



Umsetzungsstand der Nationalen Demenzstrategie in deutschen Krankenhäusern

*Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft*

Ansprechpartnerin:

Melanie Filser



Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Hansaallee 201

40549 Düsseldorf

Telefon: 0211 / 47 051– 20

E-Mail: melanie.filser@dki.de

Datum: 16.09.2022

Inhaltsverzeichnis

KEY MESSAGE	8
MANAGEMENT SUMMARY	8
1 HINTERGRUND UND MOTIVATION DER STUDIE	11
2 DEMENZSENSIBLE VERSORGUNG IM KRANKENHAUS	14
2.1 NATIONALE DEMENZSTRATEGIE	14
2.1.1 Demenzsensible Versorgung im Krankenhaus.....	16
2.1.1.1 Demenzsensible Arbeitsprozesse und Behandlungsorganisation.....	17
2.1.1.2 Qualifizierungsmaßnahmen für das beteiligte Personal.....	18
2.1.1.3 Demenzsensible räumliche Gestaltung.....	20
2.1.1.4 Zusammenarbeit, Vernetzung und Koordination von Akteuren im Versorgungssystem.....	20
2.1.2 Umsetzungsplanung	21
2.2 PRAXISLEITFADEN ZUM AUFBAU DEMENZSENSIBLER KRANKENHÄUSER.....	22
3 METHODE, GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE	26
4 ERGEBNISSE DER KRANKENHAUSBEFragung	29
4.1 PATIENTENAUFKOMMEN	29
4.2 ABTEILUNGSSTRUKTUR	30
4.3 SENSIBILISIERUNG, WISSENSAUFBAU UND VERNETZUNG	31
4.3.1 Demenzspezifische Fortbildungen und Qualifikationsmaßnahmen	32
4.3.2 Möglichkeiten zur Vernetzung.....	34
4.4 ERKENNEN UND BEHANDELN VON DEMENZEN UND DELIRIEN.....	37
4.4.1 Erkennen von kognitiven Störungen und Delirien.....	37
4.4.2 Einsatz von Konsiliar- und/oder Liaisondienst	40
4.4.3 Delir-Management	42
4.4.4 Demenzsensibles Behandlungsmanagement.....	44
4.4.5 Demenzsensibles Medikamenten-Management.....	46
4.5 BEGLEITUNG UND ANGEHÖRIGEN-/BEZUGSPERSONENARBEIT	50
4.5.1 Begleitung von Patient:innen und die Einbindung von Bezugspersonen.....	50
4.5.2 Rehabilitationsmöglichkeiten für pflegende Angehörige	54
4.6 DEMENZSENSIBLE UMGEBUNGSGESTALTUNG	55
4.6.1 Grundlegende Aspekte zur Umgebungsgestaltung	56
4.6.2 Räumliche und technische Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung.....	57
4.6.3 Spezialisierte Maßnahmen	58
4.7 MENSCHEN MIT DEMENZEN IN DER NOTAUFNAHME	60
4.8 INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT UND KOOPERATION	62
4.8.1 Maßnahmen zur sektorenübergreifenden Versorgung	62
4.8.2 Verfügbare Versorgungskapazitäten zur Anschlussversorgung	64
4.8.3 Angebot von Hospiz- und Palliativversorgung	66
4.9 GOOD-PRACTICE-BEISPIELE.....	67



5	FAZIT UND AUSBLICK	69
6	LITERATURVERZEICHNIS	71

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Handlungsfelder der Nationalen Demenzstrategie	14
Abb. 2:	Eigene Darstellung und Identifikation von Kernbereichen zur demenzsensiblen Versorgung im Krankenhaus	16
Abb. 3:	Bausteine Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser	23
Abb. 4:	Ausgewählte Tätigkeitsbereiche zum Umsetzungsstand der Nationalen Demenzstrategie im Krankenhaus	27
Abb. 5:	Anteil der stationär behandelten Patient:innen ab dem 80. Lebensjahr und der Patient:innen mit kognitiven Störungen oder einer dementiellen (Neben-)Diagnose im Jahr 2020	30
Abb. 6:	Verfügbarkeit eines/r spezialisierten Bereichs/Station und die Möglichkeit zur Aufnahme der Patient:innen ohne Umweg über die Notaufnahme	31
Abb. 7:	Konzeptionelle Maßnahmen zur Sensibilisierung für die Demenzerkrankung	32
Abb. 8:	Fortbildungsangebot und Berufsgruppen im Versorgungsprozess von Patient:innen mit kognitiven Störungen und/oder einer Demenz	33
Abb. 9:	Angebot demenzspezifischer Qualifikationsmaßnahmen	34
Abb. 10:	Projekte/Partner in einer Lokalen Allianz für Menschen mit Demenz	35
Abb. 11:	Beteiligung an der Initiative „Wegweiser Demenz“ – ein Internetportal zur Information- und Unterstützungsplattform	36
Abb. 12:	Nutzung der zentralen Internetplattform „Wegweiser Demenz“ zur Aufklärung von Patient:innen und Angehörigen/Bezugspersonen	36
Abb. 13:	Anwendung von Initialen Assessments zur zeitnahen Erkennung von kognitiven Störungen oder Delirien im Rahmen einer Demenz	39
Abb. 14:	Einsatz von (gerontopsychiatrischem) Konsiliar- und/oder Liaisondienst	40
Abb. 15:	Aufgaben des (gerontopsychiatrischen) Konsiliar- und/oder Liaisondienstes in Diagnostik und Behandlung	41
Abb. 16:	Standardmäßig durchgeführte Delir-Management-Maßnahmen	42
Abb. 17:	Maßnahmen zum Delir- und Behandlungsmanagement im Kontext von Operationen in Allgemeinkrankenhäusern	43
Abb. 18:	Strukturen im Behandlungsmanagement von Patient:innen mit einer Demenz – Teil I	44
Abb. 19:	Strukturen im Behandlungsmanagement von Patient:innen mit einer Demenz – Teil II	45
Abb. 20:	Strukturen im Behandlungsmanagement von Patient:innen mit einer Demenz separat nach Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien	46
Abb. 21:	Maßnahmen zur Erfassung der Arzneimittelhistorie	47
Abb. 22:	Strukturen zum Medikamenten-Management von Patient:innen mit einer Demenz separat nach Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien	48
Abb. 23:	Maßnahmen zur Sicherstellung der Medikamenteneinnahme bei Patient:innen mit einer Demenz	49
Abb. 24:	Personen, die bei Überleitung der Patient:innen mit Demenz standardmäßig zu Arzneimittelumstellungen informiert werden	49

Abb. 25: Maßnahmen zur Begleitung von Patient:innen und Einbindung von Bezugspersonen - Teil I	51
Abb. 26: Maßnahmen zur Begleitung von Patient:innen und Einbindung von Bezugspersonen - Teil II	51
Abb. 27: Maßnahmen des Sozialdienstes zur Begleitung von Patient:innen und Einbindung von Bezugspersonen	52
Abb. 28: Maßnahmen zur Begleitung von Patient:innen und Einbindung von Bezugspersonen im Vergleich Allgemeinkrankhäuser und Psychiatrien	53
Abb. 29: Sonstige Maßnahmen zur Begleitung von Patient:innen und Einbindung von Bezugspersonen	54
Abb. 30: Information der pflegenden Angehörigen/Bezugspersonen zum Anspruch auf Rehabilitation und Unterstützung bei der Beantragung eines Rehabilitationsplatzes	55
Abb. 31: Berücksichtigte Aspekte bei der demenzsensiblen Umgebungsgestaltung	56
Abb. 32: Räumliche Maßnahmen zur demenzsensiblen Umgebungsgestaltung	57
Abb. 33: Technische Unterstützung zur demenzsensiblen Umgebungsgestaltung	58
Abb. 34: Spezialisierte Maßnahmen zur demenzsensiblen Umgebungsgestaltung	60
Abb. 35: Maßnahmen zur Versorgung von Patient:innen mit kognitiven Störungen oder einer Demenzerkrankung in der Notaufnahme	62
Abb. 36: Maßnahmen zur sektorenübergreifenden Versorgung	63
Abb. 37: Verfügbare Versorgungskapazitäten zur Anschlussversorgung	65
Abb. 38: Angebot von Hospiz- und Palliativversorgung	67
Abb. 39: Verteilung und Themenbereiche der angegebenen Good-Practice-Projekte	68

Abkürzungsverzeichnis

6-CIT	Six Item Cognitive Impairment Test
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit
BÄK	Bundesärztekammer
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CAM	Confusion Assessment Method
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
FORTA	Fit for the aged
ICDSC	Intensive Care Delirium Screening Checklist
NU-DESC	Nursing Delirium Screening Scale
OP	Operation
PIM	Potenziell inadäquate Medikation
SGB	Sozialgesetzbuch
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TDM	Arzneimittelmonitoring

Key Message

Grundlegende Anforderungen der Bundesregierung aus der Nationalen Demenzstrategie sind in den deutschen Krankenhäusern umgesetzt. In der Verbreitung und Durchdringung demenzsensibler Maßnahmen bestehen vielerorts aber noch Verbesserungspotenziale. Das ist das Ergebnis einer Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser zum Umsetzungsstand der Nationalen Demenzstrategie.

Positiv hervorzuheben sind unter anderem die Angebote zur Fortbildung des Personals, der standardmäßige Einsatz von Kurzscreenings und die Einbindung von Bezugspersonen in den Behandlungsprozess. Darüber hinaus legen viele Krankenhäuser Wert auf eine demenzsensible Umgebungsgestaltung, so werden kognitive Einschränkungen bei der Planung der Zimmerbelegung berücksichtigt und Orientierungshilfen angebracht. Im Entlassmanagement werden Rehabilitationsindikatoren auch für Menschen mit der Nebendiagnose Demenz standardmäßig überprüft und die Weiterversorgung der Patient:innen mit dem Sozialdienst geplant.

Verbesserungspotenziale zur Anpassung der Behandlungspfade an die besonderen Bedürfnisse der eingeschränkten Patient:innen bestehen vor allen noch bei einer geringeren Taktung von Untersuchungen, besonderen Aktivierungs- und Beschäftigungsangeboten, bei Prozessen im Delirmanagement und im Fortbildungsangebot für ehrenamtliche Helfer:innen.

Management Summary

Nach aktuellen Bevölkerungsprognosen steigt die Anzahl von demenzerkrankten Personen bis zum Jahr 2050 schätzungsweise auf 2,7 Millionen an. Bereits heute leiden rund **1,6 Millionen** Menschen in Deutschland an einer Demenz (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, 2020; Deutsches Ärzteblatt, 2020).

Die **Nationale Demenzstrategie** der Bundesregierung soll die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren Bezugspersonen nachhaltig verbessern. Dabei stellt die Versorgung von betroffenen Patient:innen im Krankenhaus einen zentralen Baustein zum Auf- und Ausbau demenzsensibler Strukturen dar.

Mit der **repräsentativen Krankenhausbefragung** des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), gefördert von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), sollten der aktuelle Umsetzungsstand von demenzsensiblen Krankenhausstrukturen erfasst und **Good-Practice-Beispiele im Krankenhaus** identifiziert werden. An der Befragung beteiligten sich im Befragungszeitraum von November 2021 bis Februar 2022 bundesweit 439 Krankenhäuser.

Im Jahr 2020 lag der Anteil von **Krankenhauspatient:innen**, die unter **kognitiven Einschränkungen und/oder einer dementiellen (Neben-)Hauptdiagnose** leiden, bei durchschnittlich 16 %.

Der **Wissensaufbau** über **demenzspezifische Fortbildung und Qualifikationsmaßnahmen** des Personals und die **Sensibilisierung zum Umgang mit Menschen mit Demenz** über Kampagnen und Vernetzungsmaßnahmen sind wichtige Eckpfeiler zur Entwicklung demenzsensibler Versorgungsstrukturen im Krankenhaus. Insgesamt bieten die beteiligten Krankenhäuser Fortbildungen für Mitarbeiter:innen aus unterschiedlichen Bereichen standardmäßig (57 %) oder nach Bedarf (37 %) an. Ausbaupotenzial zeigte sich im Fortbildungsangebot für ehrenamtliche Helfer:innen. Darüber hinaus könnte dem örtlichen Rettungsdienstpersonal optional als zusätzliche Maßnahme eine Teilnahme an den hauseigenen Fortbildungen angeboten werden.

Screening-Instrumente zum zeitnahen **Erkennen von Demenzen und Delirien** kommen bundesweit in fast allen Krankenhäusern zum Einsatz. In 56 % der Häuser unterstützen Konsiliar- und/oder Liaisondienste die Diagnostik und Behandlung der betroffenen Patient:innen. Im **Delir-Management** werden in den befragten Krankenhäusern die Aufklärung von Bezugspersonen, eine festgelegte Prozesskette zur Reorganisation und der Einsatz von finanziellen Ressourcen zur Delir-Prävention sowie eine Delir-Sprechstunde weniger häufig umgesetzt.

Der Einsatz sozialpflegerischer Ansätze, wie die **Begleitung von Patient:innen und Angehörigen-/Bezugspersonenarbeit**, bildet einen zentralen Bestandteil der Versorgungsqualität. Bei nahezu allen Häusern (95 %) wird die Bezugsperson bei der Betreuung der Patient:innen einbezogen. Weniger verbreitet sind spezifische Maßnahmen, wie die Schulung der Bezugspersonen, die Betreuung der Patient:innen durch ehrenamtliche Helfer:innen oder die gemeinsame Durchführung von Visiten mit der Bezugsperson.

Grundlegende Maßnahmen zur **demenzsensiblen Umgebungsgestaltung**, wie die Berücksichtigung der Demenz bei der Zimmerbelegung oder das Anbringen von Orientierungshilfen, finden sich bei der Mehrheit der Krankenhäuser (79 – 90 %). Räumliche Maßnahmen zur Stressreduktion (wie z. B. Sitzecken für niederschwellige Kontaktmöglichkeiten oder der sensible Umgang mit Lärmquellen) als auch technische Unterstützungsmöglichkeiten (wie z. B. kipp sichere Tische und Stühle) stehen in den Krankenhäusern zur Verfügung. Spezialisierte Maßnahmen zur Anpassung des Behandlungspfades, wie eine geringere Taktung von Untersuchungen oder besondere Aktivierungs- und Beschäftigungsangebote, sind weniger verbreitet und eher auf einzelnen Stationen umgesetzt.

Aufgrund des Versorgungsauftrags werden Menschen mit Demenz meistens anlässlich somatischer Symptome in der **Notaufnahme** der Allgemeinkrankenhäuser vorstellig. In 90 % der Allgemeinkrankenhäuser können die Bezugspersonen bzw. Angehörigen der Patient:innen zur emotionalen Stabilisierung während der Behandlung anwesend sein. Bei älteren Menschen wird bei über der Hälfte der Häuser regelhaft ein Kurzscreening zur Erfassung des kognitiven Status durchgeführt, bei knapp weiteren 20 % ist dies in Planung. Zur Stressvermeidung wird der Aufenthalt in der Notaufnahme in 22 % der Allgemeinkrankenhäuser durch einen angepassten Versorgungspfad (sogenannten Fast Track) verkürzt. Notaufnahmelotsen, die Patient:innen ohne Begleitung zur Seite gestellt werden, und ein akustisch und visuell abgeschirmter Wartebereich, wurden zum Befragungszeitpunkt nur in wenigen Krankenhäusern angeboten.

Zur Weiterversorgung der Betroffenen sind sektorenübergreifende Angebote in der **interdisziplinären Zusammenarbeit und Kooperation** mit externen Versorgern – insbesondere im Entlassmanagement der Krankenhäuser – von zentraler Wichtigkeit. Die Prüfung der Rehabilitationsindikatoren findet bei nahezu allen Häusern standardmäßig (94 %) statt. In der Entlassplanung waren Angebote zur Weiterversorgung durch (voll-)stationäre Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen, Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen sowie ambulante Pflegedienste meistens rechtzeitig verfügbar. Hingegen standen psychologische Psychotherapeut:innen und Neuropsycholog:innen nach Entlassung seltener zeitnah zur Verfügung. Eine Anschlussversorgung durch niedergelassene Ärzt:innen konnte bei der Hälfte der Krankenhäuser häufig rechtzeitig gewährleistet werden.

Die teilnehmenden Krankenhäuser berichteten **106 Good-Practice-Beispiele zur Versorgung von Patient:innen mit Demenz und deren Bezugspersonen**. Am häufigsten wurden Projekte zum Wissensaufbau bzw. der Sensibilisierung für das Thema Demenz und/oder Delirien, zum Delir-Management und der Angehörigenarbeit bzw. der Einbindung von Bezugspersonen im Krankenhaus angegeben.

Durch den demografischen Wandel steigt nicht nur die Prävalenz von Demenzerkrankungen in der Bevölkerung, sondern verschärft auch die Personalsituation im Versorgungsprozess (Robert Koch-Institut, 2015). Deshalb darf in der Gesamtdiskussion von **Handlungsempfehlungen zur Anpassung der Behandlungspfade** im Krankenhaus der vorherrschende Fachkräftemangel nicht außer Acht gelassen werden. Pflegefachpersonen, therapeutisches und ärztliches Personal gaben bereits in vorangegangenen Studien an, dass in der Versorgung der Patient:innen ein hoher Zeitdruck besteht und es kaum möglich sei, das Tempo an die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz anzupassen (Burgstaller et al., 2020). Dies verdeutlicht, dass die erfolgreiche Umsetzung von Anpassungsmaßnahmen im stationären Bereich maßgeblich von den verfügbaren personellen Ressourcen abhängig ist.

1 Hintergrund und Motivation der Studie

Eine Demenz ist der Oberbegriff für Symptome, die aufgrund von hirnrorganischen Veränderungen entstehen und die Leistungsfähigkeit des Gehirns und somit geistige, emotionale und soziale Fähigkeiten beeinträchtigen. Häufig betroffene Funktionen sind das Gedächtnis, die Aufmerksamkeit, die zeitliche und räumliche Orientierung, die Wahrnehmung und die exekutiven Funktionen, wie das Problemlösen. Somit wirken sich die Symptome auf verschiedene Lebensbereiche aus, zum Beispiel auf die Bewältigung von alltäglichen Aufgaben, die Kommunikation, das Familienleben und die Partnerschaft sowie auf die soziale Teilhabe.

Die Begriffe „Demenz“ und „Alzheimer“ werden im alltäglichen Sprachgebrauch oft gleichbedeutend verwandt. Dabei ist die Alzheimer-Krankheit mit rund zwei Drittel aller Fälle die häufigste Demenzform. Unter dem Begriff „Demenz“ werden über 50 Krankheiten zusammengefasst, bei denen die Gehirnleistung abbaut. Neben Alzheimer kommen die vaskuläre Demenz, die Lewy-Körperchen-Demenz und die frontotemporale Demenz am häufigsten vor. Sie unterscheiden sich in Ursache, Symptomen und Verlauf von der Alzheimer-Krankheit (Alzheimer Forschung Initiative e.V. [AFI], 2019). Die Alzheimer Demenz (etwa 70%) und die vaskuläre Demenz (etwa 20%) sind die häufigsten Formen (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland [Zi], 2015).

„In Deutschland leben nach aktuellen epidemiologischen Schätzungen rund 1,6 Millionen Menschen mit Demenz. Die meisten von ihnen sind von der Alzheimer-Krankheit betroffen. Durchschnittlich treten täglich etwa 900 Neuerkrankungen auf. Dies ergibt im Lauf eines Jahres mehr als 300.000“ (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, 2020; Deutsches Ärzteblatt, 2020).

Infolge der demografischen Veränderungen nimmt die Zahl der Betroffenen kontinuierlich zu. Das Risiko, an Demenz zu erkranken, steigt mit dem Alter und genetischer Vorbelastung an und ist für Frauen höher als für Männer. Speziell für Deutschland ist der steigende Anteil von Menschen über 65 Jahren an der Bevölkerung ein Schlüsselfaktor, dabei insbesondere der Anteil von Menschen, die über 85 Jahre alt sind. Nach unterschiedlichen Prognosen der Bevölkerungsentwicklung steigt die Anzahl an demenzerkrankten Personen bis zum Jahr 2050 auf 2,7 Millionen (Deutsches Ärzteblatt, 2020).

Studien belegen, dass sich das Risiko, an Demenz zu erkranken, durch einen gesunden Lebensstil, regelmäßige Bewegung und ein aktives soziales Leben teilweise senken lässt. Auch die Prävention oder Behandlung von Erkrankungen, die das Risiko für Demenz erhöhen, wie Diabetes mellitus und Bluthochdruck, können unterstützend wirken (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, 2020).

Mit einer medikamentösen Behandlung können zum Teil geistige Beeinträchtigungen hinausgezögert werden. Allerdings müssen mögliche unerwünschte Wirkungen und Unverträglichkeiten mit dem Nutzen in einer fachärztlichen Beratung sehr genau abgewogen werden. Symptomatische Behandlungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel gezielte geistige und körperliche Aktivität sowie Ergotherapie, können Symptome lindern und das Leben mit Demenz für die Patient:innen verbessern (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, 2020). Dennoch ist eine Demenz zum aktuellen Zeitpunkt nicht heilbar und die Anzahl der Betroffenen wird - ohne bedeutsamen Durchbruch in Therapie und Prävention - massiv ansteigen.

Laut einer Prävalenzstudie (General Hospital Study 2016) weisen insgesamt 40 Prozent aller über 65-jährigen Patient:innen in Allgemeinkrankenhäusern kognitive Störungen auf. Fast jeder Fünfte leidet an Demenz (Horst Bickel et al., 2019). Dabei ist die Demenzerkrankung oftmals nicht der primäre Einweisungsgrund (Stiefler et al., 2022).

„In einer Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung gaben 82 % der Pflegekräfte in Akutkrankenhäusern an, immer häufiger mit demenzkranken Patienten zu tun zu haben. In den Akutkrankenhäusern gehören demnach Menschen mit kognitiven Einschränkungen mittlerweile zum klinischen Alltag und werden dort zu einer besonderen Herausforderung“ (Kirchen-Peters 2017).

Hinzu kommt, dass das Krankenhaussetting nach gegenwärtigem Forschungsstand auf Demenzkranke mit ihrer stark verminderten Anpassungsfähigkeit symptomfördernd wirkt (Kirchen-Peters & Krupp, 2019; Stiefler et al., 2022).

Aufgrund dessen stellt die Behandlung und Pflege von Menschen mit Demenz das Klinikpersonal vor besondere Herausforderungen. Der Klinikalltag folgt in der Regel starren Zeitvorgaben für den Ablauf bestimmter Verrichtungen und Untersuchungen, denen sich Menschen mit Demenz aufgrund ihrer Symptomatik nur schwer anpassen können. Sie benötigen eine besondere Herangehensweise und mehr Zeit, was angesichts der angespannten Personallage und dem ständigen Zeitdruck beim ärztlichen und pflegerischen Personal in den Krankenhäusern schwierig umzusetzen ist (Burgstaller et al., 2020). Perspektivisch wird der Fachkräftebedarf im ambulanten und stationären Bereich aufgrund des demografischen Wandels zunehmen (Robert Koch-Institut, 2015).

Dieser erhöhte Personalbedarf stellt die Krankenhäuser somit auch vor eine finanzielle Herausforderung. Es müssen zusätzliche, nicht gegenfinanzierte Leistungen eingebracht werden (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

„Das ist beispielsweise der Fall, wenn die geplanten Liegezeiten überschritten werden oder wenn Komplikationen auftreten. Neben Stürzen sind hier insbesondere Delire zu

nennen, deren Wahrscheinlichkeit bei Vorliegen einer Demenz in erheblichem Maße zunimmt.“ (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

Bei einem Delirium erhöhen sich die Gesundheitskosten um den Faktor 2,5 bei zugleich geringerer Überlebensdauer der Patient:innen (Kirchen-Peters & Krupp, 2019; Leslie et al., 2008).

In den vergangenen Jahren hat Deutschland bereits einige Verbesserungen zur Versorgung von Menschen mit Demenz auf den Weg gebracht und hält vielfältige Angebote für Betroffene und ihre Familien bereit (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, 2020).

Insbesondere in Akutkrankenhäusern stellt die Anpassung von Strukturen und Prozessen auf die Bedürfnisse von Patient:innen mit einer Demenz für die Träger, Führungskräfte und Beschäftigten eine anspruchsvolle Herausforderung dar.

Die Robert Bosch Stiftung hat in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft einen Praxisleitfaden mit Praxisbeispielen zu demenzsensiblen Strukturen in Krankenhäusern entwickelt. Dabei spielen strukturelle, organisatorische und personelle Faktoren zur Schaffung eines demenzsensiblen Krankenhauses eine zentrale Rolle (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

Das aktuell größte bundesweite Projekt, welches die nachhaltige Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren Bezugspersonen in Deutschland zum Ziel hat, ist die Nationale Demenzstrategie. Vorläufer ist die Allianz für Menschen mit Demenz, die in den Jahren 2014 bis 2018 die Agenda „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“ umgesetzt hat. Deren Weiterentwicklung ist im Koalitionsvertrag verankert worden. Die Bundesregierung hat die Nationale Demenzstrategie initiiert. In dieser wird neben anderen Akteuren auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) aufgerufen ihren Beitrag zur Weiterentwicklung und Evaluation der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus zu leisten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

Dabei geht es vor allem darum, dass die DKG ihre Mitglieder bzw. Mitgliedsverbände über die Gestaltung von demenzsensiblen Strukturen informiert und in Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Akteuren, wie der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGP) etc., bei der Erstellung von Empfehlungen bzw. Regelungen mitwirkt. Ebenso sollen die Krankenhäuser direkt bei der Umsetzung der Maßnahmen aus der Nationalen Demenzstrategie für die Verbesserung von demenzsensiblen Strukturen durch die Bereitstellung von Informationen zu

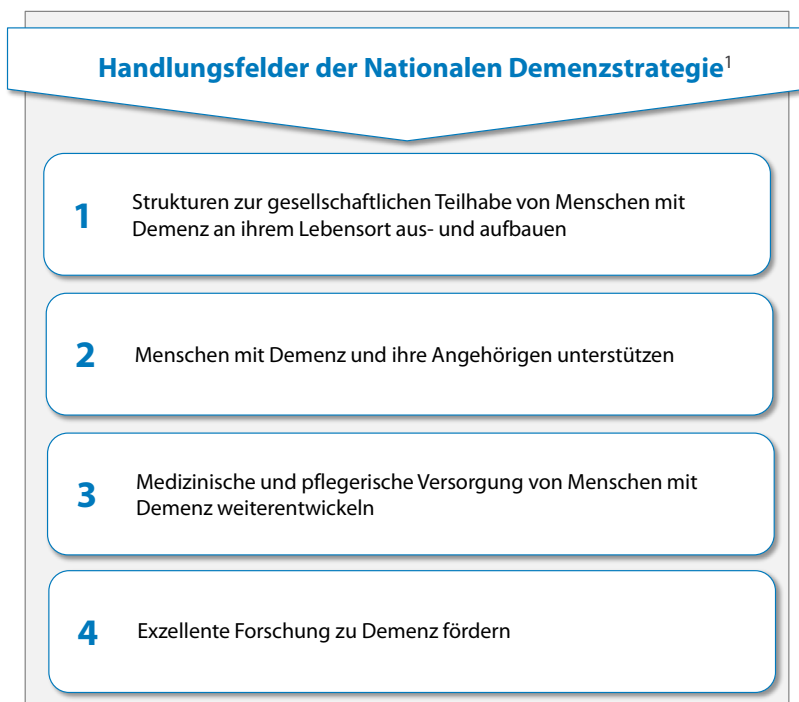
Maßnahmen und Empfehlungen über Schulungs-, Behandlungsangebote sowie Prozessoptimierungen unterstützt werden.

