



**Deutsche Alzheimer Gesellschaft  
Landesverband Bayern e.V.**

---

Geschäftsstelle  
Wallensteinstraße 63 90431 Nürnberg  
Fon 0911/44 66 784 Fax 0911/2723501  
Internet: [www.alzheimer-bayern.de](http://www.alzheimer-bayern.de)  
e-mail: [info@alzheimer-bayern.de](mailto:info@alzheimer-bayern.de)

## **Konzept für ein bayernweites Projekt**

### **Menschen mit Demenz im Krankenhaus**

#### **I. Problemhintergrund**

Während in Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen seit Jahren über eine qualitativ bessere Versorgung Demenzkranker diskutiert wird, vermisst man (abgesehen von wenigen Modellprojekten) entsprechende Auseinandersetzungen und Initiativen in den Allgemeinkrankenhäusern. Die Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Heike von Lützhohlbein, kritisiert, dass wir von einer demenzgerechten Pflege in den Allgemeinkrankenhäusern weit entfernt sind. Nicht selten wird der Aufenthalt für den Kranken zu einer Krisensituation mit negativen Auswirkungen auf die weiteren Lebensperspektiven.

##### **1. Zahlen**

In den Allgemeinkrankenhäusern entfallen bereits 50% der Pflgetage auf über 65-Jährige (*Bergener, Manfred (1998): Epidemiologie psychischer Störungen im höheren Lebensalter. In: Kruse, Andreas: Psychosoziale Gerontologie, Band 1: Grundlagen. Jahrbuch der medizinischen Psychologie: 15: 97).*

Da die meisten Formen der Demenz altersabhängige Erkrankungen darstellen, ist im Zuge der demografischen Entwicklung mit einem starken Anstieg der Krankenzahlen und damit auch der Anzahl dieser Krankenhauspatienten zu rechnen.

Für die Situation in Deutschland liefert vor allem die Arbeit von Arolt (1997) aussagekräftige Ergebnisse. Er untersuchte 400 Patienten zweier Lübecker Allgemeinkrankenhäuser auf das Vorhandensein psychischer Störungen. Im Rahmen dieser Studie wurden 200 Patienten aus inneren Abteilungen sowie 200 Patienten aus chirurgischen Abteilungen untersucht. Die Prävalenz dementieller Erkrankungen belief sich insgesamt auf 12,3%, wobei das Vorkommen im Fachbereich Innere Medizin (13,0%) leicht über dem Chirurgischer Abteilungen (11,5%) lag (Arolt, V. 1997: *Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten: Eine epidemiologische Untersuchung zu Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsbedarf psychiatrischer Morbidität bei internistischen und chirurgischen Patienten*, Berlin, Springer).

Laut Hirsch kommt es bei rund 20% der stationär behandelten älteren Menschen mit körperlichen Erkrankungen zu postoperativen Verwirrtheitszuständen, die häufig als Depression fehlinterpretiert (42%) oder gar übersehen werden (33%). Er zitiert eine Mannheimer Studie in Inneren Abteilungen, die gezeigt hat, dass rund 30% der Patienten/innen zwischen 65 und 80 Jahren an psychischen Störungen litten, darunter die Mehrzahl unter senilen Demenzen. (Hirsch, Rolf D., 2003: *Störfaktor dementer Patient? In: krankenhaushausumschau 3/2003: 172-175*)

Zimmer und Förstl berichten, dass etwa ein Drittel der aufgenommenen älteren Patient/innen eine deutliche Beeinträchtigung von Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis aufweisen. Jeder zehnte ältere Patient leide unter dem Vollbild der Demenz. Das Vorliegen kognitiver Störungen erschwere die Behandlung der akuten Grunderkrankung. Dabei tauchte nur bei 12% dieser Patient/innen die Demenz bei der Einweisungsdiagnose auf. Depressionen kommen bei körperlichen Erkrankungen in etwa 15% der Fälle vor. Sie führen bei den Betroffenen zu zusätzlichem Leidensdruck und wirken sich auf den Verlauf der körperlichen Erkrankung überwiegend ungünstig aus. (Zimmer, R. & H. Förstl, 2004: *Demenz. In: Arolt, Volker & Diefenbacher, Albert (Hg.): 285*).

Fazit:

- Etwa 10-15% der Patienten im Krankenhaus sind an einer Demenz erkrankt
- Der Anteil dieser Menschen im Krankenhaus wird sich aufgrund der Bevölkerungsentwicklung stark erhöhen
- In der überwiegenden Zahl der Fälle ist nicht die Demenz, sondern eine andere Erkrankung bzw. gesundheitliche Störung Anlass für die stationäre Behandlung (Nebendiagnose Demenz).

- Bei vielen dementiell Erkrankten liegt bei der Krankenhausaufnahme keine exakte Diagnose vor, und nicht selten unterbleibt auch während des Krankenhausaufenthaltes eine genauere diagnostische Abklärung.
- Bei einem Teil der Patienten treten Demenzsymptome erstmals im Krankenhaus auf

## 2. Auswirkungen auf den erkrankten Menschen

In einem Schwerpunktheft der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zum Thema „Demenzkrankte in der Klinik“ beschreibt Jan Wojnar wesentliche Parameter, die das Krankenhaus für die Demenzkranken zu einer besonders ungünstigen Einrichtung werden lässt:

- eine unbekannte, unüberschaubare Umgebung;
- eingeschränkte Bewegungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten;
- veränderte Tagesabläufe;
- veränderte Umgangsformen;
- eine andere Form der Betreuung;
- beängstigende Handlungen;
- das Fehlen vertrauter Personen;
- allgemeine Hektik, chaotische Geräuschkulisse, schlechte Beleuchtung

*(Wojnar, Jan (2003): Demenzpatienten im Krankenhaus. In: Alzheimer Info 1/2003:2-4)*

Der Krankenhausaufenthalt entwickelt sich für den Patienten häufig zu einer Krisensituation, die zu einer gravierenden Verschlimmerung der Symptomatik führt. Nicht selten ist nach einer „misslungenen“ Akutbehandlung die häusliche Versorgung nicht weiter aufrechtzuerhalten. Von Traumatisierungen berichtet auch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (*Kuratorium Deutsche Altershilfe, Pro Alter 1/2007, Menschen mit Demenz im Krankenhaus*). Zu rasch und zu häufig würden Katheter appliziert oder grundpflegerische Maßnahmen nur unzureichend durchgeführt. Zwangsmaßnahmen würden - zum Teil auch ohne rechtliche Grundlage und gegen den Willen des Patienten - unsachgemäß angewandt. „Das Pflegepersonal befindet sich in der Klemme zwischen den Bedürfnissen der demenzkranken Patienten, den Beschwerden der Ruhe wünschenden Mitpatienten und ihren täglichen Routineaufgaben bei engem Personalschlüssel“. Die Verweildauer sei deutlich erhöht, weil die erkrankten Menschen den Behandlungsprozess nicht verstehen und deshalb nicht an ihm mitarbeiten.

