

Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser

Dr. Sabine Kirchen-Peters
Dr. Elisabeth Krupp

Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser

Dr. Sabine Kirchen-Peters

Dr. Elisabeth Krupp

Inhalt

06	Grußwort Deutsche Alzheimer Gesellschaft
07	Grußwort Deutsche Krankenhausgesellschaft
08	Vorwort Robert Bosch Stiftung

11	1
	Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus: Stand der Umsetzung

17	2
	Der Praxisleitfaden – Aufbau und Hinweise zur Nutzung

21	3
	Was ist ein demenzsensibles Krankenhaus und wie kann man Demenzsensibilität messen?

27	4
	Demenzsensibilität erfolgreich etablieren und nachhaltig verankern

33	5
	Was ist beim Umgang mit Menschen mit Demenz zu berücksichtigen?

35	5.1	Allgemeine Herausforderungen
38	5.2	Spezielle Situationen
38	5.2.1	Ethische Anforderungen
40	5.2.2	Ernährung
43	5.2.3	Schmerz
47	5.2.4	Herausforderndes Verhalten

51 **6** **Bausteine eines demenzsensiblen Krankenhauses**

53	6.1	Wissensaufbau über Demenz und Delir
59	6.2	Delir-Management
64	6.3	Erkennen und Behandeln von Demenzen
69	6.4	Konsiliar- und Liaisondienste
76	6.5	Spezielle Abteilungen für Menschen mit Demenz
82	6.6	Menschen mit Demenz in der Notaufnahme
88	6.7	Begleitung und Tagesstrukturierung
94	6.8	Angehörigenarbeit
99	6.9	Umgebungsgestaltung
104	6.10	Sektorenübergreifende Ansätze

109 **7** **Praxisbeispiele**

110	7.1	Förderprojekte der Robert Bosch Stiftung im Überblick
129	7.2	Interviews mit weiteren Schlüsselprojekten
129	7.2.1	Interview mit Frau Cornelia Penter, Projekt Blickwechsel Demenz, Der Paritätische NRW
132	7.2.2	Interview mit Frau Dr. Ursula Sottong, Malteser Deutschland
134	7.2.3	Interview mit Frau Dr. Simone Gurlit, St. Franziskushospital Münster
138	7.2.4	Interview mit Frau Irmgard Ernszt und Frau Monika Karsch, Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst Kaufbeuren

141 **Anhang**

143	Linkliste
146	Anlagen

208 **Literaturverzeichnis**

215 **Abbildungsverzeichnis**

216 **Danksagung der Autorinnen**

222 **Impressum**

Grußwort Deutsche Alzheimer Gesellschaft

Am Alzheimer-Telefon der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (DAIzG) sind demenzerkrankte Menschen im Krankenhaus immer wieder Thema in den Beratungsgesprächen. Leider berichten uns die Angehörigen von überwiegend negativen Erfahrungen. Menschen mit Demenz verstehen die Abläufe und die Behandlung im Krankenhaus nicht, sie befinden sich in einer unbekannten, verwirrenden Umgebung und haben dort keine bekannten Bezugspersonen. So verwundert es nicht, wenn sie an der Behandlung nicht mitwirken, für Unruhe auf der Station sorgen oder im schlimmsten Fall nicht mehr auffindbar sind. Ebenso kennen wir Situationen, in denen die Diagnose Demenz erstmals bei einem Krankenhausaufenthalt gestellt wird, weil zum Beispiel die Orientierungslosigkeit erst dort auffällt. Auch in diesen Fällen gelingt ein sensibler Umgang mit den Erkrankten und ihren Bedürfnissen viel zu selten. Verständlicherweise liegt niemand gern im Krankenhaus – für Menschen mit einer Demenz sind Krankenhäuser jedoch besonders ungünstige Orte. Angehörige machen sich zu Recht Sorgen, wenn sie ihre pflegebedürftigen Verwandten dort zurücklassen müssen. Von daher ist es sehr zu begrüßen, dass sich die Robert Bosch Stiftung in den vergangenen Jahren dem Thema „Demenz im Krankenhaus“ gewidmet hat.

In den letzten Jahren sind einige gute Konzepte entstanden, um speziell für akut erkrankte Menschen mit Demenz im Krankenhaus eine Situation zu schaffen, die ihrer mehr gerecht wird als der übliche Rhythmus eines Krankenhausaufenthalts: Es gibt spezielle Stationen mit Tagesbetreuung sowie Gerontopsychiatrische und Geriatriische Konsiliardienste, die an einer umfassenden Versorgung von demenzerkrankten Menschen im Krankenhaus mitwirken. Aus unserer Sicht ist jedoch ein Aspekt besonders wichtig: Die Mitarbeitenden in den Krankenhäusern erwerben in speziellen Schulungen Wissen über die besondere Notwendigkeit eines sensiblen Umgangs und einer angepassten Kommunikation mit diesen Menschen.

Dieser Praxisleitfaden zeigt anhand konkreter Handlungsaufforderungen und Umsetzungsbeispiele, wie Krankenhäuser demenzfreundliche Strukturen aufbauen können. Wir hoffen, dass sich – auch ohne spezielle Projektförderung – mehr Krankenhäuser auf den Weg machen, eine bessere Umgebung für Menschen mit Demenz zu schaffen. Wie notwendig dies ist, zeigen allein die Zahlen: Heute, im Jahr 2019, leben etwa 1,7 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland. Diese Zahl wird mit einer älter werdenden Gesellschaft noch zunehmen. Künftig werden also noch mehr Menschen mit einer Demenz auch im Krankenhaus behandelt. Sie haben das Recht auf eine verständnisvolle und unterstützende Umgebung, die eine umfassende Behandlung ihrer akuten Erkrankung ermöglicht.

So wünschen wir – als Interessenvertretung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen – diesem Praxisleitfaden viel Erfolg. Wir danken allen Krankenhäusern und ihren engagierten Mitarbeitenden, die sich auf den Weg zu einer demenzsensiblen Einrichtung machen!



Sabine Jansen
Geschäftsführerin

Grußwort Deutsche Krankenhausgesellschaft

Die Zahl der Menschen mit kognitiven Einschränkungen in unserer Gesellschaft steigt kontinuierlich an. Rund 40% aller Patienten über 65 Jahre in deutschen Krankenhäusern weisen kognitive Einschränkungen auf – die Ursachen ihrer Krankenhausaufenthalte sind vielfältig. Für Menschen mit Demenz stellt jedoch ein Krankenhausaufenthalt eine zusätzliche Belastung durch fremde Umgebung, fremde Menschen, völlig neue Abläufe, eine andere Geräuschkulisse, teilweise fehlende Anwesenheit von Bezugspersonen und vieles anderes dar.

Auch für das Personal im Krankenhaus ist die Versorgung von Menschen mit Demenz eine Herausforderung. Diese Gruppe von Patienten benötigt eine besondere Herangehensweise und mehr Zeit zur Behandlung und Betreuung, was angesichts der angespannten Personallage in den Krankenhäusern schwierig umzusetzen ist. Die Robert Bosch Stiftung hat in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft den vorliegenden Praxisleitfaden entwickelt. Eingeflossen sind die Erfahrungen der Robert Bosch Stiftung aus 17 geförderten Projekten, Literatur, Gute-Praxis-Krankenhäusern sowie weitere Quellen, aus denen Erkenntnisse gewonnen werden konnten. Aufgrund des systematischen Aufbaus des Praxisleitfadens, beginnend mit der Definition der Demenzsensibilität und ihrer Messung über die erfolgreiche Etablierung von Demenzsensibilität und eine nachhaltige Verankerung bis hin zur Frage, was beim Umgang mit Menschen mit Demenz zu berücksichtigen ist, werden viele Aspekte und ihre notwendigen Schritte in diesem Praxisleitfaden beleuchtet. Darüber hinaus beschäftigt sich der Praxisleitfaden mit der Frage, welche strukturellen, organisatorischen und personellen Faktoren die Schaffung eines demenzsensiblen Krankenhauses fördern. In Modulform werden die wichtigsten Bausteine für ein demenzsensibles Krankenhaus dargestellt und gute Praxisbeispiele vorgestellt.

Zielgruppe zur Nutzung dieses Praxisleitfadens sind Führungskräfte und Beschäftigte im Krankenhaus, denen es mithilfe des Leitfadens ermöglicht wird, ihr eigenes Handeln im Umgang mit Menschen mit Demenz zu reflektieren.

Dieser Praxisleitfaden stellt einen weiteren wichtigen Schritt bei der Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen im Krankenhaus dar. Wir wünschen dem Praxisleitfaden eine weitreichende Verbreitung, die wir als Deutsche Krankenhausgesellschaft gern unterstützen. Wir wünschen auch allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in unseren Krankenhäusern bei der Nachahmung und Umsetzung viel Erfolg im Sinne der ihnen anvertrauten Menschen mit Demenz.



Georg Baum
Hauptgeschäftsführer



Vorwort

Robert Bosch Stiftung

Mehr als acht Millionen ältere Menschen werden in Deutschland jährlich stationär aufgenommen. Sie kommen mit Knochenbrüchen, Lungenentzündungen oder Harnwegsinfektionen ins Krankenhaus, benötigen aber häufig viel mehr als die übliche Behandlung. Laut einer von der Robert Bosch Stiftung geförderten Prävalenzstudie (General Hospital Study 2016) weisen insgesamt 40 Prozent aller über 65-jährigen Patienten in Allgemeinkrankenhäusern kognitive Störungen auf. Fast jeder Fünfte leidet an Demenz. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus wird die Nebendiagnose Demenz oft gar nicht erkannt. Dabei belastet die Krankenhaussituation die Betroffenen zusätzlich, da sie die fremde Umgebung und die unbekannten Abläufe nicht immer einordnen können. Auch die Klinikbelegschaft stellt dies vor besondere Herausforderungen, denn der Klinikalltag ist oftmals noch kaum auf Menschen mit Demenz eingestellt.

Trotz des allgemeinen Auftrags und des grundsätzlichen Selbstverständnisses der medizinischen und pflegerischen Professionen, für alle Patienten eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, gelingt dies für Patienten mit der Nebendiagnose Demenz in der Praxis nicht flächendeckend. Insbesondere vorherrschende Strukturen und Prozesse in unseren Krankenhäusern, aber auch unzureichendes Fachwissen und zunehmender Personalmangel sind bei Krankenhausaufenthalten von Patienten mit kognitiven Einschränkungen belastend.

Um Krankenhausaufenthalte für Patienten mit der Nebendiagnose Demenz schonender zu gestalten, hat die Robert Bosch Stiftung im Jahr 2012 das Programm „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ aufgelegt. Damit unterstützen wir insgesamt 17 vielversprechende Krankenhausprojekte, die Konzepte entwickeln und umsetzen, um gezielt auf die Bedürfnisse von Patienten mit Demenz im Krankenhaus einzugehen. Die Ansätze sind vielfältig: Von Screenings und besonderer Behandlung von Schmerzen und Mangelernährung über optimierte Prozesse und konkrete Weiterbildungen bis hin zu Anpassungen in Architektur und Ausstattung.

Geförderte Studienreisen zu internationalen Einrichtungen mit Vorbildcharakter haben Krankenhäuser in Deutschland bei der Implementierung innovativer, patientenorientierter Konzepte zur Versorgung von Menschen mit Demenz inspiriert und wichtige Veränderungsimpulse gesetzt.

Die Förderung des multiprofessionellen Masterstudiengangs „Versorgung von Menschen mit Demenz“ an der Universität Witten/Herdecke und von zwei Graduiertenkollegien an der Universität Heidelberg leistet darüber hinaus einen Beitrag zur Qualifizierung akademisch gebildeten Fachpersonals für die medizinisch-pflegerische Praxis und für die Lehre in einschlägigen Studiengängen.

Wir danken an dieser Stelle allen Beteiligten für ihr außerordentliches Engagement zum Wohle der Patienten mit kognitiven Einschränkungen. Wir hoffen, dass ihre Beispiele Entscheider und Beschäftigte in anderen Krankenhäusern inspirieren.

Immer wieder erreichen uns Anrufe aus Krankenhäusern, die sich auf den Weg machen wollen und dabei auch auf der Suche nach fachlicher Unterstützung und ideeller Vernetzung sind.

Damit die Umsetzung leichter fällt, haben die Autorinnen vom Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft in unserem Auftrag Erkenntnisse und Erfahrungen aus den gesamten Förderaktivitäten zusammengetragen und ausgewertet. Ergänzt um zusätzliche Expertise und anwendungsbezogen aufbereitet ist daraus eine praxisorientierte Handreichung entstanden.

Nun ist zu wünschen, dass der vorliegende Praxisleitfaden zahlreiche Leser findet und so zur Verbreitung demenzsensibler Krankenhäuser in Deutschland beiträgt.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Rogall', with a stylized, cursive script.

Professor Joachim Rogall
Vorsitzender der Geschäftsführung
Robert Bosch Stiftung GmbH

1

Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus: Stand der Umsetzung



Als im Jahr 2016 die Ergebnisse der im Auftrag der Robert Bosch Stiftung durchgeführten General Hospital Study (GHoSt) vorgestellt wurden, bestätigte sich die Vermutung, dass Demenzen und kognitive Störungen in Akutkrankenhäusern häufig vorkommen. Nach den Ergebnissen beträgt die Gesamtprävalenz einer komorbiden Demenz 18,4 %, darunter sind 6,8 % der Patienten¹ leicht, 6,6 % mittelschwer und 5 % schwer erkrankt. Aus den Prävalenzraten lässt sich ableiten, dass in deutschen Akutkrankenhäusern täglich 23.000 demenzkranke Patienten und zusätzlich 24.000 ältere Patienten mit leichten kognitiven Störungen behandelt werden (Bickel et al. 2019).

In den Akutkrankenhäusern gehören demnach Menschen mit kognitiven Einschränkungen mittlerweile zum klinischen Alltag und werden dort zu einer besonderen Herausforderung. In einer Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung gaben 82 % der Pflegekräfte in Akutkrankenhäusern an, immer häufiger mit demenzkranken Patienten zu tun zu haben. Aber nur 30 % dieser Befragten fühlten sich für den Umgang mit Demenzkranken ausreichend qualifiziert (Nock et al. 2013). Auch andere Studien beklagen erhebliche Wissenslücken beim pflegerischen und ärztlichen Personal der Kliniken (Isfort et al. 2014, Angerhausen 2007, Kirchen-Peters 2013).



Dr. Winfried Teschauer, Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Bayern:

„Demenzsensibilität erreicht man nur mit einer grundsätzlichen Haltungsänderung des gesamten Personals. Voraussetzung hierfür sind grundlegende Kenntnisse über die Erkrankung. Die Haltung des Personals lässt sich nicht mit einer zweitägigen Demenzfortbildung oder mit einer Checkliste zum Abarbeiten verändern. Individuelles Fallverstehen und eine verstehende Diagnostik werden gebraucht und der Umgang mit diesen Menschen muss erlernt und immer wieder geübt werden.“

Doch nicht nur das Personal ist mit seinen Qualifikationen und Kompetenzen nur unzureichend auf Demenzkranke vorbereitet, auch die Rahmenbedingungen im Allgemeinkrankenhaus sind auf Patienten mit der Nebendiagnose Demenz nicht ausreichend ausgerichtet. Nach gegenwärtigem Forschungsstand wirkt das Krankenhausmilieu auf Demenzkranke mit ihrer stark verminderten Anpassungsfähigkeit geradezu symptomfördernd (Kirchen-Peters 2017):

- Bei der Mehrzahl der Patienten mit Demenz ist die Erkrankung bei der Aufnahme nicht bekannt und nicht als Diagnose in der Krankenakte hinterlegt. Das Personal wird deshalb meist von der Demenzsymptomatik überrascht und kann nicht proaktiv handeln.
- Die räumliche Ausstattung ist für diese Patientengruppe häufig nicht angemessen. So gibt es keine räumlichen Orientierungshilfen, was dazu führt, dass sich die Kranken auf den Stationen verirren und z. B. ihre Zimmer oder die Toiletten nicht finden.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird im Text häufig nur die männliche Grammatikform verwendet. Selbstverständlich sind all diese Aussagen geschlechtsunabhängig zu verstehen

- Den in der Regel starren Zeitvorgaben für den Ablauf bestimmter Verrichtungen und Untersuchungen können sich die Demenzkranken nur schwer anpassen.
- Eine stressintensive Umgebung in Zentralen Patienten- und Notaufnahmen trägt zur Verstärkung von Angst, Unsicherheit und fehlender Orientierung bei.
- Insgesamt fehlt es an Beschäftigungsmöglichkeiten und an einer der Demenz angemessenen Tagesstrukturierung.
- Der ständige Zeitdruck beim ärztlichen und pflegerischen Personal sowie der häufige personelle Wechsel führen zu einer hektischen Atmosphäre, in der Demenzkranke mit ihrem erhöhten Bedürfnis nach Zuwendung und Betreuung zur nervlichen Zerreißprobe für das Personal werden können.
- Hinzu kommt ein professionelles Selbstverständnis, das Gespräche mit Patienten nicht als nützliche und wichtige therapeutische Arbeit bewertet, sondern eher die auf die Somatik bezogenen Aspekte in den Vordergrund stellt.



Dr. Beate Baumgarte, DGGPP:

„Probleme bestehen oft auf der Beziehungsebene: sich einzulassen, Empathie und Zuverlässigkeit bzw. Stabilität in der Beziehung herzustellen. Das wollen die Chefs oft gar nicht. Der Stil ist eher, am Fließband einzelne Tätigkeiten bei allen Patienten abzuspuhlen, als dass sich einer mal kontinuierlich um eine Person kümmert, weil der das guttut.“

Das unzureichende Hintergrundwissen, die zunehmende Arbeitsverdichtung und die vorherrschenden Organisationsstrukturen und -prozesse führen in vielfacher Weise zu Problemen in der Versorgungssicherheit der demenzkranken Patienten. Wie das Pflege thermometer 2014 beschreibt, gehören „unerwünschte Vorkommnisse“, wie das Entfernen von Verbänden oder Venenzugängen durch die Patienten, zum Alltag in Akutkrankenhäusern. Den Problemen bei der Behandlung wird teilweise mit Sedierungen und Fixierungen begegnet, um die Abläufe im Stationsalltag aufrechtzuerhalten (Isfort et al. 2014). Die Patienten verlieren durch die „unerwünschten Vorkommnisse“ weiter an Selbstständigkeit und die Demenzsymptome verstärken sich, was nicht nur negative Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten, sondern auch finanzielle Konsequenzen für die Kranken- und Pflegekassen hat. Dies ist z. B. der Fall, wenn die Patienten ein paar Tage nach ihrer Entlassung erneut aufgenommen oder in Psychiatrische Krankenhäuser überwiesen werden müssen. Zudem werden nach Krankenhausaufenthalten nicht selten Heimunterbringungen bei zuvor noch vergleichsweise selbstständigen älteren Menschen in die Wege geleitet (Kirchen-Peters 2015).



Dr. Michael Wunder, Deutscher Ethikrat (2008–2016):

„Demenz muss im DRG-System anders dargestellt werden. Die Abschaffung des DRG-Systems ist unrealistisch, aber man muss es beim Wort nehmen, ein lernendes System zu sein, und es zum Beispiel an diesem Punkt verändern.“

Für die Krankenhäuser selbst wird die Versorgung Demenzkranker zu einer finanziellen Herausforderung, bei der nicht nur das Erreichen des gewünschten Behandlungsergebnisses gefährdet ist, sondern auch zusätzliche, nicht gegenfinanzierte Zeiten eingebracht werden müssen. Das ist beispielsweise der Fall, wenn die geplanten Liegezeiten überschritten werden oder wenn Komplikationen auftreten. Neben Stürzen sind hier insbesondere Delirien zu nennen, deren Wahrscheinlichkeit bei Vorliegen einer Demenz in erheblichem Maße zunimmt. Bei einem Delir erhöhen sich die Gesundheitskosten um den Faktor 2,5 bei zugleich geringerer Überlebensdauer der Patienten (Leslie et al. 2008).



PD Dr. René Thyrian, DZNE:

„Die Politik sollte Anreize mit Belohnungssystemen setzen, damit Menschen mit Demenz adäquat im Krankenhaus versorgt werden.“

Angesichts dieser Zusammenhänge liegt die Dringlichkeit, Akutkrankenhäuser demenzsensibel auszurichten, auf der Hand. Seit bereits mehr als einer Dekade werden entsprechende Modellkonzepte entwickelt und erprobt. Dennoch werden, wie eine Studie der Deutschen Alzheimer Gesellschaft gezeigt hat, positive Erfahrungen von Modellprojekten in Akutkrankenhäusern noch selten aufgegriffen (Kirchen-Peters 2013). Offenbar erschwert ein Geflecht verschiedenster Barrieren den Ausbau demenzfreundlicher Kliniken (vgl. Kapitel 4). Auch wenn Patienten mit kognitiven Einschränkungen und Demenzen zunehmend den Alltag in deutschen Akutkrankenhäusern prägen, stellt es für die Träger, Führungskräfte und Beschäftigten eine anspruchsvolle Herausforderung dar, die Strukturen und Prozesse auf die Bedürfnisse demenzkranker Patienten auszurichten.

Die Robert Bosch Stiftung hat auf diesen Handlungsbedarf reagiert und im Jahr 2012 das Förderprogramm „Demenz im Krankenhaus“ aufgelegt. In drei Förderrunden wurden bundesweit 17 Krankenhäuser über jeweils drei Jahre mit unterschiedlichen Schwerpunkten gefördert. Dadurch wurde ein breiter Anstoß gegeben, die gravierenden Probleme in der Akutversorgung von Menschen mit Demenz anzugehen und ein Expertenwissen über geeignete Strukturen und Prozesse zu generieren. Mit der Unterstützung des Masterstudiengangs „Versorgung von Menschen mit Demenz“ (M. A.) an der Universität Witten-Herdecke und des Graduiertenkollegs „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ an der Universität Heidelberg wurde akademisch ausgebildetes Fachpersonal für die Praxis und Lehre qualifiziert. Europäische Studienreisen ermöglichten es, zusätzlich internationale Erfahrungen einzubeziehen.



Prof. Dr. Elke Donath, Präsidentin a. D. der Mathias Hochschule Rheine:

„Um in Deutschland voranzukommen, sind Studienreisen in andere Länder enorm wichtig. Solche Reisen erhöhen die Motivation der Teilnehmenden, Prozesse zu verändern und Neues umzusetzen. Die Teilnehmenden haben im Ausland gute Praxisbeispiele kennengelernt und können diese in deutschen Einrichtungen umsetzen.“

Neben der Robert Bosch Stiftung haben zudem einzelne Bundesländer wie z. B. Rheinland-Pfalz, das Saarland und Nordrhein-Westfalen in den Aufbau einer demenzsensiblen Krankenhauslandschaft investiert (vgl. z. B. LZG 2015, Kirchen-Peters 2014, Angerhausen / Plenter 2016). Mittlerweile wird die Herausforderung „demenzsensibles Krankenhaus“ in einer breiteren (fach)öffentlichen Debatte durchaus differenziert diskutiert. Im internationalen Raum haben verschiedene Länder das Thema aufgegriffen und es in ihre jeweilige Nationale Demenzstrategie eingebracht (Kirchen-Peters / Hielscher 2012). Auch in Deutschland soll Mitte 2020 eine Nationale Demenzstrategie verabschiedet werden, die unter anderem Ideen zu einer Verbesserung der Akutversorgung von Patienten mit der Nebendiagnose Demenz berücksichtigt. Doch der große Schub zur Umsetzung demenzsensibler Konzepte ist in der deutschen Krankenhauslandschaft bisher ausgeblieben.

An der Lücke zwischen vorhandenem Wissen und mangelnder Umsetzung hat das Förderprogramm „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ der Robert Bosch Stiftung angesetzt. Die vorliegenden Erfahrungen und das handlungsorientierte Wissen aus den geförderten Projekten sowie aus weiteren Pionierstandorten wurden systematisch kondensiert und aufbereitet, um die breitere Umsetzung von demenzsensiblen Gesamtkonzepten in Deutschland zu unterstützen. Der Handlungsleitfaden soll alle Krankenhäuser dabei unterstützen, sich auch ohne finanzielle Unterstützung auf den Weg zu machen.

2

Der Praxisleitfaden – Aufbau und Hinweise zur Nutzung

Der vorliegende Praxisleitfaden ist das Ergebnis einer umfassenden Analyse des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. Den wichtigsten Fundus an Erfahrungen stellten dabei die 17 von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekte sowie weitere Schlüsselprojekte in Deutschland dar. Neben den Gute-Praxis-Krankenhäusern wurden weitere Erkenntnisquellen einbezogen (Abb. 1), darunter insbesondere vorliegende Dokumente und Literatur zum Thema, Zusatzprojekte der Stiftung zur Epidemiologie und zur Umgebungsgestaltung sowie Erkenntnisse aus dem von der Stiftung geförderten Masterstudiengang „Versorgung von Menschen mit Demenz“ und dem Graduiertenkolleg „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“. Es wurden Interviews mit den Projektbeteiligten geführt und Fachleute aus dem Bundesgebiet befragt, die über eine spezielle Expertise zu Versorgungskonzepten für kognitiv eingeschränkte Menschen im Akutkrankenhaus verfügen.

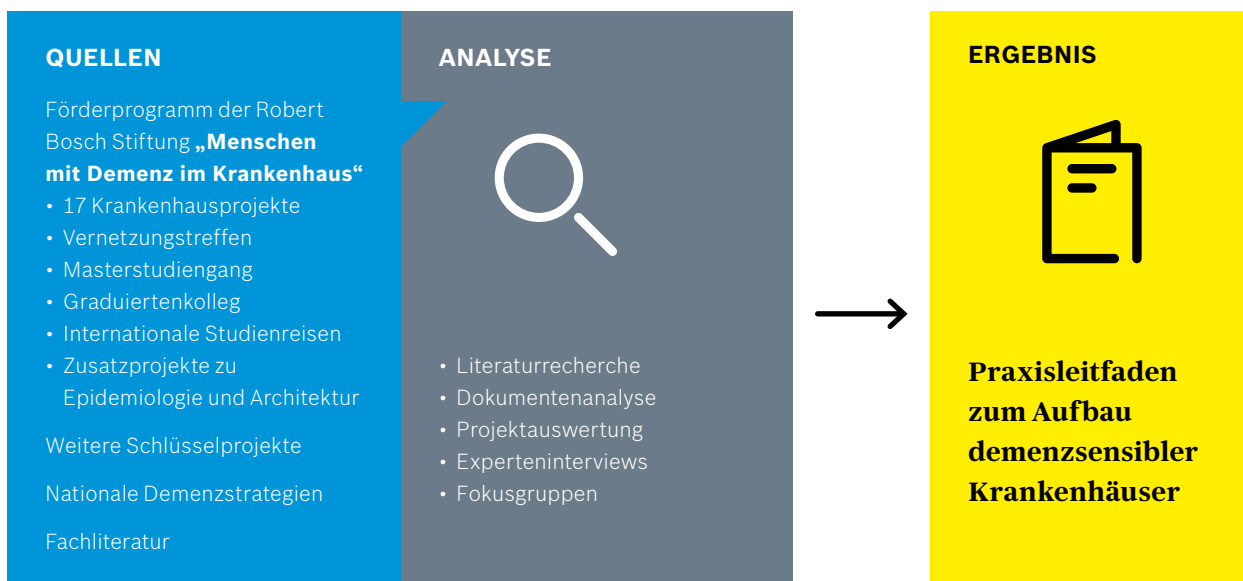


Abbildung 1: Erkenntnisquellen der Analyse

Als Gesamtergebnis ist ein Praxisleitfaden zur modularen Umsetzung von Maßnahmen entstanden, die in der Summe ein demenzsensibles Krankenhaus ausmachen. Der Leitfaden wird durch Instrumente, Prozessbeschreibungen sowie nützliche Materialien und Links unterlegt, die die Umsetzung erleichtern.

Der Praxisleitfaden ist wie folgt aufgebaut:

- Am Anfang steht die Frage, was überhaupt unter **Demenzsensibilität** zu verstehen ist (Kapitel 3). Es werden zudem Aussagen dazu getroffen, welche Bausteine ein demenzsensibles Krankenhaus enthalten sollte und welche Schwerpunkte sich für den Einstieg in eine demenzsensible Arbeitsweise eignen. Zudem werden erste Ansätze dargestellt, anhand derer Kriterien zur Erfassung und Messung von Demenzsensibilität operationalisiert werden könnten. Diese sind möglicherweise nützlich, um die Diskussion über verbindliche Qualitätsindikatoren zur „Demenzsensibilität von Akutkrankenhäusern“ zu fundieren.
- Kapitel 4 beschäftigt sich mit der Frage, warum es für Akutkrankenhäuser so schwierig ist, sich demenzsensibel auszurichten und welche strukturellen, organisatorischen und personellen Faktoren sich förderlich bzw. hinderlich auf die Etablierung demenzsensibler Strukturen, Prozesse und Arbeitsweisen auswirken. Neben der Frage, wie **Erfolge** auf dem Weg zur Demenzsensibilität gesichert werden können, geht es darum, wie eine **nachhaltige Wirkung** erzielt werden kann.
- Was beim **Umgang mit Menschen mit Demenz** berücksichtigt werden sollte, wird in Kapitel 5 bearbeitet. Zunächst werden auf einer eher allgemeinen Ebene Umgangskonzepte und Empfehlungen für die Kommunikation dargestellt. Anschließend enthält das Kapitel Ausführungen zu speziellen Situationen, die in der alltäglichen Versorgungspraxis von großer Relevanz sind. Behandelt werden ethische Fragen, die Ernährung und das Schmerzmanagement sowie der Umgang mit herausforderndem Verhalten.
- Im Hauptkapitel 6 sind die wichtigsten **Bausteine eines demenzsensiblen Krankenhauses in Modulform** aufbereitet. Beginnend mit dem Wissensaufbau, der von zentraler Bedeutung ist, werden zunächst medizinische und interdisziplinäre Elemente dargestellt wie Delir-Management, Erkennen und Behandeln von Demenzen, Konsiliar- und Liaisondienste, Konzepte für spezielle Abteilungen und für die Notaufnahme. Anschließend geht es um eher sozialpflegerische Ansätze wie Umgangskonzepte, Angehörigenarbeit, Begleitung und Tagesstrukturierung, Umgebungsgestaltung sowie sektorenübergreifende Ansätze. Die Darstellung der Bausteine umfasst jeweils
 - einen Kurzcheck zur Selbsteinschätzung, mit dem sich die Leserinnen und Leser einen schnellen Überblick über den Umsetzungsstand der eigenen Klinik bei dem jeweiligen Baustein verschaffen können,
 - eine Erläuterung zur Relevanz des Bausteins und der bei der Umsetzung zu erwartenden Vorteile,
 - eine Darstellung des jeweiligen Erkenntnisstandes sowie von Gestaltungsansätzen Guter Praxis,
 - eine Empfehlung für angepasste Arbeitsprozesse und organisatorische Abläufe sowie
 - nützliche Instrumente und Prozessbeschreibungen.In den Einzelkapiteln sind neben Literaturangaben jeweils Hinweise auf nützliche Links oder Instrumente enthalten. Während die Literaturangaben in einer Gesamtliste aufbereitet sind (vgl. Literaturliste), können die Links und Anlagen in einem nach Kapiteln aufgeteilten Anhang recherchiert werden.
- Im letzten Themenkapitel 7 werden **Praxisbeispiele** dargestellt. Dabei geht es zum einen um Kurzportraits der von der Robert Bosch Stiftung geförderten Krankenhäuser. Die Projektbeteiligten berichten über die Struktur ihres Krankenhauses sowie über die Schwerpunkte der Umsetzung und geben einen Ausblick auf die weiteren Planungen. Zur Kontaktaufnahme sind jeweils Ansprechpartner benannt. Zum anderen sind als „Blick über den Tellerrand“ Interviews mit Expertinnen und Experten aufgeführt, die sich bereits seit vielen Jahren mit der Umsetzung von Demenzsensibilität befassen. Sie berichten darüber, wie sich ihr Krankenhaus entwickelt hat und was andere Träger daraus lernen können. Die Interviews wurden jeweils von Mitarbeiterinnen des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft geführt.



Sabine Jansen, Deutsche Alzheimer Gesellschaft:

„Ein solcher Leitfaden, der aufzeigt, wie man demenzsensibles Arbeiten Schritt für Schritt implementiert, ist sehr hilfreich. Sonst steht man ja vor einem Berg von möglichen Maßnahmen, und das in Zeiten knapper Ressourcen.“

Zielgruppe sind Führungskräfte und Beschäftigte von Akutkrankenhäusern, die mithilfe des Praxisleitfadens ihr eigenes berufliches Handeln mit Blick auf die Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Einschränkungen reflektieren und auf dieser Basis Schritte zur Organisationsentwicklung einleiten möchten. Der Leitfaden beschreibt dazu Gestaltungsansätze und Wege, wie Maßnahmen zur Demenzsensibilität entwickelt und umgesetzt werden können. Bevor Sie jedoch mit der Planung erster oder weiterer Schritte beginnen, sollten Sie die Prozessgestaltung überdenken und sich zunächst folgende Fragen stellen:

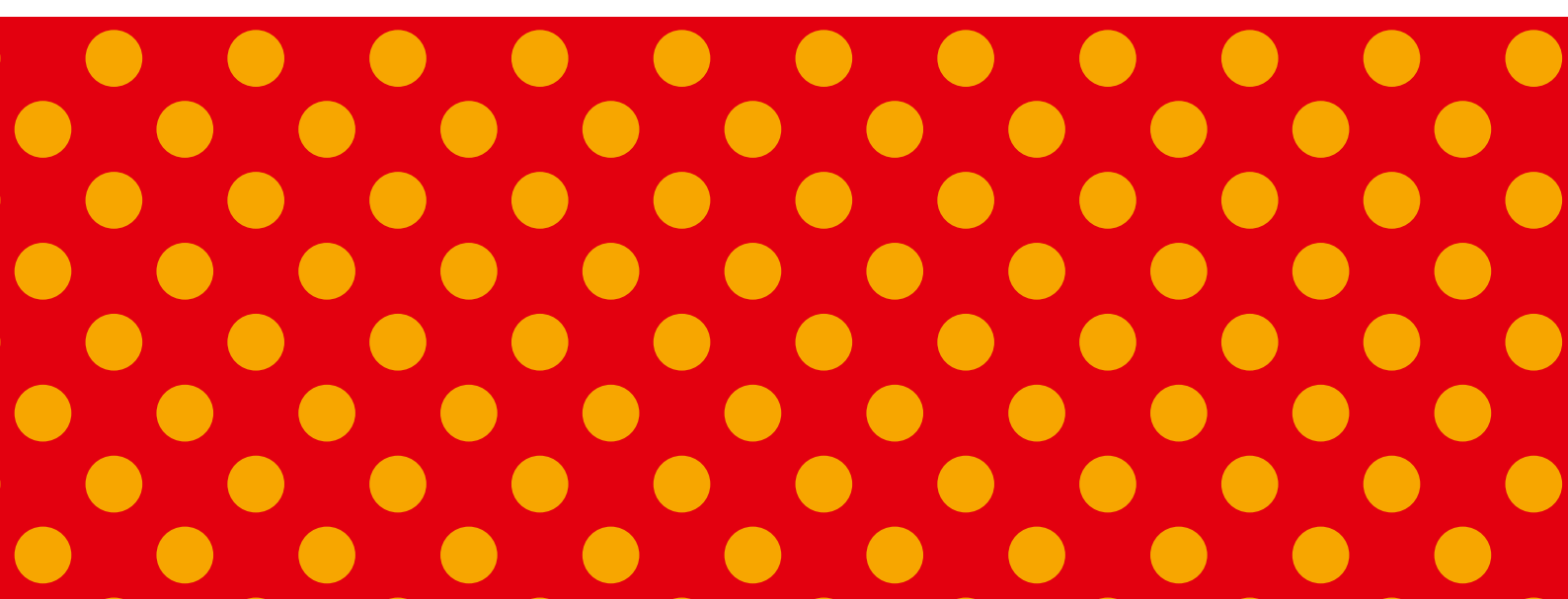
- Welches sind derzeit in der Versorgung demenzkranker Patientinnen und Patienten die wichtigsten Herausforderungen in unserem Krankenhaus?
- Auf welche Weise können wir aus dem Leitfaden die für unser Krankenhaus geeigneten Maßnahmen auswählen?
- Welchen Nutzen erwarten wir für die Beschäftigten und für das Krankenhaus?
- Welche Maßnahmen werden die Beschäftigten und die Behandelten positiv bewerten?
- Welche personellen und finanziellen Ressourcen stehen uns für die Umsetzung von Demenzsensibilität zur Verfügung?

- An welche laufenden Prozesse können die geplanten Maßnahmen angebunden werden?
- Wo ist mit Barrieren und Umsetzungsproblemen zu rechnen und wie können wir gegensteuern?
- Soll zunächst eine Pilotierung stattfinden, bevor die Maßnahmen auf das gesamte Haus ausgeweitet werden?
- Wer koordiniert den Gesamtprozess und welche Ansprechpartner gibt es in den einzelnen Abteilungen?
- Wie kann personelle Nachhaltigkeit, z. B. durch die Benennung von Stellvertretungen, gesichert werden?
- Wie kann intern eine fachliche Unterstützung im Umsetzungsprozess sichergestellt werden?

Neben diesen Fragen sollte bedacht werden, dass der Weg zu einem demenzsensiblen Krankenhaus mitunter steinig ist und dass eine sorgfältige Planung, Frustrationstoleranz und ein langer Atem erforderlich sind. Wenn Schritte zu einer patientenorientierten Arbeitsweise mit Menschen mit Demenz erfolgreich umgesetzt werden, sind diese Entwicklungen aber mit einer höheren Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit verbunden.

3

Was ist ein demenzsensibles Krankenhaus und wie kann man Demenzsensibilität messen?



Vor rund zwei Jahrzehnten wurden in Deutschland die ersten Projekte zur Förderung von Demenzsensibilität im Akutkrankenhaus ins Leben gerufen. Seither wurde in einer Reihe von Pioniereinrichtungen viel Expertenwissen aufgebaut, die Umsetzung in die Breite geht jedoch nur langsam voran. Auch wenn die Erfahrung zeigt, dass jedes Krankenhaus seinen eigenen Weg in die Demenzsensibilität finden muss (vgl. Angerhausen/Plenter 2016), geht es im Kern immer darum, das Fachwissen des Personals, die Umgebung und die Abläufe so anzupassen, dass die Aufenthalte für die vulnerable Gruppe der Menschen mit Demenz schonend gestaltet werden können.

Wie lässt sich Demenzsensibilität definieren?

Eine offizielle Definition von Demenzsensibilität im Krankenhaus gibt es bisher nicht. Oft werden auch anstatt „demenzsensibel“ andere Begriffe synonym verwendet, darunter insbesondere „demenzfreundlich“ oder „demenzgerecht“. Die Unterschiede zwischen den Begriffen sind dabei eher semantischer Natur. Der Begriff „sensibel“ stammt vom Lateinischen „sensus“ ab, was „empfinden, wahrnehmen“ bedeutet (Wahrig 2002). Demenzsensibilität setzt damit eine sensorische Empfindsamkeit voraus und soll dazu beitragen, Bedürfnisse und Erwartungen von Menschen mit Demenz wahrzunehmen und diese in die Gestaltung von Versorgungsstrukturen und Abläufen zu integrieren. Die Demenzsensibilität dient dabei als fachliche Grundlage für den koordinierten Aufbau demenzsensibler Strukturen und Prozesse. Die Umschreibung „demenzgerecht“ bezieht sich eher auf die Passgenauigkeit eines Versorgungsangebots für Menschen mit Demenz. Implizit geht mit diesem Begriff eine Begrenzung der einzusetzenden Ressourcen einher, die nicht über das notwendige Maß hinausgehen sollen. Die Bezeichnung „demenzfreundlich“ ist zunächst positiv konnotiert und wird insbesondere im angloamerikanischen Sprachraum verwendet. In den Berichten über die von der Robert Bosch Stiftung geförderte Studienreise nach England wurde beschrieben, dass Krankenhäuser in England damit werben, ein demenzfreundliches Krankenhaus zu sein, und dies als Wettbewerbsvorteil in ihre Marketingstrategien integrieren. Die Bezeichnung „demenzfreundlich“ wird in Deutschland jedoch seltener verwendet, weil sie weniger mit fachlichen Standards als mit einer gesellschaftlichen Grundhaltung assoziiert wird. Somit scheint sich in der Fachwelt eher der Begriff Demenzsensibilität durchzusetzen.

Drückt sich Demenzsensibilität in der Haltung zu Menschen mit Demenz aus oder in der Umsetzung demenzsensibler Bausteine?

Unabhängig von der gewählten Begrifflichkeit ist festzustellen, dass es bisher kein allgemeingültiges Konzept von Demenzsensibilität gibt, an dem sich Akutkrankenhäuser orientieren können. Aus der Evaluation der geförderten Projekte und aus den Experteninterviews gehen einige Hinweise hervor, wie Demenzsensibilität derzeit interpretiert wird. Dabei lassen sich zwei Haupttendenzen unterscheiden:

- Einerseits wird die Demenzsensibilität an dem Ergebniskriterium der Haltungsänderung aller Mitarbeitenden „von der Pforte bis zum ärztlichen Direktor“ festgemacht. Voraussetzung der Haltungsänderung ist ein PERSON-zentrierter Ansatz (Kitwood 2013). Eine PERSON-zentrierte Haltung im therapeutischen Team setzt ein empathisches Grundverständnis im Sinne von einfühlen-dem Verstehen und Wertschätzung gegenüber Menschen mit kognitiven Einschränkungen voraus. Zudem fußt sie auf der Mitwirkung und Beteiligung der Menschen mit Demenz und deren Angehöriger als Qualitätskriterium. Um PERSON-zentriert arbeiten zu können, müssen in den Kliniken allerdings bestimmte Voraussetzungen geschaffen werden, etwa die Anpassung von Abläufen und die Qualifizierung des Personals (vgl. auch Kapitel 6.1).



Dr. Birgit Dietz, Bayerisches Institut für alters- und demenzsensible Architektur:

„Wenn man mit jüngeren an Demenz Erkrankten spricht, finden sie es unglaublich, dass immer wieder über ihre Köpfe hinweg über sie gesprochen und entschieden wird, was für sie gut ist. Dabei haben sie oft ein detailliertes Wissen über ihre Krankheit und kennen ihre Bedürfnisse. Sicher trifft das auch auf Ältere zu, vielleicht ist diese Generation aber noch eher angepasster. Jedenfalls sollte auch für Krankenhäuser der Grundsatz gelten: Nothing about us without us!“

- Andererseits definieren Krankenhäuser Demenzsensibilität aus einem Katalog von Bausteinen, die für die Umsetzung unerlässlich sind. Dabei wird ebenfalls dem Wissensaufbau, der beim Personal auch zu einer Haltungsänderung führen soll, eine besondere Bedeutung zugewiesen. Weiterhin schätzen die meisten Experten das Delir-Management, baulich-räumliche Anpassungen, Maßnahmen zur Tagesstrukturierung und die Einbindung von Angehörigen als wichtig ein.

Es gibt allerdings auch Ansätze, die in der Praxis kontrovers diskutiert werden, etwa die regelhafte Anwendung von Screeningverfahren. Kritisiert wird, dass in vielen Krankenhäusern keine überzeugenden Strategien entwickelt werden konnten, wie den Menschen mit Demenz die Diagnose angemessen vermittelt werden kann und welche Prozessschritte auf einen Demenzverdacht folgen sollen. Nicht alle Befragten waren zudem davon überzeugt, dass spezielle Abteilungen oder Konsiliar- und Liaisondienste zu einem demenzsensiblen Krankenhaus gehören. In ihrer Bedeutung als nebenrangig werden häufig sektorenübergreifende Ansätze bewertet, die beispielsweise auf eine nachhaltige Entlassungsplanung oder auf den Aufbau von Netzwerken zur Optimierung der Aufnahme gerichtet sind.



Prof. Dr. Michael Isfort, Deutsches Institut für Pflegeforschung:

„Bei den Bausteinen geht es eigentlich immer um sechs wesentliche Elemente: die Sensibilisierung und Bildung des Personals, die Strukturierung von Tagesabläufen, die Intensivierung persönlicher Zuwendung vor allem in Krisensituationen, baulich-räumliche Anpassungen, die Sicherstellung therapeutischer Maßnahmen sowie die Vernetzung nach außen.“

Festzuhalten ist, dass sich bislang kein allgemeingültiges Konzept von Demenzsensibilität im Krankenhaus durchgesetzt hat. Allerdings lässt sich Demenzsensibilität auf der Ebene von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen anschaulich beschreiben (s. Abb. 2):

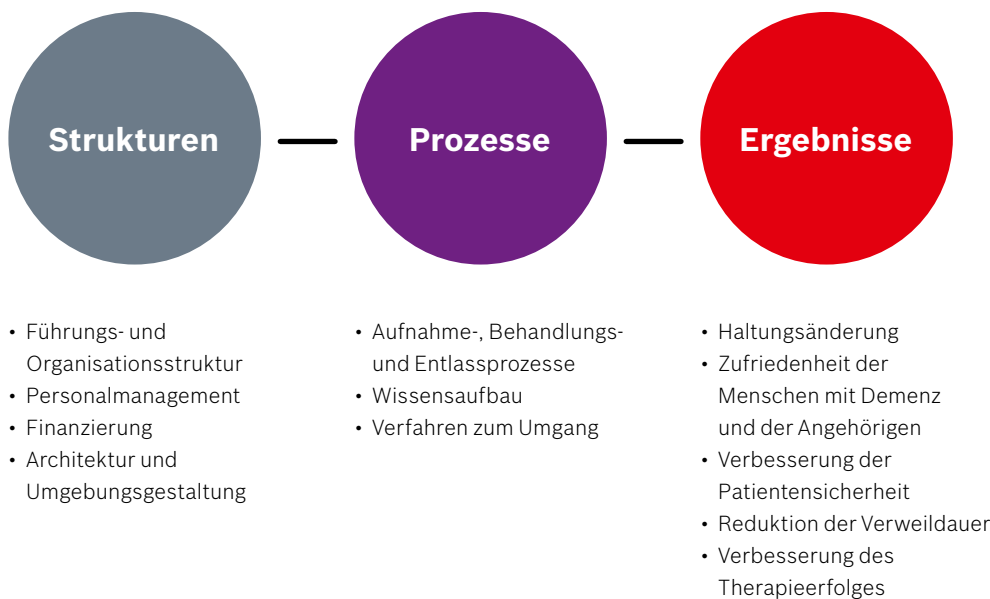


Abbildung 2: Ebenen der Demenzsensibilität im Krankenhaus

In den Blick zu nehmen sind auf der Strukturebene z. B. die Fragen, wie Leitung und Personal für die Herausforderung Demenzsensibilität aufgestellt und wie die finanziellen Voraussetzungen zu bewerten sind. Auf der Prozessebene ist der gesamte Versorgungsprozess von der Aufnahme bis zur Entlassung zu analysieren. Schließlich muss auch betrachtet werden, welche Ergebnisse bereits in unterschiedlichen Feldern erreicht werden, etwa in der Haltung des Personals oder in der Zufriedenheit der Patienten mit kognitiven Einschränkungen und deren Angehöriger. Zudem sind Patienten-Outcomes wie Patientensicherheit und Verweildauern zu beachten.

Wie kann Demenzsensibilität erfasst und gemessen werden?

Zur Qualitätssicherung kann es hilfreich sein, formale Kriterien zu entwickeln, anhand derer der Grad von Demenzsensibilität erfasst und gemessen werden kann. Dies schafft Handlungssicherheit für die Akteure

und schnelle Klarheit darüber, wo ein Krankenhaus im Umsetzungsprozess steht. Eine solche Formalisierung bildet zudem die Voraussetzung für die Entwicklung einer Zertifizierung oder eines Qualitätssiegels zur Demenzsensibilität. Geprüft werden könnten dazu das Gesamtkonzept, einzelne Bausteine oder spezifische Umgangsmethoden wie z. B. die Validation. Bisher liegen erste Ansätze zur Formalisierung vor, die allerdings im Klinikalltag der deutschen Akutkrankenhäuser noch selten Anwendung finden:

So hat die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP) ein **Qualitätssiegel „Demenzsensible Einrichtungen“ für Altenpflegeeinrichtungen** entwickelt. Grundlegend für die Erteilung des DGGPP-Qualitätssiegels ist der Nachweis, dass „in der Einrichtung dementiell erkrankte Menschen eine ganz individuelle und demenzsensible, kompetente Pflege und Betreuung erhalten und die Einrichtung bereit ist, sich fachlich weiterzuentwickeln“ (DGGPP

2017). Im Rahmen eines Qualitätsaudits muss die Altenpflegeeinrichtung im Vorfeld einen detaillierten Fragebogen (vgl. Link 1 im Anhang) zu folgenden Bereichen beantworten:

- Konzeption der Einrichtung
- räumliche Situation
- Personalausstattung und -qualifikation
- medizinisch-pflegerische Versorgung
- therapeutische Angebote
- demenzsensible Indikatoren wie der Umgang mit herausforderndem Verhalten oder freiheitsentziehende Maßnahmen

Bei einem anschließenden Besuch (Audit) der Einrichtung durch eine Gerontopsychiaterin oder einen Gerontopsychiater mit Erfahrung stellt die Heimleitung die Einrichtungskonzeption vor und es werden Gespräche mit Bewohnern und Mitarbeitenden geführt. Auf dieser Basis wird die Einrichtung begutachtet. Im Nachgang entscheidet ein Prüfungsausschuss beim DGGPP über die Vergabe des Qualitätssiegels. Die Zertifizierung mit dem DGGPP-Qualitätssiegel „Demenzsensible Einrichtungen“ geht mit einem geringen Kostenaufwand einher und kann alle zwei Jahre erneuert werden (DGGPP 2017).

Ein Beispiel für Deutschland könnte auch das **Qualitätssiegel „Seniorenfreundliches Krankenhaus“** in den Niederlanden sein, das Krankenhäuser dort für jeweils zwei Jahre erwerben (vgl. Link 2 im Anhang). Dieses Siegel wurde im Jahr 2013 vom Seniorenbund erstellt. Die geprüften Krankenhäuser mussten bis 2017 die Anforderungen aus 14 Qualitätskriterien erfüllen. Seit 2019 gelten nur noch acht Qualitätskriterien. Die Kliniken erbringen durch das Siegel den Nachweis, dass sie sich auf spezifische Situationen und Probleme von Menschen mit kognitiven Einschränkungen eingestellt haben. Immerhin 93 % der Krankenhäuser in den Niederlanden nehmen an diesen Qualitätsprüfungen teil. Die Prüfkriterien sind die folgenden:

- Kontrolle von Gesundheitsrisiken (Sturz, Delir, Mangelernährung etc.) ab dem 70. Lebensjahr bei Aufnahme
- Einsatz eines multidisziplinären Geriatrie-Teams
- Abstimmung der verschiedenen Untersuchungen und Vorhalten spezieller Angebote (beispielsweise separater Raum für Aktivitäten)
- Kontrolle und Beratung im Bereich Medikamentengebrauch
- Notfallversorgung, die an die Bedürfnisse älterer Menschen angepasst ist

- Abstimmung und Vereinbarungen mit sektorenübergreifenden Akteuren bei der Aufnahme bzw. Entlassung
- Ausrichtung der Behandlung und Pflege auf die letzte Lebensphase
- seniorenfreundliche Umgebungsgestaltung sowie Barrierefreiheit und Gastfreundlichkeit

Im Evangelischen Krankenhaus Bad Dürkheim wurde mit dem amerikanischen Validation Training Institute (VTI) ein **Zertifizierungsverfahren für das Validationskonzept nach Feil** erstellt. Das VTI ist eine gemeinnützige Organisation, die im Jahr 1983 von Naomi Feil in den USA ins Leben gerufen wurde und Zertifizierungsstandards entwickelt (www.vfvalidation.org). Das Krankenhaus hat zusammen mit dem Validationszentrum die Kriterien zur VTI-Qualitätszertifizierung für die stationäre Altenhilfe überarbeitet und an Krankenhausbedingungen angepasst. Geschulte Auditoren überprüfen jährlich im internen Audit die Weiterentwicklung. Alle fünf Jahre findet eine externe Überprüfung durch einen vom VTI autorisierten Auditor statt. In der Klinik in Bad Dürkheim wurde erstmals in einem deutschen Krankenhaus ein trügereigenes Zertifizierungszentrum zur Validation nach Feil gegründet und ein formalisierter Fragenkatalog zur Prüfung erstellt (vgl. Anlage 1).

Die Zertifizierung begrenzte sich in einem ersten Schritt auf eine demenzspezifische Station. Im Laufe der Zeit hat das Krankenhaus das Konzept auf alle Abteilungen, in denen Demenzpatienten versorgt werden (z. B. Funktionsabteilungen), ausgeweitet. Beim externen Audit werden Fragen primär im Hinblick auf die Validation, zum Krankenhaus allgemein, zu speziellen Organisationsbereichen, zur Pflegephilosophie und zu Aspekten des Behandlungsverlaufs bewertet. Weitere Fragen zur Sicherheit und zur demenzsensiblen Umgebungsgestaltung werden vom Auditor eingeschätzt und in Interaktionen mit den Patienten beobachtet. Des Weiteren erfolgt die Bewertung zur Berücksichtigung der Validation in der Dokumentation und bei der Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen. Das Krankenhaus erhält im Anschluss einen Auditbericht und kann diese Zertifizierung alle fünf Jahre wiederholen.

Eine weitere Hilfestellung bei der Selbstbewertung zum „Erreichungsgrad“ der Demenzsensibilität eines Krankenhauses bietet der von Schmidt (2017) modifizierte Kriterienkatalog PAPAR®. Dieser Kriterienkatalog wurde in Anlehnung an das Space-Assessment Spidergram des Royal College of Nursing in England in 14 teilnehmenden Kliniken des Förderprogramms der Robert Bosch Stiftung „Menschen mit

„Demenz im Akutkrankenhaus“ eingesetzt und überprüft. Das Verfahren bietet die Möglichkeit, mithilfe sogenannter Spinnendiagramme den jeweiligen Entwicklungsstand zur Demenzsensibilität eines Krankenhauses grafisch darzustellen. Zu den Kriterien, die mit dem Selbstevaluationsinstrument PAPAR® überprüft werden können, gehören (Schmidt 2017):

- Personal
- Angehörige/Vernetzung
- Pflegeplan/Behandlungsverlauf
- Assessment/Screening
- Räumliche Umgebung

Die Bestrebungen, Demenzsensibilität stärker zu standardisieren, erhalten vor dem Hintergrund der Umsetzung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ zukünftig eine wachsende Bedeutung. Der Standard richtet den Blick auf die Ergebnisqualität und orientiert sich an Outcome-Kriterien wie der PERSON-Zentrierung und der Lebensqualität. Zudem wurde für die Bewertung der Beziehungsgestaltung ein Qualitätsniveau festgelegt (DNQP 2018).

Die geschilderten Beispiele für Formalisierungen können eine erste Grundlage bilden, sich einer Definition zu nähern und damit auch eine Bewertbarkeit von Krankenhäusern im Hinblick auf den Grad ihrer Demenzsensibilität zu ermöglichen. Mit dem Qualitätssiegel des DGGPP (2017) soll Altenpflegeeinrichtungen als lernenden Organisationen eine Hilfestellung auf dem Weg zur Demenzsensibilität gegeben werden. Inhaltlich müsste dieses Siegel allerdings auf die Bedingungen eines Krankenhauses angepasst werden. Die Prüfkriterien und die Vorgehensweise beim Erwerb des niederländischen Siegels „Seniorenfreundliches Krankenhaus“ sind im Vergleich zum DGGPP-Siegel „Demenzsensible Einrichtung“ umfassender und passgenauer auf Krankenhäuser zugeschnitten. Aber hier wären Anpassungen an deutsche Verhältnisse unabdingbar. Die hohe Beteiligung in den Niederlanden zeigt jedoch, dass Demenzsensibilität zu einem Teil des Selbstverständnisses in den Krankenhäusern werden kann. Das Evangelische Krankenhaus in Bad Dürkheim hat als erstes deutsches Krankenhaus eine Zertifizierung umgesetzt, auch wenn diese sich primär auf die Umsetzung von Umgangskonzepten stützt. Die Ergebnisse von Schmidt (2017) sind für weitere Überlegungen ebenso nützlich, auch wenn sie zunächst zur Selbsteinschätzung von Kliniken entwickelt wurden.

Eine gute Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus ist mit einem hohen Ressourceneinsatz verbunden. Eine Operationalisierung der Demenzsensibilität auf der Basis einer definitorischen Klärung ist längst überfällig, zum einen um die handelnden Akteure bei der Umsetzung demenzsensibler Konzepte zu unterstützen, zum anderen um auf eine angemessene Finanzierung des Aufwands für eine Gute Praxis hinzuarbeiten.

4

Demenzsensibilität erfolgreich etablieren und nachhaltig verankern



In einem früheren Projekt des iso-Instituts im Auftrag der Deutschen Alzheimer Gesellschaft wurde bereits vertiefend analysiert, was die Verbreitung demenzsensibler Konzepte verhindert oder erschwert (Kirchen-Peters 2013). Zum damaligen Zeitpunkt lagen jedoch noch wenige Erfahrungen mit Guter Praxis vor, die auf einigen wenigen Pionierkrankenhäusern basierten. Durch das Förderprogramm „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ der Robert Bosch Stiftung konnten der Erfahrungshintergrund über Ansätze Guter Praxis nun erweitert, aber auch neue Erkenntnisse über hemmende und förderliche Faktoren zur Etablierung von Demenzsensibilität in Akutkrankenhäusern gesammelt werden.

Aus den Erfahrungen der Modellprojekte lassen sich typische Barrieren für eine demenzsensible Ausrichtung von Akutkrankenhäusern auf individueller, arbeitsorganisatorischer und übergeordneter Ebene beschreiben. Deren Analyse und Beschreibung ermöglicht es Krankenhäusern, solche Umsetzungsprobleme zu bearbeiten und Ansatzpunkte zur Überwindung dieser Hürden zu finden. Im Folgenden werden die Erkenntnisse über Erschwernisse für die Etablierung von Demenzsensibilität entlang der ermittelten drei Ebenen dargestellt.

Individuelle Barrieren:

- **Verkennen der Relevanz:** Wie häufig Menschen mit Nebendiagnose Demenz oder mit Delir in Akutkrankenhäusern behandelt werden, wird von den Klinikleitungen nicht selten unterschätzt. Denn Kommunikationsbarrieren verhindern, dass Pflegekräfte und ärztliches Personal den Leitungskräften offen zur Kenntnis bringen, welche Schwierigkeiten im Umgang mit demenzkranken Patientinnen und Patienten auftreten und wie hilflos sie sich in eskalierenden Situationen fühlen.
- **Verdrängung:** Der Umgang mit Demenzkranken berührt eine Reihe sehr individueller Aspekte, wie die Beschäftigung mit Ängsten vor dem eigenen Alter oder vor dem Altern der Eltern. Solche Ängste beziehen sich vor allem auf die Vorstellung eines geistigen Abbaus und von einer daraus resultierenden Abhängigkeit von Dritten. Viele Menschen verdrängen solche Themen auch in professionellen Kontexten und möchten sich nicht aktiv damit beschäftigen.
- **Medizinische Orientierung:** Hinzu kommen Fragen des beruflichen Selbstverständnisses. Sind Ärzte oder Pflegekräfte vorwiegend auf Heilung und Spitzenmedizin orientiert, sind Demenzkranke eine eher uninteressante Patientengruppe und manche Beschäftigte fühlen sich durch eine zunehmende Beschäftigung mit diesen Menschen sogar von einem beruflichen Statusverlust bedroht. Eine „Spitzenmedizin“ mit hohem Technikeinsatz, die auf eine Heilung von Krankheiten ausgerichtet ist, ist mit einer höheren gesellschaftlichen Wertschätzung verbunden als eine „Spitzenbetreuung“ von Menschen mit chronischen und progredienten Erkrankungen.

- **Schwierige Patienteninteraktion:** Menschen mit Demenz werden von den Beschäftigten primär als besonders aufwendige Patienten und damit als zusätzliche Aufgabe oder Last eingeschätzt. Besonders Patienten mit herausforderndem Verhalten werden als nervenaufreibende Belastung im ohnehin anstrengenden Arbeitsalltag erlebt. Aus mangelnder Erfahrung mit demenzsensiblen Arbeitsweisen werden die Entlastungspotenziale, die sich aus einem personenorientierten Umgang ergeben, nicht gesehen.

Institutionelle und arbeitsorganisatorische Barrieren:

- **Kein Modellwissen:** Als gravierende Barriere für eine demenzbezogene Ausrichtung der Kliniken haben sich mangelnde Kenntnisse über demenzsensible Konzepte herauskristallisiert. Mangelndes Wissen darüber, was Gute Praxis ausmacht, erschwert die Strukturierung neuer Prozesse, erzeugt Umwege und verschwendet Ressourcen.
- **Eingefahrene Strukturen:** Maßnahmen der Organisationsentwicklung sind mitunter aufgrund eingeschliffener Routinen und Kommunikationsmuster nur schwer umsetzbar. Dabei spielen traditionelle Hierarchien und berufliche Orientierungen eine große Rolle. Insbesondere eine mangelnde Bereitschaft von Ärzten, sich aktiv mit eigenen Zeitanteilen an Maßnahmen zur Steigerung der Demenzsensibilität zu beteiligen, wird vielerorts als Umsetzungserschweris beschrieben.

- **Begrenzte Ressourcen:** Ohne Schulung des Personals ist kein Fortschritt in der Demenzsensibilität zu erreichen. Aber Schulungen sind mit einem hohen Ressourceneinsatz verbunden. Für viele Kliniken ist es deshalb schwierig, vor dem Hintergrund der vielen drängenden Anforderungen an Akutkrankenhäuser dem Thema Demenz eine ausreichende Priorität einzuräumen.
- **Professioneller Tunnelblick:** Erschwerend hinzu kommt die zunehmende Spezialisierung und Funktionalisierung der Kliniken. Der einseitige Blick auf die Ziele der einzelnen Fachabteilungen und dort auf die Behandlung der Hauptdiagnosen versperrt den ganzheitlichen Blick auf die komplexe medizinische, pflegerische und soziale Bedürfnislage der Menschen mit Demenz. Es fehlt insbesondere an einer patientenorientierten Sicht sowie an der Bereitschaft und an Strukturen für eine interdisziplinäre, abteilungs- und sektorenübergreifende Arbeitsweise.
- **Ablauforientierung:** Bei kurzen Verweildauern geht es in erster Linie darum, dass die zu Behandelnden die für den Tag vorgesehenen Prozeduren reibungslos durchlaufen, und auch die finanziellen Anreizsysteme sind diesem Ziel unterworfen. Die „unsichtbare“, präventive Arbeit mit Demenzkranken, die darauf zielt, unerwünschte Vorkommnisse zu verhindern, wird deshalb von Vorgesetzten wie auch von Kolleginnen und Kollegen weniger wertgeschätzt.
- **Arbeitsverdichtung:** Durch die finanzielle Rahmensetzung arbeitet das Krankenhauspersonal am Rande der Belastungsgrenzen. Dadurch entsteht eine hektische und gestresste Gesamtatmosphäre. Die tägliche Arbeits- und Problemdichte verhindert Austausch und Kreativität, die für die Entwicklung von Demenzkonzepten notwendig wären.
- **Zunehmender Wirtschaftlichkeits- und Effizienzdruck:** Die Krankenhäuser stehen wirtschaftlich unter einem steigenden Markt- und Überlebensdruck, der wenig Spielräume für finanziell riskante Entscheidungen lässt. Zu nennen ist hier z. B. der Rückzug der Länder aus der Übernahme von Investitionskosten der Krankenhäuser, der zu einer angespannten Finanzsituation geführt hat.



Eine demenzsensible Klinik zu entwickeln ist keine einfache Aufgabe. Rechnen Sie mit vielen Hindernissen, bewahren Sie Geduld und Hartnäckigkeit! Hilfreich ist es, sich auf mögliche Gegenargumente von Kollegen und Vorgesetzten vorzubereiten und sich Verbündete zu suchen.

Übergeordnete und betriebswirtschaftliche Barrieren:

- **Betriebswirtschaftliche Faktoren:** Demenzkranke erzeugen im derzeitigen Vergütungssystem Mehrkosten für die Krankenhäuser. Die zusätzlichen Kosten resultieren in erster Linie aus einem erhöhten Personalaufwand, aus Zusatzentgelten für Konsile und aus längeren Liegezeiten. Krankenhäuser befürchten, durch eine offensive Ausrichtung auf das Krankheitsbild noch mehr Menschen mit Demenz aufnehmen zu müssen.

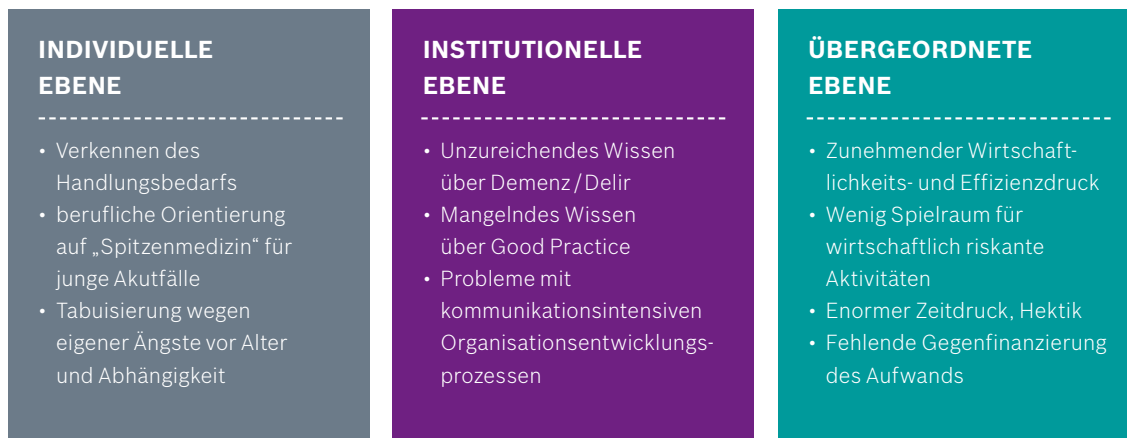


Abbildung 3: Barrieren für die Umsetzung demenzsensibler Konzepte

Faktoren für das Gelingen Guter Praxis

Auch wenn der Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus steinig ist, scheint es dennoch möglich, Fortschritte zu erzielen und diese nachhaltig zu verankern. Dabei hat die **Haltung zur Demenz** für die Überwindung vieler der genannten Barrieren einen zentralen Stellenwert. Mit vielfältigen Maßnahmen ist daran zu arbeiten, eine negative und abwertende Haltung positiv zu verändern. Erfahrungsgemäß handelt es sich um eine langfristige Aufgabe, menschliche Denk- und Verhaltensmuster zu beeinflussen. Bewährt haben sich insbesondere kontinuierliche Investitionen in Schulung und Aufklärung des Personals. Ein wichtiges Element ist dabei die Selbsterfahrung: Zu merken, dass ein anderer Umgang mit Demenzkranken für beide Seiten zu angenehmeren Situationen führt und dass es sich lohnt, andere Wege zu gehen, ist für viele Beschäftigte ein Aha-Erlebnis.



Zur Etablierung demenzsensibler Krankenhäuser muss an der Haltung der Beschäftigten gearbeitet werden. Auch Kurzfilme eignen sich dazu (vgl. auch Kapitel 6.1).

Die **Leitungskräfte** nehmen bei der Umsetzung demenzsensibler Krankenhäuser eine Schlüsselrolle ein. Wie Erfahrungen aus den Projekten zweifelsfrei belegen, sind Initiativen zur Etablierung von Demenzsensibilität nur im Rahmen einer Top-down-Strategie erfolgreich. Deshalb müssen alle Führungskräfte für einen entsprechenden Innovationsprozess gewonnen werden. Damit der Veränderungsprozess zielgerichtet und konsequent gestaltet werden kann, sollten die Leitungskräfte folgende Schritte in die Wege leiten:

- Ziele und Handlungsprinzipien im Umgang mit Menschen mit Demenz sind im Unternehmensleitbild zu verankern. Die Strategie darf sich jedoch nicht nur auf dem Papier entfalten, sondern ist z. B. an Belohnungssysteme zu koppeln, die sich bislang ausschließlich an der Sicherung der Ablauforganisation ausgerichtet haben.
- Mit Ärzten, Stationsleitungen und Pflegekräften sind Personalgespräche zu führen, in denen zu den Krankheitsbildern Demenz und Delir konkrete Zielvereinbarungen getroffen werden.
- Es sind Maßnahmen zu ergreifen, damit eine adäquate Haltung zu Menschen mit kognitiven Einschränkungen entsteht. Dazu zählen insbesondere Aufklärung und Schulung. Bei Bedarf sind zudem Personalgespräche zu führen.
- Strukturierte Fortbildungen und Praxisanleitungen zum Umgang mit den Krankheitsbildern Demenz und Delir müssen für alle Berufsgruppen als Pflichtveranstaltungen definiert werden.
- Veränderungsprozesse müssen begleitet und Beschäftigte bei der Umstrukturierung von Abläufen unterstützt werden.
- Maßnahmen zur Sicherung von Nachhaltigkeit sind zu ergreifen, z. B. die Benennung und Qualifizierung von Stellvertreterpositionen.

Damit sich die angestrebten Veränderungen in einem strukturierten Prozess erfolgreich und nachhaltig entfalten können, ist ein **Projektmanagement** sinnvoll. Im Rahmen des Projektmanagements sind zu Beginn insbesondere folgende Inhalte zu diskutieren und schriftlich zu fixieren:

- kurz-, mittel- und langfristige Ziele des Vorhabens
- Definition von Bausteinen und Maßnahmen (z. B. Schulung, Umgebungsgestaltung, Beschäftigungsangebote)
- Zeit- und Meilensteinplan mit Phasen (z. B. Vorbereitungsphase, Umsetzungsphase Pilotstation, Ausweitungs- und Verstetigungsphase)
- Ressourcenplanung
- Festlegung des Monitorings
- personelle Verantwortlichkeiten

Es ist ein **Projektverantwortlicher** zu benennen, der die Planung, Organisation, Steuerung und Überwachung des Projekts übernimmt. Dazu muss diese Person hierarchisch akzeptiert sein und über entsprechende zeitliche Ressourcen verfügen. Zudem sollten Kenntnisse im Projektmanagement vorliegen.

Wichtiges Arbeits- und Verstetigungsinstrument kann ein **„Runder Tisch Demenz“** sein, in dem die konzeptionellen Weiterentwicklungen diskutiert und die Planungen vorangetrieben werden können.

Eine Tagesordnung der Gruppe könnte wie folgt aussehen:

- Stand der Umsetzung seit dem letzten Treffen
- Was wurde schon erreicht und wie kann der Erfolg abgesichert werden?
- Aufgetretene Probleme und Lösungsansätze
- Prüfung des Zeit- und Ressourceneinsatzes
- Planung der nächsten Schritte

Am „Runder Tisch Demenz“ sind möglichst viele Berufsgruppen zu beteiligen (z. B. Medizin, Pflege, Physiotherapie, Krankenhausmanagement, Architektur). Eine fachliche Bereicherung kann auch die Einbeziehung externer Spezialisten z. B. aus Selbsthilfe- oder Angehörigenorganisationen sein. Die „Externen“ können auch temporär als Berater hinzugezogen werden.

