

A photograph of an elderly man and woman walking together. The man is on the left, wearing a white t-shirt and a black vest, holding a cane. The woman is on the right, wearing a grey t-shirt and white pants, also holding a cane. They are both smiling warmly at the camera.

**Leitthema:
Die Pflege-
versicherung**

**Schwerpunkt:
Dement im
Krankenhaus**

**Gesundheit:
Bewegung ist die
beste Medizin**

Die Pflege weiterentwickeln



Markus Lepack ist Geschäftsführer der PVD Pflegedienst Deutschland GmbH & Co. KG und Herausgeber des Pflegefreundes

Liebe Leserinnen und Leser des Pflegefreundes,

ich freue mich, dass Sie sich die Zeit nehmen, einen Blick in den Pflegefreund zu werfen. In der vorliegenden Frühjahrsausgabe steht das Thema Pflegeversicherung im Vordergrund. Die Bundesregierung hat einen Kabinettsentwurf für die nächste Reform der Pflegeversicherung vorgelegt. Gegenwärtig beraten die Parlamente darüber. Ich hoffe, dass das neue Gesetz wirkliche Verbesserungen für Pflegebedürftige und Angehörige bringen wird.

Die zunehmende Lebenserwartung und die Fortschritte in der Medizin führen ja erfreulicherweise dazu, dass die Zahl älterer Menschen in Deutschland kontinuierlich steigt. Die Mehrzahl von uns kann sich auf einen langen Lebensabend freuen.

Mit dieser Entwicklung wächst jedoch auch die Zahl derjenigen, die dringend und dauerhaft auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen ist. Zwar wird die Mehrzahl der Pflegebedürftigen noch immer zu Hause von den eigenen Angehörigen versorgt, doch immer weniger Angehörige sind in der Lage, diese Aufgabe auf Dauer zu übernehmen.

Pflegebedürftige bekommen nicht immer die Hilfe und Unterstützung, die sie brauchen. Es gibt gravierende Probleme in der Versorgung. Auch der jüngste Pflegebericht des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) beschreibt trotz einiger Verbesserungen schwere Mängel des Systems. Fast täglich werden durch die Medien Verfehlungen in der Pflege aufgedeckt. Es herrscht ein Mangel an Fachkräften und die Pflegeeinrichtungen arbeiten unter Wirtschaftlichkeitsdruck. Das erzeugt eine Situation, in der sich sowohl pflegebedürftige Menschen als auch Pflegekräfte sehr oft als Opfer wiederfinden.

Zunehmend werden mehr Personen gebraucht, die bereit und in der Lage sind, Menschen bei Pflegebedürftigkeit professionell zu helfen oder ihre Angehörigen in der Pflege zu unterstützen. Die Toll Unternehmensgruppe leistet mit ihrer Akademie für Aus- und Weiterbildung einen wertvollen Beitrag hierzu. Seit 1993 ermöglichen wir damit engagierten Menschen einen Einstieg in die anspruchsvollste und umfassendste häusliche Versorgungsform bei Pflegebedürftigkeit: die 24-Stunden-Anwesenheitspflege.

Die häusliche 24-Stunden-Anwesenheitspflege ist individuelle Betreuung zu Hause im Verhältnis eins zu eins: Jeder Kunde wird jeweils von einer Pflegepartnerin oder einem Pflegepartner umfassend betreut und gepflegt. Dieses Konzept, das wir seit 1986 verfolgen und weiterentwickeln, bietet für Pflegebedürftige eine bedürfnisgerechte Lösung und für Pflegekräfte die Möglichkeit, eine Pflege zu leisten, die ihrem beruflichen Ethos gerecht wird.

Diese Pflege entwickeln wir im Dialog mit Betroffenen und Fachleuten aus Selbsthilfegruppen und Verbänden weiter. Das verstehen wir unter bedarfsgerechter Optimierung. So werden wir auch 2012 unseren Beitrag zur Verbesserung der Pflege leisten.

Ich wünsche Ihnen eine gute Zeit und viel Freude mit dem neuen Pflegefreund.

Ihr

Markus Lepack

Der Wert der Pflege



Zwei Worte begegnen mir momentan sehr oft. Sie heißen Pflegenotstand und Fachkräftemangel. Die Betreiber von Heimen und Pflegediensten suchen zurzeit „händeringend“ nach Pflegefachkräften

und finden sie nicht. Auf der letzten norddeutschen Pflegemesse Pflege & Reha war fast jeder vierte Aussteller ein Personaldienstleister, der Pflegekräfte sucht und vermittelt – wenn er denn welche findet.

Eigentlich müsste der Pflegeberuf bei solchen glänzenden Aussichten auf sichere Arbeitsplätze sehr attraktiv sein. Doch junge Menschen suchen andere Ausbildungen. Nur relativ wenige Schulabgänger wollen in die Pflege.

Die Gründe dafür sind offensichtlich. Der Beruf ist belastend und die Bezahlung oft nicht angemessen. Das führt zu einer negativen Spirale. Immer weniger Pflegekräfte müssen immer mehr Pflege leisten. Da die Belastung zunimmt, verlassen immer mehr Pflegekräfte den Beruf. Dadurch werden die verbleibenden Kräfte noch stärker belastet...