Die Ergebnisse empirischer Studien zeigen, dass es während des Krankenhausaufenthaltes vielfach zu einem weiteren Selbstständigkeitsverlust, zur Verschlechterung des kognitiven Status und zu einem vermehrten Auftreten problematischer Verhaltensweisen kommt (*Wingenfeld, K. 2005: Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Verlag Hans Huber*). Die Patienten erleben aufgrund der fremden Umgebung, aber auch infolge der erzwungenen Untätigkeit häufig weitere

Verluste ihrer ohnehin schon eingeschränkten alltagspraktischen Fähigkeiten. Sie sind in hohem Maße darauf angewiesen, die ihnen verbliebenen Alltagskompetenzen regelmäßig zu aktivieren, was während des Krankenhausaufenthaltes häufig nicht möglich ist. Auch der Einsatz beruhigender und sedierender Medikamente mit dem Ziel, problematische Verhaltensweisen zu minimieren, kann zu ausgeprägter Passivität der Betroffenen führen und somit zu nachhaltigen Verschlechterungen beitragen (*Eichhorn/Niße 2005*). Selbst Demenzkranke, die bislang fähig waren, ihren Alltag relativ selbstständig zu bewältigen, geraten durch das Fehlen vertrauter Bezugspersonen, die veränderte Umgebung, ungewohnte Tagesstrukturen und die laute, hektische Atmosphäre an ihre Grenzen. Orientierungseinbußen und herausfordernde Verhaltensweisen verstärken sich unter Umständen oder treten neu auf.

### 3. Auswirkungen auf die Angehörigen

Es gibt bislang keine Studien darüber, wie die pflegenden Angehörigen einen Krankenhausaufenthalt des erkrankten Familienmitgliedes erleben. Doch anhand von Erfahrungsberichten die den MitarbeiterInnen der Alzheimer Gesellschaften mitgeteilt werden, oder veröffentlicht werden kann man ersehen in welcher schwierigen Situationen pflegende Angehörige kommen.

Im Folgenden beschreiben Angehörige ihre subjektiven Erfahrungen wie folgt:

<http://www.demenz-im-krankenhaus.de/scripts/erfahrung.html>

„Meine Mutter, mit Alzheimer-Demenz im Anfangsstadium (übergehend ins mittlere Stadium), wurde vor einigen Wochen zur Abklärung von Anämie im Krankenhaus auf der Station für innere Krankheiten aufgenommen. Es begann ein Horrortrip für uns alle. Die Ärzte sowie Pflegerinnen/Krankenschwester waren überhaupt nicht auf den Umgang mit Demenz-erkrankten ausgebildet bzw. eingestellt. Schon bei der Aufnahme wurde unsere notarielle Betreuungsverfügung und Bitte, Untersuchungen sowie deren Ergebnisse mit uns Angehörigen und Mutter gemeinsam abzusprechen, nicht berücksichtigt. Ich bekam zur Antwort, dass meine Mutter doch noch sehr pfiffig und entscheidungsfähig wäre. Auch mein Hinweis, sich mit den behandelnden Hausarzt in Verbindung zu setzen, um sich abzusichern, dass meine Mutter in Gesundheitsfragen nicht mehr entscheidungsfähig sei, wurde nicht berücksichtigt. Man führte mit meiner Mutter alleine Gespräche bzgl. Krankheitsbildern und Medikamente. Sie war nicht in der Lage korrekte Auskünfte zu geben und war mit den ganzen Fragen vollkommen überfordert.

Erst nachdem ich mit rechtlichen Schritten gedroht habe, wenn weiterhin die Vollmachten nicht durch das Krankenhaus berücksichtigt würden, kooperierten die Ärzte mit uns“.

„Mein Vater und ich wechselten uns in zwei Schichten ab um meine Mutter im Krankenhaus zu betreuen. Sie litt an starken Panikattacken vor den Untersuchungen. Seitens der Ärzte bekam sie trotz unserer Bitten in der ersten Woche kein Beruhigungsmittel. Sie wurde mit Panikattacken zu den Untersuchungsräumen geschoben und dort mit Wartezeit von 1-2 Std. einfach stehen gelassen bis die Ärzte die Untersuchungen durchführten. Nachdem ich mit der Klinikleitung „gedroht“ hatte, gab man ihr ein leichtes Beruhigungsmittel, wodurch sich der Zustand meiner Mutter zumindest psychisch besserte“.

„Nun zu der nicht vorhandenen Pflege/Betreuung durch die Krankenschwestern. Ich gab der Oberschwester am ersten Tag eine Liste mit Tätigkeiten, wo meine Mutter Hilfe bzw. Unterstützung benötigte. Ich bekam zur Antwort, dass man zurzeit personell unterbesetzt sei und man diese Hilfen nicht durchführen könnte. Tatsächlich erhielt meine Mutter auch keinerlei aktivierende Hilfe beim morgendlichen Waschen und Anziehen. Es achtete keiner darauf, dass sie morgens und abends die Vorlagen wg. leichter Inkontinenz wechselte. Sie wurde 10 Tage überhaupt nicht geduscht (das habe ich dann gemacht, weil sie schon ziemlich streng roch). Beim Essen hat sie teilweise trockenes Brot morgens und abends gegessen, weil sie die kleinen Portionsdöschen nicht aufbekommen hat und sich das nicht schmieren konnte“.

