

Hinweise für das Pflegemanagement zur Betreuung von Patient/-innen mit kognitiven Störungen in Krankenhäusern



Bundesarbeitsgemeinschaft BAG Pflegemanagement

des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e.V. (DBfK)

Stark für
die Pflege



DBfK

Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe

Autor/--innen:

BAG Pflegemanagement

Bärbel Carstensen, Bremerhaven

Dirk Elsenbruch, Goch

Gisela Görisch, Ober-Olm

Ute Hennig, Berlin

Eva Lohscheidt, Berlin

Doris Rohrhirsch, Esslingen

Elvira Schneider, Stuttgart

Carola Täuber, Berlin

Stefan Werner, Böblingen



Herausgeber:

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)

Salzufer 6, 10587 Berlin

www.dbfk.de

Email: dbfk@dbfk.de

Titelfotos: Microsoft

Redaktionelle Bearbeitung und Layout: Johanna Knüppel, Franz Wagner, DBfK

© 2011

*Nimm meine Hand
und halte sie
halte sie, während ich hier liege und doch ganz woanders bin*

*Ich spüre Deine Wärme,
sie ist wie eine Brücke zu Dir
Ich bin in einem fremden Land,
in einem anderen Stück*

*Folge mir, doch weiß ich nicht
Dir den Weg zu zeigen*

*Klein bin ich, jung,
Schön und glücklich.
Ich laufe, renne, bin daheim*

*Doch Du weißt das nicht, du sitzt nur da
Und
Wunderst Dich*

Warum »die Alte« dort im Bett nichts macht und einfach an die Decke starrt.

(Barbara Messer, 2004)

Einführung

Wir erleben derzeit in allen Bereichen, wo professionelle Pflege ausgeübt wird, eine große Zunahme an Menschen, die unter kognitiven Einschränkungen leiden¹. Auch in den Krankenhäusern nimmt die Zahl dieser Patienten zu. Während diese Situation sich in der Altenhilfe schon länger darstellt, stoßen Krankenhäuser hier oft noch an Grenzen.

In Zusammenarbeit mit den Kolleg/-innen aus der Altenpflege wollen wir daher mit der Erarbeitung von Handlungsoptionen dem Pflegemanagement in den Krankenhäusern auf allen Ebenen Möglichkeiten anbieten und aufzeigen, mit dieser neuen und sich rasant verschärfenden Situation im Interesse dieser Menschen und auch aller an der Betreuung und Behandlung Beteiligten umzugehen. Wichtig ist dabei nicht die vollständige Darstellung der Lösungsmöglichkeiten, sondern das Bewusstmachen, an welchen Stellen sich leitende Pflegekräfte einbringen müssen, um allen Personen, die mit diesen Patienten täglich arbeiten, Professionalität, Qualität, Sicherheit und auch Berufszufriedenheit zu ermöglichen.

Weiterführende Literatur zum Thema ist vielfältig vorhanden und muss für diese Entscheidungsprozesse zu Rate gezogen werden. Zudem gibt es zahlreiche

¹ In Deutschland leben derzeit 1,1 Mio. demenzkranke Menschen. Bis 2050 wird ihre Zahl voraussichtlich auf 2,6 Mio. ansteigen. <http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01.pdf>

Beratungsmöglichkeiten durch Fachexperten (Deutsche Alzheimergesellschaft, Koordinationsstellen, Pflegestützpunkte,...), die angefragt werden können.

Da sich viele Einrichtungen zum Thema bereits Gedanken gemacht und Lösungen umgesetzt haben, ist es auch sinnvoll, sich in der Praxis umzuschauen, um ein für die eigene Einrichtung passendes Best-practice-Modell zu finden.

Grundvoraussetzung für das Pflegemanagement ist es, das eigene Wissen zu kognitiven Einschränkungen der Betroffenen ständig auf dem Laufenden zu halten. Die wissenschaftliche Entwicklung auf diesem Gebiet ist enorm und sollte zeitnah implementiert werden.

