

Doppelt hilft besser bei Demenz

Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Projekt:
Neue Wege bei der Betreuung von Patienten mit Demenz
im Krankenhaus Lübecke



Mit freundlicher Unterstützung



Gefördert durch die

Robert Bosch Stiftung

DOPPELT HILFT BESSER BEI DEMENZ

1. INHALT

1.	Inhalt.....	1
2.	Vorwort	5
3.	Menschen mit Demenz im Spiegel der Statistik	7
3.1	<i>Zentrale Kennzahlen und prognostizierte Entwicklungen</i>	<i>7</i>
3.2	<i>Regionale Kennzahlen und prognostizierte Entwicklungen.....</i>	<i>8</i>
3.3	<i>Regionale Modellprojekte und Vorhaben zur Versorgung</i>	<i>11</i>
4.	Stand des Wissens: Menschen mit Demenz im Krankenhaus.....	13
4.1	<i>Ergebnisse aus publizierten Projekten.....</i>	<i>14</i>
4.2	<i>Ergebnisse aus weiterführender Literatur</i>	<i>16</i>
5.	Geschichte und Ziele des Projektes	20
5.1	<i>Handlungsfeld: Angehörigenbeteiligung</i>	<i>21</i>
5.2	<i>Handlungsfeld: Elektive Aufnahmesteuerung</i>	<i>21</i>
5.3	<i>Handlungsfeld: Parallele Diagnostik und Therapie.....</i>	<i>21</i>
5.4	<i>Handlungsfeld: Fachlicher Input.....</i>	<i>22</i>
6.	Finanzierung und Mittelverwendung im Projekt.....	22
7.	Projektorganisation und -verlauf-	23
7.1	<i>Organisation des Projektes</i>	<i>23</i>
7.2	<i>Phasen und Verlauf des Projektes</i>	<i>25</i>
7.3	<i>Maßnahmen im Projekt.....</i>	<i>26</i>
7.3.1	<i>Bildungsmaßnahmen im Projekt.....</i>	<i>26</i>
7.3.2	<i>Verfahrensentwicklung im Projekt</i>	<i>27</i>
7.3.3	<i>Maßnahmen zur Ausstattungsverbesserung.....</i>	<i>28</i>

7.3.4	<i>Öffentlichkeitsarbeit im Projekt</i>	28
8.	Zielerreichung des Projektes.....	29
8.1	<i>Schematische Übersicht zur Zielerreichung</i>	29
8.2	<i>Hemmende Faktoren im Projekt</i>	35
8.3	<i>Förderliche Faktoren im Projekt</i>	36
9.	Weiterführende Projektergebnisse.....	38
9.1	<i>Projektergebnisse am Beispiel ausgewählter Fallgeschichten</i>	38
9.2	<i>Projektergebnisse am Beispiel ausgewählter Befragungsergebnisse</i>	41
10.	Handreichung für interessierte Einrichtungen.....	48
11.	Literaturliste	53
12.	Anhang.....	56

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Prognose des Zuwachses an über 75-jährigen im Großraum Bielefeld	9
Abbildung 2: Projektion der Zunahme ambulant versorgter Pflegebedürftiger bis 2030	10
Abbildung 3: Erweiterter regionaler Versorgungsatlas spezifischer Angebote.....	13
Abbildung 4: Projektübersicht zum Themenkomplex "Demenz im Krankenhaus"	16
Abbildung 5: Identifizierte Handlungsfelder im Projekt.....	21
Abbildung 6: Organigramm der Projektstruktur	24
Abbildung 7: Projektphasen und ausgewählte Meilensteine	25
Abbildung 8: Bildungsmaßnahmen im Rahmen der Projektdurchführung.....	27
Abbildung 9: Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit	29
Abbildung 10: Schematische Übersicht zur Zielerreichung.....	30
Abbildung 11: Einschätzungen zum Umfang und zum Interesse an einem Rooming-in.....	31
Abbildung 12: Anzahl der Nennungen zu Aussagen zum Rooming-in.....	32
Abbildung 13: Ergebnisse Pflegendenbefragung zur Basisschulung Demenz (N=33)	34
Abbildung 14: Ergebnisse Pflegendenbefragung zur Patientensicherheit (N=33).....	42
Abbildung 15: Ergebnisse Pflegendenbefragung zu Projektergebnissen (N=33)	43
Abbildung 16: Ergebnisse Pflegendenbefragung zum Lernerfolg durch das Projekt(N=33).....	44
Abbildung 17: Ergebnisse Pflegendenbefragung beobachteter Veränderungen (N=33)	44
Abbildung 18: Bewertung des Projektes durch die Pflegenden.....	45
Abbildung 19: Versorgungsangebot aus der Perspektive der Netzwerker (N=23).....	46
Abbildung 20: Einschätzung zum Rooming-in aus der Perspektive der Netzwerker (N=23)	47
Abbildung 21: Stufenplan einer modellhaften Umsetzung	48

MITARBEITER IM PROJEKT:

IN ALPHABETISCHER REIHENFOLGE

Name	Organisation	Funktion/ Bereich	Gremienarbeit
Frau Blome	Leben mit Demenz	Fachkundiges Vereinsmitglied	Facharbeitsgruppe
Frau Bohn	Krankenhaus Lübbecke	Stationsleiterin	Facharbeitsgruppe
Frau Eikenhorst	Krankenhaus Lübbecke	Gesundheits- und Krankenpflegerin	Facharbeitsgruppe
Herr Gärtner	Krankenhaus Lübbecke	Stationsleiter	Facharbeitsgruppe
Frau Große	Leben mit Demenz	Angehörigenrat	Facharbeitsgruppe
Herr Emme von der Ahe	Leben mit Demenz	Vorstandsmitglied	Steuerungsgruppe
Herr Dr. Fahrinsland	Krankenhaus Lübbecke	Oberarzt Urologie	Steuerungsgruppe
Frau Haase	Krankenhaus Lübbecke	Ärztin Innere Medizin	Facharbeitsgruppe
Herr Hartmann	Krankenhaus Lübbecke	Geschäftsführer	Steuerungsgruppe
Herr Heinbokel	Leben mit Demenz	Vorstandsmitglied und Sprecher Angehörigenrat	Facharbeitsgruppe/ Steuerungsgruppe
Frau Hoppmann-Witte	Krankenhaus Lübbecke	Ärztin Urologie	Facharbeitsgruppe
Frau Hübner	Krankenhaus Lübbecke	Stationsleiterin	Facharbeitsgruppe
Herr Prof. Dr. Isfort	Dt. Institut für angewandte Pflegeforschung	Wissenschaftliche Begleitung	Facharbeitsgruppe / Steuerungsgruppe
Herr Köster	Krankenhaus Lübbecke	Leitung zentrale Notfallaufnahme	Facharbeitsgruppe
Frau Lapp	Kompetenzwerkstatt Pflege und Demenz	Projektmoderation	Facharbeitsgruppe/ Steuerungsgruppe
Frau Marscheider	Krankenhaus Lübbecke	Gesundheits- und Krankenpflegerin	Facharbeitsgruppe
Herr Mewes	Krankenhaus Lübbecke	Stationsleiter	Facharbeitsgruppe
Frau Pahmeier	Krankenhaus Lübbecke	Pflegedienstleitung	Steuerungsgruppe
Frau Rung	Krankenhaus Lübbecke	Gesundheits- und Krankenpflegerin	Facharbeitsgruppe
Herr Prof. Dr. Schneider	Leben mit Demenz und Krankenhaus Lübbecke	2. Vorsitzender Leben mit Demenz / Chefarzt Psychiatrie	Steuerungsgruppe
Herr Siero	Krankenhaus Lübbecke	Projektkoordinator/ Pflegedienstleitung	Facharbeitsgruppe / Steuerungsgruppe
Herr Dr. Werner	Krankenhaus Lübbecke	Chefarzt Allgemein Chirurgie	Steuerungsgruppe
Frau Wider	Krankenhaus Lübbecke	Ärztin Allgemein Chirurgie	Facharbeitsgruppe
Frau Willmann	Krankenhaus Lübbecke	Sozialarbeiterin	Facharbeitsgruppe
Frau Windhorst	Leben mit Demenz	Vorstandsmitglied und Angehörigenrat	Facharbeitsgruppe/ Steuerungsgruppe
Herr Dr. Yildirim-Fahlbusch	Krankenhaus Lübbecke	Chefarzt Innere Medizin	Steuerungsgruppe

2. VORWORT

Der vorliegende Projektbericht beschreibt die Hintergründe, Arbeitsschritte und Ergebnisse des Projektes „Doppelt hilft besser bei Demenz“, das vom Krankenhaus Lübbecke sowie der regionalen Alzheimergesellschaft, Leben mit Demenz - Alzheimergesellschaft Kreis Minden-Lübbecke e.V. durchgeführt wurde. Das Krankenhaus Lübbecke ist Teil der Mühlenkreiskliniken, einem Verbund von insgesamt fünf Kliniken mit Standorten in Minden, Lübbecke, Rahden und Bad Oeynhausen. Von insgesamt 4.200 Mitarbeitenden werden jährlich rund 200.000 Patienten stationär und ambulant versorgt. Wissenschaftlich begleitet wurde das Projekt im Zeitraum vom 1.1.2009 bis zum 31.12.2010 vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. in Köln.

Das Projekt konnte nur auf der Basis eines großen Engagements aller Beteiligten vor Ort durchgeführt werden. Allen voran sind hier die Pflegenden der drei Modellstationen des Krankenhauses Lübbecke zu nennen sowie die Beteiligten der Facharbeitsgruppe und der Steuerungsgruppe des Projektes, die sich der Thematik angenommen haben und Umsetzungen in die Praxis erprobten. Ebenso sind der Projektkoordinator des Krankenhauses Lübbecke und die Projektmoderatorin von Leben mit Demenz hervorzuheben, die die inhaltliche Ausrichtung bestimmt haben und die Leitung und Moderation der Facharbeitsgruppentreffen übernahmen. Sie alle haben zum Gelingen beigetragen und ihrem Engagement, aber auch ihren Erfahrungen und Diskussionen über die Grenzen des Machbaren ist es zu verdanken, dass das Projekt durchgeführt werden konnte und der folgende Bericht erscheinen kann.

Die inhaltliche Arbeit geht weiter, denn mit dem Projektbericht ist nicht das Ende des Projektes gekennzeichnet. Somit stellt der Projektbericht das Teilergebnis vor, das bis zum Ende der Phase der wissenschaftlichen Begleitung (Stand Dezember 2010) erreicht werden konnte. Vorweggenommen sei somit, dass eines der wesentlichen Ziele im Projekt erreicht wurde: die Verstetigung der Arbeit an diesem wichtigen Thema im Krankenhaus Lübbecke.

Das Projekt hat neben individuellen auch institutionelle Förderer gefunden, die die Arbeit finanziell unterstützt haben und zahlreiche Projektaktivitäten überhaupt erst ermöglichten. Die wissenschaftliche Begleitung wurde in der Anfangsphase von Leben mit Demenz und in der Folge maßgeblich mit der Unterstützung der Robert Bosch Stiftung ermöglicht, Ausstattungshilfen und das Herstellen von umfangreichen Informationsmaterialien konnten u.a. durch Zuwendungen des Lions Club Lübbecke-Espelkamp sowie der Privatbrauerei Ernst Barre sichergestellt werden. Ebenso ist es den Förderern des Projektes wie z.B. der Landesinitiative Demenz-Service NRW zu verdanken, dass eine Abschlusstagung realisiert werden konnte, auf der die Ergebnisse weiter in die Öffentlichkeit getragen werden konnten, um das Thema gesellschaftlich zu befördern.

Ziel und Auftrag der wissenschaftlichen Begleitung im Projekt war es, neben einer Projektberatung vor Ort, Ergebnisse und Erkenntnisse zu sammeln, damit diese in Form einer Handreichung zusammengeführt werden können. Die im Projektbericht beschriebenen Ergebnisse sind Ausdruck der prozesshaften Sammlung von Befragungsergebnissen und Hinweisen/ Einschätzungen aus Sicht der Beteiligten. Diese wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten in Form von Fragebögen oder aber auch in persönlichen Gesprächen vor Ort oder

per Telefon erhoben. Hier fließen auch die Ergebnisse der intensiven Diskussionen und Erfahrungen aus der Facharbeitsgruppe mit ein, die in einem fortlaufenden Protokoll festgehalten wurden. Eine Messung von „harten“ Ergebnissen und klinischen Parametern der betroffenen Menschen (z.B. Veränderung der Verweildauer, Anzahl von Stürzen, Messung des Grades von Verwirrtheit etc.) war im Projekt nicht vorgesehen und seitens der Projektgeber nicht Auftrag an die wissenschaftliche Begleitung. Insofern sind die Ergebnisse der Evaluation primär beschreibender Natur und aus der wissenschaftlichen Perspektive heraus eher „weiche“ Ergebnisse. Sie dienen der Vergewisserung, Anregung und konkreten Praxisverbesserung.

Die Handreichung befindet sich im hinteren Teil des Berichtes. Sie dient dazu, Interessierten in anderen Einrichtungen (Krankenhäusern) wichtige Hinweise und Erkenntnisse mit auf den Weg zu geben, wenn an dem Thema vor Ort gearbeitet werden soll. Der Bericht selbst soll allen Interessierten zur Verfügung gestellt werden. Er kann, darf und soll kopiert, versendet und verbreitet werden. Die in der Anlage zur Verfügung gestellten Dokumente dürfen in Teile oder gänzlich für die eigene Arbeit genutzt werden.

Da davon auszugehen und zu hoffen ist, dass der Bericht nicht nur von einem kleinen Kreis von Fachleuten gelesen wird, werden Fachtermini weitestgehend vermieden.¹ In der Wissenschaft übliche Quellenverweise werden in Form von Fußnoten am Ende der jeweiligen Seiten aufgeführt. Ergebnisse und Aussagen aus englischsprachigen Studien werden sinngemäß beschrieben und Originalzitate vermieden. Auswertungen aus Befragungen und Ergebnisse der Fragebogenaktionen werden dort, wo sie sinnvoll erscheinen, ausgeführt. Dabei handelt es sich um eine Auswahl an Ergebnissen. Vollständige Auswertungen können bei Bedarf angefragt werden.

Wir hoffen, mit diesem Projektbericht entsprechende Impulse geben zu können und andere Einrichtungen zu ermutigen, sich auf den Weg zu begeben, um die Versorgung von Menschen mit Demenz in den Krankenhäusern humaner, lebensnäher und angepasster gestalten zu können, als dies bislang vielfach der Fall zu sein scheint.

Für die wissenschaftliche Begleitung

Prof. Dr. Michael Isfort

Köln, Februar 2011

Prof. Dr. rer. medic. Michael Isfort
Abteilungsleiter III (Pflegearbeit und -beruf)
Mitglied des Vorstandes
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Str. 15
50670 Köln
Telefon: 0221 / 46861-30
Telefax: 0221 / 46861-39
E-Mail: m.isfort@dip.de
Internet: <http://www.dip.de>

¹ Es wird in der Folge bei Berufsbezeichnungen primär die männliche Schreibweise verwendet, um die Lesbarkeit zu erhöhen und Mehrfachnennungen durch männliche und weibliche Bezeichnung zu verhindern.

3. MENSCHEN MIT DEMENZ IM SPIEGEL DER STATISTIK

Die folgenden Zahlen beschreiben in einer Kurzform relevante Entwicklungen, die auf der Basis aktueller Daten und Prognosen beschrieben und diskutiert werden können. Sie sollen einen Überblick über die Dimensionen der Herausforderung bezüglich der Versorgung von Menschen mit Demenz auf der bundesweiten sowie der regionalen Ebene geben.

3.1 ZENTRALE KENNZAHLEN UND PROGNOSTIZIERTE ENTWICKLUNGEN

Demenzkrankungen gelten als eine der großen gesundheitsbezogenen und pflegerischen Herausforderungen der Zukunft. Demenz als Erkrankung ist nicht „die eine“ Krankheit. Es gibt zahlreiche Formen von Demenz. Am bekanntesten ist die Demenz vom Alzheimer-Typ, die auch die größte Gruppe der Betroffenen ausmacht (ca. 60%).² Es gibt jedoch auch zahlreiche andere Formen, die teilweise mit eindeutig identifizierbaren Ursachen in Verbindung gebracht werden können (z.B. Durchblutungsstörungen, Gen-Defekt, AIDS, Vitamin B12 Mangel etc.).³

Als (Risiko-)Faktor für ein Eintreten der Erkrankung vom Alzheimer-Typ kann derzeit das Lebensalter benannt werden. Das heißt, je höher das Lebensalter, desto eher besteht das Risiko, eine Demenz zu erleiden. Nur ca. 3% der Neuerkrankungen treten bei Menschen unter 65 Jahren auf. Die mittlere Rate des Auftretens liegt bei den 80 bis 84-Jährigen bei 13,3% und bei den 85 bis 89jährigen bei 23,9%. Bei den sehr hochaltrigen Personen (90 Jahre und älter) liegt die Erkrankung bei ca. jedem dritten Menschen vor (34,6%).

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. geht derzeit bundesweit von ca. 1,2 Mio. Menschen aus, die von einer Alzheimererkrankung betroffen sind. In einem Kurzbericht zu den aktuellen Kennzahlen heißt es:

„Jahr für Jahr treten fast 300.000 Neuerkrankungen auf. Die Zahl der Demenzkranken nimmt infolge der Bevölkerungsalterung kontinuierlich zu. Sofern kein Durchbruch in Prävention und Therapie gelingt, wird sich nach Vorausberechnungen der Bevölkerungsentwicklung die Krankenzahl bis zum Jahr 2050 auf etwa 2,6 Millionen erhöhen. Dies entspricht einem mittleren Anstieg der Patientenzahlen um fast 35.000 pro Jahr.“⁴

Diskutiert man die Herausforderungen, die sich durch die Behandlung von Menschen mit Demenz ergeben, gilt es neben der individuellen auch die gesamtgesellschaftliche Dimension in den Blick zu nehmen. Das beinhaltet auch einen Blick auf die Ausgabenseite der Gesundheitsversorgung. Das Statistische Bundesamt bezifferte die Gesundheitsausgaben für die Behandlung der Demenzerkrankung im Jahr 2008 auf ca. 9,8 Mrd. Euro.⁵

In der Literatur finden sich Angaben, dass ca. 60% der Demenzkranken in Privathaushalten leben. Fortschreitende Demenz und die damit häufig verbundenen so genannten „herausfordernden Verhaltensweisen“ sind jedoch für die Angehörigen oftmals nicht über den gesamten Verlauf der Erkrankung (vor allem bei fortgeschrittenen Demenzen) im häuslichen Umfeld zu stabilisieren. Im Bericht des Robert Koch Instituts heißt es:

² Universitätsklinikum Freiburg & Universitätsklinikum Hamburg 2010

³ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie

⁴ Deutsche Alzheimergesellschaft e.V. 2010

⁵ Statistisches Bundesamt 11.08.2010

„Vor allem die zusätzlich zu den kognitiven Störungen auftretenden Verhaltensprobleme erhöhen die Belastung pflegender Angehöriger erheblich und führen häufig zu einer Heimaufnahme. Demenzen sind der wichtigste Grund für den Eintritt in ein Heim und sehr häufig unter Heimbewohnern: Etwa zwei Drittel der Bewohner von Altenpflegeheimen leiden an einer Demenz.“⁶

Betrachtet man die oben genannten Prognosen, so ist zu erwarten, dass das Thema in den kommenden Jahren weiter an Brisanz gewinnen wird. Mit dem Anstieg der Anzahl betroffener Menschen sind nicht nur erhöhte Kosten im Gesundheitssystem zu erwarten. Es sind meist ganze Familienschicksale damit verbunden. Insbesondere Angehörige, die sich zuhause um einen Menschen mit Demenz kümmern, sind vielfältigen Belastungen ausgesetzt und stoßen so oft an ihre Grenzen. Diese Grenzen können empfindlich überschritten werden, wenn durch therapeutisch notwendige Maßnahmen gewohnte Routinen der Betroffenen unterbrochen werden und bei dem Menschen mit Demenz erhebliche Irritationen ausgelöst werden, die nachhaltig zur Steigerung der Verwirrtheit beitragen können. Das betrifft nicht nur, jedoch auch die Versorgung im Falle einer Akuterkrankung oder eines Unfalls in den Krankenhäusern.

In Nordrhein-Westfalen wurden im Jahr 2008 insgesamt rund 30.000 Patienten in Krankenhäusern behandelt, bei denen die Diagnose „Demenz“ seitens der Krankenhäuser auch beschrieben (kodiert) wurde.⁷ Die Zahl der behandelten Menschen, die an einer Demenz leiden, dürfte jedoch höher sein, da nicht alle Fälle entsprechend kodiert werden und es eine Grauzone bei der Erkennung und Diagnostik einer vorliegenden Demenz gibt. Gegenüber dem Jahr 2005 lässt sich dessen ungeachtet ein Anstieg um ca. 2.000 Patienten verzeichnen.

3.2 REGIONALE KENNZAHLEN UND PROGNOSTIZIERTE ENTWICKLUNGEN

Bezogen auf die regionalen Entwicklungen aus dem Kreis Minden-Lübbecke sowie dem Großraum Bielefeld⁸ lassen sich die folgenden Kennzahlen beschreiben: Das Internetportal „Demenzkarten.de“ beziffert für den Kreis Minden-Lübbecke für das Jahr 2008 insgesamt ca. 5.000 betroffene Menschen mit Demenz.⁹

Der Kreis Minden-Lübbecke in Westfalen weist mit insgesamt mit 275,7 Einwohnern pro km² eine eher mittlere Bevölkerungsdichte auf (Bundesdurchschnitt: 230). Es handelt sich um einen ländlich geprägten Bereich. Der Anteil an landwirtschaftlich genutzter Fläche lag im Jahr 2008 bei 66% und damit im oberen Drittel der landwirtschaftlichen Nutzflächen in Deutschland. Die medizinische Versorgung und die Erreichbarkeit medizinischer und pflegerischer Infrastruktur in der Region kann vor dem Hintergrund der Analyse allgemeiner Kennzahlen als insgesamt gut bezeichnet werden. 2008 standen 77,7 Krankenhausbetten pro 10.000 Einwohner zur Verfügung.¹⁰ Ebenso ist zwischen 2003 und 2008 ein stabiles Niveau der allgemeinärztlichen Versorgung zu verzeichnen (Anstieg um 0,6%), der mit 48,8/10.000 Menschen einem durchschnittlichen Versorgungsgrad entspricht (vgl. Köln: 48,3/ Bundesdurchschnitt 49,8).

⁶ Robert Koch Institut 2009

⁷ Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2011

⁸ Die Ausweisung des Großraums Bielefeld incl. des Kreises Minden-Lübbecke wird im Rahmen der Darstellungen und Berechnungen beim Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) verwendet

⁹ Demenzkarten 2010

¹⁰ im Vergleich dazu können die folgenden Daten herangezogen werden: Die angrenzenden Kreise wiesen die folgende Krankenhausbettendichte aus: Herford (51,3), Osnabrück (46,3), Schaumburg (39,6), Nienburg (25,5), Diepholz (26,2).

Des Weiteren liegt mit 123,2 verfügbaren Pflegeheimplätzen pro 10.000 Einwohner eine im Vergleich zu anderen Regionen eher hohe pflegerische Infrastruktur der stationären Betreuung und Versorgung Pflegebedürftiger vor (Bundesdurchschnitt: 97,2).

Von zentraler Bedeutung für die Versorgung, Begleitung und Entwicklung von Konzepten für Menschen mit Demenz in der Region sind jedoch die Kennzahlen zum Lebensalter. Mit 9,2% an Personen, die 75 Jahre und älter sind, liegt der Großraum Bielefeld im oberen Bereich der Verteilung in Deutschland. Prognosen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung gehen bis zum Jahr 2025 bei den Älteren (75 Jahre und älter) für den Großraum Bielefeld von einem Zuwachs um 22,8% aus.

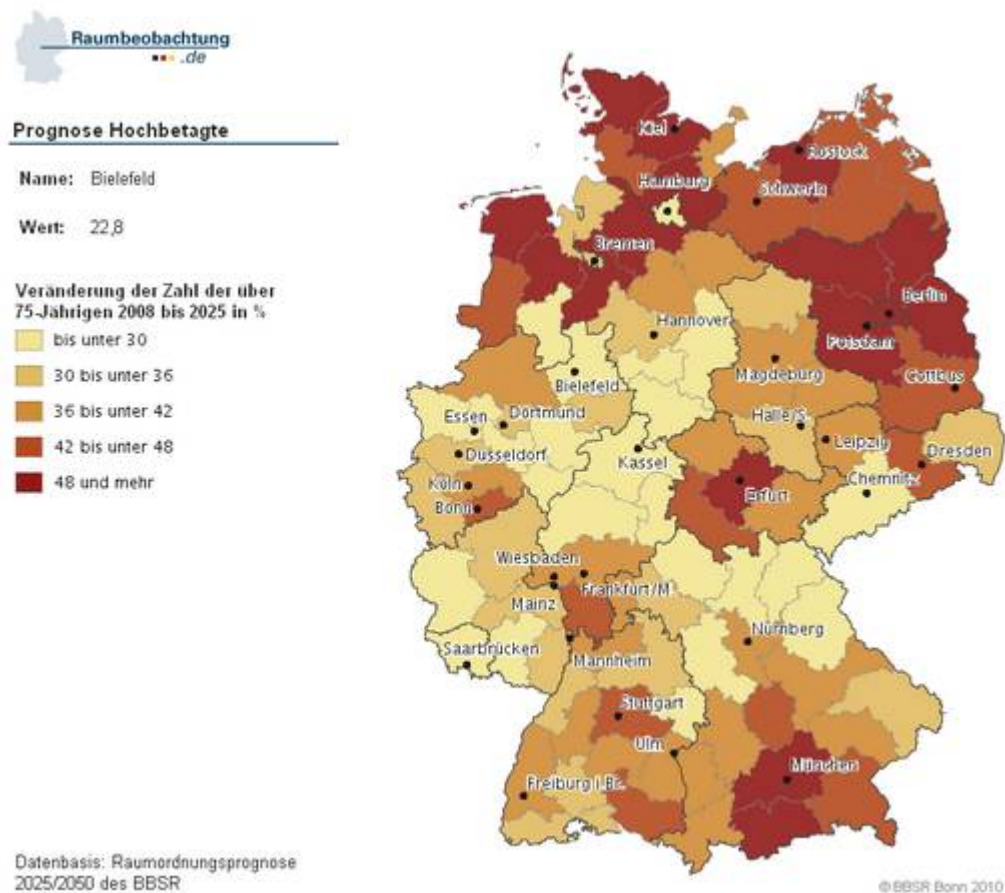


Abbildung 1: Prognose des Zuwachses an über 75-jährigen im Großraum Bielefeld

Diese Veränderungen werden aller Voraussicht nach auch zu einer Zunahme an betroffenen Menschen mit Demenz in der Region führen. Es kann somit abgeleitet werden, dass die örtlichen Krankenhäuser zukünftig stärker als bisher mit den besonderen Herausforderungen konfrontiert sein werden, die die Behandlung der Betroffenenengruppe mit sich bringt. Dabei stellen im Krankenhaus nicht nur der steigende Umgang mit demenziell erkrankten Menschen, sondern auch die geriatrischen Behandlungsfelder Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität), Immobilität, Fehl- und Mangelernährung erhöhte pflegfachliche und medizinische Anforderungen an das Personal.

Die Herausforderungen betreffen nicht nur den Bereich der Akutversorgung. Auch die voll- und teilstationäre Langzeitpflege sowie die ambulante Versorgung von Kranken und Pflegebedürftigen sind hier zu nennen.

Im Jahr 2009 waren in NRW ca. 510.000 Personen pflegebedürftig im Sinnes des SGB XI.¹¹ Davon wurden 236.000 Menschen zuhause, von Angehörigen, Freunden oder nicht professionellen Hilfskräften versorgt und unterstützt. Insgesamt werden in NRW ca. 70% der Pflegebedürftigen zuhause versorgt, sodass den Familien und den privaten Netzwerken weiterhin eine zentrale Bedeutung bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit zukommen wird.

Die landesweite Prognose der Versorgung vollstationär versorgter Pflegebedürftiger erwartet in den kommenden Jahren eine erhebliche Steigerung. Für den Landkreis Minden-Lübbecke wird bis 2030 eine Zunahme von 39,7% prognostiziert.

Die Grafik zeigt Prognose des Landes NRW (it.nrw- Information und Technik NRW) für die ambulante Versorgung bis zum Jahr 2030. Für den Kreis Minden-Lübbecke gehen die Schätzungen von einem Zuwachs von 24,2% zu betreuender Pflegebedürftiger aus.