„Beim Mittagessen hatte sie Probleme beim Fleisch schneiden, keiner half ihr und sie konnte es nicht essen. Da hat niemand drauf geachtet. Das ging zum Glück nicht allzu lang so, bis mein Vater und ich uns in zwei Betreuungsschichten abgewechselt haben“.

„Als ich vergangenen Samstag zum täglichen Besuch kam, war meine Mutter wegen Sturzgefahr am Bett fixiert und als wir die Decke zurückschlugen, hatte sie keine Hose an. Die Tür war zu, niemand hätte sie rufen hören! Sie lag einsam in ihrem Zimmer, hatte ständig große Angst und Unruhe und ist damit völlig alleine“.

„Wir gehen jeden Nachmittag in die Klinik. Jedes Mal müssen wir ihr als erstes frische Windelhöschen anziehen, da sie bis aufs Hemd durchnässt ist. Sie ist meist ohne Schuhe unterwegs, schweiß-gebadet“.

„Einmal bot sich uns beim Besuch wieder ein erschreckendes Bild. Sie war bei unserer Ankunft alleine im (eingezäunten) Garten. Man hatte ihr gesagt, dass sie klingeln könne, wenn sie wieder rein wolle. Natürlich wusste sie das 2 Schritte später nicht mehr. Als wir kamen, war sie vor Panik nass-geschwitzt und völlig verwirrt“.

„Zudem beschwerten sich bei mir die anderen Patienten (in absoluter "Gossensprache"), dass meine Mutter nerve, weil sie immer hinterher laufe und sich am Arm einhängen wolle. Da ich deren Reaktionen nicht einschätzen kann, macht mir das Angst“.

„Gestern haben wir dann bei unserem Besuch meine Mutter von weitem schon im Garten umher irren sehen, ohne Schuhe und Jacke. Da sie beim Laufen immer ausruht, legte sie sich einfach auf den nassen, erdigen Boden! Bis wir ums Gebäude herum und auf Station waren, sahen wir noch, wie ein anderer Patient meiner Mutter beim Klingeln half und sie wieder in die Station kam, völlig verdreht und nass - und das nicht nur vom schlechten Wetter! Die Schwester, die ich darauf hinwies, dass meine Mutter nicht in den Garten dürfe, sagte nur, dass sie eine Woche nicht da war, sie wüsste nichts. Die Ärztin sagte bei meiner Beschwerde, dass sie ja schließlich nicht überall sein könnte. Ich sollte doch bitte das Pflegepersonal direkt ansprechen. Na toll!“

Diese Auszüge aus Erfahrungsberichten zeigen exemplarisch, wie die psychische und zeitliche Belastung der Angehörigen bei einem Krankenhausaufenthalt ansteigt. Diese exemplarischen Beispiele decken sich mit den Erfahrungen der MitarbeiterInnen der Alzheimer Gesellschaften.

#### 4. Auswirkungen auf das Krankenhauspersonal

Das Krankenhauspersonal - dies betrifft sowohl den pflegerischen als auch den ärztlichen Bereich - ist auf den Umgang mit diesen Herausforderungen meist wenig vorbereitet. Pflegekräfte in Allgemeinkrankenhäusern sehen bei sich selbst fachliche Defizite und fühlen sich häufig überfordert (Rohrbach, E. 2006: *Allgemeinkrankenhaus*. In: Sauter, D./Abderhalden, C./Needham, I./Wolff, S. (Hg.): *Lehrbuch psychiatrische Pflege*, Bern: Verlag Hans Huber, 1034-1041). Sie sind mit Konzepten zur Verbesserung der Kommunikation und zum Umgang mit demenzbedingten Verhaltensweisen, die in den letzten Jahren im Heimbereich vermehrt Anwendung finden, wenig vertraut. Betreuungs- und Beschäftigungsangebote, wie sie sich im Heimsektor vorfinden, sind in Krankenhäusern unüblich, wenngleich sie durchaus geeignete Maßnahmen darstellen, um das Wohlbefinden der Betroffenen zu erhöhen und herausfordernden Verhalten vorzubeugen.

Das Zusammenspiel der körperlichen und kognitiven Defizite bei Menschen mit Demenz führt häufig zu einem speziellen und überdurchschnittlich hohen Pflege- und Betreuungsaufwand (Klostermann 2004). Während der Umgang mit rein körperlichen Einschränkungen zum normalen Tagesgeschäft gehört, verkomplizieren kognitive Einschränkungen, möglicherweise verbunden mit problematischen Verhaltensweisen, die Planung und Durchführung

der Versorgung. Das bedeutet, dass die alltäglichen Routinen den Gewohnheiten der Betroffenen angepasst werden müssten, was ggf. zusätzlichen Arbeitsaufwand in der Stationsorganisation mit sich bringen würde. Ohne diese Anpassung besteht die Gefahr, dass die Betroffenen eine Zusammenarbeit verweigern und als herausfordernd erlebte Verhaltensweisen zunehmen (KDA 2002). Darüber hinaus besteht bei Menschen mit Demenz häufiger als bei anderen Patienten die Notwendigkeit, sie zu Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen außerhalb des Patientenzimmers zu begleiten, was auch wenn es nicht zu konflikträchtigen Situationen kommt, einen zusätzlichen Zeitaufwand für das Pflegepersonal mit sich bringt.

## 5. Auswirkungen auf die medizinische Behandlung bzw. auf das Gesundheitswesen

Der Krankenhausaufenthalt stellt Menschen mit Demenz also eine außerordentlich belastende und mitunter komplikationsreiche Versorgungsepisode dar. Es ist daher nicht verwunderlich, dass sie nach den Ergebnissen vieler Studien eine überdurchschnittliche Aufenthaltsdauer aufweisen. In einer deutschen Untersuchung bei 511 internistischen Krankenhauspatienten kamen Friedrich et al. (2002) zu dem Ergebnis, dass sich bei Patienten mit Demenz die Verweildauer gegenüber anderen Patienten mit vergleichbar schwerer somatischer Störung mehr als verdoppelte (Friederich, H.C./Hartmann, M./Bergmann, G./Herzog, W. (2002): *Psychiatric comorbidity in medical inpatients. prevalence and effect on the length of stay. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 52, Nr. 7, 323-328).

