
Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für
die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in
Akutkrankenhäusern

Endbericht mit Handlungsempfehlungen

an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft

von

Sabine Kirchen-Peters

unter Mitarbeit von Dorothea Herz-Silvestrini und Judith Bauer

Saarbrücken, August 2012

Inhalt

| | |
|---|----|
| Vorwort | 5 |
| 1. Einleitung | 6 |
| 2. Projektbeschreibung | 9 |
| 2.1 Hypothesen | 9 |
| 2.2 Zentrale Fragestellungen | 11 |
| 2.3 Empirisches Vorgehen | 12 |
| 2.4 Aufbau der Online-Befragung | 13 |
| 2.5 Struktur der Fallstudien | 17 |
| 3 Ergebnisse | 21 |
| 3.1 Individuelle Barrieren | 21 |
| 3.1.1 Einschätzung des Handlungsbedarfs | 21 |
| 3.1.2 Wahrnehmung von Delirien | 25 |
| 3.1.3 Bewusstsein und Haltung | 27 |
| 3.2 Institutionelle Barrieren | 32 |
| 3.2.1 Probleme mit der Versorgung Demenzkranker | 32 |
| 3.2.2 Identifizierung Demenzkranker | 36 |
| 3.2.3 Wissen über modellhafte Konzepte | 38 |
| 3.2.4 Strategien für den Umgang mit demenzkranken Patienten | 42 |
| 3.2.5 Strategien für den Wissensaufbau über Demenz | 48 |
| 3.2.6 Innovationshemmende und -förderliche Faktoren | 53 |
| 3.3 Übergeordnete Barrieren | 62 |
| 3.3.1 Betriebswirtschaftliche Barrieren | 62 |
| 3.3.2 Weitere übergeordnete Barrieren | 73 |
| 3.4 Interdependenzen zwischen den Barrierearten | 75 |
| 4 Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen | 76 |
| 4.1 Zusammenfassende Darstellung der Barrieren | 76 |
| 4.2 Handlungsempfehlungen | 80 |
| Literatur | 90 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|--------------|--|----|
| Tabelle 1: | Empirieschema..... | 13 |
| Tabelle 2: | Trägerschaft befragte Krankenhäuser/alle Krankenhäuser | 15 |
| Tabelle 3: | Bettenzahl befragte Krankenhäuser/alle Krankenhäuser | 15 |
| Tabelle 4: | Position/Arbeitsbereich der Befragungsteilnehmer | 16 |
| Tabelle 5: | Fallstudien „Normalversorgung“ und „Good Practice“ nach Bettenzahl | 20 |
| Tabelle 6: | Geschätzter Anteil ab 65-jähriger Patienten in 2008 | 22 |
| Tabelle 7: | Geschätzter Anteil demenzkranker Patienten in 2008..... | 23 |
| Tabelle 8: | Notwendigkeit der stärkeren Ausrichtung der Klinik auf Demenzkranke | 25 |
| Tabelle 9: | Beurteilung der Versorgungsqualität für Demenzkranke in der eigenen Klinik | 32 |
| Tabelle 10: | Geschilderte Probleme des Personals im Umgang mit Demenzkranken (MFN)..... | 33 |
| Tabelle 11: | Häufigkeit überraschender Demenzen..... | 36 |
| Tabelle 12: | Kenntnisse über demenzsensible Konzepte | 38 |
| Tabelle 13: | Benannte Beispiele für bekannte spezielle Versorgungskonzepte (MFN)..... | 39 |
| Tabelle 14: | Herkunft der speziellen Kenntnisse (n=41) (MFN)..... | 41 |
| Tabelle 15: | Strategien bei Umgangsproblemen (n=120) | 42 |
| Tabelle 16: | Durchgeführte Fortbildungen zum Thema Demenz im Vorjahr der Befragung..... | 50 |
| Tabelle 17: | Typische Struktur der Fortbildungen in 2008 | 51 |
| Tabelle 18: | Begründungen für den Verzicht auf Demenzfortbildungen in 2008 (n=28) (MFN)..... | 52 |
| Tabelle 19: | Möglichkeiten der stärkeren Ausrichtung der Klinik auf Demenzkranke..... | 53 |
| Tabelle 20: | Gründe für weniger gute oder schlechte Umsetzungsmöglichkeiten (n=53) (MFN)..... | 54 |
| Tabelle 21: | Gründe für gute bis sehr gute Umsetzungsmöglichkeiten (n=42) (MFN) | 55 |
| Tabelle 22: | Aufschlüsselung der Begründungen aus Tabelle 21 (n=34)..... | 55 |
| Tabelle 23: | Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer | 62 |
| Tabelle 24: | Einhaltung der Liegezeiten bei demenzkranken Patienten..... | 63 |
| Tabelle 25: | Strategie „frühere Entlassung“ in Kliniken ohne bzw. weniger Liegezeitenüberschreitungen bei Demenz..... | 64 |
| Tabelle 26: | Zusatzkosten durch die Behandlung Demenzkranker (n=135) (MFN) | 65 |
| Tabelle 27: | Veränderung des DRG-Systems notwendig | 66 |
| Dimension 1: | Berücksichtigung und Vergütung des (pflegerischen) Mehraufwandes | 67 |
| Dimension 2: | Veränderungen im Fallpauschalensystem | 68 |
| Dimension 3: | Veränderung des Abrechnungsmodus | 69 |

Vorwort

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft beschäftigt sich seit vielen Jahren mit der Frage, wie die Versorgung demenzkranker Patientinnen und Patienten im Akutkrankenhaus verbessert werden könnte. Die hier vorgelegte Studie wurde im Jahr 2008 für die Forschungsförderung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft ausgewählt. Im Zentrum standen die Analyse von Transferbarrieren für die Umsetzung demenzsensibler Konzepte sowie Empfehlungen, wie diese hemmenden Faktoren reduziert werden können. An dieser Stelle sei der Alzheimer Gesellschaft für die Ermöglichung der Studie und für die konstruktive und anregende Zusammenarbeit im Projektverlauf herzlich gedankt.

Ich möchte mich zudem ganz herzlich bei allen Interviewpartnerinnen und -partnern in den beteiligten Akutkrankenhäusern bedanken, die sich trotz des extremen Arbeitsdrucks die Zeit genommen haben, an der Studie mitzuwirken. Danke auch für die Offenheit, über Dinge zu sprechen, die in der Versorgung Demenzkranker eben noch nicht zufriedenstellend gelöst sind. Nur auf diesem Weg können Ideen für eine andere Organisation der Hilfen entstehen. Im Einzelnen möchte ich mich bei folgenden Kliniken bedanken:

Agaplesion Elisabethenstift, Darmstadt
Caritasklinikum St. Josef Dudweiler
Stadtklinik Frankenthal
Agaplesion Markus Krankenhaus, Frankfurt
SHG-Klinikum Idar-Oberstein
Klinikum Ostallgäu Kaufbeuren
Caritas-Krankenhaus Lebach
Universitätsklinikum Mannheim
Krankenhaus Porz am Rhein
Caritasklinikum Saarbrücken St. Theresia
Klinikum Saarbrücken
Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis
Kreiskrankenhaus St. Ingbert
Marienkrankenhaus St. Wendel
Marienkrankenhaus Trier-Ehrang
HSK Dr. Horst Schmidt Klinik, Wiesbaden

Mein Dank gilt zudem der Kollegin Dorothea Herz-Silvestrini, die das Projekt als studentische Hilfskraft von Beginn an begleitet hat sowie der Kollegin Judith Bauer, die sich im Rahmen ihres pflegewissenschaftlichen Studiums in die Auswertung der Fallstudien „Good Practice“ eingebracht hat. Danke auch an Dr. Volker Hielscher für die konstruktiven Anregungen und an Brunhilde Kotthoff für die redaktionelle Bearbeitung des Textes.

Sabine Kirchen-Peters

Saarbrücken, August 2012

1. Einleitung

Die Zukunft der Krankenhausbehandlung erhält vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung eine sich zuspitzende sozial- und gesundheitspolitische Relevanz. Mit rund 67 Milliarden Euro fließt über ein Viertel aller Gesundheitsausgaben in Deutschland in den Krankenhausesektor (Statistisches Bundesamt 2010: 7). Da ältere Menschen im Durchschnitt vergleichsweise häufigere und längere Krankenhausaufenthalte in Anspruch nehmen als jüngere, sagen Experten einen deutlichen Anstieg dieser Kosten voraus. Bereits heute entfallen rund die Hälfte (51%) aller Krankenhausaufenthalte auf über 60-Jährige. Bis zum Jahr 2030 wird ihr Anteil auf 63% ansteigen. Dabei geht eine besondere Brisanz von der Tatsache aus, dass es sich bereits bis zum Jahr 2020 bei jedem fünften Krankenhausfall um einen über 80-jährigen Patienten handeln wird (ebenda: 15). Bis zum Jahr 2030 steigt durch den demografischen Faktor nicht nur die Zahl der Krankheitsfälle um rund 12% auf 19 Millionen Behandlungsfälle (ebenda: 11), sondern auch die Komplexität der zugrunde liegenden Diagnosen und Hilfebedarfe. So ist mit einer zunehmenden Zahl von Patienten zu rechnen, die neben ihrer als Hauptdiagnose aufgelisteten somatischen Diagnosen gleichzeitig an behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen leiden (Diefenbacher 2005: 71).

In der Statistik der Hauptdiagnosen spielt die Demenz mit lediglich 0,2% der Behandlungsfälle (Statistisches Bundesamt 2010: 13) eine verschwindend geringe Rolle, die ihrer Präsenz im Klinikalltag in keiner Weise gerecht wird. In einer aktuellen Befragung von Pflegekräften in Allgemeinkrankenhäusern gab die überwiegende Mehrheit an, immer häufiger mit pflegebedürftigen (94,2%) und demenzkranken (81,9%) Patienten¹ zu tun zu haben. Nur rund 30% der befragten Pflegekräfte fühlte sich für den Umgang mit demenzkranken Patienten ausreichend qualifiziert (Nock et al. 2012: 24). Dabei haben insbesondere Abteilungen, deren Klientel im Schwerpunkt aus älteren Patienten besteht, wie z.B. Innere oder Orthopädische Stationen, mittlerweile sehr häufig mit demenzbedingten Verhaltensauffälligkeiten zu tun, die bei der Behandlung der somatischen Erkrankungen als „Störfaktor“ auftreten und für die Mitarbeiter und andere Patienten zum Problem werden (Kirchen-Peters 2005d: 11). In einer aktuellen Literaturübersicht zur Prävalenz kamen die Autoren zu dem Schluss, dass ungefähr jeder fünfte ältere Krankenhauspatient eine Nebendiagnose Demenz aufweist (Pinkert, Holle 2012: 5).

Für die Demenzkranken wird der Krankenhausaufenthalt nicht selten zu einer Krisensituation, die eine Reduzierung von Restkompetenzen zur Alltags- und Lebensgestaltung nach sich zieht. Den Problemen bei der Behandlung wird teilweise mit Sedierungen und Fixierungen begegnet, um die Abläufe im Stationsalltag aufrecht zu erhalten. Für die Betroffenen bedeutet dies in aller Regel ein weiterer Verlust von Selbständigkeit, eine Verschlechterung des kognitiven Status und das Auftreten oder die Verstärkung sekundärer Demenzsymptome (Kleina, Wingenfeld 2007: 6). Bei eher „unauffälliger“ psychischer Komorbidität bleiben die psychischen Beeinträchtigungen in aller Regel

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im gesamten Bericht bei Personenbezeichnungen die männliche Form verwendet. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass dennoch immer beide Geschlechter gemeint sind.

unbeachtet, wodurch sich die Genesung der Patienten häufig verzögert oder verkompliziert (Kirchen-Peters 2005d: 26). Neben den negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten hat dies auch finanzielle Konsequenzen durch überproportional häufige und lange Krankenhausaufenthalte sowie vermeidbare Heimeinweisungen oder Verlegungen in Psychiatrische Krankenhäuser (Reichwaldt, Diefenbacher 2001: 28). Eine Studie an deutschen Krankenhäusern belegt, dass die Verweildauer demenzkranker Patienten im Vergleich zu Patienten mit gleicher somatischer Diagnose mehr als doppelt so hoch war (Friedrich, Günster 2005).

Eine weitere Herausforderung besteht in der Tatsache, dass Demenzkranke auch häufiger von Delirien im Sinne akuter Verwirrtheitszustände nach ICD-10 F05 betroffen sind, die schwerwiegende Konsequenzen auf Morbidität und Mortalität haben können. So liegt das Sterblichkeitsrisiko bei Delirien in einer ähnlichen Größenordnung wie beim Herzinfarkt, und die Wahrscheinlichkeit, nach einem Delir in ein Pflegeheim übersiedeln zu müssen ist fast dreimal so hoch (Wolter 2010: 34f.). Delirien treten vor allem nach dem Einsatz invasiver Diagnose- und Behandlungsmethoden mit Narkose auf (Reischies et al 2004). Lerner et al (1997) beobachteten in einer retrospektiven Untersuchung an rund 200 Patienten mit Alzheimer Demenz, dass 22% der Erkrankten eine delirante Episode entwickelten. Damit ist das Delir die häufigste Komplikation im Rahmen einer Demenzerkrankung (Arolt, Diefenbacher 2004: 259ff.).

Das multifaktorielle Modell über die Entstehungsbedingungen von Delirien (Fischer, Assem-Hilger 2003) geht davon aus, dass das Zusammenspiel verschiedener prädisponierender Faktoren mit der Einwirkung exogener Noxen zum Delir führt. Dabei sind vor allem so genannte Baseline-Faktoren sowie Faktoren, die mit dem Krankenhausaufenthalt zusammenhängen, maßgeblich (Inouye & Charpentier 1996). Besondere Bedeutung kommt den hospitalisierungsbezogenen Einflüssen zu. Dazu zählen neben der Immobilisierung bei körperlicher Erkrankung die Fehlernährung, die Polypharmazie mit mehr als drei neuen Medikamenten, das Vorliegen eines Blasenkatheters und iatrogene Ereignisse, insbesondere Erkrankungen infolge diagnostischer Handlungen oder therapeutischer Intervention. Im multifaktoriellen Modell wird davon ausgegangen, dass prädisponierende Faktoren mit hoher Vulnerabilität, wie z.B. das hohe Lebensalter, das Vorliegen einer Demenz oder eine hohe somatische Komorbidität, bereits mit schwach einwirkenden Noxen, wie z.B. der fremden Umgebung, der körperlichen Einschränkung oder der Immobilisation, ein Delir auslösen. Andererseits können auch prädisponierende Faktoren mit niedriger Vulnerabilität, wie leichte kognitive Störungen, Einsamkeit und niedrige Intelligenz, mit potenten Noxen, wie einem chirurgischen Eingriff, einer Behandlung mit Anticholinergika oder einer Insulinpflichtigkeit, zu einem Delir führen. Zusammenfassend können als wichtigste pathophysiologische Ursachen für das Auslösen eines Delirs bei Demenz die Polypharmazie, die Exsikkose, die somatische Belastung, Stressfaktoren, aber auch medikamentöse Einflüsse gesehen werden (Leentjens, Diefenbacher 2007).

Im Gegensatz zu anderen Ländern gibt es in deutschen Allgemeinkrankenhäusern hinsichtlich der Akutbehandlung Demenzkranker oder der Vermeidung von Delirien kaum systematische Strategien (Diefenbacher 2004: 123; Kirchen-Peters 2007b: 220;

Wolter 2010). Zwar werden an einigen wenigen Standorten – in der Regel mit unterstützenden Modellmitteln – unterschiedliche Ansätze umgesetzt. So erprobte z.B. ein Modellprojekt **in vier Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen** (Kleina, Angerhausen 2007) in verschiedenen Handlungsfeldern verbesserte Strategien des Umgangs mit demenzkranken Patienten wie z.B. das Informations- und Entlassungsmanagement, die Tagesstrukturierung oder die Qualifizierung des Personals. Ein Projekt im **St. Franziskus-Hospital in Münster** (Gurlit 2006), das nach seinem Abschluss in die Dauerfinanzierung überführt wurde, hat Maßnahmen zur Verhinderung eines postoperativen Altersdelirs entwickelt. Die zwei geschulten Pflegekräfte des Projektes betreuen delirgefährdete Patienten vor, während und nach operativen Eingriffen. Mit der Maßnahme konnte die durchschnittliche Delirhäufigkeit um rund die Hälfte gesenkt werden. Ein weiteres Modellprojekt am **Heidelberger Bethanien-Krankenhaus** (Dutzi et al 2006) hat eine **Geriatrisch-Internistische Station für Akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD)** eingeführt. Das Konzept umfasst strukturelle und organisatorische Veränderungen sowie die Schulung des Personals im Umgang mit verhaltensauffälligen Patienten.

Neben diesen Projekten hat vor allem der vom BMG geförderte **„Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienst“ in Kaufbeuren**, der nach Abschluss der Modellphase in die Dauerfinanzierung übernommen wurde, überzeugend dargelegt, wie der Krankenhausaufenthalt als Chance genutzt werden kann. Dies kann gelingen, wenn die Kranken nach jahrelanger Fehl- oder Nichtbehandlung einer psychischen Komorbidität einer gezielten Diagnose, Behandlung und einem fachgerechten Case Management zugeführt werden. Im Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung wurden neben Qualitätsverbesserungen auch positive Kosteneffekte aufgezeigt (Kirchen-Peters 2005d).

Trotz der positiven Ergebnisse handelt es sich bei den Modellprojekten jedoch um vereinzelte „Insellösungen“. Nicht zuletzt deshalb weisen verschiedene Institutionen und Verbände zunehmend auf den dringenden Handlungsbedarf in den Allgemeinkrankenhäusern hin, allen voran die Deutsche Alzheimer Gesellschaft, die neben regelmäßiger Öffentlichkeitsarbeit auch Tagungen nutzt, um die bestehenden Probleme zu thematisieren. Daneben ist die Robert Bosch Stiftung zu nennen, die sich seit einigen Jahren in diesem Themenfeld engagiert.

Ungeachtet der positiven Erfahrungen mit demenzsensiblen Konzepten und der verstärkten öffentlichen Debatte hat sich in der Versorgungsbreite noch wenig getan. Offenbar gibt es ein komplexes Gefüge an Barrieren, das dazu führt, dass die eigentlich überzeugenden Erfolge der Modellprojekte bundesweit keine Nachahmer finden bzw. Versuche interessierter Träger ins Stocken geraten (vgl. Hypothesen in Kapitel 2.).

2. Projektbeschreibung

Die folgende Projektbeschreibung beginnt mit einer Aufbereitung von Hypothesen über die Art der Umsetzungsbarrieren für Gute Praxis im Krankenhaus. Nach einer Darstellung der zentralen Fragen, auf die die Untersuchung eine Antwort finden soll, sind die folgenden Unterkapitel der Erläuterung des empirischen Konzepts gewidmet.

2.1 Hypothesen

Auf der Grundlage der in den Modellprojekten gewonnenen Erkenntnisse, die im vorangegangenen Kapitel aufgeführt sind, wurden vor dem Projektstart **drei Hypothesen** über bestehende Umsetzungsbarrieren gebildet:

A) Die Krankenhausversorgung Demenzkranker scheitert an Problemen und Barrieren auf individueller Ebene und auf der Interaktionsebene zwischen Demenzkranken und Krankenhauspersonal

Beim Umgang mit Demenzkranken werden Pflegekräfte und Ärzte mit eigenen Ängsten und Unsicherheiten konfrontiert, die durch das Beobachten und Erleben des geistigen und körperlichen Verfalls ausgelöst werden. Aus diesem Grund legen die Beschäftigten ihr Augenmerk eher auf die geistig gesunden und jüngeren Patienten. Darüber hinaus stellen vor allem demenzbedingte Verhaltensauffälligkeiten eine besondere Belastung für Pflegekräfte dar (Blass et al. 2007: 32ff.). Danach geht die höchste Belastung der Pflegekräfte offenbar von Demenzkranken aus, die permanent schreien oder rufen und durch den damit verursachten Geräuschpegel sowohl beim Personal als auch bei den Zimmernachbarn Stress erzeugen. Viele Mitarbeiter fühlen sich zudem belastet durch Demenzkranke mit Weglauftendenz oder durch Demenzkranke, die dem Personal mit aggressivem Verhalten begegnen.

Dabei sind solche Verhaltensauffälligkeiten zum einen Ausdruck der dementiellen Erkrankung, wenn sich Demenzkranke z.B. aufgrund einer Verkennung der Situation oder Person bedroht fühlen und „sich wehren“. Andererseits werden Verhaltensauffälligkeiten auch durch ein unangemessenes Milieu (z.B. große Hektik, Lautstärke, Unübersichtlichkeit) oder durch nicht adäquates Verhalten der Pflegekräfte ausgelöst bzw. verstärkt. Insgesamt wird den Krankenhausmitarbeitern bei der Versorgung Demenzkranker eine ganze Reihe von fachlichen, sozialen und emotionalen Kompetenzen abverlangt, auf die sie nicht ausreichend vorbereitet sind. Wie im nächsten Abschnitt erläutert wird, werden damit Probleme und Barrieren auf der Interaktionsebene institutionell verstetigt.

B) Die Krankenhausversorgung Demenzkranker scheitert an Barrieren auf institutioneller-arbeitsorganisatorischer Ebene

Demenzkranke führen in der Institution Krankenhaus in mehrfacher Hinsicht zu Zielkonflikten. Sie „stören“ den reibungslosen Ablauf der Prozesse und kosten mehr Zeit als eingeplant, was die Anforderungen an Wirtschaftlichkeit in Frage stellt. Die von ihnen erwarteten Anpassungsleistungen können sie aufgrund ihrer Erkrankung nicht

erbringen, vielmehr sind sie darauf angewiesen, dass das sie umgebende Milieu die vorliegenden Kompetenzeinbußen berücksichtigt und kompensiert. Dies ist insbesondere in der Eingewöhnungsphase nach Eintritt in die Institution von größter Bedeutung, in der die Kranken wegen der ungewohnten räumlichen Umgebung und dem Fehlen vertrauter Bezugspersonen besonders vulnerabel sind. Dabei scheitert die Schaffung eines „demenzfreundlichen Milieus“ zum einen an einem mangelnden spezifischen Fachwissen quer durch alle Berufsgruppen, das die notwendige Sensibilisierung für die Situation der Demenzkranken verhindert. Zum anderen sind die Strukturen und Abläufe nicht auf die besonderen Bedürfnisse der Demenzkranken eingestellt. Dies betrifft z.B. längere Wartezeiten oder eine fehlende Begleitung zu Untersuchungen.

C) Die Krankenhausversorgung Demenzkranker scheitert an Barrieren auf betriebswirtschaftlicher Ebene

Wenn es um betriebswirtschaftliche Argumente geht, die derzeit gegen eine Etablierung von speziellen Versorgungskonzepten für demenzkranke Patienten sprechen, muss zunächst darauf hingewiesen werden, dass es noch keine Finanzierungsregelung gibt. Innovationshemmend wirkt sich zudem vor allem durch die Einführung von Fallpauschalen und durch die zunehmende Privatisierung verstärkte Ökonomisierungstrend aus.

Die deutsche Krankenhauslandschaft hat sich in den letzten Jahren mit einer Vielzahl gesetzlicher Neuregelungen auseinandersetzen müssen. Nach Einführung der DRG in den Allgemeinkrankenhäusern, die auf diagnosebezogenen Patientenklassifikationen basieren, obliegen medizinische oder pflegerische Maßnahmen nicht nur dem Primat der Versorgungsqualität, sondern zunehmend auch einem Rentabilitätskalkül. Denn unabhängig vom realen Behandlungsaufwand erhalten alle Krankenhäuser für Patienten mit vergleichbaren Krankheiten eine festgelegte Vergütung und tragen damit das wirtschaftliche Risiko für Überschreitungen des zur Verfügung stehenden Budgets.

Diese politische Weichenstellung, die eine Reduzierung der Verweildauern und damit eine Kostenreduktion zum Ziel hat, wird von den Krankenhausverwaltungen an das ärztliche und pflegerische Personal weitergeleitet und erhöht auf der Ebene der Patientenversorgung den ohnehin bestehenden Zeit- und Leistungsdruck. Von einer solchen Entwicklung sind vor allem vulnerable Patientengruppen wie Demenzkranke betroffen, die aufgrund ihrer Erkrankung auf eine zeitintensivere und individuellere Betreuung angewiesen sind.

Eine sich verschärfende Wettbewerbssituation ergibt sich zudem durch die zunehmende Privatisierung ehemals kommunaler Krankenhäuser, die sich am Markt wirtschaftlich nicht mehr halten können. Dabei ist neben Aufkäufen und Fusionen ein „Kliniksterben“ zu beobachten, das sich nach Ansicht von Experten in den nächsten Jahren weiter verschärfen wird. Je nach Prognose seien in den nächsten Jahren zwischen 15 und 25% der Häuser von Schließung betroffen (Marrs 2007: 503).

2.2 Zentrale Fragestellungen

Während die Probleme auf der Interaktionsebene zwischen Krankenhausmitarbeitern und demenzkranken Patienten (vgl. Hypothese 1) bereits ausführlich beschrieben sind und daher empirisch als weitgehend durchdrungen gelten dürften (Kirchen-Peters 2005d, Kleina/Wingenfeld 2007), sind individuelle, institutionelle bzw. arbeitsorganisatorische sowie betriebswirtschaftliche Zusammenhänge im Hinblick auf ihre hemmenden bzw. fördernden Auswirkungen auf die Umsetzung von innovativen Konzepten der Dementenversorgung bisher eher unterbelichtet. Die diesbezüglichen Fragestellungen der Studie bezogen sich sowohl auf die aufzudeckenden Hemmnisse als auch auf die in den verschiedenen Bereichen vorliegenden positiven Erfahrungen mit fördernden Ressourcen:

Individuelle Ebene:

- Wie realistisch wird der Stellenwert von Demenzerkrankungen im somatischen Krankenhaus bewertet?
- Gibt es Vorbehalte gegenüber Demenzkranken und gegenüber Personen, die sich beruflich mit Demenzkranken beschäftigen?
- Wie könnte negative Haltung gegenüber Demenzkranken beeinflusst werden?

Institutionelle Ebene:

- Welche Anstrengungen hat man bereits unternommen, das ärztliche und pflegerische Personal für den Umgang mit demenzkranken Patienten zu schulen? Welche Konzepte sind geeignet, und wo liegen Barrieren für einen breiteren Transfer?
- Wie ist der Informationsstand der Krankenhausleitungen über innovative Elemente der Krankenhausversorgung Demenzkranker?
- Was müsste auf der Ebene der Arbeitsorganisation getan werden, um Optionen für innovative Konzepte zu schaffen? Was hemmt die Umsetzung solcher Maßnahmen und was könnte getan werden, damit erfolgreiche Konzepte flächendeckend eingeführt werden?
- Welche Hilfestellungen würden die Bereitschaft steigern, sich auf innovative Ansätze einzulassen?

Betriebswirtschaftliche Ebene:

- In welcher Form werden demenzkranke Patienten als Kostenfaktor wahrgenommen? Wie bildet sich der zusätzliche Aufwand in den betriebswirtschaftlichen Erfassungssystemen ab?
- Welche Strategien werden verfolgt, um die Verweildauer demenzkranker Patienten zu begrenzen?
- Wie müsste eine Finanzierungsregelung aus Sicht der Krankenhausträger aussehen?

- Welche finanziellen Anreize würden die Bereitschaft steigern, sich auf innovative Ansätze einzulassen?

2.3 Empirisches Vorgehen

Die empirischen Erhebungen im Rahmen des Projekts umfassten zwei Phasen:

a) *Analyse der Umsetzungsbarrieren*

In einem ersten Schritt wurde im Jahr 2009 eine **Online-Befragung in Akutkrankenhäusern** durchgeführt, mit deren Hilfe Grunddaten zum Umsetzungsstand und zu den Umsetzungsbarrieren hinsichtlich demenzbezogener Versorgungskonzepte ermittelt wurden. Aus der Vollerhebung wurden Spezialeinrichtungen, wie kleine Häuser unter 50 Betten, Kinder- und Geburtskliniken, Bundeswehrkrankenhäuser, rein psychiatrische Krankenhäuser usw. ausgeklammert.

Die schriftliche Befragung diente in erster Linie dazu, einen breiten Überblick über Grunddaten und strukturelle Barrieren zu erhalten, wie z.B. den Informationsstand über vorliegende Konzepte, den Stand der Umsetzung von Fortbildungsaktivitäten, die Relevanz von Kostenfaktoren usw.

Ausgehend von den Ergebnissen der schriftlichen Befragung wurden im Jahr 2010 **Fallstudien („Normalversorgung“)** durchgeführt, die sich im Wesentlichen auf vertiefende Experteninterviews stützten. In diesen leitfadengestützten Interviews wurden die im Fragebogen angesprochenen Dimensionen vertiefend analysiert und gleichzeitig die empirische Basis um „weichere“ Analysefaktoren, wie z.B. fördernde bzw. hemmende Kommunikationswege oder die individuelle Haltung zu demenzkranken Patienten, ergänzt.

Die Auswahl der Krankenhäuser orientierte sich an strukturellen Merkmalen, um nachvollziehen zu können, welche Auswirkungen diese ggf. auf individuelle, betriebswirtschaftliche und arbeitsorganisatorische Barrieren haben. Solche Merkmale sind z.B.:

- die Ausrichtung (rein somatische Krankenhäuser, somatische Krankenhäuser mit eigener psychiatrischer oder geriatrischer Abteilung),
- die Trägerschaft (öffentlich, freigemeinnützig, privat) und
- das Einzugsgebiet (groß-, mittel-, kleinstädtisch).

Um die unterschiedlichen Barrierearten gleichermaßen in den Blick zu nehmen, wurden Einzel- und Gruppeninterviews mit Vertretern der Krankenhausleitung und der Finanzabteilungen, mit Pflegedienstleitungen sowie ärztlichen Führungskräften durchgeführt.

Obwohl der Schwerpunkt dieses Analyseschritts auf der Ermittlung von Umsetzungsbarrieren lag, wurden die Gesprächspartner parallel nach konkreten Vorschlägen und Visionen gefragt, womit der Einstieg in die zweite Analysephase gelegt war.

b) Analyse von Strategien zur Überwindung von Umsetzungsbarrieren

Beim zweiten Analyseschritt wurde im Jahr 2011 eine Auswahl derjenigen Krankenhäuser in den Blick genommen, die auf unterschiedlichen Ebenen demenzbezogene Konzepte umsetzen konnten. Dabei sollte der Fokus der Empirie weniger auf den konkreten Konzepten und ihren jeweiligen Verbesserungspotentialen² für die Demenzversorgung liegen, denn diese sind, zumindest was die als Modell geförderten Initiativen anbelangt, bereits ausreichend dargestellt worden. Im Rahmen des Projekts ging es vielmehr darum, welche Erfahrungen die Akteure in den Krankenhäusern mit Implementationsproblemen auf unterschiedlichen Ebenen gesammelt und wie sie diese ggf. gelöst hatten.

Die Analyse stützte sich auf **Fallstudien in ausgewählten „Good Practice“-Krankenhäusern**. Neben den jeweiligen Projektinitiatoren wurden **Expertengespräche** mit den Krankenhausleitungen und Finanzverantwortlichen sowie mit Vertretern des ärztlichen und pflegerischen Personals geführt. Aus forschungspragmatischen Gründen beschränkte sich die Analyse auf sechs „Good Practice“-Beispiele.

Im folgenden Empirieschema sind alle Untersuchungsschritte veranschaulicht:

Tabelle 1: Empirieschema

| Untersuchungsschritt | Adressaten der Befragung | Methode | Anzahl |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| Schriftliche Befragung (online) 2009 | Leitungskräfte von Akutkrankenhäusern | Standardisierter Fragebogen | ca. 230 Fragebogen |
| Fallstudien „Normalversorgung“ 2010 | Krankenhausleitungen, Vertreter der Finanzabteilungen, Pflegedienstleitungen, ärztliche Führungskräfte | Experteninterviews | Drei bis fünf Interviews in Einzel- bzw. Gruppenform in 10 Krankenhäusern = 38 |
| Fallstudien „Good Practice“ 2011 | Projektinitiatoren, Krankenhausleitungen, Vertreter der Finanzabteilungen, Pflegedienstleitungen, ärztliche Führungskräfte | Experteninterviews | Vier Interviews in Einzel- bzw. Gruppenform in 6 Krankenhäusern = 24 |

Der Endbericht fasst die Ergebnisse aller Erhebungsschritte zusammen und leitet aus dem empirischen Material Handlungsempfehlungen für eine Bearbeitung und Überwindung von Umsetzungsbarrieren ab.

2.4 Aufbau der Online-Befragung

Die schriftliche Befragung richtete sich explizit an die Leitungskräfte der Krankenhäuser, weil diese eine Schlüsselrolle für die Umsetzung demenzsensibler Konzepte einnehmen. Für die als Vollerhebung konzipierte Befragung galten folgende Ausschlusskriterien:

² Die Kriterien für die Auswahl der Häuser sind in Kapitel 2.5 dargestellt.

- keine Kliniken unter 50 Betten,
- keine Kliniken ohne relevante Abteilungsstruktur (z.B. Chirurgie und/oder Innere Abteilung),
- keine Vollzugskrankenhäuser, reine Belegkliniken, Kinder- und Geburtskliniken, Bundeswehrkrankenhäuser oder rein psychiatrische Krankenhäuser.

Damit ergab sich ein Verteiler von rund 1.100 Kliniken. Aufgrund der Vielfalt an drängenden Themen, mit denen sich die Leitungskräfte von Allgemeinkrankenhäusern auseinander setzen müssen und aufgrund der großen Zahl an bürokratischen Arbeiten, die für interne und externe Instanzen zu erbringen sind, war zu erwarten, dass sich nur vergleichsweise wenige Häuser an der Befragung beteiligen würden. Um diesen bekannten Problemen mit dem Rücklauf von Befragungen im Krankenhaussektor entgegenzuarbeiten, wurden verschiedene Strategien eingesetzt:

- In einem Anschreiben zur Befragung wurde den Leitungskräften die Dringlichkeit der Thematik durch die wachsende Zahl Demenzkranker in den Krankenhäusern verdeutlicht. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass durch die Studie Wege aufgezeigt werden sollen, wie die Patienten trotz ihrer Demenz mit gutem Behandlungsergebnis und unter Einhaltung der vorgegebenen Liegezeiten versorgt werden können.
- Den Teilnehmern an der Befragung wurde strengste Anonymität zugesichert. Es wurde darüber informiert, dass der ausgefüllte Fragebogen an einen externen Betreiber von Online-Umfragen weiter geleitet wird, der dem Institut die Daten dann in aggregierter Form übermittelt. Rückschlüsse auf einzelne Kliniken waren in diesem Verfahren ausgeschlossen.
- Um die Seriosität der Befragung zu unterstreichen, richtete das *iso*-Institut eine Projekt-Homepage ein, auf der die Teilnehmer Informationen zu dem Hintergrund und zu den Inhalten des Projektes abrufen konnten, und es wurde eine feste Ansprechpartnerin für auftretende Fragen benannt. Den Teilnehmern wurde das Angebot unterbreitet, die Ergebnisse der Befragung auf dieser Homepage abrufen zu können.
- In drei Bundesländern (Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Saarland) konnten unter Nutzung bestehender Kontakte die Landeskrankengesellschaften kurzfristig für eine Kooperation gewonnen werden. Dabei ging die Unterstützung von einem Hinweis im eigenen Newsletter bis zum eigenständigen Online-Versand der Fragebögen.
- Nach dem Erstversand wurden noch drei "Erinnerungen" verschickt, um die Ausschöpfungsquote zu steigern.
- Zur Begrenzung des Aufwands für die Klinikleitungen war der Fragebogen so aufgebaut, dass er ohne die Durchsicht hausinterner Statistiken in rund 15 Minuten zu bearbeiten war. Etwas zeitaufwendiger war lediglich das Ausfüllen der am Schluss abgefragten Grunddaten (z.B. zur Betten- und Mitarbeiterzahl), was folglich von nur etwa der Hälfte der Teilnehmer beantwortet wurde.

Vor dem Hintergrund der branchenspezifischen Besonderheiten konnte mit 227 beteiligten Kliniken ein zufrieden stellender Rücklauf von rund 21% erreicht werden. Für diejenigen Länder, bei denen die Krankenhausgesellschaften kooperierten, war der Rücklauf mit durchschnittlich rund 39% deutlich höher. Sachsen-Anhalt, Hamburg und Nord-Rhein-Westfalen beteiligten sich ebenfalls überdurchschnittlich stark an der Befragung. Mit unter 10% kam der niedrigste Rücklauf aus den Ländern Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen. Vergleicht man die Trägerschaft der Häuser mit der durchschnittlichen Verteilung in Gesamtdeutschland, so zeigen sich hinsichtlich der Trägerstruktur der befragten Krankenhäuser kaum Unterschiede zur Gesamtverteilung aller Häuser.

Tabelle 2: Trägerschaft befragte Krankenhäuser/alle Krankenhäuser

| Trägerart | v.H. Befragte Kliniken | v.H. Alle Kliniken ³ |
|---------------------------|------------------------|---------------------------------|
| Öffentlicher Träger | 45,0 | 40,6 |
| Freigemeinnütziger Träger | 47,7 | 46,7 |
| Privater Träger | 7,2 | 12,7 |
| Gesamt | 100,0 | 100,0 |

Der Vergleich der Bettenzahlen spricht ebenfalls für eine gewisse Repräsentativität der Befragung mit der Ausnahme, dass Häuser unter 50 Betten ausgeschlossen waren, wodurch es etwas weniger kleine (unter 100 Betten) und rund zehn Prozent mehr größere Häuser gibt als in der Gesamtverteilung.

