

"Akutkrankenhaus als "window of opportunity" für nachhaltige Demenzbehandlung"

Kurzbeschreibung

Geplant ist die Entwicklung und Etablierung von Betreuungs- und Behandlungskonzepten für Menschen mit Demenz im Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge. Ein innovativer Leitgedanke ist, dass nicht nur Risiken und Belastungen, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind, durch geeignete Maßnahmen reduziert werden, sondern der Aufenthalt als eine Chance genutzt wird Kranke wegen der Demenz zu behandeln und die Versorgung nach der Entlassung dem individuellen Bedarf anzupassen. Hierfür ist ein Aufbau von Versorgungsnetzwerken im Stadtbezirk geplant. Die Fördermittel der Robert Bosch Stiftung sind zur Unterstützung der Entwicklung von neuen Konzepten beantragt. Eine dauerhafte Implementierung und strukturelle Anpassung wird aus den Eigenmitteln des Krankenhauses finanziert.

1. Ziele des Vorhabens

Das Vorhaben zielt auf die Entwicklung und Etablierung von Betreuungs- und Behandlungskonzepten für Menschen mit Demenz (MmD) und anderen relevanten kognitiven Beeinträchtigungen in akuten somatischen Stationen des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (KEH), eines Allgemeinkrankenhauses der Regelversorgung. Im Hinblick auf effektive und nachhaltig wirksame Behandlung soll gleichzeitig eine Zusammenarbeit mit den Akteuren der lokalen Versorgung ausgebaut werden.

Diesen übergeordneten Zielen sind mehrere Teilziele abgeleitet, die sich den folgenden Gruppen zuordnen lassen:

- Schulungen für Mitarbeiter des KEH, für Angehörige, für freiwillige Helfer und für die Haus- und Fachärzte aus dem Stadtbezirk
- Etablierung der Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Betreuern während des Aufenthaltes im KEH und nach der Entlassung

- Etablierung von Liaisondiensten
- Integration der Angehörigen, der professionellen Betreuer und, soweit möglich, der Kranken in die Behandlung
- Aufbau von neuen strukturellen Einheiten, die auf spezielle Bedürfnisse von MmD und anderen älteren Kranken mit relevanten kognitiven Beeinträchtigungen eingestellt sein werden. Hierzu zählen das Kompetenz Zentrum Demenz (KZD), drei neue Stationen (Alterstraumatologisches Zentrum, Spezialstation der Geriatrie und Kurzliegerstation)
- Aufbau von Versorgungsnetzwerken, um eine an den individuellen Bedarfen ausgerichtete, lückenlose und kontinuierliche Versorgung von Demenzkranken zu sichern.

Insgesamt strebt das KEH an (1), Risiken und Belastungen, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind, zu reduzieren und gleichzeitig (2) den Aufenthalt als eine Chance zu nutzen, die Kranken wegen der Demenz zu behandeln und die Versorgung nach der Entlassung dem individuellen Bedarf anzupassen. Dies bedeutet, dass die Diagnose Demenz auch in akuten somatischen Krankenhausstationen, als eine der Zieldiagnosen betrachtet wird. Zu den Zielen des Vorhabens gehört schließlich auch die Vermittlung der gewonnenen Facherfahrungen im Rahmen von eigens organisierten Symposien, Kongressteilnahmen und Publikationen.

2. Ausgangslage: Wo liegt das Problem?

Der Anteil von Patienten, die wegen somatischen Erkrankungen stationär behandelt werden und gleichzeitig unter einer Demenz leiden, ist hoch und wird in Zukunft erheblich steigen.

Die meisten Krankenhäuser sind hierauf nicht vorbereitet und bieten in Bezug auf die Versorgung keine ausreichenden Lösungsansätze.

Wesentliche Problembereiche:

1. Demenz wird häufig im Krankenhaus nicht wahrgenommen. Untersuchungen zeigen, dass eine große Anzahl von Demenzpatienten nicht diagnostiziert und therapiert wird (u. a. Melchinger und Machleidt, 2005). Wird die Demenz erkannt, dann wird sie häufig nur als „Nebendiagnose“ betrachtet und in die Behandlung nicht miteinbezogen. Die Chance, MmD in einem Akutkrankenhaus wegen (und nicht nur „trotz“) Demenz zu behandeln, wurde bis jetzt vollständig vernachlässigt.

2. Eine am individuellen Bedarf ausgerichtete, lückenlose und kontinuierliche Versorgung von Demenzkranken ist derzeit sehr defizitär (Baumgart et al., 2014).
3. Die besonderen Bedürfnisse von stationär behandelten Patienten mit Demenz werden nicht ausreichend berücksichtigt. MmD reagieren im Krankenhaus oft mit Angst und Abwehr, besonders wenn sie den Behandlungsanlass, die neue Situation und die belastenden Maßnahmen nicht verstehen. Die Verständigung mit den Mitarbeitern ist durch die kognitiven Beeinträchtigungen erschwert. Der Aufenthalt im Krankenhaus ist für MmD besonders belastend und kann auch zu bedeutender Belastung und Überforderung der Angehörigen und von Mitarbeitern des Krankenhauses führen.
4. Bei stationär behandelten Menschen mit Demenz treten häufig – vermeidbare – Komplikationen auf: Das Risiko für Delirien, Harnwegsinfekte, Druckulzera, Pneumonien, schwere Flüssigkeits- und/oder Elektrolytstörungen sowie gastrointestinale Blutungen ist nach einer Studie von Bail et al. (2013) signifikant erhöht. Die Empfehlungen zur Reduktion der aufenthaltsbedingten Risiken und Belastungen, die u. a. die deutsche Alzheimer Gesellschaft (DAIzG) formuliert, wurden in den letzten Jahren in einigen Modellprojekten umgesetzt, fanden jedoch keinen ausreichenden Eingang in die Regelversorgung.
5. Demenzkranke werden häufiger stationär behandelt als Gleichaltrige ohne Demenz. Viele Klinikaufenthalte könnten durch eine umsichtige ambulante Versorgung vermieden werden.

3. KEH auf dem Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus der Regelversorgung:

Vorarbeiten

Das Evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) ist ein modernes Allgemeinkrankenhaus der Regelversorgung im innerstädtischen Berliner Bezirk Lichtenberg. Mit fast 800 Mitarbeitern versorgt es vor allem somatische und psychiatrische Patienten aus der Region Berlin Ost. Das KEH verfügt über 620 Betten und Behandlungsplätze in neun Fachabteilungen. Etwa 60% der Patienten im KEH sind älter als 70 Jahre, der Anteil von Patienten mit Demenz wurde bis jetzt nicht ermittelt.

Das KEH realisiert seit mehreren Jahren Projekte mit dem Ziel, die Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus zu verbessern. Das geplante Vorhaben baut auf die gewonnenen Erfahrungen und die fachliche Kompetenz der Mitarbeiter auf. Im Folgenden werden die bisher durchgeführten Vorarbeiten und Vorleistungen kurz geschildert.

3.1. Vermeidung postoperativer Delirien

Ausgehend von den Ergebnissen einer eigenen Studie zur Vermeidung postoperativer Delirien, die wir in den Jahren 2011 und 2012 durchgeführt haben (Publikation ist eingereicht), wurde eine Reihe von Maßnahmen zur Reduktion der Delirrate in somatischen Abteilungen etabliert. Im Rahmen dieser evaluierten Interventionen konnten wir die Delirrate auf einer chirurgischen Station deutlich senken und Delirverläufe abmildern. Das daraus entwickelte Behandlungskonzept auf der chirurgischen Station wurde bei Beibehaltung der Rahmenbedingungen (kein zusätzliches Personal, kein Modellprojekt, Finanzierung durch die Eigenmittel des KEH) erreicht. 2013 wurde begonnen, das neue Behandlungskonzept auf den anderen somatischen Stationen des Krankenhauses zu implementieren. Die Etablierung von Delirspezialisten auf diesen Stationen und ein multiprofessionelles Delirmanagement stehen dabei im Mittelpunkt. Ein pflegerischer Konsiliardienst wurde aufgebaut, Fallbesprechungen und Interventionen erfolgen regelmäßig. Ein pflegerischer Liaisondienst ist geplant (vgl. 5.7.).