Bei einer Studie unter österreichischen Krankenhauspatienten lag die Verweildauer um 48% höher als bei kognitiv unbeeinträchtigten Patienten (Wancata, J./Benda, N./Meise, U./Windhaber, J. (1999): *Sind die Aufenthaltsdauern von psychisch Kranken an internen, chirurgischen und gynäkologischen Abteilungen länger? Nervenarzt* 70, Nr. 9).

Darüber hinaus sind Menschen mit Demenz überdurchschnittlich häufig von nosokomialen Infektionen betroffen. In einer Untersuchung unter Patienten deutscher Akutkrankenhäuser lag das Vorkommen dieser Komplikation bei diesen um 37% höher als in einer Vergleichsgruppe (Dinkel, R.H./Lebok, U.H. (1997): *The effects of dementia in German acute care hospitals. Dementia and geriatric cognitive disorders* 8, Nr 5, 314-319). Als eine mögliche Ursache kommt das mangelnde Verständnis von Versorgungsabläufen und Anforderungen in Betracht: Werden beispielsweise Injektionsnadeln, Drainagen oder Katheter nicht toleriert und erfolgen von Seiten der Patienten Manipulationen oder ein aus hygienischer Sicht unangemessener Umgang damit, sind Probleme vorprogrammiert (Kirchen-Peters, S. (2005): *Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft*).

Auch zur Rehospitalisierung Demenzkranker liegen Untersuchungsergebnisse vor. In den

meisten Studien wird eine erhöhte Anzahl von Wiedereinweisungen gegenüber kognitiv unbeeinträchtigten Patienten beschrieben. Menschen mit Demenz, die zuvor häuslich betreut wurden, weisen ein erhöhtes Risiko auf, nach einem Krankenhausaufenthalt in die stationäre pflegerische Versorgung überzusiedeln. Ursachen hierfür liegen u. a. in der bereits beschriebenen Verstärkung körperlicher und kognitiver Einbußen, die sie während des Krankenhausaufenthalts häufig erleben.

## **II. Projektbeschreibung**

### **1. Anlass, Motivation und Zielsetzung für das Projekt**

Als Alzheimer Gesellschaften werden wir in unserer täglichen Arbeit mit den oben genannten Problemen konfrontiert. Wir erfahren, dass Menschen mit Demenz im Krankenhaus in schwere Krisen oder in selbstgefährdende Situationen geraten und dieser Aufenthalt häufig negative Auswirkungen auf den weiteren Verlauf der Erkrankung und auf die Lebensqualität des einzelnen Menschen hat. So ist dieses Projekt auf Anregung von regionalen Alzheimer Gesellschaften entstanden, die in ihrer alltäglichen Arbeit die in der Projektbegründung beschriebenen Schwierigkeiten miterleben.

Aber auch die pflegenden Angehörigen geraten in belastende Situationen. Mit ansehen zu müssen, wie der geliebte Partner oder Angehörige in grenzwertige Situationen gerät, das Erleben der eigenen Hilf- und Machtlosigkeit im System Krankenhaus, führen zu psychischen Belastungen. Manche Angehörigen reagieren mit der „Pflicht“ ständig anwesend sein zu müssen, was wiederum zu einer sehr hohen zeitlichen Belastung führt.

Als Alzheimer Gesellschaften sehen wir es als unsere Aufgabe – so steht es auch in unserer Satzung – dazu beizutragen solche für die erkrankten Menschen und die pflegenden Angehörigen belastende Situationen soweit wie möglich zu verhindern, und Hilfen zu entwickeln, die die erkrankten Menschen unterstützen und deren Angehörige stärken und entlasten. Damit solche Hilfen wirksam werden, wollen wir Krankenhäuser zu einer Zusammenarbeit mit den Alzheimer Gesellschaften gewinnen. Ziel ist es in einer vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Alzheimer Gesellschaften und Kliniken zu einer Verbesserung der Situation beizutragen.

Hauptziel des Projektes ist es konkrete Hilfen für die erkrankten Menschen und deren Angehörige bei einem Krankenhausaufenthalt zu entwickeln und im Rahmen des Projektes in den Klinikalltag einzuführen. Ein weiteres Ziel besteht darin die Krankenhäuser über demenzsen-



sible Konzepte zu informieren, und sie zu motivieren solche in den Alltag umzusetzen. Neben diesen konkreten Zielen möchten wir im Rahmen des Projektes durch Öffentlichkeitsarbeit auf die Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus aufmerksam machen und ein allgemeines Problembewusstsein fördern. Ein letztes Ziel besteht darin herauszufinden welche Interventionen geeignet sind die beschriebene schwierige Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus zu verbessern. Diese Erkenntnisse sollen Grundlage eines weiteren Engagements in diesem Bereich sein, oder der bereiteren Umsetzung in den Krankenhausalltag dienen.

## 2. Projektorganisation

In der Mitgliederversammlung (April 2009) wurde der Landesverband von seinen Mitgliedern, den regionalen Alzheimer Gesellschaften beauftragt, zusammen mit diesen ein bayernweites Projekt zum Thema „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ zu planen und umzusetzen. Beginn der ersten Planungen war die Einberufung eines Arbeitskreises Demenz im Krankenhaus. In mehreren Treffen wurde beschlossen, dass Kooperationen zwischen regionalen Alzheimer Gesellschaften und regionalen Krankenhäusern (lokale Projekte) durchgeführt werden sollen, mit dem Ziel die oben beschriebenen Situationen für die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen zu vermeiden oder eine Eskalation zu verhindern. Zu diesem Zweck werden im Rahmen des Projektes Selbsthilfeaktivitäten entwickelt, die die erkrankten Menschen und deren Angehörigen wirksam begleiten und unterstützen. Träger des Gesamtprojektes ist der Landesverband. Die lokalen Alzheimer Gesellschaften führen die regionalen Projekte auf Grundlagen der gemeinsam entwickelten Qualitätskriterien selbständig durch. Die Qualitätskriterien sind in Verträgen formuliert, die zwischen der regionalen Alzheimer Gesellschaft und dem jeweiligen Klinikum bzw. zwischen Landesverband und regionaler Alzheimer Gesellschaft zu schließen sind. Die Unterzeichnung und Anerkennung der Mindestanforderungen sind Voraussetzung zur Aufnahme in das Projekt.

