

Leitlinie

Lebensqualität als Maßstab

Altersgerechte Betreuung im Krankenhaus



Barmherzige Brüder
Trier e.V.

Impressum

Lebensqualität als Maßstab – Altersgerechte Betreuung im Krankenhaus

Herausgeber:

*Barmherzige Brüder Trier e. V. (BBT e. V.)
Kardinal-Krements-Strasse 1-5
56073 Koblenz
www.bb-trier.de*

Redaktion:

*Beate Helmer (Katholisches Klinikum Koblenz · Montabaur)
Ruth Klein (Zentrale BBT-Gruppe)
Andreas Latz (Zentrale BBT-Gruppe)
Dr. Markus Mai (Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier)
Prof. Dr. Matthias Maschke (Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier)
Brunhilde Oestermann (Zentrale BBT-Gruppe)
Dr. Frank Otten (Gemeinschaftskrankenhaus Bonn)
Dr. Ulrich Pannewick (St. Marienhospital Marsberg)
Dr. Thomas Rudy (Katholisches Klinikum Koblenz · Montabaur)
Gabriele Scharpff (Zentrale BBT-Gruppe)*

1. Auflage 2012

© Copyright Barmherzige Brüder Trier e. V., Koblenz.

Alle Rechte, auch des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Printed in Germany.



Vorwort

Der Vorstand und die Geschäftsführung der BBT-Gruppe stellen sich proaktiv den Herausforderungen, die mit der deutlichen Zunahme der alten und hochbetagten Menschen in der stationären Versorgung einhergehen und zu erwarten sind.

Deshalb wurde eine multiprofessionell zusammengesetzte Arbeitsgruppe gebildet, die im Rahmen eines Projektes Ausgangssituation, inhaltliche Schwerpunkte, Herausforderungen bis hin zu Handlungsempfehlungen erarbeitet hat. Dabei wurden auch verschiedene Modellprojekte bewertet und in die Projektarbeit einbezogen.

In dieser Projektgruppe waren im Wesentlichen die Kompetenzen Ethik, Medizin, Pflege, Sozialdienst sowie Betriebswirtschaft vertreten.

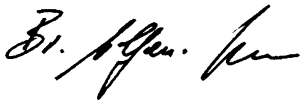
Die in der Leitlinie entwickelten Ideen, Rahmenbedingungen und Umsetzungsempfehlungen stellen uns vor die Herausforderung, diese an die jeweilige spezifische Situation der einzelnen Einrichtungen zu adaptieren, passende Lösungen zu entwickeln und bedarfsgerecht in konkrete Handlungsmaßnahmen zu überführen.

Vor diesem Hintergrund ist jede Einrichtung aufgerufen, sich aktiv mit dieser Leitlinie auseinanderzusetzen.

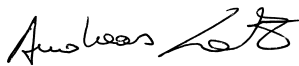
Mit herzlichen Grüßen,

die Geschäftsführung

Koblenz, 28. Februar 2012



Bruder Alfons-Maria Michels



Andreas Latz



Werner Hemmes



Günter Mosen

**Und dann eines Tages alt sein und noch
lange nicht alles verstehen,
nein, aber anfangen, aber lieben, aber ahnen,
aber zusammenhängen
mit Fernem und Unsagbarem,
bis in die Sterne hinein.**

Rainer Maria Rilke



Inhalt

Vorwort	3	5 Finanzierung	18
1 Einführung	6	5.1 Grundaussagen	18
2 Ethische Herausforderungen	7	5.2 Allgemeine Bewertung von zusätzlichem Aufwand im DRG-System	18
3 Zielsetzung der Leitlinie	8	5.3 Besonderheit Geriatrische Komplexbehandlung	19
4 Themenfelder	9	5.4 Aufwendige Pflege bei Erwachsenen	19
		5.5 Investitionen	19
4.1 Themenfeld Pflege und medizinische Betreuung	9	6 Zusammenfassende Bewertung	20
4.1.1 Organisationsstrukturen und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Disziplinen	9	7 Literaturangaben, Bezugsquellen von Materialien der BBT-Gruppe und hilfreiche Links	20
4.1.2 Kernkonzepte der Pflege u. Betreuung	9	7.1 Literaturangaben	20
4.1.3 Besondere medizinische Aspekte: Delir und Demenz	10	7.2 Materialien der BBT-Gruppe	21
4.1.4 Ernährung	11	7.3 Links	21
4.1.5 Milieugestaltung	11	Anhang	22
4.1.6 Medikamentenmanagement	12	Anhang 1:	
4.1.7 Zusammenarbeit mit Angehörigen und Bezugspersonen	13	Personalentwicklung zum Thema „Alter Mensch im Krankenhaus“	22
4.1.8 Möglichkeiten der Begleitung von Patienten im Krankenhaus	13	Anhang 2:	
4.1.9 Psychosoziale und seelsorgliche Begleitung und Beratung	13	Beispiel für eine SOP bei Delir	23
4.1.10 Personalentwicklung	14		
4.2 Themenfeld Aufnahme- und Entlassungsmanagement	15		
4.2.1 Aufnahmediagnostik und Screenings	15		
4.2.2 Sturzprophylaxe	15		
4.2.3 Patientensteuerung	16		
4.2.4 Aufnahme- und Entlassungsmanagement aus der Perspektive des Sozialdienstes	16		
4.3 Themenfeld Kooperation und Vernetzung	17		
4.3.1 Vernetzung innerhalb des Trägers	17		
4.3.2 Mitwirkung in Netzwerken u. Gremien	17		
4.3.3 Notwendige Kooperationen und Partnerschaften	17		

1. Einführung

Bevölkerungsentwicklung und Veränderungen der stationären Versorgung

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wird nach der aktuellen Vorausberechnung die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren in den kommenden Jahrzehnten stark zunehmen. Im Jahr 2030 werden etwa 37 Prozent der Einwohner in Deutschland zu den 60-Jährigen und Älteren zählen. Unter Berücksichtigung der prognostizierten Bevölkerungszahlen wird sich bis 2050 der Anteil der über 60-Jährigen auf 40 Prozent der Gesamtbevölkerung erhöhen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass ältere Menschen pflegebedürftig werden, steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. Von den über 80-Jährigen waren im Jahr 2007 rund 31 Prozent pflegebedürftig. Insgesamt zeigt sich bei vielen Krankheitsbildern ein enger Zusammenhang zwischen Alter und Krankheit. Zu den typischen Krankheitsbildern, die im Alter gehäuft auftreten, zählen dabei insbesondere Frakturen im Hüftbereich, Arthrosen, Herzinfarkt, Angina pectoris oder bösartige Nachbildungen der Bronchien und Lungen. Auch die Wahrscheinlichkeit für demenzielle Abbauprozesse steigt mit zunehmendem Alter.

Diese Veränderungen stellen unsere Gesellschaft vor große Herausforderungen und haben auch Auswirkungen auf die akutstationäre Versorgung älterer Menschen. Krankenhauseinweisungen stehen in der Mehrzahl in engem Kontext zum Alter der Patienten. 2008 war im Durchschnitt jeder zweite Krankenhauspatient 60 Jahre und älter. Insgesamt ist in den nächsten Jahrzehnten aufgrund der Bevölkerungsentwicklung mit einem deutlichen Anstieg der Krankenhausbehandlungen und des Altersdurchschnitts im Krankenhaus zu rechnen.

Unter Berücksichtigung eines Status Quo-Szenarios würde dies zwischen den Jahren 2008 und 2030 beispielsweise bedeuten, dass der Anteil der 80-Jährigen und Älteren von 13,9 Prozent auf 20,7 Prozent ansteigen könnte. Ähnliche Entwicklungen sind bei der Gruppe der 60- bis 80-Jährigen zu beobachten.

Der geriatrische Patient

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie definiert den Geriatrischen Patienten wie folgt:

Geriatritypische Multimorbidität und höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre und älter)

oder

Alter 80+ und alterstypische Vulnerabilität z. B. wegen des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen, der Gefahr der Chronifizierung sowie des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

(Bundesverband Geriatrie e.V. (Hrsg.) 2011, S. 13)

Dabei darf nicht vergessen werden, dass Gesundheit im Alter durch interne und externe Faktoren verändert werden kann.

Bekannt ist, dass Prävention, Gesundheitsförderung und die eigene gesundheitsförderliche Lebensgestaltung dabei einen entscheidenden Einfluss haben im Hinblick auf ein gesundes Lebensalter.

Somit macht es auch wenig Sinn, Alter ausschließlich anhand des chronologischen Alters zu definieren.

Auswirkungen einer veränderten Altersstruktur in den Krankenhäusern

Die Zunahme älterer Patienten ist bereits heute spürbar. In einem 2010 mit den Ärztlichen Direktoren der Einrichtungen der Barmherzige Brüder Trier-Gruppe durchgeführten Workshop wurden viele Herausforderungen deutlich benannt:

- In allen Krankenhäusern der BBT-Gruppe nimmt der Anteil älterer und hochaltriger Patienten zu.
- Patienten mit den typischen altersbedingten Handicaps wie zum Beispiel Schwerhörigkeit, Störungen in der Sensorik, Einschränkungen der Mobilität usw. erfordern in der Diagnostik und Therapie signifikant mehr Zeit. Insgesamt steigt der medizinische und pflegerische Betreuungsbedarf deutlich an.
- Unzureichende ambulante Nachsorgemöglichkeiten bzw. häusliche Unterstützungsmöglichkeiten werden im Hinblick auf die Entlassung häufig als problematisch erlebt.
- Das Personal in den Einrichtungen ist nur bedingt auf die Bedürfnisse der älteren Menschen vorbereitet: Dies gilt z. B. für den Bereich der demenzgerechten Betreuung. Gerade im Bereich der Versorgung Demenz-erkrankter ergeben sich auch haftungsrechtliche Probleme, z. B. bei Patienten, die weglaufgefährdet sind.

