

Bianca Reinisch

Demenz im Krankenhaus

Eine qualitative Projektstudie im Rahmen des
Modellprojekts "Familiale Pflege unter den Bedingungen
der G-DRGs"

Projektarbeit

BEI GRIN MACHT SICH IHR WISSEN BEZAHLT



- Wir veröffentlichen Ihre Hausarbeit, Bachelor- und Masterarbeit
- Ihr eigenes eBook und Buch - weltweit in allen wichtigen Shops
- Verdienen Sie an jedem Verkauf

Jetzt bei www.GRIN.com hochladen
und kostenlos publizieren



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de/> abrufbar.

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlanges. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Impressum:

Copyright © 2014 GRIN Verlag
ISBN: 9783668717671

Dieses Buch bei GRIN:

<https://www.grin.com/document/427416>

Bianca Reinisch

Demenz im Krankenhaus

Eine qualitative Projektstudie im Rahmen des Modellprojekts "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs"

GRIN - Your knowledge has value

Der GRIN Verlag publiziert seit 1998 wissenschaftliche Arbeiten von Studenten, Hochschullehrern und anderen Akademikern als eBook und gedrucktes Buch. Die Verlagswebsite www.grin.com ist die ideale Plattform zur Veröffentlichung von Hausarbeiten, Abschlussarbeiten, wissenschaftlichen Aufsätzen, Dissertationen und Fachbüchern.

Besuchen Sie uns im Internet:

<http://www.grin.com/>

<http://www.facebook.com/grincom>

http://www.twitter.com/grin_com

Universität Bielefeld

Fakultät für Erziehungswissenschaft

AG 7 – Pädagogische Beratung

Sommersemester 2014

Demenz im Krankenhaus

Eine qualitative Projektstudie im Rahmen des Modellprojekts
„familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs“

Abgabedatum: 27.11.2014

Vorgelegt von:

Bianca Reinisch

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	2
2. Theoretischer Bezugsrahmen und Forschungsstand.....	4
2.1 Demografischer Wandel und Demenz im gesellschaftlichen Kontext	5
2.2. Demenz im Krankenhaus	12
3. Methodologischer Bezugsrahmen	16
3.1 Die Qualitative Sozialforschung als methodologischer Forschungsrahmen	16
3.2 Die Gruppendiskussion als Verfahren der Datenerhebung	17
3.3 Die Dokumentarische Methode als Instrument der Datenauswertung	19
4. Eigene Projektstudie „Demenz im Krankenhaus“	27
4.1 Erkenntnisinteresse, Begründung der Methoden- und Stichprobenwahl	28
4.2 Entwicklung und Aufbau des Diskussionsleitfadens	30
4.3 Praktische Durchführung der Gruppendiskussion	33
4.4 Auswertung der Gruppendiskussion: Die formulierende Interpretation	38
4.5 Auswertung der Gruppendiskussion: Die reflektierende Interpretation	45
4.6 Ergebniszusammenfassung und dokumentarischer Sinn	107
5. Fazit und Ausblick	111
LITERATURVERZEICHNIS	119
ANHANG	132
Anhang 1: Diskussionsleitfaden	132
Anhang 2: Anonymisiertes Transkript der Gruppendiskussion	139

1. Einleitung

„Die Bevölkerung wird älter und hochaltriger, wobei die Wahrscheinlichkeit der Krankenhauseinweisung mit dem Alter zunimmt. 2050 werden 45 Prozent der Patientinnen und Patienten in NRW 75 Jahre und älter sein. Bereits von 2010 bis 2020 steigt der Anteil rapide von 24 auf 30 Prozent [...]“ (IT.NRW 2010 zit. n. Gröning et al. 2013, S. 5).

Mit der steigenden Anzahl an Menschen im hohen Lebensalter nehmen nicht nur die stationären Krankenhausaufenthalte in diesen Altersgruppen, sondern auch der Gesamtanteil der pflegebedürftigen Bevölkerung zu. Laut statistischer Analysen und Studien des Landesbetriebs für Information und Technik des Landes Nordrhein-Westfalen (vgl. Cicholas & Ströker 2010, S. 11f.) wächst die Zahl der Pflegebedürftigen kontinuierlich und wird sich von 2007 mit 484 400 Fällen bis 2050 mit rund 945 600 Fällen fast verdoppeln. Die Gründe für diesen Anstieg sind vielfältig und lassen sich oftmals in einem Kontinuum von somatischen und psychischen Beschwerden der alten bis hochaltrigen Bevölkerungsgruppen verorten. Dabei stellen gerade die unter den oben genannten Bedingungen zunehmenden demenziellen Erkrankungen, die im Zentrum dieser Projektstudie stehen, mit ihren sowohl vielseitigen psychischen als auch somatischen Symptomen, aus medizinischer wie auch aus sozialer Sicht, eine besondere Herausforderung für die Zukunft der Menschheit dar.