Bei der Durchführung werden die regionalen Alzheimer Gesellschaften sie vom Landesverband unterstützt. Die Hilfen des Landesverbandes bestehen in der Erschließung und Bereitstellung von Fördermitteln, in der Beratung und Projektbegleitung, in der Erarbeitung der für das Projekt benötigten Grundlagen, in der Evaluation, sowie in der Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit.

## 3. Stand des Projektes

Zum jetzigen Zeitpunkt haben 13 Alzheimer Gesellschaften ihr Interesse bekundet sich am Projekt zu beteiligen. Alle diese Alzheimer Gesellschaften haben bereits Kontakte zu regio-

nalen Kliniken hergestellt. Bis Anfang September soll nun geklärt werden, ob die interessierten Kliniken auf Grundlage der von den Alzheimer Gesellschaften entwickelten Qualitätskriterien bzw. Mindestanforderungen (hierzu wurde ein Kooperationsvertrag formuliert, der den Kliniken vorgelegt wird) zu einer regionalen Zusammenarbeit bereit sind. Danach wird entschieden welche regionalen Kooperationen im Rahmen des Gesamtprojektes durchgeführt werden. Entscheidungskriterien dabei sind die Erfüllung der Mindestanforderungen, regionale Gesichtspunkte, eine Mischung von großen und kleinen Kliniken und die Ressourcen der jeweiligen Alzheimer Gesellschaft.

Zusätzlich zur Entwicklung von Mindeststandards wurden Konzepte für die Schulung von Ehrenamtlichen und von MitarbeiterInnen der Kliniken erarbeitet. Neben den Schulungen im Rahmen des Projektes wurden Fortbildungsbausteine entwickelt, die über die Bayerische Krankenhausgesellschaft allen bayerischen Kliniken angeboten werden.

Für das Projekt konnte das Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit als Kooperationspartner gewonnen werden, welches unser Vorhaben ideell und finanziell unterstützt. Ein weiterer Kooperationspartner ist die Bayerische Krankenhausgesellschaft. In Kooperation mit dem Gesundheitsministerium und der Bayerischen Krankenhausgesellschaft wird begleitend zum Projekt am 12.11.2010 ein bayernweiter Fachtag zum Thema Menschen mit Demenz im Krankenhaus in München veranstaltet. Auf diesem soll die Situation aus Sicht der Angehörigen, der Medizin und der Pflege dargestellt werden. Weiterhin werden Erkenntnisse aus anderen Modellen vorgestellt, sowie das Projekt selbst dargestellt.

#### 4. Projektbausteine

Der Landesverband hat in Abstimmung mit seinen regionalen Alzheimer Gesellschaften Projektbausteine entwickelt, die im Verlauf des Projektes umgesetzt werden. Die Projektbausteine werden von Mitarbeiterinnen der Alzheimer Gesellschaften (regional und Landesverband) in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus umgesetzt. Die Hauptzielsetzung dieser Projektbausteine ist es aus der Selbsthilfe heraus den erkrankten Menschen zu unterstützen und die Angehörigen zu stärken und zu entlasten.

Neben den im Folgenden beschriebenen Mindestbausteinen können zusätzliche für das Thema sinnvolle Maßnahmen in den regionalen Projekten durchgeführt werden. Die Verantwortung dafür liegt in der Entscheidung der regionalen Projektpartner. Ebenso können die vorgesehenen Mindestbausteine über die festgelegten Projektbudgets hinaus ausgeweitet

werden. Die Entscheidung darüber und die Finanzierung der zusätzlichen Mittel liegen auch hier in der Verantwortung der regionalen Projektpartner.

## 4.1 Projektkoordination

Im Auftrag des Landesverbandes übernimmt Herr Dr. Teschauer (Vorstandsmitglied der Alzheimer Gesellschaft Ingolstadt und Geschäftsführer der Ingenium Stiftung Ingolstadt) die Koordination des Gesamtprojektes und die zentralen Funktionen im Rahmen des Gesamtprojektes. Die Aufgaben des Projektkoordinators sind folgende: die Begleitung und Beratung der lokalen Projekte, die Koordination der Öffentlichkeitsarbeit und die Gewährleistung der Unterstützung mit Materialien. Im Verlauf des Projektes organisiert der Projektkoordinator vierteljährliche Austauschtreffen der verantwortlichen Projektleitungen (Klinik und Alzheimer Gesellschaft).

Ein zweites Aufgabenfeld besteht in der Evaluation des Projektes. Dies geschieht durch die Erfassung und Dokumentation der Prozesse, das Feststellen von Problembereichen und die Bewertung der durchgeführten Maßnahmen (Schulungen der Ehrenamtlichen und der Krankenhausmitarbeiter, Einsatz von Ehrenamtlichen, Beratungsleistungen für die Angehörigen und das Krankenhaus). Die Projektergebnisse werden am Ende des Projektes dargestellt und veröffentlicht.

Die allgemeine Projektverwaltung (Schriftverkehr, Dokumentation, Kommunikation mit den regionalen Projekten, Versand von Material, Abrechnung und Verwendungsnachweis) erfolgt über den Landesverband.

