

Pflege-Thermometer 2014

**Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur
Pflege und Patientenversorgung
von Menschen mit Demenz im Krankenhaus**

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Straße 15

50670 Köln
Tel.: 0221 / 4686130
Fax: 0221 / 4686139

<http://www.dip.de>

Pflege-Thermometer 2014

„Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus“

Zitationsvorschlag:

Isfort, M.; Klostermann, J.; Gehlen, D., Siegling, B. (2014): Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>, Köln

Projektleitung: Prof. Dr. Michael Isfort

Mitarbeit: Jutta Klostermann
Danny Gehlen
Bianca Siegling

© 2014 Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Straße 15
50670 Köln
<http://www.dip.de>

Die Studie wurde mit Mitteln der **B. BRAUN-STIFTUNG** gefördert.

Die Studie wurde unterstützt von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.

1. Zusammenfassung zentraler Ergebnisse.....	5
1.1 Zahl betreuter Menschen mit Demenz im Krankenhaus steigt.....	5
1.2 Krankenhäuser bislang konzeptionell unzureichend vorbereitet	6
1.3 Strukturelle und finanzielle Barrieren dominieren.....	8
1.4 Personalausstattung in der Pflege nicht angemessen	8
1.5 Probleme in der pflegerischen Versorgungsqualität.....	10
1.6 Einbezug von Angehörigen erwünscht, aber nur begrenzt möglich	11
2. Hintergrund zur Studie.....	13
2.1 Hinweise zur Pflege-Thermometer-Reihe.....	13
2.2 Kennzahlen im Gesundheitswesen	13
2.2.1 Angaben zum Gesundheitssektor.....	14
2.2.2 Kostenentwicklungen der Krankenhäuser.....	14
2.2.3 Personalkostenentwicklungen der allgemeinen Krankenhäuser.....	15
2.2.4 Personalstellenentwicklungen der allgemeinen Krankenhäuser.....	16
2.3 Entwicklungen des Arbeitsmarktes für Pflegende	17
2.4 Prävalenz der Demenz-Versorgung in Krankenhäusern.....	20
3. Ansätze und Herausforderungen der Versorgungsanpassung.....	22
3.1 Herausforderungen an die Behandlungsintensität	23
3.2 Herausforderung an die Qualifizierung des Personals.....	24
3.3 Herausforderung an die Ausstattung und Struktur	25
3.4 Herausforderung an die Evaluation.....	26
3.4.1 Analyse und Bewertung von Modellprojekten	26
3.4.2 Analyse und Bewertung von Einzelmaßnahmen	27
3.5 Förderlinien von Projekten	28
4. Methodenbeschreibung der Studie	29
4.1 Fragebogenkonstruktion	31
4.2 Stichprobenbeschreibung und Rücklauf	32
4.3 Aufbereitung und Auswertung der Daten	32
5. Angaben zu den Einrichtungen und den Antwortenden	32
5.1 Merkmale der Stationen.....	32
5.2 Merkmale der teilnehmenden Stationen	35
5.3 Merkmale der Abteilungs-/Stationsleitungen.....	35
6. Ergebnisse zum Themenfeld: Aufnahmesituation und Prävalenz ...	36
6.1 Kennzahlen zur Aufnahmesituation der Patienten.....	36
6.2 Kennzahlen zur Prävalenz von Menschen mit Demenz	37

7. Ergebnisse zum Themenfeld: Personal und Personalausstattung ..	39
7.1 Personalausstattung und Patienten-/Pflegekraft-Relation	39
7.2 Bedeutung des Themas aus Sicht der Pflegenden	40
7.3 Einschätzungen zum Belastungsempfinden	42
7.4 Fortbildungsbedarfe bei Pflegenden	45
8. Ergebnisse zum Themenfeld: Patientensicherheit	46
8.1 Einschätzungen zur Versorgungsstabilität	46
8.2 Einschätzungen zu unerwünschten Vorkommnissen	48
9. Ergebnisse zum Themenfeld: Maßnahmen und Konzepte	50
9.1 Bewertung der Voraussetzungen	51
9.2 Anpassungen der Ablauforganisation	52
9.3 Umsetzungsgrad von Konzepten der Demenzversorgung	55
9.4 Regionale Umsetzungen von Konzepten	59
9.5 Einzelkonzepte: Schmerztherapie bei Menschen mit Demenz	60
9.6 Einzelkonzepte: Delirmanagement und -prävention	63
9.7 Einzelkonzepte: Angehörigenarbeit und -integration	68
9.8 Einschätzungen zu Barrieren der Umsetzung	71
10. Schussbetrachtung und Empfehlungen	73
10.1 Personalausstattung an wachsende Bedarfe anpassen	74
10.2 Innovative Ansätze befördern und verbreiten	76
10.3 Qualitätsindikatoren der Versorgung berücksichtigen	77
11. Literaturverzeichnis	78
12. Anhang Fragebögen	82

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Personalkostentwicklungen allgemeine Krankenhäuser	16
Abbildung 2 Entwicklung Vollkräfte im Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern von 1995 bis 2012	17
Abbildung 3 Arbeitslos gemeldete Personen und Arbeitsstellen pro arbeitslos gemeldeter Person Jan. 2014	19
Abbildung 4 Bettenkapazität der teilnehmenden Krankenhäuser	34
Abbildung 5 Trägerschaften der teilnehmenden Häuser	34
Abbildung 6 Fachbereiche der teilnehmenden Stationen	35
Abbildung 7 Altersgruppen der teilnehmenden Leitungen	36
Abbildung 8 Einschätzung zur Bedeutsamkeit des Themenfeldes „Demenz“ für die eigene Arbeit.....	40
Abbildung 9 Einschätzung zur Bedeutsamkeit des Themenfeldes im Kontext anderer Themen	41
Abbildung 10 Top Ten der als stark belastend eingeschätzten Situationen	43
Abbildung 11 Belastend eingeschätzte Situationen 1	44
Abbildung 12 Belastend eingeschätzte Situationen 2	44
Abbildung 13 Einschätzung zu Fortbildungsbedarfen	45
Abbildung 14 Einschätzungen zur Versorgungskontinuität.....	47
Abbildung 15 Anzahl unerwünschter Vorkommnisse innerhalb einer Woche	48
Abbildung 16 Bewertung von organisationalen und personalen und Voraussetzungen Thema „Demenz“	51
Abbildung 17 Bewertung von Voraussetzungen im Notendurchschnitt Thema „Demenz“	52
Abbildung 18 Anpassungen der Ablauforganisation 1	53
Abbildung 19 Anpassungen der Ablauforganisation 2	54
Abbildung 20 Anpassungen der Ablauforganisation 3	55
Abbildung 21 Angaben zu vollständig umgesetzten demenzspezifischen Maßnahmen und Konzepten	56
Abbildung 22 Angaben zu nicht geplanten Umsetzungen von Maßnahmen und Konzepten	57
Abbildung 23 Gegenüberstellung umgesetzter und nicht geplanter Konzepte „Demenz“	58
Abbildung 24 Regionalisierte Verteilung der Umsetzung zentraler Konzepte (Versorgungslandkarte)	60
Abbildung 25 Umsetzungsgrad des Schmerzmanagements bei Menschen mit Demenz	62
Abbildung 26 Verbreitung spezifischer Assessmentinstrumente zur Schmerzerfassung	63
Abbildung 27 Einschätzung zur Bedeutsamkeit des Themenfeldes „Delir“ für die eigene Arbeit.....	64
Abbildung 28 Bewertung von organisationalen und personalen und Voraussetzungen Thema „Delir“	65
Abbildung 29 Anpassungen an die Versorgung von Menschen mit einem Delir 1.....	66
Abbildung 30 Anpassungen an die Versorgung von Menschen mit einem Delir 2.....	67
Abbildung 31 Gegenüberstellung umgesetzter und nicht geplanter Konzepte „Delir“	68
Abbildung 32 Einschätzungen zur Integration von Angehörigen	69
Abbildung 33 Angebote für Angehörige	70
Abbildung 34 Barrieren und Hindernisse bei der Umsetzung von Konzepten 1	71
Abbildung 35 Barrieren und Hindernisse bei der Umsetzung von Konzepten 2	72

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Teilnehmende Krankenhäuser im Vergleich zur Verteilung der KH in den Bundesländern	33
Tabelle 2 Prävalenzeinschätzung von Menschen mit Demenz nach Fachrichtungen	38
Tabelle 3 Durchschnittliche Relation von Patientenanzahl zu Pflegekräften in drei Schichten	39
Tabelle 4 Prävalenzeinschätzung von unerwünschten Vorkommnissen im Jahresverlauf	50

1. Zusammenfassung zentraler Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden dem vollständigen Studienbericht ausgewählte Ergebnisse aus der bundesweiten Befragung des Pflege-Thermometers 2014 vorangestellt.

Die Studie weist eine sehr große Anzahl an befragten Personen aus. Insgesamt haben 1.844 Abteilung-/Stationsleitungen aus dem gesamten Bundesgebiet Auskunft über die Situation und die pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz und/oder einem Delir in ihren Versorgungseinheiten gegeben. Die Fachbereiche der teilnehmenden Stationen bilden dabei ein sehr breites Datenkollektiv. Der größte Teil der Abteilungen/Stationen war der Inneren Medizin zuzuordnen (32 Prozent), 12 Prozent der Chirurgie und 8,6 Prozent der Geriatrie. Spezielle Demenzstationen ließen sich insgesamt mit einem Anteil von 3,2 Prozent identifizieren. Die bundesweit antwortenden pflegerischen Leitungen der Abteilungen oder Stationen sind größtenteils sehr berufserfahren. Im Durchschnitt waren sie darüber hinaus bereits über elf Jahre in leitender Funktion tätig. Sie sind als Experten vor Ort zu betrachten, die auf der Basis der umfangreichen Erfahrungen Einschätzungen zur Versorgung, Versorgungssicherheit und zu notwendigen Entwicklungen vornehmen können.

Nachfolgend werden in einer Kurzzusammenfassung sechs zentrale Ergebnisse aus der Studie vorgestellt:

1.1 Zahl betreuter Menschen mit Demenz im Krankenhaus steigt

Grundlage der Forderung nach einer flächendeckenden Implementierung von spezifischen Konzepten der Versorgung von Menschen mit Demenz/Delir im Krankenhaus ist die Anzahl der betroffenen Patienten (Prävalenz). Für die Anzahl von Menschen, die sich mit einer Demenz in bundesdeutschen Krankenhäusern befinden, liegen keine genauen Kennzahlen vor. Dies ist nicht allein auf die Tatsache der mangelnden und schwierigen Diagnostik der Demenz begründet. Für eine dezidierte Beschreibung wäre eine Erfassung aller Patientinnen und Patienten auf der Ebene der kodierten Diagnosen notwendig. In der Krankenhausstatistik werden bislang primär die behandlungsrelevanten Hauptdiagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten aufgeführt. Nimmt man dies als Berechnungsgrundlage, finden sich weniger als 0,2 Prozent der im Krankenhaus behandelten Fälle mit der Hauptdiagnose Demenz. Vielfach jedoch ist die Demenz nicht die Hauptdiagnose, sondern eine Begleiterkrankung, die nicht erfasst wird (Nebendiagnose). Die besonderen Probleme in der Kodierung und Ausweisung im Rahmen der amtlichen Statistiken stellte bereits Kirchen- Peters¹ fest. Die Wahrnehmung des Krankenhauspersonals bezüglich der Behandlungsrealität ist eine andere, als die geringen Kodierungsanzahlen vermuten lassen würden. Menschen mit einer Demenz sind keine Seltenheiten mehr, sondern längst ein Regelfall in der Behandlungsrealität auf den Stationen. In den Studien variieren die Prävalenzraten jedoch stark. So finden Pinkert und Holle in internationalen Studien Zahlen von 3,4 -43 Prozent², Kleina und Wingenfeld schätzen auf der Basis nationaler und internationaler Studien eine Prävalenz von ca. 10 Prozent in den Krankenhäusern.³ Schütz und Füsgen finden in der internationalen Literatur Raten zwischen 5 Prozent und 20 Prozent.⁴ In einer vom dip durchgeführten Studie in

¹ Kirchen-Peters 2012

² Pinkert und Holle 2012

³ Kleina und Wingenfeld 2007

⁴ Schütz und Füsgen 2013

2012 im Erzbistum Köln wurde ermittelt, dass in der Hälfte der befragten Stationen zeitgleich vier Patienten mit Demenz versorgt wurden, beim anderen Teil der Stationen wurden sogar mehr als vier Demenzpatienten versorgt.⁵

Im Pflege-Thermometer 2014 wurden zwei Fragen gestellt, die Hinweise auf die Prävalenz einer demenziellen Veränderung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus geben können. So erfolgte eine Abfrage zur Prävalenz eines Stichtags (des letzten Arbeitstages) der Stationsleitungen. Hierbei ist festzustellen, dass es kaum Stationen gibt, in denen im letzten Frühdienst keine Patientinnen oder Patienten mit einer Demenz betreut wurden. In 95,9 Prozent der Fälle war mindestens eine Patientin oder ein Patient vorhanden, der nach Einschätzung der Pflegenden eine Demenz aufwies.

Darüber hinaus wurde analysiert, wie viele Patientinnen und Patienten auf der Station waren und wie viele von ihnen Kennzeichen einer demenziellen Veränderung aufwiesen. Bei der Hälfte der Stationen lag der Anteil bei bis zu 18 Prozent. Bei drei von vier Stationen lag er bei bis zu 30 Prozent. Bei dem übrigen Teil der Stationen lag der Anteil Patientinnen und Patienten mit den Symptomen einer Demenz sogar höher – hier fließen aber auch die Kennzahlen der spezialisierten Fachbereiche mit ein. Der durchschnittliche Anteil der Patientinnen und Patienten mit Demenz wurde über alle Stationen hinweg mit 23 Prozent berechnet.

Dabei liegen große Spannweiten bezogen auf die Fachrichtungen vor. Während auf sepspezifischen Versorgungseinrichtungen eine Prävalenz von 68 Prozent festgestellt wurde, lag diese bei unfallchirurgischen Stationen bei 18,9 Prozent, bei internistischen Stationen bei 20,8 Prozent und bei orthopädischen Stationen bei 12,2 Prozent.

In Anbetracht der umfassenden Stichprobe ist von einer aussagekräftigen Einschätzung zu sprechen, die ein realistisches Abbild der Situation in Krankenhäusern darstellt. Das Ergebnis unterstreicht die Notwendigkeit zur Entwicklung neuer pflegerischer und medizinischer Handlungsabläufe in Krankenhäusern und die Erfordernis des Ausbaus vorhandener Konzepte. Menschen mit Demenz sind keine Randerscheinung mehr im Krankenhaus, sondern ein beständiges Phänomen im Krankenhausalltag der bettenführenden Abteilungen, dem eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

Prognostisch muss mit einem weiteren Anstieg gerechnet werden. Lag der Anteil der über 75-jährigen stationär behandelten Patienten im Jahr 2000 noch bei 18 Prozent, so waren es der Krankenhausstatistik des Bundes zufolge im Jahr 2012 bereits 25 Prozent. Dieser Trend wird sich Prognosen zufolge fortsetzen⁶ 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.

1.2 Krankenhäuser bislang konzeptionell unzureichend vorbereitet

Bereits im vierten Altenbericht der Bundesregierung im Jahr 2002 wurde angemerkt, dass ein Krankenhausaufenthalt für Patienten mit Demenz mit erheblichen Belastungen verbunden ist und die organisatorischen Abläufe nicht auf die Menschen mit Demenzerkrankung abgestimmt sind⁷. Auch die Besonderheiten der Versorgung, wie ein erhöhter Zeitaufwand und die mit einer

⁵ Isfort 2012

⁶ Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010

⁷ Deutscher Bundestag 2002

Orientierungsstörung verbundenen Folgen, wie nächtliche Unruhe oder Sedierung und Fixierung der betroffenen Patientinnen und Patienten, wurden formuliert.

Seit dieser Zeit hat die Diskussion um eine Anpassung der Versorgung in der Pflege zugenommen und es wurden und werden verschiedene Versorgungskonzepte erprobt und diskutiert. In einigen Kliniken in Deutschland wurden zur Verbesserung der Versorgung Projekte initiiert, die mit unterschiedlichen und sehr vielversprechenden Ansätzen den Krankenhausaufenthalt an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten anpassen. Aus verschiedenen Projekten wurden Handlungsempfehlungen oder Handreichungen generiert. Es finden sich darunter z.B. die Entwicklung von spezifischen Schulungsangeboten für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Qualifizierung von Demenzbeauftragten, die Einrichtung separater und spezialisierter Stationen, die Schaffung einer Tagesbetreuung, spezifische Angebote wie Ernährung oder Physiotherapie, spezifische räumliche Ausstattungen oder auch spezifische Konsiliardienste. Die Erhebung im Pflege-Thermomter 2014 ermittelte den Grad der Umsetzung der bekannten Konzepte.

Am weitesten verbreitet und mit „vollständig umgesetzt“ angegeben ist der Einsatz von Überleitungsbögen zu anderen Bereichen im ambulanten oder teil-/vollstationären Bereich. Ca. 23 Prozent der Leitungen geben an, dass eine Zusammenarbeit mit den Einrichtungen vollständig umgesetzt ist, und fast 90 Prozent der Stationen geben an, meistens Überleitungsbögen bei der Entlassung zu nutzen. Durchaus scheinen hier die Initiativen, besonders die der Alzheimergesellschaften, zu wirken. Sie haben einen einheitlichen Überleitungsbogen erstellt. Zur spezifischen Nutzung dieses Bogens der Alzheimergesellschaft liegen jedoch keine konkreten Ergebnisse vor. Ein Grund für die Verbreitung der Überleitungsbögen kann darüber hinaus die Einführung des Expertenstandards zum Entlassungsmanagement sein.

Die nachfolgenden und ebenfalls umgesetzten Aspekte lassen sich ohne tiefgreifende Veränderungen baulicher Art realisieren. Die Bereitstellung einer Sitzgelegenheit in der Nähe des Stationszimmers zur besseren Beobachtungsmöglichkeit wird von jeder fünften Station angegeben. Ähnlich verbreitet ist die teilweise Ausstattung mit Niedrigbetten, um bei gefährdeten Patientinnen und Patienten Sturzfolgen aus dem Bett zu reduzieren. Die Voraussetzung, ein Einzelzimmer für unruhige Patienten einzurichten, ist bei 17,2 Prozent realisiert. Nur in 13,1 Prozent der Abteilungen/Stationen sind Orientierungsmerkmale angebracht, die auf die Wahrnehmungsmöglichkeiten von Menschen mit Demenz abgestimmt sind.

An spezifischen Konzepten aber besteht weiterhin ein erheblicher Mangel. So sind nur in etwa jeder zehnten Station spezifisch qualifizierte Personen vorhanden (Demenzcoaches etc.). Ebenso finden sich nur in jeder zehnten Einrichtung umgesetzte tagesstrukturierende Angebote (z.B. Frühstücksrunden etc.). Nur in einer von 20 Stationen gibt es fachübergreifende interdisziplinäre Arbeitsgruppen, die sich mit Konzepten auseinandersetzen, und nur in einer von 25 Stationen sind alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bezüglich der spezifischen Fragen der Versorgung und Betreuung geschult worden. Ähnlich gering ausgeprägt sind auch das Vorhandensein schriftlicher Konzepte oder die Berücksichtigung eines spezifischen Medikamentenmanagements.

Dabei ist nicht nur die verhältnismäßig geringe Verbreitung der Konzepte zu beobachten, sondern auch, dass in absehbarer Zeit nicht mit einer relevanten Entwicklung gerechnet werden

kann. Dies drückt sich in den Ergebnissen zur Ebene der Planung aus. Dargelegt wird im Folgenden ein Innovationsindex, der sich aus der Gegenüberstellung des Anteils der umgesetzten Konzepte und dem Anteil der Stationen ergibt, die keine Planungen bezüglich der Konzepte betreiben.

So sind in über 50 Prozent der Stationen tagesstrukturierende Angebote, der Einsatz von Demenzbeauftragten oder ein Aufenthaltsraum für entsprechende Patientinnen und Patienten aktuell nicht geplant. In bis zu 40 Prozent der Stationen ist sowohl der Einsatz schriftlich verfasster Konzepte innerhalb des normalen Stationsbetriebes (integratives Konzept) als auch innerhalb einer separaten Station (segregatives Konzept) nicht vorgesehen. Ein Assessment zur Identifikation erfolgt in weniger als 20 Prozent der teilnehmenden Kliniken konsequent.

1.3 Strukturelle und finanzielle Barrieren dominieren

Obwohl die Thematik prioritär eingeschätzt wird und seitens der Pflegenden auch ein breites Problembewusstsein auf den Leitungsebenen im Krankenhaus beschrieben wird, sind Barrieren vorhanden, die einer Entwicklung entgegenwirken. Interessant ist, dass die Leitungen der Pflege die hauptsächlichen Barrieren für die Umsetzung demenzsensibler Konzepte nicht in mangelnder Kompetenz oder Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehen, sondern dass die Hauptursachen in strukturellen Voraussetzungen gesehen werden.

Mit 76,1 Prozent werden als am häufigsten genannte Barriere die Mehrkosten durch die Umsetzung demenzsensibler Konzepte festgestellt. Daneben wird die Dominanz des DRG-Systems kritisch bewertet, das die Abläufe im Krankenhaus bestimmt und somit eine fiskalische Ausrichtung und nicht eine bedarfsorientierte oder versorgungsorientierte Perspektive zulässt (66,7 Prozent). Darüber hinaus wird ein allgemeiner Wirtschaftlichkeitsdruck im Krankenhaus als hemmender Faktor ausgemacht. Dieser lässt offensichtlich keinen Spielraum für einen interdisziplinären Austausch oder die Entwicklung/Implementierung kreativer Konzepte (31,5 Prozent).

Es liegt nahe, dass die Vergütungsform der DRGs an dieser Stelle innovationshemmend wirkt und mit ursächlich dafür ist, dass insgesamt eine auf Prozessoptimierung und Rationalisierung geprägte Kultur Einzug in die Krankenhäuser gehalten hat. Damit verbunden ist eine zunehmende Standardisierung und Rationalisierung der Krankenhausabläufe⁸, die jedoch bei diesen Patientinnen und Patienten an ihre Grenzen stößt. Zwar wird die Nebendiagnose Demenz in den Abrechnungen mitbewertet und beim Vorliegen weiterer erheblicher Einschränkungen kann ggf. durch eine Einstufung in den PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen Score) eine Sondervergütung für hoch aufwändige Pflege erfolgen; die notwendigen personellen, infrastrukturellen und konzeptionellen Mittel aber können so nicht eingeworben werden.

1.4 Personalausstattung in der Pflege nicht angemessen

Ein zentraler Faktor für die pflegerische Versorgung ist die Personalausstattung auf den Stationen. Im Pflege-Thermometer 2014 wurden die Entwicklungen im Pflegedienst in den Krankenhäusern über eine Zeitreihe ermittelt. Insgesamt ist die Personalausstattung (gemessen an Vollzeitkräften/Stellen) in etwa auf dem Niveau von vor zehn Jahren. Eine nennenswerte Anpassung und Verbesserung der Personalausstattung zeigt sich nicht. Die in der Tendenz seit

⁸ Wingefeld und Steinke 2013

2007 erfolgten Ausweitungen der Stellen (ca. 11.000 Stellen im Zeitraum von fünf Jahren) können nicht als eine Entlastung in der klinischen Versorgungsrealität der allgemeinen bettenführenden Stationen verstanden werden. Sie sind eine Anpassung, die sich aber vor dem Hintergrund der Anzahl der Kliniken und der in den Kliniken behandelten Patientinnen und Patienten nicht spürbar auf den Stationen auswirken kann. Die geringfügige Stellenausweitung von durchschnittlich fünf Pflegenden pro Krankenhaus über einen Zeitraum von fünf Jahren wird nicht in allen Bereichen gleichermaßen zu finden sein und sich darüber hinaus auch nicht in einer veränderten Versorgung auswirken können.⁹

Insgesamt bleibt die Personalausstattung im Pflegebereich nicht nur angespannt, sondern befindet sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau ungeachtet dessen, dass die Versorgungs- und Behandlungsintensität erheblich gesteigert wurde. Die folgenden Entwicklungen, die sich auf der Basis der Kennzahlen der amtlichen Krankenhausstatistik ableiten lassen, verdeutlichen die Spreizung in der Möglichkeit der pflegerischen Versorgungs- und Behandlungsrealität:

- Der Quotient der behandelten Fälle zur Anzahl der Vollkräfte im Pflegedienst steigt seit 1995 kontinuierlich an. Waren es 1995 noch 48,5 Patienten pro Pflegekraft, so stieg die Kennziffer bis 2012 kontinuierlich auf 65,3 im Jahr 2012.
- Die Relation zwischen der Zahl der Pflegenden und der Zahl der Ärztinnen und Ärzte verändert sich ebenfalls seit 1995 kontinuierlich zuungunsten der Pflege. Wies die Relation der Vollkräfte in 1995 noch 3,3 Pflegende im Allgemeinkrankenhaus auf eine Ärztin oder einen Arzt aus, so waren es 2012 noch 2,1 Pflegende.

Die Bewertungen zur Personalausstattung in der vorliegenden Studie weisen eindeutig auf bestehende Versorgungslücken hin.

Aus Sicht der Stationsleitungen ist innerhalb der Woche lediglich im Frühdienst in etwas mehr als 60 Prozent der Stationen eine Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Demenz gesichert. Alle anderen schichtbezogenen Bewertungen zur Versorgungssicherheit liegen deutlich unter diesem Wert. Als problematischer eingeschätzt wird die Lage z.B. in Früh- und Spätdiensten an den Wochenenden. Vormittags wird die Situation von weniger als der Hälfte der Stationen als gesichert angesehen. Am Nachmittag sinkt dieser Wert weiter, sodass lediglich ein Drittel der Befragten davon ausgeht, dass die Versorgung im Spätdienst am Wochenende abgesichert ist. Eine besonders kritische Einschätzung findet sich hinsichtlich der nächtlichen Betreuung. Nur auf einer von fünf Stationen wird die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz in der Nacht als sicher eingestuft. Hierbei existieren keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Wochentagen und den Wochenenden, weil die Besetzung hier nicht variiert. Diese Einschätzungen verbinden Fragen der Patientensicherheit mit Fragen der Personalausstattung.

⁹ Zwischen 2007 und 2012 wurden mehr ca. 3.000 zusätzliche Intensivbettenplätze geschaffen – hier ist davon auszugehen, dass dies mit einer Zunahme der Pflegenden auf Intensivstationen einherging, sodass hier eine Steigerung der Beschäftigten zu vermuten ist. Zwischen 2007 und 2012 werden in der Krankenhausstatistik zudem rund 3.000 mehr Beschäftigte im Operationsdienst geführt – auch wenn dies nicht die Zahl der Vollzeitkräfte widerspiegelt, so kann davon ausgegangen werden, dass ein Teil der Stellen für den Ausbau des Funktionsdienstes (inkl. der Anästhesie) genutzt wurde. Intensivstationen und operative Bereiche sind aus der wirtschaftlichen Perspektive heraus betrachtet interessanter für einen Ausbau, weil sie ein lukratives Patientenkontingent darstellen oder deren Behandlung erst strukturell ermöglichen. Diese Schieflage ist Teil eines Strukturdefizits, das in seiner Ausgestaltung und den Auswirkungen einer viel intensiveren Beobachtung bedarf, als es mit deskriptiven Studien wie der vorliegenden möglich ist.

Im Frühdienst versorgte auf den Stationen in dieser Studie durchschnittlich eine Pflegekraft 8,7 Patientinnen und Patienten, in der Regelzeit des Spätdienstes waren es 11,8 Patientinnen und Patienten, für die eine examinierte Kraft zuständig war. In der Nacht kamen auf eine Pflegekraft 23,5 Patientinnen und Patienten. Mit diesen Durchschnittswerten werden Ergebnisse anderer Studien bestätigt, die aufzeigen, dass die Relationen von examinierten Pflegekräften zur Anzahl der zu betreuenden Patientinnen und Patienten zu den niedrigsten im europäischen Vergleich gehören.¹⁰ Sie entsprechen in etwa den Ergebnissen aus anderen Studien wie der RN4cast¹¹ Studie und dem Pflege-Thermometer 2009.¹²

Ausschlaggebend für die Personalbesetzung ist nicht nur die Quantität und personelle Ausstattung, sondern es sind darüber hinaus auch Fragen der Kompetenzen zu berücksichtigen. Die Kompetenzen des eigenen Pflegepersonals wurde lediglich von 31,7 Prozent der Teilnehmenden mit gut oder sehr gut bewertet. Im Punkto Sicherheit bezüglich der Versorgung bei einem Delir geben die Leitungen noch geringere Werte bei der Vergabe guter Noten an (27 Prozent gut und sehr gut). Ein weiteres Indiz für einen auszubauenden Wissensstand bei den Pflegenden im Krankenhaus zeigt die Tatsache, dass die Leitungen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bevorzugt auf grundlegende Fortbildungen senden würden, wie Fachwissen zu Demenz (74,8 Prozent), rechtliche Aspekte der Versorgung (72,1 Prozent) und Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie (65,7 Prozent).

1.5 Probleme in der pflegerischen Versorgungsqualität

Die Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2014 lassen insgesamt auf eine mangelnde Patientensicherheit für die Patientinnen und Patienten mit Demenz schießen. Nicht nur die Daten aus der Krankenhausstatistik, die aufgrund der steigenden Fallzahl auf eine Arbeitsverdichtung hindeuten, stellen die Sicherstellung der Versorgung auf der Ebene der Personalbesetzung in Frage, sondern konkrete Zahlen von risikobehafteten Vorfällen, die innerhalb von sieben Tagen in den teilnehmenden Stationen vorgefallen sind, untermauern die vorliegende Problematik. Darüber hinaus sind die Bewertungen zur Versorgungskontinuität von großer Bedeutung, um die Versorgungsqualität zu sichern.

Im Pflege-Thermometer 2014 zeigt sich diesbezüglich die folgende Einschätzung: Fast ein Drittel der Befragten bewertet die Voraussetzungen für die Versorgungskontinuität aus Sicht der Pflege als maximal ausreichend oder sogar mangelhaft. 40 Prozent bewerten die Voraussetzungen für ein gutes Schmerzmanagement für Patientinnen und Patienten mit Demenz im Krankenhaus als ausreichend oder mangelhaft.

Die hohe Zahl der ermittelten unerwünschten Ereignisse im Zeitraum der letzten sieben Behandlungstage weist ebenfalls deutlich auf die aktuell bestehenden Grenzen der Versorgungsqualität hin. Es ist auf den teilnehmenden Stationen nahezu 16.500-mal innerhalb der letzten sieben Arbeitstage vorgekommen, dass Patientinnen und Patienten aus Sicht der Stationsleitungen nicht ausreichend beobachtet werden konnten. Nächtliche Aktivitäten, die im Hinblick auf die vorliegende Personalsituation in der Nachtwachenzeit als risikoreich einzustufen sind, kamen fast 9.500-mal vor. Fast 7.600-mal wurden sedierende Medikationen verabreicht. Wenn auch körpernahe Fixierungen nicht zu den häufigsten Vorkommnissen

¹⁰ <http://www.pflege-wandert-aus.de/> (Ergebnisse der RN4Cast Studie)

¹¹ Ausserhofer et al. 2014

¹² Isfort und Weidner et al. 2010

zählen, ist doch die Zahl von 1.455 innerhalb einer Woche erschreckend hoch. Demnach wird in fast 80 Prozent der Stationen einmal in der Woche eine körpernahe Fixierung durchgeführt. Auch selbstverletzende Handlungen wurden von den Stationsleitungen in auffallend hoher Anzahl beobachtet. So wurden beispielsweise Venenkatheter 4.971-mal eigenständig von den Patientinnen und Patienten gezogen und vorhandene Verbände von den Patientinnen und Patienten 5.455-mal eigenständig gelöst.

Nicht nur diese Ereignisse bergen ein Risiko für die Betroffenen. Durchschnittlich kam es in den befragten Abteilungen / Stationen einmal in der Woche vor, dass eine Patientin oder ein Patient unbemerkt die Station verlassen und nicht selbstständig wieder zurückgefunden hat. Dass diese Tatsache ein Gefahrenpotenzial für die betroffene Patientin oder den betroffenen Patienten bedeutet und dass dies mit einem zeitlichen Aufwand für die betreuenden Pflegekräfte einhergeht, lässt sich nachvollziehen. Die besondere Problematik, die mit diesem Aspekt verbunden ist, wird auch dadurch untermauert, dass bei der Erfassung der individuellen Belastungen der Pflegenden der am meisten genannte Aspekt ist. Zwei von drei Pflegenden belastet es stark, dass sie um dieses Risiko der „Umherirrenden“ Patientinnen und Patienten wissen und es dennoch offensichtlich nicht minimieren können.

Vorsichtige Schätzungen, die auf der Basis der vorliegenden Kennzahlen vorgenommen werden können, gehen davon aus, dass eine mangelnde Beobachtung, wie sie Pflegende bewusst erleben und beschreiben, in den deutschen Krankenhäusern ca. 5,6 Millionen Mal im Jahr vorkommen. Neben Störungen der Ruhe der Mitpatientinnen und -patienten sind es auch medizinisch und ethisch kritische Aspekte, die beachtet werden müssen. So gaben die Pflegenden an, im Durchschnitt 4,6-mal in den vergangenen sieben Arbeitstagen auf der Station sedierende Medikamente mit dem Ziel der Ruhigstellung verabreicht zu haben.

Hochgerechnet lässt sich dies für Gesamtdeutschland auf ca. 2,6 Millionen Gaben von sedierenden Medikamenten im Jahr schätzen. Der Studie zufolge muss darüber hinaus mit ca. 500.000 körpernahen Fixierungsvorfällen von Menschen mit einer Demenz in Krankenhäusern im Jahr gerechnet werden.

Zahlreiche der Befunde ließen oder lassen sich durch eine verbesserte Personalausstattung reduzieren, wenngleich auch nicht vollständig vermeiden.

1.6 Einbezug von Angehörigen erwünscht, aber nur begrenzt möglich

Die Angehörigen spielen bei einem Krankenhausaufenthalt eine wichtige Rolle. Patientinnen und Patienten sind z.B. oftmals darauf angewiesen, dass ihnen jemand eigene Kleidung, Wasch- oder Kosmetikutensilien und persönliche Dinge besorgt.

Für Menschen, die unter kognitiven Beeinträchtigungen leiden und die Situation im Krankenhaus als fremd und ggf. bedrohlich empfinden, können vertraute Personen eine noch wichtigere Funktion einnehmen. Sie bedeuten für die Patientinnen und Patienten Sicherheit und Vertrautheit. Daher ist ein Einbezug der Angehörigen bei Patientinnen und Patienten mit Demenz von großer Bedeutung.

Gleichzeitig kann man davon ausgehen, dass besonders pflegende Angehörige, die die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit mit oder ohne fremde Hilfe durch professionelle Pflegedienste durchführen, bereits einer hohen Belastung ausgesetzt sind und möglicherweise in der Situation einer akuten Behandlung im Krankenhaus überfordert sind oder die Zeit der

Krankenhausbehandlung für die eigene Erholung benötigen. In dem Wissen um eine umfängliche Versorgung können sie ihre eigene Leistung auf Besuche reduzieren und so ein „Pflegermoratorium“, eine Auszeit von der Versorgung, nehmen.

In der vorliegenden Studie wurde bezüglich der Möglichkeiten und der Grenzen der Einbindung von Angehörigen ein Fragenblock konzipiert. Ermittelt wurden u.a. Tätigkeiten, die Angehörige im Rahmen der Versorgung auch im Krankenhaus übernehmen, Fragen zur Bereitschaft zur Beteiligung und in welchem Maße darüber hinaus Angebote für Angehörige vorhanden sind.

Nach Einschätzungen der Stationsleitungen im Pflege-Thermometer 2014 hatten 27,3 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Demenz gar keine Angehörigen, die sich während des Krankenhausaufenthaltes kümmern konnten. Dies zeigt eine deutliche Begrenzung der Möglichkeiten auf, wenn Angehörige als entlastende Helferinnen und Helfer mitgedacht werden. Auf der anderen Seite übernehmen Angehörige teilweise (17,4 Prozent) pflegerische Tätigkeiten wie Waschen und Ankleiden. Die Pflegenden stehen dem Einbezug von Angehörigen in die konkrete Versorgung überwiegend positiv gegenüber. Dieser ist bei drei von vier Stationsleitungen erwünscht (trifft voll/trifft eher zu).

Bei mehr als 60 Prozent (voll oder teilweise umgesetzt) der Stationen besteht die Möglichkeit für die Mitaufnahme eines Angehörigen (ein Rooming-in), was aber im Betrachtungszeitraum von einer Woche in nur ca. 2 Prozent der Fälle genutzt wurde.

2. Hintergrund zur Studie

In diesem Kapitel werden einführend Hinweise zur Pflege-Thermometer-Reihe gegeben. Anschließend erfolgt die Analyse relevanter Kennzahlen im Gesundheitswesen. Diese Kennzahlen stellen den Rahmen dar, vor dessen Hintergrund die im empirischen Teil der Studie dargelegten Ergebnisse zu diskutieren und einzuordnen sind.

2.1 Hinweise zur Pflege-Thermometer-Reihe

Seit nunmehr zehn Jahren werden in regelmäßigen Abständen vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) Untersuchungsreihen (Pflege-Thermometer) durchgeführt und der interessierten (Fach-)Öffentlichkeit vorgestellt.

Die Pflege-Thermometer-Reihe stellt einen eigenständigen Beitrag zur Diskussion über die Situation in den Pflegeberufen und die Auswirkungen zentraler Entwicklungen auf die Patientenversorgung dar. Sie ist als eine Ergänzung zu amtlichen Statistiken zu betrachten, die im Studienbericht im Rahmen von zentralen Entwicklungsdaten (Strukturdaten) aufbereitet werden.

In der Pflege-Thermometer-Reihe werden ergänzend zu den statistischen Daten Experteneinschätzungen aus der Praxis hinzugefügt. Sie stellen die Bewertungen dar und schätzen die Folgen ab, die sich aufgrund beobachteter und analysierter Entwicklungen im Pflegebereich ergeben.

Die Pflege-Thermometer-Reihe fokussiert dabei jeweils eine andere aktuelle Diskussion und ist bislang als eine standardisierte deskriptive Querschnittstudie angelegt, die auf der Ebene der Ergebnisse eine jeweilige Momentaufnahme darstellt. Für die unterschiedlichen Themenfelder werden eigene Befragungen entwickelt. Eine Nutzung im Rahmen einer Längsschnittbetrachtung ist dabei nicht angestrebt. Methodisch überwiegen in der Pflege-Thermometer-Reihe Einschätzungsfragen und Bewertungen.

Alle Berichte der Pflege-Thermometer-Reihe können kostenlos auf der Internetseite des Instituts im Bereich „Material“ heruntergeladen werden und sollen zur breiten Diskussion und thematischen Auseinandersetzung anregen. Das schließt auch die Nutzungsmöglichkeit von Instrumenten ein, z. B. Fragebögen, wie sie im Rahmen der Pflege-Thermometer-Befragungen entwickelt werden. Ein geschäftliches Interesse, Lizenzierungen, Beratungsleistungen infolge einer Teilnahme an einer Befragung etc. bestehen nicht. Grafiken und Tabellen sowie Ausschnitte aus der Studie stehen unter Angabe der Quelle zur freien Verfügung und können für interne Diskussionen oder auch für Vorträge etc. genutzt werden.

Die Pflege-Thermometer-Reihe richtet sich an alle Interessierten aus der Pflegepraxis, aus Verbänden, Politik, Medien und an die Bevölkerung. Fachbegriffe werden entsprechend möglichst vermieden oder erläutert.

2.2 Kennzahlen im Gesundheitswesen

Die vorliegende Studie und deren Ergebnisse sind im Gesamtkontext der Situation in deutschen Krankenhäusern zu sehen und zu diskutieren. Deshalb werden in diesem Kapitel die zentralen Entwicklungen aus den Veröffentlichungen der Krankenhausstatistik und des Statistischen Bundesamtes dargestellt. Die folgenden Zahlen beziehen sich auf die aktuellen

Veröffentlichungen, die bis Juni 2014 vorlagen. Spätere Ausgaben konnten in diesem Bericht nicht berücksichtigt werden.

2.2.1 Angaben zum Gesundheitssektor

Die Gesundheitswirtschaft in Deutschland ist von zentraler Bedeutung für die Gesamtwirtschaft. Die Ausgaben für Gesundheitsleistungen überstiegen in Deutschland im Jahr 2012 erstmals die Marke von 300 Milliarden Euro. Sie waren mit einem Wert von 300,4 Milliarden Euro um 6,9 Milliarden Euro oder 2,3 Prozent höher als 2011. Auf jede Einwohnerin oder jeden Einwohner entfielen gut 3.740 Euro (2011: 3.660 Euro).¹³ In einem europäischen Vergleich aus dem Jahr 2011 der *germany trade and invest*¹⁴ liegt Deutschland mit jährlichen Ausgaben für den Gesundheitssektor von 11,1 Prozent des Bruttoinlandproduktes europaweit an dritter Stelle. Bei den Ausgaben pro Kopf rangierte die BRD mit 3.502 Euro pro Jahr europaweit an sechster Stelle.

Der Gesundheitssektor ist nicht nur in seinem Ausgabenvolumen von zentraler Bedeutung, sondern auch hinsichtlich der Anzahl der Beschäftigten. Zum 31. Dezember 2012 waren rund 5,2 Millionen Menschen und damit etwa jeder achte Beschäftigte in Deutschland im Gesundheitswesen tätig. Wie das Statistische Bundesamt ausweist, ist die Beschäftigtenzahl im Gesundheitswesen seit dem ersten Berechnungsjahr 2000 um rund 950 000 Beschäftigte oder 22,6 Prozent gestiegen. Die Zahl der Arbeitsplätze wuchs somit im Gesundheitswesen rund dreimal so stark wie in der Gesamtwirtschaft. Umgerechnet auf Vollzeitäquivalente ergibt sich im Gesundheitswesen die Zahl von 3,7 Millionen Beschäftigten im Jahr 2011.

Hinsichtlich der Krankenhausversorgung kann aus der Makroperspektive festgehalten werden, dass Deutschland ein vergleichsweise sehr dichtes Krankenhausnetz und eine hohe Anzahl an Krankenhausbetten zur Verfügung hat. Bei der Anzahl der Krankenhausbetten liegt Deutschland mit 824,8 Krankenhausbetten pro 100.00 Einwohnerinnen und Einwohner deutlich an der europäischen Spitze. Zum Vergleich sind es in Norwegen 331,6. In der Schweiz sind es 500 Betten pro 100.000 Einwohner. Diese WHO Health Daten geben einen groben Überblick über die Vergleiche zwischen den Ländern, die jedoch angesichts sehr unterschiedlicher Versorgungssettings und Ansätze keine hinreichende Aussage zum Nutzen geben. Konkrete Hinweise der Über-, Unter- oder Fehlversorgung lassen sich auf dieser Ebene nicht ableiten.

2.2.2 Kostenentwicklungen der Krankenhäuser

In Fortführung der Ausweisung zentraler Kennzahlen aus dem Versorgungsbereich im Rahmen der Pflege-Thermometer wird an dieser Stelle die Kostenentwicklung der Krankenhäuser seit dem Jahr 2002 dargestellt.¹⁵

In der Bundesrepublik Deutschland gab es im Jahr 2012 insgesamt 2017 Krankenhäuser, davon 1.692 so genannte allgemeine Krankenhäuser.¹⁶ Die Fallzahl der behandelten Patientinnen und

¹³ Statistisches Bundesamt (Destatis)

¹⁴ *germany trade and invest* 2013

¹⁵ vgl. Statistisches Bundesamt: „Ab 2002 werden die Kosten nach dem Bruttoprinzip ermittelt. Damit findet eine Abkehr vom Nettoprinzip der Jahre 1996 bis 2001 statt. Bei der Kostenermittlung auf Basis des Bruttoprinzips werden zunächst die gesamten Kosten der Buchhaltung ausgewiesen und erst später um die nichtstationären Kosten für z.B. Ambulanzen sowie Forschung und Lehre bereinigt. Dies gilt für jede einzelne Kostenart. Dadurch ist ein Vergleich einzelner Kostenpositionen (z.B. Sachkosten, Personalkosten) mit den Jahren 1996 bis 2001 nicht möglich. Vor 1996 galt ebenfalls das Bruttoprinzip.“ <http://gbe-bund.de>

¹⁶ Statistisches Bundesamt (Destatis)

Patienten in den allgemeinen Krankenhäusern steigt insgesamt beständig an, wobei sich zwischen 2003 und 2006 eine vorübergehende Reduzierung ergab, die ggf. durch den Anstieg an ambulanten Operationen zu begründen ist. Ab 2006 aber stieg die Zahl der in allgemeinen Krankenhäusern behandelten Patientinnen und Patienten wieder an.

