



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg  
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management  
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

# **UMGANG MIT DEMENZIELL ERKRANKTEN MENSCHEN IN DER AKUTSTATIONÄREN VERSORGUNG**

**B a c h e l o r a r b e i t**

zur

Erlangung des akademischen Grades

**Bachelor of Science (B.Sc.)**

Vorgelegt von: Anika König

Betreuer: Prof. Dr. Heidrun Herzberg  
Prof. Dr. Hans-Joachim Goetze

Tag der Einreichung: 03.01.2012

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2011-0660-2

*Nimm meine Hand  
und halte sie  
halte sie, während ich hier liege und doch ganz woanders bin*

*Ich spüre deine Wärme,  
sie ist wie eine Brücke zu dir  
Ich bin in einem fremden Land,  
in einem anderen Stück*

*Folge mir, doch weiß ich nicht  
dir den Weg zu zeigen*

*Klein bin ich, jung,  
schön und glücklich.  
Ich laufe, renne, bin daheim*

*Doch du weißt das nicht, du sitzt nur da  
und  
wunderst dich*

*warum „die Alte“ dort im Bett nichts macht und einfach an die Decke starrt.*

*(Barbara Messer, 2004)*

Die Krankheit Demenz wird als das „bedeutsamste epidemiologische Merkmal“<sup>1</sup> des 21. Jahrhunderts beschrieben. Die Prävalenzrate steigt seit Jahren stetig an und wird in den kommenden Jahren um mehr als die Hälfte zunehmen.<sup>2</sup> Ambulanten Pflegediensten sowie Alten- und Pflegeheimen ist diese Herausforderung schon seit langem bewusst. In diesen Institutionen hat bereits ein Umdenken stattgefunden, sodass Konzepte entwickelt und implementiert wurden. Sie dienen seit Jahren sowohl der Arbeitserleichterung für die professionell Pflegenden, als auch der Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens der KlientInnen. Krankenhäuser hingegen stoßen zunehmend an ihre Grenzen bezüglich der wachsenden Herausforderung der zunehmenden Zahl der PatientInnen mit der Diagnose Demenz und den daraus bedingten Pflegeproblemen. Die folgende Arbeit legt dar, welche Probleme im Umgang mit Demenzkranken im Pflegealltag in der akutstationären Versorgung auftreten, aber auch welche Konzepte und Ansätze es gibt, um diesen zu begegnen. Nach Schilderung der Ausgangssituation (Kap. 1) wird zunächst das Krankheitsbild der Demenz mit ihren drei Hauptformen genauer beschrieben (Kap. 2). Nachfolgend (Kap. 3) werden die Versorgung und der Umgang mit demenziell erkrankten Menschen im Krankenhaus aufgezeigt. Dafür werden die in einer durchgeführten Gruppendiskussion geschilderten Probleme, mit denen in der Literatur beschriebenen verglichen. Die Gruppendiskussion erhebt nicht den Anspruch einer streng empirischen Erhebung; es wird demnach auf eine genaue Beschreibung der Methode verzichtet. Die Gruppendiskussion sollte in der Bearbeitung der Thematik zur Einstimmung dienen, und um vorweg bestimmte Fragestellungen und Vorstellungen zu klären. Im vierten Kapitel werden übergeordnete Betreuungsansätze in der Versorgung von Demenzkranken näher erläutert. Anschließend (Kap. 5) präzisieren sich diese in zwei unterschiedlichen Projekten bzw. Ansätzen, die entwickelt und umgesetzt wurden, um die Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus qualitativ zu verbessern. Nachfolgend (Kap. 6) werden die Barrieren analysiert, die die Umsetzung solch demenzsensibler Konzepte hemmen. In der Zusammenfassung (Kap. 7) wird

---

<sup>1</sup> Kidwood, T. (2005), S. 17.

<sup>2</sup> Zurzeit leben in Deutschland ca. 1,2 Millionen Menschen mit der Krankheit Demenz. Nach jetzigen Vorausberechnungen wird sich die Zahl der Menschen mit Demenz bis zum Jahr 2050 auf ca. 2,6 Millionen erhöhen. Vgl. <http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01.pdf>

dann ein Ausblick gegeben, wie die Erkenntnisse dieser Arbeit weitere Nutzung finden werden.

The disease dementia is described as "the most significant epidemiological attribute" of the 21st century. The rate of prevalence rose steadily over the last years and it will increase about more than half in the next few years. Outpatient care services and residential homes for the elderly have been aware of this challenge for a long time. In these institutions a rethinking has already taken place, so that concepts have been developed and implemented. They serve as a facilitation of work for professional attendants as well as an improvement in the quality of life and well-being of the clients. Hospitals by contrast are increasingly reaching their limits regarding to the growing challenge of the increasing number of patients with the diagnosis dementia and the resultant care problems. The following thesis demonstrates the problems with handling patients with dementia in the daily nursing routine in the acute inpatient treatment and also which concepts and approaches exist to face these problems. After characterising the initial situation, the disease pattern of dementia with its three main forms will be described in detail. In the following chapter the care and handling of patients with dementia in the hospital is described. In this context the problems, exposed in an accomplished group discussion, are compared to those in the literature. The group discussion does not claim to be a strictly empiric collection; According to that an accurate description of the method is abdicated. The group discussion should serve as prearrangement for editing the topic, to clarify certain questions and ideas previously. In the fourth chapter higher care approaches in the maintenance of patients with dementia are explained. Afterwards they specify in two different projects and accordingly approaches, which have been developed and implemented to improve qualitatively the care of people with dementia in the hospital. Consecutively the barriers are analysed, which inhibit the implementation of dementia-sensitive concepts. Then, in the summary, an outlook is given, how the awareness of this thesis will find further use.

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	VII
<b>1. Ausgangssituation</b> .....	8
<b>2. Das Krankheitsbild Demenz</b> .....	11
2.1 Die Alzheimer-Demenz.....	13
2.2 Die vaskuläre Demenz .....	16
2.3 Der gemischte Typ .....	17
<b>3. Menschen mit Demenz in der akutstationären Versorgung</b> .....	18
3.1 Allgemeine Erläuterungen .....	18
3.2 Einblick in den Pflegealltag - Ergebnisse einer Gruppendiskussion mit Pflegekräften .....	22
<b>4. Übergeordnete Betreuungsansätze in der Versorgung von Menschen mit Demenz</b> .....	28
4.1 Der person-zentrierte Ansatz nach Tom Kidwood .....	29
4.2 Validation.....	30
4.3 Biografiearbeit .....	31
4.4 Entlassungsmanagement.....	32
<b>5. Ansätze zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz in der akutstationären Einrichtung</b> .....	33
5.1 „Blickwechsel - Nebendiagnose Demenz“ .....	35
5.2 Station Siloah .....	37
<b>6. Barrieren bei der Einführung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern</b> .....	40
<b>7. Ausblick</b> .....	45
Literaturverzeichnis .....	47

Anlagen..... 52

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Anteil der Patienten ab 65 Jahren in verschiedenen Fachabteilungen .....	9
Abb. 2	Projektübersicht zum Themenkomplex "Demenz im Krankenhaus" .....	33
Abb. 3	Kenntnisse über demenzsensible Konzepte.....	43
Abb. 4	Wünsche hinsichtlich der Krankenhausversorgung Demenzkranker .....	44

*„So erlebt nur unsere Mutter allein, denn es ist ihr Erleben. Sie nimmt die Welt verworren wahr und sie leidet daran. Sie sieht ihre Fähigkeiten schwinden und sie verzweifelt daran. Und sie sieht, wie ihr ihre Biografie entgleitet, und sie zerbricht daran.“<sup>3</sup>*

## 1. Ausgangssituation

Bedingt durch die demographische Entwicklung in Deutschland erhalten altersbedingte psychische Erkrankungen zunehmende Relevanz für das Sozial- und Gesundheitswesen im Allgemeinen und speziell für die Behandlung im Krankenhaus. Zurzeit leben in Deutschland ca. 1,2 Millionen Menschen mit der Krankheit Demenz. Jährlich treten ungefähr 300.000 Neuerkrankungen auf. Nach jetzigen Vorausberechnungen wird sich die Zahl der Menschen mit Demenz bis zum Jahr 2050 auf ca. 2,6 Millionen erhöhen.<sup>4</sup> Deshalb wird in allen Bereichen, in denen professionelle Pflege ausgeübt wird, eine Zunahme an Menschen, die unter kognitiven Beeinträchtigungen leiden, beschrieben. Insbesondere Abteilungen, deren Patientenklientel aus älteren Menschen besteht, werden mit dem Problem konfrontiert, dass neben der somatischen Erkrankung eine behandlungsbedürftige psychische Nebendiagnose vorliegt. Die folgende Abbildung zeigt, dass, aufgrund der Altersstruktur des Patientenklientels, neben der Geriatrie vor allem Innere Stationen betroffen sind:

<b>Anteil der Patienten ab 65 Jahren in verschiedenen Fachabteilungen</b>	
Geriatrie	90%
Augenheilkunde, Herzchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie	60-70%
Gefäßchirurgie, Nephrologie, Intensivmedizin, Endokrinologie, Urologie	50-60%
Lungen- und Bronchialheilkunde, Neurologie, Thoraxchirurgie, Orthopädie, Dermatologie, Allgemeine	
Chirurgie, Unfallchirurgie, Rheumatologie	40-50%
Neurochirurgie	30-40%
Plastische Chirurgie, Frauenheilkunde	20-30%

<sup>3</sup> Flemming, D. (2003), S. 16.

<sup>4</sup> Vgl. [www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01.pdf](http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01.pdf)



Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Gynäkologie, Psychosomatik/Psychotherapie	20%
---	-----

Abb. 1 Anteil der Patienten ab 65 Jahren in verschiedenen Fachabteilungen<sup>5</sup>

Mit der allgemeinen Zunahme des Altersdurchschnittes im Krankenhaus wird sich auch der Anteil an Demenz erkrankter PatientInnen erhöhen. Im Jahre 1997 waren es noch 12%.<sup>6</sup> Heute geht man schon von 15-20% aus, die eine kognitive Einschränkung oder eine demenzielle Erkrankung haben.<sup>7</sup>

### „Herausforderung Demenz“<sup>8</sup> - Problemdarstellung

Nicht alle Kliniken sind sich der Verantwortung und Aufgaben bewusst, die angesichts dieser Entwicklungen auf die medizinische und vor allem pflegerische Versorgung zu kommen. Die Strukturen und Handlungsabläufe in einer Akutklinik sind unzureichend auf diese Patientengruppe eingestellt. Dadurch können Unsicherheiten und Ängste im Umgang mit ihnen bestehen. Dass ein Krankenhaus eine denkbar ungünstige Institution für einen Menschen mit Demenz ist, dafür sorgte vor allem die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) im Jahre 2004. Diese führte zu einer zunehmenden Straffung der Arbeitsabläufe und bedingt dadurch allgemeine Hektik, klar strukturierte Tagesabläufe und keine personelle Kontinuität. Somit besteht ein „...völlige(r) Gegensatz zu den Anforderungen an die fachgerechte Versorgung demenziell Erkrankter.“<sup>9</sup> Der Aufenthalt im Krankenhaus verstärkt oft die Symptome der Patienten, stellt für sie eine Krise dar und kann zu einer dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen.<sup>10</sup> Neben diesen strukturellen und personellen Herausforderungen, bringen auch die demenzkranken PatientInnen erhebliche Risiken mit, die den Aufenthalt im Krankenhaus erschweren. So haben sie ein deutlich erhöhtes Unfall- (z.B. Stürze) und Fehlbehandlungsrisiko (z.B. durch Verständigungs- und Kommunikationsschwierigkeiten). Weiterhin weisen Menschen mit Demenz viel-

<sup>5</sup> nach Angerhausen, S. (2008); S. 11 (nach *Statistisches Bundesamt* 2008).

<sup>6</sup> Vgl. Angerhausen, S. (2008); S. 11 (nach *Arolt* 1997).

<sup>7</sup> Vgl. [www.blickwechselfdemenz.de/content/e2615/](http://www.blickwechselfdemenz.de/content/e2615/)

<sup>8</sup> Waselewski, M. (2002); Buchtitel.

<sup>9</sup> Wingenfeld, K. (2009), S. 217.

<sup>10</sup> Vgl. Kirchen-Peters, S. (2005); S. 12.

fältige Sekundärerkrankungen auf (z.B. Mangelernährung), die die Prognose deutlich verschlechtern können. Außerdem ist das Risiko für Komplikationen bei den Betroffenen erhöht, wenn sie zum Beispiel die Behandlung verweigern oder es zu Delirien<sup>11</sup> kommt. Ansonsten bestehen Hinlauf-Tendenzen, die Gefahr von Drehtüreffekten<sup>12</sup> und insgesamt einer längeren stationären Verweildauer.<sup>13</sup> Diese bestehenden Risiken machen Demenzkranke zu einer sehr vulnerablen Patientengruppe, die einer besonderen Betreuung und Versorgung bedürfen. Einige akutstationäre Einrichtungen haben sich der Herausforderung angenommen, ihre Strukturen, Abläufe und Handlungskonzepte auf diese Bedürfnisse auszurichten. Solch konstruktive Ansätze machen es möglich, den Menschen mit Demenz gerecht zu werden und den Aufenthalt im Krankenhaus für den Patienten, seine Angehörigen und die Pflegekräfte sowie behandelnden Ärzte so angenehm wie möglich zu gestalten.

---

<sup>11</sup> Delir: rückbildungsfähiges akutes Psychosyndrom mit zeitlicher und örtlicher Desorientiertheit, Verwirrtheit, Halluzinationen, ängstlicher Erregung und motorischer Unruhe (nach *Springer Klinisches Wörterbuch 2007*).

<sup>12</sup> Drehtüreffekt: Wiedereinweisung mit der gleichen Diagnose

<sup>13</sup> Vgl. Angerhausen, S. (2008); S. 5.

*„Wie weh das tut, Du glaubst es nicht. Geradezu wütend macht es mich, darum schimpfe ich. Und habe ich nicht allen Grund dazu? Merke ich doch, wie ich allmählich alles verliere, was ich je gewesen bin. Doch meine Gefühle, Tochter, die bleiben! Freudige Erinnerungen, manchmal Schmerz, Trauer, Scham, Schuld oder hilfloser Zorn. Nur durch meine Gefühlsäußerungen kann ich dir mitteilen, dass mich etwas bewegt. Und diese Gefühle sind echt, verstellen kann ich mich nicht mehr.“<sup>14</sup>*

## **2. Das Krankheitsbild Demenz**

„Der Geist ist weg“ lautet die wörtliche Übersetzung der „Demenz“ - sie beschreibt das Hauptmerkmal dieser Erkrankung: der Verlust der geistigen Fähigkeiten, der auf Veränderungen des Gehirns beruht und zu schweren Beeinträchtigungen führt.<sup>15</sup> Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im Jahre 1986 den Demenzbegriff wie folgt definiert: „Demenz ist eine erworbene globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktionen einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, sensomotorische und soziale Fertigkeit der Sprache und Kommunikation, sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen, ohne Bewusstseinsstörungen.“<sup>16</sup> Ähnlich ist die Begriffsbestimmung nach ICD-10: „Demenz (...) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt.“<sup>17</sup> Diese zwei Definitionen geben nur einen kleinen Überblick über die in der Wissenschaft und Literatur vorherrschenden. Generell besteht Übereinstimmung darin, dass der Begriff „Demenz“ sich auf den gesamten Menschen und nicht nur auf das Gehirn bezieht.<sup>18</sup> Bestimmte Merkmale lassen eine Demenz erkennen: Der deutlichste Hinweis besteht darin, „...dass die kognitive Leistung eines Individuums von einem früheren Niveau aus be-

---

<sup>14</sup> Flemming, D. (2003), S. 36.

<sup>15</sup> Vgl. Waselewski, M. (2002), S.27.

<sup>16</sup> Waselewski, M. (2002), S. 27f.

<sup>17</sup> König, J., Zemlin, C. (2008), S. 10 (nach [www.dimdi.de/static/de/klasse/diagnosen/icd10/html/mgm2008/fr-icd.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klasse/diagnosen/icd10/html/mgm2008/fr-icd.htm)).