Einen präventiven sowie zugleich intervenierenden Ansatz zur Verbesserung des Umgangs mit der zunehmend hochaltrigen Bevölkerung, den daraus resultierenden Krankenhausaufenthalten, den dabei entstehenden Konflikten sowie die Rolle der daran beteiligten (professionellen) Akteur_innen, der Pflegebedürftigkeit und der Frage nach gesellschaftlicher sowie familialer Verantwortung bei der Pflege Bedürftiger vertritt das von der Universität Bielefeld sowie der IN CONSULTING GmbH initiierte und durchgeführte Modellprojekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen des G-DRG-Systems¹“. Im Rahmen des durch die AOK Rheinland/Hamburg und die AOK NordWest geförderten Drittmittelprojekts zur Umzelforschung werden Angehörige (demenziell) erkrankter Patient_innen beim Übergang vom Krankenhaus in die häusliche familiale Versorgung durch gendersensible Beratung, Bildung und Anleitung durch hierfür wissenschaftlich qualifizierte pflegerische Fachkräfte unterstützt und bei der eigenen pflegerischen Kompetenzentwicklung gefördert. Das Modellprogramm, welches im Jahr 2004 ins Leben gerufen wurde, erreicht und begleitet im aktuellen Jahr Pa-

¹Der Begriff der G-DRG's steht für „German Diagnosis Related Groups“. Das G-DRG-System dient zur Klassifikation diagnosebezogener Fallgruppen und wird in Deutschland seit 2003 als pauschalisierendes System zur Abrechnung stationärer Krankenhausbehandlungen genutzt (vgl. Bär 2011, S. 14).

tient_innen und deren Angehörige aus 360 Allgemeinkrankenhäuser, Psychiatrien und Reha-Kliniken aus den drei deutschen Bundesländern Hamburg, Nordrhein-Westfalen und in Schleswig-Holstein während und bis sechs Wochen nach ihrem stationärem Aufenthalt (vgl. Gröning et al. 2013, S. 3f.).

Das Modellprojekt „Familiale Pflege“ zielt aber nicht nur auf die Verbreitung und Vermittlung wissenschaftlicher Kenntnisse in der lebensweltlichen Praxis von Pflegebedürftigen, professionell Pflegenden und pflegenden Angehörigen ab, sondern vertritt auch das reflexive Interesse das eigene Programm sowie die Kompetenzen und Bedürfnisse der daran beteiligten Akteur_innen zu untersuchen, analysieren und weiterzuentwickeln.

An diesem Schnittpunkt zwischen praktischer Umsetzung und Weiterentwicklung des im und durch das Modellprojekt generierten Wissens setzt das vorliegende Forschungsprojekt an. Die „Familiale Pflege“ als Modellprojekt formt somit den motivationalen, thematischen und wissenschaftlichen Hintergrund der vorliegenden qualitativen Projektstudie und dem damit verbundenen Erkenntnisinteresse zur Erforschung der Pflegepraxis professionell Pflegender sowie der damit einhergehenden Haltung im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen in Akutkrankenhäusern.

Der vorliegende Forschungsbericht zur Projektstudie „Demenz im Krankenhaus“ gliedert sich in fünf Abschnitte. Nach der vorangegangenen hinführenden Darstellung der thematischen Ausgangslage für diese Projektstudie im Rahmen der demografisch bedingten Zunahme an hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen in unserer Gesellschaft und des an dieser Problemlage anknüpfenden Modellprojekts „Familiale Pflege“, unter den Bedingungen der G-DRG's“, widmet sich das zweite Kapitel der Herstellung des theoretischen Bezugsrahmens zwischen der bereits genannten allgemeinen Ausgangslage und der in diesem Forschungsbericht behandelten spezifischen Thematik der Demenz im Krankenhaus. Darin wird außerdem der aktuelle Stand der thematisch angegliederten Forschungsergebnisse wiedergegeben. In Verbindung damit wird hierzu im ersten Unterkapitel des zweiten Abschnittes zunächst auf den demografischen Wandel im Zusammenhang mit Demenz eingegangen. Daran anschließend wird der theoretische Begriff „Demenz“ einerseits aus monodisziplinär medizinischer und andererseits aus interdisziplinär geisteswissenschaftlicher Perspektive beleuchtet und einführend erklärt. Im zweiten und abschließenden Teil des zweiten Kapitels soll die Verknüpfung des bisher allgemein dargestellten Phänomens Demenz mit der aktuellen Situation demenzkranker Menschen in der Institution Krankenhaus stattfinden und der Übergang zum Forschungsinteresse der eigenen Projektstudie gebildet werden.

Das zentrale Element des dritten Kapitels stellt der methodologische Bezugsrahmen dar. Zunächst soll im ersten Abschnitt des dritten Kapitels ein kurzer Einblick in die qualitative Sozialforschung als methodologischer Forschungsrahmen gegeben werden. Nachfolgend werden dann die Gruppendiskussion als gewähltes Verfahren der Datenerhebung und die dokumentarische Methode sowie ihre einzelnen Interpretationsschritte als Instrument der Datenauswertung expliziert.

