



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



**Lokale Allianz für
Menschen mit Demenz**

Demenz und Krankenhäuser – Aufbau demenzfreundlicher Strukturen

Dokumentation der Fachkonferenz im Bundesmodellprogramm der
Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz, 23.-24. Mai 2017

Inhalt

1. Programm	3
2. Grußworte	11
3. Keynote	21
4. Impuls „Herausforderung Demenz im Krankenhaus“ aus Sicht der Ethik, Forschung und Praxis	31
5. Thementische	37
6. Thesen der Thementische (Zusammenfassende Darstellung)	85
7. Abschluss	89
8. Teilnehmende	91
9. Weiterführende Informationen	97

1. Programm

23. Mai 2017

14.00 Uhr

Begrüßung und Einführung

Dr. Matthias von Schwanenflügel

Abteilungsleiter

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Grußwort

Peter Gillo

Regionalverbandsdirektor Saarbrücken

**Impuls „Herausforderung Demenz im Krankenhaus“
aus Sicht der Ethik, Forschung und Praxis**

Dr. Michael Wunder

Evangelische Stiftung Alsterdorf

PD Dr. Jochen René Thyrian

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)

Prof. Dr. Ralf-Joachim Schulz

Ärztlicher Direktor am St. Marien-Hospital Köln und Chefarzt der Klinik für Geriatrie,

Geriatrische Rehabilitationsklinik, Tagesklinik

Offene Publikumsrunde

17.00 Uhr

Ende Fachkonferenz

17.30 Uhr

**Beginn Abendprogramm und Begrüßung durch
Frau Parlamentarische Staatssekretärin Elke Ferner**

24. Mai 2017

9.00 Uhr

Keynote

Frau Parlamentarische Staatssekretärin Elke Ferner
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

10.00 Uhr

Thementische**1. Qualifizierung des hauptamtlichen Personals, Ärzte, Pflege**

Dr. Sabine Kirchen-Peters
ISO, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.

André Hennig
*inverso. – Weiterbildung, Coaching und Beratung im
 Gesundheitswesen, Mainz*

Dr. Marion Bär
Uni Heidelberg, concept.alter

2. Übergänge

Prof. Dr. Wolfgang H.-H. von Renteln-Kruse
Chefarzt Albertinenhaus, Hamburg

Dr. Petra Schönemann-Gieck
Institut für Gerontologie, Heidelberg

3. Architektonische Gestaltung von Krankenhaus-Stationen

Dr. Ursula Sottong
Abteilungsleiterin Malteser Deutschland GmbH, Fachstelle Demenz

Dr. Winfried Teschauer
Stv. Vorstandsvorsitzender der Ingenium-Stiftung, Dipl.-Biologe, Gerontologe, M.Sc.

4. Organisation / tagesstrukturierende Angebote Ergotherapie, niedrigschwellige Betreuung

Thomas Jungen
*Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland,
 Projektleiter „Dem-i-K“ Demenz im Krankenhaus*

Dr. Jochen G. Hoffmann
*Chefarzt Malteser Bonn/Rhein-Sieg gGmbH,
 Malteser Krankenhaus St. Hildegardis Geriatrie*

5. Ehrenamtliche Besuchsdienste – Demenzlotsen und pflegende Angehörige, Rollen und Aufgaben

Dr. Cornelia Kunkat
Beratung Besuchsdienste Kliniken und Pflegeeinrichtungen

Jutta Meder
*Demenz-Fachberaterin, Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V.,
 Demenz-Servicezentrum Region Ruhr*

12.30 Uhr

Zusammenfassung der Ergebnisse

13.00 Uhr

Ende der Veranstaltung und Verabschiedung

Durch das Programm führte Karin Butenschön.



Karin Butenschön



Die Thementische wurden moderiert und dokumentiert von Demenz Support Stuttgart gGmbH: Andrea Kynast, Sümeyra Öztürk, Dr. Martina Seiler, Carsten Titz und Lena Weilguni.





2. Grußworte

Dr. Matthias von Schwanenflügel

*Abteilungsleiter 3 – Demografischer Wandel,
Ältere Menschen, Wohlfahrtspflege
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*

- Es gilt das gesprochene Wort -

Sehr geehrte Herr Gillo,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich freue mich sehr, Sie alle hier in Saarbrücken zu dieser wichtigen, in die Zukunft gerichteten Fachkonferenz ‚Demenz und Krankenhaus‘ begrüßen zu können.

Ihnen, sehr geehrter Herr Gillo, herzlichen Dank, dass wir die wunderschönen Räume des Saarbrücker Schlosses nutzen können.

Wir haben uns zu dem Konferenzthema ‚Demenz und Krankenhaus‘ hier eingefunden, weil uns das Thema aus ganz unterschiedlichen Gründen mehr als nur interessiert: angesichts von weltweit über 46 Millionen Menschen mit Demenz und 2010 geschätzten US \$ 604 Milliarden Kosten besteht dringlicher Handlungsbedarf. Deutschland liegt übrigens unter allen Nationen nach der Gesamtzahl der Kranken gleichauf mit Brasilien auf dem fünften Platz, übertroffen lediglich von China, den USA, Indien und Japan.

Aktuelle Pflegezahlen 2016:

Fast 3 Mio. Pflegebedürftige, davon über 1 Mio. Leistungsempfänger mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), verursacht oftmals durch eine Demenzerkrankung. Dazu kommen über 200.000 Versicherte mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die nicht in den fast 3 Mio. Pflegebedürftigen enthalten sind. Sie hatten lediglich die Pflegestufe 0 und erhielten bis Ende des Jahres 2016 Vorziehleistungen nach § 123 SGB XI. Dazu kommen noch über 200.000 Menschen mit Demenz, die bis Ende 2016 keine Leistung erhalten haben. Das hat sich nun durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff geändert. Wir haben in Deutschland 2015 fast 2.000 Krankenhäuser. Nach der Studie der



Dr. Matthias von Schwanenflügel

Robert Bosch Stiftung ‚Demenz im Allgemeinkrankenhaus, Prävalenz und Versorgungssituation‘ weisen 40 Prozent, in manchen Regionen bis zu 60 Prozent (z.B. im Altenmedizinischen Zentrum Vorpommern) aller über 65-jährigen Patientinnen und Patienten in Allgemeinkrankenhäusern kognitive Beeinträchtigungen auf, und - das kommt erschwerend hinzu -, die bei der Aufnahme in den wenigsten Fällen bekannt sind.

Die Akutversorgung von Menschen mit Demenz stellt eine erhöhte Anforderung an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dar. Sowohl im medizinischen wie pflegerischen Bereich und für den gesamten Krankenhausbetrieb, und das nicht nur durch einen erhöhten Zeitaufwand. Denn die Heilung der akuten Erkrankung (die den Anlass für den Krankenhausaufenthalt begründet) ist unter den üblichen Rahmenbedingungen im Krankenhaus quasi nicht bzw. schlecht möglich.

Ohne strukturelle Anpassung an die Belange der an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten verschlechtert sich der kognitive Zustand während des Aufenthaltes. Weitere Probleme, die den Krankenhausaufenthalt verlängern, können dazu kommen: Sturzereignisse, Nebenwirkungen medikamentöser Ruhigstellung, Mangelernährung.

Dies führt in der Summe zu einer erheblichen Mehrbelastung für das ärztliche und Pflege-Personal und damit auch zu vermehrten Kosten für den Krankenhausträger. Aber natürlich auch für die Betroffenen!

Die stadienspezifischen Kosten für medizinische Kosten, professionellen Pflegekosten sowie die durch Angehörige erbrachten Pflegekosten beliefen sich bereits 2011 nach einer Studie (Deutsche Studie über Alterung, Kognition und Demenz bei Primary Pflege Patienten (AgeCoDe)): auf jährlich rd. 42 Tsd. € bei schwerer, rd. 32 Tsd. bei mittelschwerer und auf rd. 15 Tsd. im Stadium leichter Demenz (1,6 Mio. mal 15 Tsd. = 24 Mrd.). Bei 1,6 Mio. erkrankten Menschen wird die wirtschaftliche Dimension deutlich. Ein zusätzlicher Handlungsbedarf besteht bei der Überleitung dieser Patientinnen und Patienten aus dem stationären in den ambulanten Bereich. Der ist hier noch nicht eingerechnet.

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Thema Demenz hat verschiedenste Zugänge und Handlungsfelder. Hervorheben möchte ich kurz die Kommunen als Drehscheibe der Daseinsvorsorge. Sie spielen in Bezug auf Beratungs- und Unterstützungsangebote aber auch bei der Sensibilisierung der Gesellschaft für Demenz eine zentrale Rolle. Wichtige Kooperationspartner für die Kommunen sind Mehrgenerationenhäuser, Vereine, Unternehmen, Wohlfahrtsverbände, Kirchengemeinden Volkshochschulen, Seniorenbüros, Freiwilligenagenturen, Arztpraxen, Selbsthilfeorganisationen, Krankenhäuser, Sozialstationen und Pflegestützpunkte.

Schon jetzt sind in zwei Dritteln der Standorte Kommunen die Träger bzw. aktive Kooperationspartner der 500 Lokalen Allianzen für Demenz. Sie reagieren damit zukunftsweisend auf die Auswirkungen des demografischen Wandels und fördern eine Infrastruktur, die allen Generationen zu Gute kommt – Betroffenen und Familien.

Wir werden deshalb im Januar 2018 eine Fachkonferenz für die kommunale Vernetzung zum Thema Demenz durchführen. Weitere Themen beim Stichwort „Zugänge“ sind Bildung (Qualifizierung von Ehrenamtlichen und pflegenden Angehörigen), Teilhabe im Bereich von Kultur und Bewegung, Wohnen oder kultursensibler Betreuung aber auch die Einbindung von Unternehmen. Der Themenschwerpunkt ‚Demenz und Krankenhaus‘ ist für die Etablierung und den weiteren Ausbau der Demenzstrukturen in Deutschland von besonderer Bedeutung.

Das Thema erfährt auf Grund allgemein gestiegener Lebenserwartung, einer veränderten Wahrnehmung von Demenz und einer Differenzierung im Betreuungsansatz eine zunehmende Bedeutung für Kliniken und ihre Träger.

Auf Bundesebene wurde inzwischen einiges dazu auf den Weg gebracht (Frau Parlamentarische Staatssekretärin Ferner wird dazu morgen berichten). Erwähnen möchte ich in diesem Zusammenhang das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG). Es stärkt die Qualität der Krankenhausversorgung und erhöht die Zahl der Pflegekräfte am Krankenbett. Das Gesetz ist zum 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Expertenkommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung. Sie sollte prüfen, ob im DRG-System oder über Zusatzentgelte ein

erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten und der allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden und Vorschläge erarbeiten. Die Schlussfolgerungen wurden am 7. März 2017 vorgelegt.

Die Kommission hat folgende Punkte herausgearbeitet:

- 1. Verbesserung der Abbildung des erhöhten Pflegebedarfes durch laufende Maßnahmen
- 2. Verbesserung der Abbildung des allgemeinen Pflegebedarfes durch die Festlegung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen
- 3. Überführung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag.

Krankenhausträger, Mediziner und Pflegepersonal und die an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten werden also in naher Zukunft hier positive Veränderungen erfahren (Frau Parlamentarische Staatssekretärin wird auf das neue Pflegeberufsgesetz im Zusammenhang mit Personal eingehen).

Meine sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen allen herzlich, dass Sie sich die Zeit nehmen, zwei Tage an dem Thema zu arbeiten. Die Komplexität des Themas der Konferenz spiegelt sich erfreulicherweise im Teilnehmerkreis wider. Nutzen Sie die Zeit zum Austausch. Wir haben im Ablauf der Konferenz Raum zum Gespräch eingeplant. Insbesondere heute Abend wird Gelegenheit dazu bestehen.

Mein Dank gilt Ihnen auch dafür, dass Sie sich bereits aktiv mit demenzfreundlichen Strukturen für Krankenhäuser auseinander setzten, sie bereits in Ihren Häusern etabliert haben bzw. auf dem Weg dahin sind und mit Studien und Forschungsvorhaben unterstützen. Die geriatrischen und gerontopsychiatrischen Abteilungen in Krankenhäusern haben in den letzten Jahren eine besondere Kompetenz in der Versorgung von Patienten mit der Diagnose Demenz entwickelt.

Auch gibt es bereits zahlreiche eigene Konzepte unter Einbeziehung der prä- und poststationären Versorgungssysteme.

Wir haben Sie eingeladen, weil Sie Pioniere auf dem Gebiet sind, weil wir Ihr Erfahrungswissen nutzen wollen und weil wir Ihnen die Gelegenheit geben wollen voneinander zu lernen und die Prozesse auf diese Weise weiter vorantreiben zu können.

Danken möchte ich allen Referentinnen und Referenten, die sich morgen mit Ihrer Fachkompetenz einbringen werden. Wir werden auf der Basis der Ergebnisse eine Handreichung erstellen. Sie soll den Krankenhäusern in Deutschland als Grundlage dienen, demenzfreundliche Strukturen zu schaffen. Der Deutschen Krankengesellschaft schon jetzt meinen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung dabei.

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei der Vorbereitung ist mir klar geworden, wie umfänglich der Teilaspekt ‚Demenz und Krankenhaus‘ ist. Wieviel schon auf den Weg gebracht wurde und welcher Weg noch vor uns liegt. Viele Erkenntnisse aus Studien und Projekten liegen uns bereits vor, weil verantwortungsbewusste Träger und Akteure das Heft in die Hand genommen haben.

Mein Dank gilt an dieser Stelle der Robert-Bosch-Stiftung (Tobias Nerl) die uns immer wieder mit zentralen Projekten zur Seite steht. Zu guter Letzt möchte ich noch als wichtigen Partner beim Thema Demenz das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen – DZNE nicht unerwähnt lassen.

Sehr geehrter Herr Dr. Thyrian,

Sie werden uns Einblick in die Arbeit des DZNE geben und die aktuellen Forschungsvorhaben vorstellen. Herzlichen Dank dafür schon jetzt.

Begrüßen möchte ich ebenfalls Herrn Dr. Michael Wunder von der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg. Als ehemaliges Mitglied der Ethikkommission sind wir gespannt auf Ihren Impuls.

Der dritte Impulsgeber im Bunde wird heute Nachmittag Herr Prof. Dr. Ralf-Joachim Schulz sein. Auch Ihnen ein herzliches Willkommen und schon jetzt meinen Dank für Ihren Beitrag aus der Praxis als Ärztlicher Direktor am St. Marien-Hospital in Köln.

Sehr geehrte Damen und Herren,

damit übergebe ich nun an Herrn Gillo.

Ich bin gespannt auf Ihren ‚kommunalen Blickwinkel‘ als Regionalverbandsdirektor und zugleich Ihre Erfahrungen zum Thema Demenz im Krankenhaus als Mitglied des Aufsichtsrates der Saarland Heilstätten.

Vielen Dank!

Peter Gillo

Regionalverbandsdirektor

- Es gilt das gesprochene Wort -

Sehr geehrter Herr Dr. Matthias von Schwanenflügel,
Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie ganz herzlich im Festsaal des Saarbrücker Schlosses, dem Verwaltungssitz des Regionalverbands Saarbrücken.

Sie sind aus ganz Deutschland heute zu dieser Fachkonferenz ins Saarland gekommen und ich freue mich, dass Sie heute Abend auch die Region kennenlernen, bei einer Schiffstour auf der Saar. Aber vor dem Vergnügen steht die Auseinandersetzung mit einem ersten Thema: Demenz.

Allein hier bei uns im Regionalverband gehen wir von etwa 8.000 an Demenz erkrankten Menschen aus. 80 Prozent von denen werden zu Hause durch Angehörige versorgt. Pflegende Angehörige sind mit der Betreuung von Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung verwirrt und psychisch verändert sind, vor besonders schwierige Aufgaben gestellt. Vielfach sehen pflegende Angehörige daher keine andere Möglichkeit, als ihren Angehörigen in einer stationären Einrichtung unterzubringen.

In einer immer älter werdenden Gesellschaft müssen wir damit rechnen, dass auch die Zahl von Menschen mit Demenz immer größer werden wird. Darauf müssen sich auch die stationären Einrichtungen verstärkt einstellen.

Beim Umgang mit Demenzkranken entstehen spezielle Probleme durch Desorientiertheit, Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus, Vergesslichkeit, Aggressivität und Wesensänderung, die die Beziehung zwischen Betreuer und Betreutem schwierig gestalten. Trotz des ökonomischen Drucks sollen Menschen mit Demenzerkrankungen ein menschenwürdiges Leben führen können und die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung erhalten.



Peter Gillo

Der Regionalverband als Kreisverwaltung steht im Bereich der Altenhilfe und Altenpolitik vor einer sehr schwierigen Aufgabe, gilt es doch Betreuungsmöglichkeiten, zusätzliche Hilfen und eine abgestimmte Versorgung von Menschen mit Demenz zu schaffen.

Ausgehend von einer Initiative des Regionalverbandes Saarbrücken wurde bereits 2003 im Regionalverband Saarbrücken ein „Runder Tisch Demenz“ gegründet.

Darauf aufbauend haben wir 2013 durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen ein gerontopsychiatrisches Netzwerk mit Schwerpunkt Demenz im Regionalverband Saarbrücken mit wichtigen Akteuren geschaffen. Dazu gehören Fachorganisationen, Wohlfahrtsverbände, Pflegedienste, Hospize, Pflegeheime, Kliniken und Pflegestützpunkte.

Übergeordnetes Ziel dieses Netzwerkes ist es, für eine bestmögliche Qualität in der Begleitung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen zu sorgen, die vorhandenen Hilfen für Menschen mit Demenz zu vernetzen und zu optimieren, sowie Impulse dafür zu geben, neue Hilfen zu etablieren und auszubauen.

Mit allen Kooperationspartnern ist es in den zurückliegenden Jahren gelungen, ein tragfähiges Netzwerk aufzubauen. Vor Ort wurden konkrete Maßnahmen entwickelt, die das Leben von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen leichter machen und ihre gesellschaftliche Teilhabe stärken.

Ich wünsche Ihnen eine erkenntnisreiche Fachkonferenz bei uns im Saarbrücker Schloss und insgesamt eine gute Zeit in Saarbrücken.

3. Keynote

Elke Ferner

*Frau Parlamentarische Staatssekretärin
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*

- Es gilt das gesprochene Wort -

Lieber Peter Gillo,
sehr geehrte Damen und Herren,

herzlich willkommen zur Fachkonferenz „Demenz und Krankenhaus“.

Gestern sind wir mit dem Schiff zur Gündinger Schleuse gefahren, die Saarbrücken auf dem Wasserweg, über Flüsse und Kanäle, mit halb Europa verbindet. Vor ein paar Jahren wäre diese Schleuse beinahe geschlossen worden.