3.2. Umgang mit Schluckstörungen

Von 2007 bis 2009 wurde eine empirische Untersuchung zur Einführung eines Ernährungsassessments bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus durchgeführt. Im Ergebnis werden die bei einer fortgeschrittenen Demenz häufigen Schluckstörungen systematisch erfasst und beim Essensangebot berücksichtigt. Hierdurch lässt sich die Häufigkeit von Komplikationen wie z. B. Pneumonien senken (Schlauß et al., 2012).

3.3. Pflegeexperten Demenz für alle Stationen

Seit 2014 werden Pflegekräfte in allen Stationen zum Thema „Demenz“ ausgebildet. Es wurde hierfür ein spezielles, 40 Stunden umfassendes Curriculum erarbeitet. Die so geschulten Pflegefachkräfte sollen vor Ort als Multiplikatoren wirken. Das Schulungsprogramm wird 2015 fortgesetzt (vgl. 5.5).

3.4. Ausbildung der Pflegeexperten für Management von Demenz und Delir auf der Krankensebene

Vorbereitet ist eine Ausbildung von Pflegeexperten, die in Krankenhäusern Konzepte zu dem Themenkreis „Management von Demenz und Delir“ entwickeln und umsetzen können.

Ab Februar 2015 beginnt hierzu eine durch das KEH vorbereitete Weiterbildung, die in Kooperation mit dem Evangelischen Diakonieverein Zehlendorf und der AOK Nordost

durchgeführt wird. Dieses Angebot richtet sich an alle Krankenhäuser in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern.

3.5. Pflege in Familien fördern (PfiFf): Kooperation mit der AOK Nordost

Im Rahmen des PfiFf –Projektes unterstützt die AOK Nordost pflegende Angehörige mit einem umfassenden Schulungsprogramm. Das Curriculum beinhaltet praxisrelevantes, pflegfachliches Wissen über die alltäglichen Verrichtungen der Pflege und auch Kenntnisse über entlastende Hilfen und kompetente Anlaufstellen. Die Anleitung und die Wissensvermittlung finden zum Teil in der Häuslichkeit, und zum Teil in Form von Pflegekursen im Krankenhaus statt. Das KEH hat einen entsprechenden Kooperationsvertrag mit der AOK Nordost abgeschlossen und wird ab 2015 sowohl an den Kursen als auch an den Hausbesuchen beteiligt (vgl. 5.4.).

3.6. Demenz als Zieldiagnose: Entwicklung und Etablierung von SET basierten Behandlungspfaden für Demenzkranke auf zwei akuten Stationen (ein Pilotprojekt)

Im Fokus der bisherigen Konzepte und Empfehlungen zur Behandlung von MmD in akuten Krankenhausstationen stand die Reduktion der aufenthaltsbedingten besonderen Belastungen. Im KEH wird im Rahmen eines siebenmonatigen Projektes (Juli 2014 bis Januar 2015) ein Behandlungskonzept eingeführt, bei dem die Demenzdiagnose als Indikation zur Behandlung berücksichtigt wird und damit als Zieldiagnose fundiert. Das Behandlungsprogramm basiert auf der Selbsterhaltungstherapie (SET).

Die Implementierung der SET erfolgt in der Zusammenarbeit der multidisziplinären Therapeutenteams mit Barbara Romero, Autorin des Konzeptes.

Die SET stellt ein theoretisch begründetes und praktisch erprobtes Behandlungskonzept dar, das speziell für MmD entwickelt und auch evaluiert wurde. Die Implementierung findet zuerst in gerontopsychiatrischen und geriatrischen Akutstationen des KEH statt. Das Konzept zielt auf eine Verbesserung der nachhaltigen Wirkung psychosozialer Interventionen auf Akutstationen. Es werden dabei sowohl die für den Alltag zu Hause relevanten Ziele als auch die Integration von Angehörigen in den Behandlungsprozess besonders gefördert.

Die SET soll im Rahmen der Entwicklung des KEH zu einem „Demenzsensiblen Krankenhaus“ ein immanenter Bestandteil der Gesamtkonzeption für alle Bereiche des KEH werden (vgl. 5.1.).

3.7. Tagesklinik Geriatrie

Zum Januar 2015 wird das geriatrische Angebot am KEH durch eine Tagesklinik erweitert.

4. Projektleitung und Kooperationspartner

Projektleitung:

Herr E. Schlauß (im Auftrag der Geschäftsführung des KEH)

Kooperationspartner:

Es besteht eine jahrelange Zusammenarbeit mit den lokalen Institutionen, die an der Versorgung von MmD in Berlin Lichtenberg beteiligt sind. Dazu gehören vor allem die Vereine „Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg“, „Alzheimer Angehörigen-Initiative“ und „Alzheimer Gesellschaft Berlin“, sowie Anbieter der Betreuungsdienste („Lichtenberger Betreuungsdienste“, „Haltestelle Diakonie“). Geplant ist eine Erweiterung der Zusammenarbeit mit den lokalen Akteuren, die an der Versorgung von Betroffenen beteiligt sind (5.2., Kompetenz Zentrum Demenz/Aufgabenbereiche). Es besteht ein Informationsaustausch mit dem Ev. Krankenhaus Bielefeld, insbesondere zum HELP – Projekt.

Erfahrungsstand: Beschreibung der Qualifikation Herrn Schlauß (Projektmanagement) und Fr. Dr. phil. Romero (Beratung zum Behandlungskonzept im KEH)

Herr Eckehard Schlauß, staatlich anerkannter Altenpfleger und Diplomgerontologe, leitet im KEH das Demenz-Delir-Management. Er hat seit 2007 mehrere Projekte initiiert und geleitet, die zur Verbesserung der Situation von Patienten mit Demenz und/oder mit Delir während des Krankenhausaufenthaltes geführt haben.

Zu den Projekten, die in einer dauerhaften Anpassung der Behandlungs- und Betreuungsbedingungen an die Bedürfnisse von Patienten mit relevanten kognitiven Beeinträchtigungen resultierten und von Evaluationsstudien begleitet waren, gehörten u. a. die Einführung eines Ernährungsassessment, eines Schluckscreening und das „demenzfreundliche Essen“ am KEH (Schlauß et al., 2012), die Etablierung eines Behandlungspfades durch Liaisonpflege im Rahmen der Prävention und Behandlung älterer Patienten mit Delir auf chirurgischen Stationen (eingereicht zur Publikation). Herr Schlauß engagiert sich

deutschlandweit für die Entwicklung der Konzepte und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für psychosoziale Betreuung und Pflege.

