



Konzept

Versorgung von älteren und/ oder dementen Patienten in
der DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus Bremen
gemeinnützige GmbH

Inhaltsverzeichnis

1	EINFÜHRUNG	3
2	VORBEREITUNG DES STATIONÄREN KRANKENHAUSAUFENTHALTES	4
2.1	FORTBILDUNG UND SCHULUNG DES KRANKENHAUSPERSONALS	4
2.2	MÖGLICHE VORBEREITUNGEN DURCH DEN PATIENTEN ODER SEINE BEZUGSPERSONEN	4
2.3	ZENTRALE KOORDINATION UND BETREUUNG VON DEMENTEN PATIENTEN UND IHREN BEZUGSPERSONEN	5
2.4	CHECKLISTE UND DATENSCHUTZ	6
3	DER STATIONÄRE KRANKENHAUSAUFENTHALT	6
3.1	UNTERBRINGUNG	6
3.2	ORIENTIERUNGSHILFEN	7
3.3	VERPFLEGUNG	7
3.4	KOORDINATION DER PFLEGE- UND BEHANDLUNGSABLÄUFE	8
3.5	INTERDISZIPLINÄRE BEHANDLUNGSSTRUKTUREN	9
3.5.1	Betreuungskräfte	10
3.6	KOMMUNIKATION MIT DEN PATIENTEN	10
3.7	DIE ANGEHÖRIGEN UND/ ODER BEZUGSPERSONEN	11
4	PATIENTENGRUPPEN	11
4.1	PATIENTEN MIT DEMENZ	11
4.2	PATIENTEN MIT DEMENZ UND DELIR	12
4.3	PATIENTEN MIT (EXAZERBIERTER) COPD	13
4.4	PATIENTEN MIT DEKOMPENSIRTER HERZINSUFFIZIENZ	13
4.5	PATIENTEN MIT VERSCHLECHTERUNG DES ALLGEMEINZUSTANDES	13
4.6	STURZ IM ALTER	14
5	ENTLASSUNG	14
6	SCHLUSSWORT	16
7	VERWEISE	18

1 Einführung

Die Versorgung von älteren und/ oder dementen Patienten in der Akutversorgung gewinnt zunehmend an Bedeutung, denn niemals zuvor erreichten so viele Menschen ein so hohes Alter wie heute. Jede zweite Person in Deutschland ist heute älter als 45 und jede fünfte Person älter als 66 Jahre (Bundesamt, 2022). Diese Entwicklung ist multifaktoriell begründet. Die Möglichkeiten der allgemeinmedizinischen und notfallmedizinischen Versorgung sowie der technischen Entwicklungen führen zur Verbesserung und Gesunderhaltung in vielen Lebensbereichen und haben direkt oder indirekt zur Verlängerung der allgemeinen Lebenserwartung beigetragen. Die hohe Lebenserwartung hat aber auch ihre Kehrseite und zeigt die Grenzen und die möglichen Auswirkungen eines langen Lebens auf, insbesondere Multimorbidität, Behinderung und Pflegebedürftigkeit. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Anzahl chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen/ Patienten seither kontinuierlich ansteigt und dass diese Patienten somit deutlich länger leben (Huhn, 2020).

Bei diesen älteren Patienten besteht grundsätzlich ein höheres Risiko für Komplikationen, Folgekrankheiten und chronischen Erkrankungen, einhergehend mit dem Verlust von Selbständigkeit und Alltagskompetenzen. Wiederholte Krankenhauseinweisungen sind oftmals die Folge, verbunden mit verschiedenen Herausforderungen in der pflegerisch- medizinischen Versorgung.

Des Weiteren wird angesichts der steigenden Lebenserwartung und der steigenden Anzahl an älteren Menschen mit einem dynamischen Anstieg von demenziellen Erkrankungen gerechnet.

In Deutschland sind derzeit 1,6 Millionen Menschen von einer Demenz betroffen. Pro Jahr treten ungefähr 300.000 Neuerkrankungen auf. Schätzungen zeigen, dass bis zum Jahr 2050 circa 3 Millionen Menschen an Demenz erkrankt sein werden (Bundesministerium für Familie, 2022).

Insbesondere Menschen mit einer Demenzerkrankung benötigen klare Strukturen und zeigen bei Veränderungen der Umgebung und ihrer Bezugspersonen herausforderndes Verhalten.