2. Ethische Herausforderungen

**Menschsein ist erst dort gegeben,
wo wir handeln
und uns einer Aufgabe widmen.
Oder dort, wo wir einen Menschen lieben,
indem wir ihn nicht nur
in seiner Einzigartigkeit erfassen,
sondern auch in seinem Wert bejahen.**

Victor E. Frankl

Die Frage der altersgerechten Versorgung der Menschen in unseren Krankenhäusern steht im Kontext des christlichen Selbstverständnisses und Werteprofils des Trägers. Der enorme medizinische Fortschritt und die Hightech-Medizin haben bei den Menschen im europäischen Kontext die Einstellung zu Krankheit, Leiden, Altern und Sterben grundlegend verändert. Alles scheint machbar und reparabel zu sein, doch das Leben ist und bleibt begrenzt und endlich.

Das christliche Menschenbild sowie die Werte und Leitbilder der Einrichtungen der BBT-Gruppe stellen die ganzheitliche Versorgung der Patienten in den Vordergrund. Wir achten das Leben in all seinen Lebensphasen und begegnen dem alten und kranken Menschen mit Achtsamkeit und Wertschätzung.

Eine gute medizinische Versorgung und Pflege alter Patienten schließt die Achtung der personalen Würde des Patienten, sein Selbstbestimmungsrecht und seine Selbstbestimmungsfähigkeit ein, auch wenn er diese aktuell nicht mehr ausüben kann. Die personale Würde ist im christlichen Sinne das Dasein Gottes in dem konkreten Leib, der persönlichen Lebensgeschichte des Patienten und seiner aktuellen Situation. Deshalb pflegen wir einen würdevollen Umgang mit den körperlichen, geistigen und spirituellen Bedürfnissen des Patienten.

Geistig spirituelle Herausforderungen und Fragen können sein: Hat das Leben noch einen Sinn – ich kann doch nichts mehr leisten? Wie soll das mit mir weitergehen? Komme ich nochmal nach Hause? Muss ich sterben oder wie lange kann ich noch mit der Krankheit leben? Wer ist an meiner Seite, wenn der Tod kommt? Wer hat ein Ohr für das, was mich innerlich beschäftigt? Mit wem kann ich nochmals einen liebevollen Blick auf alles Erlebte, auf mein Leben werfen? Wer ist da und hält mit mir meine Angst aus? Wer kümmert sich um meine Wohnung, meine Tiere? Wer hilft mir bei dem, was ich noch erledigen möchte?

Der alte Mensch benötigt Zeit und Raum zur Bewältigung all dieser Fragen und Erfahrungen und er braucht Menschen,

die auf diese Fragen kompetent und einfühlsam eingehen. Häufig fehlen soziale Netzwerke oder Familienangehörige, die eine entsprechende Versorgung, ein Zuhause und Geborgenheit garantieren können.

Aber auch der Leidensdruck der Angehörigen ist zu beachten. Diese sind oftmals überfordert mit der komplexen Situation, den im Raum stehenden Fragen und den anstehenden ethischen Abwägungen und Entscheidungen hinsichtlich möglicher therapeutischer Maßnahmen.

Multiprofessionelle Beratung und Begleitung

Wenn im Vorfeld mit Familienangehörigen niemals über Krankheit, Sterben und Tod gesprochen wurde und wenn keine Patientenverfügung vorliegt, bleibt die Frage, was dem Willen des Angehörigen entspricht oder entsprechen würde, unklar und schwer zu beantworten.

Fragestellungen, die sich auch aus ethischer Sicht in der medizinischen Versorgung alter Menschen stellen, können über eine Ethikberatung geklärt werden. Dazu stehen in den Krankenhäusern geschulte Moderatoren und Ethikberater zur Verfügung.

Mögliche ethische Fragen können sein:

- Welche therapeutische Maßnahme ist indiziert und entspricht dem Willen des Patienten (s. Gesprächsleitfaden Ethikberatung im Krankenhaus)?
- Ist der aktuelle Patientenwille bekannt? Liegt eine Patientenverfügung vor, und stimmen die dort formulierten Inhalte mit der aktuellen Situation überein?
- Ist der Patient aufklärungs- und entscheidungsfähig?
- Ist ein gesetzlicher Betreuer bestimmt und bekannt?
- Welche Grunderkrankungen bringt er mit?
- Welches Therapieziel ist angemessen und wird angestrebt: kurativ – palliativ?
- Was ist über die Lebensumstände des Patienten bekannt? Welche Lebens- und Wertvorstellungen prägen sein Leben und seine Einstellung zu Krankheit und Alter?
- Gibt es eine familiäre Versorgung oder soziale Einbindungen oder lebt der Patient desolat?
- Wie empfindet der Patient seine Lebensqualität?
- Was kann bereits bei Beginn der Behandlung im Blick auf die ambulante Versorgung und Betreuung in die Wege geleitet werden?
- Welche Ressourcen stehen zur Verfügung: a) beim Patienten persönlich, b) im sozialen Umfeld, c) über Sozialleistungen und gesetzliche Betreuung?

Psychosoziale und spirituelle Beratung der Angehörigen ist über den Sozialbegleitenden Dienst und über die Seelsorge, weitere Entlastung über Patienten begleitende Ehrenamtliche anfragbar.

Die wirtschaftlich-ethische Dimension in der Krankenversorgung

Gesundheit und Alter sind auch ein ökonomisches Gut. Ökonomische Grenzziehungen ergeben sich zum einen aus der ärztlichen Verpflichtung 'salus aegroti suprema lex' (lat. Das Heil des Patienten ist das oberste Gebot) und andererseits aus der Verpflichtung des Arztes zur Wirtschaftlichkeit im Rahmen der Vorgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das kann ethische Dilemmata hinsichtlich der Frage der gerechten Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel mit sich bringen. Das Alter an sich ist kein ethisch vertretbares Rationierungskriterium. Es kommt vielmehr darauf an, den Gesamtzustand des Patienten in den Blick zu nehmen und abzuwägen, was medizinisch indiziert, notwendig und sinnvoll ist. Es empfiehlt sich ein offener und konstruktiver Umgang mit diesen Dilemmata.

3. Zielsetzung der Leitlinie

Lebensqualität als Maßstab

Im Hinblick auf ältere, multimorbide Patienten können neben dem Aspekt der Wiedererlangung der Gesundheit andere Ziele entscheidender sein, an denen wir als Gesundheitsdienstleister aktiv mitwirken sollten. Der Aufenthalt im Krankenhaus ist häufig ein einschneidender Prozess, der körperliche oder geistige Veränderungen sichtbar macht und alte Menschen vor die Herausforderung stellt, Bereiche in ihrem Leben neu zu ordnen und zu organisieren. Als Maßstab können hier die Lebensqualität und Sicherstellung der Autonomie, Teilhabe und Partizipation am Leben dienen.

Damit ergeben sich folgende zentrale Ziele für die Behandlung und Betreuung älterer Patienten:

- Identifikation von Patienten mit erhöhtem Risiko für Folgekomplikationen und einem erhöhten Aufmerksamkeitsbedarf
- vorhandene Fähigkeiten zu erhalten oder wieder zu erlernen
- das soziale Umfeld zu unterstützen, um geeignete Lebens- und Wohnraumbedingungen sicherzustellen

Berücksichtigung der Vulnerabilität

Aufgrund ihrer Vulnerabilität stellt der Aufenthalt in einer Klinik für ältere Patienten meistens hohe psychische und physische Belastungen dar. Dabei stellt das Prinzip „soviel wie nötig, so wenig wie möglich“ eine Orientierungshilfe dar, mit der einzelfallbezogen die richtigen und angemessenen Interventionen geplant und durchgeführt werden sollten.

Weiterentwicklung der Strukturen und Prozesse in den akutstationären Einrichtungen

Ein weiteres Ziel der Leitlinie ist es, einen Prozess der Weiterentwicklung von Strukturen und Prozessen in den Einrichtungen im Hinblick auf entsprechende Betreuungskonzepte zu unterstützen. Dabei sind die jeweiligen Rahmenbedingungen, Schwerpunkte und Versorgungskonzepte vor Ort zu berücksichtigen. Die Leitlinie versteht sich in diesem Zusammenhang als Orientierungshilfe und soll Anregungen auf dem aktuellen Stand der Diskussionen im Bereich geriatrischer Modelle im deutschen Raum geben.

4. Themenfelder

4.1 Themenfeld Pflege und medizinische Betreuung

4.1.1 Organisationsstrukturen und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Disziplinen

Geriatrische Krankheitsverläufe sind selten nur auf eine bestimmte Krankheit beschränkt. Häufig werden im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes komplexere Krankheitsbilder sichtbar, die auch komplexere Behandlungsstränge erfordern.

Mit der Zielsetzung, dass für geriatrische Patienten die Wiedererlangung eines möglichst hohen Maßes an Autonomie und Fürsorge verbunden ist, wird deutlich, dass ganzheitliche, medizinische und pflegerische Interventionen erforderlich sind, die die Bereitschaft und das Zusammenwirken unterschiedlicher Professionen und Disziplinen erfordern. Dies gilt selbstverständlich unabhängig davon, in welcher Fachdisziplin ein Patient primär behandelt wird.

In der Praxis kann dieses Zusammenwirken in unterschiedlichen Organisationsformen stattfinden. Dabei sind die jeweiligen Rahmenbedingungen, fachlichen Schwerpunkte und strategischen Potentiale der eigenen Klinik zu berücksichtigen.

Beispiele für Organisationsstrukturen und Möglichkeiten der interdisziplinären Zusammenarbeit:

a) Geriatrische Stationen

Auf entsprechenden Stationen werden ältere Menschen aufgenommen, die häufig an mehreren, meist chronischen Krankheiten leiden und die bei einer akuten Verschlechterung von Pflegebedürftigkeit bedroht sind. Entsprechende Stationen bieten neben akutmedizinischer Diagnostik und Therapie eine frühzeitige Rehabilitationbehandlung an mit dem Ziel, die Fähigkeit zu einer selbstständigen Lebensführung zu erhalten oder wiederherzustellen. Daneben besteht auch in Einrichtungen ohne eigene geriatrische Fachabteilungen die Möglichkeit, auf Stationen mit einem hohen Anteil an geriatrischen Patienten, spezielle Raum- und Betreuungskonzepte zu etablieren.

b) Altersmedizinische Konsiliardienste

Werden in der Regel auf Anordnung des Stationsarztes tätig und unterstützen die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei typischen altersbedingten Krankheitsbildern.

c) Kontraktmodelle

Hier werden regelmäßig bei geriatrischen Patienten, Patienten mit gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern oder bei bestimmten Risiko- und Diagnosegruppen entsprechende fachliche Expertisen hinzugezogen.

d) Medizinisch-pflegerische Liaisondienste

Dabei handelt es sich um einen umfassenden Ansatz, der sich derzeit noch weitgehend in der Erprobungsphase befindet. Dabei ist eine regelmäßige Präsenz des Konsiliars auf den jeweiligen Stationen vorhanden. Zusätzlich gehören zu Liaisondiensten multidisziplinäre Teams, an denen gerontopsychiatrisch ausgebildete Pflegekräfte beteiligt sind.

