



Demenz im Krankenhaus

Eine Auswertung der Projektstudien zu Demenz
im Krankenhaus im Rahmen des Modellprojekts
„Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“

Autorinnen:

Prof. Dr. Katharina Gröning
Carina Lagedroste
Leona Weigel



Modellprojekt der Universität Bielefeld
gefördert von der AOK Rheinland/Hamburg & der AOK NORDWEST

Inhaltsverzeichnis

1.	Problemaufriss	s	04
2.	Die Perspektive der Pflege auf die Demenz	s	07
2.1	Demenz und Angst	s	08
2.2	Die Dimension der Biografie	s	09
2.3	Demenz und Ehre	s	12
2.4	Personsein	s	13
3.	Zehn Punkte für einen anderen Umgang mit Demenz im Krankenhaus	s	15
4.	Ergebnisse aus den Projektstudien	s	23
4.1	Orientierungsrahmen I: Pflegen gegen das eigene Wertesystem	s	24
4.2	Orientierungsrahmen II: Altersstereotype und Normalisierungsängste im Umgang mit Demenz im Krankenhaus	s	30
4.3	Orientierungsrahmen III: Betriebliche und professionelle Hierarchie fördert eine hilflose Anwaltschaft der Pflege	s	34
4.4	Orientierungsrahmen IV: Die Patient_innen mit Demenz und die nicht demenz- kranken Patient_innen	s	38
4.5	Orientierungsrahmen V: Die Normalisierungslogik verschärft das Problem	s	41
4.6	Orientierungsrahmen VI: Die Entstehung von Ressentiments	s	44
4.7	Orientierungsrahmen VII: Organisationsethische Neubestimmung	s	46
5.	Fazit	s	54
6.	Literaturverzeichnis	s	56

1. Problemaufriss

„Demenzen gehören zu den häufigsten Erkrankungen des höheren Lebensalters. In Deutschland sind davon gegenwärtig 1,4 Millionen Menschen betroffen. Sofern kein Durchbruch in der Therapie gelingt, werden es 2050 voraussichtlich 3 Millionen Menschen sein. Entsprechend wird auch die Zahl Demenzkranker in den Krankenhäusern zunehmen.“ (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Selbsthilfe Demenz 2013, S. 9).

Wie der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zu entnehmen ist, stellt die Versorgung von immer mehr Patient_innen¹ mit der Nebendiagnose Demenz² die Mitarbeiter_innen von Krankenhäusern vor neue Herausforderungen. Obwohl Demenz und Delir häufig nur als Nebendiagnose beschrieben sind, bestimmen sie „als sogenannte ‚altersassoziierte Erkrankungen‘ [...] häufig in viel höherem Maß den Behandlungs- und Betreuungsaufwand als die Grunderkrankung selbst“ (vgl. Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen 2014).

„Auf diese Herausforderungen sind bisher weder Ärzte noch Mitarbeiter des Pflegedienstes gut vorbereitet.“ (Archiv Alzheimer Info 1/2014).

Hinzu kommt, dass die Diagnose Demenz bei einer Krankenhauseinweisung nicht immer bekannt ist, so dass sich weder Angehörige noch das Krankenhauspersonal adäquat darauf einstellen können (vgl. Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen 2014). Weiter ist davon auszugehen, dass keine Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Patient_innen mit Demenz in den hauseigenen Strukturen der Krankenhäuser vorliegt.

¹ In diesem Bericht wird die so genannte Gender Gap benutzt. D. h. anstelle z. B. „Patientinnen und Patienten“ zu schreiben, wird „Patient_innen“ verwendet. Diese Schreibweise verweist auf die soziale Konstruktion von Geschlecht und bezieht auch Menschen mit ein, die sich zwischen den beiden Geschlechtern „weiblich“ und „männlich“ einordnen bzw. neben den beiden Geschlechtern (Fischer/Wolf 2009, S. 5).

² Demenz bezeichnet verschiedene Erkrankungen, bei denen geistige Fähigkeiten wie das Denken und Erinnern eingeschränkt sind. Folglich stellen Gedächtnis- und Orientierungsstörungen die Hauptmerkmale einer Demenz dar und werden durch verstärkte Vergesslichkeit oder Sprachstörungen sichtbar. Neben geistigen Veränderungen kommen mit der Zeit auch seelische und damit verbunden, auch Persönlichkeitsveränderungen hinzu, die sich durch Gefühlsstörungen oder auch Wahnvorstellungen bemerkbar machen. Der Verlust von kognitiven Fähigkeiten, Unsicherheit, körperliche Unruhe, fehlende Organisation, Desinteresse und Probleme beim Wasserlassen sind weitere Anzeichen für eine Demenzerkrankung (vgl. Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen 2014 (a)).

Aspekte wie Demenz und Angst, die Dimension der Biographie, die Bedeutung von Ehre und Personensein werden entsprechend kaum Berücksichtigung finden, obwohl diese Themen in der Arbeit mit Demenzpatient_innen von hoher Bedeutung sind.

Gleichzeitig wird nicht nur die Institution Krankenhaus durch demenziell erkrankte Patient_innen mit einem anderen Betreuungs- und Pflegeanspruch konfrontiert, auch die Patient_innen selbst werden durch die Krankenhauseinweisung mit einem Ortswechsel, den damit verbundenen unvertrauten Geräuschen und unbekanntem Gesichtern der Mitarbeiter_innen konfrontiert, die als beängstigend und störend empfunden werden können (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Selbsthilfe Demenz 2013, S. 10). Darüber hinaus kann der Krankenhausaufenthalt eine Verschlechterung der Symptomatik begünstigen.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft schreibt; „[m]it der Dauer des Aufenthalts steigt die Gefahr, dass es zu einem Delir bzw. einer psychischen Dekompensation mit Verschlimmerung der Symptomatik bei einer bestehenden Demenz kommt“ (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Selbsthilfe Demenz 2013, S.10, vgl. hierzu auch Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen 2014).

Um die Perspektive der Pflege auf die Demenz eingehend zu betrachten, werden im zweiten Kapitel theoretisch fundierte Grundlagen gesammelt. So werden die vier Faktoren Angst, Biographie, Ehre und Personensein, welche für den Umgang mit Demenz von zentraler Bedeutung sind, erläutert.

Im anschließenden Kapitel wird auf die „zehn Punkte für einen anderen Umgang mit Demenz im Krankenhaus“ verwiesen. Diese sind:

1. Medikation und Diagnose
2. Verzicht auf invasive Diagnosen, Behandlungs- und Pflegetechniken
3. Begleitpersonen und „gemeinsame Sorge“
4. demenzgerechtes Milieu schaffen
5. Einbezug sozialarbeiterischer Konzepte
6. Entwicklung einer Prozessleitlinie für Demenz
7. Anwendung verstehender und person-zentrierter Ansätze
8. Wissensmanagement
9. Förderung einer reflexiven Praxis
10. Ethik

Im letzten Teil dieses Berichtes werden die Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung zum Thema „Demenz im Krankenhaus“ vorgestellt. Es folgt eine kurze Zusammenfassung derselben.

In den vorliegenden sechs Gruppendiskussionen thematisieren die Pflegetrainer_innen das Aufeinanderprallen von Nützlichkeitslogik mit der Professionsethik, bei gleichzeitig ökonomischer Sachzwanglogik des Systems Krankenhaus sowie eigenen massiven Rollenspannungen als zentrale Orientierungsrahmen. Diese liegen darin begründet, in Bezug auf Patient_innen mit Demenz ständig gegen die eigenen Werte und die Werte der eigenen Profession handeln zu müssen. Nur allzu oft steht die ökonomische Sachzwanglogik des Systems Krankenhaus der Lebenswelt der Patient_innen entgegen. Darüber hinaus führen die Beschleunigung und der Zeitmangel zu einer erhöhten psychischen Belastung und gleichzeitigen Deprofessionalisierung des Pflegepersonals.

Aus einer Gruppendiskussion wird deutlich, dass zum einen die ökonomische Logik des Systems Krankenhaus der Lebenswelt von Patient_innen, insbesondere denen mit Demenz, teilweise antagonistisch gegenüber steht und nur noch in seltenen Fällen durch Pflegekunst zu beruhigen ist (vgl. Morys/Reinisch 2014, S. 47ff.). Vor allem, wenn Pflegendе kaum Handlungsfreiheiten und Ressourcen haben, um ihre Pflegekunst anzuwenden, entstehen Dynamiken der Fixierung, Sedierung und Verbringung als Notlösungen im Krankenhausalltag. Von den Pflegenden werden diese institutionellen Notlösungen jedoch als Entfremdung von ihrem professionellen und ethischen Wertesystem erlebt. Gleichzeitig reflektieren die Teilnehmer_innen der Gruppendiskussionen, dass sie kaum in der Lage sind, ihre professionellen Probleme institutionell zu kommunizieren. Sie können sich in der Hierarchie kaum Gehör verschaffen. So hat sich ein struktureller Konflikt zwischen dem manageriellen Zentrum des Krankenhauses und der professionellen Peripherie aufgebaut (vgl. Klatetzki 1993, vgl. Morys/Reinisch 2014, S. 69ff.). Die zitierten Interviewpassagen folgen dem Prinzip der Sättigung. Aus Gründen des Umfangs werden exemplarisch einzelne Passagen vorgestellt, um ein Bild über die Denkweisen und Deutungsmuster der Gruppen zu erhalten. Bevor jedoch weitere Einzelheiten vorgestellt werden, fällt der Blickwinkel zunächst auf die Perspektive der Pflege auf die Demenz.

2. Die Perspektive der Pflege auf die Demenz

Seit den 1990er Jahren hat sich der Umgang mit demenzerkrankten Menschen deutlich verändert. Vor allem einzelne Personen haben mit ihrer deutlich anwaltlichen Haltung gegenüber den Menschen mit Demenz für einen ganz anderen Umgang plädiert, einen Umgang, der die Person und nicht die Krankheit in den Mittelpunkt stellt und die Kommunikation mit den erkrankten Menschen stärker ethisch und aus ihrem Personsein heraus entwickelt. Zu nennen sind Erich Schützendorf (1994) mit „In Ruhe verrückt werden dürfen“, der österreichische Pfleger Erwin Böhm (1996) mit seinem Buch „Verwirrt nicht die Verwirrten“, die Pflegewissenschaftlerin Corry Bosch (1999) mit ihrem Buch „Vertrautheit“, Tom Kitwood (2000) mit seiner Theorie des Personseins und Wilhelm Stuhlmann (2004) mit seiner Übertragung der Bindungstheorie auf die Demenz.

Person sein wollen, Bindung suchen, Vertrautheit herstellen, vieles, was Menschen mit Demenz tun und wie sie kommunizieren, erschien im Licht dieser Veröffentlichungen neu und vor allem die Altenpflege hat begonnen, diese Ansätze umzusetzen. Dieses sozialpsychologische und pädagogische Wissen, das von einer Phänomenologie der Demenz ausgeht, also davon, die Menschen mit Demenz dort abzuholen, wo sie stehen und ihre Weltdeutungen nicht zu entwerten, steht einer Sichtweise entgegen, die Demenz ausschließlich mit naturwissenschaftlichen Mitteln heilen will. Diese Strategie ist immer noch die dominante. Demenz ist eine Krankheit in einem sonst normalen Alterungsprozess und kann nicht behandelt, allenfalls diagnostiziert und differenziert werden. Mit der Diagnose und der Rehabilitation, die sich vielfach an der materiellen und empirischen Realität, nicht an der Phänomenologie orientiert, werden Patient_innen und die Familie entlassen. Phänomenologie und Naturwissenschaft sollten sich jedoch ergänzen und nicht gegenüberstehen. Den äußeren Beschreibungen der Krankheit sollte eine innere Beschreibung folgen. Wie sieht es in der Seele eines Menschen mit Demenz aus?

Nachfolgend werden vier Faktoren – Angst, Biographie, Ehre und Personsein – die im Rahmen einer Demenzerkrankung eine besondere Rolle einnehmen, näher erläutert.

2.1 Demenz und Angst

Der Düsseldorfer Geriater Martin Haupt (1995) hat schon früh die Meinung vertreten, dass demenzkranke Menschen nicht nur zu Beginn, sondern auch im weiteren Verlauf der Erkrankung bei mittelgroßer Demenz ihre kognitiven Leistungseinschränkungen in unerwartet differenzierter Weise wahrnehmen. Sie antworteten auf diese Beeinträchtigung mit Unsicherheit, Ratlosigkeit, Ängstlichkeit und Verzweiflung. Die Reaktionen seien denen gesunder Menschen sehr ähnlich. Sie seien nachvollziehbar und einfühlbar. In der Folge sei das Bedürfnis Demenzkranker nach Zuwendung, Akzeptanz und Nähe sehr ausgeprägt.

Haupt (1995) differenziert verschiedene Angstformen im Verlauf der Demenz und verweist insbesondere auf Verlustängste, die an Selbstzeugnissen und Fallbeispielen illustriert werden.

Insgesamt identifiziert er folgende Ängste:

- die Angst vor Verlust der Kommunikationsfähigkeit und vor Erschütterung des Selbstwertgefühles,
- die Angst vor Verlust der sozialen Stellung,
- die Angst vor Verlust von Status und Position,
- die Angst vor Verlust der eigenen Autonomie,
- die Angst vor Verlust der Achtung anderer,
- die Angst, sich selbst zu verlieren und von anderen beherrscht zu werden,
- die Angst, anderen zur Last zu fallen und
- die Angst sich schämen zu müssen.
- Die Angst vor Beschämung begleitet alle Ängste.

Der Psychiater Johannes Kipp (1994) bezeichnet demenzielle Symptome wie das Weglaufen, das Schreien, die Orientierungsstörung als Erkrankung und zugleich als Selbstheilungsversuch. Die Erkrankten versuchten assoziativ, die Wirklichkeit bzw. das, was sie davon begriffen, festzuhalten. Sie versuchten laufend, Orientierung herzustellen. Das für Demenzkrankheiten typische Sich-Hineinversetzen in biografisch gute Zeiten, das in Äußerungen wie „Ich muss zur Arbeit“, „Ich heiße XY“, „Ich muss jetzt die Kühe melken“ etc. aufscheint, wird als Ich-Regression bezeichnet. Daneben

tritt die Objektregression im Sinne der Rückkehr zu einem guten Objekt, meist der Mutter. Hierbei stehen Regressionen im Dienste der Angstbewältigung. Es werden Lebensphasen und Objekte gesucht, die Halt bieten.

Nach Kipp ist die Demenz also Ursache und Wirkung zugleich, Angstquelle und Angstbewältigung. Die Fantasietätigkeit, das Verschwimmen von Realität und Fantasie legen deshalb auch die innere Realität eines Menschen offen, also jenen Teil, der nur dem Selbst bekannt war.

Die Angst vor Verlusten sowie vor Scham begleiten die an Demenz Erkrankten. Da sind biografische Kenntnisse des Betroffenen ein wichtiger Wissensschatz für eine gute Pflege und Betreuung.

2.2 Die Dimension der Biografie

Schon sehr früh hat der Psychoanalytiker Hartmut Radebold (1992) eine psychodynamische Theorie des Alterungsprozesses vorgelegt – die Theorie der Verluste. Altern komme vor allem dadurch zustande, dass wir wichtige Bezugspersonen und wichtige Säulen unserer Identität loslassen müssen und verlieren. Dies kann traumatisch sein und alte Traumata wiederbeleben. Radebold (vgl. Gröning 1998, S. 35ff) spricht von einem Dreieck der Spannung des normalen Alterungsprozesses und erklärt auf diese Weise die gerontopsychiatrischen Erkrankungen aus psychoanalytischer Sicht: Die Bedürfnisse bleiben gleich, auch im Alter sehnen wir uns nach Personsein, nach Bindung, nach Ehre etc. Diese Bedürftigkeit hängt zusammen mit der Zeitlosigkeit des Unbewussten, sie widerspricht aber dem klassischen Altersideal des weisen alten Menschen, der nichts mehr braucht und der anderen nicht zur Last fällt. Gleichzeitig nehmen unsere Chancen zur Befriedigung der Bedürfnisse ab und wir müssen immer mehr Verluste verarbeiten. Diese Verluste stehen in starker Spannung zu unseren Bedürfnissen. Sie sind im Alter verdichteter, unwiederbringlicher und lösen immer wieder neue Trauerprozesse aus. Die dritte Seite der seelischen Spannung im Alter sind schließlich die unveränderten Aufgaben des Ich.

Als in den 1990er Jahren die Biografiearbeit langsam die Altenhilfe eroberte und die Arbeit mit demenzerkrankten Personen langsam revolutionierte, spielte zwar ein

allgemeines Wissen um die Älteren als Kriegsgeneration eine gewisse formale Rolle. Das Erleben und die Erfahrungen von Kriegen wurden in den letzten Jahren jedoch deutlich für die Arbeit mit Demenzerkrankten erweitert und damit auch für die Familien als Teil ihrer eigenen Geschichte zugänglich gemacht. Kriegskindheit und Kriegstraumatisierung werden heute detaillierter und vertieft beforscht und bieten die Möglichkeit, Verhaltensweisen und Symptome im Kontext von Demenz neu und feinfühlig zu interpretieren. Die eingangs erwähnte Untersuchung zum Erleben von Demenz und die dazu gehörige Angstdynamik wurden früher meist krankheitsbedingt und nicht biografisch interpretiert. Heute bietet die Traumaforschung mit Hilfe der Theorie der Dissoziation wichtige Hilfen dabei, einen verstehenden Zugang zur Demenz aufrecht zu erhalten. Das erzählte und agierte Material auch bei demenzerkrankten Menschen kann in eine Gesamtgestalt des Lebenslaufes eingeordnet werden. Wir sprechen heute bei den Angsterregungszuständen von Flashbacks und davon, dass auch Personen mit Demenz „angetriggert“ werden, wenn Situationen, Gerüche, Interaktionen eine unbewusste Verbindung zu einem erlebten Trauma wieder aktualisieren. Vor allem die Verweigerung von pflegerischen Handlungen, die in Verbindung mit Nacktheit und Hygiene stehen, können als scham- und angsterregend, teilweise sogar als sexuell belastete Pflorgetechniken neu interpretiert werden. Hier ist vor allem auf die Arbeit der Altenpflegerin Martina Böhmer (2000) hinzuweisen, die den Zusammenhang zwischen Pflorgetechnik und sexualisierter Angst sehr deutlich aufzeigen konnte.