In dieser Broschüre geben wir zu folgenden Themen Hinweise:

- Ernährung
- bauliche Gegebenheiten
- Sicherheit auf den Stationen bzw. Wohnbereichen
- Information pflegender Angehöriger
- Ausbildung, Fortbildung, Schulung von Pflegepersonal
- Schnittstellenmanagement

Verantwortung des Pflegemanagements

Angesichts der dramatischen Zunahme an demenzkranken Menschen in der Gesellschaft und damit in allen Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens bedarf es besonderer Anstrengungen, für diese Zielgruppe angemessene Angebote zu schaffen. Im Prinzip hat dies ähnlich zu geschehen wie bei der behindertengerechten Gestaltung des öffentlichen Raumes. Noch vor wenigen Jahrzehnten war es fast unmöglich, mit einem Rollstuhl ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen oder ein Amt aufzusuchen. Heute ist Barrierefreiheit weitgehend umgesetzt. Die meisten stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen sind heute auf die Betreuung von kognitiv beeinträchtigten Menschen eingerichtet. Sie machen ja auch einen großen Teil der Bewohner aus. Ähnliches müssen wir auch in den Krankenhäusern erreichen. Hier liegt die besondere Verantwortung des Pflegemanagements.

Nach dem Motto: "Sich damit nicht auseinanderzusetzen ist teurer als die verwendeten Investitionen" gilt es, den Alltag der Institution so umzugestalten, dass er den besonderen Bedürfnissen dieser wachsenden Zielgruppe gerecht wird. Es ist simple Algebra, dass die Behandlung eines durch Sturz verletzten Patienten teurer ist als die Anschaffung von geeigneten Sicherungsmaterialien. Viele der Investitionen sind auch für nicht-demente Menschen nützlich! Die Investition beginnt bei einer Haltungsänderung, die von ganz oben (der Geschäftsführung) bis ganz unten (alle Mitarbeiter inklusive Reinigungsdienst, Hausmeister, usw.) reichen muss. Das Pflegemanagement hat hierbei eine zentrale Rolle. Es ist im Regelfall an den strategischen Entscheidungen beteiligt und kann bei Entwicklungen und Planungen auf der Metaebene die richtigen Impulse geben. Es muss für ein Schulungsangebot ‚Demenz‘ für alle Mitarbeiter/-innen sorgen und dafür, dass es auch

angenommen wird. Es kann bei der anstehenden Renovierung einer Abteilung Einfluss nehmen, beispielsweise wie eine orientierend wirkende Farbgestaltung aussieht.

Es braucht ein Konzept „Demenzfreundliches Krankenhaus“, vielleicht mittelfristig sogar eine Zertifizierung. Wir wollen mit dieser Broschüre einen Beitrag leisten, demenzfreundliche Gesundheitseinrichtungen zu entwickeln. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die besonderen Aufgaben der Pflegedienstleitung gerichtet. Diese Broschüre versteht sich als Ergänzung zu den vorhandenen, zum Teil exzellenten Ratgebern und Informationsbroschüren, z.B. für die Betreuung von demenzkranken Menschen im Krankenhaus.

Ernährung

Mobile von kognitiven Einschränkungen betroffene Menschen benötigen oft erheblich mehr Energie als andere alte Menschen. Ursache hierfür können Lauff Tendenzen, gesteigerter Bewegungsdrang (z.B. stereotypes Aufstehen-Hinsetzen), motorische Unruhe u.ä. sein. Solche Menschen erhalten aber über die Nahrung nicht genügend Energie, obwohl sie nach Ansicht der Betreuenden „ausreichend viel“ essen.

Demenzkranken Menschen essen und trinken oft zu wenig, weil sie kein Hunger- und Durstgefühl verspüren, Geruchs- und Geschmacksinn verlieren, Speisen und Getränke als solche nicht mehr erkennen, vergessen, wie gegessen und getrunken wird, und mit der Situation am Tisch überfordert sind. Auch deswegen, weil sie den Umgang mit Besteck nicht mehr erinnern oder zu viel auf dem Tisch steht (Teller, Getränke, Nachtsch, Medikamente), was sie nicht mehr erkennen oder sie ablenkt.

Appetitlosigkeit kann auch durch Medikamente oder körperliche und psychische Begleiterkrankungen bedingt oder eine typische Folge der Unterernährung sein. Längeres Fasten ist für Menschen mit kognitiven Einschränkungen meistens nicht mit unangenehmen Empfindungen, Schmerzen oder Leiden verbunden, sondern bewirkt eher eine Stimmungsaufhellung mit dem Gefühl von innerer Harmonie und Leichtigkeit. Die betroffenen Menschen reagieren besonders auf die atmosphärischen Schwingungen in ihrer Umgebung: die Mahlzeiten sollten z. B. nicht unmittelbar nach unangenehm empfundenen Pflegehandlungen stattfinden, der Erkrankte sollte nicht alleine mit Essen am Tisch sitzen, weil ihn das verunsichert (versucht anderen Essen anzubieten, wartet, bis sie auch etwas bekommen, oder bricht die Mahlzeit ab, weil die anderen schon fertig sein könnten), auf Kontraste ist zu achten (keine Milchsuppe in weißen Suppentassen auf weißer Tischdecke).

