

## Arbeitspapier des DZD

### **Zusammenarbeit Pflege und Medizin:**

Probleme und Wissensbedarfe Pflegenden in der  
Zusammenarbeit mit der Medizin

Katrin Herder

008

gefördert von:

Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen



LANDESVERBÄNDE  
DER PFLEGEKASSEN

Landesinitiative Demenz-Service



Dialog- und  
Transferzentrum  
Demenz  
an der Universität  
Witten/Herdecke



©Landesinitiative Demenz-Service NRW 2008  
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Department  
Pflegerwissenschaft,  
Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)  
Stockumer Str. 10 • 58453 Witten  
Telefon +49 (2302) 926306 • Fax +49 (2302) 926310  
dialogzentrum@uni-wh.de  
[www.dialogzentrum-demenz.de](http://www.dialogzentrum-demenz.de) || [www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	3
<b>2. Befragung zu Problemen und Wissensbedarfen in der Versorgung Demenzkranker</b> .....	4
<b>2.1. Studiendesign und Rücklauf</b> .....	4
<b>3. Ergebnisdarstellung der Befragung zum Themenkomplex „C: Zusammenarbeit von Pflege und Medizin“</b> .....	6
<b>3.1. Problematische Situationen in der Zusammenarbeit mit der Medizin</b> .....	8
<b>3.1.2. Darstellung, Vergleich und Diskussion der Antwortmöglichkeiten in Anhängigkeit von Einrichtungstyp und Demenzspezialisierung</b> .....	11
<b>3.2. Ergebnisdarstellung und Diskussion der Frage nach der Quote der Haus- und Facharztbesuchen sowie einer möglichen Verkürzung der Wartezeiten bei Arztbesuchen</b> .....	13
<b>3.2.1. Vergleich und Diskussion im Zusammenhang mit bisherigen Ergebnissen</b> .....	15
<b>3.3. Ergebnisdarstellung und Diskussion des formulierten Wissensbedarfes nach Einrichtungstyp und Spezialisierung</b> .....	16
<b>3.4. Darstellung, Vergleich und Diskussion der Selbsteinschätzung Pflege und Medizin</b> .....	19
<b>3.5. Zusammenfassung</b> .....	20
<b>4. Erkenntnisse, Probleme und Empfehlungen im Bereich der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin</b> .....	21
<b>5. Literaturangaben</b> .....	26

# 1. Einleitung

Dieses Arbeitspapier ist Ergebnis einer vom Dialogzentrum Demenz durchgeführten deskriptiven Studie zur Hypothesengenerierung bezüglich der Probleme und Wissensbedarfe in der Versorgung Demenzerkrankter in der (teil)stationären, ambulanten und Akutversorgung in Nordrhein/Westfalen.

Im ersten Teil dieses Arbeitspapiers werden Ergebnisse der Befragung aus dem Bereich der Zusammenarbeit von Pflegenden mit den entsprechenden medizinischen Diensten dargestellt. In einem weiteren Schritt werden diese dann diskutiert.

Der zweite Teil dieses Arbeitspapiers widmet sich einzelnen Aspekten der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin sowie ausgewählten Themen.

Mit der wachsenden Anzahl älterer Menschen in der Gesellschaft steigt die Anzahl von altersbedingten und sich gegenseitig verstärkenden Erkrankungen (Multimorbidität), und ebenfalls nimmt die Anzahl von Menschen mit demenziellen Erkrankungen zu. Damit wächst der Anteil der Menschen, die sowohl akut-medizinische Behandlung und Pflege als auch eine ihren Leistungseinschränkungen angepasste Versorgung und Betreuung benötigen. Weder die Pflege noch die Medizin können diese Herausforderungen ohne einander meistern. Als größte Gruppen in der gesundheitlichen Versorgung sind sie mehr als andere gefordert, ihre Kooperation zu organisieren.

Ziel ist hier - neben Analyse und Interpretation - der Wissenstransfer. Wissenschaftliche Ergebnisse hinsichtlich der Problematik werden vorgestellt und diskutiert sowie praxis- und wissenschaftsbasierte Handlungsempfehlungen gegeben.

## 2. Befragung zu Problemen und Wissensbedarfen in der Versorgung Demenzerkrankter

Das vorliegende Arbeitspapier basiert auf einer deskriptiven Studie des Dialogzentrums Demenz an der Universität Witten/Herdecke, welches die Mitarbeiter des Dialogzentrums von Juli 2007 bis Januar 2008 durchführten.

### 2.1. Studiendesign und Rücklauf

In dieser Studie wurden 600 Fragebögen an Pflegedienst- und /oder Heimleitungen von Einrichtungen der ambulanten, (teil)stationären und Akutversorgung in Nordrhein-Westfalen versendet, um ein erstes Bild des Wissensbedarfs, der Herausforderungen und Probleme der Praktiker in der alltäglichen Versorgung demenzerkrankter Menschen zu ermitteln.

An jeden der vier Einrichtungstypen wurden in einer Gelegenheitsstichprobe 150 Fragebögen versendet. Insgesamt ergab dies einen in der Tabelle 1 dargestellten folgendermaßen verteilten Rücklauf: Aufgeführt wird auch die Verteilung spezialisierter und nicht-spezialisierter Einrichtungen.

**Tabelle 1:** Stichprobenbeschreibung

	versendete (abs.)	Rücklauf (abs.)/(%)	Spezialisierung JA (abs.) / %	Einrichtungen in NRW Abs. / % Rücklauf <sup>2</sup>
Tagespflege	150	30 / 20%	16 / 53 %	319 / 9%
Krankenhäuser	150	40 / 27%	16 / 40 %	437 / 9 %
Stat. Alteneinrichtungen	150	44/29%	21 / 48 %	2008 / 2 %
Ambulante Pflege	150	21/14%	2 / 10 %	2039 / 1 %
<b>Gesamt</b>	<b>600</b>	<b>135 /23 %</b>	<b>55 / 41 %</b>	<b>4803 / 3 %</b>

<sup>1</sup> erfasst wurden Einrichtungen mit einer spezialisierten Demenzabteilung oder in der ambulanten Pflege gerontopsychiatrische Fachpflegedienste

<sup>2</sup> Gesamtzahl der Einrichtungen nach Typ (Quelle: www.destatis.de abg. am 6.2.2008)

Die Fragebögen hatten sowohl qualitative als auch quantitative Anteile, wobei letztere deutlich überwogen. Abgefragt wurden Informationen, Bedarfe, Problembeschreibungen und/oder Handlungsherausforderungen in folgenden inhaltlichen Dimensionen:

Teil 0: Angaben zur Einrichtung

- Größe, Spezialisierung, Anz. Mitarbeiter, Anteil Demenz, Fortbildung

Teil A: Umgang mit demenzerkrankten Menschen

- Probleme der MA, -Probleme der MmD, -Wissensbedarf

Teil B: Zusammenarbeit mit Angehörigen

- Herausforderung der MA, -Probleme der Angehörigen, Wissensbedarf

Teil C: Zusammenarbeit mit ärztlichem Dienst (Hausarzt/Facharzt)

- auf die Versorgungsform ausgerichtete Fragen, Wissensbedarf

Teil D: Überleitung/Schnittstellenproblematik/ Entlassung

- auf die jeweilige Versorgungsform ausgerichtete Fragen, Wissensbedarf

Teil E: Externe Angebote/Netzwerke

- Kenntnis zu Angeboten, Verweis auf Angebote, Wissensbedarf

Die Fragebögen waren so konstruiert, dass sowohl die Probleme/Herausforderungen der MitarbeiterInnen in den einzelnen Dimensionen wie auch die Probleme der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen aus Sicht der Pflegenden beschrieben wurden.

