

Schirmherrschaft des Projektes:



Der Beauftragte der Bundesregierung  
für die Belange der Patientinnen und Patienten  
sowie Bevollmächtigter für Pflege



# DEKV-Wissenstransfer: Auf dem Weg zu einem demenzsensiblen Krankenhaus *Empfehlungspapier*

**Mai 2017**

Mit dem Projekt „Wissenstransfer: Demenzsensibles Krankenhaus“ will der Deutsche Evangelische Krankenhausverband Impulse setzen, um die Versorgungsqualität für Menschen mit Demenz in seinen rund 200 Mitgliedskrankenhäusern zu fördern und zu verbessern. Der Fachverband der Diakonie veröffentlicht begleitend zu einem Strategieforum ein Empfehlungspapier mit konkreten Hilfestellungen. Der Wissenstransfer positiver Praxisbeispiele einzelner Krankenhäuser und Organisationen sowie aktuelle Forschungsergebnisse sollen die Reorganisation der Kliniken unterstützen. Ziel ist es, die Mitarbeitenden in Medizin und Pflege für die Bedarfe von Menschen mit kognitiven Risiken zu sensibilisieren und für die Versorgung zu qualifizieren. Dadurch verbessert sich auch die Arbeitsqualität nachweislich. Hierfür sind allerdings auch strukturelle Maßnahmen und Investitionen im Krankenhaus erforderlich. Diese müssen refinanziert werden, um das Gesundheitssystem langfristig zu entlasten.

Hinweise: In zwei von drei Fällen von Demenz liegt bei der Einweisung in ein Krankenhaus keine Nebendiagnose Demenz vor: Über ein Screening Tool kann lediglich eine kognitive Einschränkung festgestellt werden, die ohne entsprechende Maßnahmen zu Komplikationen wie Delir führen kann. Es gilt dieses Risiko mit demenzsensiblen Strukturen zu reduzieren. Daher wird im Text der Begriff „Patienten mit kognitiven Risiken“ zur Erfassung aller Ausprägungen kognitiver Einschränkungen verwendet. Aufgrund der besseren Lesbarkeit wurde in den Texten auf die weibliche Sprachform verzichtet.

# Grußwort

## Gute Versorgung heute und morgen

---



„Ich freue mich sehr, dass der DEKV mit seinem Projekt ‚Wissenstransfer: Demenzsensibles Krankenhaus‘ die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus zum Schwerpunktthema gemacht hat.“

---

Liebe Leserinnen und Leser,

wir alle wissen, dass uns das Thema Demenz in der Zukunft noch viel stärker beschäftigen wird. Ein Krankenhausaufenthalt stellt für jeden von uns eine ungewohnte und schwierige Situation dar. Für Menschen mit Demenz ist das natürlich eine ganz besondere Herausforderung: die veränderte Umgebung, die fremden und ständig wechselnden Menschen, der abweichende Tagesablauf – das alles neben der Belastung durch die eigentliche Erkrankung. Auch die kurzen Verweildauern erschweren die Biografiearbeit und den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zusätzlich. Die verschiedenen Faktoren stellen für die Betroffenen selbst, aber auch für die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen eine große Herausforderung dar. Hier bedarf es innovativer und kluger Versorgungskonzepte, die speziell auf die Bedarfe von Menschen mit Demenz ausgerichtet sind und ihnen den Klinikaufenthalt erleichtern.

In allen Bereichen unseres Gesundheitswesens ist außerdem eine gute und sektorenübergreifende Zusammenarbeit wichtig für den Behandlungserfolg. Auch das gilt natürlich ganz besonders bei Patienten mit einem hohen Versorgungsbedarf, wie beispielsweise Menschen mit Demenz. Ich bin der Meinung, dass ein gutes Entlassmanagement bzw. ein Case Management entscheidend dazu beitragen kann, Schnittstellenprobleme zu verhindern. Dafür müssen alle Beteiligten eng zusammenarbeiten und Synergieeffekte sinnvoll nutzen, um eine bedarfsgerechte Nachsorge zu sichern. Ich wünsche mir, dass alle Berufsgruppen auch zukünftig engagiert an der Umsetzung des Projektziels arbeiten. Ich bin mir sicher, dass dadurch ein wichtiger Beitrag für eine gute Versorgung und Überleitung von Menschen mit Demenz geleistet werden kann.

Ihr

Karl-Josef Laumann

Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung

# 01

## Komplexe Versorgung und intensive Betreuung

---

Patienten: Eruieren Sie, welche Merkmale Ihr Patientenpool aktuell aufweist und welche Situation Sie künftig erwarten. Genügt die Versorgungssituation für die zunehmend betagten und vulnerablen Patienten Ihren Qualitätsanforderungen? Prüfen Sie, welche Investitionen heute in Zukunft Kosten sparen.

---

Patienten mit kognitiven Einschränkungen stellen Kliniken und ihr medizinisches und pflegerisches Personal vor große Herausforderungen, da diese Patienten auf Alltagsunterstützung und auf eine hohe Betreuungskontinuität angewiesen sind, um eine allgemeine Zustandsverschlechterung zu vermeiden. Das belegen repräsentative Daten, die erstmalig die Versorgung von Menschen mit Demenz in deutschen Krankenhäusern erfassen. Insgesamt wächst die Anzahl älterer Patienten, die neben einer akuten Erkrankung auch die Nebendiagnose Demenz aufweisen. In der von der Robert Bosch Stiftung geförderten General-Hospital-Studie (GHoSt) zeigten sich bei 40 Prozent aller über 65-jährigen Patienten kognitive Störungen verschiedener Art und unterschiedlicher Schwere. Bei rund 20 Prozent wurde durch die externen Forscher eine Demenz festgestellt. Krankenhausintern wurde die komorbide Demenz aufgrund fehlender Erlösrelevanz häufig überhaupt nicht diagnostiziert und dokumentiert. Einige Krankenhäuser haben Konzepte erarbeitet, um die Versorgung von Patienten mit Begleitdiagnose Demenz zu verbessern, etwa Spezialstationen für Patienten mit einer Demenz aufgebaut, demenzsensible Räumlichkeiten geschaffen oder zusätzlich Altenpflegekräfte eingestellt sowie eine 1:1-Betreuung während der gesamten Dauer des Klinikaufenthalts sichergestellt. In Einklang mit angepassten Versorgungsprozessen können diese strukturellen Maßnahmen helfen, Delirraten zu senken, Verweildauern zu verkürzen und Kosten der präventiven Maßnahmen zu amortisieren. Jedoch sind Modellprojekte und Leistungen außerhalb der Regelleistungen bisher auf zusätzliche Mittel angewiesen. Eine nachhaltige Implementierung auf allen somatischen Stationen und die Umsetzung in eine Routineversorgung bleiben daher eine große Herausforderung.