<sup>18</sup> Vgl. Kidwood, T. (2005), S. 42 (nach Hart und Semple, 1990).

trachtet, gesunken ist.“<sup>19</sup> Kidwood spricht von einer Faustregel, nach der die Person ein nachlassendes Gedächtnis und wenigstens die Verschlechterung eines der kognitiven Hauptfunktionen wie z.B. des Verstehens oder des Denkens zeigt.<sup>20</sup> Somit kann die Diagnose der Demenz nicht bestätigt werden, wenn das Bewusstsein der betroffenen Person eingeschränkt ist. Ein Mensch, der an der Krankheit Demenz leidet, ist „von zwei parallel verlaufenden Arten von Veränderung betroffen“<sup>21</sup>: zum einen bauen die geistigen Fähigkeiten schrittweise ab; zum anderen zeigen sich Abweichungen im sozialen Bereich - Beziehungen, Kommunikation und Interaktionen verändern sich.

*„George, der extrem höflich und freundlich zu sein pflegte, zeigt bisweilen erhebliche Verwirrtheit und sagt gelegentlich Dinge, die seine früheren Freunde als beleidigend empfinden. Manche von Ihnen wissen nicht, wie sie mit Georges scheinbarer Grobheit und Unberechenbarkeit umgehen sollen und verhalten sich daher ihm gegenüber anders. Er wiederum muss nun Wege finden, um mit ihrem veränderten Verhalten zurechtzukommen.“<sup>22</sup>*

Generell kann der Begriff *Demenz* als Oberbegriff verstanden werden, der sich nach verschiedenen Arten, Ausprägungen und Formen charakterisiert: man unterscheidet zunächst *primäre Demenzen*, also Beeinträchtigungen, die in direktem Zusammenhang mit einer Schädigung des Hirngewebes stehen, und *sekundäre Demenzen*, die mit anderen pathologischen oder physiologischen Störungen einhergehen. Außerdem differenziert man zwischen einer *leichten* (wenn die Person noch die Fähigkeit besitzt, sich allein zu versorgen), einer *mittleren* (es wird bereits Hilfe benötigt, um den Lebensalltag zu bewältigen) und einer *schweren Demenz* (Hilfe und Unterstützung sind dauerhaft nötig) unterschieden.<sup>23</sup> Die wichtigste Unterteilung der Demenz allerdings erfolgt nach ihrer Pathologie. Dabei gibt es drei anerkannte Hauptkategorien: der Alzheimer-Typ, die vaskuläre Demenz und der gemischte Typ. Diese werden in den folgenden Kapiteln näher erläutert.

---

<sup>19</sup> Kidwood, T. (2005), S. 42.

<sup>20</sup> Vgl. Kidwood, T. (2005), S. 42.

<sup>21</sup> Kidwood, T. (2005), S. 41.

<sup>22</sup> Kidwood, T. (2005), S. 41.

<sup>23</sup> Vgl. Kidwood, T. (2005), S. 42f.

## 2.1 Die Alzheimer-Demenz

### *Pathologie*

Die Alzheimer-Demenz, auch Morbus Alzheimer genannt, ist die bekannteste und häufigste Form der Demenz-Erkrankungen. Sie wurde 1906 erstmals von dem Nervenarzt Alois Alzheimer beschrieben.<sup>24</sup> Die Alzheimer-Krankheit zeichnet sich durch einen langsam fortschreitenden Verlust von Nervenzellen und Nervenzellkontakten aus. Dies geschieht vor allem in Hirnabschnitten, die für das Gedächtnis, die Orientierungsfähigkeit und die Sprache verantwortlich sind. Diese Abbauprozesse beginnen schon viele Jahre bevor die ersten Symptome auftreten.<sup>25</sup> Die Demenz vom Alzheimer-Typus zeichnet sich durch drei Hauptmerkmale aus:

- \* Es kommt zu einem allgemeinen Verlust an Neuronen (Nervenzellen); dieser ist stärker als beim normalen Alterungsprozess; das Gehirn schrumpft stärker, als altersbedingt üblich.
- \* Im Inneren der Nervenzellen entstehen grobe, pathologische Strukturen, die Neurofibrillenbündel.
- \* Es gibt gewisse Anzeichen, dass Zellstrukturen zerstört werden. Das abgestorbene Zellmaterial lagert sich dann auf der Oberfläche der Neuronen ab. Diese Ablagerungen werden als Plaques bezeichnet und gelten als das pathologische Leitsymptom des Alzheimer-Typus.<sup>26</sup>

### *Risikofaktoren*

Das Risiko, an dieser Form der Demenz zu erkranken, hängt vom hohen Lebensalter, dem sichersten Risikofaktor, und der Familienanamnese ab.<sup>27</sup> Die Gefahr zu erkranken liegt bei Verwandtschaft in gerader Linie (Eltern, Geschwister) mindestens um das Dreifache höher.<sup>28</sup> Oft werden genetische Faktoren jedoch nur als krankheitsbegünstigend und nicht als ursächlich be-

---

<sup>24</sup> Vgl. Bowlby Sifton, C. (2011); S. 121.

<sup>25</sup> Vgl. Kurz, A. (2011); S. 6.

<sup>26</sup> Vgl. Bowlby Sifton, C. (2011); S. 123.

<sup>27</sup> Vgl. Stoppe, G. (2007), S. 17.

<sup>28</sup> Vgl. Stoppe, G. (2007), S. 17 (nach Lautenschlager et al., 1996).

schrieben. Auch Faktoren wie Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte und Diabetes mellitus erhöhen das Risiko einer Demenz vom Alzheimer-Typ.<sup>29</sup>

### *Klinik und Verlauf*

Im Verlauf der Krankheit werden unterschiedliche Hirnregionen geschädigt, weshalb es zu verschiedenen Symptomen im frühen, mittleren und fortgeschrittenen Stadium kommt.<sup>30</sup> Zunächst verursacht der Nervenzelluntergang viele Jahre lang keine Krankheitssymptome. Später verläuft diese Form der Demenz schleichend und allmählich. Bevor die drei Stadien der Demenz einsetzen, wird immer häufiger eine Vorstufe diskutiert: die *leichte kognitive Störung*. Hier werden Gedächtnisstörungen und Fehler in der Informationsverarbeitung auffällig. In dieser Zeit verfügen die meisten PatientInnen noch über eine Krankheitseinsicht und ihre Entscheidungsfähigkeit bei Rechtsgeschäften ist nicht eingeschränkt. Auch ist ihre Funktionsfähigkeit im Alltag noch sehr gut erhalten; Schwierigkeiten treten meist bei komplizierten Tätigkeiten auf. Der Übergang zur Demenz ist fließend, man kann die Schwelle durch Probleme bei einfachen Tätigkeiten des Alltagslebens erkennen.<sup>31</sup> Im *frühen Stadium* der Demenz stehen dann vor allem Störungen der Gedächtnisfunktion im Vordergrund. Diese zeichnen sich durch einen Verlust der Fähigkeit neue Informationen zu speichern und abzurufen aus. Die Betroffenen können sich den Inhalt aus Gesprächen und Fernsehmitteilungen nicht mehr merken, sie finden bestimmte Gegenstände nicht mehr wieder und vergessen Verabredungen.<sup>32</sup> In diesem Stadium der Erkrankung ist die Fähigkeit, Urteile zu fällen und Probleme zu lösen nur teilweise eingeschränkt. Die PatientInnen sollten deshalb an Entscheidungen bezüglich ihrer Behandlung etc. teilhaben und mitentscheiden dürfen. In dieser Zeit wird den Betroffenen das Nachlassen ihrer Fähigkeiten bewusst. Sie sind verunsichert, traurig und beschämt.<sup>33</sup> Daher kann es schon recht früh zu einem sozialen Rückzug, Initiativlosigkeit und depressiven Verstimmungen kommen.<sup>34</sup> Im Stadium der *mittelschweren Demenz* lassen die Einschränkungen von Gedächtnis, Denkvermögen und

---

<sup>29</sup> Vgl. Stoppe, G. (2007), S. 17.

<sup>30</sup> Vgl. Kurz, A. (2011); S. 9.

<sup>31</sup> Vgl. Kurz, A. (2011); S. 9.

<sup>32</sup> Vgl. Kurz, A. (2011); S. 10.

<sup>33</sup> Vgl. Kurz, A. (2011); S. 10.

<sup>34</sup> Vgl. Stoppe, G. (2007), S. 36.

Orientierung kaum noch ein selbstständiges Leben zu. Die Betroffenen brauchen bei den einfachsten Aufgaben des täglichen Lebens wie Einkaufen, Zubereiten von Mahlzeiten und dem Aufsuchen der Toilette Unterstützung.<sup>35</sup> Die Orientierungsfähigkeit ist so beeinträchtigt, dass sie die Tageszeit und das Datum durcheinander bringen, sich außer Haus verlaufen oder in der Wohnung die einzelnen Zimmer nicht mehr wieder finden. Auch die Sprache ist beeinträchtigt: sie wird weniger fließend und es kommt zu Benennungsfehlern oder -schwierigkeiten; auch nimmt der Informationsgehalt und die Präzision von Antworten ab.<sup>36</sup> Das Langzeitgedächtnis ist besonders betroffen: die Erinnerungen an lang zurückliegende Ereignisse verblassen zunehmend. Die Erkrankten können sich nicht mehr erinnern, wen sie geheiratet haben, wie ihre Kinder heißen oder wie alt sie sind.

*„Ich habe vergessen, welche Personen mein Leben geprägt haben, wen ich geliebt und wen ich gehasst habe. Ich habe Mutter, Vater und selbst meine eigenen Kinder vergessen. Habe ich an Gott geglaubt? Welchen Idealen habe ich nachgeeifert und mit welchen Vorsätzen habe ich meine Kinder erzogen? Welche Ziele habe ich in meinem Leben verfolgt und welche habe ich tatsächlich erreicht?“<sup>37</sup>*

Weiterhin kommt es in diesem Krankheitsstadium zu Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressionen, gereizte Stimmung oder eine ausgeprägte Unruhe. Es werden Misstrauen, Ängste und wahnhaftige Vorstellungen beschrieben: die Betroffenen glauben, bestohlen, betrogen und auch abgeschoben worden zu sein.<sup>38</sup> Gegen Ende des mittelschweren Stadiums treten Kontinenzprobleme und eine Beeinträchtigung des Tag-Nacht-Rhythmus auf.<sup>39</sup>

*„Liebe Tochter,  
warum stehst du so zornig vor mir und zerrst an mir herum? Lass mich doch bitte, ich brauche keinen Schlaf. Nicht jetzt, denn mir ist es gleich, ob es Tag ist oder Nacht. Was spielt das denn für eine Rolle in meinem Leben, in dem*

---

<sup>35</sup> Vgl. Kurz, A. (2011); S. 11.

<sup>36</sup> Vgl. Stoppe, G. (2007), S. 37.

<sup>37</sup> Flemming, D. (2003), S. 46f.

<sup>38</sup> Vgl. Kurz, A. (2011); S. 11f.

<sup>39</sup> Vgl. Stoppe, G. (2007); S. 38.

*das Heute nicht allzu viel zählt. (...) Und laufen, Tochter, laufen muss ich einfach, ob Tag, ob Nacht, denn mir ist es gleich, ob es Tag oder Nacht ist.*<sup>40</sup>

Das Stadium der *schweren Demenz* ist durch einen hochgradigen geistigen Abbau gekennzeichnet. Die Sprache der Betroffenen ist auf nur noch wenige Wörter beschränkt oder verstummt ganz. Sie sind bei allen Tätigkeiten des Alltags auf Hilfe angewiesen. Die Kontrolle über Blase, Darm und die Körperhaltung gehen vollends verloren. In dieser Zeit können Komplikationen wie Schluckstörungen, versteifte Gliedmaßen oder Krampfanfälle auftreten. Außerdem steigt die Anfälligkeit für Infektionen. Ein Betroffener stirbt nicht an der Alzheimer-Krankheit selbst, sondern an den auftretenden Begleiterkrankungen und Komplikationen.<sup>41</sup>

## 2.2 Die vaskuläre Demenz

### *Pathologie*

Diese Form der Demenz umfasst alle Zustände, die im Zusammenhang mit einer zerebrovaskulären<sup>42</sup> Krankheit stehen und somit durch eine verringerte Blutzufuhr im Bereich des Gehirns entstehen. Durch Ablagerungen in den hirnversorgenden Gefäßen durch Amyloid<sup>43</sup> kann es in diesen zu einem Verschluss kommen.<sup>44</sup> Dies führt einerseits zu kleineren Infarkten, andererseits zur Auflösung von Nervenfasern und deren Umhüllungen.<sup>45</sup> Je nach Lokalisation des Verschlusses sind unterschiedliche Hirnregionen betroffen und lassen verschiedene Formen der vaskulären Demenz entstehen. Die häufigste Form ist die Schädigung der grauen Hirnsubstanz. Meist kommt es durch den Verschluss und den damit verbundenen Sauerstoff- und Nährstoffmangel zu einer Gefäßpathologie, die ähnlich wie beim Alzheimer-Typ zu einer

---

<sup>40</sup> Flemming, D. (2003); S. 25.

<sup>41</sup> Vgl. Kurz, A. (2011); S. 12.

<sup>42</sup> zerebrovaskulär: die Hirngefäße betreffend (nach *Springer Klinisches Wörterbuch 2007*).

<sup>43</sup> Amyloid: Bezeichnung für eine Gruppe von degenerativ veränderten Proteinen (nach *Springer Klinisches Wörterbuch 2007*).

<sup>44</sup> Vgl. Kidwood, T. (2005); S. 45.

<sup>45</sup> Vgl. Kurz, A. (2011); S. 13.



Gehirnatrophie<sup>46</sup> führt. Man spricht auch von einer Multiinfarkt-Demenz, wenn sie durch viele kleinere Hirninfarkte entstanden ist.<sup>47</sup>

### *Risikofaktoren*

Als bestätigt gelten die vaskulären Risikofaktoren, wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Rauchen, Herzerkrankungen und ein hoher gesättigter Fettanteil in der Nahrung. Auch das höhere Lebensalter lässt das Risiko für diesen Demenztyp steigen.<sup>48</sup>

### *Klinik und Verlauf*

Typisch für diese Form sind ein plötzlicher Beginn und eine schrittweise Verschlechterung mit fluktuierendem Verlauf. Es treten neurologische Herdzeichen und -symptome auf, dies können beispielsweise Paresen<sup>49</sup> einer Extremität oder Sehstörungen sein. Wie beim Alzheimer-Typ kommt es zu Gedächtnis- und Sprachstörungen, Persönlichkeitsveränderungen und in der Folge zu Alltagsschwierigkeiten.<sup>50</sup>

## 2.3 Der gemischte Typ

### *Pathologie*

In den 60er Jahren wurde durch neuropathologische Untersuchungen erkannt, dass die Gehirne mancher Verstorbener, die an einer Demenz litten, sowohl Zeichen des Alzheimer-Typs als auch pathologische Befunde der Gefäße aufwiesen. Im Nachhinein war es jedoch schwierig zu filtern, welcher Typus zum Versagen der Hirnfunktionen geführt hat. Man spricht demnach von einer Demenz des gemischten Typs, wenn neurodegenerative (Alzheimer-Krankheit) und vaskuläre Schädigungen als gemeinsame Ursache vorliegen.<sup>51</sup>

---

<sup>46</sup> Atrophie: Gewebs- oder Organschwund, Rückbildung, Verkümmern (nach *Springer Klinisches Wörterbuch 2007*).

<sup>47</sup> Vgl. Kidwood, T. (2005), S. 45.

<sup>48</sup> Vgl. Stoppe, G. (2007), S. 20.

<sup>49</sup> Parese: leichte oder unvollständige Lähmung; motorische Schwäche (nach *Springer Klinisches Wörterbuch 2007*).

<sup>50</sup> Vgl. Stoppe, G. (2007), S. 40.

<sup>51</sup> Vgl. Kidwood, T. (2005); S. 45f.