Wer beruflich pflegt, hat geregelte Arbeitszeiten, freie Tage und Urlaub. Doch pflegende Angehörige mühen sich oft jahrelang ohne Pause, wenn sie keine Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. Sie erhalten eine Anerkennung in Form von Pflegegeld, das – etwa bei der Pflegestufe 3 – im besten Falle einem Stundenlohn von 4,57 Euro entspricht. Und das auch nur dann, wenn die Angehörigen nicht mehr als fünf Stunden täglich pflegen und versorgen. Doch viele sind nahezu rund um die Uhr mit ihrem Pflegebedürftigen beschäftigt.

Sie tun es, weil dieser Mensch einen hohen Wert für sie hat. Dieser Wert ist für sie nicht mit Geld aufzuwiegen. Die Geldleistung der Pflegekasse für pflegende Angehörige zeigt eine geringe (finanzielle) Wertschätzung pflegender Angehöriger.

Geld und Wert sind nicht das Gleiche, obgleich das heute gerne verwechselt wird. Doch wenn die Pflege attraktiv werden soll, braucht sie mehr Wertschätzung finanziell und gesellschaftlich.

Ihr Harald Spies
Chefredakteur

Pflegewelt

- 4 **Der lange Weg zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff**
- 5 Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
- 6 Fachtagung der Deutschen Wachkomagesellschaft
- 6 Post-Polio-Betroffene und die Pflege
- 6 „Der Gemeinsame Bundesausschuss ist eine Farce“
- 6 Recht auf Rehabilitation betont
- 7 Kurzmeldungen
- 7 PflegeRente als Unisex-Tarif
- 8 Alzheimer früher erkennen
- 9 Ratgeber für pflegende Angehörige
- 9 Buchtipps: „Mir schmeckt’s wieder“

Leitthema

10 Die soziale Pflegeversicherung



Foto: AOK-Mediendienst

- 14 Interview zur Pflegebegutachtung
- 15 „An den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren“
- 16 Infos zur Finanzierung der Pflege
- 17 Keine Pflegestufe – was nun?

Schwerpunkt

18 Verloren im System – demenzkranke Patienten im Akutkrankenhaus



Foto: AOK-Mediendienst

- 21 „Man muss Widerstand leisten“
- 22 „Bewusstsein ist der Schlüssel“
- 23 „Ein ständiger Lernprozess“

Pflege rund um die Uhr

24 „Die wirklichen Freunde zählen“



- 25 Frau Frosch freut sich sehr
- 26 Pflegende Angehörige sind urlaubsreif
- 27 „Wenn es mir gut geht, kann ich gut pflegen“

Gesundheit

28 Bewegung ist Medizin



Foto: AOK-Mediendienst

Alltagshilfen

- 32 Bewegungsbett für Schmerzpatienten
- 32 Einfach telefonieren jetzt noch einfacher
- 33 Licht ist wichtig für Gesunde, Kranke, Junge und Alte
- 33 ALTEC-Aluminiumverladeschienen für Rollstuhlfahrer

Rubriken

- 33 Messen
- 30 Impressum

Anzeige

„Selbstbestimmt zu Hause leben – auch bei Pflegebedarf“

Toll 24-Stunden-Betreuung zu Hause
Tel. 0 800 / 7 24 24 24 | Fax 0 711 / 54 89 88 99
www.toll-betreuung.de

Toll 24
Rund um die Uhr **Betreuung zu Hause**

Verloren im System

Demenzkranke Patienten im Akutkrankenhaus



Foto: Herby (Herbert) Me – Fotolia

Wenn ältere Menschen ins Krankenhaus müssen, tragen sie in vielen Fällen ein höheres Risiko als jüngere. Nicht nur sind ihre Körper weniger widerstandsfähig und erholen sich von Eingriffen langsamer, auch ihr Geist ist verletzlicher. Besonders gefährdet sind jene Senioren, die bereits kognitive Einbußen zeigen. Für sie kann ein Klinikaufenthalt ausgesprochen gefährlich werden. Denn die Krankenhäuser der Akut- und Notfallversorgung sind kaum auf diese wachsende Patientengruppe vorbereitet. Regelrecht verloren im System sind Demenzkranke ohne engagierte Angehörige. Es gibt auch Beispiele, die Hoffnung machen – doch es sind noch zu wenige.

„Meine Tante wurde systematisch deaktiviert“

„Freiheitsentziehende Maßnahmen wurden nicht abgesprochen“

Die ältere Dame lebte in einer betreuten Senioren-Wohngemeinschaft. So konnte sie trotz ihrer leichten Altersverwirrtheit weitgehend selbstbestimmt leben. Ihr Neffe kam regelmäßig zu Besuch und kümmerte sich liebevoll um seine Tante. Am 1. Oktober 2011 stürzte sie. Die anwesende Pflegerin rief den Notarzt. Der veranlasste sofort die Einweisung ins Krankenhaus.

„Ab da begann eine systematische Deaktivierung meiner Tante“, sagt ihr Neffe Peter Lohest, der auch zugleich ihr gesetzlicher Betreuer ist. Die Demenzmedikamente wurden abgesetzt. Das Bettgitter wurde hochgezogen – was eigentlich eine freiheitsentziehende und somit richterlich genehmigungspflichtige Maßnahme ist. Ihr wurde ein Katheter gelegt und sie bekam eine Windel. Zeit, um mit der Patientin zur Toilette zu gehen, war in dem riesigen Krankenhaus offensichtlich nicht vorhanden.