Auch auf den einzelnen Stationen muss eine Struktur geschaffen werden, die das Thema „am Köcheln“ hält, damit es vor dem Hintergrund der Problemdichte im Akutkrankenhaus nicht aus dem Blick gerät. Dazu eignen sich z. B. **Themenverantwortliche**, die mit einem zusätzlichen Wissen ausgestattet sind. Diese können die Einhaltung verabredeter Standards nachhalten, den Kollegen bei Bedarf mit Rat und Tat zur Seite stehen und organisatorische Fragen zur Umsetzung des Projekts bearbeiten. Sinnvoll ist auch ein regelmäßiges Bedside Teaching, um in der konkreten Arbeitssituation Einstellungs- und Verhaltensänderungen kontinuierlich zu begleiten.



Die Arbeit an neuen Strukturen und Prozessen ist für die ohnehin belasteten Beschäftigten im Krankenhaus eine große Anstrengung. Eine Sichtbarkeit des Projekts durch interne und externe Öffentlichkeitsarbeit kann helfen, das Engagement zu festigen. Als Anlässe für kleinere Zusammenkünfte eignen sich z. B. Auftaktveranstaltungen oder die Präsentation von Zwischenergebnissen. Eine besondere Aufmerksamkeit ist gesichert, wenn Fremdmittel eingeworben werden können, etwa durch Projektförderungen, durch Zuwendungen aus der regionalen Wirtschaft oder im Rahmen der Vergabe von Preisgeldern.

Auch wenn die Planung der Prozesse im Rahmen eines Projektmanagements zunächst Aufwand erzeugt, sollte man nicht darauf verzichten. Unnötige Umwege, falsche Weichenstellungen und Misserfolge kosten nicht nur Ressourcen, sondern führen auch bei den Projektbeteiligten zu Motivationsverlusten und damit nicht selten zu einem Scheitern des Vorhabens. Projekte sollten inhaltlich von der Unternehmensführung unterstützt und in die Unternehmensstrategie aufgenommen werden.

Transfer und Nachhaltigkeit einplanen: Vom Projekt in die Regelversorgung!

Die Praxiserfahrung vieler Modellprojekte zeigt, dass sich bereits erzielte Erfolge in der Demenzsensibilität von Akutkrankenhäusern häufig nicht halten lassen und eingeführte Maßnahmen mitunter wieder eingestellt werden müssen. Eine besonders kritische Phase ergibt sich für die meisten Krankenhäuser, wenn über einen begrenzten Zeitraum zur

Verfügung gestellte Fördermittel auslaufen und sich die Frage stellt, ob und wie die Maßnahmen in eine nachhaltige Struktur überführt werden sollen. Zu diesem Zeitpunkt wird häufig ein Resümee gezogen, ob und inwieweit sich die bisherigen Anstrengungen „gelohnt“ haben.

Spätestens nach Auslaufen einer Förderung sollten die Projektverantwortlichen deshalb in der Lage sein, eine **Bilanz der Nützlichkeit** ihres Projekts zu ziehen. Wenn keine Mittel für eine externe Evaluation zur Verfügung stehen, können in vertretbarem Umfang Eigenevaluationen durchgeführt werden. Dazu sind verschiedene Maßnahmen denkbar: Neben der Befragung von Angehörigen und Beschäftigten mit Schwerpunkt auf Zufriedenheitsparametern und weiteren Entwicklungsbedarfen sind auch Vorher-Nachher-Befragungen zu Lernerfolgen nach Schulungsmaßnahmen eine mögliche Strategie. Immer wenn jedoch ökonomisch relevante Zahlen ermittelt werden sollen, müssen auch patientenbezogene Parameter erhoben und die Ergebnisse zusammen mit der Wirtschaftsabteilung interpretiert werden. Dies betrifft insbesondere Patienten-Outcomes wie die Entwicklung der Zahl an Delirien oder die Verweildauer sowie das Auftreten unerwünschter Ereignisse.

Ein anderes Instrument ermöglicht eine Selbstevaluation im Hinblick auf den Grad an erreichter Demenzsensibilität (vgl. auch Kapitel 3). Zu nennen ist hier der Kriterienkatalog PAPAR zur Selbstevaluation demenzsensibler Krankenhäuser von Schmidt (2017), der in Anlehnung an das „Space-Assessment Spidergram“ des Royal College of Nursing in England entwickelt und in 14 deutschen Förderkrankenhäusern der Robert Bosch Stiftung empirisch überprüft wurde.

Neben der Frage einer Weiterfinanzierung nach Auslaufen der Projektförderung gibt es auch andere kritische Ereignisse, die Projekterfolge gefährden. Aus den Programm-ergebnissen lässt sich ableiten, dass personelle Wechsel oft zu Rückschritten führen, insbesondere wenn Führungskräfte oder Projektverantwortliche betroffen sind. Da im Gesundheitswesen jedoch mit personeller Fluktuation zu rechnen ist, müssen **Maßnahmen zur personellen Absicherung von Projekten** getroffen werden. Zunächst ist es dazu von entscheidender Bedeutung, vor dem Start eines Demenzprojekts das Agreement der gesamten Leitung

einzuholen und die zu treffenden Regelungen so stabil anzulegen, dass sie auch personelle Wechsel überdauern. Zudem sollte zur Sicherung von Kontinuität auf befristete Verträge, wie sie häufig im Rahmen modellhaft finanzierter Stellen üblich sind, möglichst verzichtet werden.

Wenn positive Entwicklungen aus den Projekten Bestand haben sollen, empfiehlt es sich zudem, **verlässliche Strukturen** zu schaffen und für die zu leistende Arbeit **Ressourcen bereitzustellen**. Wenn z. B. kollegiale Beratungen oder Fallbesprechungen stattfinden sollen, müssen die zuständigen Personen dafür freigestellt sein, damit sie bei Anfragen zeitnah reagieren können und nicht in sonstigen Aufgaben gebunden sind. Projekte, in denen die Fortschritte nur über zusätzliches Engagement der Beteiligten, z. B. in Form von Überstunden, zu erreichen sind, können schnell scheitern.

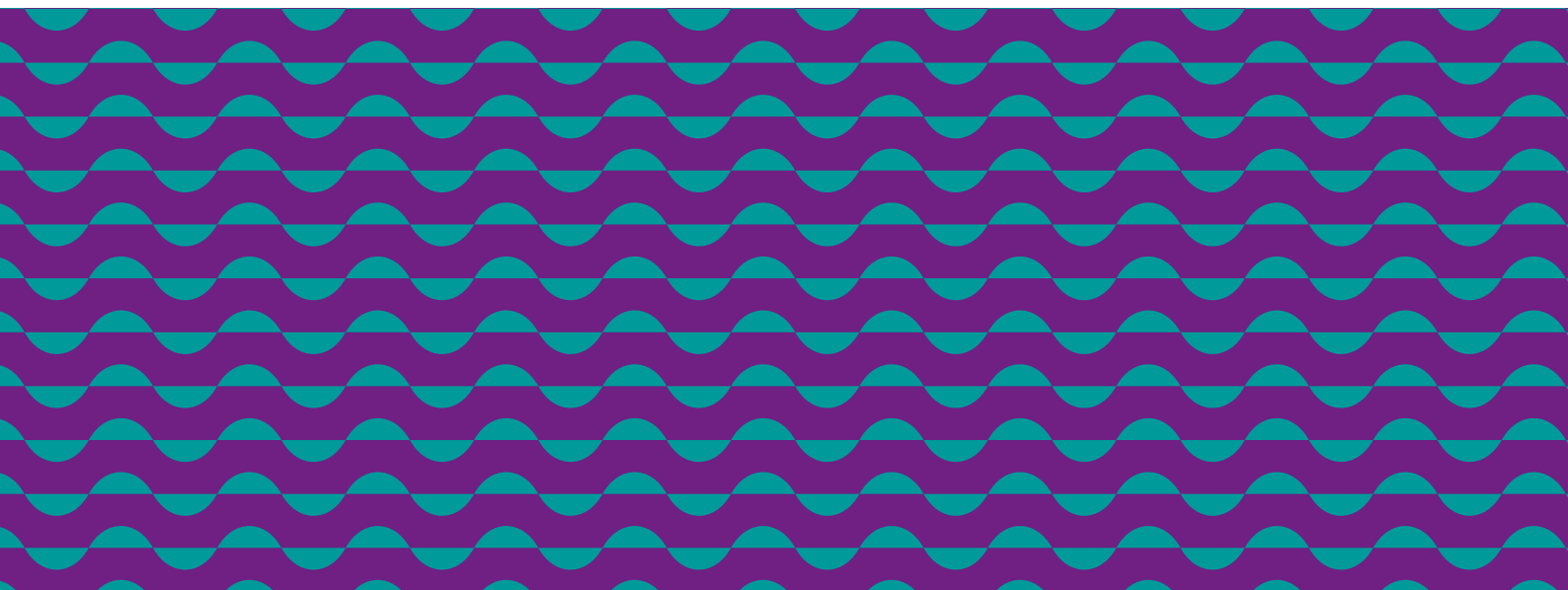
Idealerweise werden modellhafte Maßnahmen in **Verfahrensregelungen** des Qualitätsmanagements eingepflegt, damit sie eine zusätzliche Stabilität entfalten können. In jedem Fall sind für die Schaffung von Nachhaltigkeit in besonderem Maße die Führungskräfte aller Ebenen in der Pflicht und in der Verantwortung. Denn alle Schritte, die hierarchisch ausschließlich „von unten nach oben“ gegangen werden, führen nur sehr langsam zu sichtbaren Ergebnissen und sind letztlich selten nachhaltig.



Wie erreichte Erfolge gesichert und nachhaltige Strukturen verankert werden können, ist bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Umsetzung zu bedenken. Die Verantwortungsübernahme durch die Leitungskräfte und eine fachlich fundierte Strukturierung von Veränderungsprozessen spielen deshalb eine Schlüsselrolle.

5

Was ist beim Umgang mit Menschen mit Demenz zu berücksichtigen?



Hauptmerkmal der Demenz ist eine Einschränkung mehrerer kognitiver Funktionen mit Auswirkungen auf Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprache, Auffassungsgabe, Denkvermögen und Orientierungssinn. Neben den kognitiven Einbußen kommen Veränderungen im sozialen Verhalten, im Antrieb und in der Stimmung hinzu. Zu schwierigen Situationen kann es insbesondere im Akutkrankenhaus kommen, wenn der Wirklichkeitsbezug des Menschen mit Demenz verändert ist. Dann werden die vom Personal zu ergreifenden Maßnahmen nicht verstanden, falsch interpretiert und ggf. als Bedrohung erlebt (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2019).

Aufgrund der beschriebenen Veränderungen stellt der Umgang mit Menschen mit Demenz unsere Kommunikationsfähigkeit auf eine besondere Probe. Im Folgenden werden zunächst allgemeine Umgangskonzepte vorgestellt, die in der alltäglichen Begegnung mit demenzkranken Patienten hilfreich sind. Anschließend bezieht sich die Darstellung auf spezielle Situationen im Umgang mit Menschen mit Demenz.

5.1

Allgemeine Herausforderungen

Unser Alltag ist üblicherweise durch den Gebrauch des Verstandes geprägt. Bei Menschen mit Demenz spielen logische Zusammenhänge hingegen eine untergeordnete Rolle. Deshalb verlieren im Umgang mit Demenzkranken gewohnte Kommunikationsformen wie das strukturierte Gespräch an Gewicht und müssen häufig durch nonverbale Ausdrucksweisen ersetzt werden. Unter nonverbalen Kommunikationsformen sind Körpersprache, Mimik und Gestik zu verstehen, auf die Demenzkranke häufig stärker reagieren als auf das gesprochene Wort (Caritasverband 2016).

Wichtige Hinweise zum Umgang mit Menschen mit Demenz hat die Deutsche Alzheimer Gesellschaft erarbeitet (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2012), beispielsweise:

- Das Verhalten der Person beobachten und auf dieser Basis versuchen, es zu verstehen.
- Langsam und deutlich sprechen.
- Nicht auf Fehler hinweisen und korrigieren.
- Vorhandene Fähigkeiten nutzen und erhalten.
- Für Ruhe und Sicherheit sorgen.
- Keine Fragen stellen, die die Person nicht beantworten kann.

Mangelndes Wissen über Erscheinungsformen und Auswirkungen der Krankheit führen bei Mitarbeitern nicht nur zu einer großen Ratlosigkeit, sondern auch zu Aggressionen, wenn etwa bestimmte Verhaltensweisen nicht als typischer Ausdruck der Demenz, sondern als bewusst gesteuerte Böswilligkeit fehlinterpretiert werden. Andererseits kann das gut gemeinte Bemühen, die demenzkranken Patienten durch ständige Richtigstellungen wieder an die „Normalität“ heranzuführen, bei den Kranken zu Aggressionen führen und die Symptome der Demenz sogar verstärken. Für eine gelungene Kommunikation ist es erforderlich, sich auf die Realität der Kranken einzulassen und ihre Handlungen und Gefühle wertzuschätzen. Ein „guter Draht“ zum Demenzpatienten entwickelt sich dabei nicht auf der rationalen, sondern auf der emotionalen Ebene. Beim Vertrauensaufbau oder -erhalt helfen eine ruhige Art, Humor sowie eine persönliche Ansprache, die sich an biografisch wichtigen Ereignissen oder Vorlieben des Kranken orientieren kann. Beim Sprechen sollte man den Blickkontakt halten und stets mit einfachen und kurzen Sätzen erklären, was man gerade tut. Damit setzt eine erfolgreiche Arbeit mit Demenzkranken neben der notwendigen Fach- und Sachkenntnis auch soziale Kompetenzen voraus (Caritasverband 2016).

Hauptströmungen von Umgangskonzepten, die auch im Akutkrankenhaus zum Einsatz kommen, sind derzeit die **Validation** sowie die PERSON-zentrierte Pflege. Der **PERSON-zentrierte Ansatz nach Kitwood** (2013) stellt die PERSON mit Demenz in den Mittelpunkt des Geschehens und nicht die Person mit DEMENZ. Dies bedeutet, dass die ausschließliche Fokussierung auf die Demenz und die damit verbundenen Defizite abgelehnt wird und die psychosozialen und emotionalen Ressourcen in den Vordergrund gerückt werden. Die Bedürfnisse der Menschen sollen ermittelt werden und als Grundlage einer verstehenden Pflege und Betreuung dienen. Somit wird die Gefühls- und Beziehungsarbeit zwischen Demenzkranken und Pflegepersonen zum entscheidenden Faktor.

Unter **Validation** versteht man eine wertschätzende und akzeptierende Grundhaltung im Umgang mit demenzkranken Menschen. Der ursprüngliche Ansatz wurde von Naomi Feil bereits in den 1980er-Jahren entwickelt und verbreitet. Orientiert an vier Krankheitsstadien werden Techniken aufgezeigt, mit denen ein Wohlbefinden der Demenzkranken erreicht und herausforderndes Verhalten vermieden oder positiv beeinflusst werden kann. Dazu zählen explorierende Fragen oder das Spiegeln von Aussagen und Gefühlen (Feil 1999). In den 1990er-Jahren wurde der Ansatz von Nicole Richard zur „Integrativen Validation“ weiterentwickelt, die den Schwerpunkt auf die Vermittlung praktischer Kompetenzen im Umgang mit Demenzkranken legt. Wichtige Elemente des Ansatzes sind die Bestätigung von Gefühlen wie Kummer oder Misstrauen, die verständnisvolle Anerkennung von Antrieben wie Ordnungssinn oder Pflichtbewusstsein sowie das Mitgehen in die Gefühlswelt der Demenzkranken (Richard 2008).

Neben den beschriebenen Ansätzen können im Akutkrankenhaus auch Elemente anderer Pflegekonzepte in Anteilen in den Umgang mit den kognitiv eingeschränkten Patienten sinnvoll eingebunden werden. Zu nennen sind z. B. die Mäeutik (van der Kooij 2017), die stark auf intuitive Elemente setzt, die Basale Stimulation (Bienstein / Fröhlich 2012), in deren Zentrum die Berührung steht sowie die Biografiearbeit (Böhm 2009). Umfangreiche Rahmenempfehlungen insbesondere für den Umgang mit herausforderndem Verhalten wurden von Bartholomeyczik (Bartholomeyczik et al. 2008) entwickelt. Zudem sind im Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (DNQP 2018) weitere wichtige Hinweise verarbeitet.

Es empfiehlt sich, dem Personal die Grundlagen zur Anwendung der beschriebenen Umgangskonzepte und Techniken zunächst in Schulungsmaßnahmen zu vermitteln. Dies ist jedoch nur ein erster Schritt: Wie aus verschiedenen Praxisprojekten hervorgeht, führt insbesondere eine Kombination von Fortbildungen mit praktischen Übungen im Stationsalltag (Bedside Teaching) bzw. mit strukturierten Fallbesprechungen zu einem wahrnehmbaren Lernerfolg bei den Mitarbeitern (vgl. auch Kapitel 6.1). Hier bietet sich der Vorteil, dass die eigenen Handlungsmuster im Umgang mit den demenzkranken Patienten gemeinsam reflektiert und unter fachlicher Anleitung neue Arbeitsformen eingeübt werden können.

Neben diesen Maßnahmen ist es lehrreich zu beobachten, wie sich geübte Pflegekräfte oder Ärzte im Umgang mit Demenzkranken verhalten. Dazu eignen sich in erster Linie Hospitationen in (Geronto-) Psychiatrien, in spezialisierten Pflegeheimen oder in Gute-Praxis-Kliniken. Zur Sensibilisierung und zur Reflexion des eigenen beruflichen Handelns eignen sich zudem in besonderer Weise auch Kurzfilme oder Apps, die einen Rollenwechsel ermöglichen und die Mitarbeiter auf einer emotionalen Ebene ansprechen (Caritasverband 2016). In England ist der Film „Barbara’s Story“, der den Weg einer demenzkranken Frau in einem Akutkrankenhaus einfühlsam beschreibt, ein großer Erfolg. Allein durch das Ansehen dieses Filmes haben dort viele Mitarbeiter eine andere Einstellung zu dieser Patientengruppe entwickelt (vgl. Link 1 im Anhang).

5.2

Spezielle Situationen

5.2.1 Ethische Anforderungen

Neben diesen allgemeinen Hinweisen zum Umgang mit Menschen mit Demenz gibt es im Klinikalltag spezielle Situationen, die ein besonderes Vorgehen erfordern. So stellen sich oftmals ethische Fragen, für die das Personal Orientierung und Unterstützung benötigt. Dabei muss trotz der Anforderungen an eine ökonomische Betriebsführung stets die Lebensqualität der demenzkranken Patienten in den Mittelpunkt gerückt werden. Menschen mit Demenz werden vor dem Hintergrund eines rationalistischen Menschenbildes, das den Verstand in den Mittelpunkt stellt, häufig abgewertet. Der Abbau ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit wird mit einer Entpersonalisierung oder einer Entmenschlichung gleichgesetzt. Dabei gerät aus dem Blick, dass das Menschsein auch eine soziale und emotionale Seite hat und dass Demenzkranke in diesen Dimensionen noch über erhebliche Ressourcen verfügen (Caritasverband 2016).

Wenn Demenzkranke in dieser Betrachtungsweise als Personen ernst genommen werden, leitet sich daraus auch die zentrale Forderung ab, die Kranken in allen Stadien in die Gestaltung von Abläufen und Entscheidungen einzubeziehen (Deutscher Ethikrat 2012). Auch fachlich angeratene Maßnahmen können zu einem Problem werden, wenn sie von dem Menschen mit Demenz nicht gewünscht sind.



Detlef Rüsing, Dialogzentrum Leben im Alter:

„Wenn es um die Einführung eines Screenings geht, hat man eine Schwierigkeit: Jeder hat das Recht, dass seine Krankheit bei ihm bleibt. Wenn ich mit einem Beinbruch komme, muss es nicht sein, dass mir ein Arzt auf dem Flur mitteilt, dass ich auch noch eine Demenz habe.“

Dabei wird die Umsetzung der Forderung nach Selbstbestimmung trotz Demenz mit steigendem Demenzgrad immer schwieriger, weil sie damit verbunden ist, die Wünsche der Kranken auch aus nonverbalen Willensäußerungen abzuleiten. Dies erfordert spezifische Kompetenzen und Erfahrungen mit demenzkranken Patienten, aber auch Zeit, die im Krankenhausalltag ein knappes Gut ist. Ein Hinzuziehen der Angehörigen oder gesetzlichen Betreuer, soweit bekannt, wie auch die Berücksichtigung einer gültigen Patientenverfügung sollte zur Entscheidungsfindung einbezogen werden. Einen umfassenden Handlungsleitfaden zur Umsetzung von Selbstbestimmung hat das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf in Hamburg im Rahmen der Projektförderung durch die Robert Bosch Stiftung entwickelt (vgl. auch Kapitel 6.1).

Darüber hinaus stellen sich im Krankenhaus ethische Fragen, wenn es darum geht, ob bestimmte als notwendig erachtete Maßnahmen unter Zwang erbracht werden sollen, oder im Falle medikamentöser oder mechanischer Ruhigstellungen. Zunehmend wird auch von ethischen Dilemmata berichtet, wenn bei Menschen mit einer schweren Demenz Entscheidungen über medizinisch komplexe Behandlungen getroffen werden müssen. Darüber hinaus ist die Sterbebegleitung von Demenzkranken ethisch zu reflektieren. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft hat zu verschiedenen Themen ethische Kurzempfehlungen formuliert, die dem Personal in folgenden Situationen eine hilfreiche Unterstützung bieten können (vgl. Link 2 im Anhang):

- Umgang mit Ernährungsstörungen bei Demenz
- Umgang mit Unruhe und Gefährdung bei Demenz
- Umgang mit Patientenverfügungen bei Demenz
- Umgang mit medizinischer Behandlung bei Demenz
- Umgang mit Schuldgefühlen bei der Betreuung und Pflege von Demenzkranken
- Begleitung von Demenzkranken in der Sterbephase
- Umgang mit Frühdiagnostik bei Demenz
- Umgang mit Diagnose und Aufklärung bei Demenz

Insgesamt ist anzuraten, das Krankenhauspersonal für ethische Fragen im Zusammenhang mit Demenz zu sensibilisieren sowie hausinterne Handreichungen und Empfehlungen zu entwickeln, die den Mitarbeitern Entscheidungen im Arbeitsalltag erleichtern. Zudem sollte in komplizierten Fällen das Instrument der ethischen Fallkonferenz eingesetzt werden.

Eine besondere Herausforderung ist zudem der Umgang mit Ernährung, Schmerz und herausforderndem Verhalten. Aufgrund der großen Bedeutung dieser Situationen im Klinikalltag wird auf Hintergründe und Ansätze guter Praxis gesondert eingegangen.

5.2.2 Ernährung

Essen und Trinken gehören zu den Grundbedürfnissen des Menschen. Im Zusammenhang mit der Demenz ist der Umgang mit Fehlernährung im Sinne einer Mangelernährung (Malnutrition) von besonderer Relevanz. Nach Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) sind die Krankheitsbilder Demenz, Delir und Depression Risikofaktoren für eine Mangelernährung. In der S3-Leitlinie der DGEM wird die Mangelernährung im Alter durch das Vorhandensein eines der drei folgenden Kriterien definiert (Volkert et al. 2013):

- unbeabsichtigter auffälliger Gewichtsverlust:
> 5 % in 3 Monaten
- unbeabsichtigter auffälliger Gewichtsverlust:
> 10 % in 6 Monaten
- deutlich reduzierte Körpermasse
(Fett- und Muskelmasse): BMI < 20 kg/m²

Unter Mangelernährung wird somit ein Ernährungszustand verstanden, mit dem ein ungünstiger Krankheitsverlauf, eine erhöhte Mortalität, ein erhöhtes Sturz- und Dekubitusrisiko sowie eine reduzierte Muskelmasse einhergehen (Gogol 2016, Radzey / Fischer 2007). Das Ess- und Trinkverhalten kann bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen erheblich beeinträchtigt sein und eine Herausforderung für alle am Versorgungsprozess beteiligten Personen darstellen. Die Ursachen problematischen Essverhaltens können bei Menschen mit Demenz vielfältig sein und müssen zuerst abgeklärt werden (Rüsing 2007). Als Ursache kommt u. a. eine Abnahme von Erinnerung, Koordination und Mobilität infrage. Einschränkungen bei der zeitlichen Orientierung, bei der Seh-, Kau-, Schluck- und Sprachfähigkeit oder ein reduzierter Geruchs- und Geschmackssinn können ebenso zu den Ursachen gehören. Demenzkranke können sich beispielsweise nicht mehr daran erinnern, ob, wann oder was sie gegessen oder getrunken haben. Bei reduzierter Koordination können häufig Arbeitsschritte der Nahrungszubereitung und -aufnahme wie der Umgang mit Messer und Gabel oder das Befüllen eines Glases nicht mehr selbstständig durchgeführt werden. Seheinschränkungen erschweren das Erkennen und Zuordnen von Speisen, so wird ein grüner Blattsalat auf grünem Teller oft nicht erkannt. Ein schlecht sitzendes Gebiss kann zu Schmerzen beim Kauen und zur Nahrungsverweigerung führen. Aufgrund einer Sprachstörung kann die Mitteilungsfähigkeit, ob und worauf der Demenzkranke Appetit hat, eingeschränkt sein (Kaus 2019). Bei der Beeinträchtigung des Geschmackssinns gehen sensorische Empfindungen von süß, sauer, salzig oder bitter und damit schlichtweg die Lust am Essen oder Trinken verloren. In der Klinik sind neben der Ursachenklärung die Erfassung des Ernährungszustands und die Kontrolle der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sehr wichtig, um eine Mangelernährung zu verhindern. Insgesamt müssen kreative Lösungen gesucht werden, um Menschen mit kognitiven Einschränkungen zur vermehrten Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu animieren.

Der Verdacht auf eine Mangelernährung muss zunächst diagnostisch sorgfältig abgeklärt werden. Dazu ist bei Aufnahme die Durchführung eines Mangelernährungsscreenings bei allen Erkrankten sinnvoll. Der individuelle Energie- und Nährstoffbedarf lässt sich u. a. mit Ess- und Trinkprotokollen prüfen. Darauf aufbauend müssen Strategien zur Ernährungsversorgung entwickelt werden.



Das Thema Ernährung bei älteren Menschen muss im Fortbildungsplan der Krankenhäuser verankert werden.

In der OsteMed Klinik in Bremervörde wird im Projekt „Screening und Therapie von Malnutrition bei Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ als Screening zur Erfassung eines Mangelernährungsrisikos das Mini Nutritional Assessment (MNA®)² (vgl. Link 3 im Anhang) in Kombination mit dem Mini-Mental-Status-Test (MiniMental State Examination, MMSE) verwendet. Das MNA® gibt allerdings nur einen ersten Hinweis auf das Risiko der Mangelernährung; weitere Ursachen wie eine Kau- oder Schluckstörung müssen abgeklärt werden. Zur Überprüfung der Nahrungsaufnahme bei mangelernährten Menschen mit Demenz wurden Essprotokolle entwickelt und implementiert (vgl. Anlage 1). Weiterhin wird mithilfe eines Geschmackstests der Geschmackssinn von einer Logopädin der Klinik überprüft, denn dieser kann bei älteren Menschen erheblich eingeschränkt und Ursache der Mangelernährung sein. In die Geschmackstestung ist die Erstellung einer Essbiografie integriert. Darin wird nach Vorlieben und Lieblingsspeisen gefragt und danach, ob sich das Essverhalten in jüngster Zeit verändert hat. Zusätzlich wird ein Medikamentencheck durchgeführt, um den Geschmackssinn beeinflussende Medikamente zu identifizieren und den Medikationsplan bei Bedarf zu ändern.

Bei Hinweisen auf eine Malnutrition und ein verändertes Geschmackserleben wird eine erhöhte Kalorienzufuhr angesetzt und die Speisen vermehrt mit Gewürzen angereichert. Im Speiseraum stehen zudem immer typische Gewürze wie Salz, Pfeffer und Maggi zur Verfügung, mit denen das Essen nach Belieben nachgewürzt werden kann.

Viele ältere Menschen mögen süße Speisen. Dies ist grundsätzlich kein Problem, es sollte jedoch darauf geachtet werden, dass ein Erwachsener mindestens 1 – 1,5 Gramm pro Kilogramm Körpergewicht an Eiweiß am Tag zu sich nimmt. Eine gute Ergänzung stellen hier sogenannte High Energy Drinks oder Eiweißpulver dar, die unter die Speisen gerührt werden können und die das süße Geschmackserleben zusätzlich verstärken.

Auf der Suche nach praktikablen Lösungen sollte die Bedeutung der Nahrungsaufnahme stets im Mittelpunkt stehen. Oft sind Mahlzeiten eine willkommene Abwechslung im Alltag älterer Menschen. Sie haben eine tagesstrukturierende Funktion, sie ermöglichen Selbstbestimmung, soziale Teilhabe oder gehen mit Genusserfahrungen einher und Körper und Geist können sich daran erfreuen. Diese positiven Merkmale der Nahrungsaufnahme sollten in der Klinik genutzt werden.

² Es gibt auch andere Instrumente zur Ersterhebung der Mangelernährung, z. B. das NRS (Nutritional Risk Screening) von Kondrup et al. 2003 (vgl. Link 4 im Anhang). Das Instrument setzt sich aus einem Vor- und einem Hauptscreening zusammen und ist einfach in der Handhabung.

Zur Verbesserung der Nahrungsaufnahme sind folgende Maßnahmen hilfreich:

- Schaffen einer ruhigen, angenehmen Atmosphäre ohne Ablenkung (Raumkonzept für die Esseneinnahme gestalten)
- hohe Erkennbarkeit der Speisen, Getränke und des Geschirrs (farblich kontrastreich)
- freie Auswahl und Ausweitung des Essensangebots (z. B. Smoothies)
- Servieren von püriertem Essen in Speisenoptik und appetitliches Anrichten
- Anreichen von Fingerfood und weicher Kost
- vertraute Speisen servieren und Gewürze bereitstellen
- Angebot von kleinen Portionen und Nachtmahlzeiten
- Essenseinnahme in Gesellschaft, nicht zu große Gruppen (individuelle Betreuung)

Das Essen sollte nicht auf einem Tablett oder in verpackter Form serviert werden. Zu beachten ist, dass die Essensauswahl erklärt werden muss. Generell sollte die selbstständige Essenaufnahme unterstützt und nur bei Bedarf Hilfestellung gegeben werden. Im Projekt MeDemA „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ im Diakonissenkrankenhaus Dresden wurde eine besondere Speisekarte mit Piktogrammen erarbeitet, um die Erkennbarkeit von Speisen zu erhöhen. Dort besteht die Möglichkeit, einzelne Menschen mit Demenz bei Bedarf in die Cafeteria zu begleiten, damit durch das selbstständige Auswählen des Essens die Nahrungsaufnahme erhöht wird. Auch das Essen in Gemeinschaft hat sich in Dresden als vorteilhaft erwiesen. Der individuelle Unterstützungsbedarf reduzierte sich beim gemeinsamen Essen und der Zeitaufwand der Pflegenden war geringer, da nicht in jedem Patientenzimmer Unterstützung beim Essenanreichen erbracht werden musste.



Wenn Menschen mit Demenz Essen ablehnen, sollte auch an mögliche Probleme mit Obstipation nachgedacht werden. Um unnötige und belastende Interventionen zu vermeiden, empfiehlt es sich, Stuhlgänge während des Krankenhausaufenthalts sorgfältig zu dokumentieren. Bei Aufnahme sollte darüber hinaus nachgefragt werden, wann die letzten Ausscheidungen stattgefunden haben. Hilfreich ist zudem zu ergründen, ob es bestimmte Ausscheidungsrituale gibt und wie häufig die Patienten zu Hause ausscheiden.

Bei der Umsetzung eines Ernährungskonzepts sollte eine Person benannt werden, die die Verantwortung für die Entwicklung und Umsetzung der Ernährungsstrategie und für die Überprüfung der Protokolle und Messzeitpunkte übernimmt. Dies ist eine zeitintensive Aufgabe, mit der die Ernährung von Patienten mit Demenz jedoch erheblich verbessert werden kann. Eine Ernährung über Sonde muss hingegen sorgfältig abgewogen werden und stellt immer nur die Ultima Ratio dar. Zuvor müssen alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Entscheidungshilfe kann der Handlungsleitfaden „Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Wahrung der Patientenautonomie in Diagnostik und Therapie“ des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf in Hamburg geben (vgl. auch Kapitel 6.1).

5.2.3 Schmerz

Viele ältere Menschen und insbesondere Menschen mit kognitiven Einschränkungen sind von Schmerzen betroffen, die ihre Lebensqualität und ihr Wohlbefinden einschränken. Dabei ist Schmerz ein subjektives, mehrdimensionales Phänomen, das sich im Erleben von Person zu Person unterscheidet. Schmerzen können auf der sensorischen, einer emotionalen und einer sozialen Ebene unterschiedlich empfunden werden. Aber nur die Person, die die Schmerzen verspürt, hat Zugang zu Ausmaß, Dauer, Häufigkeit und Intensität der Schmerzen.

Eine systematische Schmerzerfassung ist Voraussetzung für ein gelingendes Schmerzmanagement (Sirsch 2019). Solange sich eine Person mitteilen und verstehen kann, was mit Schmerzen gemeint ist, stellt die Erfassung kein Problem dar. Aber gerade bei Menschen mit Demenz kann je nach Stadium die Mitteilungsfähigkeit, die zur Schmerzerfassung benötigt wird, stark eingeschränkt sein. Dann können Schmerzen nur in indirekter Form beispielsweise durch Beobachtung von Unruhe, Schwitzen oder herausforderndem Verhalten ermittelt werden. Verhaltensauffälligkeiten und Äußerungen müssen von geschulten Pflegenden und Ärzten erfasst, gedeutet und als Ausprägung von Schmerzen erkannt werden, damit passende Interventionen erfolgen können. Durch eine dokumentierte Verlaufskontrolle lassen sich Schmerzverläufe für alle nachvollziehbar darstellen und die Wirkung von Interventionen evaluieren. Oft übernehmen Pflegende aufgrund ihrer Patientennähe eine wichtige Rolle in der schmerztherapeutischen Versorgung, sind jedoch für ein strukturiertes Schmerzmanagement bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen in der Regel nicht ausreichend qualifiziert (Sirsch 2019).

Zur Implementierung eines Schmerzmanagements eignen sich hausinterne Praxisstandards, in denen u. a. Vorgehensweisen, Zuständigkeiten und Kommunikationswege geregelt sind. Daraus muss hervorgehen, welche Instrumente zu welchem Zeitpunkt zur Schmerzerfassung eingesetzt werden. Die Beschäftigten, die in der strukturierten Schmerzmessung und Schmerztherapie mitwirken, müssen informiert und qualifiziert werden. Schmerzmanagement für kognitiv eingeschränkte Menschen muss Bestandteil der Fortbildungsstrategie sein.

Aufgrund der Subjektivität der Schmerzerfahrungen ist eine Selbstauskunft bei der Schmerzerfassung immer einer Fremdeinschätzung vorzuziehen. Von der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. wurde unter Mitwirkung des DZNE Witten eine multidisziplinäre S3-Leitlinie (2017) „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ entwickelt, in der die Besonderheiten der Schmerzerfassung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen berücksichtigt wurden. Die Inhalte dieser Leitlinie lassen sich teilweise auch auf Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus übertragen. Darin wird die Selbstauskunft als Goldstandard bewertet.

Zur Selbst- und Fremdeinschätzung können Screenings, Schmerzinterviews, Assessments und Verlaufsprotokolle genutzt werden. Das Screening im Rahmen der Selbsteinschätzung wird immer am Anfang der Erhebung eingesetzt. Aus dem Ergebnis des Screenings geht lediglich hervor, ob das Risiko eines Schmerzerlebens vorhanden ist. Ein Screening sollte immer mit der Frage beginnen, ob ein Demenzerkrankter in der aktuellen Situation

Schmerzen empfindet. Retrospektive Fragen zum Schmerzaufkommen sind zu vermeiden. Gefragt werden muss nach dem Auftreten von Schmerzen im Ruhezustand und während einer Bewegungsphase, da Schmerzen bewegungsabhängig auftreten können (Schuler 2014). Zur Selbst- und Fremdeinschätzung der Schmerzintensität können verbale und numerische Ratingskalen (VRS / NRS) oder eine visuelle Analogskala (VAS) genutzt werden (vgl. Link 5 im Anhang). Zur Lokalisation des Schmerzes eignen sich grafische Körperdarstellungen, auf denen die Schmerzregion gezeigt oder markiert werden kann. Der Demenzkranke füllt entweder die Skala selbst aus oder er wird von den Pflegenden befragt und seine Angaben werden in die Skala eingetragen. Weiterhin wird in der S3-Leitlinie (2017) empfohlen, die Auskunftsfähigkeit im Vorfeld mit einem standardisierten Instrument wie z. B. dem Mini-Mental-Status-Test (vgl. auch Kapitel 6.4) zu überprüfen und zur Sicherung der Testergebnisse bei Bedarf auf das Tragen von Hörgeräten und Sehhilfen hinzuweisen. Im Unterschied zum Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ wird in der S3-Leitlinie (2017) der Einsatz eines Screenings empfohlen (Sirsch 2019).



Ein Screening sagt nur aus, ob Schmerzen vorhanden sind oder nicht. Wenn ein Screening positiv ausfällt, muss sich ein tiefer gehendes, standardisiertes Assessment zur genauen Abklärung daran anschließen (S3-Leitlinie 2017).

Wesentlich zeitintensiver, aber besser für ältere Menschen geeignet, sind Schmerzinterviews, die einen höheren Informationsgehalt bieten. Dabei wird aber vorausgesetzt, dass die Fragen vom Befragten verstanden und beantwortet werden können. Ein umfangreiches „Strukturiertes Schmerzinterview für geriatrische Patienten“ wurde vom Arbeitskreis „Alter und Schmerz“ der DGSS (Deutsche Schmerzgesellschaft 2019) entwickelt und kann auch bei einer leichten bis mittleren kognitiven Einschränkung verwendet werden (vgl. Link 6 im Anhang). Eine genaue Anleitung ist im Leitfaden enthalten.

Bei der Fremdeinschätzung sind laut S3-Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ (2019) Verhaltensbeobachtungen der Angehörigen mit zu berücksichtigen. Darüber hinaus ist auf schmerzauslösende Erkrankungen sowie auf schmerztypische Symptome und Verhaltensweisen zu achten, von denen die Zeitabstände einer Verlaufsmessung beeinflusst werden (Sirsch 2019). Das Fehlen von typischen Schmerzzeichen ist kein Indiz dafür, dass kein Schmerz vorhanden ist. Es gibt mehrere Fremdeinschätzungsinstrumente, mit denen unterschiedliche Aspekte bei verschiedenen Zielgruppen erfasst werden können. Mehrere gängige Assessmentinstrumente zur Fremdeinschätzung von Schmerzen bei kognitiv eingeschränkten Menschen können auf der Website der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. (DGSS) unter der Rubrik „Arbeitskreis Schmerz und Alter“ samt Anleitungen heruntergeladen werden.



Neben den standardisierten Erfassungsinstrumenten ist die Verhaltensbeobachtung bei einem Schmerzassessment mit zu berücksichtigen.

Drei deutschsprachige Fremdeinschätzungsinstrumente, die in der S3-Leitlinie der DGSS beschrieben werden und deren Güte bisher nicht in Gänze untersucht worden ist, werden im Folgenden kurz beschrieben:

1. BESD-Skala = Beurteilung von Schmerzen bei Demenz

Die BESD-Skala ist geeignet für Menschen mit mittelschwerer und schwerer Demenz mit erheblicher Beeinträchtigung der verbalen Auskunftsfähigkeit. Damit werden fünf Verhaltenskategorien (Atmung, negative Lautäußerungen, Körperhaltung, Mimik und Reaktion auf Trost) bewertet (vgl. Link 7 im Anhang). Ab einem Punktwert von zwei wird von wahrscheinlichen Schmerzen ausgegangen (Schuler 2014). Schulungsmaterial sowie ein erklärendes Video sind auf der Website der DGSS zu finden.

2. BISAD = Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz

Mit der BISAD-Skala werden jeweils vier unterschiedliche Kriterien in Ruhe und während der Mobilisation eingeschätzt (vgl. Link 8 im Anhang). Sie wurde bisher nur bei Bewohnern aus Altenpflegeeinrichtungen erprobt. Darüber hinaus müssen beim Einsatz der BISAD-Skala retrospektiv Verhaltensänderungen berücksichtigt werden, die bei einem kurzen Krankenhausaufenthalt eher unbekannt sein dürften (S3-Leitlinie 2017).

3. ZOPA = Zürich Observation Pain Assessment

Mit der ZOPA-Skala werden vier Verhaltenskategorien (Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und physiologische Indikatoren), denen 13 Verhaltensmerkmale zugeordnet werden, bei Menschen mit Einschränkungen im Bewusstsein oder der Kognition erfasst. Hiermit wird jedoch nur das Vorhandensein von Schmerzen erfasst (Schuler 2014).

Im Projekt „Optimiertes Schmerzmanagement bei Demenz“ am Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard in Bonn wurden eine Visuelle Analogskala (VAS) zur Selbsteinschätzung sowie eine BESD-Skala zur Fremdeinschätzung eingesetzt. Es stellte sich als Herausforderung dar, bestimmte Verhaltensweisen von Menschen mit kognitiven Einschränkungen im Stationsalltag in den Zusammenhang mit Schmerzen zu setzen. Aus den Erfahrungen ist abzuleiten, dass die Sensibilisierung für nicht verbal geäußerte Schmerzzustände Zeit erfordert und das Personal durch standardisierte Instrumente dazu angeleitet werden kann, den Blick insgesamt stärker auf das Thema Schmerz zu lenken.

Sind Schmerzen bei Demenzkranken diagnostiziert worden, müssen sie im Verlauf dokumentiert und behandelt werden. Zudem ist eine Evaluation des Behandlungserfolgs erforderlich. Bei der Verabreichung von Schmerzmitteln sollten Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten bedacht werden. Die Schmerzart, Schmerzstärke, Chronizität und Verträglichkeit sind mit entscheidend für die passende Dosierung. Wenn die Kommunikation stark eingeschränkt ist, muss der Behandler sich iterativ der richtigen Dosierung nähern. In Verlaufsprotokollen kann der Zusammenhang zwischen der Schmerzstärke und der Dosierung von Schmerzmitteln erhoben und bei Bedarf gegengesteuert werden.



Fort- und Weiterbildungen zum Schmerzmanagement bei Demenz sind ein wichtiges Qualitätsmerkmal. Die Anwendung des Wissens kann erheblich dazu beitragen, herausfordernde Verhaltensweisen zu reduzieren. Zudem sollen kompetente Personen benannt werden, die für die Implementierung und nachhaltige Umsetzung verantwortlich zeichnen. Hierfür eignen sich spezialisierte Pflegekräfte (Pain Nurses).

5.2.4 Herausforderndes Verhalten

Eine Demenzerkrankung ist häufig mit herausforderndem Verhalten verbunden. Dieses wird häufig auch als „Verhaltensstörung“ oder als „nichtkognitives Symptom“ bezeichnet (Fischer et al. 2008). Unter herausforderndem Verhalten werden unerwünschte wie auch fremd- und selbstverletzende Verhaltensweisen zusammengefasst, die erhöhte Anforderungen an das Umfeld stellen. Im Verlauf einer Demenz können „Aggressivität, Agitation, Wandering, sexuelle Enthemmung, disruptive Vokalisation, Apathie und Depression“ auftreten. Diese Verhaltensweisen werden als Ausdruck von Bedürfnissen, als Mitteilung (Bartholomeyczik et al. 2008), aber auch als Fehlinterpretation der Umwelt und als Ausdruck von Angst und Überforderung seitens der Demenzerkrankten verstanden (S3-Leitlinie 2016). Herausforderndes Verhalten tritt bei Demenzerkrankten im Krankenhaus vor allem dann auf, wenn sie über einen längeren Zeitraum keine Betreuung, Beschäftigung oder direkte Ansprache erhalten (Müller et al. 2008).

Der Umgang mit herausforderndem Verhalten ist eine der anspruchsvollsten Aufgaben im Rahmen der Pflege von Menschen mit Demenz und stellt eine hohe Belastung für Pflegendе, Ärzte und Angehörige dar (Kratz 2017). Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen müssen zudem intensiv betreut werden (Fischer et al. 2008). Pflegendе, Ärzte und Angehörige sind aufgefordert, ihr eigenes Verhalten zu reflektieren und an die Bedürfnisse des Demenzerkrankten anzupassen. Grundsätzlich kann beim Umgang mit Demenzerkrankten ein defizitorientierter Behandlungsansatz von einem ressourcenorientierten unterschieden werden. Beim defizitorientierten Ansatz wird auf die verloren gegangenen Fähigkeiten fokussiert. Eine dauerhafte Konfrontation mit den Defiziten (Unruhe, Aggressivität und Apathie) kann jedoch wiederum Auslöser für herausforderndes Verhalten sein (Kratz 2017). Die Ressourcenorientierung, die die verbleibenden Fähigkeiten der Menschen mit Demenz in den Vordergrund rückt, sollte daher im Vordergrund stehen.

In der S3-Leitlinie „Demenzen“ (2016) werden Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe gegeben, die sich auf den akutstationären Bereich übertragen lassen (Bartholomeyczik et al. 2006):

- „Verstehende Diagnostik zur Identifizierung von Bedingungsfaktoren
- Einsatz von Assessment-Instrumenten zur systematischen Aufdeckung und Dokumentation von Herausforderndem Verhalten
- Validierendes Verhalten
- Erinnerungspflege
- Basale Stimulation, Snoezelen, körperliche Berührung
- Bewegungsförderung
- Handeln in Krisensituationen“

Für die Einordnung von herausforderndem Verhalten ist eine Vielzahl von Assessments mit unterschiedlichen Schwerpunkten entwickelt worden (Halek 2013). Die individuell unterschiedlichen Ursachen müssen zuerst in einem Prozess der Annäherung und des Verstehens ergründet werden. Es können körperliche (z. B. Schmerz), psychologische oder Umfeld bedingte Ursachen zugrunde liegen.

Der Prozess der verstehenden Diagnostik setzt sich zusammen aus den folgenden vier Bereichen (Halek/Rüsing 2011)

- „Erfassen bzw. Beschreiben
- Verstehen des Verhaltens
- begründete (Nicht-)Intervention
- Evaluation“.

Je nach Zielgruppe muss ein passendes Assessment ausgewählt werden. Mit dem Assessment soll das herausfordernde Verhalten beschrieben und eventuell quantifiziert sowie Rahmenbedingungen der Entstehung und Auswirkungen erfasst werden (Halek 2013). Die Auswahl ist nicht immer ganz einfach, da ein- und mehrdimensionale Assessments mit unterschiedlichen Gütebewertungen vorliegen. Dabei beziehen sich eindimensionale Assessments immer nur auf ein Verhaltensmerkmal, z. B. die Agitation.



Eine gute Übersicht zu Assessmentinstrumenten der Verhaltensdiagnostik in Bezug auf Aufbau, Inhalt, Handhabbarkeit und eine Bewertung der Gütekriterien in der Anwendung bei Demenzerkrankten wurde von Halek und Rüsing (2011) erarbeitet.

Im Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard in Bonn wird als Assessmentmethode die „Serial Trial Intervention“ (STI) eingesetzt. Die STI ist theoretisch fundiert und ermöglicht die Erkennung unbefriedigter Bedürfnisse und daraus resultierender herausfordernder Verhaltensweisen. Auch eine deutsche Version des Verfahrens (STI-D) liegt vor (Fischer et al. 2008). Die STI-D besteht aus einer strukturierten Abfolge von Assessments und Interventionen mit Begleitmanual und beginnt mit der Erfassung spezifischer Verhaltensänderungen (s. Abb. 4).

Zu den Zielen der STI-Methode gehören neben der systematischen Erkennung von herausfordernden Verhaltensweisen und deren Ursachen die Bedürfnisbefriedigung, eine Reduktion der Verabreichung von Psychopharmaka und eine Reduktion von Schmerzen Demenzerkrankter (Fischer et al. 2008).

Wenn das herausfordernde Verhalten durch systematische Assessments und Verhaltensbeobachtungen sorgfältig exploriert wurde, kann eine Behandlung erfolgen. Dazu ist zunächst zu klären, ob dieses Verhalten für die Beteiligten ein Problem darstellt oder ob es toleriert werden kann. Eine nichtmedikamentöse Behandlung von herausforderndem Verhalten sollte der medikamentösen Therapie mit Psychopharmaka vorgezogen werden (Kratz 2017). In der Praxis werden medikamentöse Ansätze häufig mit nichtmedikamentösen kombiniert. Die medikamentösen Interventionen dienen in der Regel dazu, störende Symptome zu behandeln

(Fischer et al. 2008). Der Ansatz der nichtmedikamentösen Behandlung besteht hingegen darin, die auslösenden Kriterien und Situationen, die zu herausforderndem Verhalten führen, zu ergründen und zu vermeiden (Kratz 2017). Zudem sollen spezifische Bedürfnisse der Erkrankten erkannt und befriedigt werden (Fischer et al. 2008).

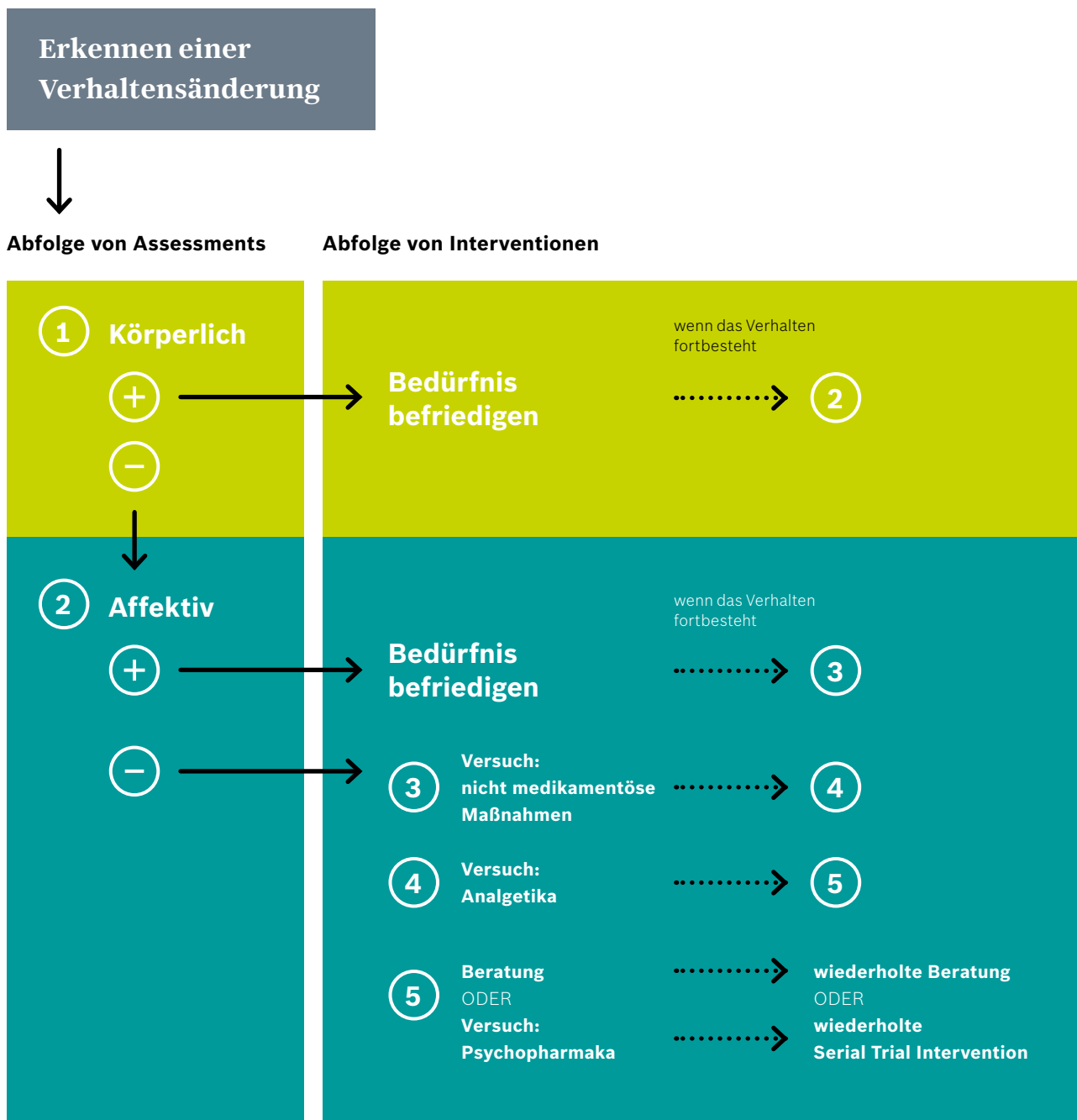


Abbildung 4: Ablauf der Serial Trial Intervention (nach Fischer et al. 2008)

Zu den wichtigsten nichtpharmakologischen Interventionen zählen Maßnahmen, die die Zeiträume verringern, in denen der Patient sich selbst überlassen ist. Konkrete Handlungsempfehlungen müssen in der Klinik erarbeitet und regelmäßig in den Teams kommuniziert werden, z. B.:

- Einsatz von geschulten Begleitpersonen
- tagesstrukturierende Angebote
- Einsatz von Beschäftigungskisten / Erinnerungskoffern
- beruhigende Gespräche
- Angebot von Mobilisationsmaßnahmen
- Lagewechsel bei bettlägerigen Erkrankten
- Angebot von Speisen und Getränken
- gesondertes Raumangebot bei Vokalstörungen
- Bei Hinlauftendenzen Zimmervergabe in der Nähe des Stationsmittelpunktes
- Einbeziehung der Angehörigen



Im Falle ausgeprägter aggressiver Verhaltensweisen kann die Anwendung eines professionellen Deeskalationsmanagements sinnvoll sein. Hierfür eignet sich z. B. das siebenstufige Deeskalationsmodell von Gewalt und Aggression nach ProDeMa® vom Institut für Professionelles Deeskalationsmanagement (Wesuls 2015). Die sieben Stufen dieses Modells werden von einem speziell geschulten Deeskalationstrainer in den Aufbau eines Deeskalationsmanagements in der Klinik integriert und reichen von der Verhinderung der Entstehung von Gewalt bis zur Nachsorge und Nachbereitung von Vorfällen im Zusammenhang mit Gewalt und Aggression.

Generell bietet die Einbeziehung eines Gerontopsychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienstes wertvolle Unterstützung im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen. Durch die Fachexpertise können sowohl körperliche als auch psychosoziale Ursachen nichtkognitiver Symptome gemeinsam exploriert und adäquate Lösungsansätze gefunden werden. Dadurch kann oft auf medikamentöse Interventionen oder andere belastende Interventionen wie Verlegungen in die Psychiatrie verzichtet werden. Für einen professionellen Umgang mit herausforderndem Verhalten muss zudem eine Qualifizierung von Pflegenden, Ärzten und Therapeuten erfolgen (s. Kapitel 6.1). Neben Schulungen sind Fallbesprechungen mit Demenzbeauftragten oder Liaisonpflegekräften sehr hilfreich, damit Pflegende im konkreten Fall lernen, eine Problemanalyse durchzuführen, Ziele zu definieren und hilfreiche Interventionen zu entwickeln.

Insgesamt ist festzustellen, dass das Erkennen der Ursachen herausfordernden Verhaltens und das Einleiten passender Interventionen fachliche Expertise und Erfahrung im Umgang mit Menschen mit Demenz erfordern. Eine gelungene Personalbindung in den Kliniken und ein nachhaltiger Wissensaufbau werden damit zum Wettbewerbsfaktor für eine qualitativ hochwertige Versorgung.

6

Bausteine eines demenzsensiblen Krankenhauses



Im Folgenden werden Bausteine zur demenzsensiblen Ausgestaltung von Akutkrankenhäusern dargestellt. Der Wissensaufbau hat eine besondere Bedeutung und steht daher an erster Stelle. Es folgen medizinische und interdisziplinäre Elemente wie Delir-Management, Erkennen und Behandeln von Demenzen, Konsiliar- und Liaisondienste, Konzepte für spezielle Abteilungen und für die Notaufnahme. Anschließend geht es um eher sozialpflegerische Ansätze wie Umgangskonzepte, Angehörigenarbeit, Begleitung und Tagesstrukturierung, Umgebungsgestaltung sowie um sektorenübergreifende Ansätze. Die Darstellung der Bausteine umfasst jeweils

- einen Kurzcheck zur Selbsteinschätzung, mit dem man sich einen schnellen Überblick über die Ausgangslage der eigenen Klinik im jeweiligen Baustein verschaffen kann,
- eine Erläuterung zur Relevanz des jeweiligen Bausteins,
- eine Darstellung des jeweiligen Erkenntnisstandes sowie von Gestaltungsansätzen Guter Praxis,
- eine Empfehlung für angepasste Arbeitsprozesse und organisatorische Abläufe sowie
- nützliche Instrumente und Prozessbeschreibungen.

In den einzelnen Kapiteln sind neben Literaturangaben jeweils Hinweise auf nützliche Links oder Instrumente enthalten. Während die Literaturangaben in einer Gesamtliste aufbereitet sind (vgl. „Zitierte Literatur“), können die Links und Anlagen in einem nach Kapiteln aufgeteilten Anhang nachgeschlagen werden.

Die Bausteine dieses Leitfadens können als Gesamtprogramm oder auch modular genutzt werden. Alle Bausteine sind so aufbereitet, dass sie für sich stehen und ohne Bezug auf die jeweils anderen Kapitel gelesen werden können. Das führt in der Zusammenschau jedoch zu gelegentlichen Wiederholungen derjenigen Aspekte, die in verschiedenen Bausteinen wichtig sind. So wird in den meisten Kapiteln die Bedeutung von Schulungsmaßnahmen hervorgehoben oder die Notwendigkeit betont, dass Leitungskräfte Prozesse anstoßen und unterstützen.

Für viele Praktiker stellt sich die Frage, mit welchen Bausteinen man den Gestaltungsprozess beginnen sollte. Aus der Gesamtanalyse geht hervor, dass der Einstieg in die Demenzsensibilität mit einem umfangreichen Wissensaufbau erfolgen sollte. Möglichst zeitnah bietet es sich dann an, einen Baustein zu ergänzen, der innerhalb und außerhalb des Krankenhauses Aufmerksamkeit erzeugt.

Es empfiehlt sich, die Umsetzung von Bausteinen und ggf. eingetretene Erfolge öffentlichkeitswirksam zu nutzen, um die Motivation des Personals zu stärken und um den erhöhten Aufwand in der Implementierungsphase wertzuschätzen. Dies kann z. B. die Eröffnung einer Schwerpunktabteilung für Menschen mit Demenz, die Etablierung eines Demenzcafés oder eine Maßnahme zur Umgebungsgestaltung sein. Bei der Prozessgestaltung sollte berücksichtigt werden, nicht mit zu vielen Bausteinen gleichzeitig zu beginnen, um das Personal nicht zu überfordern. In jedem Fall sollte bei der Auswahl der ersten Bausteine an den Ressourcen und an den Vorerfahrungen der eigenen Klinik angeknüpft werden.

6.1

Wissensaufbau über Demenz und Delir



Kurzcheck zur Selbsteinschätzung

Trifft das auf Ihre Einrichtung zu? Bitte kreuzen Sie an!	Ja	Nein
Alle Mitarbeitenden, die in den Versorgungsprozess von Menschen mit kognitiven Einschränkungen integriert sind, werden geschult.	☐	☐
Umfang und Inhalte der Schulungen werden an den Wissensstand der verschiedenen Berufsgruppen und ehrenamtlichen Mitarbeiter angepasst.	☐	☐
Es besteht ein detaillierter Schulungsplan im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung.	☐	☐
Theoretische Schulungsinhalte werden in Fallbesprechungen und Bedside Teaching in der Praxis vertieft.	☐	☐
Lernziele werden in Abstimmung mit den Teilnehmenden definiert und deren Zielerreichung in der Praxis evaluiert.	☐	☐
Dozentinnen und Dozenten verfügen über praktische Erfahrungen im Klinikalltag und im Umgang mit Demenzkranken.	☐	☐
Die Mitarbeitenden werden für die Teilnahme an den Schulungen freigestellt.	☐	☐
Die Schulungen sollten evaluiert und die Ergebnisse in die Optimierung des Konzepts eingebracht werden.	☐	☐
Die Schulungen sind betriebliche Pflichtveranstaltungen.	☐	☐

Jedes Kreuz bei „Ja“ spricht für eine Stärke.

Jedes Kreuz bei „Nein“ zeigt einen Ansatzpunkt für Verbesserungen.

Relevanz des Bausteins

Der Schulung des Personals kommt eine zentrale Funktion auf dem Weg zu einem demenzsensiblen Krankenhaus zu, denn Wissen bildet die Grundlage für adäquates Handeln im Klinikalltag. Erst das Wissen über die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Einschränkungen und ein Blickwechsel auf deren jeweils spezifische Realität ermöglichen den Mitarbeitenden einen sensiblen Umgang mit diesen Menschen und eine personenzentrierte Versorgung. Daher ist ein ausreichendes Wissen auch die Grundlage dafür, dass sich in einem Akutkrankenhaus eine demenzsensible Haltung etablieren kann.

Durch Schulungsmaßnahmen lassen sich Unsicherheiten in verschiedenen Bereichen abbauen, z. B. in der Kommunikation und im Umgang mit Menschen mit Demenz, in der diagnostischen Abklärung und Abgrenzung von Demenzen, Delirien und Depressionen sowie in adäquaten pflegerischen und therapeutischen Strategien. Im Rahmen eines umfassenden Fortbildungskonzepts können zudem bestimmte Kommunikationsformen, der Zugang zu den Menschen oder der Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten unter Anleitung und ohne Druck eingeübt werden, ohne direkt mit der realen Versorgungssituation konfrontiert zu sein. Der Wissensaufbau bewirkt so zum einen eine Qualitätsverbesserung und mehr Patientensicherheit in der Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen und zum anderen eine Entlastung der Beschäftigten durch mehr Handlungssicherheit und durch den gezielten Abbau eskalierender und überfordernder Situationen.

Erkenntnisstand und Gestaltungsansätze

Aufgrund der großen Bedeutung des Wissensaufbaus sollten Kliniken bei der Etablierung einer demenzsensiblen Ausrichtung mit Qualifizierungsmaßnahmen beginnen. Damit sich im gesamten Krankenhaus eine demenzsensible Haltung etablieren kann, sind alle Mitarbeitenden als Zielgruppe zu definieren und einzubeziehen. Neben den in der direkten Behandlung demenzkranker Patienten eingesetzten Ärzten und Pflegekräften sollten möglichst auch andere Berufsgruppen über die besonderen Bedürfnisse Demenzkranker aufgeklärt und sensibilisiert werden. Dazu zählen z. B. Stationsassistenten, Küchen- und Reinigungspersonal, Beschäftigte am Empfang sowie therapeutische Berufsgruppen und Verwaltungspersonal. Um den spirituellen Bedürfnissen demenzkranker Patienten gerecht zu werden, sollten auch seelsorgerisch Tätige in den Akutkrankenhäusern eine Basisschulung zum Krankheitsbild Demenz erhalten. Eine Anleitung zur demenzsensiblen Seelsorge und zur speziellen Konzeptionierung von Gottesdiensten findet sich bei Hille und Köhler (2013). Auch für ehrenamtlich tätige Mitarbeiter sollten Qualifizierungsangebote vorgehalten werden. Das Schulungsangebot kann ebenfalls auf Angehörige ausgeweitet werden.



Auch Rettungsdienste sollten in Aktivitäten zum Wissensaufbau integriert werden, denn sie sind wichtige Akteure beim Erstkontakt und beim Aufnahmeprozess. Um die Akzeptanz zu steigern, sollten die Beschäftigten befragt werden, zu welchen Inhalten sie mehr Wissen wünschen. Ein Beispiel für eine solche Bedarfsabfrage wurde vom Katholischen Marienkrankenhaus in Hamburg entwickelt (vgl. Anlage 1).

Die **Inhalte** von Fortbildungen sind je nach Krankenhaus variabel an den Wissenstand und an die jeweilige Zielgruppe anzupassen. Wichtigstes Ziel von Schulungen ist es zunächst, den Mitarbeitern einen angemessenen Umgang zu vermitteln und sie in die Lage zu versetzen, eine demenzsensible Haltung einzunehmen. Neben Umgangstechniken sollten weitere zentrale Themen behandelt werden, z. B. Informationen zu den medizinischen Ursachen von Demenzen und Delirien. Die Hintergründe und Erscheinungsformen der Demenz sowie die Besonderheiten von Diagnostik und Behandlung der unterschiedlichen Krankheitsbilder kognitiv eingeschränkter

Menschen sind wichtige Schulungsinhalte auch für pflegerische Berufsgruppen. Darüber hinaus sollten Qualifizierungsmaßnahmen Informationen zu Good-Practice-Ansätzen vermitteln. Zu behandeln sind Hilfen für den konkreten Pflegealltag des einzelnen Mitarbeiters, z. B. Möglichkeiten der Aktivierung von Demenzkranken, der Ernährung oder Milieugestaltung. Im Albertinen-Krankenhaus in Hamburg wurde darüber hinaus eine eigene Fortbildungsreihe zum Umgang mit Angehörigen entwickelt (vgl. Anlage 2).

Ein anschauliches Praxisbeispiel bietet das Schulungskonzept des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf, in dem folgende Themen behandelt werden (vgl. Link 1):

- Wahrung der Patientenautonomie in der Diagnostik und Therapie
- Basiswissen zur Demenz und zur Selbstbestimmung
- Grundlagen zur Kommunikationsgestaltung
- Praxiswissen zu
 - Fixierung, Aufnahme, Erstkontakt, Diagnoseübermittlung
 - Behandlung und Einwilligungsfähigkeit
 - körperbezogenen und behandlungspflegerischen Besonderheiten
 - Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten
 - Tagesablauf

Neben den Inhalten ist darauf zu achten, in welcher Form und in welchem Umfang die Schulungen angeboten werden, weil dies erhebliche Auswirkungen auf die Akzeptanz haben kann. Denn wie in den Handlungsempfehlungen zum Bundesmodellprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ (BMFSFJ 2018) festgestellt wird, kann die Bereitschaft zur Teilnahme an Fortbildungen stark variieren. Den Teilnehmenden sollte die Relevanz der Schulungsinhalte für ihren Arbeitsalltag verdeutlicht werden. Damit ein tiefer Durchdringungsgrad beim Wissensaufbau erreicht wird, sollte die Teilnahme vom Arbeitgeber verpflichtend festgelegt werden. Wenn es sich um verpflichtende Maßnahmen handelt, ist eine Freistellung der Beschäftigten impliziert. Es kann zudem darüber nachgedacht werden, auch eine finanzielle Unterstützung im Rahmen der Incentivierung zu gewähren. So können bei Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die die Beschäftigten auf Eigeninitiative anstreben, finanzielle Anreize und Freistellungen motivierend wirken.



Am Dementia Services Development Center in Schottland wird eine spezifische Qualifikation zum Demenzkoordinator angeboten.

Um die Kosten im Rahmen zu halten, finden Qualifizierungsmaßnahmen in der Regel als Inhouse-Schulung statt. Die Akzeptanz kann gesteigert werden, wenn Fortbildungsformen gefunden werden, die jeweils in die Zeitstruktur der verschiedenen Berufsgruppen passen. Die Ergebnisse verschiedener Umsetzungsprojekte legen z. B. nahe, dass multiprofessionelle Veranstaltungen von Ärzten und Pflegekräften derzeit wenig Akzeptanz finden, auch wenn sie im Sinne einer Förderung der interdisziplinären Arbeitsweise angemessen und sinnvoll erscheinen. Gute Erfahrungen wurden hingegen mit Veranstaltungen gesammelt, die auf die Bedürfnisse der einzelnen Berufsgruppen zugeschnitten sind.

So haben sich für **Ärzte** kürzere Veranstaltungen von 45 bis 90 Minuten bewährt, die aufeinander aufbauend relevante Lerninhalte vermitteln. Diese beinhalten vor allem Hinweise zur diagnostischen Einordnung der verschiedenen Demenzformen, zu Testverfahren und zur medikamentösen Behandlung sowie zu Strategien der Delir-Prophylaxe und zu Anforderungen an die Delir-Diagnostik und -Behandlung. Die Ärztefortbildungen sollten zeitlich so gelegt werden, dass sie den Arbeitsanforderungen der jeweiligen Abteilung entgegenkommen. **Basisfortbildungen für Pflegekräfte** sollten mindestens 16 bis 20 Stunden umfassen. Wenn Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen nur einem Teil der Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt werden können, sollte mithilfe von Multiplikatoren erworbenes Wissen an die anderen Teammitglieder weitergegeben werden (Kirchen-Peters 2014).

Inhalt und Tiefe der Schulungsmaßnahmen ergeben sich aus dem Qualifizierungsbedarf der Teilnehmenden wie auch aus der Häufigkeit und Intensität des direkten Kontakts mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Im Gegensatz zu Ärzten und Pflegekräften sind z. B. für Verwaltungsangestellte oder andere Berufsgruppen, die nur indirekten Kontakt zu Menschen mit Demenz haben, niedrigschwellige Schulungen in einem Umfang von 60 Minuten in der Regel

ausreichend. Am Klinikum Stuttgart wurde ein spezielles Schulungskonzept für die Beschäftigten einer interdisziplinären Notaufnahme und einer Pilotstation umgesetzt: In Level 1 wird für Hauswirtschaftskräfte, ehrenamtlich Tätige etc. eine Basisqualifizierung im Umfang von 90 Minuten angeboten, Level 2 umfasst Schulungen für den ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Dienst im Umfang von zehn Modulen à 90 Minuten und Level 3 besteht aus einer zusätzlichen ganztägigen Schuleinheit, mit der man sich zum internen Demenzkoordinator weiterbilden kann.

Das Grundwissen über einen adäquaten Umgang mit Demenzkranken, das über die beschriebenen Basisfortbildungen für Pflegekräfte vermittelt wird, reicht jedoch häufig nicht aus, wenn Menschen mit Demenz schwerwiegende Verhaltensauffälligkeiten zeigen, die zu Versorgungsproblemen führen. In solchen herausfordernden Situationen ist eine zusätzliche Fachexpertise gefragt, über die z. B. Pflegefachkräfte für (Geronto-)Psychiatrie verfügen. Mit dem Instrument der Fallbegleitung durch solche speziell geschulten Kräfte werden Strategien eines verbesserten Umgangs mit den Patienten in der Praxis verstetigt und weiterentwickelt. Die Lernprozesse ergeben sich durch Beobachtung der guten Praxis der speziell ausgebildeten Fachpflegekraft, durch eigenes „Üben“ unter Anleitung sowie durch ausführliche Nachgespräche mit einem qualifizierten Feedback. Dabei kann die videobasierte Marte-Meo-Methode unterstützend sein. Anhand von Videoaufnahmen und deren Analyse kann Marte Meo helfen, einen Zugang zum Menschen mit Demenz aufzubauen, Berührungsängste zu reduzieren und auf die Bedürfnisse und Wünsche einzugehen (Aarts 2009).

