

Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus

Versorgungsalltag

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld

Auszug aus dem Bericht der
wissenschaftlichen
Begleitung des Modellprojekts

Projektmaterialien 4



Inhalt

Einleitung	2
1. Probleme im Versorgungsalltag	2
1.1 Kooperation und Kommunikation zwischen Mitarbeitern und Patienten ...	3
1.2 Desorientierung und motorische Unruhe.....	6
1.3 Problematische Verhaltensweisen	8
1.4 Beziehungsgestaltung	10
1.5 Freiheitsbegrenzende Maßnahmen	11
1.6 Spezifische Unterstützung	13
1.7 Einbeziehung von Angehörigen.....	14
2. Zusammenfassung und Lösungsansätze	16
2.1 Die Palette pflegerischer Maßnahmen sollte erweitert werden	18
2.2 Pflegeplanung- und dokumentation.....	19
2.3 Qualifikation und Einbindung von Fachexpertise.....	19
2.4 Systematische Einbindung Angehöriger	20
2.5 Medizinische Diagnostik und Therapie	21
Ausblick.....	23
Literatur	24

Einleitung

Ist der Aufnahmeprozess abgeschlossen, werden die Patienten in ihrer Erkrankung entsprechenden Fachabteilungen behandelt (Zur Aufnahme siehe Projektmaterialien 3). In den meisten Krankenhäusern gilt dies auch für demenzkranke Patienten, d. h. sie werden in den unterschiedlichsten Fachabteilungen und Stationen versorgt. In der Situationsanalyse für das Projekt „Verbesserung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus“ haben wir primär Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in internistischen und chirurgischen Stationen danach befragt, welche Anforderungen sich aus ihrer Sicht bei der Versorgung demenzkranker Patienten stellen. Die Ergebnisse dieser Analyse werden in Abschnitt 1: Probleme im Versorgungsalltag dargestellt.

Anschließend werden in Abschnitt 2 die Ergebnisse noch einmal zusammenfassend erörtert und themenbezogen mögliche Lösungsansätze aufgezeigt.

Die Ausführungen zeichnen die Situation zu Projektbeginn nach – inzwischen wurden in den beteiligten Krankenhäusern verschiedene Maßnahmen eingeleitet, um die beschriebenen Themen- und Problemfelder zu bearbeiten.

1. Probleme im Versorgungsalltag

Die Einschränkungen und Verhaltensweisen, die Patienten aufgrund einer bestehenden Demenzerkrankung zeigen, beeinflussen auf vielfältige Weise die Versorgung während des Aufenthaltes. Im Folgenden werden zunächst sieben wesentliche Themenfelder umrissen, die sich bei der Erfassung der Versorgungssituation in den Häusern gezeigt haben:

- Kooperation und Kommunikation zwischen Mitarbeitern und Patienten
- Desorientierung und motorische Unruhe
- Problematische Verhaltensweisen
- Beziehungsgestaltung
- Freiheitsbegrenzende Maßnahmen
- Spezifische Unterstützung
- Einbeziehung von Angehörigen

1.1 Kooperation und Kommunikation zwischen Mitarbeitern und Patienten

Die Verständigung und das Zusammenwirken von Mitarbeitern und demenzkranken Patienten ist aus verschiedenen Gründen nicht einfach:

- Demenziell erkrankte Patienten sind häufig nicht dazu in der Lage ihre Bedürfnisse und Probleme so zu kommunizieren, dass die Pflegekräfte sich ein umfassendes und differenziertes Bild davon machen können. Außerdem haben sie oft Schwierigkeiten, das Versorgungsgeschehen und die damit verbundenen Erwartungen an sie nachzuvollziehen.
- Den Pflegekräften fällt es oftmals schwer, sich einen verlässlichen Eindruck der Befindlichkeit des Patienten zu verschaffen. Dies ist jedoch in vieler Hinsicht notwendig, um eine bedürfnisgerechte und schonende pflegerische Versorgung zu gewährleisten.

Häufig benötigen demenzkranke Patienten in Folge ihrer Erkrankung Unterstützung bei alltagspraktischen Verrichtungen wie etwa der Körperpflege, bei der Nahrungsaufnahme oder während eines Toilettengangs. Auch die Umsetzung medizinisch-therapeutischer Vorgaben, z. B. die Medikamenteneinnahme, ist ihnen oft nicht selbstständig möglich. Verhalten sich die Patienten grundsätzlich kooperativ, wird die Versorgung in diesen Bereichen von den Pflegenden zwar als zeitaufwändig, jedoch wenig problematisch beschrieben. Unter diesen Umständen wird von gewohnten Versorgungsroutinen nur wenig abgewichen.

Schwieriger wird es, wenn die Pflegekräfte nicht in der Lage sind, den Betroffenen die Notwendigkeit pflegerischer oder medizinischer Maßnahmen deutlich zu machen, um so auf ihre aktive Mitarbeit hinzuwirken oder zumindest die „Duldung“ von Maßnahmen zu erreichen. Bei anderen Patienten erprobte und bewährte Lösungsansätze versagen in dieser Hinsicht zwangsläufig. Immer wieder kommt es dazu, dass demenzkranke Patienten die Durchführung bestimmter Maßnahmen verweigern.

Mehr Unterstützung
z. B. bei der Körper-
pflege und der
Medikamenten-
einnahme notwendig

Demenzkranke
tolerieren diese Unter-
stützung nicht immer

„... dass der Patient wegläuft, dass der Patient die Behandlung verweigert, dass der Patient seine Medikamente nicht nimmt oder man ihm die nicht geben kann. Das sind ja so klassische Themen.“

(Pflegekraft, Interview 1, Absatz 3)

Einbindung Angehöriger

Können Erklärungen nicht überzeugen, versucht man, die Patienten durch die Einbindung Angehöriger umzustimmen. Gelingt auch dies nicht, wird zum Teil die Durchführung der Maßnahmen zurückgestellt. Die Pflegekräfte schildern derartige Erfahrungen vor allem im Zusammenhang mit Tätigkeiten wie der Medikamentengabe, der Verabreichung von Injektionen oder der Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Probleme bei der grundpflegerischen Versorgung scheinen seltener vorzukommen oder werden von den Pflegekräften als weniger gravierendes Problem betrachtet.

Ablehnung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen

Aus ärztlicher Sicht stellt sich die Ablehnung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen als ausgesprochen problematisch dar. Die befragten Ärzte schildern mehrere Situationen, in denen demenzkranke Patienten die Durchführung von Maßnahmen durch körperliche Abwehrhandlungen unmöglich machen oder eine notwendige Mitarbeit verweigern.

Maßnahmen werden notfalls zurückgestellt

Die Ärzte müssen in diesem Fall eine Entscheidung darüber treffen, ob die jeweilige Maßnahme unumgänglich ist (um eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern) oder ob die Durchführung zunächst verschoben werden kann. Im letztgenannten Fall ist es dann ggf. notwendig, betreuungsrechtliche Schritte einzuleiten, um unter Umständen auch gegen den Widerstand des Patienten tätig werden zu können.

Muss eine Betreu- ungsregelung gefunden werden, kostet das Zeit

Eine ähnliche Problematik ergibt sich, wenn die kognitiven Defizite der Betroffenen nach Einschätzung der Mediziner so gravierend sind, dass sie offensichtlich zu einer rechtsgültigen Einwilligung in die geplanten Maßnahmen nicht in der Lage sind. Die Einrichtung einer Betreuung ist allerdings oft mit einem zeitlichen Aufwand verbunden, der sich im Hinblick auf die angestrebte Dauer der Krankenhausbehandlung als problematisch erweist und die Ärzte möglicherweise vor einen Entscheidungskonflikt stellt. Unter Umständen kommt es dann – im Bewusstsein, sich auf rechtlich unsicherem Terrain zu bewegen – zur Fortsetzung der Diagnostik und Therapie in Absprache mit den Angehörigen der Betroffenen.

