



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



Demenz und Krankenhäuser – Aufbau demenzfreundlicher Strukturen

Handreichung zum Bundesmodellprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“



[bmfsfj.de](https://www.bmfsfj.de)

Inhalt

1	Einführung	4
2	Qualifizierung des hauptamtlichen Personals, Ärzte, Pflege	6
3	Übergänge	13
4	Architektonische Gestaltung von Krankenhaus-Stationen	20
5	Organisation/tagesstrukturierende Angebote, niedrigschwellige Betreuungen	26
6	Ehrenamtliche Besuchsdienste – Demenzlotsen und pflegende Angehörige, Rollen und Aufgaben	33



Einführung

Für Menschen mit Demenz oder anderen kognitiven Beeinträchtigungen stellt ein Krankenhausaufenthalt eine große Herausforderung dar. Alle klinischen Abläufe sind auf Effizienz und Wirtschaftlichkeit ausgerichtet und funktionieren nur dann reibungslos, wenn es sich bei den Patienten um kooperative Partnerinnen und Partner handelt. Das bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Menschen ihre gesundheitlichen Probleme artikulieren und kommunizieren können, sie zeitlich und räumlich orientiert sind, sich mit anderen Patientinnen und Patienten arrangieren können und aufgrund dieser Kompetenzen das „System Krankenhaus“ ohne große Zwischenfälle durchlaufen.

Mit zunehmendem Alter und insbesondere unter den Auswirkungen einer demenziellen Erkrankung, können Patienten diese Erwartungen nicht mehr oder nur noch eingeschränkt erfüllen. Zugleich stellt gerade dieser Personenkreis die wachsende Gruppe an Patientinnen und Patienten dar, die sich einer akutstationären Behandlung unterziehen muss, während jüngere Menschen zunehmend ambulante Behandlungs- und Versorgungssettings in Anspruch nehmen. In der Folge kommt es immer wieder vor, dass Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen nach einem stationären Krankenhausaufenthalt in einer wesentlich schlechteren funktionalen Verfassung sind als bei ihrer Aufnahme. Diese Verschlechterung kann gerade für alte Menschen weitreichende Folgen haben: Durch die Beeinträchtigung der Alltagskompetenzen ist möglicherweise ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit nach dem Krankenhausaufenthalt gefährdet und es wird ein Umzug in ein Pflegeheim eingeleitet.

Vor diesem Hintergrund bildet sich für Akutkrankenhäuser die Notwendigkeit eines Perspektivwechsels ab: Sie müssen eine Strategie entwickeln, um ihr Angebot an den Erwartungen und Bedarfen einer teilweise hoch vulnerablen Patientengruppe auszurichten. Nur so kann der Krankenhausaufenthalt den Heilungsprozess der Akuterkrankung in Gang setzen und befördern und zu keiner Verschlechterung des Gesamtzustandes führen.

Dieses Ziel muss konsequent von der Geschäftsführung verfolgt werden, da sie für die Umsetzung entsprechender Maßnahmen verantwortlich ist.

Im weiteren Verlauf müssen strategische Meilensteine für jeden einzelnen Bereich formuliert werden, wobei jedes dieser Teilziele einen Beitrag zur Gesamtstrategie leistet. So ist beispielsweise eine hohe Qualität in der Versorgung der Patientinnen und Patienten nur dann zu erreichen, wenn die Arbeitsbelastung der ärztlichen und pflegenden Mitarbeitenden messbar reduziert wird.

In dieser Handreichung sind unterschiedlich Ansatzpunkte für eine strategische Ausrichtung zu einer demenzsensiblen Organisation zusammengetragen. Links zu themenspezifisch relevanten Projektbeschreibungen, Studienergebnissen, Leitfäden und ähnliche sollen Ihnen kurze Wege zu vertiefenden Informationen oder Kontaktmöglichkeiten zu Projekten bieten.

2

Qualifizierung des hauptamtlichen
Personals, Ärzte, Pflege

Thematischer Überblick

Es liegen zwar keine verlässlichen Daten über die tatsächlichen Fallzahlen von Patientinnen und Patienten mit Demenz in den deutschen Kliniken vor, da Demenz nicht in jedem Fall statistisch erfasst wird. Jedoch kann von der Altersstruktur der Krankenhauspatientinnen/des Krankenhauspatienten ausgehend (und der engen Korrelation von Alter und Demenz)¹ darauf geschlossen werden, dass geriatrische Kompetenz einhergehend mit demenzspezifischem Wissen verstärkt in die Aus- und Weiterbildung von Ärzten, Pflegekräften und anderen Therapeuten implementiert werden muss.

Das bedeutet, dass Mitarbeitende aller Disziplinen ein Bewusstsein für nachhaltige Ziele entwickeln und die Auswirkung ihrer Behandlung zukunftsorientiert und über die Klinikpforte hinaus denken müssen. Das gilt in Bezug auf das Leben der Patientinnen und Patienten in der eigenen Häuslichkeit nach dem Krankenhausaufenthalt ebenso, wie in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Angehörigen und den ambulanten Versorgern.

Es sollte ein umfassendes Wissen über die besondere Vulnerabilität von alten, möglicherweise kognitiv beeinträchtigten Menschen etabliert werden. Insbesondere die Risiken, denen diese Patientinnen und Patienten ausgesetzt sind, sollten allen Mitarbeitenden bewusst sein. Als Beispiel sei das Delir genannt, das bei alten Menschen besonders häufig auftritt. Dabei handelt es sich nicht um einen zu vernachlässigenden – weil vorübergehenden – Verwirrtheitszustand, sondern um eine lebensbedrohliche Transmitterentgleisung. Eine zu spät eingeleitete Therapie kann sich dauerhaft negativ auf die Lebenssituation der Patientin/des Patienten auswirken.² Ohnehin ist die Selbständigkeit im hohen Alter ein äußerst fragiles Konstrukt und kann durch Beeinträchtigungen, die während eines Krankenhausaufenthaltes entstehen, dauerhaft beschädigt werden.

Weiterhin erfordert eine fachlich gute Versorgung der häufig multimorbiden Patientinnen und Patienten eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Das setzt unter anderem spezifische kommunikative Fähigkeiten, sowie die Bereitschaft zur Kooperation und Teamfähigkeit bei allen Beteiligten voraus.

Multidisziplinäre Mitarbeiterschulungen, womöglich in Form eines Fortbildungszirkels, fördern und trainieren den interdisziplinären, gleichberechtigten Austausch. Das Ziel ist die Entwicklung einer hermeneutischen Kompetenz, die wesentlich zu einem nachhaltigen, patientenorientierten Behandlungs- und Versorgungskonzept beitragen soll.

Neben den medizinischen und pflegerelevanten Inhalten gehören auch ethische Aspekte wie beispielsweise die Wahrung der Selbstbestimmtheit der Patientin/des Patienten – auch im Falle einer Demenzerkrankung – in das Qualifizierungsprogramm. Die interdisziplinäre Entwicklung und Vermittlung einer personenzentrierten Haltung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz fördert zudem eine gelebte Werte- und Unternehmenskultur.

Spezifische Anforderungen

Analyse zu Ressourcen und Entwicklungsbedarfen

Die Bereitschaft zur Teilnahme an freiwilligen Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen zum Themenbereich Demenz ist sehr unterschiedlich. Einerseits erfahren die Mitarbeitenden zu einer ohnehin hohen Arbeitsbelastung ein nicht unerhebliches, zusätzliches „Arbeitsleid“ durch die Konfrontation mit Personen, die aufgrund ihres Alters oder kognitiver Beeinträchtigungen nicht zur Kooperation im gewünschten

1 E.-M. Neumann in: Das Krankenhaus im demografischen Wandel

2 R. Neubart: Repetitorium Geriatrie

Maße fähig sind. Auf der anderen Seite wirken sich beispielsweise Personalmangel auf den Stationen oder vermeintlich wichtigere Fortbildungen zu anderen Themen eher hinderlich auf die Teilnahme an demenzspezifischen Qualifizierungsangeboten aus.

Um die spezifischen Fortbildungsbedarfe der Mitarbeitenden zu erkennen und sichtbar zu machen, ist eine Analyse des vorhandenen Wissensstands und zu Kompetenz- und Belastungsempfinden in den jeweiligen Mitarbeiterstrukturen erforderlich. Ergänzend sind die Bedürfnisse, Erwartungen und Anforderungen der jeweiligen Professionen an Qualifizierungsmaßnahmen zu erheben, um schließlich die unterschiedlichen Angebote danach auszurichten.

Unbedingt zu berücksichtigen sind bei der Planung von Fortbildungen die Rahmenbedingungen der jeweiligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Denn um die Akzeptanz und Motivation zur Teilnahme zu steigern, müssen Fortbildungsformen gefunden werden, die jeweils in die Zeit- und Arbeitsstruktur der verschiedenen Berufsgruppen passen.

Angehörige sind ein entscheidender Stützpfiler für eine nachhaltige Sicherung der häuslichen Situation eines Menschen mit Demenz im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt. Die Vermittlung von Wissen und die Förderung der Handlungskompetenzen von Angehörigen bereits während des Krankenhausaufenthaltes der Patientin/des Patienten leisten einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung von sogenannten Drehtüreffekten.

Bedenkt man weiterhin, dass eine nachhaltige Entlassung von alten und hochaltrigen Patientinnen und Patienten, insbesondere mit einer kognitiven Beeinträchtigung, nur unter Einbeziehung der ambulanten Versorger, sowie der Haus-/ beziehungsweise der Fachärzte möglich ist, so gilt es auch über eine entsprechende Vernetzung im Bereich der Qualifizierungsmaßnahmen nachzudenken.

Insbesondere die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und die medizinischen Fachangestellten sollten in diesem Sinne eingebunden werden. Denn die medizinische Weiterversorgung von alten und hochaltrigen Patientinnen und Patienten nach der Entlassung ist ohne die enge Zusammenarbeit mit den betreuenden Hausarztpraxen unmöglich.

Zudem kann in diesem Zusammenhang die Grundlage für eine Aufnahmesteuerung – im Sinne der Vermeidung von Einweisungen bei Behandlungsbedarfen, die ambulant bedient werden können – geschaffen werden.

Mehrstufiges Qualifizierungsmodell

Grundsätzlich notwendig ist eine Basisqualifizierung für alle haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden im Krankenhaus. In diesem Rahmen wird ein grundlegendes Wissen über Demenzerkrankungen, sowie einen demenzsensiblen Umgang vermittelt. Diese Basisqualifizierung kann auch geöffnet werden für Angehörige von Menschen mit Demenz.

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

Für Ärztinnen und Ärzte haben sich kürzere Veranstaltungen bewährt, die aufeinander aufbauend relevante Inhalte vermitteln.

Kenntnisse zu demenzspezifischer Diagnostik und Therapie sind zwar häufig vorhanden. Welche komplexen Auswirkungen die Erkrankung jedoch auf die Lebenswelt der Patientin/des Patienten hat, wird in der medizinischen Aus- und Weiterbildung in der Regel bislang nicht ausreichend berücksichtigt.

Im Rahmen des Fortbildungsprogramms für Ärztinnen und Ärzte stärken themenbezogene Einheiten die Sensibilität für Demenz. Zusätzlich können sie den Blick dafür öffnen, welche Maß-

nahmen im klinischen Alltag notwendig sind, um eine nachhaltige demenzsensible Versorgung für die Patientinnen und Patienten zu implementieren. Dabei gilt es, zu den medizinisch relevanten Faktoren auch die biografischen, sozialen und räumlichen Umgebungsfaktoren, sowie deren Wirkungszusammenhänge in der Lebenswelt der Patientin/des Patienten zu berücksichtigen und zu verstehen.

Die Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten in den Akutkrankenhäusern erfordert zudem die Zusammenführung der Expertise aller an der Versorgung beteiligten Professionen.

Daher kann eine Weiterbildung auch im Bereich der multiprofessionellen Teamarbeit sowohl für Ärztinnen und Ärzte, als auch für Pflegenden sinnvoll sein.

Demenzspezifisches Wissen

- S3 Leitlinie Demenz
- Screening Instrumente
- Schmerzassessment
- Delirprävention
- Ätiologie/Diagnostik/Therapie
- Vermeidung von FEM

Multiprofessionelle, wertorientierte Teamarbeit

- Teamorientierung
- Management-/Moderationskompetenzen
- Wahrung der Würde des einzelnen Patienten
- Wahrung des Patientenwillen

Weitere mögliche Fortbildungsinhalte für die ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Förderung der Kompetenzen im Umgang mit den zunehmend älteren Patientinnen und Patienten:

- Faktoren für eine gelingende Kommunikation mit alten Menschen unter Berücksichtigung kognitiver und sensorischer Beeinträchtigungen.