Das ist ein Bild, das man auf den Umgang mit Demenz übertragen kann. Menschen mit Demenz sind oft ausgeschlossen aus der Welt. Sie nehmen von sich aus vielleicht nicht mehr so teil, andere Menschen sind unsicher ihnen gegenüber, unsere Gesellschaft hat Angst vor Demenz und verdrängt Demenz aus unserer Wahrnehmung. Auf die Dauer ist das ein Kampf gegen Windmühlenflügel.

Treffen kann Demenz nämlich jeden und jede; Demenz ist eine Volkskrankheit des 21. Jahrhunderts. Fast 1,6 Mio. Menschen leben in Deutschland mit Demenz. Bis zum Jahr 2050 wird sich ihre Zahl auf rund drei Millionen erhöhen. Jeden Tag wächst die Zahl der an Demenz Erkrankten um mehr als 100 Menschen, jedes Jahr um mehr als 40.000, was der gesamten Einwohnerzahl einer Stadt wie Völklingen entspricht. Auf der ganzen Welt waren 2015 etwa 47 Millionen Menschen an Demenz erkrankt. Diese Zahl wird sich bis 2050 vermutlich verdreifachen. Ihre Versorgung kostete 2010 etwa 604 Milliarden Dollar. Das ist ungefähr das Doppelte des gesamten deutschen Staatshaushalts.

Wir haben also gar keine Wahl, ob wir als Gesellschaft mit Demenz leben wollen. Und wenn wir mit Demenz leben müssen, dann sollten wir möglichst gut mit Demenz leben.



Frau Parlamentarische
Staatssekretärin Elke Ferner

Elke Ferner

*Frau Parlamentarische Staatssekretärin
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*

- Es gilt das gesprochene Wort -

Lieber Peter Gillo,
sehr geehrte Damen und Herren,

herzlich willkommen zur Fachkonferenz „Demenz und Krankenhaus“.

Gestern sind wir mit dem Schiff zur Gündinger Schleuse gefahren, die Saarbrücken auf dem Wasserweg, über Flüsse und Kanäle, mit halb Europa verbindet. Vor ein paar Jahren wäre diese Schleuse beinahe geschlossen worden.

Das ist ein Bild, das man auf den Umgang mit Demenz übertragen kann. Menschen mit Demenz sind oft ausgeschlossen aus der Welt. Sie nehmen von sich aus vielleicht nicht mehr so teil, andere Menschen sind unsicher ihnen gegenüber, unsere Gesellschaft hat Angst vor Demenz und verdrängt Demenz aus unserer Wahrnehmung. Auf die Dauer ist das ein Kampf gegen Windmühlenflügel.

Treffen kann Demenz nämlich jeden und jede; Demenz ist eine Volkskrankheit des 21. Jahrhunderts. Fast 1,6 Mio. Menschen leben in Deutschland mit Demenz. Bis zum Jahr 2050 wird sich ihre Zahl auf rund drei Millionen erhöhen. Jeden Tag wächst die Zahl der an Demenz Erkrankten um mehr als 100 Menschen, jedes Jahr um mehr als 40.000, was der gesamten Einwohnerzahl einer Stadt wie Völklingen entspricht. Auf der ganzen Welt waren 2015 etwa 47 Millionen Menschen an Demenz erkrankt. Diese Zahl wird sich bis 2050 vermutlich verdreifachen. Ihre Versorgung kostete 2010 etwa 604 Milliarden Dollar. Das ist ungefähr das Doppelte des gesamten deutschen Staatshaushalts.

Wir haben also gar keine Wahl, ob wir als Gesellschaft mit Demenz leben wollen. Und wenn wir mit Demenz leben müssen, dann sollten wir möglichst gut mit Demenz leben.

Menschen mit Demenz müssen akzeptiert werden. Sie sollen mitten in unserer Gesellschaft leben können, mit möglichst hoher Lebensqualität. Ihre Angehörigen brauchen Wertschätzung und konkrete Entlastung. Jede Demenzstrategie, jeder Demenzplan, jedes Demenzprojekt muss die Angehörigen mit im Blick haben. Angehörige leisten einen Großteil der Pflege. Angehörige sind oft die nahen, vertrauten Personen, die einem Menschen mit Demenz Stabilität geben. Angehörige sind Ansprechpartner im Krankenhaus oder für Pflegedienste. Angehörige leisten Enormes, und nicht selten tun sie das auf Kosten ihres Wohlergehens und ihrer Gesundheit. Angehörige leiden am meisten unter der Unsicherheit und Ablehnung von Demenz in der Gesellschaft. Angehörige sind aber auch die Mittlerinnen und Mittler, die Bescheid wissen und anderen sagen können, wie es ist und was es bedeutet, mit Demenz zu leben.

Denn lernen müssen wir das alle. Wir müssen sensibler werden für diese Krankheit, und zwar nicht nur die Menschen, die als Angehörige oder über ihren Beruf mit demenzerkrankten Menschen zu tun haben, sondern die ganze Gesellschaft.

Krankenhäuser sind heute für Menschen mit Demenz oft ein weiterer Schritt hinaus aus der Welt: eine Sackgasse, aus der man nicht mehr zurückkommt. Demenzfreundliche Krankenhäuser aber können Schleusen sein, in die man hineinkommt, aus denen man aber auch wieder hinauskommt, und möglichst auf einem höheren Niveau als vorher. Damit es mehr solche Krankenhäuser gibt, sind wir hier.

Mich erinnert das Engagement für Menschen mit Demenz ein wenig an den langen Weg der Menschen mit Behinderung heraus aus dem sozialen Abseits. Auch Behinderungen haben wir lange verdrängt; unsere Gesellschaft war im wahrsten Sinne des Wortes unzugänglich für Menschen, die im Rollstuhl sitzen oder mit Blindenstock unterwegs sind. Dann hat sich die Haltung geändert, weg von Fürsorge und Mitleid hin zu Selbstbestimmung und Inklusion. Wir haben uns mit der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen auf den Weg gemacht zu einer Gesellschaft, in der Menschen mit Behinderungen überall ganz normal teilhaben können.

Dieser Weg ist noch lange nicht zu Ende, aber es ist klar, dass wir ihn gehen. Menschen mit Behinderungen sagen oft: „Ich bin nicht behindert, ich werde behindert.“

Das lässt sich zwar nicht 1:1 übertragen auf Demenz. Aber in einer demenzfreundli-

chen Umgebung lässt sich Demenz leichter ertragen.

Andererseits kann Demenz schlimmer werden, wenn die Umgebung demenzfeindlich oder überhaupt nicht auf den Umgang mit der Krankheit vorbereitet ist. Das gilt immer noch für viele Krankenhäuser. Krankenhäuser sind oft unruhige Orte, an denen ständig etwas passiert. Menschen mit Demenz kommen im Krankenhaus in eine unbekannte und unüberschaubare Umgebung. Sie können sich nicht orientieren. Der Tagesablauf verändert sich. Wechselnde Menschen machen etwas, was sie vielleicht ängstigt.

Ins Krankenhaus geht niemand gern.

Bei demenzerkrankten Menschen kann der Krankenhausaufenthalt dazu führen, dass problematische Verhaltensweisen öfter auftreten. Und die Reaktion ist oft: mehr Medikamente, mehr Beruhigungsmittel.

Fachleute aus der Geriatrie sagen, dass die akute Erkrankung, wegen der ein demenzkranker Mensch ins Krankenhaus kommt, unter diesen Umständen kaum geheilt werden kann. Wer mit Demenz ins Krankenhaus geht, kommt nicht gesünder wieder heraus, sondern oft kränker. Der kognitive Zustand verschlechtert sich, es besteht die Gefahr von Stürzen, Infektionen, Mangelernährung oder Dehydrierung. Der kranke Mensch fühlt sich nicht wohl und die Angehörigen auch nicht. Am Ende steht möglicherweise die Einweisung ins Heim.

Die Akutversorgung von Menschen mit Demenz stellt also erhöhte Anforderungen an Medizin und Pflege, fordert mehr Zeit und führt zu höheren Kosten. Auch hier sprechen wir nicht von Einzelfällen. In manchen Regionen kommen bis zu 60 Prozent der über 65-jährigen Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen ins Krankenhaus. Weil es mehr Menschen mit Demenz gibt, und weil Menschen mit Demenz häufiger ins Krankenhaus eingewiesen werden als Gleichaltrige ohne Demenz. Ohne strukturelle Anpassungen an die Belange dieser Patientinnen und Patienten geht das schief.

Vor einem Monat hat das Oberlandesgericht Hamm den Fall einer an Demenz erkrankten Frau entscheiden müssen, die im Krankenhaus zu Schaden kam. Die über 80-jährige Frau war unruhig, konnte sich nicht orientieren und wollte weglaufen.

Die Krankenschwestern wussten sich nicht anders zu helfen als die Tür zu ihrem Zimmer von außen mit einem Bett zu versperren. Die Kranke stieg auf einen Stuhl, kletterte aus dem Fenster und stürzte - „Fall“ ist also durchaus wörtlich zu verstehen. Mit zahlreichen Brüchen kam sie in ein anderes Krankenhaus, danach in ein Pflegeheim, wo sie bald darauf starb. Das OLG sprach der Klägerin, einer Angehörigen, fast 100.000 Euro Schadenersatz zu mit der Begründung, das Krankenhaus hätte sich auf die an Demenz erkrankte Patientin besser einstellen müssen. Passiert ist das schon 2011.

Mittlerweile haben mehr geriatrische und gerontopsychiatrische Abteilungen in Krankenhäusern Kompetenzen in der Versorgung von Patienten mit Menschen und eigene ganzheitliche Konzepte entwickelt. Im Internet kann man einen virtuellen Spaziergang durch ein demenzfreundliches Krankenhaus machen, wo unter anderem gezeigt wird, wie man allein durch Farben und durch die Anordnung von Räumen eine bessere Orientierung ermöglicht.

Ich vermute, dass das auch Menschen ohne Demenzdiagnose den Aufenthalt im Krankenhaus etwas angenehmer machen würde. Es gibt Krankenhäuser, die mit Räumen im Stil vergangener Jahre oder mit Erinnerungskoffern den Menschen Elemente vertrauter Umgebungen von früher an die Hand geben. Krankenhäuser qualifizieren Ehrenamtliche zu Demenzlotsen oder achten darauf, dass Krankenpfleger oder Krankenschwestern Zusatzqualifikation im Bereich Demenz erwerben. Es passiert viel, an vielen Orten, bei vielen Trägern. Die Malteser nutzen das Sylvia Hemmet Modell, ein umfassendes Ausbildungskonzept auf Basis von Palliative Care. Die Johanniter in Bonn haben auf ihre Kliniken und Krankenhausträger abgestimmte Strukturen entwickelt. Im Saarland arbeitet das Modellprojekt „Demenz im Krankenhaus“ - Dem-i-k - daran, die Versorgung demenzkranker Patientinnen und Patienten in den Akutkrankenhäusern zu verbessern. Dem-i-k-plus setzt zudem an den Schnittstellen zwischen ambulant und stationär an. Gerade für Menschen mit Demenz ist das Prinzip „ambulant vor stationär“ und „stationär so kurz wie möglich“ von besonderer Bedeutung.

Für die Kommunen ist es wirtschaftlich interessant, dass sektorenübergreifende Hilfe in den ambulanten Bereich hinein Kosteneinsparungen bringt. Weil diese Hilfe sowohl frühzeitige Heimunterbringungen als auch unnötige Krankenhauseinweisungen vermeidet. Von dem Gewinn an Lebensqualität ganz zu schweigen.

Wir haben im Saarland den Vorteil, in der Regel gut vernetzt zu sein. Das mag an der überschaubaren Größe des Landes liegen, ist aber auch Ergebnis guter Netzwerkarbeit. So sind wir innerhalb Deutschlands recht weit vorn, wenn es um Kreativität und Engagement im Zusammenleben der Generationen und um Know-How in der Altersforschung geht.

Zum Beispiel haben wir das AAL-Netzwerk Saar, in dem sich das Land, Hochschulen und Forschungsinstitute, Sozialverbände und die Handwerkskammer zusammengeschlossen haben. Das gemeinsame Ziel ist es, Technik für ein selbstbestimmtes Leben im Alter weiterzuentwickeln und unter die Leute zu bringen. Die Frühjahrstagung des AAL-Netzwerks hatte das Thema Demenz. Insofern wundert es mich nicht, dass wir im Saarland auch in allen sechs Landkreisen eine Lokale Allianz für Menschen mit Demenz haben. Wir sind flächendeckend aufgestellt und profitieren von der guten Vernetzung im Land.

Herzlich willkommen, liebe Vertreterinnen und Vertreter der Lokalen Allianzen aus dem Saarland!

Eine möglichst flächendeckende Verbreitung von Hilfenetzwerken von Menschen für Demenz und ihre Angehörigen ist das Ziel des Bundesmodellprogramms Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz. Die Voraussetzungen dafür sind gut. Seit 2012 sind insgesamt 500 Hilfenetzwerke als Lokale Allianzen ins Bundesprogramm aufgenommen worden. Bei diesen 500 soll es nicht bleiben.

Viele Lokale Allianzen motivieren andere Träger, es ihnen gleich zu tun. Es gibt ja an vielen Orten schon Netzwerke, die funktionieren, aber bisher noch nicht auf Menschen mit Demenz ausgerichtet waren. Zum Beispiel die rund 550 Mehrgenerationenhäuser oder die rund 300 Anlaufstellen für ältere Menschen. Das ergibt allein aus der Förderung des Bundesseniorenministeriums schon mehr als 1.350 lokale Netzwerkstrukturen für Menschen in ihrem sozialen Umfeld. Unterstützungs- und Beratungsangebote vor Ort werden durch die Netzwerkarbeit koordiniert, gemeinsam weiterentwickelt und so besser auf die Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet. Dadurch entstehen neue Formen der Zusammenarbeit und gemeinsamer Verantwortung über Zuständigkeiten hinaus. Lokale Allianzen vernetzen auch zwischen Forschung, Wissenschaft und Praxis auf lokaler Ebene.

Zentrale Akteure sind natürlich die Kommunen. In zwei Dritteln der Standorte sind Kommunen Träger oder aktive Kooperationspartner der Lokalen Allianzen. Dazu kommen Mehrgenerationenhäuser, Vereine, Unternehmen, Wohlfahrtsverbände, Kirchengemeinden, Volkshochschulen, Seniorenbüros, Freiwilligenagenturen, Selbsthilfeorganisationen, Arztpraxen, Krankenhäuser, Sozialstationen und Pflegestützpunkte. Manche haben schon länger und häufiger mit an Demenz erkrankten Menschen zu tun, manche setzen sich erstmals mit diesem Thema auseinander.

Damit die Arbeit der 500 Lokalen Allianzen auch nach der Förderzeit weitergeht, sollen die Standorte in einem ‚Bundesnetzwerk Lokale Allianzen‘ unterstützt werden.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen – BAGSO – wird mit einer Netzwerkstelle den Lokalen Allianzen ab 2018 zur Seite stehen. Dank der aktiven Unterstützung aller Bundesländer bestehen zudem gute Chancen, dass die Netzwerke in die Länderstrukturen integriert werden.

In Lokalen Allianzen wird getrommelt, getanzt, Theater gespielt, werden Filme gedreht, Konzerte organisiert. Vereine öffnen ihre Angebote für Menschen mit Einschränkungen jeder Art. Lokale Allianzen führen Schulungen für Angehörige durch, beraten Erkrankte und ihre Angehörigen und entlasten sie durch Demenzhelferinnen und -helfer. Anderswo entstehen neue Wohnformen und Betreuungsangebote. Kommunen richten Stellen für Demenz- oder Demografiebeauftragte ein, sie laden ein zu Runden Tischen. Handbücher und Leitfäden werden veröffentlicht. Wir haben auch Lokale Allianzen, die sich um die Unterstützung von Betroffenen in der Tagespflege kümmern. Ganz besonders begrüßen möchte ich die Vertreterinnen und Vertreter der 15 Krankenhäuser, die sich als Lokale Allianz an dem Bundesprogramm beteiligen.

Kliniken setzen Demenzlotsen ein und richten Strukturen und Abläufe auf die Belange der demenzerkrankten Patienten aus. Manche bauen neue geriatrische Abteilungen auf. Hier im Saarland ist nach meinem Eindruck die Arbeit an den Schnittstellen zwischen ambulant und stationär ein Thema, aber auch die Prävention.

Auf Bundesebene hat die Bundesregierung im Rahmen ihrer Demografiestrategie mit der Agenda „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“ die Grundlage für eine nationale Demenzstrategie gelegt. Diese Strategie wollen wir gemeinsam mit den

Bundesländern entwickeln. Alle Bundesländer verfügen über Beratungs- und Anlaufstellen für demenziell erkrankte Menschen und ihre Angehörigen. Das Saarland, Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein haben Landesdemenzpläne erstellt. Insgesamt elf Bundesländer haben vernetzende Strukturen aufgebaut. 14 Bundesländer führen Kampagnen durch, die für Demenz sensibilisieren und Wissen über die Krankheit vermitteln.

Die Agenda „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“ wird neben den Ländern auch von den kommunalen Spitzenverbänden, der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, dem Deutschen Pflegerat, der Bundesärztekammer, Fachverbänden und der Zivilgesellschaft getragen. Sie alle bilden eine Allianz für Menschen mit Demenz auf Bundesebene. Die Agenda „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“ enthält Zielvereinbarungen mit 155 konkreten Maßnahmen. Einige davon betreffen die Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus.

In der Agenda wird unter anderem vereinbart,

- dass Krankenhausaufenthalte von Demenzkranken möglichst vermieden und notwendige Krankenhausaufenthalte kurz gehalten werden sollen,
- dass Demenz bei der Aufnahme ins Krankenhaus möglichst schnell erkannt werden soll;
- dass Patienten entsprechend ihrer demenziellen Erkrankung versorgt und begleitet werden sollen,
- dass das Personal im Krankenhaus im Umgang mit Demenzkranken geschult werden soll,
- und dass niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen besser zusammenwirken sollen.

Dazu fordert die Agenda bessere Strukturen für den Einsatz von Ehrenamtlichen und bessere Zusammenarbeit zwischen Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkasse und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich im Rahmen der Agenda besonders verpflichtet, konkrete Unterstützung zu leisten. Alle Gestaltungspartner der Agenda haben sich daran gemacht, ihre Verpflichtungen zu erfüllen, und dafür danke ich herzlich.

Auch die Bundesregierung hat in dieser Wahlperiode ihre Ankündigungen zu einer besseren Unterstützung für Menschen mit Demenz umgesetzt. Das erste Pflegestärkungsgesetz hat die Leistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen deutlich ausgeweitet. Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz erhalten erstmals alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Unabhängig davon, ob sie körperliche oder psychische Einschränkungen haben. Endlich können auch Menschen mit Demenz leichter Leistungen aus der Pflegeversicherung bekommen. Zehn Jahre lang haben wir über einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff diskutiert. Seit dem 1. Januar ist er in Kraft. Trotz der Veränderungen, die damit verbunden sind, wird niemand schlechter gestellt, der 2016 bereits eine Pflegestufe hatte und Leistungen der Pflegeversicherung bezogen hat.