Dass dieser Teil der Geschichte auch für Familien relevant und anzueignen ist, soll das folgende Beispiel verdeutlichen: Das Thema der sexualisierten Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen, so wie es Martina Böhmer (2000) entdeckt hatte, ist ein Thema unserer Weiterbildung. Zudem haben wir über Kriegskindheiten als Trauma einer Generation informiert und Trigger, Flashbacks sowie Dissoziation erklärt.

Nach einer Weiterbildung zur Bedeutung der sexuellen Gewalt im Kontext von Krieg, Flucht und Vertreibung bei Demenz, stellte ein Pflgetrainer unseres Projektes einen aktuellen Fall in einer Familie vor, die zum Pflgetraining und Familiengespräch wegen der demenz-erkrankten Mutter der Ehefrau gekommen war. Außer dieser Ehefrau wollte die gesamte Familie die Pflege beenden, da sich die demenzerkrankte Frau seit einiger Zeit schwierig zeigte und das Waschen verweigerte.

Nach der Theorie der sexualisierten sexuellen Gewalt kann die pflegerische Berührung vor allem im Zusammenhang mit Verrichtungsabsicht und Herstellung von Nacktheit bei den früheren Opfern Panik auslösen, was auch im vorliegenden Fall

das Problem war. Jedoch hatte die Familie keinen anderen Verstehenszugang als die pflegebedürftige Person für völlig verrückt zu erklären. Die biografische Rekonstruktion – Flucht aus Ostpreußen – ergab, dass der Tochter die Kriegstraumatisierung ihrer Mutter zwar bekannt, der Zusammenhang mit den aktuellen Ängsten aber nicht bewusst war. Nachdem die Verhaltensweisen der pflegebedürftigen Person unter Einbezug der Biographie und Berücksichtigung des neuen Verstehenszugangs erneut betrachtet wurden, setzte sich ein umfassender Reflexionsprozess über die eigene Familiengeschichte in Gang. Bindungen und Loyalitäten traten wieder in den Vordergrund. Vor allem gelang es der Familie, ihre Scham zu überwinden, die angesichts des Hygieneproblems der Großmutter, die sich nicht waschen lassen wollte, eine verdeckte, aber dennoch große Bedeutung erhalten hatte. Der Pflegetrainer schaffte durch die Deutung der Verhaltensweisen als Traumatisierung eine andere pflegerische Haltung. Ein Trauer-Befreiungsprozess der Familie und die Aktivierung des familialen Bindungssystems stellte die Pflegebereitschaft wieder her. Pflegetrainings sollen nun praktisch helfen, mit dem Thema umzugehen.

Neben der Angst und Biographie nimmt auch die Ehre im Rahmen der Demenz einen wichtigen Stellenwert ein.

2.3 Demenz und Ehre

„Um jeden Menschen“, schreibt Georg Simmel in seiner Soziologie, „liegt eine ideelle Sphäre, in die man nicht eindringen kann, ohne den Persönlichkeitswert des Individuums zu zerteilen. Einen solchen Bezirk legt die Ehre um den Menschen“ (Simmel 1968, S. 265). Der Soziologe Erving Goffman (1984) nennt diese ideelle Sphäre die Heiligkeit der Person. Diese Heiligkeit werde in symbolischen Handlungen entfaltet und bestätigt. Dazu zählt Goffman die Ehrerbietung und das Benehmen. Nach Goffman (1996) kann Ehrerbietung viele Formen annehmen, jedoch unterscheidet er zwei Gruppen: Rituale der Vermeidung (avoidance rituals) und Rituale der Zu-vorkommenheit (presentational rituals) (vgl. Goffman 1996, S. 70). Ersteres bedeutet, dass es vermieden wird, in die ‚ideelle Sphäre‘ eines Menschen einzudringen, wobei diese Sphäre größer zu sein scheint, je höher die Schicht ist, der jemand angehört. Letzteres bedeutet die ausdrückliche Anerkennung der ideellen Sphäre (vgl. Goffman 1996, S. 70f.).

In der Pflege von Menschen mit Demenz kommt es zu vielerlei Beschämungen und Entehrungen. Da sie schwach sind, ihnen das Personsein aberkannt wird und sie zudem in einer schnellen Welt sehr langsam sind, gehören Entehrungen zur normalen Interaktion. Man ist genervt vom Fragen, von der Langsamkeit und den Wiederholungen. Es kommt zur kommunikativen Explosion. Im Zusammenhang mit Ehre ist auch die Scham zu betrachten.

Zunehmende körperliche Gebrechlichkeit mündet fast automatisch in Scham und in Beschämungen, da die mangelnde Beherrschung des Körpers und der Ausfall von Körperfunktionen offen zu Tage treten. Der Unterschied zwischen dem, wie ich bin, und dem, wie ich sein möchte, wird jeden Tag schmerzlich bewusst. Dies bedeutet, dass der Verlust der körperlichen Autonomie, der Verlust an Grundkompetenzen, wie z. B. sich die Haare zu waschen, sich zu pflegen, sich sauber zu halten, Schamgefühle nach sich zieht. Eine Antwort auf die Scham ist die Depersonalisation, man nimmt einfach nicht mehr wahr, dass man z. B. schmutzig ist. Auf diese Weise wird auch die Bloßstellung verhindert. Im Zusammenhang mit Demenz sind Schamgefühle besonders zu berücksichtigen, denn sie beeinflussen die demenzielle Symptomatik und die Verhaltensauffälligkeiten.

Aufgrund jener bereits genannter Faktoren (Angst – Biografie – Ehre) steht der Erhalt bzw. die Herstellung von Personsein gerade bei Demenzkranken im Fokus der Betrachtung und stellt ein Zeichen von Anerkennung, Achtung und Respekt dar.

2.4 Personsein

Tom Kitwood, ein englischer Sozialpsychologe, entwickelte den personenzentrierten Ansatz Anfang der 1990er Jahre für Menschen mit Demenz weiter. Im Mittelpunkt seiner Überlegungen steht der demente Mensch als Person. Für Kitwood ist das Personsein „ein Stand oder Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen“ (Kitwood 2000, S. 27). Ein ganz wesentlicher Aspekt für den Umgang mit dementen Menschen liegt im Erhalt des Personseins. Auch ist dieses das oberste Ziel einer qualitativ hochwertigen Demenzpflege. Bei Anerkennung des vollen Menschseins soll der Bezugsrahmen nicht länger die „Person-mit-DEMENZ“, sondern die „PERSON-mit-Demenz“ sein (vgl. Kitwood 2000, S. 25).

Es kann nur dann eine gute Betreuung Demenzkranker verwirklicht werden, wenn es gelingt, die innere Welt der Kranken, d. h. ihre Wahrnehmungen, das Erleben und die Denkvorgänge zu verstehen und in den Mittelpunkt aller Bemühungen zu stellen. In der Praxis ist dies jedoch oft äußerst schwierig, da ihr sprachliches Vermögen i.d.R. eingeschränkt ist und sie nicht selbst über die Erfahrungen mit ihrer Krankheit berichten können. Kitwood nennt verschiedene Zugangswege, wie man einen Einblick in die subjektive Welt der Demenz gewinnen kann (Kitwood 2000, S. 111-118):

- Empathie (einführendes Verstehen),
- Akzeptanz (Wertschätzung),
- Kongruenz (Echtheit).

Hierbei geben die genannten Merkmale auch die Basis der personenzentrierten Haltung wieder. Entscheidend für die Qualität einer Beziehung und das Gelingen einer Interaktion ist schließlich nicht das Fachwissen, sondern die Haltung und der damit verbundene Zugangsweg der Pflegeperson. Für den Erhalt des Personseins sind laut Kitwood (2004, S. 27) Aspekte wie Respekt, Anerkennung, Vertrauen und Anerkennung der Einzigartigkeit jedes Menschen von hoher Bedeutung.

John Bowlby (1969) entwickelte die Theorie der Bindung, die für die soziale Spezies Mensch von großer Bedeutung ist. Als einer der wichtigsten Bausteine für die menschliche Entwicklung bildet die primäre Bindung ein Sicherheitsnetz, das gerade in den ersten Lebensjahren relevant ist, in denen die Welt voller Ungewissheiten

und Unwägbarkeiten ist. Doch auch in späteren Phasen des Lebens trägt erfahrene Bindung dazu bei, ein stabiles, inneres Gleichgewicht zu entwickeln und die soziale Anpassung zu sichern. Der Verlust einer primären Bindung kann das Gefühl der Sicherheit unterhöhlen, was besonders dann verheerende Auswirkungen auf das Individuum haben kann, wenn innerhalb kurzer Zeit mehrere Bande reißen. Im höheren Lebensalter wird Bindung suchendes Verhalten als ein wesentliches Verhaltensmuster angesehen, um die gewünschte, als positiv erlebte Nähe zu einer Person zu bekommen oder aufrechtzuerhalten. Diese gewünschte Nähe umfasst Grundbedürfnisse nach Sicherheit, Schutz und Geborgenheit, sowie den Wunsch, gewärmt und genährt zu werden. Auch bei Demenz bleibt das Bedürfnis nach primärer Bindung bestehen und kann sogar so stark wie in der Kindheit sein (vgl. auch Stuhlmann 2004, S. 49f.). Für einen respekt- und würdevollen Umgang mit Demenzpatient_innen wäre es dringend notwendig, dass jene genannten Aspekte stets Berücksichtigung finden würden und das sowohl im familiären Umfeld, als auch in Institutionen wie dem Krankenhaus. Im Vierten Kapitel folgen weitere Vorschläge für einen anderen Umgang mit Demenz im Krankenhaus.

3. Zehn Punkte für einen anderen Umgang mit Demenz im Krankenhaus

„Der Arzt sieht die Krankheit durch den Patienten“ – diesen Schlüsselsatz hat der Philosoph und Historiker Michel Foucault in „Die Geburt der Klinik“ (1982) ebenso formuliert wie die Rede vom ärztlichen Tiefenblick, der tief im Körperinneren das Pathologische sucht, diagnostiziert, isoliert und schließlich zerstört. Foucaults Medizinkritik darüber, dass der Arzt den_ die Patient_in lediglich als Porträt seiner_ihrer Krankheit betrachtet, gewinnt gegenwärtig im Zusammenhang mit dem Brennpunkt Demenz und Krankenhausbehandlung wieder eine gewisse Bedeutung. Das medizinische System und die von Ängsten und Bindungssuche dominierte Lebenswelt der Patient_innen mit Demenz fallen immer mehr auseinander, und es kommt zu teilweise dramatischen Entwicklungen im Krankenhaus. So spricht die Gesundheitswissenschaftlerin Sabine Kirchen-Peters (2013) von einer Demenzkrise der Akutmedizin und auch andere Studien zur Versorgung von Patient_innen mit Demenz (Kleina/Wingensfeld 2007, Schaeffer/Wingensfeld 2008) zeichnen ein eher kritisches Bild.

Dass es zu einer solch deutlichen Demenzkrise der Akutmedizin gekommen ist, führt der Politikwissenschaftler Nils C. Bandelow (2004) darauf zurück, dass neben der problematischen Nähe des Gesundheitssektors zur Wirtschaft, die unter dem Stichwort Ökonomisierung bekannt ist, vor allem der demografische Wandel das Krankenhaus vor Herausforderungen einer völlig neuen Art stelle. Geht man nun von einem_r hochaltrigen Patient_in mit einer bereits bekannten oder noch unbekanntem Demenz aus, der_ die zur Behandlung einer akuten Erkrankung ins Krankenhaus kommt, so zeigt sich schnell, dass diese Demenz, die faktisch das Verhalten des_der Patient_in während der Krankenhausbehandlung bestimmen wird, psychodynamisch meist unverstanden bleibt. Auch wenn die Demenz bekannt ist, so hat sie auf die Entscheidung zum Behandlungskonzept meist gar keinen Einfluss. Dies basiert einerseits darauf, dass der Körper das Behandlungsfeld der Ärzt_innen ist, welches die Patient_innen zur Verfügung stellen müssen, im weiteren wird Compliance und Angleichung der Patient_innenperspektive an den ärztlichen Blick erwartet und andererseits zählt das ärztliche Handeln zum instrumentellen und geschlossenen Typus, der im Gegensatz zum offenen lebensweltbezogenen und verständigungsorientierten Handeln steht. Dass der_ die demenzkranke Patient_in und der_ die behandelnde Ärzt_in im Krankenhaus sehr schnell in eine kampff- und konflikthafte Beziehung zueinander geraten und Pflegenden

wie Angehörige zwischen den Stühlen sitzen, hat auch mit einer Verjüngungsmedizin zu tun, die dem Schutzbedürfnis von Patient_innen mit Demenz kaum gerecht wird. Die Ökonomisierung der Medizin geht einher mit einem Verjüngungskonzept: Transplantationsmedizin, ästhetische Medizin, Früherkennung, Prävention sind hier wichtige Felder und Programme. Sie muten Patient_innen mit Demenz invasive und belastende Untersuchungen und Diagnosen zu, obwohl der Gewinn dieser Behandlungen meist gar nicht vorhergesagt werden kann. Die Verjüngung als medizinisches Gesamtkonzept bewirkt eine Konzeptlosigkeit, wenn Patient_innen in einer faktisch palliativen Situation behandelt werden müssen.

Die von Kirchen-Peters (2013) beschriebene Problematik ist nicht nur ein Problem des medizinischen Systems, sie betrifft die gesamte Beziehung der Gesellschaft zum hohen Alter. Bereits in den 1990er Jahren haben Gerontologen (Naegele/Tews 1993) auf die Schattenseite der Verjüngung des gesellschaftlichen Altersbildes aufmerksam gemacht und von einer Polarisierung gesprochen. Dem jungen modernen aktiven Alter stand bei fortschreitender Lebenserwartung eine Altersphase gegenüber, die Naegele und Tews das „negative Alter“ genannt haben. Und auch Paul Baltes (2002) spricht neun Jahre später in einem Bericht für den Deutschen Bundestag von drängenden Problemen und zunehmender Belastung und fordert eine Priorität für die Forschung über Hochbetagte. Gleichzeitig gilt auch hier, dass die Paradigmen in der gerontologischen Forschung weitgehend auf Verjüngung bezogen waren und Hochaltrigkeit nicht nur ignoriert, sondern mit Begriffen wie Begrenzung und Belastung negativ konnotiert wurden.

Politisch hat die wissenschaftliche Verjüngung der Altersphase zu Programmen der Aktivierung, der Flexibilisierung und Anpassung des Alters an die moderne Gesellschaft geführt und die Vorteile dieser Entwicklungen sollen für die rüstigen Alten nicht in Frage gestellt werden. Die Verjüngung des Alters stößt jedoch an Grenzen – eine Grenze ist die Demenz. Anstatt jedoch angesichts der Grenzen in eine negative Konnotation der Hochaltrigkeit und Demenz zurückzufallen, soll an dieser Stelle für eine advokatorische und schützende Haltung geworben werden. Ebenso wie für eine lebensweltliche und verständigungsorientierte Haltung gegenüber Menschen, die demenzkrank sind. Die Lebensphase der Hochaltrigkeit könnte, anstatt sie als belastend zu definieren, als palliative Lebensphase im ursprünglichen Sinn bezeichnet werden, als Phase, in der Menschen schutzbedürftig und verletzlich sind und einen Mantel (lat. pallium) benötigen. Als Patient_innen könnten demenzkranke Personen mit ihrer Verletzlichkeit

und ebenfalls großer Beschämbarkeit auf Grund ihrer Erkrankungen nicht mehr im Rahmen einer Verjüngungsmedizin, sondern im Rahmen einer zu entwickelnden demenzgerechten Behandlung und Pflege versorgt werden. Diese rechnet damit, dass der_die Patient_in vor allem instinkthaft und mit Angst auf für ihn_sie nicht mehr verständliche, bedrohlich wirkende, instrumentelle Interventionen reagieren wird und die Flucht ergreift. Bindungs- theoretisch könnte das Konzept der „sicheren Basis“ (vgl. Bowlby 2008) als pflegerischer Rahmen in die Behandlung im Krankenhaus integriert werden.

Neben den verschiedenen Erfahrungsberichten und Gruppendiskussionen aus dem eigenen Feld im nun seit zehn Jahren bestehenden Modellprogramm zur „Familialen Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ liegen einige nicht repräsentative, jedoch trotzdem wissenschaftlich wertvolle explorative Studien zum Problem Demenz im Krankenhaus vor, die Hinweise darauf geben, was jetzt im Krankenhaus getan werden sollte. Zu erwähnen sind die Studien des Bielefelder Institutes für Pflegewissenschaft (vgl. Kleina/Wingefeld 2007, Schaeffer/Wingefeld 2008), die das Problem der Menschen mit Demenz aus der Perspektive der Versorgungsforschung beschrieben und entsprechende Berücksichtigung der Demenz im Behandlungsablauf gefordert haben. Wesentlich kritischer und institutionsanalytischer ist die aktuelle Studie von Kirchen-Peters (2013), die sich mit institutionellen Barrieren im Krankenhaus befasst und ein komplexes Gefüge institutioneller Widerstände gegen Patient_innen mit Demenz beschreibt. Diese Widerstände liegen vor allem im Nichtwissen und im falschen Wissen um die Demenz und führen dazu, dass die eigentlich überzeugenden Erfolge der Modellprojekte bundesweit keine Nachahmer finden (vgl. Kirchen-Peters 2013, S. 11).