### Herausforderndes Verhalten

*Die Begrifflichkeit ist neu und beginnt erst, sich im Krankenhaus durchzusetzen. In der Altenpflege dagegen ist sie seit knapp einem Jahrzehnt gebräuchlich. Mit fortschreitender Demenz können sich verschiedene Symptome wie psychomotorische Unruhe, sich ständig wiederholende Vokalisationen oder das Erzeugen von Geräuschen entwickeln. Es können wahnhaftes Ideen entstehen, aber auch Angstzustände, Depression und impulsives Verhalten. Letztlich können auch verbal oder körperlich aggressive Handlungen folgen. Im Zusammenwirken mit der Umwelt, die in einem Krankenhaus i.d.R. die Bedürfnisse von Demenzkranken kaum unterstützt, besteht das Risiko einer Verschlechterung der Symptome. Der deutsche Fachbegriff „Herausforderndes Verhalten“ hinterfragt die Haltung der Personen, die diesen Symptomen gegenüber stehen. Die Schwelle, welches Verhalten in welcher Intensität und Häufigkeit als Herausforderung interpretiert wird, ist individuell unterschiedlich. Die Verhaltensweisen können durch somatische Ursachen überlagert und verstärkt werden: Unerkannte und unbehandelte Schmerzen, aber auch das Delir bei Demenz prägen sich sehr ähnlich aus. Eine genaue Forschung nach Ursachen ist daher unabdingbar und kann nicht durch medikamentöse Interventionen ersetzt werden.*

[www.wegweiser-demenz.de \(http://bit.ly/2nwgNhj\)](http://bit.ly/2nwgNhj)

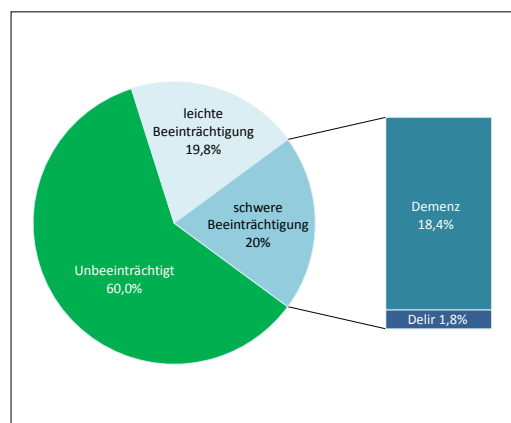
**□ Versorgungssituation: Patienten mit kognitiven Einschränkungen müssen frühzeitig im Krankenhaus erkannt werden, um das Risiko möglicher Komplikationen zu minimieren.**

Für ältere Menschen mit kognitiven Einschränkungen ist zwar das Risiko, in ein Krankenhaus eingewiesen zu werden, weit höher als bei Gleichaltrigen ohne kognitives Risiko. Die wenigsten dieser Patienten kommen aber aufgrund der Demenz in die Klinik. Grund der Einweisung, beziehungsweise der Notaufnahme ist meist die Primärerkrankung, die es akut zu behandeln gilt. Bei knapp zwei Drittel der Patienten mit Demenz ist die Diagnose zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme nicht bekannt. Damit diese Patienten als Risikopatientengruppe für Komplikationen wie Delire, längere Liegezeiten, Stürze oder Mangelernährung frühzeitig erkannt werden können, muss die kognitive Einschränkung jedoch regelmäßig identifiziert werden. Für diese Menschen gleicht ein Krankenhausaufenthalt einer Krisensituation, die zu einer drastischen Verschlechterung ihres Allgemeinzustands führen kann. Dadurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für nachfolgende Pflegeheimaufenthalte deutlich. Sie bedürfen daher einer intensiveren Betreuung und Pflege als andere Patienten. Hierzu gehört auch die systematische Vernetzung mit dem ambulant vor- und nachbetreuenden Umfeld.

**□ Arbeitssituation: Mitarbeitende in Medizin und Pflege mit Erfahrungen und Qualifikationen sorgen für eine massive Entschärfung der Arbeitsbelastung. Die Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen verbessert sich.**

Je schwerer die Patienten kognitiv beeinträchtigt sind, desto höher ist auch der Betreuungsaufwand im Vergleich zu kognitiv nicht eingeschränkten Personen mit vergleichbaren primären Erkrankungen. Zudem zeigten rund 75 Prozent dieser Patientengruppe neben kognitiven Beeinträchtigungen zusätzliche Verhaltenssymptome wie nächtliche Unruhe, Umtriebigkeit und Aggres-

sivität. Das erschwert den Umgang mit diesen Patienten. Die in der GHoSt-Studie untersuchten Kliniken hielten nur selten speziell geschultes Pflegepersonal oder spezielle Betreuungsangebote vor. Nicht-medikamentöse Interventionsmaßnahmen waren größtenteils nicht bekannt. Neben mangelnder Qualifikation wurde von den Pflegenden ein Zeitmangel festgestellt, um diese Patienten adäquat versorgen zu können. Die im Rahmen der Studie geführten Interviews mit knapp 600 Pflegenden offenbarten die dadurch entstehende hohe Belastung. Die meisten Befragten können sich nicht vorstellen, unter den gegebenen Rahmenbedingungen aus Zeitdruck und Personalmangel an der derzeitigen Versorgungsqualität etwas ändern zu können. Fehlende Fortbildungen können aus demselben Grund nicht wahrgenommen werden, besonders, wenn sie nicht verpflichtend sind. Etwaige Wissenslücken können somit kaum geschlossen werden. Der steigende Anteil der Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen stellt Kliniken deshalb vor eine erhebliche Herausforderung, wenn weder das pflegerische noch das medizinische Personal darauf ausreichend vorbereitet sind. Auf der anderen Seite zeigt sich, dass Mitarbeitende in Medizin und Pflege mit Erfahrungen und Qualifikationen zu einer massiven Entschärfung der Arbeitsbelastungen sowie zu einer verbesserten Versorgung dieser Patienten beitragen.



Quelle: General-Hospital-Studie (GHoSt), eigene Darstellung



## 02

# Demenz und Selbstbestimmung

---

Versorgungsmanagement: Bewahren Sie die Autonomie der Patienten mit kognitivem Risiko. Das erfordert eine hohe Kommunikation aller Beteiligten. Bauen Sie verbindliche und durch die Klinik gesteuerte Versorgungspfade auf, die über eine regionale und sektorenübergreifende Vernetzung eine prä- und poststationäre Versorgung gewährleisten.

---

In der Patientenversorgung ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten als ein Grundrecht des Menschen zu achten. Dabei bildet der freie Wille des Patienten die Grundlage der Selbstbestimmung. Dem freien Willen und der darauf beruhenden Entscheidung und Einwilligung zu ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen – mit Ausnahme von Notfällen – kommt eine zentrale, ethische Bedeutung im Krankenhaus zu. Ist der Wille der Patienten krankheitsbedingt nur schwer erkennbar oder deren Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit nicht mehr gegeben, müssen Patienten dennoch in ihrem Selbstbestimmungsrecht anerkannt und in ihren Grundrechten geschützt sein. Je nach Krankheitsstadium können bei Menschen mit Demenz verschiedene Ausprägungen der Einsichtsfähigkeit vorliegen. Oft besteht das Problem, den Willen des Betroffenen zu erkennen und die Mitwirkung an möglichst allen Entscheidungen, die ihm noch zugänglich sind, zu ermöglichen. Bei demenzbetroffenen Menschen, die sich nicht mehr ausreichend, nur noch indirekt oder schwer verständlich äußern können, braucht es vor allem eine genaue und dem Patienten zugeneigte Beobachtung und Erfassung der indirekten Selbstäußerungen. Beobachtungen und Erinnerungen von Angehörigen, Freunden und anderen Kontaktpersonen können dabei helfen. Eine gelungene Selbstbeobachtung und die notwendige Trennung eigener Anteile, die Einfluss auf die Willenswahrnehmung des Patienten haben könnten, kann durch Supervision unterstützt werden.

