



Deutsche Alzheimer Gesellschaft
Landesverband Bayern e. V.
Selbsthilfe Demenz

Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus



**Ergebnisse und Handreichungen zur dritten Phase des
Bayerischen Modellprojektes 2014 - 2017
Projektschwerpunkt: Herausforderndes Verhalten**

**Dr. Winfried Teschauer
Christine Hambloch
Gerhard Wagner**

gefördert durch

Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



sowie die
Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände
in Bayern

Titelbild:

© Fotolia/Photographee.eu

*Im Zuge einer besseren Lesbarkeit des gesamten Textes wird in dieser Arbeit auf die männliche Form zurückgegriffen. Selbstverständlich sind damit beide Geschlechter gleichermaßen eingeschlossen.

Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus

**Ergebnisse und Handreichungen zur dritten Phase des
Bayerischen Modellprojektes 2014 – 2017
Projektschwerpunkt: Herausforderndes Verhalten**

**Dr. Winfried Teschauer
Christine Hambloch
Gerhard Wagner**

Nürnberg, 30. September 2017

Herausgeber:



Deutsche Alzheimer Gesellschaft
Landesverband Bayern e. V.
Selbsthilfe Demenz

Inhaltsverzeichnis

1	Abstract	1
2	Zusammenfassung der Ergebnisse	1
3	Allgemeine Angaben	3
3.1	Hintergrund für das Projekt	3
4	Konzept der Projektphase III	6
4.1	Allgemein	6
4.2	Inhaltliches Konzept	6
4.2.1	Projektbaustein Prävention	6
4.2.2	Projektbaustein Handlungskompetenz.....	6
4.2.3	Projektbaustein Übertragbarkeit - Erarbeitung von Handreichungen	6
5	Durchführung der Projektphase III.....	8
5.1	Projektteilnehmer	8
5.2	Projektverantwortung.....	8
5.3	Zeitplan.....	9
5.4	Umsetzung Allgemein	10
6	Projektelevaluation	11
6.1	Modul I	11
6.1.1	Ergebnisse der Eingangs- und Abschlussbefragung im Einzelnen	11
6.1.2	Zusammenfassung der Ergebnisse der Eingangs- und Abschlussbefragung.....	36
6.1.3	Befragung der Ärzte zum Projektende.....	37
6.1.4	Zusammenfassung zur Befragung der Ärzte zum Projektende	48
6.2	Modul II	49
6.2.1	Workshops Herausforderndes Verhalten.....	49
6.2.2	Entwicklung eines Erfassungsinstrumentes zum Herausfordern des Verhalten	49
6.2.3	Bayerisches Instrument zur Erfassung herausfordernden Verhaltens.....	52
6.2.4	Ergebnisse aus Pretest- und Testphase des Erfassungsinstrumentes.....	54
6.2.5	Zusammenfassung der Ergebnisse aus Pretest- und Testphase des Erfassungsinstrumentes.....	67
6.2.6	Abschlussevaluation zum Modul II.....	68
6.2.7	Zusammenfassung der Abschlussevaluation zum Modul II.....	80

6.2.8	Evaluation Interview Projektleitungen.....	82
6.3	Modulübergreifende Evaluationen Projektbeteiligte.....	90
6.3.1	Evaluation Interview Geschäftsführungen.....	90
7	Konzepte.....	99
7.1	Elemente der Demenzkonzepte der Projektkrankenhäuser – Modul I.....	99
8	Handreichung zur Gestaltung eines Demenzkonzeptes.....	101
8.1	Entstehung.....	101
8.2	Einleitung.....	101
8.3	Zielsetzung.....	102
8.4	Umsetzung – Der Weg des Patienten mit Demenz durch unser Krankenhaus.....	105
8.4.1	In der Aufnahme.....	105
8.4.2	Auf der Station.....	106
8.4.3	Die Mitarbeiter.....	108
8.4.4	Die Angehörigen.....	109
8.4.5	Ehrenamtliche Helferkreise / Besuchsdienste / Grüne Damen.....	110
8.4.6	Medizinische und pflegerische Prozesse.....	110
8.4.7	Die Entlassung und nachstationäre Versorgung.....	114
8.4.8	Öffentlichkeitsarbeit.....	114
8.4.9	Stationen/ alters- und demenzassoziierte Bereiche.....	115
9	Handreichung zur Vermeidung und zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen im Akutkrankenhaus.....	116
9.1	Präambel – Entstehung der Handlungsempfehlungen.....	116
9.2	Einleitung.....	116
9.3	Definition und grundlegendes Verständnis des herausfordernden Verhaltens: Das NDB-Modell.....	117
9.4	Delir.....	119
9.4.1	Symptome eines Delirs bei Demenz.....	120
9.4.2	Auslöser eines Delirs.....	121
9.4.3	Delirprävention.....	122
9.4.4	Delirscreening und Assessment.....	123
9.4.5	Medikamentöses Delirmanagement.....	123
9.4.6	Psychosoziale Interventionen.....	124



9.5	Schmerzerfassung.....	125
9.6	Pflegerisches Handeln – Bedürfnisse von Menschen mit Demenz in der Pflege und Betreuung.....	125
9.6.1	Kommunikationsstrategien und validierender Umgang	125
9.6.2	Fallbesprechungen	126
9.6.3	Coaching	127
9.6.4	Schulungen	128
9.7	Ehrenamtliche Helfer	128
10	Literaturverzeichnis.....	129
11	Anhang.....	132
11.1	Fragebogen Eingang-/Abschlussbefragung Mitarbeiter Modul I.....	132
11.2	Ärztebefragung.....	137
11.3	Fragebogen Abschlussbefragung Mitarbeiter Modul II.....	139
11.4	Interview Geschäftsführungen	142
11.5	Interview Projektleitungen	142

1 Abstract

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt ausführlich und detailliert die Ergebnisse der Phase III des Projektes „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Bayern (BALzG), das in den Jahren 2014 bis 2017 an neun bayerischen Krankenhäusern durchgeführt worden ist.

Das Projekt gliedert sich in zwei Module auf:

In Modul 1 (fünf Krankenhäuser) wurden allgemeine Schritte der Projektstationen der Häuser auf dem Weg zu einem demenzfreundlichen Krankenhaus in Kooperation mit der BALzG durchgeführt. Hierzu zählen unter anderen Schulungen v.a. des Pflegepersonals und der Ärzteschaft, die Schulung und Etablierung von Gruppen ehrenamtlicher Helfer, die Analyse und Optimierung von Prozessen in den Krankenhäusern, die Öffentlichkeitsarbeit und die Anpassung des Umfeldes (Milieu).

In Modul 2 (neun Krankenhäuser) wurde speziell das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz genauer untersucht, beschrieben und analysiert. Um das Konzept der verstehenden Diagnostik zu etablieren, wurden Arbeitsgruppen eingerichtet, Workshops organisiert, ein Instrument zur Erfassung von Verhaltensdimensionen und –gründen entwickelt, Fallbesprechungen und Coachings durchgeführt.

Die Arbeitsgruppen der jeweils an den beiden Modulen teilnehmenden Krankenhäuser hatten den Auftrag, die im eigenen Haus erarbeiteten Konzepte für jedes Modul in einer Handreichung darzustellen. Aufgabe der BALzG war es, die Handreichungen der einzelnen Häuser zum Projektende zusammenzufassen und in jeweils eine übergreifende Form zu bringen.

Beide Module wurden durch die BALzG umfangreich evaluiert. Die Evaluationen beschreiben die Ergebnisse zu den einzelnen Teilprojekten mithilfe deskriptiver statistischer Verfahren. Die dargestellten Daten bilden damit einen Ausschnitt der Realität ab und erheben keinen Anspruch auf Repräsentativität. Methodisch wurden vor allem von der BALzG entwickelte strukturierte Fragebögen verwendet, die von verschiedenen Personenkreisen beantwortet wurden. Außerdem wurden kleinere Personengruppen, wie z.B. die lokalen Projektleitungen oder die Geschäftsführer mittels halbstrukturierter Interviews zum Projektverlauf und dessen Bewertung befragt.

Der Band ist konsequenterweise in die Ergebnisse zu den beiden Modulen sowie zu den modulübergreifenden Erhebungen gegliedert und zeigt die zusammengeführten Handlungsempfehlungen. Am Ende der jeweiligen Abschnitte zu den Evaluationen der Einzelschritte findet sich eine komprimierte Zusammenfassung auf einer bis zwei Seiten, die die v.a. in Tabellen dargestellten Einzelergebnisse subsumiert und kondensiert.

Der Ergebnisband beschreibt eines der großen Projekte zum Thema „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ in Deutschland und richtet sich an alle Interessierten, die sich entweder im Detail oder in der Übersicht über das „Bayerische Projekt“ informieren wollen: Pflegekräfte, Ärzte, Geschäftsführer, Verbände, für Krankenhäuser verantwortliche Politiker, Betroffene, Angehörige oder deren Interessensvertreter, wie z.B. die Alzheimer Gesellschaften.

Der Band soll dazu beitragen, das Thema für möglichst viele Krankenhäuser fassbarer zu machen.

Das Projekt wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege sowie der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern gefördert.

2 Zusammenfassung der Ergebnisse

- Das Projekt war, insbesondere im Hinblick auf die Auswahl und Umsetzung des Schwerpunkts Herausforderndes Verhalten ein messbarer Erfolg. Sämtliche geplanten Projektbausteine konnten umgesetzt werden.
- Alle Geschäftsführer der am Projekt beteiligten Häuser würden anderen Krankenhäusern die Teilnahme ebenfalls empfehlen.
- Die Fortbildungen von Ärzten waren ein wesentlicher Projektbestandteil und wurden von diesen als hilfreich bewertet. Schwerpunktthemen waren Schmerz und Demenz, Delir und Demenz sowie medikamentöse Therapie des multimorbiden geriatrischen Patienten.
- Fallbesprechungen und Coachings wurden von den Mitarbeitern gut angenommen und in den Ergebnissen sehr positiv bewertet. Besonders positiv wurden Fallbesprechungen mit regelmäßiger ärztlicher Beteiligung beurteilt.
- Die Herangehensweise an die Besprechung herausfordernder Verhaltensweisen und die Erarbeitung von Lösungswegen, die auf dem Modell der nicht erfüllten Bedürfnisse (NDB-Modell) beruhen, wurde von den Mitarbeitern eindrucksvoll mitgetragen.
- Ein Erfassungsinstrument wurde im Rahmen der Workshops zum herausfordernden Verhalten gemeinsam mit den Mitarbeitern entwickelt und erfolgreich eingesetzt.
- Auslöser für herausforderndes Verhalten sind v.a. Angst, Unsicherheit, Schmerz und ungewohnte Umgebung: In vielen Fällen können diese Auslöser modifiziert werden.
- Motorische Unruhe, Umherlaufen und Vokalisationen sind die häufigsten herausfordernden Verhaltensweisen, körperliche Aggression die seltenste.
- Menschen mit Demenz sind zurzeit im Krankenhaus i.d.R. ein Thema der Pflege – eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Herangehensweise ist nach den Ergebnissen unabdingbar.
- Deutliche Entwicklungspotenziale wurden sowohl von den Mitarbeitern der Pflege als auch von den meisten Geschäftsführungen hinsichtlich der Beteiligung der Ärzte erkannt.
- Die Etablierung ehrenamtlicher Helferkreise wurde von beiden Seiten – den Mitarbeitern der Krankenhäuser und den ehrenamtlichen Helfern - als sehr positiv empfunden. Die Gewinnung ehrenamtlicher Helfer verlief an den einzelnen Standorten unterschiedlich.
- Die ehrenamtlichen Helfer bewirkten nach Einschätzung der Mitarbeiter der Krankenhäuser v.a. eine Entlastung des Personals sowie eine bessere Betreuung und ein größeres Wohlbefinden der Patienten.
- Die Personalsituation wurde immer wieder thematisiert: Adäquate Pflege von MmD im Krankenhaus scheitert eher an zu wenig Zeit für Interaktionen und zu geringer Kooperation zwischen Ärzten und Pflege als an Wissen und Ausbildung.
- Die wesentlichen Elemente der Konzepte sind Schulungen von Mitarbeitern (Pflege und Ärzte), Veränderung der Haltung gegenüber Menschen mit Demenz, Veränderung von Prozessen, Vermeidung von Delir, Einbindung von ehrenamtlichen Helfern und Umweltgestaltung.
- Eine wesentliche Hürde des Systems ist, dass Demenz als i.d.R. nicht erlösrelevante Nebendiagnose nicht erfasst wird. Die Anzahl der Menschen mit Demenz, die im Akutkrankenhaus behandelt werden, wird damit statistisch nicht fassbar.

3 Allgemeine Angaben

3.1 Hintergrund für das Projekt

Mit der General Hospital Study – GHoSt wurde in einer repräsentativen Studie aus dem Jahr 2016 bestätigt, was in den vorangegangenen Projektphasen I und II des Bayerischen Projektes „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ bereits festgestellt worden war: Die Versorgung von Menschen mit Demenz ist ein höchst relevantes Thema und stellt die Kliniken vor große Herausforderungen (Robert Bosch Stiftung, 2016)

Wesentliche Ergebnisse der GHoSt Studie waren:

- bei 40 % der über 65-jährigen Patienten in Allgemeinkrankenhäusern liegen kognitive Störungen und Demenzen vor, die meist nicht formal diagnostiziert waren
- bei weniger als 40 % der Betroffenen war eine Demenzerkrankung vorbekannt und als Diagnose in der Krankenakte festgehalten
- die an einer Demenz erkrankten Menschen stellten an das pflegerische und medizinische Personal besondere Anforderungen und verursachen einen erhöhten Zeitaufwand
- nahezu 80 % der in der Studie untersuchten Patienten zeigten neben ihren kognitiven Beeinträchtigungen auch nicht-kognitive Symptome und so genanntes herausforderndes Verhalten
- häufig waren es expansive Verhaltenssymptome wie nächtliche Unruhe, Umtriebigkeit und Aggressivität, die den Umgang mit den Patienten erschwerten
- insgesamt war der Zeitaufwand für die Versorgung der Patienten mit Demenz deutlich erhöht, und es wurden zahlreiche Probleme in der Behandlungspflege berichtet
- besondere Betreuungsangebote waren eher selten zu finden
- Schulung und Weiterbildung zum Thema Demenz waren die Ausnahme

Eine Beschreibung der Situation in den Kliniken hat auch das „Pflegethermometer 2014“ (Isfort, M. et al. 2014) veröffentlicht. In einer bundesweiten Befragung von 1.844 leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz (MmD) im Krankenhaus wurde Folgendes festgestellt:

- der durchschnittliche Anteil von MmD mit Demenz betrug 23 Prozent
- innerhalb der letzten sieben Tage vor der Befragung
 - konnten Patienten 16.500-mal nicht ausreichend beobachtet werden,
 - kam es in der Nacht 9.500-mal zu risikoreichen Aktivitäten,
 - wurden 7.600-mal sedierende Medikationen verabreicht,
 - wurde 1.455-mal körpernahe Fixierungen durchgeführt,
 - wurden 4.971-mal Venenkatheter und 5.455-mal Verbände von Patienten eigenständig gelöst,
- im letzten Monat wurden auf jeder Station 4,7 Menschen behandelt, die Symptome eines Delirs aufwiesen.



Die Mitarbeiter fühlen sich laut „Pflegethermometer 2014“ stark belastet dadurch, dass:

- MmD unbemerkt die Station verlassen und sich verlaufen könnten, belastet mich stark äußerten 70 %,
- MmD unbeaufsichtigt aufstehen und stürzen könnten, belastet mich stark 59,9%,
- „ich zeitlich an die Patienten gebunden bin, aber eigentlich noch andere Arbeit tun müsste, belastet mich stark“ 59 %,
- dass ich freiheitsbeschränkende Maßnahmen nicht verhindern kann, belastet mich stark 49 %.

Der schon bestehende Handlungsbedarf in den Kliniken wird voraussichtlich steigen, da die Anzahl von Patienten mit Demenz in Zukunft stark zunehmen wird. Je nachdem, welche Perspektive der Betrachter einnimmt, besteht sowohl aus Sicht der Patienten als auch aus Sicht des Klinikpersonals, der Bürger/Angehörigen und der Organisation ein großer Handlungsbedarf.

Patientenperspektive: Die Lebensqualität und die Zukunftsprognose verschlechtern sich.

Unterschiedliche Belastungsfaktoren (veränderte Umgebung und Tagesabläufe, fehlende Bezugspersonen, medizinische Einflüsse, mangelnde Betreuungsangebote, nicht angepasste Kommunikation) lösen bei MmD eine Krisensituation aus. Diese wird von den Menschen mit sogenannten herausfordernden Verhaltensweisen (Rufen, Aggression, Abwehrhaltungen, Unruhezustände, Tag-Nacht-Rhythmusänderungen) beantwortet. Folge dieses Kreislaufes sind nicht selten Fixierung, Sedierung, das Auftreten von Delirien, aber auch Verletzungen durch Stürze, bis hin zu Todesfällen. Die Auswirkungen auf die Patienten - so beschreiben es die pflegenden und betreuenden Personen nach der Entlassung - sind eine oft bleibende Verschlechterung der Hirn- und Alltagsleistungen, eine erhöhte Hilfebedürftigkeit und ein zunehmendes Risiko, auf stationäre pflegerische Versorgung angewiesen zu sein.

Mitarbeiterperspektive: Die Belastung der Mitarbeiter steigt.

Ergebnisse der erwähnten Studien belegen eindeutig, dass sich das Krankenhauspersonal durch die Zunahme von MmD psychisch und zeitlich stark belastet fühlt. In den Projekten haben wir festgestellt, dass die Hauptbelastungsfaktoren für die Mitarbeiter nicht die kognitiven Einschränkungen, sondern die Verhaltensveränderungen und psychiatrischen Begleitsymptome sind. Die Projektevaluationen des Landesverbandes Bayern aus den vergangenen Projekten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Bayern haben eindeutig ergeben, dass die Mehrzahl der Mitarbeiter in Krankenhäusern auf den Umgang mit MmD nicht vorbereitet ist.

Bürger- Angehörigenperspektive: Die durch einen Klinikaufenthalt auftretenden Veränderungen werden nicht verstanden und können als Qualitätsmangel der Kliniken gedeutet werden.

Aus den von den Angehörigen in Beratungen geschilderten Erlebnissen wissen wir, dass die Ergebnisse von Krankenhausaufenthalten bei MmD (Verschlechterung der kognitiven Leistungen, höherer Hilfebedarf bei den Alltagsleistungen) von den pflegenden Angehörigen hautnah erlebt werden und diese belasten. Teilweise kommt es zu Schuldzuweisungen an die Kliniken.

Organisationsperspektive: Überforderung des Personals, finanzielle Belastungen und Image-schäden

Wie schon beschrieben, führen die Veränderungen der Patientenstruktur zu starken psychischen und zeitlichen Belastungen bei den Mitarbeitern. Ergebnisse vieler Studien zeigen auch, dass sich beim Vorliegen einer Demenzerkrankung die Aufenthaltsdauer überdurchschnittlich erhöht. Nicht selten kommt es durch Fehlhandlungen (Ausweitung oder Verhinderung der üblichen Heilungsprozesse z.B. durch Ziehen von Kathetern oder Zugängen, Auftreten von Infektionen) zu einer doppelt so hohen Aufenthaltsdauer gegenüber Patienten mit vergleichbaren somatischen Erkrankungen.

Insgesamt lässt sich aus unseren Projekterfahrungen annehmen, dass durch unachtsames, nicht an den MmD angepasstes Handeln Krisen produziert werden, deren Beseitigung mehr Energie, Zeit und Aufwand bedeuten, als wenn man Krisensituationen präventiv vermieden oder angepasst an die Erfordernisse bei MmD gehandelt hätte.

Unabhängig von den notwendigen Anpassungen in den Kliniken braucht es aus unserer Sicht aber auch Veränderungen im Umfeld der Kliniken, um belastende Krankenhausaufnahmen soweit wie möglich zu vermeiden. Anzumerken wäre hier eine verbesserte medizinische Behandlung in den Pflegeeinrichtungen und eine bessere ambulante Versorgung zum Schutz von Personen, für die ein Krankenhausaufenthalt ein hohes Risiko birgt.

4 Konzept der Projektphase III

4.1 Allgemein

Nach Abschluss der Projektphase II wurde das Konzept überarbeitet, durch neue Bausteine und Schwerpunkte ergänzt und im Staatsministerium für Gesundheit und Pflege vorgestellt. Durch die Förderung des Ministeriums wurde es möglich, das Projekt in eine dritte Förderphase zu bringen. Der Förderzeitraum wurde für den Zeitraum vom 01. September 2014 bis 30. September 2017 festgelegt.

Das Projekt orientiert sich strukturell und organisatorisch an den vorangehenden. Träger ist die Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e.V.

Als Ziel wurde formuliert, sechs bayerische Kliniken zu gewinnen, die in den vorhergehenden Förderphasen noch nicht beteiligt waren und die im Förderzeitraum das gesamte Konzept mit all seinen Bausteinen absolvieren. Für die Teilnahme an dem neu entwickelten Projektbaustein „Handlungskompetenz - herausforderndes Verhalten“ sollen zusätzlich vier Kliniken gewonnen werden, die bereits an den Projektphasen I oder II teilgenommen hatten.

4.2 Inhaltliches Konzept

4.2.1 Projektbaustein Prävention

Erfahrungen aus den vorangegangenen Projektphasen zeigten, dass für die Reduzierung von sich zuspitzenden Situationen das Erkennen von frühzeitigen Risikofaktoren und die Umfeldgestaltung eines angepassten Milieus wesentliche Faktoren sind. Die Bedeutung der Prävention soll mit der Entwicklung und Einführung eines auf die jeweiligen Kliniken zugeschnittenen Demenzkonzeptes hervorgehoben werden.

4.2.2 Projektbaustein Handlungskompetenz

„Herausforderndes Verhalten“ durch MmD wurde in den Projektphasen I und II als wesentlicher Belastungsfaktor der Klinikmitarbeiter und Patienten festgestellt. Da es noch kaum Untersuchungen zur Ausprägung dieser Thematik in Kliniken gab, erschien es dem Projektträger wichtig, dieses Thema zu untersuchen. Zusammen mit den beteiligten Kliniken sollten als Ergebnis einer gemeinsamen Bearbeitung des Themas Handlungskompetenzen und Empfehlungen für die Klinik selbst und andere Krankenhäuser entwickelt werden.

4.2.3 Projektbaustein Übertragbarkeit - Erarbeitung von Handreichungen

Aus den entstandenen klinikspezifischen Demenzkonzepten wird durch den Projektträger für andere Kliniken ein Muster-Demenzkonzept ausgearbeitet und veröffentlicht (vgl. Abschnitt 8). Es soll dazu dienen, Bausteine eines Demenzkonzeptes darzustellen und Anregungen für die Umsetzung zu geben.

Basierend auf den Erfahrungen der Projektkliniken, die das Thema herausforderndes Verhalten bearbeitet haben, wird durch den Projektträger aus den Konzepten der Einzelkliniken eine Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten angefertigt, die ebenso für andere Kliniken zugänglich veröffentlicht wird (vgl. Abschnitt 9)

Die folgende Tabelle 1 zeigt weitere Elemente der Projektbausteine.

Tabelle 1 Projektbausteine und deren Elemente

Prävention: Erarbeitung und Umsetzung eines Demenzkonzeptes Modul I	Handlungskompetenz: Umgang mit herausforderndem Verhalten Modul II	Übertragbarkeit: Erarbeitung von Handreichungen für andere Krankenhäuser (in Bayern)
<ul style="list-style-type: none"> • Demenzkonzept erarbeiten und umsetzen • die einzusetzende Steuerungsgruppe in den Kliniken (Vertreter der Geschäftsleitung, der ärztlichen und der pflegerischen Leitung und anderer relevanter Personen) formuliert und realisiert ein spezifisches Demenzkonzept für ihre Klinik • Grundverständnis für die Lebenswelt von MmD • verpflichtende Grundlagen-schulungen für zwei Mitarbeitergruppen mit den Themen „Demenz - Wissen und Verstehen“ und „Handlungskompetenz“ • Ärzteschulungen • Erweitertes Pflege- und Betreuungsverständnis • Aufbau eines in den Klinikablauf eingebundenen Betreuungsangebotes für MmD • Öffentlichkeitsarbeit • das Demenzkonzept soll klinikintern sowie in der regionalen Öffentlichkeit präsentiert werden 	<ul style="list-style-type: none"> • klinikspezifische Situationen und Hintergründe erfassen und beschreiben • multiprofessionelle Teams etablieren • Grundlage zum Verständnis, zur verstehenden Diagnostik und Lösungen vermitteln • Mitarbeiterschulungen • geeignete Methoden bilden Handlungskompetenzen • das Team erarbeitet klinikspezifische praktische Beispiele zum Thema herausforderndes Verhalten, erfasst, beschreibt und bearbeitet Hintergründe bzw. Einflussmöglichkeiten • Fallbesprechungen • Coachings • formuliert Empfehlungen zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen in der eigenen Klinik 	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenführen der klinikspezifischen Konzepte aus Modul I zu einer Handreichung - Demenzkonzept • Zusammenführen der klinikspezifischen Konzepte aus Modul II zu einer Handreichung - Empfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten

5 Durchführung der Projektphase III

5.1 Projektteilnehmer

Ergebnis der verschiedenen Klärungen im Landesverband war, dass folgende sechs bisher nicht am Projekt beteiligte Kliniken als Kooperationspartner entschieden, sich am Gesamtprojekt zu beteiligen:

- Kreisklinikum Roth
- Illertalklinik Illertissen
- Helios Klinikum München West Pasing
- Klinikum Vilshofen, Gesundheitseinrichtungen des Landkreises Passau
- Klinik Donauwörth mit Klinik Nördlingen
- Kreiskliniken Günzburg-Krumbach, Krumbach

Aufgrund verschiedener Umstrukturierungen im Klinikum Pasing (u.a. Wechsel der Geschäftsführung) wurden der Vertrag und die Zusammenarbeit zum 17. Februar 2016 im beiderseitigen Einvernehmen beendet.

Als zusätzlich am Modul II Herausforderndes Verhalten teilnehmende Kliniken wurden Verträge mit folgenden Kliniken geschlossen, die bereits an einer der vorausgehenden Modellphasen beteiligt gewesen waren:

- Klinikum Altmühlfranken mit den Kliniken Gunzenhausen und Weißenburg
- Klinik Vincentinum Augsburg
- Kliniken Hochfranken Klinik Naila
- Klinikum Ingolstadt

5.2 Projektverantwortung

Als Träger des Projektes lag die Gesamtverantwortung für die Planung, Finanzierung und Durchführung des Projektes in den Händen der Geschäftsführung des Landesverbandes. Neben der Geschäftsführung war eine Mitarbeiterin des Landesverbandes mit einem Teil ihrer Arbeitszeit für die Projektverwaltung zuständig. Dies umfasste im Wesentlichen das Rechnungswesen und das Führen der Belegliste.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern hat entschieden, für die Gesamtprojektkoordination wieder den wissenschaftlichen Leiter der Ingenium-Stiftung Ingolstadt, Dipl.-Biol. Dr. rer. nat. Winfried Teschauer, M. Sc. Gerontologie als Honorarkraft einzusetzen. Er ist Mitglied im Bundes- und Landesvorstand der Deutschen Alzheimer Gesellschaft sowie bei der Alzheimer Gesellschaft Ingolstadt. Herr Dr. Teschauer war erneut auch für die Evaluation zuständig.

Die Aufgaben des Gesamtprojektkoordinators bestanden im Wesentlichen in Folgendem:

- die Beratung und Unterstützung der Einzelprojekte, die Sicherstellung der Kommunikation in und zwischen den Einzelprojekten, und die Erarbeitung und Bereitstellung von Hilfen für die Einzelprojekte.
- Evaluation der beiden Projektbausteine Prävention und Handlungskompetenz, die Mitarbeit bei der Erarbeitung der Handreichungen und die Erstellung dieses Abschlussberichtes.
- im Verlauf des Projektes organisiert der Gesamtprojektkoordinator regelmäßige Austauschtreffen der verantwortlichen Projektleitungen (Krankenhäuser und Alzheimer Gesellschaft).

Nach der Entscheidung, mit welchen Kliniken eine Zusammenarbeit eingegangen wird hat der Landesverband die lokale Projektleitung in den jeweiligen Einzelkliniken übertragen. Vorausgegangen waren Anfragen bei MitarbeiterInnen in den regionalen Alzheimer Gesellschaften. Ergebnis war, dass die Projektleitung wie folgt festgelegt wurde:

- Bianca Broda (zu diesem Zeitpunkt Geschäftsführerin der Alzheimer Gesellschaft München e.V.): Klinik Pasing
- Dr. Winfried Teschauer: Illertalklinik Illertissen, Klinik Donauwörth, Klinikum Krumbach im Modul I sowie für die Klinik Vincentinum Augsburg und Klinikum Ingolstadt, die sich für das Modul II entschieden
- Gerhard Wagner: Kreisklinikum Roth, Klinikum Vilshofen im Modul I sowie für das Klinikum Altmühlfranken und die Kliniken Hochfranken, die sich für das Modul II entschieden.

5.3 Zeitplan

Die Projektverantwortlichen haben zu Beginn der Arbeiten einen Projekt-Terminplan erarbeitet. Dieser wurde regelmäßig angepasst und zu Beginn des Projektes den beteiligten Kliniken kommuniziert und fest vereinbart. Der untenstehende aktuelle Plan beschreibt die Stationen des durchgeführten Projektes.

- bis Oktober 2014 Abschluss der Kooperationsverträge
- November 2014 Arbeitsaufnahme der Steuerungsgruppe
- bis Mai 2015 Abschluss der Grundlagenschulungen
- ab April/Mai 2015 Schulung der Betreuungskräfte
- ab Juni 2015 Aufnahme der Betreuungseinsätze auf den Projektstationen
- ab Mitte 2015 Beginn des Projektes „Herausforderndes Verhalten“
- Ende 2016/Anfang 2017 Vorstellung der Demenzkonzepte
- bis März 2017 Abschluss der operativen Tätigkeiten
- bis Ende September 2017 Fertigstellung der Abschlussevaluation Modul I und Modul II und übergreifender Evaluationen sowie Fertigstellung der Handreichungen

5.4 Umsetzung Allgemein

Mit allen Kliniken wurde ein Kooperationsvertrag geschlossen, der unter anderem Folgendes beschreibt und regelt:

- Beschreibung der Bausteine und deren verpflichtend vereinbarte Inhalte und Maßnahmen mit der Festlegung, welche Teile der Auftraggeber (Klinikum) bzw. der Auftragnehmer (Landesverband) zu erbringen hat
- die verpflichtende Einrichtung einer Steuerungsgruppe, in die die Leitungsebenen (Geschäftsführung, Medizin, Pflege und evtl. Sozialdienst) der Organisation einbezogen sind
- die Benennung einer Projektleitung am Krankenhaus
- die Festlegung der jeweiligen Projektstation(en)
- Erstellung eines Projektplanes
- Benennung der Kosten und Leistungen aus Projektmitteln

Aus den Erfahrungen der beiden ersten Projektphasen wurde in der Vertragsgestaltung vor allem eine stärkere Beteiligung des medizinischen Personals (Einrichtung verpflichtender Ärzteschulungen, Einbindung in Steuerungsgruppe und Fallbesprechungen) eingebracht.

Nach der Vereinbarung einer ersten Steuerungsgruppensitzung in den jeweiligen Kliniken wurden die oben genannten zentralen Vertragsgegenstände besprochen und entschieden, um Klarheit für die Kooperation herzustellen.

6 Projektevaluation

6.1 Modul I

6.1.1 Ergebnisse der Eingangs- und Abschlussbefragung im Einzelnen

Um einen Überblick zu den Rahmenbedingungen zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus zu gewinnen, wurde in den fünf Projektkrankenhäusern, die an Modul I – Entwicklung eines Demenzkonzeptes – teilnahmen, eine Eingang- und Abschlussbefragung durchgeführt. Hierfür wurde zu beiden Untersuchungszeitpunkten derselbe Fragebogen verwendet, um Veränderungen im Projektverlauf erkennen zu können (vgl. Anhang Abschnitt 11.1). Die Fragen waren zu vier Bereichen zusammengefasst: Vier Fragen zu „Tätigkeit und Ausbildung“, 25 Fragen zu „Patienten auf Ihrer Station: Ältere Patienten und Herausforderndes Verhalten“, von denen 16 Fragen das Belastungsempfinden der Mitarbeitenden erheben sollten. Im Bereich „Patienten mit kognitiven Risiken“ waren neuen Fragen und im Bereich „Einbindung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer“ zehn Fragen zusammengefasst.

Die Fragebögen waren unter Verwendung eines nur der Testperson bekannten Kennwortes anonymisiert ausgefüllt. Auf diese Weise konnten Paare von Fragebögen in der Eingangs- und Abschlussevaluation gebildet werden. Für die in diesem Berichtsband dargestellten Ergebnisse wurden ausschließlich Paare von Fragebögen verwendet. Die gemeinsame Schnittmenge der Eingangs- und Abschlussevaluation war mit 44 Fragebögen geringer als erwartet. Insgesamt waren bei der Eingangsevaluation 183 Bögen im Rücklauf, bei der Abschlussevaluation 106 Bögen. Als Begründung für die geringe Anzahl an Teilnehmern, die an beiden Evaluationsschritten teilgenommen haben, kann u.a. die hohe Fluktuation sowohl im pflegerischen als auch im ärztlichen Bereich in einem Projektzeitraum von etwa zweieinhalb Jahren verantwortlich gemacht werden. Außerdem gab es stets eine gewisse Anzahl an Mitarbeitenden, die im Urlaub, in Freischichten, krank, auf Fortbildung oder aus sonstigen Gründen im Zeitrahmen der Erhebung nicht anwesend waren.

Abschnitt „Tätigkeit und Ausbildung“

Tabelle 2 Teilnehmer an der Befragung nach Projektstandorten Modul I (Frage 1)

Projektstandort	Anzahl	Anteil
Donauwörth	1	2,3%
Illertissen	11	25,0%
Krumbach	13	29,5%
Roth	13	29,5%
Vilshofen	6	13,6%
Gesamt	44	100,0%

Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Fragebogenpaare auf die fünf Krankenhaus-Standorte. Warum an den Standorten Donauwörth und Vilshofen nur eine sehr niedrige Anzahl an Rückläufern erhoben

werden konnte, kann nicht ohne Weiteres erklärt werden. Wie auch an allen anderen Projektkrankenhäusern haben hier Personalschulungen und Workshops stattgefunden, so dass eine ausreichende Basis vorhanden war.

Wie bereits in den beiden vorhergehenden Projektphasen wurden die meisten Fragebögen von Fachkräften mit dreijähriger Ausbildung (Gesundheits- und Krankenpfleger) ausgefüllt. Tabelle 3 zeigt Anzahl und Anteile der Berufsgruppen in einer Gegenüberstellung von Eingangs- und Abschlussbefragung. Die marginalen Unterschiede beim ärztlichen Personal können z.B. auf einen Funktionswechsel zurückgeführt werden. Im Gegensatz zu den Befragungen bei den Projektphasen I und II sind keine Assistenzärzte gelistet, was wir darauf zurückführen, dass diese nicht über einen so langen Zeitraum auf einer Station verweilen.

Tabelle 3 Verteilung der Berufsgruppen (Funktionen; Frage 2)

Berufsgruppe	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Gesundheits- und Altenpflege 3-jährig	37	84,1%	37	84,1%
Oberarzt	1	2,3%	2	4,5%
Facharzt	2	4,5%	1	2,3%
Physiotherapeut	3	6,8%	3	6,8%
Sozialdienst	1	2,3%	1	2,3%
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

Die Berufserfahrung der Befragten gibt Tabelle 4 wieder: Knapp 82 % der an der Befragung Beteiligten geben an, schon mehr als 10 Jahre im Beruf tätig zu sein. Dies gilt für viele Mitarbeiter der Pflege und Assistenzberufe ebenso wie für den ärztlichen Dienst. Die Daten zeigen aber im Umkehrschluss auch, dass die Berufsausbildung der Befragten bei vier von fünf Personen über 10 Jahre zurückliegt. Dies ist insbesondere bei Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Demenzsyndrom und dem herausfordernden Verhalten zu berücksichtigen, da diese beiden Bereiche erst in den vergangenen Jahren umfangreich in die Ausbildungspläne Eingang gefunden haben.

Tabelle 4 Berufserfahrung der Befragten (Frage 3)

Berufserfahrung	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
2 bis 5 Jahre	5	11,4%	2	4,5%
sechs bis 10 Jahre	5	11,4%	6	13,6%
mehr als 10 Jahre	34	77,3%	36	81,8%
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

Tabelle 5 greift dieses Thema noch einmal auf: In der Eingangsevaluation gaben knapp 62% der befragten Personen an, bereits eine Fortbildung zum Thema Demenz besucht zu haben. Die Frage war dabei bewusst niedrigschwellig formuliert („z.B. Seminar, Vortrag, Kongress“), um nicht auf Tagesveranstaltungen oder noch umfangreichere Maßnahmen zu fokussieren. Mehr als ein Viertel

der Befragten beantworteten diese Frage mit „nein“. Dies veranschaulicht, dass die Durchdringung mit Inhalten zur Demenz in den Krankenhäusern noch deutliche Optimierungspotenziale aufweist. Nach Durchführung des Projektes erhöhte sich dieser Wert auf (nur) 70%. Daraus lässt sich nur der Schluss ziehen, dass keineswegs alle an der Befragung Beteiligten auch an einer der während des Projektes angebotenen Schulungen teilgenommen haben.

Tabelle 5 Teilnahme an einer Fortbildung zum Thema Demenz vor Projektbeginn (Frage 4)

Fortbildung Demenz vor Projektbeginn	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
ja	27	61,4%	31	70,5%
nein	15	34,1%	12	27,3%
leer	2	4,5%	1	2,3%
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

Abschnitt „Personen auf Ihrer Station: Ältere Patienten und herausforderndes Verhalten“

Im zweiten Fragenblock wurde die Einschätzung der auf den Projektstationen Mitarbeitenden zu älteren und verwirrten Patienten sowie zur Art und der Häufigkeit herausfordernden Verhaltens erhoben. Wichtig war dabei – und so wurde es in der Fragestellung auch deutlich hinterlegt – dass es sich um eine persönliche Einschätzung der Befragten handeln sollte und nicht um absolute Daten, die sich aus den Akten herleiten lassen.

Frage 5 des Fragebogens befasste sich mit der Einschätzung der Häufigkeit von Kontakten mit verwirrten Patienten im vergangenen halben Jahr. Interessanterweise weist Tabelle 6 hier einen Wert von 100% für die Eingangsbefragung und von „nur“ 95% für die Abschlussbefragung aus. Die Tatsache, dass alle bzw. fast alle Befragten solche Kontakte angeben, zeigt, dass der Umgang mit verwirrten Patienten zu den grundlegenden Erfahrungen bei allen Berufsgruppen gehört.

