


Demenz  Die Kooperation mit dem Krankenhaus in der Versorgung von Menschen mit Demenz ist häufig durch Informationsverluste, Missverständnisse und gegenseitige Schuldzuweisungen belastet. Lesen Sie, was zur Verbesserung der Situation beiträgt. *Text: Barbara Klee-Reiter*

Reibungsloser Übergang

> Ein demenzkranker Bewohner aus dem Seniorenzentrum St. Heribert musste wegen des Verdachtes einer Pneumonie in das nahe gelegene Akutkrankenhaus verlegt werden. Nach fünf Tagen wird er in die stationäre Altenhilfeeinrichtung zurückverlegt. Die zuständige Bezugspflegekraft Annika Beyer (Name geändert) klagt anschließend ge-

genüber ihrer Kollegin: „Heute ist Herr Fischer (Name geändert) aus dem Krankenhaus zurückgekommen. Du kannst dir nicht vorstellen, in welchem Zustand er war! Nicht ansprechbar und total ungepflegt. Natürlich hatte er einen Dauerkatheter. Gemacht haben die nichts mit ihm. Jetzt brauchen wir wieder Wochen, bis wir ihn aufgepäpelt haben.“

Pflegende der stationären Altenhilfe erleben immer wieder, dass Bewohner, die in ein Akutkrankenhaus verlegt werden, schlecht gepflegt und mit erheblichen Verlusten ihrer Ressourcen zurückverlegt werden. Es ist keine Seltenheit, dass Bewohner völlig „abgeschossen“ wiederkehren: mit Dekubitalulcera und Krankenhauskeim infiziert, ohne sichtbare



Verbesserung des Zustandes. Für weiteren Ärger sorgen der fehlende Arztbrief und die Tabletten, die für das Wochenende nicht mitgegeben wurden, die Versicherungskarte, die nicht zu finden ist, oder das Gebiss beziehungsweise das Hörgerät, welche nicht mehr auffindbar sind. Wenn dann Angehörige noch von unbegleiteten Mahlzeiten oder gar Fixierungen berichten, wird die Frage laut, ob es in den Akutkrankenhäusern überhaupt Konzepte und Kompetenzen im Umgang mit kognitiv eingeschränkten Menschen gibt.

Unterschiedliche Pflegekulturen

Fragt man hingegen Pflegende aus den Krankenhäusern, zeigt sich ein ganz anderes Bild. Sie haben kein Verständnis dafür, dass Patienten auffällig oft vor dem Wochenende oder vor Feiertagen ins Krankenhaus kommen, dass die Überleitungsbögen nur wenige verwertbare Informationen enthalten, dass Patienten keine Wäsche und Hilfsmittel wie Brille, Hörgeräte oder Ähnliches dabei haben und sich niemand aus dem Altenheim zu kümmern scheint. Zudem sind von den Mitarbeitenden in den Krankenhäusern bestimmte Entscheidungen oftmals nicht nachzuvollziehen – beispielsweise, bei einem Patienten mit einem kritischen BMI keine PEG zu befürworten.

Die Pflege- und Betreuungskonzepte in der Altenhilfe sind darauf ausgerichtet, dem Menschen ein Leben in seiner Normalität zu ermöglichen. In der Praxis bedeutet das: Pflegende geben der Selbstbestimmung und dem Autonomieerleben des Bewohners den Vorrang vor medizinisch oder pflegerisch Wünschenswertem. Das betrifft Themen wie Trinkmengen, Gewicht, Sturzrisiko oder das Akzeptieren von herausforderndem Verhalten, auch wenn dieses Verhalten den „bürgerlichen“ Vorstellungen nicht entspricht. Der Paradigmenwechsel von der pflegerischen Versorgung zu einem Ansatz, in der die Person mit ihrer Biografie und ihren Bedürfnissen im Mittelpunkt steht, ist das Ergebnis einer intensiven und seit Jahren kontrovers geführten Auseinandersetzung aller Akteure in der Altenhilfe.

