

Erfahrungsbericht INA-Dem: Konzept- und Prozessentwicklung in einer interdisziplinären Notaufnahme zur schonenden Behandlung von Menschen mit Demenz

Ein Projekt aus dem Förderprogramm „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ der Robert Bosch Stiftung



Gefördert von



Robert Bosch
Stiftung

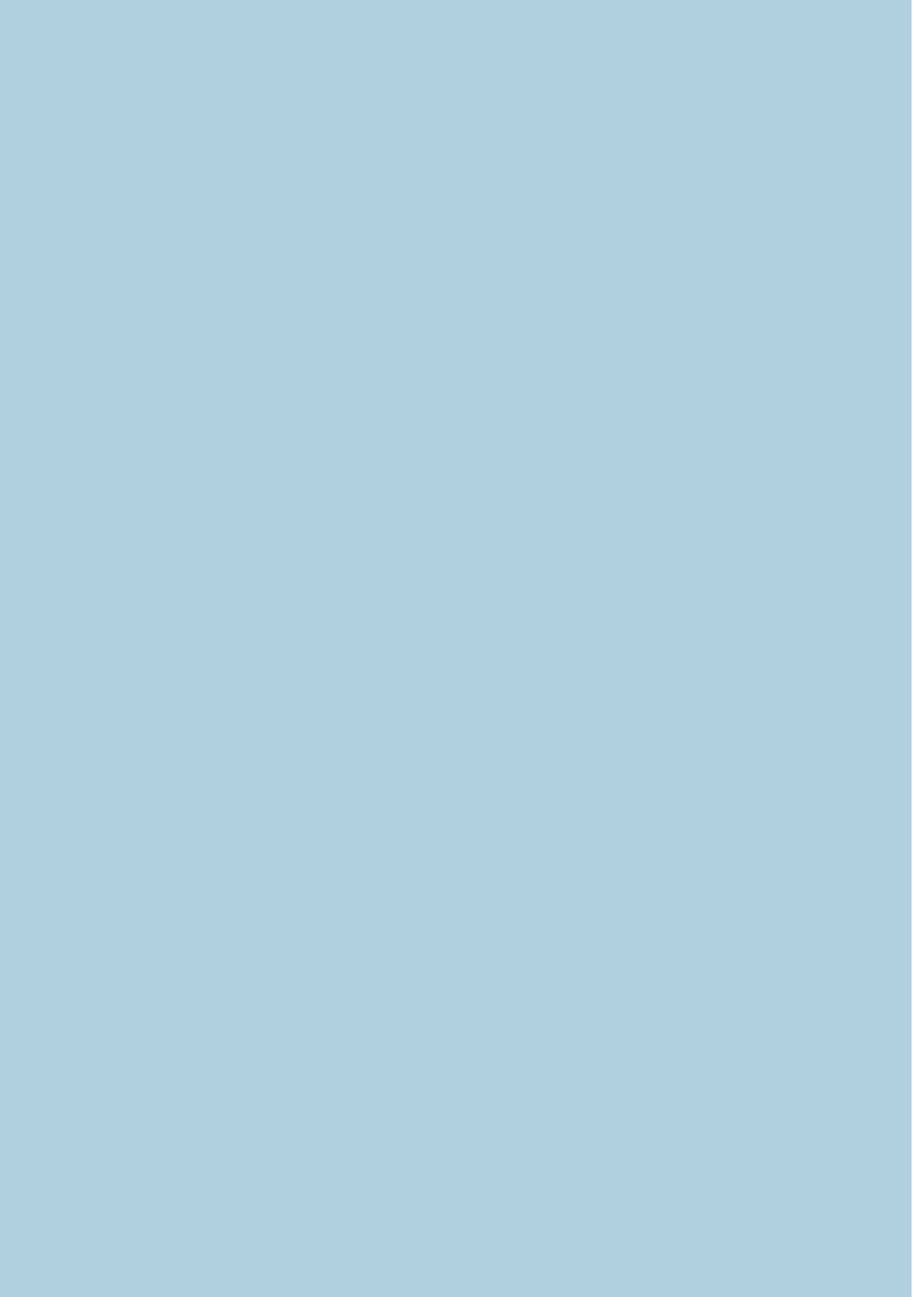




Foto: © Klaus Heymach

Partner des Projekts INA-Dem

1. Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin

Professor Dr. Vjera Holthoff-Detto

Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin für Neurologie, Klinische Geriatrie
Psychoanalytische Psychotherapie
Alexianer St. Hedwig Kliniken, Krankenhaus Hedwigshöhe Berlin
Medizinische Fakultät, Technische Universität Dresden

Dr. Nathalie Pruckner, Andrea Stiegler
Ärztinnen

Annika Sternkopf

Dipl.-Psych.
Alexianer St. Hedwig Kliniken, Krankenhaus Hedwigshöhe Berlin
✎ <https://www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/krankenhaus-hedwigshoehe/leistungen/kliniken/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/>

Ann-Christin Reimer

Pflegedirektorin
Alexianer St. Hedwig Kliniken, Krankenhaus Hedwigshöhe Berlin
✎ <https://www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/krankenhaus-hedwigshoehe/leistungen/pflege-im-krankenhaus/>

Ina Jarchov-Jadi

Pflegedirektorin
Alexianer St. Hedwig Kliniken, St. Hedwig-Krankenhaus
✎ <https://www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/sthedwig-krankenhaus/leistungen/pflege-im-krankenhaus/team/>

Die Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH ist ein katholischer Krankenhausträger und Teil der Unternehmensgruppe der Alexianer, die mit verschiedenen sozialen Einrichtungen und rund 16.000 Mitarbeitern bundesweit zu den großen konfessionellen Anbietern im Gesundheits- und Sozialwesen zählt. In der Trägerschaft der Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH werden zwei Allgemeinkrankenhäuser, die jeweils Akademische Lehrkrankenhäuser der Charité sind, betrieben. Das St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin-Mitte bietet Leistungen in den Fachdisziplinen Anästhesie/Intensivmedizin, Geriatrie, Innere Medizin, Kardiologie, Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik, Radiologie, Schlaf- und Chronomedizin, Urologie, Urogynäkologie und Viszeralchirurgie an. Das Krankenhaus Hedwigshöhe nimmt seinen Versorgungsauftrag im Südosten Berlins mit den Fachdisziplinen Anästhesie/Intensivmedizin, Endoprothetik, Geriatrie, Innere Medizin, Kardiologie, Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik, Radiologie, Unfallchirurgie und Viszeralchirurgie wahr. Zusammen verfügen die St. Hedwig Kliniken derzeit über 868 Betten/Plätze. Beide verfügen über eine interdisziplinäre Notaufnahme, in der es jährlich zu 40.809 Patientenvorstellungen kommt.

2. Berliner Feuerwehr

Dr. Stefan Poloczek MPH

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst der Berliner Feuerwehr

Rund 80 Prozent ihrer Einsätze leistet die Berufsfeuerwehr in Berlin in der Notfallrettung, also in der Versorgung und Betreuung von verletzten oder akut erkrankten Menschen. Diese Einsätze werden durch Rettungswagenbesatzungen geleistet. Für den Notfallrettungsdienst werden von den Einsatzkräften nicht nur umfangreiche notfallmedizinische Kenntnisse gefordert, sondern ebenso menschliches Einfühlungsvermögen und ein professioneller Umgang mit Menschen in Not. Mit den Einsatzmitteln der Feuerwachen (RTW, LHF, DLK) können rund 98 Prozent aller Einsätze bewältigt werden. (Zugriff 24.01.2019/Homepage)

3. Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V.

Christa Matter

Geschäftsführerin

Andreas Rath

wissenschaftlicher Beirat

↳ <http://www.alzheimer-berlin.de/>

Der Verein fördert das Wohlergehen der Menschen, die von der Alzheimerdemenz oder anderen demenziellen Leiden betroffen sind und deren Angehörige. Er fördert und unterstützt ärztliche, pflegerische, psychologische und soziale Hilfen im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich. Insbesondere begrüßt er Initiativen, die darauf abzielen, Menschen mit Demenz so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung zu belassen und das Selbsthilfepotential in Familie und Gemeinde zu stärken. Darüber hinaus bemüht sich der Verein um das Verständnis für die Betroffenen und deren Angehörigen in der Bevölkerung. Im Rahmen seiner Möglichkeiten versucht er auch, wissenschaftliche Forschung anzuregen und zu unterstützen (wie im hier vorgelegten Erfahrungsbericht), die Behandlung und Versorgung der Kranken zu verbessern, für die pflegenden Angehörigen mehr Entlastungsangebote zu schaffen, die Öffentlichkeit über das Krankheitsbild aufzuklären, die unzureichenden Hilfen für Demenzkranke und ihre Angehörigen aufzuzeigen, die Zusammenarbeit von professionellen Helfern und Angehörigen zu fördern. Die Beratung der Angehörigen von Demenzkranken ist ein besonderer Schwerpunkt der Arbeit. Von besonderer Bedeutung sind die Förderung der Zusammenarbeit von Fachleuten und Laien und die Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten sowie die Initiierung von Selbsthilfegruppen von Angehörigen Demenzkranker. Für die Mitarbeiter von Sozialstationen, Heimen und Krankenhäusern werden Fortbildungen angeboten, um über die Krankheit aufzuklären und die Situation Demenzkranker und ihrer Angehörigen zu verbessern. Die Expertise der Mitarbeiter des Vereins war sowohl für die Konzeption und Durchführung von Weiterbildung, als auch für die Fallsupervision der Teams von zentraler Notwendigkeit für INA-Dem. (Zugriff 24.01.2019/Homepage)

4. Technische Universität Dresden

Professor Dr. Gesine Marquardt

Professur für Gebäudelehre und Entwerfen: Sozial- und Gesundheitsbauten

↳ <https://tu-dresden.de/bu/architektur/ifge/s-gb>

Fragen der Gesundheit und des sozialen Zusammenlebens werden zukünftig als Motor gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Innovationen wirken. Der Architektur kommt hier eine wesentliche Rolle zu, da sie das menschliche Denken, Handeln und Wohlbefinden maßgeblich beeinflusst. Ebenso bestimmt ihre Gestaltung die Möglichkeiten der Teilhabe aller Menschen am gesellschaftlichen Leben, was in einer alternden Gesellschaft von besonderer Bedeutung ist.

Damit stellt die Entwicklung von Strategien im Umgang mit den Herausforderungen des demografischen Wandels einen wesentlichen Schwerpunkt der Lehr- und Forschungstätigkeit der Professur dar. (Zugriff 24.01.2019/Homepage)

Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV)

Dipl.-Psych. Diana Druschke

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH

Direktor

↳ <https://www.uniklinikum-dresden.de/de/dasklinikum/universitaetscentren/zegv>

Die Versorgungsforschung des Zentrums für evidenzbasierte Medizin geht mit seinen Projekten der wissenschaftlichen Frage nach, wie vorhandene Ressourcen und Mittel für jeden einzelnen Patienten, auch mit Blick auf Nutzen und Kosten für die gesamte Gesellschaft, so optimal wie möglich eingesetzt werden kann und dadurch patientenorientierte, wissenschaftlich begründete Versorgungskonzepte auf einer soliden Datenbasis zu entwickeln. Dazu bedient sich das Zentrum eines professions- und sektorenübergreifenden Ansatzes (Value-based Healthcare). In Ergänzung zu den etablierten Studiendesigns sind dazu neue methodische Ansätze notwendig, die die Variabilität und Individualität der Patienten sowie die Nutzung umfangreicher Daten aus der Routineversorgung berücksichtigen. So gilt es, verlässliche und praktikable Methoden für die Erforschung, Bewertung und Sicherung medizinischer Qualität zu entwickeln und zu etablieren. Die Expertise des Zentrums rund um die wissenschaftliche Methode der qualitativen Interviews war der zentrale Beitrag im Projekt INA-Dem. (Zugriff 24.01.2019/Homepage)

Danksagung

Die Studie INA-Dem hat zu einem sehr intensiven Austausch zwischen den beteiligten Berufsgruppen und mit Angehörigen von Menschen mit Demenz geführt. Kritische Punkte wurden offen ausgetauscht und die Diskussionskultur war wertschätzend und sachorientiert. Es standen dabei, besonders auch während der Interviews, die Interessen der Menschen mit Demenz im Vordergrund.

Allen Teilnehmern der Studie möchten die Partner daher für ihre Offenheit, ihre Professionalität und ihre konstruktiven Vorschläge herzlich danken.

Der Robert Bosch Stiftung danken wir für ihre finanzielle Unterstützung, die sehr engagierten Wege der Stiftung, den Austausch zwischen den Projekten zu fördern und dafür jeweils den ausgezeichneten Arbeitsrahmen zu schaffen. Die Stiftung bringt damit kontinuierlich über viele Jahre zum Ausdruck, dass sie überzeugt ist, dass Netzwerke die Situation von Menschen mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus verändern können. Dafür gebühren der Robert Bosch Stiftung neben unserem Dank auch unser Respekt und unsere große Wertschätzung, sich für die uns anvertrauten Menschen mit Demenz auf diese Weise einzusetzen.

Inhalt

Kapitel 1 **10**

Ältere Menschen und Menschen mit Demenz in der Notaufnahme:

Die Rolle des Alters

Vjera Holthoff-Detto

- 1.1. Auch bei älteren Menschen ohne Demenz prägen kognitive Leistungsminderungen die Notfallsituation
- 1.2. Veränderungen in der Kognition, die bei älteren Menschen ohne Demenz in der Notfallsituation zu erwarten sind?
- 1.3. Menschen mit Demenz in der Notaufnahme
- 1.4. Stellenwert der Vorsorge für Notfallsituationen bei Menschen mit Demenz
- 1.5. Gegenwärtige Situation von Menschen mit Demenz in der Notaufnahme
- 1.6. Literatur

Kapitel 2 **16**

Wie wird die Notfallsituation bei Menschen mit Demenz erlebt und beschrieben

Vjera Holthoff-Detto, Diana Druschke, Nathalie Pruckner, Andrea Stiegler

- 2.1 Was schildern Angehörige von Menschen mit Demenz aus Notaufnahmen
- 2.2 Wissenschaftliche Untersuchung der Situation von Menschen mit Demenz in der INA
 - 2.2.1 Qualitative Interviews
 - 2.2.2 Schulung der Interviewpartner und wissenschaftliche Supervision
 - 2.2.3 Erstellung des Interview-Leitfadens
 - 2.2.4 Interviewdurchführung
 - 2.2.5 Transkription der Interviews
 - 2.2.6 Rekrutierung
 - 2.2.7 Auswertung der Interview-Transkripte:
- 2.3 Die größten Herausforderungen in der Notaufnahme
 - 2.3.1 Überleitung des Patienten an die Rettungsdienstmitarbeiter
 - 2.3.2 Kontaktaufnahme mit dem Patienten
 - 2.3.3 Belastende Transportsituation zur Notaufnahme
 - 2.3.4 Übergabe des Menschen mit Demenz in der INA:
 - 2.3.5 Aufenthalt von Menschen mit Demenz in der Notaufnahme
- 2.4 Tipps in aller Kürze und Stichwort-Liste zur Planung
 - 2.4.1 Tipps in aller Kürze
 - 2.4.2 Stichwort-Liste INA-Dem
- 2.5 Ausbildung von Rettungsdienstmitarbeitern am Beispiel der Rettungssanitäter
 - 2.5.1 Planung der Ausbildung zum Umgang mit Menschen mit Demenz
 - 2.5.2 Entwurf eines Fortbildungscurriculums
- 2.6 Literatur

Kapitel 3 28

Räumliche Struktur, Gestaltung und Ausstattung

Gesine Marquardt

- 3.1 Auswertung der Interviews- Kriterien mit baulicher Relevanz:
- 3.2 Analyse der IST-Situation
 - 3.2.1 Bestandsaufnahme der Grundrissstrukturen
 - 3.2.2 Durchführung strukturierter Beobachtungen in der INA
 - 3.2.3 Untersuchung möglicher Interventionsräume
- 3.3 Planung und Bau einer „Warteinsel“
 - 3.3.1 Konzeption
 - 3.3.2 Bauliche Umsetzung
- 3.4 Raumorganigramm demenzsensible Notaufnahme
- 3.5 Literatur

Kapitel 4 44

Haltung und Handlungsfähigkeiten von Pflegenden fördern

Ann-Christin Reimer

- 4.1 Ausgangssituation: Fachexpertise Pflegende im Umgang mit Menschen mit Demenz
- 4.2 Qualifizierungsmaßnahmen durch Schulungen
 - 4.2.1 Inhalt des Fortbildungs-Curriculums
 - 4.2.2 Begleitende Befragung
- 4.3 Qualifizierungsmaßnahmen durch Fallsupervision
 - 4.3.1 Einschätzungen und Empfehlungen des Moderators
 - 4.3.2 Beispiele der Fallsupervision
- 4.4 Nutzung der Warteinsel aus Sicht der Pflegenden
 - 4.4.1 Voraussetzungen und begleitende Prozesse innerhalb der Notaufnahme
 - 4.4.2 Befragung der Angehörigen durch Patientenbegleiterin
- 4.5 Besondere Maßnahmen bei der Erfassung und Aufnahme eines Menschen mit Demenz
- 4.6 Etablierung einer „Pflegeexpertin Demenz“
- 4.7 Literatur

Kapitel 5 52

Selbsthilfe bei Angehörigen von Menschen mit Demenz:

...und plötzlich ist man pflegender Angehöriger

Christa Matter

- 5.1 Familiensysteme und Menschen mit Demenz
- 5.2 Aufgaben der Selbsthilfe bei Pflegenden von Menschen mit Demenz
- 5.3 Bedeutung von Angehörigen für Menschen mit Demenz im Krankenhaus
- 5.4 Wie kann das gehen?
 - 5.4.1 Stichpunktliste
 - 5.4.2 Drei Wünsche an die gute Fee
- 5.5 Literatur

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestotrotz beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

Ältere Menschen und Menschen mit Demenz in der Notaufnahme: Die Rolle des Alters

Vjera Holthoff-Detto

1.1 Auch bei älteren Menschen ohne Demenz prägen kognitive Leistungsminderungen die Notfallsituation

In Deutschland werden über 9 Millionen Notfallpatienten jährlich stationär in Krankenhäuser aufgenommen. Inzwischen ist etwa jeder 3. Patient in einem Alter von über 70 Jahren. Im Alter steigt neben Multimorbidität somatischer Erkrankungen auch die Häufigkeit an kognitiven Einschränkungen, die nicht immer das klinische Ausmaß einer Demenz erreichen, jedoch die spezifische Situation des Notfalls noch einmal in besonderer Weise für die Patienten selber, die Notfallhelfer und das medizinische Team prägen können.

Zum Bereich der Kognition zählen unterschiedliche Leistungen. Im Folgenden ist eine Auswahl zum besseren Verständnis vom Begriff Kognition zusammengefasst.

Aufmerksamkeit: Selektion der unterschiedlichen Reize auf das Gehirn und Ausrichtung auf spezifische Wahrnehmungen der Umwelt, beispielweise des eigenen Handelns, der eigenen Gedanken und Gefühle

Konzentration: Fähigkeit der gesteuerten und zielgerichteten Fokussierung der Aufmerksamkeit auf bestimmte Tätigkeiten

Gedächtnisleistungen: Fähigkeit des Gehirns, Informationen aufzunehmen, zu kodieren (=damit das Gehirn es abspeichern kann), abzuspeichern und wieder gezielt abzurufen (=zu erinnern)
Sprache: Produktion der Sprache (sich sprachlich zu äußern) und Verständnis der Sprache (verstehen, was gesagt wird)

Exekutivfunktionen: Fähigkeit Entscheidungen zu treffen, das eigene Handeln zu planen, die Schritte der Handlung in der richtigen Reihenfolge zu steuern und auszuführen, vorausschauende Überlegungen anzustellen und zu entscheiden

Orientierung: zu Zeit, zu Ort, zur aktuellen Situation und zur eigenen Person

Kognitive Störungen im Alter können einzelne oder mehrere Bereiche gleichzeitig betreffen. Sie können in der Notfallsituation auch fluktuieren, d.h. in der Ausprägung zunehmen (z.B. bei zunehmenden Stress) oder wieder abnehmen (z.B. bei Beruhigung). In der Notfallsituation bei älteren Menschen muss davon ausgegangen werden, dass sich bei steigender Belastung durch physischen (z.B. Schmerzen) oder psychischen Stress (Verzweiflung, fehlendem Verständnis für die aktuelle Situation) die individuelle kognitive Leistungsfähigkeit vorübergehend verschlechtern kann. Daraus folgt, dass Überlegungen dazu, wie für ältere Menschen mit Demenz in der Notfallbehandlung angemessene und schonende Wege gefunden werden können, auch zum Vorteil aller älteren Menschen sind. Es ist legitim die Gruppe älterer Menschen, insbesondere weil die Hochbetagtheit steigt, als eine in der Notfallsituation besonders vulnerable Patientenklientel zu bewerten, die zusätzlicher Unterstützung bedarf, oder um es zusammenzufassen: was wir tun, um Menschen mit Demenz in einer interdisziplinären Notaufnahme (INA) zu helfen, wird auch grundsätzlich älteren und hochbetagten Menschen helfen.

