

Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Internationale Studienreisen



3. Studienreise in die Niederlande 26. Februar 2018 bis 2. März 2018

Reisebericht

Bericht und Reisebegleitung
Dr. Winfried Teschauer und Daniel Tucman

Gefördert von der



geplant und durchgeführt von
g-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen
Department für Pflegewissenschaft
Universität Witten/Herdecke

7. Mai 2018

Einleitung

Im Rahmen des von der Robert Bosch Stiftung GmbH geförderten Programms „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Internationale Studienreisen“ wurden insgesamt drei Studienreisen zu Einrichtungen mit beispielhaften Modellen im Ausland gefördert, die die akutstationäre Versorgung von Menschen mit Demenz erfolgreich verbessern. Die Reisen richteten sich an alle professionellen Akteure im Gesundheitswesen, die sich für eine bessere Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus einsetzen bzw. einen Beitrag dazu leisten.

Die erste Studienreise führte zu fünf Krankenhäusern nach England, die sich durch eine Kombination aus besonderen Pflegekonzepten mit einer beispielhaften Milieugestaltung und architektonischen Konzepten auszeichneten. Der Reisebericht ist bei der Robert Bosch Stiftung abrufbar.

Inhalt der zweiten Studienreise nach Norwegen waren die Strukturen und Schnittstellen zwischen einzelnen, an der Versorgung von Menschen mit Demenz (im Krankenhaus) beteiligten Institutionen, die sich vom deutschen Gesundheitssystem stark unterscheiden. Das Programm war so zusammengestellt, dass die Teilnehmer einen möglichst umfassenden Blick über das Zusammenwirken der Institutionen erhalten konnten. Der Schwerpunkt lag hierbei auf den Schnittstellen zwischen ambulanter (primary care) und stationärer Versorgung (secondary care). Der Blick richtete sich aber z.B. auch auf den Norwegischen Demenzplan, die Funktion der Norwegischen Gesundheitsbehörde „Aldring og Helse“ – Altern und Gesundheit, das nationale Demenzregister sowie das Pendant der Norwegischen Alzheimer Gesellschaft, eine Abteilung der „Nasjonalforeningen for Folkehelsen“. Ebenso wurde der Aspekt der professionellen – in Norwegen häufig akademisierten – Pflege aus Sicht der universitären Ausbildung berücksichtigt.

Die dritte und letzte Studienreise führte in die Niederlande, mit dem Schwerpunkt der Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus, ohne dass diese Nebendiagnose im Land explizit angesprochen würde. In den Niederlanden wird vielmehr das Konzept des „Keurmerk Seniorvriendelijk ziekenhuis“, also ein Qualitätssiegel „Seniorenfreundliches Krankenhaus“ von einer Gruppe von Senioren-Dachorganisationen landesweit umgesetzt. Krankenhauspatienten mit Demenz werden dabei etwa als „verletzliche Ältere mit einer Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern“ bezeichnet.

Die fünf besuchten Krankenhäuser erfüllen die Anforderungen des Qualitätssiegels in unterschiedlicher Weise. Wie schon bereits bei den Reisen nach England und nach Norwegen zeigte sich auch hier, dass die im Vergleich zu Deutschland vorhandenen Unterschiede hinsichtlich des Systems und der Qualifikationskonzepte für Pflege und ärztliches Personal ebenfalls ausschlaggebend für die sehr differente Form der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen sind.

Das niederländische Gesundheitssystem - Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu Deutschland

Die Niederlande wurden bezüglich ihres Gesundheitssystems in der Vergangenheit durch zwei Nationen maßgeblich geprägt. Einerseits wurde dem Land während der Besatzungszeit durch das Dritte Reich im zweiten Weltkrieg das bismarcksche Sozialsicherungssystem aufgezwungen (Schäfer et al., 2010). Auf der anderen Seite flüchteten während der Besatzungszeit viele Niederländer nach Großbritannien und erlebten dort die Gesundheitsreformen nach der Einführung des Beveridge-Modells. Diese beiden grundverschiedenen Perspektiven flossen in dem niederländischen Gesundheitssystem zusammen, so dass es sich um ein konsequent hybrides Modell handelt.

Vor diesem Hintergrund ist der Besuch der Niederlande im Rahmen der Internationalen Studienreisen der Robert Bosch Stiftung zu Demenz im Akutkrankenhaus die logische Konsequenz aus den vorhergehenden Besuchen. Die erste Studienreise wurde in Großbritannien durchgeführt, dem Ursprungsland des Beveridge-Modells (Lamping und Tamm, 1994). Die zweite Reise führte die Studienteilnehmer nach Norwegen, dessen Gesundheitssystem ebenfalls auf dem Beveridge-Modell basiert und kaum eigene Abweichungen zum Ursprungsmodell aufweist (Ringard et al., 2013). Die Niederlande hingegen zeigen diverse Gemeinsamkeiten trotz und zum Teil gerade aufgrund der seit 2006 schrittweise eingeführten Veränderungen.

Die Organisation und Steuerung des niederländischen Gesundheitssystems erfolgt auf den ersten Blick in bismarckscher Tradition. Eine wichtige Rolle spielen dabei die öffentlichen Krankenkassen (sickness funds), die wie in Deutschland als Non-Profit-Organisationen angelegt sind. Dem gegenüber stehen die unabhängigen Dienstleistungserbringer, also Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser etc. Eine (inzwischen) nachrangige Rolle spielt dabei die Regierung, die ähnlich wie in Deutschland eher eine überwachende und supervidierende Funktion innehat. Vor den Reformen von 2006 wurden mit den öffentlichen Krankenkassen ca. 2/3 der Bevölkerung abgesichert. Das letzte, einkommensstärkere Drittel versicherte sich über private Anbieter. Inzwischen wurde eine einheitliche, öffentliche Pflichtversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger etabliert. Die Beiträge werden nun anteilig am Einkommen erhoben. Dies führte zu Veränderungen im Einflussbereich der Akteure. So sehen sich gerade die privaten Versicherer einem starken Wettbewerb ausgesetzt, neue Angebote zu schaffen, in einem Umfeld, wo alle Bürgerinnen und Bürger eine grundständige Versicherung besitzen und mit anderen unabhängigen Akteuren verhandelt werden muss anstatt direkt mit der Regierung zu verhandeln (Kroneman et al., 2016).