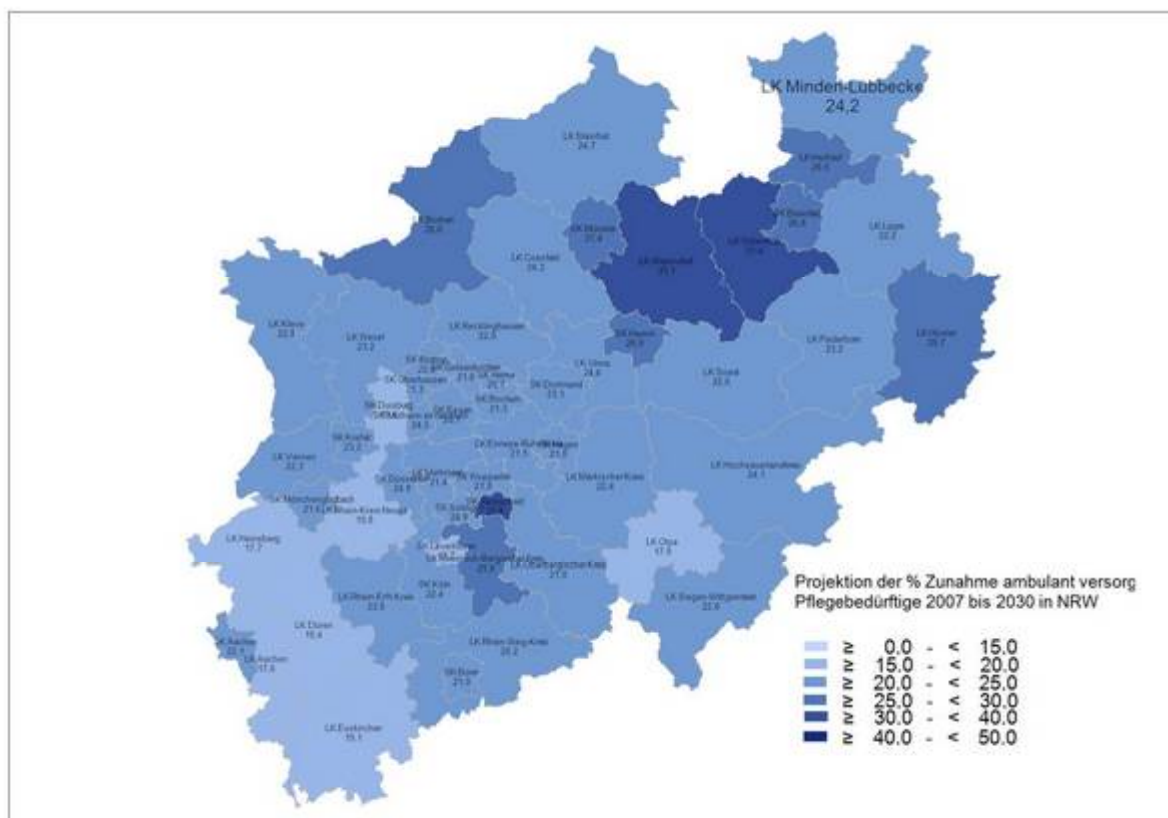


Abbildung 2: Projektion der Zunahme ambulant versorgter Pflegebedürftiger bis 2030

In der Gesamtschau kann mit einem Zuwachs in allen pflegerischen und medizinischen Versorgungsbereichen gerechnet werden. Um den Hausforderungen gerecht zu werden, bedarf es zukünftig einer besseren Verschränkung der Leistungen, einer engeren Zusammenarbeit

¹¹ Die Zahl der Hilfebedürftigen liegt darüber. Nicht alle Menschen mit Demenz, die einen hohen Begleitungs-, Beobachtungs- und Betreuungsbedarf aufweisen sind auch als pflegebedürftig eingestuft. Darüber hinaus gibt es auch zahlreiche Personen, die pflegebedürftig sind, eine Einstufung jedoch nicht beantragen. Genaue Zahlen zum Anteil dieser Personengruppen sind jedoch nicht bekannt.

zwischen Familien, Ehrenamtlichen und professionellen Gesundheitsversorgern sowie einer rechtzeitige Strategieentwicklung zur Bewältigung.

3.3 REGIONALE MODELLPROJEKTE UND VORHABEN ZUR VERSORGUNG

Die Region Minden-Lübbecke kann hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit Demenz auf eine Reihe von relevanten Projekten, Vorhaben und zukunftssichernden Maßnahmen zurückblicken. Um die Einbettung des Projektes in einen Gesamtrahmen der Entwicklung einer „Modellregion“ zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen und ihrer Angehörigen zu erläutern, werden ausgewählte bisherige Projekte in der Region vorgestellt.

Der Kreis Minden-Lübbecke entwickelt sich seit dem Jahr 2003 immer mehr zur ländlichen Modellregion, die sich durch eine gut entwickelte Hilfestruktur für Menschen mit Demenz und die sie pflegenden Angehörigen auszeichnet. Die folgende Auflistung zeigt die bisherigen Aktivitäten in der Region in den bisherigen drei Förderperioden auf:

Förderperiode I: 2003 -2006

- 2003 – 2006 zwei initialisierende Modellvorhaben der Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes NRW (vgl. www.hilfen-bei-demenz.de) und Schaffung des Trägerverbund Demenz zur Verstetigung und Neuentwicklung von Angeboten
- 2005 Gründung von „Leben mit Demenz – Alzheimergesellschaft Kreis-Minden-Lübbecke e.V.“ aus der Initiative von Selbsthilfegruppensprechern (www.leben-mit-demenz.info)
- Seit 2006 Weiterfinanzierung des Infotelefon Demenz für den Kreis Minden-Lübbecke des Trägerverbunds Demenz in Kostenträgerschaft des Kreises Minden-Lübbecke (<http://www.minden-luebbecke.de>)
- Seit 2006 systematische Vernetzung mit dem medizinischen Bereich durch den hausärztlichen Leitfaden für die Diagnostik und Überleitung in die psychosozialen Hilfen (<http://www.leben-mit-demenz.info/content/index.php?action=34>)

Förderperiode II: 2006 – 2009

- Vom 1.05.2006 bis 30.04.2009 Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach §8,3 SGB XI im Auftrag des GKV-Spitzenverbands durch PariSozial Minden-Lübbecke (<http://www.projekt-edo.de>) Durch dieses Modellvorhaben konnten 9 ambulante Pflegedienste, die regionalen Pflegekassen und der Medizinische Dienst in das Netzwerk einbezogen werden
- Von August 2007 bis November 2008 als ländliche Pilotregion beteiligt am Modellvorhaben „Praxisimplementierung des Assessments CarenapD (Care needs Assessment pack for Dementia)“ der Universität Witten/Herdecke, Institut für Pflegewissenschaft, gefördert vom BMFSFJ und der Robert Bosch Stiftung
- 01.04.2007 – 30.03.2010 gefördert vom Deutschen Hilfswerk das Projekt „Kompetenzwerkstatt Pflege und Demenz“ (Endbericht unter: http://www.paritaet-minden-luebbecke.de/frames/frameholder.php?useflash=1&jumpurl=/inhalte/bildung/programm/bereiche/kompetenzwerkstatt_demenz.php)
- Seit Oktober 2007 Projektvorbereitung „Doppelt hilft besser bei Demenz“ zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus Lübbecke in

Kooperation von Leben mit Demenz – Alzheimergesellschaft Kreis-Minden-Lübbecke e.V. und dem Krankenhaus Lübbecke

- Im November 2008 dritter Gesprächskreis für frühdiagnostizierte Menschen mit Demenz durch Förderung von zwei regionalen Stiftungen

Förderperiode III: 2009 – 2011

- 1.02.2009 bis 30.09.2011 Modellvorhaben Entlastungsprogramm bei Demenz II (EDe II) mit der Zielgruppe gesetzlich Versicherte mit der Pflegestufe 0 und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
- 01.05.2009 bis 30.04.2012 als Praxisregion mit dem Projekt LOTTA – Ambulante Basisversorgung Demenz im Lotsentandem aus Patientenbegleitung und Hausarzt beteiligt am durch SILQUA-FH geförderten Projekt CM4Demenz der Katholischen Fachhochschule Mainz (www.projekt-lotta.de)
- Förderprogramm „Menschen mit Demenz in der Kommune“ der Robert Bosch Stiftung: Aktivitätsprogrammen für Menschen mit Demenz im Frühstadium (<http://www.leben-mit-demenz.info/content/index.php?action=451>)

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Auf der Basis der bisherigen Projekte in der Region konnten sowohl Wohlfahrtsverbände, Haus- und Fachärzte, ambulante Dienste, Tagespflegen, Ergotherapiepraxen, Psychotherapeuten, Pflegekassen, Medizinischer Dienst, Angehörige als auch andere Akteure in ein umfassendes Hilfe- und Informationsnetzwerk eingebunden werden. Dieses umfassende Netzwerk hat seine Tragfähigkeit in den laufenden Projekten bereits mehrfach unter Beweis gestellt. In dem Projekt EDe – Entlastungsprogramm bei Demenz - konnten beispielsweise im Zeitraum von nur vier Monaten durch die gemeinsame Arbeit der Akteure 400 Familien mit einem demenzerkrankten Familienmitglied gewonnen werden, von denen 300 umfassend durch Gesundheitsberater betreut wurden. Ergebnisse des Projektes zeigen auf, dass die Entlastung der pflegenden Angehörigen möglich ist und sich Verbesserungen der Belastung der Angehörigen messen und darstellen lassen. Die aktuellen zielgruppenspezifischen Angebote in der Region sind in der „Netzwerkkarte der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Demenz und ihre Familien“ beschrieben und abrufbar unter: <http://www.projekt-edede.de/pdf/Netzwerkkarte-Demenz.pdf>

Durch das umfassende Informationsnetz kann in dieser Region somit eine stabile Informationsarbeit geleistet werden. Dadurch können innovative Arbeiten und Projekte zielgerichtet sowohl über Hausärzte, ambulante Dienste, MDK als auch über Beratungstelefone und Angehörigenschulungsgruppen spezifisch an Familien herangetragen werden, die von einer Demenzerkrankung (als familiäre Aufgabe) betroffen sind.

Bislang fehlte in dem umfassenden Versorgungsnetz noch eine wesentliche Säule: Die spezifische Berücksichtigung bei der Krankenhausversorgung. Diese „Lücke“ konnte und sollte mit dem bestehenden Projekt „Doppelt hilft besser bei Demenz“ geschlossen werden. Dazu wurde das Projekt zunächst in dem Modellkrankenhaus in Lübbecke durchgeführt. Ein Ausbau und ein Austausch der Ergebnisse des Projektes mit anderen Krankenhäusern der Mühlenkreiskliniken sollte aus Sicht der Beteiligten im Projekt in Angriff genommen werden, um die Ergebnisse weiter in die Breite zu tragen und in anderen Krankenhäusern parallele oder auch ergänzende Angebote und Konzepte zu entwickeln.

Die nachfolgende Karte zeigt ausgewählte Versorgungsangebote in der Region (Quelle: Netzwerkkarte, Stand Oktober 2010).

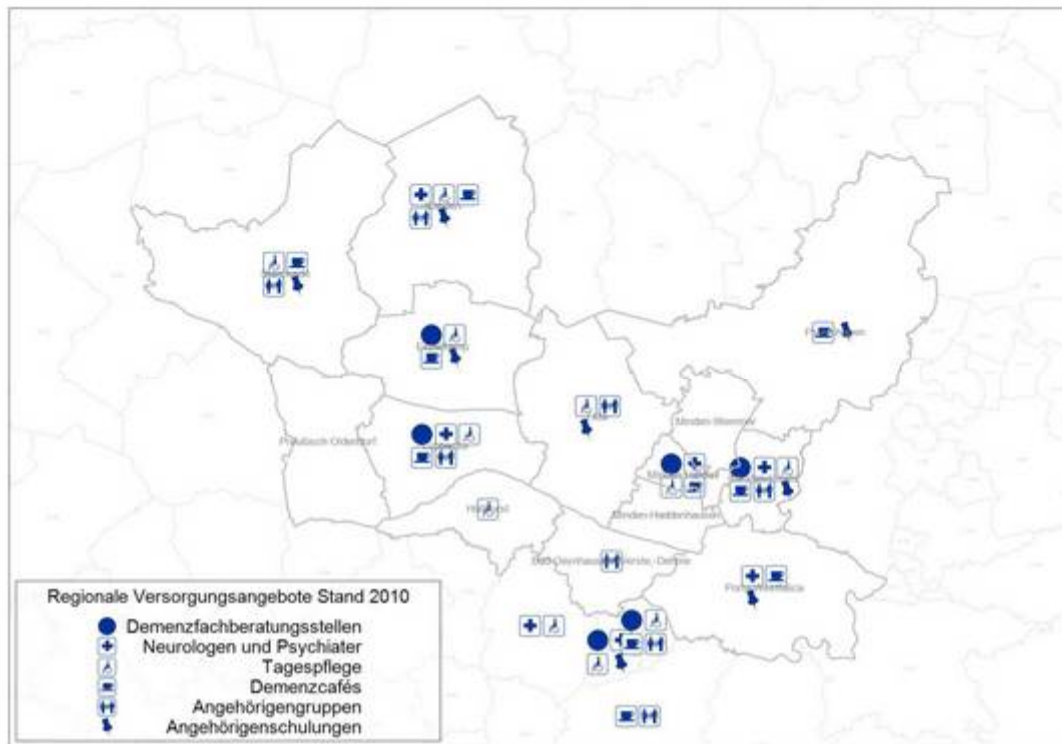


Abbildung 3: Erweiterter regionaler Versorgungsatlas spezifischer Angebote

4. STAND DES WISSENS: MENSCHEN MIT DEMENZ IM KRANKENHAUS

Im Folgenden sollen zentrale Ergebnisse bisheriger Projekte zum Thema Demenz im Krankenhaus vorgestellt werden. Das schließt die Ergebnisse einer internationalen Literaturrecherche zum Thema ein. Die Bearbeitung der Literatursuche, Literaturbeschaffung und Literaturlauswertung erfolgte kontinuierlich im Projekt. Die Suche wurde vor allem zielspezifisch (Demenz und Krankenhaus) durchgeführt und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ziel war es, eine Vergewisserung für das Projekt, die identifizierten Handlungsfelder sowie die abgeleiteten Handlungsschritte zu erzielen und sich auf der Basis beschriebener Vorarbeiten grundsätzlich zu orientieren. Ergebnissen aus der Analyse wurde dann eine Bedeutung beigemessen, wenn sie für das konkrete Projekt relevant erschienen.

Bereits im vierten Bericht zur Lage der älteren Generationen in der Bundesrepublik aus dem Jahr 2002 heißt es:

"Die Behandlung im Krankenhaus ist für Demenzkranke mit einer erheblichen psychischen Belastung verbunden. Gegen ihren Willen in eine fremde Umgebung verlegt, durch eine chaotische Atmosphäre der Aufnahmesituation verunsichert und an der Erkundung der Gegend gehindert, werden sie zunehmend ängstlich und aggressiv. Sie „stören“ organisatorische Abläufe, lehnen therapeutische Maßnahmen ab, gefährden Mitpatienten, erzeugen nächtliche Unruhe und beanspruchen übermäßig viel Zeit. Aus Not werden sie dann fixiert oder sediert. Zum Standard einer guten Krankenhausbearbeitung Demenzkranke muss deshalb die Möglichkeit einer ständigen Begleitung der Patientinnen und Patienten durch ihre pflegenden Angehörigen oder

andere nahe Bezugspersonen gehören. Die intensiven sozialen Kontakte wirken auf die Kranken beruhigend und verhindern die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten."¹²

Das Zitat verdeutlicht nicht nur die besondere ethische Verantwortung und Dringlichkeit, die mit diesem Thema verbunden ist. Zugleich wird auch deutlich, dass Experten aus dem Versorgungsbereich bereits zu einem frühen Zeitpunkt auf die Notwendigkeit eines Rooming-in für Angehörige hingewiesen haben. Früh wurde auf die Problematik hingewiesen und auf die bisherigen unzureichenden Ansätze spezifischer Versorgungskonzepte.^{13 14 15}

4.1 ERGEBNISSE AUS PUBLIZIERTEN PROJEKTEN

Mit dem erweiterten Themenkomplex „Demenz im Krankenhaus“ (im Akutkrankenhaus) beschäftigen sich bundesweit zahlreiche Projekte. Im Projekt „Doppelt hilft besser bei Demenz“ wurde auf den vorliegenden Erfahrungen und Empfehlungen aufgebaut. Es sollten keine neuen Formen der Unterstützung und Methoden entwickelt werden, sondern die vorliegenden Erkenntnisse in einer Kombination gebündelt und angewendet werden.

Insgesamt lassen sich große Unterschiede zwischen den gesichteten Projekten ausmachen. Nicht alle Projekte zielen auf konkrete Interventionen ab. So ist beispielsweise ein Projekt in Berlin auf die Etablierung eines Assessments (Erfassungsinstrumentes) ausgerichtet, ein Projekt in Witten erprobte den Einsatz eines Erhebungsverfahrens zur Messung der Lebensqualität und Qualität der pflegerischen Begleitung von Menschen mit Demenz (Dementia Care Mapping), das bislang vor allem in der stationären Altenpflege eingesetzt wurde. Ein Projekt in Nürnberg spezialisierte sich auf eine Verbesserung der Erfassung von Ernährungsproblematiken etc. Als ein zentrales Projekt in NRW kann das Vorhaben „Blickwechsel Demenz“¹⁶ benannt werden. Das Gemeinschaftsprojekt von Krankenhäusern, Pflegewissenschaftlern und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband untersuchte zwischen 2005 und 2008 unterschiedliche Anforderungen an die Versorgung und Ansätze.

In einem entwickelten Grundsatzpapier wurden die folgenden Empfehlungen für Projektarbeiten beschrieben, die auch für das Projekt in Lübbecke handlungsleitend waren:

1. Mitarbeiter qualifizieren
2. Erweiterte medizinische, biografische und pflegerische Anamnese durchführen
3. Angehörige als Partner in die Versorgung einbeziehen
4. Bei Verdacht auf Demenz abgestufte Diagnostik durchführen
5. Tagesstrukturierung organisieren
6. Fachberater einsetzen
7. Schwerpunktstationen bilden¹⁷

Projekte im Rahmen von „Blickwechsel Demenz“ entstanden u.a. im Allgemeinkrankenhaus in Viersen¹⁸ oder am Krankenhaus in Herdecke¹⁹ (Tagesbetreuung). Aus den Projektergebnissen ist

¹² Bundesministerium für Familie 2002, S. 175

¹³ Beyer-Rehfeld 2002

¹⁴ Hirsch 2003

¹⁵ Krietenstein 2002

¹⁶ Angerhausen

¹⁷ Angerhausen

¹⁸ Harms und Bigalke 2007

¹⁹ Detert 2007

ein Handbuch entwickelt worden, das Hinweise für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gibt.²⁰ Eine zentrale Literaturarbeit wurden 2007 vom pflegewissenschaftlichen Institut der Universität Bielefeld vorgelegt.²¹ In der Analyse der Ergebnisse kommen die Forscher u.a. zu dem folgenden Schluss:

"Das Krankenhauspersonal – dies betrifft sowohl den pflegerischen als auch den ärztlichen Bereich – ist auf den Umgang mit diesen Herausforderungen meist wenig vorbereitet. Pflegekräfte in Allgemeinkrankenhäusern sehen bei sich selbst fachliche Defizite und fühlen sich häufig überfordert (...). Sie sind mit Konzepten zur Verbesserung der Kommunikation und zum Umgang mit demenzbedingten Verhaltensweisen, die in den letzten Jahren im Heimbereich vermehrt Anwendung finden, wenig vertraut. Betreuungs- und Beschäftigungsangebote, wie sie sich im Heimsektor finden, sind in Krankenhäusern unüblich, wenngleich sie durchaus geeignete Maßnahmen darstellen, um das Wohlbefinden der Betroffenen zu erhöhen und Verhaltensauffälligkeiten vorzubeugen."²²

Wichtige weitere Ansätze, die Einfluss auf das Projekt hatten, zeigen sich auch beim Projekt im St. Franziskus Hospital in Münster, wo eine besondere Begleitung die Entstehung postoperativer Delire vermindern soll.²³ Viel beachtet wird zudem das GISAD-Projekt des Bethanien-Krankenhauses in Heidelberg²⁴ ²⁵ mit einer spezifischen geriatrisch-internistischen Station. Ebenso kann in Hamburg die Station Siloah²⁶ als eine besondere Versorgungseinrichtung benannt werden. Die Projekte in Münster und in Heidelberg waren auch Ziele von Hospitationen durch Mitarbeiter der Facharbeitsgruppe. Darüber hinaus wurden gezielt Personen aus den Projekten für Fortbildungen im Projekt gewonnen. Es sind in den letzten Jahren auch in Aachen oder in Köln²⁷ spezielle Projekte bei Einrichtungen der Alexianer und der Malteser implementiert worden. Im Rahmen einer Recherche wurden insgesamt über 20 weitere wichtige Projekte von Hamburg über Essen bis Kaufbeuren gefunden.²⁸ ²⁹ ³⁰

Auch in Nachbarländern lassen sich relevante Projekte identifizieren: Die „Huiskamer“ am Laurentius Krankenhaus in Roermond³¹ gleicht einem Wohnzimmer, in dem Patienten aus dem Krankenhaus besonders begleitet werden, in der Memory Clinic der Universität Nijmegen werden spezifische Beschäftigungstherapien für Menschen mit Demenz angeboten. Hier werden die Betroffenen auch im Umgang mit Hilfsmitteln bzw. Strategien zum Ausgleich ihres kognitiven Abbaus geschult.

Als ein Ergebnis der Recherchen im Rahmen von „Doppelt hilft besser bei Demenz“ resultierte u.a. ein Bericht, der Kernarbeitsbereiche und Ergebnisse anderer Projekte aufbereitete und mit den Handlungsfeldern und Zielen des Projektes in Lübbecke verglich. Dieser Kurzbericht wurde den Mitgliedern in der Facharbeitsgruppe sowie den Projektstationen zur Verfügung gestellt.

²⁰ Des Stiftung Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege und Hrsg.] 2009

²¹ Kleina und Wingenfeld 2007

²² ebd., S. 8

²³ St. Franziskus-Hospital Münster 29.09.2008

²⁴ Müller 2008

²⁵ Müller et al. 2008

²⁶ Sylvester 2009

²⁷ Malteser Krankenhaus St. Hildegardis 2009

²⁸ Kirchen-Peters 2003

²⁹ Kirchen-Peters 2005

³⁰ Kirchen-Peters 2008

³¹ Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH (GSP) 2006

Die folgende Abbildung zeigt eine Karte von Projekten in Deutschland, über die Berichte, Konzepte oder Artikel veröffentlicht wurden. Die Karte erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, zeigt jedoch, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt weiterhin eher punktuell als flächendeckend zu dem besonderen Themenfeld gearbeitet wird. Es zeigt sich vor allem, dass in Nordrhein-Westfalen einige Projekte mit der Thematik beschäftigt sind, wohingegen aus anderen Regionen keine Aktivitäten oder Modellprojekte bekannt und in der Presse veröffentlicht sind. Das heißt im Umkehrschluss nicht, dass hier keine Aktivitäten vorliegen - sie sind jedoch nicht öffentlich zugänglich und können nicht von anderen nutzbar gemacht werden.

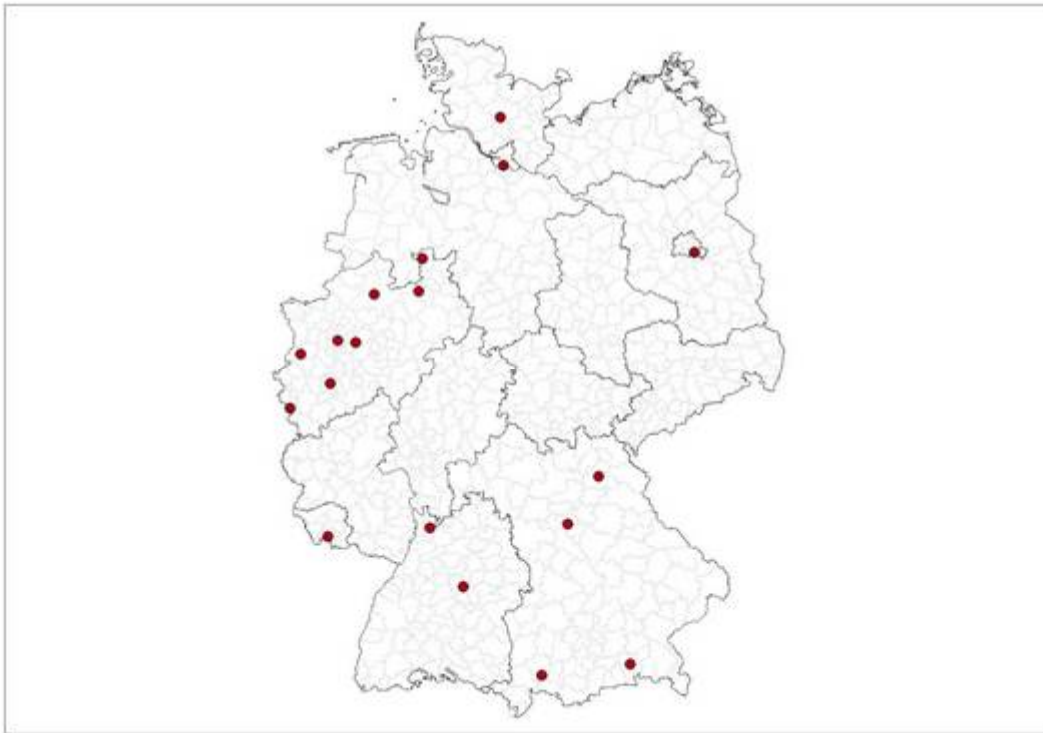


Abbildung 4: Projektübersicht zum Themenkomplex "Demenz im Krankenhaus"³²

4.2 ERGEBNISSE AUS WEITERFÜHRENDER LITERATUR

Neben den beschriebenen Projekten ist von Relevanz, wie das Thema in der Literatur diskutiert wird. Dies schließt nationale wie auch internationale Studien mit ein. Unter anderem ist von hohem Interesse, wie erprobte Maßnahmen aus wissenschaftlicher Sicht zu beurteilen sind. Hier gelten für den Nachweis eines klinischen Nutzens andere Maßstäbe als bei erfahrungsorientierten Beschreibungen, die einen Nutzen für den Einzelfall oder die einzelne Klinik erfassen und darstellen, aber aufgrund der Anlage der Studien nicht übertragbar sind und in einer allgemeinen Empfehlung münden. Als empirisch gesichert und generell übertragbar gelten Ergebnisse vor allem dann, wenn sie z.B. in einem Experiment ihren Nutzen bewiesen haben. Dazu werden bei Studien oftmals Gruppen gebildet, bei denen spezifische Maßnahmen durchgeführt und im Ergebnis miteinander verglichen werden.³³ Solche Studien wurden im Rahmen von

³² Die Übersicht basiert u.a. auf der Sichtung von Projekten durch Sebastian Kraus, der im Projekt über vier Monate mitarbeitete und zum Zeitpunkt der Berichtserstellung zu dem Thema seine Bachelorarbeit an der Katholischen Stiftungsuniversität in München verfasst.

³³ Es gibt zahlreiche unterschiedliche Konzepte und Studiendesigns, die in der Aussagekraft voneinander abweichen. Zur Orientierung der wissenschaftlichen Güte der Studien gibt es unterschiedliche Klassifikationssysteme (Evidenzklassen), die die

Literaturrecherchen gesichtet und analysiert. Ferner waren Ergebnisse aus der Literatur interessant, wenn sie Auskunft über die Häufigkeit des Vorhandensein von spezifischen Problemfeldern geben. Eine Auflistung der im Projekt verwendeten Literatur findet sich im Anhang an diesen Bericht.

In der Versorgung von Menschen mit Demenz werden (vor allem im vollstationären Pflegebereich) unterschiedliche, teilweise sehr komplexe Maßnahmen eingesetzt. Diese umfassen zum Beispiel das Konzept der Validation, der emotionsorientierten Pflegearbeit, der Ergotherapie, der sensorischen/basalen Stimulation, Entspannungsverfahren mittels Musik oder Aromatherapie oder gezielte Verfahren der Realitätsorientierung sowie der Erinnerungsarbeit. Diese Maßnahmen umfassen meist nicht eine einzelne Intervention. Vielmehr sind sie gekennzeichnet durch Maßnahmenbündel und durch personenorientierte Ansätze, die auch mit der Haltung von Personen und konkreter Zuwendung einhergehen und weniger die Anwendung einer wiederholbaren Technik widerspiegeln. Die Komplexität und Personengebundenheit der Maßnahmen macht eine wissenschaftliche (Wirksamkeits-)Untersuchung ungleich schwerer als dies z.B. bei der Gabe und Überprüfung von neuen Medikamenten der Fall ist. So ist auch zu verstehen, dass die Erfolge, die erzielt werden können, in der wissenschaftlichen Güte meist nicht die Stabilität erzeugen können, wie dies gefordert ist, um konkrete Behandlungsempfehlungen auszusprechen und bundesweit in Form von Standards einzusetzen.