Des Weiteren können zum Beispiel Ergotherapeuten, Ernährungsberater oder Physiotherapeuten in die Teams eingebunden werden. Die Unterstützung ist dabei nicht auf die Dauer des Krankenhausaufenthalts beschränkt, sondern wird durch entsprechende Netzwerke weitergeführt. Auf die Entwicklung entsprechender Strukturen ist insbesondere unter dem Aspekt der Personalentwicklung hinzuwirken.

4.1.2 Kernkonzepte der Pflege und Betreuung

Betreuung und Pflege bei Demenz

Wenn demenzerkrankte Patienten in ein Akutkrankenhaus müssen, stehen die Segel schnell auf Sturm: Pflege, Diagnostik und Therapie geraten dabei oftmals in Widerspruch zu den Bedürfnissen, die Demente in ihrer Lebensgestaltung haben, und werden dementsprechend als bedrohlich wahrgenommen.

Ein Wechsel des Lebensumfeldes in dieser gravierenden Weise, wie es eine Krankenseinweisung bedingt, kann dabei die Symptomatik der Demenz weiter verstärken.

Ziel der pflegerischen Betreuung ist es hier, Patienten möglichst optimal darin zu unterstützen, die Zeit des Aufenthaltes gut zu bewältigen. Im Bereich der Altenhilfe finden sich unterschiedliche Konzepte und Betreuungsansätze, die zur Begleitung von Menschen mit Demenz herangezogen werden können.

So trägt beispielsweise der **biografische Ansatz** dazu bei, dass Handlungen und Aussagen des Patienten für Außenstehende nachvollziehbar werden und Gewohnheiten und Bedürfnisse, soweit dies in der Krankenhausroutine möglich ist, berücksichtigt werden können. Auch Kenntnisse aus der **Validation** können dazu dienen, die Kommunikation mit Demenzerkrankten zu verbessern.

Das Wissen um **personenzentrierte Pflege** nach dem Verständnis von Tom Kitwood (2008) kann den pflegerischen Prozess ebenfalls unterstützen.

Im Krankenhaus können die vorgestellten Verfahren, insbesondere dann, wenn die Versorgung dementer Patienten nicht an einer zentralen Stelle erfolgt, nur teilweise zur Anwendung kommen. Dennoch sollten die daraus abgeleiteten Kernaspekte und Haltungen in die Pflegepraxis vor Ort einfließen. Im Rahmen von Maßnahmen zur Personalentwicklung sollten grundsätzliche Aspekte mit den Mitarbeitern trainiert werden.

Betreuung und Pflege älterer Patienten

Die Pflege und Betreuung sollte grundsätzlich danach ausgerichtet werden, die vorhandenen Funktionen und Fähigkeiten des Patienten zu erhalten und zu fördern. Somit wird die Anamnese im Hinblick auf vorhandene Aktivitäten des Patienten essentiell. Das oberste Ziel, einen weitgehenden Autonomieerhalt und die Förderung der Selbstständigkeit, sollte die Basis für die Gestaltung des gesamten Pflegeprozesses darstellen.

Schmerzen im Alter

Der 2004 erschienene und ab 2012 in einer aktualisierten Fassung vorliegende Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bezeichnet ältere Menschen und ältere Menschen mit kognitiven Einschränkungen als vulnerable Patientengruppe. Hier wird von einer hohen Schmerzprävalenz ausgegangen und betont, dass das Erkennen von Schmerzen eine besonders hohe Herausforderung im Hinblick auf die pflegerische Kompetenz darstellt.

An dieser Stelle wird empfohlen, bei der Implementierung des Expertenstandards die Zielgruppe der älteren Menschen im Hinblick auf geeignete Assessmentinstrumente und die Unterstützung der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie besonders in den Fokus zu nehmen.

4.1.3 Besondere medizinische Herausforderungen: Delir und Demenz

Demenz

Als Demenz betrachtet man im Allgemeinen den erworbenen Verlust kognitiver Funktionen aufgrund einer abnormalen Hirnfunktion. Einige Definitionen beinhalten das Kriterium der chronischen Progredienz, die eine Gedächtnisstörung einschließt. Abzugrenzen von der Demenz ist das Delirium, bei dem es sich im Gegensatz zur chronisch progredienten

Beeinträchtigung bei der Demenz um einen akuten Verwirrheitszustand handelt. Klinisch kann die Unterscheidung zwischen Delirium und Demenz schwierig sein. Ein akuter Beginn, insbesondere in Verbindung mit einer Bewusstseinsstörung, eine Aufmerksamkeitsstörung und die Störung der Konzentration deuten eher auf ein Delirium hin.

Insgesamt erfordert die Abklärung einer Demenz eine mittlerweile genaue differentialdiagnostische Zuordnung zu einzelnen Demenzformen wie der Demenz vom Alzheimer Typ, der vaskulären Demenz, frontotemporalen Demenz oder Demenz vom Lewy Körper Typ. Neben diesen häufigsten Demenzformen gibt es jedoch eine Vielzahl anderer Erkrankungen, die bedacht werden müssen. Wichtige Differenzialdiagnosen sind vor allem Dehydratationen und andere ernährungsbedingte Enzephalopathien. Diese treten insbesondere bei älteren Patienten auf, die u.a. mit Diuretika oder Benzodiazepinen behandelt werden. Klinisch relevant sind die chronischen Elektrolytstörungen, Eiweiß- und Vitaminmangelsyndrome sowie chronische metabolische Störungen. Wichtig bei älteren Patienten sind ferner strukturelle intrakranielle Abnormalitäten (hierunter Liquorzirkulationsstörungen wie der Normaldruckhydrozephalus oder Raumforderungen wie chronische Subduralhämatome oder Tumoren), die ebenfalls zu demenziellen Syndromen führen können.

Insgesamt ist wahrscheinlich, dass die Anzahl der dementen Patienten bis 2050 drastisch zunehmen wird, was bereits auch in der Laien- und Fachpresse ausführlich dargestellt wurde. Auch vor diesem Hintergrund müssen sich akutstationäre Einrichtungen infrastrukturell und personell mit diesem Thema auseinandersetzen.

Delir

In der ICD-10-Klassifikation werden das nicht durch Alkohol bedingte Delir und akute Verwirrheitszustände als ätiologisch unspezifische Syndrome unter F05 zusammengefasst. Grundsätzlich können Delir und Verwirrheitszustände in jedem Lebensalter auftreten, sind jedoch bei geriatrischen Patienten am häufigsten. Frühere Untersuchungen zeigten, dass ein Verwirrheitszustand bei einem Drittel der älteren hospitalisierten Patienten auftritt und zu einer signifikanten Verlängerung der Behandlungsdauer als auch Zunahme der Behandlungskosten führt [Inouye 1999].

Ätiologisch ist der akute Verwirrheitszustand bzw. das Delir häufig multifaktoriell und meist eine Kombination aus vorbestehender Erkrankung (z. B. Demenz) und neu hinzugekommenen exogenen oder endogenen Faktoren (Exsikkose, Infektion, neue

medikamentöse Therapie). Dabei ist zu beachten, dass medikamentöse Nebenwirkungen in 22 bis 39 Prozent aller reversiblen Verwirrheitszuständen ursächlich sind [Chan und Brennan 1999]. Das diagnostische Vorgehen und differentialdiagnostische Erwägungen sind in Anlage 2 dargestellt.

Die klinische Symptomatik setzt sich aus psychischen, neurologischen und autonomen Symptomen zusammen, die Symptombeschreibung des ICD-10-GM 2005 unter F10.4 und F05 ist für den klinischen Gebrauch wenig hilfreich. Die Kernsymptome des Delirs umfassen vorübergehende Bewusstseinsstörungen und kognitive Defizite. Alle anderen im Folgenden genannten Symptome sind zwar häufig, aber fakultativ.

Symptomgruppe des exogenen Reaktionstyps

- Gedächtnisstörungen, Desorientiertheit und Denkstörungen (oft verworren, vorbeirend und weitschweifig)
- psychomotorische Unruhe mit Jaktationen der Extremitäten oder des Kopfes und Antriebssteigerung mit Bettflucht, Übererregbarkeit, Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen; bei schweren Verläufen Bewusstseinsstörungen, selten Koma
- affektive Störungen mit Heiterkeit oder Angst (Selbst- und Fremdgefährdung!)
- epileptische Anfälle bei 20 Prozent, bevorzugt im anlaufenden Delir („Prädelir“)

Symptomgruppe der halluzinatorischen Psychose

- illusionäre Verkennungen mit Beziehung zum Alkohol (Pfleger wäre der Kellner)
- szenisch-optische und taktile Halluzinationen (Würmer, Käfer, kleine Elefanten laufen auf der Haut, häufig haben die Halluzinationen einen Bezug zu Szenen aus dem Alltagsleben des Patienten), seltener akustische (z.B. Marschmusik, Akoasmen) und andere Halluzinationen
- Suggestibilität (Patient liest von einem leeren Blatt ab, trinkt aus dem imaginären Glas, bindet Knoten ohne Faden)
- bisweilen Paranoia und andere Wahnformen

Symptomgruppe der neurovegetativen Entgleisung

- Fieber bis 38,5 °C
- Hypertonie bis 180/110 mmHg (teilweise auch Hypotonie)
- Tachykardie
- bisweilen Hyperventilation
- profuse Hyperhidrose
- grobschlägiger Tremor (8-9 Hz)
- Hyperreflexie, bisweilen Mydriasis

4.1.4 Ernährung

Die Zielsetzung im Hinblick auf die Ernährung älterer Patienten im Krankenhaus ist es zum einen, Mahlzeiten anzubieten, die den Wünschen, Bedürfnissen und biografischen Gewohnheiten der Patienten entsprechen und zugleich so ausgewogen sind, dass bestehender Mangelernährung entgegengewirkt bzw. Mangelernährung vorgebeugt wird.