*„Oder wie geht es Ihnen, wenn Ihr verwirrter Patient zum hundertsten Mal das Frühstücksbrot auf dem Boden zerkrümelt, um die Hühner zu füttern? Möchten Sie da nicht die Geduld verlieren? Wer hilft Ihnen in Ihrer Mutlosigkeit, Verzweiflung und Ungeduld, die Sie trotz gegenteiliger Vorsätze doch hin und wieder packen bei der Pflege (...)? (...) Und wer schließlich hilft Ihnen zu verstehen, was da in Ihrem (...) Patienten vorgeht?“<sup>52</sup>*

### **3. Menschen mit Demenz in der akutstationären Versorgung**

In der Literatur wird der Umstand diskutiert, dass die Quote der demenzkranken PatientInnen, die wegen akuter gesundheitlicher Probleme in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen, stärker steigt, als der Anteil der Demenzkranken in der gesamten Bevölkerung.<sup>53</sup> Damit wird das Ausmaß dieser Herausforderung für die akutstationären Institutionen deutlich. Klaus Großjohann, Geschäftsführer des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe (KDA), behauptet: „Die meisten Krankenhäuser in Deutschland sind nicht ausreichend auf die steigende Zahl der Menschen mit Demenz und somit auf die Bedürfnisse dieser besonders verletzlichen Patientengruppe eingestellt.“<sup>54</sup>

#### **3.1 Allgemeine Erläuterungen**

Die Krankenhausversorgung in der Diskussion um Menschen mit Demenz wurde bislang sowohl in der Gesellschaft, als auch im institutionellen Fach- und Expertenkreis nur wenig thematisiert. Dementsprechend fehlen systematische Ansätze, die auf die Bedürfnisse der demenziell erkrankten PatientInnen zugeschnitten sind. Akutstationäre Einrichtungen sind mit ihren Abläufen und Umgebungsbedingungen kaum auf die Erfordernisse der von Demenz Betroffenen eingestellt und lassen nach der KDA-Expertin und Psychologin Christine Sowinski den Aufenthalt schnell zu einem „Horrortrip“ werden: „Ihre Orientierungsschwierigkeiten können sich so sehr verstärken, dass sich die Symptome einer bisher vielleicht unerkannten Demenz womöglich erstmals

---

<sup>52</sup> Flemming, D. (2003); S. 9.

<sup>53</sup> Vgl. Angerhausen, S. (2008); S. 5.

<sup>54</sup> [www.innovations-report.de/html/berichte/medizin\\_gesundheit/bericht-81253.html](http://www.innovations-report.de/html/berichte/medizin_gesundheit/bericht-81253.html)

zeigen oder gar verschlimmern.<sup>55</sup> Jan Wojnar hat mehrere Faktoren beschrieben, die das Krankenhaus zu einer besonders ungünstigen Institution werden lassen:

- \* „eine unbekannte, unüberschaubare Umgebung,
- \* eingeschränkte Bewegungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten,
- \* veränderte Tagesabläufe,
- \* veränderte Umgangsformen,
- \* eine andere Form der Betreuung,
- \* beängstigende Handlungen,
- \* das Fehlen vertrauter Personen,
- \* allgemeine Hektik, chaotische Geräuschkulisse, schlechte Beleuchtung“<sup>56</sup>

„Die Ergebnisse vieler empirischer Studien zeigen, dass es während des Krankenhausaufenthaltes Demenzkranker vielfach zu einem weiteren Verlust der Selbstständigkeit, zur Verschlechterung des kognitiven Status und zu einem vermehrten Auftreten problematischer Verhaltensweisen kommt.“<sup>57</sup> Diese werden oft als *herausforderndes Verhalten* beschrieben und wirken sich sowohl störend auf andere PatientInnen, als auch auf die Ablauforganisation an sich aus.<sup>58</sup> Unter herausforderndem Verhalten kann man Handlungsweisen der Menschen mit Demenz verstehen, die sich im Zuge des Krankheitsverlaufes so verändert haben, dass sie als belastend und störend empfunden werden.<sup>59</sup> Dieser Begriff findet in der Literatur viele Bezeichnungen und man kann unterschiedliche Verhaltensformen zusammenfassen, die diesen prägen:

---

<sup>55</sup> [www.innovations-report.de/html/berichte/medizin\\_gesundheit/bericht-81253.html](http://www.innovations-report.de/html/berichte/medizin_gesundheit/bericht-81253.html)

<sup>56</sup> Kirchen-Peters, S. (2005); S. 12 (nach *Wojnar, J. 2003*).

<sup>57</sup> Kleina, T.; Wingenfeld, K. (2007); S. 6 (nach *Wingenfeld 2005*).

<sup>58</sup> Vgl. Wingenfeld, K. (2009); S. 217.

<sup>59</sup> Vgl. Halek, M., Bartholomeyczik, S. (2006); S. 7.

- \* *Agitation*: „... wird als unangemessene verbale, vokale oder motorische Aktivität definiert, die aus den Bedürfnissen oder der Verwirrtheit von Betroffenen resultiert.“<sup>60</sup>
- \* *Herumgehen, Herumlaufen, Wandern*: Für dieses Verhalten existiert keine eindeutige Definition; wird häufig als ziellos beschrieben und ist besonders schwierig zu handhaben, wenn es mit einer Hinlauftendenz verbunden ist.<sup>61</sup>
- \* *Aggressivität*: Ist ein häufiges Symptom der Demenz; kann so wohl körperlich, verbal, als auch sexuell ausgedrückt werden, wobei die verbale Aggression am häufigsten auftritt. Sie ist im Gegensatz zur Agitation zielgerichtet und gewaltvoll.<sup>62</sup>
- \* *Vokale Störungen*: Diese Verhaltensform zählt neben der körperlichen Aggressivität zu den größten Belastungen für das Pflegepersonal.<sup>63</sup> Sie „... umfassen extrem laute und/oder wiederholte verbale Äußerungen (Schreien, lautes Rufen)...“.<sup>64</sup> Es kann eine weitere Kategorisierung nach „... anhaltendem Schreien, wiederholten Vokalisierungen, kontinuierlichem Gequassel, Gemurmeln, Singen, Brummen (und) Fluchen, Grunzen, bizarren Geräuschen“<sup>65</sup> vorgenommen werden.
- \* *Passivität, Apathie*: diese Form des herausfordernden Verhaltens tritt täglich auf und wird als resistent gegenüber Interventionen beschrieben; gleichzeitig wird es von Pflegenden als wenig belastend oder störend empfunden.<sup>66</sup>

Diese Verhaltensweisen führen zu einer starken Belastung nicht nur der Betroffenen selbst, sondern auch des Krankenhauspersonals.

Seit dem Jahre 2004 erfolgt die Krankenhausabrechnung nicht mehr über Tagessätze, sondern über diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG = Diagnosis Related Groups). Diese Form setzt neue Anreize hinsichtlich der Ö-

<sup>60</sup> Halek, M., Bartholomeyczik, S. (2006); S. 31.

<sup>61</sup> Vgl. Halek, M., Bartholomeyczik, S. (2006); S. 33 (nach Matteson et al. zit. n. Lai et al. 2003).

<sup>62</sup> Vgl. Halek, M., Bartholomeyczik, S. (2006); S. 38f.

<sup>63</sup> Vgl. Halek, M., Bartholomeyczik, S. (2006); S. 39f. (nach Lind, 2000)

<sup>64</sup> Halek, M., Bartholomeyczik, S. (2006); S. 40.

<sup>65</sup> Halek, M., Bartholomeyczik, S. (2006), S. 40f. (nach Nagaratnam et al., 2003)

<sup>66</sup> Vgl. Halek, M., Bartholomeyczik, S. (2006); S. 42.

konomie: wenn eine Behandlung wirtschaftlicher erfolgt, als eingangs bei der Kalkulation nach der DRG-Fallpauschale berechnet, erzielt das Krankenhaus Gewinne.<sup>67</sup> Die Einführung des DRG-Systems hat auch unmittelbare Auswirkungen auf die Versorgung von Menschen mit Demenz. So besteht durch die Einteilung in Haupt- und Nebendiagnosen die Gefahr, dass Nebenerkrankungen weniger ernst genommen werden.<sup>68</sup> In den meisten Fällen spielt die Demenz bei der stationären Aufnahme neben der akuten gesundheitlichen Beeinträchtigung nur eine untergeordnete, nebensächliche Rolle. Und das, obwohl diese Nebendiagnose den Klinikalltag erheblich beeinflusst. Weiterhin ist in dem neuen Abrechnungssystem keine „...Zeit für eine nicht-funktionale (zwischenmenschliche) Kommunikation (...) vorgesehen.“<sup>69</sup> Dies steht in völligem Widerspruch zu den Anforderungen an eine *demenzsensible Pflege*, welche Zeit, Geduld und besondere Kenntnisse im Umgang und in der Kommunikation erfordert. Doch zunehmend beklagen mehr Pflegekräfte und auch Ärzte, dass sie immer weniger zeitliche Ressourcen haben, um gezielt auf die Erfordernisse der PatientInnen einzugehen. Als Gründe werden eine enge Personaldecke, die Belastung durch administrative Tätigkeiten und die Verkürzung der Verweildauer genannt.<sup>70</sup> Die Versorgung demenziell Erkrankter erfordert aber Flexibilität bei der Gestaltung von Abläufen und Zeit für die individuelle Unterstützung. Gerade Pflegekräfte wissen um die Bedeutung von dauerhaften zwischenmenschlichen Kontakten, Geduld und Ruhe in der Pflege und Versorgung von Demenzkranken, dennoch können sie diesen Ansprüchen nur selten gerecht werden. „Das DRG-System setzt letztlich einen anpassungsfähigen Patienten voraus, während demenziell Erkrankte mehr als andere Patienten umgekehrt auf eine flexible Anpassung der Versorgung an ihre individuellen Bedürfnisse angewiesen sind.“<sup>71</sup> Pflegedienste und Altenpflegeheime haben die Problematik längst erkannt und haben Konzepte und Handlungsrichtlinien entwickelt, um eine qualitativ hochwertige Pflege für Menschen mit Demenz zu gewährleisten. Diese „... Betreuung- und Beschäftigungsangebote, wie sie sich im Heimsektor finden, sind in Krankenhäusern unüblich, wengleich sie durchaus geeignete Maßnahmen

---

<sup>67</sup> Vgl. [www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=53507](http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=53507)

<sup>68</sup> Vgl. [www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=53507](http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=53507)

<sup>69</sup> [www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=53507](http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=53507)

<sup>70</sup> Vgl. [www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=53507](http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=53507)

<sup>71</sup> Wingenfeld, K. (2009); S. 217.

darstellen, um das Wohlbefinden der Betroffenen zu erhöhen und Verhaltensauffälligkeiten vorzubeugen.<sup>72</sup>

### 3.2 Einblick in den Pflegealltag - Ergebnisse einer Gruppendiskussion mit Pflegekräften

Zur Einstimmung auf die Problematiken im Umgang mit Menschen mit Demenz im Klinikalltag führte die Verfasserin eine Gruppendiskussion mit drei Pflegekräften einer geriatrischen Station durch. Diese sollte Aufschluss darüber geben, ob in der Praxis ähnliche Phänomene in der Versorgung von Demenzkranken beschrieben werden wie in der gesichteten Literatur. Die Gruppendiskussion wurde anhand der wissenschaftlichen Vorgaben nach Loos und Schäffer durchgeführt. Es erfolgte keine vollständige Transkription und keine Diskursanalyse mit verschiedenen Interpretationsansätzen<sup>73</sup>, da die erhobenen Daten lediglich zur Einstimmung auf das Thema dienen sollten und um gewisse Fragen im Vorfeld zu klären, unter anderem, ob Ängste im Umgang mit PatientInnen mit Demenz bestehen. Eine Diskussion in der Gruppe erschien angebracht, um gemeinsame Erinnerungen an Pflegesituationen und eventuell unterschiedliche Ansichten zu diesen geschildert zu bekommen. Es sollte in einer gemeinsamen Runde eine „natürliche Kommunikationssituation“<sup>74</sup> entstehen. Die Diskussion wurde durch einen „Grundreiz“<sup>75</sup>, einen selbst formulierten Artikel eingeleitet (siehe Anlage 1). Erwartungsgemäß decken sich die grundlegendsten Erfahrungen und Beschreibungen der Pflegekräfte mit denen der Literatur.

Die speziellen Pflegeprobleme in der Versorgung von PatientInnen mit Demenz beginnen, wie im Kapitel 3.1 bereits kurz aufgezeigt wurde, schon mit der Aufnahme in die akutstationäre Einrichtung. Die Informationen, die den Klinikmitarbeitern zu diesem Zeitpunkt zur Verfügung stehen, konzentrieren sich meist auf das akute gesundheitliche Problem. Auf die Nebendiagnose Demenz wird meist nur mit einem kurzen Vermerk verwiesen oder es fehlt

---

<sup>72</sup> [www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip\\_2011\\_Abschlussbericht-Doppelt-hilft-besser.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_2011_Abschlussbericht-Doppelt-hilft-besser.pdf) ; S. 15.

<sup>73</sup> Vgl. Loos, P.; Schäffer, B. (2001); S. 59ff.

<sup>74</sup> Loos, P.; Schäffer, B. (2001); S. 51.

<sup>75</sup> Loos, P.; Schäffer, B. (2001); S. 51.

jeglicher Hinweis.<sup>76</sup> Kognitive Einbußen und ein somit bestehender Handlungsbedarf werden somit oft zu spät wahrgenommen, insbesondere wenn die PatientInnen noch in der Lage sind, ihren Zustand anfangs zu verschleiern: „fünf, sechs Stunden später kriegt man erst raus, dass der Patient richtig dement ist“<sup>77</sup>, „weil sie das dann gut überspielen zum Anfang“<sup>78</sup>. Dieses Informationsdefizit zu Beginn des Klinikaufenthaltes birgt Gefahren für den Betroffenen: die Pflegekräfte stellen sich nicht auf die bestehenden Defizite ein und es kann zu Fehlern im Umgang und in der Behandlung kommen.

Im Kapitel 3.1 wurden die Faktoren aufgezeigt, die ein Krankenhaus zu einem denkbar ungünstigen Ort für demente Menschen werden lassen. So verstärken etwa die ungewohnte Umgebung und fremde Personen die psychischen Probleme und lassen herausforderndes Verhalten stärker zu Tage treten. Auch die Pflegekräfte in der Gruppendiskussion sprechen von einer „Zumutung“ für „normale Patienten“<sup>79</sup> und dass sie nur sagen können „sie sind im Krankenhaus - auch wenn das kein großer Trost ist“<sup>80</sup>. Diese Veränderungen des Verhaltens stellen eine große Herausforderung für alle an der Behandlung im Krankenhaus Beteiligten dar. Man sollte es letztlich als ein Zeichen des Betroffenen sehen, den eigenen Leidensdruck auszudrücken. Dies führt oft dazu, dass ihnen mit Abneigung und Unverständnis begegnet wird, was wiederum eine Verstärkung ihrer Handlungsweisen bedingt. Die Belastung des Pflegepersonals wird außerdem dadurch erhöht, dass das herausfordernde Verhalten nur schwer vorhersehbar ist; sie fühlen sich oft hilflos und sehen kaum Ansatzpunkte darauf einzuwirken. Es erfordert einen flexiblen, kreativen und somit zeitaufwändigen Umgang mit den Betroffenen.<sup>81</sup> Auch in der Gruppendiskussion wurde beschrieben, dass das Verhalten „eher in die aggressive Richtung“<sup>82</sup> geht, besonders, „wenn’s schnell gehen soll“ und es sehr „hektisch“<sup>83</sup> wird. Dennoch kann man „nicht alle über einen Kamm scheren, aggressiv sind nicht alle“<sup>84</sup>.

---

<sup>76</sup> Vgl. Wingenfeld, K. (2009); S. 217.

<sup>77</sup> Anlage 2; S. 2 Z. 92-96.

<sup>78</sup> Anlage 2; S. 2 Z. 99.

<sup>79</sup> Anlage 2; S. 2 Z. 85-86.

<sup>80</sup> Anlage 2; S. 2 Z. 89-90.

<sup>81</sup> Vgl. Halek, M., Bartholomeyczik, S. (2006); S. 9.

<sup>82</sup> Anlage 2; S. 7 Z. 345.

<sup>83</sup> Anlage 2; S. 8 Z. 360; 367.

<sup>84</sup> Anlage 2; S. 7 Z. 356-357.