Dem sollte daher schon bei Aufnahme und Beginn der Behandlung im Krankenhaus entgegengewirkt werden, denn ein Krankenhausaufenthalt bedeutet für alle Patienten eine außergewöhnliche Belastung. Das gewohnte Leben findet nicht statt, die Patienten müssen sich in einer fremden Umgebung zurechtfinden und häufig auf die

Anwesenheit von vertrauten Bezugspersonen verzichten. Diese Situation stellt eine große Herausforderung für alle maßgeblich Beteiligte dar, die es bestmöglich zu unterstützen gilt.

Das Konzept „**Versorgung von älteren und/ oder dementen Patienten**“ soll diesbezüglich einen Leitfaden darstellen, alle Beteiligten sensibilisieren, gegenseitiges Verständnis fördern und mögliche Handlungsfelder aufzeigen.

2 Vorbereitung des stationären Krankenhausaufenthaltes

2.1 Fortbildung und Schulung des Krankenhauspersonals

Die Versorgung von älteren und/ oder dementen Patienten erfordert spezielle Kenntnisse, die die Behandlung der Patienten im Rahmen ihrer zusätzlichen Bedarfe unterstützen. Insbesondere Ärzte, Pflegefachkräfte und Therapeuten benötigen Informationen im Umgang mit diesen Patienten, um Situationen und Verhaltensweisen besser einschätzen zu können – ggf. punktuell auch bestehende- Berührungängste abzubauen.

Die DIAKO Gesundheitsimpulse bieten dazu seit Jahren geeignete Fortbildungen an. Ebenso besteht eine Zusammenarbeit mit LinDe e. V., im Rahmen von Fortbildungen zur Versorgung von dementiell veränderten Patienten.

2.2 Mögliche Vorbereitungen durch den Patienten oder seine Bezugspersonen

Im Vergleich zu jüngeren Patienten stellen sich ältere Menschen, insbesondere über 80-jährige, häufiger in der Notaufnahme vor, bspw. durch hausärztliche Einweisung oder in Begleitung des Rettungsdienstes. Es kann daher sinnvoll sein, Dinge für den Fall einer notwendigen Einweisung bereits in der Häuslichkeit vorbereitet zu haben. Hilfreich sind hier Notfallkontakte, ggf. eine Notfallmappe, ein Medikamentenplan und ggf. auch Vorbefunde.

Bei geplanten elektiven Operationen kann eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit der entsprechenden Sprechstundeneinheit im DIAKO hilfreich sein. Bei einer telefonischen Vorbesprechung des geplanten Aufenthaltes können so diverse Fragen zu notwendigen Voruntersuchungen geklärt werden. Insbesondere bei einer bestehenden Pflegebedürftigkeit kann auch der frühzeitige Kontakt zum Sozialdienst

unseres Hauses hilfreich sein, um eine mögliche Nachversorgung vorab besprechen zu können. Die notwendigen Informationen sind auf der DIAKO Internetseite¹, auch in leichter Sprache, zu finden.

2.3 Zentrale Koordination und Betreuung von dementen Patienten und ihren Bezugspersonen

Im DIAKO gibt es zur Vorbereitung/Organisation der Aufnahme von Menschen mit Demenz eine Koordinierungsstelle. Die Koordinatorin, Frau Schultz, stellt dabei die funktionierende Schnittstelle zwischen den Sprechstundenbereichen, dem Belegungsmanagement und den Stationen sicher.

Das DIAKO hat des Weiteren eine spezielle Checkliste (Aufnahme von Patienten mit Demenz) erarbeitet, die nach Möglichkeit zur ambulanten Untersuchung mitzubringen ist und/ oder bei geplanter direkter Aufnahme ohne Voruntersuchung in der Klinik direkt an Frau Schultz im Krankenhaus gefaxt werden kann:

Zentrale Koordination Frau Schultz

E- Mail: Versorgungsmanagement@diako-bremen.de

Fax-Nr.: 0421 6102 2019

Die „Checkliste zur Aufnahme von Patienten mit Demenz“ finden Sie genauso wie eine Liste mit Artikeln, die für den Tagesablauf des betreffenden Patienten mitgebracht werden sollten, auf unserer Internetseite².

Zur Aufnahme im DIAKO sollten die Gesundheitskarte, die Einweisung des Haus-/ oder Facharztes und sämtliche Vorbefunde mitgebracht werden.