Mitwirkungsmöglich- keiten und demenz- assoziierte Risiken beeinflussen die Therapiewahl

Eine bestehende Demenzerkrankung beeinflusst nach den Aussagen der Interviewpartner auch die Entscheidung, auf welche Form der Therapie man sich festlegt. Angesichts der eingeschränkten Möglichkeiten der Patienten, sich aktiv an der Behandlung zu beteiligen, werden komplexe Therapieformen, die hohe Anforderungen an ihre Mitwirkung stellen, nur zurückhaltend eingesetzt.

„Also das man, was weiß ich, jetzt irgendwelche komplizierten ... Gerade z. B. bei den Diabetikern, dass man da eben dann kein intensiviertes Schema oder so machen kann.“

(Arzt, Interview 3, Absatz 19)

Auch die mit einer Demenzerkrankung assoziierten Gefährdungen, z. B. eine erhöhte Sturzgefahr, denen die Betroffenen im Verlauf der weiteren Versorgung ausgesetzt sein könnten, üben unter Umständen einen Einfluss bei der Wahl der Therapie aus.

Als zusätzliche Schwierigkeit empfinden die Interviewpartner die Tatsache, dass die Identifizierung gesundheitlicher Probleme sich bei Demenzkranken aufgrund einer schlecht abgrenzbaren Symptomatik und der mangelnden Fähigkeit der Betroffenen, sich konkret zu äußern, häufig nicht gelingt oder lange Zeit in Anspruch nehmen würde. So kann es dazu kommen, dass sich die akuten Gesundheitsprobleme im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes nicht eingrenzen lassen und dementsprechend auch keine ursächliche Behandlung stattfindet. Angesichts des empfundenen Drucks, den Krankenhausaufenthalt im Rahmen der durch die DRG-orientierte Vergütung vorgegebenen Zeitdauer zu beenden, werden unter Umständen auch Entscheidungen getroffen, die eine Weiterversorgung in anderen Einrichtungen oder in der häuslichen Umgebung zeitnah ermöglichen sollen. Einige Interviewpartner weisen darauf hin, dass ihrer Meinung nach bei diesen Erwägungen die Patienteninteressen nicht immer ausreichend berücksichtigt werden.

Gesundheitliche Probleme lassen sich häufig nicht genau identifizieren

„Viele Patienten werden entlassen letztendlich mit... Verlegenheitsdiagnosen oder mit allgemeinen Diagnosen und... kommen oft ja auch nach kurzer Zeit wieder, wenn die heimische Versorgung nicht ausreichend gut ist.“

(Arzt, Interview 8, Absatz 3)

Eine bestehende Demenzerkrankung kann sich aus ärztlicher Sicht also in zweierlei Hinsicht auf die Verweildauer der betroffenen Patienten auswirken. Werden die medizinischen Maßnahmen durchgeführt, ohne Abstriche aufgrund verhaltensbedingter Probleme oder zu klärender Rechtsfragen zu machen, verlängert dieses Vorgehen unter Umständen die Aufenthaltsdauer der Patienten. Nimmt man wegen mangelnder Beteiligung des Betroffenen Abstand von der Erbringung einzelner diagnostischer und therapeutischer Leistungen, wirkt sich das eventuell sogar verkürzend auf die Liegezeit aus.

1.2 Desorientierung und motorische Unruhe

Überforderung durch ungewohnte Umgebung

Die Notwendigkeit, sich in einer ungewohnten Umgebung zu orientieren, führt bei vielen der Patienten zur Überforderung. Selbst wenn noch gewisse Potenziale vorhanden sind, stoßen sie nach Wahrnehmung der Pflegekräfte in der Umgebung des Krankenhauses häufig an ihre Grenzen.

„Ja, es ist halt so, dass in den Zimmern, da gibt es Leute, die grenzen dann ihren Bereich ins Zimmer ein und wissen: 'O.K., ich laufe einmal ums Bett, da ist die Toilette'. Es gibt Leute die das noch schaffen. Aber wenn die die Tür zur Toilette verfehlen und kommen auf den Flur, dann sehen alle Zimmertüren gleich aus. Und wenn die die Station verlassen sieht der ganze Bereich gleich aus.“

(Pflegekraft, Interview 24, Absatz 118)

Fremde Umgebung, Langeweile und Krankenhausatmosphäre begünstigen Unruhe und Wandertendenzen

Eines der am häufigsten geschilderten Phänomene stellen so genannte Wandertendenzen¹ und andere Formen motorischer Unruhe dar. Von den Pflegekräften werden sie in hohem Maße mit einer möglichen Selbstgefährdung der Patienten assoziiert. Als Ursachen kommen in den Augen der Interviewpartner verschiedene Faktoren in Betracht: Möglicherweise entstehe Angst vor der fremden Umgebung und dem Vorhandensein vieler fremder Personen. Auch Langeweile, hervorgerufen durch den eintönigen Krankenhausalltag und mangelnde Beschäftigungsmöglichkeiten, werden als Erklärungen ins Feld geführt. Als problematisch wird in diesem Zusammenhang die hektische und laute Atmosphäre des Krankenhauses beschrieben, die sich in der Wahrnehmung der Interviewpartner nochmals verstärkend auf ohnehin bestehende Unruhezustände auswirkt.

„Und wenn es um Unruhe geht, dann sind natürlich die Patienten das eine, die vielleicht auch unruhig sind, aber auf den anderen Stationen macht, zumindest bei uns, macht eben vieles andere noch eine Unruhe, da machen wir Pflegenden Unruhe, da machen die Ärzte Unruhe, da ist unglaublich viel lauter Umsatz, weil, man muss auch mal von der einen Seite auf die andere kurz rufen: 'Hör mal, kannst du mal eben, da und so'.“

(Pflegekraft, Interview 6, Absatz 170)

Pflegepersonal muss Sicherheit der Patienten gewährleisten

Für die Pflegekräfte ist es eher zweitrangig, ob unruhige Patienten gezielt die Station verlassen oder aufgrund von Orientierungsproblemen nicht in der Lage sind, ihr Zimmer wieder zu finden. Wenn ein Patient „wegläuft“, resultieren daraus für sie zunächst ganz praktische Probleme: Sie sehen sich in der Verantwortung, die Sicherheit der von ihnen betreuten Patienten zu gewährleisten und sie ggf. zu beobachten. Die räumliche Gestaltung der Stationen, die krankenhaustypischen Arbeitsabläufe und eine hohe Arbeitsbelastung machen dies in ihren Augen jedoch schwierig, teilweise sogar unmöglich. Wenn

¹ Der Begriff „Wandertendenz“ lehnt sich an den international gebräuchlichen pflegerischen Fachbegriff „wandering“ an (vgl. z. B. Algase 1999). Auf den in Deutschland gängigen, aber fachlich umstrittenen Begriff „Wegläuftendenz“ wird an dieser Stelle verzichtet.

die Patienten nicht auf der Station angetroffen werden, ergibt sich die Notwendigkeit – unter hohem Personaleinsatz – eine Suche im gesamten Krankenhaus durchzuführen. Nach der Beobachtung der verschiedenen Interviewpartner zeigen sich Wandertendenzen und unruhiges Verhalten zudem verstärkt in den Abendstunden und nachts, wenn die dünne Personaldecke es nochmals problematischer macht, mit diesem Verhalten umzugehen.

Wenn eine Demenzerkrankung den Pflegekräften von Beginn an bekannt ist oder sie Orientierungsschwierigkeiten und Wandertendenzen beobachten, schlägt sich dies ggf. in der Organisation der räumlichen Unterbringung nieder. Den Patienten wird dann z. B. ein Raum in der Nähe des Stationszimmers zugewiesen, in der Hoffnung, so bessere Beobachtungsmöglichkeiten zu haben. Durch den räumlichen Gesamtaufbau der Stationen ist die Reichweite dieser Maßnahme allerdings begrenzt. Die Beobachtungsmöglichkeiten werden häufig dadurch beschränkt, dass ein Verlassen durch Notausgänge oder Fahrstühle möglich ist, die nicht unbedingt von den Pflegenden einzu- sehen sind. Die Mitarbeiter greifen auf verschiedene Tricks und Hilfsmittel zurück, um ausreichende Kontrolle auszuüben, dies gelingt jedoch offensichtlich in vielen Fällen nicht.