### Patientenautonomie in Diagnostik und Therapie

*Im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf in Hamburg haben Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten ihre Erfahrung im Umgang mit Menschen mit Demenz reflektiert und einen Leitfaden für die Wahrung der Patientenautonomie erstellt. Unter der Leitung von Dr. Michael Wunder wurden Handlungsempfehlungen entwickelt. Der vorliegende Handlungsleitfaden verbindet die ethischen Grundlagen und die Praxis im Krankenhausalltag. Damit er als Basis des Handelns in der Begegnung mit Patienten mit Demenz trägt, ist es der Geschäftsführung wichtig, dass die persönliche wie professionelle Haltung zu dieser Patientengruppe ebenso wie die Routinen im Team und etablierte Arbeitsabläufe immer wieder reflektiert werden. Der Handlungsleitfaden zeigt anhand konkreter Praxisfelder, wie die Patientenautonomie auch in schwierigen Arbeitssituationen im Krankenhaus gewahrt bleiben kann.*

[www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de \(http://bit.ly/2nCHPkO\)](http://bit.ly/2nCHPkO)

**□ Willensbekundung: Menschen mit Demenz müssen an möglichst allen Entscheidungen teilhaben können, die ihnen noch zugänglich sind.**

Die Einwilligungsfähigkeit von Patienten mit Demenz vermindert sich mit fortschreitender Erkrankung. Mögliche Einschränkungen wirken sich auf den jeweiligen Entscheidungsbereich aus. So kann die Fähigkeit, in alltagsbezogene Entscheidungen einzuwilligen, durchaus noch vorhanden sein, in Bezug auf eine komplizierte Diagnostik dagegen nicht mehr. Als Richtschnur gelten sollte die bestmögliche Einbeziehung des Demenzkranken im Sinne einer Mitwirkung an allen Entscheidungen, die ihm noch zugänglich sind. Kenntnisse über die besonderen Äußerungsformen des Willens bei Demenzbetroffenen sind hierzu aber ebenso Voraussetzung wie Erfahrungen in der Wahrnehmung der jeweils noch möglichen Willensbekundungen. Von großer praktischer Bedeutung sind neben schriftlichen Willensbekundungen, die vor der Demenzerkrankung oder in einem früheren Stadium der Demenzerkrankung niedergelegt wurden, mündliche aber eben auch nonverbale Äußerungen.

**□ Willensfeststellung: Der mutmaßliche Wille der Patienten sollte durch abgestimmte Urteile der mit den Demenzbetroffenen befassten Personen formuliert werden.**

Zur Feststellung des mutmaßlichen Willens, der Interessen und Bedürfnisse einer demenzbetroffenen Person, die sich nicht ausreichend direkt äußert, braucht es vor allem eine genaue und dem Patienten zugeneigte Beobachtung. Die Feststellung sollte daher nach Möglichkeit nicht durch eine Person allein gefällt werden, sondern stets durch das abgestimmte Urteil der mit dem Demenzbetroffenen direkt befassten Personen, etwa Bezugspflegerkräfte, behandelnder Arzt, Angehörige, gesetzlicher Betreuer, Sozialdienst, u.a. Da Menschen mit kognitivem Risiko unter Umständen aufgrund der Belastung im stationären Setting kränker erscheinen als im häusli-

chen Umfeld, ist das ambulante Versorgungsnetz der Betroffenen systematisch einzubeziehen.

**□ Freiheitsentziehende Maßnahmen: Dazu zählt neben körpernahen Fixierungen jede Form von Entzug der Bewegungsfreiheit. Unter Beachtung der Selbstbestimmung der Patienten sollen sie vermieden werden.**

Zu den Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) zählen ebenso das Hochziehen von Bettgittern, das Verschließen oder selektive Öffnen von Türen, aber auch die Bremse am Rollstuhl, wie auch das Sedieren durch Medikamente. Die Folgen einer FEM und auch nur kurzzeitigen Mobilitätseinbuße sind aufgrund des Verlustes an Muskelmasse, Kraft sowie Koordination gravierend und ziehen ein erhöhtes Sturzrisiko und den Verlust von Alltagskompetenz nach sich. Körpernahe Fixierungen dürfen nur in äußersten Notsituationen angewandt werden. Eine kurzfristige Fixierung (unter 24 Stunden) darf auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden und muss entsprechend im Team besprochen, dokumentiert und überwacht werden. Ein gesetzlicher Betreuer muss informiert werden. Längerfristige Fixierungen müssen beim Betreuungsgericht beantragt werden.

**□ Selbstreflexion: Supervision kann helfen, sich in das Erleben demenzbetroffener Patienten einzufühlen und den Einfluss eigener Werte und Überzeugungen zurückzudrängen.**

Um sich in das Wertesystem und das Welterleben des Demenzbetroffenen einzufühlen, bedarf es einer gelungenen Selbstbeobachtung und der Trennung eigener Anteile, die Einfluss auf die Willenswahrnehmung des Patienten haben könnten. Die Supervision ist eine Form der Beratung, die Einzelnen oder Teams hilft, ihr privates, berufliches oder ehrenamtliches Handeln durch Selbstreflexion zu verbessern. Darüber hinaus verbessern interdisziplinäre Fallbesprechungen die Zusammenarbeit im Team und damit die Betreuung von Patienten mit kognitiven Risiken.



## 03

# Qualitätsstandards und messbare Indikatoren

---

Qualität: Fördern Sie eine gute Versorgung von Patienten mit kognitiven Risiken durch Leitlinien, Arbeitshilfen und angepasste Behandlungspfade. Als probate Hilfen für die alltägliche Praxis haben sich Fallkonferenzen, Pflegevisiten und die Benennung und Qualifizierung von Pflegeexperten oder Demenzbeauftragten erwiesen.

---

Demenzsensible Strukturen können als Qualitätsmerkmal eines Hauses dienen. International werden bereits Mindeststandards für als demenzsensibel ausgewiesene Krankenhäuser beschrieben. Sie umfassen regelmäßige und verpflichtende Schulungsangebote für alle Berufsgruppen, ein Mindestmaß an struktureller Ausstattung wie Orientierungshilfen und bauliche Anpassungen. Mit den weitreichenden Erfahrungen von Modellkrankenhäusern in Deutschland können ebenfalls Qualitätsstandards mit folgendem Ziel formuliert werden: „Der körperliche und geistige Allgemeinzustand der Patienten mit kognitivem Risiko ist nach einem Krankenhausaufenthalt besser oder zumindest nicht schlechter als bei der Aufnahme.“ Der DEKV wird diese weiter beschreiben und als messbare Größe in die Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren Kirchlicher Krankenhäuser (QKK) einbringen. Diese haben bereits spezifische Indikatoren wie „Entlassung in häusliche Umgebung“ oder „Kodierung Delir“ evaluiert, die sich aus Routinedaten erfassen lassen. Sie geben daher keine Auskunft über unerkannte bzw. unbehandelte Schmerzen, Mangelernährung, nicht angepasste Kommunikation und mangelnde Aufmerksamkeit. Diese Faktoren mindern die bereits eingeschränkte Lebensqualität und bedingen verschiedene Verhaltensauffälligkeiten. Um den Allgemeinzustand dieser Patienten zu verbessern bedarf es eines CARE – Verständnisses im Management, in den pflege-therapeutischen Konzepten und in der Kommunikation, die auch als Indikatoren erfasst werden könnten – allerdings mit zusätzlichem Dokumentationsaufwand.

### S3-Leitlinie „Demenzen“

*Sie umfasst neben medizinischen Leitlinien zahlreiche psychosoziale Interventionen und nicht-medikamentöse Maßnahmen sowie kognitive Verfahren, körperliche Aktivitäten und unterschiedliche Therapieformen. Die Leitlinie bietet professionell Pflegenden und Ärzten, ehrenamtlichen Unterstützern, Betreuungskräften, pflegenden Angehörigen und Entscheidungsträgern im Management einen umfassenden Überblick, wie Menschen mit Demenz fachlich fundiert begleitet werden können. Zudem wirkt sich die Ausführung der Maßnahmen qualitätssichernd aus. Für den Umgang mit Patienten mit Demenz müssen darüber hinaus weitreichende Voraussetzungen in den Krankenhäusern geschaffen werden.*

[www.demenz-leitlinie.de](http://www.demenz-leitlinie.de)



□ **Kommunikation: Professionelle Kommunikation ist verstehend, empathisch, effektiv und deeskalierend. Sie umfasst den Dialog mit Patienten, deren Angehörigen und zwischen den Professionen.**

Menschen mit Demenz, die ihre Sprechfähigkeit zunehmend verlieren, sind für nonverbale Kanäle wie Stimmlage, Mimik, Körperhaltung sowie körperliche Nähe und Distanz sehr empfänglich. Dies kann die Beziehungsarbeit in der Versorgung sehr gut unterstützen. Kommunikation ist mehr als Sprache und bedarf bei Demenzbetroffenen mehr Zeit, um mögliche Komplikationen und späteren Mehraufwand zu vermeiden. Der gelingende Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes erfordert zusätzlich die interprofessionelle Kommunikation und den Austausch mit Angehörigen über den Patienten.