Anders als in Deutschland differenzieren die Niederländer das Versorgungssystem nicht in ambulant und stationär, sondern orientieren sich hier an dem britischen Vorgehen. Die Hausärzte werden als General Practitioners (GP) eingesetzt, die die primäre Versorgung gewährleisten. Die sekundäre Versorgung beinhaltet die fachärztliche Diagnostik und Therapie, die in speziellen Kliniken oder in den Krankenhäusern vorgenommen werden. Hierfür wird jedoch zwingend (außer in Notfällen) eine Überweisung durch den (frei wählbaren) GP benötigt. Die letzte große Reform im Jahr 2015 betraf die Umgestaltung der Langzeitversorgung Pflegebedürftiger sowie psychisch wie phy-

sich chronisch erkrankter Menschen. Dahingehend wurde die Verantwortung für stationär zu versorgende Personen den Gemeinden und Kommunen übertragen. Die ambulante pflegerische Versorgung sowie Teile der psychiatrischen Gesundheitsversorgung werden durch die Pflichtversicherung abgedeckt, wie auch die reguläre primäre und sekundäre Gesundheitsversorgung (ebd.).

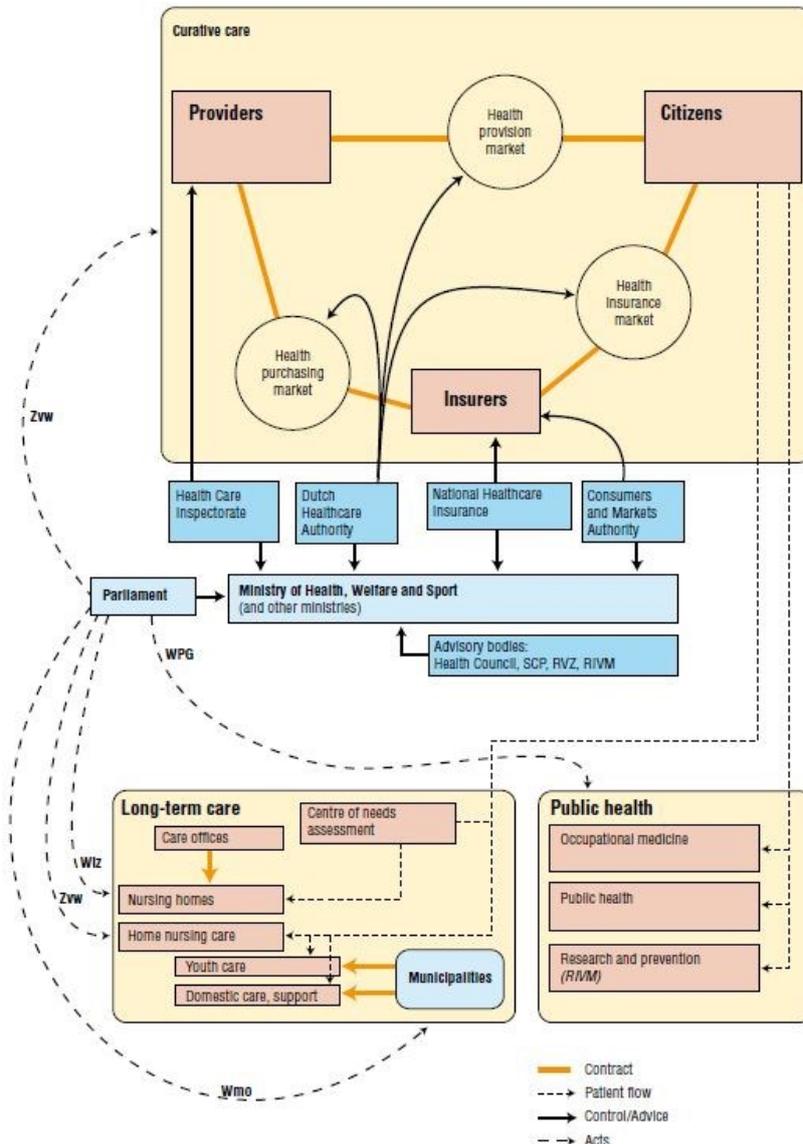


Abbildung 1 Organisationsaufbau des niederländischen Gesundheitssystems

Das niederländische Gesundheitssystem hat aufgrund seiner Konstruktion drei Märkte, welche durch die drei wichtigsten Akteure gebildet werden. Dabei handelt es sich um:

- den Versicherungsmarkt, der sich zwischen den Versicherern und den Bürgerinnen und Bürgern entspannt (private Versicherungen bieten diverse Zusatzleistungen an, die durch die Pflichtversicherung nicht abgedeckt werden),

- den eigentlichen Versorgungsmarkt zwischen Gesundheitsdienstleistenden und den Bürgerinnen und Bürgern
- sowie den Erwerbsmarkt, in dem die Versicherer Dienstleistungen der Versorger einkaufen, um sie den Bürgerinnen und Bürgern anbieten zu können.

Die beschriebenen Märkte werden von der niederländischen Gesundheitsbehörde beaufsichtigt und beraten. Die Dienstleistungserbringer im Gesundheitswesen werden von einer staatlichen Gesundheitsinspektion kontrolliert. Deren Begehungen erfolgen - anders als in Deutschland - unangekündigt und können für Krankenhäuser etc. empfindliche Restriktionen nach sich ziehen, sollten die geforderten Standards nicht eingehalten werden. Ferner übt die nationale Krankenversicherung ihren Einfluss auf die privaten Versicherungsanbieter aus. Somit behält die Regierung anders als in Deutschland einen hohen Grad an Einflussmöglichkeiten auf das Gesundheitswesen, ohne selbst gestaltend eingreifen zu müssen. Beispielsweise kann sie über den Umfang des Budgets der Basisversicherung und die Definition dessen, was diese an Gesundheitsleistungen erbringt, die Preisentwicklung maßgeblich beeinflussen (Kroneman et al., 2016).

