

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung
mit Antwort der Landesregierung**

Anfrage der Abgeordneten Uwe Schwarz, Dr. Thela Wernstedt, Holger Ansmann, Immacolata Glosemeyer, Hanna Naber und Oliver Lottke (SPD)

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung namens der Landesregierung

Versorgung von Demenzkranken in Krankenhäusern

Anfrage der Abgeordneten Uwe Schwarz, Dr. Thela Wernstedt, Holger Ansmann, Immacolata Glosemeyer, Hanna Naber und Oliver Lottke (SPD), eingegangen am 24.05.2018 - Drs. 18/961 an die Staatskanzlei übersandt am 28.05.2018

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung namens der Landesregierung vom 19.06.2018,

gezeichnet

Dr. Carola Reimann

Vorbemerkung der Abgeordneten

Aktuell sind laut der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz ungefähr 152 260 Menschen über 65 Jahre in Niedersachsen von Demenz betroffen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und unserer älterwerdenden Gesellschaft wird in Zukunft auch die Anzahl der Betroffenen steigen. Für die Angehörigen, aber auch unser Gesundheitssystem stellt dieser Umstand eine große Herausforderung dar.

Laut der General Hospital Studie (GHOSt) leiden ca. 20 % der über 65-jährigen Patientinnen und Patienten in Allgemeinkrankenhäusern in Baden-Württemberg und Bayern an kognitiven Störungen und Demenz. Bei vielen wurde die Demenzerkrankung erst während des Krankenhausaufenthalts bekannt. Dabei entsteht bei der Versorgung von Demenzerkrankten in Krankenhäusern jedoch ein deutlicher Mehraufwand. Auch in Niedersachsen weisen sowohl Leistungsanbieter als auch Betroffene auf massive Probleme bei der Versorgung von Demenzerkrankten in Krankenhäusern hin. Unter anderem wird häufig bemängelt, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Krankenhäusern die nötigen Informationen und Schulungen zum Umgang mit Demenzkranken fehlten und vor allem viel zu wenig Personal vorhanden sei, um die Betreuung von Demenzerkrankten sicherstellen zu können.

Vorbemerkung der Landesregierung

Demenz ist ein Oberbegriff für rund 50 Krankheiten, von denen die Alzheimer-Erkrankung die häufigste ist. Wichtig ist die Abgrenzung von einem vorübergehenden Verwirrheitszustand (Delir), der zu einer ähnlichen Symptomatik führt, aber behandelbar ist. Mögliche Ursache für solche deliranten Zustände sind Hormonstörungen wie Störungen der Schilddrüse oder Nebenschilddrüse, Vitaminmangelstörungen, Erkrankungen der Leber und der Nieren, Elektrolytstörungen, Infektionskrankheiten und Bluterkrankungen. Leider sehr häufig sind auch Nebenwirkungen von eingesetzten Medikamenten bzw. der Kombination derselben (Polypharmazie). Die Abgrenzung dieser behandelbaren Ursachen erfordert entsprechende Sorgfalt und Expertise. Sie verhindert auch, dass aufgrund einer falsch-positiven Diagnose Betroffene und Angehörige verunsichert werden und möglicherweise falsche Weichen (z. B. Heimaufnahme) gestellt werden. Liegt eine Demenzerkrankung vor, ist zu unterscheiden zwischen Hirnschrumpfungserkrankungen (neurodegenerativen Erkrankungen, z. B. Alzheimer, frontotemporale Demenz etc.) und gefäßbedingten Erkrankungen. Hirnschrumpfungserkrankungen sind in ihrer Ursache kaum beeinflussbar, da im Gehirn bestimmte Zellen ab-

sterben. Durch geeignete Maßnahmen kann aber der Verlauf dahin gehend positiv beeinflusst werden, dass ein längerer Verbleib in der häuslichen Umgebung möglich ist. Bei den gefäßbedingten Erkrankungen kann durch geeignete Behandlung der Risikofaktoren der Prozess zum Stillstand kommen oder der Verlauf verzögert werden.