Im Bereich der Ernährung kann der Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege hier eine zentrale Orientierung und Leitlinie darstellen.

Die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme stellt für das Pflegepersonal im Krankenhaus eine besondere Herausforderung dar, da die Betreuung der Patienten oftmals viel Geduld und Zeit erfordert. Gerade bei Patienten mit Schluckstörungen oder Patienten, die im Rahmen eines Rehabilitationsprozesses Fähigkeiten wiedererlernen sollen, sollten Hilfsmittel zur Nahrungsaufnahme zur Verfügung stehen, die den Rehabilitationsprozess unterstützen. Dazu zählt beispielsweise geeignetes Essbesteck oder die Verwendung von rutschfesten Unterlagen.

Genauso wichtig wie die Implementierung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege ist es, entsprechende Standards zur Sicherstellung einer angemessenen Flüssigkeitsversorgung und Dehydrationsprophylaxe insbesondere für die Pflege älterer Patienten zu implementieren.

Die Implementierung eines auf die Bedürfnisse älterer Patienten ausgerichteten Ernährungs- und Flüssigkeitsmanagements ist eine multiprofessionelle Aufgabe, der sich Küchenteams und Ernährungsassistenten gemeinsam mit Medizin und Pflege stellen sollten.

4.1.5 Milieugestaltung

Aufgrund der teilweise kurzen Aufenthaltsdauer von Menschen in Krankenhäusern ist eine individuelle Gestaltung des Milieus, insbesondere in räumlicher Hinsicht, sehr schwer. Hier geht es letztlich darum, ein Mindestmaß an Gestaltungselementen bereitzustellen, das eine weitgehende Individualisierung ermöglicht. Dabei können auch bauliche Mindeststandards eine hilfreiche Unterstützung darstellen.

Ungünstige Eigenschaften des Milieus können das bestehende Krankheitsbild verschlimmern oder ggf. zu Erstmanifestation von Symptomen einer latent vorhandenen Krankheit (z. B. Verwirrheitszustände) führen. Milieugestaltung im

Krankenhaus ist eine interprofessionelle Herausforderung und muss letztlich von allen, den Patienten versorgenden Mitarbeitern entsprechend berücksichtigt und umgesetzt werden. Eine wichtige Voraussetzung zur Schaffung von guten Milieus, insbesondere im sozialen Umfeld, ist die bezugspflegerische und bezugsärztliche Versorgung der Patienten.

Auch die Aspekte Biografiearbeit und Validation sind der Milieugestaltung zuzurechnen. Insofern kann man hier von einem übergeordneten Begriff ausgehen, auch wenn die genannten Aspekte separat aufgeführt werden.

Je nach Krankheitsbild bzw. Krankheitsphase (Demenz, Depression oder Aggression) und biografischer Erfahrung sind unterschiedliche Formen der Milieugestaltung erforderlich.

Bei der Milieugestaltung geht es einerseits um die räumliche Gestaltung, die Ausstattung des Raums mit Möbeln, Beleuchtung und Farben sowie andererseits um die Gestaltung der zwischenmenschlichen Beziehung, die von Wertschätzung und Zuwendung geprägt sein soll. Ein drittes Element stellt die Gestaltung bzw. Strukturierung eines sinnvollen Tagesablaufs dar, womit Desorientierung entgegengewirkt werden und Sicherheit vermittelt werden soll.

Insgesamt hat eine Milieuorientierung immer das Ziel, die Lebensqualität der Patienten zu verbessern.

Zum Beziehungsaufbau und zur Gestaltung eines passenden Umfeldes sind biografische Daten über den jeweiligen Patienten erforderlich.

Perrar et al. (2011, S. 258ff) formulieren einige Grundregeln für eine gute Milieugestaltung:

- Vermeidung von Deprivation durch Über- oder Unterreizung
- Sicherung der Umgebung
- Unterstützung von Kompetenz und Status
- Vermeidung von Konflikten
- Förderung sozialer Kontakte
- Aktivierung in verschiedenen Lebensbereichen zur Verfügung stellen
- Nutzung religiöser und spiritueller Angebote

4.1.6 Medikamentenmanagement

Die Heterogenität von Multimorbidität im Alter macht die Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien, die empfehlen, welche Krankheiten mit wie vielen Medikamenten unter dem Aspekt einer Nutzen-Risiko-Betrachtung und unter Sicherstellung der Medikamenteneinnahme erfolgen soll, eigentlich unmöglich.

Zentrale Aufgabe des therapeutischen, multiprofessionellen Behandlungsteams ist es daher, ein individuelles Medikationsmanagement zu erstellen, im Verlauf der Behandlung zu überwachen und anzupassen.

Dazu ist es zwingend notwendig, über Kenntnisse der prinzipiell vorhandenen Veränderungen bei einem alten Menschen zu verfügen, die sich auf

- Veränderung der Morphologie des Körpers,
- Veränderung der physiologischen Funktionen,
- Veränderung der Pharmakokinetik und -dynamik,
- Veränderung der psychosozialen Situation in Bezug auf kognitive Defizite oder die soziale Einbindung beziehen.

In der individuellen Therapieplanung bedarf es dann der konkreten Überprüfung des jeweiligen Grades der Veränderung und der genauen Einschätzung der psychosozialen Begleitumstände.

Prinzipiell gilt in der Pharmakotherapie für alte Menschen der Grundsatz der Beschränkung auf die absolut notwendigen Medikamente, um nicht allein durch die große Zahl von verordneten Medikamenten eine Pharmakotherapie von vornherein zu vereiteln, sowie der Grundsatz des Abwägens vom Zugewinn der Lebensqualität gegenüber den Risiken einer unbehandelten Erkrankung.

Wenngleich eine leitlinienbasierte Pharmakotherapie beim alten Menschen nicht zielführend erscheint, ist es empfehlenswert, standardisiert die zentralen Fragen mit dem therapeutischen Team, den Angehörigen und dem Patienten zu beantworten, um zu einem fundierten Therapiebeschluss zu gelangen:

- Welche Krankheiten sind unbedingt behandlungsbedürftig? Wurden nichtpharmakologische Behandlungsansätze geprüft oder versucht?
- Welche Organfunktionen sind verändert und müssen bei der Auswahl der Medikamente und deren Dosierung berücksichtigt werden?
- Welche Medikamente nimmt der Patient bereits (auch Selbstmedikation)?
- Sind bei der Zahl, Auswahl und Dosierung der zu verordnenden Medikamente eingeschränkte Organfunktionen und mögliche Arzneimittelinteraktionen, aber auch die psychosoziale Situation berücksichtigt?
- Ist der Patient und/oder seine Angehörigen ausreichend informiert und wird die Therapie akzeptiert? Ist eine verlässliche Medikamenteneinnahme sicherzustellen?
- Ist die Einnahmeanweisung für den Patienten verständlich oder braucht er Hilfestellung (z.B. Dispenser)?

- Erhöht die verordnete Medikation das Sturzrisiko oder begünstigt sie u.U. Verwirrheitszustände, u.a. bei Exsikkose?
- Ist ein Follow-up der Pharmakotherapie und das rechtzeitige Interventions bei Arzneimittelnebenwirkungen oder -interaktionen durch den verordnenden Arzt sichergestellt?

Nur durch die gewissenhafte Analyse können die Risiken der Pharmakotherapie im Alter minimiert und die Chance eines Behandlungserfolges gesteigert werden.

4.1.7 Zusammenarbeit mit Angehörigen und Bezugspersonen

Gerade für ältere Patienten oder Patienten mit demenziellen Erkrankungen stellen Angehörige und sonstige nahestehende Personen eine wichtige Ressource dar, die soziale Orientierung, psychische Unterstützung und Unterstützung im Rahmen des Behandlungsprozesses bieten können.

Gleichwohl sind Bezugspersonen und Angehörige oft selbst mit der Situation überfordert, einen nahestehenden Menschen im Kranksein zu erleben und zu begleiten. Dies gilt insbesondere, wenn im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zügige Entscheidungen im Hinblick auf die Weiterversorgung des Patienten getroffen werden müssen.

In Deutschland stellen Angehörige nach wie vor die größte Gruppe der informellen Unterstützer im Bereich Pflege und sonstiger Hilfen dar. Dementsprechend gilt es, Angehörige, die vor der Entscheidung stehen, selbst eine Pflege zu Hause zu übernehmen, oder bereits pflegen, in diesem Prozess gut zu begleiten. Damit kann rechtzeitig einer psychischen und physischen Überlastung vorgebeugt, und die Möglichkeiten der Entlastung im Rahmen der regionalen Netzwerke aufgezeigt werden.

Um Angehörige in den Betreuungs- und Behandlungsprozess gut zu integrieren, können folgende Fragen als Orientierung dienen:

- Sind in unserer Einrichtung Ansprechpartner für Angehörige klar definiert?
- Gibt es Möglichkeiten für Angehörige, bei schweren Krankheitsverläufen in der Nähe der Patienten zu bleiben?
- Welche Formen der Beratung und Information bieten wir für Angehörige an?
- Wie begleiten und unterstützen wir Angehörige im Rahmen ethischer Entscheidungsprozesse und im Hinblick auf die Klärung der Nachsorgemöglichkeiten?

4.1.8 Möglichkeiten der Begleitung von Patienten im Krankenhaus

Um dem ganzheitlichen Versorgungsauftrag und der Wertschätzung des alten Patienten gerecht zu werden, sind die Krankenhäuser zunehmend mehr auf ehrenamtliche Dienste für unterstützende Begleitmaßnahmen angewiesen.

Zum Ehrenamtsmanagement wurde auf Trägerebene ein Rahmenkonzept entwickelt. Darin wird auch zum Ausdruck gebracht, dass Ehrenamtliche, die demenziell erkrankte Menschen und deren Angehörige im Krankenhaus begleiten, entsprechend qualifiziert sein müssen.