1.2 Veränderungen in der Kognition, die bei älteren Menschen ohne Demenz in der Notfallsituation zu erwarten sind

Mit steigendem Alter kommt es zu einer physiologischen (altersbedingten) Minderung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Das Wissen darüber ist notwendig, um die Situation der Notfallbehandlung aus der Perspektive der älteren Patienten zu verstehen und Konzepte zu entwickeln, die die Versorgung in Notaufnahmen bestmöglich machen. Fähigkeiten wie die sogenannten kristallinen Funktionen (kristalline Intelligenz), bleiben über das zunehmende Alter stabil erhalten, während sich bei den sogenannten fluiden Hirnleistungen (Fluide Intelligenz) eine langsame Verschlechterung bei der überwiegenden Anzahl physiologisch alternder Menschen nachweisen lässt.

Kristalline Funktionen (bleiben stabil): Zu den kristallinen Hirnleistungen zählt das durch Ausbildung und Lebenserfahrung gesammelte Faktenwissen (beispielsweise Allgemeinwissen, Wortschatz, Rechenfähigkeit, soziale Kompetenz) und die individuelle Ausdrucksfähigkeit. Sie setzt Gelerntes in Beziehung (verknüpft Wissen) und wird auch als Pragmatik der Intelligenz bezeichnet. Diese Leistung kann im Alter sogar noch einen Zuwachs aufweisen, da sie trainiert und stabilisiert werden kann.

Fluide Funktionen (altersgemäße Verschlechterung ist zu erwarten): Die sogenannten fluiden Hirnleistungen sind wie ein Handwerkszeug (Mechanik der Intelligenz) und umfassen Geschwindigkeit der Auffassungsgabe (z.B. schnelles und kurzes Speichern von Informationen im Arbeitsgedächtnis), Genauigkeit und Konzentration bei der Informationsverarbeitung. Sie sind notwendig, um den Anforderungen des Alltags gerecht zu werden, indem sie die Menschen befähigen auch erfahrungsunabhängig Probleme zu lösen, zu logischen Schlüssen zu gelangen und mit der notwendigen Flexibilität auf diese Herausforderungen zu reagieren. Um fluide Funktionen im Alter zu trainieren, ist das gezielte Training von Arbeitsgedächtnis notwendig. Training des Arbeitsgedächtnisses sind Übungen wie das Einprägen von Zahlenreihen mit steigender Länge oder das Wiedererkennen von erlernten Zahlenreihen.

Im Alltag bedeutet das für die Notaufnahme, dass ältere Menschen nicht grundsätzlich Schwierigkeiten im Verständnis von Fakten und Informationen aufweisen werden, sondern, dass ihr Gehirn langsamer ‚schaltet‘ und längere Zeit benötigt, bis der Patient im Bilde ist und weiß, was er in einer neuen Situation tun soll. Ältere Patienten könnten zögern, wenn es darum geht, das Unwichtige vom Wichtigem zu trennen, und sie könnten Zusammenhänge zwischen Informationen langsamer erfassen und ordnen. Und das alles wird noch durch die Notfallsituation in einer Notaufnahme verstärkt, da sie Stress bedeutet. Für die Kommunikation mit älteren Menschen ohne Demenz in der Notaufnahme ist daher wichtig, dass sie bei ihrem Bestreben den Überblick zu behalten, Informationen zu folgen und Entscheidungen zu treffen, Unterstützung durch das Team, die Abläufe und die Räumlichkeiten bekommen.

Ein erster Schritt dazu ist die Vermeidung von Irritationen durch Unübersichtlichkeit bei folgenden Punkten:

- ▶ Ein professioneller Ansprechpartner („Wer ist für mich jetzt zuständig?“)
- ▶ Eine übersichtliche Räumlichkeit („Wo bin ich hier, wo ist die Toilette?“)
- ▶ Eine Vermittlung von notwendigen Informationen („Was ist mit mir los, was muss getan werden? Wann passiert es?“)

Bei Menschen mit Demenz ist genau das alles auch zu beachten und darüber hinaus müssen noch weitere spezifische Faktoren Berücksichtigung in der Notaufnahme finden.

1.3 Menschen mit Demenz in der Notaufnahme

Es existieren unterschiedliche Formen der Demenzerkrankung, denen jeweils unterschiedliche krankhafte Veränderungen zugrunde liegen. Die Demenz bei Alzheimer-Krankheit ist die häufigste Form, es gibt jedoch auch Demenzen bei der Parkinsonerkrankung (Parkinson-Demenz) oder bei chronischen Durchblutungserkrankungen (vaskuläre Demenz), um zwei weitere Beispiele zu nennen. Demenzen führen klinisch zu Störungen in spezifischen neuronalen Netzwerken (Nervennetzwerken) und zu Funktionsveränderungen in der Kognition (s.o.), im Verhalten und in anderen Bereichen wie beispielsweise dem Essverhalten und dem Schlaf-Wach-Rhythmus. Die biologische Anfälligkeit für Störungen der Hirnfunktion (Vulnerabilität) ist bei Menschen mit Demenz gegenüber Gleichaltrigen ohne Demenz deutlich erhöht. Diese entsteht bei Menschen mit Demenz einmal durch biologische Alterseffekte (s.o.) und zusätzlich durch die krankhaften Veränderungen in der Hirnstruktur, die durch die Demenzerkrankung entstanden sind.

Besonders in außergewöhnlichen Situationen, wie Notfallsituationen, ist zu beobachten, wie hoch die Irritierbarkeit bei Menschen mit Demenz ist. Ihre veränderte Wahrnehmung und persönliche Bewertungen von Alltagssituationen führen zu einer Überforderung in der Notfallsituation. Zur Illustration sei angeführt: der Patient versteht nicht, warum er von seinem Zuhause von fremden Menschen (den Rettungssanitätern) mitgenommen wurde und sich jetzt im Krankenhaus befindet, obwohl er sich nicht krank fühlt. Er weiß nicht, was zu Hause jetzt los ist, was in der Notaufnahme passiert und hält die Situation für ein Missverständnis, das er bestrebt ist aufzulösen. Dafür fehlt ihm jedoch die Macht der Worte, die Orientierung etc., um die Situation zu ändern, und das erhöht seinen Stress, seine Unzufriedenheit und seine Angst.

Im Alltag führt Regelmäßigkeit und Vertrautheit zu einer ausreichenden Übersicht über das eigene Leben bei Menschen mit Demenz, trotz kognitiver Einschränkungen. Aber in der Notfallsituation ist nichts mehr übersichtlich und vertraut und der Stress steigt enorm.

Beispielsweise ist gut nachvollziehbar, dass Erinnerungsschwierigkeiten („Das haben Sie mir noch gar nicht gesagt!“) und daraus resultierende Missverständnisse zu Angst, Ärger oder Verzweiflung bei den Erkrankten führen können. Besonders unübersichtlich wird die Situation für das Notfallteam, wenn die Leistungsfähigkeit sich auch noch während des Aufenthaltes in der Notaufnahme verschlechtert.

Es stehen bei den Demenztypen unterschiedliche Symptome im Vordergrund des klinischen Bildes. Es gibt jedoch auch eine Reihe von Gemeinsamkeiten, die Menschen mit unterschiedlichen Demenzformen aufweisen, und die in der Notfallsituation beachtet und bei der Kommunikation berücksichtigt werden sollten.

Daher ist ein Screening für kognitive Einbußen in der Notaufnahme von zentraler Bedeutung. Liegen kognitive Veränderungen vor, so kann sich das Team auf die notwendigen Besonderheiten im Umgang einstellen. Beim Verdacht auf eine Demenz muss das Behandlungsteam davon ausgehen, dass die Defizite in der zerebralen Informationsverarbeitung bei den Erkrankten dazu führen, dass beispielsweise zwischenmenschliche Begegnungen oder alltägliche Situationen anders als früher wahrgenommen, verarbeitet und bewertet werden. Es ist dann notwendig, dass die multiprofessionellen Mitarbeiter in der Notaufnahme die Perspektive der Erkrankten einnehmen, um ihre Realität so weit wie möglich zu verstehen. Eine Kommunikation mit Menschen mit Demenz ist dann erfolgreich, wenn beiden Realitäten (Erlebniswelten des Menschen mit Demenz und seines Gegenübers) eine gemeinsame Verständigungsgrundlage entwickeln können. (Holthoff-Detto, 2018).

Das Verhalten von Menschen mit Demenz in der Notaufnahme ist nicht als zufällig oder mutwillig zu werten, sondern als Konsequenz einer bestimmten, durch die Erkrankung veränderten, Wahrnehmung. Es ist wichtig, sich das immer wieder vor Augen zu führen, da es in der Notfallsituation häufig auch zu kritischen und unerfreulichen zwischenmenschlichen Situationen kommen kann, in denen den Mitarbeitern Verhaltensweisen durch demenzerkrankte Menschen entgegengebracht werden, die auch Beschimpfungen und Herabwürdigung beinhalten. Das Verständnis darüber, dass es die Erkrankung macht, dass der Mensch mit Demenz so reagiert und nicht seine Persönlichkeit, hilft bei der professionellen Bewältigung der Situation.

Für das Notfallteam ist es wichtig, die Realität so gestalten und transparent machen zu können, dass Menschen mit Demenz sich darin mit einem Sicherheitsgefühl bewegen können. Je länger der

Zustand der Verunsicherung für Menschen mit Demenz anhält, desto ausgeprägter kann die Reaktion werden und desto schwieriger eine Auflösung des Zustandes. Ziel ist es daher immer, den Patienten so schnell wie möglich wieder in seine vertraute Umgebung zurückbringen zu können. Wir sollten daher ambulanten Betreuungsstrategien, wann immer klinisch möglich, gegenüber stationären Aufnahmen den Vorzug geben und stationäre Aufenthalte kurz halten.

Ein schwerwiegendes Symptom einer Vielzahl von Demenzerkrankungen ist die Einschränkung der verbalen Kommunikation durch Einbußen im Sprechen und Verstehen. Da das Erkennen von Mimik und Gestik sowie Sprachmodulation eine sehr frühe Erfahrung in der Lebensentwicklung und damit eine sehr alte Erfahrung ist, bleibt diese bei Demenzerkrankten lange erhalten. Das erklärt sich aus dem Fakt, dass im Zuge des neurodegenerativen Prozesses Gedächtnisinhalte in umgekehrter Reihenfolge auf dem Zeitstrahl des Lebens verloren gehen, d.h. zunächst neuere und erst bei sehr fortgeschrittener Demenz auch die sehr alten Erinnerungsinhalte. In der Notfallsituation ist eine freundliche und zugewandte Mimik und Gestik eine Voraussetzung für die Kommunikation mit einem Menschen mit Demenz (Holthoff-Detto, 2018).

1.4 Stellenwert der Vorsorge für Notfallsituationen bei Menschen mit Demenz

In der Notfallsituation bei Menschen, die an einer Demenz leiden, muss oft eine Abwägung stattfinden, ob nach klinischer Indikation alle notwendigen Untersuchungen unmittelbar durchgeführt werden sollten oder ob es vertretbar ist, diese zur Entlastung des Patienten auch zu vertagen oder ganz zu ersparen. Von medizinischer Seite kann dieses Vorgehen zunächst auch leitliniengerechten Schritten widersprechen. Was dabei jedoch nicht passieren darf, ist eine Minimierung notwendiger Diagnostik unter dem Vorwand der zu großen Belastung des Patienten, was eine tatsächliche Gefahr darstellt. Es existiert eine umfangreiche Literatur dazu, die nachweist, dass bei Menschen mit Demenz in der Notfallversorgung mehr somatische Erkrankungen unerkannt bleiben, dadurch nicht näher diagnostiziert werden und eine Behandlung folglich ausbleibt (Stephens et al. 2014; Sleeman et al., 2017). Die Folge davon ist wiederum, dass wiederholte Vorstellungen in den Notaufnahmen erforderlich werden und von den Notfallteams als besonders belastend erlebt werden (Sleeman et al, 2017).

Die Begleitung von Menschen mit Demenz durch eine vertraute Person ist überaus hilfreich, häufiger ist bedauerlicherweise, dass sie unbegleitet in der Notaufnahme ankommen.

Es existieren sehr sorgfältig konzipierte Informationsbögen von Selbsthilfeorganisationen, in denen individuelle Angaben zum Erkrankten für die Klinikteams aufgeführt werden können, die eine erste Information zu dem Menschen geben und auch den Zugang erleichtern können. (siehe beispielsweise Deutsche Alzheimer Gesellschaft , Anhang 1 oder unter

🔗 https://www.deutschealzheimer.de/fileadmin/alz/broschueren/infobogen_krankenhaus.pdf).

Auch ausführlichere Aufstellungen sollten grundsätzlich empfohlen werden, z.B. so wie es das Trainingsprogramm »Getting to know me« (John Keady, Universität von Manchester, Schule für Pflegewissenschaft, Geburtshilfe und Sozialarbeit, UK & Stiftung des Royal Bolton NHS Krankenhauses oder siehe Fachhochschule der Diakonie, 🔗 <https://www.fh-diakonie.de>, letzter Zugriff 12.05.2019) möglich macht.

Zur Vorbereitung möglicher Notfallsituationen und Notfallentscheidungen ist die Absprache innerhalb der Familie mit dem Betroffenen unbedingt zu empfehlen. Das beinhaltet auch die Fragen rund um den Verzicht von maximaler Diagnostik oder maximaler Behandlung. Auch älteren Menschen ohne Demenz sollte zu dieser Vorsorge geraten werden. Bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz ist es möglich auf den zu Lebzeiten geäußerten Willen (mutmaßlicher Wille) zurückzugreifen, um im Sinne des Patienten Entscheidungen treffen zu können oder aber in diesem Sinne auch die Entscheider zu beraten.

1.5 Gegenwärtige Situation von Menschen mit Demenz in der Notaufnahme

Die aktuelle Literatur trägt einige wichtige Aspekte der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Demenz zusammen. Menschen mit Demenz suchen demnach später als Gleichaltrige einen Arzt auf und stellen sich mit akuterer Krankheitsbildern in Notaufnahmen vor (Valeriani et al., 2011). Da die Demenzerkrankung häufig übersehen wird, kommt es zu Mehrfachvorstellungen in der INA (Stephens et al., 2014). Die multimorbiden Krankheitsbilder sind eine Herausforderung für Notaufnahmen und erfordern sehr sorgfältige Diagnostik und interdisziplinäre Zusammenarbeit, die in aller Regel nicht vorliegt (Buswell et al., 2015) und somatische Diagnosen werden häufiger übersehen als bei Gleichaltrigen ohne Demenz (Schnitker et al., 2016). Ferner erfordern sie aufgrund der altersassoziierten physischen und psychischen Veränderungen einen höheren Zeitaufwand und einen spezifischen Kenntnisstand bei dem Notaufnahmeteam. Die gezielte Ausbildung von Notfallteams im Umgang mit Menschen mit Demenz (Clevenger et al., 2012) und eine geriatrische Anamnese in der INA zu physischer, psychischer, funktioneller Gesundheit und sozialen Daten konnten Aufnahmezeiten signifikant senken (Jay et al., 2017). Dazu war jeweils ein enges Netz versorgender ambulanter Strukturen erforderlich, die dann ambulant und aufsuchend arbeiteten.

Die Belastung eines Aufenthaltes in der Notaufnahme führt bei Menschen mit Demenz zu einem schlechteren Gesundheitszustand (Denning et al., 2012). Eine notfallmäßige Vorstellung erfolgt bei ihnen 20% häufiger als bei Gleichaltrigen ohne Demenz und eine anschließende stationäre Aufnahme im Anschluss an eine Notfallvorstellung ist für Menschen mit Demenz um 78% höher als bei kognitiv gesunden Menschen mit den gleichen, ambulant behandelbaren Diagnosen (Phelan et al., 2012). Bei bis zu 75% aller Menschen mit Demenz aus Großbritannien, USA und Australien kommt es in ihrem letzten Lebensjahr mindestens zu einer Notfallvorstellung (Sleeman et al., 2017). Hingegen kam es deutlich seltener bei Menschen mit Demenz vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung lebten (Sleeman et al., 2017).

Es wird berichtet, dass die fehlende palliativmedizinische Expertise in Notaufnahmen dazu führt, dass die klinische Einschätzung von Palliativsituationen bei Menschen mit Demenz ausbleibt und ein hoher Anteil von Menschen mit Demenz in einer Palliativsituation unnötige medizinische Interventionen erfährt (Rosenwax et al., 2015).

