

Michael Isfort

# Der Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus

Steps towards a Hospital with Proper Treatment of Patients with Dementia

## Zusammenfassung

Der steigende Anteil älterer Menschen im Krankenhaus stellt eine Herausforderung für die pflegerische Versorgung dar. Multimorbidität, die Zunahme chronischer Erkrankungen und die Zunahme an Menschen mit Demenz erfordern eine Entschleunigung der Prozesse und lassen sich nur durch eine Intensivierung der Betreuung angemessen beantworten. Der Kostendruck der Krankenhäuser und die zunehmende Medizinalisierung führten in den vergangenen zehn Jahren in deutschen Krankenhäusern zu einer Verdichtung der Diagnostik und Therapie und zu einer Arbeitsverdichtung für die Pflegenden. Dies steht im Widerspruch zu den Anforderungen, die mit einer demenzsensiblen Versorgung verbunden werden können. Praxisbeispiele und Evaluationen aus unterschiedlichen Projekten aber zeigen, dass auch unter den bestehenden Rahmenbedingungen Lösungsmöglichkeiten bestehen und dass eine sichere und geschützte pflegerische Versorgung möglich erscheint.

**Schlüsselwörter: Krankenhaus, Demenz, Pflege, Geriatrie**

## Abstract

The growing rate of elderly people in hospitals poses a challenge to nursing care. Only an intensified care as well as a deceleration of the processes will be able to meet the requirements of multimorbidity, the increases of chronic diseases and demented people. Over the last ten years, the cost pressure has been felt and an increasing medicalization in German hospitals and in consequence agglomerations of clinical diagnostics, therapies and not least of the nurses' work. This is completely contrary to the requirements of a sensitive care of people suffering from dementia. On the other hand, practical examples and evaluations from different projects demonstrate potential solutions for a reliable and safe nursing care even under the present conditions.

**Keywords: dementia, hospitals, nursing care, geriatric nursing**

Prof. Dr. Michael Isfort  
Professor für Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung  
Stellv. Vorstandsvorsitzender des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V.  
Katholische Hochschule NRW  
Wörthstraße 10, D-50668 Köln  
m.isfort@katho-nrw.de

## Vorbemerkungen

Der nachfolgende Artikel ist ein Beitrag der Reflexion zum Thema „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ aus der Perspektive der Versorgung. Der besondere Schwerpunkt liegt dabei auf der Betrachtung der pflegerischen Fürsorge und Begleitung. Dieser Fokus ergänzt die im Krankenhaus vorherrschende Betrachtung, nämlich die für die Disziplin der Medizin typische Fokussierung auf diagnostische und therapeutische Antworten, wenn es um ein komplexes Phänomen geht, und fordert eine Gleichrangigkeit der pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten ein.

## Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Die demografischen Auswirkungen zeigen sich nicht nur im gesellschaftlichen Bild und den für ältere Menschen typischen Versorgungsbereichen der ambulanten und teil/vollstationären Pflege, sondern auch im klinischen Versorgungssetting der Krankenhäuser. Während 2003 in Deutschland noch 20 Prozent der behandelten Fälle im Krankenhaus 75 Jahre alt oder älter waren, so stieg dieser Anteil von Jahr zu Jahr: 2014 machte diese Patientengruppe bereits 26,4 Prozent aller im Krankenhaus behandelten Fälle in Deutschland aus.<sup>1</sup> Die Zahl der hochaltrigen Patienten steigt und mit ihr die Zahl der Menschen mit einer Erkrankung aus dem Spektrum der Demenzerkrankungen. Eine valide Prävalenzrate von Patienten mit einer diagnostizierten Nebendiagnose Demenz liegt jedoch u. a. aufgrund der diagnostischen Problematik nicht in belastbarer Form vor. Die in einem internationalen Studienreview ermittelte Prävalenz weist eine große Spannweite auf, die von 3,4 Prozent bis 43,3 Prozent reicht.<sup>2</sup> Im Pflege-Thermometer 2014 wurde eine stichtagsbezogene Prävalenzeinschätzung durch leitende Pflegenden durchgeführt. Hier zeigte sich, dass die Prävalenzzahlen von der Fachrichtung der Abteilung abhängen und reichen Schätzungen zu Folge von 12,2 Prozent auf orthopädischen Abteilungen bis zu 68 Prozent auf

demenzspezifischen Fachabteilungen.<sup>3</sup> Menschen mit einer Demenz sind keine Ausnahme, sondern die Regel in der Betreuung im Krankenhaus.

Daher, so sollte man meinen, müssten Krankenhäuser in hohem Maße auf die mit der Betreuung und Versorgung einhergehenden Fragen von Menschen mit einer Demenz vorbereitet und spezialisiert sein. Dies jedoch ist offenkundig nicht der Fall, wie an anderer Stelle ausgeführt werden wird.