Mit ihr auf dem Zimmer wartete eine weitere Patientin auf eine Operation. Sie war ebenfalls dement. Beide Damen riefen laut um Hilfe, als Peter Lohest am nächsten Tag zu Besuch kam. Die desorientierten Patientinnen wussten nicht, wo sie waren und was mit

ihnen geschah. „Meine Tante war schweißnass und zitterte am ganzen Körper. Die nicht enden wollenden Hilferufe der Mitpatientin müssen bei ihr Erinnerungen an die Kriegszeit hervorgerufen haben.“ Sie hatte ihrem Neffen immer wieder von den Schrecken bei Flucht und Vertreibung erzählt. Seine Bitte, die Tante in ein anderes Zimmer zu verlegen, in dem sie zur Ruhe kommen könnte, wurde abgelehnt.

Beim nächsten Besuch, zwei Tage später, war die Tante angegurtet und man hatte ihr eine Infusion gelegt. „Keine dieser Maßnahmen – auch nicht die freiheitsentziehenden – wurde mit mir als dem gerichtlich bestellten Betreuer abgesprochen“, erregt sich Peter Lohest.

Als er die leitende Stationschwester aufforderte, die Tante sofort in ein anderes Zimmer zu verlegen – die Mitpatientin rief auch nach ihrer Operation pausenlos um Hilfe – bekam er zur Antwort, dass man seine Tante doch nicht mit „normalen“ Patienten zusammenlegen könnte. Der herbeigerufene Stationsarzt wurde sogar regelrecht grob. Man solle ihm nicht die Zeit stehlen, und der pflegerische Zustand der Patientin sei ihm „scheißegal“.



Foto: AOK-Medien dienst

Demenzkranke kommen unter die Räder des Systems

Was der Tante von Peter Lohest widerfuhr, ist kein Einzelfall. Die meisten Akutkrankenhäuser in Deutschland sind nicht auf demenzkranke Patienten vorbereitet. Die durchrationalisierten Abläufe auf den Krankenstationen planen die aktive oder zumindest passive Mithilfe der Patienten ein. Wer das nicht leisten kann, bringt die Planung durcheinander. Die Pflegekräfte und das ärztliche Personal, die sowieso schon an der Grenze der Belastbarkeit agieren, reagieren dann meist hilf- und planlos.

Dabei nimmt das Problem zu. Die Zahl der Demenzkranken steigt. Bereits im Jahr 2000 entfielen 50 Prozent der Pflegetage im Krankenhaus auf die Patientengruppe 65 und älter. Wird im Krankenhaus nicht adäquat auf die gerontopsychiatrische Störung eines Patienten reagiert, verschärft sich die Situation und spitzt sich krisenhaft zu. Solche Entwicklungen sind ein häufiger Grund, weshalb ältere Menschen vom Krankenhaus direkt ins Pflegeheim umsiedeln müssen.

Peter Lohest ließ sich nicht abschrecken. Er ist Abteilungsleiter in einem Rheinland-Pfälzischen Ministerium und kennt den Verwaltungsdirektor des Krankenhauses persönlich. Nach einem entsprechenden Gespräch verbesserte sich die Situation erheblich. Der Oberarzt konsultierte ihn. Seine Tante wurde in ein ruhiges Zimmer verlegt und mit Krankengymnastik reaktiviert.

Doch es geht Peter Lohest um mehr. „Das was meiner Tante und ihrer Mitpatientin widerfahren ist, darf sich nicht wiederholen.“ Deshalb hat er den Aufsichtsrat des Uniklinikums über den Vorfall informiert mit dem Ziel, dass sich das Krankenhaus mit der Versorgung demenzkranker Patienten in der Akutversorgung befasst. Inzwischen hat das Krankenhaus Schritte eingeleitet, demente Patienten/Patientinnen adäquat zu begleiten und zu versorgen.

Mangelndes Problembewusstsein

„Die meisten Leitungskräfte halten das Thema Demenz im Krankenhaus nicht für eine relevante Größe. Da gibt es große Wissensdefizite“, sagt Sabine Kirchen-Peters vom ISO-Institut in Saarbrücken. Die Diplom-Soziologin forscht seit 2009 zum Thema. Im Februar 2011 lieferte sie einen zweiten Zwischenbericht an die

Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Er trägt den Titel: Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern.

Dabei bringen die demenzkranken „Störenfriede“ nicht nur Stress auf die Stationen. Sie bescheren den Krankenhäusern auch handfeste Verluste. Seit 2006 rechnen die Krankenhäuser ihre Kosten nach Fallpauschalen (DRGs) ab. Das bedeutet: für die Behandlungen zahlen die Krankenkassen seitdem festgelegte Beträge. Das ist nur dann wirtschaftlich, wenn die Behandlung innerhalb der vorgesehenen Zeit abgeschlossen ist. Die Zeit kann jedoch nur eingehalten werden, wenn die Patienten sich wie vorgesehen verhalten, wenn sie ihre Medikamente richtig einnehmen, sich nach den Anweisungen des ärztlichen und pflegerischen Personals verhalten und keinen Widerstand gegen die Behandlung leisten. Bei Patienten mit Demenz klappt das nicht. Bei ihnen verlängert sich der Krankenhausaufenthalt um bis zu 40 Prozent.

Sparen mit gefährlichen Folgen

Ein Grund für die Probleme von demenzkranken Patienten in der aktuellen Akutversorgung ist der wachsende Sparzwang im Gesundheitswesen. Allein in der Zeit von 1986 bis 2008 wurden 50 000 Arbeitsstellen in der Krankenhauspflge abgebaut. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Patienten um über 12 Prozent. Jährlich leisten Pflegefachkräfte so viele Überstunden, dass dafür 30 000 Vollzeitstellen geschaffen werden könnten. Fast die Hälfte des pflegerischen Personals (47 Prozent) arbeitet – auch wegen der massiven Arbeitsbelastung – in Teilzeit*.

