



Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstr. 231, 10969 Berlin

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales  
Abteilung I D 24  
Fachausschuss Krankenhausplanung  
z.Hd. Frau Gabriele Lukas  
Oranienstr. 106  
10969 Berlin

Arbeitskreis Altern und Gesundheit  
Prof. Dr. Josefine Heusinger  
Dr. Barbara Weigl  
Friedrichstr. 231, 10969 Berlin  
E-Mail: heusinger@igfberlin.de  
Internet www.gesundheitbb.de

Berlin, 02.03.2015

## **An den Fachausschuss Krankenhausplanung des Senats von Berlin**

### **Stellungnahme des Arbeitskreises „Altern und Gesundheit“ zur Gestaltung der geriatrischen Versorgung im Krankenhausplan 2016 Berlin**

Der Arbeitskreis „Altern und Gesundheit“ hat sich auf seinen letzten Sitzungen im November 2014 und Februar 2015 ausführlich zum Thema Demenz und Krankenhaus informiert. Mit Sorge sehen die Mitglieder, dass wichtige Gesichtspunkte bislang nicht in den „Grundzügen zur Gestaltung des Krankenhausplanes 2016“ der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin vom 1.7.2014 berücksichtigt sind. Mit der folgenden, auf der Sitzung am 16.2.2015 einstimmig beschlossenen Stellungnahme, sollen diese Aspekte benannt werden, damit sie Eingang in die Krankenhausplanung finden. Wir bitten um Antwort an die unterzeichnenden Sprecherinnen des Arbeitskreises.

Eine bedarfsgerechte geriatrische Krankenhausversorgung hat für den Arbeitskreis „Altern und Gesundheit“ einen hohen Stellenwert, da ein Krankenhausaufenthalt für ältere Patientinnen und Patienten und insbesondere für Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen/Demenz oftmals mit erheblichen Belastungen verbunden ist. Der überwiegende Anteil von Patientinnen und Patienten mit dementiellen Erkrankungen wird aufgrund eines anderen akuten Gesundheitsproblems, das nicht die kognitiven Einschränkungen betrifft, in das Krankenhaus vollstationär aufgenommen. Dementsprechend bestimmt die Hauptdiagnose den Fokus der Krankenhausleistungen und nicht die „Neben“-Diagnose Demenz. Hinzu kommt eine große Zahl von Patientinnen und Patienten, die bei der Aufnahme (noch) keine offizielle Diagnose einer kognitiven Beeinträchtigung/Demenz haben. Bundesweit sind 6-9 % der über 65-Jährigen demenziell erkrankt, und zwar je älter desto mehr (Bickel H: Epidemiologie der Demenz. Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Berlin 2010). Diese Altersgruppe macht rund die Hälfte aller Krankenhauspatientinnen und -patienten aus (Krankenhausstatistik 2012). Es ist deshalb davon auszugehen, dass mindestens jeder zwanzigste Patient bzw. Patientin betroffen ist – es handelt sich also schon heute nicht mehr um eine kleine Randgruppe. Die Folgen einer kognitiven



Beeinträchtigung/Demenz beeinträchtigen jedoch die Behandlung sowie die Beziehung zwischen der Patientengruppe und dem Krankenhauspersonal, wenn den besonderen Bedarfen nicht Rechnung getragen wird. Für Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen/Demenz besteht die Gefahr der Verletzung grundlegender Patientenrechte: Es kann zu einer schlechteren medizinisch-pflegerischen Versorgung kommen, weil sie Untersuchungen und Behandlungen oft aus Unverständnis verweigern oder dabei größeren Aufwand erfordern. Sie haben Orientierungsprobleme und unterliegen einem hohen Risiko für Delir, Fixierungen und Sedierungen (Wingenfeld 2005, Eichhorn/Nießle 2005). Ein Krankenhausaufenthalt kann für sie eine Chance für eine nachhaltige Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Versorgungssituation sein – oder das Gegenteil bewirken.