In den Krankenhäusern ist die Versorgungsauftrag funktional und auf den medizinischen Bedarf hin ausgerichtet. Der Patient ist für eine kurze Zeitspanne im Krankenhaus mit dem Ziel, seine Erkrankung zu heilen oder die Symptome zu lindern. In der Regel sind die Abläufe standardisiert und die Patienten einsichtig. Der Umgang mit Patienten, die kognitiv beeinträchtigt sind, stellt für viele Pflegende eine Herausforderung dar. Räumliche Gegebenheiten wie offene Treppenhäuser, ungünstig platzierte Aufzüge oder

- Netzwerkarbeit/Perspektivübernahme
- Überleitungsbogen mit Angaben zu Menschen mit Demenz
- Begleitdienst von Ehrenamtlichen

– Netzwerkarbeit/Perspektivübernahme

Gelingt die Zusammenarbeit der Institutionen, hat es in vielen Fällen damit zu tun, dass persönliche Kontakte bestehen. Wenn sich die PDL oder die WBL aus der Altenhilfeeinrichtung und die Pflegemitarbeiter aus dem Krankenhaus kennen, ist es bedeutend leichter, bei Problemen oder Unklarheiten das Gespräch und auf kolle-

In der Altenhilfe wird der Selbstbestimmung des Bewohners Vorrang vor medizinisch oder pflegerisch Wünschenswertem eingeräumt. ~

lange Flure und vor allem die Zahl der zu versorgenden Patienten wirken sich zusätzlich ungünstig auf die Versorgungsqualität aus.

Die unterschiedlichen, durch die Institution vorgegebenen Versorgungsziele, führen bei den Pflegenden in der Altenhilfe sowie in den Krankenhäusern zu sich stark unterscheidenden Perspektiven auf den Bewohner beziehungsweise den Patienten – und in der Konsequenz zu unterschiedlichen Pflegeaufträgen und Prioritätensetzungen. Diese Unterschiedlichkeit wird nicht als ergänzend erlebt, sondern führt häufig dazu, dass sich die Pflegenden beider Institutionen gegenseitig entwerten, indem sie der anderen Berufsgruppe Inkompetenz und eine mangelnde Fürsorge für den erkrankten Menschen unterstellen.

Schritte in die richtige Richtung

Verständnis für die anderen Perspektiven und Achtung vor den jeweils anderen Kompetenzen sind erste Schritte, um die Versorgung von demenzerkrankten Menschen als eine gemeinsame Aufgabe zu verstehen. Drei Initiativen, die diesen Weg schon erfolgreich beschritten haben, soll hier beispielhaft vorgestellt werden:

gialem Wege eine Lösung zu suchen.

Im Kölner Norden wurde die Idee umgesetzt und ein Netzwerk gegründet. Beteiligt sind Mitarbeiter aus den Altenheimen, den ambulanten Diensten, dem Akutkrankenhaus und dem Gerontopsychiatrischen Zentrum. In Abständen von sechs Wochen findet ein Treffen statt, bei dem Probleme der Zusammenarbeit besprochen und gemeinsam Lösungen gesucht werden. Monika Grobhenrich, Mitarbeiterin des sozialen Dienstes im Heilig-Geist Krankenhaus in Köln sagte, nach den Effekten dieser Treffen gefragt: „Wenn man sich kennt, kann man gar nicht mehr von ‚denen im Altenheim‘ oder ‚denen im Krankenhaus‘ sprechen. Auf einmal hat man da Kollegen sitzen und man spürt, die sind auch bemüht und engagiert in ihrem Bereich. Wir besprechen viel mehr auf dem ‚kurzen Weg‘ und das ist immer von Vorteil für den alten Menschen.“

– Überleitungsbogen mit Angaben zum Menschen mit Demenz

Die Verantwortung für einen reibungslosen Übergang und einen optimalen Informationstransfer liegt auf beiden Seiten. Die Verantwortung dafür, relevante und profunde Informationen bei der

Patienten ID
Fischer, Walter
01.09.1930

Kommunaler Pflegeüberleitungsbogen für Menschen mit Demenz

von: Seniorenzentrum St. Heubert an: Ev. Krankenhaus Nachversorgende Einrichtung

Fehlen Ihnen Informationen zu einer Kategorie, so streichen Sie diese bitte diagonal durch.