Das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, erhöht sich mit zunehmendem Alter. Von einer Alzheimer-Erkrankung oder einer anderen Form der Demenz sind derzeit rund 1,6 Millionen Menschen in Deutschland betroffen. Als Prävalenz wird die Anzahl der Kranken in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt bezeichnet. Grundlage dieser Schätzung sind die Resultate aus europäischen Feldstudien (EuroCoDe-Daten von Alzheimer Europe). Die Schätzungen erfolgen unter der Annahme, dass es zwischen den europäischen Ländern keine fundamentalen Unterschiede im Vorkommen von Demenzerkrankungen gibt. Für Niedersachsen ergibt sich aus dieser Schätzung eine Zahl von 152 260 erkrankten Personen (2014). Abschätzungen der Inzidenz (Anzahl der zuvor gesunden Personen verstanden, die im Verlauf eines Jahres erkranken) haben noch nicht die gleiche Zuverlässigkeit wie Angaben zur Prävalenz. Eine hinreichend genaue Schätzung bietet der World Alzheimer Report 2015 Demzufolge steigt das jährliche Neuerkrankungsrisiko von durchschnittlich 0,53 % unter den 65- bis 69-Jährigen bis auf über 12 % unter den Höchstbetagten (90 Jahre und älter) an. Übertragen auf Deutschland ist pro Jahr mit einer Gesamtzahl von rund 300 000 Neuerkrankungen (d. h. ca. 30 000 in Niedersachsen) an Demenz zu rechnen. Mit der gestiegenen und perspektivisch weiter wachsenden Lebenserwartung wird es auch mehr an Demenz erkrankte Menschen geben. Allerdings weisen Studien u. a. aus Großbritannien darauf hin, dass gegenüber früheren Generationen das Durchschnittsalter, in dem die Symptome einer Alzheimer-Demenz erstmals auftreten, deutlich gestiegen ist.

Der Begriff der Demenz ist inzwischen in der Öffentlichkeit zwar durchaus präsent. Menschen mit Demenz werden jedoch noch immer mit verschiedenen Formen der Stigmatisierung konfrontiert. Die Stigmatisierung Demenzerkrankter ist oft mit Leid, Vernachlässigung und frühzeitigem Verlust der Selbstständigkeit verknüpft. Aus Furcht vor einer solchen Stigmatisierung wird in vielen Fällen eine frühzeitige Diagnosestellung vermieden.

Andererseits weisen depressive Erkrankungen insbesondere im Alter Konzentrationsstörungen auf, die einer Demenz ähneln können. Man spricht dann von einer depressiven Pseudodemenz. Diese Menschen befürchten in ihrem depressiven eingeengten Denken dann nicht selten, an einer Demenz zu leiden, und verfassen dann gelegentlich Patientenverfügungen aus ihrer pessimistischen Weltsicht heraus, die sich auch auf mögliche Behandlungsentscheidungen im somatisch-medizinischen Bereich auswirken können. Wenn sie erkannt werden, sind diese depressiven Pseudodemenzen gut behandelbar.

Die Bundesregierung hat im Jahr 2012 die Allianz für Menschen mit Demenz initiiert. Sie ist eine von zehn Arbeitsgruppen innerhalb der Demografiestrategie. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ist eine der Gestaltungspartnerinnen der Allianz. Mit einer gemeinsamen Erklärung hat die Allianz für Menschen mit Demenz im Rahmen einer konstituierenden Sitzung am Welt-Alzheimertag im September 2012 ihre Ziele und Wege der Umsetzung der Öffentlichkeit vorgestellt.

Die vereinbarten Ziele wurden in der Agenda „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“ mit konkreten Vereinbarungen und Beiträgen hinterlegt, die in unterschiedlicher Trägerschaft und Verantwortung aller Partnerinnen und Partner umgesetzt werden sollen. Eines der vier Handlungsfelder der Agenda ist die Gestaltung des Unterstützungs- und Versorgungssystems. Innerhalb dieses Handlungsfeldes ist ein Themenfeld die Versorgung im Akutkrankenhaus.

1. Liegen Erkenntnisse über die Zahl der in Niedersachsen behandelten Patientinnen und Patienten mit Demenz vor?

Nach einer Analyse der stationären Patientendaten des Jahres 2016 durch die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft (NKG) wurden in den niedersächsischen Krankenhäusern rund 75 000 Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Demenz behandelt, davon ca. 1 650 Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose Demenz, bei den übrigen Patientinnen und Patienten handelt es sich um eine begleitende Diagnose. Somit lag bei 4,3 % der im Jahr 2016 stationär behandelten Patientinnen und Patienten eine Demenzdiagnose vor.