Anhand der Checkliste und vorab geführten Gesprächen können die Koordinatorin und die Mitarbeitenden des Belegungsmanagements, die geeignete Unterbringung in der betreuenden Klinik organisieren. Die behandelnden Teams werden so über besondere Bedürfnisse des aufzunehmenden Patienten informiert.

¹ <https://www.diakobremen.de/patienteninfos/hilfe-und-beratung/sozialdienst>

² <https://www.diakobremen.de/patienteninfos/aufnahme/checkliste>

2.4 Checkliste und Datenschutz

Die Checkliste dient primär der Vorbereitung bei elektiven Eingriffen und unterstützt bei der stationären Versorgung. Alle Angaben sind freiwillig. Sie dienen ausschließlich der möglichst optimalen Betreuung während des Aufenthaltes in unserem Krankenhaus und unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz. Dies gilt ebenso für das Faxen der Checkliste im Voraus. Es gelten hierfür alle Betroffenen- Rechte des Datenschutzes. Wir informieren über diese auf unserer Webseite (unter „Datenschutz“) oder händigen Ihnen auf Wunsch vorab ein Exemplar aus. Im Detail werden Sie auch hierzu während der Aufnahme informiert. Sie können die Checkliste direkt online ausfüllen und über den Button „per E-Mail versenden“ verschicken. Die Checkliste wird automatisch an die Koordinatorin Frau Schultz gesendet

Das Ausfüllen der Checkliste ist freiwillig. Die Daten werden ausschließlich im Rahmen des stationären Aufenthaltes genutzt.

Bei Notfallaufnahmen empfehlen wir, die Checkliste zeitnah in der Klinik vor Ort mit dem Krankenhauspersonal zu bearbeiten. Im Idealfall bringt der Patient eine bereits im Vorfeld prophylaktisch erstellte Checkliste mit.

3 Der stationäre Krankenhausaufenthalt

3.1 Unterbringung

Eine maßgebliche Anzahl von Patientenzimmern im DIAKO sind altersgerecht und barrierefrei. Die Badezimmer in diesen Zimmern sind ebenfalls barrierefrei gestaltet. Spezielle Hilfsmittel wie druckentlastende Matratzen, Lagerungshilfsmittel oder Toilettenerhöhungen stehen zur Verfügung.

Für demente Patienten bietet das DIAKO die vertraute Begleitung durch „Rooming in“ an. Patienten mit Demenz bietet eine gleichbleibende Umgebung mit vertrauten und wiederkehrenden Handlungsabläufen Sicherheit und Orientierung. Jede räumliche Veränderung stellt für sie dagegen eine Herausforderung dar. Das gilt erst recht bei einem Krankenhausaufenthalt. Durch das sogenannte „Rooming-in“ haben Angehörige oder andere vertraute Personen die Möglichkeit, an Demenz erkrankte Menschen im Krankenhaus rund um die Uhr zu begleiten.

Daher bietet das DIAKO in diesen Fällen und bei elektiven Aufnahmen die Möglichkeit der zusätzlichen Unterbringung von Bezugspersonen ausdrücklich an. Bei diesen

geplanten Aufnahmen ist es wichtig, dass frühzeitig im Hinblick auf die Kostenübernahme mit den jeweiligen Kostenträgern Kontakt aufgenommen wird. Bescheinigt der Krankenhausarzt, dass eine Begleitung für die Zeit des Aufenthalts aus medizinischen oder therapeutischen Gründen notwendig ist, werden die Kosten von der Krankenkasse übernommen (§ 11 Absatz 3 SGB V). Eine Hausärztin oder ein Hausarzt kann eine solche Empfehlung auch vorab aussprechen. Bitte halten Sie dennoch Rücksprache mit der Klinik. Hierzu wenden Sie sich bitte unter der **Telefonnummer 0421 6102 3413** an die Mitarbeitenden der **Zentralen Patientenaufnahme**.

3.2 Orientierungshilfen

Ältere und/ oder demente Patienten können schnell mit der Situation im Krankenhaus überfordert sein. Zu den körperlichen Symptomen kommen unter Umständen dann auch noch Stress und Orientierungsschwierigkeiten dazu. Zur Erleichterung der Orientierung werden ggf. Symbole und andere Markierungen zur Hilfe genommen, um beispielsweise das Zimmer des jeweiligen Patienten kenntlich zu machen. Auch persönliche Gegenstände können individuell eingesetzt werden, um Vertrautheit zu schaffen.

