiedene Ansatzpunkte in Betracht:

- Durch eine entsprechende Gestaltung der Umgebung können störende Einflüsse minimiert werden. Voraussetzung hierfür ist die Unterbringung in einem Raum, der von den Abläufen des Stationsalltags weitgehend abgeschirmt ist. Durch die Integration vertrauter Gegenstände (z.B. Fotos, Bilder, eigenes Kissen) in die unmittelbare Umgebung des Patienten erhält dieser Orientierungsmöglichkeiten.
- Die Übernahme vertrauter Tagesstrukturen ist häufig ein sehr wirksames Mittel, um demenzkranken Menschen ein Gefühl der Sicherheit

zu geben und eine Verstärkung demenzbedingter Symptome zu vermeiden. Auf der Basis der hierzu erhobenen Informationen sollten Abläufe angepasst bzw. entsprechend geplant werden. Beispiele sind etwa die Durchführung der morgendlichen Körperpflege oder das Anbieten der Mahlzeiten zu vertrauten Zeiten.

- Beschäftigungsangebote, (z.B. im Rahmen von Gruppenaktivitäten) kämen ebenfalls in Betracht, um demenzkranken Patienten auch während des Krankenhausaufenthaltes Orientierungsmöglichkeiten zu verschaffen. Im englischsprachigen Ausland werden derartige Maßnahmen bereits erfolgreich durchgeführt.
- Eine Kommunikation, die den persönlichen Fähigkeiten und Bedürfnissen eines demenzkranken Menschen Rechnung trägt, ist wesentliche Voraussetzung zur Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft. Auf Seiten der Pflegekräfte ist die Grundlage hierfür eine empathische Grundhaltung, die akzeptiert, dass Demenzkranke ihre Umwelt anders erleben und dementsprechend handeln. Methoden wie z.B. die integrative Validation berücksichtigen diese Aspekte.
- Die Gewährleistung personeller Kontinuität durch eine personenorientierte Pflegeorganisation (Bezugspflege) kann ebenfalls dazu beitragen, einer Überforderung der Patienten entgegenzuwirken. Darüber hinaus erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, Verhaltensauffälligkeiten frühzeitig zu erkennen.

Schließlich ergeben sich auch Anforderungen an die Planung und Dokumentation pflegerischer Maßnahmen. In der Pflegeplanung sollte möglichst bereits zu Beginn des Aufenthaltes deutlich gemacht werden, inwieweit demenzbedingte Einschränkungen und Problemlagen besondere Formen der Unterstützung notwendig machen und welche konkreten Maßnahmen durchgeführt werden sollen. Insbesondere sollten dabei folgende Aspekte Berücksichtigung finden:

- Welche pflegerischen Maßnahmen können dazu beitragen, eine Verschlechterung des kognitiven Zustandes sowie das Auftreten von Orientierungsstörungen und problematischen Verhaltensweisen zu vermeiden?
- Welche Maßnahmen sind sinnvoll, um die Patienten zur Mitwirkung bei Pflege, Diagnostik und Therapie zu motivieren und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen?
- Welche Maßnahmen sind notwendig, um Selbst- und Fremdgefährdung durch demenzbedingtes Verhalten zu vermeiden?
- In welchem Umfang und bezogen auf welche Maßnahmen können Angehörige in die Versorgung eingebunden werden?

Die ablauforientierte Sichtweise und Arbeitsorganisation der Pflege stellt einen wichtigen Faktor dar, der sich erschwerend auf eine bedürfnisgerechte Versorgungsgestaltung auswirkt. Darüber hinaus besteht jedoch auch ein erheblicher Qualifizierungsbedarf. Es hat sich gezeigt, dass unvollständiges Wissen über Symptome einer Demenzerkrankung eine frühzeitige, fachgerechte Einschätzung der individuell vorliegenden Störungen

und Bedarfslagen verhindert. Auch ihre möglichen Auswirkungen sind den Pflegekräften nicht immer bewusst. Darüber hinaus greifen sie bei der Planung und Durchführung ihrer Interventionen vor allem auf persönliches, im Krankenhaus erworbenes Erfahrungswissen zurück. Fachlich fundierte Konzepte zum Umgang mit Demenzkranken sind offenbar wenig bekannt.

Eine Erweiterung der pflegerischen Wissensbasis ist also dringend geboten. Dies betrifft zunächst einmal grundlegende Kenntnisse über die Erkrankung selbst und die damit verbundenen Auswirkungen auf das Erleben und die Lebensführung der Betroffenen, vor allem:

- Kenntnisse über die verschiedenen Demenzformen mit ihrer unterschiedlichen Symptomatik,
- Wissen um Auswirkungen einer Demenzerkrankung auf das Erleben der erkrankten Personen sowie
- Wissen über Versorgungsverläufe bei Demenzkranken und der möglichen Einflüsse durch Krankenhausaufenthalte.

Weitere wichtige Themenfelder umfassen Möglichkeiten der Kommunikation und die Anwendung von Strategien zur Vermeidung problematischer Verhaltensweisen bzw. zum Umgang mit diesen.

Für Pflegekräfte, die gewohnt sind, sich primär körperlichen Defiziten zu widmen, werden viele Interventionen ein Umdenken erfordern und zunächst eine gewisse Unsicherheit hervorrufen. Erfahrungen aus dem angloamerikanischen Raum zeigen, dass die Einbindung von Pflegekräften mit spezieller Expertise die Verbreitung und Umsetzung neu gewonnenen Fachwissens in die pflegerische Praxis verbessern kann³⁴. Die Pflegenden haben durch die Präsenz solcher „Spezialisten“ kompetente Ansprechpartner in fachlichen Fragen und können zudem beobachten, wie theoretisches Wissen erfolgreich in der Praxis angewendet werden kann. Die Sammlung praktischer Erfahrungen in Arbeitsbereichen, die sich im Schwerpunkt mit der Betreuung demenzkranker Menschen beschäftigen, stellt eine weitere Möglichkeit dar, die Anwendung des Gelernten zu vertiefen. Eine Strategie, die die Vermittlung theoretischer Hintergründe in Schulungen mit Unterweisungen zur praktischen Umsetzung verbindet, stellt aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung den Ansatz dar, der den nachhaltigsten Effekt verspricht.