Vor diesem Hintergrund hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) für die DKG zum Start der Nationalen Demenzstrategie den aktuellen Umsetzungsstand von demenzsensiblen Versorgungsstrukturen in den Häusern mittels einer bundesweiten Krankenhausbefragung erhoben. Die Ergebnisse der Befragung werden nach einem kurzen Einblick in die Handlungsfelder der Nationalen Demenzstrategie und die wichtigsten Aspekte zur demenzsensiblen Versorgung im Krankenhaus nachfolgend berichtet.

2 Demenzsensible Versorgung im Krankenhaus

2.1 Nationale Demenzstrategie

Die Strategie wurde unter der Federführung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), unter dem Co-Vorsitz der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft und unter intensiver Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), der Länder, der Verbände der Pflege und des Gesundheitswesens, der Wissenschaft und der Zivilgesellschaft erarbeitet (Nationale Demenzstrategie, Vorwort, S. 8f.) (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Die vier wesentlichen Handlungsfelder können der nachstehenden Abb. 1 entnommen werden:



Quellen: ¹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit. (2020). Nationale Demenzstrategie.

© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Handlungsfelder der Nationalen Demenzstrategie

In den Handlungsfeldern wurden insgesamt 27 Ziele und Unterziele mit 162 Maßnahmen vereinbart, welche bis Ende des Jahres 2026 weitestgehend umgesetzt werden sollen.

„Die Ziele und Maßnahmen stehen im Kontext aktueller Entwicklungen in der Pflege- und Gesundheitspolitik sowie der Forschung und der Wissenschaft. Eine wichtige Basis ist die Einführung und weitere Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der dementielle Veränderungen stärker berücksichtigt. Einbezogen werden ebenfalls die Ziele der Konzentrierten Aktion Pflege zur Verbesserung der Ausbildungs-, Arbeits- und Entlohnungsbedingungen von Pflegekräften. Nicht zuletzt knüpfen sie an die Aktivitäten der Länder sowie die bereits vor Ort bestehenden Strukturen an“ (Nationale Demenzstrategie, Zusammenfassung, S. 11).

Der inhaltliche Fokus im **ersten Handlungsfeld** liegt im Aus- und Aufbau gesellschaftlicher Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort, dabei spielen vor allem gesellschaftsrelevante Ziele, wie z. B. die Gestaltung von Sozialräumen für Menschen mit Demenz, die Erstellung von Mobilitätskonzepten, der Auf-/Ausbau von Netzwerken zum Thema Demenz und die Förderung des freiwilligen Engagements und informelle Unterstützung eine Rolle. Weitere Ziele sind die Öffentlichkeit für Menschen mit Demenz zu sensibilisieren, spirituelle und religiöse Unterstützung für Menschen mit Demenz anzubieten, die Risiken von Demenzerkrankungen zu reduzieren und Wohnkonzepte für Mensch mit Demenz zu gestalten.

Im **zweiten Handlungsfeld** zur Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen werden Themen wie die Beratung und Begleitung für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen, wie z. B. die Erweiterung des Beratungs- und Unterstützungsangebots bei rechtlichen Fragen und für Menschen mit Demenz im Erwerbsalter und ihren Angehörigen sowie kultursensible Beratungsangebote behandelt. Darüber hinaus soll das Angebot zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessert oder bei familiären Konflikten unterstützt werden. Auch die Inanspruchnahme von Schulungsangeboten für Angehörige soll erhöht werden. Ebenso sollen Rehabilitationsmaßnahmen für Angehörige und die Unterstützung bei der Sterbebegleitung erweitert werden.

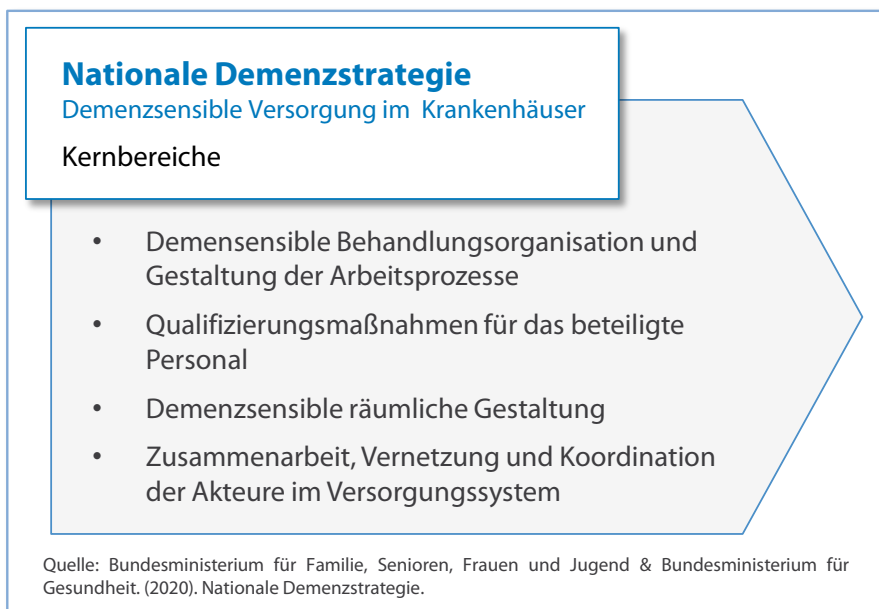
Das **dritte Handlungsfeld** hat das Ziel, die medizinische und pflegerische Versorgung in allen Versorgungssektoren von Menschen mit Demenz weiterzuentwickeln. Neben Themen wie der ambulanten und teilstationären Pflege oder Kurzzeitpflege, die demenzsensible Gestaltung und Organisation vollstationärer Pflegeeinrichtungen, die Zusammenarbeit im Versorgungsnetz und die präventiven und rehabilitativen Angebote für Menschen mit Demenz ist die Weiterentwicklung der demenzsensiblen Versorgung im Krankenhaus ein zentrales Thema in diesem Handlungsfeld.

Im **vierten Handlungsfeld** geht es um die Förderung exzellenter Demenzforschung, dabei sind die nationale und internationale Infrastruktur und die Verbesserung der Partizipation in der Demenzforschung die Schwerpunkte. In diesem Handlungsfeld soll die Forschung zur Prävention, Therapie und Versorgung von Demenz gefördert werden.

2.1.1 Demenzsensible Versorgung im Krankenhaus

Für den vorliegenden Bericht zum Umsetzungsstand der Nationalen Demenzstrategie im Kontext der stationären Versorgung von betroffenen Patient:innen und deren Angehörigen bzw. Bezugspersonen liegt der Fokus im Wesentlichen auf den Inhalten des dritten Handlungsfeldes zur Weiterentwicklung der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz. Innerhalb dieses Handlungsfeldes betreffen die Maßnahmen zur demenzsensiblen Versorgung im Krankenhaus inhaltlich 4 Kernbereiche (vgl. Nationale Demenzstrategie, Handlungsfeld 3, S. 81 – 100). Darüber hinaus sind in diesen Kernbereichen Teilbereiche des zweiten Handlungsfeldes im Kontext der Interdisziplinären Zusammenarbeit und Kooperation zur Verbesserung des Versorgungspfads der betroffenen Patient:innen und deren Angehörigen eingeflossen.

Die zusammengefassten **Kernbereiche** sind in Abb. 2 dargestellt und werden im nachfolgenden Abschnitt in Bezug auf das Wirkungsfeld der Krankenhäuser als zentraler Akteur in der Versorgung von Patient:innen mit Demenz und deren Bezugspersonen genauer beschrieben.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 2: Eigene Darstellung und Identifikation von Kernbereichen zur demenzsensiblen Versorgung im Krankenhaus

Nach gegenwärtigem Forschungsstand wirkt das Krankenhaussetting auf Demenzkranke mit ihrer stark verminderten Anpassungsfähigkeit symptomfördernd (Kirchen-Peters & Krupp, 2019; Stiefler et al., 2022).

Aufgrund dessen sollen gemäß der Nationalen Demenzstrategie vermeidbare Einweisungen von Menschen mit Demenz ins Krankenhaus reduziert sowie notwendige Krankenhausbehandlungen demenzsensibel gestaltet werden. Hierfür sollen Behandlungsmöglichkeiten gefördert werden, durch die eine Aufnahme ins Krankenhaus vermieden werden kann. Im Bereich der psychiatrischen Versorgung gehört die stationsäquivalente Behandlung im eigenen Wohnumfeld, z. B. Wohnung/Haus, Pflegeheim, Wohngruppe (nach § 115d SGB V), dazu.

Dennoch lässt sich in vielen Fällen eine stationäre Aufnahme ins Krankenhaus nicht vermeiden, insbesondere in Notfällen und akutem somatischem Behandlungsbedarf.

„Weil die Zahl von Menschen mit Demenz in den kommenden Jahren weiter ansteigen wird, müssen sich auch die Krankenhäuser zunehmend auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer dementiellen Erkrankung einstellen. Eine demenzsensible Gestaltung der Pflegeprozesse im Akutbereich der Krankenhäuser stellt angesichts der kurzen Verweildauern der Patientinnen und Patienten mit Demenz und des im Unterschied zur Altenhilfe fehlenden Fokus der Pflege auf Alltagsgestaltung und Wohnen eine große Herausforderung dar“ (Nationale Demenzstrategie, Handlungsfeld 3, S. 80).

Somit haben Allgemeinkrankenhäuser aber auch Psychatrien die anspruchsvolle Aufgabe den unterschiedlichen Anforderungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz gerecht zu werden. Deshalb sind **Anpassung der Arbeitsprozesse** und **Qualifizierungsmaßnahmen für das beteiligte Personal** innerhalb eines Krankenhauses entscheidend. Auch die **demenzsensible Gestaltung der Umgebung** für die betroffenen Patient:innen und die **Vernetzung und Koordination der Akteure im Versorgungssystem** sind von zentraler Bedeutung, um die Versorgungsqualität zu optimieren.

2.1.1.1 Demenzsensible Arbeitsprozesse und Behandlungsorganisation

Um eine gute medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus zu gewährleisten, ist die Voraussetzung, dass ihre kognitiven Einschränkungen erkannt werden. Zusätzlich ist auch eine zuverlässige Abgrenzung zum Delirium wichtig, damit die Versorgung auf die besonderen Bedürfnisse dieser Patient:innen angepasst werden kann.

Hierfür eignet sich der Einsatz von validierten **Screening-Verfahren**¹ zur Erfassung von kognitiven Einschränkungen, über die durch geschultes Personal kognitive Einschränkungen frühzeitig erkannt werden können.

Die organisatorischen Abläufe der medizinischen und pflegerischen Versorgung in den Krankenhäusern sollen stärker auf die besonderen Bedürfnisse der betroffenen Patient:innen angepasst werden.

„Dazu gehören z. B. Untersuchungen ohne Ortswechsel (auf Station), Berücksichtigung möglichst kurzer Nahrungs- und Flüssigkeitskarenzzeiten bei der OP-Planung, Begleitung auf Wegen innerhalb des Krankenhauses und Vermeidung von Wartezeiten“ (Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.3.5, S. 97).

Insbesondere in der **Notfallaufnahme** sind die betroffenen Patient:innen aufgrund ihrer veränderten Wahrnehmung besonders darauf angewiesen, dass die Prozesse auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit einer Demenz angepasst werden. Hierfür sollen bis Ende 2022 von der DGGPP und DGPPN Empfehlungen durch Qualifizierungsangebote und Prozessoptimierungen entwickelt werden (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.3.2, S.96f.).

Grundlegend kann einem Verlust an Mobilität und kognitiver Fähigkeit durch eine abgestimmte **Tagesstrukturierung** mit aktivierender Betreuung durch z. B. Physio- und Ergotherapeuten oder auch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer entgegengewirkt werden. Daher stellt die Gewinnung und Qualifizierung von **ehrenamtlichen Personen** zur Begleitung betroffener Patient:innen eine mögliche Maßnahme zur Unterstützung von demenzsensibler Behandlungsplanung dar (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.3., S. 95). Diesbezüglich wird auch in der Nationalen Demenzstrategie auf die Bausteine zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser in dem Praxisleitfaden der Robert Bosch Stiftung verwiesen (Kirchen-Peters & Krupp, 2019). Nähere Information zu den Bausteinen des Leitfadens werden im nachfolgenden Kapitel 2.2 berichtet.

2.1.1.2 Qualifizierungsmaßnahmen für das beteiligte Personal

Für eine gute Behandlung und Pflege von Menschen mit Demenz ist ein multiprofessionelles Team und eine entsprechende Qualifikation des Personals in der Pflege und Betreuung notwendig (Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.3., S. 95).

„Dies betrifft neben der Versorgung zu Hause alle weiteren Bereiche der pflegerischen Versorgung. Menschen mit Demenz zeigen individuell unterschiedliche und komplexe Verhaltensformen, die nicht immer mit den Strukturen und Arbeitsabläufen einer

¹ Unter Screening versteht man ein systematisches Testverfahren, das als diagnostisches Instrument zur frühzeitigen Identifikation bestimmter Symptome eingesetzt wird.

Einrichtung oder eines Krankenhauses vereinbar sind. Pflegekräfte sollen noch besser dazu befähigt werden, diese Herausforderungen der Praxis selbstorganisiert zu bewältigen. Dies ermöglicht eine individuell passende Begleitung von Menschen mit Demenz und führt zum gezielten Einsatz von personellen Ressourcen.“ (Nationale Demenzstrategie, Handlungsfeld 3, S. 80).

Darüber hinaus sind neben Pflegefachpersonen immer auch **weitere Berufsgruppen** an der Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz beteiligt, die keine pflegerische oder medizinische Ausbildung haben. Dies gilt für die Versorgung zu Hause ebenso wie in vollstationären Einrichtungen, in Einrichtungen der Tages- und Kurzzeitpflege sowie in Krankenhäusern. Zu diesen Berufsgruppen gehören z. B. Fachkräfte der Hauswirtschaft. Sie sind für den Umgang mit Menschen mit Demenz in der Regel nicht ausgebildet, haben aber in ihrem Arbeitsalltag Kontakt zu ihnen. Unter anderem um diesen Kontakt angemessen zu gestalten, ist ein grundlegendes Wissen über Demenz notwendig und die entsprechenden Berufsgruppen sollten deshalb eine **Basisqualifikation und Auffrischungen** zum Thema erhalten. Eine „Demenz Partner“-Schulung kann einen Einstieg bilden (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.3.7, S.97).

„Um die Versorgung von Menschen mit Demenz zu verbessern, hat das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege den Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ entwickelt. Dieser Standard stellt die Lebensqualität von Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt und zeigt Wege auf, diese durch die Gestaltung von Beziehungen zu fördern. Wenn der Expertenstandard umgesetzt ist, kann dies u. a. zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen beitragen. Die Umsetzung des Expertenstandards in allen pflegerischen Versorgungsbereichen ist ein zentrales Anliegen der Nationalen Demenzstrategie“ (Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.1, S. 85).

Eine besondere Herausforderung im Krankenhaus liegt darin, den **Expertenstandard in der pflegerischen Praxis** nicht nur auf gerontopsychiatrischen oder geriatrischen Stationen, sondern auch in anderen Bereichen, wie etwa der Notaufnahme oder einer chirurgischen Station, umzusetzen (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.3, S. 95).

Darüber hinaus sollen über die systematische Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen in der Versorgung Präventionsmaßnahmen zur Vorbeugung von Delirien umgesetzt werden. Hierzu sind Empfehlungen des Delir-Netzwerks zur **Prävention und Behandlung von Delirien** in somatischen und psychiatrischen Behandlungseinheiten verfügbar. Die Fachgesellschaften DGGPP und DGPPN sollen weitere Empfehlungen zu

entsprechenden Weiterbildungsinhalten für die Qualifizierung des Personals erarbeiten (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.3.3, S. 97).

2.1.1.3 Demenzsensible räumliche Gestaltung

Neben der personellen Ausstattung, der Qualifikation und der Anpassung der Behandlungsorganisation ist die **demenzsensible Gestaltung der Räumlichkeiten** eine weitere Maßnahme der Nationalen Demenzstrategie zur Versorgung von kognitiv eingeschränkten Patient:innen im Krankenhaus.

„Die dazu notwendigen Entwicklungen in Krankenhäusern sollen gefördert werden. Dazu gehört z. B. eine möglichst überschaubare Gestaltung, welche die Selbstständigkeit von Menschen mit Demenz fördert und ihnen gleichzeitig Sicherheit bietet. Krankenhäuser haben die anspruchsvolle Aufgabe, hier unterschiedlichen Anforderungen gerecht zu werden“ (Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.3, S. 95-96).

Grundlage der demenzsensiblen Gestaltung und Architektur von Krankenhäusern bilden die Erkenntnisse aus dem Praxisleitfaden der Robert Bosch Stiftung zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser (Kirchen-Peters & Krupp, 2019). Auf diesen wird im folgenden Kapitel 2.2 näher eingegangen.

Die Investitionskostenförderung der Länder bietet entsprechende Möglichkeiten zur Berücksichtigung von demenzsensiblen Umbau bzw. die bauliche Herrichtung von Räumlichkeiten in Plankrankenhäusern (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.3, S. 96).

2.1.1.4 Zusammenarbeit, Vernetzung und Koordination von Akteuren im Versorgungssystem

Im Versorgungssystem von Pflege und Gesundheit müssen alle Akteure zur Versorgung von Menschen mit Demenz zusammenarbeiten. Grundlegend ist für die medizinische und pflegerische Versorgung die **Zusammenarbeit von Ärzt:innen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen** besonders wichtig.

„Deshalb soll die Vernetzung dieser Akteure gefördert werden, indem u. a. ihre abgestimmte Zusammenarbeit in einem Versorgungspfad klarer beschrieben und das Schnittstellenmanagement optimiert wird. Dies kann dazu beitragen, individuell passende Behandlungsprozesse für Menschen mit Demenz systematisch umzusetzen“ (Nationale Demenzstrategie, Zusammenfassung, S. 13).

Insbesondere an der Schnittstelle zur Weiterversorgung nach einem stationären Aufenthalt kann eine abgestimmte Zusammenarbeit den Versorgungspfad und Behandlungsprozess verbessern. So kann ein **Rehabilitationsangebot** für Menschen mit Demenz zur

Verbesserung der Lebensqualität beitragen, wenn es an ihre speziellen Bedürfnisse angepasst ist. Dies gilt vor allem für Menschen, bei denen die Rehabilitationsmaßnahme nicht auf die Demenz selbst, sondern auf andere Erkrankungen ausgerichtet ist. Deshalb sollen laut der Nationalen Demenzstrategie demenzsensible Rehabilitationsangebote ausgebaut werden (vgl. Nationale Demenzstrategie, Handlungsfeld 3, S. 81). Vor allem im Entlassmanagement der Krankenhäuser sollen auch für Menschen mit Demenz als Nebendiagnose zukünftig flächendeckend **Rehabilitationsindikatoren** geprüft werden (Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.6.3., S.105).

Pflegende Angehörige haben ebenfalls Anspruch auf Rehabilitation (§ 39 SGB V, vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.6.3.; S.105). Deshalb sollen die Sozialdienste der Krankenhäuser auf die Möglichkeit der **Rehabilitation des pflegenden Angehörigen** hinweisen und bei Bedarf die Beantragung eines Rehabilitationsplatzes unterstützen (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 2.8.4., S. 73).

Ein weiteres Ziel der Nationalen Demenzstrategie ist der Auf- und Ausbau von Kooperationsstrukturen in der Hospiz- und Palliativversorgung. Dabei sollen ebenfalls für die besonderen Belange der Angehörigen von Menschen mit Demenz Kooperationen vor Ort ausgebaut werden (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 2.9.3, S. 76).

Insbesondere am Lebensende benötigen Angehörige für die Betreuung von Menschen mit Demenz Beratung und Unterstützung. Viele Bereiche der **Hospiz- und Palliativversorgung** sind in Deutschland bereits weit entwickelt. Auch Krankenhäuser gehören als Teil der Versorgungsstruktur ebenfalls zu den Akteuren der Hospiz- und Palliativversorgung.

Dabei sollen diese Betreuungsmöglichkeiten auch Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen flächendeckend zur Verfügung stehen (Nationale Demenzstrategie, Handlungsfeld 2, S. 51).

2.1.2 Umsetzungsplanung

Die Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie wird durch das Monitoring einer Steuerungsgruppe aus der Leitung der beiden federführenden Ministerien Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit begleitet. Hierfür kommen alle Akteure zu einem jährlichen Erfahrungsaustausch zusammen. Zum Ende des Jahres 2026 wird eine Bilanz der Umsetzung gezogen und die Strategie weiterentwickelt.

„Die Nationale Demenzstrategie ist langfristig angelegt. Sie eröffnet somit die Möglichkeit, die Handlungsfelder, Ziele und Maßnahmen kontinuierlich zu überprüfen, aktuelle Entwicklungen – wie etwa die Auswirkungen der Corona-Pandemie – aufzugreifen sowie neue Schwerpunkte zu setzen“

So wurden zum Beispiel die Maßnahmen der Nationalen Demenzstrategie bereits vor dem Ausbruch der Corona-Pandemie entwickelt und im März 2020 die Regelungen kurzfristig auf allen Verantwortungsebenen zum besonderen Schutz Pflegebedürftiger angepasst (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

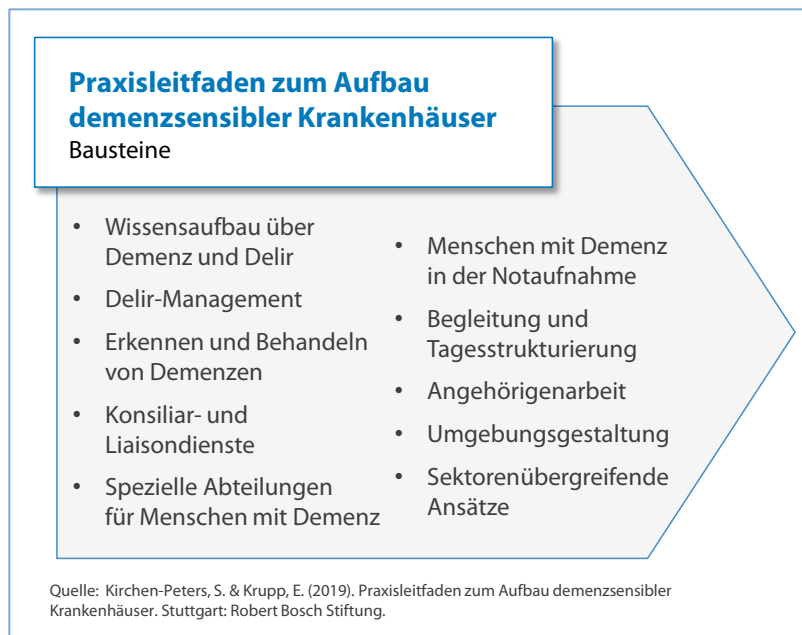
Dennoch werden derzeit viele Maßnahmen und konkrete Empfehlungen für die Praxis und den Klinikalltag (wie z. B. Empfehlungen zu Prozessoptimierungen und entsprechenden Weiterbildungsinhalten) von den zentralen Akteuren wie der DKG und den Fachgesellschaften, wie der DGGPP und DGPPN, erarbeitet und stehen den Krankenhäusern noch nicht vollständig zur Verfügung. Bis Ende 2022 sollen die meisten Empfehlungen entwickelt werden. Die Implementierung in den Krankenhäusern soll bis 2024 durch die DKG über die Bereitstellung von Informationen zu Handlungsempfehlungen gefördert werden. Die Ergebnisse zur demenzsensiblen Umgebungsgestaltung und Architektur sollen bis Ende 2026 bei den Mitgliedsverbänden durch die DKG abgefragt werden.

Dies bedeutet für die Krankenhäuser, dass im Kontext von praxisrelevanten Maßnahmen zu demenzsensiblen Strukturen aktuelle Handreichungen oder Praxisleitfäden, wie die 2018 veröffentlichte Handreichung zum Bundesmodellprogramm Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018) oder der Praxisleitfaden aus dem Jahr 2019 der Robert Bosch Stiftung und dem Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft herangezogen werden müssen (Kirchen-Peters und Krupp 2019). Aufgrund des direkten Praxisbezugs wird der Leitfaden der Robert Bosch Stiftung auch im Strategiepapier der Nationalen Demenzstrategie empfohlen. Im folgenden Kapitel wird auf die relevanten Inhalte des Leitfadens zur Umsetzung von demenzsensiblen Strukturen im Krankenhaus eingegangen.

2.2 Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser

Der Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser der Robert Bosch Stiftung beinhaltet konkrete Umsetzungsempfehlungen zur demenzsensiblen Versorgung von betroffenen Patient:innen im Krankenhaussetting und berücksichtigt folgende Bausteine für ein demenzsensibles Krankenhaus (Abb. 3). Beginnend mit dem Wissensaufbau, der von zentraler Bedeutung ist, werden zunächst medizinische und interdisziplinäre Elemente dargestellt, wie Delir-Management, Erkennen und Behandeln von Demenzen, Konsiliar- und Liaisondienste, Konzepte für spezielle Abteilungen und für die Notaufnahme. Anschließend geht es um eher sozialpflegerische Ansätze wie Umgangskonzepte, Angehörigenarbeit,

Begleitung und Tagesstrukturierung, Umgebungsgestaltung sowie sektorenübergreifende Ansätze (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 3: Bausteine Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser

Neben Fragen zur Selbsteinschätzung, die den Häusern einen Überblick zu den Strukturen in der eigenen Klinik ermöglichen sollen, werden Erläuterungen zur Relevanz des Bausteins und der bei der Umsetzung zu erwartenden Vorteile dargestellt. Darüber hinaus wird der aktuelle Erkenntnisstand sowie Gestaltungsansätze für eine gute Praxis gegeben, die Empfehlungen für angepasste Arbeitsprozesse und organisatorische Abläufe sowie Prozessbeschreibungen mit Links oder Instrumenten beinhaltet. Eine Kurzübersicht zu den herausgefilterten Inhalten und Umsetzungsempfehlungen sind in den nachstehenden Tab. 1 und Tab. 2 zusammengefasst.