□ **Pflegekonzepte: Die Bezugspflege im Krankenhaus sollte an die Erfahrungen aus dem stationären Pflegebereich anknüpfen und die Selbstständigkeit des Patienten wiederherstellen, erhalten und fördern.**

Der bisherige unterstützende aber defizitorientierte Ansatz muss besonders bei dieser Patientengruppe vermieden werden. Pflegekräfte brauchen Zeit und Raum, Fragen und Zustände von Angst, Schmerz, Verzweiflung, Scham und Hoffnung zu reflektieren. Ein aktivierendes Pflegemodell umfasst leibliche, psychosoziale, existenzielle und spirituelle Bedürfnisse dieser Patienten und bietet Lösungen im Umgang an. Es bezieht Familien und Freunde oder andere Kontaktpersonen als Experten ein, um Schutzräume für betroffene Personen zu schaffen.

□ **Schmerzmanagement: Herausforderndes Verhalten ist häufig Ausdruck von Schmerzen, die weniger mit Psychopharmaka, sondern mit Analgetika behandelt werden müssen.**

Patienten mit Demenz erhalten im Vergleich zu kognitiv gesunden Personen mit demselben medizi-

nischen Problem deutlich seltener bzw. geringere Dosen an Analgetika und leiden dann „im Stillen“. Sie zeigen aber gesteigerte zerebrale, mimische und muskuläre Reaktionen auf Schmerz. Diese können anhand von Fremdbeurteilungs-Skalen, mit denen mimische Reaktionen, nicht-sprachliche Lautäußerungen und Körperhaltungen sowie Bewegungen beobachtet und quantifiziert werden. Nicht behandelte Schmerzen dürfen nicht zusätzlich die Lebensqualität einschränken.

□ **Ernährung: Ernährungsbedingte Verschlechterungen des Allgemeinbefindens sind zu vermeiden. Patienten benötigen eine ausgewogene Ernährung sowie Anregung und Unterstützung beim Essen und Trinken.**

Häufig sind Patienten mit schlechter körperlicher Verfassung bereits bei der Aufnahme mangelernährt. Mangelernährung und Dehydrierung sowie in Folge dessen ein Delir kann während eines Krankenhausaufenthaltes durch aktive Unterstützung entgegengewirkt werden. Essen und Getränke müssen durch farbliche Marker des Untergrundes erkennbar sein. Dafür müssen Aufmerksamkeit und persönliche Begleitung eingeplant und Lieblings Speisen und Getränke angeboten werden.

□ **Care-Management: Das Krankenhaus versteht sich als Etappe in einem sektorenübergreifenden regionalen Versorgungsnetzwerk.**

Das Care-Management klärt die Frage, ob der betroffene Patient individuell mehr von einer ambulanten, teilstationären oder stationären Behandlung im Krankenhaus profitiert. Für eine sektorenübergreifende Versorgung bedarf es neuer Routinen der Zusammenarbeit mit dem ambulanten Sektor, um Informations- und Behandlungsbrüche, insbesondere bei Aufnahme in ein und Entlassung aus einem Krankenhaus, entgegenzuwirken. Für eine hohe Versorgungskontinuität müssen stabile Versorgungspfade über Sektorengrenzen hinweg aufgebaut werden.



## 04 Strukturelle Maßnahmen

---

Strukturen und Umgebung: Implementieren Sie geeignete Orientierungshilfen und eine angepasste Milieugestaltung auf den Stationen. Den Aufbau einer somatischen Spezial-Station für Patienten mit kognitiven Risiken sollten Sie mit Blick auf die Gesamtstrategie Ihres Hauses abwägen. Dieser Schritt erfordert ergänzende Qualifikationen, unterstützt aber den Wissensaufbau und -transfer.

---

Patienten mit kognitiven Risiken haben erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken, die nicht nur den stationären Aufenthalt verlängern. Sie zählen zu den Risikogruppen, deren Allgemeinzustand sich während des Krankenhausaufenthaltes stark verschlechtern kann. Ursache ist eine Kette von Faktoren und belastender Situationen: Der Transport zum Krankenhaus, die Unterbrechung der alltäglichen Routine, die Orientierung in der neuen Umgebung (inklusive Geräusche, Gesichter, etc.), diagnostische und therapeutische Verfahren, ungewohnte Einnahme der Mahlzeiten und insuffiziente Schmerztherapie führen dazu, dass sich Symptome verstärken oder gar erstmals zeigen. Diese Versorgungssituation stellt an das therapeutische Team hohe Anforderungen, die medizinischen und pflegerischen Interventionen anzupassen und für Kontinuität in der Begleitung zu sorgen. Dabei sind für den Patienten kritische Situationen individuell zu identifizieren und präventiv abzuwenden. Die Krankenhausroutine muss so angepasst werden, dass Stress, häufiger Raumwechsel, Wartezeiten oder Unterbrechung des natürlichen Schlaf-Wach-Rhythmus vermieden werden. Am Anfang stehen daher die frühzeitige Risikoselektion dieser Patienten sowie die Anpassung der gewohnten Abläufe an die Bedarfe dieser vulnerablen Patientengruppe.

### Demenzsensible Architektur und Milieugestaltung

*Patienten mit Demenz können sich oft nicht mehr in dem Umfang auf neue Situationen einstellen wie kognitiv unbeeinträchtigte Patienten. Die Umwelt muss daher unterstützend wirken, Orientierung ermöglichen sowie Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Dies geschieht vor allem durch das Schaffen von adäquaten Reizstrukturen: Eine ausreichende Helligkeit am Tag sowie Dunkelheit zur Nacht stabilisieren den Tag-Nacht-Rhythmus. Farben sorgen für ausreichende Kontrastgestaltung, helfen Türen hervorzuheben oder zu verbergen. Störende Geräusche sind so weit wie möglich zu reduzieren. Große Kalender und Uhren unterstützen bei der zeitlichen Orientierung, Bilder an Türen erleichtern das Finden des eigenen Zimmers. Neben der Einrichtung von Spezialstationen erscheint es von großer Bedeutung, die Konzepte auch in klassischen somatischen Fachrichtungen wie Innere Medizin oder Unfallchirurgie umzusetzen.*

[www.demenz-im-krankenhaus-bayern.de](http://www.demenz-im-krankenhaus-bayern.de)

**□ Screening: Ein Screening hilft, ein eventuell vorliegendes kognitives Risiko frühzeitig zu identifizieren.**

Einer Erfassung von Patienten mit kognitiven Risiken (Notaufnahme) muss auf der Station ein abgestufter Algorithmus folgen. Hierbei kann schon auf etablierte Assessments zurück gegriffen werden. Sie basieren auf einfachen und nachprüfbareren Fragen, um den kognitiven Zustand einzuschätzen. Dabei handelt es sich um einen positiven Aufmerksamkeitstest und nicht um ein Demenzscreening. Bei positivem Befund sollte diesem ein Delirscreening, z. B. Confusion Assessment Method (CAM) oder Nursing Delirium Screening Scale (NU-DESC) folgen. Jedes Krankenhaus muss, abhängig von seinem Patientenpool, einen fest definierten Personenkreis festlegen, auf den Assessments angewandt werden und in den Aufnahmeprozess integrieren. Hierzu gehört auch die systematische Erhebung von etwaigen Vorbefunden bei den ambulant behandelnden Ärzten. Die Ergebnisse tragen dazu bei, die ärztliche Entscheidung über weitere diagnostische Abklärung, Behandlung und Wahl der Unterbringung rechtzeitig zu treffen.