5.3 Die Rolle der Angehörigen

Obwohl die Möglichkeiten, durch eine intensivere Beteiligung der Angehörigen das Befinden demenzkranker Patienten zu verbessern, durchaus gesehen werden, erfolgt ihre gezielte Einbindung nur unregelmäßig und meist ungeplant. Damit bleiben wichtige Ressourcen, die zur Verbesserung der Befindlichkeit demenzkranker Patienten oder zur Vermeidung

³⁴ Im angloamerikanischen Raum firmieren diese Pflegekräfte unter den Bezeichnungen „Clinical Nurse Specialist“ oder „Advanced Practice Nurse“. Es handelt sich dabei in der Regel um Pflegekräfte mit einer auf das jeweilige Themengebiet zugeschnittenen Spezialausbildung. Häufig verfügen sie sogar über eine Hochschulausbildung.

problematischer Situationen beitragen könnten, ungenutzt. Durch die Einbeziehung von Angehörigen oder anderen nahe stehenden Bezugspersonen lässt sich die Versorgungsqualität in zweierlei Hinsicht steigern:

- Durch die Anwesenheit Angehöriger erleben Patienten vertraute Kommunikationspartner und erhalten Orientierungsmöglichkeiten. Dies wirkt sich in einer Steigerung des Wohlbefindens aus und trägt dazu bei, psychische Belastungen zu reduzieren.
- Im Kontakt mit Angehörigen erhalten Pflegekräfte auch während des Aufenthaltes Hinweise und Informationen, die Verhaltensweisen von Patienten besser nachvollziehbar machen und Ansatzpunkte für sinnvolle pflegerische Interventionen aufzeigen.

Die Beteiligung von Angehörigen muss nicht unbedingt zu einer zeitlichen Mehrbelastung für diese führen. Allein durch ein gezielteres Vorgehen können ihre besonderen Kompetenzen effektiver für die Versorgung der Betroffenen genutzt werden. Hier gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, z.B. die Begleitung der Patienten zu Untersuchungen und Therapien oder die Anwesenheit zu Zeiten, in denen Patienten häufig unruhig sind oder vermehrt problematische Verhaltensweisen zeigen.

Den Pflegekräften wird dabei die Aufgabe zukommen, diese Einbindung zu planen und zu organisieren. Außerdem müssen sie den Angehörigen verdeutlichen, dass deren Engagement nicht in erster Linie zur Entlastung des Pflegepersonals beitragen soll. Sie müssen also in der Lage sein, zu erklären, wie und warum der Patient von deren Beteiligung profitieren kann. Zeitpunkt und Art der Einbindung sollten sich an den Möglichkeiten der Angehörigen und den individuellen Bedürfnissen der Patienten orientieren. Eine solche Arbeitsweise stellt in der derzeitigen Versorgungspraxis eine Ausnahme dar. Zudem sind die fachlichen Kompetenzen zu anleitenden und beratenden Tätigkeiten in der deutschen Pflege häufig begrenzt. Viele Pflegekräfte werden also auf ungewohntem Terrain tätig und müssen trotz knapper Zeit- und Personalressourcen ihre Arbeitsroutinen anpassen. Angesichts dieser Tatsache muss besonders auf den Bedarf an Unterstützung durch die Leitungsebene hingewiesen werden, die für eine nachhaltige Veränderung der Versorgungspraxis erforderlich ist.

5.4 Medizinische Versorgung

Auch der Umgang der beteiligten Ärzte mit den Symptomen und Folgen einer Demenzerkrankung ist in einigen Punkten verbesserungsfähig. Aufgrund ihrer Arbeitsweise sind sie sicherlich in vielen Fällen auf die Beobachtungen anderer Berufsgruppen, in erster Linie der Pflegekräfte, angewiesen, um auf leichtere Symptome einer möglichen Erkrankung aufmerksam werden zu können. Die Bereitschaft, diesen Hinweisen eine differenzialdiagnostische Abklärung folgen zu lassen, ist allerdings häufig zu gering, dies gilt insbesondere für hochaltrige Patienten:

- Zum einen besteht die Gefahr, dass Veränderungen, die durch ein akutes Delir oder eine Depression begründet sind, leichtfertig einer vermeintlich „alterstypischen“ Demenzerkrankung oder verminderten geistigen Leistungsfähigkeit zugeschrieben werden, so dass eine notwendige und ursächlich mögliche Therapie unterbleibt.

- Zum anderen führt auch bei dieser Patientengruppe der Weg zu einer Therapie über eine gestellte Demenzdiagnose.

Der Einsatz von Psychopharmaka kann bei demenzkranken Menschen Verschlechterungen der Kognition, eine Verstärkung sekundärer Demenzsymptome und auch Funktionseinbußen hervorrufen. Es ist fraglich, ob dieser Tatsache stets ausreichend Rechnung getragen wird. In einigen Fällen wird eine medikamentöse Behandlung eingeleitet, obwohl andere Interventionsmöglichkeiten (die zusätzlichen Arbeitsaufwand mit sich bringen würden) noch nicht ausgeschöpft sind. Außerdem wird zu selten auf fachärztliche Expertise und aktuelle Leitlinien zurückgegriffen. Es kommt unter Umständen zur Entstehung vermeidbarer Einbußen, die nur schwer wieder rückgängig gemacht werden können und somit auch längerfristig den Versorgungsbedarf der Betroffenen erhöhen.

Veränderungs- und Anpassungserfordernisse betreffen also sowohl den Umgang mit der Demenzerkrankung selbst, als auch den Umgang mit ihren Auswirkungen auf die Behandlung der akuten Gesundheitsstörung.

Zur differenzialdiagnostischen Abklärung eines Demenzverdachts scheint es daher sinnvoll, Hinweisen auf eine mögliche Demenz auch dann nachzugehen, wenn die Auswirkungen auf die Krankenhausbehandlung (noch) nicht massiv sind. Um zu einem einheitlichen Vorgehen zu kommen, können gesprächsweise hausinterne Leitlinien entwickelt werden, nach denen die Diagnostik ausgestaltet werden kann. Da die Diagnosestellung im Krankenhaus sicherlich nicht immer abschließend möglich ist, sollten die Informationen über die begonnene Diagnostik und Therapie dem weiterbehandelnden Arzt unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt zur Verfügung gestellt werden.

Es empfiehlt sich ebenfalls festzulegen, zu welchem Zeitpunkt eine fachärztliche Empfehlung eingeholt werden soll. Diagnostik und Therapie der Demenzerkrankung sollten sich an den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften orientieren und somit bestehende Wissensbestände nutzen. Dies gilt ebenfalls für den Einsatz von Medikamenten, die auf eine Reduzierung sekundärer Demenzsymptome abzielen. Auf der Basis dieser Hinweise kann eine hausintern einheitliche Vorgehensweise abgestimmt werden. Die Leitlinien weisen auch auf potenzielle Probleme beim Einsatz bestimmter Medikamentengruppen hin, die zwar zur Therapie anderer Erkrankungen erfolgreich eingesetzt werden, bei demenzkranken Patienten jedoch häufig zu einer Verstärkung der Demenzsymptomatik führen können. Dies gilt in besonderem Maße für zentral dämpfende Pharmaka und Präparate, die den Acetylcholin Spiegel im Gehirn beeinflussen³⁵. Um möglichen Negativentwicklungen vorzubeugen, wird in den Leitlinien ein besonders sorgsamer, zurückhaltender Umgang mit diesen Substanzen empfohlen und auf Alternativen hingewiesen.

