

Demenz-Projekt im Krankenhaus

Rooming-in für Angehörige

Wenn Menschen mit Demenz in ein Krankenhaus müssen, führt dies leicht zu Überforderung und Verunsicherung. Im Krankenhaus Lübbecke wurde deshalb ein besonderes Projekt ins Leben gerufen: „Doppelt hilft besser bei Demenz“. Das Ziel: Angehörige können – wenn gewünscht und möglich – den gesamten Klinikaufenthalt über bei ihrem Erkrankten bleiben.



In Deutschland leben derzeit geschätzte 1,2 Millionen Menschen mit Demenz. Hinzu kommen jährlich zirka 250 000 Neuerkrankungen. Nach Expertenschätzungen wird sich die Zahl der Demenzkranken bis zum Jahr 2020 auf 1,4 Millionen und bis zum Jahr 2050 auf mehr als zwei Millionen erhöhen. Doch während die Anzahl von Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe und in der ambulanten Versorgung stetig steigt und man sich dort der besonderen Herausforderung seit langem bewusst ist, scheint es im Bereich der Krankenhausversorgung noch weiteren Bedarf an Konzeptentwicklung und -umsetzung zu geben. Nicht in jedem Krankenhaus existiert ein auf geriatrische Pflege- und Rehabilitation spezialisiertes Team oder gar eine eigene Fachabteilung.

Kliniken auf Demenzkranke nur unzureichend vorbereitet

Demenzkranken Menschen erleben aber auch akute Ereignisse, die sie zu einem Krankenhausaufenthalt zwingen können. Hier treffen sie nicht selten auf Strukturen, die ihren Besonderheiten nicht wirklich gerecht werden. Krankenhäuser bemü-

Foto: M. Hagedorn

hen sich mehr denn je um eine immer effizientere und schnellere Therapie und fokussieren einen reibungslosen medizinischen Ablauf. Doch der Erfolg dieser Strategie setzt voraus, dass der Patient dies auch versteht, einordnet, unterstützt und mit trägt.

In dieses Spannungsfeld scheinen sie also nicht hineinzupassen – die Menschen, die nicht verstehen, was mit ihnen geschieht, die nicht wissen, wo sie sind oder die die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nur unzureichend einordnen können. Genau an dieser Stelle aber zeigt sich der derzeitige Spagat der Praxis: weniger Pflegekräfte in der Pflege, Begleitung und Betreuung, mehr Diagnostik und medikamentöse Therapie und nicht selten viel zu geringe Spielräume, um auf begleitungsintensive Personen individuell eingehen zu können.

Darüber hinaus gibt es weitere Problembereiche. Vielfach fallen die Menschen mit Demenz auf den ersten Blick gar nicht auf. Gerade im Frühstadium einer Erkrankung kann eine gute Fassade erhalten sein. Pflegenden oder Ärzten bemerken eine mögliche Störung erst dann, wenn der Patient Medikamente nicht nimmt oder verlegt, sich sehr passiv verhält, Essen nicht anrührt oder keine klaren Äußerungen hinsichtlich einer Zustandseinschätzung, zum Beispiel Schmerzen, geben kann. Hinzu kommen uneindeutige Verhaltensweisen, die auf ein übersteigertes Angstpotenzial hindeuten (häufiges Schellen oder Rufen und so weiter).

Am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld konnten in einem Projekt wesentliche Erkenntnisse gesammelt werden, die es zu verbessern gilt (auf der Basis von Interviews und Datensichtungen von einigen Krankenhäusern in NRW). Dazu zählen eine verbesserte Berücksichtigung von demenzspezifischen Informationen über den Patienten, eine verbes-

