

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Sozialausschuss
Petra Tschanter, Ausschussgeschäftsführerin
Postfach 7121
24171 Kiel

Lübeck, 27.01.2012
Wi/wi

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 17/3509

Stellungnahmen des Landesverband Geriatrie Schleswig-Holstein:

- Erstellen eines Demenzplans für Schleswig-Holstein gemäß Antrag 17/1888
- Bessere Anerkennung und Rahmenbedingungen in der Pflege gemäß Antrag 17/1963 (neu)

Sehr geehrte Frau Tschanter,

vielen Dank für Ihre Anfragen zu den o.g. Themen. Wunschgemäß haben wir als Anlage unsere Stellungnahmen beigelegt.

Mit freundlichem Gruß

i.A. des Vorstands

gez.

Dr. Martin Willkomm

Vorstandsvorsitzender

Landesverband Geriatrie Schleswig-Holstein

Anlage: Stellungnahmen: Demenzplan, Bessere Anerkennung in der Pflege

Erstellen eines Demenzplans für Schleswig-Holstein

Gemäß Antrag 17/1888 (neu) und 17/2005

→ Der Landesverband Geriatrie Schleswig-Holstein vertritt als Arbeitsgemeinschaft die Interessen aller 15 im Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein mit geriatrischen Betten ausgewiesenen Kliniken und Abteilungen zu standortübergreifenden geriatrischen Fragestellungen in unserem Bundesland. Er ist Teil des Bundesverbandes Geriatrie mit Sitz in Berlin.

Stellungnahme

Die von Ihnen angefragte Stellungnahme zur Erstellung eines Demenzplanes begrüßen wir als Landesverband Geriatrie ausdrücklich, behandeln wir doch tagtäglich an unseren Kliniken sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich eine zunehmende Zahl an Patientinnen und Patienten mit demenziellen Erkrankungen. Dabei sind zwei Gruppen an Betroffenen zu unterscheiden:

1.) Patientinnen und Patienten, welche mit einer bekannten Demenz zusätzlich eine andere Erkrankung erlitten haben. Dies kann ein Sturz mit der Folge eines Oberschenkelhalsbruchs sein oder eine internistische bzw. neurologische Erkrankung (beispielsweise ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall). Die Problematik besteht in der stationär ungewohnten Situation für diese regelhaft stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten, welche zumeist in der jeweiligen krankheitsspezifischen Fachabteilung – im Beispiel Kardiologie bzw. Neurologie – primär aufgenommen und dann zur geriatrischen Weiterversorgung in unsere geriatrischen Kliniken und Fachabteilungen verlegt werden. Nicht selten kommt es im klinischen Verlauf zu folgenschweren Stürzen, da die ungewohnte Umgebung zu zusätzlichen Orientierungsstö-

rungen führt. Auch eine deutliche Verschärfung der Symptome der ambulant noch kompensierten Demenz tritt nun in Erscheinung.

2.) Patientinnen und Patienten mit einer noch nicht gesicherten oder im Schweregrad und der Frage des Ursprungs der Erkrankung noch nicht eindeutigen-Einschränkung ihrer geistigen Leistungsfähigkeit. Diese Patienten werden je nach örtlicher Verfügbarkeit und nach dem Profil des Gesamtkrankheitsbildes in neurologische, psychiatrische oder geriatrische Kliniken und Ambulanzen zur Diagnostik und Behandlung einer vermuteten oder bestätigten Demenz hausärztlich oder aus einer Klinik zugewiesen. Hier besteht die Notwendigkeit, die Erkrankung in ihrem Ursprung sowie in ihrer Ausprägung diagnostisch darzustellen oder ein entsprechendes Krankheitsbild auszuschließen. Anschließend werden ggf. erste Schritte für eine weitere medizinische Versorgung je nach Schweregrad ambulant oder stationär eingeleitet. Für einen Teil dieser Versorgung stehen schon heute die Geriatrien mit ihren Tageskliniken und stationären Kapazitäten in vielen Regionen Schleswig-Holsteins zur Verfügung.