## Das Krankenhaus als Ort des „Verrückt-Seins“

Wenn Menschen aus ihrer gewohnten Umgebung in eine andere kommen, erleben sie das nicht selten als irritierend. Sie brauchen eine „Zeit der Eingewöhnung“, bis sie „angekommen“ sind und sich zurechtgefunden haben. Wie erst muss sich ein Mensch mit einer Demenz fühlen, wenn er seiner gewohnten Umgebung, die Sicherheit vermittelt, entrückt wird? Konfrontiert mit einem Krankenzimmer, in dem zugleich zu wenig Reize (weiße Wände, Leuchtstoffröhren, weiße Decken) und zu viele Reize (Umgebungs-lautstärke) existieren, unterschiedliche Personen mit unterschiedlichen Anliegen an ihn herantreten und neue Tagesabläufe wie selbstverständlich eingefordert werden (Essenzeiten, Orte der Essenseinnahme, Darreichungsformen), rückt das Gewohnte und Stabilisierende weiter weg.

Auswirkungen auf einen Menschen mit einer Demenz werden in der Literatur vielfältig beschrieben und können als verstehbare Reaktionen auf ängstigende und beunruhigende Situationen zusammengefasst werden. Es sind überwiegend Verschlechterungen in den vorhandenen Alltagsaktivitäten (z. B. durch Rückzug), Unruhezustände und sogenannte herausfordernde Verhaltensweisen, wobei sich die Frage stellt, ob die präsentierten Verhaltensweisen für den Erkrankten oder für die Mitarbeitenden des Krankenhauses eine Herausforderung darstellen.<sup>4</sup> Studien, die in britischen und österreichischen Einrichtungen durchgeführt wurden, geben Hinweise auf die Häufigkeit solcher Vorkommnisse. Sampson et al.

ermittelten eine Prävalenz von „Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia“ (BPSD) bei 74,8 Prozent der akut erkrankten Patienten mit kognitiven Einschränkungen während der stationären Behandlung. Dabei stellten aggressive Verhaltensweisen mit 56,5 Prozent und die Aktivitätsstörungen mit 43,9 Prozent die zwei häufigsten Formen der BPSD dar.<sup>5</sup> Eine österreichische Erhebung registrierte eine Prävalenz von 82,2 Prozent von BPSD, unter zusätzlicher Berücksichtigung von milden Erscheinungsformen.<sup>6</sup>

In aller Regel ist ein Krankenhaus für einen älteren erkrankten Menschen kein guter Ort, um krank zu sein. Es fehlt häufig an Sitzmöglichkeiten, um Besucher zu empfangen, an Aufenthaltsmöglichkeiten außerhalb der Patientenzimmer, an strukturierenden Angeboten für Zeiten, in denen keine Therapie oder Diagnostik stattfindet. Und häufig darf man sich als Patient nicht weit von den Krankenstationen entfernen, da jederzeit mit einer „Visite“ oder einer „Untersuchung“ gerechnet werden muss. Ansprache und offene Kommunikation, die nicht im Kontext von Krankheit oder den Maßnahmen im Krankenhaus steht, erfolgt seitens des Klinikpersonals nur in stark begrenztem Umfang. Zurückgeworfen auf das „Ausharren“ im Zimmer bleibt das Bett als Zufluchtsort.

Ein Mensch mit einer Demenz wird die Ortfixierung häufig nicht klaglos akzeptieren. Er hat ggf. sogar trotz erheblicher Einschränkungen keine Krankheitseinsicht oder verspürt einen Drang, Orte oder Personen zu suchen, die er erkennt. Er ist bemüht, sich dem Fremden und Bedrohlichen schlichtweg zu entziehen. In einer Befragung von 131 Chef- und Oberärzten aus dem Bistum Köln im Jahr 2011 wurde u. a. ermittelt, dass als größtes Problem hinsichtlich der ärztlichen Therapieführung formuliert wurde, dass Patienten mit einer Demenz eine verordnete Bettruhe nicht einhalten.<sup>7</sup> Sollen Menschen mit einer Demenz in ihrem Zimmer verweilen, so muss dies ein für sie attraktives Angebot darstellen. Das wiederum setzt voraus, dass das Krankenhaus ein solches Angebot unter-

breitet. Die Möglichkeit, Situationen und Therapien zu stabilisieren, ist dabei zwingend gekoppelt an personale Begegnung, denn nur dadurch kann ein Mensch mit einer Demenz Sinn und sich selbst erfahren. Das Zimmer als Raum, so komfortabel es auch eingerichtet sein mag, wird hier keinen hinreichenden Anreiz darstellen können.