Dabei nimmt er die Interessen von besonders schwer Betroffenen und oft benachteiligten Patientengruppen in den Blick: MmD und geistig Behinderte (u. a. Schlauß, 2009; 2010; Schlauß und Diefenbacher, 2011). Herr Schlauß ist beteiligt an der Arbeit von mehreren lokalen und überregionalen Fachgremien, u. a. vertritt er das KEH in der Arbeitsgruppe: „Praxis – Forschungsdialog“ am DZNE in Witten. In Anerkennung seines beruflichen Engagements bekam Herr Schlauß in diesem Jahr den DGPPN Innovationspreis für Pflege- und Gesundheitsfachberufe in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

Frau Dr. phil. Barbara Romero, klinische Neuropsychologin (GNP), ist seit etwa 30 Jahren an Entwicklungen und Lehre von Behandlungskonzepten für Demenzkranke und Hilfen für Angehörige beteiligt. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, TU München (1985 – 2004) hat sie die Selbsterhaltungstherapie (SET), ein Konzept zur Behandlung und Betreuung von Demenzkranken entwickelt (vgl. 5.1.). Frau Dr. Romero ist Konzeptgeberin und war langjährige Leiterin des Alzheimer Therapiezentrums (ATZ) der Neurologischen Klinik Bad Aibling (1999 – 2010). An dem integrativen ATZ - Behandlungsprogramm nehmen seit 1999 Kranke mit Demenz, immer in Begleitung von betreuenden Angehörigen teil. Frau Dr. Romero war leitend bzw. mitleitend an mehreren Studien zur Wirkung des ATZ-Programms, beteiligt, zuletzt im Rahmen des Leuchtturmprojektes „SKEPSIS“ (u. a. Romero und Wenz, 2001; Romero et al., 2007; Schiffczyk et al., 2013). Im Jahre 2000 hat Frau Dr. Romero den ersten Forschungspreis der DALzG für eine Untersuchung zum Thema: „Therapeutische Wirkung eines zeitlich limitierten stationären Behandlungsprogramms für Demenzkranke und betreuende Angehörige“ bekommen. Seit 2011 ist Frau Dr. Romero als freiberufliche Diplompsychologin in Berlin tätig. Sie beteiligt sich deutschlandweit und international an der Entwicklung und Umsetzung der Konzepte zur Behandlung, Betreuung und Unterstützung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen (www.set-institut.de).

Frau Dr. Romero ist Gründungsmitglied der Alzheimer Gesellschaft München e. V. Sie ist als Expertin an der Erstellung der deutschen S3 Leitlinie Demenzen beteiligt.

5. Das KEH auf dem Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus: geplante Maßnahmen

Entsprechend der Zielsetzung werden Maßnahmen zur Entwicklung und Etablierung der Betreuungs- und Behandlungskonzepte für MmD und anderen relevanten kognitiven Beeinträchtigungen eingesetzt. Zur Unterstützung der nachhaltigen Wirkung der

Krankenhausbehandlung werden Maßnahmen angewandt, die auf den Aufbau von lokalen Versorgungsnetzwerken zielen und den Demenzkranken eine an den individuellen Bedarf angepasste, lückenlose und kontinuierliche Versorgung ermöglichen.

5.1. Psychosoziales Behandlungs- und Betreuungskonzept für Menschen mit Demenz im KEH

Psychosoziale Behandlungsstandards bei Demenz sind erst in der Entwicklung. Die Therapieziele und die Aufgaben der beteiligten Berufsgruppen erfordern eine Reflexion und eine konsequente Anpassung an die Zielgruppe (eine fortschreitende Erkrankung, die die Abhängigkeit von der Umwelt deutlich und zunehmend verstärkt). Das KEH verfolgt in allen Fachabteilungen das Ziel, die Bedürfnisse der Kranken mit (Nebendiagnose) Demenz zu berücksichtigen. Es ist eine Weiterentwicklung des so ausgerichteten Betreuungskonzeptes, verbunden mit einer wesentlichen Erweiterung der bisherigen Maßnahmen zur Reduktion der aufenthaltsbedingten Risiken und Belastungen, geplant. Es geht dabei um eine bestmögliche Behandlung trotz Demenz und eine Entlastung der Demenzkranken, der Mitpatienten, des Personals und der Angehörigen.

Darüber hinaus sollen spezielle Behandlungskonzepte für Menschen mit Demenz etabliert werden. Es ist dabei geplant, die Behandlungsziele so zu erweitern, dass die Demenzdiagnose als Indikation zur Behandlung berücksichtigt wird und damit als Zieldiagnose fundiert.

Reduktion der aufenthaltsbedingten Risiken und Belastungen

Das Behandlungs-, Pflege- und Betreuungskonzept, dass die Reduktion von Belastungen und Risiken bei Patienten mit Demenz und anderen relevanten kognitiven Beeinträchtigungen zum Ziel hat, beinhaltet mehrere Elemente, die in weiteren Abschnitten kurz dargestellt werden:

1. Frühzeitige Erkennung der kognitiven Beeinträchtigung und eine entsprechende Zuordnung zur Weiterbehandlung (vgl. 5.2./Maßnahmen bei der Zentralen Aufnahme, EDV –unterstützte interne Kommunikation)
2. Adäquater struktureller Rahmen (vgl. 5.2./spezielle Stationen)
3. Qualifizierte Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen (vgl. 5.5., 5.7.)
4. Integration der Angehörigen in die Betreuung (vgl. 5.4.)
5. Integration der freiwilligen Betreuungskräfte (vgl. 5.3.)

Demenz als Zieldiagnose: Entwicklung und Etablierung von Behandlungspfaden für Demenzkranke, um eine nachhaltige Wirkung der Demenzbehandlung zu erreichen.

Im Rahmen dieses Teils des Vorhabens möchte das Krankenhaus überprüfen, welche Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen eines Akutkrankenhauses bestehen, um die Betroffenen wegen (und nicht nur trotz) der Demenz zu behandeln. Die Implementierung eines so ausgerichteten Behandlungskonzeptes in allen somatischen Stationen des KEH wird auf den Erfahrungen des Pilotprojektes basieren (vgl. 3.6.). Der zeitlich limitierte Aufenthalt im Krankenhaus bietet die Möglichkeit, die vorliegende Demenz zu erkennen, die Versorgungssituation in Hinblick auf diese Diagnose zu überprüfen und Maßnahmen einzuleiten, um die häufig bestehenden Versorgungslücken (auch solche, die die Unterstützung der Angehörigen betreffen) zu schließen. Weiterhin kann die Möglichkeit bestehen, individuelle Ressourcen der Kranken zu erkennen und die hierzu gewonnenen Erfahrungen der Pflege und der anderen Therapeuten den Betreuern zu vermitteln.

Das KEH-Behandlungskonzept für MmD soll einerseits Ziele, die während des stationären Aufenthaltes erreicht werden können (z. B. Klärung der Versorgungssituation, Erkennen der Ressourcen des Kranken), berücksichtigen. Gleichzeitig wird ein besonderer Wert auf die nachhaltige Wirkung der Behandlung gelegt. Um die nachhaltige Wirkung des ressourcenorientierten Ansatzes zu unterstützen, werden Angehörigen und andere Betreuer in das Behandlungsprogramm integriert.

Die im Behandlungsverlauf erarbeiteten individuellen Ressourcen (u. a. Interessen, Fähigkeiten, Partnerschaft) werden standardisiert erfasst und als praktische Empfehlungen bzgl. der ambulanten Behandlung und Alltagsplanung an die weiterbehandelnden und betreuenden Personen schriftlich berichtet.

Damit die Krankenhausempfehlungen im Alltag umgesetzt werden können, müssen Angehörige dafür vorbereitet werden, aber auch und vor allem müssen unterstützende Netzwerke (Vernetzung mit Pflegestützpunkten, ambulanten Pflegediensten, Pflegeheimen u. a.) ausgebaut werden. In der akuten stationären Versorgung wollen wir sekundär-präventive Ziele setzen, und entscheidende Weichen für die weitere Versorgung im Wohnumfeld stellen. Die während der stationären Behandlung mit den Patienten, Angehörigen und anderen beteiligten Unterstützern erarbeiteten individuellen Versorgungspläne sollten nach der Umsetzung helfen, Ressourcen der Kranken und der Familien zu erhalten und Komplikationen zu vermeiden. Im Rahmen der Entwicklung unterstützender Netzwerke möchten wir Organisationen wie die DALzG, die Alzheimer Angehörigen -Initiative e. V. [AAI] oder die Haltestelle Diakonie stärker integrieren.