## 4.2 Beratung und Information der beteiligten Kliniken zum Projekt Erstellung der regionalen Projektkonzeption und -planung

Die regionalen Alzheimer Gesellschaften initiieren Kooperationen mit Krankenhäusern ihrer Region. Dazu informieren sie Kliniken über das Thema, stellen die einzelnen Projektbausteine vor und vereinbaren die konkrete Zusammenarbeit im Einzelfall. Die beiden Projektpartner erarbeiten gemeinsam die Inhalte und die Formen der Zusammenarbeit aufgrund der durchzuführenden Mindeststandards und formulieren eine zeitliche und inhaltliche Projektplanung. Die Aufgabe des beteiligten Krankenhauses besteht darin Festzulegen in welchen Bereichen/Stationen das Projekt durchgeführt wird, das Projekt intern zu kommunizieren, die erfolgreiche Umsetzung zu organisieren und verantwortliche Projektleitungen und Einsatzleitungen zu bestimmen. Am Ende dieses Planungsprozesses wird zwischen regionaler Alzheimer Gesellschaft und Klinikum ein Kooperationsvertrag unterzeichnet, der die geplanten

Maßnahmen, die Art der Zusammenarbeit und die Konditionen dieser beschreibt. Die (regionale) Kooperation umfasst eine mindestens 9 monatige Laufzeit. Sieben regionale Projekte werden durchgeführt.

### 4.3 Beratung des Krankenhauses zu demenzsensiblen Bausteinen

Die verantwortliche Projektleitung der Alzheimer Gesellschaft berät verantwortliche MitarbeiterInnen des Krankenhauses (sinnvoll wäre hier die Einrichtung einer Projektgruppe mit verschiedenen Professionen) zur Gestaltung „demenzgerechter“ Arbeitsabläufe: Früherkennung Demenz, räumliche, sicherheitstechnische Gestaltungsmöglichkeiten, spezielle Angebote (z.B. rooming-in, Gestaltung demenzgerechter Milieus, Tagesbetreuung), Überleitungsbögen, Beratungsangebote für Angehörige, Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen, Kommunikationskonzepte oder anderer demenzsensibler Konzeptbausteine. Ziel ist es dazu beizutragen, dass das System Krankenhaus für die Situation und deren Erfordernisse sensibilisiert wird, und in einem zweiten Schritt motiviert und befähigt wird Veränderungsprozesse im Rahmen des Möglichen zu erproben. Die Beratungsinhalte beruhen dabei auf Erfahrungen aus anderen Modellprojekten, auf den praktischen Erfahrungen der Alzheimer Gesellschaften in der häuslichen und stationären Pflege und Betreuung, sowie aus erprobten Angeboten (Helferkreis, Betreuungsgruppen, Beratung von Angehörigen) in diesem Bereich. Für diese Leistungen und für Leistungen nach 4.2. stehen Projektmittel in Höhe von 3.750 € pro Einzelprojekt zur Verfügung.

### 4.4 Material für die Öffentlichkeitsarbeit und Projektmaterial

Der Landesverband entwickelt die für das Projekt notwendigen Materialien. Dies sind Beschreibungen des bayernweiten Projektes, welche bei der Initiierung von lokalen Projekten ein Leitfaden sein sollen. Des Weiteren umfasst dies die Erstellung von Presseartikeln, Flyern und Anschreiben für die Durchführung von Veranstaltungen. Für die Schulung von Ehrenamtlichen werden Schulungskonzepte erarbeitet und Skripten zur Verfügung gestellt werden. Dies betrifft ebenfalls die Schulungen für MitarbeiterInnen des Krankenhauses. Bei Bedarf werden Referenten des Landesverbandes zur Verfügung gestellt. Ziel ist es, dass lokale Alzheimer Gesellschaften Materialien nicht selbst erarbeiten müssen, und ein gemeinsamer Rahmen, sowie gemeinsame Qualitätsstandards für das Gesamtprojekt gelten.

## 4.5 Veranstaltungen und Workshops

Die regionalen Alzheimer Gesellschaften führen im Rahmen der Projekte Veranstaltungen nach Absprache mit dem jeweiligen Krankenhaus durch. Deren Ziel ist es, über das Thema und das konkrete Projekt in der Region zu informieren oder Erfahrungen aus anderen Modellprojekten Thema darzustellen. Ein weiteres Ziel von solchen Veranstaltungen kann es sein das jeweilige Krankenhaus und seine MitarbeiterInnen für das Thema zu sensibilisieren. Im Projektverlauf wird mindestens eine öffentliche Informationsveranstaltung pro Einzelprojekt durchgeführt.

Mit solchen Veranstaltungen wollen wir auch pflegende Angehörige erreichen, Sie informieren wie sie sich auf einen Krankenhausaufenthalt vorbereiten können und was sie bedenken müssen. Weiterhin sollen diese informiert werden wo sie Hilfen vor Ort vor einem Krankenhausaufenthalt finden. Pro Einzelprojekt stehen 1.500 € für Referentenhonorare und Sachkosten Veranstaltungen zur Verfügung.

## 4.6 Ehrenamtliche als Begleiter

Aus dem Bereich des SGB XI, in dem sich die Alzheimer Gesellschaften seit Jahren engagieren (niedrigschwellige Betreuungsangebote), wissen wir, dass die Begleitung, Betreuung und Beschäftigung Menschen mit Demenz in ihrer Erkrankung psychisch stabilisieren kann, und zum Wohlbefinden, auch zum Sicherheitsempfinden der Menschen ein wichtiger Beitrag ist. Desweiteren werden durch solche Angebote pflegende Angehörige stundenweise entlastet, hier im Zusammenhang mit diesem Projekt evt. auch die PflegerInnen im Krankenhaus. Diese Aufgabe soll durch bürgerschaftliches Engagement im Rahmen des Ehrenamtes erbracht werden.

Aus den obengenannten Erfahrungen wissen wir auch, dass Ehrenamtliche auf diese Aufgabe gut vorbereitet werden müssen und während ihrer Einsätze eine fachliche Anleitung benötigen. Weiterhin müssen die ihre Aufgaben klar umschrieben und zu anderen Bereichen abgegrenzt werden. Die Einsatzplanung und die fachliche Verantwortung für den Einsatz der Ehrenamtlichen liegt dabei immer in der Hand von professionellen MitarbeiterInnen (Einsatzplanung, Aufgaben, Abgrenzung Pflege und Betreuung). Zur Organisation des Einsatzes von Ehrenamtlichen werden wir Qualitätskriterien zugrunde legen, die sich bereits im Bereich des SGB XI bewährt haben.