Von einem Menschen mit einer Demenz zu erwarten, dass er sich im Krankenhaus dem Kontext anpasst, sich angemessen und zielgerichtet hinsichtlich der Erfüllung seiner Rolle als Erkrankter verhält, ist wahrlich verrückt. Für das Personal im Krankenhaus aber stellt sich jede Abweichung von der Handlungs- und Alltagsroutine als destabilisierend dar und wird mit einem Belastungsempfinden verbunden. Mitunter reichen bereits zwei oder drei Menschen mit einer Demenz auf einer Station aus, um das Gefüge derart durcheinanderzubringen, dass notwendige andere Leistungen nicht zeitgerecht erbracht werden können und mitunter auch die Bedürfnisse anderer Patienten, die nicht demenzkrank sind, in den Hintergrund geraten. Hier ist bei den therapeutischen und pflegerischen Berufsangehörigen eine Dilemma-Situation zu identifizieren. Begrenzten Ressourcen stehen unterschiedliche Bedarfe und Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen gegenüber. Die Hinwendung zu dem einen bedeutet immer die unzureichende Berücksichtigung des anderen.

### **Das Krankenhaus als Ort des Heilens**

Die Ursprünge des Krankenhauses sind im europäischen Raum eng verknüpft mit der Geschichte der Klöster und Kirchen. „Siechenhäuser“, in denen Menschen ein „Kranksein“ ermöglicht wurde, stellen dabei die Vorläufer unserer heutigen, medizinischen Versorgungseinrichtungen dar. Die umfassende Versorgung und Betreuung der Menschen war in der Frühzeit Gegenstand des karitativen Dienstes am Menschen. Eine Trennung von Medizin und Pflege erfolgte hierbei nicht, zumal die medizinischen Möglichkeiten aus der heutigen Perspektive als sehr begrenzt zu

betrachten sind. Somit kann festgestellt werden, dass die Geschichte der Krankenhäuser eng mit der Geschichte der Pflege verwoben ist. Sich zu vergewissern, woher die „Idee“ der Krankenhäuser kommt und wie wir in der heutigen modernen Zeit Antworten auf die aktuellen Problemlagen finden können, erscheint notwendig, um eine Umkehr von strukturellen und personellen Veränderungen einzuleiten, die in den vergangenen Jahren zu Fehlentwicklungen in der modernen Krankenhauslandschaft geführt haben. Der Fokus der Pflege wurde hier aus dem Blick verloren.

Diese Entwicklungen sollen nachfolgend exemplarisch skizziert und vor dem Hintergrund des Krankenhauses als einem Ort der umfassenden Heilung für Menschen mit einer Demenz reflektiert werden.

Als ein zentraler beeinflussender Faktor kann dabei die Ökonomisierung und Privatisierung der Krankenhausbehandlung benannt werden. Krankenhäuser, wie sie heute betrieben werden, stehen unter dem beständigen Druck, dass sie die bestmögliche medizinische Leistung unter Beachtung einer hohen Qualität zu einem möglichst geringen Preis erbringen sollen. Im Zuge der vielfältigen Reformbemühungen, die Kosten für Krankenhäuser zu begrenzen, wurde in Deutschland im Jahr 2003 eine umfassende Veränderung der Finanzierungsgrundlage eingeführt. Mit einem diagnosebezogenen Fallpauschalensystem (DRG) wurden Preise für Behandlungen festgelegt. Höhere Erlöse lassen sich in einem solchen System u. a. dadurch erwirtschaften, dass mehr Diagnosen gestellt und mehr Prozeduren durchgeführt werden und die Behandlungszeiten so verkürzt werden, dass die Kosten der anschließenden Versorgung gering bleiben. Der Logik des Systems folgend lassen sich Entwicklungen aufzeigen, die nicht nur, aber auch als eine Folge dieser Finanzierungssystematik zu betrachten sind und insbesondere für Menschen mit einer Demenz weitreichende Folgen haben.

### **1. Zementierung der Medizin als zielführende Disziplin**

Die definatorische Macht, Erlöse zu generieren, wurde im Rahmen der Finanzierungsveränderung an die Kompetenz gekoppelt, Diagnosen zu definieren, medizinische Prozeduren zu bestimmen und durchzuführen. Mit der Festlegung wird die Medizin in ihrer Bedeutung gegenüber anderen Therapieberufen und der Pflege herausgehoben, da nur Ärzte über die Legitimation zur Diagnosestellung und Therapieführung verfügen. In der Folge sind in Deutschland alleine zwischen 2003 und 2014 in den allgemeinen Krankenhäusern fast 35.000 zusätzliche Vollzeitstellen für hauptamtliche Ärzte geschaffen worden.<sup>8</sup> Die damit verbundenen Kostensteigerungen wurden durch die gleichzeitige Reduktion der Stellen anderer Berufsgruppen teilkompensiert. Mit der Dominanz der Medizin im Krankenhaus verbunden ist auch die Führungsrolle in der Bewertung dessen, was bedeutsam erscheint im Kontext von Krankheit, Behandlung und Genesung. Das Augenmerk wird auf die in der Disziplin verankerten Fragestellungen nach Ätiologie, Symptomatik, Diagnostik und pharmakologische, interventionale oder konservative Therapie gelegt. Fragen nach Begleitung, psychosozialer Unterstützung, der Beibehaltung einer identitätsstiftenden Einbeziehung der Person, der Angehörigen, der Erhaltung des Körperbildes, der Wahrung der Autonomie der Patienten etc. sind hier nicht per se tragend eingebunden. Damit besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass ein zentraler Irrtum in der Beurteilung der fachlichen Qualität der Leistungen eines Krankenhauses entstehen kann. Während für die Medizin die Durchführung der Therapie und die „gelungene Operation“ die zentrale Kategorie zur Beurteilung der Behandlungsqualität ist, ist für die Patienten die Operation lediglich Mittel zum Zweck und nicht der Erfolg. Erst wenn die Folgen der Operation abgeklungen sind und sich eine Verbesserung im Alltag einstellt, ist ein Erfolg gegeben. Der entzündungsfreie Einbau eines künstlichen Hüftgelenks ist demnach aus