Der Bericht von Kirchen-Peters (2013) ist alarmierend, denn die Zitate aus ihrer Studie beschreiben weniger eine bedauerliche Nichtwahrnehmung der Demenz, als vielmehr eine Kampfsituation zwischen dem System Krankenhaus, seinen Rollenträgern und demenzkranken Patient_innen und an einigen Stellen eine Dynamik deutlicher Verrohung: Probleme mit demenzkranken Patient_innen werden „gelöst“, indem man sie einfach zu viert festhält (Kirchen-Peters 2013, S. 32), sich betont beschleunigt und instrumentell verhält (ebd., S. 34) oder sie sehr schnell verlegt, im Zweifel auf die Intensivstation.

Andererseits ist immer wieder zu verzeichnen, wie insbesondere Pflegende das sozialwissenschaftliche Wissen zur Demenz, die personenzentrierten, milieuthérapeutischen

und hermeneutischen Ansätze, Bindungstheorie, Analyse der Schamdynamiken etc. geradezu aufsaugen und in den Krankenhäusern umsetzen wollen. Sie scheitern jedoch häufig an der Hierarchie und daran, dass ein demenzgerechtes Krankenhaus Zeit und Geld kostet und sich „ökonomisch nicht rechnet“. Vor diesem Hintergrund möchte Ich (K. Gröning) deshalb einige Diskussionsergebnisse vorstellen, die ich für die nächsten Schritte zum demenzgerechten Krankenhaus als nötig erachte und die von der Pflege und Sozialen Arbeit im Krankenhaus ausgehen können. Dazu bedarf es der phänomenologischen Betrachtung der Demenz.

Demenzranke Menschen brauchen, um sich würdig zu fühlen und Vertrauen zu ihren Helfer_innen zu haben, eine haltende Beziehung persönlicher, nicht formeller Art. Es geht nicht nur um Tricks und Tipps mit dem Ziel des besseren Verfügbarmachens der Patient_innen. Zu berücksichtigen sind vor allem jene Ängste, die der Mensch mit Demenz erlebt, wenn Handlungen an seinem Körper vollzogen werden, die sein Gefühl der Verletzungsoffenheit und des Ausgeliefertseins steigern. Man kann den Patient_innen Schmerzen und die Last der Behandlung nicht immer ersparen, aber man muss deren Ängste vor Auslieferung und Verletzung nicht steigern, indem man deren Widerstand ignoriert und bricht. Im Folgenden werden daher 10 Punkte für einen anderen Umgang mit Demenz im Krankenhaus vorgestellt:

1. Medikation und Diagnose

Die Bielefelder Gruppe vom Institut für Pflegewissenschaft hat Standards zur Behandlung, z. B. zur Medikation und Diagnose, vorgeschlagen. Diese Standards richten sich darauf, Demenz zu erkennen und nicht durch falsche Medikation oder invasive Maximal- behandlungen zu verschlimmern. Dies wird u. a. auch von Kirchen-Peters (2013) am Beispiel des Delirs (S. 28f.) aufgezeigt. Um aus dem Teufelskreis von gescheiterten Behandlungen herauszufinden, sind auf der Basis des Palliativgedankens neue Konzepte für die praktische Behandlung von Menschen mit Demenz zu entwickeln.

2. Verzicht auf invasive Diagnosen, Behandlungs- & Pflegetechniken

Zu entwickeln sind Standards, die sich auf die verletzungsoffene Verfassung der Patient_innen beziehen: Dazu gehört z.B. der weitestgehende Verzicht auf invasive Diagnose, Behandlungs- und Pflegetechniken. Ist invasive Behandlung nicht zu vermeiden, sollte eine Bindungs- und Haltephase mit Bezugspersonen und Angehörigen eingeplant werden. Dies ist der Kern des demenzgerechten

Krankenhauses. Diskussionen aus unserem Projekt zeigen, dass dies möglich ist, z. B. vaginale Untersuchungen bei älteren Frauen durch Ultraschall zu ersetzen. Auf Blasenkatheter kann, wie auf viele sexuell belastete Pflegetechniken, oft verzichtet werden. Zäpfchen, Darmrohre etc. sollen ebenfalls ganz entfallen oder nur spärlich eingesetzt werden, denn sie befördern nicht nur Flashbacks, sondern sind entweihend, beschämend und machen depressiv.

3. Begleitpersonen und „gemeinsame Sorge“

Im Sinne der angesprochenen Bindungstheorie gehören Begleitpersonen mit zur Behandlung von Menschen mit Demenz. Hier sind Krankenhäuser als vorbildlich zu loben, die es sich zum Prinzip gemacht haben, Patient_innen mit Demenz nicht allein zu lassen, wenn diese in Funktionsbereiche oder in den OP gebracht werden müssen. In manchen Krankenhäusern engagieren sich ehrenamtliche Mitarbeiter_innen für die Patient_innenbegleitung, in anderen Krankenhäusern sind es speziell ausgebildete Pflegeassistent_innen oder Altenpfleger_innen. In vielen Krankenhäusern herrscht jedoch die Sichtweise vor, die Angehörigen während des Krankenhausaufenthalts zu entlasten. Damit wird der_die Patient_in von vornherein als Problem stigmatisiert, er_sie ist der_die „Störer_in“, die „Last“, von der sich die Angehörigen einmal erholen sollen. Immer wieder wird so ein falsches Versprechen abgegeben, dass nämlich das klassische Krankenhaus für Normalität sorgen könne. Ohne gute Bindung sind jedoch auch Pflegende und Ärzt_innen schnell überfordert. Mit den Angehörigen ist das Prinzip der „gemeinsamen Sorge“ zu verabreden.

4. demenzgerechtes Milieu schaffen

Die vierte Möglichkeit ist die Schaffung eines demenzgerechten Milieus mit dem Ziel der Beschäftigung und der Förderung von Sicherheits- und Geborgenheitsgefühlen und vor allem zur Vermeidung von Verbringung und Konflikten mit nicht-dementen Mitpatient_innen und deren Angehörigen. Einzelne Krankenhäuser experimentieren mit Konzepten der Stressminderung, z. B. durch Verringerung von Wartezeiten, einer eigenen Notaufnahme und Demenz-Lotsen. Sehr zu begrüßen sind ebenfalls Demenzinseln oder Demenzoasen im Krankenhaus. Dies sind milieutherapeutisch konzipierte Bereiche, die im Rahmen einer demenzgerechten Gemeinschaft arbeiten. So ist es zum Beispiel möglich, dass Patient_innen auch die Räume betreten, in denen die Pflegenden oder die Ärzt_innen ihre Akten führen und dokumentieren bzw.

organisieren. Große Gemeinschaftsräume, darin enthaltene Beschäftigungsmöglichkeiten, eine demenzgerechte Esskultur und an Erinnerungspflege anknüpfende Milieugestaltung nehmen Ängste und vermitteln Halt.

5. Einbezug sozialarbeiterischer Konzepte

Die fünfte Möglichkeit bezieht sich auf die Einbeziehung sozialarbeiterischer Konzepte der Gemeinwesenarbeit. Im Krankenhaus sollten Beratungsangebote, Selbsthilfegruppen und Vernetzung z. B. mit der Alzheimer-Hilfe und örtlichen Demenzinitiativen angeboten werden. Diese erleichtern die Organisation der Versorgung auch nach dem Krankenhaus. Vor allem knüpfen sie aber an eine zivilgesellschaftliche Positionsrolle an und mindern die Schamdynamik bei den Angehörigen.

6. Entwicklung einer Prozessleitlinie für Demenz

Die sechste Möglichkeit besteht in der Entwicklung einer Prozessleitlinie. Eine andere Aufnahme, Lotsen, auf jeder Station mindestens zwei kompetente Krankenschwestern bzw. -pfleger mit großer Zusatzausbildung zur Demenz, die die Pflegeplanung durchführen und den Pflegeprozess sowie die Kooperation mit den behandelnden Ärzt_innen und den Angehörigen steuern. Diese Schwester und dieser Pfleger müssten sich als Anwalt der Erkrankten und nicht als Systemfunktion verstehen. Eine Prozessleitlinie soll einen demenzgerechten Ablauf sichern und in einem komplexen System Entscheidungen erleichtern.

7. Anwendung verstehender und personenzentrierter Ansätze

Die siebente Möglichkeit besteht in der Einführung und Anwendung verstehender und personenzentrierter Konzepte: Validation, Biografiearbeit, die Entwicklung eines personenzentrierten Pflegeprozesses im Sinne des Bindungsmilieus und die Methode des DCM³ helfen, Menschen mit Demenz zu verstehen, zu halten und mit ihnen den Alltag zu gestalten. Vor allem ein personenzentrierter Pflegeprozess nimmt die Bedürfnisse der Patient_innen mit Demenz auf und erlaubt Personsein.

³ DCM: Dementia Care Mapping.

8. Wissensmanagement

Die achte Möglichkeit besteht im Wissensmanagement. Das Wissen um Demenz ist bei der Mehrheit der Mitarbeiter_innen im Krankenhaus unzureichend und von Vorurteilen und Ressentiments bestimmt. Dort, wo man etwas über Demenz weiß, handelt es sich kaum um lebensweltlich bedeutsames, sondern um systemisch bedeutsames Wissen. Dieses systemische Wissen zur Diagnose, zum Demenz-Typus vernachlässigt die offene alltägliche lebensweltliche Situation und macht den Angehörigen und Pflegenden meist mehr Angst, als dass es ihnen im Alltag hilft. Entsprechend ist der Umgang der Mitarbeiter_innen mit den Menschen mit Demenz regressiv, von Übertragungen und eigenen Ängsten, Projektionen und Unsicherheit geprägt. Diese Unsicherheit der Mitarbeiter_innen widerspricht jedoch dem „haltenden Rahmen“, den Menschen mit Demenz benötigen.

9. Förderung einer reflexiven Praxis

Die neunte Möglichkeit bezieht sich auf eine reflexive Praxis. Wir blicken auf mehrere Jahrzehnte Forschung zurück, die aus der Hypothesenbildung nicht herauskommt. Für die praktische ärztliche Behandlung gibt es zu wenig Forschung. Wo sind die Produkte, Techniken und Anwendungen, die es den Ärzt_innen ermöglichen, auf invasive Methoden bei der Behandlung von Patient_innen mit Demenz zu verzichten? Dies wird man sich im Krankenhaus selbst erarbeiten müssen. Die Erfahrungen mit Patient_innen mit Demenz unterliegen wahrscheinlich viel zu sehr einem institutionellen Schamgefühl, welches in den Grenzen sichtbar wird, welche die Krankenhausbehandlung auslöst. Darüber zu sprechen und Forderungen an die Forschung zu stellen, die sich auf die Verbesserung der praktischen Behandlung und nicht nur auf High-Tech-Diagnose richten, wäre der Beginn einer reflexiven Praxis. Jedes Krankenhaus muss ferner eine eigene Demenzberichterstattung aufbauen, um seine Praxis und Probleme kennenzulernen und zu reflektieren. Eine Managementbewertung durch die Betriebsleitung und die Chefarztkonferenz jedes Halbjahr kann einen guten Anfang bilden.

10. Ethik

Die zehnte Möglichkeit ist die Ethik. Die Pflege sollte sich nicht mehr an gewalttätigen Aktionen, wie Patient_innen mit Gewalt festzuhalten, gegen den Willen festzubinden etc., beteiligen und die Betriebsleitung sollte dies erlauben. Patient_innen, die kein Vertrauen haben und sich nicht in die Hände der

Ärzt_innen und des Hauses begeben wollen/können und dies deutlich zeigen, ist nicht einfach zu unterstellen, dass sie nur aus Unzurechnungsfähigkeit und mangelnder Krankheitseinsicht handeln. Demenz ist auch eine Weise, „aus der Welt zu gehen“ (vgl. Amery 1978).

Schließlich lässt sich feststellen, dass die verstehenden und sozialpädagogischen Projekte zur Demenz Geschäftsführer_innen sehr schnell dazu verführen, die Zivilgesellschaft für Feigenblattaktionen zu nutzen: Ehrenamtlich Tätige, die zweimal in der Woche vorlesen, Demenzbegleiter_innen, selbstverständlich auch ehrenamtlich, die sich um einzelne Patient_innen kümmern, Hauptsache, die ökonomischen Interessen sind nicht tangiert.

Diese Trivialisierung des Themas Demenz im Krankenhaus vernachlässigt jedoch, worum es wirklich geht: Um den Gewaltschutz von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Das Wegfallen invasiver Pflege- und Behandlungstechniken, der Verzicht auf Fixierung und Abbau unnötiger Sedierung sind mit Ehrenamtlichen nicht zu erreichen. Auch der schnelle Ruf nach ökonomischem Ausgleich – wird das denn bezahlt, wie viel Geld bekommt man, wenn man Patient_innen mit Demenz anders behandelt? – geht in die falsche Richtung. Zu überlegen ist vielmehr, welche Bedingungen Krankenhäuser erfüllen müssen, damit sie ihren Versorgungsauftrag für die Gruppe der Menschen mit Demenz behalten. Dann kann man über Geld sprechen.

Nachdem der Umgang mit Demenz im Krankenhaus aus wissenschaftlicher Sicht betrachtet wurde, richtet sich im fünften Kapitel das Augenmerk auf die Perspektive und Wahrnehmung von Pflegetrainer_innen, die im Rahmen des Modellprogramms „Familiale Pflege“ tätig sind. Sie gelten als eine wichtige und zentrale Informationsquelle, da die Pflegetrainer_innen i.d.R. examinierte Krankenschwestern und Pfleger sind und entsprechend auf eine jahrelange Berufserfahrung mit der Arbeit und im Umgang mit Demenzpatient_innen im Krankenhaus zurückgreifen können.

4. Ergebnisse aus den Projektstudien

Wie Demenz in die Strukturen der Krankenhäuser passt oder eben auch nicht passt, wird am Datenmaterial von Gruppendiskussionen offengelegt. Im Rahmen einer Kooperation des Modellprojektes mit den Projektstudien der Universität Bielefeld wurden zwischen Januar und Oktober 2014 von Studierenden der Universität Bielefeld Gruppendiskussionen mit Pflegetrainer_innen zum Thema „Demenz im Krankenhaus“ durchgeführt. Ausgewertet wurden diese anhand der dokumentarischen Methode (vgl. Bohnsack 2007). Diese Methode rekonstruiert latente Sinnstrukturen, auch im Kontext von Organisationen, hinsichtlich typischer Denk- und Deutungsmuster im Zusammenhang mit der Zeit. Sie geht also der Frage nach, welches Denken für eine Zeit typisch ist. Bei der dokumentarischen Methode handelt es sich zudem um ein Auswertungsverfahren, welches u. a. in Gruppendiskussionen die Verknüpfung von Sinnstrukturen untersucht und in zwei Interpretationsschritten sowohl die Inhalte (formulierende Interpretation), als auch die Verknüpfungen (reflektierende Interpretation) rekonstruiert. Sichtbar gemacht werden auf diese Weise wirksame innere Orientierungsrahmen, mittels derer die beforschten Gruppen ihre Weltsicht konstruieren.

In den folgenden Unterkapiteln werden zentrale Ergebnisse aus sechs der entstandenen Projektberichte bzw. Transkripte von Gruppendiskussionen⁴ zusammengefasst und die hieraus gewonnenen Orientierungsrahmen mit entsprechenden Sequenzen unterfüttert dargelegt. Aus den zugrundeliegenden Projektstudien konnten insgesamt sieben Orientierungsrahmen extrahiert werden. Diese zeigen aus der Sicht der Pflegetrainer_innen, dass sich das Thema „Demenz im Krankenhaus“ noch nicht in dem Maße in Krankenhäusern etabliert hat, wie es aus der Sicht der Betroffenen und den pflegenden Angehörigen nötig wäre.

Im ersten Orientierungsrahmen werden Pflegeprozesse beschrieben, die gegen das eigene Wertesystem der Pflegetrainer_innen vollzogen werden. Noch greift die Pflege auf ein internalisiertes Wertesystem zurück. Im Verlauf wird sich dies jedoch ändern.

⁴ Projektbericht Penner/Vetter: Anzahl der Teilnehmer_innen: 10. Erhebungsdatum: 12.03.2014.
Projektbericht Baumgart et al.: Anzahl der Teilnehmer_innen: 9. Erhebungsdatum: Mai 2014.
Projektbericht Morys/Reinisch: Anzahl der Teilnehmer_innen: 7. Erhebungsdatum: 22.05.14.
Gruppendiskussion Beyer/Richert: Anzahl der Teilnehmer_innen: 8. Erhebungsdatum: Oktober 2014.
Projektbericht Vogt/Bode/Fuhrmann 2015, Teilnehmer_innen 9, Erhebungsdatum Oktober 2014.
Projektbericht Hagemann/Kutscha 2015, Teilnehmer_innen 12, Erhebungszeitraum Oktober 2014.

Daran anschließend wird im zweiten Orientierungsrahmen auf Altersbilder und Altersstereotype verwiesen, die im Krankenhaus vorhanden sind. Dass die Pflege nicht immer in ihrem eigenen professionellen Sinn handeln kann und in einer hilflosen Anwaltschaft verbleibt, wird im dritten Orientierungsrahmen anhand der betrieblichen und professionellen Hierarchie verdeutlicht. Im darauffolgenden vierten Orientierungsrahmen zeigt sich, dass Patient_innen mit demenzieller Erkrankung nicht mit dem vorhandenen System kompatibel sind. Entsprechend werden Demenzpatient_innen als Störer_innen in der institutionalisierten Normalität wahrgenommen. Im Rahmen der instrumentellen Handlungslogik erfährt die Situation von Demenzpatient_innen noch eine Verschärfung. Entweder erfolgt eine Ruhigstellung durch Medikamente bzw. Fixierung oder die schwierigen Patient_innen werden verschoben. Im sechsten Orientierungsrahmen mündet diese Entwicklung schließlich in der Entstehung von Ressentiments. Ein Ausweg zeichnet sich jedoch im letzten Orientierungsrahmen ab, in dem Ideen für eine organisationsethische Neubestimmung vorgestellt werden.

