



Fotos: M. Gläuser, iStockphoto, Masterfile/Microstock, MonkeyBusinessimages
Bei den abgebildeten Personen handelt es sich um Modelle,
die nur zu Anschauungszwecken eingesetzt werden.

IM FOKUS: DEMENZ IM KRANKENHAUS

Pflege-Thermometer 2014. Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) hat Stationsleitungen aus ganz Deutschland zur Situation und Versorgung von Demenzerkrankten befragt. Mit Auswertungen von mehr als 1 800 Stationen bietet das Pflege-Thermometer 2014 erstmals wichtige Daten zu Personalausstattung, besonderen Anforderungen der Pflegefachpersonen und geeigneten Maßnahmen zur Versorgung von Menschen mit Demenz. Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick.

Von Prof. Dr. M. Isfort, J. Klostermann, D. Gehlen, B. Siegling

Angesichts einer älter werdenden Bevölkerung werden sich auch für die Krankenhausversorgung Veränderungen ergeben. Diese erscheinen jedoch absehbar und bieten grundsätzlich die Möglichkeit für die Einrichtungen, sich auf die anstehenden Herausforderungen einzustellen. Dazu müssen bisherige Vorgehensweisen kritisch reflektiert werden und Weichenstellungen erfolgen, die eine hohe Qualität der pflegerischen Versorgung zukunftsorientiert absichern.

Eine bekannte Entwicklung ist, dass die Anzahl der älteren behandelten Patienten im Krankenhaus zunimmt (Gurlit 2013). Lag der Anteil der über 75-jährigen stationär behandelten Patienten im Jahr 2000 noch bei 18 Prozent, so waren es 2012 bereits 25 Prozent (Krankenhausstatistik des Bundes). Dieser Trend wird sich Prognosen zufolge fortsetzen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder) und dazu führen, dass in zahlreichen Bereichen der Krankenhausbehandlung ein Schwerpunkt auf die Versorgung älterer Menschen und die Besonderheiten bei der Behandlung gelegt werden muss.

Ältere Menschen sind nicht nur häufiger in ihrem Allgemeinzustand eingeschränkt, sie weisen auch höhere Anteile an Polypharmazie auf und haben darüber hinaus ein erhöhtes Risiko, ein postoperatives Delir zu erleiden. Die primär an Kriterien der medizinischen Qualität orientierte Feststellung, dass eine Operation technisch erfolgreich durchgeführt werden konnte, reicht nicht aus, um

eine gute Behandlungsqualität zu attestieren. Eine umfassende Qualitätsbetrachtung muss auch die Vermeidung von Risiken, die mit dem Krankenhausaufenthalt älterer Menschen im Krankenhaus verbunden sind, umfassen. Orientierungsstörungen zu verhindern, eine Beeinträchtigung der Mobilität mit Abnahme der Muskelkraft zu vermeiden und Funktionseinschränkungen bei Alltagsaktivitäten präventiv zu begegnen, sind aus der Perspektive älterer Patienten ebenso relevante Aspekte der Versorgungsqualität. Darüber hinaus bedarf es auch der Beratung und Schulung, um Patienten und deren Angehörige auf die nachstationäre Phase der Versorgung vorzubereiten. Den damit verbundenen Ansprüchen muss auch auf der Seite der Konzepte der Versorgung im Krankenhaus Rechnung getragen werden.

Generelle Entwicklungen in Krankenhäusern

In der Pflege-Thermometer-Reihe werden die Entwicklungen im Personalbereich im Krankenhaus konti-

nuierlich beobachtet, um Fragestellungen der pflegerischen Versorgung im Kontext der Ressourcen im Krankenhaus zu diskutieren. Betrachtet man die Kennzahlen im Personalbereich in den allgemeinen Krankenhäusern, so lassen sich die in Abbildung 1 dargestellten Entwicklungen auf Basis der Krankenhausstatistik des Bundes beobachten.

Ausgehend von 1995, dem Jahr, in dem die Pflege-Personalregelung zuletzt als Grundlage einer gesetzlich festgeschriebenen Personalbemessung im Pflegebereich eingesetzt wurde, erfolgte in Absolutzahlen eine Reduzierung der Vollzeitstellen im Pflegebereich um 36 850. Im gleichen Zeitraum wurde angesichts einer starken Zunahme der stationär behandelten Krankheitsfälle (Zunahme von drei Millionen Patienten) der hauptamtliche Personalbestand der Ärzte ausgebaut. Insgesamt arbeiteten 2012 rund 39 100 mehr hauptamtliche Ärzte im Krankenhaus als 1995.

Diese Entwicklung ist Ausdruck einer Zunahme der Medizinalisierung, die mit einer erhöhten Diag-

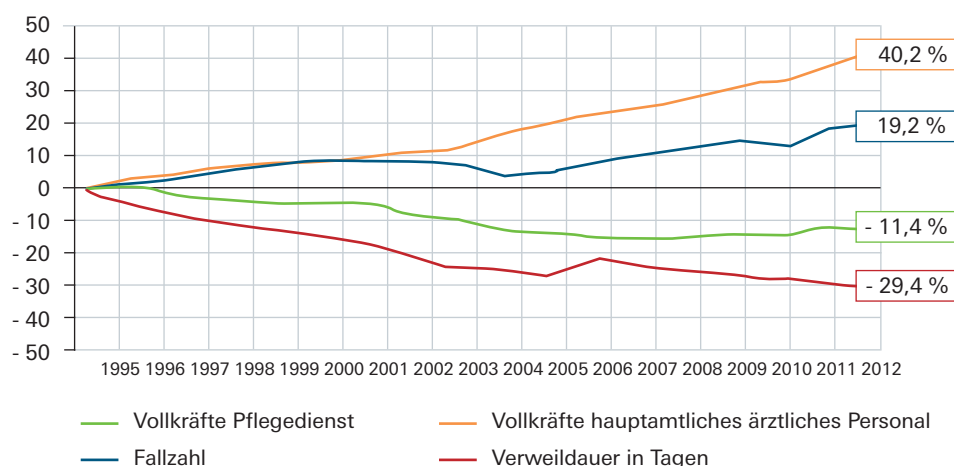
DAS PFLEGE-THERMOMETER 2014

Im Rahmen der Pflege-Thermometer-Reihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) wurden leitende Pflegekräfte auf Stationen im Krankenhaus in Deutschland zur Versorgung von Menschen mit Demenz und zur Delirprävention befragt. Grundlage der Studie bilden Auswertungen von 1 844 Stationen aus bundesdeutschen Krankenhäusern. Damit liegt die bislang umfassendste Erhebung zu Fragen der Versorgung vor. Die Studie wurde von der B. Braun-Stiftung gefördert. Eine Einflussnahme des Förderers auf die Studienplanung oder -durchführung liegt nicht vor. Der umfassende Bericht zum Pflege-Thermometer 2014 kann kostenlos auf den Internetseiten des dip als Download bezogen werden.

www.dip.de

Abb. 1 Entwicklungen der Personal- und Fallzahlen im Krankenhaus

Quelle: Krankenhausstatistik des Bundes, Fachserie 12 Reihe 6.1/Grafik © dip



nostik und Therapieführung verbunden ist. Aus der Perspektive der Pflegenden ist dies mit einer Verdichtung der Arbeit verbunden, denn Pflegenden assistieren nicht nur bei diagnostischen Maßnahmen, sondern führen auch die Therapien und Behandlungen auf den Stationen weiter. Die Reduzierung der Verweildauer geht mit einem erhöhten Therapie- und Pflegebedarf während des stationären Aufenthaltes der Patienten einher, da die weniger pflegeintensive Rekonvaleszenzphase in Folge der kurzen Verweildauer nicht mehr im Krankenhaus stattfindet.