Aufgrund der Tatsache, dass in Folge von Maßnahmen wie der Anlage einer PEG oder eines Blasendauerkatheters für Demenzkranke häufig die

³⁵ Ein wichtiger Ansatz der medikamentösen Demenztherapie zielt darauf ab, den bei Alzheimerkranken verminderten Acetylcholin Spiegel im Gehirn zu erhöhen (so genannte Cholinesterasehemmer). Andere häufig eingesetzte Medikamente (z.B. einige Antidepressiva) haben eine entgegengesetzte Wirkung und können so die Demenzsymptomatik weiter verstärken.

Gefahr von Funktionseinbußen besteht, die im späteren Verlauf nur schwer rückgängig zu machen sind, sollten Entscheidungen zu derartigen Interventionen besonders sorgsam abgewogen werden. Neben der aktuellen Befindlichkeit sollten auch die vor dem Krankenhausaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten des Patienten, die es zu erhalten gilt, mit in die Therapieentscheidung einfließen.

5.5 Entlassungsmanagement

Dem Entlassungsmanagement kommt bei demenzkranken Patienten eine hohe Bedeutung zu, da die Erkrankung in vieler Hinsicht zu einem besonderen nachstationären Unterstützungsbedarf bei den Betroffenen selbst, aber auch ihren Angehörigen führen kann, insbesondere wenn eine Demenzerkrankung während des Krankenhausaufenthaltes neu erkannt wird.

Nach wie vor werden Pflegeüberleitung oder Sozialdienst vorwiegend dann eingebunden, wenn eine Anpassung von Hilfeleistungen nach dem Krankenhausaufenthalt notwendig erscheint. Der Verzicht auf die Einschaltung des Entlassungsmanagements bei scheinbar gesicherten Versorgungsverhältnissen ist bei Demenzkranken jedoch problematisch. Psychosozialer Unterstützungsbedarf von Patienten und Angehörigen wird häufig erst im Rahmen gezielt geführter Gespräche deutlich, die in diesen Fällen unterbleiben. Gerade wenn man die Defizite bei der Informationslage zur vorausgegangenen Versorgung in Betracht zieht, wird deutlich, dass eine Einschätzung des nachstationären Unterstützungsbedarfes auf dieser Grundlage häufig nicht möglich ist und eine umfassendere Abklärung durch Pflegeüberleitung oder Sozialdienst notwendig wäre.

Auch bei Demenzkranken stellt die Mobilisierung nachfolgender Leistungen in der Regel den Arbeitsschwerpunkt in der Entlassungsvorbereitung dar. Es ist jedoch zu hinterfragen, ob dies den typischen Bedarfslagen dieser Patientengruppe gerecht wird. Der nationale Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ weist darauf hin, dass auch der Unterstützungsbedarf bei der psychosozialen Bewältigung im Rahmen der Entlassungsvorbereitungen mit erfasst werden sollte. Gerade in der frühen Phase von Demenzerkrankungen lassen sich z.B. durch Maßnahmen wie alltagsnahes kognitives Training oder Milieugestaltung sowohl Krankheitsverlauf als auch die Alltagskompetenz positiv beeinflussen. Auch die Anbahnung derartiger Maßnahmen muss also Bestandteil des Entlassungsmanagements bei Demenzkranken sein.

Die Interviewpartner haben deutlich gemacht, dass die Belastungssituation, in der sich pflegende Angehörige oftmals befinden, zum Teil zur Krankenseinweisung beiträgt und zugleich den Aufbau einer langfristig stabilen Versorgungssituation erschwert. Die Angebote, die von Seiten des Entlassungsmanagements gemacht werden, um hier zu Verbesserungen beizutragen, sind nicht immer ausreichend. Das Wissen um außerhalb des Krankenhauses verfügbare Beratungs- und Selbsthilfeangebote scheint bei einigen Beteiligten lückenhaft zu sein. Der reine Hinweis auf Unterstützungsmöglichkeiten greift außerdem zu kurz und lässt außer Acht, dass der Zugang durch präzise Hinweise auf das Leistungsspektrum der jeweiligen Organisationen und eine aktive Unterstützung bei der Kontakthanbahnung erleichtert werden könnte und somit wahrscheinlicher wird. Die Chance, den Krankenhausaufenthalt als Ausgangspunkt für eine Stabilisie-

rung der Versorgungssituation der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu nutzen, wird also unter Umständen verpasst.

Die Einbindung der für das Entlassungsmanagement verantwortlichen Akteure während des Krankenhausaufenthaltes stellt sich zum Teil als unzureichend dar. Ihnen wird vor allem die Aufgabe zugeschrieben, die organisatorischen Vorbereitungen für die nachstationäre Versorgung zu treffen und bei der Beantragung von Leistungen zu helfen. Sie haben jedoch nur begrenzte Einflussmöglichkeiten auf die Durchführung und Gestaltung von Maßnahmen, die bereits während des Krankenhausaufenthaltes eingeleitet werden sollten. Eine solche Praxis wurde nur von den Mitarbeitern des Krankenhauses Herdecke geschildert. Dort initiiert z.B. die Pflegeüberleitung die Anleitung Angehöriger auf den Stationen.

Die Informationsweiterleitung an nachsorgende Einrichtungen erfolgt primär schriftlich, durch die Nutzung der jeweiligen Überleitungsbögen. Sie bilden zwar eine gute Basis, um einen Überblick über den körperlichen Pflegebedarf zu geben, reichen aber schon für die Darstellung der hierzu getroffenen Maßnahmen nicht immer aus. Sie bieten in ihrer derzeitigen Form nur eingeschränkte Möglichkeiten, psychosoziale Problemlagen und den daraus resultierenden Unterstützungsbedarf abzubilden. Insofern sind sie als alleiniges Mittel der Informationsübermittlung – gerade bei Demenzkranken – nicht immer ausreichend. Der Expertenstandard zum Entlassungsmanagement sieht in dieser Hinsicht vor, dass den Mitarbeitern der weiterbetreuenden Einrichtung eine Übergabe unter Einbeziehung von Patient und Angehörigen angeboten wird.

Um den Bedarfslagen demenzkranker Patienten und ihrer Angehörigen besser gerecht zu werden, sollten Krankenhäuser daher einige grundsätzliche Überlegungen zur organisatorischen und inhaltlichen Ausgestaltung ihres Entlassungsmanagements anstellen:

- Wie kann gewährleistet werden, dass nach der Identifizierung einer Demenzerkrankung, dem Feststellen von kognitiven Defiziten und/oder Verhaltensauffälligkeiten ein Mitarbeiter des Entlassungsmanagements zeitnah hinzugezogen wird?
- Wie lassen sich die konkreten Probleme und Bedarfslagen sowohl von Patienten als auch Angehörigen von den Akteuren des Entlassungsmanagements effektiver ermitteln?
- Welche Möglichkeiten gibt es, um insbesondere die Notwendigkeit psychosozialer Entlastung frühzeitig zu erkennen?
- Wie kann, bezogen auf die besonderen Problemlagen demenzkranker Patienten und ihrer Angehörigen, die Vermittlung von Leistungen psychosozialer Unterstützung und Beratung für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt verbessert werden³⁶?