- Faktoren für eine gelingende Kommunikation mit Angehörigen. Dies ist insofern besonders hervorzuheben, da die konstruktive Zusammenarbeit mit Angehörigen im Rahmen eines nachhaltigen Entlassmanagements dringend erforderlich ist. Dazu gehören unter anderem die verlässliche Einhaltung vereinbarter Gesprächstermine, eine realistische Darstellung der therapeutischen und medizinischen Möglichkeiten, Empathie und Behutsamkeit.

Außerdem muss sowohl ein geeigneter Gesprächsrahmen geschaffen werden, als auch die innere Bereitschaft zum Dialog trotz der bestehenden Arbeitsdichte vorhanden sein.³

Fortbildungen für Pflegenden

Pflegekräfte haben im Rahmen ihrer Kernaufgaben den umfangreichsten Kontakt mit Patientinnen und Patienten mit Demenz. Aus diesem Grund wirken sich Wissensdefizite zu medizinischen, therapeutischen und psychosozialen Faktoren auch am intensivsten auf ihre Arbeitssituation aus.

Insbesondere sogenannte „herausfordernde Verhaltensweisen“ unterbrechen die Arbeitsabläufe auf der Station und führen zu Stress, wie auch zu Qualitätseinbußen in der Arbeit. Die häufige Störung der eigentlichen Arbeit gilt zudem als ein wesentlicher Aspekt der Arbeitsbelastung von Pflegekräften.

Ein adäquates Fachwissen und die Sensibilisierung für die Bedürfnisse eines Menschen mit Demenz ermöglichen es dagegen den Pflegenden, die Emotionen der Patientin/des Patienten besser zu deuten und individuell, sowie pflegerisch kompetent darauf eingehen zu können. Denn neben mangelnder Beschäftigung oder Tagesstrukturierung muss als möglicher auslösender Faktor für herausfordernde Verhaltensweisen immer auch der menschliche und pflegerische Umgang der Mitarbeitenden mit den Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden.

Demenzspezifisches Wissen

- Aktuelle med. Erkenntnisse der S3 Leitlinie Demenz
- Anwendung von Screeninginstrumenten und Rückmeldung der Ergebnisse
- Kommunikation mit Menschen mit Demenz
- Beschäftigungsangebote und tagesstrukturierende Maßnahmen
- Demenzspezifische Risikoprävention
- Delirprävention
- Angehörigenarbeit
- Patientenüberleitung und Entlassmanagement
- Milieugestaltung und der Einsatz von Hilfsmitteln
- Alternativen zu FEM
- Umgang mit sozial unerwünschten Verhaltensweisen
- Multiprofessionelle, werteorientierte Teamarbeit (siehe Seite 9)

🔗 https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Abschlussbericht_Demenz_Krankenhaus_Final_Web.pdf

Fortbildung und Qualifizierung im Bereich Pflege sollten, neben der theoretischen Wissensvermittlung, auch praxisbezogenes Lernen am Einzelfall, wie zum Beispiel in Form einer Fallbegleitung, ermöglichen. Durch die Vermittlung von Strategien, die sich im Stationsalltag bewähren, kann sich das Arbeitsleid verringern und eine akzeptierende Grundhaltung gegenüber den Patientinnen und Patienten gefördert werden.

🔗 www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Endbericht-Kirchen-Peters_Oktober2012_01.pdf

Eine besondere Expertise können Mitarbeitende erreichen, die sich zu „Demenzexperten“ weiterbilden und in dieser Funktion als Beratende und als Multiplikatoren auf den Stationen agieren. Regelmäßige Fortbildungsangebote in kompakten Einheiten, die über das Jahr verteilt angeboten werden, dienen der Auffrischung und Aktualisierung des vorhandenen Wissens der Mitarbeitenden.

Barriere

- **Motivation der Mitarbeitenden zur Teilnahme**
- **Personalmangel auf Station**

Lösung

- Anpassung des zeitlichen Umfangs an Rahmenbedingungen der Mitarbeitenden
- Freistellung der Mitarbeitenden
- Schulungen sind interdisziplinär und für alle Berufsgruppen verpflichtend

Barriere

- **Unzureichender Transfer des erworbenen Wissens in den Klinikalltag**

Lösung


- Inhalte am Klinikalltag orientieren
- Fallbesprechungen

Sicherung der Nachhaltigkeit der Qualifizierungsmaßnahmen

Ein weiterer Schritt zur demenzsensiblen Ausrichtung eines Krankenhauses ist die Berufung von Mitarbeitenden (bevorzugt aus Pflege oder Medizin) zu „Demenzbeauftragten“ der Klinik. Die Voraussetzung für den Einsatz von Demenzbeauftragten ist ein abgestimmtes Konzept, das eine Aufgaben- beziehungsweise Stellenbeschreibung beinhaltet und eine Schnittstellenbeschreibung mit anderen Funktionsbereichen vorsieht. Eine Tandemlösung mit zwei Mitarbeitenden aus unterschiedlichen Professionen kann effizienter sein und gewährleistet zudem die gegenseitige Vertretung im Krankheits- und Urlaubsfall. Für die Arbeit in dieser Funktion müssen die Mitarbeitenden mit einem entsprechenden Arbeitszeitanteil freigestellt sein.

Beispielhaft kann eine Demenzbeauftragte/ein Demenzbeauftragter folgende Aufgaben erfüllen:

- Sensibilisierung der Mitarbeitenden für die Situation von Menschen mit demenziellen Erkrankungen im Krankenhaus
- Vermittlung der Relevanz des Themas
- Ausarbeitung und Umsetzung von Konzepten zur Verbesserung der Versorgungssituation
- Durchführung von Basisfortbildungen
- Umsetzung von qualitätssichernden Maßnahmen
- Einbeziehung der nachbehandelnden Therapeuten um das Krankenhauskonzept vorzustellen und abzustimmen

 www.alzheimer-niedersachsen.de/160_Fortbildungscurricula_2011.pdf

Die hier beschriebene Fortbildung umfasst 160 Stunden und beinhaltet unter anderem eine viertägige Hospitation zur Vertiefung und Konkretisierung des theoretischen Wissens. Ein halbes Jahr nach Abschluss der Qualifizierungsmaßnahme wird ein Reflexionstreffen angeboten, das auch zur Netzworkebildung anregen soll.

Demenzbeauftragte sollten zudem eine wichtige Funktion bei der Sicherung der Nachhaltigkeit von Qualifizierungsmaßnahmen haben.



Barriere

- Mangelnde Evidenz zur Nachhaltigkeit der Qualifizierungsmodelle




Lösung

- Entwicklung von Standards und Qualitätsrichtlinien sowohl für die Qualifizierung, als auch für die Anforderungen an Demenzbeauftragte (Beispiel: Hygienebeauftragte)

Fortbildungen für niedergelassene Ärzte

Mit dem Ziel einer möglichst nachhaltigen Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus und der Vermeidung sogenannter Drehtüreffekte, kann das Konzept

„Qualifizierung“ nicht an der Klinikpforte zu Ende gedacht sein. Die Hausärztin/der Hausarzt, als wichtiger Player im ambulanten Versorgungssystem, benötigt ebenfalls zusätzliches Wissen zu altersmedizinischen und demenzspezifischen Zusammenhängen. Beispielsweise kann im Rahmen von regionalen, interdisziplinären Qualitätszirkeln durch das Instrument der Patientenfallkonferenz dieses Wissen generiert und etabliert werden.

 www.youtube.com/watch?v=yslynBVgKWw

Gerade wenn es sich um die Problematik von chronisch komplex kranken Patientinnen und Patienten handelt bietet diese Methode den niedergelassenen Ärzten berufspraktische Unterstützung und Entlastung.

Ein weiteres Instrument für eine umfassende ärztliche Betrachtung der Situation dieser Patientinnen und Patienten stellt die DEGAM-Leitlinie zu multimorbiden Patientinnen und Patienten dar.

Multidisziplinäre Fortbildungsinhalte

Die nach wie vor hierarchische Struktur in den Kliniken erschwert häufig die Kommunikation auf Augenhöhe zwischen den Professionen. Insbesondere die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal wird von den Pflegekräften oft als problematisch empfunden.

Multidisziplinäre Fortbildungen und Fallbesprechungen können dazu beitragen, dass diese hierarchischen Barrieren aufgeweicht werden.

Zudem haben multidisziplinäre Fallbesprechungen einen bereichernden Effekt auf die Teilnehmenden. Die verschiedenen Professionen haben aufgrund ihres beruflichen Hintergrunds unterschiedliche Herangehensweisen und Perspektiven auf bestimmte Situationen. Durch den fachlichen Austausch werden die Teilnehmenden in die Lage versetzt, über die Grenzen der eigenen Disziplin hinauszudenken. Im fachübergreifenden Dialog kann herausgefunden werden, ob ein bestimmtes Verhalten einer Patientin/eines Patienten für ein unbefriedigtes psychosoziales Bedürfnis steht, oder ein krankheitsbezogenes Symptom ausdrückt.

Das Ziel von multidisziplinären Fallbesprechungen ist es, durch einen hierarchiefreien, gleichberechtigten Austausch Lösungsmöglichkeiten für die besondere Situation einer Patientin/eines Patienten zu entwickeln, die auf einem umfassenden Verständnis des Geschehens basieren.⁴

Es ist zudem erforderlich, dass bereits in der Ausbildung die interdisziplinäre Kommunikation und Teamorientierung zwischen den Professionen unterstützt wird.

➔ www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/44080.asp

Qualifizierungsmaßnahmen einbetten in Organisationsentwicklung

Mitarbeiterqualifizierungen können nur dann eine konstante Wirkung entfalten, wenn sie eingebettet sind in einen Maßnahmenkatalog, der sich auf die gesamte Ablauf- und Organisationsstruktur des Krankenhauses bezieht.

In Kombination mit dem Aufbau demenzsensibler Strukturen und Prozesse haben sich am Beispiel einer Studie aus Großbritannien sogenannte „Care-Bundle“ bewährt. Diese bestehen aus mehreren evidenzbasierten Maßnahmen, die eine personenzentrierte Pflege ermöglichen.

Thesen

1. Datenevidenzlage verbessern zu Bedarfen an Qualifizierung und zur Wirksamkeit von modellhaften Ansätzen
2. Verbindliche Qualitätsrichtlinien
 - Qualifikationsinhalte, -umfänge für Basisschulung
 - Aufgaben, Qualifikation von Demenzexpertinnen und -experten
3. Einbettung in betriebliche Gesamtstrategie inkl. Aufbau demenzsensibler Strukturen und Prozesse

.....
4 R. Neubart: Repetitorium Geriatrie



Übergänge

Thematischer Überblick

Die Aufnahme eines Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen stellt sowohl die Patientin/den Patienten und die Angehörigen, als auch das System Krankenhaus vor beträchtliche Herausforderungen.

Bereits das Merkmal der Hochaltrigkeit impliziert die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe: Zum Beispiel eine Beeinträchtigung der fluiden Intelligenz, die Einfluss auf die Verstehbarkeit der kurz getakteten Klinikabläufe hat und der damit zusammenhängenden hohen Ansprüche an den „kooperativen Patienten“, oder eine häufig vorliegende Multimorbidität, die in der Regel mit einer Polypharmazie einhergeht. Liegt zudem bei der Krankenhausaufnahme eine demenzielle Erkrankung vor, muss von nochmals höheren Risiken für Patientinnen und Patienten ausgegangen werden: Komplizierte Behandlungsverläufe und zusätzliche Komplikationen zum Beispiel durch das Auftreten eines Delirs oder sturzbedingte Verletzungen, können zu einer verlängerten stationären Verweildauer der Patientin/des Patienten in der Klinik führen.

Demgegenüber steht der Anspruch den Aufenthalt – sowohl im Sinne der Patientin/des Patienten, als auch aus ökonomischer Perspektive der Einrichtung – so kurz wie möglich zu halten.

Um diesem Ziel gerecht zu werden und zu gewährleisten, dass es diesen besonders verletzbaren Menschen während ihres Klinikaufenthaltes und nach der Entlassung möglichst gut geht, kommt sowohl der krankenhauses internen Informations- und Kommunikationsstruktur, als auch dem Überleitungsmanagement eine besondere Bedeutung bei.

Allem voran steht die Information zu einer eventuell vorliegenden demenziellen Erkrankung der Patientin/des Patienten.

Ist diese nicht gegeben, ist bei der Aufnahme ein standardisiertes Screening auf kognitive Beeinträchtigungen angezeigt. Auch wenn ein solches „Überprüfen“ der Kognition einen zusätzlichen

Belastungsfaktor für alte Menschen darstellen kann, handelt es sich dabei doch um ein wesentliches Instrument um die Patientensicherheit durch entsprechende Präventionsmaßnahmen zu erhöhen. Eine vorherige angemessene Aufklärung der Patientin/des Patienten oder des mit der Betreuung beauftragten Begleitenden und deren Einverständnis mit der Maßnahme sind obligat.