2. Gibt es Ansätze oder Modellprojekte, um Demenzerkrankungen bei der Behandlung im Krankenhaus festzustellen?

Nur Fachleute können zuverlässig klären, ob die geistige Leistungskraft eines Menschen seinem Alter und seinen früheren Fähigkeiten entspricht oder ob seine Vergesslichkeit auf eine Demenzerkrankung hindeutet. Sollten sich Anhaltspunkte für eine Krankheit ergeben, ist eine frühe Diagnose wichtig. Alzheimer und andere Formen der Demenz sind zwar derzeit noch nicht heilbar, aber der Krankheitsverlauf lässt sich hinauszögern und so wertvolle Zeit gewinnen. Außerdem gibt es Krankheiten, die einer Demenz ähneln, weil sie ebenfalls mit Vergesslichkeit einhergehen. Diese lassen sich aber oft gut behandeln und sogar heilen. Werden diese Krankheiten verschleppt, können sie dagegen tatsächlich in eine Demenz münden. Daher empfehlen Expertinnen und Experten die Durchführung eines kurzen kognitiven Screeningtests bei der stationären Aufnahme. Bei einem positiven Screeningtest soll dann eine ausführliche Demenzdiagnostik erfolgen. Auch gilt es, Menschen mit einem erhöhten Delir-Risiko zu identifizieren, um mögliche Komplikationen bei einer Behandlung (z. B. Operation) zu verhindern.

Gerade bei der Behandlung von Menschen mit Demenz sind die Prinzipien „ambulant vor stationär“ und „stationär so kurz wie möglich“ von großer Bedeutung. Die Gestaltungspartnerinnen und -partner der Allianz berücksichtigen dies in ihrer Agenda u. a. durch die Vereinbarung, dass eine bestehende Demenz bei einer Aufnahme im Krankenhaus möglichst schnell erkannt und berücksichtigt wird.

3. Welche Herausforderungen und Probleme entstehen im Zusammenhang mit der Behandlung von Demenzerkrankten in Krankenhäusern?

In der Regel ist eine Demenz kein Anlass für einen Krankenhausaufenthalt. Menschen mit Demenz werden wegen vielfältiger anderer Erkrankungen oder Verletzungen dort behandelt. Doch anders als nicht an Demenz erkrankte Patientinnen und Patienten, können sich Demenzerkrankte meist nur schwer oder gar nicht mehr auf neue und veränderte Situationen einlassen.

Die Versorgung von Menschen mit einer Demenzerkrankung stellt Beschäftigte im Krankenhaus vor besondere Herausforderungen. Demenzerkrankte reagieren im Krankenhaus oft mit Angst und Unruhe und versuchen, die Klinik zu verlassen. Sie haben keine Krankheitseinsicht und können je nach Krankheitsstadium meist keine Auskunft über sich, ihre Beschwerden und Wünsche geben. Ebenso können sie im fortgeschrittenen Stadium bei Diagnose, Behandlung und Körperpflege nicht mitwirken und haben Probleme beim Essen und Trinken.

Eines der größten Probleme bei der Behandlung von Schmerzen bei an Demenz erkrankten Menschen ist es, herauszufinden, ob überhaupt Schmerzen bestehen. Denn Schmerzen sind nicht objektiv messbar. Im frühen Krankheitsstadium ist dies häufig noch kein Problem. Doch mit fortschreitender Demenz fällt es den Erkrankten immer schwerer, zu benennen, wo der Schmerz sitzt und wie stark er ist.

Medikamente führen bei älteren Menschen häufiger zu unerwünschten Nebenwirkungen als bei Jüngeren. Das gilt auch für Menschen mit Demenz. Mit zunehmenden Alter steigt die Zahl der Erkrankungen und damit die Anzahl und Art der eingenommenen Medikamente. Im Hinblick auf die Arzneimitteltherapiesicherheit hat der Medikationsplan bei Demenzerkrankten daher eine besondere Bedeutung.