³⁶ Inhalt einer angemessenen Überleitung muss es nach Ansicht der wissenschaftlichen Begleitung in diesem Zusammenhang sein, über verfügbare Hilfsangebote (z.B. Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen) zu informieren und schon während des Krankenhausaufenthaltes aktiv Kontakte anzubahnen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass sämtliche vor Ort verfügbare Ressourcen und deren Leistungsspektrum bekannt sind.

- Inwieweit ist eine Ergänzung der verwendeten Überleitungsbögen bei Patienten mit kognitiven Defiziten und/oder Verhaltensauffälligkeiten erforderlich? Wie könnten vor allem die Möglichkeiten verbessert werden, psychische und soziale Bedarfslagen zu beschreiben?
- Welche Maßnahmen sind geeignet, um im Krankenhaus erhobene Informationen zu Ressourcen und Problemen den nachsorgenden Akteuren verfügbar zu machen, wenn die vollständige Weitergabe durch einen Überleitungsbogen an praktische Grenzen stößt?

Die wissenschaftliche Begleitung empfiehlt in diesem Zusammenhang ausdrücklich die Orientierung an den Kriterien des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“. Mit ihm liegt bereits seit einigen Jahren ein fachlich fundiertes Anforderungsprofil für die organisatorische und inhaltliche Gestaltung der Entlassungsvorbereitung in Krankenhäusern vor.

5.6 Kooperation und Vernetzung

Wie im Untersuchungsverlauf deutlich wurde, ist die *Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen im Krankenhaus* von der Orientierung an akutmedizinischen Anforderungen geprägt. Dies spiegelt sich in der Problemwahrnehmung der Akteure wieder, beeinflusst aber auch deren Bereitschaft, während des Krankenhausaufenthaltes die Versorgungsgestaltung anzupassen. Trotz einer grundsätzlich ähnlichen Ausrichtung gibt es aber Unterschiede in den Sichtweisen der verschiedenen Professionen.

Aus ärztlicher Sicht sind Anpassungen von Diagnostik und Therapie vor allem dann notwendig und zu rechtfertigen, wenn ein erhöhtes, demenzbedingtes Risiko von Komplikationen besteht. Ein typisches Beispiel hierfür ist der Verzicht auf die Behandlung mit Antikoagulantien, wenn aufgrund der Demenz ein erhöhtes Sturzrisiko vermutet wird³⁷.

Darüber hinaus ergeben sich auch Situationen, in denen medizinische Maßnahmen zwar prinzipiell durchführbar sind, sich jedoch die Frage nach dem tatsächlichen Nutzen für den Betroffenen stellt. So kann beispielsweise die Notwendigkeit der Vorbereitung auf eine Darmuntersuchung, die mit Abführmaßnahmen einhergeht, den Betroffenen kaum vermittelt werden. Sie führen unter Umständen zu einer enormen körperlichen und psychischen Belastung, was zu erheblichen Abwehrreaktionen führen kann. Dies wiederum birgt die Gefahr, dass freiheitseinschränkende Maßnahmen oder eine medikamentöse Ruhigstellung zum Einsatz kommen. In solchen Fällen ist darüber zu entscheiden, wie dringlich die Durchführung der geplanten Maßnahmen ist und ob alternativ andere Untersuchungsmethoden die im Einzelfall angemessenere Lösung darstellen.

Die Ergebnisse solcher Entscheidungsprozesse werden insbesondere von Seiten einiger Pflegekräfte kritisch betrachtet. Aus ihrem Blickwinkel orientieren sich die Ärzte in diesem Punkt zu häufig an rein medizinischen

³⁷ Antikoagulantien sind blutverdünnende Medikamente, die z.B. bei der Behandlung von Herz-Kreislaufkrankungen häufig eingesetzt werden. Patienten, die diese Mittel einnehmen, sind bei Verletzungen in hohem Maße von schwer kontrollierbaren Blutungen bedroht.

Argumenten. Die Auswirkungen auf die Befindlichkeit der Betroffenen und den weiteren Versorgungsverlauf werden aus ihrer Sicht nicht hinreichend berücksichtigt. Diese Kritik stützt sich zum einen auf die während des Krankenhausaufenthaltes erlebten Folgen, zum anderen wird auch auf negative Auswirkungen auf die nachfolgende Versorgung hingewiesen.

Um während des Krankenhausaufenthaltes zu einem Vorgehen zu kommen, dass der komplexen Versorgungsproblematik demenzkranker Menschen Rechnung trägt, gilt es einen möglichst umfassenden Blick auf die Gesamtheit der bestehenden Bedarfslagen und Probleme zu gewinnen. Eine engere Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Es sollten zunächst die Sichtweisen der beteiligten Professionen zusammengetragen und eine gemeinsame Zielsetzung gefunden werden, an der sich alle Beteiligten während des Krankenhausaufenthaltes orientieren können. Als erfolgversprechende Instrumente haben sich in diesem Zusammenhang z.B. Sozialvisiten und Fallbesprechungen bewährt, in denen die individuellen Problemlagen der betroffenen Patienten aus dem Blickwinkel aller Akteure aufgezeigt werden, man sich gemeinsam auf realisierbare Ziele einigt und verbindliche Absprachen zur weiteren Vorgehensweise trifft. Hier könnte beispielsweise diskutiert werden, inwieweit standardisierte Untersuchungsabläufe der Anpassung bedürfen, um die Einbindung von Angehörigen zu ermöglichen oder potenzielle Beeinträchtigungen des kognitiven Status zu vermeiden.

Ein solches Vorgehen macht die Veränderung gewohnter Kooperationsmuster notwendig, was in der täglichen Zusammenarbeit der Beteiligten nicht einfach zu realisieren ist. In anderen Projektzusammenhängen hat sich gezeigt, dass solche Herausforderungen zunächst besser in einem eigens dafür geschaffenen Rahmen bewältigt werden können, der eine gleichberechtigte Kommunikation zwischen den Akteuren fördert und ermöglicht.

An den Veränderungen werden in erster Linie Pflegekräfte, Ärzte und die Mitarbeiter von Sozialdienst und Pflegeüberleitung beteiligt sein. Allerdings ist auch die Einbindung von Ergotherapeuten, Krankengymnasten und weiteren Beteiligten sinnvoll, wenn sie in die Versorgung der Patienten eingebunden sind.