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 18,6 Millionen Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Dies sind 19,2 Prozent mehr Patientinnen und Patienten als im Jahr 1995. Im gleichen Zeitraum sank die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten von 10,8 auf 7,6 Tage.¹⁷

Insgesamt steigen auch die Kosten der Krankenhäuser in den letzten 20 Jahren kontinuierlich an. Waren es im Jahr 2002 noch 54,7 Milliarden Euro an Ausgaben für die Krankenhausbehandlungen, erhöhten sich die Kosten innerhalb der folgenden Jahre bis zum Jahr 2012 auf insgesamt 75,6 Milliarden Euro. Davon entfielen 71,56 Milliarden Euro auf die Kosten der allgemeinen Krankenhäuser.

2.2.3 Personalkostenentwicklungen der allgemeinen Krankenhäuser

Den größten Anteil der Kosten im Krankenhaussektor (60,9 Prozent) machen 2012, wie in den vorangegangenen Jahren, die Personalkosten mit 51,9 Milliarden (59,7 Prozent) Euro aus. Der relative Anteil der Personalkosten für ärztliches Personal und Pflegedienst beläuft sich dabei auf knapp 62 Prozent.¹⁸ Die Kennzahlen verdeutlichen eines: Müssen im Krankenhaussektor Einsparungen vorgenommen werden, so ist die Option einer Einsparung im Personalbereich dahingehend interessant, weil die Personalkosten einen großen Kostenblock darstellen. In der Binnenbetrachtung der unterschiedlichen Berufe wiederum sind es Ärztinnen und Ärzte und Pflegende, die das maßgebliche Kostenvolumen darstellen. Hier lassen sich vor diesem Hintergrund erhebliche Steuerungsmöglichkeiten der Kostenkontrolle ausmachen, wie sie in anderen Bereichen und in anderen Tätigkeitsbereichen ggf. nicht gegeben sind. Gerade im Bereich der Wirtschaftsgüter und der Verbrauchsgüter haben in den vergangenen Jahren durch gemeinsame Einkaufsverbünde, durch Fusionierungen von Kliniken und andere Formen der Zentralisierung Optimierungen stattgefunden.

In der Entwicklungslinie lassen sich die folgenden Daten beobachten: Im Zeitraum von 2002 bis 2012 erhöhten sich die Personalkosten der allgemeinen Krankenhäuser im Pflegedienst von 13,1 Milliarden Euro auf 14,7 Milliarden. Betrachtet man den relativen Zuwachs für den angegebenen Zeitraum, lässt sich beobachten, dass die Personalkosten der Pflege im Beobachtungszeitraum um 12,4 Prozent stiegen. Wesentlich höher stieg der Kostenbereich absolut und auch relativ betrachtet bei den Personalausgaben des ärztlichen Dienstes. Die Personalkosten im ärztlichen Dienst stiegen von 8,8 auf 15,2 Milliarden Euro. Der Kostenzuwachs beträgt insgesamt 6,4 Milliarden Euro und die prozentuale Steigerungsrate liegt anteilig bei 72,9 Prozent.

Hervorgehoben werden muss, dass im Beobachtungszeitraum insgesamt eine summierte Inflationsrate von 17,7 Prozent zu verzeichnen ist. Bereinigt man die oben benannten Zahlen

Krankenhäuser sind Krankenhäuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten und Patientinnen vorgehalten werden.

¹⁷ Statistisches Bundesamt (Destatis)

¹⁸ Statistisches Bundesamt (Destatis)

um die Inflationsrate, so zeigt sich, dass die Personalkostenentwicklung in der Pflege nicht gestiegen ist. Die Kostensteigerungen durch den ärztlichen Dienst aber fallen stark ins Gewicht.

Im Pflege-Thermometer 2009 wurde prognostiziert, dass im Jahr 2012 erstmalig die Personalkosten der allgemeinen Krankenhäuser für den ärztlichen Bereich höher sein werden als für den Pflegebereich. Dies hat sich in der Analyse der Kennzahlen der Krankenhausstatistik bestätigt; die Prozentanteile der Ausgaben sind mit 31 Prozent im ärztlichen Dienst und mit 30 Prozent im Pflegedienst nahezu identisch. Es ist zu erwarten, dass weiter steigende Ausgaben im Personalbereich (bedingt durch Tarifabschlüsse der Berufsgruppen) zu verzeichnen sind und es zu einer noch weiteren Verschiebung der Personalkostenanteile von Medizin und Pflege kommt.

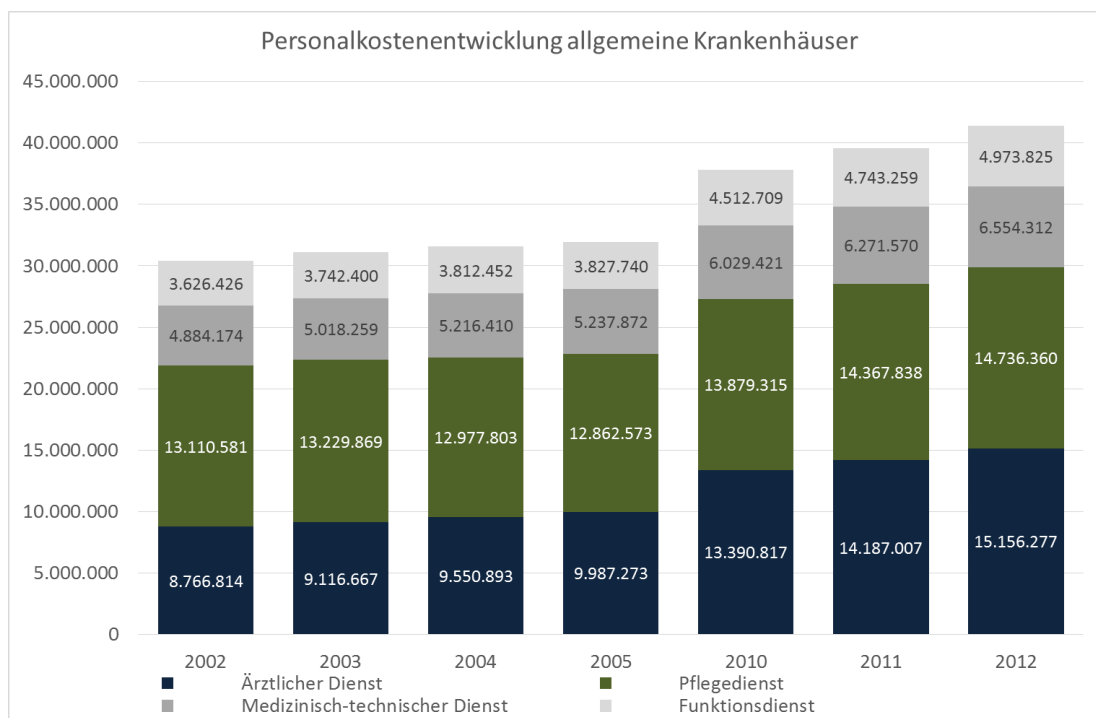


Abbildung 1 Personalkostenentwicklungen allgemeine Krankenhäuser

Schon im Pflege-Thermometer 2009 wurde darauf hingewiesen, dass die stark steigenden Personalkosten für den ärztlichen Dienst vor dem Hintergrund einer massiven Leistungssteigerung, einer Fallzahlsteigerung und einer notwendigen Anpassung an die europäischen Arbeitszeitrichtlinien und damit einer Anpassung der Personalstellen diskutiert werden müssen. Sie sind vor diesem Hintergrund auch als eine wichtige und richtige Anpassung an steigende Versorgungsbedarfe zu verstehen. Die fehlende Anpassung im Pflegebereich aber lässt vermuten, dass in diesem Personalbereich nur geringe Investitionen und keine nennenswerte Anpassung erfolgten. Zu vermuten ist somit, dass die Anpassungen und Steigerungen im ärztlichen Dienst insgesamt durch den Personalbereich Pflege „gegenfinanziert“ wurden, indem in diesem Bereich Stellen gekürzt wurden. Diese These wird durch die weiter unten aufgeführten Kennzahlen der Personalstellenentwicklung untermauert.

2.2.4 Personalstellenentwicklungen der allgemeinen Krankenhäuser

In den Entwicklungen der beiden größten im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen lassen sich in einem hohen Maße Unterschiede in den Entwicklungslinien feststellen.

Die folgende Grafik stellt die Entwicklung der Vollzeitkräfte (Stellen) seit 1995 in den allgemeinen Krankenhäusern dar. Seit der Abschaffung der Pflege-Personalregelung als verbindliches Instrument der Personalbemessung und Ausstattung der Krankenhäuser ist eine Reduzierung der Vollkräfte im Pflegedienst um insgesamt 36.850 zu verzeichnen. Prozentual entspricht dies einem Rückgang im Pflegedienst um 11,44 Prozent. Dies muss im Kontext einer gleichzeitigen Erhöhung der im Krankenhaus behandelten Fälle um drei Millionen betrachtet werden. Der hauptamtliche Personalbestand der Ärztinnen und Ärzte, in Vollzeitkräften gemessen, hat sich nicht zuletzt aufgrund der Zunahme der Behandlungszahlen stark erhöht. Im Jahr 2012 arbeiteten ca. 39.100 mehr hauptamtliche Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern als im Jahr 1995. Relativ stieg die Zahl der hauptamtlichen Ärztinnen und Ärzte um 40,15 Prozent.

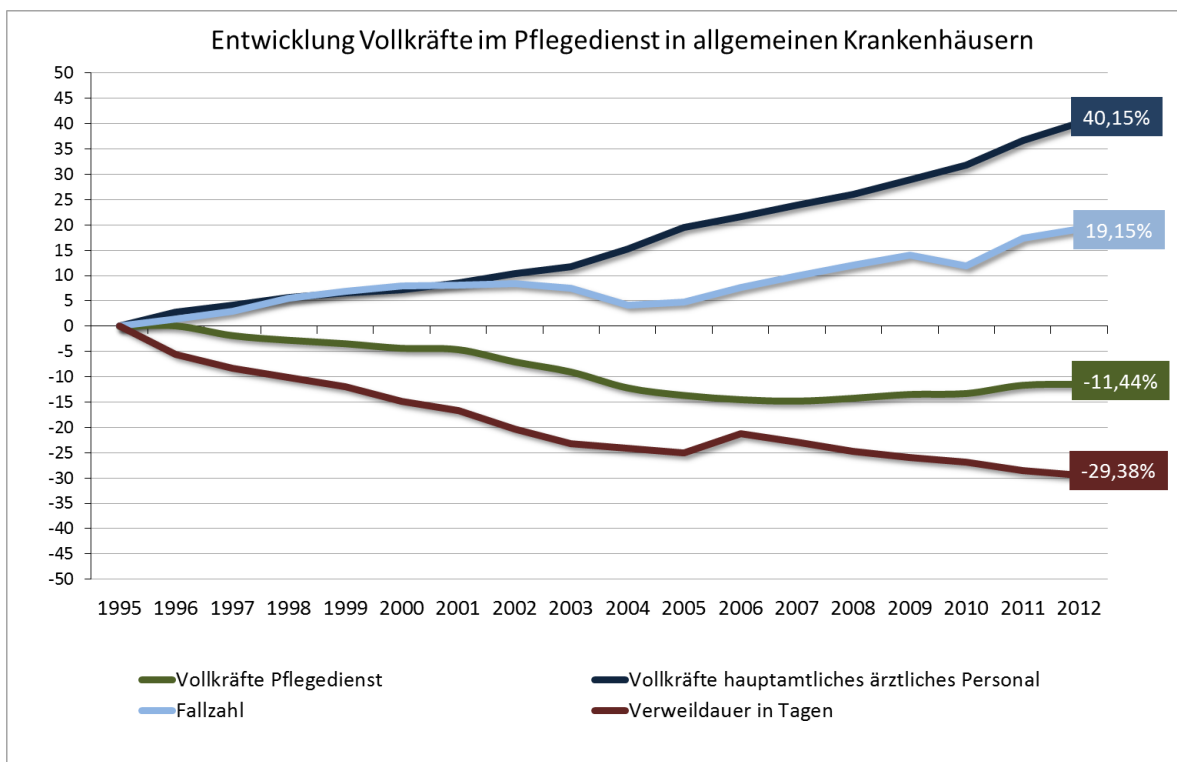


Abbildung 2 Entwicklung Vollkräfte im Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern von 1995 bis 2012

Betrachtet man die Gesamtzahl der Beschäftigten in Vollzeitkräften, so können die folgenden Kennzahlen beschrieben werden: Im Jahr 2012 wurden insgesamt 136.479 hauptamtliche Vollzeitkräfte im ärztlichen Bereich für die allgemeinen Krankenhäuser ausgewiesen. Im Jahr 1995 waren es noch 97.380. Hingegen sank die Anzahl der Vollzeitkräfte für den Pflegedienst. Aktuell waren im Jahr 2012, den amtlichen Statistiken zufolge, 285.264 Stellen im Pflegedienst verzeichnet. 1995 waren es noch 322.109. Diese scherenartige Entwicklung ist ein Indikator für eine Arbeitsverdichtung im Pflegedienst

2.3 Entwicklungen des Arbeitsmarktes für Pflegende

Die in den Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen beschäftigten 414.884 Pflegekräfte lassen sich berufsgruppenspezifisch wie folgt differenzieren: Im Jahr 2012 waren 334.074 Gesundheits- und Krankenpflegende und 37.304 Gesundheits- und

Kinderkrankenpflegende sowie 17.647 Krankenpflegehelfer (Krankenpflegeassistentinnen und -assistenten) im Krankenhaus tätig.^{19 20}

Für die Betrachtung des gesamten Arbeitsmarktes sind darüber hinaus auch die Beschäftigtenzahlen in der ambulanten und in der teil-/vollstationären Pflege von großer Bedeutung. In der ambulanten Pflege arbeiteten in 2011 (laut Pflegestatistik) 80.280 Gesundheits- und Krankenpflegende und 7.685 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende. Im teil-/vollstationären Bereich waren es 55.450 Gesundheits- und Kranken- und 3.706 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende. Das Krankenhaus ist vor dem Hintergrund der vorgenommenen Analyse weiterhin der dominierende Bereich für die Beschäftigung von Gesundheits- und Krankenpflegenden. 40 Prozent der Beschäftigten entfallen auf diesen Sektor.²¹ Deutsche Krankenhäuser stehen dabei mittlerweile im Wettbewerb um qualifiziertes Personal, denn Personalbedarf haben auch die ambulanten Dienste sowie die teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen. Der Fachkräftemangel in der Pflege wird nicht nur in unterschiedlichen Studien und in umfänglicheren Landesberichterstattungen oder Branchenmonitorings (z.B. aus NRW / RLP / Hessen) dargelegt. In der Veröffentlichung der Bundesagentur für Arbeit: „Der Arbeitsmarkt in Deutschland- Fachkräfteengpassanalyse Dezember 2013“ wird der Fachkräftemangel in der Pflege bestätigt. Dabei ist festzustellen, dass in Gesundheits- und Pflegeberufen nahezu in allen Bundesländern deutliche Mangelsituationen bestehen. Mit Ausnahme von Bremen ist in den westdeutschen Bundesländern sowie in Berlin und in Thüringen ein Mangel an examinierten und spezialisierten Fachkräften zu verzeichnen. In den restlichen ostdeutschen Ländern gibt es außer in Mecklenburg-Vorpommern lediglich Anzeichen für einen Mangel, es besteht also eine etwas weniger angespannte Situation.²²

Die Berichterstattung der Bundesagentur für Arbeit beschreiben als Indikatoren die Vakanzzeiten der Stellenangebote und das Verhältnis der arbeitslos gemeldeten Personen auf offenen entsprechenden Stellen für die Definition eines Fachkräftemangels. Die Vakanzzeit gibt an, wie lange eine Stelle, die besetzt werden soll, unbesetzt bleibt. Je höher die Vakanzzeit ist, desto deutlicher ist dies ein Indikator für eine Mangelsituation. Die entsprechende Kennzahl liegt bei den Gesundheits- und Pflegeberufen im Bundesdurchschnitt bei 117 Tagen. Dies sind 40 Tage mehr als im allgemeinen Durchschnitt der Berufe. Auf 100 bei der Bundesagentur als frei gemeldete Arbeitsstellen kommen 76 als arbeitslos erfasste Personen. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass einerseits die Zahl der offenen Stellen faktisch höher liegt als ausgewiesen, da nicht alle Arbeitgeber ihre Stellen bei der Bundesagentur melden. Darüber hinaus stehen nicht alle als arbeitslos gemeldeten Personen auch real dem Arbeitsmarkt zur Verfügung.

¹⁹ Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn (<http://www.gbe-bund.de>)

²⁰ Die Gesamtzahl der Beschäftigten kann auf der Basis der Krankenhausstatistik jährlich bestimmt werden. Für den ambulanten und teil-/vollstationären Bereich lagen zum Zeitpunkt der Berichtserstellung die aktuellsten Daten aus der Pflegestatistik 2011 vor. Die Pflegestatistik wird im Zyklus von zwei Jahren erhoben – die Veröffentlichung der Daten erfolgt meist mit ca. einem Jahr Verzögerung, sodass Ende 2014 die Ergebnisse der Pflegestatistik 2013 veröffentlicht werden.

²¹ Einbezogen wurden an dieser Stelle nur die drei großen Sektoren der Beschäftigung: der Krankenhausbereich, der ambulante Pflegebereich und die teil-/vollstationäre Pflege. Nicht berücksichtigt wurden die Beschäftigten in Arztpraxen, in der Gesundheitswirtschaft (Industrie) und in anderen Beschäftigungsbereichen.

²² Bundesagentur für Arbeit 2013

Noch stärker ist der Fachkräftemangel in der Altenpflege. Stellenangebote sind bundesdurchschnittlich 131 Tage vakant, 51 Tage mehr als im Vergleichsdurchschnitt.

Die nachfolgende Grafik weist für die Bundesländer die Anzahl der arbeitslos gemeldeten Personen für den Januar 2014 aus. Dabei werden auf der Ebene der in der Statistik ausgewiesenen dreistelligen Berufekennziffer (813) die folgenden Berufe subsummiert: (Gesundheits- und Krankenpflege, Fachkrankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe). Auch wenn hierbei die Gesundheits- und Krankenpflege den mit Abstand größten Beschäftigungsbereich darstellt, ergeben sich leichte statistische Unschärfen.²³ Dessen ungeachtet erlauben die Kennzahlen einen groben Überblick über die derzeitige Situation in Deutschland. Unter dieser Kennzahl steht der Quotient der gemeldeten Arbeitsstellen pro arbeitslos gemeldeter Pfleger. Je höher der Quotient ist, desto mehr gemeldete Arbeitsstellen stehen den arbeitslos gemeldeten Personen zur Auswahl. In Hessen sind es beispielsweise bei 383 als arbeitslos gemeldeten Kräften in dem Berufsfeld 632 als offen gemeldete Arbeitsstellen. Für jeden arbeitslos gemeldeten stehen demnach mehr als zwei Stellen zur Verfügung. Hervorzuheben ist, dass nicht alle Personen, die arbeitslos gemeldet sind, auch real dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

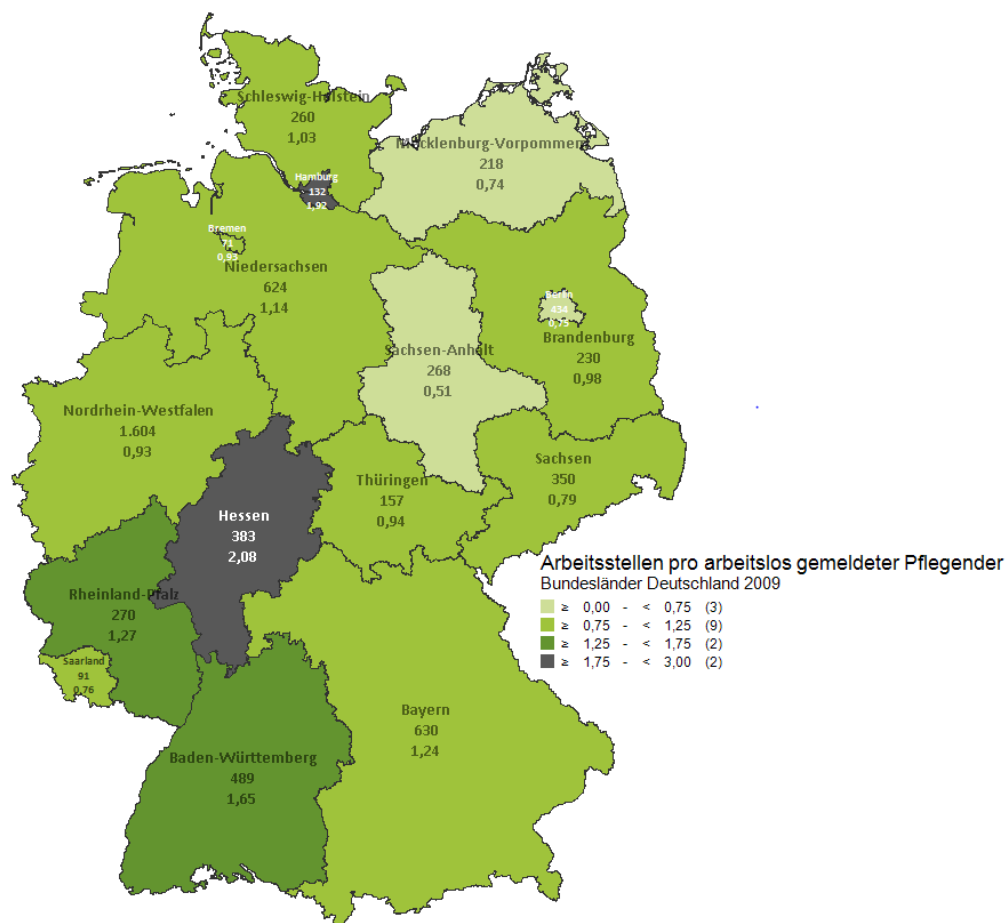


Abbildung 3 Arbeitslos gemeldete Personen und Arbeitsstellen pro arbeitslos gemeldeter Person Jan. 2014

²³ Für Nordrhein-Westfalen werden für den Januar 2014 insgesamt 1.604 arbeitslos gemeldete Personen der Berufekennziffer 813 in der Statistik der Bundesagentur ausgewiesen. Für das Bundesland erfolgte eine differenzierte Analyse der Regionalagentur, die für den November 2013 im Bereich der engeren Beschreibung der Fachkräfte der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege insgesamt 1.270 arbeitslos gemeldete Personen verzeichnete.

Auch wenn in einzelnen Bundesländern die Anzahl der arbeitslos gemeldeten Personen den Anschein erweckt, als gäbe es hier nennenswerte Personalressourcen, so muss dies im Kontext der Gesamtzahl der Beschäftigten in den Bundesländern betrachtet werden. Für Nordrhein-Westfalen, das größte Bundesland, beispielsweise stehen den in dieser Grafik beschriebenen 1.604 arbeitslos gemeldeten Personen alleine im Pflegebereich im November 2013 insgesamt 147.746 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Gesundheits- und Krankenpflegende (B-KZ 81302 Gesundheits-, Krankenpflege(oS)-Fachkraft) sowie weitere 11.418 Fachpflegende (B-KZ 81313 Fachkrankenpflege – Spezialist) gegenüber. Prozentual ausgedrückt ist die Anzahl der arbeitslos gemeldeten Personen ca. ein Prozent der Beschäftigten insgesamt. Vor diesem Hintergrund kann für die qualifizierten Pflegeberufe deutschlandweit mit einer Vollbeschäftigung gerechnet werden.

Das Deutsche Krankenhausinstitut e.V. (DKI) beschreibt im Krankenhaus Barometer 2013, dass 34 Prozent der Krankenhäuser Probleme in der Besetzung ihrer Stellen für den bettenführenden Bereich angeben. Im Vergleich zum Jahr 2009 hat sich dieser Anteil in der repräsentativen Befragung verdoppelt. In der Berechnung kommt das DKI auf aktuell 2.300 Stellen im Pflegedienst, die nicht besetzt werden können. Das entspricht einem Anteil von ca. 3 Prozent. In der Intensivpflege sind es 40 Prozent der Krankenhäuser, die Stellen nicht besetzen können. Hier berechneten Blum et al. insgesamt zusätzliche 1.600 offene Stellen.²⁴

Prognosen zum Fachkräftebedarf zeigen dabei übereinstimmend einen hohen bis sehr hohen weiteren Bedarf auf. Afentakis geht in ihrer Projektion beispielsweise für die Pflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer und Altenpflegende) in einem „Status-quo-Szenario“ bis zum Jahr 2025 von einem Mangel an ausgebildeten Pflegekräften von bis zu 214.000 Pflegevollkräften in allen Sektoren der Versorgung für das Bundesgebiet aus.²⁵

2.4 Prävalenz der Demenz-Versorgung in Krankenhäusern

Laut Studien des DKI (Deutsches Krankenhaus Institut) 2012 müssen sich die Krankenhäuser bei einer insgesamt zunehmenden Patientenzahl auf einen großen Anteil älterer Patienten einstellen. Dies wird übereinstimmend in den Prognosen zur Krankenhausentwicklung festgehalten und zeigt sich u.a. auch an der oben benannten steigenden Zahl älterer Patientinnen und Patienten. Das DKI definiert dabei alte Patienten ab 80 Jahre. Zwischen dem Jahr 2000 und 2010 stieg die Zahl der behandelten Personen über 80 Jahre von 67 Prozent auf 78 Prozent an.²⁶ Geht man von Hochrechnungen in dieser Altersgruppe aus, kann man von einer Prävalenz (bei 80-84-Jährigen) von 15,7 Prozent ausgehen, in der Gruppe der 85-89-Jährigen sind bereits 26,4 Prozent an Demenz erkrankt.²⁷

Da sich die steigende Zahl der Demenzerkrankungen durch die höhere Lebenserwartung und die zunehmende Zahl von älteren Menschen erklären lässt, wird sich auch die Zahl der Patientinnen und Patienten mit Demenz im Krankenhaus erhöhen.

Die präzise Angabe der Prävalenz von Menschen mit Demenz in deutschen Kliniken ist derzeit nicht möglich. Dies liegt u.a. an der Tatsache, dass die Hauptdiagnosen der Patientinnen und

²⁴ Blum et al 2013

²⁵ Afentakis und Maier 2010

²⁶ Blum et al. 2013

²⁷ Bickel 2012

Patienten in die bundesdeutsche statistische Erfassung einfließen. Patientinnen und Patienten mit der Nebendiagnose Demenz werden in der Bundesstatistik nicht erfasst. Betrachtet man die statistische Erfassung der Hauptdiagnosen, findet sich bei weniger als 0,2 Prozent der Behandlungsfälle eine Demenz.²⁸

Dezidierte Studien, die gezielt die Prävalenz von Menschen mit Demenz in deutschen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der Demenzerkrankung als Nebendiagnose untersuchen, lassen sich kaum identifizieren.²⁹ Angeführt werden kann die Studie in zwei Lübecker Krankenhäusern, wo auf den chirurgischen und internistischen Stationen innerhalb von sieben Tagen eine Prävalenz von 11 Prozent identifiziert wurde.³⁰ Trauschke et al. ermitteln innerhalb einer geriatrischen Klinik eine Prävalenz von 28,3 Prozent.³¹ In internationalen Literaturrecherchen finden sich breite Spannweiten von behandelten Menschen mit einer Demenz im Krankenhaus. Kleina und Wingenfeld finden in ihrer Analyse aus dem Jahr 2007 Prävalenzwerte von 5 Prozent bis ca. 15 Prozent³² und in einer weiteren Literaturrecherche von 2012 werden unter Berücksichtigung von zwölf internationalen Studien Werte von 3,4 Prozent bis 43,3 Prozent beschrieben.³³

In drei weiteren bundesdeutschen Studien werden ebenfalls Erhebungen zu Häufigkeiten von Demenz im Krankenhaus erhoben. So findet sich nach Einschätzung von Pflegenden in der Handreichung „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ des DICV ein Mittelwert von 15,6 Patientinnen und Patienten im Monat pro Station, dabei lag der Mittelwert der Stationsgröße bei 33,96 Patientinnen und Patienten.³⁴

Schütz und Füsgen erheben Häufigkeiten von Patientinnen und Patienten mit Gedächtnisstörungen in verschiedenen Abteilungen. Grundlage der Prävalenzbeschreibung sind Einschätzungen der Pflegedienstleitungen. In ihrer Studie weisen sie aus, dass in 8 Prozent der chirurgischen Abteilungen und in 44 Prozent der geriatrischen Abteilungen eine ständige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz vorgenommen wird.³⁵ Eine regelmäßige Versorgung wird von den Pflegedienstleitungen am häufigsten für die Inneren Abteilungen mit 62 Prozent angegeben und am wenigsten findet eine regelmäßige Versorgung von Menschen mit Demenz (16 Prozent) in den Abteilungen der Psychiatrie statt.

Eng verbunden mit dem Thema der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus ist auch die Frage nach der Versorgung von Menschen mit einem Delir. Zum einen sind Symptome in manchen Fällen überlagernd oder auch synchron vorhanden, zum anderen ergeben sich auch bei der konzeptionellen Beantwortung aus der Perspektive der Pflege synergistische Potenziale. Im Pflege-Thermometer wurde das Thema der Erkennung und der Versorgung von Menschen mit einem Delir mit aufgenommen, sodass an dieser Stelle auch zu diesem Aspekt relevante Kennzahlen vorgestellt werden sollen.

Genaue Angaben zur Prävalenz zum Delir in Deutschland sind jedoch noch schwieriger aufzufinden als Prävalenzdaten zur Demenz. In einem internationalen Review wurden

²⁸ Kirchen-Peters 2012

²⁹ Wingenfeld 2013

³⁰ Arolt 1998

³¹ Trauschke et al. 2009

³² Kleina und Wingenfeld 2007

³³ Pinkert und Holle 2012

³⁴ Isfort 2012

³⁵ Schütz und Füsgen 2013

Prävalenzraten von 10-31 Prozent bei Aufnahme beschrieben und eine Inzidenz im Krankenhaus von 3-29 Prozent festgestellt.³⁶ Bei internistischen Patientinnen und Patienten im Allgemeinkrankenhaus lag die Rate zwischen 11 und 42 Prozent.³⁷

Nach Routineoperationen, nach hüftgelenksnahen Frakturen werden Prävalenzen von 43-61 Prozent gefunden.³⁸ Grundsätzlich kann ein Delir, besonders postoperativ, bei allen Altersgruppen auftreten. Besonders stark gefährdet scheinen jedoch vor allem die älteren Personen und die geriatrischen Patientinnen und Patienten.³⁹

Dass die Umgebung im Krankenhaus mit Unruhe und Lärm sich auf das Entstehen eines Delirs auswirken kann, ist bereits in einigen Studien beschrieben.^{40 41} Entgegen der allgemeinen Meinung, dass ein postoperatives Delir keine gravierenden Auswirkungen habe, steht die Tatsache einer Mortalität von 10-65 Prozent des postoperativen Delirs.⁴² Ebenso gibt es Hinweise und Ergebnisse, dass Delirien die Liegezeiten im Krankenhaus erhöhen. Dabei ist jedoch die konkrete Benennung und Erfassung von Spätfolgen schwierig bis unmöglich, sodass an dieser Stelle ein erheblicher Forschungsbedarf ausgemacht werden kann. Die beteiligten Berufsgruppen haben über diese Aspekte bislang kaum hinreichende Erkenntnisse.⁴³

3. Ansätze und Herausforderungen der Versorgungsanpassung

Die gesellschaftlichen Veränderungen, die die älter werdende Bevölkerung mit sich bringt, hat eine intensive Auseinandersetzung mit der Demenzerkrankung zur Folge. Während in ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen bereits seit Jahren spezifische Versorgungskonzepte auf z.T. spezialisierten Einheiten greifen, wird aktuell auch in den Akutkrankenhäusern ein Handlungsbedarf für die Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz erkannt.

Krankenhäuser sind nicht erst seit Einführung der DRGs in erster Linie darauf ausgerichtet, vorhandene somatische Erkrankungen zu behandeln. Dies wird häufig anhand standardisierter Behandlungspfade und Diagnoseverfahren realisiert. Kognitive Auffälligkeiten werden dabei in allgemeinen Krankenhäusern oft nicht als Symptome einer Demenz erkannt und es erfolgt nicht automatisch eine weitergehende Diagnostik, wenn der eigentliche Behandlungsgrund (Einweisungsdiagnose) ein anderer ist.

Im Kapitel werden zentrale Aspekte der Versorgung von Menschen mit Demenz beschrieben, die sich u.a. aus der Sichtung der bestehenden Literatur ergeben. Dabei werden sowohl die Herausforderungen auf der Ebene der konkreten Versorgung, der Qualifizierung des Personals, der räumlichen und arbeitsorganisatorischen Strukturen als auch auf der Ebene der methodischen Evaluation von Ergebnissen in Modellprojekten thematisiert.

³⁶ Martins und Fernandes 2012

³⁷ Siddiqi et al.

³⁸ Holmes und House 2000

³⁹ Gurlit und Möllmann 2008

⁴⁰ Ewers und Osterbrink 2003

⁴¹ Gurlit und Möllmann 2012

⁴² Theocharis 2006

⁴³ Gurlit 2012

3.1 Herausforderungen an die Behandlungsintensität

Ein Krankenhausaufenthalt stellt für Menschen mit Demenz eine extreme Belastung dar und die Krankenhäuser sind bislang nur unzureichend auf die betreuungsintensive Beobachtung, Pflege und Begleitung der Betroffenen eingestellt.⁴⁴ Die vorhandenen Strukturen und Regeln in den Krankenhäusern können von der genannten Patientengruppe oftmals nicht eingehalten werden; z.B. sind sie nicht in der Lage, eine verordnete Bettruhe einzuhalten. Dies wurde in einer vom dip durchgeführten Studie übereinstimmend sowohl von 131 leitenden Ärztinnen und Ärzten als auch von 141 befragten leitenden Pflegenden als herausragende Problematik identifiziert.⁴⁵ Eine weitere Problematik ist, dass sich aus herausfordernden Verhaltensweisen auch unvorhergesehene Ereignisse und intensive Betreuungszeiten ergeben, die die Arbeitszeit von einzelnen Pflegekräften in hohem Maße binden. Zwei von drei befragten leitenden Pflegenden gaben dies in derselben Studie als oft oder häufiger an. Eine sehr intensive Einzelbetreuung aber ist angesichts der Personalausstattung im Krankenhaus kaum zu realisieren und geht zu Lasten der Versorgung anderer Patientinnen und Patienten oder führt zu Verzögerungen im geplanten Ablauf der Versorgung. Infolgedessen sind Krankenhäuser oftmals damit überfordert, Patientinnen und Patienten mit Demenz eine angemessene Versorgung zu bieten und umfassend auf die Aspekte der Versorgung einzugehen.⁴⁶ Dabei ist gerade diese Patientengruppe auf ein flexibel reagierendes Krankenhaus angewiesen, da ihre eigene Anpassungsfähigkeit sukzessive abnimmt.⁴⁷

Die Patientengruppe ist in einem besonderen Maße als vulnerabel zu bezeichnen. Im Vergleich zu altersgleichen Patientinnen und Patienten wird ein erhöhtes Risiko für z. B. Stürze oder nosokomiale Infektionen beschrieben^{48 49 50}, ebenso gibt es Hinweise darauf, dass ein Krankenhausaufenthalt oftmals eine Verschlechterung funktioneller Fähigkeiten zur Folge hat.^{51 52}

Ähnlichen Gefährdungen sehen sich Patientinnen und Patienten ausgesetzt, die ein Delir entwickelt haben. In der Diskussion über Menschen mit Demenz im Krankenhaus wird zunehmend die Wechselwirkung zwischen Delir und Demenz thematisiert. Die beiden Diagnosen Demenz⁵³ und Delir⁵⁴ sind von der Symptomatik nicht leicht zu unterscheiden und die Differenzierung bedarf fachlicher Einschätzung unter Berücksichtigung diverser Faktoren. Im Krankenhaussetting sollte beiden Diagnosen eine besondere Beachtung geschenkt werden, da sich die Verläufe der Erkrankungen gegenseitig beeinflussen. So ist einerseits eine vorhandene

⁴⁴ Bartholomeyczik et al. 2008

⁴⁵ Isfort 2013

⁴⁶ Angerhausen 2008

⁴⁷ Wingenfeld und Steinke 2013

⁴⁸ Brand und Sundararajan 2010

⁴⁹ Watkin et al. 2012

⁵⁰ Balzer et al. 2013

⁵¹ McCusker et al. 2002

⁵² Balzer et al. 2013

⁵³ Die wesentlichen Voraussetzungen für die Diagnose einer Demenz ist der Nachweis einer Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens mit beträchtlicher Beeinträchtigung der Aktivität des täglichen Lebens. Für die Diagnosestellung eines demenziellen Syndroms müssen die erwähnten Symptome für mindestens sechs Monate bestehen. (Definition nach ICD-10)

⁵⁴ Ein Delir ist gekennzeichnet durch psychomotorische Störungen, z.B. ein gesteigerter oder reduzierter Antrieb, Bewusstsein und Aufmerksamkeit sind gestört. Man unterscheidet das "hyperaktive Delir" (Agitation) und das „hypoaktive Delir“ (Verlangsamung, Apathie), sowie Mischformen. Es tritt akut und mit fluktuierendem Verlauf auf.

Demenz ein Risikofaktor für das Entstehen ein Delirs^{55 56}, andererseits kann ein im Krankenhaus erworbenes Delir auch der Auslöser für eine dauerhafte Demenzerkrankung sein. Die fremde Umgebung, die Unruhe, Geräuschkulisse und die unbekannten Personen können die Ursache für kognitive Verschlechterung innerhalb einer Demenzerkrankung oder für das zusätzliche Entstehen eines Delirs sein. Diese allgemeinen Risikofaktoren treten in besonderem Maße im Krankenhaussetting auf.⁵⁷

In den letzten zehn Jahren gibt es vermehrt Bestrebungen, die Versorgung demenzkranker Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu verbessern bzw. die daraus resultierenden Probleme zu bearbeiten. Im internationalen Kontext ist das Thema Demenz im Krankenhaus bereits seit den 80er Jahren thematisiert und in einer internationalen Literaturrecherche von 2008 wurden bereits zahlreiche Artikel zum Thema Demenz im Krankenhaus gefunden.^{58 59} Das Thema ist nicht nur in den Fokus des öffentlichen Interesses gelangt, sondern wird auch vermehrt zum Gegenstand wissenschaftlicher Auseinandersetzungen in Deutschland.^{60 61}

3.2 Herausforderung an die Qualifizierung des Personals

Ein wesentlicher Ansatz der Versorgungsanpassung ist die Etablierung eines umfassenden Wissens zur Thematik und zu möglichen Ansätzen des wertschätzenden Umgangs mit Menschen mit Demenz im Krankenhaus.

Im Kontext der vollstationären Versorgung haben sich Konzepte etabliert, wie z.B. die „Validation“ als Kommunikationsmöglichkeit, um die Symbolsprache der betroffenen Patientinnen und Patienten zu entschlüsseln und einfühlsam reagieren zu können. Neben spezifischen Trainings und Konzepten für diesen Bereich kann darauf hingewiesen werden, dass sich aufgrund der Zunahme der Betreuung von Menschen mit Demenz umfassende gerontopsychiatrische Fachweiterbildungen etabliert haben, die teilweise bis zu 720 Stunden zusätzliche Schulung beinhalten und eine Fachexpertise über zwei Jahre ausbilden. Im Rahmen von abschließenden Facharbeiten werden Projekte angeschoben oder Konzepte analysiert oder erstellt. Eine ähnliche strukturelle Vorbereitung, wie sie im vollstationären Bereich der Personalqualifikation zu beobachten ist, findet sich im Krankenhausbereich bislang nicht und aus nicht repräsentativen Beobachtungen und Expertengesprächen ergeben sich Hinweise, dass die Zahl der akutklinisch tätigen Pflegenden, die eine spezifische gerontopsychiatrische Fachweiterbildung besuchen, sehr gering ist.

Obwohl sich in den letzten Jahren die Schulungsangebote für Pflegende zunehmend etablierten und verbreiten, gibt es weiter Hinweise darauf, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege sich nach wie vor unsicher im Umgang mit den bei Demenz auftretenden Verhaltensweisen fühlen.

In der Studie des dip aus dem Jahr 2012 wurde von 105 von 141 leitenden Pflegenden angegeben, dass sie Fortbildungsbedarfe in Hinblick auf rechtliche Aspekte der Betreuung (Fixierung / Therapieabbruch/ Patientenverfügung) sehen. Weitere prominente Felder eines

⁵⁵ Law et al. 2008

⁵⁶ Gurlit und Möllmann 2012

⁵⁷ Gurlit und Möllmann 2012

⁵⁸ Allen und Close 2010

⁵⁹ Isfort 2011

⁶⁰ Pinkert und Holle 2013

⁶¹ Teschauer 2013

identifizierten Schulungsbedarfs waren Kommunikationsstrategien und auch Inhalte des Fachwissens über die Erkrankung selbst.⁶² Dies verweist auf einen Qualifikationsbedarf, der durch die Ausbildung (insbesondere durch die länger zurückliegende) offensichtlich nicht gedeckt werden kann.

Pflegende sehen den Qualifikationsbedarf auch vor dem Hintergrund konkreter Problemlagen. So sehen sie sich aufgrund des Zeitmangels nicht in der Lage, einen sensiblen Umgang zu den Patientinnen und Patienten aufrechtzuerhalten.^{63 64} Die Pflegenden in den genannten Studien und Analysen hielten Schulungen zu den Symptomen und Formen kognitiver Einschränkungen für wichtig und sind sich bewusst, dass ihr Wissen über Demenz den betroffenen Patientinnen und Patienten gegenüber nicht ausreicht.

Allerdings sollte bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus die Sensibilität für die Bedürfnisse und Verhaltensweisen der Patienten mit Demenz gestärkt werden, denn die Versorgung ist nicht allein die Aufgabe der Pflege, die Verantwortung für die Umsetzung von entsprechenden Konzepten obliegt allen Professionellen in den Gesundheitsberufen.⁶⁵

In der angeführten Studie des dip aus dem Jahr 2012 wurden auch bei den leitenden Ärztinnen und Ärzten Bildungsbedarfe identifiziert. Diese lagen in der Reihenfolge sehr nah an den Themen der Pflegenden. Auch hier wurden rechtliche Aspekte der Fixierung, des Therapieabbruchs und der Patientenverfügung prioritär benannt. Es folgten die Themen „fachwissenschaftliche Inhalte“ und Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie bei Menschen mit Demenz. Die hier beschriebenen Diskussionen ermutigen auch zu interdisziplinären Schulungen der Therapieberufe.

3.3 Herausforderung an die Ausstattung und Struktur

In deutschen Krankenhäusern lassen sich bislang keine einheitlichen Verfahren oder Konzepte hinsichtlich des Umgangs mit Demenzkranken beschreiben.⁶⁶ Es fehlt diesbezüglich an Leitlinien und Vorgaben in der Betreuung und Ausgestaltung der Angebote.

Hofmann und andere Geriater benennen aktuell 22 spezialisierte Stationen in Deutschland. In dem Positionspapier der DGG (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie) e. V., Köln, werden insgesamt sieben konstituierende Merkmale einer spezialisierten Einheit in Form von Empfehlungen ausgesprochen.⁶⁷ Diese sind:

- Eine anzustrebende Bettenzahl von 8-12 (20 Betten sollen nicht überschritten werden)
- räumliche Trennung der Spezialstation von der Klinik (geschützter Raum)
- Etablierung einer für Demenzkranke geeigneten Tagesstruktur
- Freiwilligkeit der Arbeit des spezialisierten Personals (fachliche Schulungen)
- feste Zuordnung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Etablierung eines erweiterten Assessments
- Biographie und soziale Situation finden besondere Berücksichtigung

⁶² Isfort 2012

⁶³ Wingenfeld 2009

⁶⁴ Kirchen-Peters 2012

⁶⁵ Pinkert und Holle 2013

⁶⁶ Kirchen-Peters 2012

⁶⁷ Hofmann et al. 2014

Daneben benennen sie weitere fakultative Empfehlungen, wie z.B. Angehörigenarbeit und architektonische und technische Anpassung mit Milieugestaltung. Das benannte Positionspapier gibt einen ersten wichtigen orientierenden Hinweis auf die Ausgestaltung der Arbeit und der Strukturen. Es bezieht sich jedoch ausdrücklich auf segregative Ansätze und spezialisierte Stationen. Eine flächendeckende Bearbeitung wird darüber hinaus auch in integrativer Form auf den bettenführenden Stationen stattfinden müssen.