Weiterhin kann es zu einem pflegerischen Mehraufwand kommen, wenn sich PatientInnen in der für sie ungewohnten Umgebung verirren und dabei sogar das Krankenhaus verlassen. Die Hinlauftendenz von Menschen mit Demenz wird häufig als Pflegeproblem auf nicht geschlossenen Stationen dargestellt, da personelle Kapazitäten nicht ausreichend vorhanden sind, um eine „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ zu gewährleisten. Die Umgebung außerhalb des Krankenhauses birgt Gefahren für den Betroffenen und das kann rechtliche Konsequenzen für die MitarbeiterInnen nach sich ziehen. Diese „Zwickmühle“, dass man PatientInnen nicht gegen ihren Willen „festhalten“ kann und gleichzeitig zu wissen, „was passiert, [...] sobald sie draußen sind“<sup>85</sup>, wurde auch von den Pflegenden in der Diskussion als Problematik dargestellt. Die Hinlauftendenz stellt gemeinsam mit der Nachtaktivität, motorischer Unruhe und mangelnder Toleranz gegenüber diagnostischen Untersuchungen, die häufigsten Ursachen für freiheitseinschränkende Maßnahmen dar. Dazu zählen Fixierungen jeder Art und der Einsatz von Psychopharmaka wie Sedativa<sup>86, 87</sup>. In der Gruppendiskussion wurde die allgemeine Haltung unter den Pflegenden deutlich, dass sie diesen Maßnahmen einerseits skeptisch gegenüberstehen und sie andererseits als unabdingbar empfinden: „Fixierungen machen wir eigentlich auch [...] gar nicht [...] höchstens wenn medizinisch wirklich wichtige Sachen durchgeführt werden müssen, wie `ne Infusion“.<sup>88</sup> „Aber zu Fixierungen gehören auch Bettgitter hinzu“. „Die haben wir dann ja schon.“ Diese werden hauptsächlich genutzt, damit die Patienten „nicht ausbüchsen können.“ „Die Zeit haben wir dann ja auch nicht, da hinterher zu laufen“.<sup>89</sup> Doch Fixierungen und Sedierungen bedeuten gerade für den Menschen mit Demenz einen weiteren Verlust seiner Selbstständigkeit und eine Verschlechterung des kognitiven Statuses.<sup>90</sup> Im Pflege-Thermometer 2009 wurden über 10.000 Pflegekräfte aus deutschen Krankenhäusern auch zu dieser Problematik befragt. 90% der Befragten konnten nicht ausschließen, dass in den letzten sieben Arbeitstagen Mängel bei der Beobachtung von verwirrten Patienten vorkamen. Weitere 80% gaben an, dass diese Ver-

---

<sup>85</sup> Anlage 2; S. 7 Z. 313-319.

<sup>86</sup> Sedativa: Mittel mit vorwiegend dämpfender Wirkung auf die Psyche; heben Spannungs-, Erregungs- und Angstzustände (nach *Springer Klinisches Wörterbuch 2007*).

<sup>87</sup> Vgl. Wingenfeld, K. (2009); S. 218.

<sup>88</sup> Anlage 2; S. 1 Z. 21-23.

<sup>89</sup> Anlage 2; S. 1 Z. 31-36.

<sup>90</sup> Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 5 (nach *Kleina, Wingenfeld, 2007*).



säumnisse in der Beobachtung zum Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen geführt haben.<sup>91</sup> Diese Ergebnisse zeigen, dass Demenzkranke besonders gefährdet sind, eine einschränkende Aktivität zu erleiden. Auch die Vergabe von Sedativa zählt zu diesen Aktivitäten, die gewählt werden, „...um die stationäre Behandlung erst möglich zu machen. Es wird medikamentös also auf ein Symptom reagiert, das durch den Krankenhausaufenthalt erst erzeugt wurde.“<sup>92</sup> In der Diskussion wurde die Gabe von Psychopharmaka relativiert: „Auf unserer Station wird es ganz, ganz wenig [angewendet], wenn es sein muss.“ „Da muss es [das Verhalten] schon aggressiv sein.“<sup>93</sup> Psychopharmaka haben erhebliche Nebenwirkungen, die oft nicht bedacht werden. Sie können bei den PatientInnen zu Abhängigkeiten oder zu einer Erhöhung der Sturzgefahr führen.<sup>94</sup>

Weitere Problematiken in der akutstationären Versorgung betreffen die Kommunikation mit Betroffenen. Menschen mit Demenz sind nur bedingt in der Lage, ihre Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen und somit können sich Pflegende nur schwer ein „...realistisches Bild der vorhandenen Ressourcen und Defizite machen...“<sup>95</sup>. Das betrifft alltägliche Befindlichkeiten und Alltagsaktivitäten, aber auch schwierige Situationen wie die Erfassung von Schmerzen. Die Kommunikation mit Dementen kann nur gelingen, wenn ein gewisses Vertrauensverhältnis besteht, das ihm Ruhe, Orientierung und Sicherheit vermittelt. Das wiederum erfordert Zeit, einen hohen personellen Aufwand und Kontinuität in der Betreuung.<sup>96</sup> Und an diesen elementaren Voraussetzungen scheitert jeder Verständigungsversuch im Krankenhaus: „Der Personalschlüssel ist dafür nicht ausgelegt“<sup>97</sup> und „weil wir die Zeit nicht haben für die Patienten“<sup>98</sup> und das, obwohl sie schon „genauer betreut“<sup>99</sup> „und schon genauer angeleitet werden [müssen].“<sup>100</sup> Die Pflegekräfte der Gruppendiskussion beschreiben die Kommunikation so, dass man „ruhig auf die

---

<sup>91</sup> Vgl. Isfort, M.; Weidner, F. et al. (2010); S. 534.

<sup>92</sup> [www.innovations-report.de/html/berichte/medizin\\_gesundheit/bericht-81253.html](http://www.innovations-report.de/html/berichte/medizin_gesundheit/bericht-81253.html)

<sup>93</sup> Anlage 2; S. 1 Z. 9-13.

<sup>94</sup> Vgl. [www.innovations-report.de/html/berichte/medizin\\_gesundheit/bericht-81253.html](http://www.innovations-report.de/html/berichte/medizin_gesundheit/bericht-81253.html)

<sup>95</sup> Wingenfeld, K. (2009); S. 218.

<sup>96</sup> Vgl. Wingenfeld, K. (2009); S. 218.

<sup>97</sup> Anlage 2; S. 2 Z. 64.

<sup>98</sup> Anlage 2; S. 9 Z. 458-459.

<sup>99</sup> Anlage 2; S. 3 Z. 114.

<sup>100</sup> Anlage 2; S. 5 Z. 210.

Patienten einreden [muss] und nicht [...] hektisch sein...“ sollte und „man muss den Patienten auch Bescheid sagen, was man gerade vorhat.“<sup>101</sup> Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Verständigung mit PatientInnen mit Demenz ist, die Information über grundlegende biographische Eckpunkte. Persönliche Gegenstände könnten vom Klinikpersonal in der Kommunikation und bei völliger Desorientierung der PatientInnen als Hilfe genutzt werden. Dabei spielen die Zusammenarbeit und der Austausch mit Angehörigen und MitarbeiterInnen der bisherigen Pflegeeinrichtung eine wichtige Rolle.<sup>102</sup> Diese Aspekte werden von den Pflegenden ebenfalls als Unterstützung in der Kommunikation empfunden: „Was so fehlt [...], sind so Begleitbriefe auch von Angehörigen oder [...] vom Heim, über, wie man mit den umgeht, was sie mögen, was sie essen mögen, was sie nicht mögen [...].“<sup>103</sup> „manchmal wäre es auch schön, so Hilfsmittel zu haben, [...] aus ihrer Zeit, [...], dass sie den Bezug noch wieder kriegen.“<sup>104</sup> Außerdem würden sie sich wünschen, „dass da auch vielleicht die Angehörigen bisschen mehr mit reinbezogen [...] werden“, da die Pflegepersonen „natürlich nicht so den Bezug“ haben wie die Verwandten.<sup>105</sup>

Als weitere Problematik haben die Pflegekräfte die fehlende Unterstützung von Seiten des ärztlichen Personals und die mangelnde Zusammenarbeit mit anderen Institutionen genannt: So „steht [die Demenz für die Ärzte] schon unten.“ „Die ist schon so nebensächlich.“ „Also für die Ärzte spielt sie in dem Sinne gar keine Rolle, es sei denn, es ist wirklich massiv irgendwas [...].“ Die Demenz „ist zwar ne Diagnose“ „aber es ist kein [...] Behandlungsziel“. „Da sind wir als Pflegepersonal dann angesprochen“, sie müssen „dann gucken, wie wir dann damit [...] klar kommen“.<sup>106</sup> „Auch die Kommunikation zwischen den Einrichtungen ist“ [...] „sehr eingeschränkt“<sup>107</sup>. Die Pflegekräfte würden

---

<sup>101</sup> Anlage 2; S. 8 Z. 366-371.

<sup>102</sup> Vgl. Wingenfeld, K. (2009); S. 218.

<sup>103</sup> Anlage 2; S. 3f. Z. 150-160.

<sup>104</sup> Anlage 2; S. 6 Z. 281-293.

<sup>105</sup> Anlage 2; S. 8f. Z. 407; 418.

<sup>106</sup> Anlage 2; S. 8 Z. 383-398.

<sup>107</sup> Anlage 2; S. 9 Z. 429-430.

sich wünschen, „dass da auch noch mal der Austausch stattfindet“, „dass wir uns auch besser drauf einstellen können.“<sup>108</sup>

Wie in den vorherigen Kapiteln schon mehrfach erwähnt wurde, wird der Krankenhausalltag durch andere Strukturen und Abläufe bestimmt, die in völligem Gegensatz zu den Bedürfnissen und Erfordernissen der Menschen mit Demenz stehen. Dieses Problem wurde auch in der Gruppenauseinandersetzung thematisiert: ein „dementer Patient hat auch ´nen ganz anderen Tagesablauf“ „und das passt bei uns ja nicht rein ne, weil bei uns ja alles strikt [ist].“ „Das macht die Sache so kompliziert, auch für uns.“<sup>109</sup> Die Pflegenden beschreiben vor allem die Zeit am Vormittag „zwischen Körperpflege und Essen“ als problematisch, weil da ein „gewisses Zeitfenster an Freizeit“ besteht „und das ist die [...] schwierige Phase, weil dann werden sie unruhig, weil sie nicht beschäftigt sind.“<sup>110</sup> Die Befragten betonten immer wieder, dass sie „eigentlich viel mehr Zeit haben“ müssten und dass die intensive und individuelle Betreuung „hier im normalen Stationsalltag einfach nicht machbar“<sup>111</sup> ist. Es wurde häufig der Wunsch nach Schulungen und Weiterbildungen im Umgang mit Menschen mit Demenz geäußert: „Da fehlen uns schon im Prinzip auch Schulungen.“<sup>112</sup> „Also man wünschte sich schon mehr Weiterbildungen in der Richtung.“<sup>113</sup> Diese Aussagen decken sich mit der Haltung in Fach- und Expertenkreisen: „Pflegekräfte in Allgemeinkrankenhäusern sehen bei sich selbst fachliche Defizite und fühlen sich häufig überfordert [...]“<sup>114</sup> Sie verlangen ebenfalls „...neuere Erkenntnisse, wie sie mit Demenzkranken umgehen können.“<sup>115</sup>

Zum Ende der Diskussion wurde ein wichtiger Aspekt von einer Pflegeperson angebracht, der auch in der Literatur mehrfach erörtert wird: es muss rechtzeitig hinterfragt werden, ob der Aufenthalt im Krankenhaus mehr Schaden als Nutzen für die PatientInnen bedeutet. Und wenn es sich nicht vermeiden

---

<sup>108</sup> Anlage 2; S. 9 Z. 438; 444.

<sup>109</sup> Anlage 2; S. 4 Z. 127; 134-135.

<sup>110</sup> Anlage 2; S. 4f. Z. 199-208.

<sup>111</sup> Anlage 2; S. 8 Z. 373; 377.

<sup>112</sup> Anlage 2; S. 1 Z. 45-46.

<sup>113</sup> Anlage 2; S. 5 Z. 241-242.

<sup>114</sup> Vgl. [www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip\\_2011\\_Abschlussbericht-Doppelt-hilft-besser.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_2011_Abschlussbericht-Doppelt-hilft-besser.pdf), S. 15 (nach *Robert Koch Institut 2009*).

<sup>115</sup> [www.innovations-report.de/html/berichte/medizin\\_gesundheit/bericht-81253.html](http://www.innovations-report.de/html/berichte/medizin_gesundheit/bericht-81253.html)

lässt, sollten die „Therapien optimiert [werden], dass sie halt schneller behandelt werden, dass sie dann auch der Stresssituation entfliehen können, dass sie dann schnellstmöglich ins Heim wieder kommen [oder] in ihre eigenen vier Wände.“<sup>116</sup>

Die aufgeführten und durch Erfahrungen aus der Praxis belegten Pflegeprobleme gehören in den akutstationären Einrichtungen zum Alltag. Sie werden von allen Beteiligten als belastend und schwerwiegend empfunden und doch fehlen Handlungsanweisungen und Konzepte als Unterstützung und Hilfe. „Was wir in dieser Situation brauchen, sind Beispiele und Erfahrungen, die uns die Türen zur Welt der Demenzkranken aufschließen, uns ihre Sprache und ihre Handlungsweisen übersetzen und uns Handlungsperspektiven eröffnen.“<sup>117</sup>

*Gelingt es nun den begleitenden Personen, ihren Angehörigen oder Patienten dort abzuholen, wo er augenblicklich gefühlsmäßig steht, und gelingt es ihnen, seine Gefühle anzunehmen, sie ernst zu nehmen und zu teilen, dann werden sie ihn wahrhaftig begleiten können, wo er am dringendsten Teilhabe braucht: in seiner Innenwelt. Die Innenwelt bleibt. Sie zeigt sich (...) professionell Pflegenden durch das Äußern von Gefühlen - und diese bleiben. Grund genug, Mut zu fassen!*<sup>118</sup>

#### **4. Übergeordnete Betreuungsansätze in der Versorgung von Menschen mit Demenz**

Die Versorgung von demenziell Erkrankten stellt im Allgemeinen eine Herausforderung an die Auswahl von geeigneten Interventionen, aber auch an die Haltung von Pflegenden dar. „Die Versorgungsqualität hängt in hohem Maße davon ab, welche spezifischen Angebote vorgehalten werden und wie der alltägliche Umgang mit den Patienten ausgestaltet ist.“<sup>119</sup> Viele der heute

---

<sup>116</sup> Anlage 2; S. 7 Z. 330-337.

<sup>117</sup> Rasehorn, H., Rasehorn, E. (1991), S. VII.

<sup>118</sup> Flemming, D. (2003), S. 85.

<sup>119</sup> Kleina, T.; Wingenfeld, K. (2007); S. 15.

bereits vorhandenen und in der Praxis angewendeten Konzepte sind allerdings nicht auf die besonderen Strukturen akutstationärer Einrichtungen zugeschnitten. Sie sind vielmehr auf die Verhältnisse in der stationären Langzeitpflege und auf die der ambulanten Pflegedienste abgestimmt. Diese Ansätze halten aber auch gewisse Grundsätze vor, die ungeachtet der unterschiedlichen Voraussetzungen im Krankenhaus Anwendung finden können.<sup>120</sup>

#### 4.1 Der person-zentrierte Ansatz nach Tom Kidwood

Eine unabdingbare Voraussetzung, um den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz gerecht zu werden, ist eine wertschätzende und verständnisvolle Grundhaltung. Die Pflegenden sollen ihre Perspektive ändern und sich in den Demenzkranken einfühlen, ihn und seine „Innenwelt“<sup>121</sup> verstehen lernen. Dies fordert der person-zentrierte Ansatz nach *Tom Kidwood*. Früher war dieser eher unter der Bezeichnung „Positive Personenarbeit“ bekannt. Er wurde in Deutschland hauptsächlich durch Christian Müller-Hergl, Altenpfleger und Philosoph, etabliert.<sup>122</sup> Kidwood geht dabei von der Einzigartigkeit jeder Person aus und leitet daraus Bedeutungen für die Begleitpersonen ab: alle, die an der Betreuung von Demenzkranken beteiligt sind, sollten sich selbst immer wieder reflektieren und hinterfragen, z.B. „Wo bin ich stark und fähig?“ oder „Wo habe ich Probleme?“. <sup>123</sup> Des Weiteren legt er sechs grundlegende psychische Bedürfnisse von Menschen mit Demenz fest:

- \* *Trost*: beinhaltet das Bedürfnis nach Zärtlichkeit, Nähe und das Lindern von Schmerzen und Leid
- \* *Identität*: dies setzt ein Empfinden für die eigene Geschichte, den eigenen „roten Faden“ durchs Leben voraus
- \* *Beschäftigung*: Menschen brauchen für sich das Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun

---

<sup>120</sup> Vgl. Kleina, T.; Wingenfeld, K. (2007); S. 15.

<sup>121</sup> Flemming, D. (2003); S. 85.

<sup>122</sup> Vgl. Kämmer, K. (2006); S. 596.

<sup>123</sup> Vgl. Kämmer, K. (2006); S. 597 (nach *Kidwood, T.; 2000*).

- \* *Einbeziehung*: da der Mensch ein soziales Wesen ist, hat er das Bedürfnis in eine Gruppe eingebunden zu sein
- \* *Bindung*: bietet Sicherheit und Orientierung
- \* *Liebe*: die fünf bisher beschriebenen Bedürfnisse vereinen sich in ihr<sup>124</sup>

Diese Haltung sollte in allen Einrichtungen und in der Gesellschaft überhaupt Eingang finden und eine selbstverständliche Pflicht sein.