Tabelle 3: Bettenzahl befragte Krankenhäuser/alle Krankenhäuser

| Betten Akutbereich | v.H. Befragte Kliniken | v.H. Alle Kliniken |
|--------------------|------------------------|--------------------|
| Unter 100 | 6,1 | 11,4 |
| 100 bis 199 | 25,3 | 31,8 |
| 200 bis 499 | 43,4 | 43,8 |
| 500 und mehr | 25,3 | 13,0 |
| Gesamt | 100,0 | 100,0 |

Es war den Krankenhäusern frei gestellt, welche Fachrichtung der Direktion (Kaufmännische/r Direktor/in, Ärztliche/r Direktor/in, Pflegedirektor/in) sich an der Befragung beteiligte.

³ Entnommen aus dem DKA = Deutsches Krankenhaus Adressbuch.

Tabelle 4: Position/Arbeitsbereich der Befragungsteilnehmer

| Position/Arbeitsbereich | Häufigkeit | v.H. |
|--|------------------|-------|
| Pflegedirektor | 70 | 32,9 |
| Pflegedienstleitung | 10 | 4,7 |
| Ärztlicher Direktor | 35 | 16,5 |
| Leitende Ärzte | 23 | 10,8 |
| Kaufmännischer Direktor | 30 | 14,1 |
| Leitung Qualitätsmanagement/ Controlling | 12 | 5,6 |
| Sozialdienst | 3 | 1,4 |
| Personen ohne nähere Angabe | 30 | 14,1 |
| Gesamt | 213 ⁴ | 100,0 |

Wie aus der obigen Tabelle hervorgeht, delegierten die Direktoren das Ausfüllen des Fragebogens in 30% der Fälle an weitere Personen. Von den Direktoren beteiligten sich am häufigsten die pflegerischen Leitungskräfte. Nimmt man ärztliche Direktoren und leitende Ärzte zusammen, haben sich die kaufmännischen Leitungskräfte nur schwach an der Befragung beteiligt, wengleich das Demenzthema von erheblicher Kostenrelevanz für die Kliniken ist und dies auch als eine wichtige Begründung für die Relevanz der Studie argumentiert wurde.

Im ersten Teil der Befragung stand die Frage im Zentrum, wie stark das Bewusstsein und das Wissen bezüglich demenzrelevanter Aspekte auf der Ebene der Entscheidungsträger in den Allgemeinkrankenhäusern ausgeprägt sind und inwieweit sich darüber Hinweise auf Umsetzungsbarrieren und Handlungsbedarf ableiten lassen. Diese Fragestellungen konkretisierten sich in einem allgemeinen Komplex zur Versorgung Demenzkranker, in dem neben Einschätzungen zu den Anteilen älterer und demenzkranker Patienten die Sensibilität für das Auftreten von Delirien und die Kenntnisse über demenzsensible Konzepte abgefragt wurden. Zudem sollten die Leitungskräfte die Behandlungsqualität bei Demenzkranken im Vergleich zu geistig gesunden Patienten in der eigenen Klinik beurteilen. Ein zweiter Komplex sollte den Umsetzungsstand von Strukturen und Prozessen in der Dementenversorgung ermitteln und enthielt dazu Fragen über Strategien und Probleme im Umgang mit den Kranken sowie über den Fortbildungsstand beim ärztlichen und pflegerischen Personal. In einem dritten Befragungsteil wurden Kostenaspekte thematisiert. Die Leitungskräfte sollten einschätzen, in welchen Bereichen und in welcher Größenordnung kostenrelevanter Mehraufwand durch die Versorgung Demenzkranker entsteht. In einem letzten Komplex sollten sich die Befragten mit (halb-)offenen Items zur Notwendigkeit sowie zu den Möglichkeiten

⁴ Die N-Zahlen in den folgenden Tabellen variieren, weil auf jede Frage unterschiedlich viele Personen geantwortet haben.

einer stärkeren demenzsensiblen Ausrichtung des eigenen Krankenhauses äußern, die wahrgenommenen Barrieren auf der Ebene der Strukturen und Arbeitsprozesse und auf betriebswirtschaftlicher Ebene darstellen und Verbesserungsvorschläge unterbreiten.

2.5 Struktur der Fallstudien

Die **Fallstudien „Normalversorgung“** dienen der Vertiefung der Ergebnisse der Online-Befragung. Sie basieren auf leitfadengestützten Experteninterviews auf den drei Leitungsebenen. Die Interviews wurden in der Regel als Einzelgespräche, auf Wunsch aber auch in Gruppenform durchgeführt. Angesprochen waren in erster Linie die ärztliche, kaufmännische und pflegerische Direktion. Zudem wurden je nach Krankenhausstruktur weitere für das Demenzthema wichtige Experten hinzugezogen (Krankenhausoberin, Seelsorgerin sowie weitere leitende Ärzte und Pflegekräfte). Die Fragenkomplexe orientierten sich an den drei Barrierearten (individuelle, institutionelle, betriebswirtschaftliche). Anders als in der schriftlichen Befragung bestand im persönlichen Gespräch die Möglichkeit, auch selbstreflexive Elemente einfließen zu lassen.

Um eine typische Verteilung zu erhalten, wurde die Auswahl der zu befragenden Kliniken an **vier Hauptkriterien** orientiert. Die Unternehmenskultur in Kliniken wird von der **Trägerschaft** geprägt. Man unterscheidet zwischen privaten, öffentlichen und freigemeinnützigen Einrichtungen, letztere sind zusätzlich in kirchliche und nichtkirchliche Betriebe zu unterteilen. Im Krankenhaussektor spielen öffentliche und freigemeinnützige Träger die größte Rolle. Nur rund jede zehnte Klinik wird privat betrieben. Alle Trägerarten sollten in den Fallstudien vertreten sein.

Von großer Relevanz für die Behandlung von Demenzkranken ist – soweit bereits ein Ergebnis der Online-Befragung – die **Abteilungsstruktur**. In Häusern mit Abteilungen, in denen vermehrt Patienten mit Demenzerkrankungen behandelt werden, ist die Erkrankung präsenter, und es werden offenbar auch schon häufiger besondere Strategien verfolgt, wie z.B. der Einsatz von fachärztlichen Konsilen. In die Untersuchung wurden Häuser mit und ohne relevante Abteilungen wie Geriatrie, Psychiatrie oder Neurologie einbezogen. Weiteres Auswahlkriterium war die **Größe** der Fallstudieneinrichtungen. Um die Bandbreite an Einrichtungsformen abzubilden, wurden sowohl kleinere (unter 200 Betten) als auch mittlere (zwischen 200 und 500 Betten) und große Betriebe (über 500 Betten) in die Untersuchung eingeschlossen.

Des Weiteren wurde darauf geachtet, dass sowohl Kliniken in groß-, mittel- sowie kleinstädtischen **Einzugsgebieten** befragt wurden. Im Sample sollten zudem mehrere Bundesländer vertreten sein. Aus pragmatischen Gründen bezog sich die Befragung auf fünf Bundesländer im südwestdeutschen Raum (Hessen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Bayern, Saarland).

Die Auswahl der Häuser mit passender Merkmalstruktur erfolgte mit Hilfe einer Internetrecherche. Anschließend wurde eine ausführliche schriftliche Anfrage per Email an das Direktorium gerichtet, in der die Bedeutung der Studie und der damit verbundene

Aufwand (drei bis fünf Interviews mit einer Dauer von jeweils maximal 60 Minuten) beschrieben wurden. Anschließend wurde telefonisch nachgefragt, ob das Interesse an einer Studienbeteiligung bestand. In der Akquise der Fallstudienkliniken ergab sich jedoch das gravierende Problem, dass sich viele Klinikleitungen nicht dafür entscheiden konnten, an der Befragung mitzuwirken. Als Gründe wurden ein akuter Zeitmangel sowie die angeblich mangelnde Relevanz der Demenzthematik angegeben. In weiteren Häusern verlief der Entscheidungsprozess extrem schleppend und zog sich teilweise über mehrere Monate hin, in deren Verlauf immer wieder nachgefragt werden musste.

Beteiligt haben sich im Endeffekt solche Kliniken, zu denen – wenn auch nicht immer unmittelbar, sondern über Dritte vermittelt – eine persönliche Verbindung zum *iso*-Institut hergestellt oder eine Empfehlung zur Studienteilnahme vermittelt werden konnte. Es mussten aus diesem Grund einige Abstriche im Hinblick auf die Samplestrukturierung erfolgen. So ist es z.B. nicht gelungen, in der zur Verfügung stehenden Zeit eine private Klinik für eine Studienteilnahme zu gewinnen. Damit kann festgestellt werden, dass sich das bereits im Rücklauf der Online-Befragung gezeigte eingeschränkte Interesse an der Demenzstudie im Rahmen der Fallstudien „Normalversorgung“ manifestiert hat. Diese Erfahrungen in der Erschließung des Feldzugangs indizieren ein erstes Ergebnis: Neben dem zweifelsohne bestehenden Zeitdruck auf Leitungsebene scheinen derzeit andere und parallel bestehende Problemfelder die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Es spricht Vieles dafür, dass die eingehende Beschäftigung mit der Behandlung Demenzkranker derzeit noch einiger Impulse und äußerer Motivationen bedarf.

Weniger aufwendig war der Zugang zu den Krankenhäusern für die **Fallstudien „Good Practice“**, in denen der Handlungsbedarf für eine demenzsensible Ausrichtung bereits erkannt wurde. Zwar waren auch in diesen Häusern Klärungsprozesse erforderlich, um die Teilnahme an der Studie zu ermöglichen. Es erfolgte jedoch von keinem der angefragten Häuser eine Absage. Der Fokus wurde zunächst auf vier Krankenhäuser mit Konsiliar- und Liaisondiensten in unterschiedlichen Umsetzungsstadien (bereits zehn bzw. fünf Jahre sowie gerade erst etabliert) gelegt. Die Konsiliar- und Liaisondienste wurden ausgewählt, weil diese zum einen mit ihrem breit und interdisziplinär angelegten Konzept vergleichsweise weitreichende Auswirkungen auf Strukturen und Prozessabläufe in den Krankenhäusern nach sich ziehen. Damit stand ein profundes Reservoir an Barrieren für die Analyse zur Verfügung bzw. konnte auch vergleichend erfasst werden, wie die Akteure vorgegangen sind, um diese Hindernisse zu beseitigen oder zu reduzieren. Zum anderen ist es empirisch sinnvoll, die Umsetzungsbarrieren bei vergleichbaren Konzepten in unterschiedlichen Stadien zu analysieren. Neben den Konsiliar- und Liaisondiensten wurden weitere Varianten demenzsensibler Konzepte in das Sample aufgenommen, die ihren Fokus zunächst auf den pflegerischen Bereich gelegt haben, darunter das Konzept „Demenzbeauftragte“ sowie das Konzept „Pflegerberatung“. Unter den sechs Häusern sind jeweils solche, die die Maßnahmen mit bzw. ohne modellhafte Unterstützung umgesetzt haben. Zudem befinden sich – analog zu den Fallstudien „Normalversorgung“ – Häuser in unterschiedlicher Größe und Abteilungsstruktur (mit und ohne spezifische Fachabteilung) sowie mit unterschiedlichen

Einzugsgebieten (groß-, mittel- bzw. kleinstädtisch) im Sample. Jeweils drei Häuser waren in öffentlicher bzw. freigemeinnütziger Trägerschaft.

In den Interviews standen in erster Linie die Entstehungsgeschichte des Projekts sowie das konkrete Vorgehen in der Konzeptionierungs- und Umsetzungsphase im Mittelpunkt. Entlang aller Phasen wurde thematisiert, welche Barrieren auf unterschiedlichen Ebenen auftraten, wie die Akteure mit diesen Barrieren umgegangen sind und ob bzw. welche Lösungen gefunden wurden. Zudem nahm die Reflektion der bisher auf dem Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus erreichten Schritte einen breiten Raum ein. Dabei wurde z.B. nach den Erfolgsfaktoren, nach im Rückblick deutlich gewordenen Fehleinschätzungen oder Umwegen sowie nach Empfehlungen für andere Kliniken, bei denen eine demenzsensible Ausrichtung geplant ist, gefragt. Im Rahmen der Reflektion wurden die Befragten auch aufgefordert, sich über übergeordnete, von den Trägern nicht zu beeinflussende Barrieren zu äußern.

Die Ergebnisse der Fallstudien „Good Practice“ dienten zum einen dazu, die bisherige Darstellung von Barrieren zu vertiefen. Zum anderen boten sie die Grundlage für die in den Bericht integrieren Handlungsempfehlungen für einen „barrierereduzierten“ Einstieg in eine demenzsensible Ausrichtung von Akutkrankenhäusern.

Im Einzelnen haben sich folgende Häuser an den Fallstudien beteiligt (vgl. Tabelle 5):

Tabelle 5: Fallstudien „Normalversorgung“ und „Good Practice“ nach Bettenzahl

| Klinik | Bundesland | Trägerschaft | Ausrichtung | Betten* | Einzugsgebiet | Kürzel |
|--------|----------------------|------------------|---|---------|-----------------|--------|
| A | Saarland | öffentlich | Somatik, Geriatrie | 1 | kleinstädtisch | N-A |
| B | Saarland | freigemeinnützig | Somatik | 1 | kleinstädtisch | GP-B |
| C | Rheinland-Pfalz | freigemeinnützig | Somatik | 1 | großstädtisch | N-C |
| D | Saarland | freigemeinnützig | Somatik | 1 | kleinstädtisch | N-D |
| E | Saarland | freigemeinnützig | Somatik, Psychiatrie | 2 | mittelstädtisch | N/GP-E |
| F | Rheinland-Pfalz | öffentlich | Somatik, Psychiatrie | 2 | mittelstädtisch | GP-F |
| G | Saarland | freigemeinnützig | Somatik, Neurologie | 2 | großstädtisch | GP-G |
| H | Bayern | öffentlich | Somatik, Neurologie | 2 | mittelstädtisch | GP-H |
| I | Saarland | freigemeinnützig | Somatik | 2 | mittelstädtisch | N/GP-I |
| J | Hessen | freigemeinnützig | Somatik, Geriatrie, Psychiatrie | 2 | großstädtisch | N-J |
| K | Nord-Rhein-Westfalen | freigemeinnützig | Somatik | 2 | großstädtisch | GP-K |
| L | Rheinland-Pfalz | öffentlich | Somatik, Neurologie, Psychiatrie | 2 | mittelstädtisch | N-L |
| M | Baden-Württemberg | freigemeinnützig | Somatik, Geriatrie, Neurologie | 3 | großstädtisch | N-M |
| N | Hessen | freigemeinnützig | Somatik, Neurologie, Geriatrie, Psychiatrie | 3 | großstädtisch | N-N |
| O | Saarland | öffentlich | Somatik, Neurologie, Psychosomatik | 3 | großstädtisch | N-O |
| P | Hessen | öffentlich | Somatik, Neurologie, Psychiatrie | 3 | großstädtisch | GP-P |

* Die Bettenzahl ist wegen einer Gefährdung der Anonymisierung nicht exakt aufgeführt. Die Zahlen entsprechen folgenden Intervallen: 1 = unter 200 Betten, 2 = 200 bis 499 Betten, 3 = 500 und mehr Betten.

In der Tabelle sind die Fallstudienkliniken nach ihrer Größe sortiert und chronologisch mit Buchstaben versehen. In der Spalte „Kürzel“ sind diese Buchstaben zusammengeführt mit der Angabe „GP“ für „Good Practice“ sowie „N“ für „Normalversorgung“. Dabei sind zwei der ursprünglichen „Normalversorger“ im Laufe des Projekts zu „Good Practice“-Kliniken geworden. Diese werden mit „N/GP“ markiert. Die im Text verwendeten Zitate werden jeweils mit einem Kürzel gekennzeichnet, um eine Zuordnung der Aussagen zur jeweiligen Klinik zu ermöglichen.

3. Ergebnisse

Die folgende Darstellung integriert die Ergebnisse von Online-Befragung und Experteninterviews. Als Ordnungskriterium dienen die drei Barrierearten (individuelle, institutionelle, übergeordnete Barrieren).

3.1 Individuelle Barrieren

Hinweise auf individuelle Barrieren haben sich sowohl in der schriftlichen Befragung als auch in den Interviews ergeben. In der schriftlichen Befragung ging es ausschließlich um die Haltung der dort angesprochenen Leitungskräfte. Über verschiedene Fragen sollte deren Einschätzung zur Relevanz der Demenzerkrankung in der Akutmedizin und zu dem empfundenen Handlungsbedarf ermittelt werden. In den Interviews konnten diese Aspekte weiter vertieft und auf die Perspektive der Beschäftigten ausgeweitet werden. Die folgende Darstellung liefert die Ergebnisse aus beiden Empirieschritten.

3.1.1 Einschätzung des Handlungsbedarfs

Um eine erste Annäherung an die Haltung der Krankenhausleitungen zur Behandlung älterer und demenzkranker Patienten zu erhalten, wurden sie in der Onlinebefragung zunächst nach ihrer Einschätzung des Anteils älterer und demenzkranker Patienten befragt. Es ging nicht um konkrete Zahlen, die – falls überhaupt vorhanden – zeitaufwendig in der internen Statistik erhoben hätten werden müssen, sondern um die aktuelle Präsenz der Thematik für das Alltagshandeln der Entscheidungsträger. Während die statistischen Ämter für den Anteil älterer Patienten brauchbare Vergleichswerte geliefert haben (im Durchschnitt 51% ältere Patienten, in relevanten Abteilungen 65-70%)⁵, stößt die Bewertung der Antworten zum Anteil Demenzkranker auf die Schwierigkeit, dass es aus epidemiologischen Studien keine wirklich verlässlichen Zahlen für die Akutkrankenhäuser gibt. In einer älteren Untersuchung von Arolt et al von 1997 lag der Anteil Demenzkranker in relevanten Abteilungen bei 12%, wobei zu vermuten ist, dass sich diese Zahl mittlerweile erhöht hat. Pinkert und Holle gehen nach einer internationalen Literaturanalyse von einem Intervall zwischen 10 und 15% aus (Pinkert, Holle 2012).

⁵ Z.B. Statistisches Bundesamt 2010

Tabelle 6: Geschätzter Anteil ab 65-jähriger Patienten in 2008

| Anteil älterer Patienten | Gesamte Klinik | | Relevante Abteilungen ⁶ | |
|--------------------------|----------------|-------|------------------------------------|-------|
| | Häufigkeit | v.H. | Häufigkeit | v.H. |
| 0 – 20% | 10 | 6,1 | 5 | 3,4 |
| 25 – 40% | 25 | 15,2 | 13 | 9,0 |
| 45 – 60% | 80 | 48,8 | 32 | 22,1 |
| 65 – 80% | 43 | 26,2 | 81 | 55,9 |
| 85 – 100% | 6 | 3,7 | 14 | 9,7 |
| Gesamt | 164 | 100,0 | 145 | 100,0 |
| Mittelwert | 53,9% | | 64,7% | |
| Modus⁷ | 60% | | 70% | |

Berücksichtigt man die Tatsache, dass Kliniken mit geringem Altenanteil aus der Befragung ausgeschlossen wurden (vgl. 2.3) und nicht in die Berechnung eingehen, sprechen Mittelwerte und Modi dafür, dass der Anteil älterer Patienten von vielen Leitungskräften realistisch eingeschätzt wird. Dies betrifft den allgemeinen Durchschnitt ebenso wie den Durchschnitt in den relevanten Abteilungen. Dieses Ergebnis wurde auch in den Interviews bestätigt. Jedoch selbst wenn die Einschätzung des Altenanteils realistisch ist, haben sich die meisten Krankenhäuser dieser Entwicklung noch nicht gestellt und orientieren ihre Strukturen und Abläufe nach wie vor am Bild des jungen, complianten Patienten. *„Der Patient im Krankenhaus muss gehfähig sein, der muss seine Sachen alleine ein- und auspacken können, der muss auf seine Sachen aufpassen können. Der muss jedes Aufklärungsgespräch beim ersten Mal verstehen, sofort unterschreiben und innerhalb der mittleren Grenzverweildauer nach Hause gehen. Und zu Hause ist jemand, der auf ihn aufpasst. Er fällt in ein weiches soziales Netz. Das aber widerspricht der Realität (GP-F).“* Immerhin rund ein Fünftel der Befragten (21,3%) schätzt den Anteil älterer Patienten in der gesamten Klinik teilweise deutlich unterhalb der typischen Verteilung von 51% ein. Dies betrifft auch die Einschätzung für die relevanten Abteilungen, bei der sich über ein Drittel (34,5%) der Befragten unterhalb des statistischen Mittels von 65-70% einordnet. Hier muss jedoch angemerkt werden, dass die Altersanteile je nach Abteilungsstruktur der Kliniken tatsächlich variieren können.

⁶ Als Beispiele für relevante Abteilungen wurden Innere und chirurgische Abteilungen genannt.

⁷ Unter Modus versteht man in der Statistik den häufigsten Wert einer Häufigkeitsverteilung.

Tabelle 7: Geschätzter Anteil demenzkranker Patienten in 2008

| Anteil demenzkranker Patienten | Gesamte Klinik | | Relevante Abteilungen | |
|--------------------------------|----------------|-------|-----------------------|-------|
| | Häufigkeit | v.H. | Häufigkeit | v.H. |
| 0 – 5 % | 63 | 41,5 | 27 | 19,3 |
| 10 – 15 % | 60 | 39,5 | 55 | 39,3 |
| 20% und mehr | 29 | 19,0 | 58 | 41,4 |
| Gesamt | 152 | 100,0 | 140 | 100,0 |
| Mittelwert | 13,3% | | 19,6% | |
| Modus | 5% | | 10% | |

Häufiger unterschätzt wird demgegenüber der Anteil Demenzkranker. Zwar sprechen die Mittelwerte für eine realistische oder vielleicht sogar zu hohe Einschätzung. Der Modus deutet jedoch bereits darauf hin, dass die meisten Befragten mit 5% für die gesamte Klinik bzw. 10% für die relevanten Abteilungen einen Wert angekreuzt haben, aus dem eine zu geringe Einschätzung des Anteils Demenzkranker abgeleitet werden kann. Rund 42% gaben an, den Anteil in der gesamten Klinik nur auf zwischen 0 und 5% zu schätzen. Jeder Fünfte ging sogar in den relevanten Abteilungen von diesem niedrigen Wert aus. Auf der anderen Seite sprechen manche Angaben dafür, dass ein Teil der Befragten den Anteil Demenzkranker überschätzt, wenn z.B. jeder Fünfte davon ausgeht, dass der Anteil Demenzkranker 20% und mehr beträgt. Insgesamt lassen diese Befunde auf eine große Unsicherheit schließen, wie viele Demenzkranke in deutschen Kliniken wirklich versorgt werden.

In den Interviews mit Führungskräften der Kliniken „Normalversorgung“ zeigte sich ein ähnliches Antwortverhalten. Die Angaben bewegten sich in einem Intervall von 2% bis 25%. Selbst wenn in dem Sample - aufgrund angegliederter geriatrischer Abteilungen oder vorhandener Kooperationsstrukturen mit Pflegeheimen - Kliniken mit einem vergleichsweise höheren Anteil an älteren Patienten vertreten waren, lassen sich diese Varianzen dadurch nicht vollends erklären.

Die Hauptgründe für die unterschiedlichen Angaben liegen wohl nur zu einem Teil an wirklich divergierenden Demenzanteilen, sondern eher an Fragen der Wahrnehmung sowie an einer Unsicherheit im Hinblick auf die Abgrenzung und Definition der Demenzerkrankung. So wurde der Anteil häufig als gering bewertet und gleichzeitig nachgefragt, was man überhaupt unter einer Demenz verstehe: *„Das kommt auf die Begrifflichkeit an. Meint man auch wirklich die Diagnose Demenz? Die haben wir selten. Oder geht es einfach um ältere Patienten, die eine kognitive Schwäche besitzen?(N-O)“*

Die Krankheit Demenz wird im Krankenhaus nur dann bemerkt, wenn es durch Verhaltensauffälligkeiten zu gravierenden Problemen in der Behandlung der Hauptdiagnosen kommt. Nur dann besteht aus Sicht der meisten Führungskräfte ein Interesse an einer diagnostischen Abklärung, weil die Versorgung der Erkrankten mit einem erlösrelevanten Mehraufwand verbunden ist, der sonst nicht codiert werden könnte. *„Ich schätze,*

dass wir zwischen zwei und vier Prozent haben. Ich nehme an, dass die Dunkelziffer doppelt so hoch ist. Das sind Leute, die im normalen Betrieb mitlaufen können und deren Demenz dann nicht groß beachtet wird. Es ist immer die Frage, was an zusätzlichen pflegerischen oder sonstigen Maßnahmen erforderlich ist, z.B. dass die Leute überwacht werden müssen, weil sie Weglauftendenzen haben oder Bettgitter brauchen. Ansonsten sind das einfach geriatrische Patienten, die verlangsamt sind (N-N).“

Damit ergibt sich eine Vermischung zwischen der Wahrnehmung von Demenzen und betriebswirtschaftlichen Aspekten, die in Kapitel 3.3.1 ausgeführt werden. In den Interviews ergab sich kein einheitliches Bild, wann es sich „lohnt“, eine Demenz zu codieren. *„Das ist immer ein Konflikt. Der Patient kann sich nicht selbst organisieren, und dann fehlen die Strukturen, um ihn zu unterstützen. Die Codierung einer Nebendiagnose Demenz ist nur dann relevant, wenn sie einen zusätzlichen Aufwand erzeugt. Da haben wir eine Grauzone, weil sich die Frage stellt, wann ein codierbarer Mehraufwand vorliegt (N-O).“* Zudem bestehen strukturelle Probleme, wie die kurzen Verweildauern, die eine ausführliche Demenzdiagnostik erschweren. *„Durch den Zeitdruck geht das oft etwas unter, oder es geht bei der Dokumentation verloren (N-J).“* Manche halten auch die mit der Codierung befassten Ärzte für teilweise überfordert. *„Wir haben noch nicht überall Codierfachkräfte. Das müssen die Ärzte selbst machen, und dann haben sie zehn Minuten für die Anamnese, oft sind keine Angehörigen dabei, und dann ist es schwierig, das herauszufinden (N-L).“*

Wenn für die Demenzkranken im Rahmen der Behandlung Probleme entstehen, diese sich aber dennoch ruhig in die Stationsabläufe einfügen, wird dies häufig noch nicht als Anlass für eine diagnostische Abklärung genommen. *„Man merkt es nur darin, dass die Patienten dann Probleme haben, differenzierte Behandlungsschemata zu verstehen, zu realisieren und umzusetzen. Dadurch entstehen aber keine wirklichen Probleme im Ablauf. Schwerere Demenzfälle sind weniger vorhanden, etwa 1% mit Weglauftendenz (N-A).“*

Der Stellenwert psychischer Begleiterkrankungen bei Allgemeinkrankenhauspatienten wird jedoch auch durch Kommunikationsbarrieren unterbewertet. *„Den meisten auf der Leitungsebene ist das gar nicht bekannt, dass es so viele verwirrte und demenzkranke Patienten in ihrem Haus gibt. Da kommt von der Basis nichts nach oben (GP-F).“* Während für die Pflegekräfte auf den Stationen Erfahrungen mit demenzkranken Patienten bereits zum Alltag gehören, handelt es sich aus Sicht einiger Leitungskräfte eher um *„sporadisch auftretende Komplikationen (N-O).“* So berichtete eine kaufmännische Leitung, dass für sie Probleme in der Behandlung von Demenzkranken erst anlässlich eines Krankenhausaufenthalts der eigenen Mutter offenbar wurden: *„Ich kann zu diesem Thema nichts sagen, weil ich davon nichts mitbekomme. Bei mir kommt weder von den Pflegekräften noch von den Ärzten irgendetwas an, dass wir in dieser Richtung etwas verbessern müssten oder dass es da Probleme gibt. Als meine Mutter vor zwei Wochen in die Klinik musste, habe ich zufällig mitbekommen, dass eine Demenzkranke auf dieser Station ‚verloren ging‘. Das war das erste Mal, dass ich mitbekomme habe, dass das wirklich ein Problem sein kann (N-O).“*

Die Einschätzung der Zahl Demenzkranker hängt demnach in starkem Maße mit der Sensibilisierung für die Thematik zusammen. So wurden die Anteile in den Interviews mit Vertretern der Pflegedirektion in der Regel höher eingeschätzt als in den Interviews mit den ärztlichen und kaufmännischen Direktorien. Dabei gab es jedoch Ausnahmen, weil im Hinblick auf Sensibilisierung sehr individuelle Faktoren greifen (z.B. ärztlicher Direktor ist Psychiater oder die Mutter des kaufmännischen Direktors ist demenzkrank). Im Zusammenhang mit der Einschätzung der zahlenmäßigen Relevanz der Demenzerkrankung ist von Interesse, inwieweit die Leitungskräfte die Notwendigkeit einer stärkeren Ausrichtung ihrer Klinik auf Demenzkranke sehen.

Tabelle 8: Notwendigkeit der stärkeren Ausrichtung der Klinik auf Demenzkranke

| Notwendigkeit | Häufigkeit | v.H. |
|---------------|------------|-------|
| Sehr groß | 31 | 26,7 |
| Groß | 46 | 39,7 |
| Mittel | 35 | 30,2 |
| Gering | 4 | 3,4 |
| Gesamt | 116 | 100,0 |

Zwei Drittel der Leitungskräfte sehen eine große (39,7%) oder sogar sehr große (26,7%) Notwendigkeit, sich stärker auf demenzkranke Patienten auszurichten. Von über einem Drittel der Befragten wird der Handlungsbedarf jedoch nur mittel (30,2%) bis gering (3,4%) eingeschätzt. Dabei gab es in der schriftlichen Befragung keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten der unterschiedlichen Berufsgruppen. Auffallend war nur, dass rund 73% der kaufmännischen Leitungskräfte darauf verzichten haben, diese Frage zu beantworten. Wie aus den Interviews bekannt, korreliert ein weniger dringend wahrgenommener Handlungsdruck häufig mit einer zu gering eingeschätzten Zahl Demenzkranker. Gerade kaufmännische Direktoren hatten berichtet, dass die Mitarbeiter sie nicht über auftretende Versorgungsprobleme informiert hatten und diese erst auf Nachfrage vor dem Interview ins Bild gesetzt wurden.

Die Befragten nehmen aber den Anteil Demenzkranker als tendenziell steigend und die Patientengruppe als mittlerweile „relevante Größe“ wahr. Dies machen die Leitungskräfte in den Interviews an vermehrtem Einfordern von zusätzlichem Personal durch „verunsicherte Pflegekräfte“ fest oder an steigenden Konsilanfragen. Zudem sehen sich die Ethik-Kommissionen der Kliniken offenbar deutlich häufiger mit Fragen der Behandlung Demenzkranker konfrontiert.

3.1.2 Wahrnehmung von Delirien

Eine häufige und in den Konsequenzen nicht selten schwerwiegende Komplikation, die bei bereits bestehender kognitiver Beeinträchtigung durch eine Krankenhausbehandlung ausgelöst werden kann, ist das Delir. Experten gehen von hohen Delirraten bei der Krankenhausbehandlung aus (15 bis 30% der über 65-Jährigen nach Reischies et

al 2004). Viele Delirien werden in der Klinik jedoch übersehen. So ermittelte z.B. Inouye, dass 30-60% der Delirien in Allgemeinkrankenhäusern unerkannt bleiben (Inouye 1994), was insbesondere für hypoaktive Formen und Mischformen des Delirs zutrifft. Diese machen rund 30% bzw. 43% der Delirien aus (O'Keefe, Lavan 1999), sind ebenso behandlungsbedürftig wie die hyperaktiven Formen (rund 20%), werden jedoch durch die vergleichsweise unauffällige Symptomatik und eine mangelnde Sensibilisierung des Personals häufig nicht bemerkt. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 8,3 Tagen und einer durchschnittlichen Bettenzahl von 414 in den schriftlich befragten Häusern werden für das Jahr 2008 im Mittel 58 Delirien angegeben, was einer extrem geringen Delirrate von 0,3% entspricht. Über ein Drittel der Befragten (34,6%) gab sogar an, dass im Jahr 2008 unter zehn Delirien älterer Patienten auftraten, darunter formulierte jeder Fünfte, dass es 2008 kein Delir eines älteren Patienten gegeben habe. Der Kontrast zu den in der Forschungsliteratur diskutierten Delirraten spricht dafür, dass bei den befragten Führungskräften im Hinblick auf Delirien kein ausreichendes Problembewusstsein vorhanden ist.

Diese These hat sich in den Fallstudien erhärtet, wie folgende Zitate ärztlicher Direktoren veranschaulichen. *„Delire sind ziemlich selten. Wir sehen das schon mal, dass kognitiv vorgeschädigte Patienten nach Operationen durch den Wind sind, aber das stellt kein nennenswertes Problem dar. Wenn, dann eher bei Alkoholikern (N-O)“*. *„Also ich hätte Delir jetzt als agitierte oder Unruhephase gesehen oder erkannt. Jemandem, der nur ruhig im Bett liegt und nicht antwortet, den würde ich nicht als delirant beschreiben (N-N).“*

Delirien werden in normalen Akutkrankenhäusern offenbar nur selten erkannt. Zudem wird dieser Problematik eine für den Klinikalltag nur marginale Rolle zugewiesen. Bei „demenzsensiblen Klinikleitungen“ wird die Verbreitung von Delirien höher eingeschätzt, und es besteht auch eine Sensibilität für die unauffälligeren Formen. *„Ich kann mir schon vorstellen, dass der Begriff Delir beim somatischen Personal nicht so präsent ist. Gerade bei älteren Patienten sieht das Delir auch oft anderes aus. Ältere Delirpatienten sind nicht so agitiert und unruhig, haben eher Störungen bei der Orientierung, und das geht rasch mal unter (N-L).“* Nur wenn ein entsprechendes Bewusstsein vorherrscht, wird nach Wegen gesucht, die Versorgung dieser Patienten zu verbessern. So empfiehlt ein ärztlicher Direktor, delirante Personen wegen des besseren Personalschlüssels auf die Intensivstation zu verlegen. In einem anderen Haus wird mit anderen Fachabteilungen kooperiert. *„Bei Delirien gibt es schon gewisse Anzeichen, die ein Fachmann gleich erkennt. Wir in der Chirurgie nicht unbedingt, aber da gibt es Gespräche mit der Geriatrie. Wenn uns ein Patient auffällt, fragen wir dort nach Hilfe (N-N).“* Oder man versucht, das Problem über Mobilisierung zu beheben. *„Man muss dann versuchen, möglichst schnell wieder in einen normalen Tagesablauf zu kommen und die Phase der Immobilisierung möglichst kurz zu halten (N-C).“* Insgesamt hat sich jedoch der Eindruck eher erhärtet, dass es in den untersuchten Kliniken kaum gezielte Strategien für die Identifizierung von Delirien und den Umgang damit gibt und dass vor allem die Möglichkeiten der Prävention völlig unzureichend genutzt werden.

3.1.3 Bewusstsein und Haltung

Das Bewusstsein und die Haltung des Krankenhauspersonals gegenüber Demenzkranken waren wichtige Themen in den Fallstudien der Normalversorgung. Dabei stand zum einen die Haltung der Leitungskräfte selbst im Fokus. Insgesamt scheint das Problembewusstsein der Leitungskräfte sehr unterschiedlich zu sein, was sich bereits in den Antworten zu den Anteilen an Patienten mit Demenz und Delir abzeichnete. Die Haltung und das Interesse variierten in aller Regel mit der Profession der Befragten:

- In der Tendenz hatten eher die pflegerischen Direktorien und diejenigen ärztlichen Direktorien mit spezifischer Fachrichtung (wie z.B. Psychiatrie, Geriatrie) ein Interesse und Vorwissen zum Thema.
- Die kaufmännischen Leitungen verwiesen in der Regel darauf, für das Thema keine fachliche Expertise zu haben, aber neuen Konzepten stets offen gegenüberzustehen, wenn sie sich in der Bilanz positiv darstellen ließen.
- Bei den somatisch ausgerichteten ärztlichen Direktoren widersprach die Beschäftigung mit demenzkranken Patienten teilweise dem beruflichen Interesse, das eigene Krankenhaus als Zentrum für „Spitzenmedizin“ zu etablieren. Umgekehrt berichteten auch Leitungskräfte, die sich als geriatrisches Haus mit „Spitzenbetreuung“ etablieren möchten, von massiven Widerständen vor allem jüngerer Pflegekräfte.

So tangiert die offensive Ausrichtung von Krankenhäusern auf ältere und damit auf demenzkranke Patienten offensichtlich das berufliche Selbstverständnis von Ärzten und Pflegekräften. Eine ablehnende Haltung kann als Anzeichen für eine mangelnde gesellschaftliche Anerkennung älterer Menschen und der mit diesen beschäftigten Berufsgruppen bewertet werden. Vor diesem Hintergrund ist die Aussage eines ärztlichen Direktors zu verstehen, der über Probleme berichtete, dem Demenzthema in der Chefarzttrunde einen Platz zu geben. *„Es gibt Unterschiede in den Personen, was die Sensibilität für Demenz angeht. Im Krankenhaus arbeiten viele unterschiedliche Disziplinen zusammen. Das macht das Ganze nicht einfacher, weil jeder sein eigenes Ziel vor Augen hat (N-L)“*. Und nicht aus jeder Sicht ist es erstrebenswert, sich einen guten Ruf in der Demenzversorgung zu erarbeiten, weil diese Patientengruppe dadurch noch stärker in Erscheinung treten könnte.