Im Anschluss daran bildet das vierte Kapitel den Übergang zur eigenen, in diesem Forschungsbericht präsentierten Projektstudie „Demenz im Krankenhaus“. Hier sollen zunächst eigene forschungspraktische Details zum Erkenntnisinteresse, zur Stichprobe sowie die Begründung der Methodenwahl bei der von uns durchgeführten Projektstudie erläutert werden. Weiterhin werden der Erstellung und Entwicklung des Leitfadens als Vorbereitung sowie die praktische Durchführung der Gruppendiskussion konkret beschrieben und detailliert nachgezeichnet. Das vierte und fünfte Unterkapitel beinhalten die Auswertung der Gruppendiskussion mittels der formulierenden und reflektierenden Interpretationsschritte der dokumentarischen Methode. Anschließend folgt eine ergebnissichernde Darstellung der Forschungsergebnisse der Gruppendiskussion in Verbindung mit der Bezugnahme auf ergebnisrelevante, tiefergehende theoretische Inhalte aus weiterführender Literatur sowie eine Vermutung zum dokumentarischen Sinn der Gruppendiskussion.

Im fünften und letzten Kapitel schließt der vorliegende Projektstudienbericht mit einem auf den Gesamtzusammenhang der Forschungsergebnisse bezogenen ausblickenden Fazit ab.

2. Theoretischer Bezugsrahmen und Forschungsstand

Der folgende Abschnitt zeigt in zwei Unterkapiteln die theoretischen Bezüge des Projekts sowie die aktuellen Forschungsstände der theoretischen Inhalte, auf denen die qualitativ ausgerichtete Untersuchung dieser Projektstudie basiert.

Der erste Teil des zweiten Kapitels stellt eine allgemeine Hinführung zum theoretischen Ausgangsthema Demenz dar. Dazu wird zunächst auf empirische Daten der demografischen Bevölkerungsentwicklung der Bundesrepublik Deutschland und die daran anschließenden Folgen für die Gesellschaft am Beispiel der Zunahme demenzieller Erkrankungen, die den Ausgangspunkt für diese Forschungsarbeit darstellt, eingegangen. Hierzu wird zunächst der Begriff Demenz definiert und seine allgemeine Bedeutung erläutert. Um die gesellschaftliche Relevanz von Demenz aufzuzeigen werden aktuelle epidemiologische Zahlen zur Prävalenz

und Inzidenz sowie der bisherige öffentliche Umgang mit der Thematik vorgestellt. Um zur Bewusstwerdung über die Besonderheit von Demenz als Alterserkrankung mit gesamtgesellschaftlicher Wirkung beizutragen, erfolgt im Anschluss daran eine multiperspektivische Betrachtung des Phänomens Demenz aus einerseits einer monodisziplinären medizinischen Sicht mit dem Schwerpunkt der Diagnose, Klassifikation, Formen und Ätiologie. Andererseits wird aus einer interdisziplinären Perspektive mit geisteswissenschaftlichem Fokus zur Erweiterung des Blickwinkels auf nicht rein medizinisch erklärbare Entstehungs-, Ursachenmodelle und Verstehenszugänge zur Demenz sowie ethische Aspekte im praktischen Umgang mit Demenzkranken eingegangen.

Der zweite Abschnitt des zweiten Kapitels widmet sich der spezifischen Verknüpfung der thematischen Kernelemente von Demenz mit der Institution Krankenhaus. In diesem Teil sollen die defizitäre Forschungslage sowie die Problemlage der Behandlung und dem Umgang mit demenziell Erkrankten in der Pflegepraxis im Krankenhaus mit Blick auf das Modellprojekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG's“ sowie das daraus erwachsene Erkenntnisinteresse dieser Forschungsarbeit veranschaulicht werden.

2.1 Demografischer Wandel und Demenz im gesellschaftlichen Kontext

Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes (2009) wird sich die Altersstruktur der Bundesrepublik Deutschland durch das Älterwerden der gegenwärtig stark besetzten mittleren Jahrgänge erheblich verschieben:

„Im Ausgangsjahr 2008 bestand die Bevölkerung zu 19% aus Kindern und jungen Menschen unter 20 Jahren, zu 61% aus 20- bis unter 65-Jährigen und zu 20% aus 65-Jährigen und Älteren. Im Jahr 2060 wird bereits jeder Dritte (34%) mindestens 65 Lebensjahre durchlebt haben und es werden doppelt so viele 70-Jährige leben, wie Kinder geboren werden“ (S. 5f.).

Im Zuge dieser Hochrechnungen für die Altersentwicklung der in Deutschland lebenden Bevölkerung wird insbesondere die Anzahl der hochbetagten Menschen steigen, sodass gegenüber dem Jahr 2008, in dem ca. 5% der Bevölkerung (4 Millionen) mind. 80 Lebensjahre und mehr durchlebt hatte, in knapp fünfzig Jahren schon 14% der Bevölkerung (9-10 Millionen), also jeder siebte Bewohner bzw. jede siebte Bewohnerin der Bundesrepublik Deutschland, mind. 80 Jahre oder älter sein wird (vgl. ebd.).

Der prognostizierte demografische Wandel der Altersstruktur der Bevölkerung stellt die Gesellschaft vor neue und bisher noch nie dagewesene Herausforderungen und Aufgaben, die es anzuerkennen und zu bewältigen gilt. Die Folgen und Auswirkungen der demografischen Veränderungen sind weitreichend und bringen Vor- sowie Nachteile mit sich. Einerseits gilt es aus volkswirtschaftlicher Sicht zu begreifen, dass die Ära des scheinbar immerwährenden Wachstums der Vergangenheit angehört. Andererseits ist zu erkennen, dass das Altern in der Gegenwart und in der Zukunft zwar bedeutet, sich längere Zeit einer guten Gesundheit zu erfreuen, aber gleichzeitig auch, dass die Anzahl derjenigen Mitmenschen, die auf Grund von typischen Alterserkrankungen, die vor der Zeit des demografischen Wandels einfach wegen der geringeren Lebenserwartung seltener waren, Hilfe und Unterstützung brauchen, gleichzeitig ansteigen wird (vgl. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2011, S. 4f.).