Menschen mit Demenz nun stärker im Pflegeversicherungsgesetz berücksichtigt

In den vergangenen Jahren wurde einem Versorgungsproblem besondere Beachtung geschenkt: der Betreuung und Versorgung von Menschen mit Demenz. Die unzureichende Abbildung notwendiger Leistungen in der Pflegeversicherung führte nach entsprechenden Hinweisen von Betroffenen (z. B. der Deutschen Alzheimer Gesellschaft) und Experten zu einer Erweiterung des Pflegeversicherungsgesetzes (Pflegeleistungsergänzungsgesetz) und schlussendlich auch zu einer Diskussion um den reduzierten Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI.

serte Berücksichtigung der Demenz als Begleiterkrankung oder auch eine verbesserte Begleitungsmöglichkeit und die Notwendigkeit, tatsächlich individuell bei der Bewältigung des Alltags im Krankenhaus zu unterstützen. Zudem stellten die Forscher fest, dass eine Angehörigenbeteiligung oft nicht systematisiert wird. An dieser Stelle muss also weiterhin nach kreativen Lösungen gesucht werden.

Das Projekt „Doppelt hilft besser bei Demenz“

Das Krankenhaus Lübbecke hat gemeinsam mit der Alzheimergesellschaft Kreis Minden-Lübbecke e.V. „Leben mit Demenz“ und regionalen Angehörigengruppen das Projekt „Doppelt hilft besser bei Demenz“ gestartet. Gefördert wird das Projekt von der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart. Die wissenschaftliche Begleitung wird durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. übernommen.

Neben standardisierten Befragungen mittels Fragebögen, Interviews und Hilfestellungen bei der Öffentlichkeitsarbeit soll durch die wissenschaftliche Begleitung im Ergebnis eine Handreichung entwickelt werden. Diese soll auch anderen Krankenhäusern Hilfestellung geben, die vor ähnlichen Herausforderungen oder Überlegungen stehen. Zum Ende des Projektes (Ende 2010) soll die Handreichung veröffentlicht und allen Interessierten kostenlos zur Verfügung gestellt werden.

Ziel im konkreten Praxisteil des Projektes ist es, dass Angehöri-

ge, die es wünschen und ermöglichen können, den gesamten Klinikaufenthalt über bei ihrem Erkrankten bleiben können. Das soll dem an Demenz Erkrankten ermöglichen, immer einen Ansprechpartner und ein vertrautes Gesicht sowie eine vertraute Stimme an der Seite zu haben. Die Angehörigen können und sollen bei Untersuchungen dabei sein, sollen Sprachrohr und Übersetzer sein und auch die Art von Betreuung selber durchführen können, die sie selbst durchführen möchten. Das schließt einen Einbezug in die pflegerische Versorgung mit ein.

Die Angehörigen sollen Sprachrohr und Übersetzer sein

Engagiertes Pflegepersonal und Ärzte können einem Menschen mit Demenz nicht die Vertrautheit vermitteln, die er braucht, um einen Krankenhausaufenthalt gut zu verkraften. Die Angehörigen werden jedoch nicht als „Ersatzkräfte“ verstanden, die eine Versorgung aus wirtschaftlichen Überlegungen heraus mit übernehmen sollen. Sie sollen gleichermaßen mit in den Blickpunkt der Versorgung genommen werden. So werden ihnen Angebote der Schulung und Beratung unterbreitet, und sie sollen in örtliche Beratungssysteme und Selbsthilfegruppenangebote mit eingebunden werden (z. B. auch Zugang zu häuslichen Pflegeschulungen erhalten).



Projekt braucht Vernetzung

Ein wesentlicher Teil eines solchen Projektes ist die Vernetzung. Nicht nur andere Projekte, in denen hospitiert wurde (in Münster, Bielefeld, Heidelberg, Viersen u. a.) sind für eine Vernetzung interessant. Es geht auch darum, dass regionale Akteure gewonnen werden müssen, damit das Angebot publik gemacht wird und ein konsequenter Erfahrungsaustausch begonnen werden kann.