Repräsentative Analysen zur konkreten Verbreitung segregativer oder integrativer Ansätze liegen nur zu ausgewählten Ansatzpunkten vor. Ebenso fehlt bislang ein systematischer umfassender inhaltlicher Überblick über die Verbreitung der konkreten Konzepte in den Krankenhäusern.

3.4 Herausforderung an die Evaluation

Hinsichtlich der Evaluation sind zwei Ebenen getrennt voneinander zu diskutieren: Die eine Ebene ist die Evaluation von bestehenden Projekten insgesamt (Metaevaluation), die andere ist die Evaluation von Ergebnissen in konkreten Projekten.

3.4.1 Analyse und Bewertung von Modellprojekten

Es ist keine triviale Aufgabe, die einzelnen Aktivitäten und internen Projekte der Krankenhäuser zu identifizieren, weil Projektberichte und Ergebnisse teilweise nicht öffentlich vorliegen und somit nicht im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche mit den üblichen wissenschaftlichen Vorgehensweisen identifiziert werden können. Nur selten werden Projekte umfassend wissenschaftlich begleitet und in geringer Anzahl finden sich aus den Berichten heraus Veröffentlichungen in Zeitschriften mit einem wissenschaftlichen Charakter. Für die Identifizierung und Analyse von Projekten müssen daher andere Wege der Erschließung gewählt werden. Hier sind neben Internetrecherchen und gezielten Expertenbefragungen auch Organisationen (z.B. die Alzheimergesellschaften) anzufragen und eine Schneeballrecherche durchzuführen.

Hintergrund einer umfassenden Sichtung sind neben der Recherche von Dokumenten meist auch notwendige persönliche Kontakte, um die benötigten Informationen zu bekommen. Darüber hinaus bedarf es einer an definierten Kriterien orientierten Analyse, um die einzelnen Projekte im Zusammenhang zu beurteilen und in der Wechselbeziehung miteinander diskutieren zu können. Für die vorliegende Arbeit war dies nicht zielführend. Aus diesem Grunde erfolgt keine Evaluation der vorhandenen Modellvorhaben und Projekt, die in zahlreichen Artikeln sowie in Handreichungen bereits systematisch betrachtet wurden. In der Veröffentlichung der „Handreichung der interdisziplinären Arbeitsgruppe der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser (DiAG) in der Erzdiözese Köln“ aus dem Jahr 2012 finden sich in der Ausgangsanalyse 18 Praxisprojekte unter Beteiligung von insgesamt 30 Krankenhäusern.⁶⁸ Im Jahr 2013 sind es schon ca. 25 Projekte die sich mit der Thematik von Menschen mit Demenz im Krankenhaus beschäftigen.⁶⁹

⁶⁸ Isfort 2012

⁶⁹ Isfort 2013

Modellprojekte werden nicht immer extern evaluiert, sodass Analysen in aller Regel nur Ausschnitte der Versorgung betrachten können und konnten. Rösler et al. identifizieren im Jahr 2010 zwölf spezielle Stationen zur Versorgung kognitiv beeinträchtigter Patienten.⁷⁰

Neben der Analyse von Modellprojekten liegen auch Untersuchungen zu Einzelfragen, wie z.B. spezifischen Ausstattungsmerkmalen, vor. Das Deutsche Krankenhausinstitut (dki) befragte im Rahmen der Krankenhaus-Barometer-Befragung in 2012 die Situation der älteren Menschen in Krankenhäusern. Insgesamt gaben in dieser Studie fast ein Drittel der Krankenhäuser an, dass ein Bereich der Geriatrie oder der Altersmedizin besteht. Dies lässt prinzipiell auf eine sehr hohe Verbreitung von Konzepten und spezifischen Angeboten schließen. Jedoch verweist die Studie hinsichtlich spezifischer Ausstattungsmerkmale erheblichen Nachholbedarf auf.⁷¹

Bundesweit lassen sich nach aktuellen Recherchen im Vorfeld der vorliegenden Studie im Jahr 2014 über 60 Krankenhäuser identifizieren, die besondere Angebote oder Konzepte zur Versorgung von Menschen mit Demenz anbieten. Diese Zahl ergibt sich u.a. durch die Beteiligung von unterschiedlichen Kliniken in größeren Modellvorhaben, wie z.B. der in den Blickwechsel-Demenz- und Blickwechsel-regional-Projekten in NRW.

Bei den gewählten Ansätzen handelt es sich um sehr unterschiedliche Aspekte und Schwerpunkte der Versorgungsveränderung. So finden sich Projekte zu speziellen Bereichen wie Testung eines Erfassungsinstruments zur Schmerzsymptomatik, Ernährung von Menschen mit Demenz, Nachtaktivität o.ä. bis hin zu umfassenden Konzepten der Tagesstrukturierung, Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Einbezug der Angehörigen. Die Unterschiedlichkeit der Ansätze und der jeweiligen Projektbedingungen erschwert eine systematische Bewertung von Modellprojekten, die auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen und auch unterschiedliche Zielführungen beinhalten.

In der Gesamtschau lassen sich jedoch in Deutschland zahlreiche gute Initiativen aufzeigen, die vielversprechende Ansätze entwickelt und erprobt haben. Vor diesem Hintergrund muss davon ausgegangen werden, dass ein breites Wissen um innovative Ansätze besteht, das umfassend genutzt und eingesetzt werden kann.

3.4.2 Analyse und Bewertung von Einzelmaßnahmen

Hinsichtlich der konkreten Bewertung von Einzelprojekten liegen bislang bereits einige Erfahrungen vor. So wurde das GISAD Projekt in Heidelberg umfassend evaluiert.⁷² Aktuell wurde auch die Evaluation der Tagesbetreuung von Patientinnen und Patienten mit Demenz im Krankenhaus Herdecke veröffentlicht.⁷³ Das dip führte in der wissenschaftlichen Begleitung das von der Robert Bosch Stiftung geförderte Projekt „doppelt hilft besser“ im Krankenhaus in Lübbecke⁷⁴ durch. Aktuell wird durch das dip die Station Silvia im St.-Hildegardis-Krankenhaus der Malteser in Deutschland bezüglich der Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen evaluiert.

⁷⁰ Rösler et al. 2010

⁷¹ Blum et al. 2012

⁷² Kirchen-Peters 2008

⁷³ Wingenfeld 2013

⁷⁴ Isfort 2011

Die Maßnahmen, die für Menschen mit Demenz im Krankenhaus als wirksam erachtet und auch eingesetzt werden, sind überwiegend nicht einfach hinsichtlich der Wirksamkeit zu kontrollieren. Eine konkrete Evaluation wird durch die folgenden Faktoren erschwert:

- Meist wird nicht eine, sondern eine Kombination unterschiedlicher Maßnahmen eingesetzt
- Die Maßnahmen sind überwiegend nicht standardisiert
- Die Maßnahmen sind oftmals durch eine große personenbezogene Einflussnahme gekennzeichnet (Beziehungsgestaltung)
- Die Maßnahmen werden oftmals unterschiedlich lange und in unterschiedlicher Form gegeben
- Das Patientenkollektiv (Menschen mit Demenz) ist keine homogene Gruppe
- Einfache Kausalitäten (Ursache-Wirkung) sind kaum zu erwarten
- Die zu messenden klinischen Ergebnisse (Endpunkte/ Outcomes) sind oftmals unklar und variieren (Lebensqualität oder Verweildauer oder Arzneimittelverbrauch?)
- Einer klinischen Signifikanz steht die Bedeutung hinsichtlich einer Alltagsrelevanz gegenüber (z.B. Gehstreckenerhöhung = Erleichterung im Alltag?)
- Die zugrunde liegenden Maßnahmen sind hinsichtlich der theoretischen Modelle in der Wirkungsbeschreibung und Wirksamkeit unzureichend vorgeklärt (z.B. Validation / Aromatherapie / Basale Stimulation → Neurophysiologie?)

Es gibt noch weitere Faktoren, die es aus der Perspektive der Wissenschaft erschweren, durchgeführte Maßnahmen und eingesetzte Konzepte der Versorgung von Menschen mit Demenz zu evaluieren. In aller Regel kann nicht auf eine Maßnahme, sondern nur auf ein Maßnahmenbündel hin untersucht werden. Es handelt sich demnach nicht um einfache Messmöglichkeiten auf der Basis standardisierter Methodenprogramme, wie sie z.B. im Rahmen von Medikamentenstudien möglich sind. Vielmehr sind die Konzepte und Maßnahmen als komplexe Interventionen zu begreifen.^{75 76} Dies macht eine Evaluation auf der Ebene der konkreten Programme notwendig und führt zur Abkehr der Fokussierung der Forschung mit dem Primat des Einsatzes standardisierter Methodenregeln.⁷⁷ Aus diesem Grunde finden sich in der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur auch nur wenige als qualitativ hochwertigen Studien zu bezeichnenden Ergebnisse vor.

Dessen ungeachtet müssen Modelle und Projekte nach besten Möglichkeiten hin untersucht werden, so man sie argumentativ in Forderungen der Finanzierung überführen möchte und als Teile einer Regelversorgung anerkennen lassen will.

3.5 Förderlinien von Projekten

Zu der vorliegenden Thematik liegen neben einzelnen Ergebnissen auch Hinweise darauf vor, wer die Treiber für eine Entwicklung sind. Eine flächendeckende Erarbeitung ist auch abhängig und in Teilen angewiesen auf einzelne Förderungen. Nachfolgend sollen die grundsätzlichen Förderlinien benannt werden, die sich intensiv um Projekte und die Etablierung von Strukturen bemühen. Als Projektinitiatoren lassen sich sechs Ebenen identifizieren, wobei die nachfolgende

⁷⁵ Campbell 2007

⁷⁶ Campbell et al. 2000

⁷⁷ Höhmann und Bartholomeyczik 2013

Auflistung keinen Anspruch auf Vollständigkeit hat. Die nachfolgend genannten Projektklinien sind als Beispiele zu verstehen:

- Projektförderung auf Bundesebene (z.B. Konsiliar- und Liaisondienst Kaufbeuren)
- Projekte auf Landesebene (Bayern, Rheinland-Pfalz, Nordrhein Westfalen)
- Projekte gefördert durch die Robert Bosch Stiftung (z. B. Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart)
- Projekte auf Trägereben (z.B. Dem-i-K Saarland, Malteser Deutschland, DiAG-Caritasverband, Köln)
- Projekte der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (z.B. Landesverband Bayern: Menschen mit Demenz im Krankenhaus)
- Projekte von einzelnen Krankenhäusern (z. B. Klinikum Nürnberg Nord, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein)

Die Projektreihe Blickwechsel Demenz nimmt eine besondere Rolle ein, denn sie zeigt, wie mit einer Unterstützung (in diesem Falle u.a. des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen) eine hohe Verbreitung von Ansätzen erzielt werden konnte. Derzeit befinden sich in der Projektreihe Blickwechsel Demenz NRW 71 Krankenhäuser in der Beratung, die sich bereit erklärt haben, in ihren Häusern demenzspezifische Konzepte zu erarbeiten und in den gegenseitigen Austausch über ihre Erfahrungen zu treten. An den bereits abgeschlossenen Projekten Blickwechsel Demenz.regional und Blickwechsel Nebendiagnose Demenz hatten in den Vorjahren bereits vier Kliniken teilgenommen.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft unterstützt verschiedene Projekte und leistet Öffentlichkeitsarbeit für das Thema. Darüber hinaus werden auch wichtige inhaltliche Impulse für die Praxis gegeben. So ist z.B. auf der Homepage ein Informationsbogen Patientinnen und Patienten mit einer Demenz bei Aufnahme im Krankenhaus zugänglich und ein Begleitheft dazu für das Klinikpersonal.

4. Methodenbeschreibung der Studie

Im Kapitel 4 erfolgen Angaben zur Methodik der vorliegenden Studie. Das Pflege-Thermometer ist insgesamt als eine deskriptive Querschnittstudie angelegt. Grundlage ist eine standardisierte Befragung /Fragebögen als Paper-Pencil-Version) mit überwiegend geschlossenen Antwortmöglichkeiten. Die Antwortkategorien werden überwiegend in Form von Likert-Skalen abgebildet. Die Ergebnisse beschreiben die Einschätzungen der Befragten zum Zeitpunkt der Erhebung. Die befragten Personen werden als Experten vor Ort betrachtet, deren Sichtweise und Perspektive von zentraler Bedeutung für die Darstellung von bestehenden Entwicklungen im Gesundheitswesen sind.

Als Zielgruppe für die Untersuchung wurden in diesem Jahr die Abteilungs- und Stationsleitungen von Stationen im Akutkrankenhaus ausgewählt. Dabei wurde bewusst das mittlere Management aus den folgenden Aspekten heraus ausgewählt: Es wird davon ausgegangen, dass die Leitungen der Abteilungen/Stationen Aussagen zur Versorgungssituation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus treffen können, die in der allgemeinen Krankenhausstatistik nicht berücksichtigt werden können. Ferner wird angenommen, dass die Abteilungs-/Stationsleitungen einen Gesamtüberblick über die Personalsituation und vorkommenden Ereignisse im Zusammenhang mit der Versorgung von Menschen mit Demenz auf ihren Stationen haben und somit ein realitätsnahes Bild abgeben können. Mit der Auswahl

wird bewusst die Zielperspektive der konkreten Arbeit vor Ort ausgewählt. Einschätzungen können sich daher ggf. in der Betrachtung unterscheiden, wenn man auf der Ebene der Pflegedirektionen den Gesamtüberblick über das Krankenhaus erfragt oder aber die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Schichten zu ihren Eindrücken befragt werden. Beide Perspektiven würden eine gesonderte eigene Erhebung nach sich ziehen.

Im Pflege-Thermometer 2014 werden mehrere Forschungsfragen untersucht, die in thematischen Blöcken zusammengefasst werden. Die übergeordneten Forschungsfragen lauten:

1. Wie werden Aspekte der Versorgung der Menschen mit Demenz im Krankenhaus eingeschätzt und an welchen Aspekten der konkreten Veränderung / Anpassung der Versorgung wird derzeit gearbeitet?
2. Unter welchen Rahmenbedingungen findet die Versorgung statt und wie sind die Auswirkungen der Rahmenbedingungen auf Seiten der konkreten Patientenversorgung (Patientensicherheit) einzuschätzen?

Die im Studienbericht ausgewiesene Literatur dient der Einordnung der Ergebnisse in bestehende Diskussionen und gibt weiterführende Hinweise zur Vertiefung zu den einzelnen Themen. Es liegt keine systematische, sondern eine zielgerichtete Literaturrecherche zu Einzelfragen vor, die die Argumentationen in der Studie absichern. Dabei liegt der Fokus überwiegend auf der deutschsprachigen Literatur und der Einordnung der Ergebnisse in den Kontext des bundesdeutschen Gesundheitswesens. Englischsprachige Literatur wird, wo zweckdienlich, mit aufgenommen. Die vorliegende Literaturliste ist demnach nicht als eine Übersicht aller zur Verfügung stehenden Studien und Berichte zu werten.

Ethisch relevante Aspekte der Befragung wurden diskutiert. Diese umfassten u.a. die Art der Fragen selbst und vor allem Fragen des Datenschutzes und der Anonymisierung der Befragung. Ein ethisches Clearing zur Befragung durch eine externe Kommission wurde nicht gesondert durchgeführt. Ein hohes Vulnerabilitätspotenzial liegt nicht vor, da die Pflegenden ausschließlich in ihrer Rolle als professionelle Pflegekräfte mit alltagsüblichen Themen befragt wurden. Gesonderte Informationen an Betriebsräte oder Mitarbeitervertretungen wurden nicht gegeben, da die Bögen an die Pflegedirektionen gesendet wurde und hier von einer hausinternen Prüfung ausgegangen wurde, ehe die Bögen an ausgewählte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitergegeben wurden. Es wurde davon ausgegangen, dass die freiwillige Teilnahme an der Befragung und der lange Zeitraum der Antwortmöglichkeit ausreichend Spielraum für eine reflektierte Entscheidung über eine Teilnahme der Befragten ermöglichte. Im Informationsschreiben wurde auf die Freiwilligkeit der Beantwortung ausdrücklich hingewiesen. Ferner wurde darauf verwiesen, dass eine Nichtteilnahme keine negativen Einflüsse für die Beteiligten hat. Die Rücksendung wurde als informed consent gewertet.

Sofern nicht anders beschrieben, werden in den Diagrammen die Angaben aller Antworten mit einbezogen und nicht die gültigen Prozentwerte verwendet (prozentuale Verteilung der Werte ohne fehlende Werte). Fehlende Werte werden in den Grafiken kenntlich gemacht bzw. jeweils die Anzahl der Antworten ausgewiesen. In manchen Fällen variieren daher die entsprechenden Fallzahlen (N) in den Antworten. In den Grafiken werden Daten unterhalb einer 5-Prozent-Grenze nicht beschriftet, da Überlappungen der Beschriftungen der Kategorien vermieden werden sollen und die Lesbarkeit der Diagramme erhalten bleiben soll.

4.1 Fragebogenkonstruktion

Der Fragebogenerstellung des Pflege-Thermometers 2014 ging eine mehrmonatige Phase des Netzwerkaufbaus, der Kontaktaufnahme zu Expertinnen und der Festlegung der zentralen Fragenstellungen voraus. Die Fragen und Themenschwerpunkte wurden aus der Auseinandersetzung mit entsprechender Literatur und vor dem Hintergrund diskutierter Themen auf Tagungen und vorausgegangener Projekte und Studien entwickelt. Im Vorfeld fand eine Literaturrecherche mit den Schlagworten Demenz und Krankenhaus, Delir und Krankenhaus im deutschsprachigen Raum statt. Des Weiteren wurden Projektberichte recherchiert und eine weitere Identifizierung relevanter Literatur über das Schneeballsystem vorgenommen. Internationale Literatur wurde nur in bestimmten Fragestellungen hinzugezogen.

Aus einem Mindmap der relevanten Themen wurden nach einer Diskussion in einer Netzwerkgruppe von Akteuren in NRW die wichtigsten Schwerpunkte für die Befragung herausgearbeitet. Für die Sichtung des Fragebogenentwurfes und die Überprüfung auf Vollständigkeit der abgebildeten Konstrukte sowie einer Bewertung der Fragen konnten Expertinnen gewonnen werden, die bereits mehrjährige Erfahrungen in wissenschaftlicher Arbeit und in dem Themenfeld Demenz im Krankenhaus haben. Es konnten sechs ausführliche Rückmeldungen eingearbeitet werden, wobei darüber hinaus weitere Anpassungen konkreter Formulierungen vorgenommen wurden. Auf Anraten aller Expertinnen wurde eine Kürzung des Bogens durchgeführt. Aus diesen Bearbeitungen entstand die abschließende Version des Fragebogens.

An dieser Stelle sei den Expertinnen, Fr. Dr. Angerhausen (Der Paritätische, NRW), Fr. Josten (Caritas Köln), Fr. Kirchen-Peters (iso Institut Saarbrücken), Fr. Plenter (Der Paritätische, NRW), Fr. Prattke (ZAB Gütersloh), Fr. Dr. Sottong (Malteser Köln) herzlich gedankt.

Der Fragebogen umfasst sechs doppelseitig bedruckte Seiten mit einem erläuternden Anschreiben. Er enthält insgesamt 30 Fragekomplexe, aus denen insgesamt 167 einzelne Variablen (bzw. Items) generiert werden konnten. Der Fragebogen wurde mit überwiegend geschlossenen Fragen standardisiert konzipiert, wobei Fragen mit Einfach- und Mehrfachnennungen vorkamen. Bewertungen werden in Form von Likert-Skalen und Bewertungen im Schulnotensystem abgefragt. Zusätzlich wurden relevante Kennzahlen abgefragt (z. B. Anzahl von bestimmten Vorkommnissen oder Personal in bestimmten Zeiträumen, Personalbesetzung in den Schichten), die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern handschriftlich anzugeben waren. Es wurden keine personenbezogenen Daten erhoben, die eine Identifizierung einzelner Personen oder aber der konkreten Einrichtung / Station zugelassen hätten. Somit erfolgte eine anonyme Befragung.

Die Beantwortung des gesamten Fragebogens wurde mit einem Arbeitsaufwand von 20 bis 30 Minuten angesetzt und zeitlich kontrolliert. Die Leitungen benötigten zur Bearbeitung keine weiteren Hilfsmittel.

Versendet wurde der Fragebogen Anfang Februar 2014. Der Bearbeitungszeitraum für die Teilnehmer erstreckte sich vom 12. Februar bis zum 21. März 2014. Fragebögen, die nach der abschließenden Eingabe der Daten eintrafen, konnten nicht in die Auswertung einbezogen werden.

4.2 Stichprobenbeschreibung und Rücklauf

Für die Studie wurden alle Krankenhäuser in Deutschland angeschrieben, die mindestens 100 Betten aufweisen. Als Adressgrundlage diente das Deutsche Krankenhaus Verzeichnis, aus dem mittels Filterfunktion Kinderkliniken, reine Psychiatrische Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen ausgeschlossen wurden. Somit konnten an 1.563 Krankenhäuser die Unterlagen versendet werden. Es wurden jeweils fünf Exemplare der Fragebögen an die Pflegedienstleitungen der Einrichtungen geschickt. Den Pflegedienstleitungen lag ein Informationsanschreiben über den Ablauf der Studie mit der Bitte um Weiterleitung an aus ihrer Sicht geeignete Stationen bei.

Insgesamt wurden bundesweit 7.815 Fragebögen versendet. Ans dip wurden 1.887 Fragebögen zurückgeschickt. Somit ergibt sich ein Bruttorücklauf von 24 Prozent. Es erfolgte eine Datensichtung mit Plausibilitätskontrollen der eingesendeten Fragebögen. 43 Fragebögen wurden ausgeschlossen, da sie fehlerhaft oder nur in sehr geringen Teilen ausgefüllt waren. Somit basiert der vorliegende bereinigte Datensatz auf 1.844 Fragebögen und ergibt einen Rücklauf von 23,5 Prozent. Die Stichprobe umfasste in der Summe 65.765 Betten auf den beteiligten Abteilungen /Stationen. In der Studie wurden alle Allgemeinen Krankenhäuser ab 100 Betten angeschrieben. Die Gesamtbettenzahl dieser allgemeinen Krankenhäuser beträgt 443.148 Betten. Damit bildet die vorliegende Stichprobe einen Anteil von 15 Prozent der vorhandenen Betten in Krankenhäusern ab.

4.3 Aufbereitung und Auswertung der Daten

Der Fragebogen wurde mittels TeleForm 10.0 in einen automatisiert einlesbaren Fragebogen überführt. Es erfolgte der Aufbau einer Datenmatrix mittels SPSS 20.0 und ein Codeplan wurde erstellt. Die grafische Aufbereitung der Daten erfolgte mittels Microsoft Excel 2013. Die eingelesenen Fragebögen wurden einzeln verifiziert und kontrolliert. Es erfolgten Plausibilitätsprüfungen zu einzelnen Eingaben (z.B. Angaben zur Bettenzahl der Station / Anzahl der Beschäftigten / Anzahl Patienten).

Eine automatisierte Datentrimmung erfolgte nicht. In Fällen nicht eindeutiger handschriftlicher Daten (Angaben zur Anzahl von Personen / Anzahl von Ereignissen) oder nicht plausibler Eingaben wurden die Angaben als fehlend gewertet und aus den Berechnungen herausgenommen. Die Datenaufbereitung, Datentestung und Auswertung erfolgte über den Zeitraum März 2014 bis Mai 2014.

Lediglich ausgewählte Aspekte der freien Beantwortung (Anzahl der Betten, der Patienten, der Pflegekräfte etc.) entsprechen Intervallskalenniveau. Hier werden in der Studie u.a. auch Mittelwerte ausgewiesen. Für alle anderen (Ordinalskalen) gilt, dass lediglich eine Beschreibung der Häufigkeit oder der relativen Anteile ausgewiesen wird.

5. Angaben zu den Einrichtungen und den Antwortenden

In diesem Kapitel erfolgt eine Beschreibung der Stichprobe und Einordnung der Daten bezogen auf die Anzahl der bundesdeutschen Krankenhäuser.

5.1 Merkmale der Stationen

Bezüglich der Verteilung nach Bundesländern ist festzustellen, dass ca. ein Drittel (27,6 Prozent) der antwortenden Stationen aus Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen stammen, gefolgt von

Bayern mit 15,3 Prozent. Es befinden sich in diesen beiden Ländern auch die meisten der bundesdeutschen Krankenhäuser.

Da es sich bei dem Rücklauf um Stationen/Abteilungen und nicht um die Anzahl der antwortenden Krankenhäuser handelt, können aus der folgenden Abbildung keine Schlüsse zur konkreten Repräsentativität gezogen werden. Allerdings lässt sich ablesen, dass die Stichprobe alle Bundesländer beinhaltet und jedes Bundesland korrespondierend zur Krankenhausanzahl annähernd identisch zur Krankenhausstatistik vertreten ist.

	Antwortende Stationen /Abteilungen	Prozent	Anzahl Krankenhäuser 2012	Prozent
Baden-Württemberg	209	11,3	285	16,3
Bayern	283	15,3	370	21
Berlin	49	2,7	79	4,5
Brandenburg	41	2,2	53	3
Bremen	22	1,2	14	0,8
Hamburg	36	2,0	47	2,7
Hessen	131	7,1	174	9,9
Mecklenburg- Vorpommern	24	1,3	39	2,2
Niedersachsen	142	7,7	197	11,2
Nordrhein-Westfalen	509	27,6	401	22,8
Rheinland-Pfalz	131	7,1	95	5,4
Saarland	55	3,0	23	1,3
Sachsen	72	3,9	80	4,5
Sachsen-Anhalt	34	1,8	49	2,8
Schleswig-Holstein	51	2,8	94	5,3
Thüringen	45	2,4	45	2,6
Gesamtsumme	1.834		1.760	

Tabelle 1 Teilnehmende Krankenhäuser im Vergleich zur Verteilung der KH in den Bundesländern

Zur Beschreibung der Größe der Krankenhäuser wurden die in der Krankenhausstatistik üblichen Bettenkategorien gewählt, wobei hier die Kategorisierung erst bei 100 Betten anfängt. Auch bei den Bettenzahlen lässt sich beschreiben, dass alle Größeneinteilungen vertreten sind, wobei die größte Gruppe der vertretenen Einrichtungen, die Gruppe von 200-300 Betten ist (17,6 Prozent) und die kleinste Bettenkategorie die Häuser von 600-800 Betten darstellt (7,6 Prozent).

Die Bettenzahl der Abteilungen/Stationen lag im Mittel bei 37. Bei 95 Prozent der Fälle lagen die Bettenzahlen in einem Bereich zwischen 36,23 und 38,25.

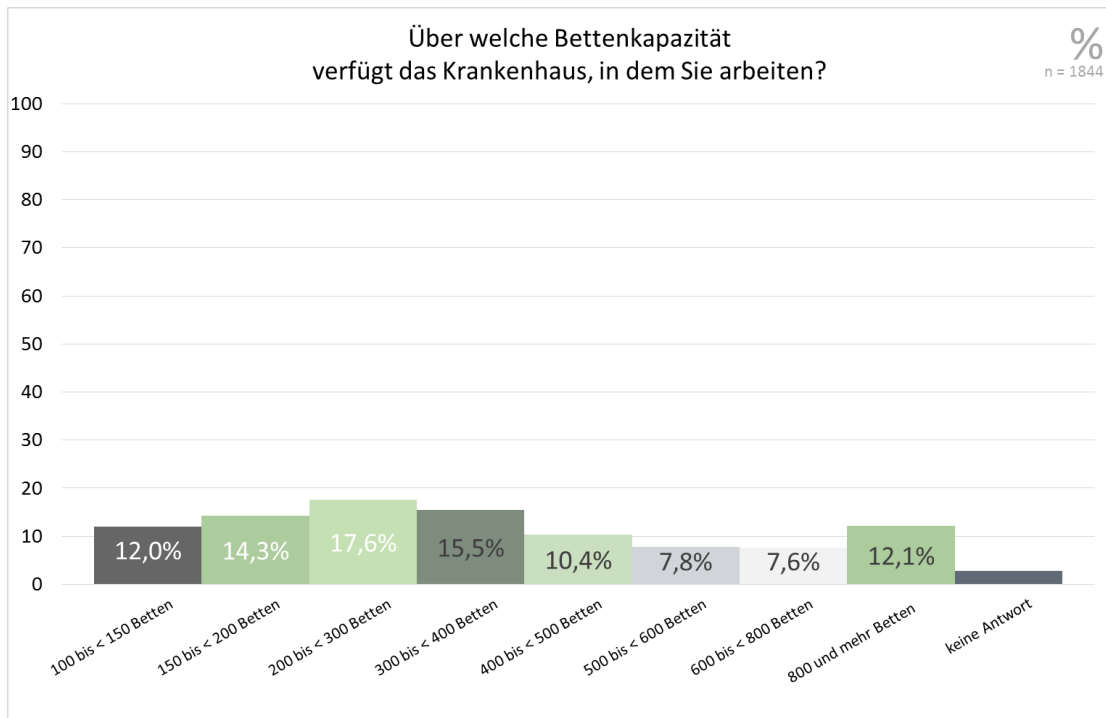


Abbildung 4 Bettenkapazität der teilnehmenden Krankenhäuser

Bei den Trägerschaften ist die öffentliche Trägerschaft mit mehr als der Hälfte (50 Prozent) vertreten, frei gemeinnützige Träger mit 28 Prozent und private Träger mit einem Anteil von 15 Prozent. Nach Angaben der aktuellen Krankenhausstatistik befanden sich 2012 35,6 Prozent der Krankenhäuser in frei-gemeinnütziger, 34,6 Prozent der Krankenhäuser in privater Trägerschaft und 29,8 Prozent gaben öffentliche Träger an. Damit scheinen die privaten Träger sowie auch die frei-gemeinnützigen Träger insgesamt unterrepräsentiert.

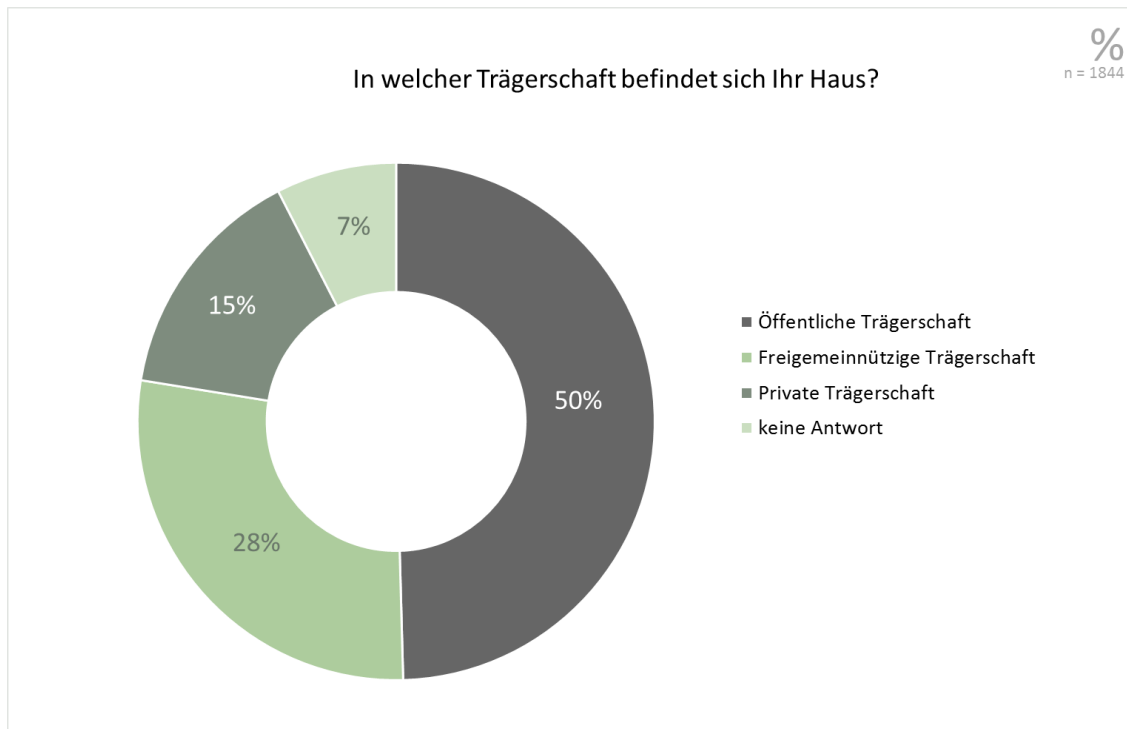


Abbildung 5 Trägerschaften der teilnehmenden Häuser

5.2 Merkmale der teilnehmenden Stationen

Von den teilnehmenden Stationen wurde neben der Größe der Station auch der übergeordnete Fachbereich erfragt. Es sollte angegeben werden, welche Disziplin am ehesten dem Arbeitsbereich entspricht. Angaben, die mehrere Nennungen beinhalteten, wurden keiner Fachrichtung zugeordnet und in der Kategorie „Sonstige und gemischte Abteilungen“ zusammengefasst.

Unter den definierten Fachbereichen kann der größte Teil der antwortenden Abteilungen/Stationen der inneren Medizin zugeschrieben werden (32,0 Prozent). Ebenso ist die Gruppe der Sonstigen und gemischten Abteilungen (22,5 Prozent) stark vertreten und auch die Chirurgie (12,1 Prozent) sowie die Geriatrie (8,6 Prozent). In der folgenden Abbildung werden die zehn häufigsten teilnehmenden Abteilungen/Stationen aufgelistet. Als spezielle Demenzstationen konnten 57 (3,2 Prozent) antwortende Abteilungen/Stationen identifiziert werden.

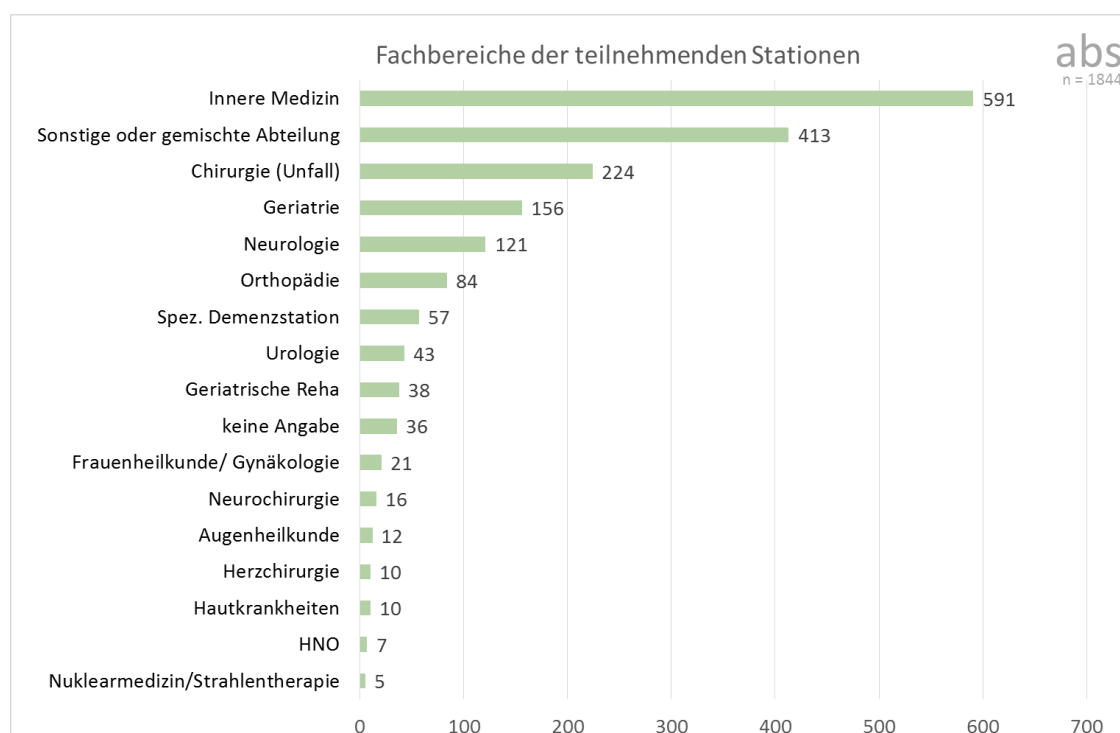


Abbildung 6 Fachbereiche der teilnehmenden Stationen

Die Grafik verdeutlicht die absoluten Angaben der Verteilung der Fachbereiche in der Stichprobe.

5.3 Merkmale der Abteilungs-/Stationsleitungen

78 Prozent der Befragten waren weiblich und 21 Prozent männlich. Der Anteil der Männer in Leitungspositionen ist in der Relation höher als in der Pflege insgesamt. Bei Pflegekräften im Krankenhaus liegt der Anteil der weiblichen Pflegekräfte Angaben des Statistischen Bundesamtes zufolge bei 86 Prozent (destatis.de).

Hinsichtlich des Alters der antwortenden Leitungskräfte lassen sich die folgenden Kennzahlen beschreiben: Die größte Gruppe der Teilnehmenden war die der 41-50-Jährigen. In den Gruppen

31-40-Jährige und 51-55-Jährige befinden sich jeweils ca. 20 Prozent der Angaben. 20-25-jährige und älter als 61-jährige Leitungen kommen so gut wie nicht vor (je ca. 1,5 Prozent).

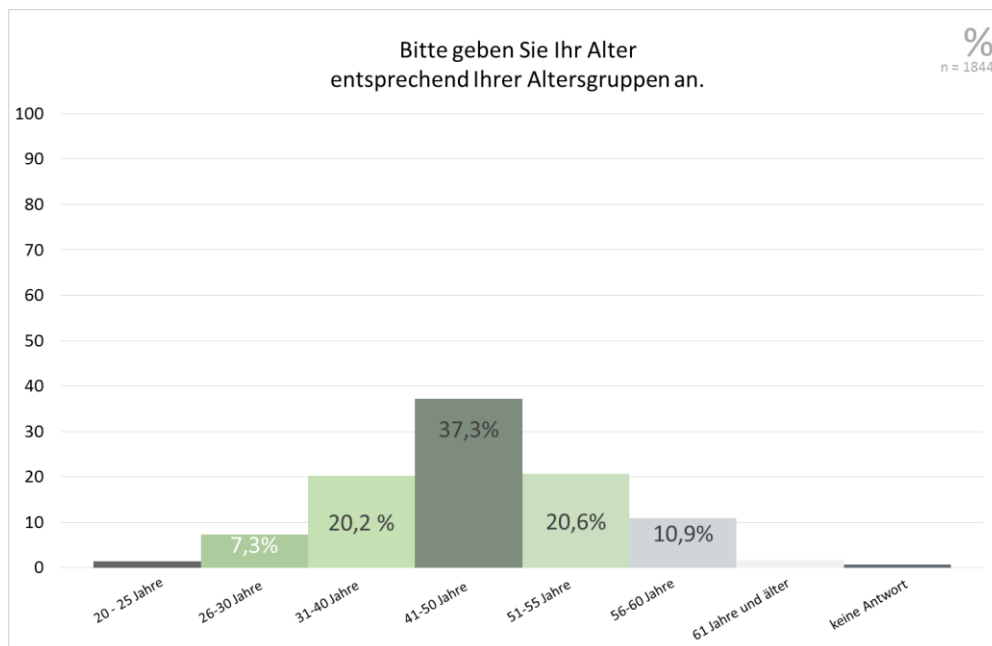


Abbildung 7 Altersgruppen der teilnehmenden Leitungen

Die teilnehmenden Abteilungs-/Stationsleitungen sind in hohem Maße berufs- und leitungserfahrene Pflegekräfte. Im Durchschnitt kamen die antwortenden Pflegenden auf 23,5 Jahre Berufserfahrung und waren bereits seit 11,49 Jahre in einer Leitungsfunktion. Die Angaben zur beruflichen Erfahrung lagen bei ca. 68 Prozent der Antwortenden zwischen 22,1 und 24,1 Jahren. Es handelt sich somit um eine relativ homogene Verteilung hinsichtlich der Berufserfahrung.

Um das Aufgabenspektrum der entsprechenden Leitungen näher zu beschreiben, wurden die Zeiten von direkter Patientenversorgung und administrativer Tätigkeit ins Verhältnis gesetzt. Die teilnehmenden Abteilungs-/Stationsleitungen haben durchschnittlich die Möglichkeit, jeweils fast zu gleichen Teilen in der direkten Patientenversorgung (48 Prozent) und in administrativer Tätigkeit (52 Prozent) zu arbeiten.

6. Ergebnisse zum Themenfeld: Aufnahmesituation und Prävalenz

Die nachfolgenden Ergebnisse geben einen Einblick bezüglich der in der Studie ermittelten Patientenzahlen und u.a. auch der Prävalenz von Menschen mit Demenz in unterschiedlichen Fachbereichen aus der Perspektive der Pflegenden.

6.1 Kennzahlen zur Aufnahmesituation der Patienten

Ein erster relevanter Aspekt zu den Kennzahlen der Patienten auf der Stations sind Ergebnisse aus der Befragung zur Einweisungssituation. Befragt wurde zur Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einer Demenz, die im Zeitraum der letzten Woche auf der Station behandelt wurden. In der Gesamtsumme wurden 16.079 Patientinnen und Patienten angegeben.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die aus einer Kurzzeitpflegeeinrichtung oder einer vollstationären Pflegeeinrichtung eingewiesen wurden, wird mit 8.745 angegeben. Das entspricht einem Anteil von 54,4 Prozent.

Ca. ein Drittel (32,1 Prozent) der Patientinnen und Patienten erhielten, den Angaben der Leitungen zufolge, vor der Krankenhauseinweisung Hilfen durch ambulante Pflegedienste. In der Gesamtheit zeigt sich, dass es sich in einem hohen Anteil um Patientinnen und Patienten handelt, die bereits im professionellen Pflegesystem Unterstützung erhalten.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die eine gesicherte Diagnose aufweisen, wird dabei mit lediglich 14,3 Prozent angegeben. Hierbei wurde erläutert, dass eine gesicherte Diagnose aus der Einweisung, einem Arztbrief oder einer alten Akte hervorgehen kann.

Zentral für Fragen der Angehörigenarbeit und des Einbezugs von Angehörigen in die stationäre Versorgung ist, ob Angehörige überhaupt in Erscheinung traten. Dabei wurde für einen Anteil von 27,3 Prozent angegeben, dass im Zeitraum der Woche keine Angehörigen vorhanden waren, die auf der Station bekannt waren oder die bei der Aufnahme mit anwesend waren. Nur bei 1,9 Prozent waren Angehörige nicht nur anwesend, sondern konnten im Rahmen eines Roomin-in auch mit aufgenommen werden. Jedoch waren bei 61,3 Prozent der eingewiesenen und im Zeitraum von einer Woche behandelten Patientinnen und Patienten Angehörige mit dabei, die auch im Rahmen der Versorgung und Betreuung mit eingebunden wurden (z.B. im Rahmen von Hilfestellungen bei der Nahrungsverabreichung etc.).

Eine wichtige Frage ist die nach der Polypharmazie bei Menschen mit einer Demenz. Polypharmazie beschreibt der Umstand der Einnahme verschiedener Medikamente bei derselben Patientin/beim selben Patienten. Dabei finden sich unterschiedliche Definitionen. So wird laut WHO-Definition bereits bei mehr als drei verschiedenen Medikamenten von einer Polypharmazie gesprochen, in anderen Studien üblicherweise bei mehr als fünf Medikamenten pro Patient. Menschen mit einer Demenz gelten als besonders gefährdet hinsichtlich der Einnahme von zahlreichen Medikamenten, die in der Wirkung sowie in der Wechselwirkung oftmals nicht konkret eingeschätzt werden können. Bei 78,2 Prozent der Patientinnen und Patienten wurde festgestellt, dass diese mehr als fünf verschiedene Medikamente am Tag einnehmen. Die Problematik bei der Einnahme unterschiedlicher Medikamente liegt im Risiko von unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen. Dieses Risiko erhöht sich mit der Einnahme verschiedener Medikamente. Die Daten zur Inzidenz schwanken aufgrund methodologischer Unterschiede.⁷⁸ Neuner-Jehle zitiert eine amerikanische Studie, nach deren Ergebnissen bereits bei der Einnahmen von zwei Medikamenten zu 13 Prozent das Risiko unerwünschter Interaktion der Medikamente besteht, bei mehr als vier Medikamenten zu 38 Prozent und bei sieben verschiedenen Medikamenten zu 86 Prozent.⁷⁹

6.2 Kennzahlen zur Prävalenz von Menschen mit Demenz

Die Studien, die konkrete Kennzahlen zur Prävalenz von Menschen mit Demenz im Krankenhaus analysierten, wurden in den vorangegangenen Kapiteln benannt. In der vorliegenden Studie wurden die Ergebnisse in unterschiedlicher Art und Weise erhoben.