Im Hinblick auf typische Erkrankungen des hohen Lebensalters haben in den letzten Jahren v. a. Demenzen in der öffentlichen Debatte der Gesellschaft sowie auch die empirische Forschung und der wissenschaftliche Diskurs enorm an Bedeutung und Brisanz gewonnen.

Zum besseren Verständnis wird Demenz im Folgenden kurz definiert:

Der wörtliche Ursprung des Begriffes „Demenz“ stammt aus dem Lateinischen „dementia“ und bedeutet abgeleitet „de mens“ in deutscher Übersetzung „ohne Geist“ oder „ent-geistigt“. Unabhängig von ihrer spezifischen Ursache steht die Demenz im Allgemeinen für ein symptomreiches und in seiner Erscheinungsform vielfältiges und sehr individuelles Syndrom, dem ein bis zur Diagnosestellung mindestens sechs Monate andauernden Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit, der im Lebensverlauf auftritt und die alterstypische Lebenserwartung verkürzt und so weitreichende Konsequenzen hat, dass die Alltagskompetenzen und -kräfte Betroffener schlussendlich komplett schwinden (vgl. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2011, S. 9f.; Schröder 2012, S. 15f.).

Aus epidemiologischer Sicht bestätigen die gemeinsamen Schätzungen von Weltgesundheitsorganisation und Alzheimer's Disease International, laut denen es im Jahr 2013 weltweit 44,4 Millionen Demenzbetroffene gab, die rasche Zunahme und Relevanz des Demenzsyndroms für die Weltgesellschaft auf Grund demografischer Entwicklungen, wie einer verlängerten Lebenserwartungen durch eine verbesserte Lebensqualität (Alzheimer's Disease International 2014; WHO 2012, S. 12ff.).

Aktuell geht man in Deutschland von einer Prävalenz von ca. 1,4 Millionen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung und einer Inzidenz von ca. 300.000 neuen Fällen pro Jahr

aus. Da die Anzahl der Menschen im hochbetagten Alter auf Grund des demografischen Wandels weiterhin zunehmen wird, ist weltweit sowie auch für Deutschland bis zur Mitte des Jahrhunderts im Jahr 2050 mindestens mit einer Verdoppelung der derzeitigen Anzahl an Krankheitsfällen zu rechnen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2013, S. 1ff.).

Sowohl die Häufigkeit als auch das Erkrankungsrisiko des Demenzsyndroms sind stark altersabhängig und weisen außerdem Unterschiede hinsichtlich der Verteilung zwischen den Geschlechtern auf. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2013) betont in ihrer 23. Auflage des kompakten Ratgebers zu Demenz, dass Demenz in bis auf 3% der Krankheitsfälle ein Syndrom der hochbetagten Generationen ist und die Auftretenswahrscheinlichkeit von Demenz mit dem Alter steil ansteigt. Denn unter „den 60-Jährigen ist nur jeder Hundertste [...], von den 80-Jährigen jeder Zehnte, und von den 90-Jährigen und älteren jeder Dritte [betroffen]“ (S. 5). Zudem sind mit einem Anteil von 70% weitaus mehr Frauen als Männer von demenziellen Erkrankungen betroffen. Dies kann zum einen auf die generell höhere Lebenserwartung von Frauen, ihrer damit einhergehenden überproportionalen Vertretung in hochbetagten Altersgruppen zurückgeführt werden und andererseits mit einem beobachteten erhöhten Neuerkrankungsrisiko in diesen hohen Altersklassen sowie ihrer längeren Überlebensdauer mit einer Demenzerkrankung zusammenhängen (vgl. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2011, S. 13).

Mit Blick auf den demografischen Wandel, geringer Geburtenzahlen und verlängerter Lebenserwartungen sowie die durch die Überalterung der Bevölkerung begründete zunehmende Verbreitung demenzieller Erkrankungen unter Hochbetagten, wird Demenz gesellschaftlich mehr denn je als ein allgegenwärtiges, bedrohliches sowie primär medizinisches Krankheitsphänomen des Alters wahrgenommen. Durch reißerische Titel, wie „Horror Demenz“, „Demenz bedroht die Welt“ und „Jahrhundert der Demenz“, schüren Medienberichte angstbehaftete, schambesetzte und abwehrfördernde Vorurteile über menschliche Alterungsprozesse (vgl. Schlingensiepen 2013). Somit wird der Umgang mit Demenzerkrankten als anstrengend und kräftezerrend abgebildet, sowie die pflegerische Versorgungsproblematik, die Überlastung des Gesundheitssystems und die insgesamt hohen gesellschaftlichen Kosten als Risiko dargestellt (vgl. BMFSFJ 2002, passim; Kleina & Wingenfeld 2007, S. 2f.).