4. Was wird in den Krankenhäusern unternommen, um diese Probleme zu beheben?

Seit 2006 befasst sich die Alzheimer-Gesellschaft Niedersachsen in Zusammenarbeit mit der Landesvereinigung für Gesundheit, der Region Hannover und der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie mit der Problematik von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. In mehreren Fachtagungen und einer bis heute mehrmals jährlich tagenden Arbeitsgemeinschaft wurden Erfahrungen und Ideen zusammengetragen, wie man zu einer Verbesserung der Situation gelangen könne. So wurden Beispiele guter Praxis gesammelt, wie in einigen Krankenhäusern erfolgreich mit Menschen mit dementiellen Einschränkungen umgegangen wird, zum Teil durch organisatorische Änderungen

bzw. begleitende Maßnahmen. Aus dieser Arbeit existieren Empfehlungen für den Umgang mit Demenzerkrankten als Aushang im Schwesternzimmer, ein Curriculum für eine 14-stündige Fortbildung für möglichst viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ein weiteres Curriculum für eine 160-stündige Fortbildung für Demenzbeauftragte, ein 30-minütiger Schulungsfilm, eine Literaturliste und eine Liste der Referentinnen und Referenten.

Die Aufgabe der Krankenhäuser ist es, sich auf die besonderen Bedürfnisse Demenzerkrankter einzustellen. Die DKG unterstützt die Krankenhausträger bei der Erarbeitung eines Konzepts, mit dem pflegebedürftige Menschen mit erheblichen kognitiven Einschränkungen bei Aufnahme in ein Krankenhaus, auch in Notfallsituationen, schneller erfasst werden können.

Viele Krankenhäuser haben mittlerweile, abhängig vom Bedarf, eine Reihe von Maßnahmen entwickelt und eingeführt, z. B. eine spezielle Aufnahme von Seniorinnen und Senioren mit einem abgetrennten Behandlungsbereich, besondere Raumgestaltung, speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder ein geeignetes Screeninginstrument zur Prävention und frühzeitigen Behandlung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten.

Darüber hinaus haben die Krankenhäuser zahlreiche Projekte wie Schulungsprogramme für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege und weitere Berufsgruppen im Krankenhaus, interdisziplinäre Medikations- und Polypharmazie-Managements, Begleiten von Menschen mit Demenz im Operationssaal und eine Delir-Pocket-Card sowie ein Programm zur Stärkung der Angehörigen entwickelt.

Weitere Unterstützung für Krankenhäuser hat die DKG bei der Entwicklung fachlicher Konzepte für die Gestaltung von Räumen im Krankenhaus, die für die Bedürfnisse von demenziell erkrankten Menschen geeignet sind, und für die adäquate Betreuung, Begleitung und Tagesstrukturierung durch geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Ehrenamtliche angeboten.

Einige Krankenhäuser bieten das sogenannte „Rooming-in“ an. Für Demenzerkrankte ist die Begleitung einer vertrauten Person wichtig, um bei der Pflege, während Untersuchungen und Arztgesprächen zu unterstützen. Die Begleitperson erhält für die Zeit des Krankenhausaufenthalts ein eigenes Bett im Patientenzimmer. Auf diesem Wege kann auch vermieden werden, dass Patientinnen und Patienten mit der Nebendiagnose Demenz allein aufgrund des abrupten Wechsels aus der vertrauten Umgebung Verhaltensweisen an den Tag legen, die zuhause oder im Heim noch nicht vorhanden waren. Bei der Vertrauensperson muss es sich nicht um einen Angehörigen handeln, auch Freunde und Bekannte können die Begleitung übernehmen.

Bescheinigt die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt, dass eine Begleitung für die Zeit des Aufenthalts aus medizinischen oder therapeutischen Gründen notwendig ist, werden die Kosten nach § 11 Abs. 3 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) von der Krankenkasse übernommen. Auch die Hausärztin oder der Hausarzt kann eine solche Empfehlung vorab aussprechen.

In Niedersachsen sind insbesondere folgende Best-Practice-Beispiele zu nennen:

Diakovere Krankenhäuser:

Die Diakovere Krankenhäuser in Niedersachsen haben die „Gute Stube“ eingerichtet. Dabei handelt es sich um einen Tages- und Aufenthaltsraum, der als ruhiger und geschützter Raum zur Begleitung von Menschen mit Demenz während des Krankenhausaufenthaltes dient. Der Raum ist im Stil der 50er-Jahre gehalten. Der Raum liegt zentral zwischen der Neurologie und Inneren Medizin und ist gut auch im Rollstuhl oder Bett zu erreichen.

