

Alzheimer Gesellschaft  
Hamburg e.V.



© Mira Wallraven

## Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Dokumentation

Der Fachtag fand am 22. September 2010  
im Bürgersaal Wandsbek statt.



## Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Begrüßung	6
Cornelia Schroeder-Piller, Bezirksamtleiterin des Bezirks Wandsbek	6
Eröffnung des Fachtages	9
Dr. Bettina Mutschler, Vorsitzende der Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V.	9
Antje Graßhoff, Wandsbeker Gesundheits- und Pflegekonferenz, Arbeitsgruppe Demenz	10
Dr. Winfried Teschauer, Vorstandsmitglied Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin	11
Grußwort des Senats der Hansestadt Hamburg	13
Hildegard Esser, Leiterin der Abteilung Gesundheit der BSG	13
Erfahrungsberichte	17
Aus der Sicht von Angehörigen von Margot Holtgreife	17
Aus der Sicht vom Krankenhaus von Veronica Bischoff, Fachkrankenschwester für klinische Geriatrie und Rehabilitation, Stati- onsleitung, Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf	20
Aus der Sicht der stationären Pflegeeinrichtung von Isabella Samborski, PDL im Senioren Centrum Holstenhof, PFLEGEN UND WOHNEN Betriebs GmbH	22
Menschenselbstbild und Gesellschaftsbild unserer Mitbürger mit Demenz	24
Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, Psychiater i.R., Hamburg	24

Menschen mit der Begleitdiagnose Demenz im Krankenhaus - Sachstand, Rückblick und Ausblick_____	28
Antje Graßhoff, Dipl. - Sozialpädagogin, Leitung AG Demenz der Wandsbeker Gesundheits - und Pflegekonferenz	28
Initiativen und Angebote in Hamburg_____	37
Krankenhaus Bethanien - Station Siloah	
Brunhilde Merk, Chefärztin Med.-Geriatrische Klinik	37
Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf	
Dr. med. Georg Poppele, Chefarzt Innere Medizin	43
Asklepios Klinik Wandsbek	
Dr. med. Ann-Kathrin Meyer, Chefärztin der Geriatrie	53
Marienkrankenhaus - Geriatrische Klinik	
Lotsendienst für Patienten mit Demenz	
Dr. med. H. Bünemann, Chefarzt	56
Asklepios Klinik Nord, Zentrum für Ältere	
Dr. med. Claus Wächtler, Chefarzt der V. Fachabteilung - Gerontopsychiatrie	65
Abstract zum Vortrag „10 Jahre Erfahrung mit dem Zentrum für Ältere“	69
Was hindert Klinikträger daran, die bewährten Konzepte zur Versorgung von Menschen mit Demenz umzusetzen?_____	71
Sabine Kirchen-Peters, Diplom-Soziologin iso-Institut Saarbrücken	71
Demenziell Erkrankte im Krankenhaus - Herausforderung und Chance für die Geriatrie_____	82
Matthias Meinck, Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbands und der Medizinischen Dienste der GKV	82
Podiumsdiskussion_____	96
Notizen von Margitta Tobaben, Geschäftsführerin Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V.	96
Eindrücke_____	98

## VORWORT

Angehörige und Erkrankte, aber auch Personal und Ärzte haben oft gravierende Schwierigkeiten beim Umgang mit Menschen mit Demenz im Krankenhaus.

Diese Situation bewog die **Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V.** in Kooperation mit der **Wandsbeker Gesundheits- und Pflegekonferenz** dazu, am 22. September 2010 eine Fachtagung im Bürgersaal Wandsbek zum Thema:

### **„Menschen mit Demenz im Krankenhaus“**

anzubieten.

Unsere Veranstaltung zeigte die Sorgen und Nöte aller Beteiligten auf:

- die der pflegenden Angehörigen und ihrer Erkrankten,
- die der Krankenhäuser, die oft aufgrund finanzieller Grenzen, sowie enger personeller und fachlicher Möglichkeiten diesem Klientel nicht angemessen entsprechen können
- sowie auch die der Kostenträger.

Wir gaben 6 Hamburger Krankenhäusern, die bereits eine Lösung für den Umgang mit Kranken mit Demenz entwickelt haben, die Möglichkeit, diese vorzustellen und die guten, wie die problematischen Seiten darzulegen.

Unser Ziel war:

Ein nachhaltiger „Runder Tisch“ unter Beteiligung von Politik, Betroffenen, Angehörigen, Behörde, Kassen und der Pflege, der diese Situation langfristig verbessern helfen soll.

Die Moderation durch diese Veranstaltung übernahm Herr Burkhard Plemper, NDR-Journalist.

## **BEGRÜSSUNG**

### **Cornelia Schroeder-Piller, Bezirksamtleiterin des Bezirks Wandsbek**

Sehr geehrte Frau Dr. Mutschler,  
sehr geehrter Herr Dr. Teschauer,  
sehr geehrte Frau Esser,  
sehr geehrter Herr Professor Dörner,  
sehr geehrte Frau Graßhoff,  
sehr geehrter Herr Dr. Busse,  
sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie zur ersten gemeinsamen Veranstaltung der Alzheimer-Gesellschaft Hamburg e.V. und der Wandsbeker Gesundheits- und Pflegekonferenz in unserem Bürgersaal.

Vor gut zwei Jahren, im Sommer 2008, habe ich im Berufsförderungswerk Farmsen die 5. Wandsbeker Pflegekonferenz eröffnet, die unter der Überschrift „Demenz?! Wissen - Verstehen - Gemeinsam Handeln“ stattfand.

Damals hat man sich u.a. auch mit dem Thema der Akutversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus befasst.

Die Alzheimer-Gesellschaft hat dieses Thema aufgegriffen und den heutigen Fachtag gemeinsam mit der Wandsbeker Gesundheits- und Pflegekonferenz organisiert.

Das Thema ist aktueller denn je:

Die Herausforderungen, vor denen Angehörige von Demenzkranken stehen, sind sehr groß. Und wenn ein Krankenhausaufenthalt für die Patienten notwendig wird, kann dies die Situation erheblich erschweren.

Wenn ein Demenzkranker ins Krankenhaus kommt, liegt in der Regel eine akute somatische Erkrankung vor. Die Demenz tritt dabei häufig in den Hintergrund, da die Krankenhausbehandlung sich meist auf die Hauptdiagnose konzentriert. Diese Situation ist für die Betroffenen sehr schwierig.

Häufig reagieren Demenzpatienten auf Krankenhausaufenthalte mit Unsicherheit, Überforderung, Unruhe oder auch Angst. Dies führt nicht selten dazu, dass sie sich gegen notwendige Behandlungen wehren.

Die Ärzte und das Krankenhauspersonal sehen sich im Konflikt zwischen dem Patientenwillen und der medizinisch erforderlichen Behandlung.

Die Betreuungs- und Beschäftigungsangebote für demenzkranke Menschen müssen noch stärker ausgebaut werden. Denn die Krankenhausaufenthalte von an Demenz erkrankten Menschen sind häufig fast doppelt so lang, wie die bei anderen Patienten.

In Hamburg leben rund 45.000 pflegebedürftige Menschen, von denen ca. 23.000 an Demenz erkrankt sind.

Jeder zehnte ältere Krankenhauspatient ist an Demenz erkrankt. Dabei ist nur bei 12 % dieser Patienten die Demenz in der Einweisungsdiagnose vermerkt.

Diese Zahlen unterstreichen die Wichtigkeit dieses Themas auch für die Zukunft. Denn aufgrund des demographischen Wandels wird die Zahl der Menschen, die an einer Demenz erkranken, weiter zunehmen.

Demenz ist eine Herausforderung für die gesamte Gesellschaft! Demenzkranke gehören in die Mitte unserer Gesellschaft, und wir dürfen sie, ihre Angehörigen und die Pflegenden nicht allein lassen.

Nur gemeinsam schaffen wir es, dass Demenzkranke in unserer Gesellschaft nicht verloren, sondern aufgehoben sind. Der Herausforderung, die diese Krankheit an uns alle stellt, können wir nur gemeinsam begegnen.

Ich würde mich freuen, wenn die heutige Veranstaltung dazu beiträgt.

Demenzkranken Menschen haben ein Recht darauf, in ihrer Persönlichkeit und Würde, ihrer individuellen Lebensgeschichte und ihren besonderen Bedürfnissen beachtet und geachtet zu werden.

Deshalb müssen wir Brücken bauen: Ein liebevoller Umgang, Normalität, Selbstbestimmung, Wertschätzung, Nähe und Humor sind Verbindungsstücke zwischen den unterschiedlichen Lebenswelten.

Danken möchte ich Frau Graßhoff und den sehr engagierten Mitgliedern der Arbeitsgruppe Demenz der Wandsbeker Gesundheits- und Pflegekonferenz.

Vertreten sind hier pflegende Angehörige, ambulante Pflegedienste, Ärzte, Therapeuten, teil- und vollstationäre Einrichtungen, die Alzheimer Gesellschaft Hamburg, Mitglieder des Deutschen Expertenforums Demenz und ehrenamtliche und in der Hospizarbeit engagierte Menschen.

Mit ihrer kompetenten Arbeit hat diese Arbeitsgruppe schon viel bewegt.

Vielen Dank an Frau Tobaben, der Geschäftsführerin der Alzheimer Gesell-

schaft, für die Organisation dieser Veranstaltung und an Frau Bergot, der Geschäftsführerin der Wandsbeker Gesundheits- und Pflegekonferenz, für ihre Unterstützung bei dieser gelungenen Kooperation.

Ich wünsche allen heute viele Anregungen für ihre Arbeit und interessante Gespräche und Diskussionen.

## ERÖFFNUNG DES FACHTAGES

### **Dr. Bettina Mutschler, Vorsitzende der Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V.**

Sehr geehrte Frau Schroeder-Piller,  
sehr geehrte Frau Graßhoff,  
sehr geehrte Frau Esser,  
sehr geehrter Herr Dr. Teschauer,  
sehr geehrte Besucherinnen und Besucher,

im Namen der Alzheimer Gesellschaft Hamburg begrüße ich Sie alle hier in diesen schönen Räumen des neuen Bürgersaals Wandsbek ganz herzlich.

Wir als Alzheimer Gesellschaft freuen uns sehr, dass wir diese Tagung gemeinsam mit der Wandsbeker Gesundheits- und Pflegekonferenz des Bezirksamtes so schnell initiieren und realisieren konnten. Dafür danke ich insbesondere unserer Geschäftsführerin, Frau Margitta Tobaben, und von der Pflegekonferenz Frau Antje Graßhoff.

Fast so lange die Alzheimer Gesellschaft existiert, nämlich seit 16 Jahren, beschäftigen wir uns mit dem Thema Krankenhaus und Demenz. Immer wieder mussten wir Berichte von Angehörigen und Erkrankten hören, die im Krankenhaus so einiges aushalten mussten und nicht so behandelt wurden, wie es hätte sein müssen. Aber auch Kliniken und MitarbeiterInnen aus dem pflegenden Bereich, Ärzte, sind oft unzulänglich auf unsere Kranken mit Demenz vorbereitet. Nun endlich konnten wir alle, die mit dieser problematischen Situation umgehen müssen, zu einer gemeinsamen Veranstaltung laden, um zu einer gemeinsamen Lösung zu gelangen.

In Hamburg entstehen neue Stationen und Modellvorhaben, die Ihnen nachher im Einzelnen vorgestellt werden.

Als erstes begann wohl Frau Dr. Merck im Krankenhaus Bethanien mit der Station Siloah. Andere Kliniken werden im Laufe des Tages über ihre Angebote und Lösungen berichten. Sicherlich ist dies alles in Hamburg noch ein zartes Pflänzchen, aber es wird wachsen.

Das zeigt sich auch an den Anmeldezahlen und am großen Interesse, das Sie alle an diesem Thema haben. Ich freue mich sehr darüber.

Nun wünsche ich uns allen einen interessanten Tag mit neuen Erkenntnissen und auch persönlichen Begegnungen und Gesprächen in den Pausen.

## **Antje Graßhoff, Wandsbeker Gesundheits- und Pflegekonferenz, Arbeitsgruppe Demenz**

Dieser Fachtag soll **ermutigen, Erkenntnisse und Konzepte in der Praxis umzusetzen**, die zum Ziel haben, die Situation von Menschen mit Demenz mit akuten Erkrankungen im Krankenhaus zu **verbessern**.

Als Leiterin der Arbeitsgruppe Demenz, als Mitorganisatorin dieser Veranstaltung, aber gerade auch als ehemals **langjährig Pflegende** meiner an schwerer Demenz erkrankten Mutter erlebe ich diesen Tag mit einem **lachenden** und mit einem **weinenden Auge**, denn die **Diskrepanz** zwischen dem, was not tut und dem, wie gehandelt wird bzw. nicht gehandelt wird, ist seit langer Zeit **sehr groß**.

Das hat in der Vergangenheit und führt täglich zu **außerordentlich hohen Belastungen und Verletzungen** für Erkrankte, pflegende Angehörige, Pflegepersonal und allen, die sich im und außerhalb des Krankenhauses für Menschen mit Demenz engagieren.

Darum hat dieser Tag eine **hohe Bedeutung** für viele und ist mit der **Hoffnung** verbunden, ein **deutliches Zeichen** zu setzen für **Veränderungen der Klinikstrukturen** und für den Aufbau von **verlässlichen Netzwerken**, in die die Krankenhäuser mit einbezogen sind und sich ihrer **Mitverantwortung für die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen** bewusst werden und die Prozesse konstruktiv mitgestalten.

Ich wünsche der Veranstaltung einen guten Verlauf.

**Dr. Winfried Teschauer,  
Vorstandsmitglied Deutsche Alzheimer Gesellschaft  
e.V., Berlin**

Sehr geehrte Frau Schroeder-Piller, sehr geehrte Frau Dr. Mutschler, stellvertretend für alle, die diesen Fachtag der Alzheimer Gesellschaft Hamburg inhaltlich gestaltet und organisiert haben, möchte ich mich bei Ihnen für die Einladung zur heutigen Veranstaltung bedanken und Ihnen die Grüße der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, insbesondere von Frau von Lützu-Hohlbein und Sabine Jansen, überbringen.

Sie haben ein vielschichtiges Thema zum Schwerpunkt des diesjährigen Fachtages gemacht: Demenz im Krankenhaus meint ja vor allem Demenz im Akut-Krankenhaus, also in somatischen Stationen und Kliniken, für die die Nebendiagnose „Demenz“ häufig kaum einen Stellenwert hat. Dabei stellen Krankenhausaufenthalte für uns alle einen erheblichen Stress und eine gravierende Veränderung im Leben dar - umso mehr gilt dies natürlich für Menschen mit Demenz, die nicht nur die kognitiven Ressourcen, die wir anderen haben, nicht besitzen.

Der wesentliche Aspekt, den wir als Vertreter der Demenzkranken erreichen wollen, ist eine Sensibilisierung für das Krankheitsbild bei allen Berufsgruppen im Krankenhaus, um einen veränderten, also einen verbesserten Umgang mit den Betroffenen zu erreichen. Die wesentlich Beteiligten sind die Pflegekräfte, die zwangsläufig mehr Zeit für die Demenzpatienten benötigen, und die Ärzte. Bei letzteren geht es bei demenzsensiblen Konzepten nicht darum, in die Behandlung einzugreifen, sondern zu deren Erfolg beizutragen. Aber auch die Verwaltungen sind bis in die höchste Ebene von diesen Fragen betroffen, denn die Konzepte kosten zunächst einmal Geld, das sich in der Regel jedoch später amortisiert.

Sensibilisierung bedeutet aber auch, auf die Krankheit auch dann aufmerksam zu werden, wenn sie nicht als Eingangsdiagnose bereits bekannt ist. Es geht darum entsprechende Verhaltensweisen richtig zu deuten und nicht als lästig zu empfinden. Es geht also auch um Diagnostik und Fallsteuerung bis hin zum Entlassmanagement. Ist es zum Beispiel denkbar, bereits in der Notaufnahme einen Marker „kognitives Risiko“ zu setzen, der eine Diagnostik nach sich zieht und im weiteren Verlauf z.B. ein Delir verhindern hilft? Auf der anderen Seite besteht natürlich die Gefahr, dieses „kognitive Risiko“ zu schnell als Demenzerkrankung zu klassifizieren und möglicherweise andere Ursachen für Verwirrtheit zu übersehen: Keinesfalls sollten also

Menschen so vorschnell zum Demenzkranken gestempelt werden.

Ein wesentliches Augenmerk möchte ich noch auf den Einsatz von ehrenamtlich tätigen Helferinnen und Helfern richten, die einen unschätzbaren Beitrag zur Versorgung leisten. Auch dies ist ein Thema, das wohl in Zukunft vehement auf uns zukommen wird: Wie groß kann, soll und darf der Anteil ehrenamtlicher Tätigkeit aus verschiedenen Blickwinkeln heraus sein? Es gibt eine Reihe wichtiger Überlegungen zu diesem Thema zu beachten. Es scheint sich aber abzuzeichnen, dass gerade bei der Versorgung Demenzkranker ehrenamtlich Tätige unverzichtbar sein werden.