Über 16% der arbeitenden Bevölkerung in den Niederlanden sind im Gesundheitswesen beschäftigt. Die medizinische Ausbildung erfolgt wie in Deutschland als Studium an den Universitäten. Die Ausbildung in der Pflege zeigt sich - in Abhängigkeit der zu erreichenden Professionsstufen - heterogener als in Deutschland. Pflegenden können ihre Qualifikationen auf folgenden Professionsstufen erwerben:

- intermediärer Abschluss (praktischer Berufschulabschluss)
- höherer Abschluss
- akademischer Hochschulabschluss

Diese Dreiteilung beinhaltet neben dem unterschiedlichen Professionsgrad auch unterschiedliche Verantwortungsbereiche und den Einsatz der entsprechenden Fachkräfte in Abhängigkeit vom Grad der Komplexität des zu versorgenden Falles (ebd.). Darüber hinaus sind diese Professionsstufen eine gröbere Einteilung von eigentlich fünf Qualifikationsniveaus, die nach oben hin durchlässig sind (de Jong und Landenberger, 2005). Masterabsolventinnen und -absolventen aus der Pflege (Nurse Practitioner) sind mit weiter reichenden Befugnissen ausgestattet als das in Deutschland für Pflegenden üblich ist. So ist es ihnen je nach Fachspezialisierung gestattet, bestimmte Untersuchungen durchzuführen oder Medikamente anzuordnen etc. (V&VN VS Professional Association of Healthcare, 2015). Die Qualität der Gesundheitsfachkräfte wird durch eine Registrierungspflicht und die Lizenzvergabe durch professionelle Verbände gewährleistet (Kroneman et al., 2016).

Anders als in Deutschland ist in den Niederlanden die multidisziplinäre Verzahnung in der primären Versorgung stark ausgeprägt. Die Hausärzte arbeiten als General Practitioners eng mit den Pflegenden und anderen Gesundheitsprofessionen zusammen. Die Zusammenarbeit beschränkt sich nicht allein auf den kurativen Versorgungsbereich, sondern auch auf die Langzeitversorgung sowie den Bereich der öffentlichen Gesundheitsprävention (Public Health). Dieser Umstand ist der Entwick-

lung der letzten Jahre zu verdanken und führt auch zu einer verstärkten Bildung von ambulanten Versorgungszentren, ähnlich wie in Deutschland (ebd.).

Literatur

de Jong, A. und Landenberger, M.: Ausbildung Pflege- und Gesundheitsberufe in den Niederlanden. In: Landenberger, M.: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa: Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Schlütersche, Hannover, 2005, 111–176.

Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., Jong, J. de und van Ginneken, E.: Netherlands: Health system review, Copenhagen, Denmark, 2016.

Lamping, W. und Tamm, I.: Die Grundlegung der Krankenversicherung in Deutschland und England: Analyse ihrer Genese, Funktion und politischen Ausgestaltung. In: Blanke, B., Czada, R., Heinelt, Hubert, Héritier, Adrienne, und Lehrbuch, G.: Krankheit und Gemeinwohl: Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin. Leske + Budrich, Opladen, 1994, 111–148.

Ringard, Å., Sagan, A., Saunes, I. S. und Lindahl, A. K.: Norway: Health system review, Copenhagen, Denmark, 2013.

Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W. und van Ginneken, E.: The Netherlands: Health system review. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 2010.

V&VN VS Professional Association of Healthcare: Factsheet: The Nurse Practitioner in the Netherlands. Online im Internet: <http://venvnvs.nl/wp-content/uploads/sites/164/2015/08/2015-10-30-Factsheet-Nurse-Practitioner-Netherlands-2015.pdf> in der Version vom 11.04.2018.

Dritte Studienreise in die Niederlande

Die dritte und letzte Studienreise führte vom 26. Februar bis zum 02. März 2018 in die Niederlande. Die Reiseroute umfasste

- Alrijne Leiderdorp
- UMC Utrecht
- Martiniziekenhuis Groningen
- Jeroen Bosch Ziekenhuis ´s Hertogenbosch
- Radboud UMC Nijmegen

Montag, 26. Februar 2018, Alrijne Ziekenhuis, Leiderdorp

Das erste Ziel war das Alrijne Ziekenhuis Leiderdorp, ein Krankenhaus in der Gemeinde Leiderdorp, etwa 30 km von Amsterdam entfernt. Diese Einrichtung führt das Qualitätssiegel „Seniorenfreundliches Krankenhaus“.

Der leitende Geriater Peter Jue stellte zunächst das Alrijne Ziekenhuis als Organisation vor und ermöglichte in seinem Vortrag einen ersten Einblick in Struktur und Prozesse geriatrischer Abteilungen an niederländischen Krankenhäusern. So hat etwa das Alrijne Krankenhaus in Leiderdorp drei spezialisierte Tageskliniken: die Sturzambulanz, die Gedächtnissprechstunde und eine geriatrische Tagesambulanz. Am Standort Leiderdorp sind acht Geriater tätig.

Ziel der geriatrischen Versorgung ist eine rasche Genesung, so dass die Patienten so schnell wie möglich in ein bekanntes und gesichertes Umfeld entlassen werden können. Ein 4-Achsen-Assessment in den Bereichen Somatik, Psychologie, Soziales und Mobilität – vergleichbar dem geriatrischen Assessment, wie es auch in der deutschen Literatur beschrieben ist – soll bereits in der Notaufnahme durchgeführt werden, um zu erreichen, dass diese „verletzlichen“ Patienten nicht länger als eine Stunde in der Notaufnahme verbringen. Falls eine Aufnahme ins Krankenhaus notwendig wird, muss innerhalb von 16 Stunden das CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) durchgeführt werden. Eine Planung von Interventionen soll i.d.R. innerhalb von 24 Stunden stattfinden und zwar unter Berücksichtigung der zuvor gescreenten vier Achsen. Im Alrijne Ziekenhuis Leiderdorp wird eine maximale Aufenthaltsdauer von vier Tagen nach einer Intervention angestrebt.