Ein Basiswissen zum Krankheitsbild Demenz sowie Möglichkeiten der adäquaten verbalen und nonverbalen Kommunikation sind Voraussetzungen für den unterschiedlichen Einsatz von Ehrenamtlichen. Diese können desorientierte Patienten begleiten, sie durch Dasein und kleine Aktivitäten beruhigen oder das Verweilen im Krankenhaus erleichtern.

Ein Konzept zur Qualifizierung Ehrenamtlicher in der Begleitung von demenziell erkrankten Menschen wurde 2011 entwickelt. Die Umsetzung des zugehörigen Qualifizierungskonzeptes wird ab Mitte 2012 über das Netzwerk Ehrenamt koordiniert.

4.1.9 Psychosoziale und seelsorgliche Begleitung und Beratung

Alte Menschen leben in unserer Gesellschaft in ganz unterschiedlichen Lebensumständen. Es ist nicht selbstverständlich, dass es noch Bezugspersonen oder ein familiäres Umfeld gibt, das sich um den alten Menschen kümmert. Die Anzahl alleinlebender alter Menschen nimmt zu. Auch die unterschiedlichen finanziellen Rahmenbedingungen alter Menschen werden insbesondere bei der ambulanten Nachversorgung eine zunehmend größere Rolle spielen. Weil soziale oder familiäre Netzwerke nicht mehr eine unmittelbare Weiterversorgung garantieren können, ist es erforderlich, die psychosoziale und seelsorgliche Begleitung von Anfang an ins therapeutische Team mit einzubeziehen, um den Lebenskontext des alten Patienten in den Blick zu nehmen.

Ad hoc-Überleitungen oder -Entlassungen werden aufgrund der knapper werdenden finanziellen Ressourcen nicht so schnell möglich sein; auch wären diese ethisch nicht vertretbar.

Die Erfahrung der unumkehrbaren Gebrechlichkeit und des körperlichen Verfalls löst Fragen und Ängste, körperliches und seelisches Leiden bei den Betroffenen, aber auch bei den Angehörigen und Mitarbeitenden aus.

Mögliche Fragen könnten sein:

- Wie werde ich mein Alter bewältigen? Wäre ein solcher Zustand für mich noch lebenswert?
- Wie gelingt es mir, Abschied zu nehmen von dem, was mein Leben ausgemacht hat: Partner, Familie, Besitz und Geltung?
- Wie gelingt es mir, mit der zunehmenden Abhängigkeit von anderen Menschen zurechtzukommen?
- Hat das Leben noch einen Sinn, wenn ich nichts mehr tun kann? Werde ich wertgeschätzt als Mensch?
- Was wird nach dem Leben kommen? Gibt es einen Gott, auf den ich mich verlassen kann?
- Wie betrachte ich mein Leben in der Rückschau? Gibt es noch etwas, was offen, was unversöhnt ist?
- Mit wem kann ich über meine Einsamkeit sprechen? Wer ist in der letzten Stunde für mich da?
- Was brauche ich, um Abschied nehmen zu können?
- Was tröstet mich und gibt mir noch Halt, wenn aller Halt zu schwinden droht?
- Endlichkeit wird überall erfahrbar und gleichzeitig ist die Sehnsucht nach Unendlichkeit, nach ewigem Leben wach.

All das und vieles mehr können Fragen in der seelsorglichen Begleitung sein. Die Kirche bietet darüber hinaus auch die Möglichkeit der Ermutigung, der Stärkung und der Hoffnung im Empfang der Krankensalbung, der Eucharistie, der Segnung und des Gebetes.

Nicht nur Seelsorgerinnen und Seelsorger, sondern alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten achtsam sein für die seelsorglichen und spirituellen Bedürfnisse der Patienten und entsprechend Seelsorgerinnen und Seelsorger hinzuziehen, wo diese gewünscht sind oder auch Entlastung für das eigene Handeln geben. Ausführlicheres zu diesem Bereich bietet das Seelsorgekonzept des Trägers und der Einrichtung.

Interkulturelle, ethisch-religiöse Herausforderungen

Unsere Gesellschaft ist multikulturell und multireligiös. In Zukunft werden auch immer mehr alte Menschen aus anderen Kulturen und mit anderen Weltanschauungen Patienten im Krankenhaus sein.

Aufgabe wird es sein, diese Themen und Herausforderungen in der medizinischen und pflegerischen Ausbildung wie in der innerbetrieblichen Fortbildung aufzugreifen und entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen anzubieten.

4.1.10 Personalentwicklung

Eine zwingende Voraussetzung zur Erreichung einer möglichst hohen Durchdringung dieses Konzeptes für das Praxisfeld stellen adäquate Maßnahmen zur Personalentwicklung dar. Daher gilt es neben der dezentralen Perspektive, die sich auf die direkte Versorgung der Patienten in den einzelnen Stationen und Funktionsbereichen bezieht, auch eine zentrale Perspektive, bei der die krankenhausesweite Versorgung durch zentrale Funktionen, beispielsweise geriatrisch ausgebildete Pflegekräfte, im Fokus steht, in den Blick zu nehmen.

Maßnahmen der Personalentwicklung zur Verbesserung der Versorgung älterer Patienten im Krankenhaus müssen sich dabei auf alle, die betreffenden Patienten versorgenden Mitarbeiter sowie auf ehrenamtliche Personen beziehen. Aussagen zur Personalentwicklung sind als Empfehlung dem Anhang beigelegt.

Im Rahmen der Konzeptumsetzung sollten sich die einzelnen Einrichtungen explizit mit dem Thema auseinandersetzen und, einrichtungsbezogen, passgenaue Konzepte für Personalentwicklungsmaßnahmen erarbeiten.

4.2 Themenfeld Aufnahme- und Entlassungsmanagement

4.2.1 Aufnahmediagnostik und Screenings

Die Auswahl und der Einsatz der geeigneten Instrumente sollte unter folgenden Kriterien erfolgen:

- a. **Nützlichkeit:** Das Screening- oder Assessmentinstrument sollte praktikabel sein und ohne großen Aufwand eingesetzt werden können. Die Ergebnisse sollten handlungsanleitend sein und eine klare Aussagekraft besitzen. Die Nützlichkeit eines Instrumentes ist auch dahingehend zu überprüfen, zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen.
- b. **Validität und Reliabilität:** Es sollten Aussagen dazu vorhanden sein, ob das Instrument in der Lage dazu ist, das, was es messen soll, auch zu messen, und ob das Instrument stabile Ergebnisse liefert.
- c. **Kompatibilität:** Die eingesetzten Instrumente sollten zur Gesamtkonzeption passen und möglichst mit anderen Disziplinen abgestimmt sein bzw. von unterschiedlichen Disziplinen genutzt werden können.

Ein Überblick über verschiedene Assessments findet sich beispielsweise im Anhang Liste „Links“ (Screeninginstrumente).

Im Rahmen einer geriatrischen Komplexbehandlung müssten ggf. deutlich mehr Assessments angewandt werden als während der üblichen Behandlung geriatrischer Patienten auf einer internistischen, neurologischen oder chirurgischen Station. Bei Erhebung kognitiver Defizite in der pflegerischen oder auch ärztlichen Aufnahmeanamnese bietet sich vor dem Hintergrund der ubiquitären Verbreitung des Testes der Mini Mental State Test (MMST) an, auch wenn er deutliche Lücken in einzelnen Domänen aufweist. Alternativ kann der Demtect angewandt werden, der aber in der Regel zeitaufwendiger ist. Sollte jedoch eine geriatrische Komplexbehandlung geplant sein, so sind deutlich aufwendigere Screeningmaßnahmen notwendig, wobei zur Planung eine entsprechende Expertise einer Akutgeriatrie eingeholt werden sollte. Beim MDK sind folgende Assessments häufig notwendig:

MMSE, FIM, Barthelindex, Demtect, HADS, Timed-up-and-go-Mobilitätstest nach Tinetti, Handkraftmessung, logopädische Tests wie BIAS, AST, Dysarthrie-Untersuchung, Dysphagie-Screening.

4.2.2 Sturzprophylaxe

Im Alter sind Stürze ein sehr häufiges Phänomen. Im Krankenhaus steigt ein eventuell vorher schon vorhandenes Sturzrisiko. Neben den echten Sturzereignissen, bei denen die Personen auf einer tieferen Ebene zum Liegen kommen, spielen auch die sogenannten Beinahestürze eine entscheidende Rolle. Sie sind im Hinblick auf die Sturzprophylaxemaßnahmen den echten Sturzereignissen gleichzusetzen, weil sie aufgrund derselben Mechanismen vonstattengehen. Zwar führen nur etwa 30 Prozent aller Sturzereignisse zu sicht- und spürbaren somatischen Folgen. Dennoch haben unabhängig davon Sturzereignisse das Potential, das Verhalten der Betroffenen nachhaltig zu verändern. Aus Angst vor erneuten Stürzen schränken diese häufig ihre Mobilität ein, was zur weiteren Verschlechterung des Mobilitätszustandes führen kann. Wesentliche Maßnahmen zur Sturzvermeidung sind die Risikoerkennung und die risikoadäquate Versorgung der Patienten. Dabei führen nur multifaktoriell, jeweils auf den einzelnen Patienten abgestimmte Maßnahmen zur Sturzprävention zum Erfolg. Neben den zuvor genannten Maßnahmen spielt die Achtsamkeit bei der Sturzvermeidung eine entscheidende Rolle. Eine wesentliche Aufgabe besteht also darin, die Patienten sowie deren Umfeld, also auch die im primären Umfeld des Patienten Arbeitenden achtsam zu machen. Patienten, die etwa aufgrund kognitiver Einschränkungen nicht mehr selbst die nötige Achtsamkeit aufbringen können, muss vom Umfeld eine assistierte Achtsamkeit entgegengebracht werden. Bei Patienten, bei denen krankheitsbedingt Sturzereignisse nicht zu vermeiden sind, müssen Maßnahmen zur Reduktion von Sturzfolgen ergriffen werden. Der nationale Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“ sowie Leitlinien zur Sturzprävention einzelner medizinischer Fachgesellschaften sollten bei der Implementierung von Konzepten zur Sturz- bzw. Sturzfolgeprävention Berücksichtigung finden.