Tab. 1: Bausteine zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser Teil I

Bausteine zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser	
Bausteine	Inhalte / Umsetzungsempfehlungen
Wissensaufbau über Demenz und Delirien	<ul style="list-style-type: none"> • Verpflichtendes, regelmäßiges Fort- und Weiterbildungsangebot für alle haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen, die im Versorgungsprozess von Menschen mit kognitiven Einschränkungen beteiligt sind (wie z. B. auch ehrenamtliches Personal). • Ausrichtung der Schulungsthemen an kliniktypischen Problemsituationen bzw. den Arbeitsabläufen. Angepasste Inhalte für ärztliches und pflegendes Personal (z. B. Delir-Prophylaxe, Diagnostik sowie Basisfortbildungen).
Delir-Management	<ul style="list-style-type: none"> • Delir-Screening (CAM, Care Units, ICDSC, NU-DESC) bei Aufnahme älterer Patient:innen. • Aufgetretene Delirien werden dokumentiert. Einsatz Narkose- und Operationsverfahren sind delirsensibel ausgerichtet (S3-Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delir-Management in der Intensivmedizin“). • Engmaschige Krankenbeobachtungen und Kurztestungen nach Operationen. • Einsatz von „Delir-Pocket-Card“ für die Kitteltasche mit wichtigen Fakten zum Delir-Management. • Aufklärung der Angehörigen über Delir-Risiko und Einbindung ins Delir-Management. Ärztliches und pflegendes Personal ist über delir-auslösende Faktoren informiert. • OP-Begleiter kommen bei Delir-Risiko-Patient:innen zum Einsatz. • Bei Auftreten von Delirien gibt es Strukturen zur Reorientierung der Patient:innen. • Es gibt ausgebildetes Delir-Pflegepersonal. Finanzielle Ressourcen werden zur Prävention eingesetzt.
Erkennen und Behandeln von Demenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitives Demenz-Screening (3-Wörter-Uhren-Test; Serial Sevens Task; MiniCog; Six Item Cognitive Impairment) bei Aufnahme älterer Patient:innen. • Bei Auffälligkeiten wird weitergehende Diagnostik durch eine Konsiliarärzt:in durchgeführt. Angebot von unterstützenden/schützenden Maßnahmen, z. B. kürzere Wartezeiten, Begleitung zu Untersuchungen usw. Einbezug von Angehörigen, geschulte Ehrenamtliche, Anpassung der Umgebung. • Angepasstes Medikationsmanagement durch die Überprüfung von Polypharmazie, Checklisten zum Medikamenteneinsatz: PRISCUS- oder die FORTA-Liste, angepasste Darreichungsform (flüssig oder intravenös etc.). • Möglichkeiten von nicht-medikamentöser Interventionen überprüfen. • Monitoring der Essens- und Flüssigkeitsversorgung.
Konsiliar- und Liasionsdienste	<ul style="list-style-type: none"> • Einbeziehung von fachärztlichen Konsilen bei unklaren kognitiven Störungen. • Es werden unterschiedliche Berufsgruppen einbezogen zur besseren Verzahnung der Leistungen. • Unterschiedliche patientenbezogene, mitarbeiterbezogene und institutionsbezogene Aufgaben gehen über die „ärztliche Beratung“ hinaus.
Spezielle Abteilungen für Menschen mit Demenz	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn möglich, erfolgt die Aufnahme direkt auf spezialisierte Abteilungen (ohne Umweg über die Notaufnahme). • Personelle Kapazitäten, Betreuungsangebot, Tagesstrukturierung und Umgebungsgestaltung sind auf diesen Stationen an die besonderen Bedürfnisse der Patient:innen angepasst.

Eigenen Darstellung, Quelle: Kirchen-Peters, S. & Krupp, E. (2019). Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Tab. 2: Bausteine zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser Teil II

Bausteine zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser	
Bausteine	Inhalte / Umsetzungsempfehlungen
Menschen mit Demenz in der Notaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird regelhaft ein Screening von kognitiven Defiziten eingesetzt. Die Auffälligkeiten werden dokumentiert und es kann konsiliarische Fachexpertise zu Rate gezogen werden. • Das gesamte Personal in der Notaufnahme ist geschult (inkl. Rettungsdienst²). • Fast-Track: verkürzte und angepasste Versorgungspfade kommen zum Einsatz. • Angehörige/Bezugspersonen können als Begleitung beim gesamten Versorgungsprozess dabei bleiben. Bei Patient:innen ohne Begleitung werden Begleitpersonen zur Verfügung gestellt.
Begleitung und Tagesstrukturierung	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivierendes und betreutes Angebot für die Patient:innen zur Tagesstrukturierung (gemeinsame Mahlzeiten in Kleingruppen, Beschäftigungsmöglichkeiten für Nachtaktive Patient:innen). • Zusätzliche personelle Ressourcen für die Begleitung einplanen. • Ehrenamtliche und Betreuungspersonal haben eine Aufgabenbeschreibung und Ansprechpartner:innen. • Angehörige/Bezugspersonen/Auszubildende werden eingebunden.
Angehörigenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Einbindung von Angehörigen in der Versorgung der Patient:innen als Informationsquelle zum Wissen über die Patient:innen, aber auch zur Reduzierung von Stress (Delir-Prophylaxe) und emotionale Stabilisierung durch die Anwesenheit der Betreuungsperson (Möglichkeit zum Rooming-In, Angehörigenvisite etc.). • Aufklärung der Angehörigen/Bezugspersonen über die wichtige Rolle in der Betreuung der Patient:innen, über Beratungs- und Unterstützungsangebote (insb. bei Erstdiagnose).
Umgebungsgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung der Demenz bei der Zimmerbelegung. • Anbringen von Orientierungshilfen (Symbole, Piktogramme, farbliche Markierungen). • Maßnahmen zur Sicherheit der Patient:innen, wie ein angepasstes Beleuchtungskonzept, das zur Vermeidung von Stürzen (z. B. Lichtleisten, Bewegungsmelder) und der Förderung des Tag-Nacht-Rhythmus beiträgt, inkl. Berücksichtigung von Hin- und Weglauftendenzen. • Förderung des Wohlbefindens und Aktivität durch behagliche Temperatur, sensibler Umgang mit Lärmquellen, das Einrichten von Sitzecken, einen zusätzlichen Raum für Gruppenangebote (auf Stationen mit einem hohen Anteil von Menschen mit kognitiven Einschränkungen).
Sektorenübergreifende Ansätze	<ul style="list-style-type: none"> • Es gibt demenzsensible Strukturen und Prozesse bei Aufnahme und Entlassung von kognitiv eingeschränkten Patient:innen. • Es gibt einen Überblick über die regionalen Hilfen, Gremien und Netzwerke zur Demenz, woran sich das Krankenhaus beteiligt. • Bei Entlassung erhalten die Nachversorger alle wichtigen Informationen, die für eine nachhaltige Weiterversorgung notwendig sind.

Eigenen Darstellung, Quelle: Kirchen-Peters, S. & Krupp, E. (2019). Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

² Für die Qualifikation des Rettungsdienstpersonal im bodengebundenen Rettungsdienst (Feuerwehr, Hilfsorganisationen, kommunale Rettungsdienste, Bundeswehr und private Rettungsunternehmen) sind die Rettungsorganisationen selbst verantwortlich. Als zusätzliches Angebot können Krankenhäuser optional ihr Fortbildungsangebot für das örtliche Rettungspersonal zugänglich machen.

Zielgruppe des Praxisleitfadens sind Führungskräfte und Beschäftigte von Akutkrankenhäusern, die mithilfe des Praxisleitfadens ihr eigenes berufliches Handeln mit Blick auf die Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Einschränkungen reflektieren und auf dieser Basis Schritte zur Organisationsentwicklung einleiten möchten. Der Leitfaden beschreibt dazu Gestaltungsansätze und Wege, wie Maßnahmen zur Demenzsensibilität entwickelt und umgesetzt werden können.

Die Autoren weisen einleitend darauf hin, dass die Umsetzung von demenzsensiblen Strukturen im Krankenhaus aufgrund der komplexen Struktur einige Hürden mit sich bringt. Die Gründe liegen dafür in den unterschiedlichen Ebenen, die von einer Umsetzung demenzsensibler Strukturen im Krankenhaus betroffen sind. Neben der Prozessoptimierung gilt es die Führungs- und Organisationsstruktur, das Personalmanagement bis hin zur Finanzierung, Architektur und Umgebungsgestaltung der Krankenhäuser zu berücksichtigen (Kirchen-Peters & Krupp, 2019)

3 Methode, Grundgesamtheit und Stichprobe

Zur Erfassung des Umsetzungsstands der Nationalen Demenzstrategie in deutschen Krankenhäusern wurde aufgrund der Informationen aus der Nationalen Demenzstrategie und dem Praxisleitfaden zu demenzsensiblen Aufbau von Strukturen in Krankenhäusern ein **Fragebogen** entwickelt. Hierfür wurden die Maßnahmen aus dem Strategiepapier der Nationalen Demenzstrategie und die Bausteine aus dem Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser von der Robert Bosch Stiftung und dem Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft als Grundlagen herangezogen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit, 2020; Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

Insgesamt wurden **6 Tätigkeitsbereiche** zusammengefasst, die für die Versorgung von Patient:innen mit Demenz und der Umsetzung von demenzsensiblen Strukturen im Krankenhaus besonders relevant sind (Abb. 4).

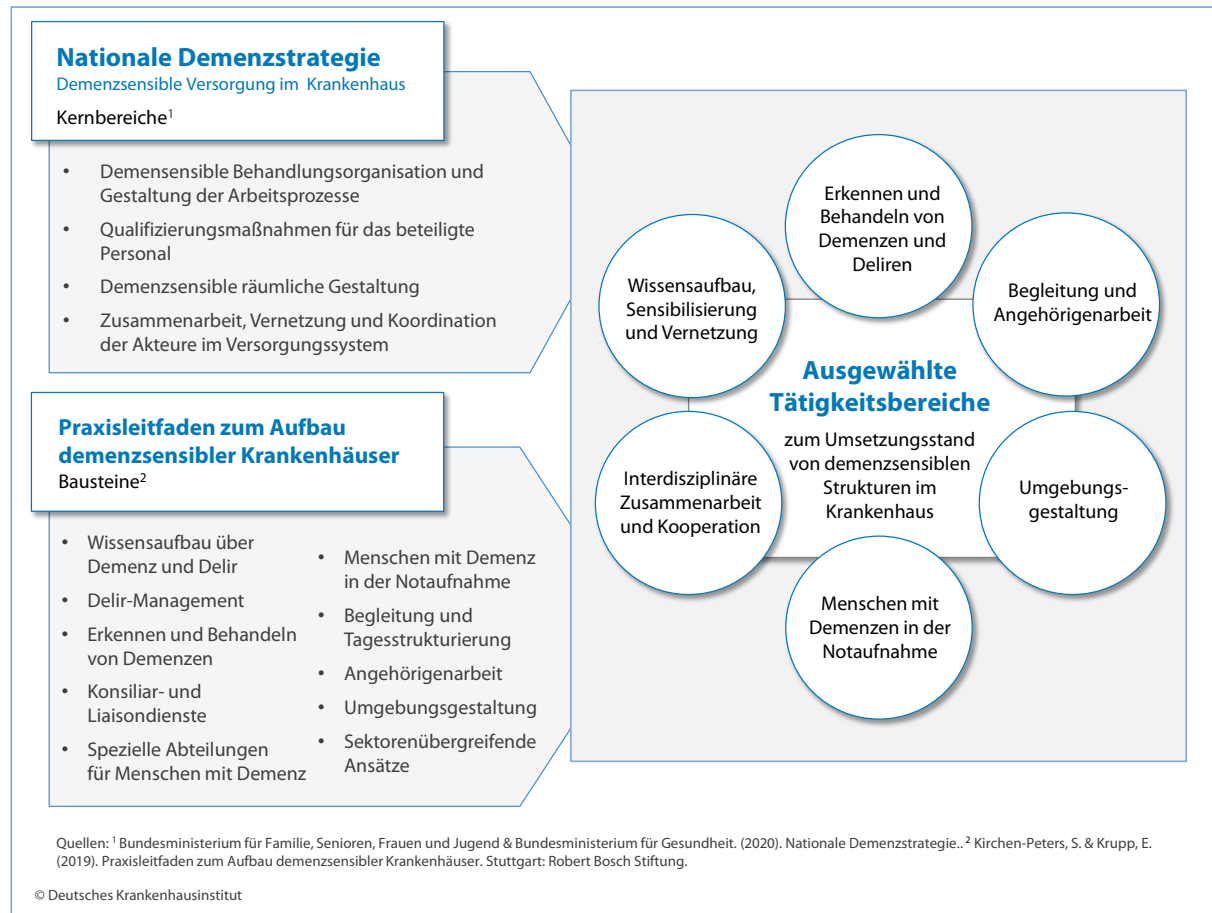


Abb. 4: Ausgewählte Tätigkeitsbereiche zum Umsetzungsstand der Nationalen Demenzstrategie im Krankenhaus

Die standardisierte Umfrage wurde um eine semistandardisierte Abfrage zur Erfassung von Good-Practice-Beispielen ergänzt, um besondere Versorgungsangebote („Leuchtturmprojekte“) in den ausgewählten Tätigkeiten der Krankenhäuser zu erfassen. Das dafür gewählte Kategorienraster erfasste die folgenden Kriterien:

- Name des Projekts/Modells
- Ziele/Zielgrößen
- Kurzbeschreibung
- Förderliche Bedingungen für die Projektumsetzung
- Hinderliche Bedingungen für die Projektumsetzung
- Hinweise auf weiterführendes Informationsmaterial.

Die Krankenhausbefragung wurde vom 20. November 2021 bis zum 04. Februar 2022 in 2 Tranchen, Ersterhebung und Nachfassaktion, durchgeführt. Die Befragungsunterlagen (Anschreiben, Fragebogen, freigemachtes Rückkuvert) waren an die Krankenhausgeschäfts-

fürer:innen adressiert. Der Fragebogen konnte schriftlich oder online über einen entsprechenden Link in den Befragungsunterlagen von den Krankenhäusern beantwortet werden.

Die Datenerfassung, Datenprüfung und Datenauswertung für die standardisierten Fragen der Erhebung erfolgten im DKI mit dem Statistikprogramm SPSS. In der Datenauswertung kommen im Wesentlichen Verfahren und Kennwerte der deskriptiven Statistik zum Einsatz (wie Häufigkeiten oder Mittelwerte). Die Good-Practice-Beispiele wurden anhand des Kategorienrasters tabellarisch aufbereitet.

Grundgesamtheit der Befragung bildeten alle Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten in Deutschland und alle psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäuser. Allgemeinkrankenhäuser unter 100 Betten wurden nicht in die Erhebung einbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z. B. zahlreiche Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag, kleine Fach- und Belegkliniken). Erfahrungsgemäß nehmen sie sehr selektiv an Krankenhausbefragungen teil. Bundesweit entfallen lediglich ca. 4 % der Betten, der Patient:innen und des Krankenhauspersonals auf diese Krankenhäuser.

Die Grundgesamtheit der Befragung umfasst 1.465 Krankenhäuser. Davon haben 439 Häuser teilgenommen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 30 %.

Die Antworten wurden getrennt nach Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien (psychiatrische und psychosomatische Fachkrankenhäuser) ausgewertet. Bei statistisch und inhaltlich bedeutsamen Unterschieden zwischen den Allgemeinkrankenhäusern und den Psychiatrien wurden die gruppenspezifischen Werte, zusätzlich zum Gesamtwert in der Ergebnisdarstellung berichtet. Ansonsten wurde das Gesamtergebnis dargestellt.

Der Anteil der Allgemeinkrankenhäuser in der Stichprobe belief sich auf 85,5 % und der Anteil der beteiligten Psychiatrien lag bei 14,5 %. Unterschiede im Rücklauf nach Krankenhausgröße und Krankentyp (Allgemeinkrankenhäuser und Psychiatrien) werden durch statistische Gewichtungen ausgeglichen. Nach Maßgabe dieser Gewichtungen sind die Ergebnisse repräsentativ für die oben genannte Grundgesamtheit der Krankenhäuser in Deutschland.

Einige Tätigkeitsbereiche wie die Versorgung von Menschen mit Demenz in der Notaufnahme und das Delir-/Behandlungsmanagement im Kontext von Operationen, haben in psychiatrischen Einrichtungen aufgrund des Versorgungsschwerpunkts weniger Relevanz. Dementsprechend beziehen sich die Ergebnisse dieser ausgewählten Themen auf die Allgemeinkrankenhäuser in der Stichprobe.

Zur Überprüfung eines möglichen Zusammenhangs zwischen dem Anteil der eingeschränkten Patient:innen und den vorgehaltenen demenzsensiblen Strukturen wurden die teilnehmenden

Krankenhäuser in drei Gruppen eingeteilt, konkret in Häuser mit einem Anteil von weniger als 10 %, zwischen 10 - 15 % und mehr als 15 % eingeschränkter Patient:innen.

Aus Platzgründen wird in den Grafiken auf eine geschlechtergerechte Sprache verzichtet. Es wird das generische Maskulinum verwendet. Im Fließtext wird der Gender-Doppelpunkt genutzt, wobei alle Geschlechter gleichermaßen gemeint sind.

4 Ergebnisse der Krankenhausbefragung

Zur Einordnung der Ergebnisse im Kontext des Versorgungsaufkommens von Menschen mit einer Demenz wurden die Krankenhäuser gebeten den Anteil der stationär behandelten Patient:innen im höheren Lebensalter (ab 80 Jahren) und den Anteil der Patient:innen mit kognitiven Einschränkungen oder einer dementiellen (Neben-)Diagnose (schätzungsweise) anzugeben.

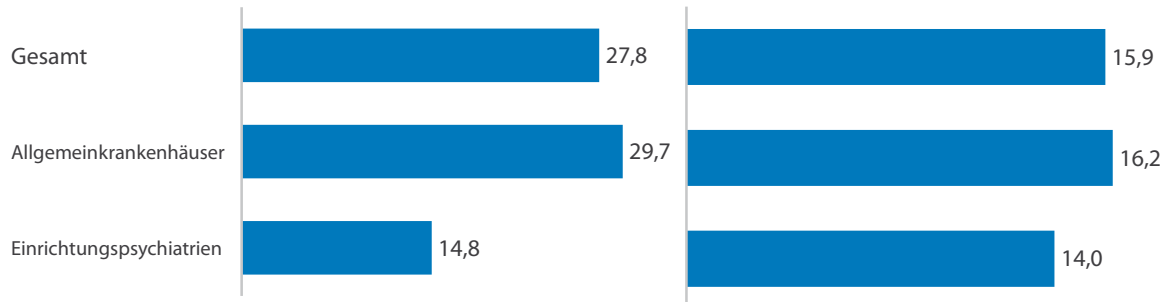
4.1 Patientenaufkommen

Im Jahr 2020 waren 27,8 % der stationär behandelte Patient:innen der Stichprobe im höheren Alter ab 80 Jahren. Der Anteil an älteren Patient:innen war in den Allgemeinkrankenhäusern (29,7 %) knapp doppelt so hoch wie in den Psychiatrien (14,8 %). Insgesamt hatte mehr als die Hälfte (16,2 %) dieser Patient:innen in den Allgemeinkrankenhäusern kognitive Störungen und/oder eine dementielle (Neben-)Hauptdiagnose. Nach Angaben der befragten Psychiatrien zeigten fast alle der Patient:innen ab dem 80. Lebensjahr (14,0 % von 14,8 %) kognitive Störungen oder wiesen eine dementielle (Neben-)Diagnose auf (Abb. 5).

Somit war der geschätzte Anteil von kognitiv eingeschränkten Patient:innen in Allgemeinkrankenhäusern ähnlich hoch wie in Psychiatrien.

Wie groß ist der Anteil der in Ihrem Krankenhaus im Jahr 2020 stationär behandelten Patienten **ab dem 80. Lebensjahr**? (ggf. realitätsnahe Schätzung in %)

Wie groß ist der Anteil der in Ihrem Krankenhaus im Jahr 2020 stationär behandelten **Patienten mit kognitiven Störungen oder einer dementiellen (Neben-)Diagnose**? (ggf. realitätsnahe Schätzung in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 5: Anteil der stationär behandelten Patient:innen ab dem 80. Lebensjahr und der Patient:innen mit kognitiven Störungen oder einer dementiellen (Neben-)Diagnose im Jahr 2020

Weiterführende Analysen zum Zusammenhang zwischen der Umsetzung demenzsensibler Strukturen und dem Anteil von Patient:innen mit kognitiven Störungen oder einer dementiellen (Neben-)Diagnose ergaben keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Krankenhäusern mit einem Anteil von weniger als 10 %, zwischen 10 - 15 % und mehr als 15 % eingeschränkter Patient:innen. Auf eine detaillierte Wiedergabe der Analysen wird daher im Folgenden verzichtet.

4.2 Abteilungsstruktur

Hinsichtlich der Abteilungsstruktur der Krankenhäuser verfügen insgesamt 65 % der Stichprobenkrankenhäuser über einen spezialisierten Bereich oder eine Station (z. B. Geriatrie oder Altersmedizin) zur Versorgung von Menschen mit Demenz oder Delirien. Hierbei ergab sich kein Unterschied zwischen Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien. Nach Möglichkeit sollten die Patient:innen gleich in diesen spezialisierten Bereich aufgenommen werden, um einen Stationswechsel und damit eine zusätzliche Belastung zu vermeiden. Häuser mit einem spezialisierten Bereich wurden daher gefragt, ob die Aufnahme direkt möglichst dort – ohne Umwege über die Notaufnahme – erfolgt. Hierbei unterscheidet sich der Ablauf zwischen Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien: rund 53 % der Allgemeinkrankenhäuser ermöglichen eine direkte Aufnahme, in den Psychiatrien findet die Aufnahme in rund 82 % der Häuser direkt auf der spezialisierten Station statt (Abb. 6).

Verfügt Ihr Krankenhaus über eine/n **spezialisierten Bereich/Station** zur Versorgung von Menschen mit Demenz/Delir (z. B. Geriatrie, Altersmedizin)? (Krankenhäuser in %)

Die Aufnahme der Patienten erfolgt – wenn möglich – direkt über die/den **spezialisierte/n Station/Bereich** und ohne Umweg über die Notaufnahme? (Krankenhäuser in %)

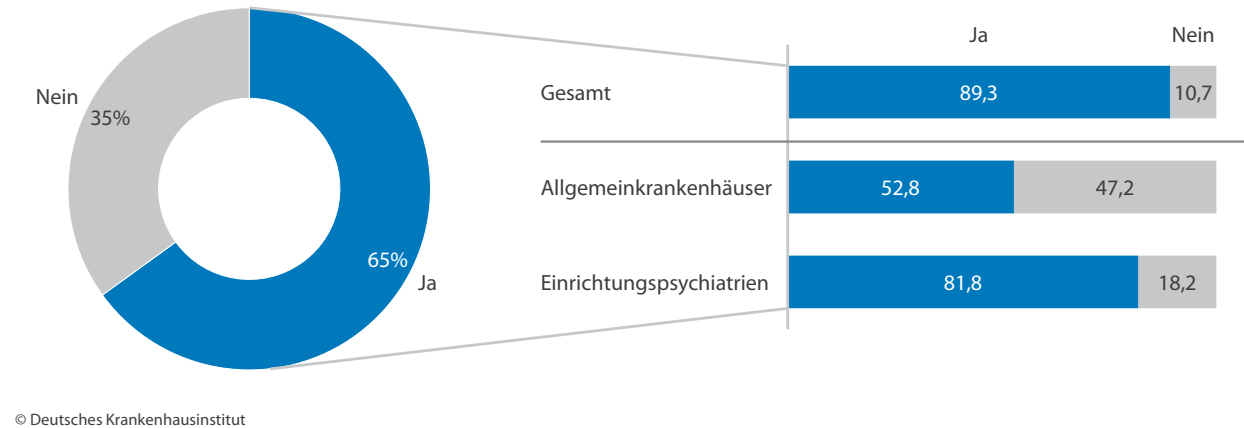


Abb. 6: Verfügbarkeit eines/r spezialisierten Bereichs/Station und die Möglichkeit zur Aufnahme der Patient:innen ohne Umweg über die Notaufnahme

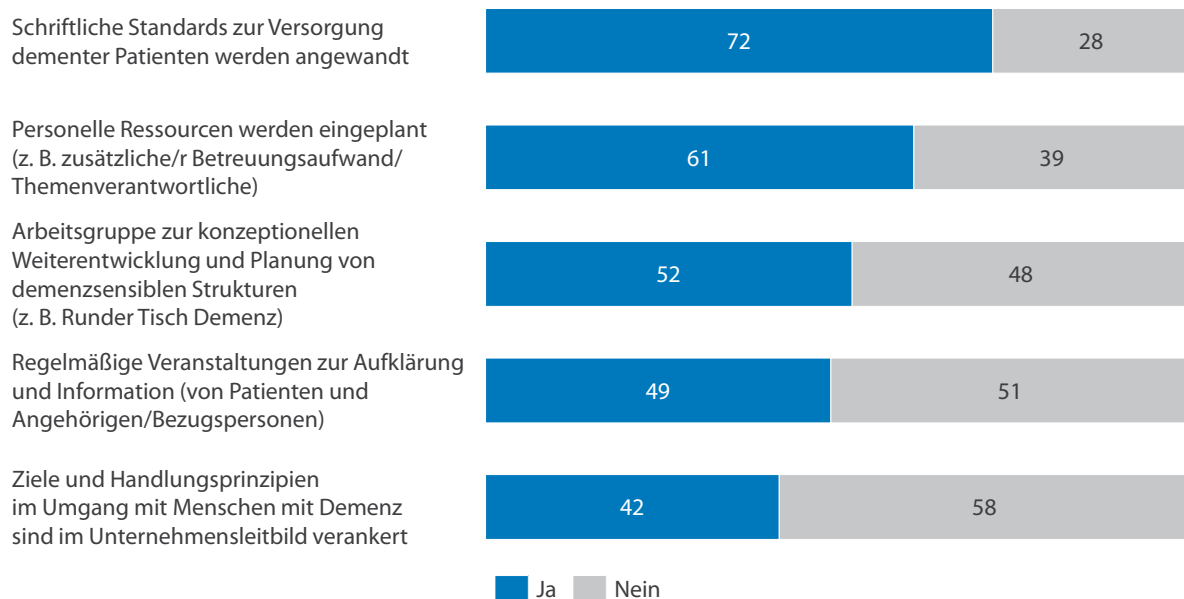
4.3 Sensibilisierung, Wissensaufbau und Vernetzung

Ziel der Nationalen Demenzstrategie ist es, die medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz weiterzuentwickeln. Um den Bedürfnissen der Patient:innen in der Versorgung gerecht zu werden, ist die bedarfsgerechte Personalausstattung und eine entsprechende Qualifikation des Personals ein wesentlicher Baustein. Ebenso zentral ist dabei der Informationsaustausch und die Aufklärung von Patient:innen und Angehörigen (vgl. Nationale Demenzstrategie, Zusammenfassung, S. 12f.).

Während weniger häufig konkrete Ziele und Handlungsmöglichkeiten im Unternehmensleitbild der befragten Häuser verankert waren (42 %), wurden bei der Mehrheit der Krankenhäuser schriftliche Standards zur Versorgung dementer Patienten angewandt (72 %). Über die Hälfte der Krankenhäuser hat eine Arbeitsgruppe zur konzeptionellen Weiterentwicklung und Planung von demenzsensiblen Strukturen im Einsatz (52 %) und plant personelle Ressourcen für zusätzlichen Betreuungsaufwand ein (61 %).

Darüber hinaus werden bei knapp der Hälfte der befragten Häuser (49 %) regelmäßig Veranstaltungen zur Aufklärung und Information von Patient:innen und Angehörigen/Bezugspersonen angeboten (Abb. 7).

Welche Maßnahmen zur **Sensibilisierung** für die Demenzerkrankung werden in Ihrem Haus ergriffen? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Konzeptionelle Maßnahmen zur Sensibilisierung für die Demenzerkrankung

4.3.1 Demenzspezifische Fortbildungen und Qualifikationsmaßnahmen

Demenzspezifische Weiter- und Fortbildungen für das Personal in verschiedenen Versorgungssettings sollen im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie gefördert werden. Beschäftigte, die im Rahmen der Versorgung in Kontakt mit Menschen mit Demenz kommen, deren Ausbildung aber entsprechende Inhalte nicht enthält, sollen eine Basisqualifikation zum Umgang mit Menschen mit Demenz erhalten (vgl. Nationale Demenzstrategie, Zusammenfassung, S. 13).