⁷⁸ Burkhardt et al. 2007

⁷⁹ Neuner-Jehle 2011

So wurde u.a. für die einzelnen Schichten erfragt, wie viele Patientinnen und Patienten sich auf der Station befinden und wie viele der Patientinnen und Patienten aus der Einschätzung der Pflegenden heraus Kennzeichen einer Demenz aufweisen. Wie oben beschrieben, lagen nur bei ca. 14 Prozent gesicherte Diagnosen vor. Hintergrund der individuellen Einschätzung ist demnach das beobachtete Verhalten der Patientinnen und Patienten, das die Pflegenden den Symptomen einer Demenz zuordnen würden. In der Gesamtauswertung zeigt sich das folgende Bild: Die befragten Leitungskräfte gaben im Frühdienst im arithmetischen Mittel 31,4 Patienten auf einer Station an, von denen ihrer Einschätzung zufolge 6,7 Patienten Symptome einer Demenz aufwiesen. Berechnet man die Relation aus den Daten, ergibt sich eine Prävalenz von 23,3 Prozent an Patienten mit Symptomen einer Demenz. Hierbei ist die Unsicherheit der unklaren Diagnosestellung enthalten, da die Pflegenden nur in einem geringen Umfang auf eine gesicherte medizinische Diagnose zurückgreifen können.

Dabei ergeben sich große Unterschiede in den jeweiligen Fachrichtungen. Da in der Stichprobe auch spezialisierte Stationen für Menschen mit einer Demenz angefragt wurde, kann davon ausgegangen werden, dass der Mittelwert (über alle) stark verzerrt wird durch die geriatrischen Stationen (N=143), die geriatrischen Rehabilitationseinheiten (N=38) und die demenzspezifischen Stationen (N=57).

Die nachfolgende Tabelle weist dabei die für den Frühdienst spezifischen Prävalenzzahlen der jeweiligen Fachrichtungen auf. Einbezogen wurden hierbei nur Fachrichtungen, die insgesamt eine nennenswerte Rückmeldung aufwiesen (N>50). Für andere Bereiche (z.B. HNO, Hautkrankheiten, Gynäkologie) werden die Kennzahlen nicht ausgewiesen.

Fachbereiche der Stationen	Prävalenz	N
Spez. Demenzstation	68,0%	57
Chirurgie (Unfall)	18,9%	208
Innere Medizin	20,8%	545
Geriatrie	41,9%	143
Neurologie	18,7%	114
Orthopädie	12,2%	75
Sonstige oder gemischte Abteilung	21,2%	367

Tabelle 2 Prävalenzeinschätzung von Menschen mit Demenz nach Fachrichtungen

Zu erkennen ist eine breite Spreizung der Prävalenz, die von 12,2 Prozent für die Orthopädie bis zu 68 Prozent für die demenzspezifischen Stationen reicht, wobei hier angenommen werden muss, dass diese Stationen vermutlich auch (z.B. bei Bettenknappheit) mit anderen Patienten belegt werden und somit nicht auf eine 100-prozentige Auslastung durch Menschen mit Demenz kommen.

Zu sehen ist jedoch, dass für die allgemeinen bettenführenden Bereiche und hier besonders für die Innere Medizin und die Unfallchirurgie nennenswerte Prävalenzzahlen von 20,8 Prozent bzw. 18,9 Prozent beschrieben werden. Es ist somit davon auszugehen, dass auch in diesen Fachbereichen eine spezifische Expertise notwendig erscheint und dass Konzepte der Versorgung auch für die allgemeinen Stationen mit entwickelt oder in der Übertragbarkeit überprüft werden müssen.

7. Ergebnisse zum Themenfeld: Personal und Personalausstattung

Im folgenden Kapitel werden die zentralen Ergebnisse aus der Befragung zum Themenfeld Personal vorgestellt. Dabei werden sowohl Fragen der Personalausstattung auf den Stationen fokussiert als auch die Einschätzungen der Pflegenden zur Bedeutsamkeit des Themenfeldes Menschen mit Demenz aus ihrer Perspektive sowie Einschätzungen zur erlebten Belastung und beschriebene Fortbildungsbedarfe für das Pflegepersonal.

7.1 Personalausstattung und Patienten-/Pflegekraft-Relation

Um ein Bild der Personalausstattung auf den Stationen/Abteilungen zu ermitteln, wurde erfragt, wie sich die schichtspezifische Besetzung am letzten absolvierten Arbeitstag der Leitung darstellte. Der zugrunde liegende Einschätzungstag liegt zwischen dem 6. Februar und dem 21. März 2014.

Im Frühdienst waren im arithmetischen Mittel für 31,4 Patienten 3,9 examinierte Pflegendе zuständig. Im Spätdienst sind es bei einer gleichen Anzahl an Patienten (31,2) nur noch 2,9 Pflegekräfte, die durchschnittlich die Versorgung absichern. Betrachtet man die Relationen der Zahl der Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft ist (siehe Tabelle), ist im Durchschnitt im Frühdienst eine examinierte Pflegekraft für 8,6 Patienten zuständig, im Spätdienst eine Pflegekraft für 11,7 und im Nachtdienst versorgt eine Pflegekraft 23,6 Patienten. Die am häufigsten angegebenen Werte (Modalwert) sind in diesem Zusammenhang ebenfalls interessant. So wurde am angegeben, dass nachts dreißig Patienten von einer Pflegekraft gepflegt werden.

	Relation: Patienten zu Pflegekräften im Frühdienst	Relation: Patienten zu Pflegekräften im Spätdienst	Relation: Patienten zu Pflegekräften im Nachtdienst
Mittelwert	8,6	11,7	23,6
Modalwert (häufigst genannter Wert)	8	10	30

Tabelle 3 Durchschnittliche Relation von Patientenanzahl zu Pflegekräften in drei Schichten

Die vorliegenden Ergebnisse korrespondieren mit der europaweiten RN4Cast-Studie von 2011. Im europäischen Vergleich liegt Deutschland mit einem durchschnittlichen Personalschlüssel von 10:1 (dabei sind alle drei Schichten berücksichtigt) mit Estland gemeinsam auf den unteren Rängen. Dies wird u.a. vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) kritisch diskutiert.⁸⁰ Für andere Länder aus dem west- und nordeuropäischen Raum liegen die Kennzahlen der Relationen in der RN4Cast-Studie deutlich niedriger. In Schweden und in der Schweiz sind es beispielsweise sechs Patienten, in England acht, in Norwegen vier und in den Niederlanden fünf. Dies kann in der online-gestützten Auswertung zur Studie grafisch nachvollzogen werden.⁸¹

Die Daten aus dem Pflege-Thermometer 2014 zeigen hier in der vergleichenden Analyse die folgenden Ergebnisse auf:

- Im Tagdienst (Frühdienst und Spätdienst zusammengefasst) werden durchschnittlich 9,3 Patienten von einer Pflegekraft betreut

⁸⁰ Knüppel 2012

⁸¹ vgl. <http://www.pflege-wandert-aus.de>

- Über alle Schichten hinweg (Frühdienst, Spätdienst, Nachtdienst) gemessen sind es durchschnittlich 11,3 Patienten, die von einer Pflegekraft versorgt werden

Die Bestätigung der Zahlen im vorliegenden Pflege-Thermometer sind Hinweise darauf, dass Rationalisierung, wie in der RN4Cast-Studie und im Pflege-Thermometer 2009⁸² beschrieben, in deutschen Krankenhäusern stattfindet und dass zahlreiche Leistungen durch Pflegenden nicht mehr geleistet werden können.⁸³ Diese Rahmenbedingungen sind von großer Bedeutung, bieten sie doch kaum Raum für die Übernahme neuer pflegerischer Aufgaben oder die Umsetzung demenzsensibler Konzepte, deren zeitlicher Aufwand für eine intensivere Förderung der Betroffenen sich nicht wegdiskutieren lässt.

7.2 Bedeutung des Themas aus Sicht der Pflegenden

Menschen mit Demenz im Krankenhaus und die damit verbundene Anpassung an die Versorgung sind aktuell ein zentrales Thema in der Diskussion der Pflegenden. Die herausgehobene Bedeutung wird durch die Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2014 bestätigt.

Die nachfolgende Grafik zeigt die Auswertungen zur generellen Einschätzung der Bedeutung für den eigenen Praxisalltag. Auf einer Skala von eins bis zehn sollte angegeben werden, wie die Bewertung aus der Perspektive der Pflegenden ausfällt.

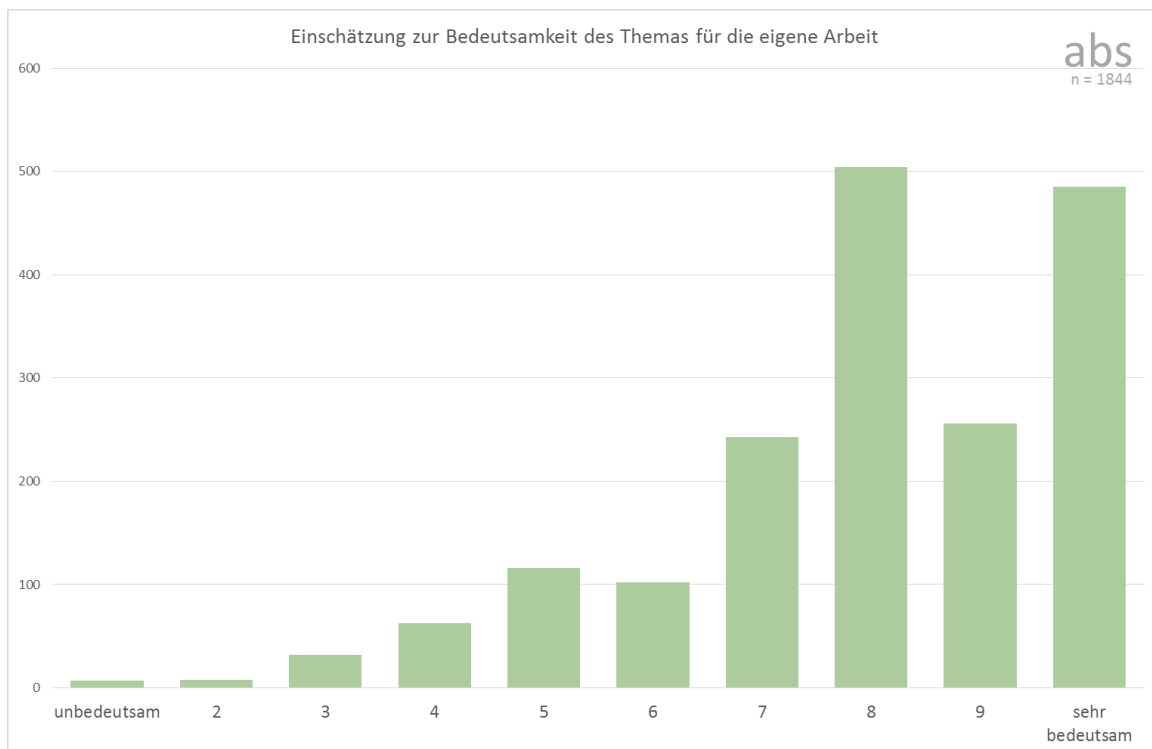


Abbildung 8 Einschätzung zur Bedeutsamkeit des Themenfeldes „Demenz“ für die eigene Arbeit

In der Auswertung zeigen sich zwei Spitzen, die bei acht und bei zehn Punkten liegen. Im Durchschnitt wurde die „Wichtigkeit“ des Themas mit 7,96 angegeben. Die vorliegenden Werte

⁸² Isfort 2009

⁸³ Ausserhofer et al. 2014

für das Thema Demenz im Krankenhaus sind nahezu identisch mit den Ergebnissen zur Bedeutsamkeit aus der Handreichung Demenz der DiAG.⁸⁴

Die Bedeutsamkeit des Themas kann jedoch nicht für sich alleine gewertet werden. Im Rahmen von zahlreichen anderen Initiativen (Aktion saubere Hände/ schmerzfreies Krankenhaus u.a.) sowie vor dem Hintergrund der Etablierung und Verbreitung von Expertenstandards und anderen Leitlinien ist bedeutsam, wie das Thema im Kontext anderer Themen bewertet wird. Darüber hinaus werden in Krankenhäusern auch beständige Qualitätsentwicklungen betrieben etc.

In aller Regel werden in Einrichtungen somit zeitgleich mehrere Projekte und Innovationen vorangetrieben, sodass in der Praxis eine Priorisierung erfolgen muss. Mit der nachfolgenden Frage sollte ein solcher Kontext beachtet werden, um zu klären, wie dieses Thema im Vergleich zu anderen bedeutenden Themen diskutiert wird. Die nachfolgende Grafik zeigt die Beurteilungen an, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.



Abbildung 9 Einschätzung zur Bedeutsamkeit des Themenfeldes im Kontext anderer Themen

Es zeigt sich, dass inhaltlich das Thema Menschen mit Demenz im Krankenhaus auf dem dritten Platz in der Prioritätenliste geführt wird. Aus der Perspektive der Leitungen ist jedoch noch bedeutsamer, wie Pflegedokumentation in der Einrichtung durchgeführt wird. Mit einem größeren Abstand auf den ersten Platz wurde die Einführung / Weiterführung der PKMS-Kodierung gelistet. Der PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score) ermöglicht unter bestimmten Voraussetzungen, dass besonders hoch aufwändige Patienten in der Versorgung auch zusätzlich mit abgerechnet werden können und sich so Mehrerlöse für den pflegerischen Aufwand generieren lassen. Hiervon versprechen sich offensichtlich zahlreiche Einrichtungen und auch Leitungen der Abteilungen/Stationen die Möglichkeit, einer angemessenen Vergütung für den Pflegebereich. So ist ggf. die hohe Priorität zu erklären.

⁸⁴ Isfort 2012

Das Thema korrespondiert dabei nicht automatisch mit der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus, da die Einschätzungen und Kriterien zur Kodierung einer hochaufwendigen Pflege nicht direkt mit einer hohen Beobachtung und Betreuungsleistung in den Zusammenhang zu bringen sind.

7.3 Einschätzungen zum Belastungsempfinden

Die Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus ist nicht nur für die betroffenen Patientinnen und Patienten ein belastendes Ereignis. Es gibt einige Hinweise darauf, dass Pflegende sich über die Missstände in der Versorgung von Menschen mit Demenz im Klaren sind und damit vor innere Konflikte gestellt werden. In Interviews aus der Studie „Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte“ des iso Institutes für Sozialforschung und Sozialwissenschaft in Saarbrücken formulieren Leitungskräfte, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beim Umgang mit Demenzkranken an Ihre Grenzen stoßen.⁸⁵ Bisher gibt es nur wenige Studien zum konkreten Belastungserleben von Pflegenden im Krankenhaus bezüglich der Versorgung von Menschen mit Demenz, aber die vorliegenden Ergebnisse weisen auf deutliche Belastung hin.⁸⁶

Die konkrete Untersuchung von Belastungserleben erfordert aus der Thematik heraus eher ein qualitatives Studiendesign. Im vorliegenden Pflege-Thermometer 2014 wurden einige Situationen benannt, mit denen sich Pflegende im Stationsalltag konfrontiert sehen. Ziel war, Tendenzen abzubilden und zu spezifizieren, welche Situationen als stark belastend bis gar nicht belastend empfunden werden. Die Interpretation und Vergleiche können ggf. Hinweise darauf geben, welche zukünftigen Maßnahmen und Unterstützungsangebote für die Pflegenden ergriffen werden sollten.

Für die vorformulierten Situationen konnten Gewichtungen in der Einschätzung vorgenommen werden. In der nachfolgenden Übersicht werden die Top Ten der genannten Situationen vorgestellt, die die Leitungen als „stark belastend“ bewerteten.

⁸⁵ Kirchen-Peters 2012

⁸⁶ Teschauer 2013

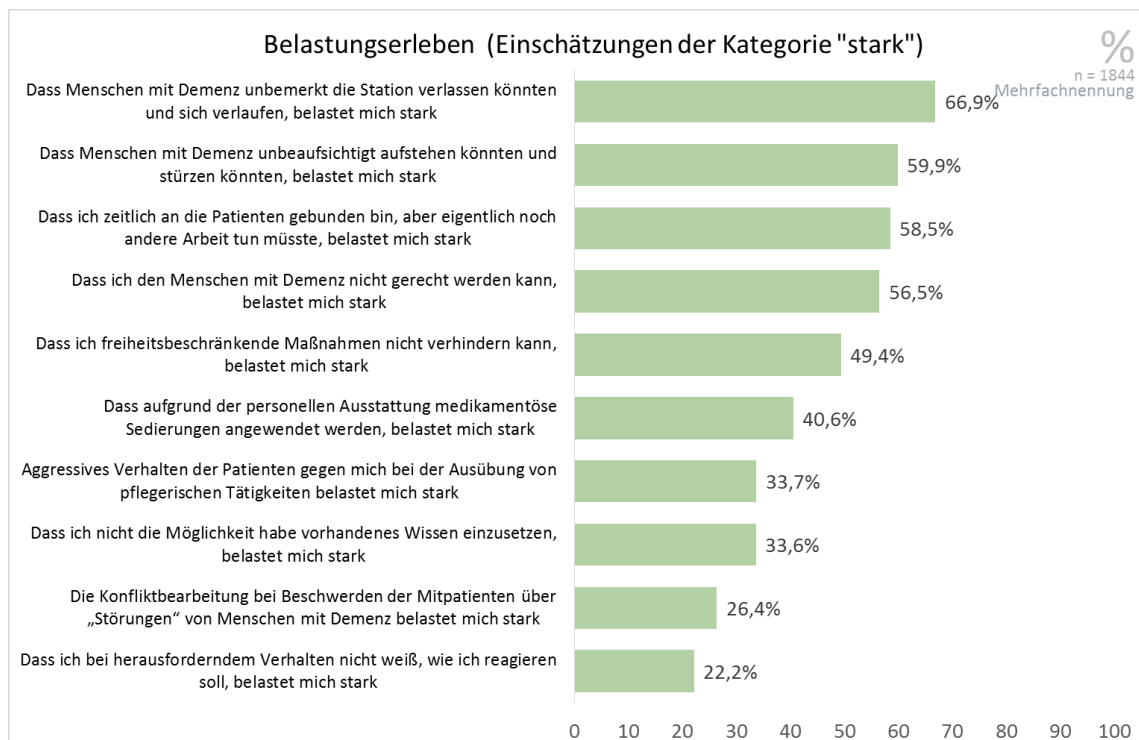


Abbildung 10 Top Ten der als stark belastend eingeschätzten Situationen

Zu allen vorformulierten Aussagen wurden starke Belastungen angegeben, was für die richtige Auswahl der Situationen spricht und gleichzeitig den emotionalen Druck der Pflegenden bei der Versorgung der Patienten mit Demenz deutlich macht.

Der größte Belastungsfaktor aus den vorgegebenen Optionen ist die Sorge, dass Menschen mit Demenz unbemerkt die Abteilung/ Station verlassen könnten. Dies gaben 66,9 Prozent der Befragten als stark belastend an. Von 59,9 Prozent der Befragten als stark belastend angegeben wird die Möglichkeit des unbeaufsichtigten Aufstehens und der daraus resultierenden Sturzgefahr. Von 58,5 Prozent der Befragten als stark belastend empfunden wurde die Situation, zeitlich an die Patientinnen und Patienten mit Demenz gebunden zu sein und noch andere Arbeit tun zu müssen. Fast gleich oft mit der Aussage wird genannt, dass es als stark belastend empfunden wird, den Menschen mit Demenz nicht gerecht werden zu können (56,5 Prozent). Fast die Hälfte (49,4 Prozent) der Befragten empfinden es als stark belastend, freiheitseinschränkende Maßnahmen nicht verhindern zu können. Die anderen Aspekte werden von weniger als der Hälfte der Befragten als stark belastend eingestuft, wobei die nachfolgenden Grafiken mit den Detailbewertungen erkennen lassen, dass die Belastungen gleichwohl als „stark oder aber mäßig“ eingestuft werden.

In der Gesamtschau zeigt sich, dass die patientenbezogenen Aspekte deutlich dominieren. Es werden vor allem die Aspekte als stark belastend eingeschätzt, die mit der Sorge um den anderen verbinden werden können. Die Dimensionen des eigenen Tuns oder aber des Verhaltens der Patientin oder des Patienten gegenüber den Pflegekräften wird dabei deutlich geringer belastend eingestuft. In der Auswertung wird deutlich, dass Pflegenden einen hohen Anspruch an ihre eigene Arbeit haben und ein hohes Problembewusstsein zu Risiken auf Seiten der Patientenversorgung vorliegt. Die Ergebnisse zeigen auch auf, dass im Hinblick auf die Gesundheit von Pflegenden ein Augenmerk auf die kritisch bewerteten Situationen gelegt werden muss, um eine negative Berufserfahrung im Alltag zu minimieren und Defiziterlebnisse

nicht im Vordergrund des Erlebens zu belassen. In den nachfolgenden beiden Grafiken werden die Detailauswertungen zu den einzelnen Aspekten in absteigender Reihenfolge ausgewiesen.

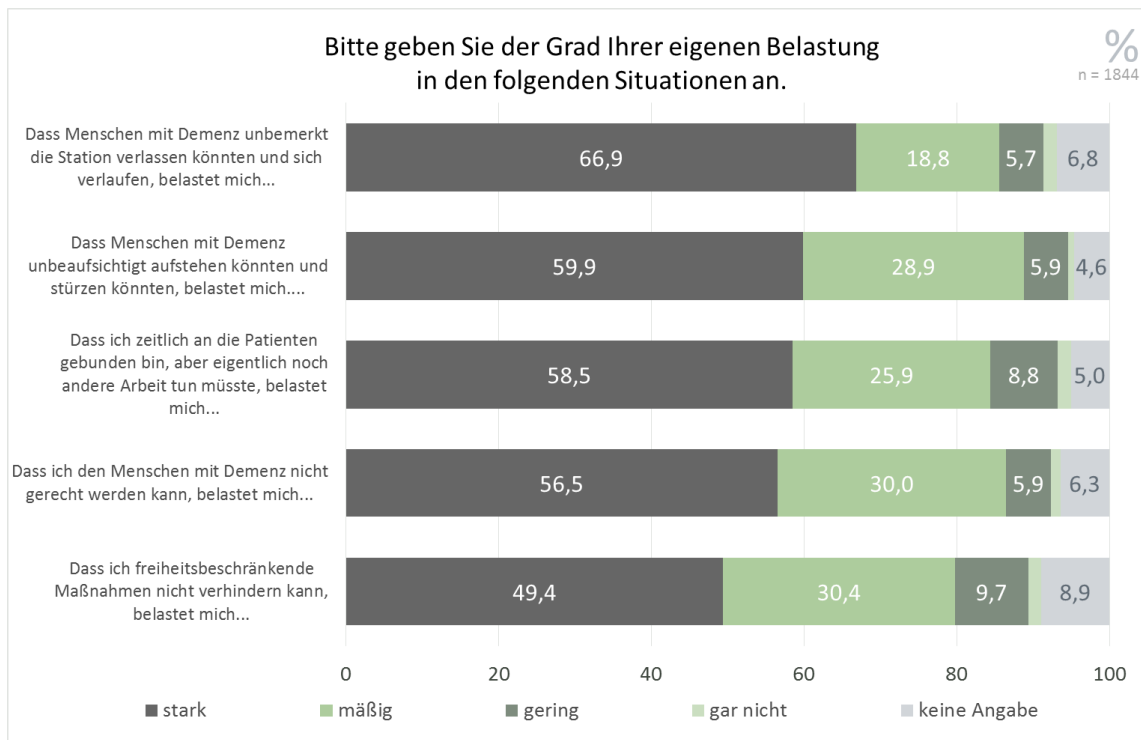


Abbildung 11 Belastend eingeschätzte Situationen 1

In der ersten Grafik sieht man die Dominanz der genannten Bereiche, die in den Top Ten ausgewiesen werden. Auffallend dabei ist, dass jenseits der Kategorie „stark“ die nachfolgende Kategorie „mäßig“ ebenfalls sehr ausgeprägt erscheint.

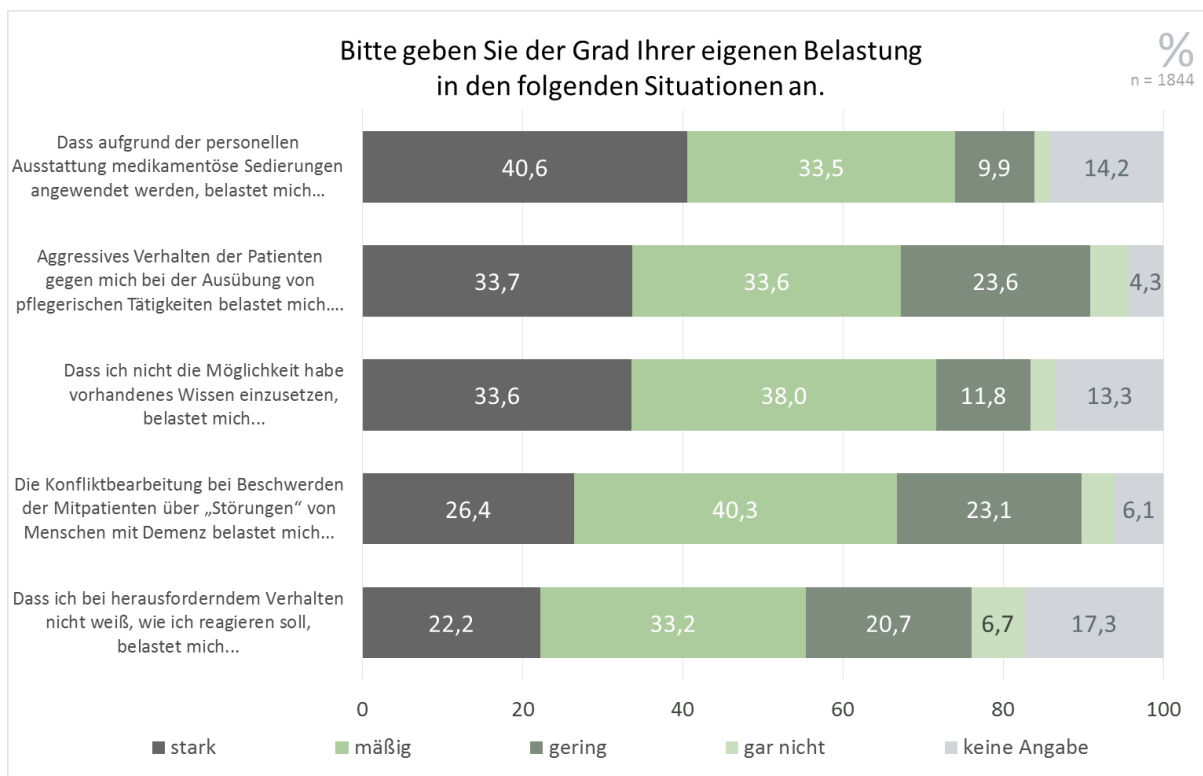


Abbildung 12 Belastend eingeschätzte Situationen 2

Bei den Belastungen lässt sich ein Zusammenhang zur Problematik in der Patientensicherheit vermuten, in Situationen, wo Patienten sich selbst gefährden können, wie Verlaufen oder Verletzungen durch Fixierungen, ist das Belastungserleben einem großen Teil der Abteilungs-/Stationsleitungen stark.

7.4 Fortbildungsbedarfe bei Pflegenden

Eine Grundvoraussetzung, um Konzepte innerhalb von Pfllegeteams umzusetzen, ist die Kompetenz der einzelnen Pflegekräfte auf den entsprechenden Stationen. Die meisten konzeptionellen Projekte beinhalten daher eine systematische Mitarbeiterschulung.

Die Abteilungs-/Stationsleitungen wurden gefragt, zu welchen spezifischen Themen im Zusammenhang mit dem Themenfeld „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ sie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter senden würden. Hier waren Mehrfachantworten möglich. Fortbildungen sind wiederholt ein Thema in unterschiedlichen Studien zum Themenfeld gewesen. So wurde In einer Studie der Universität Bremen von 2011 u.a. auch bei Auszubildenden der Pflege festgestellt, dass sie große Unsicherheiten im Umgang mit herausforderndem Verhalten beschreiben⁸⁷. In der Studie des dip mit Krankenhäusern aus dem Erzbistum Köln wurden sowohl für Pflegenden als auch für den ärztlichen Bereich hohe Bedarfe bei den Fortbildungsthemen identifiziert. Dabei dominierten rechtliche Aspekte der Versorgung und Behandlung, aber auch thematische Vertiefungen, wie geeignete Kommunikationsmöglichkeiten, die z.B. einen Zugang zur Symbolsprache der Patientinnen und Patienten ermöglichen.⁸⁸

Die nachfolgende Grafik verdeutlicht die von den Leitungen benannten Themen, für die sie einen Fortbildungsbedarf ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehen.

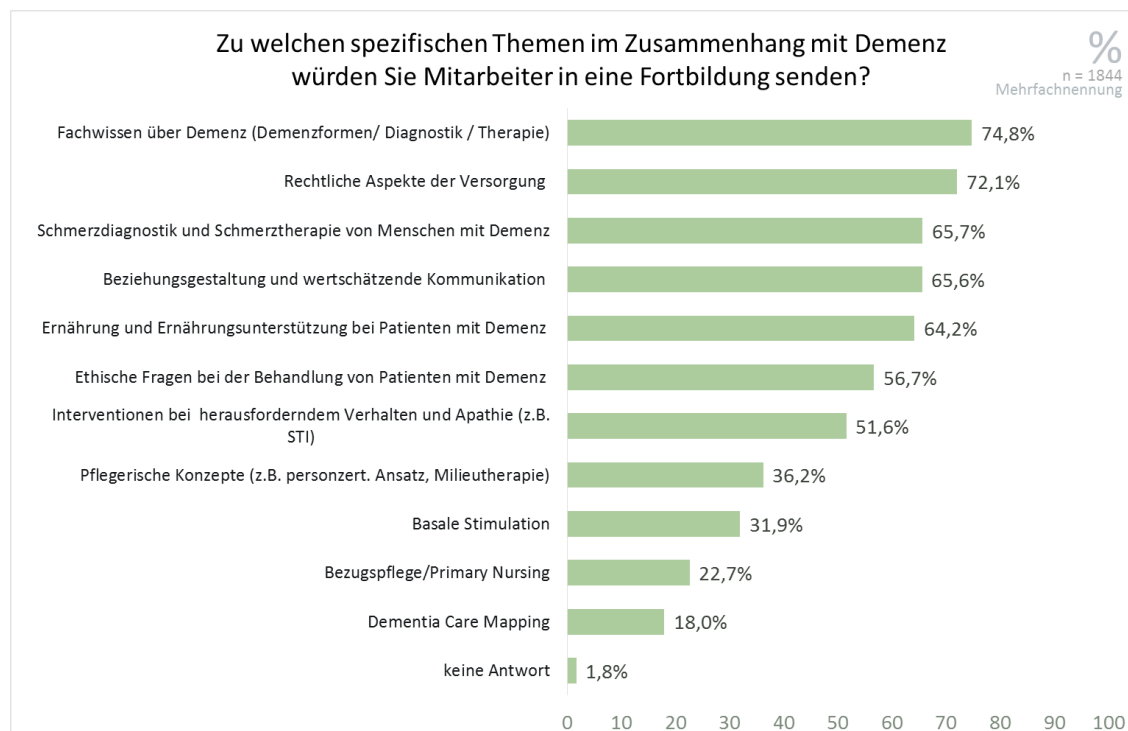


Abbildung 13 Einschätzung zu Fortbildungsbedarfen

⁸⁷ Görres et al. 2011

⁸⁸ Isfort 2012

74,8 Prozent der Leitungen würden ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf eine Fortbildung über Fachwissen von Demenz, wie Demenzformen, Diagnostik, Therapie, Medikation senden. Ähnlich liegt der Fortbildungsbedarf bei rechtlichen Aspekten im Zusammenhang mit Demenzversorgung wie Fixierung, Therapieabbruch, Patientenverfügung etc. (72,1 Prozent). Zu den Fortbildungsthemen Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie bei Menschen mit Demenz würden 65,7 Prozent, zur Beziehungsgestaltung und wertschätzenden Kommunikation 65,6 Prozent und Ernährung und Ernährungsunterstützung bei Menschen mit Demenz 64,2 Prozent der Leitungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsenden.

Mehr als die Hälfte der Leitungen sehen bei ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch einen Fortbildungsbedarf zu ethischen Fragen hinsichtlich der Behandlung von Menschen mit Demenz (56,7 Prozent) und bezüglich der Interventionen bei herausfordernden Verhaltensweisen (51,6 Prozent). Mehr als ein Drittel würden ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Veranstaltungen zu pflegerischen Konzepten (36,2 Prozent) und Basaler Stimulation senden (31,9 Prozent).

Es ist auffällig, dass die häufigsten genannten Fortbildungen nicht die konkreten pflegerischen Konzepte beinhalten. Dies macht deutlich, dass diese Konzepte nicht ohne den Zusammenhang medizinischer und rechtlicher Grundlagen geschult werden sollten. Besonders im Krankenhaus scheint es Bedarf an Fortbildungen in diesen Bereichen zu geben. Zu Fortbildungen in Bezugspflege/Primary Nursing würden 22,7 Prozent der Abteilungs-/Stationsleitungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter senden, 18,0 Prozent zum Einsatz des Beobachtungs- und Bewertungsverfahrens Dementia Care Mapping.

8. Ergebnisse zum Themenfeld: Patientensicherheit

In der bisherigen Ergebnisdarstellung wurde dargelegt, dass die Prävalenzzahlen auf eine beständige Arbeit hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit Demenz hindeuten. Darüber hinaus zeigen die Aussagen zu Belastungen der Pflegenden auf, dass sie problematische Situationen erleben, die sie als stark belastend kennzeichnen.

Die Aussagen zur niedrigen Personalbesetzung der Pflege im Krankenhaus insgesamt verdeutlichen, dass eine genauere Betrachtung der realisierbaren Pflege notwendig erscheint. Ein wesentlicher Faktor zur Bemessung der Qualität der spezifischen Versorgung ist die Frage nach der Einschätzung zur Patientensicherheit. Die Ergebnisse zu diesem Aspekt werden im folgenden Kapitel vorgestellt.

8.1 Einschätzungen zur Versorgungsstabilität

Die Sicherheit der Versorgung der Patientinnen und Patienten ist eine Grundvoraussetzung in der stationären Behandlung. Durch die besondere Situation von Menschen, die ggf. nicht immer örtlich orientiert sind und die Situation im Krankenhaus nicht einschätzen können, ist diese Gewährleistung unter Umständen im Krankenhaus erschwert.

Die Abteilungs- und Stationsleitungen wurden für eine erste Übersicht zur Thematik nach Zeiträumen befragt, in denen sie die Versorgung von Menschen mit Demenz als gesichert oder nicht gesichert beschreiben würden. Vorgegeben waren die im Krankenhaus üblichen Schichtsysteme, wobei hierbei die Kernschichten (Früh-, Spät- und Nachtdienst) zur Bewertung beschrieben wurden. Auch wenn in den Krankenhäusern mittlerweile Zwischendienste und überlappende Arbeitszeiten vorhanden sind, bilden sie eine gängige und verständliche Einteilung.

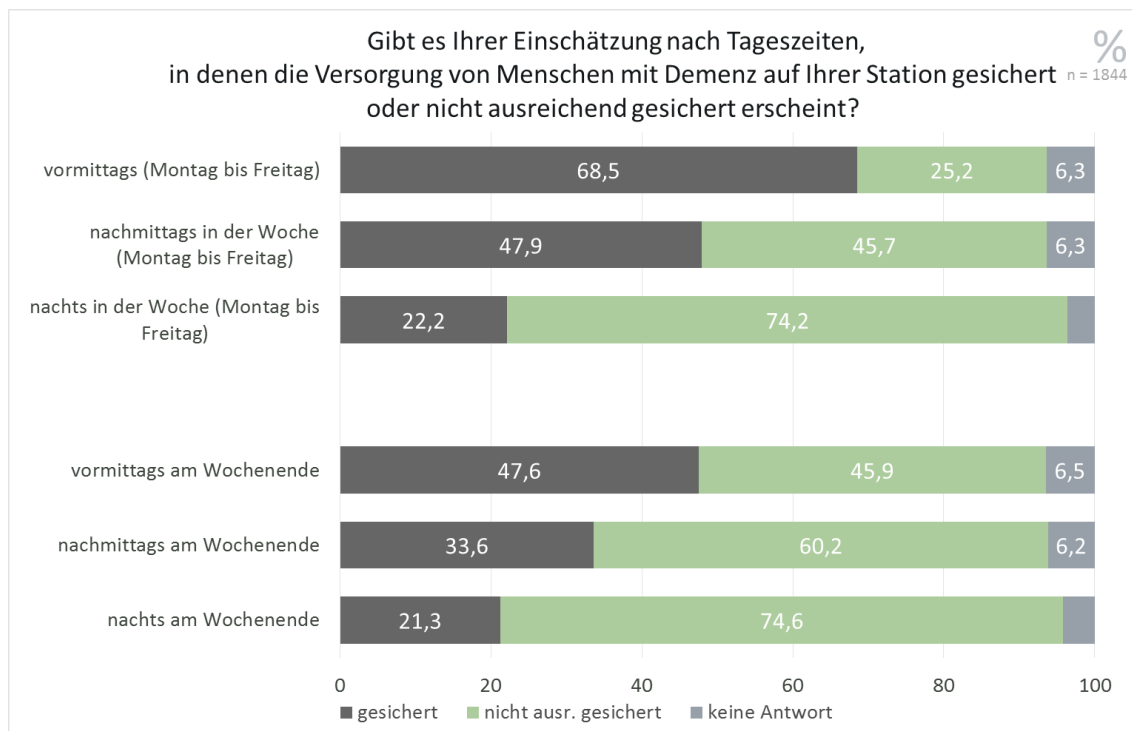


Abbildung 14 Einschätzungen zur Versorgungskontinuität

Innerhalb der Regelarbeitszeiten, also am Vormittag unter der Woche, gibt eine von vier Abteilungs-/Stationsleitungen an, dass die Versorgung der Menschen mit Demenz nicht ausreichend gesichert erscheint, nachmittags erhöht sich der Prozentsatz der Stationen, auf denen eine Versorgung nicht gesichert erscheint, auf 45,7 Prozent. Am Wochenende ist die Situation aus der Sicht der Befragten noch problematischer. Vormittags geben fast die Hälfte (45,9 Prozent) der Stationen an, dass die Versorgung für Demenzerkrankte nicht gesichert ist, am Nachmittag sind es mit 60,2 Prozent drei von fünf Pflegenden, die Probleme identifizieren. Alarmierend ist vor allem die Pflegesituation in der Nacht. Die Angaben zeigen, dass in hohem Maße Defizite für die nächtliche Versorgung gesehen werden. Drei von vier der Befragten sehen die Situation als nicht gesichert an, unabhängig davon, ob sie am Wochenende oder in der Woche liegt.

Betrachtet man in diesem Zusammenhang die Personalausstattung, lassen sich Zusammenhänge beobachten. Die Personalausstattung ist durchschnittlich im Frühdienst besser als im Spät- und Nachtdienst. Die durchschnittliche betreute Patientinnen- und Patientenanzahl von 23,6 pro Pflegekraft in der Nacht zeigt hinsichtlich der Sicherung der Versorgung und der Versorgungskontinuität deutlich die Grenzen der Leistungsfähigkeit des Systems.

Es lässt sich formulieren, dass in den Zeiträumen, wo wenig Personal eingesetzt ist, eine gesicherte Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Demenz deutlich niedriger eingeschätzt wird. Dabei muss berücksichtigt werden, dass in den meisten Abteilungen/Stationen keine Möglichkeit besteht, zusätzlich auf Personal zurückzugreifen. 62,1 Prozent der Stationen können dies im Tagdienst nicht und 63,1 Prozent haben nachts nie die Möglichkeit, eine Sitzwache einzurichten, um eine Gefährdung von Patientinnen und Patienten zu verhindern. Damit wird deutlich, wie kritisch die Leitungskräfte die Versorgungsstabilität einschätzen.

8.2 Einschätzungen zu unerwünschten Vorkommnissen

Um einen Überblick über die konkreten Risiken und Gefährdungen für Patientinnen und Patienten mit einer Demenz innerhalb eines Krankenhausaufenthaltes zu bekommen, wurden unerwünschte Vorkommnisse innerhalb der letzten sieben Arbeitstage erfasst. Anders als in den bisherigen Pflege-Thermometern, wurde hier nicht nach einer Mengen-Einschätzung (oft, selten, manchmal, nie) gefragt, sondern es wurde die konkrete Anzahl der Vorkommnisse erfragt. Der Zeitraum von sieben Arbeitstagen wurde gewählt, weil davon auszugehen ist, dass dieser Beobachtungszeitraum frisch im Gedächtnis ist und dass eine konkrete Benennung oder aber eine realistische Schätzung der Anzahl der Vorkommnisse vorgenommen werden kann.

In der nachfolgenden Grafik werden die zehn häufigstgenannten Punkte aufgelistet. Das mit Abstand am meisten beschriebene und dokumentierte Phänomen ist das Problem, dass Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung nicht ausreichend beobachtet werden konnten. Bei den teilnehmenden Abteilungen/Stationen kam dies 16.479-mal vor (durchschnittlich 11,0-mal innerhalb von sieben Arbeitstagen). Dieses Ergebnis korrespondiert mit den Daten zur Bewertung der Patientensicherheit aus dem Pflege-Thermometer 2012. Auch hier wurde als zentrales Problemfeld die fehlende Beobachtungsmöglichkeit bei Menschen mit Demenz identifiziert. In 2012 gaben von 9.875 befragten Pflegekräften 93,5 Prozent an, dass sie Beobachtungsmängel nicht ausschließen konnten. Somit ergibt sich über unterschiedliche Befragungen hinweg ein stabiles Bild der Problemanzeige.⁸⁹

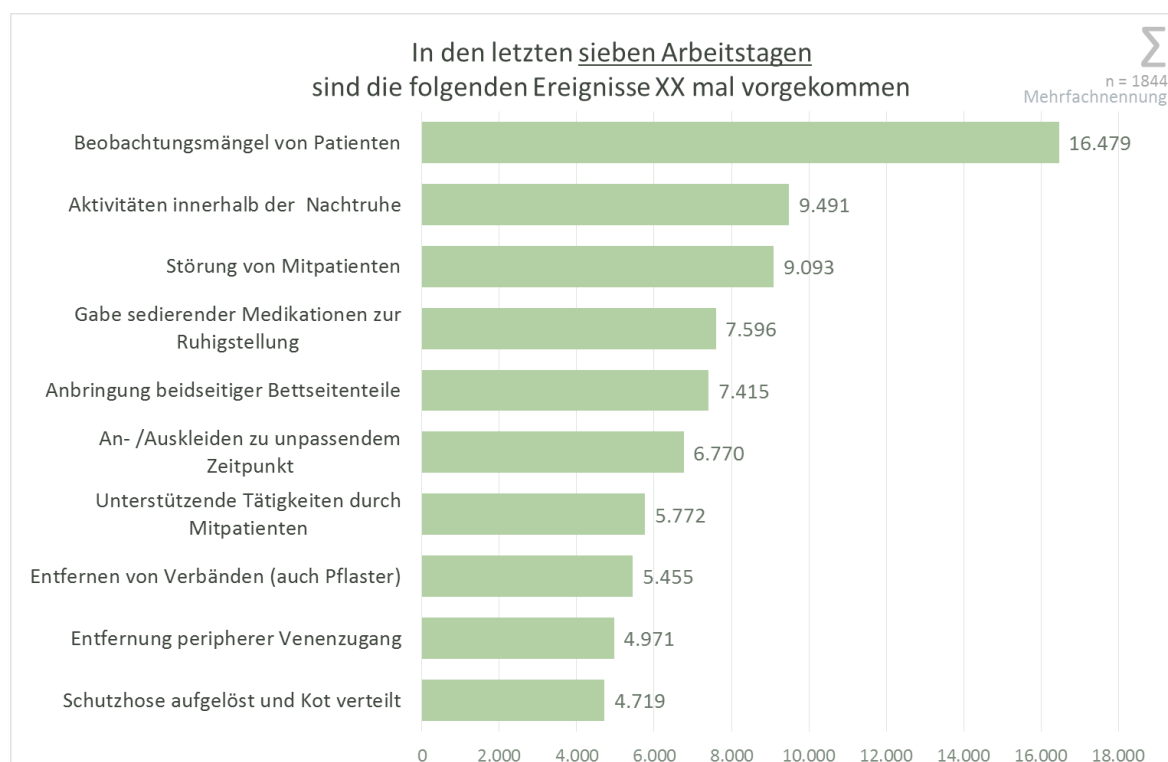


Abbildung 15 Anzahl unerwünschter Vorkommnisse innerhalb einer Woche

Eine Nachtaktivität von demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten wurde absolut 9.491-mal (5,53-mal pro Woche) beobachtet. Es folgt die Schwierigkeit, dass Mitpatientinnen und Mitpatienten sich durch auffälliges Verhalten gestört fühlten. Die Rolle von Mitpatientinnen und

⁸⁹ Isfort 2012

Mitpatienten bedarf dabei einer besonderen Aufmerksamkeit. Sie werden auf der einen Seite in ihrer Ruhe und in ihrem Ruhebedürfnis bei der eigenen Krankheitsgenesung gestört, übernehmen zugleich jedoch in Teilen sogar unterstützende Tätigkeiten.