Tabelle 6 Kontakte mit verwirrten Patienten in vergangenen halben Jahr (Frage 5)

Kontakt mit verwirrten Patienten	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
ja	44	100,0%	42	95,5%
nein	0	0,0%	1	2,3%
weiß nicht	0	0,0%	1	2,3%
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

Die Schätzung des Anteils verwirrter Patienten auf der eigenen Station konnte als Zahlenangabe frei hinterlegt werden. Im Rahmen der Auswertungen wurden die Prozentwerte dann in größere Gruppen kategorisiert (vgl. Tabelle 7). In beiden Befragungen waren die beiden am stärksten genannten Kategorien „10% bis unter 30%“ und „30% bis unter 50%“ mit jeweils mehr als einem Drittel der Angaben. In der Abschlussbefragung wurden die Antworten differenzierter: Die Kategorien „unter 10%“ und „50% bis unter 70%“ wurden beide deutlich stärker, die beiden mittleren nahmen ab. Bemerkenswert ist die konstante Einschätzung von 16% der Mitarbeiter, dass in der Station, in

der sie ihren Dienst verrichten „70% bis 100%“ der Patienten verwirrt sind. Diese Einschätzung kann für die Geriatrie oder traumatologischen Stationen mit hohem Anteil, z.B. an Patienten mit Oberschenkelhalsbruch, durchaus plausibel sein.

Tabelle 7 Schätzung des Anteils verwirrter Patienten auf der Station (Frage 6)

Anteil verwirrter Patienten (Schätzung)	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
unter 10%	2	4,5%	8	18,2%
10% bis unter 30%	16	36,4%	14	31,8%
30% bis unter 50%	16	36,4%	10	22,7%
50% bis unter 70%	2	4,5%	5	11,4%
70% bis 100%	7	15,9%	7	15,9%
leer	1	2,3%	0	0,0%
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

Frage 6 und Frage 7 korrespondieren hier: In Frage 7 (vgl. Tabelle 8) wurde die Einschätzung des Anteils an Patienten im Alter von über 65 Jahren von den Mitarbeitenden abgefragt. Während in beiden Befragungen die Kategorien bis 50% kaum besetzt sind, sehen die Befragten den überwiegenden Anteil der Patienten in dieser Altersgruppe (75% über 65-Jährige in der Eingangsbefragung, 82% in der Abschlussbefragung). Diese Einschätzung könnte im Nachgang durch konkrete Daten des Controllings überprüft und untermauert werden. Entscheidend für die weitere Diskussion der Themenbereiche „Geriatrische Patienten“ und „Patienten mit kognitivem Risiko“ sind die bereits jetzt wahrgenommenen hohen Anteile diese Gruppe. Diese Patientengruppe ist bereits jetzt in hohem Maße in den (bayerischen) Krankenhäusern vertreten.

Tabelle 8 Schätzung des Anteils über 65-jähriger Patienten (Frage 7)

Anteil Patienten >65 Jahre (Schätzung)	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
10% bis unter 30%	1	2,3%	0	0,0%
30% bis unter 50%	0	0,0%	2	4,5%
50% bis unter 70%	10	22,7%	6	13,6%
70% bis 100%	33	75,0%	36	81,8%
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

Ein wesentlicher Aspekt der Versorgung von Patienten mit Demenz ist das „Herausfordernde Verhalten“ (vgl. Abschnitt 6.2). In den beiden Befragungen wurden die Mitarbeitenden gebeten, ihre Assoziation mit dem Begriff zu beschreiben. Die Antworten wurden in vier große Kategorien eingeordnet (vgl. Teschauer, 2013). Diese Kategorien waren: „abwertende Symptomaufzählung“, wie z.B. „Unruhe, Aggressivität Verweigerung“, „belastungsorientierte Wahrnehmung“, wie z.B. „zeit- aufwändig, anstrengend“, „einfühlsame Handlungsoption“, wie z.B. „Geduld mitbringen, ruhig bleiben, Verständnis aufbringen“ und „umschreibende Definition“, wie z.B. „mit manchen Patien-

ten ist es schwierig umzugehen“. Die Arbeitshypothese war unter anderem, dass sich die Beschreibung des herausfordernden Verhaltens durch die Personalschulungen und die beiden Workshop-Tage verändern würde. Die Ergebnisse sind in Tabelle 9 eingetragen. Die Arbeitshypothese lässt sich aus den Daten nicht bestätigen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Befragungen anonym stattgefunden haben und somit nicht geklärt werden kann, ob die Personen, die beide Fragebögen ausgefüllt haben, auch tatsächlich an den Schulungen teilgenommen haben.

Tabelle 9 Rezeption des Begriffs „Herausforderndes Verhalten“ (Frage 8)

Definition Herausforderndes Verhalten	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
abwertende Symptomaufzählung	17	38,6%	17	38,6%
belastungsorientierte Wahrnehmung	12	27,3%	13	29,5%
einfühlsame Handlungsoption	6	13,6%	5	11,4%
umschreibende Definition	4	9,1%	5	11,4%
leer	3	6,8%	4	9,1%
unbekannt	1	2,3%	0	0,0%
aktiv leer	1	2,3%	0	0,0%
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

In der zweiten Projektphase wurde erstmals in Anlehnung an die „Modified Nursing Care Assessment Scale“ nach Kleinman et al. (2004), übersetzt von Hrncir (2009), eine Skala zur Untersuchung der Belastung des Pflegepersonals verwendet. In dieser Projektphase konnte das Instrument wieder in der erneut modifizierten Version (Teschauer, 2013) angewandt werden. Ziel war es unter anderem auch, eine Veränderung der Belastung durch eine statistische Auswertung der Bögen zur Eingangs- und Abschlussevaluation zu ermitteln. Hierzu wurde der zweiseitige t-Test für abhängige Stichproben für die Bögen durchgeführt, die den Befragten zugeordnet werden konnten.

Die Befragten konnten den Umgang mit den 16 benannten angenommenen „Eigenschaften“ von Patienten mit Demenz jeweils mit den Optionen: fällt mir „sehr leicht“, „leicht“, „schwer“ oder „sehr schwer“ bewerten. Diese Optionen wurden für die statistische Auswertung mit den Zahlen 1 (sehr leicht) bis 4 (sehr schwer) kodiert. Hieraus wurden Mittelwert und Standardabweichung berechnet. Außerdem war noch die Option „trifft nicht zu“ vorhanden, falls die Eigenschaft bzw. das Verhalten aus dem Umfeld nicht bekannt war. Sie war nicht durch eine Zahl kodiert.

Tabelle 10 Bewertung der Belastung der Befragten in Anlehnung an Hrncir, 2009 bzw. Teschauer, 2013 M-NCAS-Instrument, verändert (Kleinman et al., 2004; Fragen 9-24)

Menschen mit Demenz	Eingangsbefragung					Abschlussbefragung					T-Test		
	Kodierung 1-4					Kodierung 1-4					n	T-Test	P-Wert
	n	MW	SD	Trifft nicht zu	Leer	n	MW	SD	Trifft nicht zu	Leer			
scheinen planlos	44	2,3	0,5	-	-	44	2,3	0,5	-	-	44	0,23	0,82
sind ängstlich	44	2,2	0,5	-	-	44	2,1	0,5	-	-	44	0,50	0,62
sind unberechenbar	42	2,9	0,6	-	2	44	3,0	0,5	-	-	42	1,74	0,09
sind apathisch	42	2,4	0,7	2	-	43	2,3	0,8	1	-	41	0,39	0,70
sind egoistisch	41	2,6	0,7	2	1	42	2,6	0,6	2	-	39	0,42	0,67
sind paranoid	42	3,0	0,7	2	-	41	2,9	0,6	2	1	39	0,61	0,54
suchen Aufmerksamkeit	43	2,4	0,7	-	1	43	2,4	0,8	-	1	42	0,81	0,42
sind manipulierend	43	2,7	0,7	1	-	42	2,7	0,7	2	-	41	0,21	0,84
sind undankbar	43	2,2	0,6	-	1	41	2,1	0,8	3	-	40	0,89	0,38
sind verletzlich	43	2,4	0,6	-	1	42	2,5	0,7	1	1	41	1,42	0,16
sind einsam	44	2,3	0,8	-	-	43	2,2	0,8	1	-	43	0,68	0,50
sind absichtlich schwierig	37	2,8	0,8	6	1	37	2,8	0,8	6	1	30	0,2	0,84
sind fordernd	43	3,2	0,7	1	-	41	2,8	0,7	2	1	40	3,77	<0,001
haben ein leeres Leben	33	2,5	0,7	8	3	39	2,4	0,7	4	1	28	0,00	1,00
sind stur und eigensinnig	43	2,8	0,8	-	1	43	2,7	0,7	1	-	42	0,65	0,52
sind aggressiv und feindlich	44	3,2	0,7	-	-	44	3,1	0,6	-	-	44	0,42	0,67

Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse der Erhebung: In der Eingangsbefragung schwanken die Mittelwerte für die einzelnen Aussagen zwischen 2,3 („scheinbar planlos“; „sind einsam“) und 3,2 („sind aggressiv und feindlich“). Die Ergebnisse lassen sich gut mit der GHoST-Studie in Einklang bringen, die ebenfalls zeigt, dass paranoide Verhaltensweisen am stärksten belasten (Hessler et al., 2017). In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich dies auch in den weiteren hohen Mittelwerten der Aussagen „sind fordernd“ (3,2) und „sind paranoid“ (3,0).

Die Mittelwerte zeigen zwischen der Eingangsbefragung und der Abschlussbefragung kaum Unterschiede. Statistisch gibt es nur in einer Aussage „sind fordernd“ einen hochsignifikanten Unterschied ($p < 0,001$), der Mittelwert für die Abschlussbefragung liegt mit 2,8 deutlich niedriger als bei der Eingangsbefragung, was auf eine signifikant geringere Belastungswahrnehmung zum Ende des Projektes hindeutet.

Mit der Frage 25 (vgl. Tabelle 11) wurden einzelne Komponenten von herausforderndem Verhalten erhoben: Neun Verhaltensweisen waren vorgegeben, außerdem war es möglich, in einem Freitextfeld nicht aufgeführte Verhaltensweisen zu hinterlegen. Die drei am häufigsten genannten Verhaltensweisen waren in beiden Befragungen „ziellooses Herumlaufen / Hinlauftendenz“, „Hilferufe“ und „körperliche Aggression“ mit 15 % bzw. 14 % der Nennungen. Im Vergleich zur vertieften Bearbeitung des herausfordernden Verhaltens scheint hier die körperliche Aggression in der Häufigkeit des Auftretens überbewertet zu werden (vgl. Abschnitt 6.2.6).

Als Freitexteintragung neu hinzugekommen sind die Komponenten „Angst“ und „Nahrungsverweigerung“ in der Eingangsbefragung. „Angst“ steht in der Häufigkeit mit 14 % an vierter Stelle, wohingegen „Nahrungsverweigerung“ die geringste Anzahl an Nennungen aufweist.

249 Nennungen in 44 Fragebögen ergibt eine durchschnittliche Anzahl von 5,6 Nennungen / Bogen, was auf eine Vielzahl von herausfordernden Verhaltensweisen hindeutet, denen die Mitarbeiter ausgesetzt sind.

Tabelle 11 Herausforderndes Verhalten („Besondere Situationen“) bei der Versorgung verwirrter Patienten (Frage 25)

Besondere Situationen	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
ziellooses Herumlaufen / Hinlauftendenz	38	15,3%	35	16,1%
Hilferufe	37	14,9%	41	18,9%
körperliche Aggressionen	35	14,1%	31	14,3%
Angst	34	13,7%	-	-
Wahnvorstellungen	29	11,6%	27	12,4%
Schreiattacken	20	8,0%	28	12,9%
verbale Aggression	18	7,2%	25	11,5%
Apathie (Passivität)	15	6,0%	17	7,8%
Enthemmung	13	5,2%	13	6,0%
Nahrungsverweigerung	10	4,0%	-	-
Gesamt	249	100,0%	217	100,0%

Mit Frage 26 wurde die wahrgenommene Häufigkeit der Verhaltensweisen hinterfragt. Aus Tabelle 12 ergibt sich, dass in der Eingangsbefragung die Antworten „täglich“ und „zweimal / Woche“ von 61% der Befragten angegeben wurde, bei der Abschlussbefragung jedoch lediglich von 50% der Befragten. Ob herausfordernde Verhaltensweisen in der Häufigkeit abgenommen haben oder sich deren Einschätzung durch die Mitarbeitenden verändert hat bzw. ob andere Gründe für die Veränderung verantwortlich gemacht werden können, ist nicht zu klären.

Mit Frage 27 wurde versucht, die Reaktionen auf herausforderndes Verhalten einzuschätzen. In den Teilfragen 27.1 bis 27.5 wurden verschiedene Interventionen zur Auswahl angeboten, in Teilfrage

27.6 konnte ein Freitext formuliert werden. Die angebotenen Interventionen wurden aus den Projektphasen I und II übernommen. Es handelte sich um: Deeskalierende Maßnahmen, Einbindung von Angehörigen, Hinzuziehen Dritter, Gabe von Medikamenten, Freiheitsentziehende Maßnahmen und Sonstige. Als Antwortkategorien wurden „häufig“, „gelegentlich“ und „nie“ sowie „weiß nicht“ angeboten. Die Arbeitshypothese war, dass sich das Handlungsspektrum der Befragten durch die Schulungen und die beiden Workshop-Tage verändert. Tabelle 13 zeigt eine Zusammenfassung der Ergebnisse. Im Hinblick auf die Option „Deeskalierende Maßnahmen“ lässt sich eine Verschiebung der Antworten von „gelegentlich“ nach „häufig“ um knapp 5% verzeichnen. Bei der Einbindung von Angehörigen wurde in der Abschlussbefragung die Option „häufig“ um knapp 10% häufiger benannt.

Tabelle 12 Häufigkeit des Auftretens herausfordernden Verhaltens (Frage 26)

Häufigkeit besondere Situation	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
täglich	14	31,8%	12	27,3%
zweimal / Woche	13	29,5%	10	22,7%
einmal / Woche	8	18,2%	13	29,5%
seltener	4	9,1%	6	13,6%
weiß nicht	3	6,8%	2	4,5%
Antwort nicht eindeutig/ Mehrfachnennung	0	0,0%	1	2,3%
leer	2	4,5%	0	0,0%
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

Bei der „Einbindung Angehöriger“ verschoben sich die Anteile in der Abschlussbefragung (46 %) verglichen mit der Eingangsbefragung (36 %) deutlich zugunsten der Option „häufig“. Damit deuten die Werte darauf hin, dass Angehörige im Rahmen des Projektes zunehmend als wertvolle Unterstützung bei der Versorgung von verwirrten Patienten gesehen wurden.

Noch stärker verändert hat sich auch das „Hinzuziehen von Dritten“: Hier wurde die Option „häufig“ in der Abschlussbefragung mit 36 % mehr als doppelt so häufig angegeben, wie in der Eingangsbefragung. Auch die Option „gelegentlich“ wurde deutlich häufiger gewählt. Hier stehen 52 % in der Abschlussbefragung 32 % in der Eingangsbefragung gegenüber. Dieses Ergebnis kann so interpretiert werden, dass verstärkt der Versuch unternommen wurde, eine weitere Meinung bzw. Unterstützung in der konkreten Situation zu erhalten.

Beim Parameter „Gabe von Medikamenten“ sind die Ergebnisse der beiden Befragungen sehr ähnlich. Eine Veränderung der Handlungsstrategien zugunsten einer Verringerung des Einsatzes von Medikamenten, i.d.R. also Antipsychotika und Psychopharmaka lässt sich aus den Daten nicht entnehmen.

Auch wenn es nur eine geringe Veränderung des Anteils darstellt, ist die Anwendung von „freiheitsentziehenden Maßnahmen“ leicht zurückgegangen: „Häufig“ wurde in der Eingangsbefragung

dreimal und in der Abschlussbefragung einmal angegeben (7 % vs. 2 %). Auch die Optionen „gelegentlich“ und v.a. „nie“ (14 % vs. 18 %) wurden in der Abschlussbefragung häufiger gewählt. Dies könnte auf eine größere Sensibilisierung der Befragten zu diesem Thema hindeuten.

Tabelle 13 Häufigkeit von Maßnahmen, die bei herausforderndem Verhalten ergriffen wurden (Frage 27)

Intervention	Häufigkeit	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anzahl
Deeskalierende Maßnahmen	häufig	30	68,2%	32	72,7%
	gelegentlich	14	31,8%	11	25,0%
	nie	-	-	-	-
	leer	-	-	1	2,3%
	Gesamt	44	100,0%	44	100,0%
Einbindung Angehöriger	häufig	16	36,4%	20	45,5%
	gelegentlich	26	59,1%	22	50,0%
	nie	2	4,5%	-	-
	unklar	-	-	2	4,5%
	Gesamt	44	100,0%	44	100,0%
Hinzuziehen Dritter	häufig	7	15,9%	16	36,4%
	gelegentlich	14	31,8%	23	52,3%
	nie	23	52,3%	4	9,1%
	unklar	-	-	1	2,3%
	Gesamt	44	100,0%	44	100,0%
Gabe von Medikamenten	häufig	20	45,5%	19	43,2%
	gelegentlich	23	52,3%	24	54,5%
	unklar	1	2,3%	1	2,3%
	Gesamt	44	100,0%	44	100,0%
Freiheitsentziehende Maßnahmen	häufig	3	6,8%	1	2,3%
	gelegentlich	32	72,7%	34	77,3%
	nie	6	13,6%	8	18,2%
	weiß nicht	2	4,5%	-	-
	unklar	-	-	1	2,3%
	leer	1	2,3%	-	-
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%	

Ein Eintrag bei der Option „Sonstige“ fand sich bei der Eingangsbefragung nur in wenigen Fällen: „Beschäftigung“ wurde einmal als „häufig“ und einmal als „gelegentlich“ genannt, andere Antworten waren „Hilfsmittel“, „häufig“ zweimal und „gelegentlich“ einmal. „Freiheitsentziehende Maßnahmen“ und „Verlegung“ wurden einmal bei „gelegentlich“ benannt. Bei der Abschlussbefragung wurde „Beschäftigung“ als „häufig“ zweimal genannt, als „gelegentlich“ einmal. Die „Pflege dem Patienten anpassen“ wurde je einmal als „häufig“ und einmal als „gelegentlich“ angegeben. Insgesamt zeigt sich, dass die in Frage 27 vorgegebenen Antworten die meistgenutzten Maßnahmen abbilden.

Die Frage nach weiteren Lösungswegen wurde in beiden Befragungen je dreimal mit „keine“ und elfmal mit „weiß nicht“ beantwortet. 27 Bögen der Eingangsbefragung und 23 der Abschlussbefra-

gung enthielten z. T. mehrere Vorschläge (vgl. Tabelle 14). In der Eingangsbefragung wurde am häufigsten der Einsatz von ehrenamtlichen Helfern gewählt (N=7, 16 %), gefolgt von „mehr Zeit“ (N=6, 14 %) für die Patienten mit Demenzerkrankungen sowie „Beschäftigung“ und demenzsensibler „Umgang“ z.B. Validation mit jeweils fünf Nennungen (12 %).

Der Schwerpunkt der Antworten hat sich in der Abschlussbefragung verschoben: die häufigste Antwort lautete „Beschäftigung“ (N=6, 17 %), gefolgt von „mehr Personal“ und „Angehörige einbinden“ mit jeweils fünf Nennungen (14 %).

Tabelle 14 Anzahl und Anteil der „anderen Lösungswege“ (Frage 28)

Anzahl/Anteil andere Lösungswege	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Ehrenamtliche Helfer	7	16,3%	4	11,4%
mehr Zeit	6	14,0%	1	2,9%
Beschäftigung	5	11,6%	6	17,1%
Validation, Umgang, z.B.: Pat. Laufen lassen	5	11,6%	1	2,9%
Vermeiden / Überwachen von Hinlauftendenz z.B.: Sitzwache	4	9,3%	1	2,9%
Milieutherapie	3	7,0%	1	2,9%
Mehr Personal	3	7,0%	5	14,3%
Angehörige einbinden	3	7,0%	5	14,3%
Schulung des Personals	2	4,7%	3	8,6%
Hilfsmittel	2	4,7%	2	5,7%
Prozessoptimierung, z.B.: KH-Einweisung vermeiden, Entlassmanagement	-	-	3	8,6%
Tagesstruktur	-	-	2	5,7%
Sonstiges	3	7,0%	1	2,9%
Gesamt	43	100,0%	35	100,0%

Tabelle 15 zeigt die Begründungen, weshalb die anderen aufgezeigten Lösungswege nicht angewandt werden: Am häufigsten wird in beiden Befragungen der Personalmangel genannt (N=7, 21 % bzw. N=9, 36 %). Damit sind in der Abschlussbefragung mehr als ein Drittel der Befragten der Meinung, dass alternative Versorgungsoptionen an der Zahl der Mitarbeiter scheitern. Auch die beiden weiteren Aspekte „zu wenig Zeit“ und „finanzielle Gründe“ weisen in diese Richtung.

Tabelle 15 Hindernisse bei der Anwendung weiterer Versorgungsstrategien (Frage 29)

Hindernisse bei der Anwendung anderer Lösungswege	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
zu wenig Personal	7	21,2%	9	36,0%
zu wenig Zeit	7	21,2%	2	8,0%
finanzielle Gründe	5	15,2%	4	16,0%
werden teilweise / noch nicht angewendet	4	12,1%	2	8,0%
bauliche Gegebenheiten	3	9,1%	2	8,0%
zu wenig Engagement der Angehörigen	2	6,1%	2	8,0%
fehlendes Wissen zum Thema Demenz	2	6,1%	-	-
Sonstige	3	9,1%	4	16,0%
Gesamt	33	100,0%	25	100,0%

Abschnitt „Personen mit kognitiven Risiken“

In diesem Abschnitt wurde in neun Fragen der Bereich „kognitive Risiken“ untersucht. Im Abschlussbericht wird der Terminus „kognitives Risiko“ verwendet, der bereits in den 20 Empfehlungen (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, 2011) eingeführt wurde. Im Setting Akutkrankenhaus zeigt sich, dass eine Demenzdiagnose aus den verschiedensten Gründen bisher nicht gestellt oder nicht verfügbar ist. Auch die Diagnose „Delir“ wird nur selten in den Dokumentationen angetroffen. Darüber hinaus ist eine Reihe von weiteren Krankheiten bekannt, die zu kognitiven Veränderungen führen können. Grundsätzlich sind die Autoren der Auffassung, dass alle diese Patienten zunächst einer besonderen Fürsorge bedürfen. Außerdem ist in den Fallbesprechungen aufgefallen, dass häufig ein Vermerk „V.a. Demenz“ in Patientenunterlagen vorhanden ist. Häufig blieb dies jedoch auch mittelfristig ohne Konsequenz.

Zunächst wurde nach der Einschätzung gefragt, ob in der Regel Informationen zum kognitiven Zustand der Patienten verfügbar sind (Frage 30;Tabelle 16). Nach der Einschätzung der Befragten in der Eingangsbefragung lagen in zwei Dritteln (66 %) und in der Abschlussbefragung in drei Vierteln (75 %) der Fälle entsprechende Informationen vor.

Tabelle 16 Verfügbarkeit von Informationen zum kognitiven Zustand (Frage 30)

Informationen kog. Risiko	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
ja	29	65,9%	33	75,0%
nein	11	25,0%	7	15,9%
weiß nicht	1	2,3%	1	2,3%
nicht eindeutig	-	-	3	6,8%
leer	3	6,8%	-	-
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

Tabelle 17 Häufigkeit konsiliarischer Untersuchungen (Frage 31)

Häufigkeit Konsil	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
täglich	1	2,3%	2	4,5%
zweimal/Woche	9	20,5%	6	13,6%
einmal/Woche	9	20,5%	9	20,5%
seltener	19	43,2%	18	40,9%
nie	3	6,8%	5	11,4%
weiß nicht	2	4,5%	1	2,3%
Antwort nicht eindeutig / Mehrfachnennung	1	2,3%	3	6,8%
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

Aus einer konsiliarischen Untersuchung durch Neurologen und Psychiater lassen sich wichtige Informationen und Behandlungsempfehlungen ableiten. In Frage 31 (Tabelle 17) wurde nach der Häufigkeit solcher Konsilien gefragt. Sowohl bei der Eingangs- als auch bei der Abschlussbefragung wurde am häufigsten die Option „seltener“ [als einmal pro Woche] gewählt, wobei die Anzahl der Nennungen mit 19 (43%) bzw. 18 (41%) nahezu identisch war. Einmal bzw. zweimal die Woche wurde bei 20% der Eingangsbefragungen gewählt.

Tabelle 18 Besondere Maßnahmen beim Ortswechsel von Patienten mit kognitiven Risiken innerhalb des Krankenhauses (Frage 32)

Besondere Maßnahmen bei Verlegung innerhalb des Krankenhauses	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
ja	33	75,0%	32	72,7%
nein	8	18,2%	8	18,2%
weiß nicht	2	4,5%	4	9,1%
leer	1	2,3%	0	0,0%
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

In Frage 32 wurde erhoben, ob besondere Maßnahmen ergriffen werden, wenn sich Patienten mit kognitiven Risiken aus der Station entfernen (müssen), z.B. um eine Untersuchung wahrzunehmen. Als Beispiele waren ein Begleitsdienst oder die Ankündigung eines Patienten mit kognitiven Risiken am Zielort genannt. Tabelle 18 zeigt die Ergebnisse: In genau drei Viertel der Fälle (Eingangsbefragung) bzw. 73 % der Fälle bei der Abschlussevaluation werden solche Maßnahmen ergriffen.

Allgemein gelten Fallbesprechungen als ein Mittel der Wahl, um die Versorgung von Menschen mit kognitivem Risiko im Team zu optimieren und um wichtige Informationen zwischen den Beteiligten auszutauschen. Insofern wurde in Frage 33 (Tabelle 19) erhoben, welcher Anteil der Befragten an solchen Gesprächen teilnahm. Bei der Eingangsbefragung gab knapp über die Hälfte der Befragten an (55 %), an Fallbesprechungen teilzunehmen. Zur Abschlussbefragung stieg der Anteil auf knapp zwei Drittel (64 %). Da die Fallbesprechungen ein Teil des Moduls II waren, ist ein Ansteigen dieses Parameters mehr als plausibel. Dass die Steigerung nicht höher ausfällt, hängt sicher auch damit zusammen, dass nur ein Teil der auf der Station Tätigen an den Fallbesprechungen teilgenommen hat.

Tabelle 19 Besprechung besonderer Pflegesituationen im Pfltegeteam (Frage 33)

Fallbesprechungen über besondere Pflegesituationen	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
ja	24	54,5%	28	63,6%
nein	17	38,6%	13	29,5%
weiß nicht	3	6,8%	1	2,3%
Antwort unklar	0	0,0%	2	4,5%
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

InTabelle 19 ist das Ergebnis der Frage 33 nach den interdisziplinären Fallbesprechungen wiedergegeben. Hier stellt sich auch die Frage nach dem besten Begriff in der Fragestellung. Der Begriff „interdisziplinär“ wird in verschiedenen Bereichen unterschiedlich eng definiert. Gemeint ist dabei die Zusammenschau von zwei oder mehr Forschungs- oder Wissensgebieten. Bei Ärzten z.B. wird der Austausch zwischen einem Chirurgen und einem Psychiater als „interdisziplinär“ angesehen. Gerade im Gesundheitswesen ist allerdings auch der Begriff „interprofessionell“ gebräuchlich, wenn es um die Zusammenarbeit zwischen Vertretern verschiedener Berufsgruppen (Pflege, Ärzte, Therapeuten) geht. Gerade bei Patienten mit kognitiven Risiken wären beide Ansätze wichtig. Dennoch scheint der Begriff „interdisziplinär“ der besser verankerte zu sein.

Tabelle 20 zeigt die Ergebnisse der Frage 34 zu diesem Thema: Während in der Eingangsbefragung nur knapp ein Drittel (30 %) der Befragten angeben, dass solche Fallbesprechungen stattfinden, steigt dieser Wert in der Abschlussbefragung auf 41 % an.

Tabelle 20 Fallbesprechungen zu Patienten mit kognitiven Risiken (Frage 34)

Fallbesprechungen bei Patienten mit kognitiven Risiken	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
ja	13	29,5%	18	40,9%
nein	28	63,6%	23	52,3%
weiß nicht	1	2,3%	1	2,3%
Antwort unklar	-	-	2	4,5%
leer	2	4,5%	-	-
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

In Frage 35 wurde untersucht, welche Vorteile die Befragten in diesen Fallbesprechungen sehen. Während bei der Eingangsbefragung eher allgemeine Aspekte in den (Freitext-) Antworten dominierten (vgl. Tabelle 21), wurde die Sichtweise in der Abschlussbefragung deutlich differenzierter: In der Eingangsbefragung konnten drei Kategorien gebildet werden, in der Abschlussbefragung waren es doppelt so viele. Neu hinzugekommen sind v.a. „Verbesserung der Behandlung (11 %), „Besserer Umgang mit dem Patienten“ bzw. „Mehr Information über den Patienten“ mit jeweils drei Nennungen (7 %) und „Entlassmanagement“ mit 2%.

Tabelle 21 Wesentliche Vorteile von Fallbesprechungen (Frage 35)

Vorteile Fallbesprechungen	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Erfahrungs- und Informationsaustausch	7	15,2%	5	11,1%
gemeinsam abgestimmtes Handeln	6	13,0%	7	15,6%
interdisziplinäre Versorgung / ganzheitliche Betrachtung	4	8,7%	-	-
besserer Umgang mit Patienten	-	-	3	6,7%
mehr Information über Patienten	-	-	3	6,7%
Verbesserung der Behandlung	-	-	5	11,1%
Entlassmanagement	-	-	1	2,2%
leer	28	60,9%	20	44,4%
weiß nicht	1	2,2%	1	2,2%
Gesamt	46	100,0%	45	100,0%

Ob sich die Befragten interdisziplinäre Fallbesprechungen wünschen, falls diese nicht angeboten werden, erhebt Frage 36 (vgl. Tabelle 22). Der Anteil der Befragten, die dies befürworten, ist in beiden Befragungen ähnlich hoch (41 % in der Eingangsbefragung, 39 % in der Abschlussbefragung).

Tabelle 22 Wunsch nach interdisziplinären Fallbesprechungen (Frage 36)

Interdisziplinäre Fallbesprechungen	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
ja	18	40,9%	17	38,6%
nein	2	4,5%	2	4,5%
weiß nicht	8	18,2%	6	13,6%
leer	16	36,4%	19	43,2%
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

Tabelle 23 zeigt die kategorisierten Eintragungen zu den Hoffnungen, die sich an interdisziplinäre Fallbesprechungen knüpfen: Am häufigsten wurde in beiden Befragungen die „Verbesserung der Versorgung“ genannt (N=7; 16 % bzw. N=9; 18 %). Den zweiten Häufigkeitsrang belegt das „gemeinsam abgestimmte Vorgehen“, das in der Eingangsbefragung noch häufiger (N= 5; 11 %) genannt wurde als in der Abschlussbefragung (N=2; 4 %). Hieraus lässt sich entnehmen, dass das nicht abgestimmte Vorgehen für die Mitarbeiter ein zusätzliches Problem darstellt.

Tabelle 23 Hoffnungen, die sich an interdisziplinäre Fallbesprechungen knüpfen (Frage 37)

Erwartungen interdisziplinäre Fallbesprechung	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Verbesserung der Versorgung	7	15,6%	9	18,4%
gemeinsam abgestimmtes Vorgehen	5	11,1%	2	4,1%
mehr Verständnis für Demenzpatienten	4	8,9%	2	4,1%
mehr Informationen über Patienten	3	6,7%	3	6,1%
höhere Patientenzufriedenheit	2	4,4%	2	4,1%
Klarheit für Personal / Patient / Angehörige	1	2,2%	-	-
höhere MA-Zufriedenheit	-	-	3	6,1%
Lösungsvorschläge	-	-	1	2,0%
leer	21	46,7%	25	51,0%
weiß nicht	2	4,4%	2	4,1%
Gesamt	45	100,0%	49	100,0%

Mit der Frage 38 wird ein wesentlicher Bestandteil der Schulungen und Workshops vorweggenommen: Die Fragestellung, ob das beobachtete kognitive Risiko auch durch ein Delir ausgelöst worden sein könnte. Die Literatur zeigt, dass das Auftreten von Delirien grundsätzlich unterschätzt wird. Damit ist auch die Erkennung der Symptome im Sinne der pflegerischen Krankenbeobachtung und die ärztliche Diagnose des Delirs i.d.R. nicht präsent genug (Siafarikas und Preuss, 2014).

In diesem Fall wurde der Terminus des „Durchgangssyndroms“ in die Frage mit aufgenommen, da der Begriff Delir häufig mit den Krankheiten der ICD-10 F10- F19 in Verbindung gebracht wird, also Delirien im Sinne eines Substanzmissbrauchs respektive von Entzugserscheinungen. Das Delir bei Demenz (F 5.1) tritt jedoch kaum in Erscheinung, sondern wird u.a. als „Durchgangssyndrom“ bezeichnet.

Die Frage nach der Häufigkeit des Auftretens zeichnet ein klares Bild (Frage 38, vgl. Tabelle 24). Die Anteile sind in beiden Befragungen ähnlich: Täglich mit Delir konfrontiert sind demnach 9% der Befragten. Zweimal die Woche tritt das Delir bei 14% (Eingangsbefragung) bzw. 18 % (Abschlussbefragung) auf. Den höchsten Anteil zeigt die Option „einmal / Woche“ mit 34 % bzw. 32 %. Damit haben in der Eingangsbefragung 57 % der Befragten angegeben, einmal pro Woche oder öfter mit Delir bei Patienten konfrontiert zu sein, in der Abschlussbefragung sogar 59 %. Dies unterstreicht die Bedeutung der Schulungsinhalte zum Delir, dessen Erkennung, Behandlung und auch Prophylaxe.

Tabelle 24 Geschätzte Häufigkeit von Delirien (Frage 38)

Häufigkeit Delirien	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
täglich	4	9,1%	4	9,1%
zweimal/Woche	6	13,6%	8	18,2%
einmal/Woche	15	34,1%	14	31,8%
einmal/Monat	11	25,0%	11	25,0%
seltener	6	13,6%	5	11,4%
weiß nicht	2	4,5%	1	2,3%
Antwort nicht eindeutig/ Mehrfachnennung	-	-	1	2,3%
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

Abschnitt „Patienten mit Nebendiagnose Demenz“

Dieser Abschnitt des Fragebogens ist mit drei Fragen kurz gehalten und fokussiert im Wesentlichen auf die Prävalenz von Demenzerkrankungen, die nun im Gegensatz zu anderen Teilen des Fragebogens klar angesprochen werden. Als die Befragung konzipiert wurde, standen die Ergebnisse der GHoST noch nicht zur Verfügung (Robert Bosch Stiftung, 2016; 40 % der über 65-Jährigen Patienten weisen mindestens eine kognitive Beeinträchtigung auf, knapp 20 % eine Demenz oder ein Delir).

Die Ergebnisse der Schätzung der Befragten im Projekt bilden vergleichbare Zahlen ab (vgl. Tabelle 25), die sich allerdings für die beiden Befragungszeitpunkte unterscheiden: Bei der Eingangsbefragung gaben die meisten Teilnehmer (N=19; 43 %) einen Anteil von Patienten mit Demenz zwischen 10 % und unter 30 % in der jeweiligen Station an, gefolgt von 11 Teilnehmern (25 %), die diesen Anteil auf 30 % bis unter 50% schätzten. In der Abschlussbefragung schätzten die meisten Teilnehmer (N=12) diesen Anteil auf 30 % bis unter 50%, während der zweithäufigste Wert nun bei unter 10 % lag (N=20; 23 %).

Tabelle 25 Schätzung des Anteils von Patienten, bei denen eine Demenz in der Krankenakte vermerkt ist (Frage 39)

Anteil Vermerk Demenz in Krankenakte	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
unter 10%	4	9,1%	10	22,7%
10% bis unter 30%	19	43,2%	8	18,2%
30% bis unter 50%	11	25,0%	12	27,3%
50% bis unter 70%	3	6,8%	7	15,9%
70% bis 100%	5	11,4%	5	11,4%
leer	-	-	1	2,3%
weiß nicht	2	4,5%	1	2,3%
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

Deutlich erhöht hat sich die Einschätzung, dass auf der jeweiligen Station sogar 50 % bis unter 70 % der Patienten demenziell verändert waren. Dies schätzen in der Eingangsbefragung drei Teilnehmer (7 %) und in der Abschlussbefragung sieben Teilnehmer (16 %). Diese Kategorie hat demnach mehr als doppelt so viele Einträge. Insgesamt könnten die Ergebnisse so interpretiert werden, dass die Beurteilung im Projektverlauf an Differenzierung gewonnen hat.

Frage 40 (vgl. Tabelle 26) korrespondiert ebenfalls mit einem Ergebnis aus der GHOST. Dort wurde mit einem umfangreichen methodischen Ansatz ermittelt, dass bei mehr als 60% der eingeschlossenen Patienten die Demenzdiagnose nicht vorbekannt und in den Akten vermerkt war. Dieser Anteil wird in der vorliegenden Auswertung als niedriger geschätzt. In der vorliegenden Studie schätzen die meisten Teilnehmer in beiden Befragungen den Anteil auf 10% bis unter 30% (N=16 bzw. N=15).

Tabelle 26 Schätzung des Anteils der Patienten, bei denen die Befragten eine Demenz vermuten, aber keine Eintragungen in der Krankenakte vorlagen (Frage 40)

Anteil Patienten mit Demenz ohne Diagnose	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
unter 10%	5	11,4%	8	18,2%
10% bis unter 30%	16	36,4%	15	34,1%
30% bis unter 50%	10	22,7%	10	22,7%
50% bis unter 70%	5	11,4%	4	9,1%

70% bis 100%	2	4,5%	7	15,9%
weiß nicht	6	13,6%	8	18,2%
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

Die zweitgrößte Gruppe schätzt ebenfalls wieder in beiden Befragungen diesen Anteil auf 30% bis unter 50%. (jeweils N=10). Allerdings existiert ein methodischer Unterschied zwischen den Studien: In der GHoST wurde die Demenz vom Untersuchungsteam diagnostiziert und dann nach der Diagnose geforscht, im Fall der vorliegenden Studie wurde beides geschätzt: Diagnose und deren Aktenkundigkeit.

In Frage 41 wurde untersucht, inwiefern sich die Befragten alternative Interventionen bei der klinischen Versorgung Demenzkranker überhaupt vorstellen können (vgl. Tabelle 27). In der Eingangsbefragung konnten das 36 Befragte (82%), in der Abschlussbefragung antworteten nur noch 30 Befragte mit „ja“ (62 %), dementsprechend steigt der Anteil der „nein“-Antworten von 5 % (N=2) auf 16 % (N=8). Möglicherweise hat die Beschäftigung mit dem Thema im Rahmen des Projektes gezeigt, dass diese alternativen Optionen bereits angewandt wurden oder nicht ohne Weiteres anwendbar sein würden.