Der Teddy Trost soll die unruhigen Hände beschäftigen. Kleine Plüschbären können in der Klinik für Innere Medizin bei Patientinnen und Patienten zur Aufmunterung, Beruhigung und Ablenkung durch die Pflege eingesetzt werden. Insbesondere Patientinnen und Patienten, die nesteln oder an Zu- und Ableitungen ziehen, bekommen einen haptischen Gegenstand. Der Teddy ist natürlich personengebunden und kann bei Bedarf gewaschen werden.

Außerdem gibt es einen Erinnerungskoffer, der eine Sammlung von Gegenständen enthält, die Erinnerungen an Erlebtes wecken können.

Ehrenamtliche Demenzlotsinnen und -lotsen, Klinik-Clowns, Alltagsbegleiterinnen und -begleiter und Sitzwachen in der Nacht sind weitere Angebote der Diakovere Krankenhäuser zur psychosozialen Betreuung von dementiell Erkrankten.

Borromäus Hospital Leer:

Das Borromäus Hospital Leer hat zwei Fachkräfte zu Demenzbeauftragten im Krankenhaus weitergebildet. Die Demenzbeauftragten sensibilisieren das Krankenhauspersonal, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige für das Thema Demenz und stehen ihnen beratend zur Seite. Im Jahr 2016 haben sie eine Projektgruppe ins Leben gerufen und bieten Fortbildungen für Beschäftigte und Ehrenamtliche an.

Die Demenzbeauftragten nehmen konkreten Einfluss, um die Abläufe im Krankenhaus auf demenzkranke Patientinnen und Patienten anzupassen. Motivtapeten, die neben den Zimmertüren angebracht werden, sind ein solches Beispiel. Jede Tapete zeigt einen anderen Gegenstand, eine Feder im Tintenfass, einen altmodischen Haustürschlüssel oder eine Schneiderpuppe.

Im Krankenhaus stehen Aktivierungsboxen mit Bildern, Alben, Karten und Fühlmaterial und sogenannte Nesteldecken zur Verfügung. Die Decken sind mit zahlreichen Knöpfen, Reißverschlüssen und Kordeln versehen. Die oft unruhigen Hände der Patienten finden so Beschäftigung.

Elisabeth-Krankenhaus Thuine:

Im Elisabeth-Krankenhaus Thuine wurde im Jahr 2012 die Station Raphael für akut erkrankte Patientinnen und Patienten mit der Nebendiagnose Demenz eröffnet.

Zum Konzept der Station gehört ein großzügiger Wohn- und Aufenthaltsraum, wo unterschiedliche tagesstrukturierende Angebote gemacht werden, z. B. durch gemeinsame Mahlzeiteinnahme, physikalische Therapie als Gruppenangebot in Form von Hockergymnastik, Ergotherapie oder ehrenamtliche Betreuung. Auch bettlägerige Patientinnen und Patienten können in diesem Raum an dem Angebot teilhaben.

Darüber hinaus wurden verschiedene bauliche und technische Anpassungen vorgenommen, um dem häufig auftretenden Bewegungsdrang der Betroffenen zu begegnen. Damit die Stationseingangstür sich elektrisch öffnet, muss hier als kleine technische Hürde der elektrische Türöffner an zwei Stellen parallel gedrückt werden. Patientinnen und Patienten mit Weglauftendenz erhalten einen Sender am Handgelenk, das sogenannte Schutzengelsystem, welches ein Signal sendet, sobald die Patientin oder der Patient die Station verlässt. Handläufe sind an den Flurwänden beidseitig angebracht. Toilettendeckel haben eine rote Farbe, damit sie als solche besser erkannt werden.

Ameos Klinikum Osnabrück:

Im Ameos Klinikum Osnabrück gibt es ein Erinnerungszimmer für hochbetagte und demenzkranke Patientinnen und Patienten. Zugrunde liegt ein Konzept zur emotionalen Aktivierung.

Das Erinnerungszimmer wird genutzt, um Erinnerungen und Sinneseindrücke und Emotionen bei den Demenzerkrankten hervorzurufen, da das Langzeitgedächtnis im Gegensatz zum Kurzzeitgedächtnis weniger eingeschränkt ist und zurückliegende Erinnerungen noch gut abgerufen werden können. Über das Wiedererkennen von Gegenständen, die atmosphärische Gestaltung des Zimmers, Gerüche oder Musik können zurückliegende Erinnerungen, z. B. an die eigene Jugend, wiederbelebt, verschüttete Ressourcen reaktiviert und Lebensfreude geweckt werden.