Rieckmann u.a. untersuchten und bewerteten (im Rahmen eines Health Technology Assessments) ³⁴ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit pflegerische Versorgungskonzepte. Grundlage waren klinische Studien, die einzelne dieser Konzepte untersuchten. Insgesamt wurden 20 internationale Studien gesichtet und bewertet. Im Ergebnis kommen die Autoren zu dem Schluss, dass es nur wenige wissenschaftlich abgesicherte Ergebnisse gibt und die Studien meist nicht die geforderte Qualität und Ergebnisse aufweisen, um Maßnahmen eindeutig zu empfehlen und flächendeckend einzusetzen. Fehlende wissenschaftliche Stabilität der Ergebnisse heißt jedoch nicht automatisch fehlende Wirksamkeit im Einzelfall.

Wesentlich für eine zu erbringende Versorgung auf dem aktuellem Stand des Wissens sind auch Leitlinien von medizinischen Fachgesellschaften. Neben den Möglichkeiten und Grenzen der medikamentösen Behandlung wird in der Leitlinie „Demenz“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde & der Deutschen Gesellschaft für Neurologie ein Schwerpunkt auf begleitende und unterstützende therapeutische Verfahren gelegt. In der entsprechenden S3-Leitlinie heißt es:

„Psychosoziale Interventionen sind zentraler und notwendiger Bestandteil der Betreuung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen. Ansätze und Ziele dieser Verfahren sind wesentlich breiter als die pharmakologischer Therapien. Gleichzeitig ist aus methodischen Gründen die Qualität der Studien zu den einzelnen Verfahren oft deutlich geringer als bei pharmakologischen Prüfungen.“³⁵

Auch hier wurden zahlreiche internationale Studien gesichtet und bewertet. Die Autoren kommen u.a. zu dem Schluss, dass es keinen hinreichenden klinischen Beweis für eine

Studien aufgrund der Designs eingruppiert und die wissenschaftliche Stabilität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse daraus ableiten.

³⁴ Rieckmann 2009

³⁵ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie

Wirksamkeit von Kognitionstrainings auf eine Verbesserung der Denkfähigkeit oder eine Verbesserung der Alltagsbewältigung gibt. Für das Projekt leitete sich u.a. daraus ab, dass hier keine zusätzlichen Handlungsziele formuliert oder konkrete Maßnahmen entwickelt wurden.

Für einzelne Verfahren wird trotz uneindeutiger Studienlage eine Empfehlung ausgesprochen. So schreiben die Autoren beispielsweise, dass ergotherapeutische, individuell angepasste Maßnahmen bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz unter Einbeziehung der Bezugspersonen zum Erhalt der Alltagsfunktionen beitragen. Der Einsatz kann nach Einschätzung der medizinischen Experten daher angeboten werden. Die Leitlinie gibt wichtige Hinweise zu weiteren Verfahren. So empfiehlt sie z.B. ein Angehörigentraining und beschreibt für das spezifische Problem der ausreichenden Nahrungsaufnahme: Familienähnliche Esssituationen, verbale Unterstützung und positive Verstärkung können das Essverhalten von Menschen mit Demenz verbessern und empfohlen werden. Hieraus lässt sich beispielweise ableiten, dass ein möglichst alltagsnahes und vertrautes Setting zu berücksichtigen ist, wie es im Rahmen einer gemeinsamen Esssituation während eines Rooming-in simuliert wird.

Auch in der Schweiz erfolgte eine Sichtung zur Studienlage bezüglich sensorischer Stimulation als Pflegeintervention zur Verminderung von Unruhezuständen (Agitation) bei Demenzkranken. Hier wurden 14 Studien ermittelt, die in der Gesamtheit aufzeigen, dass Musiktherapie eher einen positiven Einfluss zu haben scheint als andere Interventionen. Positive Ergebnisse für Lichttherapie oder auch für Aromatherapie konnten hingegen nicht eindeutig ermittelt werden. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Leitlinie, die zu diesen Bereichen keine dezidierte Empfehlung ausspricht. Auf einen besonderen Einsatz oder zu entwickelnde Maßnahmen wurde im Projekt verzichtet. Schwach positive Ergebnisse hinsichtlich einer Verminderung der Unruhezustände durch den Einsatz von Aromatherapie konnten in einzelnen Studien aufgezeigt werden.³⁶ Diese Ergebnisse wurden jedoch nicht in Akutkrankenhäusern, sondern in vollstationären Einrichtungen gewonnen und lassen sich aufgrund der Andersartigkeit der Abläufe und Gegebenheiten nicht unbedingt in den Krankenhausalltag übertragen.

International liegen zahlreiche weitere Artikel und Studien zum Thema Menschen mit Demenz in Akutkrankenhäusern vor.³⁷ Die Entwicklungen gehen bis Anfang der 80er Jahre zurück, wo die ersten systematischen Programme entwickelt wurden, um die Situation älterer Patienten in Krankenhäusern zu verbessern und das Wissen von Pflegenden zu erweitern.³⁸ Die Besonderheiten, die der Umgang mit Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus erfordert, werden in zahlreichen Artikeln analysiert und thematisiert.^{39 40 41} Immer wieder wird hier auf eine notwendige Erweiterung des Kenntnisstands von Pflegenden und Ärzten verwiesen.^{42 43 44} McPhail beschreibt die Einführung und den Nutzen eines Schulungsprogramms für Mitarbeiter

³⁶ Berchtold 2008

³⁷ Moyle et al. 2008

³⁸ Allen und Close 2010

³⁹ Cunningham und Archibald

⁴⁰ Borbasi et al.

⁴¹ Mukadam und Sampson 2010

⁴² Jones et al.

⁴³ Leung und Todd 2010

⁴⁴ Dewing 2001

eines Krankenhauses.⁴⁵ Auch Chapman beschreibt ein entwickeltes Trainingsprogramm für Schottland.⁴⁶

Einzelne Studien beschäftigen sich auch mit der Frage, welche Instrumente und Verfahren der Bedarfserhebung⁴⁷ und der Diagnostik möglicher demenzieller Einschränkungen durch Pflegenden^{48 49} sinnvoll eingesetzt werden können, um Menschen mit Demenz besser begleiten und frühzeitig erkennen zu können. Eine Besonderheit stellt eine sehr praxisnahe Artikelserie mit der Überschrift: „Try this“ dar. Hier werden zu unterschiedlichen Problembereichen (z.B. der Tendenz zum „Umherwandern“ und zur Angehörigenintegration) anwendungsorientierte Tipps gegeben.^{50 51}

Hinweise zu einem spezifischen Problemfeld in der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Demenz geben Krüger, Meyer und Hamers. Sie analysierten 2010 insgesamt 8 internationale Studien zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen im Krankenhaus. Die Häufigkeit der Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen scheint insgesamt stark schwankend zu sein, in sechs der acht Studien ergaben sich Hinweise zu den Hauptgründen des Einsatzes freiheitseinschränkender Maßnahmen. Diese sind: Sicherung der medizinischen Therapie, Verhaltensauffälligkeiten durch Agitation und Verwirrtheit sowie Sturzprophylaxe. Im *Pflege-Thermometer 2009*⁵² wurden fast 10.000 Pflegekräfte aus deutschen Krankenhäusern nach Problemen in der Patientenversorgung befragt. Hier äußerten über 90%, dass sie in den vergangenen sieben Arbeitstagen Mängel bei der Beobachtung von verwirrten Patienten nicht ausschließen konnten. Fast 80% schlossen nicht aus, dass eine mangelnde Beobachtung zum Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen geführt habe. Dies verdeutlicht, dass Menschen mit Demenz als eine Gruppe von Patienten anzusehen sind, die mehr als andere gefährdet sind, eine freiheitseinschränkende Maßnahme zu erleiden. Für das Projekt war daher relevant, dass eine erhöhte Sensibilität für dieses Thema geschaffen werden sollte.

In der Gesamtheit zeigt die Studienlage auf, dass nur wenige Interventionen derzeit uneingeschränkt zu empfehlen und konsequent einzuführen sind. Meist handelt es sich vor allem bei den psychosozialen und komplexen Maßnahmen um Empfehlungen, die jedoch nicht zwingend eingesetzt werden müssen. Hierzu sind die Studienergebnisse und die Zusammenfassungen über klinische Studien (Reviews) nicht eindeutig genug. Vor dem Hintergrund der komplexen Situationen von Menschen mit Demenz und der schwerwiegenden Einschränkungen kann demnach nicht „eine Lösung“ angeboten werden. Die häufigsten Hinweise in der gesichteten Literatur und den gesichteten Projekten erfolgten zu dem Themenfeld „Schulungen“.

Im Rahmen eines Projektes muss daher eine Auswahl getroffen werden, was bearbeitet und methodisch umgesetzt werden soll. Für das Projekt „Doppelt hilft besser bei Demenz“ wurde eine solche Auswahl vorgenommen. Im Kern der zahlreichen Berichte und Studien steht die notwendige Bildungsarbeit und Sensibilisierung für das Thema. Die Auswahl der in der Folge

⁴⁵ McPhail et al. 2009

⁴⁶ Chapman und Law 2009

⁴⁷ Park et al. 2004

⁴⁸ Page et al. 2008

⁴⁹ König et al. 2007

⁵⁰ Rowe 2008

⁵¹ Bradway und Hirschman 2008

⁵² Isfort und Weidner 2010

beschriebenen Handlungsfelder und der konkreten Ziele wird durch die deutschsprachige sowie internationale Literatur argumentativ unterstützt und gedeckt. Wesentliche Erkenntnisse aus den bisherigen Praxisprojekten und aus der Literatur konnten berücksichtigt werden. Weitere Maßnahmen (z.B. Musiktherapie, Tagestrukturierung durch Ergotherapie etc.) konnten aufgrund der Limitierung einsetzbarer Mittel nicht verfolgt werden. Sie sind gleichermaßen empfehlenswert und zukünftig wünschenswert.

5. GESCHICHTE UND ZIELE DES PROJEKTES

Eine Besonderheit des vorgestellten Projektes ist die Entstehungsgeschichte, denn das Projekt wurde auf Anregung von betroffenen Menschen der Region anvisiert und gemeinsam mit Beteiligten des Krankenhauses Lübbecke durchgeführt. Im Rahmen des Landesmodellprojekts HilDe – Hilfen bei Demenz - wurde im Februar 2004 ein Angehörigenrat als Vertretung der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz gegründet. Er vereint seitdem die Sprecherinnen und Sprecher der Selbsthilfegruppen im Kreis Minden-Lübbecke. Aus diesem Zusammenschluss gründete sich am im August 2005 „Leben mit Demenz – Alzheimergesellschaft Kreis Minden-Lübbecke e.V.“. Auf einem Treffen des Angehörigenrats im Februar 2006 wurde das Thema „Situation der Menschen mit Demenz in den Allgemeinkrankenhäusern der Region“ erörtert. In der Folge wurde ein Forderungskatalog verabschiedet sowie eine Fragebogenaktion zur Ermittlung der Versorgungssituation aus Sicht der Angehörigen auf den Weg gebracht. Primär wurde hier die Perspektive ambulant versorgter Menschen mit Demenz in den Fokus genommen. Von 200 verteilten Fragebögen wurden 64 zurückgeschickt und ausgewertet. Im Kern konnte ermittelt werden, dass bei Betroffenen vielfach negative Erfahrungen hinsichtlich der Versorgung im Krankenhaus vorlagen. 50% der Antwortenden hielten Pflegepersonal und Ärzte in gerontopsychiatrischen Fragen nicht für hinreichend geschult. Drei von vier Befragten äußerten sich kritisch hinsichtlich der baulichen Gegebenheiten und fast jeder zweite bemängelte, dass dem Pflegepersonal keine Zeit bliebe, um Toilettengänge zu begleiten oder Essen entsprechend dem Tempo des Erkrankten anzureichen. Positiv wurde aber mitgeteilt, dass die Assistenz der Angehörige im Krankenhaus vom Personal begrüßt wurde. Im April 2007 wurden Vertreter des Angehörigenrats und des Vorstands durch die Betriebsleitung des Krankenhauses Lübbecke zum Meinungsaustausch über das Thema eingeladen. Aus dieser Begegnung heraus entstand die Idee, ein praxisorientiertes Projekt aufzulegen, dass zu einer Verbesserung der Versorgung der Menschen mit Demenz und ihrer Angehöriger beitragen sollte. Aus dieser Arbeit entstand eine Auflistung von Handlungsfeldern und Zielen, die leitend für die Projektarbeit wurden. Im Oktober 2007 begannen die Vorbereitungsarbeiten für das Projekt.



Abbildung 5: Identifizierte Handlungsfelder im Projekt

5.1 HANDLUNGSFELD: ANGEHÖRIGENBETEILIGUNG

Ziel 1: Die Angehörigen sind einbezogen in: Projektsteuerung, Projektvorbereitung, Projektdurchführung

Ziel 2: Angehörige und Hausärzte von Demenzpatienten werden *im Vorfeld* auf Möglichkeiten und Hilfsmittel der Vorbereitung eines Krankenhausaufenthalts aufmerksam gemacht

Ziel 3: Über die vorhandenen Hilfsangebote werden Informationsmaterialien erstellt

Ziel 4: Angebote für die Patientenbegleitung durch Angehörige sind: Rooming-in, Angehörigenvisiten, Angehörigengesprächsgruppe und -beratung

Ziel 5: Angehörige werden speziell auf die Entlassung der Demenzpatienten in die ambulante Situation vorbereitet

5.2 HANDLUNGSFELD: ELEKTIVE AUFNAHMESTEUERUNG

Ziel 1: Aufnahmeindikation im Vorfeld klären; wenn möglich Vermeidung der Krankenhausaufnahme, Verringerung der Aufenthaltsdauer durch gute Vorbereitung

Ziel 2: Festlegung von Zuständigkeiten und Pfaden

5.3 HANDLUNGSFELD: PARALLELE DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Ziel 1: Patienten über 70 Jahre werden einem Demenzscreening unterzogen (sog. „DemTect“)

Ziel 2: Bei Demenzverdacht erfolgt die Anforderung einer neurologisch-psychiatrischen Konsiliaruntersuchung

Ziel 3: Erfassung körperlicher Begleiterkrankungen und kritisch zu beurteilender Polypharmazie, die geeignet sind, die demenzielle Symptomatik zu verschlechtern

Ziel 1: Bis Ende 2008 erhalten alle Pflegenden der zwei Modellstationen eine Basisschulung „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“.

Ziel 2: Hospitationstage für die fünf Pflegenden aus der Facharbeitsgruppe

Ziel 3: Ärztereweiterbildung zum Themenkomplex Diagnostik und Therapie von chirurgisch/internistischen Erkrankungen und Demenz

Ziel 4: Begleitende Erweiterungs- und Vertiefungsfortbildungen in den Projektphasen 2 und 3

Die Handlungsfelder wurden in der Folge im Rahmen der Facharbeitsgruppentreffen bearbeitet. Einzelne Handlungsfelder und Arbeitsschritte wurden in kleineren Unterarbeitsgruppen bearbeitet und zur Abstimmung in der Facharbeitsgruppe vorgelegt. In den regelmäßigen Steuerungsgruppentreffen wurden die Vorschläge verabschiedet und in den Abteilungen erprobt. Über den Fortschritt, notwendige Änderungen oder aber auch ein Aussetzen von Arbeitsschritten im Rahmen der Bearbeitung wurde kontinuierlich in der Facharbeitsgruppe berichtet.

6. FINANZIERUNG UND MITTELVERWENDUNG IM PROJEKT

Das Krankenhaus Lübbecke ist ein Krankenhaus der Regelversorgung mit ca. 494 Betten. 195 dieser Betten sind Teil einer angeschlossenen psychiatrischen Abteilung. Ziel des Projektes in Lübbecke war die Erprobung eines Ansatzes, der sich in den Alltag des laufenden Krankenhausbetriebs unter den gegebenen Strukturen und Zuständigkeiten integrieren lässt. Dazu sollte mit einer „Breitenwirkung“ das Thema eingeführt werden, damit möglichst viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sensibilisiert werden. Ausgangspunkt für diese Entscheidung war die Überlegung, dass zukünftig alle Stationen im Krankenhaus gleichermaßen mit einer Zunahme der Behandlung von Menschen mit Demenz zu rechnen haben und eine besondere Aufmerksamkeit und eine verbessertes Verständnis bei allen gleichermaßen vorliegen sollte.

In das Projekt wurde seitens des Hauses in erheblichem Umfang investiert. Dies zeigt sich u.a. in der Auflistung der eingesetzten Ressourcen für die Schulungs- und Entwicklungsarbeit.

- 8 Schulungstage Menschen mit Demenz im Krankenhaus (Basisschulung Demenz)
- 32 Mitarbeiter/innen haben an Fortbildungen zur „Integrativen Validation“ teilgenommen
- 34 Sitzungen in der Facharbeitsgruppe: insgesamt ca. 550 Arbeitsstunden
- 13 Sitzungen Steuerungsgremium mit der Geschäftsführung / Chefarzten / Pflegedienstleitung

Es wurden umfangreiche Schulungen für Mitarbeiter durchgeführt, externe Dozenten engagiert und vor allem ein hoher Anteil an Arbeitszeit für die regelmäßigen Facharbeitsgruppentreffen bereitgestellt. Ergänzt werden konnten die dafür benötigten Mittel aus Spenden der Bevölkerung an „Leben mit Demenz“, sodass für das Personal mehr Schulungen angeboten werden konnten, als zu Beginn geplant waren. Diese zusätzlichen Schulungen wurden seitens der Pflegenden explizit angefragt und sehr gut angenommen.

Die eingeworbenen Drittmittel des Projektes (Mittel der Robert Bosch Stiftung sowie Teile der Spenden für das Projekt) wurden für die wissenschaftliche Begleitung, für entwickelte (Informations-)Materialien (z.B. Informationsmaterialien für die Patienten und Angehörigen/ Flyerdruck, Fotodokumentationen) sowie für die Ausrichtung einer abschließenden Fachtagung verwendet. Zudem wurden relevante Fachpublikationen angeschafft und den Stationen zur Verfügung gestellt. Ein Personalstellenanteil auf den Stationen oder in der Projektleitung im Krankenhaus wurde von den Projektgebern ausgeschlossen und hätte mit den zur Verfügung gestellten Ressourcen nicht entsprechend wirkungsvoll realisiert werden können.

Eine weitere Unterstützung erfuhr das Projekt durch den Freundeskreis des Krankenhauses. Hier konnten für zwei der Modellstationen spezielle Niederflurbetten angeschafft werden. Niederflurbetten spielen bei der Versorgung von Patienten mit einer Sturzgefährdung und nächtlicher Unruhe eine große Rolle. Durch den Einsatz dieser speziellen Betten, die sich auf einen sehr geringen Bodenabstand herunterfahren lassen, kann verhindert werden, dass Patienten, wenn sie aus dem Bett fallen, schwere Sturzfolgen riskieren. Von der Anschaffung der Niedrigbetten werden auch andere Personen/ Patienten im Krankenhaus profitieren können - sie sind nicht ausschließlich für Menschen mit Demenz im Einsatz.

7. PROJEKTORGANISATION UND -VERLAUF-

Im Folgenden werden sowohl die organisationale Struktur als auch der Projektverlauf näher beschrieben.

7.1 ORGANISATION DES PROJEKTES

Das Projekt wurde organisatorisch als ein „Top-Down-Projekt“ angelegt. Das heißt, dass die Organisation Hierarchieebenen aufwies. Die Steuerungsgruppe war neben Mitgliedern des Angehörigenrates und Leben mit Demenz interdisziplinär mit den Entscheidern und leitenden Personen des Krankenhauses besetzt. Hier wurden auch die Grundsatzentscheidungen über das Projekt getroffen. Durch die Top-Down-Struktur konnte von Beginn an sichergestellt werden, dass im Projekt durch die teilnehmenden Stationen oder die Facharbeitsgruppe keine Prozesse angestoßen wurden, die nicht auch durch die Leitungsebene des Krankenhauses befürwortet wurde. Die interdisziplinäre Besetzung des Gremiums förderte darüber hinaus die gemeinschaftliche Verantwortung für das Projekt.



Abbildung 6: Organigramm der Projektstruktur

Das Organigramm zeigt die Strukturen, wie sie sich zum Ende des Evaluationszeitpunktes im Projekt darstellten (Stand Ende 2010). Die einbezogenen Abteilungen sind im Laufe des Projektes angepasst worden und haben sich aus dem Projekt heraus entwickelt.

Erst zu einem fortgeschrittenen Zeitpunkt im Projekt (Mitte 2010) wurde die Zentrale Notfallaufnahme (ZNA) mit in die Facharbeitsgruppe eingebunden. Hier wurde erkannt, dass eine vollständige Einbindung aller Personen erfolgen sollte, die am Prozess der Behandlung beteiligt sind. Als eine der Erkenntnisse aus der Arbeit wurde festgehalten, dass sich der Aufbau einer Arbeitsgruppe entlang der Patientenbewegung im Krankenhaus zu orientieren hat. Da Menschen mit Demenz zunächst in der Aufnahme ankommen, ist diese auch in jedem Falle in die Entwicklung und Verbreitung einer demenzsensiblen Versorgung mit einzubeziehen.

Ebenso wurde erst in einer dritten Projektphase das Projekt auf der Urologie implementiert. Hier kam der Impuls von der Abteilung selbst, die ein hohes Interesse sowohl seitens der ärztlichen als auch der pflegerischen Leitung signalisierte und vor dem Hintergrund zahlreicher älterer Personen auf der Station einen Bedarf anmeldete. Die notwendigen Schulungen wurden ausgeweitet und die Umsetzung konnte aufgrund der vorliegenden Erfahrungen zügiger erfolgen, sodass inhaltlich schnell ein Anschluss erzeugt werden konnte.

7.2 PHASEN UND VERLAUF DES PROJEKTES

Das Projekt kann insgesamt in vier Phasen unterteilt werden. Dies sind:

- Vorphase des Projektes
- Konzeptions- und Entwicklungsphase (Projektphase 1)
- Ausweitungphase (Projektphase 2)
- Weiterführung / Überführung in eine Regelbehandlung (Projektverstetigung)

Zeitlich lassen sich die Projektphasen wie folgt abbilden:

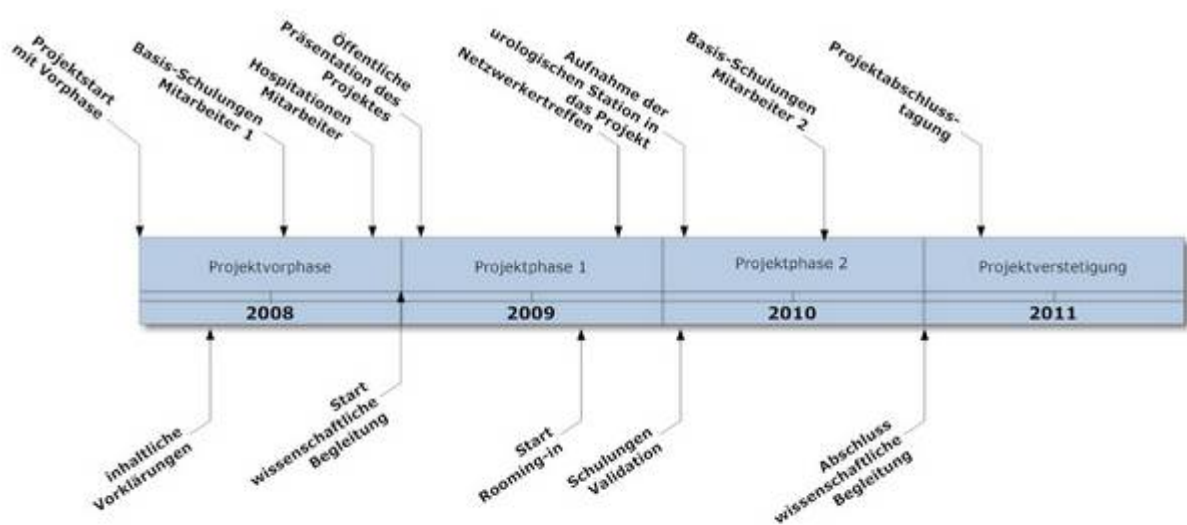


Abbildung 7: Projektphasen und ausgewählte Meilensteine

In einer Vorphase (2007-2008) wurden die Projektstrukturen und die beteiligten Personen festgelegt. Die Projektsteuerungsgruppe sowie die Facharbeitsgruppe wurde implementiert und erste sondierende Treffen wurden durchgeführt. Die teilnehmenden Stationen am Projekt wurden ausgewählt und informiert. Zudem erfolgte eine allgemeine Orientierung über Projekte zum Thema Demenz im Krankenhaus im Feld (inkl. der ersten Hospitationen) und erste Basisschulungen (2-tägige Veranstaltungen) wurden für die Pflegenden der zunächst zwei beteiligten Stationen angeboten.

In der ersten Konzeptions- und Umsetzungsphase wurden die wesentlichen Projektbausteine entwickelt, in der Facharbeitsgruppe abgestimmt und in einer ersten Erprobung eingesetzt. Darüber hinaus wurden erste Maßnahmen für eine Öffentlichkeitsarbeit im Projekt eingeleitet und eine öffentliche Informationsveranstaltung sowie eine Veranstaltung für das Krankenhaus intern geplant. Für die inhaltliche Bearbeitung wurde durch die Projektverantwortlichen ein „Stufenmodell“ der Umsetzung vorgeschlagen, das z.B. zunächst vorsah, die entsprechenden Entwicklungen für ein zentrales Aufgabengebiet der Angehörigenintegration, das „Rooming-in“, gegen Ende des Jahres 2009 abzuschließen und dieses in der Folge zu erproben. Auf Wunsch der Pflegenden der Stationen und vor dem Hintergrund konkreter Anfragen seitens Patienten und Angehöriger nach einer Präsentation des Vorhabens in der Öffentlichkeit (Januar 2009) wurde

das Teilprojekt Rooming-in bereits früher als geplant ab Oktober des Jahres 2009 umgesetzt. Dies ist vor allem dem Engagement der Pflegenden zu verdanken, die entsprechend zügig die notwendigen Maßnahmen einleiteten und die Belegung der Zimmer koordinierten. Ebenso erfolgte früher als gedacht eine Klärung mit den wichtigsten Krankenkassen bezüglich der Übernahme der Kosten eines möglichen Rooming-in durch die Sozialarbeiterin des Krankenhauses. Entsprechende Formulare wurden entwickelt und eingesetzt.

In der Folge wurden zahlreiche Informationsmaterialien für die Patienten und deren Angehörige entwickelt und abgestimmt. Auf den Stationen wurden zur Verbreitung Pinnwände angebracht, auf denen wichtige Informationen angeschlagen werden konnten und Flyermaterialien (zum Projekt und zu regionalen Unterstützungsangeboten) ausgelegt werden konnten. Neben den Materialien zur Information wurden auch Verfahren entwickelt und erprobt, die sich mit den Inhalten der jeweiligen anderen Handlungsfelder beschäftigten. Hier sind zum Beispiel die Entwicklung des konkreten Anmelde- und Aufnahmeverfahrens zu nennen oder die Ablaufpläne für eine Angehörigenvisite und für die pflegerische Beobachtung zur Erfassung von Leitsymptomen für Demenz/Delir für Patienten ab 70 Jahren.

In einer Erweiterungsphase (Projektphase 2) wurde das Projekt auf einer zusätzlichen Station implementiert und die bisherigen Konzepte wurden weiter verfeinert, angepasst und nach Möglichkeit stabilisiert oder in Einzelfällen auch ausgesetzt oder in der Umsetzung verschoben.

Mit Ende des Jahres 2010 wurde das Projekt seitens der wissenschaftlichen Begleitung mit einer Erhebung zur Einschätzung des Projektes durch die Pflegenden beendet. Im November 2010 wurde eine Verstetigung und Weiterführung sowohl durch die Steuerungsgruppe als auch durch die Facharbeitsgruppe beschlossen (Projektverstetigungsphase), sodass im Jahr 2011 noch ausstehende Bausteine bearbeitet werden sollen, die bislang noch nicht entwickelt und erprobt werden konnten. Vor allem ist hier der noch fehlende Baustein zur Polypharmazie zu nennen. Für die Verstetigungsphase wurde beschlossen, dass im Haus zukünftig weitere Stationen mit in das Projekt einbezogen werden sollen. Hier ist jedoch nicht geplant, dass Stationen alle Elemente des Projektes umsetzen, sondern dass Patienten, die eine Demenz haben und deren Angehörige zu einem Rooming-in mit in das Krankenhaus kommen wollen, auf die jeweils andere Station gelegt werden und die Ärzte und Pflegenden untereinander kooperieren. Hierzu soll u.a. im Jahr 2011 ein System der kollegialen Beratung aufgebaut werden, das sowohl Pflegende als auch ärztliche Mitarbeiter betrifft. Kollegen sollen Kollegen für Fachfragen zur Seite stehen und sie auf Anfrage unterstützen.