Zum 1. Januar ist das Dritte Pflegestärkungsgesetz in Kraft getreten, das die Beratung verbessert und die Rolle der Kommunen in der Pflege stärkt.

Die Situation pflegender Angehöriger beschäftigt uns auch im Bundesfamilienministerium. Wir haben in dieser Wahlperiode mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf neue gesetzliche Möglichkeiten geschaffen. Vor allem eine zehntägige Auszeit in einer akuten Pflegesituation mit einem Pflegeunterstützungsgeld. Etwa 70.000 Menschen haben seitdem eine Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz oder nach dem Familienpflegezeitgesetz in Anspruch genommen.

Aber alle Maßnahmen für die häusliche Pflege und die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf reichen nicht, wenn es nicht genügend Menschen gibt, die sich für die Pflege als Beruf entscheiden. Wir brauchen mehr professionelle Pflegekräfte, und dafür muss der Pflegeberuf attraktiv sein. Wir brauchen gut ausgebildete Pflegekräfte, die auf ihre Aufgaben gut vorbereitet sind. Zu einer modernen Pflegeausbildung gehört der Umgang mit Demenz. In der stationären Altenpflegeeinrichtung ebenso wie im Akutkrankenhaus.

Mehr Patientinnen und Patienten mit Demenz im Krankenhaus sind ein Argument für die generalistische Pflegeausbildung, die wir mit dem Pflegeberufsgesetz anstreben.

4. Impuls „Herausforderung Demenz im Krankenhaus“ aus Sicht der Ethik, Forschung und Praxis

Das Thema ‚Demenz und Krankenhaus‘ erfährt auf Grund allgemein gestiegener Lebenserwartung, einer veränderten Wahrnehmung von Demenz und einer Differenzierung im Betreuungsansatz eine zunehmende Bedeutung für Kliniken und ihre Träger. Nicht nur, dass die längere Lebenszeit das Risiko der Demenzerkrankung erhöht. Auch haben Menschen mit Demenz ein weit höheres Risiko in ein Krankenhaus eingewiesen zu werden, als Gleichaltrige ohne Demenz.

Die Heilung einer akuten Erkrankung unter den üblichen Rahmenbedingungen im Krankenhaus ist quasi nicht bzw. schlecht möglich. Ohne strukturelle Anpassung an die Belange der an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten verschlechtert sich der kognitive Zustand während des Aufenthaltes. Weitere Auswirkungen können sein: Stürze, Infektionen, Mangelernährung, Dehydrierung, längere Liegezeiten, höhere Wahrscheinlichkeit der Heimeinweisung, subjektive Befindlichkeit der Demenzkranken und ihrer Angehörigen.

Dies führt zu einer erheblichen Mehrbelastung für das ärztliche- und Pflegepersonal und damit zu vermehrten Kosten für den Krankenhausträger. Ein zusätzlicher Handlungsbedarf besteht bei der Überleitung der betroffenen Patientinnen und Patienten aus dem stationären in den ambulanten Bereich.

Welche ethischen Maßstäbe gelten in Krankenhäusern bei der Akutversorgung von Menschen mit Demenz? Dr. Michael Wunder, Leiter des Beratungszentrums der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und Mitglied im Kuratorium des Instituts Mensch, Ethik und Wissenschaft, definierte in seinem Vortrag Problemfelder und Herausforderungen. Im Alltag eines Akutkrankenhauses betrifft dies z.B. die Aufnahme, die Vermittlung von Diagnose und Behandlung, die Gestaltung der Behandlung und Pflege, das Entlassmanagement usw. Zentrale Themen sind dabei die demenzsensible Kommunikation und die Achtung der Selbstbestimmung – umsetzbar in allen Entwicklungsstufen der Demenzerkrankung. Dies erfordert jedoch in vielen Fällen eine neue Care-Haltung, einbezogen in ein fundiertes Care-Konzept. Die Evangelische Stiftung Alsterdorf hat zu diesem Zweck den Handlungsleitfaden „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ herausgegeben. Neben der Qualifizierung und Ausbildung des Personals und der Durchführung struktureller Maßnahmen sprach sich Dr. Wunder dafür aus, auf Seiten des Gesetzgebers höhere Zusatzentgelte innerhalb des DRG-Systems zu ermöglichen.



Dr. Michael Wunder

Zur Verbesserung der Behandlung und Versorgung von Menschen mit Demenz sollten alle Berufsgruppen der Krankenhäuser sensibilisiert und fortgebildet werden – vom Transporteur bis zum Arzt.

Zugleich wurde gefragt, von welchen Personalprognosen in dem Bereich ausgegangen werden kann, da der Erfolg neuer und erfolgversprechender Ansätze wesentlich von gut qualifiziertem und sensibilisiertem Personal abhängt. Bereits jetzt gibt es in bestimmten Regionen im Bundesgebiet einen erheblichen Personalmangel. Damit eng verbunden ist die Frage der Personalfinanzierung: Welche Modelle eignen sich zur Refinanzierung bzw. Quersubventionierung?

Die Impulsvorträge finden Sie auf der Webseite der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz unter:
www.lokale-allianzen.de/service

Am Abend bot eine Schiffstour auf der Saar und ein gemeinsames Abendessen Gelegenheit zu Austausch und Vernetzung.



5. Thementische

Thementisch 1: Qualifizierung des hauptamtlichen Personals, Ärzte, Pflege

Dr. Sabine Kirchen-Peters, ISO – Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e.V.

Abstract

Aus der Begleitforschung zu Modellprojekten geht hervor, dass ein entscheidender Schlüssel zu einer besseren Versorgung Demenzkranker und Delirgefährdeter im Akutkrankenhaus der Wissensaufbau ist. Beim Wissensaufbau steht im Vordergrund, den Blick auf die besonderen Bedürfnisse der Demenzkranken im Krankenhaus zu schärfen und die Handlungssicherheit im Umgang zu erhöhen. Bei den Schulungen ist zu berücksichtigen, dass der Wissensaufbau in eine betriebliche Fortbildungsstrategie eingebettet ist, in die möglichst alle Beschäftigtengruppen einzubeziehen sind. Neben den in der direkten Behandlung von demenzkranken Patienten eingesetzten Medizinerinnen und Pflegekräften sollten möglichst auch andere Berufsgruppen über die besonderen Bedürfnisse Demenzkranker aufgeklärt und sensibilisiert werden.

Um die Akzeptanz zu steigern, müssen Fortbildungsformen gefunden werden, die jeweils in die Zeitstruktur der verschiedenen Berufsgruppen passen. Gute Erfahrungen wurden mit auf die Bedürfnisse der einzelnen Berufsgruppen zugeschnittenen Veranstaltungen gesammelt. Für Ärzte haben sich kürzere Veranstaltungen bewährt, die aufeinander aufbauend relevante Lerninhalte vermitteln. Basisfortbildungen für Pflegekräfte sollten mindestens 16 bis 20 Stunden umfassen. Vor dem Hintergrund steigender Patientenzahlen sollten Kliniken zudem eine vertiefte Demenzexpertise aufbauen, z.B. im Rahmen von Fachweiterbildungen für (Geronto-) Psychiatrie oder durch spezielle Qualifikationen zu Demenzbeauftragten.

André Hennig, inverso. – Weiterbildung, Coaching und Beratung im Gesundheitswesen, Mainz

Abstract

Qualifizierung des hauptamtlichen Personals, Ärzte, Pflege

Maßnahmen zur Qualifizierung zum Thema Demenz im Krankenhaus bedürfen der Entscheidung, wer soll für welche Aufgaben mit welchen Inhalten qualifiziert werden. Die dazu nachstehend skizzierten Empfehlungen, entstanden im Rahmen des rheinland-pfälzischen Modellprojekts „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ sowie durch die Arbeit des „Landesgremiums Demenz Rheinland-Pfalz“.

Grundsätzlich bedarf es einer Basis-Qualifizierung zum Umgang und Verständnis von Menschen mit Demenz aller Berufsgruppen, die während eines Krankenhausaufenthalts mit Patientinnen und Patienten in Kontakt treten. Demnach ist hier nicht nur an Pflege und Medizin sondern auch an Reinigungskräfte, Patiententransportdienst, ehrenamtlich Tätige, etc. zu denken. Darüber hinaus benötigen die Berufsgruppen Pflege und Medizin weitere Qualifikationen zum Thema. Die Qualifizierung der Medizinerinnen und Mediziner sollte sich nur am Rande mit der Diagnostik und Therapie der Demenz beschäftigen. Vielmehr sollte sich der Blick auf die „Verletzbarkeit und Gebrechlichkeit“ dieser Patientenklientel richten, um deren hohe Komplikationsrate zu reduzieren. Zudem benötigen Krankenhäuser Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten, die ihre Kompetenz konsiliarisch bzw. in einer Liaison-Struktur in die Behandlungsprozesse des Krankenhauses einbringen. Die Entwicklung einer personenzentrierten und an den sozialen Grundbedürfnissen orientierten Haltung gegenüber Menschen mit Demenz sollte der wesentliche Anspruch der Qualifizierungsmaßnahmen sein.

Die Qualifizierungsmaßnahmen sollten mit evidenzbasierten Maßnahmen der Versorgung von Menschen mit Demenz (z.B. Kognitionsscreening, Aufnahme- und Entlassmanagement, Milieugestaltung, Angehörigenarbeit, Tagesbetreuung, etc.) gekoppelt werden, um einen substanziellen Effekt, im Sinne einer verbesserten Versorgung, für diese Patientengruppe zu erzielen. Ein solches Vorgehen entspricht dem Ansatz des Care bundle, einem strukturierten Weg zur Verbesserung des Versorgungsprozesses und der Versorgungsergebnisse von Patientinnen und Patienten mit inhärenten Risiken.

Kliniken sollten ihre Anstrengungen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz zum einen geplant und mit Rückenwind durch die Geschäftsführung versehen unternehmen. Zum anderen bedarf es vorab einer differenzierten und authentischen Analyse, um Handlungsfelder und Qualifizierungsbedarfe zu identifizieren. Eine profunde Unterstützung können hierbei Selbsteinschätzungsinstrumente sein, wie z.B. das SPACE-SPIDERGRAM aus Großbritannien, welches aktuell in Rheinland-Pfalz übersetzt sowie modifiziert wird und zeitnah den Kliniken angeboten werden kann.

Dr. Marion Bär, concept.alter – Wissenstransfer-Prozessberatung-Evaluation für Altenhilfe und Gesundheitswesen

Abstract

Professionalisierung in der Versorgung von Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus: Anforderungen an die Fort- und Weiterbildung

Die zentrale Bedeutung der Qualifizierung von Mitarbeitenden wird in nahezu allen Expertisen zum demenzsensiblen Krankenhaus hervorgehoben. Zwei Bildungsformate sind dabei prominent: Zum einen die Basisqualifizierung, in die – je nach Empfehlung – Ärzte und Pflegenden oder auch weitere Berufsgruppen einbezogen werden sollen. Zum anderen die Weiterbildung zu Demenzexperten, die die Professionalisierung klinikintern als Multiplikatoren und kollegial Beratende voranbringen sollen. Insgesamt differieren die Empfehlungen zur Qualifizierung in vielerlei Hinsicht, beispielsweise hinsichtlich des Umfangs, der inhaltlich-methodischen Ausrichtung und einzubeziehender Berufsgruppen. In der Praxis zeigen sich immer wieder Herausforderungen in der Umsetzung entsprechender Schulungsvorhaben. Zum Beispiel: Können ausreichend Mitarbeitende zur Teilnahme motiviert werden? Gelingt der Transfer erworbenen Wissens in den Klinikalltag?

Im Folgenden sollen – aufbauend auf mehrjähriger Praxiserfahrung – Thesen zur Anforderung an Fort- und Weiterbildung im Kontext demenzsensibler Krankenhausversorgung formuliert werden:

→ Fort- und Weiterbildung muss von Seiten der Klinik in ein umfassendes Professionalisierungskonzept zur Versorgung von Patienten mit Demenz eingebunden

werden. Sie kann sich auf die Auswahl singulärer Fortbildungsangebote beschränken. Ausgangspunkt hierfür bildet eine Bestandsanalyse der in der Klinik vorliegenden Ressourcen und Entwicklungsbedarfe sowie konkrete und überprüfbare Zielsetzungen. Dieses Konzept muss in den Organisationsstrategien verankert sein, so dass Förderung und Rückhalt durch die Klinikleitung in allen Umsetzungsschritten gesichert ist.

- Es empfiehlt sich ein mehrstufiges Qualifizierungsmodell, das eine klinikweite, niedrighschwellige Basisfortbildung mit Expertenweiterbildung verbindet.
- Analysen typischer Konfliktsituationen mit Patienten mit Demenz im Klinikalltag zeigen, dass hier sehr häufig mehrere Berufsgruppen involviert sind. Die Fort- und Weiterbildung sollte daher multidisziplinär angelegt und darauf ausgerichtet sein, das wechselseitige Verständnis sowie die berufsgruppenübergreifende Kooperation zu stärken.
- Fort- und Weiterbildung sollte nicht nur krankheitsbezogenes Wissen vermitteln, sondern sich auf kliniktypische Problemsituationen konzentrieren und darauf ausgerichtet sein, die subjektiven Handlungsspielräume der Mitarbeitenden in solchen Situation zu verbessern. Dies gelingt beispielsweise durch Situations- und Fallarbeit.
- Handlungsspielräume zum professionellen Umgang mit Patienten mit Demenz sind auch durch Rahmenbedingungen auf der Prozess- und Strukturebene gefördert oder limitiert. Es empfiehlt sich daher, Interventionen auf der Quali-



fizierungsebene mit Entwicklungsprojekten auf der organisationalen Ebene zu verbinden. Dies verbessert nicht nur die Bedingungen zur Umsetzung erworbener Kompetenzen, sondern trägt auch zur Motivation der Mitarbeitenden bei.

- Die Bildungskonzeption muss auch die Frage beantworten, durch welche Strategien die Nachhaltigkeit erreichter Professionalierungsfortschritte gesichert werden kann. Beispiele für solche Strategien sind der Aufbau klinikinterner Expertennetzwerke sowie wiederkehrende Zwischenevaluationen zum aktuellen Umsetzungsstand.

Zusammenfassung

In den Vorträgen und in der anschließenden Diskussion berichteten die anwesenden Expertinnen und Experten von verschiedenen Modellprojekten, Studien, Qualifizierungsmodellen und ganz konkreten Erfahrungen aus einzelnen Kliniken, aus ganz Deutschland und aus Großbritannien. Es wurden Erfahrungen und Informationsquellen ausgetauscht.

In den Schwerpunkten der Diskussion ging es um:

- **Qualifizierung**
 - Warum ist Qualifizierung notwendig?
 - Wer sollte qualifiziert werden?
 - Was sollte vermittelt werden? – Ziele
 - Struktur
 - inhaltlich
 - Basisschulung multidisziplinär
 - Expertenschulungen
 - Themenworkshops für Ärzte und Pflege
 - zeitlich
 - mehrtägig
 - mehrstündlich
 - 45-90 Minuten
 - Multidisziplinäre Schulungen
 - Nachhaltigkeit durch regelmäßig laufende Fortbildungen

In einer zitierten Umfrage des ISO Instituts unter dem Pflegepersonal, vor allem in Akutkrankenhäusern, gaben 70 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

an, dass sie sich nicht ausreichend qualifiziert fühlen. Zum Mangel an Wissen über Demenz und dem sich daraus ergebenden Qualifizierungsbedarf herrschte am Thementisch große Einigkeit.

Eine niedrigschwellige Basisqualifizierung sollte offen für alle Berufsgruppen, ehrenamtlich Tätige und Angehörige von Patientinnen und Patienten mit Demenz sein. Diese sollte Grundlagenwissen zum Thema Demenz und demenzsensiblen Umgang mit Betroffenen vermitteln.

Darüber hinaus wurde ein mehrstufiges transdisziplinäres Qualifizierungsmodell empfohlen. Im Rahmen des Fortbildungsprogramms für Ärztinnen und Ärzte können themenbezogene kurze Einheiten die Sensibilität für Demenz stärken. Da Demenz als Diagnose häufig gar nicht oder eher als Nebendiagnose auftaucht, könnte zum Beispiel das Syndrom Frailty für Ärzte von Bedeutung sein. Frailty ist ein multifaktorielles geriatrisches Syndrom, das insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten Ursache für Stürze und Hospitalisation sein kann und mit dessen Folgen alle Beteiligten täglich konfrontiert werden.

Fortbildungen und Qualifizierungen im Bereich Pflege sollten, neben der theoretischen Wissensvermittlung zum Training und zur Vertiefung des Gelernten, auch konkrete praktische Elemente mit Einbindung der realen Praxis enthalten, wie Fallarbeit und Bedside Trainings. Diese praktischen Erfahrungen stärken die Schlüsselkompetenzen und erweitern damit die subjektiven Handlungsspielräume. Themenworkshops und regelmäßig laufende Fortbildungen in kompakten Einheiten, die über das Jahr verteilt angeboten werden, sollten vorhandenes Wissen auffrischen, aktualisieren, sowie Kompetenzen erweitern helfen.

Um die Akzeptanz der Qualifizierungsmaßnahmen zu steigern, sind bei der Organisation und Planung Anpassungen an die Rahmenbedingungen und an die Tagesstruktur der Teilnehmenden zu berücksichtigen.

Das humanistische Menschenbild und Empathie gehören zur Grundhaltung, die im Zusammenhang mit Qualifizierung und der Entwicklung von demenzsensiblen Strukturen und Prozessen fachübergreifend erneut in den Fokus gebracht werden sollte.

Multidisziplinäre Schulungen fördern den interdisziplinären Austausch und damit die hermeneutische Kompetenz, die ein gemeinsames lösungsorientiertes Herangehen im Alltag und die Optimierung von Strukturen und Prozessen unterstützen. Eine Aufgabe von Qualifizierung sollte es sein, Pflegekräfte zu Demenzexpertinnen und -experten weiterzubilden und die objektiven Handlungsspielräume der geschulten Mitarbeitenden zu erweitern. Ziel ist es, Demenzexpertinnen und -experten in möglichst vielen betroffenen Bereichen des Krankenhauses mit ihren Kompetenzen als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, für konsiliarische Aufgaben und als Unterstützung in entsprechenden Notfällen einsetzen zu können.

Organisationsentwicklung / betriebliche Gesamtstrategie

- demenzsensible Strukturen und Prozesse
- Unterstützung durch Klinikleitung
- Kognitionsscreening
- Care Bundle
- Übergänge und Nachpflege inkludieren

Die betriebliche Gesamtstrategie sollte neben Qualifizierungsmaßnahmen auch Organisationsentwicklungsmaßnahmen beinhalten, weil Defizite auf struktureller und prozessualer Ebene nicht allein durch Qualifizierungsmaßnahmen auszugleichen sind.