„Insbesondere bei nicht vermeidbaren Aufenthalten in einem Akutkrankenhaus wird durch die demenzsensible Gestaltung der Arbeitsprozesse und durch Qualifizierungsmaßnahmen für das beteiligte Personal darauf abgezielt, die Entstehung eines Delirs bei an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten zu vermeiden“ (Nationale Demenzstrategie, Zusammenfassung, S. 13).

Darüber hinaus sollen ehrenamtliche Helfer:innen zur Begleitung von betroffenen Patient:innen gewonnen und qualifiziert werden (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.3.5., S. 97).

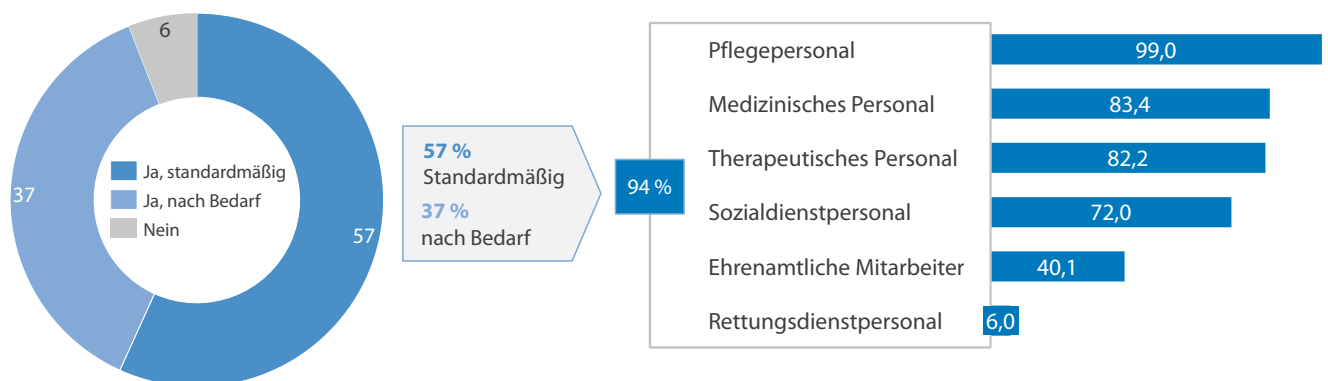
Die Krankenhausbefragung ergab, dass die Mehrheit der Krankenhäuser Fortbildungen hinsichtlich der Versorgung von Patient:innen mit kognitiven Störungen und/oder einer Demenz standardmäßig (57 %) oder nach Bedarf (37 %) durchführt.

In den Krankenhäusern, die Fortbildungen entweder standardmäßig oder nach Bedarf anbieten, werden Mitarbeiter:innen aus allen Bereichen angesprochen. In nahezu allen befragten Häusern erhält das Pflegepersonal (99,0 %) Fortbildungen. Neben dem Sozialdienst wird am häufigsten das medizinische Personal (83,4 %) und therapeutische Personal (82,2 %) für die Versorgung von Menschen mit Demenz fortgebildet.

Weniger häufiger werden ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen und dem Rettungsdienstpersonal³ Fortbildungen angeboten (Abb. 8).

Werden für das Personal in Ihrem Krankenhaus **Fortbildungen** hinsichtlich der Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen und/oder einer Demenz durchgeführt?
(Krankenhäuser in %)

Welche **Berufsgruppen**, die am Versorgungsprozess von Patienten mit kognitiven Störungen und/oder einer Demenz beteiligt sind, erhalten eine Fortbildung?
(Mehrfachantworten, Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Fortbildungsangebot und Berufsgruppen im Versorgungsprozess von Patient:innen mit kognitiven Störungen und/oder einer Demenz

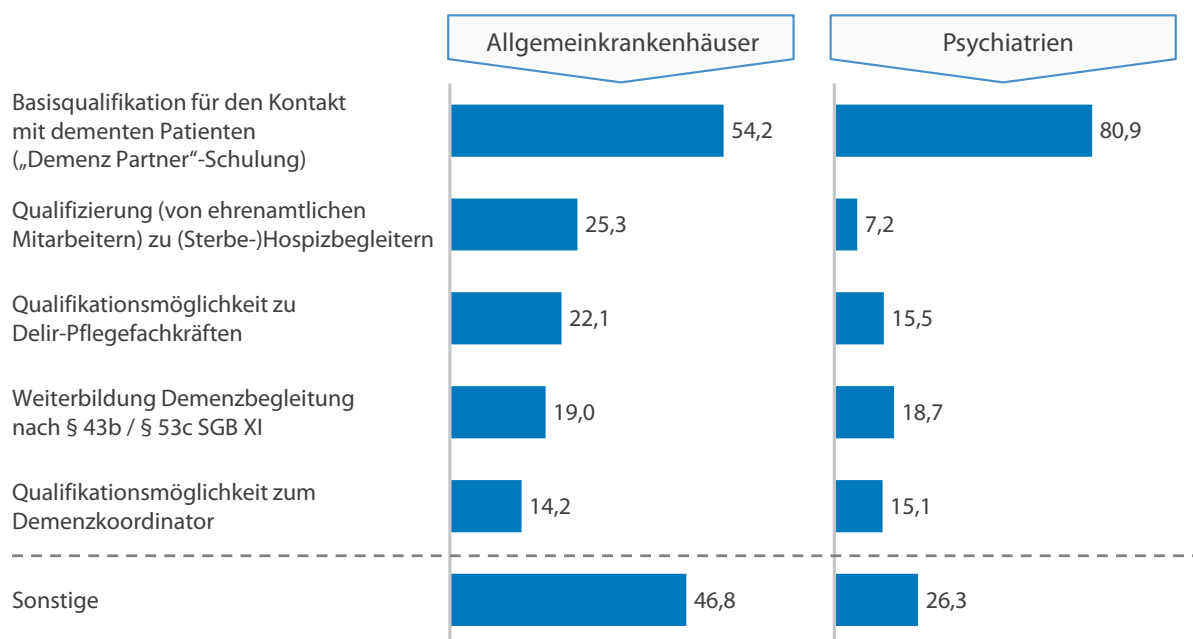
Auf Nachfrage, welche demenzspezifischen Qualifikationsmöglichkeiten dem Personal in der Versorgung von Menschen mit Demenz angeboten werden, wurde am häufigsten die Basisqualifikation „Demenz Partner“-Schulung⁴ angegeben (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt, 3.3.7, S. 97).

³ Für die Qualifikation des Rettungsdienstpersonal im bodengebundenen Rettungsdienst (Feuerwehr, Hilfsorganisationen, kommunale Rettungsdienste, Bundeswehr und private Rettungsunternehmen) sind die Rettungsorganisationen selbst verantwortlich. Als zusätzliches Angebot können Krankenhäuser optional ihr Fortbildungsangebot für das örtliche Rettungsdienstpersonal zugänglich machen.

⁴ Die Initiative Demenz Partner wurde 2016 von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. ins Leben gerufen und hat das Ziel, über Demenzerkrankungen aufzuklären und für die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zu sensibilisieren. Im Mittelpunkt steht die Aufklärung über Demenz mittels 90-minütiger Kompaktkurse, die vor Ort oder online angeboten werden. Durchgeführt werden diese von mehreren hundert kompetenten Organisationen bundesweit. Quelle: <https://www.demenz-partner.de/die-initiative>

Über 80 % der befragten Psychiatrien und mehr als die Hälfte der Allgemeinkrankenhäuser bietet diese Qualifikationsmöglichkeit an. Weniger häufig wird die Qualifizierung zu (Sterbe-) Hospizbegleiter:innen, Delir-Pflegekräften oder Demenzbegleiter:in/-koordinator:in angeboten (Abb. 9). Daneben werden von rund 47 % der Allgemeinkrankenhäuser und 26 % der Psychiatrien sonstige Schulungen angeboten, wie Delir-Schulungen, Deeskalations-Schulungen, Tagesfortbildungen zum Thema Demenz, Integrative Validation, gewaltfreie Kommunikation, Führerschein Geriatrie, oder weitere Demenz-Fortbildungen, z. B. Qualifikation Demenzbeauftragte:r/-coach, Fachpflegekraft für Geriatrie oder zum Klinischen Neuropsychologen (Abb. 9).

Welche demenzspezifischen **Qualifikationsmaßnahmen** bieten Sie an?
(Mehrfachantworten möglich, Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 9: Angebot demenzspezifischer Qualifikationsmaßnahmen

4.3.2 Möglichkeiten zur Vernetzung

Nach der Nationalen Demenzstrategie sollen bundesweit Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz und andere Demenznetzwerke auf- und ausgebaut werden, um eine gute Begleitung, Unterstützung und Versorgung der Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen bzw. Bezugspersonen zu gewährleisten (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 2.9.3, S. 76).

„Die Netzwerke werden überwiegend getragen durch ehrenamtliches Engagement, das weiter gestärkt werden soll. Zusätzlich wird der Ausbau regionaler (Demenz-) Netzwerke zur besseren Vernetzung der an der pflegerischen Versorgung beteiligten

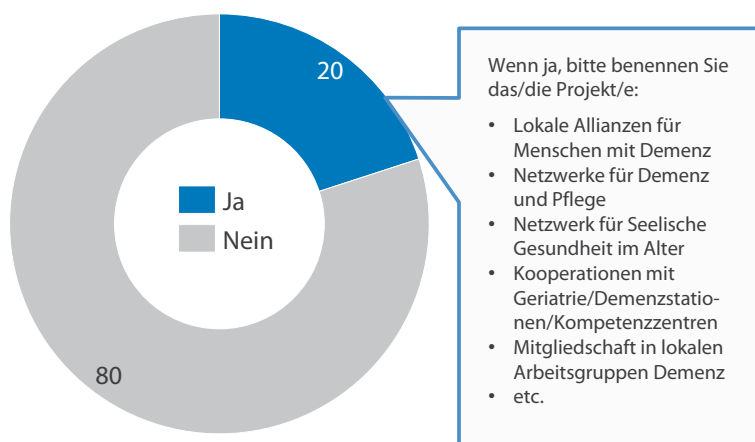
Akteure gesteigert und intensiviert. Die hierfür vorgesehenen Mittel aus der sozialen Pflegeversicherung sollen deutlich erhöht werden“ (Nationale Demenzstrategie, Zusammenfassung, S. 12).

Unter anderem sollen bestehende Webangebote zu Leistungen, Beratungs- und Schulungsansprüchen verbessert und stärker untereinander verlinkt werden.

Mit der Nationalen Demenzstrategie soll die Weiterentwicklung der Allianz für Menschen mit Demenz, die in den Jahren 2014 bis 2018 die Agenda „Gemeinsam für Menschen mit Demenz umgesetzt hat, als Bestandteil im Koalitionsvertrag vorangetrieben werden (vgl. Nationale Demenzstrategie, Zusammenfassung, S. 10).

Zum Befragungszeitpunkt waren 20 % der Krankenhäuser Partner einer Lokalen Allianz und beteiligten sich an Projekten und Arbeitsgruppen zum Aufbau von Netzwerken für Demenz, Pflege oder zum Thema seelische Gesundheit im Alter (Abb. 10).

Die Bundesregierung hat das Projekt **"Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz"** als Unterstützungsangebot für Menschen mit Demenz sowie ihre Angehörige implementiert. Im Fokus stehen die Vermittlung von Wissen sowie die Sensibilisierung zu dieser Erkrankung. Ist Ihr Haus Partner einer lokalen Allianz? (Krankenhäuser in %)



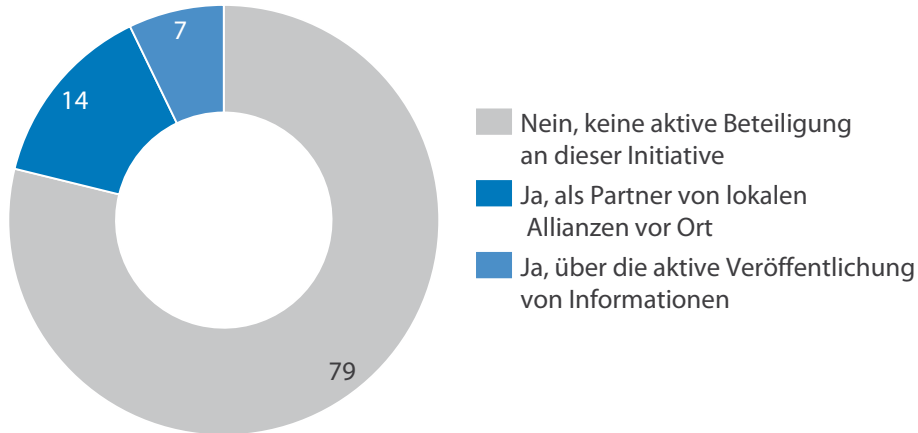
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 10: Projekte/Partner in einer Lokalen Allianz für Menschen mit Demenz

In der Nationalen Demenzstrategie sind alle Akteure angehalten die Internetplattform „Wegweiser Demenz“ als zentrale Plattform zur Verlinkung ihrer Informationsangebote für Menschen mit Demenz zu nutzen (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 2.1.9, S. 56).

Bisher beteiligten sich 14 % der befragten Krankenhäuser als Partner und 7 % über die Veröffentlichung von Informationen an dem Internetportal „Wegweiser Demenz“ (Abb. 11). Bei 70 % der Krankenhäuser kommt die Plattform zur Aufklärung von Patient:innen und Bezugspersonen zum Einsatz (Abb. 12).

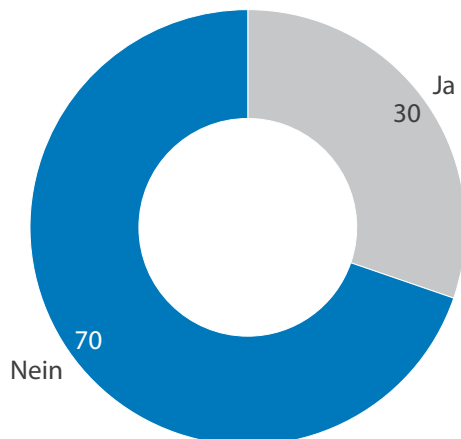
Das von der Bundesregierung initiierte **Internetportal „Wegweiser Demenz“** dient als Informations- und Unterstützungsplattform für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen/Bezugspersonen. Beteiligt sich Ihr Haus aktiv an dieser Initiative? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 11: Beteiligung an der Initiative „Wegweiser Demenz“ – ein Internetportal zur Informations- und Unterstützungsplattform

Werden in Ihrem Krankenhaus die zur Verfügung gestellten Informationen der zentralen **Plattform „Wegweiser Demenz“** für die **Aufklärung** von Patienten und Angehörigen/Bezugspersonen genutzt? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 12: Nutzung der zentralen Internetplattform „Wegweiser Demenz“ zur Aufklärung von Patient:innen und Angehörigen/Bezugspersonen

4.4 Erkennen und Behandeln von Demenzen und Delirien

Ziel der Nationalen Demenzstrategie ist es, die medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz weiterzuentwickeln. Dabei sollen die organisatorischen Abläufe der medizinischen und pflegerischen Versorgung in Krankenhäusern den besonderen Bedürfnissen demenzerkrankter Patient:innen angepasst werden. Dazu gehören z. B. Untersuchungen ohne Ortswechsel (auf Station), Berücksichtigung möglichst kurzer Nahrungs- und Flüssigkeitskarenzzeiten bei der OP-Planung, Begleitung auf Wegen innerhalb des Krankenhauses und Vermeidung von Wartezeiten. Eine solche demenzsensible Behandlungsplanung soll bis Ende 2024 ausgestaltet werden (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.3.5, S. 97)

4.4.1 Erkennen von kognitiven Störungen und Delirien

Laut einer aktuellen Studie der Robert Bosch Stiftung ist bei rund 40 % der über 65-Jährigen, die in einem Akutkrankenhaus behandelt werden, mit leichten kognitiven Störungen oder Demenzen zu rechnen. Jedoch ist bei rund einem Drittel der Fälle keine Diagnose oder kognitive Störung in der Akte dokumentiert. Somit wird das Personal häufig in der Behandlung von einer Demenzsymptomatik überrascht (Horst Bickel et al., 2019). Dies führt dazu, dass der Krankenhausaufenthalt weder für die Patient:innen noch für das Personal zufriedenstellend geplant werden kann.

„Um solche Überraschungen zu vermeiden, ist es sinnvoll, proaktiv schon im Rahmen der Aufnahme zu klären, ob eine Person unter kognitiven Einschränkungen leidet, damit dies bei der weiteren Behandlung berücksichtigt werden kann. Zu wissen, dass man es mit einem Menschen mit einer die Alltagsbewältigung wesentlich beeinträchtigenden kognitiven Störung zu tun hat, und sich darauf einstellen zu können, beugt somit Komplikationen in entscheidendem Maß vor und reduziert den Stress für das Personal“ (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

Zum Erkennen von Demenzen und Delirien sollen laut Nationaler Demenzstrategie validierte Screening-Verfahren durch geschultes Personal zum Einsatz kommen (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.3.3., S. 97).

Zur Abklärung von kognitiven Einschränkungen und Delirien werden sehr unterschiedliche Instrumente eingesetzt. Nach Expertenmeinung scheint das ideale Instrument, das einen guten Kompromiss zwischen einer guten Validität und einem angemessenen Aufwand bildet, immer noch nicht gefunden (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

„Die Art des Screenings hängt letztlich von den Ressourcen der Klinik und von den Anforderungen der Aufnahmesituation ab. Es eignen sich häufig bereits einfache Fragen, die im Rahmen der Pflege oder Behandlung nebenbei gestellt werden können

(z. B.: Wo sind Sie gerade? Welches Jahr haben wir? Können Sie beginnend von zehn rückwärts zählen?). Im Rahmen des rheinland-pfälzischen Modellprojekts „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ wurde der „3-Wörter-Uhren-Test“ bei allen Personen ab 70 Jahren durchgeführt. Eine routinierte Abschätzung des kognitiven Status von Patienten kann im normalen Tagesablauf auch durch die „Serial Sevens Task“ erfolgen, bei der die Testpersonen gebeten werden, von 100 an in 7er-Schritten rückwärts zu zählen. Weitere positive Berichte zu Screeningverfahren beziehen sich auf den „MiniCog“, der einzelne Elemente aus anderen Testungen mit dem Uhrentest verbindet, und auf den „Six Item Cognitive Impairment Test“ (6-CIT), für den eine deutsche Fassung von Bickel vorliegt (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

Diese Kurzscreenings oder Assessmentinstrumente werden bei der Mehrheit der Krankenhäuser entweder krankenhausesweit oder auf einzelnen Stationen eingesetzt. Im Vergleich zu Psychiatrien werden sie in Allgemeinkrankenhäusern häufiger auf einzelnen Stationen (70 %) als krankenhausesweit angewandt (Abb. 13).

Ein Delirium ist im Gegensatz zu kognitiven Störungen im Rahmen einer Demenz (vorausgesetzt es wird adäquat erkannt und behandelt) vorübergehend und wird als akute Funktionsstörung des Gehirns beschrieben, die mit Störungen von Aufmerksamkeit, Konzentration und Kognition verbunden ist.

„Die Ursachen eines Delirs sind sehr vielfältig. Man unterscheidet zwischen prädisponierenden Faktoren wie dem Alter und kognitiven Voreinschränkungen sowie auslösenden Faktoren wie Polypharmazie, Infekten, Dehydration, lang andauernder Vollnarkose usw. Ältere Patientinnen und Patienten mit kognitiven Störungen sind in besonderer Weise gefährdet, ein Delir zu erleiden. Die Inzidenz von Deliren bei über 70-Jährigen im Krankenhaus liegt zwischen 30 % und 50 % (Inouye et al. 2014). Auf Intensivstationen ist das Delir mit zwischen 30 % und 80 % der Patienten die häufigste Organ dysfunktion (Baron et al. 2015). Deliren können unbehandelt für die Betroffenen mit schwerwiegenden Konsequenzen verbunden sein. Wie aus Studien hervorgeht, erhöhen sich die Morbidität und die Mortalität und auch langfristig ergeben sich negative Konsequenzen wie die Abhängigkeit von institutioneller Pflege (Kratz/Diefenbacher 2016)“ (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

Zur zeitnahen Erkennung von Delirien werden validierte Assessmentinstrumente eingesetzt. Verwendet werden können z. B. folgende Instrumente, die auch in deutscher Sprache vorliegen: CAM (Confusion Assessment Method), Care Units, ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) und NU-DESC (Nursing Delirium Screening Scale). Diese kommen in 68% der Allgemeinkrankenhäuser und in 47 % der Psychiatrien krankenhausesweit zum Einsatz.

Eine Delir-Pocketcard für die Kitteltasche zur Erinnerung des Personals an die wichtigsten Fakten im Delir-Management sind weniger verbreitet, diese kommen bei 11 % in den befragten Allgemeinkrankenhäusern und bei 3 % in den Psychiatrien krankenhaushausweit zum Einsatz (Abb. 13).

Screeningverfahren können nach sorgfältiger Einweisung von unterschiedlichen Berufsgruppen im Krankenhaus durchgeführt werden. Eine weiterführende Diagnostik, die sich im Akutkrankenhaus in der Regel auf eine Kombination verschiedener kognitiver Tests stützt, erfordert hingegen fachlich ausgebildetes Personal, also Fachärzt:in oder Psycholog:in (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

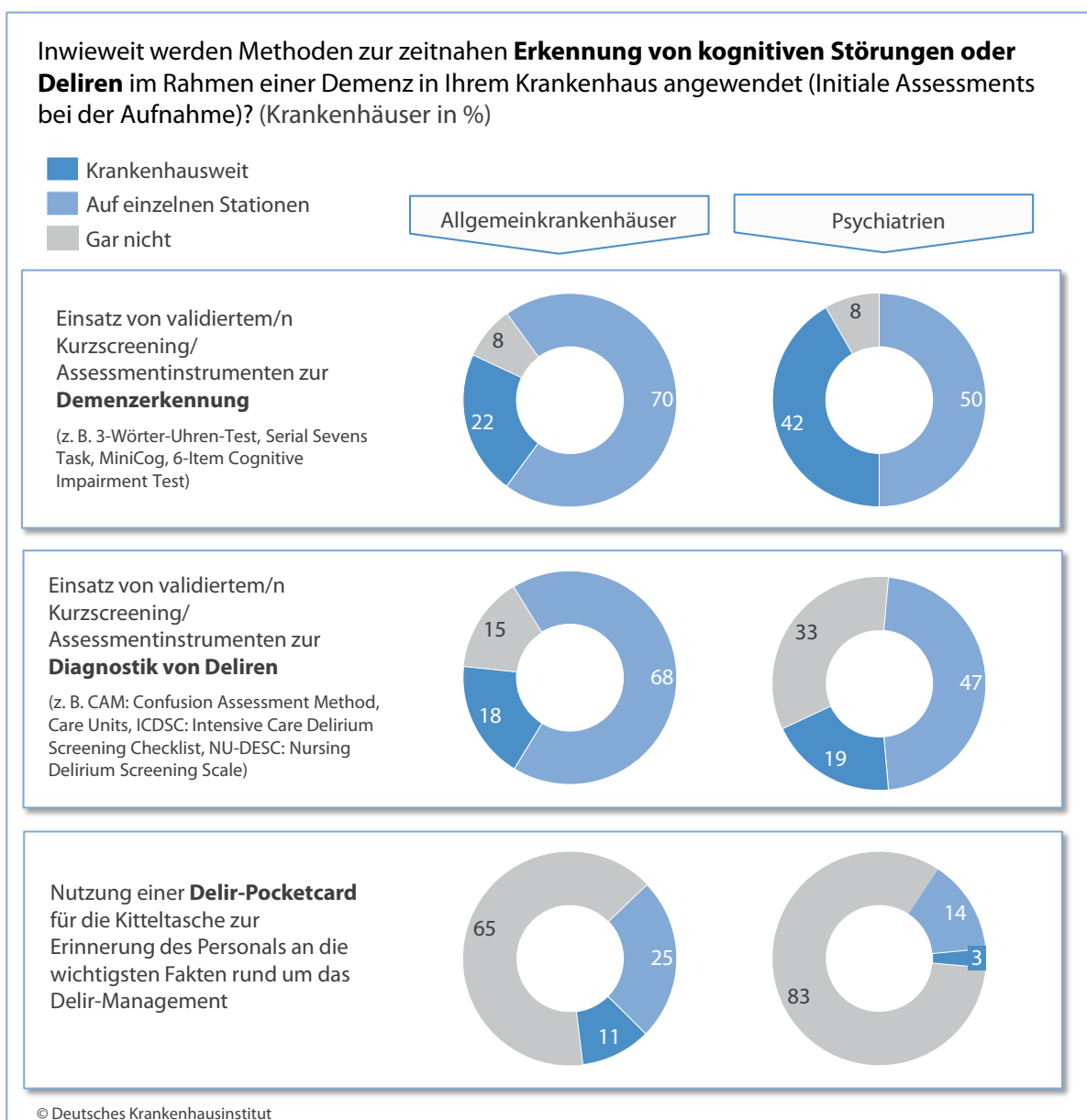


Abb. 13: Anwendung von Initialen Assessments zur zeitnahen Erkennung von kognitiven Störungen oder Delirien im Rahmen einer Demenz

4.4.2 Einsatz von Konsiliar- und/oder Liaisondienst

Der Einsatz sensibilisierter und geschulter Pflegekräfte stellt neben standardisierten Testverfahren eine bewährte Strategie zum besseren Erkennen von Demenzen dar. Das geschulte Personal kann bei Auffälligkeiten die Durchführung fachärztlicher Konsile anregen, um den ersten Eindruck zu überprüfen und weitere Diagnostik vorzunehmen.

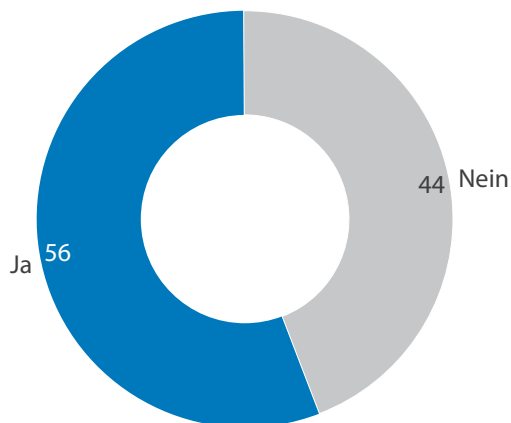
„Allerdings sollten Erstdiagnosen, die im Akutkrankenhaus gestellt werden, ein halbes Jahr nach Entlassung nochmals fachärztlich geprüft werden.“ (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

(Geronto-)psychiatrisch oder geriatrisch ausgerichtete Konsiliar- und Liaisondienste bieten eine gute Möglichkeit, um die bei älteren Menschen weit verbreiteten Komorbiditäten zielgerichtet zu behandeln.

Denn unbehandelt können kognitive Störungen die Genesung der zum Krankenhausaufenthalt führenden somatischen Hauptdiagnose verzögern oder verhindern. Hier kann der Konsiliar-/Liaisondienst Ärzt:innen und Pflegepersonal zusätzlich entlasten (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

Insgesamt sind in 56 % der befragten Allgemeinkrankenhäuser und Psychiatrien Konsiliar- und/oder Liaisondienste in die Versorgung eingebunden (Abb. 14).