Patientensicht bedeutungslos, wenn die Gehfähigkeit nicht verbessert wird oder Schmerzfreiheit nachfolgend nicht besteht. Bei Menschen mit einer Demenz kommt hinzu, dass ein Eingriff nicht mit gravierenden nachwirkenden Folgen verbunden sein darf, wie z. B. einer Verschlechterung der Orientierung, einer Destabilisierung der Alltagsfähigkeiten oder einer nachlassenden Akzeptanz von Hilfemaßnahmen durch andere. Dies jedoch sind häufig beschriebene Schwierigkeiten im Kontext einer Krankenhausbehandlung bei Menschen mit einer Demenz. Sie werden jedoch nicht als mangelnde Qualität der Versorgung identifiziert, weil die „Maker“ für die Qualitätsbeurteilung der Behandlung diese Aspekte nicht mit berücksichtigen.

## 2. Exodus der Pflege vom Patientenbett

Der Zuwachs im Personalbereich der Medizin findet in der Pflege keine Entsprechung. Im benannten Zeitraum von 2003 bis 2014 fand in der Pflege in Deutschland ein weiterer Personalstellenabbau um ca. 3.800 statt. Dabei muss berücksichtigt werden, dass der wesentliche Abbau an pflegerischer Versorgungskapazität bereits in den Jahren 1995 bis 2002 erfolgte (22.600 Stellen). Dieser in der konkreten Patientenversorgung spürbare Einschnitt ist insbesondere dort sichtbar, wo die für ein Krankenhaus „belastenden“ Personalkosten ohne nennenswertes Erlöspotenzial entstehen. Dies sind u. a. die allgemeinen bettenführenden Bereiche der Abteilungen, wohingegen die erlösgenerierenden Intensivstationen tendenziell sowohl hinsichtlich der Versorgungskapazitäten als auch im personellen Bereich einen Aufbau erfahren haben.

Im Frühdienst versorgt auf den allgemeinen Stationen in Deutschland eine Pflegekraft durchschnittlich ca. 9 Patienten, in der Regelzeit des Spätdienstes sind es 12. In der Nacht kommen auf eine Pflegekraft 24 Patienten.<sup>9</sup> Diese personellen Ausstattungsmerkmale gehören zu den niedrigsten im europäischen Vergleich.<sup>10</sup> Sie erlauben nur noch begrenzt eine individuelle Versorgung

und führen zu einer stärker auf strukturierte Abläufe hin ausgerichtete Arbeitsorientierung. Vor dem Hintergrund der besonderen Anforderungen in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz im Krankenhaus, die u. a. mit Begleitung, Beständigkeit im Kontakt sowie der Herstellung von Regelmäßigkeit in den Abläufen einhergehen, lassen sich damit deutliche Grenzen der Leistungsfähigkeit der Pflege beschreiben. Die für eine Betreuung und Sicherheit von Menschen mit Demenz notwendige Personalausstattung ist aktuell nicht mehr gegeben und wurde auch nicht durch andere Berufsgruppen ausgeglichen. So erklärt sich, dass Pflegenden wiederholt in Studien angegeben, dass sie wider besseres Wissen freiheitseinschränkende Maßnahmen bei Menschen mit Demenz veranlassen und dass sie notwendige Überwachungsleistungen nicht realisieren können.

Für Menschen mit einer Demenz wird somit widersinnigerweise ausgerechnet die Pflege, die sich um die Belange der Betreuung und die Intensivierung der Beziehung kümmern sollte, zum Hauptrisikobereich, wenn es um Freiheitsbegrenzung oder Einleitung einer pharmakologischen Ruhigstellung geht.