7.3 MAßNAHMEN IM PROJEKT

Insgesamt erfolgten im Projekt zahlreiche Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen der Handlungsfelder. Diese sollen in den folgenden Übersichten skizziert und gebündelt vorgestellt werden.

7.3.1 BILDUNGSMAßNAHMEN IM PROJEKT

Wie in der Projektübersicht verdeutlicht und der internationalen Literatur beschrieben, ist Bildungsmaßnahmen die wahrscheinlich höchste Priorität beizumessen. Vielfach scheinen Pflegende und Ärzte nicht mit den aktuellen Erkenntnissen der Behandlung, den Techniken der

Kommunikation und den spezifischen Begleitkonzepten vertraut. Dies liegt u.a. daran, dass die Entwicklungen vielfach aus anderen Versorgungsbereichen kommen (z.B. der vollstationären Altenpflege) und die sektorielle Trennung in der Arbeitsrealität nur wenig gemeinsamen Austausch ermöglicht. So wechseln Altenpfleger selten in ein Krankenhaus, es werden eigene Kongresse durchgeführt und es existieren eigene Fachzeitschriften, die im Krankenhaus nicht unbedingt gelesen werden. Bezüglich der Bildungsarbeit, die daher auch ein Kernelement des Projektes „Doppelt hilft besser bei Demenz“ darstellte, lassen sich die folgenden Maßnahmen beschreiben:

	Anzahl der Maßnahmen	Anzahl beteiligter Personen
Basisschulung Demenz Pflegende (2 Tage)	4	46
Basisschulung Validation (2 Tage)	2	32
Ärztliche Fortbildung „Demenz“	2	ca. 10
Weiterbildung Gerontopsychiatrie	2	2 abgeschlossen 2 ausgeschieden aus dem Dienst (Umfang: 440 Stunden)
Hospitationen in anderen Projekten	2	4

Abbildung 8: Bildungsmaßnahmen im Rahmen der Projektdurchführung

Als einen flankierenden Bereich der Bildungsarbeit kann beschrieben werden, dass für die Stationen Fachbücher angeschafft wurden. Darüber hinaus wurden zentrale Entwicklungen in einem eigenen Ordner festgehalten, sodass sich die Pflegenden auf den jeweiligen Stationen auch eigenständig informieren konnten. Berichte, wie z.B. die Übersicht über laufende Projekte in Deutschland und im benachbarten Ausland, wurden ebenfalls zur Verfügung gestellt.

7.3.2 VERFAHRENTWICKLUNG IM PROJEKT

Im Projekt wurden zu unterschiedlichen Zielen der Handlungsfelder konkrete Verfahrensabläufe entwickelt und erprobt. Die folgenden Maßnahmen und entwickelten Ablaufpläne sind hier zu nennen:

- Konkretisierung eines strukturierten Anmelde- und Aufnahmeverfahrens (elektive Aufnahme)
- Konkretisierung Aufnahmeablauf (Notfall)
- Konkretisierung des Verfahrens zum Rooming-in
- Entwicklung eines Ablaufplans für eine Angehörigenvisite
- Entwicklung eines Ablaufplans zur pflegerischen Erfassung der Leitsymptome Demenz/Delir
- Entwicklung eines konsiliarischen Untersuchungsverfahrens zur Abklärung von Demenz durch Fachärzte
- Beratungsangebot durch Sozialdienst / Informationsbroschüre regionaler Angebote

7.3.3 MAßNAHMEN ZUR AUSSTATTUNGSVERBESSERUNG

Für das Rooming-in wurden mit Unterstützung des Freundeskreises des Krankenhauses Lübecke zwei Niederflurbetten angeschafft. Dies sind Betten, die ein extrem tiefes Niveau haben und z.B. unruhigen Patienten ein sicheres Schlafen ermöglichen sollen, ohne dass Bettgitter angebracht werden müssen. Sie reduzieren die Höhe im Falle eines unruhebedingten Sturzes aus dem Bett. Niederflurbetten sind in Akutkrankenhäusern bislang eher seltener eingesetzt als in stationären Altenhilfeeinrichtungen und waren bis zum Zeitpunkt des Projektes den Pflegenden überwiegend nicht bekannt.

Mit der Verbesserung der Ausstattung sollte den Pflegenden eine konkrete Arbeitshilfe gegeben werden, um die Pflege leichter durchführen zu können und um freiheitseinschränkende Maßnahmen weiter zu reduzieren.

Weitere Maßnahmen hinsichtlich der Ausstattungsverbesserung waren die Anschaffung von Beschäftigungsmaterialien für die Angehörigen. In der Literatur beschrieben und aus Projekten bekannt ist, dass eine Tagesstrukturierung der Patienten sinnvoll erscheint. Zudem ergeben sich für Angehörige, die ein Rooming-in durchführen, lange Phasen, in denen Wartezeiten überbrückt werden müssen. Mit Hilfe von Spenden konnten auf den Stationen besondere Materialien angeschafft werden, wie zum Beispiel Brettspiele mit großen Figuren, damit Angehörige und Patienten gleichermaßen Möglichkeiten der Ablenkung haben. Das Spielen mit einem Patienten oder Angehörigen konnte im Projekt nicht über zusätzliche Mitarbeiter (z.B. Ergotherapie) oder aber durch die Pflegenden stabilisiert werden. Spiele und Materialien werden somit auf den Stationen primär für die Angehörigen vorgehalten werden.

7.3.4 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT IM PROJEKT

Ein weiterer Baustein im Projekt war die Vernetzung des Projektes nach außen. Zum einen sollte die regionale Aufmerksamkeit auf das Projekt gelenkt werden und das Projekt so eine Bekanntheit bekommen. Zum anderen sollte ein fachlicher Diskurs auch überregional in Gang gebracht werden.

Die Herstellung von Öffentlichkeit ist kein Selbstzweck. Hinsichtlich der regionalen Versorgung ist von entscheidender Bedeutung, dass die Bevölkerung breit informiert ist. Des Weiteren ist zentral, dass Entscheider und Akteure von dem Projekt Kenntnis haben. Das sind einerseits Ärzte aus der Region, die Kontakt zu Patienten und Familien haben. Gleichermäßen sind hier ambulante Dienste, Beratungsstellen, Angehörigengruppen, Apotheken sowie andere Praxen (z.B. Physiotherapie) oder auch Tagespflegeeinrichtungen zu nennen. Sie alle haben Kontakte zu Betroffenen und sind relevant, wenn es um die gezielte Vermittlung von betroffenen Menschen und ihren Angehörigen in die vorgehaltenen Strukturen und Abläufe geht. Ohne eine begleitende Öffentlichkeitsarbeit und eine Vernetzung nach außen drohen Projekte unbekannt zu bleiben und zur Verfügung gestellte Ressourcen bleiben in der Folge ungenutzt.

Das Projekt wurde sowohl in der regionalen Presse als auch überregional entsprechend publik gemacht. Hier war besonderes hilfreich, dass regionale Unterstützer (z.B. die Privatbrauerei Barre/ der Lions Club Lübecke-Espelkamp) durch Aktionen und Spendenbeiträge öffentlichkeitswirksam das Projekt unterstützen und zur Bekanntheit beitragen. Ebenso wurden

sowohl durch die Stationen als auch durch Netzwerker Flyer verteilt und das Projekt in die Bevölkerung getragen.

In der Fachöffentlichkeit wurde das Projekt im Rahmen unterschiedlicher Pflegekongresse und Fachtagungen mit vorgestellt. Zusätzlich erfolgte eine Projektvorstellung auf Anfrage im Rahmen eines Treffens von Pflegedienstleitungen und Geschäftsführern eines großen Trägerverbandes. Dies signalisiert, dass das Projekt über den regionalen Bereich hinaus in der Fachöffentlichkeit bekannt wurde. Dazu beigetragen haben u.a. auch zwei Artikel über das Projekt, die in der größten deutschsprachigen Pflegezeitschrift mit einer Auflage von über 50.000 Exemplaren erschienen. Darüber hinaus erfolgte eine Vernetzung mit anderen Projekten und die Aufnahme in das Netzwerk: „Blickwechsel Demenz Regional“.

Art der Öffentlichkeitsarbeit	Anzahl der Maßnahmen / Ergebnisse
Regionale Presseartikel	5
Zeitschriftenartikel (Fachpresse Pflege)	2
Netzwerkertreffen mit relevanten Akteuren der Region	1
Filmbeitrag (Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen)	1
Veröffentlichungen auf Fachtagungen / Kongressbeiträge	10
Vernetzungstreffen „Blickwechsel Demenz Regional“	6
Ausrichtung einer Fachtagung	1
Anzahl verteilter Flyer	ca. 2.000

Abbildung 9: Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit

Die abschließende Fachtagung mit der Präsentation der Ergebnisse, der Diskussion mit Fachexperten und mit der Bevölkerung in der Stadthalle Lübbecke kann als ein weiterer wesentlicher Baustein der begleitenden Öffentlichkeitsarbeit benannt werden.

8. ZIELERREICHUNG DES PROJEKTES

Das Projekt umfasste eine Laufzeit von fast drei Jahren von der Anbahnung bis zur Realisierung und dem Einsatz der zahlreichen Maßnahmen. In einem so langen Zeitraum sind nicht alle Entwicklungen planbar und absehbar - Maßnahmen müssen entsprechend flexibel angepasst werden. Das beinhaltet auch die Entscheidung, dass Teilprojekte oder gesteckte Ziele vor dem Hintergrund von Entwicklungen nicht berücksichtigt werden können oder verschoben werden müssen.

Zur Analyse der Zielerreichung zählt auch, dass förderliche und hemmende Faktoren beschrieben werden, die im Projekt identifiziert werden konnten und die Zielerreichung beeinflussten.

8.1 SCHEMATISCHE ÜBERSICHT ZUR ZIELERREICHUNG

In der folgenden schematischen Darstellung werden die Grade der Zielerreichung zusammengefasst, wie sie aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung zum Zeitpunkt der Projektphase im Dezember 2010 beschrieben werden konnten. Dabei ist eine trennscharfe Unterteilung der Einzelziele nur schwer möglich, da Maßnahmen mitunter mehrere Ziele

miteinander vereinen. Dennoch soll an dieser Stelle eine analytische Trennung vorgenommen werden, um die Einzelziele hinsichtlich der Zielerreichung zu beurteilen.

Die Beurteilung erfolgte vor dem Hintergrund der protokollierten Diskussionen in der Facharbeitsgruppe sowie anhand der abschließenden Befragung der Pflegekräfte im Herbst 2010 und der kontinuierlich begleitenden Angehörigenbefragung.

Übersicht der Handlungsfelder und Handlungsziele	Einschätzung zur Zielerreichung
Angehörigenbeteiligung	
Ziel 1: Einbezug in alle Ebenen des Projektes	● ● ●
Ziel 2: Im Vorfeld aufmerksam machen auf Besonderheiten	● ● ●
Ziel 3: Verbreiten von Informationen	● ●
Ziel 4: Rooming-in, Angehörigenvisite, Angehörigenberatung	● ●
Ziel 5: Vorbereitung auf die Entlassung durch Pflegende	●
Ziel 5: Vorbereitung auf die Entlassung durch Sozialdienst	● ●
Elektive Aufnahmesteuerung	
Ziel 1: Aufnahmeindikation im Vorfeld klären	● ● ●
Ziel 2: Festlegung von Zuständigkeiten und Pfaden	● ●
Parallele Diagnostik und Therapie	
Ziel 1: Demenzscreening bei > 70 Jahre alten Patienten	● ●
Ziel 2: Konsiliareinleitung bei Demenzverdacht	● ●
Ziel 3: kritische Begleiterkrankungen / Polypharmazie	○
Fachlicher Input	
Ziel 1: Basisschulung aller Pflegenden	● ● ●
Ziel 2: Hospitationstage für Pflegenden	● ●
Ziel 3: Ärztereweiterbildung „Demenz“	●
Ziel 4: Begleitende und vertiefende Fortbildungen	● ● ●
Legende	
● ● ● in hohem Maße ausgeprägt	
● ● ausgeprägt	
● gering ausgeprägt	
○ nicht bearbeitet	

Abbildung 10: Schematische Übersicht zur Zielerreichung

Die **Angehörigenbeteiligung** ist insgesamt in einem hohen Maße umgesetzt worden. Nicht nur der Einbezug von Angehörigenvertretern in alle Ebenen und Gremien im Projekt ist vollumfänglich gelungen. Hinsichtlich der Angehörigenvisite bestehen entwickelte Ablaufpläne, die sich in der Praxis noch beweisen müssen. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung liegen hier noch keinen systematischen Ergebnisse vor.

Es kann festgestellt werden, dass das Teilprojekt „Rooming-in“ im Rahmen der Angehörigenbeteiligung ein großer Erfolg war und gut etabliert werden konnte. Über 60 potenzielle Teilnehmer sind eingeschrieben und zwischen Oktober 2009 und Oktober 2010 konnte ein Rooming-in 20-mal erprobt werden. Zu Beginn des Projektes herrschte große Unklarheit, ob und wenn ja, in welchem Maße dies umgesetzt werden kann und seitens der Angehörigen auch nachgefragt werden wird. Eine sehr hohe Nachfrage kann in einem Krankenhaus nur punktuell beantwortet werden, da die notwendigen räumlichen Gegebenheiten

(2-Bett-Zimmer) nur begrenzt für ein Rooming-in genutzt werden können und die Aufnahme akut Erkrankter im Vordergrund steht.

In dem Projekt konnten hier erstmals konkrete Kennzahlen ermittelt werden. Dazu wurden in der abschließenden Evaluation die Pflegenden gebeten, ihre Erfahrungen einzuschätzen. Die Erstellung einer Liste, auf der stattgefunden Kontakte, Vermittlungen und im Anschluss tatsächlich durchgeführte Rooming-ins protokolliert werden sollten, erwies sich nicht als praxistauglich. Ermittelt werden konnte hier nur die Anzahl der tatsächlich durchgeführten Rooming-ins. Daher wurde das Interesse und die Realisierung in Form von prozentualen Einschätzungen erfragt. Die Pflegendenbefragung (33 von 48 Mitarbeitern antworteten) ergab dabei die folgenden Ergebnisse:

Schätzen Sie bitte ein, wie viel % der bei Ihnen betreuten Menschen mit Demenz einen Angehörigen hatten, der sich für ein Rooming-In interessierte?			Schätzen Sie bitte ein, wie viel % der bei Ihnen betreuten Menschen mit Demenz einen Angehörigen hatten, der sich für ein Rooming-In entschieden hat?		
	Häufigkeit	Prozent		Häufigkeit	Prozent
Gültig	2	6,1	Gültig	2	6,1
bis 10%	16	48,5	bis 10%	20	60,6
11% bis 20%	3	9,1	11% bis 20%	4	12,1
21% bis 30%	4	12,1	21% bis 30%	3	9,1
31% bis 40%	3	9,1	31% bis 40%	4	12,1
41% bis 50%	2	6,1	Gesamt	33	100,0
51% bis 60%	1	3,0			
über 70%	2	6,1			
Gesamt	33	100,0			

Abbildung 11: Einschätzungen zum Umfang und zum Interesse an einem Rooming-in

Vor dem Hintergrund der genannten Zahlen kann der Aufwand und die Häufigkeit der Nutzung insgesamt als bewältigbar und zugleich sinnvoll beschrieben werden. Es zeigte sich auch, dass Angehörige vielfach den Krankenhausaufenthalt als Regenerationszeit für sich selbst nutzen wollten oder benötigten oder aber berufliche Gründe ein umfassendes Rooming-in verhinderten. Hierbei ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass die Angebotsform eine tatsächliche Innovation bedeutet und im Feld noch nicht die Bekanntheit hat wie z.B. ein Rooming-in im Bereich der Kinderkrankenpflege. Es wird daher vor dem Hintergrund eines Lerneffektes und einer mündlichen weiteren Verbreitung erwartet, dass ein Interesse zukünftig steigen wird. Dennoch kann festgestellt werden, dass das Rooming-in bereits jetzt eine sehr lohnenswerte Form der Angehörigenbeteiligung darstellt.

Das Rooming-in wurde auch in der Evaluation von den Pflegenden hervorgehoben und insgesamt sehr gut beurteilt. Die folgende Grafik zeigt die Ergebnisse aus der abschließenden Befragung. Hier wurde von 24 der 33 antwortenden Pflegekräfte das Rooming-in als eine Erleichterung der Pflegearbeit beschrieben. Insbesondere wurde die gewählte Kombination aus Rooming-in und Verbesserung der Ausstattung als hilfreich und sinnvoll beschrieben.

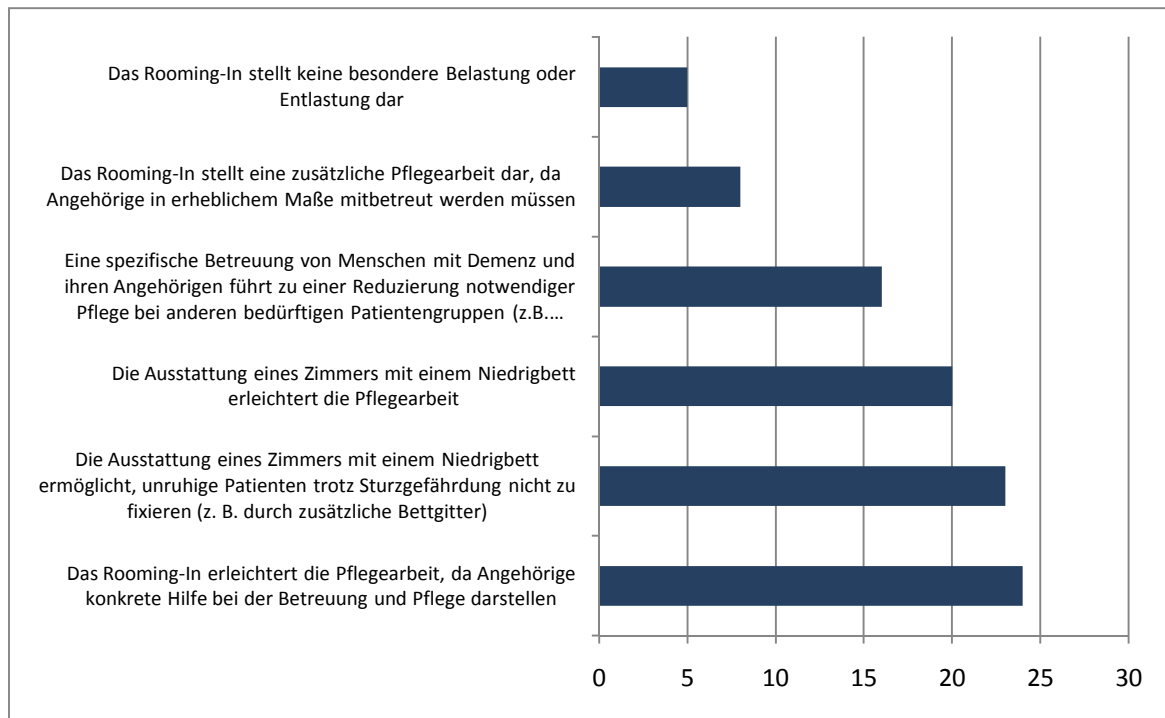


Abbildung 12: Anzahl der Nennungen zu Aussagen zum Rooming-in

Die Angehörigen, die das Rooming-in nutzten, waren entweder rund um die Uhr oder aber meistens tags und immer nachts anwesend. Seitens der Angehörigen konnten 10 Befragungsbögen ausgewertet werden. Das entspricht einem Rücklauf von 50% der Teilnehmer. Damit lassen sich nur vorsichtige Aussagen hinsichtlich der Erfahrungen machen. Die vorliegenden Ergebnisse attestieren dem Projekt sehr gute Noten. Neun der 10 Befragten gaben beispielsweise an, dass sie sowohl die Pflegenden als auch die Ärzte als sehr kompetent im Umgang mit ihrem Angehörigen erlebt haben und dass diese immer erreichbar waren, wenn sie Fragen hatten. 7 gaben an, dass Besonderheiten im Umgang von den Pflegenden berücksichtigt wurden und 9 beschrieben das Rooming-in als eine wesentliche Verbesserung der Versorgung.

Hinsichtlich der Wissenserweiterung äußerten 5 der Befragten, dass sie durch den Kontakt zu den Pflegenden, Ärzten und zur Sozialarbeiterin neue Hilfsangebote kennengelernt haben. Alle Befragten würden in einer vergleichbaren Situation wieder vom Rooming-in Gebrauch machen und vier gaben dem Projekt die Note „sehr gut“, sechs die Note „gut“. Hinweise für einen weiteren Optimierungsbedarf finden sich ebenso bei den Aussagen der Angehörigen. So wünschen sich 7 der 10 Befragten, dass zusätzlich spezielle Therapien (z.B. Erinnerungsarbeit) angeboten werden und 6 wünschen sich eine Bezugsperson, die für sie als konkreter Ansprechpartner fungiert. 5 wünschten sich zusätzliche Beschäftigungsangebote zur Tagesstrukturierung.

Die Vorbereitung der Angehörigen durch den Sozialdienst konnte in einem hohen Maße umgesetzt werden. Bezüglich der Vorbereitung auf die Entlassung durch Pflegende waren die Ziele anfänglich sehr hoch gesteckt. So wurde anfangs überlegt, dass Pflegende Schuleinheiten anbieten und Angehörige in konkreten Pflegemaßnahmen anleiten könnten. Dies wurde zum Zeitpunkt der Berichterstellung jedoch nur in Einzelfällen realisiert. Eine stabile „Schulung“ oder ein strukturiertes Angebot für alle Angehörigen konnte vor dem Hintergrund

der knappen Personalressourcen nicht immer oder nicht immer umfassend geleistet werden. Dies zeigen nicht nur die Ergebnisse der Diskussionen in der Facharbeitsgruppe, sondern auch die abschließenden schriftlichen Befragungen der Pflegenden. Hier gaben nur 5 von insgesamt 33 Befragten an, dass sie Angehörige in praktischen Fragen der pflegerischen Versorgung schulen konnten. Abgeleitet werden kann, dass Pflegende stärker Vermittlungshinweise auf regionale Angebote der Angehörigenschulungen geben sollten. Eine eigene Übernahme kann nur selten gewährleistet werden.

In der Summe der aufgezeigten Aspekte kann das Handlungsfeld der Angehörigenbeteiligung als in hohem Maße realisiert und umgesetzt beschrieben werden.

Die **Aufnahmesteuerung** konnte vollumfänglich organisiert und umgesetzt werden. Hier wurde sogar über das primäre Ziel (elektive Aufnahme) hinaus eine Entwicklung angestoßen, da sich herausstellte, dass auch Notfallpatienten mit einbezogen werden müssen und können. Die Zuständigkeiten konnten geklärt und die Pfadentwicklung (Verfahrensabklärungen) konnte entwickelt und auch erprobt werden. Hier zeigte sich u.a. eine Stärke des Projektes hinsichtlich der interdisziplinären Aufstellung. Für einen Anmeldevorgang bedarf es der konsequenten Zusammenarbeit von Chefarztsekretariat, Pflegedienstleitung, Station und Sozialdienst. Dies konnte durch die Projektorganisation zügig geklärt und umgesetzt werden.

Die Umsetzung der Ziele für den Bereich **Diagnostik und Therapie** konnte indes nicht in allen Punkten gleichermaßen stabilisiert werden. Bislang unbearbeitet blieb zum Beispiel der Aspekt der kritischen Bewertung von Mehrfachmedikamentengaben (Polypharmazie) durch besonders geschulte Ärzte. Hier liegen zum Zeitpunkt des Berichts erste Überlegungen vor, wie dies durch kollegiale Beratung oder auch durch den Einsatz spezifischer Software stärker berücksichtigt werden kann. Auch das Demenzscreening der Patienten durch die Pflegenden ließ sich nicht kontinuierlich stabilisieren. In der schriftlichen Befragung äußerten 70% der Pflegenden, dass aufgrund der Arbeitsbelastung auf der Station keine umfassende Erprobung realisiert werden konnte. 40% betrachten das Demenzscreening als eine zu aufwendige Maßnahme, da vielfach nicht betroffene Patienten über einen Zeitraum von drei Schichten mit erfasst werden müssen. Unklar blieb hier offensichtlich auch der Nutzen für den ärztlichen Dienst. Nur 2 Teilnehmer sahen hier eine wichtige Unterstützung für den ärztlichen Dienst. In einem Fall führte das Screening zu einem erweiterten Test durch Ärzte, der keinen Hinweis auf eine Demenz ergab. Inwieweit die beschriebenen Schwierigkeiten zunächst nur übergangsweise Probleme der Implementation oder aber dauerhafter Natur sind, kann nicht abschließend beurteilt werden. Dies wird sich im weiteren Einsatz des Screenings in der Klinik zeigen.

Der Konsiliardienst konnte auf Basis einer bilateralen Zusammenarbeit der psychiatrischen und der somatischen Ärzte zügig realisiert werden. Hier zeigte sich hinsichtlich einer parallelen Diagnostik jedoch ein eher geringer Bedarf, da die meisten der Patienten bereits mit einer geklärten Diagnose ins Krankenhaus kommen und klinisch strittige Fälle eher die Ausnahme bilden.

Ein weiterer Kernpunkt der Maßnahmen im Rahmen des Projektes war der **fachliche Input**. Hier konnten durch ein konsequentes Fortbildungsangebot insgesamt ein sehr hoher Umsetzungsgrad erzielt werden. Beim ärztlichen Dienst konnte aufgrund einer sehr hohen Arbeitsbelastung und freier Arztstellen noch nicht in allen Aspekten geschult werden. Hier stehen

für das Jahr 2011 noch Schulungsmodule aus, die einerseits konkrete Kommunikationsstrategien umfassen sollen (integrative Validation), aber auch bezüglich der Polypharmazie fachlichen Input geben sollen. Daher wird zu diesem Aspekt zum Zeitpunkt der Berichterstellung eine geringe Ausprägung festgestellt.

Anders sieht dies für den Bereich der Pflegenden aus. Hier konnten mehr Maßnahmen erfolgreich durchgeführt werden. Insgesamt nahmen z.B. vier Pflegende an Hospitationen anderer Modellprojekte teil. Das heißt, sie besuchten Modellprojekte, um sich die dortigen Prozesse und Ergebnisse vor Ort anzuschauen und um sich mit Kollegen auszutauschen. Weitere Hospitationen sind geplant und sollen im Jahr 2011 durchgeführt werden. Durch den Kontakt zu den anderen Projekten konnten inhaltliche und personelle Synergien geschaffen werden - so wurden aus diesen Projekten auch Fortbildner für das Projekt in Lübecke gewonnen.

Insgesamt vier Personen nahmen an einer gerontopsychiatrischen Weiterbildung teil, die insgesamt vier Module umfasst und mit einer Abschlussarbeit endet. Jedoch konnten hier nur zwei der Fachweitergebildeten auf den Projektstationen weiterbeschäftigt werden. Die eher spezifisch ausgerichteten Bildungsangebote machen jedoch in der Gesamtheit nur einen geringen Anteil der Bildungsarbeit aus. Vor allem die breite Schulung der Pflegenden (Basisschulung) und die Schulungen zur integrativen Validation sind im Bereich des fachlichen Inputs zu diskutieren. Die Schulungen (Basisschulung Demenz) wurden durch die Pflegenden wie folgt bewertet:

Die Basisschulungen zu den Besonderheiten im Umgang mit Menschen mit Demenz...

