



Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Eine Handreichung der
interdisziplinären Arbeitsgruppe der
Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen
Krankenhäuser (DiAG) in der Erzdiözese Köln

2012

Für die wissenschaftliche Begleitung
Leitung: Prof. Dr. Michael Isfort
Unter Mitarbeit von:
Danny Gehlen
Sebastian Kraus
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Straße 15
50670 Köln
<http://www.dip.de>

Unter externer Mitarbeit von:
Werner Busche
Oliver Krause
Katholische Hochschule NRW (KatHO)
Fachbereich Gesundheitswesen
Wörthstraße 10
50668 Köln

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund zum Projekt.....	5
1.1 Demenz im Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen	5
1.2 Demenz im Spiegel evidenzbasierter Wissensbestände	9
1.3 Demenz im Spiegel der Kostenentwicklung der Krankenhäuser.....	13
1.4 Demenz im Spiegel der Bewertung der Versorgungsqualität	16
2. Auftrag und Zweck der Handreichung.....	19
3. Zentrale Ergebnisse der Projektanalyse	21
3.1 Handlungsfelder auf Ebene der Patientenversorgung	25
3.2 Handlungsfelder auf Ebene der Prozesse und der Institution.....	27
4. Zentrale Ergebnisse der Basisbefragung	30
4.1 Zentrale Ergebnisse der Basisbefragung Pflegende.....	32
4.2 Zentrale Ergebnisse der Basisbefragung Ärzte	40
4.3 Zentrale Ergebnisse in der Gegenüberstellung Ärztinnen/Ärzte und Pflege.....	47
5. Zentrale Ergebnisse der flankierenden Befragungen	50
6. Identifizierte Handlungsempfehlungen.....	56
6.1 Handlungsempfehlung: Sensibilität fördern.....	57
6.2 Handlungsempfehlung: Demenzbeauftragte benennen	59
6.3 Handlungsempfehlung: Angehörigeneinbezug stärken	60
6.4 Handlungsempfehlung: Ehrenamt ausbauen.....	64
6.5 Handlungsempfehlung: Bildungsmaßnahmen verstärken	66
6.6 Handlungsempfehlung: Umgang mit Psychopharmaka kritisch reflektieren und möglichst standardisieren	70
6.7 Handlungsempfehlung: Netzwerk schaffen und bestehende Netzwerke nutzen und ausbauen	72
7. Anhang	76
7.1 Fragebögen	
7.2 Empfohlene Dokumente.....	
7.3 Weiterführende und verwendete Literatur.....	

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Name	Funktion / Beruf	Organisation
Blessmann, Frauke	Oberärztin Chirurgie	Krankenhaus der Augustinerinnen, Köln
Brinkmann, Susanne	stellv. Pflegedirektorin	St. Martinus Krankenhaus, Langenfeld
Brüssel, Peter	Bereichsleiter Gesundheits-, Alten- u. Behindertenhilfe	Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.
Deußing, Hannelore	Ergotherapeutin	St. Lukas Klinik, Solingen
Dünnwald, Frank	Klinikleiter	St. Remigius Krankenhaus, Leverkusen
Geller, Annika	Gesundheits- und Krankenschwester	St. Martinus Krankenhaus, Langenfeld
Fabian, Stefan	Chefarzt Orthopädie	Katholische Kliniken Oberberg, Engelskirchen
Josten, Cornelia	Referentin für stationäre Krankenpflege und Krankenpflegesschulen	Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.
Kropp, Martina	Pflegedienstleiterin	Katholische Kliniken Oberberg, Engelskirchen
Martin, Sabine	Pflegedirektorin	Marienkrankenhaus, Bergisch Gladbach
Nurk, Rudi	Pflegedienstleiter	St. Josef Krankenhaus, Wipperfürth
Rose, Dana	Sozialarbeiterin	St. Josef Krankenhaus, Leverkusen
Schiffmann, Sandra	Gesundheits- und Krankenschwester	Marien-Krankenhaus, Brühl
Schraa, Maria	Pflegedirektorin	St. Lukas Klinik, Solingen
Woisch, Carmen	Logopädin	Johanna-Etienne Krankenhaus, Neuss

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Altersspezifische Prävalenzdaten für Demenz 2009	5
Abb. 2: Diagnosedaten Demenz der Krankenhausstatistik 2005 bis 2010	6
Abb. 3: Veränderungen der Anzahl Demenzkranker Menschen bis 2030 / Barmer GEK	7
Abb. 4: Projizierte Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis 2030 (eigene Abbildung)	9
Abb. 5: Arbeitspakete der wissenschaftlichen Begleitung im Projekt	20
Abb. 6: Projektstandorte in Deutschland Stand Anfang 2012	23
Abb. 7: Postleitzahlenauswertung teilnehmender Einrichtungen	32
Abb. 8: Pflege: Fachbereiche	33
Abb. 9: Pflege: Einschätzungen zur Behandlungshäufigkeit	34
Abb. 10: Pflege: Einschätzungen zur Bedeutung	35
Abb. 11: Pflege: Einschätzungen zu Beobachtungen	36
Abb. 12: Pflege: Einschätzungen zu aufgetretenen Problemen	37
Abb. 13: Pflege: Einsatz von Lösungsstrategien	38
Abb. 14: Pflege: Einschätzung zu notwendigen Entwicklungen	39
Abb. 15: Ärztinnen/Ärzte: Fachbereiche	40
Abb. 16: Ärztinnen/Ärzte: Einschätzungen zur Behandlungshäufigkeit	41
Abb. 17: Ärztinnen/Ärzte: Einschätzungen zu Beobachtungen 1	42
Abb. 18: Ärztinnen/Ärzte: Einschätzungen zu Beobachtungen 2	43
Abb. 19: Ärztinnen/Ärzte: Einschätzungen zu aufgetretenen Problemen	44
Abb. 20: Ärztinnen/Ärzte: Einsatz von Lösungsstrategien	45
Abb. 21: Ärztinnen/Ärzte: Einschätzung zu Fortbildungsthemen	46
Abb. 22: Ärztinnen/Ärzte: Einschätzung zu notwendigen Entwicklungen	47
Abb. 23: Ärztinnen/Ärzte und Pflege: Einschätzung zur Bedeutung des Themas	48
Abb. 24: Ärztinnen/Ärzte und Pflege: Einschätzung zur Sicherheit im Umgang	48
Abb. 25: Ärztinnen/Ärzte und Pflege: Einschätzung zu Barrieren	49
Abb. 26: Ärztinnen/Ärzte und Pflege: Einschätzung zu wünschenswerten Entwicklungen	50
Abb. 27: Demenz als Netzwerkaufgabe (Quelle: dip)	73

1. Hintergrund zum Projekt

In einem einführenden ersten Kapitel sollen in einer kurzen Form einzelne Aspekte beschrieben werden, die hinsichtlich des Projektes von Bedeutung erscheinen. Dabei können zu den einzelnen Punkten nur ausgewählte Punkte diskutiert werden. Ziel dabei ist, den Rahmen, in dem das Projekt steht, zu beschreiben und damit die Arbeit im Projekt zu begründen.

1.1 Demenz im Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen

Hinsichtlich der Bedeutung des Themas insgesamt lassen sich die folgenden Aussagen zusammentragen: Ergebnissen aus verschiedenen Untersuchungen zufolge ist davon auszugehen, dass gegenwärtig etwa 1,2 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland leben^{1 2}.

Dabei wird in der altersspezifischen Prävalenz und nach Geschlechtern getrennt betrachtet deutlich, dass Demenz vor allem eine Problematik in der Gruppe der Hochaltrigen ist und hier stärker Frauen betrifft als Männer. Das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung weist für das Jahr 2009 die folgenden alters- und genderspezifischen Verteilungen in Prozenten aus:

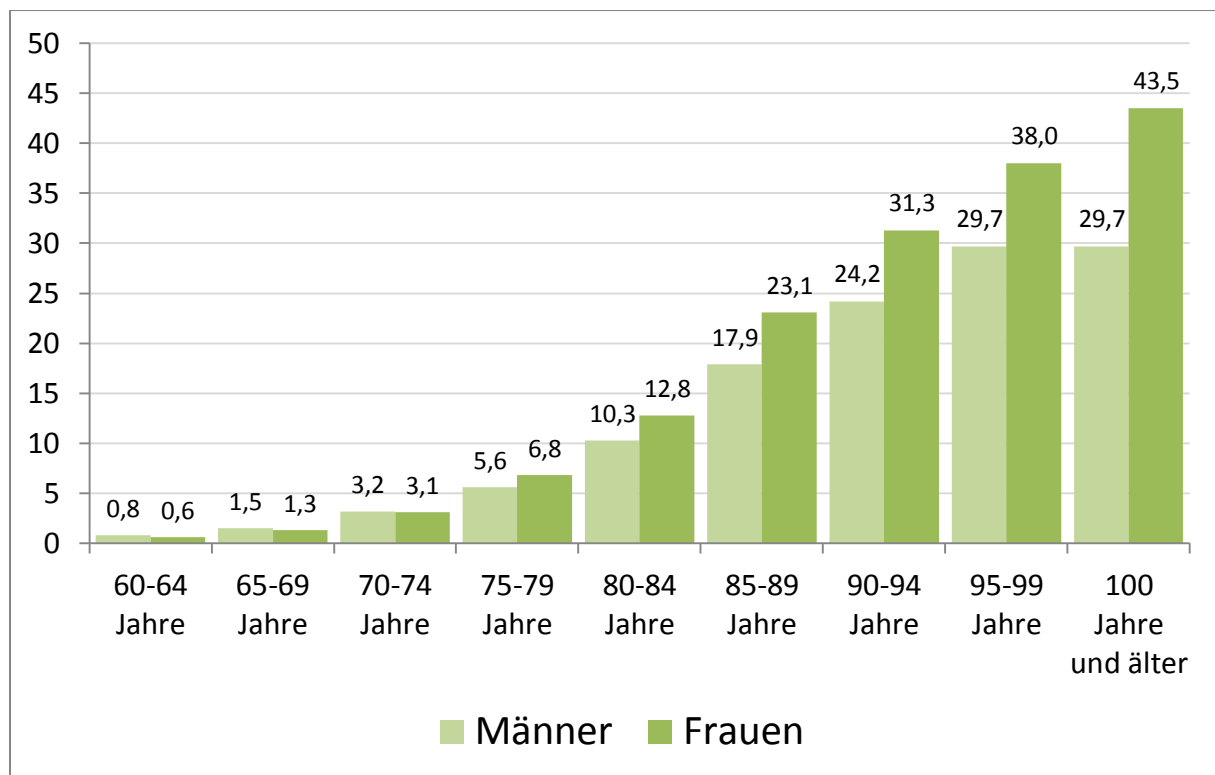


Abb. 1: Altersspezifische Prävalenzdaten für Demenz 2009

¹ Bickel 2010

² Ziegeler & Doblhammer 2009

Eine exakte Erfassung der Inzidenz oder der Prävalenz ist vor dem Hintergrund der diagnostischen Probleme und eines fehlenden Zentralregisters jedoch nur bedingt möglich.

Die Daten aus der Krankenhausstatistik des Bundes, in der die kodierten Diagnosedaten zur Verfügung gestellt werden, stellen keine vollständig valide Grundlage dar, da bei einer demenziellen Begleiterkrankung die Kodierungen oftmals unzureichend genau erfolgen, wenn sich keine erlösrelevanten Tatbestände ergeben. Betrachtet man die in der amtlichen Krankenhausstatistik dargestellten Entwicklungen, so lassen sich zwar unterschiedliche Datenverschiebungen ableiten, diese sind jedoch auch aufgrund der Kodieränderungen zwischen den Diagnosedaten zu erklären. So fiel z.B. die F00 Diagnose „Demenz bei Alzheimer Erkrankung“ ab 2005 weg. Ab 2005 lassen sich die folgenden Daten für Deutschland ermitteln, die kodierte Anzahl der Patientinnen und Patienten ist jedoch angesichts der ca. 18,5 Mio. im Krankenhaus behandelten Menschen in 2010 eher als geringfügig zu betrachten und stehen in der Ausprägung nicht mit den Einschätzungen durch die klinisch Tätigen in Verbindung, die wesentlich höhere Werte erwarten lassen würden.

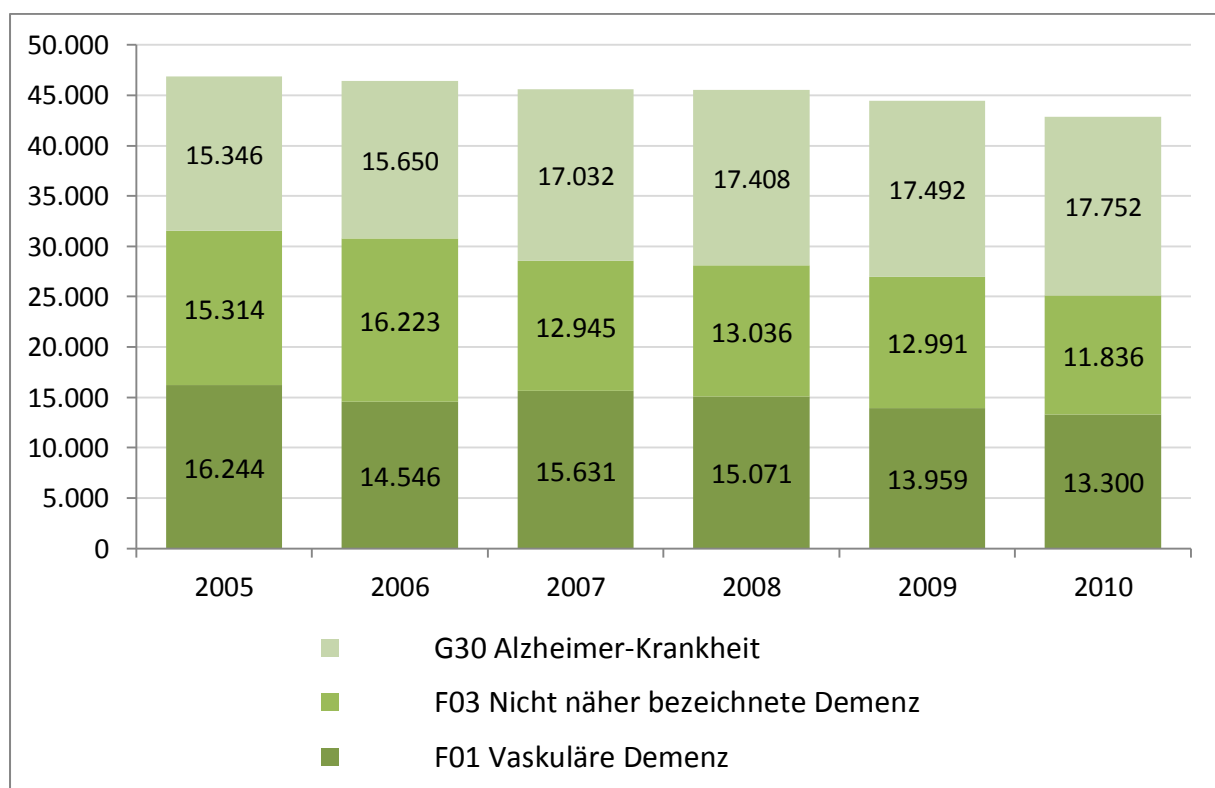


Abb. 2: Diagnosedaten Demenz der Krankenhausstatistik 2005 bis 2010

Hinsichtlich der Prognosen der Entwicklung lassen sich die folgenden Daten recherchieren: Die WHO prognostiziert insgesamt eine Verdreifachung der derzeit 35,6 Millionen Demenzzfälle bis 2050 weltweit.³

In einschlägigen Publikationen (z.B. der Barmer GEK) werden für Deutschland die folgenden Prognosen geführt:

Für die Zukunft wird ein Anstieg des Anteils der älteren Bevölkerung erwartet. Diese zukünftige Bevölkerungsentwicklung führt unter der Annahme einer gleich bleibenden altersspezifischen Prävalenz zu einem deutlichen Anstieg des Anteils der Gesamtbevölkerung mit einer Demenz. Bis zum Jahr 2060 ist dann mit 2,5 Millionen Demenzzkranken in Deutschland zu rechnen. Das wären etwa 3,8 % der dann lebenden Bevölkerung.⁴

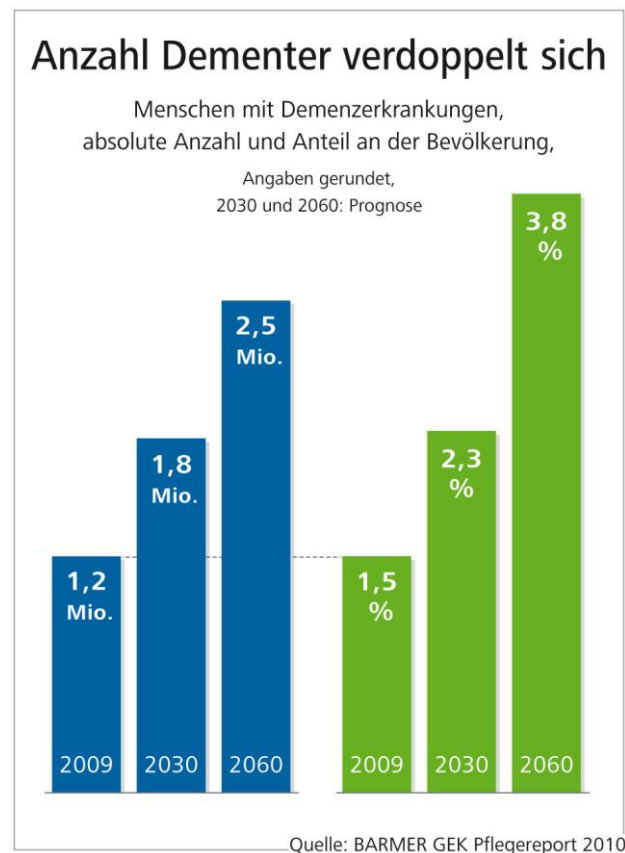


Abb. 3: Veränderungen der Anzahl Demenzzkranker Menschen bis 2030 / Barmer GEK

Das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung zeigt in seinem Demenz-Report aus dem Jahr 2011 auf, dass sich nicht nur die absolute Zahl der Erkrankten stark verändern wird, sondern dass sich das Verhältnis zwischen sehr alten (und somit potenziell pflegebedürftigen und/oder an Demenz erkrankten Menschen) und möglichen Unterstützungspersonen regional stark differenziert verändern wird.⁵ Die Prognosen gehen davon aus, dass vor allem in den alten In-

³ WHO 2012

⁴ Rothgang 2010

⁵ Berlin-Institut 2011

dustrieregionen (Wilhelmshafen, Ruhrgebiet, Saarland, Teile Ostdeutschlands) besonders ungünstige Verhältnisse bestehen werden.

Außer Frage steht somit, dass eine bedarfsgerechte Versorgung dieser vulnerablen Personengruppe künftig eine noch zentralere Rolle in der Ausgestaltung des deutschen Gesundheitswesens spielen muss.

Bislang besteht im Zusammenhang mit dem Thema primär eine Kopplung an Fragen der demografischen Entwicklung und der Entwicklungen im familiären Bereich. Die Begrenzungen und sinkenden innerfamiliären Betreuungskapazitäten (hier reduziert auf die Schlagworte: Zunahme an Einpersonenhaushalten, gewünschte und geförderte Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit, Änderung klassischer Familienstrukturen und -modelle etc.) sorgten u.a. dafür, dass die Demenz in den vergangenen Jahren vor allem im Diskurs um eine zukunftssichere pflegerische Versorgung in ambulanten und teil-/ vollstationären Pflege regelrecht zu einem „Boom-Thema“ geworden ist.

Dies drückt sich auch darin aus, dass in den einschlägigen Gesetzesanpassungen und -novellen der vergangenen Jahre (Pflegeleistungsergänzungsgesetz / Pflegeweiterentwicklungsgesetz / Pflegeneuausrichtungsgesetz) ein zentraler Bestandteil die Suche nach einer substanziellen Verbesserung der Leistungen und Leistungsansprüche dieser Personengruppe war.

Dabei fällt jedoch gleichzeitig auf, dass die Versorgungssituation betroffener Menschen in Allgemeinkrankenhäusern bislang nur unterrepräsentiert in den Diskussionen berücksichtigt wird und die Mehrzahl an Initiativen und Projekten auf Pflegeheime bzw. die Betreuung im familiären Umfeld ausgerichtet ist.

Da das Panorama der unterschiedlichen Formen der Demenz sehr weit ist, sind auch die Entstehungsmechanismen für die Erscheinungsformen der Demenz unterschiedlich, wobei insgesamt nur für wenige definierte Formen ein kausaler Zusammenhang zwischen spezifischen Erkrankungen (z.B. HIV) oder aber Gendefekten etc. und der in der Folge entstehenden Demenz bestehen. Das Hauptkriterium für das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, ist und bleibt daher bislang das Alter.

Daher ist von herausragender Bedeutung, wie sich die Altersverteilung entwickeln wird. Als ein Indikator für Alter und bestehende Gesundheitsproblematik kann hier die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit betrachtet werden.

Auf der Basis bestehender Daten hat das Landesinstitut für Statistik (it.nrw) eine Regionalprognose für unterschiedliche Kreise und Städte vorgenommen. Hierbei wurden Daten (ausgehend von 2007) bis zum Jahr 2030 projiziert.

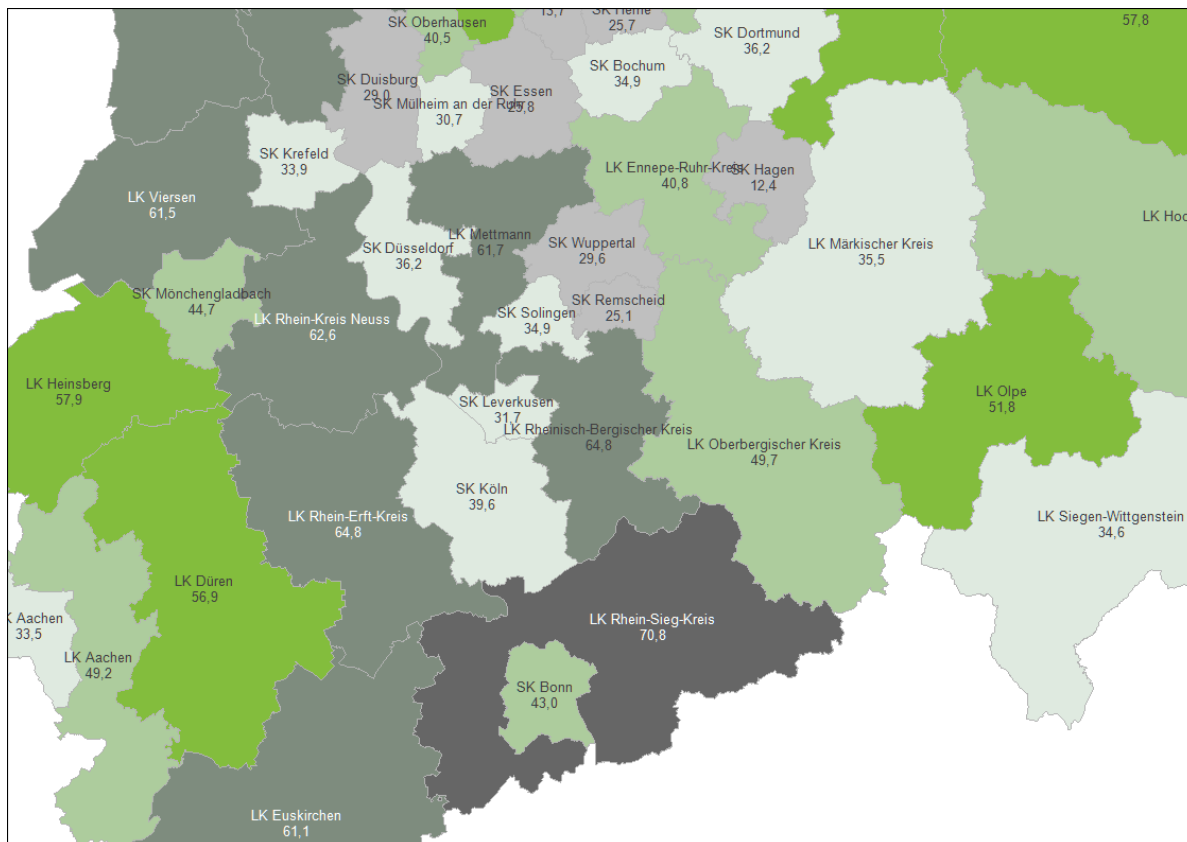


Abb. 4: Projizierte Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis 2030 (eigene Abbildung)

Die Daten verdeutlichen, dass sich die Veränderungen der Pflegebedürftigkeit regional sehr unterschiedlich abzeichnen werden. Daher ist davon auszugehen, dass eine generelle Betrachtung der Versorgungsnotwendigkeit nicht zielführend ist und dass in starkem Maße regionale und kommunale Strukturen aufgebaut werden müssen, um die steigende Anzahl Pflegebedürftiger zu versorgen.

Das bedeutet auch für die Krankenhäuser, dass entsprechend dem regionalen Einzugsgebiet ein unterschiedliches Patientenkontingent zu erwarten ist und umfassende Vernetzungen mit anderen Versorgungseinrichtungen eingegangen werden müssen, um die Versorgungskette insgesamt zu stabilisieren.

1.2 Demenz im Spiegel evidenzbasierter Wissensbestände

Obgleich es zahlreiche Fortschritte im Wissen um die Demenz als Erkrankung gibt, sind Erfolg versprechende Durchbrüche hinsichtlich einer wirkungsvollen Prävention und einer Therapie derzeit noch nicht abzusehen, sodass weder kura-

tive Konzepte der Medizin noch der Pflege in greifbarer Nähe erscheinen. Dies gilt vor allem für spät erkannte und spät behandelte Menschen mit Demenz.^{6 7}

Die therapeutischen Erfolgsaussichten durch Medikation scheinen mit Zunahme der Schweregrade zu sinken bzw. verlagern sie sich von einer Krankheitsverzögerung hin zu einer Symptombehandlung.

Die medikamentöse Therapie ist jedoch nicht die einzige Behandlungsmöglichkeit und für die an dieser Stelle vorgestellte Handlungsempfehlung von nachrangiger Bedeutung, da im Vordergrund die Suche nach anderen Behandlungen und Konzepten steht, um die Versorgung zu verbessern und die Krankenhausbehandlung für Menschen mit Demenz zu erleichtern.

Wesentlich für eine Beurteilung der Versorgung auf dem aktuellen Stand des Wissens sind die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, die pflegerischen Expertenstandards und Empfehlungen einschlägiger Institutionen und Organisationen (z.B. AWMF, DNQP, Robert Koch Institut, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. [BUKO-QS] etc.).

Neben den Möglichkeiten und Grenzen der medikamentösen Behandlung wird bspw. in der Leitlinie „Demenz“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde & der Deutschen Gesellschaft für Neurologie ein Schwerpunkt auf begleitende und unterstützende therapeutische Verfahren gelegt. In der entsprechenden S3-Leitlinie heißt es:

„Psychosoziale Interventionen sind zentraler und notwendiger Bestandteil der Betreuung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen. Ansätze und Ziele dieser Verfahren sind wesentlich breiter als die pharmakologischer Therapien. Gleichzeitig ist aus methodischen Gründen die Qualität der Studien zu den einzelnen Verfahren oft deutlich geringer als bei pharmakologischen Prüfungen.“⁸

Es lassen sich allerdings national wie international keine Evidenz basierten Einzelmaßnahmen oder klar strukturierte Versorgungssettings ausmachen, die eine bestimmte Wirkung erzielen und bei Anwendung zu einem guten Behandlungsergebnis führen. International dominiert dabei der Fokus auf besonders ausgerichteten Stationen (special care units), die jedoch gleichermaßen nicht standardisiert beschreibbar erscheinen. Ein Cochrane Review aus dem Jahr 2009 fasst die Ergebnisse der internationalen Studienbewertung folgendermaßen zusammen:

⁶ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2009

⁷ Universität Witten/Herdecke 2007

⁸ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie

*"There is limited evidence to support the assumption that the care of people with dementia in special care units (SCUs) is superior to care in traditional nursing units. No randomized controlled trials (RCTs) can be found comparing the effect of SCUs against traditional nursing units in managing agitated behaviours in people suffering from dementia. This review has examined the results of non-RCTs. The findings about the outcomes of this review arise just from one study except for the outcome of "physical restraint use" at 6 months, which includes data from two studies. Selection bias is a major problem in non-RCTs, and confounds the limited evidence that favoured SCU care with regard to a decrease in agitated behaviour and in the use of physical restraints. A convincing case for the benefits of SCU care cannot be made and further studies are necessary."*⁹

Die Heterogenität der Erkenntnisse und die Problematik einer systematischen Studienbewertung (vor allem bei „weichen und komplexen Interventionen“) werden auch von Reviews aus dem Inland untermauert. Rieckmann u.a. untersuchten und bewerteten im Rahmen eines Health Technology Assessments¹⁰ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit pflegerische Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz. Grundlage waren klinische Studien, die einzelne Konzepte untersuchten. Insgesamt wurden für die Bewertung 20 internationale Studien eingeschlossen und gesichtet. Im Ergebnis kommen die Autoren zu dem Schluss, dass es nur wenige wissenschaftlich abgesicherte Ergebnisse gibt und die Studien meist nicht die geforderte Qualität und Ergebnisse aufweisen, um Maßnahmen eindeutig zu empfehlen und flächendeckend einzusetzen. Die fehlende Gewissheit über „den richtigen Weg“ lässt sich dabei näher eingrenzen und erläutern. Nachfolgend sollen vier zentrale Schwierigkeiten beschrieben werden, die zu der aktuellen Problematik fehlender evidenzbasierter Handlungen beitragen:

- Trotz zahlreicher Projekte und in Teilen vorliegender Evaluationen existiert weiterhin keine Sicherheit darüber, welche Indikatoren über welchen Zeitraum erhoben werden sollten, und es besteht keine Einigkeit über ein Indikatorenset, das erhoben werden muss, um eine Versorgungsqualität entsprechend zu messen und abzubilden. Wie in den bundesdeutschen Projekten abzulesen, werden in umfassenden Behandlungskonzepten meist mehrere angepasste Strategien miteinander und in unterschiedlicher Kombination eingesetzt (z.B. Tagesstrukturierung, gezielte Förderung, Umfeldanpassungen, Schulungsmaßnahmen des Personals etc.). Die Kombination unterschiedlicher Strategien und die individuelle Auswahl der möglichen Maßnahmen auf den einzelnen Patienten in Kombination mit eher generell

⁹ Lai et.al. 2009

¹⁰ Rieckmann 2009

wirkenden Maßnahmen (Schulungen) erschweren die Erhebung von Indikatoren bzw. die kausale Rückbindung von gemessenen Unterschieden auf Interventionen.

- Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, die Interventionen exakt zu beschreiben und sie damit potenziell einer standardisierten Anwendung zuzuführen. So bleibt oftmals unklar, was genau eine bauliche Anpassung und Ausstattung umfasst und was nicht. Gleiches gilt für die Auswahl und Beschreibung geeignet erscheinender ergänzender Maßnahmen (z.B. aromatherapeutischer Maßnahmen, Musiktherapie oder Musikbeschallung etc.). Nur auf der Basis wiederkehrender und klar strukturierter Interventionen aber kann gemessen werden, wie die einzelne Intervention selbst wirkt. Zudem ergeben sich weitere Probleme hinsichtlich der inhaltlichen Stabilität der Konzepte. So sind unterschiedliche Konzepte (z.B. Validation) eher haltungsorientiert statt tätigkeitsorientiert. Eine Haltung aber entzieht sich der Standardisierung oder Normierung. Sie kann somit schlechter gemessen werden.
- Hinzu kommt, dass es sich bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus nicht um ein einheitliches homogenes Patientenkollektiv handelt. Hier haben die Art der Erkrankung, der Verlauf, das Stadium, der Zeitpunkt des Auftretens, bisherige Therapien, das Alter der Patienten und nicht zuletzt auch der Zugang zu strukturierten Hilfen und das soziale System einen erheblichen Einfluss darauf, wie sich die Patienten im klinischen Alltag darstellen. Damit kann ausgeschlossen werden, dass eine gleichförmige standardisierte Intervention bei unterschiedlichen Typen zu einem gleichen Ergebnis führen würde. Vielmehr würden im Vorfeld umfangreiche Gruppendifferenzierungen erfolgen müssen, um zu evaluieren, bei welcher Gruppe welche Maßnahmen relevant erscheinen und zu messbaren Veränderungen führen.
- Darüber hinaus muss kritisch diskutiert werden, dass ggf. im klinischen Umfeld erhobene Daten und Belege einer Verbesserung nur unzureichend darüber Aufschluss geben, ob eine klinisch gemessene Signifikanz auch eine Alltagsrelevanz darstellt und ob sich die erzielten Ergebnisse auch stabil in die Häuslichkeit übertragen lassen oder dort weiterhin Wirkung entfalten und somit für den Patienten überhaupt von Bedeutung sind.

In der Gesamtschau verdeutlichen diese Aspekte, dass kurz- und mittelfristig nicht damit zu rechnen ist, dass hinreichend belastbare Daten und Studien vor-

liegen werden, die eine nähere Eingrenzung der Wirkungen einzelner oder kombinierter Interventionen ermöglichen. Dazu würden längerfristige, komplexe und Sektoren übergreifende Versorgungsforschungen benötigt, die sich derzeit nicht finden lassen.

1.3 Demenz im Spiegel der Kostenentwicklung der Krankenhäuser

Demenzerkrankungen und die daraus resultierenden Behandlungen werden auch vor dem Hintergrund ökonomischer Kennzahlen diskutiert. Schätzungen des Statistischen Bundesamtes zufolge wurden im Jahr 2008 ca. 9,4 Milliarden Euro aufgewendet. Gleichwohl dies eine hohe Summe darstellt, sind es anteilig jedoch „nur“ 3,7 Prozent der Krankheitskosten insgesamt.¹¹ Für das Projekt entscheidender sind jedoch nicht die makroökonomischen Kennzahlen der Behandlungskosten, sondern die Kostenentwicklungen in den Krankenhäusern, die sich konkret auf die Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung vor Ort auswirken.

Die in den letzten Jahren herrschenden Entwicklungen im Krankenhaus (in der Gesamtschau auf die bundesdeutsche Krankenhauslandschaft) dienten vor allem einer stärkeren Strukturierung der Therapien und der Diagnostik unter qualitätssichernden Gesichtspunkten, einer Optimierung der Prozesse und letztlich einer „Beschleunigung“ der Behandlung. Steigende Patientenzahlen, ein gleichzeitiges Absenken der pflegerischen Kapazität in den Krankenhäusern und ein Fachkräftemangel im ärztlichen sowie im pflegerischen Bereich wurden in Studien umfassend untersucht und hinsichtlich der Auswirkungen dokumentiert (siehe z.B. dip: Pflege-Thermometer-Reihe, Köln / DKI: Krankenhausbarometer, Düsseldorf /Wandel der Arbeit in Medizin und Pflege (WAMP) Studien, Bremen).

In der Gesamtschau¹² kann dabei festgestellt werden, dass zwischen 2002 und 2010 unter einem gedeckelten Budget eine Umverteilung der Personalkosten von den nicht primär erlösrelevanten Berufsgruppen (z.B. Pflege¹³, Physiotherapie¹⁴,

¹¹ Vgl. destatis.de: Pressemitteilung Nr. 280 vom 11.08.2010

¹² Vgl. hierzu Gesundheitsberichterstattung des Bundes: gbe-bund.de. Kosten der Krankenhäuser in 1.000 Euro. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Kostenarten (Sachkosten, Personalkosten), Einrichtungsmerkmale (Bettenzahl / Art der Zulassung / Anzahl der Fachabteilungen / Träger)

¹³ Im Jahr 2002 waren im Pflegedienst in den allgemeinen Krankenhäusern 299.512 Stellen (umgerechnet in Vollzeitkräfte) ausgewiesen. Diese Zahl reduzierte sich bis 2010 um 20.000 Stellen auf 279.337 Stellen (umgerechnet in Vollzeitkräfte).

¹⁴ Im Jahr 2002 waren in den allgemeinen Krankenhäusern 15.285 Krankengymnasten und Physiotherapeuten beschäftigt. Diese Zahl blieb über die Jahre nahezu unverändert bis zu Jahr 2010. Hier waren es 15.971 Beschäftigte.

Sozialdienst¹⁵⁾ weg, hin zu den erlösrelevanten (medizinisch/ärztlicher Bereich¹⁶⁾ erfolgte.¹⁷ Dabei wurde in erster Linie eine pflegerische Versorgungskapazität gesenkt und die medizinisch-therapeutische sowie diagnostische Kapazität in den Einrichtungen erhöht, da sich Erlöse für die Krankenhäuser primär durch strukturierte Diagnostik und Behandlung erzielen lassen. Dies stellt für die Krankenhäuser, die in einen zunehmenden Wettbewerb eintreten müssen, eine ökonomische Realität dar, die sie nicht aus eigenem Antrieb heraus verändern können.

Mit den Entwicklungen insgesamt (und Berufsgruppen übergreifend) verbunden ist eine Arbeitsverdichtung, die letztlich zu Einschränkungen der zur Verfügung stehenden Betreuungsleistungen und -zeiten für den einzelnen Patienten führen. Die Arbeitsverdichtung im Gesundheitswesen wird u.a. in den aktuellen Ergebnissen des DGB Index „gute Arbeit“ dokumentiert. Im Gesundheits- und Sozialwesen geben 52 Prozent der Befragten (voll zutreffend) an, dass sie den Eindruck haben „in den letzten Jahren immer mehr in der gleichen Zeit schaffen zu müssen“. Hier weist das Gesundheits- und Sozialwesen die höchste Zahl aus (im Vergleich zu anderen Sektoren wie Handel, Verwaltung, Maschinenbau, Baugewerbe etc.).¹⁸

Die Entwicklungen legen hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit Demenz die Vermutung nahe, dass eine umfassende Versorgung unter schwieriger werdenden personellen Rahmenbedingungen geleistet werden muss.