Vor dem Hintergrund steigender Patientenzahlen bauen Kliniken im Idealfall eine eigene erweiterte Demenzexpertise auf, z. B. indem Beschäftigte Fachweiterbildungen für (Geronto-)Psychiatrie oder vergleichbare Qualifikationen absolvieren. Beispiele für solche Qualifizierungsmaßnahmen finden sich im Anhang (vgl. Link 2 und 3 im Anhang). Zu beachten ist dabei, dass Begriffe wie „Demenzbeauftragte“, „Demenzkoordinatoren“, „Demenzchampions“ etc. bisher nicht geschützt sind. Wenn es nicht möglich ist, eigene Demenzbeauftragte auszubilden, sollten im Sinne von Konsiliar- und Liaisondiensten geregelte Kooperationen mit benachbarten Fachkliniken aufgebaut werden.



Demenzfortbildungen sollten in eine Fort- und Weiterbildungsstrategie des Krankenhauses integriert und für alle haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter verpflichtend angeboten werden. Die Fortbildungs- und Schulungsinhalte sollten kontinuierlich als regelmäßiges Angebot und zusätzlich im Zusammenhang mit spezifischen Projekten durchgeführt werden. Es empfiehlt sich, die Schulungsthemen an kliniktypischen Problemsituationen bzw. den Arbeitsabläufen auszurichten.

Unterstützend für eine Durchdringung der Fortbildungsinhalte sind zusätzliche Lernmaterialien, die z. B. über die Website der Klinik zur Verfügung gestellt werden können. Damit kann ein großer Teilnehmerkreis kostengünstig, niedrigschwellig sowie orts- und zeitunabhängig auf die Materialien zugreifen. Am Klinikum Stuttgart wurde gemeinsam mit der Hochschule Esslingen eine Handlungshilfe erstellt „Ich sehe was, was du nicht siehst ... ein Blick für Pflegende, Ärzte und Therapeuten“. Die Handlungshilfe bezieht sich auf die Themen Demenz, Delir, Depression und rechtliche Grundlagen. Zusätzlich sind Online-Adressen sowie weiterführende Informationen und Filmmaterial zur Demenz, zur Depression und zum Delir zu finden (Klinikum Stuttgart/Hochschule Esslingen 2016). Analog zur Darstellung in der Handlungshilfe wurden Fotos im Posterformat an verschiedenen Orten im Klinikum Stuttgart ausgehängt. Auch das Evangelische Krankenhaus Altersdorf hat einen Handlungsleitfaden mit vielen hilfreichen Tipps entwickelt, der online erhältlich ist (vgl. Link 1).

Am Evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld wurde zudem ein Schulungsprogramm für Mitarbeiter mit dem Titel „LERN VON MIR“ in Kooperation mit der Fachhochschule der Diakonie erstellt. Es handelt sich dabei um eine adaptierte Version des an der University of Manchester entwickelten Programms „Getting to Know Me: A dementia training package“. Das Programm setzt keine besonderen Vorkenntnisse voraus. Im Handbuch für Trainer der Schulung „LERN VON MIR“ ist von einer flexiblen Dauer von ca. sechs Stunden

die Rede, wobei empfohlen wird, den Zeitumfang an die Bedürfnisse der jeweils zu schulenden Personen anzupassen. Es werden u. a. hilfreiche Tipps zur Kommunikation und zum Umgang mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen gegeben (Löhr et al. 2019) (vgl. Link 4).



Zu Beginn einer Fortbildungsstrategie sollte zunächst möglichst breitflächig qualifiziert werden. Es empfiehlt sich, zunächst Pflegekräften und Ärzten in aufeinanderfolgenden Modulen die wichtigsten Inhalte zu vermitteln. Um neue Beschäftigte und noch nicht geschulte Mitarbeitende einzubinden, müssen diese Veranstaltungen in regelmäßigen Abständen wiederholt werden. Damit sich das Wissen stabilisiert und vertieft, sind darüber hinaus Refresher-Angebote sinnvoll.

ein Theorie-Praxis-Transfer und eine Weiterentwicklung des Konzepts gewährleistet werden. Darüber hinaus kann den Teilnehmenden in offenen Feedbackrunden am Ende von Qualifizierungsmaßnahmen die Möglichkeit gegeben werden, sich zu Inhalten, die für sie besonders hilfreich waren oder eventuell verzichtbar gewesen wären, zu äußern und dazu, welcher Schulungsbedarf weiterhin vorhanden ist.



Gute Erfahrungen wurden im Rahmen von Schulungsmaßnahmen mit dem gezielten Einsatz von Schauspielern gesammelt. Im Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart wurden z. B. in eine halbtägige Schulung Schauspieler eingebunden, um Stationsleitungen für deeskalierende Situationen zu sensibilisieren.

Im Sinne einer **Qualitätssicherung** sollten alle Fortbildungsaktivitäten in ein Curriculum münden, das die Lernziele und Lerninhalte beschreibt. Dabei kann es sinnvoll sein, eine Bildungseinrichtung einzubeziehen. Ein Beispiel für ein Curriculum einer ganztägigen Schulung zum Thema Delir wurde am Klinikum Hochsauerland in Arnsberg entwickelt. Es beinhaltet neben dem Grundlagenwissen den spezifischen Umgang mit delirgefährdeten Menschen (vgl. Anlage 3). Eine weitere Möglichkeit stellen Bildungsangebote von externen Anbietern dar wie z. B. die CNE-Fortbildungseinheiten (Certified Nursing Education), die von Kliniken erworben werden können.

Zur Ressourcenschonung ist eine Evaluation der Fortbildungen ratsam. So sollten nach erfolgter Qualifizierung der persönliche Wissenszuwachs und die Erreichung vorab definierter Lernziele überprüft werden. Hierfür eignet sich am besten ein anonymer Nachbefragungsbogen. Dadurch erhalten die Teilnehmenden und die Organisatoren ein Feedback zum Lernerfolg, zur Kompetenz der Referenten sowie zu Optimierungsmöglichkeiten. In verschiedenen Modellprojekten wurden dazu Instrumente entwickelt (vgl. Anlagen 4 und 5). Die Überprüfung des Lernerfolgs kann auch in Form einer Projektarbeit erfolgen. Dadurch können

Konkrete Arbeitsschritte zur Umsetzung

- **Strategiebildung**

Im Vorfeld sollte Klarheit darüber herrschen, welche Zielsetzung mit der Bildungsmaßnahme verfolgt werden soll und wie diese in die Unternehmensstrategie, in die Fortbildungsplanung und in die Strukturen und Prozesse der Klinik integriert werden kann. Zudem sollten Schritte zur Qualitätssicherung und zur Evaluierung berücksichtigt werden.

- **Betriebliche Rahmenbedingungen**

Für die Schaffung von Schulungsangeboten müssen personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen bereitgestellt werden. Zu klären ist unter anderem, ob eine Anbindung an ein Fort- und Weiterbildungsinstitut stattfinden soll und wer intern die Verantwortung für die Organisation, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der jeweiligen Qualifizierungsmaßnahme übernimmt. Weiterhin ist festzulegen, ob ein bestehendes Curriculum mit Lernzielen und Lernergebnissen genutzt wird oder ob ein eigenes entwickelt werden soll. Zu planen ist zudem der Einsatz von Referenten mit profunder Demenzexpertise.

- **Zielgruppe, Inhalt und Umfang**

Wichtig ist es, vorab zu definieren, wer Zielgruppe der Qualifizierung sein soll und wie diese Gruppen am besten erreicht werden. Es sind die Inhalte und der Umfang der Fortbildungen festzulegen und die Frage zu klären, ob Schulungsmaterialien erarbeitet und zur Verfügung gestellt werden sollen. Überdies empfiehlt es sich, einen Plan zu erstellen, in dem festgelegt ist, in welcher Reihenfolge die Beschäftigtengruppen geschult werden. Organisation und Verantwortung für etwaige Fallbegleitungen müssen im Voraus besprochen und in den Dienstplänen berücksichtigt werden.

- **Teilnahmebedingungen**

Der Arbeitgeber sollte vor Anmeldebeginn die Teilnahmebedingungen abklären, die er dann über einen krankenhauses internen Fortbildungskatalog kommunizieren kann. Es muss bestimmt werden, ob die Qualifizierungsangebote verpflichtend oder freiwillig sind, ob die Beschäftigten hierfür freigestellt werden und wer die Kosten bei externen Maßnahmen übernimmt.

- **Überprüfung des Lernerfolgs**

Zur Nachhaltigkeit sollte die Erreichung geplanter Lernziele im Nachgang an Schulungsmaßnahmen überprüft werden. Es empfiehlt sich, rechtzeitig passende Instrumente und Prüfverfahren auszuwählen.

Besondere Herausforderungen

Zum Thema Demenzsensibilität besteht in Deutschland kein Wissensdefizit, das Defizit besteht vielmehr in der Umsetzung und Verbreitung des Wissens in der Praxis. Einmal begonnene Schulungen und Qualifizierungen müssen, damit sie einen gewissen Durchdringungsgrad in den Einrichtungen erreichen, mit Kontinuität und Beharrlichkeit in den Kliniken verfolgt und fortgeführt werden. Regelmäßige Auffrischungen des bereits vorhandenen Wissens sind erforderlich. Ein nachhaltiger Wissensaufbau und die Entwicklung einer spezifischen Haltung gegenüber Menschen mit kognitiven Einschränkungen im Krankenhaus gehen mit einem erhöhten Ressourcenaufwand einher. Dieser kann über mehrere Jahre verteilt und im Fortbildungsbudget verankert werden.

In vielen Projekten hat sich die Integration von Beschäftigten aus dem ärztlichen Dienst, insbesondere die Teilnahme an multidisziplinären Bildungsmaßnahmen, aus verschiedenen Gründen als schwierig erwiesen. Um eine hohe Anzahl Beschäftigter aus dem ärztlichen Dienst einzubinden, ist es hilfreich, die Teilnahme verpflichtend festzulegen und Inhalt und Ablauf an die Arbeitsabläufe des jeweiligen ärztlichen Dienstes anzupassen.

Die hohe personelle Fluktuation im Gesundheitswesen und im Besonderen das Ausscheiden geschulter Mitarbeiter stellen einen immer wiederkehrenden Wissensverlust dar, der den Erfolg und die Nachhaltigkeit einer Demenzstrategie in der Klinik gefährden kann. Deshalb sind Qualifizierungsmaßnahmen in diesem Feld eine Daueraufgabe. Um Brüche zu reduzieren, ist zudem die Integration etablierter Qualifizierungsmaßnahmen in das Einarbeitungskonzept neuer Mitarbeiter zu empfehlen.

6.2

Delir-Management



Kurzcheck zur Selbsteinschätzung

Trifft das auf Ihre Einrichtung zu? Bitte kreuzen Sie an!	Ja	Nein
Bei Neuaufnahmen erfolgt ein kognitives Screening für alle älteren Patienten.		
Nach Operationen werden mit Krankenbeobachtung und engmaschigen Kurztestungen Auffälligkeiten erfasst, die auf ein Delir hindeuten.		
Die Angehörigen werden über das Risiko von Delirien aufgeklärt und in das Delir-Management eingebunden.		
Ärzte und Pflegekräfte wissen über Faktoren, die ein Delir auslösen können, Bescheid.		
Die Narkose- und Operationsverfahren sind delirsensibel ausgerichtet.		
Es werden OP-Begleiter zur professionellen Betreuung von Risikopatienten vor, während und nach Operationen eingesetzt.		
Wenn Delirien entstanden sind, werden die Patienten im Rahmen einer festgelegten Prozesskette reorientiert.		
Es gibt speziell ausgebildete Delir-Pflegefachkräfte.		
Das Haus setzt finanzielle Ressourcen zur Prävention von Delirien ein.		

Jedes Kreuz bei „Ja“ spricht für eine Stärke.

Jedes Kreuz bei „Nein“ zeigt einen Ansatzpunkt für Verbesserungen.

Relevanz des Bausteins

Als Delir bezeichnet man eine akute Funktionsstörung des Gehirns, die mit Störungen von Aufmerksamkeit, Konzentration und Kognition verbunden ist. Ein Delir ist im Gegensatz zur Demenz vorübergehend, wenn es erkannt und adäquat behandelt wird. Die Ursachen eines Delirs sind sehr vielfältig. Man unterscheidet zwischen prädisponierenden Faktoren wie dem Alter und kognitiven Voreinschränkungen sowie auslösenden Faktoren wie Polypharmazie, Infekten, Dehydration, lang andauernder Vollnarkose usw.

Ältere Patientinnen und Patienten mit kognitiven Störungen sind in besonderer Weise gefährdet, ein Delir zu erleiden. Die Inzidenz von Delirien bei über 70-Jährigen im Krankenhaus liegt zwischen 30% und 50% (Inouye et al. 2014). Auf Intensivstationen ist das Delir mit zwischen 30% und 80% der Patienten die häufigste Organdysfunktion (Baron et al. 2015). Delirien können unbehandelt für die Betroffenen mit schwerwiegenden Konsequenzen verbunden sein. Wie aus Studien hervorgeht, erhöhen sich die Morbidität und die Mortalität und auch langfristig ergeben sich negative Konsequenzen wie die Abhängigkeit von institutioneller Pflege (Kratz/Diefenbacher 2016).

Neben diesen Faktoren gibt es weitere Argumente für Krankenhäuser, ein Delir-Management einzuführen und damit ein Auftreten von Delirien möglichst zu reduzieren:

- signifikant kürzere Verweildauern, weil es bei deliranten Patienten meistens Komplikationen gibt und sich die Behandlung verzögert
- weniger Beschwerden durch Angehörige, die sich die plötzliche Wesensveränderungen im Rahmen von Delirien nicht erklären können
- weniger personeller Aufwand, weil z. B. aufwendige Sitzwachen oder personalintensive Komplikationen vermieden werden.

Erkenntnisstand und Gestaltungsansätze

Das Delir-Management beschäftigt sich mit der Frage, wie Delirien im Akutkrankenhaus zeitnah erkannt und in hoher Qualität behandelt werden können. Zudem stehen präventive Strategien im Fokus, damit Delirien möglichst gar nicht erst entstehen.



Eines der bekanntesten Konzepte für ein Delir-Management ist HELP (Hospital Elder Life Program). Dieses Programm umfasst einen multimethodischen Ansatz aus einem zu festgelegten Zeitpunkten zu wiederholenden Delir-Screening, einer interdisziplinären, konsiliarärztlich gestützten Diagnostik, einer Schulung von Delir-Fachkräften, der Mobilisierung und Aktivierung der Patienten mit Unterstützung ehrenamtlicher Kräfte, einer verstärkten Angehörigenarbeit sowie einer gezielten Entlassungsplanung. Aufbauend auf diesem Konzept wird z. B. im Städtischen Klinikum Stuttgart im Rahmen eines standardisierten Behandlungspfades das Programm „Aktiver“ mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung umgesetzt (vgl. Anlage 1).

Zur **Diagnostik** von Delirien sollen validierte Assessment-instrumente eingesetzt werden. Verwendet werden können z. B. folgende Instrumente, die auch in deutscher Sprache vorliegen:

- CAM (Confusion Assessment Method) (Inouye et al. 1990)
- Care Units) (Ely et al. 2001)
- ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) (Bergeron et al. 2001)
- NU-DESC (Nursing Delirium Screening Scale) (Gaudreau et al. 2005)

Die Testungen sind in einem interdisziplinären Team von Ärzten und Pflegekräften zu verantworten. Die Art der Testung kann entsprechend den zeitlichen Ressourcen der Kliniken ausgesucht werden.

Am Beispiel der CAM wird der Ablauf des Screenings näher beschrieben. Dieser Testung liegen vier Kriterien zugrunde:

1. akuter Beginn und fluktuierender Verlauf
2. Störungen der Aufmerksamkeit
3. Denkstörungen
4. quantitative Bewusstseinsstörungen

Wenn mindestens drei der vier Kriterien zutreffen, handelt es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um ein Delir.



Vorsicht ist vor allem geboten, wenn bei älteren Patienten plötzliche Verwirrheitszustände, beispielsweise nach Operationen, auftreten und wenn diese Störungen fluktuierend sind, also Schwankungen unterliegen. Dann könnte es sich um ein Delir handeln.

Delirien sollten durch Fachärzte diagnostiziert und frühzeitig behandelt werden, um schwerwiegende und langfristige Konsequenzen wie Demenzen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Bei Bedarf sollten fachärztliche Konsile eingeholt werden. Zu typischen ärztlichen Maßnahmen in der **Delir-Behandlung** zählen je nach auslösenden Faktoren z. B. eine Schmerz- oder Antibiotikatherapie, die Behandlung von Entzugssymptomen, das Absetzen anticholinergischer Medikamente oder der Ausgleich eines Flüssigkeitsdefizits. Die pharmakologische Behandlung des Delirs an sich ist an der Symptomatik und am Stressempfinden der Erkrankten auszurichten.

Darüber hinaus sind nichtmedikamentöse Maßnahmen von hoher Relevanz, z. B. die schnelle Reorientierung durch vertraute Bezugspersonen, die unverzügliche Versorgung mit Sehhilfen und Hörgeräten nach Operationen, Lärmreduzierung und Schlafhygiene, die Aktivierung und Mobilisierung sowie der Abbau von Stress und Ängsten.



Weitere Hinweise und Empfehlungen zur Umsetzung eines Delir-Managements sind der S3-Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delir-Management in der Intensivmedizin“ zu entnehmen.

Für einen professionellen Umgang mit Delirien ist die Schulung des ärztlichen und pflegerischen Personals unerlässlich. Die Schulungen sollten Wissen zu folgenden Inhalten aufbauen:

- vielfältige Risikofaktoren für das Entstehen eines Delirs
- Anwendung von Screeningverfahren und Interpretation der Ergebnisse
- delirprotektive Maßnahmen
- schonende OP-Techniken
- Strategien zur Behandlung eines Delirs
- Erkennen sich anbahnender deliranter Zustände
- Kommunikation mit den Angehörigen



Eine „Delir-Pocket-Card“ für die Kitteltasche kann das Personal an die wichtigsten Fakten rund um das Delir-Management erinnern. Beispiele befinden sich im Anhang (vgl. Anlagen 2 – 4).

Eine **Prävention von Delirien** setzt an einer Definition von Risikopatienten an, für die dann spezielle Versorgungs- und Behandlungspfade existieren. Die NICE-Leitlinie (2010) definiert die Risikogruppe z. B. wie folgt:

- Alter über 65 Jahre
- Notwendigkeit eines operativen Eingriffs
- kognitive Beeinträchtigung
- „Frailty“ (altersbedingte körperliche Gebrechen)

Eine kognitive Beeinträchtigung älterer Menschen kann mit einfachen Testverfahren im Rahmen der Aufnahme erfasst werden. Ein Kurzscreening ist für die Notaufnahme und alle anderen relevanten Abteilungen (Innere, Chirurgie, Gynäkologie, Augenheilkunde usw.) sinnvoll. Die Art des Screenings hängt von den Ressourcen der Klinik und von den Anforderungen der Aufnahmesituation ab. Es eignen sich häufig bereits einfache Fragen, die im Rahmen der Pflege oder Behandlung nebenbei gestellt werden können (z. B.: Wo sind Sie gerade? Welches Jahr haben wir? Können Sie beginnend von zehn rückwärts zählen?). Im Rahmen des rheinland-pfälzischen Modellprojekts „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ wurde der „3-Wörter-Uhren-Test“ bei allen Patienten ab 70 Jahren durchgeführt (LZG 2015).

Angesichts der multifaktoriellen Ursachen für ein Delir müssen auch die zu ergreifenden Maßnahmen zur Vermeidung von Delirien vielschichtig sein. Einen wichtigen Ansatzpunkt bilden dabei die Angehörigen:

- Die Angehörigen sollten schon bei Aufnahme über das Risiko eines Delirs informiert und nach einer Operation zur schnellen Reorientierung der Patienten eingebunden werden.
- Es empfiehlt sich, ein Faltblatt zur Angehörigeninformation zu entwickeln, damit die komplexen Zusammenhänge rund um die Entstehung und Behandlung von Delirien sowie die Unterschiede zu einer Demenzerkrankung in Ruhe nachgelesen werden können (vgl. auch Kapitel 6.8).
- Das Angebot einer Delir-Sprechstunde kann helfen, das Wissen von Angehörigen über das Krankheitsbild Delir systematisch zu vertiefen.

Ein weiterer Ansatzpunkt liegt in delirsensiblen Narkose- und Operationsverfahren, die sich z. B. im St. Franziskus-Hospital Münster als sehr effektiv herausgestellt haben (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Nordrhein-Westfalen 2012).

- Zur Senkung des operativen Stresses werden möglichst schonende Verfahren eingesetzt, mit denen die Wiedergenesung nach Operationen beschleunigt und Komplikationen reduziert werden.
- Perioperativ wird das Narkoseregime angepasst. Das bedeutet, dass z. B. auf eine pharmakologische Prämedikation verzichtet wird.
- Bei der Planung der Operationsreihenfolge werden für Risikopatienten möglichst kurze Nahrungs- und Flüssigkeitskarenzen festgelegt.
- Auf ein differenziertes Wärmemanagement vor und während der Operation wird geachtet.

- Insgesamt wird nach dem Prinzip der Homöostase darauf Wert gelegt, mit der Operation möglichst wenig in die Prozesse des Körpers einzugreifen. Das kann z. B. so umgesetzt werden, dass nur eine Teilnarkose durchgeführt wird oder bei einer Vollnarkose die Körperfunktionen engmaschig überwacht werden.
- Bereits vor der Operation werden geeignete Verfahren zur Umsetzung eines professionellen Schmerzmanagements ausgewählt.
- Die Patienten werden durch speziell geschulte Altenpflegekräfte vor, während und zeitnah nach der Operation begleitet, orientiert und entängstigt.



Eine professionelle OP-Begleitung ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Damit Operationen für die Patienten schonend ablaufen, müssen die Begleiter ein umfassendes Wissen zu den Abläufen einer Operation haben und z. B. folgende Fragen sicher beantworten können:

- Was wird operiert und was bedeutet der Eingriff für den Operierten?
- Wie sind die Abläufe und welche Momente in der OP sind besonders schwierig oder angstbesetzt?
- Wo tauchen für die Operierten neue Gesichter auf, z. B. beim Einschleusen?
- Wie lese ich einen OP-Plan und wie kann ich daraufhin meine Arbeitszeit planen?
- Wie informiere ich Angehörige über den Ablauf einer OP, ohne sie zu beunruhigen?

Konkrete Arbeitsschritte zur Umsetzung

- **Wissensaufbau**

Ein Delir-Management beginnt idealerweise mit einer Basisschulung des ärztlichen und pflegerischen Personals. Der Umfang und die Themen sind festzulegen. Zudem muss eine Praxisbegleitung sichergestellt werden. Neue Kollegen sollten bereits bei der Einarbeitung ein Grundwissen erhalten. Zudem ist es sinnvoll, spezielle Delir-Fachpflegekräfte als Themenverantwortliche auszubilden. Deren Aufgaben und die dazu notwendigen Zeitressourcen sind präzise zu definieren.

- **Erkennen von Delirien**

Für die Delir-Abklärung ist ein passendes Screeningverfahren festzulegen. Zu klären ist, wer das Screening zu welchen Zeitpunkten durchführt und wie mit den Ergebnissen zu verfahren ist (z. B. morgens zur Visite ICDSC, nächste Schicht CAM). Nach der S3-Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delir-Management in der Intensivmedizin“ soll einmal pro Schicht oder alle acht Stunden getestet werden.

- **Dokumentation**

Wenn Delirien aufgetreten sind, sollten diese sorgfältig dokumentiert werden. Dies gilt insbesondere für den krankenhausinternen Informationstransfer während der Übergabe und in der Patientendokumentation. Aber auch die Nachversorger wie z. B. Hausärzte sollten im Entlassungsbrief darauf hingewiesen werden, welche Maßnahmen ergriffen wurden. Schließlich ist darauf zu achten, Delirien in den Abrechnungsdaten zu codieren.

- **Anpassung organisatorischer Abläufe**

Im interdisziplinären Team sind schonende Operationsverfahren zu verabreden und in Prozesse umzuwandeln. Darüber hinaus ist zu klären, wie eine Begleitung durch OP-Lotsen personell umgesetzt werden kann. Wichtig ist auch zu entscheiden und zu organisieren, wer eine Mobilisation und Aktivierung von Risikopatienten leisten kann. Dazu sind Gespräche und Verabredungen mit der Physiotherapie zu führen und ggf. Ehrenamtliche anzuwerben und zu schulen.

- **Angehörigenarbeit**

Für die Angehörigenarbeit sind Instrumente zu entwickeln, auf deren Basis eine Aufklärung und eine Einbeziehung in das Delir-Management erfolgen kann. Dazu zählen z. B. ein Informationsblatt und ein Gesprächsleitfaden für die Angehörigenkommunikation. Zu klären ist auch, wer für die Angehörigenarbeit zuständig ist.

Besondere Herausforderungen

Die umfassende Schulung des Personals ist eine unverzichtbare Basis für das Delir-Management. Damit dies vor dem Hintergrund schwindender personeller Ressourcen gelingen kann, muss vonseiten aller Führungskräfte ein dezidierter Wille zur Veränderung kommuniziert werden. Die zu treffenden Regelungen sollten so angelegt sein, dass sie auch personelle Wechsel überdauern.

Im Umsetzungsprozess ist damit zu rechnen, dass es zu Kommunikationsproblemen zwischen dem Personal verschiedener Berufsgruppen kommen kann. Das Delir-Management ist eine interprofessionelle Herausforderung, die mit mehr Kommunikation und Kooperation einhergehen muss. Leitungskräfte aus dem Direktorium sowie Chefärztinnen und -ärzte müssen dazu Überzeugungsarbeit leisten. Die Vorteile eines Delir-Managements für die Patienten, aber auch für das eigene professionelle Arbeitshandeln sind zu verdeutlichen. Zudem können folgende Strategien hilfreich sein:

- Mit Beschäftigten sind Personalgespräche zu führen, in denen zum Delir-Management konkrete Zielvereinbarungen verabredet werden.
- Strukturierte Fortbildungen werden als Pflichtveranstaltungen definiert.
- Veränderungsprozesse müssen begleitet werden. Das Personal ist bei der Umstrukturierung von Abläufen zu unterstützen. Barrieren müssen aus dem Weg geräumt und Argumentationshilfen gegeben werden.
- Maßnahmen zur Sicherung von Nachhaltigkeit sind zu ergreifen.

6.3

Erkennen und Behandeln
von Demenzen**Kurzcheck zur Selbsteinschätzung**

Trifft das auf Ihre Einrichtung zu? Bitte kreuzen Sie an!	Ja	Nein
Bei Neuaufnahmen erfolgt ein kognitives Screening bei allen älteren Patienten.		
Bei positivem Testergebnis wird innerhalb eines Zeitraums von wenigen Tagen eine weiter gehende Diagnostik durch einen Konsiliararzt durchgeführt.		
Liegt eine kognitive Einschränkung vor, werden unterstützende/ schützende Maßnahmen ergriffen bzw. angeboten, z. B. kürzere Wartezeiten, Begleitung zu Untersuchungen usw.		
Die Besonderheiten der Wirkung von Medikamenten bei älteren und demenzkranken Menschen sind dem Personal bekannt.		
Für Menschen mit Demenz wird ein fachlich fundiertes Medikationsmanagement durchgeführt.		
Geachtet wird auf die Vermeidung von Überversorgung mit unnötigen Medikamenten, auf eine potenziell inadäquate Medikation sowie auf die Unterversorgung mit wichtigen Präparaten wie z. B. mit Schmerzmitteln.		
Um die Akzeptanz der Behandlung zu fördern, werden niedrigschwellige Strategien eingesetzt (ruhige Erläuterungen, Wechsel der Behandlungsperson oder Verschieben auf späteren Zeitpunkt).		
Bevor Psychopharmaka verabreicht werden, werden in aller Regel nichtmedikamentöse Interventionen durchgeführt.		

Jedes Kreuz bei „Ja“ spricht für eine Stärke.

Jedes Kreuz bei „Nein“ zeigt einen Ansatzpunkt für Verbesserungen.

Relevanz des Bausteins

Laut der durch die Robert Bosch Stiftung geförderten GHoSt-Studie (Bickel et al. 2019) ist bei rund 40% der über 65-Jährigen, die in einem Akutkrankenhaus behandelt werden, mit leichten kognitiven Störungen oder Demenzen zu rechnen. Da kognitive Störungen nur in rund einem Drittel der Fälle in den Akten dokumentiert sind (ebd.) und bei vielen Demenzkranken keine Diagnose gestellt ist, wird das Personal häufig in der Behandlung von einer Demenzsymptomatik überrascht. Dann kann nicht adäquat reagiert werden, und dies ist häufig weder für die Behandelten noch für das Personal eine befriedigende Situation.

Um solche Überraschungen zu vermeiden, ist es sinnvoll, proaktiv schon im Rahmen der Aufnahme zu klären, ob eine Person unter kognitiven Einschränkungen leidet, damit dies bei der weiteren Behandlung berücksichtigt werden kann. Zu wissen, dass man es mit einem Menschen mit einer die Alltagsbewältigung wesentlich beeinträchtigenden kognitiven Störung zu tun hat, und sich darauf einstellen zu können beugt somit Komplikationen in entscheidendem Maß vor und reduziert den Stress für das Personal.

Aber nicht nur das Erkennen kognitiver Einschränkungen ist von hoher Bedeutung. Ebenso gibt es eine Reihe von Besonderheiten in Bezug auf die medizinische Behandlung von Menschen mit Demenz. So ist insbesondere auf eine an den fachlichen Standards angepasste Medikation und auf schonende Narkose- und Operationstechniken (vgl. auch Kapitel 6.2) zu achten, denn Menschen mit Demenz sind in einem erhöhten Ausmaß vulnerabel und damit anfällig für unerwünschte Vorkommnisse wie Stürze oder Delirien.

Wenn die Pharmakotherapie auf einem hohen fachlichen Niveau umgesetzt wird, bietet sie erhebliche Potenziale: erwünschte Effekte wie die Verbesserung einer Symptomatik treten ebenso ein wie die Vermeidung unerwünschter Neben- und Wechselwirkungen. Damit steigt der Behandlungserfolg und es sind weniger Kosten durch überhöhte Verweildauern und Wiedereinweisungen zu erwarten.

Erkenntnisstand und Gestaltungsansätze

Erkennen und Behandeln von Demenzen setzen zusätzliches Wissen beim Krankenhauspersonal voraus und sind vorzugsweise in Kooperation mit fachlich versierten Konsiliarärzten zu leisten. Beim Erkennen ist zunächst zwischen Screeningverfahren zu unterscheiden, die einen Demenzverdacht generieren können, und einer weiterführenden Diagnostik, die sich im Akutkrankenhaus in der Regel auf eine Kombination verschiedener kognitiver Kurztests stützt und von einem Facharzt durchgeführt wird.

Ein Kurzscreening kann nach einer Einweisung von unterschiedlichen Berufsgruppen im Krankenhaus durchgeführt werden. Eine spezielle ärztliche Kompetenz ist dazu nicht erforderlich. Der Einsatz des Kurzscreenings ist für die Notaufnahme und alle anderen relevanten Abteilungen (Innere, Chirurgie, Gynäkologie, Augenheilkunde usw.) sinnvoll. Es werden sehr unterschiedliche Instrumente eingesetzt und nach Expertenmeinung scheint das ideale Instrument, das einen guten Kompromiss zwischen einer guten Validität und einem angemessenen Aufwand bildet, immer noch nicht gefunden.



Ein für das Akutkrankenhaus geeignetes Instrument sollte eine angemessene Sensitivität besitzen, inklusive einer einfachen Auswertung maximal fünf bis zehn Minuten dauern und die Testung sollte bestenfalls im Rahmen von Routinetätigkeiten der Versorgung und ohne zusätzliche Materialkosten abzuleisten sein.

Die Art des Screenings hängt letztlich von den Ressourcen der Klinik und von den Anforderungen der Aufnahmesituation ab. Es eignen sich häufig bereits einfache Fragen, die im Rahmen der Pflege oder Behandlung nebenbei gestellt werden können (z. B.: Wo sind Sie gerade? Welches Jahr haben wir? Können Sie beginnend von zehn rückwärts zählen?). Im Rahmen des rheinland-pfälzischen Modellprojekts „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ wurde der **„3-Wörter-Uhren-Test“** bei allen Personen ab 70 Jahren durchgeführt (LZG 2015). Eine routinierte Abschätzung des kognitiven Status von Patienten kann im normalen Tagesablauf auch durch die **„Serial Sevens Task“** erfolgen, bei der die Testpersonen gebeten werden, von 100 an in 7er-Schritten rückwärts zu zählen.

Weitere positive Berichte zu Screeningverfahren beziehen sich auf den „**MiniCog**“ (vgl. Link 1 im Anhang), der einzelne Elemente aus anderen Testungen mit dem Uhrentest verbindet, und auf den „**Six Item Cognitive Impairment Test**“ (6-CIT), für den eine deutsche Fassung von Bickel vorliegt (vgl. Anlage 1).

Neben standardisierten Testverfahren stellt der Einsatz sensibilisierter und geschulter Pflegekräfte eine bewährte Strategie zur besseren Identifizierung von Demenzen dar. Diese können bei Auffälligkeiten die Durchführung fachärztlicher Konsile anregen, um den ersten Eindruck zu überprüfen bzw. zu verifizieren und umfangreichere Testungen vorzunehmen. Allerdings sollten Erstdiagnosen, die im Akutkrankenhaus gestellt werden, ein halbes Jahr nach Entlassung nochmals fachärztlich geprüft werden.

Im Hinblick auf die Behandlung ist zunächst auf die verbreitete Vorstellung zu verweisen, dass eine Demenz erst einmal „medikamentös eingestellt“ gehört. In dieser Haltung drückt sich der Wunsch aus, dass die mit der Demenz einhergehenden nichtkognitiven Symptome durch die Gabe eines Medikaments zu beherrschen sind. Der Einsatz von Psychopharmaka muss jedoch bei älteren und multimorbiden Patienten fachlich sorgfältig abgewogen werden und im Rahmen eines Gesamt-Therapieplans erfolgen. Diesbezüglich sei auf den entsprechenden Algorithmus in der S3-Leitlinie „Demenzen“ verwiesen (vgl. Link 2 im Anhang), aus dem hervorgeht, dass bei nichtkognitiven Symptomen einer Demenz zunächst nichtmedikamentöse Maßnahmen eindeutig vorrangig sind. Ausnahmen bilden Situationen mit akuter Eigen- bzw. Fremdgefährdung, die medikamentöse Interventionen erfordern.



Bevor ein Psychopharmakon verabreicht wird, sollte zunächst geprüft werden, ob eine nichtmedikamentöse Intervention dieses ersetzen kann. Denkbar sind z. B. die Aktivierung des Demenzkranken durch geschulte Ehrenamtliche, die Einbeziehung von Angehörigen, das Schmerzmanagement oder die Anpassung der Umgebung.

Im Alter und insbesondere bei Vorliegen einer Demenz gibt es eine ganze Reihe spezifischer Besonderheiten, die bei der Medikation berücksichtigt werden müssen:

- Bei älteren Menschen ist bezüglich des Weges, den Medikamente im Körper nehmen (Pharmakokinetik), und ihrer Wirkungen (Pharmakodynamik) mit substantiellen Abweichungen gegenüber jüngeren Altersgruppen zu rechnen. Zudem kann eine vorliegende Gebrechlichkeit (Frailty) die Anfälligkeit für unerwünschte Wirkungen erhöhen. Sogenannte PIM-Listen über potenziell inadäquate Medikation können eine Orientierung zum Medikamenteneinsatz liefern. Zu nennen sind hier insbesondere die PRISCUS- oder die FORTA-Liste (vgl. Link 3 und 4 im Anhang).
- Die Polypharmazie ist bei älteren Menschen ein großes Problem. Im Durchschnitt leiden diese an zwölf unterschiedlichen Krankheiten und nehmen sieben verschiedene Medikamente ein (Wucherer et al. 2017). Hier ist es insbesondere hilfreich, die Medikation regelmäßig zu überprüfen und diejenigen Substanzen abzusetzen, die nicht mehr erforderlich sind. Sorgfältig zu achten ist auf unerwünschte Wirkungen und auf ein breites Spektrum von u. U. bedrohlichen Medikamenteninteraktionen.
- Für Demenzkranke sind insbesondere Medikamente mit anticholinergem Begleitwirkung möglichst zu vermeiden, weil sich diese negativ auf den kognitiven Status auswirken können. Dies betrifft eine Reihe von Psychopharmaka, aber auch sonstige Stoffgruppen, z. B. aus dem Bereich der Urologika oder der Antihistaminika (vgl. Liste in Hewer 2019).
- Nicht nur die Häufung von Medikamenten ist ein Problem, sondern auch die Tatsache, dass in bestimmten Bereichen wie z. B. der Schmerzmedikation für Demenzkranke oft eine Unterversorgung besteht.
- In den Therapieplan ist einzubeziehen, wie die Akzeptanz und die Praktikabilität der Medikation beurteilt wird. Hier spielen Aspekte der Adhärenz der Patienten ebenso eine Rolle wie die Demenzkompetenz und die Zeitressourcen der verabreichenden Personen.
- Medikamente sollten individuell adaptiert werden; so sollten sie z. B. in bestimmten Fällen in flüssiger Form gereicht und Injektionen außerhalb des Sichtbereichs des Demenzkranken verabreicht werden. Zudem sind alle

Konkrete Arbeitsschritte zur Umsetzung

Schritte immer wieder in einfacher Sprache und mit Ruhe zu erklären. Bei Widerständen ist abzuwägen, ob der Zeitpunkt der Maßnahme verschoben oder die Verabreichung von einer anderen Person erbracht werden kann.

Generell gilt, dass die medizinische Behandlung eines älteren Menschen mit Demenz auf der Basis eines sorgfältigen Medikationsmanagements erfolgen muss. Informationen zur Medikation von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus sowie zum Medikationsmanagement gehen u. a. aus den Arbeiten verschiedener von der Robert Bosch Stiftung geförderter Projekte hervor (Johanniter-Krankenhaus Bonn, Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn, Geriatischer Schwerpunkt Göppingen) (Hewer 2019).



Das Medikationsmanagement beginnt mit einer sorgfältigen Anamnese, vorzugsweise auf der Basis eines Leitfadens zum Medikamentengespräch (vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW 2012). Wichtig sind vor einer Verordnung die Diagnostik und die Überprüfung des Medikamentenplans. Schließlich ist nach einer Beobachtung des Verlaufs im Rahmen des Krankenhausaufenthalts eine Information an den Nachversorger zu erstellen. Ein praktikabler und fachlich versierter Prozessvorschlag liegt vor (Hewer 2019).

- **Diagnostik**

Um das frühzeitige Erkennen von Menschen mit Demenz bei der Aufnahme sowie eine fachlich qualifizierte Behandlung sicherzustellen, müssen medizinisch und pflegerisch Tätige geschult werden. Der Umfang und die Form (berufsbezogen oder interdisziplinär) sind festzulegen. Bei den Themen geht es auf der Basis einer demenzgerechten Grundhaltung insbesondere um die Wissensvermittlung zu Testverfahren, um Besonderheiten einer Medikation bei Demenz, um den Umgang mit Adhärenz-Problemen sowie um die Schritte eines qualifizierten Medikamentenmanagements.

- **Behandlung**

Für die Medikation sollten schriftliche „Checklisten“ der zu vermeidenden oder zu empfehlenden Wirkstoffe verteilt und ausgehängt werden. Am meisten verbreitet sind derzeit die PRISCUS- und die FORTA-Liste (vgl. Link 3 und 4 im Anhang).

- **Anpassung der Abläufe**

Nach einem Demenzscreening ist generell zu beachten, dass das Erkennen von Demenzen auch angepasste Behandlungsprozesse nach sich ziehen sollte, wo immer dies erforderlich ist. Dies ist aus ethischen Erwägungen notwendig, wenn das Screening nicht rein wissenschaftliche Zwecke erfüllen, sondern auch zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität führen soll.

- **Behandlungspfad**

Die Organisation der Prozesse nach einer Testung sollte entlang eines Behandlungspfades stattfinden, in dem besondere Anforderungen zur Risikoprävention, beispielsweise kürzere Wartezeiten, eine Begleitung bei Untersuchungen durch geschulte Ehrenamtliche, die Förderung der Essens- und Flüssigkeitsversorgung oder eine Anpassung von Umgebungsfaktoren, berücksichtigt werden. Das Evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) hat dazu eine Vorlage entwickelt (vgl. Anlage 2).

- **Einbeziehung von Fachexpertise**

Eine fachlich fundierte Diagnostik und Behandlung von Menschen mit der Nebendiagnose Demenz gelingt vorzugsweise in Kooperation mit einem Facharzt. Um fachärztliche Konsile sicherzustellen, sind entsprechende Kooperationen aufzubauen (vgl. auch Kapitel 6.4).

- **Vermerken der kognitiven Einschränkung**

Damit für alle Mitarbeitenden ersichtlich ist, dass es sich um einen kognitiv eingeschränkten Menschen handelt,

Besondere Herausforderungen

kann die Patientenakte oder das Krankenbett mit einem farblichen Vermerk gekennzeichnet werden. Dies ist allerdings ethisch nicht unumstritten.

- **Vermeidung von Fixierung**

Im Hinblick auf Fixierung sollte die Prüfung eines Katalogs von Alternativoptionen vorgegeben werden, bevor eine Fixierung umgesetzt werden darf.

Demenzen zu erkennen und gut zu behandeln ist im Akutkrankenhaus mit unterschiedlichen Schwierigkeiten verbunden. Diese liegen zunächst auf der Ebene des einzelnen Behandelten: Im Hinblick auf Testungen ist mit Akzeptanzproblemen der Demenzkranken zu rechnen, wenn diese sich einer Prüfungssituation ausgesetzt sehen. Niemand wird gerne mit den eigenen Defiziten konfrontiert und es erfordert ein ausgeprägtes Einfühlungsvermögen, die Mitwirkung an den Tests bis zum Ende zu erreichen. Auch bei der Behandlung ist man auf die Adhärenz der Patienten angewiesen. Der aus ärztlicher Sicht beste Medikamentenplan ist wirkungslos, wenn er an der Praktikabilität scheitert.

Immer stellen sich auch ethische Fragen verschiedenster Art, etwa inwieweit eine angemessene Aufklärung der Patienten im Hinblick auf die Diagnose, aber auch in Bezug auf ihre Behandlung sichergestellt werden kann oder auch wie generell mit der von vielen Menschen als stigmatisierend wahrgenommenen Diagnose „Demenz“ umzugehen ist. Dass Menschen mit Demenz viele Zusammenhänge nicht verstehen können, entbindet das Personal nicht davon, ihren maßgeblichen Willen zu erkunden und umzusetzen.

Strukturelle Probleme stellen sich, wenn durch Testungen ein höherer Zeitaufwand entsteht, aber auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit einem Konsiliararzt, der zunächst gefunden werden muss und dessen Einsätze in die übrigen Abläufe der Abteilungen einzupassen ist. Schwierig, aber im Hinblick auf eine nachhaltige Versorgung von großer Bedeutung ist auch die Kooperation mit nachsorgenden Instanzen, darunter mit Hausärzten und Pflegeeinrichtungen. Allein die Erstellung aussagekräftiger Arztbriefe und Überleitungsdokumentationen erzeugt einen hohen Aufwand, ganz zu schweigen vom Aufbau persönlicher Kontakte und von Netzwerken (vgl. auch Kapitel 6.10).

6.4

Konsiliar- und Liaisondienste



Kurzcheck zur Selbsteinschätzung

Trifft das auf Ihre Einrichtung zu? Bitte kreuzen Sie an!	Ja	Nein
Bei ungeklärter Diagnose einer kognitiven Störung werden regelhaft fachärztliche Konsile einberufen.		
Das gesamte Klinikpersonal erhält fachlich qualifizierte Fortbildungen zum Wissensaufbau über psychische Komorbidität und über einen besseren Umgang mit diesen Menschen.		
Zur Vertiefung des Wissens wird mit Pflegekräften eine Fallbegleitung durchgeführt.		
Wenn Krisensituationen bei Personen mit psychischer Komorbidität auftreten, kann der fachliche Rat eines qualifizierten Dienstes eingeholt werden.		
Die Führungskräfte des Krankenhauses erhalten eine Beratung zum Aufbau demenzsensibler Strukturen und Prozesse.		
Angehörige haben Ansprechpartner, die Tipps zum Umgang mit den Kranken und zur Belastungsverarbeitung unterbreiten.		
Der Sozialdienst wird im Hinblick auf die besonderen Erfordernisse einer Entlassungsplanung bei Personen mit psychischer Komorbidität beraten.		

Jedes Kreuz bei „Ja“ spricht für eine Stärke.

Jedes Kreuz bei „Nein“ zeigt einen Ansatzpunkt für Verbesserungen.

Relevanz des Bausteins

(Geronto)psychiatrisch oder geriatrisch ausgerichtete Konsiliar- und Liaisondienste (KL-Dienste) sind eine bewährte Antwort auf die weit verbreitete Komorbidität älterer Menschen. Denn unbeachtet und unbehandelt überlagern psychische Erkrankungen häufig die zum Krankenhausaufenthalt führende somatische Hauptdiagnose und verzögern oder verhindern die Gesundung der Patientinnen und Patienten.

Aber nicht nur eine Verbesserung der Patientenversorgung spricht für KL-Dienste, sondern diese sind auch in der Lage, Ärzte und Pflegepersonal wirkungsvoll zu entlasten. Hilfreich sind u. a. die Unterstützung beim Erkennen und bei der zielgerichteten Behandlung psychischer Begleiterkrankungen, die Reduktion von Komplikationen, die Erweiterung der eigenen Handlungssicherheit im Umgang mit den Krankheitsbildern und die Unterstützung bei auftretenden Krisensituationen.

Zudem sprechen wirtschaftliche Argumente für den Aufbau von KL-Diensten. Wie aus Studien hervorgeht, bieten KL-Dienste deutliche Potenziale, Kosten zu sparen, indem durch ihre Interventionen z. B. die Dauer der Aufenthalte verkürzt oder der Entlassungszustand der Behandelten verbessert wird. Einsparungen, die insbesondere aus einer Verkürzung der Liegezeiten älterer Patienten resultieren, wurden in einer Studie aus Großbritannien ermittelt (Parsonage/Fossey 2011). Andere Studien belegen zudem Kosteneinsparungen nicht nur im Bereich der krankenhausbefugten Kosten, sondern auch durch Vermeidung frühzeitiger Heimunterbringungen (Strain et al. 1991).

Im Gegensatz zum Abteilungsmodell sind KL-Dienste auf eine Verbesserung der Versorgung aller komorbiden Patienten eines Krankenhauses ausgerichtet, wenngleich sie sich in der Implementierungsphase auch häufig zunächst auf eine oder zwei Schwerpunktabteilungen konzentrieren. Der klinikweite Ansatz führt dazu, dass sich alle Beschäftigten eines Krankenhauses mit kognitiv eingeschränkten Patienten auseinandersetzen müssen und sich eine positive Haltung zur Demenz entwickeln kann.



Der erste Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienst in Deutschland ging aus dem Psychiatrischen Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren hervor. Nach einer vorübergehenden Förderung als Modellprojekt des Bundesgesundheitsministeriums von Oktober 2000 bis September 2004 besteht dieser Dienst nunmehr seit fast zwanzig Jahren erfolgreich am Klinikum Kaufbeuren (vgl. auch Interview in Kapitel 7.2).

Erkenntnisstand und Gestaltungsansätze

Konsiliar- und Liaisondienste gehen mit ihrem Ansatz weit über das bereits bekannte Konsiliarverfahren durch „ärztliche Berater“ hinaus. Das Liaisonmodell umfasst im Idealfall die regelmäßige Präsenz eines multiprofessionellen Teams aus spezifisch qualifizierten Ärzten und Pflegekräften im somatischen Krankenhaus. Je nach Konzept werden auch weitere Berufsgruppen in den KL-Dienst integriert, etwa Sozialarbeiter, Psychologen oder Ergotherapeuten.

Das Leistungsspektrum von KL-Diensten umfasst medizinische Beratungsleistungen wie Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung sowie sozialpflegerische Interventionen wie Beratung der Angehörigen zum Umgang mit den Kranken oder Unterstützung bei der Organisation von Hilfen. Die Hilfen beziehen in einer ganzheitlichen Betrachtungsweise neben dem persönlichen Umfeld der Patienten auch professionell tätige Personen ein. Damit erweitert sich je nach Konstellation die Zielgruppe der Interventionen um behandelnde Haus-, Fach- oder Krankenhausärzte, Pflegepersonal aus ambulanten Diensten, Heimen oder Krankenhäusern usw.

Neben der Erweiterung des (geronto)psychiatrischen Fachwissens im informellen und professionellen Umfeld der komorbiden Patienten besteht eine wichtige Aufgabe darin, die durchgeführten Hilfestellungen der unterschiedlichen Personen und Institutionen besser zu verzahnen und zu vernetzen, um Versorgungsbrüche zu vermeiden.

Damit die Interventionen von Liaisondiensten wirksam sein können, stellen sich eine Reihe von Anforderungen an deren Ausgestaltung und Arbeitsweise (Kirchen-Peters 2005), von denen hier die wesentlichsten genannt werden sollen:

- Um die vielschichtigen Probleme zu erfassen, arbeiten KL-Dienste im interdisziplinären Team. Die Professionen werden je nach Problemlage bei den komorbiden Patienten parallel eingesetzt und die Interventionen werden aufeinander abgestimmt.
- Die Abstimmung der Leistungen und die gemeinsame Therapieplanung finden in regelmäßigen, multiprofessionellen Fallbesprechungen statt.
- Die Arbeit der Liaisondienste erfolgt aufsuchend in den Abteilungen, in denen sich der zu Behandelnde befindet.
- Im Hinblick auf die Diagnostik und Behandlung orientiert sich der Liaisondienst an den Empfehlungen der zuständigen Fachgesellschaften. Im Zentrum der nicht-medikamentösen Therapie steht die Beziehungsarbeit.

Konsiliar- und Liaisondienste erbringen im Einzelnen folgende patienten-, mitarbeiter- und institutionenbezogene Leistungen (Kirchen-Peters 2005):

Aufgaben der Konsiliar- und Liaisondienste

PATIENTEN- BEZOGEN

- (Früh-) Diagnostik, Behandlungsempfehlung
- Identifizierung unerkannt demenzkranker bzw. delir-gefährdeter Patienten
- Krisenintervention insbesondere bei Verhaltensauffälligkeiten und Delirien
- Problem- und ressourcenorientierte Patientengespräche
- Beratung der Angehörigen

MITARBEITER- BEZOGEN

- Unterstützung bei Diagnostik und Behandlung
- Beratung über den Umgang mit den Kranken
- Fallbegleitung
- Fortbildung des Krankenhauspersonals

INSTITUTIONEN- BEZOGEN

- Lobbying für demenzkranke bzw. delirgefährdete Patienten
- Konzeptberatung, z.B. im Hinblick auf demenzsensible Strukturen/Prozesse

Abbildung 5: Aufgaben der Konsiliar- und Liaisondienste

Der Facharzt deckt in erster Linie die medizinischen Aufgabenbereiche ab. Erfahrungswerte über die Durchführung von Demenzkonsilen lassen sich aus dem Projekt „Demenz im Krankenhaus“ (Dem-i-K) ableiten (Kirchen-Peters 2014):

Die Durchführung der Konsile kann je nach Struktur des Krankenhauses von internen oder externen Fachärzten für Psychiatrie, Neurologie oder Geriatrie übernommen werden. Zur Vorbereitung des Konsils liest der Facharzt die Konsilanforderung, er studiert die Patientenakte und erfragt zusätzliche Informationen bei den Pflegekräften der Station (Aufwand zwischen 10 und 15 Minuten).



Die Konsilanforderung sollte möglichst präzise beschreiben, wo die Probleme gesehen werden und welche Aufgaben der Konsiliararzt übernehmen soll.

Im Patientengespräch versucht der Konsiliarius, eine Einschätzung der bestehenden Probleme zu erhalten. Es steht eine Reihe standardisierter Instrumente zur Erfassung von Demenzen zur Verfügung. In der S3-Leitlinie „Demenzen“ werden folgende kognitiven Kurztests beschrieben (vgl. Link 2 im Anhang unter Kapitel 6.3):

Mini-Mental-Status-Test (MMST):

Dies ist ein häufig verwendeter standardisierter Test mit 30 Fragen, u. a. zur Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Orientierung und Rechenfähigkeit. Er ist gut geeignet zur Erstdiagnostik und zur Verlaufskontrolle nach Schweregraden; im Bereich der leichten oder beginnenden Demenzen ist der MMST weniger aussagekräftig. Der Zeitaufwand beträgt ca. 10 Minuten.

Uhrentest:

Dieser Test wird ergänzend zu anderen Testverfahren wie z. B. dem MMST empfohlen. In einen Kreis sollen die Uhrzeiten von 1 bis 12 eingetragen werden. Anschließend erfolgt die Aufforderung, eine bestimmte Uhrzeit anhand von Zeigern aufzumalen. Der Test bildet Defizite in den visuell-konstruktiven Fähigkeiten ab. Der Zeitaufwand beträgt ca. 5 Minuten.

Demenz-Detektion (DemTest):

Dies ist ein sensibler Test zur Frühdiagnose einer Demenz. Es sind fünf Einzelaufgaben zu lösen (Gedächtnistests für Wörter und Zahlen, Zahlenumwandlungsaufgabe, Tests zur verbalen Flüssigkeit). Die Auswertung orientiert sich am Alter des Probanden. Der Zeitaufwand beträgt ca. 10 Minuten.

Montreal Cognitive Assessment Test (MoCA):

Dieser Test ist auch in frühen Stadien einsetzbar und stellt höhere kognitive Anforderungen an die Testpersonen. Berücksichtigt werden die Dimensionen Rechnen, Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen, Gedächtnis, Sprache, visuo-konstruktive Fähigkeiten, konzeptuelles Denken und Orientierung. Der Zeitaufwand beträgt ca. 10 Minuten.

Neben diesen Verfahren sind Testungen zur Abgrenzung demenzieller und depressiver Symptome zu empfehlen, darunter insbesondere der Test zur Früherkennung von Demenzen und Depressionsabgrenzung (TFDD). Testverfahren zur Abklärung eines Delirs sind in Kapitel 6.2 dargestellt.

Nach der Erhebung des Zustands schlägt der Konsiliararzt bei Bedarf eine therapeutische Intervention vor. In Abhängigkeit vom Umfang der Tests und von der Kooperationsfähigkeit und -willigkeit des Patienten dauert das gesamte Konsil zwischen 15 und 45 Minuten. Die Ergebnisse des Konsils werden schriftlich dokumentiert und wenn möglich mit dem Stationspersonal, dem Untersuchten und den Angehörigen besprochen. Dabei sollte darauf hingewiesen werden, dass

die Ergebnisse der Tests nach einem halben Jahr durch einen niedergelassenen Nervenarzt / Psychiater zu überprüfen sind. Es gibt einige erschwerende Bedingungen für Konsile, die das Ergebnis der Tests beeinträchtigen können. So sollte sich der Konsiliararzt vergewissern, dass der Patient gegebenenfalls mit Hörgerät und Sehhilfe ausgestattet ist und nicht unter dem Einfluss sedierender Medikamente steht. Schwierig ist ein Konsil, wenn z. B. im Mehrbettzimmer keine ungestörte Gesprächsatmosphäre herrscht.

Im Hinblick auf die patientenbezogenen Aufgaben führen die Pflegekräfte problem- und ressourcenorientierte Patientengespräche, begleiten die Kranken während des Aufenthalts und unterstützen sie bei der Belastungsverarbeitung. Wenn therapeutische Berufsgruppen involviert sind, besteht deren Aufgabe in der Aktivierung, der Einübung alltagspraktischer Fertigkeiten in Einzel- und Gruppentherapien und in der Tagesstrukturierung der Patienten.

Alle Berufsgruppen sind zudem in Aktivitäten im Umfeld der Patienten einbezogen. Dazu zählt neben der Angehörigenberatung vor allem die Entlassungsplanung in Kooperation mit dem Krankenhaussozialdienst. Um eine schnittstellenübergreifende Behandlungs- und Versorgungsqualität zu gewährleisten und vorzeitige Heimunterbringungen zu vermeiden, wird versucht, häusliche Hilfenetze zu stärken und neu aufzubauen. In diesem Rahmen wird u. a. Kontakt zu niedergelassenen Ärzten und nachsorgenden Pflegeeinrichtungen aufgenommen.



Von einem KL-Dienst kann man erst sprechen, wenn neben dem Konsiliararzt auch weitere Berufsgruppen, insbesondere speziell qualifizierte Pflegekräfte, involviert sind. Diese können im Akutkrankenhaus auch als Externe aus anderen Kliniken die Funktion von Demenzbeauftragten übernehmen (vgl. Kapitel 6.1).

Neben den patientenbezogenen Aufgaben ist das Krankenhauspersonal ein vielfältiger Adressat der erbrachten Leistungen. Der KL-Dienst sorgt für einen Wissensaufbau, indem zunächst regelmäßige Fortbildungen für alle Berufsgruppen angeboten werden. Darüber hinaus lernen Pflegekräfte

Konkrete Arbeitsschritte zur Umsetzung

zusätzlich über die konkrete Zusammenarbeit beim einzelnen Behandelten im Rahmen von Fallbegleitungen. Während die Stationsärzte vor allem mit dem Modellarzt in Kontakt treten, sind die Pflegekräfte des KL-Dienstes die Ansprechpersonen für das Krankenpflegepersonal. Sie geben konkrete Hinweise zum Umgang mit gerontopsychiatrisch Erkrankten und begleiten kontinuierlich im Rahmen gemeinsamer Fallbesprechungen Veränderungen in den Verhaltensmustern.

Eine wichtige Leistung ist die Krisenintervention. Überforderungen können z. B. bei Delirien und / oder beim Auftreten massiver Verhaltensstörungen auftreten. Der KL-Dienst deeskaliert und trägt dazu bei, weitere Verschärfungen, wie belastende Verlegungen in die Psychiatrische Klinik, zu vermeiden.



Im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge Berlin wird bei einer Anfrage der Stationen meist zunächst das pflegerische Konsil durchgeführt, um zu prüfen, ob eine nichtmedikamentöse Intervention für das vorliegende Problem angemessen erscheint. Erst danach wird entschieden, ob auch noch ein ärztliches Konsil erforderlich ist.

Zu den institutionenbezogenen Aufgaben gehört das Lobbying für Patienten mit psychischer Komorbidität, wodurch im gesamten Krankenhaus eine Sensibilität für die Belange dieser Patientengruppe hergestellt werden soll. Das betrifft das ärztliche und pflegerische Personal ebenso wie den Krankenhaussozialdienst und den Verwaltungsbereich. Wenn es um Veränderungen auf der Struktur- und Prozessebene geht, sind zudem die Leitungskräfte gefragt, die durch den KL-Dienst beraten werden können. In der Beratung geht es insbesondere um die Vermittlung von Gute-Praxis-Wissen und um konkrete Vorschläge zur demenzsensiblen Anpassung von Abläufen.

• **Strukturaufbau**

Wenn ein Interesse an dem Ansatz besteht, müssen zunächst Kooperationen mit (geronto)psychiatrisch oder geriatrisch qualifizierten Institutionen aufgebaut werden. Am einfachsten ist dies für solche Akutkrankenhäuser, die über entsprechende Fachabteilungen wie Psychiatrie, Neurologie oder Geriatrie im eigenen Haus verfügen. Ansonsten besteht die Möglichkeit, Fachkliniken oder niedergelassene Fachärzte im näheren Umfeld des Krankenhauses anzusprechen.

• **Verabredung eines Leistungspakets**

Vor der Implementierung müssen die vom KL-Dienst zu erbringenden Leistungen verbindlich vereinbart werden. Die Unterstützung bei Diagnostik und Behandlung sowie Fortbildung und Fallbegleitung für das Personal sind unverzichtbare Leistungen. Hingegen hängt es vom konzeptionellen Ansatz ab, inwieweit der KL-Dienst auch weiterführende Aufgaben in der Patienten- und Angehörigenarbeit oder in der Konzeptberatung übernehmen soll.

• **Klärung der Finanzierung**

Die Leistungen interner KL-Dienste werden in der Regel über Mehrerlöse (z. B. durch Codierung psychiatrischer Komorbidität) oder über Einsparungen durch Einhaltung der Verweildauern finanziert. Dabei handelt es sich jedoch um zeitlich verzögerte Effekte, sodass eine Vorabinvestition erforderlich ist. Diese finanziellen Vorteile ergeben sich auch bei Kooperationen mit externen Kliniken. Allerdings müssen hier Honorarverträge abgeschlossen werden, in deren Rahmen eine Vergütung erfolgt.

• **Anpassung organisatorischer Abläufe**

Damit ein KL-Dienst wirksam arbeiten kann, sind interne Abläufe so anzupassen, dass es nicht zu Reibungsverlusten kommt. Darüber hinaus muss das Personal auf die Kooperation vorbereitet und über den Einsatz informiert werden. Zunächst ist zu klären, wie die Konsilanfrage zustande kommen soll. Hier empfiehlt es sich, Pflegekräfte einzubinden, die den näheren Patientenkontakt pflegen und dadurch auf Auffälligkeiten aufmerksam werden. Wenn der KL-Dienst zu den Patienten kommt, muss ein Ansprechpartner zur Verfügung stehen, damit gegenseitig Informationen fließen können. Auch schriftliche Informationen müssen strukturiert an das Krankenhauspersonal fließen. Schließlich sind zeitliche Spielräume für Fortbildungen und Fallbegleitungen zu organisieren.

Besondere Herausforderungen

Konsiliar- und Liaisondienste sind in Deutschland noch selten. Vor allem die weiterführenden Aufgaben, die solche Dienste leisten können, z. B. die Beratungsleistungen für das Krankenhauspersonal und die Fallbegleitung, werden wegen der ungeklärten Finanzierung bislang im Klinikalltag kaum erbracht, und dies gilt auch, wenn das Krankenhaus über eigene neurologische oder psychiatrische Fachabteilungen verfügt.

Herausfordernd ist es auch, die zeitlichen Freiräume einzuplanen, die für eine wirksame Zusammenarbeit erforderlich sind. Besonders in der Implementierungsphase entsteht ein erhöhter kommunikativer Aufwand, bis eine Arbeitsbeziehung aufgebaut ist und sich die Prozesse eingespielt haben. Zudem werden KL-Dienste oft zunächst als Kontrollinstanz fehlinterpretiert, die Schwächen im Umgang mit den komorbiden Patienten aufdeckt.

Wenn es auf der Ebene der betrieblichen Prozesse als zu schwierig bewertet wird, einen interdisziplinären Konsiliar- und Liaisondienst in der eigenen Klinik aufzubauen, besteht die Möglichkeit, die Funktionen aufzuteilen und in Teilen dennoch umzusetzen. Dann sollte zumindest verstärkt mit externen oder internen fachärztlichen Konsilen gearbeitet werden, weil Demenzkranke durch Verlegungen in psychiatrische Kliniken zusätzlich verängstigt werden können (vgl. Kapitel 6.3).



Konsiliar- und Liaisondienste können Ärzten und Pflegekräften bei der Behandlung von Menschen mit psychischer Komorbidität eine wichtige Stütze sein. Auch einzelne Elemente des Konsiliar- und Liaisonansatzes wie z. B. fachärztliche Konsile, Fortbildungen und Fallbegleitungen lassen sich durch interne Weiterqualifizierungen oder über Kooperationen mit Fachkliniken umsetzen.

6.5

Spezielle Abteilungen für Menschen mit Demenz

**Kurzcheck zur Selbsteinschätzung**

Trifft das auf Ihre Einrichtung zu? Bitte kreuzen Sie an!	Ja	Nein
Die Aufnahme der Patienten erfolgt – wenn möglich – direkt und ohne Umweg über die Notaufnahme.	☐	☐
Es steht in der Abteilung mehr Personal zur Verfügung als auf den normalen Stationen.	☐	☐
Für Betreuung und Tagesstrukturierung der Patienten stehen zusätzliche Angebote zur Verfügung.	☐	☐
Die Umgebung ist demenzsensibel gestaltet.	☐	☐
Es handelt sich um eine kleine Einheit von maximal 15 Betten.	☐	☐
Alle Beschäftigten arbeiten freiwillig und aus eigenem Interesse in der speziellen Abteilung.	☐	☐
Das gesamte Personal ist zu den Themen Demenz und Delir geschult.	☐	☐
Eine intensive Patientenorientierung auf der Basis eines ausgeweiteten Assessments ist wichtiger Bestandteil des Konzepts.	☐	☐
Es findet eine engere Zusammenarbeit mit den Angehörigen statt als auf normalen Stationen.	☐	☐
Auf der Station werden Einzel- und Gruppenbetreuung angeboten.	☐	☐

Jedes Kreuz bei „Ja“ spricht für eine Stärke.

Jedes Kreuz bei „Nein“ zeigt einen Ansatzpunkt für Verbesserungen.

Relevanz des Bausteins

Die Bildung homogener Patientengruppen ist ein aus der Altenpflege bereits seit Jahrzehnten bekanntes und bewährtes Konzept, um eine angemessene Versorgung von Menschen mit Demenz zu gewährleisten. Auch im Krankenhaussektor gewinnen spezielle Abteilungen für Menschen mit Demenz zunehmend an Bedeutung. Bereits 2014 hat die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) ein Positionspapier (Hofmann et al. 2014) mit einer Liste von 22 solcher Spezialstationen in Geriatrischen Kliniken veröffentlicht. Auch im Förderprogramm der Robert Bosch Stiftung wurde der Aufbau solcher Abteilungen in somatischen Krankenhäusern gefördert.

Der Vorteil spezieller Abteilungen für Menschen mit Demenz liegt darin, dass in vergleichsweise kleinen Einheiten von typischerweise zehn bis 15 Betten das räumliche und soziale Milieu auf die besonderen Bedürfnisse dieser Patientengruppe ausgerichtet werden kann. Die Menschen mit Demenz können sich in der angepassten und schonenden Umgebung wohlfühlen und besser orientieren. Zudem sind sie nicht den kritischen Äußerungen und der mangelnden Wertschätzung von geistig gesunden Mitpatienten ausgesetzt.

In verschiedenen Studien wurden zudem positive Auswirkungen auf die Patientenversorgung belegt, etwa die Reduktion von Polypharmazie, der weitgehende Verzicht auf Fixierungen oder Sedierungen, der Abbau von Unruhe und Desorientierung, die Steigerung von Interaktion und Aktivität sowie eine Reduktion von Komplikationen (Lüdecke / Kofahl 2018, Schmidt 2017, Büter et al. 2016). Darüber hinaus kann es für das Personal im Krankenhaus durch spezielle Abteilungen ebenfalls zu Entlastungseffekten kommen, etwa wenn Konflikte zwischen Demenzkranken und Mitpatienten reduziert werden.

Auch für nicht demenzkranke Patienten bieten spezielle Abteilungen Vorteile: Sie werden entlastet von störendem und herausforderndem Verhalten am Tag und in der Nacht. Darüber hinaus eignen sich solche Abteilungen auch als Versuchsstationen, in denen neue Strukturen und Prozesse erprobt werden, bevor sie auf das gesamte Krankenhaus übertragen werden.

Erkenntnisstand und Gestaltungsansätze

Die DGG hat 2014 Empfehlungen für die Ausgestaltung spezieller Abteilungen für Menschen mit Demenz formuliert, die zu einer Vereinheitlichung von Qualitätsstandards führen sollen. Diese Empfehlungen umfassen sieben Hauptpunkte:

- eine überschaubare Bettenzahl von maximal 20, vorzugsweise acht bis zwölf Betten,
- ein geschütztes, aber nicht geschlossenes Konzept mit Aufenthalts- und Therapieraum
- tagesstrukturierende Angebote
- geschultes Personal auf freiwilliger Basis
- ein fester Mitarbeiterstamm
- ein erweitertes Assessment mit Einschätzungen im Hinblick auf die Faktoren Sturz, Schmerz und Ernährung
- die besondere Beachtung von Biografie und sozialer Situation

Eine der ersten geriatrischen Spezialstationen wurde 2003 am Heidelberger Bethanien-Krankenhaus unter der Bezeichnung GISAD (Geriatrisch-Internistische Station für Akutkranken Demenzpatienten) eingerichtet. Die Besonderheit spezieller Abteilungen in geriatrischen Kliniken besteht darin, dass ein umfangreiches therapeutisches Angebot unter Einbeziehung eines interdisziplinären Teams umgesetzt werden kann und über eine Komplexbehandlungspauschale finanzierbar ist. Auch Akutkrankenhäuser, die mit einer geriatrischen Abteilung ausgestattet sind und eine zusätzliche Abteilung in der Somatik umsetzen, können für Patienten, die bestimmte Kriterien erfüllen und länger im Krankenhaus bleiben, diese Pauschale abrechnen. Dadurch entstehen für Demenzabteilungen in der Somatik Synergieeffekte, die sich insbesondere in der anteiligen Einbeziehung eines therapeutischen Teams aus fachlich speziell geschulten Pflegekräften, einem Geriater, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie sowie Sozialdienst und einem Psychologen niederschlagen.



Für Krankenhäuser, die eine geriatrische Abteilung betreiben, kann es sich lohnen, auch eine Innere oder chirurgische Abteilung speziell für Menschen mit kognitiven Einschränkungen einzurichten. Es können sowohl personelle Kapazitäten aus der Geriatrie mit genutzt als auch an die spezifische Kompetenz im geriatrischen Bereich angeknüpft werden. Darüber hinaus ergeben sich finanzielle Vorteile, wenn die geriatrische Komplexpauschale abgerechnet werden kann.

Die erste Klinik, die eine spezielle Abteilung für Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus aufgebaut hat, ist das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf in Hamburg. Die Station DAVID (Diagnostik, Akuttherapie, Validation auf einer Internistischen Station für Menschen mit Demenz) umfasst mittlerweile 14 akut-internistische Betten.