Bei der Planung des Behandlungspfades mit der Indikation „Demenz“ möchten wir uns an das Konzept der Selbsterhaltungstherapie (SET) und deren Anwendungen in der Regelversorgung, orientieren. Die Entwicklung des SET Konzeptes an der TU München wurde Anfang der 90er Jahre von der Bosch Stiftung gefördert. Ebenfalls von der Stiftung gefördert wurde eine Anwendung der SET im Robert Bosch Krankenhaus (12.5.1365.0041.0). Inzwischen findet das Konzept mehrere Anwendungen und eine breite fachliche Akzeptanz. Umfassende Erfahrungen mit einem SET-basierten Behandlungsprogramm wurden vor allem am Alzheimer Therapiezentrum (ATZ) Bad Aibling gemacht. Die Effektivität des Rehabilitationsprogramms im ATZ, an dem Demenzkranke und deren Angehörige beteiligt sind, wurde in mehreren Evaluationsstudien, u. a. im Rahmen der Leuchtturm-Projekte, überprüft (Schiffczyk et al., 2013; Romero, 2004, Romero et al., 2007). Aktuell wird in der neu eröffneten Tagesklinik für Menschen mit Demenz in Mainz die SET dem Behandlungskonzept zugrunde gelegt.

Die Anwendung des SET-Konzeptes unter den Bedingungen von somatischen Akutstationen erfordert eine entsprechend angepasste Vorgehensweise, die das KEH erarbeiten möchte. Im Rahmen des Projektes werden Schritte unternommen, um die (1) Demenzdiagnose bei der Planung der prioritären Behandlungsziele adäquat zu berücksichtigen, die (2) Demenzdiagnose bei den therapeutischen Zielen der beteiligten Berufsgruppen adäquat zu berücksichtigen, (3) Maßnahmen, die der Nachhaltigkeit der Behandlung dienen (z. B. Angehörigenberatung, Nachsorge) zu erweitern, und (4) die multidisziplinäre Zusammenarbeit verstärkt zu unterstützen (u.a. Informationsfluss und Koordination der therapeutischen Maßnahmen zu verbessern).

Insgesamt soll das SET basierte Behandlungskonzept für MmD in allen somatischen Stationen die folgenden Elemente beinhalten:

1. frühzeitige Demenzdiagnose (neu stellen oder anamnestisch in Erfahrung bringen)
2. frühzeitige Ausrichtung der Behandlung auf Erkennen der Bedürfnisse und Ressourcen des Kranken und seines sozialen Umfeldes
3. frühzeitige Planung der Wohnsituation nach der Entlassung, um die Empfehlungen für die Begleitung des Kranken entsprechend anzupassen
4. Klärung, ob die Pflege entsprechend dem Bedarf gesichert ist (z. B. eine adäquate Begleitung beim Essen bei im KH festgestellten Schluckstörungen)
5. Klärung, ob die Begleitung bei der Zeitgestaltung im Alltag entsprechend dem Bedarf gesichert ist

6. Klärung, ob die betreuenden Angehörige von externer Unterstützung profitieren können. Bei Bedarf Vermittlung des Kontaktes zu der Einrichtung, die die weiteren sozialen Hilfen vermitteln kann. Aufbau der Motivation, die geeignete Unterstützung in Anspruch zu nehmen und vor allem einer zugehenden Beratung zuzustimmen.
7. Klärung, ob professionelle Pfleger und Betreuer (z. B. Pflegekräfte des Wohnheimes des Kranken) von einer Beratung und/oder Schulung profitieren können.
8. Vorbereitung von schriftlichen individuellen Empfehlungen für die Begleitung im Alltag, die sich aus den Erfahrungen der Mitarbeiter der Pflege des Krankenhauses ergeben.
9. Frühzeitige Kontaktaufnahme zu den Personen und Einrichtungen, die in die Erarbeitung einer individuellen, nach der Entlassung anwendbaren, Versorgungsplanung beteiligt werden sollten.

Die hier geschilderten, geplanten Maßnahmen sind von der Überzeugung geleitet, dass ein demenzsensibles Krankenhaus nicht nur die Belastungen, die mit einem stationären Aufenthalt verbunden sind, reduzieren, sondern insbesondere auch und gerade nachhaltige psychosoziale Interventionen den Betroffenen sichern sollen.

5.2. Anpassung der Strukturen und Abläufe an die Bedürfnisse der Kranken mit Demenz

Frühzeitiges Erkennen der Demenz in der Zentralen Aufnahme um Entscheidungen über weitere Zuweisung von Patienten einzuleiten

Eine qualifizierte Entscheidung bei der Aufnahme über die weitere Vorgehensweise ist für die wirksame Behandlung und Reduktion von Belastungen bedeutsam. Eine Einschätzung der relevanten kognitiven Einschränkungen ermöglicht, die kognitiv eingeschränkten Menschen entweder sehr viel schneller wieder zu entlassen oder in einem adäquaten Rahmen zu versorgen. Verlegungen sollten dann nur noch bei unbedingter Notwendigkeit erfolgen. Bei Kranken, bei denen keine Demenzdiagnose bekannt ist, die aber zu einer Risikogruppe gehören (z. B. wegen eines hohen Alters), wird eine orientierende Untersuchung kognitiver Leistungen durchgeführt. Für die Bedingungen einer Notaufnahme erscheint hierfür die Kurzversion des Abbreviated Mental Test Score (AMTS4, Swain & Nightingale, 1997) gut

geeignet. Es ist ein einfaches, aus vier Fragen bestehendes Verfahren, das sich auch im Robert Bosch Krankenhaus in Stuttgart gut bewährt hat.

Das Vorliegen einer bekannten Demenzdiagnose oder einer bei der Aufnahme festgestellten kognitiven Beeinträchtigung wird zukünftig bei der Entscheidung zur Weiterleitung des Patienten miteinbezogen.

Kommunikation innerhalb des Krankenhauses

Angaben zum kognitiven Status der Patienten, wie sie in der Zentralen Aufnahme erfasst werden, sollen zukünftig über das Krankenhaus Information System (KIS / Intranet) allen KEH Stationen zugänglich gemacht.

Die entsprechende Kennzeichnung soll allen Mitarbeitern klar signalisieren, dass diese Patienten spezielle Behandlungs- und Betreuungspfade benötigen.

Anpassung der Versorgungsplanung an die Häufigkeit der relevanten kognitiven

Einschränkungen bei KEH-Patienten

Anhand der Daten, die bei der Aufnahme erhoben werden, kann die Häufigkeit der Demenzdiagnosen und der orientierend erfassten kognitiven Auffälligkeiten in verschiedenen Altersgruppen (ab dem 70. Lebensjahr) bestimmt werden. Die Erhebung ist für den Zeitraum von vier Wochen geplant. Diese Daten werden bei der Versorgungsplanung im KEH miteinbezogen, u.a. zur Planung der Zusammenarbeit mit den Betreuungsdiensten.

Aufbau einer Kurzliegerstation

Für Patienten, die nur einer kurzen (max. 72 Stunden) stationären Behandlung bedürfen, ist in 2016 eine bettenführende Notaufnahmestation geplant. Patienten werden auf diese Station auch dann aufgenommen, wenn die Diagnosestellung und die Planung der weiteren Behandlung es erforderlich machen.

Aufbau eines Alterstraumatologischen Zentrums

Mit der Gründung und Etablierung eines „Alterstraumatologischen Zentrums“(atz) beschreitet das KEH neue und innovative Wege. Es soll ein speziell auf die Probleme der älteren Traumapatienten abgestimmtes interdisziplinäres Versorgungskonzept etabliert werden, um die Behandlungsqualität zu verbessern. Dabei spielen Demenzpatienten in der Versorgung eine besondere Rolle, da sie besonders von Komplikationen bedroht sind. Das

Konzept unserer Alterstraumatologie zielt auf eine risikoarme, komplikationsfreie perioperative Phase und umfassende Frührehabilitation sowie eine sichere Rückkehr in die gewohnte häusliche Umgebung. Zum Behandlungskonzept gehört die Vernetzung verschiedener Abteilungen, die folgende Vorzüge hat: Die Behandlungs- und Abklärungsmaßnahmen erfolgen parallel und nicht wie bisher sequentiell, sodass die notwendigen Maßnahmen frühzeitig erfolgen können und nicht aufgrund von organisations- oder strukturellen Gründen verzögert werden.