Die Verbesserung der Kooperation sollte über die Zusammenarbeit im konkreten Fall hinausgehen. Auch wenn geplante Maßnahmen zunächst in Teilbereichen umgesetzt werden, betreffen ihre Auswirkungen ebenso andere Bereiche der Krankenhäuser. Diese Abteilungen sollten deshalb frühzeitig über die angestrebten Veränderungen informiert werden und in deren Planung mit einbezogen sein. Insbesondere sollte ihnen gegenüber deutlich gemacht werden, warum die Projektmaßnahmen für erforderlich gehalten werden und wie die demenzkranken Patienten von ihnen profitieren können. So lässt sich erfahrungsgemäß ein höheres Maß an Mitwirkung und Akzeptanz erreichen

Über die im Rahmen des Entlassungsmanagements üblichen Kontakte hinaus scheint es wünschenswert, die *Kommunikation und Kooperation mit externen Einrichtungen* und Personen zu intensivieren. Von Seiten des Krankenhauses ist man einerseits auf frühzeitig verfügbare, verlässliche und umfassende Informationen zur bisherigen Versorgung angewiesen. Um schnittstellenübergreifend Behandlungs- und Versorgungskontinuität sicherzustellen, bedarf es außerdem einer regelmäßigen Abstimmung mit

externen Partnern. Insgesamt wird es von zentraler Bedeutung sein, die mit dem Projekt verknüpften Ziele des Krankenhauses den externen Einrichtungen und Personen zu vermitteln, um sie für die erforderliche Mitarbeit zu gewinnen. Dem Ausbau bestehender Kontakte und dem Aufbau neuer Netzwerke wird deshalb im Rahmen des Projektes eine hohe Bedeutung zukommen:

- Die lokal arbeitenden ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sollten für einen verbesserten Informationsaustausch gewonnen werden. Sinnvoll wäre beispielsweise die Einigung auf einen Überleitungsbogen, der den Informationsbedürfnissen beider Seiten Rechnung trägt. Auch Absprachen hinsichtlich der Möglichkeiten, wie fehlende Angaben nachträglich erhoben werden können, scheinen sinnvoll. Um zu Verbesserungen zu gelangen, könnten beispielsweise die bestehenden Kontakte von Pflegüberleitung und Sozialdiensten zu den Einrichtungen genutzt werden.
- Auch auf der ärztlichen Seite bietet sich die Nutzung bereits bestehender Kontakte zu niedergelassenen Medizinerinnen an. Auch hier sollten Absprachen getroffen werden, die einen verbesserten Informationsfluss und Erfahrungsaustausch gewährleisten.
- Im Hinblick auf die besonderen Bedürfnisse demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen ist es sinnvoll, dass Kontakte zu Beratungseinrichtungen ausgebaut bzw. neu geschaffen werden. Es sollte geprüft werden, ob von deren Seite aus die Möglichkeit besteht, ihre Angebote den Betroffenen auch im Krankenhaus zugänglich zu machen und so Zugangsbarrieren abzubauen. Die Beratungseinrichtungen könnten auch die Gelegenheit erhalten, im Rahmen der durchgeführten Fortbildungen ihre Leistungen und Sichtweisen darzustellen.
- Selbsthilfegruppen bieten vor allen Dingen für Angehörige Entlastungsmöglichkeiten. Aus diesem Grund sollte versucht werden, auch zu ihnen Kontakt aufzubauen. Wie schon bei den Beratungsstellen könnten Absprachen über ein mögliches Engagement im Krankenhaus getroffen werden.

6. Ausblick

Bei der Gestaltung des Krankenhausaufenthaltes demenzkranker Menschen steht der Versuch, ein akutes Gesundheitsproblem zu bewältigen, im Mittelpunkt der Bemühungen. Fraglos gehört dieser Auftrag zu den Kernaufgaben, denen sich Krankenhäuser der Akutversorgung stellen müssen. Allerdings nehmen zunehmend chronisch kranke Patienten Krankenhausleistungen in Anspruch, bei denen eine Vielzahl gesundheitlicher Einschränkungen und Problemlagen mit zu berücksichtigen sind und die während des Krankenhausaufenthaltes Unterstützung bei der Bewältigung der mit der Krankheit verbundenen Herausforderungen benötigen. Dies ist nicht nur, aber in besonderem Maße, bei demenzkranken Menschen der Fall. Dennoch richten Krankenhausmitarbeiter auch bei diesen Patienten ihr Handeln vorwiegend an dem Ziel aus, die zentralen akutmedizinischen Probleme möglichst effizient zu bewältigen. Dabei werden die Einflüsse anderer Erkrankungen und Probleme vor allem dann zum Ziel pflegerischer und ärztlicher Interventionen, wenn sie Versorgungsabläufe stören oder zu einer zusätzlichen Arbeitsbelastung führen.

Diese isolierte Wahrnehmung und Bearbeitung akuter Gesundheitsstörungen berücksichtigt die komplexen Anforderungen für die Versorgungsgestaltung, die sich aus dem Zusammenwirken verschiedenster Faktoren ergeben, nicht in ausreichendem Maße. Es besteht die Gefahr, dass beim Versuch, Einzelprobleme zu lösen, die damit verbundenen Effekte auf andere Lebensbereiche übersehen werden und in der Summe keine Verbesserungen erreicht werden oder der Erfolg der Krankenhausbehandlung nicht nachhaltig ist.

Aufgrund der bestehenden Rahmenbedingungen ist es für viele Krankenhäuser ausgesprochen schwierig und mühsam, den Forderungen nach mehr Patientenorientierung und Abstimmung des Leistungsangebotes auf die komplexen Bedarfslagen demenzkranker Patienten gerecht zu werden. Zudem stehen sie derzeit unter einem hohen Reformdruck und sehen sich durch die Einführung des DRG-Systems mehr denn je gezwungen, ihr Handeln an ökonomischen Gesichtspunkten auszurichten. Diese Tatsache und die damit verbundene verstärkte Arbeitsbelastung – auch das wurde während der Erhebung deutlich – wird von vielen Mitarbeitern wesentlich mit als Ursache für Defizite bei der Versorgung demenzkranker Patienten verantwortlich gemacht. Allerdings sind viele der aufgedeckten Versorgungsdefizite sicherlich nicht erst in den letzten Jahren entstanden, sondern spiegeln seit langem bekannte Problemlagen wieder.

Mit entscheidend für die erfolgreiche Fortführung des Projektes wird es sein, im Verlauf bei allen Beteiligten ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass bei der Versorgung demenzkranker Patienten über die Bewältigung akutmedizinischer Probleme hinaus noch weitere Aufgaben in den Verantwortungsbereich der Krankenhäuser fallen. Dies betrifft zum einen das Erkennen möglicher Gefahren für die aktuelle und nachfolgende Versorgungssituation, zum anderen die Durchführung oder Einleitung von Maßnahmen, die geeignet sind, diesen potenziellen Problemen zu begegnen. Hier gilt es, vorhandene Handlungsspielräume gezielter zu nutzen.