Tabelle 27 Umsetzbarkeit alternativer Optionen zur Versorgung Demenzkranker im Krankenhaus (Frage 41)

Realisierbarkeit alternative Versorgung	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
ja	36	81,8%	30	61,2%
nein	2	4,5%	8	16,3%
weiß nicht	5	11,4%	3	6,1%
leer	1	2,3%	8	16,3%
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

Tabelle 28 Optionen alternativer Versorgung von Patienten mit Demenz (Frage 41, Freitext)

Alternative Versorgung	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Einbeziehung der Angehörigen	7	18,9%	3	7,7%
Bessere Betreuung	7	18,9%	4	10,3%
Mehr Personal	6	16,2%	7	17,9%
Fortbildung der MA	5	13,5%	3	7,7%
Mehr Zeit für Patienten	5	13,5%	5	12,8%
Bauliche Veränderungen	3	8,1%	2	5,1%
Genauere Planung des KH-Aufenthaltes	2	5,4%	5	12,8%
Demenzstation	2	5,4%	3	7,7%

Ehrenamtliche Helfer	-	-	4	10,3%
Hilfsmittel	-	-	1	2,6%
Verbesserte Versorgung	-	-	2	5,1%
Gesamt	37	100,0%	39	100,0%

Welche Art von Veränderungen vorstellbar wären, konnten die Befragten in Frage 41 in einem Freitextfeld hinterlegen (vgl. Tabelle 28): In der Eingangsbefragung waren die meistgenannten Parameter: „Bessere Betreuung“ und „Einbeziehung der Angehörigen“ (jeweils N=7; 19 %), dann „mehr Personal“ (N=6; 16 %) und „mehr Zeit für Patienten“ sowie „Fortbildungen“ (N=5; 14 %). In der Abschlussevaluation wurde die Option „mehr Personal“ am häufigsten genannt (N=7; 18 %), die Option „Ehrenamtliche Helfer“ kam bei vier Befragten neu hinzu, die Optionen „Bessere Betreuung“ und „Einbeziehung Angehöriger“ wurden deutlich seltener genannt als in der Eingangsbefragung.

Abschnitt „Einbindung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer“

Aus den Projektphasen I und II war bereits bekannt, dass ehrenamtliche Helferkreise in den jeweiligen Projektkrankenhäusern als sehr hilfreich angesehen wurden, wenn deren Etablierung gelungen war. Im vorliegenden Fragebogen musste eine Fallunterscheidung für die Krankenhäuser durchgeführt werden, die noch keinen Helferkreis besaßen und denen, die einen solchen bereits aufgebaut hatten. Tabelle 29 zeigt die Ergebnisse zur Frage 42, die den alternativen Befragungsweg öffnet. Danach gaben zwei Drittel der Befragten bei der Eingangsbefragung an, einen Helferkreis im Haus zu haben (66 %; N=29), knapp ein Drittel gab an, keinen Helferkreis zu haben (32%; N=14). Bei der genaueren Zuordnung der Zahlen zeigte sich, dass die Angaben innerhalb der Krankenhäuser keineswegs immer konsistent waren. Dies führen wir v.a. darauf zurück, dass einzelnen Befragten das Vorhandensein eines Helferkreises nicht bekannt war. In der Abschlussbefragung gaben tatsächlich alle Befragten an, dass das Haus über einen Helferkreis verfügt.

Tabelle 29 Vorhandensein eines Helferkreises im jeweiligen Haus (Frage 42)

Ehrenamtlich Helfer	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
nein, kein Helferkreis im Haus	14	31,8%	-	-
ja, Helferkreis vorhanden	29	65,9%	44	100,0%
Leer	1	2,3%	-	-
Gesamt	44	100,0%	44	100,0%

Da sich die Fragen 43 bis 45 ausschließlich auf Häuser bezogen, die zu Beginn des Projektes noch keinen Helferkreis etabliert hatten, gab es auch in der Abschlussbefragung keine Antworten dazu, da in jedem Krankenhaus im Laufe des Projektes ein Helferkreis aufgebaut wurde.

In Frage 43 (vgl. Tabelle 30) wurde zunächst die grundsätzliche Bereitschaft abgefragt, mit ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern (EAH) zusammenzuarbeiten. Keiner der 14 Befragten lehnte eine Zusammenarbeit völlig ab, zwei hielten sie für gegebenenfalls möglich, zeigten also eine ge-

wisse Skepsis. Die meisten Befragten (N=6, 43 %) konnten sich eine Zusammenarbeit gut vorstellen und drei Befragte gaben an, dass EAH in jedem Fall eine Bereicherung wären. Damit wurde deutlich, dass nur 14 % der Befragten Bedenken zum Einsatz von EAH hatten, knapp zwei Drittel (64%) dem aber positiv gegenüberstanden.

Tabelle 30 Eigene Einstellung zum Einsatz ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer (Frage 43)

Einstellung zu EAH	Eingangsbefragung	
	Anzahl	Anteil
Kann ich mir gar nicht vorstellen	-	-
wäre ggf. möglich	2	14,3%
kann ich mir gut vorstellen	6	42,9%
EAH wären in jedem Fall eine Bereicherung	3	21,4%
weiß nicht	-	-
leer	1	7,1%
Antwort nicht eindeutig	2	14,3%
Gesamt	14	100,0%

Bei der Analyse der Hindernisse ergaben sich folgende Hinweise (vgl. Tabelle 31). Acht Befragte gaben Hindernisse beim Einsatz von EAH an: Jeweils zwei Antworten bezogen sich auf Bedenken, die geeigneten Personen zu finden bzw. auf deren Organisation. Einzelne Bedenken wurden zur fehlenden Akzeptanz, rechtlichen Gründen und zur Vereinbarkeit mit der Pflege sowie keine Hindernisse genannt.

Tabelle 31 Einschätzung der Hindernisse für den Einsatz von Helferkreisen (Frage 44)

Hindernisse für den Einsatz von EAH	Eingangsbefragung	
	Anzahl	Anteil
Organisation der EAH	2	15,4%
Keine geeigneten EAH	2	15,4%
Rechtliche Gründe	1	7,7%
Vereinbarkeit mit Pflege	1	7,7%
Fehlende Anerkennung und Akzeptanz	1	7,7%
leer	3	23,1%
weiß nicht	2	15,4%
Keine Hindernisse	1	7,7%
Gesamt	13	100,0%

Auf die Frage, welche Verbesserungspotenziale sich durch den Einsatz von EAH ergeben könnten, gab es 21 Antworten (Frage 45, vgl. Tabelle 32). 23,8% der Antworten bezogen sich auf eine Entlas-

tung des Pflegepersonals (N=5), dicht gefolgt von der besseren Betreuung von Patienten und der Steigerung des Wohlbefindens (N=4; 19%). Zwei Antworten bezogen sich auf die (wichtige) Option der Vermeidung von Komplikationen.

Tabelle 32 Angenommene Verbesserungspotenziale durch den Einsatz von ehrenamtlichen Helferkreisen (Frage 45)

Verbesserungen für den Einsatz	Eingangsbefragung	
	Anzahl	Anteil
Entlastung des Pflegepersonals	5	23,8%
Steigerung des Wohlbefindens	4	19,0%
Bessere Betreuung der Patienten	4	19,0%
Vermeidung von Komplikationen	2	9,5%
Leer	3	14,3%
weiß nicht	3	14,3%
Gesamt	21	100,0%

Die Fragen zu einem bereits bestehenden Helferkreis (Fragen 46 bis 51) beantworteten 29 Befragte. Zunächst sollte ermittelt werden, wie häufig die Befragten Kontakt zu EAH hatten. Tabelle 33 zeigt die Ergebnisse zu Frage 46: Demnach hatten zu Beginn des Projektes 20 Personen Patienten versorgt, die in den vergangenen drei Monaten Besuch von EAH erhalten hatten (69 %), zum Ende des Projektes 41 (93%). Ein Ziel des Projektes, nämlich den Anteil der durch EAH betreuten Patienten zu erhöhen und dies beim Personal erfahrbar zu machen, wurde damit erreicht.

Tabelle 33 Versorgung von Patienten, die auch Besuch von ehrenamtlichen Helfern bekamen (Frage 46)

	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
ja	20	69,0%	41	93,2%
nein	8	27,6%	2	4,5%
weiß nicht	1	3,4%	1	2,3%
Gesamt	29	100,0%	44	100,0%

Weiterhin sollte durch Frage 47 untersucht werden (vgl. Tabelle 34), wie die Befragten die Anzahl der durch ehrenamtliche Helfer betreuten Patienten einschätzte. In der Eingangsbefragung hielten 79 % der Befragten (N=23) diese Zahl für zu niedrig, eine (3 %) für genau richtig und keiner der Befragten für zu hoch. In der Abschlussbefragung verschob sich das Meinungsbild: Nun waren mit 46 % die meisten der Befragten (N=20) der Meinung, die Zahl sei genau richtig, etwas mehr als ein Drittel (34 %; N=15) hielt sie immer noch für zu niedrig. In beiden Befragungen wählte ein relativ großer Anteil der Befragten die Option „Weiß nicht“ (14 % bzw. 11 %).

Tabelle 34 Beurteilung des Versorgungsumfanges durch ehrenamtliche Helfer (als Anzahl der versorgten Patienten; Frage 47)

Beurteilung Einsatz EAH	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
zu niedrig	23	79,3%	15	34,1%
genau richtig	1	3,4%	20	45,5%
zu hoch	0	0,0%	1	2,3%
weiß nicht	4	13,8%	5	11,4%
leer	0	0,0%	2	4,5%
Antwort nicht eindeutig	1	3,4%	1	2,3%
Gesamt	29	100,0%	44	100,0%

Als sehr wichtiger Parameter erscheint die Beurteilung der Befragten, inwieweit die Einsätze der EAH als hilfreich für die eigenen Arbeit empfunden wurden: In der Eingangsbefragung wählten 90% (N=26) und in der Abschlussbefragung 93% (N=41) der Befragten die Option „hilfreich“. In der Eingangsbefragung fand nur jeweils eine Person (3%) die Einsätze „gar nicht“ oder „wenig“ hilfreich. In der Abschlussbefragung wurde die Option „gar nicht hilfreich“ nicht mehr gewählt, dafür gaben zwei Befragte (5%) die Antwort „wenig hilfreich“. Auf diese Weise werden Ergebnisse und Beobachtungen aus den beiden vorhergegangenen Projektphasen bestätigt, dass die Tätigkeit von EAH am Ende des Projektes von den Befragten als hilfreich empfunden wurde (Frage 48, Tabelle 35).

Tabelle 35 Wahrnehmung der Vorteile durch Versorgung vom Patienten mit Demenz durch die ehrenamtlichen Helfer (Frage 48)

Vorteile Einsatz EAH	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
hilfreich	26	89,7%	41	93,2%
wenig hilfreich	1	3,4%	2	4,5%
gar nicht	1	3,4%	-	-
weiß nicht	1	3,4%	1	2,3%
Gesamt	29	100,0%	44	100,0%

Im Freitextfeld zur Frage 48 (vgl. Tabelle 36) sollten die Befragten die Aufgaben der EAH beschreiben. In der Eingangsbefragung wurden hier am häufigsten die „Verbesserung der Versorgung“ sowie die „höhere Patientenzufriedenheit“ genannt (N=8; 21%). Dass die EAH „mehr Zeit für die Patienten“ haben und „das Personal entlasten“ waren mit jeweils 7 Nennungen (18%) die beiden nächsthäufigen Kategorien. In der Abschlussbefragung war die am häufigsten genannte Kategorie

„höhere Patientenzufriedenheit / ruhigere Patienten“, die von mehr als einem Drittel der Befragten (36 %) angegeben wurde.

Tabelle 36 Wahrnehmung der Vorteile durch Versorgung von Patienten mit Demenz durch die ehrenamtlichen Helfer – Freitext-Einträge (Frage 48)

Wahrnehmung Vorteile Einsatz EAH	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Höhere Patientenzufriedenheit/ ruhigere Patienten	8	21,1%	16	36,4%
Verbesserung der Versorgung	8	21,1%	6	13,6%
EAH haben mehr Zeit für Patienten	7	18,4%	10	22,7%
Entlastung des Personals	7	18,4%	10	22,7%
Besseres Verständnis für Patienten	2	5,3%	0	0,0%
Vermeidung von Risikosituationen	2	5,3%	0	0,0%
Einsätze zu kurz/ nicht flexibel/ zu wenige EAH	2	5,3%	1	2,3%
Störfaktor	1	2,6%	0	0,0%
Keine Erfahrung mit EAH	1	2,6%	0	0,0%
Weniger Fixierungen	0	0,0%	1	2,3%
Gesamt	38	100,0%	44	100,0%

Die nächsthäufigen Kategorien umfassten dann wiederum mit jeweils 10 Nennungen, dass die EAH mehr Zeit für die Patienten aufwenden können und das Personal entlasten (jeweils 23 %). Kritik wurde nur selten geäußert. Einmal wurden die EAH in der Eingangsbefragung als Störfaktor bezeichnet (3 %), die Organisation der Einsätze wurde in der Eingangsbefragung zweimal (5 %) und in der Abschlussbefragung einmal (2 %) bemängelt.

Die Beschreibung der Aufgaben, die die ehrenamtlichen Helfer übernommen hatten, ist in beiden Befragungen ähnlich ausgefallen: In der Eingangsbefragung benannten 58 % der Einträge (N=18) die „persönliche Zuwendung und Beschäftigung“, in der Abschlussbefragung waren dies 63 % (N=32) und damit fast zwei Drittel der Antworten. Auffällig ist noch die Nennung der „Entlastung der Mitarbeiter“, die in der Eingangsbefragung gar nicht genannt wurde, in der Abschlussbefragung aber mit 10 % (N=5) auf Platz zwei der Rangfolge liegt.

Tabelle 37 Beschreibung der persönlichen Wahrnehmung der Aufgaben, die ehrenamtliche Helfer übernommen hatten (Frage 49, kategorisierte Freitext-Einträge)

Persönl. Wahrnehmung Aufgaben EAH	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Persönliche Zuwendung / Beschäftigung	18	58,1%	32	62,7%
Verbesserung der Versorgung	2	6,5%	-	-
Entlastung der Mitarbeiter	-	-	5	9,8%
Verhindern von Komplikationen	-	-	2	3,9%
Sonstige	4	13,0%	3	6,0%
weiß nicht	5	16,1%	2	3,9%
Leer	2	6,5%	7	13,7%
Gesamt	31	100,0%	51	100,0%

Neben der Wahrnehmung der Aufgaben und ihrer Wirkung sollten die Befragten in Frage 50 die konkreten Tätigkeiten der Helferinnen und Helfer benennen. Die überwiegende Mehrheit der Antworten ließen sich in beiden Befragungen dem Bereich „Besuchsdienst / Beschäftigung / Begleitung“ zuordnen (N=19; 51 % bzw. N=36; 68 %). Die zweithäufigste Angabe in der Eingangsbefragung „Sitzwache“ wurde in der Abschlussbefragung nur noch einmal genannt. Dafür wurde die „Verbesserung der Versorgung“ in der Abschlussbefragung dreimal genannt (6 %), in der Eingangsbefragung fehlten diese Einträge (vgl. Tabelle 38)

Tabelle 38 Beschreibung der Aufgaben der ehrenamtlichen Helfer (Frage 50)

Aufgabenübernahme EAH	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Besuchsdienst/ Beschäftigung/ Begleitung	19	51,4%	36	67,9%
Sitzwache	4	10,8%	1	1,9%
Sterbebegleitung	3	8,1%	0	0,0%
Entlastung der Mitarbeiter	2	5,4%	1	1,9%
keine	2	5,4%	-	-
Essenseingabe	1	2,7%	3	5,7%
Verbesserung der Versorgung	-	-	3	5,7%

weiß nicht	5	13,5%	3	5,7%
leer	-	-	4	7,5%
Sonstige	1	2,7%	2	3,8%
Gesamt	37	100,0%	53	100,0%

Die letzte Frage des Fragenkomplexes beschäftigt sich mit der Einschätzung der Befragten, ob Patienten mit kognitivem Risiko in besonderer Weise vom Einsatz ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer profitieren. Tabelle 39 zeigt die Ergebnisse dieser Einschätzung. In der Eingangsbefragung beantworteten 83 % (N=24) diese Frage mit „ja“, in der Abschlussbefragung 93 % (N=41). Aus der Sicht der Befragten ist der Einsatz ehrenamtlicher Helferkreise damit in besonderer Weise zu befürworten.

Tabelle 39 Einschätzung des besonderen Vorteils von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern für Patienten mit kognitiven Risiken (Frage 51)

Vorteile Einsatz EAH für Patienten	Eingangsbefragung		Abschlussbefragung	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
ja	24	82,8%	41	93,2%
nein	-	-	1	2,3%
weiß nicht	4	13,8%	2	4,5%
leer	1	3,4%	-	-
Gesamt	29	100,0%	44	100,0%

6.1.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der Eingangs- und Abschlussbefragung

Für die Evaluation der Eingangs- (E) und der Abschlussbefragung (A) konnten die Fragebögen von 44 Mitarbeitern herangezogen werden, die an den Befragungen teilnahmen. Es handelte sich zu 84 % um Beschäftigte im Pflegeberuf mit 3-jähriger Ausbildung und zu 7% um Ärzte, 9% bildeten andere Berufsgruppen wie Therapeuten. Der überwiegende Anteil der Befragungsteilnehmer war dabei mehr als 10 Jahre im Beruf tätig (77 % E vs. 82 % A). 61 % (E) bzw. 71 % (A) gaben an, an einer Fortbildung zum Thema Demenz teilgenommen zu haben. Nur ein Teil der Befragungsteilnehmer hat damit eine der im Projekt angebotenen Fortbildungen genutzt.

Alle (100 % E) bzw. 96 % (A) der Befragten hatten in den vergangenen sechs Monaten mit verwirrten Patienten zu tun. Deren Anteil schätzten die meisten Befragten auf 10 % bis 50 % der Patienten auf der eigenen Station (73 % E, 54 % A). Insgesamt wurde diese Beurteilung als differenzierter wahrgenommen. Den Anteil an Patienten im Alter von über 65 Jahren schätzten die Befragten auf 75 % (E) bzw. 82 % (A).

Im Hinblick auf das Belastungserleben der Befragten zeigte sich, dass die Kriterien „Patienten mit Demenz sind feindlich bzw. aggressiv“, „...fordernd“, und „... paranoid“ die höchsten Belastungswerte aufwiesen. Hier wurden statistisch signifikante Unterschiede zwischen der Eingangs- und der Abschlussevaluation untersucht: Nur beim Parameter „Patienten mit Demenz sind fordernd“ ergab sich eine (hoch-) signifikante Verbesserung ($p < 0,001$). Nachdem die Bewertung und der Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen das wesentliche Element der dritten Projektphase darstellt, kann dies als Erfolg des Moduls II angesehen werden. Im Durchschnitt gab jeder Befragte 5,6 Ausprägungen herausfordernden Verhaltens an, am häufigsten „ziellooses Herumlaufen / Hinlauftendenz“ und „Hilferufe“. Die Häufigkeit der täglich bis einmal pro Woche wahrgenommenen Verhaltensweisen nahm ab (61 % E bzw. 50 % A), was wiederum darauf hindeuten könnte, dass Verhalten weniger oft als „herausfordernd“ wahrgenommen wurde. Die Anwendung deeskalierender Maßnahmen nahm leicht zu (häufig: 68 % E vs. 72 % A), wobei die Option „Hinzuziehen Dritter“ die höchste Zunahme zeigte (häufig: 16 % E vs. 26 % A) und die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen abnahm (häufig: 7 % E vs. 2 % A). Als wesentliche Hindernisse der Anwendung alternativer Verfahren wurden „zu wenig Personal“ (21 % E vs. 36 % A), „zu wenig Zeit“ (21 % E vs. 8 % A) und „finanzielle Gründe“ (15 % E vs. 16 % A) am häufigsten genannt.

Informationen zum kognitiven Zustand glaubten 66 % in der Eingangsbefragung und 75 % in der Abschlussbefragung vorliegen zu haben. Konsile für solche Patienten wurden insgesamt selten (häufigste Nennung: weniger als einmal die Woche 43 % E vs. 41 % A) angefordert. Der Anteil der Befragten, die an Fallbesprechungen teilnahmen, stieg von 55 % (E) auf 64 % (A), ebenfalls der Anteil der Fallbesprechungen für Patienten mit kognitivem Risiko (30 % E vs. 41 % A). Vorteile darin sahen in der Eingangsbeurteilung 37 % und in der Abschlussevaluation 53 %, wobei sich in beiden Befragungen mehr als achtmal so viele Teilnehmer weitere Fallbesprechungen wünschten als lieber darauf verzichten wollten. Die Erwartungshaltung war dabei, dass sich die Versorgung der Patienten verbessern würde.

57 % (E) bzw. 59 % (A) der Befragten gaben an, einmal pro Woche oder öfter mit den Auswirkungen eines Delirs zu tun zu haben. Die Schätzung des Anteils der Patienten, bei denen eine Nebendiagnose Demenz in den Akten vorlag, nahm genauso zu wie der Anteil einer vermuteten Demenz bei Patienten, die keinen Vermerk hierzu in den Akten hatten.

Den Einsatz ehrenamtlicher Helfer konnten sich in der Eingangsbefragung 43 % der Befragten in den Häusern, die noch keinen Helferkreis hatten, „gut vorstellen“. Hindernisse sahen die Befragten vor allem in der Organisation und der Akquise der Helfer. Nach den Verbesserungen durch deren Einsatz befragt, waren die häufigsten Antworten „Entlastung des Personals“ (24 %) sowie „bessere Betreuung“ und „Wohlbefinden“ mit je 19 %. Ein wichtiges Ergebnis ist auch die Einschätzung der Mitarbeiter, dass Ehrenamtliche Helfer „hilfreich“ oder „sehr hilfreich“ seien mit 90 % (E) bzw. 93 % (A). Schließlich erkannten in der Eingangsbefragung 89 % und in der Abschlussbefragung 93 % einen besonderen Vorteil der Versorgung von Patienten mit kognitivem Risiko durch ehrenamtliche Helfer.

6.1.3 Befragung der Ärzte zum Projektende

Wie im Konzept dargestellt, gehörten in der dritten Projektphase Fortbildungen für Ärzte als Grundbestandteil zum Projekt. In den beiden vorhergehenden Projektphasen war es zwar als Wunsch und Ziel ausdrücklich vorgesehen, dass Ärzte bei Interesse ebenfalls an der Mitarbeiter-schulung teilnehmen sollten. Dies fand jedoch nur in Ausnahmefällen statt. Als Begründung wurde der hohe Zeitaufwand angegeben. Daher waren im aktuellen Projekt Ärztefortbildungen zwar obligat, allerdings wurde der zeitliche Umfang auf viermal ca. 1,5 Stunden beschränkt.

Die Anzahl der Ärzte, die an den Schulungen teilnahmen, war an den einzelnen Standorten unterschiedlich hoch. Auch das Format der Fortbildung war unterschiedlich. Teilweise war die Schulung den Klinikärzten vorbehalten, teilweise wurden auch Ärzte aus anderen Kliniken und niedergelassene Kollegen eingeladen.

Neben den Fortbildungsveranstaltungen waren Ärzte auch an den Fallbesprechungen beteiligt. Der zweite Teil des Evaluationsbogens widmet sich diesem Thema.

Tabelle 40 Rücklauf an Fragebögen aus den einzelnen Projektkrankenhäusern

Projektstandorte	Anzahl	Anteil
Vilshofen	7	38,9%
Illertissen	6	33,3%
Krumbach	3	16,7%
Donauwörth	1	5,6%
Ingolstadt	1	5,6%
Augsburg	-	-
Gunzenhausen	-	-
Naila	-	-
Roth	-	-
Gesamt	18	100,0%

Tabelle 40 zeigt für die einzelnen Standorte die Anzahl der zurückgegebenen Fragebögen. Aus vier Krankenhäusern erhielten wir keine Rückmeldung der Ärzte (Augsburg, Gunzenhausen, Naila und Roth). Die Anzahl der zurückgegebenen Fragebögen korreliert in gewissem Umfang auch mit dem durch die Projektleitungen wahrgenommenen Engagement der Ärzte in den Fallbesprechungen.

Evaluation der Fortbildungen für Ärzte

72 % der Ärzte, die Fragebögen zurückgegeben haben, hatten an einer Schulung teilgenommen (N=13; vgl. Tabelle 41, Frage 2). Die Zuordnung zu den einzelnen Schulungsthemen zeigt Tabelle 42 (Frage 3). Am häufigsten wurde die Fortbildung „Medikamente und Delir“ wahrgenommen (N=7; 29%), gefolgt von den Themen „Schmerz und Demenz“ und „Freies Thema“ (N=6; 25 %) sowie „Einführung Demenz“ (N=5; 21 %). Damit zeigt sich, dass die Ärzte, die einen Fragebogen ausgefüllt haben, im Durchschnitt 2,3 Fortbildungen besucht haben, das Angebot von vier Fortbildungen also bei weitem nicht ausgeschöpft wurde.

Tabelle 41 Anzahl der Ärzte, die an einer Schulung teilgenommen haben (Frage 1)

	Anzahl	Anteil
Ja	13	72,2%
Nein	5	27,8%
Gesamt	18	100,0%

Tabelle 42 Schulungsthemen, die von den Ärzten wahrgenommen wurden (Frage 2)

	Anzahl	Anteil
Medikamente und Delir	7	29,2%
Schmerz und Demenz	6	25,0%
Frei gewähltes Thema	6	25,0%
Grundlagen Demenz	5	20,8%
Gesamt	24	100,0%

Tabelle 43 zeigt die Themen, die nicht durch das Projekt vorgegeben waren, sondern mit den Ärzten im Projektverlauf frei vereinbart wurden.

Tabelle 43 Von den Ärzten gewählte Fortbildungsthemen (Frage 3)

	Anzahl	Anteil
Freiheitsentziehende Maßnahmen	4	66,7%
Demenz	1	16,7%
Herausforderndes Verhalten	1	16,7%
Gesamt	6	100,0%

Hier zeigt sich ein besonderes Interesse der Ärzte an den freiheitsentziehenden Maßnahmen. Wichtiger für die Ärzte war nach der Wahrnehmung der Projektleitung hier der Aspekt der „korrekten Anwendung von Fixierungen“ als der der Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen.

Zur Evaluation der Fortbildungsveranstaltungen dienten die Fragen 4 bis 8 im Fragebogen. Zunächst wurde in Frage 4 (Tabelle 44) ermittelt, als wie hilfreich die Befragten die Schulungen im Umgang mit Menschen mit Demenz bewerteten. Mehr als drei Viertel der Antworten stufte die Schulungen als „sehr hilfreich“ ein (77 %), knapp ein Viertel als „hilfreich“ (23 %). Die Option „nicht hilfreich“ wurde in keinem Fall gewählt.

Tabelle 44 Einstufung der Fortbildungen im Umgang mit Menschen mit Demenz (Frage 4)

	Anzahl	Anteil
sehr hilfreich	10	76,9%
teilweise hilfreich	3	23,1%
nicht hilfreich	-	-
Gesamt	13	100,0%

Bereits bei der Planung der Fortbildungen wurde den Organisatoren vonseiten der Ärzteschaft signalisiert, dass zwei Unterrichtseinheiten für in der Klinik tätige Ärztedie Obergrenze der im Dienstbetrieb für einen Fortbildungstermin aufwendbaren Zeit darstellen würden, kürzere Einheiten würden bevorzugt. Bei der Nachfrage (Frage 5, Tabelle 45) hielten dennoch mehr als zwei Drittel der Befragten (N=9; 69 %) die aufgewandte Zeit für angemessen, knapp ein Drittel (N=4; 31 %) befand die Schulungen für zu lang. Keiner der Befragten wollte aber mehr Zeit aufwenden.

Tabelle 45 Einschätzung der Fortbildungsdauer (Frage 5)

	Anzahl	Anteil
Zu kurz	-	-
genau richtig	9	69,2%
zu lang	4	30,8%
Gesamt	13	100,0%

In Frage 6 (Tabelle 46) wurde erhoben, inwieweit die Inhalte der einzelnen Veranstaltungen mit den Erwartungen der Teilnehmer übereinstimmten und in wieweit die Qualität des Vortrags angemessen war. Bei der Auswertung fällt zunächst auf, dass die hier abgegebenen Bewertungen in der Anzahl nicht konsistent mit den in Tabelle 43 aufgeführten Werten sind. Konkret bedeutet dies, dass drei Fragebögen mehr Fortbildungen in Frage 6 bewerten, als in Frage 3 als besucht angegeben worden sind. Welche der beiden Angaben korrekt ist, kann nicht entschieden werden.

Zu allen Themenbereichen wurde auch die Option „nicht angemessen“ für Inhalte als auch für Qualität der Veranstaltung angeboten, die aber in keinem Fragebogen gewählt worden ist.

Tabelle 46 Bewertung von Inhalten und Qualität der Ärztefortbildungen nach Themenbereichen (Frage 6)

Thema			Nennungen		Fragebögen	
			Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Einführung Demenz	Inhalte	angemessen	6	46,2%	6	75,0%
		teils-teils	2	15,4%	2	25,0%
		leer	5	38,5%	-	-
		Gesamt	13	100,0%	8	100,0%
	Qualität	angemessen	7	53,8%	7	87,5%
		teils-teils	1	7,7%	1	12,5%
		leer	5	38,5%	-	-
		Gesamt	13	100,0%	8	100,0%
Medikamente und Delir	Inhalte	angemessen	5	38,5%	5	62,5%
		teils-teils	3	23,1%	3	37,5%
		leer	5	38,5%	-	-
		Gesamt	13	100,0%	8	100,0%
	Qualität	angemessen	6	46,2%	6	75,0%
		teils-teils	2	15,4%	2	25,0%
		leer	5	38,5%	-	-
		Gesamt	13	100,0%	8	100,0%
Schmerz und Demenz	Inhalte	angemessen	7	53,8%	7	100,0%
		teils-teils	-	-	-	-
		leer	6	46,2%	-	-
		Gesamt	13	100,0%	7	100,0%
	Qualität	angemessen	6	46,2%	6	85,7%
		teils-teils	1	7,7%	1	14,3%
		leer	6	46,2%	-	-
		Gesamt	13	100,0%	7	100,0%
Freies Thema	Inhalte	angemessen	3	23,1%	3	50,0%
		teils-teils	3	23,1%	3	50,0%
		leer	7	53,8%	-	-
		Gesamt	13	100,0%	6	100,0%
	Qualität	angemessen	2	15,4%	2	40,0%
		teils-teils	3	23,1%	3	60,0%
		leer	8	61,5%	-	-
		Gesamt	13	100,0%	5	100,0%

Bis auf den Fortbildungsblock „Freies Thema“ wurden in allen Fällen sowohl die Inhalte als auch die Qualität der Fortbildungen häufiger mit „angemessen“ als mit „teils-teils“ bewertet. Am besten bewertet wurden die Inhalte der Fortbildung „Schmerz und Demenz“ und der Qualität der Fortbildung „Einführung Demenz“ (jeweils 53,8 %). Relativ am ungünstigsten wurde die Qualität der Fortbildungen bei den freien Themen eingeschätzt. Bei der Bewertung der Prozentanteile ist zu berücksichtigen, dass in deren Berechnung auch die Felder mit der Angabe „leer“ eingingen. Für die Bewertung der Qualität der Veranstaltung „Einführung Demenz“ bedeutet das, dass von den acht Teilnehmern, die die Fortbildung bewertet haben, sieben die Option „angemessen“ und einer die Option „teils-teils“ gewählt hat, was einem Anteil von 88 % für die Option angemessen und

12 % für die Option „teils-teils“ bedeutet. Die bereinigten relativen Anzahlen und relativen Anteile ohne „leere“ finden sich rechts in der Tabelle.

Da alle Fortbildungen einen großen inhaltlichen Umfang hatten, wurden die Teilnehmer gebeten, die für sie besonders hilfreichen Teilbereiche zu benennen. Das Ergebnis zur Frage 7 ist – wie Tabelle 47 zeigt - sehr heterogen. Die einzige von zwei Teilnehmern genannte Option waren erneut die „Freiheitsentziehenden Maßnahmen“.

Tabelle 47 Einschätzung im Umgang mit Menschen mit Demenz besonders hilfreicher Schulungsanteile (Frage 7)

	Anzahl	Anteil
Fixierungen	2	13,3%
Delir und Demenz	1	6,7%
Fallbesprechungen	1	6,7%
Herausforderndes Verhalten	1	6,7%
Medikamentöse Behandlung	1	6,7%
Praxisbezug	1	6,7%
Schulungen	1	6,7%
Verstehen von kog. Leistungen von MmD	1	6,7%
Welt d. MmD	1	6,7%
Leer	5	33,3%
Gesamt	15	100,0%

Tabelle 48 Wunsch nach weiteren Fortbildungen und Begründung dafür bzw. dagegen. Bei der Begründung gab es Mehrfachnennungen (Frage 8)

Wunsch nach weiteren Fortbildungen	Anzahl	Anteil	Begründung	Anzahl	Anteil
Ja, weil	10	76,9%	Impulse sich mit dem Thema zu beschäftigen	3	27,3%
			Demenz/Delir wird immer relevanter	1	9,1%
			Bewusstsein wurde geschaffen	1	9,1%
			Teilnahme war gering	1	9,1%
			leer	5	45,5%
			Gesamt	11	100,0%
Nein	3	23,1%	Alltag	1	33,3%
			leer	2	66,7%
			Gesamt	3	100,0%
Gesamt	13	100,0%			

Die Frage, ob sich die ärztlichen Mitarbeiter der Projektkliniken weitere Fortbildungen zum Thema Demenz wünschten, beantworteten mehr als drei Viertel (N=10, 77 %) mit „ja“ (vgl. Tabelle 48). Damit zeigen sie ein überraschend deutliches Interesse am Thema. Bei der Begründung für weitere Fortbildungen wird am häufigsten der Impuls genannt, sich mit dem Thema zu beschäftigen (N=3; 27 %).

Evaluation der Fallbesprechungen

Der zweite Block des Fragebogens befasste sich mit der Wahrnehmung der im Projekt angebotenen Fallbesprechungen durch die Ärzte. Obwohl die Fallbesprechungen explizit als interdisziplinär (verschiedene medizinische Fachrichtungen) und interprofessionell (Pflege, Therapeuten, Ärzte) geplant worden waren, hat sich die (regelmäßige) Teilnahme von Ärzten v.a. an einem Standort (Krumbach) umsetzen lassen. Dies spiegelt sich auch in den Antworten zur ersten Frage wider (Tabelle 49): Elf Ärzte gaben keine Antwort („leer“), was als keine Teilnahme interpretiert werden darf (61 %). Vier Ärzte nahmen an bis zu drei Fallbesprechungen teil (22 %), zwei an drei bis sechs Fallbesprechungen (11 %). In einem Fall konnte die Antwort nicht zugeordnet werden. Somit erscheinen in den weiteren Auswertungen dieses Blockes die Ergebnisse aus sieben Fragebögen.

Tabelle 49 Häufigkeit der Teilnahme von Ärzten an Fallbesprechungen (Frage 9a)

Teilnahme	Anzahl	Anteil
1 bis 3	4	22,2%
4 bis 6	2	11,1%
leer	11	61,1%
unklare Antwort	1	5,6%
Gesamt	18	100,0%

Die allgemeine Beurteilung der Fallbesprechungen war Inhalt der Frage 9b (Tabelle 50). 57 % der ärztlichen Teilnehmer bewerteten die Fallbesprechungen als „sehr gut (N=4) und 43 % als „eher gut“ (N=3). Die Optionen „eher schlecht“ und „sehr schlecht“ wurden in keinem Fall gewählt. Die Fallbesprechungen wurden also auch von ärztlicher Seite grundsätzlich als positiv bewertet.

Tabelle 50 Allgemeine Bewertung der Fallbesprechungen (Frage 9b)

Bewertung	Anzahl	Anteil
sehr gut	4	57,1%
eher gut	3	42,9%
eher schlecht	-	-
sehr schlecht	-	-
Gesamt	7	100,0%

In den nächsten drei Teilfragen wurde das Thema „Herausforderndes Verhalten“ hinterfragt. Frage 9c geht der Frage nach, inwiefern sich der Blickwinkel durch die Fallbesprechungen verändert hat. Hier geben 43 % der Befragten an, dass sich ihre Sicht auf das herausfordernde Verhalten „vollständig“ verändert habe (N=3), 57 % meinen, dies sei „teilweise“ der Fall (N=4; vgl. Tabelle 51).

Auch hier wurde die Option „gar nicht“ in keinem Fall gewählt. Dies unterstreicht die Bedeutung der Fallbesprechungen, da sich aus der ärztlichen Beurteilung des herausfordernden Verhaltens in der Regel Interventionen ableiten, meist medikamentöser Natur, gelegentlich aber auch körpernahe freiheitsentziehende Maßnahmen.

Zwei Ärzte (29 %) beantworten die Frage nach einem besseren Verständnis des herausfordernden Verhaltens mit „stimme voll und ganz zu“ und vier (57 %) mit „stimme eher zu“. Die Option „teils-teils“ wurde nur einmal gewählt (14 %). „Eher nicht“ und „gar nicht“ wurde in keinem Fall gewählt (vgl. Tabelle 51). Die Verteilung bei Frage 9d, die sich mit der Belastung durch herausforderndes Verhalten beschäftigt, ist vergleichbar bewertet worden.

Tabelle 51 Bewertung des Nutzens der Fallbesprechungen zum besseren Verständnis des Herausfordernden Verhaltens

Herausforderndes Verhalten		Anzahl	Anteil
Perspektive verändert	vollständig	3	42,9%
	teilweise	4	57,1%
	Gar nicht	-	-
	Gesamt	7	100,0%
Verständnis verbessert	stimme voll und ganz zu	2	28,6%
	stimme eher zu	4	57,1%
	teils-teils	1	14,3%
	Gesamt	7	100,0%
Belastung verringert	trifft zu	2	28,6%
	trifft eher zu	4	57,1%
	leer	1	14,3%
	Gesamt	7	100,0%

Die Bewertung der Fallbesprechungen im Hinblick auf die Möglichkeit zum kollegialen Austausch, zur Erarbeitung fallbezogener Lösungsoptionen sowie im Hinblick auf die Erweiterung des eigenen Wissens bilden eine weitere Einheit der Befragung (Fragen 9f- 9h; vgl. Tabelle 52).

71 % (N=5) der Befragten wählten im Hinblick auf die Möglichkeit zum kollegialen Fachaustausch die Option „trifft zu“ und 29 % (N=2) die Option „trifft eher zu“. „Trifft eher nicht zu“ wurde in keinem Fall gewählt. Die Option „trifft nicht zu“ wurde in keiner der drei Teilfragen gewählt (vgl. Tabelle 52). Die Erarbeitung fallbezogener Lösungsoptionen hielten jeweils 43 % der Befragten für „zutreffend“ oder „eher zutreffend“, nur eine Person entschied sich für „trifft eher nicht zu“ (14 %). Die Erweiterung des eigenen Wissens sahen schließlich 29 % als „zutreffend“ an, und 71 % als „eher“ zutreffend. Zusammenfassend werden die Fallbesprechungen von den Ärzten als positiv oder überwiegend positiv im Hinblick auf die drei abgefragten Parameter bewertet.