Eine vertiefende und detaillierte Beschreibung der jeweiligen Orientierungsrahmen erfolgt anschließend.

4.1 Orientierungsrahmen I: Pflegen gegen das eigene Wertesystem

Die Pflegetrainer_innen in der Gruppendiskussion weisen mit ihren Diskussionsbeiträgen auf die Dominanz des Prinzips der Wertschöpfung hin. Im Interesse des Krankenhauses steht an erster Stelle die finanzielle Rentabilität.

Es werden die unterschiedlichen Interessen im System Krankenhaus deutlich: Zählt für das Zentrum ausschließlich die Messbarkeit der Rentabilität in Form von Zahlen, ist die Peripherie näher am demenziell erkrankten Mensch und dessen Bedürfnissen.

„Und es gibt eigentlich nur noch zwei Argumente, Zahlen und Außenwerbung. (? : Ja) also [...] man muss jetzt nicht mit den armen, kranken, demenziell Orientierungslosen zu kommen. Also man muss Zahlen vorlegen. (? : Ja) sonst geht die Türe überhaupt nicht auf, dass man die Argumentation los wird, und das ist das Schwierige [...] mit der Demenz im Krankenhaus. Ich glaube, da fehlen die Einnahmequellen (? : Ja, das denke ich auch) und deswegen wird

das nicht so nach (? : vorangetrieben) vorne getrieben [...]“ (Morys/Reinisch 2014, S. 151; Transkript Morys/Reinisch 2014, Z. 509- 516).

Eine andere Pflegetrainerin vergleicht das Krankenhaus mit einem Wirtschaftsunternehmen, dem es ausschließlich um Gewinnmaximierung gehe. Gefördert werde, was rentabel ist. Sie sagt, dass sich dieses Prinzip der Wertschöpfung auch auf den Umgang mit Demenzpatient_innen übertragen lasse:

„Und das ist halt einfach so eine Sache: Patienten, die ich nicht will, da tue ich nichts für. Produkte, die ich nicht will, da tue ich nichts für. Aber die, wo ich was dran verdiene, [...] da gucke ich, wie kriege ich davon noch mehr. [...] Jetzt enttäuscht es mich, ich verstehe es aber, warum es so ist, weil es wirklich nur um die Zahlen geht, es ist einfach nur ein Wirtschaftsunternehmen. [...] Und die Patienten, die halt nicht so viel bringen oder nicht so gewollt werden, deswegen, meiner Meinung nach, kann man nur was ändern, indem es irgendwas gibt, dass der Demenzpatient einen Anreiz für ein Krankenhaus bietet, [...]. Sonst wird da auf jeden Fall sich nichts Großes bewegen“ (Transkript Morys/Reinisch 2014, Z. 711-722).

Die Patient_innengruppe Demenzkranke wird nach Aussage der Pflegetrainer_innen ökonomisch bewertet. Unter den gegenwärtigen Bedingungen sind sie deshalb unattraktiv. Das Krankenhaus demenzgerecht zu gestalten, steht zunächst vor einer ökonomischen Barriere. Die Pflegetrainerin macht am Ende des Ausschnitts auf eine notwendige Neubewertung der Patient_innengruppe Demenzkranke aufmerksam.

An anderer Stelle wird auf die unterschiedliche Rentabilität und Bewertung der Patient_innengruppe Kinder bzw. Neugeborene und Demenzkranke verwiesen. Das neue Leben wird gewollt und mit finanziellen Mitteln unterstützt, wohingegen Demenzkranke und deren Bedürfnisse als Vertreter_innen der alten Generation unerwünscht sind:

„[...] also es sind ja Veränderungen möglich, das sieht man ja im Bereich der Gynäkologie, wenn das gewollt ist. Die Frage ist einfach, was hindert [...] ein Krankenhaus daran, sich genauso für dieses Klientel einzusetzen? [...] Und die kriegen, das ist ja, das wird ja oft nicht gemacht, meistens monetäre Gründe (? : finanzielle Geschichte).

D: Aber ich glaube, das ist das, was sie sagten. Die Patienten sind gewollt, die

kriegen ihr Kind und gehen wieder nach Hause. Das ist eine schöne planbare Sache, da kriegt das Krankenhaus sein Geld ... und alles schön, die möchte man haben, und am liebsten ganz viele. Und die Demenzkranken, da weiß man nicht, wie lange bleiben die, was kommt da noch alles raus, was haben wir noch, was uns keiner bezahlt, so, ich mache, so ist ja die Krankenhausorganisation und -politik, und ich glaube, das ist es nämlich wirklich, die sind nicht wirklich gewollt“ (Transkript Morys/Reinisch 2014, Z. 212-223, Hervorh. i. O.).

Die Werteverstärkung, die hier zusätzlich angesprochen wird, ist eine kulturelle. Zwischen einem auf Zukunft orientierten Leben und einem abschiedlichen Leben wird in Bezug auf die Aufmerksamkeit und Achtsamkeit unterschieden. Das auf Zukunft gerichtete junge Leben ist im Sinne des Utilitarismus nützlicher, was sich in Aufmerksamkeit und Anerkennung ausdrückt. Der ethische Grundsatz der Pflege, dass erstens jedes Leben gleich wert ist und zweitens, zum Prinzip des guten Lebens, es zum Recht auf einen gesamten Lebenszyklus gehört, auch das Recht an Demenz zu erkranken, widerspricht anderen Kulturen im Krankenhaus.

Schließlich zeigt sich der Konflikt im Fall der Pflege von demenzkranken Patient_innen, gegen das eigene ethische Verständnis und Wertesystem handeln zu müssen, als Belastung:

„CC: Was ich besonders belastend finde, ist, wenn die Demenzkranken Angst haben, also das irgendwie auszugleichen. [...] Oft ist man ja vielleicht selbst dann auch als Täter identifiziert oder die haben vor anderen Sachen Angst, ne, und das finde ich sehr schwierig. Wir gehen ja hin und wollen unsere Arbeit gut machen und den demenzkranken Patienten ja auch auffangen, und diesen, diese Diskrepanz finde ich schon sehr belastend. Also für mich persönlich. (sehr leise) Zum Beispiel die schnelle Sprache verwirrt die. Wir müssen eben in Ruhe mit den Menschen reden. Wenn man denen so im Vorbeigehen was zuruft, das verstehen die nicht. Prinzipiell ist das alles zu schnell“ (Transkript Beyer/Richert 2014, Z. 652-662; Hervorh. i. O.).

Die Pflegetrainerin nennt hier einen dritten Aspekt, der ebenfalls Ökonomie und Kultur des Krankenhauses betrifft. Sie sagt, dass die Beschleunigung, das schnelle Pflegen, das hektische Kommunizieren dazu führt, dass diejenigen, denen die Patient_innen vertrauen sollen, zur Angstquelle werden. Beschleunigung ist ebenfalls eine ökonomische und kulturelle Kategorie. Zeit ist eine wichtige Produktivkraft und

die Geschwindigkeit gehört zur Distinktion. Anerkennung ist eben vielfach mit Geschwindigkeit verbunden. Langsamkeit dagegen mit dem Abgehängt-Werden.

Gleichzeitig lässt sich hieraus ein Dilemma für die heutige Pflege ableiten: Wer demenzgerechte Pflege in institutionalisierten Normalismus umsetzen möchte, steht in einem Interessens- und damit verbundenen Rollenkonflikt.

Auch im folgenden Abschnitt wird eine professionelle Schwierigkeit aufgezeigt, die durch die funktionale Logik hervorgerufen wird. Demenzkonzepte setzen ein bestimmtes ethisches und lebensweltliches Verständnis von Pflege voraus, zu dem z. B. ein gewisses biografisches Wissen, die Zusammenarbeit mit Angehörigen als Koproduzenten bei der Versorgung und die Vermeidung von Aktionen und invasiven Behandlungstechniken und Pflegetechniken gehört. Ein Gesamtkonzept, wie zwischen der Beschleunigung im Krankenhaus und der funktionalen Falllogik einerseits und der auf Personsein ausgerichteten demenzsensiblen Pflege (Kitwood 2000) andererseits ein Kompromiss gefunden werden kann, ist im Krankenhaus bisher kaum vorhanden und steht ebenfalls einer strikten Ökonomisierung von Pflege entgegen.

„TB: Ein Thema, was bei uns in der Geriatrie ganz aktuell ist. Die Menschen werden ja immer älter, die Patienten mit dem Krankheitsbild der Demenz häufen sich ja, und das muss man ja sagen, dass das im Krankenhaus echt sehr, sehr schwierig zu integrieren ist. Und wenn wir von Anamnese und Biografiearbeit sprechen in so einem Krankenhaus, wo sehr viel Fluktuation herrscht, ist das sehr sehr schwierig, so viel Information zu bekommen über den Patienten, wie es z. B. in einem Altenheim oder in einer häuslichen Pflege wäre, wo man die Leute über viel längere Zeit betreut, wo man, wo einem eventuell auch so Unruhezustände viel klarer sind und man die besser abfangen kann“ (Penner/Vetter 2014, S. 24; Transkript Penner/Vetter 2014, Z. 163-171).

Mit der Chiffre „schwer zu integrieren“ werden ebenfalls kulturelle Dimensionen hervorgehoben. Mit dem Stichwort „Biografiearbeit“ wird aufgezeigt, dass ein demenzgerechtes Krankenhaus die lebensweltlichen Dimensionen des Erkrankten zentral berücksichtigen muss, um Vertrautheit zu schaffen. So arbeitet man nicht im Krankenhaus. Vertrautheit ist eine Anerkennungskategorie, die dem instrumentellen Fallverständnis entgegensteht. Schließlich spricht ein Teilnehmer aus den Gruppendiskussionen das Thema der Rückkehr zum professionellen Umgang mit demenzkranken Patienten in der Pflege als Traum an:

„DM: Also ich habe bezüglich einen Traum, dass ich irgendwann schaffe, dass wir alle pflegebedürftige Patienten, sprich mit Pflegestufe ins Krankenhaus erst Gespräche mit den Angehörigen führen, und weil, wir stellen fest, die Zeitfenster, die immer kleiner wird, schaffen die Ärzte das nicht, festzustellen, ob ein Patient dement ist. Zweite Sache, die sind häufig nicht geschult, die sehen das nicht. Was bei mir auf Station so häufig ist, dass wir in der Pflege oder im Gespräch mit Patienten, Angehörigen feststellen, das ist etwas nicht in Ordnung. Dass den Chirurg das nicht interessiert, ich kann ihn verstehen, weil, er kümmert sich um die Wunden“ (Penner/Vetter 2014, S. 27; Transkript Penner/Vetter 2014, Z. 259-266).

Der Pflegetrainer hält es für sinnvoll, bei Patient_innen mit einer Pflegestufe zunächst Gespräche mit den Angehörigen zu führen, um die notwendige Vertrautheit herzustellen. Die Durchführung von Angehörigengesprächen sollte der Pflege obliegen, insbesondere wenn sie über speziell geschulte Pflegekräfte verfügen.

Zusammenfassend zeigen die Transkriptausschnitte, dass die Werte der Pflegetrainer_innen den Werten der Institution Krankenhaus entgegenstehen: Sehen die Pflegetrainer_innen die Patient_innen aus einer humanistischen bzw. moralischen Perspektive, sieht das managerielle Zentrum diese nur als Objekte bzw. als „Zahlen“ (Transkript Morys/Reinisch 2014, Z. 717) an. Diese unterschiedlichen Sichtweisen führen auf Seiten der Pflegetrainer_innen zu Belastungen und einem Wertekonflikt, welcher sich in Schuldgefühlen äußern kann.

Im nächsten Abschnitt wird deutlich, dass ein demenziell erkrankter Mensch viel Aufmerksamkeit und emotionale Wärme benötigt und somit aus bindungstheoretischer Sicht eine ihm zur Verfügung stehende Bindungsperson. Die dafür benötigte zeitliche und personelle Ressource der Pflegekräfte ist aber nicht vorhanden, wie in einem späteren Abschnitt deutlich wird:

„[...] wir sind ein Akutkrankenhaus, auch von den Stationen her ist tierisch viel zu tun, du bist nachmittags zu zweit, der eine holt die ganzen OPs ab, ist adiert mit Röntgen so zwei Stunden alleine auf Station, ne, der eine ist nur am Rumkarren, und dann hast du ihn als Patient, der eigentlich viel Aufmerksamkeit braucht, kann man nicht geben, weil man selbst die Zeit nicht dazu hat“ (Morys/Reinisch 2014, S. 158; Transkript Morys/Reinisch 2014, Z. 783-787).

Demenzkranke Menschen stellen das gegenwärtige System Krankenhaus und die an der Basis arbeitenden Pflegekräfte vor die Herausforderung, den Bedürfnisse nach Bindung, Beziehung und Kommunikation trotz Zeitnot gerecht zu werden. Da das zeitlich nicht möglich ist, wird Pflege selbst mechanisch und es kommt zu teilweise aggressiven Notlösungen, z. B. zur Ruhigstellung durch Psychopharmaka, Fixierung, Verbringung.

Morys/Reinisch (2014) fassen ihre Ergebnisse wie folgt zusammen:

„Einerseits ist Pflegekräften bewusst, dass das System Krankenhaus mit seiner gegenwärtig ökonomisch dominierten Institutionslogik sowie den daraus resultierenden Struktur- und Kommunikationskonflikten zwischen Zentrum und Peripherie zunehmend seine lebensweltliche Verknüpfung verliert und Demenzbetroffenen dadurch nicht gerecht werden kann. Abgesehen von ihrem durch ihren Arbeitgeber, dem Krankenhaus [sic!], auferlegten Dienstleistungsauftrages, fühlen die Pflegekräfte sich andererseits, aus ihrem humanitär angelegten pflegeethischen Kodex heraus, verpflichtet die Bedürfnisse von demenziell erkrankten Patient_innen und deren Angehörigen anzuerkennen, diese anwaltschaftlich zu vertreten sowie trotz entgegenstehender feindlicher Strukturen, bestmöglich durchzusetzen und in den Pflegealltag auf den Stationen zu integrieren“ (Morys/Reinisch 2014, S. 111).

Auffallend ist, dass offensichtlich Begriffe wie Flexibilität, Zeit, Beziehung, Organisationskultur, Effizienz und Struktur stark im Zusammenhang mit einer demenzgerechten Pflege stehen (vgl. Baumgart et al. 2014, S. 63/65). Was jedoch von den genannten Faktoren in der Realität tatsächlich im Sinne eines demenzsensiblen Umgangs umgesetzt wird oder werden kann, bleibt fraglich.

Neben der Pflege gegen das eigene Wertesystem tauchen zunehmend Altersbilder und Altersstereotype im Krankenhaus auf, die es zu problematisieren gilt.

4.2 Orientierungsrahmen II: Altersstereotype und Normalisierungsängste im Umgang mit Demenz im Krankenhaus

Dass auch im Krankenhaus generalisierende Altersbilder und Stereotypen ein Problem sind, zeigen insbesondere folgende Beispiele. Demenz wird im Krankenhaus zur Chiffre für die Zuweisung der Patient_innen zu einer statusniedrigen Gruppe. Mit dem Hinweis auf Demenz werden Generationenkonflikte quasi ausgedrückt und die Überlegenheit von Jungen gegenüber Alten festgestellt:

„S: Aber was mir auch aufgefallen ist, wir hatten letztens eine Patientin gehabt, die ist auch Mitte 80 gewesen, und es haben alle gesagt, die ist dement. Und man fragt dann, hinterfragt dann, ist das abgeklärt worden oder nicht, die Demenz, definitiv? ‚Nö, aber meine Mutter ist dement!‘ Und dann denke ich mir immer, wo dran sehen die Leute das, dass sie dement ist? Sie ist 85 Jahre alt, ich kann auch mit 85 Jahren die Dinge vergessen. Das heißt ja nicht, dass ich die immer wissen muss! Selbst ich, im jungen Alter, vergesse auch mal Dinge. Das dürfen alte Leute auch, denke ich einfach. Und viele Angehörige, ist mir aufgefallen, sagen: ‚Meine Mutter ist dement‘, weil die jetzt mal was vergessen hat, weil die was liegen gelassen hat. Ich denke, da muss man auch, da gibt es viel zu wenig Aufklärung drüber letztendlich auch für die Angehörigen, weil die immer direkt, direkt auf diese Demenz zugehen dann. Die Mutter war bei uns beim Neurologen, und es ist keine Demenz festgestellt worden. Es ist eine, das Alter dementsprechend, ne, das ist eine einfach strukturierte Frau gewesen, die einen, im Nachhinein muss man ganz ehrlich sagen, ist so, einen Hauptschulabschluss hatte, was man dann herausgefunden hat einfach beim Erzählen, die so gar nicht das Wissen hatte und gar nicht haben wollte. Und die Tochter hat gesagt: ‚Meine Mutter ist dement.‘ Das denke ich dann immer, es wird sehr viel in diese Schublade gepackt dann auch, wo man vielleicht auch so ein bisschen auf die Leute mal einfach zugehen muss und fragen muss, was viel untergeht dann“ (Penner/Vetter 2014, S. 25f.; Transkript Penner/Vetter 2014, Z. 178- 196).

Diese Transkriptstelle zeigt auf, dass in Krankenhäusern keine standardisierte Diagnostik über eine eventuell vorliegende Demenz existiert. Schon bei normaler Vergesslichkeit

wird älteren Menschen häufig eine Demenz unterstellt, ohne dies genauer abzuklären. Offenbar wird alten Menschen nicht mehr zugestanden, vergesslich sein zu dürfen.