## 3. Verdichtung und Beschleunigung der Behandlungsprozesse

Die „Optimierung“ der Behandlungsprozesse angesichts einer ökonomisch determinierten Versorgung im Krankenhaus führten in den vergangenen Jahren in Deutschland zu einer Beschleunigung mit der Zielstellung, die schnellstmögliche Diagnosestellung und Therapieführung zu gewährleisten. Abzulesen ist dies u. a. an der Verringerung der durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus. Diese sank zwischen 2003 und 2014 von 8,3 auf 6,8 Tage. Diese „Beschleunigung“ setzt voraus, dass Patienten den einzelnen Schritten der Diagnosestellung und Therapieanbahnung Folge leisten (können) und sich im System angepasst verhalten. Die damit verbundene Anpassungsleistung ist für kognitiv nicht eingeschränkte ältere

Menschen bereits eine große Herausforderung. Sie haben kaum Zeit, in denen sie Ergebnisse der einen oder anderen Untersuchung besprechen und verarbeiten können, weil die diagnostischen und therapeutischen Prozesse mitunter zeitgleich initiiert werden und sich überlagern. Für Menschen mit einer Demenz aber sind die verdichteten Prozesse angesichts der damit einhergehenden Überforderung kaum nachvollziehbar und mit einem hohen Potenzial zusätzlicher Irritation verbunden. In sehr kurzer Zeit werden durch unterschiedliche Personen zahlreiche Prozeduren an ihnen vorgenommen, ohne dass eine Möglichkeit besteht, hier zunächst vorbereitende Maßnahmen zu ergreifen, Teilschritte zu erproben und zu trainieren und somit grundsätzlich Ängste zu nehmen. Eine Umkehr dieser Beschleunigung, eine „Entschleunigung“ der Prozesse, wäre eine richtige Antwort. Dies aber ist in Zeiten von „Clinical Pathways“ und durchstrukturierten Prozessabläufen nicht mehr *Mainstream*.

#### 4. Falsche Anreizsysteme

Eng verbunden mit einem Finanzierungssystem sind die Anreize, die durch die immanente Logik geschaffen werden. Es gibt keine Systeme, die frei von Fehlreizen sind. Bei den diagnosebasierten Fallpauschalensystemen ist dies die primäre Erbringung von Leistungen, die auf der Basis von Kodierkatalogen abrechenbar sind. So werden Unter-, Fehl- oder Überversorgung oder auch unnötige Diagnoseintensitäten initiiert. Nicht mehr der Zustand des Patienten und der individuelle Bedarf ist die alleinig bestimmende therapeutische Determinante – es kommt hinzu, dass Leistungen erbracht werden, wenn sie lukrativ erscheinen, obwohl der Zustand des Patienten dies nicht sinnvoll begründet, aber klassifikatorisch noch ermöglicht. Ein Beispiel ist die in der Geriatrie kodierbare „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“, die u. a. zahlreiche Screening- und Testverfahren beinhaltet und die unter Therapie gestellten Menschen einer

beständigen Beobachtung durch Testverfahren unterwirft, um den nach außen transparent darzulegenden Kodierkriterien Rechnung tragen zu können. Eine weitere Form der Anreize kann hinsichtlich der Selektion lukrativer Patientengruppen ausgemacht werden. Hier sind die Patientengruppen interessant, die in kurzer Zeit mit finanziell gut ausgestatteten Prozeduren versorgt und frühzeitig wieder entlassen werden können oder auch Patienten mit einer hohen Intensität an spezifischen Prozeduren. Für Menschen mit einer Nebendiagnose Demenz, die aufgrund einer Medikamenteneinstellung oder aber kleinerer Operationen aufgenommen werden, gilt dies nicht. Sie stellen ein potenzielles Risiko in der Behandlung und der Kostenstruktur dar, wenn sie länger im Krankenhaus bleiben müssen als geplant. Zurzeit bestehen kaum externe Anreize, um insbesondere personenintensive Versorgungssettings zu verbessern, die mit verbesserten Angeboten in der Tagesstrukturierung und Begleitung einhergehen. Die dafür einzusetzenden Mittel und Maßnahmen lassen sich nicht kodieren und in abrechenbare Leistungen überführen. So bleiben die Maßnahmenbündel, die zu einer erfolgreichen und demenzsensiblen Versorgung führen, ohne spezifische Beförderung.

In der Gesamtschau der an dieser Stelle ausgewählten und skizzierten Aspekte lässt sich ablesen, dass in den vergangenen 10 Jahren Entwicklungen angestoßen wurden, die das Krankenhaus als einen umfassenden „Ort des Heilens“, insbesondere für Menschen mit einer Demenz, nur bedingt erkennbar werden lassen. Die Veränderungen sind dabei viel gravierenderer Art, als vielfach angenommen. Es ist auch der Verlust der ursprünglichen Identität der Krankenhäuser als „sorgende Organisation“ hin zu einer „medizinisch versorgenden Organisation“ mit einer Herabstufung der zentralen Arbeitsinhalte und Wissensbestände, wie sie von nichtmedizinischen Berufen vertreten werden. Sabine Bartholomey-