Unauffälliger Ausgang in der Station DAVID in Hamburg

Somatische Abteilungen, die keine Anbindung an eine Geriatrie haben, verfügen über die gleichen finanziellen Ausgangsbedingungen, die auch für die anderen Stationen der Akutmedizin gelten. Als spezielle Abteilungen für Menschen mit Demenz sollten sie dennoch trotz der knappen Ressourcen bestimmte Struktur- und Prozessstandards umsetzen:

Aufnahmekriterien und Aufnahmeprozess:

Geeignet für eine spezielle Abteilung sind solche Patienten, die mit ihrem Krankheitsbild auf die jeweilige Fachstation passen und zusätzlich eine kognitive Einschränkung haben. Dabei kann die demenzielle Symptomatik bereits vorher bekannt sein oder sich erst im Krankenhaus manifestieren. Was sonstige Aufnahmekriterien betrifft, sind die Regelungen unterschiedlich. So nehmen z. B. manche Stationen keine Menschen mit „Hinlauftendenz“ auf, andere sind zurückhaltend bei vorbestehender Bettlägerigkeit oder bei Unfähigkeit zur Kontaktaufnahme mit anderen Patienten. Einzelne Kliniken beschreiten den Weg, ausdrücklich nur solche Menschen aufzunehmen, die auf den anderen Stationen wegen herausfordernden Verhaltens nur schwer führbar sind und von dem geschützten Setting mit mehr Bewegungsfreiräumen und einer intensiveren Begleitung und Aufsicht besonders profitieren. Unabhängig von der Ausgestaltung sollten die Aufnahmekriterien klar definiert sein, damit es in der Patientenzuweisung eine auch für Außenstehende klare Struktur gibt. Es ist zudem sinnvoll, die Entscheidung über die Aufnahme in Verantwortung oder zumindest in enger Rückkopplung mit der Pflege zu treffen, weil die Pflege die wesentliche Basis des Versorgungskonzepts darstellt.

Im Gegensatz zu den üblichen Zugangswegen über die Zentrale Aufnahme oder über die Notaufnahme sollen die Patienten möglichst direkt in der speziellen Abteilung aufgenommen werden. Damit dies funktionieren kann, müssen die möglichen Veranlasser einer Einweisung allerdings über diese stressärmere Aufnahmemöglichkeit informiert sein. Für die Öffentlichkeitsarbeit bieten sich schriftliche Informationen an, die sich an Pflegeheime, andere Krankenhäuser sowie Haus- und Fachärzte wenden. Zusätzlich sollten Gremien und öffentliche Veranstaltungen genutzt werden, um auf die spezielle Abteilung aufmerksam zu machen. Die Aufnahme persönlicher Kontakte scheint jedoch der Königsweg zu sein, um außenstehende Institutionen und Ärzte einzubinden.

Neben Externen müssen auch die Abteilungen des eigenen Krankenhauses über das Konzept informiert sein und wissen, unter welchen Bedingungen Patienten intern verlegt werden können.

Räumliche Gestaltung:

Bei einer speziellen Abteilung sollte es sich um einen in sich begrenzten, aber offenen Bereich handeln. Es empfiehlt sich, ausschließlich Zweibettzimmer vorzuhalten. Diese sind für die Patienten ruhiger und überschaubarer und es entstehen weniger Platzprobleme für Hilfsmittel wie Gehwagen oder Rollstühle. Ansonsten sollten – soweit im Bestand möglich – bewährte Strategien zur Errichtung eines demenzsensiblen Milieus umgesetzt werden, z. B. unauffällige Ausgänge, ein angepasstes Lichtkonzept, die Kennzeichnung von Zimmern und Toiletten, die Arbeit mit Kontrasten zur bessern Erkennung von Funktionsgegenständen sowie ein spezieller Raum für Gruppenangebote und Angehörigengespräche (vgl. auch Kapitel 6.9).

Personalkonzept:

Voraussetzung für einen erfolgreichen Betrieb in speziellen Abteilungen sind umfangreiche Kenntnisse über die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz (vgl. auch Kapitel 6.1). Leitungskräfte und Mitarbeitende sollten das Konzept der speziellen Abteilung aus eigener Überzeugung tragen und gerne mit älteren und kognitiv eingeschränkten Menschen arbeiten. Eine Tätigkeit sollte auf freiwilliger Basis erfolgen.

Im Hinblick auf das Personalkonzept ist eine stärkere interdisziplinäre Durchmischung sinnvoll. So sollten möglichst auch Altenpflegekräfte sowie Betreuungskräfte, die nach den Kriterien des § 53c SGB XI geschult sind, in das Team integriert werden. Um die umfangreichen Aufgaben meistern zu können, die sich in einer speziellen Demenzabteilung stellen, sollte ein höherer Personalschlüssel umgesetzt werden. Im Diakonissenkrankenhaus in Dresden wurde nach Rücksprache mit dem Pflegeteam z. B. eine zusätzliche Zwischenschicht von 16.00 Uhr bis 0.30 Uhr eingeführt, weil sich diese Phase als besonders aufwendig herausgestellt hat.

Zudem ist es von großem Vorteil, wenn die Anzahl des tatsächlich vorhandenen Pflege- und Betreuungspersonals erhöht werden kann, z. B. mit Auszubildenden, Menschen im Freiwilligen Sozialen Jahr und Ehrenamtlichen.

„Helfende Hände“ sind z. B. von großem Nutzen, wenn für einen Menschen eine 1:1-Betreuung umgesetzt werden soll. Dabei ist zu beachten, dass gerade für die Einbeziehung geringer qualifizierter Kräfte bestimmte Kriterien zu erfüllen sind: Sie benötigen für den Umgang mit kognitiv Eingeschränkten eine ständige Anleitung, einen festen Ansprechpartner für auftretende Probleme, eine Möglichkeit des Austauschs sowie eine wertschätzende Grundhaltung innerhalb des gesamten Teams. Darüber hinaus ist zur Reduzierung von Konfliktpotenzial darauf zu achten, dass die Aufgaben dieser Kräfte klar definiert und von denen der Hauptamtlichen abgegrenzt sind.

Behandlungs- / Pflegekonzept:

In auf Menschen mit kognitiven Einschränkungen spezialisierten Abteilungen spielt die Patientenorientierung eine größere Rolle als in normalen somatischen Abteilungen. Die Patientenorientierung beginnt mit einer umfangreicheren Anamnese persönlicher und biografischer Daten, wozu manche Einrichtungen Instrumente entwickelt haben (vgl. auch Kapitel 6.10). Auf der Grundlage der erhobenen Daten und in enger Kooperation mit den Angehörigen sollte eine Bezugspflege umgesetzt werden, die sich am individuellen Bedarf des einzelnen Patienten ausrichtet.



In der kleinen Einheit der Spezialstation sollte angestrebt werden, Zeiten für die Körperpflege am tagesaktuellen Zustand der Patienten auszurichten und Untersuchungen oder Behandlungen dann durchzuführen, wenn die jeweilige Person in der Lage ist, dies zu akzeptieren. Ebenso kann auf einen veränderten Tag-Nacht-Rhythmus Rücksicht genommen werden, etwa durch die Möglichkeit, auch nachts im Gruppenraum fernzusehen.

Ein wichtiges Element des Pflegekonzepts in speziellen Abteilungen ist die Tagesstrukturierung. Auf der Basis eines angepassten Personal- und Raumkonzepts sollten Möglichkeiten der Einzel- und Gruppenbetreuung geschaffen werden (vgl. Kapitel 6.7). Dabei ist auch darauf zu achten, dass Mahlzeiten möglichst in der Gemeinschaft eingenommen werden, weil dies meist den Appetit fördert und die Befähigung zum

Konkrete Arbeitsschritte zur Umsetzung

selbstständigen Essen stimuliert. Um den Menschen mit Demenz Stress zu ersparen, sollten Untersuchungen und Behandlungen möglichst ohne Ortswechsel durchgeführt werden. Dazu sind mit den Ärzten der anderen somatischen Abteilungen die entsprechenden Prozesse abzustimmen.

Darüber hinaus ist in speziellen Abteilungen aufgrund der vulnerablen Klientel ein Delir-Management (vgl. auch Kapitel 6.2) von großer Bedeutung. Auch die Angehörigenarbeit spielt eine größere Rolle als auf „Normalstation“. So sollten Möglichkeiten für Beratung und Rooming-in selbstverständlich sein. Auch das Mitbringen von Haustieren könnte unter Umständen erlaubt werden. Alle Prozesse, die sich von normalen Abteilungen unterscheiden, sollten in Verfahrensanweisungen niedergelegt werden, um Konstanz und Nachhaltigkeit zu sichern.



Wenn Abteilungskonzepte konsequent umgesetzt und wichtige Qualitätskriterien eingehalten werden, sind sie ein geeignetes Konzept auf dem Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus. Dazu zählt in erster Linie ein spezielles, auf die Bedürfnisse Demenzkranker ausgerichtetes Personal- und Organisationskonzept. Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass die Abteilung als Keimzelle für eine Entwicklung im gesamten Krankenhaus betrachtet wird und nicht als „Abschiebebahnhof“ für die störenden Patienten der anderen Stationen fungiert.

- **Vorbereitung**

Bevor die spezielle Abteilung ihre Arbeit aufnimmt, sollten die vorgesehenen Beschäftigten eine Hospitation in einer vergleichbaren Einrichtung durchführen.

- **Struktureller Rahmen**

Nach einer Bedarfsplanung und im Hinblick auf eine wirtschaftliche Größe sollten die Fachrichtung und die vorgesehene Platzzahl festgelegt werden. Bei der Auswahl der Fachrichtung kann richtungsweisend sein, wo die meisten Patienten mit kognitiven Einschränkungen versorgt werden. Darüber hinaus muss überlegt werden, mit welcher geeigneten Abteilung die Station organisatorisch zusammengeführt wird (z. B. ein gemeinsames Team für Demenzabteilung und Alterstraumatologie). Zur räumlichen Gestaltung sollte die Expertise eines fachlich qualifizierten Architekturbüros eingeholt werden.

- **Personalkonzept**

Ein harmonisches und engagiertes Team für die Abteilung ist eine wichtige Erfolgsvoraussetzung. Die Basis bildet eine an Menschen mit Demenz interessierte Stationsleitung. Kein Beschäftigter sollte gezwungen werden, in der Abteilung zu arbeiten. Vielmehr sollte das Konzept vorgestellt und die Mitarbeitenden motiviert werden, sich auf die besondere Arbeit zu bewerben. Größere Anstrengungen müssen betrieben werden, um die Personalmenge in der Abteilung zu vergrößern. Neben Fachkräften sind helfende Hände wie Auszubildende, Ehrenamtliche, Personen im Freiwilligen Sozialen Jahr usw. anzuwerben und zu begleiten.

- **Schulung**

Für das gesamte Team der speziellen Abteilung muss eine gefestigte Demenzexpertise aufgebaut werden.

- **Kommunikation**

Wichtig ist, dass die Führung die Mitarbeiter der Station in alle Schritte einbezieht und auch mitentscheiden lässt. Dazu sollten ca. alle acht Wochen Teambesprechungen stattfinden, anlässlich derer der Umsetzungsstand und ggf. nötige Anpassungen des räumlichen und organisatorischen Konzepts besprochen werden. Auch Unsicherheiten, Probleme und Fragen der Beschäftigten können im Rahmen dieser Treffen diskutiert und abgebaut werden.

- **Kooperation und Transfer**

Von Anfang an müssen die Beschäftigten der anderen Abteilungen mit ins Boot genommen werden. Dazu eignen sich z. B. persönliche Gespräche, aber auch Projektvor-

Besondere Herausforderungen

stellungen auf den einzelnen Stationen. Dies ist wichtig, um z. B. die interdisziplinäre Behandlung der Patienten ohne Ortswechsel reibungslos zu organisieren. Zudem sollte durch eine enge Kooperation z. B. im Rahmen kollegialer Beratung oder pflegerischer Konsile das Niveau der Demenzversorgung im gesamten Haus gesteigert werden.

Spezielle Abteilungen für kognitiv eingeschränkte Menschen haben zwar den Vorteil, dass eine solche Lösung „krankenhauskonform“ ist und für alle sichtbar macht, dass man sich um diese Patientengruppe kümmert. Allerdings stellt eine solche Abteilung zunächst nur eine bessere Versorgungsqualität für eine kleine Gruppe innerhalb der Demenzkranken dar. Damit die Abteilung als Keimzelle für einen umfassenden Entwicklungsprozess fungieren kann, müssen die gesammelten Erfahrungen auf das gesamte Haus übertragen werden. Dabei ist mit Widerständen zu rechnen, wenn die Kollegen aus anderen Abteilungen die Haltung vertreten, durch die spezielle Abteilung seien bereits ausreichende Anstrengungen unternommen worden und sie selbst bräuchten sich deshalb nicht mit Demenzkranken zu beschäftigen. Für die Überzeugungsarbeit und die Kompetenzerweiterung auf „Normalstation“ sind unter Rückendeckung der Geschäftsführung genügend zeitliche Ressourcen einzuplanen.

Eine weitere Herausforderung stellt die eher unübliche Arbeit im erweiterten interdisziplinären Team dar, die viel Koordinations- und Kommunikationsaufwand erzeugt. Zudem müssen gerade in der Implementierungsphase Schnittstellen identifiziert und die Abläufe an diesen Schnittstellen möglichst präzise definiert werden. Auch bei einer guten Vorbereitung wird es sich wohl nicht vermeiden lassen, dass Konflikte in der Zuteilung und Abgrenzung von Arbeitsinhalten entstehen. Um diese in einen produktiven Teambildungsprozess zu überführen, sollten regelmäßige Besprechungen – bei Bedarf unter Hinzuziehung eines Supervisors – organisiert werden.

Damit die Patienten direkt auf die spezielle Station aufgenommen werden können, ist eine umfangreiche Netzwerkarbeit erforderlich. Nicht nur die Information der Beschäftigten im eigenen Haus stellt einen hohen Aufwand dar, sondern in besonderem Maße auch der Aufbau einer Zusammenarbeit mit potenziellen Einweisern wie Hausärzten oder Pflegeheimen. Den Führungskräften der Abteilung, darunter dem Chefarzt und der Stationsleitung, muss genügend Zeit eingeräumt werden, um solche Netzwerkaktivitäten durchzuführen.

6.6

Menschen mit Demenz in der Notaufnahme



Kurzcheck zur Selbsteinschätzung

Trifft das auf Ihre Einrichtung zu? Bitte kreuzen Sie an!	Ja	Nein
Alle Beschäftigten in der Notaufnahme sind im Umgang mit Menschen mit Demenz geschult.		
Konsiliarisch können Ärzte und Pflegekräfte mit einer speziellen gerontopsychiatrischen oder mit geriatrischer Fachexpertise zu Rate gezogen werden.		
Bei älteren Menschen wird regelhaft ein Screening zur Erfassung des kognitiven Status eingesetzt.		
Bei positivem Testergebnis wird der kognitive Status transparent dokumentiert.		
Die Delir-Gefährdung ist Bestandteil des Triage-Systems.		
Zur Reduzierung von Stress wird eine Reizabschirmung durch einen spezifischen Wartebereich gewährleistet.		
Der Aufenthalt in der Notaufnahme wird durch spezifische Versorgungspfade zeitlich verkürzt (Fast Track).		
Vertraute Personen können die Menschen mit Demenz im gesamten diagnostischen Prozess begleiten.		
Für Menschen mit Demenz, die alleine in die Notaufnahme kommen, werden Begleitpersonen zur Verfügung gestellt.		
Alle Beschäftigten im Rettungsdienst sind zum Umgang mit Menschen mit Demenz geschult.		

Jedes Kreuz bei „Ja“ spricht für eine Stärke.

Jedes Kreuz bei „Nein“ zeigt einen Ansatzpunkt für Verbesserungen.

Relevanz des Bausteins

Die Notfallversorgung wird derzeit umfassend diskutiert und befindet sich in einem Reformprozess. Notaufnahmen in Kliniken sind häufig überfüllt. Daraus entstehen lange Wartezeiten, gestresste Patienten und eine Überforderung des Personals (Korzilius 2017). Eine besondere Herausforderung besteht vor diesem Hintergrund in der Notfallversorgung von Menschen mit Demenz. In einer Untersuchung im Rahmen des Projekts INA-Dem am Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe in Berlin wurden erhebliche Probleme in der Notfallversorgung dieser Menschen ermittelt. Neben Problemen in der Übergabesituation und in der Arbeitsablauforganisation innerhalb der Notaufnahme fehlten den Beschäftigten grundlegende Informationen, die für eine adäquate Behandlung notwendig sind. Hinzu kamen mangelnde Kenntnisse des Personals über den Umgang und die Kommunikation mit diesen Menschen (Holthoff-Detto 2019).

Ein Notfallereignis stellt für Menschen mit Demenz, für deren Angehörige wie auch für die professionellen Akteure eine ganz besondere Herausforderung dar. Je nach Zustand der kognitiven Fähigkeiten führen das abrupte Verlassen der gewohnten Umgebung, ein Krankentransport in Begleitung fremder Menschen und die Einweisung in eine Notaufnahme bei Demenzkranken zu einer massiven Stresssituation und Überforderung. Gefühle der Angst, Unsicherheit, Unruhe und Aggression stellen sich bei den Erkrankten ein, häufig von Unwohlsein und Schmerzen begleitet. Hinzu kommt oftmals, dass die Kommunikation mit dem Demenzkranken erschwert oder kaum möglich ist. Erfahrungen in den Modellprojekten haben gezeigt, dass kognitive Einschränkungen durch die beschriebenen Stressoren temporär verstärkt und bei längerer Dauer nicht gleichermaßen durch beruhigende Interventionen in den ursprünglichen Zustand zurückgeführt werden können (Holthoff-Detto 2019). Daraus ergeben sich ein erhöhter Betreuungsaufwand und das Risiko eines schlechten Gesamtverlaufs (Somasundaram 2018).

Ebenso erleben die Angehörigen die Notfallsituation als große Belastung; häufig fühlen sie sich hilflos und es fehlt ihnen eine feste Bezugsperson als Ansprechpartner. Aus Sicht der Beschäftigten wird die Versorgung von Menschen mit Demenz in der Notaufnahme wegen des zeitlichen Mehraufwands und einer fehlenden Beschäftigung der Betroffenen während der Wartezeit als eine Belastung beschrieben, die zur Unzufriedenheit führt (Holthoff-Detto et al. 2019).

Erkenntnisstand und Gestaltungsansätze

Um den Stress für die Demenzkranken und für das Personal zu begrenzen, müssen die Rahmenbedingungen und Abläufe in Notaufnahmen an die besonderen Anforderungen und Bedürfnisse dieser Patientengruppe angepasst werden. Dadurch können im besten Fall zielgerichtete Diagnostik und Behandlung erfolgen, Komplikationen reduziert und der Aufnahmeprozess verkürzt werden.

Professionelle Akteure, die im direkten Kontakt zu Notfallpatienten stehen und am Transport oder in der Notaufnahme am Versorgungsprozess beteiligt sind, benötigen ein Grundwissen über Demenz und Delir. Die Vermittlung von Hintergrundwissen zu diesen Erkrankungen, zum kompetenten Umgang mit den Erkrankten und zur Überwindung von Kommunikationsbarrieren steht im Vordergrund (vgl. auch Kapitel 6.1).



Der Wissensaufbau hinsichtlich der besonderen Anforderungen von Menschen mit kognitiven Einschränkungen in der Notaufnahme ist Voraussetzung für eine adäquate Versorgung. Orientierung kann ein Curriculum für Rettungsdienstbeschäftigte aus dem Projekt INA-Dem bieten (Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe Berlin 2019).

Wenn Notfallpatienten von zu Hause oder aus einer Pflegeeinrichtung abgeholt werden, benötigt das Krankenhauspersonal medizinische, pflegerische und soziale Informationen. Dazu sind neben persönlichen Auskünften von Angehörigen schriftliche Unterlagen wie z. B. Überleitungsbogen und Arztbrief hilfreich, die über die Mobilität des Patienten, das Ausmaß der kognitiven Einschränkungen, die Lebensumstände usw. Auskunft geben. Diese Informationen sollten in einer standardisierten Dokumentation bereits vom Rettungsdienst fixiert und bei der Übergabe in der Notfallaufnahme weitergegeben werden.

Für Beschäftigte im Rettungsdienst wurde im Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe ein „Vier-Punkte-Plan: Notfall bei Demenz“ erarbeitet. Die vier Schritte dienen dazu, sich auf die Situation des Demenzkranken einzulassen und adäquat reagieren zu können (vgl. Holthoff-Detto et al. 2019).

1. Realität verstehen:

Wie sieht die Realität des Patienten in der Notfallsituation aus? Sie entspricht in der Regel nicht der Realität des Helfers. Der Helfer ist ein Unbekannter, der nicht erwartet und aus Sicht des Menschen mit Demenz nicht gebraucht wird.

2. Kontakt herstellen:

Kontakt durch Freundlichkeit schaffen. Möglichst lächeln und Ruhe ausstrahlen. Langsam und in kurzen Sätzen sprechen.

3. Informationen sammeln:

Wie ist der Zustand der Wohnung? Gibt es Arztberichte oder Überleitungsinstrumente? Welche Medikamente werden genommen? Was sind wichtige Telefonnummern?

4. Rückkehr im Auge behalten:

Angemessene Kleidung mitnehmen sowie Schlüssel und Hilfsmittel (Stock, Rollator, Hörgeräte, Prothesen).

Angehörige oder andere Bezugspersonen sind wichtige Unterstützer beim Transport und während des Aufenthalts in der Notaufnahme. Sie sind mit dem Erkrankten vertraut, kennen dessen Gewohnheiten und Verhaltensweisen, wirken beruhigend und sind wichtige Informationslieferanten. Deshalb sollten die Bezugspersonen stets in alle Prozesse involviert sein und nicht ausgeschlossen werden. Mitfahrten beim Krankentransport sind grundsätzlich möglich und können eine Entlastung für alle Beteiligten sein.

Wegen des in der Regel hohen Patientenaufkommens in der Notaufnahme entsteht zwangsläufig eine hektische und laute Arbeitsatmosphäre, die bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen symptomverstärkend wirkt. Insbesondere im Falle längerer Wartezeiten sollten spezifische beruhigte Wartebereiche für Menschen mit Demenz vorgehalten werden, die idealerweise mit einem Pflegestützpunkt und einer Toilette in Sichtweite ausgestattet sind. Im Projekt INA-Dem wurde in Zusammenarbeit mit einer Architektin der Technischen Universität Dresden eine sogenannte „Warteinsel“ konzipiert. Das ist ein baulich abgeschirmter ruhiger Wartebereich, in dem sich eine Liege und eine Sitzgelegenheit befinden. Die Beleuchtung kann angepasst werden und für Beschäftigung wird mittels eines Monitors oder durch unterstützendes Material gesorgt (Marquardt 2019). In solchen Wartebereichen sollten darüber hinaus kleine

Speisen und Getränke zur Verfügung gestellt werden sowie eine ausreichende Bewegungsfläche und eine Sitzgelegenheit für die Begleitperson vorhanden sein.



Eine ruhige Atmosphäre und die emotionale Kontaktaufnahme, das Halten von Blickkontakt und eine freundliche, zugewandte Kommunikation wirken beruhigend auf Menschen mit kognitiven Einschränkungen.

Wenn Menschen mit Demenz ohne Angehörige oder Bezugsperson in die Notaufnahme kommen, sollten vom Krankenhaus Begleitpersonen bereitgestellt werden. Diese sollen für Entschleunigung, Sicherheit und Ruhe sorgen. Die Begleitpersonen müssen einen emotionalen Kontakt zum Demenzkranken aufnehmen und in einem kurzen Zeitraum versuchen, Vertrauen aufzubauen. Eine ruhige Art sowie eine persönliche Ansprache und eine deeskalierende Form der Kommunikation wie auch sanfte Berührungen können dabei unterstützend wirken. An der Notaufnahme des Campus Benjamin Franklin an der Charité Berlin werden für diesen Fall z. B. sogenannte Notaufnahmelotsen eingesetzt, bei denen es sich um Ehrenamtliche mit einem medizinischen Hintergrund handelt. Zusätzlich werden die Personen für ihre Aufgabe geschult. Die Begleitung kann aber auch von Betreuungskräften oder anderen Beschäftigten nach erfolgter Qualifizierung übernommen werden.



Menschen mit kognitiven Einschränkungen benötigen eine Begleitperson in der Notaufnahme, wenn keine Angehörigen zur Verfügung stehen. Der Einsatz ehrenamtlicher oder semiprofessioneller Kräfte bindet auf den ersten Blick eine Menge Ressourcen. Auf der anderen Seite werden Mittel gespart, indem Ärzte und Pflegefachkräfte Zeiten einsparen, die durch unerwünschte Ereignisse und herausforderndes Verhalten aufgewendet werden müssten.

Nach Übergabe des Patienten durch den Rettungsdienst an die Notaufnahme wird mit der Anamnese und Diagnostik

begonnen. Zu diesem Zeitpunkt ist die Demenz häufig noch nicht bekannt, erschwert und verzögert aber in der Folge die Prozesse. Die Einbeziehung (geronto)psychiatrischer und geriatrischer Fachexpertise im interdisziplinären Team einer Notaufnahme wird hier dringend empfohlen, um der Komplexität der Erkrankungen und Symptome im Alter unter den erschwerenden Bedingungen einer Demenz gerecht werden zu können (BMFSFJ 2018). Im Projekt DiADem am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart steht z. B. in den Kernzeiten eine Geriaterin für die kollegiale Beratung in der Notaufnahme zur Verfügung. Sie nimmt auch regelmäßig an Besprechungsterminen der Notaufnahme teil.



Im Aufnahmeprozess und während des Krankenhausaufenthalts ist es ratsam, (geronto)psychiatrische und geriatrische Fachexpertise einzubinden.

Zur Identifikation von Schwerstkranken wird das Manchester-Triage-System (MTS) genutzt. Damit werden eine Festlegung der Behandlungsdringlichkeit und eine Unterscheidung von zeitkritischen und nicht zeitkritischen Fällen in der Notaufnahme vorgenommen. Die im MTS hinterlegten Wartezeiten reichen von 0 Minuten in der dringlichsten Stufe bis zu 120 Minuten in der am wenigsten dringenden Stufe. Kognitive Einschränkungen gehören bisher nicht zu den Kriterien im MTS. Somit entstehen für Menschen mit Demenz regelmäßig mehrstündige Wartezeiten, die bei dieser Patientengruppe nicht anzuraten sind. In die Triagierung einer Notaufnahme müssen deshalb kognitive Einschränkungen und eine Delir-Gefährdung unbedingt mit aufgenommen werden.

Für das schnelle Durchlaufen der Prozesse in der Notaufnahme werden spezifische Behandlungspfade benötigt, die von den professionellen Akteuren entwickelt, dokumentiert und verbindlich eingehalten werden müssen. Das Erkennen kognitiver Einschränkungen durch Kurztestungen ist dafür die Voraussetzung. Für ein Kurzscreening stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung (vgl. Kapitel 6.3). Im Projekt DiADem am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart wird z. B. das Kurzscreening-Instrument **AMT 4** eingesetzt (**Abbreviated Mental Test**) (Hodkinson 1972). Es setzt sich aus vier einfachen Fragen zusammen, die an alle Patienten ab dem 65. Lebensjahr gerichtet werden. Es wird nach Alter,

Geburtsdatum, Geburtsort und dem aktuellen Jahr gefragt. Bei einer falschen Antwort liegt der Verdacht der kognitiven Einschränkung vor und es folgen tiefer gehende Untersuchungen. Der AMT 4 ist einfach zu handhaben und lässt sich gut in die Arbeitsabläufe von Notaufnahmen integrieren.

Für die Einführung von Screeningverfahren müssen Ressourcen zur Verfügung gestellt und die Ergebnisse in das Dokumentationssystem der Klinik integriert werden. Sie sollten den Anforderungen der Aufnahmesituation und dem Erkenntnisinteresse des jeweiligen Falls gerecht werden. Für den weiteren Verlauf ist es erforderlich, den kognitiven Status der Patienten sichtbar und nachvollziehbar zu dokumentieren. Ein Dokumentationsbogen mit den wichtigsten Informationen für die Überleitung vom Rettungsdienst in die Notaufnahme wurde am Katholischen Marienkrankenhaus in Hamburg entwickelt, darin ist das Screeninginstrument AMT 4 bereits enthalten (vgl. Anlage 1). Das Vorliegen einer kognitiven Einschränkung wird in vielen Projekten entweder in der Patientenakte durch farbliche Markierungen, durch einen Vermerk im klinischen Informationssystem oder durch das Anlegen eines Armbands beim Demenzkranken sichtbar gemacht. Immer wieder werden Vorbehalte hinsichtlich einer Stigmatisierung durch das Kenntlichmachen von Demenzerkrankten geäußert. Aus Gründen der Sicherheit und Versorgungsqualität scheint in diesem Fall jedoch der Nutzen den Schaden zu überwiegen.



Der Einsatz eines kognitiven Screeninginstruments ist bei allen älteren Patienten unerlässlich. Eine kognitive Einschränkung muss verlässlich dokumentiert und für alle am Behandlungsprozess Beteiligten erkennbar sein.

Innerhalb weniger Stunden muss die Entscheidung getroffen werden, wohin die Weiterverlegung erfolgen soll. Um Notaufnahmen und die aufnehmenden Stationen bei hohem Arbeitsaufkommen vorübergehend zu entlasten, können sogenannte Kurzliegerstationen ins Leben gerufen werden (DEVK 2017). Hier kann dann z. B. ähnlich wie in zentralen Patientenaufnahmen eine Versorgung für einen begrenzten Zeitraum gewährleistet werden. Bei einer anstehenden Entlassung muss die Weiterversorgung im jeweiligen Setting abgeklärt werden.

Konkrete Arbeitsschritte zur Umsetzung

- **Strategiebildung**

Die Gestaltung einer demenzsensiblen Notaufnahme ist eine strategische Entscheidung, die von der Klinikleitung mitgetragen werden muss. Sämtliche Prozesse und Arbeitsabläufe, die sich auf alle Phasen vom Transport über die Aufnahme bis hin zur Verlegung bzw. Entlassung beziehen, müssen geprüft und an die Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Einschränkungen angepasst werden. Zuständigkeiten für die Projektplanung und -umsetzung sind festzulegen.

- **Projektgruppe**

Die Gründung einer Projektgruppe ist für die Entwicklung und Umsetzung einer demenzsensiblen Notaufnahme sinnvoll. Um neue Erkenntnisse zu gewinnen, ist eine Hospitation der Gruppenmitglieder in der Notaufnahme einer anderen Klinik, in der bereits ein Demenzkonzept umgesetzt wird, zielführend.

- **Schulung**

Damit eine fachlich qualifizierte Behandlung gewährleistet werden kann, müssen Schulungsangebote für die Beschäftigten der Notaufnahme und des Rettungsdienstes zum Umgang mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen konzipiert, regelmäßig durchgeführt und evaluiert werden. Dabei ist die Kooperation mit einem Bildungsträger ratsam.

- **Instrumente**

Um die frühzeitige Erkennung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen in der Notfallversorgung zu gewähren, eignen sich der Einsatz von Überleitungsbögen bei Aufnahme und Entlassung sowie ein verbindlich abzustimmendes Screeningverfahren. Zur Sicherstellung des Informationsflusses muss der kognitive Status des Demenzkranken in einem standardisierten System dokumentiert werden.

- **Behandlungspfad**

Damit die Wartezeiten verkürzt und negative Effekte, die mit der Notaufnahme einhergehen können, vermieden werden, ist die Entwicklung und Einführung spezifischer Behandlungspfade für Menschen mit kognitiven Einschränkungen (Fast Track) sinnvoll.

- **Angehörige**

Es ist empfehlenswert, Strukturen zur Einbindung von Angehörigen vom Transport bis zur Entlassung zu schaffen. Begleitpersonen oder Notaufnahmelosten sollten rekrutiert, geschult und in das Notaufnahmeteam eingebunden werden.

- **Umgebungsgestaltung**

Zur Anpassung der Räumlichkeiten an die vulnerable Patientengruppe muss ein abgeschirmter, beruhigter, aber einsehbarer Wartebereich geschaffen werden. Es ist zu überlegen, wie vorhandene räumliche Gegebenheiten eingebunden werden können und an welchem Ort mit Pflegestützpunkt und Toilette in Sichtweite eventuell eine Warteinsel platziert werden kann. Bei der Umsetzung baulicher Maßnahmen und zur Anpassung von Beleuchtung, Akustik usw. sollte auf externe Fachexpertise zurückgegriffen werden.



Möbelhafter Baukörper für einen akustisch und visuell abgeschirmten Wartebereich in der Notaufnahme des Krankenhaus Hedwigshöhe, Berlin.

Besondere Herausforderungen



Bildschirm mit Bildern oder Filmen sorgt für Anregung und Beschäftigung.

Um eine Irritation von und eine Symptomverstärkung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen durch die Notaufnahme zu verhindern, könnte die Etablierung von aufsuchenden Strukturen der Kliniken im Sinne eines „Hospital at Home“ sinnvoll sein (vgl. Link 1 im Anhang). Dieser Ansatz müsste zuerst im Rahmen von Modellprojekten erprobt und auf Wirksamkeit überprüft werden. Damit blieben den Betroffenen und ihren Angehörigen das Verlassen der gewohnten Umgebung und viele negative Effekte des Notaufnahmearaufenthalts erspart. Dafür müssen aber jenseits der engen Grenzen eines Akutkrankenhauses Absprachen mit Verantwortlichen des ambulanten Sektors getroffen werden.

Die Einsicht, dass die Einbindung von (geronto)psychiatrischer und geriatrischer Fachexpertise in einer Notaufnahme wichtig ist, hängt nicht nur vom Verständnis der verschiedenen Berufsgruppen ab, sondern muss vor allem von der Krankenhausleitung mitgetragen und angestoßen werden. Die Einbindung (geronto)psychiatrischer und geriatrischer Fachexpertise könnte ein Alleinstellungsmerkmal und ein Zeichen einer qualitativ hochwertigen Versorgung einer Klinik sein. Allerdings sind solche Fachkräfte in Kliniken, die nicht über entsprechende Abteilungen verfügen, nur schwer einzubinden.

Ein hohes Arbeitsaufkommen wegen zunehmender Patientenzahlen und Personalknappheit in Notaufnahmen wird immer wieder diskutiert. Es führt zu geringen Zeitressourcen und einer hohen Arbeitsbelastung der Beschäftigten. Einerseits müssen Pflegende und Ärzte bei einer hohen Anzahl Patienten schnell reagieren und in kurzen Zeitabständen eine kompetente Erstversorgung erbringen, wobei eine somatische Orientierung im Vordergrund steht. Andererseits ist zeitgleich bei einer zunehmenden Zahl von Menschen mit kognitiven Einschränkungen eine Entschleunigung geboten. Vergleicht man die Handlungsanforderungen, die sich aus der Versorgung von Menschen mit und ohne kognitive Einschränkungen ergeben, so unterliegen die Beschäftigten in gewisser Weise einem strukturell bedingten Spagat. Eine ausreichende Qualifizierung der Beschäftigten und die Möglichkeit einer Teamsupervision sind anzuraten.

6.7

Begleitung und Tagesstrukturierung



Kurzcheck zur Selbsteinschätzung

Trifft das auf Ihre Einrichtung zu? Bitte kreuzen Sie an!	Ja	Nein
Für Betreuung und Aktivierung steht gesondertes Personal zur Verfügung.	☐	☐
Ehrenamtliche Helfer haben eine feste Ansprechperson.	☐	☐
Betreuungskräfte und Ehrenamtliche haben eine klare Aufgabenbeschreibung, die die Abgrenzung von den Aufgaben der Pflege definiert.	☐	☐
Mahlzeiten können von Menschen mit kognitiven Einschränkungen in Kleingruppen eingenommen werden.	☐	☐
Auch für nachtaktive Patientinnen und Patienten gibt es Beschäftigungsmöglichkeiten.	☐	☐
Betreuungspersonal wird auf die Tätigkeit in einem Akutkrankenhaus durch Schulungen vorbereitet.	☐	☐
In der Implementierungsphase einer Betreuung finden regelmäßig moderierte Teamgespräche statt.	☐	☐
Die Pflegekräfte unterstützen die Betreuungskräfte zeitnah und wertschätzend.	☐	☐

Jedes Kreuz bei „Ja“ spricht für eine Stärke.

Jedes Kreuz bei „Nein“ zeigt einen Ansatzpunkt für Verbesserungen.

Relevanz des Bausteins

Im Alltag eines Akutkrankenhauses besteht derzeit wenig Spielraum für die persönliche Zuwendung, Aktivierung und Tagesstrukturierung demenzkranker Patienten. Menschen mit Demenz, die im straff organisierten Krankenhausalltag ohne Beschäftigung und Ansprache auf sich alleine gestellt sind, zeigen jedoch häufig ein sogenanntes herausforderndes Verhalten. Sie beschließen zum Beispiel, nach Hause zu gehen, rufen ständig oder sie lösen sich aus Langeweile oder anderen Gründen die Verbände. Solche „unerwünschten Ereignisse“ haben mitunter schwerwiegende Konsequenzen (Isfort et al. 2014). Sie gefährden die Patientensicherheit und den Behandlungserfolg, etwa wenn in der Folge Stürze oder Infektionen auftreten.

Ein Hauptproblem liegt in einer oft krankheitsbedingten Immobilität und daraus resultierenden Inaktivität, die wenig Berücksichtigung findet, da der Hauptfokus auf der Gesundung der körperlichen Gebrechen liegt. Diese Umstände erfordern bereits für geistig Gesunde Disziplin, Anpassungsfähigkeit und Geduld. Für Menschen mit Demenz stellen sie jedoch aufgrund deren mangelnder Einsichtsfähigkeit eine nicht leistbare Anforderung dar.

Dass Menschen mit Demenz in diesem Sinne nicht systemkonform funktionieren, ist demnach vorhersehbar und die dadurch evozierten unerwünschten Vorkommnisse gefährden nicht nur die Patienten, sondern sie kosten auch zusätzliche Zeit, wenn z. B. Anwendungen wie Verbände oder Zugänge erneuert oder wenn Patienten bei einem unbeobachteten Verlassen der Station aufwendig gesucht werden müssen. Darüber hinaus erhöhen diese Ereignisse den Stresspegel für das ohnehin belastete Personal. Gleiches gilt, wenn Patienten aus Langeweile ständig rufen oder schreien (Stoppe / Stiens 2009).

Damit stellt sich die Frage, ob es sich nicht lohnt, präventiv in die Beschäftigung und Tagesstrukturierung dieser Patienten zu investieren, um den Krankenhausaufenthalt für sie möglichst schonend zu gestalten und um das Personal zu entlasten. In Einrichtungen der Altenpflege wurden mit Betreuungskräften erhebliche Qualitätsverbesserungen erzielt (GKV 2012). In einer ersten Studie zu Betreuungsangeboten im Akutkrankenhaus wurden positive Effekte mit Blick auf die motorischen und kognitiven Fähigkeiten, die Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten und die psychische Situation der Patienten mit Demenz festgestellt (Wingenfeld / Steinke 2013). Plausibel ist auch, dass nächtliche Unruhe abgebaut werden kann, wenn die Patienten tagsüber aktiv sind.

Erkenntnisstand und Gestaltungsansätze

Zum Aufbau von Angeboten zur Begleitung und Tagesstrukturierung sind vielfältige Schritte auf unterschiedlichen Ebenen in die Wege zu leiten:

Personalkonzept

Für den Aufbau von Angeboten zur Beschäftigung und Tagesstrukturierung sind in einem Akutkrankenhaus neue Personalkonzepte erforderlich. Vor dem Hintergrund des Personalmangels in der Fachpflege und den vergleichsweise hohen Kosten für diese Berufsgruppe bietet es sich an, andere Beschäftigtengruppen hinzuziehen. Im Idealfall handelt es sich dabei um nach § 87b bzw. § 53c SGB XI qualifizierte Betreuungskräfte, die derzeit vor allem in Pflegeheimen oder in der ambulanten Betreuung von Menschen mit Demenz eingesetzt werden. Diese Kräfte haben auf der Grundlage eines Curriculums von 160 Stunden und in zusätzlichen Hospitationseinheiten für die Betreuung von Menschen mit Demenz eine spezifische Qualifikation erworben. Allerdings benötigen solche Betreuungskräfte eine umfassende Einführung, damit sie sich an dem ungeübten Arbeitsplatz Krankenhaus zurechtfinden (Kirchen-Peters 2018). Die Schulung sollte mindestens Informationen zur Struktur des Krankenhauses und zu den Arbeitsabläufen, zu Hygieneanforderungen und zu typischen Krankheitsbildern umfassen.

Darüber hinaus existieren Konzepte, die Betreuungsangebote auf ehrenamtlicher Basis aufbauen, z. B. die „Guud Stubb“ am Evangelischen Krankenhaus Bad Dürkheim. In einem solchen Ansatz ist darauf zu achten, dass diese Kräfte eine umfassende Schulung von mindestens 25 Stunden durchlaufen und dass zusätzliche Hospitationen durchgeführt werden. Für in der Betreuung auftretende Probleme muss in jedem Fall eine feste Ansprechperson zur Verfügung stehen. Vor allem in der Anfangsphase sollten zudem regelmäßige Zusammenkünfte organisiert und moderiert werden, in denen sich die Ehrenamtlichen austauschen und über Entwicklungsbedarfe verständigen können.

Der Vorteil eines ehrenamtlichen Angebots besteht in der zunächst kostengünstigen Ausgangslage, auch wenn für Ehrenamtliche Aufwandsentschädigungen gezahlt werden. Zudem empfiehlt es sich, an den eingesetzten Tagen kostenfreie Mahlzeiten und Parkplätze zu gewähren. Ausschließlich aus Kostengründen auf Ehrenamtliche zu setzen ist jedoch

keine gute Idee. Allein die Rekrutierung ist ein aufwendiges Unterfangen, weil sich mittlerweile viele Träger und Einrichtungen um solche Kräfte bemühen und eine regelrechte Konkurrenz um die begrenzten Ressourcen an engagierten Privatpersonen entstanden ist. Dabei ist zu beachten, dass Menschen, die sich bisher als „Grüne Damen“ engagieren, oft nicht gleichermaßen ein Interesse an der Demenzbetreuung hegen. Zur Rekrutierung von Demenzbetreuern empfiehlt es sich, nicht nur auf Annoncen und auf das Verteilen von Flyern zu setzen, sondern auch Personen, die eine Beziehung zur Einrichtung haben, konkret anzusprechen, etwa Beschäftigte, die in den Ruhestand eintreten, oder Angehörige ehemaliger Patienten.

Im Albertinen-Krankenhaus in Hamburg wurde ein detailliertes Konzept für die Einbindung ehrenamtlicher Kräfte entwickelt. Die Kräfte arbeiten dort auf der Basis einer schriftlichen Vereinbarung, die folgende Punkte umfasst:

- Einsatzbereich und Aufgaben
- Schweigepflicht
- Datenschutz
- Bindung an das Selbstverständnis der Einsatzstelle
- Anerkennung des Leitbildes der Einrichtung
- Versicherungsschutz
- Verpflichtung zur Teilnahme an Fortbildung und fachlicher Anleitung
- Informations- und Dokumentationspflicht

Schulung, Anleitung und fachliche Begleitung Ehrenamtlicher gehören in die Hände einer examinierten Fachkraft mit spezieller Demenzexpertise. Denn nicht selten brechen solche Angebote zusammen, weil sich Ehrenamtliche fachlich nicht genug unterstützt oder ausgenutzt fühlen. Das Projekt „Teekesselchen“ am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke hat gute Erfahrungen damit gesammelt, eine hauptamtliche Altenpflegerin für die Beschäftigung und Tagesstrukturierung einzusetzen. Diese Pflegekraft übernimmt die Anleitung, Einteilung und Unterstützung der ehrenamtlichen Helfer. Um die Kräfte einzubinden und wertzuschätzen, sollten sie in Entscheidungen zum Konzept der Tagesstrukturierung eingebunden und an betrieblichen Veranstaltungen wie Ausflügen, Weihnachtsessen oder auch an Fortbildungen beteiligt werden (vgl. Link 1 im Anhang).



Die aktivierende Betreuung von Menschen mit Demenz in der Ausnahmesituation Akutkrankenhaus ist keine leichte Aufgabe und deshalb nicht zum Nulltarif leistbar. Damit ehrenamtliche Kräfte und Freiwillige eine solche Aufgabe übernehmen können, sind viele Aufgaben von Fachkräften zu übernehmen. Einiges spricht dafür, dass ausgebildete Betreuungskräfte Beschäftigung und Tagesstrukturierung übernehmen. Damit können stabilere Strukturen geschaffen und eine höhere Fachlichkeit umgesetzt werden.

Die Erfahrungen damit, jüngere Menschen im Freiwilligen Sozialen Jahr in Betreuungsaktivitäten einzubinden, sind unterschiedlich. Manche Einrichtungen berichteten über Probleme mit der Verlässlichkeit dieser Kräfte und vergeben die Betreuung nun lieber an Menschen im mittleren Alter. Im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge hingegen hat sich der Einsatz von „Freiwilligen im Betheljahr“ durchaus bewährt. Dies liegt mitunter an der profunden Strukturierung des Einsatzes, die in einer Stellenbeschreibung dargelegt ist (vgl. Anlage 1). Darin werden z. B. Einzelaufgaben in den Bereichen Basisinterventionen, Mahlzeitenbegleitung, Förderung der kognitiven Fähigkeiten und sozialen Einbindung, Mobilisation und Schlafförderung im Detail beschrieben. Die Hilfen haben eine eher präventive Ausrichtung und wenden sich an Menschen mit kognitiven Einschränkungen bis hin zum Delir. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass die Freiwilligen nicht mit zu komplexen Aufgaben wie z. B. mehrstündigen Sitzwachen bei Personen mit herausforderndem Verhalten überfordert werden. Ein weiterer Erfolgsfaktor liegt bei den bis zu zwölf Kräften pro Jahr in der Integration der Freiwilligen in das jeweilige Stationsteam, in der intensiven Begleitung entlang der Praxis, in der Reflexion der Tätigkeit, in der Schulung und im moderierten Austausch mit anderen Freiwilligen. Zusammengefasst entsteht ein erheblicher Aufwand für Bewerbungsgespräche, Zeugniserstellung, Durchführung von Sprechzeiten und Einzelgesprächen von regelmäßig mehreren Stunden in der Woche, die von einer zuständigen Fachkraft zu leisten sind.



Für die Begleitung von Patienten mit Demenz sind auf jeden Fall zusätzliche Ressourcen einzuplanen, die nur im Rahmen kreativer Personalkonzepte leistbar sind. Neben semiprofessionellen und ehrenamtlichen Kräften können auch Angehörige und für einzelne Tätigkeiten Therapeuten und Auszubildende eingebunden werden.

Inhalte der Betreuung

Vor der Implementierung von Beschäftigungsangeboten sollten die Einsatzzeiten und die Arbeitsinhalte der Betreuungs- und / oder ehrenamtlichen Kräfte im Detail festgelegt werden. Insbesondere die Einsatzzeiten Ehrenamtlicher sollten eher kurz und jeweils auf maximal einen halben Tag angesetzt werden. Falls nicht nur Einzelbetreuungen auf den Patientenzimmern, sondern auch Gruppenangebote stattfinden sollen, müssen dazu räumliche Möglichkeiten geschaffen werden. Ein Gruppenraum sollte demenzgerecht ausgestattet sein, z. B. im Hinblick auf ein geeignetes Lichtkonzept, auf Orientierungshilfen und auf eine gemütliche Atmosphäre (vgl. Kapitel 6.9). Damit Gruppenangebote verlässlich ablaufen können, ist dieser Raum zumindest in bestimmten Zeiträumen für die Tagesstrukturierung zu reservieren. Es ist sehr hilfreich, wenn die Patienten mit Demenz ihre Mahlzeiten unter Anleitung gemeinsam im Gruppenraum einnehmen können. Die Betreuung über diesen Zeitraum personell zu organisieren wirkt auf den ersten Blick aufwendig. Kliniken, die sich für eine gemeinsame Mahlzeiteneinnahme von Menschen mit Demenz entschieden haben, berichten aber, dass auch die Mahlzeitenunterstützung in den Einzelzimmern Zeit kostet. Für die Patienten ergeben sich durch die gemeinsamen Mahlzeiten viele positive Effekte: Der Appetit ist größer und sie erhalten eine soziale Anregung.

Im Diakonissenkrankenhaus Dresden hat man in einer speziellen Abteilung neben den gemeinsamen Mahlzeiten Maßnahmen der Umgebungsgestaltung umgesetzt, mit deren Hilfe sich die Patienten auch selbstständig beschäftigen können. Es wurden Sitzcken an einem Standort gegenüber dem Pflegestützpunkt geschaffen, an dem die Beobachtung eines ständigen Kommens und Gehens einen eigenen Reiz entfaltet.

Die Sitze sind mit Kopfhörern ausgestattet, mit denen biografisch orientierte Musikstücke für die ältere Generation zu hören sind. Es sind dort auch Bücher und eine bekannte Illustrierte ausgelegt, die in der Region sehr viel gelesen und auch von den Patienten oft durchgeblättert wird. Darüber hinaus wurden für die Beschäftigung Aktivierungskisten mit Materialien für Männer und Frauen entwickelt, die auch von anderen Stationen genutzt werden können.

Innerhalb des Tagesablaufs sollten sich Phasen von Aktivität und Ruhepausen abwechseln. Schließlich handelt es sich um akut erkrankte Personen, die nicht so belastbar sind. Kernelement der Tagesstruktur sind die Mahlzeiten. Dazwischen sollten möglichst am Vor- und Nachmittag Angebote wie das gemeinsame Singen oder Musikhören, leichte Spiele oder Bastelarbeiten, Vorlesen, Gespräche usw. stattfinden. Am häufigsten wird eine Mischung aus Gruppen- und Einzelbetreuung angeboten. Das jeweilige Programm muss immer an den Ressourcen und an den biografischen Vorlieben der betreuten Patienten ansetzen und sollte diese nicht überfordern. Idealerweise werden auch in der Nacht für unruhige Patienten Möglichkeiten geschaffen, sich außerhalb des Patientenzimmers aufzuhalten, z. B. in einem Gruppenraum, in dem alte Spielfilme laufen. Zur Evaluation einzelner Elemente des Aktivierungsangebots wurde am Robert-Bosch-Krankenhaus das Instrument „Betreuungsassistenten-Verlaufsbogen“ entwickelt (vgl. Anlage 2). Der Fragebogen ermöglicht es, die Wirkung der einzelnen Betreuungselemente nachzuvollziehen und auf dieser Basis das Aktivierungsprogramm anzupassen.



Im Projekt SEBKam, das der GKV-Spitzenverband fördert, wird erprobt, wie eine sektorenübergreifende Betreuung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen durch ambulante Dienste im Akutkrankenhaus organisiert werden kann und wie wirksam diese Betreuung ist. Ergebnisse des Projekts sind Ende März 2020 zu erwarten.
https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_laufende_projekte_8/sebkam.jsp

Arbeitsteilung und Zusammenarbeit

Wie sich aus ersten Erfahrungen im Projekt SEBKam ableiten lässt (Kirchen-Peters 2018), empfiehlt es sich bereits vor dem Einsatz von Betreuungskräften, eine möglichst präzise Beschreibung der zu erbringenden Leistungen vorzunehmen und auch zu definieren, was nicht zu deren Aufgaben zählt. Diese Festlegungen sollten in einer Stellenbeschreibung dokumentiert und dem Fachpersonal im Detail kommuniziert werden. Der Arbeitsschwerpunkt muss dabei auf betreuenden Leistungen liegen, wobei dies bei semiprofessionellen Kräften auch die Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme umfassen kann. Ansonsten ist dringend davon abzuraten, dass Betreuungskräfte auch pflegerische Tätigkeiten übernehmen, selbst wenn sie das fachlich leisten könnten. Vor dem Hintergrund des allgegenwärtigen Personalmangels besteht sonst die Gefahr, dass die Grenzen zur Pflege zunehmend verschwimmen und die erwünschte Betreuung nicht mehr oder nur noch marginal stattfindet.

Gerade in der Phase der Implementierung eines Betreuungskonzepts müssen die Führungskräfte Zeit einplanen, um auftretende Unsicherheiten in Bezug auf die Aufgabenabgrenzung und entstandene Konflikte mit den Teams zu bearbeiten und für Klarheit in der Arbeitsteilung zu sorgen. Zudem ist zu verdeutlichen, an welchen Schnittstellen die Betreuungskräfte von den Pflegekräften unterstützt werden müssen, z. B. beim Patiententransfer zu oder aus der Gruppenbetreuung. Auch sollten Führungskräfte dafür sorgen, dass die Betreuung der kognitiv eingeschränkten Menschen vom übrigen Krankenhauspersonal wertgeschätzt wird. Dies ist nicht selbstverständlich, weil es sich bei der Betreuung um eine ungewohnte Leistung für ein Akutkrankenhaus handelt und das Personal oft erst im Laufe der Umsetzung merkt, wie wichtig dies für die Kranken ist und dass die Betreuung sich auch entlastend auf die eigene Arbeit auswirkt.

Konkrete Arbeitsschritte zur Umsetzung

- **Personelle Umsetzung**

Am Anfang der Überlegungen sollte stehen, mit welchem Personalkonzept die Betreuung umgesetzt werden soll. Je nach Auswahl sind unterschiedliche Schulungsmaßnahmen zu entwickeln. Möchte man beispielsweise ausgebildete Betreuungskräfte einsetzen, kann eine Demenzexpertise vorausgesetzt werden. Diese Kräfte benötigen allerdings eine Schulung zum Arbeitsort Krankenhaus. Freiwillige im Sozialen Jahr oder Ehrenamtliche müssen zudem umfangreich im Umgang mit Menschen mit Demenz fortgebildet werden.

- **Einsatzgebiet**

Es ist eine Aufgabenbeschreibung für die Kräfte zu entwickeln. Wenn verschiedene Beschäftigtengruppen in die Betreuung involviert werden sollen, ist zudem festzulegen, wer welche Leistungen erbringen soll (z. B. Ehrenamtliche eher für Einzelbetreuung und Begleiddienste, Betreuungskräfte für Gruppenangebote).

- **Rechtliche Fragen**

Wenn Externe wie z. B. Ehrenamtliche involviert werden, sind haftungsrechtliche Fragen zu klären, damit Handlungssicherheit entsteht.

- **Abgrenzung von Betreuung und Pflege**

Die Aufgabenbeschreibungen für das in der Betreuung eingesetzte Personal sind mit dem Pflegepersonal zu diskutieren und klar von den Pflegeverrichtungen abzugrenzen.

- **Anpassung organisatorischer Abläufe**

Damit die Betreuungskräfte ihre Arbeit verrichten können, ist zudem eine Anpassung mancher Abläufe notwendig. Diese betrifft insbesondere den Patiententransfer und den Toilettengang, die Aufgabe der Fachkräfte sind. Zudem muss sichergestellt sein, dass Betreuungskräfte schnelle Hilfe anfordern können, wenn sich Patienten während der Betreuung nicht wohlfühlen.

Besondere Herausforderungen

Auch wenn Angebote zur Begleitung und Tagesstrukturierung von Patienten mit Demenz viele Vorteile versprechen, sind solche Maßnahmen in deutschen Krankenhäusern derzeit noch eher unüblich. Nicht selten wird die Bedeutung, die diese Leistung für Menschen mit kognitiven Einschränkungen hat, nicht erkannt und die Betreuung vom Personal der Akutmedizin deshalb zunächst nicht wertgeschätzt. Gerade wenn das Personal z. B. durch Krankenstände unter einem starken Zeitdruck steht und der Eindruck vorherrscht, dass die Grundversorgung der Patienten kaum mehr zu leisten ist, kann der Druck auf die Betreuungskräfte massiv werden, die Pflegekräfte zu unterstützen. Daraus können Konflikte im Team entstehen, die die Zusammenarbeit erheblich erschweren. Es ist Aufgabe der Leitung, den Betreuungskräften den Rücken zu stärken und sich abzeichnende Konflikte frühzeitig zu bearbeiten.

Insgesamt handelt es sich um eine anspruchsvolle Aufgabe, Betreuungsangebote in einem Akutkrankenhaus zu etablieren. Damit der Ansatz funktionieren kann, ist ein Umdenken aller Beschäftigten erforderlich und die reibungslose Zusammenarbeit ist nur durch eine intensivierte Kommunikation insbesondere in der Implementierungsphase möglich. Aufgrund dieser besonderen Herausforderungen empfiehlt es sich, die Betreuung zunächst nur in einer Schwerpunkt-Abteilung zu erproben, in der die Entwicklung durch die Leitung engmaschig begleitet wird. Nach positiver Implementierung des Betreuungsangebots kann dieses dann sukzessive auf andere Stationen/ Fachbereiche übertragen werden.

6.8

Angehörigenarbeit



Kurzcheck zur Selbsteinschätzung

Trifft das auf Ihre Einrichtung zu? Bitte kreuzen Sie an!	Ja	Nein
Die Angehörigen haben die Möglichkeit, Wissen über den Menschen mit Demenz einfach und strukturiert zu hinterlegen; dieses Wissen wird vom Personal herangezogen.		
Die Angehörigen werden als Experten für das jeweils spezifische Erscheinungsbild der Demenz ernst genommen.		
Wenn es gewünscht wird, kann Rooming-in genutzt werden.		
Die Angehörigen können in der Notaufnahme und bei anderen Behandlungen dabei bleiben, um die Patientinnen und Patienten mit Demenz zu beruhigen.		
Das Personal sieht Angehörige als wichtige Partner in der Versorgung der Menschen mit Demenz.		
Es stehen Räume zur Verfügung, in denen ungestört mit Angehörigen geredet werden kann.		
Die Angehörigen sind informiert, dass bei Delirgefahr, z. B. nach Operationen, ihre Anwesenheit von großer Bedeutung ist.		
Vor allem bei Erstdiagnose Demenz wird den Angehörigen eine Beratung angeboten.		
Weiter gehende Beratungswünsche werden in Kooperation mit regionalen Anbietern organisiert.		

Jedes Kreuz bei „Ja“ spricht für eine Stärke.

Jedes Kreuz bei „Nein“ zeigt einen Ansatzpunkt für Verbesserungen.

Relevanz des Bausteins

Von einer Demenzerkrankung ist nicht nur der einzelne Mensch, sondern in aller Regel die ganze Familie und häufig in besonderem Maße eine enge Bezugsperson betroffen. Deshalb ist die Angehörigenarbeit ein wichtiger Baustein bei der Behandlung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Angehörige³ sollen als Ressource und Partner im Behandlungsprozess verstanden werden und ebenso wie der Demenzkranke vielfältige Unterstützung erhalten. Eine regelhafte Einbindung der Angehörigen hat auch für das Krankenhaus Vorteile:

Ausgleich von Sprachbarrieren:

Bei der Aufnahme und im weiteren Behandlungsverlauf können die Angehörigen im Sinne eines Dolmetschers zur Vorgeschichte der Einweisung wichtige Informationen liefern, die die Diagnosestellung und Behandlung vereinfachen.

Unterstützung in der Versorgung:

Menschen mit Demenz benötigen oft eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung, die so im Krankenhaus nicht leistbar ist. Angehörige können das Personal dabei unterstützen, Betreuung und Versorgung sicherzustellen.

Reduzierung herausfordernder Verhaltensweisen:

Angehörige sorgen für eine emotionale Stabilisierung der Menschen mit Demenz und helfen, ein Sicherheitsgefühl zu vermitteln. Durch die entängstigende Wirkung der engen Bezugspersonen wird die Akzeptanz für notwendige ärztliche und pflegerische Maßnahmen gefördert.

Delir-Prophylaxe:

Vor allem nach Operationen mit Narkose finden viele ältere Menschen nicht nahtlos in die Realität zurück und es besteht die Gefahr eines Delirs. Angehörige können solche Situationen häufig entschärfen, indem sie Vertrautheit schaffen und sich an kognitiven Reorientierungsmaßnahmen beteiligen.

Reduktion von Komplikationen:

Aus Studien geht hervor, dass unerwünschte Vorkommnisse mit Demenzkranken und Angehörigenbeschwerden zurückgehen, wenn spezielle Konzepte der Angehörigenarbeit wie z. B. Rooming-in eingesetzt werden (Isfort 2012).

Sicherung von Nachhaltigkeit:

Diagnostische und therapeutische Interventionen, die im Krankenhaus getätigt werden, können nur durch die Angehörigen in den Alltag transportiert werden. Damit ist eine Zusammenarbeit erforderlich, um Nachhaltigkeit zu sichern und „Drehtüreffekte“ zu vermeiden.

³ Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden nur von Angehörigen gesprochen. Es sind dabei ebenso enge Bezugspersonen gemeint, zu denen kein Verwandtschaftsverhältnis besteht.

Erkenntnisstand und Gestaltungsansätze

Die Kooperation mit den Angehörigen basiert wesentlich auf einer Sammlung von Informationen, die die Behandlung und Versorgung des Menschen mit Demenz vereinfachen.

Leitfragen an die Angehörigen bei der Aufnahme:

- Was ist passiert?
- Wie war der körperliche und geistige Zustand vorher?
- Hat der Patient über Schmerzen geklagt?
- Welche Medikamente werden eingenommen?

Im Aufnahmegespräch sollten die Erfahrungen der Angehörigen im Umgang mit dem demenzkranken Patienten nachgefragt und dokumentiert werden, z. B. das „Lebens-thema“ und der Beruf des Kranken sowie seine Gewohnheiten und Vorlieben. Ein geeignetes Instrument für die Informationssammlung hat die Deutsche Alzheimer Gesellschaft inklusive eines erläuternden Begleitheftes erstellt (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2015). Ein weiteres Beispiel aus dem Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf in Hamburg findet sich im Anhang (vgl. Anlage 1). Es gibt auch Notfallmappen, die vorzugsweise vor dem Krankenhausaufenthalt von den Angehörigen ausgefüllt und dem Rettungsdienst oder dem Krankenhaus direkt ausgehändigt werden können (z. B. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland 2016). Die Gesellschaft für soziale Projekte hat zudem einen umfangreichen Wegweiser für Angehörige entwickelt (GSP 2018), mit dem sich diese auf einen Krankenhausaufenthalt vorbereiten können.

Der **Einbindung von Angehörigen** kommt ein hoher Stellenwert zu. Mit den Angehörigen sollte frühzeitig geklärt werden, inwieweit diese die Betreuung und Versorgung des Patienten im Krankenhaus unterstützen können und unter welchen Voraussetzungen eine schnelle Entlassung gewährleistet werden könnte.



Zeigen Sie Verständnis dafür, wenn die Angehörigen beunruhigt sind und Nachfragen haben. Sie sparen auf der anderen Seite Zeit in der Betreuung der Patienten mit Demenz.

Im Rahmen einer Angehörigenvisite können Krankenhauspersonal und Bezugspersonen wichtige Informationen austauschen, es können offene Fragen geklärt, die weitere Behandlung abgestimmt und die Entlassung geplant werden. Dabei ist Folgendes zu beachten:

- Berücksichtigen Sie, dass die Angehörigenvisite oft nur möglich ist, wenn sie zu Uhrzeiten durchgeführt wird, die von Berufstätigen genutzt werden können.
- Planen Sie etwa zwanzig Minuten Zeit ein.
- Es sollten mindestens ein Mediziner und eine Pflegekraft vertreten sein, im Idealfall auch der Sozialdienst und einbezogene Therapeuten.
- Hängen Sie zur Planung eine Terminliste aus, in die sich die Angehörigen eintragen können.

Zudem sollten Möglichkeiten für ein Rooming-in der Angehörigen geschaffen werden, wenngleich dies nicht alle Angehörigen umsetzen können und wollen. Damit Rooming-in gelingen kann, muss es bei der Zimmerbelegung eingeplant werden. Demenzkranke sollten dazu möglichst in Zweibettzimmern oder in Einzelzimmern, in denen das Zustellen eines Bettes möglich ist, untergebracht werden. Ein Tagessatz von ca. 30 Euro wird für die Nutzung des Bettes von den Krankenkassen übernommen. Der Sozialdienst kann den Angehörigen bei der Beantragung der Kostenübernahme über § 11 Abs. 3 SGB V Hilfestellung leisten. Ein Arzt muss als Voraussetzung der Bewilligung eine Verordnung schreiben. Zu klären ist, wer die Essensversorgung der Angehörigen finanziert und wo sich die Angehörigen außerhalb des Zimmers aufhalten können.



Erläutern Sie den Angehörigen, in welcher Art der Patient von deren enger Einbindung profitiert. Angehörige sollten nicht den Eindruck gewinnen, dass sie zur Entlastung des Pflegepersonals herangezogen werden.

Konkrete Arbeitsschritte zur Umsetzung

Vor allem Angehörige, die im Rahmen eines Krankenhaus-aufenthalts erstmals damit konfrontiert werden, dass der Patient an einer Demenz erkrankt ist, benötigen eine umfassende Beratung. Damit sind die Sozialdienste im Krankenhaus häufig sowohl zeitlich als auch fachlich überfordert. Es empfiehlt sich, für die Erstberatung der Angehörigen – je nach örtlichem Angebot – Kooperationen mit regionalen Pflegestützpunkten, Alzheimer Gesellschaften oder ähnlichen Organisationen aufzubauen. Dabei sollten den Angehörigen möglichst konkrete Ansprechpartner mit Telefonnummern genannt werden.

Eine Reihe von Krankenhäusern hat zur Angehörigeninformation anschauliche Faltblätter entwickelt. Dabei liegt der Fokus der Aufklärung, z. B. auf einer Erläuterung der Unterschiede zwischen Demenz und Delir, z. B. in einem Flyer des Marienhaus Klinikums St. Elisabeth Saarlouis (vgl. Anlage 2).



Legen Sie nützliche Informationsmaterialien für die Angehörigen aus und verteilen Sie diese, z. B.:

- Flyer regionaler Pflegestützpunkte oder Beratungsstellen
- regional ausgerichtete Demenzratgeber
- allgemeine Broschüre mit Informationen über die Krankheit, z. B. von der Alzheimer Gesellschaft (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2019)
- Informationen über spezielle Aspekte von Krankenhausbehandlungen von Menschen mit Demenz (vgl. Link 1 im Anhang)

Besonders günstig ist es, wenn diese Institutionen oder interne Experten in geeigneten Räumlichkeiten der Klinik Demenzsprechzeiten anbieten. Um die reibungslose Überleitung zur externen Demenzberatung zu gewährleisten, sollten Kooperationsgespräche mit den jeweiligen Institutionen geführt werden.

• **Schulung**

Das Personal sollte geschult werden, um zu verdeutlichen, welche Vorteile durch eine enge Einbindung der Angehörigen entstehen. Eine wertschätzende Grundhaltung gegenüber Angehörigen muss erreicht und gegen die Haltung „Sie sind nicht unser Patient. Wir können uns nicht auch noch um Sie kümmern!“ angekämpft werden.

• **Räumlichkeiten**

Damit sich Angehörigenarbeit entfalten kann, müssen räumliche Voraussetzungen geschaffen werden. Benötigt wird ein Raum auf den Stationen, in dem ungestörte Gespräche mit Angehörigen geführt werden können. Zudem soll die Zimmerbelegung so geplant werden, dass Rooming-in möglich ist.

• **Ansprechpartner**

Es ist ein fachlich qualifizierter Ansprechpartner für Angehörige zu benennen. Dieser kann z. B. beim Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten gemeinsam mit den Angehörigen nach Ursachen suchen und nichtmedikamentöse Lösungen finden. Auch die präventive Kooperation mit Angehörigen zur Delir-Prävention oder zur schnellen Reorientierung im Falle eines Delirs sollte im Verantwortungsbereich dieser Ansprechpartner liegen.

• **Vernetzung**

Es empfiehlt sich für Krankenhäuser, Gespräche mit regional zuständigen Institutionen, die in der Demenz- und Pflegeberatung ausgewiesen sind, zu führen. Dazu sind Informationsmaterialien zum Verteilen hilfreich. Im Idealfall werden Kooperationen zur Vor-Ort-Beratung der Angehörigen vereinbart.

Besondere Herausforderungen

Einerseits ist es sehr sinnvoll, die Angehörigen einzubeziehen. Andererseits kann der Krankenhausaufenthalt den Angehörigen als Erholungspause von ihrer herausfordernden Aufgabe der Pflege und Betreuung dienen. Schließlich tragen sie die Hauptlast der Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt weiter.

Zu beachten ist auch, dass viele Angehörige aufgrund weiterer beruflicher oder privater Verpflichtungen wenig Zeit haben, sich während des Krankenhausaufenthalts zu engagieren. Es muss also auch akzeptiert werden, dass sich jeder Angehörige nur so weit einbringt, wie er es kann und wie er es möchte.

Zu komplexen Anforderungen kann es kommen, wenn Angehörige die Diagnose Demenz nicht akzeptieren oder wenn keine Bereitschaft (mehr) besteht, sich nach dem Krankenhausaufenthalt weiter um die Person zu kümmern. In solchen Fällen entstehen auch Rechtsunsicherheiten über den Entlassungsort, wenn keine Vorkehrungen getroffen sind (vgl. auch Kapitel 6.10).

In manchen Regionen können die Angehörigen das Angebot PfiFf der AOK nutzen (Pflege in Familien fördern).

<https://aok-pfiff.de/teilnehmende-krankenhaeuser#inhalt>

Eine kurze Schulung zur Demenz erfolgt bereits im Krankenhaus, die Beratung wird nach der Entlassung weitergeführt.

6.9

Umgebungsgestaltung



Kurzcheck zur Selbsteinschätzung

Trifft das auf Ihre Einrichtung zu? Bitte kreuzen Sie an!	Ja	Nein
Menschen mit Demenz werden möglichst nicht in Drei- oder Vierbettzimmern untergebracht.		
Die Umgebung wurde mit Orientierungshilfen so angepasst, dass auch Menschen mit Demenz ihre Zimmer und die Toiletten finden können.		
Es gibt in Abteilungen mit hohem Altersanteil einen Gruppenraum, in dem z. B. gemeinsam Mahlzeiten eingenommen werden können.		
Um einem unerwünschten Verlassen der Station vorzubeugen, wurden die Ausgänge so gestaltet, dass sie möglichst wenig Aufmerksamkeit auf sich ziehen.		
Ein professionelles Lichtkonzept fördert den Tag-Nacht-Rhythmus und sorgt zusätzlich für Orientierung und Sicherheit.		
Wir gehen sensibel mit Geräuschen und Lärm um.		
In den Abteilungen gibt es jeweils Sitzecken oder Räume für Zusammenkünfte von Patienten.		
Bei der Umsetzung der baulichen Veränderungen lassen wir uns von einem kompetenten Architekten beraten.		
Wir haben eine Projektgruppe eingerichtet, die sich neben den baulichen Veränderungen mit einer Anpassung von Arbeitsprozessen beschäftigt.		

Jedes Kreuz bei „Ja“ spricht für eine Stärke.

Jedes Kreuz bei „Nein“ zeigt einen Ansatzpunkt für Verbesserungen.

Relevanz des Bausteins

In den meisten Kliniken unterliegen die räumlichen Bedingungen primär den funktionalen Anforderungen und für eine Anpassung der Umgebung an die speziellen Bedürfnisse der demenzkranken Patienten fehlen in aller Regel sowohl die finanziellen Möglichkeiten als auch das fachliche Know-how. Im Krankenhaussektor sollten die Erfahrungen mit der Milieugestaltung in Pflegeheimen aufgegriffen werden, wie z. B. die von Demenz Support Stuttgart (z. B. Heeg 2012). Diese Erfahrungen müssen jedoch an die speziellen Anforderungen eines Akutkrankenhauses angepasst werden, das sich in seinem Versorgungsauftrag von Pflegeeinrichtungen deutlich unterscheidet.