Bei jeder Form von Behandlung wird gemeinsam mit dem Patienten entschieden, wie zielführend diese unter Berücksichtigung der Patientenwünsche sein wird - vor allem, wenn ein operativer Eingriff in Erwägung gezogen wird. Wir haben dabei den Eindruck erhalten, dass Patienten umfassend nach ihren Zukunftserwartungen und Wünschen befragt werden, die Familie in den Entscheidungsprozess mit eingebunden ist und die Entscheidung in Bezug auf die Behandlung vom Ergebnis dieser Gespräche abhängig gemacht wird. Dies führt dazu, dass in Leiderdorp schließlich in etwa 3% der Fälle von einer Operation abgesehen wird, obwohl sie medizinisch indiziert wäre.

Einer der wesentlichen Gründe, in die Niederlande zu reisen, war die Vorhaltung von Geriatrischen Trauma Einheiten (GTU, Geriatric Trauma Unit) an einer Reihe von Krankenhäusern. Auch das Alrijne Ziekenhuis Leiderdorp verfügt über eine solche Einheit, die zunächst in einem Vortrag und dann im Rahmen einer Besichtigung vorgestellt wurde. Die GTU in Leiderdorp umfasst zehn Betten sowie einen Aufenthaltsraum für die Patienten, die „Huiskamer“ (Wohnzimmer). Grundkonzept der Huiskamer ist, dass Patienten auch während des stationären Aufenthaltes weiterhin all das tun können, was sie zuhause in ihrem Wohnzimmer gewöhnlich tun. Dieses Angebot wirkt sich positiv auf die Mobilisierung und Selbstständigkeit der Patienten aus, was für die Rückkehr in das eigene Lebensumfeld wichtig ist. Im Wohnzimmer stehen sowohl Therapeuten als auch Pflege- und Betreuungskräfte als Unterstützung zur Verfügung. Sie übernehmen u.a. Aufgaben wie das Vorlesen der Zeitung oder Hilfestellung während der Mahlzeiten, beim Spielen oder Basteln usw. Der Besuch des Wohnzimmers ist Teil des Behandlungsplans der geriatrischen Patienten und vergleichbar mit deutschen Konzepten, wie z.B. dem „Teekesselchen“ am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, aber ebenso den Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte in der stationären Pflege. Huiskamer-Konzepte waren auch Bestandteil der Besichtigungen am Martini Ziekenhuis in Groningen oder am Jeroen Bosch Ziekenhuis in s´ Hertogenbosch.

Eine wesentliche Anforderung des [Qualitätssiegels](#) „Seniorenfreundliches Krankenhaus“ ist die Vorhaltung von geriatrischer Behandlungskompetenz, oft in einem multiprofessionellen Team („must have“; >80 von 100 Punkten bei diesem Kriterium). Diese Teams kümmern sich insbesondere um gebrechliche Senioren („kwetsbare ouderen“). Bei allen Patienten, die 70 Jahre oder älter sind, wenn sie ins Krankenhaus kommen, wird ein [VMS-Screening](#) zur „Gebrechlichkeit“ durchgeführt. Patienten mit einem positiven Ergebnis (bei Patienten zwischen 70 und 79 Jahren: drei oder vier Punkte / bei Patienten ab 80 Jahren: ein Punkt) werden als „anfällig“ für Funktionsverlust angesehen. Im Anschluss wird eine umfassende geriatrische Beurteilung (CGA) durchgeführt. Ziele und Interventionen werden in Absprache mit dem Arzt, dem Patienten und dem Pflegepersonal festgelegt. Bei der Entlassung ins häusliche Umfeld wird vom Pflegepersonal eine Anfrage zum "warmen Transfer" gestellt. Darunter versteht man einen besonders gestalteten Transfer-Prozess, der einen hohen Grad an persönlicher Intervention (i.d.R. durch Gespräche mit den anderen an der Pflege Beteiligten) beinhaltet. Das Ergebnis des CGA wird an die koordinierende Bezirkskrankenschwester weitergegeben und ggf. durch weitere Fragestellungen und Aspekte ergänzt. Sie wiederum leitet die Anfrage an den Hausarzt weiter, entscheidet, ob der "warme Transfer" persönlich oder telefonisch stattfindet und kontaktiert die Geriatrie. Gemeinsam mit dem Pflegepersonal trifft sie alle nötigen Vorkehrungen für den Transfer, wobei sowohl Patient als auch Betreuer (Angehöriger, ehrenamtlicher Helfer, Nachbar usw.) involviert sind. Die Bezirkskrankenschwester erstellt einen Pflegeplan für die tatsächliche Entlassung, der den Bedürfnissen des Patienten entspricht – Beginn ist direkt nach der Entlassung.

Dienstag, 27. Februar 2018, Universitair Medisch Centrum, Utrecht

Das [UMC Utrecht](#) ist als akademisches Krankenhaus ein Teil der Universität Utrecht. Es verfügt etwa 1.000 Betten und 12.000 Mitarbeiter. Wesentliche Gründe für den Besuch in Utrecht waren die Möglichkeit zur Besichtigung der Delir-Einheit sowie der aus dem Blickwinkel der Milieugestaltung herausragenden Intensivstation.