„In dieser Gesellschaft wissen die Leute zu wenig über Demenz. Sie kennen das Wort Alzheimer. Und das heißt gleich: Sehr alt, unzurechnungsfähig, der ist ja auf Hilfe angewiesen, der kann nichts mehr alleine, der ist vulgär gesagt: vertrottelt und bekloppt. Das wird immer alles gleichgesetzt. Wir Betroffenen treten ja nirgends direkt auf. Dabei wäre

es doch interessant, wenn mal ein Betroffener in einem Radio-Talk gefragt würde: ‚Wie schaffen Sie es in dieser Gesellschaft?‘ [...] Ich möchte integriert werden, mit den Fähigkeiten, die ich heute noch hab“ (Merlin 2010, S. 15).

Demenz, die „Krankheit des Vergessens“, wie sie der Neurologe Alois Alzheimer vor über 100 Jahren bei seiner Entdeckung taufte, wird zu einem stigmatisierenden und defizitorientierten Urteil für Betroffene, welches nicht selten zur Ausgrenzung, Isolation, extremen Belastungen und Überforderung von Erkrankten, Angehörigen sowie Pflegenden führt und durch die oftmals vorherrschende einseitig medizinische Betrachtungs- und Behandlungsweise als unheilbare und daher hoffnungslose sowie lebensvernichtende Diagnose erlebt wird. Jedoch kann eine rein medizinische Perspektive auf Demenz den Bedürfnissen von Betroffenen sowie auch der Gesamtgesellschaft und den durch das Demenzphänomen bedingten enormen sozial- und gesundheitspolitischen Herausforderungen, keineswegs gerecht werden (vgl. Kastner & Löbach 2007, S. 1ff.; Kern 2009, S. 209f.; Trescher 2013, S. 57f.).

Eine bedeutende Erweiterung des Horizonts bei der Sicht auf Demenz als ein soziales Phänomen bieten pädagogische, pflegewissenschaftliche, sozialpsychologische und soziologische Betrachtungsweisen, die diese nicht „isoliert vom Prozess des hohen Lebensalters und v. a. seinen Entwicklungskrisen zu betrachten“ (Gröning 2012a, S. 6) versuchen, welches den so wichtigen ethisch-moralischen und würdevollen Umgang mit demenziell erkrankten Menschen bei der angemessenen und ehrenvollen Begleitung des Aus-dem-Lebens-Scheiden, nämlich erst möglich macht (vgl. ebd.; Trescher 2013, S. 58ff.).

2.1.1 Demenz aus naturwissenschaftlicher Perspektive

Aus medizinisch-biologischer Sicht lassen sich (1) primäre und (2) sekundäre Demenzformen unterscheiden. Die (1) primären Demenzen, die ca. 90% der Erkrankungen ausmachen, sind nach gegenwärtigem medizinischem Forschungsstand nicht heilbar, aber durchaus therapierbar und in ihrem Verlauf positiv zu beeinflussen. Die (1) primären Demenzformen lassen sich wiederum in (1a) neurodegenerative Demenzen, wie der Alzheimer-Demenz, von der allein zwei Drittel der demenziell erkrankten Menschen betroffen sind, der Lewy-Körperchen-Demenz und der frontotemporalen Demenz [u.a.], bei denen das Gehirn durch verfallende Abbauprozesse kontinuierlich und irreversibel geschädigt wird, und den (1b) nichtdegenerativen, vaskulären Demenzen, die durch hirnpfysiologische Schädigungen, wie z.B. auf Grund von Durchblutungs- oder Gefäßstörungen, erworben werden, einteilen. Darüber hinaus ist auch das Auftreten von Mischformen zwischen den neurodegenerativen und

vaskulären Demenzen möglich. Die Auslöser der (2) sekundären Demenzformen, von denen ca. 10% der Erkrankten betroffen sind, lassen sich dahingegen außerhalb des Gehirns verorten und treten als Folge einer organischen Grunderkrankung, die ursächlich für die demenziellen Symptome ist und welche, bei Behandlung der Grunderkrankung, prinzipiell rückbildungsfähig und/oder zumindest aufhaltbar sind, auf. Hier sind v. a. endokrinologische², infektiöse³, toxische⁴, traumatische⁵ sowie hypoxische⁶ Demenzen als Unterformen der sekundären Demenzen zu unterscheiden (vgl. Kastner & Löbach 2007, S. 9 - 43).