In der Folge muss sichergestellt sein, dass alle Mitarbeitenden, die mit der Person im Laufe ihres Klinikaufenthaltes zu tun haben, über Informationen zu ihren spezifischen Risiken, sowie über ein angemessenes Verhaltensrepertoire verfügen.

Denkt man nun den Überleitungsprozess im Sinne des geriatrischen Anspruchs, so beginnt das Entlassmanagement bereits mit der Aufnahme der Patientin/des Patienten und strahlt nach der Entlassung positiv in die häusliche Situation aus. Bestenfalls mündet es in ein langfristiges, individuelles Gesundheitsmanagement auf der Grundlage eines ganzheitlichen Hilfeplans.⁵

Die Kommunikationsstruktur (sowohl krankenhauses intern, als auch transsektoral) bildet den „Roten Faden“ zwischen Aufnahme- und Entlassmanagement. Dazu ist es notwendig, dass bei der Aufnahme möglichst umfangreiche personenbezogene Informationen verfügbar sind. Im günstigsten Fall wird die Patientin/der Patient von einer Bezugsperson zur Aufnahme begleitet, die zur Erhebung einer Fremdanamnese beitragen kann.

Diese Informationen, gebündelt mit den Informationen des multiprofessionellen Teams, das die Patientin/des Patienten medizinisch und therapeutisch durch den Krankenhausaufenthalt begleitet hat, ermöglichen eine realistische Einschätzung der individuellen Unterstützungsbedarfe im Anschluss an den Klinikaufenthalt. Um eine nachhaltige und lückenlose Entlassung durchzuführen, ist zudem eine enge Vernetzung mit den lokalen Akteuren aus dem ambulanten Sektor notwendig.

.....
5 R. Neubart: Repetitorium Geriatrie

Spezifische Anforderungen

Aufnahme

Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen erfahren mit hoher Wahrscheinlichkeit während eines Klinikaufenthaltes eine Verschlechterung ihres Allgemeinzustandes.⁶ Schlimmstenfalls geht diese Verschlechterung so weit, dass sie bis dato verfügbare Ressourcen Pflegethermometer 2014 verlieren, die ihnen ein eigenständiges Leben ermöglichten.

Insofern sind Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen als Risikopatienten zu betrachten und für den Fall, dass zusätzlich eine akute Verwirrung auftritt, handelt es sich um einen medizinischen Notfall⁷, vergleichbar mit einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall. Das Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung dieser Patientinnen und Patienten muss es sein, sie in einem körperlich und geistig besseren Allgemeinzustand zu entlassen als bei Krankenhausaufnahme. Zumindest aber sollte sich ihr Zustand nicht verschlechtern haben.

Um mögliche Risiken zu berücksichtigen und diesen präventiv entgegenwirken zu können, ist eine frühzeitige Abklärung eventuell vorliegender kognitiver Beeinträchtigungen notwendig. Dies kann mittels geeigneter Screeningverfahren im Rahmen der Aufnahme geschehen, wenn die Patientin/der Patient über das Verfahren und die daraus abgeleiteten Konsequenzen hinreichend aufgeklärt wurde und damit einverstanden ist.

Barriere


- Für Patientinnen/Patienten und Angehörige stellt ein Screening innerhalb der ersten Tage eine zusätzliche Belastung dar.

Lösung

- Informationen zu den positiven Konsequenzen für Patientinnen/Patienten und Angehörige.

Notaufnahme

Die Notaufnahme eines Krankenhauses stellt eine besonders brisante Situation für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen dar. Sie ist unter Umständen der erste Berührungspunkt mit dem Krankenhaus, den die Patientin/der Patient nach dem Verlassen ihrer/seiner bekannten, sicheren Umgebung hat. Sie/er ist möglicherweise gestresst durch den Transfer von der Wohnung in die Klinik und durch die vorangegangenen Erlebnisse. Die Notaufnahme ist der Ort, wo relevante Entscheidungen über eine Person möglicherweise sehr schnell getroffen werden müssen. Hier ist es notwendig, dass gerontopsychiatrische und geriatrische Fachexpertise verfügbar ist, auch um Patientinnen und Patienten direkt der richtigen Fachabteilung zuzuweisen und unnötige Verlegungen zu vermeiden.

 www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/62538.asp

Barriere

- Mangel an gerontopsychiatrischen oder geriatrischen Fachkräften.

Lösung

- Hinzuziehen eines Konsiliar- oder Liaisondienstes.

6 Pflgehermometer 2014

7 R. Neubart: Repetitorium Geriatrie

Krankenhausinterne Kommunikationsstrukturen

Sollten bei einer Patientin/einem Patienten kognitive Beeinträchtigungen oder eine Demenz festgestellt werden, so ist es von großer Bedeutung, dass alle Mitarbeitenden, die während des Klinikaufenthalts mit ihr/ihm zu tun haben, über diese Tatsache und die Auswirkungen der Diagnose informiert sind. Denn sie beeinflusst alle weiteren medizinischen und therapeutischen Interventionen. Zudem ist sie die Maßgabe für den Betreuungsbedarf und die Betreuungsintensität der Person. Die Sicherstellung dieses Informationstransfers stellt hohe Anforderungen an das krankenhausinterne Kommunikations- und Informationssystem, sowie an die Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit.

Barriere

- **Schnittstellenproblematik**

Lösung

- Interdisziplinäre Teams und Fallbesprechungen/
Optimierung der elektronischen Informationssysteme

Verfügbarkeit von patientenbezogenen Informationen

Bereits in der Aufnahmesituation ist es notwendig, entsprechendes Wissen zum Patienten zu erhalten: Insbesondere Kontaktdaten zu Ansprechpersonen, Informationen zu Vor- und Begleiterkrankungen, inklusive der dadurch bedingten Medikation. Zudem werden möglichst ausführliche Informationen über die individuelle häusliche Versorgungssituation benötigt, um ein frühzeitiges Entlassmanagement einleiten zu können.

Aber auch vor dem Hintergrund der Relevanz dieser Informationen muss die Autonomie der

Person gewahrt bleiben. Ihrem Recht auf freie Entscheidung und Selbstbestimmung hinsichtlich der poststationären Versorgung muss auch im Rahmen des Entlassmanagements in angemessener Form Rechnung getragen werden.

Barriere

- **Individuelle krankheitsbedingte Einschränkungen wirken sich auf die Entscheidungsfähigkeit der Patientin/des Patienten aus.**

Lösung

- Geschulte Mitarbeitende, die in der Lage sind die jeweils noch möglichen Willensbekundungen der Patientin/des Patienten (auch unter Einbezug der Angehörigen) wahrzunehmen, sowie die Nutzung von Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht falls vorhanden.

Ein solides Casemanagement im Rahmen des Entlassmanagements ermöglicht eine valide Erhebung der familiären Ressourcen und des Versorgungsbedarfs nach der Entlassung der Patientin/des Patienten.

Barriere

- **Die kurze Verweildauer**

Lösung

- Eine enge Vernetzung mit ambulanten Strukturen (Pflegedienste, lokale Pflegestützpunkte)

Barriere

- **Patientinnen/Patienten oder Angehörige nehmen die empfohlenen Unterstützungsangebote nicht an. Oft wird ein Unterstützungsbedarf erst anerkannt, wenn die Person wieder in die eigene Häuslichkeit zurückgekehrt ist.**

✓ Lösung

- Aufsuchende ambulante Beratung zum Beispiel durch den lokalen Pflegestützpunkt.

⚠ Barriere

- Kein familiäres Umfeld

✓ Lösung

- Einbeziehung von ambulanten Versorgern, falls Patientin/Patient in einem Versorgungssetting ist. Einbeziehung von nachbarschaftlichen oder ehrenamtlichen Strukturen.

⚠ Barriere

- Datenschutz

✓ Lösung

- Logbuch Demenz, Notfallmappe, elektronische Gesundheitskarte, schriftliche Einverständnis der Patientin/des Patienten zur Übermittlung sozialer Informationen.

Entlassmanagement: Transsektorale Kommunikation/Netzwerkarbeit

Zur Vermeidung von sogenannten Drehtüreffekten und damit zur Förderung eines nachhaltigen Entlassmanagements ohne Versorgungslücken ist die Erstellung eines individuellen Hilfeplans und eine systematisierte und strukturierte Kommunikation zwischen der Klinik und den stationären und ambulanten Akteuren (auch unter Berücksichtigung der ehrenamtlichen Strukturen) in der Kommune erforderlich.

⚠ Barriere

- Struktur des notwendigen Informationstransfers unklar.

✓ Lösung

- Identifizierung einer verantwortlichen Person
- Klare Aufgabenbeschreibung.

⚠ Barriere

- Mangelnde Kenntnisse über die Aufstellung des jeweils anderen Sektors

✓ Lösung

- Netzwerkarbeit in Form von Teilnahme an regionalen Runden Tischen. Dort sind zum Beispiel Mitarbeitende der kommunalen Sozialplanung, Pflegestützpunkte, sozialpsychiatrischer Dienste, ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen; ehrenamtliche Senioren- und Demenzbegleiterinnen/-begleiter, und so weiter vertreten.

Insbesondere wenn die häusliche Situation nach Entlassung unsicher erscheint, ist eine schnittstellenübergreifende Betreuung und längerfristige Begleitung der Patientinnen und Patienten unerlässlich (als Beispiele seien Alleinstehende oder

Personen mit einem komplexen Versorgungsaufwand genannt). Diese kann, abhängig von den regionalen Angebotsstrukturen, entweder durch ambulante Beratungsstellen (speziell im Bereich Demenz geschulte Mitarbeitende der Pflegestützpunkte) oder durch eine aufsuchende Beratung im Rahmen der Nachsorge erfolgen.

3 Übergänge

In Einzelfällen ist auch eine Begleitung durch geschulte Ehrenamtliche möglich.

Barriere

- **Datenschutz**

Lösung

- **Schriftliche Einwilligung der Patientin/des Patienten zu Weitergabe personenbezogener Daten**

Die Zusammenarbeit mit dem ambulanten Sektor auch nach Entlassung der Patientinnen und Patienten bietet zudem durch eine Rückkoppelung der Ergebnisse aus dem Entlassmanagement (Nachfrage bei Patientinnen/Patienten, Angehörigen und ambulanten Versorgern) eine Möglichkeit, das Verfahren fortlaufend zu optimieren und stellt damit ein Instrument der Qualitätssicherung dar.

Vermeidung von Krankenhauseinweisungen

Unter Berücksichtigung aller bekannten Risiken, die ein Krankenhausaufenthalt für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen mit sich bringen kann, sollte im Vorfeld genau überprüft werden, ob eine Einweisung tatsächlich erforderlich ist.

Eine Voraussetzung für die Vermeidung von Einweisungen ist, dass entsprechende Maßnahmen sowohl in der ambulanten Pflege als auch in den dauerstationären Einrichtungen entwickelt werden.

In den dauerstationären Einrichtungen sollte der Fokus unter Beachtung des ärztlichen Vorbehalts auf einer Verbesserung der geriatrischen Kompetenz der Pflegekräfte liegen. Für die betreuenden

niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte können Qualitätszirkel mit Patientenfallkonferenzen die fachlichen Kompetenzen stärken.

Barriere

- **Die Offenlegung und kritische Reflexion der eigenen Behandlungsarbeit und der Arzt-Patienten-Beziehung erfordert von den vorstellenden Ärztinnen und Ärzten großes Vertrauen in die anwesenden Kolleginnen und Kollegen.**

Lösung

- **Eine geschlossene Gruppenstruktur und die Einhaltung der Wertschätzungsregel erfüllt die Grundvoraussetzung der Vertrautheit.**

Barriere

- **Es werden Patientendaten im Rahmen der Patientenfallkonferenz preisgegeben.**

Lösung

- **Datenschutzvereinbarung innerhalb der Gruppe.**

Weitere Unterstützungsmöglichkeiten für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte stellen die Einbeziehung von Geriaterinnen/Geriatern via Hotline und die Ausarbeitung von Einweisungskriterien in das Krankenhaus für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen dar.

Auch in diesem Setting kommt der Fähigkeit zur interdisziplinären Kommunikation eine wesentliche Bedeutung zu.

In der häuslichen Pflege muss das Augenmerk auf der Entlastung pflegender Angehöriger liegen. Das kann beispielsweise in Form von ehrenamtlichen Unterstützungsnetzwerken, der Vermittlung von

Tages- oder Kurzzeitpflege, sowie durch Schulungsmaßnahmen erreicht werden.

Ein weiterer präventiver Aspekt ist das Erkennen und Reduzieren von Vereinsamungs- und Verwahrlosungstendenzen alleinlebender alter Menschen.



Barriere

- Mangelnde Zugangswege zu den Zielgruppen.



Lösung

- Nutzung ehrenamtlicher und nachbarschaftlicher Unterstützungsstrukturen.