Beide Patientengruppen sind unterschiedlich in ihrem Anspruch. Die erstgenannten Patientinnen und Patienten werden kraft ihrer „Hauptdiagnose“ – z.B. Schenkelhalsfraktur – nach abgeschlossener operativer Behandlung in eine geriatrische Abteilung verlegt:

Gruppe 1: Gesicherte Diagnose einer Demenz, zusätzliche somatische Akuterkrankung:

Es besteht die Notwendigkeit, mindestens bis zum Erreichen der Voraussetzungen für die ambulante Wiedereingliederung eine mehrwöchige stationäre Behandlung für die kognitiv (z.B. in Bezug auf Orientierung, Planungsfähigkeit und Selbstorganisati-

on) erheblich auf Fremdhilfe angewiesenen Betroffenen zu leisten. Für diese Patienten besteht in Schleswig-Holstein bisher nur eine dafür speziell ausgerichtete Station, die Station Ü 76 des FEK Neumünster als Teil der dortigen Geriatrie (Ärztlicher Leiter: PD Dr. Werner Hofmann); auch an einigen anderen Geriatrien wird zurzeit an einem räumlich eigenen Konzept gearbeitet. Alle anderen geriatrischen Stationen und Abteilungen behandeln jedoch ebenfalls Menschen mit besonderem Bedarf an kognitiver Unterstützung. Diese „eingestreuten“ Patientinnen und Patienten mit dementieller Entwicklung stellen auch in dieser nicht durch eine Station oder einen Bereich räumlich separierten Behandlungsform eine typische und in der Geriatrie zu Recht behandelte Patientengruppe – insbesondere bei milden Krankheitsfolgen - dar. Die Geriatrie hat als Fachdisziplin von Beginn ihrer fachlichen Verselbständigung in den Neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts an Menschen mit kognitiven Einschränkungen als Teil des geriatrischen Behandlungsauftrages verstanden.

Zum geriatrischen Konzept gehört die biographische Anamnese. In vielen Geriatrien – z.B. in Lübeck - werden im Rahmen eines umfassenden Biografiebogens ausführlich der oder die Betroffene sowie Angehörige und Freunde zum bisherigen Lebensweg des Betroffenen mit seinen oder ihren Zielen, Vorlieben, Lebenskontakten und sozialen Netzwerken erfasst. Aus diesem Wissen heraus ist ein strukturierter, empathischer Zugang zum jeweiligen Patienten gut erreichbar; es können Ziele und Maßnahmen formuliert und umgesetzt werden. Vertrauen als Basis für die stationäre Behandlung wird so aufgebaut und ermöglicht, die Betroffenen und ihre Angehörige umfassend zu beraten und zu informieren.

Bei Patientinnen und Patienten mit mittelschwerer und schwerer Demenz tritt nicht selten ein sogenanntes „Durchgangssyndrom“ nach einem operativen oder anderen Krankheitsereignis auf, besonders eindrucksvoll ist dies beim hyperaktiven Delir nach einem Akutereignis (z.B. nach Erleiden einer Schenkelhalsfraktur) zu sehen. Die vorhandenen gerontopsychiatrischen Abteilungen sind zurzeit auf die akute somatische Grunderkrankung nicht eingerichtet, den Geriatrien fehlt die psychiatrische Komponente der Behandlung einschließlich der geschützten Unterbringung. Eine enge Ko-

operation mit psychiatrischen Fachabteilungen besteht bereits, es fehlen jedoch klare stationäre Schnittstellen sowie eine strukturierte ambulante Weiterbehandlung.

Für die weitere Planung einer solchen Wegführung ist eine Übersicht über vorhandene und geplante Strukturen zur Versorgung von Menschen mit dementiellen Entwicklungen notwendig; die Schaffung eines Demenzplans ist gerade für diese Patientengruppe von großem Vorteil.

Gruppe 2: Verdacht auf Demenz, Diagnostik und Behandlung erforderlich:

Für die zweite Gruppe an Patientinnen und Patienten stehen sowohl geriatrische als auch psychiatrische bzw. neurologische ambulante und stationäre Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Die Einleitung der Diagnostik und Therapie ist in allen drei Fachabteilungsrichtungen grundsätzlich möglich. In Schleswig-Holstein findet in der Regel die Erstdiagnostik, zu welcher regelhaft eine Schnittbild-diagnostik des Gehirns und der angrenzenden Strukturen sowie eine weitere umfassende Diagnostik gehört, in diesen Klinikabteilungen statt. Ein Teil der Patienten wird hausärztlich primär in eine wohnortnahe Geriatrie mit dieser Fragestellung eingewiesen. Dies geschieht beispielsweise dann, wenn zusätzliche somatische Probleme wie eine Herzmuskelschwäche oder eine ausgeprägte Gangstörung hinzukommen. In der Diagnostik wird je nach regionaler Verfügbarkeit von Beginn an eng mit psychiatrischen und neurologischen Abteilungen und ambulanten Versorgungsangeboten zusammengearbeitet. Auch für die Erfassung dieser Gesamtstruktur ist eine flächendeckende Übersicht notwendig. Sie sollte ebenfalls Teil eines Demenzplans sein.