Insbesondere wenn anzunehmen ist, dass Demenzkranke trotz aller Bemühungen versuchen werden, die Station zu verlassen, werden Maßnahmen zur Abfederung negativer Konsequenzen ergriffen. Es werden zum Teil Kleidungsstücke mit Aufklebern oder Zetteln versehen, so dass für andere Mitarbeiter des Krankenhauses ersichtlich ist, dass der Patient seine Station verlassen hat und nicht in der Lage ist, sich zu orientieren. Allerdings ist dieses Vorgehen in den Augen der Pflegekräfte unter Umständen erniedrigend für die Betroffenen; es bietet im Übrigen keine Gewähr dafür, dass der Patient das Krankenhaus nicht doch verlässt und sich in diesem Kontext unter Umständen selbst gefährdet.

„Ja, so von mir aus gucke ich immer, dass so Patienten mit dieser Erkrankung, also dass die möglichst in Nähe des Schwesternzimmers untergebracht werden.“

(Pflegekraft, Interview 11, Absatz 5)

„Ich mein, wenn ich nachts bin, dann mach ich einen großen Löffel auf die Türklinke.“

(Pflegekraft, Interview 24, Absatz 64)

Durch die eingeschränkte Selbstständigkeit und bestehende Orientierungsprobleme demenzkranker Patienten ergibt sich vielfach die Notwendigkeit einer intensiven Begleitung vor und während der Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Dies ist häufig mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden. Die Betroffenen müssen ggf. nicht nur in die entsprechenden Funktionsabteilungen gebracht werden, teilweise erweist es sich auch als notwendig, mit dem Patienten dort zu verbleiben. In einigen Häusern übernehmen so genannte Hol- und Bringdienste üblicherweise den

Hilfsmittel, um das Weglaufen zu verhindern, bzw. Patienten möglichst schnell wiederzufinden

Besuch von stationsexternen Untersuchungs- und Behandlungsbereichen birgt Risiken

Transport von Patienten, was sich bei demenzkranken Menschen als problematisch erweisen kann. Es ergibt sich dann unter Umständen ein Dilemma, in dem die Pflegekräfte sich zwischen dem ihrer Meinung nach angemessenen Vorgehen und den durch die Stationsabläufe vorgegebenen Notwendigkeiten entscheiden müssen. Versuche, die Abläufe in den Funktionsabteilungen so zu beeinflussen, dass eine aus Sicht der Pflegenden akzeptable Lösung gefunden werden kann, gelingen in den Augen der Interviewpartner zu selten.

„Was wir dann schon manchmal machen ist, am Telefon dazu sagen, dass der dement ist und fragen, ob sie ihn sofort drannehmen. Wenn sie ihn sofort rannehmen, bleibe ich dabei. Aber wenn das nicht klappt... stellen wir den manchmal wirklich da hin, geben noch mal kurz Info: 'Aufpassen' und dann müssen wir da wieder weg.“

(Pflegekraft, Interview 24, Absatz 136)

1.3 Problematische Verhaltensweisen

Als besonders problematisch erweisen sich aus Sicht der Pflegekräfte Verhaltensweisen, die im Kontext des Krankenhausaufenthaltes Gefährdungen oder erhebliche Störungen verursachen.

Sozial „unangemessenes“ Verhalten ist besonders herausfordernd

Hierzu gehören auch und besonders sozial „unangemessene“ Verhaltensweisen. Sie umfassen nach den Schilderungen der Interviewpartner ein breites Spektrum von Verhalten. Es reicht vom Ausziehen der Bekleidung über das Urinieren im öffentlichen Bereich der Station bis hin zu Übergriffen in den persönlichen Lebensbereich anderer Patienten. Derartiges Verhalten macht in den Augen der Interviewpartner ein unmittelbares Eingreifen erforderlich. Außerdem beeinträchtigt es unter Umständen das Zusammenleben mit anderen Patienten oder Besuchern erheblich. Die Mitarbeiter stehen den so entstandenen Situationen dann häufig recht hilflos gegenüber, weil sie kaum Ansatzpunkte sehen, auf das Verhalten einzuwirken.

„Ich finde eben, dass auch dieser schwierige Ablauf auf den Stationen, dass dann eben so ein Mensch auf dem Flur steht und sich die Windelhose auszieht und als Pfleger der man irgendwie drauf reagieren muss und es aber eigentlich gar nicht adäquat kann.“

(Pflegekraft, Interview 6, Absatz 209)

Auch aggressiv gefärbtes Verhalten wird bei Demenzkranken offenkundig regelmäßig beobachtet. In erster Linie handelt es sich dabei um verbale Auffälligkeiten. Dies wird zwar als störend erlebt, aber als potenziell wenig gefährlich eingestuft. Körperlich aggressive Verhaltensweisen treten nach Einschätzung der Interviewpartner weniger häufig auf. Hervorgerufen werden sie nach deren Einschätzung oftmals dadurch, dass bestimmte andere Verhaltensweisen der Patienten nicht toleriert werden und man versucht, diese zu unterbinden.

Aggressionen in erster Linie verbal

„...das denk ich trägt dann auch wieder dazu bei, dass derjenige dann vielleicht noch verwirrter wird oder dann auf einmal aggressiv wird oder so. Und dann reagiert man als Pflegepersonal wieder anders darauf oder irgendwann gereizt und das steigert sich irgendwie und ... das finde ich auch wieder sehr schwierig, man muss immer versuchen, dass es nicht so eskaliert...“

(Pflegekraft, Interview 24, Absatz 63)

Solche Situationen werden von den Pflegekräften als emotional sehr belastend geschildert. Handlungsmöglichkeiten sehen sie kaum, so dass häufig ein Arzt hinzugezogen wird. Dies geschieht vor allem in Situationen, die als nicht mehr beherrschbar eingeschätzt werden und in denen sie sich Unterstützung durch die Gabe von Medikamenten oder die rechtliche Absicherung hinsichtlich freiheitsbegrenzender Maßnahmen verschaffen wollen.

Aggressives und schwieriges Verhalten sehr belastend

Zeigen Patienten sozial unangemessenes oder aggressives Verhalten, wird eventuell eine Unterbringung im Einzelzimmer angestrebt oder ein in den Augen der Pflegekräfte „belastbarer“ Mitpatient gesucht. Die Gestaltungsmöglichkeiten der Pflegekräfte sind in dieser Hinsicht jedoch häufig eingeschränkt. Gerade im Zuge kurzfristiger Aufnahmen muss in der Praxis auf das zunächst verfügbare Patientenzimmer zurückgegriffen werden. Außerdem sind in den Augen der Interviewpartner auch die Interessen anderer Patienten zu berücksichtigen, die aufgrund ihrer Erkrankung ebenfalls nur eingeschränkt belastbar sind. Im Extremfall kann es dazu kommen, dass im Interesse anderer Patienten Maßnahmen ergriffen werden, die eher geeignet sein dürften, Verhaltensauffälligkeiten weiter zu verstärken, z. B. die nächtliche Unterbringung auf dem Flur.

Interventionsmöglichkeiten werden als gering erlebt

Kommt es zur pharmakologischen Behandlung demenzbedingter Verhaltensweisen, wird nur selten fachärztliche Expertise eingeholt. Die Auswahl der entsprechenden Medikamente erfolgt häufig durch den zuständigen Stationsarzt. Eine Orientierung an Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften erfolgt in dieser oftmals Konstellation nicht. In diesem Zusammenhang wird von einigen Ärzten auf fachliche Defizite und Unsicherheiten in rechtlichen Fragen hingewiesen. Einige Interviewpartner merken bezogen auf die

Medikamentenbehandlung häufig nicht leitlinienorientiert

medikamentöse Therapie außerdem kritisch an, dass ihrer Meinung nach die Entscheidung zu einer pharmakologischen Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten auch vor dem Hintergrund einer hohen pflegerischen Arbeitsbelastung getroffen wird und nicht unbedingt medizinische Gründe ausschlaggebend sind.