Die Behandlungsqualität steigt durch frühzeitige Erkennung und rechtzeitige Behandlung internistischer (Blutzuckerentgleisungen, Austrocknung), neurologischer (Parkinson Erkrankung) und psychiatrischer (Demenz) Problemkonstellationen, da die medizinisch-geriatrische Expertise vom ersten Behandlungstag an verfügbar ist.

Standardisierte Screeningmaßnahmen („ISAR-Screening“) werden bereits ab der atz-Aufnahme in den Behandlungsablauf integriert: Hierzu gehören die Einschätzung der Gedächtnisleistung, Mobilität, Alltagsfähigkeiten, Emotion und sozialen Situation.

Aufbau einer Spezialstation der Geriatrie

Die neue Station mit 10 Betten (gegenwärtiger Stand der Planung) für Patienten mit Demenz wird im 2. Halbjahr 2015 eröffnet. Im Rahmen dieser Station werden speziell an die Bedürfnisse von MmD angepasste Betreuungs- und Behandlungskonzepte, im weiteren Umfang, als es auf anderen somatischen Stationen möglich ist, umgesetzt. Mitarbeiter dieser Station werden auch besonders gut darauf vorbereitet, Patienten mit Delir bei Demenz (oder einem entsprechenden Verdacht) zu behandeln, zu pflegen und zu begleiten. Maßnahmen, die sich bei der Behandlung und Begleitung von Patienten bewähren werden, können dann auch in anderen Stationen angewandt werden. Als Beispiel kann die Anwendung von elektronischen Geräten, zur Lokalisation der Patienten innerhalb des Krankenhauses, dienen.

Kompetenz Zentrum Demenz (KZD) für Berlin Lichtenberg

Die Etablierung des geplanten Kompetenz Zentrum Demenz für den Berliner Stadtbezirk Lichtenberg am KEH stellt ein bedeutendes Element der Entwicklung zum demenzsensiblen Krankenhaus dar. Gleichzeitig soll das KZD dauerhaft an der Entwicklung von Standards für adäquate, lückenlose und kontinuierliche Versorgung von MmD in Lichtenberg mitwirken. Notwendige Elemente eines umfassenden medizinischen und psychosozialen Versorgungskonzeptes für MmD sind (1) Prävention, (2) frühe Demenzdiagnostik, (3) adäquate Therapie, (4) Integration der Angehörigen, Therapeuten, professionellen

Unterstützer und freiwilligen Helfer, (5) Ausbau und Integration von unterstützenden Einrichtungen, wie Beratungsstellen und Tagesbetreuungsstätten, (6) Öffentlichkeitsarbeit, Prägung der gewünschten sozialen Haltungen den Betroffenen gegenüber und (7) Sicherung von kontinuierlich tragender Finanzierung der Versorgung. Mit der Etablierung des KZD will das KEH die medizinische und psychosoziale Versorgung von MmD in Lichtenberg um neue Elemente erweitern und auch die Koordination, Kooperation und Vernetzung der zentralen Versorgungsakteure unterstützen. Dabei kann das KEH die bereits vorhandene Expertise wie auch Erfahrungen, die im Rahmen des hier geplanten Projektes gewonnen werden, anwenden.

Räumlichkeiten: Das KEH stellt hierfür notwendige Räumlichkeiten zur Verfügung.

Personal: Die Leitung soll ein Demenzexperte aus der Berufsgruppe der Pflege übernehmen. Hierfür wird das KEH eine entsprechende Anschubfinanzierung übernehmen. Für den geplanten personellen Ausbau des KZD wird eine Mischfinanzierung angestrebt, wobei das KEH dauerhaft entsprechende Stellenanteile finanzieren wird.

Aufgabenbereiche:

- die Koordination der Behandlung von MmD innerhalb des KEH;
- die Koordination und Vernetzung der Versorgung von MmD im Stadtbezirk;
Angestrebt wird eine Kooperation und Vernetzung mit allen Akteuren, die an der Versorgung von Menschen mit Demenz im Stadtbezirk beteiligt sind. Dazu gehören insbesondere: die Vereine „Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg“, „Alzheimer Angehörigen-Initiative“ und „Alzheimer Gesellschaft Berlin“ wie auch niedergelassene Haus- und Fachärzte und Vertreter der kommunalen Gesundheitspolitik. Es ist geplant, eine teilweise Refinanzierung der für die Etablierung der Kooperation und Vernetzung notwendigen Mittel durch den Spitzenverband der Pflegekassen, und eine finanzielle Förderung durch die Kommunalpolitik zu erreichen.
- die Planung und Organisation der Schulungsprogramme für KEH Mitarbeiter und für kooperierende, interessierte niedergelassene Haus- und Fachärzte aus dem Stadtbezirk;
- die Zusammenarbeit mit freiwilligen Helfern;
- die Öffentlichkeitsarbeit: Ein gesundheitspolitisches Engagement in die Sicherung adäquater Versorgungsinfrastrukturen und die Weiterentwicklung von Finanzierungskonzepten für die Versorgung – hierbei ist die Zusammenarbeit mit den Organen der Gesundheitspolitik und der Kommune wie auch mit Selbsthilfeorganisationen, Beratungsstellen u. a. geplant;
- Organisation der Symposien, Planung der Fachpublikationen u.a.

5.3. Begleiter im Krankenhaus und in der Häuslichkeit

Begleitung durch eine vertraute und im Umgang mit MmD geschulte Person kann den Betroffenen helfen, den Krankenhausaufenthalt als weniger belastend zu erleben. Weder die Angehörigen noch das Pflegepersonal sind in der Lage, die Kranken in dem zeitlichen Umfang zu begleiten, in dem es oft erforderlich wäre. Eine wichtige Rolle fällt deswegen Personen zu, die bereit sind, den Kranken ehrenamtlich zur Seite zu stehen.

Das KEH wird die bereits vorhandene Integration von ehrenamtlichen Betreuungsdiensten weiter ausbauen. Insbesondere ist Folgendes geplant:

- ***Aufbau eines Netzes von ehrenamtlichen Betreuungsdiensten:*** Geplant ist eine Vernetzung mit verschiedenen – bereits in dem Stadtviertel aktiven – Organisationen wie die Alzheimer Angehörigen Initiative e. V. [AAI], die Haltestelle Diakonie, die Lichtenberger Betreuungsdienste [LBD] u. a. Angestrebt wird eine Begleitung im KEH durch vertraute Betreuer, die bereits in der Häuslichkeit den Kranken begleitet haben und auch nach der Entlassung die Betreuung fortsetzen können. Bei den im KEH neu eingeführten Begleitern wird eine personelle Kontinuität über den stationären Aufenthalt hinaus angestrebt. Das KEH soll in dem Netzwerk der ehrenamtlichen Betreuungsdienste die inhaltliche Gesamtkoordination übernehmen. Für dieses neue Konzept der kontinuierlichen Betreuung werden Wege gesucht, um die bestehenden gesetzlichen Probleme mit der Finanzierung zu lösen.
- ***Aufbau von speziell qualifizierten intensiven Betreuungsdiensten:*** Patienten, die ein Delir bei Demenz entwickelt haben, profitieren von einer sehr intensiven, zeitlich umfassenden Betreuung. Die Begleitung dieser schwer kranken Patienten macht auch eine spezielle Qualifikation erforderlich, die man weder bei ehrenamtlichen Betreuungsdiensten noch bei stundenweise bezahlten Honorarkräften voraussetzen kann. Das KEH bereitet im Rahmen einer speziellen Schulung für diese Aufgabe Personen vor, die ein freiwilliges soziales Jahr (s. g. Betheljahr) absolvieren. Der Ansatz von speziell qualifizierten intensiven Betreuern kann sowohl in die therapeutischen Programme integriert werden als sich auch präventiv auswirken.