Menschen mit kognitiven Einschränkungen sollten nicht gefragt werden, was sie gerne essen oder trinken möchten oder ob sie dies oder das essen oder trinken wollen, sondern animiert werden mit Auffüllen des Tellers, Reichen eines Getränkes oder eines angebissenen Happens begleitet mit den Redewendungen " Es schmeckt köstlich! Probier mal" oder "Das hatten wir schon lange nicht mehr" und Ähnliches. Leitende Pflegekräfte sollten für ein entsprechendes Angebot in Absprache mit der Küchenleitung sorgen, z.B. auch in Form von Fingerfood, Snacks zwischendurch und anderes.

Das Verhalten am Tisch sollte grundsätzlich nicht korrigiert werden. Entscheidend ist, dass

der Erkrankte isst und trinkt, nicht *wiel*! Biographische Informationen sind nur bedingt hilfreich, wichtiger ist zu erkennen, was der Betroffene mit Genuss in ausreichender Menge zu sich nimmt, und ihm das anzubieten.

Wegen des veränderten Geschmacksinns werden häufig süße Speisen bevorzugt, so dass z. B. herzhaft-energiereiche Speisen mit süßer Soße oder Honig angeboten werden sollten oder Brot nicht nur mit Wurst und Käse, sondern auch mit Marmelade bestrichen werden könnte. Die persönliche Vorstellung der Pflegenden von schmackhaftem Essen ist nicht entscheidend, sondern die Akzeptanz seitens des Erkrankten.

Als eines von vielen hilfreichen Beispielen wird eine Broschüre von der Barmer GEK empfohlen: „Ernährung in der häuslichen Pflege Demenzkranker“, die für Angehörige, aber auch für Pflegende gut lesbar und sehr informativ ist. Die Broschüre ist kostenlos erhältlich.

Architektur/Umfeld

Um die Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Einschränkungen zu berücksichtigen ist es unabdingbar, dass die pflegerische Leitung bei der Planung und Umsetzung von Baumaßnahmen kontinuierlich beteiligt ist.

Menschen mit kognitiven Einschränkungen brauchen in erster Linie Orientierungshilfen. Probates Mittel war in der Vergangenheit häufig, ein Bild der Person an die Zimmertüre zu hängen, damit diese weiß, in welchem Zimmer sie untergebracht ist. Dies kann jedoch kontraproduktiv sein, da sich spezielle demenziell erkrankte Menschen nicht mehr in ihrem aktuellen Aussehen wiedererkennen. Hilfreich kann hier ein Bild aus der Lebensperiode sein, in der sich die Person derzeit erlebt. Auch Piktogramme müssen auf das Erleben der Menschen angepasst werden. Zum Beispiel die klassische Kennzeichnung von Toiletten kann hier fehlschlagen. Denkbar wäre, eine Person sitzend auf einer Toilette darzustellen, was das Erkennen erleichtert. Auf jeden Fall ist es hilfreich, persönliche Gegenstände des täglichen Gebrauchs von Angehörigen mitbringen zu lassen. In Altenhilfeeinrichtungen kann das bis zur kompletten Zimmereinrichtung gehen, während es im Krankenhaus auch die eigene Bettwäsche, der eigene Rasierapparat, ein eigener Stuhl oder ähnliches ist, welches den Betroffenen erkennen lässt, hier „hinzugehören“. Besonders sinnvoll ist es, wenn solche persönlichen Gegenstände gleichzeitig Beschäftigungsmöglichkeiten bieten, die den Betroffenen von der ungewohnten Umgebung ablenken. Dies können Fotoalben, Haushaltsutensilien, ein Nähkasten oder ähnliches sein.