Zu den Auswirkungen dieser Arbeitsverdichtung auf die pflegerische Versorgungsqualität liegen umfassende Erkenntnisse vor, die nachweisen, dass in Deutschland Kernbereiche der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus nicht mehr vollumfänglich sichergestellt werden können. Die Personalbesetzung wird von Pflegenden selbst überwiegend als unzureichend eingeschätzt (Braun et al. 2013). Insbesondere die Beobachtungsmöglichkeiten von Menschen mit Demenz wurden 2009 von neun von zehn Befragten als Hauptschwierigkeit beschrieben (Isfort und Weidner 2009). Aktuell bestätigt auch die RN4Cast Studie, dass Rationierungen in deutschen Krankenhäusern im pflegerischen Versorgungsbereich stattfinden und zahl-

reiche Leistungen durch Pflegenden nicht mehr gewährleistet werden können (Ausserhofer et al. 2014).

Die negativen Effekte hängen dabei eng mit der Personalausstattung, der Qualifikation der Pflegenden und der Arbeitsumgebung zusammen. Diese Tendenzen und Rahmenbedingungen sind bedeutsam, denn sie sind ein wesentlicher limitierender Faktor bei der Übernahme neuer Aufgaben der pflegerischen Versorgung, der Stabilisierung von Projekten und der Umsetzung versorgungsintensiver Konzepte, wie sie für Menschen mit Demenz notwendig erscheinen (Kirchen-Peters 2012). Sie müssen daher mit betrachtet werden, wenn eine Verbesserung der Versorgung nachhaltig erzielt werden soll.

Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Es liegen unterschiedliche Ergebnisse zur Anzahl von Menschen mit Demenz im Krankenhaus vor. Eine Ursache für eine Unkenntnis der genauen Kennzahlen liegt in der grundsätzlichen Schwierigkeit der Sicherstellung der Diagnose selbst. Eine andere ist in der Kodierung zu finden. So stellt Kirchen-Peters bereits für 2010 fest, dass offiziell nur 0,2 Prozent der behandelten Krankenhausesfälle eine Diagnose „Demenz“ aufweisen (Kirchen-Peters 2012).

Pflegende und Ärzte beobachten in der Behandlungsrealität andere Häufigkeiten. Pinkert und Holle (2012) analysierten internationale Studien und wiesen eine Streuung der Prävalenzraten aus, die von 3,4 bis 43,3 Prozent reichte. Kleina und Wingenfeld (2007) schätzten 2007 auf der Basis von nationalen und internationalen Studien den Anteil auf zirka zehn Prozent. Kirchen-Peters' Studie zeigte einen Anteil von fünf bis zu zehn Prozent der behandelten Patienten (je nach Fachrichtung). Eine vom dip durchgeführte Studie in 2012 fragte nach der Häufigkeit der zeitgleichen Betreuung in Krankenhäusern im Erzbistum Köln und ermittelte, dass auf der Hälfte der befragten Stationen bis zu vier Patienten zeitgleich eine Demenz aufwiesen (Isfort 2012). Auf den anderen Stationen wurde die Anzahl höher angegeben. In der Gesamtschau ist daher davon auszugehen, dass das Thema relevant für den pflegerischen Alltag ist.

Die besonderen Problemlagen der Menschen mit Demenz im Krankenhaus wurden schon früh thematisiert. Im vierten Altenbericht der Bundesregierung im Jahr 2002 hieß es bereits: „Die Behandlung im Krankenhaus ist für Demenzzranke mit einer erheblichen psychischen Belastung verbunden. Gegen ihren Willen in eine fremde Umgebung verlegt, durch eine chaotische Atmosphäre der Aufnahmesituation verunsichert und an der Erkundung der Gegend gehindert, werden sie zunehmend ängstlich und aggressiv. Sie ‚stören‘ organisatorische Abläufe, lehnen therapeutische Maßnahmen ab, gefährden Mitpatienten, erzeugen nächtliche Unruhe und beanspruchen übermäßig viel Zeit. Aus Not werden sie dann fixiert oder sediert“ (Deutscher Bundestag 2002).

In der pflegerischen Fachpresse wird seit rund zehn Jahren intensiv diskutiert, dass mehr individuelle Zuwendung und ein erhöhter Zeitaufwand im Krankenhaus notwendig erscheinen, um die Qualität der Betreuung zu sichern (Klostermann 2004). Schütz und Füsgen benennen aus Sicht der Pflegenden als zentrale Problembereiche die nächtliche Un-

ruhe, aggressives Verhalten, Verirren der Patienten, Nahrungsverweigerung und die Verlegung von Patienteneigentum (Schulz und Fügen 2013).

In einer Studie des dip wurde darüber hinaus festgestellt, dass verordnete Bettruhe von den Patienten nicht eingehalten wird, Beobachtungsmängel mit Fixierungsfolgen bestehen und dass eine sehr hohe Personalbindung andere Arbeiten verzögert und erschwert (Isfort 2012). Teschauer untersuchte das Belastungserleben der Pflegenden im Umgang und stellte fest, dass Eigenschaften der Patienten, die dem herausforderndem Verhalten zugeordnet wurden, von Pflegenden als belastender wahrgenommen werden als andere (Teschauer 2013).

Modellprojekte zeigen Lösungen auf

In den vergangenen Jahren wurden in einzelnen Kliniken auch erhebliche Entwicklungen unternommen, die zur Nachahmung anregen. Die Ansätze in Projekten sind inhaltlich breit gefächert. So sind in Kliniken unter anderem tagesstrukturierende Maßnahmen eingeführt worden, die Patienten auch in der therapiefreien Zeit Orientierung und Begleitung ermöglichen sollen (Wingenfeld et al. 2013). In Lübbecke wurden Angehörige im Rahmen eines Rooming-in-Projektes als stellvertretende Personen mit aufgenommen, und Informationsverfahren wurden eingesetzt, um bereits im Vorfeld einer elektiven Aufnahme die notwendigen pflegerischen Informationen vorliegen zu haben (Isfort 2011). Im GISAD-Projekt in Heidelberg wurde eine geriatrisch-internistische Station für akuterkrankte Demenzpatienten aufgebaut (Müller et al. 2008). In Münster konnte im St. Franziskus Hospital durch eine prä- und postoperative Begleitung die Delirrate von älteren Menschen gesenkt werden (Gurlit 2012). In Köln wurde im St. Hildegardis-Krankenhaus der Malteser eine Station nach dem schwedischen Silviahemmet-Konzept aufgebaut, in dem Raum- und Farbkonzepte, besonders qua-

lifiziertes Personal der Pflege- und Therapieberufe sowie auch Alltagsbegleiter zum Einsatz kommen. Dies sind nur exemplarische Projekte, die erfolversprechende Ansätze aufweisen.