Mit der Einführung des fallpauschalierten Vergütungssystems verbunden ist auch eine Begrenzung der Verweildauer bei beschriebenen Diagnosen (Grenzverweildauer), wenn keine erlösmindernden Effekte in Kauf genommen werden sollen. Damit aber existieren Folgen in der „freien ärztlichen Entscheidung“ über die Dauer und Art der Durchführung der als notwendig erachteten therapeutischen Maßnahmen und der pflegerischen Versorgung. Auch wenn diese Entscheidungen

¹⁵ Im Jahr 2002 waren in den allgemeinen Krankenhäusern 8.796 Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter beschäftigt. Diese Zahl sank bis zum Jahr 2010 auf 7.300, gleichwohl die Anzahl der Patienten stieg.

¹⁶ Im ärztlichen Bereich waren 2002 in den allgemeinen Krankenhäusern hauptamtlich 107.488 Ärzte tätig. Diese Zahl stieg bis 2010 auf insgesamt 128.369.

¹⁷ Die Daten zeigen für den Bereich der allgemeinen Krankenhäuser auf, dass zwischen 2002 und 2010 im ärztlichen Personalbereich die Kosten von 8,77 Milliarden Euro auf 13,39 Milliarden Euro stiegen. Das entspricht einem Zuwachs von 52,5 Prozent. Im gleichen Zeitraum stiegen die Personalkosten in der Pflege von 13,11 Milliarden Euro auf 13,88 Milliarden Euro. Dies entspricht einem Zuwachs von 5,9 Prozent, was nur über eine Personalreduzierung realisiert werden konnte. Zu beobachten ist dabei insgesamt, dass sich die Personalkostenanteile dieser beiden Berufsgruppen im Laufe der Jahre von einem Verhältnis von 2:1 (Pflegekosten/Arztkosten) in ein Verhältnis von 1:1 (Pflegekosten/Arztkosten) verändern.

¹⁸ Vgl. <http://www.dgb-index-gute-arbeit.de>

in der klinischen Realität nicht notwendigerweise ausschließlich aufgrund ökonomischer Bedingungen getroffen werden und die Entscheidungshoheit der Ärzte vielfach in der Praxis auch erhalten bleibt, so mehren sich die Stimmen derer, die öffentlich über den Einfluss ökonomischer Kennzahlen auf Therapie diskutieren.¹⁹ Ebenso wird dadurch die pflegerische Expertise und Mitwirkung bei Entscheidungen hinsichtlich einer Entlassungsfähigkeit eines Patienten eingegrenzt.

Im Bereich des Sozialdienstes stellt dies ebenfalls eine Problematik dar, denn die Zahl der Patienten und ihrer Angehörigen, die eine Beratung benötigen würden, steigt und die Anzahl der Patienten, die im Rahmen eines Casemanagements gezielt in andere Versorgungseinrichtungen überführt werden müssen, steigt ebenso. Auch dies wird im leistungsbezogenen Vergütungssystem nicht gesondert definiert, sodass auch im Bereich der Sozialarbeit im Krankenhaus die generelle Problematik besteht, dass die notwendigen Leistungen nicht zugleich Erlöse generieren und damit eine strukturelle Problematik für die Personalseite in sich tragen.

Neben den Verpflichtungen zu zusätzlichen Einsparungen der Krankenhäuser (z.B. im Rahmen der Krankenkassensanierungsbeiträge), reduzierten Investitionspauschalen und einer diskutierten unzureichenden Berücksichtigung tariflicher Steigerungen bei der Kalkulation der Personalkostenanteile, die in der Summe den Budgetdruck auf die Krankenhäuser erhöhen, sind darüber hinaus aufgrund der Abrechnungssysteme und der Prüfungen erhöhte Nachweispflichten entstanden (detaillierte Kodierungen).

In der Gesamtschau dieser ausgewählten Aspekte kann festgestellt werden, dass mit der Ökonomisierung und dem intendierten Wettbewerb „am Markt“ der Druck auf die einzelnen Krankenhäuser steigt und eine Entscheidungsfreiheit in der Therapieführung, der Finanzierung von Betreuung und Begleitung strukturell eingegrenzt wird. Damit werden Handlungsspielräume enger, wenn es um die Übernahme zusätzlicher oder besonders intensiver Betreuungsleistungen geht.

Hier gilt es für ein Projekt (wie das an dieser Stelle diskutierte) zu prüfen, ob als positiv identifizierte Leistungen real auch durchgeführt werden können und vor allem, ob sie stabil gehalten und kontinuierlich angeboten werden können. Das betrifft Fragen der zusätzlichen Betreuungsnotwendigkeit von Menschen mit De-

¹⁹ Vgl. hierzu z.B. die Artikel in der „Zeit“: Das Ende der Schweigepflicht vom 16. Mai 2012 (<http://www.zeit.de/2012/21/Klinik-Gesundheitsreform>)

menz, der Schaffung neuer und veränderter Konzepte der Bewältigung der Krankenhaus-situation und der Schaffung neuer Angebote (z.B. Tagesstrukturierung).

1.4 Demenz im Spiegel der Bewertung der Versorgungsqualität

Die Versorgung von Menschen mit Demenz ist nicht nur eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Sie stellt auch eine große Herausforderung für das professionelle Gesundheits- und Pflegewesen dar, gleichwohl hier aus der Perspektive der Bevölkerung eine Kompetenz erwartet wird, die gute Lösungen und einen bereits sicheren und professionellen Umgang voraussetzt.

Die besondere Problematik von akut erkrankten Menschen mit Demenz ist, dass sie der starken Strukturierung und der Beschleunigung von außen keine hinreichende innere Struktur gegenüberstellen können, sodass sie Krankenhausaufenthalte in hohem Maße als irritierend erleben können und aufgrund der vielfältigen Eindrücke und wechselnder Betreuungspersonen nicht selten mit einer Verstärkung der Irritation reagieren. Folgen können sein: Rückzug, Aggression, Verstärkung des herausfordernden Verhaltens (z.B. „Wandering“) und anderes. Diese Verhaltensweisen hemmen oder behindern nicht nur Diagnostik und Therapie, sie wirken sich auch belastend auf das pflegerische und ärztliche Personal aus, das die fachlich notwendig eingeschätzten Maßnahmen nicht mehr vollumfänglich leisten kann und so eine Zunahme der Differenz zwischen „Normanspruch an die Arbeit“ und einlösbarer Realität erleben. Die beschriebenen Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz können aber nicht nur das Belastungsempfinden der Ärzte und Pflegenden verstärken, sie können sich auch auf die Genesung und Versorgung von Mitpatienten auswirken. Dies kann einerseits „indirekt“ erfolgen, wenn sich Patienten als sehr betreuungsintensiv herausstellen und durch eine Umverteilung der zur Verfügung stehenden Zeit andere Patienten, die ggf. ebenso einen hohen Bedarf hätten, nicht ausreichend berücksichtigt werden können. Die Genesung und Versorgung von Mitpatienten kann aber auch „direkt“ betroffen werden. Bereits im vierten Bericht zur Lage der älteren Generationen in der Bundesrepublik aus dem Jahr 2002 heißt es:

„Die Behandlung im Krankenhaus ist für Demenzkranke mit einer erheblichen psychischen Belastung verbunden. Gegen ihren Willen in eine fremde Umgebung verlegt, durch eine chaotische Atmosphäre der Aufnahmesituation verunsichert und an der Erkundung der Gegend gehindert, werden sie zunehmend ängstlich und aggressiv. Sie „stören“ organisatorische Abläufe, lehnen therapeutische Maßnahmen ab, gefährden Mitpatienten, erzeugen nächtliche Unruhe und beanspruchen übermäßig viel Zeit. Aus

Not werden sie dann fixiert oder sediert. Zum Standard einer guten Krankenhausbehandlung Demenzkranker muss deshalb die Möglichkeit einer ständigen Begleitung der Patientinnen und Patienten durch ihre pflegenden Angehörigen oder andere nahe Bezugspersonen gehören. Die intensiven sozialen Kontakte wirken auf die Kranken beruhigend und verhindern die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten."²⁰

Dass diese Lösungen erst schrittweise erarbeitet werden müssen und bislang noch nicht umfassend eingesetzt werden, ist in der öffentlichen Diskussion noch nicht hinreichend wahrgenommen worden. Dass Lösungen ferner in unterschiedlichen Settings unterschiedlich aussehen müssen und dass diese Settings (z.B. Krankenhäuser, ambulante Versorgungssysteme oder aber stationäre Einrichtungen der Altenhilfe) jeweiligen spezifischen Formen und Ausprägungen von Handlungsdruck, Finanzierungszwang, Fachkräftemangel und anderen Problemen unterliegen, wird nicht immer in einem Gesamtzusammenhang diskutiert.

Daher fällt die Erwartung der Bevölkerung an professionelle Dienstleister mitunter höher aus, als diese sie in der Realität der Versorgung einlösen können. Das bleibt nicht ohne Folgen für das Ansehen und die gesellschaftlichen Bewertungen der Versorgung in Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Dies zeigt sich in Studien, die eine zunehmende kritische Haltung der Bevölkerung hinsichtlich der pflegerischen und therapeutischen Einrichtungen dokumentieren. Zu unterscheiden ist dabei zwischen einem grundsätzlichen Vertrauen in die behandelnden Personengruppen (Berufsprestige von Ärzten und Pflegenden) und der Bewertung der Arbeitsumgebung, in der die Personengruppen tätig sind (Einrichtungsprestige). Das Institut für Demoskopie Allensbach untersucht seit vielen Jahren das Berufsprestige von Berufsgruppen und damit das Ansehen der Berufsangehörigen in der Gesellschaft. Im Jahr 2011 wurde auf die Frage, vor welchen Berufen die Befragten die meiste Achtung haben und die sie am meisten schätzen, am häufigsten der Beruf des Arztes genannt (von 82 Prozent der Befragten) und auf Platz zwei der der Krankenschwester (67 Prozent).²¹ Das gleiche Institut führte im Jahr 2009 eine repräsentative Studie zum Thema „Pflege“ durch. Insgesamt wurden 1.804 Personen im Alter ab 16 Jahren zu persönlichen Einstellungen und Einschätzungen rund um das Thema „Pflege“ interviewt.²² Bei der Auswahl einer stationären Pflegeeinrichtung spielt die Freundlichkeit des Pflegepersonals die herausragende Rolle (91 Prozent). Diese grundsätzlich wertschätzende Aussage aber korrespondiert nicht mit der Einschätzung zu den rea-

²⁰ Bundesministerium für Familie 2002, S. 175

²¹ Allensbach (2011)

²² Allensbach (2009)

len Gegebenheiten in den Einrichtungen. So vermuteten 42 Prozent, dass in vielen Einrichtungen frustrierte Pflegende arbeiten. Ähnliche Bewertungen lassen sich auch in der Krankenhausversorgung aufzeigen.

Ciesinger, Goesmann, Klatt et. al. von der TU Dortmund befragten im Jahr 2010 in einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage 2.528 Personen zur Pflege und zu Arbeitsbedingungen der Pflege nach einem Schulnotensystem (sehr gut bis ungenügend). Die Qualität der pflegerischen Dienstleistung wurde mit durchschnittlich 3,1, die fachliche Kompetenz der Pflegekräfte mit durchschnittlich 2,7 benotet. Kritischer wurden in der Studie vor allem die Verdienstmöglichkeiten, die Arbeitsbedingungen und die Aufstiegsmöglichkeiten in der Alten- und Krankenpflege gesehen. Hier wurden Noten um die 4,0 (ausreichend) vergeben. Auch wurde herausgearbeitet, dass das Vertrauen in das Krankenhauswesen nicht uneingeschränkt hoch ist. Auf die Aussage: „Krankenhäuser haben ein hohes öffentliches Ansehen“, antworteten lediglich 27,7 Prozent „voll zustimmend“ und weitere 20,6 Prozent mit „eher zustimmend“. Damit entfiel auf eine positive Bewertung lediglich knapp die Hälfte der Befragten. Der relative größte Teil der Befragten war unentschieden („teils, teils“ = 39,1 Prozent). Dabei zeigte sich auch, dass eine positive Bewertung zum Ansehen der Krankenhäuser mit der Höhe des Bildungsgrades abnimmt. Ebenso sinkt sie mit Zunahme des Alters.²³ In der Studie schätzten 80,8 Prozent der Befragten (mit Krankenhauserfahrung) ein, dass Pflegende in Krankenhäusern zu wenig Zeit für die Versorgung und Betreuung haben.

Diese Aussagen verdeutlichen exemplarisch, dass die Einrichtungen, wenn sie ein hohes Ansehen behalten möchten, einerseits gefordert sind, Konzepte der Versorgung entsprechend der Erwartungen der Bevölkerung zu entwickeln und einzusetzen. Unterstützungen von außen und eine grundsätzliche Änderung der Finanzierung zusätzlicher Betreuungsleistungen sind aktuell eher nicht zu beobachten.²⁴ Systematische Förderungen von Projektlinien und/oder zusätzliche Berechnungs- und Abrechnungsmöglichkeiten für die vulnerable Patientengruppe der Menschen mit Demenz, die flächendeckend eine Entwicklung in Gang setzen könnten, sind nicht in Sicht und nicht in Aussicht gestellt. Die Träger der Einrichtungen müssen somit vor dem Hintergrund der vorhandenen Budgets nach Lö-

²³ Ciesinger, Goesmann & Klatt et.al (2011)

²⁴ Eine Ausnahme bildet hierbei die Förderlinie der Robert Bosch Stiftung, die Projekte zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus fördert (<http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/37166.asp>)

sungen suchen und Mittel ggf. gezielt in innovative Versorgungsstrukturen oder aber Bildungsaufgaben einsetzen, wenn sie sich der Thematik zuwenden möchten.

In einer umfassenden und guten Versorgung von Menschen mit Demenz steckt auf der anderen Seite für die Einrichtungen die Chance, sich qualitativ abzugrenzen von anderen Einrichtungen, durch eine entsprechende Bewerbung auf Spezifika aufmerksam zu machen und sich zu positionieren. Diese Positionierung scheint vor dem Hintergrund der zukünftigen gesellschaftlichen Entwicklungen sinnvoll, da alle Indikatoren darauf hindeuten, dass eine Zunahme der Behandlung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus erfolgen wird.

2. Auftrag und Zweck der Handreichung

Im Rahmen der Erörterung der komplexen Thematik der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus trat die Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser (DiAG) in der Erzdiözese Köln Mitte 2011 an das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) mit der Bitte heran, im Rahmen eines gemeinsamen Projektes die an dieser Stelle vorgelegten Handlungsempfehlungen zu begleiten. Die Handreichung soll den Krankenhäusern der Trägergemeinschaft Impulse für eigene Projekte, weitere Entwicklungen und Restrukturierungen geben. Sie soll breit gestreut und gelesen werden, um in einer ersten Phase die dringend benötigte Sensibilität für das Thema zu erhöhen und intern zu diskutieren.

Nach Vorgesprächen wurde durch das dip ein entsprechendes Angebot unterbreitet, das die weiter unten beschriebenen Arbeitspakete als zentrale Aufgabenbereiche des dip beinhaltete.

Um die Arbeiten im Projekt zu strukturieren und um eine Anbindung der Trägerperspektive im Projekt zu jedem Zeitpunkt zu gewährleisten, wurde ein Arbeitskreis gegründet (Demenz-AG), dem aus den unterschiedlichen Einrichtungen Personen angehörten und der interdisziplinär besetzt wurde, um ein breites Spektrum der Diskussion in der multiprofessionellen Perspektive zu ermöglichen.

Die wissenschaftliche Begleitung übernahm dazu vorbereitende und flankierende Aufgaben, wie z.B. eine Sachstandsanalyse zu Projekten in Deutschland, die Erhebung der Ausgangssituation in den angeschlossenen Krankenhäusern und die

Aufbereitung der Ergebnisse aus den Workshops. Ferner wurde die Moderation der Workshops gemeinsam mit Vertretern des „Referats Krankenhäuser des DiCV“ übernommen. Darüber hinaus wurde der vorliegende Abschlussbericht zum Projekt durch die wissenschaftliche Begleitung erstellt und in mehreren redaktionellen Arbeitssitzungen in der AG abgestimmt. Die Mitwirkung auf einer abschließenden Veranstaltung des Projektgebers bildete den Abschluss der Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung im Projekt.

Das Aufgabengebiet des dip beinhaltete die folgenden 5 Arbeitspakete:

AP1	Vergleichende Analyse	Identifikation und vergleichende Analyse bestehender Projekte zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus in Deutschland
AP2	Basis-Befragung	Entwicklung eines Fragebogens zur Ermittlung der Ausgangssituation, des konkreten Bedarfs und vorhandenen Potenzials auf den Stationen
AP2		Entwicklung einer Datenmatrix zur standardisierten Auswertung der Ergebnisse
AP2		Durchführung der Basis-Befragung auf der Ebene der „Stationen“ in den Einrichtungen, um ggf. <u>fachbereichsspezifische</u> Fragestellungen differenzieren zu können.
AP3	Konzepterstellung	Entwicklung eines Vorschlagkatalogs mit identifizierten Handlungsfeldern und Handlungsoptionen
AP4	Validierung	5 Workshops mit Vertretern der am Projekt beteiligten Einrichtungen, um Handlungsoptionen zu diskutieren und abzustimmen (Expertenvalidierung)
AP5	Handreichung	Erstellung der abschließenden Handreichung für die Einrichtungen auf Basis der kommentierten und konsertierten Workshopergebnisse

Abb. 5: Arbeitspakete der wissenschaftlichen Begleitung im Projekt

Flankierend zum eigentlichen Projekt wurde eine gemeinsame Masterarbeit an zwei Studierende an der Katholischen Hochschule (KathO) NRW im Fachbereich Gesundheitswesen vergeben. Im Rahmen der Masterarbeit wurde der spezifischen Fragestellung nachgegangen, welche problematischen Situationen sich in Bereichen der Diagnostik ergeben, über die bislang noch keine hinreichenden Daten bestehen. Dies sind die Radiologie und die Funktionsabteilungen (EKG / Echo / Lungenfunktion). Die Studierenden führten dazu Interviews mit Leitungen der Funktionsbereiche durch, um die besonderen Belange dieser Mitarbeiter mit einzubeziehen, da sie im Rahmen einer Fragebogenerhebung keine hinreichend

große Fallzahl ergeben hätten. Im Verlauf dieses Berichts werden zentrale Ergebnisse der Interviews vorgestellt.

Das Projekt insgesamt verfolgte den Zweck, innerhalb der Mitgliederkrankenhäuser der DiAG zu einer kritischen Reflexion der Thematik einzuladen und Schritte zu skizzieren, die als Zukunftsaufgabe, aber auch als Zukunftschance betrachtet werden. Die Schaffung geeigneter Strukturen, die Steuerung der Personalstrukturen und -ressourcen, die Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen der Patientengruppe bei Investitionen in Bau, Sanierung, Ausstattung sowie die Konzentrierung von Bildungsmaßnahmen und weitere Qualifizierung im ärztlichen und pflegerischen Bereich (und darüber hinaus) bleibt eine zentrale Herausforderung für die Krankenhäuser. Sie drückt sich in den in Kombination einzusetzenden Handlungsempfehlungen, die zu einer generellen Ausrichtung und einer „Gesamtstrategie Demenz“ aufrufen, aus.

Erst eine Entscheidung für eine solche Gesamtstrategie aufseiten der Leitungsebene eines Krankenhauses macht den Weg frei für eine umfassende Beschäftigung mit den unterschiedlichen Möglichkeiten und Lösungsansätzen. Stehen andere Interessen oder die Lösung anderer Problemfelder aktuell im Vordergrund der betrieblichen Belange, so kann die Handreichung als Orientierung für spätere Aufgaben und als ein Auftakt zur internen Diskussion verstanden werden.

3. Zentrale Ergebnisse der Projektanalyse

In einer ersten Arbeitsphase (von November 2011 bis Januar 2012) erfolgte gemäß den Vereinbarungen im Arbeitspaket 1 eine Recherche über bestehende relevante Entwicklungen von Projekten zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Hintergrund war die Identifizierung bereits vorliegender Lösungen und die Einordnung, welche Evidenz vorliegende Lösungen aufweisen können. Damit sollte eine Anschlussfähigkeit des Projektes zu anderen Entwicklungen hergestellt werden. Ferner sollte vermieden werden, dass in einem aufwendigen Prozess eigene Lösungen entwickelt werden, ohne dass die bereits vorhandenen entsprechend geprüft wurden.

Die Synopse analysierte daher Projekte, die öffentlich zugängliche Materialien bereitstellten, über die nähere Projektbeschreibungen (z.B. in Form von Berichten oder Artikeln) vorlagen und die somit eine systematische und an Kriterien orientierte Überprüfung potenziell zuließen. Die Synopse wurde Ende Januar an

den Projektauftraggeber übergeben und dort an die angeschlossenen Einrichtungen weitergeleitet (Anlage). An dieser Stelle soll daher lediglich die zusammenfassende Gesamtschau vorgestellt werden, da sie u.a. den Ausgangspunkt zur Identifizierung der einzelnen Arbeiten im Projekt bildete.

Basierend auf einer Recherche in den gängigen pflegewissenschaftlichen und medizinischen Datenbanken (Carelit, Cinahl, Pubmed, Medline) sowie einer freien (unsystematischen) Suche im Internet konnten für den bundesdeutschen Raum bis Anfang 2012 insgesamt 25 Vorhaben mit teils mehreren teilnehmenden Krankenhäusern identifiziert werden. Insgesamt 18 unterschiedliche Projekte konnten einer näheren Analyse durch veröffentlichte Dokumente zugeführt werden.

Die im Bericht vorgelegte Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da nicht alle Projekte systematisch beschrieben werden oder Kliniken nicht alle Projektbemühungen veröffentlichen und somit keine hinreichende Grundlage einer Analyse besteht. Es ist davon auszugehen, dass in der Bundesrepublik weit mehr Projekte vorliegen, als sie in der Expertise erfasst werden konnten. Dennoch geben die aufgefundenen und systematisierten Projekte einen Überblick über die wesentlichen Inhalte, an denen aktuell gearbeitet wird. Darüber hinaus kann hinsichtlich der identifizierten Standorte von Projektkrankenhäusern (teilweise im Verbund eines gemeinsamen Projekts) festgestellt werden, dass weiterhin eher punktuell und nicht flächendeckend an der Thematik gearbeitet wird.

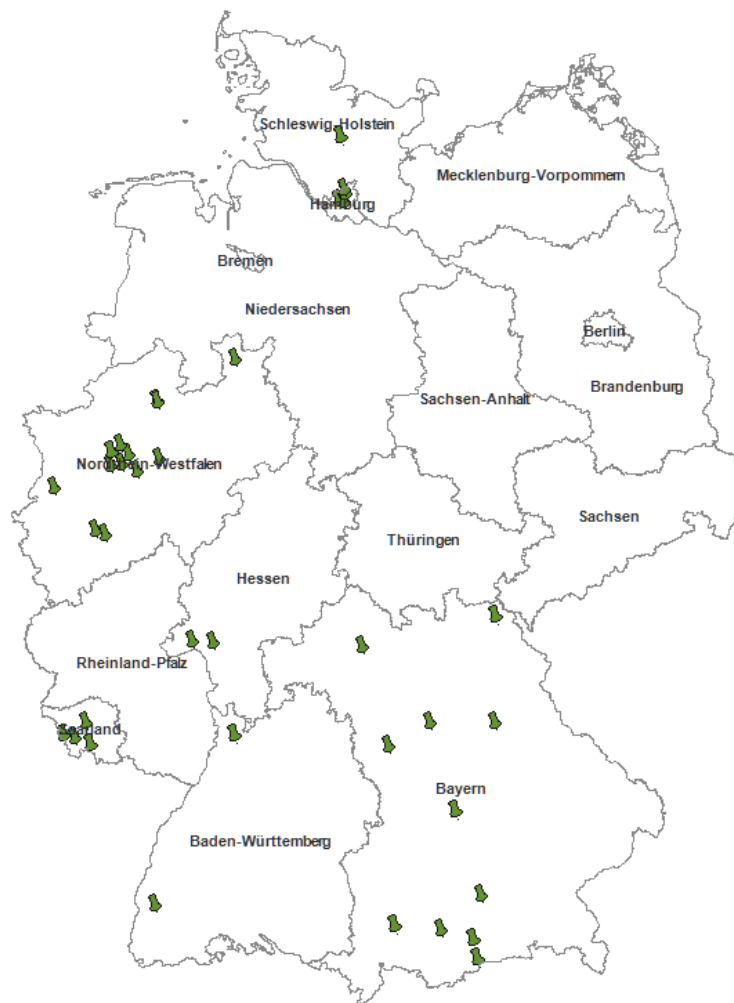


Abb. 6: Projektstandorte in Deutschland Stand Anfang 2012

Im Folgenden sollen die in der Analyse näher beschriebenen 18 Projekte zusammenfassend betrachtet werden.

Ziel ist, einen Überblick über die in den Vorhaben verfolgten Handlungsfelder zu erhalten und darüber hinaus zu erfassen, welchen Maßnahmen besondere intensive Beachtung geschenkt wurde. Schließlich soll der Versuch erfolgen, die gegenwärtige und empfehlenswerte „gute Praxis“ in der akutstationären Versorgung der betroffenen Personen in einem Maßnahmenkatalog zusammenzutragen. Wegen der aktuell hohen und begrüßenswerten Aktivität der Kliniken und auch dadurch, dass sich viele Projekte kontinuierlich weiterentwickeln, sind die hier aufgestellten Übersichten jedoch primär als „Polaroid“ der momentanen Situation zum Zeitpunkt der Projektbearbeitung zu verstehen.

Die Zuordnung der einzelnen Punkte in der Matrix stellt eine Bewertung durch die wissenschaftliche Begleitung dar. Sie wurde aufgrund der Kriterien, die im Vorfeld entwickelt wurden, erstellt. Grundlage für die Vergabe der Punkte waren die recherchierten und zugänglichen Artikel, Internetbeschreibungen und download-

fähigen Dokumente. Dabei kann nicht ausgeschlossen werden, dass einzelne Projekte sich bei einer Weiterentwicklung ändern oder aber aufgrund fehlender Einsichtsmöglichkeit eine abweichende Beurteilung vorstellbar wäre.

Insofern ist das Schema nicht als ein „Bewertungsschema“ im Sinne eines guten oder schlechten Projektes zu verstehen. Vielmehr sollen die Punkte für die Intensität der Bearbeitung stehen und sind Ausdruck einer Verdichtung der in der Synopse näher beschriebenen Informationen zu den Projekten.

3.1 Handlungsfelder auf Ebene der Patientenversorgung

Handlungsfelder der Praxisprojekte auf Ebene der Patientenversorgung I - Teil 1					
Projektort / Einrichtung	Multiprofessionelle Zusammenarbeit	Schulung der Mitarbeiter	Einbezug der Angehörigen	Tagesstrukturierende Angebote	Umgebungs- bzw. Milieugestaltung
Heidelberg	● ●	● ●	●	●	● ●
„Blickwechsel Demenz“ (Herdecke, Viersen, Essen, Porz am Rhein)	● ●	● ●	●	●	●
Kaufbeuren	● ●	●	●	●	○
Essen (Elisabeth Krankenhaus)	●	●	●	● ●	● ●
Münster (St.-Franziskus-Hospital)	● ●	●	●	○	○
Münster (Krankenhaus Johannisstift)	●	●	○	● ●	● ●
Lübbecke	●	● ●	● ●	●	○
Hamburg (Diakonie-Klinikum)	●	● ●	●	● ●	● ●
Hamburg (Marienkrankenhaus)	○	●	●	●	○
Hamburg-Alsterdorf (ev. Krankenhaus)	● ●	● ●	○	●	●
Neumünster	●	●	●	● ●	● ●
Nürnberg (Klinikum Nord)	●	○	●	○	●
Köln	●	● ●	●	● ●	● ●
„Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ (Ansbach, Hof, Ingolstadt, Nürnberg, Neuperlach, Weilheim, Schweinfurt)	●	● ●	● ●	○	○
„Dem-i-K“ (Wallerfangen, Lebach, St. Wendel, Saarbrücken)	● ●	● ●	●	○	○
Unna	● ●	● ●	○	●	● ●
Bochum	○	● ●	○	● ●	●
Wiesbaden	○	● ●	●	●	○
Legende	● ● starke Berücksichtigung	● moderate Berücksichtigung	○ keine Berücksichtigung	○ keine Berücksichtigung	-- keine Angabe

Handlungsfelder der Praxisprojekte auf Ebene der Patientenversorgung I - Teil 2

Projektort / Einrichtung	Anwendung spezifischer Kommunikationsformen	Einsatz von Leitlinien	Anwendung spezifischer Assessments	Einrichtung eines abgesonderten Versorgungsbereichs
Heidelberg	● ●	●	●	ja
„Blickwechsel Demenz“ (Herdecke, Viersen, Essen, Porz am Rhein)	●	●	●	nein (teilweise: Modellzimmer)
Kaufbeuren	●	--	--	nein
Essen (Elisabeth Krankenhaus)	--	○	●	ja
Münster (St.-Franziskus-Hospital)	●	● ●	●	nein
Münster (Krankenhaus Johannisstift)	●	--	● ●	ja
Lübbecke	●	○	●	nein
Hamburg (Diakonie-Klinikum)	●	--	●	ja
Hamburg (Marienkrankenhaus)	●	○	○	nein
Hamburg-Alsterdorf (ev. Krankenhaus)	--	○	--	ja
Neumünster	●	--	--	ja
Nürnberg (Klinikum Nord)	○	● ●	●	nein
Köln	●	--	●	ja
„Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ (Ansbach, Hof, Ingolstadt, Nürnberg, Neuperlach, Weilheim, Schweinfurt)	●	--	--	nein
„Dem-i-K“ (Wallerfangen, Lebach, St. Wendel, Saarbrücken)	●	--	●	nein
Unna	●	--	--	ja
Bochum	--	○	○	nein (jedoch Modellzimmer)
Wiesbaden	● ●	--	●	nein
Legende	● ● starke Berücksichtigung	● moderate Berücksichtigung	○ keine Berücksichtigung	-- keine Angabe

3.2 Handlungsfelder auf Ebene der Prozesse und der Institution

Handlungsfelder der Praxisprojekte auf Ebene der Prozesse und der Institution I						
Projektort / Einrichtung	Verbesserte Demenzdiagnostik	Optimierung des Entlassungsprozesses	(Teil-)Finanzierung durch Drittmittel	Anpassung der Prozesse auf Station	Öffentlichkeitsarbeit	
Heidelberg	--	--	ja	● ●	● ●	
„Blickwechsel Demenz“ (Herdecke, Viersen, Essen, Porz am Rhein)	●	●	ja	●	● ●	
Kaufbeuren	● ●	●	ja	●	●	
Essen (Elisabeth Krankenhaus)	●	●	--	--	--	
Münster (St.-Franziskus-Hospital)	●	●	ja	○	--	
Münster (Krankenhaus Johannisstift)	●	--	--	●	--	
Lübbecke	● ●	●	ja	○	● ●	
Hamburg (Diakonie-Klinikum)	●	●	--	●	--	
Hamburg (Marienkrankenhaus)	○	○	nein	○	--	
Hamburg-Alsterdorf (ev. Krankenhaus)	--	● ●	ja	●	● ●	
Neumünster	--	--	nein	●	--	
Nürnberg (Klinikum Nord)	○	●	nein	●	○	
Köln	●	--	--	●	●	
„Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ (Ansbach, Hof, Ingolstadt, Nürnberg, Neuperlach, Weilheim, Schweinfurt)	--	--	ja	●	● ●	
„Dem-i-K“ (Wallerfangen, Lebach, St. Wendel, Saarbrücken)	●	--	ja	--	● ●	
Unna	●	○	--	●	--	
Bochum	○	○	--	●	--	
Wiesbaden	●	●	nein	○	●	
Legende	● ● starke Berücksichtigung	● moderate Berücksichtigung	○ keine Berücksichtigung	--keine Angabe		

Bedingt durch die in vielen Fällen fehlende systematische Überprüfung der Wirksamkeit der Interventionen auf den Patienten (über die Erfassung der subjektiven Wahrnehmung der am Projekt beteiligten Mitarbeiter hinaus) ist die Zusammenstellung nicht als „gültiger Maßnahmenkatalog“ im Sinne einer Beschreibung evidenzbasierter Versorgung zu verstehen.

Den Erfahrungen und Erkenntnissen der betrachteten Modellprojekte folgend, lassen sich dessen ungeachtet aber folgende Interventionsmöglichkeiten und Betreuungsaspekte als die derzeit erprobte und als „gute Praxis“ erfahrene Krankenhausversorgung akut erkrankter Menschen mit Demenz beschreiben:

- Die hohe Bedeutung der Förderung und des Erhalts verbliebener Ressourcen kognitiver und funktioneller Art bei dementen Menschen erfordert die *Loslösung von einer rein medizinisch-pathologischen und somit krankheitsorientierten Perspektive* hin zu einer ganzheitlicheren und biografisch ausgerichteten Sicht auf die Versorgung der Betroffenen.
- Ungewohnte Strukturen, eine unruhige Umgebung und eine oftmals stark eingeschränkte Anpassungsfähigkeit an die Institution Krankenhaus erfordern die *Anwendung spezifischer Kommunikationsformen wie der Validation* aus einer empathischen Grundhaltung heraus. Ziel ist u.a. die Prävention und Deeskalation herausfordernder Verhaltensweisen sowie die Reduktion des Belastungserlebens aufseiten der Betroffenen und auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Mitpatientinnen und Mitpatienten.
- Der *Aufbau einer fachlichen Kompetenz* bei den an der Versorgung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch regelmäßige Schulungen um das Thema Demenz sowie durch Hospitationen in Einrichtungen mit Erfahrungswerten. Die professionelle Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Umsetzung des neuen Wissens in die alltägliche Berufspraxis ist bedeutsam, um die Kenntnisse zu verinnerlichen und eine Verstetigung zu erreichen. Als konstruktive, ergänzende Maßnahme empfiehlt sich der Einbezug stations- bzw. klinikexterner Spezialisten beispielsweise in Form eines Konsiliar- und/oder Liaisondienstes.
- Aufgrund der häufig sehr komplexen Versorgungssituationen, der hohen Prävalenz von Multimorbidität unter den dementen Patienten sowie der Mehrschichtigkeit der Bedarfs- und Bedürfnislagen ist die *Zusammenstellung eines multiprofessionellen Behandlungs- und Betreuungsteams* erforder-

derlich. Die regelmäßige Durchführung von Fallbesprechungen und Supervisionen ist ratsam.

- Die *Sicherstellung von personeller Kontinuität* und damit die Vermeidung von häufig wechselnden Bezugspersonen erleichtert die Vermittlung von Sicherheit und den Beziehungsaufbau zwischen den Patienten und den Mitarbeitern. Änderungen der Ablauforganisation etwa hinsichtlich eines Bezugspflegesystems wie Primary Nursing können den hierfür notwendigen Rahmen stellen.
- Dringend empfehlenswert erscheint der *aktive Einbezug pflegender Angehöriger* in ihrer Funktion als zentrale Informationsquelle und als Experten für eine individuelle Pflege in den Versorgungsalltag, sofern diese auch hierzu bereit sind. Die Möglichkeiten der Mitwirkung reichen von der Begleitung der Betroffenen zu Diagnostik und Therapie bis hin zu grundpflegerischen Tätigkeiten. Die Bereitstellung der Option, während des stationären Aufenthaltes bei den Betroffenen zu verweilen (Rooming-in), kann hierbei für organisatorische Erleichterung und Kontinuität sorgen. Angebote der Beratung und Information seitens des Krankenhauses über die Demenz und ihre Symptome sowie regionale Unterstützungsangebote leisten einen Beitrag zur Sicherstellung der poststationären Versorgung durch die Angehörigen.
- Die *Gestaltung einer spezifischen, schützenden und mit milieuthérapeutischen Elementen ausgestatteten Umgebung* senkt das Konfliktpotenzial zwischen den Betroffenen und nicht-dementen Mitpatienten und sorgt darüber hinaus für Orientierung sowie ein gesteigertes Wohlbefinden. Dieser Ansatz ist jedoch meist mit dem Aufbau oder dem Neubau einer Station verbunden, die spezifische Bauanforderungen umsetzt und eine veränderte Raum-/ Farb- und Lichtgestaltung ermöglicht. Der Umstand, dass die Patienten entgegen dem gewöhnlichen Verfahren aufgrund ihrer Demenz und nicht wegen ihrer akuten Erkrankung diesen Bereichen zugewiesen werden, befreit diese von ihrem der Relevanz für den Versorgungsalltag nicht gerecht werdenden Status als „Nebendiagnose“.
- Die Umsetzung einer zielgerichteten, an den Bedürfnissen der dementen Patienten ausgerichteten *Strukturierung des Tages* mit einzel- und gruppentherapeutischen Angeboten kann Ängste reduzieren, ein mit Blick auf den Abbau von individuellen Ressourcen gefährliches Nichtstun verhindern und für einen geregelten Tag-Nacht-Rhythmus sorgen. Da die Betroffenen

nur selten in der Lage sind, sich den Strukturen eines Krankenhauses anzupassen, muss sich die Organisation umgekehrt an ihnen orientieren. Die Einplanung ausreichender Ruhezeiten ist zu berücksichtigen.

- Die bereits mit der Aufnahme ins Krankenhaus beginnende Initiierung eines *interdisziplinären Entlassungsmanagements* verhindert Brüche in der Versorgung und kann überdies zur Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen. Die frühzeitige Integration des Sozialdienstes und nachsorgender Instanzen (etwa des Hausarztes oder eines Pflegeheims) in die Planungen begünstigt nahtlose Übergänge.