3. Optimiertes Informationssystem (KIS) für alle zugänglich machen/Bezug zu Risikomanagement (Patientensicherheit) herstellen
Interdisziplinäre Kommunikation: Das Krankenhaus-Informationssystem (KIS) sollte zielgruppenspezifisch optimiert und für alle Mitarbeitenden zugänglich gemacht werden, die mit dem Patienten/der Patientin im Laufe seines/ihrer Klinikaufenthaltes Kontakt haben (Risikomanagement respektive Patientensicherheit).

Thesen

1. Zuständigkeiten klären – über die Schnittstelle hinaus: Krankenhaus ↔ Häuslichkeit Entlassungsmanagement: Die Zuständigkeiten für Entlassungsplanung müssen über die Schnittstelle Krankenhaus-Häuslichkeit hinaus verbindlich geklärt werden (Hauptverantwortliche müssen festgelegt werden).
2. Notfall-Ambulanz (NA)/Zentrale Aufnahme und Diagnostik (ZAD)
 - Kognitive Risiken
 - Algorithmus
 - Aufmerksamkeitstests
 - Delir/Fremdanamnese

Aufnahmemanagement: Auf jeder Notaufnahme/zentraler Aufnahme und Diagnostik (ZAD) muss ein strukturiertes Screening auf kognitive Risiken durchgeführt werden und ein Algorithmus für das weitere medizinisch-pflegerische Vorgehen bei kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten implementiert werden.



Architektonische Gestaltung von
Krankenhausstationen

Thematischer Überblick

Besonderheiten der räumlichen Umwelt und das subjektive Erleben der räumlichen und sozialen Umwelt sind wesentliche Aspekte der Lebensqualität von Menschen mit Demenz.⁸ Demzufolge stellt die Architektur, beziehungsweise die räumliche Gestaltung von eine wichtige Komponente für eine demenzsensible Ausgestaltung von Krankenhäusern dar.

Auch hier kann jedoch nur dann ein positiver Effekt für die Situation von Patientinnen und Patienten mit Demenz erwartet werden, wenn diese Maßnahmen nicht für sich allein stehen, sondern mit den entsprechenden Pflege- und Behandlungskonzepten kombiniert werden.

Spezialstationen für akut erkrankte, kognitiv beeinträchtigte Menschen stellen außerordentlich hohe Anforderungen an die professionelle, architektonische und organisationale Struktur eines Krankenhauses. Ein entsprechend ausgerichteter Spezialbereich ist daher in der Regel an geriatrische Fachabteilungen angegliedert und bietet Patientinnen und Patienten in einem weit fortgeschrittenen Stadium der Demenz einen sicheren und angemessenen Betreuungs- und Versorgungsrahmen.⁹

Es ist nicht jedem Krankenhaus möglich solche spezialisierten Stationen einzurichten. Das Ziel einer demenzsensiblen Ausrichtung unter Berücksichtigung von bestimmten architektonischen wie umgebungsgestalterischen Aspekten ist jedoch in den meisten Häusern mit überschaubaren Maßnahmen zu erreichen und erfüllt in der Regel die Bedarfe von Patientinnen und Patienten in einem frühen und mittleren Stadium der Demenz.

Um die räumliche Gestaltung mit den Anforderungen der Zielgruppe, sowie den pflegerischen, therapeutischen und organisatorischen Konzepten zu vereinbaren ist es unabdingbar, in die Planung Vertreter der unterschiedlichen Professionen, sowie Menschen mit Demenz als Expertinnen und Experten in eigener Sache einzubeziehen.¹⁰


Bei den gestalterischen Möglichkeiten gibt es große Unterschiede zwischen einem Neubau und einer Umgestaltung im Bestand. Während bei einem Neubau bereits in der Planungsphase die besonderen Bedürfnisse und Ressourcen von Menschen mit Demenz berücksichtigt werden können, muss bei einer Umgestaltung im Bestand Kreativität von allen Professionen eingebracht werden, um zu einem guten Ergebnis zu gelangen. Das bezieht sich besonders auf geschützte Gartenbereiche oder Innenhöfe, die von den Patientinnen und Patienten selbständig genutzt werden können.

Die demenzsensible Gestaltung einer Krankenhausstation soll dazu beitragen, bestehende kognitive, sensorische und körperliche Beeinträchtigungen der Patientinnen und Patienten weitestgehend zu kompensieren, umweltbedingte Stressoren zu vermeiden und nach Möglichkeit eine vertraute Umgebung schaffen.

Dazu ist eine räumliche Struktur erforderlich, die Sicherheit, Aktivität, soziale Teilhabe und menschliche Kontakte fördert.

Als ergänzende Elementewerden Licht- und Farbkonzepte empfohlen, die sichernd und orientierungsfördernd wirken, sowie positive Auswirkungen auf die Stimmung von Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden haben.

So werden durch die Simulation des Tageslichtverlaufs beispielsweise sowohl der Schlaf-Wachrhythmus der Patientinnen und Patienten positiv beeinflusst, als auch das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden unterstützt.

 www.licht.de/fileadmin/Publikationen_Downloads/1607_lw12_Lichtmanagement_web.pdf

8 H.I.L.D.E.

9 Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie, Band 47, Heft 2/2014

10 www.lokale-allianzen.de/fileadmin/de.lokale-allianzen/content.de/downloads/Materialien/Mehr_Lebensqualitaet_vor_Ort_fuer_Menschen_mit_Demenz_-_Handreichung_1_Par....pdf

Spezifische Anforderungen

Förderung des physischen Wohlbefindens

Eine demenzsensible Umgebungsgestaltung fördert die Orientierung, wirkt angstmindernd und steigert das Wohlbefinden aller Patienten.

Unterschiedliche Umgebungsfaktoren wirken sich dagegen negativ auf das Wohlbefinden aus, wie beispielsweise

- ein komplizierter Grundriss der Station
- fehlendes Leitsystem
- verwirrende Umgebung
- schmutzige Umgebung
- üble Gerüche
- reizarme Umgebung
- keine Möglichkeit ins Freie zu gehen
- Überstimulierung (Lärm; Beleuchtung)
- Beleuchtung mit Schattenwurf
- Umgebung ist zu heiß, zu kalt oder es herrscht Durchzug
- mangelnde Orientierungsmerkmale
- wenig Kontaktmöglichkeiten mit anderen Menschen, und andere

Im Gegensatz zu kognitiv unbeeinträchtigten Patienten können Menschen mit Demenz mit diesen für sie belastenden Umwelteinflüssen nur schwer umgehen. Ihre Reaktion darauf äußert sich häufig in Verhaltensformen die von den Pflegenden als Herausforderung im Stationsalltag erlebt werden.

So können sich die zum Teil als massiv empfundenen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens bei einzelnen Patientinnen und Patienten durch Schreien, Entkleiden, aggressive Handlungen, Wandering, oder auch in dem dringenden Wunsch, die belastende Umgebung zu verlassen, ausdrücken.¹¹

Da herausforderndes Verhalten das Risiko für freiheitseinschränkende Maßnahmen von Patientinnen und Patienten drastisch erhöht, ergibt sich in der Konsequenz der Auftrag an die Krankenhäuser, bei der Umgebungsgestaltung entsprechend Einfluss zu nehmen.

Förderung von Sicherheit und Vertrautheit

Um die Sicherheit durch vertraute Personen auch während der Nacht zu ermöglichen sollte bei Bedarf ein Rooming-In für Angehörige der Patientinnen und Patienten oder für andere Vertrauenspersonen vorgehalten werden. Dazu werden Patientenzimmer benötigt, die sowohl eine Ein-, als auch eine Zweibettnutzung ermöglichen.

Die räumliche Förderung von Vertrautheit im Sinne einer wohnlichen Umfeldgestaltung ist im Krankenhaus aufgrund der kurzen Verweildauer der Patienten und der kulturellen und individuellen Heterogenität der Nutzer nur bedingt möglich.

Aber auch einfache Maßnahmen, wie beispielsweise das Verschieben des Bettes an eine Wand oder an ein Fenster oder die Platzierung des Nachttisches entsprechend der lebensweltlichen Gewohnheiten können in Einzelfällen dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten ein Gefühl der Vertrautheit vermittelt wird und sie in der Folge beispielsweise ruhiger und besser schlafen.

Auch die Möglichkeit, die direkte Umgebung des Bettes zu personalisieren und kleinere identitätsstiftende Gegenstände zu positionieren muss gegeben sein.

Grundsätzlich sollten die Patientenzimmer eine großzügige räumliche Struktur aufweisen. Da im Sinne einer demenzsensiblen und delirpräventiven Versorgung diagnostische und therapeutische Maßnahmen bestenfalls in den Patientenzimmern stattfinden, sollte um das Bett herum freier Platz

11 I. A. James: Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz

sein um beispielsweise ein mobiles Ultraschallgerät an das Bett zu fahren.

Das Umbetten von immobilen Patientinnen und Patienten auf einen Liegerollstuhl, um deren soziale Teilhabe zu fördern, benötigt ebenfalls entsprechenden Freiraum im Zimmer.

Die häufig vorliegenden, altersbedingten Einschränkungen der Sehfähigkeit, erfordern zudem entsprechende Lichtlösungen. Eine gute Ausleuchtung von Fluren und Zimmern reduziert Ängste und kann der Entwicklung eines Delirs entgegenwirken.

➤ www.licht.de/fileadmin/Publikationen_Downloads/1607_lw12_Lichtmanagement_web.pdf

➤ www.st-marien-hospital.de/medizin/kliniken/geriatrie/demenz-und-delirstation/

Bei den Bodenbelägen muss berücksichtigt werden, dass spiegelnde Bodenbeläge bei einzelnen Patientinnen und Patienten Glätte und Rutschgefahr assoziieren können, was möglicherweise zu Unsicherheit und Angst führt. Ein blauer Fußboden suggeriert eventuell eine Wasserfläche, während schwarz oder dunkelgrau wiederum Ängste vor Tiefen und Abgründen hervorrufen können. Bodenbeläge in warmen, dunkleren Farbtönen können dagegen Trittfestigkeit symbolisieren, und damit Vertrauen und ein sicheres Gefühl vermitteln.

Förderung der Orientierung

Die Unterstützung der zeitlichen, räumlichen, personalen und situativen Orientierung durch regelmäßige persönliche Hinweise und Ansprachen im Rahmen von Kontakten zwischen Mitarbeitenden und Patientinnen/Patienten ist obligat.

Zusätzlich kann eine Vielzahl von Maßnahmen die unterschiedlichen Dimensionen der Orientierung unterstützen.

So dienen eine Uhr mit römischen Ziffern oder Kalender mit zusätzlichen jahreszeitlichen Bezügen an der Wand als einfache Mittel der Orientierung.

Fenster unterstützen auf natürliche Weise die tages- und jahreszeitliche Orientierung, ebenso wie künstliche zirkadiane Beleuchtung dies ergänzend oder auch alternativ leistet.

So fördert beispielsweise ein in Licht mit Blauanteil am Morgen die Aktivität, während ein erhöhter Rotanteil im Licht gegen Abend dem Sundowning-Effekt entgegenwirken und die Orientierung zur Nachtruhe hin unterstützen kann.

➤ <https://konzept-barrierefrei.de/wp-content/uploads/2016/05/Monika-Holfeld-2012-Barrierefreie-Farbgestaltung-Demenzranke-Senioren.pdf>

Die Förderung der Selbständigkeit als wichtiger Aspekt einer demenzsensiblen Stationsgestaltung zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass Menschen mit Demenz sich zielgerichtet bewegen können, um beispielsweise den Kontakt zu anderen Menschen (zum Beispiel Mitarbeitenden im Stationszimmer) aufzunehmen, oder den Weg zu ihrem Zimmer finden können.

Daraus ergeben sich sowohl Anforderungen an die Architektur der Station, als auch an die Gestaltung der räumlichen Umwelt.

Bezüglich der Architektur haben sich in diesem Zusammenhang kurze, gradlinige Flure bewährt, denen möglichst zentral die Speise- und Aufenthaltsräume angliedert sind.

Ein entsprechendes Farbkonzept zur Ausgestaltung der räumlichen Umwelt kann die Wegführung zusätzlich unterstützen.

Piktogramme an den Türen zu Funktionsräumen, wie Tasse und Teller an der Tür des Speiseraums, sind hilfreicher als Beschriftungen, die möglicherweise nicht mehr von allen Patientinnen und

Patienten verstanden werden. Die Türen zu Patientenzimmern hingegen sollten mit deren Namen beschriftet und bei Bedarf mit einem Foto oder einem Symbol mit Biografiebezug versehen werden. Auf diese Weise werden mehrere Erinnerungsebenen angesprochen und die personale Orientierung wird unterstützt.