3.3 Verpflegung

Über 70 Jährige sind fünf Mal häufiger von Fehl- bzw. Mangelernährung betroffen, als junge Menschen (<30). Untergewicht und Mangelernährung nehmen mit dem Alter, bei sich verschlechternden Allgemeinzustand und bei Pflegebedürftigkeit zu. Die Ursachen können sehr unterschiedlich sein (Huhn, 2020). Essen und Trinken beeinflussen die Lebensqualität, sind wichtige Bestandteile sozialer und kultureller Identität und dienen der Gesunderhaltung durch die Nährstoffaufnahme. Auf Grundlage des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ (DNQP, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2017) möchte das DIAKO daher älteren und/ oder dementen Patienten eine bedürfnisorientierte und bedarfsgerechte Ernährung ermöglichen. Unsere Service- und Betreuungskräfte besuchen die Patienten und besprechen individuelle Essenswünsche, um bestehenden Defiziten entgegen zu wirken.

3.4 Koordination der Pflege- und Behandlungsabläufe

Der ältere Patient zeichnet sich durch ein erhöhtes Risiko aus, im Rahmen zusätzlicher Gesundheitsprobleme nachhaltige Beeinträchtigungen seiner Selbstbestimmung und seiner selbständigen Lebensführung bis hin zur Pflegebedürftigkeit zu erleiden. Dieses erhöhte Risiko ist durch die eingeschränkten Eigenressourcen begründet und rührt aus altersphysiologischen Veränderungen oder durch bereits vorbestehende Schädigungen der Körperfunktionen und –Strukturen. Diese wiederum können häufig zu Behandlungskomplikationen/ Folgeerkrankungen und zusätzlichen Beeinträchtigungen der Aktivitäten führen. Oftmals hat man es mit multimorbiden, also an mindestens zwei chronischen Krankheiten leidenden Patienten zu tun, welche in den Bereichen Mobilität, Selbstversorgung, Kommunikation und Haushaltsführung, Defizite aufweisen. Diese besonderen Merkmale und Beeinträchtigungen gilt es zu erfassen, um eine möglichst gute Versorgung ermöglichen zu können.

Bei der Aufnahme auf der Station wird daher, unter eventuell notwendiger Einbeziehung von Bezugspersonen, eine individuelle Anamnese und Pflegeplanung erstellt. Dabei erfassen die Pflegefachkräfte auf der Grundlage der Pflgetheorie von D. Orem sowohl die Selbstpflegefähigkeiten als auch die Selbstpflegetdefizite, um eine individuelle Versorgung zu gewährleisten.

Die Steuerung des Pflegeprozesses erfolgt somit durch die zuständige Pflegefachkraft unter Beachtung folgender Aspekte:

- Führen eines Anamnesegesprächs zur Gewinnung von lebensgeschichtlichen Ereignissen
- Gewohnheiten erfragen und übernehmen
- Individuelle Planung aller Maßnahmen, insbesondere Überprüfung der üblichen Diagnostik auf Therapierelevanz
- Benennung einer festen Pflegekraft, auch in der Kommunikation mit den Bezugspersonen
- Bei nötigen diagnostischen Maßnahmen rechtzeitige Klärung, ob eine Sedierung nötig ist. In diesem Fall: Maßnahmen gebündelt planen und durchführen, wenn möglich

- Individuelle Anpassung der Planung von Behandlungen an die Bedürfnisse der Patienten (Erklärung der Notwendigkeit, Vermeidung von Hektik, kurze Wartezeiten, mehr Zeit für die Untersuchung)
- Vermeidung von Verlegungen in andere Patientenzimmer oder Stationen
- Ausbau der Frühmobilisation
- Anwendung wissenschaftlich begründeter Pflegekonzepte, die die Erhaltung kognitiver, alltagspraktischer und sozialer Kompetenzen fördern und u. a. neuropsychiatrische Symptome reduzieren
- Koordination von Terminen ggf. auch unter Absprache mit den Bezugspersonen

3.5 Interdisziplinäre Behandlungsstrukturen

Auf den Stationen sind im Rahmen der Patientenversorgung alle kooperierenden Systeme miteinander im Austausch. Angehörige/Bezugspersonen werden mit in die Prozesse einbezogen, wenn der Patient dieses ausdrücklich wünscht bzw. eine rechtliche Legitimation vorliegt.