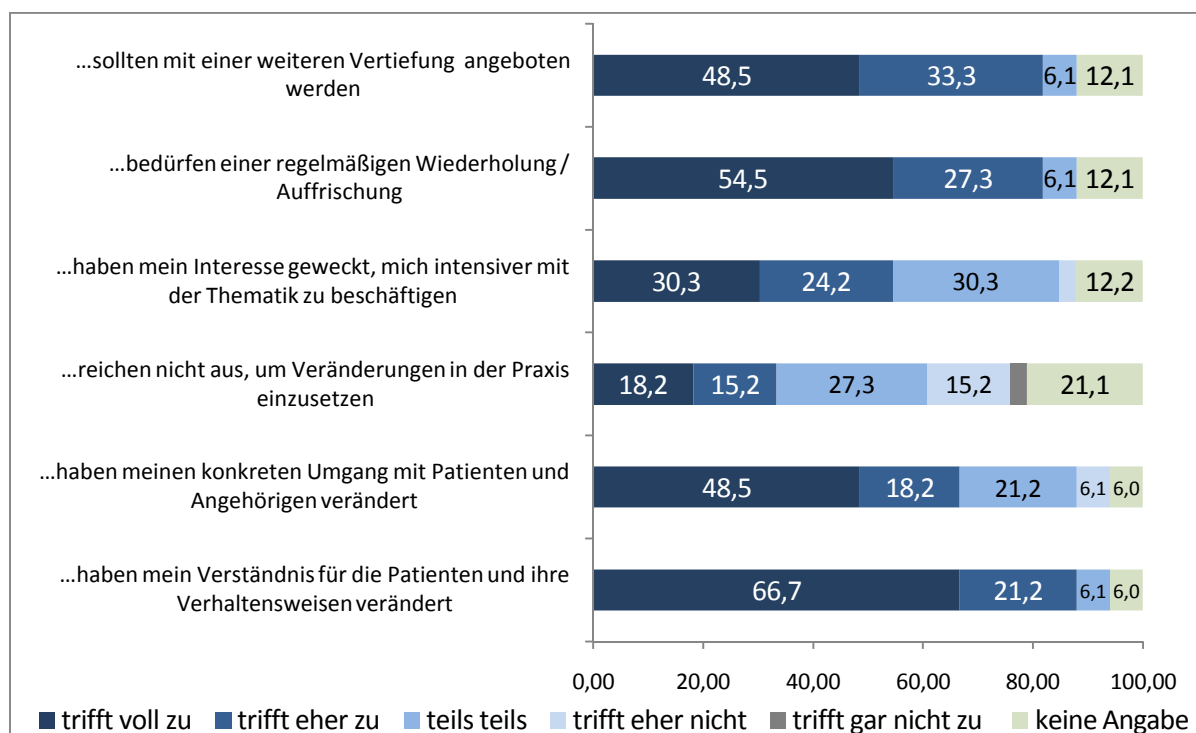


Abbildung 13: Ergebnisse Pflegendenbefragung zur Basisschulung Demenz (N=33)

Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass die Schulungen wesentlich zur Sensibilisierung zum Thema beigetragen haben, den Wissensstand erweiterten und auch den konkreten Umgang der Pflegenden mit Patienten und Angehörigen verändert haben. Es bleiben jedoch auch Umsetzungsunsicherheiten für die konkrete Pflegepraxis zurück. Darüber hinaus kann festgestellt

werden, dass die Pflegenden sowohl eine Vertiefung als auch eine Verstetigung der Inhalte wünschen. Hier kann als ein wesentlicher Kritikpunkt festgehalten werden, dass zwischen der ersten Basisschulung und dem tatsächlichen Projektbeginn auf den Stationen ein Zeitraum von ca. 12 Monaten bestand. In Interviews auf den Stationen und in der Diskussion in der Facharbeitsgruppe wurde geäußert, dass somit Teile der Inhalte bereits verloren gegangen waren. Eine engere Zusammenführung sowie eine Wiederholung können hier hilfreich sein. In den Gesprächen mit den Pflegenden wurde betont wie wichtig ein möglichst konkreter und praxisnaher Schulungsinhalt ist.

Als ein Beitrag zur Verstetigung und kontinuierlichen Arbeit wurde für die Stationen das Angebot von unterstützenden Fallbesprechungen unterbreitet. Dies wurde jedoch zunächst von den Pflegenden nicht in Anspruch genommen. Ein Grund dafür war die zunächst unklare Zielsetzung der Fallbesprechungen und dass nicht immer Patienten auf der Station sind, die eine konkrete Fallbesprechung notwendig erscheinen lassen. Das gemeinsame Reflektieren über allgemeine Erfahrungen oder abgeschlossene Fälle wurde als eher unpassend wahrgenommen und als unnötiger Ressourcenaufwand, der zu Lasten der Patientenversorgung führen könnte. Hier wird der weitere Prozess zeigen, ob Fallbesprechungen ein geeignetes Instrument sind, um die Arbeit vor Ort zu erleichtern und eine Handlungssicherheit zu erzeugen. Der Wunsch nach einer Begleitung in der konkreten Situation (Bed-Side-Training) ließ sich organisatorisch aufgrund der notwendigen Flexibilität geeigneter Trainer bislang nicht realisieren. Dennoch kann insgesamt dem Maßnahmenbündel des fachlichen Inputs ein hoher Grad an Umsetzung attestiert werden.

8.2 *HEMMENDE FAKTOREN IM PROJEKT*

Als wesentliche hemmende Faktoren im Projekt können die folgenden Aspekte beschrieben werden:

- Irritation durch Personalreduktion
- Fehlende personelle Konstanz in Gremien
- Fehlende Projektkoordinatorinnenstelle auf Seiten des ärztlichen Dienstes

Das Krankenhaus Lübeck stand während des laufenden Projektes unter besonderen finanziellen Herausforderungen, die auch die konkrete Projektarbeit betrafen. So konnten beispielsweise befristete Verträge von zwei Pflegenden im Projekt nicht verlängert werden. Dies waren Projektmitarbeiterinnen, die sich in der gerontopsychiatrischen Fachweiterbildung befanden. Darüber hinaus musste auf zahlreichen Stationen des Krankenhauses eine Reduzierung der Personalstellen durchgeführt werden, was in der Folge zu einer Arbeitsverdichtung der Pflegenden führte.

Seitens der Mitarbeiter war mit der Projektdurchführung die formulierte Erwartung verbunden, dass durch die zusätzlichen Aufgaben im Projekt die bestehenden Personalressourcen erhalten bleiben könnten. Hier hätte ein Bestandsschutz für die Stationen die notwendige Handlungssicherheit geben können. Dies ließ sich jedoch nicht realisieren. Die „Unruhe“, die aufgrund der Bekanntmachung anstehender personeller Veränderungen gegenwärtig war, führte an vielen Stellen zu berechtigten Diskussionen und hinderte das inhaltliche Fortkommen, da immer wieder Rahmenbedingungen thematisiert werden mussten.

Die im Laufe des Projektes konkret erfahrene Personalreduktion führte in der Folge zu einer enormen Irritation, die im weiteren Verlauf nicht mehr gänzlich auf allen Bereichen aufgehoben werden konnte. Nicht nur die beiden Projektmitarbeiter, die im laufenden Qualifizierungsprozess waren, erlebten die Personalreduktion auf den Modellstationen als unverständlich. In den Teams war nachhaltig eine Enttäuschung spürbar, die unter anderem dazu führte, dass nicht auf allen Stationen die entwickelten Verfahren vollumfänglich durchgesetzt wurden. Mit dem Hinweis auf eine Erhöhung der Arbeitsbelastung wurden anstehende und beschlossene Erprobungen (z.B. der pflegerische Erfassungsbogen zur Erfassung von Leitsymptomen) verschoben oder ausgesetzt. Im Rahmen mehrerer Facharbeitsgruppentreffen mussten die damit einhergehenden Veränderungen besprochen und Ziele neu ausgerichtet werden.

Erst die grundsätzliche Klärung aller beteiligter Stationen, am Projekt trotz veränderter Rahmenbedingungen festzuhalten, ermöglichte die konsequente Wiederaufnahme und Fortführung der inhaltlichen Arbeit. Die erfolgte Umstrukturierung bzw. Personalreduktion kann somit als maßgeblich störender bzw. hemmender Faktor für das Projekt beschrieben werden.

Offene und nicht vollständig zu besetzende Stellen im ärztlichen Bereich führten auch zu Mehrbelastungen im ärztlichen Dienst und zu personellen Veränderungen. Auch dies ist ein hemmender Faktor im Projekt gewesen, da z.B. eine ärztliche Mitarbeiterin andere Aufgaben zugeteilt bekam und kurzfristig kein Ersatz für die Facharbeitsgruppe und die konkrete Unterstützung des Pflegeteams auf der Station ermöglicht werden konnte. Dies veränderte Prozesse in der Facharbeitsgruppe und auf der Modellstation und konnte nicht mehr alleine vom pflegerischen Team aufgefangen werden. Kernelemente der bis dahin erreichten Arbeit (insbesondere Angehörigenintegration / Rooming-in) konnten jedoch aufrecht erhalten werden.

Ein weiterer hemmender Faktor kann auf der Ebene der Steuerungsgruppe beschrieben werden. Nicht alle leitenden Ärzte der beteiligten Disziplinen konnten gleichermaßen konstant präsent sein und aktiv mitarbeiten. Hier konnte beobachtet werden, dass dort, wo der Arbeit im Projekt auf der Leitungsebene eine große Bedeutung zugemessen wurde, sich dies auch auf Seiten der Stationen und der realisierbaren Ergebnisse niederschlug. Daraus kann abgeleitet werden, dass die Unterstützung durch die leitenden Ärzte wesentlich für die Bereitschaft und Akzeptanz des Projektes war.

Ursprünglich war im Projekt vorgesehen, dass korrespondierend zu einer Projektkoordinatorinnenstelle auf der Hierarchieebene der Pflegedienstleitung eine Stelle der Koordination durch eine ärztlichen Mitarbeiter eingerichtet werden sollte. Dies ließ sich jedoch aufgrund der Arbeitsbelastungen nicht realisieren. Die Beteiligung auf der Ebene des Steuerungsgremiums konnte diese Lücke nicht vollumfänglich ausgleichen.

8.3 FÖRDERLICHE FAKTOREN IM PROJEKT

Als wesentliche förderliche Faktoren im Projekt können die folgenden Aspekte beschrieben werden:

- hohe Motivationslage der Mitarbeitenden
- Klare Projektorganisation / Top-down-Anlage des Projektes
- Flexibilisierung der Vorgehensweise

- Terminierung des Projektcharakters
- Projektkoordination auf der Ebene der Pflegedienstleitung
- Motivationsförderung durch Hospitation

Insbesondere die hohe Motivationslage und die Bereitschaft der Beteiligten, sich dem Thema zuzuwenden, kann als ein wesentlich fördernder Faktor benannt werden. Trotz Problemen in der Umsetzung und bei einzelnen Bausteinen kann insgesamt festgehalten werden, dass die Motivationslage erhalten blieb und am Projekt konsequent festgehalten wurde.

Ein weiterer fördernder Faktor ist die Anlage des Projektes mit dem gewählten interdisziplinären und hierarchischen Aufbau. Entscheidungen konnten so gemeinsam abgestimmt und auch zeitnah durch die Leitungsebene beschlossen werden. Die Projektstruktur über die Steuerungsgruppe und die Facharbeitsgruppe haben sich somit positiv ausgewirkt. Zudem konnten in kleineren Unterarbeitsgruppen der Facharbeitsgruppe in einem kurzen Zeitraum sehr konkrete Vorschläge für einzelne Verfahrensvorschläge entwickelt werden.

Als weiterer förderlicher Faktor erwies sich die Flexibilität der Umsetzungsschritte im Projekt. So wurden die Diskussionen in der Facharbeitsgruppe zum Anlass genommen, um Umsetzungsschritte an die jeweilige Situation anzupassen ggf. auszusetzen oder auch früher als geplant einzusetzen. Dies betraf zum Beispiel die Etablierung des Rooming-in zu einem frühen Zeitpunkt oder die Verschiebung der Einführung des pflegerischen Erfassungsbogens auf einer der beteiligten Projektstationen. Aus der Flexibilität resultiert auch die in der Handreichung beschriebenen Empfehlung, Handlungsfelder und Inhalte modular zu gestalten, damit sie zu unterschiedlichen Zeitpunkten angepasst implementiert werden.

Ein weiteres Zeichen der Flexibilität war die zunächst nicht anvisierte Aufnahme einer dritten Modellstation. Hier wurde dem Wunsch nach einer Beteiligung der urologischen Station Rechnung getragen. Des Weiteren erfolgte eine Flexibilität hinsichtlich der Integration von Personen in die Facharbeitsgruppe. Durch die Aufnahme der urologischen Station und der Aufnahme der zentralen Notfallaufnahme wurde auch die Facharbeitsgruppe und die Steuerungsgruppe stufenweise ausgebaut.

Projekte bedürfen einer zeitlichen Terminierung, damit sie ihren Charakter als Projekt erhalten können und für Mitarbeiter nachvollziehbar bleibt, was zu welchem Zeitpunkt erarbeitet sein und umgesetzt sein soll. Die Terminierung im Projekt war unter anderem durch die zeitlich befristete Arbeit der wissenschaftlichen Begleitung grundgelegt. Durch eine Terminierung ergibt sich ein Handlungsdruck, der förderlich für eine konsequente inhaltliche Arbeit sein kann und sich u.a. auch disziplinierend auswirkt.

Die Projektkoordination wurde im Krankenhaus auf einer oberen Hierarchieebene angesiedelt, sodass dem Projekt inhaltlich wie formal eine sichtbare Bedeutung zugemessen wurde. Dies hat wesentlich zur Akzeptanz und Verbreitung beigetragen.

Desweiteren kann festgehalten werden, dass sich der Gedanke der Hospitation in anderen Einrichtungen auf Mitarbeiter motivationsfördernd ausgewirkt hat und dass Kontakte geknüpft wurden, die im Projekt auf vielfältige Weise (z.B. hinsichtlich der Akquirierung von Referenten) nutzbar gemacht werden konnten.

9. WEITERFÜHRENDE PROJEKTERGEBNISSE

Im Folgenden sollen weiterführende Ergebnisse vorgestellt werden, die auf telefonischen Angehörigenberichten basieren. Sie stellen Fallschilderungen von beteiligten Angehörigen dar. Darüber hinaus werden erweiterte ausgewählte Ergebnisse der Pflegendenbefragung vorgestellt. Ebenso werden einige wenige Ergebnisse aus einer Netzwerkerbefragung vorgestellt, die im Rahmen des Projektes durchgeführt wurde.

9.1 PROJEKTERGEBNISSE AM BEISPIEL AUSGEWÄHLTER FALLGESCHICHTEN

Frau a ist eine ältere, an Alzheimer erkrankte Frau. Die Tochter berichtet, dass sie bereits zum vierten Mal wegen einer schwerwiegenden Erkrankung im Krankenhaus stationär aufgenommen werden musste. Aus ihrer bisherigen Erfahrung hatte die Tochter gelernt, dass ihre Mutter auf den Ortswechsel mit einer zunehmenden Orientierungsstörung reagiert. Sie beschreibt ihre Mutter als eine Frau, die sich auch von fremden Personen helfen lässt und sich nicht gegen pflegerische oder medizinische Untersuchungen generell wehrt, weil sie diese nicht einsortieren und bewerten kann. Die Mutter vergisst jedoch viele Dinge nach kurzer Zeit und bei einem der bisherigen Aufenthalte war aufgetreten, dass sie sich einen Katheter, den sie als störenden Fremdkörper empfand, selbst entfernt hatte. Die Tochter schätzte die Möglichkeiten einer vollständigen Begleitung und kontinuierlichen Beaufsichtigung ihrer Mutter durch das Pflegepersonal als unmöglich und unrealistisch ein. Das sei insbesondere nachts nicht zu stabilisieren, wenn eine Pflegekraft als Nachtwache für die ganze Station zuständig sei. Um die Beaufsichtigung über die gesamte Zeit zu gewährleisten und für die Mutter einen beständigen Ansprechpartner zu haben, hatte sich die Tochter im Vorfeld entschlossen, bei der nächsten anstehenden Behandlung mit ins Krankenhaus zu gehen. Dafür hatte sie sich von ihrem Arbeitgeber Urlaub genommen.

Sie beschreibt, dass die im Vorfeld getroffenen Absprachen gut funktioniert haben. Es entstanden für sie und ihre Mutter keine Verzögerungen oder Wartezeiten bei der Aufnahme und das Team der Ärzte und Pflegenden auf der Station war auf ihr Kommen vorbereitet. Sie wurde von der Ärztin auf weiterführende Vernetzungsangebote in der Region aufmerksam gemacht und nahm die Informationsmaterialien, die zur Verfügung gestellt wurden, mit. Die von ihr gemachten Erfahrungen waren positiv. Das Rooming-in gab ihr selbst die Sicherheit, dass die Mutter kontinuierlich betreut werden konnte, und sie geht davon aus, dass dies auch für die Mutter hilfreich war. Dennoch konnte sie einen Zwischenfall, einen Sturz der Mutter, nicht verhindern. Dieser passierte, als sie selbst für wenige Minuten auf der Toilette war. Der Sturz blieb zum Glück folgenlos.

Im Gespräch gibt die Tochter wichtige Hinweise für das Projekt. Sie betont, dass eine solche Begleitung nur möglich erscheint, wenn der Erkrankte und sein Angehöriger (wie realisiert) ein gemeinsames Zimmer hätten und wenn sichergestellt sei, dass kein weiterer Patient hinzu käme. Dies könne ansonsten zu einer Überforderung führen, wenn der unterstützende Angehörige sich plötzlich in der Selbstverpflichtung sieht, auch für einen weiteren Mitpatienten Unterstützung anzubieten. Auch gibt sie den Hinweis, dass die Zimmerausstattung entsprechend wichtig sei: ein Tisch an dem man sich tagsüber aufhalten und auf den man Zeitungen etc. ablegen könne, sei wichtig für den Angehörigen. Dieser wurde für sie organisiert, als sie darum bat.

Die Tochter beschreibt den Aufenthalt als sehr anstrengend, da sie selbst nachts nur wenig schlafen konnte. Ihrer Einschätzung nach können das nicht alle Angehörigen leisten. Auch blieben ihr kaum Möglichkeiten für eigene Freiräume oder Auszeiten von der Begleitung und Beaufsichtigung. Diese stabilisierte die Familie selbst, indem andere Familienmitglieder die Tochter ablösten, wenn sie z.B. in der Cafeteria einen Kaffee trinken ging. Die Zeit verbrachte sie meist mit Lesen, Kreuzworträtseln und auch mit Fernsehen. Dennoch, so ihr Resümee, würde sie dies jederzeit wieder so gestalten und ein Rooming-in in Anspruch nehmen. Besondere Aktivitäten oder aber Spielmöglichkeiten (z.B. Brettspiele) schätzte sie in ihrem Falle nicht hilfreich ein, da ihre Mutter auch früher kein „Spieletyp“ gewesen sei.

Herr b hat insgesamt drei Tage im Krankenhaus Lübbecke verbracht. Die Ehefrau beschreibt, dass er im Vorfeld wegen einer anderen Erkrankung in einem anderen Krankenhaus stationär behandelt werden musste. Hier hatten sie leider negative Erfahrungen machen müssen. Die anfänglichen guten Erfahrungen wechselten mit dem Schichtwechsel und der Betreuung ihres Mannes durch andere Personen. So wurde Herr b im weiteren Verlauf u.a. wegen nächtlicher Unruhe fixiert. Die Ehefrau kam immer vormittags zu Besuch und beobachtete immer größer werdende Probleme ihres Mannes. Sie beschreibt die Erlebnisse dieses Klinikaufenthaltes für ihren Mann insgesamt als so traumatisierend, dass er sich 14 Tage lang zuhause von Personen des ambulanten Pflegedienstes teilweise nicht anfassen lassen wollte und erhebliche Ängste auf fremde Personen entwickelte. Dies konnte nur dadurch abgebaut werden, dass vom ambulanten Dienst immer dieselbe Pflegekraft als feste Bezugsperson zur Familie kam, sodass ihr Mann wieder Vertrauen fassen konnte.

Ihre Tochter hatte über das Internet von dem Projekt erfahren und es recherchiert. Als sich in einer Nacht am Wochenende eine Notfallsituation ereignete, fuhren sie in das Krankenhaus Lübbecke. Die Ehefrau beschreibt die Erlebnisse der Aufnahmesituation sehr positiv. Vor allem die freundliche und zugewandte Kommunikation stellt sie heraus. Ärzte sowie Pflegende seien sehr zuvorkommend gewesen und hätten sich vor allem auch mit ihrem Mann sehr wertschätzend und angeregt unterhalten. Dies hätte ihm die Angst genommen. Sie bekam das sofortige Angebot, mit ihrem Mann zusammen auf der Station zu bleiben, sodass sie ein Rooming-in in Anspruch nahm, worauf sie zunächst gar nicht eingestellt war. Im Zimmer konnte sie die Betten so nebeneinander schieben, dass sie ihrem Mann die Hand halten und er beruhigt einschlafen konnte.

Während des kurzen Aufenthaltes war sie bei ihrem Mann ständig anwesend. Absprachen, die ihr eine Auszeit aus der Begleitung ermöglicht hätten, hat sie in diesem Zeitraum nicht getroffen. Während eines kurzen Eingriffs, der vorgenommen werden musste, habe sie vor dem Untersuchungszimmer mitbekommen, dass sich die betreuenden Personen ständig mit ihrem Mann unterhielten und er so abgelenkt und ruhig geblieben sei. Das hat sie sehr beeindruckt und beruhigt.

Die Ehefrau ist in dem regionalen Netzwerk eingebunden und nimmt an unterschiedlichen Aktivitäten wie einem Café teil. Sie hat bereits an einer Angehörigenschulung teilgenommen und fühlt sich gut informiert. Informationsmaterialien wurden ihr im Krankenhaus nicht

ausgehändigt; auch erfolgte keine Beratung durch den Sozialdienst, da ihr Aufenthalt auf ein Wochenende fiel.

Sie bezeichnet das Projekt als sehr wichtig und vorbildhaft und sagt, dass sie es allen empfiehlt. Auf Nachfrage äußert sie, dass sie jederzeit wieder ein Rooming-in durchführen würde. Eingeschrieben in das Projekt ist sie nicht und hofft, dass sich die Situation ihres Mannes, der insgesamt nur selten krank sei, weiter stabil hält. Hinsichtlich möglicher Verbesserungsvorschläge sagt sie, dass die Zimmerausstattung für die Angehörigen verbessert werden könnte, weil sie tagsüber auf dem Bett hätte sitzen müssen. Für einen kurzen Aufenthalt sei dies unerheblich gewesen. Für ein längeres Rooming-in wäre beispielsweise ein kleiner Sessel eine deutliche Verbesserung.

Frau c ist bereits mehrfach im Krankenhaus Lübbecke stationär behandelt worden. Ihre Tochter hat sie diesmal erstmalig begleitet, da die Demenz und eine damit einhergehende Unsicherheit bislang noch nicht so groß gewesen war. Für die Tochter war im Vorfeld entscheidend, dass sie mit aufgenommen werden kann. Von dem Projekt hatte sie über persönliche Kontakte im Netzwerk in Minden-Lübbecke erfahren und sich ins Projekt eingeschrieben. Insgesamt beschränkte sich der Klinikaufenthalt der Mutter auf drei Tage.

Sie beschreibt vor allem die Aufnahmesituation als sehr positiv, da hier für sie und ihre Mutter keine Wartezeiten entstanden und alle Beteiligten informiert waren. Die Aufnahme erfolgte sogar einen Tag früher als geplant; dennoch konnte ein Rooming-in im Krankenhaus ermöglicht werden, was die Tochter als sehr positiv empfand.

Die Tochter konnte während des notwendigen kurzen Eingriffs mit im Behandlungsraum sein und wurde vom Personal auch ermutigt, dabei zu bleiben, da ihre Anwesenheit als wichtig und beruhigend eingeschätzt wurde.

Die Tochter beschreibt insbesondere die Art der Kommunikation mit ihrer Mutter als gelungen und neu. Die Pflegenden seien bemüht gewesen, auf ihre Mutter einzugehen und an Erlebnisse aus dem früheren Leben anzuknüpfen. Einen Unterschied konnte sie erfahren, als am zweiten Behandlungstag Auszubildende die morgendliche Unterstützung bei der Körperpflege durchführten. Diese seien kommunikativ nicht geschult gewesen, was sie sofort bemerkte und was sich auf die Mutter negativ ausgewirkt habe.

Auszeiten aus der Betreuung/ Begleitung wurden in der Familie geregelt und ermöglicht. So wurde die Tochter in der Betreuung von ihrer Schwester abgelöst, die der Mutter vorlas, wenn sie spazieren ging.

Grenzen in der Behandlung und Begleitung haben sie an einem Punkt erfahren. So wurde die Behandlung entsprechend auf den Aufnahmegrund beschränkt. Weiterführenden Fragen zu neurologischen Problemstellungen oder aber einer Schmerzproblematik wurde nicht weiter nachgegangen bzw. der Hinweis auf die hausärztliche Versorgung gegeben. Dies erlebte die Tochter als relevante Einschränkung, sie verweist jedoch im Gespräch darauf, dass dies wahrscheinlich der allgemeinen Situation und Behandlung im Krankenhaus und nicht dem Projekt selbst zuzuschreiben sei.

Auch die Tochter von Frau c ist regional bereits durch unterschiedliche Projekte in das Hilfenetzwerk eingebunden und fühlt sich entsprechend gut informiert. Sie hat an einer Angehörigenschulung teilgenommen und kennt Versorgungs- und Beratungsmöglichkeiten in der Region, sodass kein zusätzlicher Informationsbedarf bestand. Einen Klinikaufenthalt, der sich seit der Behandlung eigentlich ergeben hätte, hat sie vermieden, da ihre Mutter in ein anderes Krankenhaus gemusst hätte, wo sie keine Möglichkeit der Begleitung gehabt hätte. Sie würde in jedem Falle nur dort einen Klinikaufenthalt ihrer Mutter zulassen, wo ein Rooming-in ermöglicht werden kann, äußert sie.

Hinsichtlich möglicher Verbesserungen äußert auch die Tochter, dass die krankenhaustypische Ausstattung der Zimmer für einen Angehörigen schnell an Grenzen stößt und insbesondere bei längeren Klinikaufenthalten zusätzliche Ausstattungen, die ein wohnlicheres Ambiente bieten, wünschenswert wären.

Aus den Erfahrungsberichten der drei Fallschilderungen kann insgesamt abgeleitet werden, dass die Kommunikation und die Angehörigenintegration durch Angehörige als das Kernstück wahrgenommen wurden. Alle Interviewpartner betonten, dass sie ein Rooming-in jederzeit wieder durchführen würden. Die Fallschilderungen zeigen auch, dass es vielfach die „kleinen“ Dinge sind, wie die Zuwendung und der Wunsch einer ernsthaften Auseinandersetzung und ein Eingehen auf den Demenzerkrankten, die durch die Angehörigen als Besonderheit festgestellt werden. Auch wenn es sich nur um kurzzeitige Aufenthalte handelt, spielt die konsequente Einbindung der Angehörigen eine große Rolle und trägt mit dazu bei, dass ein Klinikaufenthalt ohne nachhaltige Irritation erlebt werden kann. Hinsichtlich eines Verbesserungspotenzials sind es ebenfalls kleinere Merkmale, die nachhaltig sein können. Ein Tisch, ein Sessel, in den man sich setzen kann, können hier maßgeblich zur Qualitätsverbesserung beitragen. In keinem der geschilderten Fälle und geführten Gespräche wurden erhebliche Forderungen an das Personal formuliert. Hier zeigt sich, dass eine eher geringe Anspruchshaltung vorherrscht, was sich unter anderem darin ausdrückt, dass nicht erwartet wird, dass für Auszeiten der Angehörigen eine 1:1 Betreuung durch Pflegende zu organisieren ist. Auch wurde nicht geäußert, dass die Pflegenden eine konkrete Schulung durchführen sollten. Hier sind die Netzwerke außerhalb der Klinik von entscheidender Bedeutung für eine gezielte Informationsvermittlung und Hilfestellung im Alltag.

9.2 PROJEKTERGEBNISSE AM BEISPIEL AUSGEWÄHLTER BEFRAGUNGSERGEBNISSE

Während des Projektzeitraums erfolgte wie dargestellt eine Arbeitsverdichtung, die Pflegende sowie Ärzte gleichermaßen betraf. Aus den Gesprächen und auch den schriftlichen Anmerkungen in der Befragung war ersichtlich, dass die Personalreduktion wesentlich die oben beschriebene Irritation auslöste und als hemmender Faktor im Projekt angesehen werden muss. Ein Aspekt in der abschließenden Evaluation der Pflegenden war, in Erfahrung zu bringen, ob die personelle Ausstattung ggf. Risiken für die Patientenversorgung birgt. Dazu wurden Teile eines Instrumentes (Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument [Bernca®]) eingesetzt, das bereits in unterschiedlichen Studien in Deutschland und der Schweiz angewendet wurde.

Wie oft ist es in Ihren letzten 7 Arbeitstagen vorgekommen, dass...