Die situative Orientierung der Patientin/des Patienten kann zudem dadurch unterstützt werden, indem sie/er sowohl in ihrem/seinem Zimmer, als auch auf der Station immer wieder schriftlichen und bildlichen Hinweisen zum Aufenthaltsort begegnet.

Förderung von Aktivität und Bewegung


Die Aktivierung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auch im Krankenhaus trägt maßgeblich zu einer nachhaltigen Entlassung der Patientinnen und Patienten bei. Die Aufrechterhaltung, beziehungsweise Förderung der Ressourcen im Bereich der Alltagskompetenzen kann darüber entscheiden, ob eine Patientin/ein Patient nach dem Krankenhausaufenthalt in die Häuslichkeit zurückkehren kann, oder ob ein Umzug in eine dauerstationäre Einrichtung erforderlich ist.

Räume und Einrichtungs- beziehungsweise Ausstattungsgegenstände sollten neben den Kriterien der Demenzfreundlichkeit auch alterssensibel sein und Beeinträchtigungen durch physische oder sensorische Einbußen ausgleichen.

So sollten Stühle und Toiletten entsprechende Sitzhöhen aufweisen, so dass eigenständige Nutzung ermöglicht wird. Beschäftigungsmaterialien und Gegenstände wie Scheren oder Besteck sollten auch für Patientinnen und Patienten mit spezifischen Alterserkrankungen wie Gicht oder Arthrose zu nutzen sein.

Sehbeeinträchtigungen können unter anderem durch den gezielten Einsatz von Farbkontrasten kompensiert werden. So muss im Sanitärbereich zwingend darauf geachtet werden, dass sich die Sanitärobjekte wie Waschbecken und WC farblich

von Wand und Boden abheben, um eine eigenständige Nutzung zu erleichtern.

 <http://dementia.stir.ac.uk/design/virtual-environments/virtual-hospital>

Menschen mit Demenz haben häufig einen ausgeprägten Bewegungsdrang. Um diesem gerecht zu werden und aufgrund der Tatsache, dass Bewegung zur Erhaltung der körperlichen Gesundheit beiträgt, muss ein barrierefreier und übersichtlicher Bereich geschaffen werden, in dem sich die Patientinnen und Patienten sicher bewegen können.



Barriere

- Sorge der Pflegekräfte, dass kognitiv beeinträchtigte Patienten die Station unbemerkt verlassen



Lösung

- Die Lage des Stationszimmers ermöglicht eine gute Sicht auf den Eingangs-/Ausgangsbereich
- Vermeidung von Glastüren für den Eingangs-/Ausgangsbereich
- „Unsichtbar“ machen von Türen durch entsprechende Licht- oder Farbgestaltung

Neben der Möglichkeit durch Farb- und Lichtgestaltung Ausgänge aus dem Sichtfeld von kognitiv beeinträchtigten Menschen zu nehmen, können auch elektronische Sicherungssysteme eingesetzt werden.

Über den Einsatz muss immer unter Berücksichtigung von ethischen, rechtlichen und brandschutztechnischen Aspekten entschieden werden.

Zur Förderung von Teilhabe, Kommunikation und Interaktion ist zumindest ein Aufenthaltsraum für gemeinsame Mahlzeiten und Aktivierungsangebote notwendig.

Der Aufenthaltsraum sollte gut sicht- und einsehbar, zentral gelegen sein und Patientinnen/Patienten und Angehörigen zum Besuch einladen. Dies kann beispielsweise durch helle, freundliche

Farbgestaltung des Raumes, angenehmes Licht und Materialien zur Beschäftigung, Bildbände, Kunstobjekte und ähnliches gefördert werden. Die Geräuschkulisse sollte durch dämpfende Maßnahmen reduziert werden.

Die Nähe und Einsehbarkeit des Aufenthaltsraums vom Stationszimmer aus ermöglicht den Mitarbeitenden die bedarfsgerechte Unterstützung von Patientinnen und Patienten und fördert damit die Kommunikation und Interaktion.

Der Essbereich sollte durch entsprechende Anordnung der Tische und Stühle, der Ausstattung, der Farben und Materialien als solcher erkennbar sein. Zudem unterstützt die Übertragung gewohnter Abläufe, beispielsweise die Nutzung von Schüsseln und Schöpfsystemen, die Alltagskompetenzen der Patientinnen und Patienten.

Mehrere kleine Sitzbereiche (Versehen mit Beschäftigungselementen, wie Bücher, Bilder und anderen) auf der Station ermöglichen die individuelle Aktivierung einzelner Patientinnen/Patienten, bilden aber auch Orte des Rückzugs oder der passiven Teilhabe.

Somit werden vielfältige Möglichkeiten der Erholung, aber auch der sozialen Interaktion und Aktivierung geboten.

Spezialstationen für akut erkrankte, kognitiv beeinträchtigte Patientinnen und Patienten

Während eine demenzsensible architektonische Ausgestaltung von Stationen oder ganzen Krankenhäusern unter anderem aufgrund der orientierungsfördernden Elemente einen Benefit für alle Patientinnen und Patienten bietet, sind Spezialstationen ausschließlich auf die besonderen Bedarfe einer bestimmten Patientengruppe ausgerichtet. Dabei handelt es sich in der Regel

um überwiegend geriatrische Patientinnen und Patienten in einem weit fortgeschrittenen Stadium der Demenz.

Die Stationen umfassen kleine Einheiten von acht bis zwölf, maximal zwanzig Betten. Alle medizinischen, therapeutischen und organisatorischen Abläufe sind auf die besonderen Bedarfe der Patientinnen und Patienten abgestimmt.

Die konsequente Umsetzung von milieugestalterischen Anforderungen in Anlehnung an die stationäre Altenpflege, kann zur Erhaltung der Lebensqualität dieser äußerst vulnerablen Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthaltes beitragen.

➤ www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fachbereiche/fachbereich-innere-medizin/innere-medizin-station-david/

Thesen

1. Orientierung ermöglichen am Beispiel einer vulnerablen Gruppe (Menschen mit Demenz) auf dem Weg zu einem menschlichen Krankenhaus.
2. Expertise aus einem Team einbinden (auch Menschen mit Demenz und Vertreterinnen und Vertreter). Modelle evaluieren, um Evidenz zu erzeugen und der Politik Grundlagen für geeignete Rahmenbedingungen und Finanzierungsoptionen zu geben.
3. Mindestanforderungen: Architektur muss die Handlungsoptionen für eine adäquate Behandlung von Pflege von Menschen mit Demenz ermöglichen und Architektur als Teil eines Milieus sehen.



Organisation/tagesstrukturierende
Angebote, niedrigschwellige
Betreuungen

Thematischer Überblick

Wie bereits beschrieben, kollidiert die bisherige Organisationsgestaltung in Akutkliniken über weite Strecken mit den Ressourcen und Bedarfen von alten Menschen und Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Die fehlende Passung beginnt bereits bei dem Faktor Zeit: Ein alter Mensch benötigt ungleich mehr Zeit für seine Handlungen als das im Zeitbudget auf den Stationen in der Regel vorgesehen ist (mit Ausnahme geriatrischer Stationen).

Diese Divergenz wirkt sich verstärkend auf den Stress aus, dem die Patientin/der Patient ohnehin durch den Transport in die Klinik ausgesetzt ist, durch den Verlust der gewohnten Umgebung und der Alltagsroutine. Zudem fühlen sich viele Patientinnen und Patienten mit Demenz von den Mitarbeitenden im Krankenhaus ignoriert und verstehen die Krankenhausabläufe nicht – oder zumindest nicht in einem Ausmaß, das ihnen die Angst nehmen würde.

Betrachtet man weiterhin die bereits beschriebenen Risiken und die daraus resultierende hohe Verletzlichkeit dieser Personen, so wird deutlich, dass sie einer besonderen Aufmerksamkeit und Betreuung bedürfen. Diese kann jedoch nur gewährleistet sein, wenn die Strukturen und Abläufe in den Häusern den Bedarfen entsprechend modifiziert werden und ausreichend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung stehen.

Es muss zwingend berücksichtigt werden, dass gesetzliche Personalvorgaben einen Mindeststandard definieren und nicht zum Optimum erklärt werden dürfen. Eine dauerhaft „dünne“ Personaldecke führt zu permanentem Zeitmangel und wirkt sich hochgradig belastend auf die Mitarbeitenden aus. In der Folge leidet die Patientensicherheit, da erforderliche Pflegemaßnahmen rationiert werden.

Am häufigsten werden die persönliche Zuwendung zur Patientin/zum Patienten, die Entwicklung und Aktualisierung von Pflegeplänen, Beratung und Anleitung von Patientinnen/Patienten und Angehörigen, sowie die Planung der Pflege aus Zeitmangel rationiert.

In der Konsequenz besteht also durch fehlende Zeit am Patienten die Gefahr, dass auffällige Symptome (beispielsweise für die Entwicklung eines Delirs) nicht rechtzeitig bemerkt werden – oder auftretende Komplikationen übersehen werden.¹²

Neben der Qualifizierung der Mitarbeitenden, einer angemessenen orientierungsfördernden Milieugestaltung, der Optimierung der Überleitungsprozesse und des Krankenhausinformationssystems, sowie der systematischen Vernetzung mit dem ambulanten Umfeld, ist eine bestmöglichen personelle Kontinuität für die Patientinnen und Patienten notwendig.

In diesem Zusammenhang ist neben der Einführung eines Case-Managements auch eine aktive Einbeziehung von Angehörigen und Ehrenamtlichen zu empfehlen.

Im Rahmen einer individuellen Begleitung oder tagesstrukturierender Angebote sind sie wichtige Partnerinnen und Partner für die Pflegenden. Diese Unterstützerinnen und Unterstützer können wesentlich dazu beitragen, durch eine sinnvolle Tagesstruktur die individuellen Ressourcen eines Menschen mit Demenz zu erhalten, Desorientierung während des Krankenhausaufenthaltes zu verhindern und Ängste zu reduzieren.

Spezifische Anforderungen

Bereitschaft zur Veränderung auf allen Hierarchieebenen

Häufig werden Veränderungsprozesse von einzelnen, hochengagierten Mitarbeitenden innerhalb eines Systems angestoßen. Diese Visionäre sind unentbehrlich, bedürfen aber zwingend der Unterstützung durch die Krankenhausleitung – beispielsweise indem ein Projekt als strategischer Baustein für die Organisationsentwicklung vorgestellt wird und Anerkennung durch die Bereitstellung entsprechender personeller und finanzieller Ressourcen erfährt.

Veränderungsprozesse können nur dann eine Strahlkraft entwickeln, wenn sie alle Hierarchien eines Hauses einbeziehen und Gesamtziele festgelegt werden. Alle Beteiligten müssen überzeugt sein, dass eine Veränderung notwendig ist und dass diese Veränderung sie ihren Zielen näher bringt. Zur Unterstützung der Zielerreichung dienen Zielvereinbarungsgespräche mit Chefärztinnen/Chefärzten und Stationsleitungen, sowie das Herunterbrechen der Ziele auf die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Um den Nutzen einer Weiterentwicklung für alle Mitarbeitenden sichtbar zu machen und die Motivation zu erhalten, sollten zu messende Kennzahlen definiert werden, die vor und nach den einzelnen Prozessschritten erhoben werden können.¹³ Bei Maßnahmen zur Delirvermeidung ist beispielweise die Häufigkeit von Psychopharmakagaben oder anderen freiheitseinschränkenden Maßnahmen als Indikator der Wirksamkeit geeignet.

Implementierung demenzsensibler Verfahren

Die aufgrund der Altersstruktur der Patientinnen und Patienten notwendige, erweiternde Ausrichtung auf den geriatrischen Aspekt – nämlich alle geplanten Interventionen ressourcenorientiert und auf die Lebenswelt der Patientin/des Patienten bezogen auszurichten, macht in der Konsequenz eine ganzheitliche, personenzentrierte und nachhaltige Versorgungsplanung erforderlich.

Die komplexen Anforderungen an die Behandlung sind unter anderem bedingt durch häufig vorliegende Mehrfacherkrankungen und damit einhergehende Polypharmazie (gleichzeitige Verordnung von mehreren Medikamenten). Diese Bedingungen erfordern einen prozessorientierten, multidisziplinären Behandlungs- und Betreuungsansatz. Von großer Bedeutung ist dabei die verbindliche Zuordnung von Verantwortlichkeiten an den Schnittstellen – sowohl zwischen den Professionen, als auch zwischen den einzelnen Fachabteilungen des Krankenhauses.

Um insbesondere die Risiken von Menschen mit Demenz während eines Krankenhausaufenthaltes zu begrenzen, müssen diese Risiken identifiziert und bewertet werden. Erst damit wird die Grundlage geschaffen für die Entwicklung eines sicheren und strukturierten Weges dieser Patientinnen und Patienten durch den Krankenhausaufenthalt.