Die Leitungskräfte wurden zudem gezielt darauf angesprochen, wie sie das Bewusstsein ihrer Mitarbeiter im Hinblick auf Patienten mit der Nebendiagnose Demenz einschätzten. Die meisten Leitungskräfte beantworteten diese Frage ausschließlich bezogen auf das Pflegepersonal. Von denjenigen Interviewten, die sich auch zum ärztlichen Personal geäußert haben, wurde das Bewusstsein der Ärzte als eher weniger ausgeprägt empfunden, da *„es nicht im Fokus der ärztlichen Weiterbildung und der beruflichen Schwerpunktinteressen steht (N-J)“*.

Vor allem diejenigen Kliniken, die bereits Fortbildungen über die Demenzerkrankung durchgeführt hatten, schätzten die Sensibilisierung der Pflegekräfte für diese Kundengruppe als durchaus vorhanden ein. Dabei fanden Fortbildungen eher in Kliniken statt,

die im Bereich der geriatrischen Patienten einen Schwerpunkt sehen. Auch wenn noch keine Fortbildungen stattfanden, unterstellten die meisten Klinikleitungen ein grundsätzliches Problembewusstsein, nahmen die Pflegekräfte jedoch als schnell überfordert wahr. *„Es kommt vor, dass die Mitarbeiter beim Umgang mit Demenzkranken an ihre Grenzen stoßen, sie mit ihrem Latein am Ende sind und mit ihrer Geduld (N-A).“* Dabei wird häufig auf individuelle Unterschiede verwiesen im Hinblick auf das viel zitierte „Händchen“ für den Umgang mit Demenzkranken sowie auf Unterschiede in der Verantwortungsübernahme (*„Angst, etwas falsch zu machen“*). Vor allem für weniger gut ausgebildete Hilfskräfte, die nach Angaben der Befragten zunehmend in Kliniken eingesetzt werden, sei der Umgang mit demenzkranken Patienten häufig mit Schwierigkeiten verbunden.

Ein großer Teil der Leitungskräfte vertrat die Auffassung, dass weniger die Haltung als strukturelle Zwänge maßgeblich für die Haltung zu Demenzkranken sei. Dabei stehen der Zeitdruck und die durchregulierten Abläufe auf den Stationen im Fokus der Argumentation. *„Sicher ist es so, dass ein Patient, der mehr Arbeit und Aufmerksamkeit erfordert, für eine Krankenschwester, die unter Zeitdruck steht, nicht sehr angenehm ist (N-L).“* *„Das Bewusstsein ist sicherlich da. Die Frage ist, wie man das im Arbeitsalltag umsetzen kann. Wenn man z.B. in einer operativen Station zehn bis zwanzig OPs am Tag hat und dazwischen einen demenzkranken Patienten. Dann ist der schnell ein Störfaktor, der mich daran hindert, meine Arbeit zu machen. Da haben wir noch keine Lösungen (N-J).“*

Wie aus den Zitaten hervorgeht, zeigen die Leitungskräfte Verständnis für die Komplexität der Handlungsanforderungen, die mit der konkreten Versorgung Demenzkranker verbunden sind. Es wird jedoch eine gewisse Hilflosigkeit erkennbar, wie man in den unbestritten ungünstigen strukturellen Rahmenbedingungen mit Demenzkranken besser umgehen könnte. Dazu fehlt offenbar ein Hintergrundwissen über geeignete Handlungsstrategien, das es den Mitarbeitern ermöglicht, sich auf herausfordernde Situationen mit Demenzkranken situativ und kreativ einzulassen. Dass solche Strategien erlernbar sind, ist vielen Mitarbeitern nicht bewusst: *„Die Mitarbeiter sehen die Ursache der Probleme primär in den Strukturen und nicht in ihrem Wissen. Mit Strukturen meinen sie vor allem den Mangel an Personal. Wenn sie Patienten mit Weglauftendenz haben, dann müssen sie sich entscheiden, ob sie das Risiko eingehen, ihn zu verlieren oder ihn zu fixieren. Es gibt wenig Ideen oder einen Blick dafür, was es sonst für Alternativen geben könnte (N-L).“*

Eine Möglichkeit, die Haltung der Mitarbeiter gegenüber demenzkranken Patienten zu beeinflussen, könnte über eine Berücksichtigung im Unternehmensleitbild in Gang gesetzt werden. In keiner der Fallstudien der Normalversorgung spielten Demenzkranke jedoch im Leitbild eine ausdrückliche Rolle, in manchen widerspreche dies gar dem Bild des „selbstbestimmten Patienten“. In anderen Kliniken wird so argumentiert, dass die Versorgung älterer Patienten im Sinne einer Reaktion auf die demografische Entwicklung zur Unternehmensphilosophie gehörte oder dass Demenzkranke als „Randgruppe“ zum traditionellen Feld kirchlicher Träger gehörten. In einer einzigen Klinik, in der man sich bewusster mit der Stigmatisierung demenzkranker Patienten auseinan-

dergesetzt hat, wurden aktiv Versuche unternommen, z.B. durch Hospitationen der somatisch eingesetzten Mitarbeiter in den psychiatrischen Abteilungen, Vorurteile abzubauen.

In den Kliniken der Normalversorgung wird die Bedeutung von Haltung und Bewusstsein für die Umsetzung demenzsensibler Konzepte offenbar häufig unterschätzt. Dies spiegelte sich auch in der schriftlichen Befragung wider, in der nur sechs von 82 Gründen für schlechte Umsetzungsmöglichkeiten demenzsensibler Konzepte auf individuelle Faktoren entfielen (vgl. 3.2.6). In den Interviews spielten Barriereformen auf der Ebene von Bewusstsein und Wahrnehmung hingegen schon eine gewisse Rolle und wurden von einzelnen Gesprächspartnern angeführt. Eine mögliche Begründung dafür könnte sein, dass die häufig komplexeren Zusammenhänge im persönlichen Gespräch besser expliziert werden können. *„Die größte Barriere sehe ich in der mangelnden Bereitschaft, sich mit dem Thema ernsthaft auseinanderzusetzen, also Demenz nicht nur als nervige Nebenerkrankung zu sehen, die den normalen Behandlungsprozess stört. Da kann man mit Bewusstseinsarbeit sicher etwas erreichen, aber ich fürchte, das wird auch schnell wieder ausgeblendet (N-J).“* Jedoch hängt das Erkennen dieser Barriereart offenbar auch sehr stark mit dem eigenen Bewusstsein und mit der Haltung gegenüber Demenzkranken zusammen. Sensibilisierte Führungskräfte berichteten häufiger über Erfahrungen mit dem mangelndem Bewusstsein ihres Personals. Zudem beklagten sie Probleme, Mitarbeiter zu finden, die sich auf eine verstärkte Arbeit mit demenzkranken Patienten einlassen und die *„dies gern und aus Überzeugung tun (N-N)“*. In anderen Interviews wurde dies auch in Zusammenhang mit dem mangelnden gesellschaftlichen Bewusstsein gesehen, durch das keine Wertschätzung einer solchen Arbeit erfolgt. *„Solange das Bewusstsein in der Gesellschaft nicht da ist, ist auch der Druck auf Veränderungen in den Krankenhäusern zu gering (N-L).“* *„Erst wenn sich an diesem Bewusstsein etwas ändert, kann sich auch in der Breite was in der Versorgung und letztlich auch in der Abrechnung tun (N-L).“* *„Der alte Mensch bringt keinen Nutzen mehr. Solange man aus dieser Sicht der Dinge nicht herauskommt, wird es schwierig, etwas zu verändern (N-D).“* Daraus ergibt sich, dass die Thematik „Demenz im Krankenhaus“ auch stärker in eine öffentliche Debatte überführt werden muss.

Im Gegensatz dazu war die Haltung gegenüber demenzkranken Patienten in den „Good Practice“-Kliniken ein großes, wenn nicht sogar das dominierende Thema. *„Wir hatten in der Gesichtschirurgie nachgefragt, ob sie Probleme mit Patienten haben, die verwirrt sind. Die sagten dann ganz freimütig und offen: Nein, haben wir nicht, die halten wir einfach zu viert fest! Die haben da gar nichts Schlimmes drin gesehen, und wir haben gedacht: Das kann doch nicht wahr sein! (GP-P)“* Zwar sind individuelle Motive schwer zu explizieren, weil sie meistens naturgemäß nicht konkret verbalisiert werden. Bei den Barrierearten – so die Erfahrung der Interviewpartner aus den „Good Practice“-Kliniken – spielen individuelle Faktoren jedoch eine herausragende Rolle, weil sie zu massiven Widerständen führen können:

- Strukturelle Veränderungen in einem Krankenhausbetrieb sind häufig mit Ängsten und Unsicherheiten in der Belegschaft verbunden. Wenn beispielsweise spezielle Fachabteilungen wie Konsiliar- und Liaisondienste gegründet werden,

haben die „normalen“ Mitarbeiter die Befürchtung, dass ihr eigener Arbeitsplatz durch die Aufwertung der anderen eine Abwertung erfährt. Dies kann am Beispiel der Dienstkleidung verdeutlicht werden. *„Da kam am Anfang die Aussage: Die sind was Besseres! Die laufen jetzt in Privatklamotten rum! Das sind so Kleinigkeiten. Da hätte ich am Anfang erstmal nicht dran gedacht. Aber das darf man nicht unterschätzen. (GP-P)“*.

- Solche Ängste vor einem Statusverlust beziehen sich wie bereits für die Häuser der Normalversorgung dargestellt auch auf die Zielgruppe der älteren und demenzkranken Patienten. *„Das ist schwierig, die Mitarbeiter davon zu überzeugen, dass es Sinn macht. Es ist ein Stigma und da ist die Tendenz, sich abzugrenzen und zu sagen: Das wollen wir nicht! Das macht uns nur mehr Arbeit! (GP-F)“* *„Hier sagt man: Mit allem Abnormen will ich nichts zu tun haben! (GP-F)“*
- Es wurde auch vermutet, dass der Umgang mit Demenzkranken aufgrund eigener Ängste und Vorbehalte vor Alter und Abhängigkeit zu Tabuisierungsprozessen führt. *„Es ist ja auch eine Auseinandersetzung mit der eigenen biografischen Eventualität. Dass man selber mal so wird (GP-F).“* Daraus folge, dass die Verantwortung für die Kranken ausgeblendet und auf andere Instanzen verlagert werde. *„Demenzkrankungen werden auch von Professionellen häufig als Problem der Spezialisten gesehen. Die Demenzkranken sollen dann entweder im Pflegeheim sein oder von den Angehörigen versorgt werden oder in die Psychiatrie. Da sind auch Verdrängungsmechanismen am Werk (N-L).“*
- Vereinzelt wurde dem Personal auch Trägheit unterstellt, wie von einer Pflegedirektorin, die die von den Mitarbeitern häufig beschriebene Zeitnot für teilweise vorgeschoben hält, um sich nicht auf eine andere Arbeitsweise einlassen zu müssen. *„Als Pflegedirektorin vertrete ich das Ganzheitliche. Es ist nicht immer umsetzbar aufgrund der kurzen Liegezeit. Aber bei den Pflegeintensiven schon. Und manchmal ist dieser Zeitfaktor auch ein wenig vorgeschoben. Es kommen sicherlich Tage vor, dann denkt man: Heute ist es wirklich schlimm! Es gibt aber auch Tage, die vielleicht nicht so belastet sind. Viele schieben dann ihre eigene Problematik vor, um zu rechtfertigen, warum sie es nicht tun und sagen: Das habe ich früher auch schon so gemacht! (GP-K).“*
- In der Tat scheinen viele Pflegekräfte aufgrund der zeitlichen Verdichtung ihrer Arbeit frustriert zu sein. Dies wird verstärkt, wenn ihnen von Seiten der Patienten keine Wertschätzung entgegengebracht wird. *„Ich habe herausgefunden, dass bei den Widerständen noch ganz andere Sachen mitspielen. Viele sind völlig frustriert, wie die Patienten teilweise mit ihnen umspringen. Meist im Erstkontakt. Da sind viele Betrunkene, die da so ankommen, die haben Wartezeiten und dann werden die Pflegekräfte da massiv angegangen. Dann fehlt denen die Kraft, so auf dem menschlichen Weg sich einem zu nähern. Da hat sich so ein Ton eingebürgert, eine Umgangsform, die Abwehr produziert, und dann muss man gucken, wie kann man sie bewegen, trotzdem auf die Patienten einzugehen (GP-K).“*

- Insbesondere jüngere Menschen mit einem eingeschränkten beruflichen Erfahrungshintergrund haben offenbar Probleme mit einem „Blickwechsel“. *„Am Anfang wurde das Thema etwas belächelt. Die, die schon etwas erfahrener sind, es vielleicht auch aus der eigenen Familie kennen, sind sensibler für die Sache. Den jungen Ärzten geht es genauso wie den jungen Schwestern. Die sind noch mit ganz anderen Sachen beschäftigt. Denen fehlt noch die Basis, die Erfahrung. (GP-K)“* Vor allem jungen Ärzte seien häufig mit schwierigen Entscheidungen überfordert. *„Die jungen Ärzte müssen sich in ihrer Persönlichkeit noch entwickeln. Fachlich sind die alle gut, aber mit Problemsituation, in denen ihre Sozialkompetenz gefordert ist, da sind sie überfordert. Das müssen die lernen, die Verantwortung zu übernehmen (GP-K).“*
- Wenn es um Fragen einer problematischen Haltung gegenüber Demenzkranken geht, werden von den Befragten in erster Linie die Krankenhausärzte genannt. *„Wenn sie jetzt alle Chefärzte zu einer Demenzschulung einladen, würden die sagen: Ist doch sowieso nicht heilbar! Was soll das alles? (GP-K)“* Da der Fokus des ärztlichen Tuns traditionell auf Heilung liegt, ist es für Vertreter der Berufsgruppe schwer nachzuvollziehen, warum bei Demenzkranken andere Behandlungsziele vorrangig sind, etwa dass diese einen Krankenhausaufenthalt ohne zusätzlichen Schaden überstehen. *„Ich sehe das so: Wenn ein Feuer abgebrannt ist, bleibt eben nur noch die Asche übrig und die bringt auch ein Konsiliararzt nicht mehr zum Lodern (GP-G).“* Der zum Ausdruck gebrachte therapeutische Nihilismus versperrt den Blick für andere Behandlungsziele und führt zu einer Abwehr sinnvoller Interventionsmöglichkeiten, z.B. im Bereich einer optimierten medikamentösen Versorgung.
- Die zunehmende Spezialisierung der medizinischen Fachrichtungen erschwert zudem auf der individuellen Ebene den ganzheitlichen Blick auf den Patienten und eine umfassende Abwägung der Sinnhaftigkeit bestimmter Behandlungsoptionen. *„Das Abteilungsspezifische spielt eine große Rolle. Die Kardiologen kümmern sich um ihre Herzkatheter, die Chirurgen um ihre Darm-OPs usw. Dann sitzt man zusammen und spricht über Maßnahmen für Demenzkranke und dann merke ich schon, da wird nichts kommen. Das sind ja alles Leute, die zumindest medizinisch auf hohem Niveau arbeiten. Aber was solche sozialen Probleme anbetrifft? (GP-K)“* Dabei geht in der Alltagsroutine nicht selten unter, dass das Wohlbefinden des Patienten, auch nach der Entlassung, im Vordergrund stehen müsste. *„Hier gab es immer wieder Diskussionen, weil die Ärzte nicht richtig damit umgehen konnten. Die beziehen sich erstmal auf das Herz, den Darm, aber nicht die Demenzerkrankung (GP-K).“*

Im Rahmen der Handlungsempfehlungen wird aufgezeigt, welche Möglichkeiten die Fallstudieneinrichtungen entwickelt haben, die Haltung der Mitarbeiter gegenüber Demenzkranken positiv zu beeinflussen.

3.2 Institutionelle Barrieren

3.2.1 Probleme mit der Versorgung Demenzkranker

Die Qualität der Krankenhausbehandlung demenzkranker Patienten wurde in verschiedenen Studien kritisch eingeschätzt (Kirchen-Peters 2005d; Kleina, Wingenfeld 2007 etc). Es wurde festgestellt, dass ein Krankenhausaufenthalt unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen für Demenzkranke häufig zu einer Krisensituation mit negativen Auswirkungen auf die weiteren Lebensperspektiven werden kann. Denn das Krankenhaus stellt mit einer unübersichtlichen Architektur, mit fehlender Tagesstrukturierung, mit starren, an der Krankenhauslogik ausgerichteten Abläufen und mit einem für die Dementenversorgung nicht ausreichend geschulten Personal ein geradezu demenzförderndes Milieu dar. Selbst diejenigen Kliniken, in denen demenzsensible Konzepte eingesetzt werden, sprechen sich aus diesen Gründen dafür aus, Demenzkranke – wenn möglich – ambulant zu behandeln.

Vor diesem Hintergrund wurden die Leitungskräfte der „Normalversorgung“ in der schriftlichen Befragung nach ihrer Einschätzung der Versorgungsqualität gefragt.

Tabelle 9: Beurteilung der Versorgungsqualität für Demenzkranke in der eigenen Klinik

| Versorgungsqualität | Häufigkeit | v.H. |
|---------------------|------------|-------------|
| Sehr gut | 7 | 5,0 |
| Gut | 45 | 31,9 |
| Mittel | 72 | 51,1 |
| Schlecht | 16 | 11,3 |
| Sehr schlecht | 1 | 0,7 |
| Gesamt | 141 | 100,0 |

Über ein Drittel (36,9%) der befragten Leitungskräfte beurteilt die Versorgungsqualität für Demenzkranke als „gut“ bis „sehr gut“. Die Hälfte der Befragten entscheidet sich für die Kategorie „mittel“, die verbleibenden 12% für „schlecht“ bis „sehr schlecht“, wobei dies in erster Linie von den pflegerischen Berufsgruppen angekreuzt wurde. Wie realistisch die eher positiven Einschätzungen sind, kann im Rahmen der Studie nicht sicher nachvollzogen werden. Dennoch ist zu vermuten, dass die Beurteilung zu optimistisch ausfällt. Zur Einordnung und Bewertung dieses Ergebnisses wurden die Leitungskräfte deshalb zusätzlich gefragt, ob das ärztliche und pflegerische Personal Probleme im Umgang mit Demenzkranken schildert. Zu betonen ist, dass es sich bei den folgenden Aussagen um Einschätzungen der Leitungskräfte über Ärzte und Pflegekräfte handelt.

Tabelle 10: Geschilderte Probleme des Personals im Umgang mit Demenzkranken (MFN⁸)

| Bereich | Ärztliches Personal (n=101) | | Pflegepersonal (n=122) | |
|-----------------|-----------------------------|--------|------------------------|--------|
| | Häufigkeit | v.H. | Häufigkeit | v.H. |
| Kommunikation | 92 | 91,1% | 111 | 91,0% |
| Diagnostik | 90 | 89,1% | 43 | 35,2% |
| Behandlung | 87 | 86,1% | 68 | 55,7% |
| Orientierung | 51 | 50,5% | 120 | 98,4% |
| Nachtversorgung | 37 | 36,6% | 111 | 91,0% |
| Ernährung | 28 | 27,7% | 109 | 89,3% |
| Beschäftigung | 13 | 12,9% | 100 | 82,0% |
| Körperpflege | 9 | 8,9% | 101 | 82,8% |
| Gesamt | 407 | 403,0% | 763 | 625,4% |

Nach Angaben der Leitungskräfte schildert das ärztliche Personal im Durchschnitt vier Bereiche, in denen Probleme im Umgang mit Demenzkranken auftreten, das Pflegepersonal sogar durchschnittlich sechs Bereiche. Beide Berufsgruppen benennen häufig Probleme in der ungewohnten Kommunikation mit den Kranken (91%). Diese führen bei den Ärzten offenbar zu weiteren Schwierigkeiten in ihren Kernleistungen der Diagnostik (89,1%) und Behandlung (86,1%). Die Hälfte der Leitungskräfte gibt an, dass die Mediziner zudem über Probleme durch die mangelnde Orientierung der Kranken (50,5%) berichten und etwa ein Drittel über Problemen mit der Nachtversorgung (36,6%). In stärkerem Maße artikulieren Pflegekräfte Probleme im Umgang mit Demenzkranken. Neben der ungewohnten Kommunikation werden gegenüber den Leitungskräften vor allem Probleme in der Orientierung (98,4%), in der Nachtversorgung (91%) und in der Ernährung geschildert (89,3%). Häufige Nennungen entfallen zudem auf die Bereiche Körperpflege (82,8%) und Beschäftigung (82%). Angesichts der von beiden Berufsgruppen berichteten Probleme im Umgang mit demenzkranken Patienten kann vermutet werden, dass ein Teil der Leitungskräfte die Versorgungsqualität tatsächlich zu positiv bewertet hat.

In den Interviews bestätigte sich der Eindruck, dass vor allem die Pflegekräfte eine Vielfalt von Problemen mit demenzkranken Patienten wahrnehmen. *„Die Ärzte schauen nach dem Knochenbruch und sind wieder weg (N-A).“* Die Pflegekräfte haben die Aufgabe, die Patienten auf die zeitlich und organisatorisch rigide reglementierten Untersuchungen und Behandlungen vorzubereiten. Gibt es Probleme, weil sich demenzkranke Patienten plötzlich nicht mehr in ihren Zimmern befinden oder sich die Vorbereitungen aufgrund von Verweigerungen zeitlich verzögern, kommt der gesamte klinische Ablauf ins Wanken. *„Auf der einen Seite ist oft ein starker Druck da, der Patient muss jetzt in den OP. Auf der anderen Seite will der Patient nicht, wie es gerade sein soll. Dazwi-*

⁸ = Mehrfachnennungen möglich

schen stehen die Pflegekräfte (N-A).“ Damit treten die Pflegekräfte in die Rolle von Vermittlern zwischen dem Krankenhaussystem und den Patienten.

In der Nachtversorgung kulminieren häufig die Probleme, wenn demenzkranke Patienten nicht zur Ruhe finden. In einem der befragten Häuser führt man aufgrund der hohen Belastungen der Pflegekräfte durch demenzkranke Patienten nur noch vier Nachtschichten am Stück durch. Auch Ärzte sind im Nachtdienst mit Demenzkranken stark gefordert. *„Das kann einem nachts wirklich Probleme bereiten. Wir Ärzte sind ja nicht ausgebildet für diese Krankheitsbilder. Dann ist man alleine und muss überall gleichzeitig sein, in der Notaufnahme, auf Intensiv und hat dann einen Patienten, mit dem man sich eigentlich eine halbe Stunde beschäftigen müsste. Da kann man sich eigentlich oft nur entscheiden, Sedativa zu geben. Das Problem muss innerhalb zehn Minuten gelöst werden. Dem Patienten wird man so nicht gerecht. Der Arzt ist allein und die Krankenschwester ist allein. Da geht es darum, dass der ruhig im Bett liegt, nicht stört, nicht stürzt und nicht zu anderen ins Zimmer läuft (N-I).“* Durch eine Kombination aus mangelndem Hintergrundwissen und organisatorischen Zwängen entsteht offenbar häufig ein Automatismus für inadäquate Strategien wie Sedierungen oder Fixierungen. Das Personal ist sich der Problematik dieser Strategien durchaus bewusst, es nimmt aber keine Handlungsalternativen wahr.

Vermittlungsgeschick auch ist gefordert, wenn Konflikte zwischen Demenzkranken und geistig gesunden Mitpatienten auftreten. Wie in den Interviews berichtet wurde, kostet es zum einen viel Zeit, aufgebrachte Patienten und ihre Angehörigen zu beruhigen und um Verständnis zu bitten. Auf der anderen Seite müssen bei der Zimmerbelegung kreative Lösungen gefunden werden, um schwerkranken Mitpatienten eine Erholung zu ermöglichen. Dies geht nicht selten zu Lasten der Demenzkranken, die dann häufig die Zimmer wechseln müssen. *„Das Verhalten Demenzkranker ist eine Herausforderung für alle. Da werden Fortschritte, die man mit Patienten gemacht hat, eingeschränkt durch den Ärger, den es manchmal mit Demenzkranken gibt. Auch die Angehörigen machen Druck. Man kann nicht immer Verständnis erwarten. Die werden manchmal sehr böse oder sogar aggressiv. Deshalb kann man die Demenzkranken nicht in jedes Zimmer dazulegen. Ich versuche, mich dafür einzusetzen, dass die Demenzkranken nicht so oft von einem ins andere Zimmer geschoben werden. Aber das scheitert an den Beschwerden der Mitpatienten (N-C).“* Von Beschwerden der Angehörigen Demenzkranker wird hingegen selten berichtet. Wenn überhaupt, bezögen sich diese auf Probleme mit der Nahrungsaufnahme. Es wurde vermutet, dass die Angehörigen selbst so belastet seien, dass ihnen die Kraft für aufwendige Beschwerden fehle. Andererseits bestehe vielleicht die Angst, die demenzkranken Patienten würden im Anschluss an eine Beschwerde schlechter behandelt. So entsteht der Eindruck, dass die geistig Gesunden durch aktive Beschwerdearbeit ihre Interessen gegenüber den demenzkranken Patienten besser wahren.

Um Hinweise auf eine demenzsensible Ausrichtung der Behandlung zu erhalten, wurden die Leitungskräfte zudem gefragt, ob sich die Behandlung Demenzkranker von der Behandlung geistig Gesunder unterscheidet. Die Befragten sehen hier mehrheitlich keine Unterschiede und beharren zudem auf dem Grundsatz, dass alle Patienten das

Recht auf die gleiche Behandlung haben. Die Unterschiede bestehen aus ihrer Sicht im Wesentlichen darin, dass sie den Patienten mehr erklären müssen. Als Problem wurde zudem die mangelnde Compliance der Patienten dargestellt. *„Wir haben das Problem, dass die Demenzkranken oft keine Krankheitseinsicht haben. Sie wissen nicht, dass sie in einer Klinik sind oder warum sie dort sind. Damit assoziiert ist oft eine Weglaufgefährdung oder auch ein Nicht-Akzeptieren-Können der Stationsroutinen. Die Compliance-Problematik ist gravierend bei dieser Patientengruppe. Es gibt diese Patienten. Die sind nicht behandelbar, weil sie sich eine Infusionsnadel herausziehen, weil sie Tabletten nicht schlucken, weil sie sich auf eine sehr hartnäckige Weise der Behandlung verweigern (N-J).“*

Vor dem Hintergrund der geschilderten Probleme kann der Erfolg einer Behandlung durch die mangelnde Mitwirkung der Patienten gefährdet werden. Dabei wird dieses Scheitern häufig einseitig auf die Spezifik der Erkrankung zurückgeführt ohne zu reflektieren, ob Möglichkeiten bestünden, durch einen veränderten Umgang mit den Demenzkranken Widerstände zu reduzieren und die Compliance zu fördern.

Die Mehrheit der befragten Leitungskräfte hatte keine konkretere Vorstellung darüber, in wie vielen Fällen der Behandlungserfolg durch eine mangelnde Mitwirkung demenzkranker Patienten gefährdet wird, sondern nur vage Vermutungen, dass die gesteckten Ziele wahrscheinlich häufig nicht erreicht werden. Dass dieser nahe liegenden Frage der Ergebniskontrolle nicht systematischer nachgegangen wird, ist in Zeiten der Ressourcenknappheit erstaunlich. Zudem wurde deutlich, dass wenig reflektiert wird, ob im Falle von Compliance-Problemen nicht teilweise auch der Sinn der Behandlungsmaßnahmen als solche in Frage gestellt ist.

Während diese ethischen Fragen, wie die Sinnhaftigkeit der Initiierung oder Weiterführung von Behandlungen für demenzkranke Patienten vielerorts noch keine große Rolle spielen, haben einzelne Kliniken bereits konstatiert, dass die hausinterne Ethik-Kommission zunehmend mit der Klärung solcher Sachverhalte beauftragt wird. *„Es stellt sich dabei die Frage, ob der Patient noch profitiert, wenn man nicht nur die Somatik sieht, sondern die gesamte Lebensqualität (N-L).“* Ein ärztlicher Direktor brachte die Vorgehensweise wie folgt auf den Punkt: *„Demenz ist immer das führende Krankheitsbild. Aufgrund der Demenz entscheidet sich immer, welche Behandlungen noch möglich und sinnvoll sind und welche nicht. Es ist eine Frage der Sichtweise (N-O).“* Die in dem Zitat zum Ausdruck kommende demenzsensible Haltung scheint derzeit jedoch eher die Ausnahme zu sein. Auch wenn die Befragten häufig den maximalen Einsatz von Operationstechnik bei hochaltrigen und demenzkranken Patienten durchaus kritisch bewerten, nehmen sie in der herrschenden Struktur der Akutversorgerlogik keine Alternativen wahr.

Insgesamt ist der Eindruck entstanden, dass die Probleme und ethischen Fragen, die in der Versorgung Demenzkranker entstehen, eher wenig reflektiert und diskutiert werden. Angestoßen durch die Studie haben einige Leitungskräfte offensiver versucht, ein differenzierteres Bild über die Versorgung dieser Patientengruppe zu gewinnen. *„Erst in der Vorbereitung auf dieses Gespräch habe ich in Diskussionen mit den Mitarbeitern mitbekommen, dass Demenz schon ein sehr großes Thema in der Krankenpflege ist.“*

Das wurde nur bisher nicht so artikuliert. Vielleicht deshalb, weil es so viele Problemfelder gibt, die alle schwierig zu bewältigen sind. Oder es gibt eine psychologische Hemmschwelle zuzugeben: Es gibt da ein Problem, mit dem kommen wir nicht klar (N-L).“ Die mangelnde Kommunikation über Versorgungsprobleme in Kombination mit der von vielen zu niedrig wahrgenommenen Zahl Demenzkranker führen im Resultat dazu, dass der Handlungsdruck, auf die Veränderung von Strukturen hinzuwirken und Ideen zu entwickeln, von vielen Leitungskräften als nicht prioritär wahrgenommen wird.

3.2.2 Identifizierung Demenzkranker

Eine adäquate Versorgung von Patienten, die neben ihrer somatischen Hauptdiagnose eine Demenz haben, ist nur dann zu gewährleisten, wenn die Demenz in der Klinik erkannt wird. Nachdem im vorangegangenen Kapitel dargestellt wurde, dass der Anteil dementieller Syndrome im Akutkrankenhaus häufig unterschätzt wird, sind die Barrieren für eine Identifizierung dieser Erkrankungen im Klinikalltag von besonderem Interesse. Nach Auskunft der Leitungskräfte ist bei eingewiesenen Patienten nur durchschnittlich in der Hälfte der Fälle vorher bekannt, dass eine dementielle Begleitsymptomatik vorliegt. Bei der anderen Hälfte wird das Personal im Laufe der Behandlung davon „überrascht“. Dabei weisen die Angaben eine große Streubreite auf.

Tabelle 11: Häufigkeit überraschender Demenzen

| Zahl bekannter Demenzen bei 10 neu aufgenommenen Demenzkranken | Häufigkeit | v.H. |
|--|------------|-------|
| 0-2 | 26 | 17,4 |
| 3-4 | 31 | 21,4 |
| 5-6 | 27 | 18,0 |
| 7-8 | 56 | 37,3 |
| 9-10 | 9 | 6,0 |
| Gesamt | 150 | 100,0 |
| Mittelwert | 5,4 | |
| Modus | 8 | |

Die meisten Befragten (37,3%) gehen davon aus, dass von zehn neu aufgenommenen Kranken in sieben bis acht Fällen die Demenz bekannt war. Auch der Modus liegt bei acht von zehn Kranken. Ähnlich viele Nennungen entfallen jedoch auch auf Werte unterhalb des Mittelwertes von 5,4: über ein Fünftel gibt an, in nur drei bis vier Fällen sei eine vorliegende Demenz bei der Aufnahme bekannt bzw. fast jeder Sechste trifft die Aussage, dass bekannte Demenzen eher die Ausnahme darstellen (0 bis 2 von zehn Kranken). Aus den Ergebnissen der Online-Befragung kann dabei nicht abgeleitet werden, ob sich der Anteil „überraschender Demenzen“ in den befragten Kliniken wirklich so unterschiedlich darstellt oder ob die Leitungskräfte diesen Umstand verschieden einschätzen.

Im Rahmen der Interviews wurde deutlich, dass der Fokus in den Akutkliniken nicht auf einer strukturierten Identifizierung der Demenzen liegt. In der Anamnese sind in aller Regel keine Fragen oder Screeninginstrumente zur diagnostischen Einordnung von Demenzen vorgesehen. *„Es wird nicht richtig gefragt. Jede Abteilung hat ihren eigenen Anamnesebogen, was auch vernünftig ist. Ein Chirurg braucht andere Informationen als ein Gynäkologe. Aber es wäre natürlich sinnvoll, man könnte sich für den Bereich Demenz auf einige Dinge einigen, die immer abgefragt werden (N-L).“*

Dies führt nicht nur zur Nichterkennung von Demenzen, sondern auch dazu, dass ältere Patienten irrtümlicherweise für demenzkrank gehalten werden. *„Unbekannte Demenzen kommen immer wieder mal vor, genauso wie es umgekehrt vorkommt, dass Menschen für demenzkrank gehalten werden, weil sie nicht mehr gut sehen oder hören können. Die Diagnose ist oft mangelhaft. Im ärztlichen Bereich ist zu wenig Zeit für die Anamnese, und die Zeit für die Diagnostik ist zu knapp. Gerade in der Notaufnahme muss alles sehr schnell gehen. Und in der Pflege ist es häufig so, dass es nicht möglich ist, so ausführlich mit den Leuten oder den Angehörigen zu sprechen, um das wirklich sicher einschätzen zu können (N-J).“*

Am Beispiel der Identifizierung kann verdeutlicht werden, wie Barrieren auf unterschiedlichen Ebenen eine demenzsensible Vorgehensweise ausschließen: Die präzise Abklärung eines Verwirrheitszustandes scheitert demnach häufig an betriebswirtschaftlichen (zu wenig Zeit) und betrieblichen Barrieren (Lücken in der Anamnese, keine diagnostischen Möglichkeiten). Hinzu kommen individuelle Faktoren, wenn die Wahrnehmung nicht auf das Erkennen dementieller Begleiterkrankungen gerichtet ist (*„Da ist das Bewusstsein gar nicht da, dass man sagt: Man kann doch mal einen Demenztest machen!“ GP-K*). Wenn an den Kliniken spezifische Fachabteilungen, wie z.B. Geriatrien, angegliedert sind, spielen diese Barrieren in der Regel eine geringere Rolle. In solchen Häusern kann das Personal auf interne fachliche Strukturen zurückgreifen (wie z.B. eine Memoryklinik), und es eröffnen sich zusätzliche Finanzierungs- bzw. Verlegungsoptionen, etwa im Bereich geriatrischer Fallpauschalen. Auch das Bewusstsein für psychische Komorbidität kann aufgrund der einschlägigen Klientel vorausgesetzt werden. Dadurch wird die Diagnostik von Demenzen dort offenbar offensiver vorangetrieben.

Wenn es um unbekannte Demenzen geht, spielt jedoch auch der häusliche Kontext eine entscheidende Rolle. Wenn überhaupt Angehörige vor Ort sind, die Auskünfte erteilen könnten, stellt sich die Frage, inwieweit die Demenzsymptomatik in den gewohnten eigenen vier Wänden bereits aufgefallen ist. Zudem ist die Demenz immer noch ein tabuisiertes und schambesetztes Thema. *„Üblicherweise werden Demenzkranke von ihren Angehörigen nicht als solche angemeldet. Dies passiert teilweise als bewusste Unterschlagung aus Scham. Viele Angehörige realisieren aber auch nicht die Veränderungen und nehmen sie nicht so dramatisch (N-A).“*

Im Krankenhaus wiederum scheut man sich häufig, die Kranken und ihre Angehörigen mit dem Demenzverdacht zu konfrontieren. Denn da in der Klinik wenig Zeit für eine ausführliche Beratung besteht, fühlt man sich unter zusätzlichem Zeitdruck bzw. man ist unsicher, wer die Beratung nach der Entlassung übernehmen wird. *„Wenn man Pa-*

tienten ohne Vorsicht die Diagnose Demenz mitteilt, haben sie zu Hause unter Umständen niemanden, der ihnen dann weiterhilft (N-O).“

Gerade in der Notaufnahme ist eine Einordnung von Demenzzymptomen besonders schwierig. *„Manche Menschen haben ja noch eine gute Fassade, so dass man nicht merkt, dass sie verwirrt sind, andere sind beim ersten Kontakt in der Notaufnahme nicht ganz bei sich oder ausgetrocknet. Wenn sie dann eine Infusion bekommen, sind sie am nächsten Tag wieder klar (N-J).“* Aufgrund des durch den Notfall ausgelösten Stresses vergessen Angehörige nicht selten, Informationen weiterzugeben oder sie werden umgekehrt vom Personal nicht danach gefragt. Deshalb treten Informationslücken eher auf, wenn es sich um Notfälle handelt als bei länger geplanten Eingriffen. Zudem kann man eher von strukturierten Überleitungen ausgehen, wenn Demenzzranke aus dem Pflegeheim ins Krankenhaus kommen, weil hier oft entsprechende Instrumente und Regelverfahren zur Verfügung stehen.