Nach den Erfahrungen aus dem Modellprogramm kann eine demenzsensible Umgebungsgestaltung

- die Orientierung und Wahrnehmung der Patienten verbessern,
- für mehr Sicherheit und Barrierefreiheit sorgen,
- eine Atmosphäre schaffen, in der sich die Menschen mit Demenz wohlfühlen und Unruhe abgebaut wird, sowie
- Bewegung, Beschäftigung und Unabhängigkeit fördern.

Da Demenzkranke nicht viel Neues lernen können, wird Stress reduziert, wenn durch die Umgebungsgestaltung Entscheidungen minimiert werden. Zudem haben viele Projekte gute Erfahrungen damit gesammelt, wenn die ungewohnte Umgebung durch entsprechende Maßnahmen selbsterklärend und ablesbar wird. Dies ist nicht nur eine Erleichterung für die kognitiv eingeschränkten Patienten, sondern verringert auch Stress und Zeitaufwand für die Beschäftigten, etwa wenn Nachfragen nach Räumen oder Toiletten ausbleiben, weil die Patienten diese selbstständig finden. Zudem ist eine Reihe von Maßnahmen der demenzsensiblen Umgebungsgestaltung durchaus mit zusätzlichen Vorteilen für das Personal und für Angehörige und sonstige Besucher verbunden. So profitieren auch diese Gruppen z. B. von optimierten Farb- und Lichtkonzepten oder von einer angepassten Akustik. Auch die Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften lässt sich dadurch positiv beeinflussen (Büter 2017).

Erkenntnisstand und Gestaltungsansätze

In Deutschland gibt es nur wenige Architektinnen und Architekten, die sich intensiver mit Konzepten einer demenzsensiblen Architektur für Akutkrankenhäuser beschäftigt haben (z. B. Büter 2017). In zwei Begleitstudien zum Förderprogramm wurden ein Online-Leitfaden zur alters- und demenzsensiblen Architektur (Ingenium-Stiftung 2018) sowie ein umfassendes Planungshandbuch entwickelt (Büter / Marquardt 2019). Da diese Veröffentlichungen alle relevanten Informationen enthalten, soll in der folgenden Darstellung der Schwerpunkt auf den Erfahrungen der Projekte mit den räumlichen Veränderungen liegen.



Vor der Planung von Maßnahmen sollten die vorliegenden Forschungsergebnisse und Handlungsempfehlungen studiert werden. Zudem empfiehlt sich eine Begehung mit einem kompetenten Architekten, aus der ein differenzierter Maßnahmenkatalog hervorgehen sollte.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich in erster Linie auf die Gestaltung der Stationen, sind aber auch für Notaufnahmen und den operativen Bereich von Bedeutung. Generell gilt, dass es unterschiedliche Anforderungen gibt, je nachdem ob es sich um Neu- oder um Umbauten handelt. Wenn Neubauten geplant werden, sollten unter fachlicher Anleitung eines kompetenten Architekten immer auch Aspekte der Demenzsensibilität berücksichtigt werden.

Weitaus schwieriger ist es, in bestehender Bausubstanz umfassendere Veränderungen vorzunehmen. Wie die Erfahrungen aus dem Modellprogramm zeigen, gibt es jedoch durchaus eine Reihe sinnvoller Maßnahmen, die sich auch ohne großen Finanz- und Zeitaufwand umsetzen lassen. Einige Aspekte werden nachfolgend beschrieben.

Beispiele nach einem Umbau aus dem Diakonissen-
krankenhaus Dresden (Büter/Marquardt 2019):



Beschilderung von Patientenzimmern mit der
Zimmernummer und einem regionalen Bildmotiv.

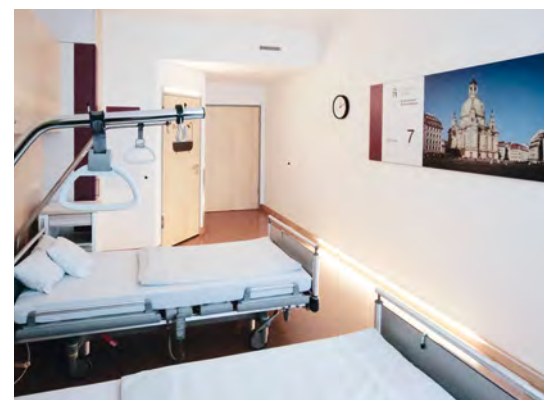
Situative, zeitliche und räumliche Orientierung.

Farben und Materialien sorgen für Behaglichkeit.
Ein Farbsystem kennzeichnet die jeweiligen
Bereiche der Patienten.

Orientierung und Selbstständigkeit

Wenn Menschen mit Demenz Hilfen zur Orientierung erhalten und dadurch die Umgebung für sie verständlicher wird, können sie sich oft auch ohne fremde Hilfe zu ausgewählten Zielorten wie Toiletten bewegen. Zu berücksichtigen ist, dass früher bekannte Symbole für Toiletten in der Erkrankung teilweise nicht mehr erkannt werden. Es empfiehlt sich daher, mit Piktogrammen zu arbeiten. Mit sich wiederholenden farblichen Markierungen der persönlichen Zimmerbereiche wie Schrank und Badarmatur können Verwechslungen, die Konflikte mit Mitpatienten implizieren, häufig vermieden werden. Gute Erfahrungen werden auch mit einer deutlicheren Kennzeichnung der Zimmertüren gesammelt. Neben größeren Zimmernummern ist es von Vorteil, wenn Fotos von regional bedeutsamen Gebäuden oder von Gegenständen aus der Natur verwendet werden (z. B. das Rathauszimmer, das Blumenzimmer). Diese Markierungen sollten auf der Innenseite der Türen ebenfalls angebracht werden, um den Erinnerungseffekt zu verstärken.

Die zeitliche und räumliche Orientierung sollte über große Uhren, Datumsanzeigen und Hinweise auf den Aufenthaltsort gefördert werden. Letzteres kann z. B. über tagesaktuell zu beschriftende Whiteboards umgesetzt werden. Zum besseren Erkennen der Umgebung sowie wichtiger Raumelemente sind auch Kontraste von großer Bedeutung. Bei Toiletten und Waschbecken, auf den Essenstabletts sowie bei Handläufen, Lichtschaltern und Notrufdrückern sollten deshalb neben den üblichen Weißtönen mit kräftigen Farben wie z. B. Rottönen Akzente gesetzt werden. Zur Überprüfung der Wirksamkeit von Kontrasten eignen sich Schwarz-Weiß-Fotos.



Nachts leiten Lichtbänder den Weg zur Toilette,
die Ausgangstür bleibt im Dunkeln.

Sicherheit

Um altersbedingte Einschränkungen des Sehvermögens zu kompensieren, ist für eine ausreichende Beleuchtung zu sorgen. Mit einem professionellen Lichtkonzept können Unsicherheiten und Stürze vermieden sowie der Tag-Nacht-Rhythmus gefördert werden. Bei der Ausleuchtung sollten keine irritierenden Schatten oder Spiegelungen entstehen. Unregelmäßigkeiten im Muster und Farbumterschiede in Bodenbelägen sind ungünstig. Auch auf gemusterte Fliesen oder Tapeten sollte verzichtet werden.

Vorbeugend gegen Stürze wirken auch Lichtleisten, die nachts den Weg vom Patientenbett zur Toilette beleuchten. Zudem können Bewegungsmelder eingesetzt werden, die automatisch bei Betreten der Toilette anspringen. Es ist jedoch darauf zu achten, dass das Licht nicht automatisch zu einem Zeitpunkt erlischt, zu dem sich der Patient noch im Bad befindet.

Eine Gefährdung der Sicherheit kann auch durch ein unbeobachtetes Verlassen von Zimmern und Stationen erfolgen. Ein Weg- bzw. Hinlaufen kann häufig durch verfremdete Ausgänge reduziert werden, z. B. durch Fototapete oder Vorhänge. In jedem Fall sollten Ausgänge unauffällig gestaltet sein und keine Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Insgesamt sollte auf Glastüren an Ausgängen verzichtet werden, vor allem wenn die Räume dahinter nachts hell erleuchtet sind. Als einfache Maßnahme hat sich das Bekleben mit Milchglasfolie bewährt.

Wohlbefinden und Aktivität

Sehr positive Erfahrungen wurden mit der Errichtung von Sitzcken im Sichtbereich des Pflegestützpunktes gemeldet. Ein solcher Ankerpunkt wurde z. B. im Diakonissenkrankenhaus Dresden geschaffen. Die Stühle sind mit Kopfhörern ausgestattet, aus denen biografisch geprägte Musik zu vernehmen ist. Auch beliebte Zeitschriften für ältere Menschen liegen aus und werden durchgeblättert und es gibt Getränke. Sicherheit bietet den Menschen der ständige Sichtkontakt zum Personal und auch das Personal ist entlastet, weil es die Patienten ohne zusätzlichen Aufwand beaufsichtigen kann. Für die Patienten ergibt sich zudem der Vorteil, dass in der Sitzcke immer etwas los ist und niedrigschwellig Kontakte stattfinden können.

Wichtig ist zumindest auf Stationen mit einem hohen Anteil an Menschen mit kognitiven Einschränkungen ein zusätzlicher Raum, in dem Gruppenangebote und gemeinsame Mahlzeiten stattfinden können. Ein solcher Gruppenraum muss gleichzeitig an personelle Konzepte zur Umsetzung einer Tagesstrukturierung gekoppelt werden (vgl. Kapitel 6.7). Die Einrichtung des Raumes sollte durch biografisch orientierte und wohnliche Gegenstände und Ausstattungselemente erfolgen. Die dadurch entstehende Vertrautheit und die Entängstigung können auch Weg- bzw. Hinlauftendenzen reduzieren.

Zu einer demenzfreundlichen Umgebung zählt zudem der sensible Umgang mit Lärmquellen und Geräuschen. Denn eine laute Umgebung und ungewohnte Geräusche erhöhen den Stress, erzeugen mitunter Ängste und erschweren die Kommunikation. Eine einfache Maßnahme ist z. B., laute Rollwagen mit schallabsorbierenden Flüsterrollen auszustatten. Auch Lärmbelastungen durch Überwachungsgeräte sind – wenn möglich – zu reduzieren, z. B. durch eine Umstellung auf Lichtsignale. Zu achten ist auf eine behagliche Atmosphäre, die z. B. durch eine Luftfeuchtigkeit zwischen 40 % und 60 % und eine Raumlufttemperatur zwischen 19,5 und 23 Grad Celsius gefördert werden kann (Ingenium-Stiftung 2018; Dietz 2019).



Eine umfangreiche Checkliste über Anforderungen an eine demenzfreundliche Umgebung sowie die Möglichkeit einer virtuellen Begehung eines demenzfreundlichen Krankenhauses befinden sich auf der Website des Dementia Care Centre (DSDC) (vgl. Link 1).

Konkrete Arbeitsschritte zur Umsetzung

- **Projektgruppe**

Vor Beginn der Planungen sollte eine Projektgruppe eingerichtet werden, die neben Pflegekräften und Ärzten auch die Führungskräfte des Krankenhauses und Vertreter der Bauabteilung umfasst. Manche Projekte haben gute Erfahrungen damit gesammelt, auch Angehörige und/oder Mitarbeitende der regionalen Alzheimer Gesellschaften in die Gruppe einzuladen. Durch die Beteiligung der Hausspitze und durch Bereitstellung von Ressourcen kann das Agreement für eine demenzsensible Ausrichtung der Klinik nach innen und außen sichtbar gemacht werden. In regelmäßigen Treffen der Projektgruppe sollten die Umsetzung der räumlichen Veränderungen und die Anpassung der Arbeitsprozesse gemeinsam und interdisziplinär reflektiert und bewertet werden. Es ist auch darauf zu achten, dass die Mitarbeiter im Umstrukturierungsprozess immer einen festen Ansprechpartner haben, den sie bei Problemen und Fragen zeitnah kontaktieren können.

- **Hospitation**

Mit der Projektgruppe sollten Beispiele für gelungene bauliche Maßnahmen in anderen Krankenhäusern berücksichtigt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Maßnahmen eins zu eins auf andere Krankenhäuser übertragbar sind. Es sind jeweils Konzepte zu entwickeln, die an die jeweiligen Ressourcen und Handlungsbedarfe der Häuser anknüpfen.

- **Fachexpertise**

Mit der Projektgruppe sollte eine Begehung mit einem in Demenzfragen kompetenten Architekten organisiert und ein Maßnahmenplan erstellt werden.

- **Prozessgestaltung**

Von entscheidender Bedeutung für den Erfolg und die Nachhaltigkeit der Umgebungsanpassung ist die Kopplung der räumlichen Veränderungen an die Prozessgestaltung. Wenn z. B. ein Raum für das gemeinsame Mittagessen geschaffen wurde, ist zu planen, wie dies personell umgesetzt werden kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Anpassung gewohnter Routinen immer Zeit und Geduld erfordert.

Besondere Herausforderungen

Die Moderation verschiedener Interessen und die produktive Nutzung unterschiedlicher Erfahrungshintergründe ist eine Herausforderung in interdisziplinären Gruppen. Die Moderation sollte durch eine Person übernommen werden, die sich aufgrund ihrer hierarchischen Stellung durchsetzen kann und über ein Fachwissen über Demenz sowie über Kompetenzen in Moderationstechniken und im Projektmanagement verfügt.

Bei Umbaumaßnahmen müssen die Belastungen, die für die Patienten und Beschäftigten entstehen, in den Planungen berücksichtigt und möglichst niedrig gehalten werden.

Nicht immer sind alle baulichen Planungen ohne weiteres mit den geltenden Vorschriften zur Hygiene und zum Brandschutz vereinbar. Dies gilt insbesondere, wenn für ein Krankenhaus ungewohnte Materialien und Einrichtungsgegenstände die Behaglichkeit der Atmosphäre steigern sollen. Hier empfiehlt es sich, die zuständigen Personen frühzeitig einzubinden, die Hintergründe zu verdeutlichen und nach gemeinsamen Lösungen zu suchen.

6.10

Sektorenübergreifende Ansätze



Kurzcheck zur Selbsteinschätzung

Trifft das auf Ihre Einrichtung zu? Bitte kreuzen Sie an!	Ja	Nein
Bei der Aufnahme wird mit strukturierten Instrumenten eine sichere Datenbasis zur Versorgung demenzkranker Patienten geschaffen.	☐	☐
Bei Entlassung erhalten die Nachversorger alle wichtigen Informationen, die für eine nachhaltige Weiterversorgung notwendig sind.	☐	☐
Zur Strukturierung der Prozesse in der Aufnahme und bei Entlassung gab oder gibt es eine interdisziplinäre Projektgruppe.	☐	☐
Für Rückfragen nach Entlassung steht den Nachversorgern ein fester Ansprechpartner zur Verfügung.	☐	☐
Führungskräfte und Funktionsträger des Krankenhauses sind an allen wichtigen regionalen Gremien und Netzwerken zur Demenz beteiligt.	☐	☐
An der Entscheidung zum Entlassungsort sind mehrere Berufsgruppen beteiligt.	☐	☐
Die Krankenhausmitarbeiter haben einen Überblick über die regionalen Hilfen im ambulanten Sektor.	☐	☐
Das Krankenhaus bietet im ambulanten Sektor Schulungen zu Demenz und Delir an.	☐	☐

Jedes Kreuz bei „Ja“ spricht für eine Stärke.

Jedes Kreuz bei „Nein“ zeigt einen Ansatzpunkt für Verbesserungen.

Relevanz des Bausteins

Insbesondere in der Versorgung von Menschen mit Demenz müssen bedarfsgerechte Lösungsansätze nicht nur an einzelnen Versorgungssegmenten ansetzen, sondern vor allem auch die Vernetzung der verschiedenen Instanzen im Blick haben. Denn Versorgungsbrüche an den Schnittstellen zwischen Sektoren, Professionen und Kostenträgern behindern die Umsetzung patientenorientierter Konzepte und erzeugen unnötigen Leidensdruck bei den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen.

Da Demenzkranke aufgrund ihrer kognitiven Einbußen meist nur in eingeschränktem Maße verlässliche Informationen transportieren können, muss überlegt werden, welche Daten notwendig sind und wie diese zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Sektoren fließen können. Dabei sind die Informationen in zwei Richtungen zu liefern:

- Zum einen müssen dem Krankenhaus bei der Aufnahme relevante medizinische, pflegerische und soziale Informationen über den Patienten vorliegen.
- Zum anderen müssen zur Entlassung wichtige Parameter zum Patientenzustand und zur angedachten Therapie an die jeweiligen Nachversorger wie Angehörige, Pflegeheime und niedergelassene Ärzte gelangen.

Wenn der Blick über den eigenen Tellerrand der Profession und der Einrichtung gelingt, profitieren zunächst der Patient und der Angehörige durch eine bessere und nachhaltige Versorgungsqualität und durch einen höheren Grad an Patientensicherheit. Darüber hinaus können in längerfristiger Perspektive Kosteneinsparungen erwartet werden, wenn es durch die übergreifenden Ansätze zu weniger Wiederaufnahmen und zu einer reduzierten Komplikationsrate kommt. Zudem wird das Personal in allen Sektoren entlastet, wenn es die eigenen Aufgaben auf einer sicheren Datenbasis erledigen kann.

Erkenntnisstand und Gestaltungsansätze

Bei allen Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen werden, sind zunächst Daten zu erheben. Dabei ist zu unterscheiden nach

- Informationen, die für die bevorstehende Diagnostik und Behandlung relevant sind und die den Beziehungsaufbau zum Patienten mit Demenz erleichtern, und
- Daten, die bereits prospektiv für die strukturierte Planung der Anschlussversorgung gesammelt werden.

Bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen ist der Informationsbedarf umfangreicher, die Generierung der Daten aber wegen der mangelnden Auskunftsfähigkeit gleichsam komplizierter. So muss mit Personen außerhalb des Krankenhauses zusammengearbeitet werden, um diese Informationen zu erhalten. Es hat sich bewährt, für diese Menschen gesonderte Anamnesebogen einzusetzen wie z. B. das Logbuch Demenz (2011) oder eine Notfallmappe (z. B. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland 2016), in denen relevante Fragen wie Erkrankungen, Hilfebedarfe, Rechtsverhältnisse und Ansprechpartner vermerkt sind. Erleichternd für den Zugang zum Patienten und für den Aufbau einer belastbaren Beziehung sind Instrumente, mit denen Vorlieben, Gewohnheiten und Rituale der Patienten erfasst werden können, z. B. der Informationsbogen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (2015) (vgl. auch Kapitel 6.8). Viele Einrichtungen entwickeln für ihre spezifischen Bedürfnisse alternative Instrumente. Ein Beispiel dafür ist der „Stressbogen“ des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf, mit dem Faktoren erfasst werden können, welche die Selbstbestimmungsfähigkeiten von Patienten herabsetzen und die herausforderndes Verhalten auslösen können (vgl. Anlage 1).

Die Entlassung ist eine wichtige Weichenstellung für die weiteren Lebensperspektiven eines kognitiv eingeschränkten Patienten. Fachliche Kriterien zum Entlassungsmanagement sind in einem Expertenstandard festgeschrieben (DNQP 2019). Insbesondere wenn sich im Rahmen des Krankenhausaufenthalts Verschlechterungen des geistigen und / oder körperlichen Zustands ergeben haben oder wenn Angehörige nicht vorhanden oder überlastet sind, stellt sich die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen ein Patient in die häusliche Umgebung zurückkehren kann oder ob der Umzug in eine Pflegeeinrichtung erforderlich wird. Dabei steht die Komplexität dieser Klärungsbedarfe in einem Missverhältnis zu den üblicherweise kurzen Verweildauern im Krankenhaus.



Am Universitätsklinikum Magdeburg wird mit Förderung der Robert Bosch Stiftung an einem Entscheidungspfad für eine Entlassungsplanung gearbeitet, der die Bedürfnisse von Patienten mit Demenz bzw. mit relevanten kognitiven Beeinträchtigungen berücksichtigt. Die Ergebnisse sind voraussichtlich ab April 2020 im Klinikum zu beziehen.

Aus dem Förderprogramm lassen sich einige Anregungen ableiten, wie man im Entlassungsmanagement vorgehen sollte:

- Eine Entlassungsplanung sollte im Rahmen eines strukturierten Verfahrens und unter Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen erfolgen. Der einseitige Blick auf die Logik des eigenen Arbeitsbereichs ist zu vermeiden.
- Bereits bei der Aufnahme ist Augenmerk darauf zu legen, die Rechtsverhältnisse zu klären und ggf. schnelle Maßnahmen zur Errichtung einer Vorsorgevollmacht oder gesetzlichen Betreuung einzuleiten. Dies ist insbesondere notwendig, wenn sich über den Entlassungsort Konflikte zwischen Personal, Angehörigen und Patient abzeichnen.
- Zur Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit eines Patienten werden psychiatrische Konsile durchgeführt. Eine Option kann zudem sein, eine Eilbetreuung zu bestellen. Bei Unsicherheiten über die weitere Entwicklung empfiehlt es sich, die Entscheidung zu verschieben und den Patienten zunächst in eine Kurzzeitpflege oder bei entsprechender Indikation in eine geriatrische Komplexbehandlung zu entlassen.
- Wenn eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit angestrebt wird, sollten entlastende Angebote und Informationsmaterialien über Hilfeanbieter sowie über Demenz und Delir zur Verfügung gestellt werden. Um eine adäquate Beratung leisten zu können, sollte der Sozialdienst über umfangreiche Informationen zu möglichen Hilfen verfügen. Gerade bei Menschen mit Demenz reicht ein Hinweis auf pflegerische Hilfen durch ambulante Dienste meist nicht aus, sondern es ist auch auf Hilfen zur Tagesstrukturierung und zur Aktivierung der Patienten zu verweisen.

- Das gesamte pflegerische und ärztliche Personal sollte ein Grundwissen über ambulante Hilfeangebote haben, damit nicht durch Unkenntnis möglicher Hilfen vorschnelle Empfehlungen für eigentlich noch nicht notwendige Heimunterbringungen ausgesprochen werden.
- Mit der Entlassung sollten wichtige Daten für die Weiterversorgung des Patienten an die Nachversorger übermittelt werden. Für Nachfragen z. B. von Hausärzten, Apothekern oder Pflegeeinrichtungen sollten feste Ansprechpartner benannt werden, die idealerweise zu bestimmten Zeiten für diese Personengruppen erreichbar sind.



Wenn bei Angehörigen ein weiter gehender Beratungsbedarf festgestellt wird, empfiehlt sich eine Kooperation mit den regionalen Pflegestützpunkten oder sonstigen Fachberatungsstellen. Dazu kann z. B. vereinbart werden, dass diese Stellen feste Sprechzeiten im Krankenhaus anbieten. Die Landesfachstelle Demenz im Saarland hat zudem einen Informationsträger entwickelt, den die Demenzkranken bzw. deren Angehörige bereits im Krankenhaus unterschreiben und mit dem dann per Fax automatisch eine Terminanfrage zur persönlichen Beratung durch den Pflegestützpunkt in die Wege geleitet wird, wenn die Patienten wieder zu Hause sind. Im Anhang befindet sich eine Vorlage, die im Rahmen des Projekts SEB-Kam im Marienhaus Klinikum Saarlouis und im Diakonieklinikum Neunkirchen eingesetzt wird (vgl. Anlage 2).

Wie bei der Aufnahme ist eine geregelte Entlassungsplanung nicht ohne die Kooperation mit nachsorgenden Personen und Einrichtungen vorstellbar. Damit eine belastbare Kommunikation entstehen kann und Kooperationsprozesse konkret verabredet werden können, sind persönliche Kontakte unerlässlich. Das Klinikum Hochsauerland in Arnsberg hat es sich im Rahmen des Förderprogramms zur Aufgabe gemacht, am Beispiel der Delir-Prävention eine sektorenübergreifende Versorgung auf die Beine zu stellen. Neben einer aktiven Mitarbeit im Demenznetzwerk der Stadt werden für unterschiedliche Zielgruppen, darunter Angehörige, Apotheker, Ärzte und Pflegeheime, Schulungen und Informationsveranstaltungen durchgeführt.

Insgesamt ist zu betonen, dass sich die Beteiligung an bestehenden Demenznetzwerken oder die Initiative zur Gründung neuer Netzwerke auch für Akutkrankenhäuser lohnt. In solchen Netzwerken können Kooperationsbeziehungen aufgebaut und Sektorengrenzen durchlässiger werden. Neben der Abstimmung von Überleitungsinstrumenten können konkrete Prozesse verabredet werden, die eine Nachhaltigkeit von Behandlung und Versorgung absichern. Zum Beispiel können Optionen abgestimmt werden, mit welchem Support aus dem ambulanten Bereich frühzeitige Entlassungen organisiert werden können. Ebenso können Vorgehensweisen entwickelt werden, bei Patienten in der Notaufnahme mithilfe begleitender Unterstützung und ambulanter Behandlung eine Aufnahme ins Krankenhaus zu vermeiden.

Darüber hinaus gibt es Ansätze, die auf eine weiter gehende Kooperation zwischen den Sektoren abzielen. Zu nennen sind hier insbesondere Versuche, auf der Grundlage einer patientenorientierten Sicht Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung miteinander zu verknüpfen, z. B. wenn Beratungsleistungen zur Pflegeversicherung im Krankenhaus erbracht oder wenn Pflegekurse bereits im Krankenhaus angestoßen werden. In ersten Modellvorhaben wurde ein intersektorales Care-Management erprobt, etwa im Rahmen der Hausarztstudie in Mecklenburg-Vorpommern (vgl. Link 1 im Anhang) oder im Projekt De-m-i-k plus (Kirchen-Peters / Ischebeck 2016). Mit solchen Konzepten können Akutkrankenhäuser wichtige Weichen zur Entlastung der Angehörigen und zur Sicherung häuslicher Pflegearrangements stellen.

Im Projekt SEBKam, das der GKV-Spitzenverband fördert, wird zudem erprobt, wie eine sektorenübergreifende Betreuung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen durch ambulante Dienste im Akutkrankenhaus organisiert werden kann und wie wirksam diese Betreuung ist (vgl. Link 2 im Anhang).



Eine fundierte Aufnahme- und Entlassungsplanung sowie eine aktive Netzwerkarbeit sind insbesondere für die vulnerable Gruppe der Menschen mit kognitiven Einschränkungen von hoher Relevanz. Wenn sich Kliniken in dieser Richtung engagieren, sollte auf effiziente Strukturen geachtet werden. Dazu zählen insbesondere die Benennung von Verantwortlichkeiten für die anfallenden Aufgaben und die Verabredung verlässlicher Kooperationsprozesse.

Konkrete Arbeitsschritte zur Umsetzung

- **Schulung**

Bei Krankenhaussozialdiensten sollte ein zusätzliches Wissen über Menschen mit kognitiven Einschränkungen und ihre besonderen Bedürfnisse aufgebaut werden.

- **Vernetzung**

Wichtig sind zunächst die Kontaktaufnahme zu Pflegestützpunkten oder vergleichbaren Angeboten und die Verabredung kurzer Schulungseinheiten für das Krankenhauspersonal über ambulante Versorgungsmöglichkeiten.

- **Instrumente**

Nach einer Sichtung vorliegender Instrumente ist zu entscheiden, mit welchen Aufnahme- und Überleitungsinstrumenten gearbeitet werden soll. Nach einer Testphase in einer Pilotabteilung werden die Instrumente bei Bedarf angepasst und können anschließend in der gesamten Klinik eingesetzt werden.

- **Projektgruppe**

In einer interdisziplinären Projektgruppe sollten Prozesse abgestimmt werden, um zu einer fachlich qualifizierten und rechtssicheren Entlassungsplanung zu gelangen. Die Verabredungen sollten zu einer von allen Beschäftigten nutzbaren Verfahrensregelung ausgebaut werden.

- **Interne Strukturierung**

Der Aufbau von Netzwerkkontakten erfordert eine personelle Kontinuität sowie den Einsatz von Zeitressourcen. Um Nachhaltigkeit zu sichern, sollten die jeweils wichtigsten Ergebnisse in den Leitungsrunden kommuniziert werden.

Besondere Herausforderungen

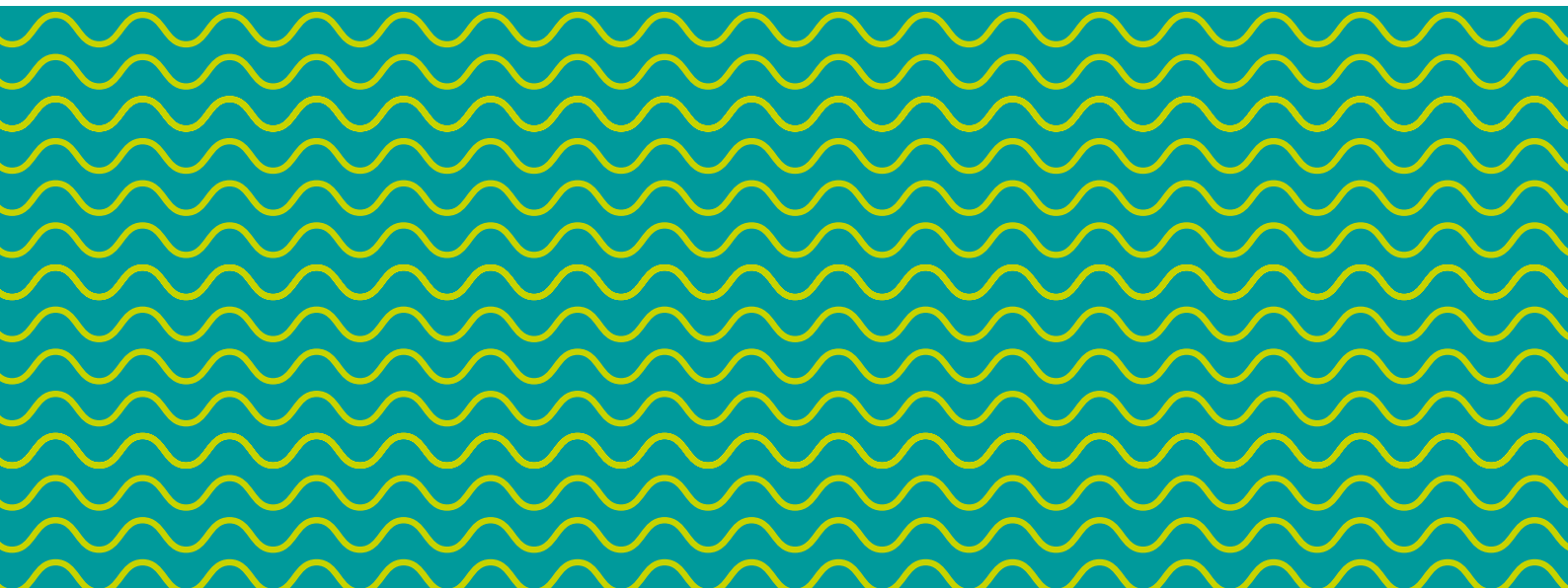
Sektorenübergreifende Konzepte erfordern in aller Regel viel Kommunikation und sind mit einem hohen personellen Aufwand verbunden. Daher ist gegenüber Führungskräften und Beschäftigten präzise zu argumentieren, warum sich solche Aktivitäten in der Gesamtschau dennoch lohnen.

Eine weitere Herausforderung stellt die Kooperation mit Personen aus anderen Berufsgruppen und feldern dar. Um eine produktive Zusammenarbeit zu erreichen, muss die Bereitschaft vorliegen, sich in die Arbeitslogik des jeweiligen Netzwerkpartners hineinzusetzen und gemeinsam an Strukturen und Prozessen zu arbeiten, die eine Win-win-Situation darstellen.

Ethische und rechtliche Probleme stellen sich im Hinblick auf die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit von Patienten und in der Frage, wie Konflikte hinsichtlich des Entlassungsortes eines Patienten zu bearbeiten sind.

7

Praxisbeispiele



7.1

Förderprojekte der Robert Bosch Stiftung im Überblick

In diesem Kapitel stellen sich die 17 Krankenhäuser aus dem Förderprogramm der Robert Bosch Stiftung mit einem Kurzportrait selbst vor. Neben einer kurzen Charakteristik des Hauses und wesentlicher Elemente des jeweiligen Projektes gibt es je nach Förderrunde einen Ausblick über das Projektende hinaus. Vernetzung und Austausch zwischen den Häusern werden wiederholt als ein wichtiger Aspekt des Programms genannt. Die Projektansprechpartner stehen gerne auch Dritten für Fragen und Austausch zur Verfügung.

Die nebenstehende Tabelle gibt einen Überblick über die geförderten Häuser und die Schwerpunkte der Projekte. Die Zuordnung und Bewertung des Umfangs der Bearbeitung der einzelnen Bausteine beruht auf einer Selbsteinschätzung.

- zentrales Thema des Projekts
- wichtiger Baustein im Projekt
- mit bearbeitet

Albertinen-Krankenhaus Hamburg

Diakonissenkrankenhaus Dresden

Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf

Evangelisches Klinikum Bethel Bielefeld

Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart

Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe Berlin

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge Berlin

Johanniter-Krankenhaus Bonn

Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg

Klinikum Stuttgart

Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein Sieg

Sana Klinik Bethesda Stuttgart

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

Klinikum Hochsauerland – Arnsberg

Geriatrischer Schwerpunkt Göppingen
(Alb-Fils-Kliniken, Klinikum Christophsbad)

OsteMed Klinik Bremervörde

Universitätsklinikum Magdeburg

	Wissensaufbau Demenz/Delir	Delir-Management	Erkennen & Behandeln von Demenz	Konsiliar- und Liaisondienste	Spezialabteilung	Notaufnahme	Begleitung	Tagesstrukturierung	Angehörigenarbeit	Umgebungsgestaltung	Sektorenübergreifende Ansätze	
	...	..	.	...	.	.	...	..	...	.	.	1. Förderrunde (2013-2017)
	..	.	.	.	...	.	.	.	..	...	...	
	...	...	...	..	..		.	.	...	...	.	
	...	.	...	.		.		.		...	.	
	.	.	...	.	...	...		.	.	.		
	.		.			...				..	..	2. Förderrunde (2015-2019)
	...	...	...	..	..	..	...	..	..	..	..	
	..	...	..		.		.		..	..		
	...	...	...	...	..	..	.	.		...	...	
	...	...	...	..		..	..	...	...	...	..	
	...	..	...				...	..	.	.		
	...	..	.	.	...	.	..	...	..	...	.	
	...	...	...			...	..		.	.		3. Förderrunde (2017-2021)
	...	...	..	.	.	.	..	.	...	..	...	
	...	..	...		.				.		..	
	...		...	.	.	.	..	..	..	..	.	
			..	.					..		..	

Starke Angehörige – starke Patienten

Albertinen-Krankenhaus, Hamburg

Das Albertinen-Krankenhaus, eine Einrichtung der Albertinen Diakonie, ist mit 732 Betten das größte freigemeinnützige Krankenhaus Hamburgs und Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Bereits seit 2011 wurden in ausgewählten Stationen räumliche, infrastrukturelle und medizinisch-pflegerische Konzepte zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Demenz erprobt und umgesetzt. Das Projekt „Starke Angehörige – starke Patienten“ hat die Rolle von Angehörigen in den Fokus genommen, um deren Potenziale für den Behandlungs- und Pflegeprozess zu erschließen und sie aktiv in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. Die Interaktion zwischen Behandlungsteam, Patient und Angehörigen wird befördert, unnötige Belastungen für den Patienten vermieden und das Behandlungsergebnis insgesamt verbessert. Gleichzeitig erfahren die Angehörigen selbst Unterstützung und die Mitarbeiter in ihrem Arbeitsalltag eine Entlastung.

Aufbauend auf einer Ist-Analyse der Bedürfnisse, Erwartungen und Anforderungen von Angehörigen, Ärzten, Pflegekräften und Sozialarbeitern werden Mitarbeiterschulungen durchgeführt. Informations-, Beratungs- und Austauschangebote für Angehörige sind implementiert und auch ehrenamtliche Demenzbegleiter stehen für Gespräche zur Verfügung. Ein Kurzfilm und ein Flyer machen die Prozesse eines Krankenhausaufenthalts transparenter.

Im Zuge des Projekts wurde im April 2015 in der Pflegedirektion die Stabsstelle Pflegeexperte Demenz / Delir dauerhaft implementiert, um als pflegerischer Konsildienst Patienten und Angehörige zu begleiten, Pflegende, Multiplikatoren, ehrenamtliche Demenzbegleiter und Behandlungsteams zu schulen und zu coachen sowie Fallbesprechungen zu moderieren.

Sämtliche Maßnahmen wurden anhand des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ evaluiert und krankenhausspezifisch angepasst, auch das Pflegekonzept Kinesthetics, zu dem Schulungen für pflegende Angehörige, Ehrenamtliche und Pflegende angeboten werden. Des Weiteren ist geplant, die Expertise in Demenz / Delir mit der Expertise im palliativen Liaisondienst zu vernetzen und ein Projekt zum Delir-Management im Akutkrankenhaus aufzusetzen.



ALBERTINEN KRANKENHAUS
ALBERTINEN HAUS



Kristin Binczyk

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
kristin.binczyk@immanuelalbertinen.de

Marion Kummerfeld

Pflegeexpertin Demenz/Delir
marion.kummerfeld@immanuelalbertinen.de

Albertinen Krankenhaus

Süntelstraße 11a
22457 Hamburg
www.albertinen.de

MeDemA – Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus

Diakonissenkrankenhaus Dresden

Das Projekt MeDemA im Diakonissenkrankenhaus Dresden zielte auf eine Verbesserung der Situation demenziell erkrankter Patienten in allen Bereichen unseres Krankenhauses ab. Dabei wurden innerhalb der Projektlaufzeit von drei Jahren in vier zentralen Projektbereichen Veränderungen umgesetzt:

1. Anpassung patientenbezogener Abläufe und Konzepte
2. Qualifizierung des Krankenhauspersonals
3. Anpassung der architektonischen Gegebenheiten
4. Angehörigenedukation: Verbesserung der Beratungsangebote

Ziel war eine deutlich verbesserte Versorgung von Menschen mit Demenz in unserem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 220 Planbetten, vier Organkrebszentren, aber ohne Abteilung für Geriatrie oder Gerontopsychiatrie.

Im Ergebnis konnten wir zahlreiche Prozesse im Haus demenzgerecht anpassen, haben eine große Anzahl Mitarbeiter aller Professionen zum Thema Demenz fortgebildet, einen Spezialbereich für die interdisziplinäre Versorgung von Menschen mit Demenz etabliert, zahlreiche architektonische Veränderungen erprobt und nachhaltig in die Versorgung überführt, die Delir-Erkennung, -Prävention und -Behandlung neu strukturiert und ein Kursangebot für Angehörige von Menschen mit Demenz erfolgreich eingeführt.

Mit der großzügigen finanziellen und ideellen Förderung der Robert Bosch Stiftung war es uns möglich, unser Krankenhaus auf die Anforderungen in der Versorgung von Menschen mit Demenz umfassend vorzubereiten. Die Versorgung dieser Patientengruppe und der Umgang mit ihren besonderen Bedürfnissen erfolgt durch alle Professionen sensibel und gut strukturiert. Die umfassende Vernetzung mit anderen Projektpartnern und der enge Austausch hat zu vielen praktischen Versorgungsinnovationen in unserem Haus geführt.

Aus allen vier Projektbereichen haben sich zahlreiche Innovationen bereits fest in unserem Haus etabliert und sind Teil der Routineversorgung. Die Haltung aller Professionen gegenüber Menschen mit Demenz hat durch das Projekt eine deutliche Veränderung erfahren.



Michael Junge

Pflegedirektor

michael.junge@diako-dresden.de

Karin Ellinger

Pflegedienstleiterin

karin.ellinger@diako-dresden.de

**Diakonissenkrankenhaus
Dresden**

Holzhofgasse 29

01099 Dresden

www.diako-dresden.de

Demenzsensible Ausrichtung des gesamten Krankenhauses

Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf, Hamburg

Das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf gehört zu den medizinischen Gesellschaften der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg. Es hat 293 Betten, ist akademisches Lehrkrankenhaus und erfüllt einen besonderen Auftrag für die fachmedizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Mit der Station DAVID für akut internistisch erkrankte Patienten mit einer Demenz verfügt das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf bereits seit 2011 über eine Spezialstation, deren Konzept wissenschaftlich evaluiert und mit Preisen ausgezeichnet wurde.

Im Rahmen der Förderung durch die Robert Bosch Stiftung wurde das gesamte Krankenhaus zur demenzsensiblen Klinik weiterentwickelt. Das bedeutet konkret: ein Demenz- und Delir-Screening für Patientinnen und Patienten über 65 Jahre wurde entwickelt und eingeführt; Mitarbeitende aller Berufsgruppen, inkl. Küchenhilfen und Krankentransport, werden fortlaufend im Umgang und in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz geschult.

Es wurde ein Handlungsleitfaden zur Wahrung der Patientenautonomie bei Menschen mit Demenz geschrieben. Im Mittelpunkt stand und steht dabei die Frage, wie die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht von Patienten mit Demenz im Klinikalltag gewahrt bleiben können. Häufig gibt es darüber Unsicherheit zwischen Arzt, Pflegekraft, Patient und Angehörigen. Der Leitfaden bietet nun einen Überblick über theoretische Grundlagen und praktische Handlungsempfehlungen.

Weitere Erkenntnisse, die auf dem Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus gewonnen wurden: Demenz geht alle an – alle Abteilungen, alle Berufsgruppen. Schulungen sind fortlaufend notwendig – aufgrund der Fluktuation unter den Mitarbeitenden, aber auch um das Wissen zu festigen und zu erweitern. Nur so kann langfristig eine Haltungsänderung erreicht werden, dass Patienten mit Demenz nicht als „Störfaktor“ im Stationsalltag gesehen werden, sondern als Menschen mit besonderen Bedürfnissen.

Eine Spezialstation kann ein sinnvolles Angebot für Menschen mit schwerer Demenz sein; dies entbindet jedoch andere Abteilungen nicht von ihrer Verpflichtung, sich ebenfalls mit Patienten mit Demenz auseinanderzusetzen und Arbeitsabläufe entsprechend anzupassen. Die Förderung durch die Robert Bosch Stiftung hat es ermöglicht, dass diese Auseinandersetzung intensiv geschehen konnte und damit eine wichtige Grundlage für die weitere Arbeit geschaffen wurde.



PD. Dr. Christian Kügler

Chefarzt Innere Medizin und Geriatrie
christian.kuegler@eka.alsterdorf.de

Svenja Ostojic

Leitung Station DAVID
s.ostojic@eka.alsterdorf.de

**Evangelisches
Krankenhaus Alsterdorf**

Elisabeth-Flügge-Straße 1
22337 Hamburg
www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de

Erkennen und Handeln – Bedürfnisorientierte Behandlung im Krankenhaus bei Demenz und kognitiver Einschränkung

Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld

Das Evangelische Klinikum Bethel in Bielefeld (EvKB) ist ein Haus der Maximalversorgung mit 1.755 Betten und etwa 4.600 Mitarbeitenden. Das EvKB widmet sich seit über zehn Jahren verstärkt den speziellen Bedürfnissen älterer Menschen und der Vermeidung altersspezifischer Komplikationen im Krankenhaus, etwa im Rahmen des Delir-Präventionsprogramms help+.

Das Projekt „Erkennen und Handeln – Bedürfnisorientierte Behandlung im Krankenhaus bei Demenz und kognitiver Einschränkung“ wurde durch die Abteilung für Gerontopsychiatrie am Evangelischen Klinikum Bethel umgesetzt. Ziel des Projekts war es, Patientinnen und Patienten mit kognitiven Störungen zu identifizieren und durch nachhaltige Maßnahmen eine Verbesserung der Versorgung herbeizuführen. Dies sollte durch drei sich überlappende Module erreicht werden: Schulungen, Intervention und Begleitforschung. Die Module wurden auf einer (somatischen) Pilotstation und klinikübergreifend umgesetzt. Zur Schulung der Mitarbeitenden auf dieser Station und dann später krankenhaushausweit wurde jeweils ein entsprechendes Programm entwickelt, durchgeführt und evaluiert. Als Intervention erfolgte u. a. die Einrichtung und Evaluation eines demenzgerechten Musterzimmers auf der Pilotstation. Darüber hinaus wurden im Projekt Bielefelder Hausärzte zur Demenzversorgung und zu deren Koordinierungsbedarf befragt, eine Informationsplattform entwickelt, eine Notfallmappe erstellt und Lehrfilme produziert.

Die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation der oben genannten Maßnahmen wäre ohne die Förderung der Robert Bosch Stiftung nicht möglich gewesen. Durch die Unterstützung wurde zudem klinikweit eine lebhafte und vor allem sichtbare und nachhaltige Diskussion und Reflexion der Thematik angeregt.

Als ein wesentlicher Erfolg der Projektförderung ist anzusehen, dass es gelungen ist, eine längerfristige Perspektive inkl. einer Eigenmittelfinanzierung für „Erkennen und Handeln“ zu entwickeln. Zukünftig sollen die bestehenden Angebote für vulnerable ältere Menschen zusammengeführt werden und den Patienten im gesamten Haus zur Verfügung stehen. Das Gesamtangebot soll in der alltäglichen Versorgung wirksam werden und sich in der strategischen und strukturellen Ausrichtung des Evangelischen Klinikums Bethel spiegeln.



DiADem – Die Entwicklung einer Konzeption im Akutkrankenhaus für Menschen mit Demenz

Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart

Das Robert-Bosch-Krankenhaus (RBK) in Stuttgart verfügt als Krankenhaus der Zentralversorgung über 800 Akutbetten auf 25 Stationen. Ziel des geförderten Projekts war es, eine Konzeption für eine demenzsensible Versorgung auf den Akutstationen zu entwickeln.

Kernstück war eine zehn Betten umfassende Spezialeinheit zur internistischen Behandlung geriatrischer Patienten mit kognitiven Einschränkungen. Auf der Station für „Kognitive Geriatrie“ kann spezifisch auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Einschränkungen eingegangen werden. Zu den Elementen der segregativen Behandlungseinheit gehören Strukturvariablen wie Orientierungshilfen, Hilfsmittel zur Abwendung von Gefahren sowie abgestimmte Prozesse über ein Bezugspersonenkonzept, ein Angebot von Therapie und gemeinschaftlichen Alltagsaktivitäten. Das Entlassungsmanagement ist von besonderer Bedeutung, es bedarf geschulter Mitarbeiter.

Angesichts des Gesamtversorgungsauftrags deckt die kleine Spezialeinheit den Bedarf an beschützenden Maßnahmen am RBK nicht. Kernprozess zur Lenkung der Patienten auf die Kognitive Geriatrie und zur Sensibilisierung der Stationen, die darüber hinaus kognitiv eingeschränkte Patienten aus der Notaufnahmезentrum aufnehmen, ist die Erfassung der kognitiven Einschränkung bereits bei der Aufnahme in das RBK. Nachdem die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz in den verschiedenen Abteilungen des Akutbereichs analysiert und die Mitarbeiter über Schulungsmaßnahmen für die Bedarfe der Menschen mit Demenz sensibilisiert wurden, stand am Ende des geförderten Projekts ein Behandlungspfad für Patienten mit der Begleitdiagnose Demenz für den Akutbereich des RBK.

DiADem war ein erster wichtiger Schritt in Richtung demenzsensibles Krankenhaus. Die Spezialeinheit hat sich zum Kompetenzzentrum entwickelt und vermittelt Erfahrungen und die gewonnene Expertise an andere Stationen und Professionen. Aus der Projektgruppe heraus sind Nachfolgeprojekte zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus entstanden.



Robert-Bosch-Krankenhaus



Dr. Petra Koczy

Therapieleitung Abteilung für Geriatrie
und Geriatrische Rehabilitation
petra.koczy@rbk.de

Robert-Bosch-Krankenhaus

Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart
www.rbk.de

INA-Dem: Konzept- und Prozessentwicklung in einer interdisziplinären Notaufnahme zur schonenden Behandlung von Menschen mit Demenz

Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe, Berlin

Die Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH ist ein katholischer Krankenhausträger und Teil der Unternehmensgruppe der Alexianer. Das Krankenhaus Hedwigshöhe ist ein Allgemeinkrankenhaus mit 456 Betten und einer großen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sowie Lehrkrankenhaus der Charité.

Das Projekt INA-Dem startete mit einer qualitativen Befragung der Rettungsdienstmitarbeiter, der multiprofessionellen Notaufnahmeteams sowie der Angehörigen von Menschen mit Demenz. Es wurden Informationen gewonnen, wie Notfallsituationen bei Menschen mit Demenz und ihre Behandlung in der interdisziplinären Notaufnahme (INA) eines Krankenhauses erlebt und welche Defizite erkennbar werden.

Auf dieser Basis war es möglich, Verbesserungen zu erarbeiten, woraus sich die folgenden Ebenen der Weiterentwicklung ergaben: Steigerung der Expertise im Umgang mit Menschen mit Demenz in der Notfallsituation bei allen professionellen Mitarbeitern, Früherkennung der Patientengruppe bei Aufnahme in der INA, Optimierung der Abläufe innerhalb der INA sowie räumliche Gestaltungsempfehlungen für diese vulnerable Patientengruppe.

Es wurde eine multiprofessionelle Fortbildung erarbeitet und Fallkonferenzen innerhalb von Klinikteams zum Umgang mit Menschen mit Demenz eingeführt sowie darüber hinaus ein Curriculum zur Ausbildung für Rettungsdienstsanitäter ausgearbeitet. Als frühes Screening wird in der INA der AMT-4 eingesetzt. Hinweise auf kognitive Defizite führen zu einem Vermerk in der Notfallakte und auf dem Patientenidentifikationsband. Um Menschen mit Demenz das Gefühl von Schutz und Übersicht zu ermöglichen, wurde eine sogenannte Warteinsel entwickelt, in der INA aufgebaut, evaluiert und Verbesserungsvorschläge umgesetzt.

Über ein Symposium mit Workshops für rund 120 Teilnehmer und die Veröffentlichung eines frei zugänglichen Erfahrungsberichts wurden die Erkenntnisse auch über das eigene Haus hinaus der Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt.



Prof. Dr. Vjera Holthoff-Detto
Chefärztin
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
psychiatrie-khh@alexianer.de

Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe
Höhensteig 1, 12526 Berlin
www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de

Technische Universität Dresden
Medizinische Fakultät
Fetscherstraße 74, 01309 Dresden

Akutkrankenhaus als „window of opportunity“

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Berlin

Das Evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) in Berlin ist ein modernes Krankenhaus der Akut- und Regelversorgung mit 15 Fachabteilungen, 772 Betten, sechs hoch spezialisierten Zentren, acht Tageskliniken und eigener Krankenpflegeschule. Über 1.000 Mitarbeitende versorgen somatische und psychiatrische Patienten aus der Region Berlin-Ost. Der Anteil an Patienten über 70 Jahre liegt bei etwa 60 Prozent.

Innovativer Leitgedanke des Projekts ist es, nicht nur Risiken und Belastungen des Krankenhausaufenthalts zu reduzieren, sondern ihn als Chance zu nutzen, Betroffene aufgrund der demenziellen Erkrankung zu behandeln und ihre Versorgung dem aktuellen individuellen Bedarf anzupassen.

- Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeitende und Qualifikation zum Pflegeexperten für Demenz mit Multiplikatorenfunktion (Priorität: nichtmedikamentöse Maßnahmen bei Demenz/Delir)
- Stabsstelle Demenz-Delir-Management als koordinierende Schnittstelle zwischen Station und Krankenhausleitung.
- Identifikation von Betroffenen bei (Not-)Aufnahme und Delir-Screening auf den Stationen
- ganzheitliches Versorgungskonzept für ältere Patienten mit kognitiven Einschränkungen inkl. Behandlungspfad Delir
- pflegerische und ärztliche Konsiliar- und Liaisondienste
- Selbsterhaltungstherapie (SET) zur Verbesserung der Situation von Betroffenen und Mitarbeitenden im Stationsalltag und Förderung von Alltagskompetenzen
- Information und Integration von Angehörigen (inkl. Rooming-in)
- Aufbau von Versorgungsnetzwerken
- Einsatz von Betheljahr-Teilnehmern (FSJ/BFD) zur gezielten Begleitung und Betreuung von Menschen mit Demenz in Anlehnung an HELP+ (Hospital Elder Life Program)

Durch die Teilnahme am Förderprogramm konnte in allen Bereichen eine Sensibilität für die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz im Krankenhaus geschaffen werden. Ferner sind Prozesse und Strukturen etabliert, die diese Bedürfnisse berücksichtigen und auch Mitarbeitenden Sicherheit geben. Alle Aspekte des Projekts werden fortgeführt und engagiert weiterentwickelt.



Daniela Dietrich
Demenz-Delir-Management
d.dietrich@keh-berlin.de

**Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge**
Herzbergstraße 79
10365 Berlin
www.keh-berlin.de

Nicht-medikamentöse Modulierung neuro- psychiatrischer Symptome bei Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus (NomedMoDem)

Johanniter-Krankenhaus Bonn

Die Johanniter-Kliniken Bonn umfassen zwei Krankenhausstandorte mit mehr als 600 Betten und einem breiten Spektrum an Fachdisziplinen inklusive Innerer Medizin, Geriatrie mit Neurologie, Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie mit Alterstraumatologie, Urologie, HNO- und Augenheilkunde.

Das Projekt soll den Umgang mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen und deren Angehörigen im Krankenhaus verbessern und beinhaltet Maßnahmen

- zur verbesserten Identifikation von und zum verbesserten Umgang mit Betroffenen (Screenings, Fortbildungen für Mitarbeiter, Schulung von Angehörigen),
- zur Erarbeitung eines Strukturkonzepts (interdisziplinäre Demenzstation und Umgebungsgestaltung anderer Stationen) und
- zur Etablierung/Evaluierung von Verfahren zur psychosozialen Intervention (Kognitionstraining, Reminiszenz, Musiktherapie).

Alle Arbeitsbereiche sind gleichermaßen von Bedeutung und haben das Ziel, das Auftreten neuro-psychiatrischer Symptome und auffälliger Verhaltensweisen zu modulieren (zu verhindern) und den Einsatz zentral wirksamer Medikamente zu minimieren (zu vermeiden), um Behandlung zu verbessern und Komplikationen zu vermeiden.

Neben der Identifikation und der Schulung ist es gelungen, einen Strukturprozess anzustoßen und drei neue Verfahren zur psychosozialen Intervention bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen und Delir zu etablieren, die den Einsatz zentral wirksamer Medikamente in der Delir-Behandlung einsparen. Teile des Projekts haben 2017 den Johanniter-Innovationspreis erhalten.

Am Förderprogramm teilzunehmen hat die Aufmerksamkeit für das Thema wesentlich geschärft, zu wichtigen inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklungen im Haus geführt und maßgeblich den Gedankenaustausch mit den anderen Projektpartnern zum Thema und darüber hinaus befördert. Durch das Projekt wurden entscheidende Weiterentwicklungen angestoßen, die in Zukunft in Alltagsaktivität und Regelversorgung umgesetzt werden müssen. Dies wird die Prozessqualität und damit das Risikoprofil der Einrichtung entscheidend positiv beeinflussen. Die Maßnahmen sollen auch als Vorlage für andere Krankenhäuser des Unternehmens fungieren.



Vernetzte präventive Ansätze zur Vermeidung von Notfallsituationen bei Krankenhausaufnahme und Krankenhausbehandlung

Katholisches Marienkrankenhaus, Hamburg

Das Katholische Marienkrankenhaus mit neun bettenführenden Abteilungen ist ein modernes Gesundheitszentrum in Hamburg, das inzwischen jährlich 90.000 Patienten betreut.

Das Projekt nahm die Situation von Menschen mit Demenz in zwei besonderen Situationen in den Blick, für die bislang kaum demenzfreundliche Konzepte vorgestellt wurden: im Rettungsdienst und damit im Vorfeld einer notfallmäßigen Krankenhausaufnahme sowie im akutmedizinischen Bereich der Alters-traumatologie. Ziel war es, die besondere Gefährdung von Menschen mit kognitiven Störungen so weit wie möglich im Verlauf einer Akutbehandlung zu erkennen und Konzepte zur Vermeidung von Komplikationen zu entwickeln.

Es gelang, ein Schulungskonzept zu etablieren und zu evaluieren, das im Rahmen der Berufsausbildung und Fortbildung von Rettungsfachkräften eingesetzt werden kann. Teilnehmer wurden für den Umgang mit Menschen mit Demenz besonders geschult, um Behandlungsverzögerungen und konflikthafte Zuspitzungen zu vermeiden und das Delir-Risiko zu senken. Ein Instrument für die standardisierte Weitergabe relevanter Informationen in der Rettungskette wurde entwickelt. Im Akutbereich des Krankenhauses wurde durch Schulung von Mitarbeitern aller patientennahen Berufsgruppen, durch Anpassung der Prozesse und durch architektonische Maßnahmen in der Alterstraumatologie die Situation der vulnerablen Zielgruppe verbessert.

Die Umsetzung der genannten Maßnahmen profitierte von der Förderung durch die Robert Bosch Stiftung durch die dadurch ermöglichte stringente Projektsteuerung, durch den Erfahrungsaustausch mit anderen Häusern und nicht zuletzt durch die finanzielle Unterstützung im Laufe des Projekts.

Derzeit laufen Vorbereitungen, ein Projekt mit gleicher Zielsetzung in einer anderen Region zu etablieren. Am ursprünglichen Projektstandort werden die Elemente des Projekts auf den Routinebetrieb umgestellt und auf andere Krankenhausbereiche ausgeweitet.



M A R I E N
K R A N K E N H A U S



Priv.-Doz. Dr. Daniel Kopf *

Chefarzt der Geriatrischen Klinik
kopf.geriatrie@marienkrankenhaus.org

Katharina Hucke

Pflegefachkraft Geriatrie und Demenz
hucke.neuro@marienkrankenhaus.org

Kath. Marienkrankenhaus

Alfredstraße 9
22087 Hamburg
www.marienkrankenhaus.org

* ab Dezember 2019:
daniel.kopf@rhk-kliniken.de

HuBerTDA – Handeln im Hier und Jetzt! Bereit zum Demenz- und Alterssensiblen Krankenhaus

Klinikum Stuttgart

Das Klinikum Stuttgart bietet mit drei Häusern als Krankenhaus der Maximalversorgung mit rund 2.200 Planbetten und tagesklinischen Behandlungsplätzen eine umfassende medizinische Versorgung für Stuttgart und den Mittleren Neckarraum.

Das Projekt HuBerTDA zielt darauf ab, den Akuterkrankungspfad bei kognitiv eingeschränkten und hochaltrigen Patienten durch die ideale Vernetzung vorhandener Expertise und die Ergänzung eines Bündels evidenzbasierter Einzelinterventionen aus „Good-Practice-Projekten“ von der Aufnahme bis hin zur Entlassung zu optimieren. So soll die Delir- und Komplikationsrate (z.B. Dekubiti, Stürze) reduziert, Liegezeiten verkürzt und die Anzahl Reha-Maßnahmen erhöht werden – für eine nachhaltige Lebensqualitätsverbesserung für kognitiv Eingeschränkte und eine höhere Behandlungszufriedenheit bei Angehörigen und Mitarbeitenden. Zu den zentralen Bausteinen zählen:

- kognitive Kurzscreenings im Aufnahmeprozess der Zentralen Notaufnahme bei allen Patienten ab 70 Jahre
- Definition und Abstimmung von demenz- und alterssensiblen Behandlungsschritten in Ergänzung zum definierten Behandlungspfad des Akutproblems
- Schulung aller Berufsgruppen der Pilotstation, ZNA, Case Management sowie intensive Schulung ausgewählter „Demenzkoordinatoren“
- Umsetzung evidenzbasierter demenz- und altersspezifischer Interventionen auf der Pilotstation: Einsatz von „Demenzkoordinatoren“, Raumanpassungen in Aufenthaltsbereichen und Patientenzimmern, Einführung des Delir-Präventionsprogramms „Aktiver“

Das Projekt war ein Meilenstein auf dem Weg, die Versorgung von Menschen mit Demenz und kognitiven Einschränkungen im Krankenhaus qualitativ zu verbessern, und hat darüber hinaus die multiprofessionelle Vernetzung und Zusammenarbeit der verschiedenen Fachbereiche und Berufsgruppen gestärkt.

Das Delirpräventionsprogramm „Aktiver“ wird als Regelversorgung zukünftig auf alle Standorte des Klinikum Stuttgarts ausgeweitet. Über die innovationsfondsgeförderte PAWEL-Studie erfolgt eine wissenschaftliche Evaluation und Vernetzung mit anderen Krankenhäusern in Baden-Württemberg.



PD Dr. Christine Thomas
Ärztliche Direktorin
c.thomas@klinikum-stuttgart.de

Cathleen Koch
Pflegerische Zentrumsleitung
c.koch@klinikum-stuttgart.de

**Klinikum Stuttgart –
Krankenhaus Bad Cannstatt**
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie für Ältere
Prießnitzweg 24
70374 Stuttgart
www.klinikum-stuttgart.de

Optimiertes Schmerzmanagement bei Demenz (OSD)

Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg

Das Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg ist ein Krankenhaus der Regelversorgung mit einem breiten Leistungsspektrum in der Akut-, Notfall- und Spezialversorgung. Rund 750 Mitarbeiter versorgen circa 36.000 Patienten im Jahr stationär und ambulant. Das Krankenhaus verfügt über insgesamt 14 Abteilungen.

Grundidee des Projekts war, dass ein scheinbar unerklärliches Verhalten bei einem demenzkranken Menschen in der Regel einen identifizierbaren Grund hat. Mithilfe von „Serial Trial Interventions“ (STI) – adaptiert für das Setting Krankenhaus und ergänzt durch ein standardisiertes Schmerzassessment – wurden bei jedem herausfordernden Verhalten nach dem Trial-and-Error-Prinzip mögliche Ursachen stufenweise abgeklärt und möglichst abgestellt.

Durch intensive Schulung eines Großteils der Mitarbeiter (Schulungsrate 74,4 Prozent) konnte ein höheres Bewusstsein für die Bedürfnisse demenzkranker Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen gebildet werden. Die Mitarbeiter wurden zu STI und verschiedenen Interventionsmöglichkeiten geschult und erhielten eine Pocket-Broschüre mit den wesentlichen Schulungsinhalten zur Erleichterung der täglichen Arbeit am Patienten.

Überraschenderweise blieb allerdings nach den Schulungen eine Erhöhung des Analgetika-Einsatzes aus. Hinsichtlich nichtpharmakologischer Maßnahmen wurden jedoch signifikant mehr Mobilisationen und Lagerungswechsel an den Patienten vorgenommen. Ebenso boten die Pflegekräfte bei herausfordernden Verhaltensweisen häufiger Getränke und Essen an.

Das Projekt ermöglichte es, eine neue Herangehensweise an herausfordernde Verhaltensweisen zu entwickeln und zu etablieren. Hierdurch wurde das Bewusstsein für die besonderen Bedürfnisse demenzkranker Menschen geschärft und die Mitarbeiter erhielten ein Instrument zur Selbsthilfe im Alltag. Eine zukünftige Herausforderung wird die Verstetigung des Entwickelten in einer sich rasch ändernden Krankenhauswelt mit hoher Fluktuationsquote unter den Mitarbeitern und personellen Engpässen sein.



Malteser
...weil Nähe zählt.



PD Dr. Albert Lukas

Chefarzt Zentrum für Altersmedizin
albert.lukas@malteser.org

Malteser Krankenhaus

Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg

Von-Hompesch-Straße 1
53123 Bonn

www.malteser-krankenhaus-bonn.de

DemSens – Demenzsensibles Krankenhaus

Sana Klinik Bethesda Stuttgart

Die Sana Klinik Bethesda Stuttgart ist ein Krankenhaus der Allgemeinversorgung mit einer über 100-jährigen Tradition im Zentrum von Stuttgart und verfügt über 150 Betten.

Im Jahr 2016 wurde die „Vergiss-mein-nicht-Station“ in unserer Klinik etabliert und hat zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung von Patienten mit fortgeschrittener Demenz oder akutem hyperaktiven Delir geführt. Neben den Patienten und Angehörigen profitiert auch die Qualität der Pflege von den baulichen und organisatorischen Besonderheiten dieser Station. Dies zeigt sich auch beim Rückgang der Belastung der Pflegekräfte. Dort stationär behandelten Patienten wird der notwendige Raum für den teilweise gesteigerten Bewegungsdrang gegeben, ohne dass sie dabei Gefahren ausgesetzt sind. Der große Gemeinschaftsraum kann für vielfältige Aktivitäten genutzt werden, unterstützt auch das gemeinsame Essen und therapeutische Maßnahmen. Besonders positiv ist, dass sich mit diesem Konzept die freiheitsentziehenden Maßnahmen fast vollständig vermeiden lassen.

Die Versorgungsmöglichkeit von Patienten auf einer segregativen Station ist in einer Klinik der Akutversorgung, in der die Effizienz des Tagesablaufs eine große Rolle spielt, von Vorteil. Der häufige Wechsel von Zimmernachbarn oder der Wechsel in andere Patientenzimmer kann vermieden werden – und sorgt für eine deutlich wahrnehmbare Ruhe auf der Station. Für unser Pflegeteam besteht darüber hinaus die Möglichkeit zwischen dieser, auf Demenz spezialisierten, Station und der Station mit internistischen und geriatrischen Patienten zu wechseln. Das wirkt der Belastung der Pflegekräfte bei der Pflege von Patienten mit Demenz entgegenzuwirken und sorgt gleichzeitig für Wissenstransfer.

Das akute Delir mit seinen teilweise ähnlich gelagerten Pflegeproblemen steht dieses Jahr im Fokus. Hier profitieren wir von den langjährigen Erfahrungen der Demenzstation. Ziel ist es, noch mehr Schulungsangebote und Aktivitäten für die Angehörigen und unsere Demenzbegleiter anzubieten, um diese langfristig in die Pflegeprozesse einzubinden.



**Sana Klinik
Bethesda Stuttgart**



Dr. Christoph Manegold

Chefarzt der Klinik für Innere Medizin,
Gastroenterologie, Diabetologie und
Altersmedizin
kbs-inn.medizin@sana.de

**Sana Klinik Bethesda
Stuttgart**

Hohenheimer Straße 21
70184 Stuttgart
www.bethesda-stuttgart.de

Verbesserung der Identifizierung und Betreuung von Patienten mit Demenz und Delir in der Notaufnahme

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

Die Charité ist eine der größten Universitätskliniken in Deutschland mit ca. 100 Kliniken und Instituten. Als Krankenhaus der Maximalversorgung werden an der Charité verschiedenste Krankheitsbilder an drei klinischen Standorten behandelt.

Das Gemeinschaftsprojekt der Zentralen Notaufnahme und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie zielt auf die Verbesserung der Identifizierung und Betreuung von Patienten mit Demenz und Delir in der Notaufnahme ab. Diese Patienten stellen dort eine Hochrisikogruppe mit prognostisch schlechterem Verlauf dar und sind aufgrund der emotionalen wie auch zeitlichen Belastung insbesondere für Pflegekräfte eine große Herausforderung.

Die Probleme werden durch zwei verschiedene Ansätze angegangen:

1. Strukturierte Schulungen mit praktischen Übungen für Pflegekräfte und Ärzte im Rahmen eines gerontopsychiatrischen Curriculums mit abschließender Prüfung: Inhaltlich stehen dabei die Diagnostik und die Behandlung (vor allem nichtpharmakologische Behandlungsmöglichkeiten) von Demenz und Delir im Vordergrund. Die frühzeitige Delir-Erkennung in der Notaufnahme mittels eines auf dem 4AT basierenden Screenings ist ebenfalls ein zentraler Baustein der Schulung.
2. Durch speziell geschulte und geprüfte ehrenamtlich tätige Notaufnahmelotsen werden ältere Patienten während ihres Aufenthalts in der Notaufnahme begleitet. Dabei sollen die Lotsen besonders auf die besonderen Bedürfnisse und Veränderungen dieser Patienten achten und so zur Beruhigung beitragen.

Effektivität und Nachhaltigkeit dieser beiden Ansätze werden derzeit wissenschaftlich evaluiert. Erste Ergebnisse zeigen, dass die Patienten deutlich von den Lotsen profitieren und sehr dankbar für die angstreduzierende Begleitung sind. Auch das Personal bewertet die Einsätze als hilfreich und sinnvoll. Dies unterstreicht den direkten Nutzen für die Patienten. Die Einsätze der Notaufnahmelotsen (u. a. auch Medizinstudierende) sollen dauerhaft implementiert werden.



Prof. Dr. Rajan Somasundaram

Ärztlicher Leiter Notaufnahme
rajan.somasundaram@charite.de

Prof. Dr. Isabella Heuser

Direktorin der Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
isabella.heuser@charite.de

**Charité –
Universitätsmedizin Berlin**

Campus Benjamin Franklin
(CBF)

Hindenburgdamm 30
12203 Berlin
www.charite.de

Sektorenübergreifende Delirprävention im Einzugsgebiet

Klinikum Hochsauerland, Arnsberg

Das Klinikum Hochsauerland umfasst vier Standorte in den Städten Arnsberg und Meschede. In 32 Kliniken und vier Instituten mit insgesamt 927 Betten bietet es ein umfassendes Angebot an Gesundheitsleistungen von der breiten Grund- und Regelversorgung bis hin zu Schwerpunktzentren.

Eine frühzeitige Delir-Erkennung mit einer frühzeitigen Einleitung entsprechender Interventionen reduziert vitale Gefährdungen, vermeidbare Behandlungskomplikationen sowie Fehlverordnungen bei Delir-Patienten und ermöglicht eine schnelle Reorientierung.

Das Modellprojekt fokussiert auf die Verbesserung der Behandlungsqualität durch die Etablierung eines Risikoscreenings bei Alterspatienten und eines Delir-Screenings in allen Abteilungen sowie durch Wissensvermittlung in Form von Multiplikatorenschulungen.

Schulungsschwerpunkte sind insbesondere Informationen über Wechselwirkungen und Interaktionen von Arzneimitteln, zu Grundlagen der Kommunikation und Deeskalation sowie die Vermittlung von Erkenntnissen ethischer und rechtlicher Aspekte. Schulungen finden auch für Mitarbeiter ambulanter und stationärer Senioreneinrichtungen sowie für interessierte Angehörige statt. Weiterbildungsangebote richten sich auch an Hausärzte im Einzugsgebiet. Darüber hinaus sind Schulungen für niedergelassene Apotheker in Planung, da diese maßgeblich zur Pharmakosicherheit beitragen.

Ein „Logbuch Delir“, das alle wichtigen Informationen, Regelungen und Dokumente enthält, die im Fall einer Delir-Erkrankung von Bedeutung sind, ist in Konzeption und soll über die Klinikwebsite bereitgestellt werden. Auch eine Checkliste „Polypharmazie“ wird entwickelt. In Planung ist darüber hinaus das Etablieren einer multiprofessionellen Delir-Fallbesprechung.

Die bisherigen Maßnahmen zeigen eine positive Resonanz und eine hohe Akzeptanz sowie bereits einen verbesserten und sicheren Umgang mit dem Krankheitsbild Delir. Dies ist ein positiver Impuls für die Bemühungen aller Beteiligten und den weiteren Projektverlauf.