Demenzschweregrad		ärztliche Diagnose											
<input type="checkbox"/> leicht	<input checked="" type="checkbox"/> mittelschwer	<input type="checkbox"/> schwer	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
Kontaktinformation													
Betreuer(in): <u>Petra Schulz</u>		Angehörige(r): <u>Herbert Fischer</u>											
Telefonnr.: _____		Telefonnr.: _____											
Mobil: _____		Mobil: _____											
E-Mail _____		Kontaktaufnahme der Angehörigen erwünscht bei:											
Bezugsperson: _____		<u>bei Komplikationen</u>											
Telefonnr.: _____		_____											
Tagespflege <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein		<input checked="" type="checkbox"/> rund um die Uhr											
_____		<input type="checkbox"/> nur von bis Uhr											
Telefonnr.: _____		_____											
Biografie													
Heimat: <u>Dortmund</u>		besondere Familienkonstellation:											
_____		<u>Hr. Fischer ist erst seit 3 Mon. verwitwet. Er "musste"</u>											
_____		<u>nach dem Tod seiner Frau ins Seniorenzentrum einziehen.</u>											
Muttersprache/Fremdsprache: <u>Deutsch</u>		<u>Tochter kommt fast täglich.</u>											
_____		_____											
Dialekt: _____		_____											
Beruf/Position: <u>Schmied</u>		prägende Ereignisse:											
Religion: <u>röm. Katholisch</u>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">positive</th> <th style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">negative</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">-Arbeit als Schmied</td> <td style="padding: 2px;">-Tod seiner Frau</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">-Handwerker, der alles kann</td> <td style="padding: 2px;">-Fortschreitender Verlust seiner Kompetenzen</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">-Enkelkinder</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">-Auftritt mit dem Chor</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </tbody> </table>		positive	negative	-Arbeit als Schmied	-Tod seiner Frau	-Handwerker, der alles kann	-Fortschreitender Verlust seiner Kompetenzen	-Enkelkinder		-Auftritt mit dem Chor	
positive	negative												
-Arbeit als Schmied	-Tod seiner Frau												
-Handwerker, der alles kann	-Fortschreitender Verlust seiner Kompetenzen												
-Enkelkinder													
-Auftritt mit dem Chor													
Interessen/ Hobbies: <u>Musik</u>		_____											
_____		_____											
Lebensthema: <u>Hr. Fischer war immer</u>		_____											
<u>ansprechbar, wenn Hilfe gebraucht wurde</u>		_____											
_____		_____											
<input checked="" type="checkbox"/> positiv behaftet <input type="checkbox"/> negativ behaftet		_____											
Kommunikation													
direkte Ansprache		Hilfsmittel (z.B. Schreibtafel, ritualisierte Handzeichen):											
<input checked="" type="checkbox"/> Siezen	<input type="checkbox"/> Duzen	_____											
<input checked="" type="checkbox"/> Nachname	<input type="checkbox"/> Vorname	_____											
<input type="checkbox"/> Vorname	<input type="checkbox"/> Spitzname:	_____											
<input type="checkbox"/> Spitzname:	_____	Kommunikationsstörungen											
_____		<input checked="" type="checkbox"/> Apraxie (Handlungsstörung)											
bevorzugte Ansprache		<input type="checkbox"/> Aphasie (Sprachstörungen)											
<input type="checkbox"/> leise	<input checked="" type="checkbox"/> laut	<input type="checkbox"/> Agnosie (Erkennungsstörungen)											
Sonstiges:		<input checked="" type="checkbox"/> kurze Fragen werden verstanden											

Überleitung des Bewohners in das Krankenhaus zur Verfügung zu stellen, haben die Einrichtungen der Altenhilfe. Die Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus benötigen mehr als die Diagnose, die Liste der eingenommenen Medikamente und die Versicherungskarte. Nur mit den relevanten Informationen haben die Krankenhaus-Mitarbeiter eine Chance, den Patienten einschätzen zu können, entsprechend somatisch zu versorgen und ihre Kommunikations- und Interaktionsstrategien anzupassen.

Wenn man bedenkt, dass das Delir eine lebensbedrohliche Komplikation für den betroffenen Menschen ist, muss der reibungslose Austausch von Informationen als Delirprävention oberste Priorität haben. Wie sollen die Krankenhausmitarbeiter eine Veränderung des Bewusstseins und der Verwirrtheit beurteilen können, wenn sie nur die Diagnose „Demenz“ kennen? Auch, wie sich die Demenz bei dem betreffenden Patienten üblicherweise äußert, ist hier eine Information von elementarer Bedeutung.

Viele Bögen, die im Umlauf sind, haben eine vereinheitlichte Struktur. Für Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, bildet diese Struktur oft nicht die relevanten Daten ab. Gefragt wird im Wesentlichen nach den Sachverhalten

- Kontaktinformationen / Personalien / Angehörige,
- Diagnose / Allergien,
- Kostform,
- Hilfsmittel,
- spezielle Pflegemaßnahmen,
- Gefährdungen,
- Medikamente.