Die Umgebung muss ein Wohlfühlen, ein Zuhausefühlen ermöglichen. Klassische weiße Krankenhausflure können dies nicht leisten. Eine entsprechende Farbgestaltung jedoch bietet ohne besonders großen Aufwand viele Möglichkeiten. So können in Rückzugsräumen warme Farben zum Aufhalten anregen, während für den Gymnastikraum aktivierende Farben gewählt werden sollten. Einige Firmen bieten in neuerer Zeit Möglichkeiten an, bei denen über entsprechende Gerüche tageszeitliche Reize gesetzt werden, die zur Orientierung beitragen. Die verschiedenen Gerüche werden, elektronisch gesteuert, zu den entsprechenden Tageszeiten in die Raumluft gegeben.

Menschen mit kognitiven Einschränkungen neigen oft zum Umherlaufen, zum Suchen, zum Forschen, wo sie hier sind. Unsere gängigen Wegeleitsysteme (Farbkennzeichnung, Linien auf dem Boden, Beschilderung) können dabei nicht mehr adäquat wahrgenommen und interpretiert werden. Andere Reize sind zu nutzen, wobei der Kreativität kaum Grenzen gesetzt werden kann. In einer Altenpflegeeinrichtung mit besonders vielen umherlaufenden Bewohnern mit Weglauftendenz wurde auf dem Gang eine Bushaltestelle mit Schild, Bank und Fahrplan installiert. Hier sammelten sich fortan die Bewohner, um gemeinsam auf den Bus zu warten, was für einige Zeit den Bewegungsdrang reduzierte. In einem anderen Beispiel wurden die Eingangstüren zur Toilette mit einer Fototapete beklebt, die einen Wald zeigte. Insbesondere männliche Bewohner nutzten diese Örtlichkeit vermehrt, da man(n) den Harndrang gern hinter einem Baum erleichtert. Wirkungsvoll kann es auch sein, den Boden vor Ausgangstüren sehr viel dunkler als den übrigen Boden zu gestalten. Die dunkle Fläche lädt nicht zum Darüber laufen ein (Wahrnehmung eines Loches) und lenkt so viele Weglaufgefährdete zurück, ohne dass man die Ausgangstüre abschließen oder mit Trickschlössern sichern muss.

Nicht zuletzt gibt es da, wo bauliche Veränderungen möglich sind oder ein Neubau geplant wird, weitere architektonische Möglichkeiten. Wird zum Beispiel der Flur als Rundlauf angelegt, können Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ihren Bewegungsdrang ausleben, ohne dass die Gefahr des Verlassens des Bereichs besteht. Ähnlich kann auch bei Außenbereichen wie einem Garten verfahren werden, gegebenenfalls ist auch ein beschützter Innenhof möglich. Bei der Anordnung der Zimmer sollte darauf geachtet werden, dass diese um zentral angelegte Gemeinschaftsbereiche (Aufenthaltsraum, Esszimmer, Wohnzimmer...) angelegt sind. Da die meisten Menschen mit kognitiven Einschränkungen eher die Gemeinschaft suchen, sollten diese Gemeinschaftsbereiche entsprechend groß ausgelegt sein. Wenn sich dann dort auch das Dienstzimmer für das Personal befindet, können die Betroffenen unbemerkt beaufsichtigt werden, was sonst eher als unangenehme Bewachung wahrgenommen wird.

Schnittstellen/Nahtstellen in der institutionellen Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen

Die komplexe Problem- und Bedürfnislage dieser Zielgruppe und ihrer pflegenden Angehörigen erfordert ein koordiniertes Hilfe- und Unterstützungssystem. Vernetzung, definiert als Zusammenwachsen von verschiedenen Elementen des Hilfssystems im Hinblick auf Ziele, Normen, Werte, Spielregeln.

Vernetzung ist auf Dauer angelegte Kooperation (Wendt, 1999), die auf zwei Ebenen stattfinden kann (Braun, 1992):

- individuelle Ebene (Case Management)
- Strukturebene (Care Management).

Schnittstellen in der Demenzversorgung:

- demenzkranker Mensch/Akteure des Versorgungssystems
- Angehörige/medizinische Versorgung
- Angehörige/Pflege durch ambulante Dienste

- Angehörige/Pflege stationär
- medizinische Versorgung/Pflege
(Re & Wilbers, 2004)



Wo entstehen Versorgungslücken?