Der regionalen Vernetzung kommt eine besondere Rolle zu, wenn das Angebot lokal eingebunden werden soll. Das Projekt muss demnach als Teil einer Behandlungskette einer vernetzten Versorgung gesehen werden. Zur Vorbereitung findet im Oktober ein erstes Netzwerktreffen statt, zu der Mitglieder aus Beratungsstellen, aus Angehörigengruppen, Arztpraxen und vor allem aus ambulanten Pflegediensten eingeladen werden.

Durch die Öffentlichkeitsarbeit und durch Vernetzung konnte bereits ein wesentlicher anderer Erfolg verbucht werden: Es wurden regionale Förderer des Projektes gefunden, die sich auch wirtschaftlich für das Projekt stark machen. So gab es Spenden durch den regionalen Lions-Club (Lübbecke-Espelkamp) sowie durch eine Benefizveranstaltung einer lokal ansässigen Brauerei, die die Einnahmen aus einem Brauereifest spendete. Die Einwerbung zusätzlicher Fördermittel ist für ein Projekt dieser Größenordnung bedeutsam, wenn die Inhalte und Angebote weiter ausgebaut werden sollen.

Umsetzung erfordert konsequente Vorarbeit

Bedeutsam erscheint, dass ein solches Projekt nicht damit begonnen werden kann, einen Raum zur Verfügung zu stellen oder ein Bett mit einzuschieben, wenn ein Angehöriger dies möchte und eine Begleitung einfordert. Diese Form der Unterstützung ist hilfreich und wird vielerorts auch eingesetzt. Es ist jedoch keine systematische Form eines dauerhaften Unterstützungsangebotes. Ein Projekt braucht klare Strukturen, eindeutige Zuständigkeiten und vor allem eine konsequente Vorarbeit. Denn erst wenn dies sichergestellt ist, kann eine Lösung auch dauerhaft eingesetzt werden.

Pflegepersonal und Ärzte müssen dazu sensibilisiert und geschult werden. Im Projekt „Doppelt hilft besser“ hospitierten dafür Pflegekräfte bundesweit in Krankenhäusern, die bereits

spezifische Konzepte erprobt haben. Der Blick über den eigenen Tellerrand erschien sinnvoll, denn so konnte die Entscheidung getroffen werden, was im eigenen Krankenhaus realisiert werden soll und wie eine Umsetzung möglich erscheint. Darüber hinaus wurden einzelne Pflegekräfte der beiden Modellstationen zu gerontopsychiatrischen Fachkräften weitergebildet, um das notwendige Wissen in den Teams zu erweitern.

Derzeit startet die Phase der konkreten Erprobung. Auf den beiden Modellstationen sind dafür Informationsmaterialien (Flyer) zur Verfügung gestellt worden und die Öffentlichkeit wurde im Rahmen von Artikeln über den Projektstart in der lokalen Presse informiert. Inwieweit sich dies auch auf eine entsprechende Anzahl an Angehörigen niederschlägt, die nun gezielt Kontakt zum Krankenhaus suchen werden, bleibt ab-

zuwarten. Die Evaluierung der Nutzung oder möglicher Barrieren ist Teil der wissenschaftlichen Forschungsarbeit.

Eine Begrenzung existiert von vornherein: Nicht alle Betroffenen haben einen Angehörigen, der in der Nähe wohnt oder aber zuhause die Betreuung mit übernimmt. Hier findet weiterhin eine „normale“ Versorgung statt. Doch auch diese Patienten profitieren von dem Projekt. Denn mit der besonderen Aufmerksamkeit und der erweiterten Qualifizierung der Pflegekräfte und Ärzte steigt auch für sie die Qualität der Versorgung. Zu bedenken ist darüber hinaus, dass nicht überall da, wo ein Angehöriger dabei ist, auch der Wunsch nach einem Rooming-in besteht.