Wird in Ihrem Krankenhaus ein (gerontopsychiatrischer)
Konsiliar- und/oder Liaisondienst eingesetzt/vorgehalten?
(Krankenhäuser in %)



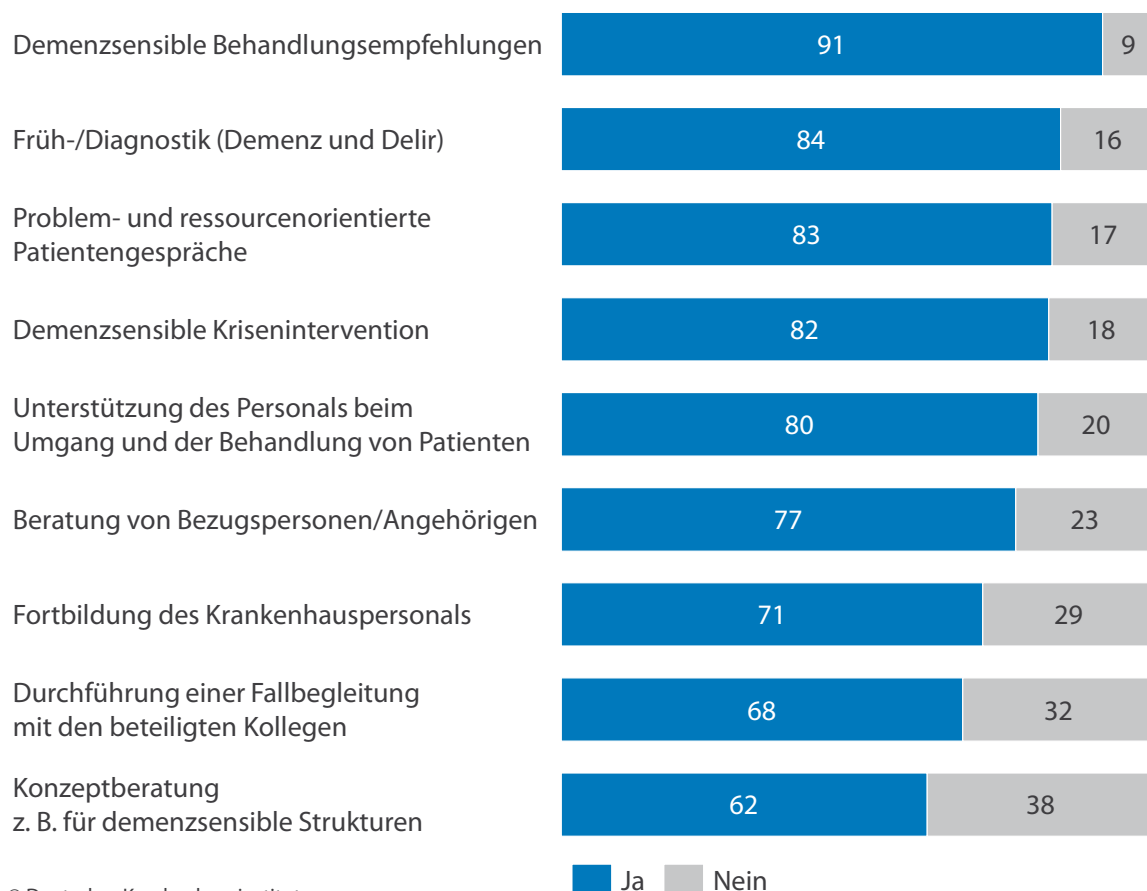
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 14: Einsatz von (gerontopsychiatrischem) Konsiliar- und/oder Liaisondienst

Der Konsiliar- oder Liaisondienst kann das Erkennen von Demenzen und Delirien und die zielgerichtete Behandlung psychischer Begleiterkrankungen unterstützen. Damit trägt er dazu bei, Komplikationen zu reduzieren, die Handlungssicherheit im Umgang mit den Krankheitsbildern zu erhöhen und Krisensituationen besser zu bewältigen (Kirchen-Peters & Krupp, 2019). Diese unterschiedlichen Einsatzbereiche in der Diagnostik und Behandlung von Patient:innen mit einer Demenzerkrankung werden bei der Mehrheit der Krankenhäuser durch den vorgehaltenen Konsiliar- und/oder Liaisondienst übernommen.

Dabei bilden die demenzsensiblen Behandlungsempfehlungen die häufigste Maßnahme (91%). In über 80 % der Krankenhäuser übernimmt der Dienst die Früh-/Diagnostik (Demenz und Delirium), problem- und ressourcenorientierte Patientengespräche, die demenzsensible Krisenintervention und die Unterstützung des Personals beim Umgang und der Behandlung der Patient:innen (Abb. 15).

Übernimmt der Konsiliar- und/oder Liaisondienst die folgenden Aufgaben hinsichtlich **Diagnostik und Behandlung** von Patienten mit einer Demenzerkrankung in Ihrem Krankenhaus? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

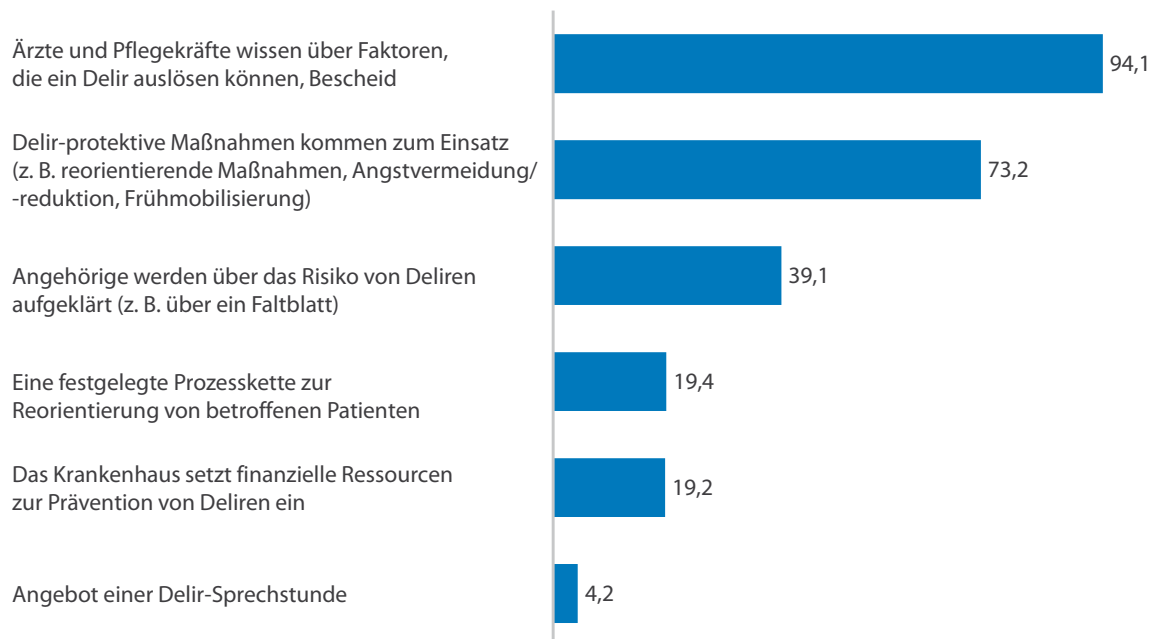
Abb. 15: Aufgaben des (gerontopsychiatrischen) Konsiliar- und/oder Liaisondienstes in Diagnostik und Behandlung

4.4.3 Delir-Management

Neben der frühzeitigen Diagnostik eines Deliriums befasst sich das Delir-Management mit der Frage, wie ein Delirium im Krankenhaus in hoher Qualität behandelt werden kann. Zudem stehen präventive Strategien im Fokus, damit Deliere möglichst gar nicht erst entstehen (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

Im Rahmen des Delir-Managements sind Ärzt:innen und Pflegekräfte über die Faktoren, die ein Delirium auslösen können in nahezu allen Häusern informiert. Delirprotektive Maßnahmen, wie z. B. reorientierende Maßnahmen, Angstvermeidung/-reduktion und Frühmobilisierung, sind insgesamt bei rund 73 % der befragten Häuser im Einsatz. Angehörige oder Bezugspersonen werden in rund 39 % der teilgenommenen Krankenhäuser aufgeklärt. Maßnahmen wie eine festgelegte Prozesskette zur Reorientierung von betroffenen Patient:innen, der Einsatz von finanziellen Ressourcen zur Delir-Prävention und das Angebot einer spezialisierten Delir-Sprechstunde wurden zum Befragungszeitpunkt von einem sehr geringen Anteil der Häuser angeboten (Abb. 16).

Welche weiteren Maßnahmen zum **Delir-Management** werden in Ihrem Krankenhaus standardmäßig durchgeführt? (Mehrfachantworten möglich, Krankenhäuser in %)



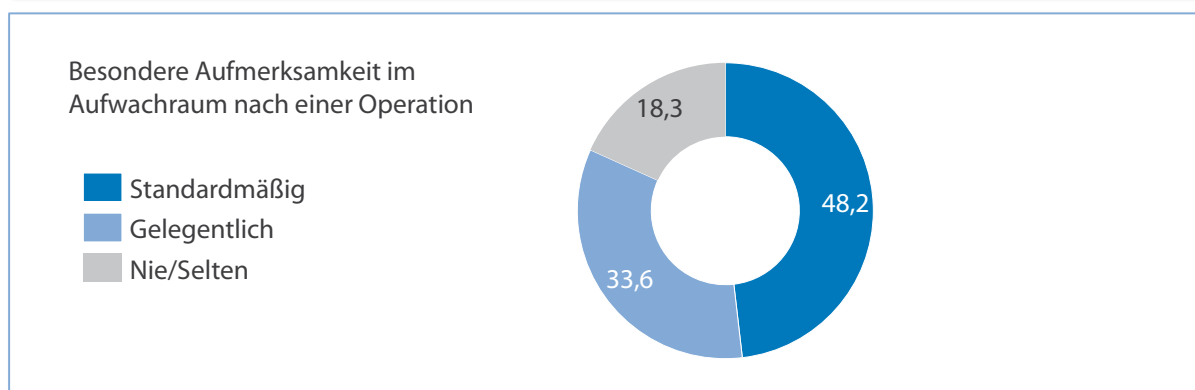
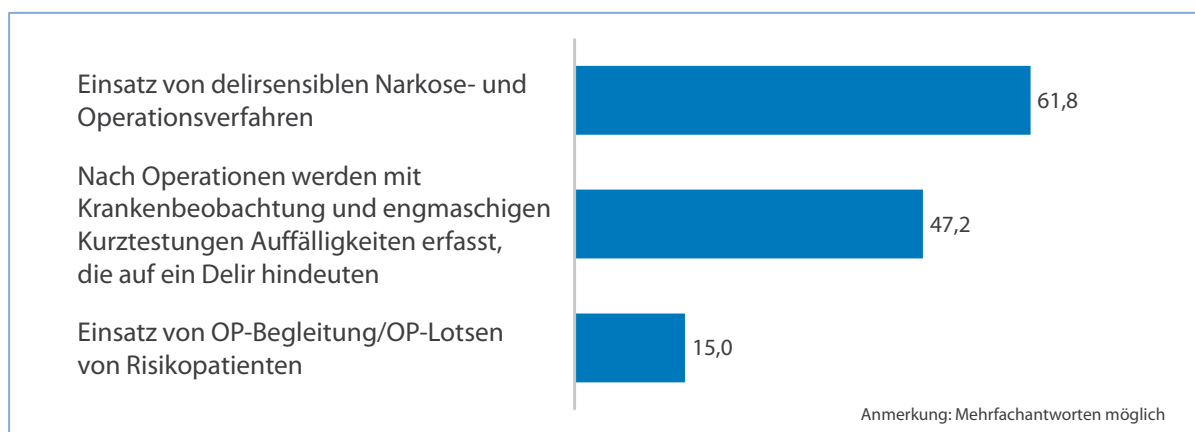
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 16: Standardmäßig durchgeführte Delir-Management-Maßnahmen

Da Allgemeinkrankenhäuser aufgrund ihrer Versorgungsstruktur (im Gegensatz zu Psychatrien) Operationen durchführen, werden spezielle delirsensible Strukturen, die im Rahmen von Operationen Anwendung finden im Folgenden für diesen Teil der Stichprobe berichtet.

Bei rund 62 % der Häuser kommen delirsensible Narkose- und Operationsverfahren zum Einsatz. Bei 47 % der Häuser werden nach Operationen mit Krankenbeobachtungen und engmaschigen Kurztestungen Auffälligkeiten erfasst, die auf ein Delirium hindeuten. In der Mehrheit der Allgemeinkrankenhäuser (81,8 %) wird diesen Patient:innen standardmäßig (48,2 %) oder gelegentlich (33,6 %) eine besondere Aufmerksamkeit im Aufwachraum nach einer Operation geschenkt. OP-Begleitung oder Lotsen von Risikopatient:innen stehen bei 15% der Krankenhäuser zur Verfügung (Abb. 17).

Maßnahmen zum **Delir- und Behandlungsmanagement** im Kontext von Operationen:
(Allgemeinkrankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 17: Maßnahmen zum Delir- und Behandlungsmanagement im Kontext von Operationen in Allgemeinkrankenhäusern

4.4.4 Demenzsensibles Behandlungsmanagement

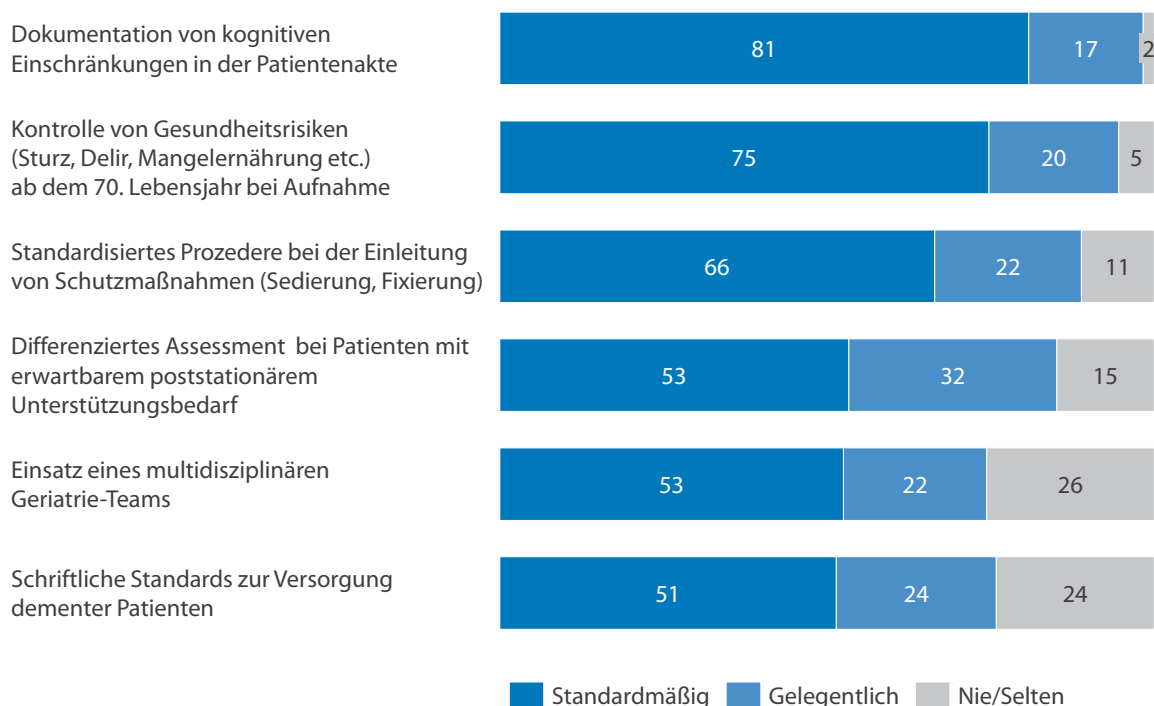
Im Behandlungsmanagement spielen demenzsensible Strukturen und Angebote eine zentrale Rolle für die adäquate Versorgung von betroffenen Patient:innen.

Bei 81 % der befragten Krankenhäuser werden kognitive Einschränkungen standardmäßig als Basis im Behandlungsmanagement in der Patientenakte dokumentiert (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

Regulär werden vor allem die Kontrolle von Gesundheitsrisiken bei Aufnahmen von Patient:innen ab dem 70. Lebensjahr und ein standardisiertes Prozedere bei der Einleitung von Schutzmaßnahmen (Sedierung/Fixierung) angeboten (Abb. 18).

In rund der Hälfte der befragten Krankenhäuser kommen im Behandlungsmanagement ein multidisziplinäres Geriatrie-Team, schriftliche Standards zur Versorgung dementer Patient:innen (Abb. 18) und eine über das übliche Maß verstärkte Beobachtung des Ess- und Trinkverhaltens zum Einsatz (Abb. 19).

Inwieweit kommen Strukturen und Angebote zum **Behandlungsmanagement** von Patienten mit einer **Demenz** in Ihrem Krankenhaus zum Einsatz? (Krankenhäuser in %)

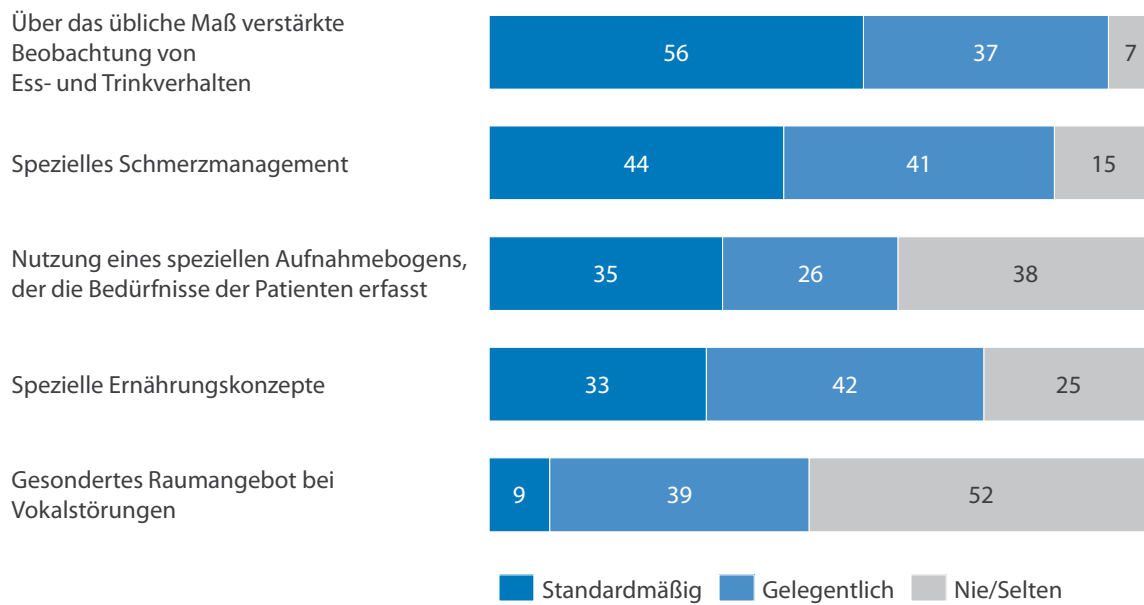


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 18: Strukturen im Behandlungsmanagement von Patient:innen mit einer Demenz – Teil I

Weniger häufig werden spezielle Maßnahmen wie Ernährungskonzepte, Schmerzmanagement, die Nutzung eines Aufnahmebogens zur Erfassung der Patientenbedürfnisse, oder ein gesondertes Raumangebot bei Vokalstörungen angeboten (Abb. 19).

Inwieweit kommen Strukturen und Angebote zum **Behandlungsmanagement** von Patienten mit einer **Demenz** in Ihrem Krankenhaus zum Einsatz? (Krankenhäuser in %)



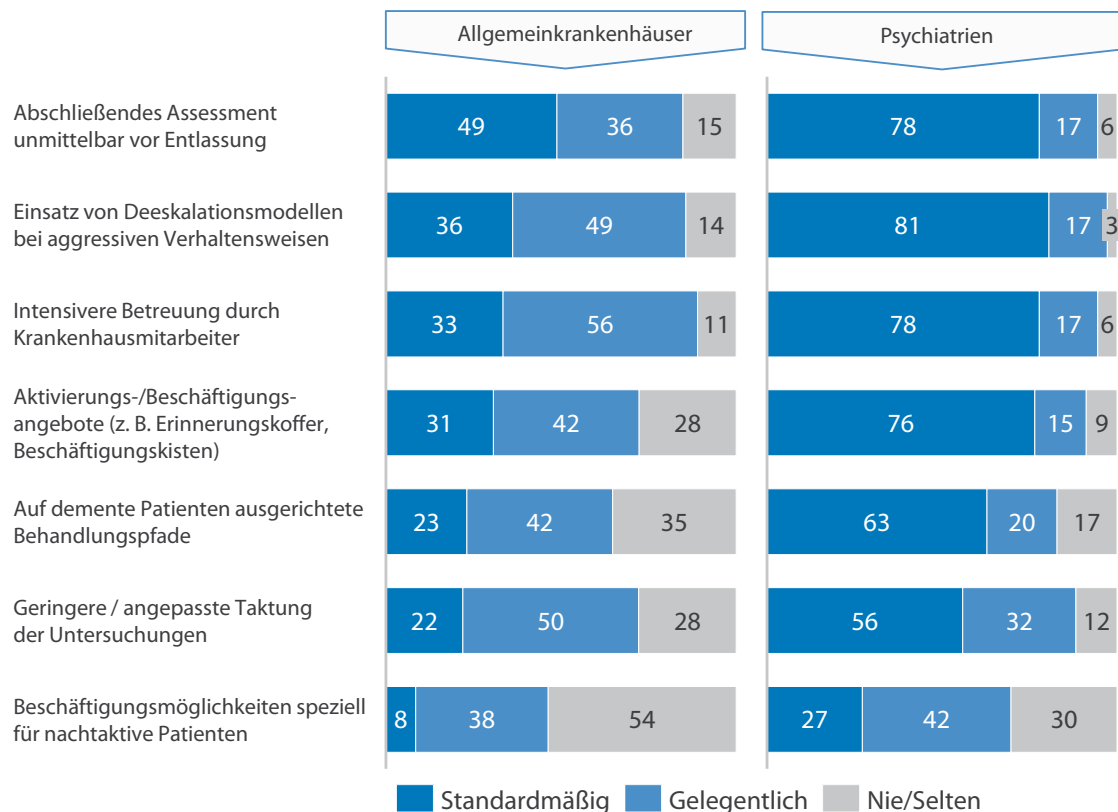
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 19: Strukturen im Behandlungsmanagement von Patient:innen mit einer Demenz – Teil II

Aufgrund der unterschiedlichen Personal- und Versorgungsstrukturen in Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien ergaben sich bedeutsame Unterschiede in der Anwendung von demenzsensiblen Maßnahmen im Behandlungsmanagement.

Im Vergleich zeigte sich, dass die folgenden Maßnahmen in Allgemeinkrankenhäusern eher gelegentlich zum Einsatz kommen, wohingegen die Maßnahmen in Psychiatrien vor allem standardmäßig eingesetzt werden. Dies betrifft der Einsatz von Deeskalationsmodellen, die intensivere Betreuung durch Krankenhausmitarbeiter:innen und das Angebot von Aktivierungs-/Beschäftigungsoptionen. Auf die Patient:in ausgerichtete Behandlungspfade, eine geringere oder angepasste Taktung der Untersuchungen und Beschäftigungsmöglichkeiten für nachtaktive Patient:innen sind insgesamt weniger verbreitet, ggf. stärker in Psychiatrien als in Allgemeinkrankenhäusern (Abb. 20).

Inwieweit kommen Strukturen und Angebote zum **Behandlungsmanagement** von Patienten mit einer **Demenz** in Ihrem Krankenhaus zum Einsatz? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

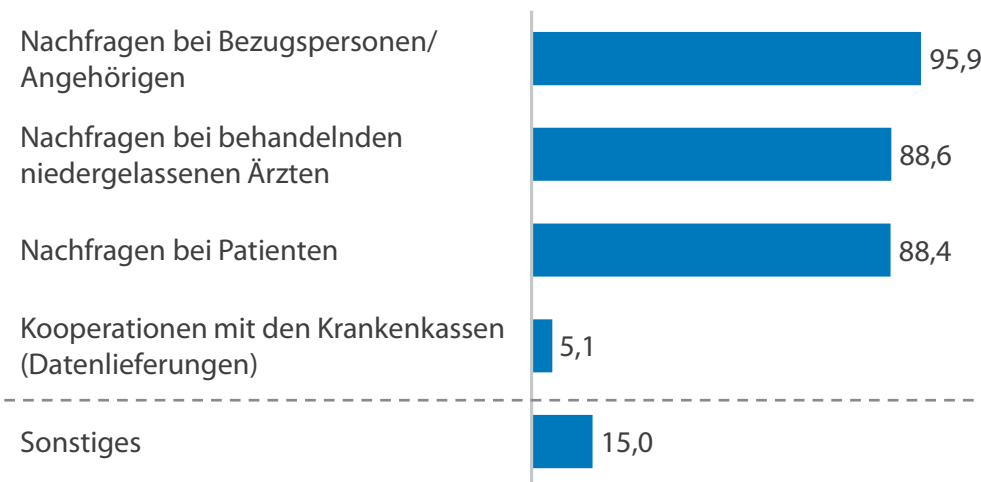
Abb. 20: Strukturen im Behandlungsmanagement von Patient:innen mit einer Demenz separat nach Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien

4.4.5 Demenzsensibles Medikamenten-Management

Insbesondere bei kognitiv eingeschränkten Patient:innen, die selbst nicht mehr in der Lage sind, eine zuverlässige Auskunft über ihre Medikation zu geben, bilden andere Informationsquellen eine wichtige Grundlage im Medikamenten-Management (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

Um die Arzneimittelhistorie der Patient:innen vollständig zu erfassen, fragen Krankenhäuser am häufigsten bei den Bezugspersonen/Angehörigen nach (95,9 %). Der behandelnde Ärzt:in aus der Niederlassung (88,6 %) und die Patient:innen werden ähnlich häufig (88,4 %) als Informationsquellen herangezogen. Nur vereinzelt kontaktieren Krankenhäuser die Krankenkassen zur Arzneimittelhistorie. Weitere Informationsquellen wurden in einer offenen Frage genannt, z. B. Arztbriefe von anderen Krankenhäusern und Medikamentenpläne von Pflegeheimen oder ein Apothekerkonsil (Abb. 21).