Trotz der bereits erwähnten vielfältigen und individuellen Ausprägungsgestalt des Demenzsyndroms, das in Form von einer Altersdemenz ab dem 65. Lebensjahr und bei präsenilen Demenzen vor dem 65. Lebensjahr auftritt und sich im Krankheitsverlauf nach leichtgradigem, mittelgradigem oder hochgradigen Krankheitsstadium verändert, lassen sich folgende zentrale Erscheinungsmerkmale benennen: Im frühen Stadium einer demenziellen Erkrankung überwiegen erste Störungen des Erinnerungs- und Denkvermögens, Orientierungs- und Sprachschwierigkeiten sowie eine Beeinträchtigung der Urteils- und Entscheidungsfähigkeit. Auch ein mangelnder Antrieb, Stimmungsschwankungen und Depressionen können das frühe Erscheinungsbild von Demenz prägen. Insgesamt führt dies wiederum zu einer herabgesetzten Funktionsfähigkeit bei Alltagsaktivitäten, wobei die eigenständige Versorgung im eigenen zu Hause noch gegeben ist. Im Stadium der mittelgradigen Demenz nehmen die Kompetenzen zur Alltagsbewältigung durch eine vermehrte zeitliche und räumliche Orientierungslosigkeit, ausgeprägte Sprachstörungen, ein Verblassen der Erinnerung bis hin zum Nichterkennen der Angehörigen, die Flucht in die Vergangenheit und der Verlust des Krankheitsgefühls, immer mehr ab. Weitere Symptome sind aggressive Verhaltensweisen, Unruhezustände, wahnhafte Überzeugungen, Sinnestäuschungen, Verkennungen sowie Inkontinenz. Die eigene Selbstständigkeit wird zunehmend eingeschränkt. Im späten Stadium der Demenz folgt ein hochgradiger Abbau geistiger Fähigkeiten, einem daraus resultierenden kompletten Sprachzerfall sowie schwerwiegende Mobilitätseinschränkungen durch ausgeprägte körperliche Symptome und oftmals damit einhergehenden Schmerzzuständen, die letztendlich zu einer völligen Pflegeabhängigkeit führen und oftmals mit Bettlägerigkeit

² Die endokrinologische Demenz ist durch hormonelle Stoffwechselstörungen, wie z.B. durch eine Unterfunktion der Schilddrüse, bedingt (vgl. Kastner & Löbach 2007, S. 29 - 43).

³ Die infektiöse Demenz wird durch Krankheitserreger verursacht und tritt z.B. bei Patient_innen mit der Creutzfeldt-Jakob Krankheit auf (vgl. ebd.).

⁴ Die toxische Demenz kann als Folge von Giftstoffen, wie z.B. durch den Konsum von Alkohol, Medikamente oder dem Kontakt mit Schwermetallen, auftreten (vgl. ebd.).

⁵ Eine traumatische Demenz beruht auf Verletzungen des Gehirns oder dem Verlust von Hirnsubstanz, welche durch externe Einwirkungen, wie z.B. Unfälle, Tumore, Operationen, herbeigeführt wurden (vgl. ebd.).

⁶ Die Ursache der hypoxischen Demenz ist eine Mangelversorgung des Gewebes mit Sauerstoff, die z.B. durch Reanimationen oder Strangulationen bedingt sein kann (vgl. ebd.).

sowie dem anschließenden Versterben des Erkrankten enden. Über alle Krankheitsstadien hinweg sind außerdem die Wesensveränderung durch den Wandel individueller Charakterzüge sowie der identitätsstiftende Verlust des eigenen Persönlichkeitsempfindens hervorzuheben (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2014, S. 3f.; Gröning 2012a, S. 6 - 17).

2.1.2 Demenz aus geisteswissenschaftlicher Perspektive

Im Rahmen der derzeit nicht bestehenden Heilungschancen primärer demenzieller Erkrankungen durch rein medizinisch oder medikamentöse Behandlungen, rückt die Bedeutung eines interdisziplinären Verständnisses, beeinflusst durch die Soziologie, Psychologie und Erziehungswissenschaften, im alltäglichen Umgang mit Demenzbetroffenen sowie auch in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz in der Öffentlichkeit in den Vordergrund. Insbesondere im Hinblick auf die im Krankheitsprozess fortschreitenden demenziellen Symptome von Erinnerungs-, Orientierungs-, Sprach- und Identitätsverlust bieten disziplinübergreifende und -vereinende Perspektiven, die v. a. die inter- und intrapersonale subjektiven Erlebensebenen in der sozialen Lebenswelt statt rein physiologischer Prozesse als auslösende Bedingungsfaktoren der Demenzerkrankung sehen, ethisch-fundierte Grundlagen für eine würdevolle Behandlung und Begleitung demenziell Erkrankter (vgl. Feil 2010, S. 16 - 43; Gröning 2012a, S. 6 - 17; Schröder 2012, S. 23f.).

Die gestalttheoretische Perspektive eröffnet eine Verbindung zwischen natur- und geisteswissenschaftlicher Betrachtung von Demenz, da sie die Tragweite dieses Phänomens für das gesamte psychische und physische Erleben von demenziell erkrankten Personen erkennbar macht. Am Beispiel der Gestalttheorie nach Ehrenfels und Wertheimer und des demenziell veränderten Grafikers Carolus Horn, verdeutlichen Maurer und Prvulovic (2009), wie Demenz die Funktionen der geistigen Konnektivität vernichtet, wodurch eine gestalt- sowie sinnhaftes Erfassen der Umwelt für Demenzerkrankte unmöglich wird (vgl. 363ff.). Dies erläutert die veränderte (visuelle) Wahrnehmung demenziell veränderter Menschen sowie ihre Schwierigkeiten bei der Bildung und Umsetzung von handlungsrelevanten Konzepten bis hin zum völligen Wegfall „jeglicher Objekt- und Gestaltstrukturen“ (dies. 2009, S.371) im demenziellen Endstadium (vgl. Gröning 2012b, S. 1f.). Daraus resultiert, dass „Patient[_innen [...] ihre körperlichen und seelischen Beschwerden nicht mehr gedanklich reflektieren [können]; sie erleben sie vorwiegend oder ausschließlich auf der Gefühlsebene“ (Kojer 2011, S. 20). Um einen Zugang zur Gefühlsebene demenziell Erkrankter zu bekommen, bieten geisteswissenschaftliche Perspektiven einen Ansatz.