1.6 Literatur

Buswell M, Amado S, Goodman C, William J, Fleming J, Lumbard P, Prothero L. (2015)
Does dementia matter: is dementia an important factor in 999 call-outs to older people?
Emerg Med J 2015;32(6):e12–e18

Clevenger CK, Chu TA, Yang Z, Hepburn KW (2012)
Clinical Care of Persons with Dementia in the Emergency Department: A Review of the Literature and Agenda for Research.
JAGS 60:1742–1748

Denning KH, Greenish W, Jones L, Mandal U, Sampson EL (2012)
Barriers to providing end-of-life care for people with dementia: a whole-system qualitative study.
BMJ Supportive & Palliative Care (2012). doi:10.1136/bmjspcare-2011-000178

Holthoff-Detto V (2018)
Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen
Komplexe Krisen und Störungen.
Herausgeber: Günther H. Seidler, Jonas Tesarz, Annette Streeck-Fischer
Klett-Cotta, 2018

- Jay S, Whittaker P, McIntosh J, Hadden N (2017)
Can consultant geriatrician led comprehensive geriatric assessment in the emergency department reduce hospital admission rates? A systematic review.
Age and Ageing 2017; 46: 366–372
- Rosenwax, L., Spilsbury, K., Arendts, G., McNamara, B., Semmens, J. (2015)
Community-based palliative care is associated with reduced emergency department use by people with dementia in their last year of life: A retrospective cohort study.
Palliat Med, Sep; 29(8): 727 – 736
- Sleeman KE, Perera G, Stewart R, Higginson IJ (2017)
Predictors of emergency department attendance by people with dementia in their last year of life: Retrospective cohort study using linked clinical and administrative data.
Alzheimer's & Dementia: 1-8
- Schnitker LM, Beattie ERA, Martin-Khan M, Burkett D, Gray LC (2016)
Characteristics of older people with cognitive impairment attending emergency departments: A descriptive study.
Australasian Emergency Nursing Journal Volume 19, Issue 2: 118-126
- Stangl, W. (2019). Stichwort: *'kristalline Intelligenz'*. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik.
🔗 <http://lexikon.stangl.eu/3974/kristalline-intelligenz/> (2019-01-06)
- Stangl, W. (2019). Stichwort: *'fluide Intelligenz'*. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik.
🔗 <http://lexikon.stangl.eu/3492/fluide-intelligenz/> (2019-01-06)
- Stephens, C. E., Newcomer, R., Blegen, M., Miller, B., Harrington, C. (2014)
The effects of cognitive impairment on nursing home residents' emergency department visits and hospitalizations.
Alzheimer's & Dementia, 10, 835 – 843
- Valeriani L (2011)
Management of Demented Patients in Emergency Department.
International Journal of Alzheimer's Disease Volume 2011: 1-5
- Phelan EA, Borson S, Grothaus L, Balch S, Larson EB (2012)
Association of incident dementia with hospitalizations.
JAMA. 2012 Jan 11;307(2):165-72

Wie wird die Notfallsituation bei Menschen mit Demenz beschrieben

Vjera Holthoff-Detto, Diana Druschke, Nathalie Pruckner, Andrea Stiegler

2.1 Was schildern Angehörige von Menschen mit Demenz aus Notaufnahmen

Wir haben im Projekt INA-Dem die Erfahrungen der unterschiedlichen Menschen untersucht, die von ihren Erlebnissen in Notfallsituationen mit Menschen mit Demenz berichten konnten. Dazu haben wir zunächst im Rahmen von drei Fokusgruppenbefragungen mit je 10 pflegenden Angehörigen anlässlich des Welt-Alzheimertags 2015 Informationen zu folgender Situation analysiert: *Schildern Sie uns bitte von Ihren Erlebnissen in der Notaufnahme, wenn Sie mit Menschen mit Demenz dort vorstellig geworden sind.*

Die qualitative Analyse der Aussagen zeigte in allen drei Gruppen schwierige Situationen für die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, sowie aus der Sicht der Angehörigen vergleichbar substanzielle Herausforderungen, die sie für die Mitarbeiter der Rettungsdienste und Notaufnahmen annahmen. So beinhalteten die zentralen Aspekte die Schnittstellen im Notfallprozess, sowie die Qualifikation der Akteure im Umgang mit Menschen mit Demenz in dieser besonderen Situation und in den üblichen Notfallprozessen. Die Schnittstellen- und Qualifikationsproblematik zeigte sich in folgenden spezifischen Situationen und Beobachtungen:

- ▶ Abholen aus der Häuslichkeit/Pflegeheim
- ▶ Transport im Rettungswagen
- ▶ Übergabe an das INA-Team
- ▶ Übergaben innerhalb der INA
- ▶ Behandlungsschritte in der INA
- ▶ Mangelnde medizinische Kenntnis zu dem Krankheitsbild Demenz
- ▶ Mangelnde Kommunikationsfähigkeit mit Menschen mit Demenz
- ▶ Mangelnder Einbezug von Angehörigen zur Erhebung der Anamnese oder Begleitung der Betroffenen

2.2 Wissenschaftliche Untersuchung der Situation von Menschen mit Demenz in der INA

Als Grundlage unseres Projekts wählten wir die Erfahrungen und Empfehlungen der beteiligten Berufsgruppen und der pflegenden Angehörigen. Bei der Befragung im Hinblick auf die Evaluierung unserer Maßnahmen baten wir auch Menschen mit Demenz in unserer INA um ihre Rückmeldung.

2.2.1 Qualitative Interviews

Im Projekt INA-Dem haben wir Leitfadeninterviews in Gesprächssituationen durchgeführt, die im Vorfeld gezielt von den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen mit Rettungsdienstmitarbeitern, Ärzten und Pflegeteam der INA, sowie Angehörigen entwickelt wurden. Durch den Leitfaden wurden bestimmte Themenbereiche angesprochen und gleichzeitig waren die Fragen so offen formuliert, dass das narrative Potenzial (Erzählimpulse) des jeweils Befragten angesprochen und auch unerwartete Themendimensionen durch diese eröffnet werden konnten.

2.2.2 Schulung der Interviewpartner und wissenschaftliche Supervision

Bei den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen, die die Interviews durchführten, handelte es sich um zwei Ärztinnen in Weiterbildung zu Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie eine Diplompsychologin. Mit Ausnahme einer Ärztin, die zeitweise einen wissenschaftlichen Vertrag über die TU Dresden erhielt, waren die Mitarbeiterinnen an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie tätig. Alle arbeiteten bereits mehrere Jahre klinisch in dem Fachbereich und waren mit den unterschiedlichen klinischen Krankheitsbildern von Demenzerkrankungen vertraut. Sie wurden in der Methode des Interviews theoretisch in Form von Workshops geschult und in einem ersten praktischen Schritt gebeten, Test-Interviews mit dem erarbeiteten Interviewleitfaden an freiwilligen Probanden auszuprobieren. Die Audioaufnahmen wurden dann im Detail ausgewertet und an der Interviewtechnik unter Supervision gearbeitet. Alle Interviews bei Studienprobanden wurden ebenfalls von der Supervisorin gehört und bei Bedarf kommentiert.

2.2.3 Erstellung des Interview-Leitfadens

Der Interview-Leitfaden für INA-Dem wurde auf der Grundlage der Fokusgruppenbefragung von 30 Angehörigen von Menschen mit Demenz erstellt. Das Konzept des Leitfadens griff hier auf die Ergebnisse der bereits durchgeführten Fokusgruppenbefragungen der Angehörigen zurück. Bei der Formulierung der Fragen fanden die Regeln aus der einschlägigen Literatur zu der Methodik Anwendung. Es war geplant mindestens 30 Personen entsprechend den Empfehlungen zum Stichprobenumfang von Leitfadeninterviews zu interviewen.

2.2.4 Interviewdurchführung

Alle Leitfadeninterviews wurde als Face-to-Face Interview durchgeführt. Bei der Interviewdurchführung wurden die Regeln aus der einschlägigen Methodenliteratur berücksichtigt. Alle Interviews wurden mit einem digitalen Diktiergerät aufgezeichnet für die sich anschließende Transkription. Vor Beginn des Gesprächs wurde allen Probanden ein Informationsblatt zur Studie ausgehändigt und deren Einverständnis zur Aufzeichnung des Gesprächs schriftlich eingeholt. Zu jedem durchgeführten Interview wurde ein Interviewprotokoll erstellt. Die Interviewdauer betrug zwischen 60 und 90 Minuten.

2.2.5 Transkription der Interviews

Für die Auswertung der Interviewinhalte war die Transkription notwendig. Sie beinhaltete die Daten, d.h. die empirische Basis, für die anschließende Auswertung. Die Transkription wurde manuell durchgeführt. Zum Abspielen der Interviews wurde das Programm Olympus DSS Player Pro Version 4.10.0 genutzt. Die Transkripte wurden in Microsoft Word erstellt. Die Tonaufnahmen wurden im Anschluss vernichtet.

2.2.6 Rekrutierung

Die Untersuchung wurde von der Ethik-Kommission der Technischen Universität Dresden als ethisch unbedenklich beschieden (EK 430102015).

Über eine Anfrage an Interdisziplinäre Rettungsstellen, die Alzheimer Gesellschaft Berlin sowie die Berliner Feuerwehr konnten Interviewpartner gewonnen werden, die über ihre jeweiligen Arbeitgeber für die Zeit des Interviews von ihrer Arbeit freigestellt wurden. Die Interviews fanden in den Räumen der Klinik (INA-Mitarbeiter) oder des Feuerwehrstützpunktes (Rettungsdienst) statt. Die Mitarbeiter des INA-Teams waren Pflegemitarbeiter, sowie Ärzte der Inneren Medizin oder Chirurgie.

Die Angehörigen wurden entweder bei sich zu Hause oder in der Klinik interviewt, je nach den Betreuungsmöglichkeiten für die Menschen mit Demenz, für die sie die Verantwortung trugen. Es erfolgte eine ausführliche Aufklärung und die Teilnehmer willigten schriftlich in die Studie ein. Es konnten 34 Teilnehmer rekrutiert werden.

	Anzahl	M/F	Alter (Jahre)	Berufserfahrung (Jahre)
INA-Pflege	8	5/3	44,5 ± 12,7	25,0 ± 10,6
INA-Ärzte	9	4/5	34,9 ± 5,0	6,4 ± 4,4
Rettungsdienst	7	7/0	39,7 ± 7,0	15,3 ± 8,1
Angehörige	10	5/5	65,3 ± 11,7	

2.2.7 Auswertung der Interview-Transkripte

Es lagen für die anschließende Auswertung die Transkripte von 40 Stunden semistrukturierter Leitfaden-Interviews nach Interview-Leitfaden vor.

In der qualitativen Forschung wird das Interviewmaterial im Kontext des Gesamten verstanden und ausgewertet (Mayring, 2010) und die für die Beantwortung der einzelnen Fragen des Leitfadens relevanten Informationen (= Rohdaten) herausgearbeitet. Die qualitative Inhaltsanalyse folgte der strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Damit konnten deduktive und induktive Kategorienbildung verknüpft und ausgewertet werden (Kuckartz, 2010; Mayring, 2010). Die deduktive Kategorienbildung beruht auf vorab festgelegte und theoretisch fundierte Kategorien, während die induktive Vorgehensweise Kategorien aus dem empirischen Material heraus entwickelt (Mayring, 2000; Kuckartz, 2010). Die Analyse konzentrierte sich auf Kategorien (Codes), Unterkategorien und deren Ausprägungen (Mayring, 2010). Das Kategoriensystem diente als Strukturierung der Ebenen, die die Antworten der Interviewpartner bildeten. Zunächst wurden dazu auf dem Boden der Gliederung des Leitfadens Fragen in Auswertungskategorien übersetzt. Alle inhaltlich relevanten Textpassagen wurden aus den Transkripten systematisch extrahiert und den jeweiligen Kategorien zugeordnet. Es war auch möglich, dass Informationen mehreren Kategorien zugeordnet wurden.

Die Entwicklung des Kategoriensystems und das deduktive Vorgehen bildeten das erste Grundgerüst für die Strukturierung der Inhalte und die Analyse. Im Laufe der Auswertung aller Interviews wurde diese modifiziert und präzisiert, beispielsweise wurden Kategorien, die sich als nachrangig oder unbedeutend erwiesen, entfernt sowie neue, relevante Kategorien induktiv aus den Transkripten entwickelt und hinzugefügt. Das Verfahren der induktiven Ausdifferenzierung wurde bis zu dem Punkt weiterbetrieben, bis keine neuen Kategorien hinzukamen, d.h. es zur Sättigung des Systems kam (Kuckartz, 2010). Zur strukturierten Inhaltsanalyse wurde das Programm MaxQDA 12 (QDA = Qualitative Data Analysis; Hersteller: VERBI GmbH) genutzt. Mit dem Programm konnten die ausgewählten Interviewabschnitte elektronisch den Kategorien zugeordnet und die Nenn-Häufigkeiten jeder Kategorie gezählt werden. Die Zuordnung erfolgte nicht automatisch, sondern dokumentierte automatisch die Zuordnung der manuellen wissenschaftlichen Auswertung des Projektmitarbeiters. Dieser ordnete Kategorien nur dann Interviewabschnitten zu, wenn diese in dem jeweiligen Abschnitt und auch aus dem Zusammenhang mit anderen Interviewabschnitten eindeutig eine Relevanz dieser Kategorie aufwies. Die Kategorien mussten sich jeweils durch Textpassagen belegen lassen, die sich objektivieren und nachvollziehen ließen, um eine intersubjektive und objektive Nachvollziehbarkeit der Codierungen zu gewährleisten. Das Ziel war die Vermeidung eines zu interpretativen Vorgehens im Rahmen der wissenschaftlichen Auswertung.

Somit konnte eine qualitative und quantitative Auswertung der Ergebnisse erfolgen, die im Folgenden deskriptiv zusammengefasst wird.

2.3 In der Notfallsituation sehen die Interviewpartner die größten Herausforderungen in den folgenden Übergabesituationen und Ablauforganisationen

2.3.1 Überleitung des Patienten an die Rettungsdienstmitarbeiter

Es mangle an Informationen zu den jeweiligen Patienten. Es sei keine auskunftsfähige Person greifbar, weder zu Hause (dort aufgeregter, oft gleichaltriger Angehöriger, oder ein Nachbar oder gar keine bekannte Person), noch in Pflegeheimen (Person im Dienst kennt Bewohner nicht genau, Überleitungsbögen nicht aktualisiert oder nicht auffindbar oder nicht vorhanden). Insbesondere ein aktueller Medikationsplan sei sehr häufig nicht auffindbar.

INA-Mitarbeiter beklagten das Fehlen von notwendigen klinischen Informationen, um sich gleich gezielt um den Patienten kümmern zu können. Patienten seien auch oft unzureichend bekleidet, wenn sie die Notaufnahme erreichten, was auch eine Entlassung aus der Notaufnahme zurück in ihre jeweilige Wohnform erschwere. Sie plädierten ausdrücklich dafür, dass Rettungsdienstmitarbeiter auch Medikamentenschachteln, Medikamentenpläne (herumliegende, auch wenn nicht aktuell) und Unterlagen (Arztbriefe mit möglichen letzten Krankenhausaufenthalten) mitnehmen, sowie ein paar Kleidungsstücke, mindestens Schuhe und Mantel. Ferner wären Kontaktmöglichkeiten, die manchmal neben dem Telefon oder in der Küche ausliegen, von Interesse, um Angehörige informieren zu können oder auch den behandelnden Arzt. Darüber hinaus sei eine Aussage zum Zustand der Wohnung (erster Eindruck der Rettungsdienstmitarbeiter) hilfreich, um über mögliche Versorgungsschwierigkeiten informiert zu sein.

Beide Berufsgruppen sowie die Angehörigen von Menschen mit Demenz wünschten sich das Führen eines aktuellen Überleitungsbogens, auf dem alle hier aufgeführten Punkte ausgefüllt wären und zuverlässig in Notfallsituationen informierten.

2.3.2 Kontaktaufnahme mit dem Patienten

Die Ausbildung zu den notwendigen Aspekten sei unzureichend, die bei der Kommunikation mit der Patientengruppe zu beachten seien.

Somit belaste die Kontaktaufnahme der Rettungsdienstmitarbeiter den Patienten und erschwere die Situation. Der Erfolg der jeweiligen Deeskalation sei vom Erfahrungsstand der Rettungsdienstmitarbeiter abhängig. Ferner sei die Mitnahme einer Vertrauensperson, die den Prozess unterstützen könne, von großer Bedeutung. Die Mitfahrgelegenheit sei abhängig von der Verfügbarkeit eines Sitzes mit Sicherheitsgurt, sowie die Bereitschaft der Person den Patienten zu begleiten. Häufig seien die nahen Angehörigen in der akuten Situation, der in aller Regel eine Zeit der Eskalation und Sorge vorausgehe, derart emotional belastet, dass sie selber der Unterstützung bedürften.

Angehörige beklagten, dass ihnen die Mitnahme im Rettungswagen verweigert werde und sie die grundsätzliche Mitnahmemöglichkeit einer Begleitperson für erforderlich hielten.

2.3.3 Belastende Transportsituation zur Notaufnahme

Da Menschen mit Demenz während des Transports häufig die aktuelle Situation nicht einordnen und eine weite Bandbreite von emotionalen Reaktionen aufwiesen (Angst, Verzweiflung, Unruhe, Aggression, Misstrauen etc.), müsse mit der Verschlechterung des emotionalen Zustands des Menschen mit Demenz gerechnet werden. Rettungsdienstmitarbeiter berichten, dass sie tatsächlich nicht wüssten, wie sie diese Verschlechterung verhindern könnten. Die Mitarbeiter saßen mit dem Patienten zusammen im hinteren Wagen und versuchten es mit einem freundlichen Gespräch, aber sie hätten nicht den Eindruck, dass sie zielführend arbeiteten und zur Entlastung beitragen. Sie wünschten sich mehr Ausbildung und Wissen zu dem Thema und eine Checkliste als Erinnerungshilfe. Es wurde im Projekt INA-Dem der folgende 4-Punkte-Plan entworfen.

Vier-Punkte-Plan: Notfall bei Demenz

1. Realität verstehen:

Wie sieht die Realität des Patienten in der jetzigen Notfallsituation aus

Die Realität des Patienten ist oft nicht die Realität des Helfers

Der Helfer ist ein Unbekannter, der nicht erwartet und gebraucht wird

2. Kontakt herstellen:

Kontakt durch Freundlichkeit schaffen

Mimik des Lächelns und Ruhe im langsamen Sprechen in kurzen Sätzen

3. Informationen sammeln:

Wohnungszustand, Arztberichte, Medikamentenschachtel, Telefonnummern,

4. Rückkehr im Auge behalten:

Angemessene Kleidung, Hausschlüssel, Hilfsmittel (Stock, Rollator, Hörgeräte, Prothesen)

2.3.4 Übergabe des Menschen mit Demenz in der INA

Die Übergabe des Patienten von Rettungsdienstmitarbeitern an das INA-Team sollte daher die folgenden Punkte beinhalten, was weitgehend schon der Fall sei:

- ▶ ‚Verwirrtheit‘ immer als klinische Beobachtung übergeben, schriftlich und mündlich
Information, ob Demenz als Diagnose oder Nebendiagnose bekannt sei
- ▶ Information, ob Angehöriger noch folgen werde und damit als Ansprechpartner
zur Verfügung stünde, oder schon da sei
- ▶ Information zur Mobilität des Patienten
- ▶ Information zur Kontaktperson (Telefonnummer)
- ▶ Patient ausreichend bekleidet und Übergabe von Hausschlüssel
- ▶ Information zu Wohnverhältnissen

Die Übergabe erfolge in der Regel an einen Mitarbeiter der INA, der jedoch nicht für den Patienten zuständig bliebe. Rettungsdienstmitarbeiter machten die Erfahrung, dass notwendige Informationen nicht alle beteiligten Akteure in der INA erreichten. Einer zugewandten Haltung der INA-Mitarbeiter stehe in vielen Übergabesituationen eine von Eile und Belastung geprägte Arbeitsanspannung im Wege. Die Übergabe von Menschen mit Demenz führe häufig wegen einer (zu Recht) antizipierten Mehrbelastung, die durch eine besonders zeitaufwendige Befunderhebung, erschwerte Diagnostik und zu überbrückende Wartezeit dieser Patientengruppe entstehe, zu einer hohen Unzufriedenheit bei den INA-Mitarbeitern.

Rettungsmitarbeiter beklagten, dass Menschen mit Demenz in den Räumlichkeiten der Notaufnahme wie verloren wirkten, ‚so mitten drin in der Hektik‘ und ohne einen schützenden Bereich.

Mitarbeiter der INA beschrieben die fehlende Zeit in der Übergabesituation, in der sie sich eigentlich ausreichend und unvermittelt um diese Patienten Klientel kümmern müssten, um ihren Aufgaben in der Notfallversorgung von Menschen mit Demenz gerecht zu werden. Die Ankunft von Menschen mit Demenz sei schnell mit dem Gefühl der Überforderung verbunden und der Erwartung, dass sie ihnen nicht gerecht werden könnten und ihre Fürsorge nicht ausreichen werde. Die Rettungsmitarbeiter sähen beim INA-Team, ähnlich wie bei ihnen selbst, die fehlende Ausbildung und Erfahrung im Umgang mit Menschen mit Demenz als einen sehr kritischen Punkt.

2.3.5 Aufenthalt von Menschen mit Demenz in der Notaufnahme

Der Aufenthalt von Menschen mit Demenz sei in der Notaufnahme durch drei Punkte maßgeblich bestimmt:

- a. Räumlichkeiten der INA und insbesondere des Wartebereichs
- b. Abläufe der Diagnostik und Therapieschritte, sowie Entlassmanagement in der INA
- c. Ausbildung im Umgang mit Menschen mit Demenz

Mitarbeiter der INA, Rettungsdienstmitarbeiter und Angehörige beklagten gemeinsam die folgenden Punkte: Bislang gäbe es keine Bezugspersonen aus dem Pfllegeteam für die Dauer des Aufenthaltes, die in der Lage wären den Patienten zu begleiten, wenn diese ohne eigene Bezugsperson erschienen und die auch als Ansprechpartner fungieren könnten, wenn Angehörige Fragen hätten (z.B. Patientenbegleiter, im Umgang mit Menschen mit Demenz geschult, wären als Lotsen in der INA unverzichtbar). Eine besondere Belastung in der Wartesituation für begleitende Angehörige sei einmal die Trennung von Patienten durch die Raumnot der INA (wartende Angehörige blockierten den Gang und werden daher gebeten im Wartezimmer Platz zu nehmen) und zusätzlich die fehlende Information dazu, wie lange sich Patient und Begleitung gedulden müssten. Eine kurzfristige Rückmeldung zum gegenwärtigen Stand wäre im Hinblick auf die Beschäftigung des Menschen mit Demenz notwendig. Die Beschäftigung setze die wartenden Angehörigen und Begleitpersonen am meisten unter Druck.