Welche Maßnahmen werden standardmäßig durchgeführt, damit die **Arzneimittelhistorie** einschließlich Unverträglichkeiten für Patienten mit einer Demenz (kognitiven Einschränkungen) vollständig vorliegt? (Mehrfachantworten möglich, Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

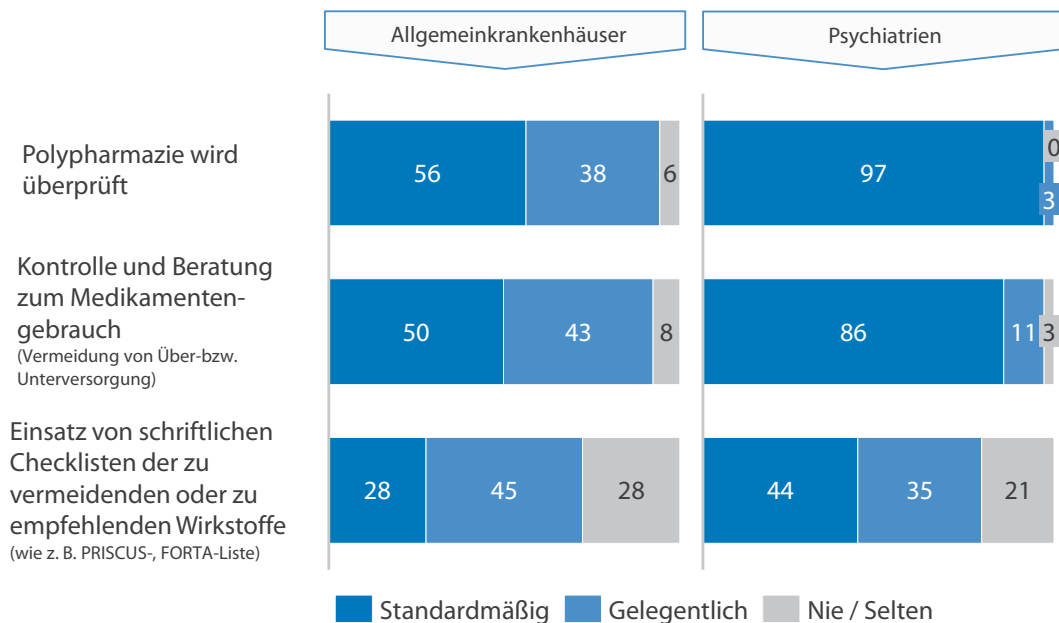
Abb. 21: Maßnahmen zur Erfassung der Arzneimittelhistorie

Im Vergleich zu jüngeren Patienten:innen erfordert eine veränderte Pharmakokinetik und Pharmakodynamik (Wirkungsweise) der Medikamente bei älteren Menschen eine besondere Anpassung im Medikamenten-Management. Gerade bei Polypharmazie ist es angezeigt, die Medikation regelmäßig zu überprüfen und nicht erforderliche Wirkstoffe abzusetzen (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

Polypharmazie wird häufiger in Psychiatrien (97 %) als in Allgemeinkrankenhäusern (56 %) standardmäßig überprüft. 86 % der Psychiatrien und 50 % der Allgemeinkrankenhäuser führen die Kontrolle und Beratung zum Medikamentengebrauch zur Vermeidung einer Über- oder Unterversorgung standardmäßig durch (Abb. 22).

Sorgfältig zu achten ist auf unerwünschte Wirkungen und auf ein breites Spektrum von Medikamenteninteraktionen. Sinnvoll ist hier der Einsatz von schriftlichen „Checklisten“ für die Medikation. Gängige Checklisten sind derzeit die PRISCUS- und die FORTA-Liste (Kirchen-Peters & Krupp, 2019). Solche Checklisten kommen in Allgemeinkrankenhäusern bei 28 % und in Psychiatrien bei 44 % der befragten Krankenhäuser standardmäßig zum Einsatz (Abb. 22).

Inwieweit werden Strukturen zum **Medikamenten-Management** von Patienten mit einer Demenz in Ihrem Krankenhaus vorgehalten?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 22: Strukturen zum Medikamenten-Management von Patient:innen mit einer Demenz separat nach Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien

Im Medikamenten-Management und der Therapieplan-Erstellung ist es wichtig, die Akzeptanz und die Praktikabilität der Medikation einzubeziehen.

„Hier spielen Aspekte der Adhärenz der Patienten ebenso eine Rolle wie die Demenzkompetenz und die Zeitressourcen der verabreichenden Personen“ (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

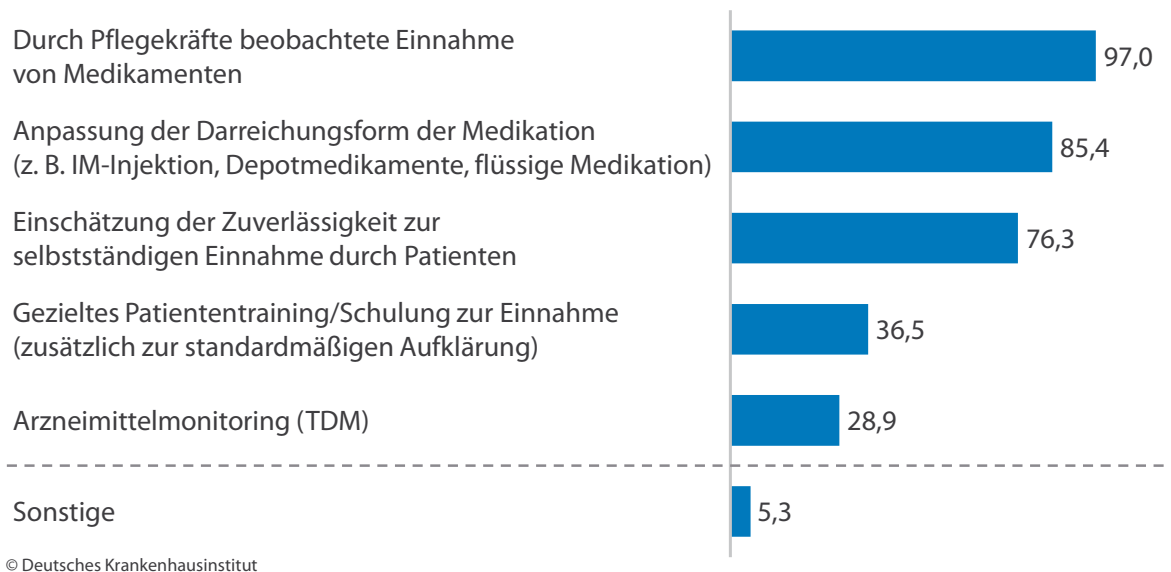
Bei den Maßnahmen zur Sicherstellung der Einnahme von verordneten Medikamenten ergaben sich keine Unterschiede zwischen Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien.

Die Einnahme von Medikamenten wird in 97 % der Häuser standardmäßig durch Pflegekräfte beobachtet. Zur individuellen Anpassung der Medikation wird bei rund 85 % der Häuser die Darreichungsform angepasst, z. B. in bestimmten Fällen in flüssiger Form oder durch Injektion (Abb. 23).

Gezieltes Patiententraining (oder Schulung) zur Einnahme (zusätzlich zur standardmäßigen Aufklärung) und ein Arzneimittelmonitoring (TDM) werden seltener eingesetzt (Abb. 23).

Unter sonstigen Maßnahmen wurden z. B. Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS), Multimedikationsvisiten und die Aufklärung des Umfelds im Entlassmanagement von den Häusern genannt.

Welche Maßnahmen werden standardmäßig in Ihrem Krankenhaus ergriffen, um die **Einnahme der verordneten Medikamente** sicherzustellen?
(Mehrfachantworten möglich, Krankenhäuser in %)

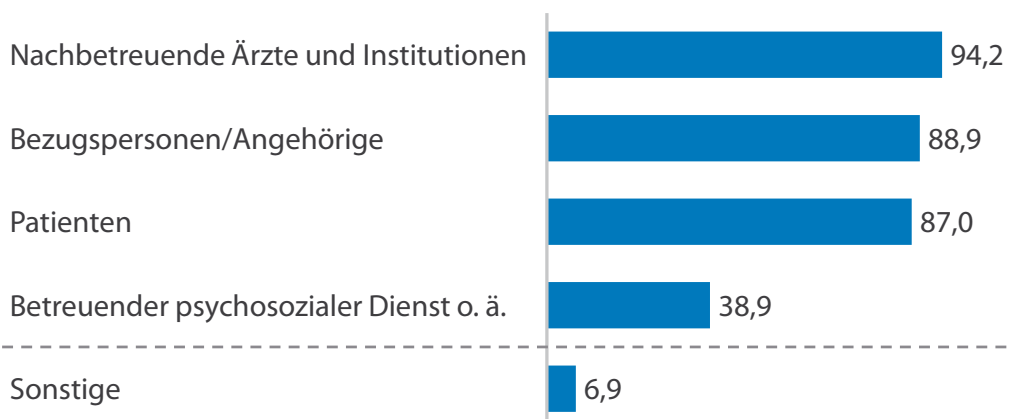


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 23: Maßnahmen zur Sicherstellung der Medikamenteneinnahme bei Patient:innen mit einer Demenz

Zur Sicherstellung von etwaigen Arzneimittelumstellungen werden bei Überleitung der betroffenen Patient:innen von der Mehrheit der Krankenhäuser nachbetreuende Ärzt:innen und Institutionen (94,2 %), Bezugspersonen oder Angehörige (88,9 %) und die Patient:innen selbst (87,0 %) eingebunden bzw. informiert (Abb. 24).

Welche **Personen** werden bei Überleitung der Patienten mit Demenz standardmäßig bei etwaigen Arzneimittelumstellungen informiert?
(Mehrfachantworten möglich, Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 24: Personen, die bei Überleitung der Patient:innen mit Demenz standardmäßig zu Arzneimittelumstellungen informiert werden

4.5 Begleitung und Angehörigen-/Bezugspersonenarbeit

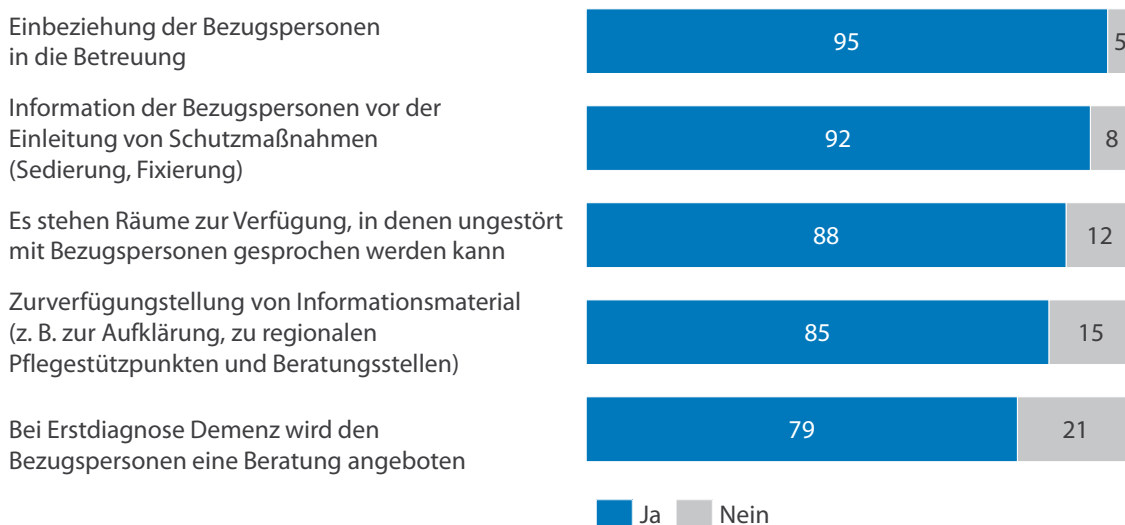
Ziel der Nationalen Demenzstrategie ist es, dass Menschen mit Demenz und ihre Bezugspersonen besser unterstützt werden. Grundlegend haben Bezugspersonen bzw. Angehörige von Menschen mit Demenz eine herausragende Rolle bei der Betreuung und Pflege (vgl. Nationale Demenzstrategie, Zusammenfassung, S. 13).

Zum einen können stressbedingte Irritationen, die durch einen Krankenhausaufenthalt bei kognitiv eingeschränkten Patient:innen entstehen, durch die Begleitung von Bezugspersonen reduziert werden. Dabei kann die Akzeptanz der Patient:innen für notwendige ärztliche und pflegerische Maßnahmen durch die emotionale Stabilisierung gefördert werden. Zum anderen können Bezugspersonen das Personal dabei unterstützen, die Betreuung und Versorgung sicherzustellen. Insbesondere bei Delirien können Bezugspersonen Vertrautheit schaffen und bei der kognitiven Reorientierung unterstützen. Aber auch zur nachhaltigen Sicherung des Behandlungserfolges nach Entlassung aus dem Krankenhaus, über die Rückführung in den Alltag, können Bezugspersonen beitragen (Kirchen-Peters & Krupp, 2019). Darüber hinaus sollen ehrenamtliche Helfer:innen zur Begleitung von betroffenen Patient:innen gewonnen und qualifiziert werden (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.3.5, S. 97)

4.5.1 Begleitung von Patient:innen und die Einbindung von Bezugspersonen

Grundlegende Maßnahmen zur Unterstützung und Begleitung von Patient:innen mit Demenz werden gleichermaßen umfassend in Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien eingesetzt. Standardmäßig wird in nahezu allen befragten Häusern die Bezugsperson bei der Betreuung der Patient:innen einbezogen (95 %) und vor Einleitung von Schutzmaßnahmen (Sedierung, Fixierung) für die Patient:innen informiert (92 %). Ebenfalls werden in der Mehrheit der Krankenhäuser (88 %) Räume zur Verfügung gestellt, in denen ungestört mit Bezugspersonen gesprochen werden kann (Abb. 25).

Welche der folgenden Maßnahmen werden zur **Begleitung von Patienten mit einer Demenz** und zum **Einbezug von Bezugspersonen** standardmäßig in Ihrem Krankenhaus durchgeführt?
(Krankenhäuser in %)

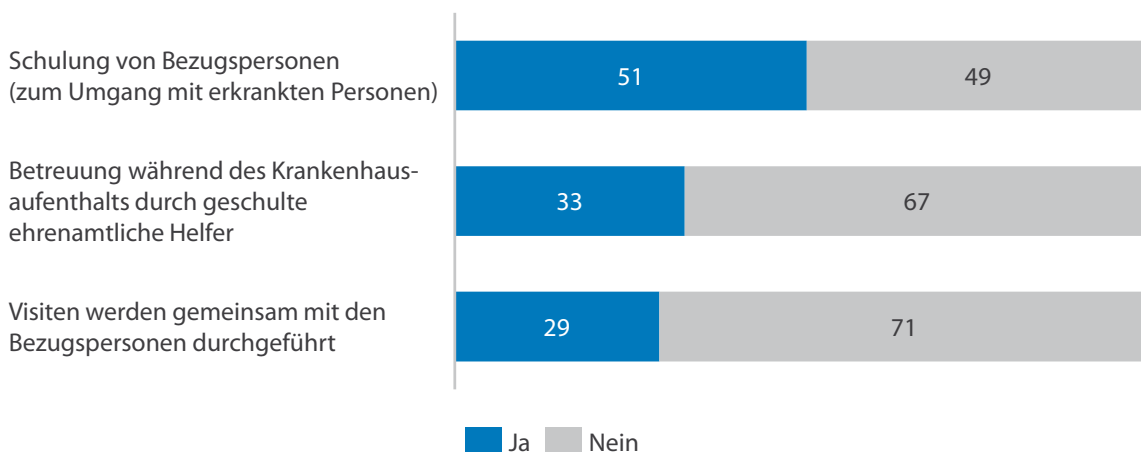


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 25: Maßnahmen zur Begleitung von Patient:innen und Einbindung von Bezugspersonen Teil I

Schulungen von Bezugspersonen, die Betreuung von Patient:innen mit Demenz durch geschulte ehrenamtliche Helfer:innen und gemeinsame Visiten mit Bezugspersonen werden hingegen insgesamt seltener angeboten (Abb. 26).

Welche der folgenden Maßnahmen werden zur **Begleitung von Patienten mit einer Demenz** und zum **Einbezug von Bezugspersonen** standardmäßig in Ihrem Krankenhaus durchgeführt?
(Krankenhäuser in %)

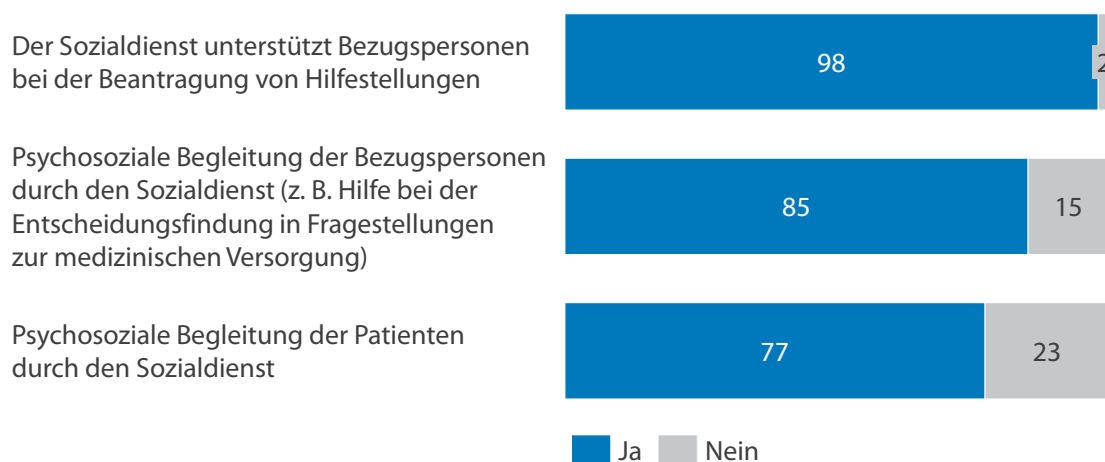


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 26: Maßnahmen zur Begleitung von Patient:innen und Einbindung von Bezugspersonen Teil II

Über den Sozialdienst findet in 77 % der Häuser eine psychosoziale Begleitung dementer Patient:innen statt (Abb. 27). Psychiatrien (97,1 %) halten dieses Angebot häufiger vor als Allgemeinkrankenhäuser (74,5 %) (Daten nicht abgebildet). Auch Bezugspersonen erhalten mehrheitlich (85 %) eine psychosoziale Begleitung und Hilfestellung, wie z. B. bei der Entscheidungsfindung in Fragestellungen der medizinischen Versorgung für die Patient:in. Nahezu alle Häuser (98 %) unterstützen durch den Sozialdienst die Bezugspersonen bei der Beantragung von Hilfestellungen (Abb. 27).

Welche der folgenden Maßnahmen werden zur **Begleitung von Patienten mit einer Demenz** und zum **Einbezug von Bezugspersonen** standardmäßig in Ihrem Krankenhaus durchgeführt? (Krankenhäuser in %)

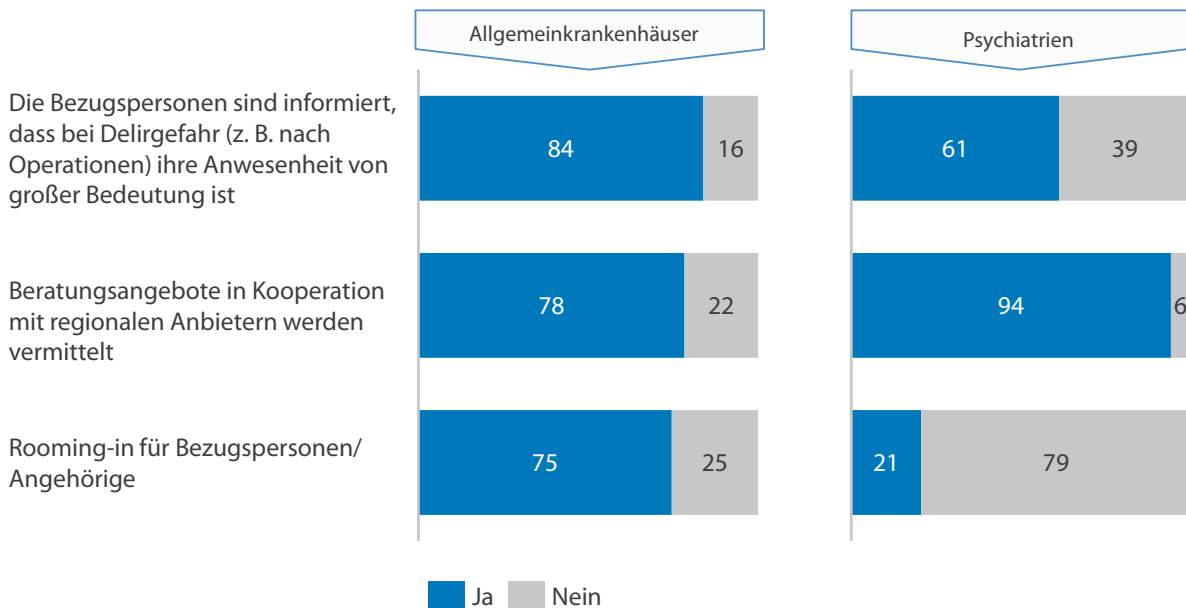


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 27: Maßnahmen des Sozialdienstes zur Begleitung von Patient:innen und Einbindung von Bezugspersonen

Bei den folgenden Maßnahmen zur Begleitung von Patient:innen mit Demenz gab es grundlegende Unterschiede zwischen Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien. In Allgemeinkrankenhäusern werden, etwa aufgrund des Delirium-Risikos bei Operationen, die Bezugspersonen wesentlich häufiger (84 %) über die Gefahr von Delirien aufgeklärt als in Psychiatrien (61 %). Ebenso bieten Allgemeinkrankenhäuser (75 %) ein Rooming-in häufiger an als Psychiatrien (21 %). Umgekehrt vermitteln Psychiatrien (94 %) häufiger als Allgemeinkrankenhäuser (78 %) die Beratungsangebote in Kooperation mit regionalen Anbietern an (Abb. 28).

Welche der folgenden Maßnahmen werden zur **Begleitung von Patienten mit einer Demenz** und zum **Einbezug von Bezugspersonen** standardmäßig in Ihrem Krankenhaus durchgeführt?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

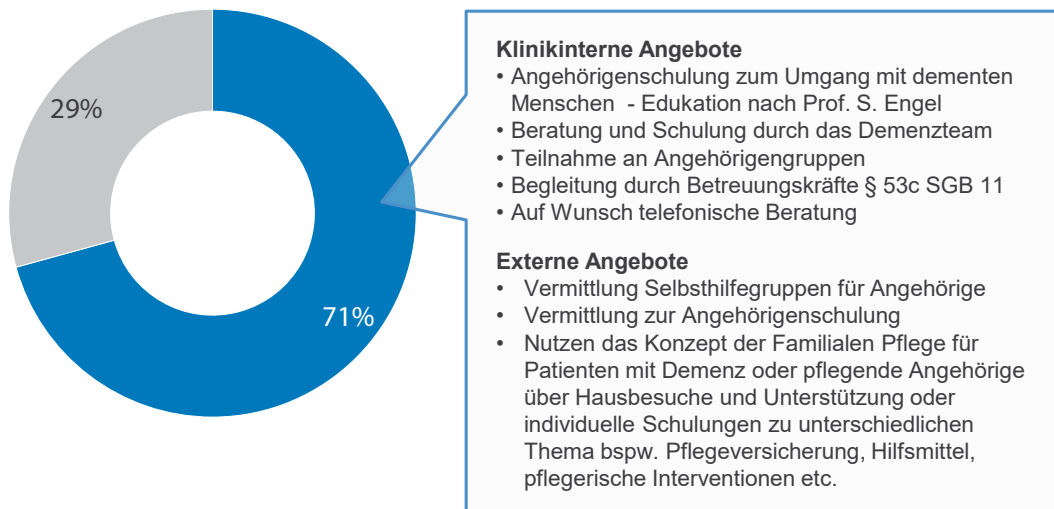
Abb. 28: Maßnahmen zur Begleitung von Patient:innen und Einbindung von Bezugspersonen im Vergleich Allgemeinkrankenhäuser und Psychiatrien

Im Rahmen einer offenen Frage haben knapp drei Viertel der Krankenhäuser (71 %) weitere Maßnahmen zur direkten Unterstützung der Angehörigen oder Bezugspersonen angegeben.

Häufig genannte Maßnahmen waren klinikinterne Angebote, wie z. B. Schulungen zum Umgang mit Menschen mit Demenz oder Angehörigengruppen, aber auch die Vermittlung von externen Angeboten, etwa Selbsthilfegruppen für Bezugspersonen oder Angebote nach dem Konzept der Familialen Pflege⁵ (Abb. 29).

⁵ Das Konzept der „Familialen Pflege“ richtet sich an pflegende Bezugspersonen und soll, ausgehend vom Krankenhaus, die reibungslose Überleitung in die häusliche Umgebung ermöglichen. Ausgebildete Pflegetrainer:innen übernehmen die Funktion, pflegende Bezugspersonen in diesem Prozess bis zu sechs Wochen nach dem Aufenthalt informierend, beratend und schulend beiseite zu stehen.

Sonstige Maßnahmen zur Begleitung von Patienten mit einer Demenz und zum Einbezug von Bezugspersonen:



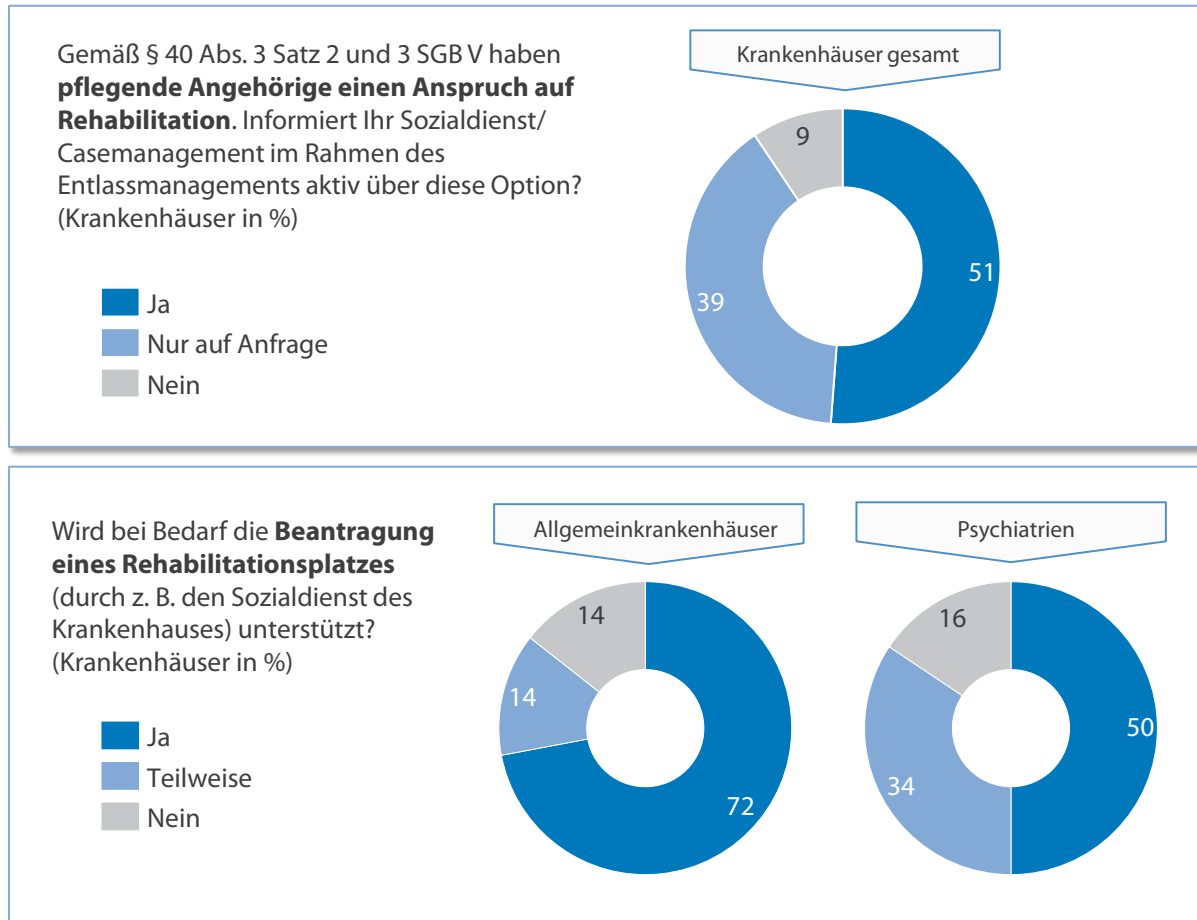
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 29: Sonstige Maßnahmen zur Begleitung von Patient:innen und Einbindung von Bezugspersonen

4.5.2 Rehabilitationsmöglichkeiten für pflegende Angehörige

In der Nationalen Demenzstrategie wird explizit die Entlastung von pflegenden Angehörigen über den Anspruch auf Rehabilitation gemäß § 40 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB V verwiesen. Vom Sozialdienst oder dem Casemanagement soll bei Entlassung auf die Möglichkeit der Rehabilitation für den pflegenden Angehörigen hingewiesen und bei Bedarf die Beantragung eines Rehabilitationsplatzes unterstützt werden (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 2.8.4., S. 73).