Nach einer Einführung von Drs. Dini van Harten-Krouwel zum UMC (Drs. steht in den Niederlanden u.a. für „doctorans“, also eine Person, die gerade mit ihrer Dissertation beschäftigt ist) wurde das Gütesiegel „Seniorenfreundliches Krankenhaus“ mit seinen 14 Qualitätskriterien nochmals aus der Sicht eines Krankenhauses vorgestellt. Im Anschluss berichtete Drs. van Herksen über die Ausbildung zur geriatrischen Pflegekraft bzw. der zum Geriater in den Niederlanden. Das Ausbildungsprogramm zur geriatrischen Pflegekraft beruht auf dem CanMeds“-Konzept des „Royal College of Physicians and Surgeons of Canada“ und umfasst theoretische wie praktische Anteile. Das Programm mit einer nationalen Akkreditierung umfasst mindestens 1.200 Stunden praktische und 150 Stunden theoretische Ausbildung, wobei eine Tätigkeit von mindestens 24 Wochenstunden in einer Geriatrie verpflichtend ist. Im Hinblick auf die Ausbildung zum Geriater erhielten wir die Auskunft, dass Geriater auch in den Niederlanden zwar nicht zu den hochbezahlten Medizinern gehörten, dass das Berufsbild des Geriaters dennoch als attraktiv gelte und die Fachrichtung angesehen sei. Hier habe sich in den vergangenen Jahren vieles zum Positiven entwickelt. Bei der Besichtigung der weiteren Krankenhäuser fiel dementsprechend auf, dass in den geriatrischen Abteilungen eine jeweils (im Verhältnis) hohe Zahl an Geriatern und v.a. Geriaterinnen - oft junge Medizinerinnen - anzutreffen war (etwa 6 - 8 pro Ärzteteam der Abteilung).

Ebenfalls hoch interessant war der Vortrag über das präoperative Screening von älteren Patienten und die Arbeitsweise des geriatrischen Konsiliarteams. Das geriatrische Konsiliarteam des Hauses unterstützt die Behandlung von Patienten, die auf einer anderen Station als der Geriatrie behandelt werden, wenn dort aus pflegerischer und ärztlicher Sicht Bedarf an geriatrischem Fachwissen und entsprechenden Praxisempfehlungen besteht.

Bezeichnenderweise hatte der Vortragende, Geert Lefeber, sowohl eine Qualifikation als Geriater wie auch als klinischer Pharmakologe. Das wesentliche Ziel des präoperativen Assessments ist die optimale Vorbereitung des Patienten für den chirurgischen Eingriff, die Reduktion des Auftretens von post-operativen Komplikationen sowie das Verhindern von Funktionsverlusten im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes. Erneut wurde als wichtiges Ziel vorgestellt, die Wünsche und Vorstellungen des Patienten in Bezug auf den geplanten Eingriff genau zu erfassen. Wichtige Bestandteile des geriatrischen Assessments waren zum einen kognitive Tests (z.B. MMST oder Moca) sowie Assessments zur Frailty (z.B. nach dem Konzept von Fried bzw. nach dem Groningen Frailty Index). Hierbei erwiesen sich insbesondere die Komorbiditäten als wichtige Prädiktoren für den Behandlungsverlauf.

Besichtigung der Delir-Unit

Das UMC hat eine kleine Station aufgebaut, die ausschließlich für bis zu 12 Delir-Patienten konzipiert ist. Es gibt sowohl Einzelzimmer als auch Patientenzimmer mit jeweils zwei oder vier Betten. Die Patienten werden hier während ihres Delirs von einem multidisziplinären Team betreut. Ziel der intensiveren Betreuung ist es, den Schweregrad des Delirs zu vermindern, einen Funktionsverlust und weitere Komplikationen im Rahmen eines Delirs zu reduzieren oder sogar zu verhindern.

Besichtigung der Intensivstation

Das UMC Utrecht betreibt eine hoch moderne Intensivstation mit baulichen Merkmalen, wie man sie weltweit nur selten findet. Sie verfügt über 36 Betten in Einzelzimmern, die reichlich Tageslicht und einen Ausblick auf eine innenliegende Dachgartenanlage bieten. Außerdem wurden verschiedene Konzepte zur Gestaltung einer patientenfreundlichen Umgebung umgesetzt, wie z.B. ein Farbkonzept mit hellblauem Anstrich im Sichtbereich der Patienten. Des Weiteren sind die Räume so gestaltet, dass die Patienten durch optische oder akustische Anzeigen der Überwachungsgeräte möglichst nicht gestört werden. Die Zuführung von Schläuchen und Kabeln erfolgt von oben, so dass diese Geräte für notwendige Pflege- oder Therapiemaßnahmen nicht nur optimal zugänglich sind, sondern auch ausreichend Platz zur Verfügung steht. Dementsprechend ist jedes Zimmer mit der modernsten Technik ausgestattet. Eine Uhr und eine Plantafel mit Tag, Datum und Namen der zuständigen Pflegefachkraft und des Arztes sollen das Orientiert Sein unterstützen. Die Pflegekräfte erhalten Statusinformationen bzw. Signale oder Alarmer von den Überwachungsgeräten per Funk auf ein kleines Empfangsgerät mit Display („Pieper“). Auf diese Weise ist die einem Patienten zugeordnete Pflegekraft sofort über den Zustand „ihres“ Patienten informiert, auch wenn sie sich nicht im Zimmer aufhält. Ein wesentlicher Vorteil ist, dass diese Geräte in den Patientenzimmern lautlos sind, weshalb das Konzept den Namen „The sound of silence“ trägt. Eine Besonderheit sind auch die Fensterscheiben der Patientenzimmer, die per Knopfdruck von klar auf trüb umgestellt werden können (elektrostatischer Effekt). Auf diese Weise lässt sich eine Situation in weniger als einer Sekunde den Blicken Dritter entziehen. Solange die Glasfronten jedoch klar sind, sind die Patienten stets auch unter direkter Beobachtung.

Die einzelnen Bereiche der Station sind verschiedenen Regionen bzw. Landschaftstypen der Niederlande zugeordnet, die über große Fototapeten in den Räumen abgebildet werden.

Die Intensivstation verfügt über einen freundlich eingerichteten Wartebereich für Besucher. Dort gibt es Automaten, an denen Getränke und Speisen wie Sandwiches und Obst gekauft werden können. Es wurden mehrere Zimmer speziell für Besucher eingerichtet, u.a. um in schwierigen Situationen eine entsprechende Privatsphäre gewährleisten zu können. In jedem Besucherzimmer sind Computer mit Internetverbindung vorhanden, die jederzeit genutzt werden dürfen. Außerdem gibt es sechs Familienzimmer, die jeweils mit Telefon, Fernsehgerät, Toilette, Dusche und Waschbecken ausgestattet sind. Hier können Angehörige die Nacht verbringen oder das Zimmer für 24 bis 48 Stunden nutzen, wenn sich der Zustand des Patienten verschlechtert oder kritisch ist.