Eine vom dip durchgeführte Analyse erfasste 2012 in Deutschland insgesamt 25 Modellprojekte, über die Berichte und Analysen vorlagen (Isfort 2012). Es werden auch seitens der Ministerien und Stiftungen Initiativen gefördert, die der Praxis eine konkrete Hilfestellung bei der Umsetzung geben sollen. In Bayern wurde durch das Sozialministerium eine Handreichung mit 20 Empfehlungen entwickelt (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit 2011). In NRW konnte mit einer umfangreichen vom Land geförderten Initiative – Blickwechsel Demenz und Blickwechsel Regional – (Angerhausen 2008) ein breites Interesse an Lösungen geweckt werden. Aktuell werden mehr als 70 Krankenhäuser in NRW in Workshops zu Möglichkeiten der Umsetzung unterschiedlicher Konzepte beraten. In Rheinland-Pfalz wurde ein Modellprojekt „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ mit acht Kliniken aufgelegt. Auch die Robert Bosch Stiftung hat ein Förderprogramm zur Praxisentwicklung eingerichtet. Akutkrankenhäuser können über dreieinhalb Jahre bis zu 100 000 Euro für die Entwicklung und Umsetzung eines demenzsensiblen Konzepts beantragen. Fünf Krankenhäuser werden bereits gefördert – in 2014 werden weitere dazukommen.

Eigentlich, so sollte man meinen, zeugen die zahlreichen Projekte und Förderlinien davon, dass eine flächendeckende Beschäftigung mit dem Thema stattgefunden hat. Im Pflege-Thermometer 2014 sollte daher auch der Grad der Bekanntheit und der Umsetzung auf einer breiten Datenbasis erfasst werden, um einen Überblick zum Stand der Entwicklung zu ermitteln. Dazu sollte die Versorgung auf den Stationen, wie sie von den Leitungskräften vor Ort beobachtet und beurteilt wird, untersucht werden.

Methodisches Vorgehen

Dem Pflege-Thermometer 2014 liegt ein elf Seiten umfassender Fragebogen mit 30 Einzelfragen und Fragenkomplexen zugrunde. Der Fragebogen wurde auf der Basis einer Analyse vorliegender Studien und vorangegangener Befragungen entwickelt und mit bekannten Experten aus dem Feld abgestimmt. Der Fragebogen wurde nach einer Analyse-, Konzeptions- und Revisionsphase Anfang Februar 2014 versendet.

Der Bearbeitungszeitraum für die Teilnahme erstreckte sich vom 12. Februar bis zum 21. März 2014. Für die Studie wurden alle Krankenhäuser in Deutschland angeschrieben, die mindestens 100 Betten aufweisen. Ausgeschlossen wurden Kinderkliniken, reine psychiatrische Kliniken sowie Rehabilitationseinrichtungen. Insgesamt wurden 1563 Krankenhäuser eingeschlossen. Den Pflegedienstleitungen der Krankenhäuser wurden jeweils fünf Exemplare der Fragebögen mit der Bitte um Weiterleitung an geeignete Stationen zugesendet. Zielgruppe der Befragung waren die Abteilungs-/ Stationsleitungen, auf deren Stationen Menschen mit Demenz versorgt werden, zum Beispiel geriatrische oder spezifische Demenzstationen, aber auch Stationen der Inneren Medizin und Chirurgie. Insgesamt wurden bundesweit 7815 Fragebögen versendet. In die Auswertung einbezogen werden konnten 1844 Fragebögen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 23,5 Prozent.

Die Stichprobe umfasste in der Summe 65 765 Betten. In der Krankenhausstatistik sind für das Jahr 2012 insgesamt für die allgemeinen Krankenhäuser 458 374 aufgestellte Betten benannt. Zieht man die Bettenanzahl der kleineren Krankenhäuser, die nicht Gegenstand der Befragung waren, ab, so ergeben sich 443 148 Betten. Damit bildet die Stichprobe zirka 15 Prozent aller Betten in den allgemeinen Krankenhäusern ab. Die Stichprobe im Pflege-Thermometer 2014 verteilt sich nach Bundesländern wie in Abbildung 2 dargestellt.

32 Prozent der antwortenden Stationen ordneten sich dem internistischen Bereich zu, weitere 22,4 Prozent gemischten Abteilungen. 12,1 Prozent entfallen auf die Unfallchirurgie und 8,5 Prozent auf die Ger-

iatrie sowie 6,6 Prozent auf die Neurologie. Alle übrigen Fachbereiche wie Urologie, Frauenheilkunde, Dermatologie sind mit unter fünf Prozent in der Stichprobe vertreten. Stationen mit einer Spezialisierung der

Versorgung von Menschen mit Demenz sind zu 3,1 Prozent in der Befragung abgebildet. Damit wird zu einem hohen Anteil aus den allgemeinen bettenführenden Bereichen geantwortet und nicht aus spezialisierten Fachbereichen.

STICHPROBE NACH BUNDESLÄNDERN		Abb. 2
Bundesland	Anzahl der Fragebögen	
Baden-Württemberg	209	
Bayern	283	
Berlin	49	
Brandenburg	41	
Bremen	22	
Hamburg	36	
Hessen	131	
Mecklenburg-Vorpommern	24	
Niedersachsen	142	
Nordrhein-Westfalen	509	
Rheinland-Pfalz	131	
Saarland	55	
Sachsen	72	
Sachsen-Anhalt	34	
Schleswig-Holstein	51	
Thüringen	45	
Gesamtsumme	1834	
Fehlende Angaben zum Bundesland	10	

Bedeutung des Themas aus Sicht der Pflege

Dass das Thema Menschen mit Demenz im Krankenhaus eine herausragende Bedeutung für die Pflege hat, zeigen Bewertungen zur Relevanz durch die Stationsleitungen. Die Versorgung von Menschen mit Demenz wird im Ranking auf den dritten Platz der aktuell prioritären pflegerischen Themen gelistet – nach der Umsetzung des PKMS und der Optimierung der Pflegedokumentation. Auf einer Skala von eins bis zehn zur Einschätzung der Bedeutung für die eigene Arbeit wird das Thema im Durchschnitt mit acht Punkten bewertet.