Um zu Verbesserungen zu kommen, planen die am Modellprojekt beteiligten Kliniken Maßnahmen in unterschiedlichen Handlungsfeldern und mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Ein Teil der Interventionen wird

zunächst auf einzelne Bereiche und Stationen begrenzt bleiben, um die Angemessenheit und Durchführbarkeit zu erproben.

Aus den oben formulierten Veränderungsvorschlägen ergeben sich vielfältige Herausforderungen. Die Mitarbeiter sind gehalten, ihre persönliche Wissensbasis zu erweitern und die neu erworbenen Erkenntnisse in ihr tägliches Handeln zu integrieren. Häufig werden dabei Themen eine Rolle spielen, die für die Akteure „Neuland“ sind und bei denen ein Rückgriff auf bislang erworbenes Erfahrungswissen nur in geringem Umfang möglich ist. Um die angestrebten Veränderungen umzusetzen und Nachhaltigkeit zu gewährleisten, besteht darüber hinaus die Notwendigkeit, Organisationsabläufe im Projektverlauf gezielt umzugestalten. Sowohl bei der Erweiterung des Fachwissens als auch im Hinblick auf organisatorische Anpassungen werden die Mitarbeiter auf ein hohes Maß an Unterstützung durch die Leitungs- und Managementebene angewiesen sein.

Insgesamt haben sich die beteiligten Krankenhäuser durch ihre Beteiligung am Modellprojekt einer sehr anspruchsvollen Zielsetzung verpflichtet, die ein Engagement über die bloße Umsetzung einzelner Maßnahmen hinaus erforderlich macht. Dies eröffnet den einzelnen Kliniken allerdings auch Perspektiven, über die Verbesserung der Versorgungssituation demenzkranker Patienten hinaus von ihrer Beteiligung zu profitieren. Sie haben die Möglichkeit, wertvolle Erkenntnisse in Handlungsfeldern zu gewinnen, die auch für die Versorgung anderer Patientengruppen eine hohe Relevanz besitzen. So gesehen bietet die Teilnahme am Projekt den Häusern die Chance, sich hinsichtlich der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen, die mit der Versorgung chronisch kranker Menschen verbunden sind, einen Erfahrungsvorsprung zu verschaffen und notwendige strukturelle Anpassungen einzuleiten und zu erproben.

Literatur

- Alarcon, T./Barcena, A./Gonzalez-Montalvo, J.I./Penalosa, C./Salgado, A. (1999): Factors predictive of outcome on admission to an acute geriatric ward. *Age and Ageing* 28, Nr. 5, 429-432
- Algase, D.L. (1999): Wandering: A Dementia-Compromised Behaviour. *Journal of Gerontological Nursing* 25, Nr. 9, 10-16
- Anthony, J.C./LeResche, L./Niaz, U./Von Korff, M.R./Folstein, M.F.(1882): Limits of the Mini-Mental State as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. *Psychological Medicine* 12, Nr. 2, 397-408
- Archibald, C. (2002): *People with Dementia in Acute Hospital Settings*, Stirling: Dementia Services Development Centre
- Archibald, C. (2003): *People with Dementia in Acute Hospitals - A Practice Guide for Registered Nurses*. Stirling: Dementia Services Development Centre
- Arnold, E. (2005): Sorting out the 3 D's: Delirium, Dementia, Depression. *Holistic nursing practice* 19, Nr. 3, 99-104
- Arolt, V. (1997): *Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten: Eine epidemiologische Untersuchung zu Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsbedarf psychiatrischer Morbidität bei internistischen und chirurgischen Patienten*. Berlin: Springer
- AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2000): *Leitlinie Konsiliar- und Liaisondienst in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin (psmCL) in Krankenhäusern der Akutversorgung*. Im Internet abrufbar unter: www.awmf.org
- Bickel, H. (2002): Stand der Epidemiologie. In: Hallauer, F./Kurz, A. (Hg.): *Weißbuch Demenz - Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland*, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 10-14
- Bickel, H./Cooper, B./Wancata, J. (1993): Psychische Erkrankungen von älteren Allgemeinkrankenhauspatienten: Häufigkeit und Langzeitprognose. *Der Nervenarzt* 64, Nr. 1, 53-61
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2002): *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen*. Berlin
- Bohnsack, R. (2003): Gruppendiskussionsverfahren und Milieuforschung. In: Friebertshäuser, B./Prenzel, A. (Hg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*, Weinheim, München: Juventa Verlag, 492-502
- Boise, L./Camicioli, R./Morgan, D.L./Rose, J.H./Congleton, L. (1999): Diagnosing dementia: perspectives of primary care physicians. *The Gerontologist* 39, Nr. 4, 457-464
- Bosch, C.F.M. (1998): *Vertrautheit - Studie zur Lebenswelt dementierender älterer Menschen*. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft
- Camberg, L./Smith, N./Beudet, M./Daley, J./Cagan, M./Thibault, G. (1997): Discharge Destination and Repeat Hospitalizations. *Medical Care* 35, Nr. 8, 756-767
- Cooper, B./ Bickel, H. (1987): Old people in hospital: A study of a psychiatric high- risk group. In: Angermeier, C. (Hg.): *From social class to social stress: New developments in Psychiatric Epidemiology*. Berlin: Springer, 235-246

- Cummings, S.M. (1999): Adequacy of discharge plans and rehospitalization among hospitalized dementia patients. *Health and Social Work* 24, Nr. 4, 249-259
- DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hg.) (2000): Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie Band 3 - Behandlungsleitlinie Demenz. Darmstadt: Steinkopff-Verlag
- Diefenbacher, A./Arolt, V.(2003): Konsiliarpsychiatrische Versorgung - Entwicklung und Perspektiven. In: Arolt, V./Diefenbacher, A. (Hg.): *Psychiatrie in der klinischen Medizin: Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie*, Darmstadt: Steinkopff-Verlag, 54-85
- Dinkel, R.H./Lebok, U.H. (1997): The effects of dementia in German acute care hospitals. *Dementia and geriatric cognitive disorders* 8, Nr 5, 314-319
- DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2004): *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege: Entwicklung - Konsentierung - Implementierung*. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
- Eichhorn, A./Niße, K. (2005): Die Bedeutung frühzeitiger Diagnostik und Behandlung. In: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft: *Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen im Krankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance? Dokumentation der Fachtagung im Rahmen des BMG-Modellprogramms zur "Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger"*. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft, 39-54
- Erkinjuntti, T./Autio, L./Wikstrom, J. (1988): Dementia in medical wards. *Journal of Clinical Epidemiology* 41, Nr. 2, 123-126
- Erkinjuntti, T/Wikstrom, J./Palo, J/Autio, L. (1986): Dementia among medical inpatients - Evaluation of 2000 consecutive admissions. *Archives of Internal Medicine* 147, Nr. 10, 1923-1926
- Fick, D./Foreman, M. (2000): Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in hospitalized elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing* 26, Nr. 1, 30-40.
- Fischer, W. (2001): Grundzüge von DRG-Systemen. In: Arnold, M./Litsch, M./Schellschmidt, H. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2000 - Schwerpunkt Vergütungsreform mit DRGs*, Stuttgart: Schattauer-Verlag, 13-32
- Friederich, H.C./Hartmann, M./Bergmann, G./Herzog, W. (2002): Psychiatric comorbidity in medical inpatients - prevalence and effect on the length of stay. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 52, Nr. 7, 323-328
- Friedrich, J./Günster, C. (2005): Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung der DRGs (2002-2004). In: Klauber, B./Robra, B.P./Schellschmidt, H. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2005 - Wege zur Integration*. Stuttgart: Schattauer-Verlag, 153-204
- Fuchs, H. (2004): Konsequenzen der DRG-Einführung für die angrenzenden Versorgungsbereiche Rehabilitation und Pflege. In: Klauber, J./Robra, B.P./Schellschmidt, H. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2003 - Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1*. Stuttgart: Schattauer-Verlag, 187-210
- Fulop, G./Strain, J.J./Fahs, M.C./Schmeidler, J./Snyder, S. (1998): A prospective study of the impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stays of elderly medical-surgical inpatients. *Psychosomatics* 39, Nr. 3, 273-280
- Füsgen, I. (2004): *Geriatric 1. Grundlagen und Symptome*. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag
- Grond, E. (2000): *Pflege Demenzkranker*. Hagen: Brigitte Kunz Verlag