#### 4.2 Validation

Der person-zentrierte Ansatz steht in engem Zusammenhang mit dem so genannten validierenden Grundhaltung, die heute für unumgänglich in der pflegerischen Beziehung mit demenzkranken Menschen gehalten wird.<sup>125</sup> Das Konzept der *Validation*, das durch Naomi Feil begründet wurde, basiert auf einer wertschätzenden und gewährenden Haltung und erleichtert so den Umgang und die Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Feil entwickelte diese Methode selbst während der Arbeit mit desorientierten Menschen. Sie gab den Versuch auf, „ernsthaft desorientierte Personen auf die Realität zu orientieren“<sup>126</sup>: „Ich lernte es als Ausdruck von Weisheit zu sehen, wenn alte Menschen durch die Rückkehr in die Vergangenheit zu überleben versuchen.“<sup>127</sup> Das Grundprinzip der Validation besteht darin, die Gefühle des Anderen anzunehmen und sie als wahr zu akzeptieren. Menschen mit Demenz fühlen sich durch das Einfühlungsvermögen, das ihnen entgegengebracht wird, verstanden. Somit entsteht ein vertrautes Verhältnis, das Sicherheit schafft und den Betroffenen ihr Selbstwertgefühl und ihre Würde zurückgibt.<sup>128</sup> Weitere Prinzipien der Validation werden in Verhaltens-, Entwicklungs- und psychologische Prinzipien unterteilt. Diese sollten von Menschen, die mit desorientierten PatientInnen in Verbindung stehen, in der Kommunikation und im Umgang miteinander beachtet werden. So zählt zu den Verhaltensprinzipien, dass Ereignisse aus der Gegenwart frühere Erinnerungen auslö-

<sup>124</sup> Vgl. Kämmer, K. (2006); S. 597 (nach Kidwood, T.; 2000).

<sup>125</sup> Vgl. Kleina, T.; Wingenfeld, K. (2007); S. 15.

<sup>126</sup> Feil, N.; de Klerk-Rubin; V. (2005); S. 14.

<sup>127</sup> Feil, N.; de Klerk-Rubin; V. (2005); S. 14.

<sup>128</sup> Vgl. Feil, N.; de Klerk-Rubin; V. (2005); S. 15.

sen können oder dass körperliche Verluste der Gegenwart lebendige Erinnerungen an frühere Gefühle aktivieren können<sup>129</sup>:

*„Das kleine Mädchen, das einst vom älteren Bruder in einen dunklen Schrank gesperrt wurde, wird zur alten Frau, die kreischt, wenn ihre Augen versagen oder wenn sie im Dunkeln allein ist.“<sup>130</sup>*

Zu den psychologischen Prinzipien gehört wiederum, dass unbeachtete Gefühle im Inneren weiter bestehen, während offen gelegte schwächer werden und dass durch mitfühlendes, verstehendes Zuhören die emotionale Last der Betroffenen erleichtert wird. Gefühle, die anerkannt, geteilt, also validiert sind, können verschwinden.<sup>131</sup> „Es geht jeden Tag neu um das Bemühen, das Verhalten der betroffenen Person vor dem Hintergrund der Biografie und Vertrautheit zu verstehen, ihre Mitteilungen und Wünsche zu entschlüsseln und sie in vertrauensvollem Kontakt zu bestätigen.“<sup>132</sup>

#### 4.3 Biografiearbeit

Ein weiterer Ansatz, der in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz von großer Bedeutung und der auch für akutstationäre Einrichtungen unverzichtbar bleibt, ist die Biografiearbeit. Der Lebenslauf einer Person gibt bloß die Eckdaten des Lebens wieder, während die Biografie darüber hinaus Auskunft erteilt, welche subjektive Bedeutung diese Daten für die jeweilige Person hat, welche Gefühle sie damit verbindet. Biografie kann demnach grob als Lebensbeschreibung gedeutet werden.<sup>133</sup> Die eigene Lebensgeschichte kann als Ressource verstanden werden, die das Dasein als Person bestätigt und somit Selbstsicherheit gibt.<sup>134</sup> Eine Voraussetzung, um die Pflege biografisch auszurichten, ist das Erfassen und Erfragen von biografischen Informationen und alltäglichen Lebensgewohnheiten. Dies ermöglicht den Pflegenden bestimmte Verhaltensmuster zu deuten und die täglichen Pflege-

---

<sup>129</sup> Vgl. Feil, N.; de Klerk-Rubin, V. (2005); S. 62.

<sup>130</sup> Feil, N.; de Klerk-Rubin, V. (2005); S. 23.

<sup>131</sup> Feil, N.; de Klerk-Rubin, V. (2005); S. 63.

<sup>132</sup> Kämmer, K. (2006); S. 595.

<sup>133</sup> Vgl. Sander, K. (2006); S. 4.

<sup>134</sup> Vgl. Sander, K. (2006); S. 5.

handlungen an individuelle Gegebenheiten anzupassen.<sup>135</sup> In Einrichtungen der stationären Altenpflege werden Methoden wie das Erzählcafé, Erinnerungskoffer oder Lebensbücher eingesetzt. Diese Ansätze müssten überdacht und an die Bedingungen im Krankenhaus angepasst werden. Die wichtigste Aufgabe besteht zunächst jedoch darin, Verständnis und Akzeptanz für diesen Ansatz zu entwickeln und zu fördern. So sollte in den akutstationären Einrichtungen damit begonnen werden, die Umgebung so zu gestalten, dass angenehme Erinnerungen geweckt und gefördert werden.

#### 4.4 Entlassungsmanagement

Es gibt bisher noch kein spezielles Entlassungsmanagement-Konzept, das speziell auf demenzkranke PatientInnen ausgerichtet ist. Allerdings bestehen allgemeine Funktionen der Entlassungsplanung, die gerade bei demenziell Erkrankten eine tragende Rolle haben: Kleina und Wingenfeld weisen auf die Angehörigen hin, deren Leistungsfähigkeit und Bereitschaft vor der Entlassung aus dem Krankenhaus erfasst werden müssen. Der nationale Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ weist darauf hin, dass die Angehörigen schon während des Aufenthaltes in der Klinik in die Planung mit einbezogen werden müssten und dass man ihnen Schulungs- und Beratungsangebote unterbreiten sollte.<sup>136</sup> Es ist unverzichtbar, den Angehörigen lokale Hilfsangebote vorzustellen, die spezielle Angebote für Betroffene und ihre Familienmitglieder bereithalten.<sup>137</sup> Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass gleich zu Beginn des Aufenthaltes im Krankenhaus durch ein Assessment erfasst werden soll, bei welchen PatientInnen ein poststationärer Behandlungsbedarf besteht. Da Demenzkranke per se zu dieser Patientengruppe gehören, muss rechtzeitig der Unterstützungsbedarf festgelegt und geplant werden.<sup>138</sup>

Die vorgestellten Grundsätze in der Versorgung von Menschen mit Demenz sind nur exemplarisch dargestellt und erheben keinen Anspruch auf Voll-

---

<sup>135</sup> Vgl. Kleina, T.; Wingenfeld, K. (2007); S. 15.

<sup>136</sup> Vgl. Kleina, T.; Wingenfeld, K. (2007); S. 14 (nach *DNQP 2004*).

<sup>137</sup> Vgl. Kleina, T.; Wingenfeld, K. (2007); S. 14 (nach *Health & Social Care Change Agent Team 2003*).

<sup>138</sup> Vgl. Wingenfeld, K. (2009); S. 218.



ständigkeit. Sie zeigen allerdings, dass die wichtigste Voraussetzung für den Umgang besondere Fachkenntnisse sowohl in der Kommunikation, als auch zum Krankheitsbild der Demenz erfordern. Leider mangelt es in vielen Bereichen der Krankenpflege noch an diesen spezifischen Fachkenntnissen, „insofern wären hier wichtige Voraussetzungen für eine bedürfnisgerechte Betreuung erst noch herzustellen.“<sup>139</sup>

*„Die Minuten dauern so lang, Tag für Tag wartet man auf nichts.“  
(René van Neer)<sup>140</sup>*

## **5. Ansätze zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz in der akutstationären Einrichtung**

Im Vergleich zu anderen Ländern gibt es in Deutschland hinsichtlich der akutstationären Behandlung von Demenzkranken nur sehr wenige systematische Strategien. An sehr wenigen Standorten werden zwar, meist mit unterstützenden Modellmitteln, verschiedene Ansätze erprobt, wobei es sich meist um vereinzelte „Insellösungen“ handelt.<sup>141</sup>



Abb. 2 Projektübersicht zum Themenkomplex "Demenz im Krankenhaus"<sup>142</sup>

<sup>139</sup> Kleina, T.; Wingenfeld, K. (2007); S. 17.

<sup>140</sup> Angerhausen, S. (2008); S. 10.

<sup>141</sup> Vgl. Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 6.

<sup>142</sup> [www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip\\_2011\\_Abschlussbericht-Doppelt-hilft-besser.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_2011_Abschlussbericht-Doppelt-hilft-besser.pdf), S. 16.

Zwischen allen Projekten lassen sich zahlreiche Unterschiede, unter anderem in Schwerpunkt, Herangehensweise und Zielsetzung erkennen. So wurde ein Konzept in Berlin darauf ausgerichtet, ein Erfassungsinstrument zu entwickeln. In Witten wurde der Einsatz eines Verfahrens zur Messung der Lebensqualität und der Qualität der pflegerischen Versorgung bei Menschen mit Demenz erprobt (Dementia Care Mapping).<sup>143</sup> Ein weiteres Projekt wurde im St. Franziskus Hospital in Münster bereits abgeschlossen und in die Dauerfinanzierung übernommen. Dieses hat Maßnahmen entwickelt, um ein Delir nach einer Operation zu verhindern. Zwei geschulte Pflegekräfte haben potentiell delir-gefährdete PatientInnen vor, während und nach der Operation betreut. Mit dieser Maßnahme konnte die durchschnittliche Häufigkeit von Delirien um rund die Hälfte gesenkt werden.<sup>144</sup> Weiterhin hat das Modell „Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienst in Kaufbeuren“, das ebenfalls bereits in die Dauerfinanzierung übernommen wurde, dargelegt, dass ein Krankenhausaufenthalt auch eine Chance für verwirrte Menschen bedeuten kann: wenn Betroffene nach jahrelanger Fehl- oder Nichtbehandlung einer gezielten Diagnose und Behandlung zugeführt werden.<sup>145</sup> Auch in den Nachbarländern lassen sich Bemühungen erkennen, die Versorgungsqualität für Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus zu verbessern. So wurde in Roermond in den Niederlanden am Laurentius Krankenhaus das Projekt die „Huiskamer“ ins Leben gerufen. Dieses sieht eine Art Wohnzimmer vor, in dem die Betroffenen besonders versorgt werden. Und in der Memory Clinic der Universität Nijmegen werden spezielle Beschäftigungstherapien angeboten.<sup>146</sup>

In den folgenden Kapiteln sollen zwei Projekte und Ansätze aus Deutschland zum Thema Demenz im Krankenhaus genauer vorgestellt und diskutiert werden.

---

<sup>143</sup> Vgl. [www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip\\_2011\\_Abschlussbericht-Doppelt-hilft-besser.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_2011_Abschlussbericht-Doppelt-hilft-besser.pdf), S. 14.

<sup>144</sup> Vgl. Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 6.

<sup>145</sup> Vgl. Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 7.

<sup>146</sup> [www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip\\_2011\\_Abschlussbericht-Doppelt-hilft-besser.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_2011_Abschlussbericht-Doppelt-hilft-besser.pdf), S. 15.

## 5.1 „Blickwechsel - Nebendiagnose Demenz“

Die Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbh (GSP), eine Projektgesellschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Nordrhein-Westfalen, hat sich im Rahmen dieses Modells mit der Versorgung demenzkranker PatientInnen im Krankenhaus beschäftigt. Die Ergebnisse aus diesem Modellprojekt „Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus“, das von Mai 2005 bis Dezember 2008 gelaufen ist, werden in „Blickwechsel - Nebendiagnose Demenz“ zusammengefasst und präsentiert.<sup>147</sup> An diesem Gemeinschaftsprojekt haben sich vier Krankenhäuser (Allgemeines Krankenhaus Viersen, Alfred Krupp Krankenhaus Essen, Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Krankenhaus Porz am Rhein) beteiligt. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld und die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW übernahm die finanzielle Unterstützung.<sup>148</sup> Als Ergebnis dieses Modellprojektes werden in einem entwickelten Grundsatzpapier zunächst sieben Gründe aufgezeigt, warum Krankenhäuser „...sich frühzeitig auf die zunehmende Zahl von Patienten mit kognitiven Einschränkungen und demenziellen Veränderungen einstellen sollten“<sup>149</sup> und es werden sieben Empfehlungen für Projektarbeiten gegeben, wie die Versorgung im Krankenhaus verändert werden sollte.<sup>150</sup> Sie sind handlungsleitend auch für andere Projekte (z.B. „Doppelt hilft besser bei Demenz“)<sup>151</sup> und sollen MitarbeiterInnen anderer Krankenhäuser befähigen, die Versorgung Demenzkranker zu verbessern:

1. *Mitarbeiter qualifizieren:* Alle Berufsgruppen innerhalb einer akutstationären Einrichtung müssen über die demenzielle Erkrankung im Allgemeinen und im speziellen Umgang mit herausforderndem Verhalten geschult sein.<sup>152</sup>
2. *Erweiterte medizinische, biografische und pflegerische Anamnese durchführen:* Um den individuellen und besonderen Bedürfnissen Demenzkranker gerecht zu werden, müssen versorgungsrelevante Informationen vorhanden

---

<sup>147</sup> Vgl. Angerhausen, S. (2008); S. 5.

<sup>148</sup> Vgl. Angerhausen, S. (2008); S. 7.

<sup>149</sup> Angerhausen, S. (2008); S. 7.

<sup>150</sup> Vgl. Angerhausen, S. (2008); S. 7.

<sup>151</sup> Vgl. [www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip\\_2011\\_Abschlussbericht-Doppelt-hilft-besser.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_2011_Abschlussbericht-Doppelt-hilft-besser.pdf); S. 14f.

<sup>152</sup> Vgl. Angerhausen, S. (2008); S. 27.

sein. Diese sollten pflegerelevante Gewohnheiten, Verhaltensauffälligkeiten und biografische Hinweise enthalten.<sup>153</sup>

3. *Angehörige als Partner in die Versorgung mit einbeziehen*: Angehörige sollten als „nützliche Helfer“ angesehen werden, die ebenso wie der Betroffene, Unterstützung und Beratung braucht; insbesondere was die Weiterversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt betrifft.<sup>154</sup>

4. *Bei Verdacht auf Demenz abgestufte Diagnostik durchführen*: Oft ist nicht die Demenz an sich die Einweisungsdiagnose, sondern eine akute Erkrankung. Wenn sich während der akutstationären Versorgung demenzielle Symptome zeigen, sollte dies durch einen Demenztest und eine Delirprophylaxe abgeklärt werden.<sup>155</sup>

5. *Tagesstrukturierung organisieren*: Der Krankenhausaufenthalt bietet den Menschen mit Demenz neben Verunsicherung und Unruhe nur sehr wenig Beschäftigungsmöglichkeiten. Die PatientInnen langweilen sich, essen schlechter und verlieren durch das Nichtstun wichtige Fähigkeiten. „So verliert ein älterer Mensch mit jedem Tag, den er überwiegend bewegungslos im Bett verbringt, rund fünf Prozent seiner Muskelkraft.“<sup>156</sup> Es sollten durch tagesstrukturierende und milieugestaltende Ansätze Orientierungen im Stationsablauf geschaffen werden. Angerhausen schlägt unter anderem gemeinsame Mahlzeiten und Gruppenaktivitäten wie gemeinsames Spielen und Singen vor.<sup>157</sup>

6. *Fachberater einsetzen*: Da die Pflege und der Umgang mit den von Demenz Betroffenen Fachkenntnis und fundiertes Wissen erfordert, empfiehlt das Grundsatzpapier speziell ausgebildete Fachkräfte einzusetzen, die die MitarbeiterInnen bei Problemen und besonderen Anliegen zur Seite stehen. Angerhausen bezeichnet diese Fachkräfte als „Demenz-Management“ und sieht Aufgaben wie die Schulung von Pflegenden und Angehörigen oder das Schnittstellen- und Entlassungsmanagement vor.<sup>158</sup>

7. *Schwerpunktstationen bilden*: Die Ergebnisse des Modellprojektes „Blickwechsel - Nebendiagnose Demenz“ fordern eine spezielle Versorgungsein-

---

<sup>153</sup> Vgl. Angerhausen, S. (2008); S. 29.