Vergleichbares berichteten auch die INA-Mitarbeiter, nämlich, dass es ihnen nicht möglich sei, ohne Unterstützung unbegleitete Menschen mit Demenz im Auge zu behalten, sie aktiv zu begleiten und zu beschäftigen, da sie gerade nicht verstehen könnten, warum sie an diesem Ort jetzt warten sollten. Die Hektik und Unübersichtlichkeit der Realität in der INA sei eine besondere Belastung für Menschen mit Demenz, so dass sich auch Konflikte mit Mitpatienten, deren Angehörigen und auch INA-Mitarbeitern ergäben. Das INA-Team sehe sich dann auch in einer weiteren Funktion, nämlich die des Vermittlers. Sie hätten bei ihrer Behandlung oft das Gefühl, ihren Aufgaben bei dieser Patientengruppe nicht gerecht zu werden, sie fühlten ein Versagen in ihrem persönlichen Fürsorgeanspruch. Aus dieser Erfahrung heraus entstehe eine besondere Anspannung, wenn Menschen mit Demenz die INA beträten und ihre unzureichende Fürsorge wieder erlebbar werde.

Es sei ein schnelleres Procedere mit weniger Wartezeit für diese Patientengruppe erforderlich (Fast Track) mit einer eigenen (Manchester) Triagierung.

Angehörige beklagten darüber hinaus eine fehlende Freundlichkeit der sichtbar beschäftigten und gehetzten INA-Mitarbeiter. Neben der fehlenden Zeit für Menschen mit Demenz in der INA beklagten alle befragten INA-Mitarbeiter der Pflege und des ärztlichen Dienstes eine mangelnde Ausbildung im Umgang mit Menschen mit Demenz. Ferner beklagten sie auch, dass keine Person in ihren Teams zur Verfügung stehe, die gefragt werden und die Prozesse supervidieren könnte. Das führe zu einer starken Unzufriedenheit im INA-Team. Ferner ‚entpuppten‘ sich manche ältere Patienten erst im Verlauf der Aufnahme als Menschen mit kognitiver Einschränkung, die einer besonderen Begleitung bedürften und es sei daher wichtig, kognitive Defizite möglichst früh in einem kurzen Screening zu identifizieren, um diesen Rechnung tragen zu können. Die Furcht vor zeitaufwendigen Testverfahren sei jedoch bei einer Implementierung nicht zu unterschätzen.

Die Anwesenheit der Angehörigen erlebten INA-Mitarbeiter als Unterstützung. Ihre Unzufriedenheit über lange Wartezeiten sei nachvollziehbar. Wie jeder andere Patient in der INA warteten diese in Stoßzeiten auch zwischen 4 und 8 Stunden, wenn ihr Gesundheitszustand nicht eine schnelle Behandlung als Notfall rechtfertige (Manchester Triage). Das INA-Team habe ohne Begleit- oder Aufsichtsperson viel Mühe die Patienten zu beschäftigen und so komme es auch vor, dass Menschen mit Demenz nur Mullbinden/Zellstoff zur motorischen Beschäftigung ihrer Hände und Kekse gegen Hunger erhielten.

Die räumliche Situation mancher Notaufnahmen, die mit starkem Patientenandrang kämpften und überfüllt seien, erlaube es nicht, dass wartende Angehörige neben den Patienten auch noch Platz fänden, so dass sie getrennt von den Patienten sitzen müssten.

Angehörige beklagten, dass die räumliche Wartesituation in den Notaufnahmen die Begleitung erschwere, selbst wenn Angehörige bei den Patienten sitzen könnten. Es sei laut, hektisch, die Reizabschirmung könne nicht gelingen. Ferner fehle es auch an Möglichkeiten Nahrung, Getränke und Beschäftigungsmöglichkeiten für die Patienten zu besorgen. Es sei für Menschen mit Demenz auch schwer die Toiletten zu finden, was dazu führe, dass sie unruhiger würden oder sie einnässen.

2.4 Tipps in aller Kürze und Stichwort-Liste zur Planung

2.4.1 Tipps in aller Kürze

Plötzlich in der Notaufnahme: Menschen mit Demenz in einer besonderen Situation

- ▶ Reizabschirmung ist in der Akutsituation notwendig (Ruhe, angenehmes Licht, Übersicht)
- ▶ Anwesenheit einer vertrauten Person kann sehr vorteilhaft sein: Pflegende Angehörige sind Experten im Umgang und können die besten Helfer sein
- ▶ Wahl einer aktuellen Bezugsperson aus der Notaufnahme, die dem Menschen mit Demenz in dem Moment der Unsicherheit ein Gefühl der Sicherheit vermitteln kann (z.B. Patientenbegleiter in der Notaufnahme mit spezifischer Ausbildung)
- ▶ Kontaktaufnahme in der Notfallsituation gelingt über die Ebene der emotionalen Kontaktaufnahme
- ▶ Die Perspektive des Menschen mit Demenz einnehmen
- ▶ Akute Verhaltensweisen sind in der Regel Konsequenz des veränderten Erlebens und nicht Ausdruck von Benehmen oder Persönlichkeit bei Menschen mit Demenz
- ▶ Mimik und Gestik: auch wenn akuter Zeitmangel in der Notaufnahme herrscht, vermittelt der Augenblick des langsamen Betretens des Raums, sowie die zugewandte Gestik und Mimik (z.B. Lächeln) dem Patienten Ruhe und Sicherheit
- ▶ Blickkontakt verstärkt das Signal von Interesse für den Anderen
- ▶ Das Halten der Hand kann Sicherheit vermitteln
- ▶ Wenn der Patient sehr erregt ist, hilft es häufig sich ruhig dazusetzen, Abstand zu halten
- ▶ Klare, laute, deutliche, langsame und sanfte Sprache ist wichtig
- ▶ Die Ansprache des Patienten immer wieder mit seinem Namen fördert die Kontaktaufnahme
- ▶ Immer kurze Sätze mit maximal einem Nebensatz und Pausen machen
- ▶ Keine Wertung von Verhalten
(beispielsweise: „Sie sind sehr verärgert“ und nicht „ Sie sind so aggressiv“)

2.4.2 Stichwort-Liste INA-Dem

1. Beim Abholen und Transport:

- ▶ Verfügbarkeit eines aktualisierten Überleitungsbogens
z.B. Information zu: Diagnosen, aktueller Medikation, Kontaktperson mit Telefon-Nummer, letzter KH Aufenthalt (Ort, Datum), Beruf
- ▶ Vier-Punkte-Plan: Notfall bei Demenz (Realität verstehen, Kontaktaufnahme, Information zum Patienten, Rückkehr des Patienten im Auge behalten)
- ▶ Rettungsdienstmitarbeiter zur Kontaktaufnahme und Umgang mit Menschen mit Demenz befähigen
- ▶ Mitnahme Angehöriger im RTW, wann immer verfügbar

2. Überleitung Rettungsdienst an INA Pflegemitarbeiter Information und Begleitung

- ▶ Standardisierte Dokumentation der mündlichen Übergabe des Rettungsdienstes (Liste wichtiger Fakten, die INA-Team wissen möchte)
- ▶ Bezugsperson in der INA von Beginn an erforderlich (Tandem begleitende Bezugsperson (mit Patienten)/ Pflegemitarbeiter INA oder Tandem Patientenbegleiter (mit Patienten)/ Pflegemitarbeiter INA)
- ▶ ‚Verwirrtheit‘ oder Demenz als Diagnose oder Nebendiagnose übermitteln
- ▶ Information, ob Angehörige informiert und noch folgen werden
- ▶ Information zur Mobilität des Patienten
- ▶ Information zur Kontaktperson (Telefonnummer)
- ▶ Patient ausreichend bekleidet und Übergabe von Hausschlüssel
- ▶ Information zu Wohnverhältnissen

Umgang mit Menschen mit Demenz

- ▶ Screeningverfahren zur Identifikation von Patienten mit kognitiven Defiziten bei Ankunft in INA
- ▶ Im Umgang mit Demenzerkrankten geschultes INA Team
- ▶ Erfahrungsträger im Krankenhaus, die im Alltag supervidieren und schulen können
- ▶ Besonderer Umgang und schnelleres Procedere mit weniger Wartezeit für diese Patientengruppe (Fast Track)

Räumliche Gestaltung

- ▶ Separater Raum, so dass Patienten nicht ‚mitten drin‘ sind
- ▶ Altersgerechte Lichtverhältnisse und abschirmende Akustik
- ▶ geschlechtsneutrales WC in Sichtweite und erreichbar
- ▶ Pflegestützpunkt in Sichtweite
- ▶ Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit Demenz während der Wartezeit
- ▶ Nahrung und Getränke nach Bedarf verfügbar

Begleitung durch Angehörige/Patientenbegleiter

- ▶ Erlaubnis auch Untersuchungsräume etc. zu betreten, um in Sichtweite zu bleiben
- ▶ Erlaubnis für Patienten und Begleitung, wenn sie in der Lage sind, einige Schritte zu gehen, sich aus der INA in einer definierten Entfernung fort zu bewegen (Beeper-Signal, wenn beide zurückkehren sollen)
- ▶ Fester Ansprechpartner im INA-Team und jeweils Info zur verbleibenden Wartezeit

2.5 Ausbildung von Rettungsdienstmitarbeitern am Beispiel der Rettungsanitäter

2.5.1 Planung der Ausbildung zum Umgang mit Menschen mit Demenz

Die Auswertung der Interviews sowie die Diskussion mit Vertretern des Rettungsdienstes haben zu dem Vorschlag geführt, die Kenntnisse zum Umgang mit Menschen mit Demenz in der Notfallsituation in die dreijährige Ausbildung zum Notfallsanitäter zu implementieren. Die Überlegungen dahinter waren, dass das Wissen darum notwendiger Bestandteil für den professionellen Umgang sei. Geplant ist die Implementierung in die Ausbildung an der Berliner Feuerwehr- und Rettungsdienst-Akademie in Berlin. In der Akademie werden die praktischen Fähigkeiten auf einer Lehrrettungswache und in Krankenhäusern trainiert, so dass die Gelegenheit gegeben ist, Einsätze auf gerontopsychiatrischen und geriatrischen Stationen zu absolvieren, um auch im Alltag und während der Ausbildung bereits Erfahrungen zu sammeln.

2.5.2 Entwurf eines Fortbildungscurriculums

Einführung

- ▶ Die Anzahl an Patient/innen mit Demenz steigt gegenwärtig.
- ▶ Das Wissen zu Menschen mit Demenz lehrt auch viel zum Umgang mit älteren Menschen in außergewöhnlichen und akuten Situationen.
- ▶ Menschen mit Demenz sind in besonderem Maße auf das individuelle Umfeld und vertraute Angehörige oder Begleiter angewiesen.
- ▶ Das Umfeld setzt sich aus unterstützenden Menschen sowie strukturellen, räumlichen und konzeptionellen Faktoren zusammen, die alle berücksichtigt werden sollten.
- ▶ Die Prozesse während eines Transports, in einem Krankenhaus oder in einer Pflegeeinrichtung haben einen direkten Einfluss auf Komplikationen in der Diagnostik und Therapie, weil sie das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz empfindlich stören können.

Themenblock 1 (4h)

Demenz – Abgrenzung vom gesunden Altern, klinisches Syndrom und Handlungskonsequenzen

Physiologisches kognitives Altern (1 h)

1. Impuls-Fallbericht

2. Wissen

- ▶ Physiologische Alterungsprozesse:
 - somatische Alterungsprozesse
 - kognitive Alterungsprozesse
- ▶ Konsequenzen für das aktive und selbstständige Leben
- ▶ Prävention und Training beim physiologischen Altern:
 - physisch (u.a. Prävention, Risikofaktoren)
 - psychisch (u.a. Konzept der kognitiven Reserve, Lebenseinstellungen alter Menschen)

1. Impuls-Fallbericht

2. Wissen

- ▶ Symptome der Demenz:
 - Symptome aus dem Bereich der höheren Hirnleistungen (Kognition)
 - Symptome aus dem Bereich der Stimmung und Verhaltensveränderungen
 - Trigger für verändertes Verhalten (u.a. Angst, Schmerz, Depression)

- ▶ Formen der Demenz
 - Symptomprofile
 - Prognose

- ▶ Erkenntnisse zu Menschen mit Demenz
 - Selbstwahrnehmung
 - Wünsche und Lebensziele

- ▶ Medikamentöse Therapie
 - Antidementive Therapie
 - Symptomatische Therapie des veränderten Verhaltens

- ▶ Soziale Vorsorge
 - Pflegegrade

- ▶ Rechtliche Vorsorge
- ▶ Vorsorgevollmacht
 - Gesundheits-und Pflegevollmacht
 - Betreuungsverfügung
 - Betreuung

Themenblock 2 (2h)

Delir – Klinisches Syndrom und akute Handlungskonsequenzen

1. Impuls-Fallbericht

2. Wissen

- ▶ Grundlagen des Delirs
 - Delir versus Demenz
 - Häufigkeit
 - Verlauf

- ▶ Symptome und Gefahren des Delirs
 - Hypoaktives Delir
 - Hyperaktives Delir

- ▶ Therapie des Delirs
 - Medikamentöse Therapie
 - Nicht-medikamentöse Behandlungsstrategien

- ▶ Früherkennung (praxistaugliche Erhebungsinstrumente, u.a. CAM)
- ▶ Präventionsstrategien (u.a. HELP)

Themenblock 3 (2 h)

Menschen mit Demenz in Notaufnahmen

1. Impuls Fallbericht

2. Wissen

- ▶ Menschen mit Demenz in Notaufnahmen
 - Literaturübersicht zur Unterversorgung von Menschen mit Demenz (u.a. fehlende somatische Behandlung, fehlende Identifikation einer palliativen Behandlungsindikation)
 - Ergebnisse von Studien (z.B. INA-Dem der Robert Bosch Stiftung)

3. Handlungsziele

- ▶ Faktoren, die Krisen befördern
- ▶ Maßnahmen, die Krisen minimieren
- ▶ Anpassung der Abläufe in Notaufnahmen an Menschen mit Demenz
- ▶ Notfälle bei Menschen mit Demenz: systematisches Einbeziehen der Angehörigen
- ▶ Vorschlägen für eine demenzsensible Gestaltung
- ▶ Gestaltungsvoraussetzungen für den Umgang mit Menschen mit Demenz in unvertrauter Umgebung
 - Räumliche Gestaltung
- ▶ Vermeidung der Vorstellungen in der Notaufnahme:
 - Demenzkrisenteams aus England
 - Heimversorgung
 - Telemedizin
 - Schulung (u.a. Pflegeheimmitarbeiter, Klinikmitarbeiter, Rettungsdienste)

Themenblock 4 (1 h)

Verfahren zur Klärung Einwilligungsfähigkeit

1. Impuls-Fallbericht

2. Wissen

- ▶ Definition der Einwilligungsfähigkeit
- ▶ Klinische und rechtliche Bedeutung
- ▶ Praktische Prüfung

2.6 Literatur

Qualitative Interviews

Kuckartz U (2010)

Einführung in die Computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3rd edition. Wiesbaden, Germany: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010

Mayring P (2010)

Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11th edition. Weinheim, Germany: Beltz; 2010

Weiterführende Literatur und Links

Holthoff-Detto V (2018)

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen
Komplexe Krisen und Störungen

Herausgeber: Günther H. Seidler, Jonas Tesarz, Annette Streeck-Fischer
Klett-Cotta, 2018

Köppel S, Jessen F (Hrsg) Praxishandbuch Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Elsevier, München, 2018

DGPPN, DGN S3-Leitlinie“Demenzen“;AWMFRegisterNummer: 038/013. Langversion – Januar 2016.

➤ www.awmf.org

➤ www.vorsorge-verfuegungen.de

BtPRAX Online-Lexikon Betreuungsrecht:

➤ www.bundesanzeiger-verlag.de/betreuung/wiki/Hauptseite:

Räumliche Struktur, Gestaltung und Ausstattung

Gesine Marquardt

Evidenzbasierte Erkenntnisse, wie eine demenzsensible Notaufnahme architektonisch gestaltet werden sollte, liegen bisher nicht vor. Die Norm zum Krankenhausbau, die DIN 13080:2016-06, empfiehlt allenfalls, in Notaufnahmen „Sonderräume“ einzurichten, „z.B. für ansteckungsfähige Patienten, Patienten mit multiresistenten Keimen (Isoliereinheit) sowie für kognitiv eingeschränkte und adipöse Patienten.“ Für deren Gestaltung können die bereits vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Gestaltung demenzsensibler Architektur herangezogen werden (vgl. u.a. Marquardt et al., 2014; Büter et al., 2017), ergänzt um Erfahrungen aus „Geriatric Emergency Departments“, die im englischsprachigen Raum vorliegen (vgl. u.a. ACEP et al. 2013; Büter & Marquardt, 2015). Angaben, die spezifisch auf die räumlichen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz in der Notaufnahme eingehen, wurden durch die in diesem Projekt geführten Interviews gewonnen.

3.1 Auswertung der Interviews- Kriterien mit baulicher Relevanz

Die qualitativen Interviews (siehe Kapitel 2) wurden einer weiteren Auswertung unterzogen, um bauliche Kriterien für die Versorgung von Patienten mit Demenz in der Notaufnahme zu extrahieren. Dabei wurden die Aussagen von Pflegekräften, Ärzten und Angehörigen der Patienten gleichermaßen berücksichtigt. Deutlich wurde, dass der Aspekt des Wartens während der Notfallaufnahme eine zentrale Bedeutung hat. Zum einen wird die Wartesituation für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen als besonders belastend eingeschätzt, zum anderen lassen sich aus den Interviews konkrete baulich-strukturelle Handlungsanweisung ableiten.

Von den Befragten in den Interviews genannte Kriterien mit baulicher Relevanz:

- ▶ Separater Wartebereich für Demenzpatienten (insbesondere der Wunsch von Angehörigen, da die Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz im allgemeinen Wartezimmer als unpassend empfunden werden könnten)
- ▶ Gemeinsames Warten mit Begleitpersonen
- ▶ Ruhe
- ▶ Sitz- und Liegemöglichkeiten
- ▶ Fenster für Blick nach Außen
- ▶ Ansprechpartner im Sichtbereich
- ▶ Geschlechtsneutrales WC in direkter Nähe für Begleitung Patienten
- ▶ Bewegungsfläche zum Umhergehen, ggf. zeitweises Verlassen der Notaufnahme
- ▶ Ablenkung: Fernseher, Bilder

3.2 Analyse der IST-Situation

3.2.1 Bestandsaufnahme der Grundrisstrukturen

Um Raum für mögliche bauliche Interventionen zur Verbesserung der Wartesituation unter Umsetzung der dargestellten Kriterien zu identifizieren, wurde in einem ersten Schritt eine räumlich-strukturelle Bestandsaufnahme der INA durchgeführt.