4. Zentrale Ergebnisse der Basisbefragung

Ziel der Basiserhebung war die Beschreibung des Ist-Zustands als weitere Ausgangsbasis, um neben der Projektanalyse Einschätzungen aus dem Praxisfeld zu bekommen, die handlungsweisend für die weitere Arbeit wurden.

Zwischen Januar und Februar wurde (in Abstimmung mit der Projektleiterin des DiCV und unter Einbezug einer Expertengruppe) ein Befragungsinstrument entwickelt, das in den angeschlossenen Kliniken an die leitenden Ärztinnen und Ärzte und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger der Stationen gesendet wurde. Die Befragung wurde in selektiven Arbeitsbereichen durchgeführt. So wurde z.B. die Gerontopsychiatrie oder Gerontologie von der Befragung ausgeschlossen, da davon ausgegangen werden kann, dass hier umfassende Konzepte bereits vorhanden sind und angewendet werden. Darüber hinaus stellt hier die Demenz nicht eine Nebendiagnose dar, sondern ist oftmals der Grund für die Krankenhauseinweisung. Ebenso wurde z.B. die Geburtshilfe nicht befragt, da in diesem Bereich keine Patientinnen mit einer Nebendiagnose „Demenz“ behandelt werden. Zudem wurden die Belegärzte aus der Befragung ausgeschlossen.

Im Vorfeld fand als Pretest eine Sichtung des Fragebogens durch ausgewählte Beteiligte und vor allem durch die Mitglieder der Steuerungsgruppe statt (Face Validity Prüfung). Hier sollte der Umfang, die Verständlichkeit der Fragen sowie die Vollständigkeit der relevanten Fragen geprüft werden. Ein ausführlicher Pretest mit einem Rückmeldebogen erfolgte nicht – die eingehenden Anmerkungen und Anregungen der Experten vor Ort wurden an die Projektleitung in Form von eigenen schriftlichen und mündlichen Eingaben zurückgemeldet. Der Fragebogen

wurde in der Folge einer Revision unterzogen, in der zweiten Version verabschiedet und für die Untersuchung genutzt.

Jeder Fragebogen wurde mit einem eigenen Umschlag versendet, sodass er ausgefüllt und direkt wieder in einem gesiegelten Umschlag verschlossen werden konnte. Die Fragebögen wurden direkt von den Kliniken an das Institut gesendet. Eine Einsicht in einzelne Fragebögen durch den Auftraggeber wurde damit ausgeschlossen und die teilnehmenden Personen blieben sowohl auf der Ebene der Abteilung als auch der Kliniken anonym. Die Daten wurden nach Eingang eingepflegt und anonymisiert kodiert.

Verteilt wurden an den ärztlichen und pflegerischen Bereich je 271 Fragebögen. Insgesamt konnten im Rahmen der Befragung Fragebögen von 141 Stationsleitungen und Stationsleitern in der Pflege und 131 Fragebögen der ärztlichen Leitungen (Oberärztinnen/Oberärzte / Chefärztinnen/Chefärzte) ausgewertet werden. Das entspricht einem Rücklauf von 52 Prozent bei den pflegerischen Leitungen und 48 Prozent bei den ärztlichen Leitungen. Damit konnte eine gute empirische Basis für die weitere Projektarbeit geschaffen werden. Im März und April 2012 erfolgte die Auswertung der Befragung und die Präsentation der Ergebnisse fand in einer Workshopsitzung der Arbeitsgruppe im Mai 2012 statt. Eine fächerdifferenzierte Subgruppenanalyse wurde im Mai durchgeführt und auf Wunsch der Arbeitsgruppe im Juni 2012 vorgestellt und diskutiert.

Die vollständigen Befragungsergebnisse aller Einzelfragen liegen bei dem Auftraggeber in Form eines Materialanhangs als PDF-Dokument vor (Anlage).

An dieser Stelle sollen daher lediglich ausgewählte Aspekte der Ergebnisse vorgestellt werden. Die vorliegenden Ergebnisse können in den einzelnen Kliniken verwendet werden, um eine vertiefte Diskussion über notwendige weitere Arbeitsschritte zu führen, und stehen im Bezug zu den weiter unten identifizierten Aufgaben und Handlungsempfehlungen.

Hinsichtlich der regionalen Verteilung der Teilnahme an der Befragung konnte auf Basis der angegebenen Postleitzahlen eine Teilnehmerlandkarte erstellt werden.

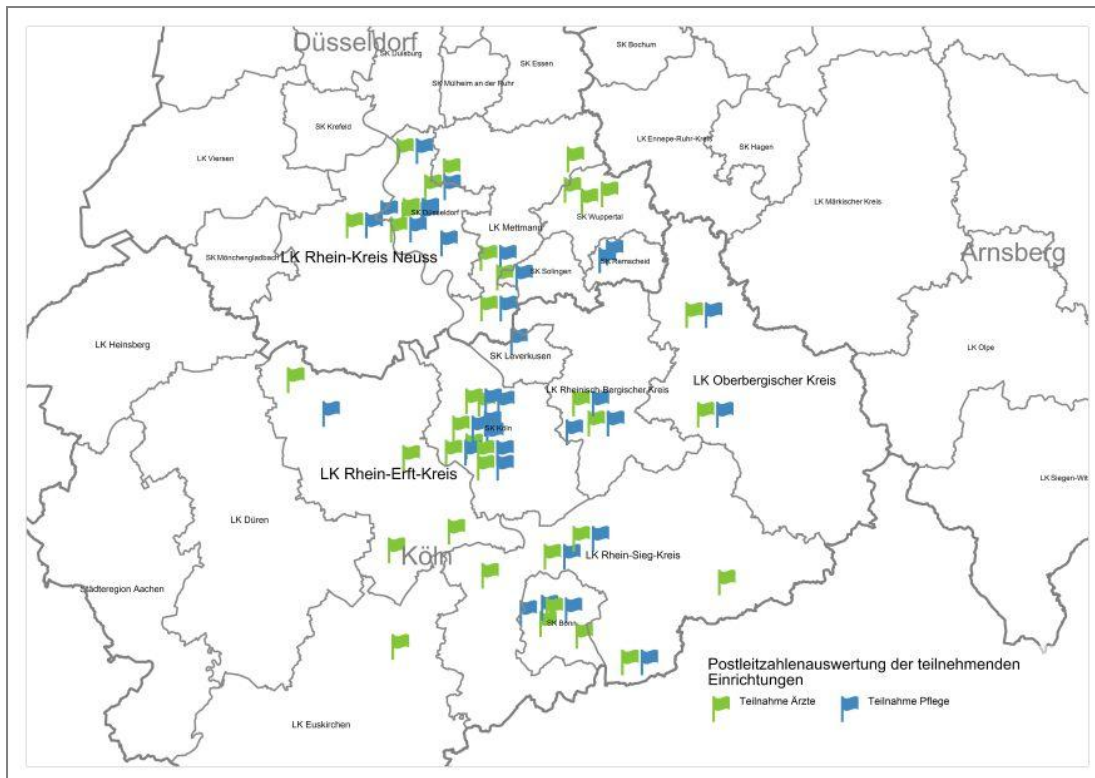


Abb. 7: Postleitzahlenauswertung teilnehmender Einrichtungen

Nicht von allen Kliniken bzw. Befragten wurde die Postleitzahl angegeben. Hier spielten ggf. Fragen der Anonymisierung bzw. der Pseudonymisierung eine Rolle. Trotz einer Erläuterung zum Zweck der Postleitzahlenangabe und der Zusicherung der Wahrung der Anonymität der einzelnen Befragten sind die Angaben daher nicht vollständig. Es ergaben sich Fehleingaben durch nicht vollständige bzw. durch die Angabe nicht existierender Postleitzahlen. Damit liegt die tatsächliche Teilnahme höher, als sie in der Grafik verdeutlicht werden kann. Dennoch zeigt sich eine breite Verteilung der Befragungsaktion auf die teilnehmenden Einrichtungen.

4.1 Zentrale Ergebnisse der Basisbefragung Pflegende

Die Basisbefragung²⁵ der Pflegenden beinhaltete allgemeine Hinweise zur Station, zum Fachbereich und zur Einschätzung, wie häufig die benannte Personengruppe im Krankenhaus behandelt wird. Es wurden keine Daten aus den KIS-Systemen angefordert (z.B. die Anzahl der Patienten mit einer definierten Diagnose oder aber einer Nebendiagnose Demenz).

²⁵ Die Daten werden in grafischer Form vorgestellt. Werte unter 5 Prozent werden nicht ausgewiesen, um die Lesbarkeit in den Grafiken zu erhöhen und Überlappungen von Werten zu vermeiden.

Zielführend sollte sein, dass die Befragten als „Experten vor Ort“ ihre Einschätzung abgeben und so eine Eingrenzung und annähernde Quantifizierung der Problemlage vorgenommen werden konnte.

In einem ersten Schritt sollen allgemeine Grunddaten der Befragung vorgestellt werden. Dies sind Angaben zu den teilnehmenden Fachbereichen und zu der Einschätzung der Häufigkeit der Begleitung und Betreuung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus.

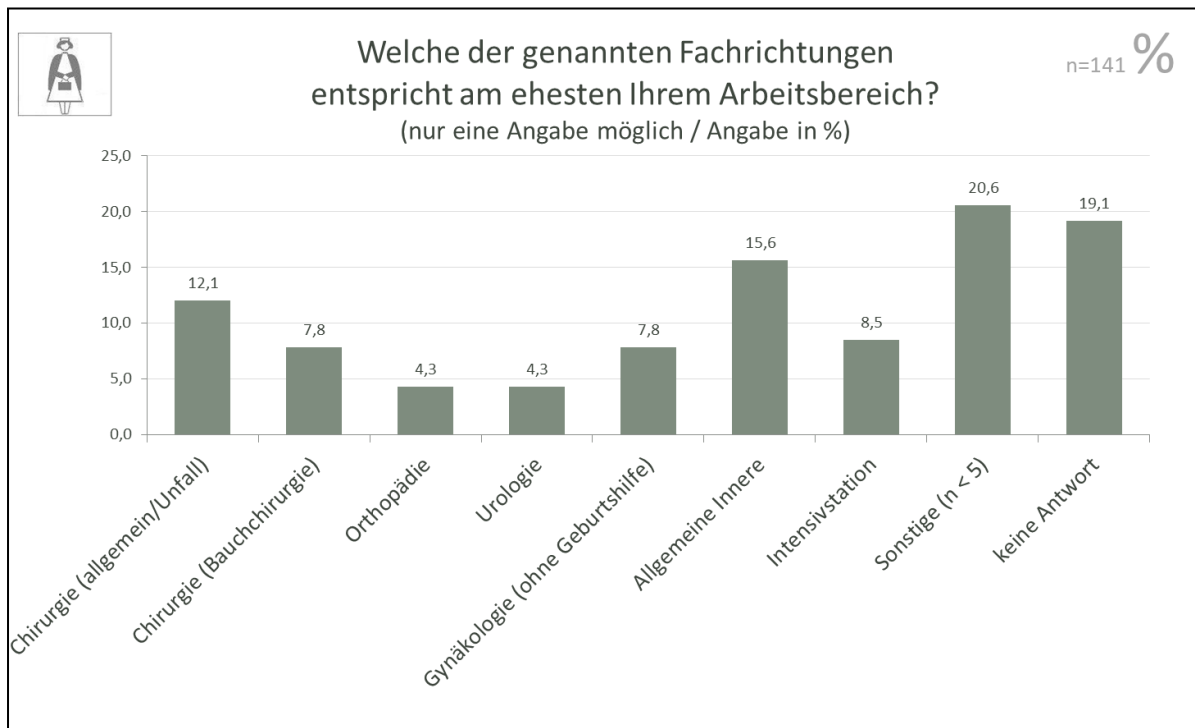


Abb. 8: Pflege: Fachbereiche

Die Verteilung zeigt, dass von den Stationen, die Angaben zum Fachbereich machten, vor allem die chirurgischen und die allgemeinen inneren Stationen zu finden sind. Es gab eine relativ hohe Quote von Nichtangaben (19,1 Prozent). Hinsichtlich der Größe der genannten Abteilungen gab es eine immense Spanne, die zwischen 6 und 280 Betten angegeben wurde. Dabei lag das arithmetische Mittel bei 33,96 Patientenbetten und der häufigste genannte Wert war die 30.

Die Frage zur Quantifizierung der Versorgung von Menschen mit Demenz wurde auf der Basis der Eingabe von konkreten Zahlen vorgenommen. Dargestellt werden in der Tabelle die Mittelwerte (arithmetisches Mittel) zu den jeweiligen Fragen. Der häufigste Wert (Modus) wird ebenfalls ausgewiesen. Darüber hinaus geben die ausgewiesenen Quartile an, wie sich die Verteilung genauer darstellt.

Die nachfolgenden Daten entsprechen der Einschätzung durch die Befragten. Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass 50 Prozent der Befragten angeben, dass sie bis zu 10 Patienten betreuten. Hier werden die ersten 25 Prozent mit eingeschlossen. 75 Prozent der Befragten (einschließlich der ersten 25 Prozent und 50 Prozent) gaben an, dass sie bis zu 20 Patienten betreuten. Der Mittelwert liegt bei 15,61 Patienten durchschnittlich im letzten Monat und der häufigste genannte Wert (Modus) war 10.

n=141 Pflegeleitungen	Mittelwert	häufigster Wert	bis 25%	bis 50%	bis 75%	keine Antwort
Wie viele Patienten, die akute Verwirrheitszustände oder den Verdacht auf eine Nebendiagnose Demenz aufwiesen, haben Sie im letzten Monat in Ihrer Abteilung betreut?	15,61	10	5,00	10,00	20,00	6
Wie viele Patienten, die akute Verwirrheitszustände oder den Verdacht auf die Nebendiagnose Demenz aufweisen, werden in aller Regel zeitgleich in der Abteilung betreut?	7,66	2	2,00	4,00	8,00	8
Wie viele dieser Patienten, die aufgrund der Einschränkungen erhebliche zusätzliche personelle Ressourcen benötigten haben Sie im letzten Monat in Ihrer Abteilung pflegerisch betreut?	9,73	10,00	3,00	6,00	10,00	10,00
Wie viele Patienten, die keine Demenz haben, aber täglich erhebliche Betreuungsleistungen benötigen, sind in aller Regel zeitgleich pflegerisch in der Abteilung zu versorgen?	9,17	10	4,00	8,00	10,00	8

Abb. 9: Pflege: Einschätzungen zur Behandlungshäufigkeit

Auch hinsichtlich des zeitgleichen Auftretens der Behandlung zeigt sich, dass am häufigsten angegeben wurde, dass sich zwei Personen zugleich auf einer Station befinden und somit die Betreuung und Aktivierung von Menschen mit Demenz in aller Regel ein dauerhaftes und gängiges Phänomen auf den Stationen darstellt. Daneben aber muss aus der Perspektive der pflegerischen Versorgung betrachtet werden, dass auch Personen ohne eine Nebendiagnose „Demenz“, die in hohem Maße pflegebedürftig erscheinen und somit sehr aufwendig in der Betreuung und Versorgung sind, auf den Stationen zu finden sind. Hier zeigt sich ungefähr ein Verhältnis von eins zu eins bezogen auf die Häufigkeit des Auftretens, wenn man hierfür den Modus zugrunde legt. Somit kann von einem kontinuierlichen Behandlungsauftrag an die Pflegenden ausgegangen werden.

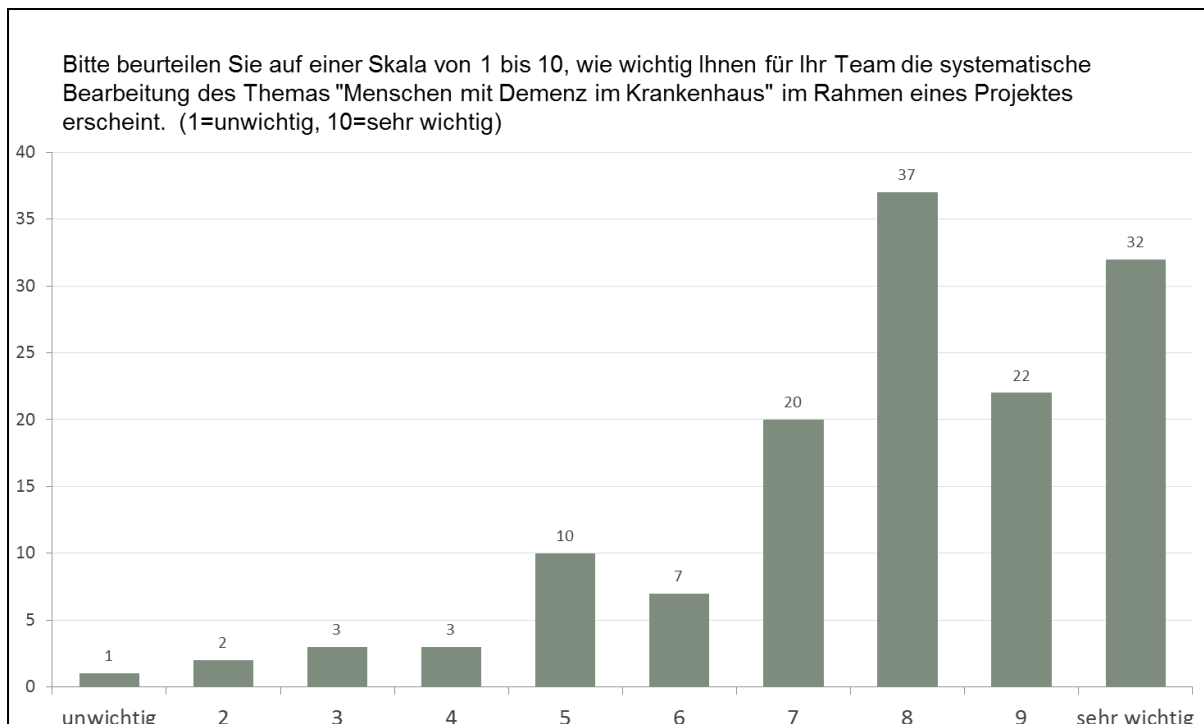


Abb. 10: Pflege: Einschätzungen zur Bedeutung

Vor diesem Hintergrund erklärt sich auch, dass die „Bedeutung“ des Themas bei den befragten Leitungen der Pflege sehr hoch eingeschätzt wurde. Im Durchschnitt wurde sie mit 7,82 auf einer Skala von eins bis zehn eingeschätzt.

Eine ähnliche Frageform (mit einer visuellen Analogskala als Antwortmöglichkeit) lag auch der Frage zugrunde, wie sicher das Team im Umgang mit Menschen mit Demenz durch die Leitungen eingeschätzt wurde. Hier zeigte sich, dass die Leitungen eher im Mittelfeld antworteten. Der relativ größte Anteil (25,5 Prozent) der Einschätzungen lag bei der Stufe sechs. Insgesamt ergab sich ein durchschnittlicher Wert von 5,83.

In der Zusammenführung dieser beiden Skalen kann interpretiert werden, dass die Leitungen dem Thema eine große Bedeutung beimessen und dass sie hinsichtlich des Wissens und des Umgangs des Teams mit Menschen mit Demenz noch Möglichkeiten der Verbesserung sehen.

Ein weiterer Fragenblock bezog sich auf die Einschätzungen und Beobachtungen zu zentralen Entwicklungen durch die Leitungen. Dabei sollte auf einer fünfstufigen Skala die Zustimmung oder Ablehnung zu einzelnen Aussagen gewertet werden.

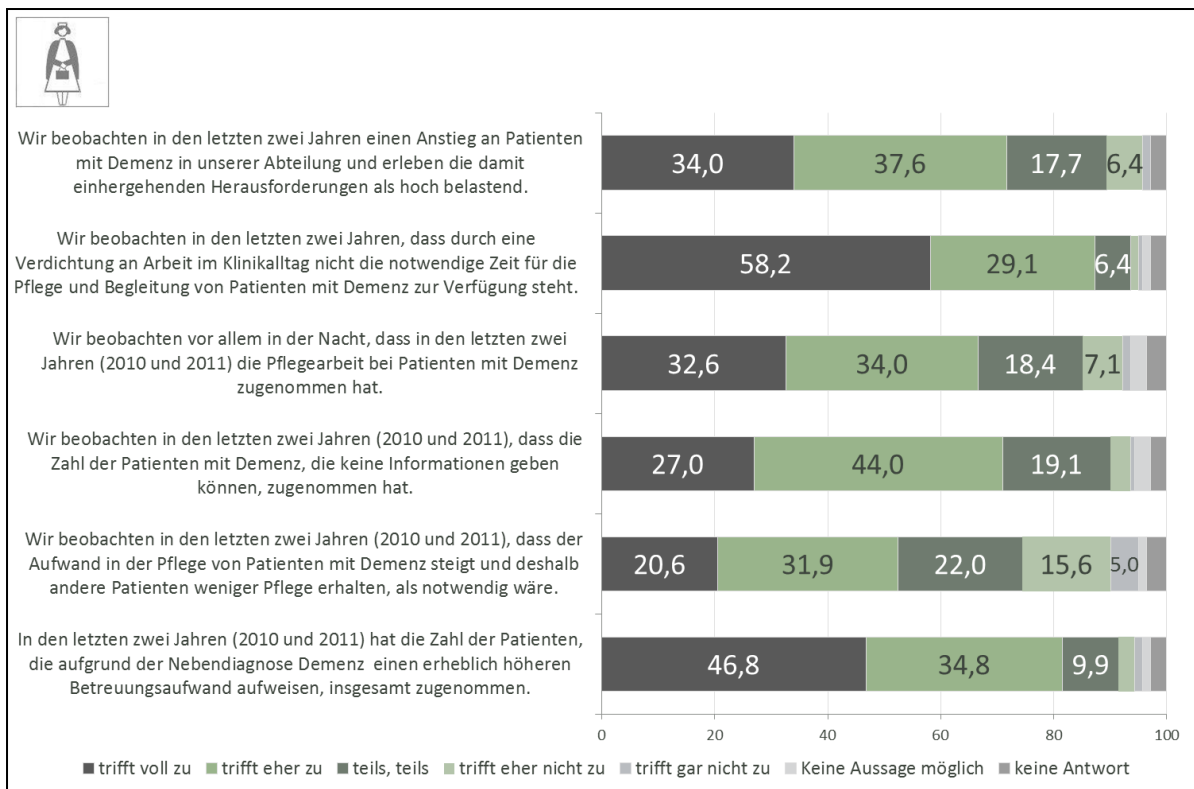


Abb. 11: Pflege: Einschätzungen zu Beobachtungen

Die Kategorien trifft voll zu / trifft eher zu sind als insgesamt zustimmende Kategorien im Zusammenhang zu sehen, wobei die unterschiedlichen Ausprägungen die graduellen Unterschiede verdeutlichen.

Bei den Bewertungen zeigt sich, dass insbesondere zwei Aussagen sehr hohe Zustimmungswerte erfahren. Dies betrifft die Beobachtung durch die Leitungen, dass aufgrund einer Arbeitsverdichtung in den letzten zwei Jahren nicht die notwendige Zeit für die Pflege von Menschen mit Demenz zur Verfügung steht. Insgesamt ist hier eine Zustimmung von 87,3 Prozent zu beobachten. Auch wird in hohem Maße zugestimmt, dass in den letzten beiden Jahren die Zahl der Patienten, die aufgrund der Nebendiagnose Demenz einen erhöhten Betreuungsaufwand haben, zugenommen habe. Hier werden insgesamt 81,6 Prozent Zustimmung erreicht, wobei graduell die erste Frage höher bewertet wurde, weil hier ein größerer Anteil an Befragten „voll zutreffend“ antwortete.

Im Fragebogen sollten Aussagen zur Häufigkeit des Auftretens von problematisch zu identifizierenden Situationen gesammelt werden. Dabei wurde als Beurteilungszeitraum eine zurückliegende dreimonatige Zeitspanne gewählt. Hierbei ist davon auszugehen, dass Pflegenden diesen Zeitraum noch recht gut in Erinnerung behalten und daher realitätsnahe Einschätzungen vornehmen. Graduell unter-

schieden werden sollte, ob diese Ereignisse nie, selten, manchmal oder oft vorgekommen sind.

Die Auswertung ermöglicht keine konkrete Angabe der aufgetretenen Ereignisse (dafür würden Protokolle und Beobachtungsbögen notwendig sein), sie erlaubt aber eine Strukturierung der Problematiken und damit eine Hierarchisierung des Auftretens.

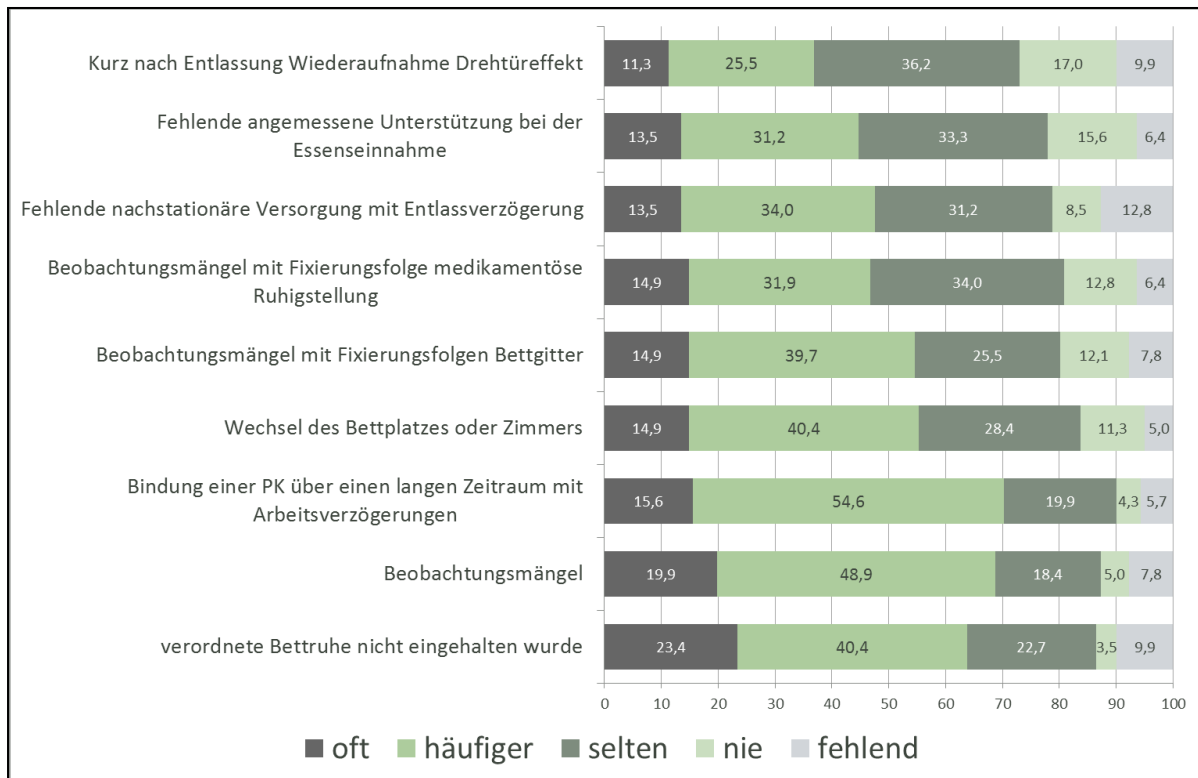


Abb. 12: Pflege: Einschätzungen zu aufgetretenen Problemen

Es zeigt sich, dass die Pflegenden als eine zentrale Problematik das Nichteinhalten einer verordneten Bettruhe identifizieren. Hier finden sich die höchsten Werte in der Kategorie „oft“ (23,4 Prozent). Hohe Werte werden auch in den Aspekten von Beobachtungsmängeln der Patienten angegeben (insgesamt 68,8 Prozent). Ebenso sind hohe Zustimmungswerte bei der Beschreibung, dass eine Pflegekraft über einen langen Zeitraum durch die Behandlung eines Menschen mit Demenz gebunden war und dadurch andere Arbeitsabläufe erheblich verzögert wurden, zu sehen. Werte von über 50 Prozent werden auch für die beiden Fixierungsfolgen Bettgitterfixierung und medikamentöse Ruhigstellung angegeben.

Dies deutet darauf hin, dass in der Versorgungspraxis, wie sie durch die 141 Leitungen beschrieben werden, an vielen Stellen regelmäßig (häufiger bis oft) Probleme in der Behandlungskontinuität, der Behandlungsqualität und der Patienten-

sicherheit beschrieben werden. Folgen wie Fixierungsmaßnahmen werden nicht ausgeschlossen.

Hinsichtlich eingesetzter Lösungsstrategien lassen sich aus der Basisbefragung der 141 Pflegeleitungen die folgenden Daten beschreiben (Grundlage war eine Mehrfachnennung). Die beschriebenen Konzepte bzw. Ansätze wurden im Vorfeld aus den analysierten Projekten und der Literatur identifiziert.



Abb. 13: Pflege: Einsatz von Lösungsstrategien

Die Auswertung zeigt, dass insbesondere die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst zu einem frühen Zeitpunkt gesucht wird. Dies gaben 111 der 141 befragten Leitungen an. Ebenso ist ersichtlich, dass ein Großteil der Befragten bezüglich der Kommunikation sensibel ist.

Aus den Möglichkeiten, die in anderen Projekten entwickelt und erprobt wurden, ist im vorderen Bereich der Beantwortung das „Rooming-in“ zu nennen. Dies scheint eine gute Möglichkeit zu sein, die vielerorts erkannt und unkompliziert eingesetzt wird. Allerdings handelt es sich wahrscheinlich nicht um eine konzeptionell eingebundene und strukturierte Form, sondern um die spontane Beantwortung bei Bedarf.

Der Einsatz bestehender und in anderen Projekten entwickelter Materialien (z.B. der Notfallmappe etc.), pflegerische Konzepte der Beruhigung, eine elektive Aufnahmesteuerung oder aber die Nutzung fester Netzwerkstrukturen scheinen in

den befragten Einrichtungen unter den Leitungskräften in der Pflege eine stark untergeordnete Rolle zu spielen.

Hier zeigen sich dementsprechend Ansätze und Innovationsmöglichkeiten, die ggf. ohne einen großen Aufwand nutzbar gemacht werden können.

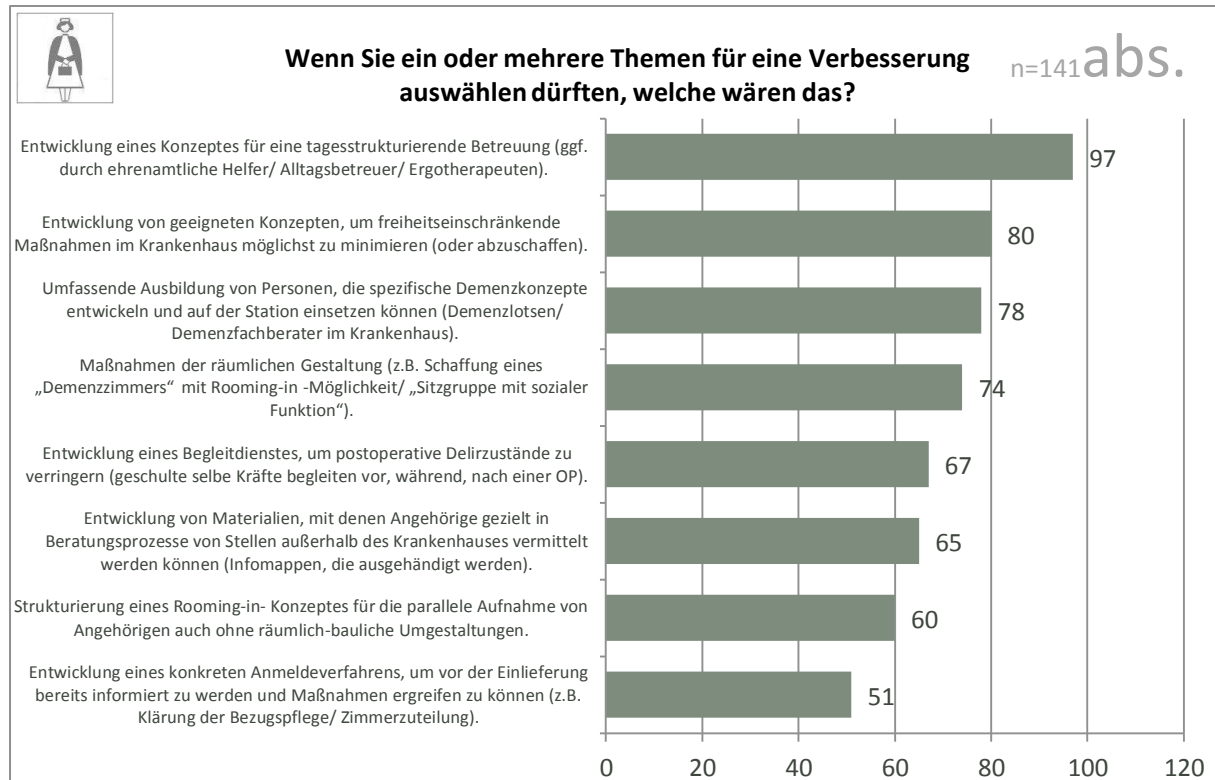


Abb. 14: Pflege: Einschätzung zu notwendigen Entwicklungen

Die Leitungskräfte in der Pflege wurden nach den Präferenzen befragt, die aus ihrer Sicht angeboten werden müssten, um eine Verbesserung der Versorgung zu erzielen. Hierbei konnten Mehrfachnennungen gegeben werden, sodass die angegebenen Konzepte Ausdruck der Häufigkeit aller Nennungen sind und nicht von unterschiedlichen Personen stammen.

Der primäre Wunsch der Pflegenden wäre, wenn tagesstrukturierende Konzepte entwickelt und eingesetzt werden würden, um Menschen mit Demenz ein sinnvolles Angebot mit unterbreiten zu können.

Von hohem Interesse seitens der Pflegenden ist darüber hinaus auch die Entwicklung von alternativen Konzepten bzw. der Einsatz von Konzepten, die freiheitseinschränkende Maßnahmen reduzieren oder aber sogar vollständig verzichtbar machen.

Insgesamt aber kann festgestellt werden, dass es in der Bewertung eher geringe Spannen zwischen den einzelnen Aussagen gibt, die offenbar ähnlich hoch bewertet werden und damit fast alle bedeutsam erscheinen.

4.2 Zentrale Ergebnisse der Basisbefragung Ärzte

Nachfolgend werden analog zu ausgewählten Ergebnissen der Pflegenden auch einzelne Daten aus der Basisbefragung der Ärzte vorgestellt.

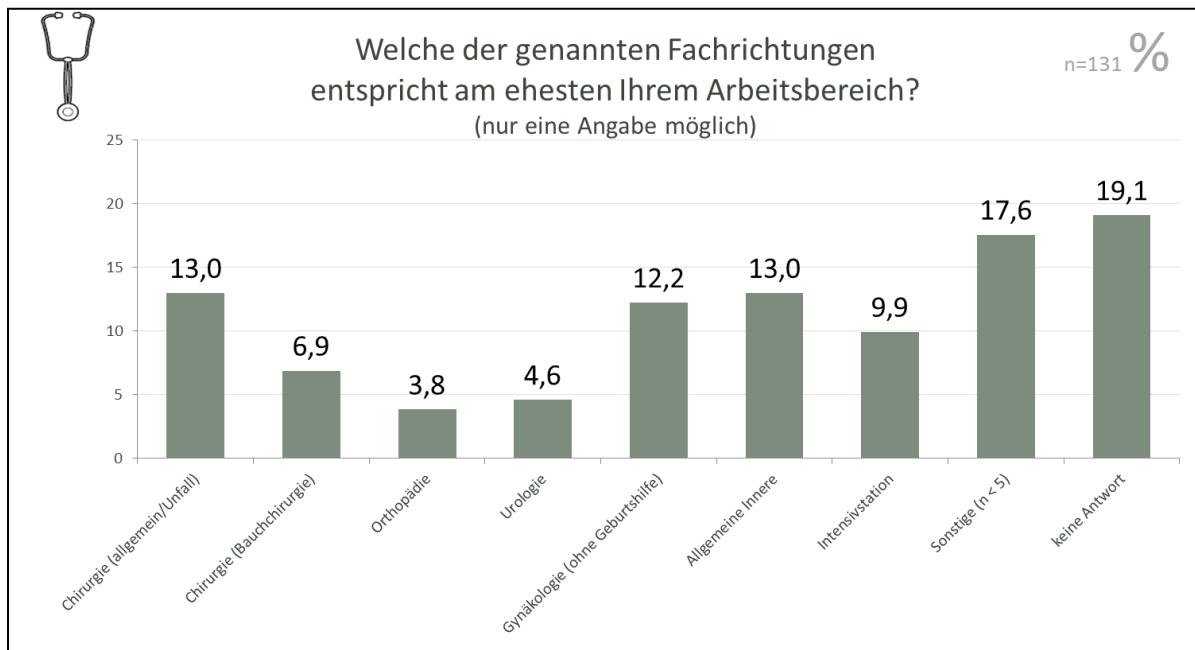


Abb. 15: Ärztinnen/Ärzte: Fachbereiche

Hinsichtlich der Verteilung über die Fachabteilungen sieht man, dass es eine breite Streuung gibt, wobei auch eine hohe Anzahl an Teilnehmern keine Angaben vornahm oder aber spezialisierte Angaben erfolgten, die sich nicht einfach den beschriebenen Kategorien zuordnen lassen.

Dies ist bedeutsam für die im Anhang beschriebene fächerdifferenzierende Gegenüberstellung, da auch im ärztlichen Bereich nur kleine Gruppen gebildet werden könnten.

