

## Menschen mit Demenz im Krankenhaus aktuelle Entwicklungen und Trends



Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik  
Christiane Pinkert, MScN  
DZNE, Standort Witten und  
Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke

Menschen mit Demenz im (nicht geriatrischen) Krankenhaus =

**Aufnahmearbeit ist NICHT die Demenz**

**Patient mit Demenz "stört" Abläufe**  
*noch mehr als andere Patienten*

ist schlecht auf die Versorgung von Menschen mit Demenz vorbereitet

- **Struktur ist organzentriert**  
(Darmzentrum, Brustzentrum...)
- ➔ **Multimorbidität ist nicht vorgesehen**  
**Demenz schon gar nicht**



DZNE e. V. – Standort Witten

ist schlecht auf die Versorgung von Menschen mit Demenz vorbereitet

- **Behandlungsabläufe sind straff organisiert (Zeitdruck)**  
➔ **anpassungsfähige, kooperationsbereite Patienten sind gefordert, genau das fällt Menschen mit Demenz schwer**
- **räumlich Gestaltung und hektische laute Atmosphäre**  
➔ **widerspricht Bedürfnis von Menschen mit Demenz nach Ruhe, Ordnung und Vertrautheit**
- **Ärzte/ Pflegende u.a. sind an Akutversorgung orientiert**  
➔ **Überforderung bei Menschen mit Demenz**

DZNE e. V. – Standort Witten

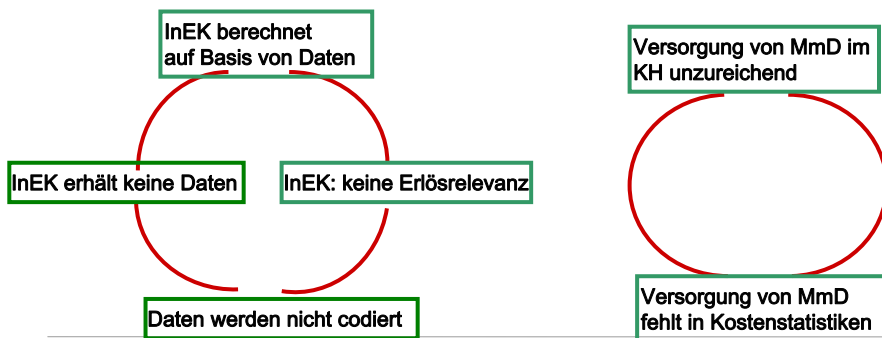
Trier, 12.5.2011

Genauere Daten gibt es nicht

- ca. 50% Pat. im Krhs > 60 Jahre mit steigendem Anteil
- Demenzerkrankung steigt mit Lebensalter: ca. 20% bei 85-89Jährigen
- MmD im Krankenhaus in 2 dtsch. Studien:
  - 1997 11% auf chirurgischen und internistischen Stationen (Lübeck, Arolt et al.)
  - 2009 29% in Geriatrie (PAOLA-Studie, Trauschke et al.)
- Internationale Studien: Menschen MIT Demenz werden eher in Krankenhaus eingewiesen als Vergleichbare OHNE Demenz
- in seltensten Fällen ist Demenz Einweisungsgrund, sondern akutes Ereignis, das aber durch demenzbedingtes Verhalten ausgelöst worden sein kann

- Die Demenz und der kognitive Status werden erst wahrgenommen bei "Problemen"
  - Screening von älteren Pat. ist nicht üblich
- Die Diagnose ist oftmals nicht gestellt trotz vorhandener und im Umfeld bekannter Demenz
- Kommunikationsbrüche verhindern Info über Demenz
- Zu Hause "unauffälliges" Leben mit Demenz kann im Krankenhaus "auffällig" werden
- Fehlende Diagnostik:
  - ➔ Keine Info über Einwilligungsfähigkeit, über Auskunftsfähigkeit z.B. zu Beschwerden, z. B. Schmerz
  - ➔ Risiken für Krankheitsfolgen sind erhöht

Erlösrelevant nur: Alzheimer Demenz und Vaskuläre Demenz  
 und nur: wenn Befund dazu vorliegt  
 bei ca. 1/3 der Patienten liegt kein abgesicherter Befund vor



- Entwicklung herausfordernder Verhaltensweisen (Aggressivität, Agitiertheit...)
- Desorientierung, Abwehrverhalten, Selbstgefährdung  
 → Sedierung und Fixierung
- Häufung nosokomialer Infektionen
- Entwicklung eines Delirs, häufig (insbesondere nach invasiven Maßnahmen)
  - Verzögerung der Entlassungsfähigkeit  
 → Verlängerung der Krankenhausverweildauer  
 Bei gleicher Diagnose ohne Demenz doppelt so lang wie mit Demenz (Friedrich 2005)  
 Im Durchschnitt 3,7 Tage länger