Der „Stempel“ Demenz zieht einen anderen Umgang mit den Patient_innen nach sich, was auch im nächsten Beispiel deutlich wird.

M1: Kommt ,ne Patientin aus einem Allgemeinkrankenhaus mit fremdaggressiven Tendenzen auf die Station, mit zwei KTW-Fahrern begleitet. Wir machen die Tür auf, steht eine 1,50 m große Dame vor mir, die ganz dringend auf Toilette muss, und vor der man einfach keine Angst haben muss. (jemand lacht) Ja, also wenn da jemand vor mir steht und mich herzergreifend anguckt: (imitiert hilflose Stimme) ‚Ich muss Pipi, ich muss Pipi, ich muss Pipi‘, (Heiterkeit) ich die sofort an die Hand nehme, die mit mir geht, Vertrauen zu mir hat, ich die zur Toilette begleiteten kann, die zur Toilette war, und sich anschließend tausendmal dafür bedankt, dass sich jetzt jemand um sie gekümmert hat. Also auch im Allgemeinkrankenhaus ist es ja oft so, dass da einfach keine Zeit für die Leute ist, und wahrscheinlich dann aus Angst davor, jetzt irgendwie einzumachen oder einzunässen, ne, dann auch vielleicht mal laut geworden ist, oder um Hilfe gebrüllt hat oder irgendwo hingerannt ist, weil sie die Toilette nicht mehr findet, dass darauf nicht eingegangen werden kann“ (Transkript Hagemann/Kutscha 2014, Z. 510-522).

M1 beginnt mit einer Exemplifizierung. Er beschreibt die Aufnahmesituation einer älteren, demenziell erkrankten Patientin mit „fremdaggressiven Tendenzen“ (ebd., Z.511f.) (Hagemann/Kutscha 2015, S. 41). Mit der weiteren Beschreibung der Situation wird bereits hier deutlich, dass er der Ansicht ist, dass es sich dabei um eine Dame handelt, „vor der man einfach keine Angst haben muss“ (ebd., Z. 513f.). Er gibt zu erkennen, dass Stereotype und Fantasien um das Thema Demenz und Menschen mit Demenz den Umgang mit diesen Patient_innen erschweren und es zu Fehleinweisungen und Fehldiagnosen kommt.

Eine andere Pflegetrainerin verweist hier darauf, dass es zu einfach ist und für den_die Patient_in nicht von Vorteil, wenn er_sie als demenzkrank etikettiert wird. Es entstehen eigene Risiken. Wird dem_r Patient_in dann die Diagnose Demenz ohne genauere Abklärung zugewiesen, ist es andererseits auch möglich, dass Depression und Delir vermischt werden. Die Demenz wird somit aufgrund der vorliegenden Symptomatik falsch diagnostiziert.

„DM: Also im Krankenhaus [ist es] furchtbar für demente Patienten. Wir sind, obwohl wir auch Geriatrie haben, nicht richtig eingerichtet für diese Krankheit. Und dabei ist [es] auch so, wird häufig Demenz auch mit Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen verwechselt und wird schnell abgestempelt.

UK: Das sind dann aber oft auch so Durchgangssyndrome postoperativ, das ist keine Demenz.

DM: Genau. Das ist sehr schwer“ (Penner/Vetter 2014, S.28; Transkript Penner/Vetter 2014, Z. 280-286).

Aufgezeigt wird, dass die Diagnose Demenz eine Entlastungsfunktion für das Krankenhaus hat. Verwirrtheit, die eigentlich reversibel ist, wird durch eine mangelnde Reflexion über die Ursachen manifest. Gleichzeitig beklagen die Pflegetrainer_innen schlecht qualifiziertes, unerfahrenes und häufig junges Personal im Umgang mit den hochaltrigen Patient_innen mit und ohne Demenz. So würden häufig nicht oder noch nicht fertig ausgebildete (Fach-) Kräfte die Versorgung von demenziell erkrankten Menschen übernehmen, denen schlichtweg das Wissen im Umgang mit diesen fehle. Daher sei eine Kommunikationsschulung für das Personal dringend notwendig. Gleichzeitig offenbart sich ein zentrales Problem: In der Altersmedizin fehlen teilweise eine systematische Anamnese und ein entsprechender Versorgungsprozess. Auch hier werden Wissenslücken und fehlende Ausbildungsinhalte deutlich.

„MM: Und da habe ich gesagt: ‚Ach ja, Überraschung‘, da hat was in der Anamnese nicht gepasst. Wir erleben oft, dass wir Menschen kriegen, die beginnend dement sind, wo es nicht ganz klar ist, wo eine große Hilflosigkeit herrscht, häufig bei Auszubildenden, die wir mit begleiten, und ja, wo wir so, heute war das auch so, rankommen würde, war sich selber so ein bisschen schützen, und die Struktur aber noch in den Lauf bringen. Das ist das, was mir heute so spontan einfällt. Bis wir dahinter hergekommen sind und erst mal miteinander entwickelt haben, wo sind wir denn hier, was ist denn das? Ist sie krawallig oder was hat sie denn, und haben uns dann entschieden, das wird wohl in die Richtung gehen, und das war’s dann nachher auch“ (Penner/Vetter 2014, S. 23).

Nach Aussage der Teilnehmerin MM sind Fehler bei der Anamnese keine Seltenheit im System Krankenhaus. Im weiteren Verlauf bestätigt sie ihre Aussage, indem sie

hinzufügt „Wir erleben oft, dass wir Menschen kriegen, die beginnend dement sind [...]“ (Penner/Vetter 2014, S. 23). Zusätzlich stellt MM eine Verbindung zwischen den Fehlern in der Anamnese und der Durchführung der Anamnese durch Auszubildende her. Die beruflich unsicheren Auszubildenden übersehen entweder die Demenz ganz oder den besonderen Pflegebedarf.

Neben dem kommunikativen und pflegerischen Fachwissen muss es auch Veränderungen der Räumlichkeiten geben, um demenziellen Menschen Orientierung und somit Sicherheit zu vermitteln:

„Und dann versuchen wir noch halt wirklich, demenzsensibel uns einzurichten, dass wir jetzt mit mehreren Farben arbeiten, in den Zimmern eine Uhr reinton und ein Datum und so, das sind so Sachen, finde ich, da kann man anfangen in einem kleinen Akutkrankenhaus“ (Morys/Reinisch 2014, S. 145; Transkript Morys/Reinisch 2014, Z. 270-275).

Dass hier von „anfangen“ (Transkript Morys/Reinisch 2014, Z. 278) berichtet wird, zeigt, dass diese demenzgerechte Ausstattung der Räumlichkeiten der erste Schritt hin zu einem demenzsensiblen Krankenhaus ist. Im weiteren Verlauf berichtet sie noch davon, an den Türen der Krankenzimmer größere Zahlen anbringen zu lassen (vgl. Transkript Morys/Reinisch 2014, Z. 293f.).

Im nächsten Orientierungsrahmen wird die organisationsethische Kultur in Krankenhäusern anhand der betrieblichen und professionellen Hierarchie verdeutlicht.

4.3 Orientierungsrahmen III: Betriebliche und professionelle Hierarchie fördert eine hilflose Anwaltschaft der Pflege

In einem weiteren Transkriptausschnitt zeigt sich der Konflikt zwischen den Pflegetrainer_innen (als Vertreter_innen der Pflegeprofession und somit der Peripherie) und der Pflegedirektion bzw. der Geschäftsführung (als Vertreter_innen des Zentrums): Für die Pflegetrainer_innen ist es schwierig, die aus ihrer Sicht notwendigen Veränderungen, z. B. für einen anderen Umgang mit Demenzkranken, im System zu implementieren. So wird es als ein „Kämpfen“ (Morys/Reinisch 2014, S. 151; Transkript Morys/Reinisch 2014, Z. 487) bezeichnet, das Modellprojekt „Familiale Pflege“ im Krankenhaus zu etablieren. Die Pflegetrainerin argumentiert, dass es für eine_n Vertreter_in aus der Medizin leichter wäre, Veränderungen im System durchzusetzen.

„Also [...] dass ich immer das Gefühl habe, die wollten das Projekt doch, aber wir kämpfen immer, und müssen unheimlich lange überall rumnagen, dass was passiert. [...] Und das gibt es, glaube ich, bei der Medizin nicht. Da entscheidet der Chefarzt: ‚Ich will das haben.‘ (? : stimmt) und dann drückt der das durch, durch alle Instanzen.

Und in der Pflege ist es so, wird entschieden, und wir buddeln uns hoch, und bleiben überall stecken, und entweder verlieren wir nicht den Mut und kommen weiter, oder aber irgendwann versandet es“ (Transkript Morys/Reinisch 2014, S. 150f.; Transkript Morys/Reinisch 2014, Z. 485-508).

Die Pflegetrainer_innen erzählen, dass die Türen überhaupt nicht mehr aufgehen, wenn keine Zahlen vorgelegt werden, also nur noch mit der Ethik argumentiert werde. Dieses Prinzip der „geschlossenen Türen“ findet sich jedoch nicht nur im mangelnden Zugang von ethischen Fragen hin zur Betriebsleitung, sondern setzt sich bis zum Krankenbett, also bis in die lebensweltliche Peripherie, fort:

„MM: [...] die sind einfach auch durch, die Kollegen. Die wissen nicht, wo ihnen der Kopf steht. Die kriegen ja auch keine Unterstützung. Weder, dass die Ärzte sagen ‚Wir helfen Euch. Was können wir machen?‘ Das ist ja nicht. Oder dass der, dass die Chefarzte sagen ‚So, was machen wir? Können wir Euch unterstützen?‘ Bei unserem Chefarzt ist das wirklich so: Der geht ‚rein, nach

fünf Sekunden ist er wieder draußen, und wenn der stört, dann heißt es wirklich: ‚Der geht woanders hin‘“ (Transkript Beyer/Richert 2014, Z. 1125-1131).

Neben der fehlenden demenzgerechten Ausstattung auf den Stationen wird die hilflose Anwaltschaft der Pflege durch professionelle Hierarchien gefördert. Auch die Kommunikation im Krankenhaus muss scheinbar durch das Nadelöhr der ärztlichen Hierarchie und Profession, das gilt auch für Patient_innen mit Demenz.

„AA: Oder eine andere Station. Und da kommt noch der Chef-, Chefarzt. Der erzählt denen dann noch etwas auf Medizinisch. Das versteht der auch nicht. Und dann kommen Untersuchungen, ja, und die müssen [...] dementsprechend zieht sich das halt durch, bis die irgendwann entlassen werden oder halt verlegt werden“ (Transkript Beyer/Richert 2014, Z. 710-713).

Dadurch bedingt, dass der Arzt seine Positionsrolle vertritt und mit dem Patienten „medizinisch“ spricht, verstärkt sich die Hierarchieebene und damit auch die instrumentelle Logik. Er agiert aus seinem medizinischen Wissen heraus und wahrt damit die Distanz und Autorität zu Patient_innen und Angehörigen. Die Pflegenden machen aber deutlich, dass man auf Demenz nicht mit Autorität reagieren kann. Umgekehrt fehlen die Ärzt_innen laut Pflege häufig, wenn es um das Halten von Situationen geht. Die Erfahrungen, die die Pflegetrainer_innen mit den Arztgesprächen haben, verdeutlichen dies.

„W: Hm, also bei uns ist es weniger so der Fall. Also, die Angehörigen kommen zu den Besuchszeiten, kriegen, wenn der Arzt Zeit hat, ihr Arztgespräch. Ansonsten wird viel am Telefon mit den Angehörigen Kurzgespräche geführt von den Ärzten her“ (Transkript Baumgart et al. 2014, Z. 602-604).

„W: Ich würde mir hier einiges wünschen. Wir haben hier noch aus alter Zeit Besuchszeiten, die beginnen dann um 16 Uhr 30, dann sind die Ärzte üblicherweise nicht mehr im Haus (lautes Auflachen mehrerer). Das heißt, die Angehörigen haben natürlich gute Chancen (W: Was ist das denn!) (W: So viel zum Thema Arztgespräch)“ (Transkript Baumgart et al. 2014, Z. 674-677).

Nachfolgend werden die langen Kämpfe beschrieben, die notwendig waren, um die Strukturen der Arztgespräche für Angehörige zu verändern.

„W: Also wir haben lange dafür gekämpft, wir hatten auch früher so ähnlich, wir hatten die ab vier, die Besuchszeiten, und unsere Ärzte gehen dann um Viertel nach vier. Das war ganz klasse, die haben sich auch am besten noch durch ihre Zimmer durchgeschlichen, dass man bloß die Angehörigen vorne nicht sieht. Wir haben lange dafür gekämpft, wir haben jetzt also die Besuchszeiten geändert, und haben das aber nicht über die Assistenzärzte gemacht, weil, das funktionierte nicht. Wir haben es dann über den Chefarzt und über die Oberärzte gemacht, und haben jetzt ab halb vier, so dass die Angehörigen wirklich 45 Minuten eigentlich noch Zeit haben, die Ärzte auch zu sehen. Und unsere Ärzte haben jetzt auch ein Telefon ab 14 Uhr, wir haben auch in den Bestimmungen mittlerweile die Telefonnummer drin, da steht auch ab 14 Uhr, und da können die Angehörigen die Ärzte dann wirklich ab 14 Uhr am Telefon erreichen und Termine ausmachen. Aber das war ein langer Kampf, also da habe ich bestimmt anderthalb Jahre dran gesessen, bis wir das Konzept endlich umgebaut haben. Weil, Angehörige stören den Arzt, das ist einfach so. Ne, das störte wirklich, ne“ (Transkript Baumgart et al 2014, Z. 719-732).

„KG: Also bei uns ist es wirklich haargenau wie bei euch, als ob wir wirklich im gleichen Haus arbeiten (allgemeines Lachen). Besuchszeiten, wenn kein Arzt mehr da ist, der Arzt schleicht sich hinten raus, wenn er doch noch ein bisschen länger bleibt und die Angehörigen irgendwie sieht, also das ist wirklich haargenau wie bei uns, und es hagelt wirklich teilweise wirklich Beschwerden. Also da lässt der Arzt sich verleugnen, versucht, uns dann so ein bisschen vorzuschieben, ‚Kannst du mal sagen, ich bin da und da‘ [...]“ (Transkript Baumgart et al. 2014, Z. 743-749).

In diesem Beispiel vermeidet der Arzt Situationen, in denen er an die Grenzen seiner Professionalität und Autorität kommen könnte und kommt somit im Vergleich zu Mitarbeiter_innen der Pflege in keinen Wertekonflikt. Immer wieder zeigt sich, dass die Pflege den betrieblichen und professionellen Hierarchien gegenübersteht. Nur in seltenen Fällen gelingt es der Pflege, den festgefahrenen und tradierten Stationsstrukturen zu „entfliehen“ und anwaltschaftlich im Sinne des_r Patient_in zu agieren.

Die Probleme in der professionellen Hierarchie begrenzen sich jedoch nicht nur auf das Krankenhaus, sondern betreffen auch seine ambulanten Schnittstellen. Brüche in der Versorgung entstehen häufig durch mangelnde Abstimmung und Hierarchiekämpfe zwischen Hausärzt_innen und Krankenhaus.

„W2: Wenn ich jetzt noch mal was sagen darf, die übliche, gerade in der Familialen Pflege es das Übliche ist, wir hatten gerade eine sehr demente, sehr akute Patientin, die wir wirklich sehr gut, ich sag mal, ‚hinbekommen‘ haben, muss man so sagen, dass die wieder alltagstauglich, pflegbar war. Die hat ein sehr behütetes Zuhause mit Sohn und einer Polin, die wohnen alle in einem Haus, und das geht super. Die ist entlassen worden, glücklich und zufrieden, ich komme montags mit den Worten rein: ‚Gott sei Dank, dass Sie da sind!‘ Also, als allererstes hat der Neurologe das Medikament abgesetzt, und dann ist ihr ganz schlecht geworden, und jetzt hat der Hausarzt gesagt, wir sollen – die Anwesenden wissen, was Lorazepam ist – 2,5 mg spontan weglassen ab sofort. Das ist ein abhängig machendes Medikament, die Frau geht somit jetzt akut auf Entzug. Jetzt sagen Sie mir, was ich tun soll? (W: Ja, das ist) Das heißt man stößt nicht nur an seine Grenzen im Rahmen der Behandlung, sondern nach der Behandlung kommt jeder Wald- und Wiesenarzt und pfuscht da rein! Bei Demenz glaubt jeder, er weiß es und er ist zuständig. Selbst ein Hausarzt fühlt sich kompetent genug, Tavor 2,5 mg spontan abzusetzen. M?: Ach du Scheiße!“ (Hagemann/Kutscha 2015, S. 47/48).

Die Hierarchiekämpfe in diesem Beispiel werden auf Kosten der Gesundheit bzw. des Wohlbefindens der Patientin ausgetragen, in dem die im Krankenhaus verordnete Medikation vom Hausarzt verändert wird. Es wird ein Fehler des Hausarztes beschrieben, welcher Tavor abrupt absetzen lässt.

Im Folgenden wird auf die unterschiedlichen Sichtweisen von demenzkranken Patient_innen eingegangen.

4.4 Orientierungsrahmen IV: Die Patient_innen mit Demenz und die nicht demenzkranken Patient_innen

Hinzu kommt, dass Demenzerkrankungen nicht nur mit kognitiven und körperlichen Symptomen einhergehen, sondern auch mit psychischen Störungen und deutlichen Verhaltensänderungen. Angst, Depressivität, Misstrauen und Furcht, Einschränkung des Urteilsvermögens, der Orientierung und Aufmerksamkeit, also auch Gedächtnisstörungen können Ausprägungen der Demenzerkrankung sein. Ebenso können Unruhezustände, Aggressivität, ein veränderter Schlaf-Wach-Rhythmus, Mobilitätseinschränkungen, Essstörungen und noch viele weitere Faktoren beobachtet werden (vgl. Kastner et al. 2007).