Zum Schluss möchte ich noch die These in den Raum stellen, dass die Versorgung Demenzkranker im Krankenhaus nicht neu erfunden werden muss. Können wir nicht eine Reihe von Konzepten der stationären Altenhilfe auf das Krankenhaus übertragen? Einfacher gesagt: Sollten nicht Mitarbeiter von Krankenhäusern einfach einmal ein paar Tage in einem Altenheim mit gutem Konzept hospitieren?

Ich wünsche der Veranstaltung ein gutes Gelingen!

## GRUSSWORT DES SENATS DER HANSESTADT HAMBURG

### **Hildegard Esser, Leiterin der Abteilung Gesundheit der BSG**

Dem Hamburger Senat liegt die Gesundheit aller Bewohnerinnen und Bewohner besonders am Herzen.

Die Altersmedizin ist zunehmend weiter in den Mittelpunkt des Interesses gerückt, sie ist als **die** Herausforderung für das Gesundheitssystem von heute anzusehen.

Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem darf die Tatsache einer ständig älter werdenden Gesellschaft mit ihren Folgen nicht außer Acht lassen und muss frühzeitig die richtigen Weichen für eine altersgerechte Versorgung der älteren Generationen stellen.

Um nur ein Beispiel zu nennen: Ist heute das Ende der Berufstätigkeit erreicht, steht dem Menschen durchschnittlich noch eine Lebensphase von oft mehr als 20 Jahren bevor.

Das bedeutet für uns alle einerseits einen deutlichen Zuwachs an Lebensqualität und Möglichkeiten, andererseits wird mit steigendem Lebensalter aber auch das Risiko, an verschiedenen Krankheiten und Behinderungen zu leiden, deutlich erhöht, was wiederum erhebliche Probleme bei der Versorgung älterer und alter Menschen sowohl im medizinischen als auch im pflegerischen Bereich nach sich ziehen kann.

Die gesundheitliche Gesamtsituation des kranken älteren Menschen ist in der Regel gekennzeichnet durch die Gleichzeitigkeit mehrerer Erkrankungen und Einschränkungen im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit.

Meist sind diese Krankheiten chronisch und beeinflussen sich wechselseitig. Wir erleben heute beeindruckende Fortschritte, was die Kenntnisse um die Entstehung der sog. „Volkskrankheiten“ angeht, wie z.B. der koronaren Herzkrankheit, Diabetes mellitus und Krebs, aber auch solcher Erkrankungen, die sich in der Regel erst im fortgeschrittenerem Alter zeigen, wie Parkinson oder Demenz. Die Folge: Es entstehen neue Therapiemöglichkeiten, die den Patienten nicht vorenthalten werden dürfen.

Welche Rolle spielt dabei die Altersmedizin? Die „Altersmedizin“ (oder: „Geriatric“) ist als Spezialgebiet der inneren Medizin zugeordnet, von der WHO definiert als der „Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im

Alter und den klinischen, präventiven, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten beim älteren Menschen beschäftigt." Neben den medizinischen müssen auch die sozialen Aspekte des Alterns berücksichtigt werden, da gerade im Alter die Folgen verschiedenster Lebensweisen und Lebenslagen kumulieren.

Die Altersmedizin ist grundsätzlich darauf ausgerichtet, eine umfassende und mehrdimensionale Betrachtung des Krankheitsgeschehens zu leisten. Das Ziel kann nicht mehr in jedem Fall die Heilung sein, sondern kann den Patientinnen und Patienten vielfach lediglich „nur“ die größtmögliche Eigenständigkeit und Unabhängigkeit bewahren bzw. ein Maximum an Lebensqualität.

Die Behandlung der komplexen Krankheitsbilder im Alter stellen besondere Anforderungen an die medizinische Behandlung. Hier gilt in besonderem Maße: Behandlungsprozesse enden nicht an Sektorengrenzen.

Eine Vielzahl an Krankenhäusern in Deutschland ist nicht ausreichend auf die steigende Zahl von Menschen mit Demenz und somit auf die Bedürfnisse dieser besonderen Patientengruppe eingerichtet.

Bei Einlieferung in eine Klinik, liegt in der Regel eine akute somatische Erkrankung vor. Die Demenz als Zweiterkrankung, sofern bekannt, tritt dabei häufig zunächst in den Hintergrund.

Die Krankenhausbehandlung konzentriert sich oft in erster Linie auf die somatische Hauptdiagnose, und Folgen und Erscheinungen der Demenz scheinen zunächst nachrangig mit deutlichen Folgen für die Betroffenen.

Das Krankenhaus gehört zu den besonders ungünstigen Einrichtungen für Demenzkranke.

Besondere Faktoren der Verunsicherung sind:

- Eine unbekannte, unüberschaubare Umgebung
- eingeschränkte Bewegungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten
- veränderte Tagesabläufe
- veränderte Umgangsformen
- eine andere Form der Betreuung
- beängstigende Handlungen
- das Fehlen vertrauter Personen

In der Folge verstärken sich oftmals die Symptome einer Demenz nach

einer Aufnahme im Krankenhaus oder treten sogar erstmals in dieser Deutlichkeit auf.

Dies stellt nicht selten eine erhebliche Belastung für die Betroffenen und ihre Angehörigen, aber auch für Mitpatienten/-innen und das Behandlungsteam dar und führt leider - als Ausdruck der Hilflosigkeit - auch zu häufig zur Verordnung von Sedativa.

Gerade auch die oftmals aufgrund der fremden und angstauselösenden Umgebung und mangels fester Bezugspersonen im Krankenhaus entwickelten Ess- und Trinkstörungen, können dann noch zu einer weiteren Verschärfung des Krankheitsbildes führen.

Dies bedeutet auch, dass alle somatischen Abteilungen in den nächsten Jahren sich diesen Herausforderungen werden stellen müssen.

Zum Standard einer guten stationären Behandlung Demenzkranker gehört die Möglichkeit einer Begleitung der Patientinnen und Patienten durch die Angehörigen oder andere nahe Bezugspersonen.

Eine schnellstmögliche Entlassung aus der Klinik ist anzustreben bei rechtzeitiger Organisation der Nachsorge.

Aber auch während des stationären Krankenhausaufenthaltes sind kreative Lösungen erforderlich, wie mit dementen Patientinnen und Patienten umgegangen werden kann.

Aus unserer Sicht ist die Altersmedizin trotz des täglichen Umgangs mit dem Älterwerden und der sensiblen und umsichtigen Begleitung der Menschen in ihrer letzten Lebensphase ein sehr lebendiges, vielfältiges, ja vielleicht sogar sehr dynamisches Fachgebiet, denn hier begegnet man Fragestellungen aus nahezu allen anderen medizinischen Fachbereichen. Hier sind eine fachübergreifende Zusammenarbeit und die Auseinandersetzung mit anderen Sichtweisen oder Konzepten unabdingbar. In diesem Fachbereich müssen integrative Sicht- und Verhaltensweisen entwickelt werden besonders im Hinblick auf die körperliche und psychische Multimorbidität, auf psychosomatische Zusammenhänge und ganz besonders auf die Tatsache, dass eine gute emotionale Führung und Anregung die Grundlage eines erfolgreichen Genesungsprozesses darstellen.

Verteilt über das gesamte Stadtgebiet verfügt Hamburg über ein ganz herausragendes spezialisiertes Versorgungsangebot für die ältere Hamburger Bevölkerung.

Darauf sind wir sehr stolz und wollen dies auch weiterhin mit Nachdruck unterstützen. Im Rahmen der Diskussion des Krankenhausplans 2015 hat die Geriatrie eine große Rolle gespielt.

Die wohnortnahe Versorgung älterer Menschen in Hamburg hat auch weiterhin eine besonders hohe Priorität. Diesem Prinzip wird durch die Verzahnung von voll- und teilstationärer Versorgung Rechnung getragen.

Für die besondere Herausforderung der Versorgung von behandlungsbedürftigen Menschen mit Demenzerkrankungen im Akutkrankenhaus gibt es auch in Hamburg herausragende Beispiele:

- Station Siloah im Diakonie-Klinikum Hamburg: Die Station ist ein schützender Raum für Patientinnen und Patienten, die in Folge akuter Erkrankungen an Unruhe, Verwirrtheit oder Orientierungslosigkeit leiden. Dies kann sowohl bislang unauffällige Patientinnen und Patienten, als auch Menschen betreffen, die bereits an einer Demenzerkrankung leiden.
- Station für kognitive Geriatrie im Albertinen-Haus: Das Konzept dieser Station umfasst eine besondere Ausbildung der behandelnden Pflegekräfte, Therapeuten und Ärzte, einen stärker strukturierten Tagesablauf und eine besondere architektonische Ausstattung.
- Gedächtnisstation in der Asklepios Klinik Wandsbek: Die geriatrische Station im Hauptgebäude des Krankenhauses bietet aufgrund der schützenden Ausrichtung die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten mit Demenzerkrankungen ihren Bedürfnissen entsprechend unterzubringen.

Auch bundesweit ist die akutmedizinische Versorgung dementer Patientinnen und Patienten Thema gewesen. So hat die Gesundheitsministerkonferenz 2009 hierzu einen Beschluss gefasst und den besonderen Entwicklungsbedarf betont. Sie hat an Krankenhausträger und Kostenträger den Appell gerichtet, hier zielgruppenspezifische Konzepte zu entwickeln.

Ziel in den kommenden Jahren wird es auch für Hamburg sein, weitere Verbesserungen in der akutmedizinischen Versorgung demenzkranker Menschen zu erzielen unter Berücksichtigung der Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation im außerklinischen medizinischen und pflegerischen Bereich.

## ERFAHRUNGSBERICHTE

### **Aus der Sicht von Angehörigen von Margot Holtgreife**

Drei Sätze zu mir:

1. Ich heiße Margot Holtgreife, und ich begleite ehrenamtlich drei Angehörigengruppen in Volksdorf.
2. Wir sind 35 - 40 Angehörige, die sich einmal im Monat treffen.
3. Ich selbst war betroffene Tochter einer an Alzheimer erkrankten Mutter, die wir über 8 Jahre bis zum Tod zu Hause gepflegt haben.

In unseren Gruppen ist ständig das Thema Demenzkranke im Akutkrankenhaus auf der Tagesordnung. Uns allen ist seit langem sehr bewusst, dass wir Angehörige für unsere Kranken im Krankenhaus besonders da zu sein haben. Wir tun das gern, aber wir sind keine Profis, wir wissen zwar sehr viel über unseren Kranken, aber wir wissen wenig über die Akuterkrankung. Wir sind fast immer im Besitz einer Vorsorgevollmacht, einer Patientenverfügung oder aber wir sind als gesetzlicher Betreuer eingesetzt. Wir dürfen also auch für unseren Kranken entscheiden. Wir haben auch weitere Unterlagen für unseren Kranken zusammengestellt. Diese Unterlagen möchten wir gern bei Einlieferung im Krankenhaus abgeben. Abgeben bei einem kompetenten Mitarbeiter, der die Unterlagen auch entsprechend bearbeitet. Hier würden wir auch gern wichtige Dinge für uns erfahren:

- Sprechzeiten des behandelnden Arztes
- Name des behandelnden Arztes
- Ansprechpartner bei den Pflegekräften

Wir sind nicht damit einverstanden, wenn uns gesagt wird:

- Behalten sie die Unterlagen, die können sie immer noch irgendwo abgeben.
- Gleichzeitig werden wir aber darauf hingewiesen, dass wir doch hätten sagen müssen, dass unser Kranker ein DemenzKranker ist.

Wir wünschen uns, dass unsere Kranken nicht stundenlang - 4 Stunden sind keine Seltenheit - auf dem Flur in der Notaufnahme liegen. Der Kranke kann mit dieser hektischen Situation nichts anfangen, er will aufstehen, wir

versuchen das zu verhindern, er macht Lärm, nun müssen wir uns auch noch mit anderen Patienten, die dies Verhalten gar nicht schätzen, auseinander setzen.

Wir suchen für uns und unsere Kranken schon lange nach einer Alternative, wie wir Wartezeiten in der Notaufnahme verringern können oder wie wir sie für unseren Kranken erträglicher machen können.

Leider hat sich allgemein die Situation im Krankenhaus für uns alle verschlechtert. Unsere Demenzkranken sind aber besonders betroffen. Sie können sich nicht zu Wort melden, wenn es ihnen besonders schlecht geht, sie können sich nicht zu ihren Schmerzen äußern. Sie verstehen uns einfach nicht.

Wir wünschen uns Ärzte und Pflegepersonal, die viel von einer Demenzerkrankung wissen und die darüber hinaus wissen, wie man mit Demenzkranken umgeht.

### **Das aber sollte nicht passieren:**

- Eine Ehefrau ist tagsüber immer bei ihrem kranken Mann, viel Hoffnung gibt es nicht nach einer diagnostizierten Lungenembolie. Er liegt allein auf dem Zimmer. Ich bin auf Besuch und erlebe, dass eine Krankenschwester ins Zimmer kommt, um den Kranken zu betten. Das scheint nicht zu klappen. Sie zerrt an ihm rum, schreit ihn an, helfen Sie doch mit. Natürlich keine Reaktion. Ich frage sie, ob sie weiß, dass der Kranke demenzkrank ist. Sie antwortet, woher soll ich das wissen. Der Kranke lag bereits acht Tage im Einzelzimmer auf der Station.

### **Aber auch das gibt es:**

- Eine Angehörige hat ihren Kranken schon drei Tage im Krankenhaus. Sie war tagsüber immer da, aber wenn sie gegangen war, spazierte ihr Mann durchs Krankenhaus. Das Krankenhaus bat die Angehörige, doch auch über Nacht zu bleiben. Es entstanden keine zusätzlichen Kosten. Die Angehörige hat diese Aufgabe gern übernommen.

Aber was geschieht, wenn es keine Angehörigen gibt, wer übernimmt dann diese Aufgabe?

Nicht in allen Krankenhäusern können Angehörige ihre Kranken kostenlos auch nachts betreuen. Über 60 € pro Nacht sollte eine Angehörige für die

Betreuung des Kranken in einem anderen Krankenhaus zahlen.

Vieles passiert uns, aber wir alle wissen, wie schwer die Betreuung unserer Demenzkranken ist, wir müssen das ja auch Tag für Tag schaffen.

Wir wissen auch, dass auf den Stationen, nicht nur ein Demenzkranker liegt.

Trotz allem möchten wir eins nicht hören, wenn uns gesagt wird, das alles sind nur Einzelfälle und schließlich kann das alles im Eifer des Gefechts schon passieren.

### **Zusammengefasst unsere Wünsche:**

- Ärzte und Pfleger/Innen müssen gut informiert werden über die spezielle Problematik dementer Menschen.
- Integration der Angehörigen in die Betreuung der jeweiligen Patienten.
- Rooming-in muss für alle Angehörigen kostenfrei möglich sein.
- Dem Angehörigen muss erlaubt sein, bei allen Untersuchungen dabei zu sein.
- Dem Angehörigen muss die Möglichkeit gegeben werden, mit dem Kranken im Krankenwagen und mit den erforderlichen Unterlagen ins Krankenhaus zu fahren.
- Für alle Krankenhäuser, die Demenzkranke betreuen, sollte ein einheitliches Verfahren für die Erstellung der Krankenpapiere und Abgabe der Unterlagen eingeführt werden.
- Die Zeit der Notaufnahme muss reduziert werden, oder ein anderes Verfahren muss eingeführt werden.

Wir - Angehörige - wollen unsere Demenzkranken unterstützen und für sie da sein. Wir sind auch bereit, uns im Krankenhausablauf einzubringen. Wir brauchen nur Partner, die mit uns den gleichen Weg gehen wollen.

Wir denken in unserer Situation ganz häufig, wie finden wir auch gute Lösungen für Demenzkranke, denen kein Angehöriger zur Seite steht.

## **Aus der Sicht vom Krankenhaus von Veronica Bischoff, Fachkrankenschwester für klinische Geriatrie und Rehabilitation, Stationsleitung, Evangelisches Kran- kenhaus Alsterdorf**

Welche Probleme können bei der Aufnahme von Menschen mit einer Demenz im Krankenhaus entstehen?