Erfahrene Demenzexperten, wie Naomi Feil (2010), die als Begründerin einer wertschätzenden und achtsamen Kommunikationsmethode, der Validation, mit Demenzbetroffenen gilt, beschreibt die demenzielle Hirnerkrankung als eine Rückkehr in die Vergangenheit, die der hochaltrige Mensch mit Hilfe seines „inneren Auges“ (S. 16) nutzt, um Verlust von Freunden, Familie, Gesundheit und gesellschaftlichem Status zu verarbeiten und seine bisher unerledigten Entwicklungsaufgaben vor dem eigenen Tod zu bewältigen.

Ein weiteres Beispiel für eine nicht rein biologisch-medizinische Lesart der Demenz legt Jan Wojnar (2001) vor. Seine Interpretation der Demenz geht auf zwei zentrale Elemente zurück. Einerseits definiert er das demenzielle Phänomen als Austritt der dementen Menschen „aus dieser angstbesetzten und bedrohlichen Realität“ (Gröning 2012a, S. 10) und andererseits als Flucht in eine „traumähnliche Welt der Erinnerungen“ [...], wo sie sich wieder jung, gesund, leistungsfähig und nützlich fühlen“ (Wojnar 2001, S. 40 zit. n. Gröning 2012a, S. 10).

Diese interdisziplinär angelegten und geisteswissenschaftlich orientierten Erklärungsansätze sind insbesondere im Umgang mit Demenzbetroffenen von enormer Signifikanz, da sie die medizinisch-naturwissenschaftliche Betrachtungsweise der Demenzerkrankung erweitern und einem am Menschen statt einem lediglich am physischen oder psychischen Symptom orientierten Umgang fördern. Dadurch werden ganzheitliche Verstehenszugänge für Demenz eröffnet sowie neue Wege für gelingende Kommunikation mit Demenzerkrankten beispielsweise in der medizinischen und pflegerischen Handlungspraxis ermöglicht.

Denn, „[d]a ein Großteil unserer Patien[tin]nen nicht mehr in der Lage ist, sich allgemein verständlich mitzuteilen, müssen wir alles daransetzen, die Kranken möglichst genau kennenzulernen, sie sorgfältig und einfühlsam zu beobachten und tragfähige Beziehungen zu ihnen herzustellen. Ist all dies gewährleistet, gelingt es uns zwar auch nicht immer, aber doch meistens, zu erkennen, was die Betroffenen gerade quält, stört, ängstigt oder beunruhigt. Erst dann wird es für uns möglich, gezielt nach Abhilfe zu suchen. Misslingt die Kommunikation, fehlt die wichtigste Voraussetzung für ein sinnvolles [...] Arbeiten“ (Kojer 2011, S. 15f).

Diesen wertvollen Beitrag zu einem Verständnis von Demenz als ein den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit betreffendes Phänomen sowie zu einem Verständnis der Gefühlswelt der Betroffenen leisten geisteswissenschaftliche Ansätze aus Pädagogik, Psychologie und Soziologie. So wird gelingende Kommunikation und der Aufbau tragfähiger Beziehungen mit Demenzerkrankten ermöglicht.

Es sind personenzentrierte Ansätze wie diese, welche die soziale Dimension der Demenz bereichern und handlungsrelevante Anhaltspunkte für einen an Menschlichkeit orientierten und personenzentrierten statt leistungsfokussierten Umgang mit Demenzerkrankten und deren besonderen Bedürfnissen nach Akzeptanz, Bindung, Empathie, Nähe, Sicherheit, Struktur und Zuwendung bieten (vgl. Gröning 2012a, S. 39ff.).

2.2. Demenz im Krankenhaus

Die Ausgangssituation, aus dem diese Projektstudie entstanden ist, verknüpft das Thema der Demenz mit der Institution Krankenhaus und beleuchtet das enorme Konfliktpotenzial, das im Spannungsfeld zwischen der schnelllebigen, akut-medizinischen und ökonomisierten Krankenhauslogik sowie den demenzsensiblen Bedürfnissen von betroffenen Patient_innen im alltäglichen Stationsalltag, steckt. Im Hinblick auf die immer älter werdende Bevölkerung ist hervorzuheben, dass nicht nur demenzielle Erkrankungen, sondern gleichzeitig auch das zusätzlich altersbedingte Risiko für somatische Beschwerden, zunehmen (vgl. Kirchen-Peters 2009, S. 227 - 232; Löhr & Meißnest 2014, S. 32).