Obwohl die Krankenhäuser teilweise pflegerische Hilfskräfte einstellen (die etwa die Hälfte einer Fachkraft verdienen), ist dennoch selten jemand da, der demenzkranke Patienten qualifiziert versorgen kann. Die Studie „Pflegethermometer 2009“ des Deutschen Institutes für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) belegt gravierende Versorgungsmängel in den Krankenhäusern. Rund ein Drittel der befragten Pflegekräfte gab an, dass sie manchmal oder oft Patient/innen, die nicht selbstständig essen und trinken konnten, bei der Nahrungsaufnahme nicht ausreichend unterstützen konnten. Zwei Drittel der Befragten konnten verwirrte Patient/-innen nicht ausreichend beobachten.

Moderne Akutkrankenhäuser funktioniert nur bei geistig orientierten Patienten gut

50 000
Pfleigestellen
wurden seit 1986
in den Kranken-
häusern abgebaut

30 000
Arbeitsstellen
werden pro Jahr
durch Überstunden
kompensiert

*Zahlen: Pflege-Thermometer 2009



Risiko Delir

Herr M. aus einer süddeutschen Großstadt hatte seit Jahren Probleme mit der Wirbelsäule. Nach langem Zögern entschloss er sich zu einer Operation. „Zunächst sah alles ganz gut aus“, sagte die Ehefrau. Doch am Tag nach der Operation war der 82-Jährige wie ausgewechselt. „Mein Mann war extrem unruhig. Er erkannte mich nicht und redete wirr. Ich war in großer Sorge.“ Es dauerte fast eine Woche, bis er wieder einigermaßen „normal“ war. Doch auch nach seiner Rückkehr aus dem Krankenhaus brauchte der diplomierte Physiker noch sehr viel Unterstützung und Beistand seiner Familie. Für längere Zeit sah es so aus, als würde er sich mental nie wieder ganz erholen.

Bei älteren Patienten mit leichten Vorformen der Demenz tritt ein Delir relativ häufig auf. Sie sind nach den Untersuchungen von Sabine Kirchen-Peters eine Hochrisikogruppe. Dabei handelt es sich keineswegs um Alkoholentzugssymptome, sondern um eine akute psychische Krise, die durch den Krankenhausaufenthalt selbst und durch die Behandlungen hervorgerufen wird. Der Facharzt für Innere Medizin, Geriatrie und Ernährungsmedizin Dr. med. Karsten Lehmann vom St. Katharinen-Hospital in Frechen schätzt, dass mehr als 20 Prozent der Krankenhauspatienten über 65 Jahren während ihres Aufenthaltes ein Delir erleben. Nach seiner Ansicht ist diese Krankheit für die Hälfte aller Krankenhaustage bei älteren Patienten verantwortlich.

Ältere Patienten, die an Delir erkranken, haben schlechtere Prognosen und

ein höheres Sterberisiko. Sie werden häufiger demenz und landen nach Krankenhausaufenthalt häufiger in Pflegeheimen. Besonders oft tritt Delir nach Narkosen und schweren chirurgischen Eingriffen auf. Patienten auf Intensivstationen haben ein Delir-Risiko von bis zu 70 Prozent.

Patienten erleben das Delir als einen chaotischen Zustand. Sie sind ständig angespannt und ihre Gefühle schwanken stark. Sie erleben sich als verwundbar und erleiden große Angst. Die Erkenntnis, sich nicht kontrollieren zu können, löst Panik aus. Patienten berichteten, dass Veränderungen, wie ein hohes Tempo in pflegerischen Abläufen, ihre Angst und Unsicherheit verstärkten. Die Anwesenheit einer vertrauten Person empfanden sie als angenehm. Es gab ihnen das Gefühl von Geborgenheit.

Doch die Wissensdefizite zum Thema Delir im Krankenhaus sind dramatisch. In ihrer Studie zeigt Sabine Kirchen-Peters, dass Leitungskräfte reihenweise berichteten, dass Delirien in ihren Häusern nicht vorkommen. Sie kommt zu dem Schluss: „Es gibt offensichtlich vielfach keine Sensibilität für dieses Problem und somit bleiben sämtliche Chancen für eine Prävention des Delirs ungenutzt.“

Das Risiko Delir lässt sich reduzieren. Teilweise helfen schon einfache Maßnahmen. Das Krankenzimmer und die engere Umgebung sollten genügend optische Reize aufweisen. Patienten müssen die Möglichkeit haben, sich zu orientieren. Zudem brauchen die Ärzte eine höhere Sensibilität beim Einsatz von Medikamenten bei der Gruppe der gefährdeten Patienten.

Erfolgreiche Lösungen

Das Bewusstsein um das Thema wächst nach und nach. Inzwischen gibt eine Reihe von erfolgreichen Modellen, die das Projektstadium überschritten haben oder deren Übergang in den Regelbetrieb geplant ist. Einige werden hier kurz vorgestellt.

Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst

Unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie arbeitet am Klinikum Kaufbeuren-Ostallgäu ein Team von Pflegefachkräften, einer Ergotherapeutin und einer Bürokräft auf allen Stationen (siehe Interview auf Seite 23).