### **Für den Patienten:**

- Der Patient versteht nicht was mit ihm geschieht
- Die Umgebung ist unbekannt
- Die Menschen sind alle fremd
- Die Blutentnahme ist schmerzhaft
- Die Untersuchungen machen Angst
- Vielleicht fühlt sich der Patient allein gelassen und „abgeschoben“
- Einige Patienten werden sehr unruhig, teilweise aggressiv
- Es gibt Patienten, die versuchen einfach nach Hause zu gehen
- Andere Patienten ziehen sich zurück, verhalten sich passiv, sagen kein Wort
- Oder Patienten geben solche Auskünfte wie „ich wohne bei meinen Eltern, meine Mutter kümmert sich um alles“

### **Für die Mitarbeiter im Krankenhaus ist es nicht immer einfach, wichtige Informationen zu bekommen, wie zum Beispiel:**

- Welche Vorerkrankungen hat der Patient?
- Sind Allergien bekannt?
- Welche Medikamente nimmt der Patient ein?
- Wie ist die soziale Situation?
  - Gibt es Angehörige?
  - Lebt der Patient alleine?
  - Ist der Patient selbständig?

- Welche sozialen Kontakte gibt es noch?
- Ist eine gesetzliche Betreuung oder eine Vollmacht vorhanden?
- Wird der Patient von einem Pflegedienst betreut?
- Kenntnisse über Vorlieben und Abneigungen, z.B. Schlafgewohnheiten, Essgewohnheiten (wir hatten eine Patientin, die mittags nichts gegessen hat, bis sich herausstellte, dass sie sich immer vegetarisch ernährt hatte)
- Sind Hilfsmittel vorhanden oder werden sie benötigt?

**Weitere Punkte, die zu Problemen bei der Aufnahme führen können:**

- Mitpatienten können sich gestört fühlen, wenn Menschen mit einer Demenz unruhig, aggressiv oder laut sind
- Es muss eine Entscheidung getroffen werden und der gesetzliche Betreuer ist nicht erreichbar **oder**
- Es gibt noch keinen gesetzlichen Betreuer, und der Patient ist nicht mehr in der Lage, eine Entscheidung für sich zu treffen
- Es kann kompliziert werden, wenn bei verschiedenen Angehörigen, keine einheitliche Meinung vertreten wird
- Wenn die Angehörigen ihren Wissenstand über den Zustand des Patienten und geplante Untersuchungen nicht untereinander austauschen

**Für die Angehörigen:**

- Es ist nicht immer verständlich, was im Krankenhaus passiert
- Pflegende Angehörige sind manchmal erschöpft und an ihrer Leistungsgrenze angekommen
- Es fällt ihnen schwer, loszulassen und die Betreuung auch dem Pflegepersonal zu überlassen

**Aus meiner Erfahrung hat sich bewährt, wenn beide Seiten, pflegende Angehörigen und Krankenhausmitarbeiter, offen miteinander reden und voneinander was annehmen können.**

## **Aus der Sicht der stationären Pflegeeinrichtung von Isabella Samborski, PDL im Senioren Centrum Holstenhof, PFLEGEN UND WOHNEN Betriebs GmbH**

Ich möchte Ihnen prägnante Beispiele vorbringen, die aus Sicht der stationären Pflege einen dringenden Handlungsbedarf deutlich machen.

Frau Schmidt wurde mit einem akuten Bauch ins Krankenhaus eingeliefert. Es war in der Einrichtung bekannt, dass sie nicht mehr auf ihren Nachnamen reagiert, sondern nur noch auf Elsbeth. Auf eine sehr formale Ansprache reagierte sie immer abweisend und abwehrend. Besonders aufgrund von Kriegserinnerungen hatte sie eine extreme Abwehrhaltung gegenüber Ärzten in weißen Kitteln. In der Versorgung/Betreuung bei uns war sie mit einer entsprechenden Ansprache (Vorname und Sie) sehr gut zu erreichen, und die behandelnden Ärzte hatten keine weißen Kittel an. Bei den Visiten in der Einrichtung war sie immer sehr höflich, charmant und ließ sich auch ohne Probleme untersuchen. Nach Rückverlegung aus dem Krankenhaus war Frau Schmidt in ihrem Wesen stark verändert. Sie war stark sediert und kaum ansprechbar, hatte einen Dekubitus Grad 2 und einen Gewichtsverlust zu verzeichnen. Ihre fröhliche Art war verschwunden. Nach einigen Tagen, ohne weitere Gabe von Psychopharmaka und der entsprechenden Ansprache durch die Pflegekräfte war sie wieder die Person, die wir kannten.

- Es lässt sich feststellen, dass eine Überleitung ins Krankenhaus und der damit erforderliche Informationsaustausch zwischen den Pflegenden oft unzureichend sind. Die Überleitungsbögen der einweisenden Pflegeeinrichtungen sind von unterschiedlicher Qualität. Eine Kontaktaufnahme zur Pflegeeinrichtung erfolgt nur beim Auftreten von Schwierigkeiten

### **Ein zweites Beispiel:**

Herr Müller, ein schwerst dementer Bewohner, wurde nach einem Oberschenkelhalsbruch mit einer Totalendoprothese versorgt, anschließend wurde er auf die Intensivstation verlegt. Da er dort den Stationsablauf so massiv gestört hat, wurde er unmittelbar von der Intensivstation in die Pflegeeinrichtung entlassen. Die Transportfahrer brachten Herrn Müller in die Einrichtung zurück, legten ihn in sein Bett. Es wurde kein Arztbrief mitgegeben, aus dem hervorging, ob bereits Steh- und Belastungsversuche

durchgeführt wurden -auch auf dem Überleitungsbogen war kein Vermerk. Nach kurzer Zeit verließ Herr Müller sein Bett und ging, so gut er konnte, über den Flur. Herr Müller war nicht austherapiert, hatte blutige Verbände, hatte keine krankengymnastische Versorgung etc. Wir sprechen dann über eine so genannte „blutige Entlassung“.

- Unsere Erfahrung dazu: In Krankenhäusern fehlt es an Kenntnis und Verständnis im Umgang mit einem demenziell erkrankten Menschen. Seine individuellen Bedürfnisse werden nicht berücksichtigt, sein Lebensrhythmus als störend empfunden. Auf einer „normalen“ Station wird er oft in einem Einzelzimmer untergebracht, um die anderen Patienten oder den Stationsablauf nicht zu stören. Es kommt nicht selten vor, dass die motorisch unruhigen Patienten fixiert werden. Ein Fixierungsbeschluss des Amtsgerichtes liegt oft nicht vor.

#### **Fragen, die wir uns in den Pflegeeinrichtungen stellen:**

- Wird ein demenziell erkrankter Mensch unterversorgt, weil er keine Lobby hat?
- Bleibt er unversorgt, weil es sich nicht mehr lohnt?

#### **An dieser Stelle möchte ich gerne auch Positives berichten:**

- Die Medikamente werden bei Entlassungen immer häufiger mitgegeben - z. B. eine Entlassung am Freitagnachmittag. Ich denke, vielen von Ihnen ist es ein Begriff, was es bedeutet, einen Bewohner zurückverlegt zu bekommen, ohne eine medikamentöse Weiterversorgung.
- Es gibt Ansätze zur Kooperation und Verbesserung der Kommunikation. Wir haben uns in der vergangener Woche mit dem netten Stationsteam der Demenzstation 15a im Krankenhaus Wandsbek getroffen. Es war ein sehr aufschlussreiches und produktives Treffen. Wir sind uns einig, dass auf beiden Seiten einiges optimiert werden kann und muss. Krankenpflege und Altenpflege haben sich auf Augenhöhe, im Sinne der guten Versorgung von demenziell Erkrankten, begegnet. Die Netzwerke müssen aktiviert werden, ein gemeinsamer Erfahrungsaustausch ist erforderlich.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

## MENSCHENSELBSTBILD UND GESELLSCHAFTSBILD UNSERER MITBÜRGER MIT DEMENZ

### **Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, Psychiater i.R., Hamburg**

Nachfolgend finden Sie meine zehn Thesen zu Ihrer Frage nach der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz.

Ich hatte mir den Spaß gemacht, diese Frage in der „Ich-Form“ zu beantworten, als ob ich selbst schon dement sei. Diese Möglichkeit verschafften mir die vielen Gespräche mit Dementen, mit pflegenden Angehörigen und andere Quellen. Ich hoffe, mir gelingt der Einblick:

1. Ich als Dementer habe keine Krankheit! Hier kann ich mich erfreulicherweise auf einen der bekanntesten amerikanischen Demenzforscher stützen: Peter Whitehouse, nämlich auf sein Buch „Mythos Alzheimer“ (Bern: Huber 2009). Denn hier heißt es, dass Demenz lediglich eher ein Schicksal sei und weniger eine Krankheit, weil die Demenz lediglich eine der möglichen Varianten des Schicksals aller Menschen sei, in irgendeiner Form zu altern. Dass dies eine Krankheit sei, Morbus Alzheimer, sei lediglich eine Illusion, dadurch ausgelöst, dass wir Dementen in der letzten Zeit so viele geworden sind, so dass wir für die Mediziner zu einem neuen Geschäftsfeld wurden. Denn was „Krankheit“ ist, ist im Prinzip auch heilbar, wenn nicht heute, dann morgen. Nur diese Definition - und nur dies - verschaffe den Medizinern Zugang zu Ruhm, Macht und vielen Millionen Forschungsgeldern. Zwar kann es sein, dass man irgendwann auch etwas an der Demenz therapeutisch drehen könne, doch zurzeit ist kein medizinisches Mittel in Sicht. Die jedenfalls heute sachlich falsche Umdeutung der Demenz zur Krankheit schädigt uns Demente, denn eine Krankheit zu haben, trennt Menschen voneinander, während Altern als ein kollektives Schicksal Menschen miteinander eher verbindet.
2. Auch „Teilhabe“ ist ein Profi-Begriff. Er meint das, was Profis denken, was wir Dementen brauchen, etwa an allen kommunalen Ereignissen teilzunehmen. Das ist aber nur die halbe Wahrheit. Denn in Wirklichkeit bedeutet „Teilhabe“, dass ich nicht nur ein Recht auf Teilnahme habe, sondern dass ich auch, um teilnehmen zu können, etwas geben muss. Was ich brauche, ist vielmehr, dass ich auch von mir aus etwas geben kann, dass ich Bedeutung für

Andere habe, nicht immer nur für mich, sondern eben auch für Andere. Erst dann ist mein Leben nicht mehr sinnlos. Weil das die Profis immer wieder gern vergessen, sollte man lieber von „Teilgabe“ sprechen.

3. Wir Dementen geben Euch Nicht-Dementen auch ein anthropologisch tiefgreifendes Menschenbild wieder. Denn bei der großen Zahl von uns Dementen gilt jetzt nicht mehr so sehr das Menschenbild der Aufklärung, wonach der Mensch grundsätzlich vernunftig-selbstbestimmt ist, abgesehen von ein paar als pathologisch definierten Ausnahmen, die fremdbestimmt und unvernünftig sind.

Vielmehr kann man jetzt nur noch sagen, dass der Mensch sich stets im Spannungsfeld zwischen vernunftig-selbstbestimmten und unvernünftig-fremdbestimmten Seinsweisen bewegt: Unabhängig ist der Mensch nicht mehr Mensch als abhängig.

4. Wir Dementen schenken Euch auch einen vollständigen Begriff von „Beziehungen“- nicht nur Beziehungen auf der Ebene der Gehirnfunktionen und des rational-sprachlichen Denkens, sondern, insofern unser Gefühlsleben weitergehend intakt ist, lehren wir Euch, dass grundsätzlich der ganze Mensch ein Beziehungswesen ist. So erinnert sich Eleonore von Rothenhan an ihre demente Mutter: „Als sie nicht mehr sprechen konnte, erreichte unsere Beziehung einen existenziellen Tiefgang, wie zuletzt vielleicht in der Kindheit“.
5. Wir Dementen machen Euch aber auch die Gesellschaft wieder menschlicher - aus einer einseitigen Leistungs- und Dienstleistungsgesellschaft zu einer mehr sozialen Integrationsgesellschaft. So kann man heute sagen, dass es ziemlich genau seit 1980 in fast jedem Stadtviertel und in fast jedem Dorf Initiativen von Bürgern gibt, die sich dafür engagieren, dass wir nicht mehr in Institutionen ausgegrenzt sind. Sie kümmern sich vielmehr um neue dritte Wege, wie Nachbarschaftsvereine, generationsübergreifendes Siedeln, Gastfamilien oder ambulante Wohnpflegegruppen, die integrationsfreundlicher sind, so dass es schon heute einzelne Dörfer (Eichstetten), Kleinstädte (Ettenheim) und in Großstädten Stadtviertel (Bielefeld) gibt, die sich als „heimfreie Zonen“ verstehen. Diese anderen Bürger erleben, dass sie auch selbst gesünder leben, wenn sie zwischen ihrer Arbeitsgebundenheit und ihrer freien Zeit als dritte Zeit ihre „soziale Zeit“ wiederbeleben.

6. Wir Dementen sorgen dafür, dass auch Familien wieder tragfähiger werden, etwa indem sie sich vom Prinzip der Blutsverwandtschaft auf das Prinzip der Wahlverwandtschaft erweitern.
7. Wir Dementen haben schon jetzt sogar für eine strukturelle Revolution gesorgt, indem wir zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sozialraum (Stadtviertel oder Dorfgemeinschaft) den „Wir-Raum“ wiederentdecken, der in der gesamten Menschheitsgeschichte stets für das Gemeinwohl und die Integration verantwortlich war.
8. Wir Dementen retten Eure von Schließung bedrohten Kirchengemeinden, indem wir sie resozialisieren, d.h. an das oberste biblische Gebot erinnern, wonach Gottes- und Menschendienst stets eine unauflösbare Einheit darzustellen haben.
9. Wir Dementen erinnern schließlich auch Eure Kommunen an ihre Kernaufgabe der Daseinsfürsorge für alle Bürger, von denen keiner ausgegrenzt werden darf.
10. Und während abschließend unser Schicksal immer mehr Menschen Angst vor dem Altern macht, obwohl dies doch ein Geschenk ist, haben wir Dementen Euch insbesondere mit den schon erwähnten ambulanten Wohnpflegegruppen das (bisher) beste Mittel gegen diese Angst geschenkt, denn diese ambulante Wohngruppe, mit denen das Demenz-Forum Darmstadt verdienstvollerweise hessenweit begonnen hat, sind am ehesten geeignet, die Sonderwelten der Pflegeheime im Laufe der nächsten 50 Jahre überflüssig zu machen, denn wenn diese Wohngruppen ihre Chance optimal nutzen, nämlich als zu führende Haushalte betrieben werden, in denen jeder noch so Demente seinen noch so kleinen Beitrag leistet, kommen wir Dementen auch auf unsere Tagesdosis an Bedeutung für Andere, können somit ein sozial sinnvolles Leben führen, was nebenbei auch noch zur Folge hat, dass - bei Kostengleichheit mit einem Heim - zwei bis dreimal mehr menschliche Zuwendungszeit erwirtschaftet wird.

Aus all diesen Gründen können wir Dementen mit dem Demenz-Forum Darmstadt nur wünschen: Machen Sie bloß so weiter: Nehmen Sie allein schon unser Wunsch- und Wahlrecht ernst, indem Sie das bisherige Unterangebot an ambulanten Integrationsmöglichkeiten auf Kosten des Überangebots an stationären Ausgrenzungsmöglichkeiten erweitern.

Und wenn Sie dabei auch noch beherzigen, dass wir Dementen und Alterspflegebedürftigen mit der UN-Behindertenrechtskonvention selbstverständlich mitgemeint sind und dass dies inzwischen auch in Deutschland geltendes Recht ist, werden Sie damit garantiert erfolgreich sein.

So, wie wir Dementen schon angefangen haben, die Gesellschaft menschlicher zu machen, so sind wir auch für die Krankenhäuser eine Chance für mehr Menschlichkeit. Wie das gehen kann und was fehlt, das wollen wir uns heute hier anhören und diskutieren.

Mit allen guten Wünschen für diesen Weg

Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner

## MENSCHEN MIT DER BEGLEITDIAGNOSE DEMENZ IM KRANKENHAUS - SACHSTAND, RÜCKBLICK UND AUSBLICK

### **Antje Graßhoff, Dipl. - Sozialpädagogin, Leitung AG Demenz der Wandsbeker Gesundheits- und Pflegekongferenz**

Ein etwas anderer Titel als in der Veranstaltungsankündigung - vielleicht waren Sie - genau wie ich - etwas irritiert über den ursprünglichen Titel **Stand der Diskussion**.

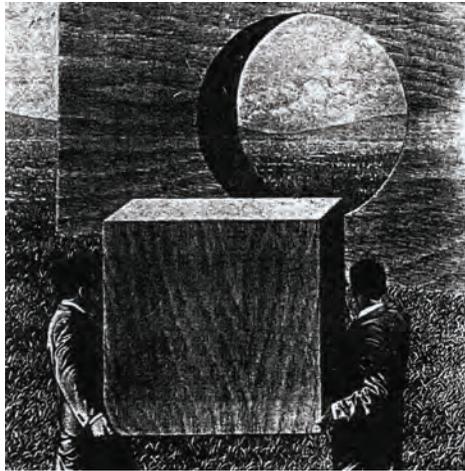
Es handelt sich hier - fast muss man sagen - um einen freud'schen Verschieber, denn: zu dem Thema wird **viel diskutiert**, sehr viel - aber zu wenig - zumindest in der Vergangenheit - gehandelt.

