

Manuela Lautenschläger/Dr. Daniela Schmitz/Dr. Klaus Pöschel/Dr. Stefan Spannhorst/
Marita Schmidt/Prof. Dr. Ulrike Höhmann

Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz

Was zeichnet ein demenzsensibles Krankenhaus aus und welche Einweisungs- und Überweisungsgründe ins Krankenhaus gibt es für Menschen mit Demenz? Für eine bedarfsgerechte, optimale Versorgung von Menschen mit Demenz kommt es auf die Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen an. Diese sollte nicht nur punktuell erfolgen, sondern sich auf alle Facetten des Versorgungsprozesses beziehen. Der Beitrag gibt Einblick in förderliche Rahmenbedingungen für die multiprofessionelle Zusammenarbeit. Wie diese förderlichen Rahmenbedingungen umgesetzt werden können, zeigen die skizzierten Projektvorhaben auf: einmal mit Blick auf das Krankenhaus und damit einhergehenden konzeptionell-organisationsbezogenen Rahmenbedingungen sowie einmal fokussiert auf die Schnittstellen des Behandlungsprozesses von Menschen mit Demenz.

1. Förderliche Faktoren für die multiprofessionelle Zusammenarbeit

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit oder Nichtzusammenarbeit basiert auf der persönlichen Haltung eines jeden Teammitgliedes, sie entscheiden sich dafür oder dagegen, offen mit ihren Stärken und Schwächen umzugehen und ihre jeweiligen Kompetenzen ins Team einzubringen. Darüber hinaus müssen die beteiligten Wissensträger die Bereitschaft mitbringen, ihr Wissen zu teilen und im Lichte des Wissens der anderen zu reflektieren (vergleiche Günsel 2013). Letztlich beeinflussen die organisatorischen Rahmenbedingungen die Zusammenarbeit. Hier bedarf es genügend Zeit, Freiräumen, transparenter Absprachen und Regelungen von Zuständigkeiten, Empathie und einer vertrauensvollen Kommunikation (vergleiche Dettmers 2013).

Im Rahmen des Projektstudiums im Masterstudiengang „Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz und chronischen Einschränkungen“ an der Universität Witten/Herdecke entwickeln die Studierenden eine gemeinsame multiprofessionelle Fragestellung mit dem Ziel, den eigenen disziplinären Horizont zu überschreiten und die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Praxisfeld und mit den Kommilitonen zu erfahren.¹⁾ Nachfolgend werden zwei solcher Projekte zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus vorgestellt.

2. Praxisprojekte zur multiprofessionellen Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Projekt: Kriterien eines demenzsensiblen Krankenhauses

Vor dem Hintergrund, dass inzwischen 40 Prozent der über 65-jährigen Patienten in Allgemeinkrankenhäusern an kogni-

tiven Störungen und Demenzen leiden (vergleiche RBS 2015), gibt es Bestrebungen einer Reihe von deutschen Krankenhäusern, sich durch Personal- und Organisationsentwicklung wie auch durch bauliche Maßnahmen „demenzsensibel“ zu entwickeln.²⁾

Dabei zeigt sich, dass vor allem in Deutschland weder die Begrifflichkeit „demenzsensibel“ definiert noch einheitliche (Mindest-)Kriterien benannt sind. Um einer unverbindlichen Verwendung der Begrifflichkeit entgegenzuwirken, entwickelte die *Pflegewissenschaftlerin und Sozialmanagerin Marita Schmidt*, Mitarbeiterin im Robert Bosch Krankenhaus Stuttgart, im Rahmen ihres Studiums ein Praxisprojekt mit der Fragestellung: Welche Kriterien zeichnen ein demenzsensibles Krankenhaus aus?

Die Projektziele sind dabei eine Definition des Begriffs „demenzsensibel“, die Erstellung eines Kriterienkatalogs mit konkreten Empfehlungen sowie das Herausarbeiten von Mindestanforderungen an ein demenzsensibles Krankenhaus.

Das methodische Vorgehen basiert im ersten Schritt auf einer Literaturrecherche, in der neben den nur wenigen deutschen Studien^{3), 4)} schwerpunktmäßig die Ergebnisse der internationalen Literaturrecherche, insbesondere aus Großbritannien, als Grundlage genutzt wird, um einen teilstrukturierten Fragebogen zur Durchführung von Experten-Interviews zu konzipieren. Experten sind in diesem Projekt Personen, welche in einem von der Robert Bosch Stiftung geförderten Krankenhaus der ersten Förderrunde im Projekt zum demenzsensiblen Krankenhaus seit mindestens zwei Jahren aktiv involviert sind.