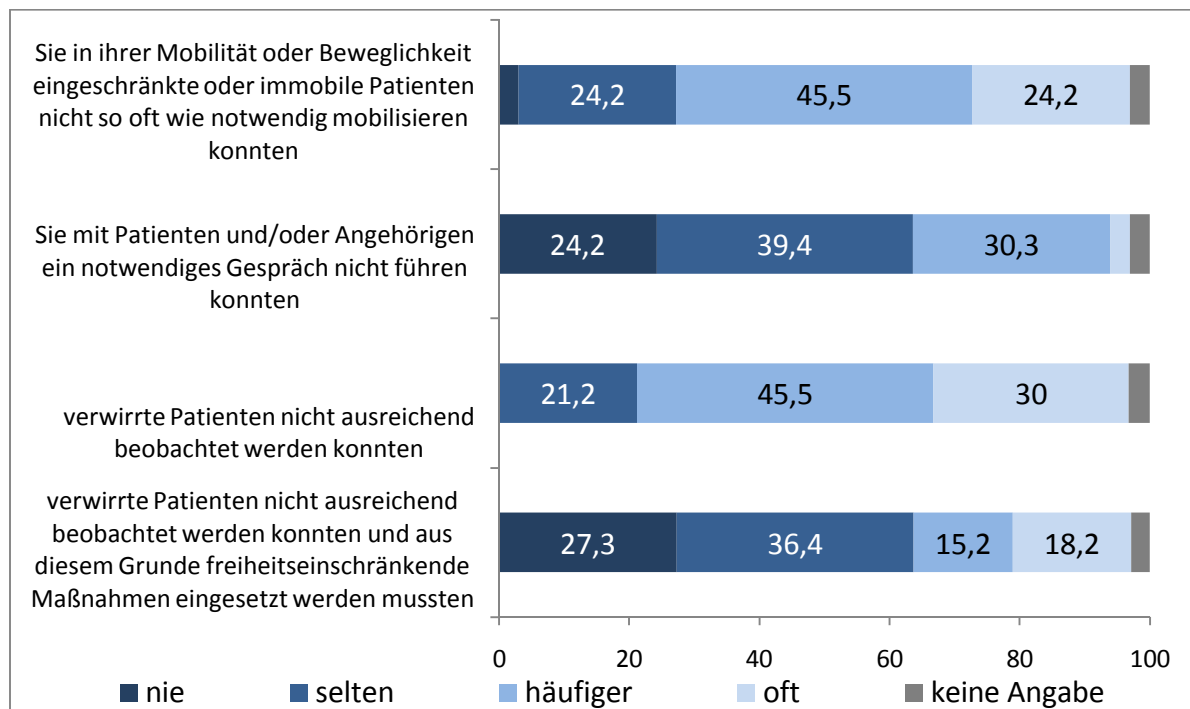


Abbildung 14: Ergebnisse Pflegendenbefragung zur Patientensicherheit (N=33)

Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflegenden vor allem Probleme hinsichtlich einer Stabilisierung der Beobachtung verwirrter Patienten benennen. Ebenso sehen sie Probleme hinsichtlich der Durchführung notwendiger Mobilisationen bei Patienten (z.B. Geh- und Stehübungen eines Patienten). Zu diesen Daten liegen Vergleichszahlen aus einer Untersuchung von fast 10.000 Pflegenden in Krankenhäusern in Deutschland vor, die die Zahlen bestätigen und aufzeigen, dass sich die Kernprobleme in hohem Maße in der Ausprägung ähneln. Sie sind demnach nicht krankenhausspezifisch, aber eben auch im Krankenhaus Lübbecke existent.

Erfreulich aber ist, dass die Befragten in einem geringen Ausmaße als in den Vergleichsdaten beschreiben, dass sie aufgrund mangelnder Beobachtung freiheitseinschränkende Maßnahmen vornehmen mussten. Hier äußern 63,7%, dass dies nie oder selten der Fall ist. In den Vergleichsdaten sind es mit 53,4% rund 10% weniger.

In der Gesamtheit aber zeigt sich, dass die Pflegenden in dem Projektkrankenhaus einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt sind und die Kernbereiche der Pflege nicht mehr in vollem Umfang stabilisieren können. Vor dem Hintergrund dieser festgestellten Einschränkungen ist zu diskutieren, was in dem Projekt aus Sicht der Pflegenden erreicht werden konnte.

Im Projekt konnte insgesamt bislang erreicht werden, dass...

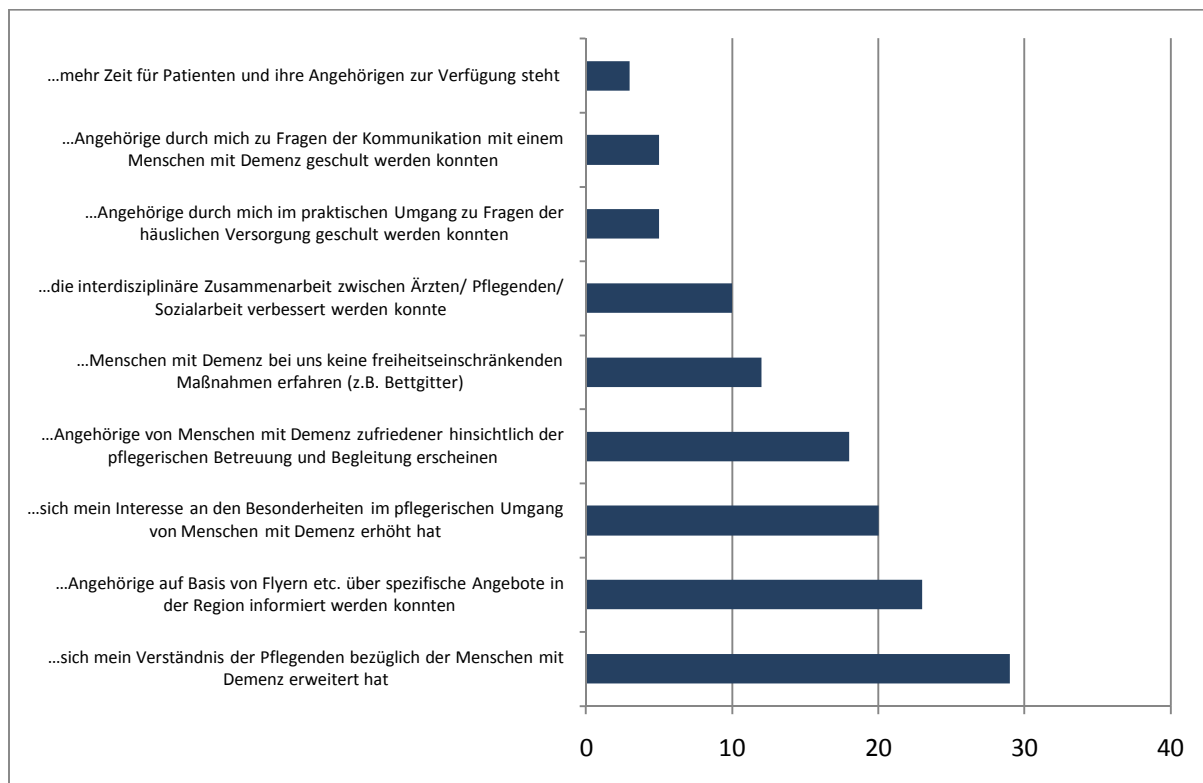


Abbildung 15: Ergebnisse Pflegendenbefragung zu Projektergebnissen (N=33)

Wesentlich sind hier Erfolge hinsichtlich der Sensibilisierung und des Interesses zum Thema zu verzeichnen. Diese Sensibilisierung ist wahrscheinlich ein maßgeblicher Faktor für die veränderte Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, wie sie durch die Angehörigen wahrgenommen wurde. Dass Angehörige von Menschen mit Demenz zufriedener hinsichtlich der Betreuung und Begleitung sind, äußert die Hälfte der Befragten.

Konkrete zusätzliche zeitliche Ressourcen aber konnten nicht geschaffen werden und bezüglich konkreter Schulungen von Angehörigen zeigen die Ergebnisse auf, dass dies nicht umfassend durch die Pflegenden auf den Stationen realisiert werden kann. Hier sollte vor allem eine Vermittlung zu den Kursen pflegender Angehöriger in das ambulante Feld erfolgen. Dies wird den Angaben zufolge durch die Pflegenden auch gewährleistet.

Bezüglich des Projekterfolgs wurden Fragen zum eigenen Lernerfolg gestellt. Die folgende Grafik zeigt die Ergebnisse auf. Hier bestätigen sich die Hinweise, dass die Bildungsarbeit als wesentliche Säule benannt werden kann und bei den Pflegenden überwiegend gut beurteilt wurde.

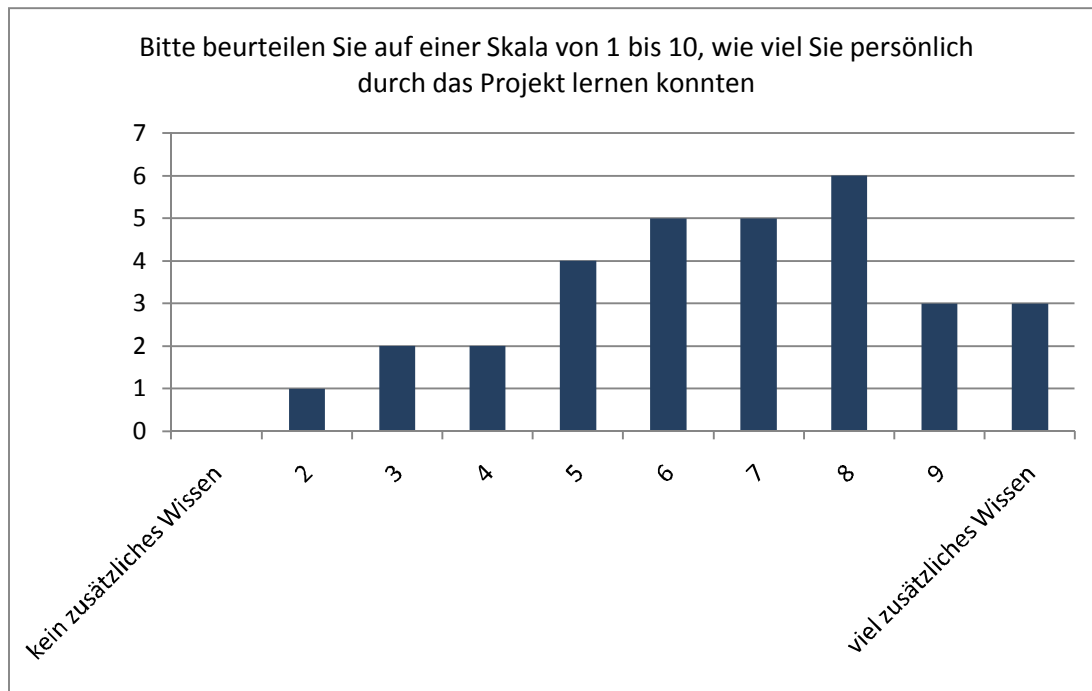


Abbildung 16: Ergebnisse Pflegendenbefragung zum Lernerfolg durch das Projekt(N=33)

Neben der Selbsteinschätzung wurde auch eine Einschätzung zur beobachteten Veränderung bei den Kollegen (Fremdbewertung) durchgeführt. Auch hier zeigen sich in der Tendenz positive Werte.

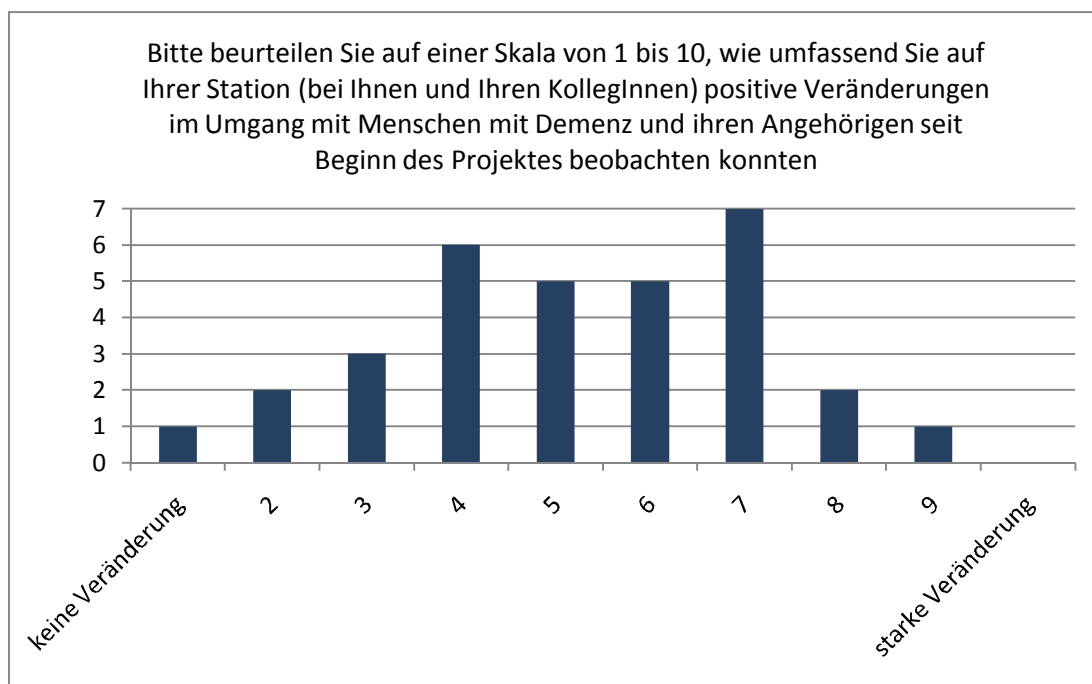


Abbildung 17: Ergebnisse Pflegendenbefragung beobachteter Veränderungen (N=33)

Die Pflegenden wurden analog zu den Angehörigen befragt, wie sie das Projekt mit einer Schulnote beurteilen würden. Vor dem Hintergrund der heterogenen Erfahrungen im Projekt und der erlebten Personalreduzierung wurden hier nicht nur gute Noten vergeben. Am

häufigsten wurde zwar die Note „gut“ vergeben. Jedoch betrachteten auch fünf der Befragten das Projekt als „ausreichend“ und zwei als „mangelhaft“.

Bewerten Sie das Projekt mit einer Schulnote

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	sehr gut	1	3,0
	gut	10	30,3
	befriedigend	9	27,3
	ausreichend	5	15,2
	mangelhaft	2	6,1
	Gesamt	27	81,8
Fehlend	System	6	18,2
Gesamt		33	100,0

Abbildung 18: Bewertung des Projektes durch die Pflegenden

In freien schriftlichen Anmerkungen wurde die Personalreduzierung am häufigsten als kritischer Aspekt des Projektes benannt. Durch die Schulungen wurde ein hohes Interesse am Thema und der Wunsch nach einer verbesserten individuellen Betreuung geweckt, der nicht mit knapper werdenden Ressourcen gedeckt werden kann. Daneben fanden sich Forderungen nach dem Aufbau eines besonderen Zimmers für Patienten und Angehörige, damit auch räumlich deutlichere Signale gesetzt werden können.

Insgesamt zeigt sich, dass die Pflegenden in den Ergebnissen sehr differenziert auf das Projekt blicken und unterschiedliche Stärken und Schwächen herausstellten. Stellt man die Ergebnisse in der Gesamtheit den Ergebnissen der Angehörigen gegenüber, so ist zu erkennen, dass die Pflegenden das Projekt kritischer betrachten als die Angehörigen. Dies kann vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Erwartungshaltungen der Angehörigen im Gegensatz zu den Pflegenden verstanden werden. In den Interviews mit Angehörigen zeigte sich zum Beispiel, dass diese nicht den Anspruch erhoben, dass die Pflegenden ihnen ein Training für die Häuslichkeit anbieten können. Vielmehr sahen sie die Möglichkeit der Pflegenden selbst als sehr begrenzt an vor dem Hintergrund der wahrgenommenen Arbeit auf den Stationen. In der schriftlichen Befragung dominierten ebenfalls die positiven Aspekte. Die Angehörigen beurteilten vor allem die aufmerksame und zugewandte Kommunikation mit dem Erkrankten als besonders. Auch waren sie nicht gewohnt, das Angebot eines Rooming-in unterbreitet zu bekommen. Sie fühlten sich vor allem durch den Einbezug bei wichtigen Fragen unterstützt und wertgeschätzt. Auch wurde hervorgehoben, dass sie ihren Angehörigen zu wichtigen Untersuchungen begleiten durften.

Im Rahmen des Projektes fand auch eine Befragung von Netzwerkern statt. Hier sollen lediglich wenige ausgewählte Ergebnisse vorgestellt werden. Insgesamt antworteten 23 Akteure aus dem Umfeld der Versorgung. Dies waren: Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste (7), ehrenamtlich Tätige (6), Ergotherapeuten (5), Mitarbeiter aus Beratungsstellen (2), Mitarbeiter aus Tageseinrichtungen/ vollstationären Pflegeeinrichtungen (3). Die Netzwerker wurden zu einem frühen Zeitpunkt des Projektes dazu befragt, wie sie die Versorgung von Menschen mit Demenz in der Region beurteilen.

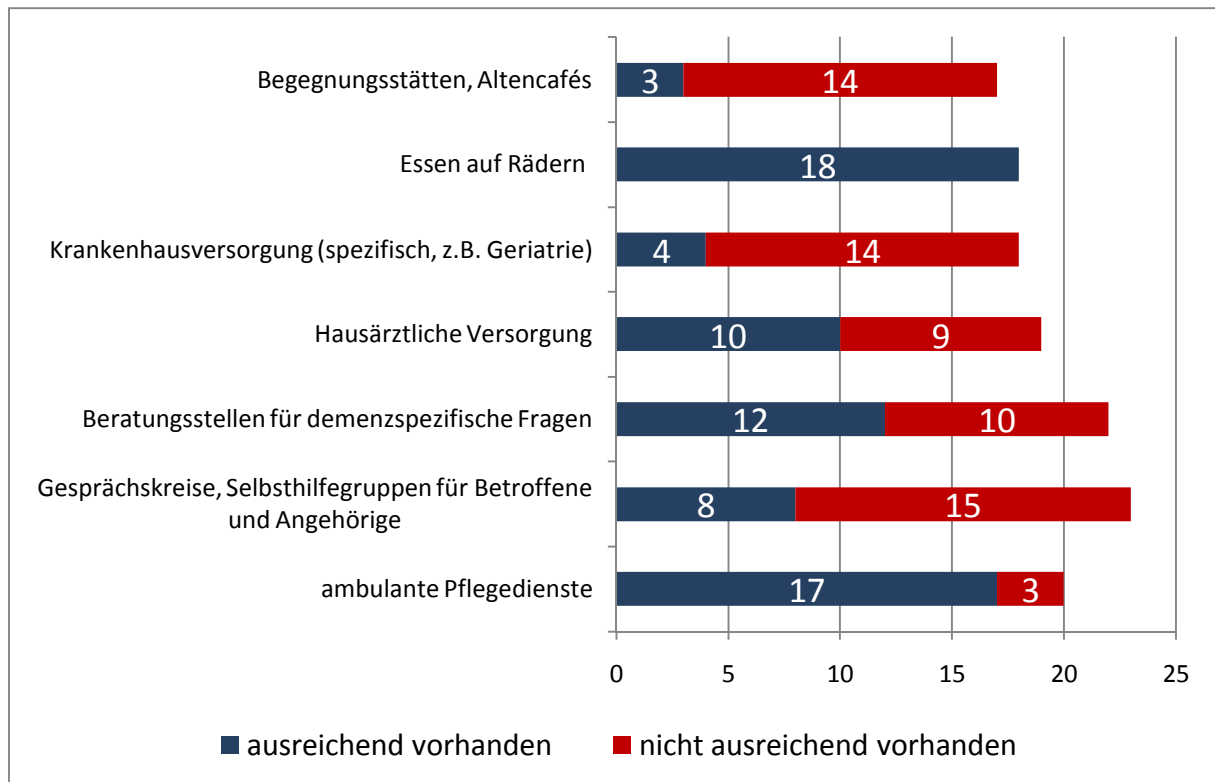


Abbildung 19: Versorgungsangebot aus der Perspektive der Netzwerker (N=23)

Hier zeigte sich z.B., dass sie einen Bedarf hinsichtlich spezifischer Krankenhausbehandlungen ausmachten. Ebenso sahen sie einen weiteren Ausbau an Gesprächskreisen und an Begegnungsstätten als notwendig an. 21 sahen ein Rooming-in für Angehörige aus ihrer professionellen Sicht als eine sinnvolle Ergänzung der regionalen Angebote an.

Auch hinsichtlich relevanter Fragen zu einem Rooming-in gaben die Netzwerker differenzierte Rückmeldungen: So äußerten sie fast geschlossen, dass eine Rooming-in für Menschen mit Demenz und ihre Angehörige eine sinnvolle Ergänzung der bestehenden Angebote sei. Ebenso formulierten sie, dass das Ziel der Bemühungen zugleich auch die Stärkung der Angehörigen sein müsse. Ein eher geringer Anteil sah in den Bemühungen um ein Rooming-in die Verlagerung der personalen Verantwortung vom Krankenhauspersonal auf die Angehörigen. Kritisch (trifft eher zu und teils, teils) sahen sie jedoch auch, dass einerseits Angehörige die Zeit des Krankenhausaufenthaltes zur eigenen Regeneration nutzen müssen. Darüber hinaus sahen sie kritisch, dass ein solches Angebot ggf. einen Druck auf die Angehörigen aufbauen könnte. Zudem gaben der insgesamt drei der Befragten an (13%), dass sie in dem Konzept des Rooming-in auch einen Versuch sähen, notwendiges Klinikpersonal einzusparen.

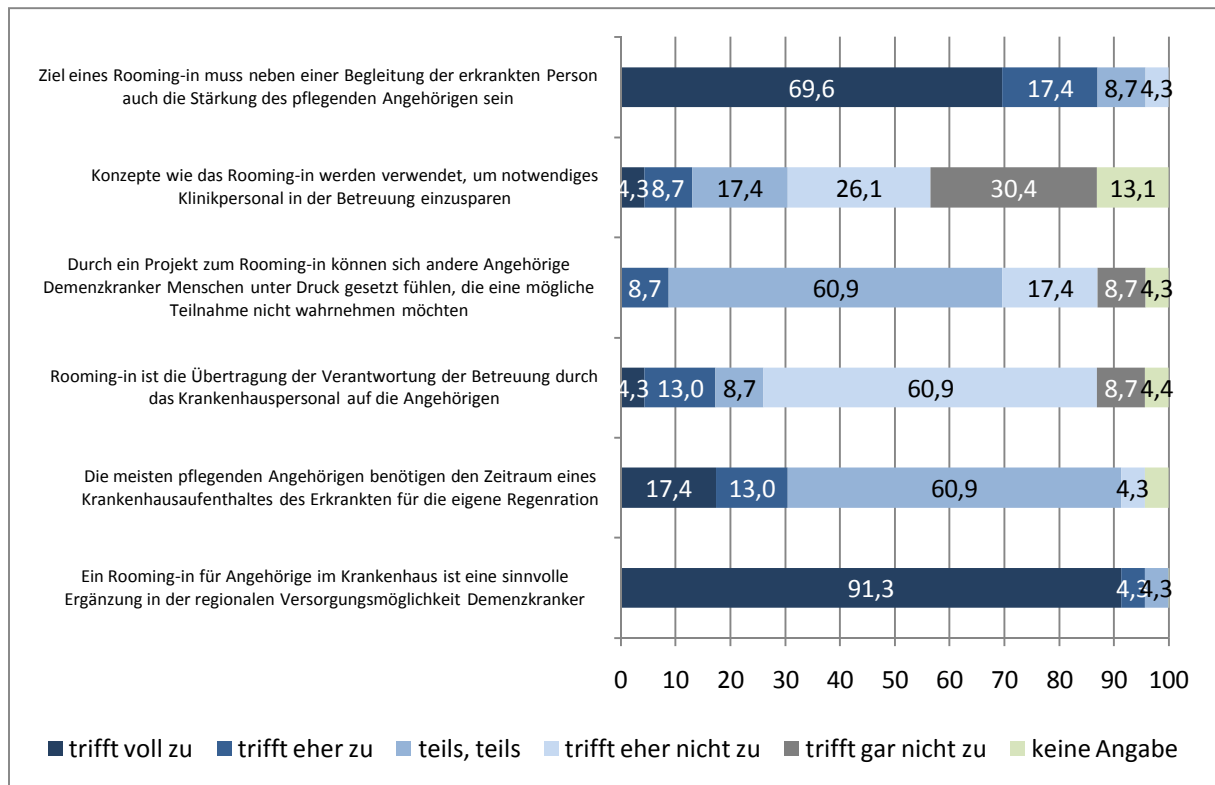


Abbildung 20: Einschätzung zum Rooming-in aus der Perspektive der Netzwerker (N=23)

Diese wichtigen Anregungen, die im Vorfeld gegeben wurden, konnten in das Projekt aufgenommen werden. So wurde das Angebot dahingehend „abgeschwächt“, dass Rooming-in in der gesamten Bandbreite angeboten wurde und der Umfang den Angehörigen selbst überlassen blieb.

10. HANDREICHUNG FÜR INTERESSIERTE EINRICHTUNGEN

Ziel des Projektes war, unter Alltagsbedingungen Konzepte für eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz zu entwickeln und zu erproben. Zu diesen Alltagsbedingungen gehört auch, dass keine zusätzlichen Personalmittel oder umfangreiche Baumaßnahmen realisiert werden sollten. Analog zu der weiter oben beschriebenen Literaturquelle kann die Handreichung als: „Try this...“ verstanden werden. Es soll anhand der Erfahrungen an anderen Stellen ausprobiert werden, was sich als erfolgreiche Linie im Projekt ausmachen ließ. Der Bericht soll Kliniken ermutigen, ähnliche oder vergleichbare Wege zu gehen und sich des Themas der Menschen mit Demenz im Krankenhaus verstärkt anzunehmen.

Die Handreichung setzt sich zusammen aus einem Stufenmodell für ein Projekt, einer Checkliste für die Erfassung konkreter Umsetzungsschritte und den im Anhang befindlichen Dokumenten. Dort sind entwickelte und erprobte Dokumente zur Erfassung pflegerischer Besonderheiten von Menschen mit Demenz, Vorlagen für mögliche Evaluationsbögen und ein Formular für ein strukturiertes Anmeldeverfahren hinterlegt. Zudem werden beispielhaft Flyer vorgelegt, die im Rahmen eines Projektes entwickelt werden können. Diese Dokumente können ohne weitere Abklärung in der vorliegenden Form oder in Abänderung verwendet werden und stehen zur Nutzung frei zur Verfügung.

Als ein erstes Element der Handreichung für Kliniken soll ein Stufenmodell vorgestellt werden, das zentrale Aspekte der Arbeit und der notwendigen Arbeitsschritte beinhaltet. Dieses Stufenmodell weist einerseits allgemeine Handlungsschritte eines Projektes auf - es greift jedoch die Erfahrungen aus dem konkreten Projekt auf und führt diese entsprechend im Rahmen von Empfehlungen mit auf.



Abbildung 21: Stufenplan einer modellhaften Umsetzung

Die **erste Stufe** stellt die im Projekt durchgeführte Vorphase dar. Hier sind die „typischen“ Schritte für einen Start eines Projektes zu berücksichtigen. Im Falle von „Doppelt hilft besser bei Demenz“ wurde als Organisationsform ein hierarchisches Modell gewählt, damit Entscheidungen und Erfordernisse von der interdisziplinären Leitungsebene (in der Steuerungsgruppe) mit unterstützt werden. Dies wurde als förderlicher Faktor identifiziert und kann insgesamt angeraten werden. Ebenso kann die Etablierung einer Facharbeitsgruppe angeraten werden, die aus Vertretern der beteiligten Personen der Durchführungsebene zusammengesetzt sein sollte. Hier kann vor dem Hintergrund der Erfahrungen einerseits bestimmt werden, dass die Facharbeitsgruppe in jedem Falle interdisziplinär besetzt sein sollte. Das schließt neben Pflegenden und Ärzten auch weitere Berufe mit ein (Sozialdienst / ggf. Physiotherapie). In jedem Falle sollten Personen entlang des Behandlungspfades der Patienten im Krankenhaus vertreten sein und nicht nur Personen der behandelnden Stationen. Ausdrücklich sei darauf hingewiesen, dass z.B. ein Vertreter aus der zentralen Notfallaufnahme mit einzubinden ist. Hier findet nicht nur der Erstkontakt zu den Angehörigen und den Patienten statt - von hier aus wird auch vielfach die Verlegung auf eine Station koordiniert. Wenn Mitarbeiter dieses Bereichs mit eingebunden werden, können sie eher für eine zügige Verlegung auf eine Modellstation sorgen, Wartezeiten für Demenzkranke verhindern und den ersten vertrauensvollen und wertschätzenden Kontakt zum Angehörigen aufbauen. Die Ausgangsanalyse des Angehörigenrates im Projekt zeigte, dass viele Angehörige negative Erfahrungen beim Kontakt mit Krankenhäusern erlebt hatten. Nicht selten wurde über den Erkrankten geringschätzig gesprochen oder Besonderheiten (z.B. große Ängste / Agitation von Menschen mit Demenz) wurden nicht hinreichend berücksichtigt. Aus den konkreten Projekterfahrungen angeraten werden kann des Weiteren, dass mit dem Prinzip einer Modellstation gearbeitet werden sollte, da sich ein so komplexes Thema wie das der Versorgung von Menschen mit Demenz nicht zeitgleich oder direkt flächendeckend im ganzen Krankenhaus implementieren lässt. Zu empfehlen ist hier, dass eine Station ausgesucht wird, die projekterfahren ist, wo ein hohes Interesse an Innovation besteht und verlässliche und klare Strukturen seitens der Mitarbeiterschaft herrschen. Bereiche, in denen eine hohe Fluktuation, Teamkonflikte oder hohe Fehlzeiten vorherrschen, sind nicht zu empfehlen. Zu empfehlen ist ferner, dass eine Vereinbarung darüber getroffen wird, dass die Modellstation im Zeitraum des Projektes keine personellen Veränderung (Personalreduzierung etc.) erfahren wird. Ist dies nicht sicherzustellen, so muss mit gravierenden Irritationen und einem hohen Aufwand bei der Stabilisierung des Projektes gerechnet werden.