Die folgende Darstellung und Analyse fokussiert lediglich den Teil C (Zusammenarbeit mit den medizinischen Diensten) dieser Befragung. Eine Gesamtauswertung wird im Rahmen einer umfangreichen Publikation durchgeführt.

### **3. Ergebnisdarstellung der Befragung zum Themenkomplex „C: Zusammenarbeit von Pflege und Medizin“**

In Teil C der zweiten Fragebogenaktion des Dialogzentrums Demenz wurden aus Sicht der Pflegenden einzelne Aspekte der Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten respektive mit dem ärztlichen Dienst in Bezug auf Menschen mit Demenz erhoben. Den unterschiedlichen strukturellen Bedingungen der Pflegenden in den Arbeitsbereichen der Krankenhäuser, der stationären Altenpflege, der Tagespflege und der ambulanten Pflege in der Zusammenarbeit mit Medizinern wurde in spezifischen, den Arbeitskontexten entsprechenden Items Rechnung getragen.

Erfragt wurden folgende Themenbereiche:

- die Probleme Pflegender in der Zusammenarbeit mit der Medizin
- die Wissensbedarfe Pflegender in der und für die Zusammenarbeit mit den Ärzten sowie
- die Beurteilung der Kooperation mit dem medizinischen Dienst

Bei der Frage nach den „schwierigen Situationen in der Zusammenarbeit“ waren drei Antworten vorgeschlagen und drei Felder zur zusätzlichen Benennung möglich.

Die Frage nach den Wissensbedarfen in diesem Komplex erfragte maximal drei frei zu formulierende Bereiche/Themen, zu denen sich Mitarbeiter mehr Wissen wünschten oder mehr Wissen für notwendig hielten.

Die letzte Frage in allen Bereichen forderte eine Selbstbeurteilung der Zusammenarbeit der Pflegenden mit den entsprechenden medizinischen Diensten in der eigenen Einrichtung. Hier musste die Wertung auf einer fünfstufigen Skala von „sehr schlecht“ bis „sehr gut“ vorgenommen werden.

In zwei zusätzlichen Fragen, welche nur für die Arbeitsbereiche der stationären und der häuslichen Altenpflege Relevanz auswiesen, waren in fünfstufigen Skalen von „(fast) keiner“ bis „(fast) alle“

die Quoten der Hausbesuche der Haus- und Fachärzte und

die mögliche Verkürzung der Wartezeiten bei Praxisbesuchen von Interesse.

Die quantitative Struktur der Fragebögen erlaubt, auch durch die geringe Stichprobe, vor allem eine beschreibende Auswertung. Weitergehende Aussagen zu einzelnen inhaltlichen Themen wie beispielsweise den Unterschieden zwischen dem pflegerischen und dem ärztlichen Verständnis der Therapie demenzerkrankter Menschen sind an dieser Stelle nicht möglich.

Wie bereits in der Einleitung kurz beschrieben, nahmen an der Befragung sowohl Einrichtungen mit einem spezialisierten Bereich für die Versorgung Demenzerkrankter als auch ohne speziellen Bereich teil. Bis auf den Bereich der ambulanten Pflege (nur zwei spezialisierte Pflegedienste) waren hingegen im Krankenhausbereich, der Tagespflege und der stationären Altenpflege genügend Einrichtungen sowohl mit als auch ohne Spezialisierung vorhanden, so dass eine Gegenüberstellung der Ergebnisse nicht nur unterschiedlicher Einrichtungstypen sondern auch der Antwortvergleich spezialisierter und nicht-spezialisierter Einrichtungen sinnvoll und interessant ist. In Tabelle 2 sind die entsprechenden Aufteilungen hinsichtlich der Spezialisierung beschrieben.

:

<b>Auf Demenz spezialisierte und nicht-spezialisierte Einrichtungen im Vergleich</b>			
<b><i>Tabelle 2</i></b>	Spezialisierung		
Einrichtungstyp	Ja n / %	Nein n / %	Gesamt n
Tagespflege	16 / 53 %	14 / 47 %	30
Krankenhäuser	16 / 40 %	24 / 60 %	40
Stat. Altenpflege	21 / 48 %	23 / 52 %	44
Amb. Pflege	2 / 10 %	19 / 91 %	21
Gesamt	55 / 41 %	80 / 59 %	135



### 3.1. Problematische Situationen in der Zusammenarbeit mit der Medizin

Den Teilnehmern der häuslichen und stationären Altenpflege sowie der Tagespflege wurde folgende Frage mit folgenden Antwortmöglichkeiten gestellt:

<b>C1: „Was glauben Sie, sind für Ihre MitarbeiterInnen schwierige Situationen in der Zusammenarbeit mit den Haus- und Fachärzten in Bezug auf Menschen mit Demenz?“</b>	
a. telefonische Behandlungsanweisungen <input type="checkbox"/> b. Zusammenarbeit mit mehreren Ärzten <input type="checkbox"/> c. Informationsweitergabe <input type="checkbox"/>	Andere: d. z.B. _____ e. z.B. _____ f. z.B. _____

Der hohe Anteil der Nennungen – 80% der Hauspflegedienste, 81% der Pflegeheime und 88% der Tagespflegeeinrichtungen antworteten auf die Frage, was eine Bedeutung des Themas vermuten lässt.

In der häuslichen Pflege (57%) und in der Tagespflege (87%) wird die Informationsweitergabe als häufigstes Problem benannt, während telefonische Behandlungsanweisungen und die Zusammenarbeit mit mehreren Ärzten mit jeweils 36% in Altenheimen als problematische Situationen benannt werden.

<b>Probleme in der Zusammenarbeit mit Ärzten je Bereich</b>	Ambulante Pflege		Stat. Altenpflege		Tagespflege	
	n	%	N	%	n	%
Tel. Behandlungsanweisungen	7	33	16	36	5	17
Zusammenarb. mit mehreren Ärzten	9	43	16	36	14	47
Informationsweitergabe	12	57	8	18	26	87

Den Teilnehmern der Krankenhäuser wurde die Frage C 1 mit folgenden Antwortmöglichkeiten gestellt:

<b>C1: „Was glauben Sie, sind für Ihre MitarbeiterInnen schwierige Situationen in der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst in Bezug auf Menschen mit Demenz?“</b>	
	Andere:
a. der ärztliche Dienst hat keine Zeit	<input type="checkbox"/> d. z.B. _____
b. der ärztliche Dienst hat ein anderes Verständnis zur Therapie	<input type="checkbox"/> e. z.B. _____
c. der ärztliche Dienst hat andere Schwerpunkte	<input type="checkbox"/> f. z.B. _____

93% der Akutkrankenhäuser haben auf diese Fragen geantwortet.