Der Fokus der Behandlung eines älteren Patienten richtet sich weniger auf eine einzelne Erkrankung und den akuten Behandlungsbedarf, vielmehr stehen auf Grundlage multidimensionaler Diagnosestellung die komplexen Zusammenhänge der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Mittelpunkt. Daher verfolgt das Behandlungskonzept für diese Patienten eine aktivierend- rehabilitative Versorgung. Das DIAKO verfolgt dabei eine therapeutische Versorgung, in der auf den individuellen Unterstützungsbedarf unter Einbeziehung der persönlichen und sozialen Ressourcen eingegangen wird und diese fördert. Ziel der ganzheitlichen Versorgung soll es sein, möglichst den Zustand vor dem Krankenhausaufenthalt wiederherzustellen, die Selbstversorgung zu fördern, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und eine wünschenswerte Lebensgestaltung zu erreichen. Dementsprechend wird schon früh mit physiotherapeutischen Interventionen begonnen, um die Eigenständigkeit und Mobilität der Patienten zu fördern. Der Fokus liegt nicht nur auf dem akuten Ereignis vor – und während des Aufenthaltes sondern auch auf der jeweiligen Entlasssituation. Es wird frühzeitig auch die Möglichkeit einer Akutgeriatrischen und /oder Geriatrischen Reha geprüft und dementsprechend durch die jeweiligen Stationen und den Sozialdienst in die Wege geleitet.

3.5.1 Betreuungskräfte

Unsere geschulten Betreuungskräfte besuchen regelmäßig unsere Patienten. Es werden Gesprächsangebote gemacht, Spaziergänge begleitet, Gedächtnistraining und Beschäftigungstherapie angeboten. Es soll den Patienten somit eine Alltagsstruktur geschaffen werden. Dieses Angebot gilt für alle unsere älteren Patienten mit oder ohne Demenzerkrankung. Die Betreuungskräfte sind deutlich an ihrer grünen Kleidung zu erkennen.

3.6 Kommunikation mit den Patienten

Ältere Menschen erleben es häufig, dass eher über sie als mit ihnen gesprochen wird oder Informationen nicht weitergegeben werden, weil angenommen wird, dass man den älteren Menschen damit überfordert. Hier gilt es die Veränderungen des Denkens und des Sprachverständnisses zu berücksichtigen, ggf. langsamer zu sprechen und Dinge zu wiederholen.

Die Mitarbeitenden der Klinik sind verpflichtet, den Patienten in verständlicher Weise zu Beginn und im weiteren Verlauf einer Behandlung sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände/ Maßnahmen zu erklären. Die Aufklärungen müssen für den Patienten verständlich und nachvollziehbar sein. Bei einem Patienten, der Gesprächsinhalte aufgrund seiner körperlichen oder geistigen Situation nur schwer nachvollziehen kann, muss die Aufklärung in leichter Sprache erfolgen. Für die Mitarbeitenden wird Informationsmaterial zum Thema „Leichte Sprache“ vorgehalten.

Ebenfalls sind notwendige Hilfsmittel wie z. B. Piktogramme oder Bildtafeln bei Bedarf zu verwenden. Diese Hilfsmittel sind im DIAKO vorhanden, werden fortlaufend aktualisiert und ergänzt.

Wenn dem Patienten ein(e) gesetzlich bestimmte(r) Betreuer/ Betreuerin an der Seite steht, wird diese(r) und auf Wunsch eine Person des Vertrauens bei Gesprächen mit einbezogen. Termine werden in diesen Fällen mit dem Betreuer/ der Betreuerin abgestimmt.

3.7 Die Angehörigen und/ oder Bezugspersonen

Das DIAKO möchte möglichst von Anfang (pflegende) Angehörige/ Bezugspersonen mit in die medizinische und pflegerische Versorgung einbinden, denn gerade zu Beginn der Behandlung können diese, wichtige Informationen zur akuten Situation des Patienten sowie zum bisherigen Krankheitsverlauf geben und somit die Diagnostik unterstützen. Auch Informationen zum bisherigen Umgang der Erkrankung und der bisherigen benötigten Unterstützung im Alltag, helfen die Therapie und die Weiterbehandlung nach der Entlassung realistisch zu planen. Die Entlassung selbst wird im interdisziplinären Team aus Ärzten, Pflegekräften, Physiotherapeuten und den Angehörigen/ Bezugspersonen schon bei der Aufnahme im Krankenhaus geplant und in die Wege geleitet.

4 Patientengruppen

Ältere Patienten leiden in 80% der Fälle unter mehreren Grunderkrankungen in verschiedenen Kombinationen und Ausprägungen, welche im DIAKO behandelt werden.