Hinsichtlich der Kalkulation der Projektmittel sind nicht nur Zeiten für Sitzungen und Ressourcen für notwendige Schulungen, sondern auch Arbeitsmaterialien für die Projektkoordination zu kalkulieren. Dies sind neben üblichen Büroausstattungen auch zusätzliche Mittel für die Entwicklung und den Druck von Informationsmaterialien.

Ein Projekt sollte als solches klar erkennbar sein - es bedarf der Terminierung der Phasen und auch der Terminierung insgesamt. Über lange Zeiträume lässt sich eine anfängliche große Motivation nur schwer stabilisieren. Hier können Phasen und klare Zeitplanungen (Meilensteinplanungen) hilfreich sein.

Die **zweite Stufe** sollte mit einem klaren Projektauftritt gekennzeichnet sein, damit umfassend über das Projekt informiert wird. Hierzu sind Kick-off-Veranstaltungen anzuraten. Auch Stationen, die nicht direkt beteiligt sind, sollten hier das notwendige Wissen um das Projekt

bekommen, damit sie gegebenenfalls Rückfragen stellen, Interesse an dem Projekt entwickeln können und Patienten und Angehörigen auf Nachfrage Antworten und Hinweise geben können. Wie in der Literatur durchgängig beschrieben, ist die sinnvolle thematische Bearbeitung nicht ohne Schulung zu denken. Dies hat sich im Projekt bestätigt und kann empfohlen werden. Die Mitarbeiter haben die Schulungsmodul in hohem Maße als sinnvoll erlebt. Dabei stehen insgesamt unterschiedliche Wege zur Verfügung: die Ausbildung von Multiplikatoren oder die Breitenschulung von Mitarbeitern. Aus den Ergebnissen von Gesprächen mit Mitarbeitern dieses Projektes kann abgeleitet werden, dass eine Breitenschulung zu empfehlen ist. Auch Mitarbeiter, die eine spezifische Fachweiterbildung besuchten, äußerten sich dahin gehend, dass nur auf dem Boden einer Basisschulung aller Mitarbeiter vorherrschende Routinen unterbrochen werden können und sich neue Handlungsmöglichkeiten ergeben können. Hier fiel der Begriff einer „kritischen Masse“, die zunächst erreicht werden muss, damit eine Wirkung überhaupt erzielt werden kann. Sind nur Einzelne geschult, so droht das zusätzliche Wissen individuell bei Einzelpersonen zu verbleiben. Überlegungen zu einem Multiplikatorensystem wurden hier von den Befragten kritisch bewertet, da für eine kollegiale Beratung und Schulung der Mitarbeiter spezifische pädagogische Fähigkeiten vorhanden sein müssen und die Stellung im Team wesentlich dafür verantwortlich ist, ob auf der Multiplikator gehört wird oder nicht.

Neben den Schulungsmodulen und der Vernetzung des Projektes nach innen ist auch die Vernetzung nach außen von zentraler Bedeutung. Das Projekt sollte bei Einweisern, ambulanten Diensten, Beratungsstellen und weiteren Akteuren bekannt gemacht werden, damit in Frage kommende Patienten und Angehörige auch zielgerichtet informiert und geleitet werden können.

Im Projekt bewährt hat sich ferner, dass trotz der zahlreichen Handlungsfelder und unterschiedlichen Bausteine zunächst ein Kernmodul identifiziert wurde, das in die Umsetzung gebracht werden sollte. Die Auswahl sollte dabei in der Facharbeitsgruppe erfolgen. Bei „Doppelt hilft besser bei Demenz“ war dies das Teilprojekt zum Rooming-in. Können zügig erste Schritte implementiert werden, so ist ein Projekt auch spürbar und die Motivation wird gefördert.

Die Literatur zeigt, dass leider nur wenige Projekte auch evaluiert werden. Vielfach werden wichtige Impulse gesetzt; eine Systematisierung der Ergebnisse aber bleibt aus. Anzuraten ist, dass zu einem frühen Zeitpunkt Konzepte der Ergebnissicherung entwickelt werden. Dies erleichtert einerseits die Diskussion im Projekt, führt aber auch zu einer verbesserten Diskussion über das Projekt nach außen.

Die **dritte Stufe** ist die konkrete Umsetzungsphase. Hier werden entwickelte Verfahren (Module) zu einem durch die Stationen bestimmten Zeitpunkt erprobt und eingesetzt. Es empfiehlt sich hier, zunächst einen definierten Erprobungszeitraum zu vereinbaren und parallel Erfahrungen zu systematisieren. In der Facharbeitsgruppe können auf der Basis von Rückkopplungsschleifen Änderungen besprochen und eingebaut werden, ehe eine Überführung in einen Dauerbetrieb erfolgen kann. Parallel können weitere Module entwickelt und abgestimmt werden. Diese können nacheinander oder aber parallel auf der Modellstation/ den Modellstationen erprobt werden. Eine zeitgleiche Implementation scheint nicht notwendig und zu empfehlen ist eher, die Entscheidungen über Auswahl, Anzahl und Zeitpunkt der Implementation den Modellstationen zu überlassen.

Im Projekt hat sich gezeigt, dass neben der Durchführung von Schulungen auch eine „Sichtbarmachung“ des Projektes auf der Station hilfreich ist. Hier wird für die Pflegenden eine erkennbare Unterscheidung zum Zeitpunkt vor dem Projekt geschaffen. Im konkreten Projekt wurde dies durch die Anschaffung von Niedrigbetten erreicht, die in der Evaluation gute Akzeptanz und Hilfe aufweisen. Ebenso wurden spezielle Infoboards angebracht und Flyermaterialien für die Angehörigen ausgestellt. Aus der Literatur bestehender Projekte und einzelner Anmerkungen der schriftlichen Befragung ist ableitbar, dass auch die Schaffung eines speziellen Zimmers hilfreich sein kann. Dieses kann farblich abgesetzt werden, es können andere Möbel (z.B. Sessel für den Angehörigen) angeschafft werden und so ein anderer Charakter als der eines Krankenzimmers erzeugt werden. Das setzt aber voraus, dass die räumlichen Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Dies ließ sich im Projekt aus organisatorischen Gründen nicht realisieren.

Begleitend zur Einführung der Module und zur Testung auf den Modellstationen sollte auch mit der Evaluation gestartet werden, um ggf. Vergleiche bezüglich einer Vorher-Nachher-Erhebung zu gewinnen und um konkrete Projekterfolge abbilden zu können. Die begleitende Evaluation dient neben der Systematisierung der Ergebnisse auch dazu, Hinweise für die weitere Arbeit zu bekommen. Im Projekt zeigte sich, dass der Einbezug einer externen Evaluation hilfreich dabei sein kann, offene Antworten durch die Teams zu bekommen. Wird die Evaluation durch die Projektleitung selbst vorgenommen, ist die Gefahr der Gewinnung sozial erwünschter Antworten höher. Der Einsatz einer externen Evaluation muss vor dem Hintergrund zur Verfügung stehender Ressourcen abgewogen werden.

Die **vierte Stufe** ist die Abschlussphase des Projektes. Hier wird der Modellcharakter der Maßnahmen aufgehoben und das Projekt offiziell beendet. Zur Verstetigung sind wichtige Entscheidungen zu treffen, die sich unter anderem an den folgenden Fragen orientieren können:

- Wie soll die Arbeit fortgesetzt werden?
- Sollen bestehende Facharbeitsgremien weiterhin existent bleiben?
- In welchem (ggf. reduzierten) zeitlichen Abstand sollen sich diese treffen?
- Welche Module sollen etabliert und welche nicht eingeführt werden?
- Welche Module sollen noch entwickelt werden?
- Welche weiteren Stationen sollen einbezogen werden?
- Wie wird eine breite Öffentlichkeit informiert?
- Wie kann das Projekt mit anderen vernetzt werden?

In der vierten Phase sollte auch eine abschließende Evaluation erfolgen, um sich der erzielten Ergebnisse zu versichern. Darüber hinaus sollte in dieser Phase eine öffentlichkeitswirksame Veranstaltung durchgeführt werden, um die regionalen Akteure zu informieren und die Bevölkerung auf die etablierten Strukturen aufmerksam zu machen. Im Projekt wurde dazu die Durchführung einer Fachtagung mit Beteiligung von Experten und Akteuren im Projekt gewählt. Die Tagung wurde regional ausgerichtet und die entsprechenden Vertreter der örtlichen Presse mit eingeladen. Der vorliegende strukturierte Projektbericht kann ebenfalls als Teil der Öffentlichkeitsarbeit verstanden werden. Er dient dazu, Akteuren einen realistischen Überblick über die erwartbaren Änderungen und Ressourcen zu geben.

Die nachfolgende Checkliste für die Umsetzung stellt eine Arbeitshilfe dar. Sie soll konkrete Anregungen geben und beinhaltet besondere Empfehlungen. Die beschriebenen Kategorien (Soll / Kann / Muss) sind Bewertungen aus Sicht der Projekterfahrungen und nicht als bindend zu betrachten. Zu berücksichtigen ist, dass das Projekt „Doppelt hilft besser bei Demenz“ vielfältige Instrumente und Verfahren nutzte. Weniger komplexe Projekte bedürfen ggf. weniger Stufen oder Arbeitsschritte.

Stufe 1	Soll	Kann	Muss
Einrichtung einer Steuerungsgruppe (interdisziplinär)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Einrichtung einer Facharbeitsgruppe (interdisziplinär)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Entwicklung eines Projektplans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bestimmung eines Projektkoordinators	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kalkulation von notwendigen Projektmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Auswahl der Modellstationen (ggf. über Bewerbung der Stationen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
besondere Empfehlungen			
Personale Stabilität vertraglich absichern	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besetzung der Facharbeitsgruppe mit allen Beteiligten (Stationen / Ärzte / Sozialarbeit / Zentrale Notfallaufnahme)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stufe 2	Soll	Kann	Muss
Kick-off-Veranstaltung durchführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Öffentlichen Info-Workshop durchführen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung von Schulungsmodulen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Entwicklung eines modularen Konzeptes der Verfahren	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernetzung nach außen (ambulante Dienste / Beratungsstellen / Ärzte)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernetzung mit anderen Modellkrankenhäusern	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung eines begleitenden Evaluationskonzeptes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besondere Empfehlungen			
Hospitationen zu anderen Projekten ermöglichen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Breitenschulung“ statt Multiplikatoren-schulung anvisieren	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stufe 3	Soll	Kann	Muss
Erprobung entwickelter modularer Konzepte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ausbau und Entwicklung weiterer Module	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückkopplungsschleifen und Anpassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Start der Evaluation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besondere Empfehlungen			
Einführung von Niedrigbetten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schaffung eines speziellen Zimmers mit angepasstem Wohncharakter	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbeziehung externer Evaluatoren, um Offenheit und Anonymität der Mitarbeiter zu gewährleisten	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stufe 4	Soll	Kann	Muss
Beendigung des Projektes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Klärung der Verstetigung und der notwendigen Schritte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Abstimmung einzusetzender Module	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Evaluation der Projektergebnisse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herstellung einer breiten Öffentlichkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besondere Empfehlungen			
Durchführung einer Fachtagung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veröffentlichung eines strukturierten Projektberichtes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. LITERATURLISTE

- Demenzkarten (2010). Online verfügbar unter <http://demenzkarten.de/>, zuletzt aktualisiert am 10.10.2010, zuletzt geprüft am 11.01.2011.
- Allen, J.; Close, J. (2010): The NICHE geriatric resource nurse model: improving the care of older adults with Alzheimer's disease and other dementias. In: *Geriatr Nurs* 31 (2), S. 128–132.
- Angerhausen, S.: Projekt „Blickwechsel – Nebendiagnose Demenz“. Warum sich Krankenhäuser mit dem Thema Demenz beschäftigen sollten und was sie zur Verbesserung der Versorgung demenzkranker Patienten tun können – Sieben Gründe und sieben Empfehlungen. Online verfügbar unter http://www.blickwecheldemenz.de/content/e334/e960/e1311/e1332/GruendeundEmpfehlungen_2-Auflage_E-Mail-Versand.pdf, zuletzt geprüft am 20.01.2011.
- Berchtold, A. (2008): Sensorische Stimulation als Pflegeintervention zur Verminderung von Agitation bei Demenzkranken. Bachelorarbeit. Fachhochschule Westschweiz, Visp.
- Beyer-Rehfeld, A. (2002): Die alten Alten kommen. Auf die damit einhergehenden Probleme sind wir schlecht vorbereitet. In: *Krankenhaus Umschau* 71 (5), S. 374–375.
- Borbasi, S.; Jones, J.; Lockwood, C.; Emden, C.: Health professionals' perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: Toward better practice. In: *Geriatr Nurs* 27 (5), S. 300–308.
- Bradway, C.; Hirschman, K. B. (2008): Working with families of hospitalized older adults with dementia: caregivers are useful resources and should be part of the care team. In: *Am J Nurs* 108 (10), S. 52–60; quiz 61.
- Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (Hg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin. Online verfügbar unter <http://bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-21787-4.-Altenbericht-Teil-II,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, zuletzt geprüft am 20.01.2011.
- Chapman, A.; Law, S. (2009): Bridging the gap: an innovative dementia learning program for healthcare assistants in hospital wards using facilitator-led discussions. In: *International psychogeriatrics* 21.
- Cunningham, C.; Archibald, C.: Supporting people with dementia in acute hospital settings. In: *Nurs Stand* 20 (43), S. 51–55.
- Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege, Stiftung; Hrsg. (2009): Demenzkranke Patienten im Krankenhaus. Ein Praxishandbuch für Mitarbeiter in der Pflege: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Detert, E. (2007): Nach dem Frühstück wird vorgelesen. Tagesbetreuung für Demenzkranke im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. In: *pflegen: Demenz* 2 (3), S. 24–26.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2010): FactSheet_01_10. Online verfügbar unter http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_10.pdf.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hg.): S 3 Leitlinie Demenz.
- Dewing, J. (2001): Care for older people with a dementia in acute hospital settings. In: *Nurs Older People* 13 (3), S. 18–20.
- Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH (GSP) (Hg.) (2006): De Huiskamer - Wohnzimmer für ältere Menschen im Krankenhaus. Exkursion zum Laurentius Ziekenhuis in Roermond. Online verfügbar unter http://www.sozialeprojekte.de/content/e334/e960/e1311/e1314/Huiskamer_Druckversion06-11-02.pdf.

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2011): Diagnosedaten der Krankenhäuser nach Wohnsitz und Behandlungsort (ab 2000). zuletzt aktualisiert am 11.01.2011, zuletzt geprüft am 11.01.2011.
- Harms, E.; Bigalke, S. (2007): Achtung! Patient mit Demenz! Demenz im Krankenhaus. Teil 1. In: *Die Schwester Der Pfleger* 46 (3), S. 258–261.
- Hirsch, R. D. (2003): Störfaktor dementer Patient? Kliniken müssen sich auf ältere Patienten besser einstellen. In: *Krankenhaus Umschau* 72 (3), S. 172–175.
- Isfort, M.; Weidner, F. (2010): Pflege-Thermometer 2009: Der Pflegemangel im Krankenhaus wird chronisch. In: *Die Schwester Der Pfleger* 49 (06), S. 530–537.
- Jones, J.; Borbasi, S.; Nankivell, A.; Lockwood, C.: Dementia related aggression in the acute sector: is a Code Black really the answer? In: *Contemp Nurse* 21 (1), S. 103–115.
- Kirchen-Peters, S. (2003): Liaisonmodell: Unterstützung durch Profis. Modellprojekt zur Verbesserung der Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter im Allgemeinkrankenhaus. In: *Krankenhaus Umschau* 72 (3), S. 182–184.
- Kirchen-Peters, S. (2005): Der Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus. Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? ; Ergebnisse des Modellprojektes "Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst". Saarbrücken: ISO (Veröffentlichung der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit zur "Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen").
- Kirchen-Peters, Sabine (2008): Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst – Pioniere warten auf Nachahmer. In: *Z Gerontol Geriat* 41 (6), S. 467–474.
- Kleina, T.; Wingefeld, K. (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Unter Mitarbeit von Klaus Wingefeld. Bielefeld: IPW (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), P07,135).
- Krietenstein, U. (2002): Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Eine verdrängte Problematik. In: *Pro Alter* 34 (4), S. 66–70.
- Künig, G.; Kaldune, A.; Stief, V.; Jäger, M.; Hell, D.; Endrass, J.; Schreiter Gasser, U. (2007): CERAD und NOSGER. Der prädiktive Wert dieser Verfahren in der Demenzdiagnostik einer Schweizer gerontopsychiatrischen Patientenpopulation. In: *Nervenarzt* 78 (3), S. 314, 316-21.
- Leung, D.; Todd, J. (2010): Dementia care in the acute district general hospital. In: *Clin Med* 10 (3), S. 220–222.
- Malteser Krankenhaus St. Hildegardis (Hg.) (2009): Fact-Sheet Station Silvia. Erste Demenzstation der Malteser in Deutschland nach dem Silviahemmet-Konzept. Online verfügbar unter http://www.malteser.de/1.08.Presse/1.08.05.Downloads/Fact_Sheet_Station_Silvia.pdf, zuletzt aktualisiert am 10.2009, zuletzt geprüft am 19.10.2009.
- McPhail, C.; Traynor, V.; Wikström, D.; Brown, M.; Quinn, C. (2009): Improving outcomes for dementia care in acute aged Care: Impact of an education programme. In: *Dementia* 8 (1), S. 142–147.
- Moyle, W.; Olorenshaw, R.; Wallis, M.; Borbasi, S. (2008): Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: a review of the literature. In: *Int J Older People Nurs* 3 (2), S. 121–130.
- Mukadam, N.; Sampson, E. L. (2010): A systematic review of the prevalence, associations and outcomes of dementia in older general hospital inpatients. In: *Int Psychogeriatr*, S. 1–12.
- Müller, E. (2008): Geriatrich-internistische Station für Akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD). Bethanien-Krankenhaus Heidelberg. Geriatisches Zentrum. (PowerPoint-Projektpräsentation). Online verfügbar unter <http://www.dbfk.de/baw/download/GISAD.WorkshopStuttgart08.04.2008.pdf>, zuletzt geprüft am 23.09.2009.
- Müller, E.; Dutzi, I.; Hestermann, U.; Oster, P.; Specht-Leible, N.; Zieschang, T. (2008): Herausforderung für die Pflege: Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Bericht über das Interventionsprojekt

- "Geriatrisch-internistische Station für akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD)". In: *Pflege & Gesellschaft* 13 (4), S. 321–336.
- Page, S.; Hope, K.; Bee, P.; Burns, A. (2008): Nurses making a diagnosis of dementia--a potential change in practice? In: *Int J Geriatr Psychiatry* 23 (1), S. 27–33.
- Park, M.; Delaney, C.; Maas, M.; Reed, D. (2004): Using a Nursing Minimum Data Set with older patients with dementia in an acute care setting. In: *J Adv Nurs* 47 (3), S. 329–339.
- Rieckmann, N. (2009): *Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen*. 1. Aufl. Köln: DIMDI (HTA-Bericht 80).
- Robert Koch Institut (Hg.) (2009): *Gesundheit und Krankheit im Alter (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)*.
- Rowe, M. (2008): Wandering in hospitalized older adults: identifying risk is the first step in this approach to preventing wandering in patients with dementia. In: *Am J Nurs* 108 (10), S. 62-70; quiz 71.
- St. Franziskus-Hospital Münster (29.09.2008): Optimale Versorgungsbedingungen für ältere Patienten schaffen. Funktions- und Raumentwicklungsstudie des St. Franziskus-Hospitals macht Betreuungskonzept für geriatrische Patienten erlebbar. Online verfügbar unter <http://www.sfh-muenster.de/nachricht-archiv+M5c8be84d070.html>.
- Statistisches Bundesamt (11.08.2010): Hohe Kosten durch Demenz und Depressionen. Wiesbaden. Online verfügbar unter http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/08/PD10__280__23631,templateId=renderPrint.psml, zuletzt geprüft am 11.01.2011.
- Sylvester, F. (2009): Station Siloah - In Der Unruhe Schutz spenden. In: *Die Schwester Der Pfleger* 48 (3), S. 224–226.
- Universitätsklinikum Freiburg & Universitätsklinikum Hamburg (Hg.) (2010): Leitlinie Demenz. Online verfügbar unter <http://www.demenz-leitlinie.de/angehoerige/Verbreitung.html>, zuletzt aktualisiert am 08.09.2010, zuletzt geprüft am 11.01.2011.

12. ANHANG

Teilnahmeerklärung im Bedarfsfall (Stand 2010)

1. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am Projekt „Doppelt hilft besser bei Demenz“ am Krankenhaus Lübbecke. Im Bedarfsfall möchte ich auf den beiden Modellstationen 5 West (Allgemeinchirurgie) oder 4 Ost (Innere Medizin) des Krankenhauses behandelt werden:

Name, Vorname des Erkrankten	
Adresse und Telefonnummer	
Geburtsdatum:	

2. Folgende Hauptpflegeperson ist zur aktiven Begleitung der erkrankten Person im Falle eines Krankenhausaufenthaltes und im Rahmen der eigenen Möglichkeiten bereit:

Name, Vorname der Hauptpflegeperson:	
Adresse und Telefonnummer:	

3. Weiterer Ansprechpartner ist:

Name, Vorname des weiteren Ansprechpartners	
Adresse und Telefonnummer	

4. Ich wurde auf das Projekt aufmerksam gemacht durch:

- meine/n Hausarzt/in
- Demenzfachberater/in
- andere/n Mitarbeiter/in im Pflege- und Gesundheitswesen

5. Diese Person soll im Falle der Behandlung auf einer der Modellstationen als ambulante fachliche Begleitung einbezogen werden (z. B. Teilnahme an Untersuchungen, Arztgesprächen, etc.):

Name, Vorname der möglichen ambulanten fachlichen Beratung	
Adresse und Telefonnummer:	

6. Ich habe noch keine/n Demenzfachberater/in, möchte aber im Vorfeld beraten werden:

Ja Nein

7. Ich bin noch nicht über die Regelungen des Pflegezeitgesetzes (Freistellung zur Pflege naher Angehöriger) und die Möglichkeit einer kurzfristigen Freistellung für Arbeitnehmer informiert worden und möchte dazu durch eine/n Demenzfachberater/in beraten werden:

Ja Nein

8. Eine geplante Aufnahme auf die beiden Modellstationen ist gewünscht für folgende medizinische Behandlung:

.....

9. Ich bin bereit, an einer Befragung durch die wissenschaftliche Begleitung des Projektes teilzunehmen:

Ja Nein Noch unsicher

.....
Datum, Unterschrift

Die ausgefüllte Teilnahmeerklärung schicken Sie bitte an folgende Adresse:

Cornelus Siero
Klinikpflegedienstleiter
Krankenhaus Lübbecke
Virchowstraße 65
32312 Lübbecke
Fax: 05741/35-2729
cornelus.siero@krankenhaus-luebbecke.de

*Dieses Projekt wird gefördert
durch die Robert Bosch Stiftung*

Robert Bosch Stiftung

**Pflegerisches Beobachtungsinstrument zur Erfassung von Leitsymptomen für
Demenz/Delir für Patienten ab 70 Jahre (die ersten 24 Stunden/drei Schichten nach der
Aufnahme)**

Name	Alter	Station

Auffälligkeiten	Schicht 1	Schicht 2	Schicht 3
------------------------	------------------	------------------	------------------

Punkte

Der/Die Patient/in wiederholt bereits gestellte Fragen, kann sich nicht daran erinnern, die Antworten schon einmal erhalten zu haben	nein	nein	nein
	oft	oft	oft
	dauernd	dauernd	dauernd

Er/Sie kann im Gespräch den inhaltlichen roten Faden (das Ausgangsthema) nicht halten	nein	nein	nein
	oft	oft	oft
	dauernd	dauernd	dauernd

Er/Sie zeigt Umstellungs- und Anpassungsstörungen in neuen Situationen (findet sich nicht zurecht, ist ständig auf der Suche)	nein	nein	nein
	oft	oft	oft
	dauernd	dauernd	dauernd

Er/Sie vergisst Absprachen und Vereinbarungen (z. B. verlässt das Zimmer vor der Visite ...)	nein	nein	nein
	oft	oft	oft
	dauernd	dauernd	dauernd

Er/Sie (verlegt) und vermisst wichtige Gegenstände	nein	nein	nein
	oft	oft	oft
	dauernd	dauernd	dauernd

Der/Die Patient/in kann keinen Zusammenhang zwischen verschiedenen gleichzeitigen Informationen herstellen	nein	nein	nein
	oft	oft	oft
	dauernd	dauernd	dauernd

Er/Sie hat Wortfindungsstörungen	nein	nein	nein
	oft	oft	oft
	dauernd	dauernd	dauernd

Er/Sie betätigt oft die Rufanlage, erinnert sich aber nicht, das getan zu haben	nein	nein	nein
	oft	oft	oft
	dauernd	dauernd	dauernd

Er/Sie hat Schwierigkeiten bei der Durchführung von Alltagsaktivitäten (Selbstpflege/Nahrungsaufnahme ...)	nein	nein	nein
	oft	oft	oft
	dauernd	dauernd	dauernd

Gesamtpunktzahl:

--

In dieser Checkliste sollen anhand der Aussagen aus pflegerischer Sicht Leitsymptome einer Demenz/eines Delirs erfasst werden.

Punkte:	nein = 0	oft = 1	dauernd = 2
----------------	----------	---------	-------------

Wird innerhalb der drei Schichten eine Gesamtpunktzahl von **mehr als 18** erreicht, wird das Ergebnis an den behandelnden Arzt weitergeleitet (Entscheidung Diagnoseverfahren Demenz).



Pflegendenbefragung

Begleitforschung des Projektes



„Doppelt hilft besser bei Demenz“

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Sie haben im laufenden Jahr das Projekt „Doppelt hilft besser“ maßgeblich durchgeführt und auf den Stationen umgesetzt. Die Projektphase läuft offiziell Ende des Jahres aus. Im Februar soll für andere Kliniken, die ähnliche Projekte einführen und umsetzen wollen, eine Handreichung erstellt sein. Ziel ist, dass andere von den Erfahrungen, den Möglichkeiten und Grenzen eines solchen Projektes profitieren können. Für diese Handreichung benötigen wir Ihre Einschätzungen und Erfahrungen sowie Ihre kritischen Hinweise. Diese möchten wir u.a. mit diesem Fragebogen sammeln und bitten Sie, an der Befragung teilzunehmen.

Für die wissenschaftliche Begleitung und Aufbereitung der Ergebnisse verantwortlich ist das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) in Köln.

Die Fragebögen werden **ausschließlich** im Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung in Köln geöffnet und ausgewertet. **Das sichern wir Ihnen zu!**

Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben **streng vertraulich** behandelt! Es wird Ihnen zugesichert, dass niemand aus der Mitarbeiterschaft, der Betriebsleitung oder der Trägerverwaltung des Krankenhauses Einsicht in Ihren ausgefüllten Fragebogen bekommt. Die Ergebnisse der Befragung aller Teilnehmer im Projekt werden mit Projektabschluss **anonymisiert** zusammengefasst. **Rückschlüsse auf Sie persönlich werden nicht möglich sein.**

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den dafür vorbereiteten Umschlag mit **Siegel (dip-Stempel)** und verschließen Sie diesen fest. Die verschlossenen und gesiegelten Umschläge geben Sie bitte bei Ihrer Leitung ab. Von dort werden die verschlossenen Briefe an das Institut weitergeleitet. Alle Fragebögen, die eingehen, werden ausgewertet.

Für Rückfragen steht Ihnen zur Verfügung:

Prof. Dr. Michael Isfort

Mitglied des Vorstands
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung
e.V.
Hülchrather Straße 15
50670 Köln
Tel.: 0221 / 4 68 61 - 30
E-Mail: dip@dip.de
Internet: <http://www.dip.de>

**Vielen Dank
für Ihre Mitarbeit!**

1 Allgemeine Angaben

1.1 Sie sind...

Sie arbeiten in...