Vor allem auf Stationen, bei denen unterschiedliche Krankheitsbilder mit ihren spezifischen Anforderungen kumuliert zusammentreffen, berichten die Pflegetrainer_innen von einem erhöhten Anspruch allen gerecht zu werden. Die Versorgung wird entsprechend als schwierig beschrieben (vgl. Baumgart et al. 2014, S. 66).

„W: Aber nicht nur das ist das Problem, so wie wir aktuell haben, wir haben zurzeit gut zehn gerontopsychiatrische Patienten auf Station, die ständig zu einem kommen, wegen fehlender Orientierung (zustimmendes Hm) und sich immer den Punkt zu uns suchen, ständig zu uns ins Dienstzimmer kommen. Wir haben gar keine Zeit mehr, uns um die anderen Patienten zu kümmern (W: genau). Die gehen unter, weil wir uns nur noch mit den fünf, sechs Patienten, die ständig zu uns kommen, am meisten beschäftigen, die wir ja gar nicht von uns weg kriegen, und somit gar nicht mehr in Kontakt treten können mit den anderen Patienten“ (vgl. Baumgart et al. 2014, Z. 82- 89).

Ein Suchen nach Nähe, Vertrauen und Geborgenheit, bei gleichzeitig erhöhtem Aufmerksamkeitsverlangen kollidiert mit der Versorgung aller Patient_innen und widerspricht damit den institutionell verankerten Strukturen und Pflegezeiten. Validiert wird diese Aussage durch Zustimmungen weiterer Gruppendiskussionsteilnehmer_innen. Zudem berichten die Pflegetrainer_innen in der Mehrzahl davon, dass keine demenzsensiblen Strukturen auf den Stationen verankert und ein demenzgerechter Umgang mit den Patient_innen doch eher die Ausnahme sei. Hieraus resultiert, dass es für die Behandlung von Patient_innen mit Demenz im Rahmen einer geschützten Atmo-

sphäre einer gewissen Pflegekunst bedarf, den Demenzpatient_innen Anerkennung, Personenorientierung, Achtung und Respekt zu geben.

„W: Das Problem, so was bei uns ist, du hast gar kein Setting für die Demenzpatienten, weil, da hast du gar keine Zeit zu, bei den ganzen verschiedenen Erkrankungen, sage ich jetzt mal, laufen die mehr oder minder wirklich mit, das muss man einfach so sagen. Es ist so, die haben auch bei uns nicht unbedingt so die Lobby, ne, die Patienten. Das heißt, (W: bei uns auch nicht) die, da werden dann die Gruppen, sage ich mal, die Therapeuten nehmen lieber die mobilen und fitten mit (W: genau) und wenn man dann mal den Bewegungstherapeuten sagt, ihr könnt aber auch mal die anderen mitnehmen, wenn die gar nichts mehr zu tun haben, werden die mitgenommen. Und was uns, bei uns am meisten ausfällt, sind wirklich die GG- Gruppen, also die Gerontogruppen, ne, das läuft wirklich so alles so nebenbei mit. Das hat man natürlich anders, wenn man da ein Setting für aufbauen kann“ (vgl. Baumgart et al. 2014, Z. 106-116).

Den beiden Sequenzen lässt sich deutlich entnehmen, dass Demenz ein Störfaktor ist, der nicht mit dem normalen Stationsalltag vereinbar ist. Die Demenzpatient_innen sind vorhanden und müssen mitversorgt werden, aber es gibt keinen stationären Spielraum, der eine demenzgerechte Versorgung zulässt. Zudem sticht hervor, dass gerade weil die demenzgerechte Pflege aufwändiger ist, diese Patient_innen unbeliebter zu sein scheinen. Die Therapeut_innen beschäftigen sich vorrangig mit den mobilen und fitten Menschen, dabei ist der therapeutische Bedarf bei Demenzpatient_innen nicht zu unterschätzen.

Einige Pflegetrainer_innen halten nicht nur die gemeinsame Versorgung von Patient_innen mit unterschiedlichen Diagnosen auf einer Station für problematisch, sondern auch das Aufeinandertreffen der unterschiedlichen Patient_innengruppen an sich.

„W: Also es ist so, dass es manchmal bei den anderen Patienten darauf ankommt, einfach was die für eine Diagnose haben. Also so Depressive kommen da eigentlich ganz gut mit klar. Manische, ja, die, das ist dann immer sehr schwierig, weil die wollen die natürlich dann motivieren und alles Mögliche mit denen machen, ‚dann müssen wir doch einfach‘, ja und ich sage mal, Psychosen und so, das ist dann oft sehr schwierig, weil, die fühlen sich dann

oft belästigt, bedroht, da gibt es dann oft auch so Aggressionssachen dann zwischen diesen Gruppen, das ist dann schon recht schwierig, muss man sagen. Da steht man natürlich als Puffer dann dagegen. Ja, und ich denke, wir selbst müssen einfach wirklich immer gucken. Also man muss immer zwischen der ganzen Kranken irgendwie switchen. Jetzt mache ich gerade den Psychotiker, und jetzt muss ich gucken, dass ich mit dem Demenzkranken klar komme, das ist einfach so schwierig dann“ (vgl. Baumgart et al. 2014, Z. 550-561).

Verdeutlicht werden die Reibereien im nachfolgenden Ausschnitt:

„KG: Ich habe damals (korrigiert) vorhin schon mal kurz erwähnt, dass wir eben sehr viele Suchtpatienten auch auf der Station haben. Wir kommen aus O., arbeiten in O., und viele Suchtpatienten in O., ohne jetzt fies zu klingen, die haben schon ein relativ niedrig angesiedeltes Bildungsniveau (jemand lacht), um noch mal auf das Thema von vorhin zurückzukommen (W: mit denen muss man ganz langsam reden) (Gelächter), da fehlt wirklich absolut das Verständnis. Die sind innerhalb von zwei Minuten genervt, die haben wirklich nicht diese Feingefühle dafür, und da kommt es sehr, sehr häufig zu Reibereien. ‚Der war an meinem Nachttisch, der hat auf meinem Bett gesessen irgendwie, schmeißen Sie den jetzt sofort aus meinem Zimmer, das geht doch so nicht‘ und (W: Schneewittchen) ist schwierig, ist sehr, sehr schwierig“ (vgl. Baumgart et al. 2014, Z. 578-587)

Offensichtlich kann es dann zu aggressiven Handlungen kommen, bei denen die Pflege als „Puffer“ dient. Suchtpatient_innen fühlen sich explizit genervt und haben absolut kein Verständnis für das manchmal auch nicht ganz nachvollziehbare Verhalten von Demenzpatient_innen. Gleichzeitig ist es eine Herausforderung für die Mitarbeiter_innen auf der Station, den Überblick zu behalten und zwischen den einzelnen Patient_innen und deren spezifischen Bedürfnissen zu unterscheiden.

Um auf die spezifischen Anforderungen einer demenzerkrankten Person eingehen zu können, reagiert die normalistische Institution mit der Etablierung von spezialisierten geronto- und gerontopsychiatrischen Stationen. Gleichwohl kann die Verschiebung von Patient_innen auf lediglich spezialisierte Stationen nicht die Lösung sein, um der wachsenden Anzahl an Demenzpatienten entgegenzutreten, vor allem nicht, wenn Demenz die Nebendiagnose ist.

4.5 Orientierungsrahmen V: Die Normalisierungslogik verschärft das Problem

Im fünften Orientierungsrahmen beschreiben Pflegetrainer_innen die Radikalisierung der instrumentellen Lösungsversuche und den Verlust an ethischen und professionellen Maßstäben. Das Prinzip, dass der_die Patient_in sich in die Abläufe und Maßnahmen einzufügen hat, auch wenn er_sie seine formale und innere Zustimmung zum Prozedere der Behandlung nicht geben kann, wird aggressiv durchgesetzt. Wenn diese Durchsetzung nicht gelingt, wird der_die Patient_in weitergeschickt.

„KK: Und wenn ich mal nachts bin, ich bin dann praktisch allein auf der Station. Bei manchen sind zwei, und bei uns ich bin dann alleine. Und 30 Patienten haben wir da auf der Station. Da muss ich überall her und auch mal auf die Schnelle gehen. Und wenn dann einer randaliert. Man ruft dann den Arzt. ‚Was machen wir jetzt?‘, überlegt man. ‚Aha, jetzt versuchen wir [es] mit Beruhigungsmitteln erst mal.‘ Es sind ganz viele Patienten so, dass da auch mal beruhigende Mittel schon mal hilft. [...] Die sagen ‚wenn wir weiter noch mal ein Schub gibt, besteht dann die Gefahr, dass Gesundheitsschaden anbringen kann. Jetzt fixieren wir ihn.‘ Also es gab schon mal ganz oft, dass ich auch mal in der Nacht auch mal eben ihn fixiert habe aufgrund dessen, dass er auch mal so ‚ne Unruhe verbreitet hat. Du hast keinen Springer noch in der Nacht, [...] das ist wirklich schwierig.“ (Transkript Beyer/Richert 2014, Z. 489– 509).

An diesem Transkriptionsausschnitt zeigt sich, dass Patient_innen mit Demenz nicht entsprechend ihrer Krankheitsphänomenologie, sondern nach den Maßstäben der klinischen Vernunft behandelt werden. Tanzt ein_e Patient_in aus der Reihe, reagiert die ausführende Kraft im Sinne dieser Institutionslogik und versucht, den_die Patient_in mit Beruhigungsmitteln zu normalisieren. Nützt dies nichts, wird die Sedierung verstärkt. Als letzte Option bleibt die Fixierung zur Ruhigstellung des_r Patient_in, damit der Stationsalltag nicht weiter gestört wird und die Mitarbeiter_innen funktionieren können. Eine andere Alternative scheint die Verschiebung von schwierigen Patient_innen in die Psychiatrie oder in ein anderes Krankenhaus zu sein:

„DD: [...] arbeiten wir dann in zwei Häusern zusammen und schicken die weiter, wenn eine Person nicht da ist.“

AA: „Das ist leider so. Oft ist es leider das Krankenhaus X (Psychiatrie), was dann die Patienten von uns aufnimmt.“ (Transkript Beyer/Richert 2014, Z. 155-158; Powerpoint-Präsentation Beyer/Richert, Folie 5).

Zu bedenken ist, dass, wie bereits erwähnt, vor allem für Patient_innen mit Demenz eine stationäre Aufnahme eine Störung im Alltag bedeutet. Nichts ist mehr an seinem gewohnten Ort, die Wege zur Toilette sind anders, die Personen um einen herum differieren, der_die Patient_in wird nur in für ihn oder sie in kaum verständlicher Sprache über die Ursache des Aufenthalts aufgeklärt und ist am Ende mehr verwirrt als beruhigt.

„AA: Die haben gar keine Zeit zu realisieren: ‚Wo geht es denn jetzt hin?‘ Dann werden die ins Krankenhaus gesteckt; da hat man so einen großen Eindruck, was da alles auf einen einprasselt. Und dann kommen die auf Station. Da werden die abgefertigt. Dann sollen sie weiter schlafen, nachts um 2, und morgens geht das Ganze wieder von vorne los. Die haben also gar keine Zeit, irgendwie anzukommen und erst mal zu sehen: Okay, wo bin ich denn jetzt? Und das geht, bis die entlassen werden, so.“ (Transkript Beyer/Richert 2014, Z. 700-706, Hervorh. i. O.).

„MM: Die haben Pech, dann von einem Zimmer in ein anderes (AA: Genau) geschubst zu werden.“ (Transkript Beyer/Richert 2014, Z. 708f.).

Die Pflegetrainer_innen finden deutliche Worte. Die Demenzpatient_innen haben einfach „Pech“, sie werden im Stationsalltag abgefertigt, ohne dass ihnen ein gewisses Maß an Zeit zugesprochen wird. Dennoch verweisen die Pflegetrainer_innen darauf, dass sicherlich auch andere Lösungen mit ein bisschen Arbeit denkbar wären (vgl. Transkript Beyer/Richert 2014, Z. 159f.). Allerdings fehlt hierzu im Stationsalltag die Zeit. Gleichzeitig wird ebenfalls aufgezeigt, dass das Krankenhaus eine Containerfunktion für die gesamte Gesellschaft hat. Sind zum Beispiel Hausärzt_innen mit Patient_innen überfordert, wird eine Einweisung ins Krankenhaus als Lösung durchgesetzt.

„W10: Das Problem ist also, wir haben z. B., also warum die Patienten kommen oder warum wir die aufnehmen ist ganz oft so, dass die ganzen Hausärzte ganz schnell einfach da so was hinschreiben wie Weglauftendenz oder

Aggressivität, und dann stehen die einfach vor der Tür. (W: Genau) Dann stehen die bei uns mit dem Sanitätswagen da vor der Türe, und dann (W: Bei uns sind die (Rest unv. 26:28)) sagen die ‚Was sollen wir machen? Dann müssen wir die ja schon aufnehmen.‘ Unsere Ärzte telefonieren vielleicht vorher sogar mit denen, sagen: ‚Das ist kein Grund‘, und fünf Stunden später stehen die trotzdem da, weil der Hausarzt einfach ein PKG draus gemacht hat“ (Hagemann/Kutscha 2015, S. 45f.).

Die Aussage „einfach da so was hinschreiben wie Weglauftendenz oder Aggressivität“ (ebd. Z. 313f.) zeigt ihr Unverständnis auf, da ihrer Meinung nach Ärzt_innen sich nicht gründlich genug mit ihren Patient_innen auseinandersetzen. Würde dies geschehen, könnten Falschdiagnosen und damit Fehleinweisungen vermieden werden. Eine Teilnehmerin validiert ihre Aussage mit „genau“ (ebd. Z. 314). Im nächsten Satz wird sehr deutlich, dass W10 die Zwangseinweisung der Patient_innen als eine Art „Abschiebung“ wahrnimmt. „Dann stehen die bei uns mit dem Sanitätswagen da vor der Türe, und dann sagen die ‚Was sollen wir machen? Dann müssen wir die ja schon aufnehmen.‘“ (ebd. Z. 314f.). In dieser Situation wird der Zwang zur Aufnahme deutlich. Sie stellt heraus, dass das Personal des Sanitätswagens mit der Situation überfordert ist: „Was sollen wir machen?“ (ebd. Z. 315f.). Da die Gerontopsychiatrie die letztmögliche Station ist, wird offensichtlich, dass hier ein Abweisen der Patient_innen nicht möglich und damit die Aufnahme der Patient_innen obligatorisch ist: „Dann müssen wir die ja schon aufnehmen.“ (ebd. Z. 316). Die Unzufriedenheit mit dem Verhalten der Hausärzt_innen wird noch dadurch gesteigert, dass die stationeigenen Ärzt_innen häufig telefonisch eine Einweisung klar ablehnen: „Das ist kein Grund“ (ebd. Z. 317). Von Seiten der Hausärzt_innen wird dann aber häufig das letztmögliche Druckmittel, eine Einweisung nach PsychKG (PKG) (vgl. ebd., Z. 320) vorgenommen: „und fünf Stunden später stehen die trotzdem da, weil der Hausarzt einfach ein PKG draus gemacht hat“ (ebd. Z. 317f.).

4.6 Orientierungsrahmen VI: Die Entstehung von Ressentiments

Ressentiments, die Entstehung von seelischen Vergiftungen (vgl. Gröning 1998, 2014), sind Gewalt und verrohungsbegünstigende Faktoren, die sichtbar werden, wenn Pflegende gezwungen sind, ständig gegen ihre ethische Überzeugung zu handeln und wenn es für die ethische Dimension der Pflege im Rahmen der beruflichen Rolle keinen Ort mehr gibt. Die Psychodynamik ist, dass sich die zunächst noch für das Über-Ich und Deregulierung von Aggression wichtigen Schuldgefühle verändern. Es kommt zu einer Identifizierung mit der instrumentellen Logik und der die Patient_in wird zum r Feind_in. Diese Logik lässt sich in den folgenden Abschnitten aufzeigen:

„AA: Das ist schon nervenaufreibend, weil man sich da wirklich Zeit nehmen muss für, aber wo man schon weiß: Diese Zeit hab' ich nicht und die hänge ich nachher wieder dran.“ (Transkript Beyer/Richert 2014, Z. 639-641).

Gerade hier zeigt sich eine Veränderung des Denkens. »Eine Zuwendung zum r Patient_in geht auf meine Kosten«, so die Botschaft. Es ist dieses Denken, welches dann Pflegende und Patient_innen zu Interessensgegnern macht.

„MM: Auf der Privatstation heißt es: ‚Okay, der Patient stört hier unsere Chemopatienten.‘ Der geht dann auf eine andere Station, wo er die anderen stört, Hauptsache, nicht die Privatpatienten.“

„AA: Oder ganz schnell: ‚Ruf doch mal in X. an, ob Platz ist!‘ (Lachen)“ (Transkript Beyer/Richert 2014, Z. 1107-1110; Hervorh. i. O.; Powerpoint-Präsentation Beyer/Richert, Folie 13).

„CC: Das ist dann hinterher, also der Nachtpfleger hat sie wirklich nur noch gepackt und hat gesagt ‚Wir sind hier nicht im Zirkus.‘ Der war am Ende auch. Und ging bei Übergabe schon weiter. Weil das [...] sind dann (a) schon acht Stunden durch, und dann geht das nicht. Das ist dann ein bisschen heftig.“ (Transkript Beyer/Richert 2014, Z. 1079-1082).

Dass Patient_innen mit Demenz als Störer_innen etikettiert werden, wird auch in den folgenden Abschnitten expliziert. Hier verweist die Pflegetrainerin darauf, dass

Aggressionen der Patient_innen mit Demenz immer auch als Antworten auf empfangene Aggressionen geprüft werden müssen.