4.2.3 Patientensteuerung

Bisher muss sich der Patient auf die Organisations- und Ablaufstrukturen des Krankenhauses einstellen und davon geht letztlich auch das Personal aus. Die Abläufe im Krankenhaus setzen derzeit voraus, dass ein Patient

- kooperativ ist
- seine eigenen Bedürfnisse äußern kann
- die Bedürfnisse anderer Patienten berücksichtigen kann
- sich schnell durch das System bewegt
- entlassen werden kann, wenn das akute Problem behoben ist.

Der/die Kranke soll sich demnach an die Bedürfnisse des Klinikbetriebes anpassen.

Aufgrund der Gesamtsituation vieler alter und hochbetagter Patienten muss sich die Organisation des Krankenhauses aber zumindest zukünftig auf den Patienten einstellen.

Für die alten und hochaltrigen Patienten sind neben ihrer Erkrankung viele Faktoren eines Krankenhausaufenthaltes schädlich:

- unbekannte Umgebung
- Hektik, Lärmpegel
- fehlende Nachtruhe
- wechselndes Personal
- starrer Tagesablauf ohne Raum für individuelle Bedürfnisse
- diagnostische Untersuchungen
- Therapien: Eingriffe, Medikamente

Diese und ggf. weitere Faktoren führen zu den bereits beschriebenen Problemen hinsichtlich Manifestation oder Verschlimmerung des bestehenden Krankheitsbildes.

Eine Umorientierung für die Betreuung und Begleitung des Patienten vom Aufnahme- bis zum Entlassungstag ist deshalb unerlässlich, da folgende Parameter dringlich zu berücksichtigen sind, um zum Wohle des Patienten, aber auch zur Optimierung der Versorgungsstrukturen zu handeln:

- unbedingt Doppeluntersuchungen vermeiden
- auch Routine-Untersuchung nach Indikation hinterfragen
- Untersuchung nur, wenn daraus eine Konsequenz folgt
- ruhige Atmosphäre – Zeit
- Begleitung
- Begrenzung aufs Wesentliche
- profitiert diese/r Patient/in davon?

- macht diese prophylaktische Maßnahme Sinn?
- Abwägen potentiell positiver und negativer Folgen
- Berücksichtigung der erhöhten Vulnerabilität
- Reevaluation dieser Entscheidungen

Es ist deshalb ein Umdenken bei allen Beteiligten und eine Anpassung der Prozess- und Ablaufstruktur erforderlich. Um den Patienten angemessen und auf seine Bedürfnisse ausgerichtet durch den Krankenhausbetrieb zu führen und zu begleiten, sind feste Ansprechpartner unerlässlich.

4.2.4 Aufnahme- und Entlassungsmanagement aus der Perspektive des Sozialdienstes

Der Begriff „Entlassungsmanagement“ sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Entlassung älterer Patienten grundsätzlich bereits mit der Aufnahme beginnt. Je nach Aufnahmegrund kann es sogar sinnvoll sein, den Prozess vor der Krankenhauseinweisung miteinzubeziehen (Prä-Entlassungsmanagement). Beispielsweise wenn durch eine geplante Operation in der Folge die Nutzung von Gehstöcken erforderlich ist, und hier bereits Trainings im Vorfeld möglich sind oder vorübergehende Maßnahmen nach der Entlassung, wie zum Beispiel Nachsorgemaßnahmen, schon frühzeitig geplant werden können.

Da die Aufnahme älterer Patienten fast immer mit der Gefahr weiterer Funktionseinschränkungen verbunden ist, sollte die Aufnahme auch einer strengen Indikationsstellung unterliegen.

Bei älteren Patienten sollten folgende Grundregeln beachtet werden:

- Sozialdienst so früh wie möglich einschalten, um ein gegenseitiges Kennenlernen zu ermöglichen, eine ausreichende Begleitung während des Krankenhausaufenthaltes sicherzustellen und passgenaue Nachsorgekonzepte entwickeln zu können,
- Nutzung geeigneter Assessmentbögen, die gemeinsam von Pflegedienst und Sozialdienst entwickelt werden,
- Entwicklung von Nachsorgekonzepten durch Zusammenarbeit mit ambulanten, teilstationären und stationären Nachsorgeeinrichtungen,
- Zusammenarbeit mit externen Beratungsstellen,
- Nutzung von Überleitbögen, die möglichst im regionalen Verbund vereinheitlicht sind.

4.3 Themenfeld Kooperation und Vernetzung

Zur Sicherstellung geeigneter Nachsorgekonzepte sind Netzwerk und Kooperationen an den jeweiligen Standorten unabdingbar. Am Beispiel der Palliativversorgung beschreibt Paul Herrlein (2009) die notwendigen Voraussetzungen, um Netzwerk und Kooperationen sinnvoll gestalten zu können, folgendermaßen:

- Bewusstsein eines Versorgungsbedarfes muss vorhanden sein
- Erfahrung von Hindernissen bei der Versorgung sollten berücksichtigt werden
- Erkenntnis der eigenen, begrenzten Möglichkeiten
- Einsicht, dass Barrieren nur gemeinsam überwunden werden können
- Das Wissen um die Kontakt- und Koordinierungsfunktion des Netzwerkes

Ein Beispiel für gelungene Vernetzung stellt die „Rote Mappe“, herausgegeben von den Diensten und Einrichtungen der katholischen Gesundheits- und Altenhilfe im Kreis Paderborn, dar. Die Mappe enthält persönliche und allgemeine Informationen für Patienten und Angehörige zum Thema Demenz. Bei Verlegung eines Patienten innerhalb des Netzwerkes werden alle relevanten Informationen wie Stammdaten, biografische Angaben oder aktuelle Medikamente weitergeleitet und kontinuierlich aktualisiert.

4.3.1 Vernetzung innerhalb des Trägers

Die BBT-Gruppe verfügt über Einrichtungen mit unterschiedlichsten Dienstleistungsschwerpunkten im Bereich der Gesundheitsförderung und Pflege. Zu den Angeboten zählen medizinische Versorgungszentren, Beratungsangebote, stationäre, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen, aber auch niedrigschwellige Betreuungsangebote. An allen Standorten sollten die vorhandenen Leistungsangebote innerhalb der BBT-Gruppe so vernetzt sein, dass Nachsorgekonzepte Hand in Hand funktionieren und die jeweils bestmögliche Nachsorgemöglichkeit ausgeschöpft werden kann. Dazu zählt ebenfalls eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der standortbezogenen Dienstleistungsstrukturen. Dies schließt auch einen standortübergreifenden Erfahrungsaustausch und die Weiterentwicklung standortübergreifender Konzepte mit ein.

4.3.2 Mitwirkung in Netzwerken und Gremien

Die Notwendigkeit einer engen Verzahnung von regionalen Strukturen wird auch von politischer und verbandlicher Seite erkannt und gefördert. Hier sollte sichergestellt werden, dass Mitarbeiter der Einrichtungen in allen relevanten Netzwerken und Gremien vertreten sind und sich somit proaktiv an der Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen beteiligen. Dazu könnte auch die Weiterentwicklung von Fort- und Weiterbildungsangeboten im Bereich geriatrischer Versorgung gehören.

4.3.3 Notwendige Kooperationen und Partnerschaften

Zur langfristigen Entwicklung passgenauer Versorgungsverbünde sind alle Einrichtungen aufgefordert, ihre vorhandenen Kooperationen und Partnerschaften zu überprüfen und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

Dies könnte folgende Versorgungsbereiche umfassen:

- Beratungsstellen wie zum Beispiel Pflegestützpunkte
- ambulante Dienste
- Hochschulen
- Ehrenamtsdienste
- Apotheken
- ambulante und stationäre Hospize
- Hospizvereine
- Einrichtungen für Betreutes Wohnen
- stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen
- Behörden
- Haus- und Fachärzte, MVZs
- Rehabilitationseinrichtungen – ambulant und stationär
- Selbsthilfegruppen

5. Finanzierung

Betrachtet man die vielen Aspekte, die im Rahmen einer optimierten altersgerechten Betreuung relevant sind, stellt sich zunächst die Frage der (Re-)Finanzierungsmöglichkeiten. Daher werden im Folgenden relevante Aspekte zu finanziellen Aspekten der Versorgung und Betreuung dargestellt.

5.1 Grundaussagen

Mehr als ein Drittel der 2010 stationär versorgten Patienten (ohne Psychiatrie/Psychosomatik) sind 70 Jahre und älter (35,83 Prozent). Allerdings liegt ihre durchschnittliche Verweildauer mit 8,98 Tagen mehr als zwei Tage über der Durchschnittsverweildauer aller Patienten (6,8 Tage) und somit wurden fast die Hälfte (47 Prozent) der im Durchschnitt der 2010 in der Bundesrepublik belegten Betten von ihnen benötigt (Quelle: destatis).

In den Krankenhäusern der BBT-Gruppe zeigt sich im Jahr 2010 ein vergleichbares Bild:

- 32,9 Prozent der behandelten 116.530 Patienten des Jahres 2010 waren 70 Jahre und älter,
- ihre Verweildauer betrug 8,22 Tage im Vergleich zu sieben Tagen für alle Patienten,
- 38,86 Prozent von den 2.223 im Jahr 2010 in den Krankenhäusern der BBT-Gruppe jahresdurchschnittlich belegten Betten entfielen auf die Patienten ab 70 Jahre.

Die Finanzierung der stationären Patientenversorgung im somatischen Bereich ist seit 2003 im DRG-System verankert. Der stationäre Aufenthalt des jeweiligen Patienten wird mit einer Fallpauschale abgerechnet. Diese Fallpauschale ist abhängig von der Erkrankung und der Art der Behandlung in einem bundeseinheitlichen Katalog bewertet und führt in die abrechenbare DRG. Der Fallpauschalenkatalog ist nach Organsystemen geclustert und unterscheidet zwischen operativen (z. B. Oberschenkelfraktur, Magenkarzinom), medizinischen (Herzinfarkt, Lungenentzündung) und anderen Fallpauschalen (z. B. Koloskopie, Koronarangiografie). Variationen in der Bewertung der Fallpauschalen ergeben sich u. a. durch die Verweildauer (Abschläge oder Zuschläge) und behandlungsbedürftige Nebenerkrankungen sowie besonderen Aufwand (Beatmung), die die sogenannte Fallschwere beeinflussen. Gegebenenfalls ist ein Zusatzentgelt für besondere Leistungsinhalte abrechenbar.