Insgesamt könnte zumindest ein Teil der „überraschenden Demenzen“ durch eine bessere Strukturierung der Überleitung vor allem aus der Häuslichkeit der Patienten vermieden werden. Aber neben den Problemen, die sich durch einen Informationsverlust beim Sektorenwechsel erklären lassen, gibt es auch diejenigen Demenzzranke, bei denen die Krankheit im Umfeld zuvor nicht bekannt war bzw. bei denen sie erst durch das Krisenereignis Krankenhausaufenthalt verstärkt bzw. ausgelöst wurde. Hier ist zu betonen, dass das Allgemeinkrankenhaus eine wichtige Filterfunktion für die Erstdiagnostik, -behandlung und -beratung einnehmen sollte. Dieses Argument wird durch das bereits herausgearbeitete Ergebnis bekräftigt, dass der Anteil der weniger auffälligen Kranken von den meisten Leitungskräften eher unterschätzt wird.

3.2.3 Wissen über modellhafte Konzepte

In den vorangehenden Kapiteln wurde beschrieben, dass derzeit erhebliche Probleme bei der Behandlung und Identifizierung demenzzranke Patienten im Akutkrankenhaus bestehen. Um eine Modernisierung von Strukturen und Prozessen in der Dementenbehandlung anzustoßen, ist die Kenntnis andernorts erprobter demenzzsensibler Konzepte hilfreich. Die Leitungskräfte wurden aus diesem Grund gefragt, ob sie spezielle Versorgungskonzepte kennen und sollten diese ggf. selbst benennen.

Tabelle 12: Kenntnisse über demenzzsensible Konzepte

| Kenntnis Konzepte | Häufigkeit | v.H. |
|-------------------|------------|-------|
| Nein | 112 | 72,3 |
| Ja | 43 | 27,7 |
| Gesamt | 155 | 100,0 |

Nur etwas mehr als ein Viertel der Befragten konnte demenzzsensible Konzepte benennen. Wie in der folgenden Tabelle verdeutlicht wird, beziehen sich die angeführten Kenntnisse in erster Linie auf (geschlossene) Demenzzabteilungen in Krankenhäusern

oder Pflegeheimen sowie auf pflegerisch-therapeutische Umgangskonzepte, wie z.B. Validation, Milieugestaltung, Biographiearbeit oder Tagesstrukturierung (jeweils 7,1% aller Befragten). Modellhafte Pionierprojekte, wie der Konsiliar-/Liaisondienst in Kaufbeuren, der Blaue Punkt in Essen oder die Delirprophylaxe in Münster (hier: perioperative Begleitung) werden lediglich von ein oder zwei Personen genannt. Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung sprechen demnach dafür, dass bei den Leitungskräften der deutschen Kliniken noch zu wenig Wissen über demenzsensible Konzepte vorhanden ist, obwohl gerade die Ergebnisse der Modellprojekte veröffentlicht und auf vielen Fachveranstaltungen präsentiert wurden.

Tabelle 13: Benannte Beispiele für bekannte spezielle Versorgungskonzepte (MFN)

| Beispiele aus Tabelle 12 | Häufigkeit | v.H. der mit „Ja“ Antwortenden (n=43) | v.H. von allen Antwortenden (n=155) |
|--|------------|---|---|
| (geschlossene) Demenzabteilungen | 11 | 25,6 | 7,1 |
| Pflegerisch-therapeutische Umgangskonzepte | 11 | 25,6 | 7,1 |
| Kooperation mit (Geronto-)Psychiatrie, Neurologie oder Geriatrie | 5 | 11,4 | 3,2 |
| Assessmentverfahren, Frühdiagnostik | 5 | 11,4 | 3,2 |
| Zusätzliche Betreuung, Begleitung | 3 | 7,0 | 2,0 |
| Angehörigenarbeit, -schulung, -beratung | 3 | 7,0 | 2,0 |
| Eigene Standards, eigenes Konzept | 3 | 7,0 | 2,0 |
| Alzheimer Gesellschaft, Selbsthilfe | 3 | 7,0 | 2,0 |
| Behandlungspfad, -richtlinie | 2 | 4,7 | 1,3 |
| Spezielle Demenztherapie/Medikation | 2 | 4,7 | 1,3 |
| Konsiliar-/Liaisonansatz | 2 | 4,7 | 1,3 |
| Spezielle Ernährungskonzepte | 2 | 4,7 | 1,3 |
| Blauer Punkt | 1 | 2,3 | 0,6 |
| Perioperative Begleitung | 1 | 2,3 | 0,6 |
| Sonstiges | 2 | 4,7 | 1,3 |
| Gesamt | 56 | 130,1 | 36,3 |

In den Interviews wurde von einem Großteil der Leitungskräfte bestätigt, dass ihnen bislang keine Informationen über modellhafte Konzepte vorliegen. In der Regel wurde diese Aussage mit einem Zweifel an aktuellem Bedarf kombiniert. *„Wenn man so was umsetzen wollte, müsste zuerst der entsprechende Bedarf da sein. Wir merken zwar, dass der Anteil Demenzkranker steigt, aber der Anteil ist noch nicht so hoch, dass sich große Umstrukturierungen lohnen würden (N-L).“* Es ist davon auszugehen, dass die

Wahrnehmung dieser Informationen auch vom jeweiligen Interesse der Befragten abhängt. So berichteten einige wenige Personen, einzelne Artikel über demenzsensible Konzepte beim Durchblättern von Fachzeitschriften bemerkt, aber nicht gelesen zu haben. Andere gaben an, vor dem Hintergrund vielfältiger Anforderungen nur solche Informationen wahrzunehmen, die von großer Relevanz oder von großem Interesse sind. *„Darüber ist mir nichts bekannt. Der Mediziner interessiert sich mehr für die chirurgisch-technischen Fragestellungen (N-A).“* *„Auf den Tagungen und Kongressen, an denen ich teilnehme, ist diese Problematik kein Thema und ich weiß gar nicht, was ich überhaupt zu diesem Thema sagen soll (N-O).“* *„Ich lese sehr viele Fachzeitschriften. Ich habe sehr viele Aufgaben und bin fachlich stark gefordert. Demenz ist nicht das, was mich am meisten interessiert an der Medizin. Ich bin Arzt geworden, um Menschen am Herzen zu operieren. Das heißt aber nicht, dass man das links liegen lässt (N-J).“*

Die Mehrzahl der Leitungskräfte scheint in der Tat mit einer Fülle von wichtigen Themen befasst zu sein, die für den wirtschaftlichen Erfolg und den reibungslosen Betrieb des Krankenhauses von existenzieller Bedeutung sind. Genannt wurde z.B. häufig das Hygienemanagement, das durch öffentliche Diskussionen über Infektionsgefahren, z.B. mit dem MRSA-Erreger, große Bedeutung erhalten hat. Eine prominente Stellung hat jedoch insbesondere das Themenfeld „Personalgewinnung und Personalbindung“. Bereits jetzt haben viele Kliniken Probleme, ihre freien Stellen zu besetzen und geraten dadurch mit ihren Arbeitsprozessen in Verzug. *„Tagungen, die mich interessieren, sind solche, in denen es um Arbeitszeitmodelle geht. Das hat bei mir Priorität, vor allem weil ich gucken muss, wie bekomme ich Mütter wieder in den Beruf. Auch das Thema „Älter werden im Krankenhaus“, also wie kann man die Mitarbeiter möglichst lange gesund im Beruf halten (N-N).“* Zudem werden als fachliche Themen die Umsetzung von Expertenstandards, Prozessoptimierung oder Fortbildungskonzepte als Bereiche genannt, in die derzeit Energien fließen.

Viele Leitungskräfte gaben an, sich erst dann mit bestimmten Themen auseinanderzusetzen, wenn ein wahrnehmbarer Druck von außen erzeugt werde. Dabei wurde den Mitarbeitern eine große Verantwortung eingeräumt, bestehende Probleme in der Behandlung Demenzkranker an die Leitung heranzutragen. *„So lange kein Druck, keine Lösungsversuche oder Hilfen von den Pflegern und Ärzten kommen, werden Sie mich und meine Direktoriumskollegen nicht erreichen (N-O).“* Andere verweisen zudem auf den Druck von politischen Akteuren oder von der Öffentlichkeit. Vor allem Beschwerden von Patienten bzw. Angehörigen seien geeignet, das Interesse der Leitungskräfte zu befördern. *„Das Beschwerdemanagement bewirkt sehr viel. Auf diesem Ohr sind wir hellhörig. Z.B., dass Pflegekräfte nicht gekommen sind, um sich um einen Patienten zu kümmern, dass Wartezeiten zu lang waren oder Verschlechterungen erfolgt sind (N-D).“*

Einzelne Leitungskräfte äußerten konkrete Wünsche, wie z.B. eine „Demenzstation“, um den Kranken einen geschützten Raum zur Verfügung zu stellen, in dem sie von der üblichen Hektik verschont bleiben. In diesem Zusammenhang wurde auf das Problem häufiger Verlegungen hingewiesen. *„Wenn die Stationen voll sind, müssen ständig*

Patienten verlegt werden, allein damit man nicht Patienten verschiedenen Geschlechts zusammenlegen muss. Ein demenzkranker Patient erlebt dann während eines zwölf-tägigen Aufenthalts drei bis vier verschiedene Mitpatienten, was natürlich erheblichen Stress bedeuten kann (N-D).“ In gemeinsamer Diskussion über bestehende Probleme in der Demenzversorgung entwickelten die Leitungskräfte teilweise Ideen, welche Innovationen für ihre Klinik hilfreich sein könnten. „Ich könnte mir gut vorstellen, dass ein Weg für dieses Haus wäre, eine Fachkraft für diese Thematik vorzuhalten, weil das auch in anderen Bereichen gut funktioniert. Es wäre vielleicht auch zu überlegen, ob man Selbsthilfegruppen hier ins Haus nehmen könnte, die Beratung leisten (N-L).“ „Eine Präsenzkraft für Demenzkranke wäre sehr interessant (N-A).“

Es stellt sich die Frage, ob andere und/oder zusätzliche Wege des Informationstransfers über modellhafte Konzepte gefunden werden müssen, die von Leitungskräften eher wahrgenommen werden. Diejenigen, die in der schriftlichen Befragung spezielle Kenntnisse angegeben haben, beziehen sie vorwiegend aus Presse bzw. Fernsehen, aus Fachpublikationen und/oder aus Vorträgen bei Fachkongressen. Durchschnittlich werden drei Informationsquellen parallel genutzt.

Tabelle 14: Herkunft der speziellen Kenntnisse (n=41) (MFN)

| Kenntnisse bei den mit „Ja“ Antwortenden aus Tabelle 12 | Häufigkeit | v.H. |
|---|-------------------|-------------|
| Presse oder Fernsehen | 28 | 68,3 |
| Fachpublikationen | 26 | 63,4 |
| Vorträge bei Fachkongressen | 27 | 60,8 |
| Internet | 17 | 41,5 |
| Infos von bzw. Kompetenzaufbau beim eigenen Träger | 8 | 19,5 |
| Anbindung Geriatrie bzw. Beschäftigung geriatrischer Fachkräfte | 6 | 14,6 |
| Fort-/Ausbildung | 5 | 12,2 |
| Kollegialer Austausch | 3 | 7,3 |
| Sonstiges | 3 | 7,3 |
| Gesamt | 123 | 294,9 |

In den Interviews wurde vertieft, auf welche Weise Informationen eine größere Chance auf Wahrnehmung haben. Ein Teil der Befragten nannte viel genutzte Medien, wie das Ärzteblatt, oder forderten, dass Interessenverbände wie die Krankenhausgesellschaft, die Ärztekammer oder der Pflegerat über Handlungsbedarf, Konzepte oder Fortbildungen informieren. Andere empfahlen, die Informationen über Inhouse-Fortbildungen oder Workshops zu streuen, in deren Rahmen Modellkonzepte vorgestellt werden und über Visionen diskutiert werden könne. Je nach Anbindung berichteten die Leitungskräfte, dass Fachärzte angegliederter Fachabteilungen wie Geriatrien solche Themen in die Diskussion bringen.

3.2.4 Strategien für den Umgang mit demenzkranken Patienten

Es gibt derzeit noch keinen Überblick, in welchem Ausmaß deutsche Kliniken bereits Anstrengungen unternommen haben, sich in den Strukturen und Arbeitsabläufen stärker auf demenzkranke Patienten einzustellen. Die schriftliche Befragung sollte hier erste Hinweise liefern, die in den Fallstudien zu vertiefen waren.

Die Frage nach den Strategien bei Umgangsproblemen enthielt zunächst eine Auflistung derzeit praktizierter Reaktionen der Kliniken, die aus Sicht der Demenzkranken als mehr (z.B. Konsile) oder weniger (z.B. Fixierung) empfehlenswert eingeschätzt werden können. Andererseits hatten die Befragten die Möglichkeit, zusätzliche, nicht aufgeführte Strategien zu benennen. Es sollte nicht nur eingetragen werden, welche Strategien verfolgt werden, sondern auch, wie hilfreich diese Vorgehensweisen – unabhängig vom realen Einsatz – eingeschätzt werden.

Tabelle 15: Strategien bei Umgangsproblemen (n=120)

| Art der Strategie | Verfolgte Strategie | | | | Diese Strategie ist eher hilfreich | | | |
|--|---------------------|------|------------|------|------------------------------------|------|------------|------|
| | ja | | nein | | ja | | nein | |
| | Häufigkeit | v.H. | Häufigkeit | v.H. | Häufigkeit | v.H. | Häufigkeit | v.H. |
| Anbringen von Orientierungshilfen | 95 | 88,8 | 12 | 11,2 | 86 | 84,3 | 16 | 15,7 |
| Forcieren einer schnellen Entlassung | 60 | 56,6 | 46 | 43,4 | 52 | 54,2 | 44 | 45,8 |
| Beruhigende Medikamente | 51 | 51,5 | 48 | 48,5 | 42 | 46,7 | 48 | 53,3 |
| Fixierung | 22 | 22,0 | 78 | 78,0 | 22 | 26,5 | 61 | 73,5 |
| Kooperation mit Angehörigen | 118 | 98,3 | 2 | 1,7 | 99 | 98,0 | 2 | 2,0 |
| Behandlungspfad Demenz | 50 | 50,5 | 49 | 49,5 | 64 | 78,0 | 18 | 22,0 |
| Behandlungspfad Delir | 48 | 49,0 | 50 | 51,0 | 61 | 76,3 | 19 | 23,7 |
| Ergotherapie | 77 | 73,3 | 28 | 26,7 | 74 | 85,1 | 13 | 14,9 |
| Konsil durch internen Psychiater/ Neurologen | 67 | 70,5 | 28 | 29,5 | 61 | 77,2 | 18 | 22,8 |
| Konsil durch externen Psychiater/ Neurologen | 40 | 47,6 | 44 | 52,4 | 36 | 52,2 | 33 | 47,8 |
| Konsil durch interne gerontopsychiatrische Fachpflegekraft | 33 | 39,3 | 51 | 60,7 | 51 | 71,8 | 20 | 28,2 |
| Konsil durch externe gerontopsychiatrische Fachpflegekraft | 5 | 6,6 | 69 | 93,4 | 19 | 33,3 | 38 | 66,7 |
| Verlegung in Psychiatrische Klinik | 32 | 35,2 | 59 | 64,8 | 32 | 42,7 | 43 | 57,3 |

Nach den Angaben der Kliniken wird bei Umgangsproblemen in erster Linie die Kooperation mit den Angehörigen (118) gesucht und/oder es werden Orientierungshilfen (95)

angebracht. Beide Strategien werden als besonders hilfreich eingeschätzt. Viele setzen nach eigenen Angaben zudem die Ergotherapie (77) ein. Wenn Konsile als Strategie genutzt werden, beziehen sie sich vorwiegend auf den „hauseigenen“ Psychiater oder Neurologen (67). Externe Konsile durch einen Facharzt werden nur von 40 der befragten Kliniken genutzt. Noch seltener wird mit internen (33) oder externen (5) pflegerischen Experten kooperiert. Dabei ist auffallend, dass alle pflegerischen Konsilformen häufiger als hilfreich bezeichnet werden, als es ihrem realen Einsatz entsprechen würde.

Jeweils etwa 50 Befragte geben an, bei Umgangsproblemen mit Behandlungspfaden zur Demenz und zum Delir zu arbeiten, obwohl diese Kategorien bei der Frage nach der Kenntnis demenzsensibler Konzepte kaum benannt wurden. Auch bei dieser Vorgehensweise wurde häufiger „hilfreiche Strategie“ als „verfolgte Strategie“ angegeben, woraus sich ableiten lässt, dass die Krankenhausleitungen den Einsatz solcher Instrumente befürworten. 60 Befragte forcieren bei Umgangsproblemen eine schnelle Entlassung, 32 versuchen, die Patienten in eine Psychiatrische Klinik zu verlegen. 51 der Befragten setzen nach eigenen Angaben zudem beruhigende Medikamente ein, 22 Kliniken arbeiten mit Fixierung. Da es sich bei letztgenannten Kategorien um sensible Themen handelt, könnten die Zahlen in der Realität höher liegen.

Die offene Kategorie „Sonstiges“ (n=37) wurde von einer Reihe von Befragten zunächst für nähere Erläuterungen der angekreuzten Strategien genutzt, z.B. im Bereich der Kooperation mit Angehörigen (niedrigschwellige Beratungsangebote, Angehörigengruppen, Rooming-In), im Bereich der Konsile und Behandlungspfade (z.B. leitliniengemäße Medikation, geriatrisches Assessment, neuropsychologische Abklärung der Diagnose) oder im Bereich der Orientierungshilfen (räumliche Anpassung der Patientenzimmer, orientierende Farbgestaltung). Weitere Angaben beziehen sich auf therapeutische Strategien (Validation, physiotherapeutisches Bewegungstraining, Sturzprophylaxe), auf Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter und Beschäftigungsangebote (Gruppenangebote, gemeinsames Essen, Einbeziehen von Ehrenamtlichen) sowie auf Kooperationen mit der (hauseigenen) Geriatrie.

Vergleicht man die Angaben aus der schriftlichen Befragung mit den Ergebnissen der Interviews, dann liegt die Vermutung nahe, dass die hohen Werte eingesetzter positiver Strategien zu relativieren sind. In den Fallstudien hingegen wurde oft eher eine Ratlosigkeit deutlich, wie mit Demenzkranken umgegangen werden könnte. Zudem passen diese Aussagen nicht zu der weit verbreiteten Unkenntnis demenzsensibler Konzepte. In vielen Interviews wurde bemerkt, dass demenzkranke Patienten, die sich nicht den als medizinisch notwendig erachteten Abläufen anpassen können, **fixiert** oder **sediert** werden, weil nicht genug Personal da ist, um z.B. Sitzwachen zu organisieren. *„Wir haben immer wieder Kämpfe mit den Stationen, mit der Pflege und mit den Ärzten, weil das eben keine beliebten Patienten sind und es ein Interesse gibt, die möglichst platt zumachen, zu sedieren (GP-F).“* Zudem wurden räumliche Probleme, wie z.B. viele und nicht gut zu überwachende Ausgänge als fixierungsfördernd angegeben. Als weitere Ursache wurde die Angst vor regresspflichtigen Stürzen genannt. *„Es ist ja auch so, dass man Klagen an den Hals bekommt für jeden Sturz. Die Sorge*

darum, sich rechtfertigen zu müssen, vor Gericht zu landen, führt dazu, die Patienten in ihren Freiheitsrechten zu beschränken, also zu einem weniger patientengerechten Vorgehen. Da ist ganz viel Widersprüchlichkeit. Einerseits bekommen Sie Klagen, wenn Sie Patienten in ihrer Freiheit einschränken, andererseits aber auch, wenn Sie sie stürzen lassen. Ständige Kontrolle ist aber beim jetzigen Personalstand nicht möglich. Da kann man nur verlieren (N-J).“ Wenn keine Lösung gesehen wird, bleibt am Ende die **Verlegung in eine Psychiatrische Klinik**. Dies ist wiederum häufig keine Dauerlösung, weil das dortige Personal nicht auf die spezifische somatische Pflege der jeweiligen Fachabteilungen ausgerichtet ist. Im Bereich dieser eher negativ zu bewertenden Vorgehensweisen zeichnen die Angaben der schriftlichen Befragung unter Umständen ein zu positives Bild. Allerdings ist es auch nicht auszuschließen, dass sich an der schriftlichen Befragung eher Kliniken beteiligt haben, die bereits ein grundsätzliches Interesse an der Thematik aufweisen.

In keiner Klinik der Normalversorgung wurde in den Interviews bestätigt, dass bei Nebendiagnose Demenz eine **ergotherapeutische Behandlung** eingesetzt wird, was immerhin fast zwei Drittel der Befragten angekreuzt hatten. Auch elaborierte **Behandlungspfade**⁹ wurden in keiner der befragten Kliniken der Normalversorgung umgesetzt, auch wenn dies rund die Hälfte der Befragten angekreuzt hatte. Angesprochen auf Behandlungspfade für Demenzkranke wurde im Gegenteil angemerkt, dass Demenzkranke eben nicht in Pfade zu integrieren seien, weil sie nicht in die Abläufe passen. Eine einzige Klinik in diesem Sample arbeitete mit einem detaillierten Pflegestandard. Darin ist festgehalten, wie das Personal den Umgang mit demenzkranken Patienten gestalten soll („*wie spricht man mit ihnen, wie reagiere ich in bestimmten Situationen...*“ (N-C), und es gibt Ausdifferenzierungen für den Umgang mit verschiedenen Verhaltensauffälligkeiten und für den Einsatz von Fixierungen. Es handelt sich um ein kleineres Haus in konfessioneller Bindung und ohne spezifische Fachabteilung, das in den Interviews durch für das Thema sensibilisierte Leitungskräfte auffiel. Dort hat die gesamte Leitung demenzkranke Patienten aus ethischen und marktstrategischen Motiven zur ausdrücklichen Zielgruppe erklärt und vertritt diese Auffassung auch teilweise gegen den Widerstand vor allem jüngerer Pflegekräfte, die einen Trend zur „Altersmedizin“ als wenig erstrebenswert ansehen. Ein anderes Haus, das stark durch die Anbindung an ein Geriatriisches Zentrum geprägt ist, erarbeitet gerade einen Behandlungspfad. „*Wenn ein Patient Zusatzerkrankungen hat, passt er meist nicht mehr in die standardisierten Pfade. Bei einem Behandlungspfad Demenz gehört hinein, welche Untersuchungen und Testungen gemacht werden müssen und je nach Ergebnis, was dann zu tun ist* (N-N).“

Skeptisch müssen auch die Angaben zur Angehörigenarbeit bewertet werden, denn in den meisten Kliniken wurde nur auf Probleme im **Umgang mit Angehörigen** verwiesen. Angehörige werden oft als zusätzliche Belastung empfunden. In den Häusern der Normalversorgung wird Angehörigen z.B. häufig bei Notaufnahmen von Demenzkranken untersagt, der Behandlung beizuwohnen. Eine Pflegedirektorin erklärte die Hintergründe dieser Praxis. „*Normalerweise wäre es ja gut, wenn die Angehörigen ihre De-*

⁹ Die nationale Leitlinie „Demenzen“ gibt es erst seit Ende November 2009.

menzkranken bei den Untersuchungen begleiten, um sie zu beruhigen. Aber manche Ärzte lassen sich nicht gern dabei beobachten. Das hat sicher etwas mit eigenen Einstellungen und Ängsten zu tun, vielleicht auch mit mangelnder Erfahrung. Gerade in der Notaufnahme sind ja oft jüngere Ärzte (N-J).“ Nur in einem Haus werden die Angehörigen offensiv als Entlastung und Ressource eingesetzt, was sich auch auf die Struktur der Notaufnahme niederschlägt. Dort ist die Begleitung von Angehörigen eine Selbstverständlichkeit, und es wird der Nutzen für die Patienten und für die Mitarbeiter gesehen. „Angehörige kommen immer mit in die Notaufnahme. Sonst ist doch keine Anamnese möglich! (N-C)“ Ähnliche Unterschiede bestehen beim Ermöglichen von Rooming-In. In vielen Häusern wurde noch nicht über diese Möglichkeit nachgedacht. Auf Nachfrage im Rahmen des Interviews wurde auf Barrieren hingewiesen, die sich im Rahmen der Zimmerbelegung ergeben und auf Probleme der Refinanzierung. „Das ist ein Problem der Kapazitäten und der Betten, weil wir sind hier permanent überbelegt (N-O).“ In dem zuvor beschriebenen Haus wird dagegen Rooming-In als Strategie zur Reduzierung von Verhaltensauffälligkeiten offensiv und kostenfrei angeboten. „Bei schweren Fällen, in denen Rooming-In deutlich entlastet, kostet es nichts. Es ist ja auch eine Entlastung des Personals und deshalb rechnet es sich. Rooming-In erspart mir da die zweite Nachtwache. Es werden dann in der Regel zusätzliche Betten in ein Einzelzimmer geschoben, dann ist es auch für uns kostenneutral. Demenzkranke müssen ja ohnehin häufig alleine liegen, weil sie sonst die Mitpatienten stören (N-C).“

Bestätigt hat sich hingegen, dass ärztliche **Konsile** auch in den Häusern der Normalversorgung bereits vergleichsweise häufig eingesetzt werden. Diese Strategie hat größere Chancen auf Umsetzung, wenn der Konsiliarier unter einem Dach angesiedelt und deshalb schneller und ohne Hürden verfügbar ist.

Mangels der Option, eine interne Fachabteilung zu Rate zu ziehen, haben sich kleinere Krankenhäuser teilweise eine Regelkooperation mit niedergelassenen Facharztpraxen aufgebaut. Dadurch ergeben sich zwar unter Umständen Nachteile in der Flexibilität des zeitlichen Einsatzes und nicht selten höhere Kosten. Für die Integration des Krankenhauses in das Gemeinwesen und für den Abbau von Sektorisierung sind solche Ansätze jedoch von Vorteil. „Bis das Konsil durchgeführt wird, vergehen maximal zwei Tage. Im Akutfall kommen die Ärzte in der Mittagspause oder abends nach der Sprechstunde. Das klappt hervorragend (N-D).“ „Psychiatrische Konsile erfolgen über einen niedergelassenen Arzt mindestens einmal in der Woche. Mit der Praxis wurde ein bestimmtes Kontingent vereinbart, in dem der Arzt uns gestattet, Patienten vorzustellen (N-C).“ Die zusätzlichen Kosten, die durch die Konsile entstehen, rechnen sich nach Angaben der Kliniken, weil die Patienten wegen der schlussendlichen Diagnosefindung in eine höhere Vergütungsstufe gelangen und dadurch höhere Erlöse erbringen.

Wenn mit Konsilen gearbeitet wird, sagt dies noch wenig über den Umfang und die Qualität der Kooperation aus. In den befragten Kliniken mit geriatrischer und/oder psychiatrischer Fachabteilung geht die Kooperation bereits in Richtung eines interdisziplinären Behandlungskonzeptes, in dem bei Komorbidität bereits für Teilbereiche der Kooperation, wie z.B. Verlegungen, Ansätze von Standards erkennbar sind. „Die Geri-

atrie hat Berührungspunkte mit allen anderen Abteilungen. Es gibt feste Absprachen für Verlegungen, z.B. stürzen ältere Menschen, bleiben sie fünf Tage in der Chirurgie und dann kommen sie in die Geriatrie (N-O).“

In aller Regel werden Konsile jedoch eher pragmatisch zur Lösung akuter Probleme mit „Störenfrieden“ genutzt. Für eine engere Kooperation vor allem mit dem psychiatrischen Fachgebiet sehen sich die meisten Somatiker als „zu verschieden“ an. *„Psychiater und Geriater sind es mehr gewohnt, interdisziplinär zusammenzuarbeiten. Aber bei den Internisten wird meist nur in eng definierten Fällen kooperiert. Auch die Bereitschaft, sich mit Demenz auseinanderzusetzen, ist sehr gering. Die sind stark auf ihrem eigenen Fachgebiet gefordert. Und wenn ein Demenzkranker auffällt, wird ein psychiatrisches Konsil angefordert mit der Frage: welche Pille kann helfen? Man hat ja hier lange Erfahrungen damit, dass man bestimmte Patienten mit Hilfe des Psychiaters besser in den Griff bekommt und dass es da starke Zusammenhänge mit der Gesundheit gibt. Trotzdem sind es teilweise zwei Welten (N-J).“*

Keine Fallstudieneinrichtung der Normalversorgung arbeitete hingegen mit fachpflegerischen Konsilen, auch wenn diese Option in der Online-Befragung und in den Interviews als grundsätzlich hilfreich für einen besseren Umgang mit demenzkranken Patienten bewertet wurde. In den meisten Häusern scheitert diese Option zum einen an dem insgesamt engen Personalkorsett in der pflegerischen Besetzung der Abteilungen. *„In deutschen Krankenhäusern kann man froh sein, wenn man überhaupt die Pflege besetzt hat (N-N).“* *„Das Problem ist, dass die Konsile zeitaufwendig sind und sich die Besetzung nicht ändert (N-J).“* Zum anderen fehlt es meist auch an Experten in diesem Thema, die ihr Wissen gewinnbringend an die Kollegen weitergeben könnten. Wenn Kliniken begonnen haben, mit einem solchen Multiplikatorensystem zu arbeiten, sind es in aller Regel zunächst andere Themen, die umgesetzt werden. *„Wir haben viele Pflegeexperten zu bestimmten Themen: Stoma-Experten, Pain-Nurse, Hygienefachkraft und wir sind dabei das weiter aufzurollen. Für Demenz haben wir jetzt noch keinen. Wir haben neue toughere Leute, aber die müssen erst einmal aufgebaut werden. Wir müssen auch eins nach dem anderen machen (N-N).“*

Eine sinnvolle Strategie ist sicher auch das **Forcieren einer frühzeitigen Entlassung**, die von über der Hälfte der Führungskräfte in der schriftlichen Befragung angekreuzt wurde. Dies gilt allerdings nur, wenn die Entlassungen so gut vorbereitet sind, dass keine Unterversorgung auftritt, die unter Umständen zu Drehtüreffekten führt. *„Wir wollen die Patienten nicht länger aus der gewohnten Umgebung herausreißen als nötig und die Mitarbeiter entlasten. Deshalb versuchen wir, die Diagnostik schnell durchzuziehen, die Leute z.B. vorzuziehen. Zudem müssen die Prozesse optimiert werden im Entlassungsmanagement und in der Kooperation mit Externen (N-C).“*

Insgesamt ist im Rahmen der Fallstudien zur Normalversorgung aufgefallen, dass alle Kliniken unter einer Personalknappheit leiden, die zu einem hohen Stresspegel und einem starken Belastungserleben führen. Das bestimmende Grundgefühl, dass die Zeit knapp ist, betrifft zwar alle Berufsgruppen, ist aber vor allem in der pflegerischen Versorgung omnipräsent. Es resultiert aus einem wachsenden Aufgabenprofil bei gleich bleibender bis reduzierter Besetzung. Neben der Patientenversorgung müssen eine

Reihe weiterer Aufgaben erfüllt werden wie die Angehörigenberatung, die Dokumentation, Maßnahmen zur Vorbereitung der Entlassung bei einer alternden Klientel, Transporte und Reinigungsarbeiten bis hin zur Übernahme medizinischer Aufgaben in Vertretung überlasteter Ärzte. Es kommt hinzu, dass in einer Reihe von Kliniken die vorhandenen Stellen schon nicht mehr mit ausreichend qualifizierten Pflegekräften besetzt werden können. Wenn in diesem Setting demenzkranke Patienten zu weiteren „Störungen“ führen, sind Überlastungen vorprogrammiert.

In manchen Kliniken hat man begonnen, dem Personalmangel mit **Maßnahmen des Personalmanagements** zu begegnen. Dazu zählen z.B. eine Ausdifferenzierung des Tätigkeitsbereichs und eine stärkere Arbeitsteilung. Verbreitet ist z.B. der Einsatz von Aushilfen mit geringerer Qualifikation zur Entlastung von pflegefremden Tätigkeiten. *„In der Pflege haben wir jetzt so genannte Stationshilfen eingesetzt, die keine fachliche Grundausbildung mitbringen. Es sind angelesene Mitarbeiter, die im Bereich Hotelleistungen, wie Bettenmachen oder Menübefragung, eingesetzt werden (N-C).“* In einer Klinik wurden zudem erfahrene Pflegekräfte zu Casemanagern weitergebildet, die nun offensiv in Feldern eingesetzt werden, die vom Personal früher zwar mit erledigt wurden, im Alltagsstress jedoch häufig nicht ausreichend intensiv bearbeitet werden konnten. *„Wir haben inzwischen flächendeckend in jeder Abteilung einen Casemanager beschäftigt. Deren Aufgabe ist die gesamte Terminplanung, also Behandlungen und Untersuchungen zu koordinieren und abzustimmen und zu kontrollieren, ob die in den Prozessablauf des Tagesgeschehens passen. Außerdem gehen sie bei den Visiten mit und kontrollieren, ob auch alles, was der Arzt angeordnet hat und was an Leistungen erbracht wurde, dokumentiert wurde. Einige Zeit vor der Entlassung nehmen die Casemanager Kontakt mit den nachversorgenden Stellen auf und sorgen dafür, dass die Patienten zeitnah entlassen werden (N-N).“* Nach einer Probephase wurde diese Innovation auf die gesamte Klinik ausgeweitet, weil sie in mehrfacher Weise sinnvoll war. Sie führte zu einer Entlastung des ärztlichen und pflegerischen Personals, indem sie die Aufgabenvielfalt reduzierte und sie sparte Kosten durch erhöhte Erlöse und positive Auswirkungen auf die Verweildauer. *„Wenn Ärzte dokumentieren, dann müssen sie ständig geschult werden und sie haben an diesen Sachen nur ein bedingtes Interesse. Und dann wird unzulänglich dokumentiert und dadurch gehen uns Erlöse verloren. Das gibt für die Krankenkassen immer wieder Anlass, über die Vergütungen zu verhandeln. Deshalb wiederum muss eine Armada von Medizincontrollern beschäftigt werden, die sich mit den Kassen unterhalten, um das zu bereinigen. Eine fehlerhafte Dokumentation im Nachhinein zu korrigieren, ist viel aufwendiger und weniger erfolgsträchtig als wenn man versucht, die Dokumentation gleich wasserdicht zu machen (N-N).“* So kommt diese aus der Not des Personalmangels geborene Idee zum einen der Prozessqualität zugute, zum anderen rechnet sie sich.

Auch für die Versorgung Demenzkranker sind solche personalpolitischen Strategien denkbar und sinnvoll, wie z.B. das Modellprojekt des St. Franziskushospitals in Münster (vgl. Kapitel 1) zeigen konnte. Dort konnten durch eingesparte Mittel im Rahmen einer effizienten Delirprävention neue Personalstellen finanziert werden. In den Kliniken der Normalversorgung spielen solche innovativen Überlegungen jedoch derzeit

keine Rolle. Im Rahmen der Fallstudien wurde lediglich vereinzelt darauf hingewiesen, dass die Dienstplangestaltung als Instrument genutzt werde, bei einem hohen Anteil Demenzkranker in einer Abteilung durch Umbesetzung aus anderen Abteilungen oder Überstunden teilweise mehr Personal einzusetzen, um kurzfristig Entlastung zu verschaffen. Aber auch solche kleineren Maßnahmen erfordern ein entsprechendes Bewusstsein der Leitungskräfte und eine unkomplizierte Kommunikationsstruktur. *„Dies wird in einem täglichen Treffen der mittleren Führungsebene schnell und unbürokratisch umgesetzt. Wir setzen Personalstand und Patienten zueinander in Beziehung und versuchen, durch den Dienstplan Belastungsspitzen wegzunehmen (N-C).“*

Man kann zusammenfassen, dass in einigen wenigen Kliniken der Normalversorgung Ansätze für hilfreiche Strategien vorhanden sind. Bei den Häusern handelte es sich entweder um Kliniken, in denen die Sensibilisierung für die demenziell Erkrankte auf die Angliederung an geriatrische oder psychiatrische Fachabteilungen mit am Thema engagierten Mitarbeitern zurückging oder um kleinere Häuser, die sich aus strategischen Gründen auf die Zielgruppe konzentrieren. Zu konstatieren waren dort eine positive Grundhaltung und ein sensibilisiertes Bewusstsein gegenüber Demenzkranken, die sich auch auf der Ebene von Arbeitsstrukturen und –prozessen niedergeschlagen haben. Oft sind es aber eher die größeren Kliniken mit integrierten Fachabteilungen, bei denen demenzsensible Strukturen weiter ausgebaut sind. Dabei handelt es sich vor allem um das Konsiliarwesen, das Entlassungsmanagement sowie die Angehörigen-einbindung. Vereinzelt werden auch weiter gehende Maßnahmen, wie eigene Demenzabteilungen, ins Auge gefasst. Solche Überlegungen lohnen sich dort, weil die Zielgruppe die Häuser durch die Fachabteilungen stärker frequentiert und weil bereits ein grundlegendes Know-how vorhanden ist. Zudem ergeben sich bei Verlegungen in die Geriatrie im Sinne rehabilitativer Anschlussbehandlungen zusätzliche Möglichkeiten, Probleme mit der Einhaltung von Verweildauern zu lösen. *„Auf diese Weise wird der Aufenthalt des Patienten von der Geriatrie mitfinanziert. Wir betreuen sozusagen auch andere Häuser mit, übernehmen deren Patienten, die dort aufgrund der Liegezeiten nicht mehr versorgt werden können. Das ist auch lukrativ für die anderen Häuser, da sie so ihre Bettenkapazitäten freischaufeln können (N-N).“*

In den „Good Practice“-Kliniken sind naturgemäß mehr Strategien im Umgang mit Demenzkranken umgesetzt. Dabei werden die Akzente in Abhängigkeit zum Konzept unterschiedlich gesetzt. In keinem der Häuser ist es jedoch gelungen, die möglichen Varianten positiver Strategien im Umgang mit Demenzkranken in Gänze zu berücksichtigen. Das Musterkrankenhaus für eine demenzsensible Akutmedizin gibt es demnach in Deutschland derzeit noch nicht. Welche Elemente ein solches Haus umfassen würde, wird in den Handlungsempfehlungen aufbereitet.