4.1 Patienten mit Demenz

Aufgrund der demografischen Entwicklung und der Zunahme von Patienten mit einer Demenzerkrankung hat das DIAKO auf Grundlage des „Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (DNQP, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2018) einen hausinternen Pflegestandard zum Umgang mit Menschen mit Demenz erarbeitet. Dieser beruht auf dem personenzentrierten Ansatzes nach Kitwood. Für Kitwood steht nicht die Person mit DEMENZ sondern die PERSON mit Demenz, also der Mensch selbst und nicht seine Erkrankung im Mittelpunkt der Behandlung.

Ziel dieses Ansatzes ist es, dass das Personsein von Menschen mit Demenz erhalten bleibt und gefördert wird. Es ist sehr wichtig, der Person mit Demenz das Gefühl zu geben, etwas wert zu sein, etwas tun, etwas bewirken zu können, Kontakt zu anderen Menschen zu haben und dazu zu gehören, das Gefühl von Sicherheit, Urvertrauen und Hoffnung zu geben (Kitwood 2004, S.123).

Der Pflegestandard steht den Mitarbeitenden jederzeit zur Verfügung.

Des Weiteren ist eine Arbeitsgruppe zum Thema Demenz installiert worden, welche sich inhaltlich mit der Betreuung von Patienten mit Demenz, mitarbeiterorientierte Ziele und allgemeinen Zielen zum Thema Demenz auseinandersetzt. Diese trifft sich in regelmäßigen Abständen. Ebenso gibt es Demenzbeauftragte im DIAKO, welche sowohl Angehörige/ Bezugspersonen, als auch die Mitarbeitenden berät, als auch organisatorische Aufgaben übernimmt. Die Demenzbeauftragten sind Teil der Arbeitsgruppe Demenz.

4.2 Patienten mit Demenz und Delir

Fast die Hälfte aller Menschen mit Demenz, die ins Krankenhaus kommen, haben auch ein Delir, bis zu 20 Prozent erleiden selbiges während des Aufenthaltes und etwa ein Viertel bis die Hälfte aller deliranten Patientinnen und Patienten haben eine Demenz in der Vorgeschichte. Begünstigt wird ein Delir durch verschiedene Faktoren. Hierzu zählen die Verordnung von mehr als drei neuen Medikamenten, Schmerzen, Operationen, Fieber, Mehrfacherkrankungen, eine Minderfunktionen der Organe, Fixierungen, Mangelernährung, Seh- und Hörbehinderungen, Reizüberflutung oder Reizarmut. Die Folgen des Delirs können sehr unterschiedlich sein, bspw. Stürze oder andere Komplikationen, die in der Regel die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus verlängern. Manchmal verschlechtern sich auch die geistigen Fähigkeiten. Es kann dann Monate dauern, bis der Zustand vor dem Delir wieder erreicht ist, in einigen Fällen wird sogar nie mehr das vorherige Leistungsniveau erreicht.

Das DIAKO überprüft daher regelmäßig, dass

- mit Patienten in langsamer, ruhiger und klarer Sprache kommuniziert wird, geduldig Dinge immer wieder erklärt werden, um ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln.
- die neu verordneten Medikationen angepasst werden
- Elektrolytstörungen ausgeglichen werden
- die Patienten engmaschig betreut werden
- Bewegungen zugelassen bzw. gefördert werden
- Angehörige und Bezugspersonen in den Behandlungsprozess mit einbezogen werden
- Lärm und Reize reduziert werden

4.3 Patienten mit (exazerbierter) COPD

Patienten mit COPD ist eine Gruppe von Patienten, die immer wieder vorstellig werden aufgrund von wiederholter, plötzlich aufgetretener Dyspnoe & Husten. Das DIAKO hat Flyer für Patienten mit COPD ausgearbeitet, in denen auf mögliche Ursachen hingewiesen werden und Handlungsempfehlungen gegeben werden. Die Mitarbeitenden werden regelmäßig zu diesem Themenkreis fortgebildet.