Klinikum Hochsauerland
Akademisches Lehrkrankenhaus
Westfälische Wilhelms-Universität Münster



Dr. med. Meinolf Hanxleden
Chefarzt der Klinik für Geriatrie
m.hanxleden@klinikum-hochsauerland.de

Gabriele Kotthoff
Medizincontrolling und Projektmitarbeit
g.kotthoff@klinikum-hochsauerland.de

Klinikum Arnsberg
Springufer 7
59755 Arnsberg
www.klinikum-hochsauerland.de

Interdisziplinäres und multiprofessionelles Medikations-/Polypharmaziemanagement bei Menschen mit Demenz

Geriatrischer Schwerpunkt Göppingen

Das Projekt wird durch den von zwei regional versorgenden Kliniken getragenen Geriatrischen Schwerpunkt Göppingen umgesetzt (Alb Fils Kliniken, Klinikum Christophsbad).

Die Projektgruppe geht den vielfältigen Fragen nach, die sich bezüglich medikamentöser Therapie bei Menschen mit Demenz auf medizinisch-pharmakologischem Gebiet ebenso wie bei der Umsetzung von Verordnungen im Alltag in einem sektorenübergreifenden, multiprofessionellen Kontext ergeben. Im Fokus stehen dabei Patienten mit Demenz, bei denen das Kriterium der Polypharmazie (Einnahme von fünf und mehr Medikamenten) erfüllt ist.

Zunächst erfolgt mittels einer genauen Erfassung der verordneten Medikation und verschiedener medizinisch-geriatrischer Parameter eine Bestandsaufnahme der Pharmakotherapie bei stationär behandelten Menschen mit Demenz. Dies geschieht in einem Allgemeinkrankenhaus (Alterstraumatologie) und in einer Klinik für Gerontopsychiatrie.

In der Interventionsphase werden auf dieser Basis Maßnahmen mit dem Ziel einer Verbesserung der Qualität der Pharmakotherapie umgesetzt. Ärzte und Pflegekräfte werden zu wesentlichen Inhalten der Alterspharmakologie und insbesondere zum Umgang mit Polypharmazie geschult. Maßnahmen zur Optimierung von Abläufen, die den Prozess der Verordnung von Medikamenten bis hin zur Umsetzung dieser Verordnungen betreffen, werden geprüft und ggf. umgesetzt. 2020 werden die durchgeführten Interventionen im Zuge einer zweiten Datenerhebung evaluiert.

Der wesentliche Gewinn des Projekts besteht bisher in einer Sensibilisierung der Mitarbeiter für die vielfältigen Potenziale und Risiken der Anwendung von Medikamenten – speziell bei Polypharmazie – bei einer hochvulnerablen Patientengruppe. Da Pharmakotherapie immer im Kontext eines verschiedenen Komponenten beinhaltenden therapeutischen Settings stattfindet, ergeben sich darüber hinaus auch wesentliche Bezüge zu weiteren, die medizinische und psychosoziale Versorgung von Menschen mit Demenz betreffenden Qualitätsaspekten.



KLINIKUM
CHRISTOPHSBAD

**Dr. Dionyz Bajtay**

Ltd. Arzt des Geriatrischen Schwerpunkts
Alb Fils Kliniken

Dr. Karsten Henkel / Prof. Dr. Walter Hewer

Chefarzt der Klinik für Gerontopsychiatrie
Klinikum Christophsbad
info@christophsbad.de

Klinikum Christophsbad

Faurndauer Straße 6–28
73035 Göppingen
www.christophsbad.de

Screening und Therapie von Malnutrition bei Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus

OsteMed Klinik Bremervörde

Die OsteMed Kliniken und Pflege GmbH stellt mit Krankenhausstandorten in Bremervörde und Zeven den Versorgungsauftrag der gehobenen Grund- und Regelversorgung in der Region sicher. In der geriatrischen Abteilung des Klinikum Bremervörde werden jährlich ca. 800 Patienten behandelt, von denen etwa ein Drittel unter kognitiven Einschränkungen oder Demenz leidet.

Im Rahmen des Förderprojekts werden Lösungen für demenzbedingte Mangel- und Unterernährung erarbeitet, um deren Folgen wie ernährungsbedingter Zunahme der Demenz, ungünstigen Krankheitsverläufe, einer erhöhten Mortalität sowie dem Verlust an Muskelmasse und damit einem erhöhten Sturz- und Dekubitus-Risiko entgegenzuwirken.

Dazu werden Maßnahmen entwickelt, um diese Risikogruppe besser zu erfassen, und Indikatoren für das Vorliegen einer Mangelernährung definiert, die auch zur Verlaufsbeurteilung geeignet sind (wie die laufende Erfassung des Gesamteiweiß- und Albuminspiegels) als Ergänzung zu BMI-, Handkraft- und Tinetti-Score bei Aufnahme und Entlassung.

Zu den implementierten Maßnahmen, um einer Mangelernährung frühestmöglich entgegenzuwirken, zählen Auswahl, Umfang und Häufigkeit des Speisenangebots, Rahmenbedingungen bei den Mahlzeiten (Umgebungsgestaltung, aber auch Ruhe und Zeitrahmen) sowie Prozessanpassungen dahin gehend, dass Betroffene nicht während der Essenszeiten zu apparativen Untersuchungen abgerufen werden oder dass nach dem Frühstück und dem Mittagessen eine Therapiesperre besteht, sodass die Patienten mehr Zeit zur Nahrungsaufnahme haben.

Durch das Projekt hat sich auf der geriatrischen Station ein deutlich gestärktes Bewusstsein für die Wichtigkeit des Essens als eines komplexen, sozialen Vorgangs entwickelt. Essen bedeutet nicht nur Nahrungsaufnahme, sondern schafft auch Entspannung, Wohlfühl und letztlich Geborgenheit – wichtige Aspekte für die hauptsächlich emotional ansprechbaren Patienten mit der Nebendiagnose Demenz.

Da generell bei älteren Menschen das veränderte Essverhalten einen Risikofaktor für eine Mangelernährung darstellt, wird im nächsten Schritt ein Konzept erarbeitet, das auch in anderen Abteilungen anwendbar ist.



WOHIN? Entscheidungspfad zur Entlassungsplanung bei Patienten mit der Nebendiagnose Demenz im Akutkrankenhaus

Universitätsklinikum Magdeburg

Das Projekt wird im Universitätsklinikum unter Beteiligung der Universitätskliniken für Kardiologie und Angiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie und Urologie durchgeführt, wobei der Schwerpunkt der Aktivitäten in der Unfallchirurgie liegt.

Die Zielgruppe sind ältere Patienten mit Demenz (oder mit kognitiven Beeinträchtigungen, die voraussichtlich länger anhalten und für die Alltagsbewältigung relevant sind), die bisher in einem privaten Haushalt wohnen und wegen somatischer Beschwerden behandelt werden.

Ein Krankenhaus wird häufig zu dem Ort, an dem über den Wohnortwechsel entschieden wird oder die Weichen für eine zeitnahe Entscheidung gestellt werden. Im Rahmen des Projekts wird nach Möglichkeiten gesucht, bei der Wohin-Frage Fehlentscheidungen zu minimieren und die Chancennutzung für eine Verbesserung der Versorgungssituation zu unterstützen.

Vorgehensweise:

1. Prüfung der bisherigen Vorgehensweisen mittels einer empirischen Verlaufsuntersuchung und der Analyse der internen Bestimmungen des Klinikums zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V
2. Optimierung der Entscheidungsstandards auf der Basis von Experteneinschätzungen aus mehreren Fachbereichen (u. a. Geriatrie, Pflege, Medizinethik, Versorgungsforschung) und Erfahrungen von behandelnden Mitarbeitern
3. Implementierung der mit den Mitarbeitern in Arbeitsgesprächen beschlossenen und von ihnen umzusetzenden optimierten Entscheidungsstandards
4. Beurteilung der Akzeptanz der optimierten Standards

Im Rahmen des Projekts wird auf jeden Fall die dringend notwendige Sensibilisierung der Mitarbeiter somatischer Stationen für die Relevanz des kognitiven Status von Patienten für die Entscheidungen zur Behandlung und zur Entlassung erreicht.



Prof. Dr. Notger Müller

Universitätsklinik für Neurologie
notger.mueller@med.ovgu.de

Dr. phil. Barbara Romero

Wissenschaftliche Beraterin
romero@t-online.de

Universitätsklinikum Magdeburg

Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
www.med.uni-magdeburg.de

7.2

Interviews mit weiteren Schlüsselprojekten

7.2.1 Interview mit Frau Cornelia Plenter, Projekt Blickwechsel Demenz, Der Paritätische NRW



„Wir befähigen Krankenhäuser, eigene Konzepte zu entwickeln.“

Frau Plenter, Blickwechsel Demenz gibt es bereits seit 2005. Erinnern Sie sich noch an die Anfänge?

Der Paritätische NRW hat 2005 gefördert durch die Stiftung Wohlfahrtspflege in vier Kliniken in NRW begonnen und dann gemerkt, dass die Nachfrage hoch und das Interesse groß ist. In einem zweiten Projekt sind dann die Erkenntnisse aus dem ersten Projekt in der Region Herdecke umgesetzt und vertieft worden. Als wichtiger Meilenstein ist da die Tagesbetreuung „Teekesselchen“ als tagesstrukturierendes Element für Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus implementiert worden. Die Ergebnisse waren gut und sind wissenschaftlich evaluiert worden durch das IPW Bielefeld. Das heißt, wir konnten zum ersten Mal belegen, dass wir Menschen mit einem guten tagesbetreuenden Angebot während des Krankenhausaufenthalts stabilisieren können. Anschließend konnten wir mit Förderung durch das Gesundheitsministerium ein einrichtungsübergreifendes Workshop-Programm für Kliniken in NRW anbieten. Das war ein sehr wichtiger Meilenstein, mit den Erkenntnissen in die Kliniken gehen zu können und diese durch Multiplikatoren in den Kliniken fest zu verankern. Man kann also sagen, es gab eine Phase des Wissensaufbaus und eine zweite Phase des Transfers in die Fläche.

Können Sie kurz beschreiben, wie die Workshops ablaufen?

Das sind insgesamt sechs Workshops mit den verschiedenen Angeboten. Im Fokus stehen Fachbeiträge, kollegialer Austausch, Peergroup-Arbeit und der Kontakt zu den Mitarbeitenden. Die Geschäftsführung wurde über eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit verbindlich eingebunden. Die Geschäftsführung musste zwei Mitarbeitende für die Teilnahme am Workshop-Programm benennen. Außerdem

haben wir ganz explizit alle Geschäftsführungen zu der Auftaktveranstaltung eingeladen, sodass sie über die Inhalte, die Dynamik und die Strukturen informiert sind und im Dialog stehen. An diesem ersten Workshop nahmen die Geschäftsführungen gemeinsam mit den Mitarbeitenden teil. Die beiden Mitarbeitenden stimmten sich danach ab: Immer eine Person aus dem Tandem kommt zum Workshop. Die Workshops dauern einen ganzen Arbeitstag, von 9.30 Uhr bis 16.30 Uhr.

In Abstimmung mit den Bedürfnissen der Teilnehmenden hatten wir Themen wie demenzsensible Medikamentierung, tagesbetreuende Angebote, Milieugestaltung und demenzsensible Architektur. Zwischen den Workshops haben sich die Zuständigen in regionalen Peergroups getroffen, sodass sie dort noch einen kollegialen Austausch hatten. Ein weiterer integraler Baustein der Workshops ist die Selbsterhebung durch unseren Selbsteinschätzungsbogen, um damit die Reflexion und den Stand der Umsetzung in den einzelnen Kliniken selbst vor Augen haben zu können.

Was war das Ziel der Workshops?

Der Ansatz war, die Kliniken zu befähigen, eigene Konzeptionen zu entwickeln. Vielleicht ist es bei einer Klinik so, dass gute Erfahrungen mit den Grünen Damen gemacht wurden, und dort ist dann der Ansatz zu sagen, wir möchten die Grünen Damen in der Angehörigenbegleitung und in der demenzsensiblen Betreuung weiter befähigen. Es kann aber auch sehr gut sein, dass eine andere Klinik sagt, wir bauen im Moment eine Geriatrie auf und wir möchten den Wissenstransfer in die Akutfachbereiche bringen und darüber Elemente der demenzsensiblen Versorgung in die Normalversorgung bringen. Oder in einer Klinik ergibt sich die Situation, dass Bettenabbau umgesetzt werden muss und dadurch Räume frei werden. Dadurch bietet sich gegebenenfalls die Möglichkeit, tagesbetreuende Angebote auf unterschiedlichen Stationen und Fachbereichen zu platzieren und damit die Strukturen zu verfestigen.

Welchen Vorteil haben die Häuser davon, an den Workshops teilzunehmen?

Die Kliniken profitieren davon, weil sie ein kostenfreies Fortbildungsangebot für Multiplikatoren wahrnehmen können. Die Freistellung haben die Kliniken selbst übernommen und das Engagement von zwei Mitarbeitenden pro Klinik war damit sichergestellt. Und die selbst organisierte Peergroup-Arbeit, die Reflexion und die Teilnahme am Selbsteinschätzungsbogen waren damit auch gesichert. Unterstützend wirkt auch, dass der Paritätische NRW mit der Krankenhausgesellschaft und den Ärztekammern in Westfalen-Lippe und in Nordrhein eine gute Kooperation hat, einen guten Expertenaustausch. Was sicherlich auch noch eine große Rolle spielt, ist unser Expertennetzwerk „Netzwerk Demenz im Krankenhaus“. Durch Unterstützung des Gesundheitsministeriums können wir uns hier zweimal im Jahr in unserer Expertenrunde treffen und den fachlichen Austausch vertiefen.

Jetzt haben sich die Erfolge in den Krankenhäusern sicher auch unterschiedlich entwickelt. Was sind denn aus Ihrer Erfahrung heraus besondere Herausforderungen für Krankenhäuser oder wo liegen Schwierigkeiten in der Umsetzung von Demenzsensibilität?

Wir wissen ja, dass die Kliniken in der gesamten Republik vor Herausforderungen stehen, und da ist die Demenzsensibilität nur eine von vielen Aufgaben. Wenn die Geschäftsführung den Prozess unterstützt und personelle Kontinuität gesichert ist, dann gelingt der Prozess. Und die Ressourcen für die Mitarbeitenden müssen freigestellt sein. Günstig ist, wenn im Haus schon Projekterfahrung vorhanden ist. Von Vorteil ist zudem, wenn das Qualitätsmanagement sich bereits durch Verfahrensanweisungen konkretisiert hat im Bereich der demenzsensiblen Maßnahmen. Außerdem ist es immer günstig, wenn eine Position für einen Demenzkoordinator oder eine Demenzkoordinatorin mit Freistellung für die Umsetzung demenzsensibler Prozesse eingerichtet ist.

Wie würden Sie es einschätzen, wie weit sind Sie mit der Demenzsensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen?

Wir haben insgesamt fast 100 Kliniken erreicht, wir haben in NRW im Moment 344 Kliniken, das heißt, wir sind da in einem guten Prozess. Wir haben viele Kliniken in der Fläche und auch in der Tiefe erreicht. In unserer über zehnjährigen Projektreihe konnten wir viele Erkenntnisse in die Fläche tragen und innerhalb der Strukturen auch eine gewisse Stabilität aufbauen über die guten Kooperationspartner, beide Ärztekammern, die Krankenhausgesellschaft und das Ministerium. Und das Gesundheitsministerium hat auch eine neutrale Plattform für den fachlichen Diskurs in der Expertenrunde geschaffen. In unserem „Netzwerk Demenz im Krankenhaus“ sind viele relevante Player platziert, die sich zweimal im Jahr treffen. Dazu gehören die Alzheimer Gesellschaft, Hochschulen, die Wissenschaft, die Gesundheitspolitik und Kliniken aus NRW. Das führt auch noch mal dazu, dass die Expertendiskussion aktiviert wird und die Ideen für weitere Umsetzungen erweitert werden. Die Düsseldorfer Charta für den Umgang mit Menschen mit Demenz im Krankenhaus wurde entwickelt, unter dieser Überschrift haben sich alle Kliniken aus Düsseldorf zusammengefunden und erklärt, dass sie sich für die Demenzsensibilität einsetzen und für die Umsetzung garantieren. Es gibt ähnliche Prozesse in Essen und Wuppertal.

Da haben Sie in NRW auch als Region schon viel erreicht. Welche Rolle hat denn das externe Projektmanagement auf dem Weg zum Erfolg gespielt?

Wir gestalten das „Netzwerk Demenz im Krankenhaus“ mit fachlichen Beiträgen und wir fördern die Diskussion unter den Teilnehmern. Es sind mittlerweile über 60 Personen in diesem Netzwerk engagiert und es nehmen immer 25 bis 30 Personen teil. Das heißt, wir haben für die Fachdiskussionen gesorgt, haben die entsprechenden Player an einen Tisch gebracht, mit Unterstützung des Gesundheitsministeriums. Es ist von erheblicher Bedeutsamkeit, wenn das Ministerium zur Teilnahme an einem solchen Netzwerk auffordert.

Welche Erfahrungen haben Sie mit der Einbindung von Ärzten gesammelt?

Wir haben vier Fachtage gemeinsam mit den beiden Ärztekammern in NRW durchgeführt und es haben immer über 100 Ärzte teilgenommen. Wir haben zwei Themen festgelegt, demenzsensibler OP-Bereich und demenzsensible Notaufnahme, und haben auch den sektorenübergreifenden Aspekt eingebracht. Die Krankenhausgesellschaft ist auch ein sehr relevanter Player, weil sie den direkten Zugang zu allen Kliniken hat. Über die gemeinsamen Veranstaltungen mit diesen Partnern ist die Sichtbarkeit des Themas auch in der Presse gestiegen und auch über Veröffentlichungen in den entsprechenden Fachzeitschriften.

Für das Gespräch bedankt sich Frau Dr. Sabine Kirchen-Peters.

7.2.2 Interview mit Frau Dr. Ursula Sottong, Malteser Deutschland



„Wir schaffen Akzeptanz durch Qualifizierung“

Frau Dr. Sottong, wie sind Sie auf die Idee gekommen, sich als Malteser dem Thema „Demenz im Krankenhaus“ zu widmen?

Wir haben gemerkt, dass sich durch Patienten, die neben ihrer Akuterkrankung die Diagnose Demenz „huckepack“ mit ins Krankenhaus bringen, viele Herausforderungen ergeben. Zu nennen sind unter anderem Delir, Sturz, kognitive Verschlechterung, verlängerter stationärer Aufenthalt durch erhöhte Morbidität bis hin zu erhöhter Mortalität usw. Diese Menschen tragen also das Risiko in sich, dass sich ihre Situation durch den stationären Aufenthalt weiter verschlechtert. Zudem benötigen diese Patienten nicht nur in der Pflege, sondern auch in Diagnostik und Therapie deutlich mehr Zuwendung und Zeit, was für alle Beteiligten eine zusätzliche Herausforderung darstellt. Auch die Mitpatienten fühlen sich oft durch Patienten mit der Nebendiagnose Demenz gestört. Als Reaktion auf den Krankenhausaufenthalt sind sie ja oft unruhig und wandern auch nachts umher. So wurde in unseren Häusern schon früh darüber nachgedacht, dass man neue Lösungsansätze in der Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz braucht. Denn in allen Abteilungen eines Krankenhauses – mit Ausnahme von Geburtshilfe und Pädiatrie – trifft man heute auf Menschen mit einer Demenzerkrankung.

Sie setzen in Ihren Häusern mit dem Silviahemmet-Konzept einen besonderen Ansatz um. Was bedeutet das konkret für ein Akutkrankenhaus?

Demenzerkrankungen sind bis heute – bis auf wenige Ausnahmen bei den sekundären Formen – noch immer nicht heilbar. Das Silviahemmet-Konzept nimmt darauf Bezug und basiert auf der Palliativen Philosophie, die die Lebensqualität in den Mittelpunkt der Betrachtungen stellt. Es geht dabei im Wesentlichen um Symptomkontrolle und „person centered care“. Das umfasst auch den Aufbau eines demenzfreundlichen Milieus, die Arbeit im Team, die Einbeziehung der Angehörigen und eine adäquate Kommunikation und Begegnung.

Das erste Haus, das Sie demenzsensibel umgestaltet haben, war St. Hildegardis in Köln.

Wie überträgt man die Erfahrungen eines Hauses auf weitere Kliniken des Unternehmens?

Auf Basis der Erfahrungen im Krankenhaus St. Hildegardis haben die Malteser eine Strategie „Demenz und Krankenhaus“ nach einem Dreistufenkonzept definiert. Dort, wo die baulichen Voraussetzungen gegeben sind, wird eine Special Care Unit für Patienten mit der Nebendiagnose Demenz errichtet. Ansonsten werden integrative Geriatrien aufgebaut. Schließlich erfolgt der Rollout im ganzen Krankenhaus, das heißt, alle Mitarbeitenden werden zum Thema Demenz qualifiziert. Die erste Special Care Unit in Köln haben wir über drei Jahre mit insgesamt 393 Patienten evaluiert. Mittlerweile gibt es eine zweite derartige Unit in Flensburg und Integrative Geriatrien in Duisburg und Bonn.

Vom Beginn an betrachtet: Auf welche Erfolge sind Sie besonders stolz?

Wir sind vor allem stolz auf die hohe Akzeptanz bei allen Beteiligten, Mitarbeitenden, Patienten und Angehörigen. Ganz im Gegensatz zu den üblichen Verschlechterungen dieser Patientengruppe im Krankenhaus sehen wir auch Erfolge im stationären Alltag. So werden die Menschen mit Demenz besser in ihrer Mobilität und in ihren Alltagskompetenzen. Wichtig ist auch, dass wir keine körpernahen Fixierungen von Patienten mit Demenz mehr einsetzen.

Was war die größte Herausforderung auf dem Weg zur Demenzsensibilität?

Die größte Herausforderung war die Überwindung der herkömmlichen Vorstellungen zum Thema Demenz.

Wie schafft man es, das bereits Erreichte zu stabilisieren und Nachhaltigkeit zu schaffen?

Dazu muss man viel positives und regelmäßiges Feedback geben. Eine hohe Mitarbeitermotivation und eine geringe Fluktuation der Mitarbeitenden in allen Bereichen sind wesentliche Erfolgsparameter. Und man muss permanent schulen.

Was empfehlen Sie Krankenhäusern, die sich auf den Weg machen wollen?

Wenn man anfängt, muss zunächst eine strategische Entscheidung der Unternehmensleitung herbeigeführt und ein Finanzierungsplan entwickelt werden. Wichtig ist, die Mitarbeitenden einzubinden und zu sensibilisieren. Die Schulung muss alle Mitarbeitenden in den verschiedenen Dienstbereichen umfassen, um Nachhaltigkeit zu sichern.

Für das Gespräch bedankt sich Frau Dr. Sabine Kirchen-Peters

7.2.3 Interview mit Frau Dr. Simone Gurlit, St. Franziskus-Hospital Münster



„Operationen vom alten Menschen her denken“

Ihr Projekt ist ein Pionierprojekt im Bereich Delir-Management. Können Sie sich noch daran erinnern, wie die Idee aufkam, sich in dem Feld zu engagieren?

Das war im Jahr 2001. Ich war damals Ärztin im Praktikum auf der Intensivstation. Dort habe ich mehrmals gesehen, dass ältere Patienten nach eigentlich unkomplizierter Versorgung eines chirurgischen Bagatelltraumas länger bei uns auf der Station liegen mussten in der Folge eines Delirs. Und ich wusste noch gar nicht, um was es sich handelte. Das hieß damals bei uns „Durchgangssyndrom“. Es war für die älteren Kollegen nichts Exotisches und Neues, man kannte das, aber es wurde so schicksalhaft hingenommen. Und dann bekam ich den Auftrag: „Kümmern Sie sich mal darum.“ Dann haben wir Fördergelder beantragt, weil ziemlich schnell die Idee da war: „Eigentlich bräuchten wir nur jemanden, der sich um diese Patienten kümmert.“ Ganz so ist es ja nicht, wie wir heute wissen.

Könnten Sie noch einmal kurz beschreiben, was die zentralen Bausteine Ihres Ansatzes sind?

Die Grundidee war, dass das Delir, wenn es aufgetreten ist, schwer zu behandeln ist. Deshalb wollten wir uns auf die Delir-Vermeidung konzentrieren. Dafür gibt es keine Medikamente, die man geben kann. Man muss also andere Maßnahmen ergreifen und diese müssen berücksichtigen, welche Risikofaktoren für ein Delir vorliegen. Rund um eine Operation ist besonders wichtig, dass man die Umgebungsfaktoren im Blick hat und eine Betreuungskontinuität herstellt. Um den Patienten in dieser aufregenden Zeit, mit vielen wechselnden Gesichtern und mit neuen Tagesabläufen, zu stabilisieren, beziehen wir Altenpflegerinnen mit ein und nehmen sie im Prozess als integrativen Bestandteil dazu.

Zunächst war das Ganze durch Projektmittel gefördert. Das ist natürlich ein Privileg. So konnten wir erst mal zusätzliche Stellen einplanen. Wir haben uns verschiedene Maßnahmen überlegt und auch wieder verworfen. Jetzt steht unser Konzept und wir haben erreicht, dass wir weniger Delirien haben, dass die Angehörigen zufriedener und die Pflegekräfte entlastet sind und dass auch die Operateure und behandelnden Ärzte das als Gewinn erachten. Die Patienten haben zudem weniger Komplikationen und eine kürzere Verweildauer.

Wie läuft der Prozess konkret ab?

Im Moment sind fünf Altenpflegerinnen und eine ärztliche Leitung im Team. Wenn man als Beispiel die Hüftgelenksnahe Fraktur nimmt, dann ist das ein Patient, der notfallmäßig ins Krankenhaus kommt. Die Altenpflegerin kommt dann schon in der Notaufnahme mit zum Team dazu und macht dort ein kognitives Screening. Hier arbeiten wir mit dem Mini-Mental-State und dem Uhrentest. Es geht dabei nicht darum zu schauen, ob derjenige eine Demenz hat, sondern ob er in dieser akuten Krisensituation gefährdet ist und eine besondere Unterstützung braucht. Wenn im Test Auffälligkeiten auftreten und weitere Risikofaktoren vorhanden sind, dann wird der Patient in die spezielle Betreuung eingeschlossen. Risikofaktoren sind zum Beispiel ein schlechter Ernährungszustand, eine schlechte präoperative Mobilität, entsprechende Vorerkrankungen wie Depression und Parkinson oder akute Brüche in der Biografie wie der Tod eines Partners vor kurzer Zeit. Der Patient wird dann zu den Voruntersuchungen begleitet und auch zur

Operation. Er würde bei uns eine Teilnarkose bekommen, braucht aber auch eine Angstlösung. Früher haben wir das über Benzodiazepine gemacht. Da weiß man heute, dass genau das ein Problem für ältere Patienten ist. Darauf verzichten wir also und haben den personifizierten Angstlöser dabei: das inzwischen vertraut gewordene Gesicht.

Was ist noch zu beachten?

Wir achten darauf, dass die Patienten sich möglichst gut orientieren können. Ältere Menschen brauchen häufig eine Brille, dritte Zähne oder ein Hörgerät. Solche Hilfsmittel wurden früher routinemäßig auf der Station gelassen und nicht mit in den OP-Saal genommen. Das machen wir anders. Bei einer Teilnarkose kann man diese Sachen sogar ruhig am Patienten belassen. Ansonsten haben wir eine Box für die Hilfsmittel eingeführt, die am Fußende des Patientenbettes angebracht ist. Dadurch können die Hilfsmittel postoperativ direkt wiedergegeben werden, unabhängig davon, ob der Patient in den Aufwachraum oder auf die Intensivstation geht.

Bei der Operation bleibt die Altenpflegerin am Patienten. Er bleibt wach und es werden keine Medikamente gegeben, die ihn abschirmen oder schlafen lassen. Nach der OP begleiten die Kräfte den Patienten in den Aufwachraum oder auf die Intensivstation. Sie holen auch Angehörige mit ins Boot und informieren diese über den Verlauf.

In den nächsten Tagen gilt dann das Konzept „Fördern und Fordern“, das heißt z. B., gemeinsam Zeitung lesen, mobilisieren und dafür sorgen, dass die Patienten gut essen und trinken. Der Hauptrisikofaktor für das Erleiden eines Delirs, auch ohne Operation, ist übrigens eine Exsikkose. Das muss man auf dem Schirm haben. Das klingt erst einmal banal, da würde man sagen, das kann doch gar nicht sein in einem Krankenhaus. Und es passiert eben doch.

Ihr Projekt hat gerade das 15-Jährige Jubiläum in der Regelversorgung gefeiert.

Auf welche Erfolge sind Sie besonders stolz?

Erreicht haben wir eine andere Sensibilität für dieses Themenfeld. Als wir gestartet sind, hieß das „Tüddeltruppe“. Das ist lange vorbei. Heute ist es so, dass wir uns dafür rechtfertigen müssen, wenn gewisse Patienten, die aus chirurgischer Sicht als Risikopatienten wahrgenommen werden, von uns aus Zeitgründen nicht betreut werden können. Das hat sich sehr positiv entwickelt. Dass also auch diejenigen Kollegen, die das nicht unbedingt von Anfang an als ihr Lieblingsthema entdeckt haben, heute auch den Bedarf deutlich sehen. Sie sehen, dass Patienten, die vulnerabel sind, ein anderes Management brauchen, und zwar zu jedem Zeitpunkt des Aufenthalts.

Das war ja sicher nicht so einfach. Wenn Sie sich zurückerinnern: Was waren die größten Herausforderungen auf dem Weg?

Die erste große Herausforderung war, dass es kein Geld gab, um das Ganze zu bezahlen. Das konnten wir zunächst über die externe Förderung lösen. Sonst, fürchte ich, hätte man zwar gesehen, dass es einen Bedarf gibt, aber man hätte einfach im Moment nichts tun können. Es war hilfreich, dass wir so eine Anschubfinanzierung hatten.

Weiteres Hindernis war und ist eigentlich immer noch, dass man nicht den einen Faktor hat, den man bestimmt und dann weiß, ob der Patient ein Risikokandidat ist oder nicht. Die Komplexität, die dahinter liegt, macht uns nach wie vor zu schaffen. Man muss verschiedene Screenings machen und Ernährung, Mobilität, Kognition und auch die soziale Situation mit abbilden. Es fehlt uns dieses „Killerkriterium“ im Sinne von positiv oder negativ.

Was bei uns anfangs auch schwierig war, war die Akzeptanz dieser neuen Berufsgruppe Altenpflege. Das hatte ich unterschätzt, weil mir das überhaupt nicht klar war. Es gibt eine klare Hierarchie zwischen Altenpflege und Krankenpflege. Das wird sich jetzt durch die neue Ausbildungssituation ändern, aber 2001 war das noch ein großes Thema. Wenn man ein solches Konzept in die Regelversorgung bringen will, braucht man auf jeden Fall „Bestimmer“ im Haus, die das haben wollen. Und das war bei uns so. Wichtig war auch, dass wir eine gesonderte Struktur, die in unseren Abläufen einen Stellenwert hat und auf die man zugreifen kann, geschaffen haben.

Welche finanziellen Vorteile hat Ihr Konzept?

Ein Delir ist teuer vor dem Hintergrund unserer aktuellen DRG-Finanzierung, denn Patienten im Delir haben eine längere Liegedauer und mehr Komplikationen. Gleichzeitig kann man nur wenig zusätzlich abrechnen. Man kann das Delir codieren, das ist aber bei den Patienten, über die wir hier sprechen, nicht mehr erlössteigernd. Deshalb macht es Sinn, in die Delir-Vermeidung zu investieren. Die Dinge, die wir machen, kosten Geld, weil das sehr personalintensiv ist. Dafür kann man zurzeit noch keine neue DRG abrechnen. Das ist ein echtes Problem. Man spart gewisse Kosten, z. B. wenn Komplikationen vermieden werden oder Betten wieder früher belegt werden können, und deshalb rechnet sich ein gutes Delir-Management am Ende des Tages. Wenn also ein Patient auf der Normalstation delirant wird und nicht zu führen ist, dann geht er in die Notaufnahme und von dort auf die Intensivstation. Das heißt, am nächsten Tag ist dieses Intensivbett belegt und dann können Sie den Eingriff, der eigentlich geplant war und der anschließend in dieses Bett muss, an diesem Tag nicht durchführen. Da hängen dann unendliche Folgekosten dran. Und darüber rechnet es sich für die Kliniken. Das bedeutet nicht, dass man nicht perspektivisch anstreben sollte, für solche Maßnahmen auch eine Vergütung zu erwirken.

Viele Krankenhäuser haben Probleme, die Nachhaltigkeit ihrer Maßnahmen zu sichern.

Wie haben Sie das geschafft?

Ein schwieriger Moment war die Übernahme in die Regelversorgung. Das hat nur funktioniert, nachdem das Ganze auch ökonomisch beleuchtet worden war, im Rahmen einer ökonomischen Dissertation. Im Vergleich zweier Patientengruppen konnte man die Unterschiede deutlich erkennen. Volkswirtschaftlich gesehen, liegt der Nutzen auf der Hand, aber man muss dann schauen: Lohnt es sich für die Klinik? Das Zweite, was sicherlich hilft, ist eine Konstanz der Köpfe, die das Projekt machen. Wenn das andauernd wechseln würde, glaube ich, wäre es schwierig. Das geht natürlich nicht mit irgendwelchen Befristungen. Man braucht unbedingt ein gewisses Standing als Verantwortlicher im Gesamtprozess. In einigen Kliniken sieht man, dass das Delir-Beauftragte mit einer halben Stelle als Rückkehrer in den Beruf oder Ähnliches machen. Die kennt kaum jemand. Man braucht auf jeden Fall mehr Power im Prozess und eine Präsenz im Alltag.

Was würden Sie anderen Häusern empfehlen, die sich auf den Weg zu einem guten Delir-Management machen wollen?

Auf jeden Fall hoch aufhängen, also nicht sagen, wir machen mal eine Projektgruppe und dann wird das schon. Man braucht einen aktiven Part, der auch über eine gewisse Zeit Veränderungen mitgehen kann: entweder eine Pflegedienstleitung, die Geschäftsführung, der Chefarzt, ein Oberarzt, irgendjemand, der klar benannt ist und sich über den reinen Projektstatus hinaus zuständig fühlt. In meinen Augen ist das Ganze kein Pflege Thema, es ist ganz klar berufsgruppenübergreifend. Das heißt, es geht nur, wenn man sich abstimmt, und das macht es auch anstrengend.

Vorteilhaft ist auch ein Gesicht, das über längere Zeit in der Klinik schon etabliert ist. Als ich das am Anfang gemacht habe, kam ich aus einer Vollzeitstelle im Alltag. Und ganz häufig war es anfangs so, dass die Leute das mir zuliebe gemacht haben. Die fanden das auf den ersten Blick nicht wirklich wichtig, aber haben es dann doch gemacht. Und dann haben sie zunehmend gesehen, dass sie davon auch selbst profitieren, so konnte das auch wachsen. Wenn jetzt aber jemand von außen kommt und sagt: „Ich bin jetzt hier die Neue und will Ihre Abläufe und Prozesse verbessern“, dann ist das ein dickes Brett, da kann man sich wirklich dran abarbeiten.

Für das Gespräch bedankt sich Frau Dr. Sabine Kirchen-Peters.

7.2.4 Interview mit Frau Irmgard Ernszt und Frau Monika Karsch, Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst Kaufbeuren



„Man schaut mehr auf den Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung“

In Kaufbeuren wurde im Jahr 2000 erstmals in Deutschland ein Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst eingerichtet. Was sind die Hauptaufgaben eines solchen Dienstes?

Das muss man differenzieren. Die ärztlichen Tätigkeiten bestehen bei uns hauptsächlich in Konsilen. Das heißt, man muss einen psychopathologischen Befund erstellen mit ärztlicher medikamentöser Empfehlung. Die Pflegekräfte sind für die Kontaktaufnahme, Gespräche mit den Patienten und Angehörigengespräche zuständig. Wir führen auch viele Gespräche mit dem Pflegepersonal und es werden Empfehlungen ausgesprochen, wie man mit Patienten umgeht.

Sie sind ja eigentlich „Gäste“ im Allgemeinkrankenhaus. Könnten Sie die Konstruktion erklären?

Unser Arbeitgeber ist das Bezirkskrankenhaus, also die Psychiatrische Klinik. Es gibt einen Kooperationsvertrag mit dem Klinikum Kaufbeuren Ostallgäu, wir haben hier Räume und werden für unsere Tätigkeit bezahlt. Arbeitsrechtlich läuft aber alles über das Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren. Weisungsberechtigt ist das Akutkrankenhaus und es ist vertraglich geregelt, was wir zu tun haben, aber der Arbeitgeber ist das Bezirkskrankenhaus. Das trägt jetzt auch schon fast zwanzig Jahre.

Was sind Gründe, warum die Zusammenarbeit schon so lange gehalten hat?

Wir wissen nicht genau, welchen finanziellen Mehrwert wir herstellen können. Die offizielle Begründung, wie wir finanziert werden, heißt immer: über die Mehrerlöse durch psychiatrische Diagnosen. Ein Grund ist wohl auch das gute Entlassungsmanagement, zu dem wir wesentlich beitragen, da wir gerade bei schwierigen Patienten oder wenn eine psychische Komponente dabei ist, diese schneller anbehandeln können und schneller geklärt ist, wohin sozusagen die Reise geht. Wir bemerken auch immer mehr, beim Beantragen von Pflegegraden ist gerade die Diagnose Demenz durch den Facharzt hier im Krankenhaus ein ganz wichtiges Schlagwort, weil das die weitere Behandlung beschleunigt.

Sie sind jetzt seit fast zwanzig Jahren vor Ort. Was hat sich denn verändert im Krankenhaus, was haben Sie erreicht?

Die Frage ist nicht so einfach zu beantworten, weil sich natürlich die Krankenhauslandschaft auch extrem verändert hat. Die Teams sind oft sehr kurzlebig, es gibt eine hohe Personalfuktuation. Wir fangen also immer wieder von vorn an. Wir bemerken auch, dass die Belegzeiten immer kürzer werden, wodurch man relativ schnell auf den Punkt kommen muss. Wir sehen, dass die Beschäftigten sich bemühen, den alten Menschen anders zu sehen und auch auf seine kognitiven Beeinträchtigungen zu achten. Da gibt es sicher deutliche Unterschiede zu anderen Häusern.

Wir haben Stationen, da haben Pflegekräfte sogar die gerontopsychiatrische Fachausbildung gemacht, was wir ganz toll finden. Es gibt inzwischen fünf oder sechs Mitarbeiter hier im Haus, die auch auf chirurgischen Stationen dadurch anders arbeiten. Die können mit postoperativen Delirien sehr gut

umgehen. Der Tenor gegenüber alten Menschen hat sich verändert. Aber man kann es nicht generell für jeden einzelnen Mitarbeiter sagen. Es gibt hier eine Arbeitsgruppe im Krankenhaus, die Standards zur Demenzsensibilität erarbeiten will. Da sind wir nur Teilnehmer, keine Initiatoren, wie anfangs. Das kommt jetzt alles mehr aus der Klinik raus. Die Klinik macht auch selbst mit ihren Fachkräften Fortbildungen, da sind wir gar nicht mehr involviert. Und wir könnten das auch nicht mehr leisten.

Viele Entwicklungen, die Sie beschreiben, gehen in Richtung einer demenzsensiblen Haltung: dass man diese Patienten mehr im Blick hat und auch ein gewisses Hintergrundwissen beim Personal vorhanden ist.

Ja das stimmt, die Toleranz ist gestiegen. Es wird einfach fachlicher gesehen, dass ein Patient kognitiv eingeschränkt ist und bestimmte Dinge nicht kann. Vom Grundtenor ist ein Verständnis da. Ich habe immer einen Vergleich mit den Altenheimen, in denen ich viel unterwegs bin. Da kann das Klinikum hier gut Schritt halten. Man muss auch sehen, dass man im Allgemeinkrankenhaus unter erschwerten Bedingungen arbeitet. Die Leute sind krank, das Milieu ist schlecht, keiner hat Zeit. Es sind also viele Faktoren gegeben, die bei so alten Menschen die Problematik noch viel mehr forcieren. Dafür macht die Klinik hier das sehr gut. Auch die Mobilisation von Patienten: Zum Beispiel werden nach wie vor unruhige Patienten auch mal mit ins Dienstzimmer genommen. Die Beschäftigten tun viele sinnvolle Dinge, die wir ihnen zu Anfang beigebracht haben. Das funktioniert immer noch gut.

Das sind Erfolge, die man natürlich schlecht messen kann: die Haltung und der Umgang mit den Patienten. Auf welche Erfolge sind Sie besonders stolz?

Wir sind besonders stolz darauf, ein so gutes Miteinander erreicht zu haben. Dass also im Klinikalltag, zwischen den Ärzten, der Pflege und dem Liaisondienst, das gute Miteinander der Normalzustand ist. Dass, wenn es Probleme gibt, es normal ist, uns einfach zu fragen, und sich keiner mehr denkt: „Die haben gut reden, aber keine Ahnung von unserem Arbeitsalltag!“ Wir fühlen uns auf fast allen Stationen als Teil des Teams und es wird nicht das Gefühl vermittelt, dass wir zu Gast hier sind. Beim Personal hat sich die Sensibilität stark verändert. Ich kann mich erinnern, ganz am Anfang haben die Mitarbeiter hier oft gesagt, sie haben das Gefühl, dass etwas nicht stimmt, aber sie wollen es gar nicht wissen. Sie trauten sich auch nicht nachzufragen, denn es hätte etwas kommen können, mit dem sie überfordert sind. Und jetzt ist es so, dass keine Scheu mehr da ist. Sie haben das Gespür, wenn etwas nicht in Ordnung ist, und jetzt ist eben jemand da, der das auch aufdröseln kann und die Arbeit übernimmt. Und dann gibt es eine Rückmeldung für die Pflege, wie damit umzugehen ist.

Die größte Herausforderung war zu Beginn definitiv, diese Akzeptanz zu erreichen und sozusagen die gleiche Sprache zu sprechen. Dieses Verständnis, um was es geht, und die Fachlichkeit. Oder dass man bei alten Menschen mehr auf den biografischen Hintergrund schaut, das haben die Mitarbeiter mehr verinnerlicht. Das ist sehr gut gelungen. Auch das Entlassungsmanagement, da haben sich die Mitarbeiter jetzt angewöhnt, dass man direkt fragt: Woher kommt der Patient und wie ist er versorgt oder muss man da was ändern? Das sehe ich im Moment als größten Erfolg.

Darüber hinaus tut es gut, dass viele Angehörige sehr dankbar sind. Auch die Patienten sind froh, dass mal jemand Zeit hat und mal nachfragt. Viele Probleme, die die haben, ergeben sich einfach durch den Klinikalltag, durch die Schnelligkeit im Gesundheitssystem. Dort geht gerade der ältere Mensch ziemlich unter.

In vielen Projekten sieht man Probleme durch Personalwechsel. Haben Sie Tipps im Hinblick auf Nachhaltigkeit? Wie schafft man es, so lange als Team zu überleben?

Gerade in einem kleinen Team, mit einem Arzt und zwei halben Pflegestellen, ist es sehr wichtig, dass die Chemie untereinander stimmt, sonst funktioniert es nicht. Bei uns war am Anfang die Supervision sehr hilfreich, das war noch in der Modellphase. Dass man jemanden von außen hat, der die Herangehensweise betrachtet und eine kontinuierliche Begleitung sicherstellt. Der kurze Dienstweg, die Akzeptanz im Haus und das Klären von Teamproblemen, das waren in meinen Augen die wichtigsten Faktoren.

Wenn sich Häuser auf den Weg zu mehr Demenzsensibilität machen, was würden Sie denen empfehlen?

Zu empfehlen ist, mit einzelnen Stationen anzufangen und dort die Nähe zu den Mitarbeitern zu suchen und am Beziehungsaufbau zu arbeiten. Und dann Konsultativitäten anbieten, aber man muss klein anfangen, zum Beispiel auch über Schulungen der Mitarbeiter, bei denen man sich erst einmal auf ein Thema beschränken sollte, zum Beispiel „Grundlagen zur Demenz“. Denn wenn es nicht gelingt, eine Akzeptanz bei den Mitarbeitern zu finden, kann man sich nicht richtig einbringen. Was man auch als Empfehlung geben kann, sind feste Dienstzeiten. Wenn schnelle Lösungen gebraucht werden, kann man nicht tagelang warten, bis jemand Zeit hat.

Für das Gespräch bedankt sich Frau Dr. Sabine Kirchen-Peters.

Anhang

Linkliste

Kapitel 3:

Was ist ein demenzsensibles Krankenhaus und wie kann man Demenzsensibilität messen?

Link 1	DGGPP Fragebogen; Qualitätssiegel „Demenzsensible Einrichtungen“ für Altenpflegeeinrichtungen: http://siegel.dggpp.de/verfahren.html (Zugriff 15.10.2019)
Link 2	Qualitätssiegel „Seniorenfreundliches Krankenhaus“: https://www.kbo-pcob.nl/wp-content/uploads/2018/09/2019-09-11-Kwaliteitsaspecten-en-normering-keurmerk-Seniorvriendelijk-Ziekenhuis-2019-2020.pdf (Zugriff 28.08.2019, eigene Übersetzung)

Kapitel 5:

Was ist beim Umgang mit Menschen mit Demenz zu berücksichtigen?

Link 1	Film: Barbaras Story https://www.youtube.com/watch?v=DtA2sMAjU_Y (Zugriff 23.07.2019)
Link 2	Ethische Fragestellungen: https://www.deutsche-alzheimer.de/angehoerige/ethische-fragestellungen.html (Zugriff 23.07.2019)
Link 3	Mini Nutritional Assessment (MNA): https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_german.pdf (Zugriff 29.08.2019)
Link 4	Nutritional Risk Screening (NRS 2000): https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Screening/Nutritional%20Risk%20Screening.pdf (Zugriff 29.08.2019)
Link 5	verbale und numerische Ratingskalen (VRS/NRS) und visuelle Analogskala (VAS) zur Selbst- und Fremdeinschätzung der Schmerzintensität: https://www.dngp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Schmerzmanagement_in_der_Pflege_bei_akuten_Schmerzen/Schmerz_NRS_VRS_VAS.pdf (Zugriff 29.08.2019)
Link 6	Deutsche Schmerzgesellschaft (DGSS) Strukturiertes Schmerzinterview für geriatrische Patienten: https://www.schmerzgesellschaft.de/fileadmin/pdf/Schmerzinterview_Geriatrie.pdf (Zugriff 16.10.2019)
Link 7	BESD-Skala: https://nahrungsverweigerung.de/wp-content/uploads/2014/11/BESD.pdf (Zugriff 28.09.2019)
Link 8	BISAD-Skala: https://www.dgss.org/fileadmin/pdf/BISAD_111.pdf (Zugriff 29.08.2019)

Kapitel 6.1:**Wissensaufbau über Demenz und Delir**

Link 1	Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf (Hrsg.) (2016): Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Wahrung der Patientenautonomie in Diagnostik und Therapie, Handlungsleitfaden, http://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fileadmin/site_content/Unser_Haus/allgemein/2016_04_06_EKA_Demenzleitfaden.pdf (Zugriff 22.07.2019)
Link 2	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (2019): Menschen mit demenziellen Einschränkungen im Krankenhaus, 160-stündige Fortbildung zur/zum Demenzbeauftragten im allgemeinen Krankenhaus, eine von der Niedersächsischen Arbeitsgemeinschaft »Menschen mit demenziellen Einschränkungen im Krankenhaus« konzipierte Fortbildung für Mitarbeitende im Krankenhaus der Allgemeinversorgung http://alzheimer-niedersachsen.de/160-stg_Curriculum_Demenz-im-KH.pdf (Zugriff 22.07.2019)
Link 3	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) (2017): Denk- und Bewegungstraining für Seniorinnen und Senioren und Menschen mit Demenz, Arbeitshilfen für Bewegungsbegleiter/ innen https://www.lzg-rlp.de/files/LZG-Shop/Bewegung%20und%20Ernaehrung_Download/20_Handbuch-Bewegung_8.2_web.pdf (Zugriff 22.07.2019)
Link 4	Programm „LERN VON MIR“ https://www.fh-diakonie.de/obj/Bilder_und_Dokumente/Lern_von_mir/Lern_von_mir_Begleitheft_fuer_Mitarbeiter.pdf (Zugriff 22.07.2019)

Kapitel 6.3:**Erkennen und Behandeln von Demenzen**

Link 1	Mini-Cog: https://pose-trial.org/wp-content/uploads/2017/04/Mini-Cog-deutsch-f%C3%BCr-POSE.pdf (Zugriff 03.09.2019)
Link 2	S3-Leitlinie „Demenzen“. Langversion Januar 2016: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf (Zugriff 25.07.2019)
Link 3	PRISCUS-Liste: http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf (Zugriff 25.07.2019)
Link 4	FORTA-Liste: https://www.umm.uni-heidelberg.de/klinische-pharmakologie/forschung/forta-projekt-deutsch/ (Zugriff 25.07.2019)

Kapitel 6.6:**Menschen mit Demenz in der Notaufnahme**

Link 1	Hospital care in the Comfort of Home. www.hospitalathome.org (Zugriff 23.07.2019)
---------------	---

Kapitel 6.7: Begleitung und Tagesstrukturierung

Link 1 Konzept Betreuungsangebot: <https://www.gemeinschaftskrankenhaus.de/pflege/teekesselchen/> (Zugriff 23.07.2019)

Kapitel 6.8: Angehörigenarbeit

Link 1 Informationen über spezielle Aspekte von Krankenhausbehandlungen von Menschen mit Demenz: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.6_Versorgungsformen/2.3.6.8._Demenz/DKG_Info_Broschuere_Mit_Demenz_im_Krankenhaus.pdf (Zugriff 03.09.2019)

Kapitel 6.9: Umgebungsgestaltung

Link 1 Checkliste demenzfreundliche Umgebung: <https://de.dementia.stir.ac.uk/design/virtual-environments/virtual-hospital> (Zugriff 25.07.2019)

Kapitel 6.10: Sektorenübergreifende Ansätze

Link 1 Hausarztstudie in Mecklenburg-Vorpommern (DelpHi-MV): <https://www.dzne.de/aktuelles/presse-und-oeffentlichkeitsarbeit/pressemitteilungen/presse/detail/deutschlandweit-einzigartiges-konzept-zur-verbesserung-der-versorgung-von-menschen-mit-demenz-zu-hau/> (Zugriff 25.07.2019)

Link 2 https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_laufende_projekte_8/sebkam.jsp (Zugriff 17.07.2019)

Anlagen

Kapitel 3: Demenzsensibilität

Anlage 1	Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim	148
-----------------	---	-----

Kapitel 5: Umgang mit Menschen mit Demenz

Anlage 1	Geriatric Essprotokoll, OsteMed Klinik Bremervörde	170
-----------------	--	-----

Kapitel 6.1: Wissensaufbau über Demenz und Delir

Anlage 1	Vorbefragung zur Schulung „Rettungsdienst & Demenz“, Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg	171
Anlage 2	Infosheet – Fortbildungsreihe zum Umgang mit Angehörigen, Albertinen-Krankenhaus Hamburg	174
Anlage 3	Schulungsprogramm Delir, Klinikum Hochsauerland GmbH	175
Anlage 4	Nachbefragung zur Schulung „Rettungsdienst & Demenz“, Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg	178
Anlage 5	Evaluation der Schulung „Vernetze Delir-Präventionsbehandlung und Nachsorge an Sektorschnittstellen“, Klinikum Hochsauerland GmbH	181

Kapitel 6.2: Delir-Management

Anlage 1	Delirpräventionsprogramm AKTIVER, Klinikum Stuttgart	183
Anlage 2	Delir-Pocketcard, KEH Berlin	185
Anlage 3	Delir Spickzettel aus Projekt Dem-i-K (Kirchen-Peters 2014)	187
Anlage 4	Delir Kurzinfo für Kitteltasche aus Projekt Dem-i-K (Kirchen-Peters 2014)	189

Kapitel 6.3:
Erkennen und Behandeln von Demenzen

Anlage 1	Deutsche Version des 6-Item Cognitive Impairment Test (6CIT) – nach H. Bickel	191
Anlage 2	Behandlungspfad Delir bei älteren Patienten, KEH Berlin	192

Kapitel 6.6:
Menschen mit Demenz in der Notaufnahme

Anlage 1	Patientendokumentation „Rettungsdienst & Demenz“, Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg	196
-----------------	---	-----

Kapitel 6.7:
Begleitung und Tagesstrukturierung

Anlage 1	Profil der Einsatzstelle: Betheljahr am KEH Berlin	199
Anlage 2	Betreuungsassistenz-Verlaufsbogen, Robert-Bosch-Krankenhaus	201

Kapitel 6.8:
Angehörigenarbeit

Anlage 1	Informationsbogen – Alltagsinformationen, Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf	202
Anlage 2	Flyer – Informationen für Angehörige, Marienkrankenhaus Saarlouis-Dillingen	203

Kapitel 6.10:
Sektorenübergreifende Ansätze

Anlage 1	Stressbogen, Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf	205
Anlage 2	Beratungsfax Projekt SEBKam	206

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 1/22

VTI- Validations- Qualitätszertifizierung einer Station bzw. Abteilung mit einem Bereich zur Versorgung von Menschen mit Demenz in einem Akutkrankenhaus

Das folgende Assessment wird nur auf Einladung hin durchgeführt.

Allgemeine Kriterien:

- Die folgenden Fragen werden auf einer Skala von 0 bis 5 evaluiert, 5 ist das beste Ergebnis.
- Diese Überprüfung wird von einer/m zertifizierten Validation Lehrer/in oder Master mit einem Minimum an zweijähriger Lehrerfahrung in Validation durchgeführt. Der/die Auditor/in beim externen Audit kommt von „extern“, das bedeutet, dass er/sie nicht bei der Einrichtung angestellt ist und/oder den Prozess der Zertifizierung vorbereitend begleitet hat.
- Der/die Auditor/in soll über Erfahrung in der Arbeit mit Einrichtungen verfügen und Managementkenntnisse mitbringen.
- Bei Erreichen von mindestens 75% der Gesamtpunktzahl und einer Bewertung von mindestens 3 Punkten bei den mit * markierten Themen auf der Audit- Frageliste erhält die Einrichtung das VTI- Validation- Qualitäts- Zertifikat. Dieses ist für die Dauer von fünf Jahren gültig. Danach ist, sofern die Einrichtung die Zertifizierung aufrechterhalten will, ein Rezertifizierungs- Audit durchzuführen.
- Sollte ein Träger/ eine Einrichtung sich vor Ablauf der 5- Jahresfrist dazu entscheiden, Validation nicht mehr umzusetzen und die mit dieser Zertifizierung verbundenen Kriterien (z.B. im Zuge einer strategischen Neuausrichtung) nicht mehr zu erfüllen, muss das Validation- Training- Institute und die zuständige Autorisierte Validation- Organisation darüber informiert werden. Eine Ausweisung als Einrichtung mit Validationszertifikat durch das VTI erfolgt dann nicht mehr.
- Das Zertifizierungsaudit erstreckt sich in der Regel über einen Zeitraum von 8 Stunden. Das Tageshonorar des Auditors richtet sich nach vergleichbaren Honoraren.
- Nach erfolgtem Audit erstellt der Auditor einen Bericht, der zu den einzelnen Kriterien Stellung nimmt, Stärken aufzeigt und Empfehlungen zur Weiterentwicklung bzw. Verbesserung gibt.
- Die Einrichtung, die am Audit teilgenommen hat, die zuständige AVO und das VTI erhalten eine Kopie des Berichtes.

Empfohlene Vorgehensweise:**Zur Vorbereitung auf das Zertifizierungsaudit:**

- Sehen Sie die Kriterien durch und führen Sie ein internes Audit durch.
- Identifizieren so Stärken und Entwicklungsaufgaben.
- Erstellen Sie einen Projektplan zur Weiterentwicklung auf dem Weg zur Validationsqualitätszertifizierung.
- Nehmen Sie, wenn Sie sich sicher sind, dass Sie die Validations- Qualitätszertifizierung anstreben, Kontakt zum VTI oder einer AVO auf, um Ihr Vorhaben, das Validations- Qualitätszertifikat zu erwerben, zu besprechen.

Stand 26.09.2017

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 2/22

- Nehmen Sie, wenn möglich, Beratung/Begleitung durch eine/n Zertifizierten Validation- Level3- Teacher bzw. Level4- Master auf dem Weg zur Zertifizierung in Anspruch.

Zur Durchführung des Zertifizierungsaudits:

- Vereinbaren Sie mit der/m Auditor/in (V- level- 3- Teacher oder V- Level4- Master) Ihrer Wahl Termin und Konditionen für das Audit.
- Erstellen Sie einen Audit- Ablaufplan, den Sie dem/der Auditor/in spätestens einen Tag vor dem Zertifizierungsaudit vorlegen.
- Bereiten Sie alle Dokumente vor, die der/die Auditor/in einsehen muss, um die in der Auditfrageliste formulierten Kriterien zu überprüfen.
- Bereiten Sie alle Unterlagen vor, mit denen Sie den Validationsprozess Ihrer Einrichtung abbilden können.

Zur Nachbereitung des Zertifizierungsaudits:

- Treffen Sie sich nach Erhalt Ihres Auditberichtes mindestens einmal mit dem Validationsteam oder einer anderen Gruppe von Verantwortlichen in Ihrer Einrichtung, um den Auditbericht zu besprechen und den Validations-Projektplan Ihrer Einrichtung auf das Audit- Ergebnis auszurichten.

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 3/22

VTI- Validations- Qualitätszertifizierung einer Station bzw. Abteilung mit einem Bereich zur Versorgung von Menschen mit Demenz in einem Akutkrankenhaus

I. Leitbild, /Ziele und Grundsätze der Organisation, Behandlungsgrundsätze und Pflegephilosophie	Ja	Nein	Anmerkungen
* Das Leitbild enthält humanistische Prinzipien und Patientenrechte.			
* Ist Validation in den Zielen und Grundsätzen der Organisation enthalten?			
Werden Qualitätsindikatoren gemessen und Programme objektiv evaluiert?			
Sind die Mitarbeiter/innen die am Betreuungskonzept beteiligt sind, supervidiert (fachbegleitet), gibt es feed back?			
Wird individuell orientiert oder 'personen-zentriert' betreut?(ärztlich, pflegerisch, andere Berufsgruppen)			
Werden intern wie extern korrekte Informationen zu Validation weiter gegeben?			
Anmerkungen:			

II Umwelt Krankenhaus allgemein:	Ja	Nein	Anmerkungen
<u>Patientenaufnahme</u> • Werden Menschen mit Demenz direkt ohne Umweg über die Notaufnahme aufgenommen? • Gibt es geeignete Aufnahmeverfahren zur Identifizierung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen? • Werden die Aufnahmeuntersuchungen für Menschen mit Demenz auf der Station, auf der sie untergebracht sind, durchgeführt?			
<u>Begleitdienste</u> • Gibt es für Menschen mit Demenz einen in Validation trainierten Begleitdienst von der Aufnahme bis zur Station? • Gibt es in Validation trainierte Begleitdienste zu den verschiedenen Untersuchungen und im OP?			
<u>Multiprofessioneller Beratungs- und Unterstützungsdienst:</u> • Gibt es einen Dienst, der durch ein definiertes Assesment die Situation der Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen genau erfasst(auch Konsiliar-			

Stand 26.09.2017

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 4/22

und Liaison- Dienst genannt) und durch gezielte Vorgehensweise zur Stressminderung und Krisenprophylaxe beiträgt? Ist Validation Bestandteil dieser Dienstleistung?								
Kooperation mit anderen Abteilungen Wie wird zur Minimierung von Stress und zur Krisenprophylaxe/ Intervention mit anderen Abteilungen (z.B. Labor, Röntgenabteilung, OP, Ambulanzen, Physiotherapie...) kooperiert?								
Entlassung: - Gibt es eine Entlassungsplanung, die auf die besonderen Bedingungen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen eingeht? - Gibt es ein Verfahren zur Überleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in den häuslichen, ambulanten, teilstationären (Tagespflege) oder stationären Bereich (Altenhilfezentrum) und findet dort Validation Niederschlag?								
Anmerkungen:								
<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>				1	2	3	4	5
1	2	3	4	5				

III. Stationärer Bereich	Ja	Nein	Anmerkungen
Charakter der Station: Sind die Flure auf der Station und andere, für Patienten zugängliche Räume innenarchitektonisch so gestaltet, dass sie Wohlbefinden stimulieren?			
Gelegenheiten für Privatheit und Gemeinschaft: Gibt es außerhalb des Patientenzimmers Räume für Patienten und Angehörige zum gemeinsamen Beisammensein wie zum Beispiel ein Café, ein Wohnzimmer, ein Raum wo physische Aktivitäten stattfinden können.			
Gibt es stille Zonen, separate, gemütliche Ecken, die zum Verweilen einladen, Nischen, Patienten sitzen, reden und nachdenken können? Gibt es einen Balkon oder einen anderen Außenbereich, der für Menschen mit Demenz zugänglich ist und der in die Aktivitäten integriert werden kann?			
Gibt es auf der Station einen Teilbereich, der speziell für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ausgelegt ist?			
Sicherheit: Können sich die Patienten innerhalb der Station frei und ohne Einschränkungen bewegen?			
Wird im gesamten Bereich auf angemessene Weise für			

Stand 26.09.2017

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 5/22

Sicherheit gesorgt und dabei beachtet, dass ein gewisses Maß an Risiko zum normalen Erwachsenenleben gehört?			
- Gibt es Handläufe? - Ist die Beleuchtung angemessen? - Sind die Patientenzimmer und andere Räume ebenerdig zu erreichen?			
Charakter des Patientenzimmers: - Sind die Patientenzimmer maximal für 3 Patienten ausgelegt? - Gibt es ein separates Bad mit behindertengerechter Toilette, flexiblen Haltegriffen? - Ist der Schwesternruf im Zimmer wie im Bad gut erreichbar? - Sind die Spiegel im Bad behindertengerecht angebracht? - Sind Patientenzimmer z.B. durch die Wandfarben, Bilder und Inneneinrichtung so gestaltet, dass ein Minimum an Wohlbefinden stimuliert wird?			
Dürfen die Patienten zur Stressminderung und zur Steigerung des Wohlbefindens wichtige persönliche Sachen mitbringen?			
Anmerkungen:			
1 2 3 4 5			

IV. Dokumentation/ Koordination der Treffen	Ja	Nein	Anmerkungen
*Wird die Validations-Dokumentation in den Patientenblättern angeführt und regelmäßig aktualisiert? Werden die Phasen der Aufarbeitung nach Naomi Feil in der Patientenakte aufgeführt?			
Werden Berichte über Validationsaktivitäten bei allen Treffen des Personals zur Sprache gebracht? Finden regelmäßige Fallbesprechungen/Fallbegleitungen im Team (mit allen Beteiligten) statt?			
* Werden für jeden Patienten Kurz- Biografien angelegt, aktualisiert und im Pflegeprozess verwendet?			
Anmerkungen:			
1 2 3 4 5			

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 6/22

V. Personal	Ja	Nein	Anmerkungen
Unterhält über den Tag und die Nacht einen ausreichenden Level an Personal, um den Bedürfnissen der Patienten zu entsprechen und ihnen die Bewegungsfreiheit zu erlauben.			
Qualifikationen: Sorgt für ein Niveau an Fähigkeiten und Wissen beim Personal, das notwendig ist, um die angebotenen Dienste zu gewährleisten. (Kompetenzen von Ärzten, Pflege, Ehrenamt, Servicebereiche, KG, SD, Seelsorge, Praxisanleiter, Labor usw.)			
* Gibt es auf einer regelmäßigen Basis Fortbildungen in Validation durch einen zertifizierten Lehrer?			
* Gibt es jemanden, der für das Personal, das Validation anwendet, Coaching und Support anbietet?			
* Sind die Grundprinzipien der Validation bei der Einarbeitung des Personals berücksichtigt?			
* Wird Validation durch das Personal angewandt, wird sie richtig angewandt?			
Anmerkungen:			
1 2 3 4 5			

VI. Fragen zu Würde und Respekt die Patienten betreffend	Ja	Nein	Anmerkungen
Spricht das Personal Patienten mit ihrem Nachnamen an oder mit dem Namen, der aus Sicht des Patienten die angemessene, respektvolle Anrede bedeutet?			
Zeigt das Personal Empathie und Geduld mit den Patienten?			
Spricht das Personal mit den Patienten, wenn es seinen täglichen Aktivitäten nachgeht?			
* Respektiert das Personal die Intimität von Patienten • beim Waschen? • Beim Gang zur Toilette? • Beim Essen? • Generell im Verlauf des Tages (an die Zimmertür klopfen etc.)?			
Gibt es eine Ethikkommission im Krankenhaus? Werden Ethikkonsile bei Fragen der medizinischen Versorgung am Lebensende durchgeführt?			
Gibt es einen Validationsbeauftragten im Krankenhaus?			
* Werden die Bedürfnisse der Patienten in den Tagesrhythmus integriert?			
Können die Patienten wenn möglich ihre Kleidung auswählen?			
Können die Patienten wenn möglich Essenszeiten auswählen?			
Können die Patienten wenn möglich Wach- und Schlafzeiten auswählen?			
Anmerkungen:			

Stand 26.09.2017

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 7/22

1	2	3	4	5			
---	---	---	---	---	--	--	--

VII. Aktivitäten	Ja	Nein	Anmerkungen
* Wird Einzelvalidation auf einer täglichen Basis in die Pflege integriert?			
* Ist das Personal in Validation zertifiziert und wendet es Validation an?			
* Wird im Patientenzimmer und in Gemeinschaftsräumen dafür gesorgt, dass Musik entsprechend den individuellen Bedürfnissen angewendet wird?			
Erhalten Patienten, die bettlägerig sind, an ihre Situation und Bedürfnisse angepasste Stimulations- und Aktivitätsangebote?			
Werden Patienten, wenn möglich, mobilisiert, um an Gemeinschaftsangeboten teilzunehmen?			
Werden Aktivitäten angeboten, die auf einer täglichen Basis Bewegung stimulieren?			
Anmerkungen:			
1 2 3 4 5			

VIII. Speisepläne /Essen und Trinken	Ja	Nein	Anmerkungen
Werden kulturell angemessene Mahlzeiten und Snacks angeboten?			
(Tee, Kaffee, Getränke vor oder nach den Mahlzeiten)			
Gibt es geeignetes Geschirr? Fingerfood? Snacks?			
Sind die Speisen und Getränke ansprechend?			
Werden Menschen, die nicht in der Lage sind, ihr Essen selbst herzurichten und einzunehmen, beim Essen begleitet?			
Wird kontrolliert, dass Menschen mit Demenz genug essen und trinken?			
Anmerkungen:			
1 2 3 4 5			

IX Familie/Freunde/ehrenamtliche Mitarbeiter	Ja	Nein	Anmerkungen
Werden Familien und Freunde sowohl zu Besuchen als auch dazu ermutigt, die angehörigen Patienten/innen mit Demenz wenn nötig rund um die Uhr zu begleiten?			
Ist „Rooming in“ möglich?			
Können vertraute Angehörige den verwandten Menschen mit Demenz sowohl zur OP begleiten und wieder abholen als auch zu Untersuchungen begleiten und dort zugegen sein, solange die Untersuchung dauert?			

Stand 26.09.2017

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 8/22

Werden Angehörige „Freunde“ und ehrenamtliche Mitarbeiter/innen als Partner für das multiprofessionelle Team angesehen und werden betreuende Angehörige in Entscheidungen mit einbezogen?			
Werden Besuchern (Angehörigen, Freunden und Ehrenamtlichen Mitarbeitern/innen) Informationen über Validation und Coaching angeboten?			
Gibt es ein laufendes Programm von Ehrenamtlichen Mitarbeitern/innen?			
Anmerkungen:			
1 2 3 4 5			

X. Sicherheits- und Kontrollangelegenheiten	Ja	Nein	Anmerkungen
Gibt es ein geeignetes Notfallinstrument bei herausragenden Situationen? (Hin- und Weglauftendenz, andere herausfordernde Verhaltensweisen, innerer Rückzug) Interdisziplinär?			
Haben das ärztliche und das pflegerische Personal geeignete Kenntnisse über die Medikation, z. B. Antidementiva, Antidepressiva, Sedativa, Neuroleptika, Psychopharmaka..., die bei Menschen mit Demenz eingesetzt werden können? Gibt es eine Checkliste aus der hervorgeht, wie diese Medikamente eingesetzt werden können?			
Werden Patienten in irgendeiner Weise fixiert? Unter welchen Umständen, wie lange und wie?			
Welches Verfahren wird bei der Entscheidung, Patienten auf oben genannte Medikamente einzustellen oder zu fixieren, angewandt?			
Wird die Entscheidung, Patienten zu fixieren und/oder sie mit Medikamenten ruhig zu stellen auf Grund eines schriftlich niedergelegten Verfahrens getroffen, in dem die einzelnen Schritte strukturiert dargelegt sind?			
Anmerkungen:			
1 2 3 4 5			

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 9/22

Zusammenfassung	Punkte
I. Pflegephilosophie/Ziele und Grundsätze der Organisation/ Öffentlichkeitsarbeit	
II. Umwelt Krankenhaus allgemein	
III. Stationärer Bereich	
IV. Dokumentation/Koordination	
V. Pflegende/Personal	
VI. Fragen zu Würde und Respekt den Patienten betreffend	
VII. Aktivitäten	
VIII. Speisepläne	
IX. Familie/Freunde/ Ehrenamtliche Mitarbeiter	
X. Sicherheits- und Kontrollangelegenheiten	
Extra Punkte für Stichpunkte, die nicht auf dieser Liste sind: (unter Anmerkungen auflisten)	
Gesamtpunktzahl	

Die maximale Punktzahl beträgt $5 \times 10 = 50 = 100\%$
 Zu erreichende Mindestpunktzahl = 37,5 Punkte = 75%

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 10/22

Leitfaden zum Validationszertifizierungsaudit auf einer Station mit einer Einheit für Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus

1. Allgemeine Erläuterungen

Dieser Leitfaden stellt eine Orientierung für erfahrene Validationsteacher- oder Master dar, die dafür gebucht wurden, ein Validationsqualitätszertifizierungsaudit in einem Akutkrankenhaus mit einer Station durchführen, die über einen Bereich für Menschen mit Demenz verfügt.

2. Empfehlungen

2.1. Empfehlungen zur Schulung von Auditoren:

Die AVOs sollen Validationsteacher, die als Auditoren für Validations-Zertifizierungsaudits tätig werden wollen, zur Anwendung der Kriterien schulen.

2.2. Empfehlungen für die Einrichtung:

- Der Einrichtung, die ein Validations- Zertifizierungsaudit anstrebt, wird empfohlen, zunächst eine Selbstevaluation im Rahmen eines internen Audits durchzuführen.
- Das interne Audit wird im Idealfall von einem Validationsteacher durchgeführt, der in der Einrichtung tätig ist.
- Anhand der Ergebnisse des internen Audits kann die Einrichtung einen Projektplan erstellen und bis zum Zertifizierungsaudit und darüber hinaus umsetzen.

2.3. Empfehlungen zum Thema Transparenz:

- Zum Aufbau einer guten Arbeitsbeziehung und eines offenen Miteinanders werden alle das Zertifizierungsaudit betreffende Materialien einschließlich dieser Seiten der Einrichtung und den beteiligten Mitarbeitern/innen zur Verfügung gestellt.