Die Bedeutung zeigt sich auch in der Einschätzung zum Fortbildungsbedarf. Drei von vier Leitungen würden ihre Mitarbeiter zu Fortbildungen bezüglich des Fachwissens um das Thema Demenz entsenden. 72 Prozent geben an, dass sie Mitarbeiterschulungen über rechtliche Aspekte, zum Beispiel Fixierungen oder Therapieabbruch, befürworten würden und 66 Prozent sehen Fortbildungsbedarf im Bereich der Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie bei Menschen mit Demenz.

Gibt es Ihrer Einschätzung nach Tageszeiten, in denen die Versorgung von Menschen mit Demenz auf Ihrer Station gesichert oder nicht ausreichend gesichert erscheint?

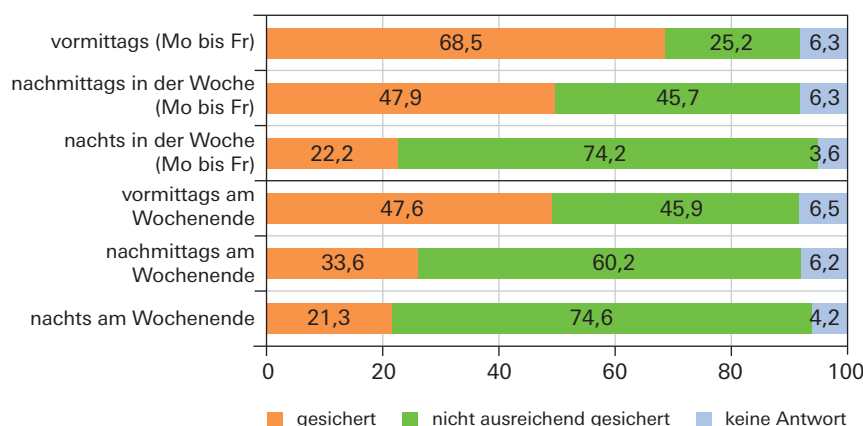


Abb. 3 Einschätzung einer gesicherten Versorgung von Menschen mit Demenz

Anzahl und Anteil von Menschen mit Demenz

Die Studienergebnisse geben Aufschluss über die Prävalenz der Versorgung von Menschen mit Demenz auf den Stationen. Im Durchschnitt wurden im Zeitraum von einer Woche auf den Stationen 9,2 Patienten betreut, die Symptome einer Demenz aufwiesen. Analysiert man den Anteil der Patienten mit einer Demenz auf der Station im Frühdienst am letzten Arbeitstag der Befragten, so kann festgehalten werden, dass nur bei 4,1 Prozent der Stationen

kein Patient mit einer Demenz auf der Station lag. Bei der Hälfte der Stationen liegt der Anteil der Patienten mit einer Demenz bei bis zu 18 Prozent. Bei drei von vier Stationen liegt der Anteil der Patienten bei bis zu 30 Prozent, bei den übrigen 25 Prozent der Stationen wird dieser Wert höher angegeben. Diese Ergebnisse zeigen auf, dass Menschen mit einer Demenz keine Einzelfälle sind, sondern dass die Behandlung von Menschen mit einer Demenz der Regelfall auf den Stationen ist.

Im Durchschnitt betreut eine examinierte Pflegekraft im Frühdienst 8,7 Patienten. Im Spätdienst sinkt die Personalausstattung, sodass von einer Pflegekraft durchschnittlich 11,8 Patienten versorgt werden. In der Nachtwache sind es sogar 23,5 Patienten. Diese Personalausstattungen entsprechen in etwa den Befunden anderer Studien wie dem Pflege-Thermometer 2009 oder auch der RN4Cast-Studie und sind im europäischen Vergleich als tendenziell niedrig zu betrachten. Dies wirft auch Fragen einer kontinuierlich gesicherten pflegerischen Versorgung für aufwendigere Patienten auf.

Versorgungslücken und zentrale Problembereiche

Im Pflege-Thermometer 2014 wurde gefragt, wie die Leitungen die Versorgungssicherheit zu unterschiedlichen Zeitpunkten und Schichten einschätzen (Abb. 3). Dabei zeigen sich die folgenden kritischen Einschätzungen: Lediglich innerhalb der Arbeitswoche und nur vormittags liegen die Bewertungen, dass eine gesicherte Versorgung besteht, bei über 50 Prozent. Aber auch hier gibt jede vierte Leitung an, dass dies nicht der Fall sei.

Als besonders kritisch erweist sich aus Sicht der Befragten die nächtliche Betreuungssituation. Hier ergeben sich kaum Unterschiede in der Bewertung zwischen den Wochentagen und den Wochenenden. Nur in einer von fünf Stationen wird die nächtliche Versorgung der Patienten als gesichert beschrieben. Auch die Spätdienste sind in aller Regel nicht ausreichend ausgestattet, um eine sichere Versorgung zu garantieren. An den Wochenenden sinkt die Einschätzung von 47,9 Prozent auf nur 33,6 Prozent ab. Dies ver-

deutlicht die Grenzen der Behandlungsmöglichkeit, die aktuell durch die Personalsituation bedingt sind.

Das mangelnde Sicherheitsgefühl ist nicht nur auf der individuellen Ebene der Pflegekräfte zu finden, sondern korrespondiert auch mit der Häufigkeit real auftretender Problemsituationen. In der Studie wurde erhoben, wie häufig in den letzten sieben Arbeitstagen problembehafte Zwischenfälle in der Abteilung auftraten. Abbildung 4 zeigt die zehn am häufigsten benannten Problembereiche und die summierte Anzahl der Vorkommnisse.

Von 1501 Pflegenden wurden Beobachtungsmängel benannt. Im Durchschnitt kam dies elfmal vor. In der Summe ergeben sich 16 479 Situationen, in denen Beobachtungsmängel durch Pflegenden innerhalb von sieben Arbeitstagen festgestellt wurden. Betrachtet man die weiteren Aspekte, so wird deutlich, in welchem Umfang die benannten Situationen auftreten. Fast 9 500-mal wurden nächtliche Aktivitäten beobachtet. Dies muss angesichts der oben benannten Personalausstattung in der Nacht als problematisch erachtet

So häufig ist in den letzten sieben Arbeitstagen vorgekommen, dass ...