**□ Flexible Abläufe: Das Belegungsmanagement berücksichtigt die persönlichen Bedürfnisse von Patienten mit kognitivem Risiko und vermeidet belastende Situationen auch für Mitpatienten.**

Um das Risiko der Destabilisierung von Patienten mit kognitiver Einschränkung möglichst gering zu halten, sollten Verlegungen im Haus vermieden und vor allem auch die Krankenhausabläufe an die Bedürfnisse des Patienten angepasst werden. Eine Flexibilisierung der Krankenhausabläufe kann insbesondere durch folgende Maßnahmen erreicht werden: Verpflichtender Vermerk über das Vorliegen einer kognitiven Einschränkung bzw. eines bestehenden Risikos in der Patientenakte. Individuelle Planung und Abstimmung aller

diagnostischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen, um z. B. Wartezeiten so kurz wie möglich zu halten, bzw. alle notwendigen Maßnahmen im Patientenzimmer oder auf der jeweiligen Station vorzunehmen. Individuelle Anpassung der Planung von Behandlungen an die tatsächlichen Bedarfe der Patienten, insbesondere Überprüfung der üblichen Diagnostik auf Therapierelevanz. Die Kontinuität in der Begleitung ist ebenso wichtig wie der Ausbau der Frühmobilisation und die Anwendung bekannter und wissenschaftlich begründeter Pflegekonzepte, welche die Erhaltung kognitiver, alltagspraktischer und sozialer Kompetenzen fördern und neuropsychiatrische Symptome reduzieren, so dass eine weitest gehende Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen ermöglicht wird.

**□ Fachdisziplin: Interdisziplinär aufgestellte Spezialstationen für akut erkrankte Patienten mit kognitiven Risiken sorgen für einen raschen Genesungsprozess.**

Diese Stationen zeichnen sich häufig durch einen geriatrischen und (geronto)psychiatrischen Schwerpunkt aus. Dort ist speziell geschultes Personal tätig und das Team multiprofessionell aufgestellt. Besonderheit der Station ist, dass tagsstrukturierende Maßnahmen, Aktivierungs- und Beschäftigungsangebote eingerichtet sind, die Weiterversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt geklärt und insbesondere auch die Bezugspersonen, Hausärzte und Pflegeheime regelmäßig und intensiv eingebunden werden. In Verbindung mit der Notaufnahme könnte auch eine Kurzlieger-Aufnahmestation eingerichtet werden. Neben Schulung und Motivation der Mitarbeiter wird dort verstärkt der Sozialdienst sowie professionelle Begleitung durch Ehrenamtliche eingesetzt. Die Ergebnisqualität der Behandlung verbessert sich bei gleicher Verweildauer. Auch sind der Einsatz von Neuroleptika oder anderer Psychopharmaka sowie körpernahe Fixierung geringer.



## 05

### Postoperativem Delir vorbeugen

---

Kosten und Nutzen: Ergreifen Sie Maßnahmen, durch die sich ein Delir vermeiden oder frühzeitig behandeln lässt. Das verbessert die Versorgungsqualität und reduziert langfristig Ihre Kosten. Eine ergänzende fachliche Spezialisierung und Profilierung erschließt zusätzliche Projektfördermittel für Investitionen und Personalkosten und steigert die Möglichkeiten des Fundraising.

---

Patienten mit kognitiver Einschränkung oder kognitivem Risiko neigen vor allem nach einer Narkose verstärkt zu postoperativem Delir. In der ICD-Klassifikation ist Delir bei Demenz unter F05.1 kodierbar und somit klar von den substanzinduzierten Deliren abgegrenzt. Das Syndrom wird aber sehr oft nicht erkannt, da die beobachteten Symptome der Demenzerkrankung oder allgemein dem Alter des Patienten zugeschrieben werden. Die medizinischen Folgen sind oftmals dramatisch: Für die Patienten bedeutet ein Delir eine kurzzeitige um das 20-fach erhöhte Mortalität. Viele ältere Menschen sind nach dem Krankenhausaufenthalt erstmals auf die Hilfe von Dritten angewiesen. Oft können sie nicht in die häusliche Umgebung entlassen werden. Neben dem persönlichen Schaden führt ein Delir zu erhöhten Kosten für das Krankenhaus: durch Verdopplung der Liegezeiten, einen höheren pflegerischen und medizinischen Aufwand, aufwendige Pharmakotherapie und den Aufenthalt auf Stationen mit Überwachungsmöglichkeit. Das Delir ist jedoch nicht entsprechend dem Aufwand im DRG-System abgebildet. Postoperative Delire können und müssen durch frühzeitiges Erkennen und Risikoselektion vermieden werden. Alle an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen müssen die Symptome eines Delirs einordnen können. Insbesondere bei älteren Menschen mit kognitivem Risiko sind Dehydratation, Infekte und Polypharmakotherapie für ein Delir ursächlich. Pflegeexperten für Demenz und Delir sorgen für eine postoperative Begleitung und die kognitive Aktivierung, die notwendig sind, um so das Risiko eines postoperativen Delirs zu vermeiden.

#### Hospital Elder Life Program (HELP)

*HELP ist das das am weitesten entwickelte Programm zur Prävention, Diagnostik und Therapie von Deliren. An der School of Medicine der Yale University in den USA entwickelt, verbessert es die Krankenhausversorgung älterer Patienten durch ein regelmäßiges Delir-Screening der Risikogruppe, eine bedarfsweise gezielte interdisziplinäre geriatrische (Delir-)Diagnostik, die Schulung von Fachkräften in Delirprävention und –therapie sowie die Aktivierung und Begleitung der Patienten durch geschulte Freiwillige. Angehörige werden einbezogen und erhalten Beratung und Schulung. Neben der spezifischen, fachärztlichen Betreuung der Patienten auf den peripheren Stationen sieht HELP den Einsatz von Fachärzten für Neurologie sowie für Gerontopsychiatrie sowie psychogeriatrisch ausgebildete Pflegefachkräfte vor. Im Ev. Krankenhaus Bielefeld wird das Programm umgesetzt.*

[www.evkb.de \(http://bit.ly/2n07lgh\)](http://bit.ly/2n07lgh)

□ **Delirprophylaxe:** In vielen Fällen kann ein Delir rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Die Früherkennung wie die Prävention des Delirs sollte vor der Intervention stehen.

Ein sich anbahnender deliranter Zustand muss frühzeitig erkannt und präventive Maßnahmen ergriffen werden. Bei identifizierten Risikopatienten muss auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr geachtet und die medikamentöse Therapie optimiert werden. Das Pflegepersonal hat den engsten Kontakt zu den Patienten. Ihm kommt in dieser Phase eine entscheidende Bedeutung zu. Darüber hinaus haben sich u.a. Mobilisierung, Krankengymnastik, ausreichende Schmerzbehandlung, intensive Begleitung und Betreuung in der perioperativen Phase und Vermeidung von sensorischen Überreizen als präventive Maßnahmen zur Vermeidung des Delirs als wirksam erwiesen. Aufgrund des typischerweise fluktuierenden Verlaufs eines Delirs muss eine kontinuierliche Beobachtung gefährdeter Patienten gewährleistet werden. Sie dient der Beurteilung des Verlaufs und des therapeutischen Effektes. Insbesondere bei Verschlechterung der Symptomatik aber auch bei eigen- und fremdgefährdendem Verhalten sollte rechtzeitig die Möglichkeit bestehen, das therapeutische Vorgehen zu ändern.