Ein spezifischer, für Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen zu entwickelnder Behandlungspfad stellt ein wirksames qualitätssicherndes Steuerungsinstrument dar. Er umfasst alle Maßnahmen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten und gibt den Mitarbeitenden die Sicherheit, dass der nun ablaufende Prozess immer gleich abgehandelt wird.

.....
13 Norbert Roeder in: Krankenhausmanagement

Zur Festlegung von Indikationen für eine Pfadzuweisung müssen wiederum klare Ein- und Ausschlusskriterien definiert werden wie zum Beispiel das Vorliegen von kognitiven Beeinträchtigungen.

Diesbezügliche relevante Informationen liegen bei der Aufnahme jedoch selten vor oder werden nicht mitgeteilt. Aus diesem Grund wird allgemein direkt bei der Aufnahme von Patientinnen und Patienten über 65–70 Jahren ein systematisches kognitives Screening empfohlen. Voraussetzung ist selbstverständlich, dass Patientinnen und Patienten beziehungsweise ihre gesetzlichen Betreuer über die Maßnahme ausreichend informiert sind und ihr zustimmen.



Barriere

- In den ersten Tagen nach einer Krankenhauseinweisung können kognitive „Fehlleistungen“ allein aufgrund der beschriebenen Stressfaktoren auftreten. Sie erlauben keine Aussage dazu wie beeinträchtigt die Patientinnen/Patienten tatsächlich sind.



Lösung

- Falls ein positives Screeningergebnis keine weitere Demenz-Diagnostik vorsieht, sondern lediglich einen aktuell erhöhten Unterstützungsbedarf der Patientin/des Patienten aussagt, ist von ausschließlich positiven Konsequenzen für die Patientin/des Patientenauszuweichen.

Ist das kognitive Screening positiv, so hat dieses Ergebnis Einfluss auf den gesamten weiteren Verlauf von Diagnostik, Therapie und Betreuung der Patientin/des Patienten. Es stellt einen klaren Indikator für diesen spezifischen Behandlungspfad dar. Darüber hinaus muss mit der Patientin/dem Patienten beraten werden, ob weitere Demenzdiagnostik erfolgen soll.

Auch bezüglich des Behandlungspfades ist es notwendig, die Schnittstellen zum gewohnten Lebensumfeld der Person mit zu beachten und über die sektorale Grenze hinaus zu denken.¹⁴

Die Prozesskette berücksichtigt konsequenterweise die Bereiche:

Vorstationär → Aufnahme → Diagnostik → Therapie → Entlassung → Nachstationär.

Systematisierte Informations- und Kommunikationsstrukturen

Es muss sichergestellt werden, dass alle Mitarbeitenden, die mit der Patientin/dem Patienten während des Aufenthaltes Kontakt haben, über Informationen zu deren besonderen Unterstützungsbedarf verfügen. Eine „Kennzeichnung“ von Personen mit besonderem Hilfebedarf wird in den Kliniken unterschiedlich gehandhabt:

- Kennzeichnung der Patientenakte
- Kennzeichnung auf dem Kurvenblatt
- Spezifischer Hinweis in der elektronischen Patientenakte
- Patientenarmband in bestimmter Farbe
- Markierung im KIS (Krankenhausinformationssystem) mit der Möglichkeit, bei erneuter Aufnahme der Patientin/des Patienten direkt bei Aufnahme über diese Information zuzufügen.

📄 https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Abschlussbericht_Demenz_Krankenhaus_Final_Web.pdf

Diese „Demenz-Kennzeichnungen“ können nur im Dialog mit Patientinnen und Patienten, beziehungsweise deren gesetzlichen Betreuern eingeleitet werden. Einerseits erwarten Patientinnen

und Patienten, sowie deren Angehörige zwar, dass individuelle Risiken während eines Klinikaufenthaltes erkannt und möglichst vermieden werden. Andererseits birgt eine „Demenz-Kennzeichnung“ die Gefahr, dass Persönlichkeitsrechte von Patientinnen und Patienten verletzt werden. Es ist also von großer Bedeutung, dass die Dokumentation sensibel gehandhabt wird und rechtliche Vorgaben dringend eingehalten werden. So ist zum Beispiel ein Eintrag in die elektronische Patientenakte nicht ohne Zustimmung der Patientinnen und Patienten möglich, die – laut Gesetzgeber – das alleinige Recht über ihre Daten haben. Es muss sichergestellt werden, dass die Patientin/der Patient hinreichend über das Verfahren aufgeklärt wurde und die möglichen Konsequenzen auch verstehen kann. Sollte dies nicht der Fall sein, müssen Angehörige oder – falls eine gesetzliche Betreuung eingerichtet ist – gesetzliche Betreuer zur Entscheidungsfindung hinzugezogen werden.

Die Arbeit in einem multidisziplinären Team erfordert über das KIS hinaus systematisierte Kommunikationsstrukturen. Auch wenn die informellen, patientenbezogenen „Fachgespräche auf dem Treppenabsatz“ zum Beispiel zwischen medizinischen und therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine nicht zu unterschätzende Wirkung haben, müssen feste Strukturen implementiert werden.

In regelmäßig stattfindenden multiprofessionellen Teambesprechungen können die Beobachtungen aller Professionen von der Patientin/dem Patienten abgeglichen werden und ein gemeinsames Behandlungskonzept – unter Beteiligung der Demenzbeauftragten – erarbeitet werden. Gegebenenfalls ist die zusätzliche Einbeziehung eines geriatrischen oder gerontopsychiatrischen Konsiliar-/ beziehungsweise Liaisondienstes notwendig.

Wie bereits beschrieben verlangt diese besondere Form der Zusammenarbeit Teamgeist, Kooperation und die Bereitschaft zur hierarchiefreien Kommunikation. Die in diesem Zusammenhang

zusätzlich investierte Zeit wird durch Einsparungen im Arbeitsalltag kompensiert.

Zur Entwicklung und Optimierung dieser Fähigkeiten sind neben der regelmäßigen Selbstreflexion der Teammitglieder auch Strukturveränderungen hinsichtlich spezifischer Weiterbildungs- und Supervisionsangebote zu etablieren.

Implementierung einer demenzsensiblen Personalkonstellation

Neben dem Einsatz von qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als Demenzexperten auf den Stationen und der übergeordneten Stelle einer/eines Demenzbeauftragten, werden zusätzliche Kräfte benötigt um dem Unterstützungsbedarf der Menschen mit Demenz gerecht zu werden. Bei der Entwicklung demenzsensibler Personalkonstellationen spielen die jeweiligen strukturellen Gegebenheiten der Kliniken und ihre Einbindung in lokale Netzwerke eine entscheidende Rolle.

Die Einhaltung der beschriebenen kliniküberschreitenden Prozesskette könnte beispielsweise durch eine sektorenübergreifende Begleitung von Menschen mit Demenz erleichtert werden. Dazu sind strukturelle Bedingungen notwendig, die es ermöglichen, dass geschulte Ehrenamtliche und Alltagsbegleiter gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten vom ambulanten (respektive dauerstationären) in den stationären Sektor wechseln können und wieder zurück.

Der Anspruch auf die Entlastungsleistung nach § 45 f SGB XI erlischt jedoch bei der Einweisung ins Krankenhaus. Diese Grenze sollte zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Begleitung von Menschen mit Demenz aufgeweicht werden (siehe Beispiel Assistenz bei Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus).

Barriere

- Die ambulant tätigen Ehrenamtlichen verfügen in der Regel nicht über krankenhausspezifisches Wissen (Beispiel Hygienestandards)
- Schwierige Personalgewinnung

Lösung

- Einweisung durch die/den Demenzbeauftragten

Chance

- Neue Pflegeausbildung mit gemeinsamer Basis

Der Einsatz von geschulten Altenpflegerinnen und Altenpflegern für die Durchführung und Begleitung von tagesstrukturierenden Maßnahmen stellt eine qualitätssichernde Maßnahme insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einem hohen pflegerischen Bedarf dar.

Barriere

- Höhere Personalkosten

Lösung


- Durch Reduzierung von risikobehafteten Verläufen (zum Beispiel die Entwicklung eines Delirs) können die Kosten mindestens kompensiert werden.

Tagesstrukturierende Maßnahmen

Der Tag beginnt für die meisten Menschen mit einem Blick auf die Uhr am Nachttisch. Von dieser Erkenntnis ausgehend, können tagesstrukturierende Maßnahmen direkt am Bett der Patientin/des Patienten beginnen. Beispielsweise durch die Ausstattung der Zimmer mit einer gut sichtbaren

Uhr und einem Wandkalender der auch für kognitiv beeinträchtigte Menschen selbständig zu lesen ist. Die weitere Tagesstruktur im Krankenhaus geben in der Regel die morgendliche Körperpflege, verschiedene diagnostische und therapeutische Maßnahmen – sowie die Mahlzeiten vor. Die jeweils dazwischen liegenden, teilweise langen Zeitspannen sind für Menschen mit Demenz oft schwer zu ertragen. Langeweile, mangelnde Ansprache und die fremde Umgebung fördern das Delirrisiko und wirken sich negativ auf die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten aus.

Für Krankenhäuser ergibt sich daraus der Auftrag, zusätzliche tagesstrukturierende Angebote für die Patienten umzusetzen und diese in der Klinik bekannt zu machen. Die Bandbreite dieser Maßnahmen ist groß und reicht von aufsuchenden und begleitenden Angeboten bis zu Gruppenangeboten in einer speziell eingerichteten Tagesbetreuung mit einem Personalmix aus hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeitenden.

 www.blickwechselfdemenz.de/progs/projekt/demenz/content/e964/e6042/e6149/e6202/e6206/Bergmannsheil_PLAKAT.pdf

Folgende Beschäftigungs- und Aktivierungsmaßnahmen werden unter anderem angeboten:

- Spaziergänge
- Unterhaltung
- Gemeinsames Singen/Musik hören
- Biografisch orientierte Erzählrunden
- Gemeinsame Mahlzeiten
- Jahreszeitliche Feste

Als fester Bestandteil einer demenzsensiblen Organisationsgestaltung werden diese Aktivierungs- und Beschäftigungsangebote an den Wochentagen (vormittags und nachmittags) vorgehalten und sind an den Bedarfen und Ressourcen der einzelnen Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Die Umsetzung bedarf einer kontinuierlichen Organisation und Koordination, da die Angebote mit den medizinischen

und therapeutischen Maßnahmen abgestimmt werden müssen. So gilt es beispielsweise bei der Planung der ärztlichen Visiten die Gruppenaktivitäten zu berücksichtigen.

Eine weitere fachliche Steigerung erfährt die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen im Krankenhaus auf einer spezialisierten, multidisziplinär aufgestellten Fachstation. Die Mitarbeitenden sind in der Regel geriatrische oder gerontopsychiatrisch geschulte Fachkräfte, die von ehrenamtlichen Mitarbeitenden unterstützt werden.

Die Behandlungen und Therapien der Patientinnen und Patienten finden weitestgehend direkt vor Ort statt, so dass Umgebungswechsel reduziert werden. Die Patientenzimmer sind wohnlich eingerichtet und können mit persönlichen Gegenständen ausgestattet werden. Neben tagesstrukturierenden und aktivierenden Angeboten bietet die Fachstation eine orientierungsfördernde räumliche Gestaltung.

🔗 <https://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fachbereiche/fachbereich-innere-medizin/innere-medizin-station-david/>

Thesen

1. Finanzierung demenzfreundlicher Strukturen ermöglichen
 - Anpassung des DRG-(Diagnosis Related Groups)-Systems
 - Personalschlüssel
 - Sektorübergreifende Möglichkeiten
2. Verantwortlichkeiten klären und nachhalten zur Implementierung demenzfreundlicher Strukturen durch alle Hierarchien.
3. Handlungskompetenz in Behandlung und Versorgung von Menschen mit Demenz in allen Berufsgruppen stärken.



Ehrenamtliche Besuchsdienste –
Demenzlotsen und pflegende
Angehörige, Rollen und Aufgaben

Thematischer Überblick

Das Ehrenamt hat in deutschen Krankenhäusern eine jahrzehntelange Tradition.

Die entsprechenden Angebote sind an den individuellen Bedarfen der Patientinnen und Patienten orientiert und bieten für diese einen deutlichen Mehr-Wert zu den Versorgungsleistungen eines Krankenhauses. Die meisten der tagesstrukturierenden Maßnahmen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen beispielsweise sind im Krankenhaus ohne die Unterstützung durch ehrenamtliche Kräfte nicht umsetzbar.

Die ehrenamtlichen Aufgaben bestehen in erster Linie in der psychosozialen Unterstützung der Patientinnen/Patienten und der Angehörigen. Damit werden die negativen Auswirkungen von Personal- und Zeitmangel auf den Stationen für die Patientinnen und Patienten in einem gewissen Maß abgefedert.