Deshalb begrüßt der Arbeitskreis „Altern und Gesundheit“ die Vorgabe im Krankenhausplan, für alle Notfallkrankenhäuser ein Konzept für die Notaufnahme zur qualitativ hochwertigen geriatrischen Versorgung und zum Screening von kognitiver Beeinträchtigungen/Demenz direkt bei der Notaufnahme zu erstellen. Dies muss jedoch durch ein durchgängiges Konzept für die Versorgung von Menschen mit Demenz oder anderen kognitiven Beeinträchtigungen ergänzt werden. Dafür gibt es bereits erprobte Handlungsempfehlungen, die von Maßnahmen zur Vorbereitung eines gelingenden Krankenhausaufenthaltes über eine an den besonderen Bedarfen orientierte Steuerung der Abläufe in der Klinik und eine begleitende Information und Beratung der Angehörigen bis zu einem umfassenden Entlassungsmanagement reichen.<sup>1</sup> Kernhandlungsfelder sind hierbei u. a.:

- Screening bei Krankenhausaufnahme
- Sensibilisierung/Qualifizierung des Pflegepersonals und der Ärztinnen und Ärzte sowie aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Krankenhauses, die in Patientenkontakt stehen, in Bezug auf den Umgang mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen/Demenz,
- Einbindung der Bezugspersonen von der Krankenhausaufnahme bis zur Krankenhausentlassung,
- Anpassung der Ablauforganisation (z. B. interne/stationsübergreifende Verlegungen, prä- und postoperative Versorgung und Wartezeiten, Aufnahme- und Entlassungsmanagement),
- Interdisziplinäre Stationen zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen/Demenz und/oder
- Gerontopsychiatrischer Konsiliar-/Liaisondienst,
- Demenzsensible Milieugestaltung und Architektur,
- Einbindung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern.

---

<sup>1</sup> Darunter herausragend: Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (2011): Betreuung von demenzkranken Menschen im Allgemeinkrankenhaus. 20 Empfehlungen für Krankenhausträger zur verbesserten Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen, erarbeitet von der Arbeitsgruppe „Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen im Krankenhaus“ des Expertenkreises Geriatrie am Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, online: [http://www.alzheimer-bayern.de/pdf\\_antraege/empfehlungen\\_kh\\_traeger\\_ba.pdf](http://www.alzheimer-bayern.de/pdf_antraege/empfehlungen_kh_traeger_ba.pdf)



Die Einführung in diesem Sinne umfassender Konzepte zum Umgang mit Menschen mit Demenz/kognitiven Einschränkungen und ihren Angehörigen in Krankenhäusern sollte deshalb im Krankenhausplan 2016 vorgeschrieben werden.

Weiterhin erfordert der steigende Anteil an älteren Patientinnen und Patienten auch insgesamt eine veränderte Ausrichtung bzw. Gestaltung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Krankenhäuser. Innerhalb der Strukturqualität geht es um den Bedarf an geriatrischem und gerontopsychiatrischem Fachpersonal bzw. entsprechender Qualifizierung der bestehenden Fachdisziplinen. Die Prozessqualität muss notwendige medizinische, therapeutische, diagnostische und pflegerische Maßnahmen sicherstellen, um zu einer bestmöglichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen/Demenz beizutragen. Die Ergebnisqualität muss zum Beispiel sicherstellen, dass häufig kostenträchtig fehlerhafte Handlungsketten (Verwirrtheit, Medikamente) vermieden werden. Ebenso müssen Krankheitsfolgen aufgrund fehlender geriatrischer Fachorientierung (z.B. Lungenentzündung) vermieden werden. Auch sind die Folgen von Infektionen mit multiresistenten Keimen für geriatrische und gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten häufig besonders gravierend. Um die kontinuierliche Verbesserung einer qualitätsgesicherten, bedarfsgerechten Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten und insbesondere Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen/Demenz zu gewährleisten, empfiehlt sich die Eingliederung in das Qualitätsmanagement der Krankenhäuser.