"... und dann ist eben der Reflex da, dass man eben schnell sagt, ja komm, Haldol, Dipi oder irgendwas... damit der erstmal Ruhe gibt, dann hab ich Ruhe vor den Schwestern, die Schwestern Ruhe vorm Patienten...nicht so gut, aber so ist es leider, so wird es leider vielfach praktiziert..."

(Arzt, Interview 9, Absatz 10)

Passive Grundhaltung und Zurückgezogenheit wurden nicht problematisiert

Auffällig bei der Analyse der Interviews war, dass von keiner Pflegekraft Verhaltensweisen thematisiert wurden, die zwar belastend für die betroffenen Patienten sind, den gewöhnlichen Versorgungsablauf im Krankenhaus jedoch nicht stören. Keiner der Interviewpartner wies beispielsweise darauf hin, dass auch eine besonders passive Grundhaltung oder eine ausgeprägte Zurückgezogenheit Anlass für pflegerische Maßnahmen sein sollten.

1.4 Beziehungsgestaltung

Pflegekontinuität wird als wichtig erachtet

Als förderlich für die Kommunikation und den Umgang mit demenzkranken Patienten erweist sich aus Sicht der Interviewpartner die Herstellung personeller Kontinuität. So gelingt es unter Umständen, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, das es den Betroffenen erleichtert, sich im Kontext pflegerischer Maßnahmen zu orientieren und sicher zu fühlen. Zudem zeigt sich in der Praxis, dass Veränderungen, den kognitiven Status oder das Verhalten Demenzkranker betreffend, von Pflegekräften mit einer größeren Sensibilität wahrgenommen werden, wenn sie den Betroffenen intensiver und länger betreut haben. Es wird darum versucht, den Kreis der beteiligten Mitarbeiter überschaubar zu halten und die Zahl der Personalwechsel zu begrenzen. Diesbezüglich wird allerdings darauf hingewiesen, dass aufgrund der Organisationsstrukturen und der typischen Abläufe eines Krankenhauses dieses Anliegen nur in begrenztem Maße zu verwirklichen ist.

Gerade in Situationen, die ein hohes Potenzial besitzen, Orientierungsstörungen und Verhaltensänderungen hervorzurufen (z. B. während der Durchführung von Untersuchungen) kann die Anwesenheit vertrauter Pflegekräfte nur durch einen erhöhten Einsatz zeitlicher Ressourcen ermöglicht werden. Dies wiederum wirkt sich dann möglicherweise negativ auf die Bewältigung anderer Arbeitsaufgaben aus.

Von einzelnen Pflegekräften wird beschrieben, dass sie bei der Versorgung demenzkranker Patienten auch Strategien zur Kontakt- und Kommunikationsförderung einsetzen. Dies geschieht allerdings eher unsystematisch und ungeplant und ist in hohem Maße abhängig von der Kompetenz der einzelnen Mitarbeiter. Ein derartiges Vorgehen gründet sich weniger auf strukturiertes Fachwissen über kommunikative Zugangswege bei Demenzkranken, vielmehr scheinen hier persönliche Berufs- und Lebenserfahrungen der Pflegekräfte dafür ausschlaggebend zu sein, ob und wann derartige Strategien eingesetzt werden.

Strategien zur Kontakt- und Kommunikationsförderung wenig systematisch

Im Kontext mit diesem Vorgehen wird allerdings auch auf bestehende normative Barrieren hingewiesen, die sich im Erleben der Pflegekräfte als hinderlich erweisen. Offenbar genießen derartige pflegerische Interventionen im Krankenhaus eine geringe Akzeptanz.

Pflegende befürchten Kritik, wenn sie länger mit Patienten sprechen

„Ich rede auch gerne mal mit Patienten, weil man, wenn man das persönliche Gespräch... auch bei Demenzkranken, dann geh ich da hin, setzt mich mal ein paar Minuten und rede mit denen, weil dann kriegt man viel mehr so raus und kann so ein bisschen locken, aber... das ist so selten geworden, also richtig sich so ins Zimmer setzen. Und dann heißt es immer, wie kannst du da 5 Minuten in dem Zimmer sitzen, ja meine Güte.“

(Pflegekraft, Interview 24, Absatz 47)

Die Pflegenden befinden sich also in einem Dilemma, in dem sie sich zwischen den normativen Vorgaben der Station und der von ihnen als angemessen eingeschätzten Vorgehensweise entscheiden müssen.

1.5 Freiheitsbegrenzende Maßnahmen

Im Versorgungsalltag kommt es immer wieder zu Situationen, in denen sich demenzkranke Patienten nach Einschätzung der Pflegekräfte selbst gefährden und in denen freiheitsentziehende Maßnahmen eingesetzt werden. In den Augen der Interviewpartner stellen diese das letzte Mittel dar, zu dem gegriffen wird, wenn andere Maßnahmen wirkungslos bleiben oder in der gegebenen Situation nicht praktikabel sind.

Freiheitsbegrenzende Maßnahmen als letztes Mittel

Zu einer möglichen Selbstgefährdung kommt es nach Einschätzung der Pflegekräfte dann, wenn als notwendig erachtete medizinische Maßnahmen nicht toleriert werden, indem z. B. eine verordnete Bettruhe nicht eingehalten wird oder Injektionsnadeln und Katheter entfernt werden.

Hauptgrund ist eine mögliche Selbstgefährdung der Patienten

„Das ist bei uns auch, wenn jetzt Patienten z. B. mit einem zentralen Zugang versorgt sind und werden müssen oder Magensonde liegen haben und doch sehr unruhig sind, dass halt die Gefahr besteht, dass die die Sachen auch rausziehen ... es wird schon mal gemacht, dass die fixiert werden sollen.“

(Pflegerkraft, Interview 6, Absatz 56)

Auch das Verlassen der Station durch Patienten mit Wanderungstendenzen kann dazu führen, dass freiheitsentziehende Maßnahmen angewendet werden. In diesem Zusammenhang wird darauf verwiesen, dass auch eine nicht ausreichende Personalausstattung ein solches Vorgehen begünstigen oder notwendig machen kann.

Kritische Haltung zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

Auch wenn die Pflegekräfte deutlich machen, dass sie freiheitsentziehende Maßnahmen als teilweise unumgänglich empfinden, wird deren Anwendung ausgesprochen kritisch betrachtet:

„Also was für mich schlimm ist, wenn wir z. B. dies dementen Patienten fixieren müssen, weil sie sich selbst gefährden, das ist schlimm, also das empfinde ich wirklich...“

(Pflegerkraft, Interview 15, Absatz 76)

„Wobei ich das immer schwierig finde mit dem Fixieren für den Patienten an sich... manchmal hat man das Gefühl, man hat zwar eine bestimmte Hilfe dadurch aber manchmal hat man das Gefühl, dass die noch unruhiger werden dadurch, wenn die sich dann auch noch so eingesperrt fühlen... mit dem Bauchgurt z. B....“

(Interview 11, Absatz 9)

Man sieht in den Maßnahmen also nicht nur eine entwürdigende, ethisch zweifelhafte Umgangsweise, sondern zweifelt auch an ihrer Wirkung: Nach der Erfahrung der Interviewpartner tragen sie häufig zu einer Verstärkung bestehender Unruhezustände und aggressiver Verhaltensweisen bei, was in der Folge zu weiteren Zwangsmaßnahmen, z. B. der Ausweitung von Fixierungsmaßnahmen oder der Anwendung sedierender Medikamente, führen kann.

1.6 Spezifische Unterstützung

Wie bereits deutlich wurde, stehen die Demenz und die damit verknüpften Versorgungsfragen nicht im Mittelpunkt des Handelns der Krankenhausmitarbeiter. Spezifische Maßnahmen werden nur selten in der Pflegeplanung berücksichtigt. Dennoch gibt es im Versorgungsalltag immer wieder Versuche, spezifische Unterstützungsleistungen anzubieten.