Tabelle 52 Beurteilung der Fallbesprechungen im Hinblick auf die Optionen: Kollegialer Austausch, Fallbezogene Lösungsoptionen und Erweiterung des eigenen Wissens (Frage 9f - h)

Möglichkeit zu	Bewertung	Anzahl	Anteil
Kollegialer Austausch	trifft zu	5	71,4%
	trifft eher zu	2	28,6%
	trifft eher nicht zu	-	-
	Gesamt	7	100,0%
Fallbezogene Lösungsoptionen	trifft zu	3	42,9%
	trifft eher zu	3	42,9%
	trifft eher nicht zu	1	14,3%
	Gesamt	7	100,0%
Erweiterung des eigenen Wissens	trifft zu	2	28,6%
	trifft eher zu	5	71,4%
	trifft eher nicht zu	-	-
	Gesamt	7	100,0%

Tabelle 53 Bewertung der Fallbesprechungen im Hinblick auf Dauer, zeitlichen Abstand sowie Aufbau und Systematik (Frage 9i, j und k)

Fallbesprechungen		Anzahl	Anteil
Dauer	zu lang	2	28,6%
	genau richtig	5	71,4%
	zu kurz	-	-
	Gesamt	7	100,0%
Abstand	zu lang	2	28,6%
	genau richtig	4	57,1%
	zu kurz	-	-
	leer	1	14,3%
	Gesamt	7	100,0%
Aufbau und Systematik	angemessen	6	85,7%
	teils-teils	1	14,3%
	nicht angemessen	-	-
	Gesamt	7	100,0%

Im Hinblick auf die zeitliche Ausdehnung der Fallbesprechungen sowie den Abstand zwischen den einzelnen Terminen fanden 71 % die Dauer (N=5) und 57 % den zeitlichen Abstand „genau richtig“ (N=4). Die Dauer der Fallbesprechungen wurde von zwei Personen als „zu lang“ eingeschätzt (29 %). Ebenfalls zwei Personen hielten den zeitlichen Abstand zwischen den Fallbesprechungen für „zu lang“. Aufbau und Systematik empfanden schließlich sechs von sieben Befragten (86 %) als „angemessen“ und eine Person wählte die Option „teils-teils“ (Tabelle 53).

Veränderungen im Krankenhaus und in der eigenen Haltung gegenüber Patienten mit Demenz

In Frage 10 wurde erhoben, welche weitergehenden Veränderungen im Krankenhaus durch die Ärzte vorgeschlagen wurden. Insgesamt wurden von den Befragten 26 Optionen angegeben, wobei am häufigsten „mehr Personal“ angeregt wurde (N=5; 19 % der Befragten). Jeweils drei Ärzte nann-

ten den Einsatz von mehr ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern, mehr Schulungen und bessere Umgangsformen mit den Patienten (je 12% der Befragten). Kognitives Screening schlugen zwei Befragte vor (8 % der Befragten). Sieben weitere Vorschläge wurden je einmal genannt (jeweils 4 %; vgl. Tabelle 54).

Tabelle 54 Vorschläge für weitere Veränderungen im Krankenhaus, von denen Patienten mit Demenz profitieren könnten. (Frage 10)
In der Spalte „Sonstige“ sind Eintragungen zusammengefasst, die nur je einmal genannt wurden.

	Anzahl	Anteil
mehr Personal	5	19,2%
mehr Schulungen	3	11,5%
verbesserte(r) Behandlung/Umgang	3	11,5%
Einsatz EAH	3	11,5%
kognitives Screening	2	7,7%
Sonstige	7	26,9%
Leer	3	11,5%
Gesamt	26	100,0%

16 der 18 Befragten beantworteten die Frage, ob das Projekt ihre Haltung gegenüber Menschen mit Demenz verändert habe, zwei Befragte ließen die Frage unbeantwortet („leer“). Acht Befragte stellten eine Handlungsänderung fest (44 %), sieben nicht (39 %), eine Person war sich nicht im Klaren („weiß nicht“; 6 %; vgl. Tabelle 55).

Fünf Begründungen wurden hier für eine Veränderung der Haltung angegeben: Differenzierte und intensive Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild, mehr Hintergrundwissen bzw. neue Kenntnisse, mehr Verständnis für die Erkrankung und mehr Verständnis für herausforderndes Verhalten wurden eingetragen.

Ärzte, die gemäß Frage 11 keine Veränderung der Haltung erkannten, begründeten dies dreimal mit dem Vorhandensein geriatrischen Wissens bzw. dem Hinweis, dass auch vor dem Projekt bereits empathisch behandelt wurde (50 %). Eine Person gab an, dass sich die Haltung nicht geändert habe, weil der besuchte Vortrag zum Thema „Freiheitsentziehende Maßnahmen“ einen rechtlichen Schwerpunkt hatte. Zwei Personen machten keine Angabe (33 %).

Abgeschlossen wurde der Fragebogen durch die Frage nach den Veränderungen, die das Projekt im Krankenhaus bewirkt hat: 21 % der Antworten hatten zum Inhalt, dass sich das Bewusstsein für die besonderen Bedürfnisse im Zusammenhang mit Menschen mit Demenz im Krankenhaus verstärkt habe (N=5; vgl. Tabelle 56). Weitere vier Ärzte waren der Meinung, dass sich die Qualität der Behandlung dieser Patienten verbessert habe (17 %).

Tabelle 55 Wahrnehmung der Veränderung der eigenen Haltung gegenüber Patienten mit Demenz durch das Projekt (Frage 11)

	Anzahl	Anteil	Begründung	Anzahl	Anteil
Ja, weil	8	44,4%	differenzier- te/intensive Ausei- nandersetzung	1	11,1%
			mehr Hintergrund- wissen	1	11,1%
			mehr Verständnis für die Erkrankung	1	11,1%
			Neue Kenntnisse	1	11,1%
			nicht eindeutig	1	11,1%
			Verständnis für her- ausforderndes Verhal- ten	1	11,1%
			leer	3	33,3%
			Gesamt	9	100,0%
nein	7	38,9%	geriatrisches Wissen bzw. Empathie vorher vorhanden	3	50,0%
			v.a. rechtliche Grund- lagen bei freiheitsent- ziehenden Maßnah- men	1	16,7%
			leer	2	33,3%
			Gesamt	6	100,0%
leer	2	11,1%	-	-	-
weiß nicht	1	5,6%	-	-	-
Gesamt	18	100,0%	-	-	-

Tabelle 56 Einschätzung der Veränderungen, die durch das Projekt im jeweiligen Krankenhaus bewirkt wurden (Frage 12)

In der Spalte „Sonstige“ sind Eintragungen zusammengefasst, die nur je einmal genannt wurden.

Veränderungen durch das Projekt	Anzahl	Anteil
Bewusstsein verstärkt	5	20,8%
Verbesserung der Be- handlung	4	16,7%
mehr Aufmerksamkeit	3	12,5%
Erkennung des Delirs	2	8,3%
besserer Umgang (HV)	2	8,3%
Fixierungen	2	8,3%
Sonstige	3	12,5%
leer	3	12,5%
Gesamt	24	100,0%

Dreimal wurde mehr Aufmerksamkeit für die Patientengruppe festgestellt (13 %) und je zweimal Verbesserung bei der Erkennung von Delir, dem Umgang mit herausforderndem Verhalten und freiheitsentziehenden Maßnahmen (je 8 %). Je einmal wurden schnellere Verlegung auf die Akutgeriatrie, Nutzung der Validation und Verbesserung der häuslichen Versorgung als Vorteil genannt.



6.1.4 Zusammenfassung zur Befragung der Ärzte zum Projektende

Zur Auswertung Abschlussbefragung der Ärzte standen am Projektende 18 Fragebögen zur Verfügung. Aus den Projektstandorten Vilshofen (7) und Illertissen (6) kam der Großteil der Bögen. In dem Fragebogen wurden vier verschiedene Projektbestandteile für Ärzte gemeinsam abgefragt, wobei nicht jeder Befragungsteilnehmer an allen Angeboten teilgenommen hatte. Die Anzahl der auszuwertenden Fragebogenanteile war daher in den vier Bereichen unterschiedlich hoch.

13 Bögen enthielten Angaben zu den Fortbildungen für Ärzte, wobei 24 Fortbildungen bewertet wurden. Somit besuchten die Ärzte im Durchschnitt 2,3 von vier angebotenen Fortbildungen. Am häufigsten wurden die Themen „Medikamente und Delir“ und „Schmerz und Demenz“ besucht. Bei den frei vereinbarten Themen hatten die „Freiheitsentziehenden Maßnahmen“ eine besondere Akzeptanz (67 %), die Ärzte hielten diesen Vortrag auch für besonders hilfreich. Die Inhalte der Fortbildungen wurden von 77 % der Teilnehmer als „sehr hilfreich“ eingestuft, den zeitlichen Rahmen (i.d.R. ca. 1,5 Stunden) hielten 69 % für „genau richtig“. Alle Teilnehmer des Vortrages „Schmerz und Demenz“ und 75 % der Teilnehmer der Einführung hielten die Veranstaltung inhaltlich für angemessen.

Vier Ärzte nahmen an ein bis drei Fallbesprechungen teil, zwei an vier bis sechs Veranstaltungen. Die Mehrheit (57 %) bewertete das Format als „sehr gut“, der Rest als „eher gut“ (43 %). Ebenfalls 57 % erkannten eine teilweise Veränderung der eigenen Perspektive gegenüber herausforderndem Verhalten, derselbe Anteil stimmte „eher zu“, dass sich das Verständnis verändert sowie die Belastung verringert habe. 71 % der Ärzte fanden, dass die Fallbesprechungen einen kollegialen Austausch und 43 % neue Lösungsstrategien ermöglichten. 71 % hielten eine Erweiterung des eigenen Wissens im Rahmen der Fallbesprechungen für eher zutreffend. 86 % der teilnehmenden Ärzte hielten Aufbau und Systematik der Fallbesprechungen für angemessen.

Die Frage nach möglichen Veränderungen beantworteten Ärzte am häufigsten (19 % der Nennungen) mit „mehr Personal“ und 12 % mit „mehr Schulungen“.

44 % der Ärzte sahen durch das Gesamtprojekt ihre Haltung gegenüber Patienten mit Demenz als verändert an. 21 % der Nennungen zeigen, dass das Projekt das Bewusstsein der Demenz gegenüber verstärkt hat, und 17 % nannten eine Verbesserung der Behandlung als Projektergebnis.

6.2 Modul II

6.2.1 Workshops Herausforderndes Verhalten

Im dritten Quartal 2015 wurden in einem ersten Schritt multiprofessionelle Projektteams in den beteiligten neun Kliniken etabliert. Ergebnis war, dass in allen Kliniken Teams mit durchschnittlich 8-10 TeilnehmerInnen gebildet wurden. Teilnehmer waren v.a. Pflegekräfte und Mitarbeiter der therapeutischen Dienste. Die Beteiligung der Ärzte war an den einzelnen Projektstandorten sehr unterschiedlich und reichte von keinem bis zu mehreren Ärzten und Oberärzten.

Zum Start dieses Bausteines wurden beginnend ab September 2015 zwei Workshops mit jeweils 8 Fortbildungseinheiten für die Projektteams veranstaltet, um Grundlagen zu diskutieren und zu vermitteln.

Ziel war es nicht, vom Landesverband vorgefertigte Lösungen zu präsentieren, sondern das Thema „Herausforderndes Verhalten“ gemeinsam zu erarbeiten und einen gemeinsamen Lernprozess zu initiieren. Inhalte der Workshops waren:

- Beschreibung, Diskussion und Vereinbarung der Aufgabe und Festlegung der Zusammenarbeit
- Klärung des Begriffes „Herausforderndes Verhalten“, bestehendes Wissen und Empfehlungen aus Studien (z.B. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten in stationären Pflegeeinrichtungen des BMG aus dem Jahr 2006) darzustellen, Formen und Hintergründe aufzuzeigen und mögliche Untersuchungs- und Klärungsinstrumente vorzustellen
- Erarbeitung von Grundlagen zur Untersuchung, Klärung und Bearbeitung (Lösung, Reduzierung, Vermeidung) von herausforderndem Verhalten im Klinikalltag, Vorstellung eines Konzeptes zu Fallbesprechungen und Entwicklung sowie Vereinbarung eines individuellen, praktisch umsetzbaren Modells in der Klinik)

Als Arbeitsauftrag wurde an die Projektteams das Zusammentragen von Situationen herausfordernden Verhaltens und der Interventionen dazu ausgegeben. Zur Erfassung und Analyse dieser Situationen hat der Gesamtprojekt-Koordinator einen Fragebogen (vgl. Abschnitt 6.2.2 erarbeitet. Nach der Pretestphase in der Projektgruppe wurde dieser in wenigen Punkten überarbeitet und von Stationsmitarbeitern verwendet und bearbeitet.

6.2.2 Entwicklung eines Erfassungsinstrumentes zum Herausfordernden Verhalten

Eine Aufgabe im Rahmen der Workshops war es, Parameter festzulegen, die zur Bearbeitung von herausfordernden Verhaltensweisen in den Fallbesprechungen notwendig waren.

Dabei haben sich sehr schnell und in allen Projektkrankenhäusern ähnlich einige Schwerpunkte ergeben:

- Grundlegende Daten zum Patienten und eine Möglichkeit, diesen unter Einhaltung des Datenschutzes eindeutig zu identifizieren, um später Zugriff auf die Patientenakten zu erhalten.

- Eine kurze Beschreibung der Situation, um diese in Stichworten aus der Sicht der Person zu dokumentieren, die durch das Verhalten herausgefordert wurde
- Eine Einordnung des Verhaltens in Kategorien
- Eine Dokumentationsmöglichkeit der Zeit, zu der das Verhalten aufgetreten war
- Eine Einordnung von Häufigkeit und Schwere
- Eine Beschreibung möglicher Ursachen aus psychosozialer und medizinischer Sicht sowie von Umgebungsfaktoren
- Die Möglichkeit das Vorliegen eines Verwirrheitszustandes, einer Demenz sowie eines Delirs zu dokumentieren
- Eine Dokumentation der konkret ergriffenen Interventionen

Sehr schnell wurde auch klar, dass der Bogen möglichst kurz, strukturiert, intuitiv verständlich und schnell auszufüllen sein sollte.

Aus diesen Vorgaben entwickelte der Gesamtprojektleiter, Dr. Winfried Teschauer, ein Erfassungsinstrument, das auf zwei DIN-A4-Seiten versucht, diesen Anforderungen Genüge zu leisten. Für einige der Themenbereiche wurde auf bestehende Instrumente zurückgegriffen:

Zur Einordnung des Verhaltens in Kategorien wurde das von Halek und Bartholomeyczik für die stationäre Pflege entwickelte Instrument IdA (Halek und Bartholomeyczik, 2009) verwendet und leicht abgewandelt. Von den dort aufgelisteten Kategorien

1. Passives Verhalten
2. Unruhiges, aktives, nicht aggressives Verhalten
3. Körperlich aggressives Verhalten
4. Verbal aggressives Verhalten
5. Verbal nicht aggressives Verhalten
6. Anderes Verhalten

wurden die Nummern 2-6 übernommen. Nummer 1 „Passives Verhalten“ wurde durch die im Krankenhaus sehr wichtige Option „Verhalten gefährdet Behandlung“ ersetzt.

Insgesamt enthielt IdA eine Reihe von wichtigen Hinweisen zum Aufbau eines Erhebungsbogens, ist aber selbst viel zu umfangreich für eine Verwendung im Krankenhaus.

Ebenfalls aus IdA stammt die Operationalisierung der Zeitabbildung als Kästchen zum Ankreuzen im Stundenraster.

Die Bestimmung von Häufigkeit und Schwere wurden unverändert aus dem europäisch-psychiatrischen Inventar von Cummings und Kollegen entnommen (Cummings et al., 1994).

Die restlichen Fragen wurden aus den Erfahrungen der beiden Vorgängerprojekte sowie der Workshops zum herausfordernden Verhalten selbst entwickelt.

Der Bogen wurde ab September 2015 zunächst an die Projektstationen übergeben und für mehrere Monate getestet. Die Aufgabe war in einer Art von Pretestphase die Akzeptanz, das Handling und

die Vollständigkeit des Bogens zu ermitteln. Außerdem sollte die Tauglichkeit als Basis für die Fallbesprechungen ermittelt werden. Diese Phase zog sich wegen der parallelen Etablierung an den neun Krankenhäusern bis Ende Mai 2016 hin.

In dieser Zeit wurde von den Projektteilnehmern zurückgemeldet, dass einige geringfügige Modifikationen des Bogens notwendig waren: So wurde z.B. zur Identifizierung des Patienten ein Feld für die Aufnahmeummer, die für jeden Patienten einzigartig ist, ebenso ergänzt wie die Geschlechts- und Altersangabe.

Frage 7 zu den psychischen Ursachen wurde in der endgültigen Version um die Option „Demenz“ erweitert, weil dies von den Teilnehmern so gewünscht wurde. Dafür wurde bei der Frage nach den Umwelteinflüssen die Option „Geruch“ herausgenommen, weil dort praktisch nie eine Eintragung vorgenommen wurde. Neu hinzu kam dafür bei dieser Frage die Antwortoption „ungewohnte Umgebung“.

Frage 11 zur bestehenden Demenz- bzw. Deliridiagnose wurde ebenfalls verändert: „Nein“ wurde als Antwortoption gestrichen, so dass nur noch „ja“ und „unbekannt“ zur Verfügung stand. Die Option „Nein“ führte zur Verunsicherung der Mitarbeiter.

Schließlich wurde Frage 13 neu eingefügt, in der der Erfolg der in Frage 12 beschriebenen Intervention hinterfragt wurde.

Diese endgültige Version des Erhebungsinstrumentes wurde bis zum Projektende beibehalten. Dieser Zeitabschnitt wurde als „Testphase“ bezeichnet.

Die Autoren sind sich dabei darüber im Klaren, dass das Verfahren den Ansprüchen einer wissenschaftlichen Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes mit anschließender Evaluierung nicht genügt. Auf der anderen Seite stand so schnell ein von den Mitarbeitern mit entwickeltes und daher gut akzeptiertes Instrument zur Verfügung.

Das Instrument wurde weit überwiegend gut von den Mitarbeitern angenommen, abgesehen davon, dass jede Form weiterer Dokumentation kritisch betrachtet wurde.

Damit standen die Daten in zwei Formaten zur Verfügung: Zum einen als Bogen als Grundlage für einzelnen Fallbesprechungen (vgl. 9.6.2), zum anderen in der Summe aller Daten in einer Datenbank für die beschreibend-statistische Analyse (vgl. 6.2.4)



5. Wie beurteilen Sie die Häufigkeit des herausfordernden Verhaltens?
- selten 2. a / b / c / d / e / f (einmalig / erstes Auftreten)
- manchmal 2. a / b / c / d / e / f (mehrmals pro Woche / Aufenthalt)
- häufig 2. a / b / c / d / e / f (täglich)
- sehr häufig 2. a / b / c / d / e / f (mehrmals täglich)
6. Wie beurteilen Sie die Schwere des herausfordernden Verhaltens?
- Leicht 2. a / b / c / d / e / f (Verhalten ist störend / auffällig / belastend, kann aber durch Intervention bewältigt werden)
- mäßig 2. a / b / c / d / e / f (Verhalten ist störend / auffällig / belastend, kann durch Intervention nicht ohne weiteres bewältigt werden)
- deutlich 2. a / b / c / d / e / f (Verhalten ist sehr störend / auffällig / belastend und Hauptursache für Belastung des Pat. / Stress / Affekt)
7. Gab es körperliche oder psychische Ursachen, die Ihrer Meinung nach zur Entstehung des herausfordernden Verhaltens beigetragen haben könnten?
- Schmerz Angst Apathie Wahnvorstellung Depression Schlafstörung Demenz _____ nein
8. Gab es ein besonderes Ereignis, das Ihrer Meinung nach zur Entstehung des herausfordernden Verhaltens beigetragen haben könnte?
- Medikation Eingriff Therapie Pflegemaßnahme MA-Kontakt Besuch _____ nein
9. Gab es ein Umwelteinflüsse, die Ihrer Meinung nach zur Entstehung des herausfordernden Verhaltens beigetragen haben könnte?
- Temperatur Licht Lautstärke Privatsphäre Sicherheit ungewohnte Umgebung _____ nein
10. Beruht das Verhalten nach Ihrer Ansicht auf einem Verwirrheitszustand oder einem Verkennen der Situation? ja nein unklar
11. Ist eine Demenz oder ein Delir diagnostiziert? Demenz: ja unbekannt Delir: ja unbekannt
12. Wie wurde vonseiten der Pflege, Ärzte, ehrenamtlichen Helfer/ -innen reagiert?
-
-
13. Hatte die Reaktion / Maßnahme / Intervention Erfolg? ja nein weiß nicht
-

6.2.4 Ergebnisse aus Pretest- und Testphase des Erfassungsinstrumentes

Nachdem sich die Formulare für Pretest- und Testphase nur in wenigen Aspekten unterscheiden, werden die Ergebnisse in diesem Abschnitt gemeinsam behandelt und gegenübergestellt.

Insgesamt konnten für die Pretestphase 412 und die Testphase 229 Fragebögen berücksichtigt werden. Ausschlusskriterien existierten nicht. Aus organisatorischen bzw. terminlichen Gründen war die Pretestphase länger als die Testphase. Außerdem zeigte sich, dass in der eigentlichen Testphase die Anzahl der eingereichten Fragebögen mit dem Projektverlauf kleiner wurde.

Im ersten Feld des Fragebogens sollten die Mitarbeiter eine kurze Beschreibung der Situation abgeben, in der das herausfordernde Verhalten auftrat. Der zur Verfügung stehende Raum umfasste zwei Zeilen und war ausreichend für zwei bis drei kurze Sätze. Diese Option wurde von den Befragten sehr unterschiedlich genutzt. Eine Kategorisierung aller Eintragungen wurde wegen des großen Aufwandes zunächst zurückgestellt. Beispielphaft sollen folgende drei Eintragungen das Spektrum aufzeigen:

Pat verlässt ständig das Zimmer (Bogen 105)

Patientin tut das Gegenteil von dem was die Pflegekraft geplant hat. Legt sich sofort wieder ins Bett, zieht sich ständig wieder aus, weiß nichts mit Gegenständen (z.B. Zahnbürste) anzufangen. (Bogen 160)

Pat uriniert ständig überall auf der Station, lässt sich nicht davon abbringen, wird dann aggressiv (Bogen 224)

Zunächst wurden die Mitarbeiter gebeten, die Situationen des herausfordernden Verhaltens in einem Schema einzuordnen, das dem Instrument IdA entlehnt wurde (vgl. 6.2.2) Zusätzlich zu den im NPI genannten Kategorien wurde die Option „Verhalten gefährdet die Behandlung“ eingeführt, um das für das Krankenhaus typische „Ziehen von Zugängen“ oder „inadäquates Belasten“ und andere Verhaltensweisen abzubilden. Darüber hinaus war noch die Option „Anderes Verhalten“ mit einem Freitextfeld hinzugefügt worden.

Tabelle 57 gibt einen Überblick über die in beiden Phasen angegebenen Einträge. Die Häufigkeit der angegebenen Verhaltensweisen ist in der Pretest- und der Testphase ähnlich verteilt: Am häufigsten wurde das unruhige, nicht aggressive Verhalten genannt (N=224 bzw. 29 % Pretest und N=131 bzw. 30 % Test). Zusammen mit dem am zweithäufigsten genannten „verbal nicht aggressiven Verhalten“ (N=170 bzw. 22 % Pretest und N=81 bzw. 19 % Test) macht die etwa die Hälfte aller Eintragungen aus (Pretest 50 %; Test 48 %). Ein die Behandlung gefährdendes Verhalten wurde in 17 % der Pretest-Fragebögen und 19 % der Test-Fragebögen angegeben (N=136 bzw. N=82).

Aggressive Verhaltensweisen liegen an vierter und fünfter Stelle der Häufigkeitsreihung, wobei in beiden Erhebungsphasen die verbal aggressiven Verhaltensweisen häufiger (N=117; 15 % bzw. N=70; 16 %) waren als die körperlich aggressiven (N=100, 13 % bzw. N=52, 12 %). Dieses Ergebnis ist insofern zu beachten, als dass in Schulungen, Workshops und Fallbesprechungen die körperlich aggressiven Verhaltensweisen zunächst stets im Vordergrund der Diskussion standen. Dies führen

wir auf eine größere Belastung der Mitarbeiter durch aggressive Verhaltensweisen zurück, auch wenn beide Formen zusammen in beiden Phasen der Erhebung mit je 28 % der Nennungen seltener dokumentiert wurden als erwartet.

Tabelle 57 Zuordnung der Verhaltensweisen zu den vorgegebenen Kategorien (Frage 2; Mehrfachnennung möglich)

	Pretestphase		Testphase	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
unruhiges aktives, nicht aggressives Verhalten	224	28,6%	131	29,8%
verbal nicht aggressives Verhalten	170	21,7%	81	18,4%
Verhalten gefährdet Behandlung	136	17,4%	82	18,6%
verbal aggressives Verhalten	117	15,0%	70	15,9%
körperlich aggressives Verhalten gegenüber Anderen	100	12,8%	52	11,8%
Anderes Verhalten	35	4,5%	24	5,5%
Gesamt	782	100,0%	440	100,0%

Im entsprechenden Freitextfeld „Anderes Verhalten“ wurden im Feld Bemerkung nur eine geringe Anzahl von Einträgen hinterlegt (Pretest N=35, Test N=24), von denen in der Pretestphase am häufigsten die „Fremd- und Eigengefährdung „(N=4; 11 %) genannt wurde, in der Testphase „Verkennen der Situation“ (N=3; 12 %; vgl. Tabelle 58).

Tabelle 58 Freitexteinträge zu „Anderes Verhalten“ (Frage 2)

	Pretestphase		Testphase	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Fremd- und Eigengefährdung	4	11,4%	-	-
Angst	3	8,6%	2	8,3%
uriniert/kotet	3	8,6%	2	8,3%
Unruhe	2	5,7%	2	8,3%
Ständiges Klingeln	2	5,7%	-	-
Verkennen der Situation	-	-	3	12,5%
Verkennen der Ausscheidungssituation/ akzeptiert Inkontinenzversorgung nicht	-	-	2	8,3%
Sonstige	21	60,0%	13	54,2%
Gesamt	35	100,0%	24	100,0%

Entscheidend für die eigene Bewertung des herausfordernden Verhaltens sowie die Entwicklung von Interventionen ist es, zu ermitteln, wer von den beschriebenen Verhaltensweisen herausgefordert wurde.

Hier wurde – aufgrund der hohen Anzahl an Patientenkontakten– an erster Stelle die Pflege genannt. Auch hier sind die Anteile für die Pretestphase (N=367, 42 %, vgl. Tabelle 59) und die Testphase (N=210; 47 %) in einer vergleichbaren Dimension. Der weit überwiegende Anteil der Bögen wurde von Pflegepersonal ausgefüllt, i.d.R. nachdem die Mitarbeiter selbst von der Situation betroffen waren. Diese Häufung spiegelt wohl auch die Anzahl und Dauer der Patientenkontakte sowie der pflegerischen Maßnahmen wider. In der Häufigkeitsreihung liegen als Herausgeforderte die Mitpatienten und die Patienten selbst, die das herausfordernde Verhalten zeigen an Platz zwei und drei, wobei Mitpatienten und Patienten selbst im Pretest etwa gleich häufig genannt wurden (N=146 und N=143 mit 17 % und 16%). In der Testphase wurden Mitpatienten häufiger genannt (N=76; 17 %) als die Patienten selbst (N=61; 14 %). Mit einem Anteil von 12 % in der Pretestphase und 10 % in der Testphase waren Ärzte seltener betroffen (N=106 bzw. N=48). Angehörige und Besucher sind nach den Ergebnissen nur in geringem Ausmaß von herausforderndem Verhalten betroffen.

Tabelle 59 Angabe zur Personengruppe, die durch das Verhalten herausgefordert wurde (Frage 3)

	Pretestphase		Testphase	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Pflege	367	41,8%	210	46,8%
Zimmernachbar	146	16,6%	76	16,9%
Patient	143	16,3%	61	13,6%
Ärzte	106	12,1%	48	10,7%
Angehörige	52	5,9%	31	6,9%
Andere	42	4,8%	11	2,4%
Besucher	21	2,4%	12	2,7%
Gesamt	877	100,0%	449	100,0%

Tabelle 60 Freitextangaben zur Berufsgruppe, die durch das Verhalten herausgefordert wurde (Frage 3)

	Pretestphase		Testphase	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Therapeut	16	38,1%	5	45,5%
Mitpatient	13	31,0%	1	9,1%
EAH	3	7,1%	-	-
Fallmanagement	2	4,8%	-	-
Angst	2	4,8%	-	-
Fremde Umgebung	-	-	2	18,2%
Sonstige	6	14,2	3	27,2
Gesamt	42	100,0%	11	100,0%

Auch bei dieser Frage gab es die Möglichkeit, eine Freitexteintragung zu wählen: Hier wurde in der Pretestphase 42-mal eine Eintragung gemacht, in der Testphase 11-mal. In beiden Phasen waren

jeweils die „Therapeuten“ die am häufigsten genannten weiteren Personen (N=16 bzw. N=5). Im Pretest trat häufig die Eintragung „Mitpatient“ auf als ein anderer Patient, der aber nicht zwangsläufig der Zimmernachbar des den Bogen auslösenden Patienten war. Daher wurde in der Testphase die Option „Zimmernachbar“ durch das allgemeinere „Mitpatient“ ersetzt.

Die Häufigkeit, mit der das jeweilige Verhalten aufgetreten war, sollte in Frage 5 des Erfassungsinstrumentes reflektiert werden. Die beiden folgenden Tabellen (Tabelle 61 und Tabelle 62) zeigen die Ergebnisse für die Pretest- bzw. die Testphase.

Tabelle 61 Einschätzung der Häufigkeit des herausfordernden Verhaltens, Pretestphase (Frage 5)

Häufigkeit Verhalten	selten		manchmal		häufig		sehr häufig	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
gefährdet Behandlung	28	26,2%	21	18,6%	32	19,9%	33	13,1%
körperlich aggressiv gegenüber anderen	22	20,6%	23	20,4%	16	9,9%	23	9,1%
unruhig aktiv, nicht aggressiv	21	19,6%	24	21,2%	56	34,8%	91	36,1%
verbal aggressiv	17	15,9%	24	21,2%	17	10,6%	28	11,1%
verbal nicht aggressiv	14	13,1%	17	15,0%	38	23,6%	67	26,6%
Anderes	5	4,7%	4	3,5%	2	1,2%	10	4,0%
Gesamt	107	100,0%	113	100,0%	161	100,0%	252	100,0%

Am häufigsten wurde in beiden Phasen die Option „Sehr häufig“ gewählt (N=252 bzw. N=118). Innerhalb der Verhaltensweisen lag der Häufigkeitsschwerpunkt in beiden Phasen bei „unruhigem, aktivem, nicht aggressivem Verhalten“ (Pretest N=91, Test N=36) gefolgt von „verbal nicht aggressiv“ (Pretest N=67; Test N=32).

Damit sind diese beiden Verhaltensweisen nicht nur die am häufigsten angegebenen, sondern auch diejenigen, die während eines Aufenthaltes meist mehrmals täglich auftreten – und damit auch die Wahrscheinlichkeit erhöhen, einen Bogen auszufüllen.

Die Schwere des Verhaltens konnte in drei Stufen angegeben werden: leicht, mäßig und deutlich. Für die beiden Testphasen sind die entsprechenden Einschätzungen in den folgenden beiden Tabellen (Tabelle 63 und Tabelle 64) aufgeführt. Wie bereits bei der Häufigkeit sind die in der Pretestphase am häufigsten genannten Verhaltensweisen „unruhig aktiv, nicht aggressiv“ und „verbal nicht aggressiv“ mit jeweils den meisten Angaben im Schweregrad „deutlich“ (N=90 bzw.

N=70, vgl. Tabelle 63). In der Testphase waren dies „unruhig aktiv, nicht aggressiv“ und „verbal aggressiv“ bei der Ausprägung „deutlich“ (N=51 bzw. N=39; vgl. Tabelle 64).

Tabelle 62 Einschätzung der Häufigkeit des herausfordernden Verhaltens, Testphase (Frage 5)

Häufigkeit Verhalten	selten		manchmal		häufig		sehr häufig	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
gefährdet Behandlung	21	26,6%	6	14,6%	17	15,3%	15	12,7%
körperlich aggressiv gegenüber anderen	15	19,0%	7	17,1%	13	11,7%	11	9,3%
unruhig aktiv, nicht aggres- siv	21	26,6%	14	34,1%	35	31,5%	36	30,5%
verbal ag- gressiv	15	19,0%	8	19,5%	18	16,2%	17	14,4%
verbal nicht aggressiv	7	8,9%	5	12,2%	23	20,7%	32	27,1%
Anderes	0	0,0%	1	2,4%	5	4,5%	7	5,9%
Gesamt	79	100,0%	41	100,0%	111	100,0%	118	100,0%

Tabelle 63 Einschätzung der Schwere des herausfordernden Verhaltens, Pretestphase (Frage 6)

Häufigkeit Verhalten	leicht		mäßig		deutlich	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
gefährdet Behandlung	29	21,5%	41	20,4%	41	14,4%
körperlich aggressiv gegenüber anderen	11	8,1%	28	13,9%	42	14,7%
unruhig aktiv, nicht aggres- siv	38	28,1%	56	27,9%	90	31,6%
verbal aggressiv	21	15,6%	37	18,4%	37	13,0%
verbal nicht aggressiv	30	22,2%	29	14,4%	70	24,6%
Anderes	6	4,4%	10	5,0%	5	1,8%
Gesamt	135	100,0%	201	100,0%	285	100,0%

Dass die Zahl der Nennungen bei fast allen Verhaltensweisen sowohl in der Pretest- als auch in der Testphase mit der empfundenen Schwere des Verhaltens zunimmt, kann gut damit erklärt werden, dass es wesentlich wahrscheinlicher ist, dass ein Erfassungsbogen ausgefüllt wird, wenn eine deutliche Störung des Stationsablaufes durch das herausfordernde Verhalten vorliegt.

Tabelle 64 Einschätzung der Schwere des herausfordernden Verhaltens, Testphase (Frage 6)

Häufigkeit Verhalten	leicht		mäßig		deutlich	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
gefährdet Behandlung	9	19,1%	20	20,4%	24	13,3%
körperlich aggressiv gegenüber anderen	6	12,8%	7	7,1%	30	16,7%
unruhig aktiv, nicht aggressiv	13	27,7%	37	37,8%	51	28,3%
verbal aggressiv	4	8,5%	8	8,2%	39	21,7%
verbal nicht aggressiv	13	27,7%	22	22,4%	29	16,1%
Anderes	2	4,3%	4	4,1%	7	3,9%
Gesamt	47	100,0%	98	100,0%	180	100,0%

Ein wesentliches Ziel beim Ausfüllen des Erfassungsinstrumentes war es, neben der Dokumentation des Sachverhalts eine Reflexion möglicher Ursachen für das herausfordernde Verhalten zu induzieren. Bei allen drei Fragen gab es wiederum die Möglichkeit, in einem Freitextfeld zusätzlich Optionen zu hinterlegen. Mit den Fragen 7, 8 und 9 des Instrumentes wurde versucht dies zu instrumentalisieren. Frage 7 beschäftigt sich mit möglichen körperlichen und psychischen Ursachen von Verhaltensweisen. Bei diesen drei Fragen gibt es Unterschiede zwischen dem Pretest-Instrument und dem Testinstrument. So wurde in der Besprechung des Instruments vonseiten vieler Mitarbeiter geäußert, dass in Frage 7 die Kategorie „Demenz“ als Ursache fehle. Diede wurde daher im Testinstrument ergänzt. Bei Frage 9 wurde im Testinstrument die Kategorie „Gerüche“ entfernt, weil sie nach den Auswertungen im Pretestinstrument keine Rolle spielte. Dafür wurde hier die Kategorie „ungewohnte Umgebung“ aufgenommen, die zu einer Reihe von Freitexteinträgen bei Frage 7 führte (z.B. „Eigentlicher Grund KH-Aufenthalt“, N=10, vgl. Tabelle 66 und ungewohnte Umgebung, N=4, vgl. Tabelle 66).

Bei allen drei Fragen wurde noch die Option „nein“ hinzugefügt, um zu klären, ob bei Bögen, bei denen keine der Optionen angekreuzt wurde, die Frage 7 überhaupt bearbeitet wurde.

Tabelle 65 zeigt, dass in der Pretestphase die weitaus höchste Anzahl von Nennungen auf die Kategorie „Angst“ entfielen (N=218; 47 %), gefolgt von der Freitextoption „Andere“ (N=100; 17%), Schlafstörungen (N=90; 15 %) und Schmerzen (N=83; 14 %). Die Tabelle zeigt ebenfalls, dass in der Testphase die Option „Demenz“ am häufigsten gewählt wurde (N=131; 33 %), gefolgt von Angst, Schmerz und Schlafstörungen.

Auffällig ist in Tabelle 66 noch die deutlich häufigere Angabe eines Delirs als Auslöser der Verhaltensweisen.

Tabelle 65 Einschätzung des Beitrags von körperlichen oder psychischen Ursachen zur Entstehung des herausfordernden Verhaltens

* Die Antwortoption war in der Pretestphase nicht vorhanden (Frage 7).

	Pretestphase		Testphase	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Angst	218	34,9%	105	24,7%
Schlaf	90	14,4%	39	9,2%
Schmerz	83	13,3%	62	14,6%
Wahn	61	9,8%	26	6,1%
Depression	35	5,6%	8	1,9%
Apathie	9	1,4%	1	0,2%
Demenz	*	*	131	30,8%
Nein	*	*	6	1,4%
Andere	129	20,6%	47	11,1%
Gesamt	625	100,0%	425	100,0%

Tabelle 66 gibt die Einträge in der Kategorie „Andere“ sowohl für die Pretest- als auch für die Testphase wieder. In der Pretestphase wurde an dieser Stelle bei 27 % der Nennungen (N=37) „Demenz“ eingetragen. Nach der Diskussion des Instrumentes mit den Arbeitsgruppen nach der Pretestphase wurde daher für die Testphase diese Option in den Bogen als vorgegebene Antwort aufgenommen. Kritisch muss angemerkt werden, dass diese neu aufgenommene Option „Demenz“ die Gefahr in sich birgt, nicht weiter nach Auslösern zu suchen, sondern die herausfordernden Verhaltensweisen eben pauschal der „Demenz“ zu attribuieren. Mit der Eintragung „Eigentlicher Grund KH-Einweisung“ wurde in den Bögen die schwierige Situation der Patienten mit Demenz in der ungewohnten Umgebung umschrieben (N=10; 7 %, Pretest; N=2; 4 %, Test).

Die mit Abstand häufigste Eintragung in der Testphase war „Delir“ (N=8; 16 %), die in der Pretestphase eine untergeordnete Rolle spielte (N=2; 2%). Der Anteil der Nennungen hat sich von der Pretest zur Testphase damit etwa verzehnfacht (1,5 nach 15,7 %), was durch die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Delir in den Fallbesprechungen begründet sein könnte.

Tabelle 66 Einschätzung des Beitrags von körperlichen oder psychischen Ursachen zur Entstehung des herausfordernden Verhaltens (Frage 7)

* Die Antwortoption war in der Pretestphase nicht vorhanden.

In der Spalte „Sonstige“ sind Eintragungen zusammengefasst, die nur je einmal genannt wurden.

	Pretestphase		Testphase	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Demenz	37	27,2%	*	*
Eigtl. Grund KH-Aufenthalt	10	7,4%	2	3,9%
Desorientiert (örtlich, situativ, zeitlich)	7	5,1%	-	-
Verkennung (optisch, situativ)	7	5,1%	1	2,0%
Sucht	6	4,4%	3	5,9%
Heimweh	5	3,7%	1	2,0%
Stuhl- Harn- drang/Inkontinenz	5	3,7%	2	3,9%
Fehlende Bezugsperson	4	2,9%	-	-
Ungewohnte Umgebung	4	2,9%	2	3,9%
Unsicherheit	4	2,9%	-	-
Fieber	3	2,2%	1	2,0%
Delir	2	1,5%	8	15,7%
Unbekannt/nein	7	5,1%	2	3,9%
Sonstige	35	25,7%	29	56,9%
Gesamt	136	100,0%	51	100,0%

Die zweite Ebene der Ursachenreflexion beschäftigt sich mit besonderen Ereignissen, die dazu beigetragen haben könnten, das herausfordernde Verhalten mit hervorzurufen. Auf dieser Ebene finden sich eine Reihe von Einflüssen, die verschiedenen Dimensionen zuzuordnen sind, sich aber als Ereignis begreifen lassen. Insofern ist z.B. auch eine Veränderung der Medikation ein „Ereignis“.