Durch die Aktivierung auf emotionaler Ebene kann die Beziehungsarbeit verbessert und daraus folgend die Pflege und Behandlung unterstützt und erleichtert werden und als Basis für die Therapie mit Demenzerkrankten dienen.

5. Was ändert sich am Ablauf des Krankenhausaufenthalts, sobald eine Demenzerkrankung festgestellt wurde?

Die erstmalige Diagnose einer Demenz beinhaltet zunächst die Diagnosesicherung und anschließend die schwierige Vermittlung der Diagnose an die Patientin oder den Patienten und die Angehörigen. Wesentlich sind auch Informationen über den weiteren Fortgang der Erkrankung und die im

stationären und ambulanten Bereich zur Verfügung stehenden Hilfen. Neben den Besonderheiten der medizinischen und arzneimitteltherapeutischen Versorgung von Demenzerkrankten muss das Krankenhaus auch rechtliche Fragestellungen betrachten.

Im strafrechtlichen Sinn handelt es sich bei ärztlichen Maßnahmen um eine Körperverletzung, und zwar auch dann, wenn diese auf Besserung und Heilung ausgerichtet sind. Deshalb müssen Patientinnen und Patienten vor einem Eingriff immer einwilligen, sonst verhalten sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte rechtswidrig. Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung ist eine gute Aufklärung über Ablauf und Ziel der geplanten Behandlung sowie über die damit verbundenen Risiken und Behandlungsalternativen.

Neben einer ausreichenden Aufklärung ist eine wirksame Einwilligung notwendig. Voraussetzung dafür ist, dass die Patientin oder der Patient einwilligungsfähig ist. Die Patientin oder der Patient muss die wesentlichen Behandlungsabläufe verstehen und die damit verbundenen Folgen abschätzen können. Bei Demenzerkrankten ist fraglich, ob sie dazu noch in der Lage sind. Allerdings bedeutet eine Demenzerkrankung nicht automatisch, dass eine Einwilligungsfähigkeit nicht mehr vorhanden ist, nur weil eine Demenzerkrankung vorliegt. Deshalb müssen Ärztinnen und Ärzte stets im Einzelfall prüfen und entscheiden, ob demenzkranke Patientinnen oder Patienten noch in eine geplante Maßnahme einwilligen können oder nicht.

Ist die Einwilligungsfähigkeit nicht mehr gegeben, müssen vorsorgebevollmächtigte Personen oder rechtliche Betreuerinnen und Betreuer der ärztlichen Behandlung zustimmen. Voraussetzung ist in beiden Fällen, dass die einwilligende Person tatsächlich berechtigt ist, auch in Gesundheitsangelegenheiten und hinsichtlich ärztlicher Heilmaßnahmen zu entscheiden. Bei einer rechtlichen Betreuung muss dies im Betreuerausweis vermerkt sein. Eine Vorsorgevollmacht muss dazu ausdrücklich berechtigen.

Bei medizinischen Eingriffen, die mit schwerwiegenden möglichen Folgeschäden verbunden sind oder bei denen die Gefahr besteht, dass die Patientin oder der Patient stirbt, muss zusätzlich das Betreuungsgericht zustimmen.

6. Welche Instrumente stehen den Krankenhäusern bei Weglauftendenzen von demenzkranken Patientinnen und Patienten zur Verfügung?

Selbst mehr Personal für die Betreuung der demenzkranken Menschen und auch der Einsatz von Ehrenamtlichen können nicht rund um die Uhr verhindern, dass Patientinnen und Patienten mit Weglauftendenzen die Station verlassen. Es gibt aber verschiedene bauliche und technische Möglichkeiten, die die Sicherheit erhöhen können. Als bauliche Maßnahme ist beispielsweise die Gestaltung einer Station in Form einer liegenden Acht zu nennen, die es den Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bewegungsdrang erlaubt, weite Strecken zu laufen. Elektrische Stationstüren können außerdem mit einem speziellen Türöffner versehen werden oder Patientinnen und Patienten mit Weglauftendenz können einen Sender erhalten, der ein Signal sendet, sobald ein bestimmter Bereich des Krankenhauses verlassen wird.

7. Inwiefern sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern über die Besonderheiten im Umgang mit Demenzkranken informiert bzw. darauf geschult?