Zum Konzept der Intensivstation ist ein [englischsprachiges Video](#) verfügbar.

In dieser Intensivstation ist ein Großteil der bisher bekannten Planungshinweise für [alters- und demenzsensible Architektur und Gestaltung in Akutkrankenhäusern](#) verwirklicht worden. Dies ist auch dadurch zu erklären, dass sich die Planungshinweise für Patienten mit Demenz und anderen kognitiven Risiken weitestgehend mit denjenigen überschneiden, die zur Vermeidung von v.a. postoperativ auftretenden Delirien bei Intensivpatienten entwickelt wurden.

Mittwoch, 28. Februar 2018, Martiniziekenhuis, Groningen

Der dritte Tag in Groningen war bestimmt von Vorträgen über die Arbeitsweise der Geriatrie im Martini Ziekenhuis Groningen sowie die Vorgehensweise beim Comprehensive Geriatric Assessment, den poliklinischen Konsultationen und der Mitbehandlung der Patienten in der geriatrischen Poliklinik. Auf die Vorstellung der geriatrischen Trauma-Unit und des Delir-Teams folgten Informationen zur Rolle von Physio- bzw. Ergotherapeuten und zu deren Tätigkeit im Krankenhaus, besonders bei Patienten mit Demenz. Auf Nachfrage bestätigte der leitende Geriater, Jos Verkuyl, dass auch in Groningen Patienten mit Demenz im gesamten Krankenhaus über die verschiedenen Abteilungen verteilt seien und man deswegen Geriatrie-Teams ins Leben gerufen habe.

Verkuyl leitete die Vortragsreihe mit einem Überblick über die Funktionen und Tätigkeiten des geriatrischen Teams ein, das aus sechs Geriatern, geriatrischen Pflegefachkräften, Pflegeexperten und einem Gerontologen besteht.

Die Aufgaben dieses Geriatrie-Teams sind:

- klinische Beratung in der Pflegeabteilung und der Notaufnahme;
- Untersuchungen in der Poliklinik für Geriatrie (Schwerpunkt: Sturz, Gedächtnisprobleme und unerklärliche Verschlechterung);
- Vorsorgeuntersuchung bei Patienten, die älter als 70 Jahre sind, um einem Funktionsverlust vorzubeugen (häufige Symptome: Unterernährung, Verwirrtheit, körperliche Einschränkungen und Sturzprävention);
- präoperatives Screening von Patienten, die älter sind als siebzig Jahre;
- klinische Diagnose und Behandlung in der Geriatrie;
- Beitrag zur Strategie der onkologischen Versorgung und des Nierenversagens;
- Nachsorge der Klinik für die Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt;
- Beratung in regionalen Altenheimen und Gerontopsychiatrie;
- zweite Meinung zu Fragen, die das Lebensende betreffen.

Die eigentliche geriatrische Einheit ist eine kleine Station mit acht Betten, die von einem Geriater geführt wird. Hier arbeiten besonders engagierte, speziell ausgebildete Pflegekräfte und „kreative“ Therapeuten.

Neu war für die meisten Teilnehmer das „Hospital@Home“-Konzept, das von Agneta Calf, einer Mitarbeiterin von Prof. Sophia de Rooij vom UMCG, vorgestellt wurde. Das Hospital@Home-Programm ist in Ländern wie Australien, Neuseeland, den Vereinigten Staaten von Amerika, aber auch in einigen europäischen Staaten wie Italien, Spanien und dem Vereinigten Königreich bekannt. Die grundlegende Idee des Konzeptes besteht darin, dass nicht der Patient zur Behandlung ins Krankenhaus kommt, sondern die Behandlung zum Patienten nach Hause. Gerade für Patienten mit Demenz oder anderen kognitiven Risiken (auch Delir) könnte dieses Konzept eine Alternative zum Krankenhausaufenthalt sein. Das Konzept soll besonders auf die Bedürfnisse von informell Pflegenden (v.a. Angehörigen) eingehen, die nicht nur den körperlichen Verfall, sondern auch den Rückgang der kognitiven Leistungen im Laufe eines Krankenhausaufenthalts fürchten.

Die Universität Groningen untersucht in einer Studie die Auswirkungen des Konzepts auf eine Reihe von Probanden. Teilnehmer an diesem Programm bleiben eine Nacht im Krankenhaus, bevor sie am nächsten Morgen wieder nach Hause zurückgebracht werden. Sie erhalten dann für daheim neben wichtigen Messgeräten für physiologische Werte auch eine Reihe von Spezialgeräten, z.B. zur Bewegungsdetektion, einen Bettsensor und ein Notruf-Funktelefon.

An der Versorgung nach dem Hospital@Home-Konzept ist eine Reihe von Ärzten und Pflegekräften beteiligt, z.B. aus der Notaufnahme, der Hausarzt, speziell abgestellte Hospital@Home-Ärzte sowie formell und informell Pflegende und Therapeuten.

Hospital@Home ist ein innovatives Behandlungs- und Pflegeprogramm. Das Forschungsprojekt hat das Ziel zu evaluieren, ob sich durch den Aufenthalt und die Pflege im häuslichen Umfeld bei einer akuten Erkrankung für ältere Patienten mit kognitiven Störungen ein Mehrwert nachweisen lässt.

Das Ende des Besuchstags bildete ein kurzweiliger Vortrag von Dr. Birgit Dietz über die Grundlagen demenz- und alterssensibler Architektur.

Donnerstag, 1. März 2018, vormittags, Jeroen Bosch Ziekenhuis, ´s Hertogenbosch

Das Jeroen Bosch Ziekenhuis in ´s Hertogenbosch ist mit etwa 4.000 Mitarbeitern das größte nicht akademische Krankenhaus der Niederlande.