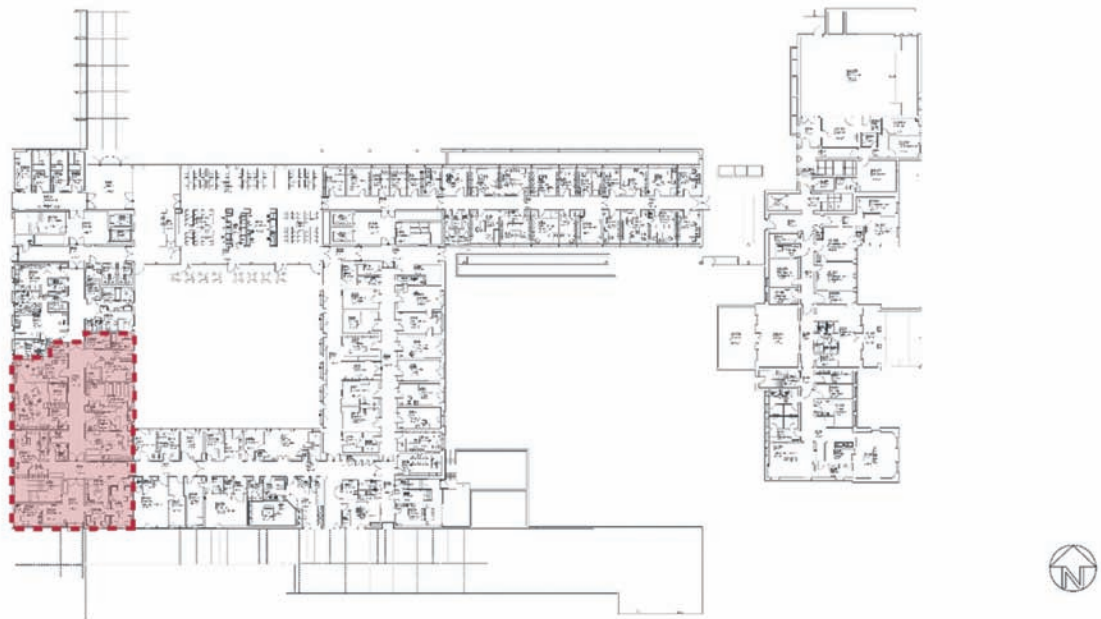


Abbildung 1. Lage der INA im Erdgeschoss des Grundrisses, Darstellung von Zugang INA und Haupteingang des Krankenhausgebäudes

Im südwestlichen Teil des Krankenhausgebäudes befindet sich die Notaufnahme (Abbildung 1). Ein querlaufender Flur teilt den Wartebereich der Patienten sowie die Anmeldung vom Bereich für Untersuchungen und Behandlungen. Diese Funktionsräume ordnen sich an einem längsverlaufenden Flur (Abbildung 2). Neben dem Haupt-Wartebereich an der Anmeldung bestehen verschiedene räumliche Situationen, in denen Patienten warten. Dies ist im Eingangsbereich (warten auf Anmeldung), im Querflur (warten auf Untersuchung) sowie in den Funktionsräumen (warten auf Untersuchung/Ergebnisse) (Abbildung 3).

3.2.2 Durchführung strukturierter Beobachtungen in der INA

Beobachtungen in der Notaufnahme wurden durchgeführt, um die Laufwege der Patienten abzubilden. So konnten Kreuzungspunkte, Orientierungsschwierigkeiten und Raumbeziehungen grafisch dargestellt werden (Abbildung 4). Weiterhin konnten Bereiche mit erhöhtem Verkehrs- und Lärmaufkommen identifiziert werden (Abbildung 5).

Es wurde beobachtet, dass der bestehende Warteraum mit angrenzendem Anmeldestützpunkt als Patientenzone für kognitiv gesunde Menschen gut funktionierte. In dem L-förmigen Raum gab es jedoch keine Unterteilungen oder Rückzugsmöglichkeiten, was ein Warten für verwirrte und ängstliche Patienten erschwerte. Bei vielen Patienten wurden Schwierigkeiten beim Zurechtfinden zum Auffinden der Sanitärbereiche sowie auf dem Rückweg zur Wartezone aufgrund unzureichender Beschilderung festgestellt. Ebenso befand sich der Getränkeautomat außerhalb der Wartezone. So wurde dieser nicht von allen Patienten oder Angehörigen wahrgenommen und genutzt.

Als Ergebnis der Beobachtungen wurde festgestellt, dass zusätzlich zum bestehenden Warteraum der INA ein Bereich für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen eingerichtet werden sollte, der den Anforderungen dieser Nutzergruppe in der Wartesituation entspricht.

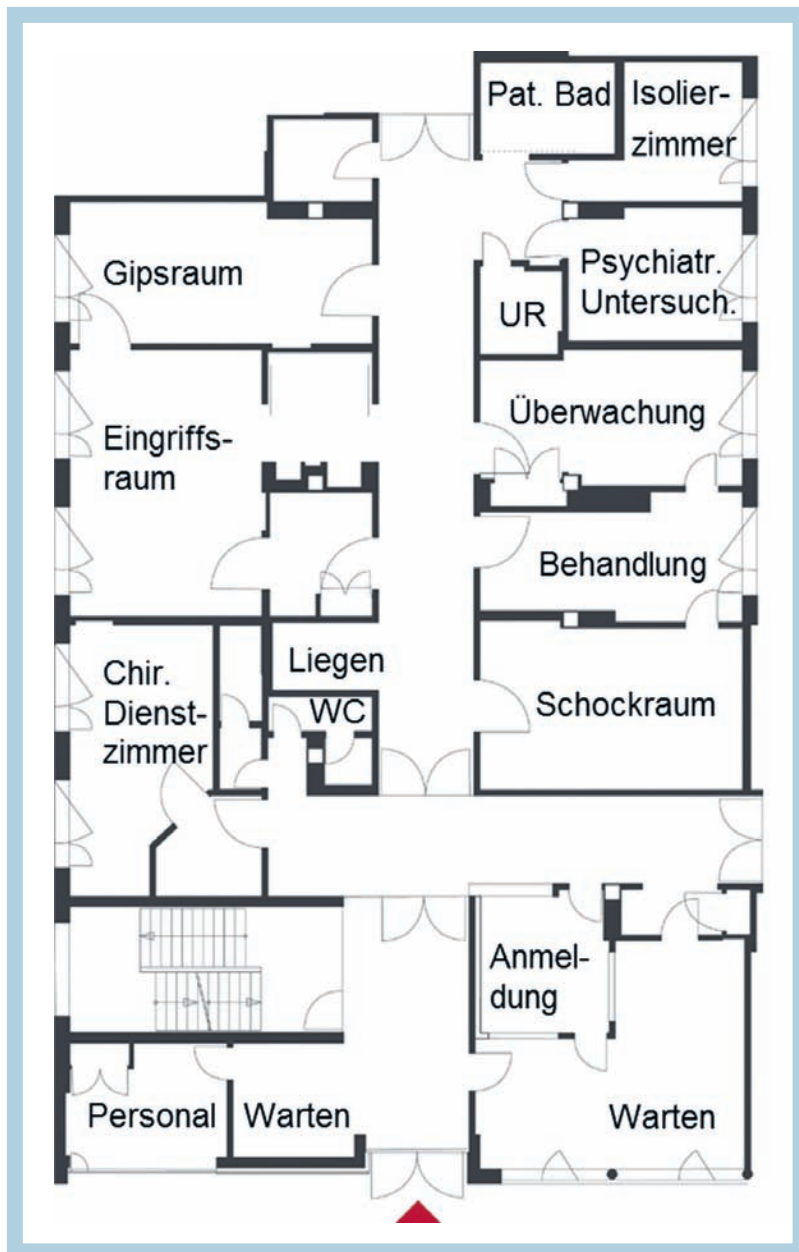


Abbildung 2.: Raumbezeichnungen der INA



Abbildung 3.: Wartebereiche der Patienten

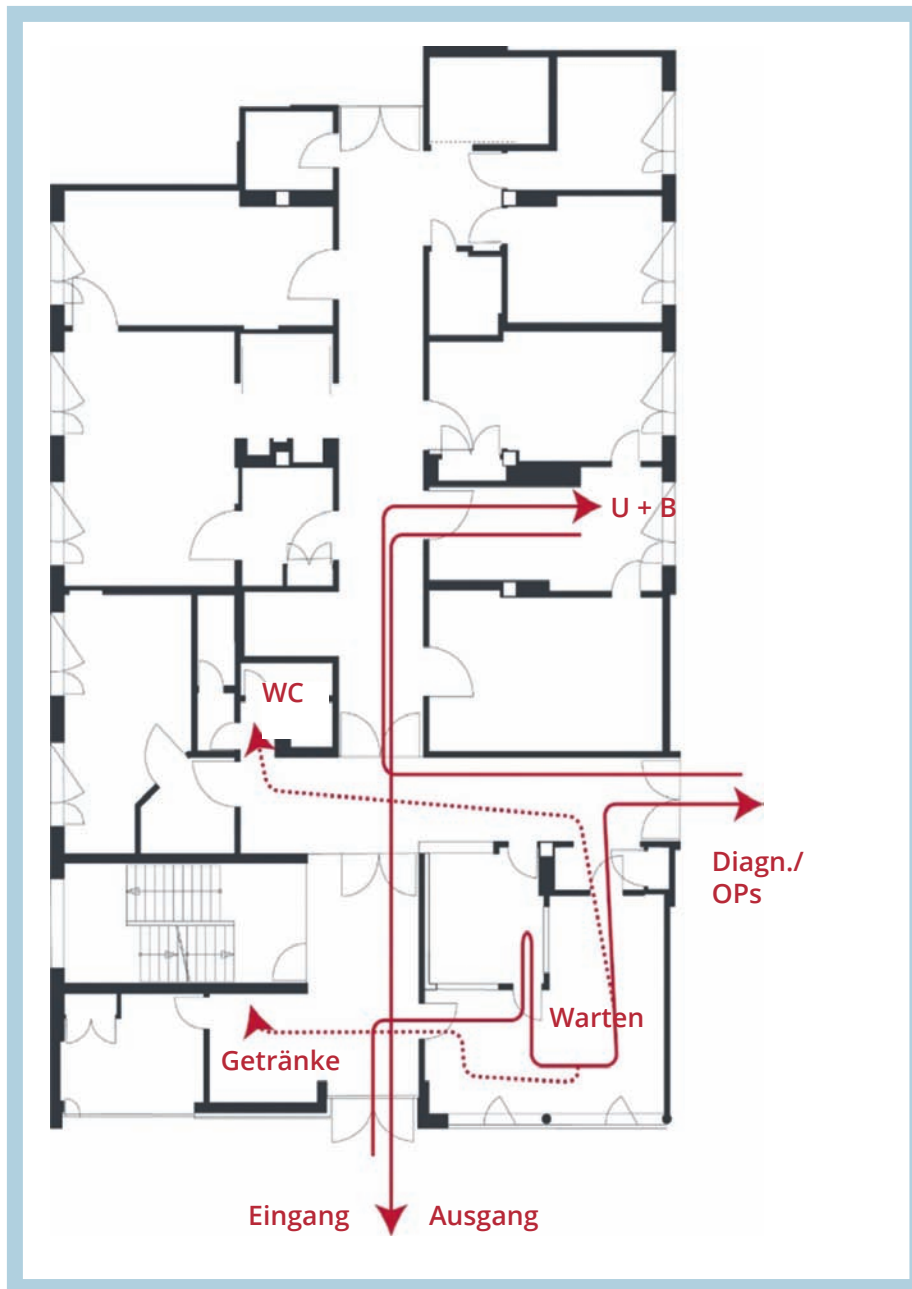


Abbildung 4.: Laufwege der Patienten

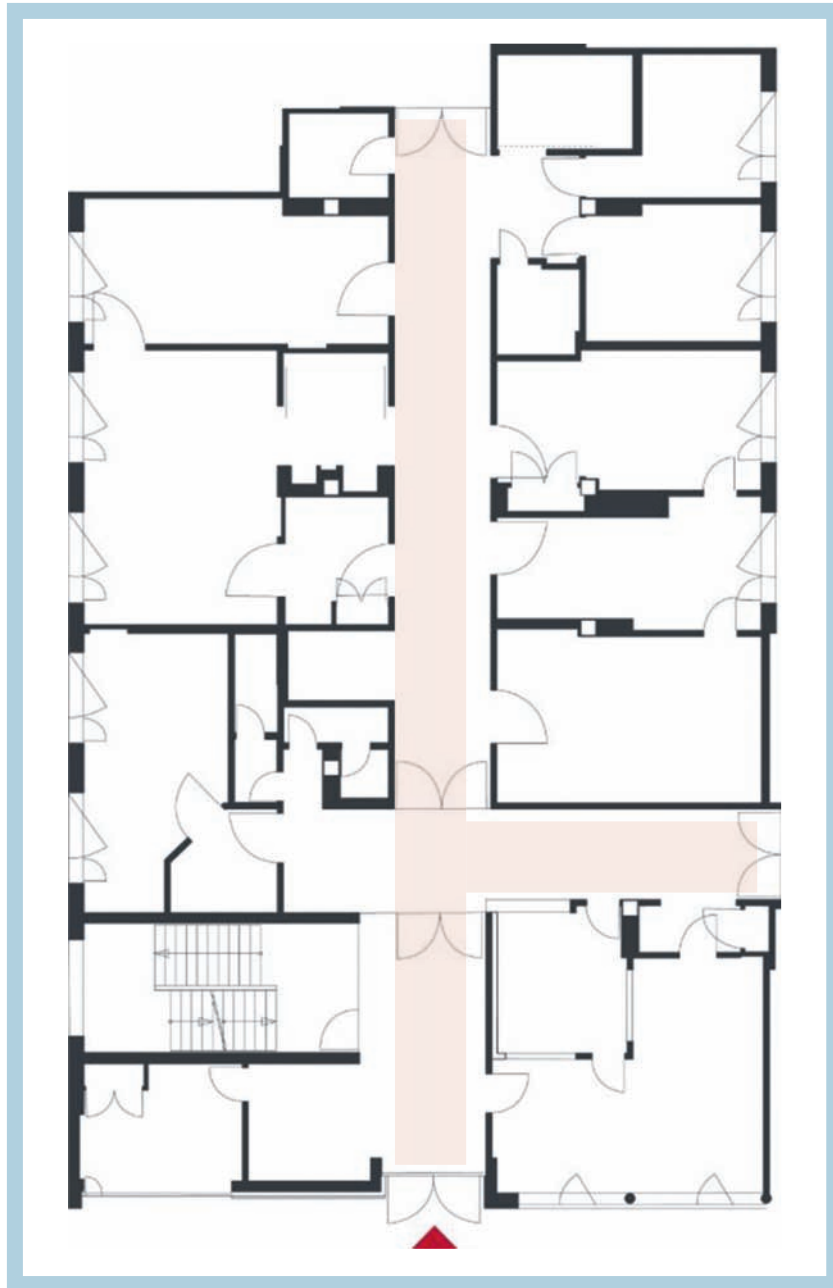


Abbildung 5.: Erhöhtes Verkehrs- und Lärmaufkommen

3.2.3 Untersuchung möglicher Interventionsräume

Ausgehend von den strukturierten Beobachtungen wurden einzelne Raumoptionen anhand der aus den Interviews extrahierten baulichen Kriterien auf ihre Eignung als Wartebereich für Menschen mit Demenz überprüft (Abbildung 6). Als Ergebnis wurde festgestellt, dass ein Teil der Flurzone, der bereits zum Warten von Patienten auf Liegen oder Transportstühlen genutzt wurde, über die größten Potentiale zur Weiterentwicklung zu einem demenzsensiblen Wartebereich verfügt.

Positive Aspekte:

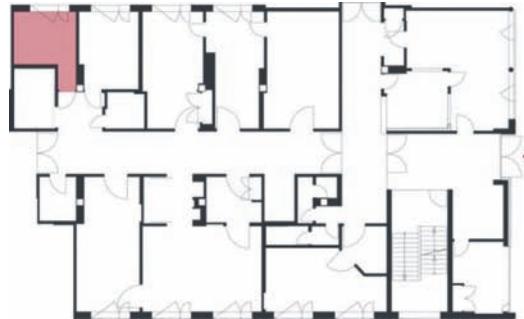
- Ruhig gelegen
- Räumlich geschlossen
- WC in direkter Nähe
- Fenster zu Innenhof
- Kurze Wege zu Behandlungsräumen
- Warten im Sitzen und Liegen möglich

Negative Aspekte:

- Sehr abgelegen am Ende des Flurs
- Patienten nicht im Sichtbereich des Personals, deshalb immer Begleitperson notwendig
- Keine Beschäftigungsmaterialien einbringbar, weil Raum weiterhin als Isolationszimmer benötigt

Zimmer

Lage: am Ende des Längsflures
 Derzeitige Nutzung: Isolierzimmer



Positive Aspekte:

- Räumlich geschlossen
- Kurze Wege zu Behandlungsräumen

Negative Aspekte:

- Kleiner Raum
- Laut
- Entfernung zum nächsten WC
- Patienten nicht im Sichtbereich des Personals, deshalb immer Begleitperson notwendig
- Keine Bewegungsfläche
- Kein Fenster

Zimmer

Lage: mittig, links des Längsflures
 Derzeitige Nutzung: Wartezone vor Eingriffsraum



Positive Aspekte:

- Kurze Wege zu Behandlungsräumen

Negative Aspekte:

- Sehr laut
- Offen
- Warten nur im Sitzen oder Liegen möglich
- Entfernung zum nächsten WC
- Patienten nicht im Sichtbereich des Personals, deshalb immer Begleitperson notwendig

Zimmer

Lage: mittig, links des Längsflures
 Derzeitige Nutzung: Wartebereich für liegende Patienten



Positive Aspekte:

- Patienten im Sichtbereich
- Fenster zu Innenhof

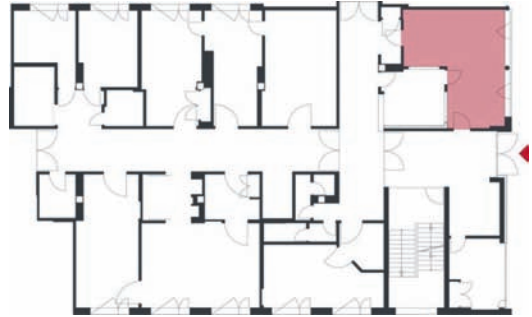
Negative Aspekte:

- Kein separater Bereich
- Warten mit vielen anderen Patienten
- Warten nur im Sitzen möglich
- Keine Bewegungsfläche
- Große Entfernung zum nächsten WC

Wartebereich

Lage: in der Nähe des Eingangsbereichs

Derzeitige Nutzung: Wartebereich für Patienten



Positive Aspekte:

- Patienten im Sichtbereich
- WC im Sichtbereich, kurzer Weg
- Eher ruhiger Bereich auf dem Flur
- Kurze Wege zu Behandlungsräumen
- Bewegungsfläche vorhanden
- Warten im Sitzen und Liegen möglich

Negative Aspekte:

- Kein Fenster
- Räumlich nicht geschlossen

Teilbereich des Flurs

Lage: im querverlaufenden Flur

Derzeitige Nutzung: Flur, teilweise abgetrennter Wartebereich für liegende Patienten



Abbildung 6: Identifikation und Abwägung der Interventionsräume

3.3 Planung und Bau einer „Warteinsel“

3.3.1 Konzeption

Auf Grundlage der festgestellten räumlichen Bedürfnisse von Patienten mit Demenz in der Notaufnahme sowie der vor Ort vorgefundenen baulichen Gegebenheiten wurde ein Teilbereich des Flurs zu einem demenzsensiblen Wartebereich in Form einer „Warteinsel“ weiterentwickelt. Als architektonisches Vorbild dienten Besprechungsräume aus dem Messebau. Diese bestehen aus leichten Baustoffen, schirmen einen Bereich akustisch von der Umgebung ab und dienen gleichermaßen als Sichtschutz. Eingebaut wurde die Warteinsel an der Kreuzung des Längs- und Querflurs. Dieser Bereich liegt in unmittelbarer Nähe zur Aufnahme mit Pflegestützpunkt, ist aber abgetrennt von dem bisherigen Wartebereich, der unverändert bestehen bleibt. Somit ist ein separater Wartebereich für Menschen mit Demenz vorhanden, den sie gemeinsam mit Angehörigen nutzen können. Die Warteinsel ist so dimensioniert, dass eine Liege oder ein Transportrollstuhl und eine weitere Sitzgelegenheit untergebracht werden können. Die seitlichen Abschirmungen lassen ein ruhiges Umfeld entstehen, gleichzeitig ist der Blick zum Geschehen innerhalb der INA möglich. Die Blickbeziehung zwischen Pflegekräften und Patienten ist somit gewährleistet. Eine individuell einstellbare Beleuchtung unterstützt das Wohlbefinden in diesem Ruhebereich. Ablenkung innerhalb der Warteinsel wird durch einen Monitor gewährleistet und kann, je nach Erfordernis, durch Beschäftigungsmaterialien weiter unterstützt werden. Über die geöffnete Seite der Warteinsel ist ausreichend Bewegungsfläche zum Umhergehen gegeben und das Patienten-WC befindet sich im direkten Sichtkontakt gegenüber. So werden die Patienten erinnert, dieses aufzusuchen und das Finden des Weges dorthin wird erleichtert.