Gesundheits- und Krankenpflegende(r).....	<input type="checkbox"/>	Teilzeit.....	<input type="checkbox"/>
Schüler/ Schülerin.....	<input type="checkbox"/>	Vollzeit.....	<input type="checkbox"/>

1.2 Sie arbeiten auf der Station...

4 Ost.....	<input type="checkbox"/>	im 3-Schicht-Dienst	<input type="checkbox"/>
4 West.....	<input type="checkbox"/>	nur im Tagdienst	<input type="checkbox"/>
5 West.....	<input type="checkbox"/>	nur in der Nachtwache	<input type="checkbox"/>

1.3 Fragen zur Arbeitsbelastung...

Wie hoch ist die durchschnittliche tägliche Patientenbelegung auf der Station in der Abteilung, in der Sie arbeiten? (bitte schätzen)	ca.	<input type="text"/>	Patienten
Wie viele Patienten betreuen Sie im Durchschnitt verantwortlich während einer Schicht?	ca.	<input type="text"/>	Patienten
Wie oft haben Sie im letzten Monat zusätzlich zum regulären Wochenenddienst einen weiteren Wochenendtag oder Feiertag gearbeitet?	ca.	<input type="text"/>	mal
Wie viele Überstunden haben Sie in den letzten 6 Monaten geleistet?	ca.	<input type="text"/>	Stunden

1.4 Bitte bewerten Sie folgende Aussagen bezüglich der Patientenversorgung auf Ihrer Station

Wie oft ist es in Ihren letzten 7 Arbeitstagen vorgekommen, dass...

	nie	selten	häufiger	oft	keine Angabe
... Sie bei einem begonnenen Arbeitsprozess durch Telefon oder Klingel unterbrochen wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf eine „Patientenklingel“ nicht entsprechend schnell reagiert werden konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verwirrte Patienten nicht ausreichend beobachtet werden konnten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verwirrte Patienten nicht ausreichend beobachtet werden konnten und aus diesem Grunde freiheitseinschränkende Maßnahmen eingesetzt werden mussten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie in ihrer Mobilität oder Beweglichkeit eingeschränkte oder immobile Patienten nicht so oft wie notwendig mobilisieren konnten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie bei Patienten eine notwendige Ganzwäsche nicht durchführen konnten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie mit Patienten und/oder Angehörigen ein notwendiges Gespräch nicht führen konnten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie Patienten, die nicht selbstständig essen konnten, nicht angemessen bei der Nahrungsaufnahme unterstützen konnten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie bei neu aufgenommenen Patienten keine pflegerische Bedarfsabklärung durchführen konnten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Aussagen zur Umsetzung des Rooming-In Konzeptes

2.1 Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der bei Ihnen betreuten Menschen mit Demenz einen Angehörigen hatten, der sich für ein Rooming-In **interessierte**?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bis 10% | <input type="checkbox"/> 41% bis 50% |
| <input type="checkbox"/> 11% bis 20% | <input type="checkbox"/> 51% bis 60% |
| <input type="checkbox"/> 21% bis 30% | <input type="checkbox"/> 61% bis 70% |
| <input type="checkbox"/> 31% bis 40% | <input type="checkbox"/> über 70% |

2.2 Schätzen Sie bitte ein, wie viel Prozent der bei Ihnen betreuten Menschen mit Demenz einen Angehörigen hatten, der sich für ein Rooming-In **entschieden** hat?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bis 10% | <input type="checkbox"/> 41% bis 50% |
| <input type="checkbox"/> 11% bis 20% | <input type="checkbox"/> 51% bis 60% |
| <input type="checkbox"/> 21% bis 30% | <input type="checkbox"/> 61% bis 70% |
| <input type="checkbox"/> 31% bis 40% | <input type="checkbox"/> über 70% |

2.3 In welcher Form wurde das Rooming-In **überwiegend** in Anspruch genommen?

- | | |
|--|--------------------------|
| Angehörige waren immer anwesend (rund um die Uhr) | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige waren überwiegend tagsüber und ständig nachts anwesend | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige waren manchmal tagsüber und ständig nachts anwesend | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige waren überwiegend tagsüber und manchmal nachts anwesend | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige waren manchmal tagsüber und manchmal nachts anwesend | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige waren ausschließlich nachts anwesend | <input type="checkbox"/> |

2.4 Bei welchen Anforderungen des Alltags benötigen **Ihrer Erfahrung nach** Patienten mit Demenz mehr Hilfe durch Sie oder andere als andere Patienten, die Sie versorgen?

keine Unterschiede erkennbar	<input type="checkbox"/>		
Nahrungsaufnahme, Essen	<input type="checkbox"/>	Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>
Gehen, Stehen	<input type="checkbox"/>	Verhüten von Gefahren (Sturz)	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	Auffinden von Gegenständen	<input type="checkbox"/>
Zubettgehen bzw. Aufstehen	<input type="checkbox"/>	Verhüten von Weglaufen (z.B. bei Zuständen örtlicher Desorientierung)	<input type="checkbox"/>
Toilettengänge	<input type="checkbox"/>	Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>
Haar-, Nagel-, Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	Bewältigung von Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>
Baden, Waschen, Duschen	<input type="checkbox"/>	allgemeine Beaufsichtigung / Beobachtung	<input type="checkbox"/>
Vorbereitung auf eine Untersuchung	<input type="checkbox"/>	Bewältigung von Angstzuständen	<input type="checkbox"/>

2.5 Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen ein:

Für einen Menschen mit Demenz und seinen Angehörigen sind beim Rooming-In besonders wichtig...						keine Angabe
	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	
...dass zusätzliche Angebote (Beschäftigung/Tagestrukturierungen) geschaffen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass eine besondere Raumgestaltung erfolgt (keine Krankenzimmeratmosphäre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass zusätzliche Beratungen (z.B. durch Demenzfachberater) ermöglicht werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass feste Zeiten ausgemacht werden, in denen eine Anwesenheit des Angehörigen dringend erforderlich ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass feste Zeiten für Tests und Untersuchungen ausgemacht werden, um unnötiges Warten vor Untersuchungszimmern zu vermeiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Bezugspersonen vom Team (Pflege und Ärzte) benannt werden, an die Angehörige sich wenden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass eine frühzeitige Vermittlung zu weiterführenden Angeboten (z.B. Angehörigengesprächskreise / häusliche Schulungen) erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass zusätzliche spezielle Therapien (Erinnerungsarbeit / Gedächtnistraining etc.) angeboten werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.6 Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen bezüglich Ihrer Erfahrung im Projekt an:

Die Ausstattung eines Zimmers mit einem Niedrigbett erleichtert die Pflegearbeit	<input type="checkbox"/>
Die Ausstattung eines Zimmers mit einem Niedrigbett ermöglicht, unruhige Patienten trotz Sturzgefährdung nicht zu fixieren (z. B. durch zusätzliche Bettgitter)	<input type="checkbox"/>
Die Materialien zur Tagesgestaltung (Spiele) werden von den Angehörigen gut nachgefragt	<input type="checkbox"/>
Das Rooming-In erleichtert die Pflegearbeit, da Angehörige konkrete Hilfe bei der Betreuung und Pflege darstellen	<input type="checkbox"/>
Das Rooming-In stellt eine zusätzliche Pflegearbeit dar, da Angehörige in erheblichem Maße mitbetreut werden müssen	<input type="checkbox"/>
Das Rooming-In stellt keine besondere Belastung oder Entlastung dar	<input type="checkbox"/>
Die Personalausstattung ermöglicht keine spezifische Betreuung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen	<input type="checkbox"/>
Eine spezifische Betreuung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen führt zu einer Reduzierung notwendiger Pflege bei anderen bedürftigen Patientengruppen (z.B. onkologischen Patienten / Patienten mit Depressionen / Patienten mit hohem Pflegeaufwand)	<input type="checkbox"/>
Die Informationsmaterialien (Flyer etc.) für die Patienten und Angehörige werden gut nachgefragt	<input type="checkbox"/>
Ich habe die ausgelegten Zeitschriften (Demenz) und/oder den Ordner mit weiteren Informationen bislang nicht nutzen können	<input type="checkbox"/>
Ich nutze die ausgelegten Zeitschriften (Demenz) und/oder den Ordner mit weiteren Informationen regelmäßig, um neues Wissen bezüglich spezifischer Pflegefragen zur Demenz zu erhalten	<input type="checkbox"/>

3 Einschätzung zu den Basisschulungen „Demenz“

Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen ein:

Die Basisschulungen zu den Besonderheiten im Umgang mit Menschen mit Demenz...	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
...haben mein Verständnis für die Patienten und ihre Verhaltensweisen verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben meinen konkreten Umgang mit Patienten und Angehörigen verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...reichen nicht aus, um Veränderungen in der Praxis einzusetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben mein Interesse geweckt, mich intensiver mit der Thematik zu beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bedürfen einer regelmäßigen Wiederholung / Auffrischung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sollten mit einer weiteren Vertiefung angeboten werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Einschätzung zur frühzeitigen Diagnostik

Das Pflegerische Beobachtungsinstrument zur Erfassung von Leitsymptomen für Demenz/Delir	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
...wurde auf unserer Station bislang noch nicht hinreichend erprobt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...lässt sich aufgrund der Arbeitsbelastung nicht immer über drei Schichten ausführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...stellt eine gute Hilfe dar, um gefährdete Patienten frühzeitig zu identifizieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...erscheint zu aufwendig, da viele Patienten, die nicht betroffen sind, beobachtet werden müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ergibt keine anderen Informationen, als ich auch ohne Beobachtungsinstrument geben könnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wird von den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen als wichtige Unterstützung zur frühzeitigen Diagnostik wahrgenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Einschätzung zum Gesamtprojekt

5.1 Im Projekt konnte insgesamt bislang erreicht werden, dass...

...Menschen mit Demenz bei uns keine freiheitseinschränkende Maßnahmen erfahren (z.B. Bettgitter, die nachts ohne Einverständnis des Patienten angebracht werden)	<input type="checkbox"/>
...Angehörige auf Basis von Flyern etc. über spezifische Angebote in der Region informiert werden konnten	<input type="checkbox"/>
...sich mein Verständnis der Pflegenden bezüglich der Menschen mit Demenz erweitert hat	<input type="checkbox"/>
...sich mein Interesse an den Besonderheiten im pflegerischen Umgang von Menschen mit Demenz erhöht hat	<input type="checkbox"/>
...mehr Zeit für Patienten und ihre Angehörigen zur Verfügung steht	<input type="checkbox"/>
...die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten/ Pflegenden/ Sozialarbeit bezüglich der Patientengruppe verbessert werden konnte	<input type="checkbox"/>
...Angehörige von Menschen mit Demenz zufriedener hinsichtlich der pflegerischen Betreuung und Begleitung erscheinen	<input type="checkbox"/>
...Angehörige durch mich im praktischen Umgang zu Fragen der häuslichen Versorgung geschult werden konnten	<input type="checkbox"/>
...Angehörige durch mich im praktischen Umgang zu Fragen der Kommunikation mit einem Menschen mit Demenz geschult werden konnten	<input type="checkbox"/>

5.2 Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von 1 bis 10, wie umfassend Sie auf Ihrer Station (bei Ihnen und Ihren KollegInnen) positive Veränderungen im Umgang mit Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen **seit Beginn des Projektes** beobachten konnten

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine Veränderung					starke Veränderung				

5.3 Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von 1 bis 10, wie viel Sie persönlich durch das Projekt lernen konnten

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein zusätzliches Wissen					viel zusätzliches Wissen				

5.4 Wenn Sie für das Projekt, wie Sie es kennen gelernt haben, eine Schulnote geben könnten, wäre dies...

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Gesamtbenotung	①	②	③	④	⑤	⑥

Möchten Sie uns noch etwas mit auf den Weg geben oder erläutern?

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!



Angehörigenbefragung

Begleitforschung des Projektes



„Doppelt hilft besser bei Demenz“

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben sich dazu entschieden, im Projekt „Doppelt hilft besser bei Demenz“ Ihren Angehörigen im Rahmen eines Rooming-in zu unterstützen. Damit nehmen Sie an einem bundesweit einmaligen und wichtigen Projekt teil, von dem wir uns erhoffen, dass das Krankenhaus Lübbecke und auch andere Kliniken lernen können, um die Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus weiter zu verbessern.

Deshalb wird dieses wichtige Projekt wissenschaftlich begleitet und unabhängig untersucht. Für die Begleitung verantwortlich ist das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. in Köln.

Um alle Perspektiven mit einzubinden, möchten wir insbesondere Ihre Meinung als Angehöriger und Ihre Erfahrungen **zum Abschluss des Klinikaufenthalts** erfragen.

Die Fragebögen werden **ausschließlich** im Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung in Köln geöffnet und ausgewertet. **Das sichern wir Ihnen zu!**

Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben **streng vertraulich** behandelt. Es wird Ihnen darüber hinaus zugesichert, dass niemand aus der Mitarbeiterschaft, der Betriebsleitung oder der Trägerverwaltung des Krankenhauses Einsicht in Ihren Fragebogen bekommt. Die Ergebnisse der Befragung aller Teilnehmer im Projekt werden mit Projektabschluss **anonymisiert** zusammengefasst. **Rückschlüsse auf Sie persönlich oder Ihren Angehörigen werden nicht möglich sein.**

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den dafür vorbereiteten Umschlag mit **Siegel (dip-Stempel)** und verschließen Sie diesen fest. Die verschlossenen und gesiegelten Umschläge geben Sie bitte auf der Station ab. Von dort werden die verschlossenen Briefe an das Institut weitergeleitet. Alle Fragebögen, die eingehen, werden auch ausgewertet.

Bitte nehmen Sie sich ca. 15 Minuten Zeit, um den Fragebogen zu bearbeiten.
Bitte füllen Sie auch die Fragen aus, die Ihnen im Krankenhaus ggf. bereits gestellt wurden, denn eine Weitergabe Ihrer Daten aus dem Krankenhaus oder aus den Patientenakten an das Institut erfolgt selbstverständlich nicht!

Für Rückfragen steht Ihnen zur Verfügung:

Dr. Michael Isfort

Mitglied des Vorstands
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung
e.V.
Hülchrather Straße 15
50670 Köln
Tel.: 0221 / 4 68 61 - 30
E-Mail: dip@dip.de
Internet: <http://www.dip.de>

**Vielen Dank
für Ihre Mitarbeit!**

1 Allgemeine Angaben

1.1 Sie sind...

Männlich..... Weiblich.....
 Berufstätig..... Nicht berufstätig.....

1.2 Sie sind...

Unter 40 Jahre alt..... 61 bis 70 Jahre alt.....
 41 bis 50 Jahre alt..... 71 bis 80 Jahre
 51 bis 60 Jahre alt..... 81 Jahre oder älter.....

1.3 Aus welcher Versorgungssituation haben Sie Ihren Angehörigen ins Krankenhaus einweisen lassen müssen?

Von zuhause..... Aus einer vollstationären Einrichtung

1.4 Wenn Sie von zuhause kommen: Wohnen in ihrem Haushalt weitere Personen, die durch Sie auch während des Rooming-in weiterhin versorgt werden müssen?

Ehefrau/Ehemann/Partner..... Kinder/Enkelkinder.....

1.5 Wie schätzen Sie Ihren eigenen Gesundheitszustand ein?

In bin bei guter Gesundheit..... Ich bin selber Hilfebedürftig
 Ich habe vorliegende Erkrankungen Ich bin pflegebedürftig eingestuft

1.6 In welcher Beziehung stehen Sie zu Ihrem Angehörigen?

Ehefrau/Ehemann Schwester/Bruder.....
 Tochter /Sohn Mutter/Vater
 Enkelin/Enkel Bekannte/Bekannter/Betreuer.....

1.7 Wie lange ist die Erkrankung (Demenz) bei Ihrem Angehörigen bekannt?

Neu diagnostiziert..... über 2 bis 5 Jahre.....
 bis zu 1 Jahr..... über 5 Jahre.....

1.8 Bezieht Ihr Angehöriger Leistungen der Pflegekasse? Wenn ja, in welcher Leistungsform?

	Pflegegeld	Pflegesachleistung	Kombinationsleistung
Ja, Pflegestufe I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, Pflegestufe II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, Pflegestufe III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Keine Leistung aus der Pflegekasse (keine Pflegestufe)			
<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege (Heim)			

2 Angaben zur Versorgung zuhause (bitte diese Seite nur ausfüllen, wenn keine vollstationäre Versorgung im Heim durchgeführt wird)

2.1 Benötigt Ihr Angehöriger zuhause Betreuung und Hilfe durch Sie?

Nie Selten... Überwiegend... Immer...

2.2 Bei welchen Aufgaben benötigt Ihr Angehöriger Hilfe durch Sie oder andere?

Nahrungsaufnahme, Essen	<input type="checkbox"/>	Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>
Gehen, Stehen	<input type="checkbox"/>	Verhüten von Gefahren (Herd etc.)	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	Auffinden von Gegenständen	<input type="checkbox"/>
Zubettgehen bzw. Aufstehen	<input type="checkbox"/>	Verhüten von Weglaufen (z.B. bei Zuständen örtlicher Desorientierung)	<input type="checkbox"/>
Toilettengänge	<input type="checkbox"/>	Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>
Haar-, Nagel-, Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	Soziale Kontakte zu anderen pflegen	<input type="checkbox"/>
Baden, Waschen, Duschen	<input type="checkbox"/>	Bewältigung von Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>

2.3 Bitte geben Sie an, inwieweit Sie weitere Dienstleistungsangebote zur Betreuung Ihres Angehörigen zuhause nutzen? (Mehrere Antworten möglich)

Angebote	derzeit genutzt	bislang nicht genutzt	nicht bekannt
Ambulanter Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen auf Rädern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbarschaft- bzw. Ehrenamtler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagespflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushaltshilfe (Mittel- oder osteuropäische Haushaltshilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begegnungsstätten, Altencafé, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entlastungsangebote für Angehörige (z.B. Gesprächskreis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.4 Fühlen Sie sich über regionale demenzspezifische Hilfsangebote ausreichend informiert?

sehr gut informiert..... nicht ausreichend informiert.....
 ausreichend gut informiert..... gar nicht informiert.....

3.5 Welche **Erfahrungen** haben Sie mit dem Rooming-in gemacht?

Meine Erfahrungen mit dem Rooming-in schätze ich wie folgt ein:	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
Durch meine Anwesenheit hat mein Angehöriger den Krankenhausaufenthalt gut bewältigen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch meine Anwesenheit hat mein Angehöriger den Krankenhausaufenthalt verkürzen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch den Kontakt zum Pflegepersonal habe ich Anregungen für die pflegerische Versorgung meines Angehörigen zuhause bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch den Kontakt und die Gespräche mit Ärzten, Pflegenden und Sozialarbeitern habe ich weiterführende Hilfsangebote kennengelernt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte ausreichend Zeit, um mich selbst zu erholen und zurückzuziehen, wenn ich es wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde in alle relevanten Entscheidungen bezüglich der medizinischen und pflegerischen Versorgung mit einbezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte meinen Angehörigen zu allen notwendigen Untersuchungen begleiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Rooming-in war nachträglich betrachtet nicht unbedingt notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch den Kontakt zu Ärzten, Pflegenden und Sozialarbeitern hat sich mein Krankheitsverständnis bezüglich einer Demenz erweitert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zeit des stationären Aufenthaltes meines Angehörigen hätte ich besser zu meiner eigenen Erholung eingesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besonderheiten in der Betreuung und den Gewohnheiten meines Angehörigen wurden vom therapeutischen Team bei Pflege und medizinischer Therapie berücksichtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass ich anwesend sein sollte, damit Pflegepersonal eingespart werden konnte (z.B. bei der Nahrungsaufnahme, Körperpflege etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte all die Aufgaben (z.B. Körperpflege) für meinen Angehörigen in gewohnter Weise selbst durchführen, so wie ich sie auch zuhause übernehme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Rooming-in ist eine wesentliche Verbesserung hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Rooming-in macht für mich Sinn, weil ich mitversorgt werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einer ähnlichen Situation würde ich wieder ein Rooming-in anstreben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Einschätzung zur Verbesserung

4.1 Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen ein.

Für einen Menschen mit Demenz und seinen Angehörigen sind beim Rooming-in besonders wichtig...	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
...dass zusätzliche Angebote (Beschäftigung/Tagestrukturierungen) geschaffen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass eine besondere Raumgestaltung erfolgen muss (keine Krankenzimmeratmosphäre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass sich der Angehörige ausreichend Zeit für eigene private Belange einräumen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass zusätzliche Beratungen (z.B. durch Demenzfachberater) ermöglicht werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass klare Zeiten ausgemacht werden, in denen eine Anwesenheit des Angehörigen dringend erforderlich ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass klare Zeiten für Tests und Untersuchungen ausgemacht werden, um unnötiges Warten vor Untersuchungszimmern zu vermeiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...das Bezugspersonen vom Team (Pflege und Ärzte) benannt werden, an die man sich wenden kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...das zusätzliche spezielle Therapien (Erinnerungsarbeit / Gedächtnistraining etc.) angeboten werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2 Wenn Sie für das Projekt, wie Sie es kennen gelernt haben, eine Schulnote geben könnten, wäre dies...

sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ungenügend

Gesamtbenotung ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

Dürfen wir Sie gegebenenfalls zuhause zwecks einer telefonischen Nachbefragung kontaktieren?

Ja Telefonnummer: _____

Nein _____

Möchten Sie uns noch etwas mit auf den Weg geben oder erläutern?

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Das Projekt
Doppelt hilft besser bei Demenz
findet statt in Kooperation mit

Leben mit Demenz

Alzheimergesellschaft
Kreis Minden-Lübbecke e. V.
Goethestr. 42
32427 Minden
Tel. 05 71 - 9 74 29 69
Fax 05 71 - 9 74 29 68
www.leben-mit-demenz.info



Die **Robert Bosch Stiftung** hat die
Durchführung des Projektes
Doppelt hilft besser bei Demenz
ermöglicht.

Robert Bosch Stiftung

Wissenschaftliche Projektbegleitung
durch Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e. V.



Unterstützt wird das Projekt
durch den
LIONS-CLUB
Lübbecke-Espelkamp



und durch die
Privatbrauerei Ernst **Barre**
in Lübbecke



Station 5 West
Allgemein- und Viszeralchirurgie
Chefarzt Dr. U. Werner

Telefon: 05741/35-3501 oder 35-1532

Station 4 Ost
Innere Medizin
Chefarzt Dr. Y. Yildirim-Fahlbusch

Telefon: 05741/35-3411 oder 35-1100

Station 4 West
Urologie
Chefarzt Dr. H. Dettmar

Telefon: 05741/35-3401 oder 35-1300

Mühlenkreiskliniken (ÄÖR)
Krankenhaus Lübbecke
Virchowstraße 65
32312 Lübbecke
Telefon: 05741/35-0
Fax: 05741/9999
Email: info@krankenhaus-luebbecke.de



Mühlenkreiskliniken (ÄÖR)

Krankenhaus Lübbecke

Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover

**Doppelt hilft besser
bei Demenz**
Neue Wege bei der Betreuung
von Patienten mit Demenz



Rooming-in
für Angehörige
von Patienten mit Demenz
im Krankenhaus Lübbecke

Warum Rooming-in?

Ein naher Angehöriger von Ihnen benötigt einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus Lübbecke. Ihr Angehöriger ist zudem an einer Demenz erkrankt und hat vorraussichtlich Probleme, sich in der für ihn fremden Umgebung des Krankenhauses zurechtzufinden.

Durch Ihre Anwesenheit könnten Sie womöglich mit dazu beitragen, Ihrem Angehörigen während dieser Zeit mehr Sicherheit und Orientierung zu geben.

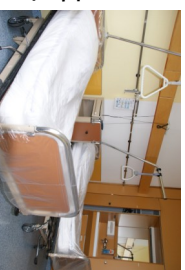
Um dies zu ermöglichen, gibt es bei uns auf den Stationen 4 West, 4 Ost und 5 West das Angebot des Rooming-in.



Was umfasst das Angebot des Rooming-in?

Sie haben die Möglichkeit, sich als Begleitperson in einem Zweibettzimmer mit Ihrem Angehörigen aufnehmen zu lassen.

Sie entscheiden selbst, wie viel Zeit Sie mit Ihrem Angehörigen verbringen möchten. Auch können sich mehrere Angehörige, nach Absprache mit den Pflegefachkräften, in der Begleitung abwechseln.



In der Regel haben Sie die Möglichkeit, den Patienten zu Untersuchungen und bis zum OP zu begleiten.

Sie können Ihren Angehörigen mit betreuen. Sie werden unterstützt durch Pflegendе und Ärzte, die speziell für die Behandlung und Betreuung von Patienten mit einer Demenzerkrankung geschult sind. Die Pflegefachkräfte geben gerne praktische Hilfestellungen bei pflegefachlichen Fragen.

Wenn Sie Beratungsbedarf durch den Sozialdienst benötigen, wird die zuständige Sozialarbeiterin sich gerne mit Ihnen in Verbindung setzen.

Was sollten Sie bedenken?

Es gibt leider nur begrenzte Kapazitäten für das Rooming-in. Wenn Sie interessiert sind, melden Sie sich bitte bei uns an.

Sollten Sie bei Ihrem Angehörigen nicht anwesend sein können, kann eine durchgängige Präsenz im Patientenzimmer durch Pflegekräfte leider nicht ermöglicht werden.

Muss Ihr Angehöriger die Station verlassen, z. B. bei einer notwendigen Verlegung, ist ein Verbleib der Begleitperson leider nicht machbar. Wir bitten Sie um Ihr Verständnis.

Für weitere Informationen stehen Ihnen die Pflegeteams der Stationen gerne zur Verfügung.

Das Projekt
Doppelt hilft besser bei Demenz
findet statt in Kooperation mit

Leben mit Demenz

Alzheimergesellschaft
Kreis Minden-Lübbecke e.V.
Goethestr. 42
32427 Minden
Tel. 05 71 - 9 74 29 69
Fax 05 71 - 9 74 29 68
www.leben-mit-demenz.info



Die **Robert Bosch Stiftung** hat die
Durchführung des Projektes
Doppelt hilft besser bei Demenz
ermöglicht.

Robert Bosch Stiftung

Wissenschaftliche Projektbegleitung
durch Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e. V.



Unterstützt wird das Projekt
durch den
LIONS-CLUB
Lübbecke-Espelkamp



und durch die
Privatbrauerei Ernst Barre
in Lübbecke



Ihre Ansprechpartner sind die
Pflegeteams der Stationen
4Ost - 4West - 5West
und

Frau M. Willmann
Sozialarbeiterin

Telefon: 05741/35-474119
margret.willmann@krankenhaus-luebbecke.de

Liebe Angehörige, lieber Angehöriger,

Ihr Familienangehöriger benötigt zurzeit einen stationären Aufenthalt als Patient im Krankenhaus Lübbecke. Gleichzeitig leidet er an der Begleiterkrankung Demenz.

Unser Ziel ist es, unser Handeln dieser besonderen Situation für Patienten und ihre Angehörigen anzupassen.

Dazu gehört auch das Angebot einer kompetenten Erstberatung für Angehörige und die Einleitung erforderlicher nachstationärer Behandlungsmaßnahmen.

Wenn Sie unser Angebot annehmen möchten, sprechen Sie bitte mit dem Pflegeteam auf Station oder mit der zuständigen Sozialarbeiterin Frau Willmann.

Angehörigenvisite

In der gemeinsamen Patientenvisite mit dem Stationsarzt können Sie medizinisch-fachliche Informationen erhalten. Ihre Mitteilungen über den bisherigen Krankheitsverlauf Ihres Angehörigen können wiederum für den Arzt sehr hilfreich sein.

Einen „Visitertermin“ sprechen Sie bitte mit dem Pflegepersonal der Station ab.

Angehörigengespräch

Wenn Sie es wünschen, können Sie mit dem Arzt und/oder einer Pflegefachkraft einen Gesprächstermin vereinbaren.

Fragen Sie bitte das Pflegeteam nach einem möglichen Termin.

Pflegeberatung

Bei Bedarf beraten wir Sie in speziellen pflegerischen Handlungen/Tätigkeiten, die für die weitere Pflege Ihres Angehörigen hilfreich sein können.

Wenn Sie einen Pflegekurs besuchen wollen, informieren wir Sie über Möglichkeiten und Ansprechpartner.

Sozialberatung

Auf Wunsch erhalten Sie von unserer Sozialarbeiterin eine kompetente Erstberatung. Diese kann folgende Themenbereiche umfassen:

- ◆ Beratung zu ambulanten Pflegediensten, Tagespflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege
- ◆ Beratung zur Finanzierung der Pflege, v. a. Pflegeversicherung/Sozialhilfeszuschuss
- ◆ Beantragung der Pflegestufe
- ◆ Beratung und Beantragung zu/von Hilfsmitteln
- ◆ Beratung zum Betreuungsrecht

Spezielle **Demenzberatung** mit den Schwerpunkten:

- ◆ Leistungen für Patienten mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf
- ◆ Gesprächskreise für Angehörige demenzerkrankter Menschen
- ◆ auf Wunsch: Vermittlung zu den Fachdiensten für Demenzerkrankte
- ◆ „Mutmachtelefon“ der Alzheimergesellschaft