5.4. Zusammenarbeit mit den Angehörigen

Der Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus

Die DAzG hat bereits vor einigen Jahren ein Informationsbogen für MmD, die in ein Krankenhaus aufgenommen werden sollen, entworfen. Mit dieser Vorlage werden die

betreuenden Angehörige dabei unterstützt, eine schriftliche Auskunft über den Kranken vorzubereiten. Festgehalten werden auf diesem Wege u. a. personenbezogene Grunddaten, Angaben zu sensorischen und kognitiven Einschränkungen wie auch zu besonderen Verhaltensweisen, Bedürfnissen und Gewohnheiten des Kranken.

In der bisherigen Praxis des KEH haben Angehörige fast keinen (!) Gebrauch von diesem Informationsbogen gemacht.

Im Rahmen des geplanten Projektes werden Maßnahmen ergriffen, um Angehörige bzw. andere Betreuer (z. B. Mitarbeiter einer Wohn Einrichtung, ehrenamtliche Betreuer) zum Ausfüllen des Informationsblattes zu motivieren.

Integration der Angehörigen in die Behandlung

Der Krankenhausaufenthalt einer nahe stehenden Person mit Demenz und/oder Delir ist auch für die Angehörigen mit besonderen Belastungen verbunden. Um den Bedürfnissen von Angehörigen zu entsprechen, sieht das KEH das Folgende vor:

- bei Bedarf ist „Rooming-In“ möglich
- Besucherzeiten in gewünschtem Umfang werden unterstützt
- Angehörige werden in das Behandlungsprogramm entsprechend deren Möglichkeiten und Interesse integriert. Sie bekommen gewünschte Auskünfte, und werden in die Entscheidungen miteinbezogen. Die Integration der Angehörigen stellt auch eine wichtige Voraussetzung für Nachhaltigkeit der Behandlung dar (vgl. 5.1.).
- Im Rahmen des von der AOK Nordost unterstützten Projektes („Pflege in Familien fördern, PfiFf“) wird den pflegenden Angehörigen ein umfassendes Schulungsprogramm, inklusive Beratung in der Häuslichkeit, angeboten (vgl. 3.5.).
- Um Angehörige über das Krankheitsbild „Delir“ zu informieren, wird ein Ratgeber - in Zusammenarbeit mit der Berliner Alzheimer Gesellschaft und der Alzheimer Angehörigen-Initiative e. V. (AAI) - vorbereitet.
- Bei der Organisation der Zusammenarbeit mit den begleitenden Personen wird das KEH die Erfahrungen des Bielefelder Evangelischen Krankenhauses Bethel mit dem HELP – Programm miteinbeziehen.

5.5. Personalschulungen zum Umgang mit MmD und mit den betreuenden Angehörigen

Der adäquate Umgang mit Menschen mit Demenz und/oder mit Delir macht eine spezielle Kompetenz und Qualifizierung von Mitarbeitern erforderlich. Im KEH wird ein

Schulungsprogramm für alle Berufsgruppen vorbereitet und umgesetzt. Die Inhalte werden sowohl den berufsspezifischen als auch den berufsübergreifenden Interessen entsprechen.

In das gesamte Schulungsprogramm werden die Elemente integriert, die das KEH bereits vorbereitet und zum Teil durchgeführt hat. Dazu gehören die Schulungen von Pflegeexperten Demenz für die Stationen und für das gesamte Krankenhaus (vgl. 3.4.).

5.6. Maßnahmen zum Schutz der Mitarbeiter vor einer Überforderung

Der Umgang mit Patienten mit Demenz und/oder mit Delir setzt besondere Anforderungen an die Fachkompetenz, die Belastbarkeit, die Motivation und auch an die menschliche Grundhaltung der Mitarbeiter voraus. Um für die Kranken geeignete Therapeuten zu sichern, aber auch die Mitarbeiter vor einer Überforderung zu schützen, wird eine Reihe von Maßnahmen angewandt. Ziel ist es, dass die geeigneten und motivierten Mitarbeiter durch unsere Schulungsprogramme, Supervisionen, Konsiliar- und Liaisondienste eine kontinuierliche Unterstützung und bei Bedarf Ansprechpartner finden.

5.7. Einführung von pflegerischen Liaisondiensten

Zusätzlich zur Verstärkung und Weiterentwicklung der bereits etablierten Konsiliardienste ist es geplant, pflegerische Liaisondienste einzuführen. In diesem Rahmen wird ein Pfleger und erfahrener Demenzexperte regelmäßig den somatischen Stationen sowohl zur Beratung als auch zur Schulung zur Verfügung stehen.

5.8. Aufbau von geeigneten Tagesstrukturen für Demenzkranke

MmD haben oft weniger Toleranz für die Belastungen, die sich aus den Standardbedingungen eines akuten Krankenhauses ergeben, als kognitiv gesunde Patienten. Die Mitarbeiter, insbesondere die leitenden Mitarbeiter, Demenzexperten und Pflegemitarbeiter werden im Rahmen der Schulungen darauf vorbereitet, auf die individuellen Bedürfnisse der Kranken zur Strukturierung des Tages und zur Gestaltung der alltäglichen Versorgung flexibel zu reagieren.

Ein wirksames Mittel zur Vorbeugung bzw. zur Reduktion der aufenthaltsbedingten Belastungen stellen soziale Kontakte zu vertrauten Personen und eine adäquat organisierte Freizeit dar. Es wird mit Hilfe von ehrenamtlichen Begleitern und Angehörigen (vgl. 5.3., 5.4.) dafür Sorge getragen, dass unausgefüllte Zeit und Einsamkeit die Kranken möglichst wenig zusätzlich belasten.

6. Erwartete Hürden

Das KEH entwickelt sich seit einigen Jahren zu einem demenzsensiblen Krankenhaus. Die für die nächsten dreieinhalb Jahre geplanten Elemente dieses Vorhabens, die Gegenstand des Antrages sind, sollten das KEH diesem Ziel wesentlich näher bringen und vor allem ermöglichen, entscheidende Erfahrungen zu sammeln und Weichen zu stellen. In diesem Sinne werden auch negative Erfahrungen wertvoll für die zukünftige Gestaltung der demenzsensiblen Versorgung im KEH sein.

Die wesentliche Rolle bei der Umsetzung des Vorhabens spielen Menschen, die Demenzkranke begleiten und behandeln. Mit den geplanten Maßnahmen (Schulungsprogramme, Supervisionen, Liaisondiensten u. a.), die die Verbesserung des Umgangs der Mitarbeiter mit MmD zum Ziel haben, wird erst der Anfang eines langen Weges in Angriff genommen. Dieser Prozess muss in den kommenden Jahren kontinuierlich fortgesetzt werden. Auch bei der Integration von Angehörigen rechnen wir mit Teilerfolgen: viele Patienten haben keine oder keine ausreichend erreichbare Angehörige. Die relevante Unterstützung für Angehörige braucht Zeit, um eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und Haltungen bzw. die Motivationslage (z. B. zur Inanspruchnahme von externen Hilfen) zu beeinflussen. Wir setzen deswegen vor allem auf die Unterstützung im häuslichen Umfeld der Familie, die das KEH nur vermitteln kann und wird. Inwieweit die Kurzkontakte, die in akuten Stationen möglich sind, für die erste Entlastung der Angehörigen und für eine wirksame Vermittlung von Anbietern notwendiger Unterstützung ausreichend sind, muss die Erfahrung zeigen. Zu überprüfen ist auch, ob die geplanten Bemühungen, Angehörige zum Gebrauch der Informationsbögen zu motivieren, wirksam sein werden.