Tabelle 67 zeigt Ergebnisse für die Pretest- und die Testphase. Am häufigsten mit 21% (N=96) waren die Pflegemaßnahmen das in der Pretestphase am häufigsten genannte Ereignis, gefolgt von den Folgen eines Eingriffs (N=70; 16%). In der Testphase war die Antwort „Nein“ – die in der Pretestphase nicht zur Verfügung stand - die am häufigsten gewählte Option. Danach folgt wiederum die Pflegemaßnahme mit 16% (N=45), dann die Medikation mit 12% (N=33). Diese Ergebnisse zeigen, dass es insbesondere beim Umgang mit Menschen mit Demenz einerseits noch Optimierungspotenziale im Bereich der Kommunikation als auch im Bereich der Prozesse gibt.

Die Einträge der Befragten im Freitextfeld zu Frage 8 sind in Tabelle 68 aufgelistet. Die Eintragungen im Freitextfeld sind teilweise nicht als neue Kategorie zu sehen, sondern als Erläuterung zu verstehen (z.B. gehört „Medikamente neu angesetzt / reduziert“ zu „Medikation“ oder „OP“ zu „Eingriff“). Die „ungewohnte Umgebung“ wurde in der Testphase in Frage 9 aufgenommen.

Tabelle 67 Einschätzung des Beitrags von besonderen Ereignissen zur Entstehung des herausfordernden Verhaltens (Frage 8)

* Die Antwortoption war in der Pretestphase nicht vorhanden.

	Pretestphase		Testphase	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Pflegemaßnahmen	96	21,4%	45	16,0%
Eingriff	70	15,6%	26	9,2%
MA-Kontakt	56	12,5%	32	11,3%
Medikation	51	11,4%	33	11,7%
Therapie	47	10,5%	25	8,9%
Besuch	19	4,2%	11	3,9%
Nein	*	*	68	24,1%
Andere	109	24,3%	42	14,9%
Gesamt	448	100,0%	282	100,0%

Tabelle 68 Einschätzung des Beitrags von besonderen Ereignissen zur Entstehung des herausfordernden Verhaltens (Frage 8)

* Die Antwortoption war in der Pretestphase nicht vorhanden.

In der Spalte „Sonstige“ sind Eintragungen zusammengefasst, die nur je einmal genannt wurden.

	Pretestphase		Testphase	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Ungewohnte Umgebung	19	16,8%	8	18,6%
Behandlungs-/Pflegemaßnahmen	13	11,5%	8	18,6%
Sturz	6	5,3%	1	2,3%
KH-Aufenthalt	6	5,3%	6	14,0%
Medikamente neu angesetzt / reduziert/ verweigert	6	5,3%	-	-%
Zu wenig Besuch/ wenn Besuch geht	5	4,4%	2	4,7%
OP	4	3,5%	1	2,3%
Isolation	4	3,5%	2	4,7%
Kein Schlaf	3	2,7%	1	2,3%
Verlegung im KH	3	2,7%	2	4,7%
Sucht	1	0,9%	2	4,7%
Zu wenig Beschäftigung/ Betreuung	1	0,9%	3	7,0%
Unklar	17	15,0%	1	2,3%
Nein	14	12,4%	*	*
Sonstige	11	9,7%	6	14,0%
Gesamt	113	100,0%	43	100,0%

Schließlich gab es eine Reihe von Umwelteinflüssen, die als mögliche Ursachen für das herausfordernde Verhalten im Instrument angeboten worden waren. In der Pretestphase erzielten die Kategorien „Sicherheit“ und „Privatsphäre“ den höchsten Anteil an Nennungen (N=114; 40 % bzw. N=71; 24 %; vgl. Tabelle 69). Nach der Pretestphase wurde die Kategorie „ungewohnte Umgebung“ eingefügt (vgl. auch Freitexte, Tabelle 70). In der Testphase wurde die Kategorie „ungewohnte Umgebung“ bei weitem am häufigsten gewählt (N=164; 51 %) gefolgt von wiederum der „Sicherheit“ (N=65; 20 %). Damit haben diese psychosozialen Umwelteinflüsse in der Pretestphase knapp zwei Drittel (68 %) und in der Testphase sogar knapp drei Viertel (71 %) der Nennungen erzielt. Die physikalischen Faktoren treten hinter den psychosozialen deutlich zurück – sofern man ungewohnte Umgebung ebenfalls mit dem Fehlen des Gefühls der Sicherheit und der Geborgenheit verbindet. Die Kategorien „Temperatur“ und „Gerüche“ spielen in dieser Erhebung keine Rolle.

Tabelle 69 Einschätzung des Beitrags von Umweltfaktoren auf die Entstehung des herausfordernden Verhaltens (Frage 9)

* Die Antwortoption war in der Pretestphase nicht vorhanden.

** Die Antwortoption war in der Testphase nicht mehr vorhanden.

Unter „Sonstige“ sind Eintragungen zusammengefasst, die nur je einmal genannt wurden.

	Pretestphase		Testphase	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Sicherheit	114	37,9%	65	20,2%
Privatsphäre	71	23,6%	29	9,0%
Licht	28	9,3%	8	2,5%
Lautstärke	26	8,6%	9	2,8%
Temperatur	10	3,3%	3	0,9%
Gerüche	3	1,0%	**	**
Ungewohnte Umgebung	*	*	164	51,1%
Nein	*	*	26	8,1%
Sonstige	49	16,3%	17	5,3%
Gesamt	301	100,0%	321	100,0%

Tabelle 70 Einschätzung des Beitrags von besonderen Ereignissen zur Entstehung des herausfordernden Verhaltens - Freitexteinträge (Frage 9)

** Die Antwortoption war in der Testphase nicht mehr vorhanden

Unter „Sonstige“ sind Eintragungen zusammengefasst, die nur je einmal genannt wurden.

	Pretestphase		Testphase	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Unbekannt	11	13,8%	-	-
Ungewohnte Umgebung	24	30,0%	*	*
Fühlt sich alleine	5	6,3%	1	5,9%
Behandlungs- /Pfleßmaßnahmen	3	3,8%	2	11,8%
Nein	13	16,3%	*	*
Sonstige	24	30,0%	14	82,4%
Gesamt	80	100,0%	17	100,0%

Zum Ende des Fragebogens wurden die Mitarbeiter befragt, ob das Verhalten nach deren Einschätzung auf einem Verwirrtheitszustand oder einem Verkennen der Situation beruhe. In der Pretestphase gab es nur die Optionen „ja“ und „nein“, diese wurden in der Testphase um die Option „unklar“ erweitert. In der Pretest- wie in der Testphase sind die Ergebnisse sehr ähnlich: Jeweils knapp drei Viertel der Antworten gingen von einem Verwirrtheitszustand aus (N=301 bzw. 73 % sowie N=169 bzw. 63 %). Die Option „unklar“ wurde in der Testphase von 14% (N=38) genannt (vgl. Tabelle 71).

Tabelle 71 Einschätzung inwiefern das herausfordernde Verhalten auf einem Verwirrtheitszustand oder einem Verkennen der Situation beruhen könnte (Frage 10)
* Die Antwortoption war in der Pretestphase nicht vorhanden.

	Pretestphase		Testphase	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Ja	301	73,1%	169	63,3%
Nein	111	26,9%	60	22,5%
Unklar	*	*	38	14,2%
Gesamt	412	100,0%	267	100,0%

Die Frage, ob eine Demenz oder ein Delir diagnostiziert sei, war darauf ausgelegt, ob ein entsprechender Vermerk in den Patientenakten vorhanden war. Dies führte in der Pretestphase zu Unsicherheiten beim Ausfüllen im Hinblick auf den Unterschied zwischen „nein“ und „unbekannt“. Tatsächlich wurde „nein“ teilweise interpretiert wie „eine Demenz wurde ausgeschlossen“. Insofern wurde auf die Antwort „nein“ in der Testphase verzichtet und als zweite Option nur noch „unbekannt“ angegeben. Mit mehr als der Hälfte „Ja“-Antworten (N=243; 60 % im Pretest und N=127 bzw. 60 % im Test) liegt der Wert höher als in der GHoST-Studie (Zitat), die knapp 40 % vorbekannte Diagnosen angibt. Nicht ganz eindeutig ist, ob nicht auch die Eintragung „V.a. Demenz“, die in den Akten häufig zu finden ist, als Diagnose gewertet wurde.

Tabelle 72 Bekannte Demenz- bzw. Delirdiagnose aus den Patientenakten
* Die Antwortoption war in der Testphase nicht mehr vorhanden.

		Pretestphase		Testphase	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Demenz	Ja	243	60,4%	127	59,9%
	Nein	118	29,4%	*	*
	Unbekannt	41	10,2%	85	40,1%
	Gesamt	402	100,0%	212	100,0%
Delir	Ja	34	10,5%	29	22,8%
	Nein	239	73,5%	*	*
	Unbekannt	52	16,0%	98	77,2%
	Gesamt	325	100,0%	127	100,0%

Im Hinblick auf die Diagnose des Delirs liegen die Werte bei 10 % (N=34) „ja“ in der Pretestphase und 23 % (N=29) in der Testphase. Ob der deutlich höhere Anteil auf eine bessere Wahrnehmung

des Themas Delir zurückzuführen ist, kann nicht nachgewiesen, aber als Hypothese eingebracht werden.

In der Pretestphase wurde der Fragebogen durch die Möglichkeit abgeschlossen, in einem Freitextfeld die Reaktion der Beteiligten zu hinterlegen, in der Testphase war dies die vorletzte Frage. Es standen – wie bei der Beschreibung des herausfordernden Verhaltens zu Beginn des Instruments – zwei Zeilen zur Verfügung. Tabelle 73 fasst die kategorisierten Einträge zusammen: Die häufigste Nennung bezog sich in beiden Testphasen mit etwa einem Drittel der Nennungen auf „Beschäftigung / Zuwendung / beruhigende Gespräche“ (N=186; 27 % Pretest bzw. N=186; 35 %). Dass der relative Anteil dieser Kategorie in der Testphase zugenommen hat, kann auch Ausdruck der Tatsache sein, dass die Krankenhaus-Mitarbeiter den Vorteil dieser Interventionsoption im Laufe des Projektes deutlicher erkannten. Die medikamentöse Intervention steht an zweiter Stelle und hat sich von der Pretest- zur Testphase anteilig leicht reduziert (N=96; 14 % Pretest bzw. N=61; 11 % Testphase). Das Hinzuziehen der Angehörigen ging leicht zurück, dafür stieg der Anteil der eingesetzten ehrenamtlichen Helfer an.

Tabelle 73 Maßnahmen, die von den Beteiligten ergriffen wurden. In Kategorien zusammengefasster Freitext-Eintrag (Frage 12)
In der Spalte „Sonstige“ sind Eintragungen zusammengefasst, die weniger als 20 mal genannt wurden.

	Pretestphase		Testphase	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Beschäftigung/Zuwendung/beruhigende Gespräche	186	27,4%	186	34,5%
Medikamente	96	14,2%	61	11,3%
Angehörige informiert/involviert	51	7,5%	36	6,7%
Einsatz EAH	35	5,2%	45	8,3%
Validation	33	4,9%	28	5,2%
Arzt hinzugezogen	26	3,8%	8	1,5%
Orientierungshilfen	22	3,2%	35	6,5%
Fixiert	20	2,9%	18	3,3%
Sonstige	209	30,8%	122	22,6%
Gesamt	678	100,0%	539	100,0%

Bei der Diskussion der Fragebögen in den Arbeitsgruppen zeigt sich auch, dass mit dem Hinterlegen der Maßnahmen in den Bögen noch nicht erkennbar war, wie erfolgreich die Maßnahme durchgeführt wurde. Deshalb wurde in der Testphase des Bogens eine Frage hinzugefügt. Zuerst sollten die Mitarbeiter ihre Einschätzung abgeben, ob die Maßnahme generell als erfolgreich eingeschätzt wurde oder nicht. In einem weiteren Freitextfeld konnte dieser Erfolg oder Misserfolg dann beschrieben werden.

Tabelle 74 Einschätzung des Erfolgs der ergriffenen Maßnahmen (Frage 13)
 * Die Antwortoption war in der Pretestphase noch nicht vorhanden.

	Pretestphase		Testphase	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Ja	*	*	113	50,7%
Nein	*	*	86	38,6%
Weiß nicht	*	*	24	10,8%
Gesamt	*	*	223	100,0%

Es zeigt sich, dass in der Testphase etwa die Hälfte der Interventionen als erfolgreich eingestuft wurden (N=113; 51 %), ein Anteil von 39 % als nicht erfolgreich (N=86). In 24 Fällen konnte dies nicht eindeutig benannt werden (11 %).

Im anschließenden Freitextfeld konnte wiederum in einer Zeile ein Kommentar hinterlegt werden. Hier fanden sich insgesamt 107 Eintragungen (vgl. Tabelle 75). Die Eintragungen wurden wiederum kategorisiert. Mit einem Anteil von 18 % gleich häufig wurde ein kurzfristiger oder teilweiser Erfolg angegeben bzw. festgestellt, dass der Patient „ruhiger“ war. Neunmal wurde angegeben, dass der Patient anschließend schlief (N=8 %).

Tabelle 75 Einschätzung des Erfolgs der ergriffenen Maßnahmen. In Kategorien zusammengefasster Freitext (Frage 13)
 In der Spalte „Sonstige“ sind Eintragungen zusammengefasst, die nur je einmal genannt wurden.
 * Die Antwortoption war in der Pretestphase nicht mehr vorhanden.

	Pretestphase		Testphase	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Kurzfristig/teilweise	*	*	19	17,8%
Pat. ruhiger	*	*	19	17,8%
(teilweise) geschlafen	*	*	9	8,4%
Fühlt sich sicherer	*	*	7	6,5%
Fixierung angeordnet	*	*	2	1,9%
Sonstige	*	*	51	47,7%
Gesamt			107	100,0%

6.2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse aus Pretest- und Testphase des Erfassungsinstrumentes

Aus organisatorischen Gründen konnten in der Pretestphase des Instrumentes mehr Erfassungsbögen ausgewertet werden (N=412) als in der Testphase (N=229). Die herausfordernden Verhaltensweisen sollten zuerst den aus IdA (Halek und Bartholomeyczik, 2009) entlehnten Kategorien „unruhiges, nicht aggressives“, „verbal nicht aggressives“, „körperlich aggressives“ und „verbal aggressives“ Verhalten zugeordnet werden. Die Kategorie „Verhalten gefährdet die Behandlung“ wurde neu hinzugefügt.

„Unruhig, nicht aggressiv“ verhielten sich die meisten Patienten sowohl in der Pretestphase (P) als auch in der Testphase (T), am seltensten waren sie „körperlich aggressiv“. Von diesen Verhaltensweisen waren in der Pretestphase mit einem Anteil von 42 % und in der Testphase mit einem Anteil von 47 % die Mitarbeiter der Pflege am häufigsten betroffen.

Im Hinblick auf die Häufigkeit des Auftretens von Herausforderndem Verhalten wurden in der Kategorie „sehr häufig“ die unruhigen, nicht aggressiven und die verbal nicht aggressiven Verhaltensweisen sowohl in der Pretest- als auch in der Testphase mit den jeweils höchsten Anzahlen genannt. Diesen beiden Verhaltensweisen wurde in der Pretestphase auch die größte Schwere („deutlich“) zugeordnet. In der Testphase wurden die meisten Einträge bei „deutlich“ für unruhiges nicht aggressives Verhalten und für verbal aggressives Verhalten gezählt.

Als psychische Ursache für solche Verhaltensweisen wurde in der Pretestphase am häufigsten die vorgegebene Option „Angst“ genannt (N=218; 35 %), in der Testphase die neu hinzugekommene Option „Demenz“ (N=131; 31 %). „Angst“ wurde in der Testphase als zweithäufigste Option gewählt. Als Auslöser für herausforderndes Verhalten im Sinne eines Ereignisses wurden in der Pretestphase am häufigsten „Pfleßmaßnahme“ (N=96; 21 %) sowie „Eingriff“ (N=70; 16 %) eingestuft, in der Testphase „Pfleßmaßnahme“ (N=45; 16 %) und „Therapie“ (N=33; 12 %). Umweltfaktoren als Auslöser des herausfordernden Verhaltens waren in der Pretestphase am häufigsten „[fehlende] Sicherheit“ (N=114; 38 %) und in der Testphase die neu aufgenommene „ungewohnte Umgebung“ (N=164; 51 %).

In der Pretestphase war in 111 (27 %) Bögen angegeben, dass Verwirrtheit keine Ursache für das herausfordernde Verhalten war. In der Testphase lag dieser Anteil bei 23 % (N=60). Bei allen anderen Bögen wurde eine Verwirrtheit angenommen oder konnte nicht ausgeschlossen werden.

Das Vorliegen einer Demenzdiagnose wurde in beiden Phasen mit einem Anteil von je 60 % angegeben (P: N=243; T: N=127). Das Vorhandensein einer Delirdiagnose wurde im Pretest bei 11 % der Bögen angegeben (N=34), in der Testphase bei 23 % (N=29). Obwohl die Werte nicht unmittelbar vergleichbar sind, weil die Antwortoptionen verändert wurden, könnte die Steigerung auf eine größere Aufmerksamkeit im Hinblick auf die Delirdiagnose in der Testphase hindeuten.

Als Maßnahme zur Vermeidung herausfordernden Verhaltens wurde in beiden Phasen am häufigsten „Beschäftigung, Zuwendung oder beruhigende Gespräche“ angewandt (P: N=186; 27 %; T:

N=186; 35%). Als kurzfristig oder teilweise hilfreich erwiesen sich diese Maßnahmen in der Testphase in etwa der Hälfte der Fälle (51 %).

6.2.6 Abschlussevaluation zum Modul II

Das Modul II „Herausforderndes Verhalten“ wurde ebenfalls mit einer Abschlussbefragung evaluiert. Diese Befragung hatte neben drei Fragen zum Projektstandort und der Berufstätigkeit und Erfahrung noch weitere Fragenblöcke: Mit vier Fragen wurden die Workshops zum herausfordernden Verhalten evaluiert. Vier weitere Fragen bezogen sich auf die Entwicklung des Erfassungsinstrumentes zum herausfordernden Verhalten. Diese beiden Aufgaben wurden innerhalb der Arbeitsgruppen zum herausfordernden Verhalten bearbeitet. Die Fallbesprechungen wurden mit 13 Fragen bearbeitet und die Coachings bzw. Praxisbegleitungen mit 12 Fragen hinterfragt. Mit zwei Freitextfragen zur Gesamtbewertung schloss der Fragebogen ab.

Ziel der Fragebogenentwicklung war es, alle Teilbereiche mit nur einem Fragebogen zu erfassen. Grundsätzlich kann es Befragte geben, die zu allen Fragen geantwortet haben, (Mitglieder der Arbeitsgruppe „Herausforderndes Verhalten“, die auch an Coaching und Fallbesprechungen teilgenommen haben). Bögen wurden aber auch von Befragten erhalten, die z.B. ausschließlich an Coachings teilgenommen hatten oder nur Fallbesprechungen besucht hatten.

Abschnitt „Tätigkeit und Ausbildung“

Modul II wurde an allen neun Projektkrankenhäusern durchgeführt. Tabelle 76 zeigt die Verteilung der Fragebögen auf die einzelnen Projektstandorte: Die größte Zahl an Rückmeldungen erhielten wir vom Standort Weißenburg-Gunzenhausen (N=14), der geringste Rücklauf wurde aus Donauwörth registriert (N=3). Insgesamt waren 70 Fragebögen zu bearbeiten.

Tabelle 76 Teilnehmer der Befragung nach Projektstandorten (Frage 1)

Projektstandort	Anzahl	Anteil
Augsburg	9	12,9%
Donauwörth	3	4,3%
Illertissen	7	10,0%
Krumbach	12	17,1%
Münchberg-Naila	7	10,0%
Ingolstadt	6	8,6%
Roth	6	8,6%
Vilshofen	6	8,6%
Weißenburg-Gunzenhausen	14	20,0%
Gesamt	70	100,0%

Wie bereits bei den Befragungen zu Modul I war der größte Anteil der Befragten der Gruppe der Gesundheits- und Krankenpfleger zuzuordnen (N=50, 71 %). Insgesamt sieben Ärzte in verschiede-

nen Funktionen haben sich an der Befragung beteiligt. Aus der Gruppe der Therapeuten gab es sechs Teilnehmer (9 %). Die genaue Verteilung zeigt Tabelle 77.

Tabelle 77 Verteilung der Berufsgruppen (Frage 2)

Berufsgruppe	Anzahl	Anteil
Gesundheits- und Altenpflege 3-jährig	50	71,4%
Altenpflege	2	2,9%
Oberarzt	1	1,4%
Assistenzarzt	2	2,9%
Ärzte Sonstige	4	5,7%
Sozialdienst	2	2,9%
Therapeutischer Beruf	6	8,6%
Seelsorge	1	1,4%
Leer	2	2,9%
Gesamt	70	100,0%

Knapp zwei Drittel der Befragten waren seit mehr als zehn Jahren im Beruf tätig (N=46), 19% sechs bis zehn Jahre (N=13) und 16 % weniger als sechs Jahre. Die an den einzelnen Bestandteilen des Moduls II Beteiligten, die den Fragebogen abgaben, verfügten also i.d.R. über langjährige Berufserfahrung (vgl. Tabelle 78).

Tabelle 78 Berufserfahrung der Befragten (Frage 3)

Berufserfahrung	Anzahl	Anteil
weniger als 2 Jahre	3	4,3%
2 bis 5 Jahre	8	11,4%
sechs bis 10 Jahre	13	18,6%
mehr als 10 Jahre	46	65,7%
Gesamt	70	100,0%

Abschnitt „Workshops Herausforderndes Verhalten“

Zunächst wurde hinterfragt, inwieweit die Inhalte der Workshops zum herausfordernden Verhalten den Erwartungen der Teilnehmer entsprachen. Für diesen Block konnten 69 Fragebögen berücksichtigt werden.

Tabelle 79, Frage 4: Wurden Ihre Erwartungen im Hinblick auf die Inhalte der Workshops erfüllt?

	Anzahl	Anteil
voll erfüllt	20	29,0%
eher erfüllt	39	56,5%
weniger erfüllt	10	14,5%
gar nicht erfüllt	-	-
Gesamt	69	100,0%

29 % (N=20) der Befragten sahen ihre Erwartungen „voll erfüllt“, 56 % „eher erfüllt“ (N=39) und 14 % „weniger erfüllt“ (vgl. Tabelle 79). Eine Analyse der Fragebögen, in denen die Option „weniger erfüllt“ gewählt wurde, zeigt eine Häufung (sieben von zehn Bögen) an einem Projektstandort. Diese Befragten bewerteten auch die weiteren drei Fragen zu den Workshops eher zurückhaltend.

Die Fragen 5 bis 7 wurden in Tabelle 80 zusammengefasst. Inwiefern die Workshops eine Haltungsänderung insbesondere beim Umgang mit herausforderndem Verhalten auslösten, wurde in Frage 5 ermittelt. Knapp die Hälfte der Teilnehmer wählten die Option „trifft zu“ (N=33; 47 %) und mehr als ein Drittel beurteilte die Aussage als eher zutreffend (N=24; 34 %). Elf Befragte empfanden die Haltungsänderung als eher nicht zutreffend (16%). Der weit überwiegende Teil der Befragten (80 %) erkannte in der Selbstreflexion damit eine mindestens teilweise Änderung der eigenen Haltung gegenüber Patienten mit Demenz.

Die Einschätzung, inwieweit die besprochenen Handlungsalternativen in der Praxis umsetzbar seien, wurde in Frage 8 aufgegriffen: Ein Drittel der Befragten wählte die Option „trifft zu“ (N=23; 33 %), etwas mehr als die Hälfte fanden die Aussage „eher zutreffend“ (N=36; 52 %). Damit wurde die Umsetzbarkeit von 85 % der Befragten mindestens als „eher zutreffend“ bewertet. Die Option „trifft eher nicht zu“ wählten zehn Befragte (15 %).

Inwiefern die grundlegenden Themen zum herausfordernden Verhalten, Handlungskompetenzen und Wissen und Verstehen, ausreichend bearbeitet worden waren, wurde in Frage 7 abgefragt. Knapp die Hälfte der Befragten (N=33; 48 %) hielten dies für zutreffend, 42 % (N=29) für eher zutreffend. Nur 10 % der Teilnehmer fanden dies eher nicht zutreffend.

Tabelle 80 Bewertung der Workshops zu den Aspekten Haltungsänderung, Übertragbarkeit und Umfang (Frage 5-7)

Teilaspekt	Bewertung	Anzahl	Anteil
Workshops haben Haltungsänderung beim Umgang mit HV bewirkt	trifft zu	33	47,1%
	trifft eher zu	24	34,3%
	trifft eher nicht zu	11	15,7%
	trifft nicht zu	-	-
	unklare Antwort	1	1,4%
	Gesamt		69
Übertragbarkeit in die Praxis	trifft zu	23	33,3%
	trifft eher zu	36	52,2%
	trifft eher nicht zu	10	14,5%
	trifft nicht zu	-	-
	Gesamt		69
Themen wurden ausreichend besprochen	trifft zu	33	47,8%
	trifft eher zu	29	42,0%
	trifft eher nicht zu	7	10,1%
	trifft nicht zu	-	-
	Gesamt		69

Abschnitt „Erfassungsinstrument Herausforderndes Verhalten“

Vier weitere Fragen beschäftigen sich mit dem gemeinsam erarbeiteten Erfassungsinstrument zum herausfordernden Verhalten (Fragen 8 bis 11). Hierfür konnten 56 Fragebögen ausgewertet werden.

In Frage 8 wurden die Teilnehmer gebeten, das Erfassungsinstrument insgesamt zu bewerten. 18 % wählten die Option „sehr gut“ (N=10) und mehr als zwei Drittel bewerteten es als „eher gut“ (68 %; N=38). Acht Befragte wählten die Option „eher schlecht“ (14 %). Damit standen 86 % der Befragten dem Instrument eher positiv gegenüber (Tabelle 81).

Tabelle 81 Bewertung des Erfassungsinstrumentes zum herausfordernden Verhalten (Frage 8)

Bewertung Erfassungsinstrument	Anzahl	Anteil
sehr gut	10	17,9%
eher gut	38	67,9%
eher schlecht	8	14,3%
sehr schlecht	0	0,0%
Gesamt	56	100,0%

Die Fragen 9 bis 11 zum Instrument wurden in Tabelle 82 zusammengefasst: 89 % der Befragten kamen zu dem Ergebnis, dass es „zutreffend“ oder „ziemlich zutreffend“ ist, dass das Instrument sie zum Nachdenken über das Verhalten des Patienten angeregt habe (N=50). Nur wenige Teilnehmer fanden dies „wenig zutreffend“ oder sogar „unzutreffend“ (N=6; 11 %). Die Bewertungen zum Nachdenken über das eigene Verhalten fallen ähnlich aus: Hier geben sogar 93 % (N=52) der Befragten an, dass diese Aussagen „zutreffend“ oder „ziemlich zutreffend“ seien. Nur 7 % fanden sie „wenig zutreffend“ oder sogar „unzutreffend“.

Tabelle 82 Bewertung des Erfassungsinstruments und seiner Wirkung (Frage 9 bis 11)

Teilaspekt	Bewertung	Anzahl	Anteil
Nachdenken über das Verhalten des Patienten	Zutreffend	27	48,2%
	Ziemlich zutreffend	23	41,1%
	Wenig zutreffend	5	8,9%
	Unzutreffend	1	1,8%
	Gesamt	56	100,0%
Nachdenken über das eigene Verhalten gegenüber dem Patienten	Zutreffend	24	42,9%
	Ziemlich zutreffend	28	50,0%
	Wenig zutreffend	3	5,4%
	Unzutreffend	1	1,8%
	Gesamt	56	100,0%
Instrument enthält neue Aspekte	Zutreffend	24	42,9%
	Ziemlich zutreffend	17	30,4%
	Wenig zutreffend	14	25,0%
	Unzutreffend	-	-
	Unklar	1	1,8%
	Gesamt	56	100,0%

Dass das Instrument neue Aspekte zum herausfordernden Verhalten beinhalte, hielten 73 % der Befragten für „zutreffend“ oder „eher zutreffend“ (N=41). Ein Viertel der Befragten hielt dies für „wenig zutreffend“ (N=14), eine Person sogar für „unzutreffend“. Auch in diesem Fragenblock fällt auf, dass i.d.R. die Mehrheit der Befragten, die das Instrument und seine Wirkung ungünstig bewertete, aus demselben Projektstandort kamen, in dem bereits die Workshops ungünstig bewertet worden waren.

Abschnitt „Fallbesprechungen“

Angaben zu den Fallbesprechungen wurden von 60 Befragten gemacht. Zunächst wurde ermittelt, wie oft die einzelnen Befragten an Fallbesprechungen teilgenommen hatten: Genau die Hälfte der Befragten nahm ein- bis dreimal teil (N=30, vgl. Tabelle 83). Ein Viertel der Teilnehmer war vier- bis sechsmal anwesend. Öfter haben nur sechs Befragte an Fallbesprechungen teilgenommen (10 %).

Tabelle 83 Häufigkeit der Teilnahme an Fallbesprechungen (Frage 12)

Teilnahme an Fallbesprechungen	Anzahl	Anteil
1- bis 3-mal	30	50,0%
4- bis 6-mal	15	25,0%
7- bis 10-mal	5	8,3%
14- bis 16-mal	1	1,7%
unklare Antwort	9	15,0%
Gesamt	60	100,0%

Besonders deutlich ist das Ergebnis der Frage 13 nach dem Wunsch, auch weiterhin an Fallbesprechungen teilzunehmen: Hier sprachen sich 95 % der Befragten dafür aus, nur eine Person dagegen (vgl. Tabelle 84). Hervorzuheben ist dies auch, weil dieser Wunsch von allen Berufsgruppen mitgetragen wird.

Tabelle 84 Angaben zum Wunsch, an weiteren Fallbesprechungen teilzunehmen (Frage 13)

Weitere Fallbesprechungen	Anzahl	Anteil
ja	57	95,0%
nein	1	1,7%
leer	1	1,7%
unklare Antwort	1	1,7%
Gesamt	60	100,0%

Einen weiteren interessanten Aspekt zur Beteiligung von Ärzten an den Fallbesprechungen beleuchtet die Frage 14 (vgl. Tabelle 85). Hier wurde der Zusammenhang zwischen dem Ergebnis der Fallbesprechungen und der Ärztebeteiligung hinterfragt: 35 Teilnehmer gaben an, an Fallbesprechungen mit ärztlicher Beteiligung teilgenommen zu haben (57 %). In dieser Gruppe waren 32 Teilnehmer der Meinung, die Teilnahme der Ärzte war zielführend, nur zwei empfanden dies nicht so (N=32; 53 % bzw. N=2; 3 %). Von den 25 Befragten, die an Fallbesprechungen ohne ärztliche Betei-

ligung teilgenommen hatten, waren 20 der Meinung, eine ärztliche Beteiligung wäre zielführend gewesen, nur fünf erwarteten keine zusätzlichen Impulse. Insgesamt 87 % (N=52) der Teilnehmer befürworteten eine Teilnahme der Ärzte.

Tabelle 85 Teilnahme von Ärzten an der Fallbesprechung (Frage 14)

Teilnahme von Ärzten	Anzahl	Anteil
ja, und es war zielführend	32	53,3%
ja, und es war nicht zielführend	2	3,3%
nein, es wäre zielführend gewesen	20	33,3%
nein, es wäre auch nicht zielführend gewesen	5	8,3%
unklare Antwort	1	1,7%
Gesamt	60	100,0%

Insgesamt bewerteten 95 % der Teilnehmer die Fallbesprechungen als „sehr gut“ oder „eher gut“ (N=57). Nur zwei Befragte fanden das Format allgemein „eher schlecht“ (3 %; vgl. Tabelle 86).

Tabelle 86 Allgemeine Bewertung der Fallbesprechungen (Frage 15)

Bewertung	Anzahl	Anteil
sehr gut	27	45,0%
eher gut	30	50,0%
eher schlecht	2	3,3%
sehr schlecht	-	-
unklare Antwort	1	1,7%
Gesamt	60	100,0%

Alle Befragten waren der Meinung, dass sie durch die Fallbesprechungen das herausfordernde Verhalten aus einer anderen Perspektive sahen (N=60). „Vollständig“ trifft dies für 38 % zu (N=23) und „teilweise“ für 62 % (N=37; vgl. Tabelle 87).

Tabelle 87 Perspektivwechsel durch die Fallbesprechungen (Frage 16)

Perspektivwechsel	Anzahl	Anteil
vollständig	23	38,3%
teilweise	37	61,7%
gar nicht	-	-
Gesamt	60	100,0%

Ein besseres Verständnis des herausfordernden Verhaltens zu erreichen, war ein wesentliches Ziel des Projektes. In Frage 15 wurde dieser Aspekt beleuchtet. 82 % der Befragten stimmten hier „voll

und ganz“ bzw. „eher“ zu (N=49). Die Option „teils-teils“ wählten 18 % der Befragten (N=11; vgl. Tabelle 88).

Tabelle 88 Besseres Verständnis von herausforderndem Verhalten durch die Fallbesprechungen (Frage 17)

Besseres Verständnis	Anzahl	Anteil
stimme voll und ganz zu	26	43,3%
stimme eher zu	23	38,3%
teils-teils	11	18,3%
stimme eher nicht zu	-	-
stimme gar nicht zu	-	-
Gesamt	60	100,0%

Tabelle 89 zeigt die zusammengeführten Ergebnisse der Fragen 18 bis 21. Zunächst wurde hinterfragt, ob die Befragten eine geringere Belastung durch das herausfordernde Verhalten empfanden bzw. ob sie diese auf die Fallbesprechungen zurückführten. 43 Befragte (72 %) gaben an, dass dies zutreffend (N=10) bzw. eher zutreffend sei (N=33). Eher nicht (N=10) bzw. nicht entlastet (N=7) fühlten sich 28 % der Befragten. Damit wirkten sich die Fallbesprechungen zum herausfordernden Verhalten für knapp drei Viertel der Teilnehmer in der Selbstwahrnehmung des Belastungsempfindens positiv aus.

Tabelle 89 Bewertung der Fallbesprechungen im Hinblick auf Belastung durch herausforderndes Verhalten, Möglichkeit zum kollegialen Austausch und Erarbeitung von Lösungen sowie zur Erweiterung des eigenen Wissens (Frage 18 – 21)

Teilaspekt	Bewertung	Anzahl	Anteil
Geringere Belastung	trifft zu	10	16,7%
	trifft eher zu	33	55,0%
	trifft eher nicht zu	10	16,7%
	trifft nicht zu	7	11,7%
	Gesamt	60	100,0%
Kollegialer Austausch	trifft zu	29	48,3%
	trifft eher zu	23	38,3%
	trifft eher nicht zu	8	13,3%
	trifft nicht zu	-	-
	Gesamt	60	100,0%
Fallbezogene Erarbeitung von Lösungsoptionen	trifft zu	19	31,7%
	trifft eher zu	32	53,3%
	trifft eher nicht zu	8	13,3%
	trifft nicht zu	-	-
	leer	1	1,7%
	Gesamt	60	100,0%
Erweiterung des eigenen Wissens	trifft zu	33	55,0%
	trifft eher zu	25	41,7%
	trifft eher nicht zu	2	3,3%
	trifft nicht zu	-	-
	Gesamt	60	100,0%

87 % der Befragten empfanden die Möglichkeit zum kollegialen Austausch als zutreffend (N=29; 48 %) oder eher zutreffend (38 %). Nur ein geringer Anteil (13 %) empfand die Option als eher nicht zutreffend. Vergleichbare Ergebnisse zeigten sich auch für die Erarbeitung fallbezogener Lösungsoptionen: Hier waren 85 % (N=51) der Befragten der Meinung, dass dies zutreffend (N=19) oder eher zutreffend (N=32) sei. Wiederum 13 % (N=8) waren der Meinung, dass fallbezogene Lösungsoptionen eher nicht erzielt wurden.

Schließlich waren 97 % der Befragten der Meinung, dass das eigene Wissen durch die Fallbesprechungen erweitert wurde. 55 % fanden, dass diese Aussage zutreffend sei, 42 % hielten sie für eher zutreffend. Nur zwei Befragte hielten die Aussage für eher nicht zutreffend.

Im Hinblick auf die zeitliche Gestaltung der Fallbesprechungen sowie deren zeitlichen Abstand ergaben sich folgende Erkenntnisse (vgl. Tabelle 90): 70% der Befragten empfanden die Dauer der Fallbesprechungen als genau richtig (N=42), 30 % (N=18) als zu lang. Den zeitlichen Abstand zwischen den Fallbesprechungen empfanden 65 % (N=39) als genau richtig und 23 % (N=14) als zu lang. Zu kurz war diese Frist für nur zwei Befragte. Daraus ergibt sich, dass immerhin knapp ein Viertel der Teilnehmer Fallbesprechungen in dichter Folge gewünscht hätte.

Schließlich beantworteten knapp zwei Drittel (65 %) der Teilnehmer die Frage nach Aufbau und Systematik der Fallbesprechungen mit „angemessen“ (N=39) und 35 % mit „teils-teils“ (N=21).

Tabelle 90 Bewertung der Fallbesprechungen im Hinblick auf deren Dauer, Abstand sowie Aufbau und Systematik (Fragen 22 – 24)

Teilaspekt	Bewertung	Anzahl	Anteil
Dauer	zu lang	18	30,0%
	genau richtig	42	70,0%
	zu kurz	-	-
	Gesamt	60	100,0%
Abstand	zu lang	14	23,3%
	genau richtig	39	65,0%
	zu kurz	2	3,3%
	leer	5	8,3%
	Gesamt	60	100,0%
Aufbau und Systematik	angemessen	39	65,0%
	teils-teils	21	35,0%
	nicht angemessen	-	-
	Gesamt	60	100,0%

Abschnitt „Coaching“

In den ersten beiden Projekten hatten wir die Rückmeldung erhalten, dass die in Schulungen und Workshops theoretisch – auch durch Rollenspiele - erlernten Fähigkeiten und Fertigkeiten oft in der Praxis nicht sofort umsetzbar seien. Dies gelte vor allem für das herausfordernde Verhalten. Vonseiten der Projektleitungen gab es daher das Angebot zur Praxisbegleitung, das allerdings in

den einzelnen Projekthäusern unterschiedlich angenommen und umgesetzt wurde. An allen Projektstandorten wurden Mitarbeiter entweder einzeln oder in kleinen Gruppen im Kontakt mit demenzkranken Patienten begleitet. Der Projektleiter übernahm dabei die Funktion eines möglichst unauffälligen Beobachters. Direkt im Anschluss an die jeweilige Situation wurde diese mit den Mitarbeitern besprochen und – falls vorhanden- Optimierungspotenziale angesprochen. In Illertissen und Ingolstadt konnte in einigen Fällen auch die reguläre Visite begleitet werden.