Einige Pflegekräfte verwiesen beispielsweise darauf, dass auch die Erhaltung und Förderung verbliebener Potenziale angestrebt wird, wenn Gelegenheit dazu besteht:

„...versucht halt bei der Körperpflege zu fördern, was noch zu fördern ist. Dass man halt wirklich mit ins Badezimmer geht und sagt dann halt wirklich wie so, ja, teilweise wie bei Kindern dann: Das machen wir jetzt und das machen wir jetzt. Dass halt noch so ein bisschen Selbstständigkeit da ist.“

(Pflegekraft, Interview 23, Absatz 11)

In einem begrenzten Rahmen versuchen die Pflegekräfte auch, demenzkranken Patienten Beschäftigungsangebote zu machen, weil dies ihrer Beobachtung nach zu einer Abnahme als störend empfundener Verhaltensweisen beitragen kann. Dies geschieht in erster Linie dann, wenn sich derartige Maßnahmen gut in die normalen Stationsabläufe integrieren lassen, sie nicht mit einem hohen Arbeitsaufwand verbunden sind und die Betroffenen noch in ein gewisses Maß an körperlicher Mobilität aufweisen. Viele Interviewpartner halten eine Intensivierung und Ausweitung von Beschäftigungsangeboten für sinnvoll. Es wird allerdings darauf verwiesen, dass in den Krankenhäusern hierfür nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten zur Verfügung stehen und durch begrenzte Zeitressourcen der Pflegekräfte weitergehende Maßnahmen von diesen selbst nicht zu leisten sind.

Aus der Sicht anderer Berufsgruppen wird an einigen Stellen darauf hingewiesen, dass die Pflegekräfte zwar in hohem Maße bemüht sind, demenzkranken Menschen Angebote zur Beschäftigung und Integration in den Stationsalltag machen, ihr konkretes Vorgehen zum Teil jedoch wenig angemessen sei:

„... und dann dieses mit dem kalten Kaffee auf einem engen Stühlchen mit einer Klappe davor, abgesperrt sozusagen, aber dann auf dem Flur, damit sie auch noch etwas sehen können. Das ist ja dann so eine kleine 'Schlechtes- Gewissen- Funktion', dass sie noch in der Öffentlichkeit sind, aber im Grunde sind sie vollkommen isoliert, sitzen da.“

(Entlassungsmanagement, Interview 4, Absatz 9)

Förderung von
Ressourcen der
Patienten

Beschäftigungsange-
bote in begrenztem
Rahmen

Einige Formen der
Integration in den
Stationsalltag nicht
angemessen

Gewohnheiten erhalten und persönliche Gegenstände verfügbar machen

Um für die Betroffenen den Aufenthalt in der Klinik angenehmer zu gestalten und in der Hoffnung dadurch herausfordernde Verhaltensweisen zu minimieren, wird in Ansätzen versucht, vertraute Gewohnheiten zu übernehmen oder persönliche Gegenstände verfügbar zu machen. Dies geschieht jedoch häufig erst, wenn im Verlauf des Aufenthaltes bestimmte Vorlieben entdeckt werden oder man aktiv von Angehörigen oder anderen Beteiligten darauf hingewiesen wird. Derartige Maßnahmen werden dann aber vielfach als förderlich für das Befinden der Betroffenen erlebt.

Mehr Informationen zu Gewohnheiten erforderlich

In diesem Zusammenhang machen einige Pflegekräfte erneut deutlich, dass sie sich umfassendere Informationen bezüglich der Gewohnheiten und Tagesstrukturen der von ihnen betreuten Demenzkranken wünschen. Gleichzeitig weisen sie darauf hin, dass sie nur über limitierte Möglichkeiten verfügen, Abläufe und Strukturen dahingehend zu beeinflussen, dass den individuellen Bedürfnissen der Patienten in höherem Maße Rechnung getragen wird.

1.7 Einbeziehung von Angehörigen

Angehörige haben besonderen Zugang zu und Wissen über Patienten

Angehörige entwickeln im Verlauf der häuslichen Versorgung vielfach ein Wissen, das sie zu Experten für die Versorgung eines Demenzkranken macht. Häufig sind sie es, die auch im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung noch einen kommunikativen Zugang zu den Betroffenen finden, deren Befindlichkeit einschätzen können und in der Lage sind, Verhaltensweisen zu deuten und angemessen darauf zu reagieren. Vor dem Hintergrund gemeinsamer Lebenserfahrungen verfügen sie noch am ehesten über biografisches Wissen, das ihnen ermöglicht, an Gewohnheiten und Vorlieben der Demenzkranken anzuknüpfen und die pflegerische Beziehung ihren individuellen Bedürfnissen anzupassen.

Angehörige können wichtige Unterstützung bieten

Aufgrund ihres Zugangs zu den Betroffenen und ihrer Erfahrung können Angehörige auch während des Krankenhausaufenthaltes wichtige Hilfen geben, nicht zuletzt auch bei der Vermeidung problematischer Verhaltensweisen (Martin-Cook 2001). Ohne ihre Einbindung bleiben wichtige Möglichkeiten, vorhandene Potenziale zur Vermeidung kognitiver und körperlicher Funktionseinbußen auszuschöpfen, ungenutzt (Archibald 2003).

Bereitschaft zur Unterstützung durch Angehörige unterschiedlich

Aus Sicht der befragten Krankenhausmitarbeiter sind verschiedene Faktoren ausschlaggebend dafür, ob und in welchem Umfang es zur Beteiligung der Angehörigen an der Versorgungsgestaltung kommt. Deren Bereitschaft, sich im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes zu engagieren, spielt in dieser Hinsicht eine entscheidende Rolle.

„Wenn die Angehörigen wissen, die sind dement, dann kommen die Angehörigen häufig und sagen: 'Schwester, wir kommen zum Essen anreichen und wir nehmen ihnen das ab'. Teilweise solche und manche, die verschwinden, wenn das Essen angereicht wird oder wenn das anrollt, da sind sie weg.“

(Pflegerkraft, Interview 17, Absatz 54)

Auch wenn der Wille der Angehörigen, sich zu beteiligen, als zentraler Faktor betrachtet wird, erfolgt diesbezüglich keine systematische Abklärung durch die Pflegekräfte. Zu einer umfassenden Einbindung in die Versorgung kommt es meist nur dann, wenn die Angehörigen selbst die Initiative ergreifen. Gezielt zurückgegriffen wird auf sie eher vereinzelt und größtenteils in Situationen, die problematisch erscheinen, zu eskalieren drohen und in denen sich die Pflegenden nicht in der Lage sehen, eine angemessene Betreuung zu leisten:

Unterstützungsbereitschaft wird nicht systematisch abgeklärt

„... dann haben wir die Angehörigen angerufen, wenn es gar nicht ging, wenn die Patienten also völlig durcheinander und völlig aufgedreht und unruhig waren und man sich nicht mehr zu helfen wusste, wo man dann sagt: 'Könnten sie nicht vielleicht gucken, ob sie sich nicht vielleicht 2, 3 Stündchen sich mal zu ihm setzten oder zu ihr setzen, dass sie weiß, da ist jemand bekanntes, eine bekannte Stimme'.“

(Pflegerkraft, Interview 11, Absatz 17)

Die Interviewpartner beurteilen die im Krankenhaus herrschenden Rahmenbedingungen als wenig förderlich für die gezielte Beteiligung Angehöriger. Sie verweisen auf die häufig eingeschränkte räumliche Situation, die deren Anwesenheit über einen längeren Zeitraum unter Umständen entgegensteht. Die Begleitung durch Angehörige während diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen scheint in einzelnen Fällen stattzufinden und wird als grundsätzlich möglich und wünschenswert beschrieben. Allerdings scheint sie den Pflegekräften vor dem Hintergrund ihrer geringen Einflussmöglichkeiten auf die zeitlichen Abläufe der Fachabteilungen nicht immer organisierbar.