czik untersuchte 2007 Auswirkungen des DRG-Systems auf die pflegerische Behandlung und kam zum Schluss, dass das Krankenhaus als Institution sich in Richtung „Reparaturbetrieb“ entwickelt.<sup>11</sup> Diese Analyse schließt die Pflege ein, ist aber nicht auf die Pflege begrenzt, sondern auch auf Therapieberufe wie die Physiotherapie, die Ergotherapie und die Logopädie übertragbar, die ebenfalls nicht von zusätzlichen finanziellen Mitteln im Krankenhausesektor profitieren konnten. Sie werden als „Kostenfaktoren“ identifiziert, die ggf. sogar „outgesourct“ werden können und deren Berufsverständnis und -wissen man nicht mehr als umfassende Kompetenz im Betrieb vorhalten muss. Bei Bedarf werden isolierte Leistungspakete für einzelne Patienten „eingekauft“. Damit verringert sich die Verantwortungsübernahme durch die Berufsangehörigen für ihren Arbeitsbereich und die Patientenversorgung. Die Möglichkeit der Therapeuten, dass sie in einem ruhigen Moment noch einmal zu Frau X. auf die Station gehen und Trainings und unterstützende Maßnahmen anbieten, weil sie es für sinnvoll halten, wird begrenzt. Liegt keine Verordnung vor, bleibt die Behandlung und Förderung aus. Die Pflege als Berufsgruppe scheint weder nominell noch inhaltlich in der Lage zu sein, um ausbleibende Leistungen der Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und damit prinzipieller Aktivierung aufzufangen.

Als eine besondere Form des Vergessens im Krankenhaus kann daher ausgemacht werden, dass es das Krankenhaus als Organisation selbst ist, das droht zu vergessen, welche vielfältigen Versorgungsaufgaben eine Behandlung umfasst. Das institutionelle Gedächtnis der Krankenhäuser bedarf hier der Erinnerung an die eigenen Wurzeln, als Ort des Heilens und der Pflege.

### **Auf dem Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus**

Ungeachtet der als kritisch zu bewertenden Rahmenbedingungen und Entwicklungen hat sich in den letzten Jahren in Deutschland und auch in

Österreich die Diskussion um Verbesserungen der Behandlungsmöglichkeiten von Menschen mit Demenz im Krankenhaus intensiviert. Dies drückt sich nicht nur in zahlreichen Empfehlungen, Handreichungen<sup>12</sup> sowie Initiativen aus, sondern wird auch durch geförderte Projekte und Programme gestützt, die als Treiber zu identifizieren sind. Für Deutschland können dabei exemplarisch die Projekte im Rahmen der „Blickwechsel Demenz“-Initiative benannt werden.<sup>13</sup> In Nordrhein-Westfalen wurden über einen Zeitraum von drei Jahren über 70 Krankenhäuser beraten, und sie konnten an Schulungsangeboten teilnehmen, die mit Landesmitteln gefördert wurden. Die Robert Bosch Stiftung finanzierte ebenso Projekte in Krankenhäusern mit einem eigenen Förderprogramm. Darüber hinaus erfolgte in Deutschland ein Zusammenschluss von Trägern, Angehörigengruppen, Ministerien und Verbänden zu einer *Allianz für Demenz*, die Zielformulierungen und Handlungsfelder benennt.<sup>14</sup>

Bezogen auf Maßnahmen und Leuchttürme der Versorgung liegen zahlreiche Einzelstudien zu Projekten von Krankenhäusern vor, die sich auf den Weg gemacht haben, ihre Einrichtungen auf ein demenzsensibles Krankenhaus hin auszurichten. Bemerkenswert dabei ist, dass es sich überwiegend um kleinere und mittelgroße Kliniken handelt.

Die diskutierten, erprobten und eingesetzten Maßnahmen sind dabei alles andere als ungewöhnlich zu nennen – im Gegenteil. Sie gehören in vielen teil/vollstationären Einrichtungen seit Jahren zur Routinebehandlung und -ausstattung. Rezepte, „neue“ Konzepte oder gänzlich Unbekanntes trifft man hier nicht an. Die Innovation besteht somit nicht in der Maßnahme selbst, sondern in der Integration der Maßnahmen in ein klinisches Umfeld, in dem sie bislang nicht vorgesehen waren und deshalb als unüblich gelten.

Die Maßnahmen der Initiativen und Projekte lassen sich dabei grundsätzlich in die nachfolgenden zentralen Handlungsfelder unterteilen:

### **a) Maßnahmen der Bildung und Sensibilisierung**

Zunächst zeigen zahlreiche Projekte auf, dass ausgebildete Pflegende oder Ärzte in Bezug auf Demenz in aller Regel über kein umfassendes Fachwissen verfügen. So gibt es kein gelungenes Projekt, in dem nicht Schulungsmaßnahmen und die Sensibilisierung für die beruflichen Pflegenden, Ärzte und Therapeuten an den Beginn der Maßnahmen gestellt und in variierender Intensität flankierend beibehalten wurden. Dabei liegen unterschiedliche Berichte vor hinsichtlich der Dauer der Schulungen. Sie reichen von Tages-/Halbtagesveranstaltungen bis hin zur umfassenden Qualifizierung von Demenzbeauftragten oder aber gerontopsychiatrischen Fachpflegenden.