Der Fragebogen orientierte sich neben den Inhalten eines Katalogs mit evidenzbasierten Praxishinweisen und Innovationen vom Dementia Services Development Centre der University of Stirling (Schottland), auch an einem mit Unterstützung des National Health Service, Großbritannien, entwickelten klinischen „toolkit“ des Burdett Trust for Nursing sowie mit den

Empfehlungen zu einem demenzsensiblen Krankenhaus der Dementia Action Alliance (2016). Kernfragen wurden herausgearbeitet und im Interviewleitfaden unter folgenden Überbegriffen subsumiert:

- Assessmentverfahren
- Personalentwicklung
- Architektur
- Orientierungshilfen
- Segregation/Integration
- Berufsgruppen /Team
- Angehörigenarbeit
- Standards

Von besonderem Interesse waren darüber hinaus die abschließenden Fragestellungen nach der Einschätzung der *Mindestkriterien* für ein demenzsensibles Krankenhaus sowie die Frage nach möglichen *Schwierigkeiten bei der Umsetzung* von Maßnahmen. Die Interviews wurden im Zeitraum Mai/Juni 2016 mit sechs Experten aus den Berufsgruppen: Pflege, Therapie, Gerontologie und Architektur durchgeführt.

Eine erste Sichtung der Ergebnisse zu den Kriterien eines demenzsensiblen Krankenhauses in Deutschland lässt die Einschätzung zu, dass sich diese im Wesentlichen mit den in der internationalen Literatur aufgeführten, Kriterien decken. Die Beantwortung der Frage nach den Mindestanforderungen, welche ein demenzsensibles Krankenhaus aufzeigen sollte, sowie die Frage nach möglichen Schwierigkeiten in der Umsetzung von Maßnahmen, ergab folgende erste Schwerpunkte (siehe

► **Tabelle 1):**

Perspektivisch ist es sowohl nach Einschätzung von Marita Schmidt als auch den Experten zum Schutz der Patienten mit Demenz im Krankenhaus gesundheitspolitisch unabdingbar, die Bezeichnung „demenzsensibles Krankenhaus“ an entsprechende Kriterien zu knüpfen, um zukünftig eine an den Bedarf dieser wachsenden, vulnerablen Patientengruppe orientierte Versorgung sicherstellen und die Patienten schützen zu können.

Im Ausblick ist es das Ziel Schmidts, im Rahmen ihrer anstehenden Masterarbeit, den wissenschaftlich fundierten Kriterienkatalog zu einem *Audit-Tool* sowohl als Instrument der Selbstevaluation der Kliniken als auch als mögliche Grundlage zur externen Begutachtung eines „demenzsensiblen Krankenhauses“ zum Erwerb eines *Gütesiegels* weiter auszubauen.

Ein auf möglichst nationaler Ebene mit einheitlichen, gewichteten Kriterien basierendes *Gütesiegel* könnte dann Betroffene und deren Angehörige durch die entsprechende Transparenz in der Entscheidung der für sie geeigneten Klinikauswahl unterstützen.

Projekt: Einweisungs- und Überweisungsgründe ins Krankenhaus für Menschen mit Demenz

Einweisungen zur stationären Behandlung haben bei Menschen mit Demenz verschiedene Gründe. Neben Art und Schwere der Demenz spielen Wohnumfeld und (unzureichende, fehlende bzw. zusammenbrechende) Unterstützungsmöglichkeiten des sozialen Umfeldes eine wesentliche Rolle.^{5), 6), 7)} Zudem weisen Menschen mit Demenz deutlich häufiger alterstypische Erkrankungen als Gleichaltrige ohne Demenz auf.⁸⁾ Übereinstimmend stellen Studien fest, dass in der Mehrzahl (bis 95 Prozent)⁹⁾ die Einweisung ins Krankenhaus als Notfall erfolgt, während es bei kognitiv Gesunden gleichen Alters deutlich mehr zu elektiven Aufnahmen kommt. Bekanntermaßen sind aber Notfallaufnahmen mit erhöhter Sterblichkeit und Krankheitslast verbunden. Im Rahmen eines Praxisprojektes, durchgeführt von Dr. Klaus Pöschel (Pflegewissenschaftler) und Dr. Stefan Spannhorst (Oberarzt), Mitarbeiter der Abteilung für Gerontopsychiatrie im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld (EvKB), werden Krankenseinweisungen, insbesondere Notfalleinweisungen von Menschen mit Demenz, genauer analysiert.

Das Ergebnis soll genutzt werden, um Strategien zu gewinnen, die im Vorfeld Noteinweisungen entbehrlich machen und so sowohl zu einer Entlastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen wie auch des Krankenhaussystems beitragen.