Wir haben ein Problem: wir wissen sehr viel, - natürlich nicht alles - aber es wird wenig umgesetzt.

Mein Beitrag hat daher zur Aufgabe, nicht den Stand der Diskussion widerzuspiegeln, sondern - nach einem kurzen Rückblick - die **konkreten Ansätze der Umsetzung von demenzfreundlichen Konzepten in Krankenhäusern** zu skizzieren und **Impulse für die Veränderungen** zusammenzufassen.

Der Beitrag ist als **Auftaktbeitrag** zu den folgenden Ausführungen zu verstehen, und er wird kurz, also vereinfacht er auch. Um dem Thema gerecht zu werden, würde eine Langfassung mit ausführlicher Darstellung der unterschiedlichen Konzepte bis in den Nachmittag hineinreichen - heute aber sind wir alle gespannt auf die Initiativen und Angebote in Hamburg.

Nun zum Schaubild, das mich schon seit vielen Jahren zu diesem Thema begleitet:



### Geht das ?

Muss der Demenzkranke rund werden, um kompatibel zu werden mit dem System Krankenhaus oder muss das Krankenhaus eckig werden, um den Erkrankten angemessen behandeln zu können ?

Was muss sich wie verändern, um konstruktive Ergebnisse zu erzielen, und wie werden die Gebilde oder die Formen aussehen, die miteinander kompatibel sind?

**Hier ist Phantasie gefragt.**

Lassen Sie mich vorweg noch kurz festhalten: Krankenhäuser haben eine **außerordentlich hohe Bedeutung** für die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen und sind **entscheidende Weichensteller** in dem Versorgungsspektrum bis hin zur palliativen Begleitung. Sie haben damit eine **hohe Verantwortung** für Menschen, die in ihrer Selbstorganisation erheblich beeinträchtigt sind und ihre Krankheiten und Schmerzen und Lebensentwürfe nur annähernd oder gar nicht mehr verbal kommunizieren können. Während sich das Pflege - und Betreuungsangebot für Menschen mit Demenz zunehmend ausdifferenziert und die Pluralität von Betreuungsformen zunimmt, **scheinen diese Erkenntnisse vor den Türen der allermeisten Krankenhäuser zu enden.**

Wie sich der Aufenthalt im Krankenhaus gestaltet, hängt allerdings nicht ausschließlich vom Krankenhaus und den internen Rahmenbedingungen ab,

sondern auch davon, wie sich die Versorgungssituation **vor** Aufnahme in ein Krankenhaus darstellt und gestaltet.

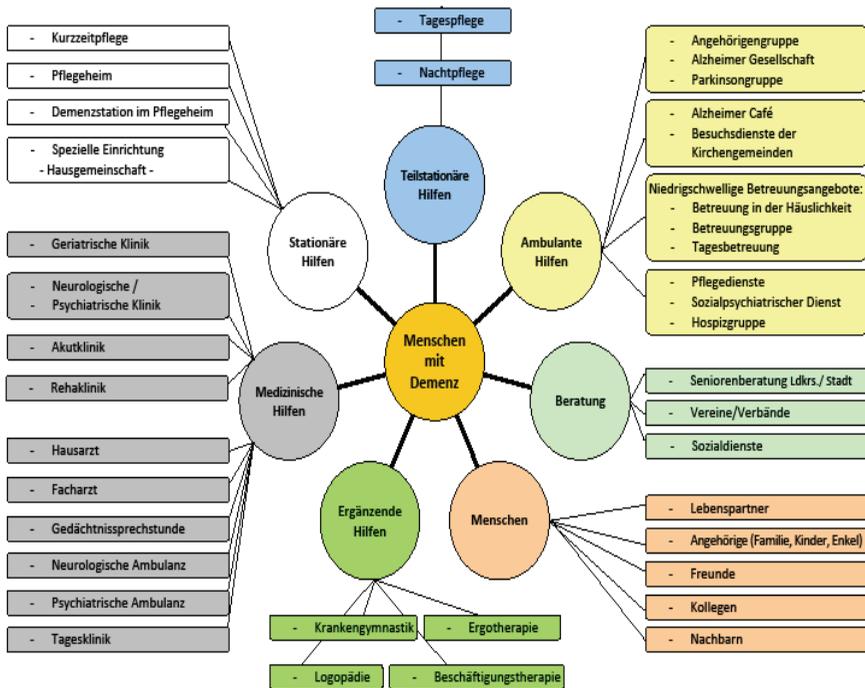
Wurde bereits eine Demenz qualifiziert diagnostiziert und von Hausarzt und Fachärzten ggf. medikamentös behandelt? Wie sieht die pflegerische Versorgung aus und wird der Erkrankte von informierten Angehörigen oder Betreuern begleitet und unterstützt? Wurde geprüft, ob - von einer Notfallsituation einmal abgesehen - ein Krankenhausaufenthalt überhaupt notwendig ist oder ob eine ambulante Diagnostik und Therapie ausreicht: Stichwort qualifizierte haus- und fachärztliche Versorgung vor Ort und in Pflegeeinrichtungen - sogenannte Subakutbehandlung.

Es gibt sogar Untersuchungen, die zu dem Schluss kommen, dass führende Ursachen von Krankenhausbehandlungen bei hochbetagten Menschen in vielen Fällen **potenziell vermeidbar** wären, da Stürze, Sturzfolgen, Infektionen und Erkrankungen im Bereich der Ernährung und des Stoffwechsels Ausdruck **unzureichender Versorgung oder falscher medikamentöser Einstellung** sind (Bundesministerium für Bildung und Forschung, Analyse der Ursachen und Umstände der Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung durch Pflegeheimbewohner im Rhein - Neckar- Raum, Ramroth 2006).

Es ist meines Erachtens notwendig, auch diesen Aspekt zu betonen, weil hier deutlich zum Ausdruck kommt, dass es um die Optimierung der medizinischen und pflegerischen Gesamtversorgung, um Maßnahmen im ambulanten und stationären Bereich geht, die von allen Akteuren, auch den Krankenhäusern, miteinander kommuniziert werden müssen.

Als Beispiel nur kurz dieses Schaubild über Unterstützungssysteme, das deutlich macht, wie komplex sich die Kommunikation darstellt und wie notwendig strukturierte Abläufe sind.

## Unterstützungssysteme für Menschen mit Demenz im Landkreis Soltau-Fallingb.ostel



Quelle: Dagmar Kosinski, 20.02.2009 aus:  
 Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus  
 Schnittstellenübergreifende Informationsvermittlung als Voraussetzung für  
 eine gelingende Versorgungskontinuität  
[http://www.vde.de/de/Technik/AAL/Publikationen/Kongress-undFachbeitraege/Documents/Menschen\\_mit\\_Demenz\\_im\\_Akutkrankenhaus.pdf](http://www.vde.de/de/Technik/AAL/Publikationen/Kongress-undFachbeitraege/Documents/Menschen_mit_Demenz_im_Akutkrankenhaus.pdf)

Was tut not, um die Situation für Menschen mit Demenz im Krankenhaus zu verbessern?

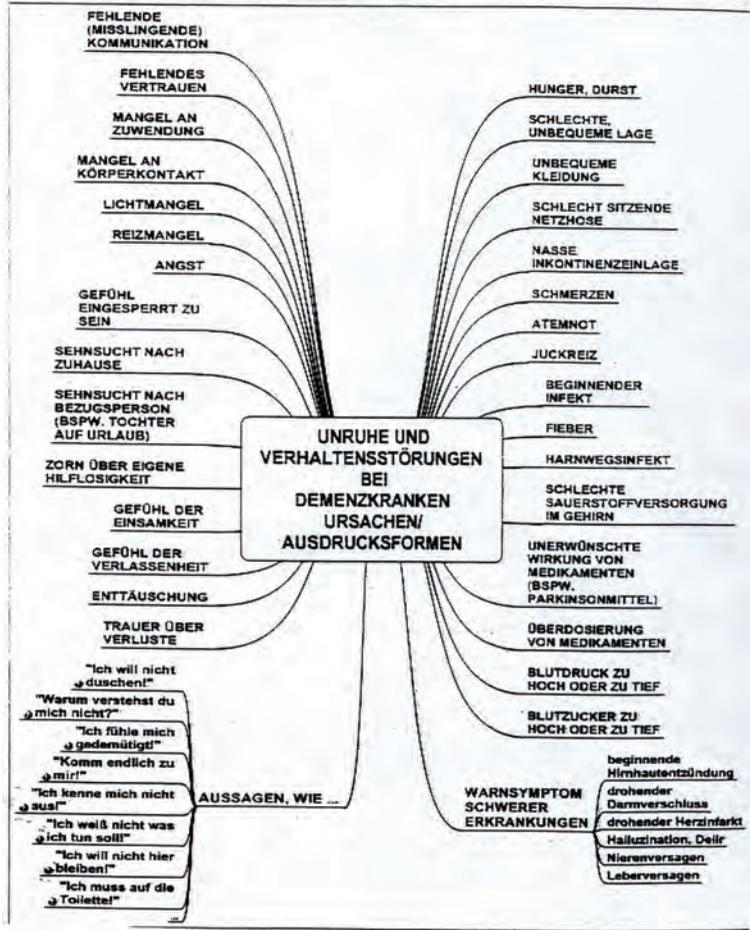
Lassen Sie mich mit drei provokativ kurzen Fragen Stellung nehmen:

Warum ? Was ? Wie ?

**Warum** tut es not ?



Unruhe und Verhaltensstörungen bei Demenzkranken



Wir alle hier wissen, warum, daher hier nur eine kurze Erläuterung zum Schaubild Ursachen und Ausdrucksformen von Unruhe und herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz: angesichts der Vielzahl der Ursachen von Unruhe und herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz ist eine sorgfältige und differenzierte Betrachtung gerade auch in

Zusammenhang mit der Erkennung von Warnsymptomen schwerer Erkrankungen besonders geboten und qualifizierte - auch nonverbale - Kommunikation mit den Erkrankten erforderlich - sind wir in den Krankenhäusern darauf vorbereitet und ausgebildet?

**Impulsgeber** für Veränderungen in den Krankenhäusern sind bei Sichtung der Veröffentlichungen der letzten 10 Jahre vor allem zunächst die Selbsthilfeorganisationen und Angehörigenvertretungen wie die Alzheimergesellschaften, die Aktion Demenz und andere gewesen, das Kuratorium Deutsche Altershilfe, Wohlfahrtsverbände, Stiftungen wie die Robert - Bosch - Stiftung , die Pflegewissenschaft und Forschungsvorhaben, - zunehmend wurde das Thema auf Fachkongressen und in Fachzeitingen erörtert. Fachbücher z.T. aktuell vergriffen existieren, Modellvorhaben wurden auf Länderebene gefördert - dazu später.

Aus den Krankenhäusern selbst wurden - von der jüngsten Zeit einmal abgesehen - keine bzw. wenige Initiativen gestartet, hier waren vor allem die geriatrischen Fachabteilungen **Vorreiter**.

**Was** tut not?

Die wesentlichen **Stichworte und Qualitätsmerkmale**, an denen notwendige Veränderungen gemessen werden können, sind:

- Kommunikation
- Diagnostik und Therapie
- Orientierung
- Präsenz
- Schutz

oder **präzisiert**:

- Veränderung und Optimierung der Aufnahmesituation und des Entlassungsmanagements
- Geriatrisches Assessment
- Multiprofessionelles und multifunktionales Behandlungskonzept
- Milieutherapeutische Interventionen (Personalpräsenz, demenzgerechtes Untersuchungssetting, Tagesstrukturierung, architektonische Gestaltung)

- Schulung des Personals
- Kooperation mit Angehörigen und Ehrenamtlichen

Wenn Sie heute die Begriffe Demenz und Krankenhaus im Internet googeln, so sind **49 000 bis 53 900** Einträge zu entdecken, bei den Begriffen Demenz und Akutkrankenhaus immerhin noch **1680**. Das sah vor wenigen Jahren noch anders aus.

Eine große Zahl von Veröffentlichungen und Berichten befasst sich mit Konzepten zur Verbesserung der Situation und stellt **zukunftsweisende Entwürfe** vor. Nur einige möchte ich beispielhaft nennen:

- Effektivität eines patientenzentrierten Stationssettings für Demenzpatienten mit internistischen Erkrankungen - eine empirische Verlaufsstudie  
Dissertation Universität Münster 2004
- Demenz und Überleitung  
Pilotstudie in Kooperation mit der Münchenstift GmbH und des Städtischen Klinikum München an der Universität Bayreuth, Arbeitsstelle für Theologische Ethik und Anthropologie im Jahr 2009
- Demenz - eine Nebendiagnose im Akutkrankenhaus oder mehr  
Maßnahmen für eine bessere Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus, von Susanne Angerhausen, 2008

und viele andere mehr.

Besonders hinweisen möchte ich auf die Veröffentlichung einer Projektgruppenarbeit im Rahmen des berufsbegleitenden Kontaktstudienganges Angewandte Gerontologie, Fakultät für Sozialwesen 2008/2009 der Hochschule Mannheim mit dem etwas sperrigen Titel **Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus - Schnittstellenübergreifende Informationsvermittlung als Voraussetzung für eine gelingende Versorgungskontinuität**.

Diese Arbeit fasst meines Erachtens außergewöhnlich interessante Ansätze und innovative Veränderungen zusammen, u. a. auch einen Aufsatz über Elektronische Patientenakten und Telematikinfrastruktur als Instrumente zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen mit demenziellen Erkrankungen - vielleicht noch ein Tabuthema, aber sicherlich diskussionswert.

Nun zu dem **Wie**:

Wie und was wird in der Praxis umgesetzt?

Neben eigenen, sicherlich noch unvollständigen Recherchen stütze ich mich in der Hauptsache auf eine Zusammenstellung von Frau **Dr. Döhner vom Institut für Medizinsoziologie am UKE**, und auf eine Veröffentlichung in der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2010, verfasst von Dr. Rösler und anderen von der **Medizinisch - Geriatrischen Klinik, Albertinenhaus**:

Die dort bundesweit erfassten 12 geriatrischen Abteilungen/Kliniken mit speziellen Stationen zur Versorgung kognitiv beeinträchtigter Patienten sind meist ab **2009** entstanden und umfassen insgesamt **189** Plätze.

Sie alle gewichten in unterschiedlicher Weise die oben genannten Kriterien für demenzfreundliche Strukturen im Krankenhaus bzw. auf Geriatriestationen und haben **beträchtliche konzeptionelle Unterschiede** - einige werden uns ja gleich vorgestellt.

Bei aller Freude über diese innovativen Ansätze stockt einem doch der Atem, wenn man diese Plätze in das Verhältnis zur Gesamtzahl der Krankenhausplätze setzt.

Und in den **Akutkrankenhäusern**?

Hier sind zu nennen das Modellprojekt Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst im Krankenhaus Kaufbeuren und andere Krankenhäuser, die **stationsweise** nach diesen Modellen arbeiten, wobei zu unterscheiden ist zwischen Konsiliar, Kontrakt- und Liaisonmodell, d.h. zwischen der bedarfsweisen und der regelmäßigen Hinzuziehung von zusätzlicher fachärztlicher Kompetenz oder der anfrageunabhängigen Präsenz von gerontopsychiatrischer Kompetenz.

In dem Modellprojekt 2005 - 2008 **Blickwechsel - Nebendiagnose Demenz - Verbesserung der Versorgung demenzkranker Menschen im Krankenhaus** wurden in vier allgemeinen Krankenhäusern in NRW **punktuellen Maßnahmen** zur Verbesserung der Versorgung durchgeführt und ausgewertet. Die Krankenhausstationen wurden nicht speziell umgebaut oder neu eröffnet, sondern hielten Angebote vor wie z.B. Modellzimmer, hauseigene Handlungspfade für Demenz, geschützte Aufenthaltsräume wie das Café Memory oder das Café Vergissmeinnicht, tagesstrukturierende Maßnahmen, interdisziplinäre Kompetenzteams und Informationsblätter für Angehörige. Ein abschließender Projektbericht liegt offensichtlich

noch nicht vor, aber es zeichnet sich ab, dass weitere Krankenhäuser bundesweit zwischenzeitlich **punktuell** mit diesen **Angebotsfacetten** arbeiten.

### **Ist das alles?**

Offensichtlich ja!

### **Oder?**

Diese Frage möchte ich so offen stehen lassen.