Mit deutlichem Abstand gaben die Pflegenden in Kliniken an, dass die Unterschiede pflegerischer und ärztlicher Aufgaben für sie die größten Schwierigkeiten bedeuten.

<b>Probleme in der Zusammenarbeit mit Ärzten im KH</b>	n	Prozent
<b><i>Tabelle 4</i></b>		
der ärztliche Dienst hat keine Zeit	17	43
der ärztliche Dienst hat ein anderes Verständnis zur Therapie	15	38
der ärztliche Dienst hat andere Schwerpunkte	27	68

Die Angaben der drei zusätzlichen Antwortmöglichkeiten wurden kategorisiert und gemeinsam qualitativ ausgewertet.

Bei weniger als 60% der Nennungen in der ersten Antwortmöglichkeit und bei stark abnehmender Tendenz (2. Antwort 11 % und 3. Antwort 4 %) ist die Aussagekraft der Daten hier geringer, wie Tabelle 5 zeigt.

<b>Anzahl der frei formulierten Antworten zu Frage C1</b>							<b>Tabelle 5</b>	
	Tagespflege		Ambulante Pflege		Stat. Altenpflege		Krankenhaus	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Antwort d	13	43	11	52	15	36	13	33
Antwort e	3	10	2	10	6	14	1	3
Antwort f			1	5	6	14	1	3

Von den insgesamt 73 Angaben entfallen 17 auf „Wissensmängel bei Ärzten“, 15 auf „Informationsaustausch“ und 12 auf „Desinteresse der Ärzte“. Die restlichen 28 Antworten beziehen sich mit nicht mehr als 3 Antworten auf unterschiedliche Kategorien.

<b>Schwierige Situationen in der Zusammenarbeit nach Institutionen</b>	Tagespflege		Amb. Pflege.		Stat. Altenpflege		Krankenhaus	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Tabelle 6</b>								
Wissensmängel bei Ärzten	2	7	2	10	5	11	8	21
Informationsaustausch	11	37	1	5	2	5	2	5
Desinteresse der Ärzte			8	39	1	2	3	8
Konkurrenz Haus-/Fachärzte	2	7	1	5	3	7		
unterschiedliche Meinungen zur Therapie					1	2	1	3
Weigerung zu Hausbesuchen			1	5	2	5		
Diagnostik	1	3			2	5		

Nur für einzelne Institutionstypen waren die Themen „Medizin und Recht“ sowie „Sicherheit“ mit jeweils einer Nennung für Krankenhäuser, für den Bereich der stationären Altenpflege die Themen „Erreichbarkeit der Ärzte“ (3/7%), Krisenintervention (2/4%) und „Medikamentengabe“ (2/4%) von Bedeutung.

MitarbeiterInnen der Tagespflege sahen den Informationsaustausch als Problem, während in der ambulanten Pflege ein Desinteresse der Ärzte wahrgenommen wurde. In der stationären

Altenpflege waren insgesamt 10 Themen aus unterschiedlichen Bereichen benannt, so dass nur eines, die Wissensmängel bei Ärzten sich mit 11 % abheben konnte. In Krankenhäusern waren mit gut einem Fünftel der Antworten Wissensmängel bei Ärzten als Problem genannt.

### 3.1.2. Darstellung, Vergleich und Diskussion der Antwortmöglichkeiten in Anhängigkeit von Einrichtungstyp und Demenzspezialisierung

Abgefragt wurde unter anderem, inwiefern Einrichtungen eigene demenzspezifische Abteilungen haben. Insofern ist es interessant zu analysieren, ob und wie sich Antworten von spezialisierten Einrichtungen von denen ohne Spezialisierung unterscheiden. Bei den jeweiligen Einrichtungstypen waren spezialisierte und nicht-spezialisierte Institutionen ungefähr gleich verteilt (siehe dazu Tabelle 2).

Im Bereich der ambulanten Pflege allerdings gab es lediglich 2 gerontopsychiatrische spezialisierte Pflegedienste, so dass sich hier aufgrund der mangelnden statistisch relevanten Verteilung ein Vergleich beider Gruppen nicht rechtfertigen lässt. Insofern soll in diesem Teil lediglich auf Tagespflegen, stationäre Alteneinrichtungen und Krankenhäuser eingegangen werden.

In einem weiteren Auswertungsschritt wird nun überprüft, ob die Ergebnisse zu den schwierigen Situationen in der Zusammenarbeit in einem Zusammenhang mit einer Ausrichtung auf Demenz stehen können.

Die Angaben zu der Spezialisierung auf Demenz beruhen auf Einschätzungen der einzelnen Einrichtungen und können an dieser Stelle nicht bewertet werden. Es ist nicht erhoben worden, wie die Spezialisierungen beziehungsweise die auf Demenz spezialisierten Bereiche gestaltet sind.

<b>Tabelle 7</b> <b>Probleme in der Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten nach Einrichtungstyp</b>	auf Demenz spezialisiert			
	Stat. Altenpflege		Tagespflege	
	ja	nein	ja	nein
telefonische Behandlungsanweisungen	8/ 38%	8/ 35%	3/ 19%	2/ 14%
die Zusammenarbeit mit mehreren Ärzten	8/ 38%	8/ 35%	7/ 44%	6/ 43%
die Informationsweitergabe	4/ 19%	4/ 17%	15/ 94%	9/ 64%

Es zeigt sich, dass in der stationären Altenpflege eine Spezialisierung auf die Versorgung demenzerkrankter Menschen in dieser Untersuchung keinen Unterschied auf die aufgeführten Kommunikationsprobleme mit Haus- und Fachärzten aufweist. In der Tagespflege sind die Unterschiede ebenfalls gering bis auf die Informationsweitergabe. Auf Demenz spezialisierte Einrichtungen nennen mit knapp 100% deutlich häufiger Schwierigkeiten in der Informationsweitergabe als nicht spezialisierte Tagespflegeeinrichtungen.

Diese Ergebnisse werden noch einmal im Zusammenhang mit den Fragen nach den Quoten der Haus- und Facharztbesuche diskutiert (Seite 15/16).

Für die Krankenhäuser kann eine Unterscheidung in Allgemein- und Fachkrankenhäuser sowie die jeweilige Spezialisierung auf Demenz weitere Aufschlüsse geben: von 16 auf Demenz spezialisierten Bereichen in den 40 Allgemein- und Fachkrankenhäusern entfielen 7 auf Allgemein- und 9 auf Fachkrankenhäuser.