Wie bei der Befragung der Pflegenden, so wurde auch im ärztlichen Bereich zunächst nach Kennzahlen gefragt, die eine Quantifizierung der Behandlungshäufigkeit erlauben.

n=131 Ärztinnen / Ärzte	Mittelwert	häufigster Wert	bis 25%	bis 50%	bis 75%	keine Antwort
Wie viele Patienten, die akute Verwirrheitszustände oder den Verdacht auf eine Nebendiagnose Demenz aufwiesen, haben Sie im letzten Monat in Ihrer Abteilung betreut?	16,11	5 ^a	3,00	10,00	20,00	7
Wie viele Patienten, die nur kurzfristig Verwirrheitszustände aufwiesen (reversible Zustände/ Durchgang etc.) haben Sie im letzten Monat in Ihrer Abteilung betreut?	10,06	2	2,00	5,00	15,00	7
Wie viele Patienten, die akute Verwirrheitszustände oder den Verdacht auf die Nebendiagnose Demenz aufwiesen, haben Sie in aller Regel zeitgleich in der Abteilung?	5,26	2	1,00	3,00	7,75	7
Wie viele Patienten, die aufgrund der Einschränkungen erheblich mehr Ressourcen bei Diagnostik und Therapie benötigten (z.B. Mehraufwand durch längere Erklärungen/ Hilfeleistungen), haben Sie im letzten Monat in Ihrer Abteilung betreut?	14,36	10	2,00	7,00	20,00	9
Wie viele Patienten haben Sie insgesamt in aller Regel zeitgleich in der Abteilung?	34,81	30	10,50	30,00	53,00	7

Abb. 16: Ärztinnen/Ärzte: Einschätzungen zur Behandlungshäufigkeit

Die ärztliche Einschätzung weicht in unterschiedlichen Punkten von der der Pflegenden ab. Jedoch geben auch die befragten Ärzte eine durchschnittliche Anzahl von ca. 16 Patienten an, die akute Verwirrheitszustände aufwiesen und im letzten Monat behandelt wurden, wobei der häufigste Wert hier bei fünf liegt (bei den Pflegenden bei 10).

Die Tabelle zeigt auf, dass im medizinischen Versorgungsbereich die Problematik ebenso deutlich eingeschätzt wird, wie sie von den Pflegenden beobachtet wird. Die Zusammenführung der Ergebnisse, wie viele Patienten durchschnittlich auf der Station / im Bereich versorgt werden, und des Mittelwerts der Patienten mit akuten Verwirrheitszuständen legt die Vermutung nahe, dass es sich um ein breites klinisches Problem handelt.

Ebenso wie die Pflegenden, wurden auch Ärztinnen und Ärzte gebeten, Einschätzungen zu Entwicklungen in einem definierten Zeitraum von zwei Jahren abzugeben.

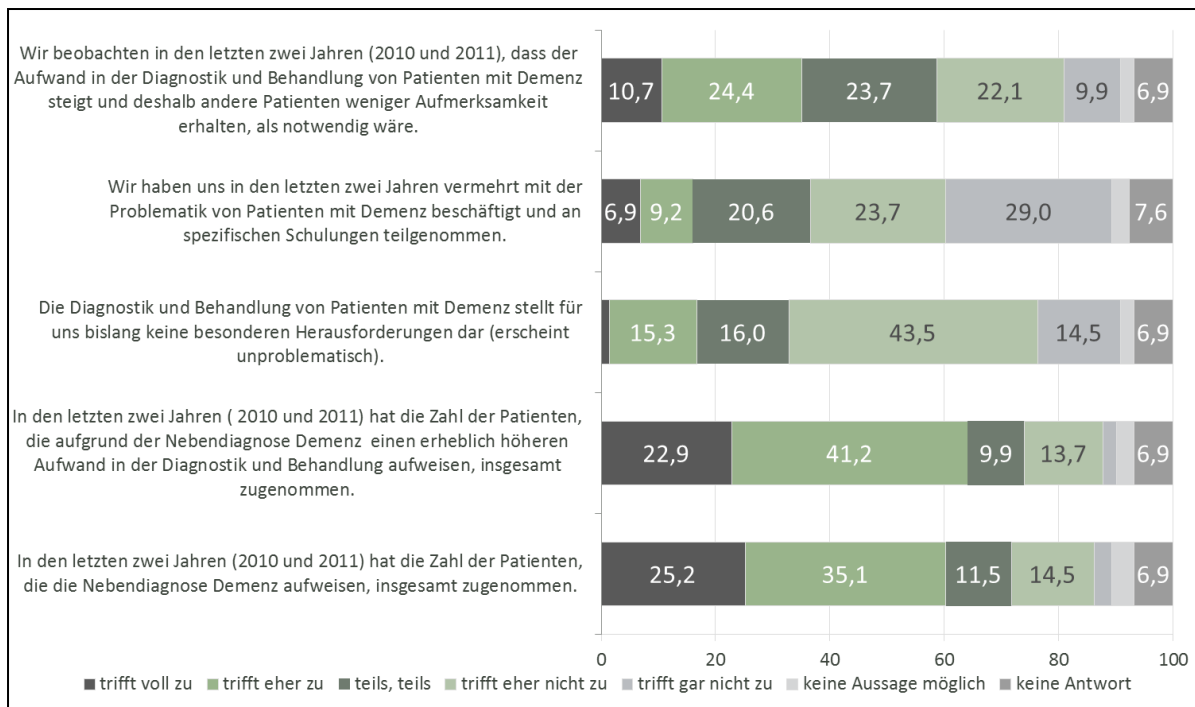


Abb. 17: Ärztinnen/Ärzte: Einschätzungen zu Beobachtungen 1

Betrachtet man die zusammengefassten zustimmenden Werte, dann ist es mehr als jede dritte befragte Ärztin oder jeder dritte Arzt, die eine Zunahme des Aufwands an Diagnostik und Behandlung von Patienten mit einer Demenz beobachten, was in der Folge zu einer Umverteilung der Ressourcen führt. Somit können andere Patienten weniger Aufmerksamkeit bekommen. Bezieht man hier die weiter unten stehende Frage, ob insgesamt ein höherer Aufwand für Diagnostik und Behandlung zu beobachten ist (über 60 Prozent stimmen dem zu), in die Interpretation mit ein, so kann festgehalten werden, dass vielerorts eine Intensivierung der Arbeit mit Menschen mit Demenz zu beobachten ist, dass diese sich jedoch nicht überall gleichermaßen negativ auf andere Patienten auswirkt.

Dass generell eine Zunahme an Patienten mit Demenz zu beobachten ist, geben 60,3 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte an.

Die Teilnahme an spezifischen Schulungen zur Problematik wird zusammenfassend jedoch lediglich von 16,1 Prozent angegeben. Dass die mit der besonderen Situation verbundenen Herausforderungen insgesamt unproblematisch erscheinen, ist jedoch eher eine Ausnahme in der Beurteilung insgesamt und kann hier vor allem auch ein fachbezogener Indikator sein.

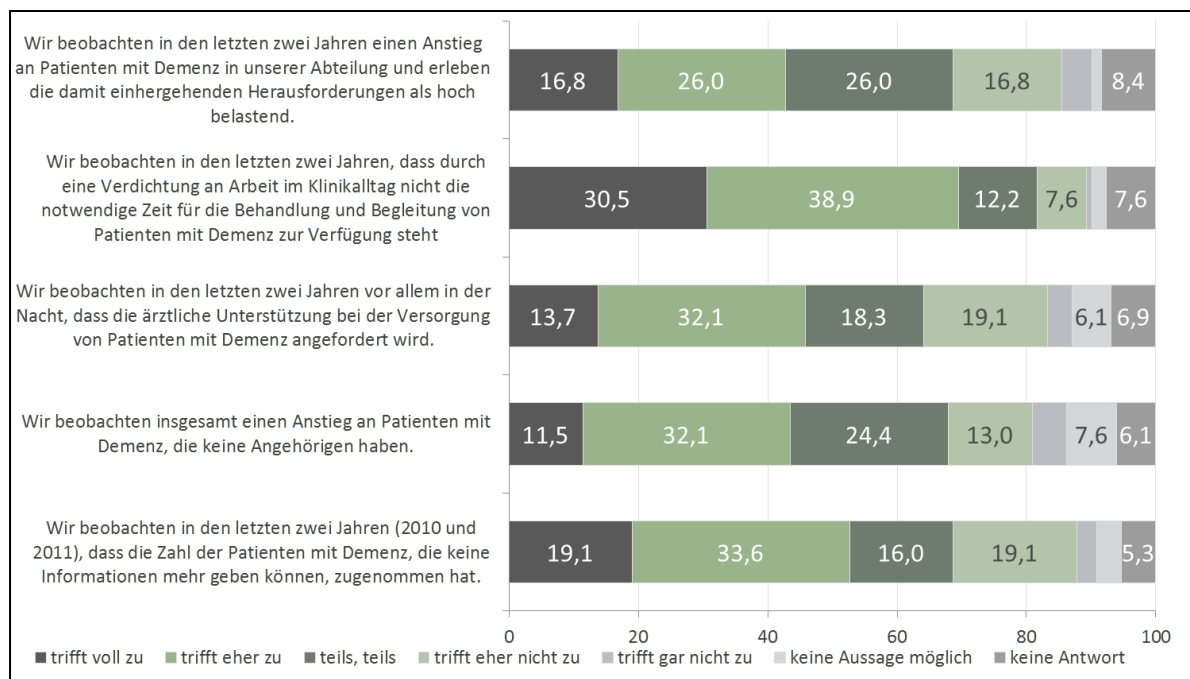


Abb. 18: Ärztinnen/Ärzte: Einschätzungen zu Beobachtungen 2

Hervorgehoben werden muss die Aussage, dass insgesamt der Arbeitsdruck und die Intensivierung in der Arbeit zu beobachten ist (69,4 Prozent), die dazu führt, dass eine notwendige „Entschleunigung“ für die Patienten mit Demenz nicht erfolgen kann und dass nicht die notwendigen Zeiten zur Verfügung stehen, die seitens der Ärztinnen und Ärzte eigentlich gegeben werden sollten. Insgesamt fällt bei diesen Aspekten der Einschätzung an, dass die zustimmenden Werte relativ hoch liegen. Nächtliche Versorgungsprobleme, die der ärztlichen Unterstützung nehmen ebenso zu wie die Zahl der Menschen, die keine Angehörigen haben. Damit ergeben sich konkrete Probleme hinsichtlich anderer Aspekte (z.B. der Zustimmung zu Eingriffen und Untersuchungen etc.), aber zunächst einmal allgemein ein formuliertes Informationsproblem.

Im nachfolgenden Fragenblock wurden spezifische Problembereiche erfragt, die hinsichtlich der Quantität des Aufkommens durch die befragten Ärztinnen und Ärzte für den Zeitraum der letzten drei Monate beurteilt werden sollten.

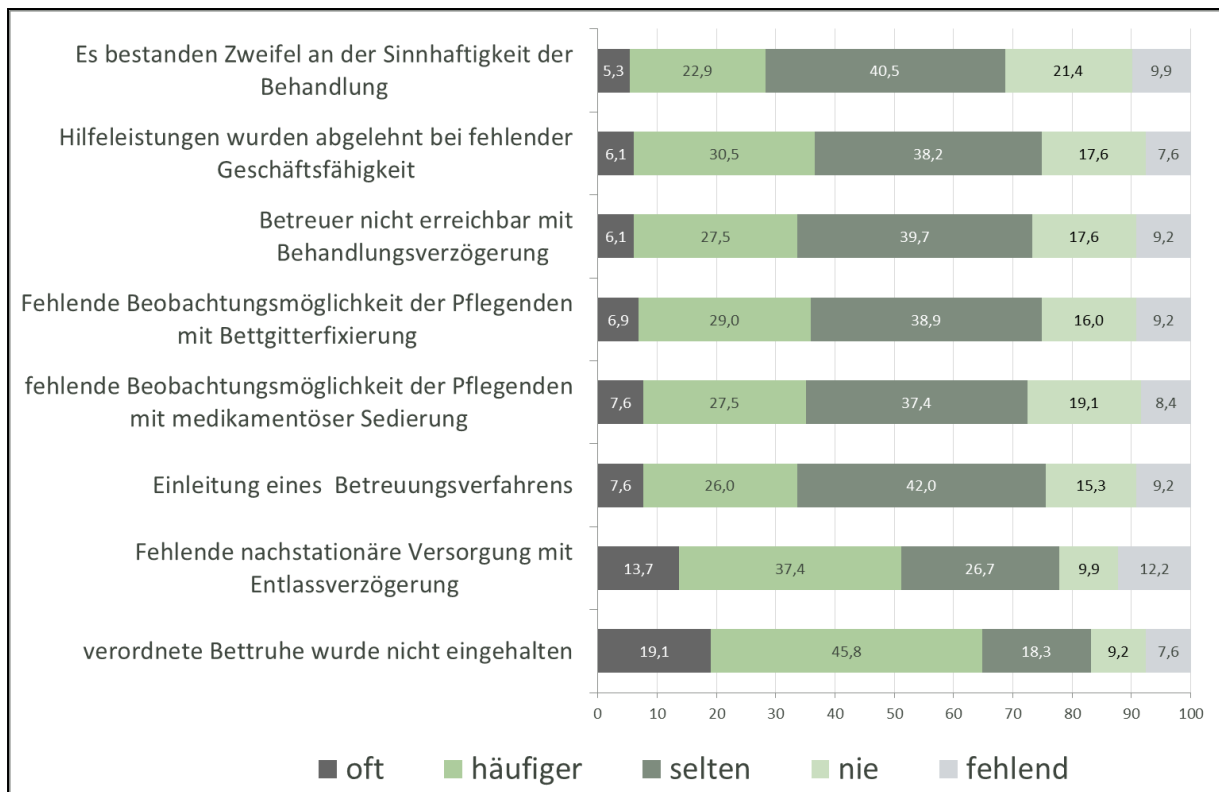


Abb. 19: Ärztinnen/Ärzte: Einschätzungen zu aufgetretenen Problemen

Als größtes Problem hinsichtlich einer ärztlich gewünschten Therapieführung wird formuliert, dass Patienten mit einer Demenz eine verordnete Bettruhe nicht einhalten. Dies hat Auswirkungen auf operative Verfahren, die angewendet werden können, auf die Frage genereller Therapiefähigkeit und auch auf die Frage, in welchem Tempo und mit welchem Erfolg eine Krankenhausbehandlung abgeschlossen werden kann.

Weitere problematische Felder scheinen aus der Sicht der Ärztinnen und Ärzte bisweilen unzureichende nachstationäre Versorgungsmöglichkeiten zu sein. Auch dies wird von mehr als der Hälfte der Ärztinnen und Ärzte mit häufiger oder oft angegeben.

Rund ein Drittel beobachtet, dass im Laufe der Krankenhausbehandlung die Einleitung eines Betreuungsverfahrens häufiger oder oft zu beobachten war.

Ebenso wurde von jedem dritten Befragten häufiger oder oft beobachtet, dass Betreuer nicht erreichbar waren und so eine Behandlungsverzögerung zu beobachten war.

Hinsichtlich der Frage der Kooperation bei der Behandlung mit der Gruppe der Pflegenden äußerte etwa jeder dritte der Befragten, dass aufgrund fehlender pflegerischer Beobachtungsmöglichkeiten eine medikamentöse Sedierung ärztlicherseits angeordnet werden musste.

Den beschriebenen Problemen, die in unterschiedlicher Quantität beobachtet wurden, werden die folgenden Lösungsstrategien gegenübergestellt:

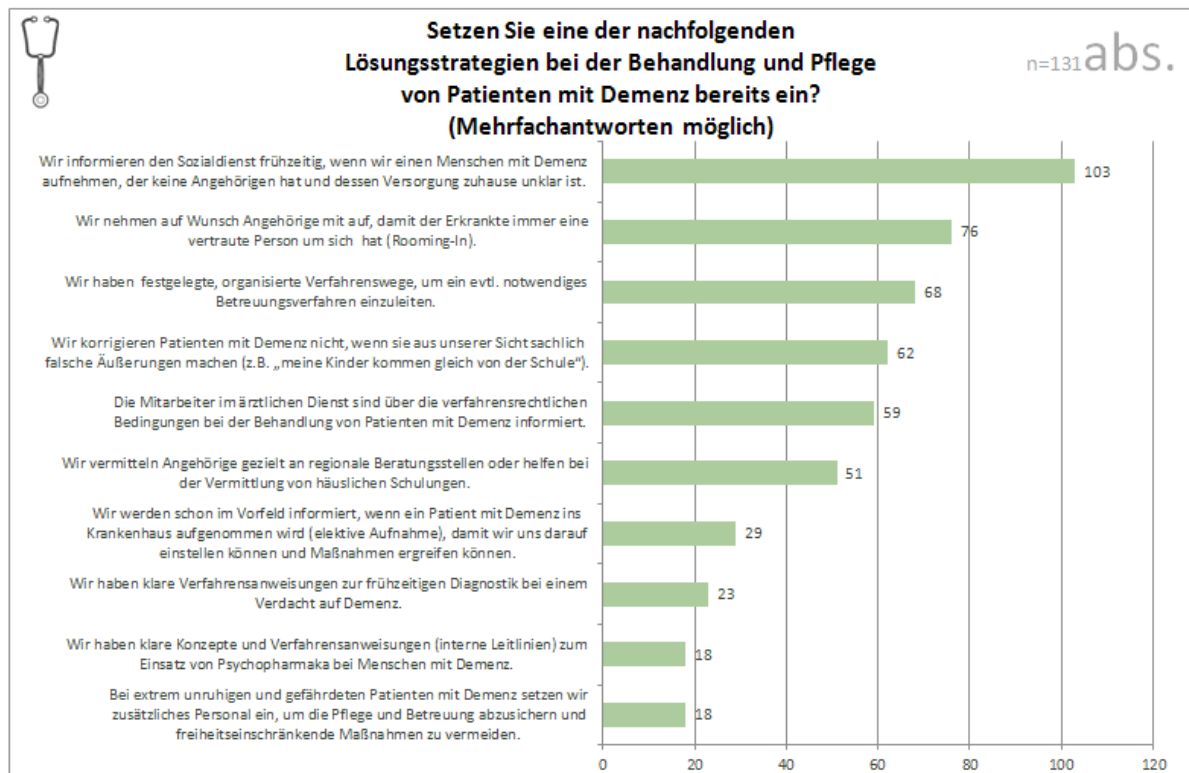


Abb. 20: Ärztinnen/Ärzte: Einsatz von Lösungsstrategien

Hier dominiert der frühzeitige und sinnvolle Einbezug des Sozialdienstes, um eine nachstationäre Versorgungsproblematik zu verhindern und frühzeitig die Perspektive der Sozialarbeit mit einzubeziehen. Alle anderen möglichen Aspekte sind hier deutlich geringer ausgeprägt.

Ein Rooming-in wird offenbar noch in einer relativ hohen Anzahl angeboten oder, wenn sich die Gelegenheit ergibt, durch die Ärztinnen und Ärzte generell ermöglicht.

In nur sehr geringem Maße jedoch lassen sich verbreitete Konzepte zur Verhinderung freiheitseinschränkender Maßnahmen, zum Umgang mit Psychopharmaka, zur Diagnostik der Demenz selbst oder aber eines geordneten Verfahrens zu Informationen im Vorfeld einer stationären Aufnahme erkennen.

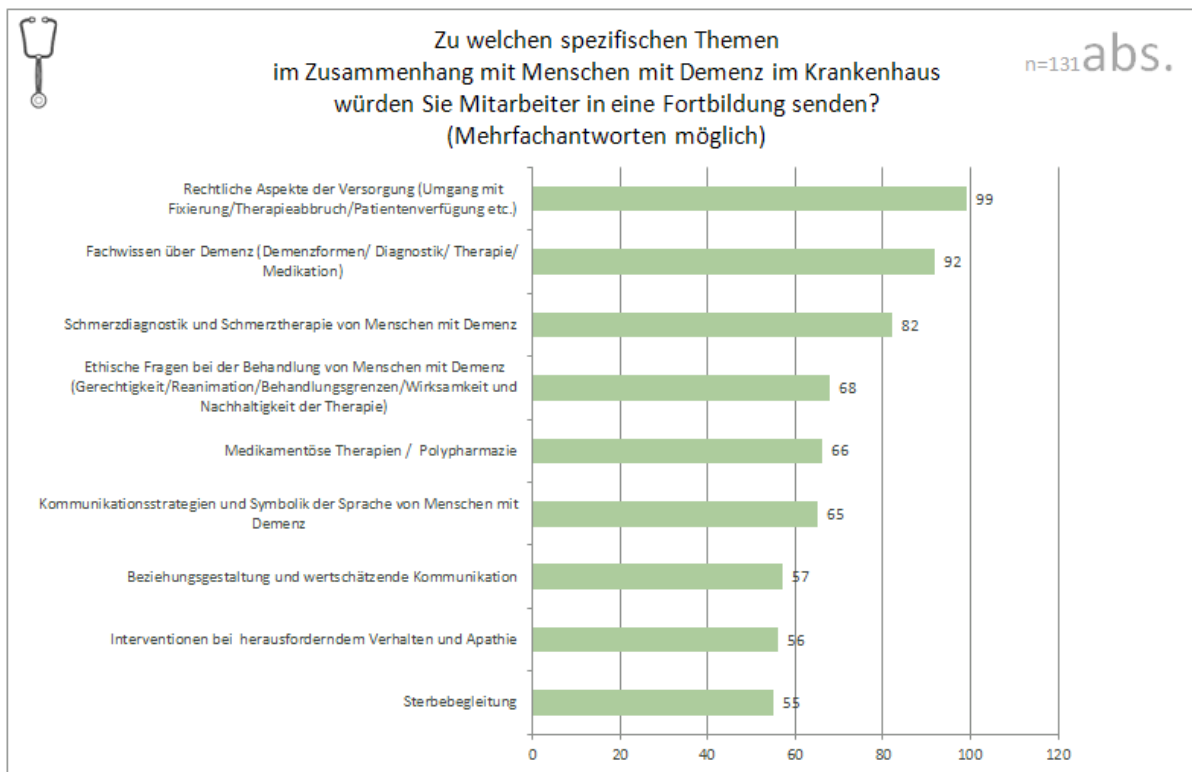


Abb. 21: Ärztinnen/Ärzte: Einschätzung zu Fortbildungsthemen

Hinsichtlich möglicher Fortbildungsthemen, die von den Ärztinnen und Ärzten als sinnvoll angesehen werden, lassen sich drei wesentliche Bereiche ausmachen: Fortbildungen zu rechtlichen Themen, Fortbildungen zu spezifischem Fachwissen bezogen auf die Demenz (z.B. hinsichtlich medikamentöser Fragestellungen) und auch die Frage nach einer Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie bei Personen, die in der gewohnten Form nicht oder nur eingeschränkt auskunftsfähig sind, wenn es um Fragen der Schmerzqualität, der Schmerzlokalisation, der Schmerzdauer und der Schmerzintensität geht.

Analog zu den Leitungen in der Pflege wurden auch die Leitungen im ärztlichen Bereich danach gefragt, was sie verbessern würden bzw. an welchen Themen sie entsprechend arbeiten würden.

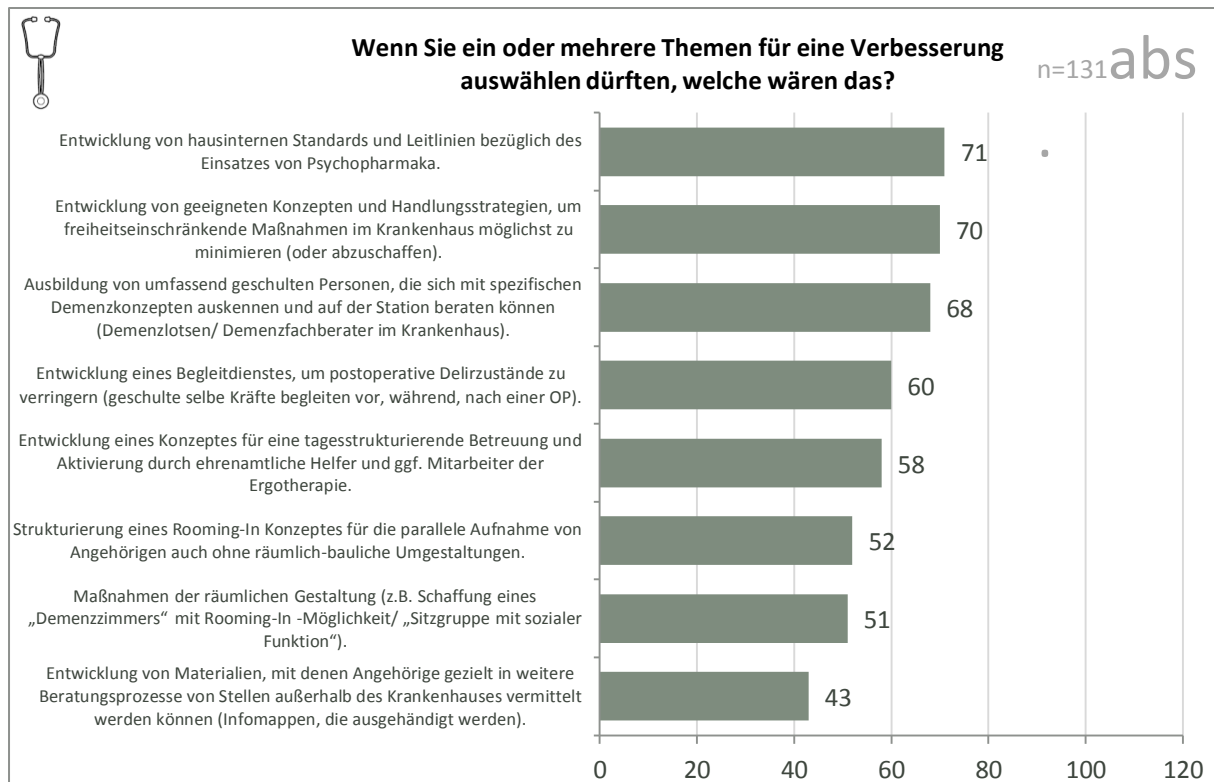


Abb. 22: Ärztinnen/Ärzte: Einschätzung zu notwendigen Entwicklungen

Bei der Frage nach notwendigen Verbesserungen dominiert die Frage nach geeigneten medikamentösen Strategien. Auch bei den befragten Ärztinnen und Ärzten ist ein zentrales Thema die Verhinderung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen. Dies wird (wie in der Pflege auch) auf den zweiten Listenplatz gesetzt. Weniger wichtig erscheinen hingegen die Strukturierungen eines Rooming-in-Konzeptes oder aber die Zusammenstellung von weiterführenden Materialien im Rahmen einer Infomappe für die Angehörigen (dies wird mancherorts bereits durch den Sozialdienst realisiert).

4.3 Zentrale Ergebnisse in der Gegenüberstellung Ärztinnen/Ärzte und Pflege

Die Fragebögen der Ärztinnen und Ärzte unterschieden sich in der Konstruktion und in den Fragen von denen der Pflegenden. Einzelne Fragestellungen jedoch wurden bewusst an beide Gruppen gleichermaßen gerichtet, um eine Gegenüberstellung der Bewertung vornehmen zu können.

Eine erste Gegenüberstellung kann hinsichtlich der Bewertung der Notwendigkeit zur Bearbeitung des Themas im Rahmen eines Projektes vorgenommen werden.

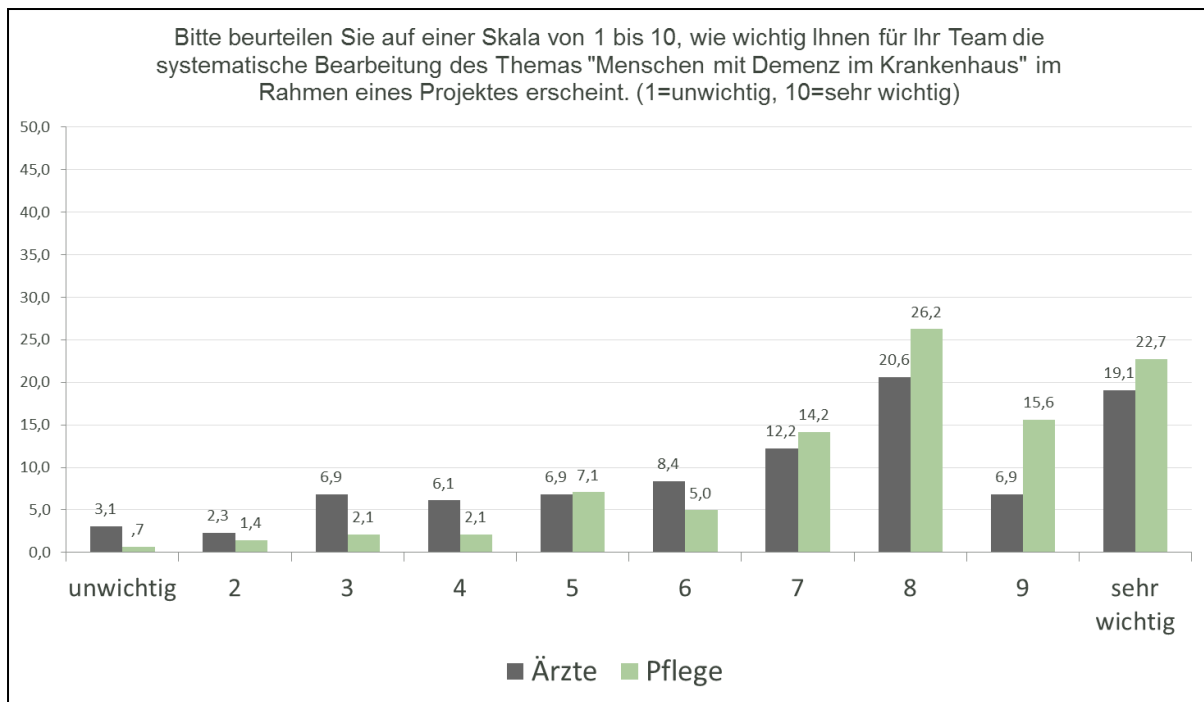


Abb. 23: Ärztinnen/Ärzte und Pflege: Einschätzung zur Bedeutung des Themas

Bei beiden Berufsgruppen liegen die Tendenzen im hohen oder höheren Bereich, was bedeutet, dass die Antwortenden der Bearbeitung eine große Bedeutung beimessen.

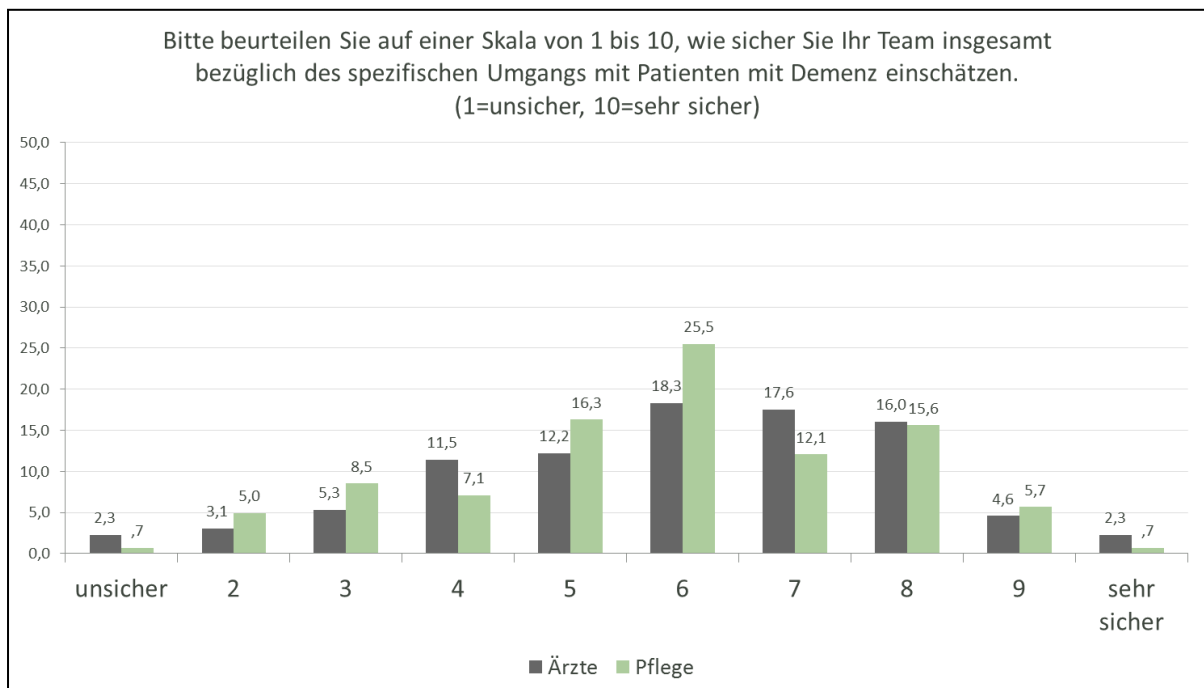


Abb. 24: Ärztinnen/Ärzte und Pflege: Einschätzung zur Sicherheit im Umgang

Hinsichtlich der Einschätzung zur Sicherheit im Umgang mit Menschen mit Demenz liegen die Einschätzungen ebenfalls in einer vergleichbaren Verteilung vor. Ärztinnen, Ärzte wie die Leitungen der Pflege bewerten ihre Teams eher im mitt-

leren Bereich und zeigen damit auf, dass hier potenziell Fortbildungsbedarfe bestehen.

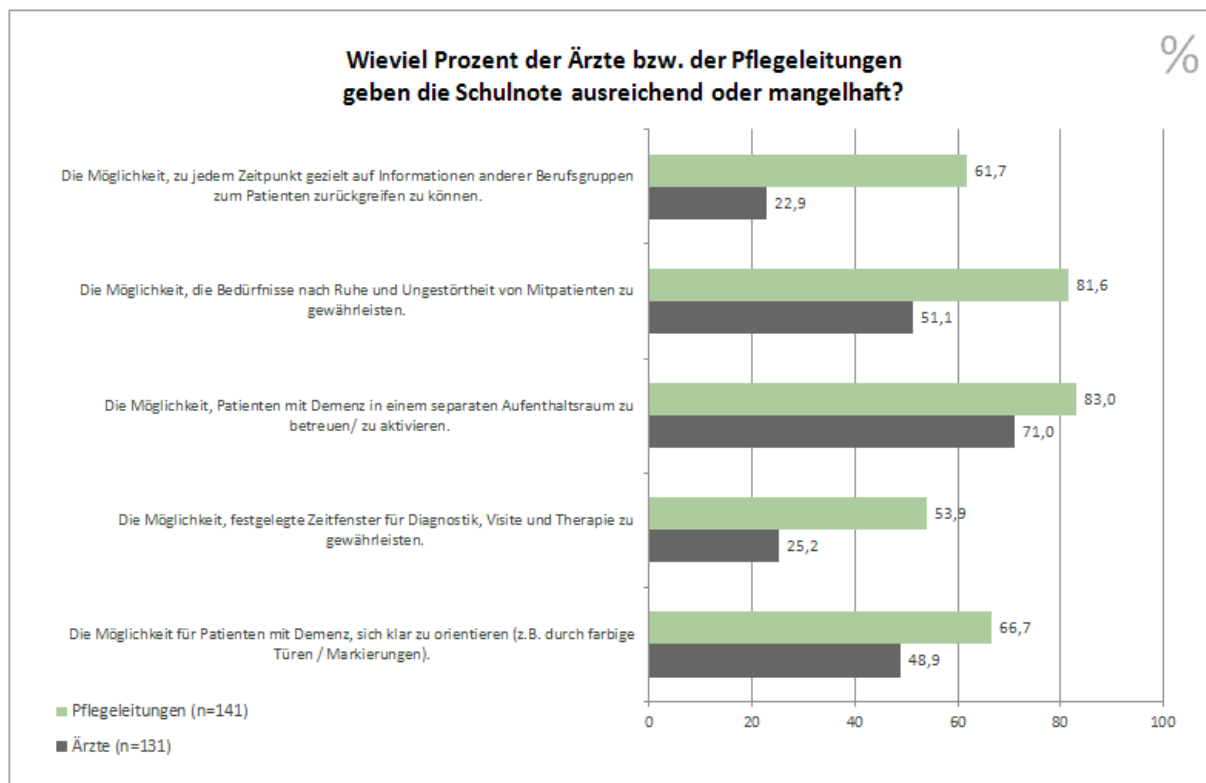


Abb. 25: Ärztinnen/Ärzte und Pflege: Einschätzung zu Barrieren

Unterschiede ergeben sich in der Bewertung und Einschätzung von Barrieren, die eine Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus erschweren. Nahezu einheitlich wird hier von der Mehrzahl der Befragten mit ausreichend oder mangelhaft bewertet, keine Möglichkeit der separaten Beschäftigung und der Unterbringung in einem Aufenthaltsraum zu haben. Große Unterschiede aber sind z.B. hinsichtlich der Einschätzung des Zugangs zu Informationen zu beobachten. Hier sind es bei den befragten Leitungen der Pflege 61,7 Prozent, die die Möglichkeit, Zugang zu Informationen von anderen Berufsgruppen zu bekommen, als ausreichend oder mangelhaft einschätzen. Bei den Ärztinnen und Ärzten sind es mit 22,9 Prozent deutlich weniger.

Die nachfolgende Grafik zeigt Bewertungen zu einzelnen Aussagen auf, die ebenfalls größere prozentuale Abweichung voneinander aufweisen. Als Maßstab für die Aufnahme in die Auswertung wurde ein mindestens 10-prozentiger Unterschied zwischen den Bewertungen angelegt.

Die größte Differenz in der Einschätzung (Differenz von 28,9 Prozent) ergibt sich bei der Aussage, dass der beobachtete Anstieg an Menschen mit Demenz in der

Abteilung als hoch belastend erlebt wird. Hier sind es in der Pflege deutlich höhere Werte, die angegeben werden.