4.4 Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz

Die akute Dekompensation einer chronischen Herzinsuffizienz ist ein häufiger Notfall bei älteren Patienten und zeigt sich oftmals mit Dyspnoe in Belastung und in Ruhe, Thoraxschmerzen, pulmonalen Rasselgeräuschen, Ödemen, Leistungsminderung und aber auch einer Gewichtsabnahme. Auch hier spielt die Patientenedukation eine wesentliche Rolle. Informationen zur Entstehung, zur Therapie und Prognose müssen dem Patienten verständlich vermittelt werden. Auch Risikofaktoren und Symptombemerkung sollten den Patienten erklärt werden. Diese Informationen hat das DIAKO für Patienten zusammengetragen und wird regelmäßig überarbeitet. Die Mitarbeitenden nehmen regelmäßig an Fortbildungen teil.

4.5 Patienten mit Verschlechterung des Allgemeinzustandes

Patienten mit dieser Diagnose werden oftmals durch den Notarzt und in Begleitung des Rettungsdienstes aus der Häuslichkeit vorgestellt. Häufig handelt es sich hierbei um einen schleichenden Prozess, der aus der Verschlechterung einer chronischen Erkrankung herrührt. Diese Verschlechterung wird oftmals unterschiedlich beschrieben. Im Allgemeinen als Schwäche, Schlappeheit, Wesensveränderung, Trinkunlust, Inappetenz, Vernachlässigung von Routinen. Angehörige beschreiben diese Situation oftmals als „ein es geht nicht mehr“. Hier wird frühzeitig im interdisziplinären Team über vorhandene Ressourcen gesprochen und die Entlassung frühzeitig geplant, um in Anschluss eine gute Versorgung, möglicherweise aus einem Hilfesystem bestehend, zu organisieren.

4.6 Sturz im Alter

Ein Sturz gehört zu einem häufigen Ereignis im Leben eines alten Menschen. Stürze führen häufig zu Verletzungen, zu (wiederholten) Krankenhausaufenthalten, zum Verlust der Selbständigkeit, zu massiver Sturzangst mit Mobilitätseinschränkungen. Im schlimmsten Fall kann der Sturz Auslöser einer Kettenreaktion werden: Nicht nur, dass der Patient künftig auf Hilfe im Alltag angewiesen ist, um zu essen, sich an- und auszuziehen oder zu waschen. Gleichzeitig wächst auch die Wahrscheinlichkeit für weitere Komplikationen wie erneute Stürze, Mangelernährung oder Infektionen durch unzureichende Hygiene. Ziel der Behandlung ist es auch hier den Gesamtzustand des Patienten im Blick zu haben und ihm zu helfen, so lange wie möglich seine Gesundheit und Autonomie im Alltag zu bewahren

Zur Vermeidung eines erneuten Sturzes im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes steht den Mitarbeitenden der hausinterne Pflegestandard Sturzprophylaxe zur Verfügung, welcher auch die Grundlage im Rahmen von Angehörigen Gesprächen sein kann. Wie lassen sich Stürze vermeiden, sind Hilfsmittel erforderlich, wie vermeide ich Stolperfallen etc. Ebenso wird auch hier des Sozialdienstes frühzeitig involviert, um notwendige Hilfsmittel zur Optimierung des sicheren Ganges oder anderen Hilfesystemen zu organisieren (vgl. Flyer).

5 Entlassung

Die Planung der Entlassung ist ein wesentlicher Teil der Behandlung von älteren und/oder dementen Patienten und fester Bestandteil der Krankenhausleistung. Diese wird schon bei der Aufnahme im DIAKO im interdisziplinären Team, in Abstimmung mit den Bezugspersonen und weiterversorgenden Einrichtungen geplant. Grundlage bildet hier der Rahmenvertrag Entlassmanagement nach §39 1a SGBV. Es besteht ein gesetzlicher Anspruch des Patienten darauf, dass die Entlassung vorzubereiten ist und damit eine bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung der Patienten, unter Anwendung geeigneter Assessments, nach einem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Die Versorgung von älteren und/oder dementen Patienten ist in der Regel an ein Entlassmanagement gebunden.

Die Koordinierung der Entlassung übernimmt dabei die zuständige Pflegekraft der Station in Abstimmung mit dem Stationsarzt.

In Fällen, in denen sich die Situation des Patienten verändert hat und Unterstützung in der Häuslichkeit oder sogar eine weitere stationäre Versorgung notwendig wird, wird der Sozialdienst rechtzeitig eingebunden. Sollte ein Kontakt zum Kostenträger notwendig werden, wird auch hier der Sozialdienst involviert.