3.2.5 Strategien für den Wissensaufbau über Demenz

Fortbildungen sind wohl das wichtigste Instrument, wenn es darum geht, das Grundwissen über die Demenzerkrankung und über innovative Konzepte zu erweitern. In allen „Good Practice“-Kliniken sind Fortbildungen ein zentrales Gestaltungselement auf dem Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus. Diese beziehen sich auf die Pflegekräf-

te und je nach Ausrichtung des Konzeptes auch auf die ärztlichen Mitarbeiter. Obgleich die Projektinitiatoren interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Demenz als besonders vielversprechendes Lernmodell darstellten, ließen sich solche Modelle in der Praxis in keinem Haus umsetzen. Dabei wurden als Begründungen das enge Zeitkorsett der Ärzte und eine weniger ausgeprägte Interessenlage genannt. *„Ärztfortbildungen zur Demenz sind unrealistisch. Realistisch ist eine Dreiviertelstunde auf Station (GP-G).“* Für Ärzte werden demzufolge kürzere, mehrmalige Inputveranstaltungen zu Fragen der Diagnostik und Medikation angeboten, die meist im Rahmen von ohnehin vorgesehenen Abteilungsbesprechungen durchgeführt werden. Vor allem in chirurgischen Abteilungen, in denen die Ärzte vorwiegend mit Operationen beschäftigt sind, werden häufig andere Schwerpunkte gesetzt. *„Unsere Chirurgen haben eher ein mechanistisches Menschenbild. Sie haben ein Interesse an Entlastung, aber nicht so sehr an eigener Wissenserweiterung (GP-E).“*

Für Pflegekräfte hat sich in allen „Good Practice“-Häusern insbesondere die Fallbegleitung, auch genannt „bedside teaching“, durchgesetzt. Die Fallbegleitung ist konzipiert als praxisbezogenes Lernen am konkreten Einzelfall, das eher an einzelne Personen oder Kleingruppen gerichtet ist. Einen unterschiedlichen Stellenwert nehmen hingegen klassische Fortbildungen im Sinne von Vortragsveranstaltungen ein. In manchen „Good Practice“-Kliniken werden sie weiter reichenden Maßnahmen vorangestellt, um bei den Mitarbeitern eine einheitliche Wissensbasis zu schaffen, auf deren Grundlage zusätzliche Lernschritte vorangetrieben werden. Andere zeigen zunächst am konkreten Fall, wie ein anderer Umgang aussehen könnte und versuchen damit Interesse und Akzeptanz für Fortbildungsveranstaltungen zu schaffen. Die Fortbildungsveranstaltungen werden unterschiedlich strukturiert: entweder als offene Angebote an alle Mitarbeiter der Klinik, die mehrmals im Jahr ganztägig angeboten werden oder als modulartig organisierte Inhouse-Seminare für eine feste Gruppe von Mitarbeitern von Schwerpunktstationen bzw. für abteilungsübergreifende Multiplikatoren, die ihr Wissen an die Kollegen weitergeben sollen.

Die Auswirkungen der Fortbildungen werden von den Mitarbeitern unmittelbar als Entlastung erlebt. Die Hilflosigkeit im Umgang mit Demenzkranken wird abgebaut, es werden Strategien vermittelt, die sich im Alltag bewähren. *„Wir haben Handwerkszeug mitbekommen. Dass wir z.B. nicht mehr gegen die Menschen sprechen mit ihrer Demenz und die nicht ständig korrigieren. Wir können einfach besser auf sie eingehen, auch weil wir jetzt auf ihre Gewohnheiten achten und dadurch ist schon einiges erleichtert worden (GP-K).“* *„Ich bekomme positive Rückmeldungen vom Personal. Es war doch eine große Last für die Mitarbeiter, nicht richtig mit demenzkranken Patienten umgehen zu können. Das tut ihnen gut, dass ihnen geholfen wird, ihre Arbeit jetzt besser zu machen (GP-K).“*

Fortbildungen und Fallbegleitungen scheinen zudem ein Schlüssel dafür zu sein, einen „Blickwechsel“ beim Personal einzuleiten und damit eine akzeptierende Grundhaltung zu initiieren. *„Es hat sich ein Problembewusstsein entwickelt. Früher hat man die Lösung in Sedierung und Fixierung gefunden. Heute gibt es mehr Möglichkeiten durch Schulung und durch Beobachtung, wie die Kollegen aus dem Demenzteam das ma-*

chen. Das Demenzteam gibt Hinweise, wie kann ich mich dem Patient nähern, welche Probleme gibt es und wo muss ich vorsichtig sein (GP-P).“ Auf der Grundlage dieses neuen Bewusstseins werden die Patienten nicht mehr nur als Störenfriede etikettiert, die man loswerden muss, sondern die Mitarbeiter werden in die Lage versetzt, die Herausforderungen selbst anzunehmen. „Früher war die Pflege oft überfordert bei Unruhe, bei Schreipatienten oder bei deliranten Patienten. Jetzt hat sich das massiv verändert. Ich glaube, die Verlegungen in die Psychiatrie sind um 50% zurückgegangen (GP-F).“ Durch den Wissensaufbau werden die Pflegekräfte zudem in ihrer Vermittlerrolle gestärkt. Denn sie erhalten die Kompetenz, gegenüber den Ärzten zu erläutern, wie man auf die Bedürfnisse der demenzkranken Patienten besser eingehen kann.

Die Erfolge, die in den „Good Practice“-Krankenhäusern durch Wissensaufbau erzielt wurden, sind evident. Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachzuvollziehen, warum fast 28% der Kliniken der Normalversorgung im Vorjahr der Befragung keinerlei Fortbildungen zum Thema Demenz angeboten haben.

Tabelle 16: Durchgeführte Fortbildungen zum Thema Demenz im Vorjahr der Befragung

| Fortbildungen | Häufigkeit | v.H. |
|--|------------|-------|
| Nein | 28 | 27,7 |
| Ja, nur für Pflegekräfte | 38 | 37,6 |
| Ja, nur für Ärzte | 3 | 3,0 |
| Sowohl für Pflegekräfte als auch für Ärzte | 31 | 30,7 |
| Sonstiges | 1 | 1,0 |
| Gesamt | 101 | 100,0 |

Wenn Fortbildungen durchgeführt wurden, betrafen diese häufiger nur die Pflegekräfte (37,6%). Nur rund 30% der Häuser haben 2008 Fortbildungen für Ärzte *und* Pflegekräfte angeboten. Angesichts der benannten Probleme, die die Häuser selbst im Umgang mit Demenzkranken angegeben hatten (vgl. Tabelle 10), muss dies als unzureichend eingestuft werden.

Wie bereits bei anderen Fragen angesprochen, war die Streubreite der Antworten hinsichtlich der speziellen Ausgestaltung der Fortbildungen groß. Die differierende Intensität, mit der Fortbildungen zur Demenz durchgeführt werden, deutet auf bestehende Unterschiede im Umsetzungsstand der Kliniken hin. Die meisten Fortbildungen waren wie folgt strukturiert:

Tabelle 17: Typische Struktur der Fortbildungen in 2008

| Strukturelemente der Fortbildungen | Pflegekräfte | Ärzte |
|------------------------------------|--|---|
| Anzahl der Fortbildungen | typischerweise 1 oder 2 Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr (27,3% bzw. 30,3%) | typischerweise 1 oder 2 Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr (27,3% bzw. 36,4%) |
| Termine pro Fortbildung | typischerweise 1 oder 2 Termine pro Fortbildung (39,6% bzw. 36%) | typischerweise 1 Termin (60%) |
| Stunden pro Termin | typischerweise 2 Stunden (34%) oder weniger, weitere Häufung bei 8 Stunden (16%) | typischerweise 1 oder 2 Stunden (30,8% bzw. 38,4%) |
| Teilnehmer pro Fortbildung | typische Gruppengrößen sind 12, 15, 20 Teilnehmer (jeweils 17,2%) | typische Gruppengröße = 10 (27%) |

Die typische Fortbildung von Pflegekräften findet ein- bis zweimal pro Jahr, an einem Termin über ein bis zwei Stunden und mit zehn bis zwanzig Teilnehmern statt. Für die Pflegekräfte werden häufiger auch Tagesveranstaltungen organisiert (16%). Bei Ärzten sind die Termine pro Fortbildungen, die Stunden pro Termin und die Anzahl der Teilnehmer im Durchschnitt geringer als bei den Pflegekräften.

In den Fallstudien der Normalversorgung bestätigte sich der Eindruck. Die Bandbreite ging von ersten Überlegungen, mit Fortbildungen zu beginnen und zunächst die mittlere Führungsebene zu sensibilisieren bis zu regelmäßigen Veranstaltungen mit gezielten und in dem Feld verbreiteten Inhalten, z.B. einer Kombination aus Validation, personenzentrierter Gesprächsführung und Zehnminutenaktivierung. Die meisten Kliniken, die Qualifizierungsmaßnahmen anbieten, setzen auf Tagesveranstaltungen oder Vorträge, die einem Teil der Pflegekräfte Einblicke in die Thematik ermöglichen. Diese sollen ihr Wissen an die Kollegen weitervermitteln. Vereinzelt wird auch mit intensiveren Inhouseschulungen gearbeitet. Vor allem in dieser Form wurden Lernfortschritte festgestellt. *„Jetzt haben die Leute ein besseres Handwerkszeug. Sie fühlen sich kompetenter und auch wohler im Umgang mit Demenzkranken. Fortgebildete Mitarbeiter sind für uns auch Multiplikatoren und Vorreiter, wenn Konzepte umgesetzt werden sollten. Dann wären die sicher als erste mit dabei (N-L).“* Fallbesprechungen oder Supervisionen, in deren Rahmen Erlerntes verfestigt werden könnte, wurden in keiner Fallstudie der Normalversorgung praktiziert. Als Hindernis nannte man neben Zeitargumenten auch strukturelle Probleme. So müssten sich alle Mitarbeiter einer Station dafür entscheiden, damit ein solches Vorgehen Sinn hätte, und dies sei nur schwer umsetzbar. Ebenso wurde bedauert, dass zwar gemeinsame Veranstaltungen mit Ärzten und Pflegekräften als ertragreicher eingeschätzt würden, hier aber eine interdisziplinäre Grundhaltung vorausgesetzt werden müsse, die leider nicht ausreichend ausgebildet sei.

Im Hinblick auf die Ermittlung von Barrieren für die Umsetzung demenzsensibler Konzepte ist von Interesse, warum Kliniken keine Fortbildungen angeboten haben.

**Tabelle 18: Begründungen für den Verzicht auf Demenzfortbildungen in 2008 (n=28)
(MFN)**

| Begründungen von den mit „keine“ Antwortenden aus Tabelle 16 | Häufigkeit | v.H. |
|--|------------|-------|
| Zu viele andere wichtigere Themen | 21 | 75,0 |
| Zu geringe Relevanz des Themas | 5 | 17,9 |
| Kein Interesse der Ärzte | 2 | 7,1 |
| Zu hohe Kosten der Fortbildungen | 2 | 7,1 |
| Kein Interesse der Pflegekräfte | 1 | 3,6 |
| Personal ist bereits ausreichend qualifiziert | 1 | 3,6 |
| Sonstiges | 4 | 14,3 |
| Gesamt | 36 | 128,6 |

Trotz der geringen Fallzahl kann konstatiert werden, dass sich die Demenz als Fortbildungsinhalt häufig nicht gegen andere, für den Klinikalltag vermeintlich wichtigere Themen durchsetzen konnte. 75% der Leitungskräfte, die 2008 keine Demenzfortbildungen angeboten haben, nannten als Begründung, dass es zu viele andere wichtige Themen gab. In den Fallstudien wurde z.B. die Palliativ- oder die Schmerzversorgung als „Konkurrenzgebiet“ genannt. Fünf Befragte empfanden das Thema zudem als nicht relevant genug. Auch in den Interviews wurden Aussagen getroffen, die einen Handlungsbedarf in diesem Feld bezweifeln. *„Ich glaube, dass der Kenntnisstand in unserer Klinik höher ist als in den Pflegeheimen, weil dort viele Informationen fehlen, die in der Klinik vorhanden sind...Ich gehe davon aus, dass unsere Ärzte mit dem Krankheitsbild Demenz umgehen können (N-O).“*

Entgegen den Aussagen aus den „Good Practice“-Kliniken wurde in den Krankenhäusern der Normalversorgung eher selten ein mangelndes Interesse auf Seiten des ärztlichen und pflegerischen Personals als Begründung angeführt. Dies betraf die schriftliche Befragung ebenso wie die Interviews mit den Leitungskräften. Allerdings wurde festgestellt, dass sich die Mitarbeiter aufgrund eigener Ängste nicht gerne mit der Demenz auseinandersetzen. Das Kostenargument spielte in den Interviews eine größere Rolle als in der schriftlichen Befragung. *„Man muss überlegen, wie viele Mitarbeiter man schulen kann. Das ist auch eine Kostenfrage. Es wäre sicher mehr möglich und sinnvoll (GP-B).“*

Impulse für Qualifizierungsmaßnahmen gehen in der Regel von der Leitung („*Geriatrische Sensibilisierung ist Leitungsaufgabe. Die Mitarbeiter müssen verstehen, wie geht man mit Aggressionen um, was können Angehörige mitbringen, wie schaffe ich es, dass die Demenzkranken ihre Zimmer finden usw. (N-C)*“) oder von kleinen Arbeitsgruppen mit besonders demenzinteressierten Mitarbeitern aus.

Es bleibt festzuhalten, dass die Leitungskräfte über die Priorität der zu vermittelnden Wissensinhalte entscheiden und die Demenz in Konkurrenz zu den vielen Anforderun-

gen, die an Kliniken gestellt werden, noch zu häufig ins Hintertreffen gerät. Dennoch gibt es durchaus Kliniken, denen es gelingt, sogar ohne Modellförderung einen Teil der Mitarbeiter zu schulen und sich auf der Ebene von Arbeitsstrukturen und -prozessen auf demenzkranke Patienten einzustellen. Insbesondere in den „Good Practice“-Kliniken ist der Wissensaufbau über Demenz ein zentrales Gestaltungselement. Dabei wird neben Fortbildungen vor allem auf Fallbegleitungen gesetzt. Unabhängig vom Umsetzungsstand der Häuser scheint die Fortbildung des ärztlichen Personals eine besonders schwierige Herausforderung zu sein.

3.2.6 Innovationshemmende und -förderliche Faktoren

Die Einführung demenzsensibler Konzepte im Akutkrankenhaus ist als weitreichende Innovation zu betrachten, die mit erheblichen Eingriffen in die organisationalen Strukturen und Prozesse verbunden ist. Im Rahmen der Studie wurden die Leitungskräfte befragt, wie sie die Chancen für die Umsetzung solcher Schritte bewerten, welche Faktoren sie als innovationshemmend betrachten und wie eine Innovation gestaltet sein müsste, damit sie aus ihrer Sicht erfolgversprechend sein kann.

Als Einstieg wurde die Frage gestellt, wie die Leitungskräfte die Möglichkeiten wahrnehmen, die eigene Klinik stärker auf demenzkranke Patienten auszurichten:

Tabelle 19: Möglichkeiten der stärkeren Ausrichtung der Klinik auf Demenzkranke

| Möglichkeiten | Häufigkeit | v.H. |
|---------------|------------|-------|
| Sehr gut | 14 | 12,5 |
| Gut | 37 | 33,0 |
| Mittel | 49 | 43,8 |
| Schlecht | 12 | 10,7 |
| Gesamt | 112 | 100,0 |

Wie aus der Tabelle hervorgeht zeigt sich eine große Heterogenität in den Einschätzungen der Leitungskräfte. Immerhin etwa 45% der Befragten schätzen die Möglichkeiten für eine Veränderung als gut bis sehr gut ein. Die meisten Einzelnennungen entfallen auf die Kategorie „mittel“, und jeder Zehnte schätzt die Möglichkeiten als schlecht ein. Damit ergibt sich zunächst eine gewisse Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung der Notwendigkeit von Umstrukturierungen (vgl. 3.1.1) und der Einschätzung der realen Umsetzungsmöglichkeiten. Denn wie in Kapitel 3.1.1 dargestellt, hatten zwei Drittel der Leitungskräfte hier einen großen bis sehr großen Handlungsbedarf zum Ausdruck gebracht (vgl. Tabelle 8).

Um zu ermitteln, auf welcher Ebene die Leitungskräfte Chancen oder auch Hemmnisse für innovative Schritte wahrnehmen, wurden Begründungen für die jeweiligen Antworten erbeten. Dabei war insbesondere von Interesse, inwieweit eigene Handlungsspielräume erkannt werden oder ob sich die Wahrnehmung ausschließlich auf externe Zwänge, wie die unzureichende Finanzierungsstruktur reduziert.

**Tabelle 20: Gründe für weniger gute oder schlechte Umsetzungsmöglichkeiten (n=53)
(MFN)**

| Art der Gründe | Häufigkeit | v.H. |
|--|------------|-------|
| Kostengründe | 33 | 62,3 |
| Gründe auf der internen Ebene der Strukturen und Arbeitsprozesse | 32 | 60,4 |
| Sonstige Gründe | 15 | 28,3 |
| Gesamt | 80 | 151,0 |

Wie zu erwarten war, nannten die meisten Befragten Kostengründe für die als eingeschränkt wahrgenommenen Umsetzungsmöglichkeiten. Ähnlich stark bewerteten die Befragten Barrieren auf der internen Ebene von Strukturen und Arbeitsprozessen. Diejenigen, die nähere Ausführungen über die Art der betrieblichen Gründe angegeben haben, führten in erster Linie die Arbeitsverdichtung und die Arbeitsbelastungen des Personals an (47,4%), die zum einen aus einer insgesamt zu engen Personaldecke, zum anderen aus der Vielfalt zu leistender (Zusatz-)Aufgaben resultieren können. Ein interviewter ärztlicher Direktor brachte den Zusammenhang wie folgt auf den Punkt: *„Der größte Störfaktor ist die mangelnde Zeit und die Überforderung bis hin zum Burn-out. Es wurde Personal abgebaut und die Pflegekräfte sind Allrounder geworden, die von Putztätigkeiten bis hin zu ärztlichen Tätigkeiten alles machen bzw. von allem etwas. Diese Vielzahl unterschiedlicher Aufgaben trägt zur Überforderung bei (N-D).“* Weitere Argumente (jeweils 26,3%) beziehen sich auf ein zu geringes Hintergrundwissen über Demenz und auf für Demenzkranke ungeeignete Strukturen und Prozesse. Als Beispiele für ein demenzfeindliches Milieu werden die räumliche Situation, zu große Bereiche, zu viel High Tech, Probleme in der berufsgruppenübergreifenden Kooperation, Mangel an Bezugspersonen und ein allgemein zu hohes Tempo angeführt.

Fast 30% der Befragten gaben weitere Gründe an, die unter „Sonstiges“ eingetragen werden konnten. Diese Gründe bezogen sich vor allem auf individuelle Barrieren, wie die mangelnde Wahrnehmung und Akzeptanz des Problems (6 von 15).

Wenn in der schriftlichen Befragung die Möglichkeiten, die Klinik stärker auf Demenzkranke auszurichten, als gut bis sehr gut eingeschätzt wurden, sind für diese Beurteilung fast immer Gründe auf der internen Ebene der Strukturen und Arbeitsprozesse ausschlaggebend (88,1%). Auch individuelle Gründe, die hier unter „Sonstiges“ gefasst wurden, sind häufiger genannt worden. Kostengründe hingegen werden nur von einem Drittel der Befragten angeführt. Das Ergebnis spricht dafür, dass unter bestimmten Bedingungen von den Krankenhäusern wichtige Impulse für demenzbezogene Innovationen erwartet werden können.

Tabelle 21: Gründe für gute bis sehr gute Umsetzungsmöglichkeiten (n=42) (MFN)

| Art der Gründe | Häufigkeit | v.H. |
|--|------------|-------|
| Kostengründe | 14 | 33,3 |
| Gründe auf der internen Ebene der Strukturen und Arbeitsprozesse | 37 | 88,1 |
| Sonstige Gründe | 17 | 40,5 |
| Gesamt | 68 | 161,9 |

Zu einer optimistischen Einschätzung von Umsetzungsmöglichkeiten trägt bei, wenn bereits Veränderungen auf der Ebene der Arbeitsstrukturen und -prozesse geplant oder umgesetzt wurden. Genannt wurden in erster Linie angepasste Arbeitsabläufe (9), Vernetzung mit geriatrischen oder gerontopsychiatrischen Kliniken (8) oder sonstige Vernetzungsformen (7), Fortbildungen (6), mehr Kräfte für Betreuung und Beschäftigung (5), bauliche Maßnahmen (4) usw. Zudem ist es offenbar günstig, wenn von Seiten der Geschäftsführung ein Interesse zur Profilbildung im Bereich der Demenz vorhanden ist (2) oder wenn von Seiten der wachsenden Zahl von Angehörigen Demenkranker ein entsprechender Druck aufgebaut wird (4).

Tabelle 22: Aufschlüsselung der Begründungen aus Tabelle 21 (n=34)¹⁰

| Genannte Gründe | Häufigkeit |
|---|------------|
| Verbesserte Arbeitsabläufe (z.B. Diagnostik, Pflege, Case Management) | 9 |
| Vernetzung mit Geriatrie/ Gerontopsychiatrie besteht/wird aufgenommen | 8 |
| Interne & externe Vernetzung/Kooperation | 7 |
| Guter Fortbildungsstand bzw. mehr Fortbildungen geplant | 6 |
| Mehr Kräfte für Betreuung und Beschäftigung (BE, AP, Ergo) | 5 |
| Zunehmende Zahl Patienten/Angehörige stelle Ansprüche, Marktentwicklung | 4 |
| Baumaßnahmen sind im Gange | 4 |
| Interesse der Geschäftsführung an diesbezüglicher Profilbildung | 2 |
| Gesamt | 45 |

In den Interviews wurde die Einschätzung hemmender und förderlicher Faktoren weiter vertieft. Die Krankenhäuser wurden häufig als schwerfällige Unternehmensformen beschrieben, in denen Maßnahmen der Organisationsentwicklung aufgrund eingeschliffener Routinen und Kommunikationsmuster – wenn überhaupt – nur langsam voran-

¹⁰ Die Fallzahlen in Tabelle 28 sind kleiner als die Fallzahlen aus Tabelle 27. Dies resultiert aus einer Kombination aus Auslassungen von Beispielen und Mehrfachnennungen.

schreiten. *„Ein so großer Apparat wie unserer ist sehr schwerfällig. Vieles ist eingeschliffen, Vieles wird tradiert nach dem Motto: das haben wir schon immer so gemacht (N-L).“* Da die Organisationsentwicklung so schwerfällig und träge verläuft, bedarf es motivierter Vorkämpfer, die das Demenzthema – sich auftürmender Widerstände trotzend – konsequent verfolgen. *„Manche Krankenhäuser sind wie schwere Tanker. Es läuft irgendwann, aber oft nicht so schnittig, wie man es sich gewünscht hätte. Man braucht sehr viel Rückendeckung und Unterstützung, dass man das durchhält und Ausdauer und Begeisterung dafür.“*

Erschwerend wirkt sich aus, dass sich die Zeiten für Kommunikation aufgrund von Arbeitsverdichtungen auf ein Minimum reduziert haben, so dass während der üblichen Übergaberoutinen keine Möglichkeiten für den Austausch kreativer Ideen bestehen. Neben der Zeit spielen hier jedoch auch traditionelle Hierarchien und berufliche Orientierungen im Medizinsektor eine gewichtige Rolle. Dies betrifft zum einen die Berufsgruppe der Ärzte, denen im Rahmen der Interviews häufiger eine eingeschränkte Kommunikationsbereitschaft nachgesagt wurde. *„Es gibt ein starkes Standesbewusstsein unter den Ärzten. Der Arztberuf ist sehr an Traditionen gebunden. Und als Arzt spricht man mit Kollegen, aber nicht mit Pflegekräften. Aber das ist sehr personenabhängig (N-L).“* Besonders prekär wirken sich solche standesbezogenen Gepflogenheiten aus, wenn es um die Etablierung einer offenen Fehlerkultur für den Umgang mit demenzkranken Patienten geht. So berichtete ein Pflegedirektor von Turbulenzen, nachdem eine Mitarbeiterin einen Behandlungsfehler – hier das kurzfristige Absetzen eines bereits seit langem genutzten Antidepressivums – schriftlich dokumentiert hatte, der zum Delir geführt hatte. *„Der Patient bekam ein Delir. Der war völlig verwirrt, ist auch gestürzt. Das stand in diesem Bericht. Und dann war das Geschrei: Wenn jetzt die KV kommt oder die Angehörigen klagen? Wir machen uns rechtlich angreifbar! Dass die Kollegin natürlich völlig Recht hatte, das wurde nicht mehr diskutiert (GP-P).“*

Zudem seien viele in einem hochspezialisierten System von ihrer Zielausrichtung her stark auf die Wahrnehmung ihrer eigenen Fachdisziplin und dort zu erzielende Erfolge fokussiert. Zielkonflikte treten auch zwischen Ärzten und Pflegekräften auf, die sich häufig an der Sinnhaftigkeit medizinisch möglicher Interventionen entzünden. *„Sie haben verschiedene Berufsgruppen, die unterschiedliche Interessen haben. Es kann Ihnen gut passieren, dass Sie z.B. auf der Gynäkologie einen Chefarzt haben, der eine alte Ovarialkarzinompatientin maximal operiert, bis kurz vorm Exitus, weil es auf der einen Seite den Lebenswillen der Patientin gibt, auf der anderen Seite sicherlich auch wissenschaftliches Interesse. Und Sie haben dann eine Berufsgruppe Pflege, die sich darüber große Gedanken macht und fragt: Warum muss man dem Menschen das noch antun? Würde dieser Person nicht eine gute Pflege auf der Palliativstation genügen? (GP-P)“*

Die unterschiedlichen Ziele hängen auch mit der Betriebsbindung zusammen. Denn während viele junge Ärzte die Tätigkeit in einem Krankenhaus als passagere Phase ihrer Berufsbiografie betrachten, sind viele Pflegekräfte langfristig auf ein bestimmtes Krankenhaus hin orientiert. *„Sie haben Pflegekräfte, die vielleicht ihr Leben lang in der*

Klinik arbeiten und mit dieser auch verbunden sind. Sie haben Assistenzärzte, die einen Abschnitt ihres Lebens in diesem Krankenhaus verbringen und dann wechseln, weil sie sich niederlassen, weil die Praxis vom Vater frei wird, weil sie Oberarzt in einem anderen Krankenhaus werden, weil sie in die Wirtschaft gehen. Das ist ein ganz anderes Interessensfeld, die wollen sich persönlich weiterentwickeln. Ein Chirurg will, dass sein OP-Katalog voll wird. Die Pflege will vielleicht, dass Demenzkranke auf der Station in Zukunft besser betreut werden. Die Pflege will einen guten Arbeitsplatz haben. Das Interesse an langfristigen Zielen ist bei den Ärzten deshalb nicht so ausgeprägt, wie in der Pflege. (GP-P)“ Hinzu kommt, dass aufgrund der vielfältigen Berufsperspektiven ein häufiger Personalwechsel bei den ärztlichen Mitarbeitern stattfindet, der für alle übrigen Mitarbeiter mit einem Mehraufwand und mit Unruhe verbunden ist.

Weitere Hemmnisse ergeben sich durch die Organisation des ärztlichen Dienstes:

- *Die Aufteilung der Krankenhäuser in hochspezialisierte Fachabteilungen führt zu einer weiteren Zersplitterung betrieblicher Interessenlagen. „Die Mediziner, die sind ihrem Chefarzt zugeordnet. Die fühlen sich nicht der ganzen Klinik zugeordnet, auch wenn sie dort angestellt sind. Sie sind z.B. Gefäßchirurg, damit dienen sie ihrem Chefarzt, und die Ziele der Gefäßchirurgie müssen durchgesetzt werden, auch wenn das zu Lasten der gesamten Klinik geht (GP-P).“*
- *Gerade um klinikweite Konzepte, wie solche zur besseren Demenzversorgung, umzusetzen, bedarf es vor diesem Hintergrund breit angelegter und aufwendiger Abstimmungsprozesse. Damit besteht die Gefahr, dass eine innovative Idee zwischen den Fronten unterschiedlichster Interessenlagen zerrieben wird und dadurch ins Stocken gerät. „Es gibt eine Pflegedirektion, die hier für 1000 Leute zuständig ist und es gibt 25 ärztliche Direktoren, von denen jeder für fünf bis zehn Leute zuständig ist. Da ist die Machtverteilung eine ganz andere. Nichtsdestotrotz müssen Sie ja für alles immer Jeden miteinbinden, damit er sich auf keinen Fall auf den Fuß getreten fühlt. Das macht Veränderung so schwierig in solchen Organisationen (GP-P).“*
- *Die im Arbeitsalltag praktizierte Arbeitsteilung führt zu einer starken Funktionalisierung der ärztlichen Tätigkeit. Der Patientenkontakt reduziert sich auf ein Minimum, auch für Angehörigengespräche bleibt wenig zeitlicher Spielraum. In diesem Setting wird der Fokus der ärztlichen Aufmerksamkeit auf die zu behandelnde somatische Haupterkrankung gelenkt und die Symptomatik für eine etwaige psychische Begleiterkrankung gerät aus dem Blick. Im üblichen Kurzkontakt gelingt es den Demenzkranken häufig, eine „gesunde Fassade“ aufrechtzuerhalten. „Es ist manchmal erstaunlich, wie sich die Patienten während der Visite verstellen können. Der Arzt sieht sie ja nur für ein paar Minuten, und wenn wir als Pflegekräfte dann später etwas über den Patienten berichten, dann schauen sie uns groß an: Der Patient war doch gerade ganz klar! Und dann sage ich: Klar, in den drei Minuten kann man das auch gut beurteilen! (GP-K).“*

- Zudem gibt es in den Kliniken aufgrund der Logik der Ärzteausbildung eine Vielzahl junger Ärzte, die mit dem Krankheitsspektrum Demenz/Delir noch keinerlei beruflichen und/oder persönlichen Erfahrungen sammeln konnten (vgl. Kapitel 3.1.3).

Für die Berufsgruppe der Pflege wurde kritisch angemerkt, dass zu wenige Kräfte berufspolitisch engagiert seien und dadurch wichtige pflegerische Zielsetzungen aus dem Blick geraten sind, die Demenzkranken zu Gute kommen könnten. *„Die Pflege wird in Deutschland vorwiegend als Heil- und Hilfsberuf gesehen, der dem Diktat der Mediziner untersteht. Der Pfleger als Erfüllungsgehilfe des Arztes. Dadurch wird eine Rückentwicklung zur Schulmedizin und zur Funktionspflege vorangetrieben. Die ganzheitliche Medizin hat abgenommen, seit die Kaufmänner die Krankenhäuser übernommen haben. Hinter der Prozessorientierung steht eine Reduzierung der Beteiligten auf ein maschinelles Denken, und die Pflege wird zur Fließbandarbeit. Das führt zu großen psychischen Problemen bei den Mitarbeitern und dazu, dass ein Bild erzeugt wird, das wenig Anreiz bietet, diesen Beruf überhaupt noch zu erlernen (N-D).“*

Der in dem Zitat angedeutete Verlust der ganzheitlichen Perspektive wurzelt in der zunehmenden Ökonomisierung des Krankenhausbetriebs, für den Demenzkranke in zweifacher Weise kontraproduktiv sind:

- So werden die strategischen Ziele der meisten Kliniken auf gewinnbringende Patienten ausgerichtet. Dazu werden Zentren für hochspezialisierte Medizin geschaffen, die zu höheren Erlösen führen sollen. Gemeindenahe Krankenhäuser, in denen demenzkranke Patienten unter Berücksichtigung ihrer Nebendiagnose mit einem hohen Zeitaufwand behandelt werden, können ihre zusätzlichen Anstrengungen hingegen derzeit in der bestehenden Finanzierungsregelung nicht ausreichend zur Geltung bringen. Nur wenige Klinikleitungen sehen in dieser Ausrichtung dennoch ihre „Nische“. *„Ich sage unseren Mitarbeitern als ärztlicher Direktor: Die Zukunft unseres Hauses liegt in der Behandlung von zunehmend älteren Patienten. Wir müssen uns nicht spezialisieren auf Dinge, die zehn Kilometer weiter in einer Spezialklinik gemacht werden. Wir brauchen keinen Linksherzkatheterplatz oder wir brauchen keine Spezialisierung für eine endokrinologische Chirurgie oder sonst was. Was wir brauchen, ist eine gemeindenahe Medizin, die überwiegend dafür Sorge trägt, dass die Älteren und deren Angehörige gut versorgt werden. Das ist mein Engagement, und das sichert auch wirtschaftlich unsere Existenz (GP-F).“*
- Zum anderen werden die Strukturen und Prozessabläufe auf gute Einnahmen hin orientiert. Die Erlössituation hängt davon ab, inwieweit die im DRG-System gegenfinanzierten Prozeduren reibungslos und möglichst ohne zeitlichen Verzug abgespult werden können. Demzufolge erhalten solche Mitarbeiter die Anerkennung ihrer Vorgesetzten, die einen nahtlosen Patiententransfer organisieren. Die weniger sichtbare präventive Arbeit mit demenzkranken Patienten passt nicht in die Zielkriterien der betrieblichen Ökonomisierung. *„Es steht immer nur der Ablauf im Vordergrund, und es wird immer nur dann Lob gegeben, wenn jemand pünktlich am OP erschienen ist. Die Pflegekräfte beklagen sich*

ganz stark darüber, dass das nicht das Bild ist, das sie von ihrer Arbeit haben, aber sie machen mit, weil sie ja auch Anerkennung brauchen. Die Effizienz und straffe Organisation ist ja ganz wichtig auf der einen Seite. Auf der anderen Seite ist das Herausfinden der Bedürfnisse bei den demenzkranken Patienten und das auf sie Eingehen eine ganz anstrengende Arbeit, wenn man sie macht. Aber es schlägt sich nicht so in Zahlen nieder, wenn der Patient dadurch ruhiger geworden ist und den Krankenhausaufenthalt besser übersteht. Das ist das Problem (GP-K).“

Unabhängig von der Geschäftspolitik und vom Willen des einzelnen Beschäftigten sind ganzheitliche Ansätze in der Krankenhausbehandlung aufgrund der Dynamik kurzer Verweildauern schwerer umzusetzen als beispielsweise in der Heimversorgung. Dies betrifft die Ausführlichkeit, in der sozio-biografische Daten durch Patientengespräche oder Fremdanamnese erhoben werden können ebenso wie die Beziehungspflege. Auch Ärzte tun sich schwer, bei kurzen Liegezeiten in bestehende Medikationen einzugreifen, selbst wenn sie diese als ungeeignet empfinden. *„Wenn jetzt jemand kommt mit ungeeigneten Neuroleptika, dann ist es schwer, die einfach abzusetzen. Ich sehe den Patienten ja nicht mehr und weiß nicht, wie es ihm zu Hause ohne diese Medikamente geht (GP-G).“* Das angesprochene Problem verweist auf eine mangelnde schnittstellenübergreifende Behandlungskontinuität im deutschen Gesundheitswesen. Dabei handelt es sich um eine übergeordnete Barriere auf der steuerungspolitischen Ebene, die in einem der nächsten Kapitel vertieft wird (vgl. 3.3.2).

Wenn über Innovationshemmnisse reflektiert wird, soll abschließend auf die Personalsituation im Krankenhaus hingewiesen werden. Wie an anderer Stelle bereits beschrieben, bestehen zunehmend Probleme, die Personalstellen im ärztlichen und pflegerischen Bereich zu besetzen. Viele Mitarbeiter sind überlastet und haben kaum mehr Energie, sich außerhalb ihrer üblichen Dienstzeiten, z.B. im Rahmen von Arbeitsgruppen, für die Entwicklung innovativer Konzepte einzusetzen. Weil die tägliche Arbeits- und Problemdichte erdrückend ist, fällt es schwer, sich antizipierend mit neuen Visionen auseinanderzusetzen. Erschwerend kommt die hohe Fluktuation hinzu, die insbesondere den ärztlichen Bereich betrifft und eine ständige Unruhe schafft. Umgekehrt kann gerade die schwierige personelle Situation für die Führungskräfte zu einem Impuls werden, die Klinik besser für den Umgang mit Demenzkranken zu rüsten. *„Das Thema Demenz löst große Nöte auf den Stationen aus. Allein der Aspekt der Mitarbeiterorientierung gebietet eine stärkere Beschäftigung mit dem Thema. Ich kann meine Mitarbeiter da nicht im Regen stehen lassen. Sonst drohen Krankenscheine wegen Überlastung (nt).“*

Als Zwischenresümee kann man feststellen, dass der Einführung demenzsensibler Konzepte auf Seiten der Kliniken eine Reihe innovationshemmender Faktoren entgegenstehen, von denen sich ein Großteil im Verantwortungsbereich der Kliniken selbst bewegt.