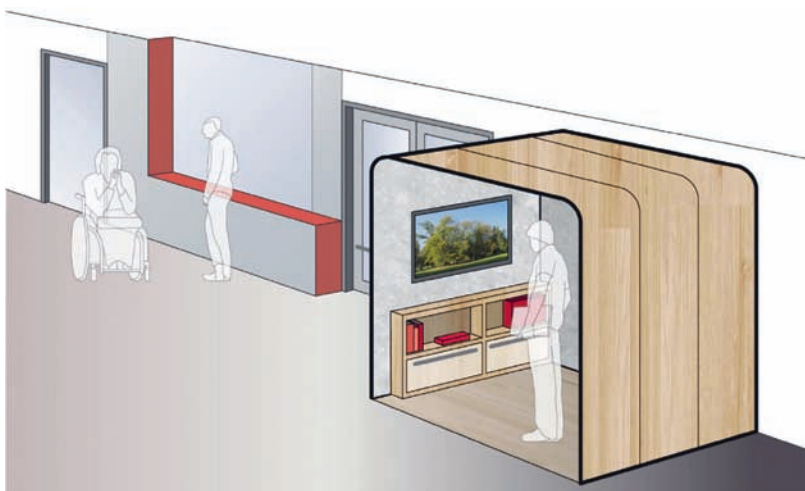
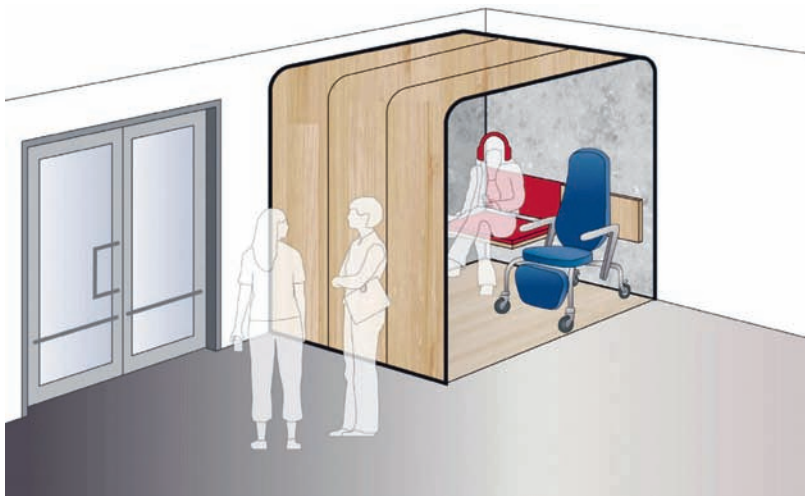


Abbildung 7: Konzeptionelle Überlegungen für die Warteinsel

3.3.2 Bauliche Umsetzung

Die Warteinsel besteht aus einer fest im Boden verankerten, dreiseitig geschlossenen, quaderförmigen Struktur mit Decke. Die oberen beiden Eckkanten verlaufen als Bogen, sodass im Inneren ein Schutzgefühl für die Nutzer entsteht. Nach außen entsteht mit dieser Form ein additiver, besonderer Charakter des Elements mit einem modernen, nicht-stigmatisierenden Erscheinungsbild.

Die Konstruktion besteht aus einem vorgefertigten Aluminiumgestell, welches mit schwerentflammenden Dekorspanplatten (Brandschutzklasse B/B1) verkleidet wurde. Der Zwischenraum wurde zusätzlich mit schallsisolierender Dämmung (Brandschutzklasse A1) versehen. Die Maße der Warteinsel betragen 2,85 m (Länge), 1,22 m (Breite) und 2,44 m (Höhe).

Die Außen- und Innenseiten der beiden Bogenflächen erhielten eine helle Holzoptik um sich von der sterilen Umgebung eines Krankenhausflures zu unterscheiden und die Behaglichkeit zu erhöhen. Die Innenseite der Rückwand wurde mit einer weißen Dekorspan-Platte verkleidet. Die Decke wurde zusätzlich mit einer indirekten Beleuchtung an einem abgehängten Akustikboard versehen.

Neben dem Sichtschutz und dem Schallschutz sollte die Warteinsel ebenso die Patienten ablenken und beschäftigen. Dafür wurde auf einer der beiden Seiten ein Bildschirm eingelassen, welcher ein Video einer Naturdarstellung (See mit Lichtreflexen auf dem Wasser, Wolkenbildung) zeigt. Die Steuerung erfolgt ausschließlich über eine Fernbedienung, welche das Pflegepersonal betreut. Ebenso ist die Beleuchtung hinsichtlich der Intensität (heller/dunkler) wie auch der Lichtfarbe (Intensität des blauen/gelben Lichtanteils) tageszeit- und situationsgemäß über eine Fernbedienung steuerbar.

Unter dem Bildschirm wurde ein Regal eingelassen. Dort können Getränkebecher, Zeitschriften, Bücher und andere Beschäftigungsangebote abgelegt werden. Für eine stärkere Betonung des Bereichs wurde das Regal in einem intensiven Blauton gestaltet. So werden auch typische weiße Kunststoff-Becher erkannt. Der Patient kann so an das Trinken erinnert werden. An der gegenüberliegenden Seite wurde ein Patientennotruf eingebaut, so können die Patienten oder deren Angehörige auch in diesem Wartebereich jederzeit das Pflegepersonal rufen.

Der Blauton des Regals findet sich außerdem auf der Innenseite der Rückwand wieder. Er bildet hier die Umrisslinie markanter Bauten der Stadt Berlin als abstrakte Linie nach. Auf die Rückwand gedruckt soll er einerseits zum Beschäftigen anregen, indem die Patienten zum Beispiel mit dem Finger die Linie nachfahren, andererseits kann das Gesehene zum Erzählen anregen. Ein Schriftzug des Krankenhauses mit Logo vervollständigt die Umrisslinie der Stadt. So dient der Druck zusätzlich zur Orientierung für die Patienten.

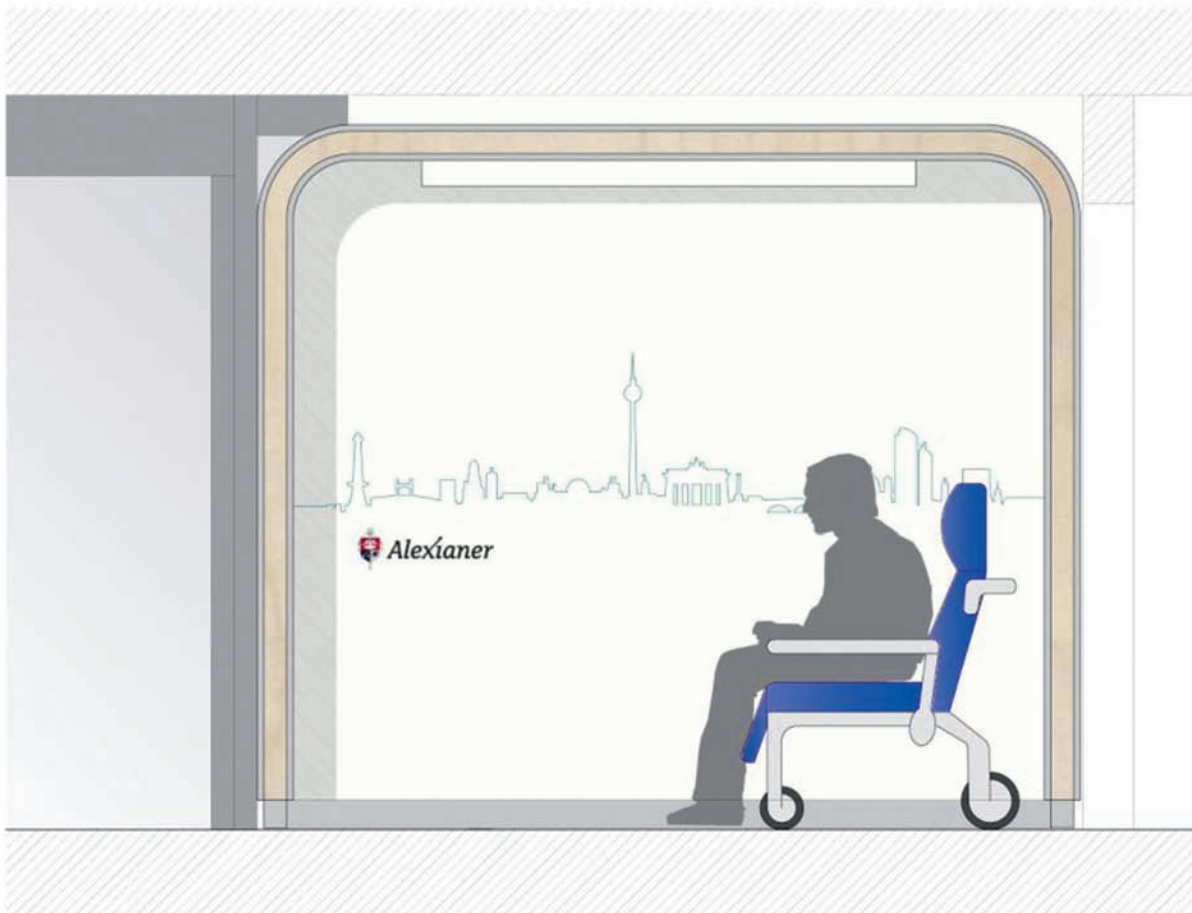
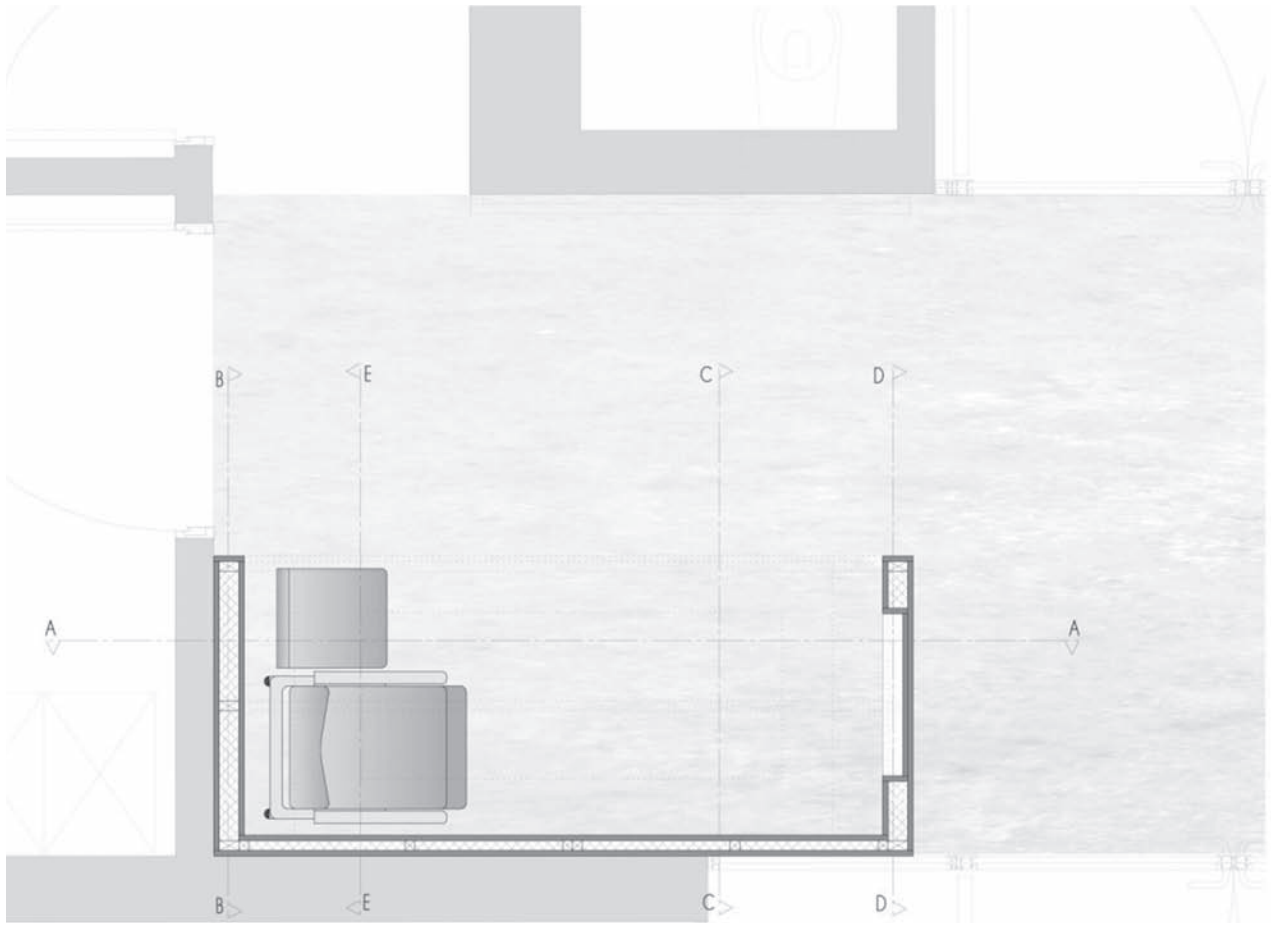


Abbildung 8: Grundriss und Ansicht der Warteinsel





Abbildungen 9-12: Fotografien der Warteinsel



3.4 Raumorganigramm demenzsensible Notaufnahme

Wesentlich für eine demenzsensible Notaufnahme ist das Zusammenspiel von pflegerischen Prozessen und architektonischer Gestaltung. Das in Abbildung 13 dargestellte Organigramm zeigt auf, welche Raumbeziehungen bestehen und welche Räume insbesondere für die Nutzung durch Menschen mit Demenz gestaltet werden sollten. Das Raumorganigramm entstand als Ergebnis eines Workshops mit ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern der INA, der Evaluation der Warteinsel und der durchgeführten Prozessveränderungen im Projekt INA-DEM. Es kann als Planungsgrundlage für die demenzsensible Gestaltung von Notaufnahmen dienen. Dabei muss es auf die konkrete Bau- oder Umgestaltungsaufgabe angepasst werden. Aufgrund der jeweils unterschiedlichen Rahmenbedingungen ist immer eine individuelle Planung von baulicher Struktur und pflegerischen Prozessen notwendig.

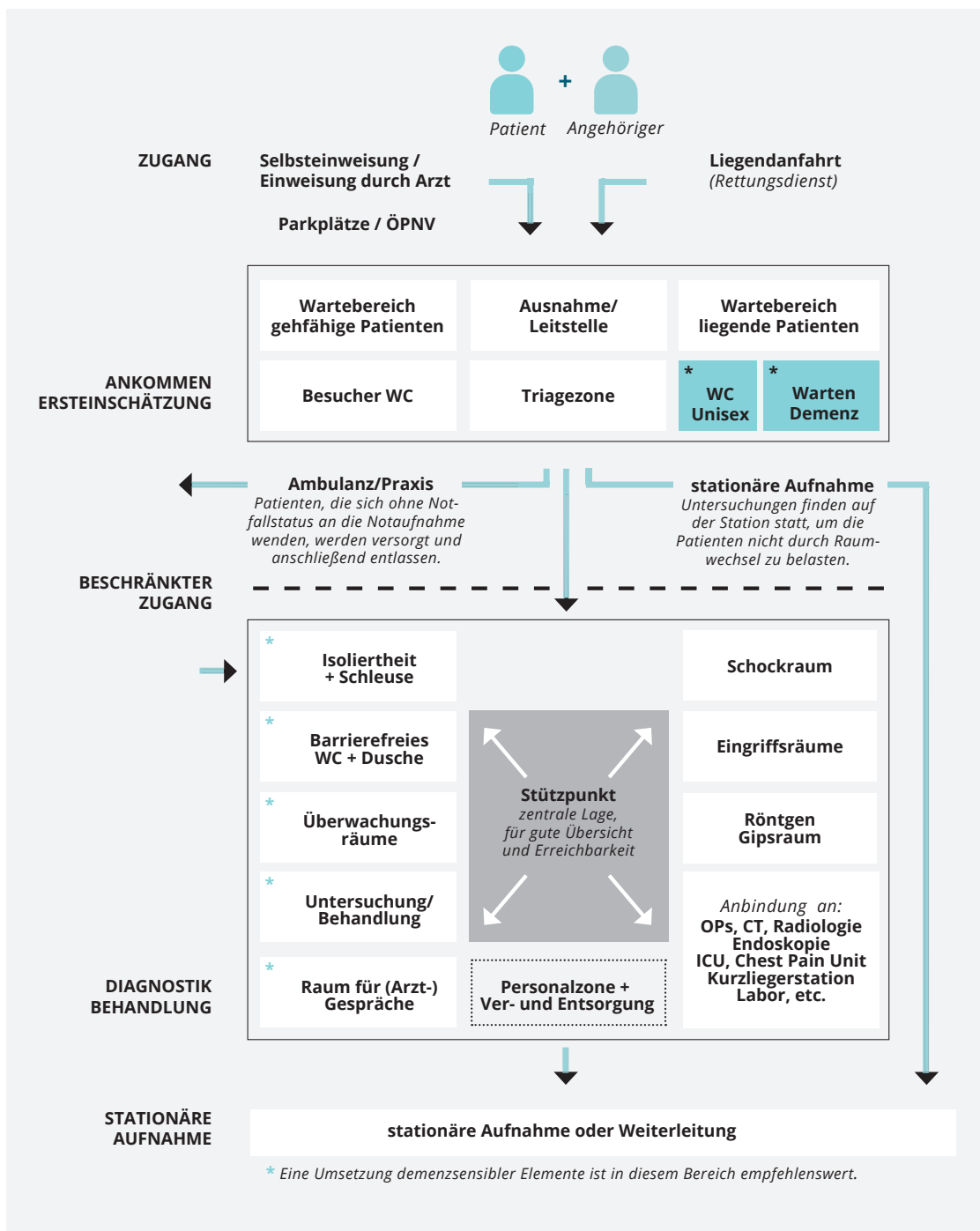


Abbildung 13: Raumorganigramm demenzsensible Notaufnahme (Büter & Marquardt, 2019)

3.5 Literatur

American College of Emergency Physicians, The American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association & The Society for Academic Emergency Medicine (2013). *Geriatric Emergency Department Guidelines*. Online verfügbar unter:

↳ https://caep.ca/wp-content/uploads/2016/03/geri_ed_guidelines_caep_endorsed.pdf
(Zugriff 30.11.2018)

Büter, K & Marquardt, G (2019). *Demenzsensible Krankenhausbauten. Handbuch und Planungshilfe*. Berlin: DOM Publishers (Erscheint 09/2019).

Büter K, & Marquardt G (2015). Mit Architektur demenzsensible Stationen gestalten: Was die deutsche Pflegelandschaft von Akutkrankenhäusern in den USA lernen kann. *Pflegezeitschrift*, 68(3), 176–179.

Büter K, Motzek T, Dietz B, Hofrichter L, Junge M, Kopf D, ... & Marquardt G (2017). Demenzsensible Krankenhausstationen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50(1), 67–72.

Marquardt G, Büter K, & Motzek T (2014). Impact of the Design of the Built Environment on People With Dementia - An Evidence-based Review. *Health Environments Research & Design Journal*, 8(3), 127–157.