Die Geriaterin Esther Cornegé-Blokland informierte über die geriatrischen Stationen und ermöglichte den Teilnehmern deren Besichtigung. Das Krankenhaus verfügt über mehrere unterschiedliche Abteilungen für eine ambulante Untersuchung älterer Patienten:

Sturz-Klinik:

In dieser Ambulanz werden selektiv die Ursachen von Stürzen bei älteren Menschen untersucht.

Demenz-Poliklinik:

In diese Poliklinik kommen Patienten, die Antidementiva vom Geriater erhalten haben: Rivastigmin (Exelon), Galantamin (Reminyl), Donepezil (Aricept) oder Memantine (Axura/Ebixa).

Triage-Klinik:

Hier befinden sich Patienten, bei denen bei Aufnahme nicht sofort geklärt werden kann, welches medizinische Problem behandlungsleitend ist.

Zentrum für Gedächtnisprobleme (Memory Klinik):

Das Zentrum für Gedächtnisprobleme ist für alle Senioren mit Gedächtnisproblemen gedacht und erfüllt die klassischen Aufgaben einer Memory Klinik.

Somatische Poliklinik:

In dieser Klinik werden Patienten aufgenommen, die aufgrund körperlicher (oder somatischer) Beschwerden / Probleme von ihren jeweiligen Hausärzten oder Fachärzten überwiesen werden, weil diese die Beschwerden vom Geriater begutachten lassen möchten.

Ambulante Kontrollpatienten:

Zu dieser Ambulanz kommen Patienten, um nochmals einem Geriater vorgestellt zu werden (z.B. nach der Aufnahme in die Geriatrie oder als Follow-up eines ambulanten Termins).

Notfallklinik:

Von großem Interesse waren – insbesondere für die mitgereisten (Notfall-) Mediziner – die genaue Organisation bzw. die exakten Prozessabläufe in der Notfallaufnahme, wo es darum geht, besonders Patienten mit Demenz innerhalb einer Stunde ein erstes Mal zu sehen und zu triagieren. Auf diese Weise werden für diese vulnerable Patientengruppe lange Wartezeiten und Zeiträume der Unsicherheit weitestgehend vermieden. Die eigentliche Triage erfolgt durch Mitarbeitende der Pflege nach einem EDV-gestützten Algorithmus. Der Prozess ist Bestandteil des „Qualitätskriteriums 8“ zur Erlangung des Qualitätssiegels „Seniorenfreundliches Krankenhaus“.

Die Zusammenarbeit der verschiedenen Abteilungen (z.B. Notaufnahme und Geriatriische Trauma Unit) ist für das Krankenhaus von besonderer Bedeutung. Daher sind hier die Schnittstellen und Aufgaben genau definiert. Behandlungsführende Ärzte sind Geriater, Chirurgen und Orthopäden sind in den Prozess mit eingebunden.

Die Leistungen der Memory Klinik zur Diagnostik stehen vor allem Patienten mit Demenz zur Verfügung. Sofern eine Demenz-Diagnose neu gefällt wird, ist ein Termin mit einer speziell ausgebildeten Pflegekraft obligatorisch, die dann die Diagnose und das weitere Procedere mit dem Patienten ausführlich bespricht. Dabei setzen die Mitarbeiter auch auf psychoedukative Verfahren. Für „klassische“ Ursachen der Demenz (Alzheimer und Vaskuläre Demenz) erfolgt ein weiterer Termin beim Hausarzt, für „atypische“ Ursachen wird die Nachsorge von einem Geriater koordiniert. Das Haus hält (in der Geriatrie) die Huiskamer vor, außerdem gibt es Beschäftigungsprogramme und weitere tagesstrukturierende Maßnahmen sowie Hilfsmittel zur Orientierung. Etwa 1.000mal pro Jahr wird der Liaison-Dienst von anderen Stationen angefordert.

Die Teilnehmer hatten die Gelegenheit, die Geriatrie, die geriatrische Trauma-Unit, die Notaufnahme, die Sturz-Poliklinik und das Liaison-Team kennen zu lernen.

Donnerstag, 1. März 2018, nachmittags, Radboud UMC, Nijmegen

Die zweite Station des Tages war das Radboud UMC in Nijmegen (Nimwegen), wo wir von Marcel Olde Rikkert, dem Leiter der Geriatrie und seiner Mitarbeiterin Dewi Vestjens empfangen wurden.

Das Radboud UMC (Universitair Medisch Centrum) ist nicht nur eine Universitätsklinik der Medizinischen Fakultät der Radboud-Universität in Nijmegen, sondern mit mehr als 900 Betten, verteilt auf mehr als 50 Stationen und knapp 10.000 Mitarbeitern, auch ein Zentrum der medizinischen Forschung und Versorgung in den Niederlanden. Der Universität ist zudem ein Alzheimer- bzw. Demenz-Forschungszentrum angegliedert. Der inhaltliche Schwerpunkt des Vortrags von Prof. Rickert lag daher auf der Erläuterung des Demenz-Netzwerks („DementieNet“).

DementieNet

Das RadboudUMC Alzheimer Center ist der Initiator von "DementieNet", einem Netzwerk von medizinischen Fachkräften, die gemeinsam Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen betreuen. Ziel des Projekts ist es, die Qualität der Demenzversorgung in Krankenhaus, Pflegeheim und zu Hause sowohl zu verbinden als auch zu verbessern. DementieNet verbindet verschiedene medizinische Fachkräfte, indem es die Pflege in einem Netzwerk rund um den Patienten organisiert. Jedem Patient steht ein Kernteam aus drei Disziplinen zur Verfügung: Allgemeinmediziner, Bezirkskrankenschwester und Sozialarbeiter. Dieses Kernteam berät sich mit den anderen medizinischen Fachkräften, die an der Versorgung des Patienten beteiligt sind. Auf diese Weise kann die Versorgung besser auf die Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen abgestimmt und die Belastung für alle Beteiligten reduziert werden. Darüber hinaus können Gesundheitsfachkräfte Wissen, Erkenntnisse und Erfahrungen über DementieNet austauschen und Kräfte bündeln.