2012 wurde im Rahmen des Niedersächsischen Gesundheitspreises unter der Preiskategorie Generation 60+ das Projekt „Menschen mit Demenz im Krankenhaus, Alzheimer-Gesellschaft Niedersachsen e. V.“ ausgezeichnet.

Bereits seit 2006 befasst sich die Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen in Zusammenarbeit mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin e. V. (LVG & AfS), der Region Hannover und der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie mit der Problematik von „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“.

In mehreren Fachtagungen und einer bis heute mehrmals jährlich tagenden Arbeitsgemeinschaft wurden Erfahrungen und Ideen zusammen getragen, wie man zu einer Verbesserung der Situation

gelangen könnte. So wurden Beispiele guter Praxis gesammelt, wie in einigen Krankenhäusern erfolgreich mit Menschen mit dementiellen Einschränkungen umgegangen wird, zum Teil durch organisatorische Änderungen bzw. begleitende Maßnahmen. Empfehlungen für den Umgang mit Demenzerkrankten wurden in Form eines Schulungsordners, der vier Module umfasst und an die Krankenhäuser, Pflegeschulen, Rehabilitationseinrichtungen und Kranken- und Altenpflegeschulen etc. in Niedersachsen übersandt wurde, herausgegeben:

- ein 14-stündiges Weiterbildungscurriculum für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses,
- ein 160-stündiges Fortbildungscurriculum, um qualifizierte Demenzbeauftragte für ein Krankenhaus auszubilden und sie als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren einsetzen zu können,
- ein Lehrfilm, der in drei Teilen Demenz und Delir, Umgang mit demenziell Erkrankten (z. B. beim Essen und bei Weglauftendenz) sowie neuere Therapie- und Betreuungskonzepte im Krankenhaus vorstellt, sowie
- verschiedene Arbeitsmaterialien einschließlich Best-Practice-Beispiel (Aushang im Schwesternzimmer, eine Literaturliste und eine Liste mit Referentinnen und Referenten zur Hilfestellung, um die Fortbildungsarbeit in den Krankenhäusern zum Thema „Menschen mit Demenz“ zu erleichtern).

Ziel dieses Maßnahmenbündels ist es, die Situation für die Betroffenen, deren pflegende Angehörige, die Ärztinnen und Ärzte und da Pflegepersonal zu erleichtern.

Dadurch können der Erfolg der medizinischen und therapeutischen Maßnahmen verbessert und übereilte Überleitungen in ein Pflegeheim vermieden werden.

Darüber hinaus wurde der aktuelle Film „Formen der Tagesbetreuung für Menschen mit Demenz“ entwickelt und veröffentlicht. Dieser wurde, um zur Nachahmung anzuregen, 2016 ebenfalls an alle Krankenhäuser in Niedersachsen verschickt.

Des Weiteren wird die 160-stündige Fortbildung zur Demenzbeauftragten bzw. zum Demenzbeauftragten regelmäßig von der LVG & AFS angeboten. Bestandteil dieser Fortbildung ist ein regelmäßiges Reflexionstreffen aller ausgebildeten Demenzbeauftragten.

Der Umgang mit Demenzerkrankten ist auch Gegenstand der Ausbildung in den Berufen nach dem Alten- und Krankenpflegegesetz sowie in der Berufsfachschule Pflegeassistenz.

Zudem hat auch die Bundesärztekammer eine Vielzahl von Fortbildungsmaßnahmen für Ärztinnen und Ärzte zur Behandlung von demenziell Erkrankten entwickelt, die von den Landesärztekammern anerkannt und flächendeckend etabliert sind.

8. In welchem Maße werden heute schon Betreuungskräfte und/oder ehrenamtliche Helferinnen und Helfer speziell im Hinblick auf Demenzerkrankte in Krankenhäusern eingesetzt?

Aufgrund der demografischen Entwicklung gibt es an immer mehr Kliniken Demenzbeauftragte. Die Rolle und Aufgaben von Demenzbeauftragten können von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich sein. Einige Demenzbeauftragte nehmen ihre Aufgabe direkt bei der Patientin bzw. dem Patienten wahr. Das heißt, sie kümmern sich persönlich um die an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten und begleiten diese z. B. zu Untersuchungen, bieten Betreuungs- und Beschäftigungsangebote an oder kümmern sich darum, dass die Räumlichkeiten demenzgerecht eingerichtet sind.