Rahmenbedingungen zur Einbindung Angehöriger wenig förderlich

Gezielte Gespräche, in denen die Möglichkeiten der Beteiligung Angehöriger an der Versorgung thematisiert werden und in denen auch deren Unterstützungsbedarf ermittelt wird, bleiben im Alltag die Ausnahme. Von Seiten der Pflegekräfte wird in diesem Zusammenhang auf Sozialdienst oder Pflegeüberleitung verwiesen, die derartige Aufgaben übernehmen. Insgesamt betrachtet man die Angehörigen als wichtige Informanten und sieht sich zum Teil auch auf deren Hilfen angewiesen. Unterstützungsleistungen für Angehörige werden von den Pflegenden jedoch nicht erbracht.

Selten Gezielte Gespräche mit Angehörigen zu ihrer Mitwirkung

2. Zusammenfassung und Lösungsansätze

Insbesondere Pflegende nehmen krankheitsbedingte Einschränkungen und Verhaltensweisen wahr

Wenngleich die Problemkonstellationen der medizinischen und pflegerischen Versorgung große Ähnlichkeiten zeigen, sind es in erster Linie doch die Pflegenden, die mit ihnen im Alltag konfrontiert werden. Sie nehmen aufgrund ihrer patientennahen Arbeitsweise krankheitsbedingte Einschränkungen und Verhaltensveränderungen häufig als Erste wahr. Außerdem sind die Pflegekräfte diejenigen, die zunächst versuchen müssen, angemessene Maßnahmen zum Umgang mit diesen zu finden.

Wahrgenommen werden in erster Linie störende Einschränkungen und Verhaltensweisen

Die Problemwahrnehmung wird allerdings häufig von einer ablauforientierten Sichtweise überlagert. Aufmerksamkeit finden vor allem Einschränkungen und Verhaltensweisen, die sich störend auf das Stationsgeschehen und die Arbeitsorganisation auswirken oder zu einem erhöhten Arbeitsaufwand führen. Dies sind vor allem:

- kognitive Defizite, die zu einem erhöhten körperlichen Unterstützungsbedarf führen oder eine häufigere Begleitung und Beobachtung notwendig machen,
- Verweigerung pflegerischer und medizinischer Maßnahmen,
- motorische Unruhe, insbesondere Wanderungstendenzen und
- aggressive oder sozial unangemessene Verhaltensweisen.

Nicht störende Problemlagen werden häufig übersehen

Weniger auffällige Verhaltensweisen und Problemlagen, die aus fachlicher Sicht Unterstützung auslösen sollten, werden häufig übersehen oder in ihrer Bedeutung nicht erkannt.

Interventionen richten sich auf die Vermeidung von Störungen

Dies spiegelt sich auch im Spektrum der pflegerischen Maßnahmen wieder. Sie umfassen vor allem Unterstützungsleistungen bei alltagspraktischen Verrichtungen und eine intensive Beobachtung der Betroffenen. Zwar werden auch Maßnahmen mit präventivem Charakter durchgeführt, die eine Entstehung oder Verstärkung problematischer Verhaltensweisen verhindern sollen. Allerdings sind dabei weniger die individuellen Bedarfslagen der Patienten ausschlaggebend. Im Vordergrund steht vielmehr das Bestreben, Störungen im alltäglichen Versorgungsablauf zu vermeiden. Die Pflegenden selbst begründen dies mit dem Verweis auf den Zwang der herrschenden Rahmenbedingungen:

- Die vorgegebenen Abläufe genießen Priorität gegenüber den individuellen Bedürfnissen einzelner Patienten.

- Das Erbringen von Leistungen, die der psychosozialen Unterstützung der Betroffenen dienen, wird als zusätzlicher Aufwand bei einer ohnehin hohen Arbeitsbelastung erlebt.
- Die im Krankenhaus verfügbaren räumlichen und sachlichen Ressourcen begrenzen das Spektrum möglicher Interventionen.

Selbst wenn Informationen zu Problemlagen, Gewohnheiten und Vorlieben der Betroffenen verfügbar sind, bleiben diese bei der Auswahl der pflegerischen Maßnahmen oft unberücksichtigt. Die Arbeitsorganisation der Pflegekräfte, die im Krankenhaus durch eine nach wie vor funktionelle Arbeitsteilung gekennzeichnet ist, erschwert die Wahrnehmung individueller Bedarfslagen demenzkranker Patienten zusätzlich und wirkt sich ebenfalls hinderlich auf den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu den Betroffenen aus.

In der derzeitigen pflegerischen Versorgung im Krankenhaus, so lässt sich zusammenfassen, erfahren die durch eine Demenz verursachten Bedarfslagen eine zu geringe Aufmerksamkeit. Ressourcen, die zur Verbesserung der Situation der Betroffenen nutzbar gemacht werden könnten, liegen häufig brach. Dies begünstigt eine Reihe von Negativentwicklungen und Defiziten während des Aufenthaltes, die zum Teil durchaus vermieden werden könnten:

Das Übersehen von demenzassoziierten Symptomen führt dazu, dass die mögliche Chance zur Einleitung einer frühzeitigen Abklärung und Therapie verpasst wird. Dies gilt insbesondere für Patienten, deren Symptome sich während eines Krankenhausaufenthaltes zum ersten Mal deutlich zeigen.

Auch Einschränkungen und Verhaltensweisen, die zunächst als nicht störend erlebt werden, können sich negativ auf die Bewältigung einer akuten Gesundheitsstörung während des Krankenhausaufenthaltes und darüber hinaus auswirken. Sie werden jedoch bei der Unterstützung durch die Pflegekräfte selten berücksichtigt.

Durch das eingeschränkte Spektrum pflegerischer Interventionen bleiben Möglichkeiten ungenutzt, der Entwicklung und Verstärkung von Funktionseinbußen und nicht kognitiven Symptomen entgegenzuwirken. Es kommt zu vermeidbaren aktivitätseinschränkenden Maßnahmen und medikamentöser Ruhigstellung. Die Behandlung des akuten Gesundheitsproblems und die pflegerische Versorgung werden erschwert. Die Folgen dieser Entwicklungen beeinträchtigen unter Umständen die noch vorhandenen Kompetenzen der Betroffenen nachhaltig, was sich in einem erhöhten Leistungsbedarf in der poststationären Versorgung niederschlagen kann.

Funktionale Arbeitsteilung erschwert Wahrnehmung individueller Bedürfnisse

Demenzbedingte Bedarfe erfahren eine zu geringe Aufmerksamkeit und Ressourcen bleiben ungenutzt

Chance zur Einleitung einer frühzeitigen Abklärung und Therapie wird verpasst

Nicht störende Verhaltensweisen werden selten berücksichtigt

Möglichkeiten, der Entwicklung und Verstärkung von Funktionseinbußen und nicht kognitiven Symptomen entgegenzuwirken, bleiben ungenutzt

2.1 Die Palette pflegerischer Maßnahmen sollte erweitert werden

Um kognitiven Einbußen und dem Auftreten psychischer Problemlagen (z. B. Orientierungsstörungen, Angstzustände, Unruhezustände und depressive Stimmungen) entgegenzuwirken, ist es ratsam, die Palette pflegerischer Maßnahmen zu erweitern. Neben einem gesteigerten Wohlbefinden der Patienten und der Vermeidung problematischer Situationen kann auf diesem Wege auch eine verbesserte Mitwirkung bei pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erreicht werden. Maßnahmen zur psychosozialen Unterstützung sind zwar einerseits mit einem gewissen Arbeitsaufwand verbunden, sie haben jedoch auch das Potenzial, Problemsituationen zu vermeiden und somit die Arbeitsbelastungen an anderer Stelle zu reduzieren. Hier kommen verschiedene Ansatzpunkte in Betracht:

Störende
Einflüsse durch
Umgebungsge-
staltung reduzieren

Durch eine entsprechende Gestaltung der Umgebung können störende Einflüsse minimiert werden. Voraussetzung hierfür ist die Unterbringung in einem Raum, der von den Abläufen des Stationsalltags weitgehend abgeschirmt ist. Durch die Integration vertrauter Gegenstände (z. B. Fotos, Bilder, eigenes Kissen) in die unmittelbare Umgebung des Patienten erhält dieser Orientierungsmöglichkeiten.