Ich freue mich auf die Beiträge, die jetzt folgen und die Vorstellung der Krankenhäuser.

Vielen Dank!

## INITIATIVEN UND ANGEBOTE IN HAMBURG

### **Krankenhaus Bethanien - Station Siloah** **Brunhilde Merk, Chefärztin Med.-Geriatrische Klinik**

#### **Entwicklung im Krankenhaus Bethanien**

	1995	verwirrte Patienten werden nicht aufgenommen
~	1997	häufige Feststellung: (verwirrter) Patient ist nicht therapiefähig keine Bereitschaft für spezialisiertes Therapieangebot → kleine interdisziplinäre Gruppe erarbeitet Fortbildungsprogramm für geriatrische Teams
~	2004	Diskussion: Einrichtung einer Gerontopsychiatrie an der Geriatrie
	2006	Projektauftrag und -start im Diakonie-Klinikum Hamburg: Station für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten
	<b>4/2007</b>	<b>Inbetriebnahme der Station SILOAH, einer milieutherapeutisch konzipierten Station für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte geriatrische Patienten</b>

#### **FAZIT**

**Strukturen und Prozesse im Krankenhaus müssen sich dem an Demenz erkrankten Patienten anpassen**

#### **Erforderliche Strukturen (1)**

- Fachlich und sozial kompetente empathische Mitarbeiter in ausreichender Anzahl (z.B. Personal einer 26-Betten-Station versorgt 18 Patienten)
  - freiwilliger Einsatz
  - Zusatzqualifikationen des geriatrischen Teams  
gerontopsychiatrisches Fachwissen  
Deutsche Geschichte bzw. Lebensverhältnisse ab ~ 1910

Integrative Validation  
Basale Stimulation

**Erforderliche Strukturen (2)**

- Station als beschützender, vertrauter Raum
  - freundliche, helle Räumlichkeiten
  - reduzierte Geräuschkulisse
  - keine Hektik
  - Wohn-Esszimmer
  - Sicherheitsvorrichtungen gegen Weglaufen (optische und akustische Barrieren), Stürze, Vergiftung, Verbrennung

**Erforderliche Strukturen (3)**

- Equipment
  - Sturzbetten
  - Sturzsocken, Hüftprotektoren
  - Geh-Sitz-Wagen (RCN-Walker)
  - Musikinstrumente, CD-Anlage
  - Wärmewagen für Schöpfsystem
  - Koch- und Backutensilien
  - Kittelschürzen
  - Jahreszeitliches Dekorationsmaterial
  - Puppen

**Veränderte Prozesse**

- Diagnostik und (Komplex-) Therapie auf Station (soweit möglich)
- Basisdiagnostik Demenz (CCT, Vit. B12 etc.)  
Geriatr. Assessment kritisch überdenken
- Musiktherapie als weiteres Therapieangebot
- Gemeinsame Mahlzeiten möglichst im Esszimmer (Schöpf- statt

Tablettsystem)

- Alltagspraktische Tätigkeiten als Therapie gestalten
- Mehrere kurze Therapie-Einheiten pro Tag
- Angehörigenarbeit
- Teamarbeit / Supervision

## **Ergebnisse**

Mit Hilfe der veränderten Strukturen und Prozesse sind an Demenz erkrankte Patienten therapiefähig

## **Konzept Station Siloah**

### **Aufnahmekriterien**

Akut erkrankte geriatrische Patienten, die durch kognitive Einschränkungen oder eine dementielle Erkrankung (Verhaltens-) Auffälligkeiten aufweisen, wie z. B.:

- Orientierungsprobleme
- Verwirrtheit
- Motorische Unruhe
- Umkehr des Tag- / Nachtrhythmus

### **Ausschlusskriterien**

Eigen- und / oder Fremdgefährdung

- Weglaufen
- Suizidalität / Autoaggression
- Gewalt gegenüber anderen Patienten und / oder Personal

## **Räumliche Gestaltung der Station**

- 1-, 2- und 3-Bettzimmer für 18 Patienten
- 1 Wohn-Esszimmer
- 1 großer und 1 kleiner Therapieraum mit eigenen Therapiegeräten

(z.B. Motomed, Schaukelkufen, Klavier und andere Musikinstrumente etc.)

- Licht- und Farbgestaltung
- Stationseingangstür nur schwer zu erkennen
- Alarmgesicherter Notausgang
- Türen der Funktionsräume nur mit Drehknopf zu öffnen
- Entfernung der Desinfektionsmittel-Spender

### **Besonderheiten bei der Patientenaufnahme**

- Interdisziplinärer Anamnesebogen
- Erweitertes geriatrisches Assessment:
  1. Barthel-Index
  2. MMSE (wenn nicht schwere Demenz)
  3. Clock-Completion-Test
  4. Schmerzeinschätzung (ECPA bzw. Gesichter-Rating-Skala)
  5. Body-Mass-Index
  6. Wadenumfangmessung
- Aktive Angehörigen-Kontaktaufnahme

### **Therapeutische Angebote**

- Medizinische Behandlung der Erkrankung(-en)
- Bei Bedarf: psychiatrisches Konsil
- Aktivierende Pflege
  - Mahlzeitengestaltung (längere Essenszeiten, Schöpfsystem)
  - Biographiearbeit
  - Basale Stimulation

- Ergotherapie
  - Essensbegleitung (z.B. Affolter - Konzept)
  - Waschen und Anziehen
  - Kognitive Aktivierung
  - Wahrnehmungs- und Sensibilitätstraining
  - Bewegungen in Alltagsaktivitäten
  - Hilfsmittelversorgung
- Physiotherapie
  - Bewegungsanbahnung
  - Bewegungsschulung
  - Bewegungen in Alltagsaktivitäten
  - Muskelaufbau
  - Hilfsmittelversorgung
- Musiktherapie in Einzel- und Gruppentherapie
- Sozialdienst
  - Angehörigenberatung
  - Organisation der Entlassung
- Bei Bedarf Lymphdrainage, Massage und Logopädie
- 2 x pro Woche Unterstützung durch „Grüne Damen“
  - Unterstützung bei den Mahlzeiten
  - Vorlesen
  - Singen etc.

### **Multiprofessionelles therapeutisches Team**

- Integrative Validation als Basiskompetenz für alle Fachkompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen

- Gemeinsame Morgenbesprechung (montags bis freitags)
- 3 x täglich Pflegeschichtübergaben
- 1 x wöchentlich Patientenbesprechung
- Geänderte bzw. flexible Arbeitszeiten
- Team - Supervision

# Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf

## Dr. med. Georg Poppele, Chefarzt Innere Medizin

Fachtag  
**Menschen mit Demenz im  
Krankenhaus**  
22.9.2010

Georg Poppele  
Innere Medizin  
Ev. Krankenhaus Alsterdorf

evangelisches Krankenhaus  
alsterdorf



Ev. Krankenhaus Alsterdorf

evangelisches Krankenhaus  
alsterdorf

# Motivation

evangelisches Krankenhaus  
abteydorf

## These 1

- **Krankenhaus ist oft das Schlimmste, was einem Menschen mit Demenz passieren kann**

*möglichst ambulante Behandlung*  
*möglichst kurzer Krankenhausaufenthalt*  
*optimale ambulante*  
*Vor- und Nach-Behandlung*

evangelisches Krankenhaus  
abteydorf

## These 2

- **Das Krankenhaus muß sich von Anfang an auf den Menschen mit Demenz einstellen**

*Direktaufnahme auf Demenzstation*

angeführtes Krankenhaus  
Hamburg

## These 3

- **Die somatische Erkrankung ist der Grund für die Krankenhausbehandlung**

*im Vordergrund steht die akutmedizinische und notfallmäßige Akutbehandlung in der Inneren, der Chirurgie, Neurologie etc.*

*Die Demenz ist aber die wichtige Nebendiagnose, auf die sich die Krankenhausbedingungen einstellen müssen*

angeführtes Krankenhaus  
Hamburg

## These 4

- **Alle Beteiligten am ambulanten System formulieren ihre Bedarfe**

*das Krankenhaus dient dem Sozialraum und kann ihn letztendlich nicht ersetzen*

angefeltes Krankenhaus  
Hamburg

## These 5

- **Die Entwicklungen im Krankenhausesektor: von „Ganzheitlicher Versorgung“ zu „Erfüllung eines Teilauftrages“**

*weitere Optimierung der ambulanten Betreuung*

angefeltes Krankenhaus  
Hamburg

## These 6

- **Medizinisch und pflegerische Erfahrungen mit Menschen mit Behinderung sind für Betreuung von Menschen mit Demenz von großem Vorteil**

*das Ev. Krankenhaus Alsterdorf hat deshalb spezielle Kompetenzen vorzuweisen*

evangelisches Krankenhaus  
Alsterdorf

# Konzeption

evangelisches Krankenhaus  
Alsterdorf

- **Direktaufnahme mit Entschleunigung von Beginn an**
- **Adäquates räumliches und personelles Setting (die Pflege ist das Wichtigste!)**
- **Schulung des Personals (u.a. Validation)**
- **Transferbegleitung inner- und außerhalb des Krankenhauses**

angefällisches Wankenthaus  
Hamburg

- **Angehörigenberatung (mit Unterstützung der Alzheimer Gesellschaft)**
- **Enge Vernetzung mit dem ambulanten System incl. Aufnahme- und Entlassungsmanagement**
- **Multiprofessioneller Qualitätszirkel**

angefällisches Wankenthaus  
Hamburg

- **Wissenschaftliche Begleitforschung und Evaluation durch Univerisitätsklinik Eppendorf, Frau Dr. Döhner**
- **Ein Schwerpunkt: Menschen mit Behinderung und Demenz**

evangelisches Krankenhaus  
Eppendorf

# Erfahrungen

evangelisches Krankenhaus  
Eppendorf

- Krankenhaus- und Hierarchie-Übergreifende Unterstützerakquise
- Multiprofessionelle Teamentwicklung
- Finanzierungsunterstützung  
(Freundeskreis des Krankenhauses unterstützt Umbau und zusätzliches Personal)
- Kollegiale Unterstützung
- Geduld, Geduld und Beharrlichkeit

evangelisches Krankenhaus  
Alsterdorf

# Verbesserungen

evangelisches Krankenhaus  
Alsterdorf

..... daß wir mit dem Umbau starten  
und die Station eröffnen können

evangelisches Krankenhaus  
Alsterdorf



evangelisches Krankenhaus  
Alsterdorf

Man muß es nur wollen!



## Asklepios Klinik Wandsbek

Dr. med. Ann-Kathrin Meyer, Chefärztin der Geriatrie



**Fachtag  
„Menschen mit Demenz  
im Krankenhaus“**

**22. September 2010**

Dr. med. A.-K. Meyer  
Chefärztin der Geriatrie  
Asklepios Klinik Wandsbek

Dr. med. A.-K. Meyer, Chefärztin der Geriatrie - Asklepios Klinik Wandsbek



**Schwerpunktbildung**

- Gedächtnisstation
- Diabetes im Alter
- Palliativmedizin in der Geriatrie

Dr. med. A.-K. Meyer, Chefärztin der Geriatrie - Asklepios Klinik Wandsbek



## Vorteile

- **geschützter Rahmen (Weglauffendenz)**
- **engagiertes Behandlungsteam (Ärzte, Pflege, Therapeuten)**
- **kontinuierliche Betreuung**
- **interne und externe Fortbildung**

Dr. med. A.-K. Meyer, Chefin der Geriatrie - Asklepios Klinik Wandsbek



## Erfahrung

- **Wissenszuwachs der Mitarbeiter**
- **verbessertes Eingehen auf Patientenbedürfnisse**
- **sichere Handhabung der medikamentösen Therapie**
- **Non-verbale Kommunikation**
- **theoretische Kenntnisse finden Umsetzung in das tägliche Tun**
- **junges dynamisches Team mit Freude an Aufbau und Gestaltung, was noch nötig ist**

Dr. med. A.-K. Meyer, Chefin der Geriatrie - Asklepios Klinik Wandsbek



- über die Jahre wachsende Bekanntheit und Akzeptanz im Krankenhaus
- Öffentlichkeitsarbeit
- Akzeptanz durch Angehörige
- Möblierung
- kontinuierliche Weiterbildung

Dr. med. A.-K. Meyer, Chefarztin der Geriatrie - Asklepios Klinik Wandsbek



**Vielen Dank  
für  
Ihre Aufmerksamkeit**

Dr. med. A.-K. Meyer, Chefarztin der Geriatrie - Asklepios Klinik Wandsbek

# Marienkrankenhaus - Geriatriische Klinik

## Lotsendienst für Patienten mit Demenz

Dr. med. H. Bünemann, Chefarzt

**Alzheimergesellschaft  
Hamburg e. V.**

**MARIEN  
KRANKENHAUS**

**Fachtag**

**Menschen mit Demenz im Krankenhaus  
Lotsendienst für Patienten mit Demenz**

**22. September 2010 Bürgersaal Wandsbek**



**Dr. H. Bünemann Geriatriische Klinik Kath. Marienkrankenhaus**

[www.marienkrankenhaus.org](http://www.marienkrankenhaus.org)

**MARIEN  
KRANKENHAUS**

**Vorausschätzung der Krankenhausfälle nach  
Altersgruppen**

75 Jahre und älter:	1998	-	17,8 %
	2010	-	22,6 %
	2020	-	27,5 %
	2050	-	42,4 %
15 – 35 Jahre:	1998	-	19,0 %
	2010	-	14,9 %
	2020	-	13,0 %
	2050	-	9,3 %

DIW, Wochenbericht 44/2000, Seite 751

[www.marienkrankenhaus.org](http://www.marienkrankenhaus.org)

© Dr. H. Bünemann  
Geriatriische Klinik



## Krankenhaus und Ältere

<u>Stationen</u>	<u>Anteil der über 65-jährigen</u>
Allgemein	46 - 61 %
Geriatrie	92 %
Innere	70 %
Intensiv	60 %
Onkologie	50 %

G. Sauerbrey Gesellschaftspolit. Kommentare Nr. 4/10 – April 2010, Seite 19



## Altersabhängigkeit der Demenzerkrankungen

<u>Altersgruppe</u>	<u>Demenzranke %</u>
• 60-64	• 0,7
• 65-69	• 1,4
• 70-74	• 2,8
• 75-79	• 5
• 80-84	• 10
• 84-90	• 20
• 90+	• 40



## Dementia in elderly persons in an general hospital

Der Krankenhausaufenthalt betrug

10,4 Tage bei der Gruppe der Demenzerkrankten und

6,5 Tage bei der Vergleichsgruppe ohne Demenzerkrankung.

Lyketsos CG, A.J. of Psychiatric, Vol. 157 (5) (pp 704 -707) 2000



## Refinanzierung der Ressourcen im DRG-System

80-jähriger Patient 8 Tage stationär:

Hauptdiagnose Harnwegsinfekt	-	1200 Euro
Hauptdiagnose Diabetes, Niereninsuffizienz	-	1600 Euro
- zusätzlich Demenz	-	0 Euro
- Delir im Verlauf	-	0 Euro

G. Sauerbrey Gesellschaftspolit. Kommentar Nr. 4/10 – April 2010, Seite 20



## Wie erleben Demenzkranke ein Krankenhaus?

- unbekannte Umgebung
- fremde, wechselnde Personen
- veränderte, nicht beeinflussbare Tagesabläufe
- eingeschränkte Bewegungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten
- nicht nachvollziehbare Untersuchungen / Operationen
- fremde Ess- und Schlafgewohnheiten

nach Alzheimer-Info 01/2003

## Problem

**Patienten** mit der Nebendiagnose Demenz sind mit dem Krankenhausstrukturen und –abläufen überfordert.

**Angehörige** sind belastet und erleben die Mängel in der Versorgung.

**Mitarbeiter** des Krankenhauses sind durch den besonderen Pflegeaufwand und durch das Verhalten der Patienten und Angehörigen belastet.