Durch die zugewandte, patientenorientierte Betreuung können deren Risiken reduziert werden und in der Folge mögliche Komplikationen während des Krankenhausaufenthaltes vermieden werden. Das hat wiederum einen positiven ökonomischen Effekt sowohl für die Kliniken, aber auch für das gesamte Gesundheitssystem.

Ehrenamtliche Arbeit im Krankenhaus wird zwar in der Regel unentgeltlich geleistet, es ist jedoch üblich den Helferinnen und Helfern eine Aufwandsentschädigung, beispielsweise für die Fahrtkosten, zubezahlen.

Voraussetzungen für den Auf- beziehungsweise Ausbau eines Besuchsdienstes sind entsprechende personelle und logistische Ressourcen, sowie geeignete klinikinterne Strukturen für die Ehrenamtlichen. Dazu gehören auch die Etablierung einer Wertschätzungskultur und die Einbindung der ehrenamtlichen Mitarbeitenden in das Fortbildungsprogramm der Klinik.

Zudem benötigen die Ehrenamtlichen die Anbindung an einen Dachverband, wie etwa die Bundesarbeitsgemeinschaft Katholische Kran-

kenhaus-Hilfe, oder die Evangelische Kranken- und Altenhilfe. In diesem Rahmen kann unter anderem ein überregionaler Austausch gefördert werden.

Angehörige sind eine weitere wertvolle Ressource für den Krankenhausaufenthalt von Menschen mit Demenz. Sie sind verlässliche Bezugspersonen in der fremden Umgebung und unterstützen die Patientin/des Patienten bei der Bewältigung von Krisen.

Für die Mitarbeitenden auf der Station können Angehörige wichtige Partner im Pflegeprozess sein und einen wesentlichen Beitrag zu einem nachhaltigen Entlassmanagement leisten.

Eine effektive Angehörigenarbeit erfordert entsprechende zeitliche Ressourcen bei ärztlichen, therapeutischen und pflegenden Mitarbeitenden.

Spezifische Anforderungen


Ehrenamtlicher Besuchsdienst

Der Auf- beziehungsweise Ausbau von ehrenamtlichen Strukturen setzt bei allen Mitarbeitenden des Krankenhauses die Bereitschaft zur Veränderung voraus. Sowohl die Geschäftsführung, als auch Stationsleitungen und alle hauptamtlichen Mitarbeitenden müssen den Mehr-Wert erkennen und wertschätzen, den ein Pool von geschulten Ehrenamtlichen im Stationsalltag bietet. Demnach ist es notwendig, die Mitarbeitenden auch in den Prozess der Strukturplanung für den Besuchsdienst aktiv einzubeziehen. In der Folge muss das Angebot für Klinikmitarbeitende, Patientinnen und Patienten, beziehungsweise deren Angehörige bekannt gemacht werden – beispielsweise durch Aufnahme in die Informationsbroschüre der Klinik oder durch eigene Flyer.

Ehrenamtliche Mitarbeitende können bei aller Verbindlichkeit für ihre zugesagten Einsätze nicht als fester Bestandteil in die Personalplanung auf

den Stationen einbezogen werden. Sie können durch ihr Angebot hauptamtliche Kräfte dahingehend entlasten, dass diese ihre Kernaufgaben ohne häufige Unterbrechungen durch Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Betreuungsbedarf durchführen können. Weitere Aufgaben übernehmen sie jedoch nicht.

Ehrenamt ist weder dafür zuständig bestehenden Personalmangel auszugleichen, noch die zeitlichen Lücken zu füllen, die durch die Übernahme von patientenfernen Serviceleistungen (zum Beispiel Bettenreinigung, Übernahme von Verwaltungstätigkeiten oder hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und anderen) durch die Pflegekräfte entstehen.

 www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Vorfahrt-fuer-die-Pflege-2015.pdf

Organisation und Koordination

Die Akquise, Qualifizierung und Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeitenden erfordert eine intensive Vorbereitung – sowie personelle, finanzielle, räumliche und logistische Ressourcen.

Es sind Verfahren zu entwickeln, in denen der gesamte Bereich der Ehrenamtsarbeit abgebildet wird.

- Öffentlichkeitsarbeit
- Bewerbungs- und Einstiegsverfahren
- Qualifizierungsmaßnahmen
- Koordinierung der Einsätze
- Wertschätzungskultur
- Institutionelle Anbindung
- Ehrenamtsvereinbarung
- Verschwiegenheitsvereinbarung
- Entlastungsangebote (Beratung, Supervision und andere)
- Tätigkeitsnachweis

Zudem müssen die versicherungsrechtlichen Bedingungen geklärt und die räumlichen Voraussetzungen (Spind für die Wertsachen, Besprechungsraum, und andere) geschaffen werden.

Diese Aufgaben sind umfangreich und können nicht „nebenher“ erfüllt werden, sondern setzen eine/einen haupt- oder ehrenamtliche/n Koordinatorin/Koordinator voraus, die/der über die entsprechenden zeitlichen Ressourcen und Kompetenzen verfügt. Zudem wird durch diese Stelle die wichtige Schnittstelle zwischen Ehrenamt und Hauptamt, beziehungsweise Krankenhausleitung besetzt.

Aufgaben des Ehrenamtes

Die Aufgaben der ehrenamtlichen Mitarbeitenden liegen in der Regel ausschließlich im Bereich der psychosozialen Unterstützung der Patientinnen und Patienten mit Demenz. Sie bieten demnach eine Ergänzung zu den Versorgungsstrukturen des Krankenhauses und treten nicht in Konkurrenz zu den Leistungen der hauptamtlichen Mitarbeitenden. Eine detaillierte Aufgabenbeschreibung nimmt eine klare Abgrenzung zu Aufgaben der hauptamtlichen Mitarbeitenden vor und bietet den Ehrenamtlichen somit einen sicheren Rahmen für ihre Tätigkeit. Das Verhältnis zwischen den ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitenden muss definiert und beschrieben werden.

Dieses Vorgehen gilt auch und insbesondere bezüglich der Zusammenarbeit mit Angehörigen. Zwar ist einerseits der Austausch zwischen Ehrenamt und Angehörigen hilfreich um wichtige Informationen zum Beispiel zu Präferenzen der Patientin/des Patienten zu erhalten. Andererseits kann der Umgang mit Angehörigen aufgrund ihres hohen Anspruchs an die Versorgung der Patientin/des Patienten sehr schwierig und problembehaftet sein. Die Ehrenamtlichen haben zudem keine Vermittlerfunktion zwischen Angehörigen und pflegendem oder ärztlichen Personal.

Im Gegensatz zu Besuchsdiensten im ambulanten oder dauerstationären Bereich sind die Kontakte der Ehrenamtlichen im Krankenhaus zu den Patientinnen und Patienten in der Regel zeitlich sehr eingeschränkt. Circa zwei Drittel der Ehrenamtlichen begrenzen ihr Engagement auf maximal zwei Stunden pro Woche.

Andererseits ist jedoch die Bereitschaft, dieses Engagement langfristig durchzuführen, relativ hoch.

📄 www.bmfsfj.de/blob/93914/e8140b960f8030f3ca77e8bbb4cee97e/freiwilligen-survey-2014-kurzfassung-data.pdf

Vor dem Hintergrund der oft kurzen Verweildauer der Patientinnen und Patienten kann das bedeuten, dass sich die Ehrenamtlichen jede Woche auf eine andere Patientin/einen anderen Patienten einstellen müssen. Das erfordert ein hohes Maß an Flexibilität und besondere soziale Kompetenzen, da sehr kurzfristig ein Zugang zu den Patientinnen und Patienten gefunden werden muss.

Für die Krankenhäuser bedeutet dagegen die Bereitschaft für ein langfristiges Engagement eine relative personelle Kontinuität und Planungssicherheit der Besuchsdienste.

Die ehrenamtliche Begleitung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus setzt aufgrund der besonderen, institutionell begründeten Bedingungen, bestimmte persönliche Eigenschaften und Kompetenzen voraus:

- Menschliche und soziale Kompetenzen
- Kommunikative Fähigkeiten
- Positive Einstellung zum Alter und zu alten Menschen
- Empathie
- Teamfähigkeit
- Flexibilität
- Lernbereitschaft
- Zuverlässigkeit

Demzufolge eignet sich nicht jede Bewerberin/jeder Bewerber für den Besuchsdienst und es müssen Ausschlusskriterien definiert werden, an denen sich die Koordinatorin/der Koordinator orientieren kann. Vor diesem Hintergrund sind Bewerbungsgespräche notwendig um die Eignung der Interessenten zu beurteilen.

Barriere

- Mangel an Bewerbern

Lösung

- Intensive Öffentlichkeitsarbeit
- Mund-zu-Mund-Propaganda durch bereits ehrenamtlich tätige Mitarbeitende
- Nutzung der regionalen ambulanten Netzwerkkontakte
- Einbeziehung von Ehrenamtsbörsen und Freiwilligenagenturen

Qualifizierung und regelmäßige Fortbildung der Ehrenamtlichen

Der Einsatz von Ehrenamtlichen bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Demenz erfordert Fortbildungen, die zu einem personenzentrierten und ressourcenorientierten Umgang befähigen. Der Schwerpunkt der Maßnahmen liegt, entsprechend den Einsatzbereichen im Krankenhaus, auf den Themen demenzsensibler Umgang und Kommunikation, sowie auf Informationen zu krankenhausspezifischen Themen:

- Krankenhausstrukturen
- Ansprechpartner
- Allgemeine Verhaltensregeln im Krankenhaus
- Hygienerichtlinien
- Verhalten in Notfällen

Die Ehrenamtlichen können zu bestimmten Themen an den Basisschulungen für alle Mitarbeitenden teilnehmen. Das fördert das Zugehörigkeitsgefühl und reduziert mögliche Vorbehalte auf beiden Seiten. Zudem bieten die Alzheimergesellschaften spezifische Qualifizierungsmaßnahmen für Betreuungskräfte im Krankenhaus an.

➤ www.alzheimer-bayern.de/images/downloads/wir_fuer_sie/projekte/demenz_im_krankenhaus/Projektphase_I-III/Zwischenbericht%20Phase%20II_2013.pdf

Regelmäßige Schulungen und der Austausch mit den Ehrenamtlichen beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen fördern die Nachhaltigkeit der Wissensvermittlung. Zudem bilden sie einen Teil der Wertschätzungskultur ab. Zur Förderung der kontinuierlichen Zusammenarbeit und des Teamgeistes ist es hilfreich, die Ehrenamtlichen möglichst immer auf der gleichen Station einzusetzen.

Weitere Aspekte der Wertschätzung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stellen regelmäßige Teamgespräche, Zufriedenheitsbefragungen und ein Beschwerdemanagement dar. Die Ergebnisse werden in den Organisationsentwicklungsprozess integriert und tragen zur Optimierung der institutionellen Rahmenbedingungen ehrenamtlicher Arbeit im Krankenhaus bei.

Spezielle Feste für die Ehrenamtlichen, Grüße zu den Feiertagen, die Zusendung des Jahresberichtes oder Krankenhaus-Newsletters sind obligat und fördern die Identifikation mit dem Krankenhaus.

Angehörige

Patientinnen und Patienten mit Demenz benötigen aufgrund ihrer hohen Vulnerabilität sowohl bei diagnostischen, als auch bei therapeutischen Maßnahmen Unterstützung durch Angehörige oder andere Bezugspersonen. Insbesondere vor und nach einem invasiven Eingriff ist ein vertrautes persönliches Umfeld wichtig. Dadurch können Ängste reduziert und der Entwicklung eines Delirs entgegengewirkt werden.

Angehörige bieten Orientierung für die Patientin/des Patienten, indem sie immer wieder Bezüge zu der gewohnten Lebenswelt herstellen. Für die Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter fördert die Zusammenarbeit mit Angehörigen eine gewisse Handlungssicherheit, da diese wichtige

Informationen zu Persönlichkeit, Vorlieben bestimmten Verhalten und Ressourcen der Patientinnen und Patienten beitragen können, wenn diese nicht mehr in der Lage sind sich selbst dazu zu äußern.

Dadurch bieten sie Unterstützung bei der Entschlüsselung bestimmter Verhaltensweisen und in der Folge bei der Vermeidung von Risiken wie beispielsweise freiheitseinschränkende Maßnahmen oder übermäßige Fürsorge.

Andererseits sind pflegende Angehörige häufig stark emotional und körperlich belastet und werden von den Mitarbeitenden als überkritisch und ungerecht empfunden.¹⁵ Demnach sind besondere kommunikative Fähigkeiten für den konstruktiven Dialog mit belasteten Angehörigen unerlässlich.