Als ein zentrales unerwünschtes Ereignis kann die Gabe von sedierenden Medikationen aufgeführt werden. Ziel professioneller geriatrischer Behandlung ist ein Verzicht auf sedierende Medikationen. Allerdings erhielten demenzerkrankte Patientinnen und Patienten insgesamt 7.596-mal (MW 4,6 pro Woche) sedierende Medikationen zur Ruhigstellung.

In diesem Zusammenhang wurde auch die Häufigkeit von Fixierungsereignissen und die Durchführung von drei unterschiedlichen Fixierungsarten ermittelt. Die Anbringung von beidseitigen Bettseitenteilen kam in den teilnehmenden Einheiten im vorgegebenen Zeitraum 7.415-mal vor, also durchschnittlich pro Station innerhalb einer Woche 4,4-mal. Die Befestigung eines Tischbrettes an einen Stuhl zum Verhindern eines unbeaufsichtigten Aufstehens wurde 3.811-mal vorgenommen (MW 2,4 pro Woche) angegeben. Körpernahe Fixiergurte zum Verhindern des Aufstehens wurden in der Summe 1.455-mal und durchschnittlich ca. einmal (MW 0,97) in den letzten sieben Arbeitstagen eingesetzt. Die rechtlichen Grundlagen für den Eingriff in die Freiheit und das Vorhandensein einer richterlichen Verfügung bei längerfristigen und wiederkehrenden freiheitseinschränkenden Maßnahmen wurde im Rahmen dieser Studie nicht erfragt, sodass sich keine Aussage bezüglich der juristischen Perspektive treffen lässt.

Zu einem pflegerischen Mehraufwand führen Ereignisse wie das Entleeren der Blase oder des Darms an unangemessenen Plätzen (4.259). Hier ergeben sich Hinweise auf eine unzureichende Möglichkeit, Kontinenztrainings und Regelmäßigkeiten der Toilettengänge zu stabilisieren.

Neben den hier aufgeführten relativ häufigen Begebenheiten sind auch weniger häufig auftretende Punkte mit einem hohen Risikopotenzial für die Patientinnen und Patienten verbunden. Aus den vorliegenden Ergebnissen ist ersichtlich, dass durchschnittlich innerhalb der letzten sieben Arbeitstage bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus ca. einmal ein Sturzereignis stattfand; in der Summe waren es 2.114 angegebene Stürze. 1.567-mal hat ein Patient unbemerkt die Station verlassen und nicht allein zurückgefunden und 1.554-mal wurde ein Blasenverweilkatheter eigenständig herausgezogen. Der letztgenannte Punkt ist nicht nur mit erheblichen Schmerzen verbunden, sondern kann auch zu ernsthaften Verletzungen im Urogenitaltrakt mit Folgen führen.

Die entsprechenden kritischen Ereignisse sind keinesfalls Einzelercheinungen, sondern kamen in den Abteilungen/Stationen regelmäßig innerhalb der letzten sieben Arbeitstage vor. Sie sind Anhaltzahlen für eine bislang nur unzureichend untersuchte Thematik: die der pflegesensitiven Patientenergebnisse.

Aus den vorliegenden Daten lassen sich vorsichtige Schätzungen zu den unerwünschten Vorkommnissen in deutschen Krankenhäusern im Jahresverlauf ziehen. Die Datenbasis von 1.844 Stationen und die abgebildeten 15 Prozent der Betten in deutschen Krankenhäusern erlauben eine grobe Anhaltzahlenschätzung.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über ausgewählte Vorkommnisse und die Schätzung zum Auftreten der Ereignisse im Verlauf eines Jahres.

Geschätzte Anzahl der Vorkommnisse im Jahr in Krankenhäusern in Deutschland ⁹⁰	
Beobachtungsmängel von Patienten	5.600.000
Gabe sedierender Medikationen zur Ruhigstellung	2.600.000
Anbringung beidseitiger Bettseitenteile	2.540.000
Anbringen von Fixiergurten	500.000
Entfernung peripherer Venenzugang	1.700.000
Entfernen von Verbänden (auch Pflaster)	1.870.000
Sturz eines Patienten mit einer Demenzerkrankung	725.000
Station verlassen und <u>nicht</u> allein zurückfinden	538.000
Mundpflege wegen Abwehrverhalten nicht durchgeführt	1.600.000
Lagerung wegen Abwehrverhalten <u>nicht</u> durchgeführt	1.476.000
Unbeaufsichtigtes Aufstehen trotz diagnosebedingter Bettruhe	950.000

Tabelle 4 Prävalenzeinschätzung von unerwünschten Vorkommnissen im Jahresverlauf

Die Berechnungen ergeben, dass in Deutschland im Jahr ca. 5,6 Millionen geschätzte Beobachtungsmängel bestehen. Insbesondere die kritischen Maßnahmen, die im Zusammenhang mit einer freiheitseinschränkenden Maßnahme zu betrachten sind, sind hier zu thematisieren. So weisen die Schätzungen aus, dass ca. 2,6 Millionen Gaben von Beruhigungsmitteln vorliegen und dass 2,5 Millionen freiheitseinschränkende Maßnahmen durch die Anbringung von Bettgittern erfolgen. Zu diesem Aspekt muss angemerkt werden, dass es sich juristisch nicht um eine freiheitseinschränkende Maßnahme handelt, wenn die Patientin oder der Patient dies für ihr/sein eigenes Sicherheitsempfinden benötigt und der Maßnahme zustimmt. Mit 500.000 körpernahen Fixierungen zeigt sich, dass Programme zur Reduzierung von Fixierungen, die im Kontext der Altenhilfe erfolgreich eingesetzt werden (z.B. Redufix®), auch eine Übertragung in den Krankenhausbereich erfahren müssten, denn diese Formen der Fixierung sind mit erheblichen Gefahren und auch Einschränkungen für die Patientinnen und Patienten verbunden. In der Studie des dip aus dem Jahr 2012 war eines der prominent genannten Problemfelder, dass eine verordnete Bettruhe nicht eingehalten wird. Dies gefährdet mitunter den Behandlungserfolg einer medizinischen Therapie. Dieser Faktor kann als einer der Erklärungsgründe für Fixierungen und Sedierungsmaßnahmen betrachtet werden.

9. Ergebnisse zum Themenfeld: Maßnahmen und Konzepte

Der Schwerpunkt des Pflege-Thermometers 2014 liegt in der Analyse vorhandener Konzepte und Strukturen, die in Krankenhäusern zur Demenzversorgung angewendet oder umgesetzt werden. Es war ein erklärtes Ziel der Studie, einen bundesweiten Überblick zur realen Situation im Krankenhaus zu erfassen. Maßnahmen und Konzepte können aus der vorliegenden Studienliteratur ermittelt werden – sie zeigen in den unterschiedlichen Modellprojekten sehr verschiedene Ansätze möglicher Bearbeitungen auf. Dabei bilden die organisationalen Voraussetzungen eine wesentliche Voraussetzung für die mögliche inhaltliche Bearbeitung.

⁹⁰ Grundlage der Berechnung waren die Summen der Vorkommnisse innerhalb eines Beobachtungszeitraums von einer Woche. Dies wurde auf der Basis der Bettenanzahl in der Studie auf alle Krankenhäuser übertragen und mit der Wochenzahl im Jahr multipliziert. Somit ergeben sich Summenschätzungen über den Betrachtungszeitraum von einem Jahr.

Im nachfolgenden Kapitel werden umfassende Ergebnisse der Analyse zu den Bewertungen der Voraussetzungen, dem Umsetzungsgrad von Konzepten und der Beschreibung von Barrieren dargelegt.

9.1 Bewertung der Voraussetzungen

In einer ersten Übersicht werden die Bewertungen zu den organisationalen und den personalen Voraussetzungen aus der Perspektive der Pflegenden beschrieben. Die Pflegenden wurden gebeten, die unterschiedlichen Aspekte, die im Rahmen der Studie als Voraussetzungen für eine Umsetzungsmöglichkeit von Konzepten identifiziert wurden, anhand von Schulnoten zu bewerten. Die nachfolgende Abbildung zeigt in der Abstufung die Bewertung der Voraussetzungen, die sie summiert als „sehr gut“ oder als „gut“ identifiziert haben.

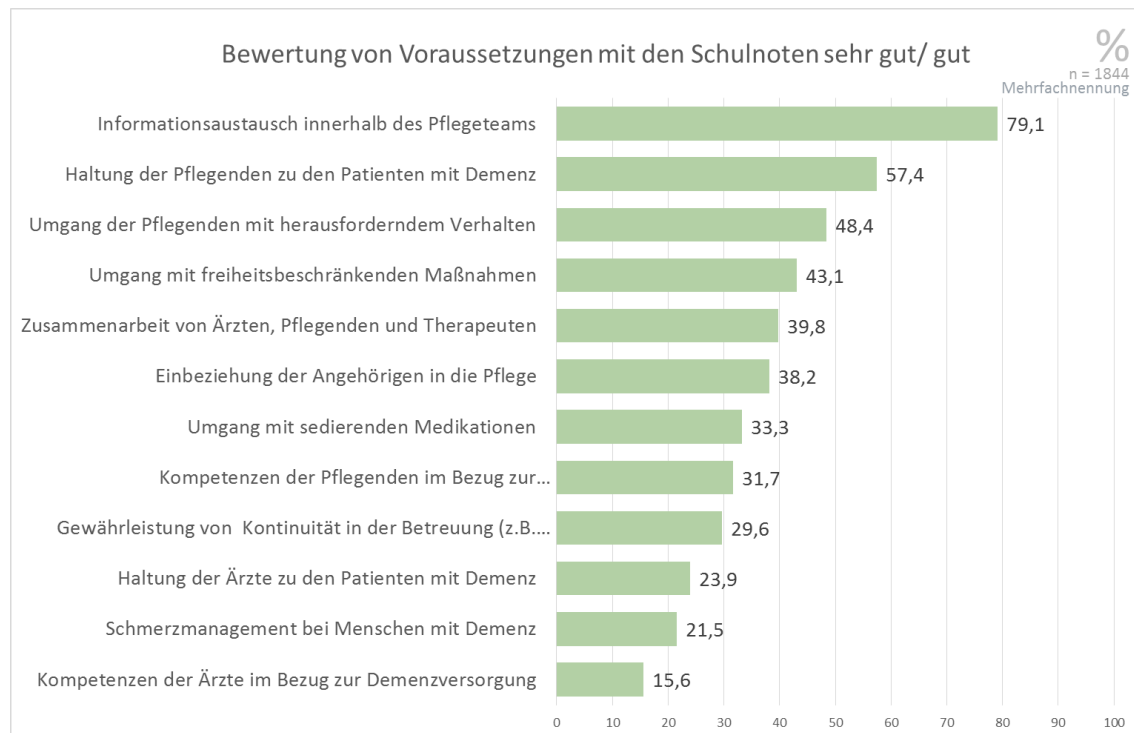


Abbildung 16 Bewertung von organisationalen und personalen Voraussetzungen Thema „Demenz“

Trotz geringer personeller Ressourcen bewerten ca. 80 Prozent (79,1 Prozent) der Leitungen die Kommunikation innerhalb des eigenen Pfllegeteams mit gut oder sehr gut. Ebenso wird die Haltung der Pflegenden zu Patientinnen und Patienten mit Demenz als überwiegend gut oder sehr gut beschrieben. Der Umgang von Pflegenden mit herausfordernden Verhalten wird am drittbesten eingeschätzt. Fast die Hälfte (48,4 Prozent) der Pfllegeteams gibt hier gute Bewertungen ab. Der Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen als ein zentrales Thema wird nur von 43,1 Prozent der Teams mit gut und sehr gut bewertet. Dies korrespondiert auch mit den oben aufgezeigten häufigen unerwünschten Vorkommnissen. Deutlich weniger als die Hälfte der Stationsleitungen bewerten ihre Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten als gut und sehr gut (39,8 Prozent). Der Einbezug von Angehörigen wird lediglich von etwas mehr als einem Drittel (38,2 Prozent) der Abteilungen/Stationen als gut und sehr gut bewertet.

Für Schulnoten gilt, dass sie ordinales Datenniveau haben, sodass aus den Daten statistisch betrachtet Mittelwerte nicht berechnet werden können. Dies ist jedoch ein gängiges und in der

Praxis verbreitetes Verfahren (Durchschnittsnoten) und wird an dieser Stelle verwendet, um aufzuzeigen, dass im Durchschnitt die Bewertungen für die Voraussetzungen eher im Notenspektrum von „befriedigend“ liegen als im Bereich von gut. Eine Durchschnittsnote im sehr guten Bereich wurde nicht erreicht.

Einzelne Aspekte der Noten sind Anlass für weitere Fragestellungen, die auf der Ebene der standardisierten Erhebung nicht näher erläutert werden können. So ist auffallend, dass einerseits bei den spezifischen Voraussetzungen der Bereich des Schmerzmanagements eher schlecht bewertet wird. Dies wird in einem der nachfolgenden Kapitel näher ausgeführt. Hinsichtlich der Zuschreibung der Haltung gegenüber den Patientinnen und Patienten aber werden vor allem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes kritisch bewertet. Sie erreichen nur befriedigende Durchschnittsnoten. Noch geringer eingeschätzt wird im Durchschnitt die Kompetenz bezüglich der spezifischen Versorgung von Menschen mit Demenz. Hier wird ein ausreichend + erreicht. Es ist nicht näher festzustellen, worin sich diese kritischen Einschätzungen begründen. Dass sich eine generelle kritische Einstellung gegenüber der ärztlichen Berufsgruppe erkennen lässt, kann nicht ausgemacht werden, denn die Kooperation (Zusammenarbeit) mit anderen Therapieberufen und Ärztinnen und Ärzten wird prinzipiell besser eingeschätzt. Hier müssten qualitative Interviews geführt werden, um die Gründe und Zusammenhänge dieser Bewertung einordnen zu können.

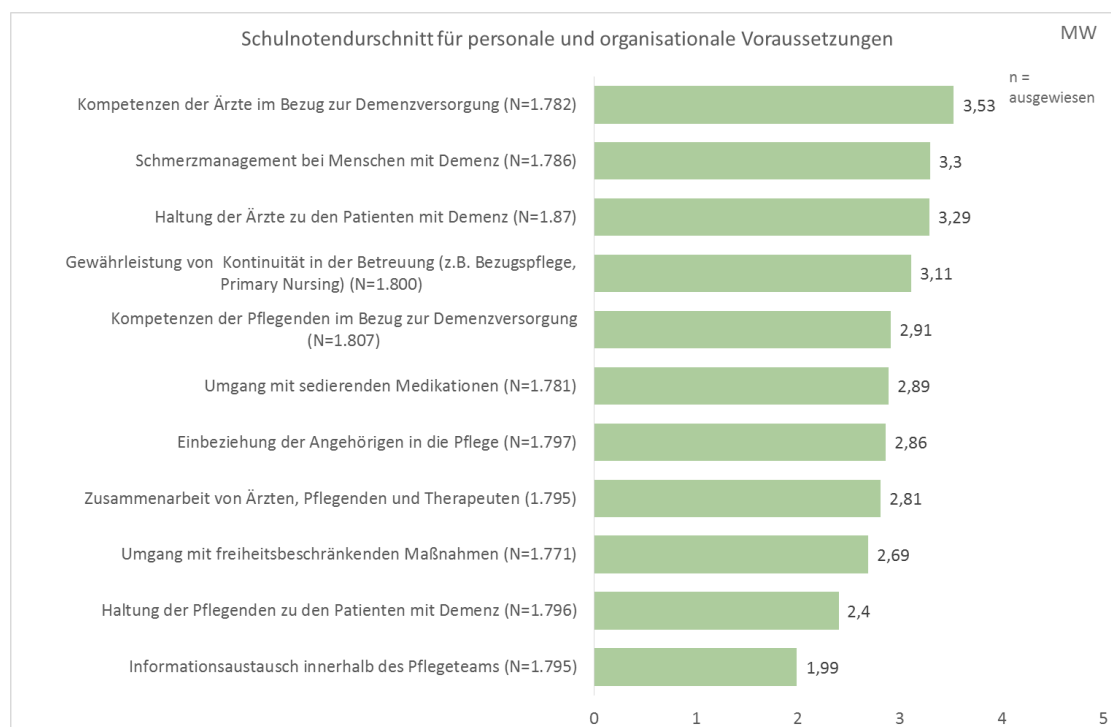


Abbildung 17 Bewertung von Voraussetzungen im Notendurchschnitt Thema „Demenz“

Die Bewertungen zeigen deutlich, dass in fast allen der genannten Bereiche noch erhebliches Verbesserungspotential liegt.

9.2 Anpassungen der Ablauforganisation

Jenseits der Fragen nach dem Einsatz spezifischer Betreuungskonzepte zur Versorgungsanpassung besteht die Frage, wie die Abläufe in der Organisation beschrieben werden. Auch ohne eine bauliche Anpassung oder eine besondere Ausstattung der Station/ den

Einsatz von spezifischen Begleitungs- und Therapieeinheiten vorzunehmen, können durch Anpassungen im Ablauf relevante Risiken der Patientinnen und Patienten minimiert werden. Hier ist z.B. die Begleitung der Patientinnen und Patienten zu Untersuchungen zu nennen, um sicherzustellen, dass sie nicht in einem „Wartebereich“ vor einer Funktionsdiagnostik sitzen und unbeaufsichtigt über einen längeren Zeitraum warten müssen oder aber diesen Wartebereich in Folge einer Orientierungsschwierigkeit unkontrolliert verlassen.

In den folgenden Abbildungen werden insgesamt dreizehn unterschiedliche, krankenhaustypische Abläufe benannt, die einer besonderen Anpassung bei Patientinnen und Patienten mit Demenz bedürfen, z. B. die Aufnahme, der Umgang bei Operationen, die Situation der Verlegung und die Situation der Untersuchungen. Die Leitungskräfte waren angefragt anzugeben, ob und wie oft diese angewendet werden. Zur näheren Beschreibung der quantitativen Ausprägung waren die Antwortmöglichkeiten meistens, oft, selten, nie zur Auswahl angegeben. Die nachfolgenden Grafiken sind in der Häufigkeit der Angabe in der Antwortkategorie „meistens“ sortiert, sodass sie zugleich eine Rangfolge in der Beachtung darstellen.

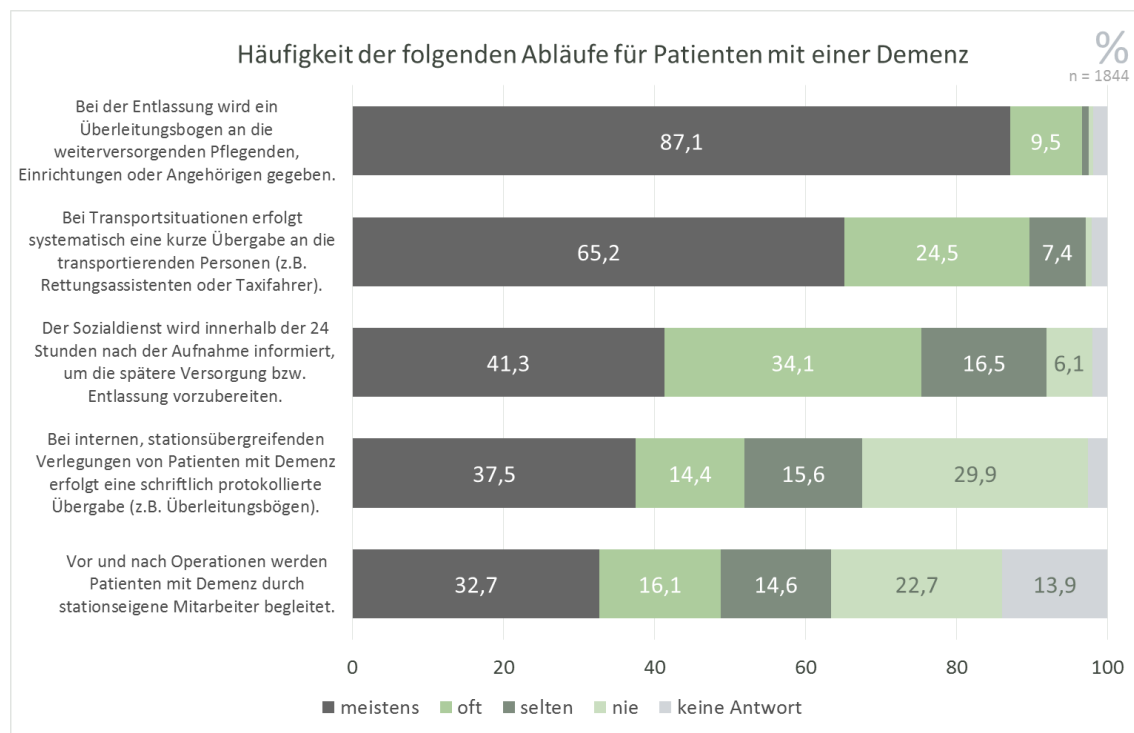


Abbildung 18 Anpassungen der Ablauforganisation 1

Von einer nahezu flächendeckenden Nutzung kann augenscheinlich bei der Anwendung von Überleitungsbögen gesprochen werden. Ein Überleitungsbogen für Angehörige oder an weiterversorgende Einrichtungen wurde von 87,1 Prozent verwendet. Ebenso zeigt sich, dass bei einer Transportsituation einer Patientin oder eines Patienten gezielte Informationen gegeben werden und eine Übergabe erfolgt. Diese beiden ersten Nennungen sind jedoch nicht spezifisch für den Umgang von Patientinnen und Patienten mit einer Demenz, sondern finden in aller Regel auch bei anderen Personen Anwendung. Sie sind jedoch hinsichtlich der Kontinuität der Information für diese Patientengruppe besonders wichtig.

Unterschieden werden muss der Grad der Systematik bei der nach außen gerichteten Kommunikation und der nach innen gerichteten Kommunikation. Während die beiden Aspekte der nach außen gerichteten Kommunikation hoch bewertet werden, sieht man eine deutliche

Verringerung der Umsetzung einer strukturierten Erfassung und Übergabe im hausinternen Ablauf. Hier werden nur bei 37,5 Prozent der Abteilungen und Stationen entsprechende schriftliche Übergabeprotokolle angewendet. Im Zusammenhang mit internen Verlegungen ist zu erwähnen, dass das Augenmerk durchaus auch auf der Berücksichtigung der Erhaltung einer möglichst ruhigen Situation für die Betroffenen zu liegen scheint. In der nachfolgenden Grafik ist zu sehen, dass interne Verlegungen meist (24,6 Prozent) oder oft (35,2 Prozent) vermieden werden.

Ein weiterer Aspekt der strukturierten Kommunikation ist der Einbezug des Sozialdienstes. 41,3 Prozent der Pflegekräfte gaben an, dass der Sozialdienst innerhalb der ersten 24 Stunden informiert wird, um die spätere Entlassung bereits frühzeitig vorzubereiten.

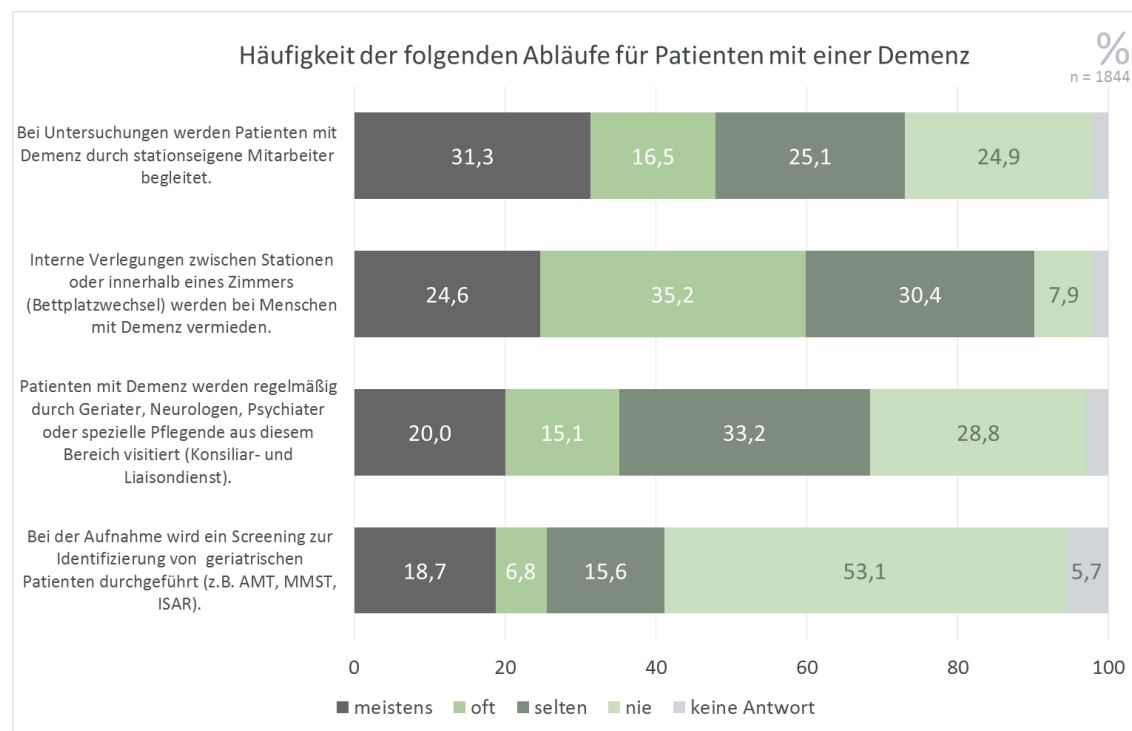


Abbildung 19 Anpassungen der Ablauforganisation 2

Zur strukturierten Kommunikation gehört auch die Erfassung zentraler Aspekte durch standardisierte Instrumente (Assessmentinstrumente), die systematisch die Fähigkeiten von Patientinnen und Patienten erfassen. Die Anwendung eines geriatrischen Screenings bei der Aufnahme zur Identifizierung geriatrischer Patientinnen und Patienten wurde jedoch nur in fast 18,7 Prozent der Fälle durchgeführt. Fasst man die Stationen, von denen man aufgrund ihres Fachbereiches grundsätzlich auf die Anwendung eines geriatrischen Assessments schließen würde, wie Fachbereich der Geriatrie (8,5 Prozent), eigene Demenzstation (3,1 Prozent), geriatrische Reha (2,1 Prozent) und Neurologie (6,6 Prozent) zusammen, kommt man auf 20,3 Prozent Anteil.

Dass ein großer Teil der Einrichtungen die spezifischen Bedingungen noch nicht umfassend in die Ablauforganisation integriert hat, zeigt dabei auch die Tatsache, dass ca. 38,4 Prozent angeben, dass in ihren Abteilungen/Stationen Krankenhaus keine vorzeitigen Termine gemacht werden, um längere Wartezeiten für Menschen mit Demenz zu verhindern.

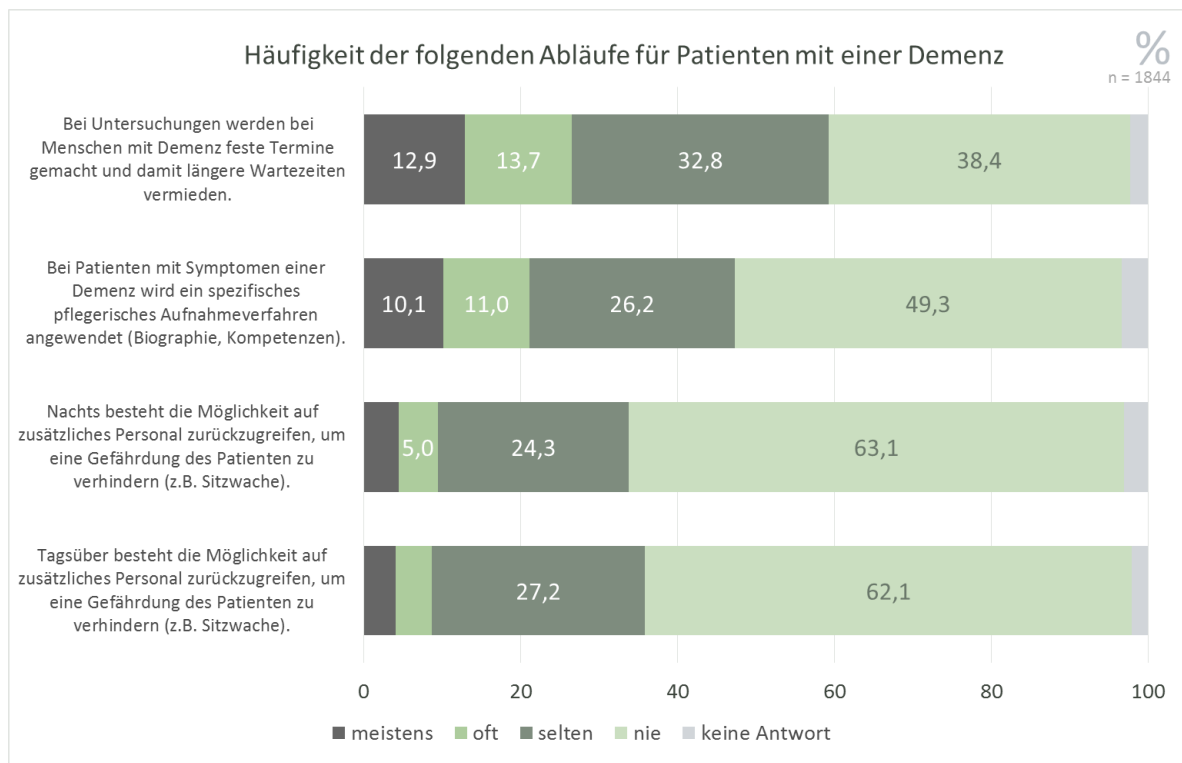


Abbildung 20 Anpassungen der Ablauforganisation 3

In fast der Hälfte der Abteilungen/Stationen (49,3 Prozent) erfuhren Patientinnen und Patienten mit Demenz kein spezifisches, pflegerisches Aufnahmeverfahren, welches die persönlichen und biographischen Hintergründe berücksichtigen würde.

Vor dem Hintergrund der in dieser Studie beschriebenen personellen Engpässe auf den Stationen und den daraus resultierenden Risiken und unerwünschten Vorkommnissen ist bedenklich zu nennen, dass strukturell in den Einrichtungen nur geringfügig Zugriff auf zusätzliches Personal besteht. Die Möglichkeit auf Personal zurückzugreifen ist nachts sowie tags so gut wie nicht vorhanden. Bei ca. 80 Prozent erfolgten hier Angaben von selten oder nie (tags nie= 62,1 Prozent, nachts nie= 63,1 Prozent).

Die Anpassungen an die Ablauforganisation lassen einen breiten Spielraum für notwendige Veränderungen, die vom Einsatz spezifischer Assessmentinstrumente bis zur flexiblen Mehrausstattung der Stationen und der Entwicklung von standardisierten Übergabeprotokollen zur schnellen Erfassung der Behandlungsbesonderheiten reicht.

9.3 Umsetzungsgrad von Konzepten der Demenzversorgung

Auf der Basis einer eingehenden Analyse von Projekten in 2012 und einer erneuten Recherche von Standorten und Projekten von Modellkrankenhäusern wurden Konzepte und Strategien gesammelt und systematisiert, die eingesetzt werden können, um in der Gesamtheit die Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus zu verbessern.

Im Rahmen des Pflege-Thermometers 2014 sollte der Grad der Umsetzung (nicht der Grad der Bekanntheit) erfragt werden. Angegeben wurde eine Liste mit insgesamt 23 einzelnen Aspekten mit vollständigen Konzepten, räumlichen Besonderheiten, veränderten Strukturen oder zusätzlichen Angeboten im Bereich der Therapie und Tagesgestaltung.

In der Auswertung zeigt sich in der Gesamtheit, dass der Durchdringungsgrad von Konzepten und einzelnen Aspekten insgesamt als gering betrachtet werden muss.

Der am häufigsten umgesetzte Aspekt ist mit 22,9 Prozent die Zusammenarbeit mit regionalen Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenpflegeversorgung (z.B. bei der Nutzung gemeinsamer Überleitungsbögen). Sitzgelegenheiten in Nähe des Stationszimmers sind bei 21,4 Prozent der Abteilungen Stationen vorhanden. Die Ausstattung mit Niedrigbetten (zumindest teilweise) haben 19,0 Prozent der Abteilungen/Stationen umgesetzt. Einzelzimmer für unruhige Patientinnen und Patienten können bei 17,2 Prozent der Antwortenden eingerichtet werden. Orientierungshilfen haben lediglich 13,1 Prozent der antwortenden Abteilungsleitungen/ Stationsleitungen.

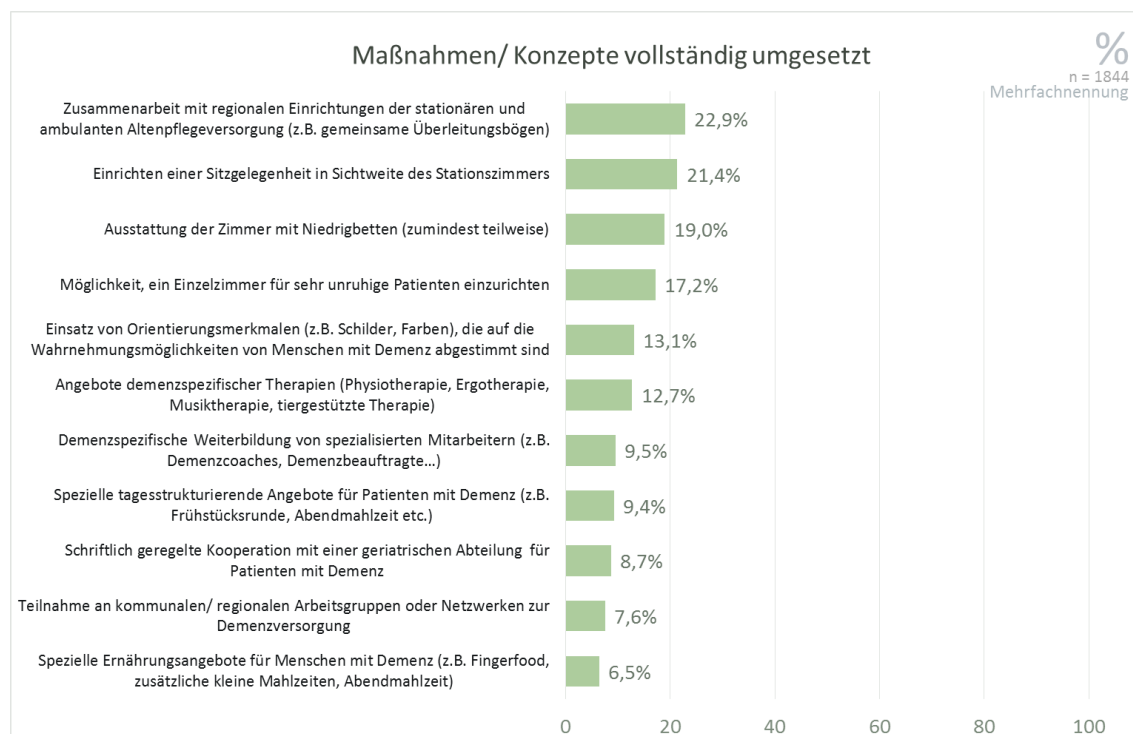


Abbildung 21 Angaben zu vollständig umgesetzten demenzspezifischen Maßnahmen und Konzepten

Räumliche Anpassungen (Einzelzimmer / Ausstattung mit Niedrigbetten) lassen sich offenbar leichter umsetzen als komplexere und die Struktur verändernde Maßnahmen, wie z.B. spezifische Therapieangebote. Dies ist wahrscheinlich auch vor dem Hintergrund zu verstehen, dass es sich einerseits um eine einmalige Anschaffung / einmalige Veränderung handelt und darüber hinaus nicht beständig mehr Personal eingesetzt werden muss. Darüber hinaus sind Einzelzimmer oder auch Niedrigbetten im Einsatz nicht auf die Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz beschränkt, sodass auch eine andere Nutzung in Frage kommt.

Auch die im anderen Kapitel beschriebenen Fortbildungsbedarfe zeigen sich an dieser Stelle der Studie wieder. Die demenzspezifische Weiterbildung von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern und der Aufbau einer gezielten Fachexpertise erfolgte nur bei 9,5 Prozent der Befragten. Addiert man hier die Stationen hinzu, bei denen teilweise Schulungen erfolgten (26 Prozent), so ergibt sich dennoch nur ca. jede dritte Station, auf der die Thematik Teil von strukturierten Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen war.

Es lassen sich darüber hinaus aus der Datenanalyse noch weitere Rückschlüsse ziehen, die Aspekte betreffen, die nicht mehr unter den häufigsten benannten Umsetzungen zu finden sind

und somit in der Versorgungsrealität zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine eher untergeordnete Rolle spielen. Die Entwicklungen von Qualifizierungen und Schulungen für ehrenamtliche Helferinnen und Helfer und bezahlte Alltagsbegleiterinnen und -begleiter im ambulanten Feld sowie bei der teil- und vollstationären Versorgung sind ein Hinweis auf die Notwendigkeit, dass über geplante Personalstellen im professionellen Bereich hinaus Begleitpersonen Teil der Versorgungsrealität werden. Dies wird im Krankenhaus aktuell noch nicht berücksichtigt. Es ist aktuell erkennbar, dass Alltagsbegleiter und -begleiterinnen im Krankenhaussetting eine eher geringe Rolle spielen bzw. möglicherweise ein Einsatz im Rahmen der Betreuung von Menschen mit Demenz gar nicht diskutiert wird. Bei dieser Frage geben 57,6 Prozent an, einen Einsatz von Alltagsbegleitern oder -begleiterinnen nicht geplant zu haben. Der Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hingegen ist auf einer von fünf Stationen vorhanden (16,4 Prozent teilweise und 5,9 Prozent vollständig) umgesetzt. In verschiedenen Projekten, wie zum Beispiel in Hamburg, werden Ehrenamtliche z.B. als Demenzlotsinnen und -lotsen eingesetzt. Auch im Silviahemmet-Konzept des Malteser-Krankenhauses in Köln sind ehrenamtliche Helferinnen und Helfer bzw. Alltagsbegleiterinnen und Alltagsbegleiter fester Bestandteil der Versorgungsstruktur.

Nicht nur die umgesetzten Konzepte sind hinsichtlich der Diskussion um eine Etablierung und Verbreitung von Lösungen interessant. Es gilt auch, sich im Umkehrschluss die Bereiche anzusehen, die aktuell nicht in der Planung einer Umsetzung sind. Sie geben Auskunft darüber, wie in der nahen Zukunft mit einer strukturellen Veränderung und Anpassung gerechnet werden kann. In der Frage wurde kein näherer Zeitpunkt für die Umsetzung der Planung erfragt. Es erfolgte eine offene Abfrage zum gegenwärtigen Status der Diskussion um die Konzepte.

Nachfolgend sind die Bereiche benannt, von denen nur in geringer Ausprägung mit einer systematischen Bearbeitung gerechnet werden kann.

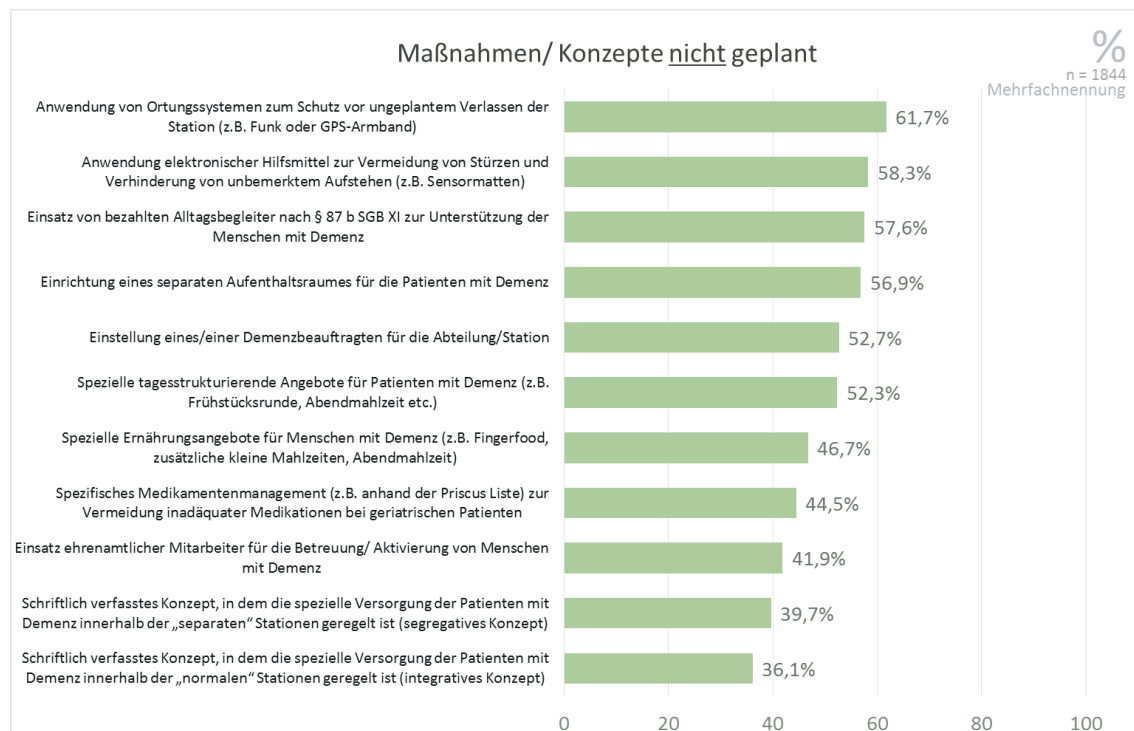


Abbildung 22 Angaben zu nicht geplanten Umsetzungen von Maßnahmen und Konzepten

Die Anwendung von Ortungssystemen und elektronischen Hilfsmitteln zur Vermeidung von Stürzen und dem unbemerkten Verlassen der Station z.B. ist auf ca. 60 Prozent der Stationen nicht angedacht. Die Gründe dafür können vielfältig sein. Die ethische Auseinandersetzung mit diesen Hilfsmitteln kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden.

Tagestrukturierenden Angebote, die Einstellung einer oder eines Demenzbeauftragten, die Einrichtung eines separaten Aufenthaltsraumes und der Einsatz bezahlter Alltagsbegleiterinnen oder -begleiter nach §87b SGB XI sind nach Angaben der Abteilung- und Stationsleitungen ebenfalls überwiegend nicht geplant.

Auch medizinisch-therapeutische Anpassungen an die Besonderheiten der Patientengruppe, wie die Umstellung der Ernährung (Fingerfood und Nachtmahlzeiten) scheinen überwiegend nicht in einem Planungsstatus zu sein. Relevant ist auch, dass 44,5 Prozent angeben, dass eine Überprüfung des Medikamentenmanagements nicht zu erwarten ist.