Neben dem klinisch-psychiatrischen Monitoring bedarf es auch einer medizinischen Überwachung, wenn Symptome des Delirs auftreten. Denn das Risiko einer erhöhten Morbidität und sogar Mortalität wächst. Die dem Delir zugrundeliegende somatische Ursache muss adäquat behandelt werden. Hierzu zählen beispielsweise das Ausgleichen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts oder eine Antibiotikatherapie, das Absetzen anticholinergischer Medikamente sowie die Behandlung von Entzugssyndromen. Familienangehörige und Ehrenamtliche können in kognitive Reorientierungsmaßnahmen eingebunden werden, indem sie wiederholt den Patienten an die Situation, die Zeit und den Ort erinnern.

□ **Delirmanagement:** Postoperative Verwirrheitszustände können reduziert und erhebliche Ressourceneinsparungen in punkto Verweildauer, kostenintensive Komplikationen und personalaufwendige Intensivbetreuung gehoben werden.

Verwirrheitszustände insbesondere nach Operationen sind ein häufiges Problem in deutschen Allgemeinkrankenhäusern. Im Fachbereich Chirurgie beispielsweise sind bei den über 70-jährigen mehr als 50 Prozent der Patienten postoperativ verwirrt. Daher sind vor dem Hintergrund steigender Kosten im Gesundheitswesen in Deutschland in den letzten Jahren vielversprechende Modellprojekte durchgeführt worden. Die vorliegenden Modelle, etwa im Münsteraner St. Franziskus Hospital oder im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld zeigen, dass die postoperative Delirrate gesenkt werden kann, wenn bei der Aufnahme ein Screening auf kognitive Risiken erfolgt und die so erfasste Patientengruppe während des Krankenhausaufenthaltes entsprechend betreut wird (vgl. HELP). In allen Fachabteilungen bedarf es spezieller Konzepte zu Demenz und Delir. Eine sogenannte Delir-Pocket-Card im Kitteltaschenformat beispielsweise dient als sehr wichtiges Kontrollinstrument und Memo für Pflegepersonal und Ärzte. Darauf wird kurz und prägnant das Delirscreening, Prävention, medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie zusammengefasst. So kann die Aufmerksamkeit zur Früherkennung und Prävention eines postoperativen Delirs erheblich erhöht werden. Die konsequente Einführung eines Delirmanagements, wie beispielsweise im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, zeigt, dass durch die Bündelung einfacher pflegerischer Maßnahmen, die durch eine speziell geschulte Pflegekraft ohne die Notwendigkeit zusätzlicher ärztlicher Intervention erbracht wurden, das kostenintensive postoperative Delir von über 20 auf unter 5 Prozent reduziert werden konnte. In dieser Fachabteilung konnte die Anzahl der Sitzwachen um mehr als 30 Prozent reduziert werden.



## 06

# Qualifikation und Kompetenzentwicklung

---

Personal: Sensibilisieren Sie Ihre Mitarbeitenden für das Krankheitsbild und qualifizieren Sie Ihr Personal, insbesondere Ärzteschaft und Pflegedienst, um die Arbeitsqualität zu verbessern. Zur individuellen Begleitung und Betreuung können Praktikanten, Bufdi-Teilnehmer und ehrenamtliche Helfer geschult und gemäß des HELP-Programms eingesetzt werden.

---

Die Versorgung von Patienten mit kognitivem Risiko erfordert spezielle Umgangsformen und Kommunikationsstrategien. Darüber hinaus muss spezifisches Fachwissen zu Demenz, den Wechselwirkungen von Medikamenten und ethisch-rechtlichen Aspekten erworben werden. Eine wesentliche Voraussetzung für eine demenzsensible Versorgung im Krankenhaus ist daher die Sensibilisierung aller Mitarbeitenden für das Krankheitsbild. Eine von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft entwickelte Basisschulung vermittelt grundlegende Kompetenzen im Umgang und Kontakt mit dementiell eingeschränkten Menschen. Bei der Qualifizierung des Personals, insbesondere der Ärzte und der Pflegefachkräfte hat sich ein abgestuftes, regelmäßiges wie verpflichtendes Schulungsangebot für alle Mitarbeitenden des Hauses von der Pforte, über die Funktionsabteilungen bis zu den pflegerischen und ärztlichen Diensten bewährt. Zudem trägt der Aufbau eines regionalen Netzwerkes dazu bei, Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen zu verbessern und notwendiges Wissen interdisziplinär wie sektorenübergreifend zu vermitteln. Insbesondere eine Zusammenarbeit mit den medizinischen und sozialen Einrichtungen vor Ort – sei es mit niedergelassenen Ärzten, sozialen Diensten, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, Betroffenengruppen, regionalen Alzheimer Gesellschaften oder Patientenberatungsstellen – gewährleistet eine lückenlose Versorgung.

### Expertise der Angehörigen für die Behandlung einbinden

*Bezugspersonen können bei der Betreuung von Patienten mit kognitiven Risiken eine zentrale Rolle einnehmen. Bereits ihre Gegenwart reduziert oder vermeidet Angst- und Verwirrheitszustände. Sie können sich bei der Pflege unterstützend einbringen und gleichzeitig notwendige Kompetenzen in der Fachpflege erwerben. Für eine Vollzeitbegleitung steht das Angebot von Rooming-In. Um eine gewisse Privatsphäre zu ermöglichen, sollten separate Räumlichkeiten vorgehalten werden. Die Beratung und Information für Angehörige gelten als wichtigste psychosoziale Maßnahmen beim Vorliegen demenzieller Erkrankungen. In Sprechstunden für pflegende Angehörige, angeboten u.a. durch regionale Alzheimer Gesellschaften, steht auch die nachstationäre Betreuung und Unterstützung bei der Pflege im Fokus. Das Albertinen-Krankenhaus Hamburg hat das von der Robert Bosch Stiftung geförderte Projekt „Starke Angehörige – starke Patienten“ mit dem Ziel aufgelegt, demenzsensible Strukturen und Kompetenzen auf allen somatischen Stationen zu etablieren.*

[www.demenssensibles-krankenhaus.de](http://www.demenssensibles-krankenhaus.de)

**□ Schulungsprogramm: Fortbildung und Schulung der relevanten Berufsgruppen im Krankenhaus schaffen ein Grundverständnis für Patienten mit kognitiven Risiken und bewirken ein strukturiertes Vorgehen.**

Die Wissensbasis zum Demenzsyndrom ist bei vielen Mitarbeitern im pflegerischen und im ärztlichen Bereich nicht ausreichend, um eine adäquate Versorgung der Patienten mit kognitivem Risiko sicher zu stellen. Darauf deuten unter anderem Ergebnisse aus dem Projekt „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ der Bayerischen Alzheimergesellschaft hin.

In diesem Projekt wurde eine Basisschulung für Pflegekräfte entwickelt, die auf zwei große Themenblöcke setzt: In der zweitägigen Schulung wurden am ersten Tag – Wissen und Verstehen – die Grundlagen zum Demenzsyndrom gelegt. Inhalte sind u.a. Epidemiologie, Ursachen von Demenz, neurobiologische Veränderungen, Diagnose und Testverfahren, medikamentöse Behandlung und der spezifische Blick auf die Welt in der ein Mensch mit Demenz lebt. Am zweiten Tag – Handlungskompetenzen – werden auf diesem Wissen aufbauend die nicht-medikamentösen pflegerischen Handlungsoptionen vorgestellt: Kommunikationsstrategien, Umgangsformen, Umfeld und Milieugestaltung, validierende Verfahren, biographische Ansätze, personenzentrierte Pflege und Beschäftigungsmöglichkeiten. Vertiefend werden zwei weitere Workshop-Tage zum herausfordernden Verhalten angeboten.