- auf der sachlichen Ebene: Folge von Fragmentierung und Spezialisierung; Entkopplung von ursprünglich Zusammenhängendem
- auf der zeitlichen Ebene: Zeitliche Verdichtungen, Entzerrungen (frühe Entlassung, zu lange Wartezeiten auf Heimplatz, Reha nach KH-Aufenthalt)
- auf der personellen Ebene: Extreme Arbeitsteiligkeit, wechselnde Bezugspersonen (stationär & ambulant), Angehörige
- auf der institutionellen Ebene: Nur der Schwerpunktauftrag wird bedient, demenzerkrankter Menschen auf der Intensivstation oder Chirurgie, „Beschäftigung macht Ergotherapie“)

- auf der konzeptionellen Ebene: Unterschiedliche Orientierungs- und Handlungsmuster unterschiedlicher Berufsgruppen (herausforderndes Verhalten, unterschiedliche Deutung des Krankheitsgeschehens (Höhmann, 2002).

Vor diesem Hintergrund ist die Schaffung von Transparenz in Bezug auf alle Angebote für die Akteure in der Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen grundlegend.

Besonders zu betrachten ist in diesem Zusammenhang die Zusammenarbeit mit Ärzten in den unterschiedlichen Einrichtungen. Dies soll im Folgenden geschehen.

Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit kognitiven Einschränkungen im Krankenhaus sind Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste als Fachkompetenz, also nicht geknüpft an eine bestimmte Berufsgruppe. Die am häufigsten in Krankenhäusern angewandte Form ist die des Konsiliardienstes (Diefenbacher/Arold, 2003).

Das Geriatrie Konsil kann aus einem spezialisierten, interdisziplinären Team bestehen oder einem Facharzt, die für geriatrische Patienten aus anderen Kliniken und Abteilungen hinzugezogen werden können. Zu den Aufgaben der Mitarbeiter des Geriatrie Konsils gehört die Erstellung einer strukturierten Anamnese, die sowohl das soziale Umfeld als auch medizinische und geriatrische Probleme erfasst. Mit Hilfe von Assessmentinstrumenten werden Fähigkeiten und Defizite der betroffenen Menschen erfasst und abhängig davon die individuellen Maßnahmen ermittelt. Nach einer ausführlichen Beratung mit den Betroffenen und deren Angehörigen werden entsprechende Maßnahmen veranlasst. Ziele des Geriatrie Konsils sind Erkennung und Quantifizierung von funktionellen Einschränkungen, Erhalt eines Optimums an Selbsthilfefähigkeit, gezielter Einsatz von Hilfsmaßnahmen sowie Rückkehr des Patienten in die häusliche Umgebung.

Ein weiterer Ansatz in Kliniken sind Liaisonmodelle. Bei dieser Organisationsform ist die regelmäßige Anwesenheit des Konsiliars auf den jeweiligen Stationen gegeben. Dieser wird von einem multidisziplinären Team unterstützt.

Nur selten in der deutschen Krankenhauslandschaft zu finden sind geriatrische Spezialabteilungen, in denen neben der Behandlung akuter körperlicher Störungen auch soziale und psychische Probleme fokussiert werden (Füsgen 2004). Daraus folgt, dass im Allgemeinen den Bedürfnissen dieser Patientengruppe nicht ausreichend Rechnung getragen werden kann. Zudem sind pflegerische und ärztliche Mitarbeiter wegen fehlender Fachkompetenz überfordert. Zu fördern ist die Schulung aller Mitarbeiter zu Basiswissen und die Spezialisierung von einigen Pflegefachkräften im Bereich Gerontopsychiatrie. Letztere können als Koordinatoren die speziellen Bedürfnisse der Betroffenen vertreten.

Neben der qualitativen Verbesserung der Versorgung der von kognitiven Einschränkungen betroffenen Menschen im Krankenhaus führt die Einrichtung von Konsiliar- und Liaisonmodellen zum Abbau von Belastungen des Pflegepersonals und zur Verbesserung der Versorgungskontinuität.

Zentrale Aufgabe des Pflegemanagements ist es, in diesem Konfliktfeld im Sinne des Menschen mit kognitiven Störungen vermittelnd einzugreifen und zu beraten. Wichtig ist,

alternative Wege aufzeigen zu können, ohne einem bestimmten Arzt Kompetenzen abzusprechen. In seltenen Fällen kann die einzige Lösungsmöglichkeit sein, einen Wechsel des Hausarztes zu empfehlen. Wichtige Ansprechpartner sind hier die Angehörigen, die meist ohnehin die entsprechenden formalen Entscheidungsbefugnisse haben.