<b>Tabelle 8</b>	<b>Anzahl der demenzspezialisierten Bereiche in den Krankenhäusern</b>			
	auf Demenz spezialisierter Bereich		nicht auf Demenz spezialisierter Bereich	
	n	%	n	%
Allgemein- KH	7	26	20	74
Fach- KH	9	69	4	31

Für den Bereich der Krankenhäuser stellen sich die größten Probleme in der Zusammenarbeit mit Ärzten bei einer Aufteilung in demenzspezifische Bereiche wie folgt dar:

<b>Probleme in der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst im KH</b>	auf Demenz spezialisierter Bereich	nicht auf Demenz spezialisierter Bereich
<b>Tabelle 9</b>		
der ärztliche Dienst hat keine Zeit	4/ 25%	13/ 54%
der ärztliche Dienst hat ein anderes Verständnis zur Therapie	4/ 25%	11/ 46%
der ärztliche Dienst hat andere Schwerpunkte	5/ 32%	22/ 92%

Auf Demenz spezialisierte klinische Bereiche benennen in allen drei Items deutlich geringere Probleme in der Zusammenarbeit mit Ärzten. Besonders deutlich zeigt sich der Unterschied

bei Problemen rund um die unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkte: während nur ein knappes Drittel der auf Demenz spezialisierten Abteilungen hier Schwierigkeiten abgibt, sind es in den nicht auf Demenz spezialisierten Bereichen beinahe 100%.

Bei einer Ausrichtung auf die Betreuung und Pflege demenzerkrankter Menschen in einzelnen Abteilungen der Allgemein- und Fachkrankenhäuser scheinen die Gemeinsamkeiten der pflegerischen und medizinischen Arbeitsaufträge die Unterschiede zu überwiegen.

### **3.2. Ergebnisdarstellung und Diskussion der Frage nach der Quote der Haus- und Facharztbesuchen sowie einer möglichen Verkürzung der Wartezeiten bei Arztbesuchen**

In der ambulanten Pflege und der Stationären Altenpflege lautet die nächste Frage:

**C 2: „Machen die Ärzte bei den von Ihrem Dienst/ in Ihrem Haus versorgten demenzerkrankten Menschen regelmäßige Hausbesuche?“**

Hausärzte: keine/r  wenige  die Mehrzahl  (fast) alle

Fachärzte: keine/r  wenige  die Mehrzahl  (fast) alle

In zwei vierstufigen Skalen von „keine/r“ bis „(fast) alle“ können die Angaben nach Haus- und Fachärzten getrennt angegeben werden.

Die Anzahl der Nennungen liegt mit 86% (Hausbesuche Hausärzte) und 84% (Hausbesuche Fachärzte) in der Altenpflege und jeweils 100% in der ambulanten Pflege sehr hoch. Dies lässt auf eine große Bedeutung für die beiden Bereiche schließen.

In der stationären Altenpflege erfolgt die ärztliche Versorgung demenzerkrankter Menschen überwiegend durch Hausbesuche (82%) und in der ambulanten Pflege noch bei knapp der Hälfte der Menschen (48%). Während in der stationären Pflege nur 5% der Heime „wenige“ Hausbesuche erfahren, geben in der ambulanten Pflege immerhin fast 20% der Dienste an, dass „wenige“ Hausärzte Hausbesuche durchführen (siehe Tab. 5).

<b>Hausbesuche Hausärzte</b> <i>Tabelle 10</i>	Stationäre Altenpflege		Ambulante Pflege	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
wenige	2	5	11	19
die Mehrzahl	17	39	4	19
(fast) alle	19	43	6	29

Die Antwortmöglichkeit „keine/r “(Hausbesuche der Hausärzte) wurde nicht gewählt.

Die Hausbesuchquote der Fachärzte dagegen liegt in beiden Bereichen deutlich darunter.

In der ambulanten Pflege liegt die Antwort „keine“ gleichauf mit „wenige“ bei insgesamt 83% der Antworten, nur 15% der Antworten fallen auf „die Mehrzahl“ und „(fast) alle“.

In der stationären Altenpflege entfallen immer noch gut ein Drittel der Antworten auf die Antwort „wenige“, hingegen wird die Quote der fachärztlichen Hausbesuche jeweils mit etwa ein Viertel bei „der Mehrzahl“ und „(fast) alle“ angegeben (Tab. 6).

<b>Hausbesuche Fachärzte</b> <i>Tabelle 11</i>	Stationäre Altenpflege		Ambulante Pflege	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
keine			9	43
wenige	16	36	9	43
die Mehrzahl	11	25	2	10
(fast) alle	10	23	1	5

Im Anschluss wird in beiden Bereichen nach der Möglichkeit gefragt, bei Arztbesuchen die Wartezeiten von demenzerkrankten Menschen zu verkürzen:

**C 3: „Können Ihre MitarbeiterInnen in Absprachen mit den Arztpraxen die Wartezeiten für Menschen mit Demenz verkürzen?“**

ja  nein

Während die Verkürzung der Wartezeiten bei Arztbesuchen für demenzerkrankte Menschen in der stationären Altenpflege (bei 77% Nennungen) in beinahe 50% der Fälle möglich ist, überwiegt in der ambulanten Pflege (bei 81% Nennungen), dass dort eine Verkürzung der Wartezeit nicht eingeräumt wird (Tab. 7).

<b>Tabelle 12</b>	Stationäre Altenpflege		Ambulante Pflege	
<b>Verkürzung der Wartezeit</b>	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
ja	21	48	8	38
nein	13	30	9	43

### **3.2.1. Vergleich und Diskussion im Zusammenhang mit bisherigen Ergebnissen**

In der stationären Altenpflege führen die Hausärzte überwiegend (82%) Hausbesuche zur Versorgung der Menschen mit Demenz durch (Tabelle 5). Es ist davon auszugehen, dass in der Relation zur ambulanten Pflege und zur Tagespflege die Zusammenarbeit der MitarbeiterInnen mit der Medizin durch die Präsenz der Hausärzte in der stationären Altenpflege günstiger ausfällt. Dennoch geben zwei Fünftel der MitarbeiterInnen an, dass Probleme in der Zusammenarbeit mit mehreren Ärzten bestehen und ebenfalls mit telefonischen Behandlungsanweisungen. Es ist nicht auszuschließen, dass die Rechtsunsicherheit telefonischer Behandlungsanweisungen ein Teil der Probleme der Pflegenden in diesem Punkt einschließt.

In der Tagespflege wurde die Frage nach der Häufigkeit der Hausbesuche der Haus- und Fachärzte nicht gestellt, da davon ausgegangen wurde, dass die Mehrzahl der Arztbesuche durch die pflegenden Angehörigen übernommen und durchgeführt wird. Die recht hohe Anzahl von Nennungen zur „Informationsweitergabe“ (87%) bei der Frage C 1 zu schwierigen Situationen in der Zusammenarbeit mit den Haus- und Fachärzten lässt zum einen darauf schließen, dass aus Sicht der TagespflegemitarbeiterInnen der Informationsfluss zwischen den behandelnden Ärzten und ihnen sehr zu wünschen übrig lässt. Zum anderen kann nicht ausgeschlossen werden, dass aus Sicht der Pflegenden die Informationen aus den Arztbesuchen von den Angehörigen nicht in ausreichendem Maße transportiert werden.