Die nachfolgende Darstellung zeigt den grafisch aufbereiteten „Innovationsindex“, der sich aus der Gegenüberstellung der Einrichtungen zusammensetzt, die die Innovationen bereits umgesetzt haben und derer, die diesbezüglich bislang keine Planungen vorgenommen haben. Je ausgeprägter der grünfarbene Bereich ist, desto unwahrscheinlicher ist hier mit einer Umsetzung einer Innovation in naher Zukunft zu rechnen. Die Gegenüberstellung der beiden Aspekte zeigt folgende Ergebnisse⁹¹:

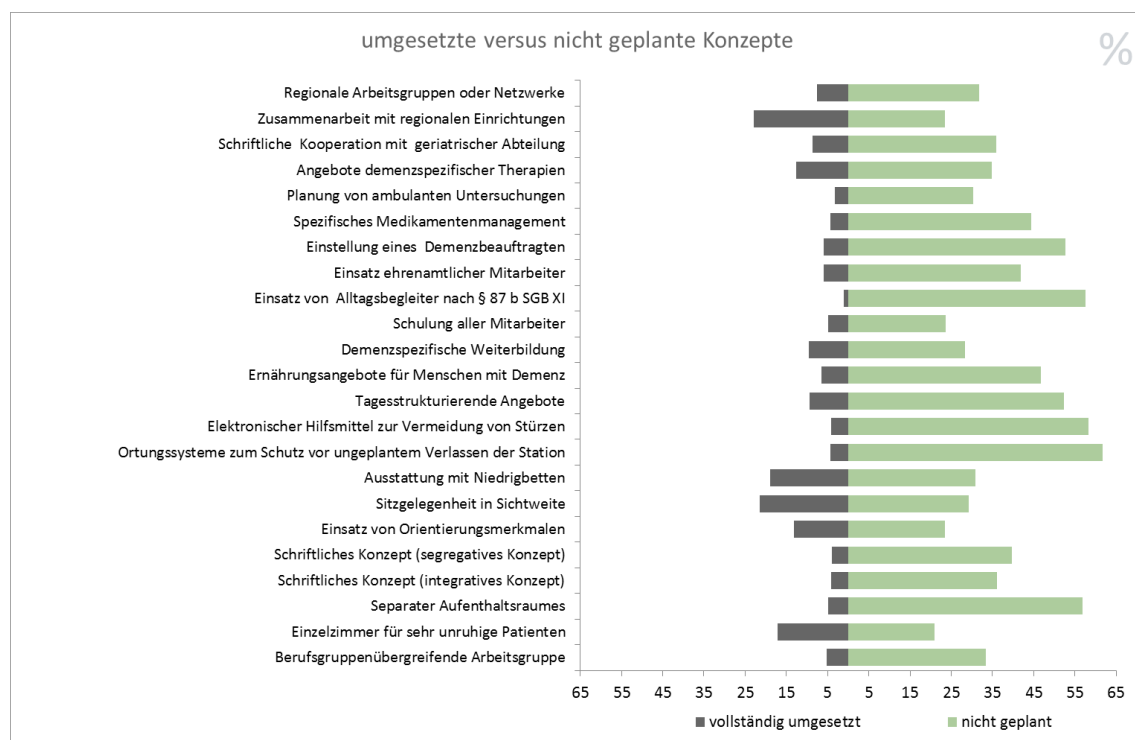


Abbildung 23 Gegenüberstellung umgesetzter und nicht geplanter Konzepte „Demenz“

Deutlich zu sehen ist, dass in allen Bereichen der Anteil derer, die keine Planungen vornehmen, überwiegt. Lediglich im Bereich der Zusammenarbeit mit regionalen Akteuren ergeben sich ähnliche Ausprägungen für die Bereiche der erfolgten Umsetzung und der Nichtplanung. Die größte Spreizung ist im Bereich des Einsatzes von Alltagsbegleitern zur Unterstützung der

⁹¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei dem Diagramm auf der X-Achse die prozentuale Ausprägung auf 65 Prozent begrenzt.

Versorgung von Menschen mit Demenz zu sehen. In der Gegenüberstellung ist nur eine geringe Umsetzung zu erkennen; mit einer geplanten Verbreitung kann hier nicht gerechnet werden.

Das Schaubild verdeutlicht den Innovationscharakter, den die einzelnen Maßnahmen und Konzepte weiterhin haben. Sie zeigt auch, dass Einrichtungen, die sich konzeptionell mit mehreren der beschriebenen Aspekte beschäftigen und hier konzentriert an Umsetzungen arbeiten, weiterhin einen Charakter von „Leuchttürmen“ einnehmen. Ihnen steht eine große Zahl an Einrichtungen gegenüber, die keine konkreten Überlegungen auf der Planungsebene vorliegen haben.

9.4 Regionale Umsetzungen von Konzepten

Hintergrund der nachfolgenden Grafik ist die Bestrebung gewesen, eine aktualisierte Karte mit den Orten und Krankenhäusern mit innovativen Ansätzen zu erstellen.

Dazu gab es für die Einrichtungen die Möglichkeit, die Postleitzahl mit anzugeben, sodass ihre Konzepte mit in die „Versorgungslandkarte“ eingepflegt werden konnten. Die abgebildeten Standorte entsprechen dabei nicht allen Einrichtungen mit den umgesetzten Konzepten, da zahlreiche Einrichtungen die Anonymität wahren wollten und die Postleitzahl nicht eingetragen haben. Insgesamt erfolgten 1.712 jedoch Angaben zur Postleitzahl. Dies zeigt die große Bereitschaft an, sich auch unter einer teilweisen Aufhebung der Anonymität an der Studie zu beteiligen.

Für die grafische Darstellung wurden sechs zentrale Aspekte der Projekte ausgewählt. In der Grafik werden die Standorte ausgewiesen, die die jeweiligen Konzepte bereits vollständig umgesetzt haben.

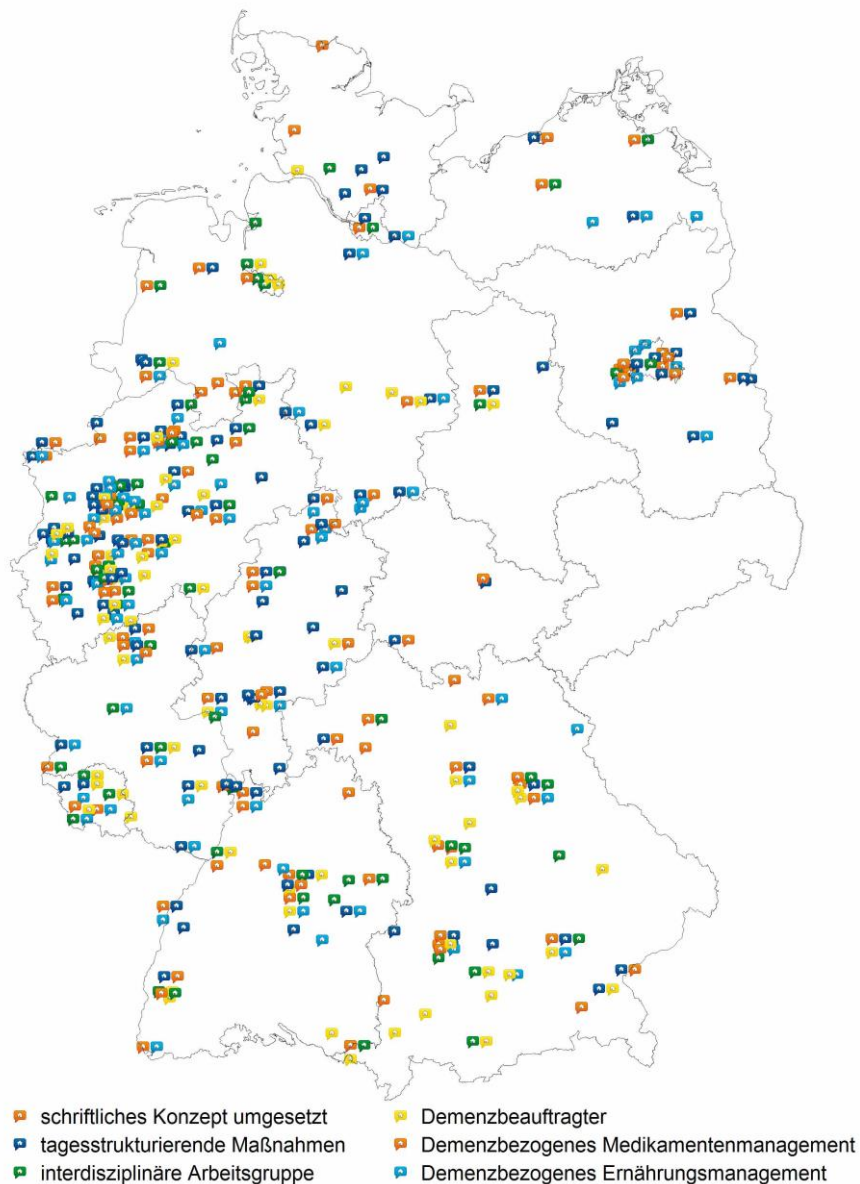


Abbildung 24 Regionalisierte Verteilung der Umsetzung zentraler Konzepte (Versorgungslandkarte)

9.5 Einzelkonzepte: Schmerztherapie bei Menschen mit Demenz

Im Folgenden sollen weitere Einzelkonzepte thematisiert und näher beleuchtet werden. Zunächst sollen die Ergebnisse zum Konzept „Schmerzerkennung und Schmerzbehandlung bei Menschen mit Demenz“ betrachtet werden.

Die Schmerztherapie in deutschen Krankenhäusern hat in den letzten zehn Jahren insgesamt deutlich an Aufmerksamkeit gewonnen. Dabei beschränkt sich die Umsetzung nicht auf Menschen mit Demenz; die Aktion: „Schmerzfreies Krankenhaus“⁹² beispielsweise greift hier weiter und strebt eine strukturierte Umsetzung zertifizierbarer Strategien für die gesamte Einrichtung an. Die Schmerzbehandlung ist aber vor dem Hintergrund der Einschränkungen der besonders vulnerablen Patientengruppe der Menschen mit Demenz von herausgehobener

⁹² <http://www.schmerzfreies-krankenhaus.de/>

Bedeutung. Vielfach können herausfordernde Verhaltensweisen, die der Demenz zugeschrieben werden, auch Ausdruck einer unzureichenden Schmerzmittelbehandlung sein.

Um eine adäquate Schmerztherapie zu gewährleisten, ist eine systematische Schmerzeinschätzung durch Pflegende und andere Beteiligte in der Gesundheitsversorgung erforderlich. In diesem Zusammenhang wurden zielgerichtete Verfahren und Instrumente entwickelt. Dabei hat die Selbsteinschätzung der Betroffenen stets den Vorrang. Das bedeutet, dass die Patientinnen und Patienten nach Ihren Schmerzen gefragt werden und die Angaben als Grundlage für die entsprechende Therapie dienen. In der Regel werden dafür die Numerische Rangskala (NRS) oder die verbale Rangskala (VRS) genutzt. Dies ist auch teilweise bei leichter bis mittelschwerer Demenz noch möglich.⁹³ Bei stark fortgeschrittener kognitiver Einschränkung ist diese Forderung allerdings nur begrenzt oder gar nicht zu erfüllen. Dies stellen auch Pflegende fest, die die Schmerzeinschätzung kognitiv eingeschränkter Menschen als sehr schwierig erleben.⁹⁴

Studien haben nachgewiesen, dass es bei hoher kognitiver Einschränkung in bestimmten Bereichen, z. B. nach Operationen, eine Unterversorgung hinsichtlich der Schmerzmedikationen gibt.⁹⁵ Basler beschreibt, dass sich mit zunehmender kognitiver Beeinträchtigung und Demenz die Unterdiagnostizierung von Schmerz verstärkt.⁹⁶

Ebenso gibt es Hinweise darauf, dass ältere, kommunikationsbeeinträchtigte Patientinnen und Patienten, weniger Schmerzmedikation erhalten als altersgleiche mit normaler Kommunikationsfähigkeit, obwohl die Prävalenz von schmerzassoziierten Erkrankungen bei beiden Gruppen gleich ist.^{97 98 99} Im Bereich der Demenz scheinen sich im internationalen Bereich bereits Veränderungen zu zeigen, die auf ein verbessertes Schmerzmanagement bei kognitiv eingeschränkten Menschen hinweisen.¹⁰⁰ In einer nationalen schwedischen Studie von 2011 finden sich ähnliche Schmerzmedikationen bei ähnlich erkrankten Menschen mit Demenz und ohne Demenz.¹⁰¹ Andere europäische Studien weisen weiterhin auf einen Handlungsbedarf im Bereich der Schmerzerfassung bei Demenz hin. So findet eine Studie eines aktuellen Projektes in Münster bei Demenzerkrankten 21 Prozent (≥ 6) bzw. 69 Prozent (≥ 2) Anzeichen für Schmerz unter Anwendung des Fremdeinschätzungsinstrumentes BESD.¹⁰² In einer großen Studie unter Beteiligung dreier europäischer Länder (Finnland, Italien, Niederlande) findet sich eine negative Korrelation von Schmerz zur Diagnose Demenz.¹⁰³

Um festzustellen, ob die Krankenhäuser eine systematische Schmerzerfassung bei Erkrankten durchführen, die nicht mehr verbal befragt werden können, wurde innerhalb dieser Erhebung die Verbreitung der im deutschen Expertenstandard vorgeschlagenen fünf Instrumente abgefragt: Behaviour Pain Index (BPI), Dolplus 2, BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz),

⁹³ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2005, aktualisiert 2011

⁹⁴ Handel 2010

⁹⁵ Fischer 2009

⁹⁶ Basler et al. 2006

⁹⁷ Landendörfer und Hasselbarth 2003

⁹⁸ Kaasalainen 2007

⁹⁹ Krulewitch et al. 2000

¹⁰⁰ Hadjistavropoulos et al. 2007

¹⁰¹ Haasum et al. 2011

¹⁰² Osterbrink et al. 2012

¹⁰³ Achterberg et al. 2010

BiSAD (Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz), ZOPA (Zürich Observation Pain Assessment).¹⁰⁴

Hinsichtlich des Schmerzmanagements insgesamt zeigen sich die folgenden Aussagen: In 27 Prozent der teilnehmenden Stationen ist ein Konzept zum Schmerzmanagement umgesetzt. Solange Patientinnen und Patienten mündliche Angaben machen können, wird in 67 Prozent der Stationen auch verbal nach Schmerzen gefragt.

Ein spezifisches Assessment zur Schmerzerkennung bei Menschen mit Demenz wird von 11,7 Prozent der Stationen vollständig und in 17,9 Prozent der Stationen teilweise eingesetzt. Dem gegenüber steht jedoch auch ein hoher Anteil an Befragten, die den Einsatz nicht geplant haben.

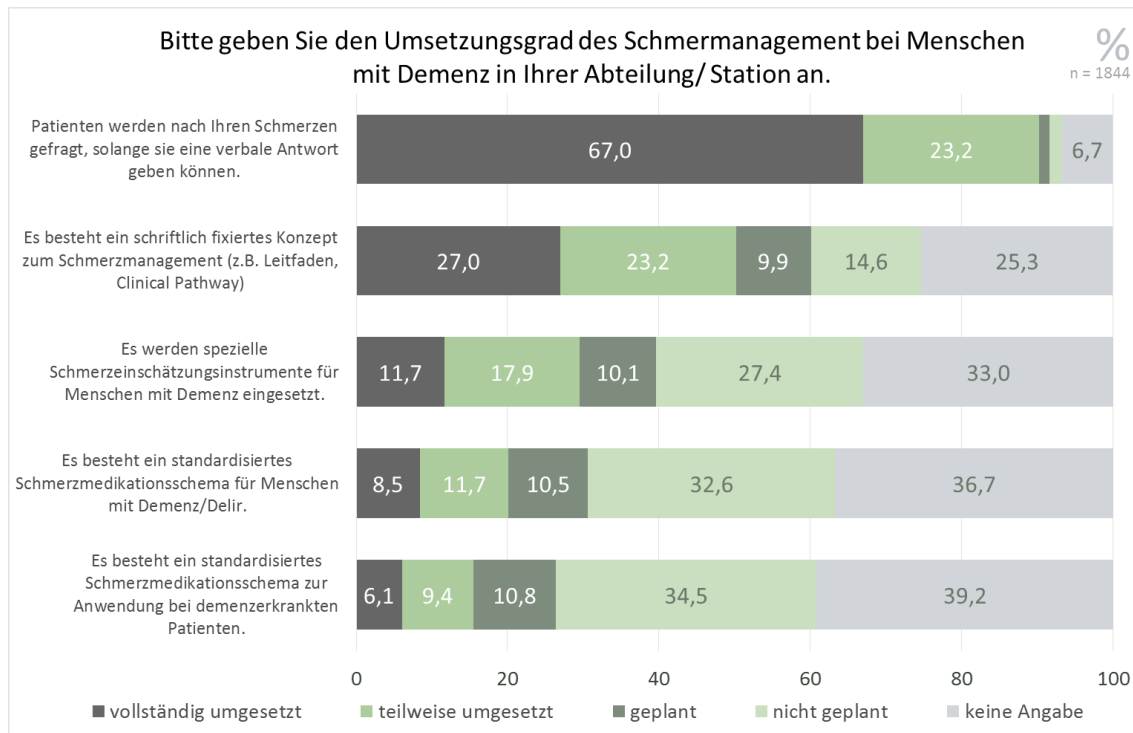


Abbildung 25 Umsetzungsgrad des Schmerzmanagements bei Menschen mit Demenz

Bei der konkreten Anfrage zur Benennung eines spezifischen Instruments aus dem Expertenstand des DNQP, sind erhebliche Defizite in der Verbreitung und Nutzung zu erkennen. So geben 57 Prozent der Befragten in den Abteilungen/Stationen an, kein spezielles Schmerzerfassungsinstrument bei Menschen mit Demenz anzuwenden. Dies korrespondiert mit der Anzahl der Personen, die in dem Themenfeld der Verbreitung der Konzepte „keine Angabe“ oder aber „nicht geplant“ zum Einsatz eines spezifischen Schmerzkonzeptes angegeben haben. Somit ergibt sich ein konsistentes Antwortverhalten hinsichtlich dieser Fragestellung.

¹⁰⁴ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2011

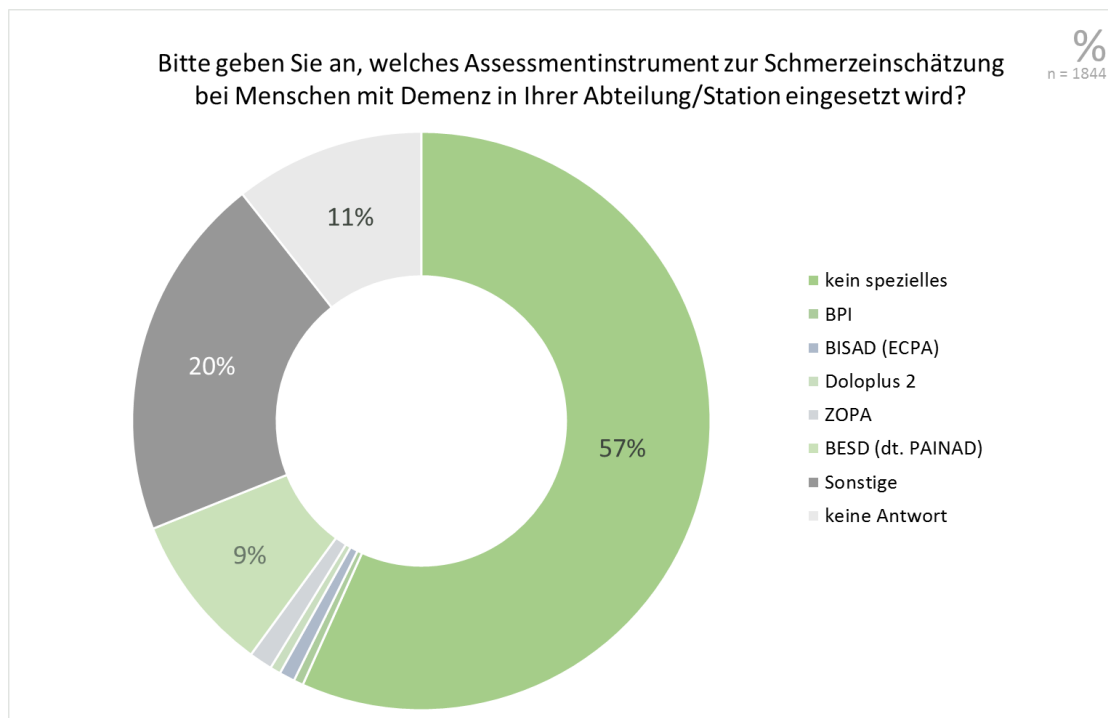


Abbildung 26 Verbreitung spezifischer Assessmentinstrumente zur Schmerzerfassung

20 Prozent der Stationen wenden „Sonstige“ Instrumente an, wobei dort nicht namentlich benannt wurde, welche Instrumente dies sind. Von den im Expertenstandard erfassten Einschätzungsinstrumenten findet die BESD mit 9 Prozent (n=164) die größte Anwendung. Alle weiteren Instrumente werden von nur sehr wenigen Stationen genutzt, das Zopa in 1,3 Prozent (n=24), BPI, Doloplus2 und BISAD in weniger als 1 Prozent. 11 Prozent der Teilnehmenden machten keine Angabe zu der entsprechenden Frage.

In der Gesamtschau kann die Durchdringung und Verbreitung der Thematik noch nicht als hinreichend betrachtet werden. Hier gilt es, über geeignete Schulungsmaßnahmen ein Bewusstsein für die Thematik zu schaffen und ggf. die zur Verfügung stehenden Instrumente mit in die Betrachtung zu nehmen. Kritisch angemerkt werden muss in diesem Zusammenhang, dass die Instrumente aus der wissenschaftlichen Perspektive heraus bislang noch nicht umfassend erforscht wurden, sodass in Teilen über die Zuverlässigkeit und Gültigkeit der mit den Instrumenten gemessenen Daten nur einzelne Hinweise vorliegen, die noch keine abschließende Bewertung der Güte erlauben.

9.6 Einzelkonzepte: Delirmanagement und -prävention

Als zweites zu diskutierendes Einzelkonzept soll an dieser Stelle die komplexe Thematik der Versorgung von Menschen mit einem Delir und die Delirprävention vorgestellt werden.

Die Thematik „Delir“ wurde im Pflege-Thermometer 2014 mit aufgenommen, da sich nur schwerlich eine Abgrenzung eines Delirs und einer Demenz im klinischen Bild darstellt und die Wechselbeziehungen von Demenz und Delir sehr hoch sind.¹⁰⁵ Die Wechselbeziehung zeigt sich dabei u.a. in der Koinzidenz unterschiedlicher Maßnahmen und gleichzeitiger Risiken. So wird eine freiheitseinschränkende Maßnahme bei einer Patientin oder einem Patienten mit einer Demenz zum Schutz vor z.B. Stürzen eingesetzt, oder aber um eine Therapiestabilität zu

¹⁰⁵ Flanagan 2012

gewährleisten (z.B. nach einer Fraktur). Gleichzeitig aber ist eine freiheitseinschränkende Maßnahme einer der Hauptprädiktoren für die Entstehung eines Delirs.¹⁰⁶

Eine weitere Gemeinsamkeit ist, dass sowohl ein Delir als auch die Demenz grundsätzlich nicht einfach zu diagnostizieren sind. Für das Delir gilt dies insbesondere für die hyporeaktive Form, die nur schwer zu erkennen ist und die äußerlich eine „Ruhe“ der Patientin oder des Patienten suggerieren können. Die Wechselbeziehung zeigt sich ferner nicht nur in der schwierigen Differenzierung auf der Symptomebene (Orientierungsstörungen etc.), sondern auch in den Strategien, wie man den beiden Phänomenen pflegerisch sinnvoll gegenüber treten kann (z.B. auch durch kontinuierliche Begleitpersonen und umfassende Schulungsmaßnahmen).^{107 108 109}

Einführend wurde für das Delir die Frage nach der Bedeutung für die eigene Arbeit in der Praxis gestellt. Korrespondierend zu den Ergebnissen im Themenfeld Demenz ist auch für das Delir zu beobachten, dass die Pflegenden dem Thema selbst einen hohen Stellenwert beimessen.

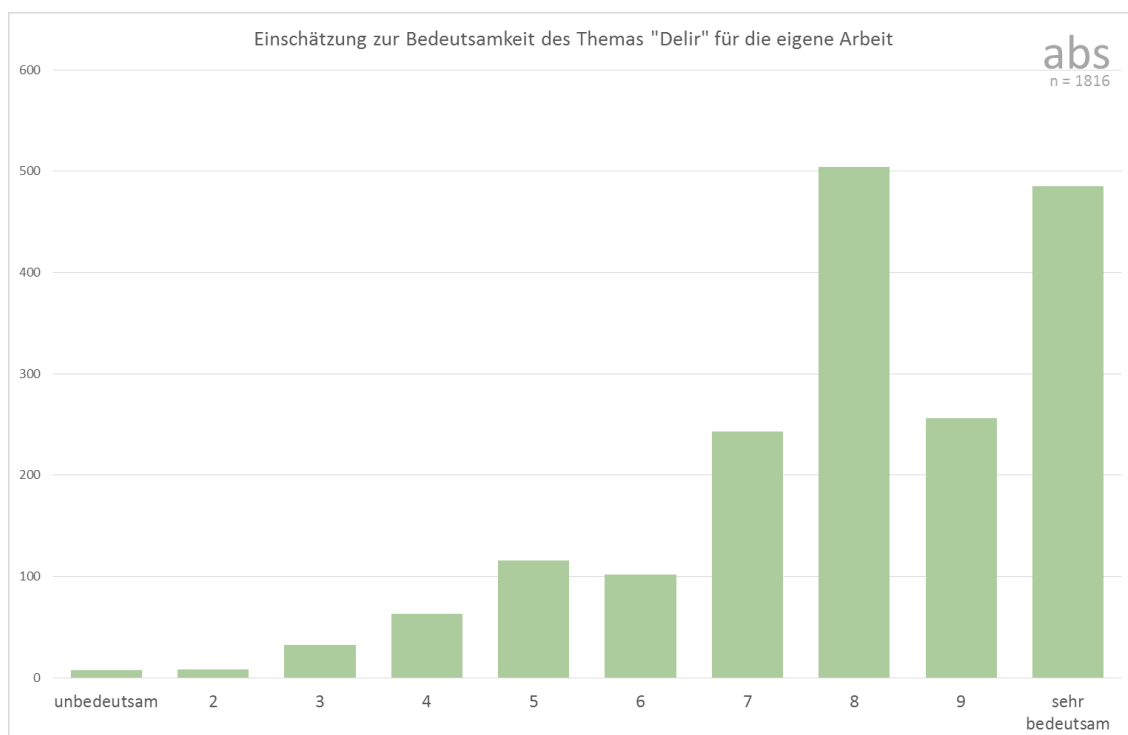


Abbildung 27 Einschätzung zur Bedeutsamkeit des Themenfeldes „Delir“ für die eigene Arbeit

Auf einer Skala von eins bis zehn zur Bedeutsamkeit für die eigene Praxis wurde ein Mittelwert von 6,73 ermittelt. Es liegen zwei Spitzen vor, die im Werteschema acht und bei der Höchstbewertung von zehn Punkten liegen.

Die Einschätzung zur realen Bedeutung wird unterstützt durch die Fragen zur Prävalenz eines Delirs auf der eigenen Station. Im Durchschnitt befanden sich am Tag der Befragung auf den Stationen 1,04 Patientinnen oder Patienten mit einem Delir. Absolut betrachtet ergaben sich im Beobachtungszeitraum von einem Monat die folgenden Angaben: Durchschnittlich wurden im letzten Monat auf den Stationen 4,7 Menschen behandelt, die Symptome eines Delirs

¹⁰⁶ Inouye und Charpentier 1996

¹⁰⁷ Gurlit und Möllemann 2008

¹⁰⁸ De Geest und Hasemann 2006

¹⁰⁹ Hasemann und Pretto 2006

aufwiesen. Dabei lag für durchschnittlich 2,3 Patientinnen und Patienten eine gesicherte Diagnose vor.

Bezüglich der Bewertung der Voraussetzungen hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit einem Delir auf den eigenen Stationen ergeben sich die folgenden Verteilungen zu einzelnen Aspekten:

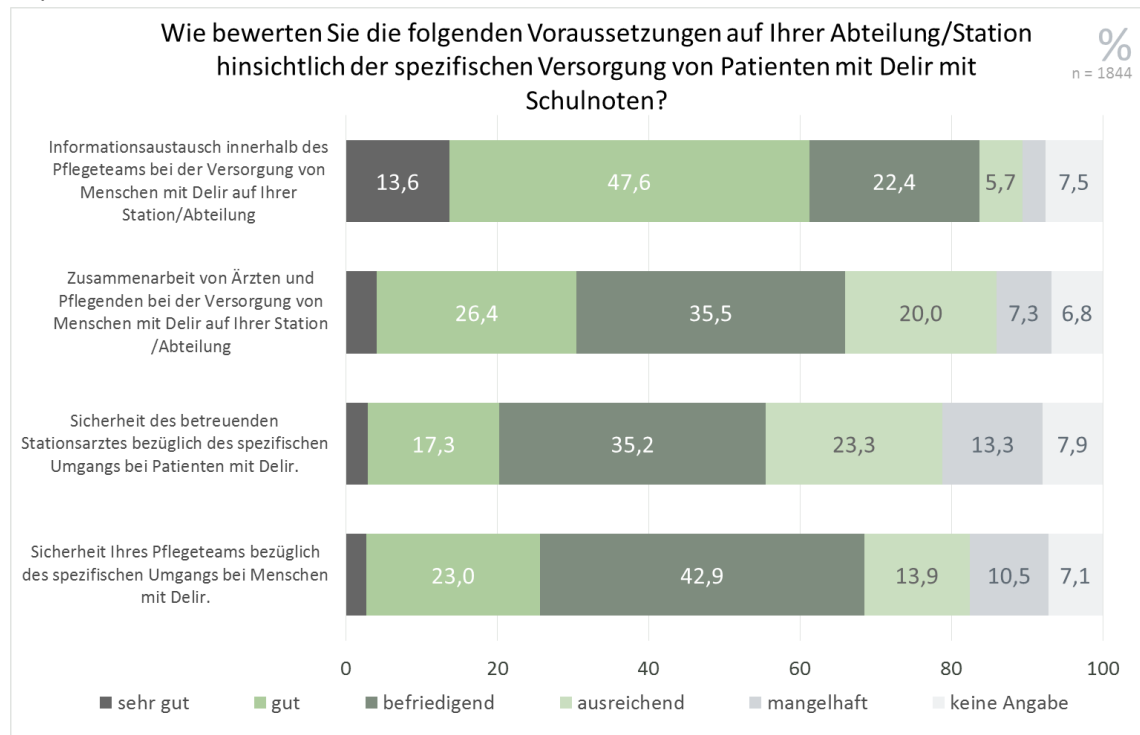


Abbildung 28 Bewertung von organisationalen und personalen und Voraussetzungen Thema „Delir“

Positiv herausgehoben werden kann hier die „sehr gute“ und „gute“ Bewertung hinsichtlich des Informationsaustausches im Pflorgeteam. Über 60 Prozent bewerten diesen Aspekt im vorderen Bereich (Durchschnittsnote 2,3). Deutlich kritisch gesehen wird die Sicherheit im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit einem Delir. Dies schließt in der kritischen Betrachtung auch den ärztlichen Bereich ein. Für beide therapeutischen Berufsgruppen werden hier durchschnittliche Schulnoten von 3,0 für den pflegerischen und 3,2 für den ärztlichen Bereich vergeben. Auch die interkollegiale Zusammenarbeit wird hinsichtlich dieses Versorgungsbereiches durchschnittlich nur mit einer 3,0 bewertet.

Im Rahmen von konkreten Erfahrungen und Projekten zum Umgang mit Menschen mit einem Delirrisiko oder einem bereits bestehenden Delir liegen ebenfalls Projektergebnisse vor, die aus nationalen und internationalen Studien bekannt sind. Die folgende Darstellung zeigt den Umsetzungsgrad verschiedener Maßnahmen zur Delirprävention und zum Delirmangement, die aus den Konzepten heraus identifiziert und formuliert wurden. Dabei ist in der Gesamtheit der Betrachtung festzustellen, dass das Thema Delir im Vergleich zur Demenzversorgung weniger im Fokus steht.

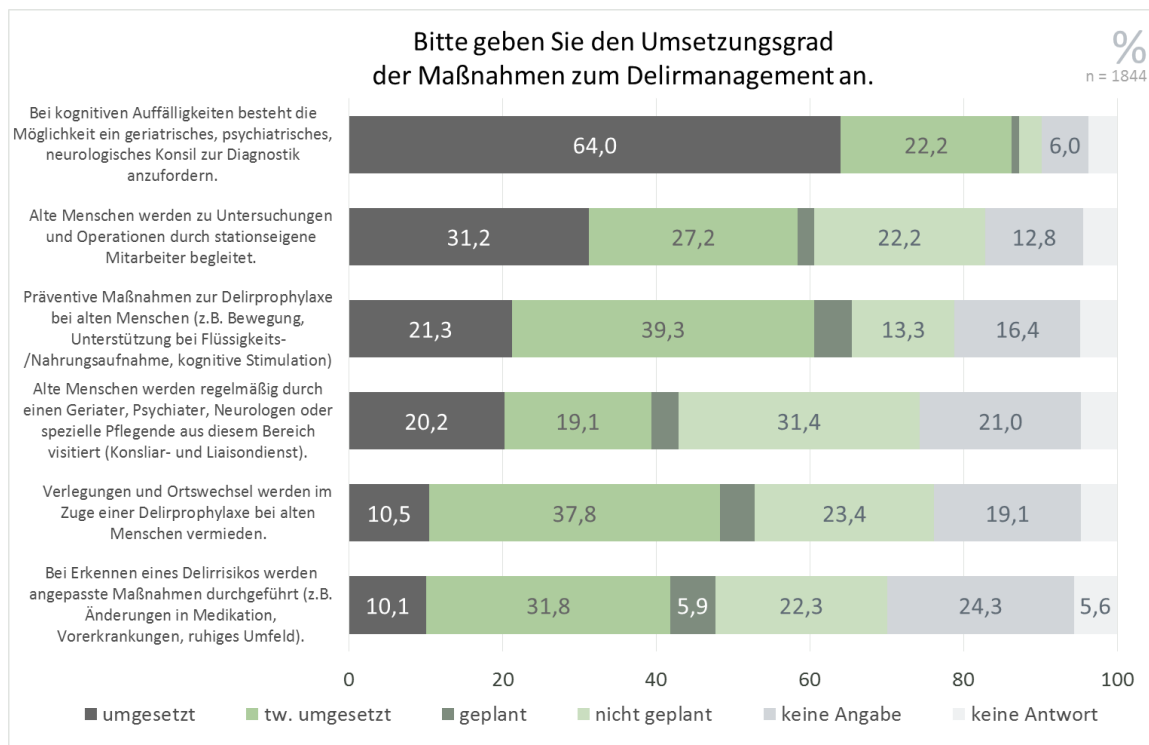


Abbildung 29 Anpassungen an die Versorgung von Menschen mit einem Delir 1

Es dominiert bei den eingesetzten Verfahrenswegen die potenzielle Möglichkeit, konsiliarisch die Diagnostik zu unterstützen. Diese Möglichkeit ist bei 64 Prozent umgesetzt. Der nachfolgende Aspekt, die Begleitung älterer Menschen, ist demgegenüber von ungefähr jeder dritten Station umgesetzt. In der Nachfolge werden Kennzahlen der Umsetzung deutlich geringer. Dies gilt auch für die Regelmäßigkeit der Visitation von älteren Menschen durch Geriaterinnen und Geriater oder Psychiaterinnen und Psychiater. Anders als im Bereich der potenziellen konsiliarischen Leistung findet die standardmäßige Begutachtung nur bei 20,2 Prozent der Befragten statt.

Die vorliegenden Ergebnisse dieser ersten Liste müssen dabei inhaltlich als eher generelle und noch wenig spezifische Leistungen betrachtet werden. Die nachfolgenden Aspekte in der Liste weisen für spezifische Maßnahmen deutlich geringere Umsetzungskennzahlen aus. Dies gilt z.B. für den Einsatz strukturierter Instrumente zur Früherkennung eines Delirs. Ebenso zeigt sich ein erheblicher Fortbildungsbedarf bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum Themenkomplex. Nur auf 2,2 Prozent der Abteilungen/Stationen wurden gesonderte Schulungen für ausgewählte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter realisiert. Angesichts der hohen Problematiken, die aus den Folgen eines Delirs entstehen können (Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes, nachhaltige Orientierungsstörung, Erhöhung der Frailty [Gebrechlichkeit]), erscheint dies als unzureichend, um eine Sensibilisierung und eine strukturierte Risikobearbeitung durchzuführen. Der Schulungsgrad aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist noch geringer. Dies schließt auch die Schulungen zu den spezifischen Formen des Delirs mit ein (siehe nächste Abbildung).

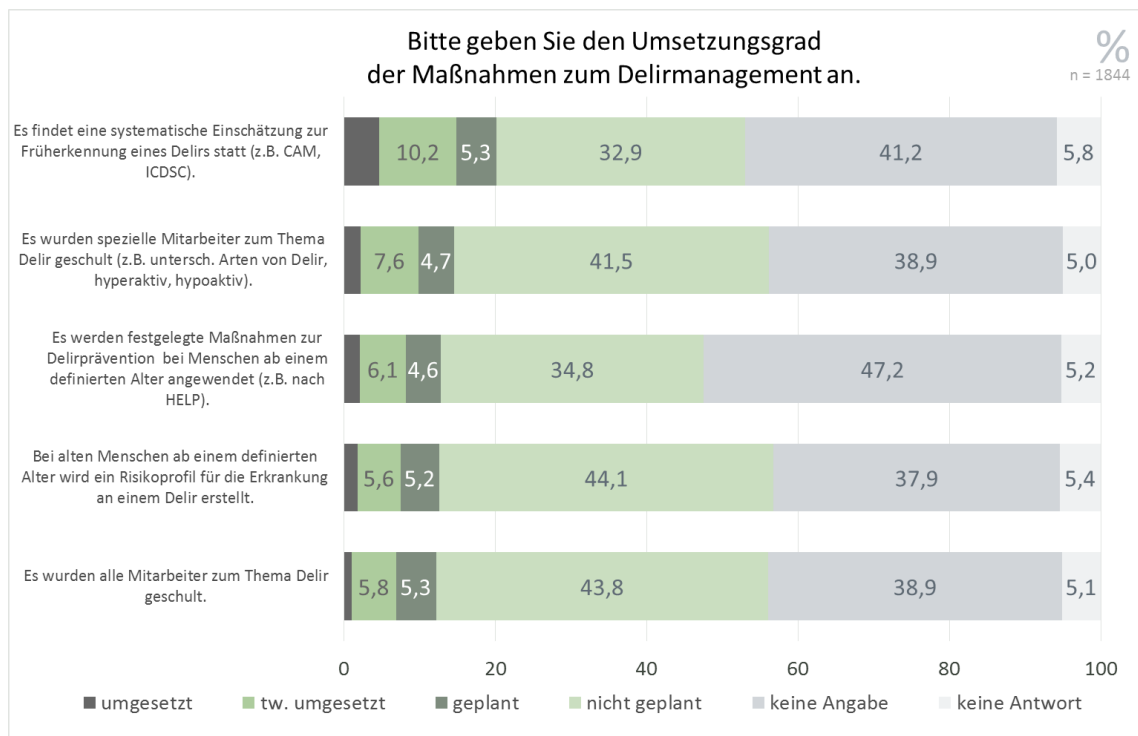


Abbildung 30 Anpassungen an die Versorgung von Menschen mit einem Delir 2

Zentral ist, dass international erprobte Verfahren, wie das HELP-Programm (Hospital Elder Life Program)¹¹⁰, das eine strukturierte Analyse, einen Organisationsplan und auch ein Umsetzungsmanual beinhaltet, kaum bekannt zu sein scheinen. Sie werden offensichtlich aktuell in den in der Studie antwortenden deutschen Krankenhäusern nicht berücksichtigt.

Hervorzuheben ist, dass für den zweiten Teilbereich der benannten Konzepte sehr geringe Werte bei der teilweisen Umsetzung angegeben werden. Dies unterscheidet die ersten sechs genannten Konzepte deutlich von hier abgebildeten fünf weiteren und spezifischeren Konzepten.

In der Gegenüberstellung der Anteile der umgesetzten Konzepte versus die für diesen Bereich auf den Abteilungen/Stationen aktuell nicht geplanten Umsetzungen zeigt sich, dass für den überwiegenden Teil der benannten Maßnahmen und Strategien keine nennenswerten Entwicklungen in der näheren Zukunft zu erwarten sind. In der konkreten Analyse wird dies auch dadurch untermauert, dass für alle der elf beschriebenen Bereiche gilt, dass hinsichtlich einer konkreten Planung nur Werte von bis maximal 5,9 Prozent angegeben werden (für den Aspekt: Bei Erkennen eines Delirs werden angepasste Maßnahmen durchgeführt). Für alle anderen Aspekte sind aktuell keine nennenswerten Planungen zu erkennen oder den Befragten nicht bekannt.

¹¹⁰ HELP 2000

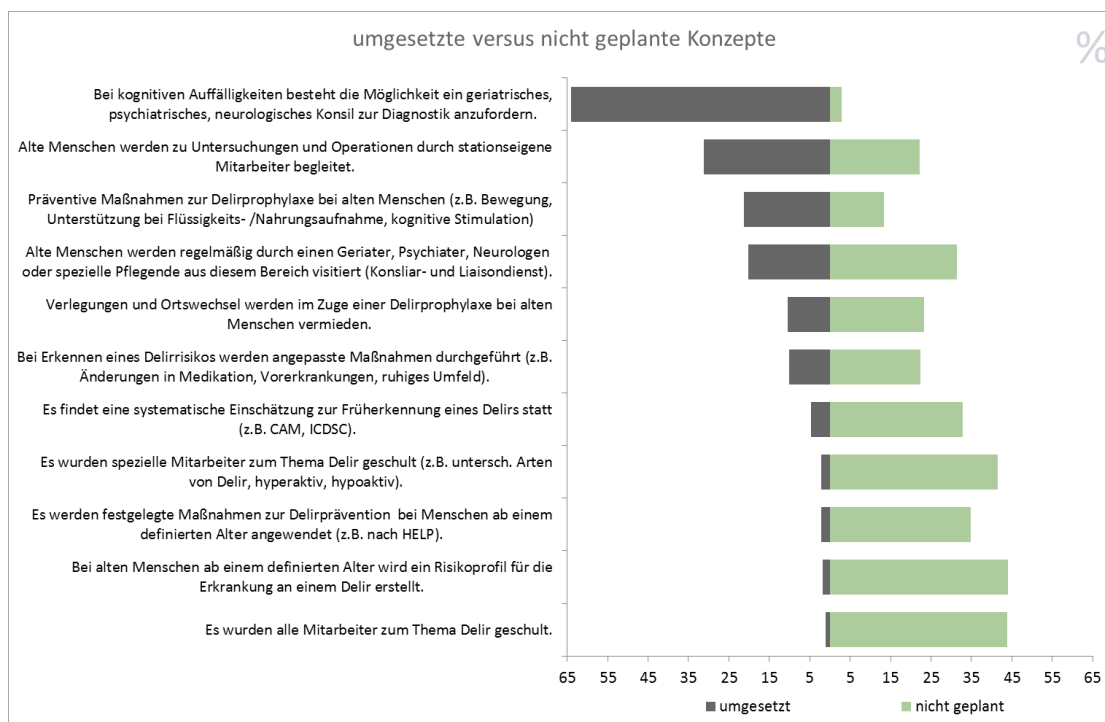


Abbildung 31 Gegenüberstellung umgesetzter und nicht geplanter Konzepte „Delir“¹¹¹

9.7 Einzelkonzepte: Angehörigenarbeit und -integration

Als einen letzten Bereich der Einzelkonzepte soll an dieser Stelle die Angehörigenarbeit fokussiert werden. Die Rolle von Angehörigen von Patientinnen und Patienten wird schon seit langem diskutiert und ist u.a. prominent im Bereich der kritischen Versorgung in der Intensivpflege beschrieben.¹¹² Darüber hinaus aber wird den Angehörigen auch in der Akutversorgung, zumindest im wissenschaftlichen Kontext, eine veränderte Bedeutung zugeschrieben: Konzepte wie „rooming-in“¹¹³ oder die Einbindung von Angehörigen in bestimmten Krisensituationen, wie vor Operationen oder Untersuchungen, basieren auf der Grundlage der Anerkennung der förderlichen Beeinflussung für die Betroffenen durch diese Personen.

Die Angehörigen können während einer Krankenhausbetreuung eine ergänzende Rolle für die Pflege und Fürsorge der Menschen mit Demenz erfüllen.¹¹⁴ Sie können Reaktionsweisen oftmals nicht nur besser erkennen und interpretieren, sondern auch leichter positiv beeinflussen. Im Kontext der Versorgung von Menschen mit Demenz können sie Halt geben und Vertrautheit schaffen (z.B. durch das bekannte Gesicht / die bekannte Stimme etc.). Insgesamt ist es daher konzeptionell ein Ziel, eine vertraute Person für die Menschen mit Demenz konkret mit in den Behandlungsprozess einzubeziehen.^{115 116}

¹¹¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden die Angaben auf der X-Achse auf 65 Prozent begrenzt.