In der Regel ist es von der Unterstützung der Klinikleitung abhängig, ob Qualifizierungskonzepte und Organisationsanpassungen für ein demenzsensibles Krankenhaus Teil einer betrieblichen Gesamtstrategie werden. Ohne diese Unterstützung, die gegebenenfalls auch externe Organisationsberatung zulassen sollte, können nur Fragmente der angestrebten Qualifizierung, Prozessoptimierung und Schnittstellenverbesserung erreicht werden, mit der Gefahr, dass auch die aufwendig qualifizierten Demenzexpertinnen und -experten früher oder später wieder in Routineschleifen landen, ohne dass messbare Outcomes bei den Patientinnen und Patienten ankommen.

Häufig kommen Menschen mit Demenz wegen Stürzen oder Herz-Kreislaufproblemen in ein Krankenhaus. Demenz wird im günstigen Fall im Laufe des Aufenthaltes als Nebendiagnose erkannt, nicht selten aber erst nach Tagen.

Screenings zum Thema kognitive Einschränkungen und Demenz, wie sie schon in einzelnen Krankenhäusern in der Aufnahme eingesetzt werden, unterstützen dabei, dass Patientinnen und Patienten mit Demenz von Anfang an optimal versorgt werden können.

In Kombination mit dem Aufbau demenzsensibler Strukturen und Prozesse haben sich am Beispiel einer Studie aus Großbritannien Care-Bundle bewährt. Das sind zielgerichtete Sets evidenzbasierter Praktiken. Die Studie konnte nachweisen, dass der alleinige Einsatz von wissensbasierten Qualifizierungsmaßnahmen keinen relevanten Unterschied zur Ausgangssituation produziert. Care-Bundle, die Kombination von drei, vier oder mehr evidenzbasierten Maßnahmen, wie zum Beispiel Qualifizierung + Entlassmanagement + Tagesbetreuung + Spezialstationen + Einführung Screenings, ermöglichen im Gegensatz dazu messbare Outcomes für die Patientinnen und Patienten.

Ein weiteres Indiz für die Wirksamkeit von Qualifizierungsmaßnahmen und gelungener Organisationsentwicklung liefern indirekte messbare Indikatoren, wie zum Beispiel ein verminderter Einsatz von Psychopharmaka und seltenere Fixierungen wegen herausfordernden Verhaltens von Patientinnen und Patienten mit Demenz.

Um Handlungsbedarfe für Krankenhäuser zu identifizieren gibt es hilfreiche Selbstanalysetools wie zum Beispiel das SPACE-SPIDERGRAM aus Großbritannien.

Demenzexpertinnen und -experten und Berufung von Demenzbeauftragten

- Rahmenbedingungen und Voraussetzungen
- Kompetenzen und Befugnisse
- Aufgaben und Einsatzfelder

Aus Großbritannien und aus einzelnen Krankenhäusern in Deutschland wurde berichtet, dass sich dort eine Struktur bewährt hat, in der jeder Bereich, der mit Patientinnen und Patienten mit Demenz zu tun hat, einen Demenzexperten oder Demenzexpertin hat. Je nach Größe, Art und Struktur des Krankenhauses gibt es für sie mehrere Kompetenzstufen und unterschiedliche Aufgabenschwerpunkte.

Qualifizierte Demenzexpertinnen und -experten brauchen eine definierte Rolle, zum Beispiel als Multiplikator des neu erworbenen Wissens und durch die Einbin-

dung in Projekte. Sie sollten mit ihren neuen Kompetenzen und eigenen Erfahrungen Good-Practice-Wissen weiter vermitteln.

In Veränderungsprozessen sollten Demenzexpertinnen und -experten als aktiv Handelnde einbezogen werden. Wichtig sind dabei die Erkenntnis und das Erleben, etwas verändern und zur Verbesserung der Situation beitragen zu können.

Aus dem Kreis der qualifizierten Demenzexpertinnen und -experten sollten jeweils Demenzbeauftragte für ein Krankenhaus berufen werden. Diese können bei der Rollenentwicklung und -einbindung selbst mitwirken und die Rahmenbedingungen gemeinsam mit den betreffenden Teams erarbeiten und mit der Krankenhausleitung aushandeln. Die Rolle des/der Demenzbeauftragten sollte die entsprechende Qualifikation und Kompetenz voraussetzen und mit entsprechenden Aufgaben und Befugnissen ausgestattet sein. Die beauftragte Person sollte in Gremien involviert sein, die für das demenzsensible Krankenhaus relevant sind.

Zu den Aufgaben von Demenzbeauftragten zählt die Koordination von Qualifizierungsmaßnahmen. Dabei sollten sie den aktuellen Ausbildungsstand kennen, auch in Hinblick auf die Personalfuktuation. Als Spezialistinnen und Spezialisten sind sie, wann immer möglich, für den konsiliarischen Einsatz direkt vor Ort, wo sie gebraucht werden. Demenzbeauftragte sollten Ansprechpartner für die Demenzexpertinnen und -experten des Krankenhauses sein, ihre Vernetzung fördern, den Wissens- und Erfahrungsaustausch unterstützen und sie regelmäßig und nach Bedarf supervidieren (sich von festgefahrenen Modellen und Lehren freimachen und eigene authentische und stimmige Wege gehen).

Demenzbeauftragte sollten bei der Entwicklung betrieblicher Gesamtkonzepte mitwirken und eine wichtige Funktion bei der Sicherung der Nachhaltigkeit von Qualifizierung haben.

Verbesserung der Evidenzlage – Analyse der Ist-Situation

- Vergleichbarkeit herstellen
- Wie viele Fälle gibt es tatsächlich?
- Einfluss von Demographie
- Wirkungen von Qualifizierung nachweisen

Die Evidenz der Datenlage sollte durch umfassende repräsentative Analysen verbessert werden, um Vergleichbarkeit der Modellprojekte, Übertragbarkeit von Ergebnissen, Erkenntnisse über die Wirkung von Qualifizierung und von einzelnen Maßnahmen, zu fördern und transparent zu machen.

In der Diskussion wurde von unterschiedlichen Modellprojekten, Studien, Qualifizierungsmodellen und ganz konkreten Erfahrungen einzelner Kliniken berichtet. Diese sind jedoch vielfach nicht oder nur eingeschränkt miteinander zu vergleichen, aufgrund von unterschiedlichen Strukturen, unterschiedlicher Einzugsgebiete, unterschiedlicher Komorbiditäten, Zielen und Auswertungsperspektiven.

In der Folge gibt es derzeit viele singuläre Daten und Erkenntnisse. Die von den Experten überwiegend positiv bewerteten Beispiele stehen dabei jedes für sich und teilweise aber auch in Konkurrenz zueinander.

Verlässliche Daten über die tatsächlichen Gesamtfallzahlen von Patientinnen und Patienten mit Demenz in deutschen Krankenhäusern liegen nicht vor, da Demenz nicht in jedem Fall diagnostiziert oder statistisch erfasst wird. Ähnlich ist es bei den Qualifizierungsbedarfen und dem Wissenstand zur Demenz.

Zum Nutzen und zur Nachhaltigkeit der einzelnen Maßnahmen und Qualifizierungsmodelle sollte die Evidenzlage ebenfalls erheblich verbessert werden, damit knappe Ressourcen möglichst zielführend eingesetzt werden können.

Finanzielle Förderung und gesetzliche Grundlagen

- zielgerichtetere Forschung
- verbindliche Qualitätsrichtlinien
- Unterstützung von Vernetzung

Auch die Förderlandschaft sollte evaluiert werden, um möglichen „Wildwuchs“ zu lichten und die Struktur ggf. neu zu ordnen.

Förderung sollte zum Beispiel auch zielgerichtet die Forschung und Entwicklung von ganzheitlichen modularen Qualifizierungskonzepten, die auf evidenzbasierten Maßnahmen aufbauen, unterstützen. Aus diesem „Baukasten“ mit Informationen, Modulen und Maßnahmen könnten sich Krankenhäuser bei der Organisationsent-

wicklung und Erstellung einer betrieblichen Gesamtstrategie bedienen. Es sollten Standards und Qualitätsrichtlinien entwickelt werden, sowohl für die Qualifizierung als auch für die Anforderungen an Demenzbeauftragte. Als Vorbild wurden die Hygienebeauftragten genannt. Auch hier verleihen die entsprechenden Vorschriften und gesetzlichen Vorgaben dem Thema Nachdruck in der Umsetzung.

Aufgabe der Forschung sollte es sein, die Vielzahl an verschiedenen singulären Quellen, Maßnahmen und unterschiedlichen Ansätze zusammenzuführen und den gemeinsamen Erkenntnisgewinn zu fördern.

Thesen

- 1 Datenevidenzlage verbessern zu Bedarfen an Qualifizierung und zur Wirksamkeit von modellhaften Ansätzen**
- 2 Verbindliche Qualitätsrichtlinien**
 - Qualifikationsinhalte, -umfänge für Basisschulung
 - Aufgaben, Qualifikation von Demenzexpertinnen und -experten
- 3 Einbettung in betriebliche Gesamtstrategie inkl. Aufbau demenzsensibler Strukturen und Prozesse**

Thementisch 2: Übergänge

*Prof. Dr. Wolfgang H.-H. von Renteln-Kruse, Chefarzt
Medizinisch-Geriatrie Klinik, Albertinen-Krankenhaus/
Albertinen-Haus gGmbH und Universitätsklinikum*

Abstract

Aufnahmemanagement

Das Lebensalter ist der wichtigste unabhängige Risikofaktor für eine demenzielle Erkrankung. Mit anhaltend wachsendem Anteil über 65-jähriger Patientinnen und Patienten in deutschen Krankenhäusern steigt die Wahrscheinlichkeit, dass auch mehr ältere und sehr alte Menschen mit einer demenziellen Erkrankung sowie mit Vorschädigungen des Gehirns als Risikomerkmale für akute Verwirrtheit (Delir) im Krankenhaus behandelt werden.

Demenzielle Erkrankungen und kognitive Beeinträchtigungen sind eng verknüpft mit höherem Vorkommen unerwünschter Ereignisse/Komplikationen und eher ungünstigem Behandlungsergebnis einschließlich der Auswirkungen für die Versorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Hierzu zählen komplizierte Behandlungsverläufe durch akute oder akut verschlechterte Verwirrtheit, deutlich erhöhtes Risiko für Sturzereignisse mit und ohne Verletzungen, nosokomiale Infektionen und verlängerte stationäre Verweildauer.

Die Begründung für pro-aktive Erkennung gefährdeter Patientinnen und Patienten mit Risikomerkmale liegt deshalb auch in dem wichtigen Bestreben, die Patientensicherheit zu erhöhen und komplikationsreiche Verläufe durch geeignete Präventivmaßnahmen zu vermeiden.

Ein systematisch strukturiertes Vorgehen, z.B. als Screening auf kognitive Beeinträchtigung ist deshalb sinnvoll, weil akute Verwirrtheit (Delir) eines älteren Menschen ein Notfall ist und auch entsprechend „bearbeitet“ werden muss, weil die möglichst frühzeitige Differenzierung zwischen demenzieller Erkrankung und Delir wichtig ist für die ggf. unterschiedlichen diagnostischen und therapeutischen Handlungserfordernisse, weil die Diagnose einer demenziellen Erkrankung ggf. entscheidenden Einfluss auf das gesamte medizinisch/pflegerische stationäre



Prof. Dr. Wolfgang H.-H.
von Renteln-Kruse

Versorgungsgeschehen, z.B. besonders auch die Entscheidungsfindung für medizinische Interventionen und nicht zuletzt auch auf die Entlassungsmodalitäten hat.

Es existieren derzeit nach bestem Wissen des Autors keine Patentlösungen zum praktischen Vorgehen im Krankenhaus, sondern unterschiedliche Herangehensweisen. Diese Tagung bietet deshalb die Möglichkeit des interdisziplinären Austauschs hierzu.

Dr. Petra Schönemann-Gieck, Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg

Abstract

Menschen mit Demenz im Krankenhaus – Fokus: Entlassung

Das Thema „Demenz im Krankenhaus“ ist in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus gesellschaftlicher und politischer Wahrnehmung gerückt. Seitens der Wissenschaft werden schon seit längerer Zeit Handlungsbedarfe aufgezeigt (z.B. Kirchen-Peters, 2012) und erst vor kurzem wurden erste repräsentative Daten zur Versorgungslage von Menschen mit Demenz im Krankenhaus publiziert (Robert Bosch Stiftung, 2016).



Demenzsensible Versorgungskonzepte beziehen sich überwiegend auf Aspekte der Diagnosestellung, Begleitung, Beschäftigung und baulich-organisatorische Interventionen in den Kliniken. Wenig Aufmerksamkeit hat bislang das Thema der Entlassung und Überleitung demenzkranker Patienten nach Klinikaufenthalt erhalten.

Hier zeigt sich jedoch im besonderen Maße eine Dilemma-Situation: Einerseits erfordert die wirtschaftliche Betrachtung im Krankenhaus ebenso wie die hohe Verletzlichkeit der Patienten Maßnahmen, die die Verweildauer möglichst gering halten. Andererseits führt die Verkürzung des Zeitraums, die den Akteuren im

¹ Die Problematik zeigt sich dabei vor allem in Akuthäusern. Geriatrische Fachkliniken und -abteilungen sind weniger von der Kürzung für die Entlassung relevanter zeitlicher und personeller Ressourcen betroffen, so dass jeder Patient ein Entlassungsmanagement erhält.

Krankenhaus zur Abklärung und Durchführung einer Entlassung nach Hause oder Überleitung zur Verfügung steht, zu massiven Schwierigkeiten und unbefriedigenden Entlassungssituationen.¹

Eine vom Amt für Soziale Arbeit der LH Landeshauptstadt Wiesbaden und dem Institut für Gerontologie in Heidelberg initiierte und jüngst publizierte Untersuchung² offenbarte, wie schwierig sich die Umsetzung eines multiprofessionellen Entlassungsmanagement im Klinikalltag darstellt. Dabei zeigten sich strukturelle Barrieren und organisatorische Probleme innerhalb der Kliniken ebenso wie im poststationären Bereich. Menschen mit akuten und chronischen Verwirrheitszuständen wurden als Patientengruppe mit besonderen Handlungsbedarfen beschrieben.

Noch unklar ist, in wieweit der vom erweiterten Bundesschiedsamt festgesetzte Rahmenvertrag zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V, der zum 1. Juli dieses Jahres in Kraft treten soll, zu einer Verbesserung der Situation führen kann. Seitens der Kliniken bestehen große Bedenken bezüglich der Umsetzbarkeit unter den gegebenen Bedingungen.

Deutlich wird, dass sich Kliniken nicht imstande sehen, dieses Problem unter den gegebenen Finanzierungsbedingungen und auch nicht alleine zu lösen. Zur Sicherstellung einer lückenlosen und nachhaltigen Entlassung vulnerabler Patienten aus dem Krankenhaus bedarf es eines strukturierten multidisziplinären Vorgehens und multisektoraler Absprachen unter Einbezug der ambulanten Akteure.

Klinikbezogene Lösungen sind gefordert, um die jeweiligen Voraussetzungen in den Kliniken und lokalen Nachsorgestrukturen berücksichtigen zu können.

Zudem wird es notwendig sein, dass auch Kommunen ihre Rolle in der Nachsorge wahr-



² Schönemann-Gieck, P. (2017). Abschlussbericht zur Studie Nachsorge nach Krankenhaus-aufenthalt. Landeshauptstadt Wiesbaden, Amt für Soziale Arbeit (Hrsg.)

nehmen, sich engagieren und Ressourcen für den Aufbau von Kooperationen zur Verfügung stellen (können).

Zusammenfassung

Der Diskussion am Thementisch gingen u.a. folgende zentrale Aussagen der Impulsgebenden voraus:

- Kognitiv eingeschränkte alte Menschen sind grundsätzlich als Risikopatientinnen und -patienten zu betrachten. Besteht zusätzlich der Verdacht auf ein Delir, dann handelt es sich um einen Notfall – vergleichbar mit einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall.
- Ein nachhaltiges Entlassungsmanagement setzt eine strukturierte, multidisziplinäre und transsektorale Zusammenarbeit aller relevanten Akteure voraus.

Anschließend diskutierten die Teilnehmenden die Erfordernisse und Hürden eines zielgruppenspezifischen Aufnahme- und Entlassungsmanagements.

Aufnahmemanagement

An den Beginn der Diskussion wird die hohe Relevanz des Wissens um eine eventuell vorliegende demenzielle Erkrankung bei der Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin gestellt. Dies sei jedoch eher selten der Fall. Daher ist es wichtig, bei alten und hochaltrigen Patientinnen und Patienten ein standardisiertes Screening auf kognitive Einschränkung durchzuführen. Dabei handelt es sich um eine Maßnahme zum Schutz des Patienten bzw. der Patientin respektive um eine Einschätzung möglicher Risiken während seines Klinikaufenthaltes.

Sollte das Screening ein positives Ergebnis haben, so können umgehend weitere diagnostische Verfahren eingeleitet werden und es kann eine frühzeitige Beratung des Patienten/der Patientin und auch der Angehörigen erfolgen.

Die schnelle diagnostische Abklärung möglicher kognitiver Einschränkungen ist auch insofern wichtig, da z.B. die Begleitdiagnose „Demenz“ das gesamte weitere medizinisch-pflegerische Vorgehen beeinflusst. In diesem Fall muss sichergestellt sein, dass alle Mitarbeitenden, die mit dem Patienten während seines Klinikaufenthaltes zu tun haben, über diese Diagnose informiert sind. Das stellt hohe Anforderungen an die krankenhausinterne Informationsweitergabe, ist aber unerlässlich, da

diese Patienten als Risikopatienten einzustufen sind. Sie sind u.a. besonders gefährdet in den Bereichen Sturz, Delir, unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Dysphagie und Aspirationspneumonie und bedürfen somit einer individuellen positiven Fürsorge, sowie pflegerisch-medizinischer Präventionsmaßnahmen.

Die Teilnehmenden betonten, dass für Krankenträger möglichst frühzeitig angesetzte Maßnahmen zur Prävention bei Patientinnen und Patienten mit der Nebendiagnose Demenz notwendig und unter dem Aspekt der Patientensicherheit zu betrachten sind.

Liegt also bei der Aufnahme der Verdacht auf kognitive Einschränkungen vor, so ist ein systematisch strukturiertes Vorgehen (Screening – weiterführende Diagnostik – adäquates Behandlungs- und Betreuungskonzept) einzuleiten.

Die Teilnehmenden beschrieben, dass sich die Situation für kognitiv eingeschränkte Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme besonders brisant gestaltet. Hier ist es besonders wichtig, auf psychiatrisch geschultes medizinisches und pflegerisches Fachpersonal zurückgreifen zu können. Eine gerontopsychiatrische und geriatrische Fachexpertise erleichtert die Zuweisung an die richtige Fachabteilung und führt damit zu einer Reduzierung von unnötigen Verlegungen, die gerade für Patientinnen und Patienten mit Demenz einen erheblichen Stress bedeuten. Alternativ kann ein Liaisondienst eingesetzt werden.