In fast allen Krankenhäusern informiert der Sozialdienst oder das Casemanagement grundlegend (51 %) oder auf Anfrage (39 %) über diese Möglichkeit. Hier ergab sich kein wesentlicher Unterschied zwischen Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien. Eine direkte Unterstützung bei der Beantragung eines solchen Rehabilitationsplatzes, z. B. durch den Sozialdienst, wird häufiger von Allgemeinkrankenhäusern als von Psychiatrien angeboten (Abb. 30).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 30: Information der pflegenden Angehörigen/Bezugspersonen zum Anspruch auf Rehabilitation und Unterstützung bei der Beantragung eines Rehabilitationsplatzes

4.6 Demenzsensible Umgebungsgestaltung

Menschen mit Demenz haben Schwierigkeiten, Neues zu lernen. Durch eine demenzsensible Umgebungsgestaltung kann Stress reduziert werden (Kirchen-Peters & Krupp, 2019). Vor diesem Hintergrund verweist die Nationale Demenzstrategie auf die demenzsensible Umgebungsgestaltung und Architektur in Krankenhäusern (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.3.8, S. 98). Hierfür bilden die Erkenntnisse aus dem Praxisleitfaden der Robert Bosch Stiftung zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser die Grundlage (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

Wesentliche Aspekte können zur Sicherheit der betroffenen Patient:innen, wie die Berücksichtigung der Demenz (Hin- und Weglauftendenzen) bei der Zimmerbelegung (Zimmer in der Nähe des Pflegebüros, Zimmergröße und Mitpatientenwahl), das Anbringen von Orientierungshilfen (wie Symbolen, Piktogramme, farbliche Markierungen), angepasste

Beleuchtungskonzepte, die zur Vermeidung von Stürzen (z. B. Lichtleisten, Bewegungsmelder) und der Förderung des Tag-Nacht-Rhythmus beitragen.

Die Umsetzung einer behaglichen Temperatur, der sensible Umgang mit Lärmquellen, das Einrichten von Sitzecken, die Einrichtung eines zusätzlichen Raums für Gruppenangebote (auf Stationen mit einem hohen Anteil von Menschen mit kognitiven Einschränkungen) erweitern das Spektrum der Maßnahmen zur demensensiblen Umgebungsgestaltung.

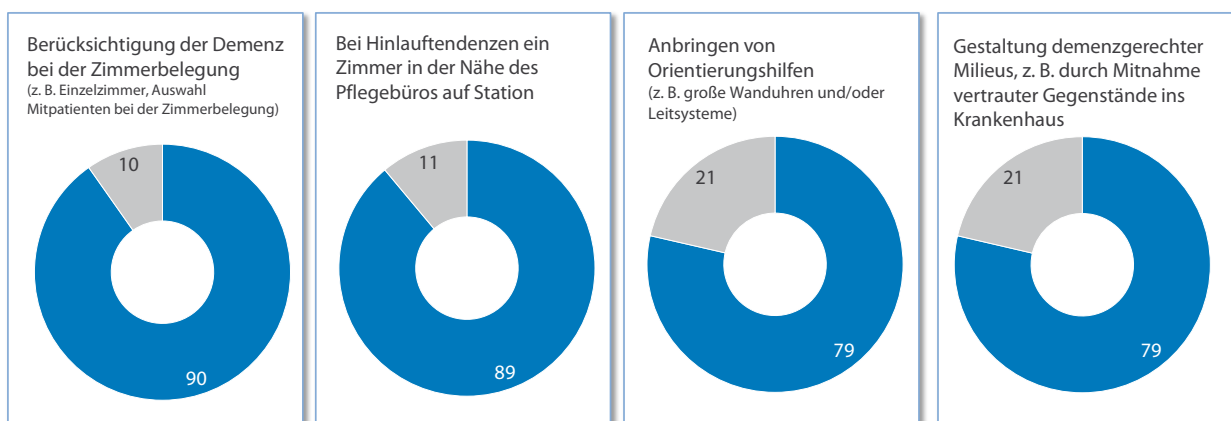
Entsprechende Maßnahmen erleichtern kognitiv eingeschränkten Patient:innen die Orientierung und tragen zum Wohlbefinden der Patient:innen bei. Zudem können sie auch den Zeitaufwand für das Personal reduzieren, etwa weil Räume oder Toiletten ohne Begleitung selbstständig aufgefunden werden, reduzieren (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

4.6.1 Grundlegende Aspekte zur Umgebungsgestaltung

Grundlegende Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung sind in fast allen Krankenhäusern (79-90 %) umgesetzt. So wird die Demenzerkrankung bei der Zimmerbelegung berücksichtigt (z.B. Einzelzimmer oder Auswahl entsprechender Mitpatient:innen). Bei Hinlauffendenzen werden Patient:innen in der Nähe des Pflegebüros auf der Station untergebracht. Vielerorts gibt es Orientierungshilfen (z. B. große Wanduhren und/oder Leitsysteme) und die Möglichkeit, vertraute Gegenstände ins Krankenhaus mitzunehmen (Abb. 31).

Welche der folgenden Aspekte werden bei der **Umgebungsgestaltung** für Patienten mit einer Demenz standardmäßig berücksichtigt?
(Krankenhäuser in %)

■ Ja ■ Nein



© Deutsches Krankenhausinstitut

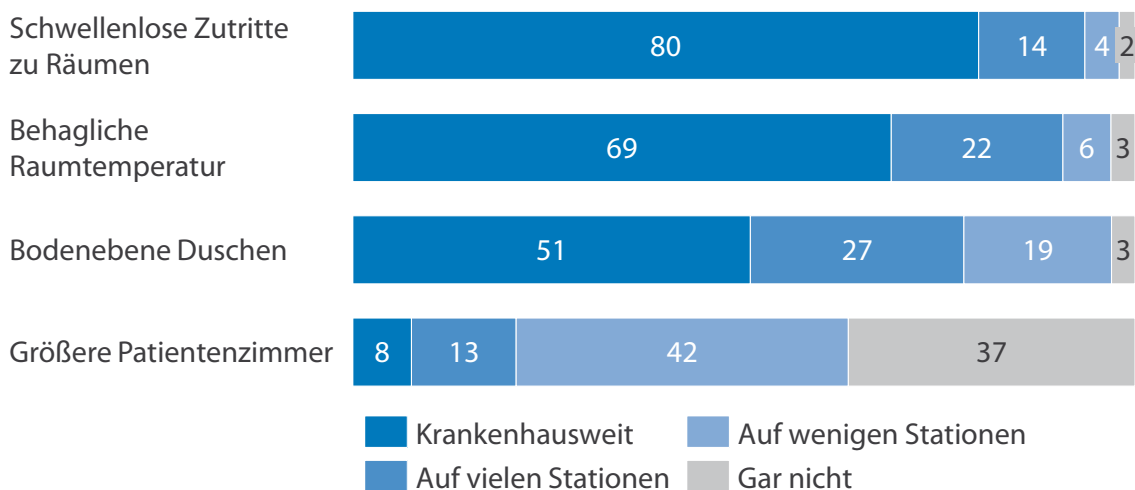
Abb. 31: Berücksichtigte Aspekte bei der demenzsensiblen Umgebungsgestaltung

4.6.2 Räumliche und technische Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung

Schwellenlose Zutritte zu Räumen werden krankenhausesweit von insgesamt 80 % der Krankenhäuser bei der räumlichen Umgebungsgestaltung berücksichtigt.

Eine behagliche Raumtemperatur ist zumeist krankenhausesweiter Standard (69 %) oder auf vielen Stationen vorzufinden (22 %). Bodenebene Duschen sind bei über der Hälfte der befragten Häuser (51 %) vorhanden. Größere Patientenzimmer sind vorwiegend auf einzelnen Stationen (42 %) verfügbar (Abb. 32).

Welche **räumlichen/technischen Maßnahmen** werden bei der Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen/ Demenzerkrankungen in Ihrem Krankenhaus vorgehalten? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

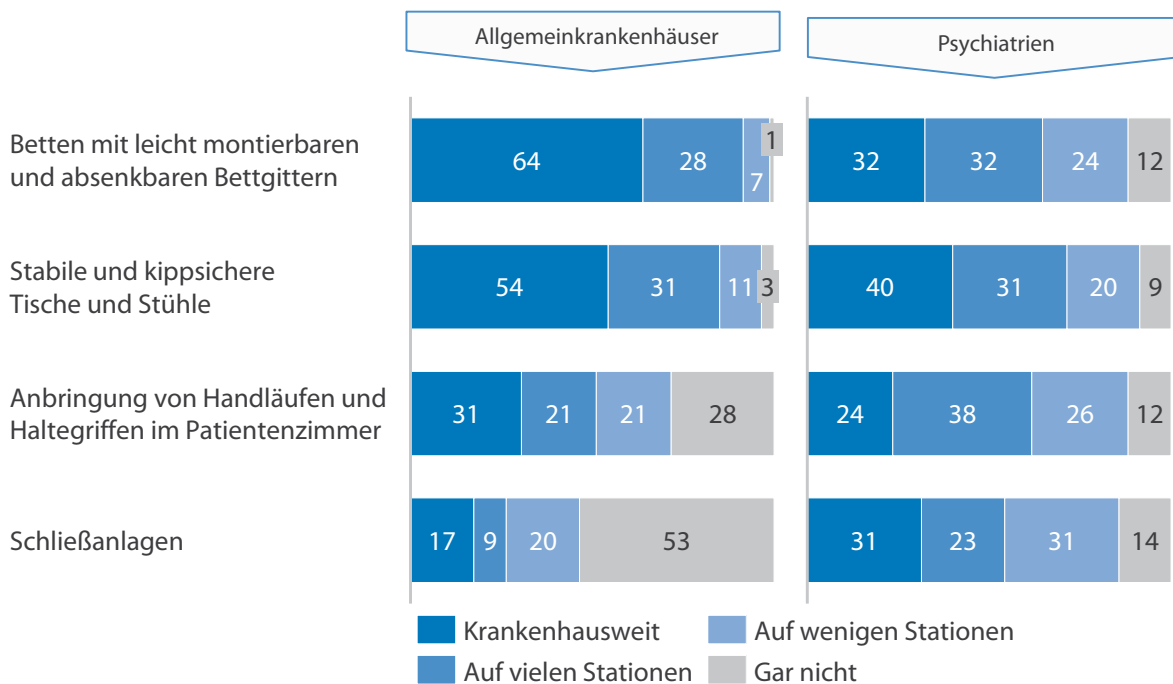
Abb. 32: Räumliche Maßnahmen zur demenzsensiblen Umgebungsgestaltung

Zur Sicherheit von älteren oder kognitiv eingeschränkten Patient:innen können technische Unterstützungen und Vorkehrungen auf Stationen mit einem hohen Anteil an Menschen mit kognitiven Einschränkungen einen Beitrag zur demenzsensiblen Umgebungsgestaltung leisten. Somit ist beim Einsatz solch technischer Unterstützungsmöglichkeiten die generelle Verfügbarkeit wichtiger als ein krankenhausesweiter Einsatz, sodass diese bei der speziellen Betreuung und Behandlung von individuellen Patient:innen mit Demenz zur Verfügung stehen und bei Bedarf vom Personal herangezogen werden können.

Bei der Mehrheit der Allgemeinkrankenhäuser und Psychiatrien stehen hierfür leicht montierbare und absenkbare Bettgitter sowie stabile und kipp sichere Tische und Stühle entweder krankenhausesweit oder auf einzelnen Stationen zur Betreuung und Behandlung von betroffenen Patient:innen zur Verfügung.

In Allgemeinkrankenhäusern sind im Vergleich zu Psychiatrien Handläufer und Haltegriffe im Patientenzimmer sowie Schließanlagen weniger häufig und insgesamt eher auf einzelnen Stationen angebracht (Abb. 33).

Welche **räumlichen/technischen Maßnahmen** werden bei der Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen/ Demenzerkrankungen in Ihrem Krankenhaus vorgehalten? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 33: Technische Unterstützung zur demenzsensiblen Umgebungsgestaltung

4.6.3 Spezialisierte Maßnahmen

Spezialisierte Maßnahmen zur demenzsensiblen Umgebungsgestaltung sind im Krankenhaus vorrangig auf Stationen mit einem hohen Anteil an Menschen mit kognitiven Einschränkungen empfehlenswert (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

Hierzu gehören Sitzecken für niederschwellige Kontaktmöglichkeiten. Diese sind krankhausweit häufiger in Psychiatrien (43 %) als in Allgemeinkrankenhäusern (32 %) vorzufinden. Allgemeinkrankenhäuser bieten Sitzecken entsprechend ihrer Versorgungsstruktur überwiegend auf einzelnen Stationen an.

„Zu einer demenzfreundlichen Umgebung zählt zudem der sensible Umgang mit Lärmquellen und Geräuschen. Denn eine laute Umgebung und ungewohnte Geräusche erhöhen den Stress, erzeugen mitunter Ängste und erschweren die Kommunikation. Eine einfache Maßnahme ist z. B., laute Rollwagen mit schallabsorbierenden Flüsterrollen auszustatten. Auch Lärmbelastungen durch

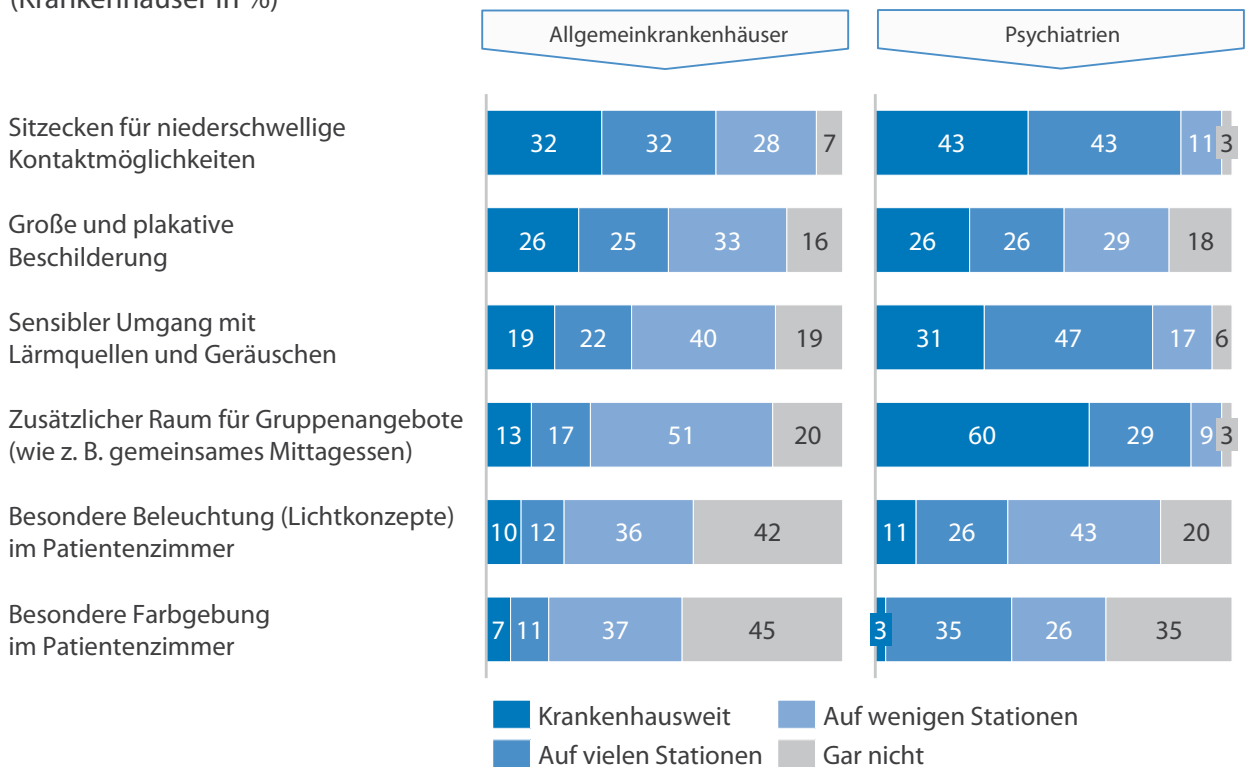
Überwachungsgeräte sind – wenn möglich – zu reduzieren, z. B. durch eine Umstellung auf Lichtsignale“ (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

Ein sensibler Umgang mit Lärmquellen und Geräuschen wird ebenfalls von der Mehrheit der Krankenhäuser auf einzelnen Stationen berücksichtigt (ebenfalls häufiger in Psychiatrien als in Allgemeinkrankenhäusern).

Eine weitere Empfehlung zur demenzsensiblen Umgebungsgestaltung auf Stationen mit einem hohen Anteil von Patient:innen mit kognitiven Einschränkungen ist ein zusätzlicher Raum, in dem Gruppenangebote und gemeinsame Mahlzeiten stattfinden können (Kirchen-Peters & Krupp, 2019). Solch ein zusätzlicher Raum ist aufgrund der gruppentherapeutischen Hauptleistung in Psychiatrien wesentlich häufiger vorhanden: 60 % halten diesen krankenhausesweit vor und 29 % auf vielen Stationen. Hingegen bieten 13 % der Allgemeinkrankenhäuser einen Gruppenraum krankenhausesweit und 17 % auf vielen Stationen an. Insgesamt weniger weit verbreitet sind besondere Beleuchtungskonzepte und Farbgebungen im Patientenzimmer (Abb. 34).

Weitere Maßnahmen wie ein akustischer Bewegungsmelder, Verwendung von Leitbildsystemen (Piktogrammen) oder optische Trennung von Bereichen durch Vorhänge etc., wurden in einer offenen Frage ergänzend genannt (Daten nicht abgebildet).

Welche **räumlichen/technischen Maßnahmen** werden bei der Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen/ Demenzerkrankungen in Ihrem Krankenhaus vorgehalten?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 34: Spezialisierte Maßnahmen zur demenzsensiblen Umgebungsgestaltung

4.7 Menschen mit Demenzen in der Notaufnahme

Ziel der Nationalen Demenzstrategie ist es, die medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz weiterzuentwickeln. Hierzu gehören auch Empfehlungen für die Notfallversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Bis Ende 2022 werden von der DGGPP und der DGPPN Empfehlungen für die Notfallversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus entwickelt. Anschließend soll bis Ende 2024 die Umsetzung der Empfehlungen gefördert werden, etwa durch Qualifizierungsangebote und Prozessoptimierungen in den Krankenhäusern (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.3.2, S. 96f.).

Wegen des meist hohen Patientenaufkommens und der Personalknappheit in den Notaufnahmen kann eine hektische und laute Atmosphäre entstehen, die bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen symptomverstärkend wirken können.

„Um den Stress für die Demenzkranken und für das Personal zu begrenzen, müssen die Rahmenbedingungen und Abläufe in Notaufnahmen an die besonderen Anforderungen und Bedürfnisse dieser Patientengruppe angepasst werden. Dadurch

können im besten Fall zielgerichtete Diagnostik und Behandlung erfolgen, Komplikationen reduziert und der Aufnahmeprozess verkürzt werden“ (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

Aufgrund des Versorgungsauftrags von Allgemeinkrankenhäusern werden Menschen mit Demenz meistens anlässlich somatischer Symptome in der Notaufnahme vorstellig.

Laut einer aktuellen Studie der Robert Bosch Stiftung sind bei rund einem Drittel der Patientenfälle keine Diagnose oder kognitive Störungen in der Akte dokumentiert. Somit wird das Personal insbesondere im Allgemeinkrankenhaus häufig in der Behandlung von einer Demenzsymptomatik überrascht (Horst Bickel et al., 2019).

Vor diesem Hintergrund haben demenzsensible Strukturen in der Notaufnahme von Allgemeinkrankenhäusern eine besondere Bedeutung, um eine zufriedenstellende Behandlung zu planen. Im Folgenden werden die Ergebnisse nur für die Allgemeinkrankenhäuser aus der Stichprobe berichtet.

Zur emotionalen Stabilisierung können in 90 % der Allgemeinkrankenhäuser die Bezugspersonen bzw. Angehörige der Patient:innen während der Behandlung anwesend sein.

Eine Notfallversorgung, die grundlegend an die Bedürfnisse älterer Menschen angepasst ist, haben 55 % der befragten Häuser bereits etabliert und weitere 20 % sind hierfür in der Planung zur Umsetzung.

Bei älteren Menschen wird bei über der Hälfte der Häuser regelhaft ein Kurzscreening zur Erfassung des kognitiven Status durchgeführt, bei knapp weiteren 20 % ist dies in Planung.

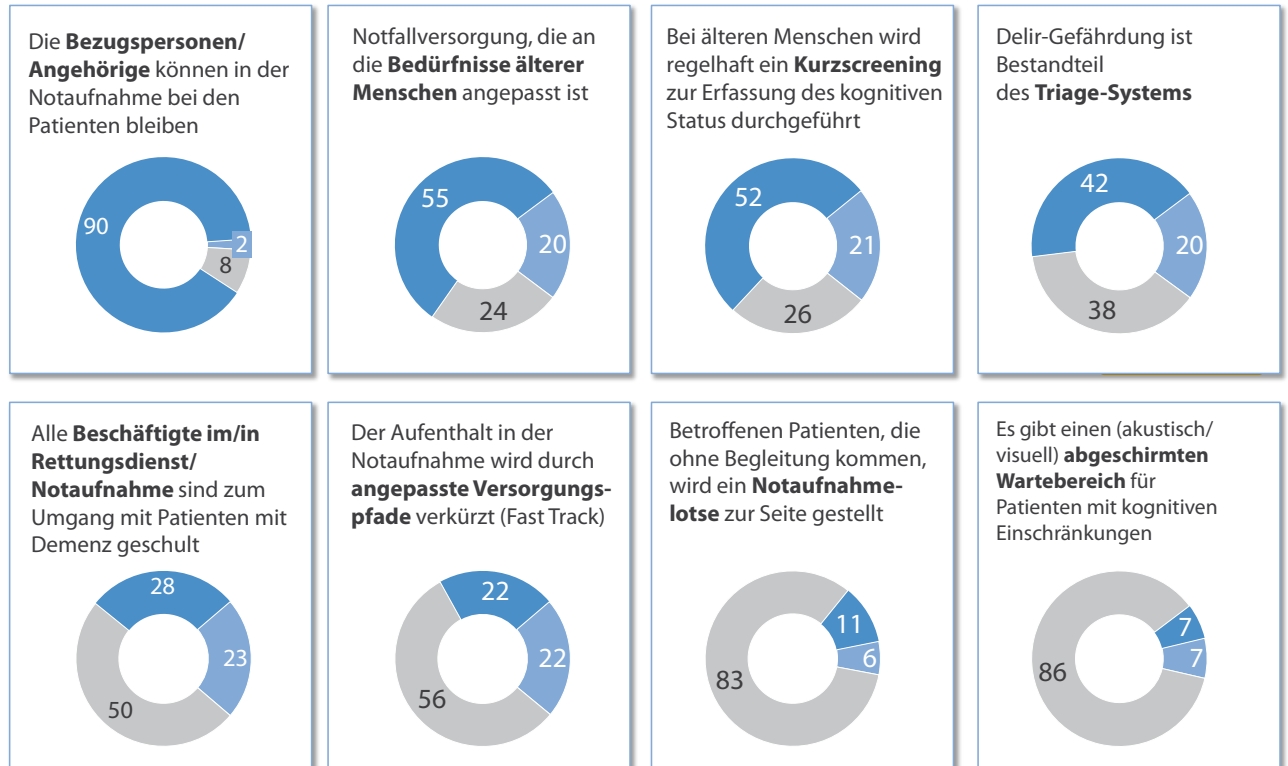
Darüber hinaus ist der Wissensaufbau hinsichtlich der besonderen Anforderungen von Menschen mit kognitiven Einschränkungen in der Notaufnahme Voraussetzung für eine adäquate Versorgung (Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

Die Beschäftigten in der Notaufnahme oder im Rettungsdienst⁶ sind bei 28 % der Allgemeinkrankenhäuser zum Umgang mit betroffenen Patient:innen geschult, bei weiteren 23 % sind die Schulungen für ihre Beschäftigten in Planung. Zur Stressvermeidung wird der Aufenthalt in der Notaufnahme in 22 % der Allgemeinkrankenhäuser durch einen angepassten Versorgungspfad (sogenannten Fast Track) verkürzt. Notaufnahmelotsen, die betroffenen Patient:innen ohne Begleitung zur Seite gestellt werden, und ein akustisch und visuell abgeschirmter Wartebereich werden zum Befragungszeitpunkt nur in wenigen Krankenhäusern angeboten (Abb. 35).

⁶ Für die Qualifikation des Rettungsdienstpersonal im bodengebundenen Rettungsdienst (Feuerwehr, Hilfsorganisationen, kommunale Rettungsdienste, Bundeswehr und private Rettungsunternehmen) sind die Rettungsorganisationen selbst verantwortlich. Als zusätzliches Angebot können Krankenhäuser optional ihr Fortbildungsangebot für das örtliche Rettungspersonal zugänglich machen.

Welche Maßnahmen werden zur Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen oder einer Demenzerkrankung in der **Notaufnahme** Ihres Krankenhauses eingesetzt?
(Allgemeinkrankenhäuser in %)

■ Ja ■ In Planung ■ Nein



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 35: Maßnahmen zur Versorgung von Patient:innen mit kognitiven Störungen oder einer Demenzerkrankung in der Notaufnahme

4.8 Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation

4.8.1 Maßnahmen zur sektorenübergreifenden Versorgung

Ein Ziel der Nationalen Demenzstrategie ist es, die Zusammenarbeit im Versorgungsnetz zu verbessern.

„Des Weiteren ist die funktionierende Vernetzung der Angebote entscheidend. Deshalb ist eine effiziente Zusammenarbeit von Akteuren in der sektorenübergreifenden Versorgung von Menschen mit Demenz ein zentrales Anliegen der Nationalen Demenzstrategie“ (Nationale Demenzstrategie, Handlungsfeld 3, S. 79).

Es sollen Empfehlungen zur besseren Koordinierung der ambulanten pflegerischen Versorgung bei Demenz erarbeitet werden (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 3.1.14, S. 89).