Grundlage für die Ermittlung der Bewertungsrelationen sind reale Kalkulationen, in die der von den Kalkulationshäusern

ermittelte Aufwand einfließt. Damit wird nachvollziehbar, wie sich die Patientengruppen in den einzelnen DRGs zusammensetzen, und somit auch das der Kalkulation zugrunde liegende Durchschnittsalter. Dementsprechend kann die Bewertung der jeweiligen Fallpauschale auch einen Bezug zum Lebensalter und der Multimorbidität beinhalten. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass in einer Fallpauschale auch der sogenannte „Hotelbereich“ vergütet wird, der nicht unmittelbar mit der medizinischen Versorgung in Verbindung steht, aber einen Teil des Gesamterlöses ausmacht.

5.2 Allgemeine Bewertung von zusätzlichem Aufwand im DRG-System

Systembedingt sind die mit der Versorgung hochaltriger Patienten zusammenhängenden besonderen Herausforderungen z. B. durch demenzielle Veränderungen, Delir, Unter- oder Mangelernährung als Nebendiagnosen zu dokumentieren, sofern hier ein besonderer Aufwand entsteht.

Die Nebendiagnose ist in den Deutschen Kodierrichtlinien definiert als: „Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“

Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- therapeutische Maßnahmen
- diagnostische Maßnahmen
- erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Allerdings müssen die verschlüsselten Nebendiagnosen bzw. Prozeduren in der Patientenakte nachvollziehbar sein (gerichts-feste Dokumentation), ansonsten kann ein erwarteter Mehrerlös durch die Prüfung des Medizinischen Dienstes wieder entfallen.

Es bedeutet jedoch nicht, dass durch die qualifizierte und abschließende Dokumentation in jedem Fall ein zusätzlicher Erlös entsteht.

Die vollständige Kodierung und die Kongruenz der verschlüsselten Diagnosen und Prozeduren in der Patientenakte und im Entlassungsbericht sind zentrale Punkte bei der hausindividuellen Überprüfung einer zutreffenden Kodierung und essentiell für die Abrechnung.

In einigen DRGs finden sich Altersbezüge, die von vornherein (auch) das höhere Lebensalter als Besonderheit bewerten

(z. B. Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff). Im Katalog 2011 sind das elf DRGs.

5.3 Besonderheit Geriatrische Komplexbehandlung

Darüber hinaus finden sich nur wenige Fallpauschalen, die zielgerichtet eine komplexe Versorgung des alten und multimorbiden Patienten in die Finanzierung einbeziehen. Für die sogenannte Geriatrische Komplexbehandlung sind im Entgeltkatalog 2011 insgesamt 15 DRGs vorgesehen. Die Bewertung für diese Patienten liegt ca. 40 bis 50 Prozent über dem Erlös der eigentlichen DRGs ohne geriatrische Komplexbehandlung. Inhaltlich sind in diesen DRGs zusätzlich frührehabilitative Strukturen bewertet.

Allerdings ist die Abrechnung an den Nachweis von umfangreichen Strukturvoraussetzungen geknüpft, insbesondere Personal (definiertes geriatrisches Team unter fachärztlicher Leitung), aber auch in Bezug auf die Räumlichkeiten (geriatrische Einheit). Für die am Patienten zu erbringenden Leistungen sind Mindestvorgaben an die Zahl der Therapeuten, der Therapieeinheiten und die Zahl der Behandlungstage geknüpft. Die Abrechnung der Komplexpauschale greift aber erst ab mindestens 14 Behandlungstagen und 20 Therapieeinheiten à 30 Minuten.

Dem höheren Erlös für die geriatrische Komplexbehandlung steht somit ein zusätzlicher Aufwand für qualifiziertes Personal, Assessments, Teambesprechungen etc. gegenüber.

Für Patienten, die für diese Form der Komplexbehandlung nicht in Betracht kommen, oder die aus unterschiedlichen Gründen nicht die Mindestzahl der vorgegebenen Therapieeinheiten erreichen, bleibt es bei der Zuordnung in eine entsprechende DRG.

Eine entsprechende Dokumentation und Kodierung ist unerlässlich.

Exkurs Psychiatrie

Für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik ist ab 2013 optional, ab 2015 verpflichtend ein „DRG-System Psychiatrie“ vorgesehen. Die ersten Entwürfe hierzu liegen vor.

Bislang wird in der Psychiatrie durch die Anwendung der Psych-PV ein besonderer Personalbedarf für die gerontopsychiatrischen Patienten ermittelt. Allerdings ist in Psychiatrischen Krankenhäusern bzw. in entsprechenden Fachabteilungen durch die gesetzlichen Vorgaben der Beitragsstabilität im Regelfall eine Deckungslücke zwischen finanzierten und realen Personalkosten vorhanden.

Ein Ausblick auf die Strukturen des neuen Entgeltsystems ist derzeit noch nicht möglich. Allerdings wird nach derzeitigem Stand frühestens ab 2017 eine Anpassung an einen landesweit geltenden Basisentgeltwert erfolgen. Zum heutigen Zeitpunkt kann das einzelne Krankenhaus nicht einschätzen, ob diese Entwicklung positiv oder negativ auf das hausindividuelle Budget wirken wird.

5.4 Aufwendige Pflege bei Erwachsenen

In den Jahren 2009 bis 2011 konnten die Krankenhäuser durch das Förderprogramm Pflege zusätzliches Pflegepersonal einstellen, dabei war eine Eigenleistung (zehn Prozent) der Krankenhäuser erforderlich. Diese krankenhaushausindividuell vereinbarten Mittel werden ab 2012 in die Landesbasisfallwerte einfließen. Im ersten Schritt ist für die aufwendige Pflege bei Erwachsenen ein Zusatzentgelt im DRG-Entgeltkatalog vorgesehen. Ebenso wie bei der geriatrischen Komplexbehandlung ist hier eine umfassende und aufwendige Dokumentation erforderlich. Die Einstufung des Patienten erfolgt nach sogenannten Aufwandspunkten in fünf Stufen.

Im ersten Schritt ist für das Jahr 2012 nur ein Zusatzentgelt für Erwachsene vorgesehen, da die Dokumentationsquantität und -qualität für eine weitere Differenzierung nicht ausreicht.

Derzeitige Erkenntnis ist, dass diejenigen Krankenhäuser, die zum Jahr einen Budgetanteil aus dem Förderprogramm Pflege zur Verfügung hatten, durch die Systemumstellung nicht mehr einen vergleichbaren Betrag Erlösen können.

5.5 Investitionen

Personalstrukturen werden ausschließlich über die abrechenbaren Entgelte finanziert (laufende Betriebskosten).

Im Rahmen der dualen Finanzierung obliegt den Bundesländern nach Maßgabe ihrer Landeskrankenhausesetze die Investitionsfinanzierung. Dies wird länderspezifisch durch pauschale Fördermittel, Einzelförderung (in der Regel: Festbetragsförderung), Baupauschale sichergestellt. Innerhalb dieser Vorgaben ist ggf. Raum für Investitionen in bauliche Veränderungen.

6. Zusammenfassende Bewertung

Das derzeitige Finanzierungssystem ist nur in geringem Maße auf die besonderen Bedürfnisse der alten Patienten ausgerichtet. Wenn möglich, sollten die im Finanzierungssystem abgebildeten Strukturen allerdings genutzt werden, um die Patientenversorgung zu verbessern.

Der wesentliche Teil des Veränderungsprozesses wird allerdings darin bestehen, durch Veränderung der Organisations- und Ablaufstrukturen die Versorgung zu optimieren und dadurch gleichermaßen eine positive Veränderung für den Patienten und die Mitarbeiter zu erreichen.

Wir hoffen, dass diese Leitlinie Ihnen Anregungen geben kann, sich mit dem Thema Altersgerechte Betreuung in ihrer Einrichtung auseinanderzusetzen, und möchten sie ermutigen, im interdisziplinären Dialog nach kreativen Lösungen zur Verbesserung der altersgerechten Betreuung im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten zu suchen.

Ihr Projektteam

**Eine altersgerechte Betreuung
im Krankenhaus ist immer eine
anspruchsvolle und interdisziplinäre
Aufgabe – an 365 Tagen!**

Dr. Thomas Rudy

7. Literaturangaben und hilfreiche Links

7.1 Literatur

Brandenburg H., Huneke M.:

Professionelle Pflege alter Menschen.

1. Auflage, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart, 2006

Bundesverband Geriatrie e.V. (Hrsg.):

Weißbuch Geriatrie: Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status Quo und Weiterentwicklung. 2. Auflage, Stuttgart, 2011

Cameron et al.:

Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals (Cochrane-Review 2010)

Chan D., Brennan NJ. Delirium:

Making the diagnosis, improving the prognosis.