Übernahme
vertrauter
Tagesstrukturen

Die Übernahme vertrauter Tagesstrukturen ist häufig ein sehr wirksames Mittel, um demenzkranken Menschen ein Gefühl der Sicherheit zu geben und eine Verstärkung demenzbedingter Symptome zu vermeiden. Auf der Basis der hierzu erhobenen Informationen sollten Abläufe angepasst bzw. entsprechend geplant werden. Beispiele sind etwa die Durchführung der morgendlichen Körperpflege oder das Anbieten der Mahlzeiten zu vertrauten Zeiten.

Beschäftigungsan-
gebote verschaffen
Orientierung und
fördern Patienten

Beschäftigungsangebote, (z. B. im Rahmen von Gruppenaktivitäten) kämen ebenfalls in Betracht, um demenzkranken Patienten auch während des Krankenhausaufenthaltes Orientierungsmöglichkeiten zu verschaffen. Im englischsprachigen Ausland werden derartige Maßnahmen bereits erfolgreich durchgeführt.

Kommunikation an
Fähigkeiten der
Patienten anpassen

Eine Kommunikation, die den persönlichen Fähigkeiten und Bedürfnissen eines demenzkranken Menschen Rechnung trägt, ist wesentliche Voraussetzung zur Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft. Auf Seiten der Pflegekräfte ist die Grundlage hierfür eine empathische Grundhaltung, die akzeptiert, dass Demenzkranke ihre Umwelt anders erleben und dementsprechend handeln. Methoden wie z. B. die integrative Validation berücksichtigen diese Aspekte.

Personelle Kontinuität
stärken

Die Gewährleistung personeller Kontinuität durch eine personenorientierte Pflegeorganisation (Bezugspflege) kann ebenfalls dazu beitragen, einer Überforderung der Patienten entgegenzuwirken. Darüber hinaus erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, Verhaltensauffälligkeiten frühzeitig zu erkennen.

2.2 Pflegeplanung- und dokumentation

Schließlich ergeben sich auch Anforderungen an die Planung und Dokumentation pflegerischer Maßnahmen. In der Pflegeplanung sollte möglichst bereits zu Beginn des Aufenthaltes deutlich gemacht werden, inwieweit demenzbedingte Einschränkungen und Problemlagen besondere Formen der Unterstützung notwendig machen und welche konkreten Maßnahmen durchgeführt werden sollen. Insbesondere sollten dabei folgende Aspekte Berücksichtigung finden:

- Welche pflegerischen Maßnahmen können dazu beitragen, eine Verschlechterung des kognitiven Zustandes sowie das Auftreten von Orientierungsstörungen und problematischen Verhaltensweisen zu vermeiden?
- Welche Maßnahmen sind sinnvoll, um den Patienten zur Mitwirkung bei Pflege, Diagnostik und Therapie zu motivieren und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen?
- Welche Maßnahmen sind notwendig, um Selbst- und Fremdgefährdung durch demenzbedingtes Verhalten zu vermeiden?

2.3 Qualifikation und Einbindung von Fachexpertise

Darüber hinaus besteht jedoch auch ein erheblicher Qualifizierungsbedarf. Es hat sich gezeigt, dass unvollständiges Wissen über Symptome einer Demenzerkrankung eine frühzeitige, fachgerechte Einschätzung der individuell vorliegenden Störungen und Bedarfslagen verhindert. Auch ihre möglichen Auswirkungen sind den Pflegekräften nicht immer bewusst. Darüber hinaus greifen sie bei der Planung und Durchführung ihrer Interventionen vor allem auf persönliches, im Krankenhaus erworbenes Erfahrungswissen zurück. Fachlich fundierte Konzepte zum Umgang mit Demenzkranken sind offenbar wenig bekannt. Eine Erweiterung der pflegerischen Wissensbasis ist also dringend geboten. Dies betrifft zunächst einmal grundlegende Kenntnisse über die Erkrankung selbst und die damit verbundenen Auswirkungen auf das Erleben und die Lebensführung der Betroffenen. Weitere wichtige Themenfelder umfassen Möglichkeiten der Kommunikation und die Anwendung von Strategien zur Vermeidung problematischer Verhaltensweisen bzw. zum Umgang mit diesen.

Personal
ausreichend
qualifizieren

Einbindung von Pflugespezialisten für Demenz

Für Pflegekräfte, die gewohnt sind, sich primär körperlichen Defiziten zu widmen, werden viele Interventionen ein Umdenken erfordern und zunächst eine gewisse Unsicherheit hervorrufen. Erfahrungen aus dem angloamerikanischen Raum zeigen, dass die Einbindung von Pflegekräften mit spezieller Expertise die Verbreitung und Umsetzung neu gewonnenen Fachwissens in die pflegerische Praxis verbessern kann. Die Pflegenden haben durch die Präsenz solcher „Spezialisten“ kompetente Ansprechpartner in fachlichen Fragen und können zudem beobachten, wie theoretisches Wissen erfolgreich in der Praxis angewendet werden kann. Die Sammlung praktischer Erfahrungen in Arbeitsbereichen, die sich im Schwerpunkt mit der Betreuung demenzkranker Menschen beschäftigen, stellt eine weitere Möglichkeit dar, die Anwendung des Gelernten zu verstetigen. Eine Strategie, die die Vermittlung theoretischer Hintergründe in Schulungen mit Unterweisungen zur praktischen Umsetzung verbindet, stellt aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung den Ansatz dar, der den nachhaltigsten Effekt verspricht.

2.4 Systematische Einbindung Angehöriger

Obwohl die Möglichkeiten, durch eine intensivere Beteiligung der Angehörigen das Befinden demenzkranker Patienten zu verbessern, durchaus gesehen werden, erfolgt ihre gezielte Einbindung nur unregelmäßig und meist ungeplant. Damit bleiben wichtige Ressourcen, die zur Verbesserung der Befindlichkeit demenzkranker Patienten oder zur Vermeidung problematischer Situationen beitragen könnten, ungenutzt. Durch die Einbeziehung von Angehörigen oder anderen nahe stehenden Bezugspersonen lässt sich die Versorgungsqualität in zweierlei Hinsicht steigern:

- Durch die Anwesenheit Angehöriger erlebt der Patient vertraute Kommunikationspartner und erhält Orientierungsmöglichkeiten. Dies wirkt sich in einer Steigerung seines Wohlbefindens aus und trägt dazu bei, psychische Belastungen zu reduzieren.
- Im Kontakt mit Angehörigen erhalten Pflegekräfte auch während des Aufenthaltes Hinweise und Informationen, die Verhaltensweisen von Patienten besser nachvollziehbar machen und Ansatzpunkte für sinnvolle pflegerische Interventionen aufzeigen.

Die Beteiligung von Angehörigen muss nicht unbedingt zu einer zeitlichen Mehrbelastung für diese führen. Allein durch ein gezielteres Vorgehen können ihre besonderen Kompetenzen effektiver für die Versorgung der Betroffenen genutzt werden. Hier gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, z. B. die Begleitung der Patienten zu Untersuchungen und Therapien oder die Anwesenheit zu Zeiten, in denen Patienten häufig unruhig sind oder vermehrt problematische Verhaltensweisen zeigen. Den Pflegekräften wird dabei die Aufgabe zukommen, diese Einbindung zu planen und zu organisieren. Außerdem müssen

sie den Angehörigen verdeutlichen, dass deren Engagement nicht in erster Linie zur Entlastung des Pflegepersonals beitragen soll. Sie müssen also in der Lage sein, zu erklären, wie und warum der Patient von deren Beteiligung profitieren kann. Zeitpunkt und Art der Einbindung sollten sich an den Möglichkeiten der Angehörigen und den individuellen Bedürfnissen der Patienten orientieren. Eine solche Arbeitsweise stellt in der derzeitigen Versorgungspraxis eine Ausnahme dar. Zudem sind die fachlichen Kompetenzen zu anleitenden und beratenden Tätigkeiten in der deutschen Pflege häufig begrenzt. Viele Pflegekräfte werden also auf ungewohntem Terrain tätig und müssen trotz knapper Zeit- und Personalressourcen ihre Arbeitsroutinen anpassen. Angesichts dieser Tatsache muss nochmals auf den Bedarf an Unterstützung durch die Leitungsebene hingewiesen werden, die für eine nachhaltige Veränderung der Versorgungspraxis erforderlich ist.