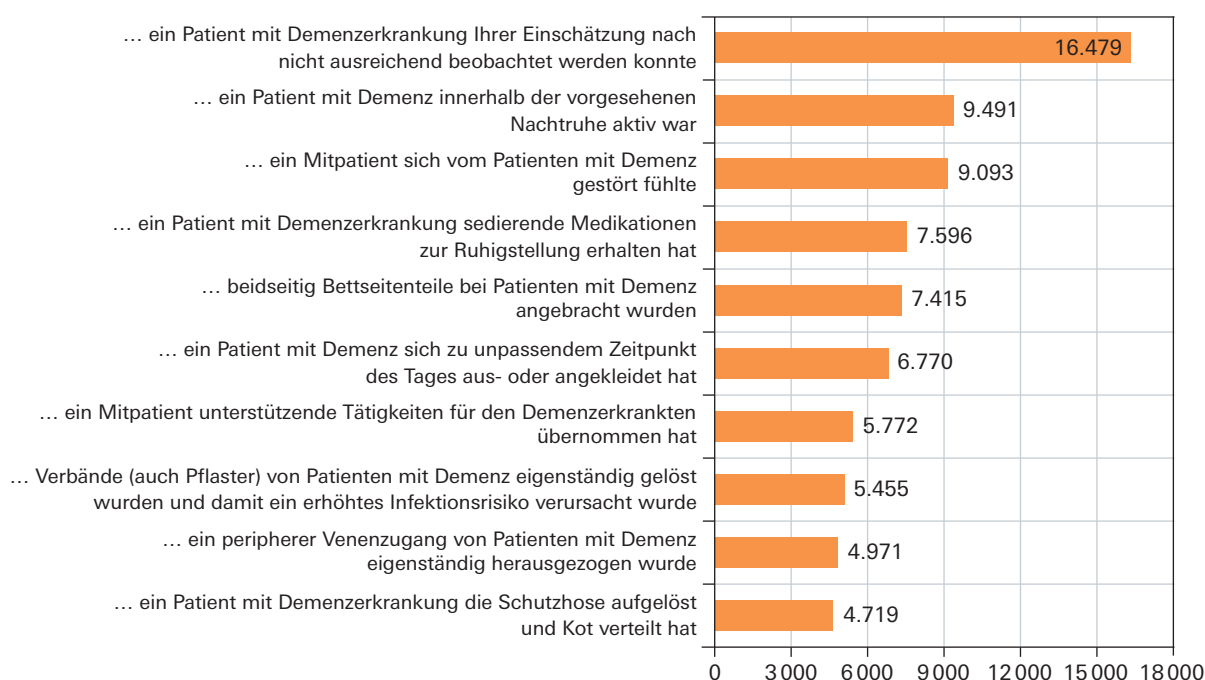


Abb. 4 Real aufgetretene Problemsituationen bei der Betreuung von Demenzerkrankten

Belastungserleben (Einschätzen der Kategorie „starke Belastung“)

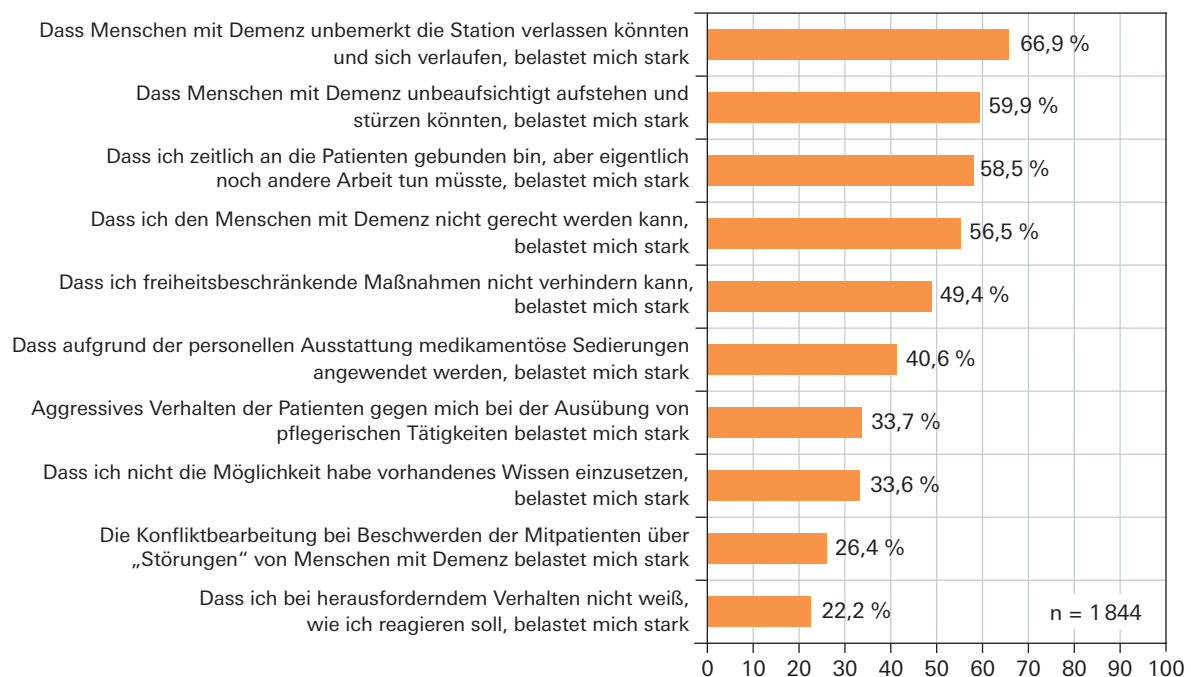


Abb. 5 Belastungen des Pflegepersonals

werden, denn die Nachtwachen sind gegebenenfalls in solchen Situationen gebunden und können nicht auf andere Anfragen oder Klingeln reagieren. Auch die Störung von Mitpatienten ist in einem relevanten Bereich zu beobachten und Alltag in den Kliniken.

Knapp 7600-mal wurden im Beobachtungszeitraum sedierende Medikamente verabreicht. Angesichts der Tatsache, dass der befragte Zeitraum lediglich eine Woche umfasste, kann für die benannten Aspekte von einer flächendeckenden Problematik ausgegangen werden. Aber auch Situationen, die nicht zu den Top 10 der Vorfälle gehören, treten in erheblichem Umfang auf. 2512-mal konnte keine ausreichende Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme gegeben werden und 1554-mal wurde ein geblockter Blasenverweilkatheter durch den Patienten entfernt. 1455-mal wurden körpernahe Fixierungen durchgeführt, um einen Patienten am Aufstehen zu hindern. Diese Kennzahlen verdeutlichen die Notwendigkeit, dass umfangreiche Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der pflegerischen Versorgung eingeführt werden müssen.

Belastungen des Pflegepersonals

Aufseiten der Pflegenden wurde auch das Belastungserleben ermittelt. Dabei wurden Aussagen formuliert, die hinsichtlich des erlebten Belastungsgrades eingeschätzt werden sollten. Die Kategorien umfassten die Ausprägungen „stark“, „mäßig“, „gering“ und „gar nicht“. Abbildung 5 zeigt die Ergebnisse der prozentualen Nennungen in der Kategorie „stark“.