In der ambulanten Pflege liegt die Hausbesuchsquote der Hausärzte unter 50% und die der Fachärzte bei 15%. Die Informationsweitergabe wird, vergleichbar den Tagespflegeeinrichtungen, als großes Problem in der Zusammenarbeit mit den Haus- und Fachärzten benannt. Beide Bereiche sind nicht in die direkte Kommunikation mit behandelnden Ärzten eingebunden.

Die Quote der Facharztbesuche liegt sowohl in der stationären Altenpflege wie der ambulanten Pflege deutlich unter dem Niveau der Hausarztbesuche (Tab. 6).

### **3.3. Ergebnisdarstellung und Diskussion des formulierten Wissensbedarfes nach Einrichtungstyp und Spezialisierung**

Während zuvor die Abfrage möglicher Problembereiche in der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin dargestellt und diskutiert wurde, sollen hier die Ergebnisse der Befragung zu möglichen Themen in der Zusammenarbeit mit medizinischen Diensten dargestellt werden, zu denen sich die Mitarbeiter der Einrichtungen mehr Wissen wünschen. Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, bis zu drei Themenbereiche zu benennen. Diese wurden dann bei der Auswertung der Fragebögen zu Themenkomplexen kondensiert und einheitlich kategorisiert.

Folgende Fragestellung hatten wiederum alle Teilnehmer zu beantworten (für Krankenhaus- und TagespflegemitarbeiterInnen Frage C2, für ambulante und stationäre Pflege Frage C4).

**C2 / C4: Zu welchen Themen in der Zusammenarbeit mit den Haus- und Fachärzten/-dem medizinischen Dienst in der Versorgung demenzerkrankter Menschen wünschen sich Ihre MitarbeiterInnen mehr Wissen? (z.B. interdisziplinäre Fallbesprechung)**

z.B. ....

z.B. ....

z.B. ....

Es entstanden 133 Themennennungen, die auf qualitativer Ebene kategorisiert wurden. In 66% der Fragebögen wird mindestens ein Themenwunsch zur Zusammenarbeit mit Ärzten/ dem ärztlichen Dienst geäußert und noch 5% der Antworten beziehen sich auf einen dritten Themenwunsch.

Die „multidisziplinäre Fallarbeit/Fallbesprechung“ wird mit 45% (Altenheime) bis 68% (Krankenhäuser) am häufigsten genannt, dies kann u.a. mit dem im Fragebogen genannten Beispiel der interdisziplinären Fallbesprechung zusammenhängen (siehe Tabelle 9).

„Medikamente bei Demenz“ wird mit 13% (Tagespflege) bis 25% (stat. Altenpflege) als nächstes Themenfeld genannt. Weitere Themenfelder wie „gemeinsame Fortbildung“ sind für die Tagespflegeeinrichtungen nicht mehr interessant und das Feld „Krankheitsbild Demenz“ noch für 6% der Krankenhäuser und 20% der ambulanten Pflege. Im Pflegeheimbereich wurde Wissen zu gemeinsamer Krisenintervention zweimal (4%) und gemeinsamer Sterbegleitung einmal (2%) gewünscht. In Krankenhausfragebögen wurden zudem Assessments (2/6%), ambulante Versorgung, Gespräche mit Angehörigen und Rehabilitation (je 1/3%) als Wissensthemen angegeben.

<b>Themenwünsche Zusammenarbeit mit Ärzten</b>	Stat. AH		Tagespfl.		Amb.Pflege		KH	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Tabelle 13</b>								
Multidisziplinäre Fallarbeit/Fallbesprechung	20	45	14	46	19	57	27	68
Medikamente bei Demenz	11	25	4	13	4	19	7	18
gemeinsame Fortbildung	3	7			3	15	1	3
Krankheitsbild "Demenz"					4	20	2	6

In der ambulanten Pflege scheint es, gemessen an den Prozentzahlen der anderen Bereiche, einen relativ hohen Wissensbedarf zur Zusammenarbeit mit den Haus- und Fachärzten zu geben. Die Themenwünsche in der Zusammenarbeit mit Ärzten zu mehr Wissen in der Versorgung demenzerkrankter Menschen beziehen sich neben der gemeinsamen Fallarbeit (57%) und Medikamenten (19%) ebenfalls auf gemeinsame Fortbildungen (15%) sowie das Krankheitsbild Demenz (20%).

Der Wunsch nach interdisziplinärer und fallspezifischer Zusammenarbeit mit Ärzten erhält in allen pflegerischen Arbeitsbereichen die meisten Nennungen.

Werden die Ergebnisse erneut in Bereiche unterteilt, die auf Demenz spezialisiert sind, ergibt sich folgendes Bild:

<b>Wissensbedarfe der auf Demenz spezialisierten Bereiche</b>	stat. Altenpfl. (n = 21)	Tagespflege (n = 16)	Krankenhäuser (n = 16)
<b><i>Tabelle 14</i></b>	n	n	n
multidisziplinäre Fallarbeit/Fallbesprechungen	9	4	20
Medikamente bei Demenz	6	2	1

In der stationären Altenpflege scheint es zwischen einer Spezialisierung auf Demenz bezüglich der Wissensbedarfe keinen Zusammenhang zu geben: noch 9 von 20 Einrichtungen wünschten multidisziplinäre Fallarbeit/ -besprechungen und 6 von 11 Einrichtungen äußerten den Wunsch nach gemeinsamer Information zu Medikamenten bei Demenz. 3 der 21 Altenpflegeeinrichtungen mit auf demenzspezialisierten Bereichen wünschten gemeinsame Fortbildungen mit Ärzten, 2 nannten die gemeinsame Krisenintervention und 1 Einrichtung die gemeinsame Sterbebegleitung als Wunsch.

Das Bild in der Tagespflege gestaltet sich wie folgt: von 14 Einrichtungen mit einem Wissensbedarf zu multidisziplinärer Fallarbeit waren 4 auf Demenz spezialisiert und 2 von 4 wünschten Informationen zu Medikamenten.

In den Krankenhäusern überwiegt eindeutig, dass auf Demenz spezialisierte Bereiche ein verstärktes Interesse an gemeinsamen Fallbesprechungen mit dem medizinischen Dienst nennen. 20 auf Demenz spezialisierte Bereiche von 27 Angaben aller Einrichtungen wünschen sich interdisziplinäre Fallbesprechungen. Die hier genannte Anzahl von 20 Wissensbedarfen aus spezialisierten Bereichen kann dadurch entstehen, dass einige der 16 in Krankenhäusern als auf Demenz ausgerichteten Stationen/Abteilungen mehr als eine Antwort auf die Frage C3 gegeben haben, die in der Kategorisierung jedoch als „multidisziplinäre Fallarbeit/Fallbesprechungen“ addiert wurden. Auch die beiden Einrichtungen, die „Assessments“ genannt hatten, stammen aus Krankenhäusern, die auf Demenz spezialisierte Bereiche umfassen.