2.5 Medizinische Diagnostik und Therapie

Auch der Umgang der beteiligten Ärzte mit den Symptomen und Folgen einer Demenzerkrankung ist in einigen Punkten verbesserungsfähig. Aufgrund ihrer Arbeitsweise sind sie sicherlich in vielen Fällen auf die Beobachtungen anderer Berufsgruppen, in erster Linie der Pflegekräfte, angewiesen, um auf leichtere Symptome einer möglichen Erkrankung aufmerksam werden zu können. Die Bereitschaft, diesen Hinweisen eine differenzialdiagnostische Abklärung folgen zu lassen, ist allerdings häufig zu gering, dies gilt insbesondere für hochaltrige Patienten:

Diagnostische
Abklärung verbessern

Dadurch besteht zum einen die Gefahr, dass Veränderungen, die durch ein akutes Delir oder eine Depression begründet sind, leichtfertig einer vermeintlich „alterstypischen“ Demenzerkrankung oder verminderten geistigen Leistungsfähigkeit zugeschrieben werden, so dass eine notwendige und ursächlich mögliche Therapie unterbleibt. Zum anderen führt auch bei dieser Patientengruppe der Weg zu einer Therapie über eine gestellte Demenzdiagnose.

Der Einsatz von Psychopharmaka kann bei demenzkranken Menschen Verschlechterungen der Kognition, eine Verstärkung sekundärer Demenzsymptome und auch Funktionseinbußen hervorrufen. Es ist fraglich, ob dieser Tatsache stets ausreichend Rechnung getragen wird. In einigen Fällen wird eine medikamentöse Behandlung eingeleitet, obwohl andere Interventionsmöglichkeiten (die zusätzlichen Arbeitsaufwand mit sich bringen würden) noch nicht ausgeschöpft sind. Außerdem wird zu selten auf fachärztliche Expertise und aktuelle Leitlinien zurückgegriffen. Es kommt unter Umständen zur Entstehung vermeidbarer Einbußen, die nur schwer wieder rückgängig gemacht werden können und somit auch längerfristig den Versorgungsbedarf der Betroffenen erhöhen.

Zurückhaltender
Einsatz von
Psychopharmaka

Veränderungs- und Anpassungserfordernisse betreffen also sowohl den Umgang mit der Demenzerkrankung selbst, als auch den Umgang mit ihren Auswirkungen auf die Behandlung der akuten Gesundheitsstörung.

Zur differenzialdiagnostischen Abklärung eines Demenzverdacht es scheint es daher sinnvoll, Hinweisen auf eine mögliche Demenz auch dann nachzugehen, wenn die Auswirkungen auf die Krankenhausbehandlung (noch) nicht massiv sind. Um zu einem einheitlichen Vorgehen zu kommen, können gesprächsweise hausinterne Leitlinien entwickelt werden, nach denen die Diagnostik ausgestaltet werden kann. Da die Diagnosestellung im Krankenhaus sicherlich nicht immer abschließend möglich ist, sollten die Informationen über die begonnene Diagnostik und Therapie dem weiterbehandelnden Arzt unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt zur Verfügung gestellt werden.

Orientierung an Leitlinien und fachärztlicher Expertise

Es empfiehlt sich ebenfalls festzulegen, zu welchem Zeitpunkt eine fachärztliche Empfehlung eingeholt werden soll. Diagnostik und Therapie der Demenzerkrankung sollten sich an den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften orientieren und somit bestehende Wissensbestände nutzen. Dies gilt ebenfalls für den Einsatz von Medikamenten, die auf eine Reduzierung sekundärer Demenzsymptome abzielen. Auf der Basis dieser Hinweise kann eine hausintern einheitliche Vorgehensweise abgestimmt werden. Die Leitlinien weisen auch auf potenzielle Probleme beim Einsatz bestimmter Medikamentengruppen hin, die zwar zur Therapie anderer Erkrankungen erfolgreich eingesetzt werden, bei demenzkranken Patienten jedoch häufig zu einer Verschlechterung der Demenzsymptomatik führen können. Dies gilt in besonderem Maße für zentral dämpfende Pharmaka und Präparate, die den Acetylcholin Spiegel im Gehirn beeinflussen. Um möglichen Negativentwicklungen vorzubeugen, wird in den Leitlinien ein besonders sorgsamer, zurückhaltender Umgang mit diesen Substanzen empfohlen und auf Alternativen hingewiesen.

Individuelle Konsequenzen therapeutischer Maßnahmen abwägen

Aufgrund der Tatsache, dass in Folge von Maßnahmen wie der Anlage einer PEG oder eines Blasendauerkatheters für Demenzkranke häufig die Gefahr von Funktionseinbußen besteht, die im späteren Verlauf nur schwer rückgängig zu machen sind, sollten Entscheidungen zu derartigen Interventionen besonders sorgsam abgewogen werden. Neben der aktuellen Befindlichkeit sollten auch die vor dem Krankenhausaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten des Patienten, die es zu erhalten gilt, mit in die Therapieentscheidung einfließen.

Ausblick

Mit Blick auf die vorgestellten Problemfelder und mögliche Lösungsstrategien wird deutlich, dass die Versorgung demenzkranker Menschen vielfältige Anforderungen an die Mitarbeiter, aber auch die Organisation Krankenhaus stellt. Veränderungen des individuellen Verhaltens oder die Erweiterung persönlicher Qualifikation sind ebenso von Bedeutung wie eine Institution, die dies fördert und für entsprechende Rahmenbedingungen sorgt. Die skizzierten Lösungsansätze können dabei als Anregung zu zentralen Themen verstanden werden, sie bedürfen jedoch der Anpassung an die jeweiligen Gegebenheiten in den einzelnen Krankenhäusern. Im Projektverlauf haben die beteiligten Kliniken bereits damit begonnen, in verschiedenen der angesprochenen Problemfelder eigene Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen.

Literatur

Algase, D.L. (1999):

Wandering: A Dementia-Compromised-Behaviour. *Journal of Gerontological Nursing* 25, Nr. 9, 10-16

Archibald, C. (2003):

People with Dementia in Acute Hospitals – A Practice Guide for Registered Nurses. Stirling: Dementia Services Development Centre

(seit kurzem ist dieses Buch auch in deutscher Sprache erhältlich unter dem Titel: Menschen mit Demenz im Krankenhaus - Ein Lern- und Arbeitsbuch für Pflegefachkräfte. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe)

Martin-Cook, K. (2001):

Impact of family visits on agitation in residents. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias* 16, Nr. 3, 163-166

Impressum

Kontakt

Demenzkranke im Krankenhaus
Dr. Susanne Angerhausen (GSP)
Loher Str. 7
42283 Wuppertal
☎ (02 02) 7 59 19 39
angerhausen@sozialeprojekte.de

Herausgeber

Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH (GSP)
Projektgesellschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes,
Landesverband NRW
Loher Str. 7
42283 Wuppertal
☎ (02 02) 28 22 -429
info@sozialeprojekte.de

Autoren

Thomas Kleina (Institut für Pflegewissenschaft an der
Universität Bielefeld)
Dr. Klaus Wingefeld (Institut für Pflegewissenschaft an
der Universität Bielefeld)

Redaktion

Dr. Susanne Angerhausen (GSP)

Layout

Birgit Klewinghaus

September 2007

Gefördert durch



Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus

Versorgungsalltag

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld

Auszug aus dem Bericht der
wissenschaftlichen
Begleitung des Modellprojekts

Projektmaterialien 4