Weitere Aufgaben des Sozialdienstes sind:

- Beratung zu den Leistungen der Pflegeversicherung. Gegebenenfalls stellt er einen Antrag auf Eileinstufung in einen Pflegegrad, sofern keiner vorhanden ist und die Entlassung bspw. in ein Pflegeheim erfolgen soll. Im Rahmen einer solchen Eileinstufung erfolgt die Beurteilung durch eine Gutachterin oder einem Gutachter vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder durch Medicproof „nach Aktenlage“. Das heißt, es wird ein vorläufiges Ergebnis festgestellt. Die Gutachterin oder der Gutachter kann in der nachfolgenden Begutachtung nach der Entlassung zu einem anderen Ergebnis kommen.
- Beratung zu ergänzenden Angeboten zum Beispiel niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, aber auch Selbsthilfegruppen für Angehörige, Essen auf Rädern, hauswirtschaftliche Versorgung, Hausnotruf oder Wohnraumberatungsstellen und weiteres.
- Beratung zur Beantragung einer Schwerbehinderung
- Organisation von notwendigen Hilfsmitteln
- Information und Beratung zu sozialrechtlichen Fragen
- Information und Vermittlung von Beratungsangeboten zum Thema Betreuungsrecht, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Der Entlassungstermin wird rechtzeitig mit dem Patienten besprochen und der Einrichtung und den Bezugspersonen mitgeteilt.

Bei jedem Patienten wird durch das Pflegepersonal ein Überleitungsbogen für die weiterversorgende Einheit erstellt. Die notwendige Weiterversorgung wird zwischen Pflegekraft, PatientIn, Bezugsperson und ggf. der Einrichtung unter Einbeziehung des Sozialdienstes im Vorfeld abgeklärt.

Ein notwendiger Krankentransport wird von den Mitarbeitenden der betreffenden Station organisiert.

Folgende Dokumente werden bei der Entlassung dem Patienten mitgegeben oder der Bezugsperson ausgehändigt:

- Entlassungsbrief
- Medikamentenfahrplan/ Bundesmedikationsplan
- Überleitungsbogen
- Mitgebrachte Hilfsmittel und Wertsachenprotokolle

Wenn die Entlassung vor einem Feiertag oder vor dem Wochenende stattfindet, wird mit der Einrichtung und/oder dem Betreuer/ der Betreuerin die medikamentöse Versorgung geklärt.

Der Patient erhält, falls kein Hausarztkontakt mehr organisiert werden kann, maximal für drei Tage die entsprechenden Medikamente.

6 Schlusswort

Wir hoffen mit diesen hier dargestellten Maßnahmen die Planung und den Aufenthalt von älteren und/oder dementen Patienten optimal für alle Beteiligten strukturieren zu können. Dabei liegt uns das Wohl der Patienten besonders am Herzen.

Sollten Fragen zu Ihrem Aufenthalt entstehen, können Sie sich gerne an folgende Personen wenden:

Die Bereichsleitungen der jeweiligen Klinik: Telefonnummer: Ist auf der Station zu erfragen (oder auf der entsprechenden Internet-Seite der bettenführenden Fachdisziplin zu finden)

Frau Claudia Schultz (Zentrale Koordination Patienten mit Demenz)

Tel.: 0421 6102 1956

Herr Markus Huber (Pflegedienstleitung)

Tel.: 0421 6102 2003

Sozialdienst im Diako:

Tel: 0421 6102 1950

Über weitere Anregungen oder Vorschläge zur Verbesserung der Gestaltung des Aufenthaltes von älteren und/oder dementen Patienten würden wir uns freuen. Wir engagieren uns gern dafür, das Angebot für diese Patientengruppe kontinuierlich auszubauen. Dies gelingt am besten durch Hinweise und Erfahrungen von Patienten, ihren Angehörigen/Bezugspersonen oder Betreuern.

7 Verweise

- Bundesamt, S. (2022). *Mitten im demografischen Wandel*. Von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/demografie-mitten-im-wandel.html;jsessionid=E7AE9AF57114B4D2365F2CD6E69047D5.live711> abgerufen
- Bundesministerium für Familie, S. F. (2022). *Wegweiser Demenz*. Von <https://www.wegweiser-demenz.de/wwd/alltag-und-pflege> abgerufen
- DNQP. (2017). *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege*. Expertenstandards und Auditinstrumente: <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18467> abgerufen
- DNQP. (2018). *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege*. Expertenstandards und Auditinstrumente: <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18467> abgerufen
- Huhn, S. (2020). *Leitfaden Geriatrie- Pflege*. Berlin, München: Elsevier.