¹¹² Metzger 2004

¹¹³ Als „rooming-in“ bezeichnet man die Möglichkeit, dass Angehörige während eines Krankenhausaufenthaltes im Zimmer ihrer Familienmitglieder mit aufgenommen werden können. Die Kosten für die Versorgung können dabei für die Angehörigen mit den Krankenkassen verhandelt werden, so sich die Notwendigkeit der Aufnahme medizinisch-pflegerisch begründen lässt.

¹¹⁴ Isfort 2011

¹¹⁵ Isfort 2009

¹¹⁶ Höwler 2013

Aufgrund unterschiedlicher Familienkonstellationen gibt es jedoch auch Beobachtungen, die darauf hindeuten, dass es eine große Gruppe von behandelten Menschen mit Demenz gibt, die keine Angehörigen haben oder deren Angehörige nicht in der Nähe wohnhaft sind. Dadurch sind teilweise keine Angehörigen vorhanden, die sich kümmern oder die aktiv mit in die Pflege einbezogen werden können.¹¹⁷

Bei der Beurteilung der Aussagen zum Einbezug von Angehörigen auf den Stationen lässt sich festhalten, dass die Unterstützung durch Angehörige in begleitender und pflegerischer Tätigkeit auf den Stationen größtenteils erwünscht ist (53,1 Prozent trifft voll zu; 24,0 Prozent trifft eher zu). In ca. jeder fünften der befragten Abteilungen/Stationen sind Angehörige als Begleitpersonen zu Untersuchungen und Operationen angefragt.

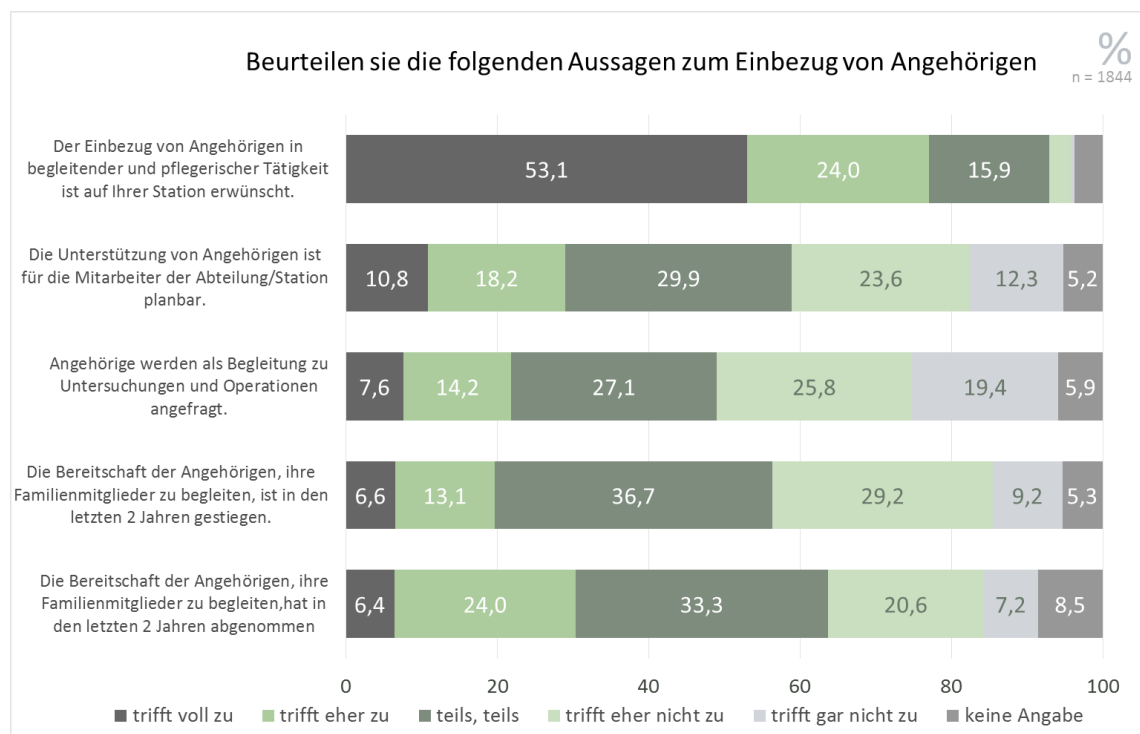


Abbildung 32 Einschätzungen zur Integration von Angehörigen

Einer Steigerung der Bereitschaft innerhalb der letzten zwei Jahre, Angehörigen zu begleiten, stimmten 19,7 Prozent der Leitungen zu (6,6 Prozent trifft voll zu; 13,1 Prozent trifft eher zu). Dem gegenüber stehen 30,4 Prozent, die erfahren haben, dass die Bereitschaft von Angehörigen ihre Familienmitglieder zu begleiten abgenommen hat (6,4 Prozent trifft voll zu; 24,0 Prozent trifft eher zu). Ein Grund dafür kann sein, dass ggf. die Zeit des stationären Krankenhausaufenthaltes von pflegenden Angehörigen auch als ein „Pflegemoratorium“, eine Auszeit von der Versorgung, verstanden wird und genutzt wird, um selbst Kraft zu tanken und sich zu erholen. Vor diesem Hintergrund ist es für die Stationen nicht hinreichend kalkulierbar oder planbar, die Angehörigen fest mit in den Fokus zu nehmen und sie als unterstützende Personen auch mit zu denken. Mehr als jede dritte Abteilungs-/Stationsleitung sieht hier Grenzen in der Planbarkeit der Unterstützung durch die Angehörigen.

Für Angehörige, unabhängig davon, ob sie direkt an der Pflege beteiligt sind oder als Bezugsperson fungieren, ist es unter anderem wichtig, dass sie gut informierte

¹¹⁷ Müller et al. 2008

Ansprechpersonen¹¹⁸ haben und ausreichende Informationen erhalten können. Bezüglich der konkreten Konzepte zur Einbindung von Angehörigen in die Arbeit bzw. die Leistungen des Krankenhauses hinsichtlich der Angehörigenarbeit und der Beratung wurden zentrale Konzepte benannt, die in ihrem Umsetzungsgrad eingeschätzt werden sollten.

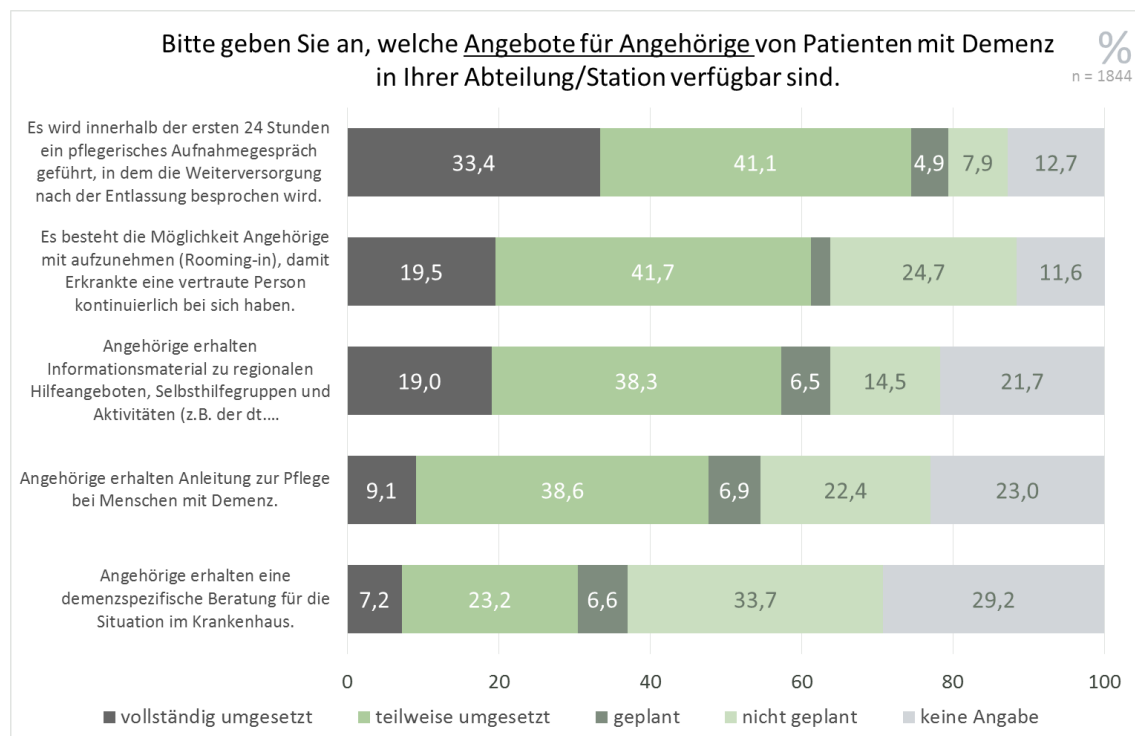


Abbildung 33 Angebote für Angehörige

Den höchsten Umsetzungsgrad erreicht das pflegerische Aufnahmegespräch, das in ca. einem Drittel der Abteilungen/Stationen umgesetzt ist und zusätzlich in 41,1 Prozent der teilnehmenden Stationen teilweise. In 19,5 Prozent der Station ist eine Möglichkeit zum rooming-in vollständig umgesetzt und in 41,7 Prozent teilweise. Damit ist dieses Angebot im Vergleich zu anderen gut umgesetzt, wird aber im Beobachtungszeitraum von einer Woche nur von drei Prozent der Fälle genutzt bzw. realisiert.

Pflegende sind in ihrem eigenen Handeln und in der Übernahme edukativer Elemente der Pflegearbeit begrenzt. Daher übernehmen sie im Rahmen der Angehörigenarbeit auch nur in geringerem Umfang selber Leistungen, wie die konkrete Anleitung zur Pflege (9,1 Prozent) oder eine demenzspezifische Beratung im Krankenhaus (7,2 Prozent). Sie sehen sich aber offenbar als Netzwerker und vermitteln gezielt Informationen zu regionalen Angeboten (19 Prozent).

Die Umsetzung von Angeboten für Angehörige von Menschen mit Demenz ist insgesamt ausbaufähig, bedenkt man, dass ein pflegerisches Aufnahmegespräch innerhalb der ersten 24 Stunden mit einem Drittel vollständiger Umsetzung das am besten umgesetzte Angebot darstellt. Die Begrenzungen der Leistungsfähigkeit der Pflegenden werden auch an diesem Aspekt deutlich. Der hohe Anteil der Stationen, auf denen keine fachspezifische Beratung zum Themenfeld eingeplant ist (jede dritte Station), verweist darauf, dass die Rolle der Pflegenden im Rahmen von Gesundheitsförderung, Prävention und Empowerment (Stärkung der

¹¹⁸ Ebd.

Entscheidungskompetenz) aktuell eher theoretischer Natur sind, für die wahrscheinlich keine hinreichenden personellen Mittel zur Verfügung stehen.

9.8 Einschätzungen zu Barrieren der Umsetzung

Korrespondierend zu den Ergebnissen der Studie des iso-Institutes zu den Hindernissen und Barrieren zur Umsetzung von Versorgungskonzepten aus der Perspektive der Leitungskräfte der Krankenhäuser¹¹⁹ wurden aus dem Studienbericht zentrale Aussagen identifiziert und im Rahmen dieser Studie den Teilnehmern zur Bewertung vorgelegt. Da der Fokus der Befragung eine andere Zielgruppe umfasste, sollen die vorliegenden Ergebnisse darüber Auskunft geben, ob sich ein konsistentes Einschätzungsverhalten über die unterschiedlichen Hierarchiestufen in der Pflege im Krankenhaus beschreiben lässt. Die erste Online-Befragung zu Aspekten der Versorgungsumsetzung fand im Projekt des iso-Institutes im Jahr 2009 statt. Hier wurden 230 Krankenhausleitungen online befragt. Mit der vorliegenden Studie sollte identifiziert werden, ob

- sich im Zeitraum von fünf Jahren nach der Online-Erhebung von Kirchen-Peters Änderungen in der Bewertung ergeben haben und
- Abteilungs- und Stationsleitungen zu den genannten Aspekten eine andere Einschätzung vornehmen als die Pflegedienstleitungen und Pflegedirektorinnen und -direktoren

Innerhalb von fünf Abstufungen konnten die teilnehmenden Leitungen ihre Zustimmung (trifft voll zu) oder Ablehnung (trifft gar nicht zu) hinsichtlich der Einschätzung von Barrieren formulieren.

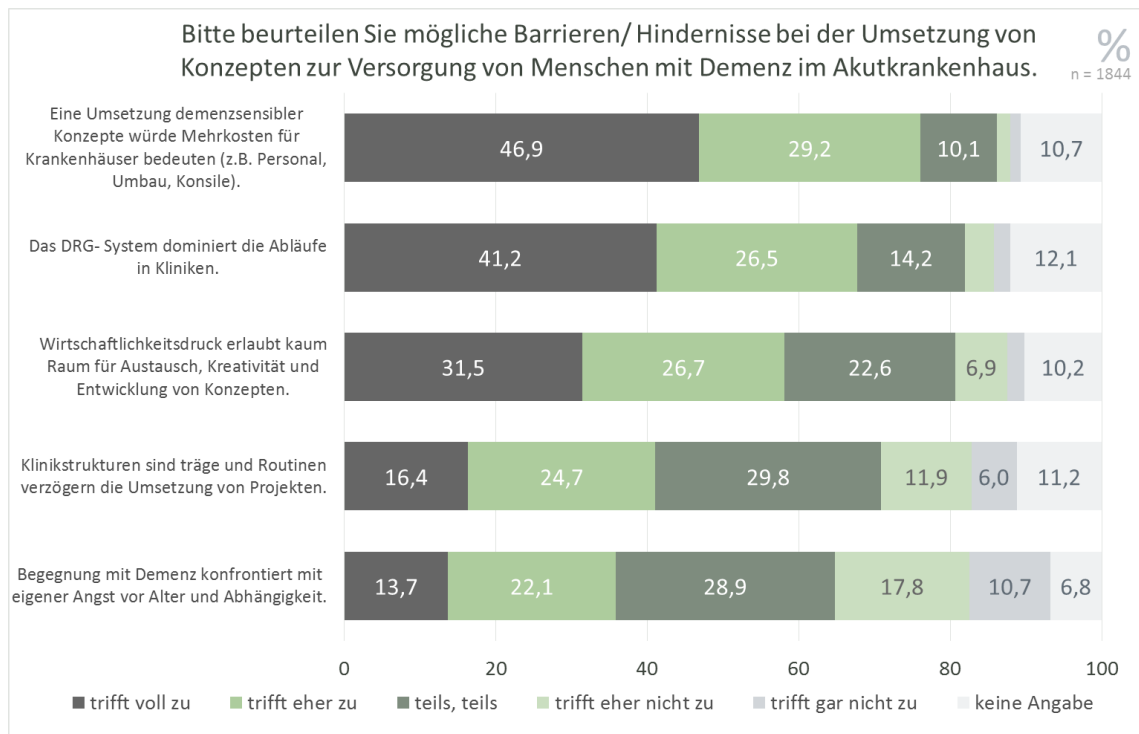


Abbildung 34 Barrieren und Hindernisse bei der Umsetzung von Konzepten 1

¹¹⁹ Kirchen-Peters 2012

Die am häufigsten wahrgenommenen Barrieren aus der Perspektive lassen sich eindeutig dem Bereich der Krankenhausfinanzierung und der Finanzierung der pflegerischen Versorgung der Krankenhäuser zuordnen.

So wurde die Aussage, dass die Umsetzung demenzsensibler Konzepte Mehrkosten für die Kliniken bedeuten würden, von 46,9 Prozent mit voll zutreffend beschrieben. Weitere 29,2 Prozent bewerten dies als eher zutreffend. In der Summe beschreiben somit drei von vier Befragten die erwarteten Mehrkosten als ein zentrales Problem.

Der zweite Rang in der Barrierenanalyse wird dem konkreten Einfluss der DRG-Finanzierung zugeschrieben. Hier geben 41,2 Prozent voll zutreffend an, dass das DRG-System die Abläufe in den Kliniken dominiert. Weitere 26,5 Prozent geben dies als eher zutreffend an. Auch zu diesem Aspekt kann festgehalten werden, dass zwei von drei Befragten den Einfluss der DRGs als handlungsleitend beschreiben, was jedoch ggf. im Widerspruch zu den Bedarfen der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu betrachten ist, die Aufwände haben, die nur schwerlich im Finanzierungssystem abzubilden sind (eine Ausnahme ist hier die Abrechnung über eine geriatrische Komplexbehandlung, die jedoch an bestimmte Voraussetzungen gebunden ist).

Zu fast einem Drittel (31,5 Prozent) benennen die Teilnehmenden, dass der aktuell wahrgenommene Wirtschaftlichkeitsdruck auf Seiten der Krankenhäuser kaum Raum für Austausch, Kreativität und für die Entwicklung von Konzepten zulässt. Mit weiteren 26,7 Prozent ist es auch bei diesem Finanzierungsaspekt mehr als jede/r zweite der Pflegenden, der oder die durch die Aspekte der Finanzierung Begrenzungen erfährt.

Die übrigen genannten Aspekte sollen an dieser Stelle nicht explizit erläutert oder weiter vorgestellt werden, da sie in der Ausprägung deutlich geringer ausfallen.

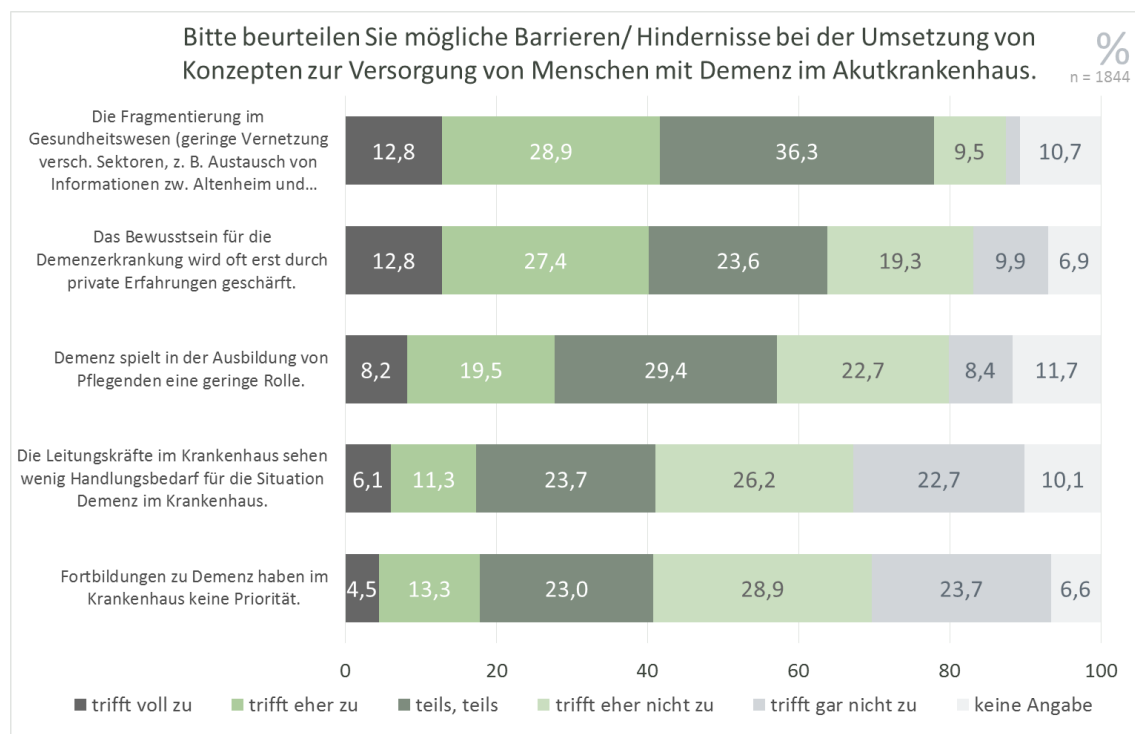


Abbildung 35 Barrieren und Hindernisse bei der Umsetzung von Konzepten 2

Problematik im Krankenhaus durchaus erkannt wird und es kein Wissensdefizit bezüglich des Handlungsbedarfs gibt; gleichzeitig erleben sie jedoch, dass für eine Umsetzung von

demenzsensiblen Konzepten kein finanzieller und organisatorischer Spielraum gegeben ist. Die Ursache dafür wird daher auch nur in geringem Maße bei Leitungen der Krankenhäuser gesucht, sondern vielmehr in den Rahmenbedingungen Kostenverteilungen des Gesundheitssystems gefunden. In der Summe zeigt sich, dass es ein Innovations- und ein Investitionsstau im konzeptionellen Bereich sind, die auch nur mit den Maßnahmen zu befördern sind, die zielgerichtet auf dieser Ebene einwirken können.

In der Summe können die Ergebnisse von Kirchen-Peters bestätigt werden, wobei sich im Gegensatz zur Studie des iso-Instituts dahingehend Unterschiede zeigen, dass die finanziellen Barrieren in der Gesamtheit stärker bewertet werden als die institutionellen Barrieren. Diese beiden Aspekte waren in der 2012 im Endbericht veröffentlichten Studie aus Saarbrücken näher beieinander.

10. Schussbetrachtung und Empfehlungen

Mit dem Pflege-Thermometer 2014 konnte auf einer breiten Datenbasis von 1.844 Stationen in Deutschland eine Übersicht über die Versorgung von Menschen mit einer Demenz und/oder mit einem Delir hergestellt werden. Obwohl die Daten nicht als repräsentativ vor dem Hintergrund der Verteilung der Stationen im Bundesgebiet zu betrachten sind, geben sie wichtige Hinweise bezüglich der gestellten Fragen. Die Abbildung der Anzahl der Stationen entspricht in etwa der Verteilung der Krankenhäuser in Deutschland, wobei aufgrund der Wahrung der Anonymität nicht exakt beziffert werden kann, aus wie vielen unterschiedlichen Krankenhäusern die Angaben zusammengetragen werden konnten.

Insgesamt aber werden in dieser Erhebung rund 15 Prozent aller Krankenhausbetten in Deutschland erfasst, sodass die Ergebnisse aussagekräftig erscheinen. Eine breitere Datenbasis zu diesem Themenfeld existiert in Deutschland aktuell nicht, sodass die Daten sowohl für die Einrichtungen als auch für die Gesundheitspolitik eine gute Diskussions- und Argumentationsgrundlage darstellen. Daher ist zu wünschen, dass die Studie eine hohe Verbreitung erreicht und die notwendigen Entwicklungen in diesem wichtigen Themenfeld dadurch beflügelt werden.

Die wesentlichen Erkenntnisse aus der Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen und auf den Punkt bringen. Die Herausforderungen in der Krankenhausversorgung von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, steigen mit dem wachsenden Anteil dieser Gruppe an allen Patientinnen und Patienten. Heute schon ist jeder vierte Mensch, der im Krankenhaus behandelt wird, 75 Jahre alt und älter. Trotzdem werden in den Krankenhäusern in Deutschland kaum geeignete Konzepte angewandt und umgesetzt, die den besonderen Bedürfnissen von pflege- und hilfsbedürftigen, älteren Erkrankten Rechnung tragen. Die Gründe dafür werden nicht im fehlenden Wissen, sondern im fehlenden Willen zur Umsetzung gesehen. Ursächlich dafür sind in den Augen der Verantwortlichen vor Ort in erster Linie strukturelle und finanzielle Barrieren und unzureichende Rahmenbedingungen. Dies erklärt auch die gerade vor dem Hintergrund der beschriebenen Herausforderungen als nicht hinreichend beurteilte Personalausstattung in der Krankenhauspflege. Und diese wiederum führt ganz offensichtlich zu spürbaren Mängeln in der Patientenversorgung und -betreuung und zu vermeidbaren Risiken gerade für die Patientengruppe der an Demenz erkrankten Menschen. Letztlich verwundert es dann auch nicht, dass die Krankenhäuser auch keine nennenswerten Angebote für die Angehörigen dieser Patientinnen und Patienten entwickeln und bereithalten, weder für diejenigen, die den

Aufenthalt ihrer demenzerkrankten Angehörigen im Krankenhaus aktiv unterstützen wollen, noch für diejenigen, die den Aufenthalt ausdrücklich für ein eigenes Pflegemitorium nutzen wollen. So muss konstatiert werden, dass die derzeitige und zukünftige Versorgung von Menschen mit Demenz in den bundesdeutschen Krankenhäusern beklagenswerte Defizite und vermeidbare Risikolagen aufweist, die die Verantwortlichen in Politik wie auch in den Einrichtungen zum schnellen und wirksamen Handeln auffordern.

Im Folgenden werden die aus den Ergebnissen des Pflege-Thermometers abgeleiteten Empfehlungen der Autorinnen und Autoren vorgestellt. Sie greifen mitunter bekannte Vorschläge und Diskussionsbeiträge auf und weisen auf notwendige Wege und mögliche Anpassungen in der Krankenhausversorgung und ihren Rahmenbedingungen hin.

10.1 Personalausstattung an wachsende Bedarfe anpassen

Mit dieser Datenerhebung konnte ermittelt werden, dass von einer bereits aktuell hohen Anzahl von Menschen mit Demenz im Krankenhaus auszugehen ist. Nur noch in Ausnahmefällen finden sich auf Krankenstationen überhaupt keine Patientinnen und Patienten mehr mit einer Demenz. Der durchschnittliche Anteil der Demenzerkrankten wird von den Pflegenden in den untersuchten Stationen mit rund 23 Prozent angegeben, wobei sich eine große Spannweite in den unterschiedlichen Fachbereichen zeigt. Eindrucksvoll wird deutlich, dass nicht nur in den spezialisierten Bereichen eine entsprechend höhere Versorgungsintensität erforderlich wird, sondern dass dies auch für die allgemeinen internistischen und den chirurgischen Stationen gilt. Diese hier beschriebene Realität in der Versorgung entspricht allerdings nicht der Abbildung und Gewichtung von Diagnosen in der DRG-bezogenen Kodierung. Die mit dieser Studie sichtbar gewordenen Dimensionen zeigen sich somit nicht in gleichem Ausmaß in den offiziellen Diagnosedaten. Dies kann mit ein Grund dafür sein, dass die aktuelle Situation in ihrer Bedeutung und Tragweite für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung öffentlich noch stark unterschätzt und in der Politik, bei Kosten- und Einrichtungsträgern noch unzureichend erkannt wird.

Die in der Studie verdeutlichten pflegerischen Versorgungslücken treten nicht nur an Wochenenden mit geringerer Personalbesetzung auf, sondern zeigen sich vor allem nachts. Mit durchschnittlich fast 24 Patientinnen und Patienten pro Nachtwache können angemessene Beobachtungen oder eine akut notwendig werdende Anwesenheit z.B. bei nächtlichen Krisen älterer, gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen nicht gewährleistet werden. Aber auch im Nachmittagsdienst sind diese Pflege- und Betreuungsaufgaben angesichts von durchschnittlich 12 Patientinnen und Patienten pro Pflegefachkraft eigentlich nur zu gewährleisten, wenn Abläufe reibungslos und weitgehend ungestört funktionieren. Aber genau dies kann angesichts der bekannten Symptome und Begleitumstände einer Demenz nicht erwartet werden. Für eine angemessene Reaktion auf ungeplante Ereignisse, irrationales Verhalten von Patientinnen und Patienten und einen höheren Betreuungsbedarf ist das „DRG-optimierte System Krankenhaus“ nur unzureichend ausgestattet.

In der Pflege-Thermometer-Reihe werden seit Jahren auf der einen Seite allgemeine Grunddaten der Krankenhäuser systematisch aufbereitet und die Zeitreihen ihrer Entwicklung kontinuierlich weitergeführt. Auf der anderen Seite werden diese Daten ergänzt durch empirisch ermittelte Erkenntnisse zu den sich ändernden Anforderungen sowie mit Einschätzungen der Expertinnen und Experten vor Ort. Die bereits seit 2007 beobachteten

kritischen Entwicklungen eines massiven Abbaus von Pflegekapazitäten und einer nicht mehr angemessenen Ausstattung im Pflegedienst im Krankenhaus werden dabei in dieser Studie abermals bestätigt. Mit durchschnittlich fünf zusätzlichen Stellen im Pflegebereich pro Krankenhaus in Deutschland innerhalb der letzten fünf Jahre erfolgte keine nennenswerte Personalanpassung an die steigenden Versorgungsbedarfe. Die bisher vorherrschende Strategie, die Personalausstattung in der Krankenhauspflege dem „Markt zu überlassen“ und die Vermutung, dass der Markt dies auch im Sinne der Qualität hinreichend regelt und reguliert, wird dabei aus pflegerischer und pflegewissenschaftlicher Perspektive als Mythos entlarvt.

Die Pflege im Krankenhaus bleibt damit allzu oft deutlich hinter den eigenen Möglichkeiten, dem berufsimmanenten Fachwissen und den eigenen ethischen Wertmaßstäben an eine gute Patientenversorgung zurück. Dies gefährdet, wie gezeigt, die Sicherheit von Patientinnen und Patienten und bleibt bekanntlich nicht ohne Folgen auf die Arbeitszufriedenheit der professionell Pflegenden. Vor diesem Hintergrund erscheinen die Diskussionen der vergangenen Jahre, die u.a. geprägt waren von einer Debatte zur Übernahme ärztlicher Aufgaben im Rahmen von Delegationen oder Substitutionen durch die Pflege zur Entlastung des ärztlichen Personals, geradezu grotesk. Sie gehen an der Realität der aktuellen Versorgung und Personalbesetzung in der Pflege schlichtweg vorbei. Die Kernarbeit der Pflege selbst steht immer öfter zur Disposition und es stellt sich angesichts der sich dramatisch verschiebenden Relationszahlen im Krankenhaus zwischen Ärztinnen und Ärzten auf der einen Seite und Pflegenden auf der anderen Seite, eher die Frage, wer zukünftig im Krankenhaus wen entlasten müsste.

In den vergangenen zehn Jahren wurden hierzulande keine nennenswerten Versuche unternommen, die Fragen nach den Zusammenhängen einer adäquaten pflegerischen Versorgung im Krankenhaus bei angemessener Personalausstattung in der Pflege empirisch zu klären. Es wurden weder diesbezüglich öffentlich geförderte Studien, noch Modellvorhaben oder eine anderweitige Entwicklung von geeigneten Instrumenten durchgeführt, die eine belastungsfähige Beantwortung dieser Fragen erlauben. Zum anderen zeigen aktuelle Debatten und Anhörungen, wie zum Beispiel im vergangenen Jahr im Gesundheitsausschuss des Bundestages, dass die mit der derzeitigen Personalbesetzung verbundenen Probleme in der pflegerischen Versorgung von einzelnen Verbänden, Interessensgruppen oder Kostenträger schlicht trivialisiert, negiert oder als Eingriff in die Autonomie der internen Steuerungsabläufe von Krankenhäusern verstanden werden. Dabei gilt es hervorzuheben, dass die Debatte lediglich um eine Mindestpersonalausstattung geführt wird, mittels derer noch zu bestimmende Sicherheitsstandards verpflichtend eingeführt und garantiert werden könnten.

Als Konsequenz aus den mit dem Pflege-Thermometer 2014 vorgelegten Ergebnissen und Erkenntnissen ist den Verantwortlichen in der Gesundheitspolitik dringlich zu empfehlen, die Weichen zu stellen für eine spürbare Verbesserung der Personalausstattung im Pflegebereich bundesdeutscher Krankenhäuser. Eine kurzfristig wirksame Möglichkeit dazu läge in einer wissenschaftsfundierten, verbindlichen Festsetzung von Anhaltszahlen in der Betreuung von hilfs- und unterstützungsbedürftigen Patientinnen und Patienten, wie demenzerkrankte Menschen es sind. Mittelfristig ist die Entwicklung und der Einsatz verbindlicher und transparenter Personalbemessungsinstrumente in der Krankenhauspflege zu empfehlen, um die Sicherheit und das Wohlbefinden dieser Patientengruppe zu fördern, aber vor allem um besondere Risiken ihrer Gesundheit zu vermeiden.

10.2 Innovative Ansätze befördern und verbreiten

Im Rahmen von Vorarbeiten und Recherchen zum Pflege-Thermometer 2014 wurden etliche interessante und vielversprechende Ansätze und Konzepte zur Thematik zusammengetragen, die in einzelnen Einrichtungen oder im Kontext von Studien entwickelt und erprobt wurden. Diese beziehen sich u.a. auf spezifische Versorgungskonzepte, Zimmer- und Flurgestaltungen, Beleuchtung, Angehörigenbetreuung, Tagesgestaltung, Arbeitszeitmodelle etc. In einzelnen Projekten konnte erfolgreich nachgewiesen werden, dass sich ein Engagement auch wirtschaftlich lohnt, z.B. durch die Senkung der Verweildauer und der begleitenden Mehrkosten.

Allerdings muss auf dem Hintergrund der Datenlage konstatiert werden, dass diese Ansätze weder weit verbreitet sind, noch integriert entwickelt und eingeführt oder nachhaltig umgesetzt werden. Die Versorgungslandkarte (S.60) zu den spezifischen Konzepten zeigt ein eher ernüchterndes Bild und für einzelne Regionen und ganze Bundesländer sogar weitgehend blinde Flecken auf. Eine erschreckend hohe Zahl von Einrichtungen setzt sich nicht sehr intensiv mit Fragen der Entwicklung, Einführung und Umsetzung spezifischer Betreuungs- und Versorgungskonzepte für Patientinnen und Patienten mit Demenz auseinander. Dies zeigt die hohe Anzahl der Einrichtungen, die keine Planungen vornehmen obwohl die Zeichen der Zeit erkannt sein müssten.

Die Ergebnisse der Studie zeigen des Weiteren auf, dass aktuell vor allem die Barrieren bezüglich der Einführung von Innovationen im Kontext der Rahmenbedingungen und Arbeitsumgebung gesehen werden. Während alle Indikatoren, die auf die Bedeutsamkeit und den Innovationsdruck verweisen, von den Befragten in hohem Maße zustimmend beantwortet werden, werden als zentrale Barrieren die erwarteten Mehrkosten, die Ausrichtung der Arbeit an DRG-finanzierten Fragen, der Personalmangel in der Pflege und der Wirtschaftlichkeitsdruck im Krankenhaus insgesamt benannt. Ganz offensichtlich gibt es aber auch ein Informationsdefizit vor Ort, gerade was innovative Ansätze und Konzepte zur Betreuung dieser besonderen Patientengruppen anbelangt.

Angesichts der mit dem demografischen Wandel und der Zunahme an Demenzkranken stetig steigenden spezifischen Versorgungsbedarfe in den bundesdeutschen Krankenhäusern sind die Förderung und Implementation von entsprechenden Innovationen ein weiteres Gebot der Stunde. Dazu empfiehlt es sich, dass die Gesundheitspolitik unter Einbezug der Selbstverwaltung in den kommenden Jahren eine Demenzstrategie mit dem Schwerpunkt Krankenhaus ins Leben ruft und mit ausreichend Mitteln ausstattet. Die Ziele dieser Demenzstrategie Krankenhaus sollten in der Aufarbeitung vorhandener national und international erprobter Ansätze, in der Projektförderung sowie in der Bereitstellung von Informationen für Einrichtungen etwa durch regional durchgeführte Veranstaltungen, Unterstützung von Netzwerkentwicklungen, internetbasierten Informationsplattformen etc. bestehen. Zugleich sollten die Bemühungen um die Verbesserung und Innovation der Versorgung dieser Patientengruppen mit den Entwicklungen um die Qualitätsentwicklung und -sicherung verknüpft werden. Wie in vielen anderen Bereichen verspricht die Verbindung aus Fördern und Fordern hier einen maßgeblichen Erfolg.

10.3 Qualitätsindikatoren der Versorgung berücksichtigen

In der vorliegenden Arbeit wird klar ersichtlich, dass die Qualität der pflegerischen Versorgung deutlich zu steigern ist. Genannt werden kann hier die hohe Anzahl der unterschiedlichen Arten freiheitseinschränkender Maßnahmen, die durchgeführt werden. Darüber hinaus zeigen sich auch andere Risiken mit erheblichen Folgen, wie z.B. das Entfernen eines geblockten Blasenkatheters mit dem Risiko einer Harnröhrenverletzung oder auch das „Entfernen von Verbänden und Venenverweilkanülen. Diese Ereignisse sind keine Seltenheit und könnten in Teilen mit einer besseren Personalausstattung vermieden werden. Sie sind nicht als ein natürliches Risiko zu begreifen, das mit einer Krankenhausbehandlung verbunden ist, sondern Teil eines strukturellen Defizits. Sie weisen vielmehr auf Lücken und Risiken bei der Versorgungsqualität hin.

Hervorgehoben werden muss, dass die benannten Risiken und Ereignisse durch die vorliegende Studie transparent werden. Zu versorgungsrelevanten Aspekten und der Erfassung der pflegerischen Qualität der Behandlung ist insgesamt in Deutschland viel zu wenig bekannt. Die Datenlage zur Erfassung und Beschreibung einer umfassenden Versorgungsqualität ist auch acht Jahre nach der Forderung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), solche Begleituntersuchungen in der Pflege durchzuführen, eher dünn. In den Debatten um eine Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern tauchen daher Befunde zu „unerwünschten Vorkommnissen“ oder pflegerische Ausstattungsmerkmale bislang nicht oder nur vereinzelt auf. Es werden Fragen der Qualität der Krankenhausbehandlung insgesamt noch viel zu stark auf die rein medizinische Qualitätsdefinition reduziert. Qualität ist in einem interdisziplinären Arbeitsbereich jedoch keine monodisziplinäre Fragestellung; sie kann auch nicht monodisziplinär definiert werden. Für die Zukunft bedeutet dies, dass sich dringend der Entwicklung, Aufnahme und Überprüfung von versorgungsrelevanten Qualitätsindikatoren zugewendet werden muss.

Ohne an dieser Stelle in einen vertieften Diskurs einsteigen zu können, ist für die deutsche Krankenhauslandschaft zu prüfen, ob man sich in der Erfassung und auch der Evaluation von Qualitätsmerkmalen internationalen Standards anschließt. In diesem Bereich sind z.B. die pflegesensitiven Indikatoren (z.B. National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®)), wie sie im angloamerikanischen Raum eingesetzt werden, von großer Bedeutung.

Die regelmäßige Erfassung, Bewertung und Veröffentlichung von versorgungsrelevanten Qualitätsindikatoren führt nicht nur zu einer stärkeren Beachtung der patientenbezogenen Versorgungsperspektive insgesamt, sondern kann darüber hinaus auch dazu genutzt werden, um Anreizsysteme in die Finanzierung mit aufzunehmen und das diagnosebezogene Fallpauschalensystem zu ergänzen.

11. Literaturverzeichnis

- Achterberg W.P.; Gambassi G.; Finne-Soveri H.; Liperoti R.; Noro A.; Frijters D.H. et al. (2010): Pain in European long-term care facilities: cross national study in Finland, Italy and The Netherlands. *Pain* 148(1):70-74. In: *Pain* 148 (1), S. 70–74.
- Afentakis, A.; Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: *Wirtschaft und Statistik*, 61 (11) S. 990–1002.
- Allen, J.; Close, J. (2010): The NICHE geriatric resource nurse model: Improving the Care of older Adults with Alzheimers Disease and other dementias. In: *Geriatric Nursing* 31 (2), S. 128–132.
- 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.
- Arolt, V. (1998): Psychische Störungen bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus. In: *Deutsches Ärzteblatt* 95 (7), S. 361–362.
- Ausserhofer, D.; Zander, B.; Busse, R.; Schubert, M.; Geest, S. de; Rafferty, A. M. et al. (2014): Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multi-country cross-sectional RN4CAST study. In: *BMJ Quality & Safety* 23 (2), S. 126–135. DOI: 10.1136/bmjqs-2013-002318.
- Balzer, K.; Junghans, A.; Brinkmeier, K.; Jacobs, B.; Köpke, S. (2013): Aus Barrieren Chancen machen. *Pflege von Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus*. In: *Pflegezeitschrift* 66 (4), S. 204–207.
- Bartholomeyczik, S.; Halek, M.; Müller-Hergl, C.; Riesner, C.; Rüsing, D.; Vollmar, H.-C.; Wilm, S. (2008): Institut für Forschung und Transfer in der Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz: Konzept. In: *Pflege und Gesellschaft* 13 (4), S. 337–349.
- Basler, H.D.; Hüger, D.; Kunz, R.; Lukas, A.; Nikolaus, T.; Schuler, M.S (2006): Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD); Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltes. In: *Der Schmerz* 20 (6), S. 519–526.
- Bickel, H. (2012): Die Epidemiologie der Demenz. Das Wichtigste- Informationsblätter. Hg. v. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Online verfügbar unter <http://www.alzheimer-mg.de>, zuletzt geprüft am 26.07.2014.
- Blum, K.; Löffert, S.; Offermanns, M.; Steffen, P.: Krankenhaus Barometer (2012), Düsseldorf. Online verfügbar unter <http://www.dki.de>, zuletzt geprüft am 26.07.2014.
- Blum, K.; Löffert, S.; Offermanns, M.; Steffen, P. (2013) : Krankenhaus Barometer 2013, Düsseldorf. Online verfügbar unter <http://www.dki.de>, zuletzt geprüft am 26.07.2014.
- Brand, C. A.; Sundararajan, V. (2010): A 10-year cohort study of the burden and risk of in-hospital falls and fractures using routinely collected hospital data. In: *BMJ Quality & Safety* 19 (6), S. e51. DOI: 10.1136/qshc.2009.038273.
- Braun, B.; Darmann-Finck, I.; Stegmüller, K.; Greiner, A.-D.; Siepmann, M. (2013): Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern. Hg. v. Zentrum für Sozial-politik. Universität Bremen. Wiesbaden. Online verfügbar unter <http://www.public-health.uni-bremen.de/downloads>, zuletzt geprüft am 26.07.2014.
- Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2013): Der Arbeitsmarkt in Deutschland - Fachkräfte gesucht. Fachkräfte-teengpassanalyse Dezember 2013. Online verfügbar unter <http://statistik.arbeitsagentur.de>, zuletzt geprüft am 26.07.2014.
- Burkhardt, H.; Wehling, M.; Gladisch, R. (2007): Prävention unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei älteren Patienten. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 40 (4), S. 241–254.
- Campbell, N. (2007): Designing and evaluating complex interventions to improve health care. In: *British Medical Journal* 3 (334), S. 455–459.
- Campbell, M.; Fitzpatrick, R.; Haines, A.; Kinmonth, A. L.; Sandercock, P.; Spiegelhalter, D.; Tyrer, P.: (2000): Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. Education and debate. In: *British Medical Journal (BMJ)* 6 (321), S. 694–696
- Detert, E. (2007): Nach dem Frühstück wird vorgelesen. Tagesbetreuung für Demenzkranke im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. In: *pflügen: Demenz* 2 (3), S. 24–26.
- 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). Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de>, zuletzt geprüft am 26.07.2014.
- Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Expertenstandard. Fachhochschule Osnabrück, Osnabrück.