In diesem Zusammenhang existieren nämlich auch kritische Hinweise vorheriger Projekte. So ist vorstellbar, dass Angehörige den Klinikaufenthalt des Betroffenen dazu verwenden, um selbst etwas Erholung und Ruhe zu bekommen und sich aus der Versorgung für eine Weile zurückziehen zu können. Es ist nicht davon auszugehen, dass jeder pflegende Angehörige auch den Wunsch hat, eine so enge Form der Begleitung durchzuführen. Doch das Krankenhaus ist vorbereitet und kann ab sofort Patienten und deren Angehörige aufnehmen.

Projekt soll stufenweise ausgebaut werden

Die ersten Schritte im Projekt sind erfolversprechend angefallen. Weitere Überlegungen werden derzeit getroffen, die unter anderem mithilfe der Spenden realisiert werden könnten. So stellt sich die Frage, ob ein Raum, in dem ein Angehöriger mit seinem an Demenz erkrankten Patienten liegt, gegebenenfalls eine andere räumliche Ausstattung oder spezifische Farbgestaltung benötigt, ob zusätzliche tagesstrukturierende Angebote für den Patienten durch Freiwillige oder Mitarbeiter unterbreitet werden müssen

oder ob spezifische Hilfsmittel, zum Beispiel Niedrigbetten, angeschafft werden müssen.

Darüber hinaus gilt es herauszufinden, was benötigt wird, damit der Angehörige das Rooming-in durchführen kann und wie er hinsichtlich seiner Tagesgestaltung unterstützt werden kann. Diese zusätzlichen Ressourcen finden sich nicht in einer Kalkulation auf Basis einer DRG-Fallgruppe. So sind lokale Förderer nicht nur wichtig, um das Projekt weiter in die Öffentlichkeit zu bringen, sondern auch, um einen Ausbau über die vorliegenden Strukturen hinaus auch realisieren zu können (s. Kasten).

Einer der nächsten Schritte im Projekt wird daher sein, mit den Pflegekräften gemeinsam zu überlegen, was für eine optimale Versorgung und Einbindung

getan werden muss und welche Mittel dafür zur Verfügung gestellt werden müssten. Und wer kann dies besser beurteilen als die Menschen, die die zusätzliche Arbeit im Projekt engagiert und kompetent übernehmen: die Pflegekräfte der Modellstationen?

Literatur:

- Kirchen-Peters, S. (2005): Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“. Saarbrücken: iso-Institut
- Harms, E.; Bigalke, S. (2007): Achtung! Patient mit Demenz! Demenz im Krankenhaus, Teil 1. In: Die Schwester Der Pfleger (46) 3, S. 258–261
- Harms, E.; Bigalke, S. (2007): Achtung! Patient mit Demenz! Demenz im Krankenhaus, Teil 2. In: Die Schwester Der Pfleger (46) 4, S. 360–362
- Kutschke, A. (2007): Rooming-in für Angehörige. Mit der Bezugsperson ins Krankenhaus. In: pflegen: Demenz, 3, S. 21–23.

Kleina, Th.; Wingenfeld, K.(2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft, P07–135. Bielefeld: IPW (<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/ipw/ver%F6ffentlichungsreihe.html>)

Raabe, H.(2007): Menschen mit Demenz im Krankenhaus. In: Pro Alter, (39) 1, S. 6.

Raabe, H.(2007): Patienten mit Demenz – von neuen Konzepten, aktuellen Modellen und vielen Erfahrungen. Wenn eine „Nebendiagnose“ den Krankenhausalltag verändert. In: Pro Alter, (39) 1, S. 7–15.

Schneider-Schelte, H. (2007): Angehörige sind Partner. Demenzkranke im Krankenhaus. In: pflegen: Demenz, (3), S. 13–15

Anschrift des Verfassers:

Dr. rer. medic. Michael Isfort
Deutsches Institut für angewandte
Pflegeforschung e.V. (dip)
Abteilungsleiter Abteilung III
(Pflegearbeit und -beruf)
Hülchrather Straße 15, 50670 Köln
E-Mail: m.isfort@dip.de