### Projekt:

- Stress und Ängste bei Patienten und Angehörigen auffangen
- Mitarbeiter im Krankenhaus entlasten und sensibilisieren
- Leicht zu integrieren in die Krankenhausstruktur und deren Abläufe
- Einsatz ehrenamtlicher Lotsen („Grüne Damen“) aus der ökumenischen Patientenhilfe

### **Die Grünen Damen und Lotsendienst für Demenzerkrankte**



Grüne Damen/Patientenhilfe  
Montag – Samstag 9.00 bis 12.00 Uhr Telefon 2086 oder 2087



Als „Lotsen“ sind ehrenamtlich tätige „Grüne Damen“ aktiv. Sie erhielten hierfür eine besondere Schulung, in der Praxis werden sie fachlich begleitet. Die „Lotsen“ übernehmen folgende Aufgaben:

- Sie geben dem Patienten durch Kontaktpflege und Gespräche auf der Basis von „einfühlsamem Verstehen“ das Gefühl von Vertrautheit und Sicherheit
- Sie begleiten den erkrankten Patienten zu Untersuchungen und Behandlungen
- Sie sind zusätzlicher Ansprechpartner für persönliche Belange im Rahmen der Demenzerkrankung für Angehörige

Die Schulung und Praxisbegleitung der ehrenamtlichen Lotsen wurde von der Alzheimergesellschaft Hamburg e. V. übernommen und wird seit 1 Jahr durch Mitarbeiter der Neuropsychologie der geriatrischen Klinik fortgeführt.

www.marienkrankenhaus.org      © Dr. H. Blüemann  
Geriatrische Klinik





**Lotsendienst für Neurologie und Geriatrie 1 + 2 + 3**

Montag bis Samstag      9.00 bis 12.00 Uhr      Telefon 2086 oder 2087



Um den Lotsendienst anzufordern, bitte Faxformular verwenden.  
Fax-Anmeldung unter 2590

www.marienkrankenhaus.org      © Dr. H. Blüemann  
Geriatrische Klinik



## Anforderungsfax Alzheimer Lotsendienst

	<b>MARTEN</b> KRANKENHAUS	<b>Anforderungsfax Alzheimer Lotsendienst</b> Faxnummer: 2590
<b>Angaben für die Betreuung</b> (möglichst von Verwandten auszufüllen)		Patientenaufkleber
Datum:1) _____	Datum:4) _____	
Datum:2) _____	Datum:5) _____	
Datum:3) _____	Datum:6) _____	Zimmer Nr.: _____
<b>Grund der Betreuung:</b> _____		
Spaziergang <input type="checkbox"/>	Begleitung zur Untersuchung <input type="checkbox"/>	
Gespräch <input type="checkbox"/>	Begleitung zum Kiosk <input type="checkbox"/>	
Sonstiges: _____		
Vorname: Ehefrau bzw. -mann _____	geschieden: <input type="checkbox"/>	verstorben: <input type="checkbox"/>
Name: Geschwister / Wohnort _____	verstorben? _____	
Vorname Kinder / Wohnort _____	Vorname Enkel/in _____	
Schulzeit / Jugend / Berufstätigkeit _____		
Lieblingsthemen / Interessen / Hobbys / besondere Erlebnisse im Leben _____		
Lieblingsspeisen / Getränke _____		
Beeinträchtigung: Hörvermögen <input type="checkbox"/>	Sehvermögen: <input type="checkbox"/>	Sprachverständnis: <input type="checkbox"/>
Besonderes /Haustiere: _____		
Zuhause betreut <input type="checkbox"/>	Heimbetreuung <input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____
<b>Erbrachte Maßnahmen/ Kommentar der Lotsen:</b>		
<small>Datenname: Erstellt von: Version:</small>	<small>Anforderungsfax Alzheimer Lotsendienst.doc D. Schmeide 001</small>	<small>Datum: 07/2007</small>
<small>Seite 1 von 1</small>		



gültig ab: letzte Freigabe:	12/2008 06/2010	freigegeben durch: PD	Unterschrift/en (nur auf Original erforderlich)
--------------------------------	--------------------	--------------------------	---

### Umgang mit desorientierten Patienten

	<ul style="list-style-type: none"> <li>bei der Kommunikation werden die folgenden Grundsätze beachtet: <ul style="list-style-type: none"> <li>nur einfache, kurze Sätzen formulieren</li> <li>Fragen und Aufforderungen immer nur zu einem Thema stellen</li> <li>nach einer Frage oder Aufforderung vor der nächsten erst die Antwort/Ausführung der ersten Frage/Aufforderung abwarten</li> </ul> </li> <li><b>Ernährung/Medikamente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>bei Patienten, die selbständig essen und trinken, wird auf eine angemessene Temperatur der angebotenen Nahrungsmittel und Getränke geachtet, um Verbrennungen/Verbrühungen zu vermeiden</li> <li>Medikamente werden nur unmittelbar zur Einnahmezeit verabreicht, die verabreichende Pflegekraft muss sich von der korrekten Einnahme überzeugen, bzw. dem Patienten dabei behilflich sein</li> </ul> </li> <li><b>Diagnostik/Therapie außerhalb der Station</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>müssen Patienten zu diagnostischen/therapeutischen Zwecken in andere Abteilungen, werden die Maßnahmen, wenn irgend möglich, zeitlich so geplant, dass die Begleitung des Patienten durch einen Mitarbeiter des Lotsendienstes möglich ist (werktags von 09.00 – 12.00h, Telefonnummer: 2599)</li> <li>ist eine Begleitung durch den Lotsendienst nicht möglich, werden sowohl die Mitarbeiter des Krankentransportdienstes wie auch die Mitarbeiter der anderen Abteilungen über die Desorientierung des Patienten informiert</li> <li>die Mitarbeiter der Funktions- und Therapieabteilungen (OP, Radiologie, Med. Funktion, Therapeuten) stellen sicher, dass motorische unruhige und desorientierte Patienten eventuelle Wartezeiten nicht unbeaufsichtigt verbringen</li> </ul> </li> <li><b>Entlassung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>die Entlassung desorientierter Patienten wird so früh wie möglich und immer unter Einbeziehung der Bezugsperson geplant.</li> </ul> </li> </ul>
Dokumente	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Faxanforderung Alzheimer Lotsendienst</li> <li>&gt; VR Durchführung von Patientenfixierungen</li> <li>&gt; Fixierungsprotokoll</li> </ul>

gültig ab: letzte Freigabe:	12/2008 06/2010	freigegeben durch: PD	Unterschrift/en (nur auf Original erforderlich)
--------------------------------	--------------------	--------------------------	---

### Umgang mit desorientierten Patienten

Erklärungen	<p>Als "Lotsen" sind einige der ehrenamtlich tätigen "Grüne Damen" aktiv. Sie erhielten hierfür eine spezielle Schulung durch die "Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V." und werden durch diese auch in der Praxis fachlich begleitet.</p> <p>Die "Lotsen" übernehmen folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sie geben dem Patienten durch Kontaktpflege und Gespräche auf der Basis von „einfühlerndem Verstehen“ das Gefühl von Vertrautheit und Sicherheit.</li> <li>Sie begleiten den erkrankten Patienten zu Untersuchungen und Behandlungen.</li> <li>Sie sind zusätzlicher Ansprechpartner für persönliche Belange im Rahmen der Demenzerkrankung für Angehörige.</li> </ul> <p>Die Lotsen arbeiten werktags von 09.00 – 12.00h und können unter der Tel. Nr. 2599 oder über das Faxformular "Anforderung Alzheimer Lotsen", Fax-Nr. 2590 angefordert werden.</p>
Änderungen	<p><b>Vorgehensweise/Aufnahme:</b></p> <p>Ergänzung: "die Patienten erhalten durch die aufnehmende Pflegekraft ein rotes Identifikationsarmband."</p>



**Ergebnis:**

- Erfolgreiches Kooperationsprojekt mit der Alzheimer Gesellschaft Hamburg
- Verbesserung der Patientenversorgung
- Ansprechpartner für Angehörige
- Entlastung des Pflegepersonals
- Motivation der „Grünen Damen“
- Sensibilisierung aller Mitarbeiter des Krankenhauses für das Thema Demenz

**Aber:**

Ehrenamtlicher Einsatz ist kein Ersatz für ein professionelles Erkennen und Begleiten von Patienten mit Demenz im Krankenhaus.

**Ziel:**

Dementengerechtes Akutkrankenhaus!

[www.marienkrankenhaus.org](http://www.marienkrankenhaus.org)

© Dr. H. Bünnemann  
Geriatrische Klinik



**LOTSEN FÜR PATIENTEN  
MIT EINER DEMENZ**



**Vielen Dank!**

Ein Kooperationsprojekt mit der:



[www.marienkrankenhaus.org](http://www.marienkrankenhaus.org)

© Dr. H. Bünnemann  
Geriatrische Klinik



# Asklepios Klinik Nord, Zentrum für Ältere

Dr. med. Claus Wächtler,  
Chefarzt der V. Fachabteilung - Gerontopsychiatrie



## **10 Jahre Erfahrung mit dem Zentrum für Ältere** **Fachtag „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“,** **Hamburg-Wandsbek** **22. September 2010**

Claus Wächtler  
Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll  
Hamburg, September 2010



Sylt



St. Georg (Hamburg)



Falkenstein



Ini Hannover



Bad Griesbach

## Behandlung im Krankenhaus: für Demenzkranke belastend

*„Denn sie empfinden dies als Unterbringung gegen den freien Willen in einer fremden Umgebung. Sie sind daher oft ausgesprochen ängstlich und in Einzelfällen auch aggressiv. Demenzkranke „stören“ organisatorische Abläufe, lehnen scheinbar therapeutische Maßnahmen ab, gefährden Mitpatienten, erzeugen nächtliche Unruhe und beanspruchen übermäßig viel Zeit. Aus der Not heraus werden sie fixiert oder sediert oder auch frühzeitig entlassen und unzureichend behandelt.*

*Das Krankenhauspersonal ist auf Demenz-Kranke nicht eingestellt.“*

(Herausforderung: Der Demenz-Kranke im Akutkrankenhaus,  
Hofmann 2008)

## Das **“Zentrum für Ältere”** an der Asklepios Klinik Nord in Hamburg gerontopsychiatrisch - geriatrische Kooperation

2000 - 2010

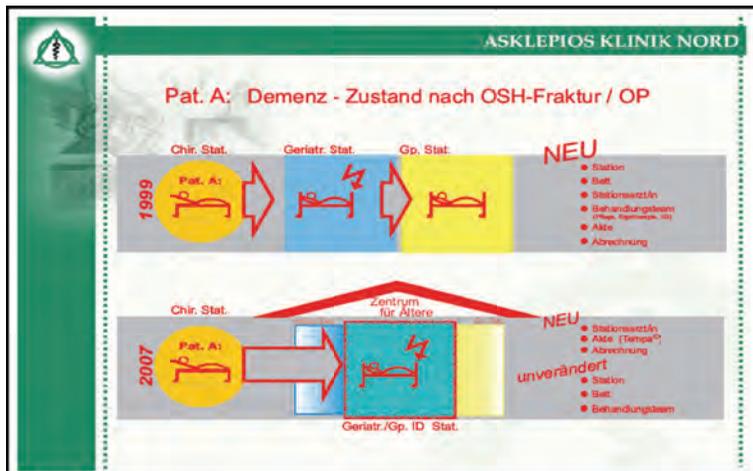


Zentrum für Ältere, Hamburg

## Kooperation von Gerontopsychiatrie und Geriatrie im „Zentrum für Ältere“

### Ausgangsüberlegungen

- **Co-Morbidität**
  - häufig
  - Problem für Allgemeinkrankenhaus, Geriatrie und Gerontopsychiatrie
- **Recherchen**; “Department of Healthcare of the Elderly”, Nottingham (1995)
- Gemeinsame **Memory Clinic** (1996)
- Geriatrie und Gerontopsychiatrie: „Zentrum für Ältere“ / Teil von KLINOVA (2000)



## Combined medical-psychiatric inpatient units

Evaluation of the center for the Elderly

A. B. Maier, C. Wächtler, W. Hofmann

Z Gerontol Geriat 40: 268 – 274 (2007)

- **Anzahl der Einweisungen** nahm zu
- **Verweildauern und Verlegungen** sanken
- **Behandlungsqualität** vor allem durch unkomplizierte kollegiale Kontakte verbessert

*„Ein Verbund, der den Bedürfnissen somatisch und psychiatrisch Alterskranker entgegenkommt“*

## „Demenzfreundliches Krankenhaus“



- **Schulung Personal:**  
„Fühle mich sicherer“
- **Angehörige:**  
- individuelle Beratung  
- „Forum Demenz“
- **Ehrenamtliche:**  
rekrutiert, geschult und begleitet
- **Info-Material:**  
Ratgeber auf die Stationen

## **Abstract zum Vortrag „10 Jahre Erfahrung mit dem Zentrum für Ältere“**

Das Kieler Institut für Gesundheits-Systemforschung (F. Beske) hat kürzlich prognostiziert, dass bis 2050 die Bevölkerung schrumpfe (von 82,2 auf 78,8 Millionen), der Anteil der Älteren, insbesondere der Hochbetagten, aber enorm ansteige (Anstieg der über 80-Jährigen um 156 Prozent). Die Zahl der Demenzkranken wachse auf 2,2 Millionen an. Aber auch weitere körperliche Erkrankungen, die mit dem Alter in Zusammenhang gebracht werden können, wie Lungenentzündungen oder Makula-Degenerationen, würden einen starken prozentualen Zuwachs zeigen. Eine Psychiatrie-Zeitschrift (Eppendorfer 9/2009) titelte: Ein „Land der Alten und Kranken“.

Das Gesundheitssystem ist insbesondere auf die Zunahme der Demenzkranken, aber auch auf die der psychisch und körperlich kranken älteren Patienten nicht vorbereitet. **Eine** Antwort werden interdisziplinäre Versorgungsstrukturen sein. Vor dem Hintergrund sind Konzepte der Kooperation von Geriatrie und Gerontopsychiatrie brandaktuell.

Im damaligen Klinikum Nord entstand Mitte der 90er Jahre die Idee zu einer engeren Kooperation von Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Im Jahre 2000 wurde das **„Zentrum für Ältere“** gegründet. Die Abteilung für Gerontopsychiatrie und Geriatrie arbeiten seitdem „unter einem Dach“ mit einer interdisziplinären Station und einer interdisziplinär geführten Memory Clinic. PatientInnen, die alt und vor allem demenzkrank und zugleich manifest körperlich krank sind, werden von einem interdisziplinären Team versorgt. Die hohe interdisziplinäre Kompetenz im Behandlungsteam und die unkomplizierte kollegiale Absprache zwischen Geriater und Gerontopsychiater „auf dem Flur“ sichern eine hohe Behandlungsqualität.

Im Verlauf der Kooperation zeigte sich, dass innerhalb des „Zentrums für Ältere“ ein Modell für speziell multimorbide Demenzkranke entstanden war, dass allerdings Demenzkranke außerhalb des Zentrums weiterhin auf ungeschultes Personal und sie ängstigendes Milieu stoßen und dass z.B. Wartezeiten beim Röntgen oder beim Chirurgen die Patienten belasten und Personal binden. Daher wurde als Weiterentwicklung das Projekt **„Demenzfreundliches Krankenhaus“** beschlossen. Vor allem sollten die Mitarbeiter sämtlicher Abteilungen der Asklepios Klinik Nord über das Krankheitsbild und insbesondere den Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen von Demenzkranken geschult werden. Ehrenamtliche sollten die Arbeit der Professionellen unterstützen. Angehörige sollten enger in die Behandlung eingebunden werden. Eine noch engere Kooperation mit der Selbsthilfe

sollte begonnen werden. Über das „Zentrum für Ältere“ und das Projekt „Dementenfreundliches Krankenhaus“ wird berichtet.

C. Wächtler, September 2010

Dr. C. Wächtler

Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie

Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll

Chefarzt V. Abt. f. Psychiatrie u. Psychotherapie

Gerontopsychiatrie, Haus 26

Langenhorner Chaussee 560

22419 Hamburg

Tel.: 040 / 1818 87- 2337

Fax: 040 / 1818 87 -1605

E-mail: [c.waechtler@asklepios.com](mailto:c.waechtler@asklepios.com)

## WAS HINDERT KLINIKTRÄGER DARAN, DIE BEWÄHRTEN KONZEPTE ZUR VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT DEMENZ UMZUSETZEN?