Für die Ergebnisse zum Abschnitt Coaching konnten 24 Fragebögen ausgewertet werden.

Zunächst wurde ermittelt, wie oft die Befragten an einem Coaching teilgenommen hatten. Tabelle 91 zeigt, dass drei Viertel der Teilnehmer ein- bis dreimal an einem Coaching beteiligt waren (N=18). Nur 13 % waren häufiger beteiligt (N=3).

Tabelle 91 Häufigkeit der Teilnahme an einem Coaching (Frage 25)

Teilnahme am Coaching	Anzahl	Anteil
1- bis 3mal	18	75,0%
4- bis 6mal	2	8,3%
7- bis 10mal	1	4,2%
unklare Antwort	3	12,5%
Gesamt	24	100,0%

Welcher Anteil der Befragten das Coaching grundsätzlich gerne weitergeführt hätte, wurde in Frage 26 erfragt. 83 % (N=20) der Teilnehmer beantworteten die Frage mit „ja“, 17 % (N=4) wünschte keine weiteren Termine (vgl. Tabelle 92).

Tabelle 92 Interesse an einer Fortführung des Coachings (Frage 26)

Interesse an Fortführung	Anzahl	Anteil
Ja	20	83,3%
Nein	4	16,7%
Gesamt	24	100,0%

Die allgemeine Bewertung des Coachings spiegelt die grundsätzliche Akzeptanz der Maßnahme wieder: 83 % der Befragten bewerteten die Coachings mit „sehr gut“ oder „eher gut“ (N=7 bzw. N=13). „Eher schlecht“ beurteilten zwei Teilnehmer das Coaching (8 %). Damit wurde das Coaching nicht so positiv bewertet wie die Fallbesprechungen (vgl. Tabelle 93), wobei die Vergleichbarkeit möglicherweise darunter leidet, dass die Grundgesamtheit nicht übereinstimmt.

Tabelle 93 Allgemeine Bewertung des Coachings (Frage 27)

Allgemeine Bewertung	Anzahl	Anteil
sehr gut	7	29,2%
eher gut	13	54,2%
eher schlecht	2	8,3%
unklare Antwort	2	8,3%
Gesamt	24	100,0%

Mit den Fragen 28 bis 33 (vgl. Tabelle 94) wurde die detaillierte Einschätzung der Teilnehmer zu verschiedenen Aspekten des Coachings abgefragt: Die Fragen 28 bis 30 beschäftigen sich mit dem herausfordernden Verhalten, die Fragen 31 bis 33 mit einer allgemeinen Selbstreflektion.

Tabelle 94 Bewertung des Coachings im Hinblick auf das Einnehmen einer anderen Perspektive, ein besseres Verständnis, geringere Belastung, neue Verhaltensweisen, Abbau unerwünschten Verhaltens und gezielterer Nutzung von Fähigkeiten und Fertigkeiten – jeweils im Hinblick auf herausforderndes Verhalten (Fragen 28 bis 33)

Teilaspekt	Bewertung	Anzahl	Anteil
Andere Perspektive	Vollständig	9	37,5%
	Teilweise	13	54,2%
	Gar nicht	2	8,3%
	Gesamt	24	100,0%
Besseres Verständnis	trifft zu	9	37,5%
	trifft eher zu	9	37,5%
	trifft eher nicht zu	4	16,7%
	trifft nicht zu	2	8,3%
	Gesamt	24	100,0%
Geringere Belastung	trifft zu	2	8,3%
	trifft eher zu	13	54,2%
	trifft eher nicht zu	7	29,2%
	trifft nicht zu	2	8,3%
	Gesamt	24	100,0%
Neue Verhaltensweisen	trifft zu	10	41,7%
	trifft eher zu	8	33,3%
	trifft eher nicht zu	5	20,8%
	trifft nicht zu	1	4,2%
	Gesamt	24	100,0%
Abbau unerwünschten Verhaltens	trifft zu	6	25,0%
	trifft eher zu	12	50,0%
	trifft eher nicht zu	6	25,0%
	trifft nicht zu	-	-
	Gesamt	24	100,0%
Gezieltere Nutzung von Fähigkeiten und Fertigkeiten	trifft zu	12	50,0%
	trifft eher zu	8	33,3%
	trifft eher nicht zu	4	16,7%
	trifft nicht zu	-	-
	Gesamt	24	100,0%

Zum herausfordernden Verhalten wurde hinterfragt, ob das Coaching den Teilnehmern half, eine neue Perspektive einzunehmen. Nur 8 % der Teilnehmer (N=2) konnten dies gar nicht bestätigen. Die Mehrheit fanden die Aussage „teilweise“ zutreffend (54 %; N=13), neun Teilnehmer gaben an, die Perspektive „vollständig“ gewechselt zu haben. Drei Viertel der Befragten gaben an, das herausfordernde Verhalten durch die Coachings „besser“ bzw. „eher besser“ zu verstehen (jeweils N=9; 38 %). Für 17 % traf dies eher nicht zu (N=4), zwei Personen konnten durch das Coaching kein besseres Verständnis erreichen (8 %). Ein geringeres Belastungsempfinden durch die Teilnahme an den Coachings gaben 63 % (N=15) der Teilnehmer an, wobei 8 % (N=2) die Aussage für zutreffend und 54 % (N=13) für eher zutreffend hielten. 29 % (N=7) hielten die Aussage für eher nicht zutreffend und 8 % (N=2) für unzutreffend. Dass sie neue Verhaltensweisen im Rahmen der Coachings entwickelt hatten, sahen zwei Drittel als zutreffend (N=10; 42 %) bzw. eher zutreffend (N=8; 33 %) an. 25 % (N=6) der Befragten sahen eher keine Veränderung oder keine Veränderung des Verhaltens. Ebenfalls 75 % (N=18) der Teilnehmer waren der Auffassung, dass sie durch das Coaching unerwünschte Verhaltensweisen im Umgang mit herausforderndem Verhalten reduzieren konnten. Wiederum 25 % (N=6) hielten dies für eher nicht zutreffend. Die gezieltere Nutzung der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten erkannten 83 % der Befragten als ein Ergebnis der Coachings. Dabei hielten 50 % (N=12) der Teilnehmer dies für zutreffend und 33 % (N=8) für eher zutreffend. 17 % fanden, dass dies nicht zutrifft (N=4).

Tabelle 95 Bewertung von Dauer, Häufigkeit, Aufbau und Systematik der Coachings (Frage 34)

Teilaspekt	Bewertung	Anzahl	Anteil
Dauer	zu lang	0	0,0%
	genau richtig	22	91,7%
	zu kurz	-	-
	leer	2	8,3%
	Gesamt	24	100,0%
Häufigkeit	zu häufig	-	-
	genau richtig	20	83,3%
	zu selten	3	12,5%
	leer	1	4,2%
	Gesamt	24	100,0%
Aufbau und Systematik	angemessen	13	54,2%
	teils-teils	10	41,7%
	nicht angemessen	1	4,2%
	Gesamt	24	100,0%

Die Einschätzungen zu Dauer, Häufigkeit sowie Aufbau und Systematik der Coachings sind in Tabelle 95 hinterlegt. Die Dauer der Maßnahme bewerteten 92 % (N=22) als „genau richtig“, zwei Bögen blieben leer. Im Hinblick auf die Häufigkeit der Coachings waren 83 % der Befragten der Meinung, dass die Häufigkeit „genau richtig“ bemessen war, drei Befragte (13 %) waren der Meinung sie hätten „zu selten“ stattgefunden. Aufbau und Systematik der Coachings bewerteten mehr als die Hälfte der Teilnehmer als „angemessen“ (54 %, N=13), zehn Befragte hielten dies „teils-teils“

für erfüllt (42 %). Nur eine befragte Person hielt das Coaching in Aufbau und Systematik für „nicht angemessen“.

Abschnitt Gesamtbewertung „Modul Herausforderndes Verhalten“

In einem Freitextfeld konnten die Befragten ihre Gedanken zu den im Modul erreichten Zielen hinterlegen. Die Eingaben wurden anschließend kategorisiert und geordnet. Von den 70 Fragebögen enthielten 54 eine oder mehrere Angaben zu der Frage. Tabelle 96 zeigt die kategorisierten Antworten und deren Anteil an allen Antworten (bezogen auf insgesamt 116 Antworten). In der letzten Spalte ist der relative Anteil angegeben, also der Anteil der Antworten bezogen auf die Anzahl der Fragebögen (bezogen auf 70 Fragebögen). Die bei weitem häufigste Angabe, die sich in 57 % (N=40) der Fragebögen findet, ist der „bessere Umgang“ mit dem herausfordernden Verhalten. Damit ist wiederum eines der Hauptziele – zumindest für die Mehrheit - der Befragten erreicht worden. Zehnmal genannt wurde der Aspekt „bessere Wahrnehmung“ (des herausfordernden Verhaltens) (14 %). Mit jeweils neun Nennungen erscheinen die Aspekte „Austausch“ zwischen den an der Versorgung Beteiligten, der „Einsatz“ von Ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern (jeweils 8 %) sowie die „Sensibilisierung“ für die Verwendung von Medikamenten.

Tabelle 96 Einschätzung im Modul II erreichter Ziele (Freitext; Frage 37)

Erreichte Ziele	Anzahl	Anteil an Nennungen	Anteil an Fragebögen
Besserer Umgang	40	34,5%	57,1%
Bessere Wahrnehmung	10	8,6%	14,3%
Austausch	9	7,8%	12,9%
Einsatz EAH	9	7,8%	12,9%
Sensibilisierung Medikamente	9	7,8%	12,9%
Räumliche Umgestaltung	5	4,3%	7,1%
Abläufe	4	3,4%	5,7%
Belastungsempfinden	3	2,6%	4,3%
Fallbesprechungen	3	2,6%	4,3%
Zusammenarbeit Angehörige	3	2,6%	4,3%
Reduzierung freiheitsentziehende Maßnahmen	2	1,7%	2,9%
Antwort nicht zuzuordnen	1	0,9%	1,4%
Aufnahmebogen	1	0,9%	1,4%
keine Nachhaltigkeit	1	0,9%	1,4%
Leer	16	13,8%	22,9%
Gesamt	116	100,0%	-

Abschließend sollten die Befragten noch zur Frage Stellung nehmen, welche Impulse sie sich im Modul „herausforderndes Verhalten“ noch gewünscht hätten (vgl. Tabelle 97). Zu dieser Frage enthielten etwas mehr als die Hälfte der Fragebögen eine Antwort (N=36). Am häufigsten wurde - vor allem von Befragten in Projektkrankenhäusern mit geringer oder fehlender Beteiligung der Ärzte - deren Beteiligung am Projekt genannt (N=13, 18,6 %). Eine Veränderung der Rahmenbedingungen (i.S. von mehr Personal, mehr verfügbare Zeit, mehr ehrenamtlicher Helfer usw.) wünschten sich neun Befragte bzw. 13 %. In der Kategorie „Coachings“ fand sich z.B. der Hinweis, dass die Rahmenbedingungen für die Maßnahme besondere waren (Freistellung zur Durchführung) und somit wesentlich mehr Zeit zur Versorgung der Patienten zur Verfügung stand als im Routinebetrieb. Insgesamt waren die Impulse sehr heterogen.

Tabelle 97 Anregungen für künftige Projekte (Frage 38)

Anregungen	Anzahl	Anteil an Nennungen	Anteil an Fragebögen
Ärzteteilnahme	13	14,4%	18,6%
Rahmenbedingungen	9	10,0%	12,9%
Coachings	6	6,7%	8,6%
mehr Möglichkeiten beim Umgang	5	5,6%	7,1%
andere Berufsgruppen	4	4,4%	5,7%
Fortbildungen	4	4,4%	5,7%
Demenzstation	2	2,2%	2,9%
Einbeziehung EAH	2	2,2%	2,9%
Fallbesprechung	2	2,2%	2,9%
Mehr Struktur in den Gruppen	2	2,2%	2,9%
Termin-/ Teilnahme-schwierigkeiten	2	2,2%	2,9%
weiter machen	2	2,2%	2,9%
Handbuch aushändigen	1	1,1%	1,4%
kein Praxistransfer	1	1,1%	1,4%
Realistische Ziele setzen	1	1,1%	1,4%
Leer	34	37,8%	48,6%
Gesamt	90	100,0%	-

6.2.7 Zusammenfassung der Abschlussevaluation zum Modul II

Zum Abschluss des Projektes wurde das Modul II „Herausforderndes Verhalten“ mit den Teilaspekten „Workshops“, „Erfassungsinstrument“, „Fallbesprechungen“ und „Coachings“ mit einem Fragebogen evaluiert. Insgesamt konnten 70 Bögen ausgewertet werden. 80 % der Bögen wurden von Mitarbeitern der Pflege und Therapeuten ausgefüllt, 7 % durch Ärzte, der Rest entfiel auf weitere Berufsgruppen.

Die Workshop-Veranstaltungen wurden von 69 Befragten bewertet, von denen 86 % ihre Erwartungen voll oder eher erfüllt sahen. Als zutreffend oder eher zutreffend bewerteten 81 % die Frage nach einer Handlungsänderung durch die Workshops, 86 % die Frage nach der Übertragbarkeit der Ergebnisse in die Praxis und 90 % die Frage, ob alle Themen besprochen wurden.

Zum Erfassungsinstrument äußerten sich 56 Befragte. Hier waren 89 % der Befragten der Meinung, dass es zutreffend oder ziemlich zutreffend sei, dass ein Nachdenken über das Verhalten der Patienten bei ihnen eingesetzt habe. 93 % bezeichneten es als zutreffend oder ziemlich zutreffend, dass sie über das eigene Verhalten dem Patienten gegenüber nachgedacht hätten und 73 % hielten es für zutreffend oder ziemlich zutreffend, dass neue Aspekte durch das Instrument erkennbar wurden.

Zu den Fallbesprechungen enthielten 60 Bögen eine Eintragung. Die Hälfte der Befragten nahm 1 bis 3-mal, und je ein Viertel 4-6-mal bzw. öfter teil. Weitere Fallbesprechungen nach dem Projektende wünschten sich 95 % der Teilnehmer. 53 % der Befragten gaben an, dass Ärzte an der Fallbesprechung teilgenommen hätten und dies auch zielführend gewesen sei. Nur 3 % gaben an, dass Ärzte teilgenommen hätten, dies aber nicht zielführend gewesen sei. Ein Drittel der Bögen enthielt die Auskunft, dass Ärzte nicht anwesend waren, man aber die Teilnahme für zielführend gehalten hätte.

Die Fallbesprechungen generell wurden von 95 % der Teilnehmer als gut oder sehr gut bewertet, wobei 38 % einen vollständigen und 62 % einen teilweisen Wechsel der Perspektive durch die Fallbesprechung zugestanden. Ein besseres Verständnis von herausforderndem Verhalten hatten 82 % „voll und ganz“ oder „eher“. Für 72 % der Teilnehmer war es zutreffend oder eher zutreffend, dass ein geringeres Belastungserleben von herausfordernden Verhaltensweisen durch die Fallbesprechung erreicht wurde. 87 % sahen in den Fallbesprechungen die Möglichkeit zum kollegialen Austausch als zutreffend oder eher zutreffend, und 85 % gaben als zutreffend oder eher zutreffend an, dass fallbezogene Lösungen erarbeitet werden konnten. Sogar 97 % sahen durch die Fallbesprechungen eine Erweiterung des eigenen Wissens als zutreffend oder eher zutreffend an.

Die Dauer der Fallbesprechungen bewerteten 70 % und den zeitlichen Abstand 65 % als „genau richtig“. Aufbau und Systematik hielten 65 % für „angemessen“.

Zur Auswertung des Abschnittes „Coaching“ konnten 24 Bögen herangezogen werden. 78 % der Befragten gaben an, 1-3-mal an einem Coaching teilgenommen zu haben. 83 % von ihnen wünschten sich eine Fortführung der Coachings nach Projektende. Ebenfalls 83 % der Teilnehmer bewerteten die Coachings mit „sehr gut“ oder „gut“. Vollständig oder teilweise nahmen 92 % der Teilnehmer eine neue Perspektive ein. Ein besseres Verständnis des herausfordernden Verhaltens hielten 75 % für zutreffend oder eher zutreffend. 63 % gaben als zutreffend oder eher zutreffend an, dass ein geringeres Belastungserleben spürbar sei. 75 % hielten es für zutreffend oder eher zutreffend, dass sie neue Verhaltensweisen erarbeitet und unerwünschtes eigenes Verhalten abgebaut hätten. Dass die Coachings zu einer gezielteren Nutzung des vorhandenen Wissens führten, hielten 84 % für zutreffend oder eher zutreffend.

Zur Dauer gaben 92 % der Teilnehmer an, dass diese „genau richtig“ war, 83 % bestätigten dies für die Häufigkeit. 96 % hielten den Aufbau und die Systematik der Coachings für angemessen oder teilweise angemessen.

Als Gesamtergebnis gaben 57 % der Befragten an, einen besseren Umgang mit den Patienten mit herausforderndem Verhalten etabliert zu haben. 19 % brachten als Anregung erneut eine stärkere Einbindung der Ärzte ein.

6.2.8 Evaluation Interview Projektleitungen

Um einen Überblick über das „Modul II Herausforderndes Verhalten“ aus Sicht der Projektleitungen zu gewinnen, wurden strukturierte Interviews geführt. Die an den neun Projektkrankenhäusern gehaltenen Interviews wurden aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Die Auswertung wurde mit der Anwendung QCAMap (<https://www.qcamap.org/>) durchgeführt. Dieses Auswertungsprogramm ermöglicht es qualitative Daten nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring zu analysieren. Zu Beginn wurde das Interview-Material unter Erhaltung der wesentlichen Inhalte der Interviews zusammengefasst. Danach wurden die Interviews anhand von Kategorien strukturiert und ausgewertet.

Die Interviews wurden jeweils in fünf Themenblöcke aufgeteilt: Workshops, Erfassungsinstrument, Fallbesprechung, Coaching und Rahmenbedingungen. Während der Analyse ergaben sich folgende weitere Themenblöcke: Ärztebeteiligung, herausforderndes Verhalten, Unterscheidung Delir und Demenz, ehrenamtliche Helfer, Probleme bei der Umsetzung des Projekts, Umgang mit dem Patienten, Rahmenbedingungen im Krankenhaus und positive Überraschung der Projektleitungen während des Projekts.

Die Tabelle 98 zeigt die Häufigkeit der jeweiligen Nennungen der einzelnen Kategorien in den neun Interviews. Die jeweils höchste Anzahl an Nennungen des jeweiligen Themenblocks ist in der Tabelle grau hinterlegt. Die Themenblöcke sind nach der Anzahl der Nennungen in allen Interviews zusammen absteigend geordnet, was die Präsenz des zusammengefassten Themas widerspiegelt. Zusätzlich wurden die Nennungen in einen Gesamtkontext gestellt und als „positiv“ oder „negativ“ eingeordnet. Einige Aussagen wurden als positiv/negativ (neutral) eingestuft. Die Erläuterungen und Zahlenangaben dieses Abschnittes (6.2.8) beziehen sich grundsätzlich auf Tabelle 98.

Zu jedem Themenbereich werden im weiteren Verlauf Erläuterungen und Zitate aus den einzelnen Interviews gezeigt.

Fallbesprechungen

Während des Interviews wurde um eine Beurteilung der Fallbesprechungen und eine Einschätzung gebeten, ob die Fallbesprechungen zu einer Verbesserung in der Versorgung von MmD beigetragen hätten. Auch wurde hier explizit nach der Ärztebeteiligung gefragt. Tabelle 98 verdeutlicht, wie oft Aussagen zu den Fallbesprechungen gemacht wurden. Interview 3 und Interview 4 machten sie-

benmal (jeweils 78 %) eine Aussage zu diesem Thema. In Interview 4 wurde folgende Aussage gemacht:

„Durch Fallbesprechungen können Kleinigkeiten im Alltag angewendet werden und durch Kommunikation mit weiteren Mitarbeitern verbreitet werden.“

Auch in diesem Themenblock gab es eine Aufteilung zwischen positiv und negativ. 74 % bewerteten die Fallbesprechungen positiv mit Aussagen wie z.B.:

„Am positivsten bewertet wurden die Fallbesprechungen.“ (Interview 5)

Tabelle 98 Themenblöcke, die sich aus der Analyse der Interviews ergeben haben. Die jeweils höchste Anzahl an Nennungen wurde grau hinterlegt.

Interview	Fallbesprechungen	Ärzteteiligung	Probleme bei der Umsetzung	herausforderndes Verhalten	Coaching	Positive Überraschung	Rahmenbedingungen allgemein	Erfassungsinstrument	Rahmenbedingungen im Krankenhaus	Unterscheidung Delir /Demenz	Ehrenamtliche Helfer	Umgangsformen	Workshops
1	5	5	4	4	6	4	2	2	2	7	2	0	0
2	3	6	2	3	6	3	3	2	1	1	2	2	3
3	7	1	6	3	4	4	4	6	3	1	0	1	1
4	7	8	4	7	6	2	2	2	2	1	2	0	2
5	6	8	8	3	4	7	5	2	5	1	0	1	3
6	5	4	4	4	3	2	1	2	1	0	4	3	0
7	6	5	5	4	0	2	2	3	1	0	1	1	1
8	5	5	8	5	4	4	1	2	2	5	3	1	0
9	6	6	3	6	5	4	5	3	7	0	0	3	2
Gesamt	50	48	44	39	38	32	25	24	24	16	14	12	12
Charakter der Aussagen													
positiv	37	8	0	39	22	32	0	15	0	15	13	12	12
negativ	9	40	44	0	16	0	25	8	24	1	1	0	0
teils/teils	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Gesamt	50	48	44	36	38	32	25	22	0	16	14	12	12

Neun Aussagen waren negativ belastet. Angesprochen wurde vor allem das Fehlen der Ärzte.

„Ohne Ärzte kommt man bei den Fallbesprechungen nicht weiter. Man kann zum Beispiel die gegebenen Medikamente nicht hinterfragen“ (Interview 4)

Aber auch das Problem der Freistellung der Mitarbeiter für die Besprechungen (Zeitaufwand) wurde angegeben. (Interview 1)

Ärztbeteiligung

Ein Themenblock, der sich aus der Analyse der Interviews ergeben hat, war die Ärztbeteiligung. Die Beteiligung der Ärzte wurde - wie aus Tabelle 98 zu entnehmen ist - häufig benannt. Bei diesem Thema überwogen die als „negativ“ eingestuften Aussagen deutlich (N= 40; 83 %). Mit dieser Gegenüberstellung lässt sich ableiten, dass eine Ärztbeteiligung aus Sicht der Projektleitungen wünschenswert und hilfreich gewesen wäre. In Interview 4 wurden z.B. acht Aussagen über das geringe Engagement der Ärzte gemacht.

„Also speziell jetzt bei uns in der Klinik, das größte Problem war die Ärzte. Sowie für die Fallbesprechungen, als auch die Ärzteschulungen war es immer schwierig...“ (Interview 4)

Eine häufig genannte negative Aussage betraf die geringe Beteiligung der Ärzte an den Fallbesprechungen. Es wäre offensichtlich wünschenswert gewesen, dass diese Berufsgruppe an den Fallbesprechungen teilgenommen hätte, um zum Beispiel auf das Thema medikamentöse Behandlung besser eingehen zu können.

„... ich wiederhole mich, es wäre halt toll gewesen, wenn wir eine Ärztbeteiligung gehabt hätten, weil man dann einfach das Thema auch Medikamente besser auf klamüsern hätten können.“ (Interview 9)

Ausschließlich positive Aussagen zu der Ärztbeteiligung gab es dagegen im Interview 6. Die Projektleitung gab an, dass die Ärzte motiviert gewesen seien, an den Fallbesprechungen teilgenommen hätten und es durch die Unterstützung einer Ärztin einfacher gewesen sei, die anderen Ärzte zur Teilnahme zu bewegen.

Probleme bei der Umsetzung

In den Interviews wurden auch Probleme in der Umsetzung des Moduls II hinterfragt (vgl. Tabelle 98). Mit jeweils acht Nennungen wurden auffällig viele Aussagen in Interview 5 und 8 angegeben. Wie aus vorherigen Ergebnissen nicht anders zu erwarten, machten die Antworten „geringe Ärztbeteiligung“ mit zehn Aussagen und „geringe Motivation der Mitarbeiter“ mit acht Nennungen den größten Anteil aus. Dass das Projekt nicht im Vordergrund gestanden habe (N=3), wurde ebenfalls hervorgehoben.

„Also speziell jetzt bei uns in der Klinik, das größte Problem waren die Ärzte.“ (Interview 4)

„Das Thema Demenz ist in den Akutkliniken noch immer nicht angekommen.“ (Interview 8)

„Und ich denke, das war vielleicht, oder ist ein bisschen, in manchen Köpfen von den Kollegen, so quasi, wir haben jetzt Mitarbeiter, die sind spezialisiert für die Demenzpatienten-“

ten. Wir haben nichts damit zu tun. Und das ist natürlich nicht das Ziel. Also das war oder ist ein kleines Problem.“ (Interview 1)

„Ich glaube eher nicht. Also es war mega anstrengend, die Leute wieder und wieder dazu zu bringen, dass sie die Bögen ausfüllen sollen. In der Pflege ist es so ein Thema, noch mehr Dokumentation, was sollen wir denn jetzt noch alles machen?“ (Interview 8)

Herausforderndes Verhalten

Das herausfordernde Verhalten (vgl. Tabelle 98) wurde im Interview 4 am häufigsten (N= 7) benannt. In diesem Interview wurde deutlich, dass sich der Umgang mit herausforderndem Verhalten verbessert und eine Haltungsänderung stattgefunden hat. Das Wissen zum herausfordernden Verhalten wurde erweitert und das Belastungsempfinden verringerte sich. Ein Zitat aus dem Interview 4 ist:

„Dass das doch gar nicht mehr so herausfordernd ist, wenn man entsprechend weiß, wie man zu handeln hat und wenn man sich so an diesen Weg hält, den wir eingeschlagen haben.“

Im Interview 9 wurden sechs Aussagen zum herausfordernden Verhalten gemacht. Benannt wurden die Wissenserweiterung, der verbesserte Umgang mit herausforderndem Verhalten, die Haltungsänderung, Ängste als Auslöser für herausforderndes Verhalten sowie dass die jeweilige Situation als herausfordernd angesehen werde, weil der Mitarbeiter das so empfinde.

„...einiges an Wissen haben sie gesagt. Irgendwo, warum entsteht herausforderndes Verhalten. Warum ist das immer abends, am späten Nachmittag und so weiter.“

Einige weitere Zitate aus den anderen Interviews verdeutlichen, dass auch hier eine positive Entwicklung bezüglich des herausfordernden Verhaltens stattgefunden hat.

„Der Blick wurde geschulter, einfach auf dieses Thema herausforderndes Verhalten und die Patienten und das Weitergeben von Wissen war auch sehr wichtig, haben sie gesagt. Also wir konnten in unserem Team unser Wissen weitergeben.“ (Interview 8)

„Die genauere Beobachtung und die Überlegung auch warum, was der Grund für ein herausforderndes Verhalten in dem Augenblick ist.“ (Interview 6)

Coaching

Das Modul II zum herausfordernden Verhalten beinhaltete auch das Coaching. Hierzu wurden die Projektleitungen befragt, wie sie die Coachings beurteilten und ob die Mitarbeiter ihrer Auffassung nach von den Coachings profitiert hätten.

Interviewpartner 1, 2 und 4 haben das Coaching mit jeweils sechs Nennungen im Interview am häufigsten erwähnt. Auch zum Coaching wurden negative als auch positive Punkte angesprochen. Auffällig ist, dass in Interview 3 alle vier Aussagen nur negativ besetzt waren. Folgende Zitate sollen die Ergebnisse zum Themenblock Coaching verdeutlichen:

„Vom Coaching. Ja, natürlich haben sie davon profitiert. Weil eben diese Tipps, diese kleinen Tipps im Umgang gerade in der Kommunikation einfach hilfreich sind.“ (Interview 1)

„Aber das Coaching ist einfach bei den Mitarbeitern nicht so gut angekommen. Wir haben zwar im Vorfeld viel, dass man auch mal einen Tag vor dem Coachingtermin eine Besprechung gehabt und da haben wir es auch wirklich breit erklärt, und das ist keine Kritik und ihr nehmt das einfach an, das ist Bestandteil vom Projekt. Aber es wird dann einfach als Kritik gesehen.“ (Interview 9)

Positive Überraschung

In insgesamt 32 Aussagen brachten die Projektleitungen Situationen während des Projekts zur Sprache, von denen sie positiv überrascht waren. Sogar sieben solche Aussagen finden sich im Interview 5. Hier wurden zum Beispiel die Unterscheidung zwischen Demenz und Delir, die Fallbesprechungen, aber auch das Auseinandersetzen mit dem Thema genannt. In Interview 3 und 8 wurde die Zusammenarbeit mit der Alzheimer Gesellschaft positiv hervorgehoben.

„Also was ich besonders toll fand, waren die Fallbesprechungen und das Coaching einfach. Also einfach die Tatsache, es ist jemand da. Die Mitarbeiter werden begleitet. Die Mitarbeiter werden gebrieft vorher. Und, also das war kostbar.“ (Interview 1)

„Dass die Mitarbeiter über diesen langen Zeitraum dabei geblieben sind. Gerade auch von den Ärzten, das hat mich wirklich überrascht. Ich habe gedacht, dass ist anfangs nur jetzt so ein Strohfeuer. Aber es hat sich gehalten. Auch das positive Feedback so der Öffentlichkeit zu dem Projekt oder zu der Einstellung des Hauses. Dass wir dieses Thema Menschen mit Demenz aufgreifen. Eine bessere Versorgung erhält.“ (Interview 6)

„Erwartungen im Umgang mit dem MmD haben einen überrascht. Sehr liebevoller Umgang.“ (Interview 5)

„Ärzte haben zum Schluss Problem erkannt und waren der Meinung, dass etwas benötigt wird.“ (Interview 3)

Allgemeine Rahmenbedingungen

Während des Interviews wurde auch nach den strukturellen Rahmenbedingungen gefragt, die erforderlich sind, um das Projekt erfolgreich zu machen. Insgesamt wurden hierzu in allen Interviews 25 Aussagen aufgenommen. Am häufigsten - mit jeweils fünf Aussagen in Interview 5 und 9. Erwartungsgemäß wurden mit jeweils 7 Nennungen die Themen „mehr Personal“ und damit verbunden auch die „Politik“ genannt.

„... Aber das ist halt nicht so, weil alles bei uns nur am Geld liegt. Und das ist für mich eigentlich das größte Manko, dass man in Deutschland immer an das Geld denkt. Und nicht an das, was ist denn eigentlich notwendig. Und das wäre jetzt so meine Kritik an die Politik. Sich da nicht nur vor der Wahl wieder, große Töne zu spucken. Sondern einfach mehr dabei sein und vor allem mehr mit der Basis reden. Ich finde das passiert nicht.“ (Interview 5)

„Es müsste einfach eine Vorgabe geben, gerade bei Demenzpatienten, einen anderen Pflegeschlüssel, weil wir gar nicht mehr die Zeit haben.“ (Interview 1)

Erfassungsinstrument

Die Tabelle 98 gibt auch die Einschätzung der Projektleitungen zum Erfassungsinstrument für das herausfordernde Verhalten wieder. Im Rahmen des Interviews wurde nachgefragt, ob der Erhebungsbogen hilfreich gewesen war, um herausforderndes Verhalten besser einzuschätzen und zu verstehen. Auch wurde erfragt, ob Veränderungen an dem Instrument sinnvoll seien. In Interview 3 wurde das Thema sechsmal benannt. Kernaussagen waren hier, dass das Belastungsempfinden durch den Erhebungsbogen reduziert worden sei und dass mehr Wissen über herausforderndes Verhalten vermittelt worden sei. In den Interviews 7 und 9 wurde der Erhebungsbogen dreimal benannt. Aussagen hierzu waren hauptsächlich, dass der Bogen hilfreich gewesen sei, jedoch oft die Zeit zum Ausfüllen gefehlt habe.

Durch die Aufgliederung in „positiv“ (64 %) und „negativ“ soll verdeutlicht werden, welchen Einfluss der Erhebungsbogen nach den Interviews auf das Pflegepersonal hatte. Während des Projekts verringerte sich der Rücklauf der ausgefüllten Bögen, was auch darauf zurückzuführen sein könnte, dass Verhalten nicht mehr (in dem Maße wie zuvor) als herausfordernd angesehen wurde (Interview 3, s.u.).

Eine Aussage aus Interview 2 soll das Ergebnis zum Themenblock „Erfassungsinstrument“ nochmals verdeutlichen:

„Er [der Erhebungsbogen] war hilfreich, er war zwar am Anfang ein wenig zu komplex, bis man halt dann am Anfang dann das alles lernt. Aber er war hilfreich, ich denke halt, es ist halt, wie es überall ist in der Pflege immer schwierig, gerade wenn die Situation gerade ist, diesen Bogen auszufüllen, weil meistens ist ja dann, gibt es auch andere Patienten und bis man den Bogen ausgefüllt hat, vergeht halt eine ganze Schicht und dann sitzt man um 14.30 Uhr dran und soll den Bogen ausfüllen, das ist eher das Problem, aber ich denke, Dokumentation ist immer ein Problem.“

„Der Bogen an sich war gut. Das war eher diese zeitliche Komponente.“ (Interview 7)

„Ja, weil wir gemerkt haben, die Bögen werden rückläufig und dann hat man halt immer wieder nachgebohrt und nachgefragt. Und dann haben am Ende viele gesagt, ja aber, man ist damit kreativer damit umgegangen. Und das ist es letztendlich, denke ich auch.“ (Interview 3)

Rahmenbedingungen Krankenhaus

Im Anschluss an die allgemeinen strukturellen Rahmenbedingungen wurden nach den Rahmenbedingungen in dem jeweiligen Krankenhaus gefragt. Das Interview 9 wies mit sieben, Interview 5 mit fünf Aussagen und Interview 3 mit drei Aussagen die häufigsten Äußerungen auf. Schlüsselt man die Aussagen aus diesen drei Interviews auf, ergibt sich Folgendes: Insgesamt gab es aus den drei Interviews 15 Antworten. Am häufigsten wurde die Umfeldgestaltung, dann die Demenzstati-

on, Ärztebeteiligung, Rooming-in, das aufgrund des Belegungsmanagements nicht möglich war, Betreuung, Politik, mehr Personal und Neubau genannt.

„Ja, wirklich so eine Station oder so einen Bereich. Ohne da jetzt wirklich zu stigmatisieren, man kann die auch anders nutzen diese, aber man kann das halt ganz anders einrichten. Man könnte halt auch sagen, man macht bunte Türen.“ (Interview 3)

„Nein ich meine, ja vielleicht, was manchmal nicht wirklich machbar ist, ist zum Beispiel das Rooming-in. Also dass die Angehörigen halt da bleiben können. Das ist halt manchmal aufgrund von der Belegung ist das nicht möglich. Auch dass man manchmal den Patienten gerne alleine legen tut.“ (Interview 9)

Demenz und Delir

Im Interview 1 stand die Unterscheidung von Demenz und Delir mit sieben Nennungen im Vordergrund. Kernaussagen waren, dass zwischen den Symptomen einer Demenz und einem Delir besser unterschieden werden und dass ein Delir schneller erkannt werden könne. Im Interview 8 wurden in fünf Aussagen u.a. die Wissenserweiterung zum Delir und der verbesserte Umgang mit dem Patienten angesprochen.

„Sie haben profitiert, einfach durch eine höhere Sensibilität. Also sie sind einfach sensibler auch dem Thema gegenüber. Sie sind sensibler dem Thema gegenüber, ist es denn jetzt demenziell oder ist es ein Delir.“ (Interview 8)

Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer

Eines der Ziele des Projekts war es, einen ehrenamtlichen Helferkreis in den jeweiligen Krankenhäusern zu etablieren. Zwar wurde in dem Interview nicht direkt nach den ehrenamtlichen Helfern gefragt, dennoch wurden 14 Aussagen über den Helferkreis dokumentiert. Interview 6 benennt die ehrenamtlichen Helfer viermal, Interview 8 dreimal. Der Einsatz der ehrenamtlichen Helfer ist sehr wichtig und soll auch nach dem Projekt weitergeführt werden. Die ehrenamtlichen Helfer werden im Haus akzeptiert und finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt. Folgende Aussagen repräsentieren die Aussagen der anderen Interviews.

„Und auch diese Einbindung dieser Ehrenamtlichen war ganz hilfreich.“ (Interview 6)

„Also unser ehrenamtlicher Besuchsdienst, der ist ja im Rahmen von dem Projekt ja damals mit entstanden. Und eben auch mit Schulungen mit der Alzheimergesellschaft in Kooperation. Das war perfekt, weil die sind mittlerweile fast alle noch bei der Stange. Wir haben zweiundzwanzig Mitarbeiterinnen jetzt, die Grünen Damen, Besuchsdienste. Und die sind durch dieses Projekt entstanden und die sind vom Klinikalltag nicht mehr wegzudenken“ (Interview 7)

Umgang mit Patienten

In den Interviews wurde auch der (veränderte) Umgang mit dem Patienten oder die Haltungsänderung gegenüber dem Patienten betont. Dies fand in Interview 6 und 9 mit jeweils drei Aussagen besondere Erwähnung. Folgendes Zitat aus Interview 8 soll dies verdeutlichen:

„Das war wirklich das Thema, diesen Umgang mit den Demenzpatienten. Wir haben ja bei der letzten Projektgruppe nochmal abgefragt. [...] Heißt Thema mit Demenzpatienten, mehr Ruhe reinbringen, mehr Struktur reinbringen, in die Arbeit, mit den demenziell Erkrankten. Oft sind es die kleinen Hilfestellungen, wie zum Beispiel Piktogramme, die wirklich sehr sehr viel bringen. Der Blick wurde geschulter, einfach auf dieses Thema herausforderndes Verhalten und die Patienten und das Weitergeben von Wissen war auch sehr wichtig, haben sie gesagt.“

Workshops

Zu Beginn des Moduls „Herausforderndes Verhalten“ wurden jeweils zwei Workshop-Tage durchgeführt und im Anschluss mit dem Interview angesprochen. Insgesamt wurde mit 50 % die Weiterführung der Schulungen in den 9 Interviews genannt.

„Und die Basisschulung war sicherlich gut. Das denke ich schon, aber wenn ich jetzt Leute einzeln fragen würde, was ist denn jetzt hängen geblieben, das ist eine andere Geschichte.“ (Interview 5)

„Also Schulungen sind sehr gut angenommen worden, ist gut umgesetzt worden.“ (Interview 9)



6.3 Modulübergreifende Evaluationen Projektbeteiligte

6.3.1 Evaluation Interview Geschäftsführungen

Die Interviews mit den Geschäftsführungen wurden nach den elf einzelnen Fragen aufgeteilt evaluiert. Die Inhalte der Antworten wurden kategorisiert und die Kategorien nach Häufigkeit in Tabellen dargestellt.

Die erste Frage beschäftigte sich mit den Projektbestandteilen, die nach Meinung der Geschäftsführungen die größte Bedeutung im Projekt hatten. Tabelle 99 gibt einen Überblick über die Ergebnisse: Sieben von neun Interviewpartnern (78 %) hielten die Mitarbeiterschulungen für den wichtigsten Bestandteil, gefolgt vom Einsatz ehrenamtlicher Helfer (N=6; 67 %) und den Fallbesprechungen (N=5; 56 %). Am wenigsten wichtig erschienen die „Planung Neubau“ und das Thema „Delir“ mit jeweils zwei Nennungen (je 22 % der Interviewpartner).