Dem-i-K

Die Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser im Saarland hat das Modellprojekt „Demenz im Krankenhaus“ gestartet. Beteiligt sind fünf Krankenhäuser in Lebach, Saarbrücken, Saarlouis, St. Wendel und Wallerfangen. Das Projekt setzt auf Weiterbildung und Schulung des Krankenhauspersonals und bezieht Ehrenamtliche und Angehörige ein. Die Ergebnisse des Projekts sollen möglichst an alle Saarländischen Akuthäuser übertragen werden.

GISAD

Am Bethanienkrankenhaus in Heidelberg wurde eine beschützende Station für akut erkrankte Demenzpatienten eingerichtet. Diese „Geriatrisch-Internistische Station für akut erkrankte Demenzpatienten“ wurde 2004 als kleine, spezialisierte Therapieeinheit mit sechs Betten gegründet. Sie optimiert die stationäre Versorgung von multimorbiden Patienten mit Demenz. Das Modell hat Schule gemacht. Inzwischen wurden von verschiedenen Krankenhäusern ähnliche Therapieeinheiten eingerichtet.

Demenzprojekt an den HSK

Die Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden haben ein Pflegeberatungsteam etabliert, um die Situation der Patienten in der Klinik zu verbessern und ihnen Halt und Orientierung zu geben. Das Team besteht aus sechs Pflegefachkräften der unterschiedlichsten Bereiche. Das Projekt wurde 2011 mit dem Süddeutschen Pflegepreis ausgezeichnet.

Die Beispiele zeigen: Wenn auch noch Vieles im Argen liegt, das Problem der demenzkranken Patienten im Akutkrankenhaus wird zunehmend erkannt. Erste Lösungen sind bereits erarbeitet. Deutlich ist aber auch, die Verantwortlichen in den Krankenhäusern müssen umdenken. ■

„Man muss Widerstand leisten“

Interview mit Peter Lohest

Herr Lohest, wie geht es Ihrer Tante?

Sie ist leider im Februar verstorben.

Das tut mir leid. War das eine Folge ihres Krankenhausaufenthaltes oder der Tatsache geschuldet, dass sie schon sehr betagt war?

Nein, man muss sagen, dass sie nach dem Krankenhausaufenthalt in der Mainzer Uniklinik nie wieder auf die Beine gekommen ist. Zunächst war sie hyperaktiv. Wir vermuteten eine Art Delir bei ihr. Das Krankenhaus hatte, ohne uns zu informieren, sämtliche Medikamente abgesetzt. Als sie wieder in ihrer Wohngemeinschaft war, wurden die Medikamente wieder eingesetzt. Nach dieser Phase wurde meine Tante bettlägerig und ist nie wieder aufgestanden. Im Oktober 2011 kam sie ins Krankenhaus und am 18. Februar 2012 ist sie verstorben. Ich glaube, wenn sie nicht ins Krankenhaus gekommen wäre, würde sie noch leben. Ich vermag es nicht zu entscheiden, ob es ursächlich damit zusammenhängt, aber es ist auffällig, dass sie nach dem Krankenhausaufenthalt nicht mehr auf die Beine gekommen ist. Vor dem Krankenhausaufenthalt bin ich jedenfalls noch mit ihr spazieren gegangen.

Ist das Problem denn nicht bekannt?

Eine Frage, die mich beschäftigt, ist die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte und des Pflegepersonals. Wie sind die Ausbildungsrichtlinien? Ich weiß nicht, inwieweit das Thema Demenz in deren Ausbildung überhaupt vorkommt. Der zweite Punkt ist ein Gesundheitssystem, das immer stärker an ökonomischen Kriterien ausgerichtet ist. Da ist es doch klar, dass jemand mit hohem pflegerischen Aufwand und Betreuungsbedarf völlig außen vor bleibt. Das ist gar nicht einmal Böswilligkeit der Krankenhäuser, sondern einfach ein Systemmangel unseres Gesundheitswesens.

Was aber auch nicht stimmt, ist das Denken in den Kliniken. Es gibt keine Wertschätzung den (älteren) Patientinnen und Patienten gegenüber. Wir hatten ja auch Kontakt mit Pflegerinnen und Pflegern auf der Station. Eine Pflegerin sagte zu uns: „Ich kann Ihre Tante doch nicht mit normalen Patienten zusammenlegen.“ Wenn demente Menschen als unnormale bezeichnet werden, dann ist es folgerichtig, sie auszusondern. Dann passiert genau das, was meiner Tante passiert ist: man steckt zwei demente Patienten zusammen, die sich in keiner Weise gegenseitig stützen können, sondern die sich gegenseitig belasten.

Was können Angehörige tun, wenn ihr dementer Angehöriger ins Krankenhaus muss?

Man muss unterscheiden zwischen einer Notaufnahme und einem geplanten Eingriff. Bei einer Notaufnahme kann man zunächst wenig machen. Man muss sich aber in jedem Fall intensiv kümmern, sobald der betroffene Mensch im Krankenhaus ist. Man muss auch deutlich Widerstand leisten, wenn man den Eindruck hat, dass die Versorgung nicht adäquat und nicht würdevoll ist. Der Widerstand von Angehörigen ist wichtig. Man darf sich das nicht bieten lassen, was die dort Arbeitenden meinen, bieten zu können.