In den meisten Fällen haben Demenzbeauftragte im Krankenhaus aber eine übergeordnete Rolle. Sie sind u. a. dafür zuständig,

- an einer ganzheitlich ausgerichteten Versorgung mitzuwirken, die sich an den besonderen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten mit Demenz orientiert,
- mit verschiedenen Fachabteilungen des Krankenhauses zusammenzuarbeiten,

- entsprechende Projekte, Arbeitskreise oder Qualitätszirkel im Krankenhaus einzuführen und zu begleiten,
- Krisen vorzubeugen und im Krisenfall zu intervenieren,
- Angehörige, Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte zu beraten,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu schulen und zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu machen,
- die Dokumentation und das Überleitungsmanagement weiterzuentwickeln und zu verbessern,
- Ehrenamtliche für die direkte Patientenbegleitung zu schulen,
- Informationsveranstaltungen durchzuführen.

Der Einsatz von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern bei der Betreuung von Demenzerkrankten ist auch im stationären Umfeld möglich. Nach einer entsprechenden Einweisung durch geschultes Fachpersonal ist ein Einsatz z. B. als regelmäßiger Besuchsdienst oder als Begleitung zu Untersuchungen und Behandlungen möglich.

9. Inwieweit findet eine Kommunikation und Absprache mit der zuständigen Arztpraxis bzw. Pflegeeinrichtung vor und nach dem Krankenhausaufenthalt statt, sofern die Demenzerkrankung bereits bei der Einweisung bekannt ist?

Aufnahme

Damit das Krankenhauspersonal bestmöglich auf an Demenz erkrankte Patientinnen und Patienten eingehen und deren Verhalten richtig interpretieren kann, benötigt es vor allem Informationen zu folgenden Punkten:

- Pflegebedarf und Hilfebedarf im Alltag,
- Lebensgewohnheiten, Vorlieben, Bedürfnisse,
- Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden,
- Krankheiten, Diagnosen und laufende ärztliche Behandlungen,
- Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung,
- Verhaltensweisen, die z. B. Mitpatientinnen und Mitpatienten irritieren oder stören könnten.

In der Regel übermittelt die Hausärztin oder der Hausarzt bzw. die Fachärztin oder der Facharzt bereits mit der Überweisung besonders wichtige Informationen an das Krankenhaus.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft hat außerdem einen sehr hilfreichen Informationsbogen erstellt. Er wird von den Angehörigen und vertrauten Personen ausgefüllt und beinhaltet Fragen nach dem Pflege- und Hilfebedarf, nach Gewohnheiten und Bedürfnissen der bzw. des Demenzkranken und liefert dem Krankenhaus damit wichtige Informationen.

Entlassung

Der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung stellt eine besonders kritische Phase der Behandlungs- und Versorgungskette für die betroffenen Patientinnen und Patienten dar. Um hier Versorgungslücken durch mangelnde oder unkoordinierte Anschlussbehandlungen zu vermeiden, sind Krankenhäuser nach § 39 Abs. 1 a SGB V verpflichtet, ein effektives Entlassmanagement zur Unterstützung des Übergangs in die Anschlussversorgung zu gewährleisten. Der Rahmenvertrag „Entlassmanagement“ ist zum 1. Oktober 2017 für die Krankenhäuser verbindlich geworden. Danach haben Krankenhäuser zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientinnen und Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche durch die Anwendung eines geeigneten Assessments den patientenindividuellen Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig zu erfassen und einen Entlassplan aufzustellen. Bei der Aufstellung des Entlassplans erfolgt zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Anschlussmedikation und anderer verordnungs- bzw. veranlassungsfähiger

Leistungen (z. B. Kurzzeitpflege, Haushaltshilfe). Sobald Bedarf an einer Unterstützung durch die Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt auf, insbesondere bei Versorgungsbedarfen in den Bereichen Pflege (z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7 a des Elften Buchs des Sozialgesetzbuchs - SGB XI). Das Krankenhaus hat gemeinsam mit der Kranken- und Pflegekasse rechtzeitig vor der Entlassung die für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung zu organisieren, etwa die notwendigen Leistungserbringer zu kontaktieren (z. B. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Reha-Einrichtungen, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen) und für deren zeitgerechten Einsatz zu sorgen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. hat zu den Anforderungen des Entlassmanagements weitergehende Umsetzungshinweise für die Krankenhäuser veröffentlicht, in denen insbesondere die Mindestinhalte des Entlassplans festgehalten sind.