Die Grafik verdeutlicht, dass nicht alle Aspekte, die benannt wurden, gleichermaßen eine starke Belastung für die Pflegenden darstellen. Es dominiert die Sorge darum, dass Patienten unbeaufsichtigt die Station verlassen könnten, ohne dass dies vom Pflegepersonal bemerkt werden kann. Ebenso steht die Sorge um einen Sturz mit im Vordergrund. Als wesentlicher Aspekt kann ferner festgestellt werden, dass die personenintensive Bindung der eigenen Arbeit belastend einwirkt, weil die Organisation eine intensive Auseinandersetzung und Betreuung von nur einem Patienten nicht vorsieht und die aufgewendete Zeit zu Lasten anderer Arbeiten geht.

In der Gesamtschau ist zu erkennen, dass es weniger die persönlichen Aspekte der Pflegenden sind (Unsicherheit in der Handlung bei herausforderndem Verhalten, Beschwerden anderer und Konfliktbewältigung, aggressives Verhalten gegenüber den Pflegenden, die belastend wirken, als vielmehr die patientenbezogene Sorge, der man nicht umfassend gerecht werden kann.

Einsatz und Verbreitung von Konzepten

Eine zentrale Fragestellung im Pflege-Thermometer 2014 war die Bestimmung des Umsetzungsgrades der Konzepte, wie sie in Modellprojekten beschrieben sind und in Handlungsempfehlungen oder Handreichungen genannt werden. Darüber hinaus sollten Einschätzungen zu Barrieren oder Treibern der Umsetzung ermittelt werden.

In einem weiteren Fragenkomplex sollten auf der Basis von Schulnoten Einschätzungen zu den Voraussetzungen auf der Station hinsichtlich der spezifischen Versorgung von Menschen mit Demenz abgegeben werden. Als sehr gut/gut wurde mit 79,1 Prozent der Informations-

austausch innerhalb des Pflorgeteams bewertet. Auch die Haltung der Pflegenden gegenüber Menschen mit Demenz wurde von 57,4 Prozent im sehr guten und guten Bereich benotet. Bei anderen Aspekten fielen die Benotungen deutlich schlechter aus. So wurde zum Beispiel nur von 29,6 Prozent die Möglichkeit der Kontinuität der Betreuung mit sehr gut oder gut bewertet. Kritisch betrachten die Pflegenden auch die Möglichkeiten des Schmerzmanagements (21,5 Prozent). Als die drei wesentlichen Barrieren bei der Umsetzung von Konzepten identifizieren die Pflegenden:

1. Mehrkosten durch die Umsetzung demenzsensibler Konzepte (76,1 Prozent).
2. Die Dominanz des DRG-Systems, das die Abläufe im Krankenhaus bestimmt (66,7 Prozent).
3. Wirtschaftlichkeitsdruck, der keinen Raum für den interdisziplinären Austausch und kreative Konzepte erlaubt (57,2 Prozent).

Dennoch sind in Einrichtungen Aktivitäten zu beobachten und Konzepte, wie sie in der Literatur auch

benannt werden, werden von der Praxis aufgenommen und eingesetzt. Dargestellt werden in Abbildung 6 die prozentualen Ausprägungen der Top 10 der umgesetzten Konzepte auf den Stationen. Benannt wurden 23 spezifische und eher generelle Maßnahmen.

Es dominiert die Zusammenarbeit mit anderen regionalen Einrichtungen der ambulanten und teil-/vollstationären Pflege, die zum Beispiel die Verwendung gemeinsamer Überleitungsbögen beinhaltet. Ebenso ist auf jeder fünften der befragten Stationen eine Sitzgelegenheit in Sichtweite des Stationszimmers vorhanden, um Patienten dort beobachten zu können. Auch finden sich hinsichtlich relevanter Ausstattungsmerkmale auf zahlreichen der antwortenden Stationen Niedrigbetten, die eingesetzt werden, um freiheitseinschränkende Maßnahmen reduzieren zu können und die Sturzfolgen bei Stürzen aus dem Bett vermeiden sollen. Diese Maßnahmen sind insgesamt tendenziell unspezifisch im Zuschnitt auf die Versorgung. Hinsichtlich der Verbreitung

konkreter spezifischer Aspekte (Demenzbeauftragte, spezifische Therapieangebote, tagesstrukturierende Maßnahmen, schriftliche Konzepte etc.) zeigt sich, dass bislang nur auf etwa einer von zehn Stationen Umsetzungen erfolgt sind.

Andere Lösungen wie Fingerfood für Menschen mit Demenz oder zusätzliche Abendmahlzeiten, um nächtliche Hungerepisoden einzugrenzen, werden in noch geringerem Umfang eingesetzt. Der Durchdringungsgrad der spezifischen Konzepte kann aktuell vor diesem Hintergrund eher als gering bezeichnet werden. Relevant erscheint auch die Frage danach, wie häufig einzelne der genannten Konzepte in Kombination eingesetzt werden. Die Anzahl der Stationen, auf denen nur eine Maßnahme eingesetzt wird, liegt bei 388. Auf 240 Stationen werden zwei Konzepte in der Kombination eingesetzt und auf 140 Stationen drei der benannten Maßnahmen in Kombination. Nur in sehr geringer Anzahl finden sich Stationen, die die unterschiedlichsten Konzepte bündeln und so ein Gesamtpaket schnü-