Für Ärzte werden vier Schulungsthemen (ca. 2-3 FE) angeboten: Grundlagen der Demenz, Schmerz und Demenz, Demenz und Delir sowie freiheitsreduzierende Maßnahmen.

Neben der Basisschulung ist eine 160-stündige zertifizierte Fortbildung zum Demenzbeauftragten konzipiert worden. Sie befähigt die Mitarbeitenden im allgemeinen Krankenhaus, Konzepte zur Verbesserung der Versorgungssituation zu entwickeln und in dem

jeweiligen Krankenhaus umzusetzen sowie qualitätssichernde Maßnahmen zu ergreifen. Zertifizierte Kollegen können auch für andere Mitarbeitende eine Basisfortbildung anbieten und dienen somit als Multiplikatoren.

**□ Expertise: Pflegeexperten für Demenz und Delir sowie gerontologische Konsiliar- und / oder Liaisondienste können fachbereichsübergreifend eingesetzt werden.**

Auf Stationen mit einem hohen Anteil an Patienten mit kognitivem Risiko können gerontopsychiatrische Fachkräfte oder Altenpflegekräfte die Versorgung dieser Patienten verbessern. Sie können wie Demenzbeauftragte auch als Mentoren eingesetzt werden. Als Ergänzung des theoretischen Fortbildungsangebotes geben Mentoren dem Pflegepersonal bei praktisch auftretenden Problemen Hilfestellung. Gerontopsychiatrische oder gerontologische Konsiliar- oder Liaisondienste können zu multiprofessionellen Teams ausgebaut und fachbereichsübergreifend eingesetzt werden. Dadurch verbessert sich nachweislich die Behandlung und Diagnostik der Patientengruppe.

**□ Ehrenamt: Ein koordinierter Besuchsdienst durch ehrenamtliche Helfer hilft Patienten mit kognitiven Risiken in ihrer Desorientiertheit und entlastet deren Angehörige.**

In vielen Krankenhäusern sind bereits Ehrenamtliche wie die „Grünen Damen“ oder Hospizhelfer tätig. Qualifizierte Ehrenamtliche können auch für die Betreuung von Patienten mit kognitiven Risiken eingesetzt werden, sie in ihrer Desorientiertheit begleiten und deren Angehörige entlasten. Der Einsatz von Ehrenamtlichen soll von einer entsprechend geschulten Fachkraft koordiniert werden.



# Literaturquelle und weiterführende Informationen

- Bayrisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit: „Betreuung von demenzkranken Menschen im Allgemeinkrankenhaus“, 20 Empfehlungen für Krankenhausträger zur verbesserten Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen, Mai 2011.
- DEKVthema „Nicht vergessen! Demenzsensible Versorgung“, Deutscher Evangelischer Krankenhausverband, Dezember 2015.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.: „Patienten mit Demenz im Krankenhaus“, Begleitheft zum Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus, 4. Auflage 2015.
- Diakonie Texte 01.2017: „Sektorenübergreifende Versorgung für multimorbide alte Menschen“, Arbeitsbereich Gesundheit und Pflege, Januar 2017.
- Die Schwester-Der Pfleger: „Was hilft bei Demenz?“, Bibliomedverlag, Juni 2016.
- f&w: „Demenz: Wir Krankenhäuser das große vergessen bewältigen können“, Bibliomedverlag, Oktober 2016.
- Dr. med Michael Groening, Prof. Dr. Tobias Schwarz, Prof. Dr. Guntram Lock: „Hightouch statt Hightech – Versorgung älterer Notfallpatienten“, Deutsches Ärzteblatt 2013; 110(7):A 262-5.
- Hessler, J. B., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Junge, M. N., Leonhardt, S., Weber, J., & Bickel, H.: „Behavioural and psychological symptoms in general hospital patients with dementia, distress for nursing staff and complications in care: results of the General Hospital Study.“ Epidemiology and Psychiatric Sciences, 1-10, 2017.
- Kratz T., Heinrich M Schlaub E, Diefenbacher A: „The prevention of postoperative confusion – a prospective intervention with psychogeriatric liaison on surgical wards in a general hospital.“ Deutsches Ärzteblatt Int 2015; 112: 289-96. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0289.
- Sabine Kirchen-Peters u.a.: „Analyse von hemmenden und fördernden Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäuser.“ Im Auftrag der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, August 2012.
- Dr. Mathias Meinck, Dr. Ralph Möhler: „Cochrane Review: Intervention für preventing delirium in hospitalised non-ICU patient.“ Zusammenfassung und Übersetzung in Die Schwester-Der Pfleger, 55. Jahrgang 7/2016, Seite 92.
- Magdalena Roth-Brons, Dr. Christoph Roth: „Demenz und Schmerz: Ein Ratgeber“, Deutscher Palliativ Verlag, Dezember 2015.
- Transfer plus „Menschen mit Demenz im Krankenhaus: Perspektiven der Pflegenden“, Herausgeber g-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen, Juli 2013.
- Dr. Michael Wunder: „Menschen mit Demenz im Krankenhaus – Wahrung der Patientenautonomie in Diagnostik und Therapie.“ Herausgeber des Handlungsleitfadens Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gem. GmbH, März 2016.

Ist die nebenstehende Checkliste für eine qualitative Versorgung von Patienten mit kognitivem Risiko schon im Umlauf? Kein Problem, sie kann auf der Internetseite <http://www.dekv.de/oeffentlicher-dialog/downloads/> heruntergeladen werden!





## Nichts vergessen? Checkliste für eine qualitative Versorgung von Patienten mit kognitivem Risiko

- Etablieren Sie nach bestimmten Kriterien ein Erst-Screening für kognitive Risiken und greifen Sie auf vorhandene Assessment-Tools zurück.

.....  
Ihre Notiz

- Beziehen Sie die vor- und nachbetreuenden Ärzte und Pflegenden systematisch mit ein, holen Sie Informationen ein und geben diese weiter, sorgen Sie für größtmögliche Versorgungskontinuität.

.....  
Ihre Notiz

- Prüfen Sie im multiprofessionellen Team die Notwendigkeit der Aufnahme bei Nebendiagnose Demenz, bzw. legen Sie die tatsächlich erforderlichen diagnostisch invasiven Maßnahmen fest.

.....  
Ihre Notiz

- Sorgen Sie für eine ruhige und unbürokratische Atmosphäre im Kontakt mit diesen Patienten und Angehörigen. Informieren Sie sich detailliert, eventuell über einen speziellen Patientenbogen.

.....  
Ihre Notiz

- Lassen Sie Menschen mit kognitivem Risiko bei Untersuchungen nicht allein und begleiten Sie sie zu diagnostischen Maßnahmen. Vermeiden Sie lange Wartezeiten oder führen Sie Untersuchungen – wenn möglich – am Bett durch.

.....  
Ihre Notiz

- Achten Sie besonders auf eindeutige Zuwendung und auf eine ruhige Kommunikation. Halten Sie Blickkontakt und auf Wunsch auch Körperkontakt.

.....  
Ihre Notiz

- Sorgen Sie für eine 1:1 Betreuung durch eine Fachkraft während der Aufwachphase nach Operationen und binden Sie nach Möglichkeit Angehörige mit ein.