Architektonische Planung der Warteinsel:

Cooperation_4 Architekten Dresden
Dipl.-Ing. Alexander Beck, Dipl.-Ing. Virginie Hörnig
Prof. Dr.-Ing. Gesine Marquardt
↳ www.coop4.de

Weitere Informationen zu demenzsensibler Architektur:

Kathrin Büter und Gesine Marquardt
Demenzsensible Krankenhausbauten. Handbuch und Planungshilfe.
Verlag: DOM Publishers, Berlin
ISBN: 978-3-86922-716-0
(Erscheint 09/2019)

Haltung und Handlungsfähigkeiten von Pflegenden fördern

Ann-Christin Reimer

4.1 Ausgangssituation: Fachexpertise Pflegende im Umgang mit Menschen mit Demenz

Die Pflegenden im Krankenhaus Hedwigshöhe verfügen über unterschiedliche Expertisen zur Qualitätssicherung der Patientenversorgung bezogen auf die jeweiligen Fachbereiche.

Im Fachbereich Psychiatrie und hier insbesondere der Gerontopsychiatrie wird mit jahrelang erworbener Fachexpertise der Umgang von Menschen mit Demenz (MmD) und ihrem herausfordernden Verhalten unter konsequenter Einbeziehung der Angehörigen professionell und sicher umgesetzt. Basisschulungen und kontinuierliche Fortbildungsmaßnahmen sind hier für alle Pflegenden verpflichtend.

Durch den medizinischen Schwerpunkt Altersmedizin in der Somatik werden in allen Fachbereichen und Stationen alte und ältere Menschen versorgt. Alle Pflegenden in der Somatik verfügen über ein Basiswissen Versorgung von Patienten mit Demenzerkrankungen und Delir. Das Zentrale Fort- und Weiterbildungsinstitut der Hedwigkliniken bietet jährlich das Modul „Menschen mit Demenz in der Somatik“ an, an dem alle Pflegenden verpflichtend teilzunehmen haben. Ein breites Erfahrungswissen hat sich somit in den vergangenen Jahren etabliert.

Die Ergebnisse der Befragung in der Notaufnahme innerhalb des INA-Dem Projektes haben gezeigt, dass es trotz oben genannter Maßnahmen immer wiederkehrende Unsicherheiten bei den Pflegenden gibt. Ein differenzierter und damit fachlich sicherer Umgang mit MmD und der Einbeziehung von Angehörigen ist somit nicht kontinuierlich gegeben. Die Differenzialdiagnose zu Menschen mit kognitiven Einschränkungen (MmkE), ob temporär/situativ oder als Grunderkrankung, war nicht für alle deutlich erkennbar. Es war davon auszugehen, dass diese Unsicherheit nicht nur in der Notaufnahme, sondern in allen somatischen Bereichen besteht.

4.2 Qualifizierungsmaßnahmen durch Schulungen

Um diese Wissenslücken zu schließen und somit mehr Sicherheit in die Wahrnehmung und entsprechende Umsetzung zu bringen, aber auch um die Haltung der Pflegenden in den Fokus zu nehmen, wurde ein Fortbildungs-Curriculum für die Pflegenden aller Qualifikationen in der Somatik entwickelt. Darauf aufbauend wurden Fallsupervisionen angeboten.

4.2.1 Inhalt des Fortbildungs-Curriculums

In der 1,5 stündigen Pflichtveranstaltung erläuterte Frau Prof. Holthoff-Detto, Chefarztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik medizinisches Basiswissen.

Frau Christa Matter, Geschäftsführerin der Alzheimer Gesellschaft Berlin, stellte die Perspektive der Angehörigen und deren Einbeziehungsmöglichkeiten dar.

Zusammenfassende Präsentation ärztlicher Vortrag und Einführung:

Das Gehirn im Alter und bei Demenzerkrankungen: Was ist wichtig für die Behandlung

- ▶ Lebenseinstellung des Menschen im Alter
- ▶ Kognitive Leistungsfähigkeit im Alter – Beschreibung Physiologische Faktoren mit steigendem Alter (Stabilität aber auch Abnahme)

- ▶ Das Gehirn arbeitet mit Netzwerken - Ältere Gehirne sind biologisch irritierbar durch sehr unterschiedliche Störungen:
 - Biologisch (z.B. Hyponatriämie, Dehydratation, Hypoglykämie, Fieber)
 - Psychologisch (z.B. Trauer, Angst, Verzweiflung)
- ▶ Demenz heißt:
 - Signifikante Defizite in der Gedächtnisleistung;
 - Plus mindestens einer weiteren höheren Hirnleistung: Individueller Alltag ist eingeschränkt
- ▶ Unterschiedliche Demenztypen
- ▶ Häufige Symptome im Erkrankungsverlauf: Demenzschweregrad
- ▶ Demenz und Delir
- ▶ Verwirrtheit im höheren Lebensalter

Zusammenfassende Präsentation Geschäftsführerin der Alzheimer Gesellschaft Berlin:

Umgang mit kognitiv eingeschränkten Patienten in der Somatik

- ▶ Bedürfnisäußerung von Patienten und Auslöser für herausforderndes Verhalten
- ▶ Auswirkungen/Belastungen auf Pflegenden, Bewältigungsstrategien mit Patienten/Angehörigen-
Das ABC-Modell (Powell, J. 2011)
 - A (Avoid confrontation) Vermeide Konfrontation**, d. h. nicht ständig mit Fehlern oder Defiziten konfrontieren
 - B (Be practical) Handle zweckmäßig**
 - C (Clarify the feelings and comfort) Formuliere die Gefühle des Kranken und spende ihm Trost**, Aufmerksamkeit, Interesse usw.
- ▶ Innere Haltung entwickeln und Austausch im Team
- ▶ Angehörigenarbeit im Krankenhaus – Unterstützung der Alzheimer Gesellschaft
- ▶ Vorschläge für Fortbildungsmaßnahmen

4.2.2 Begleitende Befragung

Um den Wissensstand der Pflegenden im Umgang von MmD und MmKE zu erfassen, wurde mittels halbstandardisiertem Fragebogen vor jeder Veranstaltung erfragt, wie sicher sie ihr Handeln selber einschätzen und welche Fortbildungsmaßnahmen für den Umgang mit MmD im pflegerischen Alltag am besten geeignet sind.

Demzufolge hat ein Großteil der Pflegenden an Fachvorträgen, Fallsupervisionen, Fortbildungseinheiten über CNE (Certified Nursing Education) und an Schulungen über das Zentrale Fort- und Weiterbildungsinstitut teilgenommen. Die Ergebnisse zeigen, dass die multimedialen Pflichtfortbildungen von CNE am alltagstauglichsten und somit am akzeptabelsten erscheinen. Besonders herausgestellt wurde die Flexibilität, da die Pflegenden selbst bestimmen können, wann die Fortbildungen durch sie absolviert werden. Darüber hinaus wurde angemerkt, dass die Fortbildung neben einer Wiederholung der Thematik auch neue Erkenntnisse im Umgang mit dem Patienten gebracht hat.

Die Inhouse-Schulung „Haltung, Umgang mit eigener Überforderung, Begegnungen mit Angehörigen, Bewältigungsstrategien“ geleitet durch die Chefärztin Frau Prof. Holthoff-Detto, hat ebenfalls mit einem guten Ergebnis abgeschnitten. Hier wurde besonders die Lebhaftigkeit und die Darstellung der realistischen Fallbeispiele, wie sie in der Praxis erlebt werden, positiv hervorgehoben. Für einen Teil der Befragten ist der Zeitpunkt der Fortbildung, nach dem Frühdienst, gut gewählt. Andere wiederum finden den Zeitpunkt suboptimal und merken kritisch an, dass es sich um Pflichtveranstaltungen handelt.

Das Modul im Zentralen Fort- und Weiterbildungsinstitut wird genutzt. Ergänzend dazu wurden zwei Pflichtfortbildungen in CNE für die Pflegenden aller Fachbereiche etabliert. Die Teilnahme an diesen Einheiten wird jährlich von den Stationsleitungen überprüft.

4.3 Qualifizierungsmaßnahmen durch Fallsupervision

Ergänzend zu den zweimal im Jahr stattfindenden Fachvorträgen wurden Fallsupervisionen auf allen somatischen Stationen inklusive Notaufnahme, elektiver Aufnahme und Intensivstation durchgeführt. Auch diese Teilnahme war verpflichtend und dauerte 30 Minuten, kurz vor der Übergabezeit. Für Pflegende ein ungewöhnliches Format, da es schwer vorstellbar erscheint, sich in einem festgelegten Setting Zeit für einen Austausch zu nehmen. Skepsis und Widerstände mussten zu Beginn jeder Sitzung überwunden werden, damit offen – und nicht bewertend – über Erfahrungen aber auch Unklarheiten gesprochen werden konnte.

Der Moderator der Fallsupervision (Vorstandsmitglied AGB e.V., PDL Gerontopsychiatrische Tagespflege, Dozent Gerontopsychiatrie, Altenpfleger, Heimleiter) verstand sich nicht als Fachmann mit standardisierten Lösungen. Sein Ziel war, gemeinsam mit allen Teilnehmenden patientenbezogene und praxistaugliche Maßnahmen zu entwickeln und daher begann er jede Sitzung zunächst mit Beispielen aus eigenen Erfahrungen. Hier gab es seinerseits lebendige Darstellungen auch zu Fehleinschätzungen im Kontakt mit Bewohnern und Strategien, diese anders zu bewältigen. Dadurch wurden die Teilnehmenden ermutigt, eigene Erfahrungen mitzuteilen, von denen alle anderen profitieren konnten.

4.3.1 Einschätzungen und Empfehlungen des Moderators

Statement des Moderators zum Format Fallsupervision:

Das Ziel, die persönliche Haltung und Einstellung im Umgang mit dementiell erkrankten Patienten und denen die ein herausforderndes Verhalten zeigen, zu festigen, wurde durchaus erreicht. Innerhalb von 30 Minuten war eine signifikante Änderung der Stimmung – von mimisch gleichgültig, abwartend, „Was will der uns sagen?“ in aufmerksam, wacher, interessierter, und die eigene Meinung zum Ausdruck bringend festzustellen.

Der Umgang mit kognitiv eingeschränkten Personen muss normaler Bestandteil im stationären Ablauf ohne hervorstechende Besonderheit werden – ausgenommen, es kommt zum herausfordernden Verhalten, dass besondere Maßnahmen verlangt.

Das Thema ist unter den Pflegenden präsent.

Eine haltungsbasierte strukturelle Herangehensweise sollte gefestigt werden. Diese ist durchaus mit den Pflegenden zu erarbeiten und ihre Erfahrungen und Ideen dabei zu nutzen. Beispiele:

1. Patient kommt neben der somatischen mit einer Demenzdiagnose auf die Station, in wenigen Aspekten sind alle Beteiligten informiert: welche Form vorliegt und welcher Umgang zu erwarten ist.

- ▶ völlig in sich ruhend, versunken, keine verbale Kommunikation und damit keine adäquaten Antworten möglich
 - schläft viel
- ▶ wach, immobil, hochgradig desorientiert
 - kein sinnhafter Zugang möglich
- ▶ wach, mobil, hochgradig desorientiert
 - Laufen, Sturzgefahr
- ▶ Patient zeigt Formen des herausfordernden Verhaltens
 - Schreien
 - Unruhe, „Bettflucht“
 - Entfernt sich selber Zugänge

2. In jedem Fall sollte der Kollege der nächsten Schicht bewusst Zeit bekommen, um die Versorgungssituation einzuschätzen. Folgende Kriterien sind hierbei relevant:

- Maßnahmen der Versorgung / Betreuung sind festzulegen
- erste Maßnahmen umsetzen
- Informationen anderer Versorger/ Ehepartner/Heim sind einzuholen
- Informationsweitergabe im Übergabegespräch zu sichern

Eine bewusste und professionelle Nutzung dieser Informationen schafft Ressourcen hinsichtlich der medizinischen und pflegerischen Versorgung Demenzkranker.

- Es erfolgt einmalig eine realistische Einschätzung
- Es braucht nicht jeder Pflegenden eine erneute Einschätzung vorzunehmen
- Erfahrungsaustausch unter den Pflegenden – nutzen guter Erfahrungen, Erweiterung des praktischen Handlungspotentials
- Vermeidung von Handlungen, die zu Krisen führen
- Nutzung des Unterstützungspotentials von Angehörigen erfolgt zeitnah

Aber auch strukturelle Verbesserungsvorschläge wurden von den Teilnehmenden wie folgt genannt:

- Farbige Patientenklingeln, WC Sitze, Wände/Fussböden
- Farbige Getränke
- CD Player für Musik
- Gehwagen (wie in der Gerontopsychiatrie)
- Hinweisschilder für Patienten, Information zum Krankenhaus
- Ausreichend Licht, besonders im Bad
- Mobilés an Zimmerdecke
- Düfte (Aromaöle einsetzen)
- Keine Wartezeiten in der Notaufnahme, Diagnostik
- Nicht „gegen reden“ und ruhig mit den Patienten sprechen
- Patienten sind nicht zu duzen oder Vornamen anzusprechen
- „Bushaltestelle“ als Ablenkung, Ruheplatz
- Selbstverständliche Einbeziehung der Angehörigen

Thema (Chirurgie)

Sedierung mit folgenden Komplikation Delir versus notwendiger, postoperativer Mobilisation; Übernahme auf Station nach OP → Sedierung ggfs. mit Fixierung

Prozess

1. Post OP Tag → Patient hat große Unruhe = Delir, da Sedierung ausgeschlichen wird. Um die Aktivierung des Patienten postoperativ zu fördern, ist es standardisiertes Vorgehen frühzeitig zu mobilisieren. Cave! Mobilisation bei Delir birgt Sturz- und Verletzungsgefahr.

Vorschlag

Delir und Mobilisation sollten gezielt Thema in der täglichen Visite und Dienstübergabe sein.

Thema (Chirurgie)

Angehörige bietet an zu bleiben → zuständiger Arzt lehnt dies ab

Prozess

Procedere in diesem Fall unklar, fehlende Informationen des (neuen) Stationsarztes

Vorschlag

Zeitnahe Klärung über Klinikleitung

Thema (Notaufnahme)

„lange“ Wartezeiten; Wartezeit zu überbrücken ist schwierig, da es kaum Informationen über „Vorlieben“ des Patienten gibt, Mitarbeiter handeln intuitiv (nehmen Patienten mit, singen, händigen Gegenstände aus)

Prozess

Triagierung findet statt, verbindlicher Umgang/Priorisierung dieser Patienten.

Vorschlag

Für diese Patienten zuständiger Mitarbeiter vor Ort
Mobile Radios für Musik bei Bedarf

Die Fallbeispiele zeigen, dass bereits vielfältige Bewältigungsstrategien eingesetzt werden. Auch „kleinere“ Hinweise oder Anmerkungen bringen alle Beteiligten in die Diskussion und somit zum Überdenken des eigenen Handelns.

Erfahrungswissen und aktuelle Fortbildungskennntnisse sind vorhanden, dennoch herrschen besonders in Zeiten von hohen Arbeitsspitzen, immer wieder Unsicherheit. Ein zeitnahe Austausch, um die vorhandenen Ressourcen besser zu nutzen soll durch eine akut einzuberufende Fallsupervision ermöglicht werden.

4.4 Nutzung der Warteinsel aus Sicht der Pflegenden

4.4.1 Voraussetzungen und begleitende Prozesse innerhalb der Notaufnahme

Wie in Kapitel 3 beschrieben, wurde im Rahmen des Projektes ein gesonderter Wartebereich, in Form einer Warteinsel, implementiert.

Sechs Monate nach Beginn des Robert-Bosch-Projektes in der Notaufnahme wurde in diesem Bereich mit umfangreichen interdisziplinären Umstrukturierungsmaßnahmen begonnen. Es wurden sowohl dringend notwendige Umbauten umgesetzt, um die Triagierung und die Versorgung von Kurzliegern sicherzustellen, als auch Arbeitsplatzveränderungen der Pflegenden und Ärzte, um die Versorgung direkt am Patienten zu optimieren. Diese baulichen Veränderungen zogen strukturelle Prozessanpassungen mit sich. Im Pflegebereich wurden Arzthelferinnen eingestellt, um die gesamte Administration zu verlagern, sowie alle Pflegenden für die Übernahme der Triagierung fortgebildet.

Diese umfangreichen Veränderungen haben bei allen Beteiligten vor Ort sehr viele Ressourcen gebunden. In diesem Kontext ist sowohl die Nutzung als sicherlich auch die Befragung zur Warteinsel zu bewerten.

4.4.2 Befragung der Angehörigen durch Patientenbegleiterin

Über einen Zeitraum von 8 Wochen wurde eine Befragung zur Warteinsel bei den Angehörigen (n=11) von MmD durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen folgende Tendenz:

Als positives Ergebnis ist besonders hervorzuheben, dass die Angehörigen von MmD dort gemeinsam verweilen dürfen. Die wartenden Patienten kommunizieren viel mit den eigenen Angehörigen und auch mit den Mitpatienten. Des Weiteren wird das Geschehen der Notaufnahme beobachtet sowie das Schauen von beruhigenden Filmsequenzen auf dem positionierten Bildschirm in der Warteinsel zur Aufmerksamkeitsbindung genutzt.

Besonders kritisch wurde angemerkt, dass die Positionierung der Warteeinheit aus Platzgründen nur im Eingangsbereich der Notaufnahme gewählt werden konnte, einmal aus Platzgründen und dann um anderen Vorteilen, wie die Nähe zu den Toiletten, Rechnung tragen zu können. Laut Aussagen der befragten Angehörigen sei der Standort zu laut, zu kalt und der Blick auf die gegenüberliegende Toilette erscheint ebenso suboptimal. Ein weiterer kritischer Faktor ist die unzureichende Bereitstellung von Getränken und Nahrung und die fehlende Möglichkeit des Pflegepersonals während ihres Einsatzes in der Notaufnahme ausreichend regelmäßig nach den Menschen mit Demenz in der Warteeinheit schauen zu können. Des Weiteren fehlt es auch an aufmerksamkeitsbindenden Beschäftigungsmöglichkeiten (z.B. Bücher).

Zusammenfassend kann zu dieser Befragung gesagt werden, dass ein gesonderter Wartebereich positiv angenommen wird, dieser aber an einem ruhigeren Standort optimaler genutzt werden könnte, besonders wenn MmD oder kognitiven Einschränkungen ohne Angehörige in der Notaufnahme eintreffen.

Durch die Auswertungen der Befragung und auch der Fallsupervisionen wurden in den Fachbereichen Geriatrie, Unfallchirurgie (Alterstraumatologie) und später folgend Gerontopsychiatrie Patientenbegleiterinnen mit Fortbildungen zu Demenz- und Alltagsbegleitung (§87b XI) eingestellt.

Sie arbeiten in allen Tages-Schichten und betreuen MmD oder übernehmen bei Bedarf auch 1:1 Betreuungen („Sitzwache“).

Dieser erfolgreiche Einsatz wurde zum Ende des Projektes auch auf die Notaufnahme übertragen. Gleich mit Einsatzbeginn hat die Patientenbegleiterin Angehörige erneut nach der Einschätzung zur Warteeinheit befragt (n=11) und deren Wahrnehmung dokumentiert. Zusammenfassend zu dieser 2. Befragung kann gesagt werden, dass sich die Anwesenheit einer begleitenden Person positiv auf den Aufenthalt auswirkt. 10 von 11 Angehörigen empfinden die Warteeinheit positiv, da sie einladend und somit beruhigend auf die Patienten wirkt. Die Lage wird einerseits als günstig wahrgenommen, da sie nahe am WC ist und der Patient „nicht im Weg“ ist. Die Hälfte empfiehlt aber auch wieder eine ruhigere Lage innerhalb der Notaufnahme. Die Anwesenheit der Patientenbegleiterin wird grundsätzlich sehr positiv bewertet.

Die Patientenbegleiterin bestätigt die Angaben der Angehörigen. Sie konnte bei den MmD besonders das Gefühl von Sicherheit und Beschütztsein beobachten. Fragen der Patienten und Angehörigen können zeitnah beantwortet werden. Das wiederum vermittelt den Angehörigen eine zusätzliche Sicherheit. Alle Befragten schätzen die Anwesenheit einer Person, die hilft die Wartezeit zu überbrücken. Beschäftigungsmöglichkeiten (Zeitschriften, Bücher, Spiele) können nun gezielt angeboten werden.