<sup>154</sup> Vgl. Angerhausen, S. (2008); S. 31.

<sup>155</sup> Vgl. Angerhausen, S. (2008); S. 33.

<sup>156</sup> Angerhausen, S. (2008); S. 35.

<sup>157</sup> Vgl. Angerhausen, S. (2008); S. 35.

<sup>158</sup> Vgl. Angerhausen, S. (2008); S. 37.

heit für Betroffene in akutstationären Institutionen. Diese sieht vor, dass Demenzkranke gemeinsam in einem überschaubaren Bereich im Krankenhaus durch speziell geschultes und motiviertes Personal versorgt werden. Weiterhin wird für eine hohe personelle Kontinuität, besondere tagesstrukturierende Angebote und räumliche Anpassungen wie Schutzvorkehrungen und Farbgestaltung gesorgt.<sup>159</sup>

Das Grundsatzpapier beinhaltet die wichtigsten Empfehlungen, um den Aufenthalt in einer Klinik für Menschen mit Demenz so angenehm und komplikationslos wie möglich zu gestalten. Die einzelnen beschriebenen Ansätze geben nur die wichtigsten Anforderungen wieder, die es benötigt, um von einem Konzept für eine Versorgungseinrichtung zu sprechen. So werden Konzeptionen wie das Entlassungsmanagement, Validation und Biografiearbeit als Voraussetzung mit aufgegriffen und in Empfehlungen wie dem Rooming-In und speziellen Versorgungssettings gebündelt. Dass diese in anderen Ansätzen Eingang gefunden haben und somit auch praktisch umgesetzt wurden, zeigen die beiden folgenden.

## 5.2 Station Siloah

Die siebte Empfehlung des Grundsatzpapiers des Modells „Blickwechsel - Nebendiagnose Demenz“ fordert, dass Schwerpunktstationen gebildet werden sollten und auch andere Experten reden von geriatrischen Spezialabteilungen. Diese sind sowohl darauf ausgerichtet, das akute Gesundheitsproblem zu behandeln, als auch die PatientInnen bei sozialen und psychischen Problemen zu unterstützen. Ihre Zielsetzung besteht darin, dass die Betroffenen ihre Alltagskompetenzen wiedererlangen oder verbessern.<sup>160</sup> In Hamburg im Diakonie-Klinikum wurde eine solche Schwerpunktstation als Modellprojekt eingeführt: die *Station Siloah*. Sie wurde Anfang April 2007 im Betriebsteil Bethanien eröffnet und erhielt ihren Namen nach dem biblischen Teich Siloah in Jerusalem, der die Stadt bei Belagerungen mit lebensnotwendigem Wasser versorgte.<sup>161</sup> Die Philosophie dieser Einrichtung lautet:

---

<sup>159</sup> Vgl. Angerhausen, S. (2008); S. 39.

<sup>160</sup> Vgl. Kleina, T.; Wingenfeld, K. (2007); S. 12 (nach Füsgen 2004).

<sup>161</sup> Vgl. Sylvester, F. (2009); S. 224.

„Unruhige Patienten finden einen schützenden Raum vor, in dem sie mit Lebensnotwendigem versorgt werden und in dem ihnen sehr große Aufmerksamkeit zuteil wird.“<sup>162</sup> Zum allgemeinen Leistungsspektrum der Station gehören ein konsiliar-psychiatrischer Dienst, aktivierende Pflege, Therapiemöglichkeiten wie Ergo-, Physio- sowie Musiktherapie und ein Sozialdienst.<sup>163</sup> Das Ziel der Station Siloah soll sein, den Stress in der unbekanntenen Umgebung eines Krankenhauses zu reduzieren. Um zu gewährleisten, dass die PatientInnen die Station nicht verlassen müssen, waren bauliche Maßnahmen notwendig: die Station kann 18 Betroffene aufnehmen und sie verfügt zusätzlich zu den 1- bis 3-Bett-Zimmern über ein Wohn- und Esszimmer, sowie zwei Therapieräume. Weiterhin wurde auch die Licht- und Farbgestaltung den Bedürfnissen von verwirrten Menschen angepasst: es wurden warme Farben gewählt und die Enden der Flure andersfarbig gestaltet; die Lux-Zahlen in der Beleuchtung sind hoch. Die Stationseingangstür ist nur sehr schwer zu finden und alle Türen der Funktionsräume haben einen Drehknopf. Die Betroffenen erhalten so die Möglichkeit, sich frei auf der Station zu bewegen, ohne sich dabei zu verirren. Dabei ist die Station keine geschlossene Abteilung. Nur durch Sicherheitsmaßnahmen wie Identifikationsarmbänder war es bisher nicht nötig, Fixierungsmaßnahmen zu ergreifen. Auch die Aufnahme in die Akutklinik wurde mit diesem Modellprojekt optimiert. So wurde ein verbesserter Anmeldebogen entwickelt, der darüber entscheidet, ob der Patient auf der Station aufgenommen werden kann. Außerdem unterstützt ein interner Konsildienst innerhalb des Krankenhauses eine schnelle Übernahme von unruhigen, verwirrten Menschen in die Abteilung. An die Aufnahme schließt sich immer ein diagnostisches Verfahren an (z.B. interdisziplinärer Anamnesebogen und ein erweitertes geriatrisches Assessment). Bevor die Station eröffnet wurde, nahmen alle Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten an innerbetrieblichen Schulungen teil, leisteten Hospitationen in der Gerontopsychiatrie, in Pflegeheimen und besuchten Kongresse. Die Arbeit in der Abteilung Siloah orientiert sich an den in den vorherigen Kapiteln vorgestellten Konzepten wie der Integrativen Validation® nach Nicole Richards und dem person-zentriertem Ansatz nach Kidwood.<sup>164</sup> Weiterhin spielt die

---

<sup>162</sup> Sylvester, F. (2009); S. 224.

<sup>163</sup> Vgl. Sylvester, F. (2009); S. 224f.

<sup>164</sup> Vgl. Sylvester, F. (2009); S. 225f.

interdisziplinäre Zusammenarbeit auf der Station eine wichtige Rolle: täglich finden Morgenbesprechungen, mehrmals täglich Pflegeübergaben, wöchentliche Patientenbesprechungen und monatliche Pflege- und Teamsitzungen statt. Durch das *Prinzip der Entschleunigung* wird dem veränderten Tagesablauf und dem verlangsamten Lebensrhythmus der Betroffenen Rechnung getragen. So wird auf feste Weckzeiten verzichtet und die Essenzeiten werden verlängert. Auch durch entspannende Therapieangebote wie Aromatherapie oder Basale Stimulation soll der Stress für die PatientInnen minimiert und die Lebensqualität gesteigert werden.<sup>165</sup> Die Pflegedienstleitung des Diakonie-Klinikums Hamburg, Fred Sylvester, bezeichnet die Station Siloah als einen Erfolg, der den geleisteten Aufwand rechtfertigt: „Die Belegung ist durchgängig hoch, der Bekanntheitsgrad steigt und Einweiser und Angehörige nehmen das Angebot sehr gut an.“<sup>166</sup> Außerdem nehmen Beschwerden ab und positive Rückmeldungen zu. Verlegungen in die Gerontopsychiatrie konnten fast vollständig verhindert werden. Das Konzept, dass durch die vorgestellte Abteilung umgesetzt wurde, stellt sich auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und anderen kognitiven Störungen ein und wird ihnen durch die konsequente Ausrichtung auf diese und durch die Orientierung an bestehende Konzepte und Grundsätze im Umgang mit demenziell Erkrankten gerecht.

In der Literatur stößt man auf eine ähnliche Umsetzung, welche nur kurz präsentiert werden soll: die **Geriatrisch Internistische Station für Akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD)** am Heidelberger Bethanien-Krankenhaus. Bevor GISAD als Teil einer geriatrisch-internistischen Station eröffnete, wurden Erhebungen bezüglich der IST-Situation mit Hilfe von Kurzinterviews und teilnehmender Beobachtung vorgenommen. Es folgten Schulungen der MitarbeiterInnen, um daraufhin eine Postinterventionserhebung zu unternehmen. Die Analyse der Situation nach den Schulungen wurde mit der IST-Situation der ersten Analyse verglichen.<sup>167</sup> Nach Auswertung der Daten eröffnete die GISAD als konzeptionelle Einheit mit 6 Betreuungsplätzen (ein Vierbett- und ein Zweibettzimmer; ein Wohnzimmer), wobei die Inneneinrichtung ein Kom-

---

<sup>165</sup> Vgl. Sylvester, F. (2009); S. 226.

<sup>166</sup> Sylvester, F. (2009); S. 226.

<sup>167</sup> Vgl. Müller, E. (2008); S. 7.

promiss aus Krankenhausstation und Wohlfühlbereich für die Betroffenen ist.<sup>168</sup> Die Schwerpunkte dieser Versorgungseinheit sind ähnlich wie die der Station Siloah. Es wird Wert auf therapeutische Konzepte gelegt, um die Kompetenzen der PatientInnen zu erhalten oder zu fördern, die MitarbeiterInnen werden gezielt im Umgang mit Menschen mit Demenz geschult, die Zusammenarbeit findet interdisziplinär statt (wöchentliche Fallbesprechungen) und Kommunikationsstrukturen werden verbessert und weiterentwickelt.<sup>169</sup> Die GISAD kann ähnlich wie die Station Siloah positive Ergebnisse aus ihren Bemühungen ziehen: so konnten Anzeichen auf ein herausforderndes Verhalten rechtzeitig erkannt oder akute Verwirrheitszustände stabilisiert und insgesamt ein verlängerter Krankenhausaufenthalt vermieden werden.

*Es wird Zeit, dass Demenzkranke aus dem Abseits treten, aber René hat so seine Zweifel: „Ich frage mich, ob die Gesellschaft reif ist, Demenz in einem anderen Licht zu sehen. Jetzt denkt sie: Diese Leute sind total plemplem.“ (René van Neer)<sup>170</sup>*

## **6. Barrieren bei der Einführung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern**

Trotz solcher positiver Erfahrungen mit der Umsetzung demenzsensibler Konzepte und der verstärkten öffentlichen Debatte, läuft die Verbreitung nur sehr schleppend an. Viele Krankenhäuser erkennen den Handlungsbedarf und dennoch ändert sich kaum etwas an der Versorgungsbreite solcher Ansätze. Kirchen-Peters und Herz-Silvestrini sehen die „grundsätzliche Schwierigkeit, dass es sich um neue Versorgungsformen handelt, die nicht in die bestehenden gesetzlichen Regelungen hineinpassen.“<sup>171</sup> Es müsste ein einfach übertragbares Finanzierungsmodell geschaffen werden, um solche

---

<sup>168</sup> Vgl. Müller, E. (2008); S. 8.

<sup>169</sup> Vgl. Müller, E. (2008); S. 9ff.

<sup>170</sup> Angerhausen, S. (2008); S. 38.

<sup>171</sup> Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 7.



Konzepte bundesweit umzusetzen. Weitere Schwierigkeiten bei der Verbreitung solcher Konzepte ergeben sich durch die starre Institution Krankenhaus an sich. Das iso-Institut konnte die Faktoren ermitteln, von denen der Erfolg eines Projektes stark abhängig ist<sup>172</sup>:

- \* „der Bereitschaft des Krankenhauses zu einer stärkeren Patientenorientierung,
- \* einer Anpassung des Krankenhausmilieus an die Bedürfnisse der Demenzkranken,
- \* einer Offenheit für Lernprozesse quer durch alle Berufsgruppen,
- \* einer stärkeren interdisziplinären und sektorübergreifenden Vernetzung und
- \* einer Sicherung von Nachhaltigkeit durch aufsuchende Nachsorge.“<sup>173</sup>

Es bestehen zahlreiche Barrieren, die dazu führen, dass die Projekte, die schon bestehen und positive Ergebnisse zeigen, bundesweit keine Nachahmer finden. Diese sollen in diesem Kapitel genauer beleuchtet und diskutiert werden.

Sabine Kirchen-Peters und Dorothea Herz-Silvestrini führten 2009 eine *Analyse der hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte* durch, welche als Zwischenbericht an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft gereicht wurde. Aufgrund ihrer in drei Modellprojekten gewonnenen Erkenntnisse stellten sie zu Beginn die drei Hypothesen auf, dass die Versorgung von Demenzkranken im Krankenhaus an Problemen und Barrieren auf

1. individueller und Interaktionsebene
2. institutioneller-arbeitsorganisatorischer Ebene und
3. betriebswirtschaftlicher Ebene scheitert.<sup>174</sup>

---

<sup>172</sup> Vgl. Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 7.

<sup>173</sup> Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 7.

Die erste Phase des Projektes, die hier zur Veranschaulichung genutzt werden soll, umfasste eine Analyse der Umsetzungsbarrieren. Diese erfolgte mit Hilfe einer Online-Befragung von Akutkrankenhäusern. Ausgehend von diesen Ergebnissen wurden Fallstudien durchgeführt, die sich auf Experteninterviews stützen. Aus der Erhebung wurden unter anderem Krankenhäuser unter 50 Betten und Kinder- und Geburtskliniken ausgeschlossen, womit sich ein Verteiler von 1.100 Kliniken ergab.<sup>175</sup> Außerdem richtete sich die Befragung hauptsächlich an die Leitungskräfte der Einrichtungen, „weil diese eine Schlüsselrolle für die Umsetzung demenzsensibler Konzepte einnehmen“<sup>176</sup> und sie sollte zunächst dazu dienen, einen breiten Überblick über die Grunddaten und über strukturelle Barrieren zu bekommen (z.B. Informationsstand der Leitungskräfte über demenzsensible Konzepte, Umsetzung von Fortbildungsaktivitäten, Relevanz von Kostenfaktoren).<sup>177</sup> Letztlich konnte ein Rücklauf von rund 230 Kliniken verzeichnet werden (21%).<sup>178</sup> Die zugrunde gelegten Hypothesen konnten im Antwortverhalten der befragten Leitungskräfte bestätigt werden, indem die Ergebnisse Barrieren auf den drei Ebenen zeigten.

Auf der *individuellen Ebene* ergaben sich Probleme in der Wahrnehmung der Demenz als Phänomen im Krankenhaus. Sie ist bei den Leitungskräften sehr unterschiedlich stark präsent. Der Modus deutet darauf hin, dass der Anteil der Demenzkranken mit 5% für die gesamte Klinik und mit 10% für spezielle Abteilungen deutlich zu gering eingeschätzt wurde<sup>179</sup>, somit wird „von vielen Leitungskräften [...] der Stellenwert psychischer Begleiterkrankungen in den Allgemeinkrankenhäusern noch unterschätzt.“<sup>180</sup> Als individueller Aspekt hinsichtlich der Krankenhausversorgung Demenzkranker forderten die Leitungskräfte mehr Sensibilität und Akzeptanz (siehe Abb. 4).

Auf der *institutionellen-arbeitsorganisatorischen Ebene* hat sich als gravierende Barriere die Unkenntnis der Leitungspositionen über demenzsensible

---

<sup>174</sup> Vgl. Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 8ff.

<sup>175</sup> Vgl. Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 12; 14.

<sup>176</sup> Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 14.

<sup>177</sup> Vgl. Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 12.

<sup>178</sup> Vgl. Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 15.

<sup>179</sup> Vgl. Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 18.

<sup>180</sup> Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 38.

Konzepte herausgestellt. Nur etwa ein Viertel der Befragten konnte diese benennen. Somit kann kaum Wissen über geeignete Strukturen und Arbeitsprozesse vorausgesetzt werden.<sup>181</sup>

<b>Kenntnis Konzepte</b>	<b>N</b>	<b>v.H.</b>
Nein	112	72,3
Ja	43	27,7
Gesamt	155	100,0

Abb. 3 Kenntnisse über demenzsensible Konzepte<sup>182</sup>

Die Abbildung 4 verdeutlicht, dass die Führungskräfte sich eine höhere Qualifizierung des Personals als Aspekt der internen Strukturen und Arbeitsprozesse wünschen, um die Versorgung Demenzkranker zu verbessern. Dennoch haben laut der Befragung 28% der Kliniken im Jahre 2008 keine Fortbildungen zum Thema Demenz angeboten. Wenn Fortbildungen durchgeführt wurden, waren diese meist nur auf das Pflegepersonal ausgerichtet (37,6%).<sup>183</sup> Die Führungskräfte sehen die Relevanz von Demenzfortbildungen, aber die Demenz gerät „im Konkurrenzkampf mit den vielen Anforderungen, die an Kliniken gestellt werden, noch zu häufig ins Hintertreffen“<sup>184</sup>.