Auf der Station/Abteilung vollständig umgesetzt

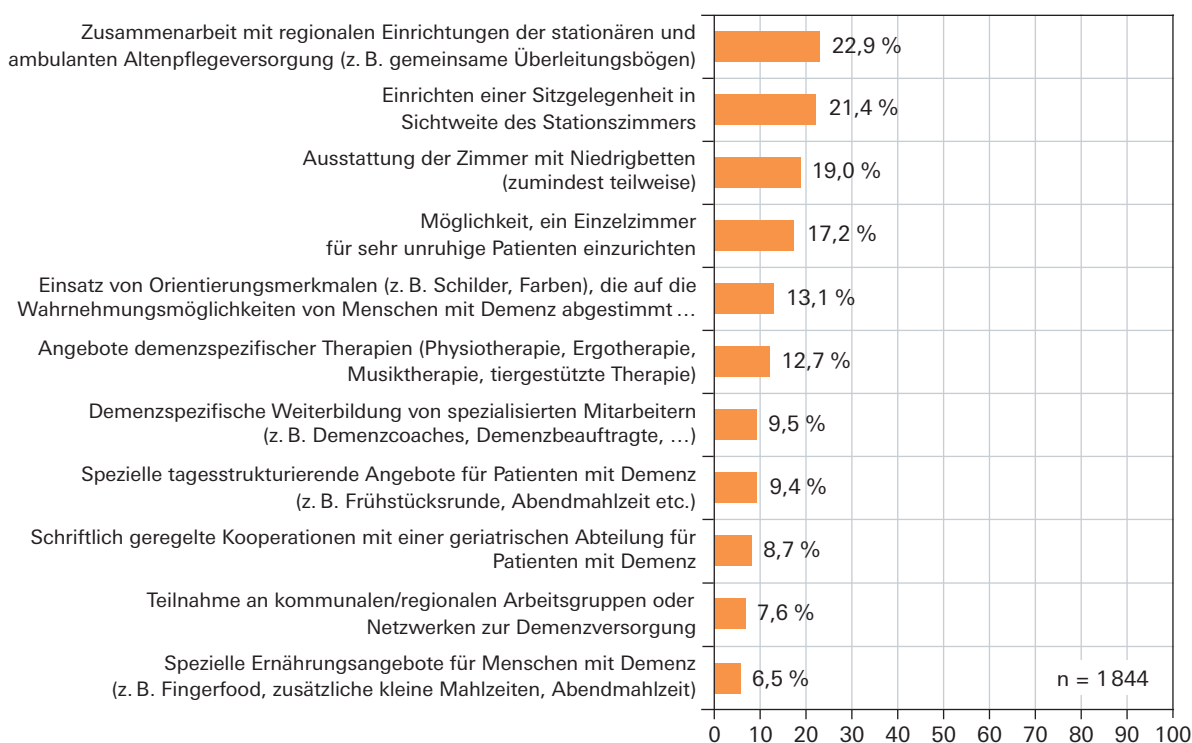


Abb. 6 Top 10 der umgesetzten Demenz-Konzepte auf den Stationen

ren. Hier besteht offensichtlich noch Nachholbedarf.

Den Einrichtungen wurde die Möglichkeit gegeben, ihre Postleitzahl anzugeben, wenn sie mit ihren Konzepten auf einer Versorgungskarte „Demenzprojekte“ abgebildet werden wollten. Die nachfolgende Karte (Abb. 7) ist demnach nicht als Darlegung aller Projekte zu verstehen, da zahlreiche Einrichtungen die Anonymität wahren wollten. In der Übersicht werden beispielhaft sechs zentrale Konzepte der spezifischen

Versorgung und ihre regionale Ausprägung dargestellt.

In der Gesamtschau sieht man, dass sich in der Versorgungslandschaft weiterhin sehr große Lücken auf tun und die Dichte der umgesetzten Konzepte unterschiedlich ausgeprägt ist. Aus Krankenhäusern in Sachsen wurde leider kein Projekt benannt, das mit abgebildet werden wollte oder das sich mit einem der sechs benannten Konzepte in Verbindung bringen lässt. Die höchste Dichte der Umsetzung ist in NRW

zu verzeichnen. Dies ist unter anderem auch der Arbeit in den „Blickwechsel Projekten“ geschuldet sowie einer insgesamt hohen Anzahl an Kliniken im Bundesland.

Diskussion der Ergebnisse

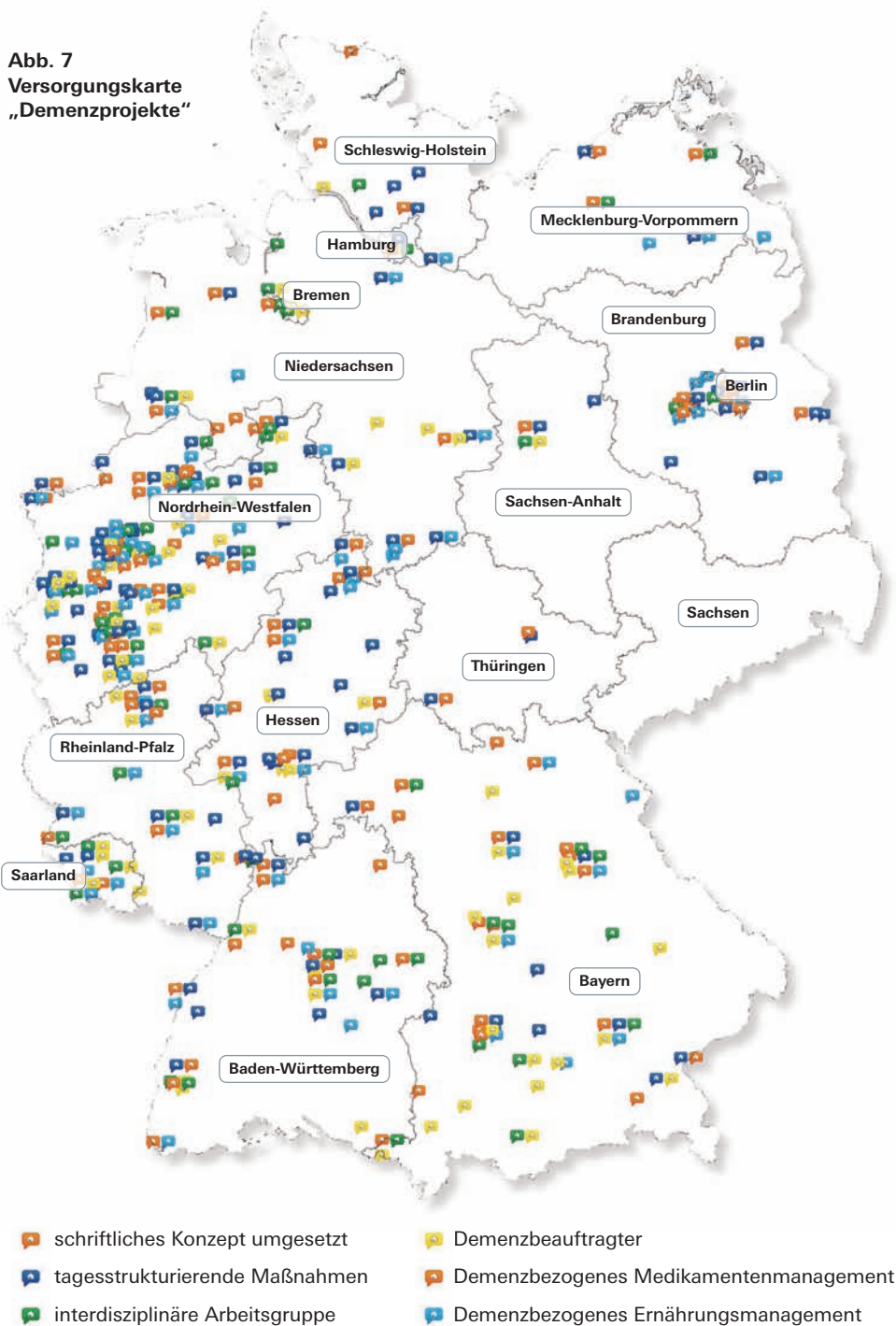
In dem vorliegenden Artikel konnten nur exemplarische Ergebnisse der Gesamtstudie vorgestellt werden. Der Fokus umfasste Fragestellungen der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. In der vollständigen Studie finden sich auch Ergebnisse zum Themenbereich „Delir“.

Das Themenfeld „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ insgesamt scheint in der pflegerischen Diskussion angekommen zu sein und wird von den Antwortenden in seiner Bedeutung hoch eingeschätzt. Mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 18 Prozent der Patienten zeigt sich, dass die Versorgung von Menschen mit Demenz längst ein Regelfall auf allen Stationen und in allen Fachrichtungen geworden ist. Tage, an denen kein Patient auf den Stationen ist, gibt es so gut wie kaum.