**Sabine Kirchen-Peters, Diplom-Soziologin  
iso-Institut Saarbrücken**

Fachtag „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“

**Was hindert Klinikträger daran, die bewährten Konzepte zur Versorgung von Menschen mit Demenz umzusetzen?**

Ergebnisse eines Projekts im Auftrag der Deutschen Alzheimer Gesellschaft

Sabine Kirchen-Peters, *iso*-Institut

*iso*-Institut Saarbrücken *iso*

**Krankenhausprojekt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft**

**Ausgangssituation:**

- Krankenhausaufenthalte = Krisenereignisse für Demenzkranke
- Mangelnder Transfer positiver Modellerfahrungen

**Offene Frage:**  
Was hindert Allgemeinkrankenhäuser, demenzsensible Konzepte umzusetzen?

**Projekt 2009–2011:**  
„Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern“

*iso*-Institut Saarbrücken *iso*

**Krankenhausprojekt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft**

**Hypothesen:**

Die Krankenhausversorgung Demenzkranker scheitert an Problemen und Barrieren

- (1) auf individueller Ebene
- (2) auf institutioneller–arbeitsorganisatorischer Ebene
- (3) auf betriebswirtschaftlicher Ebene

*iso*-Institut Saarbrücken *iso*

Empirieschema			
Untersuchungsschritt	Adressaten der Befragung	Methode	Anzahl
Schriftliche Befragung (online)	Leitungskräfte von Akutkrankenhäusern	Standardisierter Fragebogen	ca. 1.100 Fragebogen
Fallstudien „Normalversorgung“	Krankenhausleitungen, Vertreter /innen der Finanzabteilungen, Pflegedienstleiter /innen, Ärzte bzw. Ärztinnen	Experteninterviews	Jeweils fünf Einzel- bzw. Gruppeninterviews in 10 Krankenhäusern = 50
Fallstudien „good practice“	Projektkoordinator /innen, Krankenhausleitungen, Vertreter /innen der Finanzabteilungen, Pflegedienstleiter /innen, Ärzte bzw. Ärztinnen	Experteninterviews	Jeweils sechs Einzel- bzw. Gruppeninterviews in 5 Krankenhäusern = 30

iso-Institut Saarbrücken iso

- ### Ergebnisthesen
1. Stellenwert von Demenz und Delir häufig unterschätzt
  2. Häufiges Phänomen: die "überraschende Demenz,"
  3. Mangelnde Kenntnis demenzsensibler Konzepte
  4. Nachholbedarf bei Demenzfortbildungen
  5. Unterstützung hilfreicher Strategien
  6. „Demenz ist teuer“
  7. Kluft zwischen Notwendigkeit und Möglichkeit für Veränderungen
  8. Sich verstärkende individuelle, interne und betriebswirtschaftliche Barrieren
- iso-Institut Saarbrücken iso

## 1. Stellenwert von Demenz und Delir häufig unterschätzt

### ❖ Mangelndes Problembewusstsein Demenz

- 42% der befragten Krankenhausleitungen schätzen den Anteil Demenzkranker unter 6%
- Prävalenz = 12% (Arolt et al 1997)

### ❖ Mangelndes Problembewusstsein Delir

- 34% der Befragten geben 10 oder weniger Delirien für das Jahr 2008 an
- Davon ein Fünftel: „*kein Delir*“
- Prävalenz = 15–30% der über 65jährigen (Reichies et al 2004)
- Hohe Dunkelziffer v.a. bei hypoaktiven Delirien

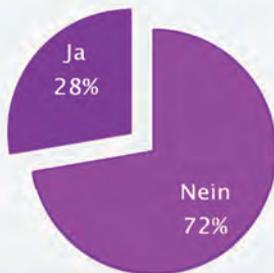
## 2. Häufiges Phänomen: die „überraschende Demenz“

Bei 5 von 10 Demenzkranken ist die Demenz dem Personal vorher bekannt.

- ❖ Probleme im Überleitungsmanagement
- ❖ „wirkliche Neufälle“ erfordern Anpassung von Strukturen und Prozessen
  - Initiierung von Erstdiagnostik und Behandlung
  - Beratung der Patient/innen und Angehörigen
  - Aufbau von Versorgungsstrukturen

### 3. Mangelnde Kenntnis demenzsensibler Konzepte (a)

Sind Ihnen spezielle Versorgungskonzepte für Demenzkranke im Akutkrankenhaus bekannt? (N = 155)



### 3. Mangelnde Kenntnis demenzsensibler Konzepte (b)

Benannte Beispiele für bekannte spezielle Versorgungskonzepte (MFN)	n	v.H. der mit „Ja“ Antwortenden (N=43)	v.H. von allen Antwortenden (N=155)
(geschlossene) Demenzabteilungen	11	25,6	7,1
pflegerisch-therapeutische Umgangskonzepte	11	25,6	7,1
Spezielle Diagnostik bzw. Therapie	7	16,1	4,5
Kooperation mit (Geronto-)Psychiatrie, Neurologie oder Geriatrie	5	11,4	3,2
Angehörigenarbeit, -schulung, -beratung	3	7,0	2,0
Eigene Standards, eigenes Konzept	3	7,0	2,0
Behandlungspfad, -richtlinie	2	4,7	1,3
Konsiliar-/Liaisonansatz	2	4,7	1,3
Spezielle Ernährungskonzepte	2	4,7	1,3
Blauer Punkt	1	2,3	0,6
Perioperative Begleitung	1	2,3	0,6
Sonstiges	7	16,1	4,5
Gesamt	56	130,1	36,3



## 6. „Demenz ist teuer“

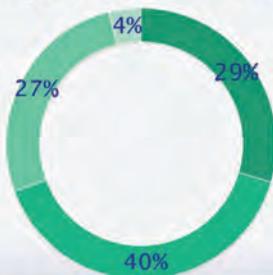
Entstehen Zusatzkosten durch die Behandlung Demenzkranker? (N=135, MFN)	Häufigkeit	%
Nein	4	3,0
Ja und zwar durch höheren Personalaufwand	121	89,6
Ja und zwar durch fachärztliche Konsile	62	45,9
Ja und zwar durch längere Liegezeiten (Ø 3,7 Tage)	58	43,0
Ja und zwar durch sonstiges	20	14,8
Gesamt	261	193,3

- Geschätzter durchschnittlicher Mehraufwand pro Demenzkranker 2008: 1045 Euro
- 91% der Befragten halten eine Veränderung des DRG-Systems für notwendig

## 7. Kluft zwischen Notwendigkeit und Möglichkeit für Veränderungen

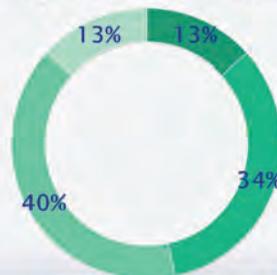
Wie schätzen Sie die Notwendigkeit ein, Ihre Klinik stärker auf demenzkranke Patient/innen einzustellen? (N = 78)

■ Sehr groß ■ Groß ■ Mittel ■ Gering



Wie schätzen Sie die Möglichkeiten ein, Ihre Klinik stärker auf demenzkranke Patient/innen einzustellen? (N = 75)

■ Sehr gut ■ Gut ■ Mittel ■ Schlecht



**8. Barrieren (a)**

Wenn Sie die Möglichkeiten nicht so gut bis sehr schlecht eingeschätzt haben, was sind dafür die Gründe? (N=53, MFN)

	Häufigkeit	%
Kostengründe	33	62,3
Gründe auf der internen Ebene der Strukturen und Arbeitsprozesse	32	60,4
Sonstige Gründe	15	28,3
<b>Gesamt</b>	<b>80</b>	<b>151,0</b>

iso-Institut Saarbrücken iso

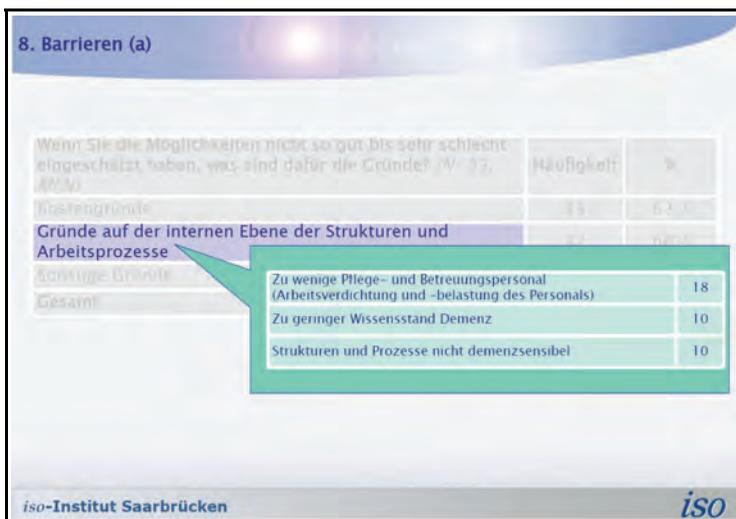
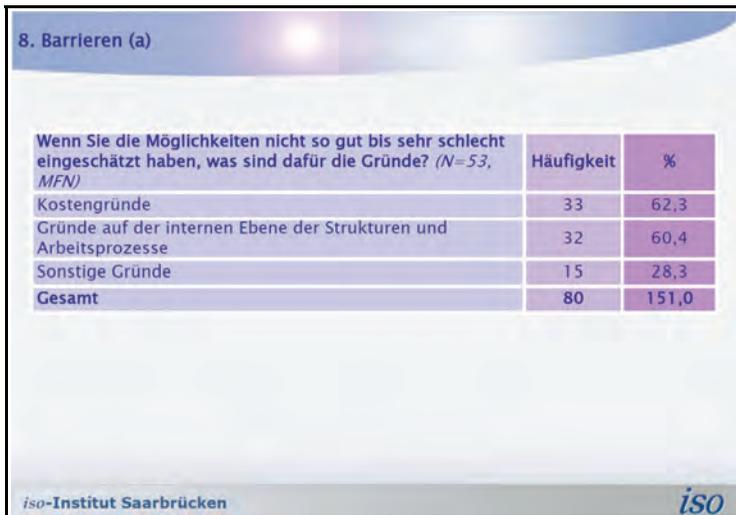
**8. Barrieren (a)**

Wenn Sie die Möglichkeiten nicht so gut bis sehr schlecht eingeschätzt haben, was sind dafür die Gründe? (N=33, MFN)

	Häufigkeit	%
<b>Kostengründe</b>		
Gründe auf der internen Ebene der Strukturen und Arbeitsprozesse		
Sonstige Gründe		
<b>Gesamt</b>		

Pflegerischer Aufwand nicht abzubilden	16
Zu hohe Kosten für Qualifizierungen	10
Zu kurze Verweildauer durch DRG-System	8
Allgemeine Finanzknappheit der Krankenhäuser	3
Unsicherheit über finanzielle Erlöse von modellhaften Maßnahmen	1

iso-Institut Saarbrücken iso



**8. Barrieren (a)**

Wenn Sie die Möglichkeiten nicht so gut bis sehr schlecht eingeschätzt haben, was sind dafür die Gründe? (N=53, MFN)

	Häufigkeit	%
Kostengründe	33	62,3
Gründe auf der internen Ebene der Strukturen und Arbeitsprozesse	32	60,4
Sonstige Gründe	15	28,3
<b>Gesamt</b>	<b>80</b>	<b>151,0</b>

iso-Institut Saarbrücken iso

**8. Barrieren (a)**

Wenn Sie die Möglichkeiten nicht so gut bis sehr schlecht eingeschätzt haben, was sind dafür die Gründe? (N=53, MFN)

	Häufigkeit	%
Kostengründe	33	62,3
Gründe auf der internen Ebene der Strukturen und Arbeitsprozesse	32	60,4
Sonstige Gründe	15	28,3
<b>Gesamt</b>	<b>80</b>	<b>151,0</b>

Mangelnde Wahrnehmung/Akzeptanz des Problems 6

iso-Institut Saarbrücken iso

### 8. Barrieren (c)

Wenn Sie die Möglichkeiten gut bis sehr gut eingeschätzt haben, was sind dafür die Gründe? (N=42, MFN)	Häufigkeit	%
Kostengründe	14	33,3
Gründe auf der internen Ebene der Strukturen und Arbeitsprozesse	37	88,1
Sonstige Gründe	17	40,5
<b>Gesamt</b>	<b>68</b>	<b>161,9</b>

Genannte Gründe	N
Verbesserte Arbeitsabläufe (z.B. Diagnostik, Pflege, Casemanagement)	9
Vernetzung mit Geriatrie/ Gerontopsychiatrie besteht/wird aufgenommen(N=)	8
Interne & externe Vernetzung/Kooperation	7
Guter Fortbildungsstand bzw. mehr Fortbildungen geplant	6
Mehr Kräfte für Betreuung und Beschäftigung (BE, AP, Ergo)	5
Zunehmende Zahl Patienten/Angehörige stelle Ansprüche, Marktentwicklung	4
Baumaßnahmen sind im Gange	4
Interesse der Geschäftsführung an diesbezoglicher Profilbildung	2

iso-Institut Saarbrücken iso

### Weiterführende Hinweise

**Kontakt:**

Sabine Kirchen-Peters

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.  
 Trillerweg 68  
 66117 Saarbrücken

Telefon 0681-9 54 24-0

Email: kirchen-peters@iso-institut.de

Website: www.iso-institut.de

iso-Institut Saarbrücken iso

## DEMENZIELL ERKRANKTE IM KRANKENHAUS - HERAUSFORDERUNG UND CHANCE FÜR DIE GERIATRIE

**Matthias Meinck, Kompetenz-Centrum Geriatrie des  
GKV-Spitzenverbands und der Medizinischen Dienste  
der GKV**



---

Fachtag Menschen mit Demenz im Krankenhaus

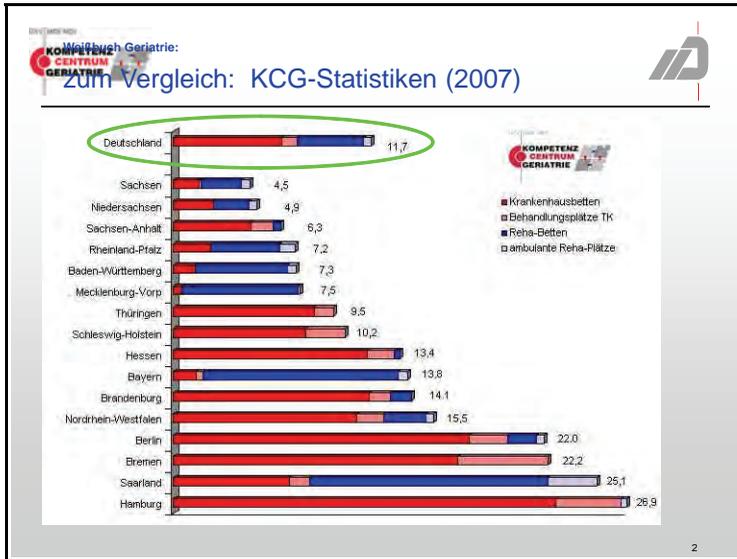
Sichtweise des Kompetenz-Centrums Geriatrie

**Demenziell Erkrankte im Krankenhaus -  
Herausforderung und Chance  
für die Geriatrie**

Matthias Meinck  
(Kompetenz-Centrum Geriatrie  
des GKV-Spitzenverbands  
und der Medizinischen Dienste der GKV)

Kompetenz-Centrum Geriatrie der GKV und ihrer Medizinischen Dienste beim MDK Nord, [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de)

1



- KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE
- ## Übersicht
1. demenziell Erkrankte sind geriatrische Patienten
  2. Geriatrie als Kompetenzdisziplin für die stationäre Behandlung demenziell Erkrankter
  3. aktuelle Entwicklungen in der stationären Behandlung demenziell Erkrankter
  4. Struktur- und Prozessherausforderungen in der stationären Behandlung demenziell Erkrankter
  5. Fazit
- Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de)
- 3

**KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE**

dement => geriatrisch

Geriatrischer Patient:

- A) Alter
- B) Multimorbidität
- C) funktionelle Beeinträchtigungen

97% aller Demenzen treten ab dem 65. Lebensjahr auf

[Bickel 2008]

Prävalenz:

ab 70 J. 9,6%

ab 80 J. 19,5%

ab 90 J. 34,6%

[Bickel 2008]

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, www.kcgeriatrie.de

4

**KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE**

Demenz im Krankenhaus

Patienten mit Demenzdiagnose stellen hohen Anteil an älteren Krankenhauspatienten insb. in der Geriatrie

**Haupt-/Nebendiagnose Demenz bei > 60-jährigen:**

2007 12,1%

2008 12,1%

2009 11,9%

**Haupt-/Nebendiagnose Demenz in der vollstat. Geriatrie:**

2007 27,8%

2008 27,5%

2009 27,1%

**Hauptdiagnose Demenz in der vollstationären Geriatrie:**

2007 1,1 %

2008 1,4%

2009 1,2%

**Cave:** Der Anteil geriatrischer Fälle an allen Krankenhausfällen beträgt aber nur 1,3% (Destatis 2008)

[KCG: AOK-Datenauswertung mit WIdO 2010]

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, www.kcgeriatrie.de

5

 **dement => geriatrisch** 

---

Geriatrischer Patient:

- A) Alter
- B) Multimorbidität**
- C) funktionelle Beeinträchtigungen

**Pat ≥ 60 J. in stationärer Krankenhausbehandlung: 10,7 Diagnosen bei demenziell Erkrankten vs. 6,3 Diagnosen bei nicht demenziell Erkrankten**

[KCG: AOK-Datenauswertung mit WIdO 2007]

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de) 6

 **Demenz im Krankenhaus** 

---

Krankenhausverweildauer von Patienten ≥ 60 und Demenzdiagnose in vollstationärer Behandlung ist kürzer

**mittlere VWD in den Fachabteilungen Innere, Chirurgie, Neurologie und Orthopädie: 11,0 Tage mit vs. 10,4 Tage ohne Demenzdiagnose**

[KCG: AOK-Datenauswertung mit WIdO 2007]

**mittlere VWD\* in geriatrischer Versorgung 19,9 (17,6)\* Tage mit vs. 21,2 (18,2)\* Tage ohne Demenzdiagnose**

\* VWD in der geriatrischen Abteilung in Klammern

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de) 7

dement => geriatrisch

---

Geriatrischer Patient:

- A) Alter
- B) Multimorbidität
- C) **funktionelle Beeinträchtigungen**

Demented versus non-demented very old inpatients: the same [high] comorbidities but poorer functional and nutritional status

[Zekry et al. Age Ageing 2008]

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de) 8

dement => geriatrisch

---

Demenziell Erkrankte  
sind ganz überwiegend geriatrische Patienten

**aber**

nicht alle geriatrischen Patienten sind demenziell erkrankt !