Die meisten dieser Punkte geben keine Auskunft über die speziellen Verhaltensweisen und Bedürfnisse des Patienten, wenn es sich um einen Menschen mit Demenz handelt. Ein Beispiel für einen demenzspezifischen Bogen ist der „Kommunale Pflegeüberleitungsbogen für Menschen mit Demenz“ des Heidekreis-Klinikums, den Claudia Schardt von der Universität Bremen im Rahmen ihres Masterstudiums gemeinsam mit den Mitarbei-

tern aus Altenheim, Krankenhaus, Geriatrie, Psychiatrie und ambulanter Pflege entwickelt hat (siehe Abbildung auf Seite 38). Ziel ist die Verbesserung des Informationsflusses und die Optimierung des pflegerischen Arbeits- und Behandlungsprozesses.

Bei den mit dem Bogen erfassten Aspekten wird deutlich, welche Punkte relevant für die spezielle Situation von Menschen mit Demenz sind. Items wie Schmerzverhalten und Kommunikationsfähigkeit können lebensrettend sein, wenn beispielsweise deutlich wird, dass der Patient sich nicht mehr verbal artikulieren kann oder die Frage nach Schmerzen nicht versteht. Wenn klar wird, dass er nicht zu Halluzinationen neigt, kann das plötzliche Auftreten von Halluzinationen ein Hinweis auf ein beginnendes Delir sein.

Als Oberkategorien wurden folgende Items mit jeweils ergänzenden Unterpunkten als relevant für die Gegebenheiten im Heidekreis-Klinikum ausgewählt:

- Kontaktaufnahme
- Biografie
- Kommunikationsfähigkeit
- Verhaltensweisen
- Gewohnheiten
- Ernährung
- Schmerzverhalten

Im Rahmen ihrer Masterarbeit wird Claudia Schardt den Bogen evaluieren. Als Diskussionsgrundlage und Referenzgröße, um den Pflegeüberleitungsbogen der eigenen Einrichtung kritisch zu überprüfen, ist er schon jetzt gut geeignet.

– Begleitedienst von Ehrenamtlichen


Eine ebenfalls sinnvolle Initiative ist im St. Vincenzhaus in Köln-Brück entstanden. Einrichtungsleiter Johannes Maurer hat ein Projekt mit dem Ziel ins Leben gerufen, Bewohnerinnen und Bewohnern, die Situationen ausgesetzt sind, die sie überfordern und ihnen erheblichen Stress bereiten, nicht alleine zu lassen. Für dieses Projekt möchte er freiwillige Helfer gewinnen und darin schulen, Menschen mit Demenz zu Ärzten und bei der Verlegung ins Krankenhaus und während des Aufenthaltes dort zu begleiten.

Für diesen Dienst sollen die freiwilligen Helfer eine geringe Aufwandsentschädigung erhalten. Bei dem Projekt liegen dem Einrichtungsleiter besonders diejenigen am Herzen, die in der Nacht wegen einer akuten Situation als Notfall in ein Krankenhaus verlegt werden müssen. Gerade in dieser Situation sollen Menschen mit Demenz begleitet und nicht alleine gelassen werden.

Ausschlaggebend für die Initiative war der Erlass des Gesetzgebers, der die Einrichtungen der stationären Pflege dazu verpflichtet, die Begleitung zu Ärzten zu gewährleisten. Über die Unterstützung der Ehrenamtlichen Helfer freuen sich nicht nur die Bewohner, die begleitet werden. Auch für die professionell Pflegenden ist das Wissen, dass ihre Bewohner nicht allein sind, wenn sie in ein Krankenhaus verlegt werden müssen, eine erhebliche emotionale Entlastung.

Das eingangs zitierte Gespräch zwischen der Altenpflegerin Annika Beyer und ihrer Kollegin wäre, hätte es fünf Tage früher stattgefunden, vielleicht so verlaufen: „Ich rufe besser mal im Krankenhaus auf Station 2 an. Die kommen dort mit Herrn Fischer bestimmt nicht gut zurecht. Ich schicke auch heute Nachmittag die ehrenamtliche Helferin hin. Die kennt ihn gut, die kann mal schauen, wie es ihm geht.“

Mehr zum Thema

 **Vortrag:**
Auf dem Zukunftstag ALTENPFLEGE in Nürnberg hält Christel Bienstein am 26. April 2017 den Vortrag „Pflegeteams stärken – Krankenseinweisungen senken“. Infos unter www.zukunftstag-altenpflege.de/programm-2017/schnittstelle-pflegeeinrichtung-und-krankenhaus/

© Vincentz Network, Hannover, 2/17



Barbara Klee-Reiter
ist freiberufliche Beraterin und Dozentin

mail@perspektive-demenz.de