Die *betriebswirtschaftliche Ebene* ist vor allem geprägt durch finanzielle Barrieren. Kostenaspekte wirken sich direkt negativ auf die Bedingungen der Demenzversorgung aus. Die meisten Führungskräfte wünschen sich dementsprechend eine Optimierung der Finanzierung, indem zum Beispiel das DRG-System an die Demenzversorgung angepasst wird. Die durch die Behandlung entstandenen Mehrkosten (z.B. erhöhter Personalaufwand, längere Liegezeiten, Zusatzentgelte für Konsile) sollen kompensiert werden.<sup>185</sup>

<b>Nachträgliche Kategorisierung der offenen Frage nach den Wünschen</b>	<b>n</b>
<b><i>Betriebswirtschaftliche Aspekte</i></b>	<b>45</b>
Mehr Fachpersonal	27
Bessere Finanzierung	13

<sup>181</sup> Vgl. Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 22; 38.

<sup>182</sup> nach Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 22; (Tabelle 10).

<sup>183</sup> Vgl. Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 25.

<sup>184</sup> Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 26.

<sup>185</sup> Vgl. Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 28.

Mehr Zeit	5
<b>Aspekte der internen Strukturen und Arbeitsprozesse</b>	<b>89</b>
Segregativer Bereich mit passendem Milieu	19
Höhere Qualifizierung des Personals	17
Bessere Strukturen, Konzepte, Standards, Pfade	12
Stärkere Verknüpfung mit Unterstützung durch Geriatrie/Gerontopsychiatrie	10
Mehr Hilfs-/Betreuungskräfte	7
Bessere räumliche Milieustruktur	7
Mehr Angebote für Angehörige (Beratung, Rooming-In)	6
Bessere Entlassungsplanung/Kooperation mit Nachsorgeeinrichtungen/Verbesserung ambulante Versorgung	6
Bessere interne Kooperation	5
<b>Individuelle Aspekte</b>	<b>6</b>
Mehr Sensibilität/Akzeptanz	6
Sonstiges: nationaler Standard, Kriterien zur Messung des Pflegeaufwands	3
Gesamt	143

Abb. 4 Wünsche hinsichtlich der Krankenhausversorgung Demenzkranker<sup>186</sup>

Die Barrieren zur Umsetzung demenzsensibler Konzepte werden auf den drei Ebenen unterschiedlich stark erlebt. Außerdem kann man von einem Zusammenspiel dieser ausgehen: ein geringes Fach- und Hintergrundwissen über das Krankheitsbild der Demenz stellt ein arbeitsorganisatorisches Problem dar und bewirkt auf der individuellen Ebene eine Verkennung der Problematik im Umgang mit Betroffenen. Auf der betriebswirtschaftlichen Ebene sind Qualifizierungsmaßnahmen der MitarbeiterInnen mit zusätzlichen Kosten verbunden.<sup>187</sup> Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die meisten Befragten zwar die Notwendigkeit erkennen, den Klinikalltag stärker auf Menschen mit Demenz auszurichten, dass aber aufgrund der vielfach gesehenen Hindernisse die Möglichkeiten oft als gering eingeschätzt werden. „Eine optimistische Haltung im Hinblick auf die Umsetzung demenzsensibler Konzepte nehmen vor allem diejenigen Leitungskräfte ein, bei denen bereits diesbezügliche Veränderungen geplant oder eingeleitet wurden.“<sup>188</sup>

<sup>186</sup> Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 37; (Tabelle 28).

<sup>187</sup> Vgl. Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 36.

<sup>188</sup> Kirchen-Peters, S.; Herz-Silvestrini, D. (2009); S. 39.

*„Wenn ich Wünsche frei hätte? Ich würde mir eine Person meines Vertrauens wünschen, die neben mir steht, unsichtbar, die mich leitet, die mich in Schutz nimmt.“ (Horst Jurisch)<sup>189</sup>*

## **7. Ausblick**

Die letzten Kapitel dieser Arbeit haben gezeigt, dass oft mit einfachen Mitteln, mit einem empathischen Zugang und Verständnis für die Gefühle der Betroffenen die Lebensqualität und das Wohlbefinden verbessert werden können. Dass im Krankenhaus gewisse Faktoren diesen Umgang erschweren und oft kaum zulassen, lässt sich nicht verleugnen. Und dennoch sollte das Bewusstsein für diese Erkrankung mit ihren besonderen Bedürfnissen und Umgangsweisen bei allen MitarbeiterInnen einer akutstationären Einrichtung vorliegen. Vergleichen könnte man dies mit der Barrierefreiheit für behinderte Menschen. „Noch vor wenigen Jahrzehnten war es fast unmöglich, mit einem Rollstuhl ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen oder ein Amt aufzusuchen.“<sup>190</sup> Auch in den Kliniken muss erreicht werden, dass die Betreuung auf PatientInnen mit kognitiven Beeinträchtigungen ausgerichtet ist, ähnlich wie in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen und teilstationären Institutionen. Besonders die Leitungskräfte bzw. das Pflegemanagement haben hierbei eine besondere Verantwortung. Das Pflegemanagement sollte die richtigen Impulse geben, um erste Schritte zu einer demenzsensiblen Pflege in ihrer Einrichtung zu setzen. Sie könnte zum Beispiel Fortbildungen zum Thema Demenz organisieren und gewährleisten, dass diese vom Personal angenommen werden oder bei der Renovierung und Farbgestaltung einer Abteilung Einfluss nehmen.<sup>191</sup> Es sollte eine allgemeine Hinwendung zu demenzfreundlichen Krankenhäusern stattfinden. Die einzelnen „Insellösungen“ können dabei Anreize geben, um für die eigene Institution das passende Modell zu entwickeln. Es ist vorgesehen, dass im Projektsemester der Masterthesis für das Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg die Vorarbeit zur Entwicklung und Einführung eines demenzsensiblen Konzeptes

---

<sup>189</sup> Angerhausen, S. (2008); S. 34.

<sup>190</sup> <http://www.dbfk.de/verband/bags/BAG-Pflegemanagement/bag-pm-broschuere-demenz-2011-03-16-final.pdf>

<sup>191</sup> <http://www.dbfk.de/verband/bags/BAG-Pflegemanagement/bag-pm-broschuere-demenz-2011-03-16-final.pdf>

geschehen soll. Dabei ist angedacht, eine vollständige empirische Erhebung vorzunehmen, zum Beispiel, um den Fortbildungsbedarf der MitarbeiterInnen zu erfassen oder um Pflegeprobleme im Umgang mit Menschen mit Demenz auch auf anderen Stationen (zusätzlich zu der bereits erfassten geriatrischen Abteilung) zu ermitteln. Das Ergebnis könnte ein Handbuch sein, das Handlungsempfehlungen mit Beispielen und Veranschaulichungen darlegt, um eine schnelle Hilfestellungen für alle Beteiligten in besonderen Pflegesituationen zu bieten.

## Literaturverzeichnis

Bowlby Sifton, Carol (2011): Das Demenz-Buch: Ein „Wegbegleiter“ für Angehörige, Pflegende und Aktivierungstherapeuten. 2. Auflage, Bern.

Feil, Naomi; de Klerk-Rubin, Vicki (2005): Validation: Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 8. Auflage, München.

Flemming, Daniela (2003): Mutbuch: für pflegende Angehörige und professionell Pflegende altersverwirrter Menschen. 1. Auflage, Weinheim.

Halek, Margareta; Bartholomeyczik, Sabine (2006): Verstehen und Handeln: Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Hannover.

Isfort, Michael; Weidner, Frank et al. (2010): Pflөгethermometer 2009: Der Pflөгemangel im Krankenhaus wird chronisch. In: *Die Schwester Der Pflөгer*, 49 (6); S. 530-537.

Kämmer, Karla (2006): Pflege Demenzkranker: Kommunikation - der Schlüssel zum Menschen mit Demenz. In: *Die Schwester Der Pflөгer*, 45 (8); S. 594-597.

Kidwood, Tom (2005): Demenz: Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 4. Auflage, Bern.

Kirchen-Peters, Sabine (2005): Der Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen?; Ergebnisse des Modellprojektes „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (Veröffentlichung der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit zur „Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen“).

König, Jutta; Zemlin, Claudia (2008): 100 Fehler im Umgang mit Menschen mit Demenz: und was Sie dagegen tun können. Hannover.

Kurz, Alexander (2011): Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen: Ein kompakter Ratgeber. hrsg. von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, 20. Auflage, Berlin.

Loos, Peter; Schäffer, Burkhard (2001): Das Gruppendiskussionsverfahren: Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung. Band 5, Opladen.

Rasehorn, Helga; Rasehorn, Eckhard (1991): Ich weiß nicht, was soll es bedeuten: Für ein anderes Verständnis von Verwirrtheit im Alter. Hannover.

Reuter, Peter (2007); Springer Klinisches Wörterbuch 2007/2008. Heidelberg.

Sander, Kirsten (2006): Biographiearbeit: Grundlagen der Pflege für die Ausfort- und Weiterbildung. Heft 21, Brake.

Stoppe, Gabriela (2007): Demenz: Diagnostik - Beratung - Therapie. 2. Auflage, München.

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

Waselewski, Marcus (2002): Herausforderung Demenz: Die Pflege zwischen Anspruch und Alltagsbedingungen. Hannover.

Wingenfeld, Klaus (2009): Nebendiagnose Demenz: Demenzkranke brauchen Zeit, Empathie und personelle Kontinuität. In: *Die Schwester Der Pfleger*, 48 (3), S. 216-221.



## Internet

Angerhausen, Susanne (2008): Projekt „Blickwechsel - Nebendiagnose Demenz“: Warum sich Krankenhäuser mit dem Thema Demenz beschäftigen sollten und was sie zur Verbesserung der Versorgung demenzkranker Patienten tun sollten - sieben Gründe und sieben Empfehlungen. Ergebnisse aus dem Modellprojekt „Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus“; Unter:

[http://www.blickwechselfdemenz.de/content/e2670/e2998/e3331/e3014/ProjektBlickwechsel\\_A4.pdf](http://www.blickwechselfdemenz.de/content/e2670/e2998/e3331/e3014/ProjektBlickwechsel_A4.pdf); Datum des Abrufs: 05.10.2011.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.: Das Wichtigste 1: Die Epidemiologie der Demenz. Unter: <http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01.pdf>; Datum des Abrufs: 11.10.11.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.: Das Wichtigste 2: Die neurobiologischen Grundlagen der Alzheimer-Krankheit. Unter: <http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet02.pdf>; Datum des Abrufs: 11.10.11.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) (Hrsg.) (2011): Hinweise für das Pflegemanagement zur Betreuung von Patient/-innen mit kognitiven Störungen in Krankenhäusern. Unter: <http://www.dbfk.de/verband/bags/BAG-Pflegemanagement/bag-pm-broschuere-demenz-2011-03-16-final.pdf>. Datum des Abrufs: 19.09.2011.

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) (2011): Doppelt hilft besser bei Demenz: Abschlussbericht der wissenschaftlichen Betreuung zum Projekt: Neue Wege bei der Betreuung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus Lübbecke.

[www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip\\_2011\\_Abschlussbericht-Doppelt-hilft-besser.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_2011_Abschlussbericht-Doppelt-hilft-besser.pdf); Datum des Abrufs: 11.10.2011.

Flintrop, Jens: Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge. Unter: [www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=53507](http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=53507); Datum des Abrufs: 20.10.2011.

Gesellschaft für soziale Projekte (2008): Blickwechsel Demenz. Regional. Unter: [www.blickwechselfeldemenz.de/content/e2615/](http://www.blickwechselfeldemenz.de/content/e2615/); Datum des Abrufs: 11.10.11.

Kirchen-Peters, Sabine; Herz-Silvestrini, Dorothea (2009): Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern: Zwischenbericht an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.; Unter: <http://www.iso-institut.de/download/Zwischenbericht-Alzheimer.pdf>; Datum des Abrufs: 09.10.11.

Kleina, Thomas; Wingenfeld, Klaus (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Bielefeld: IPW (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld); P07-135. Unter: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-135.pdf>; Datum des Abrufs: 05.10.11.

Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA) (2007): Immer mehr Menschen mit Demenz im Krankenhaus: KDA fordert bessere Einstellung auf Patienten mit Demenz. Pressemitteilung; Unter: [www.innovationsreport.de/html/berichte/medizin\\_gesundheit/bericht-81253.html](http://www.innovationsreport.de/html/berichte/medizin_gesundheit/bericht-81253.html); Datum des Abrufs: 11.10.2011.

Müller, Elke (2008): Geriatrich-Internistische Station für Akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD). Bethanien-Krankenhaus Heidelberg, Geriatisches Zentrum (Power-Point-Projektpräsentation); Unter: <http://www.dbfk.de/baw/download/GISAD.WorkshopStuttgart08.04.2008.pdf>; Datum des Abrufs: 09.10.2011.

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlagen

Anlage : Artikel

### **Immer mehr Menschen mit Demenz im Krankenhaus**

“Die meisten Krankenhäuser in Deutschland sind nicht ausreichend auf die steigende Zahl der Menschen mit Demenz und somit auf die Bedürfnisse dieser besonders verletzbaren Patientengruppe eingestellt”, sagte Klaus Großjohann, Geschäftsführer des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA), auf einer Pressekonferenz im Rahmen der Fachmesse “Altenpflege+ProPfleger 2007” in Nürnberg.

Zu den wesentlichen Faktoren, die, nach der Deutschen Alzheimergesellschaft, den Klinikaufenthalt zu einem besonders ungünstigen Ereignis machen, gehören vor allem die unbekannte, unüberschaubare Umgebung, veränderte Tagesabläufe und Umgangsformen, das Fehlen von vertrauten Personen und die allgemeine Hektik im Stationsablauf. Diese führen zu einer immensen Belastung nicht nur der Betroffenen selbst, sondern auch des Krankenhauspersonals. Denn diese Faktoren verstärken oft die Symptomatik der Patienten und somit das herausfordernde Verhalten, wie extremen Bewegungsdrang, lautstarke Äußerungen, verstärkte Kontinenzprobleme oder sogar sexuell übergriffiges Verhalten. Die Psychologin Christine Sowinski fordert eine größere Bereitschaft für eine “demenzsensible Pflege” im Krankenhaus: “Die Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter brauchen neuere Erkenntnisse, wie sie mit Demenzkranken umgehen können. Die funktionalen Arbeitsabläufe im Krankenhaus passen nicht zu Menschen mit Demenz. Die reizarme Umgebung dort, sowie das ihnen unbekannte Krankenhauspersonal verstärken oft deren herausforderndes Verhalten, was im klinischen Arbeitsalltag als extrem störend empfunden wird.” Diese Störungen des Arbeitsablaufes, der erschwerte Umgang im Allgemeinen mit den demenziell erkrankten Patienten, der oft sehr zeitraubend und anstrengend ist, macht den Pflegekräften oft Angst und bringt sie an ihre Grenzen. Um die stationäre Behandlung überhaupt möglich zu machen und um mit dem Verhalten umgehen zu können, wird viel zu oft mit der Vergabe von Sedativa reagiert. „Es wird also medikamentös auf ein Symptom reagiert, das durch den Kranken-

hausaufenthalt erst erzeugt wurde.“ Nach Dr. Ulrich Kastner kann dies zu Abhängigkeiten oder zu einer Erhöhung der Sturzgefahr mit der Folge von Knochenbrüchen führen. Weiterhin werden nach dem Kuratorium Deutsche Altershilfe zu rasch Katheter appliziert und grundpflegerische Tätigkeiten nur unzureichend durchgeführt. Außerdem werden freiheitseinschränkende Maßnahmen oft als Lösung empfunden. „Das Pflegepersonal befindet sich in der Klemme zwischen den Bedürfnissen der demenzkranken Patienten, den Beschwerden der Ruhe wünschenden Mitpatienten und ihrer täglichen Routineaufgaben bei engem Personalschlüssel.“ (KDA)

## Anlage 2: Teiltranskription

1 [...]
2 B1: also mit den Sed Sed
3 B2: Sedativa
4 B1: Sedativa
5 da passen wir
6 also eigentlich -
7 B2: ja
8 B1: (unverständlich)
9 B2: auf unserer Station wird es --
10 B1: wenn es sein muss
11 B2: ganz ganz wenig, wenn es sein
12 muss...
13 B1: dann muss es schon aggressiv sein
14 und so
15 (unverständlich)
16 [...]
17 B2: und Fixierungen machen wir eigentlich auch
18 also
19 B3: gar nicht
20 B2: gar nicht
21 höchstens wenn medizinisch wirklich wichtige Sachen
22 durchgeführt werden müssen
23 wie ne Infusion oder so
24 I: mhm
25 B2: das es denn wirklich über den Zeitraum läuft
26 aber ansonsten
27 B1: aber Fixierungen zählen auch Bettgitter hinzu
28 oder
29 I: mhm
30 B2: ja gut
31 B1: die haben wir dann ja schon
32 B2: ja, also die haben wir dann teilweise schon...
33 B1: so Brett am Stuhl und so
34 B3: genau
35 I: mhm
36 B1: dass sie nicht ausbüchsen können
37 B3: es besteht ja auch ne Weglauftendenz
38 da muss man ja auch gucken
39 und die Zeit haben wir ja leider auch nicht
40 da hinterher zu laufen und zu
41 gucken
42 wo ist sie jetzte
43 und was macht sie
44 B1: mhm
45 da fehlen uns schon
46 im Prinzip auch Schulungen -
47 wir sind zwar ne
48 Geriatriische
49 I: mhm