Grundsätzlich waren sich die Teilnehmenden einig, dass es die Situation für Patientinnen und Patienten sowie dem Klinikpersonal deutlich erleichtert, wenn auskunftsfähige Angehörige den Patienten/die Patientin ins Krankenhaus begleiten.

Außerdem ist es sehr hilfreich, wenn der Patient bzw. die Patientin eine Notfallmappe oder ein Logbuch Demenz mit sich führt, in dem alle sozialen und medizinisch relevanten Informationen enthalten sind. Für diese Materialien muss allerdings erst noch Bewusstsein geschaffen werden, das weder bei Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, noch bei Ärztinnen und Ärzten und Kliniken durchgängig vorhanden sei. In diesem Zusammenhang wünschten sich die Teilnehmenden eine systematisierte Verfügbarkeit von Informationen zu Materialien, die für den patientenbezogenen, transsektoralen Informationstransfer entwickelt wurden.

Besonders schwierig gestalten sich Schnittstellenmanagement und Informationserhebung bei alleinstehenden Menschen mit kognitiven Einschränkungen. In diesem Fall ist die Erhebung einer Fremdanamnese zur Ergänzung der Diagnostik extrem erschwert. Hier ist es positiv, wenn Kontakte zu ambulanten Versorgern bestehen, die relevante Informationen zum Patienten/zur Patientin geben können:

- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
- Apotheken
- Ambulante Dienste (falls bereits ein Pflegegrad vorliegt und der Patient/die Patientin in ein Versorgungssetting eingebunden ist)

Die Intensität der Kommunikation mit zuweisenden Institutionen ist abhängig von den regionalen/räumlichen Strukturen. Gerade im ländlichen Bereich sterben die Hausarztpraxen aus und geeignete Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner im ambulanten Versorgungssektor müssten neu generiert werden. So könnten z.B. ambulante Pflegedienste mehr involviert werden. Auch Apotheken wurden als Kooperationspartner aus dem ambulanten Sektor benannt, da sie wichtige Ansprechpartner alter Menschen seien.

Eine weitere Möglichkeit zur Optimierung der Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten mit Demenz ist die Mitarbeit der ambulanten Versorger im Krankenhaus. Als Beispiel wurde die Einbindung ambulanter Beratungsstellen für Menschen mit Demenz angeführt. Auf diesem Wege könnte auch eine schnittstellenübergreifende Begleitung von besonders vulnerablen Patientinnen und Patienten ermöglicht werden.

Spezifisches Wissen um den ambulanten Versorgungssektor ist im Krankenhaus jedoch vielfach nicht vorhanden. Dies gilt auch umgekehrt. Viel zu häufig denkt der ambulante Sektor nur bis zur Kliniktür und das Denken des klinischen Sektors endet wiederum an der Kliniktür. Wichtig ist jedoch eine strukturierte Kommunikation zwischen den ambulanten Akteuren und der Klinik. Diese ist die Basis für eine sektorenübergreifend abgestimmte stationäre Behandlung, die eine bessere und nachhaltigere Versorgung älterer Notfallpatientinnen und -patienten gewährleistet.

Als Beispiel für eine gelingende Kommunikation mit den zuweisenden Institutionen wurde die Implementierung eines festen Ansprechpartners bzw. einer festen

Ansprechpartnerin aus dem klinischen Setting benannt, den Hausärztinnen und Hausärzten aus der Region via Telefon täglich zu festen Zeiten erreichen können, um die Patientenüberleitungen zu besprechen.

Häufig kommen Patientinnen und Patienten zwar mit einem sozialen Interventionsbedarf, jedoch ohne klinisch-medizinischen Handlungsbedarf zur Notaufnahme. Zu diesem Thema wurden zwei Handlungsoptionen diskutiert:

- Die Patientinnen und Patienten werden begleitet nach Hause entlassen. Die Begleitung erfolgt durch Angehörige oder Mitarbeitende sozialer Dienste. Als Beispiel wurde die Beratungsstelle für Leben im Alter benannt.
- Die Patientinnen und Patienten verbleiben für 48-72 Stunden auf einer „Kurzliegerstation“, die direkt an die Notaufnahme angeschlossen ist.

Sektorenübergreifendes Entlassungsmanagement

Entsprechend dem Leitsatz: „Das Entlassungsmanagement beginnt mit dem Aufnahmetag“ wird u.a. die notwendig frühzeitige Entlassungsplanung diskutiert.

Eine frühzeitige Einbindung des (für die Bedarfe von Menschen mit Demenz qualifizierten) Sozialdienstes ermöglicht diesem eine valide Erhebung der Ressourcen im häuslichen Umfeld des Patienten/der Patientin, sowie eine realistische Einschätzung der Versorgungsbedarfe im Anschluss an den Klinikaufenthalt. Ein entsprechend solides Casemanagement im Rahmen des Entlassungsmanagements sei jedoch vielfach kaum möglich, da die verkürzte Verweildauer eine detaillierte Informationsbündelung und -auswertung in multiprofessioneller Zusammenarbeit erheblich erschwere.

Als Voraussetzung für eine lückenlose Überleitung in die ambulante Versorgung nach dem Klinikaufenthalt wurde ein strukturiertes Vorgehen und eine sektorenübergreifende Kommunikation genannt. Dem steht die Identifizierung eines Hauptverantwortlichen für das Entlassungsmanagement voran. Ärztinnen und Ärzte haben zwar die Entscheidungshoheit über die Entlassung, aber die Strukturen für den notwendigen Informationstransfer sind häufig nicht klar definiert. Hier wird ein Handlungsbedarf hinsichtlich der folgenden Kommunikationsstrukturen gesehen:

- Klinikintern
- Interdisziplinär (Klinikärzte/Hausärzte)
- Transsektoral (Klinik/Kommune/Alle Disziplinen)

Ein nachhaltiges Entlassungsmanagement setzt eine strukturierte, multidisziplinäre und transsektorale Zusammenarbeit unter Einbeziehung ambulanter Akteure voraus. Diese sektorenübergreifende Zusammenarbeit kann beispielsweise durch einen regelmäßig stattfindenden „Runden Tisch Nachsorge“ oder durch Qualitätszirkel optimiert werden, die eine gute Quartiersvernetzung bieten. Teilnehmende sind z.B. Demenznetzwerke, sozialpsychiatrischer Dienst, ambulante Pflegedienste sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

Auf diesem Weg werden auch Synergie-Effekte gefördert, was am Beispiel von Schulungs- und Qualifizierungsangeboten von Angehörigen durch unterschiedliche Akteure dargestellt wird. Ein Entlassungsmanagement ohne diese Qualifizierung des häuslichen Umfelds ist kaum denkbar. Als weitere Beispiele werden Angehörigen-Sprechstunden nach Krankenhausaufenthalt und Selbsthilfegruppen benannt. Diese Maßnahmen tragen zur Stabilisierung der häuslichen Situation und damit zur Reduzierung von sogenannten „Drehtüreffekten“ bei.

Als letzten Punkt wurde die Optimierung des Steuerungssystems durch ein systematisiertes Verfahren diskutiert. Die Ergebnisse aus dem Entlassungsmanagement sollten strukturiert zurück in die Klinik gespiegelt werden. Diese Rückkoppelung kann durch eine pro-aktive Nachfrage bei den Nachsorgenden, bei Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen erfolgen.

Im zweiten Teil der Veranstaltung erarbeiteten die Teilnehmenden drei Thesen, die im Anschluss dem Plenum vorgestellt wurden.

Thesen

1 Zuständigkeiten klären – über die Schnittstelle hinaus:

Krankenhaus ↔ Häuslichkeit

Entlassungsmanagement: Die Zuständigkeiten für Entlassungsplanung müssen über die Schnittstelle Krankenhaus-Häuslichkeit hinaus verbindlich geklärt werden (Hauptverantwortliche müssen festgelegt werden).

2 Notfall-Ambulanz (NA)/Zentrale Aufnahme und Diagnostik (ZAD)

→ Kognitive Risiken

→ Algorithmus

- Aufmerksamkeitstests
- Delir/Fremdanamnese

Aufnahmemanagement: Auf jeder Notaufnahme/zentraler Aufnahme und Diagnostik (ZAD) muss ein strukturiertes Screening auf kognitive Risiken durchgeführt werden und ein Algorithmus für das weitere medizinisch-pflegerische Vorgehen bei kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten implementiert werden.

3 Optimiertes Informationssystem (KIS) für alle zugänglich machen / Bezug zu Risikomanagement (Patientensicherheit) herstellen

Interdisziplinäre Kommunikation: Das Krankenhaus-Informationssystem (KIS) sollte zielgruppenspezifisch optimiert und für alle Mitarbeitenden zugänglich gemacht werden, die mit dem Patienten/der Patientin im Laufe seines/ihrer Klinikaufenthaltes Kontakt haben (Risikomanagement respektive Patientensicherheit).

Thementisch 3: Architektonische Gestaltung von Krankenhaus-Stationen

Dr. Ursula Sottong, Abteilungsleiterin Malteser Deutschland GmbH, Fachstelle Demenz

Abstract

Architektonische Gestaltung von Krankenhäusern

Auf Grund der demographischen Entwicklung nimmt der Anteil demenziell erkrankter Patienten in der akutstationären Versorgung ständig zu. Diese Patientinnen und Patienten stellen für das Versorgungssystem Krankenhaus eine große Herausforderung dar.

Die möglichen Störfaktoren für diese progressiv kognitiv eingeschränkten Patienten sind vielfältig. Dazu gehören u.a. die unbekannte Umgebung mit ihren ungewohnten Klangbildern und Geräuschen, fremde Menschen und Räume, ungewohnte Abläufe und Anforderungen. Das alles wirkt beängstigend und verschlechtert nicht selten die Demenzsymptomatik.

Wenn es aber gelingt, sich auf die Bedürfnisse dieser Patientengruppe einzustellen, dann muss der akutstationäre Aufenthalt nicht zu einer „Irrfahrt“ mit allen Risiken werden.

Die Architektur kann durch eine entsprechende Gestaltung des Milieus dazu ihren eigenen Beitrag leisten. Aufgaben für die architektonische Gestaltung sind: Sicherheit und Vertrautheit – auch emotionale – zu gewährleisten, Unabhängigkeit zu fördern, Barrierefreiheit und ein leicht verständliches Design zu schaffen, Orientierungshilfen zu geben, Bewegungs- und Aktivierungsanreize zu setzen, Entscheidungen zu minimieren, an Vertrautem anzuküpfen, und Privatsphäre zu wahren.

Das bedeutet folgende Aspekte in die Planungen einzubeziehen: Raumdimensionen in gewohnten Maßstäben, kleine Versorgungseinheiten, orientierungsgebende Gestaltungselemente (Zeit, Raum, Ort), ein durchgehendes Farbkonzept, schattenfreies Licht, etc.



Dr. Ursula Sottong

Die aktuelle wissenschaftliche Evaluation von Station Silvia am Malteser Krankenhaus in Köln, die ein multifaktorielles Konzept inkl. Raumgestaltung untersucht, zeigt, dass so eine optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten mit progressiv kognitiven Einschränkungen gelingen kann.

Dr. Winfried Teschauer, Stv. Vorstandsvorsitzender der Ingenium-Stiftung, Dipl.-Biologe, Gerontologe, M.Sc.

Abstract

Architektur und Milieugestaltung im Akutkrankenhaus

Im Zusammenhang mit einer Umgebung, die Menschen mit Demenz ressourcenorientiert unterstützt, ist häufig die Rede von Milieugestaltung und Milieuthherapie. Eine Definition von Milieu lautet „das soziale Umfeld bzw. die Umgebung eines Menschen“ (Duden, 2017) und liefert damit einen wichtigen Hinweis darauf, dass die Milieugestaltung gerade in der Pflege als eine Verbindung der beiden Elemente soziale und physikalische Umwelt zu verstehen ist.

Das Milieu in dem sich ein Patient im Krankenhaus wiederfindet, ist von einer ganzen Reihe von physikalischen Faktoren geprägt: Hierzu gehören bauliche Gegebenheiten, wie Lage von Räumen zueinander, Zimmergröße, Lage, Größe und Gestaltung von Fenstern und Türen, Bodenbeläge, Farben, Lichtgestaltung oder Management vom Umweltgeräuschen - um nur einige Beispiele zu nennen.



Wichtig ist aus dem Blickwinkel der ins Auge gefassten Nutzergruppe der Krankenhäuser – also ältere, oft geriatrische Patienten, Menschen mit kognitivem Risiko bzw. Demenz –, dass die Umgebung unterstützend auf den Patienten wirkt, Sicherheit gewährleistet und vermittelt und vorhandene Ressourcen nutzt. Hier ist es sinnvoll die Umgebung bis ins Detail – z.B. Materialien, Formen, Farbgebung, Bilder sowie z.B. den Einsatz von Licht - alters- und demenzgerecht zu gestalten.

Architektur ist also eher raumbildend, Innenarchitektur

eher raumgestaltend zu verstehen. Als weitere Komponente kommt die Raumausstattung hinzu:

So gehen z.B. gerontologische Konzepte davon aus, dass bei allen Kategorien von Orientiertsein, also zeitlich, räumlich, personell und situativ, eine Unterstützung durch die Umgebung möglich ist: Eine zeitliche Orientierung kann durch den Blick aus dem Fenster unterstützt werden, durch das Aufhängen von Kalendern und Uhren. Räumliche Orientierung kann durch Farbgestaltung unterstützt werden, z.B. durch hervorheben oder verbergen von Türen durch Farbgestaltung. Dies wiederum kann das Verhalten verwirrter Patienten positiv beeinflussen. Solche Maßnahmen sind bei Sanierungen oder sogar im Alltag oft auch ohne Veränderungen an der Bausubstanz erfolgversprechend.



Letztlich würde eine Milieugestaltung auch z.B. das Mitbringen und Aufstellen von persönlichen Fotos auf dem Nachtkästchen oder das Bereitstellen von „twiddle-muffs“, also von Gegenständen an denen demente und delirante Patienten herumnesteln können, miteinschließen.

Alle Planungsschritte erfordern wiederum ein erhebliches gerontologisches und in Teilen pflegerisches Spezialwissen, was i.d.R. die Einbindung von gerontologischen Beratern und Mitarbeitern der Pflege sinnvoll erscheinen lässt.

Zusammenfassend sind wir davon überzeugt, dass alle Planungsbereiche zusammenwirken müssen um ein optimales Ergebnis zu erzielen. Jeder der genannten Bereiche hat großen Einfluss auf das Gesamtergebnis – das Milieu.

Wie genau soll man vorgehen? Spezialstation oder integratives Verfahren? Was hat sich bei Licht, Farbe oder Raumgestaltung bewährt? Welche Planungshinweise gibt es und welche Studien begründen das Vorgehen?

Diese und andere Fragen wollen wir am Thementisch „Architektonische Gestaltung von Krankenhausstationen“ aufgreifen!

Zusammenfassung

Der erste Input von Herrn Dr. Teschauer von der Ingenium-Stiftung lieferte Informationen über die Prinzipien einer architektonischen Gestaltung von Stationen und Krankenhäusern für Menschen mit Demenz. Frau Dr. Sottong von den Malteser Deutschland, Fachstelle Demenz, Köln konkretisierte mit dem zweiten Kurzinput die Ausführungen von Dr. Teschauer mit konkreten Beispielen anhand umfangreichen Bildmaterials.

These 1: Orientierung ermöglichen am Beispiel einer vulnerablen Gruppe (Menschen mit Demenz) auf dem Weg zu einem menschlichen Krankenhaus

Ausgangspunkt der Diskussion zur These 1 war die Überlegung, dass eine gute Orientierung letztlich allen Nutzergruppen eines Krankenhauses zugutekommt. Jeder muss sich zurechtfinden, egal ob Patientinnen und Patienten, Angehörige oder sonstige Besucherinnen und Mitarbeitende. Wobei Orientierung sehr viel mehr ist, als sich aktiv im Raum zu orientieren, also das Wegefinden (wayfinding). Vielmehr geht es auch darum, passiv orientiert zu sein und zwar zeitlich, räumlich, personell und situativ. Sich ohne Hilfe zurechtzufinden ist auch eine Frage der Autonomie und Selbständigkeit.

Für die zeitliche Orientierung sind deutlich sichtbare Kalender mit Datum und Kennzeichnung der Jahreszeit hilfreich, anhand derer die Alltagsbegleiterinnen und -begleiter mit dem Patienten bzw. der Patientin das Datum besprechen können. Für die zeitliche und räumliche Orientierung ist der Blick nach draußen durch ein Fenster von großem Vorteil. Man hat zwar heute mit der zirkadianen Beleuchtung die Möglichkeit, nicht nur den Tag-Nacht-Rhythmus, sondern auch jahreszeitliche Stimmungen zu simulieren. Aber natürliche Beleuchtung ist deutlich überlegen, sie ist heller und sie erlaubt den Blick ins Freie. Dieser ermöglicht nicht nur Hinweise auf Tages- und Jahreszeit, sondern bietet auch Unterstützung in der Verortung im Raum und liefert damit wichtige Informationen darüber, wo man sich befindet.

Raumausstattung, Raumanordnung, Raumstruktur und Raumzuschnitt können ebenfalls wichtige Orientierungshilfen darstellen, insbesondere wenn sie durch eingeführte Piktogramme und entsprechende Farbgebung verstärkt werden.

Farbe spielt nicht nur bei Orientierungssystemen eine wichtige Rolle. Allein durch

die Farbgebung kann eine Station strukturiert und damit das Wiederfinden des eigenen Zimmers erleichtert werden. Viele alte Menschen haben Sehbeeinträchtigungen. Bei Menschen mit Demenz lässt vielfach nicht nur die Sehkraft nach, sondern Farben werden oft nicht mehr richtig wahrgenommen und vieles sieht matter und flacher aus. Man muss also mit Kontrasten arbeiten, Konturen verstärken und Farben richtig auswählen. So ist z.B. ein grauer Lichtschalter auf weißer Tapete wenig hilfreich. Eine ganz besonders wichtige Rolle spielt die Farbe im Sanitärbereich.

Erwähnt wurden Beispiele, die sich als „angewandte Biographiearbeit“ umschreiben lassen und eine gewisse Raumgröße voraussetzen. So sollte man das Bett so aufstellen, dass der Patient/ die Patientin mit dem Gesicht zum Zimmer liegt und nachts ohne Beleuchtung den Weg zur Toilette findet. Der Weg zum Bad muss ähnlich sein wie zuhause. Auch der Nachttisch steht auf der Seite des Bettes, auf der der Patient es gewohnt ist. Damit ist die Gefahr minimiert, aus dem Bett zu fallen, wenn der Patient bzw. die Patientin nachts im Halbschlaf z.B. nach dem Wasserglas greifen möchte.