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de) 9



## Geriatrie als Kompetenzdisziplin für die Behandlung demenziell Erkrankter



- mehr als ein Drittel aller geriatrisch weiterqualifizierten Ärzte sind Neurologen / Psychiater (Lübke, Ziegert, Meinck 2008)
- erhebliche Anteile kognitiver Beeinträchtigungen werden erstmals in der Geriatrie aufgedeckt
- Geriatrische Patienten erhalten in der Geriatrie in relevantem Umfang (früh-)rehabilitative Komplexbehandlungen

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de)

10



## Frührehabilitative Komplexbehandlungen in der Geriatrie



Auch demenziell Erkrankte werden in der Geriatrie zu hohen Anteilen mit komplexen Behandlungsmaßnahmen behandelt:

**zum Vergleich:**

<p><b>48%</b> der geriatrischen Krankenhausfälle mit Demenzdiagnose weisen einen OPS-Kode 8-550.1/2 auf</p>	<p>Die Abrechnung eines OPS-Kodes 8-550.1/2 ohne demenzielle Erkrankung liegt in der Geriatrie mit <b>57%</b> nur moderat höher</p>
---	---

[KCG: AOK-Datenauswertung mit WildO 2007]

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de)

11



## Geriatrie als Kompetenzdisziplin für die Behandlung demenziell Erkrankter



- mehr als ein Drittel aller geriatrisch weiterqualifizierten Ärzte sind Neurologen / Psychiater
- erhebliche Anteile kognitiver Beeinträchtigungen werden erstmals in der Geriatrie aufgedeckt
- Geriatrische Patienten erhalten in der Geriatrie in relevantem Umfang (früh-)rehabilitative Komplexbehandlungen
- Geriatrisch-rehabilitative Krankenhausbehandlung demenziell Erkrankter kann erfolgreich sein

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, www.kogeriatr.de

12



## Neue Angebote ohne Geriatriebeteiligung





Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, www.kogeriatr.de

13

 **Struktur- und Prozessanforderungen** 

Konzepte für die umfassende medizinische Behandlung demenziell Erkrankter sollten beinhalten:

- umfassende Abklärung der kognitiven Defizite (soweit noch nicht erfolgt)
- umfassendes **Assessment**
- sektorenübergreifende Behandlungsplanung
- breit angelegte therapeutische und rehabilitative Behandlungsoptionen
- an spezielle Risiken demenziell Erkrankter angepasstes **Risikomanagement**
- adaptierte Therapieansätze für die Behandlung demenziell Erkrankter
- besonderes therapeutisch-rehabilitativen Klima / Milieu
- Angehörigeneinbezugs / -unterstützung

**demenzadaptierte Assessmentinstrumente ?**

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de) 14

 **Struktur- und Prozessanforderungen** 

Konzepte für die umfassende medizinische Behandlung demenziell Erkrankter sollten beinhalten:

- umfassende Abklärung der kognitiven Defizite (soweit noch nicht erfolgt)
- umfassendes **Assessment**
- sektorenübergreifende Behandlungsplanung
- breit angelegte therapeutische und rehabilitative Behandlungsoptionen
- an spezielle Risiken demenziell Erkrankter angepasstes **Risikomanagement**
- adaptierte Therapieansätze für die Behandlung demenziell Erkrankter
- besonderes therapeutisch-rehabilitativen Klima / Milieu
- Angehörigeneinbezugs / -unterstützung

**Delir, Stürze, Luxationen, nosokomiale Infektionen etc.**

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de) 15

KOMPETENZ-CENTRUM GERIATRIE

Konze  
 der

- **differentielle Rehaansätze** in Abhängigkeit von kortikalen vs. subkortikalen Schädigungen [Stähelin 2000]
- **implizit prozedurales Lernen** mit hohen repetitiven Anteilen vs. **explizit deklarative Trainingsformen** [v. Halteren et al. 2007]
- **nachvollziehbarer Alltagsbezug** bei den rehabilitativen Trainingsmaßnahmen
- **Training unter individuell realen Alltagsbedingungen** [Stähelin 2000, Graff et al. 2006, v. Halteren et al. 2007]
- **hohe Bedeutung visuellen Feedbacks** für das Erlernen motor. Fähigkeiten, **Screening/Korrektur von Sehbeeinträchtigungen** [v. Halteren et al. 2007]

- um
- erfo
- um
- sek
- breit a
- an spezielle Risiken demenziell Erkrankter angepasstes Risikomanagement
- **adaptierte Therapieansätze** für die Behandlung demenziell Erkrankter
- besonderes therapeutisch-rehabilitativen Klima / Milieu
- Angehörigeneinbezugs / -unterstützung

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, www.kcgeriatrie.de

16

KOMPETENZ-CENTRUM GERIATRIE

Nie systematisch untersucht, aber vielfach in Studien angemerkt:  
 • **entscheidend: vertrauensvolles, angstreduzierendes therapeutisches Klima**

- **Compliance** auch abhängig vom Maß, in dem Therapeut Zugang zum Patienten findet und eine **tragfähige therapeutische Beziehung** herstellen kann
- **Betreuungs-/Behandlungskontinuität**
- **zweiseitiger Prozess**, abhängig vom demenziell Erkrankten, aber auch entsprechenden Zusatzqualifikationen und Erfahrungen der in der Rehabilitation demenziell Erkrankter eingesetzten Therapeuten

- an spezielle Risiken demenziell Erkrankter angepasstes Risikomanagement
- **adaptierte Therapieansätze** für die Behandlung demenziell Erkrankter
- besonderes **therapeutisch-rehabilitativen Klima / Milieu**
- Angehörigeneinbezugs / -unterstützung

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, www.kcgeriatrie.de

17



## Struktur- und Prozessanforderungen



Konzepte für die umfassende medizinische Behandlung demenziell Erkrankter sollten beinhalten:

- umfassende Abklärung der kognitiven Defizite (soweit noch nicht erfolgt)
- umfassendes Assessment
- sektorenübergreifende Behandlungsplanung
- breit angelegte therapeutisch-rehabilitative Behandlungsoptionen
- an spezielle Risiken demenziell Erkrankter angepasstes Risikomanagement
- adaptierte Therapieansätze für die Behandlung demenziell Erkrankter
- besonderes therapeutisch-rehabilitativen Klima / Milieu
- Angehörigeneinbezugs/ -unterstützung



## Struktur- und Prozessanforderungen



→ Viele dieser Anforderungen decken sich bereits mit Kernelementen des geriatrischen Behandlungskonzepts

(Lübke Z Gerontol Geriatr 2005)

→ Anregungen zur Weiterentwicklung (kommen) auch aus der stationären Pflege und der Forschung

 Struktur- und Prozessanforderungen 

---

**Sozialmedizinische  
Expertengruppe "Pflege /  
Hilfebedarf" (SEG 2)  
Kompetenz-Centrum  
Geriatrie,  
MDS (2009)**



Grundsatzstellungnahme  
Pflege und Betreuung von Menschen  
mit Demenz in stationären Einrichtungen

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de) 20

 Struktur- und Prozessanforderungen 

---

**Institut für Qualität und  
Wirtschaftlichkeit (2009)**

**bewertete Verfahren:**

- Angehörigentraining
- emotionsorientierte Verfahren
- kognitive Verfahren
- aktivitätsorientierte Verfahren
- sonstige Verfahren  
(Schlaftherapie, Orientierungstraining)



IOWiG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen  
Nichtmedikamentöse  
Behandlung der Alzheimer  
Demenz  
Abschlussbericht

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de) 21

 **Mehraufwände besonderer Demenzbereiche in der Geriatrie** 

- ✓ Milieugestaltung
- ✓ höherer Pflege-/Betreuungsaufwand
- ✓ umfänglicherer Bedarf des Sozialdiensts
- ✓ Qualifizierung der Mitarbeiter im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen
- ✓ Behandlungskontinuität
- ✓ weniger Gruppentherapie
- ✓ Einbezug von Angehörigen / Betreuern ist umfänglicher

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, [www.kgeriatrie.de](http://www.kgeriatrie.de)

22

 **Minderaufwände besonderer Demenzbereiche in der Geriatrie** 

- ✓ Effizientere Behandlung
  - weniger Komplikationen
  - kürzere Verweildauern
- ✓ Entlastung anderer Klinikbereiche
  - Personal und Abläufe
  - Patienten

*Delirprophylaxe-Modell St. Franziskus-Hospital Münster selbsttragend!*

*Frühzeitige Überleitung in ambulante Nachbehandlungsmöglichkeiten*

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, [www.kgeriatrie.de](http://www.kgeriatrie.de)

23



## Entwicklungsperspektiven



- ✓ ... in der Geriatrie
  - Aufbau spezialisierter Demenzbereiche durch Bettenumwidmung
  - Evaluierung und Weiterentwicklung
  - Ein- und Ausschlusskriterien, Q-Standards
  - primärer Zugangspfad für demenziell Erkrankte
- ✓ ... außerhalb der Geriatrie
  - Initiative durch andere Fachgebiete (Akzeptanz)
  - Einbezug geriatrischer Kompetenz (z.B. Konsil)
  - Ein- und Ausschlusskriterien (Screening, Q-Standards)
  - primärer Zugangspfad für demenziell Erkrankte



## Fazit



Die Geriatrie hat große Verantwortung für die Versorgung demenziell Erkrankter im Krankenhaus.

Geriatrie verfügt bereits über gute strukturelle und prozessuale Voraussetzungen?

Ressourcen für den Ausbau stationärer und rehabilitativer Versorgung demenziell Erkrankter sind vorzugsweise in der Geriatrie einzusetzen.

Die ganzheitlich auszurichtende stationäre Versorgung demenziell Erkrankter sollte primär von geriatrischer Kompetenz begleitet erfolgen.



Fazit



Geriatrie lässt sich nicht auf die Behandlung demenziell Erkrankter reduzieren,  
**aber**  
diese Patientengruppe ist quantitativ erheblich!

Die Geriatrie muss sich auch intern noch besser auf die Versorgung demenziell erkrankter Menschen und ihre besonderen Bedarfe einstellen.

Besondere Demenzbereiche in der Geriatrie sind aktiv zu begleiten und systematisch zu evaluieren.

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de)

26



Fazit



Die Geriatrie muss stärker in sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke für demenziell Erkrankte einbezogen werden

Spezielle Angebote in anderen Fachgebieten erscheinen notwendig können auf die Erfahrung der Geriatrie zurückgreifen, müssen aber von diesen selbst gewollt und unterstützt werden.

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de)

27

## PODIUMSDISKUSSION

### **Notizen von Margitta Tobaben, Geschäftsführerin Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V.**

TeilnehmerInnen: Dr. Claus Wächtler, Elke Huster-Nowack (BSG), Dr. Matthias Meinck (Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV), Antje Graßhoff (Angehörige), Dr. Winfried Teschauer (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Berlin), Sabine Kirchen-Peters, Diplom-Soziologin - Begleitforschung

Moderation: Gerhard Plemper

Dr. Teschauer, Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Berlin, merkt an, dass nach seiner Erfahrung die Umsetzung des besonderen Umgangs mit Menschen im Krankenhaus zu wenig bekannt ist, gesellschaftlich hingegen schon;

Dr. Meinck sieht eine höhere Fortbildungsnotwendigkeit;

Elke Huster-Nowack wird von der Moderation gefragt, ob es die Behörde von Gesundheit, Familie, Soziales und Verbraucherschutz, Hamburg, hinnehmen kann, dass die größere Notwendigkeit, sich mit der Problematik zu befassen, so wenig aufgefasst wird. Sie ist der Meinung, Hamburg habe bereits eine gute Versorgung, man würde gegenwärtig in Bergedorf weitere Angebote schaffen. Der neue Krankenhausplan würde in Kürze verabschiedet, in dem die Gesundheitsministerkonferenz Vorgaben gemacht hat, mehr für Menschen mit Demenz im Krankenhaus anzubieten, nicht nur in Geriatrien.

Der Moderator, Burkhard Plemper, sieht angemessene Angebote momentan nur im kirchlichen Bereich, auch private Träger schaffen gute Angebot. Antwort: die BSG will flächendeckende Angebote schaffen.

Die Problematik wird aufgeworfen, dass Menschen mit Demenz im Umgang einfach mehr Zeit benötigen, Helfer ebenfalls. Ob das im Alltag umsetzbar ist, beantwortet Dr. Wächtler mit dem Hinweis, dass gut eingestellte und informierte Teams weniger Zeit binden, merkt aber auch an, dass Fortbildungen ebenfalls Zeit kosten. Die Klinik Bethesda in Bergedorf meldet deutlich mehr Demenzpatienten, die allein leben, aber entlassen werden müssen. Hier kommt der Internist zum Patienten, nicht umgekehrt, das spart viel Stress.

Die Selbsterhaltungstherapie von Frau Dr. Romero, Alzheimer Therapiezentrum St., Aibling, wird aus dem Publikum sehr gelobt.

Dr. Teschauer, DALZ Berlin, weist nochmals darauf hin, dass es sich bei Demenz um eine Krankheit handelt, andernfalls alle Leistungen hinfällig wären.

Ein Beispiel eines Teilnehmers von der Situation auf der Notaufnahmestation hebt die Problematik hervor, dass Patienten häufig ohne jegliche Papiere eingewiesen werden, so dass weder der nicht sprechende Patient Hinweise auf seine Lage geben kann noch Ansprechpersonen genannt sind.

Antje Graßhoff ist schockiert, dass pflegende Angehörige meist mehr über Demenz wissen als das Personal bei der Aufnahme oder auf den Stationen. Mit der Vorsorgevollmacht sei sie mit dem Patienten eine Einheit, stehe aber oft vor verschlossener Tür (bei Untersuchungen, Mitfahren im Krankenwagen...). Die Angehörigen werden als Kontrolle oder Einmischung vom Pflegepersonal empfunden, nicht als Partner.

Sabine Kirchen-Peters, ISO Institut Saarbrücken, hält zur Lösung der Schwierigkeiten eine Zusammenarbeit von Politik und Kostenträgern für äusserst wichtig. Es müssen finanzielle Anreize, gebunden an ein spezifisches Leistungsprofil geschaffen werden.

Dr. Teschauer holt die Altenhilfe mit an den Tisch.

Antje Graßhoff erwartet unter der Leitung der BSG verbindliche Strukturen, die die Krankenhäuser, die nicht mit am Tisch sitzen, einladen zur Entwicklung eines gemeinsamen Qualitätsarbeitskreises. Lotsenbüros und Angehörige müssen einbezogen werden.

Die BSG verweist nochmals auf die Entwicklung des Krankenhausplanes. Man will die niedergelassenen Krankenversicherungen einladen. Mit der Altenhilfe hat sie keine Erfahrungen, kann es sich aber vorstellen.

Dr. Wächtler verweist auf gute Erfahrung mit Vernetzungen. Auch sollten Medien kontinuierlich mit eingebunden werden.

Abschließend bestätigt Elke Huster-Nowack, unter der Federführung der BSG in Zusammenarbeit mit der Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V. und der Wandsbeker Gesundheits- und Pflegekonferenz zu einem umkomplizierten Treffen Anfang 2011 zu laden, um das weitere Vorgehen im Rahmen eines Runden Tisches zu erörtern.

Fachtag - Menschen mit Demenz im Krankenhaus - 22. Sept. 2010  
Eindrücke





Bezirksamt Wandsbek  
Gesundheits- und Pflegekonferenz  
Robert-Schuman-Brücke 8  
22041 Hamburg  
Tel: 040 428 81-3252  
E-Mail: [pflegekonferenz@wandsbek.hamburg.de](mailto:pflegekonferenz@wandsbek.hamburg.de)  
[www.pflegekonferenz-wandsbek.hamburg.de](http://www.pflegekonferenz-wandsbek.hamburg.de)

Alzheimer Gesellschaft  
Hamburg e.V.  
Wandsbeker Allee 68  
22041 Hamburg  
Tel: 040 68 91 36 25  
[info@alzheimer-hamburg.de](mailto:info@alzheimer-hamburg.de)  
[www.alzheimer-hamburg.de](http://www.alzheimer-hamburg.de)