50 B1: im Prinzip müssten wir  
51 theoretisch auch ne Schulung kriegen wie  
52 man eben mit so  
53 und dass wir eben auch an einem Strang  
54 ziehen ne  
55 B2: mhm  
56 B1: du siehst ja  
57 der eine sagt den Vorname  
58 und meint er macht es richtig  
59 und der nächste sagt  
60 kannst nicht machen ne  
61 I: mhm  
62 B1: ich mein das ist schon blöd ne --  
63 B2: ja und der Perso (leise)  
64 Personalschlüssel ist dafür auch nicht ausgelegt ne  
65 für n normalen Stationsablauf haben wir -- wirklich  
66 haben wir gar gar keine Luft  
67 groß für extra Sachen und  
68 da -  
69 und sie brauchen nun mal andere Betreuung  
70 B1: ja und wenn du's machst  
71 du siehst es ja  
72 ist es öfter so  
73 dass wir sagen hast nichts anderes zu tun  
74 ne so  
75 als sich mit der Oma (undeutlich) zu beschäftigen  
76 ist ja so letztendlich  
77 B2: ja  
78 I: also würden Sie schon von einer Mehrbelastung sprechen?  
79 B3: ja auf alle Fälle  
80 B1: ja ja  
81 und nachts bist du alleine  
82 [...]  
83 B1: und denn eben  
84 wie es ist dann auch so in diesem Beitrag steht  
85 dass dann auch noch normale Patienten dazwischen liegen  
86 das ist ne Zumutung  
87 aber  
88 da können wir immer nur sagen  
89 sie sind im Krankenhaus (lacht)  
90 auch wenn das kein großer Trost ist ne  
91 [...]  
92 B3: und wie oft stellt sich erst raus dass der Patient  
93 ich sach mal  
94 fünf sechs Stunden  
95 später kriegt man erst raus dass der Patient richtig  
96 dement ist  
97 B1: ja  
98 B2: ja  
99 B3: weil die das dann gut überspielen zum Anfang  
100 und denn nachher

101 merkt man erst wie durchgeknallt sie sind  
102 [...]

103 I: Haben Sie das Gefühl dass das mehr geworden ist mit den  
ähm  
104 demenzkranken Patienten im Krankenhaus?  
105 B3: würde ich nicht unbedingt sagen (leise)  
106 B1: nö  
107 B2: also ich muss sagen  
108 B3: weil wir hatten schon immer eigentlich dieses Patienten-  
klientel  
109 [...]

110 B2: aber  
111 aber  
112 Demenz auf jeden Fall an sich müsste  
113 ja müsste  
114 genauer betreut werden  
115 B3: ja  
116 B2: es wird immer  
117 es ist immer noch so  
118 dass es zu oberflächlich teilweise  
119 B3: ja klar  
120 B2: so abgestempelt wird ne  
121 B3: weil man hat ja noch nebenbei seinen normalen Stationsab-  
lauf  
122 den hat man ja auch noch  
123 [...]

124 B2: manchmal geht es wirklich nicht anders  
125 es tut einem leid aber  
126 [...]

127 B3: n dementer Patient hat auch nen ganz anderen Tagesab-  
lauf ne  
128 manche stehen auch erst um Zwölfe auf ne  
129 und denn sollen sie gewaschen werden  
130 und essen dann ihr Frühstück ne  
131 die haben ganz verschobenen Zeit  
132 also Tagesablauf  
133 I: mhm  
134 B3: und das passt bei uns ja nicht rein  
135 weil bei uns ist ja alles strikt  
136 um sechs geht los ne  
137 mit Waschen Frühstück  
138 wie dat halt so ist  
139 I: mhm  
140 B3: das macht die Sache so kompliziert  
141 auch für uns  
142 B2: und dadurch sind die auch nervöser (leise) das ist einfach  
so  
143 B3: ja klar sicherlich  
144 B2: wie schon gesagt  
145 wir haben dieses Hektik  
146 und das überträgt sich



147 auf jeden fall auf den Patienten  
148 B3: ja klar  
149 [...]   
150 B1: was so fehlt ist so  
151 sind so --  
152 na so Begleitbriefe  
153 auch von Angehörigen  
154 oder äh  
155 von vom Heim  
156 über -  
157 wie man mit den umgeht  
158 was sie mögen  
159 was sie essen mögen  
160 was sie nicht mögen  
161 und so ne  
162 so was fehlt find ich so  
163 [...]   
164 B3: was ich begrüßen würde  
165 wären zum Beispiel  
166 wie die grünen Schwestern  
167 die jetzt die Patienten von der Aufnahme  
168 hier hoch in die  
169 auf die Station begleiten  
170 dass es so was auch für Demenzkranke Patienten geben würde  
171 die die dann speziell betreuen  
172 B1. auf Station  
173 B3: genau auf Station sind und  
174 halt den Patienten versorgen  
175 oder  
176 sich drum kümmern ne  
177 um seine Belange  
178 B1: ja  
179 B3: das wäre richtig gut  
180 das würde uns  
181 als Pflegekräfte entlasten und  
182 ja  
183 B2: ja  
184 und die soziale Anamnese noch mal genauer verfeinern  
185 [...]   
186 B1: ich mein  
187 das machen andere sicher auch  
188 aber wir reden hier auch wirklich über die Patienten  
189 und jeder sagt -  
190 wie man besser ran kommt an den  
191 [...]   
192 I: Und welche  
193 welche Pflegesituationen sind das vor allem  
194 also die so besonders  
195 Arbeit machen oder so aufwändiger sind?  
196 [...]   
197 B2: nee aber es

198 es ist diese  
199 diese Lücke  
200 zwischen Körperpflege Essen  
201 ist ja denn sag ich mal bisschen Freizeit für die Patienten  
202 [...]  
203 hat er natürlich n gewisse Zeitfenster an  
204 an Freizeit  
205 und das ist die  
206 das ist die schwierige Phase  
207 weil dann werden sie unruhig  
208 weil sie nicht beschäftigt sind  
209 [...]  
210 B2: sie müssen natürlich schon genauer angeleitet werden  
211 und auch länger  
212 [...]  
213 B2: klar ist das mehr Pflegeaufwand  
214 [...]  
215 B2: oder dieser verschobene Tag-Nacht-Rhythmus  
216 [...]  
217 B2: oder das mit der erhöhten Sturzgefahr  
218 [...]  
219 B2: man ist ja denn alleine ne  
220 auf weiter Flure  
221 [...]  
222 B1: die werden dann auch manchmal aggressiv  
223 die anderen Patienten ne  
224 [...]  
225 I: Was haben sie jetzt schon so für Möglichkeiten  
226 also die vom  
227 Krankenhaus geboten werden  
228 um mit diesen Patienten  
229 um besser auf diese Patienten einzugehen?  
230 Patienten besser umzugehen?  
231 B1: gar nichts  
232 B2: nicht wirklich  
233 B1: das machen wir eigentlich alles selber  
234 B3: einigste mhm naja  
235 vielleicht Weiterbildungen  
236 kleine  
237 die so in die Richtung gehen  
238 aber sonst --  
239 ist da nicht viel  
240 B1: [...]  
241 also man wünschte sich schon mehr  
242 (leise) Weiterbildungen in der Richtung  
243 I: mhm  
244 Gibts auch manchmal so  
245 dass sie da so Gespräche führen  
246 auf Station und so  
247 um das auch einfach mal alles zu reflektieren  
248 oder vielleicht auch mal

249 um zu überlegen  
250 was könnte man noch  
251 noch besser machen  
252 oder sich vielleicht auch Ideen aus anderen Institutionen  
253 Pflegeheimen oder so  
254 haben  
255 [...]  
256 B2: große Wassertropfen  
257 B1: vor den Duschen  
258 B2: und blaue Türen  
259 B1: und blaue Türen  
260 [...]  
261 B1: dann hatte sie  
262 gut das war natürlich blöd  
263 vor jede Tür son riesen  
264 na wie im Kindergarten halt  
265 son Bild  
266 aber wir haben ja nicht nur Demente  
267 da gabs natürlich total Ärger  
268 von Angehörigen oder von normalen  
269 [...]  
270 wenn wir jemanden haben  
271 dann malen wir auch ne Blume  
272 oder irgendwat  
273 und machens an die Tür  
274 [...]  
275 also wir versuchen schon son bisschen  
276 weil wir ja auch ne geriatrische Station sind ne  
277 drauf einzugehen  
278 [...]  
279 B1: zumal wir so ne spezielle Station sind ne  
280 da wünscht man sich das eigentlich  
281 B2: manchmal wär es auch schön so Hilfsmittel zu haben  
282 jetzt also  
283 weil die Patienten sind ja auch alle älter  
284 die son bisschen auf die jungend Zeit  
285 [...]  
286 so Sachen  
287 die sie einfach kennen  
288 [...]  
289 na halt eigentlich so  
290 aus ihrer Zeit  
291 so Sachen  
292 bräuchte man auch  
293 dass sie den Bezug noch wieder kriegen  
294 [...]  
295 B2: sind zum Teil kleine  
296 kleine Kinder  
297 vom Entwicklungsstand her  
298 [...]  
299 B3: was zum Beispiel auch gut wäre

300 wäre so  
301 diese Bushaltestelle  
302 [...]  
303 B1: dass wir uns auch darüber sie lustig machen  
304 in Anführungsstriche  
305 sonst würdest du das gar nicht ertragen  
306 [...]  
307 B2: wir können sie nicht laufen lassen  
308 lass draußen was passieren  
309 in dem Sinne  
310 sind aber auch nicht in der Lage die Patienten ja festzuhalten  
311 die wehren sich ja auch  
312 wir können sie ja nicht körperlich  
313 irgendwie denn noch festhalten  
314 das ist für uns auch ne Zwickmühle  
315 was sollen wir machen?  
316 rechtlich gesehen darf sie gehen  
317 auf der anderen Seite  
318 wissen wir was passiert wenn  
319 sobald sie draußen sind  
320 [...]  
321 und zum laufen lassen ich mein  
322 wie schon gesagt  
323 dafür hab ich nicht das Personal  
324 [...]  
325 B1: deswegen muss man immer abwägen  
326 was ist besser?  
327 zuhause oder im Krankenhaus  
328 [...]  
329 B3: [...]  
330 Therapien optimieren  
331 für solche Patienten ne  
332 dass sie halt schneller äh  
333 behandelt werden  
334 dass sie dann auch der Stresssituation entfliehen können  
335 dass sie dann schnellstmöglich ins -  
336 Heim wieder kommen  
337 in ihre eigenen 4 Wände  
338 [...]  
339 I: [...]  
340 Wie reagieren die Demenzkranken so hauptsächlich?  
341 Ist das schon so  
342 dass es aggressiv ist  
343 oder man liest ja auch von sexuell übergriffigen Verhalten  
344 [...]  
345 B2: sonst neigt es eher in die aggressive Richtung  
346 [...]  
347 wenn es so ganz  
348 ganz an der Spitze ist  
349 B1: die wehren sich halt  
350 [...]

351 B3: oft haben wir auch demente Patienten  
 352 die auch ganz lieb sind ne  
 353 und sich dem fügen was jetzt passiert  
 354 das haben wir auch oft  
 355 [...]

356 also man kann nicht alle über einen Kamm scheren  
 357 aggressiv sind nicht alle  
 358 B1: nein  
 359 aber ähm  
 360 wenn's schnell gehen soll  
 361 B3: ja klar  
 362 B1: es darf eben nicht schnell gehen  
 363 das ist ja normal  
 364 weiß ja jeder eigentlich  
 365 [...]

366 B3: man muss ruhig auf die Patienten einreden  
 367 und nicht hier hektisch rein  
 368 zack und  
 369 jetzt geht los  
 370 man muss ma den Patienten auch Bescheid sagen  
 371 was man gerade vor hat  
 372 [...]

373 B1: also man muss eigentlich viel mehr Zeit haben  
 374 für normale Stationsalltag  
 375 [...]

376 B2: (zur Gerontopsychiatrie) da sind sie wirklich gut betreut  
 377 aber das ist hier im normalen Stationsalltag einfach nicht  
 machbar  
 378 [...]

379 B3: die meisten sind alle multimorbid  
 380 haben so viele Erkrankungen  
 381 [...]

382 B2: so quasi die Demenz steht schon unten ja  
 383 B1: die ist schon so nebensächlich  
 384 B2: ja ja  
 385 die ist neben  
 386 nebenläufig  
 387 also für die Ärzte spielt sie in dem Sinne gar keine Rolle  
 388 also es sei denn es ist wirklich massiv irgendwas ähm äh  
 389 mit zwecks aggressiv oder so  
 390 [...]

391 aber ansonsten  
 392 ist Demenz  
 393 da sind wir als Pflegepersonal dann angesprochen  
 394 und das ist ne Diagnose  
 395 die die Ärzte dann zwar mit rauf schreiben  
 396 [...]

397 aber es ist kein  
 398 kein Behandlungsziel  
 399 und denn müssen wir halt gucken wie wir dann damit...  
 400 B3:... klar kommen

401 [...]
402 B2: Manchmal wäre es auch vielleicht gut
403 da die Angehörigen auch mal
404 gut wir versuchen es schon
405 [...]
406 aber dass da vielleicht auch
407 die Angehörigen bisschen mehr mit reingezogen würden
408 werden
409 [...]
410 aber ich finde
411 man muss trotzdem auch ein Stück weit bereit sein
412 sich da auch mit zu integrieren
413 weil wir alleine können das ja auch nicht immer alles schaffen
414 [...]
415 im Endeffekt
416 ich mein
417 wir sind nicht die nächsten Angehörigen
418 und haben natürlich nicht so den Bezug zu der Person (leise)
419 [...]
420 B3: gestern bei der Patientin
421 die gekommen ist ne
422 [...]
423 der Überleitbogen
424 der war so schlecht
425 da stand nicht mal ne Pflegestufe drauf
426 da stand garnix drauf
427 [...]
428 B1: ja ja
429 die Kommunikation zwischen den Einrichtungen ist -
430 B3: sehr eingeschränkt
431 sagen wir mal so
432 B1: da wünschte man sich schon mehr
433 B2: wir machen auch oft Konsile
434 so
435 psychiatrische Konsile
436 da fehlt auch noch son bisschen Spanne
437 find ich
438 dass da auch noch mal der Austausch stattfindet
439 dass er vielleicht noch mal Tipss hat
440 oder so
441 der Arzt
442 in welche Richtung das geht
443 oder so
444 dass wir uns auch besser drauf einstellen können
445 [...]
446 B3: [...]
447 und keine Info
448 die sagen uns nichts
449 schreiben ihre Medikamente auf
450 und weg sind se
451 [...]

452 B1: tja  
453 das hat man ja immer mal  
454 dass man sich nicht so gut fühlt  
455 aber  
456 [...]  
457 B3: das hat man ja öfter  
458 weil wir die Zeit einfach nicht haben  
459 für die Patienten  
460 da hat man immer nen schlechtes Gewissen  
461 also generell  
462 [...]  
463 B3: musst da akut helfen  
464 und in der Zeit  
465 musst du die anderen Patienten vernachlässigen ne  
466 und gerade die Dementen  
467 [...]  
468 mit einer Pflegekraft in der Nacht  
469 das ist einfach zu wenig  
470 [...]  
471 B1: wir sind eben keine geschlossene Station  
472 und wenn einer abhaut  
473 ich mein  
474 letztendlich hast du nen schlechtes Gewissen  
475 und denkst mensch  
476 aber man kann ja nicht überall sein  
477 [...]  
478 und denn kriegst du noch Vorwürfe  
479 so ungefähr  
480 weil du nicht drauf geachtet hast  
481 [...]  
482 B1: aber man wünscht sich schon einen größeren Schlüssel  
483 B3: ja klar  
484 vor allem auch mehr Platz  
485 B1: [...]  
486 man könnte wirklich mehr auf die eingehen und so ne