Im Hinblick auf innovationsfördernde Aspekte wurde in den Interviews häufig die Rolle der Führungskräfte unterstrichen. Ein Bewusstsein der Führungskräfte sei die Grundvoraussetzung für die Umsetzung demenzsensibler Konzepte. Das Innovationsklima ei-

ner Klinik wird von der Leitung und vom Träger maßgeblich gesteuert. Günstig scheint eine organisatorische Verankerung der Diskussionen über Innovationen. So berichteten einzelne Kliniken z.B. über jährliche Strategietage des Direktoriums, zu denen das Personal aufgefordert wird, Vorschläge einzubringen oder über Zukunftswerkstätten, in denen gemeinsam mit den Mitarbeitern Ideen entwickelt und konzipiert werden. Diese Ideen werden, falls sie bis in die Umsetzung gelangen, finanziell oder durch andere Formen von Wertschätzung honoriert. *„Es gibt eine Steuerungsgruppe, die sich mit neuen Projekten befasst bzw. damit, Probleme zu identifizieren. Dahin kann sich jeder Mitarbeiter wenden. Und dann haben wir noch die Zukunftswerkstatt, über die auch Arbeitsgruppen gebildet werden, die Themen weiter vertiefen. Diese wurde initiiert vom Leitungsteam in Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat. Es geht vor allem um die Frage, wie unser Haus die Dienstleistungen verbessern kann und wie man den Patienten gerechter wird.“*

In den Interviews äußerten sich die Leitungskräfte zu der Frage, wie eine innovative Idee konzipiert sein müsse, damit sie ihr Interesse wecke und Chancen auf Umsetzung erhalte. Die Äußerungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Es muss sich um einen möglichst konkreten Umsetzungsvorschlag handeln, der weit über vage Zielformulierungen hinausgeht. Zudem ist es einfacher, wenn die Arbeitsprozesse nicht zu stark tangiert werden und keine großen Umstrukturierungen im Sinne von Organisationsentwicklung erforderlich sind, wie dies z.B. bei der Einführung von Konsiliar- und Liaisondiensten der Fall ist. *„Wenn die Maßnahmen konkret sind, z.B. dass Orientierungshilfen angebracht werden, dann sind Tür und Tor offen. Man kann aber nicht nebulös bei politischen Aussagen bleiben (N-M).“* *„Der gerontopsychiatrische Liaisondienst in Kaufbeuren, da spring ich natürlich drauf an, wenn ich höre, dass sich das über Mehrerlöse finanzieren lässt. Leider ist das kein Projekt, das sich eben mal auf Knopfdruck realisieren lässt (N-L).“*
- Die Lösung sollte trägerintern umsetzbar sein und nicht von der Kooperationsbereitschaft vieler externer Träger abhängen, damit nicht schon vor der Umsetzung zu viele Ressourcen eingesetzt werden müssen. *„Da verkämpft man sich fast immer (N-M).“*
- Die Unterstützung der Fachgesellschaften sollte gegeben sein. *„Das macht die Umsetzung und auch die Motivation der Mitarbeiter und die Überzeugung der Leitungskräfte wesentlich einfacher (N-M).“*
- Die Idee sollte möglichst von unten kommen und von einer Gruppe von Mitarbeitern getragen und (weiter)entwickelt werden. Die Leitungskräfte sehen sich eher in einer unterstützenden und impulsgebenden Rolle. Partizipativ umgesetzte Innovationen können auch als Motivation der Mitarbeiter genutzt werden, z.B. indem die Idee in größeren Foren dargestellt werden darf. *„Diese Innovationen machen unser Unternehmen für die Mitarbeiter attraktiv. Man muss nur aufpassen, dass man nicht zu viel auf einmal macht (N-N).“*
- Sie sollte übertragbar sein auf weitere Konstellationen innerhalb der Klinik. *„Wenn es erfolgreich oder sinnvoll ist, versuchen wir es auf die restlichen Stationen auszuweiten (N-N).“*

- Die Finanzierung muss zu gewährleisten sein. Für Projekte neues Personal einzustellen, ist in aller Regel nur dann umzusetzen, wenn die Kostenträger die Finanzierung übernehmen. Eine Umschichtung von Personalmitteln in kleinerer Form ist auch ohne öffentliche Förderung möglich, wird vor dem Hintergrund des ohnehin bestehenden Personalmangels aber eher selten umgesetzt. *„Zu verlangen, dass Leute freigestellt werden, um so ein Konzept zum Laufen zu bringen, das überfordert die Häuser (N-M).“* *„Jede zusätzliche halbe Stelle, die finanziert werden müsste, dürfte den Geschäftsführern ziemliches Bauchweh bereiten. Die Berichte über Modellprojekte, die angeblich alle Geld sparen, das glaubt doch keiner mehr (N-L).“*
- Vor einer Genehmigung von Freistellungen ist stets der Nutzen der Innovation darzustellen. *„Wenn Konzepte wirklich spürbar hilfreich sind, dann verweigert sich sicher niemand. Es muss den Patienten etwas bringen und dem Krankenhaus (N-M).“* Dabei werden nicht selten auch Berechnungen über den monetären Nutzen erwartet. *„Ich denke wie ein Naturwissenschaftler. Ich möchte einen Beweis sehen. Ich würde erst mal wissen wollen, wo ist das schon mal gemacht worden, wie teuer war es, und was hat es dort gebracht (N-N).“*
- Probeläufe sind geeignet, die Schwelle für die Einführung von Innovationen zu senken. Die Führungskräfte befürworten solche Testphasen, um den Nutzen der Maßnahmen und die Integrationsfähigkeit in die Arbeitsprozesse zu prüfen. *„Pilotphasen sind sehr wichtig. Es wird geguckt, wie geht das in der Organisation, und was bringt das (N-L).“*

Die finanziellen Spielräume werden insgesamt als eng bewertet, was die Risikobereitschaft der Führungskräfte deutlich einschränkt. Andererseits möchten sich die Kliniken im wachsenden Konkurrenzgefüge Marketingargumenten nicht verschließen. *„Deshalb sind wir sowohl vorsichtig als auch aufgeschlossen (N-L).“* Vor dem Hintergrund der Ökonomisierung und der Arbeitsbelastung der Mitarbeiter wurde von den Führungskräften beschrieben, wie schwierig es ist, dennoch ein innovatives Klima in der Klinik aufrecht zu erhalten. In diesem Zusammenhang wurde es als günstig herausgestellt, wenn als politisches Signal die Möglichkeit einer Erprobungsregelung mit finanzieller Unterstützung demenzbezogener Initiativen geschaffen werde. *„Die Politik muss dahinter stehen. Es wäre ein Anreiz, etwas auszuprobieren und die erste Schwelle zu überwinden.“* *„Finanzielle Anreize wären vor allem in der Phase des Experimentierens sinnvoll, um Spielräume zu schaffen.“* *„Ich habe das Gefühl, dass die demografische Entwicklung zwar wahrgenommen wird, dass es aber bei Lippenbekenntnissen bleibt und man keine Unterstützung bekommt, wenn man etwas umsetzen möchte.“* Zudem haben mehrere Befragte vorgeschlagen, eine valide Datenbasis über die Zahl der Demenzkranken und die erforderlichen Schritte und Leistungen zu schaffen. Als weiterhin hilfreich wurde ein valider Nachweis von Einspareffekten durch Modellprojekte bezeichnet. *„Was wirklich hilfreich wäre, wenn man gute Studien hat, die gute Zahlen liefern und z.B. etwas darüber aussagen, wie der Personalschlüssel aussehen soll, da gibt es noch zu wenig, auf das man zurückgreifen kann: was ist nötig? welcher Aufwand? und welchen Nutzen hat das Haus davon? usw.“* Solche Daten können als Argumente in der internen Diskussion über die strategische Ausrichtung der Kliniken genutzt werden.

3.3. Übergeordnete Barrieren

3.3.1 Betriebswirtschaftliche Barrieren

Betriebswirtschaftliche Faktoren wirken in besonderer Weise hemmend bzw. förderlich auf die Umsetzung demenzsensibler Konzepte. Wie in den einleitenden Kapiteln dargelegt, wirken sich Kostenaspekte direkt negativ auf die arbeitsorganisatorischen Bedingungen der Demenzversorgung aus, etwa wenn durch eine strukturelle Unterfinanzierung der Behandlung ein Zeitmangel erzeugt wird. Auf der anderen Seite können finanzielle Anreize wichtige Impulsgeber für die Umsetzung von Innovationen sein. Mit der schriftlichen Befragung sollte zunächst analysiert werden, inwieweit die Führungskräfte, die den wirtschaftlichen Betrieb der Krankenhäuser verantworten müssen, demenzkranke Patienten als Kostenfaktor wahrnehmen und an welchen Stellen nach ihrer Ansicht eine finanzielle Mehrbelastung durch Demenzkranke erfolgt. Im Hinblick auf die Entwicklung von Ideen für Regelungen, die positive Anreize für eine bessere Behandlung von Demenzkranken setzen, wurden die Führungskräfte zudem nach Optimierungsbedarf im DRG-System gefragt. Diese Fragen wurden im Rahmen der Fallstudien vertieft. Zudem wurde diskutiert, welche finanziellen Anreize die Bereitschaft der Kliniken fördern könnte, sich demenzsensibel auszurichten.

Wenn es um die Einschätzung von Mehrkosten der Behandlung von Demenzkranken geht, werden in erster Linie die Liegezeiten diskutiert, die seit Einführung des DRG-Systems ein maßgeblicher wirtschaftlicher Faktor geworden sind. So entwickelte sich die durchschnittliche Verweildauer in den deutschen Allgemeinkrankenhäusern wie folgt:

Tabelle 23: Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer

| | |
|------|-----------|
| 1991 | 14,0 Tage |
| 2007 | 8,3 Tage |
| 2009 | 8,0 Tage |

(Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2011)

So hat sich seit 1991 die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus um rund 43% auf 8 Tage verkürzt. Dies hat weniger mit medizinisch-pflegerischem Fortschritt zu tun als mit der Tatsache, dass den Kliniken ökonomische Anreize für möglichst kurze Liegezeiten gesetzt wurden. Kritisch gesehen werden in diesem Zusammenhang so genannte „blutige Entlassungen“, bei denen Patienten trotz eines hohen Nachsorgebedarfs in die poststationäre Versorgung transferiert werden. Gelingt es den Krankenhäusern nicht, einen Patienten im vorgegebenen Zeitraum zu versorgen, gehen die Mehrkosten zu Lasten des betrieblichen Budgets. Damit wächst die Bedeutung der Liegezeiten und sie entwickeln sich zu Determinanten für die Strukturierung der gesamten Prozessabläufe. *„Auf die Prozesse bei der Behandlung Demenzkranker haben wir als Liaisondienst kaum Einfluss. Vielleicht, dass man bei älteren Patienten die Ter-*

mine mittlerweile nicht mehr ganz so strikt einplant. Da haben wir kaum Chancen. Das ist alles liegezeitorientiert (gpkf).“

Es gibt vielfältige Gründe, aus denen sich die Liegezeiten Demenzkranker im Vergleich zu geistig Gesunden verlängern können. Der Genesungsprozess kann sich durch die mangelnde Compliance demenzkranker Patienten verzögern, die den Sinn der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen nicht nachvollziehen können und sich deshalb nicht kooperativ oder sogar kontraproduktiv verhalten. Hinzu kommen zeitaufwendige Leistungen im Entlassungsmanagement. In der schriftlichen Befragung wurde nachgefragt, ob die durchschnittlichen Liegezeiten bei einer Nebendiagnose Demenz eingehalten werden können.

Tabelle 24: Einhaltung der Liegezeiten bei demenzkranken Patienten

| Einhaltung/Liegezeiten | Häufigkeit | v.H. |
|-------------------------------|-------------------|-------------|
| Ja, immer | 5 | 3,7 |
| Ja, meistens | 34 | 25,0 |
| Teils/Teils | 64 | 47,1 |
| Nein, meistens nicht | 31 | 22,8 |
| Nein, grundsätzlich nicht | 2 | 1,5 |
| Gesamt | 136 | 100,0 |

Keine oder weniger Probleme bei der Einhaltung der Liegezeiten sehen knapp 30% der Befragten. Die meisten äußern sich mit „teils/teils“. Fast ein Viertel der Kliniken hat meistens oder grundsätzlich Probleme mit zu langen Verweildauern der demenzkranken Patienten. Im Durchschnitt wird die Verweildauer pro Demenzkranker nach Schätzung der Leitungskräfte um 3,7 Tage überschritten, was gemessen an einer durchschnittlichen Verweildauer von 8,0 Tagen als großer Kostenfaktor beurteilt werden muss.

In den Interviews wurde deutlich, dass vor allem Kliniken, die an Geriatrie Zentren angebunden sind, deutlich weniger Probleme mit überschrittenen Verweildauern haben. Es wurde als ein wirtschaftlich schwierig zu lösendes Problem geschildert, wenn demenzkranke Patienten, deren Liegezeiten in den Akutabteilungen abgelaufen sind, dort die Betten „blockieren“ oder „verstopfen“ und damit mögliche bzw. notwendige Erlöse durch Neuaufnahmen verhindern. *„Wenn ich Abteilungsleiter einer Station wäre, die nicht über solche Verlegungsmöglichkeiten verfügt, hätte ich 5% Demenzkranke, die mir 20% vom Umsatz wegnehmen, weil sie mir die Betten blockieren (N-N).“* *„Durch die Verlegung von der Chirurgie in die Geriatrie wird zunächst die Chirurgische Abteilung entlastet, und wenn in der Geriatrie zusätzliche Leistungen erbracht werden, kann dort unter bestimmten Voraussetzungen eine neue Kompletpauschale abgerechnet werden (N-N).“* Wie berichtet wurde, bestehen sogar Kooperationen mit anderen Krankenhäusern, mit denen die Übernahme solcher Patienten in die Geriatrie vereinbart

wurde. Auch Verlegung in eigene stationäre oder tagesklinische psychiatrische Plätze werden teilweise zur Entlastung der Akutstationen genutzt, wenn sich für die Patienten dadurch neue Finanzierungsmöglichkeiten erschließen lassen, denn auch die Psychiatrien sind noch nicht dem DRG-System untergeordnet. *„Es ist schon eine sehr große Erleichterung, dass sich die Kollegen der Psychiatrie mit dem Problem der Demenz auseinandersetzen (N-J).“* Allerdings soll auch die Vergütung in psychiatrischen Kliniken im Jahr 2013 angelehnt an das DRG auf ein leistungsbezogenes Entgeltsystem umgestellt werden, das aber nach wie vor auf Tagespauschalen basieren wird.

Bei denjenigen Kliniken, die in der schriftlichen Befragung die Einhaltung der Liegezeiten als weniger problematisch eingeschätzt hatten, wurde zusätzlich nachgefragt, inwieweit sogar der Versuch unternommen wird, die Patienten möglichst früh zu entlassen. Diese Strategie wird immerhin von rund einem Viertel der Befragten praktiziert. Es ist wiederum zu vermuten, dass dies nur in solchen Kliniken gelingt, in denen die beschriebenen Verlegungsoptionen bestehen oder von denen trägereigene Pflege- oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder ambulante Dienste betrieben werden, die eine schnellere Entlassung ermöglichen.

Tabelle 25: Strategie „frühere Entlassung“ in Kliniken ohne bzw. weniger Liegezeitenüberschreitungen bei Demenz

| Frühere Entlassungen | Häufigkeit | v.H. |
|----------------------|------------|-------|
| Stimmt | 9 | 23,1 |
| Stimmt nicht | 30 | 76,9 |
| Gesamt | 39 | 100,0 |

Neben der Verweildauer sollte geklärt werden, inwieweit Demenzkranke insgesamt als Kostenfaktor wahrgenommen werden. Beinahe alle Befragten bestätigten in der schriftlichen Befragung, dass Zusatzkosten durch die Behandlung Demenzkranker entstehen. Insgesamt fällt die Krankenhausversorgung Demenzkranker in mehrfacher Hinsicht kostenintensiver aus. Die bereits diskutierten längeren Liegezeiten nahmen dabei in der schriftlichen Befragung mit 43% der Befragten nur den dritten Rang ein, während wesentlich mehr Krankenhäuser (89,6%) Zusatzkosten durch einen höheren Personalaufwand ins Spiel brachten. Hier wurden in den Interviews vor allem der Mehraufwand von Pflegekräften thematisiert. *„Das wichtigste ist, dass man die Anerkennung braucht, dass die Belastungen des Pflegepersonals enorm sind. Im ärztlichen Bereich ist dies nicht so sehr der Fall, weil wir mit dem permanenten repetitiven Umgang nicht so befasst sind (N-O).“* Neben der direkten Patientenversorgung wurde zudem auf den Arbeitsaufwand durch aufwendige Absprachen von Maßnahmen mit den rechtlichen Betreuern hingewiesen.

Ins Gewicht fallen zudem die fachärztlichen Konsile, die wie bereits dargestellt eine zwar noch ausbaufähige, aber generell bereits häufiger praktizierte Strategie bei Umgangsproblemen zu sein scheinen. Da Konsile Kosten verursachen, wünschen sich die Interviewpartner eine entsprechende Kompensation, um Hemmschwellen der anfra-

genden Abteilungen zu senken. *„Es wäre eine politische Frage, ob Konsile in irgendeiner Weise zusätzlich honoriert werden könnten. Das fände ich wichtig. Denn das interessiert die kaufmännische Direktion natürlich am meisten, wenn das nicht nur als ein Service betrachtet werden muss, der nichts einbringt. Das muss ja nicht viel sein, aber es müsste eine Abrechnungsmöglichkeit außerhalb der normalen Vergütung geben (GP-F).“*

Unter den sonstigen Zusatzkosten werden in erster Linie Komplikationen (z.B. Infekte, Stürze), Zusatzaufwand im Entlassungsmanagement und in der Angehörigenberatung, die Notwendigkeit von zusätzlichen Aufwendungen für Diagnostik, für spezielle Medikamente, für Hilfs- und Pflegesachmittel und für Milieugestaltung genannt. Ein kaufmännischer Direktor fasste den zusätzlichen Aufwand wie folgt zusammen: *„Verglichen mit den klassischen geriatrischen Patienten sind die Kosten sehr viel höher, weil intensivere Pflege notwendig ist und die Verweildauer höher ist. Es kommen Kosten durch zusätzliche Konsile durch den Neurologen hinzu, durch diagnostische Methoden, die da anfallen und der Psychiater muss unter Umständen noch konsultiert werden. Ich kann nicht ausschließen, dass auch noch höhere Medikamentenkosten entstehen (N-N).“* Dabei scheinen die Kosten vor allem für die Patienten hoch zu sein, bei denen im Krankenhaus eine Erstabklärung eingeleitet wird und z.B. auch zu klären ist, ob sich nicht organische Ursachen, wie eine Stoffwechselerkrankung, hinter der Demenzsymptomatik verbergen.

Tabelle 26: Zusatzkosten durch die Behandlung Demenzkranker (n=135) (MFN)

| Zusatzkosten | Häufigkeit | v.H. |
|--|------------|-------|
| Nein | 4 | 3,0 |
| Ja, und zwar durch höheren Personalaufwand | 121 | 89,6 |
| Ja, und zwar durch fachärztliche Konsile | 62 | 45,9 |
| Ja, und zwar durch längere Liegezeiten | 58 | 43,0 |
| Ja, und zwar durch sonstiges | 20 | 14,8 |
| Gesamt | 261 | 193,3 |

Insgesamt - schätzen die Leitungskräfte in der schriftlichen Befragung - ergaben sich im Jahr 2008 zusätzliche Kosten von durchschnittlich 1045 Euro pro Behandlung eines demenzkranken im Vergleich zu einem geistig gesunden Patienten. Von diesen Zusatzkosten seien durchschnittlich 292 Euro abrechenbar durch Mehrerlöse nach DRG. *„Die Mehrkosten werden querfinanziert, das heißt, wir versuchen das irgendwie über das ganze Haus zu erwirtschaften (N-N).“* Selbst die Kliniken, die über geriatrische Fachabteilungen verfügen, sehen – trotz zusätzlicher Abrechnungsmöglichkeiten – in der Versorgung Demenzkranker kein Geschäftsfeld, mit dem man betriebswirtschaftlich gesehen einen Gewinn erzielen kann. *„Bei einigen Fällen kann man eine geriatrische Pauschale abrechnen, aber beim Großteil der Fälle ist das nicht so. Da kommt viel-*

leicht noch eine erschwerende Nebendiagnose dazu, aber das lohnt sich rein betriebswirtschaftlich gesehen nicht. Wir haben ja eine Mischkalkulation und diese Patienten brauchen ja auch die Versorgung ihrer sonstigen internistischen Erkrankungen und das ist natürlich ein Geschäft, das wir gerne mitnehmen (N-N).“

Folgerichtig nannten die meisten Leitungskräfte neben institutionellen (60,4%) und individuellen (28,3%) Barrieren Kostengründe als ausschlaggebend für ungünstige Umsetzungsbedingungen demenzsensibler Konzepte (62,3%) (vgl. Tabelle 20). Dabei beziehen sich 24 von 33 Antworten auf bereits am DRG-System kritisierte Umstände wie die mangelnde Abbildungsmöglichkeit des pflegerischen Aufwands (16) und die Kürze der Verweildauern (8). Zehn Befragte beklagen zudem einen zu hohen Kostenaufwand für die notwendigen Qualifizierungen des Personals und drei nennen die allgemeine Finanzknappheit im Rahmen der Ökonomisierung der Krankenhäuser als Hinderungsgrund.

Nach diesen Ergebnissen ist es nicht verwunderlich, dass sich in der schriftlichen Befragung mit rund 91% fast alle Leitungskräfte dafür aussprachen, das DRG-System zu verändern, um den Behandlungsaufwand für demenzkranke Patienten adäquat abzurechnen zu können.

Tabelle 27: Veränderung des DRG-Systems notwendig

| Veränderung DRG-System | Häufigkeit | v.H. |
|------------------------|------------|-------|
| Nein | 11 | 9,2 |
| Ja | 109 | 90,8 |
| Gesamt | 120 | 100,0 |

Auf die offene Frage, welche konkreten Vorschläge für die Veränderung des DRG-Systems bestehen, antworteten 73 Personen. Die insgesamt 80 Vorschläge wurden nachträglich in drei Dimensionen kategorisiert. 30 Antworten beziehen sich auf die Forderung einer stärkeren Berücksichtigung des durch demenzkranke Patienten entstehenden Mehraufwandes. Dies drückt sich zum einen in dem allgemeinen Wunsch nach einer besseren Erlössituation aus, der in erster Linie für den erhöhten Aufwand an Pflegeleistungen geltend gemacht wird. Dabei werden teilweise Beispiele für aufwendigere Leistungen genannt, darunter die Nachtversorgung, die Ernährung, die Aufnahme, die Tagesstrukturierung, das Auftreten von Delirien oder die interdisziplinäre Kommunikation. Ein Befragter bringt zum Ausdruck, dass die Pflegeleistungen im Krankenhaus in einer Höhe vergütet werden sollten, die den Leistungsgrenzen der Pflegeversicherung entsprechen würde.

**Dimension1: Berücksichtigung und Vergütung des (pflegerischen) Mehraufwandes
(n=30)**

| |
|--|
| verbesserte Erlössituation (2) |
| Mehraufwand abbilden und vergüten (4) |
| erhöhter Personalaufwand müsste berücksichtigt werden (2) |
| Durch realistische Kalkulation des erhöhten Pflegeaufwandes und fachärztlichen Betreuungsaufwandes (2) |
| Berücksichtigung des erhöhten Pflegeaufwands (9) |
| Zusätzliche Vergütung von Pflegeleistungen mind. in Höhe der Pflegestufen nach SGB XI |
| Anrechnung des erhöhten Personalaufwands für Pflege und Betreuung (2) |
| Personalaufwand im pflegerischen Bereich muss entsprechend der Anforderungen (teilweise Sitzwachen) vergütet werden. |
| Berücksichtigung Pflegeaufwand bei Delir / Weglaufgefährdung |
| Der erhöhte Personalaufwand, Veränderungen in den Tagesabläufen sowie die Nachtbetreuung müssten abgebildet werden. |
| Darstellbarkeit eines entsprechenden Personalaufwandes (erhöhter Betreuungsaufwand in der Nacht, bei der Ernährung, bei der Aufnahme etc.) |
| Höherer Personalbedarf durch Überwachungspflicht muss abgebildet werden |
| Mehr Personal für Beschäftigungstherapie, Ergotherapie (2) |
| Kommunikation Arzt und Pflege berücksichtigen |

Ähnlich viele Antworten beziehen sich auf konkretere Vorschläge für Veränderungen im Fallpauschalensystem. Neben Zuschlägen für demenzkranke Patienten (7) fordern elf Personen eine stärkere Gewichtung der Nebendiagnose Demenz. Einzelne Befragte schlagen vor, die Demenzdiagnosen und den Hilfebedarf stärker zu differenzieren (5) oder Veränderungen durch die Modifizierung der demenzbezogenen Prozeduren (OPS) zu bewirken (6). Drei Befragte sprechen sich für einen flexibleren Umgang mit den Verweildauern von demenzkranken Patienten aus.

Dimension 2: Veränderungen im Fallpauschalensystem (n=32)

Zuschläge für Demenz (n=7)

| |
|---|
| Zusatzentgelt (2) |
| Zuschlag für Demente |
| z.B. durch Implementierung eines ZE's bei relevanter Demenz |
| zum Beispiel durch Zuschläge zu DRG |
| Zusatzentgelt für Demenz gestaffelt nach Schweregrad analog Global Detoriation Scale (Reisberg) |
| Berücksichtigung der Demenzerkrankung durch Aufschlag |

Stärkere Gewichtung der Nebendiagnose Demenz (n=11)

| |
|---|
| höhere Bewertung (2) |
| höhere Bewertung bei Kodierung als Nebendiagnose, jedoch gleichzeitig an Strukturstandards geknüpft (z. B. wie bei MRE und Isolation) |
| Stärkere Gewichtung der demenzassoziierten Symptome/ Probleme |
| Stärkere Gewichtung der entsprechenden Nebendiagnosen ("gewichtiger" DRGs) |
| Bessere Berücksichtigung bei entsprechenden Nebendiagnosen |
| Berücksichtigung der Nebendiagnose Demenz als PCCL-erhöhende Diagnose in den relevanten DRGs |
| zusätzlicher Schweregrad bei Multimorbidität |
| Erhöhung des Relativgewichtes |
| Demenzerkrankung müsste den Schweregrad einer Erkrankung massiv erhöhen |
| Inzidenz und Prävalenz der Demenz kalkulieren und mit HD (DRG) korrelieren |

Differenzierung (n=5)

| |
|--|
| Demenz als detaillierte Erkrankung in das DRG-Schema mit aufnehmen, d.h. mit mehreren Diagnosen |
| Erlösrelevanz nicht nur bestimmter Demenzerkrankungen, sondern auch der einfachen senilen Demenz |
| wieder Aufnahme der Diagnosen für Demenz in die CCL-Matrix und entsprechende Bewertung |
| Als eigene Diagnose abzurechnen und nicht nach Schweregrad und Dauer der Liegezeit |
| Berücksichtigung der Selbständigkeit der Patienten in den DRG's |

Veränderung/Definition von Prozeduren (OPS)(n=6)

| |
|--|
| Pflegerische Leistungen werden in der DRG Systematik nicht adäquat abgebildet. Schaffung einer angemessenen OPS. |
| Entwicklung eines eigenen OPS für Demenz |
| Einführung OPS Prozedur bei richtiger Behandlung und Versorgung, d.h. Mehraufwand pflegerisch und therapeutisch |
| Abbildung als Prozedur |
| Abbildungsmöglichkeiten höherer Pflegeaufwand durch komplexe OPS Codes für Kommunikation, Begleitung und Betreuung |
| z.B. als Prozedur, die standardisierten Umgang mit Demenzkranken einfordert, aber entsprechend erlösrelevant ist |

Erhöhung der Verweildauer (n=3)

| |
|--|
| Erhöhung der oberen Grenzverweildauer |
| längere Verweilzeiten (organisieren von Pflegeheim, Verlegung in andere Krankenhäuser) |
| Einführen einer unabhängigen Leistungskomponente Verweildauer in Tagen |

In der dritten Dimension sind diejenigen Antworten zusammengefasst, die sich auf eine Veränderung des Abrechnungsmodus beziehen. Von den 16 Vorschlägen entfallen die meisten (7) auf Komplexpauschalen für Demenzkranke, angelehnt an die Abrechnungsform der geriatrischen Komplexbehandlung. Weitere Überlegungen beziehen sich darauf, dass orientiert an den Richtlinien der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) Pflegesätze für demenzkranke Patienten eingeführt werden könnten. Unter

Sonstiges fallen den anderen Dimensionen nicht zuzuordnende Vorschläge sowie Antworten, die eher auf eine Verbesserung der Versorgungsstruktur abzielen.

Dimension 3: Veränderung des Abrechnungsmodus (n=16)

Veränderung des Abrechnungsmodus: Komplexbehandlung/-pauschale (n=7)

| |
|--|
| Komplexbehandlungen müssten abzurechnen sein und der erhöhte Personalaufwand sich dort wieder finden |
| Komplexpauschale |
| Komplexpauschale für erhöhten medizinisch-pflegerischen Aufwand |
| Höhere Fallschwere dementer Patienten analog zur geriatrischen Komplexbehandlung |
| Spezielle DRG-Anpassung für die Geriatrische Komplexbehandlung bei dementen Patienten |
| pauschaliert verbessert für Demenzkranke |
| Erhöhung der Casemixerlöse, Kooperation/Behandlung in Geriatrien |

Veränderung des Abrechnungsmodus: Pflegesatz (n=3)

| |
|--|
| Demenz-Pauschale nach Eingruppierung in PsychPV-Kategorien |
| Orientierung an den Vorgaben der PsychPV |
| Abrechnungsmodalität perspektivisch aus meiner Sicht: tagesbezogene Pflegesätze/keine DRG-Abrechnung |

Sonstiges (n=8)

| |
|--|
| Sie müssten aus dem System herausgenommen oder anders berücksichtigt sein |
| Über Mehraufwand von Einzelleistungen |
| Einzelabrechnung je nach Aufwand |
| Aufwandbezogenes Entgelt |
| Pflege und Betreuungsaufwand am Bedarf |
| Problem: Pflegerischer Aufwand ist in den DRGs grundsätzlich nicht berücksichtigt und lässt sich auch nicht pauschal ableiten. Der pflegerische Aufwand unterliegt starken Schwankungen im Behandlungsverlauf. Abrechnung des tatsächlich erbrachten pflegerischen Aufwands, z.B. anhand der Methode LEP, um den speziellen Betreuungsaufwand abzubilden und finanziert zu bekommen. |
| Bessere Vernetzung von ambulanter, ambulant häuslicher, stationärer und teilstationärer Behandlung. Steuerung und Unterstützung zur adäquaten Wohnform. Alle Hilfen und Hilfeangebote in Verbindung mit den Angehörigen, Abbau der gesetzlichen Sektoren. |
| Ausbau geriatrischer Behandlungsmöglichkeiten / geriatrische Fachabteilungen (Komplexe Strukturqualität Akut/Reha erforderlich). |

Die hohe Antwortdichte und das engagierte Formulieren von Vorschlägen sprechen dafür, dass die Leitungskräfte im DRG-System deutliche Optimierungspotentiale im Hinblick auf die Demenzenbehandlung wahrnehmen.

Ein großes Problem scheint zu sein, dass das DRG-System insgesamt sehr komplex und undurchsichtig ist und sich viele Krankenhausmitarbeiter vor die Aufgabe gestellt sehen, sich in die Details einzuarbeiten, um die erforderlichen Codierleistungen zu erbringen. Im Rahmen der Interviews ist dabei der Eindruck entstanden, dass die in der Regel zur Codierung verpflichteten Ärzte den komplexen Anforderungen – neben ihren anderen Aufgaben – nicht immer gerecht werden können. So wurde vielerorts beklagt, dass die Erlöse für demenzkranke Patienten steigen würden, wenn die Codierqualität verbessert werden könnte. *„Ich bin immer wieder überrascht, denn eigentlich dürfte es keine Unsicherheit darüber geben, wann eine Demenz als Nebendiagnose codiert werden kann. Jeder ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer Aufwand und sei es, dass eine medikamentöse Therapie fortgesetzt wird, ist ein relevanter Aufwand, der ver-*

schlüsselt wird. Sobald wir einem Patienten eine Tablette geben, ist das abrechnungsrelevant verschlüsselbar. Auch wenn der Patient in der Pflege besonders geführt werden muss, reicht das, um verschlüsselt zu werden (N-M).“ Dabei ist diese Möglichkeit der Codierung der Demenz als Nebendiagnose an das Vorhandensein bestimmter Fachärzte (Psychiater, Geriater, Neurologen) geknüpft, die eine neue Diagnose stellen müssen. Zudem muss auch der erbrachte Aufwand in die Dokumentation mit aufgenommen werden, damit Erlöse erzielt werden können.

Das DRG-System ist nicht so konzipiert, dass es den Patienten mit seinem gesamten Hilfebedarf im Blick hat, sondern *„es ist darauf ausgerichtet, den Zielauftrag festzustellen und abzuarbeiten. Dabei hat man eben die Möglichkeit, den Zusatzaufwand zu dokumentieren und damit die Chance, diesen vergütet zu bekommen. Aber viele Dinge die im sozialpflegerischen Bereich im Hintergrund laufen, um z.B. einen Betreuer zu bestellen, sind schwer zu kalkulieren (N-M).*“ Zwar ist das DRG-System als *„lernendes System“* angelegt, so dass sich Veränderungen in den Codierinhalten prospektiv auf die Bewertung von Diagnosen und Leistungen auswirken werden. Denn die Daten, die in den Kliniken codiert werden, werden vom INEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) ausgewertet, und dieses *„versucht die DRG's so anzupassen, dass die Krankenhäuser damit zurechtkommen (N-L).*“ Neben den bereits genannten Gründen gibt es jedoch weitere Argumente, die Codierqualität anzuzweifeln. So werden demenzbezogene Diagnosen (und ggf. Leistungen) teilweise nicht codiert, weil sie wie beschrieben nicht immer erkannt werden oder weil der Eindruck besteht, dass eine Codierung nicht zu Mehrerlösen führen wird. Zum anderen werden viele notwendige Leistungen nicht erbracht, weil sie derzeit noch nicht refinanzierbar sind. *„Wenn man nicht viele Möglichkeiten hat, macht man auch nicht soviel. Und wenn man nicht soviel macht, wird sich im System nichts ändern. Das ist ein Teufelskreis (N-D).*“

Von den Interviewpartnern wurde kritisiert, dass das DRG-System einige Webfehler habe, die sich ungünstig auf die Refinanzierung der Behandlung demenzkranker Patienten auswirken. *„Die DRG ist altersunabhängig und das widerspricht der Realität. Die Wahrscheinlichkeit, dass Sie einen 80jährigen haben, der verwirrt ist und nichts mehr machen kann ist doch deutlich höher als bei einem 50jährigen. Das ist aber ein Punkt, der im System völlig außen vor bleibt (GP-P).*“ Diese Schieflage wird darauf zurückgeführt, dass das DRG-System an medizinischen Kriterien und Krankheitsbildern, aber nicht am Pflegeaufwand ausgerichtet sei. Zudem sei die Verrichtungsorientierung des Entgeltsystems für eine präventive Ausrichtung der Behandlung kontraproduktiv. Bei demenzkranken Patienten stehe im Vordergrund, Komplikationen und Eskalationen zu vermeiden, aber diese wichtige Arbeit lasse sich kostenmäßig kaum darstellen. *„Wie kann man das abrechnen, wenn man etwas macht, damit etwas nicht passiert? Das jetzige System ist der falsche Ansatz: nicht eine Mensch, der gesund geblieben ist, wird beim Arzt honoriert, sondern ein Mensch, der krank ist. Das schafft keinerlei Anreiz, etwas zu verändern. Aber ich weiß auch nicht, wie man es anders machen könnte (GP-K).*“

Zudem würden die Demenzdiagnosen je nach Genese unterschiedlich gewichtet, obwohl es für den Arbeitsaufwand unerheblich sei, welche Ursache zur Demenz geführt

hat. Die Tatsache, dass die Diagnose der Alzheimer Demenz mittlerweile häufiger gestellt werde, habe durch die Logik des DRG-Systems dazu geführt, dass diese sich nicht mehr erlössteigernd auswirkt. Dabei sei es fachlich nicht zu rechtfertigen, warum z.B. die Codierung einer vaskulären Demenz den Fallwert steigert, die der Alzheimerdemenz aber nicht. Selbst eine bewertete Diagnose führe nicht zwangsläufig zu einer Höherbewertung der DRG, weil hierzu eine Kombination mit weiteren PCCL¹¹-relevanten Nebendiagnosen erforderlich sein kann. Daraus lässt sich ableiten, dass eine erlösbezogene Gleichbehandlung von Demenzdiagnosen sinnvoll und angemessen ist.