Die bisherigen Erfahrungen lassen keinen vollen Erfolg hierbei erwarten. Mit beschränkten Erfolgen müssen wir bei der Rekrutierung und gesicherten Finanzierung von ehrenamtlichen Begleitern rechnen. Gleichzeitig hängt das Wohlbefinden der Kranken, die Reduktion der Delirrate, der eskalierenden Konflikten und des Auftretens von belastendem Verhalten, weitgehend von der Möglichkeit ab, MmD umfassend und kompetent zu begleiten. Deswegen werden wir das Ziel, ehrenamtliche Begleiter zu gewinnen und vorzubereiten mit großem Nachdruck verfolgen. Ein wesentliches Ziel des geplanten Vorhabens ist es, die Zusammenarbeit von Versorgungsakteuren im Stadtviertel zu unterstützen und zu koordinieren. Das setzt eine entsprechende Bereitschaft von Seiten aller Beteiligten voraus. Erfahrungsgemäß ist eine stabile und tragende Integration von Haus- und Fachärzten besonders schwer zu erreichen. Die beruflich oft stark in Anspruch genommenen Ärzte stehen häufig nicht für ausreichende Auskünfte bzw. für Schulungen zur Verfügung. Um die

Motivation der niedergelassenen Ärzte für die Zusammenarbeit zu stärken und sie in ihrer Arbeit zu unterstützen, wird das KEH zusammen mit anderen Versorgungsakteuren aktiv und proaktiv den Kontakt zu den Ärzten suchen, Informationen zu Patienten vermitteln (wenn von Patienten gewünscht), und betroffene Kranke und deren Angehörige als Partner mit versorgen. Innerhalb des KEH wird es oft schwer sein, die Diagnose Demenz bei der Aufnahme zu stellen. Die geplante Einschätzung der kognitiven Einschränkungen liefert nur eine grobe Orientierung. Gleichzeitig fehlen oft die Anamnese, Fremdanamnese und entsprechende Vorbefunde. Dementsprechend wird es nach der Aufnahme zum Teil schwierig sein, die Kranken einer adäquaten Station für die Weiterbehandlung zuzuordnen. Diese Prozesse müssen beobachtet werden, um auf relevante Schwierigkeiten mit einer Anpassung der Vorgehensweise zu reagieren.

Für alle Stationen des KEH sind neue Behandlungskonzepte geplant. Eine Anpassung der Therapieziele, der Behandlungspfade, der Umgangsformen und der interdisziplinären Teamarbeit erfordern eine gute Zusammenarbeit der Teams mit dem Projektmanagement, den Dozenten, den Supervisoren etc. Dies bei den beschränkten zeitlichen Ressourcen der Mitarbeiter zu sichern, stellt eine Herausforderung dar. Erschwerend kommt hinzu, dass es keine Vorerfahrungen zu bewährten Behandlungskonzepten für MmD in Akutkrankenhäusern gibt, besonders, wenn die Behandlung die Demenzdiagnose als eine der Zieldiagnosen berücksichtigen soll. Deswegen werden wir zu unseren Konzeptentwürfen zuerst Erfahrungen sammeln müssen, und ggf. die Konzepte entsprechend modifizieren.

Bei allen zu erwartenden Hürden stellt sich nicht die Frage „ob“, sondern „wie“ das KEH zum demenzsensiblen Krankenhaus wird.

Eine für dieses Vorhaben notwendige Unterstützung der Geschäftsleitung, die umfangreiche finanzielle Eigenmittel zur Verfügung stellt, wie auch ein interdisziplinäres Team von erfahrenen, kompetenten und motivierten Mitarbeitern, sichern die notwendigen Ressourcen, um mit den Hürden umzugehen und das Hauptziel zu erreichen.

Berlin, 10. Dezember 2014

Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH

Michael Mielke
Geschäftsführer

Literaturverzeichnis

Bail K., Berry H., Grealish L. et al. Potentially preventable complications of urinary tract infections, pressure areas, pneumonia, and delirium in hospitalised dementia patients: retrospective cohort study. *BMJ Open*, 2013, 3: e002770

Baumgart J., Radisch J., Touil E. et al. Aspekte der Nachhaltigkeit in der ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz. *Psychiatr Prax*, 2014, 41, 424-431

Melchinger H., Machleidt W. Hausärztliche Versorgung von Demenzkranken. Analysen zur Versorgungssituation und Ansätze für Qualifizierungsmaßnahmen. *Nervenheilkunde*, 2005, 24, 493-498

Phelan E.A., Borson S., Grothaus L. et al. Association of incident dementia with hospitalizations. *JAMA*, 2012, Jan 11, 307(2), 165-72. PubMed

Romero B., Seeher K., Wenz M., Berner A. Erweiterung der Inanspruchnahme ambulanter und sozialer Hilfen als Wirkung eines stationären multimodalen Behandlungsprogramms für Demenzkranke und deren betreuende Angehörige. *NeuroGeriatric*, 2007, 4,141-143

Romero B. Selbsterhaltungstherapie: Konzept, klinische Praxis und bisherige Ergebnisse. *ZfGP*, 2004, 17,119-134

Romero B., Wenz M. Self-Maintenance-Therapy in Alzheimer's Disease. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2001,11, 333-355

Schiffczyk C., Romero B., Jonas C. et al. Efficacy of Short-term In-patient Rehabilitation for Dementia Patients and Caregivers: Prospective Cohort Study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2013, 35, 300–312

Schlauß E., Diefenbacher A. Psychosoziale Betreuung und Pflege von Demenzkranken: Ist die Pflege Bestandteil der psychosozialen Betreuung, oder ist die psychosoziale Betreuung Bestandteil der Pflege? In: Stoppe G. (Hrsg.) Konsekutive Publikation zum Symposium: Die Versorgung psychisch kranker Menschen. Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung. Fuchs C. Kurth B-M., Scriba P. C. (Reihen-Hrsg.) Report Versorgungsforschung, Band 3, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2011, 171-179

Schlauß E., Franke K., Diefenbacher A., Kratz T. Erfahrungen mit der Anwendung eines Ernährungsassessments auf einer gerontopsychiatrischen Station. *Psch Pflege*, 2012, 18, 42-46

Schlauß E. Ist die Personalsituation auf einer gerontopsychiatrischen Station ausreichend demenziell erkrankte Menschen würdig zu pflegen, zu versorgen und zu betreuen? In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.) Aktiv für Demenzkranke. Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Bd. 7. Berlin: DAIZG 2009, 245-249

Schlauß E: Pflege von demenziell erkrankten Menschen mit Down-Syndrom. In: Hahn S., Schulz M., Schoppmann S. et al. (Hrsg.) Depressivität und Suizidalität. Prävention - Früherkennung - Pflegeinterventionen - Selbsthilfe. IBICURA, Unterostendorf 2010; 296-302

Swain D., Nightingale, P. Evaluation of a shortened version of the Abbreviated Mental Test in a series of elderly patients: *Clin Rehabil August 1997 11: 243-248*,

Projektergebnisse

Das Vorhaben zielt auf die Entwicklung und Etablierung der Betreuungs- und Behandlungskonzepte für MmD in akuten somatischen Stationen eines Krankenhauses der Regelversorgung. Dabei sollten (1) Risiken und Belastungen, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind, reduziert werden und gleichzeitig (2) Demenzkranke auch wegen der Demenz behandelt werden. Im Hinblick auf eine effektive und nachhaltig wirksame Behandlung soll gleichzeitig eine Zusammenarbeit der lokalen Versorgungsakteure ausgebaut werden, um eine an den individuellen Bedarf ausgerichtete, lückenlose und kontinuierliche Versorgung von Demenzkranken zu sichern.

Zu den angestrebten Ergebnissen des Vorhabens gehören schließlich verschiedene Formen der Öffentlichkeitsarbeit und der Wissensvermittlung. Diesen übergeordneten Zielen sind mehrere Teilziele abgeleitet.

Übergeordnete Zielsetzung: Entwicklung und Implementierung eines Betreuungs- und Behandlungskonzeptes für MmD in allen somatischen Stationen

Teilziele /Maßnahmen und Erfassung des Ablaufs und der Ergebnisse:

- Schulungen für KEH Mitarbeiter, für Angehörige, für freiwillige Helfer und für die Haus- und Fachärzte aus dem Stadtbezirk.