Eine weitere Gruppe an Patienten wird ohne bis dahin bekannte Demenz – das unterscheidet sie von den in der Gruppe 1 genannten Patienten - auf Grund einer anderen Erkrankung stationär aufgenommen. Der Verdacht einer Demenz wird erst durch das Verhalten unter den ungewohnten Umgebungsbedingungen in der Klinik gestellt. Die Patienten sind sturzgefährdet, gefährdet durch fehlende Flüssigkeits-

und Nahrungszufuhr und werden bisher bis auf wenige Ausnahmen (so die o.g. Station Ü 76) noch nicht adäquat mit ihrem somatischen und zugleich kognitiven Problem versorgt.

Schon heute ist es gerade in der Geriatrie unerlässlich, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umfassend zum Thema Demenz zu schulen und geriatrische Qualitätsstandards für die Versorgung der an Demenz Erkrankten zu schaffen. Um eine einheitliche Versorgung auch nach der Entlassung sicher zu stellen, ist die Etablierung einheitlicher sektorübergreifender Qualitätsstandards anzustreben. Neben der Schaffung der notwendigen räumlichen und personellen Rahmenbedingungen für die Versorgung der von Demenz Betroffenen ist zudem eine wissenschaftliche Begleitung der künftigen Entwicklung u.a. aus Sicht der Versorgungsforschung anzustreben.

Zusammenfassung

Die Erstellung eines Demenzplans für Schleswig-Holstein wird vom Landesverband Geriatrie ausdrücklich unterstützt. Bei der Entwicklung eines solchen Plans bringen wir als Verband mit dem Fachwissen unserer Abteilungen im ganzen Bundesland gerne diese medizinische, pflegerische und therapeutische Sachkompetenz sowie das Wissen um die wohnortnahe Versorgung in die Entwicklung des Planes ein. Als Ansprechpartner für die Erstellung des Demenzplans stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Lübeck, 27.01.2012

Dr. Martin Willkomm

Vorstandsvorsitzender

Landesverband Geriatrie Schleswig-Holstein

Bessere Anerkennung und Rahmenbedingungen in der Pflege gemäß Antrag 17/1963 (neu) und 17/2007

→ Der Landesverband Geriatrie Schleswig-Holstein vertritt als Arbeitsgemeinschaft die Interessen aller 15 im Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein mit geriatrischen Betten ausgewiesenen Kliniken und Abteilungen zu standortübergreifenden geriatrischen Fragestellungen in unserem Bundesland. Er ist Teil des Bundesverbandes Geriatrie mit Sitz in Berlin.

Stellungnahme

Aus Sicht des Landesverbandes Geriatrie Schleswig-Holstein ist es unverzichtbar, den steigenden Bedarf an hoch qualifizierter Pflege durch geeignete Maßnahmen zu gewährleisten; dies vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung bzw. der zunehmenden Bedeutung von Pflegebedürftigkeit in unserer immer älter werdenden Bevölkerung, speziell durch die deutliche Zunahme dementieller Krankheitsbilder.

Damit die gewünschte Pflegequalität und eine bestmögliche Versorgung unserer kranken, älteren und behinderten Menschen zukünftig gesichert werden kann, ist die Einrichtung einer Pflegekammer anzustreben. Nur durch eine solche Kammer werden alle Pflegefachkräfte erreicht und verbindliche Fort- und Weiterbildungsregelungen geschaffen. Diese stellen eine Grundvoraussetzung für die notwendige Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege dar. Ob stationär in Alten- und Pflegeheimen, in geriatrischen Kliniken oder Abteilungen oder ambulant in der häuslichen Umgebung – wünschenswert wäre, dass alle Pflegefachkräfte nach denselben Qualitätskriterien arbeiten.

Nicht zuletzt die wissenschaftliche Basis des Handelns dieser im Gesundheits- und Sozialsektor zahlenmäßig größten Berufsgruppe muss verbreitert, in Teilen erst geschaffen werden. Die Weiterentwicklung der Pflegeforschung in Schleswig-Holstein, gefördert durch eine Pflegekammer, schafft die wesentlichen Voraussetzungen für eine ergebnisgesicherte Pflege. Viele der heutigen Pflegeprozesse sind nur in Teilen erforscht. Der Vergleich verschiedener Wege in der Begleitung älterer, pflegebedürftiger Menschen, insbesondere der von Demenz Betroffenen, sollte durch eine fundierte wissenschaftliche Basis einen „besten Weg“ ermitteln.

Mit gleicher Post vom heutigen Tage liegt Ihnen die Stellungnahme des LV Geriatrie zum Thema „Demenzplan“ vor. Gerade aus Sicht der unmittelbar in ambulanten und stationären Systemen professionell und ehrenamtlich Pflegenden ist die Aufstellung eines Demenzplanes sehr zu begrüßen, gibt er doch eine Übersicht über die aktuelle Situation im Bundesland Schleswig-Holstein. Aus dieser übergeordneten Perspektive kann dann der künftige Handlungsweg gemeinsam mit allen Beteiligten diskutiert und festgelegt werden.