„MaK: Also Demenzkranke im Krankenhaus, die stören. Die sind einfach, ja, die stören einfach. Es geht los halt mit der Aufnahme, wo ja relativ zügig gearbeitet werden muss, wo die einfach Angst bekommen. Weil auch da keine Zeit ist, ihnen das zu erklären. Da werden sie gepiekt, gestochen, an Geräte angeschlossen, und keiner hat Zeit, und dann ist eigentlich so der erste Moment, wo die Patienten erst mal austicken, weil die einfach Angst haben. Und oft dürfen Angehörige nicht mit rein, weil es einfach Vorschrift ist. Was ja schon mal helfen würde, um sie zu beruhigen. [...] Ich werde nie eine Szene vergessen: Wir hatten in der Aufnahmestation ein Fünf-Betten-Zimmer. Die waren alle belegt, und mitten in diesem Zimmer stand das sechste Bett mit einer demenzkranken Frau, und die stand in dem Bett, dieses kleine Klappergestell. Und immer wieder ging jemand ‚rein (im Kommandoton) ‚Und jetzt legen Sie sich hin! Und das geht hier jetzt nicht!‘, (normal) und die Patienten waren auch schon alle am Meckern und Mosern. Und irgendwann kam dann ‚ne Schwester, die also sehr resolut ist, und wir sind beide zusammen hingegangen und ich konnte mich gegen diese Schwester nicht durchsetzen. Die hat da diese Patientin wirklich mit körperlicher Gewalt dazu gebracht, dass sie sich hinlegt, weil die sonst noch ins Bett gefallen wäre. Und die hat einfach nur so reagiert und hat einmal wuff!, so gemacht, und dann habe ich eine geknallt gekriegt. (Lachen) Ja, war halt Pech, ne. (MK: Nee, das war absehbar!) Aber es war so diese Reaktion: Man hätte das, man hätte das anders regeln können. Das wäre anders möglich gewesen. Aber der Eigenstress in so’ner, auf so’ner Station, der war in dem Moment zu hoch, als dass man auf diese Patientin hätte eingehen können.

TD: Und die Räumlichkeiten fehlten.

MaK: Und die Räumlichkeiten fehlten.

TD: Wäre sie vielleicht in einem kleinen Zimmer gewesen, alleine oder was auch immer ...

MaK: ... wäre es durchaus anders gewesen, genau (Z. 618-643)“ (Vogt/Bode/Fuhrmann 2015, S. 31 f.).

Zudem wird in diesem Beispiel offensichtlich, unter welchem hohem Druck das Pflegepersonal steht.

4.7 Orientierungsrahmen VII: Organisationsethische Neubestimmung

Um Wege aus dem ethischen Dilemma und den Interessenskonflikten zwischen betrieblicher, professioneller Hierarchie und der anwaltschaftlichen Pflege zu finden, bedarf es einer organisationsethischen Neubestimmung des Krankenhauses. Wie sehr sich die Pflegenden darum heute schon bemühen, wird im letzten Orientierungsrahmen deutlich. Hervorzuheben sind Aspekte wie die Ressourcenaktivierung sowie das Schaffen von Halt und Sicherheit gebenden Strukturen, gleichzeitig die Patient_innen aber nicht zu entmündigen. Wichtig ist auch, dass die Angehörigen über diese Aspekte informiert werden. Nur wenn Angehörige sich aktiv an der Ressourcenaktivierung beteiligen, besteht die Chance, dass noch vorhandene Potenziale nicht verkommen.

„W: Also das, also ich versuche, die jetzt schon etwas mehr einzubinden oder auch eine Angehörige, die versucht, ihren Mann total zu betüddeln, er kann aber auch noch einige Sachen selber. So, er kann alleine aus dem Bett aufstehen, (unv. Zw. 43:16) sich alleine die Pantoffeln anziehen, sagt aber zu seiner Frau: ‚Mach mal.‘ (Mehrere lachen) Sie sich schon am Bücken, auch nicht gerade rückschonend, da habe ich dann auch erst mal gesagt: ‚Moment, erst mal alleine versuchen lassen‘, so dass ich da schon so ein kleines bisschen versuche, die eben ein bisschen mit einzubinden jetzt schon im Alltag.“ (Baumgart et al. 2014, Z. 611-618)

Eine Pflęetrainerin hält es für sinnvoll, die Angehörigen der demenzkranken Patient_innen mit in die Pflęe einzubeziehen bzw. ein Rooming-in anzubieten. Auf diese Weise lernen Angehörige einen anderen Umgang mit dem_r Patient_in, erhalten Informationen zum Krankheitsbild und werden in der Pflęe angeleitet. Weiter erfährt der_die Patient_in Sicherheit und die Station eine gewisse Art der Entlastung.

„BE: Aber manchmal muss ich auch sagen, wenn man so tradierte Pflęeorganisationen überdenkt, oder vielleicht auch Angehörige auch mit Rooming-in auf eine Station holt und mit einbezieht und schult, dann kann man ja vielleicht auch gewisse Probleme anders begegnen, man muss ja nicht alles selber machen als Pflęekraft. (W: Ja) Es muss ja nicht jeder Patient morgens um sieben gewaschen am Tisch sitzen (W: Genau) eben das ist, also sicherlich ist es, es

ist zu eng, es ist zu viel, aber ich glaube, man kann auch da mit Überdenken halt.“ (Baumgart et al. 2014, Z. 269-276)

Patient_innen mit Demenz benötigen nicht nur eine gewisse Nähe und erhöhte Aufmerksamkeit, sie brauchen vor allen Dingen feste Bezugspunkte, die ihnen Sicherheit geben. Demenzsensibel zu arbeiten heißt zudem, flexibel auf die Bedürfnisse des_r einzelnen Patient_innen reagieren zu können. Wie dies gelingen kann, wird am nachfolgenden Beispiel verdeutlicht.

„W: Also ich habe mal eine Situation gehabt mit einem, zu allen Qualitäten desorientiert, komplett, rannte ständig in alle Patientenzimmer. Ist an alle Sachen gegangen, hat sämtliche Flaschen ausgetrunken, überall immer rein, und kam aber genau so häufig zu uns ins Dienstzimmer. So, das heißt ja eigentlich, Patienten haben im Dienstzimmer nichts zu suchen. So, ich hatte dann aber irgendwann auch mal, war mit den Nerven am Ende, wusste nicht mehr, weil, die ganzen anderen Patienten kamen zu mir und haben sich ständig beschwert, dass der sämtliche Sachen durchwühlt hat. (Leises Lachen im Hintergrund) Ja gut, was soll ich machen? Habe ich einen Hocker direkt bei uns im Dienstzimmer ans Waschbecken gestellt, nicht an unsern Schreibtisch, sondern ans Waschbecken, und er kam rein und hat sich immer auf diesen Hocker gesetzt. Er ist nie wieder in die anderen Patientenzimmer gegangen. Er hat sich immer auf diesen Hocker gesetzt, ist an keine Wasserflasche mehr gegangen, weil ich ihm eine Wasserflasche bereitgestellt habe. Jedes Mal, wenn er sich hingesetzt hat, habe ich ihm das Wasser gegeben, er hat einen Schluck getrunken, mir die Flasche wiedergegeben und blieb ruhig da sitzen. Ist dann zwischendurch mal eine Runde gelaufen, und kam dann wieder dahin, und konnte sich dahin setzen, und hat sich auch beschwert, wenn der Hocker nicht da war. (Allgemeines Lachen) Also das hat super funktioniert. Andere Kollegen konnten es irgendwo nicht nachvollziehen, aber für mich war es entlastend!“ (Baumgart et al. 2014, Z. 498-515)

„W: Weiß ich nicht. Also, war eine richtige Entscheidung für mich, fand ich super. Vielleicht würden einige andere sagen, ja, das geht ja gar nicht, Patient im Dienstzimmer, ja gut, für mich war es richtig. Ich hatte Ruhe auf Station, die anderen Patienten waren entlastet, die sind ja alle nicht ohne Grund im geschützten Bereich, also war die Situation einfach entschärft. Und so fand ich, war es gut so.“ (Baumgart et al. 2014, Z. 517-521).

Was die Pflegetrainerin hier beschreibt, wird als ein Bindungsmilieu beschrieben. Man weiß, dass Patient_innen sich gerne in der Nähe ihrer Bezugspersonen aufhalten und die „sichere Basis“ (Stuhlmann 2004) suchen. In diesem Kontext sind die Haltung und das Halten des_r Patient_in von großer Bedeutung. So wird der Haltungsaspekt bzw. die menschliche Zuwendung auch innerhalb der Projektstudie von Bernhardt und Bökmann (2015, S. 112ff.) als etwas Wichtiges und Notwendiges angesehen:

„C: Aber es ist auch hauptsächlich eine Haltung. Manchmal denke ich auch, natürlich, Fortbildung, klar ist, wichtig, und Hintergrundwissen braucht man, aber ich glaube, die Haltung, wie man die Leute annimmt, das ist für mich fast das Wichtigste. (W: Genau) (D: Hm) Also. (17:48)“ (Z. 222-226).

An dieser Stelle scheint die Perspektive des_r Patient_in in Form eines empathischen Verstehens im Vordergrund der Betrachtung des Krankenhausmitarbeiters zu stehen. Auch B führt an anderer Stelle die menschliche Zuwendung an:

„B: Es geht ja immer in der Hauptsache um Personal, um menschliche Zuwendung, die dann also mit diesen Patienten, die wahrnehmungsgestört sind, auch etwas übernehmen –, also die können sie beschäftigen und können ein Spiel mit denen spielen oder einfache Orientierungsübungen machen, oder einfach nur da sein, ihnen was vorlesen. Und daran hapert es, also an dieser menschlichen Zuwendung. Wenn die gewährleistet ist, da kann man also ganz viel sich Medikamente sparen, Fixierungen sparen, aber das ist eben auch ein erhebliches Mehr an Kosten, [...]“ (Z. 400-407).

Demenzkranke Patient_innen stellen andere Ansprüche an die Pflegetätigkeit, folglich ist es für die Pflegekräfte unabdingbar, biografisches Wissen zu erlangen, um den Pflegeprozess zu erleichtern. Dafür sind sie auf Angehörige und deren Kooperation angewiesen. Strukturell betrachtet macht es laut eines Pflegetrainers Sinn, offizielle Biografie-Fragebogen zu besitzen, die es erleichtern würden, an dieses Wissen zu gelangen. Die Pflegetrainerin MM hält dies im System Krankenhaus allerdings für utopisch und ist daher froh, biografische Informationen von Angehörigen, aber auch von Pflegeeinrichtungen zu erhalten, mit denen das Krankenhaus vernetzt ist:

„MM: Da muss ich mir die Angehörigen mit ranholen (? : richtig) nur so kann es gehen, weil, ich halte mich jetzt echt nicht mehr lange auf und ich warte auf

kein gelenktes Formular. Es wird keinen Biografiebogen in der normalen Medizin geben, schon gar nicht in der interdisziplinären mit neun verschiedenen Disziplinen und jeder Chefarzt will was und, ja, nee, ist klar. Dann ist, meine Chance sind die Angehörigen, und die Idee: was will ich denn? [...] Und Biografie, es ist klasse, wenn wir z. B. aus Pflegeeinrichtungen Patienten kriegen. Mittlerweile klappt das mit der Überleitung so gut, das kenne ich ja auch von früher noch ganz anders, dass ich mich freue, wenn der Altenpflege- oder der Pflegedienst, dann klappe ich und suche und denke, oh, Biografiebogen, wie schön ist das denn! Da habe ich was. Die sind natürlich super eingespielt und vorbereitet. Und darum sage ich auch immer den anderen Berufsgruppen so, ihr seid unsere Hoffnung, ihr gebt uns viel. Mittlerweile klappt das ja von der Vernetzung, wir müssen diese Überleitung ja auch in die andere Richtung weitergeben und sagen, was ihr uns gebt, kriegt ihr zurück, wir machen das dann auch so, dass ihr genau Bescheid wisst. Da ist ja mittlerweile etabliert. Aber die Biografie, das ist nicht der Pflichtpunkt, wo wir überall vorbeikommen, der gehört da nicht mit rein. Und das ist das, was fehlt. Wenn ich nicht weiß, woüber reden wir denn hier, dann steht da ein Fettnäpfchen an dem nächsten, und ich tapse da am Krankenbett munter rein. Das ist dann mal so.“ (Penner/Vetter 2014, S. 38f.; Transkript Penner/Vetter 2014, Z. 558-582).

Kenntnisse über die Biografie des_r Demenzkranken sind für Pflegekräfte von unschätzbarem Wert. Denn sie lassen die für Unwissende möglicherweise irritierend wirkenden Verhaltensweisen von Demenzkranken, mit deren Augen betrachtet, sinnig erscheinen. So verweist die Pflegetrainerin im folgenden Beispiel auf die Wichtigkeit des Sich-hinein-Versetzens in die demenzkranke Person:

„MM: Wenn der mir die Beine gibt, und ich kann die waschen, wenn ich singe: Wasser ist zum Waschen da, dann tue ich es, und dann bin ich fertig mit waschen. Das ist so meins, da habe ich genug Eigenhumor, das passt. (Jemand kichert) Da muss man hin, ich weiß nicht, man muss da einfach hin, und das ist das, was wir aus unseren Fortbildungen immer und immer wieder mitnehmen. So ein bisschen, wie kann es denn sein mit der Biografie? In welchem Alter befinden die sich? Was kann ich da rauskitzeln, wie bringe ich denjenigen zum Lachen? Wie kann ich dem das Gefühl geben, ich verstehe ihn so ein bisschen, ich dränge ihm nicht meinen Willen auf, sondern ich hole ihn so ein bisschen ab. Ganz perfekt ist es wirklich nicht immer, das sehe ich schon

auch. Ich sehe auch, wo ich Einschränkungen machen muss, aber dann ist es so. Dann ist es einfach so.“ (Penner/Vetter 2014, S. 37; Transkript Penner/Vetter 2014, Z. 512-522).

An diesem Ausschnitt wird deutlich, dass eine adäquate Pflege nur durch genaues Beobachten des_r Demenzpatient_in und Wissen über Regressionen in frühere Lebensabschnitte (z. B. der frühen Kindheit) möglich ist. Durch das Singen des Liedes tritt sie mit ihm in Beziehung und das Waschen gelingt komplikationslos. „Eigenhumor“ als zusätzliche Kompetenz der Pflegekraft ist hier von unschätzbarem Wert und erleichtert die Pflege (vgl. Penner/Vetter 2014, S. 38).

Ein weiteres, zentrales Ergebnis besteht darin, wie Pflegekräfte aus ihrer Profession heraus mit Demenzkranken im Rahmen eines demenzgerechten Krankenhauses umgehen und sich für diese anwaltschaftlich einsetzen. Eine Pflgetrainerin berichtet von ihrer Weiterbildung als Demenzcoach und ihrer damit einhergehenden Multiplikatorinnenfunktion. Sie weist auf die hohe Bedeutung einer demenzgerechten Kommunikation hin:

„B: Und ich bin jetzt nach G. rübergeschickt worden zu dieser Demenz-Coach-Ausbildung, und ich gelte jetzt als Multiplikator für die Stationen. [...] im zweiten Halbjahr, fangen wir jetzt an, eine Pflichtveranstaltung fürs Personal zu machen, zum Thema ‚Kommunikation mit Demenzkranken‘ [...]. Ja, und da muss jeder auftauchen, denn was ich häufig auf den Stationen noch sehe, wie dort mit den Patienten umgegangen wird, aus unserem Kreis, aus Schwestern. [...] die Schwester geht mit dem Arzt auf Visite, und draußen versorgt werden die Leute von Schülerinnen, die seit zwei Tagen da sind, von Praktikanten (? : wenn sie da sind) von Aushilfen, wenn sie da sind. Das sind die, die reingehen und die Stammbblätter ausfüllen. Das sind die, die reingehen, das Essen bringen, und die erkennen das nicht!“ (Morys/Reinisch 2014, S. 145; Transkript Morys/Reinisch 2014, Z. 250-260).

Im folgenden Beispiel wird ein demenzsensibler Umgang mit einem Patienten deutlich, welcher nachts wach geworden und aus seinem mit einem Gitter umstellten Krankenbett „ausgebrochen“ ist:

„Ja dann habe ich den, damit er müde wurde, gewaschen. [...] und danach war der Gott sei Dank so erschöpft, dass der wieder eingeschlafen ist. Also ich hätte jetzt, hätte ich mir aussuchen können, was machst du? Tust du wieder sedieren, oder machst du, was dem eigentlich auch gut tut, von der Pflege her, dann war er danach müde, und ist danach wieder eingeschlafen. Dann habe ich gesagt, dann wäschst du ihn, dann hat er danach ein bisschen Ruhe. [...] Und wir merken auch so, dass der halt, ja, wie soll ich mal sagen, Sehnsucht hat nach Zuwendung. [...] Also man sieht, die brauchen einfach eine regelmäßige Betreuung, auch eigentlich sehr viel Zuwendung und Liebe irgendwie [...].“ (Morys/Reinisch 2014, S. 157f.; Transkript Morys/Reinisch 2014, Z. 763-782).

Der demenzsensible Umgang besteht in diesem Fall darin, den Patienten mittels körperlicher Pflege in Form von Waschen und der damit einhergehenden emotionalen Zuwendung zu beruhigen. So konnte auf eine Ruhigstellung mittels sedierender Psychopharmaka verzichtet werden.

Wenn Pflegekräfte demenzgerecht arbeiten wollen, sind Angehörige als Informationsquellen und Koproduzent_innen für die Pflege von Bedeutung, da sie über lebensweltliches Wissen verfügen. Noch geht das Krankenhaus aber von einem Expertenmodell aus, in welchem die Angehörigen Laien sind. Sie werden umgekehrt wenig mit Wissen versorgt.