Neben der Konkretisierung von Modifizierungsbedarf wurde im Rahmen der Interviews deutlich, dass die Einführung des DRG-Systems insgesamt zu einer stärkeren Ökonomisierung der Krankenhäuser geführt hat. *„Was sich rechnet, wird gemacht!(GP-F)“* Von allen Mitarbeitern wird erwartet, nicht nur die Qualität der Patientenversorgung, sondern auch den Ressourcenverbrauch im Hinblick auf Personal- und Sachkosten im Blick zu haben – eine Entwicklung, die unter den gegebenen Finanzierungsbedingungen vor allem bei Demenzkranken an Grenzen stößt. *„Wir Ärzte werden jetzt seit zehn Jahren in dieses Kostendenken hineingepresst, obwohl ich gar nicht so erzogen bin. Ich wurde nach der optimalen medizinischen Versorgung ausgebildet. Ich habe mir angewöhnt, bei einer dementen alten Omi, die auf meiner Station liegt, nicht nur an die Kosten zu denken (N-N).“* Zudem hat sich die Arbeit zunehmend verdichtet, die Mitarbeiter müssen sich in engen Zeitkorridoren bewegen. Durch Bettenreduzierungen hat sich die Patientenzahl auf den verbliebenen Stationen deutlich erhöht. Wie berichtet wurde, werden in einer normalen somatischen Station 12 bis 15 Patienten von jeweils einer examinierten Pflegekraft versorgt. *„Wenn dann noch OP's dazwischen sind, die Vitalzeichen kontrolliert werden müssen und dann noch zwei bis drei Demenzkranke, dann muss die Pflegerin abwägen: wo gehe ich zuerst hin? Die Mitarbeiter sind stark belastet, und das zeigt sich an einem hohen Krankenstand. Wenn man diese Patienten besser betreuen will, dann braucht man einfach mehr Personal (N-J).“* Durch die kürzeren Verweildauern hat sich der Arbeitsaufwand zusätzlich verschärft, was sich ungünstig auf die Dementenversorgung auswirkt. Denn nicht nur *„der Umgangston wird durch den Stress ruppiger, den Leuten fehlt dann die Geduld (GP-F)“*, sondern es sind auch keine Ressourcen mehr übrig, in einer offenen und konstruktiven Grundhaltung an neue Konzeptüberlegungen heranzutreten. *„Wenn man sich fragt, warum solche Dinge nicht umgesetzt werden oder warum es da Barrieren gibt, muss man sich nur den Stress der Mitarbeiter anschauen. Das Personal sagt: Wir können uns jetzt nicht noch um mehr kümmern. Wir bekommen den normalen Ablauf kaum geschafft, und wir können jetzt nicht auch noch etwas Neues integrieren (GP-K).“*

In der Konsequenz sehen viele eine Rückentwicklung zur Industrialisierung von Unternehmenszielen und Arbeitsabläufen. *„Wir sind zurückversetzt in die 80er Jahre, als wir die Diskussion über die Humanisierung der Krankenhäuser geführt haben. Zwar haben Patienten heute mehr Rechte. Aber im Grunde werden sie hier auf ein Gleis gesetzt*

¹¹ = Der patientenbezogene Gesamtschweregrad (Patient Clinical Complexity Level) kann zwischen 0 und 4 liegen.

und durchlaufen dann den ganzen Prozess. Der Wirtschaftlichkeitsdruck verlangt eine straffe Organisation dieser Prozesse mit wenigen Spielräumen für Zwischenfälle oder Unterbrechungen. Wenn man manchmal so sieht, wie viele Patienten von nur sehr wenig Personal durchgeschleust werden! Das kann nur funktionieren, wenn jeder auf der Spur bleibt. Aber ein demenzkranker Patient verursacht teilweise eine Unterbrechung nach der anderen (N-D).“ Bereits erreicht geglaubte Errungenschaften, die sich z.B. in Begriffen wie ganzheitliche Medizin oder Beziehungspflege ausdrücken, sind wieder in weite Ferne gerückt. *„Das Menschliche ist verloren gegangen, jetzt zählt nur noch die Maschinerie. Eine Besinnung würde uns allen gut tun, den Patienten, aber auch den Mitarbeitern (N-H).“* Dabei wird die Entwicklung durch den sich abzeichnenden Mangel an Fachpersonal noch verschärft. Denn vor allem die qualifizierten Mitarbeiter werden in Zukunft für diejenigen Aufgaben gebraucht, die ausschließlich sie bewältigen können. Dies geht zwangsläufig mit einer noch stärkeren Arbeitsteilung und Funktionalisierung von Arbeitsabläufen einher. *„Untergeordnete Aktivitäten müssen soweit reduziert werden, dass ein qualifizierter Mitarbeiter entsprechend seiner Qualifizierung eingesetzt werden kann. Wenn allerdings die Arbeiten mit Kommunikation verbunden sind, ist es schwierig, die Zeitvorgaben einzuhalten, und dies bringt das System zum Einsturz (N-O).“*

Im Hinblick auf die Frage, welche finanziellen Anreize die Leitungskräfte bewegen würden, ihre Klinik demenzsensibler auszurichten, wurde von einigen Befragten auf die sich derzeit in der Erprobungsphase befindende PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Scores) verwiesen. Die vom Deutschen Pflegerat entwickelte Initiative zielt auf eine sachgerechte Abbildung besonders aufwendiger Pflege im DRG-System, das als zu „medizin- und techniklastig“ empfunden wird. In der Testphase im Jahr 2010 wurden die erbrachten Leistungen von einer Reihe von Kliniken sorgfältig dokumentiert, um eine Einschätzung über den Personenkreis und den Umfang der erbrachten Leistungen zu erhalten. Die Interviewpartner äußerten sich zum Zeitpunkt der Studie zwar positiv über die mit der PKMS verfolgten Ziele, *„dass die Pflege sich besser darstellen kann.“* An anderen Punkten wurde jedoch Kritik und Skepsis deutlich. So wurde vermutet, dass der ohnehin als hoch eingeschätzte bürokratische Aufwand in den Kliniken durch PKMS weiter gesteigert werde. Zudem fehlt das Vertrauen in die Politik, dass die PKMS zu einem realen Personalzuwachs führen wird. Denn zum einen sei es noch unklar, ob wirklich zusätzliches Geld für die PKMS zur Verfügung gestellt wird oder ob sich die Mittel durch Streichung anderer Leistungen amortisieren würden. Zum anderen wird befürchtet, dass die Ergebnisse der Dokumentationsphase einen abschreckend hohen Fehlbedarf an Personal zu Tage fördern, der ohnehin nicht zu finanzieren wäre. *„Ich denke da an die PPR (Pflegepersonalregelung), die ganz schnell wieder gekappt wurde, nachdem herauskam, was das eigentlich kosten wird (N-A).“*

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Finanzierung von Krankenhausaufenthalten von Patienten mit der Nebendiagnose Demenz derzeit nicht zufriedenstellend gelöst ist und dass dies eine breite Umsetzung demenzsensibler Konzepte erheblich erschwert. Zwar wäre eine Forderung nach der Umkehr des fortschreitenden Ökonomisierungstrends unrealistisch, zumal dieser aufgrund der geforderten Kostendämp-

fung im Gesundheitswesen eine unvermeidbare Entwicklung darstellt. Andererseits führen die derzeitigen Regelungen offenbar zu falschen Weichenstellungen, die nicht nur eine nicht akzeptable Versorgungsqualität demenzkranker Patienten nach sich ziehen, sondern auch zu nicht unerheblichen Folgekosten durch Komplikationen, Drehtüreffekte und frühzeitige Heimunterbringungen führen. Dennoch müssen nun Konzepte entwickelt werden, den zusätzlichen Aufwand, der den Kliniken bei der Behandlung dieser Patienten entsteht, in geeigneter Weise zu kompensieren. Dabei wäre es von grundlegender Bedeutung, dass *„die Demenz fallschwer gewichtet wird, dass anerkannt wird, wie bei anderen schweren Erkrankungen auch, dass die Verweildauer und der Ressourcenverbrauch höher sind und vor allem Menschen gebunden werden. Denn Demenzkranke brauchen ja eine erhöhte Aufmerksamkeit und dadurch kann man viele Probleme in den Griff bekommen (N-J).“* Dabei sind Anreize zu setzen, dass insbesondere solche Kliniken eine zusätzliche Finanzierung erhalten, die sich in ihren Strukturen und Prozessen demenzsensibel ausrichten. Im Rahmen der Handlungsempfehlungen werden diese Überlegungen konkretisiert.

3.3.2 Weitere übergeordnete Barrieren

Im Zusammenhang mit betriebswirtschaftlichen Faktoren wurde auf weitere externe Hemmnisse hingewiesen, die eine adäquate Versorgung Demenzkranker erschweren. So wurde häufiger eine Schiefelage durch die Vorgehensweise der externen Prüfinstanzen kritisiert. *„Der MDK stellt teilweise Forderungen, die von den Rahmenbedingungen her nicht gedeckt sind (N-J).“* Zurückgeführt wurden diese Unangemessenheiten nicht nur auf die bestehenden Richtlinien, sondern auch auf das mangelnde Problembewusstsein der Behördenvertreter. Zudem wird vorgeschlagen, dass die Wartezeiten bei behördlichen Vorgängen reduziert werden, wenn z.B. Patienten zur Entlassung anstehen, jedoch bestimmte Fragen, wie z.B. Pflegeeinstufung oder gesetzliche Betreuung, zunächst geklärt werden müssen. Dazu könnten – so die Einschätzung – z.B. feste behördliche Ansprechpartner für die Mitarbeiter des Sozialdienstes hilfreich sein.

Insgesamt sieht man sich als Krankenhaus teilweise in der Verantwortung für Anforderungen, die in der externen Versorgung gelöst werden müssten. So würden z.B. die Angehörigen nicht ausreichend über Unterstützungsmöglichkeiten beraten. *„Viele Angehörige sind überfordert, die sehen zwar, dass es dem Kranken schlecht geht, aber sie lassen es weiter laufen und die Hausärzte haben oft nicht die Zeit und die Muße, sich mit dem Patient tiefer gehend auseinander zu setzen oder Hausbesuche zu machen. Und so spitzt sich das zu bis zum Krankenhausaufenthalt, der gleichsam einen Marker setzt, dass es ab jetzt so nicht weitergehen kann mit der Versorgung. Dort ist die Zeit knapp und die Angehörigen sollen sich sehr schnell entscheiden: können sie den Patienten selbst versorgen oder wollen sie lieber einen Heimplatz? Und da überfordert man eigentlich alle in diesem Prozess (N-M).“*

Bedauert wird auch, dass für diesen Personenkreis keine Lösungen im Rahmen integrierter Versorgungsverträge nach § 140 SGB V geschaffen werden. In solchen Verträgen kann eine die verschiedenen Leistungssektoren übergreifende Versorgung oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den Krankenkassen geregelt

werden. Damit könnten Versorgungsbrüche vermieden werden. *„Gerade bei diesen Patienten ist es wichtig, dass die Kette funktioniert aus häuslicher Versorgung, Hausarzt, stationärer Versorgung, nachstationärer Pflege usw. Wenn man da nicht ständig diese Schnittstellenprobleme hätte, würde einiges einfacher laufen. Denn jeder hat nur den eigenen Sektor im Auge und versucht seine Schäfchen ins Trockene zu bekommen (N-M).“*

In der Tat stellt die Fragmentierung des Pflege- und Gesundheitssystems für Demenzkranke eine ungünstige Konstellation dar. Aufgrund ihrer eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit sind die Kranken in besonderem Maße von Versorgungsbrüchen bedroht. So können die Ärzte im Krankenhaus häufig die Indikation der in die Klinik „mitgebrachten“ Medikamente wegen mangelnder Information und in Verbindung mit den kurzen Liegezeiten nicht beurteilen. Andererseits ist es fraglich, ob eine im Krankenhaus umgestellte Medikation im ambulanten Sektor Bestand hat. Zudem will man sich nicht - wie bereits in Kapitel 3.2.5 beschrieben - in die Gebiete der ärztlichen Kollegen einmischen, ohne selbst die Möglichkeit zu haben, den Verlauf beim Patienten weiterverfolgen zu können. *„Ich empfinde es als eine Missachtung der niedergelassenen Kollegen (GP-G).“*

Im weitergehenden Sinne könnten ausgebauten Vernetzungsstrukturen sogar weitere wichtige Aufgaben übernehmen, die sowohl im Hinblick auf eine verbesserte Versorgungsqualität als auch hinsichtlich einer Kostenreduktion von Bedeutung wären. *„Es funktioniert nach wie vor nicht, dass man im Vorfeld einer Krankenhauseinweisung prüft, ob der Aufenthalt überhaupt notwendig ist oder ob man das Ganze eventuell auch ambulant regeln kann. Oder wie kann so ein Aufenthalt mit den Angehörigen oder den Heimen besser vorbereitet werden? (GP-P)“*

Bereits in den vorangehenden Kapiteln wurde an verschiedenen Stellen ausgeführt, wie wichtig demenzbezogenes Wissen ist, um das Krankenhauspersonal für die Bedürfnisse der Kranken zu sensibilisieren und ihnen Strategien eines verbesserten Umgangs zu vermitteln. Im Rahmen der Interviews wurde die mangelnde Ausrichtung der Ausbildungsordnungen von Medizinern mehrfach als übergeordnete Barriere dargestellt. *„In der Medizinerbildung ist Geriatrie und Demenz ja kein Punkt. Ich fände es sehr wichtig, dass die Ärzte in ihrer Ausbildung mehr darüber erfahren, wie sie mit alten Menschen umgehen müssen und welche Krankheiten da vorkommen und wie man sie richtig behandelt. Dann müsste man nicht immer bei null anfangen (GP-K).“* Aber auch die Ausbildung zur Krankenpflegekraft wird in diesem Zusammenhang kritisiert. *„In der Krankenpflegeausbildung müsste man den alten Menschen mehr in den Mittelpunkt rücken. Ich würde man sagen, 80% der Patienten hier sind über 60. Die jungen gehen schnell nach Hause oder werden ambulant operiert (GP-P).“* Angeregt wurde zudem, in beiden Disziplinen die Haltung gegenüber älteren Menschen im Rahmen der Ausbildung sowie rechtliche und ethische Fragen stärker zum Thema zu machen.

Damit kann festgestellt werden, dass sich neben der Finanzierung vor allem die mangelnde Vernetzung zwischen krankenhausinternen und –externen Instanzen und ungeeignete Ausbildungsverordnungen als gravierende übergeordnete Barrieren herausgebildet haben. Im Rahmen der Handlungsempfehlungen wird insbesondere vertieft,

welche Formen von Kooperation empfohlen werden können und welche Rolle die regionalen Pflegestützpunkte in diesem Zusammenhang spielen könnten.

3.4 Interdependenzen zwischen den Barrierearten

Mit der Studie konnte gezeigt werden, dass sich vielfältige Barrieren auf der individuellen, institutionellen und betriebswirtschaftlichen Ebene ungünstig auf die Umsetzung demenzsensibler Konzepte auswirken, wenngleich diese Barrieren von den Führungskräften unterschiedlich gewichtet werden. Es stellt sich nun die Frage, ob sich die Barrieren untereinander verstärken und sich dann als Barrierengeflechte besonders stabil darstellen. An einem Beispiel soll verdeutlicht werden, in welcher Art Interdependenzen bestehen und wie diese einen „Aufbruch“ im Demenzbereich zusätzlich erschweren können: So ist ein zu geringes Hintergrundwissen über Demenz zunächst eine Barriere auf der Ebene der Arbeitsstrukturen und -prozesse, denn es ist dadurch bedingt, dass das Personal keine oder zu wenig Fortbildungen in diesem Bereich durchlaufen hat. Auf der individuellen Ebene führt das mangelnde Hintergrundwissen zu einer unangemessenen Wahrnehmung des Handlungsbedarfs. Gegen ein Forcieren von Qualifizierungsmaßnahmen sprechen auf der betriebswirtschaftlichen Ebene zudem die nicht unerheblichen Kosten, die damit verbunden wären.

Die Führungskräfte sehen diese Zusammenhänge eher selten. Von einzelnen Gesprächspartnern in den Interviews wurden jedoch weitere Beispiele genannt, wie die Diskussion um die geplante Einführung einer Demenzabteilung verdeutlichen soll: *„Wir haben darüber nachgedacht, eine Station aufzubauen, in der man gezielt Demenzkranke aufnimmt. Da sprechen dann aber wieder so viele Dinge dagegen, wo ich dann sage: Man muss vorsichtig sein! Wenn die Station nicht voll belegt ist, ist das ein finanzielles Risiko. Und dann stellt sich die Frage, welchen Status bekommt das Personal, das sich dort um die Patienten kümmert? Und machen die Chefärzte mit? Die haben ja auch ihre Gebietskämpfe (GP-K).“* In dem Zitat wird deutlich, wie sich die verschiedenen Gegenargumente auftürmen: Das Konzept ist betriebswirtschaftlich riskant, es könnte zudem zu einem Verdruss der Mitarbeiter führen, weil diese sich aufgrund ihrer Haltung zur Demenz von einem Statusverlust bedroht sehen, und es gibt betriebliche Hemmnisse, die hier an Interessenkonflikten der Ärzte festgemacht wurden. Es scheint wenig verwunderlich, dass die Planung der Demenzabteilung schließlich nicht umgesetzt wurde.

Ausgehend von den Interdependenzen der Barrieren stellt sich die wichtige Frage, an welchen Faktoren angesetzt werden sollte, um eine demenzsensible Ausrichtung deutscher Kliniken zu befördern. Die Interviewpartner zweifelten an, dass isolierte Strategien zu umfassenden Reformen führen könnten. *„Man müsste eindeutige Kriterien anlegen, dass man nur Geld bekommt, wenn man ganz bestimmte Dinge macht und bestimmte Dinge vorhält, z.B. Räumlichkeiten. Aber selbst wenn die Finanzierung geregelt wäre, müsste man noch tief greifend etwas in den Strukturen ändern. Man bräuchte vor allem mehr Know-how im ärztlichen Bereich, dazu müsste man die Chirurgen und Internisten erst einmal dazu bekommen, sich für das Thema zu interessieren. Dann muss man sich auch mit den internen Kämpfen um Betten auseinandersetzen.“*

Für Demenz fehlt teilweise einfach die Lobby (N-J).“ Was sich zu dieser Frage aus der Studie ableiten lässt, wird im Schlusskapitel aufbereitet.

4. Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

4.1 Zusammenfassende Darstellung der Barrieren

Das Projekt hatte zum Ziel, eine Grundlage für die strukturierte Qualitätsentwicklung in der Krankenhausversorgung Demenzkranker zu liefern. Dazu sollte der Fokus nicht darauf liegen, durch weitere Modellförderungen die Anzahl der „Inseln“ mit erhöhter Versorgungsqualität zu steigern. Es sollten vielmehr Erkenntnisse über vorliegende Barrieren gewonnen werden, die die Verbreitung demenzsensibler Konzepte derzeit verhindern oder erschweren. Auf der Basis der herausgearbeiteten und präzisierten Barrieren sollten Empfehlungen formuliert werden, wie diese hemmenden Faktoren von unterschiedlichen Akteuren, wie Krankenhausleitungen und Krankenhauspersonal, politisch Verantwortlichen sowie von Angehörigen Demenzkranker, beseitigt bzw. reduziert werden können.

Im Mittelpunkt der Analyse standen Befragungen der Leitungskräfte von Allgemeinkrankenhäusern, weil diese eine Schlüsselrolle für die Umsetzung demenzsensibler Konzepte einnehmen. Im Rahmen einer schriftlichen Befragung wurden zunächst verschiedene Daten zum demenzbezogenen Bewusstsein und Wissen der Leitungskräfte, zur Umsetzungspraxis in den Kliniken sowie zur Konkretisierung von individuellen, institutionellen und betriebswirtschaftlichen Barrieren und Gestaltungschancen erhoben. Diese Ergebnisse wurden im nächsten Schritt durch Fallstudien in Krankenhäusern der „Normalversorgung“ und in „Good Practice“-Kliniken ergänzt. Die Ergebnisse der Studie haben verdeutlicht, dass eine Vielzahl unterschiedlichster Barrieren einer demenzsensiblen Ausrichtung der Akutkrankenhäuser derzeit entgegensteht. Diese können wie folgt zusammengefasst werden:

Individuelle Barrieren:

- Von vielen Leitungskräften wird der Stellenwert psychischer Begleiterkrankungen in den Allgemeinkrankenhäusern unterschätzt. Dies trifft für Demenzen und in eklatanter Weise für Delirien zu, die in den Akutkrankenhäusern – trotz ihrer hohen Prävalenz – derzeit kaum als Problem betrachtet werden.
- Ob demenzkranke Patienten als relevante Größe wahrgenommen werden, hängt in starkem Maße vom Bewusstsein und von der Sensibilisierung der Leitungskräfte ab. Das Bewusstsein wird häufig durch persönliche Erfahrungen mit Demenzkranken im Familien- und Bekanntenkreis geschärft oder die Leitungskräfte haben einen beruflichen Hintergrund, der eine Beschäftigung mit dem Krankheitsbild mit sich bringt (z.B. Psychiater als ärztlicher Direktor).
- Auch Kommunikationsbarrieren verhindern häufig, dass Pflegekräfte und ärztliches Personal den Leitungskräften offen zur Kenntnis bringen, welche Schwierigkeiten im

Umgang mit demenzkranken Patienten auftreten und wie hilflos sie sich in eskalierenden Situationen fühlen. Vor diesem Hintergrund besteht das Risiko, dass Leitungskräfte die Behandlungsqualität für diese Patientengruppe als zu positiv einschätzen.

- Der Umgang mit Demenzkranken berührt eine Reihe sehr individueller Aspekte, wie die Beschäftigung mit Ängsten vor dem eigenen Alter oder vor dem Altern der Eltern. Wie aus Studien der Alzheimer Gesellschaft hervorgeht, beziehen sich solche Ängste vor allem auf die Vorstellung eines geistigen Abbaus und vor einer daraus resultierenden Abhängigkeit von Dritten (Harvard School of Public Health, Alzheimer Europe 2011). Viele Menschen verdrängen solche Themen und möchten sich nicht aktiv damit beschäftigen.
- Hinzu kommen Fragen des beruflichen Selbstverständnisses: Sind Ärzte oder Pflegekräfte eher auf Heilung und Spitzenmedizin orientiert, fühlen sich diese durch eine zunehmende Beschäftigung mit Demenzkranken von einem beruflichen Statusverlust bedroht.
- Die befürchtete Abwertung durch eine Arbeit mit Demenzkranken spiegelt die mangelnde gesellschaftliche Wertschätzung von Alter und Pflegebedürftigkeit. Es scheint immer noch so zu sein, dass die „Spitzenmedizin“ mit hohem Technikeinsatz, die auf eine Heilung von Krankheiten ausgerichtet ist, mit einer höheren gesellschaftlichen Wertschätzung verbunden wird als die „Spitzenbetreuung“ von chronischen und progredienten Erkrankungen.

Institutionelle Barrieren:

- Bei einem großen Teil der Patienten ist die Demenz bei der Aufnahme nicht bekannt, und das Personal wird von den entsprechenden Symptomen im Laufe des Krankenhausaufenthalts überrascht. Dies resultiert in erster Linie aus defizitären Überleitungsprozeduren. Zum anderen sind die Allgemeinkrankenhäuser nicht auf die Erstdiagnostik, -behandlung und -beratung dieser Personengruppe ausgerichtet.
- Als gravierende Barriere für eine demenzbezogene Ausrichtung der Kliniken hat sich die Unkenntnis demenzsensibler Konzepte herauskristallisiert. Der Großteil der Leitungskräfte kann keine solchen Konzepte benennen und wenn doch, reduzierten sich die Kenntnisse fast ausschließlich auf spezielle Abteilungen.
- Lediglich in einigen wenigen Kliniken sind Bemühungen sichtbar, auf Demenzkranke ausgerichtete Strategien zu verfolgen. Bei den Häusern handelt es sich entweder um Kliniken, in denen die Sensibilisierung gegenüber Demenzkranken auf die Angliederung an geriatrische oder psychiatrische Fachabteilungen zurückgeht oder um kleinere Häuser, die sich aus strategischen Gründen auf die Zielgruppe konzentrieren. Die Unterschiede zu den Kliniken der „Normalversorgung“ drücken sich nicht nur in einer positiven Grundhaltung und einer höheren Sensibilität aus, sondern haben sich auch auf der Ebene von Arbeitsstrukturen und –prozessen niedergeschlagen. Zu nennen sind insbesondere der Einsatz von fachärztlichen Konsilen, die Angehörigenarbeit und das Entlassungsmanagement. In einem Großteil der Kliniken

herrscht demgegenüber eher eine große Ratlosigkeit, wie mit Demenzkranken umgegangen werden könnte.

- Eine Mehrheit der Leitungskräfte anerkennt die Relevanz von Demenzfortbildungen. Für viele ist es dennoch schwierig, der Demenz vor dem Hintergrund der vielen drängenden Themen für Akutkrankenhäuser eine ausreichende Priorität einzuräumen. Insgesamt bestehen große Unterschiede in der Art und Intensität der durchgeführten Demenzfortbildungen. Betrachtet man sich die typischen Fortbildungsaktivitäten, kann davon ausgegangen werden, dass die Angebote nicht ausreichend sind, um beim Personal eine Handlungssicherheit in der Identifizierung und Zuordnung von Symptomen sowie im Umgang mit verhaltensauffälligen Demenzkranken zu erreichen.
- Immerhin rund die Hälfte der Leitungskräfte sieht gute Möglichkeiten, die eigene Klinik stärker auf demenzkranke Patienten auszurichten. Bei der Konkretisierung der Barrieren für Innovationen in der Demenzversorgung nennen fast ebenso viele Leitungskräfte institutionelle Hinderungsgründe wie Kostenargumente. Individuelle Barrieren werden hingegen deutlich seltener genannt. Bei den institutionellen Gründen werden in erster Linie die Arbeitsverdichtung und die Arbeitsbelastung des Personals als Innovationshemmnis dargestellt.
- Zudem werden die Kliniken als träge Unternehmensformen beschrieben, in denen Maßnahmen der Organisationsentwicklung aufgrund eingeschliffener Routinen und Kommunikationsmuster nur schwer umsetzbar sind. Dabei spielen traditionelle Hierarchien und berufliche Orientierungen der Ärzte eine große Rolle.
- Erschwerend für die Umsetzung von demenzsensiblen Konzepten ist darüber hinaus die zunehmende Spezialisierung und Funktionalisierung der Kliniken. Der einseitige Blick auf die Ziele der einzelnen Fachabteilung und dort auf die Kuration der Hauptdiagnose versperrt einen ganzheitlichen Blick auf die komplexe medizinische, pflegerische und soziale Bedürfnislage der demenzkranken Patienten. Es fehlt insbesondere an einer patientenorientierten Sicht sowie an einer Bereitschaft und an Strukturen für eine interdisziplinäre sowie abteilungs- und sektorübergreifende Arbeitsweise.
- Ausgelöst durch die Einführung des DRG-Systems ist die Ablauforientierung zum dominierenden Prinzip der Krankenhausorganisation geworden. Bei kurzen Verweildauern geht es in erster Linie darum, dass die Patienten die für den Tag vorgesehenen Prozeduren reibungslos durchlaufen, und auch die Belohnungssysteme sind diesem Ziel unterworfen. Die „unsichtbare“ und präventive Arbeit mit Demenzkranken wird hingegen weniger wertgeschätzt.

Übergeordnete Barrieren:

- Betriebswirtschaftliche Faktoren haben sich als wichtige Barriere für die Umsetzung demenzsensibler Konzepte erwiesen. Demenzkranke erzeugen im derzeitigen Vergütungssystem Mehrkosten für die Krankenhäuser. Die zusätzlichen Kosten resultieren in erster Linie aus einem erhöhten Personalaufwand, aus Zusatzentgelten für

Konsile sowie aus längeren Liegezeiten. Nahezu alle befragten Führungskräfte sprechen sich dafür aus, dass das DRG-System verändert werden muss, um diese durch die Behandlung demenzkranker Patienten verursachten Mehrkosten zu kompensieren.

- Nur ein kleinerer Teil der Häuser gibt weniger Probleme mit überschrittenen Liegezeiten an und arbeitet teilweise sogar mit der Strategie, die Demenzkranken möglichst früher zu entlassen. Diese Option ergibt sich jedoch in der Regel nur für diejenigen Kliniken, die sich über Kooperationsbeziehungen Verlegungsmöglichkeiten aufgebaut haben. Dabei sind solche Verlegungen kritisch zu bewerten, wenn sie nicht einer besseren Versorgung der Patienten, sondern rein fiskalischen Gründen dienen sollen.
- Im Hinblick auf betriebswirtschaftliche Barrieren werden neben wahrgenommenen Lücken und Webfehlern im DRG-System vor allem Aspekte der Ökonomisierung als Hemmnis dargestellt (vgl. institutionelle Barrieren). Der Wirtschaftlichkeitsdruck wird als massiv erlebt. Die Krankenhausmitarbeiter agieren am Rande ihrer Belastungsgrenzen, weil ihre Arbeitssituation durch eine steigende Verdichtung und durch Probleme in der personellen Besetzung geprägt ist. Durch die tägliche Arbeits- und Problemdichte bleibt kaum Raum für Austausch und Kreativität, die für die Entwicklung von Demenzkonzepten notwendig wären.
- Neben den betriebswirtschaftlichen Faktoren erschweren weitere übergeordnete Aspekte die Umsetzung von Demenzkonzepten. Genannt wird insbesondere die Fragmentierung des Pflege- und Gesundheitssektors, die eine mangelnde Vernetzung von Hilfeangeboten für Demenzkranke begünstigt. Zudem werden von den Führungskräften die Ausbildungsordnungen von Medizinern und Pflegekräften kritisiert, in denen die Demenzerkrankung eine zu geringe Rolle spielt.

Neben der Aufschlüsselung der unterschiedlichen Barrieren ist eine wichtige Erkenntnis der Studie, dass die individuelle Ebene von Bewusstsein und Haltung zur Demenz innerhalb der Barrieren eine entscheidende Rolle einnimmt. Dies trifft zu, obwohl die Befragten in den Krankenhäusern der „Normalversorgung“ die Hemmnisse in aller Regel häufiger auf die betriebswirtschaftlichen und die institutionellen Faktoren zurückgeführt haben. In allen „Good Practice“-Kliniken hingegen richten sich die Anstrengungen zunächst und beständig auf die Einleitung eines „Blickwechsels“ in Richtung Demenz, weil hier die größten Hemmnisse erlebt werden. Aus der Befragung der „Good Practice“-Kliniken kann abgeleitet werden, dass es möglich ist – trotz der begrenzten Ressourcen – demenzsensible Strukturen aufzubauen, auch wenn dies mit erheblichen Anstrengungen und einem hohen Engagement der Akteure sowie mit bestimmten Einschränkungen verbunden ist. In diesen Häusern herrscht jedoch die Überzeugung vor, dass eine demenzsensible Ausrichtung zu den wesentlichen fachlichen und strategischen Zielen der Klinik zählt.

In aller Regel haben jedoch nur solche Kliniken den Einstieg in eine demenzsensible Ausrichtung geschafft, die eine finanzielle Unterstützung – meist im Rahmen einer Modellförderung – erwirken konnten. Dies spricht dafür, dass nicht nur die Frage der Hal-

tung, sondern auch die einer angemessenen Finanzierung einer Lösung zugeführt werden muss. Hier ergibt sich die grundsätzliche Schwierigkeit, dass es sich um neue Versorgungsformen handelt, die nicht in die bestehenden gesetzlichen Regelungen hineinpassen und für die kreative Lösungen gefunden werden müssen. Für institutionellen Barrieren, deren Darstellung in diesem Bericht einen breiten Raum einnehmen, bleibt zu vermuten, dass diese – vorausgesetzt es gibt Bewegung in den Fragen der Haltung und der Finanzierung – bearbeitet werden können. Dazu sollen die folgenden Handlungsempfehlungen einige Ansätze aufzeigen.

4.2 Handlungsempfehlungen

Die folgenden Handlungsempfehlungen orientieren sich analog zu der vorangehenden zusammenfassenden Beschreibung an den drei den Gesamtbericht strukturierenden Barrierearten (individuelle, institutionelle und übergeordnete Barrieren). Dabei wird der Versuch unternommen, die jeweiligen Empfehlungen auf bestimmte Adressatengruppen zu beziehen. Die Hauptadressaten der Handlungsempfehlungen sind die Klinikleitungen und das Krankenhauspersonal, die im Zentrum der Empirie standen. An verschiedenen Punkten sind jedoch auch Handlungserfordernisse deutlich geworden, die von anderen Akteuren bearbeitet werden müssten, wie z.B. den Kostenträgern und den politisch Verantwortlichen oder der Öffentlichkeit und den pflegenden Angehörigen. In solchen Fällen wird dies in der entsprechenden Passage deutlich gemacht.

Individuelle Ebene

Das Bewusstsein über Demenzerkrankungen zu schärfen, Vorurteile abzubauen und eine positive Grundhaltung gegenüber den Kranken herbeizuführen ist eine schwierige und komplexe Anforderung. Wie aus den Ergebnissen hervorgeht, ist dafür der Wissensaufbau über Aufklärungsarbeit bei Ärzten und Pflegekräften von herausragender Bedeutung. Im Rahmen der Aufklärung soll zunächst ein grundlegender Impuls gesetzt werden, den Blick auf das Thema Demenz zu richten. Durch gezielte Informationen soll dann ein Anstoß gegeben werden, sich ausführlicher mit den verschiedenen Facetten der Versorgung Demenzkranker zu beschäftigen. Eine konsequente Aufklärungsarbeit umfasst folgende Elemente, die in erster Linie die Klinikleitungen und das Personal betreffen:

- Die Aufklärung sollte insgesamt den geriatrischen Patienten in den Mittelpunkt rücken, der für die Kliniken zum Normalfall geworden ist, während die gesunden und complianten Patienten schon längst die Minderzahl ausmachen. Kliniken sollen zu altersfreundlichen Häusern werden und sich nicht einseitig als Zentren für „Spitzenmedizin“ definieren. Wichtig ist, darüber zu informieren, dass bereits heute mindestens 12% der Patienten demenzkrank sind und sich dieser Anteil zukünftig verstärken wird. Denn wenn der Anteil Demenzkranker unterschätzt wird, relativiert sich auch der empfundene Handlungsdruck.
- Von außerordentlicher Bedeutung ist zudem die Aufklärung über das Krankheitsbild Delir, dessen Relevanz derzeit in den somatischen Kliniken noch völlig

unterschätzt wird. Die Informationsarbeit muss sich beziehen auf die Häufigkeit von Delirien, auf Kriterien zur Erkennung von Delirien, auf medikamentöse und psychosoziale Interventionsmöglichkeiten sowie auf die große Bedeutung der Delirprävention. Eine handlungsleitende Vertiefung muss – ebenso wie für das Thema Demenz – im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen erfolgen.

- Darüber hinaus ist es wichtig, die Probleme, die bei der Behandlung Demenzkranker entstehen, offensiver in die Diskussion zu bringen. Dabei muss in diesem Zusammenhang, auch die hohe Belastung des Krankenhauspersonals thematisiert werden. Dabei ist zu verdeutlichen, dass das Krankenhaussetting in seiner jetzigen Struktur für Demenzkranke eine „gefährliche“ Umgebung darstellt und dass dies in erster Linie auf ungeeignete institutionelle Strukturen zurückzuführen ist. Im Rahmen der Aufklärungsarbeit muss die Komplexität der Handlungserfordernisse deutlich werden, und es dürfen keine Verkürzungen stattfinden, die krisenhafte Entwicklungen bei Krankenhausaufenthalten Demenzkranker dem bösen Willen und dem Unvermögen einzelner Mitarbeiter zuschreiben. Denn es handelt sich in aller Regel um ein strukturelles und nicht um ein persönliches Versagen.
- Neben den darzustellenden Problemen im Umgang mit Demenzkranken und der damit einhergehenden eingeschränkten Behandlungsqualität muss den Leitungskräften verdeutlicht werden, dass eine Negierung des Handlungsbedarfs auch auf der betriebswirtschaftlichen Ebene schwerwiegende Konsequenzen hat. Wichtig ist es z.B. aufzuzeigen, dass nicht nur die Heilung ein wichtiges Ziel darstellt, sondern dass es bei demenzkranken Patienten auch um die präventive Vermeidung von Komplikationen geht. Denn Komplikationen, wie Delirien oder Stürze, führen zu höheren Verweildauern.
- Durch die Aufklärung sollte zudem vermittelt werden, dass eine andere Praxis im Umgang mit demenzkranken Patienten möglich ist. Den Krankenhausmitarbeiter/innen ist zu verdeutlichen, dass Probleme mit einer mangelnden Mitwirkung demenzkranker Patienten beeinflussbar sind. Viele Krankenhausmitarbeiter wissen nicht, dass es Compliance fördernde Strategien gibt und dass diese wirksam sind. Das Erlernen solcher Strategien und deren Einübung sind Bestandteile von Fortbildungsveranstaltungen.
- Von großer Bedeutung ist es herauszustellen, dass Fixierungen und Sedierungen höchst problematische Interventionen darstellen und dass dafür häufig Alternativen bestehen. Zur Sensibilisierung des Personals sind Behandlungspfade oder sonstige schriftliche Erläuterungen hilfreich (vgl. institutionelle Ebene). Insgesamt dient die Entwicklung und Diskussion über den Einsatz solcher Instrumente dazu, die Reflektion über die im Bericht beschriebenen Automatismen beim Einsatz problematischer Strategien in Gang zu setzen und Alternativen darzustellen.
- Wie sich gezeigt hat, scheint es angeraten, Mitarbeiterzirkel zur kritischen Reflektion von Verhaltensmustern des Personals bei Demenz zu etablieren. In

diesen Zirkeln können z.B. die beschriebenen Automatismen von Fixierung und Sedierung diskutiert und Handlungsempfehlungen für das Personal entwickelt werden. Zudem kann anhand von Beispielen eine ethische Abwägung zwischen Aspekten der Lebensqualität der demenzkranken Patienten und der Sinnhaftigkeit maximaler akutmedizinischer Interventionen erfolgen. Auch in diesem Bereich – so die Ergebnisse der Studie – scheint das Personal Orientierungshilfen zu benötigen. Die zu besprechenden Beispiele können aus Verläufen rekrutiert werden, in denen das angestrebte Behandlungsergebnis bei demenzkranken Patienten nicht erreicht werden konnte und der Krankenhausaufenthalt für die Patienten zur Krisensituation mutierte. Dies setzt voraus, dass solche Fälle dokumentiert und dem Forum gemeldet werden.