Erstausbildung/Schulung

Es ist festzustellen, dass es bisher in der Gesundheits- und Krankenpflege quasi keine fundierte, problemorientierte Ausbildung für diese spezifischen Anforderungen gibt. In den Rahmenlehrplänen ist dieses Gebiet in Theorie nur marginal abgebildet. Der Kontakt zu den Menschen, die an kognitiven Einschränkungen leiden, findet nur zufällig im Theorie-Praxis-Transfer mit wenig praktischer Einsatzzeit statt. Es ist daher von eminenter Bedeutung, dass qualifizierte Praxisanleiter/-innen vor Ort sind und auch diesen Transfer sicherstellen.

Verschiedene Ansätze sind zu berücksichtigen. Zum einen muss das Thema kognitiver Einschränkungen in der Grundausbildung breiter und intensiver verankert werden, zum anderen sollte es bei allen Mitarbeiter/-innen nachgeschult werden. Eine weiterführende Spezialisierung über die Grundausbildung hinaus ist daher dringend anzustreben. Die bereits stattfindende Weiterqualifizierung zur Gerontopsychiatrischen Fachpflegekraft ist zumindest ein Ansatz. Die vom DBfK initiierte und begonnene Zusatzqualifikation zum Pflegeberater kann hier gut angewandt werden. Große Aufmerksamkeit ist auch auf die Anleitung, Beratung und Betreuung der Angehörigen zu legen. Dies ist auch Teil eines guten Entlassungsmanagements.

Abgesichert wird die verbesserte Kompetenz durch ein pflegerisches Konzept, das auf Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen – insbesondere herausforderndem Verhalten – zugeschnitten ist. Der Einsatz von Alltagsassistent/--innen, der sich an diesem Konzept orientiert und sie entsprechend qualifiziert, kann dann sehr sinnvoll sein.

Soziales Umfeld/Angehörige

Die Zunahme der von kognitiven Störungen betroffenen Menschen fordert zunehmend die Gesellschaft heraus. Immer häufiger müssen sich Menschen mit diesen Gesundheitsstörungen befassen, sei es im direkten Umfeld, sei es im Umgang mit meist älteren Mitbürgern, die vor Kurzem noch nicht auffällig waren. Es ist mittlerweile kein Tabuthema mehr wie noch vor wenigen Jahren. Dazu trägt bei, dass es auch bekannte Persönlichkeiten betrifft. Zum Beispiel den renommierten Prof. Walter Jens, dessen Ehefrau bei Lesungen aus ihren Erlebnissen mit den geistigen Veränderungen ihres Mannes berichtet.

Demenz wird immer öfter zu einem öffentlichen Anliegen gemacht, so z.B. durch die Demenzoffensive der Stadt Esslingen, die innerhalb eines halben Jahres über 70 Veranstaltungen zum Thema kognitiver Störungen angeboten hat. Das zeigt deutlich die Entwicklung - aber auch die Notwendigkeit auf, die Bevölkerung besser zu informieren. Kognitive Einschränkungen findet man nicht nur bei Bewohnern im Pflegeheim! Deshalb gibt es immer mehr Beratungen für von kognitiven Einschränkungen betroffene

Menschen, z.B. durch die Alzheimergesellschaft, die auch eine Broschüre dazu anbietet. Die Pflegestützpunkte stellen ebenfalls ein niedrigschwelliges Angebot an Beratung und Unterstützung. Es gibt mittlerweile gute Angebote in der Tagespflege, selbst die Volkshochschulen bieten in ihren Programmen Gehirnjogging oder Gedächtnistraining an. Über diese Angebote strukturiert zu informieren ist auch Aufgabe der Pflege im Krankenhaus, nicht nur im Rahmen des Entlassungsmanagements. Zur Beratung gehört hier auch die Information über Leistungen nach SGB XI (z.B. § 45). Pflegeexperten können im Krankenhaus Schulungen für Angehörige anbieten.