Bei einem geplanten Krankenhausaufenthalt würde ich versuchen, so viele Informationen wie möglich über das betreffende Krankenhaus herauszufinden. Es gibt Internetplattformen, auf denen es auch Bewertungen von Krankenhäusern gibt. Die Krankenkassen können sicherlich auch etwas zu den einzelnen Krankenhäusern sagen. Aber auch dann muss man sich als Angehöriger kümmern. Man muss präsent sein. Und man muss dann, wenn man merkt, dass Versorgung, Pflege und Betreuung nicht adäquat sind, darauf drängen, dass das geändert wird. Man muss zu den Chefarzten gehen. Man muss, finde ich, bei kommunal getragenen Krankenhäusern die Politik einschalten. Man darf sich das, was in den Krankenhäusern an Fehlern geschieht, nicht bieten lassen.

Menschen mit Demenz können sich glücklich schätzen, wenn sie pflegende Angehörige haben, die sich engagiert für sie einsetzen.

So sehe ich das. Die Demenz ist bei meiner Tante entdeckt worden, nachdem ihr Hausarzt sie einmal besucht hat und sie in ein Krankenhaus eingewiesen hat. Da war sie 68 Jahre alt. Die Entdeckung ihrer Demenz war quasi zufällig. Ich habe mich dann um sie gekümmert. Wenn ich das nicht gemacht hätte, wäre der Weg vom Krankenhaus eindeutig ins Pflegeheim gewesen. So konnte ich ihr noch 15 Jahre gutes Leben außerhalb eines Pflegeheims sichern.

Wo sehen Sie eine Lösung?

Es muss eine viel stärkere Sensibilität der Mediziner und der Pflegekräfte in Krankenhäusern zum Thema Demenz entstehen. Die Ausbildung von Ärzten und Pflegepersonal muss das Thema Demenz

und den Umgang damit im Krankenhaus dringend aufnehmen.

Man muss kritische Fragen an das Abrechnungssystem stellen. Es muss sichergestellt sein, dass eine solche Behandlung und Betreuung adäquat finanziert werden kann.

Und es muss ein gesellschaftliches Thema werden. Jeder der mitbekommt, dass alte und besonders demente Menschen, die sich ja noch weniger wehren können, in Krankenhäusern unwürdig behandelt werden, müsste diese Themen aufgreifen, egal, ob es sich dabei um Verwandte handelt, ob ich eine „grüne Dame“ bin oder ein Besucher. ■

Was ist ein Delir?

Ein Delirium oder Delir ist ein akutes, schweres, organisch bedingtes Psychosyndrom mit Bewusstseinsstörung. Es ist prinzipiell heilbar. Kennzeichen für das Delir sind Störungen der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, der Erkenntnisfähigkeit, des Gedächtnisses und der Gefühle. Die Symptome zeigen eine deutliche tageszeitliche Ab- und Zunahme.

Weitere Symptome sind die Herabsetzung des abstrakten Denkvermögens, der Konzentration, ein eingeschränktes Kurzzeitgedächtnis und Desorientierung. Betroffene sind desorientiert in Bezug auf Ort, Zeit, eigene Person oder Situation. Beim voll ausgeprägten Delirium kommt zusätzlich eine Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus hinzu. Weitere mögliche Störungen sind optische Trugbilder, Wahnvorstellungen, motorische Unruhe und nestelnde Bewegungen. Es können auch affektive Störungen wie Depression, Angst, aber auch Euphorie oder Reizbarkeit und krankhafte Unruhe auftreten.

Man unterscheidet hyperaktives und hypoaktives (passives) Delirium. Letzteres wird oft nicht erkannt. Es gibt auch Mischformen mit Anteilen von beiden Typen.

Das krankhausbedingte Delir hat eine Reihe von unterschiedlichen Ursachen. Die gleichen Symptome treten bei Alkoholentzug auf.

„Bewusstsein ist der Schlüssel“

Interview mit Sabine Kirchen-Peters vom ISO-Institut in Saarbrücken

Sind die kaufmännischen Leitungskräfte der Krankenhäuser besonders unempfänglich für Einsichten in die Problematik demenzkranker Patienten?

Ich möchte die Kaufleute in den Krankenhäusern keineswegs als Sündenböcke etikettieren. Ich habe eine Reihe kaufmännischer Leitungskräfte interviewt, die durchaus Impulsgeber für eine Entwicklung im Demenzbereich waren. Die Ökonomisierung durchzieht die Krankenhäuser heute ja sowieso. Sie ist durchgängiges Prinzip geworden. Die Kaufleute kann man für das Thema interessieren, wenn man sie richtig informiert. Dazu gehört in erster Linie, den Nutzen für die Patienten aufzuzeigen und Vorschläge für eine Finanzierung zu unterbreiten. Oft lassen sich Lösungen auch kostenneutral darstellen oder man spart sogar Geld. Dies ist z.B. der Fall, wenn Delirien verhindert werden.

Dann ist das also auch ein Kommunikationsproblem im Krankenhaus?

Für Kommunikation nimmt man sich im Krankenhaus zu wenig Zeit. Und dann gibt es natürlich hierarchische Probleme. Das Bewusstsein muss sich erst aufbauen, dass sich für Ärzte etwa der Austausch mit Pflegekräften durchaus lohnen kann, besonders in Bezug auf die Versorgung der Patienten mit Demenz.

Was finden Sie, ist entscheidend, dass sich etwas ändert?