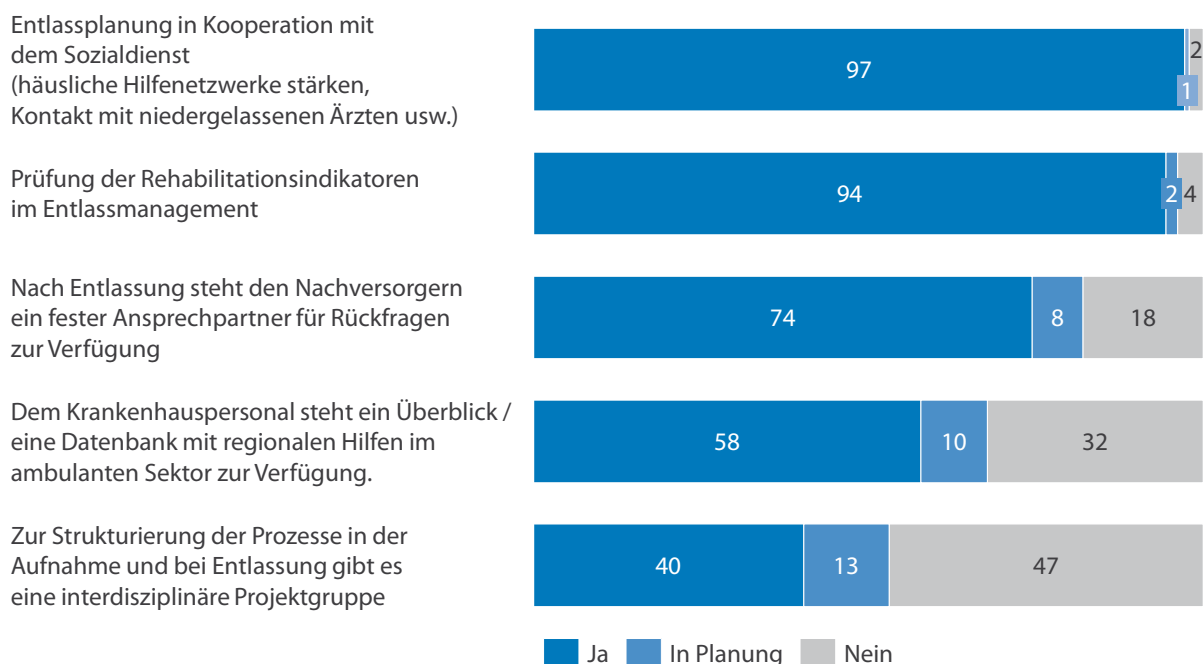
Vor diesem Hintergrund wurde der aktuelle Umsetzungsstand von Maßnahmen zur sektorenübergreifenden Versorgung von Patient:innen mit kognitiven Störungen oder einer (Neben-)Diagnose Demenz bei der Aufnahme bzw. Entlassung in den Krankenhäusern erfragt.

Quasi flächendeckend erfolgt die Entlassplanung in Kooperation mit dem Sozialdienst (zur Stärkung des häuslichen Hilfenetzwerkes und im Kontakt mit niedergelassenen Ärzten) und eine Prüfung der Rehabilitationsindikatoren im Entlassmanagement.

Nach Entlassung steht den Nachversorgern bei knapp drei Viertel der Häuser (74 %) eine feste Ansprechpartner:in für Rückfragen zur Verfügung.

In über der Hälfte der Häuser (58 %) wird dem Krankenhauspersonal ein Überblick bzw. eine Datenbank mit regionalen Hilfen im ambulanten Sektor zur Verfügung gestellt. Eine interdisziplinäre Projektgruppe zur Strukturierung der Prozesse für die Aufnahme und bei Entlassung der betroffenen Patient:innen ist bei 40 % der Häuser etabliert (Abb. 36).

Welche Maßnahmen werden zur **sektorenübergreifenden Versorgung** von Patienten mit kognitiven Störungen oder einer (Neben-)Diagnose Demenz bei der Aufnahme bzw. Entlassung eingesetzt? (Antworten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 36: Maßnahmen zur sektorenübergreifenden Versorgung

4.8.2 Verfügbare Versorgungskapazitäten zur Anschlussversorgung

Eine gezielte Patientenüberleitung sichert den Behandlungserfolg nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Dies setzt voraus, dass die erforderliche Anschlussversorgung rechtzeitig verfügbar ist.

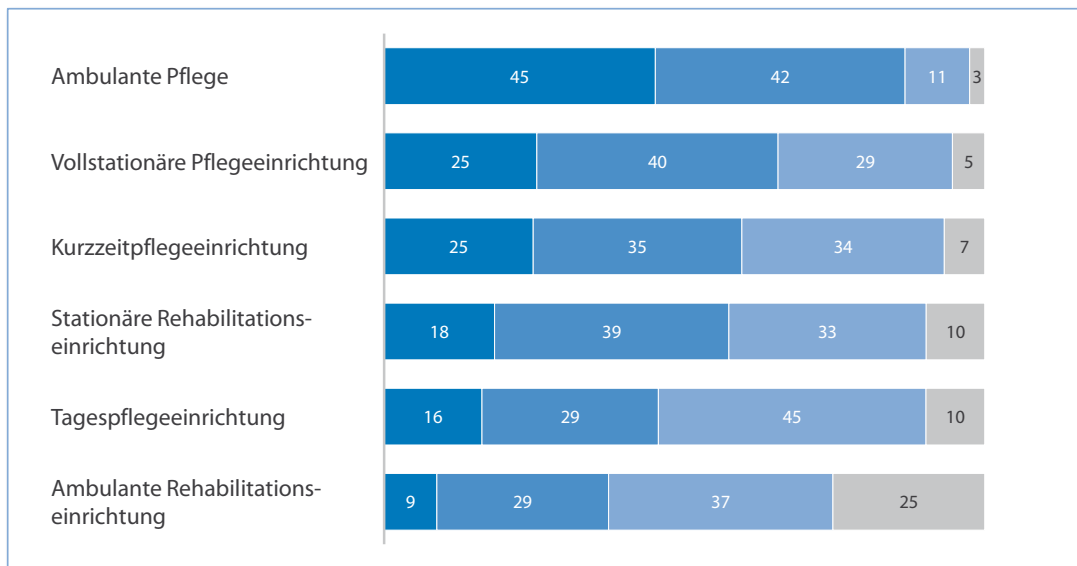
Die rechtzeitige Weiterversorgung durch (voll-)stationäre Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen, Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen sowie ambulante Pflegedienste waren zumeist gewährleistet. Heil- und Hilfsmittel sowie Beratungsstellen, etwa für Patient:innen und Angehörige, standen zumeist rechtzeitig zur Verfügung.

Eine Anschlussversorgung durch niedergelassene Ärzt:innen war bei über der Hälfte der Krankenhäuser (sehr) oft rechtzeitig gewährleistet. Dagegen war eine Anschlussversorgung durch psychologische Psychotherapeut:innen und Neuropsycholog:innen nach Entlassung seltener zeitnah verfügbar (Abb. 37).

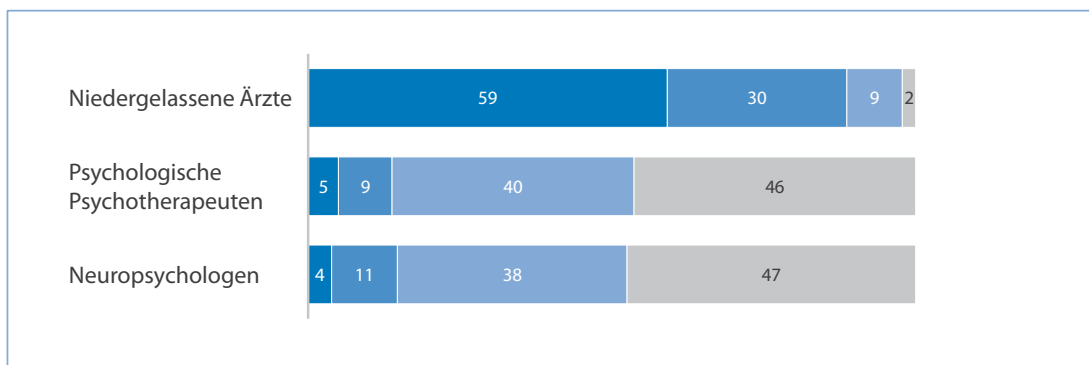
Inwieweit standen zur Anschlussversorgung der Patienten mit Demenz nach Genehmigung/ Kostenzusage/Pflegeeinstufung die erforderlichen **Versorgungskapazitäten** rechtzeitig zur Verfügung?
(Krankenhäuser in %)

■ Sehr oft ■ Oft ■ Manchmal ■ Nie/Selten

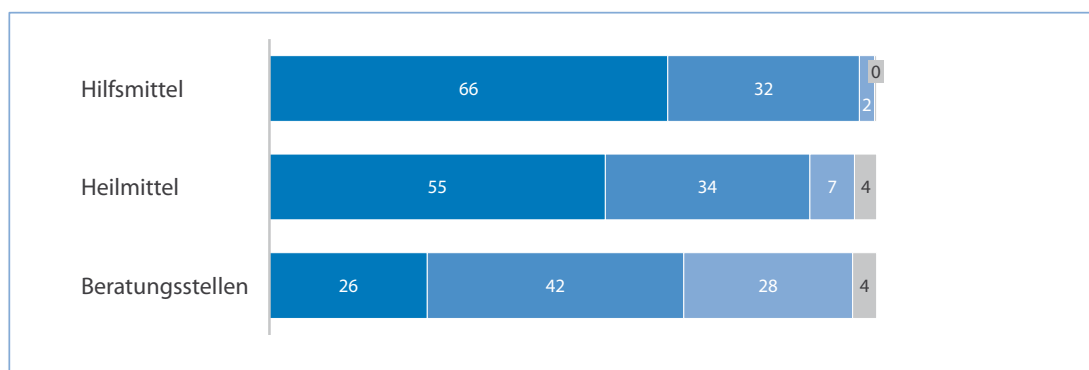
Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen



Niedergelassene Versorger



Weitere Angebote



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 37: Verfügbare Versorgungskapazitäten zur Anschlussversorgung

4.8.3 Angebot von Hospiz- und Palliativversorgung

Ein weiteres Ziel der Nationalen Demenzstrategie ist der Auf- und Ausbau von Kooperationsstrukturen in der Hospiz- und Palliativversorgung von Menschen mit Demenz und deren pflegende Angehörige/Bezugspersonen (vgl. Nationale Demenzstrategie, Abschnitt 2.9.3, S. 76).

„Besonders am Lebensende benötigen Angehörige für die Betreuung von Menschen mit Demenz Beratung und Unterstützung [...].

Viele Bereiche der Hospiz- und Palliativversorgung sind in Deutschland bereits weit entwickelt. Diese besondere Betreuung sollte auch Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen flächendeckend zur Verfügung stehen“ (Nationale Demenzstrategie, Handlungsfeld 2, S. 50f.).

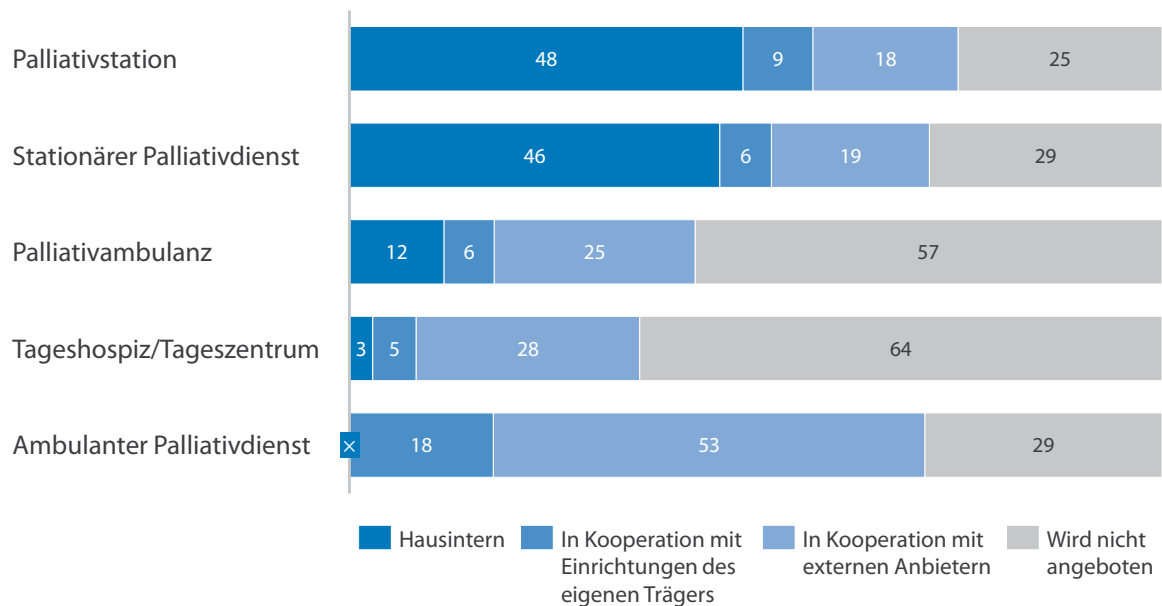
Krankenhäuser gehören als Teil der Versorgungsstruktur ebenfalls zu den wichtigen Akteuren der Hospiz- und Palliativversorgung.

Eine spezialisierte Palliativstation oder einen stationären Palliativdienst bietet knapp die Hälfte der befragten Krankenhäuser hausintern an, während 25 % einen stationären Palliativdienst in Kooperation mit Einrichtungen der eigenen Träger oder externen Akteuren anbieten (Abb. 38).

Im Vergleich zu den Allgemeinkrankenhäusern halten Psychiatrien, auch bedingt durch ihre Morbiditätsstruktur, selten eigene Palliativangebote vor (Daten nicht abgebildet).

Weitere Versorgungsstrukturen, wie eine Palliativambulanz, ein Tageshospiz oder Tageszentrum und ein ambulanter Palliativdienst sind weniger verbreitet und werden vorwiegend in Kooperation mit externen Anbietern offeriert (Abb. 38).

Inwieweit wird eine **Hospiz- und Palliativversorgung** von Ihrem Krankenhaus angeboten?
(Krankenhäuser in %)



Anmerkungen: **x** = für das Item „Ambulanter Palliativdienst“ stand die Antwortkategorie „Hausintern“ bei der Beantwortung nicht zur Auswahl

Abb. 38: Angebot von Hospiz- und Palliativversorgung

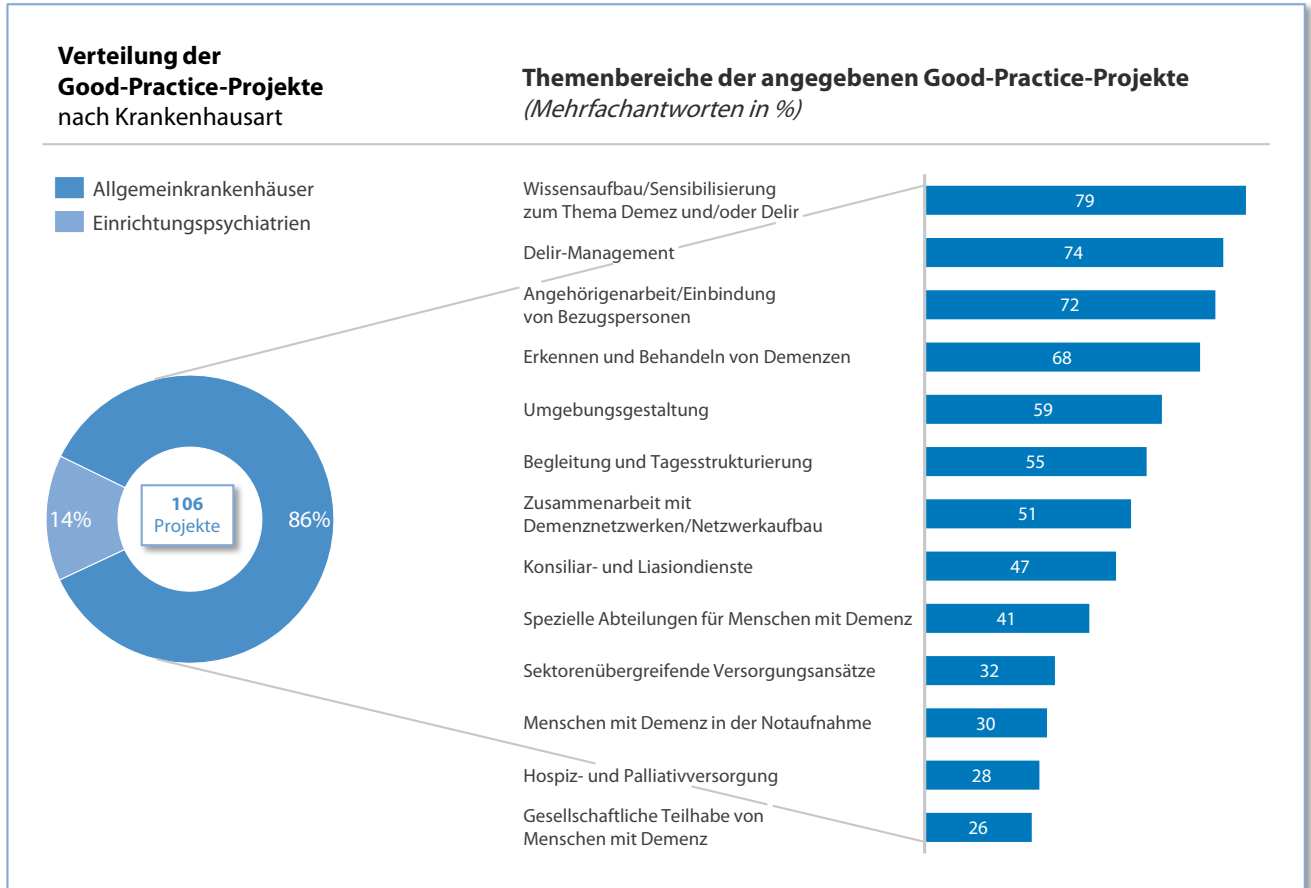
4.9 Good-Practice-Beispiele

Neben der standardisierten Abfrage zum aktuellen Stand von demenzsensiblen Strukturen im Krankenhaus wurden Projekte, Prozesse oder Modelle erfasst, die innovativ und nachhaltig die Versorgung von betroffenen Patient:innen im Krankenhaus verbessern.

Insgesamt wurden 145 sogenannte „Good-Practice-Projekte“ bzw. „Leuchtturm-Projekte“ von den teilnehmenden Krankenhäusern beschrieben. Davon lag das Einverständnis zur pseudonymisierten Weitergabe an die DKG von insgesamt **106 Projekten** vor. 86 % der angegebenen Projekte wurden dabei von Allgemeinkrankenhäusern berichtet, die restlichen 14 % kamen aus Psychatrien.

Abb. 39 gibt einen Überblick zu den Wirkungsfeldern der Good-Practice-Projekte (Abb. 39). Am häufigsten wurden Projekte zum Wissensaufbau bzw. zur Sensibilisierung zum Thema Demenz und/oder Delirien, zum Delir-Management und zur Angehörigenarbeit bzw. der Einbindung von Bezugspersonen angegeben.

Entsprechend des Kategorienmusters zur semistandardisierten Abfrage wurden die Projekte von den teilnehmenden Krankenhäusern skizziert. Diese Informationen sind tabellarisch aufbereitet und zur Wahrung der Anonymität der Teilnehmer:innen in einem gesonderten Dokument für die weitere Verwendung der DKG zur Verfügung gestellt worden.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 39: Verteilung und Themenbereiche der angegebenen Good-Practice-Projekte

5 Fazit und Ausblick

Die Nationale Demenzstrategie der Bundesregierung soll die Lebenssituation von rund 1,6 Millionen Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in Deutschland nachhaltig verbessern (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, 2020). Nach aktuellen Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung wird die Anzahl an demenzerkrankten Personen bis zum Jahr 2050 auf 2,7 Millionen ansteigen. Dies zeigt die Notwendigkeit, die Versorgungspfade anzupassen (Deutsches Ärzteblatt, 2020).

Neben gesellschaftsrelevanten Aspekten ist unter anderem eine bedarfsgerechte Versorgung der betroffenen Patient:innen im Krankenhaus ein zentrales Anliegen der Nationalen Demenzstrategie. Dabei spielen unterschiedliche Bereiche eine wichtige Rolle, wie der Wissensaufbau beim Personal, den Patient:innen und deren Bezugspersonen, der Ausbau von standardisierten Prozessen zum Erkennen und Behandeln von Demenzen und Delirien, die Einbindung von Bezugspersonen und Angehörigenarbeit, eine demenzsensible Umgebungsgestaltung, die Prozessoptimierung in der Notaufnahme und die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit, 2020; Kirchen-Peters & Krupp, 2019).

Das Ziel der vorliegenden Krankenhausbefragung war es, einen Überblick zum aktuellen Umsetzungsstand demenzsensibler Strukturen im stationären Bereich zu geben. Die Ergebnisse zeigen, dass die Häuser zur Versorgung von Menschen mit einer Demenz und/oder kognitiven Störungen bereits grundlegende Strukturen etabliert haben.

Dazu gehört unter anderem das Angebot zur themenspezifischen Fortbildung der Berufsgruppen, die hauptverantwortlich am Versorgungsprozess von betroffenen Patient:innen beteiligt sind, wie das Pflegepersonal, das ärztliche und therapeutische Personal, und der standardmäßige Einsatz von Kurzscreenings zur frühzeitigen Erkennung von kognitiven Einschränkungen oder Demenzen. In die Betreuung der Patient:innen werden Bezugspersonen bereits teilweise an unterschiedlichen Stellen im Behandlungsprozess, wie in der Notaufnahme oder im Delir-Management, eingebunden. Zusätzlich sind protektive Maßnahmen zur Angstvermeidung/-reduktion und Frühmobilisierung im Delir-Management der Allgemeinkrankenhäuser etabliert.

Im Rahmen einer Umgebungsgestaltung, die auf den speziellen Bedarf von Menschen mit Demenz angepasst ist, werden insbesondere organisatorische und strukturelle Aspekte, wie die Planung der Zimmerbelegung bereits berücksichtigt (Einzelzimmer, Auswahl der Mitpatient:innen oder ein Zimmer in der Nähe des Pflegebüros). Im Entlassmanagement werden die Rehabilitationsindikatoren standardmäßig auch bei den Patient:innen mit der

Nebendiagnose Demenz überprüft und die Weiterversorgung in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst geplant.

Dennoch sind einige Teilbereiche im Versorgungsprozess der betroffenen Patient:innen ausbaufähig. Insbesondere in Allgemeinkrankenhäusern können angepasste Behandlungspfade noch stärker auf die speziellen Bedürfnisse der eingeschränkten Patient:innen ausgerichtet, Prozesse weiter standardisiert und das Personal zusätzlich unterstützt werden. So könnten Fortbildungen für ehrenamtliche Helfer:innen ausgebaut werden und dem örtlichen Rettungsdienstpersonal zusätzlich eine Teilnahme angeboten werden.

Ebenso zeigte sich, dass zur Unterstützung einer krankheitsspezifischen Behandlung, Konsiliar- und/oder Liaisondienste bisher nicht flächendeckend zum Einsatz kommen. Insgesamt wird im Delir-Management der befragten Krankenhäuser die Aufklärung von Bezugspersonen, eine festgelegte Prozesskette zur Reorganisation und der Einsatz von finanziellen Ressourcen zur Delir-Prävention sowie eine Delir-Sprechstunde weniger häufig umgesetzt. Darüber hinaus sind in Allgemeinkrankenhäusern spezialisierte Maßnahmen zur Anpassung des Behandlungspfades, wie eine geringere Taktung von Untersuchungen oder besondere Aktivierungs- und Beschäftigungsangebote, weniger weit verbreitet und eher auf einzelnen Stationen umgesetzt. Der Einsatz von ehrenamtlichen Begleitpersonen oder Notaufnahmelotsen als Unterstützung im Behandlungsprozess könnte bei den beteiligten Häusern ebenfalls erweitert werden. Hierdurch kann jedoch nicht das fehlende Fachpersonal ersetzt werden.

Allgemein berichten Pflegefachpersonen, therapeutische Mitarbeiter:innen sowie Ärzt:innen, dass in der Versorgung der Patient:innen ein hoher Zeitdruck besteht und es kaum möglich sei, die Arbeitstaktung an die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz anzupassen. Perspektivisch wird der Fachkräftebedarf aufgrund des demografischen Wandels zunehmen. Die erfolgreiche Umsetzung demenzsensibler Maßnahmen im Krankenhaus hängt jedoch maßgeblich von den verfügbaren personellen Ressourcen ab. Eine verbesserte personelle Ausstattung ist zur Anpassung der Behandlungspfade im Krankenhaus daher dringend erforderlich.

6 Literaturverzeichnis

- Alzheimer Forschung Initiative e.V. (2019). *Alles Wissenswerte zur Alzheimer-Krankheit*.
<https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2018). *Demenz und Krankenhäuser – Aufbau demenzfreundlicher Strukturen: Handreichung zum Bundesmodellprogramm Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz*.
https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.6_Versorgungsformen/2.3.6.8._Demenz/BMFSFJ_LokaleAllianz_Demenz_und_Krankenhaus_Aufbau_demenzfreundlicher_Strukturen.pdf
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit. (2020). *Nationale Demenzstrategie*. https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01_Nationale_Demenzstrategie.pdf
- Burgstaller, M., Saxer, S., Mayer, H. & Zeller, A. (2020). Die Betreuung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus aus Sicht des Behandlungs- und Betreuungsteams. *Pflege*(33 (1), 25–33. <https://econtent.hogrefe.com/doi/epdf/10.1024/1012-5302/a000708>
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz. (2020). *Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen: Informationsblatt 1*. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf
- Deutsches Ärzteblatt. (2020). *Deutliche Zunahme an Demenzkranken in Deutschland und Europa erwartet*. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109460/Deutliche-Zunahme-an-Demenzkranken-in-Deutschland-und-Europa-erwartet>
- Horst Bickel, Martina Schäufele, Ingrid Hendlmeier & Johannes B. Heßler-Kaufmann. (2019). *Demenz im Allgemeinkrankenhaus – Ergebnisse einer epidemiologischen Feldstudie General Hospital Study (GHoSt)*. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2020-07/Demenz_im_Allgemeinkrankenhaus_Ergebnisse_einer_epidemiologischen_Studie_GHoSt.pdf
- Kirchen-Peters, S. & Krupp, E. (2019). *Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser*. Stuttgart. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2019-11/Praxisleitfaden_demenzsensibile_Krankenhaeuser.pdf
- Leslie, D. L., Marcantonio, E. R., Zhang, Y., Leo-Summers, L. & Inouye, S. K. (2008). One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. *Archives of Internal Medicine*, 168(1), 27–32. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2007.4>

Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in Deutschland.*

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.: Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung?

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/09_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile

Stiefler, S., Dunker, E., Schmidt, A., Friedrich, A.-C., Donath, C. & Wolf-Ostermann, K.

(2022). Krankenhauseinweisungsgründe für Menschen mit Demenz - ein Scoping-Review. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1–6.

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. (2015). *Demenz - Zikodier-Manual.*

file:///Q:/GB_Forschung/Projekte%20DKG/Nationale%20Demenzstrategie/05_Bericht/Kodiermanual_Demenz.pdf