Im Rahmen des Projektes können grundsätzlich drei Gruppen von Ehrenamtlichen zum Einsatz kommen:

- Ehrenamtliche (sogenannte Grüne Damen) des Krankenhauses
- Ehrenamtliche der Alzheimer Gesellschaften
- Ehrenamtliche der Alzheimer Gesellschaften oder anderer anerkannter Träger, die bereits vor dem Krankenhausaufenthalt im Rahmen niedrigschwelliger Betreuungsangebote nach SGB XI 45 a-c in der häuslichen Betreuung tätig waren (nach Information der bayerischen Pflegekassen übernehmen manche Pflegekassen, z.B. die AOK Bayern, den Einsatz nach SGB XI auch während des Krankenhausaufenthaltes)
- **Gewinnung von Ehrenamtlichen**

Zu Beginn des Projektes müssen Ehrenamtliche aus den oben genannten Zielgruppen gesucht und gefunden werden, die bereit sind in diesem Bereich tätig zu werden. Dies erfordert die Information über das Projekt, die Beschreibung der Aufgaben, Regeln und Konditionen der Zusammenarbeit. Sollten aus den oben genannten Zielgruppen keine Ehrenamtlichen vorhanden sein, muss die jeweilige Alzheimer Gesellschaft, bzw. das jeweilige Krankenhaus rechtzeitig interessierte Ehrenamtliche für diese Aufgabe ausfindig machen (Ausschreibungen, Presseartikel, Kooperation mit anderen). In einem nächsten Schritt müssen diese hinsichtlich ihrer Eignung für diese Aufgabe ausgesucht werden.

- **Schulung der Ehrenamtlichen**

Auf Basis der von den Alzheimer Gesellschaften bereits durchgeführten Ehrenamtlichen-Schulungen wird ein spezielles Schulungskonzept für die Tätigkeit im Krankenhaus durchgeführt. Mindestanforderung ist, dass alle im Rahmen des Projektes tätigen Ehrenamtlichen in 24 Fortbildungseinheiten á 45 Minuten auf die Aufgabe vorbereitet werden. Im Mittelpunkt stehen dabei das Krankheitsbild (auftretende Symptomatik, Kompetenzen aber auch Verluste), die Therapieoptionen in der Praxis der Ehrenamtlichen (Kommunikation, Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen, Validation, seelische Bedürfnisse nach Kitwood, Optionen der Beschäftigung) und die Zusammenarbeit im System Krankenhaus (Aufgaben, Schnittstellen).

Ehrenamtliche, die bereits geschult sind (z.B. Schulungen nach SGB XI) werden in einer mindestens 4 Fortbildungseinheiten umfassenden Schulung auf die spezielle Tätigkeit im Krankenhaus vorbereitet.

Die Schulungen werden von erfahrenen ReferentInnen der Alzheimer Gesellschaften durchgeführt. Im Rahmen des Projektes stehen Projektmittel für 50 Fortbildungseinheiten pro Einzelprojekt zur Verfügung.

- **Einsatzplanung, fachliche Anleitung und Aufwandsentschädigungen der zum Einsatz kommenden Ehrenamtlichen**

Da die über § 45 SGB XI eventuell schon genutzten Hilfen bei einem Krankenhausaufenthalt nur für manche Patienten bestehen, ist es notwendig, die Einsatzplanung, die fachliche Anleitung und die Aufwandsentschädigungen aus Projektmitteln gewährleisten.

Die Einsatzplanung der Ehrenamtlichen muss über eine verantwortliche Person des Klinikums erfolgen. Nur so kann eine passgenaue Hilfeplanung erfolgen. Erforderlich für die Einsatzplanung ist weiterhin, wie bereits oben beschrieben eine Aufgabenbeschreibung für die Ehrenamtlichen und die Abgrenzung zu Tätigkeiten anderer Mitarbeiter. Ehrenamtliche sollen für die seelischen Bedürfnisse und die zeitliche Entlastung der Angehörigen da sein, und nicht für pflegerische Tätigkeiten (für die sie auch nicht geschult werden). Sollten im Einzelfall leichtere pflegerische Tätigkeiten in den Aufgabenbereich der Ehrenamtlichen fallen, so hat die Entscheidung darüber, ob dies ein Laie tun kann die verantwortliche Einsatzplanung zu treffen. Weiterhin hat diese auch dafür zu sorgen dass Ehrenamtliche im Einzelfall für solche Tätigkeiten angeleitet werden, und eine Überforderung vermieden wird. Die regionalen Projektleitungen der Alzheimer Gesellschaft tauschen sich regelmäßig mit den verantwortlichen Einsatzleitungen und den Projektleitungen des Krankenhauses aus.

Zur Gewährleistung der fachlichen Anleitung der Ehrenamtlichen sind Einzelgespräche (schwierigen Situationen, Konflikte, Überforderung) und gemeinsame Gruppentreffen der Ehrenamtlichen zur Reflexion der Praxiserfahrungen unter Anleitung notwendig. Verpflichtend ist ein angeleitetes Gruppentreffen alle zwei Monate vorgesehen. Im Rahmen des Projektes sind 50 Stunden pro Einzelprojekt für die fachliche Anleitung vorgesehen. Die fachliche Anleitung der Ehrenamtlichen wird von den Alzheimer Gesellschaften erbracht. Die zuständigen Einsatzleitungen des Klinikums sollen dabei mit einbezogen werden.

- **Aufwandsentschädigung und Versicherung**

Alle Ehrenamtlichen sind gegen Unfall- und Haftpflichtschäden von den jeweiligen Trägern zu versichern.

Eine angemessene Aufwandsentschädigung als Anerkennung für diese gesellschaftlich wichtige Funktion halten wir für notwendig (im Bereich des SGB XI ist diese üblich). Die Aufwandsentschädigungen und deren Höhe müssen jedoch auf der regionalen Projekt-

ebene festgelegt werden, da dies auch die Berücksichtigung der jeweiligen Organisationsstruktur und -kultur (Ehrenamtliche die Aufwandsentschädigungen, andere Ehrenamtliche, die keine Aufwandsentschädigung erhalten) erfordert. Im Rahmen des Projektes sind Aufwandsentschädigungen in Höhe von 3.200 € pro Einzelprojekt vorgesehen. Zu berücksichtigen ist, dass Ehrenamtliche, die über SGB XI eingesetzt werden Aufwandsentschädigungen aus Mitteln des SGB XI erhalten.