Die personale und situative Orientierung spielt im Krankenhaus eine große Rolle und wird oft unterschätzt. So sind beispielsweise Geräusche bzw. Lärm an sich nicht das Problem, sondern das Erkennen der Geräusche: Fremde Stimmen werden auf dem Flur wahrgenommen, ohne zu sehen, wer spricht, da das Bett falsch aufgestellt oder die Zimmertüre geschlossen ist. Dies kann zu Irritationen führen. Da hilft z.B. das Aufpassen der Türe oder das Bett mit Sicht zur Tür zu stellen, damit der Patient/die Patientin auf seiner „Liegeseite“ zum Raum hin und nicht zur Wand hin liegen kann.

Die Orientierung kann also mit vielerlei Elementen erleichtert und unterstützt werden, ganz besonders für die vulnerable Gruppe der Menschen mit Demenz. Die These 1 formuliert die Vorstellung, dass man diesbezüglich über beispielhafte Modelle langfristig zu einer menschlichen oder menschenorientierten Gestaltung der Krankenhausstation bzw. zu einer menschlichen Krankenhausgestaltung insgesamt kommen kann.

These 2: Expertise aus einem Team einbinden (auch Menschen mit Demenz und Vertreterinnen und Vertreter). Modelle evaluieren, um Evidenz zu erzeugen und um der Politik Grundlagen für geeignete Rahmenbedingungen und Finanzierungsoptionen zu geben

Um dem o.g. langfristig gesetzten Ziel einer am Menschen orientierten Krankenhausgestaltung näher zu kommen, bedarf es einiger grundsätzlicher Voraussetzungen. Die Planungen zur Umgestaltung vorhandener Stationen bzw. Krankenhäuser oder Neubauten sollten immer Expertinnen und Experten miteinbeziehen. In Bezug auf Demenz sind dies in erster Linie die Betroffenen selbst. Sie wissen am besten, was sie sich wünschen und was ihnen guttut. Bei Menschen mit schwerer Demenz, bei denen weder eine Befragung noch person-centered care möglich ist, muss man besonders gut beobachten und herausfinden, was für sie gut ist. Aber bei einem großen Teil der Menschen mit Demenz im Krankenhaus hielten die Teilnehmenden eine Partizipation am Planungsprozess durchaus für möglich und auch für dringend erforderlich. Des Weiteren sollten auch die anderen Patientengruppen, Angehörige, Besucherinnen und Besucher sowie die verschiedenen Gruppen der im Krankenhaus arbeitenden Menschen miteinbezogen werden. Eingebunden werden sollten auch Vertreterinnen und Vertreter von Geriatrien und Gerontopsychiatrien, die schon heute sehr viel mehr den Menschen im Mittelpunkt sehen als in Krankenhäusern der Normalversorgung. Durch Partizipation der verschiedenen Nutzergruppen können Modelle des menschengerechten Krankenhauses gemeinsam entwickelt werden, wobei diese Modelle langfristige Finanzierung benötigen, so dass sie nicht nur kurzzeitig während eines Förderprogramms existieren, sondern darüber hinaus Planungssicherheit besteht.

In der Gruppe wurde in diesem Zusammenhang darüber diskutiert, ob man nur einzelne Stationen demenzsensibel gestalten sollte oder das gesamte Krankenhaus. Für die Segregation spricht in erster Linie die Kosten- und Wirtschaftlichkeitsfrage. Investoren und Verwaltung scheuen die Kosten, die für ein demenzfreundliches Krankenhaus aufgebracht werden müssten, und fordern Evidenzen, die es ja kaum gibt. Kostengünstiger und damit leichter durchsetzbar ist sicher eine einzelne Station. Aber wer entscheidet bei der Aufnahme eines Patienten/einer Patientin, ob er oder sie auf die demenzfreundliche Station kommt oder nicht? Es wird bereits bei der Aufnahme ein spezielles Screening benötigt, um eine Demenz sicher festzustellen bzw. auszuschließen. Und was passiert, wenn die Station belegt ist? Die Teilnehmenden des Thementisches berichteten von der Stigmatisierung, die mit segregativen Stationen verbunden ist, und der Erfahrung, dass sowohl betroffene Patientinnen und Patienten als auch Angehörige sich weigern, diese Station für sich zu akzeptieren. Die Teilnehmenden einigten sich darauf, dass zunächst einzelne Stationen modellhaft etabliert und evaluiert werden sollten. Damit könnte man

argumentativ die Klinikverwaltung bzw. -leitung und Investoren überzeugen, die Erkenntnisse auf das gesamte Haus zu übertragen.

Es wurde angemerkt, dass den heute sehr verbreiteten Evidenz-Forderungen mit Vorsicht zu begegnen ist: medizinischer Fortschritt erfolgt nicht durch Evidenzstudien, dies sei ein weitverbreiteter Irrtum. Fortschritt erfolgt auf Grund von Beobachtung, Nachdenken und Ausprobieren, erst dann könnten Hypothesen überprüft werden. In der Medizin zählen häufig zuerst die Empirie und später erst die Evidenz. Aber um die Rahmenbedingungen so zu verändern, dass demenzsensible Krankenhäuser aufgebaut werden können, benötigt die Politik Evidenzen, um entsprechende Gesetze und Verordnungen zu erlassen.

These 3: Mindestanforderungen: Architektur muss die Handlungsoptionen für eine adäquate Behandlung und Pflege von Menschen mit Demenz ermöglichen und Architektur als Teil eines Milieus sehen

Investoren, Geldgeber und Geschäftsführung wünschen quadratische, praktische und bewährte Grundstrukturen. In Deutschland sind es nach Erfahrung der Gruppe immer wieder dieselben großen Architekturbüros, die Krankenhäuser planen und dabei auf dieselben Grundrisse zurückgreifen. Hier lohnt sich ein Blick über den Tellerrand: In Skandinavien werden z.B. andere Grundrisse geplant. Zudem wird in Pflegeheimen bereits seit vielen Jahren mit demenzsensibler Architektur gearbeitet. Auch in Deutschland gibt es inzwischen vereinzelte Beispiele für demenzsensibles Bauen. So wurde beispielsweise die gerontopsychiatrische Klinik in Dortmund vor kurzem umgebaut. Jetzt gibt es dort eine kleeblattförmige Grundstruktur, in deren Mitte sich ein begehbarer Innengarten befindet. Der Umzug auf die neue Station liegt inzwischen drei Monate zurück und man hat bisher festgestellt, dass man keinerlei Fixierungen mehr benötigt.

Die Gruppe wünscht sich für den Krankenhausbau mutige und kreative Architektinnen und Architekten, die über Kenntnisse bezüglich kognitiver Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen verfügen und die einen milieuthérapeutischen Ansatz verfolgen, bei dem die Architektur nur einen von vielen Umweltfaktoren darstellt und bei dem immer das Gesamtkonzept eines Hauses im Vordergrund steht.

Folgende Themen wurden am Rande diskutiert:

- Vordringliches Ziel im Krankenhaus muss es sein, Sicherheit für alle und besonders für die Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Darunter wurde die technische Sicherheit (Beispiel Treppensturz, weil Stufen nicht erkannt wurden) ebenso gefasst wie das Gefühl der Sicherheit im Sinne von „Ich fühle mich gut aufgehoben“. Den Patientinnen und Patienten sollte die Angst genommen werden, indem man ein nicht-institutionelles, wohnliches Umfeld schafft.
- Aufmerksamkeitslenkung: Man kann mit entsprechender Farbgebung oder mit einem Vorhang in der Farbe der Wand eine Tür fast verschwinden lassen. So erreicht man, dass Patientinnen und Patienten die Station nicht unkontrolliert verlassen. Die Gruppe ist sich einig, dass dazu keine Camouflage-Technik notwendig und sinnvoll ist, die die Patienten „belügt“ bzw. in die Irre führt, indem man die Türen z.B. hinter einer Bücherregaltapete verschwinden lässt, denn das kann zu Missverständnissen und Irritationen führen.
- Privatheit: Bei der Frage nach der Bettenanzahl pro Zimmer gibt es keine einheitliche Meinung. Auf der einen Seite hielten die Teilnehmenden Einbett- bzw. höchstens Zweibettzimmer für angemessen, da soziale Reize minimiert werden sollten und man Menschen mit Demenz nicht mit Menschen ohne Demenz in ein Zimmer legen kann. Andere waren der Meinung, dass bei schwerer Demenz Konzepte wie Pflegeoasen mit bis zu acht Betten in einem entsprechend großen Raum von Vorteil sind. Es muss Rückzug und Kontakt möglich sein, um Intimität ebenso wie soziales Eingebundensein herstellen zu können. Es bleibt jedoch das Problem, zu entscheiden, wer in welches Zimmer kommt.

Thesen

- 1 **Orientierung ermöglichen am Beispiel einer vulnerablen Gruppe (Menschen mit Demenz) auf dem Weg zu einem menschlichen Krankenhaus.**
- 2 **Expertise aus einem Team einbinden (auch Menschen mit Demenz und Vertreterinnen und Vertreter). Modelle evaluieren, um Evidenz zu erzeugen und der Politik Grundlagen für geeignete Rahmenbedingungen und Finanzierungsoptionen zu geben**
- 3 **Mindestanforderungen: Architektur muss die Handlungsoptionen für eine adäquate Behandlung von Pflege von Menschen mit Demenz ermöglichen und Architektur als Teil eines Milieus sehen**

Thementisch 4: Organisation / tagesstrukturierende Angebote Ergotherapie, niedrigschwellige Betreuungen

Thomas Jungen, Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland, Projektleiter „Dem-i-K“ Demenz im Krankenhaus

Abstract

In deutschen Krankenhäusern werden erhebliche Ressourcen in Maßnahmen der Qualitätssicherung gesteckt. Vulnerable Patientengruppen stehen bisher nicht im Fokus dieser Maßnahmen, obwohl gerade für diese Patientinnen und Patienten eine überdurchschnittlich hohe Gefährdung der Patientensicherheit besteht. Dies gilt besonders für Patientinnen und Patienten, die zusätzlich an einer Demenzerkrankung leiden. Obwohl Konzepte für die Behandlung von demenzkranken Menschen vorhanden sind, gelingt es im Stationsalltag selten, angemessene Antworten auf die Problem- und Bedürfnislagen demenziell erkrankter Patientinnen und Patienten zu finden.

Im Rahmen des Projektes Demenz im Krankenhaus – Dem-i-K wurden Wege aufgezeigt, wie eine Verbesserung der Akutversorgung demenzkranker Patientinnen und Patienten unter unterschiedlichen strukturellen Rahmenbedingungen gelingen kann. Elemente des Projektes waren die frühzeitige Identifizierung von demenzkranken Patientinnen und Patienten, Schulungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Projekthäuser sowie eine regelmäßige Fallbegleitung durch Experten.

Ein wichtiger Baustein zur Etablierung demenzfreundlicher Behandlungskonzepte ist, dass es in den Einrichtungen Angebote zur Tagesstrukturierung und Betreuung von Demenzpatientinnen und -patienten gibt. Im St. Nikolaus-Hospital, Wallerfangen, wurde mit dem Sophienstübchen 2016 ein tagesstrukturierendes Angebot für stationäre Patientinnen und Patienten mit einer Demenz geschaffen. Von Montag bis Freitag, 09:00 Uhr bis 16:00 Uhr, werden diese Patientinnen und Patienten außerhalb des Stationsalltags in einem wohnlich eingerichteten Bereich begleitet. Der sektorenübergreifende Einsatz von Betreuungskräften steht im Fokus eines vom GKV-Spitzenverband seit April 2017 geförderten Projektes. Unter wissenschaftlicher Begleitung des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso)



Thomas Jungen

Saarbrücken werden ab 2018 Betreuungskräfte für Demenzkranke im Marienhaus Klinikum Saarlouis-Dillingen und in den Saarland Kliniken kreuznacher diakonie in Neunkirchen eingesetzt.

Dr. Jochen G. Hoffmann, Chefarzt Malteser Bonn/Rhein-Sieg GmbH, Malteser Krankenhaus St. Hildegardis Akutgeriatrie und Tagesklinik, Köln

Abstract

Organisation von tagesstrukturierenden Angeboten (u.a. Ergotherapie, niedrigschwellige Betreuung)

Akut erkrankte ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten, die zudem an einer Demenz leiden, sind durch die Aufnahme in das Krankenhaus und durch den Klinikalltag hochgradig gefährdet, sich funktionell zu verschlechtern oder ein Delir zu entwickeln.

Bisherige Untersuchungen und Erfahrungen haben gezeigt, dass die stationäre Aufnahme in ruhiger Atmosphäre ohne lange Wartezeiten verlaufen und diesen Patienten Orientierung geben sollte. Wichtig hierfür ist, dass der Patient u.a. möglichst wenigen fremden Personen begegnet, also wenige Personalwechsel stattfinden. Zur Verbesserung der Orientierung sollte den Patienten wiederholt und ruhig erklärt werden, wo sie gerade sind und was mit ihnen geschieht. Hilfsmittel wie Brille oder Hörgerät sollte der Patient bzw. die Patientin anbehalten.

Entscheidend in der Versorgung von Menschen mit der Diagnose Demenz im Krankenhaus ist die Schulung des gesamten Personals (alle Berufsgruppen), damit Fehler im Umgang mit den demenziell Erkrankten vermieden werden. Folgende Aspekte sind dabei besonders bedeutsam:

- Die Kommunikation muss ruhig und freundlich mit einfacher und klarer Sprache durchgeführt werden. Dem Patienten muss genügend Zeit für Antworten gelassen werden.
- Vertraute Tagesabläufe sollten möglichst beibehalten bzw. eine feste Tagesstruktur gegeben werden.



Dr. Jochen G. Hoffmann

- Gemeinsame Mahlzeiten und andere Aktivitäten wie Singen, Malen, Erzählen in der Gruppe wirken sich günstig aus.
- Das Behandlungsteam sollte den Patientinnen und Patienten so oft am Tag wie möglich mobilisieren.
- Persönliche Gegenstände sollten sich in Sicht- und Reichweite befinden.
- Orientierungshilfen im Zimmer (Uhr, Kalender, Zimmernummern) fördern die Orientierung.
- Zu viel Tagesschlaf sollte vermieden werden.
- Schmerzen müssen erkannt und behandelt werden.

Zur Sicherstellung einer adäquaten Versorgung dieser vulnerablen Patientengruppe in der beschriebenen Form bedarf es einer gut abgestimmten Teamarbeit aus professionellen (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeutinnen und Therapeuten, Alltagsbegleiterinnen und -begleiter, Sozialdienst etc.) und ehrenamtlichen Mitarbeitenden. Sogenannte niedrigschwellige Betreuung kann in der Klinik von Alltags- bzw. Klinikbegleiterinnen und -begleitern geleistet werden.

Zusammenfassung

These 1: Finanzierung für demenzfreundliche Strukturen durch den Bund

- DRG-Anpassung
- Personalschlüssel
- Sektorenübergreifende Möglichkeiten

Es fehlt die Regelfinanzierung im DRG-System. Krankenhäuser sollten verstärkt demenzsensible Behandlungskonzepte umsetzen. Die Ressourcen müssen ins DRG System aufgenommen werden und nicht einem Krankenhaus-Budget entnommen werden. Mindestbesetzungen und Personalschlüssel sollten eingehalten werden und durch Tandearbeit mit z.B. Ehrenamtlichen unterstützt werden. Vorhandene personelle Ressourcen müssen optimal genutzt werden, um die Situation von Menschen mit Demenz zu verbessern. Dazu sollten Konzepte verändert werden. Bestehende Ressourcen können unterschiedlich eingesetzt und verschoben werden, um bestimmte Angebote anbieten zu können.

Die sektorenübergreifende Begleitung zwischen ambulantem und stationärem Sektor stellt die Versorgung von Menschen mit Demenz sicher. Strukturell sollte es

möglich gemacht werden, dass Ehrenamtliche und Alltagsbegleiterinnen und -begleiter vom ambulanten in den stationären Sektor wechseln können. Als Beispiele könnten Modelle wie die ehemaligen § 87b-Kräfte und Ehrenamtliche vom ambulanten Helferkreis dienen, die auch im Krankenhaussektor tätig werden sollten.

Hauptamtliche und Alltagsbegleiterinnen und -begleiter (Mitarbeitende aus dem Pflegeheim oder Angehörige) sollten außerhalb des Pflegebudgets finanziert werden. Diese müssen von der Politik verpflichtend auf den Stationen eingeführt werden.

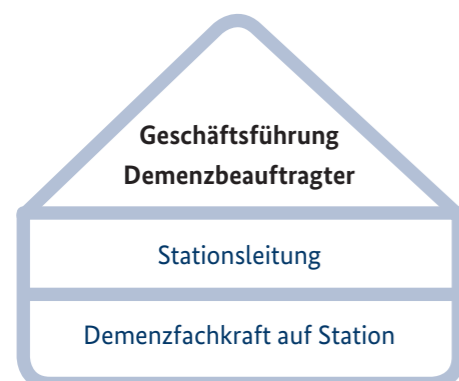
Politik und Gesellschaft sollten für den dringenden Handlungsbedarf bzgl. der Patientensicherheit und der Behandlungsqualität sensibilisiert werden. Für Maßnahmen sollten genügend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

These 2: Verantwortlichkeiten klären und nachhalten zur Implementierung demenzfreundlicher Strukturen durch alle Hierarchien. Diese umzusetzen obliegt der Geschäftsführung.

Es sollten zusätzliche Stellen oder Freistellungen geschaffen werden, die institutionalisiert werden und die die Kompetenz besitzen, die Konzepte umzusetzen. Hierzu sollten verbindliche Strukturen implementiert werden, wie z.B. Demenzbeauftragte. Die Geschäftsführung trägt die Verantwortung, Konzepte für demenzfreundliche Strukturen im Krankenhaus erfolgreich umzusetzen. Sie muss von der Wichtigkeit überzeugt und entsprechend sensibilisiert sein. Außerdem sollte die Stationsleitung mit einbezogen werden, denn sie muss es vorleben und auf der Station die Verantwortung übernehmen.

Es gibt viele Ansätze, wie Menschen mit Demenz im Krankenhaus umfassend betreut werden können, aber es braucht eine kontinuierliche Organisation und Koordination der tagesstrukturierenden Angebote und eine klare Verantwortungsverteilung.

Im Krankenhaus sollten außerdem geschulte Demenzbeauftragte eingesetzt werden, die für die Demenzfachkräfte auf Station verantwortlich sind. Idealerweise sollte eine Demenzbeauftragte der Geschäftsführung angegliedert sein und nicht einem Fachbereich,



um Unabhängigkeit sicherzustellen. Der oder die Demenzbeauftragte sollte für die Schulung und Ausbildung des Personals verantwortlich sein. Pro Station/Fachbereich sollten Demenzfachkräfte ausgebildet werden.

Demenzfachkräfte auf den Stationen und Demenzbeauftragte müssen institutionalisiert und im Gesetz verankert werden. Als Beispiel dienen Hygienebeauftragte. Je nach Anzahl der Betten und Altersdurchschnitt sollten die Stellenanteile der Demenzbeauftragten festgelegt werden.