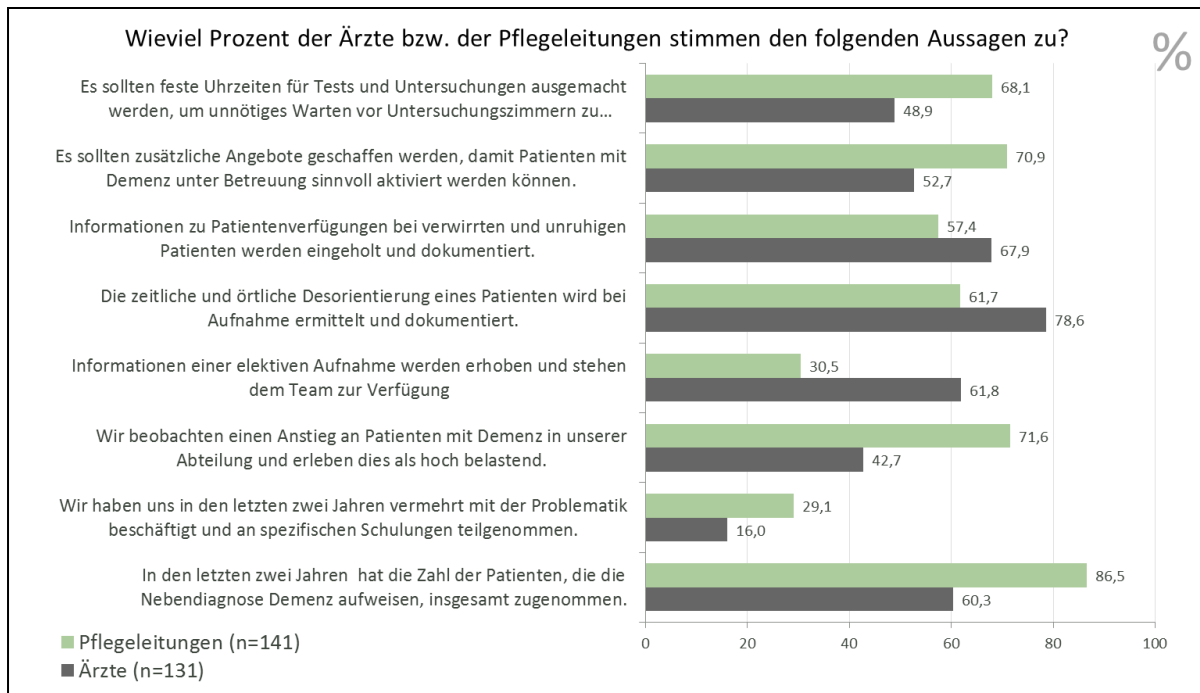


Abb. 26: Ärztinnen/Ärzte und Pflege: wünschenswerte Entwicklungen

Einen ähnlich großen Abstand zeigt die generelle Einschätzung zur Zunahme an Patienten mit der Nebendiagnose Demenz auf. Auch hier haben die Leitungen der Pflege mit 86,5 Prozent deutlich höhere Werte angegeben als die Ärztinnen und Ärzte.

5. Zentrale Ergebnisse der flankierenden Befragungen

Nachfolgend werden einzelne Kernergebnisse der flankierenden Arbeiten vorgestellt, die von zwei Masterstudierenden des Fachbereichs Gesundheitswesen der Katholischen Hochschule (KatHO) NRW durchgeführt wurden.

Werner Busche und Thorsten Oliver Krause untersuchten im Rahmen des Masterstudiengangs „Lehrer für Pflege und Gesundheit“, welche Besonderheiten und Situationen während der Diagnostik bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus identifiziert werden können.

Als Untersuchungsgruppe wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im EKG und in der Radiologie ausgewählt. Die Befragungen wurden mit den Leitenden oder den stellvertretenden Leitenden durchgeführt. Die ärztlichen Leitungen wurden nicht interviewt, da der Fokus der Befragung auf die Personen gerichtet werden sollte,

die im direkten Kontakt mit Patienten in die Erstellung des Materials (Röntgenbild / EKG) eingebunden sind.

Für die Studie wurden insgesamt 13 episodische Interviews im Zeitraum vom 19.04.2012 bis zum 10.05.2012 durchgeführt, analysiert und kategorial ausgewertet.

Fünf Krankenhäuser aus dem Bereich der DiAG konnten für die Erhebung gewonnen werden. Hier wurden insgesamt zehn der Interviews durchgeführt. Drei Interviews in zwei anderen Kliniken wurden über eine eigene Akquisitionstätigkeit der Studierenden organisiert und vereinbart. Die Teilnahme an den Interviews erfolgte freiwillig und die Befragten konnten den Ort und Zeitpunkt der Interviewführung vereinbaren.

Die Regeln des wissenschaftlichen Arbeitens und der Forschung (Aufklärung über den Sinn und Inhalt der Forschung, Einholen eines Informed Consent, Anonymisierung des Interviewmaterials, Beachtung des Datenschutzes, regelgeleitete Transkription und regelgeleitete Analyse) wurden dargelegt und eingehalten.

Alle an der Interviewdurchführung beteiligten Personen waren weiblich. Die Informantinnen waren in einem Alter zwischen 44 und 67 Jahren, wobei das Durchschnittsalter bei 52 Lebensjahren lag. Die Erstausbildung wurde zwischen den Jahren 1972 und 1992 abgeschlossen und lag durchschnittlich 29,4 Jahre zurück. Der größte Teil der Informantinnen (54 Prozent) gehörte mit 7 Personen der Berufsgruppe der Medizinisch-Technischen Radiologieassistentinnen (im Folgenden kurz als MTRA bezeichnet) an. Eine von diesen hatte bereits eine Ausbildung zur Arzthelferin (heute: Medizinische Fachangestellte, kurz MFA) absolviert. Aus dieser Berufssparte wurden drei Personen (23 Prozent) interviewt. Weitere drei Befragte (23 Prozent) waren ausgebildete Gesundheits- und Krankenschwestern, von denen zwei Fachweiterbildungen in Funktionsdiensten (u.a. Endoskopie) abgeschlossen hatten.

Insgesamt analysierten die beiden Studierenden die nachfolgenden Aspekte beim Umgang mit Menschen mit Demenz in Situationen der Diagnostik:

- Anzeichen der Überforderung Patientin/Patient
- Auslösende Faktoren für die Überforderung der Patientinnen/Patienten
- Maßnahmen zur Durchführung der Diagnostik
- Information über Patient/ Schnittstellenproblematik
- Anzeichen für Personalbelastung

- Wissen über Demenz
- Institutionelle Rahmenbedingungen
- Handlungsbedarf

Nachfolgend soll das leicht überarbeitete Fazit²⁶ aus der Arbeit vorgestellt werden, wie es sich aus der Perspektive der beiden Forschenden darstellte.

Die erste Forschungsfrage lautete allgemein, ob Probleme mit Patienten in den Funktionsbereichen EKG und Radiologie auftreten. Hierbei werden Probleme nicht als negative Zuschreibung für dementen Patienten verstanden, sondern als gravierende Abweichungen vom normalen Routineablauf in den Bereichen bzw. als eine Kontextveränderung einer Betreuungssituation.

Durch die Befragung wurden unterschiedliche Problemfelder sichtbar: Das Personal ist meistens nicht über den Status eines an Demenz erkrankten Patienten informiert. Nur in den seltensten Fällen liegen neben den Stammdaten gezielte Angaben über den Patienten vor, die eine Veränderung der Untersuchungsplanung im Vorfeld ermöglichen könnten. Neben einer nicht diagnostizierten Demenz und Notfallaufnahmen berichten die Expertinnen vor allem von Situationen, in denen kognitive Defizite der Betroffenen bereits in der Einrichtung bekannt sind, diese Informationen aber nicht zielgerichtet und standardisiert an sie weitergeleitet werden. Hierdurch kommt es zu Störungen der Handlungsabläufe, die sich in einem erhöhten Zeitaufwand für die Beherrschung der Situation niederschlagen.

Beispielhaft sei an dieser Stelle der Patient aufgeführt, der sich nach Aufforderung nicht umzieht, da er keine Einsicht in die Situation hat, bis dazu, dass es zu ausgeprägten herausfordernden Verhaltensweisen kommen kann, die das Personal überraschen.

Der zeitliche Mehraufwand geht häufig gekoppelt mit einem personalen Mehrbedarf einher, der für die Durchführung der Diagnostik teils grundlegend erforderlich ist. Auch hierbei zeigt sich, dass durch Lücken im Informationsmanagement gezielte Planung, z.B. das spätere Einbestellen eines Patienten, verhindert wird. Die daraus entspringenden Belastungspotentiale der Beteiligten werden bei den folgenden Forschungsfragen fokussiert.

²⁶ Das Fazit wurde nur in leichter Art und Weise sprachlich überarbeitet und angepasst, da in der Originalversion in der Arbeit Verweise auf Textabschnitte finden, die hier nicht ausgeführt werden.

Die zweite Forschungsfrage lautete, ob sich Situationen ergeben, in denen sich der Stressfaktor für die betroffenen Patienten erhöht.

Treffen die Befragten in der Praxis häufig auf kooperatives oder eher passives Verhalten der Patienten, das keinerlei größeren Einfluss auf die Durchführung der diagnostischen Verfahren hat, so zeigt sich aber auch nicht selten eine Überforderung der Patienten.

Die Mitarbeiterinnen der Abteilungen berichten von verbalen, mimischen und körperlichen Reaktionen der Patienten, die sie als Unruhe, Unsicherheit und deutlichen Angstreaktionen interpretieren. Ebenso wird benannt, dass den Menschen der Stress anzumerken ist.

Häufig werden die Reaktionen ausgelöst durch Lagerungsvorgänge, beispielsweise auf dem Röntgentisch. Außerdem zeigen sich Weglauftendenzen, indem der Patient versucht, sich einer konkreten Untersuchungssituation zu entziehen oder die Wartesituation rund um die Diagnostik verlässt.

Hierbei zeigt sich auch das Problemfeld der Patientensicherheit, die kontinuierlich gewährleistet werden muss. Die Patienten, die auf Grund der fortgeschrittenen Erkrankung keine Einsichtsmöglichkeit in die sie überfordernden Handlungsstrukturen haben, benötigen nach Aussage aller Befragten vor allem Zeit im Sinne einer ruhigen Arbeitsatmosphäre. Dieses ist oft nicht gegeben.

Patienten reagieren in der Folge mit herausfordernden Verhaltensweisen und laufen Gefahr, freiheitseinschränkenden Maßnahmen ausgesetzt zu werden. Dieses ist nach Aussage vieler Befragten die ultima ratio und wird häufiger für Notfallsituationen beschrieben, kommt aber auch in der Routine-Diagnostik zum Einsatz.

Das Festhalten der Patienten, das von einigen der Befragten als „leichteres Mittel“ angesehen wird, die körperliche Fixation durch Hilfsmittel, wie Klebverbände, sowie der Einsatz sedierender Medikationen werden benannt.

Für unterschiedliche Untersuchungen werden Probleme benannt, die unterschiedliche Auswirkungen haben. Kann eine Lungenfunktionsprüfung auf Grund der kognitiven Einschränkung des Patienten häufig gar nicht durchgeführt werden, bleibt dieses oftmals ohne weitere Konsequenz. Wird jedoch der Ablauf einer notfallmäßigen Computertomografie aufgrund herausfordernder Verhaltensweisen gestört, drohen freiheitseinschränkende Maßnahmen. Nach Aussagen einiger der Befragten ist zu reflektieren, ob im Vorfeld der Diagnostik der Nutzen für den Patienten und die eventuell damit verbundenen Belastungen im Einklang stehen.

Die dritte Forschungsfrage beschäftigte sich mit Belastungspotentialen für die Beschäftigten.

Die Beantwortung dieser Frage stellt sich als sehr komplex dar, da viele Kausalzusammenhänge zu beobachten sind, die sich gegenseitig beeinflussen. Zeit und Personal wurden als wesentliche Faktoren erwähnt und spielen für die Befragten eine grundlegende Rolle. Je geringer sich die Ressourcen in den Arbeitsbereichen darstellen, desto stressiger empfinden die befragten Teilnehmerinnen die Bewältigung der Situation.

Verstärkend kommen, wie angemerkt, Defizite im Informationsmanagement, die eine vorausschauende Planung verhindern und für Fehleinschätzung innerhalb der Interaktion mit den Patienten führen, hinzu.

Die Mitarbeiterinnen berichten von emotionalen Komponenten im Erleben der Arbeitssituation. So werden ungute Gefühle, Mitleid, aber auch schlechtes Gewissen benannt. Diese Aspekte treten auf, wenn die Mitarbeiterinnen Belastungspotentiale bei den an Demenz erkrankten Patienten wahrnehmen.

Ein schlechtes Gewissen wird vermehrt benannt, wenn sie das Gefühl haben, eventuell nicht im Sinne des Patientenwillens zu agieren sowie beim Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen. Das Auftreten von herausfordernden Verhaltensweisen beschreiben einige der Informantinnen als erhöhte Herausforderungen an die eigenen sozialen Kompetenzen. Hierbei kommt es zu Handlungsunsicherheiten.

Des Weiteren wird im Einzelnen benannt, die Diagnostiksituation verlassen zu müssen, um nicht inadäquat zu handeln, sowie ein hoher Erwartungsdruck, den Ablauf der Untersuchungen zu gewährleisten. Als Unterfrage ergab sich, ob gezielter Unterstützungs- und Schulungsbedarf besteht. Wie sich an der Problematik des mangelnden Informationsmanagements zeigt, sind hier organisatorische Verbesserungen herbeizuführen. Diese werden von mehreren Befragten deutlich eingefordert.

Schulungsbedarf zeigt sich auf mehreren Ebenen. Der beschriebene Umgang der mit den demenzkranken Patienten in den entsprechenden Untersuchungssettings beruht fast ausschließlich auf Erfahrungswissen. Bei den länger zurückliegenden Ausbildungen aller befragten Mitarbeiterinnen fand das Thema Demenz noch keine Berücksichtigung. Nur eine der Mitarbeiterinnen kann bisher auf Wissen aus einer speziellen Fortbildung zurückgreifen. Von vorgesetzter Stelle äußerten besonders die Interviewten aus den Radiologieabteilungen, dass sie nicht aktiv an Fortbildungsinhalte herangeführt oder motiviert werden. In dieser Gruppe spricht

sich die Hälfte explizit für gezielte Fortbildungen aus. Deutlich ist die Forderung fast aller Informantinnen nach zeitlicher und personeller Ressource, um Menschen mit Demenz adäquat betreuen zu können.

Dem Unterschied im situativen Umgang mit dementen Patienten innerhalb der unterschiedlichen befragten Berufsgruppen geht die vierte Forschungsfrage nach. Hierbei wird deutlich, dass, unabhängig von der Profession, Erfahrungswissen handlungsanleitend wirkt.

Beruhigendes Einwirken und behutsames Handeln während der diagnostischen Maßnahmen stellt das grundsätzliche Handlungsmuster dar. Unterschiede lassen sich auf Grund der Anzahl der Befragten (n=13) und der ungleichmäßigen Verteilung der Professionen (8 MTRAs) nicht nachweisen. Gemeinsam wird von einigen der befragten Teilnehmerinnen aus allen Funktionsbereichen der kurze Aufenthalt der Patienten in ihrem Verantwortungsbereich als Grund für eine mangelnde Priorität des Themas angesehen. Dem Thema wird eher Relevanz für die stationäre Pflege beigemessen. Dagegen scheint eine Sensibilisierung in den Kliniken mit geriatrischer Abteilung und einem erhöhten Anteil an Demenz erkrankten Menschen zu bestehen. Unabhängig von der Berufsgruppe zeigen einzelne Expertinnen Überlegungen und Strategien auf, die eine Verbesserung der Betreuung herbeiführen sollen.

Hier schließt die letzte Forschungsfrage an, die eruiert, ob es Verfahrensanweisungen oder Strategien in einzelnen Abteilungen gibt, die helfen, Probleme im Arbeitsablauf zu reduzieren. Zwei der Interviewteilerinnen berichten von hausinternen Leitfäden im Umgang mit dementen Patienten. Diese werden als hilfreich und sinnvoll erachtet. Weitere zwei Befragte berichten von einer standardisierten Weitergabe von Informationen über den Allgemeinzustand der Patienten, die Handlungsoptionen zulassen und einen komplikationsloseren Ablauf begünstigen.

Vielfach wird die Einbindung von Angehörigen benannt, durch deren Anwesenheit die Durchführung der Diagnostik häufig überhaupt erst ermöglicht wird. Diese Handlungsoption wird allerdings eher situativ genutzt und nicht als geplante Strategie eingesetzt. Keine der Kliniken beschäftigte speziell geschulte Mitarbeiter, die gezielt demente Patienten begleiten, vergleichbar mit dem Demenzlotsen-Projekt. Ebenfalls sind in den Kliniken keine Strukturen vorhanden, die professions- und abteilungsübergreifend gezielt agieren.

Damit bestätigt sich die benannte Problemstellung. Auch im Funktionsbereich der Diagnostik ist eine optimale Patientenorientierung mit dem Fokus auf Menschen mit Demenz nicht zu erkennen. Für Patienten mit Demenz werden diagnostische Maßnahmen nicht gezielt so geplant, dass diese die Bedürfnisse der Betroffenen vorab berücksichtigen und Belastungen sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch das Personal gering halten. Eine im Sinne der Patienten organisierte interdisziplinäre Zusammenarbeit erfolgt teils aus kollegialem Miteinander, aber nicht innerhalb systematischer Strukturen. Gemeinsame Wissensgenerierung und professionsübergreifende Fortbildungen sind nicht gegeben.

6. Identifizierte Handlungsempfehlungen

Auf Basis der Diskussionen zu den Untersuchungsergebnissen aus der vorliegenden Synopse der Praxisprojekte, den Ergebnisse der Befragung und aus der eigenen Expertise heraus erarbeiteten die Mitglieder der Arbeitsgruppe die folgenden Handlungsempfehlungen.

Dabei wurden einzelne Empfehlungen durch Mitglieder vorformuliert und in folgenden gemeinsamen Sitzungen abgestimmt, ergänzt und angepasst.

Die Handlungsempfehlungen stellen somit die durch die Mitglieder der AG entwickelten, formulierten und konsertierten Hinweise dar.

6.1 Handlungsempfehlung: Sensibilität fördern

Das öffentliche Gesundheitssystem, so auch die Krankenhäuser, unterliegt zunehmend ökonomischen Zwängen. Die Sach- und Personenressourcen sind erheblich eingeschränkt und das Fallpauschalensystem (DRG) bildet bisher die Behandlung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus ökonomisch nicht tragfähig ab.

Menschen mit Demenz sind aber nicht mehr in der Lage, sich den Erfordernissen im Krankenhaus anzupassen und für sich selber zu sorgen. Es bedarf daher hoher Sensibilität, ihre Bedürfnisse zu erkennen und so weit möglich, zu berücksichtigen. Im klinischen Alltag treten bei der Behandlung von Menschen mit Demenz häufig schwierige und ungewohnte Situationen auf.

Eine zentrale Aufgabe der Führungsebene in einem Krankenhaus ist die Kompetenzförderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Etablierung von strukturierten, diagnostischen Behandlungspfaden und die Sicherstellung baulicher und organisatorischer Umgebungsstrukturen zur Optimierung der Behandlung dieser Menschen.

Menschen mit Demenz bedürfen besonderer Bemühungen, zusätzlicher Achtsamkeit und eines erhöhten pflegerischen und ärztlichen Betreuungsaufwands. Nur so ist es möglich, ihren spezifischen Problemen und Wünschen gerecht zu werden und weiteren, sich aus der Demenzerkrankung ergebenden Problemen, vorzubeugen.

Um dieses zu erreichen, ist eine intensive Sensibilisierung z.B. durch Schulung der mit der Behandlung dieser Patienten beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter notwendig. Zum einen, um die spezifischen Symptome und Auswirkungen des Krankheitsbildes der Menschen mit Demenz frühzeitig zu erkennen und die psychosozialen Auswirkungen für die Umgebung wahrzunehmen. Andererseits ist es unabdingbar die in die Behandlung dieser Menschen mit Demenz eingebundenen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in ihrer Persönlichkeit ausreichend zu stärken und sie dadurch ausgeglichener sind, um den häufig fordernden und belastenden Verhaltensweisen der Menschen mit Demenz begegnen zu können. Hilfflosigkeit und Überforderung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Behandlung der Menschen mit Demenz wird so vorgebeugt.

Der Blick für die Entwicklung empathischer Handlungsstrategien kann sich nur dann öffnen, wenn es gelingt, eine Haltung und Atmosphäre der Offenheit und Toleranz zu schaffen, in der der sensible Umgang mit eigenen und fremden Emo-

tionen selbstverständlich ist und alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen auf Unterstützung und Hilfe rechnen können. Diesem Gedanken folgend geht es um eine grundsätzlich wertschätzende und respektvolle Haltung den Menschen im Krankenhaus gegenüber. Dies gilt ausdrücklich für die Gruppe der Menschen mit Demenz und beinhaltet zugleich auch die Forderung nach einem wertschätzenden Umgang zwischen und mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Wertschätzung im Sinne einer positiven Bewertung eines Menschen (unabhängig von seinen Taten oder seiner Leistung) trifft hier insbesondere als unabdingbare Voraussetzung für Menschen zu, die in hohem Maße vulnerabel erscheinen und dem Schutz und der Sorge bedürfen.

Durch die Antworten der nachfolgenden Fragen wird den Führungsverantwortlichen und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglicht, eine selbstkritische Selbsteinschätzung und Standortbestimmung vorzunehmen:

- Inwieweit wird in der Einrichtung eine wertschätzende Haltung im Sinne einer positiven Bewertung eines Menschen unabhängig seiner Leistungen und Taten gelebt? Dies schließt eine positive Haltung gegenüber Patientinnen/Patienten, Angehörigen, Kolleginnen/Kollegen und externen Dienstleistern mit ein und zeigt sich u.a. an Formen des Umgangs miteinander, der achtsamen Wahl der Sprache, der nonverbalen Kommunikation und der Einhaltung geäußerter Verbindlichkeiten.
- Inwieweit finden sich und wie verbreitet und umgesetzt sind geeignete Konzepte in der Einrichtung, die eine transparente, offene und reflexive Kommunikation ermöglichen (z.B. Fallbesprechungen, ethische Fallbesprechung, Supervisionsangebote, Coaching, Balintgruppen, konkrete Unterstützungen durch Seelsorge)?
- Inwieweit werden Aspekte und Besonderheiten bei den Anforderungen von Menschen mit Demenz im Krankenhaus beim Belegungsmanagement (Anzahl der Patientinnen/Patienten, Rückzugsmöglichkeit unruhiger Patientinnen/Patienten, Nähe zum Stützpunkt, Rooming-In etc.) berücksichtigt?
- Inwieweit werden die Informationen, die vorliegen oder aus anderen Einrichtungen mit eingebracht werden, konzeptionell eingebunden und berücksichtigt (z.B. Informationen aus Überleitungsbögen, alten Akten)?
- Inwieweit werden die Besonderheiten und Anforderungen von Menschen mit Demenz bei baulichen und technisch gestalterischen Planungen berücksichtigt

(Lichtkonzepte, spiegelfreie Bodenbeläge, elektronische Bedienelemente, Armaturen, Einsatz von Niedrigbetten etc.)?

- Inwieweit werden demenzspezifische Anforderungen auch in anderen Diensten im Krankenhaus (z.B. in der Küche) berücksichtigt (Fingerfood, Süßspeisen, Spätmahlzeit, Zeitfenster der Essensaufnahme, Essensabfrage)?
- Inwieweit werden die Besonderheiten von Menschen mit Demenz im Bereich der Krankenhausablaufgestaltung (z.B. Zeiten der Diagnostik, Begleitung zur Diagnostik etc.) und in der Dienstplanung berücksichtigt?

6.2 Handlungsempfehlung: Demenzbeauftragte benennen

Zur Sicherung einer professionellen Betreuung und Therapie und zum Aufbau eines entsprechenden Konzeptes sind speziell geschulte Demenzbeauftragte sinnvoll. Sie werden vom Krankenhausträger bestellt. Zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Arbeit werden mehrere Mitarbeiter benannt, die sich gegenseitig vertreten. Die Demenzbeauftragten sollen aus unterschiedlichen Berufsgruppen berufen werden, um die interdisziplinären Fragen klären zu können und den unterschiedlichen Anforderungen gerecht zu werden. Sichergestellt werden soll, dass Experten mindestens aus den Bereichen der Pflege und der Medizin vertreten sind. Die Einbindung weiterer Berufsgruppen wird empfohlen. Die Aufgabe der Beauftragten ist es, sich für die speziellen Belange und Anforderungen von Menschen, die neben der Einweisungsdiagnose zusätzlich an Demenz erkrankt sind, während des Krankenhausaufenthaltes einzusetzen und die Patienteninteressen zu vertreten.

Nachfolgende Empfehlungen werden gegeben:

- Die Demenzbeauftragten beraten sowohl den Krankenhausträger als auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter - vornehmlich des ärztlichen und pflegerischen Dienstes - zu allen Fragen und Angelegenheiten, die sich für und bei Patientinnen und Patienten mit demenzieller Erkrankung stellen.
 - Das beinhaltet u.a. Fragen des Einbezugs in die Planungen und Veränderungen bei Aufbau- und Ablaufgestaltungen in der Organisation sowie der Bestimmung von Schulungsangeboten.
 - Ferner sind die Demenzbeauftragten bei Planungen patientennaher Umbauten einzubeziehen.

Eine weiterführende individuelle und konzeptionelle Ausgestaltung der Arbeit erfolgt in Absprache mit der Betriebsleitung.

Die Demenzbeauftragten sollen diese Aufgabe aus eigenem Antrieb, mit Engagement und Freude wahrnehmen und nicht gegen ihren Willen berufen werden. Um die Aufgabe leisten zu können, wird empfohlen, die Demenzbeauftragten mit einem zwar festgelegten, aber Krankenhaus individuellen Arbeitsstundenkontingent von ihrer Haupttätigkeit freizustellen, um die Aufgaben der Demenzbeauftragung leisten zu können, und ggf. notwendige Sachmittel zu stellen. Die Demenzbeauftragten sind für diese Aufgabe entsprechend zu qualifizieren.

6.3 Handlungsempfehlung: Angehörigeneinbezug stärken

Nach den Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahre 2011 werden von 2,34 Millionen Menschen mit Pflegebedarf (SGB XI) insgesamt 1,62 Millionen Menschen zu Hause versorgt. Hiervon wiederum werden 1,07 Millionen Menschen alleine von ihren Angehörigen gepflegt. Damit spielen die Angehörigen in der Versorgung eine herausragende und aktive Rolle, der auch in der Versorgung im Krankenhaus Rechnung getragen werden sollte.

Der Krankenhausträger ist sich der Bedeutung der Familie in Bezug auf die familiären Beziehungen als Ort der gemeinsamen Aufgabenlösung, des Rückzuges und der Regeneration für den Einzelnen und auch für alle anderen Familienmitglieder bewusst. Er unterstützt und fördert aktiv den Einbezug der Angehörigen im Rahmen der stationären Versorgung vor Ort. Die familiäre Kompetenz der Angehörigen wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses anerkannt und unterstützt. Den Angehörigen kommt im Rahmen der Krankenhausbehandlung und der weiteren Betreuung eine wichtige ergänzende Rolle im Bereich der Pflege, Betreuung und der Fürsorge des Menschen mit Demenz zu.

Unterschiedliche Menschen und deren Familienkonstellationen erfordern ebenso unterschiedliche Interventionen im Rahmen der Pflege, Therapie, Begleitung und Betreuung.

Nachfolgende Aspekte werden empfohlen, um den Angehörigeneinbezug zu fördern und weiter zu stärken:

- Aushang und Ausgabe einer Notfallmappe und eines Wegweisers „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ z.B. vom Paritätischen Wohlfahrtsverband-Regional

- Ermöglichung der schriftlichen, frühzeitigen und geplanten Dokumentation von gezielten Angaben zur Person – besonders auch bei Notfalleinweisungen von Menschen mit Demenz – im Krankenhaus
- Sichtbarkeit und Transparenz schaffen durch Einsatz diverser Hilfsmittel (u.a. Patientenkompass, Infomappe, Hinweisschilder) etc.
- Elektive Aufnahmeplanung
 - im Vorfeld ist die elektive Aufnahmeplanung mit dem Patienten / der Patientin, den Angehörigen und/oder den Bezugspersonen abklären. Je nach den individuellen Handlungsabläufen der Häuser kann dies im Bereich des Casemanagements, der Terminsprechstunden oder auch in den Aufnahmesprechstunden vorab erfolgen.
- Rooming-in
 - Nach Überprüfung der hausinternen Strukturen sollten Räumlichkeiten für Rooming-in von Angehörigen oder einer Bezugsperson ermöglicht werden. Das Rooming-in kann bei den Krankenkassen abgerechnet werden.
 - Dabei gilt es, die spezifischen Bedingungen der Familien und Angehörigen und die Freiwilligkeit an einer Teilnahme zu berücksichtigen, um Angehörige vor Überforderung zu schützen.
- Begleitung bei Diagnostik und Therapie
 - Bezugsperson oder Angehörige die Begleitung bei der Diagnostik und Therapie durch genaue Terminabsprachen ermöglichen z.B. Aufwachraum, Endoskopie, Sonografie etc.
- Angehörigenvisite
 - Gemeinsame Visite mit dem Stationsarzt und des zuständigen Pflegepersonals ermöglichen
- Angehörigensprechstunde
 - Nach Terminvereinbarung die Möglichkeit zu einem Beratungsgespräch mit den Mitgliedern des multidisziplinären Teams (Medizin, Pflege, Therapeuten, Sozialdienst etc.) ermöglichen
- Anpassung der Besuchszeiten Angehöriger an die besonderen Bedürfnislagen von Menschen mit Demenz
 - z.B. Hinweise geben, dass eine Anwesenheit während der Essenszeiten erwünscht ist und unterstützend wirken kann
- Sicherstellung des Beratungsangebotes des Sozialdienstes

- Optimierung der Sprechstundenzeiten für berufstätige Angehörige auch in die Abendstunden hinein
 - Angebot der Erstberatung zu allgemeinen Themen wie z.B. ambulante Pflegedienste, Kurzzeitpflege, Beantragung einer Pflegestufe
 - Angebot für spezielle Demenzberatung mit der Möglichkeit von Informationen zu regionalen Angeboten wie z.B.: Angehörigengesprächskreise, Fachdienste Demenzerkrankter, Leistungen bei erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf
 - Systematisierung und Strukturierung von Prospekten, Flyern zur Thematik
- Aktive Unterstützung bei der Sicherstellung der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz, deren primäre Bezugsperson stationär im Krankenhaus behandelt werden muss (das schließt elektive Aufnahmen und Notfallaufnahmen mit ein)
 - Schaffung von Beratungsangeboten und Vermittlung von Beratungspartnern, die eine Sicherstellung der Versorgung übernehmen können
 - Prüfung von Möglichkeiten der Teilnahme an Programmen und ggf. aktive Teilnahme an besonderen Programmen zur Förderung der Angehörigenkompetenz
 - Z.B. das Projekt familiäre Pflege der AOK Rheinland/Hamburg (siehe Exkurs)

Exkurs:

Eine weitere Unterstützung und Einbindung von Angehörigen im Bereich der Pflege, auch von Menschen mit Demenz, ermöglicht zurzeit das Modellprogramm *Familiale Pflege* der Universität Bielefeld (2004-2012) unter der Leitung von Frau Prof. K. Gröning in Zusammenarbeit mit der AOK Rheinland/Hamburg. Das Modellprogramm dient der Unterstützung und Kompetenzförderung pflegender Familien für den Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Versorgung. Eine Voraussetzung für die Teilnahme von Patienten und deren Angehörige ist die erfolgte Beantragung oder auch schon das Vorliegen einer Pflegestufe. Das Angebot der Familialen Pflege richtet sich an pflegende Angehörige. Zurzeit nehmen 250 Krankenhäuser an diesem Modellprogramm teil. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Pflege werden in diesem Modellprogramm in Basismodulen geschult und befähigt, Beratungs- und Überleitungskompetenzen auch für die häusliche Umgebung zu erlangen. Die Vergütung für die Beratungen erfolgt über die Krankenkasse. Die geschulten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Krankenhauses können den Angehörigen folgende Optionen ermöglichen:

Bis zu sechs einzelfallbezogene Pflegetrainings innerhalb des Krankenhauses
→ Bis zu sechs einzelfallbezogene Pflegetrainings innerhalb des häuslichen Umfelds

→ Teilnahme an krankenhausinternen Gesprächskreisen

→ Ausbau von krankenhausinternen Gesprächskreisen

Eine erste Evaluation aus dem Jahr 2010 zeigt durchweg positive Ergebnisse auf. Eine weitere Durchführung dieser Beratungstätigkeit über den Zeitpunkt der Modellprojektdauer hinaus ist u.E. somit ein weiterer wichtiger Unterstützungsaspekt für Angehörige zur Gestaltung des Überganges vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung und trägt somit auch zu § 11 Abs. 4 SGB V bei.

„Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten.“ (§11 Abs.4 SGB V)

6.4 Handlungsempfehlung: Ehrenamt ausbauen

Im Sinne der katholischen Krankenhäuser und Leitbildperspektiven steht der Mensch in seiner Person und individuellen Lebenssituation im Mittelpunkt. Für die Beschäftigung und Begleitung von Menschen mit Demenz ist wünschenswert, dass ein professionelles Betreuungssystem der Tagesstrukturierung besteht. In den Häusern, wo keine professionelle Möglichkeit dazu besteht, kann dies ein Aufgabengebiet für die Einbindung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sein.

In vielen Krankenhäusern ist bereits ein funktionierendes System der ehrenamtlichen Mitarbeit aufgebaut worden. Dies zeigen auch die Ergebnisse der Basisbefragung.²⁷ Vor allem Menschen mit einer Demenzerkrankung und deren Bezugspersonen benötigen eine besondere Aufmerksamkeit und Sensibilität zur Unterstützung in der schwierigen Situation eines Krankenhausaufenthaltes.

Abseits der pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Betreuung ist es wünschenswert und von elementarer Bedeutung, ein Ehrenamt zum Beispiel in Form einer Krankenhaushilfe *speziell für Menschen mit Demenz* als einen festen Bestand aufzubauen sowie ein bestehendes Ehrenamt zu pflegen, zu fördern, zu schulen und weiter zu entwickeln. Die besondere Herausforderung in der ehrenamtlichen Begleitung und Betreuung liegt u.a. darin begründet, dass das Ziel der Behandlung ein möglichst kurzfristiger Aufenthalt ist. Damit verändern sich auch die Aufgaben im Ehrenamt gegenüber einer auf Langfristigkeit und Beziehungsgestaltung ausgerichteten Tätigkeit in anderen Versorgungsfeldern.

Zentral vor dem Hintergrund der Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz ist eine besondere Haltung und Achtung vor den Menschen mit Demenz erforderlich. Daher muss auch die Auswahl der ehrenamtlich Tätigen dahingehend erfolgen.

Die strukturellen Voraussetzungen in einem Krankenhaus für die Unterstützung ehrenamtlicher Mitarbeiter sollten folgende Aspekte umfassen:

- Ein zentraler Ansprechpartner für die Erstkontaktaufnahme und Begleitung und Koordination des Ehrenamtes
- Angebote zur Einblicknahme in den Umgang mit Menschen mit Demenz im Rahmen von „Schnuppertagen“

²⁷ Bei der Gruppe der befragten Pflegenden wurde dies als vierter Punkt der eingesetzten Lösungsstrategien genannt.

- Angemessene Einweisung und Einarbeitungszeit zur Verfügung stellen
- Eine bestehende Tätigkeitsbeschreibung mit Aufgaben und Zielen sowie persönlichen Gestaltungsspielräumen
- Ein Angebot von regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen speziell für die Betreuung von Menschen mit Demenz, z.B. Krankheitsbild Demenz, Kommunikation bei Demenz, Vorsorgevollmacht, Hilfsangebote

Für die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und für eine angemessene Ausübung des Ehrenamtes im Bereich Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz sind besonders wichtig:

- Bei der Begleitung von Menschen mit Demenz ist es von Vorteil, wenn die Ehrenamtlichen eine gewisse Lebenserfahrung mitbringen (z.B. das Kennen oder Wissen über die Lebenswirklichkeiten und Lebensgeschichten [primär] älterer Menschen). Dies kann die Kommunikation und das Verständnis bei Krisensituationen erleichtern.
- Des Weiteren ist zu empfehlen, dass ein besonderes Maß an Geduld und Einfühlungsvermögen, aber auch Belastbarkeit und Erkennen von eigenen Grenzen sowie Diskretion und Kooperationsbereitschaft mit anderen involvierten Diensten vorhanden sind.
- Eine gut funktionierende Kommunikation vor allem mit dem Pflegepersonal und ein offener Informationsaustausch sowie Hilfestellungen bei besonderen Situationen sind wichtig für eine angemessene Begleitung von Menschen mit Demenz und deren Kontaktpersonen.

Ein Netzwerk an ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kann eine unverzichtbare Säule im täglichen Krankenhausablauf sein. Die Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz und deren Bezugspersonen sind wichtige Unterstützungsmöglichkeiten für den Patienten, Angehörigen sowie für das medizinische und pflegerische Personal.

Aufgaben und Unterstützungsmöglichkeiten können sein:

- Zuhören und Gespräche führen im Krankenzimmer und bei Begegnungen im Krankenhaus
- Der „Langeweile“ entgegenwirken durch Erzählen, Spielen mit geeigneten Brettspielen etc. oder andere kleine Aktivitäten durchführen
- Persönliche Begleitung bei der Aufnahme

- Auskünfte und Wegweisen für Patientinnen/Patienten und Besucherinnen/Besucher
- Begleiten von Patientinnen/Patienten zu Untersuchungen und Therapiemaßnahmen
- Gemeinsame Spaziergänge, Vorlesen, Unterstützen bei Telefonaten, Schreiben von Briefen, Wäscheservice, kleine Einkäufe
- Hilfestellung bei den Mahlzeiten, wenn keine hemmenden klinischen Probleme bestehen
- und vieles mehr...