## 4.7 Angehörigenarbeit

Damit der Aufenthalt im Krankenhaus nicht zur Eskalation führt, sollten Angehörige von Menschen mit Demenz auf den Aufenthalt im Krankenhaus vorbereitet sein. Mit den Öffentlichkeitsveranstaltungen wollen wir wie beschrieben Angehörige erreichen, um sie darüber zu informieren (Überleitungsbögen, Informationen bei der Aufnahme, rooming-in). Weiterhin können dies spezielle Schulungsangebote bzw. Gruppenberatungen für Angehörige im Vorfeld eines Krankenhausaufenthaltes sein.

Nach Erfahrungen aus Beratungsstellen fühlen sich die Angehörigen bei einem Krankenhausaufenthalt nicht in die Behandlung integriert, fühlen sich mit Ihren Problemen alleingelassen, finden niemanden für Gespräche und in ihren Beschwerden übergangen. Ein Beratungsangebot in den Krankenhäusern muss an diesem subjektiven Empfinden ansetzen. Angehörige müssen so früh wie möglich als Partner in den Behandlungsprozess einbezogen werden, sie geben wichtige Informationen über den Erkrankten Menschen (Vorlieben, Gewohnheiten), haben eine wichtige Funktion als seelische Stützen und sind bereit mitzuhelfen. Dies wäre in erster Linie eine Aufgabe des Krankenhauses dies zu gewährleisten.

Die psychosoziale Beratung der Angehörigen während eines Krankenhausaufenthaltes (Umgang mit dem erkrankten Menschen, die eigenen Bedürfnisse und Befindlichkeiten, Schuldgefühle schon sich schon wieder nicht richtig verhalten zu haben, Anerkennung bekommen) sind ein wichtiges Angebot. Im Rahmen der Projekte sollte ein solches Beratungsangebot (z.B. feste Beratungsstunden) durch die Alzheimer Gesellschaften im Krankenhaus angeboten werden.

## 4.8 Schulung von Krankenhauspersonal

Im Verlauf jedes lokalen Projektes werden MitarbeiterInnen (Mitarbeiter in der Pflege, Ärzte, andere) des jeweiligen Krankenhauses von MitarbeiterInnen der Alzheimer Gesellschaften geschult. Der Inhalt der Schulung bezieht sich dabei auf den Umgang, die Kommunikation mit den erkrankten Menschen aber auch auf Konzepte der Milieugestaltung (sichere, vertrau-



te räumliche und soziale Umgebung, Vermeidung von allein sein). Damit dies umgesetzt werden kann ist ein Verständnis der Erkrankungen und der Symptomatik (Grundlagen) erforderlich, welche ebenso Thema Fortbildungen ist. Die Mindestanforderung besteht in einer 8 Fortbildungseinheiten umfassenden Schulung für eine relevante Mitarbeitergruppe, die von der Alzheimer Gesellschaft durchgeführt wird, und vom Krankenhaus aus Eigenmittel zu bezahlen ist. Weitere Schulungseinheiten können im Rahmen der Einzelprojekte vereinbart werden. Projektmittel für Schulungen MitarbeiterInnen stehen in Höhe von 1.440 € pro Einzelprojekt zur Verfügung.

Neben diesen im Projekt vorgesehenen Schulungen entwickelt der Landesverband in Kooperation mit der Bayerischen Krankenhausgesellschaft und seines Tochterunternehmens BIK (Bayerischen Institut für Krankenhaus Organisation und Betriebsführung GmbH) Schulungsbausteine die allen bayerischen Krankenhäusern angeboten werden. In schon durchgeführten Schulungen mit Krankenhauspersonal hat sich gezeigt, dass die Unsicherheit des Personals im Umgang mit Menschen mit Demenz reduziert werden konnte, und damit die psychische Belastung der Mitarbeiter reduziert werden konnte.

## 5. Projektzeitraum

Das Projekt beginnt am 01.10.2010 und endet am 31.12.2011. Die regionalen Projektpartner legen ihren jeweiligen Projektbeginn nach ihren Möglichkeiten selbst fest. Verpflichtend ist, dass alle regionalen Projekte spätestens im Januar beginnen, und eine Mindestlaufzeit von 9 Monaten umfassen, damit die geforderten Mindestbausteine umgesetzt werden können, und auch Daten für eine Evaluation zur Verfügung stehen.

## 6. Weiterführung nach Projektende

Wir gehen davon aus dass mit Durchführung der Projekte eine Sensibilisierung in den beteiligten Krankenhäusern erfolgt, und auch Strukturen und Voraussetzungen für eine Weiterarbeit an diesem Thema geschaffen werden. Ebenso gehen wir davon aus, dass die Zusammenarbeit zwischen Alzheimer Gesellschaften und Krankenhäusern auch nach dem Projektende weiter bestehen bleibt.

Nach einer Zwischenauswertung Mitte 2011 werden wir entscheiden, ob eine Weiterförderung des Projektes sinnvoll und notwendig ist. Ein Grund für eine Weiterförderung könnte darin bestehen das Thema noch weiter zu verbreitern, indem neue regionale Projekte in anderen

Regionen Bayerns durchgeführt werden. Sollte eine weitere Förderung sinnvoll erscheinen, werden wir uns rechtzeitig Mitte 2011 mit den Zuschussgebern in Verbindung setzen.

## 7. Projektfinanzierung

Die Finanzierung des Projektes wird durch öffentliche Zuschüsse, Eigenmittel der Krankenhäuser und des Landesverbandes sichergestellt. Die Kosten und die Finanzierung werden im anhängenden Plan dargestellt.

Nürnberg 02.07.2010

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gerhard Wagner', written in a cursive style.

Gerhard Wagner  
1.Vorsitzender  
Deutsche Alzheimer Gesellschaft  
Landesverband Bayern e.V.