Die Verantwortung muss in jeder Ebene geklärt sein - von der Geschäftsführung bis zum Mitarbeitenden am Bett der Patientinnen und Patienten.

These 3: Handlungskompetenz in Behandlung und Versorgung von Menschen mit Demenz aller Berufsgruppen

Es müssen übergeordnete Behandlungskonzepte erarbeitet werden. Die Mitarbeitenden aller Berufsgruppen sollten in Schulungen eingebunden sein, denn die Berufsqualifikation allein bringt nicht die Kompetenz im Umgang mit Menschen mit Demenz mit. Häufig werden die angebotenen Schulungen auf freiwilliger Basis nicht besucht. Gründe sind: Personalmangel auf der Station, mangelnde Motivation und zu hoher Zeitaufwand. Die Teilnehmenden berichteten am Thementisch von guten Erfahrungen bei verpflichtenden Schulungsmaßnahmen. Diese finden während der Arbeitszeit statt, z.B. zwei Stunden ein- bis zweimal pro Monat. Die Schulungen sind interdisziplinär und werden von allen Berufsgruppen besucht. Es bedarf eine flächendeckende Finanzierung der Schulungen durch die Bundesregierung. Förderungen sind ein Anfang, reichen aber nicht aus.

Das Thema Demenz sollte umfassender in die medizinische Ausbildung integriert werden. Hier ist es wichtig, nicht nur mögliche Ursachen und Behandlungswege, sondern den gesamten Kontext der Erkrankung in den Blick zu nehmen. Ehrenamtliche und Hauptamtliche sollten im Team zusammenarbeiten. Schulungen sollten deshalb auch für Ehrenamtliche angeboten werden.

Zu berücksichtigen ist auch die Schulung und individuelle Beratung der Angehörigen und ihre bestmögliche Integration in den Behandlungsablauf, z.B. durch Angehörigenvisiten oder -sprechstunden. Angehörige gehören neben Pflegediensten und

ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern zu den wichtigsten Bezugspersonen. Therapeutinnen und Therapeuten sollten ein Bewusstsein für nachhaltige Ziele entwickeln und zukunftsorientiert die Auswirkung ihrer Behandlung in Bezug auf das Leben der Patientinnen und Patienten in der eigenen Häuslichkeit bedenken. In dem Zusammenhang ist die Zusammenarbeit mit Angehörigen eine wichtige Aufgabe.

Hauptamtliche Strukturen sollten vorrangig geklärt werden, bevor ehrenamtliche Strukturen festgelegt werden.

In der weiteren Diskussion wurden einzelne Aspekte besonders hervorgehoben:

Screening und Diagnose

Die Diagnose ist für die Planung weiterer Maßnahmen und den Umgang mit den Patientinnen und Patienten grundlegend notwendig. Patientinnen und Patienten fallen häufig durch das Screening, da nur Risikopatientinnen und -patienten gescreent werden. Es wurde vorgeschlagen, das Screening auch bei Patientinnen und Patienten unter 75 Jahren und innerhalb 24 Stunden nach Aufnahme durchzuführen. Das Delir-Screening ist beim Aufnahmeprozess und im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes besonders wichtig. Alle Berufsgruppen sollten bei Screening und Diagnose zusammenarbeiten, u.a. auch die Demenzbeauftragten. Pflegekräfte sollten bzgl. der Symptome einer Frontallappen-Demenz informiert werden, um diese zu erkennen und diagnostisch darauf zu reagieren. Strukturmaßnahmen und Assessments sollten erarbeitet werden.

Sensibilisierung

Sowohl Geldgeber (Krankenkassen), Geschäftsführung wie auch die Politik sollten auf die z.T. dramatische Situation in den Krankenhäusern hingewiesen werden.

Überleitung

Für die Angehörigen sollte Schulung und Beratung angeboten werden, um sie für die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit zu befähigen (familiäre Pflege). Für die Übertragung von Informationen sollten klare Absprachen zwischen hauptamtlicher Fachkraft, Überleitungsmanagement und Angehörigen getroffen werden. Die Übertragung von Informationen sollte gut strukturiert werden, damit die Informationen bis in das Hilfsnetz des Patienten/der Patientinnen gelangen. Informationen und

Erkenntnisse von allen Berufsgruppen, die an der Behandlung beteiligt sind, sollten gebündelt werden. Die Teilnehmenden machten den Vorschlag, Angehörige in die Therapie zu integrieren. Therapeutinnen und Therapeuten sollten eine individuelle schriftlich zusammengefasste therapeutische Empfehlung (erweiterter Überleitungsbogen, Patientenbrief) an die Angehörigen übergeben. Voraussetzung dafür ist der Austausch über die Patientinnen und Patienten im Behandlungsteam. Die Überleitungsbögen sollten um Kernfragen erweitert werden, die z.B. von der Ambulanten Pflege an das Krankenhaus weitergegeben werden können. Der Überleitungsbogen sollte übersichtlich sein und darf nicht zu viel Zeit in Anspruch nehmen.

Tagesstrukturierende Angebote

Tagesstrukturierende Angebote sollten in allen Abteilungen vorhanden sein. Die Angebote sollten auch nachmittags stattfinden. Ebenso sollte geklärt werden, inwieweit auch Nachtstrukturen angeboten werden können – hierfür ist jedoch mehr Personal erforderlich. In jedem Patientenzimmer sollten Uhren, Kalender zur Orientierung und Ruhe-Ecken vorhanden sein. Außerdem sollte es stützpunktnahe Tagesräume geben. Therapeutische Angebote sollten auch am Nachmittag angeboten werden. Gruppenangebote sind personalsparend und gut umsetzbar. Es bedarf individueller, bedürfnisorientierter und mobiler Angebote. Um für an Demenz erkrankte Menschen zusätzliche Reize zu schaffen, sind ggf. Alternativangebote notwendig. Hierzu können Bezüge zur Biografie-Arbeit hergestellt werden, wie z.B. auf das Lebensalter bezogene geschichtliche Daten und Geschichten in Form von Bildern und themenbezogenen Räumen. Es sollte an die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz angepasste Behandlungs- und Betreuungskonzepte und Strukturen geben. Tagesstrukturierende und niedrigschwellige Angebote sollten in allen Abteilungen und nicht nur in der Geriatrie zur Verfügung stehen, da die Geriatrie nur einen geringen Patiententeil abgreift. Wie können Angebote in allen Abteilungen so integriert werden, dass sie auch unabhängig von einzelnen qualifizierten Pflegekräften durchgeführt werden können?

Auf manchen Stationen (wie z.B. in der Chirurgie) erscheint die Umsetzung schwierig, jedoch ist die Einrichtung von z.B. Tagesräumen relativ unkompliziert. Viele kleine Schritte sind notwendig. Diese können nur gelingen, wenn sie koordiniert werden und Verantwortliche über die entsprechenden Entscheidungskompetenzen verfügen.

Abschließend stellten die Teilnehmenden fest, dass es primär darum gehen sollte, das Bekannte effektiv umzusetzen und die Theorie in die Praxis zu übertragen. Es wird ein übergeordnetes Behandlungskonzept benötigt, damit der Transfer von Informationen und eine gute umfassende Versorgung und Betreuung gelingen können. Hierzu zählen auch nachhaltige Strukturen im Krankenhaus und eine gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen Geschäftsleitung, Stationsleitung und Mitarbeitenden. Nach außen hin ist ein sektorenübergreifendes Versorgungskonzept erforderlich.

Thesen

- 1 **Finanzierung demenzfreundlicher Strukturen ermöglichen**
 - Anpassung des DRG-(Diagnosis Related Groups)-Systems
 - Personalschlüssel
 - Sektorübergreifende Möglichkeiten
- 2 **Verantwortlichkeiten klären und nachhalten zur Implementierung demenzfreundlicher Strukturen durch alle Hierarchien**
- 3 **Handlungskompetenz in Behandlung und Versorgung von Menschen mit Demenz in allen Berufsgruppen stärken**



Thementisch 5: Ehrenamtliche Besuchsdienste – Demenzlotsen und pflegende Angehörige, Rollen und Aufgaben

Dr. Cornelia Kunkat, (bis 2016 eKH Projektleitung für Organisationsentwicklung & Fortbildung), Beratung Besuchsdienste Kliniken und Pflegeeinrichtungen

Abstract

Ehrenamtliche Besuchsdienste, Demenzlotsen und pflegende Angehörige – Rolle und Aufgaben

Grüne Damen und Herren sind an mehr als einem Drittel aller Krankenhäuser in Deutschland vertreten: 10.000 Ehrenamtliche sind unter dem Dach der Evangelischen Kranken- und Alten-Hilfe e.V. (eKH) organisiert, 3.500 Grüne Damen und Herren in der Arbeitsgemeinschaft der Katholischen Krankenhaushilfe. Zusammen decken sie über 900 Standorte ab: Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime sowie Reha-Einrichtungen.

Die Tätigkeit von Grünen Damen und Herren ist komplex und stellt große Herausforderungen an die eigene Persönlichkeit. Sie müssen sich im komplizierten Gefüge des Krankenhauses zurechtfinden, unterordnen und gleichzeitig selbstbewusst und sensibel auftreten. Sie müssen ein Gespür dafür entwickeln, wo sie gebraucht werden und wo Patientinnen und Patienten vielleicht auch Abstand wollen.

Anforderungsprofil: Kontaktfreudigkeit, Freundlichkeit, Einfühlungsvermögen, Lebenserfahrung, Verschwiegenheit, Zuverlässigkeit, Psychische und physische Belastbarkeit sowie Teamfähigkeit.

Von dem Engagement profitieren alle Beteiligten: Die Patientinnen und Patienten erleben im Klinik- oder Heimaltag eine wertvolle Abwechslung, da die Grünen Damen und Herren ihnen auch sehr persönliche Bedürfnisse erfüllen können. Die Engagierten erhalten keine leichte, wohl aber eine sinnstiftende und bereichernde Aufgabe, wenn sie die Sorgen und Nöte der Patienten mildern. Im Sinne christlicher Nächstenliebe können Krankenhäuser, Alten- und Pflegeeinrichtungen ihr Angebot durch diesen Freiwilligendienst erweitern und den Menschen, die ihnen anvertraut



Dr. Cornelia Kunkat

sind, eine persönliche Begleitung ohne Zeitdruck ermöglichen.

Seitens der eKH wird die Fortbildung der Ehrenamtlichen sehr ernst genommen. Insbesondere beim Umgang mit demenziell Erkrankten spüren viele Ehrenamtliche die Notwendigkeit für Fortbildungen – sie sind intrinsisch motiviert!

Fortbildungen zum Thema Demenz bei der eKH umfassen: Basisschulung für neue Ehrenamtliche (Umgang mit demenziell Erkrankten, Was sind schwierige Situationen?, Methode der Validation üben, Auswertung der praktischen Erfahrung; personenzentrierte Demenzbetreuung), Vorträge von Ehrenamtlichen für Ehrenamtliche/Präsentation von Best Practise-Beispielen, Kooperationen mit Alzheimer-Gesellschaft auf lokaler und Bundes-Ebene, Vorträge bei Tagungen, Themensammlung im eKH-Intranet, Beiträge auf Website und im Newsletter.

Die Grünen Damen und Herren leisten einen großen Beitrag, wenn es darum geht, die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten wiederherstellen oder zu erhalten. Pflegerische Tätigkeiten dürfen sie nicht übernehmen, dafür widmen sie sich ohne Zeitdruck den individuellen Bedürfnissen, haben Zeit für Tätigkeiten, die das hauptamtliche Personal heutzutage leider nicht mehr aufbringen kann: Vorlesen, Spazierengehen, Begleitung, Singen, Spielen und vor allen einfach Dasein und Zuhören.

Auch die Kostenersparnisse für die Häuser sind nicht zu unterschätzen! Organisatorische, mentale und finanzielle Unterstützung der Freiwilligen seitens der Häuser ist jedoch notwendig, um eine gute Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamt zu gewährleisten.

Aus Sicht der eKH (und vieler Krankenhäuser) müssten noch mehr Besuchsdienste etabliert werden – deshalb die Erarbeitung des „Leitfadens zur Errichtung weiterer ehrenamtlicher Besuchsdienste, insbesondere an geriatrischen Einrichtungen“ (1. Vorbereitung; 2. Etablierung; 3. Verstetigung; 4. Checklisten – siehe Druckexemplar).

Jutta Meder, Demenz-Fachberaterin, Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V., Demenz-Servicezentrum Region Ruhr

Abstract

Ehrenamtliche Besuchsdienste, Demenzlotsen und pflegende Angehörige – Rolle und Aufgaben aus Sicht der pflegenden Angehörigen / Zugehörigen

Rund 80 Prozent aller Demenzkranken werden von ihren Angehörigen versorgt und begleitet (Deutsche Alzheimer Gesellschaft). Sie tragen häufig eine große Last und Verantwortung, auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Ihnen gebührt Aufmerksamkeit und wertschätzende Beachtung. Pflegende Angehörige sind oft sehr gut über das Krankheitsbild Demenz und ihre Auswirkungen auf ihr Familienmitglied informiert und eher selten die „zweiten Patienten“. Sie können mit ihrem Expertenwissen (Verlauf der Krankheit, Eigenarten, Vorlieben und Abneigungen des Kranken) zu einem erfolgreichen Krankenhausaufenthalt beitragen. Neben der Informationsweitergabe könnte die Einbeziehung der Angehörigen in die stundenweise Betreuung, Anwesenheit und Hilfe bei den Mahlzeiten sowie Rooming-in-Angebot sinnvoll und vom Krankenhaus aus möglich sein.

Als ein weiteres großes Problem wird die unzureichende Kommunikation mit den behandelnden Stationsärzten genannt. Angehörige beschreiben ihre Sorge und Not, „hinter den Ärzten herlaufen“ zu müssen, um über anstehende bzw. abgeschlossene Untersuchungen und geplante Therapien informiert zu werden.

In den Beratungsgesprächen wird immer wieder berichtet, dass die von den Angehörigen weiter gegebenen Informationen an das Pflegepersonal missachtet bzw. „vergessen“ werden. Das bringt Angehörige oft zur Verzweiflung oder Resignation. Angehörigenvisiten sind ein „Muss“ in der Versorgung demenzkranker Patientinnen und Patienten.

Pflegende Angehörige befürchten nicht selten, ihr demenzkrankes Familienmitglied entwickelt im Krankenhaus eine enorme Verschlechterung der kognitiven Leistungen und finde sich nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in der häuslichen Umgebung nicht mehr zurecht, sodass ein Einzug in eine stationäre Einrichtung nicht zu verhindern sei. Mit den bereits genannten und weiteren Angeboten:



Jutta Meder

- demenzfreundliche Aufnahme (schneller)
- (ehrenamtlicher) Begleitsdienst
- tagesstrukturierende Maßnahmen und Beschäftigungsmöglichkeiten auf der Station für demenzkranke Patienten
- Sprechstunden und Schulungen für Angehörige
- geschultem Personal
- demenzfreundliche Milieugestaltung

würde ein wertvoller Beitrag zur Verbesserung der Situation Demenzkranker in den Krankenhäusern und ihrer Angehörigen geleistet werden.

Zusammenfassung

Aus der Diskussion am Thementisch sind folgende Thesen/Handlungsempfehlungen entstanden:

These 1: Pflegende Angehörige müssen im Krankenhaus als Partner eingebunden werden.

Angehörige sind wertvolle Ressourcen für den Krankenhausalltag von Menschen mit Demenz. Das Konzept der „familialen Pflege“, das der Begleitung und Kompetenzförderung von pflegenden Ehepartnern und Angehörigen im Übergang vom Krankenhaus in die poststationäre Versorgung dient, und der personenzentrierte Ansatz müssen im Krankenhaus eingeführt, vertieft und etabliert werden.

Der Kontakt zwischen pflegenden Angehörigen und Ehrenamtlichen ist bislang nicht etabliert. Dieser Kontakt ist möglicherweise aus Sicht der pflegenden Angehörigen erwünscht, um einen personellen Bezug zum Ehrenamtlichen herzustellen, dem der Mensch mit Demenz anvertraut wird. Ehrenamtliche können durch die möglichen hohen Erwartungen der pflegenden Angehörigen überfordert werden. Dabei fehlen häufig die Schnittstellen zwischen pflegenden Angehörigen und Ehrenamtlichen.

Unterschiedliche Interessen dürfen nicht übersehen werden: Ehrenamtliche haben die Aufgabe, den Men-



schen mit Demenz im Krankenhaus so zu unterstützen, dass dieser sich wohl fühlt und zur Ruhe kommt. Pflegende Angehörige haben primär die medizinische Versorgung und Heilung im Blick. An diesem Punkt Schnittstellen zu setzen könnte eine zusätzliche Belastung für beide Seiten hervorrufen. Eine Verknüpfung kann im Rahmen des klassischen Ehrenamts nicht geleistet werden. Problematisch ist die Verknüpfung auch, wenn sie nicht institutionalisiert ist.

Die pflegenden Angehörigen sollten in erster Linie mit dem professionellen Klinikpersonal verknüpft werden. Die Ehrenamtlichen sollten über den Patienten bzw. die Patientin informiert sein und die Informationen in ihre Arbeit integrieren, aber sie sind nicht verantwortlich für den Informationsaustausch zwischen Personal und Angehörigen.

These 2: Ehrenamtliche leisten bei kontinuierlicher Schulung, Betreuung und Einbindung wertvolle Unterstützung für Menschen mit Demenz.

Ehrenamtliche sollten an eine übergeordnete Struktur, wie Organisation, Bundes- oder Dachverband o.ä. angebunden sein. Sie brauchen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sowie eine Betreuung für ihre Tätigkeit. So ist Erfahrungsaustausch auf einer gemeinsamen Plattform möglich und eine durch langjährige Erfahrung entstandene gefestigte Struktur gewährleistet.

Die institutionalisierte Einbindung sollte gestärkt werden. Regelmäßig stattfindende Schulungen und Zertifikate für die Ehrenamtlichen sind ein wesentlicher Bestandteil der Tätigkeit (Beispiele: Auszeichnung der Demenzpartner, Emblem „Vergissmeinnicht“). Den zeitlichen Rahmen für Schulungen/Betreuungen sollte jede Einrichtung und Gruppe von Ehrenamtlichen individuell festlegen. Kontinuität gewährleistet Nachhaltigkeit.

Für den Einsatz der Ehrenamtlichen in der Arbeit mit Menschen mit Demenz sind spezielle Demenz-Schulungen erforderlich. Die eKH (evangelische Krankenhäuser)



haben Landesbeauftragte, die sich innerhalb der Bundesländer organisieren. Diese können angesprochen werden, um eine Anbindung unter dem Namen „Grüne Damen und Herren“ (GDuH) zu ermöglichen.