- Gutzmann, H./Zank, S. (2005): Demenzielle Erkrankungen - Medizinische und psychosoziale Interventionen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Hafner, M./Meier, A. (2005): Geriatriische Krankheitslehre Teil I - Psychiatrische und neurologische Syndrome. Bern: Verlag Hans Huber
- Hallauer, F. (2002): Epidemiologie für Deutschland mit Prognose. In: Hallauer, F./Kurz, A. (Hg.): Weißbuch Demenz - Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 15-17
- Hansen, K./Mahoney, J./Palta, M. (1999): Risk factors for lack of recovery of ADL independence after hospital discharge. *Journal of American Geriatrics Society* 47, Nr. 3, 360-365
- Haupt, M. (1999): Der Verlauf von Verhaltensstörungen und ihre psychosoziale Behandlung bei Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32, Nr. 3, 159-166
- Haupt, M. (2002): Stand der nicht-medikamentösen Therapie. In: Hallauer, F./Kurz, A. (Hg.): Weißbuch Demenz - Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 48-50
- Health & Social Care Change Agent Team (2003): Discharge from Hospital: Getting it right for people with dementia. London: The Department of Health
- Hirsch, R.D. (2003): Störfaktor dementer Patient? Kliniken müssen sich auf ältere Patienten besser einstellen. *Krankenhaus- Umschau* 72, Nr. 3, 172-175
- Höchst, H./Micka, A. (2000): Validation im Akutkrankenhaus. *Die Schwester/Der Pfleger* 39, Nr. 10, 835-837
- Iliffe, S./De Lepeleire, J./Van Hout, H./Kenny, G./Lewis, A./Vernooij-Dassen, M./The Diadem Group (2005): Understanding the obstacles to the recognition of and response to dementia in different European countries: A modified focus group approach using multinational, multi-disciplinary expert groups. *Aging & Mental Health* 9, Nr. 1, 1-6
- Iliffe, S./Walters, K./Rait, G. (2000): Shortcomings in the diagnosis and management of dementia in primary care: towards an educational strategy. *Aging & Mental Health* 4, Nr. 4, 286-291
- Joosten, M. (1997): Die Pflege-Überleitung. Vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenpflege. Bremen: Altera
- Karlsson, I. (1999): Drugs that induce Delirium. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 10, Nr. 5, 412-415
- KDA - Kuratorium Deutsche Altershilfe (2002): Menschen mit Demenz im Krankenhaus - Eine verdrängte Problematik. *Pro Alter* 4/02, Köln: KDA, 66-70
- KDA - Kuratorium Deutsche Altershilfe (2006): Die Perspektive der Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt stellen. *Pro Alter* 2/06 Köln: KDA, 58-62
- Kirchen-Peters, S. (2005): Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft
- Kitwood, T. (2000): Demenz - Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Verlag Hans Huber
- Klostermann, J. (2004): Zuwendung braucht Kompetenz und Zeit. *Pflegezeitschrift* 57, Nr. 12, 841-844

- Kolbeinsson, H./Jonsson, A. (1993): Delirium and dementia in acute medical admissions of elderly patients in Iceland. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 87, Nr. 2, 123-127
- Korte-Pötters, U./Wingenfeld, K. (2005): Leistungsbeschreibungen zur Klassifikation von Maßnahmen in der vollstationären Pflege, Version 1.1. Heft 2 der Schriftenreihe „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004-2006, hg. vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie (MGSFF). Düsseldorf
- Kühl, K.P./Hellweg, R. (2004): Demenzen - Pathologie, Diagnostik, Therapieansätze. In: Essers, M./Gerlinger, T./Herrmann, M./Hinricher, L./Lenhardt, U./Seidler, A./Simon, M./Stegmüller, K. (Hg.): *Jahrbuch Kritische Medizin: Demenz als Versorgungsproblem*, Hamburg: Argument- Verlag, 9-21
- Lamnek, S. (2005): *Gruppendiskussionen - Theorie und Praxis*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- Lind, S. (2000): *Umgang mit Demenz - Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden*. Stuttgart: Paul-Lempp-Stiftung
- Lyketsos, C.G./Sheppard, J.M./Rabins, P.V.(2000): Dementia in elderly persons in a general hospital. *American Journal of Psychiatry* 157, Nr. 5,704-707
- Martin-Cook, K. (2001): Impact of family visits on agitation in residents. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias* 16, Nr. 3, 163-166
- Mavundla, T.R. (2000): Professional nurses' perception of nursing mentally ill people in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 32, Nr. 6, 1569-1578
- Mayring, P. (1996): *Einführung in die qualitative Sozialforschung - Eine Anleitung zum qualitativen Denken*. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Mayring, P. (2000): *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken*, Deutscher Studien Verlag, Weinheim
- Medizinisches Wissensnetzwerk der Universität Witten/Herdecke (2005): *Demenz - evidenzbasierte Leitlinie zu Diagnose und Therapie*. Im Internet abrufbar unter: www.evidence.de
- Meuser, M./Nagel, U. (1997): Das Experteninterview - Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, B./Prenzel, A. (Hg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*, Weinheim, München: Juventa Verlag, 481-491
- Müller-Mundt, G. (2002): Experteninterviews oder die Kunst der Entlockung "funktionaler Erzählungen". In: Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hg.): *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, 269-283
- Pedone, C./Ercolani, S./Catani, M./Maggio, D./Ruggiero, C./Quartesan, R./Senin, U./Mecocci, P./Cherubini, A./GIFA Study Group (2005): Elderly patients with cognitive impairment have a high risk for functional decline during hospitalization: The GIFA Study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 60, Nr. 12, 1576-1580
- Pentzek, M./Abholz, H.H. (2004): Das Übersehen von Demenzen in der Hausarztpraxis - Der Stand der Forschung zu möglichen Einflussfaktoren. In: Essers, M./Gerlinger, T./Herrmann, M./Hinricher, L./Lenhardt, U./Seidler, A./Simon, M./Stegmüller, K. (Hg.): *Jahrbuch Kritische Medizin: Demenz als Versorgungsproblem*, Hamburg: Argument- Verlag, 22-39