„Sind alle relevant, vor allem die Schulungen der Mitarbeiter möchte ich mal herausstellen. Dass die auf diese - sagen wir mal - veränderten Verhalten der dementen Patienten auch eingehen können. Und das ist eben auch ja, fallgruppenspezifisch behandelt werden kann. Dass die auch das Verhalten verstehen, finde ich auch ganz wichtig und mit den Ehrenamtlichen, da hat sich die Frau [...] ja sehr lang gemacht, auch mit dem Projekt der Grünen Damen und so weiter. Die haben wir ja gut etabliert und wird auch von den Patienten sehr gut angenommen und ist auch eine große Unterstützung.“ (Interview 7)

„Insgesamt die Schulungen muss ich sagen und zwar die Schulungen für die Mitarbeiter als auch für die ehrenamtlichen Helfer dann...“ (Interview 8)

Tabelle 99 Projektbestandteile mit der größten Bedeutung für das Krankenhaus (Frage 1)
Sonstige: Nur einmal genannte Bestandteile

Projektbestandteil	Anzahl	Anteil an Nennungen	Anteil an Interviews
Mitarbeiterschulungen	7	19,4%	77,8%
Ehrenamtliche Helfer	6	16,7%	66,7%
Fallbesprechung	5	13,9%	55,6%
Ärzteschulungen	4	11,1%	44,4%
Sensibilisierung der Mitarbeiter	4	11,1%	44,4%
Begleitung durch Projektkoordinator	3	8,33	33,3%
Planung Neubau	2	5,6%	22,2%
Umgang mit Delir bzw. Unterschied zwischen Delir/Demenz	2	5,6%	22,2%
Sonstige	3	8,3%	-
Gesamt	36	100,0%	

Mit der zweiten Frage sollte erhoben werden, welche spezifischen Ziele, die sich das jeweilige Krankenhaus gesteckt hatte, im Projekt erreicht oder ggf. auch nicht erreicht worden sind.

Im Hinblick auf die erzielten Ergebnisse wurde die Sensibilisierung der Mitarbeiter am häufigsten genannt (N=7; 78 %), gefolgt von der Erweiterung des Wissens durch Schulungen (N=5; 56 %).

*„... mehr Verständnis für das Problem Demenz und das herausfordernde Verhalten, ganz dem Patienten... Also es hat auf jeden Fall mehr zur Sensibilisierung beigetragen...“
(Interview 5)*

*„... Und insofern was das Thema Sensibilisierung durch Schulungen, durch überhaupt ahhh, da läuft ein Projekt Demenzkranke in der Klinik. War das das Wesentlichste, das etwas bewegt worden ist in den Köpfen. Dass man sich mit dem Thema schlichtweg befasst...“
(Interview 8)*

**Tabelle 100 Ziele, die aus der Sicht der Geschäftsführungen erreicht wurden (Frage 2)
Sonstige: Nur einmal genannte Ergebnisse**

Ergebnisse	Anzahl	Anteil an Nennungen	Anteil an Interviews
Sensibilisierung	7	23,3%	77,8%
Wissenserweiterung/Schulungen	5	16,7%	55,6%
Besserer Umgang mit herausforderndem Verhalten	3	10,0%	33,3%
Verständnis für Krankheitsbild	2	6,7%	22,2%
Imagegewinn	2	6,7%	22,2%
Wahrnehmungs-/ Haltungsänderung	2	6,7%	22,2%
Verbesserte Betreuung durch EAH	2	6,7%	22,2%
Sonstige	7	23,3%	-
Gesamt	30	100,0%	

Neben der positiven Sicht auf die Dinge ist es oft auch von besonderem Interesse zu erheben, wo Ziele nicht erreicht werden konnten. Mit Frage 3 wurde dies getan. Tabelle 100 zeigt die Ergebnisse der Betrachtung:

Am häufigsten wurde bei dieser Frage erneut die mangelnde Beteiligung der Ärzte am gesamten Projekt artikuliert: In vier von neun Fragebögen (44 %; vgl. Tabelle 101) wurde dieser Punkt genannt. Jeweils mit gleicher Anzahl von drei Nennungen (33 %) wurden eine ausreichende Durchdringung beim Umgang mit herausforderndem Verhalten sowie eine bessere Zusammenarbeit der Projektkrankenhäuser genannt. Die Gesamtprojektleitung versuchte, diese Zusammenarbeit innerhalb des Projektes durch sechs Austauschtreffen in Ingolstadt zu gewährleisten, die etwa im Abstand von vier Monaten stattfanden. An diesen Austauschtreffen nahmen i.d.R. die lokalen Pro-

jektleitungen sowie weitere Mitarbeiter teil. Möglicherweise hatten die Geschäftsführer nicht ausreichend Kenntnis von diesen Treffen.

„Erwartete Ziele, die wir hatten, wir konnten unsere Ärzte nicht so einbinden wie es uns eigentlich recht wäre. Dann auch den Einfluss auf die medikamentöse Therapie...“ (Interview 1)

„... die Gruppe der Ärzte, haben sich mit dem Thema, sagen wir es mal ganz, wenn man es negativ sagen würde, verschlossen oder waren nicht so aufgeschlossen, wie man es sich erwarten muss. Und schon klar gar nicht, wie man sich das wünschen würde.“ (Interview 8)

**Tabelle 101 Ziele, die nach Ansicht der Geschäftsführungen nicht erreicht werden konnten (Frage 3)
Sonstige: Nur einmal genannte Ergebnisse**

Nicht erreichte Ziele	Anzahl	Anteil an Nennungen	Anteil an Interviews
Ärztbeteiligung	4	26,7%	44,4%
Umgang mit HV	3	20,0%	33,3%
mehr Zusammenarbeit und Mitwirkung der Projektkrankenhäuser	3	20,0%	33,3%
Sonstige	5	33,3%	-
Gesamt	15	100,0%	

Neben der positiven Bewertung der erreichten Ziele äußert sich der Erfolg von Projektbestandteilen auch darin, dass eine Fortführung nach Projektende geplant ist. Mit der vierten Frage des Interviews wurden diese Maßnahmen erhoben. Am häufigsten wurde bei dieser Frage die ehrenamtlichen Helferkreise genannt, denen vonseiten der Geschäftsführungen eine erhebliche Bedeutung beigemessen wurde. In vier von neun Interviews (N=44 %; vgl. Tabelle 102) wurde die Weiterführung der Helferkreise genannt. In drei Fällen wurden die Fallbesprechungen als wichtiges Instrument der Bearbeitung herausfordernden Verhaltens angesprochen (33 %). Delir- und Delirmanagement, die Fortführung der Projektgruppe und schließlich Schulungen wurden in je zwei Interviews genannt (22 %).

„Ja, die Fallbesprechungen werden wir weiterführen, das Delirmanagement werden wir weiter verfolgen. Genau das geht auf jeden Fall weiter. Genau die haben wir [Ehrenamtliche Helfer], die hatten wir ja auch schon vor dem Projekt. Genau die sind etabliert, das läuft auf jeden Fall weiter, da sind wir auch immer dabei, dass wir neue Menschen gewinnen können für die ehrenamtliche Tätigkeit. Also das läuft unabhängig vom Projekt so weiter.“ (Interview 3)

„Ja, was wir auf jeden Fall weiter machen ist die Öffentlichkeit mit den ehrenamtlichen Helfern. Das Demenzcafé, was wir nicht geplant hatten, aber auch noch dabei haben und dass wir immer diese Themen auf der Agenda haben, mal Kurzfortbildungen mit Intern. Fallbesprechungen werden wir keine machen und wir werden uns auch kontinuierlich,

*wenn das Thema Fortbildungen oder irgendwas ansteht, wollen wir Leute hinschicken.“
(Interview 6)*

**Tabelle 102 Maßnahmen, die nach Projektende weitergeführt werden sollen (Frage 4)
Sonstige: Nur einmal genannte Ergebnisse**

Maßnahmen, die weitergeführt werden sollen	Anzahl	Anteil an Nennungen	Anteil an Interviews
Ehrenamtliche Helfer	4	16,7%	44,4%
Fallbesprechungen	3	12,5%	33,3%
medikamentöse Steuerung von deliranten / älteren Patienten	2	8,3%	22,2%
Projektgruppe	2	8,3%	22,2%
Schulungen	2	8,3%	22,2%
Sonstige	11	45,8%	-
Gesamt	24	100,0%	

Die Frage (Frage 5), ob das Thema „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ generell weiterverfolgt werden sollte, wurde in allen Interviews mit „ja“ beantwortet. Die Geschäftsführer sehen eine Notwendigkeit in der Fortführung, die sie in mehr als der Hälfte der Interviews (N=5; 56 %) mit der weiteren demografischen Entwicklung begründeten. Dreimal wurde die Fortführung ohne ausführliche Begründung ausgesprochen (33 %) und einmal die Verbesserung der Arbeitssituation der Pflegekräfte ins Feld geführt (vgl. Tabelle 103)).

„Habe ich schon gesagt, ja, werden wir. Weil wir das als sehr wichtiges Thema ansehen. Und ich möchte auch nicht wieder das übliche wiederholen, dass wir einen demografischen Effekt haben, das wissen Sie alles und wie gesagt, uns geht es darum, als Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung da die bestmögliche Betreuung der Patienten, der letzten Lebensphase dann auch anzubieten...“ (Interview 2)

Tabelle 103 Generelle Fortführung des Themas „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ (Frage 5)

Fortführung, weil	Anzahl	Anteil an Nennungen	Anteil an Interviews
die Anzahl von Menschen mit Demenz in Zukunft ansteigt	5	55,6%	55,6%
[ohne Begründung]	3	33,3%	33,3%
die Arbeitssituation der Pflegekräfte optimiert wird	1	11,1%	11,1%
Gesamt	9	100,0%	

„Ganz sicher. Das ergibt sich schon aus der demografischen Entwicklung, und wir bauen halt die Geriatrie aus. Wir haben jetzt zwanzig Betten, wir bauen die auch vierzig Betten aus. Das heißt, das Thema wird uns zunehmend beschäftigen...“ (Interview 9)

Für ein gutes Gelingen eines komplexen Projektes scheint eine gute Arbeitsatmosphäre zwischen den Projektpartnern sehr wichtig zu sein. Die Frage nach diesem Aspekt wurde ausschließlich positiv bewertet. Bei 89 % (vgl. Tabelle 104) der Interviews wurde die Zufriedenheit mit „ja“ oder „sehr gut“ bewertet, in drei Fällen kamen noch Ergänzungen hinzu, z.B. um einen Zusammenhang mit Schulungen darzustellen.

Natürlich ist die Aussagekraft dieser Antworten dadurch limitiert, dass das Interview von einer projektbeteiligten Person geführt wurde. Andererseits wurde in der nachfolgenden Frage (Frage 7) nach Defiziten der Kooperation eine Reihe von Punkten angesprochen.

„Ja, es sind die nötigen Impulse gesetzt worden, insbesondere die Schulungen für die ehrenamtlichen Demenzbegleiter waren gut. Das eine oder andere, wo es um das Projektteam ging oder Steuerungsgruppe wie es genannt wurde, da hätte man sich es einmal gewünscht, dass da ein bisschen ein Impuls mehr passiert. Oder dass die Besprechung etwas straffer organisiert wird...“ (Interview 8)

„Sehr zufrieden. Der Herr Dr. Teschauer hat das super gemacht. Alles, es ist super gelaufen, also da kann man gar nicht, also wirklich top gewesen. Aber er war ja auch mit uns zufrieden. Er hat es immer wieder gesagt. In [...]war auch die Akzeptanz des ärztlichen Dienstes, auch ich war immer da und ich hab auch immer gesagt, das muss sein, und Frau Dr. [...] und Frau [...]haben das exzellent gemacht. Und es war auch eine große Akzeptanz da und darum war es halt wieder auf der Agenda, aktuelle Stunde, dass wir das abgeschlossen haben, dass es sehr gut war, dass wir toll waren, das hat der Herr Dr. Teschauer gesagt. Also wir waren sehr zufrieden.“ (Interview 6)

Tabelle 104 Einschätzung der Zufriedenheit bei der Kooperation mit dem Landesverband Bayern der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (Frage 6)
 Sonstige: Nur einmal genannte Ergebnisse

Zufriedenheit mit der Kooperation mit der BALzG	Anzahl	Anteil an Nennungen	Anteil an Interviews
ja	8	72,7%	88,9%
Sonstige	3	27,3%	-
Gesamt	8	72,7%	

Bei der Frage nach den Defiziten in der Kooperation wurde dreimal als Antwort „keine“ angegeben (33 %; vgl. Tabelle 105). In drei Interviews wurde angeführt, dass zu wenige Rückmeldungen erfolgt seien. Gemeint war hier z.B., dass für die Mitarbeiter nicht zu jedem Zeitpunkt ersichtlich war, aus welchem Grund die Erhebungsbögen zum herausfordernden Verhalten ausgefüllt werden sollten. Vorläufige Auswertungen sind erst bei den Austauschtreffen vorgestellt worden. Außerdem entstand das Missverständnis, dass der Handlungsleitfaden, der erst im Laufe des Projektes erarbeitet werden sollte, bereits zu Projektbeginn zur Verfügung stünde.

Dass Projektziele als nicht ganz klar definiert und das Projekt als unstrukturiert wahrgenommen worden sind lag unter anderem im Entwicklungsprozess des Instruments zum herausfordernden Verhalten begründet.

„Ja, habe ich schon indirekt gesagt, vielleicht den einen oder anderen Impuls. Auch wenn man das ein bisschen vertieft, auch den Austausch mit den anderen Projekt teilnehmenden Kliniken. Oder solchen, die ja in der Vergangenheit schon dabei waren,...“ (Interview 8)

„Zum Beispiel das Coaching, wenn das ein Instrument ist, das ich zum Projekt benötige, dann muss genau definiert sein, was versteht die Alzheimer Gesellschaft darunter und wie wollen sie es durchführen. Dass sie sagen, welche Instrumente sie stellen, dass sie sagen das ist das wichtige. Das muss klar formuliert sein. Es ist mal ein Beispiel.“ (Interview 3)

Tabelle 105 Einschätzung von Defiziten in der Zusammenarbeit mit dem Landesverband Bayern der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (Frage 7)
Sonstige: Nur einmal genannte Ergebnisse

Defizite bei der Kooperation mit der BALzG	Anzahl	Anteil an Nennungen	Anteil an Interviews
Keine	3	21,4%	33,3%
Zu wenige Rückmeldungen - keine genaue Antwort möglich	3	21,4%	33,3%
Projekt unstrukturiert	3	21,4%	33,3%
Projektziele waren nicht ganz klar	2	14,3%	22,2%
Sonstige	3	21,4	-
Gesamt	14	100,0%	

Die Frage, welche Prozesse sich im Projekt konkret positiv entwickelt hätten wurde in vier Interviews mit der „Umsetzung in die Praxis“ und mit der guten Zusammenarbeit beantwortet (N=4; 44 %). Zweimal wurde explizit die Vermittlung von Schulungsinhalten genannt.

„Ja, wie gesagt die Zusammenarbeit, was wir schon gehabt haben und einfach so diese ganzen Sachen, die wir bei uns eingebaut haben, etabliert haben. Das war vorher nicht. Das ist jetzt nach und nach, in den drei Jahren war ja glaube ich das Projekt, ist das so nach und nach gekommen bei uns. Und das hat man jetzt alles verwirklichen können...“ (Interview 9)

„Ja, gut gelaufen sind die Schulungen und gut gelaufen ist die Auseinandersetzung von unseren Mitarbeitern, insbesondere Pflege mit dem Thema. Und dann das, was so im Laufe der Zeit umgesetzt worden ist.“ (Interview 8)

Tabelle 106 Einschätzung positiver Prozesse im Projekt (Frage 8)
 Sonstige: Nur einmal genannte Ergebnisse

	Anzahl	Anteil an Nennungen	Anteil an Interviews
Umsetzung in die Praxis	4	25,0%	44,4%
Zusammenarbeit	4	25,0%	44,4%
Vermittlung der Kommunikation und der Schulungsinhalte	2	12,5%	22,2%
Sonstige	6	37,5	-
Gesamt	16	100,0%	

Bei der Frage nach Prozessen, die sich im Projektzeitraum nicht wie gewünscht entwickelt hätten, wurde fünfmal die mangelnde Beteiligung der Ärzte in verschiedenem Zusammenhang genannt, die an verschiedenen Stellen der Evaluation bereits relevant war.

„Dass die ärztliche Beteiligung, dass die Ärzte, zu wünschen übrig ließ. Es mag sein, dass manche wirkliche Zeitnot gehabt haben, wobei es nicht glaubhaft ist, dass einzelne Personen dauerhaft verhindert waren.“ (Interview 5)

„Naja das, was wir eigentlich schon gesagt haben, dass vieles sich erst im Laufe des Projektes entschieden hat. Auch jetzt, dass die Fallbesprechungen alle protokolliert werden müssen oder so. Das haben wir erfahren, nachdem die letzte Fallbesprechung irgendwie zwei Wochen vorbei war.“ (Interview 3)

Tabelle 107 Einschätzung negativer Prozesse im Projekt, (Frage 9)
 Sonstige: Nur einmal genannte Ergebnisse

	Anzahl	Anteil an Nennungen	Anteil an Interviews
Ärztbeteiligung	5	50,0%	55,5%
Projektkoordination	3	30,0%	33,3%
Sonstige	2	20%	-
Gesamt	10	100,0%	

Schließlich wurden die Geschäftsführer dazu befragt, warum das Thema „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ bei den Aktivitäten der Krankenhausverbände / Krankenhausgesellschaften keinen breiteren Raum einnehme. In acht Interviews (89 %; vgl. Tabelle 108) wurde als wesentliche Begründung genannt, dass die Krankenhausgesellschaften vor allem einen finanziellen bzw. betriebswirtschaftlichen Schwerpunkt hätten und daher dieses Thema nicht an vorderster Front vertreten. Auch die zweimal getroffene Aussage (22 %), dass Demenz nicht als Hauptdiagnose gesehen werde, verweist in die gleiche Richtung.

„Ja, weil die Krankenhausgesellschaften sehr stark gebunden sind an die Themen Vergütung. Und Demenz ist halt nicht das, die vordergründige Erkrankung, die hier im Kran-

kenhaus behandelt wird und auch vergütet wird. Und deswegen wird das auch irgendwo sukzessiver betrachtet und nicht vordergründig. Und die Krankenhausgesellschaften machen sich halt mehr Gedanken, wie kann man die Krankenhäuser mehr an sich finanzieren, ... Es ist so, da wird immer nur die Erlöse, die Überlebensfähigkeiten der Häuser im Vordergrund gesetzt und die wurden danach zum Thema gemacht...“ (Interview 2)

„Ich glaube, dass andere viele Themen im Vordergrund stehen mit Wirtschaftsfaktoren oder Finanzierung, mit rechtlichen Faktoren, dass die im Vordergrund stehen.“ (Interview 5)

Tabelle 108 Einschätzung, warum die Krankenhausgesellschaften das Thema „Demenz“ nicht stärker zu ihrem machen, (Frage 10)
Sonstige: Nur einmal genannte Ergebnisse

	Anzahl	Anteil an Nennungen	Anteil an Interviews
Finanzielle Gründe	8	47,1%	88,8%
Kein Interesse vonseiten der KH-Gesellschaft	4	23,5%	44,4%
Demenz wird nicht als Hauptdiagnose gesehen	2	11,8%	22,2%
Sonstige	3		
Gesamt	17	100,0%	

„Ja unbedingt. Also wie gesagt, die Demografie wird ja immer oder das Alter der Leute wird immer höher und die Demenzerkrankungen nehmen zu. Der Umgang mit diesen Leuten im Krankenhaus ist halt sehr schwierig, vor allem aber auch für die Patienten selber. Ja also auch für die Mitarbeiter äußerst schwierig. Das sind halt die zwei großen Sachen, die man damit verbessern kann. Das Gespür der Mitarbeiter da zu verbessern im Umgang mit solchen Patienten. Natürlich auch den Patienten die Angst zu nehmen in ein Krankenhaus zu gehen und in einer neuen Umgebung zu sein, mit allen Facetten des herausfordernden Verhaltens.“ (Interview 9)

„Unbedingt. Wir würden gerne auch beim nächsten Projekt gerne mitmachen. Also wenn es wieder eins gibt, sind wir sofort wieder mit dabei. Weil nur so wird man zum einen gezwungen, sich mit dem Thema zu befassen und man wird auch gezwungen, Maßnahmen durchzuführen. Das ist ja, unbedingt. Und auch unsere Mitarbeiter würden da wieder mitmachen. (Interview 4)

Tabelle 109 Empfehlung einer Projektteilnahme an andere Krankenhäuser, (Frage 11)

Empfehlung an andere Krankenhäuser	Anzahl	Anteil an Nennungen	Anteil an Interviews
Ja, unbedingt/uneingeschränkt, weil...			
Demografischer Wandel	3	17,6%	33,3%
Verbesserter Umgang mit MmD und HV	3	17,6%	33,3%
Krankenhausaufenthalt für den Patienten angenehm gestalten	2	11,8%	22,2%
Geschulte Mitarbeiter	1	5,9%	11,1%
Durch Projekt gezwungen, sich mit dem Thema zu befassen und durchzuführen	1	5,9%	11,1%
Wer sich nicht mit dem Thema befasst, verweigert sich einer gesellschaftlichen Entwicklung	1	5,9%	11,1%
Ja, weil...			
Demografischer Wandel	2	11,8%	22,2%
Wissensdefizite in der Somatik	1	5,9%	11,1%
Problem für alle	1	5,9%	11,1%
Darauf achten, wo habe ich das Patientenklimentel, auf welcher Station eine Durchdringung?	1	5,9%	11,1%
Kommt drauf an, ...			
ob KH sich schon mit dem Thema beschäftigt? Wenn nicht, auf jeden Fall Notwendigkeit sich mit dem Thema zu befassen	1	5,9%	11,1%
Gesamt	17	100,0%	

7 Konzepte

7.1 Elemente der Demenzkonzepte der Projektkrankenhäuser – Modul I

Der Baustein „Prävention“ beinhaltet die Erarbeitung und Umsetzung eines Demenzkonzeptes. Tabelle 110 ist zu entnehmen, welche Elemente und besonderen Maßnahmen durch die einzelnen Krankenhäuser in die Demenzkonzepte eingebracht wurden. Die Inhalte der Demenzkonzepte wurden zur Erstellung der Tabelle kategorisiert und somit zusammengefasst. Eine Kategorie umfasst den Einsatz ehrenamtlicher Helfer im Krankenhaus, die i.d.R. zur Beschäftigung und Betreuung tätig sind. Eine weitere Kategorie bilden Mitarbeiterschulungen, wie sie auch im Rahmen des Projektes stattgefunden haben. Die Kategorie „Angehörige mit einbinden“ beinhaltet unter anderem das Rooming-in, Schulungen und Stärkung der pflegenden Angehörigen durch Infomaterial zur Erkrankung oder im Umgang. Auch haben einige Kliniken Maßnahmen zur Milieugestaltung in ihrem Demenzkonzept verankert. Hierunter fallen zum Beispiel das Aufhängen von Wanduhren sowie Kalendern, die Kennzeichnung von Zimmer- bzw. Toilettentüren mit Piktogrammen, das Mitbringen von Alltagsgegenständen von zu Hause und farbige Gestaltung z.B. der Toilettensitze. Unter dem zusätzlichen Betreuungsangebot wurden das Demenz-Café, die Plauderstube, die Beschäftigungskiste, der Speisesaal als Aufenthaltsraum und zum Einnehmen gemeinsamer Mahlzeiten zusammengefasst. In diesem Speisesaal befindet sich unter anderem ein DVD-Player mit entsprechendem biografiegerechten Filmmaterial (z.B. Heinz-Erhardt-Filme).

Tabelle 110 In den Demenzkonzepten genannte Elemente

	Donauwörth	Illertissen	Krumbach	Roth	Vilshofen
Ehrenamtlicher Helfer- kreis	✓		✓	✓	✓
Mitarbeiter- Schulungen			✓	✓	✓
ANG einbinden (z.B. Rooming-in)	✓		✓		✓
Milieugestaltung (z.B. Toilettensitze, Wanduhren usw.)		✓	✓	✓	✓
Zusätzliches Beschäfti- gungsangebot		✓	✓	✓	
Prozessoptimierung	✓			✓	✓
Hilfsmittel	✓	✓			✓
Öffentlichkeitsarbeit			✓		✓
Demenzberater/ - beauftragter				✓	✓

Eine weitere Kategorie bilden die Versorgungsprozesse während der Klinikaufenthalts. Hier wurde versucht, diese für Patienten mit Demenz zu optimieren. Manche Kliniken haben ein kognitives Kurzscreening benannt oder einen Biografiebogen eingeführt. Durch die Kennzeichnung „kogniti-

ves Risiko“ für die Funktionsabteilungen werden lange Wartezeiten vermieden. Auch Dienstpläne wurden so gestaltet, um diese Versorgungskontinuität und somit eine Bezugspflegerperson gewährleistet war. Auch die verbesserte Schmerzbeobachtung und -medikation wurde in den Konzepten angegeben. Störende Faktoren wie zum Beispiel Dauerkatheter oder Zugänge werden – sobald medizinisch möglich - zeitnah entfernt. Durch ein verbessertes Belegungsmanagement kann auf die individuellen Bedürfnisse besser eingegangen werden. Es wird auf Wunschkost geachtet, um den Appetit anzuregen, ebenso wird Zusatzernährung angeboten. Auch wird die Entlassung oder die nachstationäre Versorgung in einem Krankenhaus durch einen Pflegeverlegungsbericht gewährleistet. In der Kategorie „Hilfsmittel“ wurden z.B. die bedienungsfreundliche Klingel bzw. der Patientenruf, Niederflurbetten und das Transpondersystem zusammengefasst. In einer Klinik sind auch sechs Demenzberater tätig und in einer anderen Klinik wurden während des Projekts Demenzbeauftragte auf den jeweiligen Projektstationen benannt.

In einigen Kliniken wurden in den Demenzkonzepten Maßnahmen genannt, die während der Projektlaufzeit noch nicht umgesetzt werden konnten, aber zukünftig angestrebt werden. Dies sind unter anderem Schulungen von Angehörigen und anderen Berufsgruppen in der Klinik (Verwaltung, Reinigungsfachkräfte etc.), Einführung einer Angehörigensprechstunde, Einführung einer Demenzstation, Neubau der Akutgeriatrie und die Supervision für Mitarbeiter.

8 Handreichung zur Gestaltung eines Demenzkonzeptes

8.1 Entstehung

Im Rahmen des Moduls I der dritten Projektphase „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ waren die fünf Krankenhäuser in Donauwörth, Illertissen, Krumbach, Roth und Vilshofen dazu aufgerufen ein Demenzkonzept zu erstellen. In allen fünf Häusern ist dies im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten geschehen.

Ein Ziel des Projektes war es, aus der Zusammenschau dieser fünf bestehenden Konzepte ein Dokument zu erstellen, das die Impulse aus allen eingereichten Konzepten zusammenfasst und ggf. um einige weitere Aspekte ergänzt, die aus der Sicht des Landesverbandes Bayern der Deutschen Alzheimer Gesellschaft von Bedeutung waren. Das umfangreichste Dokument stellte das Krankenhaus Vilshofen zur Verfügung. Diese Ausführungen und ihre Struktur wurden als Gerüst für den nachfolgenden Text verwendet und – wie oben beschrieben - um weitere Aspekte ergänzt bzw. wo nötig, verallgemeinert.

Das unten stehende Konzept zeigt grundsätzliche Möglichkeiten und Optionen auf. Insofern kann auf Strukturen oder Prozesse verwiesen werden, die nicht in jedem Haus vorhanden sind. Das Konzept schlägt also Lösungsmöglichkeiten für bestimmte Fragen vor, über die in jedem Haus individuell entschieden werden muss.

8.2 Einleitung

Die demografische Entwicklung unserer Gesellschaft beeinflusst und verändert bereits jetzt spürbar die Behandlung, Versorgung und Pflege unserer Patienten im Krankenhausalltag. Die Patienten werden deutlich älter. Mit zunehmendem Alter der Erkrankten steigt auch die Zahl der an Demenz Leidenden kontinuierlich an (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2016a).

Als Einweisungsdiagnose steht die Demenz im Akutkrankenhaus nicht im Vordergrund. In aller Regel sind andere, alterstypische Erkrankungen bzw. gesundheitliche Beeinträchtigungen der Anlass für die stationäre Aufnahme. Es handelt sich dabei gleichermaßen um Notfälle und elektive Behandlungen.

Typischerweise orientiert sich die Organisation der medizinischen und pflegerischen Behandlung eines Patienten im Krankenhaus an den somatischen Erkrankungen. Hierfür sind Versorgungsstrukturen standardisiert und optimiert, auch die Vergütungssysteme richten sich daran aus. Hierbei geht man davon aus, dass der Patient den Behandlungsablauf kognitiv erfassen und aktiv mitgestalten sowie sich an den vorhandenen Rahmenbedingungen orientieren kann.

Ein Mensch mit einer Demenz kann das krankheitsbedingt meist nicht.

Für jeden demenzerkrankten Patienten und deren pflegenden Angehörigen stellt der Aufenthalt in einem Krankenhaus eine mehr oder weniger dramatische persönliche Ausnahmesituation dar. So können unter anderem die fremde Umgebung, das Fehlen der vertrauten Bezugspersonen, reduzierte Bewegungsmöglichkeiten, ein veränderter Tagesablauf, unbekannte und angstausslösende

Untersuchungen und der allgemein hektische Krankenhausbetrieb, aber auch unerwünschte Arzneimittelwirkungen zur gravierenden Verschlechterung der Demenzsymptomatik führen. Auch die Erstmanifestation verschiedener Demenzsymptome wird häufig erst im Rahmen eines Klinikaufenthaltes für Angehörige und Ärzte erkennbar.

Angehörige, die die Pflege des Familienmitgliedes zu Hause leisten, fühlen sich meist auch noch während des Aufenthaltes in der pflegerischen Verantwortung. Einige nehmen oftmals große zusätzliche Belastungen auf sich, um nahezu rund um die Uhr im Krankenhaus zur Verfügung zu stehen. Andere brauchen den Krankenhausaufenthalt des demenzkranken Angehörigen regelrecht als „Auszeit von der Pflege“, weil sie selbst am Ende ihrer Kräfte sind.

Gleichzeitig wird das Pflegepersonal vor große Herausforderungen gestellt, die es nur in der interprofessionellen Zusammenarbeit vor allem mit den Ärzten bewältigen kann: Die erforderliche Behandlung aller Patienten, das Eingehen auf die Bedürfnisse der Demenzkranken, die oft durch herausforderndes Verhalten kommuniziert werden, um den daraus folgenden Beschwerden der kognitiv nicht beeinträchtigten Mitpatienten und den täglichen Routinearbeiten gerecht zu werden. Ebenso erfordert die Betreuung der meist vielfach belasteten und besorgten Angehörigen einen hohen Zeitfaktor.

Wegen der Einzigartigkeit einer Person sind das Erleben und die Erfahrung von Demenz subjektiv. Es besteht nicht die Möglichkeit sich *vollständig* in die Erlebniswelt eines Menschen mit Demenz hineinzusetzen. Durch die zunehmenden kognitiven und sprachlichen Einschränkungen können Erfahrungen und Eindrücke ggf. nur noch schlecht mitgeteilt werden. Kitwood beschreibt Zugangswege mit denen es ermöglicht werden soll, in die subjektive Welt der Demenz einzutauchen zu können (Kitwood, 2004).

Beim personenzentrierten Ansatz nach Tom Kitwood steht die *Person* mit Demenz im Mittelpunkt und nicht seine Krankheit. Das „Person sein“ soll erhalten bleiben und gefördert werden. Im Vordergrund steht, den Demenzkranken das Gefühl zu geben, etwas wert zu sein, etwas tun, etwas bewirken zu können, Kontakt zu anderen Menschen zu haben und dazu zu gehören, das Gefühl von Sicherheit, Urvertrauen und Hoffnung. (Vgl. Morton, 2002 und Müller-Hergl, 2000)

8.3 Zielsetzung

Ziel ist es, Einrichtungen demenzsensibler zu gestalten, indem die speziellen Bedürfnisse der Patienten erfasst und erarbeitet werden. So können Strukturen, Abläufe und Handlungskonzepte auf den demenzerkrankten Menschen abgestimmt werden, um konkrete Hilfestellungen anzubieten und für den Patienten und deren Angehörigen eine bessere Versorgung sicher zu stellen. Ein wertschätzender Umgang des Krankenhauspersonals mit dem Demenzpatienten steht im Vordergrund.

Die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Patient, Arzt, Pflegepersonal, ggf. anderen Berufsgruppen und den Angehörigen soll dazu beitragen, die belastenden Situationen so weit wie möglich für alle zu reduzieren.

Ein möglichst stressarmer Aufenthalt im Krankenhaus ermöglicht somit auch den größtmöglichen Erfolg der Behandlung für den Patienten.

Eine Grundvoraussetzung dafür ist die wertschätzende Grundhaltung gegenüber den Menschen mit Demenz, die – wo sie noch nicht vorhanden ist – durch eine Haltungsänderung im Rahmen von Schulungen, Arbeitsgruppen, Workshops, Fallbesprechungen und Coachings erreicht werden soll. Somit gilt es nicht nur physisch und räumlich, sondern vor allem auch im psychosozialen Umfeld eine den Patienten unterstützende Umwelt zu schaffen.

Grundsätzlich hat die Vermeidung absehbarer, schwieriger Situationen Vorrang.

Eine große Herausforderung beim Aufenthalt demenzkranker Patienten im Akutkrankenhaus liegt im Spannungsfeld „Demenz und Selbstbestimmung“ (DEKV, 2017). Hierzu ist auch die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ heranzuziehen (BMFSJ und BMG, 2014). Hier heißt es:

Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe und auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben führen zu können.

Und in der Erläuterung weiter:

Willens- und Entscheidungsfreiheit, Fürsprache und Fürsorge

Sie haben das Recht auf Beachtung Ihrer Willens- und Entscheidungsfreiheit sowie auf Fürsprache und Fürsorge. Die an der Betreuung, Pflege und Behandlung beteiligten Personen müssen Ihren Willen beachten und ihr Handeln danach ausrichten. Das gilt auch, wenn Sie sich sprachlich nicht artikulieren können und Ihren Willen beispielsweise durch Ihr Verhalten zum Ausdruck bringen. Menschen, deren geistige Fähigkeiten eingeschränkt sind, müssen ihrem Verständnis entsprechend in Entscheidungsprozesse, die ihre Person betreffen, einbezogen werden.

Diese Passage umschreibt die Situation demenzkranker Patienten im Krankenhaus und verweist indirekt auch auf die herausfordernden Verhaltensweisen, die immer wieder zu freiheitsentziehenden Maßnahmen führen. Dazu äußert sich Artikel 2 der Charta:

Artikel 2: Körperliche und Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.

Auch hier enthält die Erläuterung wichtige Präzisierungen:

Schutz vor unsachgemäßer medizinischer und pflegerischer Behandlung

Sie haben das Recht, vor Schäden durch unsachgemäße medizinische und pflegerische Behandlung geschützt zu werden. Das bedeutet beispielsweise, dass Ihre Medikamente gewissenhaft und sachgemäß verordnet und verabreicht werden müssen. Ärztinnen und Ärzte haben die Pflicht, Sie verständlich und umfassend über Wirkungen, Neben- und

Wechselwirkungen von Medikamenten aufzuklären. Ihre Wahrnehmungen und Hinweise sowie beobachtbare Anzeichen möglicher Neben- und Wechselwirkungen von jeglichen Behandlungen sowie pflegerischen Maßnahmen erfordern besondere Aufmerksamkeit und rechtzeitiges Reagieren durch Ärztinnen, Ärzte und Pflegende.

Schutz vor unangezeigten freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

Grundsätzlich haben Sie das Recht, sich in Ihrer Umgebung frei zu bewegen. Wenn es Ihr gesundheitlicher Zustand erlaubt, muss gewährleistet sein, dass Sie Ihren Wohnraum jederzeit betreten, verlassen und abschließen können. Wenn Sie in einer stationären Einrichtung leben und selbständig Ihren Wohnraum verlassen können, soll Ihnen ein eigener Haustür- und Zimmerschlüssel ausgehändigt werden.

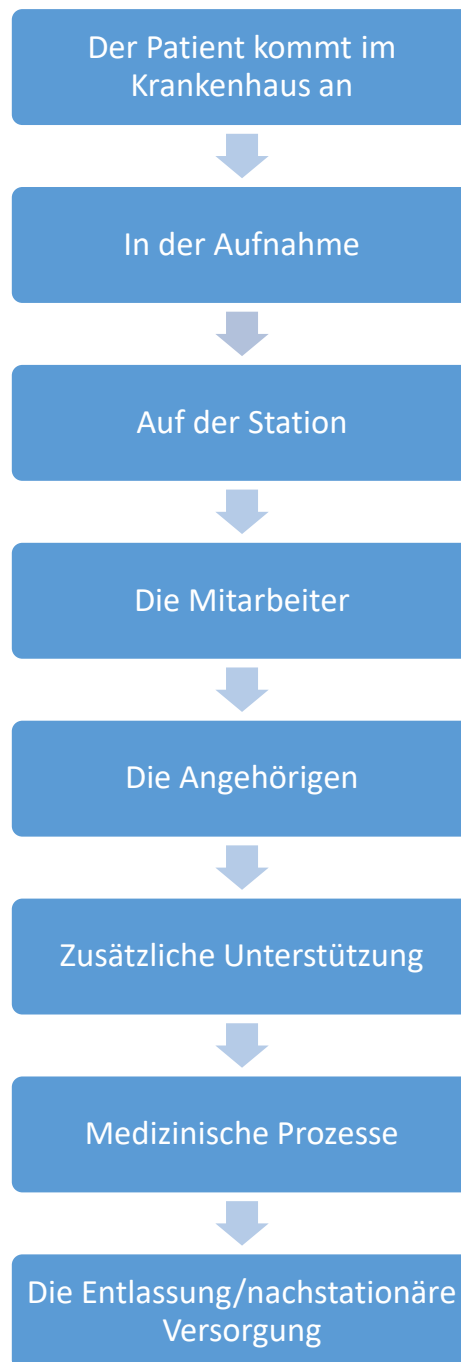
Jede Maßnahme, die Sie einschränkt, sich frei zu bewegen und der Sie nicht zustimmen, bedarf einer richterlichen Genehmigung.

Einschränkungen

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen können in Ausnahmefällen notwendig sein, wenn Sie sich selbst oder andere Menschen gefährden und alle anderen Möglichkeiten des Schutzes ausgeschöpft sind. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, wie das Einschließen, das Angurten oder das Verabreichen ruhigstellender Medikamente, können eine schwerwiegende Belastung darstellen und gesundheitliche Gefahren mit sich bringen. Deshalb muss während der Dauer der Maßnahme eine kontinuierliche Beobachtung durch dafür qualifizierte Personen gewährleistet sein. Ferner ist regelmäßig zu prüfen, ob die Maßnahme noch erforderlich bzw. gerechtfertigt ist.

Ziel muss es sein, die Ansprüche der Charta umzusetzen.