Ehrenamtlichen sollte Anerkennung und Wertschätzung für ihre Arbeit entgegengebracht werden. Es sollte ihnen ermöglicht werden, ihre vorhandenen Fähigkeiten einzubringen und innerhalb ihrer Tätigkeit zu nutzen. Hier ist viel Kreativität und Bereitschaft der Krankenhausleitung gefordert, den Ehrenamtlichen diese Spiel- und Freiräume zu ermöglichen.

Die Aufgaben und Einsätze der ehrenamtlichen Tätigkeit müssen im Rahmen der Möglichkeiten der Ehrenamtlichen klar bestimmt, formuliert und verteilt werden (z.B. Zeitpläne, Fachbereiche/Stationen, Nachtbereitschaften o.ä.). Aus Sicht der Krankenhäuser ist es für den Ablauf im Krankenhausalltag wichtig, dass die ehrenamtliche Tätigkeit verbindlich und verlässlich ist. Heterogene Gruppen, Studierende, Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen unterschiedlichen Alters bieten viele unterschiedliche Einsatzmöglichkeiten.

Ein wichtiger Bestandteil für die Gewinnung Ehrenamtlicher ist die menschliche Ebene. Neue Ehrenamtliche werden häufig durch den direkten Kontakt und den Erfahrungsaustausch mit bereits tätigen Ehrenamtlichen gewonnen. Bewerbungsprozesse haben sich für Ehrenamtliche etabliert. Hierfür müssen Erwartungen und Anforderungen an die Ehrenamtlichen definiert werden. Die an der ehrenamtlichen Tätigkeit Interessierten sollten in dieser Phase die Möglichkeit haben, die Tätigkeit kennenzulernen, um sich zu entscheiden. Innerhalb dieses Kennenlernens ist von Seiten der Organisation bzw. Einrichtung die Motivation und Lebensphase der Interessierten zu erfragen. In der Diskussion wurden folgende Beispiele für Ausschlusskriterien genannt: Tod einer nahestehenden Person vor weniger als zwei Jahren; Menschen, die nicht gut zuhören können; Menschen, die selbst psychisch erkrankt sind.

These 3: Ehrenamtliche Gruppen benötigen in der Betreuung von Menschen mit Demenz auf Bundes-, Landes-, kommunaler- und lokaler Ebene, finanzielle Unterstützung unter Ausschöpfung vorhandener gesetzlicher Bestimmungen und deren Weiterentwicklung unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Erfordernisse.

Der Einsatz von Ehrenamtlichen ist ein wesentlicher Faktor zur Umsetzung von demenzfreundlichen Krankenhäusern. Die langfristige Finanzierung von Ehrenamt ist nicht ausschließlich eine Aufgabe der Krankenhäuser. Vielmehr sollte sie gesetzlich verankert werden. Geregelt Zuständigkeiten sollten auf Bundes-, Landes-, kommunaler- und lokaler Ebene verteilt werden. Der gesetzliche Rahmen muss hierfür weiterentwickelt werden.

Die gesetzlichen Bestimmungen sollten ausgeschöpft werden können. Informationen müssen transferiert und für alle Beteiligten, Betroffenen, Bürgerinnen und Bürger usw. zugänglich und transparent dargestellt werden.

Die Entlastungsleistung §45 f. SGB XI erlischt bei der Einweisung ins Krankenhaus. Diese gesetzliche Grenze sollte für den Einsatz der in der Häuslichkeit tätigen Ehrenamtlichen für den weiteren Einsatz im Krankenhaus aufgeweicht werden, um die Häuslichkeit ins Krankenhaus zu bringen und das Konzept der familialen Pflege in ihrer Gesamtheit umzusetzen.

Thesen

- 1 **Pflegende Angehörige müssen im Krankenhaus als Partner eingebunden werden.**
- 2 **Ehrenamtliche leisten bei kontinuierlicher Schulung, Betreuung und Einbindung wertvolle Unterstützung für Menschen mit Demenz.**
- 3 **Ehrenamtliche Gruppen benötigen in der Betreuung von Menschen mit Demenz auf Bundes-, Landes-, kommunaler und lokaler Ebene finanzielle Unterstützung unter Ausschöpfung vorhandener gesetzlicher Bestimmungen und deren Weiterentwicklung unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Erfordernisse**

6. Thesen der Thementische

Thementisch 1: Qualifizierung des hauptamtlichen Personals, Ärzte, Pflege

- 1 Datenevidenzlage verbessern zu Bedarfen an Qualifizierung und zur Wirksamkeit von modellhaften Ansätzen**
- 2 Verbindliche Qualitätsrichtlinien**
 - Qualifikationsinhalte, -umfänge für Basisschulung
 - Aufgaben, Qualifikation von Demenzexpertinnen und -experten
- 3 Einbettung in betriebliche Gesamtstrategie inkl. Aufbau demenzsensibler Strukturen und Prozesse**

Thementisch 2: Übergänge – Aufnahme- und Entlassmanagement

- 1 Zuständigkeiten klären – über die Schnittstelle hinaus:
Krankenhaus ↔ Häuslichkeit**

Entlassungsmanagement: Die Zuständigkeiten für Entlassungsplanung müssen über die Schnittstelle Krankenhaus-Häuslichkeit hinaus verbindlich geklärt werden (Hauptverantwortliche müssen festgelegt werden).
- 2 Notfall-Ambulanz (NA)/Zentrale Aufnahme und Diagnostik (ZAD)**
 - Kognitive Risiken
 - Algorithmus
 - Aufmerksamkeitstests
 - Delir/Fremdanamnese

Aufnahmemanagement: Auf jeder Notaufnahme/zentraler Aufnahme und Diagnostik (ZAD) muss ein strukturiertes Screening auf kognitive Risiken durchgeführt werden und ein Algorithmus für das weitere medizinisch-pflegerische Vorgehen bei kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten implementiert werden.
- 3 Optimiertes Informationssystem (KIS) für alle zugänglich machen /**

Bezug zu Risikomanagement (Patientensicherheit) herstellen

Interdisziplinäre Kommunikation: Das Krankenhaus-Informationssystem (KIS) sollte zielgruppenspezifisch optimiert und für alle Mitarbeitenden zugänglich gemacht werden, die mit dem Patienten/der Patientin im Laufe seines/ihrer Klinikaufenthaltes Kontakt haben (Risikomanagement respektive Patientensicherheit).

Thementisch 3: Architektonische Gestaltung von Krankenhaus-Station

- 1 Orientierung ermöglichen am Beispiel einer vulnerablen Gruppe (Menschen mit Demenz) auf dem Weg zu einem menschlichen Krankenhaus.
- 2 Expertise aus einem Team einbinden (auch Menschen mit Demenz und Vertreterinnen und Vertreter). Modelle evaluieren, um Evidenz zu erzeugen und der Politik Grundlagen für geeignete Rahmenbedingungen und Finanzierungsoptionen zu geben
- 3 Mindestanforderungen: Architektur muss die Handlungsoptionen für eine adäquate Behandlung von Pflege von Menschen mit Demenz ermöglichen und Architektur als Teil eines Milieus sehen

Thementisch 4: Organisation, tagesstrukturierende Angebote, Ergotherapie, niedrigschwellige Betreuung

- 1 Finanzierung demenzfreundlicher Strukturen ermöglichen
 - Anpassung des DRG-(Diagnosis Related Groups)-Systems
 - Personalschlüssel
 - Sektorübergreifende Möglichkeiten
- 2 Verantwortlichkeiten klären und nachhalten zur Implementierung demenzfreundlicher Strukturen durch alle Hierarchien

3 Handlungskompetenz in Behandlung und Versorgung von Menschen mit Demenz in allen Berufsgruppen stärken**Thementisch 5 Ehrenamtliche Besuchsdienste – Demenzlotsen und pflegende Angehörige, Rolle und Aufgaben: Architektonische Gestaltung von Krankenhaus-Station**

- 1 Pflegende Angehörige müssen im Krankenhaus als Partner eingebunden werden.
- 2 Ehrenamtliche leisten bei kontinuierlicher Schulung, Betreuung und Einbindung wertvolle Unterstützung für Menschen mit Demenz.
- 3 Ehrenamtliche Gruppen benötigen in der Betreuung von Menschen mit Demenz auf Bundes-, Landes-, kommunaler und lokaler Ebene finanzielle Unterstützung unter Ausschöpfung vorhandener gesetzlicher Bestimmungen und deren Weiterentwicklung unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Erfordernisse

7. Abschluss

In ihrem abschließenden Statement stellte Frau Ulrike Reus von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) e.V. die Wichtigkeit des Themas Demenz in Krankenhäusern heraus. Demenz sei für die Krankenhäuser eine Herausforderung. Es sollte zukünftig darum gehen, alle Beteiligten für das Thema zu sensibilisieren, einzubinden und zu vernetzen. Als aktiver Partner der Allianz für Menschen mit Demenz unterstützt die Deutsche Krankenhausgesellschaft dieses Vorhaben und wird die vorhandenen Netzwerke und Mitgliedsorganisationen über die Ergebnisse der Fachkonferenz informieren und entsprechende Dokumente wie Handreichungen und die Dokumentation der Fachkonferenz gerne weiterleiten.

Kornelia Folk vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bedankte sich bei allen Teilnehmenden und Beteiligten für ihre Unterstützung und dafür, dass sie lebhaft diskutiert und ihr Expertenwissen eingebracht haben. Sie wies darauf hin, dass die erarbeiteten Thesen gebündelt und in die aktuellen Gremien eingebracht werden und informierte über die kommenden Veranstaltungen.

Alle Bilder der Fachkonferenz finden Sie auf der [Webseite](#) der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz.



Ulrike Reus



Kornelia Folk

8. Teilnehmende

Name	Institution
Dr. Wolfgang Anderer	<i>Klinik Bad Windsheim</i>
Mariola Anders	<i>DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg</i>
Dr. Marion Bär	<i>concept.alter</i>
Heike Bartholomey	<i>Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke</i>
Angela Bergbauer	<i>Katholische St.Johannes-Gesellschaft gGmbH</i>
Isabell Berger	<i>DRK-Schwesternschaft Berlin e.V.</i>
Judith Berthold	<i>Klinikum Nürnberg</i>
Sabine Bickelmann	<i>SHG-Kliniken Völklingen</i>
Peter Blietschau	<i>Kreuznacher Diakonie Saarlandkliniken</i>
Dr. Birgit Bodens-Frömder	<i>Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben</i>
Brigitte Bösch	<i>Alexianer Landkreis Diepholz GmbH</i>
Beate Bowdur	<i>Katholische St. Johannes-Gesellschaft gGmbH</i>
Kathrin Büter	<i>Technische Universität Dresden</i>
Caroline Butz	<i>Kreiskrankenhaus Emmendingen</i>
Caroline Carrizo	<i>Kreiskrankenhaus Emmendingen</i>
Christian Denno	<i>Katholische St.Johannes-Gesellschaft gGmbH</i>
Yvonne Dintelmann	<i>Hochtaunus-Kliniken gGmbH</i>
Dr. Petra Dlugosch	<i>LWL-Klinik Dortmund</i>
Bettina Echt	<i>Klinikum Itzehoe</i>
Antje Eekhoff	<i>Krankenhaus St.Josef-Stift GmbH</i>
Dr. Rosa Adelinde Fehrenbach	<i>SHG-Kliniken Sonnenberg</i>
Dr. Matthias Fenski	<i>Vinzenkrankenhaus Hannover gGmbH</i>
Frau Parlamentarische Staatssekretärin Elke Ferner	<i>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend</i>

Name	Institution
Kornelia Folk	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Ingeborg Germann	Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz
Mareike Gögler	Oberschwabenklinik gGmbH Ravensburg
Elke Gries	Kreiskrankenhaus St. Ingbert GmbH
Dr. Mechthild Grundmann	Fliedner Krankenhaus Neunkirchen
Dr. Gökmen Gül	OsteMed Klinik Bremervörde
Dr. Meinolf Hanxleden	Klinikum Arnsberg
Ulrike Haßelbeck	Bundesarbeitsgemeinschaft Katholische Krankenhaus-Hilfe
Dr. Stephan Held	Agaplesion e.V., Krankenhaus Bebel
André Hennig	Inverso Weiterbildung
Prof. Isabella Heuser	Charité Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie
Inge Hewener	Seniorenzentrum St. Franziskus
Walter Hewer	Klinikum Christophsbad
Christiane Hinrichs-Landua	Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit mbH
Dirk Hinsberger	Fliedner Krankenhaus Neunkirchen
Kerstin Hoberg-Krumme	Franziskus Hospital Bielefeld
Dr. Jochen Gerd Hoffmann	Malteser Krankenhaus St. Hildegardis
Anita Holt	Katholische St.Johannes-Gesellschaft gGmbH
Beke Jacobs	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
Thomas Jungen	Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland
Arnold Jungmann	Regionalverband Saarbrücken
Dr. Sabine Kirchen-Peters	Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
Diana Kirscht	Capio Mathilden-Hospital
Christine Klases	Kreiskrankenhaus St. Ingbert, Geriatrische Rehaklinik
Cathleen Koch	Klinikum Stuttgart
Gabriele Koch	Katholische St.Johannes-Gesellschaft gGmbH

Name	Institution
Dr. Petra Koczy	Robert-Bosch-Krankenhaus
Dr. David Knopf	Marienkrankenhaus Hamburg
Marion Kummerfeld	Albertinen Krankenhaus / Albertinen Haus gGmbH
Dr. Cornelia Kunkat	Evangelische Kranken- und Alten-Hilfe e.V.
Christiane Kunz	Kreiskrankenhaus St. Ingbert GmbH
Andrea Kynast	Demenz Support Stuttgart gGmbH
Daniela Laatz	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Silke Leicht	Netzwerkstelle „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V.
Christine Leike	Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
PD Dr. Albert Lukas	Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg
Anke Martin	Demenzverein Saarlouis
Jutta Meder	Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V., Demenz-Servicezentrum Region Ruhr
Christine Miethe	Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben
Bodgan Mrozek	Klinikum Vest
Josefine Mühlroth	Klinik Bad Windsheim
Andrea Müller	Alb-Fils-Klinikum
Sigrid Müller-Zenner	Vinzenzkrankenhaus Hannover
Anita Naumann	Demenz-Verein Saarlouis e.V.
Tobias Nerl	Robert Bosch Stiftung
Dr. Rainer Neubart	Charité Universitätsmedizin Berlin
Sümeyra Öztürk	Demenz Support Stuttgart gGmbH
Dr. Miriam Räker	Evangelisches Klinikum Bethel
Jeanette Reimann	Kliniken des Landkreises Lörrach
Stefan Remmers	Katholische St. Johannes-Gesellschaft GmbH
Ulrike Reus	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Name	Institution
Dr. Barbara Romero	<i>Freiberufliche Diplompsychologin</i>
Romy Röthe	<i>Kliniken des Landkreises Lörrach</i>
Andreas Sauder	<i>Landesfachstelle für Demenz Saarland</i>
Eckehard Schlaub	<i>Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge</i>
Marita Schmidt	<i>Robert-Bosch-Krankenhaus</i>
Dr. Fabian Schneider	<i>Agaplesion Elisabethenstift Darmstadt Klinik für Geriatrische Medizin</i>
Horst Schneider	<i>Psychosoziale Projekte Homburg Saarland</i>
Dr. Petra Schönemann-Gieck	<i>Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg</i>
Mechthild Schueler	<i>GFO Kliniken Bonn</i>
Gerald Schueler	
Prof. Ralf-Joachim Schulz	<i>St. Marien-Hospital GmbH Lehrkrankenhaus der Universität Köln</i>
Dr. Martina Seiler	<i>Demenz Support Stuttgart gGmbH</i>
Christin Sick	<i>Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung</i>
Prof. Rajan Somasundaram	<i>Charité Berlin</i>
Dr. Ursula Sottong	<i>Malteser Deutschland GmbH</i>
Angela Spirres	<i>St. Augustinus-Kliniken</i>
Martina Stabel-Franz	<i>Sozialministerium Saarbrücken</i>
Martina Stapelfeldt-Fogel	<i>Regionalverband Saarbrücken, Gesundheitsamt</i>
Charlotte Tefarikis	<i>Capio Mathilden-Hospital</i>
Dr. Winfried Teschauer	<i>Ingenium-Stiftung, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.</i>
Nelly Theobald	<i>Saarländischer Rundfunk</i>
PD Dr. Jochen René Thyrian	<i>Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V.</i>
Carsten Tietze	<i>Demenz Support Stuttgart gGmbH</i>
Dr. Ute Toepper	<i>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend</i>
Sylvia Unger	<i>Elisabeth-Krankenhaus Kassel gGmbH</i>
Prof. Wolfgang von Renteln-Kruse	<i>Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Medizinisch-Geriatriische Klinik</i>

Name	Institution
Dr. Matthias von Schwanenflügel	<i>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend</i>
Felix Wehinger	<i>Agentur neues handeln</i>
Lena Weilguni	<i>Demenz Support Stuttgart gGmbH</i>
Kathrin Weitensteiner	<i>Johanniter-Krankenhaus Bonn</i>
Petra Weritz-Hanf	<i>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend</i>
Jeanine Wolf	
Stephan Wolff	<i>Klinikum Hanau GmbH</i>
Johanna Wöran	<i>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend</i>
Dr. Michael Wunder	<i>Evangelische Stiftung Alsterdorf</i>
Prof. Susanne Zank	<i>Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät</i>

9. Weiterführende Informationen

Die Präsentationen der Impulsgeber des 1. Fachkonferenztages stehen Ihnen auf der Website der Lokalen Allianzen zur Verfügung.

<http://www.lokale-allianzen.de/projekte/treffen-der-lokalen-allianzen.html>

Prof. Dr. med. Ralf-Joachim Schulz

Das demenzfreundliche Krankenhaus in der Praxis

PD Dr. Jochen Ren. Thyrian

Forschung für Menschen mit Demenz auch im und um das Krankenhaus

Dr. Michael Wunder

Selbstbestimmung und Demenz. Wie geht das im Krankenhaus?

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung; sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11018 Berlin
www.bmfsfj.de
www.lokale-allianzen.de

**Bezugsstelle:**

Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
Tel.: 030 182722721
Fax: 030 18102722721
Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
www.bmfsfj.de

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 030 20179130
Montag–Donnerstag 9–18 Uhr
Fax: 030 18555-4400
E-Mail: info@bmfsfj-service.bund.de

Einheitliche Behördennummer: 115*
Zugang zum 115-Gebärdentelefon: 115@gebaerdentelefon.d115.de

Artikelnummer: 3BR136

Stand: Oktober 2017

Gestaltung: neues handeln GmbH

Bildnachweis: Offenblen.de – Agentur für Fotografie / Michael Besserdich

Druck: MKL Druck GmbH & Co. KG

* Für allgemeine Fragen an alle Ämter und Behörden steht Ihnen auch die einheitliche Behördenrufnummer 115 von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 18.00 Uhr zur Verfügung. Diese erreichen Sie zurzeit in ausgesuchten Modellregionen wie Berlin, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen u. a. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.115.de.