6.5 Handlungsempfehlung: Bildungsmaßnahmen verstärken

Wie bedeutsam es ist, sich mit dem gesellschaftlichen Wandel auseinanderzusetzen, zeigt das Thema Demenz. Die Zahl der Betroffenen steigt und ihre Behandlung und Pflege stellt alle am Betreuungs-, Pflege- und Versorgungsprozess beteiligten Mitarbeiter vor besondere Herausforderungen. Umso mehr liegt es im Interesse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der Einrichtungen, die professionelle Versorgung und Behandlung der Patienten mit Demenz, unter Berücksichtigung der ethischen und religiösen Aspekte, zu gewährleisten.

Die nachfolgend aufgeführten Fortbildungsthemen sollen sowohl die Kommunikationsprozesse innerhalb der internen und externen Versorgungsstrukturen interdisziplinär optimieren als auch die zielgerichtete adäquate und kompetente Versorgung, Betreuung und Behandlung der Menschen mit Demenz im Krankenhaus sicherstellen.

Hierzu sollen alle Mitarbeitergruppen, die im direkten Patientenkontakt stehen, differenzierte Schulungen erhalten. Diese sollen sie befähigen die Situationen besser einschätzen zu können, eine angemessene Kommunikation und somit auch eine adäquate Behandlung und Betreuung gewährleisten.

Thema:	Kommunikationsstrategien und Symbolik der Sprache von Menschen mit Demenz
Zielgruppe:	Pflegepersonal, ärztliches Personal, Therapeuten, Verwaltungs-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter (Aufnahme, Zentrale), Servicekräfte, Begleitdienste, Ehrenamt, Reinigungskräfte, Auszubildende, FSJler, BFDler, FOS-Schülerinnen und -Schüler, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Seelsorge, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Technik

Zielsetzung:	Sicherstellung der zielgerichteten und adäquaten Betreuung, Versorgung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Demenz Gewährleistung der Kommunikation mit der/dem Demenz-kranken Steigerung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit im Rahmen der Versorgungsprozesse Gewährleistung einer berufsgruppenübergreifenden Informationsweitergabe behandlungs- und pflegerelevanter Informationen
Schwerpunkte:	Verbale und nonverbale Kommunikation mit Patientinnen/Patienten mit Demenz unter dem Aspekt der unterschiedlichen Demenzgrade und unter Einbeziehung der Validation, Beziehungsgestaltung und wertschätzende Kommunikation
Empfehlung:	Verpflichtende Teilnahme aller am Versorgungsprozess beteiligter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mindestens 1 x jährlich und zu Beschäftigungsbeginn für die Bereiche, in denen regelmäßig Patientinnen und Patienten mit Demenz versorgt werden Aufnahme dieser Thematik in der jährlichen Fortbildungsplanung Weiterbildung von interessierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Demenzfachkraft, welche als Multiplikatorin oder Multiplikator/ Referentin oder Referent in der Einrichtung eingesetzt werden kann
Thema:	Rechtliche Aspekte in der Versorgung von Patienten mit Demenz
Zielgruppe:	Pflegepersonal, ärztliches Personal, Therapeutinnen und Therapeuten, Verwaltungs-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter (Aufnahme, Zentrale), Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege
Zielsetzung:	Sicherstellung der notwendigen Behandlung unter Berücksichtigung der rechtlichen Aspekte Sicherstellung der Mitarbeiterzufriedenheit im Rahmen der Versorgungsprozesse
Schwerpunkte:	Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen; Umgang mit Patientenverfügungen; Versorgung und Behandlung entgegen dem Einverständnis des Patienten; Wirksamkeit des Behandlungs- und Krankenhausaufnahmevertrages; Einrichtung einer Betreuung

Empfehlung:	Verpflichtende Teilnahme aller am Versorgungsprozess beteiligter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mindestens 1 x jährlich und zu Beschäftigungsbeginn für die Bereiche, in denen regelmäßig Patientinnen und Patienten mit Demenz versorgt werden Aufnahme dieser Thematik in der jährlichen Fortbildungsplanung
Thema:	Fachwissen über Demenz
Zielgruppe:	Pflegepersonal, ärztliches Personal, Therapeutinnen und Therapeuten, Verwaltungs-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter (Aufnahme, Zentrale), Servicekräfte, Begleitdienste, Ehrenamt, Reinigungskräfte, Auszubildende, FSJler, BFDler, FOS-Schülerinnen und -Schüler, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Seelsorge
Zielsetzung:	Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, abgestimmt auf ihr Handlungsspektrum, verfügen mindestens über ein Grundlagenwissen bzgl. der Diagnose „Demenz“; z.B. durch Erkennen von anderen psychischen Krankheiten, wie z.B. Depressionen, Angstzustände und die Nebenwirkungen von Medikamenten. Erweitertes Fachwissen für Pflegefachkräfte und ärztliches Personal in Bereichen, wo regelmäßig Patientinnen und Patienten mit Demenz versorgt werden
Schwerpunkte:	Demenzformen und Verhaltensformen für Verwaltungs-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter in Aufnahme und Zentrale, für Servicekräfte, Begleitdienste, Ehrenamt, Reinigungskräfte, FSJler, BFDler, FOS-Schülerinnen und -Schüler, Seelsorge Diagnostik der Demenz, Therapieformen, Medikation bei Demenz und Verhaltensformen für Pflegepersonal, ärztliches Personal, Therapeuten, Auszubildende
Empfehlung:	Verpflichtende Teilnahme aller am Versorgungsprozess beteiligter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mindestens 1 x jährlich und zu Beschäftigungsbeginn für die Bereiche, in denen regelmäßig Patientinnen und Patienten mit Demenz versorgt werden Aufnahme dieser Thematik in der jährlichen Fortbildungsplanung für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung Weiterbildung von interessierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Demenzfachkraft, welche als Multiplikatorin oder Multiplikator, Referentin oder Referent in der Einrichtung eingesetzt werden kann

Thema: **Ernährung und Ernährungsunterstützung bei Patienten mit Demenz**

Zielgruppe: Pflegepersonal, ärztliches Personal, Logopädinnen und Logopäden, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Diätassistentinnen und -assistenten, Servicekräfte, Auszubildende, FSJler, BFDler, FOS-Schülerinnen und -Schüler

Zielsetzung: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben Kenntnis über die Vermeidung von Mangelernährung und das Erkennen drohender Mangelernährung;
Pflegekräfte werden geschult, wie Menschen mit Demenz bei der Nahrungsaufnahme adäquat unterstützt werden können unter Berücksichtigung der Erhaltung der patienteneigenen Ressourcen = Selbständigkeit erhalten

Schwerpunkte: Strategien bei Nahrungsverweigerung; Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Essstörungen; Risiken und Probleme bei der Nahrungsaufnahme; geeignete Maßnahmen der Nahrungsunterstützung etc.; Veränderung der Sinnesorgane im Alter; Demenz und Diabetes; Kenntnis über die Ernährungsrichtlinien; Assessment der Ernährungsbedürfnisse und Überwachung des Gewichts

Empfehlung: Verpflichtende Teilnahme aller am Versorgungsprozess beteiligter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mindestens 1 x jährlich und zu Beschäftigungsbeginn für die Bereiche, in denen regelmäßig Patientinnen und Patienten mit Demenz versorgt werden
Aufnahme dieser Thematik in der jährlichen Fortbildungsplanung für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung
Weiterbildung von interessierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Demenzfachkraft, welche als Multiplikatorin oder Multiplikator/ Referentin oder Referent in der Einrichtung eingesetzt werden kann

Thema: **Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie von Menschen mit Demenz**

Zielgruppe: Pflegepersonal, ärztliches Personal

Zielsetzung: Sicherstellung einer differenzierten Schmerzdiagnostik und -therapie durch speziell geschultes Personal

Schwerpunkte: Schmerzwahrnehmung, Schmerzerfassung, Schmerzmessung und Schmerzdokumentation; medikamentöse und nicht-medikamentöse sowie alternative Möglichkeiten der Schmerztherapie; Bedeutung von Schmerz; Anwendung demenzgerechter Schmerzassessments
Rechtliche Rahmenbedingungen

Empfehlung: Verpflichtende Teilnahme des ärztlichen und pflegerischen Personals mindestens 1 x jährlich und zu Beschäftigungsbeginn für die Bereiche, in denen regelmäßig Patientinnen und Patienten mit Demenz versorgt werden
Aufnahme dieser Thematik in der jährlichen Fortbildungsplanung

6.6 Handlungsempfehlung: Umgang mit Psychopharmaka kritisch reflektieren und möglichst standardisieren

Der sichere Umgang mit Psychopharmaka in Medizin und Pflege bedarf einer speziellen Schulung. In diesem Kapitel können daher nur ansatzweise Empfehlungen ausgesprochen werden.

Mit zunehmender Lebenserwartung steigt das Alter der Patienten, die stationär behandelt werden. Alte Menschen sind oft gekennzeichnet durch Multimorbidität und daraus resultierender Polypharmakotherapie.

Zu den prädisponierenden Faktoren bereits vor der stationären Aufnahme zählen:

- hohes Lebensalter
- eingeschränkte Kognition
- eingeschränkter Visus
- Depression
- Vorliegen einer Fraktur
- Vorliegen einer schweren Infektion
- Einnahme von Neuroleptika und Schlafmitteln
- konsumierende Erkrankung
- Exsikkose und Elektrolytentgleisung
- chronisches Schmerzsyndrom
- Schlafstörungen
- Anämie
- Vergiftungen
- Alkohol (auch Alkoholentzug)
- Einnahme von zentral wirksamen Medikamenten, z.B.
 - Anticholinergika (Atropin, Scopolamin)
 - Antidepressiva (trizyklische !)

- Neuroleptika (niedriges Risiko für atyp. N.: Olanzapin, Risperidon, Clozapin)
- Benzodiazepine (auch Entzug nach Gabe von > 7 Tagen)
- Parkinson-Medikation (Amantadin, MAO-B-Hemmer)
- Antiarrhythmika (Chinidin, Lidocain)
- Digitalis-Präparate
- Antibiotika (Chinolone, β -Lactame)
- Analgetika (NSAR, Opioide, Opiate)

Zu den **prädisponierenden Faktoren nach** der stationären Aufnahme zählen

- akute Erkrankung (Infektion, Schmerzen)
- Exsikkose
- neues Umfeld bei eingeschränkter Kognition
- invasive Untersuchungen und Behandlungen
- Sturz und weitere Traumata
- Stress
- Einnahme von zentral wirksamen Medikamenten (wie oben)

Grundsätzlich sind dabei zwei unterschiedliche Formen des Delirs zu unterscheiden im Hinblick auf Symptomatik und Therapie:

- Hyperaktives Delir :
 - Unruhe
 - Vegetative Entgleisung
 - z.T. aggressive Reaktion
- Hypoaktives Delir:
 - Verlangsamung
 - Apathie

Die **Therapie des deliranten Syndroms** ist ein **multimodales Konzept**

- Auslöser detektieren und ausschalten (bzw. günstig beeinflussen)
- Adäquate Flüssigkeitsbilanz und ausreichende Ernährung
- Thromboembolieprophylaxe
- Vermeiden von Komplikationen (Sturz, Aspiration...)
- Schlaf-Wach-Rhythmus fördern
- Angehörige / Freunde in die Behandlung mit einbeziehen
- Beurteilung mit Richmond Agitation Sedation Scale

Pharmakotherapeutische Optionen des akuten Delirs

- Einsatz rein symptomatisch, strenge Indikationsstellung !!
- In erster Linie:
 - hochpotente Neuroleptika (Haloperidol – cave: Spätdyskinesien bei LZ- Anwendung)
 - bei M. Parkinson eher atypische Neuroleptika (Clozapin, Risperidon)
 - bei Entzug von Alkohol + Benzodiazepinen Clomethiazol (Distraneurin)
 - keine niederpotenten Neuroleptika (Ausnahme: Melperon – stark sedierend, flutet langsam an!)

Unruhe und Demenz ohne Delir

- **Melperon, Dipiperon**

cave: kein Atosil, kein Neurocil – anticholinerg wirksam, löst Delir aus !!

cave: alle sedierenden Medikamente erhöhen das Sturzrisiko um ein Vielfaches !!

Bei der Vielzahl der eingesetzten Medikamente (>Multimorbidität + Polypharmakotherapie) gibt es natürlich potentielle Interaktionen. Hierzu wäre es z.B. hilfreich, wenn der zuständige Krankenhaus-Apotheker eine *Cross-Check-Liste* ins Intranet stellen könnte.

Darüber hinaus existieren verschieden Datenbanken im Internet:

<http://www.drugdigest.org/>

http://www.umm.edu/adam/drug_checker.htm

<http://www.dimdi.de/static/de/amg/abda/ai00.htm>

http://www.der-arzneimittelbrief.de/_anfang/Suche.aspx

<http://psiac.de/>

<http://www.genemedrx.com>

6.7 Handlungsempfehlung: Netzwerk schaffen und bestehende Netzwerke nutzen und ausbauen

Die Versorgung von Menschen mit Demenz ist nicht an die Grenzen einer Institution gebunden. Sie ist eine Sektoren übergreifende Aufgabe und kann aufgefasst werden als die strukturierte Nutzung aller zur Verfügung stehenden Ressourcen und die Verbindung und Einbindung der unterschiedlichen Akteure mit dem Ziel, eine optimale Versorgung zu sichern und Brücken zwischen den Versorgungssys-

temen und Versorgungsmöglichkeiten aufzubauen, um eine Versorgungskontinuität sicherzustellen.

Eine sinnvolle Beantwortung der Aufgaben, die mit der Versorgung von Menschen mit einer Demenz verbunden sind, kann nur erfolgen, wenn über die Grenzen hinaus Vernetzungen ausgebaut werden. Hierzu können unterschiedliche Aspekte beschrieben werden.

Im weiteren Sinne zeigt die nachfolgende Abbildung auf, welche Akteure im gesamten Feld der Versorgung bei Menschen mit Demenz mit eingebunden sein können.

Hierbei stellt das Krankenhaus einen wichtigen, aber mitnichten den alleinigen Akteur dar. Vor allem können im Krankenhaus meist nur kurze und akute Problematiken behandelt werden, die jedoch eine Wechselwirkung auf die Nutzungsmöglichkeit anderen Dienste und Akteure im Versorgungsfeld haben. Sich dieser Rolle bewusst zu werden heißt auch, die Vernetzung nach außen gezielt zu suchen und frühzeitig Kontakte anzubahnen und externe Hilfen mit einzubinden oder aber gezielt an externe Hilfen zu vermitteln.

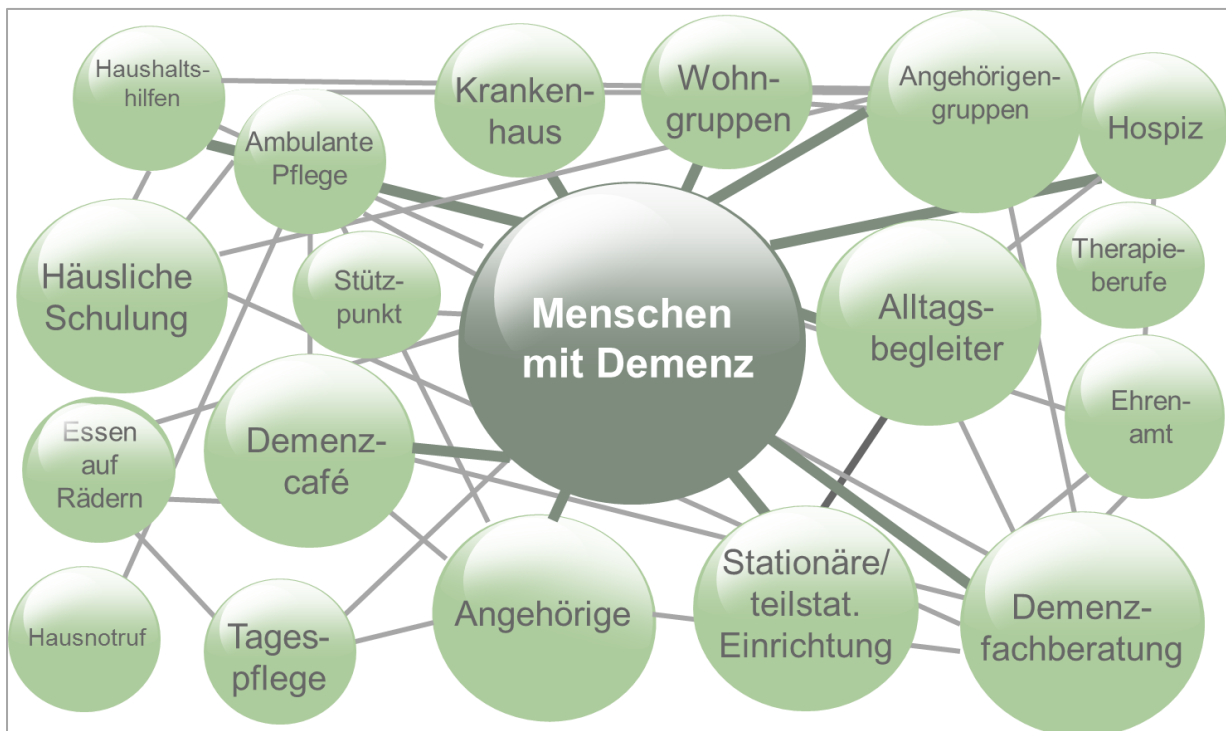


Abb. 27: Demenz als Netzwerkaufgabe (Quelle: dip)

Als eine Aufgabe der Vernetzung im engeren Sinne kann verstanden werden, dass die Netzwerke der Krankenhäuser mit einbezogen werden und z.B. gezielt Informationsmaterial anderer Dienste, Beratungsstellen und helfender Organisationen gezielt mit verteilt wird.

Darüber hinaus können die katholischen Kliniken, die in der DiAG zusammengeschlossen sind, bereits als Verbund und als Netzwerk begriffen werden, in dem zahlreiche Akteure mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Erfahrungen gemeinsam arbeiten.

Dieses Netzwerk sollte nach Ansicht der Arbeitsgruppe der DiAG über das angestoßene Projekt hinaus genutzt und eingebunden werden, um die Thematik nachhaltig in die Einrichtungen zu tragen und gegenseitig von Erfahrungen, Konzepten und Strategien zu lernen.

- Ziele der konkreten Netzwerkarbeit zwischen den katholischen Krankenhäusern sollen sein:
- Austausch von best-practice-Ansätzen und Erfahrungen mit bestehenden Lösungen und mit den Umsetzungen der Handlungsempfehlungen in den Krankenhäusern
- Kooperation und Austausch von bestehenden Dokumenten und hilfreichen Materialien zur kollegialen Nutzung
- Entwicklung von Vorschlägen und Themen für begleitende Bildungsarbeit durch den DiCV für alle am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf Grundlage der erarbeiteten Handlungsempfehlungen
- Weitere Vernetzung der Arbeit durch Kooperation und Teilnahme an anderen Netzwerken (z.B. Landesinitiativen etc.)
- Austausch und die Sichtung von Projektklinien und größeren Förderprogrammen zum Thema / Austausch über allgemeine Entwicklungen in der „Krankenhauslandschaft“ zum Thema

Darüber hinaus ist zu überlegen, wie und in welcher Form seitens des Diözesan-Caritasverbandes für das Erzbistum Köln die Themen und die Vernetzung flankierend begleitet werden können. Dies schließt die strategische Ausrichtung von Angeboten zur Bildung gleichermaßen mit ein wie die Möglichkeit, ggf. zentrale Treffen zu organisieren und ggf. auch zu moderieren, um den Austausch im Netzwerk weiter zu befördern.

Als einen weiteren Aspekt der Netzwerkarbeit kann verstanden werden, dass thematisch orientierte Arbeitsgruppen gesucht werden und Vertreter der Arbeitsgruppe oder aber des Diözesan-Caritasverbandes sich diesen Netzwerken anschließen.

In NRW gibt es ein aktives Netzwerk aus Krankenhäusern, die sich u.a. an den Blickwechsel-Demenz-Projekten beteiligt haben. Hier erfolgt ein regelmäßiger Austausch in Arbeitsgruppen beim Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf. Initiatorin und Kontaktadresse dieses Netzwerkes ist:

GSP - Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH

Dr. phil. Susanne Angerhausen

Loher Str. 7

42283 Wuppertal

Tel.: 0202/26575-73

Fax: 0202/26575-11

angerhausen@sozialeprojekte.de

www.sozialeprojekte.de

Eine aktive Teilnahme an den Vernetzungsgruppen kann für diejenigen Einrichtungen hohe Bedeutung erlangen, die einzelne oder aber mehrere der in dieser Handreichung genannten Handlungsempfehlungen umsetzen.

7. Anhang

7.1 Fragebögen



Basisbefragung

zum Projekt



Diözesan-
Caritasverband
für das Erzbistum Köln e.V.

Diözesan-
Arbeitsgemeinschaft
der katholischen Krankenhäuser
in der Erzdiözese Köln

„Demenz im Krankenhaus“

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Vorstand der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser (DiAG) in der Erzdiözese Köln widmet sich in einem Projekt der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Ziel des Projektes ist es, für die angeschlossenen Krankenhäuser des Diözesan-Caritasverbandes für das Erzbistum Köln e.V. (DiCV) eine empfehlende Handreichung zu erarbeiten, die Hilfestellung und Anregung für eine adäquate Versorgung von Menschen mit Demenz und Einführung geeigneter Maßnahmen bieten soll. Finanziert wird das Projekt von den beteiligten Krankenhäusern und vom DiCV Köln.

In einem ersten Arbeitsschritt sollen in einer **Basisbefragung** die besonderen Problemstellungen, aber auch Ihre bisherigen Erfahrungen und Problemlösungen auf der Ebene der **Abteilungen bzw. Stationen** in Erfahrung gebracht werden. Befragt werden die Chefärzte und die pflegerischen Leitungen der Abteilungen/Stationen.

Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenhäuser, begleitet das Projekt und erarbeitet Vorschläge für die Einrichtungen und wird Ihnen diese in Form einer Handreichung zur Verfügung stellen. Mit der wissenschaftlichen Begleitung und Aufbereitung der Ergebnisse des Projektes wurde das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) in Köln beauftragt.

Der Ihnen vorliegende Fragebogen zur Basisbefragung wird **ausschließlich** im Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. in Köln geöffnet und ausgewertet. **Das sichern wir Ihnen zu!** Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben **streng vertraulich** behandelt! Es wird Ihnen ferner zugesichert, dass niemand aus der Mitarbeiterschaft, der Betriebsleitung oder der Trägerverwaltung des Krankenhauses oder des Verbandes Einsicht in Ihren Fragebogen bekommt. Die Ergebnisse der Befragung im Projekt werden in der Auswertung **anonymisiert** zusammengefasst. Das bedeutet, dass bis auf die Ebene einzelner Krankenhäuser Analysen vorgenommen werden. **Rückschlüsse auf Sie persönlich oder eine einzelne Abteilung werden nicht möglich sein.**

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den dafür vorbereiteten Umschlag mit **Siegel (dip-Stempel)** und verschließen Sie diesen. Die verschlossenen und gesiegelten Umschläge senden Sie bitte bis zum **15.02.2012** an das dip zurück. Die Ergebnisse der Gesamtauswertung werden Ihnen zugänglich gemacht.

Für Rückfragen zum Projekt stehen Ihnen zur Verfügung:

Prof. Dr. Michael Isfort

Mitglied des Vorstands
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Straße 15
50670 Köln
Tel.: 0221 / 4 68 61 - 30
E-Mail: dip@dip.de
Internet: <http://www.dip.de>

Cornelia Josten

Abteilung Krankenhäuser
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.
Georgstr. 7
50676 Köln
Tel: 0221 / 20 10 134
E-Mail: Cornelia.Josten@caritasnet.de
Internet: <http://www.caritasnet.de>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

(Im Fragebogen wird aus Platzgründen die männliche Schreibform gewählt. Dies stellt keine geschlechtsspezifische Wertung dar.)

1.) Postleitzahl der Einrichtung/ des Krankenhauses

2.) Welche der genannten Fachrichtungen entspricht am ehesten Ihrem Arbeitsbereich?

(bitte nur eine Angabe - auch bei interdisziplinären Abteilungen)

Chirurgie (allgemein/Unfall).....	☐	Gastro-Enterologie.....	☐
Chirurgie (Bauchchirurgie).....	☐	Onkologie.....	☐
Orthopädie.....	☐	Augenheilkunde.....	☐
Urologie.....	☐	Rehabilitation.....	☐
Gynäkologie (ohne Geburtshilfe).....	☐	Intensivstation.....	☐
Allgemeine Innere.....	☐	Neurologie (einschl. Stroke).....	☐
Kardiologie.....	☐	Psychiatrie.....	☐
Pulmonologie	☐	Sonstige:	☐

3.) Fragen zur durchschnittlichen Patientenbelegung und Schichtbesetzung in ihrer Abteilung (ggf. realitätsnahe Schätzung)

Wie hoch ist die **durchschnittliche** tägliche Patientenbelegung in der Abteilung, in der Sie arbeiten? (bitte schätzen) ca. Patienten

Wie viele Pflegefachkräfte (dreijährig examiniert) arbeiten **in aller Regel** während eines **Frühdienstes** auf der Station? ca. Pflegende

Wie viele Pflegefachkräfte (dreijährig examiniert) arbeiten **in aller Regel** während eines **Spätdienstes** auf der Station? ca. Pflegende

Wie viele **Patienten** betreut eine Pflegefachkraft (dreijährig examiniert) im Durchschnitt verantwortlich während eines Frühdienstes? ca. Patienten

Wie viele **Patienten** betreut eine **Nachtwache** im Durchschnitt verantwortlich während eines Dienstes? ca. Patienten

4.) Fragen zur Häufigkeit der Betreuung von Menschen mit Demenz / Verdacht auf Demenz / akuten Verwirrheitszuständen in der Abteilung

(ggf. realitätsnahe Schätzung/ wenn nicht vorhanden, bitte den Wert „0“ eintragen)

Wie viele Patienten, die akute Verwirrheitszustände oder den Verdacht auf eine Nebendiagnose Demenz aufwiesen, haben Sie **im letzten Monat** in Ihrer Abteilung betreut? ca. Patienten

Wie viele Patienten, die akute Verwirrheitszustände oder den Verdacht auf die Nebendiagnose Demenz aufweisen, werden **in aller Regel zeitgleich** in der Abteilung betreut? ca. Patienten

Wie viele dieser Patienten, die aufgrund der Einschränkungen **erhebliche zusätzliche personelle Ressourcen benötigen** (z.B. Mehraufwand durch Beobachtung/ Hilfeleistungen) haben Sie im letzten Monat in Ihrer Abteilung pflegerisch betreut? ca. Patienten

Wie viele Patienten, die **keine** Demenz haben, aber täglich erhebliche Betreuungsleistungen benötigen (z.B. Ganzkörperpflege im Bett / z.B. A3/S2), sind in aller Regel zeitgleich pflegerisch in der Abteilung zu versorgen? ca. Patienten

5.) Bitte beurteilen Sie aus Ihrer Erfahrung die folgenden Aussagen zur Entwicklung, wie Sie sie für Ihre Abteilung beobachten

	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Aussage möglich
In den letzten zwei Jahren (2010 und 2011) hat die Zahl der Patienten, die die Nebendiagnose Demenz aufweisen, insgesamt zugenommen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In den letzten zwei Jahren (2010 und 2011) hat die Zahl der Patienten, die aufgrund der Nebendiagnose Demenz einen erheblich höheren Betreuungsaufwand aufweisen, insgesamt zugenommen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Betreuung und Begleitung von Patienten mit Demenz stellt für uns bislang keine besonderen Herausforderungen dar (erscheint unproblematisch).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir haben uns in den letzten zwei Jahren vermehrt mit der Problematik von Menschen mit Demenz beschäftigt und an spezifischen Schulungen teilgenommen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir beobachten insgesamt einen Anstieg an allgemeiner Pflegebedürftigkeit (aufgrund von Multimorbidität) bei unseren Patienten, aber keine besondere Zunahme an Menschen mit der Nebendiagnose Demenz.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir beobachten insgesamt einen Anstieg an Patienten mit Demenz, die keine Angehörigen haben, die mit in die Begleitung einbezogen werden können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir beobachten in den letzten zwei Jahren (2010 und 2011), dass der Aufwand in der Pflege von Patienten mit Demenz steigt und deshalb andere Patienten weniger Pflege erhalten, als notwendig wäre.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir beobachten in den letzten zwei Jahren (2010 und 2011), dass die Zahl der Patienten mit Demenz, die keine Informationen geben können, zugenommen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir beobachten in den letzten zwei Jahren (2010 und 2011), dass die Zahl der Patienten mit Demenz, die keine Angehörigen haben, zugenommen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir beobachten vor allem in der Nacht, dass in den letzten zwei Jahren (2010 und 2011) die Pflegearbeit bei Patienten mit Demenz zugenommen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir beobachten in den letzten zwei Jahren, dass durch eine Verdichtung an Arbeit im Klinikalltag nicht die notwendige Zeit für die Pflege und Begleitung von Patienten mit Demenz zur Verfügung steht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir beobachten in den letzten zwei Jahren einen Anstieg an Patienten mit Demenz in unserer Abteilung und erleben die damit einhergehenden Herausforderungen als hoch belastend.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6.) Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von 1 bis 10, wie wichtig Ihnen für Ihr Team die systematische Bearbeitung des Themas „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ im Rahmen eines Projektes erscheint

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
unwichtig									sehr wichtig

7.) Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von 1 bis 10, wie sicher Sie Ihr Team insgesamt bezüglich des spezifischen Umgangs mit Patienten mit Demenz einschätzen

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
unsicher									sehr sicher

8.) Einschätzung zu Problembereichen in der Pflege, die ggf. aufgrund einer Nebendiagnose Demenz entstanden sind

Wie oft ist es in den letzten 3 Monaten vorgekommen, dass...

	nie	selten	häufiger	oft	keine Aussage möglich
Ihre Mitarbeiter einen Patienten mit der Nebendiagnose Demenz nicht so häufig beobachten konnten, wie es aus der pflegerischen Einschätzung heraus nötig gewesen wäre?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient mit Demenz oder Verwirrheitszuständen aufgrund fehlender Beobachtungsmöglichkeit in der Abteilung fixiert werden musste (Bettgitter)?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient mit Demenz oder Verwirrheitszuständen aufgrund fehlender Beobachtungsmöglichkeit in der Abteilung fixiert werden musste (Bauchgurt)?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient mit Demenz oder Verwirrheitszuständen aufgrund fehlender Beobachtungsmöglichkeit in der Abteilung medikamentös ruhiggestellt werden musste?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient mit Demenz oder Verwirrheitszuständen die Abteilung verlassen und nicht wieder zurückgefunden hat?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient mit Demenz während des Krankenhausaufenthaltes sein Zimmer oder seinen Bettplatz wechseln musste?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient mit Demenz oder Verwirrheitszuständen eine verordnete Bettruhe nicht eingehalten hat?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient mit Demenz oder Verwirrheitszuständen kurz nach Entlassung wieder aufgenommen wurde (Drehtür)?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient mit Demenz oder Verwirrheitszuständen Anordnungen nicht umsetzen konnte und aufgrund dessen einen geringen Schaden erlitten hat (z.B. Schmerzen durch fehlende Einnahme von wirksamen Medikamenten)?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient mit Demenz oder Verwirrheitszuständen aufgrund einer fehlenden nachstationären Versorgung nicht zum anvisierten Zeitpunkt entlassen werden konnte?	☐	☐	☐	☐	☐
einem Patienten mit Demenz oder Verwirrheitszuständen nicht die notwendige und zeitlich angemessene Unterstützung bei der Essenseinnahme gegeben werden konnte?	☐	☐	☐	☐	☐
sich einzelne Mitarbeiter oder das ganze Team an Sie gewendet haben und eine Überforderung bei der Betreuung eines Menschen mit Demenz signalisierten?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient mit Demenz oder Verwirrheitszuständen aufgrund fehlender Personalkapazität nicht zu einer Untersuchung (Röntgen/Sonografie etc.) begleitet werden konnte und diese deshalb verschoben werden musste?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient mit Demenz oder Verwirrheitszuständen aufgrund fehlender Personalkapazität lange vor einem Untersuchungszimmer (Röntgen/Sonografie etc.) alleine gelassen werden musste?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Mensch mit Demenz oder Verwirrheitszuständen Anordnungen nicht umsetzen konnte und aufgrund dessen erheblichen Schaden erlitten hat (z.B. Ziehen eines Blasenkatheters/ Sturz mit Sturzfolgen)?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient mit Demenz oder Verwirrheitszuständen über einen langen Zeitraum eine Pflegekraft gebunden hat und dadurch andere Arbeitsabläufe empfindlich gestört wurden?	☐	☐	☐	☐	☐

Gibt es weitere besondere Probleme, die Sie beobachtet haben und die hier bislang nicht beschrieben wurden?

9.) Wie schätzen Sie die folgenden Gegebenheiten auf Ihrer Abteilung hinsichtlich der spezifischen Unterstützung von Patienten mit Demenz ein?

Bewerten Sie bitte nach Schulnoten	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
Die Möglichkeit für Patienten mit Demenz, sich klar zu orientieren (z.B. durch farbige Türen / Markierungen).	☐	☐	☐	☐	☐
Die pflegerische Ausstattung (z.B. Niedrigbetten, um Sturzfolgen und Bettgitterfixierung zu verringern).	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, frühzeitig über die Aufnahme eines Patienten mit Demenz informiert zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, sehr unruhige Patienten auch alleine unterzubringen.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, ggf. auch Angehörige mit aufzunehmen (Rooming-In).	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, die Kontinuität in der Betreuung zu gewährleisten (Bezugspflege).	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, gezielte Hilfe durch Ehrenamtler anfordern zu können.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, Angehörige durch eine Weiterleitung an Beratungsstellen zu unterstützen.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, festgelegte Zeitfenster für Diagnostik, Visite und Therapie zu gewährleisten.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit des Teams, Angehörige in der Pflege konkret anzuleiten und zu beraten.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, Patienten mit Demenz in einem separaten Aufenthaltsraum zu betreuen/ zu aktivieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, die Bedürfnisse nach Ruhe und Ungestörtheit von Mitpatienten zu gewährleisten.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, zu jedem Zeitpunkt gezielt auf Informationen anderer Berufsgruppen zum Patienten zurückgreifen zu können.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, beim Bettenmanagement die besonderen Bedürfnisse von Patienten mit Demenz zu berücksichtigen.	☐	☐	☐	☐	☐

10.) Für die interdisziplinäre Kommunikation über den Patienten sind Informationen wichtig.

Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen

	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Aussage möglich
Informationen im Vorfeld einer elektiven (geplanten) Aufnahme werden erhoben und stehen dem Team zur Verfügung (z.B. alte Patientenakte).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die zeitliche und örtliche Desorientierung eines Patienten wird bei Aufnahme ermittelt und dokumentiert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nach spezifischen Informationen zu Gewohnheiten eines Patienten mit Demenz wird (z.B. auf Basis des Anamnesebogens der Alzheimergesellschaft) gefragt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bei Patienten mit Verdacht auf eine Demenz wird eine Sozialanamnese erhoben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es existiert ein aussagekräftiger Überleitungsbogen aus der prästationären Versorgung (ambulante und stationäre Pflege) mit pflegerelevanten Hinweisen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informationen zu Patientenverfügungen bei verwirrten und unruhigen Patienten werden eingeholt und dokumentiert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bei unruhigen oder verwirrten Patienten werden bei der Anamnese Angehörige mit einbezogen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11.) Setzen Sie eine der nachfolgenden Lösungsstrategien bei der Begleitung und Pflege von Menschen mit Demenz bereits ein? (Mehrfachantworten möglich)

Wir nehmen auf Wunsch Angehörige mit auf, damit der Erkrankte immer eine vertraute Person um sich hat (Rooming-In).	☐
Wir korrigieren Patienten mit Demenz nicht, wenn sie aus unserer Sicht sachlich falsche Äußerungen machen (z.B. „meine Kinder kommen gleich von der Schule“) [Einsatz von Methoden der „Validation“].	☐
Wir haben Maßnahmen der Raumgestaltung vorgenommen (z.B. die Stationstüre mit einem Vorhang versehen, um den Ausgang zu verdecken [Mimikry-Konzepte]).	☐
Wie haben in unserem Krankenhaus einen spezifischen Betreuungsbereich, in dem Patienten mit Demenz aktiviert werden.	☐
Wir setzen gezielt Maßnahmen der basalen Stimulation zur Beruhigung bei Angstzuständen ein.	☐
Wir haben ein klares Bezugspflegekonzept, damit der Patient mit Demenz immer auf dieselben Personen (Ärzte wie Pflegenden) trifft und diese die Möglichkeit haben, ihn besser einzuschätzen.	☐
Wir haben auf unserer Station einen spezifischen Betreuungsbereich, in dem Patienten mit Demenz aktiviert werden.	☐
Wir setzen Materialien der Alzheimergesellschaft ein (z.B. den Aufnahmebogen mit der Erfassung spezifischer Gewohnheiten des Menschen).	☐
Wir haben feste Vernetzungen mit ambulanten und stationären Altenpflegeeinrichtungen, mit denen wir gemeinsame Standards, feste Ansprechpartner und/oder Regelkommunikation vereinbaren.	☐
Wir arbeiten als fester Kooperationspartner in einem spezifischen Netzwerk zur Betreuung von Menschen mit Demenz mit.	☐
Bei extrem unruhigen und gefährdeten Patienten mit Demenz setzen wir zusätzliches Personal ein, um die Pflege und Betreuung abzusichern und freiheitseinschränkende Maßnahmen zu vermeiden.	☐
Wir haben gezielte Informationsmaterialien über Demenz auf unserer Station ausgelegt.	☐
Um Patienten mit Demenz zu aktivieren, setzen wir ehrenamtliche Helfer (z.B. „grüne Damen“) ein.	☐
Um Patienten mit Demenz zu aktivieren, setzen wir bezahlte Alltagsbegleiter nach § 87b SGB XI ein.	☐
Wir vermitteln Angehörige gezielt an regionale Beratungsstellen oder helfen bei der Vermittlung von häuslichen Schulungen.	☐
Wir werden schon im Vorfeld informiert, wenn ein Patient mit Demenz ins Krankenhaus aufgenommen wird (elektive Aufnahme), damit wir uns darauf einstellen können und Maßnahmen ergreifen können.	☐
Wir informieren den Sozialdienst frühzeitig, wenn wir einen Patienten mit Demenz aufnehmen, der keine Angehörigen hat und dessen Versorgung zuhause unklar ist.	☐

12.) Zu welchen spezifischen Themen im Zusammenhang mit Patienten mit Demenz im Krankenhaus würden Sie Mitarbeiter in eine Fortbildung senden? (Mehrfachantworten möglich)

Kommunikationsstrategien und Symbolik der Sprache von Menschen mit Demenz	☐
Beziehungsgestaltung und wertschätzende Kommunikation	☐
Interventionen bei herausforderndem Verhalten und Apathie	☐
Fachwissen über Demenz (Demenzformen/ Diagnostik / Therapie / Medikation)	☐
Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie von Menschen mit Demenz	☐
Ernährung und Ernährungsunterstützung bei Patienten mit Demenz / Nahrungsverweigerung	☐
Ethische Fragen bei der Behandlung von Patienten mit Demenz (Gerechtigkeit / Reanimation)	☐
Sterbebegleitung	☐
Rechtliche Aspekte der Versorgung (Umgang mit Fixierung / Therapieabbruch / Patientenverfügung etc.)	☐

13.) Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen ein:**Für die Versorgung der Patienten mit Demenz in unserer Abteilung sollte(n)...**

	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Aussage möglich
...zusätzliche Angebote geschaffen werden, damit Patienten mit Demenz unter Betreuung sinnvoll aktiviert werden können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...in der Nähe des Stationszimmers eine Sitzmöglichkeit geschaffen werden (Sitzgruppe/Sessel), wo Fingerfood und Getränke zur Verfügung stehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...zusätzliche Beratungen (z.B. durch Demenzfachberater) für die Angehörigen schon im Krankenhaus ermöglicht werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...feste Zeiten ausgemacht werden, in denen eine Anwesenheit des Angehörigen dringend erforderlich ist (z.B. als Begleitperson bei Untersuchungen).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...feste Uhrzeiten für Tests und Untersuchungen ausgemacht werden, um unnötiges Warten vor Untersuchungszimmern zu vermeiden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Bezugspersonen vom Team (Pflege und Ärzte) benannt werden, an die Angehörige sich wenden können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...eine frühzeitige Vermittlung zu weiterführenden Angeboten (z.B. Angehörigengesprächskreise / häusliche Schulungen) erfolgen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...eine späte Mahlzeit (ca. 20:00 Uhr) angeboten werden, um nächtliche Unruhezustände aufgrund von Hungergefühlen zu vermeiden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...spezialisiert ausgebildete Pflegefachkräfte zur Verfügung stehen, die dem ganzen Pflegeteam beratend zur Seite stehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...alle betreuenden Personen über die Einschränkungen und die Sozialanamnese informiert sein, um eine adäquate Unterstützung und Therapie anbieten zu können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...zusätzliche spezielle Therapien (z.B. Ergotherapie) angeboten werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...technische Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden (z.B. Sensormatten/ Namensbändchen), um ihre Sicherheit zu gewährleisten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...im Team und im Umfeld wertschätzend über sie und ihre Erkrankung gesprochen werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...möglichst eine frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus angestrebt werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...als Regel eingeführt werden, dass alle Beschäftigten mit den Patienten mit Demenz direkt sprechen und sie auch stets selbst befragen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...bauliche Maßnahmen erfolgen, um durch klare Beschilderungen und Signale Orientierungen zu verbessern.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...zusätzliche Ehrenamtler gewonnen werden, die als feste „Paten“ in die Begleitung und Betreuung eingebunden werden könnten	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Gibt es weitere Aspekte, die aus Ihrer Sicht besonders wichtig sind und noch nicht genannt wurden?

14.) Bitte bewerten Sie die Aussagen zu möglichen Projekten	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
Wir führen in der Abteilung bereits zahlreiche andere Projekte durch und haben keine weitere personelle Kapazität, um uns an einem demenzspezifischen Projekt zu beteiligen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Das Thema „Patienten mit Demenz im Krankenhaus“ ist im Vergleich zu anderen Themen und Projekten (z.B. schmerzfreies Krankenhaus/ Umsetzung Expertenstandards etc.) eher untergeordnet zu bewerten (keine Priorität).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir haben auf der Station mit Projekten bislang eher negative Erfahrungen gemacht und sehen Projekte daher eher kritisch.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ein Projekt macht für uns nur Sinn, wenn es eine konkrete Entlastung in der Arbeit darstellt und nicht mit zusätzlichen Aufgaben verbunden ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir befürchten durch ein demenzspezifisches Projekt eine „Schwerpunktstation“ zu werden, die dann vermehrt Patienten mit herausforderndem Verhalten betreuen muss.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir würden gerne an spezifischen Projekten beteiligt werden und neue Konzepte entwickeln und erproben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ein Projekt zu diesem Thema macht nur Sinn, wenn alle beteiligten Berufsgruppen (Ärzte / Physiotherapie/ Sozialarbeit etc.) mit eingebunden werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ohne vorherige Änderungen in der Personalausstattung im Pflegebereich können bei uns keine Projekte durchgeführt werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

15.) Wenn Sie ein oder mehrere Themen für eine Verbesserung (ggf. auch im Rahmen von Projektarbeit) auswählen dürften, welche wären das? (Mehrfachantworten möglich)	
Entwicklung eines konkreten Anmeldeverfahrens, um vor der Einlieferung bereits informiert zu werden und Maßnahmen ergreifen zu können (z.B. Klärung der Bezugspflege/ Zimmerzuteilung).	☐
Maßnahmen der räumlichen Gestaltung (z.B. Schaffung eines „Demenzzimmers“ mit Rooming-in-Möglichkeit/ „Sitzgruppe mit sozialer Funktion“).	☐
Entwicklung eines Konzeptes für eine tagesstrukturierende Betreuung (ggf. durch ehrenamtliche Helfer/ Alltagsbetreuer/ Ergotherapeuten).	☐
Strukturierung eines Rooming-in-Konzeptes für die parallele Aufnahme von Angehörigen auch ohne räumlich-bauliche Umgestaltungen.	☐
Entwicklung von geeigneten Konzepten, um freiheitseinschränkende Maßnahmen im Krankenhaus möglichst zu minimieren (oder abzuschaffen).	☐
Entwicklung eines Begleitedienstes, um postoperative Delirzustände zu verringern (geschulte selbe Kräfte begleiten vor, während, nach einer OP).	☐
Entwicklung von Materialien, mit denen Angehörige gezielt in Beratungsprozesse von Stellen außerhalb des Krankenhauses vermittelt werden können (Infomappen, die ausgehändigt werden).	☐
Umfassende Ausbildung von Personen, die spezifische Demenzkonzepte entwickeln und auf der Station einsetzen können (Demenzlotsen/ Demenzfachberater im Krankenhaus).	☐

Möchten Sie uns noch Hinweise und Ideen mit auf den Weg geben oder einzelne Punkte erläutern?



Basisbefragung

zum Projekt



Diözesan-
Caritasverband
für das Erzbistum Köln e.V.

Diözesan-
Arbeitsgemeinschaft
der katholischen Krankenhäuser
in der Erzdiözese Köln

„Demenz im Krankenhaus“

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Vorstand der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser (DiAG) in der Erzdiözese Köln widmet sich in einem Projekt der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Ziel des Projektes ist es, für die angeschlossenen Krankenhäuser des Diözesan-Caritasverbandes für das Erzbistum Köln e.V. (DiCV) eine empfehlende Handreichung zu erarbeiten, die Hilfestellung und Anregung für eine adäquate Versorgung von Menschen mit Demenz und Einführung geeigneter Maßnahmen bieten soll. Finanziert wird das Projekt von den beteiligten Krankenhäusern und vom DiCV Köln.

In einem ersten Arbeitsschritt sollen in einer **Basisbefragung** die besonderen Problemstellungen, aber auch Ihre bisherigen Erfahrungen und Problemlösungen auf der Ebene der **Abteilungen** in Erfahrung gebracht werden. Befragt werden die Chefärzte und die pflegerischen Leitungen der Abteilungen.

Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenhäuser, begleitet das Projekt und erarbeitet Vorschläge für die Einrichtungen und wird Ihnen diese in Form einer Handreichung zur Verfügung stellen. Mit der wissenschaftlichen Begleitung und Aufbereitung der Ergebnisse des Projektes wurde das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) in Köln beauftragt.

Der Ihnen vorliegende Fragebogen zur Basisbefragung wird **ausschließlich** im Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. in Köln geöffnet und ausgewertet. **Das sichern wir Ihnen zu!** Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben **streng vertraulich** behandelt! Es wird Ihnen ferner zugesichert, dass niemand aus der Mitarbeiterschaft, der Betriebsleitung oder der Trägerverwaltung des Krankenhauses oder des Verbandes Einsicht in Ihren Fragebogen bekommt. Die Ergebnisse der Befragung im Projekt werden in der Auswertung **anonymisiert** zusammengefasst. Das bedeutet, dass bis auf die Ebene einzelner Krankenhäuser Analysen vorgenommen werden. **Rückschlüsse auf Sie persönlich oder eine einzelne Abteilung werden nicht möglich sein.**

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den dafür vorbereiteten Umschlag mit **Siegel (dip-Stempel)** und verschließen Sie diesen. Die verschlossenen und gesiegelten Umschläge senden Sie bitte bis zum **15.02.2012** an das dip zurück. Die Ergebnisse der Gesamtauswertung werden Ihnen zugänglich gemacht.

Für Rückfragen zum Projekt stehen Ihnen zur Verfügung:

Prof. Dr. Michael Isfort

Mitglied des Vorstands
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Straße 15
50670 Köln
Tel.: 0221 / 4 68 61 - 30
E-Mail: dip@dip.de
Internet: <http://www.dip.de>

Cornelia Josten

Abteilung Krankenhäuser
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.
Georgstr. 7
50676 Köln
Tel: 0221 / 20 10 134
E-Mail: Cornelia.Josten@caritasnet.de
Internet: <http://www.caritasnet.de>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

(Im Fragebogen wird aus Platzgründen die männliche Schreibform gewählt. Dies stellt keine geschlechtsspezifische Wertung dar.)

1.) Postleitzahl der Einrichtung/ des Krankenhauses

2.) Welche der genannten Fachrichtungen entspricht am ehesten Ihrem Arbeitsbereich? (bitte nur eine Angabe - auch bei interdisziplinären Abteilungen)

Chirurgie (allgemein/Unfall).....	☐	Gastro-Enterologie.....	☐
Chirurgie (Bauchchirurgie).....	☐	Onkologie.....	☐
Orthopädie.....	☐	Augenheilkunde.....	☐
Urologie.....	☐	Rehabilitation.....	☐
Gynäkologie (ohne Geburtshilfe).....	☐	Intensivstation.....	☐
Allgemeine Innere.....	☐	Neurologie (einschl. Stroke).....	☐
Kardiologie.....	☐	Psychiatrie.....	☐
Pulmonologie	☐	Sonstige:	☐

3.) Fragen zur Häufigkeit der Betreuung von Menschen mit Demenz / Verdacht auf Demenz / akuten Verwirrheitszuständen in der Abteilung (ggf. realitätsnahe Schätzung)

Wie viele Patienten, die akute Verwirrheitszustände oder den Verdacht auf eine Nebendiagnose Demenz aufwiesen, haben Sie **im letzten Monat** in Ihrer Abteilung betreut? ca. Patienten

Wie viele Patienten, die nur kurzfristig Verwirrheitszustände aufwiesen (reversible Zustände/ Durchgang etc.) haben Sie **im letzten Monat** in Ihrer Abteilung betreut? ca. Patienten

Wie viele Patienten, die akute Verwirrheitszustände oder den Verdacht auf die Nebendiagnose Demenz aufweisen, haben Sie **in aller Regel zeitgleich** in der Abteilung? ca. Patienten

Wie viele Patienten, die aufgrund der Einschränkungen **erheblich mehr Ressourcen bei Diagnostik und Therapie benötigten** (z.B. Mehraufwand durch längere Erklärungen/ Hilfeleistungen), haben Sie im letzten Monat in Ihrer Abteilung betreut? ca. Patienten

Wie viele Patienten haben Sie **insgesamt in aller Regel zeitgleich** in der Abteilung? ca. Patienten

4.) Fragen zur Stabilität der Diagnose bei Patienten mit Demenz / Verdacht auf Demenz / akuten Verwirrheitszuständen in der Abteilung (ggf. realitätsnahe Schätzung)

Wie viel Prozent der Patienten in Ihrer Abteilung, die akute Verwirrheitszustände aufwiesen, haben Ihrer Beobachtung nach bei Einweisung eine fachärztlich abgesicherte Diagnose/Nebendiagnose Demenz? ca. Prozent

Wie viele Patienten in Ihrer Abteilung, die akute Verwirrheitszustände oder den Verdacht auf die Nebendiagnose Demenz aufweisen, haben Ihrer Beobachtung nach **bislang keinerlei demenzspezifische fachärztliche Diagnostik erhalten**? ca. Prozent

5.) Bitte beurteilen Sie aus Ihrer Erfahrung die folgenden Aussagen zur Entwicklung, wie Sie sie für Ihre Abteilung beobachten	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Aussage möglich
In den letzten zwei Jahren (2010 und 2011) hat die Zahl der Patienten, die die Nebendiagnose Demenz aufweisen, insgesamt zugenommen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In den letzten zwei Jahren (2010 und 2011) hat die Zahl der Patienten, die aufgrund der Nebendiagnose Demenz einen erheblich höheren Aufwand in der Diagnostik und Behandlung aufweisen, insgesamt zugenommen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Demenz stellt für uns bislang keine besonderen Herausforderungen dar (erscheint unproblematisch).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir haben uns in den letzten zwei Jahren vermehrt mit der Problematik von Patienten mit Demenz beschäftigt und an spezifischen Schulungen teilgenommen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir beobachten insgesamt einen Anstieg an Patienten mit Demenz, die keine Angehörigen haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir beobachten in den letzten zwei Jahren (2010 und 2011), dass der Aufwand in der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Demenz steigt und deshalb andere Patienten weniger Aufmerksamkeit erhalten, als notwendig wäre.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir beobachten in den letzten zwei Jahren (2010 und 2011), dass die Zahl der Patienten mit Demenz, die keine Informationen mehr geben können, zugenommen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir beobachten in den letzten zwei Jahren vor allem in der Nacht, dass die ärztliche Unterstützung bei der Versorgung von Patienten mit Demenz angefordert wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir beobachten in den letzten zwei Jahren, dass durch eine Verdichtung an Arbeit im Klinikalltag nicht die notwendige Zeit für die Behandlung und Begleitung von Patienten mit Demenz zur Verfügung steht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wir beobachten in den letzten zwei Jahren einen Anstieg an Patienten mit Demenz in unserer Abteilung und erleben die damit einhergehenden Herausforderungen als hoch belastend.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6.) Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von 1 bis 10, wie wichtig für Sie persönlich die Bearbeitung des Themas „Patienten mit Demenz im Krankenhaus“ im Rahmen eines Projektes erscheint

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
unwichtig									sehr wichtig

7.) Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von 1 bis 10, wie sicher Sie Ihr Team insgesamt bezüglich des spezifischen Umgangs mit Patienten mit Demenz einschätzen

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
unsicher									sehr sicher

8.) Einschätzung zu besonderen Problembereichen in der Behandlung, die ggf. aufgrund einer Nebendiagnose Demenz entstanden sind

Wie oft ist es in den letzten 3 Monaten vorgekommen, dass...

	nie	selten	häufiger	oft	keine Aussage möglich
Sie aufgrund einer fehlenden Geschäftsfähigkeit eines Patienten mit Demenz eine notwendige Behandlung (z.B. OP) verschieben mussten (kein Notfall)?	☐	☐	☐	☐	☐
Sie bei einem Patienten mit Demenz aufgrund der fehlenden Geschäftsfähigkeit ein Betreuungsverfahren einleiten mussten?	☐	☐	☐	☐	☐
ein gesetzlich bestellter Betreuer nicht bekannt oder nicht erreichbar war und aufgrund dessen eine Diagnostik oder Behandlung nicht zeitnah eingeleitet werden konnte?	☐	☐	☐	☐	☐
bei einem Patienten mit Demenz oder Verwirrheitszuständen aufgrund fehlender Beobachtungsmöglichkeit der Pflegenden eine medikamentöse Sedierung erfolgen musste?	☐	☐	☐	☐	☐
bei einem Patienten mit Demenz in der Patientenverfügung ein anderer Wunsch verschriftet vorlag, als er mündlich vom Patienten geäußert wurde?	☐	☐	☐	☐	☐
Sie ohne Möglichkeit zum systematischen Austausch (ethische Fallbesprechung) problematische Entscheidungen zur Durchführung einer Behandlung bei einem Patienten mit Demenz treffen mussten?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient Hilfeleistungen durch Sie ablehnte, jedoch offensichtlich nicht mehr voll geschäftsfähig erschien?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient mit Demenz oder Verwirrheitszuständen eine verordnete Bettruhe nicht eingehalten hat?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient mit der Neben-/Diagnose „Demenz“ ins Krankenhaus kam, sich diese Diagnose aber offensichtlich als falsch erwies (z.B. Exsikkose)?	☐	☐	☐	☐	☐
bei einem Patienten mit Demenz oder Verwirrheitszuständen aufgrund fehlender Beobachtungsmöglichkeit der Pflegenden eine Fixierung angeordnet werden musste (Bettgitter)?	☐	☐	☐	☐	☐
bei einem Patienten mit Demenz oder Verwirrheitszuständen aufgrund fehlender Beobachtungsmöglichkeit der Pflegenden eine Fixierung angeordnet werden musste (Bauchgurt)?	☐	☐	☐	☐	☐
Sie einen Patienten mit Demenz oder Verwirrheitszuständen per Anordnung (Psych KG) in eine psychiatrische Klinik verlegen mussten, weil eine Behandlung durch Sie nicht möglich erschien?	☐	☐	☐	☐	☐
Sie bei einer Behandlung eines Patienten mit Demenz Zweifel an der Sinnhaftigkeit der Maßnahme hatten?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient mit Demenz oder Verwirrheitszuständen kurz nach Entlassung wieder aufgenommen wurde (Drehtür)?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient mit Demenz oder Verwirrheitszuständen Anordnungen nicht umsetzen konnte und aufgrund dessen einen geringen Schaden erlitten hat (z.B. Schmerzen durch fehlende Einnahme von wirksamen Medikamenten)?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient mit Demenz oder Verwirrheitszuständen aufgrund einer fehlenden nachstationären Versorgung nicht zum anvisierten Zeitpunkt entlassen werden konnte?	☐	☐	☐	☐	☐
ein Patient mit Demenz oder Verwirrheitszuständen Anordnungen nicht umsetzen konnte und aufgrund dessen erheblichen Schaden erlitten hat (z.B. Ziehen eines Blasenkatheters/ Sturz mit Sturzfolgen)?	☐	☐	☐	☐	☐

Gibt es weitere besondere Probleme, die Sie beobachtet haben und die hier bislang nicht beschrieben wurden?

9.) Wie schätzen Sie die folgenden Gegebenheiten auf Ihrer Abteilung hinsichtlich der spezifischen Unterstützung von Patienten mit Demenz ein?

Bewerten Sie bitte nach Schulnoten	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
Die Möglichkeit für Patienten mit Demenz, sich klar zu orientieren (z.B. durch farbige Türen / Markierungen).	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, frühzeitig über die Aufnahme eines Patienten mit Demenz informiert zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, sehr unruhige Patienten auch alleine unterzubringen.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, ggf. auch Angehörige mit aufzunehmen (Rooming-In).	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, Angehörige durch eine Weiterleitung an Beratungsstellen zu unterstützen.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, festgelegte Zeitfenster für Diagnostik, Visite und Therapie zu gewährleisten.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit des Pflegeteams, Angehörige in der Pflege konkret anzuleiten und zu begleiten.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, Patienten mit Demenz in einem separaten Aufenthaltsraum zu betreuen/ zu aktivieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, innerhalb einer 3-Tages-Frist eine gesicherte Diagnostik bezüglich der Demenz vornehmen zu lassen	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, die Bedürfnisse nach Ruhe und Ungestörtheit von Mitpatienten zu gewährleisten.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, Patienten mit Demenz und ggf. einen begleitenden Angehörigen in geeigneten Räumen zu befragen (Arztzimmer).	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, zu jedem Zeitpunkt gezielt auf Informationen anderer Berufsgruppen zum Patienten zurückgreifen zu können.	☐	☐	☐	☐	☐

10.) Für die interdisziplinäre Kommunikation über den Patienten sind Informationen wichtig

Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen

	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Aussage möglich
Informationen im Vorfeld einer elektiven (geplanten) Aufnahme werden erhoben und stehen dem Team zur Verfügung (z.B. alte Patientenakte).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die zeitliche und örtliche Desorientierung eines Patienten wird bei Aufnahme ermittelt und dokumentiert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nach spezifischen Informationen zu Gewohnheiten eines Patienten mit Demenz wird (z.B. auf Basis des Anamnesebogens der Alzheimergesellschaft) gefragt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bei Patienten mit Verdacht auf eine Demenz wird eine Sozialanamnese erhoben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es liegen in aller Regel aussagekräftige Arztbriefe oder Einweisungsunterlagen vor, aus denen spezifische Behandlungen abgeleitet werden können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informationen zu Patientenverfügungen bei verwirrten und unruhigen Patienten werden eingeholt und dokumentiert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Krankenakten vorhergehender Aufenthalte enthalten in aller Regel aussagekräftige Informationen zum kognitiven Status eines Patienten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bei unruhigen oder verwirrten Patienten werden bei der Anamnese Angehörige mit einbezogen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11.) Setzen Sie eine der nachfolgenden Lösungsstrategien bei der Behandlung und Pflege von Patienten mit Demenz bereits ein? (Mehrfachantworten möglich)

Wir nehmen auf Wunsch Angehörige mit auf, damit der Erkrankte immer eine vertraute Person um sich hat (Rooming-In).	☐
Wir korrigieren Patienten mit Demenz nicht, wenn sie aus unserer Sicht sachlich falsche Äußerungen machen (z.B. „meine Kinder kommen gleich von der Schule“) [Einsatz von Methoden der „Validation“].	☐
Wir haben Maßnahmen der Raumgestaltung vorgenommen (z.B. die Stationstüre mit einem Vorhang versehen, um den Ausgang zu verdecken [Mimikry-Konzepte]).	☐
Wie haben in unserem Krankenhaus einen spezifischen Betreuungsbereich, in dem Patienten mit Demenz aktiviert werden.	☐
Um Patienten mit Demenz zu aktivieren, setzen wir bezahlte Alltagsbegleiter nach § 87b SGB XI ein.	☐
Wir arbeiten als fester Kooperationspartner in einem spezifischen Netzwerk zur Betreuung von Patienten mit Demenz mit.	☐
Wir haben ein klares Bezugspersonenkonzept, damit der Patient mit Demenz immer auf dieselben Personen (Ärzte wie Pflegende) trifft und diese die Möglichkeit haben, ihn besser einzuschätzen.	☐
Wir haben klare Verfahrensanweisungen zur frühzeitigen Diagnostik bei einem Verdacht auf Demenz.	☐
Die Mitarbeiter im ärztlichen Dienst sind über die verfahrensrechtlichen Bedingungen bei der Behandlung von Patienten mit Demenz informiert.	☐
Wir setzen Materialien der Alzheimergesellschaft ein (z.B. den Aufnahmebogen mit der Erfassung spezifischer Gewohnheiten des Menschen).	☐
Bei extrem unruhigen und gefährdeten Patienten mit Demenz setzen wir zusätzliches Personal ein, um die Pflege und Betreuung abzusichern und freiheitseinschränkende Maßnahmen zu vermeiden.	☐
Wir haben gezielte Informationsmaterialien über Demenz auf unserer Station ausgelegt.	☐
Wir haben klare Konzepte und Verfahrensanweisungen (interne Leitlinien) zum Einsatz von Psychopharmaka bei Menschen mit Demenz.	☐
Wir haben festgelegte, organisierte Verfahrenswege, um ein evtl. notwendiges Betreuungsverfahren einzuleiten.	☐
Wir vermitteln Angehörige gezielt an regionale Beratungsstellen oder helfen bei der Vermittlung von häuslichen Schulungen.	☐
Wir werden schon im Vorfeld informiert, wenn ein Patient mit Demenz ins Krankenhaus aufgenommen wird (elektive Aufnahme), damit wir uns darauf einstellen können und Maßnahmen ergreifen können.	☐
Wir informieren den Sozialdienst frühzeitig, wenn wir einen Menschen mit Demenz aufnehmen, der keine Angehörigen hat und dessen Versorgung zuhause unklar ist.	☐

12.) Zu welchen spezifischen Themen im Zusammenhang mit Menschen mit Demenz im Krankenhaus würden Sie Mitarbeiter in eine Fortbildung senden? (Mehrfachantworten möglich)

Fachwissen über Demenz (Demenzformen/ Diagnostik/ Therapie/ Medikation)	☐
Beziehungsgestaltung und wertschätzende Kommunikation	☐
Interventionen bei herausforderndem Verhalten und Apathie	☐
Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie von Menschen mit Demenz	☐
Kommunikationsstrategien und Symbolik der Sprache von Menschen mit Demenz	☐
Ethische Fragen bei der Behandlung von Menschen mit Demenz (Gerechtigkeit/Reanimation/Behandlungsgrenzen/Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Therapie)	☐
Medikamentöse Therapien / Polypharmazie	☐
Sterbebegleitung	☐
Rechtliche Aspekte der Versorgung (Umgang mit Fixierung/Therapieabbruch/Patientenverfügung etc.)	☐

13.) Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen ein:**Für die Versorgung der Patienten mit Demenz in unserer Abteilung sollte(n)...**

	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
...zusätzliche Angebote geschaffen werden, damit Patienten mit Demenz unter Betreuung sinnvoll aktiviert werden können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...in der Nähe des Stationszimmers eine Sitzmöglichkeit geschaffen werden (Sitzgruppe/Sessel), wo Fingerfood und Getränke zur Verfügung stehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...zusätzliche Beratungen (z.B. durch Demenzfachberater) für die Angehörigen schon im Krankenhaus ermöglicht werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...feste Zeiten ausgemacht werden, in denen eine Anwesenheit des Angehörigen dringend erforderlich ist (z.B. als Begleitperson bei Untersuchungen).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...feste Uhrzeiten für Tests und Untersuchungen ausgemacht werden, um unnötiges Warten vor Untersuchungszimmern zu vermeiden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Bezugspersonen vom Team (Pflege und Ärzte) benannt werden, an die Angehörige sich wenden können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...eine frühzeitige Vermittlung zu weiterführenden Angeboten (z.B. Angehörigengesprächskreise / häusliche Schulungen) erfolgen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...eine späte Mahlzeit (ca. 20:00 Uhr) angeboten werden, um nächtliche Unruhezustände aufgrund von Hungergefühlen zu vermeiden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...alle betreuenden Personen über die Einschränkungen und die Sozialanamnese informiert sein, um eine adäquate Unterstützung und Therapie anbieten zu können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...zusätzliche spezielle Therapien (z.B. Ergotherapie) angeboten werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...technische Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden (z.B. Sensormatten/ Namensbändchen), um ihre Sicherheit zu gewährleisten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...im Team und im Umfeld wertschätzend über sie und ihre Erkrankung gesprochen werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...möglichst eine frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus angestrebt werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...als Regel eingeführt werden, dass alle Beschäftigten mit den Patienten mit Demenz direkt sprechen und sie auch stets selbst befragen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...bauliche Maßnahmen erfolgen, um durch klare Beschilderungen und Signale Orientierungen zu verbessern.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...zusätzliche Ehrenamtler gewonnen werden, die als feste „Paten“ in die Begleitung und Betreuung eingebunden werden könnten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Gibt es weitere Aspekte, die aus Ihrer Sicht besonders wichtig sind und noch nicht genannt wurden?

14.) Wenn Sie ein oder mehrere Themen für eine Verbesserung (ggf. auch im Rahmen von Projektarbeit) auswählen dürften, welche wären das?
(Mehrfachantworten möglich)

Entwicklung eines konkreten Anmeldeverfahrens, um vor der Einlieferung bereits informiert zu werden und Maßnahmen ergreifen zu können (z.B. Klärung der Bezugsperson/ Zimmerzuteilung).	☐
Maßnahmen der räumlichen Gestaltung (z.B. Schaffung eines „Demenzzimmers“ mit Rooming-In-Möglichkeit/ „Sitzgruppe mit sozialer Funktion“).	☐
Entwicklung eines Konzeptes für eine tagesstrukturierende Betreuung und Aktivierung durch ehrenamtliche Helfer und ggf. Mitarbeiter der Ergotherapie.	☐
Strukturierung eines Rooming-In Konzeptes für die parallele Aufnahme von Angehörigen auch ohne räumlich-bauliche Umgestaltungen.	☐
Entwicklung eines Begleitedienstes, um postoperative Delirzustände zu verringern (geschulte selbe Kräfte begleiten vor, während, nach einer OP).	☐
Entwicklung von geeigneten Konzepten und Handlungsstrategien, um freiheitseinschränkende Maßnahmen im Krankenhaus möglichst zu minimieren (oder abzuschaffen).	☐
Entwicklung von Materialien, mit denen Angehörige gezielt in weitere Beratungsprozesse von Stellen außerhalb des Krankenhauses vermittelt werden können (Infomappen, die ausgehändigt werden).	☐
Ausbildung von umfassend geschulten Personen, die sich mit spezifischen Demenzkonzepten auskennen und auf der Station beraten können (Demenzlotsen/ Demenzfachberater im Krankenhaus).	☐
Entwicklung von Konzepten zur parallelen Diagnostik einer Demenz im Kontext einer anderen Behandlung.	☐
Entwicklung von hausinternen Standards und Leitlinien bezüglich des Einsatzes von Psychopharmaka.	☐

15.) Wenn Sie sich stärker auf die Behandlung von Patienten mit Demenz spezialisieren würden- mit welchen Folgen würden Sie für Ihre Abteilung rechnen? (Mehrfachantworten möglich)

Die verstärkte Behandlung dieser Patientengruppe hätte stark werbewirksame Effekte für unsere Abteilung (über Presse / Einweiser / Angehörige).	☐
Die verstärkte Behandlung dieser Patientengruppe würde für unser Krankenhaus in der Region ein Alleinstellungsmerkmal darstellen.	☐
Die verstärkte Behandlung dieser Patientengruppe würde andere Patienten davon abhalten, in unser Krankenhaus zu kommen und sich behandeln zu lassen.	☐
Die verstärkte Behandlung dieser Patientengruppe würde die Suche nach fachqualifizierten Ärzten erschweren.	☐
Die verstärkte Behandlung dieser Patientengruppe würde im Sinne des ethischen Leitbildes unseres Trägers eine Stärkung der „Marke Caritas“ bedeuten.	☐
Die verstärkte Behandlung dieser Patientengruppe würde die Suche nach fachqualifizierten Pflegenden erschweren.	☐
Die verstärkte Behandlung dieser Patientengruppe würde die Suche nach fachqualifizierten Ärzten erleichtern.	☐
Die verstärkte Behandlung dieser Patientengruppe würde ohne bauliche und konzeptuelle Entwicklungen zu betreiben keinen Sinn machen.	☐

Möchten Sie uns noch Hinweise und Ideen mit auf den Weg geben oder einzelne Punkte erläutern?

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

7.2 Empfohlene Dokumente

NOTFALLMAPPE

für die Einweisung in ein Krankenhaus

Diese Notfallmappe gehört:

.....

Gefördert durch:



Herausgeber und Projektträger

GSP - Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH
Loher Straße 7, 42283 Wuppertal
info@sozialeprojekte.de
www.sozialeprojekte.de

V.i.S.d.P.

Klaus Bremen M.A., Geschäftsführer GSP

Texte und Redaktion

Dr. Susanne Angerhausen
Sandra Bachmann

Layout und Gestaltung

Dr. Susanne Angerhausen
Sandra Bachmann
Magdalena Kozikowski

Zur Entstehung der Notfallmappe

Die Notfallmappe ist eine der Hilfen für Menschen mit Demenz, die wir im Rahmen des Projektes „Blickwechsel Demenz. Regional.“ in Herdecke entwickelt haben.

Das Projekt kümmert sich darum, die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einer Demenz zu verbessern. Wie gut diese Versorgung ist – das ist davon abhängig, wie gut die Beteiligten zusammenarbeiten, z.B. Haus- und Fachärztinnen/-ärzte, Pflegekräfte sowie Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus, Mitarbeiter/-innen ambulanter Pflegedienste und Menschen, die sich in der Beratung und Betreuung von pflegenden Angehörigen engagieren. Mit dem Projekt wollen wir diese Zusammenarbeit fördern und weiterentwickeln.

Menschen mit einer Demenz, die noch zu Hause leben, kommen oft ohne entsprechende Informationen zu ihrem Gesundheitszustand, ihren Gewohnheiten oder Möglichkeiten der Kontaktaufnahme ins Krankenhaus. Hier soll unsere Notfallmappe helfen.

Wir konnten die Notfallmappe gemeinsam mit folgenden Institutionen entwickeln: Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Pflegeberatung der Stadt Herdecke, GVS Herdecke, Familien- und Krankenpflege Herdecke, mobile – Unterstützungsangebote für pflegende Angehörigen in Witten sowie niedergelassenen Ärzten aus der Modell Herdecke Plus.

Weitere Informationen zum Projekt unter: www.blickwechseldemenz.de

Nutzungshinweise

Die „GSP - Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH“ als geistiger Urheber dieser Publikation gestattet, dass dieses Dokument von Dritten kopiert, verbreitet und in modifizierter Form genutzt wird. Der Urheber muss jedoch auf dem Dokument genannt sein und zugleich über Verwendung und ggf. Modifikationen informiert werden.

Name _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Krankenkasse _____

Versichertennummer _____

Im Notfall zu benachrichtigen

Name _____

Adresse/Tel. _____

**Beziehung zur/
zum Erkrankten** _____

() Bevollmächtigte/-r

() rechtliche/r Betreuer/-in

Weitere Ansprechpartner/-in

Name _____

Adresse/Tel. _____

**Beziehung zur/
zum Erkrankten** _____

() Bevollmächtigte/-r

() rechtliche/r Betreuer/-in

Inhaltsverzeichnis Notfallmappe

1. Persönliche Daten und wichtige Rufnummern
2. Meine Medikamentenliste
Ausdruck Ihrer Fach- und Hausarztpraxis oder Ihrer Apotheke
3. Krankheiten/Diagnosen
Ausdruck Ihrer Hausarztpraxis oder letzte Krankenhausberichte
4. Vorsorgedokumente
Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung
5. Informationsbogen für Patientinnen und Patienten mit einer Demenz bei der Aufnahme in ein Krankenhaus
6. Gebrauchsanweisung für die Notfallmappe
7. Weitere Dokumente, und zwar: _____

1. Persönliche Daten und wichtige Rufnummern

Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet

Wohnsituation ☐ alleinlebend ☐ nicht alleinlebend

Pflegestufe ☐ keine ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ beantragt

Betreuungsleistung ☐ Grundbetrag 100 € ☐ erhöhter Betrag 200 €

Vorsorgevollmacht ☐ ja ☐ nein *(siehe Kopie im Anhang)*

Patientenverfügung ☐ ja ☐ nein *(siehe Kopie im Anhang)*

Meine Hausärztin / Mein Hausarzt

Name _____

Adresse _____

Tel. _____

Meine Neurologin/Psychiaterin / Mein Neurologe/Psychiater

Name _____

Adresse _____

Tel. _____

Weitere Fachärztinnen/Fachärzte

Fachrichtung _____

Name _____

Adresse _____

Tel. _____

Fachrichtung _____

Name _____

Adresse _____

Tel. _____

Mein Pflegedienst

Name _____

Adresse _____

Tel. _____

Weitere/-r Ansprechpartner/-in

Name _____

Adresse _____

Tel. _____

Meine Medikamentenliste

aktuelle Kopie vom Hausarzt/Facharzt/Apotheker

aktueller Stand:	geändert am:
	geändert am:
	geändert am:
	geändert am:

Krankheiten/Diagnosen

**Ausdruck vom Hausarzt und wenn vorhanden
letzte Krankenhausberichte**

Vorsorgedokumente

**Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht,
Betreuungsverfügung**

4. Vorsorgedokumente

Im Zusammenhang mit dem Begriff Vorsorgedokumente tauchen häufig die Begriffe **Patientenverfügung** (auch Patiententestament), **Vorsorgevollmacht** und **Betreuungsverfügung** auf.

Die Vorsorgevollmacht oder Vollmacht zur Vorsorge

Eine Vorsorgevollmacht ist eine private Vereinbarung zwischen Ihnen und einer oder mehreren Personen Ihres Vertrauens. Sie ermöglicht Ihnen ein hohes Maß an Selbstbestimmung. Sie benennen die Person(en) Ihres Vertrauens, die bereit sind, für Sie zu handeln, wenn Sie bestimmte Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln können. Durch die Bevollmächtigung wird ein gerichtliches Betreuungsverfahren entbehrlich. Diese Regelung gilt beispielsweise für Bank- oder Versicherungsgeschäfte, Behördengänge, Post und Fernmeldeverkehr, Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten und vor allem für Fragen zur Gesundheits-sorge und Pflegebedürftigkeit.