### 3.4. Darstellung, Vergleich und Diskussion der Selbsteinschätzung Pflege und Medizin

In diesem Teil soll die Selbstbewertung der Teilnehmer bezüglich ihres Umganges mit Demenzerkrankten dargestellt und diskutiert werden. Die Teilnehmer mussten ihre Einrichtung auf einer fünfstufigen Skala einschätzen. Folgende Frage sollten die Teilnehmer beantworten:

**C3** (Krankenhäuser und Tagespflege)/ **C 5** (Altenheime und Ambulante Pflege):

**„Wie beurteilen Sie für Ihren Bereich die Zusammenarbeit mit den Haus- und Fachärzten/ dem ärztlichen Dienst in Bezug auf Menschen mit Demenz?“**

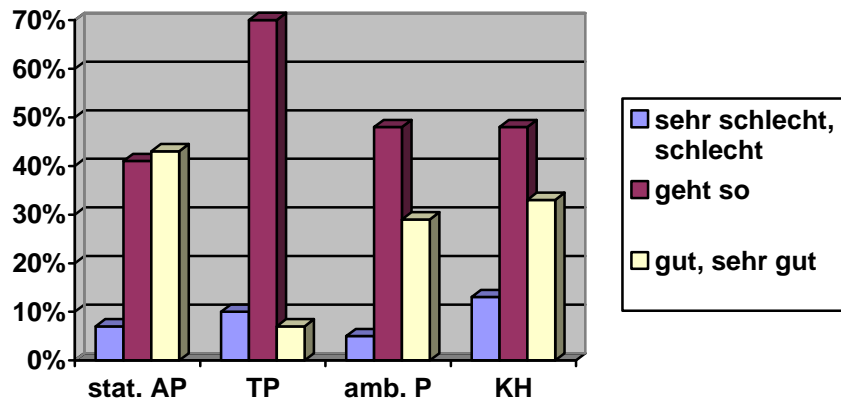
sehr schlecht       schlecht       geht so       gut       sehr gut

Die eigenen Einrichtungen werden von 120 (89%) der MitarbeiterInnen bezüglich der Zusammenarbeit mit Ärzten bewertet. Die häufigste Nennung fällt mit 41% (Altenpflege) bis 70% (Tagespflege) auf das Item „geht so“ (siehe Tabelle 10).

Mit „gut“ und auch „sehr gut“ sind deutlich mehr Einrichtungen mit ihrer Zusammenarbeit mit Ärzten zufrieden als unzufrieden: als „schlecht“ bewerten nur 5% der ambulanten Pflegedienste und 7% der Alten- und Tagespflege sowie 13% der Krankenhäuser ihre Zusammenarbeit mit Ärzten und als „sehr schlecht“ nur 3% (Tagespflege).

Beurteilung der eigenen Zusammenarbeit mit der Medizin	stat. Altenpflege		Tagespflege		Amb. Pflege		Krankenhäuser	
	n	%	n	%	n	%	n	%
sehr schlecht			1	3				
schlecht	3	7	2	7	1	5	5	13
geht so	18	41	21	70	10	48	19	48
gut	14	32	2	7	6	29	11	28
sehr gut	5	11					2	5

## Beurteilung der eigenen Zusammenarbeit mit medizinischen Diensten (Tabelle 16)



Insbesondere Altenpflegeeinrichtungen und Krankenhäuser schätzen ihre Zusammenarbeit mit der Medizin mit 43% und 33% als „gut“ und „sehr gut“ ein, immerhin 29% der ambulanten Pflegedienste bezeichnen ihre Zusammenarbeit mit den Niedergelassenen als „gut“. Einzig in der Tagespflege wird die eigene Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten überwiegend kritisch beurteilt.

### 3.5. Zusammenfassung

Die Darstellung und Beschreibung des Teiles „C - Zusammenarbeit von Pflege und Medizin“ des 2. Befragungszyklus' des Dialogzentrums Demenz machte deutlich, dass sich die Herausforderungen, Probleme und Wissensbedarfe in der Zusammenarbeit mit medizinischen Diensten der Einrichtungstypen unterscheiden.

#### **4. Erkenntnisse, Probleme und Empfehlungen im Bereich der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin**

Die Versorgung demenzerkrankter Menschen ist quer durch die Einrichtungstypen der stationären und ambulanten Pflege eine Herausforderung für alle Beteiligten. Erschwerend kommt hinzu, dass etwa ein Drittel der demenzerkrankten Menschen nicht als solche erkannt sind. Bei einem weiteren Drittel besteht lediglich der Verdacht einer demenziellen Erkrankung und nur bei einem Drittel ist die Diagnose Demenz gestellt (Mann, 2007). Eine geriatrische Zusatzqualifikation sowohl der Hausärzte wie der Krankenhausärzte mahnen selbst Mediziner an (Lübke 2008).

Andererseits stößt die Forderung nach Diagnostik in der Hausarztpraxis auch an Grenzen. Häufig hilft eine Diagnosestellung eher den Angehörigen, die bestimmte Verhaltensweisen nun in einen Kontext setzen und möglicherweise besser verstehen (und handeln) können. Etwa die Hälfte der diagnostizierten Patienten verweigert weitere Abklärungsschritte (Robinson, Clare, Evans 2005). Neben den Barrieren innerhalb der Familien mit einem demenzerkrankten Angehörigen kann auch die professionelle Zusammenarbeit im ambulanten Sektor eine Demenzdiagnostik und -behandlung behindern. Nach einer dänischen Studie (Waldorff, Bülow, Malterud, Waldemar 2001) bemühen sich Pflegende in der häuslichen Versorgung Älterer häufig erst dann um die diagnostische Abklärung einer möglichen Demenz, wenn die Patienten zusätzliche Probleme wie herausfordernde Verhaltensweisen zeigen. Die Hausärzte wehren sich gegen die Erwartungshaltung der Pflegenden, die Patienten unmittelbar in eine Memory-Klinik zu überweisen, ohne vorher eigene Diagnose- und Behandlungsstrategien eingeleitet und durchgeführt zu haben.

Die Hindernisse in der gemeinsamen Pflege von Menschen mit demenziellen Erkrankungen beschreibt ebenfalls eine britische Studie (Iliffe, Wilcock, Haworth 2008). Sie konstatieren auf Seiten der Hausärzte in der frühen Diagnostik der Demenz „therapeutischen Nihilismus“, der sich aus den Bildern der Demenz als einer ernsthaften Erkrankung, verbunden mit dem Stigma der psychischen Störung, und einem Verlust des Gedächtnisses speist. Als ein weiteres Problem der Diagnostik in der Hausarztpraxis werden der Stress und die Scham der Hausärzte beschrieben, die unangenehme Diagnose „Demenz“ mit den entsprechenden Implikationen zu benennen (Mann, 2007; Iliffe, Wilcock, Haworth 2008; Waldorff, Bülow, Malterud, Waldemar 2001).