### **b) Maßnahmen der Strukturierung der Tagesabläufe**

Darunter fallen Maßnahmen zu Beschäftigungs- und Aktivitätsangeboten (Orientierungstrainings, Musiktherapie, Spiele, Vorlesen, etc.), die Definition von Zeiten, in denen keine Therapien oder Diagnostik durchgeführt werden soll, gemeinschaftliches Essen am Tisch ohne Tablett-System. Im Bereich der Krankenhausaufnahme sind Notfallmappen, Informationspools und Vorabinformationen zur elektiven Aufnahmesteuerung (z. B. zur Reduzierung von Wartezeiten in der Ambulanz) zu nennen. Erweitert zählen hierzu auch Maßnahmen zur Anpassung der Essensangebote an gewohnte Zeiten und Besonderheiten zur Sicherung der Nahrungsaufnahme (z. B. Spätmahlzeiten, Fingerfood).

### **c) Maßnahmen zur Intensivierung der personellen Zuwendung**

Kontinuierliche prä-postoperative Begleitung durch Pflegende, Rooming-In für Angehörige, Einbezug von Ehrenamt/ Alltagsbegleitern, Sitzwachen in Krisensituationen (1:1-Betreuung), Einbezug anderer Therapeuten (insbesondere Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie), Schu-

lungen in angepasster Kommunikation (Validation/ Fragetechniken/ Beobachtungsverfahren) sind hier bedeutungsvoll und nachweislich wirksam.

### **d) Maßnahmen der baulich-räumlichen Anpassung**

Zu diesen Maßnahmenbündeln zählen Farb- und Lichtgestaltung in den Einrichtungen, Lichtkonzepte zur Unterscheidung von Tag/Nacht, Kontrasterhöhungen relevanter Elemente (Toiletendeckel, Lichtschalter etc.), Schallisolierungen und Geräuschreduktion, Beschriftungen an Türen und Gegenständen mit Schrift und Piktogramm, Orientierungshilfen, Wegeleitsysteme, Sichtblenden/ Mimikry bei Türen und Treppenaufgängen etc., Ausstattung mit Niedrigbetten, Sensormatten etc. Aufenthaltsräume mit Möbeln und Gegenständen älterer Generationen, Sitz- und Überwachungsmöglichkeiten in der Nähe der Pflegestützpunkte, Zimmerausstattungen mit Kalender und großen Uhren zur Orientierungsverbesserung werden benannt.

### **e) Therapeutische Anpassungen**

Hier sind insbesondere Konzepte der Medikamentensicherheit (Priscus-Liste), der Reduzierung von Psychopharmaka und der Auslassung von körpernahen freiheitseinschränkenden Maßnahmen zu benennen. Darüber hinaus sind frühzeitige Screenings und zeitnahe Diagnostik, ausreichende Schmerztherapie, Verfahren der Delirprävention (Confusion Assessment) etc. zu nennen.

Als Hinweis kann festgehalten werden, dass es meist nicht hinreichend erscheint, eine Maßnahme auszuwählen – es bedarf vielmehr eines Maßnahmenbündels. So hat die Ausbildung eines „Demenzbeauftragten“ keinerlei Wirkungsmöglichkeit und erscheint als eine „Feigenblatt-Maßnahme“, wenn dieser nicht auf Personal stößt, das die Anliegen einer demenzsensiblen Versorgung annimmt und verantwortet. Die konsequente Einbindung in Fragen der architektonischen Umge-

staltung, der Ablauforganisation und selbst der Personalrekrutierung sind hierbei wünschenswert.

Zentral für die Entwicklung hin zu einem demenzsensiblen Krankenhaus ist, dass ausreichend Personal vorhanden ist, das eine grundsätzlich positive Haltung zu den Erkrankten hat und mit den Patienten selbst in Kontakt geht und nicht über sie diskutiert. Hier stehen somit auch Haltungsfragen im Vordergrund. Es bedarf Personen, die die Verantwortung für eine demenzsensible Versorgung übernehmen und die sich verantwortlich für die Einhaltung und die Etablierung von Maßnahmen zeigen. Dies erfolgt häufig zunächst individualisiert und ist damit stark personenabhängig. Daher muss nach einer Phase der Stabilisierung diese Form der Personenabhängigkeit aufgelöst werden und die Maßnahmen müssen in allgemeine Strukturen überführt werden, wie z. B. in die Aufnahme der Überprüfungen im Rahmen von Qualitätsprüfungen/Audits.

### **Demenzsensibilität ist eine Frage des Wollens, nicht des Wissens**

In der Gesamtschau kann festgehalten werden, dass sich eine gelingende Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz auch unter den limitierenden Rahmenbedingungen realisieren lässt. Die Entscheidungen darüber sind überwiegend im Rahmen von Top-Down-Projekten mit klaren Projektstrukturen zu organisieren. Sie lassen sich nicht aus einer Berufsgruppe heraus alleine nachhaltig entwickeln oder implementieren. Daher sind Geschäftsführung, ärztliche Leitung und pflegerische Leitung gleichermaßen einzubinden.