Sicherheit

Es gibt Möglichkeiten, Menschen mit kognitiven Einschränkungen Sicherheit zu vermitteln:

- Armbänder mit Namen zur Identifikation für alle Patient/--innen einführen, bieten Sicherheit für alle Betroffenen im Krankenhaus.
- Namentliche Beschriftung des Bettes vermeidet Verwechslungen für alle zu versorgenden Menschen im Krankenhaus².
- Abnehmbare farbliche Gestaltung der Zimmertür oder Anbringen von Erkennungszeichen – geht schnell und ist unproblematisch, so dass der kognitiv eingeschränkte Mensch sich orientieren kann; kann auch am Eingang der Station angebracht werden.
- Betroffene in der Nähe der Pflegearbeitsplätze unterbringen und wenn es möglich ist Türen offen lassen, um den Erkrankten bei Weglauftendenz rechtzeitig zu sehen, möglichst Einzelzimmer vermeiden.
- Rooming in – Bezugspersonen des Erkrankten mit aufnehmen, diese Möglichkeit auch für andere Personenkreise anbieten.
- Sturzrisiko bei Aufnahme erfassen – auch für andere Patienten. Ein wichtiger Beitrag ist die Umsetzung des Expertenstandards Sturzprophylaxe.
- Wenn die Möglichkeit besteht, Sitzwachen und eine Begleitung für Untersuchungen organisieren – (Studenten, Zivis, Hilfsorganisationen). Therapeutische Maßnahmen mit den Abteilungen vorher absprechen, um lange Wartezeiten zu vermeiden. Sitzwachen möglichst in den Abend- und Nachtstunden, da dann die Personaldecke besonders dünn ist, um betroffene Erkrankte mit Wanderungstendenz zu beobachten.
- Durch Angehörige Besonderheiten - möglichst nach den AEDLs - erfragen, um Risiken zu vermeiden und vorzubeugen. Dann in der Pflegeanamnese erfassen.
- Bewusst die Alltagskompetenz bei den täglichen Pflegehandlungen aktivieren, selbst wenn es etwas länger dauert.
- Alle Berufsgruppen im Krankenhaus schulen und informieren, um bei allen die Aufmerksamkeit auf Menschen mit kognitiven Einschränkungen zu lenken. So ist die Aufmerksamkeit aller Mitarbeiter höher, wenn sie im Krankenhaus auf die Betroffenen stoßen.
- Für größere Gruppen mit kognitiven Störungen sollte über eine separat durchdachte Gestaltung der räumlichen und sozialen Umgebung nachgedacht werden.

² Wird aus Datenschutzgründen unterschiedlich gehandhabt.

Werte und Wirtschaftlichkeit

Mit Blick auf die zunehmende Zahl älterer Menschen mit kognitiven Einschränkungen in Einrichtungen des Gesundheitswesens und der eingeschränkten Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen im Versorgungssystem sollen einige Aspekte zu Fragen der Wertorientierung und der Wirtschaftlichkeit aufgezeigt werden.

Im Bereich der Krankenhäuser kann derzeit der steigende Aufwand für Menschen mit kognitiven Störungen im bestehenden DRG-System nur unzureichend abgebildet werden. Damit ist die Finanzierung der zusätzlich notwendigen Strukturierungen wie beispielsweise der nachweislich erhöhte Personaleinsatz oder die Einführung demenzsensibler Konzepte nur unzureichend abgedeckt.

Trotz unzureichender Leistungsvergütung sind positive – auch wirtschaftliche - Effekte für die Einrichtungen auszumachen. Diese bestehen im Krankenhaus zunächst im schnelleren Erkennen und adäquater Reaktion auf die zunehmende Zahl betroffener Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten. Zusätzlicher Aufwand wird potenziell eingespart durch eine adäquate Betreuung und die Vermeidung von Komplikationen, z.B. Stürzen. Ein positiver Effekt zeigt sich in einer verkürzten Verweildauer und durch ein angepasstes Informations- und Entlassungsmanagement.

Förderlich sind auch Behandlungspfade und therapeutische Strategien, die sich an der im Jahr 2009 veröffentlichten nationalen Leitlinie Demenz orientieren. Die besseren Kenntnisse über Konzepte zur Versorgung von kognitiven Einschränkungen Betroffener, wie Validation, Milieugestaltung, Biografiearbeit, Tagesstrukturierung oder die Umsetzung schon bekannter Modellprojekt für verschiedenen Arbeitsbereiche, z. B. die vorne genannten Konsil- und Liaisondienste, können für die Betroffenen Komplikationen hinsichtlich Morbidität und Mortalität vermeiden. Zusätzlich kann die Kooperation mit Angehörigen durch Begleitung, Schulung und Beratung gleichzeitig zu deren Stärkung und Entlastung in allen Einrichtungen und Förderung und Weiterentwicklung der bestehenden Versorgung beitragen. (vgl. Kirchen-Peters, 2009)

Fazit

Sich seitens des Pflegemanagements nicht mit dem Thema zu beschäftigen wird mittel- und langfristig sicherlich teurer als sich mit der aktuellen Entwicklung auseinander zu setzen. Die Einrichtung von Schwerpunkten in der Versorgung wie auch der breit angelegte Abbau von individuellen, arbeitsorganisatorischen und betriebswirtschaftlichen Barrieren zur Einführung demenzsensibler Konzepte kann Marketingvorteile für die Einrichtungen mit sich bringen.