Die fachlichen Einschränkungen der (Haus-) Ärzte in der Diagnostik der Demenzen stehen in dieser Ausarbeitung nicht im Fokus und können an geeigneten Stellen nachgelesen werden. Inzwischen existierende medizinische Leitlinien zur ärztlichen Diagnostik von Demenzen sind

im Internet (z.B.: [www.evidence.de](http://www.evidence.de)) zugänglich. Die von den Pflegenden als „Desinteresse“ und „Wissensmängel“ formulierten Probleme in der Zusammenarbeit mit Ärzten können nach diesen Erkenntnissen neben ärztlichen Problemen in der Diagnostik/Diagnosestellung in gegenseitigen Erwartungshaltungen und der Art der Kooperation mitbegründet sein.

Viele Anteile der oben aufgeführten Ergebnisse betreffen sowohl bei der Frage nach Problemen in der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin wie bei den Wissensgebieten Themen aus dem Bereich der Kommunikation wie Informationsweitergabe und -austausch oder die Zusammenarbeit mit mehreren Ärzten möglicherweise unterschiedlicher Disziplinen. Insbesondere die unterschiedlichen Schwerpunkte ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten sind im Gesundheitssystem vorgegeben, ihre Bewertung als größtes Problem in der klinischen Zusammenarbeit bei der Pflege und Betreuung demenzerkrankter Menschen regt an, die Probleme in der Kooperation ebenfalls unter kommunikativen Aspekten zu betrachten.

„Kommunikation (lat.) bezeichnet den Austausch von Informationen zwischen zwei oder mehreren Personen“ (Politiklexikon 2006). Sie kann über Sprache, Mimik, Gestik und durch schriftlichen Austausch etc. erfolgen. Sie wird unterschieden (u. A.) in direkte, interpersonale Kommunikation, die unmittelbar und mittelbar zwischen Personen stattfindet oder als Gruppenkommunikation innerhalb bestimmter, organisierter sozialer Gruppen (wie KrankenhausmitarbeiterInnen). Der (fach-) alltägliche Sprachgebrauch, auch in der vorhandenen Literatur legt nahe, die Begrifflichkeit der „Gruppenkommunikation“ im weiteren Text ebenfalls für die Akteure im Gesundheitswesen außerhalb von Krankenhäusern zu verwenden: „die Mediziner“ und „die Pflege“ als feste Größen der ambulanten Versorgung.

Kooperation und Kommunikation im Gesundheitswesen ist das Thema einer gemeinsamen Studie von Ärzten und Pflegenden, welche von 1999 bis 2002 die interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Akutkrankenhaus untersucht. Das Projekt zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass es sowohl auf berufspolitischer als auch auf fachlicher sowie forschungskonzeptioneller Ebene eine Perspektivenverschränkung von ärztlichen und pflegerischen Sichtweisen beinhaltet, es stellt die Grundlage für das Projekt „InterKiK“ (Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus) dar (Lecher, Klapper, Schaeffer, Koch, 2002). Im Endbericht wird in der Schwachstellenanalyse für die Stationen konstatiert, dass durch Ängste und Rollenkonflikte Erhebungen im Krankenhausfeld erschwert sind. Neben Zeitknappheit, Resignation und der Erwartung schneller Veränderungen auf Mitarbeiterseite werden auf der Leitungsseite schnelle Ergebnisse und Kosteneinsparungen gefordert. Insbesondere die mit der hohen Fluktuationsrate im Pflegedienst einhergehenden ständigen Veränderungen der Gruppenzusammensetzungen beeinträchtigten die nachhaltige Integration der gemeinsam erarbeiteten Lösungen. Gleichfalls wird festgehalten, dass es insbesondere auf Stationsebene vielen Akteuren an entsprechenden inhaltlichen Kenntnissen zu

den Anforderungen „an eine integrierte, kooperative und patientenorientierte Versorgungspraxis“ mangelt“ (Lecher, Klapper, Schaeffer, Koch 2002, 116). In der Kooperation zwischen Pflege und Medizin wird ein großes Optimierungspotential erkannt, welches eine frühzeitige Beteiligung der Führungsebene auf pflegerischer wie auf ärztlicher Seite erfordert.

Multiprofessionelle Kommunikation ist kein spezifisch deutsches Problem. Themenfelder aus dem Bereich der Zusammenarbeit werden international unter den Begriffen IPE (interprofessional education) oder IPL (interprofessional learning) untersucht und bezeichnet die (zeitweise) gemeinsame Unterrichtung von StudentInnen der Gesundheitsberufe. Dazu zählen, neben Medizin und Pflege, ebenfalls Psychologen, Sozialarbeiter, Physio- oder Ergotherapeuten. Interdisziplinäre Ausbildung verfolgt Ziele auf zwei Ebenen: übergeordnet, um Bedarfe der modernen Gesundheitsversorgung zu erfüllen und im Speziellen die Verbesserung der Patientenversorgung. Der Terminus „interprofessional“ wird dem der „Interdisziplinarität“ vorgezogen, da letztere auch als Zusammenarbeit verschiedener Spezialisten innerhalb eines Bereiches (wie Pädiatrie, Herzpädiatrie und Kinderchirurgie bei Kindern mit angeborenen Herzfehlern) verstanden werden kann (McPherson, Headrick, Moss 2002). IPE setzt eine universitäre Ausbildung im Gesundheitswesen voraus, die internationalem Standard entspricht, in Deutschland jedoch noch an den Anfängen steht. Die Studien unterscheiden sich nach beteiligten Fakultäten, Zielen und Einschluss einzelner Disziplinen. Als ausgewählte Charakteristika, die zu den Voraussetzungen einer funktionierenden Zusammenarbeit zählen, können übergreifend benannt werden:

- Geteiltes (gemeinsames) Verständnis der Ziele
- Wissen um und Respekt für den Beitrag anderer Disziplinen, gelingende Kommunikation, Konfliktmanagement
- flexible, den Prozess unterstützende Strukturen sowie eine Dokumentationsform, die Ergebnisse/ Prozesse für alle nachvollziehbar und nutzbar darstellt (shared knowledge) (McPherson, Headrick, Moss 2002).

Die Einbindung der verantwortlichen Beteiligten der Führungsebenen und Disziplinen zählt nicht zu den explizit genannten Voraussetzungen, sie ist Bedingung einer erfolgreichen Zusammenarbeit. Als gelungenes Beispiel interprofessioneller Zusammenarbeit in der Versorgung demenzerkrankter Menschen wird GITT (Geriatric Interdisciplinary Team Training) genannt.

Eine interdisziplinäre Untersuchung der Kommunikation und Kooperation im Krankenhaus zur Versorgung und Behandlung demenzerkrankter Menschen steht noch aus, obwohl davon ausgegangen werden kann, dass mit der (Zusatz-) Diagnose Demenz in der Behand-



lung älterer Menschen in der stationären Akutversorgung ein vermehrter Kommunikationsbedarf innerhalb der Disziplinen besteht.

Die Einschätzung der MitarbeiterInnen in dieser Studie bezüglich der Haus- und insbesondere der Facharztbesuche in Altenheimen deckt sich mit den Ergebnissen der Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen (SÄVIP) (Hallauer, Bienstein, Lehr, Rönsch 2005). In einer repräsentativen Studie wurde bundesweit die medizinische Versorgungsstruktur in Pflegeheimen erhoben und 10% der deutschen Pflegeheimkapazität einbezogen.