3. Ziel

- Implementierung von Validationsprinzipien in die Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus
- Schaffen einer validierenden, bedürfnisorientierten Atmosphäre in Betreuung, Pflege, Umfeldgestaltung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus

4. Arbeitsweise

- Das Audit findet in einem Zeitraum von 8 Stunden statt und stellt eine Momentaufnahme dar.
- Zur Abbildung des Tagesablaufs und zur Überprüfung der Kriterien wird die Einrichtung sowohl Vormittags als auch Nachmittags aufgesucht.
- Der Fokus liegt auf der Station bzw. den Stationen, die einen Sonderbereich für Menschen mit Demenz ausweisen
- Andere Bereiche des Krankenhauses, insbesondere die Funktionsbereiche, nehmen insofern am Audit teil, dass Patienten/innen der Station/en mit Bereich/en für Menschen mit Demenz zu Untersuchungen begleitet werden.
- Zu Beginn des Audits findet ein Abstimmungsgespräch statt, an dem mindestens ein Mitglied der Pflegedirektion und die Stationsleitung/en der Station/en mit Bereich für Menschen mit Demenz teilnehmen. Der Auditor/in wird ein Ablaufplan zur Verfügung gestellt.
- Nach erfolgtem Audit zieht der/die Auditor/in sich zur Erhebung des Ergebnisses kurz zurück. Danach erfolgt ein Abschlussgespräch mit kurzer

Stand 26.09.2017

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 11/22

Rückmeldung der positiven Feststellungen und zu Empfehlungen für die weitere Entwicklung.

5. Erforderliche Unterlagen zur Einsicht am Audittag oder davor:

- Auditablaufplan
- Projektplan Validation samt vorangegangenen internem Auditbericht, falls vorhanden.
- Unternehmensleitbild, Pflegeleitbild, Konzept der Station mit Demenzschwerpunkt
- Exemplarische Dokumentenauswahl zu:
 - Pflegerischer Fachbegleitung
 - Teilnahmebescheinigungen zum Nachweis von Validationsförderbildungen (Level 0- 3) alle MA aus Pflege, Betreuung, Ehrenamt, Ärztliche Versorgung, Hauswirtschaftliche Dienstleistung, Verwaltung usw.
 - Teilnahmebescheinigungen als Nachweis der Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen zum Thema Demenz und Alter (z.B. Demenzexperte, Geriatrie-Experte, Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Demenz aus medizinischer Sicht usw.)
 - Nachweis von Validationssupervision (Fachbegleitung) für Validation-level1- Anwender/innen
 - Patientenakte mit Nachweis der Einschätzung, in welcher Phase der Aufarbeitung nach Naomi Feil sich der/die Patient befindet
 - Pflegedokumentation mit Nachweis der Dokumentation von situativer bzw. regelmäßiger Validation
 - Dokumentation der Erhebung biographischer Daten, zum Beispiel im Rahmen der Überleitung von der häuslichen Situation bzw. der Altenhilfeeinrichtung ins Krankenhaus und umgekehrt.
 - Prozessanweisungen zur Einschätzung kognitiver Einschätzungen, zu Fixation und zum Umgang mit Delir.
 - Aktivitätenplan soweit vorhanden bzw. Nachweis über Pflegedokumentation, Pläne und Berichte des ehrenamtlichen Dienstes, der Physiotherapeuten
 - Speisepläne
 - Informationen über ehrenamtliche Dienste, z.B. ehrenamtliche Validationsbegleiter
 - Protokolle von z.B. Übergaben, Teambesprechungen, Validationsteamsitzungen
 - Einarbeitungskonzept

6. Erforderliche Informationen von Seiten des Managements

Das Mitglied der Pflegedirektion und/oder die Stationsleitung/en der beteiligten Station/en geben, soweit notwendig, begleitende Informationen zu allen oben erwähnten Dokumenten. Außerdem sind folgende Informationen erforderlich:

- Personalausstattung auf der Station mit Bereich für Menschen mit Demenz über 24 Stunden
- MA- Qualifikation im multi-professionellen Team allgemein (Welche Professionen sind mit welcher Qualifikation vertreten, Fachkraftquote Pflege bez. Früh- Spät- und Nachtdienst)
- MA- Qualifikation bezüglich Validation (Wie viele zertifizierten Validation-level1- Anwender/innen wie viele MA mit Basisseminar, wie viele

Stand 26.09.2017

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 12/22

Leitungskräfte an einem Validationskurs für Leitungen teilgenommen haben
usw.)

▪

7. Empfohlene, zu beobachtende Interaktionen/Situationen:

- Normale, tägliche Interaktionen zwischen haupt- und ehrenamtlichen Personal (auch Ärzten), Angehörigen und Patienten, einschließlich derer, die bei verschiedenen Untersuchungen mit den Menschen mit Demenz zusammentreffen.
- Interaktion Pflegekraft und Patient zum Beispiel Hilfe beim Aufstehen
- Essenssituationen, Gestaltung der Mahlzeiten (Frühstück, Mittagessen, Abendessen
- Gezielter Validationsbesuch, situative Validation
- Interaktion mit dem Patienten bei der Visite im Zimmer
- Austausch über den Patienten bei der Übergabe, im multiprofessionellen Teamgespräch, im Validationsteam
- Begleitung von Menschen mit Demenz außerhalb der Station z.B. zu Funktionsabteilungen, wie EKG, Endoskopie, OP, (z. B. durch einen Validationsbegleiter)
- Interaktion der ehrenamtlichen MA mit Patienten mit Demenz
- Umgang mit Menschen mit Demenz in der Zentralen Patientenaufnahme, falls am Tag des Audits überhaupt möglich
- Gespräch mit Angehörigen

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 13/22

Hinweise zur Evaluation:**I. Pflegephilosophie/Ziele und Grundsätze der Organisation**

1. Schritt: Sehen Sie sich folgende Dokumente an: Leitlinien, Ziele und Grundsätze des Unternehmens, Pflegeleitbild, relevante Qualitätsstandards, Konzepte und Projektpläne. Sichten Sie die Materialien über Fachbegleitung (Supervision) und Fortbildung von Pflege, Betreuung, hauswirtschaftlichem Dienst, ärztlichem Personal, ehrenamtlichen Helfern (Grüne Damen) und weiteren Personengruppen, die Menschen mit Demenz im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes betreuen und begleiten.
2. Schritt:
 - Überprüfen Sie im Gespräch mit den haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern/innen, dass die Leitlinien, Ziele und Grundsätze des Unternehmens als auch für ihren Bereich relevanten Konzepte und Standards bekannt sind.
 - Bringen Sie in Erfahrung, ob die Mitarbeiter/innen Fachbegleitung und/oder ein Coaching erhalten, die ein Feed back über die Qualität von Pflege und Betreuung enthält.
 - Tauschen Sie sich mit Mitarbeitern/innen zu deren Vorstellung zu Qualität in Betreuung und Pflege aus.
4. Schritt: Nehmen Sie unter Beachtung der folgenden Tabelle eine Bewertung auf einer Skala von 0-5 Punkten vor.

Punkte	Kriterien, die erfüllt sein müssen, um die Punktzahl zu erreichen:
1 P.	Im Unternehmens- Leitbild und im Pflegeleitbild sind humanistische Prinzipien und Patientenrechte enthalten(Würde, Individualität, Selbstbestimmung, Gleichheit, Recht auf Intimität, freie Wahl, freie Rede, Ausdruck von spirituellen Bedürfnissen).
3 P.	Validation ist im Unternehmensleitbild, im Pflegeleitbild, in den relevanten Pflegestandards, Konzepten und Projektplänen enthalten.
5 P.	Zur Wahrung der Patientenrechte gibt es im Krankenhaus einen Patientenführsprecher. Die Patienten sind im Rahmen der im Krankenhaus bestehenden Möglichkeiten und Grenzen (z.B. Flügelhemd im OP, Untersuchungstermine... als Grenze) an ihrer Betreuung und Pflege beteiligt. Sie in diesem Rahmen z.B. ihre Kleidung selbst auswählen, haben eine Wahl beim Essen und Die die Patienten betreffende Planung, Pflege und Betreuung wird kontinuierlich evaluiert. Die Mitarbeiter/innen erhalten im Rahmen von Fachbegleitung und Teambesprechungen regelmäßig Feed back. Individuelle Pflege und Betreuung ist integrierter Bestandteil der Patientenversorgung und ist sowohl durch die Dokumentation und die Alltagsgestaltung im Bereich für Menschen mit Demenz abgebildet.

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 14/22

II. Umwelt Krankenhaus allgemein:

1. Schritt: Lassen Sie sich im Gespräch mit der Stationsleitung, der/dem Qualitätsmanagementbeauftragten und/ oder Pflegedirektion das Aufnahme- und Entlassungs- Management zum Umgang mit Menschen mit Demenz erläutern und sichten Sie die relevanten Standards und Konzepte.
2. Schritt: Nehmen Sie an einer multiprofessionellen Visite, einem multiprofessionellen Team teil und sichten Sie die relevanten Standards bzw. Arbeitsanweisungen zum Thema Identifikation vom Demenz, Delir und anderen kognitiven Beeinträchtigungen im Krankenhaus. Klären Sie im Gespräch mit dem multiprofessionellen Team, wie zum Beispiel das Terminmanagement im Hinblick auf Untersuchungen an die Bedürfnisse des Patienten angepasst wird.
3. Schritt: Beobachten Sie eine Begleitung des Begleitedienstes zu einer Untersuchung und beobachten Sie, wie die MA der Funktionsbereiche mit dem Patienten mit Demenz interagieren.
4. Schritt: Falls die Patientenaufnahme über die zentrale Patientenaufnahme erfolgt: Sprechen Sie mit den Mitarbeitern/innen in der Zentralen Patientenaufnahme und machen Sie sich ein Bild über deren Bewusstsein für das Thema „Mensch mit Demenz“ und Validation.
5. Nehmen Sie unter Beachtung der folgenden Tabelle eine Bewertung auf einer Skala von 0-5 Punkten vor.

Punkte	Kriterien, die erfüllt sein müssen, um die Punktzahl zu erreichen:
1 P.	- Es gibt ein geeignetes Aufnahmeverfahren von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Diese werden i.R. in einem speziellen Bereich für Menschen mit Demenz untergebracht bzw. die MA der Station, auf der die MA arbeiten, sind über die Diagnose des aufgenommenen Patienten informiert. - Es gibt ein Entlassungs- Management, das die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz berücksichtigt.
3 P.	- Es gibt einen multiprofessionellen Begleitedienst, der durch ein definiertes Assessment die Situation der Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen genau erfasst und durch gezielte Vorgehensweise zur Stressminderung und Krisenprophylaxe beiträgt. Validation ist Bestandteil dieser Dienstleistung. - Zur Minimierung von Stress wird mit anderen Abteilungen (Labor, Röntgenabteilung, EKG, OP, Ambulanzen, Physiotherapie...) kooperiert.
5 P.	- Die Patienten mit Demenz werden direkt und ohne Umweg über die zentrale Aufnahme auf der Station mit Bereich für Menschen mit Demenz aufgenommen. (Aufnahme)-Untersuchungen werden auf der Station durchgeführt. - Es gibt einen in Validation trainierten Begleitedienst für Menschen mit Demenz, der die Patienten zu allen Untersuchungen, zum OP bzw. von der Aufnahme zur Station begleitet und bei ihnen verweilt, so lange dies nötig ist.

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 15/22

III. Stationärer Bereich (ungefährer Zeitbedarf 15 Minuten)

1. Schritt: Verschaffen Sie sich einen Überblick über die Station/en mit einem Schwerpunktbereich für Menschen mit Demenz.
2. Schritt: Sehen Sie sich folgende Räumlichkeiten an: Patientenzimmer, Toiletten, Duschräume oder Badezimmer, Sitzecken, Aktivitätsräume, Räume für Therapieangebote, wie Physiotherapie, Ergotherapie, separate Ess- Wohn- bzw. Ruheräume, Stationsflure und von der Station erreichbare Außenbereiche, wie Balkone, Terrassen oder Gartenzonen, stille Zonen und Erreichbarkeit
3. Schritt: Sprechen Sie mit dem Personal, wie die verschiedenen Räume genutzt werden. Wie oft sind die Patienten draußen?
4. Schritt: Nehmen Sie unter Beachtung der folgenden Tabelle eine Bewertung auf einer Skala von 0-5 Punkten vor.

Punkte	Kriterien, die erfüllt sein müssen, um die Punktzahl zu erreichen:
1 P.	- Auf mindestens 1 Station im Krankenhaus gibt es ausgewiesene Zimmer für Menschen mit Demenz. In diesen Patientenzimmern sind nicht mehr als 3 Patienten untergebracht. - Die Patienten können in Begleitung von Angehörigen oder haupt- oder ehrenamtlichen Mitarbeitern/innen die allgemeinen Räumlichkeiten des Krankenhauses (z.B. Kiosk, Cafeteria, Kapelle, Garten ... nutzen).
3 P.	Zu den in der vorhergehenden Spalte beschriebenen Bedingungen: - Es gibt mindestens 1 Station mit einem ausgewiesenen Bereich für Menschen mit Demenz. - Die Patientenzimmer sind durch Gestaltungselemente, wie Bebilderung Dekoration, Wandfarben, individualisiert. - In den Patientenzimmern für Menschen mit Demenz sind nicht mehr als 3 Patienten untergebracht. - Spiegel in Bad, Dusche oder Waschraum sind behindertengerecht angebracht. - Es gibt nach Absprache die Möglichkeit für Angehörige, bei ihren Verwandten mit Demenz zu übernachten. (Rooming- In) - Es gibt wohnlich gestaltete Sitzecken, wo Patienten sitzen, aus dem Fenster schauen, lesen, ggf. Fernsehen schauen und sich unterhalten können. - Es besteht die Möglichkeit, sofern es der Gesundheitszustand erlaubt und den Bedürfnissen entspricht, Mahlzeiten auch außerhalb des Zimmers zu sich zu nehmen.
5 P.	Zu den in der vorgehenden Spalte beschriebenen Bedingungen: - Der Flur im Bereich für Menschen mit Demenz ist ansprechend an den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz ausgerichtet gestaltet. - Wegweiser, Schilder und Bebilderung sind so angebracht, dass keine Reizüberflutung entsteht. - Der Flur im Bereich für Menschen mit Demenz ermöglicht es den betroffenen Patienten, sich frei und sicher zu bewegen und ist als Erlebnisstrecke gestaltet. Es gibt kreative Elemente in der Flurgestaltung, die die Fantasie anregen können, Lust an Bewegung stimulieren und zum Entdecken einladen. . - Die Patientenzimmer im Bereich für Menschen mit Demenz werden höchstens mit 2 Patienten belegt. Die Patienten und deren Angehörige werden stimuliert, persönliche Gegenstände, (Kissen, Fotos, Bilder, die auf

Stand 26.09.2017

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 16/22

	dem Nachttisch oder auf anderen Ablageflächen untergebracht werden können...) mitzubringen. • Es gibt eine bequeme, altersangemessene Bestuhlung und Sitzmöglichkeiten am Fenster. Die Patientenzimmer sind durch farblich unterschiedliche Gestaltung voneinander zu unterscheiden. • Waschräume, Bad und Dusche sind über eine separate Tür zu erreichen und sind als Wohlfühlraum gestaltet. • Symbole an den Türen im Bereich für Menschen mit Demenz erleichtern die Identifikation und damit die Wiedererkennung. • Es gibt mindestens ein Tagesraum für Menschen mit Demenz der wohnlich eingerichtet ist und in dem ein bedürfnisorientiertes Angebot stattfinden kann. (Arbeiten, Spielen, Singen, Essen, Trinken, Lesen, Vorlesen...) • Es gibt einen Physiotherapie- und Ergotherapie- Raum auf der Station, in dem Physiotherapie- und Ergotherapie- Angebote genutzt werden können und verschiedene Wohlfühlangebote gemacht werden können, wie Massage, Aromatherapie und Snoezelen. • Es ist mindestens ein Balkon, eine Terrasse oder eine Gartenzone angegliedert, wo Menschen mit Demenz mit Begleitung im Freien sitzen können und wo Sinnesangebote auch im Freien gemacht werden können. • Es gibt einen separaten Raum für Mitarbeiter/innen, der für Pausen und Besprechungen genutzt werden kann und in dem Medien für Fortbildungen vorgehalten werden.
--	---

IV. Dokumentation/Koordination

1. Schritt: sehen Sie sich die Dokumentation an
2. Schritt: Sprechen Sie mit den Mitarbeitern.
3. Schritt: Nehmen Sie unter Beachtung der folgenden Tabelle eine Bewertung auf einer Skala von 0-5 Punkten vor.

Punkte	Kriterien, die erfüllt sein müssen, um die Punktzahl zu erreichen:
1 P.	• Es gibt eine an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Pflegeplanung
3 P.	• Bei alten Menschen mit Demenz ist die Phase der Aufarbeitung evaluiert und dokumentiert. Validation ist in die Pflegeplanung integriert. Im Pflegebericht wird situative und regelmäßige Validation dokumentiert. • Validation ist Bestandteil der täglichen Übergabe und der Besprechungen im multiprofessionellen Team.
5 P.	• Es gibt eine Kurzbiographie, die stichpunktartig wichtige, für die Validation und den Krankenhausaufenthalt Themen erfasst, z.B. Aussagen zu Alter, Geburtsort, Familienstand, Bezugspersonen, Umgang mit Krisen und Verlusten, gewohnter Lebensstil, wichtige Bedürfnisse.... Die Informationen sind den Pflege- und Betreuungspersonen bekannt. • Es erfolgt eine Fallbesprechung im multiprofessionellen Team auf mindestens wöchentlicher Basis. In Gremien, wie Leitungsteams, Qualitätszirkeln, Arbeitsgruppen, Validationsteams und/oder „Demenzbegleitergruppen“ wird Validation zur Sprache gebracht.

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 17/22

V. Pflegende/Personal

1. Schritt: Sehen Sie sich die schriftlichen Unterlagen an: welche Dienste werden angeboten, wer ist dafür verantwortlich?
2. Schritt: Sprechen Sie mit den Mitarbeitern
3. Schritt: Nehmen Sie unter Beachtung der folgenden Tabelle eine Bewertung auf einer Skala von 0-5 Punkten vor.

Punkte	Kriterien, die erfüllt sein müssen, um die Punktzahl zu erreichen:
1 P.	- Die MA aus Pflege, Physiotherapie und Hauswirtschaft mit einbezogen wird darauf geachtet, dass es im Tagdienst ein 1- zu 7- Verhältnis gibt. - Es gibt für alle Mitarbeiter/innen eine Fortbildungsplanung, das sich an den aktuellen Standards im jeweiligen Land/ in der jeweiligen Region orientiert. - Die für die Versorgung der Patienten nötigen Kompetenzen werden vorgehalten. - Es gibt ein Programm zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen. - Mit den Mitarbeitern werden mindestens 1x pro Jahr Mitarbeitergespräche geführt
3 P.	- Im Bereich für Menschen mit Demenz gibt es sowohl am Vor- als auch am Nachmittag eine Bezugspflegekraft, die mindestens 1 Validations- Basisseminar besucht hat. - Validations- Coaching und Fachbegleitung (Supervision) wird durch eine/n zertifizierte/n Validationslehrer/in vorgenommen, Validationstraining (Basisseminare, Workshops, Refresher-Seminare, Training on the Job, Validationsanwenderkurse) wird durch zertifizierte Validationsteacher auf einer regelmäßigen Basis angeboten, die Mitarbeiter/innen nehmen an den Trainings regelmäßig teil. - Bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen ist Validation obligater Inhalt. - Es können die für den Bereich für Menschen mit Demenz erforderlichen Qualifikationen (z.B. Geriatriefachkraft, Experte für Menschen mit Demenz, Facharzt für Geriatrie oder Neurologie...) nachgewiesen werden.
5 P.	- Mehr als ein Drittel der Mitarbeiter/innen auf der/den Stationen mit Menschen mit Demenz sind mindestens als Validationsanwender/in zertifiziert. - Die Stationsleitung und deren Stellvertretung kann mindestens eine Teilnahme an einem Validationskurs für leitende Mitarbeiter/innen nachweisen. Die ärztliche Bereichsleitung hat mindestens an einem Validationsbasisseminar teilgenommen.

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 18/22

VI. Fragen zu Würde und Respekt den Patienten betreffend

1. Schritt: Beobachten Sie öffentliche und Stationsbereich und verschiedene Aktivitäten wie Waschen, Mahlzeiten, Mobilisation, Visite, Begleitung zu Untersuchungen und Unterstützung bei den Toilettengängen.
2. Schritt: Sprechen Sie mit den Mitarbeitern/innen.
3. Schritt: Sprechen Sie mit Patienten.
4. Schritt: Nehmen Sie unter Beachtung der folgenden Tabelle eine Bewertung auf einer Skala von 0-5 Punkten vor.

Orientieren sie sich bei der Beurteilung folgender Punkte an den Kriterien, die auch zur praktischen Prüfung im Validation- level1- Anwenderkurs verwendet werden.

Punkte	Kriterien, die erfüllt sein müssen, um die Punktzahl zu erreichen:
1 P.	Es ist zu beobachten, dass der überwiegende Teil der am Tag der Zertifizierung beobachteten MA • die Patienten mit ihrem Nachnamen oder dem Namen, den diese bevorzugen, ansprechen, • mit Patienten wertschätzend und geduldig umgehen • während Pflege, Therapie oder Betreuung mit den Patienten kommuniziert (statt schweigend Maßnahmen zu verrichten oder sich über den Kopf der betroffenen Personen hinweg mit anderen zu sprechen) • die Intimsphäre des Patienten beachtet (z.B. beim Waschen, beim Toilettengang, beim Essen, generell im Verlauf des Tages, beim Betreten des Zimmers).
3 P.	• Auf die Patientenwünsche wird soweit möglich individuell eingegangen. Die Kommunikation, Begleitung und Pflege erfolgt auf Basis einer validierenden Grundhaltung, • Patienten können ihre Kleidung im Rahmen der Möglichkeiten auswählen, • Essenswünsche und Essenszeiten werden integriert. • Menschen erfahren bei Mahlzeiten und bei allen anderen Pflegeaktivitäten die für sie notwendige Unterstützung. • Wach- und Schlafzeiten können ausgewählt werden.
5 P.	• Situative und regelmäßige Validation ist integraler Bestandteil im Bereich für Menschen mit Demenz. • Angehörige werden in die Pflege und Begleitung auf validierende Weise mit einbezogen, sofern sie das wünschen. • Es herrscht eine insgesamt wertschätzende Besprechungskultur auf der Station, die Mitarbeiter/innen praktizieren eine achtsame, wertschätzende und einfühlsame Sprache. • Es gibt einen Validationsbeauftragten im Krankenhaus, der die „Validationsbelange“ vorhält und vertritt. • Es gibt eine Ethikkommission im Krankenhaus, die Ethikkonsile bei Fragen der medizinischen Versorgung am Lebensende durchführt.

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 19/22

VII. Aktivitäten

1. Schritt: Sehen Sie sich, sofern vorhanden Pläne zu Beschäftigung und Aktivierung an oder vergewissern Sie sich, dass Beschäftigung und Aktivierung integraler Bestandteil der Pflegeplanung ist.
2. Schritt: Beobachten Sie im Verlauf des Tages, ob Einzelvalidation regelmäßig und situativ verwendet wird.
3. Schritt: Beobachten Sie Patienten während einer gemeinschaftlichen Aktivität und wie diese Aktivität begleitet wird.
4. Schritt: Nehmen Sie unter Beachtung der folgenden Tabelle eine Bewertung auf einer Skala von 0-5 Punkten vor.

Punkte	Kriterien, die erfüllt sein müssen, um die Punktzahl zu erreichen:
1 P.	- Im Patientenzimmer und in den Gemeinschaftsräumen läuft altersgemäße Musik. - Physische Aktivitäten (KG, Logopädie, Spaziergänge) werden täglich angeboten.
3 P.	- In der täglichen regelmäßigen und situativen Validation werden individuelle Bedürfnisse erkannt und dokumentiert. - Individuelle Bedürfnisse (z.B. Malen, Lesen, Zeitschrift oder Bilder betrachten oder Kissen aufschütteln...) werden unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation im Tagesablauf geplant, die entsprechenden Impulse der Patienten werden aufgegriffen und Verwirklichungshilfen wenn nötig angeboten. - Patienten, die spirituelle Bedürfnisse äußern, können diese in einem für sie passenden Rahmen verwirklichen.
5 P.	- Während des Tages ist im Bereich für Menschen mit Demenz mindestens 1 MA eingesetzt, der Validationsanwender ist. - Es gibt ein Aktivitäts- und Stimulierungsangebot auf täglicher Basis, welches Patienten mit Demenz bedürfnisorientiert ermöglicht, in Gemeinschaft zu sein, zum Beispiel gemeinsames Frühstück, gemeinsames Singen, gemeinsame Bewegungsangebote, z.B. Sitztanz, gemeinsames Betrachten von Bildern. - Aktivitäten, die alle Sinne stimulieren, stehen auf einer täglichen Basis zur Verfügung (Beispiel: Aromatherapie, sensorische Stimulation). - Patienten mit Demenz in weit fortgeschrittenen Phasen/Stadien werden im Blick behalten und erfahren neben Validation an ihrer Situation angepasste Angebote, zum Beispiel Aromatherapie, Musiktherapie, Basale Stimulation usw.

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 20/22

VIII. Speisepläne/Essen und Trinken

1. Schritt: Sehen Sie sich den Speiseplan, die Essbiographie und die Pflegeplanung an.
2. Schritt: Sprechen Sie mit Patienten, mit Angehörigen, mit Pflegepersonal, mit ehrenamtlichen Helfern/Helferinnen und ggf. mit Ärzten.
3. Schritt: Beobachten Sie verschiedene Essenssituationen: Essen reichen im Zimmer, gemeinschaftliches Frühstück oder Mittagessen im Zimmer, in einer separaten Essecke oder in einem Aufenthaltsraum für Menschen mit Demenz.
4. Schritt: Nehmen Sie unter Beachtung der folgenden Tabelle eine Bewertung auf einer Skala von 0-5 Punkten vor.

Punkte	Kriterien, die erfüllt sein müssen, um die Punktzahl zu erreichen:
1 P.	- Der Speiseplan zeigt, dass die Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten, die täglich angeboten werden, den lokalen kulturellen Bedingungen entsprechen. Für den Patienten ist es möglich, zwischen Kaffee, Milch und Tee und mehreren kalten Getränken zu wählen. - Es wird darauf geachtet, dass Patienten ausreichend mit Essen und Trinken versorgt sind. Patienten, die nicht in der Lage sind, sich ihr Essen und Trinken selbst zuzubereiten bzw. dieses zu sich zu nehmen, bekommen es gereicht.
3 P.	- Die Patienten können mindestens zwischen zwei Alternativen für jede Mahlzeit (Frühstück, Mittagessen, Kaffeepause und Abendessen) wählen. Die Mahlzeiten entsprechen den lokalen kulturellen Bedingungen. - Die Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten, die täglich angeboten werden, sind an den Ressourcen und den Zeiten oder Rhythmen des Patienten orientiert. - Es gibt ein Fingerfood- Zwischenmahlzeit- und Getränkeangebot, wo sich Patienten selbst bedienen können bzw. wo Besucher und Angehörige Patienten bedienen können. - Die erforderliche Hilfestellung beim Essen erfolgt mit Achtsamkeit, die Mitarbeiter/innen, die Essen reichen, passen sich an Geschwindigkeit und Tempo des Patienten an, erfassen mit Empathie verbale und nonverbale Gefühlsäußerungen während des Essens und sind in der Lage, daraus Konsequenzen für ihr pflegerisches Handeln zu ziehen.
5 P.	- Es wird eine Essbiographie erstellt, um zu den Mahlzeiten individuelle Vorlieben und Abneigungen zu integrieren. - Bei Personen, die auf Grund ihres Gesundheitszustandes keinen Appetit äußern, werden Individuelle Wünsche exploriert. - Mahlzeiten werden auf ansprechendem Geschirr schön hergerichtet und wenn möglich und gewünscht, gemeinsam eingenommen. - Bei Menschen, die auf Grund ihres mentalen Zustandes ihre Bedürfnisse bezüglich Essen nicht mehr selbst äußern können, werden die Sinne bewusst stimuliert. - Freunde, Angehörige und Mitarbeiter/innen können, wenn es die Situation erlaubt und Wohlbefinden stimuliert, mit Patienten mit Demenz zusammen essen.

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 21/22

IX. Familie/Freunde/ Ehrenamtliche Mitarbeiter

1. Schritt: Sehen Sie sich das Informationsmaterial an: Broschüren für Patienten und Angehörige, Ratgeber für Angehörige von Menschen mit Demenz, Informationsflyer zum Thema Validation, zur Validationssprechstunde, zu Angehörigenkursen usw., Informationen für Ehrenamtliche Helfer, Teilnahmebescheinigungen an Kurse und Beispiele für Protokolle von Ehrenamtlichen-Treffen, Angehörigentreffen und ähnliches.
2. Schritt: Sprechen Sie mit Angehörigen und Ehrenamtlichen, begleiten Sie eine Angehörigensprechstunde oder ein Beratungsgespräch für Angehörige.
3. Schritt: Beobachten Sie Interaktionen zwischen Patienten und ihren Verwandten. Beobachten Sie die Interaktion von Ehrenamtlichen Mitarbeitern mit Patienten.
4. Schritt: Nehmen Sie unter Beachtung der folgenden Tabelle eine Bewertung auf einer Skala von 0-5 Punkten vor.

Punkte	Kriterien, die erfüllt sein müssen, um die Punktzahl zu erreichen:
1 P.	- Angehörige, Freunde und Ehrenamtliche Mitarbeiter sind einmal im Jahr zu einer Informationsveranstaltung eingeladen, die Validation mit einschließt. - Es gibt zertifizierte Validationsanwender/innen auf der/den Station/en mit Bereich für Menschen mit Demenz, die als Ansprechpartner für Angehörige, Freunde und Ehrenamtliche Helfer zur Verfügung stehen.
3 P.	- Angehörige, Freunde und ehrenamtliche Helfer haben die Möglichkeit, - Die Patienten zu jeder Tageszeit zu besuchen. - Die Patienten durch den Tag oder rund um die Uhr zu begleiten, ihnen beim Essen zu helfen, mit ihnen spazieren zu gehen u.a. Aktivitäten mit ihnen durchzuführen, sofern dies dem Bedürfnis und der Gesundheitssituation des Patienten entspricht. - Es gibt die Möglichkeit zu „Rooming in“ - Es gibt eine Angehörigensprechstunde, die von einer/m MA angeboten wird, der mindestens zum Validation- level1- Anwender qualifiziert ist. - Es gibt ein Austauschforum für Ehrenamtliche Mitarbeiter/innen, das sich mindestens 4x im Jahr trifft. Dort finden regelmäßig Fallbesprechungen zum Thema Validation teil. Diese werden durch einen MA durchgeführt, der mindestens Validationsanwender ist. - Die Ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen haben mindestens an einem Basisseminar Validation teilgenommen. - Freunde und ehrenamtliche Mitarbeiter werden als Partner des multiprofessionellen Teams angesehen und betreuende Angehörige werden in Entscheidungsfragen mit einbezogen.
5 P.	- Es findet mindestens 1x jährlich ein Kurs „Validation für Angehörige“ statt, der durch einen zertifizierten Validationslehrer durchgeführt wird. - Die Ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen, die mit Patienten mit Demenz umgehen, haben an einem Kurs „Ehrenamtliche/r Validationsbegleiter/in“ teilgenommen. - Vertraute Angehörige bzw. Familienmitglieder können ihre Angehörigen mit Demenz in den OP begleiten und nach der OP wieder bei der Abholung dabei sein und begleiten, zu Untersuchungen begleiten und während der Untersuchung anwesend sein.

Stand 26.09.2017

Kapitel 3 – Anlage 1:

Fragebogen zur Validation nach Feil, Evangelisches Krankenhaus Bad Dürkheim

Seite 22/22

X. Sicherheits- und Kontrollangelegenheiten

1. Schritt: Sehen Sie sich die Kriterien zum Einsatz von Fixierung und Psychopharmaka (Standards, Prozessbeschreibungen, Arbeitsanweisungen...) an.
2. Schritt: Lassen sie sich von den Mitarbeitern/innen erläutern unter welchen Umständen, wie lange und wie Fixierung bzw. Psychopharmaka eingesetzt werden.
3. Schritt: Bringen Sie in Erfahrung, ob Patienten fixiert sind und klären Sie ab, warum das so ist.
4. Schritt: Nehmen Sie unter Beachtung der folgenden Tabelle eine Bewertung auf einer Skala von 0-5 Punkten vor.

Punkte	Kriterien, die erfüllt sein müssen, um die Punktzahl zu erreichen:
1 P.	- Die Fixierung von Patienten/innen mit Demenz erfolgt im Rahmen der gültigen, gesetzlichen Bestimmungen (in Deutschland) unter Wahrung strenger Voraussetzungen (z.B. Selbst- und Fremdgefährdung) ohne richterlichen Beschluss nicht länger als 48 Stunden. - Ärztlicher und pflegerischer Dienst haben zum Ziel, Fixierung und Psychopharmaka, Schlaf- und Beruhigungsmittel nur so lange als nötig einzusetzen.
3 P.	- Es liegt ein Standard vor, der genau definiert, in welchen Fällen Fixierung zum Einsatz kommt und wie regelmäßig die Notwendigkeit der Aufrechterhaltung evaluiert und dokumentiert wird. - Es liegt ein Standard vor, wie mit so genanntem herausfordernden Verhalten umgegangen wird und unter welchen Umständen Psychopharmaka zum Einsatz kommen.
5 P.	Fixierungen und Psychopharmaka kommen bei Menschen mit Demenz, sofern keine nachweisbare, psychische Erkrankung vorliegt, möglichst nicht zum Einsatz, stattdessen wird auf Bedürfnisse und Gefühle mittels Validation eingegangen.

Kapitel 5 – Anlage 1:

Geriatrie Essprotokoll, OsteMed Klinik Bremervörde

Seite 1/1

Geriatrie Essprotokoll	Patientenaufkleber	
----------------------------------	--	--

Kostform:

Tag	Datum	Mahlzeit	Fast nichts	Wenig	Etwa die Hälfte	Fast alles	Alles
		Frühstück					
		Mittag					
		Abendessen					
		Sonstiges					
		Frühstück					
		Mittag					
		Abendessen					
		Sonstiges					
		Frühstück					
		Mittag					
		Abendessen					
		Sonstiges					
		Frühstück					
		Mittag					
		Abendessen					
		Sonstiges					
		Frühstück					
		Mittag					
		Abendessen					
		Sonstiges					
		Frühstück					
		Mittag					
		Abendessen					
		Sonstiges					

Versions-Nr.:		Prozessverantw.:	gez. H. Sverlik	VA-Geri-Essprotokoll	
Freigabe:		Freizeichner:	gez. S. Ristau gez. Dr. J. Bittersohl gez. D. Michaelis Direktorium gez. Chefarzt Dr. A. Franzen	Seite 1 von 1	

Kapitel 6.1 – Anlage 1:

Vorbefragung zur Schulung „Rettungsdienst & Demenz“, Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg

Seite 1/3



Vorbefragung zur Schulung „Rettungsdienst & Demenz“

Sehr geehrte Damen und Herren,

um unser Schulungsangebot bestmöglich an den berufspraktischen Anforderungen in der notdienstlichen Versorgung von Menschen mit Demenz auszurichten, ist es für uns von großer Bedeutung Ihre persönliche Einschätzung als „Experte der Praxis“ zu erfahren.

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit um die nachstehenden Fragen zu beantworten. Mit Ihrer Rückmeldung leisten Sie einen entscheidenden Beitrag zu unserem Projekt.

Name (freiwillig): _____

1. Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

- ☐ Rettungsassistent
- ☐ Rettungssanitäter
- ☐ Notfallsanitäter
- ☐ Sonstige Berufe: _____

2. Seit wann sind Sie im Rettungsdienst tätig? (die Zeit der Berufsausbildung im Rettungsdienst und/ oder Ehrenamt im Rettungsdienst mit eingerechnet)

- weniger als 5 Jahre ☐
- mehr als 5 Jahre ☐
- mehr als 10 Jahre ☐
- mehr als 20 Jahre ☐

3. Haben Sie in Ihrem näheren Umfeld (Familie/ Bekanntenkreis) regelmäßig Kontakt zu Menschen mit Demenz?

- ja ☐ Wenn ja, in welcher Weise? _____
- nein ☐

4. Wie gut fühlen Sie sich durch Ihre Berufsausbildung im Rettungsdienst auf Menschen mit Demenz vorbereitet?

- sehr gut ☐
- gut ☐
- weniger gut ☐
- überhaupt nicht gut ☐

evtl. Erläuterung: _____

5. Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Menschen mit Demenz in Notfallsituationen bzw. der rettungsdienstlichen Versorgung?

- sehr sicher ☐
- sicher ☐
- weniger sicher ☐
- überhaupt nicht sicher ☐
- in meiner Tätigkeit kein Problem ☐

Kapitel 6.1 – Anlage 1:

Vorbefragung zur Schulung „Rettungsdienst & Demenz“, Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg

Seite 2/3

**6. Bitte schätzen Sie ein ...****6.1.**

... inwieweit Sie mit folgenden Aussagen
in der notdienstlichen Versorgung von
Menschen mit Demenz übereinstimmen:

	ich stimme voll zu	ich stimme zu	ich stimme teils/ teil zu	ich stimme we- niger zu	ich stimme nicht zu	keine Aussage möglich
Fachwissen zum Krankheitsbild Demenz ist wichtig						
praktische Kompetenzen im Umgang sind grundlegend						
schnelles bzw. zügiges Handeln ist erforderlich						
Betroffene sollen laut angesprochen werden						
manchmal ist gewisser Druck nötig						
Menschen mit Demenz brauchen klare Anweisungen						
entschleunigtes Handeln/ Ruhe bringen in die Situation ist hilfreich						
Angehörige sollen eingebunden werden						
im Rettungsdienst fehlt die Zeit						

6.2.

... wie wichtig Ihnen in der notdienstlichen
Versorgung von Menschen mit Demenz
folgende Kriterien sind:

	sehr wichtig	wichtig	teils/ teils	weniger wichtig	nicht wichtig	keine Aussage möglich
empathischer/ wertschätzender Umgang						
Ruhe ausstrahlen						
freundliches Auftreten						
Verständnis für die Situation des Betroffenen						
Informationen über kognitiven bzw. neurologischen Status						
offene Haltung						
Würdevoller/ respektvoller Umgang						
Zeit						
Geduld						
Sicherheit vermitteln						

Kapitel 6.1 – Anlage 1:

Vorbefragung zur Schulung „Rettungsdienst & Demenz“, Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg

Seite 3/3



- 7. Welche besonderen Herausforderungen bzw. Besonderheiten sehen Sie in der Versorgung von Menschen mit Demenz im Rettungsdienst?**

- 8. In welchen Bereichen in der notdienstlichen Versorgung von Menschen mit Demenz würden Sie sich mehr Fachwissen/ Handlungskompetenz wünschen? (Schlagworte/ Stichpunkte)**

- 9. Gibt es in ihrer Einsatzzentrale/ Leitstelle Angebote bzw. Möglichkeiten zur (Nach-) Bearbeitung von "Schwierigen Fällen"? (Schlagworte/ Stichpunkte)**

- ja
- nein



Wenn ja, wie häufig finden diese statt? _____

- 10. Gibt es andere Dinge, die Sie in Blick auf das Thema bewegen?**

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Kapitel 6.1 – Anlage 2:

Infosheet – Fortbildungsreihe zum Umgang mit Angehörigen, Albertinen-Krankenhaus Hamburg

Seite 1/1



Angehörige: Zeit-„Diebe“ mit überhöhten Ansprüchen oder wichtige Ressource im Therapie- und Pflegeprozess?

Kooperation und Beziehungsgestaltung mit Angehörigen kognitiv eingeschränkter Patientinnen und Patienten

Hintergründe zum Seminar

Patienten mit kognitiven Einschränkungen sind im Krankenhaus eine Belastung für alle beteiligten Berufsgruppen. Neben den betroffenen Patientinnen und Patienten sind es aber auch die Angehörigen und Zugehörigen, die sowohl das Pflegepersonal als auch das ärztliche Personal zeitlich sehr intensiv in Anspruch nehmen. Angehörige werden dann leicht als „Anspruchnehmer“ oder „Zeitverzögerer“ wahrgenommen. Angehörige sind jedoch für die Erhebung der Diagnose-Daten und im Therapie- und Pflegeprozess eine wichtige Ressource, die es zu nutzen gilt!

Dieses Seminar hat u.a. zum Ziel, den beteiligten Berufsgruppen konkrete Hilfen zu geben, wie die Ressourcen und Kompetenzen der Angehörigen aufgenommen und genutzt werden können. Das Seminar richtet sich an Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Ärztinnen und Ärzte sowie Sozialarbeiter/innen.

Seminarinhalte

- Werte und Ziele der einzelnen Berufsgruppen in der Interaktion mit Angehörigen
- Beziehungsmuster der Angehörigen zum Erkrankten
- Die Situation der Angehörigen in der Häuslichkeit
 - Probleme der Versorgung
 - Psychische Situation
- Fallbeispiele anhand szenischer Darstellung
- Einbindung der Ressourcen und Kompetenzen der Angehörigen während des Aufenthaltes im Krankenhaus

Termin und Organisation

Das Seminar wird 12 Mal stattfinden:

- 28.10.2014
- 13.11.2014
- 22.12.2014
- 27.01.2015
- 17.02.2015
- 24.03.2015
- 22.04.2015
- 17.06.2015
- 07.07.2015
- 27.08.2015
- 17.09.2015
- 22.10.2015

Dozentinnen sind bei allen Terminen:

- Margret Schleede-Gebert, Dipl. Gerontologin,
Das Rauhe Haus, Ev. Berufsschule für Altenpflege
- Melanie Feige, Dipl. Pädagogin,
Das Rauhe Haus, Ev. Berufsschule für Altenpflege

Dauer des Seminars:

- jeweils 1 Tag von 08:30 – 16:00 Uhr

Veranstaltungsort:

- Albertinen-Akademie, Sellhopsweg 18-22
- Der Raum wird nach Anmeldung bekannt gegeben.

Kosten:

- Das Seminar ist für Sie kostenfrei!

Anmeldeverfahren:

- Bitte schicken Sie Ihre formlose Anmeldung an Petra Roepert: petra.roepert@albertinen.de
- Nennen Sie uns bitte Ihren Namen sowie Ihre (private oder dienstliche) Anschrift und den Seminartermin.

Fortbildungspunkte:

- Pflegekräfte erhalten 8 Fortbildungspunkte (RbP).
- Es werden Punkte bei der Ärztekammer beantragt.

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an die Albertinen-Akademie unter Tel. 040 55 81-1776 (Frau Petra Roepert).

Kapitel 6.1 – Anlage 3:

Schulungsprogramm Delir, erarbeitet von Dr. Meinolf Hanxleden und Gabriele Kotthoff,
Klinikum Hochsauerland GmbH

Seite 1/3

Schulungsprogramm Delir

Modul 1: Einführung & Grundlagen		
Zeit	Themen	Referent
8:00 -8:10 Uhr	Einführung - Was ist geplant? Was ist das Ziel der Schulung	Dr. Hanxleden
8:10 -8:30 Uhr	Grundlagen zu den Diagnosen „Demenz“, „Delir“ & „Depressionen“ 1.1 Demenz - Definition - Subtypen (Alzheimer- Demenz, Vaskuläre Demenz, Levy- Körperchen- Demenz, Frontotemporale Demenz) - Prävalenzen - Ursachen (Risikofaktoren?) - Symptome - Diagnostik 1.2 Delir - Definition - Erscheinungsformen (Hypoaktives/ Hyperaktives Delir) - Prävalenzen - Diagnostik - Risiko- und auslösende Faktoren - Komplikationen (zum einen das Übersehen des Delirs: Gründe dafür; aber auch welche Risiken durch einen Delir entstehen) 1.3 Depression - Definition - Erscheinungsformen - Prävalenz - Ursachen - Diagnostik/ Behandlung - Abgrenzung zu Demenz & Delir	Dr. Hanxleden
8:30- 9:00Uhr	Interaktiver Erfahrungsaustausch - Woran erkennen Sie Menschen mit Demenz oder einem Delir? - Was fällt im Arbeitsalltag auf? Wo liegen die „Wissenslücken“? - Fallbeispiele: Was ist Demenz, Delir & Depression	Dr. Hanxleden
9:00- 9:15 Uhr	Zusammenfassung: Charakteristiken für einen Delir/ DSM- IV Kriterien für einen Delir	Dr. Hanxleden
9:15- 9:50Uhr	Grundlagen zu geriatrischen Assessments 1.1 Anwendung und Anwendungsbereich 1.2 Delirium Observations- Screening Scale (DOSS) Beispiele mitbringen (z.B. idealtypische Befunde) 1.3 Confusion Assessment Method (CAM) Beispiele mitbringen (z.B. idealtypische Befunde)	Dr. Hanxleden
Kurze Pause + zeitlicher Puffer		

Modul 2: Grundlagen der Therapie		Referenten
Zeit	Themen	
10:00- 10:45 Uhr	Grundlagen der Therapie – Kombination aus pflegerischer und medizinisch-therapeutischer Maßnahmen 1.4 Delirprophylaxe und Pflegeinterventionen	Dr. Hanxleden

Kapitel 6.1 – Anlage 3:

Schulungsprogramm Delir, erarbeitet von Dr. Meinolf Hanxleden und Gabriele Kotthoff,
Klinikum Hochsauerland GmbH

Seite 2/3

	z.B. Was kann die Pflege im Umgang mit schwer dementen Patienten beachten... - Schmerzen vermeiden, - Stress reduzieren, - Wahrnehmung fördern, - Kommunikation ermöglichen, - Mobilität zurückgewinnen - Ernährungs- und Elektrolyt-/Flüssigkeitshaushalt kontrollieren/normalisieren... 1.5 Systematische Therapie - Pharmakologie/ Anästhesie (Medikamente im Falle eines Delirs?) medizinische Überwachung (Flüssigkeits- und Elektrolyttherapie, Absetzen von anticholinerge Medikamenten, Behandlung und Überwachung beim Entzugssyndrom)	
10:45-11:15 Uhr	Die Demenzerkrankung im Alltag/ Krankenhausalltag 1.1 Delir im Klinikalltag/Alltag erkennen 1.2 Besonderheit des Klinikumfeldes für den Demenzerkrankten (Wo könnten Stressoren liegen die ein Delir begünstigen? Faktoren nach Kitwood und wie wir dieses Erleben im Krankenhaus beeinflussen können z.B. Krankenhausumgebung, Wohlbefinden, geistige Beeinträchtigung...) Prägnanz des familiären und sozialen Umfeldes herausstellen/ Angehörige als Ressource/ hat wichtige Pflegebeziehung zum Patienten/ kann Pflegeprozess mitgestalten	Dr. Lütkes
11:15-11:45 Uhr	Deeskalation „Refresher“ - Auslöser von Aggressionen bei demenziellen Erkrankungen? (Eskalationskreislauf vorstellen) - Grundlagen der Deeskalation - Methoden/ Deeskalationskonzept zur Aggressionsminderung vorstellen (6 Stufen nach ProDeMa®- Rechte??) - Kommunikative Möglichkeiten der Deeskalation (z.B. Kontaktreflexion- wäre präventiv) - Rollenspiel/ Erfahrungsaustausch → wie verhalte ich mich in erlebten Situationen → viele Praxisbeispiele	Herr Huckschlag/ Patane
Zeitlicher Puffer von 15 min		
Mittagspause 30min von 12:00- 12:30Uhr		

Modul 3: Umgang mit dem delirgefährdeten Patienten		Referenten
Zeit	Themen	
12:30-13:15 Uhr	Grundlagen der Kommunikation (- inkl. logotherapeutischer Ansatz) - Kommunikationsassessments & Schmerzassessments - Besonderheit Umgebung Krankenhaus für Patienten -wie gehe ich als Pflegekraft damit richtig um? - <u>nonverbale</u> Kommunikationsfertigkeiten (Blickkontakt, aktives Zuhören, Berührung z.B. Basale Stimulation)	Frau Grothe/ Wittershagen

Kapitel 6.1 – Anlage 3:

Schulungsprogramm Delir, erarbeitet von Dr. Meinolf Hanxleden und Gabriele Kotthoff,
Klinikum Hochsauerland GmbH

Seite 3/3

	- verbale Kommunikation (Tipps: langsam, kurze leicht verständliche Sätze, klar und deutlich, Wiederholungen...) - auf unterschiedliche Gegebenheiten eingehen (Situationen vorstellen z.B. Patienten sucht Ihren verstorbenen Ehemann- richtige Herangehensweise besprechen) → Hinweis auf Prägnanz des Logbuches Kommunikation mit Angehörigen	
13:15-13:45Uhr	Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen - Unterscheidung freiheitseinschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen - Formen und Gründe von/ für freiheitsentziehenden Maßnahmen (Sedierung, wenn..., Bettengurt, wenn...) - Warum sollten diese vermieden werden? (Stress/Panik/ Angst→ Delir) Wie können solche vermieden werden? Alternativen (Niederflurbetten, Hilfsmittel, Sturzmatten/ Sensormatten)	Herr Müller
13:45-14:00 Uhr	Rechtliche Grundlagen - Voraussetzungen für freiheitsentziehende Maßnahmen - Rechtliches Genehmigungsverfahren Erfordernis einer Einwilligung/ Entbehrlichkeit der Einwilligung	Herr Müller
Zeitlicher Puffer 15 min		
Pause 15min		

Modul 4: Umgang mit dem delirgefährdeten Patienten/ Medikamententherapie		
Zeit	Themen	
14:30-15:00 Uhr	Interventionsmöglichkeiten im Falle eines Delirs (was ist zu beachten? Aktionsplan erstellen) - erste Schritte (Auslöser suchen, Symptombehandlung) - Überwachung (RR und Puls, Temperatur) - Komplikationen vermeiden Abteilungsspezifische Therapien (z.B. Chirurgie, Onkologie..?) - fachärztliche und pharmakologische Abstimmung der notwendigen Narkosen bei delirgefährdeten Patienten - Wundversorgung/ „Schmerzmanagement“ Palliativmedizinische Besonderheiten	Dr. Bredendiek
15:00-15:30	1.6 Wechselwirkungen/ Interaktionen der Arzneimittel - Wechselwirkungen der angeordneten Arzneimittel (vllt. behandlungsspezifisch darstellen, d.h. bei Schlafstörungen wird häufig gegeben... und folgende haben Wechselwirkungen mit...), (Priscus-Liste) - Interaktion der verordneten Arzneimittel mit Nahrungsmitteln - altersgemäße Dosisanpassung, inkl. Berücksichtigung der Vitalparameter	Dr. Hanxleden
ENDE: Insgesamt 6,5 Stunden Inhalt + ca.50 min Pause		

Kapitel 6.1 – Anlage 4:

Nachbefragung zur Schulung „Rettungsdienst & Demenz“, Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg

Seite 1/3

**Nachbefragung zur Schulung „Rettungsdienst & Demenz“****Sehr geehrte Damen und Herren,**

Sie haben am 23.04.2018 an der Schulung „Rettungsdienst & Demenz“ teilgenommen. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit um rückblickend auf die Veranstaltung den vorliegenden Fragebogen auszufüllen. Mit Ihrer Rückmeldung leisten Sie einen wichtigen Beitrag zu unserem Projekt.

Name (freiwillig): _____

1. Bitte schätzen Sie ein ...

inwieweit sich durch die Teilnahme an der Schulung „Rettungswesen & Demenz“ Ihr berufliches Handeln verändert hat

	besser	etwas besser	unverändert	etwas schlechter	schlechter	keine Aussage möglich
Fachwissen						
Sicherheit im Umgang mit Demenzpatienten						
Informationsfluss in der Rettungskette bei Menschen mit Demenz						
konfliktreiche Situationen						

2. Was hat sich für Sie im Umgang mit Menschen mit Demenz/ Demenzpatienten in der notdienstlichen Versorgung seit Ihrer Teilnahme an der Schulung geändert?

3. Im Rückblick: Welche Schulungsinhalte haben Ihnen besonders geholfen, welche weiteren wären wünschenswert und welche verzichtbar gewesen? (wenn Sie möchten, gerne etwas mehr auf der Rückseite des Fragebogens)

Kapitel 6.1 – Anlage 4:

Nachbefragung zur Schulung „Rettungsdienst & Demenz“, Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg Seite 2/3



4. Bitte schätzen Sie ein ...

4.1.

... inwieweit Sie mit folgenden Aussagen in der notdienstlichen Versorgung von Menschen mit Demenz übereinstimmen:

	ich stimme voll zu	ich stimme zu	ich stimme teils/teil zu	ich stimme weniger zu	ich stimme nicht zu	keine Aussage möglich
Fachwissen zum Krankheitsbild Demenz ist wichtig						
praktische Kompetenzen im Umgang sind grundlegend						
schnelles bzw. zügiges Handeln ist erforderlich						
Betroffene sollen laut angesprochen werden						
manchmal ist gewisser Druck nötig						
Menschen mit Demenz brauchen klare Anweisungen						
entschleunigtes Handeln/ Ruhe bringen in die Situation ist hilfreich						
Angehörige sollen eingebunden werden						
im Rettungsdienst fehlt die Zeit						

4.2.

... wie wichtig Ihnen in der notdienstlichen Versorgung von Menschen mit Demenz folgende Kriterien sind:

	sehr wichtig	wichtig	teils/ teils	weniger wichtig	nicht wichtig	keine Aussage möglich
empathischer/ wertschätzender Umgang						
Ruhe ausstrahlen						
freundliches Auftreten						
Verständnis für die Situation des Betroffenen						
Informationen über kognitiven bzw. neurologischen Status						
offene Haltung						
Würdevoller/ respektvoller Umgang						
Zeit						
Geduld						
Sicherheit vermitteln						

Kapitel 6.1 – Anlage 4:

Nachbefragung zur Schulung „Rettungsdienst & Demenz“, Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg

Seite 3/3



5. Wurden seit Ihrer Teilnahme an der Schulung „Rettungsdienst & Demenz“ konkrete Maßnahmen/ Projekte zum Umgang mit Menschen mit Demenz/ Demenzpatienten in Ihrem Arbeitsbereich angestoßen oder planen Sie solche Maßnahmen?

☐ ja ☐ nein - geben Sie uns ggf. bitte weitere Informationen hierzu:

6. Wo sehen Sie Verbesserungspotentiale in der rettungsdienstlichen Versorgung von Menschen mit Demenz? (Schlagworte/ Stichpunkte)

7. Inwieweit decken sich die Inhalte des Schulungsangebotes „Rettungsdienst & Demenz“ Ihrer Meinung nach mit den täglichen Anforderungen Ihrer Arbeit?

8. Würden Sie Kolleginnen oder Kollegen eine Teilnahme an dieser oder ähnlichen Schulungsangeboten empfehlen?

eher nicht ☐ weiß nicht ☐ ja ☐ unbedingt ☐

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Kapitel 6.1 – Anlage 5:

Evaluation der Schulung „Vernetzte Delir-Präventionsbehandlung und Nachsorge an Sektorschnittstellen“, erarbeitet von Dr. Meinolf Hanxleden und Gabriele Kotthoff, Klinikum Hochsauerland GmbH

Seite 1/2



Klinikum Hochsauerland

Ärztliche Leitlinie
Wiederholungs- und Nachsorge

Schulung im Rahmen des Projektes

„Vernetzte Delir- Präventionsbehandlung und Nachsorge an Sektorschnittstellen“ mit der Robert- Bosch- Stiftung

Evaluation der Veranstaltung vom 16.05.2018

Berufsbezeichnung: _____

Einrichtung/ Station: _____

Pseudonym _____

Einleitung:

Liebe Mitarbeiterin, lieber Mitarbeiter

Ihre bisherigen Kenntnisse sind für uns wichtig, daher möchten wir die Inhalte unserer Schulung mit Ihrer Hilfe evaluieren. Dies dient vor allem der Verbesserung der bestehenden Inhalte. An dieser Stelle sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Ihre Angaben absolut vertraulich behandelt und anonym ausgewertet werden.

	Gar nicht	wenig	mittelmäßig	Ziemlich gut	Sehr gut
	1	2	3	4	5
1. Ich weiß was ein Delir ist?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich kenne die Unterschiede von einem Delir zur Demenz?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich kenne die Unterschiede von einem Delir zur Depression?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ich kenne klinikbedingte Stressoren für (Demenz-) Patienten im Krankenhaus?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich weiß wie ich Angehörige/ das soziale Umfeld in die Behandlung mit einbinden kann?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich kenne die Anwendungsgebiete der geriatrischen Assessments?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich weiß wie ich ein geriatrisches Assessment zu deuten habe?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich kenne Maßnahmen der Delirprophylaxe?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ich weiß, welche pflegerischen Maßnahmen im Falle eines Delirs getroffen werden müssen?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ich weiß, welche systematischen Maßnahmen im Falle eines Delirs getroffen werden müssen?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ich kenne anticholinerge Medikamente die ein Delir begünstigen?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ich weiß, worauf ich bei stark sedierten Patienten achten muss, um einen Delir rechtzeitig zu erkennen?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ich kenne Kommunikationsassessments, mit deren Hilfe ich mit bestimmten	☐	☐	☐	☐	☐

Kapitel 6.1 – Anlage 5:

Evaluation der Schulung „Vernetze Delir-Präventionsbehandlung und Nachsorge an Sektorschnittstellen“, erarbeitet von Dr. Meinolf Hanxleden und Gabriele Kotthoff, Klinikum Hochsauerland GmbH

Seite 2/2

**Klinikum Hochsauerland**
ÄRZTEKAMMER LIPPE-SPARKESSEN
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Patientengruppen besser kommunizieren kann.					
14. Ich weiß, wie ich Patienten verbal und nonverbal erreichen kann?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ich weiß, was ich bei der Kommunikation mit Angehörigen beachten muss?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ich kenne Schmerzassessments?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Ich weiß, was ich bei freiheitsentziehenden Maßnahmen zu beachten habe?	☐	☐	☐	☐	☐
18. Ich kenne Deeskalationsmaßnahmen im Umgang mit aggressiven Patienten?	☐	☐	☐	☐	☐

Delirpräventionsprogramm AKTIVER, Klinikum Stuttgart

Seite 1/2

STUTTGART

Kapitel 6.2 – Anlage 1:

Delirpräventionsprogramm AKTIVER, Klinikum Stuttgart

Seite 2/2

aktiver

mit uns als Team an Ihrer Seite

Im Zuge der demografischen Entwicklung steigt die Zahl älterer Patienten in den Krankenhäusern. Mit steigendem Lebensalter geht gleichzeitig eine höhere Wahrscheinlichkeit für kognitive Veränderungen einher, die eine Weiterentwicklung des bestehenden Versorgungs- und Behandlungsangebotes notwendig macht.

Hier setzt das Klinikum Stuttgart mit **aktiver** an und dem Anspruch des Alltags- und Kognitionstraining: Interdisziplinarität verbessert das Ergebnis und mindert das Risiko.

Das Programm ist aus den Projekten PAWEL und HuBerTDA heraus entstanden (nähere Informationen erhalten Sie auf: www.klinikum-stuttgart.de).

Ziel ist die Optimierung des Akutbehandlungspfades bei hochaltrigen Patienten mit kognitiven Veränderungen bei gleichzeitiger Anpassung des Versorgungs- und Behandlungsangebots.

aktiver ermöglicht so eine individualisierte Behandlung und Betreuung der Patienten und führt zur Reduktion krankenhausbedingter Komplikationen wie z.B. Stürzen und Delirien.

Was ist ein Delir?

Das Delir ist ein plötzlich auftretender akuter Verwirrheitszustand. Bei älteren Patienten tritt er häufig während eines Krankenhausaufenthaltes auf. Dieser wird u.a. durch Nahrungs- und Flüssigkeitsmangel, Entzündungen, Narkosen/Operationen oder psychische Belastungen verursacht.

Die Patienten zeigen ein plötzlich auftretendes ungewöhnliches Verhalten und während Stunden bis Tagen sind Bewusstsein, Denken und Handeln verändert. Der Zustand ist meist vorübergehend. Die Betroffenen sind dann entweder unaufmerksam, teilnahmslos oder haben vielleicht einen veränderten Tag-Nacht-Rhythmus.

Ein Delir führt bei älteren Patienten häufig zu einer immensen Verschlechterung der Alltagsfähigkeiten.

Was ist **aktiver**?

aktiver ist ein Delirpräventionsprogramm, das aus dem HuBerTDA-Projekt und der Pawel-Studie heraus resultiert. Ziel ist es, das Delirrisiko zu senken, ein Delir frühzeitig zu erkennen und entsprechende Therapiemaßnahmen einzuleiten.

Dabei werden körperliche und geistige Fähigkeiten der Patienten ab 65 Jahren gefördert, um eine größtmögliche Selbstständigkeit beizubehalten bzw. zu erreichen.

Welche Unterstützung bietet **aktiver**?

Speziell ausgebildete Pflegefachkräfte helfen, die Versorgung auf Station zu optimieren, indem sie delirgefährdete Patienten ab 65 Jahren identifizieren.

Zusätzlich wird bei Bedarf ein Facharzt eingeschaltet.

Eine besondere Rolle dabei spielen Betreuungsassistenten und Freiwillige. Sie unterstützen die ausgewählten Patienten, indem sie folgende Interventionen planen und durchführen:

- > „Plus-Besuch“ und „Aktiv-Besuch“: Tägliche Besuche und Gespräche; Informationen über den heutigen Tag und Angebot der Hilfestellung; geistige Anregung durch z.B. Gesellschaftsspiele, Vorlesen, Kreuzworträtsel, Singen
- > Mobilisierung: Bewegungsübungen und Spaziergänge zur Erhaltung der Beweglichkeit und Aktivität
- > Mahlzeitenbegleitung: Gesellschaft während der Mahlzeiten; Hilfestellung beim Anrichten der Speisen
- > Entspannung/Schlafförderung: Förderung des Schlafs und der Entspannung durch z.B. Musik, warme Getränke oder entspannungsfördernde Übungen/Einreibungen



Kapitel 6.2 – Anlage 2:

Delir-Pocketcard, KEH Berlin (adaptiert von E. Schlauß, U. Kropp, T. Kratz und A. Diefenbacher)

Seite 1/2

Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge
gGmbH



Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

DELIR-POCKETCARD

Akute Verwirrtheit – Symptomatik
(fluktuierend/... Verschlechterung im Tagesverlauf)

Beginn – Verlauf	plötzlich – akut
Bewusstsein	eingeschränkt
Aufmerksamkeit	deutlich gestört
Orientierung/Gedächtnis	gestört; bei Demenz: schlechter als vorher
Psychomotorik (Hyper-/Hypoaktives Delir)	gesteigert oder (und!) gemindert
Schlaf-Wach-Rhythmus	oft gestört; extrem: Tag-Nacht-Umkehr!
Psychotische Symptomatik	wahnhaftes Situationsvermögen oder Halluzinationen

Delirscreening

Confusion Assessment Method © (CAM/n. b.: nicht beobachtet)	ja	nein	n. b.
1a akuter Beginn			
1b fluktuierender Verlauf			
2 Aufmerksamkeitsstörung			
3 formale Denkstörung			
4 veränderte Bewusstseinslage			

Bewertung

- (1a und 1b) und 2 und (3 oder 4) – Delir sicher
- (1a oder 1b) und 2 und (3 oder 4) – Delir wahrscheinlich
- ansonsten kein Delir

mögliche akute Auslöser

• Infektionen – HWI/Wundinfektionen/etc.	• Entzug (Benzodiazepine!)
• Polypharmazie (v.a. anticholinerge Medikamente!)	• neu angesetzte Medikamente
• Umgebungswechsel (Krankenhaus!)	• Exsikkose
	• akute Erkrankungen

© adaptiert von Inouye SK et al.: Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990; 113: 941-948. Confusion Assessment Method: Training Manual and Coding Guide, Copyright © 2003, Sharon K. Inouye

Kapitel 6.2 – Anlage 2:

Delir-Pocketcard, KEH Berlin (adaptiert von E. Schlauß, U. Kropp, T. Kratz und A. Diefenbacher)

Seite 2/2

ärztlicher/sozialdienstlicher/pflegerischer Kurzbefund:

Im Rahmen der Anamnese/Fremdanamnese folgende Fragen klären:

- **bekanntes Delir in der Vorgeschichte**
- akute oder bereits länger bestehende Verwirrtheit (Hausarzt/Facharzt)
- liegt eine akute Eigen- und/oder Fremdgefährdung vor?
- rechtlicher Status (Betreuer/Vorsorgevollmacht?)

Nichtmedikamentöse Therapie

- nach Möglichkeit Vermeidung jedweder Veränderung
- Tagesstruktur – oft aktivieren
- bereitstellen von Reorientierungshilfen (Uhr, Kalender, Foto)
- Frühmobilisation (Schmerzmedikation!)
- Sensorische Hilfen (Brille, Hörgerät)
- Reizabschirmung (Zimmer-, Personalwechsel, Lärm)
- gute Beleuchtung
- Förderung des Tag-Nacht-Rhythmus
- vertraute Bezugspersonen (Angehörige ...)
- empathischer Umgang
- Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (Zahnprothese/Wunschkost)

Medikamentöse Behandlung

(*kontraindiziert b. M. Parkinson oder Lewy-Body-Demenz)

Substanz	Dosierung	Spezielle Indikationen
Haloperidol* (Haldol)	0,5 – 1 mg 2 – 4 x/d	
Risperidon* (Risperdal)	0,25 – 1 mg 2x / d	
Quetiapin (Seroquel)	25 – 75 mg 2x /d	b. M. Parkinson/Lewy-Body-Demenz
Oxazepam (Oxazepam)	2,5 – 5 mg 1 – 4 x/d	Nur bei starker Agitation/Unruhe/ Angst
Lorazepam (Tavor)	0,5 – 1 mg max. 3x/d	nur bei stärkster Agitation/Unruhe/ Angst
Pipamperon* (Dipiperon)	fraktioniert bis 120 mg/d	bei Unruhe – zum Schlafanstoß

Kapitel 6.2 – Anlage 3:

Delir Spickzettel aus Projekt Dem-i-K (Kirchen-Peters 2014)

Seite 1/2

Symptomatik des Delirs

1. Akuter Beginn und fluktuierender Verlauf (fremdanamnestic abklären)
2. Störung der Aufmerksamkeit (Konzentrationsstörungen, Ablenkbarkeit)
3. Denkstörungen (unzusammenhängendes, sprunghaftes, paralogisches Denken)
- 4 Quantitative Bewusstseinsstörungen (hyperalert, schläfrig, stuporös, komatös)

Punkt 1 und 2 sind für die Diagnose des Delirs obligatorisch. Für jeden der Punkte 1–4 gibt es bei Bejahung 1 Punkt. Bei 3 und mehr Punkten ist ein Delir wahrscheinlich (Sensitivität 94–100%, Spezifität 90–95%)

Kapitel 6.2 – Anlage 3:

Delir Spickzettel aus Projekt Dem-i-K (Kirchen-Peters 2014)

Seite 2/2

**Vorhersagescore zur
Delirentwicklung
nach Macantino****Risikofaktor:**

- Alter > 70 Jahre?
- Alkoholabusus?
- Körperliche Behinderung?
- Path. präoperative Laborwerte?
- Thoraxeingriff?
- Aortenaneurysmaoperation?

Wenn mehr als 3x ja, Delir-Risiko
50 % und mehr.

Dem-i-K
Demenz im Krankenhaus



Kapitel 6.2 – Anlage 4:

Delir Kurzinfo für Kitteltasche aus Projekt Dem-i-K (Kirchen-Peters 2014)

Seite 1/2

Delirien sind keine seltene Erkrankung: in ca. 10–15% aller Krankenhaus-aufenthalte kommt es zum Auftreten eines Delirs, ca. 5–15% aller Alko-holentzüge entwickeln ebenfalls ein Delir. Nimmt man leichte Formen, die nur wenige Tage anhalten, hinzu, („Durchgangssyndrom“) kann davon ausgegangen werden, dass ca. ein Drittel der Bevölkerung einmal im Laufe des Lebens ein Delir erleidet. Die Sterberate v.a. bei älteren Patienten mit einem Delir ist hoch: nach Schätzung sterben 40–50% aller betagten Patienten innerhalb eines Jahres nach Entwicklung eines Delirs; bei Entzugsdelirien ist unbehandelt eine Sterberate von 15–20% anzunehmen, bei adäquater Behandlung <5%.	Dem-i-K Demenz im Krankenhaus +++ BASISINFORMATIONEN
--	--

Delir Durch verschiedene Ursachen ausgelöstes Krankheitsbild mit folgenden Symptomen: – Störung von Bewusstsein, Aufmerksamkeit, Gedächtnis – Desorientierung zur Person, Zeit, Ort oder Situation – Inkohärenter Gedankengang (geordnetes Gespräch nicht möglich) – Verminderte Auffassungsfähigkeit – Verkenntung der Umwelt – Verschiedene, wechselnde Wahneinfälle – Antriebsstörungen (rascher Wechsel von psychomotorischer Unruhe mit Phasen der Apathie und Antriebslosigkeit) – Affektlabilität (rasche Stimmungsschwankungen) – Wahrnehmungsstörungen i.F. von meist optischen und akustischen Halluzinationen – Vegetative Störungen mit gestörtem Schlaf-Wach Rhythmus, Zittern, Puls- und Blutdruckanstieg. (v.a. bei Entzugsbedingten Delirien [Alkohol, bestimmte Medikamente])	Die Symptomatik entwickelt sich in aller Regel über Stunden oder Tagen, kann sehr stark in der Ausprägung schwanken und klingt in aller Regel nach 4 Wochen wieder ab; auch bei den oftmals nur wenige Stunden oder Tage anhaltenden Verwirrheitszuständen nach operativen Eingriffen, im Klinikjargon „Durchgangssyndrom“ genannt, handelt es sich um Delirien. Mögliche Ursachen (Auswahl): – Überdosierung oder Entzug von Alkohol, Schlaf- oder Beruhigungs-mitteln, verschiedene Drogen – Nebenwirkung von Antiparkinsonmitteln, Antiallergika, Antiepileptika, Medikamenten zur Behandlung der Harninkontinenz, Kortison, Antidepressiva – chronische Leber- oder Nierenerkrankung – Störung des Wasserhaushaltes, Austrocknung – Vitaminmangel der B Vitamine – Infektionen, v.a. des Gehirns, Fieber jeglicher Ursache – Mangel durchblutung des Gehirns – Gehirnerkrankung/Schädigung wie Tumor, Metastase, Hirnblutung, Schlaganfall, Demenz, Parkinsonerkrankung
---	---

Kapitel 6.2 – Anlage 4:

Delir Kurzinfo für Kitteltasche aus Projekt Dem-i-K (Kirchen-Peters 2014)

Seite 2/2

Hinweise zur Abgrenzung Delir vs. Demenz:	
Demenz	Delir
Beginn meist schleichend, chronisch	Beginn meist akut
Orientierungsstörungen oft spät im Verlauf	Orientierungsstörung meist zu Beginn, oftmals zusammen mit Bewusstseinsstörung
Psychomotorische Unruhe und / oder Antriebsstörungen fehlen oft lange	Psychomotorische Unruhe und oder Antriebsstörungen meist zu Beginn
Meist chronischer, schleichender Verlauf	Oftmals Besserung/Heilung
Aber: Delirien treten einerseits oftmals als Komplikationen einer bestehenden Demenz auf; andererseits werden Demenzen oft durch Delirien eingeleitet / demaskiert.	