- höhere Mortalitätsraten
- Abnahme der physisch funktionalen Fähigkeiten
- Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten
  - ➔ höhere Rehospitalisierungsraten
  - ➔ Risiko, nach dem Krankenhausaufenthalt in ein Altenheim entlassen zu werden, ist deutlich erhöht

### 1. Inhalte (zentral wichtig)

- Systematisches Screening älterer Patienten: Ist Demenz wahrscheinlich?
- Personenzentrierter, verstehender Ansatz im Umgang (das braucht Zeit!)
- Erhalt und Förderung bestehender Ressourcen

### 2. Agierende Personen

- Weitgehende Einbeziehung von Angehörigen
- Unterstützung durch "Alltagsbegleiter", Ehrenamtliche (geschulte!)

### 3. Schulung

- Management: Bedeutung des Themas
- Professionelle: Nachhilfe zum Thema Demenz
- Sensibilisierung (Schulung) aller (!) Mitarbeiter mit Patientenkontakt - auch Pförtner, Servicekräfte

### 4. Räumliche Anpassung, Umgebungsgestaltung

### Strukturebene

#### 1. Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste

- Einfach: übliche Anforderung durch Stationsarzt
- Kontaktmodell: regelmäßige Konsile bei Patienten best. Gruppen
- Liaisondienste (am sinnvollsten): Multidisziplinäre Teams, evtl. mit Funktion nach der Entlassung:
  - Einzelfälle: weniger Heimumzüge, Verkürzung der VWD, niedrigere Rehospitalisierungsraten

#### 2. Geriatrische Spezialabteilungen

- mit geriatrischem Team (multidisziplinär, rehabilitierend orientiert)

- GISAD (geriatrisch-internistische Station für akuterkrankte Demenzpat.), Bethanien Krankenhaus Heidelberg
  - geschützte Umgebung für mobile verwirrte Pat.: Vermeidung von Sedierungsmaßnahmen
  - Aktivierungsangebote
  - Fortbildungen

Müller et al. in Pflege & Gesellschaft 13 (4) 2008, 321
- Rooming-in für Angehörige, Krankenhaus Lübbecke
  - Stabilisierung auf Ebene persönlicher Beziehung

Bericht [www.dip.de](http://www.dip.de) Februar 2011
- Tagesbetreuung für Menschen mit Demenz, GK Herdecke
  - Gruppenangebote mit Musiktherapie, Heileurythmie
  - Strukturierung des Tagesrhythmus
  - Fortbildungen für Pflegende

- Geriatrische Betreuung bei Operationen, Vorbereitung und Nachbereitung durch Pflegeexpertin, St. Franziskus-Hospital Münster, Ziel: Vermeidung von Delir
- Café Memory in der Chirurgie mit Ehrenamtlern, Bergmannsheil Bochum
- Segregierte "Station Siloah" mit speziell qualifizierten Mitarb., Umgebungsanpassung, Bethanien Hamburg
- Ehrenamtlicher Lotsendienst (Grüne Damen, Herren), Schulung und Praxisreflexion, Marienkrankenhaus Hamburg
- Verkürzung/ Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, Vorherige Kontaktaufnahme mit KH, Rooming-in, Klinikum Braunschweig
- Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst, Kaufbeuren

- ACE (Acute Care fo the Elderly), multidisziplinäre Versorgung, USA
- NICHE (Nurses Improving Care for Healthsystem Elders), nationale Initiative, u.a. Reduktion von Delir bei älteren Patienten, USA
- Basler Demenz-Delir-Programm, Forschungs- und Praxisentwicklungsprogramm zur Prävention + frühen Erkennung + Behandlung von Delir

- Bereitschaft des Krankenhauses/ des Managements zu stärkerer Patientenorientierung
- Anpassung des Krankenhausmilieus an Bedürfnisse der Menschen mit Demenz
- Offenheit für Lernprozesse quer durch alle Berufsgruppen
- stärkere interdisziplinäre und sektorübergreifende Vernetzung
- Sicherheit von Nachhaltigkeit durch aufsuchende Nachsorge

Kirchen-Peters et al. 2009

### Perspektive der Menschen mit Demenz

- Welche Bedürfnisse haben MmD im Krankenhaus?
- Wie erleben Sie den Wechsel und die Behandlung im Krankenhaus?
- Was macht gute Behandlung von MmD im Krankenhaus aus? Wie feststellbar?

### Fragen der Effektivität

- Welche Konzepte führen zu welchen Effekten?
- Wie lässt sich Krankenhauseinweisung vermeiden?
  
- Wie groß ist Anteil von MmD im Krankenhaus tatsächlich?
- Welche Kosten sind damit verbunden?

## Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