Geriatrics. 1999 Mar; 54(3): 28-30, 36, 39-42

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege:

Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Osnabrück, 2009

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege:

Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Springer-Verlag, Osnabrück, 2004

Gatterer G.:

Multiprofessionelle Altenbetreuung;

2. Auflage, Springer-Verlag, Berlin, 2007

Herrlein, P.:

Handbuch Netzwerk und Vernetzung in der Hospiz- und Palliativversorgung. Wuppertal, 2009

Inouye SK.:

Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. Dement Geriatr Cogn Disord. 1999 Sep-Oct; 10(5): 393-400

Kitwood, T.:

Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Huber-Verlag, Bern, 2008

Köther I. (Hrsg.):
Altenpflege. 3. Auflage, Thieme-Verlag, Stuttgart, 2011

Kruse, A; Wahlö, H.-W.:
Zukunft Altern: Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Spektrum, Heidelberg, 2010

Mai, M.:
Das Sturzrisiko von Patienten im Krankenhaus. Verlag Dr. Hut, München, 2010

Perrar K.-M. et al:
Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe. 2. Auflage, Thieme-Verlag, Stuttgart, 2011

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.):
Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Ausgabe 2, Wiesbaden, 2010

Stiftung Wohlfahrtspflege NRW (Hrsg.):
Handbuch „Demenzkranke Patienten im Krankenhaus“. Hannover, 2010

Tideiksaar R.:
Stürze und Sturzprävention. 2. Auflage, Huber-Verlag, Bern, 2008

7.2 Materialien der BBT-Gruppe

- Leitfaden: Räumlich-technische Erfordernisse für die Versorgung alter Menschen im Krankenhaus. Zu beziehen über das Brüderkrankenhaus Barmherzige Brüder Trier: s.reinert@bk-trier.de oder s.allar@bk-trier.de
- Das Ethikkomitee im Geschäftsfeld Alten- und Behindertenhilfe, Psychiatrie der BBT-Gruppe. Zu beziehen über info@bb-trier.de
- Pflegeleitbild der Krankenhäuser der BBT-Gruppe. Zu beziehen über info@bb-trier.de
- Leitlinie zum Umgang mit Patientenverfügungen. Zu beziehen über info@bb-trier.de
- Rahmenkonzept der BBT-Gruppe zum Ehrenamt in den Einrichtungen. Zu beziehen über info@bb-trier.de

7.3 Links

Kuratorium Deutsche Altershilfe:
www.kda.de

Schulungen, Tagungen, regelmäßige Newsletter, Fördermittel für kleinere Projekte, umfangreiche Materialien rund um das Thema Alter

Deutsche Alzheimergesellschaft:
www.deutsche-alzheimer.de

Schulungen, Tagungen, regelmäßige Newsletter, umfangreiche Materialien zum Thema Demenz und Alzheimer, Informationen für Angehörige, fördert größere Forschungsvorhaben im Bereich Alzheimerforschung

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.:
www.dggg-online.de

Veranstaltungshinweise, Mitteilungen zur Tätigkeit, Tagungsberichte sind teilweise ebenfalls online

Deutsche Gesellschaft für Neurologie:
www.dgn.org

Leitlinien, Veranstaltungshinweise, Kongresskalender

Kompetenzzentrum Geriatrie MDS:
www.kcgeriatrie.de

Geriatrisches Screening, Tagungen

Demenzsupport Stuttgart:
www.demenz-support.de

Publikationen, Fortbildungen, Modellprojekte

Anhang

Anhang 1: Personalentwicklung zum Thema „Alter Mensch im Krankenhaus“

1.) Zielgruppen:

- Ärzte
- Pflegekräfte
- ehrenamtliche Personen
- weitere Mitarbeiter mit Patientenkontakt
z. B. Physiotherapeuten
- ggf. Management

2.) Organisationsebene zentral

Abhängig von Konzeption und Strategie der Einrichtung ggf. weitergebildete Fachkraft für die Versorgung von alten Menschen, die allen Bereichen des Krankenhauses als Ressource (Beratung, Schulung und Information) zur Verfügung steht, z. B.

- Altenpflegerin mit Zusatzausbildung Gerontopsychiatrie
- Krankenschwester mit Zusatzausbildung Gerontopsychiatrie
- Pflegeexperte für Menschen mit Demenz (DBfK)
- Weiterbildung in Pflegeberatung und Case Management, ggf. Mediziner mit Zusatzausbildung zum Geriater für Liaisondienste

3.) Organisationsebene dezentral

a. Fortbildungsthemenbereiche allgemein:

- Allgemeine Situation „Alter Mensch“ (Zahlen, Daten, Fakten)
- Normal Aging (Was sind die normalen Einschränkungen des Alterns)
- ethische Aspekte des Alterns
- Demenz Grundwissen
- weitere vulnerable Gruppen (Frailty, Osteoporose, Mangelernährte)
- Mobilität/Bewegung/Bewegungsdrang/Bewegung als Ressource (Vermeidung von Bettlägerigkeit), Prophylaxeaspekt (Dekubitus, Sturz, Atmung, Thrombose, Pneumonie, Verdauung)
- Sturzrisiko
- Gesundheitsförderung im Alter
- herausforderndes Verhalten
- Spiritualität im Alter
- Alterssimulation mit Hilfsmitteln (Simulationsanzug, Tremorhandschuhe)

b. Zusätzliche Themenbereiche für Ärzte

- Demenz (medizinische Perspektive)
- Erlösaspekte alter Menschen im DRG-System (z.B. Kom-

- plexpauschale, besondere Nebendiagnosen)
- Medikation („gute und schlechte“, Verträglichkeiten)
- ggf. Information über Angebote bzw. Beratungsmöglichkeiten aus dem häuslichen Bereich
- Beziehungspflege und Zusammenarbeit mit Angehörigen

c. Zusätzliche Themenbereiche für Pflegefachkräfte

- Demenz/Delir (medizinische Perspektive)
- Demenz/Delir (Wissen über Biografiearbeit, Validation und personenzentrierte Pflege, milieugestalterische Ansätze)
- Grundlagen der Kommunikation mit Demenzerkrankten (verbal/non-verbal)
- Beziehungspflege und Zusammenarbeit mit Angehörigen
- ggf. Information über Angebote bzw. Beratungsmöglichkeiten aus dem häuslichen Bereich

d. Zusätzliche Themenbereiche für Ehrenamtliche Demenz/Delir (Umgang mit diesen Patienten)

- e. Zusätzliche Themenbereiche für Managementpersonen
Bedeutung des Themas für die Einrichtung aus organisatorischer und ökonomischer Perspektive

4.) Möglichkeiten der Umsetzung

Ggf. Erstellung eines speziellen Anforderungsprofils als Zusatzprofil

Fortbildung über Modulsystem

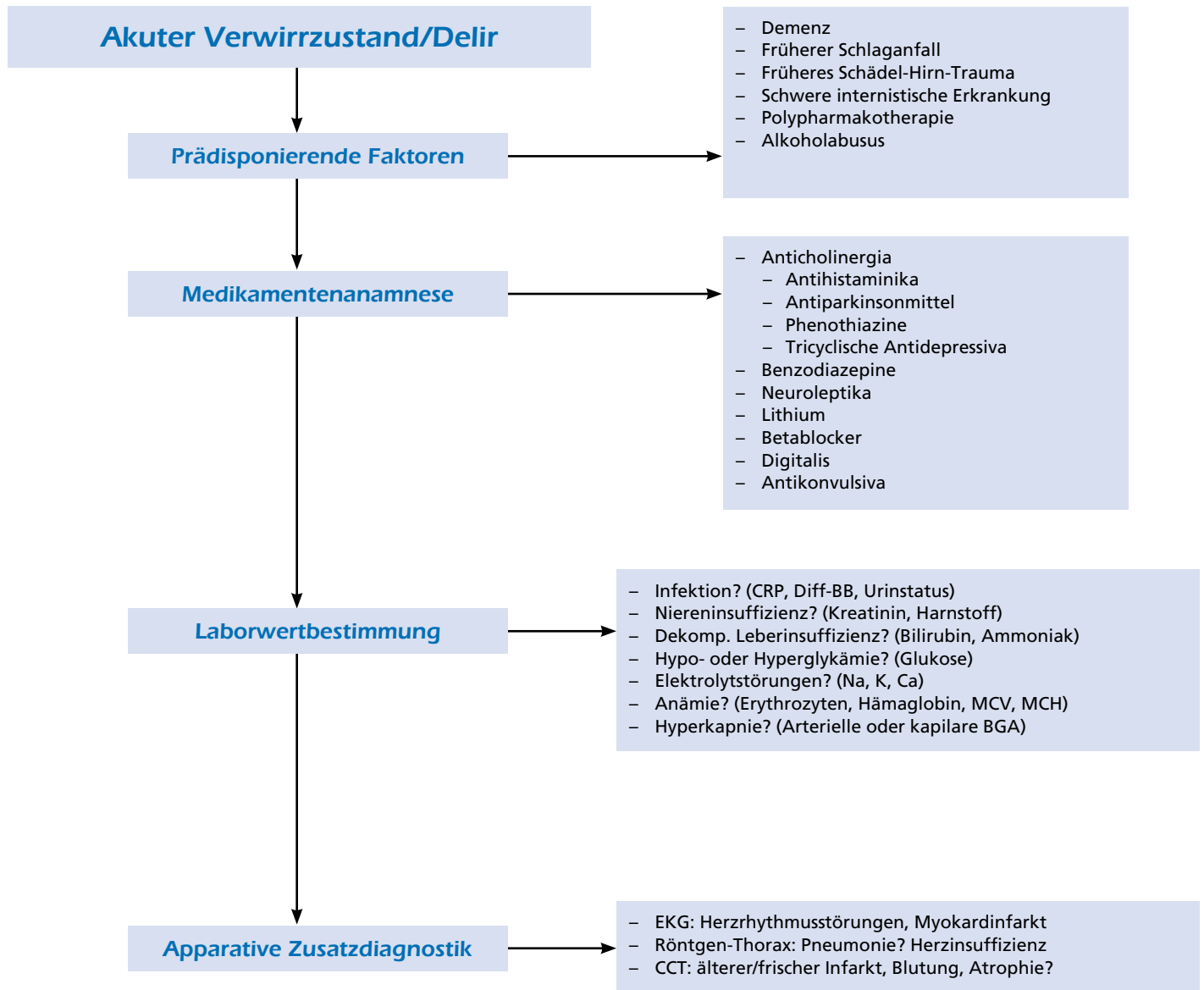
- Präsenzschulung
- Blended Learning
- Alterssimulationstraining mit Alterssimulationsanzug GERT

Grundsätzlich sollten die Mitarbeiter entsprechend ihrem individuellen Entwicklungsbedarf geschult werden. D.h., dass aus den vorstehenden Modulen nur immer jeweils diejenigen belegt werden sollen, bei denen ein entsprechender Bedarf besteht.

- Hospitation im Sinne des „Training on the job“ in Bereichen, in denen beispielsweise alte oder demente Patienten versorgt werden (z. B. geriatrische Stationen, Demenzeinheiten in Altenpflegeeinrichtungen)
- Beratung/Reflexion auf Teamebene sowie auf individueller Ebene

- Reflektierte Einarbeitung/Sensibilisierung durch Experten vor Ort

Anhang 2: Beispiel für eine SOP bei Delir



**„Eine Gesellschaft, die das Alter nicht erträgt,
wird an ihrem Egoismus zugrunde gehen.“**

Willi Brandt