„MM: Was ich erschwerend finde, wir haben z. B., wir dürfen keine Dokumente im Haus rausgeben an Angehörige, die nicht gelenkt sind. Das Haus muss ja bestimmen, welche Dokumente, welche Fragebögen, Anamnesebögen geben wir raus. Wir haben natürlich durch die Familiäre Pflege die unschätzbare Gelegenheit, vorzustellen, was wir haben, und geben dann, ich gebe auch gerne schon mal Angehörigen Anamnesebögen für Demenz raus, die sie sich zu Hause ausfüllen können, wo sie sich Gedanken machen können. [...]. Wir sind hier leider noch nicht so weit, dass wir Bögen ausgeben dürfen, aber es ist schön für jeden, der es transparent machen kann. Den Angehörigen zu sagen: ‚Wissen Sie was, ich gebe Ihnen mal eine Adresse, vielleicht googeln Sie sich mal so einen Anamnesebogen. Oder ich gebe Ihnen den unter Vorbehalt, weil, das ist kein offizieller, ob Sie damit was anfangen können‘. [...]. Und mir hilft für jeden, der das mitbringt, ich mache das auch oft nach der Anamnese,

nach dem Anamnesegespräch, wenn ich merke, da ist was im Busch, dass ich versuche, mit einem erweiterten Bogen die Leute noch mal nach Hause zu schicken, sage: ‚Machen Sie sich Gedanken, was Sie mir mitteilen möchten, und bringen Sie mir das wieder mit, und dann ergänzen wir uns das miteinander.‘ [...]“ (Penner/Vetter 2014, S. 29; Transkript Penner/Vetter 2014, Z. 301-345).

An diesem Beispiel zeigt sich einerseits die große Bedeutung des Projektes „Familiale Pflege“ in Bezug auf die Angehörigenarbeit: Die Pflegetrainer_innen haben größere zeitliche Ressourcen und können somit die Angehörigen über Anamnesebögen, welche auch Diagnosekriterien bzgl. Demenz enthalten, informieren.

Pflegetrainer_innen, die an der Wissenschaftlichen Weiterbildung zur Demenz teilgenommen haben, berichten davon, dass sie auch in ihrem stationären Alltag hiervon profitieren und sich ihr Blick bereits verändert habe.

„W: Und man hat schon jetzt, oder ich persönlich habe schon ein anderes Auge jetzt, wenn die Leute kommen, dass man schon eher die Angehörigen anspricht, ne, dass man schon eher auch noch mal selbst sein eigenes Arbeiten und auch das Arbeiten der Mitarbeiter einfach anders, ein bisschen anders reflektiert und natürlich schon guckt, die kommen zu kurz, was können wir denen noch anbieten, dass es denen einfach auch, ich kann die Gegebenheiten nicht komplett ändern, aber dass man eben guckt, man wird den Leuten vielleicht ein bisschen besser gerecht, und das auch über die anderen Stationen tragen. Ne also, wir gehen jetzt auch so über die anderen Stationen und fragen nach, ist da Bedarf, gibt’s irgendwas, und dass man da einfach ein bisschen mehr ein Auge auf diese Leute dann einfach auch hat. (11:32)
TK: Also ich denke, das ist eine Win-win-Funktion für beide. Einmal für den Patienten, weil der Angehörige noch mal viel mehr über das Krankheitsbild, jetzt z. B. Demenz erfährt, Umgangsmöglichkeiten auch, und das wirkt sich ja wieder positiv auch auf den Umgang mit dem Patienten, also wenn er wieder zu Hause ist auch aus. [...]“ (vgl. Baumgart et al. 2014, Z. 147-161).

Wie wichtig der aktive Einbezug von Angehörigen in den Pflegeprozess und die damit verbundene Information und Aufklärung ist, wird nachfolgend deutlich:

„[...] mehr schwer demenziell erkrankten Patient_innen, die aus einem häuslichen Umfeld auf die Station kommen, welches von Chaos und Mangel an Information geprägt ist. Vorhandene Hilfsangebote würden deshalb nicht angenommen, weil die Angehörigen aus ihrer Überforderungssituation heraus nicht in der Lage seien, diese wahrzunehmen. Andere Teilnehmer_innen stimmen zu.“ (Baumgart et al. 2014, S. 42).

„Ein anderer Teilnehmer (W) bezeichnet die aktuelle Lage als ‚Informationsdschungel‘. Nicht nur die Angehörigen, sondern auch das Pflegepersonal selbst verstehe nicht alles, was es an Orientierungshilfen gebe. Beratung sei deshalb so wichtig, damit passende Lösungen gefunden werden können.“ (Baumgart et al. 2014, S. 42).

Demenz ist eine Erkrankung, die nicht nur das Krankenhaus vor neue Herausforderungen stellt, auch das familiäre Umfeld ist häufig durch Überforderungen und Unkenntnis geprägt. Vor allem, wenn es um die Spezifika der Erkrankung geht. Umso wichtiger ist es, die Angehörigen abzuholen, aufzuklären und über bestehende Hilfsangebote zu informieren.

5. Fazit

Festzuhalten ist, dass die Versorgung von Patient_innen mit Demenz ein zunehmendes Problem darstellt. Weiterhin ist es ein Faktum, dass erst wenige Krankenhäuser strukturell auf diese demografische Entwicklung reagieren. Anzunehmen ist, dass die Realität vielmehr den Aspekten entspricht, die aus den Orientierungsrahmen extrahiert werden konnten.

Die Pflegetrainer_innen wollen den Bedürfnissen der Patient_innen gerecht werden. Sie versuchen, im Sinne ihrer Professionsethik zu handeln und Patient_innen mit Demenz gemäß ihrem Krankheitsbild zu versorgen. Die bestehende Sachzwanglogik und ökonomische Ausrichtung des Krankenhauses differiert jedoch mit den Versorgungsansprüchen dieser Patient_innengruppe. Hieraus lässt sich nicht nur ein Interessenskonflikt, sondern auch ein Rollenkonflikt für die Pflege ableiten. Um den Strukturen zu folgen, pflegt die Pflege gegen das eigene Wertesystem. Die Pflege bleibt in ihrer Anwaltschaftlichkeit hilflos. Unterstützung erfahren sie von den anderen Berufsgruppen nicht. Vielmehr sind Verschärfungen durch die betrieblichen und professionellen Hierarchien erwartbar. Hieraus resultiert nicht zuletzt, dass das System Krankenhaus der Lebenswelt von Patient_innen antagonistisch gegenübersteht. Auffällig ist zugleich, dass demenzsensible Pflege nur umgesetzt werden kann, wenn dies auf eigene Kosten der Pflege erfolgt. Somit ist absehbar, dass diese Entwicklung nicht dauerhaft mit den ethischen Interessen der Pflege vereinbar ist.

Begründet darauf, dass in der Regel keine demenzsensiblen Strukturen in Krankenhäusern vorhanden sind, werden Demenzpatient_innen als „Störer_innen“ wahrgenommen, die einen reibungslosen Ablauf auf den Stationen verhindern. Nicht nur, dass die Mitarbeiter_innen aufgrund interner Strukturen keine Kapazität haben, angemessen auf die Demenzpatient_innen einzugehen. Die Demenzpatient_innen werden auch von anderen Patient_innengruppen als störend empfunden. Demenz löst somit nicht nur im institutionalisierten Normalismus des Krankenhauses schwierige Situationen aus, sondern sorgt auch für Probleme auf der Beziehungsebene der Patient_innen. In der Folge kann es zu Verschärfungen in der instrumentellen Handlungslogik kommen. Der_die Patient_in wird medikamentös ruhiggestellt, also sediert oder fixiert.

Alternativ scheint nur die Verschiebung von schwierigen Patient_innen auf andere Stationen oder in die Psychiatrie möglich zu sein. Wie sich ein_e an Demenz Erkrankte_r dabei fühlt oder welche Auswirkungen dieser Umgang auf die Symptome hat, findet keinerlei Berücksichtigung. In der Entstehung von Ressentiments spitzt sich die Situation schließlich zu. Am Ende des Prozesses tritt anstelle der anwaltschaftlichen Pflege die instrumentelle Handlungslogik des Hauses.

Basierend auf der demografischen Entwicklung wird der Anteil demenzerkrankter Patient_innen unweigerlich zunehmen. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung ist eine organisationsethische Neubestimmung zwingend erforderlich.

Die Strukturen des Krankenhauses müssen sich an den Bedarfen der heutigen und zukünftigen Patient_innen orientieren. Damit ist auch ein Überdenken des Pflegeverständnisses verbunden. Hierzu gehört es, Strukturen in den Pflegealltag zu integrieren, die den Demenzpatient_innen Halt und Sicherheit geben. Dazu gehört auch, eine demenz-sensible Umgebung zu schaffen und das Milieu entsprechend anzupassen. Patient_innen mit Demenz müssen in ihrem Sein akzeptiert, in ihrer Autonomie unterstützt und keinesfalls entmündigt werden. Vielmehr gilt es, Ressourcen zu aktivieren, um noch vorhandene Potenziale auszuschöpfen und wichtige Funktionen nicht verkommen zu lassen.

In Krankenhäusern, die ihre (Pflege-) Fachkräfte zu demenzspezifischen Weiterbildungen oder Ausbildungen schicken, allgemein die Mitarbeiter_innen für die Thematik Demenz sensibilisieren oder das Stationsmilieu umgestalten, ist bereits ein Umdenken erkennbar. Weitere Häuser müssen nachziehen, um die wachsende Anzahl an Demenzpatient_innen in guter Weise zu versorgen.

6. Literaturverzeichnis

Amery, Jean (1978): Über das Altern. Stuttgart, Klett-Cotta.

Archiv Alzheimer Info (1/2014): Auf dem Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus. URL: <http://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/archiv-alzheimer-info/auf-dem-weg-zum-demenzsensiblen-krankenhaus.html> (Stand 24.02.2015).

Baltes, Paul (2002): Stellungnahme für den Deutschen Bundestag: Ausschuss für Bildung, Forschung und Technologiefolgenabschätzung, 5. Juni 2002, Thema Altersforschung. Max Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin, 10 Seiten.

Bandelow, Nils C. (2004): Governance im Gesundheitswesen. Systemintegration zwischen Verhandlung und hierarchischer Steuerung. In: Lange, Stefan; Schimank, Uwe (Hrsg): Governance und gesellschaftliche Integration. Wiesbaden, VS-Verlag. S. 89-107.

Baumgart, Lisa; Fritz, Franziska; Hennemeyer, Johanna Magdalena (2014): Demenz im Krankenhaus – Schwerpunkt Psychiatrie – Eine empirische Forschung (unveröffentlicht). Universität Bielefeld.

Bernhardt, Claudia; Bökmann, Katharina Josefine (2015): Projektbericht (unveröffentlicht). Universität Bielefeld.

Beyer, Kira; Richert, Christiane (2014): Originaltranskript der Gruppendiskussion (unveröffentlicht).

Beyer, Kira; Richert, Christiane (2014): Vorstellung der Orientierungsrahmen (Powerpoint- Präsentation unveröffentlicht).

Böhm, Erwin (1996): Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege. 9. Aufl., Wunstorf, Psychiatrie-Verlag.

Böhm, Erwin (2005): Ist heute Montag oder Dezember? Psychiatrieverlag, Wunstorf.

Böhmer, Martina (2000): Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen, Frankfurt/M., Mabuse.

Bohnsack, Ralf (2007): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 6. durchges. u. aktual. Aufl., Opladen, Leske + Budrich.

Bosch, Corry (1999): Vertrautheit. München, Ullstein Medical.

Bowlby, John (2008): Bindung als sichere Basis. München, Ernst Reinhardt Verlag.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (2013): Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus Begleitheft zum „Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus“. Berlin, 3. Auflage. S. 9. URL: http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/broschueren/krankenhaus_broschuere_dalzg.pdf (Stand: 24.02.2015).

Fischer, Beatrice; Wolf, Michaela (2009): Leitfaden zum geschlechtergerechten Sprachgebrauch. Zur Verwendung in Lehrveranstaltungen und in wissenschaftlichen Arbeiten. Universität Wien: Zentrum für Translationswissenschaft.

Foucault, Michel (1982): Die Geburt der Klinik. Frankfurt/M., Suhrkamp.

Goffman, Erving (1996): Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation (4. Aufl.). Frankfurt/M., Suhrkamp.

Gröning, Katharina (1998): Entweihung und Scham. Grenzsituationen bei der Pflege alter Menschen. Frankfurt/M., Mabuse.

Gröning, Katharina; Bergenthal, Sonja; Friedel-Wark, Heike; Hansla, Alexandra; Heitfeld, Irmi; Klostermann, Anja; Lebeda, Dorothee; Lienker, Heinrich; Sander, Brunhild; Seifen, Stephan; Waterböhr, Anja; Yardley, Yvette; Zaczynska, Anna (2014): Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Pflege: Kurzinformation 2014 zum Modellprogramm der AOK für Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Schleswig-Holstein [online] URL: http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiare_pflege/dokumente/kurzinformationen/2014-Kurzinformation.pdf (Stand: 25.11.2014).

Hagemann, Nadine; Kutscha, Susanne (2014): Originaltranskript der Gruppendiskussion (unveröffentlicht).

Hagemann, Nadine; Kutscha, Susanne (2015): Demenz im Krankenhaus. (unveröffentlicht). Universität Bielefeld.

Haupt, Martin; Kurz, Alexander (1990): Alzheimersche Krankheit, Erleben, Empfinden und Reaktionsformen der Kranken. In: Zeitschrift für Gerontologie, Darmstadt, Heft 23, S. 211- 213.

Haupt, Martin (1995): Behandlung gegen Angst und Aggression bei Demenz. In: Blonski, Harald (Hrsg.): Alte Menschen und ihre Ängste. München, Basel, Ernst Reinhardt Verlag.

Kastner, Ulrich; Löbach, Rita (2007): Handbuch Demenz. München, Urban & Fischer Verlag.

Kipp, Johannes; Jüngling, Gerd (1994): Verstehender Umgang mit alten Menschen. Frankfurt/M., Fischer.

Kirchen-Peters, Sabine (2013): Akutmedizin in der Demenzkrise. Saarbrücken, Iso.

Kitwood, Tom (2000): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern, Verlag Hans Huber.

Kitwood, Tom (2004): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz mit verwirrten Menschen. (3. erweiterte Aufl.) deutschsprachige Ausgabe hrsg. Von C. Müller-Hergel. Bern, Huber.

Klatetzki, Thomas (1993): Wissen, was man tut. Professionalität als organisationskulturelles System. Eine ethnographische Interpretation. Bielefeld: Karin Böllert KT-Verlag.

Kleina, Thomas; Wingefeld, Klaus (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. IPW, P07-135, Bielefeld, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).

Klessmann, Edda (2006): Wenn Eltern Kinder werden und doch Eltern bleiben. Die Doppelbotschaft der Altersdemenz. Bern, Verlag Hans Huber.

Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen 2014 (a): URL: <http://www.demenz-service-nrw.de/demenz-was-ist-das-ueberhaupt.html>(Stand: 24.02.2015)

Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen 2014: URL: <http://www.demenz-service-nrw.de/demenz-im-krankenhaus.html> (Stand: 24.02.2015).

Morys, Luisa; Reinisch, Bianca (2014): Demenz im Krankenhaus. Eine qualitative Projektstudie im Rahmen des Modellprojekts „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs“ (unveröffentlicht). Universität Bielefeld.

Naegele, Gerhard; Tews, Hans-Peter (Hrsg.) (1993): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen, Westdeutscher Verlag.

Neubaur, Gabriele (1987): Übergänge. Spiel und Realität in der Psychoanalyse Donald Winnicotts. Weinheim, Athenäum.

Penner, Anja; Vetter, Aline (2014): Die Untersuchung der realistischen Gegebenheiten für Menschen mit Demenz im Krankenhaus und auf dieser Grundlage die Auseinandersetzung mit Grenzen und Visionen im strukturellen Bereich der Institution Krankenhaus. Eine Auswertung einer Gruppendiskussion mit Pflegetrainerinnen und Pflegetrainern im Rahmen der Familialen Pflege unter den Bedingungen der G-DRG's (unveröffentlicht). Universität Bielefeld.

Powell, Jenny (2002): Hilfen zur Kommunikation bei Demenz. KDA, Köln.

Radebold, Hartmut (1992): Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Berlin u.a., Springer.

Rosa, Hartmut (2005): Beschleunigung. Über die Veränderung der Zeitstruktur in der Moderne Frankfurt/M., Suhrkamp.

Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (2008): Qualität der Versorgung Demenzkranker. Strukturelle Probleme und Herausforderungen. In: Pflege und Gesellschaft, 13. Jg., Heft 4, S. 293-305. Im Internet verfügbar: www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/0804-Schaeffer.pdf

Schützendorf, Erich, Wallrafen-Dreisow, Helmut (1994): In Ruhe verrückt werden dürfen. Frankfurt/M., Fischer.

Simmel, Georg (1901/1986): Zur Psychologie der Scham. In: Dahme, Hans-Jürgen; Rammstedt, Ottheim (Hrsg.): Schriften zur Soziologie. Frankfurt/M. Suhrkamp, S. 140- 150.

Stuhlmann, Wilhelm (2004): Demenz – wie man Bindung und Biographie einsetzt. München, Ernst Reinhardt Verlag.

Stuhlmann, Wilhelm (2006): Arbeit in der Pflege nach dem Bindungskonzept. In: www.geronet.de/files/alzheimer_berlin_601012.pdf

Vogt, Simone; Bode, Alena & Fuhrmann, Nicola (2015): Demenz um Krankenhaus. Eine qualitative Projektstudie im Rahmen des Modellprojekts „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs“ (unveröffentlicht). Universität Bielefeld.