Einbeziehung der Angehörigen im Rahmen der stationären Versorgung

Um vermeidbaren stationären Aufenthalten vorzubeugen, sollten bei elektiver (planbarer) Aufnahme von demenzerkrankten Patientinnen und Patienten die Angehörigen grundsätzlich in die Entscheidung, ob die erforderliche Intervention nicht auch vor Ort durchführbar ist, einbezogen werden.

Sollte eine Aufnahme unvermeidlich sein, können bereits im Vorfeld Informationen an Patientinnen/Patienten und Angehörige herangetragen werden, die eine Vorbereitung auf den Krankenhausaufenthalt ermöglichen und die Übermittlung wichtiger Informationen für das Krankenhaus sicherstellen.

Während des Krankenhausaufenthaltes können Angehörige auf Wunsch (im Unterschied zu ehrenamtlichen Mitarbeitenden) in die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit einbezogen werden.

Sofern sie sich in der Lage dazu sehen, kann ihre Einbeziehung über den Besuch und das Essenan-

reichen hinausgehen, indem sie beispielsweise die Körperpflege übernehmen, oder die gewohnte Art der Betreuung für die Patientin/des Patienten auch während eines stationären Aufenthaltes durchführen. In diesem Zusammenhang kommt den medizinischen und pflegenden Mitarbeitenden, ebenso wie der Hausärztin/dem Hausarzt, die Aufgabe zu, den Bedarf der Angehörigen an Selbstpflege frühzeitig zu erkennen und zu thematisieren.

Um eine enge Betreuung zu ermöglichen, ist es hilfreich den Angehörigen die Möglichkeit eines Rooming-In anzubieten. Die gesetzliche Grundlage dafür ist in SGB V, § 11 Abs. 3 gegeben. Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse ist eine Bescheinigung der Stationsärztin/des Stationsarztes, dass eine enge Begleitung durch eine Bezugsperson aus medizinischen oder therapeutischen Gründen notwendig ist. Eine entsprechende Bescheinigung kann auch die Hausärztin/der Hausarzt im Vorfeld der Krankenhausaufnahme ausstellen.

➔ www.muehlenkreiskliniken.de/mkk/pflege/rooming-in-bei-demenz.html



Barriere

- Veränderung der Stationsroutine
- Furcht der Mitarbeiter vor Kontrolle



Lösung

- Ausarbeitung von Regeln für die Zusammenarbeit zwischen Medizin, Pflege und Angehörigen.

Zudem sind Angehörige, nach den Patientinnen und Patienten selbst, Expertinnen und Experten für deren Lebenswelten. Das bedeutet, dass sie sowohl bei der Aufnahme ins Krankenhaus, als auch im Sinne einer erfolgreichen Überleitung zurück in die Häuslichkeit der Patientin/des Patienten, einen wesentlichen Beitrag zu einem nachhaltigen Gesundheitsmanagement leisten können. Voraussetzungen dafür sind Beratung der Angehörigen, sowie Schulungen und individuelle Pflegetrainings. Des Weiteren sind Maßnahmen wie die Durchführung von Angehörigenvisiten, -sprechstunden oder -gesprächsgruppen hilfreich.

Alles, was die Angehörigen jetzt an Wissen, Information und Handlungskompetenzen erlangen, unterstützt die Nachhaltigkeit der ambulanten Versorgung der Patientinnen und Patienten nach deren Rückkehr in die häusliche Umgebung.

Thesen

Pflegende Angehörige müssen im Krankenhaus als Partner eingebunden werden.

Ehrenamtliche leisten bei kontinuierlicher Schulung, Betreuung und Einbindung wertvolle Unterstützung für Menschen mit Demenz.

Ehrenamtliche Gruppen benötigen in der Betreuung von Menschen mit Demenz auf Bundes-, Landes-, kommunaler und lokaler Ebene finanzielle Unterstützung unter Ausschöpfung vorhandener gesetzlicher Bestimmungen und deren Weiterentwicklung unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Erfordernisse.

Ausblick

Es gibt mittlerweile einige Krankenhäuser, die ihre Organisation stärker auf die besonderen Erfordernisse der Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ausrichten wollen. Das Ziel aller Interventionen ist in diesem Zusammenhang eine angemessene und nachhaltige Behandlung und Versorgung dieser Patientinnen und Patienten.

Diese Aufgabe können die Kliniken nicht allein bewältigen. Sie benötigen dazu die Unterstützung der lokalen Versorgungsnetzwerke, der Angehörigen, der bürgerschaftlich engagierten Menschen und der politischen Entscheider.

Alle in dieser Handreichung zusammengetragenen Empfehlungen, aber auch notwendigen strukturellen, organisatorischen und personellen Bedingungen und Voraussetzungen für eine nachhaltige, wertschätzende und angemessene Versorgung der Patientinnen und Patienten sollen

Impulse geben für eine Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beabsichtigt darauf hinzuwirken, dass möglichst viele der bundesweit rund 2.000 Krankenhäuser diese Arbeitshilfe nutzen und sich zum demenzsensiblen Krankenhaus entwickeln.

Materialiensammlung

Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz

Demenz und Krankenhäuser – Aufbau demenzfreundlicher Strukturen

Dokumentation der Fachkonferenz im Bundesmodellprogramm der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz

Übersicht der Kliniken im Bundesmodellprogramm der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz

Projektbeschreibungen der Kliniken im Bundesmodellprogramm der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz

Projektkliniken des Programms „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ der Robert-Bosch-Stiftung

➤ www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/62538.asp

Serviceportal

„Wegweiser Demenz“

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Informationen für helfende Berufe

➤ www.wegweiser-demenz.de/startseite.html

Studien- und Projektberichte

Demenzfreundliche Umgebungsgestaltung im Krankenhaus

➤ www.boschstiftung.de/content/language1/downloads/4_Umgebungsgestaltung_Marquardt.pdf

General Hospital Study (GHOSt)

Zusammenfassung einer repräsentativen Studie zu kognitiven Störungen und Demenz in den Allgemeinkrankenhäusern von Baden-Württemberg und Bayern. Robert Bosch Stiftung.

Abschlussbericht zur Studie Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt

Dr. phil. Petra Schönemann-Gieck, Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

Demenzkompetenz im Krankenhaus

Abschlussbericht zum rheinland-pfälzischen Modellprojekt LZG Rheinland-Pfalz unter Mitwirkung von André Hennig und Prof. Dr. Andreas Fellgiebel.

➤ https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Abschlussbericht_Demenz_Krankenhaus_Final_Web.pdf

Sektorenübergreifende Hilfen nach Erstdiagnose Demenz im Krankenhaus (Dem-i-K)

Dr. Sabine Kirchen-Peters, Max Ischebeck, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. Saarbrücken

➤ www.saarland.de/dokumente/thema_sozialversicherung/DEMIIK_NEU_WEB.pdf

Abschlussbericht zum bayernweiten Projekt „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“

➤ www.alzheimer-bayern.de/images/downloads/wir_fuer_sie/projekte/demenz_im_krankenhaus/Projektphase_I-III/Abschlussbericht_DIK_Phase%20II_2014.pdf

Versorgung von Patienten mit Demenz im Malteser Krankenhaus – Evaluation einer Special Care Unit (Station Sylvia)

Abschlussbericht

➤ www.malteserorden.at/wp-content/uploads/2017/11/Abschlussbericht.pdf

Handreichungen/Broschüren/Leitfäden für Krankenhausträger

Menschen mit Demenz im Krankenhaus – Wahrung der Patientenautonomie in Diagnostik und Therapie

Handlungsleitfaden, Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf Hamburg, 2016

„Menschen mit Demenz im Krankenhaus“

Eine Handreichung der interdisziplinären Arbeitsgruppe der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser (DiAG) in der Erzdiözese Köln, 2012.

DEKV-Wissenstransfer: Auf dem Weg zu einem demenzsensiblen Krankenhaus

Empfehlungspapier

Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Auf dem Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

➤ www.deutsche-alzheimer.de/angehoerige/mit-demenz-im-krankenhaus.html

Betreuung von demenzkranken Menschen im Allgemeinkrankenhaus

20 Empfehlungen für Krankenhausträger zur verbesserten Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen, Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit.

➤ www.bkg-online.de/media/file/14766.17-2016-135-dl.pdf

Projekt „Blickwechsel – Nebendiagnose Demenz“

Warum sich Krankenhäuser mit dem Thema Demenz beschäftigen sollten und was sie zur Verbesserung der Versorgung demenzkranker Patienten tun können – Sieben Gründe und sieben Empfehlungen.

➤ www.blickwechseldemenz.de/content/e964/e1583/ProjektBlickwechsel_A4.pdf

Leitfaden zum Aufbau und zur Weiterentwicklung von ehrenamtlichen Besuchsdiensten in der Geriatrie

Julia Meuter und Stefan Zollondz, Stiftung ProAlter.

Arbeitsmaterialien für Krankenhausmitarbeitende

Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus

➤ www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/broschueren/infobogen_krankenhaus.pdf

Begleitheft zum „Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus für Krankenhausmitarbeitende“

➤ www.deutschealzheimer.de/fileadmin/alz/broschueren/patienten_mit_demenz_im_krankenhaus_komplett.pdf

Für Menschen mit Demenz und deren Angehörige

Wegweiser für Menschen mit Demenz im Krankenhaus GSP-Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen.

➤ www.blickwechseldemenz.de/content/e2615/e3878/

Logbuch Demenz

Informations- und Unterlagensammlung für Menschen mit Demenz.

Mit Demenz im Krankenhaus

Informationen für Angehörige von Menschen mit Demenz. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft und Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

➤ www.dkgev.de/media/file/23465.Broschuere_Demenz_Krankenhaus.pdf

Starke Angehörige – starke Patienten

Albertinen Krankenhaus Hamburg

Links zum Thema „Alters- und demenzsensible Architektur“

Das virtuelle Krankenhaus

DSDC Stirling

➤ <http://dementia.stir.ac.uk/sites/default/files/virtual-hospital/en/01ENTRANCE.swf>

Leitfaden für alters- und demenzsensible Architektur im Akutkrankenhaus

➤ www.demenz-im-krankenhaus-bayern.de

„Es geht auch ohne Fixierungen“

Dr. Jochen Gerd Hoffmann/Dr. Ursula Sottong. Deutsches. Ärzteblatt

➤ www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=188009

„Das Silviahemmet-Konzept – ein Modell für Deutschland?“

Dr. Ursula Sottong

Demenz- und Delirstation St. Marien-Hospital

➤ www.st-marien-hospital.de/medizin/kliniken/geriatrie/demenz-und-delirstation/

Mit Licht und Farbe planen

➤ <https://konzept-barrierefrei.de/wp-content/uploads/2016/05/Monika-Holfeld-2012-Barrierefreie-Farbgestaltung-Demenzranke-Senioren.pdf>

➤ <https://nullbarriere.de/farbwaehrnehmung.htm>

Literatur

Hellmann/Hoefert (Hrsg.)

Das Krankenhaus im demografischen Wandel

Theoretische und praktische Grundlagen zur Zukunftssicherung Heidelberg 2012, medhochzwei Verlag GmbH

J. F. Debatin/A. Ekkernkamp/B. Schulte/A. Tecklenburg (Hrsg.)

Krankenhausmanagement

Strategien, Konzepte, Methoden
2., aktualisierte und erweiterte Auflage,
Berlin 2013, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Rainer Neubart (Hrsg.)

Repetitorium Geriatrie

Geriatrische Grundversorgung – Zusatz-Weiterbildung Geriatrie – Schwerpunktbezeichnung Geriatrie
Berlin Heidelberg 2015, Springer-Verlag

Stiftung Wohlfahrtspflege NRW (Hrsg.)

Demenzranke Patienten im Krankenhaus

Ein Praxishandbuch für Mitarbeiter in der Pflege
Hannover 2009, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Impressum

Dieses PDF ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;
es wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11018 Berlin
www.bmfsfj.de
www.lokale-allianzen.de



Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 030 20 179 130
Montag–Donnerstag: 9–18 Uhr
Fax: 030 18 555-4400
E-Mail: info@bmfsfj-service.bund.de

Einheitliche Behördennummer: 115*

Stand: Februar 2020, 2. Auflage

Gestaltung: www.zweiband.de

Text und Redaktion: Andrea Kynast

Bildnachweis: Titel © Michael Besserdich

* Für allgemeine Fragen an alle Ämter und Behörden steht Ihnen auch die einheitliche Behördenrufnummer 115 zur Verfügung. In den teilnehmenden Regionen erreichen Sie die 115 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 18 Uhr. Die 115 ist sowohl aus dem Festnetz als auch aus vielen Mobilfunknetzen zum Ortstarif und damit kostenlos über Flatrates erreichbar. Gehörlose haben die Möglichkeit, über die SIP-Adresse 115@gebaerdentelefon.d115.de Informationen zu erhalten. Ob in Ihrer Region die 115 erreichbar ist und weitere Informationen zur einheitlichen Behördenrufnummer finden Sie unter <http://www.d115.de>.