Dokumentiert wird, ob die Schulungen stattgefunden haben und mit welchem Erfolg (wie besucht, wie von den Teilnehmern bewertet).

- Etablierung der Zusammenarbeit mit den ehrenamtlichen Betreuern während des Aufenthaltes im KEH.

Dokumentiert wird der Umfang in Relation zu eingeschätztem Bedarf und dem eingeschätzten Nutzen (Einschätzung durch Pflegepersonal, die Betreuer und, wenn möglich, durch die Kranken und/oder Angehörige).

- Etablierung einer kontinuierlichen Zusammenarbeit mit den ehrenamtlichen Betreuern.

Dokumentiert und ausgewertet werden der Umfang und der Nutzen von der Begleitung im KEH durch Personen, die den Kranken vor und/oder nach dem KEH –Aufenthalt ebenfalls ehrenamtlich betreuen.

- Etablierung einer Begleitung von Patienten mit Delir durch speziell geschulte Personen, die das freiwillige soziale Jahr im KEH absolvieren.

Dokumentiert und ausgewertet wird der Umfang, in Relation zu eingeschätztem Bedarf, und der eingeschätzte Nutzen (Einschätzung durch Pflegepersonal, die Betreuer und, wenn möglich, durch Kranken und/oder Angehörige).

- Etablierung von Liaisondiensten. Dokumentiert und ausgewertet werden der Umfang und der Nutzen (eingeschätzt von den Pflegekräften aller somatischen Stationen).

- Integration der Angehörigen in die Behandlung.

Die folgenden Indikatoren der Angehörigenintegration werden dokumentiert und ausgewertet: der Gebrauch von Informationsbögen (der Umfang und der von den KEH Mitarbeitern eingeschätzte Nutzen), die Zufriedenheit mit der Krankenhausbehandlung, der Transfer von Erfahrungen, die die Therapeuten gewonnen haben, in den Alltag (Formen, Nutzen).

- Integration der professionellen Betreuer, vor allem Mitarbeiter der Pflegeheime bei Patienten, die in einem Heimen wohnen bzw. ins Heim entlassen werden. Dokumentiert und ausgewertet werden die folgenden Indikatoren: die Zufriedenheit mit der Krankenhausbehandlung, der Transfer von Erfahrungen, die die Therapeuten gewonnen haben, in den Alltag (Formen, Nutzen).

- Integration, soweit möglich, der Patienten mit Demenz in die Behandlung.

Dokumentiert und ausgewertet wird die Zufriedenheit mit der Krankenhausbehandlung.

- Vermeidung von unerwünschten, belastenden Erfahrungen.

Ereignisse, wie die Entwicklung eines Delirs, Auftreten von besonders belastendem Verhalten und eskalierende Konflikte werden dokumentiert und ausgewertet.

- Schützen von KEH-Mitarbeitern vor Überforderung.

Eine Einschätzung der subjektiven Belastungen, die mit dem Umgang mit Patienten mit Delir und/oder Demenz zusammenhängen, wird – vor allem beim Pflegepersonal – psychometrisch erfasst und analysiert.

Die zentralen Ergebnisse der genannten Analysen werden kontinuierlich bei der Umsetzung der Konzepte berücksichtigt, und im Rahmen der drei geplanten Symposien und anderen Fachveranstaltungen präsentiert und auch publiziert.

Eine weiterführende Evaluation der neuen Betreuungs- und Behandlungskonzepte, insbesondere eine systematische Überprüfung, inwieweit Behandlungsprogramme sich durch die neuen Qualitätsmerkmale auszeichnen, die auf der Seite 9 (Abschnitt 5.1.) aufgelistet sind, sprengt den Rahmen dieses Vorhabens. Angestrebt wird hierzu eine zusätzlich geplante und finanzierte wissenschaftliche Untersuchung.

Materielle Ergebnisse, die mit dem erstgenannten übergeordnetem Ziel des Vorhabens zusammenhängen, sind die Folgenden:

- Curricula für Schulungen der verschiedenen Zielgruppen und Schulungsmaterialien (Weiterverwendung, Publikation)
- EDV gestützte Kommunikation innerhalb des KEH zu kognitiv auffälligen Patienten
- Publikation eines Ratgebers für Angehörige zum Thema „Delir“
- Publikation des Konzeptes zur Betreuung von MmD im Akutkrankenhaus mit Anwendungserfahrungen
- Vorbereitung der Publikation eines Handbuchs zum Thema: „das SET basierte Behandlungskonzepte für MmD im Akutkrankenhaus“
- Vorbereitung der Publikation eines Handbuchs zum Thema: „Demenzsensibles Krankenhaus der Regelversorgung“ .

Übergeordnete Zielsetzung: Kooperation und Vernetzung der lokalen Versorgung – Akteuren

Von kontinuierlichen Behandlungspfaden, die von Haus- bzw. Fachärzten zum KEH und zurück zu den weiterbehandelnden Ärzten und anderen versorgenden Institutionen führen, können vor allem Patienten und deren Angehörige profitieren. Aber auch alle an der Versorgung Beteiligten, können Nutzer der entsprechenden Absprachen und eines verbesserten Informationsflusses sein.

Es wird die Bereitschaft zu Kooperation und Vernetzung deskriptiv dokumentiert, die Hürden und positiv wirkende Faktoren werden festgehalten und in Hinblick auf die Optimierung der Vernetzung und der Kooperationsbereitschaft analysiert.

Das geplante **Kompetenz Zentrum Demenz (KZD)** wird eine führende und koordinierende Funktion sowohl nach innen (u. a. Koordination der Behandlung innerhalb des KEH) als auch nach außen (u. a. Koordination der Versorgung der Kranken im Stadtbezirk) anstreben. Die Etablierung der Einrichtung wie auch die Entwicklung der Übernahme von geplanten Aufgaben werden deskriptiv dokumentiert und in Hinblick auf Erfolge und Hindernisse analysiert.

Auch die Etablierung und Übernahme der geplanten Funktionen von weiteren neuen Stationen (Alterstraumatologisches Zentrum, Kurzliegerstation und Spezialstation der Geriatrie) werden deskriptiv dokumentiert und in Hinblick auf Erfolge und Hindernisse analysiert.

Anschlussperspektive

Die Betreuungs- und Behandlungskonzepte für Patienten mit Demenz, deren Entwicklung geplant ist, werden in allen KEH-Stationen dauerhaft etabliert. Die Finanzierung wird aus den Eigenmitteln des Krankenhauses gesichert. Die neuen, auf die speziellen Bedürfnisse der älteren Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen angepassten Abteilungen werden ebenfalls dauerhaft von den Eigenmitteln des Krankenhauses getragen. Das neue Kompetenz Zentrum Demenz, finanziert vom KEH, wird die leitende und koordinierende Funktion in der Versorgung von Betroffenen, innerhalb des Krankenhauses und im Stadtbezirk, fortsetzen können. Dabei werden die Zusammenarbeit und die Vernetzung mit allen lokalen Versorgungsakteuren angestrebt. Es ist geplant, eine teilweise Refinanzierung der für die Etablierung der Kooperation und Vernetzung notwendigen Mittel durch den Spitzenverband der Pflegekassen und eine finanzielle Förderung durch die Kommunalpolitik zu erreichen. Das KEH wird am Ausbau der Integration von ehrenamtlichen Helfern in die Betreuung weiterhin mitwirken und dafür eigene finanzielle Mittel zur Verfügung stellen.

Das KEH beantragt die Fördermittel der Robert Bosch Stiftung zur Unterstützung der geplanten Vorhaben zur Entwicklung und Implementierung der neuen Behandlungs- und Betreuungskonzepte und zur Etablierung der übergreifenden Versorgungsnetze für das KEH. Die Ziele des Vorhabens werden – unter der Berücksichtigung von gewonnenen Erfahrungen – im Rahmen der Regelversorgung dauerhaft verfolgt.