Bezüglich der Auswahl geeigneter Methoden und Ansätze steht eine Vielzahl an Maßnahmen und erprobten Ansätzen zur Verfügung. Es gibt Referenzkliniken mit gelungenen Umsetzungen und guten Ergebnissen, die besucht werden können und wo Praktiker von Praktikern lernen können. Es mangelt daher insgesamt nicht an Wissen, und es bedarf keiner großflächig angelegten randomisierten Forschung, die sich im Feld von kom-

plexen Interventionen nur mit einem erheblichen Aufwand realisieren lassen.

Das Wissen zur konkreten Erarbeitung und Verbesserung der Versorgungsqualität ist bekannt und liegt vor. Vor diesem Hintergrund erscheint es ernüchternd, dass in 2014 von 1.844 befragten Stationen in Deutschland nur eine geringe Anzahl angab, dass sie konkrete Maßnahmen bereits umgesetzt und eingeführt haben oder aber eine solche Einführung aktuell in Planung ist. Bei den spezifisch wirkenden Maßnahmen, wie z. B. demenzspezifische Angebote durch Therapieberufe oder spezifische tagesstrukturierende Maßnahmen, zeigten sich Ausprägungen lediglich um die 10 Prozent.

Offensichtlich kann aktuell noch nicht davon ausgegangen werden, dass Krankenhäuser den „weichen Maßnahmen“ und den nichtpharmakologischen Behandlungsmethoden im Rahmen der Betreuung von Menschen mit Demenz den Stellenwert zuerkennen, den sie im Rahmen der Versorgung verdienen. Dies aber muss eine zentrale Forderung für die Zukunft sein. Dabei sind flankierend Verbesserungen der Abbildung auf der Seite der Finanzierung zu diskutieren, um dies zu befördern und den Krankenhäusern Anreize für die Umsetzung zu bieten.

Hier besteht in Deutschland ein deutlicher Verbesserungsbedarf, und es ist zu hoffen, dass sich Krankenhäuser mehrheitlich den Entwicklungen anschließen, um aus Orten der medizinischen Versorgung wieder Orte des Heilens zu machen.

### **Referenzen**

- 1 Statistisches Bundesamt, *Gesundheit: Diagnosedaten der Krankenhäuser für Deutschland ab 1994* (Fälle/Sterbefälle, Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer), [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (letzter Zugriff am 25. April 2016)
- 2 Pinkert C., Holle B., *Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen*, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (2012); 45: 728-734
- 3 Isfort M., Klostermann J., Gehlen D., Siegling B., *Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von*

- leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus, Köln (2014)
- 4 Wingenfeld K., *Demenzranke brauchen Zeit, Empathie und personelle Kontinuität. Nebendiagnose Demenz*, Die Schwester Der Pfleger (2009); 48: 216-221; Höwler E., *Der demenzranke Patient im Krankenhaus – Eine belastende Situation*, Pflegezeitschrift (2013); 66: 156-159; Schütz D., Füsgen I., *Die Versorgungssituation kognitiv eingeschränkter Patienten im Krankenhaus*, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (2013); 46: 203-207
  - 5 Sampson E. L., White N., Leurent B., Scott S., Lord K., Round J., Jones L., *Behavioural and psychiatric symptoms in people with dementia admitted to the acute hospital prospective cohort study*, The British Journal of Psychiatry (2014); 205: 189-196
  - 6 Wancata J., Windhaber J., Krautgartner M., Alexandrowicz R., *The cosequences of non-cognitive symptoms of dementia in medical hospital departments*, International Journal of Psychiatry in Medicine (2003); 33: 257-271
  - 7 Isfort M., *Menschen mit Demenz im Krankenhaus: Eine Handreichung der interdisziplinären Arbeitsgruppe der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser (DiAG) in der Erzdiözese Köln*, Köln (2012)
  - 8 Statistisches Bundesamt (Destatis), *Grunddaten der Krankenhäuser 2014*, Fachserie 12, Reihe 6.1.1
  - 9 Isfort M., Klostermann J., Gehlen D., Siegling B., *Pflege-Thermometer 2014: Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*, Köln (2014)
  - 10 Ausserhofer D. et al., *Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study*, BMJ Quality & Safety (2014); 23(2): 126-135, IF: 3.308 (doi: 10.1136/bmjqs-2013-002318)
  - 11 Bartholomeyczik S., *Reparaturbetrieb Krankenhaus DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege*, Dr. med. Mabuse (2007); 15: 51-67
  - 12 Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, *Betreuung von demenzkranken Menschen im Allgemeinkrankenhaus: 20 Empfehlungen für Krankenhaussträger zur verbesserten Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen*, München (2011); Kehrbach A., *Bremer Empfehlungen zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*, Bremen (2014)
  - 13 Angerhausen S., Kleina T., *Versorgung Demenzkranker im Krankenhaus*, Geriatrie Journal (2007); 9: 36-38
  - 14 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit, *Gemeinsam für Menschen mit Demenz: Die Handlungsfelder*, Berlin (2014)