Auch im Radboud UMC Nimwegen gibt es einen Liaison-Dienst, das so genannte GIDZ-Team (GIZD = Geriatrie im Krankenhaus). Das GIDZ-Team besteht aus Geriatern, Geriatern in der Ausbildung und geriatrischen Pflegefachkräften. Des Weiteren befinden sich in dem Team ehrenamtliche Helfer, die sich um den Patienten kümmern. Die ehrenamtlichen Helfer werden von einem Koordinator trainiert und geleitet.

Eines der Highlights des Besuchs in Nimwegen war der Roboter „Pepper“. Pepper befindet sich in der Geriatrie im Radboud UMC gerade in der Testphase, um Daten von Patienten im Rahmen eines Dialoges zu erheben. Dabei werden die Fragen verbal durch Pepper gestellt und gleichzeitig auf dem Display des Roboters angezeigt. Eine Spracherkennungssoftware aus der Cloud analysiert dann die verbalen Antworten der Patienten.

Pepper ist 120 cm groß und hat bereits jetzt in einigen Aktionen „menschliche“ Anmutung. Besonders erstaunlich ist, dass er mögliche Gesprächspartner eigenständig über Richtmikrofone im Kopf lokalisiert und diese gezielt anblickt und anspricht. Gleichzeitig gibt es technische Features, die an

einen Lidschlag erinnern. Pepper kann im Gespräch auch mit den Armen gestikulieren und damit Gesprächsinhalte unterstreichen. Pepper soll in der Zukunft dahingehend programmiert werden bzw. über Algorithmen lernen, auch Emotionen zu erkennen.

Mini-Roboter der Modellreihe Pepper können flexibel verwendet werden. In Japan wird er bereits auf Flughäfen und in Geschäften eingesetzt, in Deutschland wird der Roboter in Altenheimen erprobt.

Leider fehlen noch aussagekräftige Studien über die Akzeptanz von Robotern wie Pepper durch Menschen mit Demenz. Generell scheint die Digitalisierung der Pflege ein Zukunftsthema – und damit sind nicht vordringlich Dokumentationssysteme gemeint.

Exkurs: Seniorenfreundliches Krankenhaus

Obwohl die Reiseleitung im Rahmen der Reisevorbereitung eine Absage der UNIE KBO, einer Dachorganisation christlicher Seniorenverbände, erhalten hatte, gelang es Brigitte Stähle während der Reise, doch noch einen Gesprächstermin mit der Projektleiterin im Büro der Organisation in Utrecht zu vereinbaren. Brigitte Stähle und Dr. Winfried Teschauer nahmen den etwa zweistündigen und sehr informativen Termin wahr.

Wesentliche Inhalte des Gespräches waren Fragen nach den Urhebern und der Anstoßfinanzierung des Projektes, der aktuellen Finanzierung, der Nachhaltigkeit und Akzeptanz des Siegels sowie den Vorteilen, die sich für Krankenhäuser daraus ergaben. Außerdem wurde hinterfragt, wie das Thema „Demenz“ im seniorenfreundlichen Krankenhaus abgebildet wurde und warum die Alzheimer Gesellschaft der Niederlande nicht eingebunden war.

Im Gespräch ergab sich, dass sich die UNIE KBO bereits vor der Alzheimer Gesellschaft auf den Weg gemacht hatte, ein seniorenfreundliches Krankenhaus zu schaffen. Gemeinsam wurde daher vereinbart, kein gesondertes Siegel für „Demenzfreundlichkeit“ mehr zu entwickeln, sondern die Fragestellungen hierzu in die „Seniorenfreundlichkeit“ zu inkludieren. Außerdem wollte man so eine Stigmatisierung verhindern.

Grund für die Entwicklung des Siegels war das für Senioren unfreundlich gestaltete Umfeld der Krankenhäuser sowie der typische Funktionsverlust älterer Patienten im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes. Die Entwicklung wurde von verschiedenen Seniorenorganisationen und medizinischen Experten (v.a. aus dem pflegerischen Bereich!) vorangetrieben, war politisch gewollt und aus Mitgliedsbeiträgen finanziert.

Das Siegel umfasst 14 Qualitätsaspekte aus verschiedenen Bereichen, wovon zwei in jedem Fall erfüllt sein müsse: die geriatrische ärztliche Kompetenz und die Versorgung über die Sektorengrenzen hinaus („transmurale zorgbruk“). Aus den anderen Bereichen müssen 80% der zu vergebenden Punkte erworben werden. Die jeweiligen Ergebnisse der Qualitätsaspekte der einzelnen Krankenhäuser können im Internet als grafische Darstellung abgerufen werden. Daraus ergibt sich lt. UNIE KBO der Marketing-Vorteil, das Siegel zu besitzen.

Die Qualitätsaspekte werden im Wesentlichen in der Selbstauskunft durch Fragebögen hinterfragt. Für einige (offensichtliche) Bereiche gibt es ausgebildete „senior scouts“ bzw. „mystery guests“, also ältere Personen, die Aspekte wie behindertengerechte Ausstattung, z.B. Parkplätze, Hindernisse, den Eingangsbereich, Zugang zum Gebäude, Informationssysteme, Orientierungsmöglichkeiten usw. im Rahmen eines Audits beurteilen.

Ab 2019 ist geplant, für die Erteilung des Siegels Gebühren zu erheben (einige Tausend Euro).

Nach Auskunft der Projektleiterin hat es für die Krankenhäuser keinen direkten finanziellen Vorteil, das Siegel zu erhalten. Allerdings gaben mindestens zwei der besuchten Krankenhäuser an, dass das Siegel die Verhandlungsposition stärke und die Kostenträger mehr Geld gäben. Von den Krankenhäusern war zu hören, dass die Zuerkennung des Siegels nicht ganz transparent sei (Errechnung der Punkte), laut Projektleitung folge diese jedoch einem klaren Algorithmus.