- Neben den Hinweisen auf andere Umgangsweisen sollte ein Grundwissen über die wichtigsten Modellkonzepte für Demenzkranke in somatische Kliniken implementiert werden, darunter z.B. Konsiliar- und Liaisondienste, spezielle Abteilungen, Delirprophylaxe, Rooming-In usw. Nur auf diese Weise kann sich eine Phantasie über mögliche Veränderungen in der Ausrichtung der Kliniken entwickeln.

Wenn es um die Vermittlung der oben genannten Informationen geht, die im Resultat zu einer veränderten Haltung des Krankenhauspersonals gegenüber demenzkranken Patienten führen sollen, muss überlegt werden, auf welchen Wegen dies geleistet werden könnte:

Zunächst könnte eine Verankerung von diesbezüglichen Zielen und Handlungsprinzipien im Unternehmensleitbild hilfreich sein. Die Strategie darf sich jedoch nicht nur auf dem Papier entfalten, sondern muss auch auf der Ebene der Führungskräfte gelebt werden. So müssen z.B. Belohnungssysteme überdacht und erweitert werden, die sich bisher ausschließlich an der Sicherung der Ablauforganisation ausrichten.

In jedem Fall muss es in den Kliniken eine Gruppe und/oder in der Hierarchie höher angesiedelte Personen geben, die die Aufklärungsarbeit über Demenz vorantreiben. Denn erfahrungsgemäß handelt es sich um eine langfristige Aufgabe, menschliche Denk- und Verhaltensmuster zu beeinflussen. Zum Einstieg eignen sich Auftaktveranstaltungen mit Impulsreferaten, in denen jedoch – im Sinne von Ideenwerkstätten – gleichzeitig Raum für Austausch und kreative Diskussion gegeben wird.

Im Hinblick auf eine Sensibilisierung für das Thema Demenz können auch klinikexterne Personen und Institutionen einen wichtigen Beitrag leisten:

- Interessenverbände wie Krankenhausgesellschaft, Ärztekammer, Pflegerat usw. können die Kliniken bei der Aufklärungsarbeit unterstützen, indem sie sich z.B. an den oben beschriebenen Auftaktveranstaltungen beteiligen oder indem sie regelmäßig Informationen zur Thematik Demenz in ihren Medien veröffentlichen. In Fachartikeln kann z.B. verdeutlicht werden, wie komplex die Behandlung von Alterserkrankungen und Demenzen ist und welche vielfältigen Kompe-

tenzen dazu erforderlich sind. Damit wäre ein Gegenakzent zur beschriebenen Abwertung entsprechender Arbeitsinhalte gesetzt (vgl. 4.1).

- Von großer Bedeutung sind auch die Angehörigen Demenzkranker, die bislang – so die Schilderung der Befragten – noch zu defensiv mit einem kritikwürdigen Verlauf von Krankenhausaufenthalten umgehen. Viele Leitungskräfte haben in der Befragung angegeben, sich mit bestimmten Themen erst dann auseinanderzusetzen, wenn ein wahrnehmbarer Druck von außen erzeugt wird. Einen solchen Druck können die Angehörigen z.B. durch aktive Beschwerdearbeit in Kooperation mit den Selbsthilfeorganisationen erzeugen. Die jeweilige Kritik sollte jedoch berechtigt sein und von Respekt vor den täglichen Arbeitsbelastungen des Krankenhauspersonals getragen werden.
- Auch politisch Verantwortliche können dafür Sorge tragen, dass die öffentliche Debatte über die Behandlung Demenzkranker in den Akutkliniken forciert wird. So könnte z.B. ein Bürgerdialog organisiert werden, in dem Angehörige für die Gefahren eines Krankenhausaufenthalts für Demenzkranke sensibilisiert werden. Ein Expertenhearing könnte sich darüber hinaus mit der Frage beschäftigen, wie Tabuisierung abgebaut und offensiver mit den defizitären Strukturen der Demenzversorgung umgegangen werden könnte.
- Hilfreich wäre zudem, wenn die zuständigen Ministerien epidemiologische Studien fördern würden, damit – wie von einer großen Zahl von Krankenhausleitungen eingefordert – eine sichere Datengrundlage über die Prävalenz der Demenzen und Delirien in der Akutklinik hergestellt werden kann. Damit könnte der Nachdruck von Aufklärungskampagnen unterstützt werden.

Institutionelle Ebene

Der Entwicklung und Gestaltung von demenzsensiblen Krankenhäusern steht oft eine Vielzahl an Barrieren auf der institutionellen Ebene gegenüber. Wie sich gezeigt hat, ist es jedoch möglich, solche Hemmnisse aktiv abzubauen. Die folgende Darstellung beruht auf den Angaben der „Good Practice“-Kliniken, die für die Handlungsempfehlungen zusammengeführt werden. Um Doppelungen zu vermeiden, wurden diese Ergebnisse im Hauptteil des Textes nicht expliziert.

Ein entscheidender Schlüssel zu einer besseren Versorgung Demenzkranker und Delirgefährdeter im Akutkrankenhaus ist der Wissensaufbau. Die Studie hat ergeben, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen Wissen und Sensibilisierung besteht. Der Wissensaufbau muss neben der allgemeinen Aufklärungsarbeit, deren Inhalte im vorangehenden Abschnitt beschrieben sind, in erster Linie über eine betriebliche Fortbildungsstrategie erfolgen. Die Ergebnisse legen nahe, dass berufsgruppenübergreifende Veranstaltungen mit Ärzten und Pflegekräften derzeit nur sehr schwer umsetzbar sind, auch wenn diese im Sinne einer Förderung der interdisziplinären Arbeitsweise angemessen und sinnvoll erscheinen. Gute Erfahrungen wurden hingegen mit auf die Bedürfnisse der einzelnen Berufsgruppen zugeschnittenen und an deren Zeitstrukturen ausgerichteten Veranstaltungen gesammelt.

Fortbildungen für Pflegekräfte sollten mindestens 16 bis 20 Stunden umfassen. Kürzere Veranstaltungen dienen eher der allgemeinen Aufklärung. Die Fortbildungen sollten Informationen über folgende Themen umfassen, die hier am Beispiel des Projekts Dem-i-K¹² aufgeführt werden:

- Sensibilisierung für die Situation eines Demenzkranken in der Akutklinik, strukturelle Rahmenbedingungen in der Akutklinik, Aufnahmesituation, Milieuthera- pie.
- Diagnostik der Demenz: Formen, Stadien und Psychopathologie, Abgrenzung Verwirrtheit, Delir, Depression, Delirprophylaxe.
- Umgangstechniken: Demenzkranke verstehen, Kommunikation, Beziehungsar- beit, Validation, Stationsmilieu, Hilfsmittel, Techniken.
- Gefahren erkennen, problematisches Verhalten, Psychopharmaka und Neben- wirkungen, Ernährung, Schmerzen, Aggressionen und Deeskalationsstrategien.
- Körpersprache und nonverbale Kommunikation, aktivierende Beschäftigung von Demenzkranken, Kooperation mit Grünen Damen, Angehörige als Ressource verstehen und gewinnen.

Für Ärzte müssen derzeit offenbar arbeitszeitliche Kompromisse eingegangen werden. Bewährt haben sich kürzere Veranstaltungen von 45 bis 90 Minuten, die aufeinander aufbauend relevante Lerninhalte vermitteln, darunter vor allem Hinweise zur diagnosti- schen Einordnung der verschiedenen Demenzformen, zu Testverfahren und zur medi- kamentösen Behandlung sowie Strategien zur Delirprophylaxe und Anforderungen an die Delirdiagnostik und -behandlung. Die Ärztefortbildungen sollten zeitlich so gelegt werden, dass sie den Arbeitsanforderungen der jeweiligen Abteilung entgegenkom- men.

Neben dem Wissensaufbau über Fortbildungen ist es lehrreich zu beobachten, wie im Umgang mit Demenzkranken geübte Pflegekräfte oder Ärzte sich verhalten. Dazu eigen sich in erster Linie Hospitationen in Psychiatrien, in Pflegeheimen oder in Modell- projekten.

Ein grundlegendes Wissen über die Demenzerkrankung bildet die Voraussetzung für weitere Schritte auf der institutionellen Ebene. Erst wenn ein gemeinsames Fundament und eine gemeinsame Sprache geschaffen wurden, macht es Sinn, die Strukturen und Abläufe im Krankenhaus – soweit möglich – an die Bedürfnisse demenzkranker Patien- ten anzupassen. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass solche Veränderungen Zeit- ressourcen binden. Um das Personal nicht zu überfordern, sollten für Umstrukturierun- gen angemessene Zeiträume eingeplant werden. Der Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus umfasst insbesondere folgende Schritte:

Akutkrankenhäuser sollten sich als Filter für die Erst-**Identifizierung** Demenzkranker verstehen: Dafür ist die regelhafte Einführung eines Kurzscreenings für ältere Risikopa- tienten erforderlich. Der Einsatz des Kurzscreening ist für die Notaufnahme und alle

¹² Vgl. www.dem-i-k.de; entwickelt von Astrid Krächan, Fachaltenpflegerin für Psychiatrie

anderen relevanten Abteilungen (Innere, Chirurgie, Gynäkologie, Augenheilkunde usw.) sinnvoll. Die Art des Screenings hängt von den Ressourcen der Klinik sowie von den Anforderungen der Aufnahmesituation ab. Es stehen eine Reihe standardisierter Instrumente zur Erfassung von Demenz und Delir zur Verfügung, z.B. Mini-Mental-Status-Test (MMST), Demenz-Detektion (DemTect), Confusion Assessment Method (CAM). In den Interviews wurde jedoch auch geschildert, dass teilweise bereits drei einfache Fragen genügen, um einen Demenzverdacht zu begründen (z.B. Wo sind Sie gerade? Welches Jahr haben wir? Können Sie eine Zahlenreihe beginnend von zehn rückwärts aufzählen?)

Ergibt sich aus dem Kurzscreening ein Demenzverdacht, muss der Patient einer umfassenderen **Erstdiagnostik und –behandlung** zugeführt werden. Wenn das Krankenhaus aufgrund seiner Abteilungsstruktur nicht in der Lage ist, diese Leistung selbst zu übernehmen (z.B. im Rahmen angegliederter geriatrischer, psychiatrischer oder neurologischer Abteilungen), besteht die Möglichkeit, Kooperationsbeziehungen zu anderen Fachkliniken oder niedergelassenen Facharztpraxen zu bilden, die zeitnah und qualifiziert die erforderlichen Schritte in die Wege leiten müssen. Die Art und der Umfang der Kooperation sollten vertraglich abgesichert werden.

Weil Demenzkranke durch Verlegungen zusätzlich verängstigt werden können, sollte möglichst mit **fachärztlichen Konsilen** gearbeitet werden, und dies gilt unabhängig davon, ob die Durchführung von internen oder externen Ärzten übernommen wird. Neben der „Erstdiagnostik und –beratung“ spielen solche Konsiliarärzte eine wichtige Rolle bei der fallbezogenen Beratung ihrer Kollegen. Bewährt haben sich jedoch insbesondere interdisziplinär besetzte **Konsiliar- und Liaisondienste**, in denen neben Ärzten und/oder Psychologen stets Fachpflegekräfte integriert sind. Denn gerade für das Pflegepersonal der somatischen Kliniken ist eine kontinuierliche Fallbegleitung erforderlich, die von berufserfahrenen Pflegekräften mit psychiatrischer Fachweiterbildung oder vergleichbarer Expertise im Demenzthema geleistet werden kann. In der Fallbegleitung werden Strategien eines verbesserten Umgangs mit demenzkranken Patienten in der Praxis verfestigt und weiterentwickelt. Die Lernprozesse ergeben sich durch Beobachtung der Fachpflegekraft, durch eigenes „Üben“ und durch ein qualifiziertes Feedback. Je nach Größe des Hauses sollten eine oder mehrere Vollzeitstellen für eine **Fallbegleitung** der Pflegekräfte eingerichtet werden. Es bietet sich an, dass der Konsiliar- und Liaisondienst auch die Fortbildungen der Pflegekräfte und Ärzte durchführt. Wenn es auf der Ebene der betrieblichen Prozesse als zu schwierig bewertet wird, einen interdisziplinären Konsiliar- und Liaisondienst aufzubauen, besteht die Möglichkeit, zunächst für die Pflege ein gesondertes Angebot im Sinne einer Demenzbeauftragten oder eines mehrköpfigen „Demenzteams“ vorzuhalten. Falls solche aufwendigen Aufgaben, wie die der Fallbegleitung, über Kooperationen mit klinikexternen Instanzen abgedeckt werden sollen, können sich gewisse Hürden bilden. Im Rahmen der Fallstudien gibt es jedoch auch gelungene Beispiele für solche Konstruktionen. Erfolgversprechend ist in diesem Fall, den Leistungskatalog, die zeitliche Lage der Unterstützung sowie weitere Einzelheiten der Kooperation detailliert festzuschreiben und verlässliche Strukturen aufzubauen.

Nachdem die Demenz anlässlich eines stressbeladenen Krankenhausaufenthaltes erstmals sichtbar und die Erstdiagnose gestellt wurde, benötigen die Angehörigen eine umfassende Beratung. Damit sind die Sozialdienste im Krankenhaus häufig sowohl zeitlich als auch fachlich überfordert. Es empfiehlt sich, für die **Erstberatung der Angehörigen** je nach örtlichem Angebot Kooperationen mit regionalen Pflegestützpunkten, Alzheimergesellschaften oder ähnlichen Vereinen aufzubauen. An diese Institutionen kann verwiesen werden. Dabei sollten möglichst konkrete Ansprechpartner mit Telefonnummern genannt werden. Besonders günstig ist es, wenn diese Institutionen Sprechzeiten in den Räumen der Klinik anbieten.

Demenzkranke sind anders zu behandeln als geistig gesunde Patienten. Die Organisation der Prozesse sollte entlang eines **Behandlungspfades** stattfinden, in dem besondere Anforderungen zur Risikoprävention, z.B. kürzere Wartezeiten, Begleitung bei Untersuchungen durch geschulte Ehrenamtliche usw., berücksichtigt werden. Im Hinblick auf Fixierung sollte ein zu prüfender Katalog von Alternativoptionen vorgegeben werden, bevor eine Fixierung umgesetzt werden darf. Für die Medikation sollten schriftliche „Checklisten“ der zu vermeidenden oder zu empfehlenden Wirkstoffe entwickelt werden. Damit für alle Mitarbeiter ersichtlich ist, dass es sich um einen Demenzkranken handelt, sollte die Patientenakte mit einem farblichen Vermerk gekennzeichnet werden. Es bietet sich an, am Ende des Krankenhausaufenthalts ein Controlling durchzuführen, in dem geprüft wird, ob die gesteckten Ziele erreicht werden konnten oder an welchen Stellen Probleme aufgetreten sind.

Um die demenzbezogenen Strukturen und Prozesse zu reflektieren, bietet es sich an, einen „**Runden Tisch Demenz**“ einzurichten, in dem konzeptionelle Weiterentwicklungen diskutiert und die Planungen weiter verfolgt werden können. Diese Gruppe kann gleichzeitig die im vorangehenden Abschnitt beschriebene Aufklärungsarbeit verantworten. Es hat sich gezeigt, dass es vor dem Hintergrund der täglichen Problemdichte im Akutkrankenhaus Personen geben muss, die das Thema Demenz „am Kochen halten“ und dafür sorgen, dass bereits erreichte Fortschritte abgesichert, verstetigt und weiterentwickelt werden. Dazu müssen die Themen mit den Kollegen immer wieder diskutiert und erörtert werden. Ein „Runder Tisch Demenz“ sollte möglichst interdisziplinär besetzt werden, weil die Bedürfnisse demenzkranker Patienten nicht an Berufsgrenzen orientiert sind.

In solchen Netzwerken kann z.B. über den **Einsatz milieutherapeutischer Hilfen** diskutiert werden, die die Orientierung fördern (z.B. Symbole auf Toiletten) und Weglaufenden reduzieren (z.B. Verfremdung von Ausgängen). Hier gilt es, das in der Altpflege vorhandene Wissen für Krankenhäuser nutzbar zu machen.

Auch Möglichkeiten der **Tagesstrukturierung** sollten unbedingt geschaffen werden. Dazu bietet es sich an, ehrenamtliche Helferinnen (so genannten „Grünen Damen“) zu schulen und für Einzelbetreuungen oder für Gruppenangebote zu nutzen. Dies setzt wiederum die Schaffung räumlicher Möglichkeiten, wie z.B. eines Demenzcafés, voraus. Es gibt zudem die Möglichkeit, solche Angebote auch in Kooperation mit regionalen Alzheimer Gesellschaften aufzubauen. Allerdings ist darauf zu achten, dass stets

eine Fachkraft die Arbeit der Ehrenamtlichen begleitet und anleitet. Zudem sind Lösungen für die nächtliche Versorgung unruhiger Patienten zu finden (z.B. Nachtcafé).

Die Behandlung Demenzkranker muss durch eine **aktive Angehörigenarbeit** unterstützt werden. Angehörige müssen beginnend bei der (Not-)Aufnahme als Partner im Behandlungsprozess verstanden und ernst genommen werden. Durch qualifizierte Instrumente müssen die wichtigsten Informationen über die Demenzkranken aufgenommen werden (z.B. Infobogen Alzheimer Gesellschaft). Die Angehörigen sind auf die Möglichkeit eines Rooming-Ins hinzuweisen und entsprechende Möglichkeiten müssen vorgehalten werden. Es empfiehlt sich dennoch, wie an anderer Stelle bereits dargestellt, sich bei der Angehörigenarbeit durch den Aufbau von Kooperationen mit krankenhausexternen Instanzen zu entlasten.

Solche Kooperationsbeziehungen können im Rahmen **regionaler Demenznetzwerke** gebildet werden. Um Sektorgrenzen aufzuweichen, muss eine Kommunikation mit vor- und nachversorgenden Instanzen (Hausärzte, niedergelassene Fachärzte, Pflegeheime, ambulante Dienste, Pflegestützpunkte) aufgebaut werden. In solchen Gremien können z.B. Informationen vor einem Krankenhausaufenthalt durch Überleitungsinstrumente ebenso verbessert werden, wie die Abstimmung der Behandlung nach einem stationären Aufenthalt. Von großer Bedeutung sind Demenznetzwerke zudem, wenn es darum geht, durch eine patientenorientierte Kooperation frühzeitige Entlassungen zu ermöglichen, ohne die Versorgungssicherheit zu gefährden. Ebenso kann geprüft werden, ob ein Krankenhausaufenthalt wirklich notwendig ist oder ob er durch ambulante Maßnahmen zu vermeiden wäre.

Ein demenzsensibles Krankenhaus, das alle bislang aufgelisteten Elemente umfasst, gibt es derzeit in Deutschland nicht. Auch in den „Good Practice“-Kliniken wurden jeweils nur einzelne Elemente des Katalogs umgesetzt, darunter insbesondere die Fortbildungen, die Organisation ärztlicher Konsile und die Fallbegleitung der Pflegekräfte. Aber auch in den angesprochenen Maßnahmen sind die Anstrengungen durch Ressourcenknappheit begrenzt. So ist es z.B. teilweise noch nicht gelungen, die Fortbildungen des Personals über die ausgewählten Schwerpunktabteilungen hinaus auf die gesamte Klinik auszuweiten oder die Zahl der Konsile pro Monat ist nicht am Bedarf, sondern an einer definierten Höchstgrenze orientiert. Dies alles spricht dafür, dass ein flächendeckender Aufbruch zur Etablierung demenzsensibler Kliniken nur dann gelingen wird, wenn sich auf der Ebene der finanziellen Anreize Veränderungen ergeben.

Dabei ist zu betonen, dass durch Demenzkonzepte nicht die Ökonomisierung der Krankenhäuser außer Kraft gesetzt werden kann. Das betrifft die zunehmende Technisierung, das hohe Tempo, die große Arbeitsbelastung des Personals und die eingeschränkte Zeit für Kommunikation. Über die in Kapitel 3.4.6 beschriebenen eingeschränkten Möglichkeiten einer Förderung des Innovationsklimas besteht zweifelsohne auch wenig Spielraum, die Trägheit der komplexen Organisationform Krankenhaus zu beeinflussen. Deshalb gilt es, unter den gegebenen Bedingungen zu reflektieren, an welchen Stellen eine modifizierte Finanzierungsregelung Akzente setzen könnte, die Behandlung Demenzkranker in den deutschen Kliniken trotz der schwierigen Rahmenbedingungen zu verbessern.

Übergeordnete Ebene

In diesem Abschnitt wird in erster Linie erörtert, welche Schlussfolgerungen für eine Reduzierung betriebswirtschaftlicher Barrieren aus den Ergebnissen der Studie abgeleitet werden können. Zudem gibt es einige Empfehlungen für den Umgang mit weiteren übergeordneten Barrieren.

Zu betonen ist zunächst, dass die Leitungskräfte im Hinblick auf die Finanzierung einer demenzsensiblen Ausrichtung einen großen Handlungsbedarf konstatieren. Bei den unterbreiteten Vorschlägen, die in Kapitel 3.3.1 aufgeführt sind, handelt es sich um erste Ideen und Ansatzpunkte für eine Veränderung der bisherigen Vergütungspraxis, nicht aber um elaborierte Vorschläge für eine Veränderung der Sozialgesetzgebung oder des DRG-Systems.

Aus den Ergebnissen lassen sich zunächst zwei Empfehlungen ableiten, die für die Kliniken ein richtungsweisendes Signal darstellen können:

- Der Initialaufwand für einen Einstieg in die demenzsensible Ausrichtung ist mit erheblichen Kosten verbunden. Dazu zählen vor allem Investitionen in Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagnen sowie in die Fortbildung von Ärzten und Pflegekräften. Zudem entstehen hohe Kosten, um die vorzunehmenden Umstrukturierungen auf der Struktur- und Prozessebene zu planen, einzuführen und nachzuhalten. Eine Erprobungsregelung sollte diesen Initialaufwand zumindest teilweise kompensieren und damit einen Anreiz setzen, mit den Umstrukturierungen zu beginnen.
- Eine erlösbezogene Gleichbehandlung der verschiedenen Demenzformen ist unbedingt anzuraten. Es ist fachlich nicht nachzuvollziehen, warum die Erträge für die Codierung vaskulärer Demenzen höher ausfallen als diejenigen für die Alzheimer Demenz. Da Demenzen unabhängig von ihrer Genese einen identischen Aufwand erzeugen, sollte auch dafür gesorgt werden, dass die Erlöse angeglichen werden.

Die zentrale Handlungsempfehlung für diesen Bereich besteht in der Empfehlung, eine Expertengruppe zu bilden, die einen umfassenden Vorschlag für eine Neuregelung der Finanzierung von Krankenhausbehandlungen Demenzkranker konkretisiert. Die Gruppe sollte sich z.B. mit folgenden offenen Fragen beschäftigen:

- Wie kann der Mehraufwand der Kliniken, der durch erhöhten Personalaufwand, eine höhere Zahl von Konsilen und durch längere Liegezeiten der Demenzkranken verursacht wird, kompensiert werden?
- Sollen zusätzliche Erlöse an bestimmte Regelleistungen geknüpft werden, die grundsätzlich von allen Krankenhäusern erbracht werden können oder sollen bestimmte Voraussetzungen formuliert werden, die für die Erbringung und Vergütung von zusätzlichen Leistungen erforderlich sind? Wie müssten solche institutionellen Voraussetzungen formuliert sein, damit kleine und gemeindenahere Kliniken nicht von vornherein ausgeschlossen werden und die Demenzversor-

gung zukünftig nur noch in hochspezialisierten (Universitäts-)Kliniken mit komplexer Fachabteilungsstruktur versorgt werden?

- Wie kann insgesamt sichergestellt werden, dass Kliniken, die sich in ihren Strukturen und Prozessen auf Demenzkranke einstellen und in diesem Bereich einen erhöhten Aufwand betreiben, dafür eine finanzielle Kompensation erhalten?
- Wie kann der erhöhte Aufwand für die Diagnostik, Behandlung und Angehörigenberatung finanziell dargestellt werden, der bei „Erstfällen“ entsteht?
- Ist es sinnvoll, bestimmte Qualitätskriterien der Demenzversorgung zugleich in die Zertifizierungsrichtlinien zu integrieren?
- Was kann für eine Finanzierungsregelung aus den geriatrischen Komplexpaulschalen oder aus der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) gelernt werden? Sind diese Verfahren auf Demenzkranke in der Akutklinik übertragbar?
- Inwieweit ist es möglich, für Demenzkranke in der Akutklinik Mittel aus der Pflegeversicherung zur Verfügung zu stellen? Lässt sich z.B. das System der Betreuungsgruppen nach § 87b SGB XI auf Akutkliniken übertragen?

Die folgenden Vorschläge richten sich an politisch Verantwortliche und betreffen die Ausgestaltung der Ausbildungen von Ärzten und Pflegekräften sowie den Bereich der Forschung. Es hat sich gezeigt, dass erhebliche Wissenslücken über die Demenzerkrankung und das Delir bestehen. Um hier konsequent gegenzusteuern, sollte eine vertiefende Wissensvermittlung bereits in den Ausbildungsordnungen für Ärzte und Pflegekräfte verankert werden. Auch Fragen der Haltung zu älteren Menschen und Demenzkranken sollten dort einfließen, und es sollte eine Handlungssicherheit für ethisch-rechtliche Fragen vermittelt werden. Wenn somatische Kliniken zukünftig in stärkerem Maße mit Konsiliar- und Liaisondiensten kooperieren sollen, ist zu beachten, dass es sowohl Ärzte als auch Pflegekräfte geben muss, die über eine spezifische Fachexpertise in diesem Feld verfügen. Hierzu sollten Anreize gesetzt werden, die z.B. in einer höheren Wertschätzung einer solchen Zusatzausbildung und in einer höheren Vergütung bestehen könnten. Im Hinblick auf Forschungsbedarf wurde bereits dargestellt, dass in epidemiologischen Studien Daten über die Prävalenz von Demenzen und Delirien ermittelt werden soll. Des Weiteren sind Wirkungsanalysen sinnvoll um aufzuzeigen, ob und in welcher Größenordnung sich im Vergleich zur „Normalversorgung“ Einsparpotentiale ergeben, wenn Kliniken Demenzkonzepte umsetzen.

Wenngleich die in diesem Kapitel aufgeführten wirtschaftlichen Argumente eine bedeutende Rolle spielen und diese auch im gesamten Bericht immer wieder aufscheinen, sei am Schluss darauf verwiesen, dass eine demenzsensible Ausgestaltung der Akutkrankenhäuser nicht nur vor dem Hintergrund fiskalischer Überlegungen betrachtet werden sollte. Demenzkranke verweisen uns mit ihrer eingeschränkten Anpassungsfähigkeit an die Zwänge von Organisationen auf die Grenzen von Ökonomisierungsbestrebungen. Vor diesem Hintergrund sollte die Achtung der Würde von Demenzkranken bei den weiteren Schritten nicht außer Acht geraten.

Literatur

- Arolt V. (1997): Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten. Eine epidemiologische Untersuchung zu Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsbedarf psychiatrischer Morbidität bei internistischen und chirurgischen Patienten. Berlin, Heidelberg, New York.
- Arolt, V.; Diefenbacher, A. (Hg.) (2004): Psychiatrie in der klinischen Medizin – Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie. Darmstadt.
- Blass, K.; Geiger, M.; Kirchen-Peters, S. (2007): AIDA – Arbeitsschutz in der Altenpflege. Zwischenbericht zur operativen Projektdurchführung. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Büssing, A.; Glaser, J. (Hg.) (2003): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen.
- Diefenbacher, A. (2006) Erkrankungen im Grenzbereich zwischen Psyche und Soma aus konsiliar-liaisonpsychiatrischer Sicht. In: *Die Psychiatrie* 1, 24-28.
- Diefenbacher, A. (2005): Konsiliar- und Liaisondienste: Erfahrungen und Perspektiven. In: *iso-Institut* (Hg.): Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen im Krankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance? Dokumentation der Fachtagung im Rahmen des BMG-Modellprogramms zur „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ am 12.10.2005 im Internationalen Jugendforum Bonn. Saarbrücken: *iso* Institut: 71-85.
- Diefenbacher, A. (2004): Consultation-Liaison-Psychiatry in Germany. In: Diefenbacher A (Ed) Consultation-Liaison-Psychiatry in Germany, Austria and Switzerland. Karger: 1-19.
- Diefenbacher, A. (2001): Implementation of a Psychiatric Consultation Service. A Single-Site Observational Study Over a 1-Year-Period. In: *Psychosomatics* 42 (5): 404-410.
- Dutzi, I.; Hestermann, U.; Müller, E.; Oster, P. (2006): Geriatriisch-Internistische Station für Akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD). Zwischenbericht des Modellprojektes. Heidelberg. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Fischer, P.; Assem-Hilger, E. (2003): Delir/Verwirrheitszustand. In: Förstl, H. (Hg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart: 394-408.
- Friedrich, J.; Günster, C. (2005): Determination der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung der DRGs (2002-2004). In: Klauber, B., Robra B., Schellschmidt, H. (Hg.): Krankenhaus-Report 2005 – Wege zur Integration. Stuttgart: 153-204.
- Gurlit, S. (2006): Der alte Mensch im OP. www.alzheimerforum.de/2/8/4/284inh.html
- Harvard School of Public Health/Alzheimer Europe (2011): Five-Country Alzheimer's Disease Survey. <http://www.alzheimer-europe.org/DE/content/download/21570/157319/file/Value%20of%20knowing-Report%20of%20key%20findings.pdf> (Aufruf vom 3.8.2011).
- Inouye, S.; Charpentier, P. (1996): Precipitating factors for Delirium in hospitalized elderly person. *Journal of the American Medical Association* 275, 852-857.
- Inouye, S. (1994): The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *American Journal of Medicine* 97: 278-288.
- iso*-Institut (Hg.) (2005): Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen im Krankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance? Dokumentation der Fachtagung im Rahmen des BMG-Modellprogramms zur „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ am 12.10.2005 im Internationalen Jugendforum Bonn. Saarbrücken: *iso*-Institut.
- Kirchen-Peters, S. (2007a): Lösungen für eine bessere Versorgung Demenzkranker im Krankenhaus. In: *Alzheimer Info, Nachrichten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft* 4: 3-4.

- Kirchen-Peters, S. (2007b): Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste vor dem Durchbruch? Neubewertung eines Modellprojekts vor dem Hintergrund der Gesundheitsreform. In: *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie*, 1(3): 220-223.
- Kirchen-Peters, S. (2007c): Demenzkranke im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance. In: Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Demenz – eine Herausforderung für das 21. Jahrhundert. 100 Jahre Alzheimer-Krankheit. Band 6. Berlin: 187-190.
- Kirchen-Peters, S. (2006): Beratung von Angehörigen und Qualifizierung professionell Pflegender im Bereich Demenz. Ein Beispiel dafür, wie praxisnahe Forschung und konzeptgeleitete Umsetzung ineinander greifen können. In: Pohlmann, Markus; Thorsten Zillmann (Hg.): Beratung und Weiterbildung. Fallstudien, Aufgaben und Lösungen. München, Wien: 181-189.
- Kirchen-Peters, S. (2005a): Zur Nachahmung empfohlen. Erfolgreiches Modellprojekt „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“ entlastet die Pflege. In: *krankenhaus umschau* 74 (8), 663-664.
- Kirchen-Peters, S. (2005b): Wie fördert man die demenzbezogene Kompetenz in einer Region? Die weitere Umsetzung des Saarlouiser Konzeptes. Saarbrücken: Landkreis Saarlouis.
- Kirchen-Peters, S. (2005c): Ergebnisse des Modellprojekts „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“ Kaufbeuren. In: Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen im Krankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance? Dokumentation der Fachtagung des *iso*-Instituts am 12.10.2005 in Bonn. Saarbrücken: *iso*-Institut: 22-37.
- Kirchen-Peters, S. (2005d): Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“. Saarbrücken: *iso*-Institut.
- Kirchen-Peters, S. (2004): Es rechnet sich. Erfolgreiches Modellprojekt zur besseren Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter. *krankenhaus umschau* 73 (2): 111-112.
- Kirchen-Peters, S. (2003): Liaisonmodell: Unterstützung durch Profis. In: *krankenhaus umschau* 72 (3): 182-184.
- Kirchen-Peters, S. (2002): Qualifizierung professionell Pflegender und Hilfen für pflegende Angehörige. Verbesserung der Hilfen für Demenzkranke im Landkreis Saarlouis. Saarbrücken: Landkreis Saarlouis.
- Kirchen-Peters, S. (2001): Die Versorgung Demenzkranker – Bestandsaufnahme und Lösungsansätze aus dem Modellprogramm. In: *iso*-Institut (Hg.): Zehn Jahre BMG-Modellprogramm. Dokumentation der Fachtagung des *iso*-Instituts vom 7. bis 9. Mai 2001 in Bonn. Saarbrücken: *iso*-Institut.
- Kirchen-Peters, S. (2000): „Früher waren Demenzkranke unter meiner Würde“, Bestandsaufnahme der Versorgungssituation Demenzkranker am Beispiel des Landkreises Saarlouis. Saarbrücken: Landkreis Saarlouis.
- Kleina, T.; Angerhausen, S. (2007): Problematisch: Versorgung Demenzkranker im Akutkrankenhaus. In: *Geriatric Journal* 1: 3333-3335.
- Kleina, T.; Wingenfeld, K. (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Bielefeld.
- Leentjens, A.; Diefenbacher A. (2007): Das Delirium als Qualitätsindikator medizinischer Krankenhausversorgung. In: *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie* 1 (3): 177-178
- Leentjens, A.; Diefenbacher A. (2006): A survey of delirium guidelines in Europe. In: *Journal of Psychosomatic Research* 61 (1): 123-128.
- Lerner, J.; Hedera, P.; Koss, E.; Stuckey, J.; Friedland, R. (1997): Delirium in Alzheimer disease. In: *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 11 (1): 16-20.
- Marrs, K. (2007): Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf? In: *WSI Mitteilungen* 9: 503.

- Niße, K. (2005): Integrierte Versorgung im Versorgungsverbund Kaufbeuren. In: *Der Nervenarzt* 9: 1160-1164.
- Niße, K. (1998): Psychisch krank im Alter – Die Versorgungssituation gerontopsychiatrischer Patienten in der BRD. In: Thema 136, KDA, Köln.
- Nock, L.; Hielscher, V.; Kirchen-Peters, S. (2012): Dienstleistungsarbeit zwischen Ökonomisierung und Aktivierung. Neue Herausforderungen an Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik. Bericht zur Zusatzbefragung von Pflegepersonal in Allgemeinkrankenhäusern. Unveröffentlichtes Manuskript. Saarbrücken/Heidelberg.
- O’Keefe, S.; Lavan, J. (1999): Clinical significance of delirium subtypes in older people. *Age and Aging* 28: 115-119
- Pinkert, C./Holle, B. 2012: Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28 (4): 1-7.
- Reichwaldt, W.; Diefenbacher, A. (2001): Die Rolle der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der gerontopsychiatrischen Versorgung. Eine Einführung. In: *Psychiatrie und Altenhilfe News* 1: 27-30.
- Reischies, F.; Diefenbacher, A.; Reichwaldt, W. (2004): Delir. In: Arolt, V., Diefenbacher, A. (Hg.): *Psychiatrie in der klinischen Medizin – Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie*.
- Statistisches Bundesamt (2011): *Statistisches Jahrbuch 2011*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2010): *Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. Wiesbaden.
- Wolter, D. (2010): Delir: Irrtümer. Das Delir im Alter – zehn häufige Missverständnisse. In: *Geriatric-Journal* 12(5): 31.
- Yin, R. (1989): *Case study research. Design and methods*. Newbury Park, CA