Bewusstsein um das Problem ist der Schlüssel zu allen weiteren Dingen. Bewusstsein entsteht zum einen durch persönliche Erfahrung oder durch gezielten Wissensaufbau. Also: die Informationen müssen fließen, dass es hier Probleme gibt und dass die Zahl der Betroffenen steigt. Krankenhausdirektoren müssen auch aus wirtschaftlichen Gründen an dem Thema Demenz arbeiten. Sie verlieren sonst Mitarbeiter. Die werden krank, brennen aus oder wechseln den Träger. Wenn das Bewusstsein dafür hergestellt ist, können kleine oder größere Maßnahmen ihre Wirkung entfalten.

Können denn die Angehörigen der Betroffenen etwas tun, die Situation der Demenzkranken im Krankenhaus zu verbessern?

Wenn ich auf Veranstaltungen bin, weise ich die Angehörigen immer wieder darauf hin, dass sie das tun sollen. Aber offensichtlich gibt es noch immer viel zu wenige Beschwerden über die Behandlung von

demenzkranken Patienten in den Akutkrankenhäusern.

Angehörige von Demenzkranken sind offenbar oft so ausgebrannt, dass sie gar keine Kraft und Energie mehr aufbringen können, sich zu beschweren. In vielen Fällen liegt wohl auch eine Art von Scham dahinter. Demenz ist ja noch immer stark tabuisiert. Krankenhausmitarbeiter haben mir berichtet, dass sich orientierte Patienten über die demenzkranken Patienten beschweren. Die Pflegekräfte müssen dann schlichten und versuchen, den Frieden auf der Station wiederherzustellen.

Die Krankenhäuser rechnen mit den Kasernen ja nach den DRGs ab. Werden die Möglichkeiten der Kodierung bei Demenz als Zusatzdiagnose ausgeschöpft, oder gibt es da gar nichts auszuschöpfen?

Das ist offenbar nicht befriedigend gelöst. Es gibt eine ganze Reihe von Problemen in diesem Bereich. Wenn man die Zusatzdiagnose Demenz stellt, hängt es ganz entscheidend davon ab, was die Ursache der Demenz ist. Viele Demenzdiagnosen haben kein Zusatzgewicht für die Abrechnung mit den Krankenkassen.

... und das ist unabhängig davon, welche Wirkung die Demenz hat?

Unabhängig von der Ursache erzeugen die Demenzen den gleichen Arbeitsaufwand. Aber diese psychiatrischen Zusatzdiagnosen werden unterschiedlich nach Ursache gewichtet. Wichtig wäre hingegen, dass die Demenz einen Zusatzfaktor erhält, unabhängig von ihrer Ursache. Denn oft kann im Rahmen eines kurzen Klinikaufenthaltes die Genese einer Demenz nicht geklärt werden. Die gegenwärtige Lösung ist unsinnig. Der Mehraufwand wird auf jeden Fall – so ist die Meinung aller, mit denen ich gesprochen habe – über diese Mittel nicht abgegolten. Man braucht eine andere Finanzierungsmöglichkeit für die Zusatzdiagnose Demenz.

Die Krankenhäuser haben hier in zweierlei Hinsicht ein Problem. Die Behandlung demenzkranker Patienten ist aufwändiger. Demenzkranke Patienten müssen viel häufiger angesprochen werden. Sie verstehen die Dinge, die mit ihnen gemacht werden, nicht beim ersten Mal. Man muss Aussagen mehrmals wiederholen, muss ein empathisches Verhältnis zu ihnen herstellen. Zum Kommunizieren braucht es einen Beziehungsaufbau. Alle Abläufe brauchen bei demenzkranken Patienten viel mehr Zeit, als bei Menschen, die nur somatisch



Foto: Privat

Diplom-Soziologin Sabine Kirchen-Peters

erkrankt sind. Die durchstrukturierten Abläufe im Krankenhaus sind für mental gesunde Patienten aufgebaut. Sie können bei Patienten mit Demenz oft nicht eingehalten werden. So sind zum Beispiel bei einer bestimmten Diagnose fünf Maßnahmen am Tag vorgesehen. Das funktioniert bei Demenzkranken nicht. Wenn es bei demenzkranken Patienten zu Verzögerungen im Ablauf kommt, muss eine Maßnahme vielleicht auf den nächsten Tag verschoben werden. Das führt in der Summe zu einer Verlängerung der Verweildauer.

Daraus folgt: Wenn den Kliniken klar ist, solche Patienten kosten uns mehr Geld als wir verdienen, dann werden sie nicht darauf drängen, diese Patientengruppe aktiv zu bewerben. Sie wollen ja nicht immer mehr Patienten, bei denen der Aufwand nicht gegenfinanziert ist.

Hier müsste man von politischer Seite Anreize setzen, dass jene Kliniken, die sich aufrichtig um demenzfreundliche Konzepte bemühen und eine nachvollziehbare Qualität erbringen, das auch finanziert bekommen. Es soll natürlich kein Geld in schlechte Versorgung fließen.

Diplom-Soziologin Sabine Kirchen-Peters ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e.V., Saarbrücken. Seit vielen Jahren forscht sie zum Thema demenzkranke Patienten im Akutkrankenhaus.

Das iso-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft ist die größte selbständige und unabhängige sozialwissenschaftliche Forschungseinrichtung im Südwesten Deutschlands.