Die Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung können Sie im Voraus festlegen, ob und wie Sie in bestimmten Situationen medizinisch behandelt werden möchten, für den Fall Ihrer Entscheidungsunfähigkeit. Sinn der Patientenverfügung ist, dass Sie Ihren Willen hinsichtlich der Behandlung von Krankheiten zu einem Zeitpunkt schriftlich niederlegen, zu dem eine solche Entscheidung noch eigenverantwortlich von Ihnen getroffen werden kann. Auf diese Weise wahren Sie Ihr Recht auf Selbstbestimmung, auch wenn Sie zum Zeitpunkt der Behandlung nicht mehr ansprechbar und einwilligungsfähig sind. Es kann sehr sinnvoll sein, in die Patientenverfügung Ihre persönlichen Wertvorstellungen, wie z.B. Ihre Einstellungen zum Leben und Sterben oder Ihre religiösen Anschauungen mit aufzunehmen.

Die neuen gesetzlichen Regelungen sehen vor, dass eine Patientenverfügung schriftlich verfasst wird und eigenhändig von Ihnen unterschrieben werden muss. Es ist empfehlenswert, dass Sie Ihre Patientenverfügung regelmäßig (z.B. einmal im Jahr) bestätigen.

Die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht kann jederzeit formlos von Ihnen widerrufen werden. Eine Notarin oder ein Notar muss die Dokumente nicht beglaubigen.

Die Betreuungsverfügung

In einer Betreuungsverfügung können Sie für den Fall einer gesetzlichen Betreuung Vorschläge zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers sowie Wünsche zur Wahrnehmung der Betreuung äußern. Bei der Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers werden Ihre Wünsche durch das Betreuungsgericht i.d.R. berücksichtigt.

Weitere Informationen zu den Vorsorgedokumenten bekommen Sie kostenfrei bei:

1. Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Bundesweites Beratungstelefon

Montag - Freitag von 10.00 bis 18.00 Uhr unter 0800-0 11 77 22
(kostenfrei aus dem deutschen Festnetz)

2. Justizministerium NRW

Expertentelefon zur Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Betreuungsrecht **jeden ersten Donnerstag im Monat von 15.00 bis 16.30 Uhr unter 0180-3 10 02 12** (9 Cent/min)

Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei der Aufnahme in ein Krankenhaus (Alzheimer Gesellschaft)

aktueller Stand:	geändert am:
	geändert am:
	geändert am:
	geändert am:

Informationsbogen: Patient mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus

Adresse des Patienten:		weiter: (Name)		Nähe und Distanz: Der Patient ...	
Angehöriger:		Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:		☐ reagiert positiv auf Körperkontakt ☐ hält lieber Distanz	
☐ (Ehe-)Partner ☐ Sohn / Tochter		Muttersprache/ Dialekt:		kann abrupt ablehnend reagieren, wenn	
☐ anderer		Ehemaliger Beruf (z.B. Handwerk):			
Adresse des Angehörigen:		Stolz/ Bedeutsames:			
Telefon:		Einschränkungen Sehen:		Gewohnheiten im Tagesverlauf:	
☐ vorhanden		☐ leicht ☐ schwer ☐ Brille vorhanden		morgens (z.B. zuerst Frühstück):	
☐ nicht vorhanden		Einschränkungen Hören:		mittags (z.B. Ruhepause):	
Kontaktaufnahme erwünscht bei ...		☐ leicht ☐ schwer ☐ Hörgerät vorhanden		abends (z.B. Getränk, Rituale):	
☐ zunehmender Unruhe des Kranken ☐ Einleitung von Schutzmaßnahmen		Verstehen von Sprache: Das Sprachverständnis ist ...		Sonstige Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:	
☐ fehlender Kooperation in Pflegesituationen ☐ Problemen bei der Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme		☐ weitgehend erhalten ☐ kurze Fragen werden verstanden ☐ sehr eingeschränkt, z.B. auf prägnante Worte		Zur Entspannung:	
Sonstiges:		☐ Sprachverständnis fehlt ☐ Gesten werden verstanden		Zum Einschlafen:	
☐ rund um die Uhr ☐ nur von bis Uhr		Sprach- und Sprechfähigkeit ist ...		In Stresssituationen:	
☐ Angehöriger ☐ Betreuer		☐ weitgehend erhalten ☐ kurze Sätze können gebildet werden ☐ sehr eingeschränkt, z.B. einzelne Worte		In Pflegesituationen:	
Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:		nicht möglich, weil			
Religion:					
Regionale Herkunft / Heimat:					

Informationsbogen: Patient mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus

weiter: Verhalten:		weiter: Essen und Trinken:		weiter: Körperpflege:	
Wünsche und Vorlieben:		Hilfestellung bei:		Risiken (z.B. Empfindlichkeiten der Haut):	
Ärger / abwehrendes Verhalten bei:		Abwehrendes Verhalten bei:			
Angst bei:		Ruhen und Schlafen:		An- und Auskleiden:	
Weglauf-tendenzen		☐ Ruhe und Schlaf ohne Probleme	☐ Einschlafstörungen	Lieblingskleidungsstück:	
		☐ Toiletten-gänge gegen Uhr	☐ geht zu Bett gegen Uhr	Besonderheiten:	
		Einschlaf-gewohnheiten:		Abwehrendes Verhalten bei:	
		Bei Einschlaf-störungen/nächtlicher Unruhe hilft:		Ausscheiden:	
		Körperpflege:		☐ Kontrolle der Blase	☐ Kontrolle des Darms
		☐ Körperpflege selbstständig	☐ wäscht sich am Wasch-becken selbst	☐ Feste Toiletten-zeiten:	☐ erkennt Toilette
		☐ wäscht Oberkörper selbstständig	☐ bevorzugt Wannenbad		
		Hilfestellung nötig bei:		Hilfsmittel:	
		Abwehrendes Verhalten bei:		☐ Urinflasche	☐ Steckbecken
				☐ Vorlage	☐ Einlage
				Sonstiges:	



6. Gebrauchsanweisung für die Notfallmappe

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Notfallmappe soll Ärztinnen, Ärzten und Fachkräften bei einer Einweisung in ein Krankenhaus alle wichtigen Informationen zu Ihrer Person auf einen Blick ermöglichen.

Daher ist es wichtig, dass Sie oder Ihre Angehörigen diese Informationen immer auf dem aktuellen Stand und für den Notfall bereithalten. Das bedeutet:

- ⇒ **Halten Sie die Notfallmappe immer griffbereit und sichtbar und nehmen Sie die Mappe zu allen Arztterminen mit.**
- ⇒ **Bitten Sie in Ihrer Arztpraxis oder Apotheke regelmäßig um eine aktuelle Medikamentenliste und die aktuellen Diagnosen.**
- ⇒ **Ergänzen Sie bitte auch die Medikamente, die Sie nicht von Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt verordnet bekommen, aber regelmäßig einnehmen (z.B. Vitamintabletten oder Abführmittel).**
- ⇒ **Heften Sie die letzten Entlassungsberichte aus dem Krankenhaus in die Notfallmappe ab.**
- ⇒ **Aktualisieren Sie den Informationsbogen mit ihren persönlichen Daten, falls sich etwas ändert.**
- ⇒ **Legen Sie in die Notfallmappe nur Kopien und keine Originale.**

weitere Dokumente

7.3 Weiterführende und verwendete Literatur

- Allen, J.; Close, J. (2010): The NICHE geriatric resource nurse model: improving the care of older adults with Alzheimer's disease and other dementias. In: *Geriatr Nurs*, 31. Jg., Heft 2, S. 128–132.
- Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg (Hg.) (2009): Menschen mit Demenz im (Akut-)Krankenhaus. Reihe im alzheimer aktuell – der Mitgliederzeitung der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e. V. Internetpublikation: http://www.alzheimer-bw.de/fileadmin/AGBW_Medien/Dokumente/Demenzen/Menschen_mit_Demenz_begleiten/100318%20Reihe%20MmD%20im%20Krankenhaus%20%28alzheimer%20aktuell%29.pdf (Download am 02.02.2012).
- Ammer, N. (2004): Effektivität eines patientenzentrierten Stationssettings für Demenzpatienten mit internistischen Erkrankungen. Eine empirische Verlaufsstudie. Inaugural-Dissertation, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms Universität, Münster. Internetpublikation: http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=971455848&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=971455848.pdf (Download am 11.01.2012).
- Angerhausen, S. (2008): Demenz – eine Nebendiagnose im Krankenhaus oder mehr? Maßnahmen für eine bessere Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41. Jg., Heft 6, S. 460–466.
- Angerhausen, S.: Projekt „Blickwechsel – Nebendiagnose Demenz“. Warum sich Krankenhäuser mit dem Thema Demenz beschäftigen sollten und was sie zur Verbesserung der Versorgung demenzkranker Patienten tun können – Sieben Gründe und sieben Empfehlungen. Online verfügbar unter <http://www.blickwechseldemenz.de>
- Archibald, C. (2007): Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Ein Lern- und Arbeitsbuch für Pflegefachkräfte. Köln, Kuratorium Dt. Altershilfe (KDA).
- Arolt, V. (1997): Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten. Eine epidemiologische Untersuchung zu Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsbedarf psychiatrischer Morbidität bei internistischen und chirurgischen Patienten. Berlin, Springer.
- Berchtold, A. (2008): Sensorische Stimulation als Pflegeintervention zur Verminderung von Agitation bei Demenzkranken. Bachelorarbeit. Fachhochschule Westschweiz, Visp.
- Bergerhoff, E. (2011): Projekt Demenzstation im evangelischen Krankenhaus Unna. Vortrag am Niederrheinischen Pflegekongress 2011. Internetpublikation: <http://s3.amazonaws.com/ppt-download/konzeptdemenzstation-111012161211-phpapp02.pdf> (Download am 30.01.2012).
- Bergerhoff, E. (2011a): Interdisziplinäre Demenzstation. Posterpräsentation auf dem Fachtag "Menschen mit Demenz im Krankenhaus" am 22. November 2011 in Düsseldorf. Internetpublikation: http://www.blickwechseldemenz.de/progs/toe/gsp/projekt/demenz/content/e2670/e3490/e3621/e3664/EvangelischenKrankenhausUnna_Platat.pdf (Download am 29.01.2012).
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hg.) (2011): Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. Online verfügbar unter <http://www.berlin-institut.org>
- Beyer-Rehfeld, A. (2002): Die alten Alten kommen. Auf die damit einhergehenden Probleme sind wir schlecht vorbereitet. In: *Krankenhaus Umschau*, Jg. 71, Heft 5, S. 374–375.
- Bickel, H. (2001): Demenzen im höheren Lebensalter. Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34. Jg., Heft 2, S. 108–115.
- Bickel, H. (2005): Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch, C. W. & Förstl, H. (Hg.): *Demenzen. Referenz-Reihe Neurologie*. Stuttgart: Thieme, S. 1–15.
- Bickel, H. (2010): Das Wichtigste 1. Die Epidemiologie der Demenz. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (Hg.). Berlin. Internetpublikation: http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_10.pdf (Download am 12.01.2012).
- Borbasi, S.; Jones, J.; Lockwood, C.; Emden, C.: Health professionals' perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: Toward better practice. In: *Geriatr Nurs*, Jg. 27, Heft 5, S. 300–308.
- Boy, S. (2011): Konzepte zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus bei der Aufnahme und Begleitung durch den Krankenhausaufenthalt. Projektskizze der Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden. Internetpublikation: https://www.station24.de/c/document_library/get_file?uuid=03afeffe-bff2-4be5-a4bf-38b7aab081b1&groupId=10138 (Download am 02.02.2012).

- Bradway, C.; Hirschman, K. B. (2008): Working with families of hospitalized older adults with dementia: caregivers are useful resources and should be part of the care team. In: Am J Nurs, Jg. 108, Heft 10, S. 52-60.
- Braun, B. (2011): Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus - Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008. Bremen: Univ. Artec Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec-paper, 173).
- Bruns, S. (2010): Demenzlotsen als Wegbegleiter. Projekt mit Vorbildcharakter. In: Die Schwester Der Pfleger Jg. 49, Heft 10, S. 972-974.
- Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (Hg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin.
- Campbell, M.; Fitzpatrick, R.; Haines, A.; Kinonth, A. L.; Sandercock, P. (2000): Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. In: British Medical Journal, Jg. 321, Heft 16, S. 694-996
- Ciesinger, K.-G; Goesmann, C.; Klatt, R.; Lisakowski, A. (2011): Alten- und Krankenpflege im Spiegel der öffentlichen Wahrnehmung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung zur Wertschätzung zweier Dienstleistungsberufe. Hg. v. Technische Universität Dortmund. Dortmund. Online verfügbar unter http://www.berufe-im-schatten.de/data/bis_tabellenband_pflege_2011.pdf, zuletzt aktualisiert am 19.01.2011, zuletzt geprüft am 11.05.2012.
- Cunningham, C.; Archibald, C.: Supporting people with dementia in acute hospital settings. In: Nurs Stand, Jg.20, Heft 43, S. 51-55.
- Der Westen (Hg.) (2011a): Wer abends unruhig wird. Artikel vom 24.06.2011. Internetpublikation: <http://www.derwesten.de/staedte/gelsenkirchen-buer/wer-abends-unruhig-wird-id4801904.html> (Download am 31.01.2012).
- Der Westen (Hg.) (2011b): Krankenhäuser auf mehr Patienten mit Demenz vorbereitet. Artikel vom 23.11.2011. Internetpublikation: <http://www.derwesten.de/staedte/castrop-rauxel/krankenhaeuser-auf-mehr-patienten-mit-demenz-vorbereitet-id6100736.html> (Download am 02.02.2012).
- Detert, E. (2007): Nach dem Frühstück wird vorgelesen. Tagesbetreuung für Demenzkranke im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. In: pflegen: Demenz, Jg.2, Heft 3, S. 24-26.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2010): FactSheet_01_10. Online verfügbar unter http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_10.pdf.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hg.) (2009): S3-Leitlinie "Demenzen". Online verfügbar unter http://www.dgn.org/images/stories/dgn/leitlinien/II_demenz/II-demenz-kurz-170210.pdf, zuletzt aktualisiert am 17.02.2010, zuletzt geprüft am 03.11.2012.
- Dewing, J. (2001): Care for older people with a dementia in acute hospital settings. In: Nurs Older People, Jg. 13, Heft 3, S. 18-20.
- Dollen, A., Hofmann, W. & Reh, M. (2009): Spezifisch therapeutisches Milieu. Ü 76: Eine Spezialstation für Patienten mit Demenz. In: KU Gesundheitsmanagement, Jg. 78, Heft 12, S. 48-50.
- Elisabeth-Krankenhaus Gelsenkirchen (Hg.) (2011): Strukturierter Qualitätsbericht gemäß §137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2010. Internetpublikation: http://www.elisabeth-krankenhaus-g.de/downloads/Strukturierter_Qualitätsbericht_2010.pdf (Download am 31.01.2012).
- Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf (Hg.) (2011): Neu: Internistische Akut-Station für Demenzkranke - Entschleunigter Bereich im Ev. Krankenhaus Alsterdorf. Pressemitteilung vom 9. Februar 2011. Internetpublikation: <http://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de>
- Familien- und Krankenpflege e. V. Essen (Hg.) (2010): Demenzkranke im Krankenhaus. Eine Herausforderung für alle Beteiligten. In: Gesundheit vor Ort (Ausgabe Essen), Heft 1, S. 12-14. Internetpublikation: http://www.pflegebrief.de/ausgaben/2010_01_essen.pdf (Download am 29.01.2012).
- Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH (GSP) (Hg.) (2006): De Huiskamer - Wohnzimmer für ältere Menschen im Krankenhaus. Exkursion zum Laurentius Ziekenhuis in Roermond. Online verfügbar unter http://www.sozialeprojekte.de/content/e334/e960/e1311/e1314/Huiskamer_Druckversion06-11-02.pdf.

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2011): Diagnosedaten der Krankenhäuser nach Wohnsitz und Behandlungsort (ab 2000). zuletzt aktualisiert am 11.01.2011
- Gurlit, S. (2009): Maßnahmen zur Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs. In: Adler, G (Hg.): Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depression - Demenz - Versorgung, Stuttgart, Kohlhammer, S. 160–168.
- Gurlit, S. & Möllmann, M. (2008): How to prevent perioperative delirium in the elderly? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 41, Heft 6, S. 447–452.
- Halek, M. & Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Hannover, Schlütersche.
- Harms, E. & Bigalke, S. (2007a): Achtung! Patient mit Demenz! Teil 1. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 46, Heft 3, S. 258–261.
- Harms, E. & Bigalke, S. (2007b): Achtung! Patient mit Demenz! Teil 2. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 46, Heft 4, S. 360–362.
- Harms, E. & Bigalke, S. (2011): Brauchen wir für demenzkranke Menschen Strukturen in einem Krankenhaus? Vortrag auf dem Fachtag "Menschen mit Demenz im Krankenhaus" am 22. November 2011 in Düsseldorf. Internetpublikation: http://www.blickwechseldemenz.de/content/e2670/e3490/e3593/e3600/Prsentation_Harms-Bigalke_22-11.2011.pdf (Download am 29.01.2012)
- Harms, E.; Bigalke, S. (2007): Achtung! Patient mit Demenz! Demenz im Krankenhaus. Teil 1. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 46, Heft 3, S. 258–261.
- Hirsch, R. D. (2003): Störfaktor dementer Patient? Kliniken müssen sich auf ältere Patienten besser einstellen. In: Krankenhaus Umschau, Jg. 72, Heft 3, S. 172–175.
- Hoffmann, E., Menning, S. & Schelhase, T. (2009): Demografische Perspektiven zum Altern und zum Alter. In: Böhm, K., Tesch-Römer, C. & Ziese, T. (Hg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert-Koch-Institut. Berlin: Robert Koch-Institut, S. 21–30.
- Hoffmann, J. G & Sottong, U. (2010): Station Silvia - Neue Wege in der Versorgung demenziell erkrankter Patienten im Akutkrankenhaus. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (Hg.): "Gemeinschaft leben". Referate auf dem 6. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz, S. 223–229.
- Hoffmann, J. G. (2010): Die Patienten verlieren ihre Angst. In: Neue Caritas, Jg. 111, Heft 16, S. 172–175.
- Hofheimer Zeitung (Hg.) (2011): Klinikaufenthalt mit Demenz. Konzept für eine patientengerechte Betreuung. Artikel vom 15.11.2011. Internetpublikation: <http://www.hofheimer-zeitung.de/nachrichten/main-taunus/11359021.htm> (Download am 02.02.2012).
- Information und Technik NRW (it.nrw) (Hg.) (2010): Auswirkungen des demografischen Wandels. Modellrechnungen zur Entwicklung der Krankenhausesfälle und der Pflegebedürftigkeit. Düsseldorf (Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen, 66) Düsseldorf.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2009) Pflege in Deutschland. Ansichten der Bevölkerung über Pflegequalität und Pflegesituation. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung, Allensbach
- Institut für Demoskopie Allensbach (2011): Berufsprestigeskala. allensbacher berichte. Hg. v. Institut für Demoskopie Allensbach. Allensbach. Online verfügbar unter http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsdocs/prd_1102.pdf, zuletzt aktualisiert am 07.04.2011, zuletzt geprüft am 06.09.2012.
- Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. (iso) Saarbrücken (Hg.) (2011): Projekt: Modellvorhaben "Demenz im Krankenhaus" (Dem-i-K) in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft katholische Krankenhäuser Saarland. Internetpublikation: http://www.iso-institut.de/forschung/fs5/projekt_5_19.html (Download am 31.01.2012).
- Isfort, M. (2009) Rooming-in für Angehörige. Demenz-Projekt im Krankenhaus. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 48, Heft 10, S. 948–951.
- Isfort, M. (2010): Doppelt hilft besser bei Demenz. Modellprojekt. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 49, Heft 10, S. 968–971.
- Isfort, M.; Weidner, F. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>
- Jones, J.; Borbasi, S.; Nankivell, A.; Lockwood, C.: Dementia related aggression in the acute sector: is a Code Black really the answer? In: Contemp Nurse, Jg. 21, Heft 1, S. 103–115.
- Jungen, T. (2011): Dem-i-K: Demenz im Krankenhaus. Ein Projekt der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland zur Verbesserung der Behandlung Demenzkranker im

- Akutkrankenhaus. Vortrag auf der konstituierenden Sitzung des Projektbeirates am 07. November 2011. Internetpublikation: <http://www.thinkmarketing.de/dem-ik/downloads/folien-jungen-projektbeirat.pdf> (Download am 31.01.2011).
- Kirchen-Peters, S. (2003): Liaisonmodell: Unterstützung durch Profis. Modellprojekt zur Verbesserung der Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter im Allgemeinkrankenhaus. In: Krankenhaus Umschau, Jg. 72, Heft 3, S. 182–184.
- Kirchen-Peters, S. (2003): Liaisonmodell: Unterstützung durch Profis. Modellprojekt zur Verbesserung der Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter im Allgemeinkrankenhaus. In: Krankenhaus Umschau, Jg. 72, Heft 3, S. 182–184.
- Kirchen-Peters, S. (2005): Der Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“. Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. (iso) (Hg.). Saarbrücken. Internetpublikation: http://www.iso-institut.de/download/Kaufbeurenbericht_2005.pdf (Download am 13.01.2012).
- Kirchen-Peters, S. (2009a): Akutversorgung Demenzkranker im Allgemeinkrankenhaus – Krankheitsbezogenes Kompetenznetz. In: Adler, G (Hg.): Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depression – Demenz – Versorgung, Stuttgart, Kohlhammer, S. 227–232.
- Kirchen-Peters, S. (2009b): Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern. Zwischenbericht an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. (iso) (Hg.). Saarbrücken. Internetpublikation: <http://www.iso-institut.de/download/Zwischenbericht-Alzheimer.pdf> (Download am 12.01.2012).
- Kirchen-Peters, S. (2011): Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern. Zweiter Zwischenbericht an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. (iso) (Hg.). Saarbrücken. Internetpublikation: http://www.iso-institut.de/download/Zweiter_Zwischenbericht_Alzheimer_Gesellschaft_21_03_2011.pdf (Download am 24.01.2012).
- Kirchen-Peters, Sabine (2008): Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst – Pioniere warten auf Nachahmer. In: Z Gerontol Geriat, Jg. 41, Heft 6, S. 467–474.
- Kleina, T. & Wingenfeld, K. (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Universität Bielefeld, I. f. P. (Hg.). Internetpublikation: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-135.pdf> (Download am 12.01.2012).
- Kleina, T.; Wingenfeld, K. (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Unter Mitarbeit von Klaus Wingenfeld. Bielefeld: IPW (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), P07,135).
- Klinikum St. Marien Amberg (Hg.) (2011): Süddeutscher Pflegepreis. Konzept über den Umgang mit Demenzkranken wurde ausgezeichnet. Beitrag in der Zeitung des Amberger Klinikums, Ausgabe 12/2011: S. 14f. Internetpublikation: http://www.klinikum-amberg.de/fileadmin/user_upload/allgemein/downloads/zak/dez_kl.pdf (Download am 02.02.2012)
- Kolb, C. (2006): Ernährungstherapeutisches Projekt für Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Mangelernährung und körperlichen Abbau vermeiden. In: Pro Alter, Jg. 38, Heft 4, S. 38–42.
- Kolb, C. (2007): Ernährungstherapeutisches Projekt für demente Patienten in der Geriatrie. In: Geriatrie-Report, Jg. 1, Heft 1, S. 12–15.
- Krietenstein, U. (2002): Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Eine verdrängte Problematik. In: Pro Alter, Jg. 34, Heft 4, S. 66–70.
- Künig, G.; Kaldune, A.; Stief, V.; Jäger, M.; Hell, D.; Endrass, J.; Schreiter Gasser, U. (2007): CERAD und NOSGER. Der prädiktive Wert dieser Verfahren in der Demenzdiagnostik einer Schweizer gerontopsychiatrischen Patientenpopulation. In: Nervenarzt, Jg. 78, Heft 3, S. 314, 316–21.
- Lai, Claudia Ky; Yeung, Jonas Hm; Mok, Vincent; Chi, Iris (2009): Special care units for dementia individuals with behavioural problems. In: Cochrane Database Syst Rev (4), S. CD006470.
- Leung, D.; Todd, J. (2010): Dementia care in the acute district general hospital. In: Clin Med, Jg. 10, Heft 3, S. 220–222.
- Malteser Krankenhaus St. Hildegardis (Hg.) (2009): Fact-Sheet Station Silvia. Erste Demenzstation der Malteser in Deutschland nach dem Silviahemmet-Konzept. Online verfügbar unter http://www.malteser.de/1.08.Presse/1.08.05.Downloads/Fact_Sheet_Station_Silvia.pdf, zuletzt aktualisiert am 10.2009

- McPhail, C.; Traynor, V.; Wikström, D.; Brown, M.; Quinn, C. (2009): Improving outcomes for dementia care in acute aged Care: Impact of an education programme. In: *Dementia*, Jg. 8, Heft 1, S. 142–147.
- Moyle, W.; Olorenshaw, R.; Wallis, M.; Borbasi, S. (2008): Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: a review of the literature. In: *Int J Older People Nurs*, Jg. 3, Heft 2, S. 121–130.
- Müller, E. (2008): Geriatriisch-internistische Station für Akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD). Bethanien-Krankenhaus Heidelberg. Geriatisches Zentrum. (PowerPoint-Projektpräsentation). Online verfügbar unter <http://www.dbfk.de/baw/download/GISAD.WorkshopStuttgart08.04.2008.pdf>, zuletzt geprüft am 23.09.2009.
- Müller, E. et al. (2008a): Herausforderung für die Pflege: Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Bericht über das Interventionsprojekt "Geriatriisch-internistische Station für akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD)". In: *Pflege & Gesellschaft*, Jg. 13, Heft 4, S. 321–336.
- Müller, E. et al. (2008b): Geriatriisch-Internistische Station für Akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD). Abschlussbericht des Modellprojektes Teil 1 (Bericht). Überarbeitete und ergänzte Fassung vom 09.12.2008. Heidelberg, Bethanien-Krankenhaus – Geriatisches Zentrum (unveröffentlichtes Manuskript).
- Müller, E.; Dutzi, I.; Hestermann, U.; Oster, P.; Specht-Leible, N.; Zieschang, T. (2008): Herausforderung für die Pflege: Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Bericht über das Interventionsprojekt "Geriatriisch-internistische Station für akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD)". In: *Pflege & Gesellschaft*, Jg. 13, Heft 4, S. 321–336.
- Page, S.; Hope, K.; Bee, P.; Burns, A. (2008): Nurses making a diagnosis of dementia--a potential change in practice? In: *Int J Geriatr Psychiatry*, Jg. 23, Heft 1, S. 27–33.
- Park, M.; Delaney, C.; Maas, M.; Reed, D. (2004): Using a Nursing Minimum Data Set with older patients with dementia in an acute care setting. In: *J Adv Nurs*, Jg. 47, Heft 3, S. 329–339.
- Pedone, C. et al. (2005): Elderly Patients With Cognitive Impairment Have a High Risk for Functional Decline During Hospitalization: The GIFA Study. In: *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, Jg. 60, Heft 12, S. 1576–1580.
- Piel, G. (2010): Bezugspflegekräfte für Patienten und Patientinnen mit Demenz / Pharmakotherapieempfehlung bei nichtkognitiven Störungen bei Demenz. Posterpräsentation auf dem Fachtag "Menschen mit Demenz im Krankenhaus" am 22. November 2011 in Düsseldorf. Internetpublikation: <http://www.blickwechseldemenz.de/progs/toe/gsp/projekt/demenz/content/e2670/e3490/e3621/e3652/KrankenhausPorzamRhein-PLAKAT.pdf> (Download am 20.01.2012).
- Plenter, C. (2011a): Milieugestaltung und Tagesstrukturierung für Menschen mit Demenz im Krankenhaus – Möglichkeiten und Grenzen. Vortrag auf dem Fachtag "Menschen mit Demenz im Krankenhaus" am 22. November 2011 in Düsseldorf. Internetpublikation: http://www.blickwechseldemenz.de/content/e2670/e3490/e3593/e3602/Prsentation_CorneliaPlenter_22-11-2011.pdf (Download am 29.01.2012).
- Plenter, C. (2011b): Tagesbetreuung "Teekesselchen" im Projekt "Blickwechsel Demenz.Regional". Posterpräsentation auf dem Fachtag "Menschen mit Demenz im Krankenhaus" am 22. November 2011 in Düsseldorf. Internetpublikation: http://www.blickwechseldemenz.de/progs/toe/gsp/projekt/demenz/content/e2670/e3490/e3621/e3657/Teekesselchen_Plakat.pdf (Download am 29.01.2012).
- Poppele, G. et al. (2011): Projekt DAVID: Diagnostik, Akuttherapie, Validation auf einer Internistischen Station für Menschen mit Demenz. Posterpräsentation auf dem Fachtag "Menschen mit Demenz im Krankenhaus" am 22. November 2011 in Düsseldorf. Internetpublikation: http://www.blickwechseldemenz.de/progs/toe/gsp/projekt/demenz/content/e2670/e3490/e3621/e3648/Ev._Krankenhaus_Alsterdorf.pdf (Download am 29.01.2012).
- Rammoser, I. (2008): Spezialisierte Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen für den OP: "Mehr als nur Händchenhalten". Interview mit Simone Gurli, In: *Pflegezeitschrift*, Jg. 71, Heft 3, S. 130–132.
- Reh, M. & Hofmann, W. (2008): Station Ü76 -- geriatriische Frührehabilitation für Ältere mit Demenz. Projektbericht Demenz im Krankenhaus. In: Hallauer, J. F. & Hofmann, W. (Hg.): *Umgang mit Demenz: Pflegequalität steigern und Pflegeverständnis sichern*, Hamburg, Behr, Kapitel XII, 5.
- Reh, M. & Hofmann, W. (2009): Ü76 – geriatriische Frührehabilitation für Ältere mit Demenz. In: *Geriatrie Journal*, Jg. 11, Heft 1, S. 36–37.
- Renteln-Kruse, W. von; Frilling, B.; Dapp, U. (2011): Alte Menschen. In: *Lehrbuch Versorgungsfor-*schung. Stuttgart: Schattauer, S. 227–230.

- Rieckmann, N. (2009): *Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen*. 1. Aufl. Köln: DIMDI (HTA-Bericht 80).
- Robert Koch Institut (Hg.) (2009): *Gesundheit und Krankheit im Alter (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)*.
- Rothgang, Heinz; Iwansky, Stephanie; Müller, Rolf; Sauer, Sebastian; Unger, Rainer (2010): *BAR-MER GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege*. Gmünd (Pflegereport, 2010). Online verfügbar unter <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2010/101130-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2010,property=Data.pdf>.
- Rösler, A.; Hofmann, W.; Renteln-Kruse, W. von (2010): *Spezialisierte Stationen zur Behandlung von akut erkrankten geriatrischen Patienten mit zusätzlichen kognitiven Beeinträchtigungen in Deutschland*. In: *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, Jg. 43, Heft 4, S. 249–253.
- Rowe, M. (2008): *Wandering in hospitalized older adults: identifying risk is the first step in this approach to preventing wandering in patients with dementia*. In: *Am J Nurs*, Jg. 108, Heft 10, S. 62–70; quiz 71.
- Schäl, W. (2011): *Kliniken stellen sich auf Demenzkranke ein*. Artikel in der *Süddeutschen Zeitung* vom 28.11.2011. Internetpublikation: <http://www.sueddeutsche.de/muenchen/wolfratshausen/bad-toelz-wolfratshausen-kliniken-stellen-sich-auf-demenzkrank-ein-1.1221036> (Download am 02.02.2011).
- Schwager, W. (2011): *Menschen mit Demenz im Krankenhaus - Neue Wege in der Versorgung. Milieuthapie und Tagesstruktur*. Vortrag auf dem Fachtag "Menschen mit Demenz im Krankenhaus" am 22. November 2011 in Düsseldorf. Internetpublikation: http://www.blickwechseldemenz.de/content/e2670/e3490/e3593/e3601/Prsentation_Dr.WolfgangSchwager_22-11.2011.pdf (Download am 30.01.2012).
- St. Franziskus-Hospital Münster (29.09.2008): *Optimale Versorgungsbedingungen für ältere Patienten schaffen. Funktions- und Raumentwicklungsstudie des St. Franziskus-Hospitals macht Betreuungskonzept für geriatrische Patienten erlebbar*. Online verfügbar unter <http://www.sfh-muenster.de/nachricht-archiv+M5c8be84d070.html>.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.) (2010): *Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. Ausgabe 2010. Wiesbaden. Internetpublikation: http://www.dkgev.de/media/file/8582.RS382-10_Anlage1.pdf (Download am 12.01.2012).
- Statistisches Bundesamt (11.08.2010): *Hohe Kosten durch Demenz und Depressionen*. Wiesbaden. Online verfügbar unter http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/08/PD10__280__23631,templateId=renderPrint.psml, zuletzt geprüft am 11.01.2011.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2009): *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden. Internetpublikation: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,Warenkorb.csp&action=basketadd&id=1024891> (Download am 12.01.2012).
- Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege, Stiftung; Hrsg. (2009): *Demenz-kranke Patienten im Krankenhaus. Ein Praxishandbuch für Mitarbeiter in der Pflege*: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Sylvester, F. (2009): *Station Siloah - In Der Unruhe Schutz spenden*. In: *Die Schwester Der Pfleger*, Jg. 48, Heft 3, S. 224–226.
- Universitätsklinikum Freiburg & Universitätsklinikum Hamburg (Hg.) (2010): *Leitlinie Demenz*. Online verfügbar unter <http://www.demenz-leitlinie.de/angehoerige/Verbreitung.html>, zuletzt aktualisiert am 08.09.2010, zuletzt geprüft am 11.01.2011.
- Universität Witten Herdecke (Hg.) (2007): *Evidenzbasierte Leitlinie zu Diagnose und Therapie Entwickelt durch das medizinische Wissensnetzwerk „evidence.de“ der Universität Witten/Herdecke Version 05/2005*. Online verfügbar unter http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/DemenzText/demenztext.html, zuletzt aktualisiert am 03.09.2009, zuletzt geprüft am 03.11.2012.
- Wagner, G. (2010): *Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Konzept für ein bayernweites Projekt*. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., L. B. (Hg.). Internetpublikation: http://www.alzheimer-bayern.de/pdf_antraege/Konzept_Demenz_FP.ber.pdf (Download am 26.01.2012).
- Wagner, G. (2011): *Zwischenbericht zum bayernweiten Projekt "Menschen mit Demenz im Krankenhaus" durchgeführt von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e. V. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., L. B. (Hg.)*. Internetpublikation:

http://www.alzheimer-bayern.de/pdf_antraege/ZwischenberichtProjektDiKJuni2011_V_TES.pdf (Download am 26.01.2012).

- Weidert, S. (2009): Zu Gast im Café Memory – ein sozial-pflegerisches Aktivierungskonzept für betagte und demenzkranke Patienten im Krankenhaus. In: Alzheimer Info Ruhr, Heft 9, S. 11–13. Internetpublikation: <http://www.alzheimer-bochum.de/alzzeitung0909.pdf> (Download am 30.01.2012).
- Weidert, S. (2011): Café Memory – Ein Betreuungsangebot des Pflegedienstes für dementiell erkrankte Patienten in der Unfallchirurgie. Posterpräsentation auf dem Fachtag "Menschen mit Demenz im Krankenhaus" am 22. November 2011 in Düsseldorf. Internetpublikation: http://www.blickwechseldemenz.de/progs/toe/gsp/projekt/demenz/content/e2670/e3490/e3621/e3647/Bergmannsheil_PLAKAT.pdf (Download am 29.01.2012).
- Wetzlei, S. & Schwager, W. (2011): Schwerpunktstation für Patienten mit dementiellen Syndromen in einer geriatrischen Klinik. Posterpräsentation auf dem Fachtag "Menschen mit Demenz im Krankenhaus" am 22. November 2011 in Düsseldorf. Internetpublikation: http://www.blickwechseldemenz.de/progs/toe/gsp/projekt/demenz/content/e2670/e3490/e3621/e3651/JohannisstiftMnster_Platat.pdf (Download am 29.01.2012).
- Weyerer, S. (2005): Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28. Berlin, Robert-Koch-Institut (Hg.). Internetpublikation: http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9663&p_sprache=D&p_uid=gast&p_aid=81015666&p_lfd_nr=1 (Download am 12.01.2012)
- Wieking, J. & Bünemann, H. (2008): "Lotsen für Menschen mit Demenz" im Krankenhaus. Ein Projekt am Marienkrankenhaus Hamburg-Hohenfelde. In: Hallauer, J. F. & Hofmann, W. (Hg.): Umgang mit Demenz: Pflegequalität steigern und Pflegeverständnis sichern, Hamburg, Behr, Kapitel XII, 4.
- World Health Organization (WHO) (Hg.) (2012): Dementia. a public health priority. Online verfügbar unter http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf, zuletzt geprüft am 11.10.2012.
- Wojnar, J. (2003): Demenzpatienten im Krankenhaus. In: Alzheimer Info, Jg. 7, Heft 1, S. 2–4.
- Ziegler, U. & Doblhammer, G. (2009): Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland. Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung von 2002. In: Das Gesundheitswesen, Jg. 71, Heft 5, S. 281–290.
- Zieschang, T. et al. (2008): A special care unit for acutely ill patients with dementia and challenging behaviour as a model of geriatric care. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 41. Jg., Heft 6, S. 453–459.
- Zieschang, T. et al. (2009): Akuterkrankte Patienten mit Demenz im Krankenhaus – Eine Herausforderung. In: Adler, G (Hg.): Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depression – Demenz – Versorgung, Stuttgart, Kohlhammer, S. 233–239.