.....  
Ihre Notiz

- Wenden Sie ein spezifisches Schmerzassessment für Menschen mit Demenz an. Achten Sie darauf, ob sich aus dem Verhalten und den Äußerungen der Betroffenen Hinweise auf mögliche Schmerzen ableiten lassen.

.....  
Ihre Notiz





Achten Sie auf die besondere Problematik in Bezug auf Essen und Trinken bei Menschen mit kognitivem Risiko. Unterstützen Sie diese Patienten bei den Mahlzeiten ohne dass sie ihre Selbstständigkeit verlieren.

.....  
Ihre Notiz



Anpassung der Strukturen und Abläufe auf die Bedürfnisse von Menschen mit kognitivem Risiko, wie die Direktaufnahme auf der behandelnden Station, vermeidet lange Wartezeiten und wirkt einem Delir entgegen.

.....  
Ihre Notiz



Beziehen Sie die Angehörigen in den Aufenthalt mit ein. Angehörige sind wichtige Partner im Assessment- und Pflegeprozess. Sie können als „Dolmetscher“ und Begleiter helfen sowie für ein Sicherheitsgefühl sorgen.

.....  
Ihre Notiz



Ermöglichen Sie den Angehörigen Rooming-in, wenn diese sich dazu in der Lage fühlen.

.....  
Ihre Notiz



Führen Sie Visiten mit Angehörigen durch und bereiten Sie die Entlassung gemeinsam vor.

.....  
Ihre Notiz



Ziehen Sie bei Patienten mit kognitivem Risiko immer auch die Möglichkeit in Erwägung, dass Verwirrtheit, psychologische und psychiatrische Symptome auf ein Delir zurückzuführen sein könne, v.a. wenn die Symptome im Tagesverlauf fluktuieren.

.....  
Ihre Notiz



Herausforderndes Verhalten ist häufig eine Reaktion auf die personale und materielle Umgebung: Geeignete Maßnahmen, wie gemeinsame Einnahme von Mahlzeiten, Alltagsaktivitäten und die Einbindung ehrenamtlicher Helfer, führen oft zur Reduzierung krankheitsbedingter Verhaltensauffälligkeiten.

.....  
Ihre Notiz



Haben Sie auch ein wachsames Augenmerk auf die „stillen“ Patienten, weil diese besonders gefährdet sind.

.....  
Ihre Notiz

# Themenverzeichnis und weiterführende Links

## **01: Komplexe Versorgung und hoher Betreuungsaufwand**

*Die Versorgung von Patienten mit kognitiven Risiken und die Arbeitssituation im Krankenhaus stellen die Krankenhäuser vor große Herausforderungen.*

📄 General Hospital Studie (GhoSt); eine Querschnittstudie „Demenz im Allgemeinkrankenhaus. Prävalenz und Versorgungssituation“ in Baden-Württemberg und Bayern, 2016, gefördert durch die Robert Bosch Stiftung: [www.bosch-stiftung.de](http://www.bosch-stiftung.de) (<http://bit.ly/2nCcQD>)

📄 DEMENZ: DAS WICHTIGSTE; ein kompakter Ratgeber der Deutschen Alzheimer Gesellschaft: [www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de) (<http://bit.ly/2ny4Dp8>)

## **02: Demenz und Selbstbestimmung**

*Bedeutung und Konsequenzen für die Arbeit mit dementiell erkrankten Patienten, umfasst auch rechtliche Fragen zu freiheitentziehenden Maßnahmen (FEM).*

📄 Projekt „Redufix“ mit übertragbaren Ergebnissen aus der stationären Altenpflege: [www.redufix.de](http://www.redufix.de)

📄 Programm „Werdenfeller Weg“, setzt sich neben forensischen Themen v.a. mit der Rechtslage der FEM auch im KH auseinander: [www.werdenfeller-weg-original.de](http://www.werdenfeller-weg-original.de)

## **03: Qualitätsstandards und messbare Indikatoren einführen**

*Kommunikation ist für das Versorgungsmanagement betreffend Pflege/ Schmerz/ Ernährung ein essentieller Faktor.*

📄 Tipps für Kontakte zu Menschen mit Demenz; Broschüre des Verbandes Evang. Krankenhäuser Rheinland/Westfalen/Lippe e.V. (erstellt vom Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.): [www.diakonie-rwl.de](http://www.diakonie-rwl.de) (<http://bit.ly/2nxVOeY>)

## **04: Strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung vulnerabler Patienten**

*Die räumliche wie personelle Umgebung muss die Funktionen übernehmen, die durch die Demenz verloren gegangen sind.*

📄 Mit Demenz im Krankenhaus – Informationen für Angehörige von Menschen mit Demenz sowie spezielle Aufnahmebogen; Hrsg. Deutsche Krankenhausgesellschaft und Deutsche Alzheimer Gesellschaft im Rahmen der Allianz für Demenz: [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de) (<http://bit.ly/2mdMhth>)

## **05: Postoperativem Delir bei Demenzpatienten vorbeugen**

*In vielen Fällen können Komplikationen wie ein Delir vermieden werden, wenn kognitive Risiken mit entsprechenden Screening Assessments rechtzeitig erfasst werden.*

📄 Das Portal „Bewusst aufmerksam“ ist eine Initiative von Bethel und dem Evangelischen Klinikum Bethel, gefördert durch die Robert Bosch Stiftung, für eine bedürfnisorientierte Versorgung im Krankenhaus (u.a. Download von Assessment Tools): [www.bewusstaufmerksam.info](http://www.bewusstaufmerksam.info)

## **06: Qualifizierung und Kompetenzentwicklung**

*Expertenwissen umfasst spezielle Umgangsformen und Kommunikationsstrategien wie Fachwissen in Medizin und Pflege zu Demenz*

📄 Fortbildung (160 Std.) zur/zum Demenzbeauftragten, Niedersächs.Arbeitsgem. »Menschen mit demenziellen Einschränkungen im Krankenhaus«: [www.alzheimer-niedersachsen.de](http://www.alzheimer-niedersachsen.de) (<http://bit.ly/2n8mulP>)

📄 Fortbildungsprogramm der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Bayern e.V. für die Jahre 2017 /2018: [www.alzheimer-bayern.de](http://www.alzheimer-bayern.de) (<http://bit.ly/2mG9v7B>)

## Impressum

### Herausgeber

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.  
v.i.S.d.P.: Christoph Radbruch, Vorsitzender  
Invalidenstraße 29, 10115 Berlin  
www.dekv.de, Telefon: 030 / 80 19 86 0

### Projekt

DEKV-Vorstandsreferat Medizin und Pflege  
unter Vorsitz Johannes Koschig, Pflegedirektor  
Diakonissenkrankenhaus Dessau gGmbH

### Projektleitung und Redaktion

Stefanie Stamelos, Referentin DEKV  
stamelos@dekv.de

### Gestaltung

xkontor communications, Hamburg

### © 2017

Alle Patienten und Patientinnen mit kognitivem Risiko sowie alle Mitarbeitenden in Medizin und Pflege in Krankenhäusern.

### Expertengruppe:

Dr. med. Anja Dieterich, MPH  
Referentin für Grundsatzfragen der gesundheitlichen Versorgung; Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband

Eckehard Schluß, Dipl.-Gerontologe  
Stabsstelle der Pflegedirektion im Evang. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH, Berlin

Dr. rer. nat. Winfried Teschauer  
Mitglied des Vorstandes  
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Wir danken der Robert Bosch Stiftung GmbH, die das DEKV-Projekt „Wissenstransfer: Demenzsensibles Krankenhaus“ fördert, und der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. als Kooperationspartner.

Robert Bosch Stiftung

 Deutsche Alzheimer  
Gesellschaft e.V.  
Selbsthilfe Demenz