Kontinuierliche Verbesserungen der Versorgungsprozesse lassen sich in vielen Bereichen sicherlich auf die Bedürfnisse anderer Patientengruppen übertragen. Bezogen auf den sicheren Umgangs mit betroffenen Menschen oder der leichteren Orientierung in der Einrichtung profitieren hierdurch die Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen von einer solchen Weiterentwicklung. Nicht zuletzt sollte in neu gestalteten Behandlungs- und Betreuungsabläufen, neben dem Effekt einer Einsparung finanzieller Mittel, eine neue Wertschätzung des Beitrags pflegerischer Arbeit liegen.

Beispielhafte Broschüren und Literatur:

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft: Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus <http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Krankenhaus-Broschuere.pdf>
- Barmer GEK: Broschüre zu Ernährung demenzkranker Menschen https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Laender/Einstieg-HH-SH-MV/Pressemitteilungen-Archiv/Archiv-2010/101118-Demenzernaehrung/Content-Demenzernaehrung.html?w-cm=LeftColumn_tdocid
- Zukunftsforum Demenz www.zukunftsforum-demenz.de/broschueren/index.html
- Archibald, Carole (2007): Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Ein Lern- und Arbeitsbuch für Pflegefachkräfte, Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Bölicke, Claus et al. (2007): Ressourcen erhalten. Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Robert Bosch Stiftung [Hrsg.] Huber Verlag
- Falk, Juliane (2009): Basiswissen Demenz. Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität. Juventa Verlag
- Förstl, Hans; Maelicke Alfred; Weichel, Claus (2005): Demenz. Thieme Verlag
- Hametner, Ingrid (2007): 100 Fragen zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Brigitte Kunz Verlag
- Heeg, Sibylle et al. (2007) Technische Unterstützung bei Demenz. Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Robert Bosch Stiftung [Hrsg.] Huber Verlag
- Kleina, Thomas; Wingenfeld, Klaus (2007) Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
- Popp, Ingrid (2006): Pflege dementer Menschen. Kohlhammer Verlag
- Rückert, Willi et al (2007) Ernährung bei Demenz. Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Robert Bosch Stiftung [Hrsg.] Huber Verlag

Weitere Informationen

- KDA – Kuratorium Deutsche Altenhilfe www.kda.de
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. www.deutsche-alzheimer.de
- Deutsches Zentrum für Altersfragen www.dza.de

Literaturverzeichnis

Braun, H. (1992): Spannungsfeld Vernetzung: Altenarbeit zwischen Egoismen und Kooperation. Vernetzung in der Altenarbeit und Altenpolitik. Probleme und Perspektiven in der neuen Bundesrepublik. Fachtagung Dortmund 26.-28.09.1991. Hrsg. H. Braun et al. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe.

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

Füsgen, Ingo (2004): Geriatrie 1. Grundlagen und Symptome. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag

Höhmann, U. (2002): Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch Kranke, langzeitpflegebedürftige hochaltrige Menschen. Expertise zum 4. Altenbericht der Bundesregierung. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheit- und Pflegeversorgung, Vincentz, Hannover, S. 289-428

Kirchen-Peters, Sabine (2009): Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern. Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft. Saarbrücken

Messer, Barbara (2004): Pflegeplanung für Menschen mit Demenz. Was Sie schreiben können und wie Sie es schreiben sollten. Verlag Schlütersche

Re, S., Wilbers, J. (2004): Versorgung demenzkranker Menschen. In A. Kruse und M. Martin (Hrsg.), Enzyklopädie der Gerontologie (S. 506-519). Bern: Huber Verlag

Wendt, R. (1999): Case Management in der ambulanten und stationären Altenhilfe. Vernetzung und Kooperation in der ambulanten und stationären Altenhilfe. Dokumentation der Fachtagung am 9.3.1999. Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart, 70-82. Stuttgart.