- Reischies, F.M./Diefenbacher, A./Reichwaldt, W. (2003): Delir. In: Arolt, V./Diefenbacher, A. (Hg.): Psychiatrie in der klinischen Medizin - Konsiliarpsychiatrie,-psychosomatik und -psychotherapie. Darmstadt: Steinkopff Verlag, 259-284
- RNAO - Registered Nurses Association of Ontario (2003): Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults - Nursing Best Practice Guideline. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario
- Roca, R.P./Klein, L.E./Kirby, S.M./McArthur, J.C./Vogelsang, G.B./Folstein, M.F./Smith, C.R. (1984): Recognition of dementia among medical patients. *Archives of Internal Medicine* 144, Nr. 1, 73-75
- Rohrbach, E. (2006): Allgemeinkrankenhaus. In: Sauter, D./Abderhalden, C./Needham, I./Wolff, S. (Hg.): Lehrbuch psychiatrische Pflege, Bern: Verlag Hans Huber, 1034-1041
- Romero, B. (2005): Nichtmedikamentöse Therapie. In: Wallesch, C.W./Förstl, H.: Demenzen, Stuttgart, New York: Thieme Verlag, 291-301
- Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists (2003): The psychological care of medical patients - A practical guide. London: Royal College of Physicians
- Runge, M., Rehfeld, G. (2000): Geriatrische Rehabilitation im therapeutischen Team. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Sandholzer, H./Breull, A./Fischer, G.C. (1999): Früherkennung und Frühbehandlung von kognitiven Funktionseinbußen: Eine Studie über eine geriatrische Vorsorgeuntersuchung im unausgelesenen Patientengut der Allgemeinpraxis. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32, Nr. 3, 172-178
- Sands, L./Yaffe, K./Covinsky, K./Chren, M.M./Counsell, S./Palmer, R./Fortinsky, R./Landefeld, C.S. (2003): Cognitive screening predicts magnitude of functional recovery from admission to 3 months after discharge in hospitalized elders. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 58, Nr. 1, 37-45
- Sanger, L./ Bland, K./Short, C. (2005): Early identification of dementia in primary care. *Journal of Dementia Care* 13, Nr. 3, 37-39
- Saravay, S.M./Lavin, M. (1994): Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital - A critical review of outcome studies. *Psychosomatics* 35, Nr. 3, 233-252
- Schaeffer, D. (2000): Bruchstellen in der Versorgung chronisch kranker alter Menschen. In: Seidl, E./Stanková, M./Walter, I. (Hg.): Autonomie im Alter. Wien/München/Bern: Wilhelm Maudrich, 11-35
- Schaeffer, D. (2001): Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Psychomed* 13, Nr. 4, 242-249
- Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (2004): Pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kruse, A./Martin, M. (Hg.): Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern: Huber, 477-490
- Schneekloth, U./Müller, U. (1999): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Schröder, S.G. (2000): Medizinische Grundlagen der Demenz. In: Abt-Zeglin, A./Tackenberg, P. (Hg.): Demenz und Pflege - Eine interdisziplinäre Betrachtung, Frankfurt: Mabuse Verlag, 24-39

- Schwerdt, R./Tschainer, S. (2002): Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell erkrankter Menschen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung Band III - Hochaltigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Hannover: Vincentz Verlag, 180-287
- Severson, M.A./Smith, G.E./Tangalos, E.G./Peterson, R.C./Kokmen, E./Ivnik, R.J./Atkinson, E.J./ Kurland, L.T. (1994): Patterns and predictors of institutionalization in community-based dementia patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 42, Nr. 2, 181-185
- SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2000): Interventions in the Management of Behavioural and Psychological Aspects of Dementia. Edinburgh: Royal College of Physicians
- Silverstein, N.M./Flaherty, G. (2004): Wandering in the Hospitalized Older Adult. In: Hartford Institute for Geriatric Nursing (Hg.): Best Practices in Nursing Care to Older Adults, New York
- Smith, B. (2001): Dementia on a general ward: the benefits of activities. *Journal of Dementia Care* 9, Nr. 5, 30-31
- Sullivan, M.T. (2002): Caregiver Strain Index (CSI). In: Hartford Institute for Geriatric Nursing (Hg.): Best Practices in Nursing Care to Older Adults, New York
- Vellas, B.J./Nourhashemi, F./Ousset, P.J./Kostek, V./Scheirlinckse, K./Micas, M./Albarede, J.L. (1998): Acute Inpatient Unit for Alzheimer Patients. In: Michel, J.P. (Hg.): Geriatric Programs and departments around the world. New York: Springer Verlag, 329-336
- Wancata, J./Benda, N./Meise, U./ Windhaber, J. (1999): Sind die Aufenthaltsdauern von psychisch Kranken an internen, chirurgischen und gynäkologischen Abteilungen länger? *Nervenarzt* 70, Nr. 9
- Waszynski, C.M. (2001): Confusion Assessment Method (CAM). In: Hartford Institute for Geriatric Nursing (Hg.): Best Practices in Nursing Care to Older Adults, New York
- Wetterling, T./Junghanns, K. (2000): Psychiatrischer Konsildienst bei älteren Patienten - Änderungen der Anforderungen durch Inkrafttreten des Betreuungs- und Gesundheitsstrukturgesetzes? *Der Nervenarzt* 71, Nr. 7, 559-564
- Weyrer, S. (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 28 - Altersdemenz. Berlin: Robert Koch-Institut
- Wind, A./Musken, J./De Bruyne, G. (1998): NHG-Standard M21: Dementia. Utrecht, Dutch College of General Practice
- Wingenfeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus - Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Verlag Hans Huber
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Witzel, A. (1989): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hg.): Qualitative Forschung in der Psychologie, Heidelberg: Asanger Verlag, 227-255
- Wojnar, J. (2003) Demenzpatienten im Krankenhaus. *Alzheimer Info* 1/2003, Berlin, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2-4
- Young, L.J./George, J. (2003): Do guidelines improve the process and outcomes of care in delirium? *Age and Ageing* 32, Nr. 5, 525-528