Ein qualitativ hochwertiges Entlassungsmanagement sollte von allen Krankenhäusern gemäß §39 SGB V vorgehalten werden. Hierbei ist die Geltung von SGB V §11 Abs. 4 Satz 4 „In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach §7a des SGB XI zu gewährleisten“ besonders für pflegebedürftige Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Die zunehmende Auslagerung von stationären Leistungen wie bspw. Operationen in den ambulanten Sektor wirkt sich ebenso wie die verkürzte Verweildauer durch die DRG auf die Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsbereiche aus und erfordert eine Öffnung der bisher getrennten Versorgungssektoren.

Für geriatrische Patientinnen und Patienten und insbesondere Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen/Demenz hat das Entlassungsmanagement eine besondere Bedeutung, denn davon hängt wesentlich ab, ob es nach Krankenhausaufenthalt zu unerwünschten Umzügen in Pflegeeinrichtungen kommt, prekäre häusliche Pflegearrangements entstehen oder notdürftig aufrecht erhalten werden (Drehtüreffekte!) oder aber ein gutes, nachhaltiges Arrangement gefunden wird. Die Angehörigen müssen rechtzeitig bei der Vorbereitung und Besprechung der Entlassung einbezogen werden. Hierbei muss die sich eventuell ändernde Lebenssituation angesprochen und geplant werden. Fragen nach der Organisation der Pflege und Betreuung zu Hause und wie die Gestaltung des Alltags für die oder den Erkrankten zu leisten ist, müssen beantwortet und geregelt werden. Dies trifft noch einmal in besonderer Weise auf Patientinnen und Patienten mit palliativem Versorgungsbedarf zu. Auch der Anspruch auf Leistungen durch die Pflegekassen oder das Sozialamt sollte geklärt werden. Im Rahmen der Eilbegutachtung kann eine vorläufige Pflegestufe veranlasst werden. Auch benötigte Hilfsmittel und flankierende Unterstützungsangebote im häuslichen Umfeld müssen erörtert



werden. Bei all dem sind außerdem ggf. die besonderen Bedarfe von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und ihren Angehörigen zu beachten. Dies ist zunächst eine interdisziplinäre Aufgabe der Kliniksozialdienste, Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte in den Krankenhäusern, die dabei mit Alzheimer-Gesellschaften, Pflegestützpunkten und weiteren Akteuren im ambulanten Bereich kooperieren sollten. Ein derart umfassendes Entlassungsmanagement für die Gruppe der Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen/Demenz sollte einschließlich verbindlicher Klärung der Zuständigkeiten und Sicherstellung der nötigen Ressourcen durch Vorgaben im Krankenhausplan zuverlässig sichergestellt werden.

Berlin, 02. März 2015

Für den AK Altern und Gesundheit

(Prof. Dr. Josefine Heusinger)

(Dr. Barbara Weigl)

Die Alzheimer Gesellschaft Berlin schließt sich der Stellungnahme an.

Für die Alzheimergesellschaft Berlin

(Christa Matter)



**Literaturverzeichnis zur Stellungnahme des Arbeitskreises „Altern und Gesundheit“ zur Gestaltung der geriatrischen Versorgung im Krankenhausplan 2016 Berlin**

Bickel H. (2014): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Berlin. Abgerufen am 10.02.2015 unter: [http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1\\_haeufigkeit\\_demenzerkrankungen\\_dalzg.pdf](http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf)

Eichhorn, A./Niße, K. (2005): Die Bedeutung frühzeitiger Diagnostik und Behandlung. In: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft: Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen im Krankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance? Dokumentation der Fachtagung im Rahmen des BMG-Modellprogramms zur "Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger". Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft, 39-54

Wingenfeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus – Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Verlag Hans Huber

Vorstand:

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Gabriela Leyh, (Vorsitzende)

Prof. Dr. Theda Borde, Kathrin Feldmann, Monika Gordes, Dr. Birgit Hoppe, Hendrik Karpinski, Sabine Schweele, Jürgen Hardt (Ehrenvorsitzender)