Derzeit wird überprüft, welche Anwesenheitszeit für die Patientenbegleiterin sinnvoll ist, um sie effektiv einzusetzen und welche weiteren Tätigkeiten (Beschäftigungen) in diesem Umfeld adressengerecht sinnvoll sind.

Eine Verlegung eines Patienten von der Notaufnahme zur Station in Begleitung der Patientenbegleiterin soll MmD und ihrem Verlauf innerhalb des Krankenhauses eine zusätzliche Sicherheit geben.

Der Standort der Warteeinheit innerhalb unserer Notaufnahme wird auch von den Pflegenden kritisch bewertet, da sie keinen direkten und somit kontinuierlichen Blick auf die Patienten haben. Das Arbeitsaufkommen in einer Notaufnahme macht es für alle schwer, sorgsam auf die MmD zu achten. Deshalb wird der Einsatz von einer Patientenbegleiterin auch von den Pflegenden sehr unterstützend wahrgenommen.

Der in der Warteeinheit eingebaute Bildschirm mit Filmen und auch wechselnden Bildern aus „alten Zeiten“ wurde grundsätzlich positiv wahrgenommen. Der Fernseher an sich erscheint einigen ein wenig zu klein und die Position des Fernsehers ist ungünstig gewählt, da die Patienten, wenn sie nebeneinander in der Warteeinheit sitzen, den Kopf nach rechts drehen müssen und auch nur die erste Person vor dem Fernseher eine freie Sicht hätte. Theoretisch wäre der Fernseher an der gegenüber liegenden Wand der Warteeinheit besser zu positionieren. Die Prüfung hat ergeben, dass dort ein Bildschirm nicht verankert werden kann und die Tiefe des Geräts den schmalen Durchgang noch mehr beengen würde. Alternativ werden dort nun großflächige Fotobilder mit Motiven aus früheren Jahrzehnten aufgehängt, auf den der Blick von MmD gelenkt werden sollen.

Somit ist die Warteinsel ein geeigneter Ort für Menschen mit Demenz und kognitiven Einschränkungen, da eine geeignete Rückzugsmöglichkeit geschaffen wurde.

In den nächsten Jahren wird es in Hedwigshöhe Erweiterungsbauten in der Notaufnahme geben. Da der Standort der Warteinsel veränderbar ist, wird eine Neupositionierung in die Planung aufgenommen. Die Erfahrungen der Patientenbegleiter/in und Pflegenden werden in diese Überlegungen mit einfließen.

4.5 Besondere Maßnahmen bei der Erfassung und Aufnahme eines Menschen mit Demenz

Alle Patienten, die in die Notaufnahme kommen, werden von den Pflegenden triagiert. Bei jedem Patienten, der 75 Jahre und älter ist, wird zusätzlich der Abbreviated Mental Test 4 (4 AMT) durchgeführt. Fällt dieser positiv aus, erhält der Patient ein grünes Patientenarmband und die Patientenakte wird mit einem grünen Punkt versehen. In der Datenerfassung aller patientenrelevanter Informationen wird im KIS (Krankenhaus-Informationssystem) zudem eine sogenannte Fallklassifikation vermerkt. In diesem Fall erscheint „kogn“ für alle sichtbar im System und dient zusätzlich als Hinweis zu einem Patienten mit kognitiven Defiziten. Wird der Patient stationär aufgenommen und der Eindruck durch den zuständigen Arzt als Diagnose bestätigt, verbleibt das grüne Armband beim Patienten und zusätzlich wird ein grünes Hinweisschild am Patientenbett sichtbar positioniert. Demzufolge können alle Mitarbeiter erkennen, dass es sich um einen Patienten mit einer Demenz oder kognitiven Defiziten handelt und auch entsprechend handeln. Alle Mitarbeitende im Haus sind darüber informiert, dass Patienten mit diesen besonderen Merkmalen einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen, eine so gering wie mögliche Wartezeit bei Untersuchungen haben und hier auch niemals alleine warten sollten.

Ist der Patient nicht compliant und sehr unruhig, wird der Aufnahmeprozess schnellstmöglich durchgeführt und abgeschlossen.

Auch diesbezüglich kann mit dem Einsatz einer Patientenbegleiterin Patienten und Angehörigen Sicherheit vermittelt werden, da ihre Anwesenheit eine verlässliche „Brücke“ zwischen Aufnahme, Wartezeit und weitergehenden Maßnahmen gewährt.

4.6 Etablierung einer „Pflegeexpertin Demenz“

Im Rahmen des geförderten Projektes wurde deutlich, dass es für die Weiterentwicklung des Themas die Expertise einer Demenzexpertin braucht.

Die Assistentin der Pflegedirektion, zuständig für die Sicherstellung der Pflegequalität, konnte für eine entsprechende Weiterbildung gewonnen werden. Sie ist Gesundheits- und Krankenpflegerin und verfügt über einen akademischen Abschluß (Master of Science). Als Mitglied der Pflegedirektion initiiert, entwickelt und implementiert sie geeignete Projekte zum Thema, um die Versorgungsqualität von MmD und MmKE zu erhalten und zu verbessern. Zu den anstehenden Projekten zählen die Implementierung eines Konsil- und Liaisondienstes (Geriatrisches Team), Rooming-in für Angehörige und Bezugspersonen sowie die Entwicklung eines Schulungskonzeptes für Mitarbeiter in der Pflege und Angehörige bzw. Bezugspersonen.

Darüber hinaus ist sie permanent für die Mitarbeiter auf den Stationen und in den Abteilungen ansprechbar und steht ihnen beratend zur Seite. Im Bedarfsfall organisiert und führt sie oben beschriebene Fallbesprechungen durch.

Um ihre Expertise bzgl. der Versorgung geriatrischer Patienten in unserem Haus zu vertiefen, nahm sie bereits regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teil. Hierzu gehörte auch die durch die Robert-Bosch-Stiftung geförderte Internationale Studienreise „Versorgung von MmD im Krankenhaus“. Während der einwöchigen Reise in die Niederlande wurden Krankenhäuser besichtigt, die sich auf die Versorgung von MmD und MmKE fokussiert haben. Einige wesentliche Strukturen und Maßnahmen wurden bzw. werden gegenwärtig in unsere Klinik transferiert.

4.7 Literatur

Powell, Jennie, 2015. Hilfen zur Kommunikation bei Demenz, Demenzserviceheft 2, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

Selbsthilfe bei Angehörigen von Menschen mit Demenz: ...und plötzlich ist man pflegender Angehöriger

Christa Matter

5.1 Familiensysteme und Menschen mit Demenz

Die Erkrankung eines Familienmitgliedes an einer Demenz ist ein kritisches Lebensereignis für die betreffende Familie, weil die Diagnose Demenz nicht nur den Erkrankten trifft, sondern auch die Personen, die mit ihm im unmittelbaren Umfeld leben. In der Regel übernimmt ein Familienmitglied die Hauptrolle bei der Pflege des Kranken. Familienangehörige sind demnach die wichtigsten Bezugspersonen für Menschen mit Demenz.

Gerade zu Beginn einer Demenzerkrankung herrscht bei betroffenen Familien oft große Unsicherheit darüber, ob die Veränderungen im Verhalten vom Partner oder Elternteil nun wirklich krankhaften Ursprungs sind.

Wird eine Diagnose gestellt, kann das natürlich eine Reihe von widersprüchlichen Gefühlen bei den Angehörigen des Erkrankten auslösen. Der sog. „Schock der Diagnose“ kann z. B. lähmend wirken. Andererseits kann aber auch ein Gefühl der Erleichterung eintreten, da endlich eine Erklärung für das veränderte Verhalten des Angehörigen gefunden wurde.

Es kommt in jedem Fall darauf an, **wie** die Diagnose mitgeteilt wird und von wem, welche Aufklärung erfolgt, welche Hilfen angeboten werden.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Pflege“ fällt schwer und kaum jemand macht dies im Vorfeld freiwillig. Die Beschäftigung damit beginnt meist erst, wenn sie unausweichlich wird, also der „Pflegefall“ bereits eingetreten ist.

Pflege wird häufig assoziiert mit Belastungen und Verlust, und zwar für die gesamte Familie: plötzlich ist alles anders – eingespielte Aufgabenverteilungen funktionieren nicht mehr, die Beziehungen verändern sich, der familiäre und berufliche Alltag muss neu geplant und organisiert werden. Angehörige sind damit konfrontiert, schnelle Entscheidungen – mitunter von großer Tragweite – zu treffen.

Die Pflege und Betreuung eines Demenzkranken ist ein langer und stetiger Prozess des Abschiednehmens. (Zank et al. 2004, Fuhrmann et al. 1995).

Angehörige befinden sich häufig in sog. „Krisensituationen“.

- ▶ Nach Cullberg (1978) versteht man unter psychosozialer Krise „den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er **im Augenblick nicht bewältigen kann...**“. Es handelt sich um ein Missverhältnis zwischen Belastungen und Ressourcen, das eine erfolgreiche Bewältigung unmöglich erscheinen lässt.

Und das ist, wie ich finde ein entscheidender Satz: ... **im Augenblick** die Situation nicht bewältigen zu können.

Die von Profis manchmal geschilderte „Unfähigkeit“ der Angehörigen Hilfen bzw. rechtzeitig Hilfen anzunehmen, resultiert ja häufig aus der emotionalen Überforderung, wenn das Gefühlsleben auf einmal völlig aus dem Gleichgewicht gerät.

- *Frau L.*: Berichtet in einem Beratungsgespräch, dass sie nach einem längeren Krankenhaus- und Rehaufenthalt ihres Mannes einen völlig „neuen Ehemann“ zurückbekommen habe. Ihr Ehemann sei auf einmal sehr misstrauisch und eifersüchtig gewesen, er habe sie laufend irgendwelcher Dinge beschuldigt, die sie nicht getan hatte, habe Verhaltensweisen gezeigt, die sie bisher so nicht von ihm kannte. Die unzureichende Aufklärung durch die behandelnden Ärzte - „ihr Mann sei nun einmal demenzkrank, damit müsse sie sich abfinden“, - die fehlende Unterstützung und Anteilnahme innerhalb der Familie und das Gefühl plötzlich, völlig unvorbereitet mit allem allein zu sein, für alles verantwortlich zu sein, in eine völlig neue Rolle schlüpfen zu müssen, lähmten Frau L. Sie erlebte bei sich depressive Züge, hatte immer weniger Antrieb, fühlte sich kraftlos und entwickelte extreme Zukunftsängste. Dies alles führte schließlich bei ihr zu dem Wunsch einfach wegzugehen. Manchmal fuhr sie einfach stundenlang mit dem Auto durch die Gegend ohne ein eigentliches Ziel zu haben, sie wollte nur weg aus dieser Situation einfach weg und alles hinter sich lassen.

5.2 Aufgaben der Selbsthilfe bei Pflegenden von Menschen mit Demenz

Angehörige sind auf Beratung und Begleitung angewiesen, wenn sie völlig unvorbereitet mit der Pflege konfrontiert werden. Und das ist ja insbesondere bei Demenzerkrankungen immer der Fall. Die betroffenen Familien, die ja auch „Opfer“ der Krankheit sind, benötigen daher neben allen vorhandenen Hilfsangeboten vor allem psychosoziale Beratung und Betreuung. Und zwar von Anfang an!

D. h. es ist sehr wichtig, nicht nur für eine angemessene Betreuung des Erkrankten zu sorgen, sondern ebenso den Erhalt der Gesundheit und der Lebensqualität des pflegenden Angehörigen in den Mittelpunkt der Beratung zu stellen. Sie ernst zunehmen mit ihren Befürchtungen, ihren Sorgen und Ängsten.

5.3 Bedeutung von Angehörigen für Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Die Patienten selbst können in der Regel z. B. bei der Aufnahme in ein Krankenhaus häufig keine Auskunft über sich, ihre Beschwerden (z.B. Schmerzen) und Wünsche geben. Deshalb sind Angehörige oder andere Bezugspersonen die entscheidende Informationsquelle für das Krankenhauspersonal. Angehörige können berichten, warum die Krankenhauseinweisung erfolgte sowie wichtige Informationen zur Biographie des Kranken (z.B. auch Vorerkrankungen, Alkoholprobleme), dessen Gewohnheiten, Verhaltensweisen, Ressourcen und Defiziten geben. Darüber hinaus können sie über notwendige Medikamente informieren, darüber, ob ein Pflegegrad vorliegt, wie die rechtliche Betreuung geregelt ist usw. Als vertraute Bezugspersonen können sie durch ihre Präsenz während des Aufenthalts den Stress abmildern, der durch die unvertraute Umgebung für den Patienten entsteht.

Die Angehörigen selbst möchten über notwendige Untersuchungen, medizinische Eingriffe, Medikamentenumstellungen usw. informiert werden. Wenn sie bei Untersuchungen und Behandlungen einbezogen werden, können sie den Erkrankten beruhigen und helfen, herausforderndes Verhalten (z.B. lautes Schreien als Ausdruck von Angst) zu verstehen und zu vermeiden. Allerdings kann die Einbeziehung von Angehörigen problematisch werden, wenn diese nicht in der Lage oder bereit sind, sich um den Erkrankten zu kümmern, oder wenn sie die Diagnose einer Demenzerkrankung nicht akzeptieren wollen. Im Beratungsalltag der Alzheimer-Gesellschaften sprechen Angehörige immer wieder darüber, dass sie bei den Mitarbeitern der Allgemeinkrankenhäuser unzureichende Kenntnisse über demenzielle Erkrankungen antrafen und damit einhergehend Unverständnis im Umgang mit Demenzkranken und ihren Angehörigen. Diese Erfahrung liegt auch dem folgenden Beispiel zugrunde.

Beispiel: Der demenzkranken Mutter von Frau M. wurde das Essen hingestellt, und, ohne dass sie es angerührt hatte, wieder abgeräumt. Das Personal wusste bzw. bemerkte nicht, dass die Patientin aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr selbstständig essen und trinken konnte und Unterstützung brauchte.

Vor dem Hintergrund derartiger Erfahrungen betonen Angehörige immer wieder, wie wichtig es ist, Demenzkranke im Krankenhaus intensiv zu begleiten und sich zu „kümmern“. Sie verstehen nicht, dass ihre langjährigen Erfahrungen im Umgang mit dem Kranken weder genutzt noch geschätzt werden.

Bei der Aufnahme von Patienten und im weiteren Verlauf ist das Augenmerk häufig ausschließlich auf die akute Erkrankung, die zur Einweisung geführt hat, und den körperlichen Pflegebedarf konzentriert. Dass eine Demenzerkrankung vorliegt und damit Orientierungsstörungen und problematische Verhaltensweisen zu berücksichtigen sind wird ausgeblendet. Entsprechende Informationen werden nicht erfragt und die Bereitschaft zur Beteiligung der Angehörigen bei der Gestaltung des Krankenhausaufenthaltes wird nicht genutzt (vgl. Kleina, Wingenfeld 2007). Alles spricht dafür, dass Angehörige unverzichtbare Begleiter und Unterstützer für demenzkranke Patienten sind (vgl. Harms, Bigalke 2007). Sie sollten deshalb in den Krankenhäusern als „Experten in eigener Sache“ und Partner anerkannt werden.

Wenn Patientenorientierung ernst genommen wird, dann spielen Angehörige eine zentrale Rolle für das Wohlergehen der Kranken.

Angehörige verfügen über ein umfassendes Wissen (biografisch) über den Erkrankten. Diese Informationen können zum besseren Verständnis von Eigenheiten, Ängsten und Vorlieben des Kranken führen.

Angehörige sind aufgrund der häufig langjährigen Pflege zu Experten der individuellen Bedürfnisse und Wünsche des zu Pflegenden geworden und wollen ihr Wissen auch weitergeben. Angehörige können Verständnis für die Situation des Kranken schaffen, denn sie können z. B. herausforderndes Verhalten erklären. Sie sind Dolmetscher gegenüber dem Klinikpersonal.

Angehörige möchten auch weiterhin, also auch bei Aufnahme in ein Krankenhaus oder den Umzug in ein Heim Verantwortung übernehmen. Sie wollen informiert sein über den Gesundheitszustand ihres Kranken.

Es gilt also Angehörige mit ihrem Expertenwissen ernst nehmen, wertzuschätzen und einzubeziehen im Sinne eines Dialogs zwischen Fachkräften und „Laienexperten“ und die Leistung der Angehörigen anzuerkennen.

5.4 Wie kann das gehen?

5.4.1 Stichpunktliste

- ▶ Systematische Einbindung von Angehörigen (Bsp. Modell Krankenhaus Lübbecke)
- ▶ Anbieten einer Angehörigensprechstunde
- ▶ Strukturierte Angehörigenberatung (z.B. Demenzberatung in Kooperation mit der Alzheimer Gesellschaft Berlin)
- ▶ Rooming-in (Mitaufnahme des Angehörigen ermöglichen)
- ▶ Angehörigenvisite (Zusammenarbeit/Zusammenkommen zwischen Angehörigen und Professionellen. Ähnlich einer Visite, nur dass die Angehörigen mit einbezogen werden. Gespräch auf Augenhöhe)

5.4.2 Drei Wünsche an die gute Fee (Angehörigenbericht)

Wie stelle ich mir aufgrund der gemachten Erfahrungen das Krankenhaus der Zukunft in Bezug auf Demenzkranke vor?

Hätte ich also – wie im Märchen - drei Wünsche frei, so würde ich der Fee, die dann normalerweise ins Spiel kommt, die folgenden drei Wünsche präsentieren:

Mein erster Wunsch ist, dass Demenzkranke bereits in der Notaufnahme in einem speziellen, ruhigeren Bereich untergebracht werden können, von dem aus auch ein direkter Zugang zur Röntgenabteilung und anderen diagnostischen Bereichen vorhanden ist.

Mein zweiter Wunsch ist, dass es in der Notaufnahme oder überhaupt im Krankenhaus speziell qualifizierte Krankenschwestern und -pfleger als Demenzbeauftragte gibt, die sich um die besonderen Belange der an Demenz erkrankten Menschen kümmern können.

Mein dritter Wunsch ist, dass begleitende Angehörige als Spezialisten für den Erkrankten wahrgenommen und ihre Expertise und Unterstützung aktiv genutzt werden, sofern die Angehörigen es anbieten. Hierzu sind auch genügend Rooming-in- Möglichkeiten notwendig.

Und zwar

- ▶ auf speziellen Stationen
- ▶ mit entsprechend geschultem Personal
- ▶ bei einem deutlich höheren Personalschlüssel

(Angehörigenbericht, Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. 2015)

5.5. Literatur

Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. (2015). In: Mitteilungen. Wenn Demenzkranke ins (Akut) Krankenhaus kommen – Wunsch und Wirklichkeit. S. 14-17.

Cullberg J (1978) Krisen und Krisentherapie. Psychiatrische Praxis, 5, 25-34

Doppelt hilft besser (2011). Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Projekt: Neue Wege bei der Betreuung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus Lübbecke

Fuhrmann, I.; Gutzmann, H.; Neumann, E.-M.; Niemann-Mirmehdi, M. (2005): Abschied vom Ich – Stationen der Alzheimer-Krankheit. Herder Spectrum. (Hrsg.: Alzheimer- Gesellschaft Berlin e.V.)

Harms, E., Bigalke, S. (2007): Demenz im Krankenhaus. Achtung! Patient mit Demenz! Teil 2. *Die Schwester Der Pfleger*, 04/07, 1-3

Kleina, T., Wingenfeld, K. (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Zank, S, & Schacke, C.: Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 1. Berlin. 2004



Foto: © Klaus Heymadsch

Impressum

Herausgeberin

Professor Dr. Vjera Holthoff-Detto
Chefärztin der Klinik für
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe
Höhensteig 1
12526 Berlin
und
Medizinische Fakultät
Technische Universität Dresden
Fetscherstrasse 74
01307 Dresden

Satz

Anne Meyer
✉ www.meyer-anne.de

Erste Auflage, 2019

ISBN 978-3-00-063028-6



Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH
Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe
Höhensteig 1
12526 Berlin
www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de

Gefördert von



Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstr. 31
70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de