Als Basis der künftigen Versorgung besteht jedoch ein erheblicher Bedarf an gut ausgebildeten und professionellen Pflegefachkräften. Daher muss dem Fachkräftemangel in der Pflege entgegen gewirkt werden. Gleiche Ausbildungsumlagen und höhere Kapazitäten an Ausbildungsplätzen für die Professionen in der Pflege, wie die Gesundheits- und Krankenpflege, die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und die Altenpflege, erhöhen die Attraktivität der Ausbildung und sichern den zukünftig steigenden Bedarf an Pflege. Der Pflegeberuf sollte zukünftig attraktiv, anerkannt und angemessen vergütet sein, um seiner zentralen Rolle im heutigen und zukünftigen Sozial- und Gesundheitswesen gerecht zu werden.

Die pflegerischen Kapazitäten müssen gerade bei Patienten mit bekannter oder neu diagnostizierter Demenz neu ausgestaltet werden. Die Einbindung von ehrenamtlichen Helfern sowie die Einbeziehung der unmittelbaren Angehörigen und Freunde,

des „kleinen sozialen Netzwerks“, welches Ursula Lehr bereits vor etlichen Jahren als Grundvoraussetzung sozialer Verantwortung definiert hat, stellt nicht nur für die Betroffenen eine wichtige und vertraute tägliche Basis dar. Diese strukturierte Einbindung mit klarer Aufgaben- und Kompetenzverteilung je nach fachlicher Eignung entlastet auch die finanzielle Basis dieser aufwändigen und zukünftig immer kosten trächtigeren Bereiche der sozialen Sicherung nachhaltig.

Eine weitere große Gruppe an Betroffenen wird zukünftig verstärkt professionelle Pflege benötigen; es handelt sich um jene Patienten mit bekannter Demenzerkrankung, welche durch ein akutes Krankheitsereignis in Kliniken aufgenommen werden. Die Betroffenen wechseln aus ihrer gewohnten, häufig gerade kompensierten Häuslichkeit in eine für sie ungewohnte Umgebung. Durch die eingeschränkte zeitliche und räumliche Orientierung sowie die Verknennung der Umgebungssituation sind diese Patienten durch Stürze, Phasen der Verwirrtheit und delirante Syndrome gefährdet. Es erfordert eine spezialisierte und zahlenmäßig angemessene pflegerische Versorgung, um unter diesen Voraussetzungen einen erfolgreichen Genesungsprozess mit anschließender Wiedereingliederung in die gewohnte Häuslichkeit zu erreichen.

Bei einer während des stationären Aufenthaltes diagnostizierten Demenzerkrankung stellt sich häufig die Frage nach einer anschließenden adäquaten Weiterversorgung. Die vorbestehende häusliche Gemeinschaft ist nicht selten mit der Wiedereingliederung der Betroffenen überfordert. Ob künftig breit angelegte ambulante Hilfen in der eigenen Häuslichkeit oder kleinräumige Wohnsituationen für in Gemeinschaft lebende Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter, speziell mit Demenz geschaffen werden, ist eine gesundheitspolitische Entscheidung. In jedem Fall wird der Bedarf an Pflegekräften rapide steigen. Der Beruf wird jedoch nur dann zukünftig ausreichend nachgefragt werden, wenn die Anerkennung der Pflege sowie die Rahmenbedingungen für die Ausübung des Berufes gerade in der Versorgung dementiell erkrankter Menschen deutlich verbessert werden.

Zusammenfassung

Erst durch die beschriebenen Weiterentwicklungen in der beruflichen Perspektive unserer bereits heute hochengagiert handelnden Pflegefachkräfte werden wir die Aufgaben, welche uns durch die demographische Entwicklung in Schleswig-Holstein im Pflegebereich gestellt werden, zukünftig lösen können. Die im Antrag formulierte bessere Anerkennung und die Schaffung entsprechend fruchtbarer Rahmenbedingungen in der Pflege verdient aus Sicht des Landesverbandes Geriatrie die volle Unterstützung.

Der Landesverband Geriatrie stellt eine starke Gemeinschaft aus leitenden Pflegekräften, Ärzten und kaufmännischen Führungspersonen dar. Wir würden uns freuen, wenn Sie uns in die künftige intensive Diskussion zur Verbesserung der beruflichen Voraussetzungen in den Pflegeberufen mit einbeziehen.

Lübeck und Heide, 27.01.2012

Dr. Martin Willkomm

Sabine Rocker

Vorstandsvorsitzender

Mitglied des Vorstands

Landesverband Geriatrie Schleswig-Holstein