Dem erhöhten Betreuungsaufwand aber wurden und werden keine hinreichenden Steigerungen der Personalanzahl gegenübergestellt. Insbesondere in der Nacht kann die pflegerische Versorgung als problematisch betrachtet werden. Hier scheint vielerorts noch die Struktur einer „Nachtwache“ vorhanden zu sein und nicht die Anpassung an einen „Nachtdienst“ mit einem steigenden nächtlichen Aufwand in der Versorgung. Vielfach werden angesichts der hohen Anzahl der beschriebenen nächtlichen Unruhezustände der Patienten Pflegende am Limit der Betreuungsmöglichkeit stehen. Betrachtet man die Gesamtsituation in der pflegerischen Versorgung, so stellt die Personalausstattung den wesentlichen limitierenden Faktor dar.

Als besonders belastend in der Versorgung erleben die Pflegenden die mit der fehlenden Beobachtungsmöglichkeit einhergehenden Patientenrisiken. Die Sorge dominiert das Belastungserleben deutlich.

Abb. 7
Versorgungskarte
„Demenzprojekte“



Hinsichtlich der Umsetzung von Lösungen kann festgehalten werden, dass dies aktuell noch eher lückenhaft als flächendeckend der Fall zu sein scheint. Vor allem eine konzeptionelle Durchdringung durch den Einsatz mehrerer der genannten Lösungsansätze in Kombination lässt sich nur in geringem Umfang ausmachen. Dies zeigt auf, dass dringend nachgesteuert werden muss und dass die Förderungen und die Sensibilisierungsmaßnahmen weiterhin notwendig erscheinen.

Erhöhte Aufwände müssen auch zu einer anderen Ausstattung führen und damit auch zur Möglichkeit der Realisierung der Konzepte. Hier erinnert die aktuelle Diskussion in der Krankenhausfinanzierung an die der Pflegestufen in der Langzeitpflege: Menschen mit einer Demenz werden bislang nicht adäquat abgebildet. Während jedoch im Bereich des SGB XI umfassende Regulierungen und Anpassungen stattgefunden haben, sind diese im Bereich der Krankenhausfinanzierung und der Diskussionen der Krankenhausträgerverbände nicht zu erkennen. Wenn die Versorgung der Menschen mit Demenz im Krankenhaus in der Realität auf das Niveau gebracht werden soll, das auf Basis der Projekte möglich erscheint, so müssen hier massive Investitionen zielgerichtet in die Versorgung fließen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Aussagen aus dem vierten Altenbericht der Bundesregierung von 2002 zukünftig als „historisch“ und nicht mehr als „brandaktuell“ eingestuft werden.

Angerhausen, S. (2008): Demenz – eine Nebendiagnose im Akutkrankenhaus oder mehr? Maßnahmen für eine bessere Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (41 [6]), S. 460–466

Ausserhofer, D.; Zander, B.; Busse, R. et al. (2014): Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. In: BMJ Qual Saf 23 (2), S. 126–135

Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (Hg.) (2011): Betreuung von demenzkranken Menschen im Allgemeinkrankenhaus. 20 Empfehlungen für Krankenhausträger zur verbesserten Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen. München

Braun, B.; Darmann-Finck, I.; Stegmüller, K. et al. (2013): Gutachten zur Situation der Pfl-



Prof. Dr. Michael Isfort, dip

ge in hessischen Akutkrankenhäusern. Hg. v. Zentrum für Sozialpolitik. Universität Bremen. Wiesbaden, zuletzt geprüft am 17.06.2014

Deutscher Bundestag (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung; Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bonn: Bundesanzeiger Verl.-GmbH (Drucksache / Deutscher Bundestag. 14. Wahlperiode, 14/8822)

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

Gurlit, S. (2013): Der alte Mensch wird zum Normalfall. In: Deutsches Ärzteblatt 110 (21), S. 1035–1037, zuletzt geprüft am 24.09.2013

Isfort, M. (2011): Doppelt hilft besser bei Demenz. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Projekt: Neue Wege bei der Betreuung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus Lübbecke. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln. Online verfügbar unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_2011_Abschlussbericht-Doppelt-hilft-besser.pdf, zuletzt geprüft am 23.06.2014

Isfort, M. (2012): Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Eine Handreichung der interdisziplinären Arbeitsgruppe der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser (DiAG) in der Erzdiözese Köln. Unter Mitarbeit von Danny Gehlen, Sebastian Kraus, Werner Busche und Oliver Krause. Hg. v. Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln. Online verfügbar unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Demenz_im_Krankenhaus_Handreichung_Endbericht.pdf, zuletzt geprüft am 24.06.2014

Isfort, M.; Weidner, F. (2009): Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Unter Mitarbeit von Andrea Neuhaus, Sebastian Kraus, Veit-Henning Köster und Danny Gehlen. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/>

„VIELE PFLEGENDE STEHEN GERADE NACHTS AM LIMIT DER BETREUUNGSMÖGLICHKEIT“

dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf, zuletzt geprüft am 25.06.2014

Kirchen-Peters, S. (2012): Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern. Endbericht mit Handlungsempfehlungen an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Unter Mitarbeit von D. Herz-Silvestrini und J. Bauer. Hg. v. Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. Saarbrücken, zuletzt geprüft am 04.03.2014

Kleina, T.; Wingenfeld, K. (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Unter Mitarbeit von Klaus Wingenfeld. Bielefeld: IPW (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld [IPW], P07, 135)

Klostermann, J. (2004): Zuwendung braucht Kompetenz und Zeit. Pflege von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. In: Pflegezeitschrift : Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege 57 (12), S. 841–844

Müller, E.; Dutzi, I.; Hestermann, U.; Oster, P.; Specht-Leible, N.; Zieschang, T. (2008): Herausforderung für die Pflege: Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Bericht über das Interventionsprojekt „Geriatrisch-internalistische Station für akutranke Demenzpatienten (GISAD)“. In: Pflege und Gesellschaft 13 (4), S. 321–336, zuletzt geprüft am 17.12.2013

Pinkert, C.; Holle, B. (2012): Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen. In: Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie 45 (8), S. 728–734

Schütz, D.; Fügen, I. (2013): Patienten mit Gedächtnisstörungen im Krankenhaus. Umgang mit therapeutischen und pflegerischen Problemen, zuletzt geprüft am 24.09.2013

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

Teschauer, W. (2013): Belastungserleben des Pflegepersonals bei der Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Wissenschaftliche Begleitforschung zu einem Projekt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Landesverband Bayern. In: transferplus (8), S. 7–13

Wingenfeld, K.; Steinke, M.; Ostendorf, A. (2013): Die Tagesbetreuung kognitiv beeinträchtigter Krankenhauspatientinnen und -patienten. Eine wissenschaftliche Auswertung. Hg. v. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Düsseldorf

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