Ziel der ersten Projektphase ist es, möglichst umfassend Einweisungsgründe bei Patienten mit gesicherter Demenzdiagnose zu erfassen und das methodische Repertoire für weitere Studien zu entwickeln. Die Fragestellung lautet daher: Wie stellt sich die zur Aufnahme führende medizinische, pflegerische und soziale Situation Demenzkranker in den genannten Dokumenten dar? Welche Änderungen in den genannten Bereichen können am Entlasszeitpunkt festgestellt werden? Wo liegen Unterschiede?

Neben medizinischen und pflegerischen Aspekten richtet sich das Augenmerk auf bestehende soziale Netze vor der Aufnahme und deren mögliche akute Veränderung hinsichtlich der Stabilität des häuslichen Pflegearrangements. Entsprechende Risikokonstellationen für Einweisungen sollen multiperspektivisch beleuchtet und hinsichtlich präventiver Maßnahmen diskutiert werden.

Datengrundlage der Untersuchung ist im ersten Schritt die retrospektive Auswertung von Patientenakten der Abteilung für Gerontopsychiatrie des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld über Patienten mit Aufnahme-

Tabelle 1: Mindestanforderungen an ein demenzsensibles Krankenhaus und mögliche Schwierigkeiten in der Umsetzung

Mindestanforderungen	mögliche Schwierigkeiten in der Umsetzung
<ul style="list-style-type: none"> • regelmäßige Schulungsangebote für alle Berufsgruppen und Hierarchieebenen mit dem Ziel, sowohl (Fach-)Wissen als auch die Haltung der Mitarbeiter zu verändern • ein Mindestmaß an struktureller Ausstattung: Orientierungshilfen (zum Beispiel Uhren, Kalender, farbliche Markierungen/Kontraste u. a.) • bauliche Anpassungen an die besonderen Bedarfe von Menschen mit Demenz 	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffen einer „ruhigen Umgebung“ im Krankenhaus • Prozesse patientenorientiert und weniger organisationsorientiert koordinieren • Geschäftsführung von Maßnahmen überzeugen • Bereitschaft für bauliche Veränderungen, Personal und Schulungen aufgrund zusätzlicher Kosten • ausreichend Personal mit entsprechender innerer Haltung und Freude an der Arbeit mit Patienten mit Demenz zu gewinnen

daten ab April 2015 bis März 2016. Eingeschlossen werden zufällig gewählte Fälle, bei denen die Diagnose einer Demenz laut Entlassbrief gesichert war und für die sich alle nachfolgend geforderten folgenden Dokumente in den Akten fanden: Ein Entlassbrief (EB), ein Einweisungsdokument (EWD) sowie die Dokumentation der Aufnahmesteuerung der Abteilung (DAS). Als EWD wurden neben klassischen Einweisungsscheinen auch Verlegungsberichte und ärztliche Zeugnisse nach dem PsychKG angesehen und ausgewertet. Aus der DAS gingen häufig auch soziale Gründe für Einweisungen hervor. Der EB diente der Sicherung einer tatsächlich vorliegenden Demenz. Im Rahmen einer quantitativen Analyse werden Häufigkeiten für medizinische, pflegerische und soziale Einweisungsgründe und soziale vorbestehende Konstellationen und Versorgungssettings systematisch erfasst.

Nach Beendigung der Datenerfassung zeigt die erste Auswertung bereits jetzt, dass die meisten Einweisungen erwartungsgemäß als Notfalleinweisungen erfolgen. Im Übrigen aber ist zu konstatieren, dass durch die drei geforderten Dokumente die tatsächliche Einweisungssituation unterschiedlich und mit unterschiedlichem hohen Informationsgehalt abgebildet wird. Delirien und Verhaltensauffälligkeiten bilden das Gros der medizinisch-pflegerischen Gründe für Einweisungen in die Gerontopsychiatrie. Nicht selten verbergen sich dahinter allerdings manifeste somatische Erkrankungen. Daneben scheinen Versorgungsbrüche etwa in der Verfügbarkeit helfender Angehöriger eine Rolle zu spielen, deren genaues Ausmaß noch erfasst werden muss. Viele Patienten werden vor der Einweisung noch ambulant betreut und aus der Klinik später in eine Heimeinrichtung entlassen. Die Konsistenz der Informationen im Vergleich verschiedener Dokumente muss noch geprüft werden.

Mit Blick auf die Praxis im Krankenhaus kann die detailierte Kenntnis zur stationären Aufnahme führender Gründe zweifelsohne die individuelle Behandlung und Beratung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen verbessern. Interessant ist insbesondere die Häufigkeit bestimmter möglicher Risikokonstellationen aus sozialen, pflegerischen und medizinischen Bedingungen. In der multiprofessionellen ambulanten Zusammenarbeit können womöglich durch gemeinsamen multiprofessionellen Fokus auf diese Konstellationen Einweisungen vermieden werden.