Die Studie ergibt, dass die ärztliche Versorgung in Heimen fast ausschließlich durch Allgemeinmediziner geleistet wird und nur 20% der AltenheimbewohnerInnen in den Arztpraxen ärztlich versorgt werden.

Die fachärztliche Versorgung der HeimbewohnerInnen weist dagegen erhebliche Lücken auf:

- 38,2% der Heime verzeichneten im Jahr vor der Studie keinen Besuch eines Frauenarztes (bei ca. 80 % Frauen unter den BewohnerInnen),
- 32% hatten keinen Besuch eines Augenarztes,
- 36% keinen HNO-Arztbesuch und
- 26% keinen internistischen Hausbesuch.
- 15% der Heime erfahren keine Versorgung durch einen Neurologen während in 5% der Heime wöchentliche Besuche von Neurologen stattfinden und 10% der Heime 1 bis 3 neurologische Facharztbesuche pro Jahr erhalten. Die psychiatrisch-fachärztliche Versorgung in Heimen gestaltet sich ähnlich.
- 6% der Heime erhalten wöchentliche Besuche, 10% 1 bis 3 Besuche im Jahr und in 40% der Heime findet ein Besuch im Quartal statt. 24% der Heime erhalten keine Hausbesuche von Psychiatern.
- Die zahnärztliche Behandlung ist überwiegend nicht sichergestellt.

Entsprechend der Mängel in der fachärztlichen Versorgung der Menschen in Alten- und Pflegeheimen ist beispielsweise die medikamentöse Versorgung bei Harninkontinenz oder Demenz nicht ausreichend. (Hallauer, Bienstein, Lehr, Rönsch, 2005)

Auch in der Akutversorgung von Menschen in Altenheimen ergeben sich Unterschiede in der Versorgung demenzerkrankter Menschen im Vergleich zum Menschen ohne eine Demenzdiagnose. Eine amerikanische Studie (Burton, German, Gruber-Baldini et al 2001) untersuchte in einer Langzeitstudie die Kontakte zum Gesundheitssystem für demenzerkrankte und nicht-demenzerkrankte Altenheimbewohner hinsichtlich der Indikatoren Fieber und Infek-

tion. Im Vergleich erfahren Menschen mit Demenz in Altenheimen im Jahresdurchschnitt weniger Besuche von Allgemeinmedizinerinnen als Altenheimbewohner ohne Demenzdiagnose. Bei einer vergleichbaren Anzahl von Notfällen und der Krankenhausverweildauer werden sie in geringerem Umfang stationär aufgenommen. Bei Infektionen werden 32,2% der Altenheimbewohner wahlweise einem Arzt vorgestellt, in eine Notaufnahme gebracht oder stationär behandelt, bei demenzerkrankten Menschen liegt die Quote bei 27,2%. Nur 20,6% der demenzerkrankten Bewohner werden bei Fieber einem Arzt vorgestellt im Gegensatz zu 29,9% der Bewohner ohne demenzielle Erkrankung (Burton, German, Gruber-Baldini et al 2001).

Die Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Kommunikation und Kooperation zwischen Pflege und Medizin im ambulanten Versorgungssektor ähnliche Schwachstellen oder besser ein vergleichbares Optimierungspotential birgt wie im stationären Bereich.

Die multidisziplinäre Fallarbeit oder die multidisziplinären Fallbesprechungen, welche in den Wissensbedarfen dieser Studie am häufigsten gewünscht wurden, ist demnach ein folgerichtiger Ausweg oder Ausblick auf die Herausforderungen in der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin. Als ein gelungenes Beispiel für diese Art der gemeinsamen Arbeit können Fallbesprechungen oder Fallkonferenzen (Perrar, Sirsch, Kutschke 2007) angeführt werden. Unter der Leitung einer externen Fachkraft auf dem Feld der Gesundheitsversorgung tauschen MitarbeiterInnen der relevanten Bereiche ihre Gedanken zu einem bestimmten Patienten/Bewohner aus mit dem Ziel, ein „Problemlösungspotential zu entwickeln, Arbeitskonzepte zu erstellen und schließlich konkrete Aufgaben festzulegen“ (Perrar, Sirsch, Kutschke 2007, 289). Die hermeneutischen Fallkonferenzen unterstützen die adäquate Versorgung demenzerkrankter Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen. Die Terminologie „Herausforderung“ bezieht die jeweilige Umwelt ein: gleiche Verhaltensweisen erfahren in unterschiedlichen Kontexten verschiedene Deutungen, sie sind nicht absolut und universell.

Die Terminologie „Herausforderung“ bezieht die jeweilige Umwelt ein: gleiche Verhaltensweisen erfahren in unterschiedlichen Kontexten verschiedene Deutungen, sie sind nicht absolut und universell. So kann auch ein Mangel an oder in der Zusammenarbeit für den anderen als „herausfordernde Verhaltensweise“ im eigenen Arbeitssetting gedeutet werden. Die Ergänzung der professionellen Perspektiven aller Beteiligten in der gemeinsamen Gesundheitsversorgung demenzerkrankter Menschen ist ein Schritt, dieser Herausforderung zu begegnen.

## 5. Literaturangaben

Burton, L.C., German P.S., Gruber-Baldini, A.L., Zimmermann, S., Magaziner J. (2001): Medical care for nursing home residents: differences by dementia status. *Epidemiologie of Dementia in Nursing Homes Research Group. Journal of the American Geriatrics Society* 49(2): 142-7

Hallauer, J., Bienstein, C., Lehr, U., Rönsch, H. (2005): SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network

Lecher, S., Klapper, B., Schaeffer, D., Koch, U., (2002): Endbericht zum Modellprojekt "Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus" von April 1999 bis Mai 2002 über [www.google.de/interkik](http://www.google.de/interkik) vom 4.6.2008

Lübke, N. (2008): Erheblicher Nachholbedarf in der in der Weiter- und Fortbildung. *Deutsches Ärzteblatt* 105 (21)1120-1122

Mann, E. (2007): Diagnostik der Demenz: Schwierigkeiten in der Hausarztpraxis. *Primary Care* 7 (42-43) 651-653

McPherson, K., Headrick, L., Moss, F. (2001): Working and learning together: good quality care depends on, but how can we achieve it? *British Medical Journal* 10:46-53

Perrar, K.M., Sirsch, E., Kutschke, A. (2007): *Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe*. Stuttgart, New York: Thieme Verlag

Robinson L., Clare L., Evans K.(2005); making sense of dementia and adjusting to loss: Psychological reactions to a diagnosis of dementia in couples. *Aging & mental Health*; Vol 9(4) 337-347

Schubert, K., Klein, M. (2006): *Das Politiklexikon*. 4. aktual. Aufl. Bonn: Dietz.

Waldorff, F.B., Bülow, L.B., Malterud, K., Waldemar, G. (2001): Management of dementia in primary health care: the experience of collaboration between the GP and the district nurse. *Family Practice* 18: 549-552