- Ewers, A.; Osterbrink, J. (2003): Akute postoperative Verwirrtheit. Ein bekanntes Phänomen mit großen Unbekannten. In: *Pflege Zeitschrift* 56 (5), S. 349–352.
- Fischer, T.: Dissertation: Entwicklung eines Instrumentes zum Assessment von Schmerzen bei alten Menschen mit schwerer Demenz. Online verfügbar unter <http://www.diss.fu-berlin.de>, zuletzt geprüft am 26.07.2014.
- Flanagan, N. M.; Fick, D. M. (2012): *Delirium Superimposed on Dementia: Assessment and Intervention*. Online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3092013/pdf/nihms260097.pdf>, zuletzt geprüft am 30.07.2013.
- Geest, S. de; Hasemann, W.; Kesselring, A. (2006): *Delirium-Management am Universitätsspital Basel – ein Beispiel angewandter Pflegewissenschaft*. In: *Managed Care* 10 (6), S. 6–8.
- germany trade and invest (Hg.) (2013): *Gesundheitsversorgung in der EU: Unterschiedliche Systeme, ähnliche Probleme*. Online verfügbar unter <http://www.gtai.de>, zuletzt geprüft am 26.07.2014.
- Görres, S.; Stöver, M.; Bombal, J.; Schwanke A. (2011): *Demenzsensible nicht medikamentöse Konzepte in Pflegeschulen. Vermittlung pflegerischer Kompetenzen in der Ausbildung, die zur nachhaltigen Verbesserung von Menschen mit Demenz in Akutkliniken beitragen*. Universität Bremen. Online verfügbar unter <http://www.public-health.uni-bremen.de>, zuletzt geprüft am 26.07.2014.
- Gurlit, S.; Möllmann, M. (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. Online verfügbar unter <http://www.mgepa.nrw.de>, zuletzt geprüft am 26.07.2014
- Gurlit, S.; Möllmann, M. (2008): How to prevent perioperative delirium in the elderly? In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41 (6), S. 447–452.
- Haasum, Y.; Fastboom, J.; Fragtilioni, L.; Kareholt, I.; Johnell, K. (2011): Pain treatment in elderly persons with and without dementia: a population based study of institutionalized and home-dwelling elderly. *Drugs Aging* 1; 28(4):283-293. In: *Drugs and Aging* 28 (4).
- Hadjistavropoulos, T.; Herr, K.; Turk, D.C. et al. (2007): An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. In: *Clinical Journal of Pain* 23 (1), S. 1–43.
- Handel, E. (Hrsg.) (2010): *Praxishandbuch ZOPA©. Schmerzeinschätzung bei Patienten mit kognitiven und/oder Bewusstseinsbeeinträchtigungen*. Bern: Huber.
- Hasemann, W.; Pretto, M.; Spirig, R.; Jauch, H.; Kesselring, A. (2006): *Projekt Delir-Management am Universitätsspital Basel: Mehr Handlungsoptionen bei akuter Verwirrtheit*. In: *Krankenpflege soins infirmiers* 99 (1), S. 15–17.
- HELP (2000): *HELP Implementation Manual*. Online verfügbar unter http://www.hospitalelderlifeprogram.org/pdf/site_guide_final_2011.pdf, *Organizational and Procedural Manual: Overview and Structur*. <http://hospitalelderlifeprogram.org/pdf/Admin%20Manual.pdf>, *HELP (2000): Clinical Process*. <http://www.hospitalelderlifeprogram.org/pdf/Clinical%20Manual.pdf>, *Implementation Manual*. http://www.hospitalelderlifeprogram.org/pdf/site_guide_final_2011.pdf
- Hofmann, W.; Rösler, A.; Nehlen, H.-G. (2014): *Spezialstationen für akuterkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten in Deutschland. Positionspapier*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 47 (2), S. 136–140.
- Höhm, U.; Bartholomeyczik, S. (2013): *Komplexe Wirkungszusammenhänge in der Pflege erforschen: Konzepte statt Rezepte*. In: *Pflege und Gesellschaft* 18 (4), S. 293–312
- Holmes, J.D.; House A.O. (2000): *Psychiatric in hip fracture*. In: *Age and Aging* 29 (6), S. 537–546.
- Höwler, E. (2013): *Der demenzkranke Patient im Krankenhaus-Eine belastende Situation*. In: *Pflegezeitschrift* 66 (3), S. 156–159.
- Inouye, S. K.; Charpentier, P. A. (1996): *Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability*. In: *Journal of the American Medical Association* 275 (11), S. 852–857.
- Isfort M. (2009): *Demenz- Projekt im Krankenhaus. Rooming- in für Angehörige*. In: *Die Schwester /Der Pfleger* 48 (10).
- Isfort, M.; Weidner, F. et al. (2010): *Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>, zuletzt geprüft am 26.07.2014.
- Isfort, M.; Weidner, F.; Gehlen, D. (2013): *Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus*. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>, zuletzt geprüft am 26.07.2014.

- 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>, zuletzt geprüft am 26.07.2014.
- 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>, zuletzt geprüft am 26.07.2014.
- Isfort, M. (2013): "Wir brauchen gute pflegerische Konzepte". In: Die Schwester /Der Pfleger 52 (9), S. 852–854.
- Kaasalainen, S. (2007): Pain assessment in older adults with dementia: using behavioural observation Methods in clinical practice. In: Journal of Gerontological Nursing 33 (6), S. 6–10.
- Kirchen-Peters, S. (2008): Gerontopsychiatrischer Konsiliar und Liaisondienst-Pioniere warten auf Nachahmer. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41 (6), S. 467–474.
- 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. Online verfügbar unter http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Endbericht-Kirchen-Peters_Oktober2012_01.pdf, zuletzt geprüft am 26.07.2014.
- Kleina, T.; Wingenfeld, K. (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Bielefeld: IPW (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), P07, 135). Online verfügbar unter <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-135.pdf>, zuletzt geprüft am 26.07.2014.
- 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.
- Knüppel, J. (2012): Zahlen – Daten – Fakten „Pflege“. Hg. v. DBfK Bundesverband. Online verfügbar unter <http://www.dbfk.de/Startseite/Aktion-Tausche-wichtigen-gegen-guten-Arbeitsplatz/Zahlen---Daten---Fakten-Pflege-2012-01.pdf>, zuletzt geprüft am 26.07.2014.
- Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn. Online verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de>, zuletzt geprüft am 26.07.2014.
- Krulewicz, H. et al. (2000): Assessment of pain in cognitively impaired older adults: a comparison of Pain assessment tools and their use by non-professional caregivers. In: Journal of American Geriatrics Society 48 (12), S. 1607–1611.
- Landendörfer, P.; Hasselbarth S. (2003): Schmerzbeurteilung bei sprachlosen Patienten. In: Der Allgemeinarzt 10). Online verfügbar unter <https://www.volkssolidaritaet.de>, zuletzt geprüft am 26.07.2014.
- Law, E., Prentice, N., Connelly, P. (2008): The fast track day hospital maintaining clinical improvement in community setting. In: International Journal of geriatric Psychiatry 23 (1), S. 109–110.
- Martins, S.; Fernandes, L. (2012): Delirium in Elderly People: A Review. In: Frontiers in Neurology (3). Online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>, zuletzt geprüft am 26.07.2014.
- McCusker, J.; Cole, M.; Abrahamowicz, M.; Primeau, F.; Belzile, E. (2002): Delirium Predicts 12-Month Mortality 162, S. 457–468. Online verfügbar unter www.archintermed.com, zuletzt geprüft am 07.07.2014.
- Metzing, Sabine (Hg.) (2004): Focus: Intensivpflege. Bedeutung von Besuchen für Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts auf einer Intensivstation. Unter Mitarbeit von Angelika Abt-Zegelin. 1. Aufl. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG (S.159-217).
- Müller, Elke; Dutzi, Ilona; Hestermann, Ute; Oster, Peter; Specht-Leible, Norbert; Zieschang, Tania (2008): Herausforderung für die Pflege: Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Bericht über das Interventionsprojekt "Geriatrisch-internistische Station für akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD)". In: Pflege & Gesellschaft 13 (4), S. 321–336.
- Neuner-Jehle, S. (2011): Zuviel des Guten - Rezepte gegen Polypharmazie. In: Primary Care 11 (12), S. 212–215.
- Osterbrink, J.; Hufnagel, M.; Kutschar, P.; Mitterlehner, B.; Krüger, C.; Bauer, Z. et al. (2012): Die Schmerzsituation von Bewohnern in der stationären Altenpflege, Ergebnisse einer Studie in Münster. In: Der Schmerz 26 (1), S. 27–35.
- Pinkert, C.; Holle B. (2012): Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literaturüber-sicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 45 (8), S. 728–734.

Pinkert, C.; Holle B. (2013): Demenz im Krankenhaus. Die fachgerechte Pflege und Betreuung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus ist aus den unterschiedlichsten Gründen ein scheinbar kaum zu bewältigendes Problem. In: Die Schwester /Der Pfleger 52 (9) S. 845-849

PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen. Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie, Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Witten. Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie, HELIOS Klinikum Wuppertal. Online verfügbar unter <http://priscus.net>, zuletzt geprüft am 25.07.2014.

Rösler, A.; Hofmann, W.; Renteln-Kruse, W. von (2010): Spezialisierte Stationen zur Behandlung von akut erkrankten geriatrischen Patienten mit zusätzlichen kognitiven Beeinträchtigungen in Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43 (4), S. 249–253.

Schütz, D.; Füsgen, I. (2013): Die Versorgungssituation kognitiv eingeschränkter Patienten im Krankenhaus. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46 (3), S. 203–207.

Siddiqi, N.; Holt, R.; Britton, A.M.; Holmes J.: Interventions for preventing delirium in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 (2) Art. No.: CD005563. DOI: 10.1002/14651858.CD005563.pub2

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.): Demographischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Ausg. 2010, Heft 2. Statistisches Bundesamt (Destatis). Wiesbaden. Online verfügbar unter http://www.statistikportal.de/statistik-portal/demografischer_wandel_heft2.pdf, zuletzt geprüft am 25.07.2014.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2013): Grunddaten der Krankenhäuser 2012 - Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de>, zuletzt geprüft am 25.07.2014.

Sylvester, Fred (2009): Station Siloah - In der Unruhe Schutz spenden. In: Die Schwester Der Pfleger 48 (3), S. 224–226.

Teschauer, W. (2013): Belastungserleben des Pflegepersonals bei der Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Wissenschaftliche Begleitforschung zu einem Projekt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. In: transfer plus (8), S. 6–13.

Theocharis, Chr. (2006): Post-operative delirium after hip fracture treatment: a review of the current literature. In: Psycho-Social-Medicine 3 (ISSN 1860-5214), S. 1–12.

Trauschke, T.; Werner, H.; Gerlinger, T. (2009): Zur Diagnostik und Häufigkeit von demenziellen Erkrankungen. Eine prospektive Untersuchung im Alltag einer geriatrischen Klinik (PAOLA-Studie). In: Zeit-schrift für Gerontologie und Geriatrie 42, S. 385–390.

Vollmer, J. (2011): Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Hg. v. Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg. Online verfügbar unter <http://statistik.arbeitsagentur.de>, zuletzt geprüft am 25.07.2014.

Watkin, L.; Blanchard, M.R.; Tookman, A.; Sampson, E.L. (2012): Prospective cohort study of adverse events in older people admitted to the acute general hospital: risk factors and the impact of dementia. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 27 (1), S. 76–82.

Wingenfeld, K. (2009): Demenzkranke brauchen Zeit, Empathie und personelle Kontinuität. In: Die Schwester /Der Pfleger 48 (03), S. 216–221.

Wingenfeld, K.; Steinke, M. (2013): Tagesbetreuung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus. Ergebnisse einer Evaluationsstudie. In: Das Krankenhaus (11), S. 1148–1153.

<http://www.pflege-wandert-aus.de/> (Ergebnisse der RN4CastStudie), zuletzt geprüft am 26.07.2014.

<http://www.schmerzfreies-krankenhaus.de/>, zuletzt geprüft am 30.07.2014

12. Anhang Fragebögen

Pflege-Thermometer 2014

*Eine bundesweite Befragung von Abteilungs-/Stationsleitungen
zur Situation der Pflege von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*

B. BRAUN-STIFTUNG

Deutsches Institut für angewandte
Pflegeforschung e.V.
- Pflege-Thermometer 2014 -
z.H. Herrn Prof. Dr. Isfort
Hülchrather Straße 15
50670 Köln

Ihr Ansprechpartner

Prof. Dr. Michael Isfort
Deutsches Institut für angewandte
Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Str. 15
50670 Köln
Tel: +49 0221/ 46861-30
<http://www.dip.de>
m.isfort@dip.de

Sehr geehrte Abteilungs- oder Stationsleitungen,

der folgende Fragebogen zum Pflege-Thermometer 2014 dient zur Erhebung Ihrer Einschätzung zur **Situation von Menschen mit Demenz in Krankenhäusern in Deutschland**. Mit der bundesweiten Studie wollen wir Informationen zusammentragen, die Aussagen über die Kernaspekte der derzeitigen Versorgung, der Problembereiche und der Lösungen (z.B. im Rahmen von Projekten) in den Einrichtungen zulassen. Dazu werden bundesweit Leitungskräfte auf ausgewählten Abteilungen/ Stationen nach ihren Erfahrungen und Einschätzungen befragt. Ziel ist, die Perspektive der Experten vor Ort systematisch zu beschreiben.

Sie haben den Bogen über Ihre Pflegedirektion erhalten und können an dieser bundesweiten Befragung teilnehmen.

Um zu aussagekräftigen Daten für die berufs- und pflegepolitischen Diskussionen zu gelangen, hoffen wir auf eine möglichst große Beteiligung an der Studie. Die Studie selbst wird vom unabhängigen **Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.** in Köln durchgeführt. Gefördert wird sie von der B. Braun Stiftung in Melsungen; unterstützt wird sie u.a. von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.

Bitte nehmen Sie sich etwa 20 Minuten Zeit zum vollständigen Ausfüllen des Fragebogens und senden Sie uns diesen Bogen in dem beiliegenden Rückcouvert bis zum **21. März 2014** ausgefüllt zurück. Benutzen Sie zum Ausfüllen möglichst einen Filzschreiber oder einen Kugelschreiber, bitte keinen Bleistift.

Die Ergebnisse werden zeitnah bereits **im Sommer 2014** veröffentlicht und stehen dann **kostenlos** allen Interessierten auf der Internetseite des Instituts zur Verfügung (<http://www.dip.de>).

Selbstverständlich werden alle Ihre Daten anonym und vertraulich behandelt und ausschließlich zu Zwecken dieser Studie verwendet. Es werden keine Rückschlüsse auf einzelne Personen oder Abteilungen möglich sein! Das sichern wir Ihnen zu! Angaben zu Bundesland, Postleitzahl etc. dienen lediglich der Darstellung des Rücklaufs der Fragebögen in dieser Studie und einer kartografischen Übersicht über Projekte in Deutschland. Die Angaben sind freiwillig, es entstehen Ihnen keine Nachteile, wenn Sie diese nicht vornehmen möchten. Die numerischen Kodierungen auf dem Fragebogen sind bei allen Fragebögen identisch und dienen ausschließlich dem Einleseverfahren der Fragebögen. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.



Prof. Dr. Michael Isfort
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender



Prof. Dr. Frank Weidner
Vorstandsvorsitzender

Angaben zu Ihrem Krankenhaus

1. In welchem Bundesland befindet sich die Einrichtung, in der Sie arbeiten?

☐ Baden-Württemberg	☐ Bremen	☐ Niedersachsen	☐ Sachsen
☐ Bayern	☐ Hamburg	☐ Nordrhein-Westfalen	☐ Sachsen-Anhalt
☐ Berlin	☐ Hessen	☐ Rheinland-Pfalz	☐ Schleswig-Holstein
☐ Brandenburg	☐ Mecklenb.- Vorpommern	☐ Saarland	☐ Thüringen

2. Über welche Bettenkapazität verfügt das Krankenhaus, in dem Sie arbeiten?

Bitte geben Sie die Bettenkapazität (Planbetten) des gesamten Hauses an, in dem Sie tätig sind.

☐ 100 bis < 150 Betten	☐ 400 bis < 500 Betten
☐ 150 bis < 200 Betten	☐ 500 bis < 600 Betten
☐ 200 bis < 300 Betten	☐ 600 bis < 800 Betten
☐ 300 bis < 400 Betten	☐ 800 und mehr Betten

3. Wie viele Betten befinden sich derzeit regulär auf Ihrer Abteilung/Station (bitte ohne eingeschobene Betten/Flurbetten)?

 Betten

4. In welcher Trägerschaft befindet sich Ihr Haus?

☐ Öffentliche Trägerschaft	☐ Freigemeinnützige Trägerschaft	☐ Private Trägerschaft
--	--	--

Angaben zur Person

5. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

☐ weiblich

☐ männlich

6. Bitte geben Sie Ihr Alter entsprechend Ihrer Altersgruppen an.

☐ unter 20 Jahre	☐ 26 - 30 Jahre	☐ 41 - 50 Jahre	☐ 56 Jahre bis 60
☐ 20 - 25 Jahre	☐ 31 - 40 Jahre	☐ 51 - 55 Jahre	☐ 61 Jahre und älter

7. Bitte geben Ihre berufliche Erfahrung an.

Bitte geben Sie die folgenden Angaben zweistellig an (gegebenenfalls realitätsnahe Schätzungen).

Wie viele Jahre sind Sie seit dem Berufsabschluss in der Pflege tätig? (inklusive Unterbrechungen durch z.B. Familienzeit)	ca. Jahre
Wie viele Jahre arbeiten Sie insgesamt als Abteilungs-/Stationsleitung?	ca. Jahre

8. Wie groß ist Ihr Zeitaufwand in der direkten Patientenversorgung im Vergleich zu den administrativen Arbeiten (bitte in Prozent, ggf. realitätsnahe Schätzung bezogen auf den Aufwand des letzten Monats)?

% administrative Tätigkeit	% direkte Patientenversorgung
---	--

9. Bitte geben Sie den Fachbereich an, der am ehesten Ihrem Arbeitsbereich entspricht (bitte nur eine Angabe/ ein Kreuz)							
☐	Spez. Demenzstation	☐	Hautkrankheiten	☐	Augenheilkunde	☐	Orthopädie
☐	Chirurgie (Unfall)	☐	Herzchirurgie	☐	Neurochirurgie	☐	Geriatrische Reha
☐	Frauenheilkunde/ Gynäkologie	☐	Innere Medizin	☐	Neurologie	☐	Urologie
☐	HNO	☐	Geriatrie	☐	Nuklearmedizin/Strahlentherapie	☐	Sonstige Abteilung

Fragen zu Demenz im Krankenhaus

10. Bitte geben Sie jeweils die Anzahl der Patienten an, die <u>in der letzten Woche</u> mit den Symptomen einer Demenz auf Ihrer Abteilung/Station waren und sich in den folgenden Situationen befanden (ggf. realitätsnahe Schätzung).	
Wie viele Patienten, die Symptome einer Demenz aufwiesen, wurden in dieser Zeit insgesamt auf Ihrer Station/Abteilung betreut?	Patienten
Wie viele von den genannten Patienten kamen aus stationären oder teilstationären Einrichtungen (z.B. Altenheime, Kurzzeitpflege)?	Patienten
Wie viele von den genannten Patienten erhielten vor der Einweisung ambulante Versorgung (z.B. ambulanter Pflegedienst)?	Patienten
Wie viele von den genannten Patienten hatten keine Angehörigen, die sie während des Krankenhausaufenthaltes unterstützen konnten.	Patienten
Bei wie vielen von den genannten Patienten ist ein Angehöriger mit aufgenommen (Rooming-in)?	Patienten
Bei wie vielen von den genannten Patienten haben Angehörige pflegerische Tätigkeiten übernommen (z.B. Nahrung anreichen, Hilfe bei Waschen & Kleiden)?	Patienten
Bei wie vielen von den genannten Patienten lag eine gesicherte Diagnose der Demenz vor (z.B. alte Akte, Aufnahmeanamnese, Diagnose des einweis. Arztes)?	Patienten
Bei wie vielen von den genannten Patienten lag eine Polypharmazie vor (tägl. mehr als fünf verschiedene Medikamente)	Patienten

11. Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von 1 bis 10, wie bedeutsam Sie für Ihre eigene Arbeit das Thema „Menschen mit Demenz“ im Akutkrankenhaus einschätzen!									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
unbedeutsam									sehr bedeutsam

12. Gibt es Ihrer Einschätzung nach Tageszeiten, in denen die Versorgung von Menschen mit Demenz auf Ihrer Station <u>gesichert</u> oder <u>nicht ausreichend gesichert</u> erscheint?	gesichert	nicht aus. gesichert
vormittags in der Woche (Montag bis Freitag)	☐	☐
nachmittags in der Woche (Montag bis Freitag)	☐	☐
nachts in der Woche (Montag bis Freitag)	☐	☐
vormittags am Wochenende	☐	☐
nachmittags am Wochenende	☐	☐
nachts am Wochenende	☐	☐

13. Bitte geben Sie folgende Angaben zu den Kernarbeitszeiten Ihres letzten Arbeitstages an und tragen die Zahl der Patienten und Pflegenden Ihrer Abteilung/Station in die folgende Tabelle ein.

	Anzahl Patienten gesamt	Anzahl Patienten mit Symptomen einer Demenz	Anzahl examinierte Pflegende	Anzahl nicht examinierte Pflegende (Schüler/Helfer)
Frühdienst (ca. 6:00-13:00h)				
Spätdienst (ca. 13-20:00h)				
Nachtdienst (ca. 20:00-6:00h)				

14. Bitte geben Sie an, welche pflegerischen Themen Ihrer Einschätzung nach derzeit in Ihrer Abteilung /Station Priorität haben (Mehrfachantworten möglich)?	
☐	Implementierungen im Zusammenhang mit den Nationalen Expertenstandards
☐	Integrierte Versorgung (Vernetzung der Versorgung mit kooperierenden Einrichtungen)
☐	Einführung/Weiterführung der Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS)
☐	QM-Projekte zur Zertifizierung oder Re-Zertifizierung des Hauses (z.B. KTQ, DIN ISO, PCC,..)
☐	Versorgung von Menschen mit Demenz
☐	Zertifizierung des Schmerzmanagements
☐	Optimierung oder Umstellung der Pflegedokumentation
☐	Umbaumaßnahmen im Haus
☐	Implementierung von Pflegekonzepten (z.B. Primary Nursing)
☐	Versorgung und Prophylaxe von Menschen mit Delir
☐	Sterbebegleitung

Zur Erstellung einer deutschlandweiten Karte der angegebenen Maßnahmen/ Projekte in Frage 16/17 benötigen wir die Postleitzahl der Krankenhäuser, bitte geben Sie diese an, damit Ihr Haus berücksichtigt werden kann.

15. Bitte geben Sie die Postleitzahl der Einrichtung/ des Krankenhauses an.	
--	--

Abläufe im Krankenhaus

16. Bitte schätzen Sie die Häufigkeiten der folgenden Abläufe für Patienten mit einer Demenz auf Ihrer Abteilung/Station ein.	meistens	oft	selten	nie
Bei der Aufnahme wird ein Screening zur Identifizierung von geriatrischen Patienten durchgeführt (z.B. AMT, MMST, ISAR).	☐	☐	☐	☐
Bei Patienten mit Symptomen einer Demenz wird ein spezifisches pflegerisches Aufnahmeverfahren angewendet (Biographie, Kompetenzen).	☐	☐	☐	☐
Der Sozialdienst wird innerhalb der 24 Stunden nach der Aufnahme informiert, um die spätere Versorgung bzw. Entlassung vorzubereiten.	☐	☐	☐	☐
Bei Untersuchungen werden bei Menschen mit Demenz feste Termine gemacht und damit längere Wartezeiten vermieden.	☐	☐	☐	☐
Bei Untersuchungen werden Patienten mit Demenz durch stationseigene Mitarbeiter begleitet.	☐	☐	☐	☐
Vor und nach Operationen werden Patienten mit Demenz durch stationseigene Mitarbeiter begleitet.	☐	☐	☐	☐
Patienten mit Demenz werden regelmäßig durch Geriater, Neurologen, Psychiater oder spezielle Pflegende aus diesem Bereich visitiert (Konsiliar- und Liaisondienst).	☐	☐	☐	☐
Interne Verlegungen zwischen Stationen oder innerhalb eines Zimmers (Bettplatzwechsel) werden bei Menschen mit Demenz vermieden.	☐	☐	☐	☐
Tagsüber besteht die Möglichkeit auf zusätzliches Personal zurückzugreifen, um eine Gefährdung des Patienten zu verhindern (z.B. Sitzwache).	☐	☐	☐	☐
Nachts besteht die Möglichkeit auf zusätzliches Personal zurückzugreifen, um eine Gefährdung des Patienten zu verhindern (z.B. Sitzwache).	☐	☐	☐	☐
Bei internen, stationsübergreifenden Verlegungen von Patienten mit Demenz erfolgt eine schriftlich protokollierte Übergabe (z.B. Überleitungsbögen).	☐	☐	☐	☐
Bei der Entlassung wird ein Überleitungsbogen an die weiterversorgenden Pflegenden, Einrichtungen oder Angehörigen gegeben.	☐	☐	☐	☐
Bei Transportsituationen erfolgt systematisch eine kurze Übergabe an die transportierenden Personen (z.B. Rettungsassistenten oder Taxifahrer).	☐	☐	☐	☐

17. Bitte schätzen Sie den Grad der Umsetzung und/oder Planungen von Konzepten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Ihrer Abteilung/Station ein. tw. Anlehnung an Selbsteinschätzungsfragebogen des Projektes „Demenzsensibles Krankenhaus“ (© S. Angerhausen)	vollständig umgesetzt	teilweise umgesetzt	geplant	nicht geplant	keine Angabe
Einrichtung einer berufsgruppenübergreifenden Arbeitsgruppe zur Verbesserung einer demenzsensiblen Versorgung	☐	☐	☐	☐	☐
Schriftlich verfasstes Konzept, in dem die spezielle Versorgung der Patienten mit Demenz innerhalb der „separaten“ Stationen geregelt ist (segregatives Konzept)	☐	☐	☐	☐	☐
Schriftlich verfasstes Konzept, in dem die spezielle Versorgung der Patienten mit Demenz innerhalb der „normalen“ Stationen geregelt ist (integratives Konzept)	☐	☐	☐	☐	☐
Einrichtung eines separaten Aufenthaltsraumes für die Patienten mit Demenz	☐	☐	☐	☐	☐
Möglichkeit, ein Einzelzimmer für sehr unruhige Patienten einzurichten	☐	☐	☐	☐	☐

	vollständig umgesetzt	teilweise umgesetzt	geplant	nicht geplant	keine Angabe
Einsatz von Orientierungsmerkmalen (z.B. Schilder, Farben), die auf die Wahrnehmungsmöglichkeiten von Menschen mit Demenz abgestimmt sind	☐	☐	☐	☐	☐
Einrichten einer Sitzgelegenheit in Sichtweite des Stationszimmers	☐	☐	☐	☐	☐
Ausstattung der Zimmer mit Niedrigbetten (zumindest teilweise)	☐	☐	☐	☐	☐
Anwendung von Ortungssystemen zum Schutz vor ungeplantem Verlassen der Station (z.B. Funk oder GPS-Armband)	☐	☐	☐	☐	☐
Anwendung elektronischer Hilfsmittel zur Vermeidung von Stürzen und Verhinderung von unbemerktem Aufstehen (z.B. Sensormatten)	☐	☐	☐	☐	☐
Spezielle tagesstrukturierende Angebote für Patienten mit Demenz (z.B. Frühstücksrunde, Abendmahlzeit etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Spezielle Ernährungsangebote für Menschen mit Demenz (z.B. Fingerfood, zusätzliche kleine Mahlzeiten, Abendmahlzeit)	☐	☐	☐	☐	☐
Demenzspezifische Weiterbildung von spezialisierten Mitarbeitern (z.B. Demenzcoaches, Demenzbeauftragte...)	☐	☐	☐	☐	☐
Schulung aller Mitarbeiter (auch der Funktionsdienste, u.a.) hinsichtlich des Umgangs von Menschen mit Demenz	☐	☐	☐	☐	☐
Einsatz von bezahlten Alltagsbegleiter nach § 87 b SGB XI zur Unterstützung der Menschen mit Demenz	☐	☐	☐	☐	☐
Einsatz ehrenamtlicher Mitarbeiter für die Betreuung/ Aktivierung von Menschen mit Demenz	☐	☐	☐	☐	☐
Einstellung eines/einer Demenzbeauftragten für die Abteilung/Station	☐	☐	☐	☐	☐
Spezifisches Medikamentenmanagement (z.B. anhand der Priscus Liste) zur Vermeidung inadäquater Medikationen bei geriatrischen Patienten	☐	☐	☐	☐	☐
Planung von ambulanten Untersuchungen/operativen Eingriffen, um Krankenhausaufenthalte und Komplikationen zu vermeiden	☐	☐	☐	☐	☐
Angebote demenzspezifischer Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, tiergestützte Therapie)	☐	☐	☐	☐	☐
Schriftlich geregelte Kooperation mit einer geriatrischen Abteilung für Patienten mit Demenz	☐	☐	☐	☐	☐
Zusammenarbeit mit regionalen Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenpflegeversorgung (z.B. gemeinsame Überleitungsbögen)	☐	☐	☐	☐	☐
Teilnahme an kommunalen/ regionalen Arbeitsgruppen oder Netzwerken zur Demenzversorgung	☐	☐	☐	☐	☐

18. Bitte geben Sie an, wie oft es in den letzten sieben Arbeitstagen auf Ihrer Abteilung/Station vorgekommen ist, dass... (ggf. realitätsnahe Schätzung)	
... ein Patient mit Demenzerkrankung Ihrer Einschätzung nach nicht ausreichend beobachtet werden konnte?	☐ ☐ ☐ mal
...ein Patient mit Demenzerkrankung auf Ihrer Station gestürzt ist?	☐ ☐ ☐ mal
...ein Patient mit Demenzerkrankung unbemerkt die Station verlassen und nicht allein zurückgefunden hat?	☐ ☐ ☐ mal
...eine notwendige Körperpflege wegen Abwehrverhalten nicht durchgeführt wurde?	☐ ☐ ☐ mal
...eine notwendige Lagerung wegen Abwehrverhalten nicht durchgeführt wurde?	☐ ☐ ☐ mal
...eine notwendige Mundpflege wegen Abwehrverhalten nicht durchgeführt wurde?	☐ ☐ ☐ mal
... Menschen, die nicht selbständig essen konnten, nicht von Pflegenden entsprechend bei der Nahrungsaufnahme unterstützt werden konnten?	☐ ☐ ☐ mal
... ein Patient mit Demenzerkrankung sedierende Medikationen zur Ruhigstellung erhalten haben?	☐ ☐ ☐ mal
... ein Patient mit Demenzerkrankung die Schutzhose aufgelöst und Kot verteilt hat?	☐ ☐ ☐ mal
... ein Patient mit Demenzerkrankung an unangemessen Plätzen Blase und/oder Darm entleert haben?	☐ ☐ ☐ mal
... Verbände (auch Pflaster) von Patienten mit Demenz eigenständig gelöst wurden und damit ein erhöhtes Infektionsrisiko verursacht wurde?	☐ ☐ ☐ mal
... ein Blasenverweilkather (DK) von Patienten mit Demenz eigenständig herausgezogen wurde?	☐ ☐ ☐ mal
... ein peripherer Venenzugang von Patienten mit Demenz eigenständig herausgezogen wurde?	☐ ☐ ☐ mal
... ein zentraler Venenzugang von Patienten mit Demenz eigenständig herausgezogen wurde?	☐ ☐ ☐ mal
... ein Patient mit Demenzerkrankung kurz nach der Entlassung wieder aufgenommen wurde?	☐ ☐ ☐ mal
...Fixiergurte bei Patienten mit Demenz zum Verhindern des Aufstehens angebracht wurden?	☐ ☐ ☐ mal
...beidseitig Bettseitenteile bei Patienten mit Demenz angebracht wurden?	☐ ☐ ☐ mal
...ein Tischbrett am Stuhl eines Patienten mit Demenz angebracht wurde zum Verhindern von unbeaufsichtigtem Aufstehen?	☐ ☐ ☐ mal
... ein Patient mit Demenz trotz diagnosebedingter Bettruhe unbeaufsichtigt aufgestanden ist?	☐ ☐ ☐ mal
... ein Patient mit Demenz innerhalb der vorgesehenen Nachtruhe aktiv war?	☐ ☐ ☐ mal
...ein Patient mit Demenz sich zu unpassendem Zeitpunkt des Tages aus- oder angekleidet hat?	☐ ☐ ☐ mal
...eine ausführliche Übergabe zur Person mit Demenz an die weiterführende Schicht nicht gegeben wurde?	☐ ☐ ☐ mal
...ein Mitpatient sich vom Patienten mit Demenz gestört fühlte?	☐ ☐ ☐ mal
...ein Mitpatient unterstützende Tätigkeiten für den Demenzerkrankten übernommen hat (z. B. Information der Pflege, Hilfe beim Aufstehen, Beobachtung)?	☐ ☐ ☐ mal

Schmerztherapie bei Menschen mit Demenz

19. Bitte geben Sie den Umsetzungsgrad des Schmerzmanagement bei Menschen mit Demenz in Ihrer Abteilung/Station an (Mehrfachantworten möglich).	vollständig umgesetzt	teilweise umgesetzt	geplant	nicht geplant	keine Angabe
Es besteht ein schriftlich fixiertes Konzept zum Schmerzmanagement (z.B. Leitfaden, Clinical Pathway)	☐	☐	☐	☐	☐
Patienten werden nach Ihren Schmerzen gefragt, solange sie eine verbale Antwort geben können.	☐	☐	☐	☐	☐
Es besteht ein standardisiertes Schmerzmedikationsschema für Menschen mit Demenz/Delir.	☐	☐	☐	☐	☐
Es besteht ein standardisiertes Schmerzmedikationsschema zur Anwendung bei demenzerkrankten Patienten.	☐	☐	☐	☐	☐
Es werden spezielle Schmerzeinschätzungsinstrumente für Menschen mit Demenz eingesetzt.	☐	☐	☐	☐	☐

20. Bitte geben Sie an, welches Assessmentinstrument zur Schmerzeinschätzung bei Menschen mit Demenz in Ihrer Abteilung/Station eingesetzt wird?						
☐	kein spezielles	☐	Doloplus 2	☐	BESD (dt. PAINAD)	☐ Sonstige
☐	BPI	☐	ZOPA	☐	BISAD (ECPA)	

Fragen zu Angehörigen von Menschen mit Demenz im Krankenhaus

21. Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen zum Einbezug der Angehörigen von Menschen mit Demenz auf Ihrer Abteilung/Station.	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Aussage möglich
Der Einbezug von Angehörigen in begleitender und pflegerischer Tätigkeit ist auf Ihrer Station erwünscht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Bereitschaft der Angehörigen, ihre Familienmitglieder zu begleiten, ist in den letzten 2 Jahren gestiegen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Bereitschaft von Angehörigen, ihre Familienmitglieder zu begleiten, hat in den letzten 2 Jahren abgenommen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Unterstützung von Angehörigen ist für die Mitarbeiter der Abteilung/Station planbar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Angehörige werden als Begleitung zu Untersuchungen und Operationen angefragt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

22. Bitte geben Sie an, welche Angebote für Angehörige von Patienten mit Demenz in Ihrer Abteilung/Station verfügbar sind.	tollständig umgesetzt	teilweise umgesetzt	geplant	nicht geplant	keine Angabe
Es besteht die Möglichkeit Angehörige mit aufzunehmen (Rooming-in), damit Erkrankte eine vertraute Person kontinuierlich bei sich haben.	☐	☐	☐	☐	☐
Angehörige erhalten eine demenzspezifische Beratung für die Situation im Krankenhaus.	☐	☐	☐	☐	☐
Angehörige erhalten Anleitung zur Pflege bei Menschen mit Demenz.	☐	☐	☐	☐	☐
Es wird innerhalb der ersten 24 Stunden ein pflegerisches Aufnahmegespräch geführt, in dem die Weiterversorgung nach der Entlassung besprochen wird.	☐	☐	☐	☐	☐
Angehörige erhalten Informationsmaterial zu regionalen Hilfeangeboten, Selbsthilfegruppen und Aktivitäten (z.B. der dt. Alzheimergesellschaft).	☐	☐	☐	☐	☐

Belastung der Pflegenden bei Menschen mit Demenz auf der Abteilung / Station

23. Bitte geben Sie den Grad Ihrer eigenen Belastung in den folgenden Situationen an.	stark	mäßig	gering	gar nicht	keine Angabe
Dass Menschen mit Demenz unbeaufsichtigt aufstehen könnten und stürzen könnten, belastet mich....	☐	☐	☐	☐	☐
Dass Menschen mit Demenz unbemerkt die Station verlassen könnten und sich verlaufen, belastet mich...	☐	☐	☐	☐	☐
Dass ich freiheitsbeschränkende Maßnahmen nicht verhindern kann, belastet mich...	☐	☐	☐	☐	☐
Dass aufgrund der personellen Ausstattung medikamentöse Sedierungen angewendet werden, belastet mich...	☐	☐	☐	☐	☐
Aggressives Verhalten der Patienten gegen mich bei der Ausübung von pflegerischen Tätigkeiten belastet mich....	☐	☐	☐	☐	☐
Die Konfliktbearbeitung bei Beschwerden der Mitpatienten über „Störungen“ von Menschen mit Demenz belastet mich...	☐	☐	☐	☐	☐
Dass ich den Menschen mit Demenz nicht gerecht werden kann, belastet mich...	☐	☐	☐	☐	☐
Dass ich zeitlich an die Patienten gebunden bin, aber eigentlich noch andere Arbeit tun müsste, belastet mich...	☐	☐	☐	☐	☐
Dass ich nicht die Möglichkeit habe vorhandenes Wissen einzusetzen, belastet mich...	☐	☐	☐	☐	☐
Dass ich bei herausforderndem Verhalten nicht weiß, wie ich reagieren soll, belastet mich...	☐	☐	☐	☐	☐

Hindernisse/Barrieren zur Umsetzung von Versorgungskonzepten

24. Bitte beurteilen Sie folgende Aussage zu möglichen Barrieren/ Hindernissen bei der Umsetzung von Konzepten zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. (© Kirchen-Peters, 2013)	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
Die Leitungskräfte im Krankenhaus sehen wenig Handlungsbedarf für die Situation Demenz im Krankenhaus.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Das Bewusstsein für die Demenzerkrankung wird oft erst durch private Erfahrungen geschärft.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Begegnung mit Demenz konfrontiert mit eigener Angst vor Alter und Abhängigkeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fortbildungen zu Demenz haben im Krankenhaus keine Priorität.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Klinikstrukturen sind träge und Routinen verzögern die Umsetzung von Projekten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Das DRG- System dominiert die Abläufe in Kliniken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eine Umsetzung demenzsensibler Konzepte würde Mehrkosten für Krankenhäuser bedeuten (z.B. Personal, Umbau, Konsile).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wirtschaftlichkeitsdruck erlaubt kaum Raum für Austausch, Kreativität und Entwicklung von Konzepten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Demenz spielt in der Ausbildung von Pflegenden eine geringe Rolle.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Fragmentierung im Gesundheitswesen (geringe Vernetzung versch. Sektoren, z. B. Austausch von Informationen zw. Altenheim und Krankenhaus) erschwert die Versorgungskontinuität.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Fortbildungsbedarf

25. Zu welchen spezifischen Themen im Zusammenhang mit Demenz im Krankenhaus würden Sie Mitarbeiter Ihrer Abteilung/Station in eine Fortbildung senden (Mehrfachantworten möglich)?	
Beziehungsgestaltung und wertschätzende Kommunikation (z.B. Validation)	☐
Interventionen bei herausforderndem Verhalten und Apathie (z.B. STI)	☐
Fachwissen über Demenz (Demenzformen/ Diagnostik / Therapie / Medikation)	☐
Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie von Menschen mit Demenz	☐
Ernährung und Ernährungsunterstützung bei Patienten mit Demenz / Nahrungsverweigerung	☐
Ethische Fragen bei der Behandlung von Patienten mit Demenz (Gerechtigkeit / Reanimation)	☐
Bezugspflege/Primary Nursing	☐
Rechtliche Aspekte der Versorgung (Umgang mit Fixierung / Therapieabbruch / Patientenverfügung etc.)	☐
Pflegerische Konzepte (z.B. psychobiogr. Modell, personenzentrierter Ansatz, Milieuthherapie)	☐
Basale Stimulation	☐
Dementia Care Mapping	☐

26. Bitte bewerten Sie die folgenden Voraussetzungen auf Ihrer Abteilung/Station hinsichtlich der spezifischen Versorgung von Patienten mit Demenz mit Schulnoten.	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
Umgang der Pflegenden mit herausforderndem Verhalten	☐	☐	☐	☐	☐
Gewährleistung von Kontinuität in der Betreuung (z.B. Bezugspflege, Primary Nursing)	☐	☐	☐	☐	☐
Einbeziehung der Angehörigen in die Pflege	☐	☐	☐	☐	☐
Kompetenzen der Pflegenden im Bezug zur Demenzversorgung	☐	☐	☐	☐	☐
Kompetenzen der Ärzte im Bezug zur Demenzversorgung	☐	☐	☐	☐	☐
Umgang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen	☐	☐	☐	☐	☐
Umgang mit sedierenden Medikationen	☐	☐	☐	☐	☐
Schmerzmanagement bei Menschen mit Demenz	☐	☐	☐	☐	☐
Haltung der Ärzte zu den Patienten mit Demenz	☐	☐	☐	☐	☐
Haltung der Pflegenden zu den Patienten mit Demenz	☐	☐	☐	☐	☐
Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegenden und Therapeuten	☐	☐	☐	☐	☐
Informationsaustausch innerhalb des Pflegeteams	☐	☐	☐	☐	☐

Fragen zu Delirmanagement und Delirprävention

27. Bitte machen Sie die Angaben zu folgenden Häufigkeiten und Auffälligkeiten bei Delir (ggf. realitätsnahe Schätzung).	
Wie viele Patienten, die die Symptome eines Delirs aufwiesen, wurden im letzten Monat auf Ihrer Station/Abteilung betreut?	Patienten
Wie viele Patienten, die die Symptome eines Delirs aufweisen, befinden sich heute auf ihrer Station/ Abteilung?	Patienten
Bei wie vielen Patienten im letzten Monat, die ihrer Meinung nach die Symptome eines Delirs aufwiesen, lag auch eine gesicherte Diagnose vor?	Patienten

28. Bitte geben Sie den Umsetzungsgrad der Maßnahmen zum Delirmanagement.	umgesetzt	teilweise umgesetzt	geplant	nicht geplant	Keine Angabe
Es werden festgelegte Maßnahmen zur Delirprävention bei Menschen ab einem definierten Alter angewendet (z.B. nach HELP).	☐	☐	☐	☐	☐
Es wurden spezielle Mitarbeiter zum Thema Delir geschult (z.B. untersch. Arten von Delir, hyperaktiv, hypoaktiv).	☐	☐	☐	☐	☐
Es wurden alle Mitarbeiter zum Thema Delir geschult.	☐	☐	☐	☐	☐

	umgesetzt	teilweise umgesetzt	geplant	nicht geplant	Keine Angabe
Bei kognitiven Auffälligkeiten besteht die Möglichkeit ein geriatrisches, psychiatrisches, neurologisches Konsil zur Diagnostik anzufordern.	☐	☐	☐	☐	☐
Es findet eine systematische Einschätzung zur Früherkennung eines Delirs statt (z.B. CAM, ICDSC).	☐	☐	☐	☐	☐
Alte Menschen werden zu Untersuchungen und Operationen durch stationseigene Mitarbeiter begleitet.	☐	☐	☐	☐	☐
Alte Menschen werden regelmäßig durch einen Geriater, Psychiater, Neurologen oder spezielle Pflegenden aus diesem Bereich visitiert (Konsiliar- und Liaisondienst).	☐	☐	☐	☐	☐
Verlegungen und Ortswechsel werden im Zuge einer Delirprophylaxe bei alten Menschen vermieden.	☐	☐	☐	☐	☐
Präventive Maßnahmen zur Delirprophylaxe bei alten Menschen (z.B. Bewegung, Unterstützung bei Flüssigkeits- /Nahrungsaufnahme, kognitive Stimulation)	☐	☐	☐	☐	☐
Bei alten Menschen ab einem definierten Alter wird ein Risikoprofil für die Erkrankung an einem Delir erstellt.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei Erkennen eines Delirrisikos werden angepasste Maßnahmen durchgeführt (z.B. Änderungen in Medikation, Vorerkrankungen, ruhiges Umfeld).	☐	☐	☐	☐	☐

29. Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von 1 bis 10, wie bedeutsam Sie für Ihre eigene Arbeit das Thema „Menschen mit Delir“ im Akutkrankenhaus einschätzen!

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
unbedeutsam									sehr bedeutsam

30. Wie bewerten Sie die folgenden Voraussetzungen auf Ihrer Abteilung/Station hinsichtlich der spezifischen Versorgung von Patienten mit Delir mit Schulnoten?

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
Sicherheit Ihres Pflgeteams bezüglich des spezifischen Umgangs bei Menschen mit Delir.	☐	☐	☐	☐	☐
Sicherheit des betreuenden Stationsarztes bezüglich des spezifischen Umgangs bei Patienten mit Delir.	☐	☐	☐	☐	☐
Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden bei der Versorgung von Menschen mit Delir auf Ihrer Station /Abteilung	☐	☐	☐	☐	☐
Informationsaustausch innerhalb des Pflgeteams bei der Versorgung von Menschen mit Delir auf Ihrer Station/Abteilung	☐	☐	☐	☐	☐

(tw. aus Fragebogen Demenz im Krankenhaus, Basisbefragung Pflegeleitungen Station/Abteilung DiCV Köln, 2012)

Vielen Dank für Ihre Zeit und Mitarbeit!

Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e.V.

Hülchrather Straße 15

50670 Köln

0221 / 4686130

<http://www.dip.de>

Projektleitung:
Prof. Dr. Michael Isfort

Mitarbeit
Jutta Klostermann
Danny Gehlen
Bianca Siegling