3. Fazit zur multiprofessionellen Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Die beiden Projekte zeigen exemplarisch die Notwendigkeit der multiprofessionellen Kooperation auf. Zum einen zeigt sich im ersten Projekt die Bedeutung der persönlichen Haltung der im Krankenhaus arbeitenden Professionen und zum anderen zeigt das zweite Projekt die Notwendigkeit des (institutionenübergreifenden und intraorganisationalen) Wissenstransfers und des Abbauens von Versorgungsbrüchen. Für die multiprofessionelle Zusammenarbeit gilt es bei beiden zu berücksichtigen, dass das Handeln einer Berufsgruppe immer Folgen für andere Berufsgruppen mit sich bringt und

immer unter den Voraussetzungen des Handelns der anderen entsteht.¹⁰⁾ In der Praxis kann das gemeinsame Handeln gelingen, wenn die beteiligten Berufsgruppen die Perspektiven der anderen kennen und für ihr Handeln berücksichtigen. Wie dies gestaltet werden kann und welche abschließenden Ergebnisse in den vorgestellten Projekten erreicht werden, wird am 27. und 28. April 2017 an der Universität Witten/Herdecke im Rahmen einer Tagung vorgestellt. Mit Vertretern dieser und anderer Berufsgruppen werden die Ergebnisse zur Praxistauglichkeit und Übertragbarkeit in andere Krankenhäuser diskutiert.

Anmerkungen

- 1) Höhmann, U.; Schmitz, D.; Lautenschläger, M.; Inhester, O. (2015): Neue Perspektiven: Interprofessionelle Zusammenarbeit für eine bessere Versorgung von Menschen mit Demenz. Dr. med. Mabuse (216), Seite 50–51.
- 2) Vergleiche: Robert-Bosch-Stiftung (2015): General Hospital Study – GHoSt. Zusammenfassung einer repräsentativen Studie zu kognitiven Störungen und Demenz in den Allgemeinkrankenhäusern von Baden-Württemberg und Bayern. <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/62538.asp> Letzter Zugriff: 02. Oktober 2016
- 3) Kirchen-Peters, S. (2013): Akutmedizin in der Demenzkrise? Chancen und Barrieren für das demenzsensible Krankenhaus. Hrsg. Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V., Saarbrücken.
- 4) Wolke, R.; Riedel, A.; Siegle, A.; Schmidt, K. (2015). Demenzgerechte Pflege im Krankenhaus. Konzeptentwicklung und Evaluation in der Pflegepraxis. Jacobs. Lage.
- 5) Burgdorf, F.; Sundmacher, L. (2014): Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle in Deutschland. Analyse von Einflussfaktoren auf die Raten ambulant-sensitiver Krankenhauseinweisungen. Deutsches Ärzteblatt. 13 (111) 2014. Seite 215–223.
- 6) Natalawa, A; et al. (2008): Reasons for hospital admissions in dementia patients in Birmingham, UK, during 2002–2007. Dement Geriatr Cogn Disord 2008; 26: Seite 499–505.
- 7) Pinkert, C.; Holle, B.: (2012): Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen. Z Gerontol Geriatr 45: Seite 728–734.
- 8) Toot et al. (2013): Causes of hospital admission for people with dementia: A systematic review and meta-analysis, JAMDA 14: Seite 463–470.
- 9) Natalawa, A; et al. (2008), a.a.O., Seite 499–505.
- 10) Schmitz, D.; Höhmann, U. (2016): Besonderheiten, Bedingungsfaktoren und Barrieren multiprofessionellen Lehrens und Lernens von Gesundheits- und Nicht-Gesundheitsberufen: Eine explorative Befragung aus Sicht der Lehrenden. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 33 (2), Doc26.

Anschrift der Verfasser

Manuela Lautenschläger/Dr. Daniela Schmitz/Prof. Dr. Ulrike Höhmann, Lehrstuhl für Multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen/Dr. Klaus Pöschel/Dr. Stefan Spannhorst; Abteilung für Gerontopsychiatrie Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Studierende Masterstudiengang „Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz und chronischen Einschränkungen (M.A.)“/Marita Schmidt; Pflegerische Zentrumsleitung Orthopädie und Unfallchirurgie/Geriatrie Rehabilitation Abdominalzentrum – Robert Bosch Krankenhaus Stuttgart Studierende im Masterstudiengang „Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz und chronischen Einschränkungen (M.A.)“, Universität Witten/Herdecke, Department für Pflegewissenschaft, Stockumer Str. 12, 58453 Witten