In der Praxis resultiert daraus, wie auch schon die im Abschlussbericht veröffentlichten Ergebnisse des vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld wissenschaftlich begleiteten Modellprojekts zur „Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus“ (2005 - 2008) eröffnet haben, dass viele hochbetagte Menschen auf Grund ihrer somatischen Beschwerden in ein Krankenhaus eingewiesen werden und ihre Demenzerkrankung möglicherweise strukturell unbeachtet und als störende Nebendiagnose wahrgenommen wird. Durch die oftmals fehlende diagnostische Abklärung und Nichtbeachtung demenzieller Symptome sind zudem offizielle Statistiken und repräsentative Studien zur Anzahl von Krankenhauspatient_innen mit Demenz kaum vorhanden. Bezugnehmend auf die wenigen wissenschaftlich fundierten und repräsentativen Studien zur Prävalenz demen-ter Menschen im Krankenhaus kann auf die aus Metaanalysen entstandenen zusammenfas-senden Ergebnisse zur Häufigkeit demenziell erkrankter Menschen von Kleina und Wingen-feld (2007) verwiesen werden (vgl. 4ff.). Die Autor_innen schätzen den derzeitigen Anteil von Krankenhauspatient_innen im Allgemeinkrankenhaus auf 10 bis 20 Prozent, mit besonderem Verweis auf Volker Arolt, der schon im Jahr 1997 in seiner epidemiologischen Untersuchung eine Prävalenz der Demenz im Akutkrankenhaus von 12,3% ausfindig machen konnte (vgl. Wingenfeld & Steinke 2013: 1148f.).

Gleichzeitig haben sich bedingt durch gesundheitspolitische Reformen krankenhausinterne Umstrukturierungen ergeben, sodass alte Menschen, wie bereits in der Einleitung dieses Forschungsberichts beschrieben, einen stetig wachsenden Anteil der gesamten Patient_innen im Krankenhaus ausmachen, wohingegen die medizinischen Behandlungen jüngerer Altersgruppen zunehmend im ambulanten Rahmen durchgeführt werden. Diese veränderte Altersstruktur von Krankenhauspatient_innen zeigt sich im Praxisalltag durch eine zunehmende Geriatriisierung des (Akut-)Krankenhauses.

Im Zuge und gleichzeitig widersprüchlich zu der o.g. Entwicklung und den Bedürfnissen von hochaltrigen Krankenhauspatient_innen haben sich die Krankenhausstrukturen und -abläufe mit der Umstellung der Abrechnung nach Fallpauschalen im Rahmen der Einführung des Systems der G-DRG's, im Jahr 2003, verändert. Durch die seit Einführung der patientenklassifizierenden Fallpauschalen angetriebene Implementation einer neuen ökonomischen Logik in den Krankenhäusern verkürzt sich die stationäre Verweildauer der Patient_innen und gleichzeitig hat eine verstärkte einseitige Ausrichtung der Krankenhäuser auf eine wirtschaftliche statt moralisch-ethische Versorgungseffizienz stattgefunden. Kurz gesagt: Die Krankenhäuser haben sich an die beschleunigte und effizienzorientierte Logik der ökonomisierten Welt angepasst (vgl. Friedrich & Günster 2005, S. 153-204; Gröning et al. 2013, S. 4f.; Kirchen-Peters 2009, S. 227f.).

Dies führt dazu, dass die Zunahme an Demenzerkrankungen als Nebendiagnose bei Patient_innen, die wegen somatischer Störungen eingeliefert werden, die Akutkrankenhäuser und die professionellen Akteur_innen vor extreme Herausforderungen stellen. Die einerseits hochindividuellen Bedürfnisse der dementen Menschen nach Akzeptanz, Bindung, Sicherheit, Validation und Verständnis stehen den verrichtungs- und ablauforientierten Strukturen einzelner Fachdisziplinen im Akutkrankenhaus, der fehlenden Reflexionsmöglichkeiten der professionellen Mitarbeiter über Verständnis, Haltung, Ethik und Moral⁷ gegenüber Demenz, fehlende Vernetzungsstrukturen der diagnostischen und therapeutischen Angebote zw. den

⁷ Der Begriff „Ethik (griech. ethos: gewohnter Ort des Lebens, Sitte, Charakter) geht als philosophische Disziplin auf Aristoteles zurück [...]“ (Höffe 1980, S. 53f.; S. 72ff.). Günther Patzig definiert Moral als eine Verflechtung von moralischen Normen, Werturteilen und Institutionen (vgl. Patzig 1971, S. 3). Da sich die Begriffe Ethik und Moral über Jahrhunderte hinweg entwickelt haben, d.h. nicht als statisch anzusehen sind und die Literatur keine eindeutige Definition liefert, soll sich für die Verwendung der beiden Begriffe in dieser Forschungsarbeit an folgendem Definitionsansatz orientiert werden: „Weit verbreitet ist die Unterscheidung von Ethik und Moral als der Frage einerseits nach dem guten, gelingenden Leben (Ethik) und andererseits nach Gerechtigkeit (Moral) [...]“ (Kutscher 2002, S. 30). Ethik kann dabei für die Reflexionsebene von Werthaltungen stehen und Moral kann in diesem Kontext als moralische Einstellung einer Person (individuelle Moral) oder einer Gruppe (soziale Moral) bezeichnet werden, „d.h. ihre Wertentscheidungen, Wertorientierungen und die Handlungsnormen, auf die sie sich implizit oder explizit bezieht“ (dies. 2002, S. 31).