„Ein ständiger Lernprozess“

Interview mit Fachschwester Maria Mahlberg



Foto: Klinikum Kaufbeuren

Liaisonsteam des Klinikums Kaufbeuren. Hinten (von links): Irmgard Ernszt (Fachschwester für Gerontopsychiatrie), Bettina Weber (Sekretärin), Barbara Freiberg (Ergotherapeutin) Vorne: Maria Mahlberg (Fachschwester für Psychiatrie), Andreas Eichhorn (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie)

Frau Mahlberg, was hat sich durch die Arbeit des Liaisondienstes geändert?

Zu Beginn unserer Arbeit wurde der psychisch kranke Patient als „Problemfall“ gesehen. Bei aggressivem Verhalten, Weglauftendenzen, Unruhe oder Pflegeverweigerung, war die Station oft überfordert und hilflos. Für diese Situationen konnten wir inzwischen Handlungsstrategien entwickeln. Mittlerweile ist auf den Stationen viel Hintergrundwissen vorhanden. Das Personal weiß, an wen sie sich bei Bedarf wenden können. Meist am gleichen Tag, spätestens aber am Folgetag, sind wir bei dem betroffenen Patienten. Die Einstellung

gegenüber psychiatrischen Krankheiten hat sich grundlegend geändert. Alle im Krankenhaus Tätigen, von den Ärzten über die Pflegekräfte bis zum Servicepersonal sind inzwischen für dieses Thema sensibilisiert.

Das beginnt schon beim Aufnahmegespräch. Es wird nach dem sozialen Umfeld älterer Patienten gefragt. Man klärt ab, ob eine Pflegestufe vorhanden ist und welche Hilfen die betreffende Person in Anspruch nimmt. Auch biografische Aspekte und Informationen über Vorlieben und Abneigungen fließen in dieses Gespräch mit ein. Es gibt schriftliche Orientierungshilfen für die Patienten, beispielsweise an der Zim-

mertür, an der Toilette. Die Pflegekräfte sind bemüht, durch wiederholende Erklärungen Orientierung zu geben und durch validierende Gespräche Sicherheit zu vermitteln. Wichtig ist das stetige Sensibilisieren und Fortbilden des Klinikpersonals wegen der Personalveränderungen. Deshalb gibt unser Team auch Fortbildungen zu den Themen Demenz, Depressionen, Delir.

Wie sind die Fortbildungen organisiert?

Wir bieten mehrmals im Jahr Tagesveranstaltungen an. Momentan finden die Fortbildungen jedoch überwiegend in Form von kleinen Fallbesprechungen mit dem zuständigen Pflege team und den Ärzten statt. Das führt zu einem ständigen Lerneffekt.

Welche Vorteile haben die Patienten?

Durch den Facharzt in unserem Team wird sichergestellt, dass den verwirrten Patienten eine genaue Diagnose gestellt wird, sodass eine adäquate Behandlung eingeleitet werden kann. Häufig sind diese Diagnosen für den Patienten Erstdiagnosen. Auf den Stationen kommt es zu einem freieren Umgang mit Menschen mit Demenz. Wenn ich weiß, warum ein Patient mit Demenz gegen Abend unruhiger wird, wird er nicht gleich „ruhig gestellt“, es werden andere Strategien gesucht. Es kommt kaum zu Verlegungen in die Psychiatrie. Die psychiatrische und körperliche Behandlung findet gemeinsam vor Ort statt.

Wir suchen das Gespräch mit Angehörigen. Es wird nachgefragt, wie sich die häusliche Situation darstellt, welche Probleme vorhanden sind, was der Patient noch selbstständig erledigen kann. Die Angehörigen werden über die jeweilige Situation aufgeklärt, es werden Hilfestellungen aufgezeigt, Informationen gegeben, und oft auch emotionale Entlastungen angeboten. In Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst wird die Entlassungsplanung vorbereitet. ■

Weitere Infos und Buchtipps zum Schwerpunktthema Demenz im Akutkrankenhaus

Deutsche Alzheimer Gesellschaft

Eine gute Linkliste zum Thema Demenz im Akutkrankenhaus finden Interessierte auf der Homepage. Hier gibt es auch einen hilfreichen Vordruck, auf dem man Infos für das Krankenhauspersonal zusammenstellen kann und Broschüren zum Download. www.deutsche-alzheimer.de

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso-Institut)

Die Einrichtung beschäftigt sich unter anderem intensiv mit dem Thema Demenz im Akutkrankenhaus. www.iso-institut.de
www.demenz-im-allgemeinkrankenhaus.de

Demenz im Krankenhaus (Dem-i-K)

Ein Projekt der vier katholischen Krankenhaussträger und der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland. Es hat die Verbesserung der Versorgung von Demenzpatientinnen und -patienten in Akutkrankenhäusern zum Ziel. www.demik-online.com

Robert-Bosch-Stiftung

Unter dem Programmbereich Gesundheit und Wissenschaft finden Sie die Rubrik Leben im Alter/Leben mit Demenz. Dort werden geförderte Projekte vorgestellt. www.bosch-stiftung.de

Fachbücher zum Thema

Stiftung Wohlfahrtspflege NRW (Hrsg.):

Demenzranke Patienten im Krankenhaus

Ein Praxishandbuch für Mitarbeiter in der Pflege
Spiralbindung, 84 Seiten
Verlag: Schluetersche GmbH & Co. KG
ISBN: 978-3899932256
Preis: 59,90 €

Katharina Thesing:

Die Versorgung demenzerkrankter Patienten als Herausforderung für das (Akut)Krankenhaus

Taschenbuch, 104 Seiten, Grin Verlag
ISBN: 978-3640821891
Preis: 44,99 €