Hinweise zur Abgrenzung Delir vs. Verwirrtheitspsychose:

Delir	Psychose
oft keine psychiatrische Vorerkrankung bekannt	Schizophrenie oder Manie meist bekannt
Familienanamnese meist leer	oft positive Familienanamnese für psychische Erkrankung
Beginn oft akut	oft Warnsymptome o. leichtere Symptome in der Vorgeschichte
meist alle Symptome gleich ausgeprägt	oft deutlich unterschiedliche Ausprägung einzelner Symptome
Halluzinationen meist visuell, – desorganisiert	Halluzinationen häufig akustisch, – systematisiert
Wahn häufiger bruchstückhaft, Wechselnde und alltägliche Themen	Wahn meist systematisiert, konstant, bizarr

Aber auch hier gilt: das eine schließt das andere nicht aus; ein psychotischer Patient kann ohne weiteres zusätzlich ein Delir entwickeln.

Ärztlicher Teil: Delirprophylaxe

- Sind die Elektrolyte ausgeglichen (vor allem Natrium)?
 - Ist der Schilddrüsenstoffwechsel ausgeglichen (TSH normal)?
 - Ist der Patient normo- oder nur leicht hyperglykämisch?
 - Enthält die häusliche Medikationsliste für Demenzpatienten ungeeignete Medikamente?
 - Benzodiazepine: Diazepam, Flunitrazepam, Tranxilium; falls z.B. aufgrund langjähriger Einnahme Benzodiazepine unvermeidlich, besser Oxazepam oder Lorazepam
 - Trizyklische Antidepressiva, trizyklische niederpotente Neuroleptika, z.B. Promethazin, Levomepromazin, Doxepin, Amitriptylin?
 - besser bei Depression Mirtazapin, SSRI (z.B. Cipramil)
 - bei Neuroleptie besser Melperon, Risperidon oder Seroquel
- Potenziell Liquor-gängige, anticholinerg wirksame Urologika, z.B. Oxybutynin, besser Trosipiumchlorid-haltige

Ärztlicher Teil Verhalten bei akutem Delir:**Basis-Check:**

- Internistische und neurologische Untersuchung
- Kurvenvisite, vor allem Medikations-Änderung, Fieber
- Labor: Blutbild, Elektrolyte, Kreatinin, Harnstoff, CRP, Blutzucker, GOT, GPT, AP, Gamma-GT, LDHC, Gesamteiweiß, TSH basal, Blutgas-Analyse
- EKG (Herzinfarkt als mögliche Delirursache)
- Röntgen Thorax (Pneumonie?)
- Sonographie vor allem der Harnblase (Harnverhalt?)
- Medikamentöse Therapie des Delirs

Vorbemerkungen: Therapieziel muss definiert sein, wenn möglich Monotherapie. Dosierung im Wesentlichen nach Wirkung und Nebenwirkung. Neuroleptische Delir-Therapie ist keine Dauertherapie, sie kann mit Abklingen der deliranten Symptomatik ausgeschlichen und beendet werden.

Medikationsschema: Zeitpunkt o. Check ob Rigor oder Tremor, dann 1 mg Risperidon in schnell freisetzender Galenik (falls nicht möglich, Haloperidol 1-2 mg i.v.), Kontrolle alle 60 Minuten, ggf. Wiederholung der Dosis. Bei stark angstbesetzter Situation Einsatz von Lorazepam (Tavor in schnell freisetzender Galenik). Nach Beendigung des Delirs tägliche Dosisreduktion der Neuroleptika um 50%. Solange Neuroleptika gegeben

Kapitel 6.3 – Anlage 1:

Deutsche Version des 6-Item Cognitive Impairment Test (6CIT) – nach H. Bickel

Seite 1/1

Der 6CIT – deutsche Version nach H. Bickel

	Max. zulässige Fehler	Faktor zur Gewichtung
1. Welches Jahr haben wir?	1	x4
2. Welchen Monat haben wir?	1	x3
Ich nenne Ihnen jetzt einen Namen und eine Adresse. Sprechen Sie mir den Namen und die Adresse nach und merken Sie sich beides. Ich werde Sie gleich noch einmal danach fragen. Max/Müller/Dorfstraße/10/München		
3. Wie spät ist es ungefähr (auf eine Stunde genau)?	1	x3
4. Zählen Sie bitte von 20 rückwärts bis auf 1.	2	x2
5. Nennen Sie mir die Monate des Jahres in umgekehrter Reihenfolge.	2	x2
6. Wiederholen Sie bitte den Namen und die Adresse.	5	x2

Bis zur jeweils maximal angegebenen Fehlerzahl werden die Fehler gezählt und dann mit dem angegebenen Faktor multipliziert.

Kapitel 6.3 – Anlage 2:

Behandlungspfad Delir bei älteren Patienten, KEH Berlin (erarbeitet von H.P. Thomas 2019 aus:
Konzept zur Versorgung älterer, kognitiv beeinträchtigter Menschen, KEH Berlin)

Seite 1/4



Behandlungspfad Delir bei älteren Patienten

I. Sobald ein Delir diagnostiziert wird, ist unmittelbar nach behandelbaren Ursachen zu suchen und eine Therapie einzuleiten:

- Ein *akuter Harnverhalt* muss immer ausgeschlossen werden. Im Zweifelsfall ist eine Ultraschalluntersuchung der Harnblase durchzuführen.
- Es wird überprüft, ob *Schmerzen* vorliegen. In diesem Fall wird die analgetische Therapie angepasst.
- Sofern ein Flüssigkeitsmangel vorliegt, ist dieser zu substituieren.
- **Akute Infekte, insbesondere Wundinfekte, Harnwegsinfekte und Pneumonien sind auszuschließen.** Beim Auftreten eines Delirs ist die Körpertemperatur rektal zu messen. Bei Fieber oder erhöhten Entzündungsparametern ist eine körperliche Untersuchung mit Inspektion der Mundhöhle, eine Auskultation der Lunge, die Prüfung auf Meningismus und eine klinische Untersuchung des Abdomens durchzuführen. Wunden müssen inspiziert werden. Je nach klinischer Situation sind die Entnahme von Blutkulturen, ein Urinstatus, eine Urinkultur, eine Röntgenuntersuchung der Lunge und/oder eine Sonographie des Abdomens erforderlich.
- **Medikamente, die ein Delir auslösen oder verstärken können sollten abgesetzt werden.** Anticholinerg wirkende Medikamente (wie z.B. trizyklische Antidepressiva, Anticholinergika mit urologischer Indikation, Antihistaminika) verursachen besonders häufig ein Delir. Aber auch andere Medikamente wie z.B. Digitalis, Diuretika, Kortikoide, Theophyllin, L-Dopa, Opiate, NSAR und Antibiotika (z. B. Gyrasehemmer) können ein Delir auslösen und/oder unterhalten. Auf Arzneimittelinteraktionen ist zu achten.
- **Es ist zu überprüfen, ob eine Entzugssymptomatik (Alkohol oder Medikamente) vorliegt.** Bei alten Patienten besteht am häufigsten eine Niedrigdosis-Benzodiazepinabhängigkeit. Auch die regelmäßige Einnahme der sogenannten „Z-

Kapitel 6.3 – Anlage 2:

Behandlungspfad Delir bei älteren Patienten, KEH Berlin (erarbeitet von H.P. Thomas 2019 aus:
Konzept zur Versorgung älterer, kognitiv beeinträchtigter Menschen, KEH Berlin)

Seite 2/4



Substanzen" und Opioiden kann zu einer Abhängigkeit und bei Absetzen zu einer Entzugssymptomatik führen. Eine Alkoholabhängigkeit kommt bei alten Patienten ebenfalls vor, ist aber seltener. Die Therapie des Alkoholentzugsdelirs erfolgt mit Flüssigkeitsgabe, Benzodiazepinen oder Clomethiazol und gegebenenfalls mit Clonidin. Eine Abhängigkeit von illegalen Drogen ist bei alterstraumatologischen Patienten sehr selten.

- **Die Elektrolyte und der Blutzucker sind zu bestimmen:** Eine *Hyponatriämie* ist die häufigste Elektrolytstörung, die ein Delir auslöst oder begünstigt. Eine *Hypercalzämie* kann ebenfalls eine delirante Symptomatik verursachen. Wichtig ist die Bestimmung des korrigierten Calciums durch parallele Albuminbestimmung. Eine *Hypoglykämie* kann eine delirante Symptomatik verursachen und ist durch Glukosegabe schnell und kausal behandelbar.
- **Bestimmung des TSH Wertes zum Ausschluss einer Hyperthyreose**
- **Bei klinischen Zeichen einer respiratorischen Insuffizienz ist die Sauerstoffsättigung zu bestimmen, bei Verdacht auf CO₂-Narkose ist eine arterielle oder kapilläre Blutgasanalyse zu veranlassen.**
- **Ggf. ist ein Ruhe-EKG abzuleiten:** Ein akuter Myokardinfarkt kann ein Delir verursachen und verläuft bei alten Menschen und bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen häufig ohne die typische Schmerzsymptomatik.
- **Nach klinischer Untersuchung ist zu entscheiden, ob eine Computertomographie des Schädels (CCT) durchgeführt wird:** Ein subdurales Hämatom entwickelt sich häufig erst mit zeitlicher Verzögerung nach einem Sturzereignis. Deshalb hat der Ausschluss eines subduralen Hämatoms gerade für alterstraumatologische Patienten eine besondere Relevanz. Eine zerebrale Ischämie ist ebenfalls eine mögliche Ursache für ein Delir, sie kann durch eine zerebrale Bildgebung ebenfalls erfasst werden. Je nach lokaler Verfügbarkeit kann alternativ zur Computertomographie auch eine Kernspinttomographie (MRT) des Schädels durchgeführt werden.

Kapitel 6.3 – Anlage 2:

Behandlungspfad Delir bei älteren Patienten, KEH Berlin (erarbeitet von H.P. Thomas 2019 aus:
Konzept zur Versorgung älterer, kognitiv beeinträchtigter Menschen, KEH Berlin)

Seite 3/4

**II. Nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen**

- Frühmobilisation
- Tagesstruktur
- Sensorische Hilfen/Hilfsmittel nutzen
- Re-Orientierungshilfen (Kalender, Uhr, Fotos etc.)
- Feste Bezugspersonen
- Adäquate Beleuchtung
- Reizabschirmung
- Empathischer Umgang
- Adäquate Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr

III. Medikamentöse Therapie

Eine medikamentöse Therapie sollte erst eingeleitet werden, wenn andere Maßnahmen wie z. B. die kausale Therapie von Delir auslösenden Erkrankungen, das Absetzen von potentiell Delir auslösenden Medikamenten und die oben beschriebenen Allgemeinmaßnahmen nicht den gewünschten Erfolg haben.

Beim akuten hyperaktiven Delir mit psychotischer Symptomatik ist Risperidon (z. B. 2 x 0,25 mg) derzeit das Medikament, für das die meisten Erfahrungen vorliegen.

Falls eine orale Gabe nicht möglich ist, kann Haloperidol intramuskulär in einer Dosierung von 1 mg (dies entspricht 0,1 ml, also einer fünftel Ampulle!). Die intravenöse Applikation ist in Deutschland nicht mehr zugelassen.

Es ist die niedrigste effektive Dosis und möglichst kurze Anwendungsdauer anzustreben!

Kapitel 6.3 – Anlage 2:

Behandlungspfad Delir bei älteren Patienten, KEH Berlin (erarbeitet von H.P. Thomas 2019 aus:
Konzept zur Versorgung älterer, kognitiv beeinträchtigter Menschen, KEH Berlin)

Seite 4/4



Zu keiner medikamentösen Behandlungsform gibt es überzeugende wissenschaftliche Daten!

Stehen Unruhezustände oder Schlafstörungen im Vordergrund, ist in vielen Fällen die Behandlung mit niedropotenten Substanzen ohne anticholinerge Wirkung (z. B. Pipamperon) ausreichend.

Bei der Demenz mit Lewy-Körperchen, die immer differenzialdiagnostisch bedacht werden muss, sind die meisten Antipsychotika wegen eines hohen Risikos schwerer Nebenwirkungen kontraindiziert. Mit Quetiapin kann hingegen behandelt werden. Sinnvoll ist bei Demenzpatienten in der Regel die Aufrechterhaltung einer Therapie mit Cholinesterasehemmern. Das antikonvulsiv wirkende Lorazepam kann ebenfalls bei stärkeren Erregungszuständen – off Label - angewandt werden.

Alle genannten Medikamente sollten so kurz wie möglich und so niedrig dosiert wie möglich gegeben werden.

Anhaltspunkte für die Initialdosierung (nach Hofmann W., Geriatrie Kompakt 2011):

Pipamperon:	10-20 mg
Risperidon:	0,5 mg – 1 mg (steht auch zur sublingualen Anwendung zur Verfügung)
Lorazepam	0,5-1 mg (steht auch zur sublingualen Anwendung zur Verfügung)

Kapitel 6.6 – Anlage 1:

Patientendokumentation „Rettungsdienst & Demenz“, Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg

Seite 1/3

Patientendokumentation „Rettungsdienst & Demenz“		Ein Projekt des: MARIEN KRANKENHAUS		und der: Robert Bosch Stiftung		Unterstützt von: MDGNA AKADEMIE DGGG	
Kontakt: Sekretariat der Geriatriischen Klinik • Marienkrankenhaus Hamburg • Alfredstrasse 9 • 22087 Hamburg • Tel.: (040) 2546 2202 • Fax: (040) 2546 2200 • Mail: centgraf.geriatrie@marienkrankenhaus.org							
ANWENDERHINWEIS Dieses Formular dient als Ergänzung des Einsatzprotokolls. Die darin gewonnenen Informationen helfen die Rettungskette in der notdienstliche Versorgung älterer Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu verbessern. Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung und Rückmeldung!		EINGANGSKRITERIEN - Alter ≥ 65 Jahre - subjektive Hinweise auf kognitive Störung oder bekannte Demenz		2. NOTFALLPATENSCHAFT (weiterführende Kontaktpersonen in der Notfallsituation)		Name, Vorname der Kontaktperson(en) Telefonnr., Handz. der Notfallkontaktschicht Telefonnummer, Festnetz der Notfallkontaktschicht	
Name, Vorname des Patienten Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich		Alter		Ergänzung zum Notfalloptionenplan			
3. ANLAGEN							
1. ABBREVIATED MENTAL TEST (AMT 4)		Wie alt sind Sie? (kalendrisches Lebensalter muss exakt benannt werden)		☐ richtig ☐ falsch		☐ Medikamentenplan	
Wann ist Ihr Geburtstag? (richtiger Tag und Monat sind ausreichend)		☐ richtig ☐ falsch		☐ Patientenvorstellung/ Vollmachten		☐ Ausweise (Herzklappen, Antikoagulation, etc.)	
Wo sind Sie hier? (korrekte Zuordnung des Aufenthaltsortes Krankenhaus)		☐ richtig ☐ falsch		☐ Weitere Anlage:		☐	
Welches Jahr haben wir gerade? (exakte Benennung der aktuellen Jahreszahl)		☐ richtig ☐ falsch					
→ Sobald eine Antwort falsch ist, besteht der Verdacht auf eine kognitive Störung.							
Ggf. Anmerkung(en), wie z.B. beschönigende Faktoren (fehlende Temperatur, Anamnese, etc.)							
Datum und Uhrzeit				Unterschrift			

Blatt1: Notaufnahme

Kapitel 6.6 – Anlage 1:

Patientendokumentation „Rettungsdienst & Demenz“, Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg

Seite 2/3

Ein Projekt des: M A R I E N K R A N K E N H A U S	und der: Robert Bosch Stiftung	Unterstützt von: DGNA AKADEMIE DGGG	Patientendokumentation „Rettungsdienst & Demenz“ Kontakt: Sekretariat der Geriatrischen Klinik • Marienkrankenhaus Hamburg • Alfredstrasse 9 • 22087 Hamburg • Tel.: (040) 2546 2202 • FAX: (040) 2546 2200 • Mail: centgraf.geriatrie@marienkrankenhaus.org
ANWENDERHINWEIS Dieses Formular dient als Ergänzung des Einsatzprotokolls. Die darin gewonnenen Informationen helfen die Rettungskette in der notdienstliche Versorgung älterer Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu verbessern. Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung und Rückmeldung! Name, Vorname des Patienten	EINGANGSKRITERIEN • Alter ≥ 65 Jahre • subjektive Hinweise auf kognitive Störung oder bekannte Demenz	2. NOTFALLPATENSCHAFT (weiterführende Kontaktpersonen in der Notfallsituation) Name, Vorname der Kontaktperson Telefonnr. (Handy der Kontaktperson) Telefonnr. Festnetz der Notfallpatenschaft	3. ANLAGEN ☐ Angehörige ☐ Nachbarn ☐ Pflegedienst ☐ Andere Personen: Ergänzungen zur Notfallpatenschaft
1. ABBREVIATED MENTAL TEST (AMT 4) Wie alt sind Sie? (kalendrisches Lebensalter muss exakt benannt werden) Wann ist Ihr Geburtstag? (richtiger Tag und Monat sind ausreichend) Wo sind Sie hier? (korrekte Zuordnung des Aufenthaltsortes Krankenhaus) Welches Jahr haben wir gerade? (exakte Benennung der aktuellen Jahreszahl)	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich Alter	3. ANLAGEN ☐ Medikamentenplan ☐ Patientenverfügung/ Vollmachten ☐ Ausweise (Herzklappen, Antikoagulation, etc.) ☐ Weitere Anlage:	4. Weitere Hinweise auf kognitive Störung Bitte beschreiben Sie zu dem oben genannten Sachverhalt, was Sie beobachten können.
→ Sobald eine Antwort falsch ist, besteht der Verdacht auf eine kognitive Störung. Ggf. Anmerkungen, wie z.B. psychomotorische Faktoren (schlechte Hörgedächtnis, Aphasie, etc.)		Unterschrift	Blatt2: Rettungsdienst

Kapitel 6.6 – Anlage 1:

Patientendokumentation „Rettungsdienst & Demenz“, Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg

Seite 3/3

Patientendokumentation „Rettungsdienst & Demenz“		Ein Projekt des: MARIEN KRANKENHAUS		und der: Robert Bosch Stiftung		Unterstützt von: 	
Kontakt: Sekretariat der Geriatrischen Klinik • Marienkrankenhaus Hamburg • Alfredstrasse 9 • 22087 Hamburg • Tel.: (040) 2546 2202 • Fax: (040) 2546 2200 • Mail: centgraf.geriatrie@marienkrankenhaus.org							
ANWENDERHINWEIS Dieses Formular dient als Ergänzung des Einsatzprotokolls. Die darin gewonnenen Informationen helfen die Rettungskette in der notdienstliche Versorgung älterer Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu verbessern. Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung und Rückmeldung!		EINGANGSKRITERIEN - Alter ≥ 65 Jahre - subjektive Hinweise auf kognitive Störung oder bekannte Demenz		2. NOTFALLPATENSCHAFT (weiterführende Kontaktpersonen in der Notfallsituation)			
Aus Gründen der Anonymisierung bitte auf Blatt 3 keine Namen eintragen!		Angehörige ☐ Angehörige ☐ Nachbarn ☐ Pflegedienst ☐ Andere Personen:		Name, Vorname der Kontaktpersonen:			
Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich		Alter		Telefonnummer, Hand- oder Mobiltelefonnummer:			
1. ABBREVIATED MENTAL TEST (AMT 4)		Wie alt sind Sie? (kalendrisches Lebensalter muss exakt benannt werden)		Ergänzungen zur Notfallpatenschaft:			
Wann ist Ihr Geburtstag? (richtiger Tag und Monat sind ausreichend)		O richtig O falsch		3. ANLAGEN			
Wo sind Sie hier? (korrekte Zuordnung des Aufenthaltsortes Krankenhaus)		O richtig O falsch		☐ Medikamentenplan			
Welches Jahr haben wir gerade? (exakte Benennung der aktuellen Jahreszahl)		O richtig O falsch		☐ Patientenverfügung/ Vollmachten			
→ Sobald eine Antwort falsch ist, besteht der Verdacht auf eine kognitive Störung.		Ggf. Anmerkungen, wie z.B. Alkoholeinnahme, Parkinson, Diabetes, Epilepsie, etc.		☐ Ausweise (Herzklappen, Antikoagulation, etc.)			
4. Weitere Hinweise auf kognitive Störung		(exakte Benennung der aktuellen Jahreszahl)		☐ Weitere Anlage:			
Datum und Uhrzeit:		Unterschrift:		Blatt 3: Marienkrankenhaus			

Kapitel 6.7 – Anlage 1:

Profil der Einsatzstelle: Betheljahr am KEH (erarbeitet von E. Schlauß, D. Dietrich, Demenz-Delir-Management des KEH Berlin, 2019)

Seite 1/2

Profil der Einsatzstelle: Betheljahr am KEH

Folgende Tätigkeiten und Aufgaben werden von dem /der Freiwilligen im Betheljahr im KEH ausgeführt:

Tages-strukturierende Interventionen – Betreuung und / oder Begleitung – sind die Gesamtheit der Tätigkeiten und Aufgaben.*

D. h. es handelt sich immer (!) um eine betreuende Begleitung mit sehr unterschiedlicher Intensität, aber in keinem Fall um eine sogenannte 1:1 Betreuung (vgl. Psychiatrie: z. B. bei Fixierung oder Suizidalität!).

Folgende Patienten werden hauptsächlich betreut und / oder begleitet (vgl. Einsatzstellenprofil!):

1. Patienten, die ein Delir bei einer Demenz oder einer kognitiven Einschränkung haben,
2. Patienten mit herausforderndem Verhalten bei Demenz.

D. h. sowohl die Intensität als auch die Dauer der jeweils Tages-strukturierenden Interventionen werden individuell sehr unterschiedlich sein, und demzufolge auch patientenbezogen festgelegt.

Die spezielle-intensive Betreuung bzw. Begleitung ist in das Gesamtkonzept der Station integriert.

D. h. die Freiwilligen im Betheljahr sind fester Bestandteil des Teams der Station. Die Zuordnung der Teilnehmenden im Betheljahr ist grundsätzlich stationsübergreifend.

Da der Schwerpunkt der Tätigkeit aber präventiven Charakter hat, gibt es eine fachspezifische Zuordnung (analog zu den Praxisanleitern – Anleiter in der Praxis!).

Die Begleitung und / oder Betreuung dieser schwer kranken Patienten kann sowohl in die therapeutischen Programme integriert werden als sich auch präventiv auswirken.

***Aufgaben / Tätigkeiten im Betheljahr (Tages-strukturierende Interventionen - Überblick):**

➤ Basisinterventionen:

- ➔ Förderung der Orientierung und des Wohlbefindens
- ➔ Orientierung verschaffen: an Hör- und Sehhilfen erinnern + Orientierungstafel nutzen
- ➔ gemeinsam mit dem Pflegepersonal der Station für Sicherheit sorgen
- ➔ sich nach dem Befinden des Patienten erkundigen
- ➔ die Patienten (bei Bedarf) zum Essen und Trinken motivieren
- ➔ praktische Hilfen: (z. B.: Kissen aufschütteln, beim Telefonieren helfen, Brille putzen)
- ➔ sich um persönliche Gegenstände (z. B.: Armbanduhr / Familienfoto) kümmern
- ➔ auf angepasste Lichtverhältnisse achten
- ➔ Reiz-Reduktion oder Reiz-Stimulation
- ➔ Kommunikation: empathisch – wertschätzend, und damit Sicherheit vermitteln
- ➔ Patient gezielt und verständlich über die gegenwärtige Situation informieren

➤ Mahlzeitenbegleitung:

- ➔ Vorbereitung der Mahlzeiten
- ➔ Begleitung der Mahlzeiten – Essen als soziales Ritual
- ➔ für eine angenehme Atmosphäre sorgen (z. B.: Musik)
- ➔ Unterstützung bei den Mahlzeiten
- ➔ Ernährungsberatung (altersgerechte Kost anbieten oder auch die Möglichkeit: Wunschkost!)
- ➔ an die Zahnprothese erinnern

Kapitel 6.7 – Anlage 1:

Profil der Einsatzstelle: Betheljahr am KEH (erarbeitet von E. Schlauß, D. Dietrich, Demenz-Delir-Management des KEH Berlin, 2019)

Seite 2/2

➤ **Förderung der kognitiven Fähigkeiten und der sozialen Einbindung – individuelle Beschäftigung:**

- ➔ gemeinsames Lesen (auch Vorlesen!) der Zeitung / Geschichten
- ➔ Gesellschaftsspiele
- ➔ Ratespiel mit Sprichwörtern / Wissensquiz
- ➔ „Qualitätsgespräche“
- ➔ Mandalas ausmalen
- ➔ passive Tätigkeiten: Kreuzworträtsel / Sudoku

➤ **Mobilisation:**

- ➔ Spaziergänge
- ➔ Bewegungsübungen am oder im Bett – Abstimmung mit der Physiotherapie!
- ➔ Hilfe bei der Benutzung von Hilfsmitteln (Rollator)
- ➔ körperliche Aktivität fördern
- ➔ zur Vermeidung der Weichlagerung

➤ **Schlafförderung:**

- ➔ Schlafgewohnheiten beachten – späteres zu Bett gehen
- ➔ Tagesstruktur verändern
- ➔ dem Patienten helfen zur Ruhe zu kommen
- ➔ angenehme Musik
- ➔ warmes Getränk (Milch / Bohnenkaffee / Schlaftee)
- ➔ für eine entspannte Schlafatmosphäre sorgen:
 - ✓ Geräusche reduzieren
 - ✓ zusätzliches Kissen und / oder Bettdecke

Kapitel 6.7 – Anlage 2:

Betreuungsassistentz-Verlaufsbogen, Robert-Bosch-Krankenhaus

Seite 1/1

Patientenetikett	Kognitive Geriatrie	 Robert-Bosch-Krankenhaus Klinik Geriatrie Straße 1, 70372 Stuttgart
	Betreuungsassistentz - Verlaufsbogen	

Ziel: Die Dokumentation des Patientenverhaltens auf das Aktivierungsangebot ermöglicht die Nachvollziehbarkeit der Wirkung sowie ggf. die Anpassung des Angebots.

Verhalten auf das Angebot: 1. zeigt Interesse und bringt sich aktiv ein 2. zeigt Interesse aber benötigt Aufforderung zur aktiven Teilnahme 3. zeigt wenig Interesse aber nimmt nach Aufforderung am Angebot teil 4. zeigt kein Interesse und lässt sich nicht aktiv einbinden / ist passiv 5. Sonstiges → bitte näher erläutern	Auffälliges Verhalten (bitte B. – F. immer näher erläutern → wie äußert sich das?) A. keine Verhaltensauffälligkeit B. Agitiertheit C. Aggressivität D. Hin-/Weglauftendenz E. Antriebslosigkeit / Traurigkeit F. Sonstiges → bitte näher erläutern
--	---

Datum	Tagesthema und Inhalt der Aktivierung	Kommentar zum Verhalten des Patienten	HZ
		Verhalten auf das Angebot: _____ Auffälliges Verhalten: _____ Rückmeldung an PK erfolgt: ☐ Ja, ☐ persönlich ☐ telefonisch ☐ Mail	
		Verhalten auf das Angebot: _____ Auffälliges Verhalten: _____ Rückmeldung an PK erfolgt: ☐ Ja, ☐ persönlich ☐ telefonisch ☐ Mail	
		Verhalten auf das Angebot: _____ Auffälliges Verhalten: _____ Rückmeldung an PK erfolgt: ☐ Ja, ☐ persönlich ☐ telefonisch ☐ Mail	
		Verhalten auf das Angebot: _____ Auffälliges Verhalten: _____ Rückmeldung an PK erfolgt: ☐ Ja, ☐ persönlich ☐ telefonisch ☐ Mail	
		Verhalten auf das Angebot: _____ Auffälliges Verhalten: _____ Rückmeldung an PK erfolgt: ☐ Ja, ☐ persönlich ☐ telefonisch ☐ Mail	

* Dieses Formular und das Formular: **Patientenstatus** bitte bei **Entlassung** in die **Patientenakte** abheften.

Name:	D. Javoo	Formular erstellt	M. Schmidt, PZL	Formular geändert	J. Hillmann, PZL	Formular geprüft	U. Matzke, PD
Datum:	20.05.14		21.05.14		26.05.2014		ENTWURF
RBK-000925-004 9/2013		QM_Betreuungsassistentz_Kog.Geri_2014_Verlauf_V_1.1.doc				Seite 1 von 1	

Kapitel 6.8 – Anlage 1:

Informationsbogen – Alltagsinformationen, Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf

Seite 1/1

Alltagsinformationen		evangelisches Krankenhaus Alsterdorf
kleiner Patientenaufkleber	Zi.: _____ Datum: _____	☐ Fenster ☐ Tür
Welche Personen sind Ihnen wichtig?		
Was machen Sie gerne? (Beruf, Hobby, ehrenamtliche Tätigkeit, frühere Freizeitgestaltung)		
Was mögen Sie?		
Was essen Sie gerne? _____ _____		
Haben Sie ein Lieblingsgetränk? _____ _____		
Welche Musik hören Sie? _____ _____		
Was mögen Sie sonst noch? _____ _____		
Was beruhigt Sie?		
Was freut Sie? – Was macht Sie glücklich?		
Was ist Ihnen wichtig? (eine Religion, ein spiritueller Gedanke, ein bestimmter Satz, eine Lebenshaltung)		
Wie möchten Sie angesprochen werden?		
Grundsätzlich werden Patienten in der „Sie-Form“ angesprochen. Ausnahmen sind in begründeten Fällen möglich:		
☐ Nachname ☐ Vorname ☐ Sie – Form ☐ Du – Form		
Eine vertrauliche Ansprache („Duzen“) wurde vereinbart weil:		
Anamnese und Absprachen wurden getroffen mit:		
☐ Patient*in ☐ Angehörige ☐ gesetzliche Betreuung		
		_____ Unterschrift Mitarbeiter*in

Kapitel 6.8 – Anlage 2:

Flyer – Informationen für Angehörige, Marienkrankenhaus Saarlouis-Dillingen

Seite 1/2



**MARIENHAUS KLINIKUM
SAARLOUIS - DILLINGEN**
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität des Saarlandes



MARIENHAUS KLINIKUM
SAARLOUIS - DILLINGEN
Kapuzinerstraße 4
66740 Saarlouis
Telefon: 06831 16-0



Was kann ich tun?

Als Angehörige können Sie unterstützend wirken:

- Informieren Sie das Pflegepersonal, wenn Ihnen Veränderungen während des stationären Aufenthaltes auffallen.
- Achten Sie darauf, dass vorhandene Hilfsmittel wie Brille, Hörgerät und Zahnprothese auch getragen werden.
- Gehen Sie auf Wünsche, Vorlieben und Gewohnheiten Ihres Angehörigen ein und geben Sie diese an das Pflegepersonal weiter.
- Bleiben Sie Bezugsperson und geben Sie Orientierung. Notwendig ist jetzt ständige familiäre Zuwendung.
- Fragen Sie das Pflegepersonal nach der Möglichkeit von "Rooming in".
- Sind Sie in Notfällen für Ihren dementen Angehörigen jederzeit erreichbar?
- Unterstützen Sie ihn zu ausreichender Nahrungszufuhr und Flüssigkeitsaufnahme.
- Bleiben Sie im Gespräch gelassen und konfrontieren Sie Ihren erkrankten Angehörigen nicht mit "Ihrer" Realität.
- Berichten Sie ihn nicht ständig.
- Erhalten und fördern Sie die Eigenaktivitäten Ihres erkrankten Angehörigen, z. B. Gewohnheiten wie Zeitung lesen oder Vorlesen, Handarbeiten, Bildbände anschauen, Singen oder Musik hören.

Dadurch steigern Sie das Selbstwertgefühl Ihres Angehörigen und verhindern eine drohende Verschlechterung des Gesundheitszustandes.
Sie fungieren als Vermittler zwischen Patient und Pflegepersonal und geben Ihrem Angehörigen das Gefühl der Sicherheit.

Wo erhalte ich Unterstützung und Beratung?

Während des stationären Aufenthaltes können Sie Ihre Fragen an die behandelnden Ärzte, den Sozialdienst und das Pflegepersonal stellen.

Wichtige weitere Kontaktadressen:

Pflegestützpunkt Landkreis Saarlouis
Telefon: 06831 120630

Demenz-Verein Saarlouis e.V.
Ludwigstraße 5, 66740 Saarlouis
Telefon: 06831 48818-15 (Herr Leimer)
E-Mail: info@demenz-saarlouis.de

St. Nikolaus-Hospital Wallerfangen
Astrid Krächan, Liaisondienst
Telefon: 06831 962-402 oder 962-0
E-Mail: a.kraechan@sankt-nikolaus-hospital.de

Caritas-Verband Saar-Hochwald:
Caritassozialstation Lebach/Schmelz
Demenzzentrum
Pfarrgasse 9, 66682 Lebach
Telefon: 06881 4839
E-Mail: info@sozialstation-lebach.de

und die Seniorenberaterinnen der Gemeinden (Bürgeramt)



**Informationen für
Angehörige
demenziell erkrankter
Patienten**

06/2015

www.marienhaus-klinikum-saar.de

Kapitel 6.8 – Anlage 2:

Flyer – Informationen für Angehörige, Marienkrankenhaus Saarlouis-Dillingen

Seite 2/2



**Sehr geehrte Angehörige,
mit dieser Information möchten wir Sie und Ihre erkrankten
Familienmitglieder unterstützen.**

Was ist eine Demenz?

Demenz ist eine langsam fortschreitende Erkrankung des Gehirns, die mit Vergesslichkeit, Störungen der Aufmerksamkeit und der Konzentration, Störungen der Sprache und Veränderung der Persönlichkeit einhergeht. Die bekannteste und häufigste Form ist die Alzheimer-Krankheit.

Zuhause werden Defizite Gedächtnis und Orientierung betreffend häufig noch nicht bemerkt, weil die Menschen sich in der vertrauten Umgebung zurechtfinden. Verändert sich die Umgebung z. B. im Urlaub oder bei einem Krankenhausaufenthalt, fallen diese Defizite und Veränderungen auf.

Für Angehörige kommt diese Veränderung dann häufig "plötzlich". Sie sind erschüttert über die akute "Verwirrtheit", sind hilflos und überfordert mit der Situation.

Woran erkenne ich eine Demenz?

- Auffallende Vergesslichkeit, der Angehörige vergisst Anweisungen und Termine
- Mangelnde Konzentration und Aufmerksamkeit, kann längeren Gesprächen nicht mehr folgen, wirkt unaufmerksam
- Ständiges Wiederholen von Fragen
- Unerwartete Reaktion auf Veränderungen, z. B. der Angehörige findet sich in der Krankenhausumgebung nicht mehr zurecht
- Orientierungsstörungen zu Zeit, Ort, Situation und später auch Verwechseln von Personen
- Überspielt Defizite, Aufrechterhalten der Fassade
- Der Patient sucht sein Zuhause (Hin- und Weglauf-tendenz), hat oft ein verändertes Wahrnehmungs- und Realitätsleben
- Sozialer Rückzug, kein Interesse mehr an Zeitung, Fernsehen oder gesellschaftlichen Aktivitäten
- Schränke ein- und ausräumen, Verstecken von Gegenständen und damit ständiges Suchen, Sammeln und Horten
- Ablehnung der Körperpflege
- Demenzkranke sind nicht gern allein, unsicher, suchen nach Worten
- Persönlichkeitsveränderungen, Eigensinnigkeit, Depression oder gesteigerter Antrieb
- Veränderter Tag-/Nachtrythmus

Sind diese Symptome mindestens 6 Monate vorhanden, spricht man von einer Demenz.



Was ist ein Delir?

Delir ist ein Begriff, den es nicht nur in Verbindung mit Alkohol gibt.

Ein Delir ist ein akuter Verwirrheitszustand, der häufig eine körperliche Ursache hat. Ein Delir ist, anders als eine Demenz, vorübergehend, wenn die Ursache erfolgreich behoben oder behandelt wird.

Mögliche Ursachen sind: Flüssigkeitsmangel, Wechselwirkung von Medikamenten, Narkose, Durchfallerkrankungen, Blutzuckerschwankungen und -entgleisungen, Überfunktion der Schilddrüse, Vergiftungen, Infektionen und Fieber, Vitamin-Mangel-Zustände, chronische Atemwegserkrankungen, Herzkrankungen, Blutarmut, Seh- und Hörstörungen, Mangelernährung.

Weitere Ursachen: Umgebungswechsel, Einschränkung der Beweglichkeit (Bettruhe), Ängste, Wegfall der Bezugsperson, höheres Alter und viele körperliche Erkrankungen, auch bei beginnender, noch nicht bekannter Demenz (das Risiko, im Krankenhaus ein Delir zu erleiden, ist ca. fünfmal erhöht)

Woran erkenne ich ein Delir?

- Plötzlich auftretende Verwirrtheit und Erregung
- Stimmungsschwankungen: gehoben und gereizt, aggressiv oder ganz teilnahmslos, ruhig im Bett liegend, kann aber schnell wechseln und umschlagen
- Schwitzen, Zittern, allgemeine Unruhe, ängstlich
- Zeitweise nicht ansprechbar
- Tagsüber sehr schläfrig, nachts aktiv
- Ablenkbar, keine Konzentration auf ein Thema oder eine Tätigkeit
- Schreckhaft, licht- und geräuschempfindlich
- Unruhe: Nesteln, wischen
- Optische und akustische Halluzinationen (kleine Tiere, Klopfen an der Wand)

Kapitel 6.10 – Anlage 1:

Stressbogen, Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf

Seite 1/1

Stressfaktoren Rev.: 001 Formblatt	kleiner Patientenaufkleber	evangelisches Krankenhaus Alsterdorf Seite 1 von 1
---	----------------------------	--

☐ Bogen trifft auf Patient nicht zu weil:

Stressfaktoren, die die Selbstbestimmungsfähigkeit bei Patienten mit Demenz herabsetzen und herausforderndes Verhalten auslösen können

Modifiziert nach: Bedürfnisorientiertes Verhaltensmodell bei Demenz
(Kolanowski et al., 1999 aus: Bartholomeyczik et al., 2006)

Bedürfnisse	Beispiele f. mögliche Stressoren....	Relevanz
Körperliche Bedürfnisse		
Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	Hunger und / oder Durst	☐ ja ☐ nein
Ausscheidung	Harn- / Stuhldrang	☐ ja ☐ nein
Körperliches Befinden	Schmerzen	☐ ja ☐ nein
	Luftnot	☐ ja ☐ nein
	allg. Unwohlsein / geminderter Allgemeinzustand	☐ ja ☐ nein
Schlaf	Schlafprobleme, Schlafmangel	☐ ja ☐ nein
Bewegungsdrang	Bewegungseinschränkungen, verordnete Bettruhe	☐ ja ☐ nein
Fehlende Hilfsmittel	Sehhilfe/Brille?	☐ ja ☐ nein
	Hörgerät?	☐ ja ☐ nein
	Zahnprothese?	☐ ja ☐ nein
Psychosoziale Bedürfnisse		
Affekt/Emotionen	Angst, Ärger, Niedergeschlagenheit etc.	☐ ja ☐ nein
Kommunikation	- Patient kann sich nicht verständlich machen - Patient hat Schwierigkeiten, andere zu verstehen	☐ ja ☐ nein
Beziehung	- Dem Patienten fehlt eine Bezugsperson aus dem gewohnten Umfeld - Konflikte (z.B. mit Mitpatienten)	☐ ja ☐ nein
Physikalische Umgebung		
Gestaltung der persönlichen Umgebung	- Fehlen vertraute / persönliche Gegenstände? - Pat. hat eine fehlende Orientierung (zeitlich / räumlich)	☐ ja ☐ nein
Routinen und Abläufe	- der Pat. kommt mit den Abläufen / Tagesstruktur nicht zurecht - der Tag ist unausgefüllt, dem Pat. fehlt Beschäftigung	☐ ja ☐ nein
Licht	- zu hell / zu dunkel	☐ ja ☐ nein
Geräuschkulisse	- zu laut / zu still / beunruhigende Geräuschkulisse	☐ ja ☐ nein
Wärmelevel	- zu warm / zu kalt	☐ ja ☐ nein
Unterschrift:		Datum:

Erstellung	Abteilung	Datum	Lenkung Dokument
Dr. G. Poppele, M. Schmitz	Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf	11.03.2016	FB 7.EKA.081

Kapitel 6.10 – Anlage 2:

Beratungsfax Projekt SEBKam

Seite 1/2



Fax**Absender:**

Krankenhaus: _____

Tel.: _____

Empfänger:**Pflegestützpunkt/
Pflegerberatung** _____**Fax:** _____**Kontaktdaten:**☐

Betroffene Person

☐

Bezugsperson

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ Ort _____

Telefon _____

☐Ich bin damit einverstanden, dass mich der Pflegestützpunkt/die Pflegeberatung telefonisch kontaktiert. Die Beratung ist für mich **kostenlos und unverbindlich**.☐

Die Ergebnisse der Beratung dürfen an meinen (e) behandelnden (e) Arzt/Ärztin übermittelt werden.

Datum_____
Unterschrift

Kapitel 6.10 – Anlage 2:

Beratungsfax Projekt SEBKam

Seite 2/2



Patienteninformation

Das Krankenhaus hat Sie über die Möglichkeit einer Demenzberatung informiert und mit Ihrem Einverständnis Ihre Daten an die für Sie zuständige Pflegeberatung weitergeleitet.

Die Beraterinnen und Berater nehmen für ein Erstgespräch zeitnah Kontakt mit Ihnen auf. Die Beratung kann telefonisch, persönlich, aber auch bei Ihnen zuhause stattfinden. Die **kostenfreie und unabhängige** Beratung dient einer ersten Orientierung mit umfassender Situationseinschätzung.

Ziel der Beratung ist es, dass Betroffene solange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden können, bei gleichzeitiger Gesunderhaltung der Pflegenden.

Die Beratung umfasst je nach Bedarf folgende Beratungsinhalte:

- Informationen zum Krankheitsbild Demenz,
- Umgang mit Betroffenen, Umgang mit herausforderndem Verhalten,
- Leistungen der Pflegeversicherung,
- rechtliche Vorsorge und
- Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige.

Darüber hinaus können Sie weitere Informationen erhalten zu:

- wichtigen medizinischen und pflegerischen Angeboten in unserer Region,
- allen Möglichkeiten der ambulanten oder auch stationären Versorgung im Pflegefall,
- Alltagshilfen, die Sie brauchen, direkt in Ihrer Nähe wie z. B. Haushaltshilfen,
- Ihnen zustehende Hilfen der Kranken- und Pflegeversicherung,
- aktuellen Versorgungsangeboten in Ihrer Region, wie z. B. Mahlzeitendienste, Fahrdienste, ehrenamtliche Besuchsdienste, Gruppen für stundenweise Betreuung,
- möglichen Hilfen bei der Anpassung Ihrer Wohnung und Ihres Wohnumfeldes, damit der Zugang zur Wohnung barrierefrei erfolgen kann.

Literaturverzeichnis

Aarts, M. (2009): Marte Meo. Handbuch. Eindhoven.

Albertinen-Krankenhaus (2017): Abschlussbericht Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus: „Starke Angehörige – starke Patienten!“, 2013–2016. Projektverantwortliche: Karin Schroeder-Hartwig und Ralf Zastra. Hamburg.

Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe Berlin (2019): Erfahrungsbericht INA-Dem: Konzept- und Prozessentwicklung in einer interdisziplinären Notaufnahme zur schonenden Behandlung von Menschen mit Demenz. Berlin.

Angerhausen, S.; Plenter, C. (2016): Krankenhäuser gestalten demenzsensible Versorgung: 70 Wege zu mehr Demenzsensibilität im Krankenhaus. Vortrag zum Projekt Blickwechsel Demenz. Essen.

Angerhausen S. (2007): Projekt „Blickwechsel – Nebendiagnose Demenz“. Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte (GSP) (Hrsg.). Wuppertal.

Arolt, V.; Diefenbacher, A. (2004): Psychiatrie in der klinischen Medizin. Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie. Darmstadt.

Baron, R. et al. (2015): Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015) – short version. Ger Med Sci.

Bartholomeyczik, S.; Halek, M.; Müller-Hergl, C.; Riesner, C.; Rüsing, D.; Vollmar, H. C.; Wilm, S. (2008): Institut für Forschung und Transfer in der Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz: Konzept. Pflege & Gesellschaft, 4, 337–349.

Bartholomeyczik, S.; Halek, M.; Sowinski, C.; Besselmann, K.; Dürrmann, P.; Haupt, M.; Kuhn, C.; Müller-Hergl, C.; Perrar, K. M.; Riesner, C.; Rüsing, D.; Schwerdt, R.; van der Kooij, C.; Zegelin, A. (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Witten.

Bergeron, N.; Dubois, M.-J.; Dumont, M.; Dial, S.; Skrobik, Y. (2001): „Intensive Care Delirium Screening Checklist: Evaluation of a New Screening Tool“. Intensive Care Medicine 27, Nr. 5 (Mai): 859–864. <https://doi.org/10.1007/s001340100909>.

Bickel, H.; Schäufele, M.; Hendlmeier, I.; Heßler-Kaufmann, J. B. (2019): Demenz im Allgemeinkrankenhaus. Ergebnisse einer epidemiologischen Feldstudie. General Hospital Study (GHoSt). Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Stuttgart.

- Bienstein, C.; Fröhlich, A. (2012): Basale Stimulation in der Pflege. Grundlagen. Göttingen.
- Böhm, E. (2009): Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band I – Grundlagen. 4. Auflage. Wien.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2018): Demenz und Krankenhäuser: Aufbau demenzfreundlicher Strukturen. Handreichung zum Bundesmodellprogramm Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz, Berlin.
- Büter, K.; Marquardt, G. (2019): Handbuch und Planungshilfe. Demenzsensible Krankenhausbauten. Berlin.
- Büter, K. (2017): Demenzsensible Akutkrankenhäuser: Untersuchung von baulichen und gestalterischen Maßnahmen zur Unterstützung der Pflege, Betreuung und Aktivierung von Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen. Dissertation Technische Universität Dresden.
- Büter, K.; Motzek, T.; Dietz, B.; Hofrichter, L.; Junge, M.; Kopf, D.; von Lützu-Hohlbein, H.; Traxler, S.; Zieschang, T.; Marquardt, G. (2016): Demenzsensible Krankenhausstationen. Expertenempfehlungen zu Planung und Gestaltung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 50(01), S. 67 – 72.
- Caritasverband für die Diözese Trier (2016): Toolbox Demenz. Unveröffentlichtes Manuskript. Trier.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2019): Demenz. Das Wichtigste. Ein kompakter Ratgeber. Berlin.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2015): Informationsbogen: Patienten mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus. Berlin.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2012): Leben mit Demenzkranken. Hilfen für schwierige Situationen im Alltag. Berlin.
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) (2017): DGGPP – Qualitätssiegel „Demenzsensible Einrichtung“. Das Verfahren zum Erwerb des Siegels. <http://siegel.dggpp.de/verfahren.html> (Zugriff 26.07.2019).
- Deutscher Ethikrat (2012): Demenz und Selbstbestimmung. Berlin.
- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V. (Hrsg.) (2017): DEVK Wissenstransfer: Auf dem Weg zu einem demenzsensiblen Krankenhaus: Empfehlungspapier.
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (DGSS) – AK Alter und Schmerz (2019): Strukturiertes Schmerzinterview für geriatrische Patienten. DGSS – Arbeitskreis „Alter und Schmerz“ https://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Schmerzinterview_Geriatrie.pdf (Zugriff 12.07.2019).
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2019): Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“. 2. Aktualisierung. Schriftenreihe des DNQP, Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2018): Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“. Sonderdruck, Schriftenreihe des DNQP, Osnabrück.
- Diakonissenkrankenhaus Dresden (o. J.): Abschlussbericht zum Projekt MeDemA 2014 – 2016. Projektleiter: Michael Junge (M. A.) Pflegedirektor.

Diefenbacher, A. (2013): Komorbidität im Allgemeinkrankenhaus – kann sie diagnostiziert werden und wenn ja, wem nützt dies? In: Stelzig M et al. (Hrsg.) Die Folgen der Nicht-Diagnose psychischer Erkrankungen. Salzburg.

Dietz, B. (2019): Alters- und demenzsensible Krankenhäuser. Sonderdruck aus Stockhorst, H.; Hofrichter, L.; Frank, A. (Hrsg.), Krankenhausbau. Architektur und Planung, bauliche Umsetzung, Projekt- und Betriebsorganisation. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
Ely, E. W. et al. (2001): Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *Jama*, 286(21), 2703–2710.

Feil, N. (1999): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München.

Fischer, T.; Kuhlmei, A.; Sibbel, R.; Nordheim, J. (2008): Die deutsche Fassung der <<Serial Trial Intervention>> (STI-D). *Z. Gerontopsychol. psychiatr.*, 21., 3, 199–203.

Gaudreau, J. D.; Gagnon, P.; Harel, F.; Tremblay, A.; Roy, M. A. (2005): Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the nursing delirium screening scale. *Journal of pain and symptom management*, 29(4), 368–375.

Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte (GSP) (2018): Menschen mit Demenz im Krankenhaus – ein Wegweiser. Demenz Service-Heft 14.

https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_laufende_projekte_8/sebkam.jsp (Zugriff 17.07.2019)

GKV Spitzenverband (2012): Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 9. Berlin.

Gogol, M. (2016): Klug entscheiden in der Geriatrie. *Medizinreport, Deutsches Ärzteblatt*, 113, 40, A 1756–A 1760.

Gust, J.; Hamborg, M. (o. J.): Checkliste und Fragen für ein demenzfreundliches Krankenhaus. (Ohne Ort).

Halek, M. (2013): Herausforderndes Verhalten – Einschätzen und Verstehen. Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. Witten, Vortrag 1. St. Galler Demenz-Kongress, Sankt Gallen, 27. November 2013, <https://www.demenzkongress.ch/wp-content/uploads/2013/11/Herausforderndes-Verhalten-Einschätzen-und-Verstehen.pdf> (Zugriff 12.07.2019).

Halek, M.; Rüsing, D. (2011): Verhaltenserfassung bei Demenz. Reuschenbach, B.; Mahler, C. (Hrsg.): Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis. Bern: 371–399.

Heeg, S.; Bäuerle, K. (2012): Heimat für Menschen mit Demenz. Aktuelle Entwicklungen im Pflegeheimbau – Beispiele und Nutzungserfahrungen. 2. Auflage. Frankfurt am Main.

Hestermann et al. (2009): Validation of a German version of the Confusion Assessment Method for delirium detection in a sample of acute geriatric patients with a high prevalence of dementia. *Psychopathology*. 42: 270–276.

Hewer, W. (2019): Medikation und Medikationsmanagement. In: Horneber, M.; Püllen, R.; Hübner J. (Hrsg.): Das demenzsensible Krankenhaus. Grundlagen und Praxis einer patientenorientierten Betreuung und Versorgung. Stuttgart.

Hille G.; Köhler, A. (2013): Seelsorge und Predigt für Menschen mit Demenz: Arbeitsbuch zur Qualifizierung Haupt- und Ehrenamtlicher. Göttingen.

Hodkinson, H. M. (1972): Evaluation of a Mental Test Score for Assessment of Mental Impairment in the Elderly. *Age Ageing* 1: 35 – 40.

Klinikum Stuttgart; Hochschule Esslingen (2017): Ich sehe was, was du nicht siehst. „einBlick“ für Pflegende, Ärzte und Therapeuten. Stuttgart.

Hofmann et al. (2014): Spezialstationen für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten in Deutschland. *Z Gerontol Geriat.* 2:136 – 140.

Holthoff-Detto, V. (2019): Ältere Menschen und Menschen mit Demenz in der Notaufnahme. Die Rolle des Alters. In: Erfahrungsbericht INA-Dem: Konzept- und Prozessentwicklung in einer interdisziplinären Notaufnahme zur schonenden Behandlung von Menschen mit Demenz. Ein Projekt aus dem Förderprogramm „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ der Robert Bosch Stiftung, Berlin. Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH. 10 – 15.

Holthoff-Detto, V.; Druschke, D.; Pruckner, N.; Stiegler, A. (2019): Wie wird die Notfallsituation bei Menschen mit Demenz beschrieben? In: Erfahrungsbericht INA-Dem: Konzept- und Prozessentwicklung in einer interdisziplinären Notaufnahme zur schonenden Behandlung von Menschen mit Demenz. Ein Projekt aus dem Förderprogramm „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ der Robert Bosch Stiftung. Berlin. Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH. 16 – 27.

Ingenium-Stiftung in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Institut für alters- und demenzsensible Architektur (2018): Leitfaden für alters- und demenzsensible Architektur im Akutkrankenhaus. <https://www.demenz-im-krankenhaus-bayern.de> (Zugriff 02.09.2019).

Inouye, S. K.; van Dyck, C. H.; Alessi, C. A.; Balkin, S.; Siegel, A. P.; Horwitz, R. I. (1990): Clarifying confusion: the confusion assessment method: a new method for detection of delirium. *Annals of internal medicine.* 113(12). 941 – 948.

Inouye, S. K.; Westendorp, RG; Saczynski, JS (2014): Delirium in elderly people. *Lancet* 2014 Mar 8; 383(9920). 911 – 922.

Isfort, M. et al. (2014): Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Köln. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung.

Isfort, M. (2012): Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Eine Handreichung der interdisziplinären Arbeitsgruppe der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser (DiAG) in der Erzdiözese Köln.

Kaus, M. (2019): Ernährung bei Demenz. *Alzheimer Info. Nachrichten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz.* 1. 1 – 2.

- KBO-PCOB (2019): Qualitätsaspekte und Normung Qualitätszeichen „Seniorenfreundliches Krankenhaus“ 2019. Version 12. Sept. 2018. <https://www.kbo-pcob.nl/wp-content/uploads/2018/09/2019-09-11-Kwaliteitsaspecten-en-normering-keurmerk-Seniorvriendelijk-Ziekenhuis-2019-2020.pdf> (Zugriff 28.08.2019, eigene Übersetzung).
- Kessler, J.; Markowitsch, H. J.; Denzler, P. M. (2000): Mini-Mental-Status-Test (MMST). Göttingen.
- Kessler, J.; Calabrese, P.; Kalbe, E.; Berger, F. (2000): DemTect. Ein neues Screening-Verfahren zur Unterstützung der Demenzdiagnostik. In: *Psycho*. 6. 343–347.
- Kirchen-Peters, S. (2018): Vertrautes in der Fremde. Ambulante Betreuung für demenzkranke Menschen im Krankenhaus. Broschüre zum Preis der Gesundheitsnetzwerker 2018 der Berlin-Chemie. Potsdam.
- Kirchen-Peters, S. (2017): Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Von der Diskrepanz zwischen innovativen Ansätzen und Versorgungsrealität. In: *Pflege-Report*: 153–163.
- Kirchen-Peters, S.; Ischebeck, Max (2016): Sektorenübergreifende Hilfen nach Erstdiagnose Demenz im Krankenhaus. Ergebnisse des Projekts Dem-i-K plus. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland (Hrsg.). Saarbrücken.
- Kirchen-Peters, S. (2015): Demenzgerechte Versorgung. Good-Practice-Konzepte für das Akutkrankenhaus. In: *CNE.fortbildung 1* (2015). Lerneinheit 3. 10–16.
- Kirchen-Peters, S. (2014): Herausforderung Demenz im Krankenhaus. Ergebnisse und Lösungsansätze aus dem Projekt Dem-i-K. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes (Hrsg.). Saarbrücken.
- Kirchen-Peters S. (2013): Akutmedizin in der Demenzkrise. Chancen und Barrieren für das demenzsensible Krankenhaus. iso-Institut (Hrsg.). Saarbrücken.
- Kirchen-Peters S., Hielscher V. (2012): Expertise „Nationale Demenzstrategien“. Vergleichende Analyse zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen für Deutschland. Saarbrücken.
- Kirchen-Peters, S. (2005): Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“. Saarbrücken.
- Kitwood T. (2013): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern.
- Kondrup et al. (2003): Nutritional Risk Screening (NRS). *Clinical Nutrition*, 22: 415–421.
- Korzilius, H. (2017): Experten empfehlen einheitliche Triage. Notfallversorgung, *Deutsches Ärzteblatt*. 114, 37, A1629–A1630.
- Kratz, T. (2017): Diagnostik und Therapie von Verhaltensstörungen bei Demenz. *Deutsches Ärzteblatt*, 114, 26, 447–454.
- Kratz, T; Diefenbacher, A. (2016): Kognitive Akut- und Langzeitfolgen intensivmedizinischer Behandlung. *Der Nervenarzt* 87, 3. 246–252.

Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz (LZG) (2015): Demenzkompetenz im Krankenhaus. Abschlussbericht zum rheinland-pfälzischen Modellprojekt Juli 2013 bis Februar 2015. Mainz. <https://www.lzg-rlp.de/de/demenz.html> (Zugriff 25.07.2019).

Leslie, D.; Marcantonio, E.R.; Zhang, Y.; Leo-Summers, L.; Inouye, S.K. (2008): One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. *Arch Intern Med*, 14: 27 – 32.

LOGBUCH Demenz (2011): Das unerlässliche Arbeits- und Kommunikationsinstrument im Versorgungsmanagement. Köln.

Löhr, M.; Noelle, R.; Baumeister, M.; Meißner B. (2019): „LERN VON MIR“ Unterstützung von Menschen mit Demenz in Allgemeinkrankenhäusern. Begleitheft für Mitarbeiter. Deutsche Ausgabe. https://www.fh-diakonie.de/obj/Bilder_und_Dokumente/Lern_von_mir/Lern_von_mir_Begleitheft_fuer_Mitarbeiter.pdf (Zugriff 25.07.2019).

Lüdecke, D.; Kofahl, C. (2018): Projekt DAVID. Diagnostik, Akuttherapie, Validation auf einer internistischen Station für Menschen mit Demenz. Abschlussbericht. Hamburg. <http://doi.org/10.5281/zenodo.1292640> (Zugriff 14.07.2019).

Marquardt, G. (2019): Räumliche Struktur, Gestaltung und Ausstattung. In: Erfahrungsbericht INA-Dem: Konzept- und Prozessentwicklung in einer interdisziplinären Notaufnahme zur schonenden Behandlung von Menschen mit Demenz. Ein Projekt aus dem Förderprogramm „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ der Robert Bosch Stiftung. Berlin: Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH. 28 – 43.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (2012): Der alte Mensch im OP. Praktische Anregungen zur besseren Versorgung und Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs. Herford. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.6_Versorgungsformen/2.3.6.8._Demenz/Best-Practice/MGEPA-Broschuere_Der_alte_Mensch_im_OP.pdf (Zugriff 25.07.2019).

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland (2016): Die Notallmappe. Saarbrücken.

Müller, E.; Dutzi, I.; Hestermann, U.; Oster, P.; Specht-Leible, N.; Zieschang, T. (2008): Herausforderung für die Pflege: Menschen mit Demenz im Krankenhaus. *Pflege & Gesellschaft*. 13, 4. 321 – 336.

Nasreddine, Z.S.; Phillips, N.A.; Bedirian, V. et al. (2005): The Montreal Cognitive Assessment, MoCA. A brief Screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*, 53. 695 – 699.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2010): Delirium: diagnosis, prevention and management. www.nice.org.uk/guidance (Zugriff 15.07.2019)

Nock, L.; Hielscher, V.; Kirchen-Peters, S. (2013): Dienstleistungsarbeit unter Druck. Der Fall Krankenhauspflege. Arbeitspapier 296. Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) Düsseldorf.

Parsonage M.; Fossey M. (2011): Economic evaluation of a liaison psychiatry service. Centre for Mental Health. London. https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/Economic_evaluation_final.pdf (Zugriff 25.07.2019).

Radzey, B.; Fischer, U. (2007): Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen. Zur Bedeutung von Ernährung im Alter insbesondere bei demenziellen Erkrankungen. *Pflegen. Demenz.* 2. 8–12.

Richard, N. (2008): Demenz, Kommunikation und Körpersprache. Die Integrative Validation®. In: Tackenberg, P.;

Abt-Zegelin, A. (Hrsg.): Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung. Frankfurt am Main. 142–148.

Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart (o. J.): Abschlussbericht zum Projekt DiADem.

Die Entwicklung einer Konzeption im Akutkrankenhaus für Menschen mit Demenz. 2013–2016.

Projektleitung: Herr Prof. Dr. Mark Dominik Alscher und Frau Ursula Matzke.

Royal College of Nursing & University of Worcester Association for Dementia Studies (o. J.):

Transforming Dementia Care in Hospitals: Evaluation Report. RCN Development Programme.

Rüsing, D. (2007): Satt sein oder es satt haben ...? *Pflegen. Demenz.* 2. 4–6.

S3-Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“.

Langversion 2017. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-001l_S3_Schmerzassessment-bei-aelteren-Menschen_in-der-vollstationaeren-Altenhilfe_2018-02_1_01.pdf (Zugriff 25.07.2019).

S3-Leitlinie „Demenzen“. Langversion 2016. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf (Zugriff 14.07.2019).

S3-Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delir-Management in der Intensivmedizin“ Kurzversion 2015.

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-012k_S3_Analgesie_Sedierung_Delirmanagement_Intensivmedizin_2016-01.pdf (Zugriff 01.10.2019)

Scanlan, J.; Borson, S. (2001): The Mini-Cog: Receiver operating characteristics with the expert and naive raters. *Int J Geriatr Psychiatry.* 16. 216–222.

Schmidt, M. (2017): Der Kriterienkatalog PAPAR zur Selbstevaluation demenzsensibler Krankenhäuser: Bildet PAPAR die Demenzsensibilität des Krankenhauses realistisch ab? München.

Schuler, M. (2014): Wie man Schmerzen auch bei Demenz erkennen kann. Kognitive Defizite, *Deutsches Ärzteblatt.* 41. 4–7.

Sirsch, E. (2019): Schmerz erkennen und beurteilen. *DIE SCHWESTER DER PFLEGER.* 1. 30–34

Somasundaram, R. (2018): Menschen mit Demenz in der Notaufnahme – Identifikation und Betreuung als wesentliche Bausteine! Vortrag bei der 5. Tagung „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“. 24.04.2018 in Potsdam.

Stoppe, G.; Stiens, G. (Hrsg.) (2009): Niedrigschwellige Betreuung von Demenzkranken: Grundlagen und Unterrichtsmaterialien. Stuttgart: Kohlhammer.

Strain, J. J.; Lyons, J. S.; Hammer, J. S. (1991): Cost Offset from a Psychiatric Consultation-Liaison Intervention with Elderly hip Fracture Patients. *American Journal of Psychiatry* 148. 1044–1049.

Van der Kooij, C. (2017): Das mäuseutische Pflege- und Betreuungsmodell. Darstellung und Dokumentation. Bern.

Volkert, D.; Bauer, J. M.; Frühwald, T.; Lechleitner, M.; Lenzen-Großimlinghaus, R.; Wirth, R.; Sieber, C. und das DGEM Steering Committee (2013): Klinische Ernährung in der Geriatrie. Teil des laufenden S3-Leitlinienprojekts Klinische Ernährung, https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Leitlinien/S3-Leitlinien/073-019I_S3_Klinische_Ernährung_Geriatrie_2015-12.pdf (Zugriff 14.07.2019).

Wahrig (2002): Herkunftswörterbuch. Gütersloh/München.

Wesuls, R. (2011): Netzwerk Beschwerdemanagement. Vortrag auf der Herbsttagung Beschwerdemanagement. Stuttgart, 14./15. November 2011. https://bbfg-ev.de/wp-content/uploads/2015/03/Stuttgart_Vortrag_ProDeMa_Deescalationsmanagement.pdf (Zugriff 14.07.2019).

Wingenfeld, K.; Steinke, M. (2013): Die Tagesbetreuung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus. Ergebnisse einer Evaluationsstudie. In: das Krankenhaus 11. 1148 – 1153.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Erkenntnisquellen der Analyse	18
Abbildung 2	Ebenen der Demenzsensibilität im Krankenhaus	24
Abbildung 3	Barrieren für die Umsetzung demenzsensibler Konzepte	30
Abbildung 4	Ablauf der Serial Trial Intervention (nach Fischer et al. 2008)	49
Abbildung 5	Aufgaben der Konsiliar- und Liaisondienste	72

Danksagung der Autorinnen

Damit ein solcher Leitfaden entstehen kann, ist das Engagement vieler Menschen erforderlich. Dank gebührt zunächst der Robert Bosch Stiftung, die die Erstellung des Praxisleitfadens beauftragt hat, und insbesondere Cordula Hoffmanns und Dr. Bernadette Klapper, die seitens der Stiftung die Umsetzung aktiv unterstützt und konstruktiv begleitet haben.

Ganz besonders bedanken möchten wir uns bei den Interviewpartnerinnen und -partnern aus den von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekten. Ohne die Auskunftsbereitschaft und fachliche Expertise dieser Menschen, die demenzsensible Ansätze im Akutkrankenhaus erproben und umsetzen, wäre die Studie nicht möglich gewesen. Wir bedanken uns im Einzelnen bei:

- Daniela Dietrich (Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge)
- Karin Ellinger (Diakonissenkrankenhaus Dresden)
- Dr. Oskar Freundenthaler (OsteMed Klinik Bremervörde)
- Dr. Meinolf Hanxleden (Klinikum Arnsberg)
- Prof. Dr. Walter Hewer (Klinikum Christophsbad Göppingen)
- Prof. Dr. Vjera Holthoff-Detto (Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin)
- Prof. Dr. Andreas Jacobs (Johanniter-Krankenhaus Bonn)
- Cathleen Koch (Klinikum Stuttgart)
- Dr. Petra Koczy und Dr. Kerstin Bühl (Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart)
- Priv. Doz. Dr. Daniel Kopf (Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg)
- Dr. Stefan Kreisel (Evangelisches Krankenhaus Bielefeld)
- Marion Kummerfeld und Kristin Binczyk (Albertinen-Krankenhaus Hamburg)
- Priv. Doz. Dr. Albert Lukas (Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg)
- Dr. Christoph Manegold (Sana Klinik Bethesda Stuttgart)
- Svenja Ostoić und Veronica Bischoff (Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf Hamburg)
- Dr. Barbara Romero (beauftragt mit der Begleitung des Universitätsklinikums Magdeburg)
- Prof. Dr. Rajan Somasundaram (Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin)

Wir bedanken uns zudem bei den Expertinnen und Experten aus verschiedenen Institutionen, die uns als Interviewpartner zur Verfügung standen. Im Einzelnen sind zu nennen:

- Dr. Beate Baumgarte, (Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. – DGGPP)
- Dr. Birgit Dietz (Bayerisches Institut für alters- und demenzsensible Architektur – BifadA)
- Prof. Dr. Elke Donath (ehemals Mathias Hochschule Rheine)
- Irmgard Ernszt und Monika Karsch (Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst am Klinikum Kaufbeuren)
- Dr. Simone Gurlit (St. Franziskus-Hospital Münster)
- Prof. Dr. Michael Isfort (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung – DIP)

- Sabine Jansen und Dr. Winfried Teschauer (Deutsche Alzheimer Gesellschaft)
- Cornelia Plenter (Projekt Blickwechsel Demenz, Der Paritätische NRW)
- Detlef Rüsing (Dialogzentrum Leben im Alter – DZLA)
- Dr. Ursula Sottong (Malteser Deutschland)
- Dr. Birgit Teichmann (Universität Heidelberg)
- Priv. Doz. Dr. Jochen René Thyrian (Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen – DZNE)
- Dr. Michael Wunder (Deutscher Ethikrat 2008–2016)

Dank gilt auch ausgewählten Stipendiaten des Masterstudiengangs „Versorgung von Menschen mit Demenz“ an der Universität Witten/Herdecke und des Graduiertenkollegs „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ an der Universität Heidelberg, die an der Fokusgruppe „Demenzsensibles Krankenhaus“ mitgewirkt haben. Beteiligt waren Claudia Eckstein, Karin Ellinger, Patrick Heldmann, Julia Kirch, Barbara Neuen, Marita Schmidt, Eva-Luisa Schnabel, Julia Schneider, Anton Schönstein und Henrike Voß.

Der Leitfaden wurde im Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. von einem interdisziplinären Team aus den Disziplinen Sozial- und Gesundheitswissenschaften erarbeitet. Wir bedanken uns bei Dr. Volker Hielscher für seine wertvollen Anregungen und bei Jana Rößler für das Lektorat des Leitfadens. Unser Dank gilt zudem den Kolleginnen Janet Kunz sowie Katarina und Lea Willems für die Unterstützung bei der Dokumentenanalyse und Tania Goddard für die Transkription von Interviews.

Besonders erwähnt werden muss die Tatsache, dass es immer noch eine Pionierarbeit ist, Strukturen und Prozesse in einem Akutkrankenhaus anzupassen, um den Bedürfnissen von Menschen mit kognitiven Einschränkungen gerecht zu werden. Wir danken all den engagierten Menschen, die sich mit einem so schwierigen Thema befassen, und versuchen, trotz aller Schwierigkeiten Fortschritte zu erzielen.

Wir hoffen, dass die nun im Leitfaden gebündelten Erfahrungen Verantwortliche und Beschäftigte in Krankenhäusern sinnvoll dabei unterstützen können, Aufenthalte für Menschen mit kognitiven Einschränkungen zukünftig schonender zu gestalten.

Dr. Sabine Kirchen-Peters

Dr. Elisabeth Krupp

Notizen



A series of horizontal dotted lines for taking notes.

Impressum

Herausgegeben von der

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Kontakt in der Stiftung

Cordula Hoffmanns
Senior Projektmanagerin Gesundheit
Telefon +49 711 46084-855
cordula.hoffmanns@bosch-stiftung.de

Autorinnen

Dr. Sabine Kirchen-Peters
Dr. Elisabeth Krupp

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso)
Trillerweg 68, 66117 Saarbrücken
www.iso-institut.de

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Druck

Offizin Scheufele
Druck und Medien GmbH & Co. KG

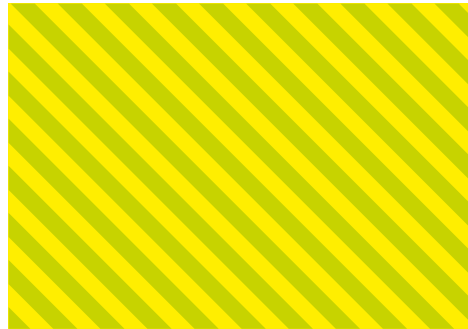
Bildrechte

Seite 78: Ev. Krankenhaus Alsterdorf, Hamburg
Foto: Frank und Tinka Dietz
Seite 86 / 87 / 101: Gesine Marquardt und Kathrin Büter

Copyright 2019

Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten.

ISBN 978-3-939574-55-2



[bosch-stiftung.de](https://www.bosch-stiftung.de)