8.4 Umsetzung – Der Weg des Patienten mit Demenz durch unser Krankenhaus



8.4.1 In der Aufnahme

Früherkennung von kognitiv eingeschränkten Patienten - Screening

In der zentralen Patientenaufnahme oder der Notaufnahme wird der neue Patient durch „gezieltes Befragen“ in seiner Orientierung eingeschätzt und das Ergebnis auf dem Anamneseblatt oder in der elektronischen Patientendokumentation dokumentiert. Ein Instrument, das sich in der GhoSt-

Studie bewährt hat (Robert Bosch Stiftung, 2016) ist der kognitive Kurztest 6-CIT (Hessler et al., 2016). Bei vorliegenden Auffälligkeiten wird z.B. der Begriff „Orientierungsstörung“ oder „kognitives Risiko“ vermerkt. Der übernehmende Bereich wird durch das Anamneseblatt und die Übergabe durch die Mitarbeiter oder das elektronische System über die vorliegenden kognitiven Einschränkungen informiert. So können weitere Maßnahmen frühzeitig getroffen werden. Durch die Kennzeichnung „kognitives Risiko“ können z.B. Wartezeiten in den Funktionsabteilungen besser gesteuert werden.

8.4.2 Auf der Station

Belegungsmanagement

Ein Belegungsmanagement, das die persönlichen Bedürfnisse von Patienten mit kognitiven Einschränkungen individuell berücksichtigt, vermeidet belastende Situationen für den Patienten selbst und für die Mitpatienten (z.B. Entscheidung über Einbett- oder Zweibettzimmer, Mitpatient, Verlegungen in andere Abteilungen). Grundsätzlich ist eine Flexibilisierung der Behandlungsabläufe notwendig, um eine Destabilisierung der kognitiven Fähigkeiten zu minimieren.

Bereich / Station Akutgeriatrie

Auf akutgeriatrischen Bereichen oder Stationen wird ein erhöhter Anteil an kognitiv eingeschränkten Patienten behandelt. Verwirrtheitszustände können im Rahmen einer Demenz auftreten, gleichgültig, ob diese vorbekannt ist oder nicht. Eine weitere wichtige Ursache für Verwirrtheit ist das Delir (vgl. Abschnitt 8.4.6.). Durch die geriatrische Komplexbehandlung wird ein therapeutisches Team am Patienten tätig.

Geriatrischer Dienst / Demenz-Berater / Pflegerischer Konsiliardienst / Demenzbeauftragte

Die Pflege kann zusätzlich durch eine Pflegefachkraft im Geriatrischen Dienst gestärkt werden. Diese dient als eine Schnittstelle der behandelnden Berufsgruppen, als fester Ansprechpartner, begleitet die Visiten, organisiert die Entlassungen bzw. Verlegungen in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst und fungiert für den an Demenz erkrankten Patienten als Orientierungspunkt von der Aufnahme – über den Aufenthalt – bis hin zur Entlassung.

Auch die Etablierung von speziell fortgebildeten gerontopsychiatrischen Fachkräften, die z. B. in schwierigen Situationen wie herausforderndem Verhalten oder bei Delir der Station mit ihrem Spezialwissen zur Verfügung stehen, hat sich bewährt. Für psychiatrische Fragestellungen ist der Aufbau eines gerontopsychiatrischen oder geriatrischen Konsiliar- oder Liaisondienstes zielführend (Kirchen-Peters und Diefenbacher, 2014).

Die Einbindung von Fachkompetenz aus der Altenpflege in das Stationsteam wird angestrebt.

Orientierungshilfen und Beschilderung

Auf die Bedürfnisse von leicht (und nicht) kognitiv eingeschränkten Patienten abgestimmte Beschilderungssysteme sollen im gesamten Krankenhaus die Orientierung im Sinne von Wegfindung verbessern (sich orientieren).

Die Patientenzimmer können mit Schildern ausgestattet werden, um Toilette und ggf. Zimmertüre, mit Motiven zu gestalten, bei denen der Patient einen Bezug herstellen kann. Meist werden Bilder oder Piktogramme verwendet, die einen biografischen oder regionalen Bezug haben. Alternativ können auch Farben verwendet werden (z.B. alle Türen zu Sanitärräumen in Gelb). Im Umkehrschluss hat es sich bewährt, Türen, die Patienten nicht durchschreiten sollen, im Sinne der Camouflage-Technik (Tarnung) in der Farbe bzw. Material der umgebenden Wand anzupassen.

Uhren und Kalender in den Patientenzimmern dienen der zweiten Dimension der Orientierung, dem Orientiertsein, z.B. in Bezug auf Tageszeit, den Wochentag, Monat oder Jahreszeit. Gerade die Bedeutung der zeitlichen Orientierung ist im Rahmen der Gleichförmigkeit des Tagesablaufes im Krankenhaus nicht zu unterschätzen.

Transpondersystem

Im Verlauf einer fortschreitenden Demenz treten oft Unruhezustände auf. In dieser Phase haben einige der betroffenen Patienten einen erhöhten Bewegungsdrang und/oder eine Hinlauftendenz.

Um das Wohl dieser Patienten sicherstellen zu können, kann ein Transpondersystem installiert werden. Es gibt hier eine Reihe von technischen Lösungen, z.B. kann der Transponder einer Uhr ähneln und an einem Armband mit Magnetverschluss befestigt sein.

Mit dem Einverständnis des Patienten bzw. des rechtlichen Betreuers oder der bevollmächtigten Person wird dieser angebracht. Durch ein Funksignal wird ein Signal auf der Rufanlage der Station ausgelöst, sobald der Patient die Station verlässt. Das Personal der jeweiligen Station ist informiert und kann den Patienten zurückbegleiten. So ist es dem an einer Demenz erkrankten Patienten möglich, seinen Bewegungsdrang in einem gesicherten Bereich auszuleben.

Da es sich hierbei um eine potenziell freiheitsentziehende Maßnahme handelt, wird empfohlen, das Vorgehen in jedem Fall mit dem zuständigen Amtsgericht abzuklären. Unterstützung bei der Entscheidungsfindung kann der „Werdenfelser Weg“ bieten (Lexa und Kirsch, 2012).

Spezielle Anpassungen

Patienten mit Demenz leiden häufig aus verschiedenen Gründen an Bewegungsunruhe. Eine strukturelle Anpassung kann die Anschaffung von Niederflurbetten darstellen. Sie minimieren das Verletzungsrisiko, wenn solche Patienten das Bett ohne Unterstützung verlassen (Fiedler und Piltz, 2017).

Auch das Rufsystem kann – je nach technischer Gestaltung – Menschen mit Demenz überfordern. Spezielle Rufsysteme mit wenigen, übersichtlich angebrachten Bedienungselementen können hilfreich sein.



Spezielle Speise- oder Aufenthalts- oder Beschäftigungssituationen (Plauderstube)

Falls ein Raum oder ein Teil eines Flurs hierfür zur Verfügung steht, kann dieser für Gruppenaktivitäten von der Beschäftigung bis zum gemeinsamen Mittagstisch genutzt werden. Es kann zielführend sein, einen solchen Raum auf der Station einzurichten (so wie in geriatrischen Abteilungen üblich), aber auch zentrale Räume für einen Gebäudeteil sind denkbar. Die Ausstattung der Räume soll biografieorientiert gemütlich sein und Geborgenheit vermitteln. Es gibt hierzu evaluierte Modellprojekte (Wingenfeld et. al., 2013).

8.4.3 Die Mitarbeiter

Basisschulungen zur Demenz für alle Mitarbeiter

Die Mitarbeiter der Stationen sollen eine Grundlagenschulung zur Demenz erhalten. Dabei sind bestimmte Stationen wie Alterstraumatologie, Orthopädie oder Innere Medizin aufgrund der im allgemeinen hohen Zahl an älteren - und damit häufig auch kognitiv eingeschränkten Patienten - besonders betroffen. Mittelfristiges Ziel ist es, dass Mitarbeiter aller Stationen diese Basisschulung mindestens einmal durchlaufen haben.

Dienstplangestaltung des Pflegepersonals sorgt für Kontinuität

Das Personal auf den Stationen kann im Rahmen einer Bezugspflege verplant und über mehrere Tage fest zugeteilt werden. Der an einer Demenz erkrankte Patient erhält so Kontinuität, personale Orientierung, Sicherheit und Geborgenheit. Die Pflegekraft kann die Ressourcen des Patienten kontinuierlich erfassen und aktivierend pflegen – die vorhandenen Fähigkeiten werden erhalten und gefördert.

Supervisionen

Auf Wunsch der Mitarbeiter werden bei Bedarf Supervisionen angeboten, um schwierige Situationen reflektieren und ggf. in der Gruppe diskutieren zu können.

Schulung Delir für alle Mitarbeiter, speziell für Intensiv- und IMC-Mitarbeiter

Durch das häufige Auftreten eines Delirs im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes, vor allem bei bereits vorbekannten kognitiv eingeschränkten Patienten, ist es wünschenswert, das Personal zu diesem Thema zu schulen. Eine regelmäßige Auffrischung des Wissens hat sich bewährt.

Einrichten einer Projektgruppe „Herausforderndes Verhalten“

Eine Projektgruppe „Herausforderndes Verhalten“ ist multiprofessionell aus allen Bereichen der Berufsgruppen, die am Patienten tätig sind zusammengesetzt. Neben einer speziellen Fortbildungseinheit dienen hier Arbeitsgruppen der Beschäftigung mit dem Thema und dem Erarbeiten einer Handlungsanweisung für alle Mitarbeiter mit dem Ziel, herausforderndem Verhalten vorzubeugen und bei dessen Auftreten richtig damit umzugehen.

8.4.4 Die Angehörigen

Die Angehörigen werden in die Behandlung und die Pflege miteinbezogen / Rooming -in / Biografiearbeit

Kognitiv eingeschränkte Personen, die mit der Ankunft im Krankenhaus unsere Patienten werden, orientieren sich oft an Bezugspersonen, die einen „Anker“ in ihrem Leben darstellen. Infolge einer Krankenseinweisung verändert sich nicht nur die räumliche Umgebung, sondern oft auch die (dauerhafte) Anwesenheit von vertrauten Personen. Dies beeinträchtigt beim Patienten das Gefühl von Sicherheit und kann Ängste hervorrufen. Durch die Einbeziehung von Angehörigen kann Vertrauen, Sicherheit und Rückhalt geschaffen werden. Der Angehörige kann den Pflegenden wertvolle Informationen zum Umgang und Angaben zur Biografie des demenzkranken Patienten geben.

Die Möglichkeit zu Rooming-in, also der Verbleib der Angehörigen beim demenzkranken Patienten im Krankenhaus, sollte grundsätzlich gegeben sein. Ob diese Option im Einzelfall zielführend ist oder nicht, hängt nicht nur vom Patienten, sondern auch vom Belastungserleben der Angehörigen ab.

Im Sinne der Biografiearbeit in Kombination mit der Milieugestaltung können Angehörige einige wenige, aber wichtige orientierende Alltagsgegenstände mit in das Krankenhaus bringen (z.B.: Wecker, Hochzeitsfoto, Bild vom Haustier), die vielleicht im häuslichen Umfeld ebenfalls auf dem Nachtkästchen stehen.

Angehörige können in kurzen Gesprächen i.d.R. wesentliche Impulse zur Biografiearbeit geben. Hier genügen oft einige Basisinformationen (früherer Beruf, wo geboren und aufgewachsen, Familienverhältnisse, Hobbys) um z.B. im Rahmen der Grund- oder Behandlungspflege Anknüpfungspunkte zu finden.

Außerdem können Angehörige wertvolle medizinische Informationen v.a. zum Krankheitsverlauf, dem aktuellen Stand und Unterstützungsbedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und zur Dynamik aktueller Prozesse geben, was für die Differenzialdiagnostik Demenz / Delir oft entscheidend sein kann.

Stärkung der pflegenden Angehörigen durch Infomaterial zur Erkrankung und Umgang sowie Angehörigen-Schulung

Zur Stärkung der oft mit der Situation überforderten Angehörigen, wird auf jeder Station Infomaterial zum Thema Demenz ausgelegt. Hierzu bieten sich die Veröffentlichungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft an („Demenz – Das Wichtigste. Ein kompakter Ratgeber“, Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2016b und „Mit Demenz im Krankenhaus. Informationen für Angehörige von Menschen mit Demenz, Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2017). Als Ansprechpartner fungieren – falls bereits etabliert - die oben genannten Demenzbeauftragten auf der Station. Eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Sozialdienst und der Station erleichtert die Planung der nachstationären

Versorgung. Zur zusätzlichen Stärkung können Angehörigen-Schulungen „Hilfe beim Helfen“ z.B. in Zusammenarbeit mit der Alzheimer Gesellschaft angeboten werden.

Sinnvoll kann auch die Einrichtung einer Sprechstunde für Angehörige von Menschen mit Demenz sein: Eine Beratungsstelle für Angehörige von demenzkranken Patienten bietet den Pflegenden Zeit und Raum, sie in ihrer Tätigkeit zu unterstützen. Sprechstunden ermöglichen den Angehörigen sich Rat zu holen, zu verstehen und Lösungsansätze vermittelt zu bekommen. Durch wiederkehrende Angehörigen-Schulungen wird Wissen zum Thema Demenz entwickelt – der Betreuende wird in seiner Tätigkeit gestärkt und kann sein Wissen erweitern.

Besonders allgemeine Informationen über das Delir, seine Ursachen und Symptome können den Angehörigen ein Verständnis der Ausnahmesituation, in der sich der Patient befindet, ermöglichen. Es hat sich bewährt, Informationsblätter zum Delir zu entwickeln, auszugeben oder auszulegen. Sie können neben dem Verständnis der Krankheit auch zur Delirprophylaxe durch Betreuung der Patienten beitragen.

8.4.5 Ehrenamtliche Helferkreise / Besuchsdienste / Grüne Damen

Einsatz eines ehrenamtlichen Besuchsdienstes

Ehrenamtliche Besuchs- und Betreuungsdienste werden durch geeignete Schulungen auf ihren Einsatz am Patienten vorbereitet und in ihrem Tun am Patienten gestärkt. Besonders ehrenamtliche Helfer im Akutkrankenhaus sind mit der Situation konfrontiert, einen demenzkranken Patienten nur einmal zu sehen und sich spontan auf die Situation einstellen zu müssen. Die an Demenz erkrankten Patienten erhalten Zuwendung, Verständnis, Anerkennung und Beschäftigung. Durch aktives Zuhören schafft der ehrenamtliche Besuchsdienst Geborgenheit, gibt den Patienten Sicherheit und Orientierung und beugt Isolation vor.

Die Angehörigen wissen den kognitiv eingeschränkten Patienten in guter Obhut und können sich beruhigt anderen Dingen widmen. Durch regelmäßige Supervision erhalten die ehrenamtlichen Helfer Raum sich auszutauschen, Erfahrungen weiterzugeben und Probleme im Rahmen ihres Einsatzes am Patienten darzustellen. Fortbildungen zu speziell angepassten Themen werden auf Wunsch der Ehrenamtlichen angeboten – um ihnen so den Rücken in ihrer Tätigkeit zu stärken.

Eine umfassende Darstellung zum Aufbau und zur Weiterentwicklung von ehrenamtlichen Helferkreisen bietet der Leitfaden der Stiftung ProAlter [Schmidt und Großjohann, 2016].

8.4.6 Medizinische und pflegerische Prozesse

Fallbesprechungen

Multiprofessionelle Fallbesprechungen mit allen Berufsgruppen, die am Patienten tätig sind, machen Wissen und Erfahrungen transparent. Nach dem Vorstellen des Problems werden umfassend mögliche physiologische, pharmakologische, psychische oder psychosoziale Ursachen diskutiert, um daraus Maßnahmen ableiten zu können, die den Umgang mit dem demenzkranken Patienten

erleichtern und die speziellen Bedürfnisse des Patienten befriedigen. Das Personal entwickelt Handlungskompetenzen, die Versorgung des Patienten wird verbessert und das Personal wird psychisch entlastet.

Verbesserte Schmerzbeobachtung und -medikation

Das Fortschreiten einer Demenz bringt in den meisten Fällen Probleme in der Kommunikation mit sich. Durch den kognitiven Abbau verliert der betroffene Patient die Fähigkeit sich verbal auszudrücken.

Eine gute Beobachtung des Patienten, Einfühlungsvermögen und detailliertes Wissen über die Erkrankung sind in dieser Phase unumgänglich. Das ärztliche und pflegerische Personal wird in diesem Bereich intensiv geschult.

Der Patient kann Schmerzen nicht mehr klar äußern, aber auch nicht mehr fokussieren, wo es schmerzt. Oft tritt beim Patienten ungewohnte Unruhe, Abwehrverhalten, veränderte Mimik, unklare Laute wie Wimmern oder Schreien, Schonhaltung, Angst, Appetitverlust, aber auch Apathie auf. Dies kann sich bei der Grund- und Behandlungspflege, bei der Mobilisation oder der Physiotherapie äußern. Wichtig ist auch, nicht nur an möglicherweise akut im Rahmen einer Behandlung oder eines umrissenen medizinischen Problems auftretende Schmerzen zu denken, sondern auch chronische Schmerzen z.B. durch Arthrosen, deformierte Wirbel, Bandscheibenprobleme, Nervenschmerzen, Kontrakturen usw. im Blick zu behalten.

Die Verwendung von Schmerzskalen, die auf der Beobachtung von Patienten beruhen und nicht auf Verbalisation angewiesen sind, wird empfohlen (z.B. Mobid-2; Hosebo et al., 2014).

Schmerzen können sich also durch Verhaltensveränderungen bzw. herausforderndes Verhalten äußern. Falsch wäre daher auf die Verhaltenssymptome zu fokussieren und diese alleine der Demenzerkrankung zuzuordnen. Als Konsequenz könnten sonst Neuroleptika und andere Psychopharmaka anstelle von Analgetika verordnet werden. Insofern sind auch Fortbildungen der Ärzte zum Thema notwendig.

Durch gute Beobachtung und enge Absprachen unter den Berufsgruppen, die am Patienten tätig werden, können Veränderungen frühzeitig erkannt werden. Ein wichtiger Part wird durch die Angehörigen übernommen – denen die Veränderungen am Patienten meist als erstes auffällt.

Eine adäquate Schmerzmittelgabe nach Stürzen, Operationen und weiteren degenerativen Erkrankungen gibt dem Patienten Lebensqualität, Freude, Sicherheit und Zuversicht. Der an einer Demenz erkrankte Patient profitiert somit mehr von therapeutischen Anwendungen wie aktivierende Pflege, Frühmobilisation, Krankengymnastik und Ergotherapie.

Der Patient kann seine verlorenen Ressourcen wiedererlangen, stärken und weiter ausbauen. Ein langsames Ausschleichen oder die Reduktion der Schmerzmedikamente findet nachstationär in Absprache mit den jeweiligen Hausärzten statt.

Delir

Die Erkennung und Behandlung von Delirien ist eine wesentliche Aufgabe eines multiprofessionellen Teams (vgl. Abschnitt 9.4). Die Patientenbeobachtung, die unter Berücksichtigung möglicher auslösender Faktoren die Symptome des Delirs erkennt, ist eine Aufgabe der Pflege. Auch hier wird die Verwendung von Instrumenten wie CAM (Confusion assessment Method; Inouye et.al, 1990) oder DOS (Delirium Observation Scale; Schuurmans et al., 2003) empfohlen. Gerade eines der typischen Symptome des Delirs, die fluktuierenden kognitiven Fähigkeiten, ist oft nur durch eine regelhafte Anwendung eines Bogens aufzudecken.

Im Falle der Patienten mit Demenz ist an ein Delir, das eine Demenz überlagert (F 5.1 Delir bei Demenz) zu denken, nach operativen Eingriffen an ein postoperatives Delir (F 5.8).

Mindestens genauso große Bedeutung wie die Behandlung des Delirs hat dessen Prävention: Maßnahmen zur Delirprävention können z.B. sein:

- Aufklärung der Angehörigen über Delir
- Unterstützung der Tagesstruktur zur zeitlichen Orientierung
- Sicherheit vermitteln, Hilfsmittel wie Brille oder Hörgerät bereitstellen, Zimmerwechsel vermeiden
- Zuwendung, am besten kontinuierlich und durch vertraute Person mit ruhiger, klarer Gesprächsführung
- Bezugspersonen mit einbeziehen
- Bewegung ermöglichen, Mobilisation, Gemeinschaft fördern
- Erstellung eines Tagesplans
- Orientierungshilfen
- Regelmäßige Schmerzeinschätzung und Schmerzbehandlung
- Infektionsquellen, wie z.B. intravenöse Dauerkatheter vermeiden
- Ausreichende Sauerstoffsättigung
- Anämien, Hypotonien, Elektrolytentgleisung vermeiden
- Vermeidung bzw. Minimierung delirogener Medikamente

Wunschkost zur Appetitanregung / Zusatzernährung

Zu den Symptomen der Alzheimer-Krankheit und anderer neurodegenerativer Demenzen gehören nicht nur Gedächtnisprobleme und Verhaltensveränderungen – häufig ändert sich auch das Gefühl für Hunger und Durst, und der Geschmackssinn lässt nach oder verändert sich. Um körperliche Schwäche und eine ernährungsbedingte Verschlechterung der Demenz zu vermeiden, sollten die Patienten sich ausgewogen ernähren und ausreichend trinken. Durch Unruhe und erhöhten Bewegungsdrang kann eine angepasste Energiezufuhr vonnöten sein.

Bekannte Speisen, passierte Kostformen und altersentsprechende Zusatzernährung sollten zusätzlich angeboten werden. Energie- und eiweißreiche Trinknahrungen in verschiedenen Geschmacksrichtungen ergänzen die tägliche Ernährung.

Zwischenmahlzeiten, auch als Fingerfood im Rahmen von kleinen Obststücken und Brotstückchen, werden den Demenzkranken angeboten und können sogar im Gehen verzehrt werden.

Oft treten im Verlauf der Erkrankung auch Schluckstörungen auf – hier werden Logopäden hinzugezogen. Eine Essbegleitung mit Ergotherapie, Logopädie und Pflegepersonal wirkt appetitanregend und ermöglicht das Fördern der vorhandenen Ressourcen durch selbstständige Nahrungsaufnahme und Verbesserung des Schluckakts. Der ehrenamtliche Besuchsdienst leistet bei den Mahlzeiten Gesellschaft und Zuspruch. Die Gelegenheit zum gemeinsamen (Mittag-)Essen mit anderen Patienten kann sich auch positiv auf die Nahrungsaufnahme auswirken.

Feste Essenszeiten fördern das Hungergefühl und geben wiederum zeitliche Orientierung im Rahmen einer Tagesstruktur.

Untersuchungen/Eingriffe

Untersuchungen wie Röntgen, Ultraschall und Schrittmacherkontrollen finden fernab der Stationen statt, häufige Umgebungswechsel sind die Folge. Mit dieser Veränderung kommt der demenzkranke Mensch meist nur schwer zurecht. Insofern wird angestrebt, Untersuchungen möglichst nicht in Funktionsräumen, sondern am Bett des Patienten stattfinden zu lassen.

Ziel ist es, Untersuchungen zusammenzulegen, um die Umgebungswechsel zu reduzieren. Wird z.B. ein Kontrollröntgen des neuen Hüftgelenks geplant und eine Röntgenuntersuchung des Thorax, wird der kognitiv eingeschränkte Patient nur einmal zur Röntgenabteilung gebracht. Ein Begleiten der Bezugsperson zu den Untersuchungen ist möglich und wünschenswert, um Ängste zu reduzieren und Sicherheit zu geben.

Das „nüchtern bleiben“ für Untersuchungen stellt für den Demenzkranken eine Verunsicherung dar. Der Sinn wird nicht verstanden oder die Situation wird gänzlich verkannt.

Durch die Kennzeichnung des Untersuchungsscheins mit „geriatrischer Patient“ oder „Patient mit kognitivem Risiko“ kann der Funktionsabteilung mitgeteilt werden, diesen am Behandlungstag möglichst vorzuziehen. Lange Wartezeiten können somit vermieden werden.

Bei kleinen Eingriffen erfolgt die Verlegung von der jeweiligen Station direkt in den OP und anschließend gleich wieder zurück auf die ursprüngliche Station, um unnötige Umgebungswechsel zu vermeiden. Der Demenzkranke wird –falls vorhanden – von seiner Bereichspflegekraft in den OP gefahren, um Ängste zu verringern.

Management von Dauerkatether und Zugängen

Im Rahmen einer OP oder zur Bilanzierung ist oft ein Blasenverweilkatheter notwendig. Dieser wird vom Demenzkranken als Eingriff und Fremdkörper wahrgenommen. Der Sinn und Zweck wird

nicht verstanden. Ebenso kann der Patient mit Demenz die Folgen des Ziehens eines geblockten Katheters nicht einschätzen. Ziel ist es, den Katheter sobald als möglich zu entfernen.

Dasselbe gilt für Zugänge (Braunülen, ZVK). Hier sollte immer abgewogen werden, ob die Verabreichung der Medikamente nicht auch oral möglich ist, um ein mehrfaches Ziehen, Blutverlust, Infektionen und Hautverletzungen zu vermeiden.

8.4.7 Die Entlassung und nachstationäre Versorgung

Infoweitergabe – Pflegeverlegungsbericht

Der demenzkranke Patient und dessen Angehörige werden frühzeitig über die Entlassung informiert, eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflege und Sozialdienst ist hier ein Muss, um die nachstationäre Versorgung bedarfsgerecht zu planen.

Für die Entlassung bereitet das Pflorgeteam einen Pflegeverlegungsbericht vor. Hier werden nicht nur Stammdaten übermittelt, sondern auch Besonderheiten zum Umgang mit Gewohnheiten und Ritualen. Eine detaillierte Beschreibung der Mobilisationsmöglichkeiten, Sturzgefahr und Angaben zur Ernährung werden festgehalten.

Bei Bedarf setzt sich das Pflegepersonal mit der nachstationären Einrichtung oder dem ambulanten Pflegedienst in Verbindung, um diese auf den Patienten optimal vorzubereiten.

8.4.8 Öffentlichkeitsarbeit

Im Rahmen von Berichten in der Tagespresse, Klinikjournal und im örtlichen Fernsehsender wird auf das Thema Demenz im Krankenhaus aufmerksam gemacht und es werden Veränderungen dargestellt.

Ankündigungen von Sprechstunden und Schulungen für ehrenamtliche Helfer und Angehörige sind dort möglich. Artikel über den Einsatz des ehrenamtlichen Besuchsdienstes können einerseits die Wertschätzung gegenüber den Helfern ausdrücken, andererseits sind sie wertvoll für die Akquise weiterer Personen.

Wichtig ist, die Bevölkerung fortlaufend über den Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus zu informieren, um bei Patienten Ängste und Unsicherheiten abzubauen, den Angehörigen Sicherheit zu geben und die Aktivitäten an diesem Thema zu vermitteln.

Hierzu können auch allgemeine Veranstaltungen, z.B. aus Anlass des Welt-Alzheimertages dienen, bei denen u.a. Filme zum Thema Demenz gezeigt und Diskussions- bzw. Fragerunden ins Programm aufgenommen werden. Solche Veranstaltungen können im Krankenhaus oder gemeinsam mit Kooperationspartnern, wie z.B. der Alzheimer Gesellschaft oder der VHS geplant werden.

Innerhalb des Krankenhauses ist es von Bedeutung, sich vor Augen zu führen, dass die geriatrischen Patienten mit demenziellen Veränderungen in den jeweiligen Abteilungen bereits jetzt behandelt werden. Ein offensiver Umgang mit dem Thema in der Öffentlichkeit beweist, dass sich das Haus den Herausforderungen der Zukunft stellt und sich konsequent darauf einstellt.

8.4.9 Stationen/ alters- und demenzassoziierte Bereiche

Im Hinblick auf die demografische Entwicklung sollten alle Stationen und Bereiche (mit Ausnahme von spezialisierten Geburts-, Kinder- und Jugendstationen) grundsätzlich auch die Bedürfnisse von älteren Menschen und Patienten mit kognitivem Risiko berücksichtigen. In einigen Fachbereichen werden solche Patienten besonders häufig versorgt. Dazu gehören z.B. die Orthopädie, die Innere Medizin, die Unfallchirurgie (Robert Bosch Stiftung, 2016) und per Definition die Akutgeriatrie und die Gerontopsychiatrie.

Neben der Gestaltung der medizinischen und der Pflegeprozesse ist auch die Umweltgestaltung ein wichtiger Bereich bei Sanierungen und Neubauten.

Wichtige Aufgabe der Milieugestaltung und damit auch der Architektur, Innenarchitektur und Gestaltung muss es sein, die Umgebung für diese Patienten interpretierbar und nutzbar zu machen und ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln sowie Tagesstrukturen zu unterstützen. Milieugestaltung soll also nicht nur dazu beitragen, z.B. herausforderndes Verhalten besser zu beherrschen, sondern im Idealfall dessen Entstehung verhindern. Zum Aufbau von Tagesstrukturen und sozialen Interaktionen haben sich auch in Krankenhäusern unter anderem ein gemeinsamer Mittagstisch oder Betreuungsgruppen bewährt [Wingenfeld et al., 2013].

Mitarbeiter aus allen Bereichen - Ärzte, Pflege und Therapeuten sowie Vertreter der Angehörigen und Betroffenen (Angehörige oder Erkrankte selbst bzw. Alzheimer Gesellschaft) - werden an der baulichen Planung beteiligt.

9 Handreichung zur Vermeidung und zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen im Akutkrankenhaus

9.1 Präambel – Entstehung der Handlungsempfehlungen

Ein wesentlicher Aspekt des Modellprojektes „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ des Landesverbands Bayern der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, ist die Erarbeitung von übertragbaren Ergebnissen. Für das Modul II, Herausforderndes Verhalten, wurde dieses Ziel so formuliert:

Basierend auf den Erfahrungen der Projektkliniken, die das Thema „herausforderndes Verhalten“ bearbeitet haben, wird durch den Projektträger aus den Konzepten der Einzelkliniken eine Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten angefertigt, die ebenso für andere Kliniken zugänglich veröffentlicht wird.

Im Rahmen des Moduls II des Projektes (vgl. Abschnitt 6.2) wurde von den jeweiligen lokalen Projektleitungen der neun Projektkrankenhäuser jeweils ein für das eigene Krankenhaus spezifisches Konzept zum Umgang mit herausforderndem Verhalten entwickelt. Die Schwerpunkte dieser Konzepte sind sehr ähnlich, die konkreten Formulierungen und praktischen Umsetzungen differieren.

Die Aufgabe des Projektträgers war es, im Rahmen der Projektevaluation die Konzepte der neun Krankenhäuser zum herausfordernden Verhalten zusammenzuführen und in eine allgemeine Form zu bringen, die hiermit vorliegt.

9.2 Einleitung

Die grundlegenden Rahmendingungen und Behandlungsabläufe sind in den Akutkrankenhäusern nicht immer ausreichend auf Menschen mit Demenz abgestimmt. Dabei besteht für Demenzkranke ein erhöhtes Risiko für Krankenhausbehandlungen. Laut Pinkert und Holle (2012) ist das Risiko im Krankenhaus behandelt werden zu müssen, für Menschen mit Demenz im Vergleich zu Menschen ohne Demenz zwischen 1,4- und 3,6-mal größer. Auch die Einweisungsgründe unterscheiden sich. Menschen mit Demenz kommen häufiger als Notfall ins Krankenhaus. Als Einweisungsgründe wurden insbesondere Frakturen, Lungenentzündungen, Infektionen der Harnwege, Störungen des Ernährungszustands und allgemeiner körperlicher Abbau identifiziert (Pinkert und Holle, 2012, Robert Bosch Stiftung, 2016).

Die Demenzerkrankung selbst ist nur in einem geringen Anteil der behandelten Patienten mit Demenz eine Einweisungsdiagnose (<2 %): So berichtete das Statistische Bundesamt im September 2017, dass im Jahr 2015 insgesamt 19.050 Patienten mit der Hauptdiagnose Demenz in deutschen Krankenhäusern behandelt wurden (destatis, 2017). Angesichts der Tatsache, dass mehr als acht Millionen ältere Patienten jährlich in deutschen Krankenhäusern behandelt werden und 20 % der über 65-Jährigen an einer Demenz leiden (Robert Bosch Stiftung, 2016), ist diese Zahl zwar methodisch korrekt, aber irreführend, da die Demenzerkrankung im Krankenhaus i.d.R. noch nicht einmal als Nebendiagnose erfasst wird und damit für die Auswertungen des Statistischen Bundesamtes nicht greifbar ist. In weniger als 40 % der Fälle ist nach der GHOST-Studie die Demenzdiagnose dem Krankenhaus unbekannt (Robert Bosch Stiftung, 2016).

Durch eine Klinikeinweisung verändert sich für die Menschen mit Demenz eine Vielzahl von Randbedingungen. Am offensichtlichsten ist hierbei die signifikante Veränderung des persönlichen räumlichen und sozialen Umfeldes. Aufgrund der krankheitsbedingten kognitiven Symptome sind aber demenziell Erkrankte kaum in der Lage, sich kurzfristig auf eine neue Umgebung einzustellen. Der Wechsel in eine ungewohnte Umgebung, neue und unvertraute Kontaktpersonen, eine veränderte Tagesstruktur sowie ungewohnte medizinische Maßnahmen und Handlungen beängstigen Menschen mit kognitiven Einschränkungen und führen fast zwangsläufig zu deren Überforderung (Teschauer, 2013). Die Betroffenen reagieren mit den ihnen zur Verfügung stehenden kommunikativen Optionen - häufig also auch mit Verhaltensäußerungen, auf die eingegangen werden muss (vgl. Abschnitt 8.3).

Solche Verhaltensweisen stellen i.d.R. spezielle und hohe Anforderungen an die Mitarbeiter im Akutkrankenhaus im Umgang mit den Menschen mit Demenz, erfordern aber auch einen hohen Einsatz der Ressource Arbeitszeit. Hessler und Kollegen beschreiben, dass herausfordernde Verhaltensweisen als Begleiterscheinung einer Demenz bei 76 % der Patienten mit Demenz auftreten, aber auch bei 38 % der Patienten, bei denen keine Demenz diagnostiziert wurde (Hessler et al. 2017). Diese und andere Studien (Sampson et al., 2014) zeigen auch, dass die herausfordernden Verhaltensweisen – per Definition (vgl. Abschnitt 9.3) - eine Belastung für die Mitarbeiter, vor allem der Pflege darstellen und dass sich die Mitarbeiter mehr Unterstützung, besonders auch durch mehr Wissen aus Schulungs- und Fortbildungsprogrammen wünschen. Nicht ausreichend vorbereitete Mitarbeiter (aller Professionen) reagieren oft mit Unverständnis und Ablehnung, wodurch das Verhalten wiederum verstärkt werden kann. Herausforderndes Verhalten stellt aber auch eine Belastung für Angehörige und nicht zuletzt für den Patienten selbst dar.

Somit scheint es unabdingbar, sich mit dem herausfordernden Verhalten auseinanderzusetzen.

9.3 Definition und grundlegendes Verständnis des herausfordernden Verhaltens: Das NDB-Modell

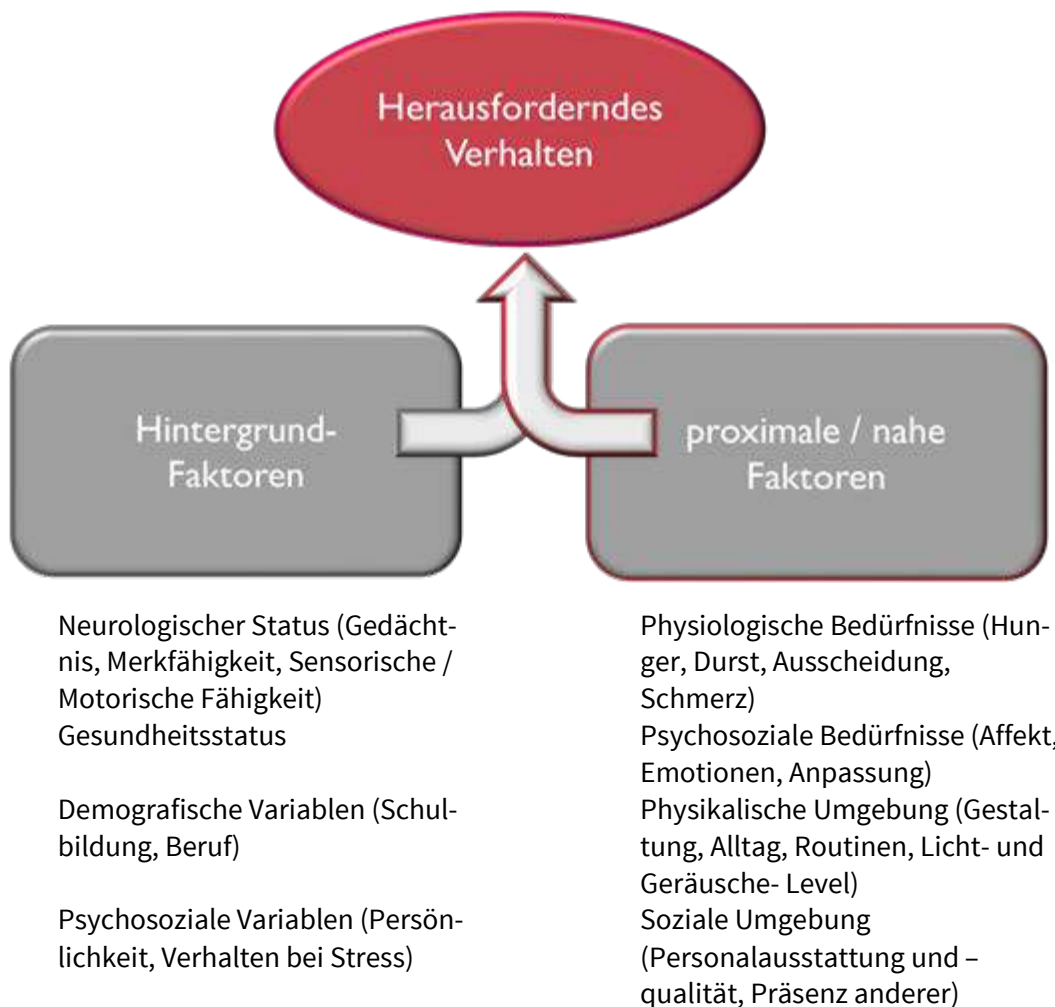
Der Begriff „Herausforderndes Verhalten“ ist das Ergebnis der Arbeit eines multiprofessionellen Expertenrates, der im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit tätig wurde. Er veröffentlichte seine Ergebnisse unter dem Titel „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ (Bartholomeyczik et al., 2006). Zur Nomenklatur schreibt der Expertenrat Folgendes: „Die Expertengruppe einigte sich auf den Begriff "herausfordernd", weil dieser Begriff Verhaltensweisen kennzeichnet, die die Umgebung herausfordern, die also auch bestimmte Anforderungen an das Verhalten der Pflegenden stellen. Außerdem umgeht dieser Begriff die a priori Festlegung des Verhaltens als intrinsisch.“ Für die beteiligten Autoren war es dabei wichtig, dass Veränderungen des Verhaltens im Rahmen einer Demenzerkrankung durch Veränderungen der Person-Umwelt-Passung nicht ausschließlich durch im Patienten ablaufende Prozesse, sondern auch durch Wechselwirkungen mit dessen Umfeld verursacht werden können. Dies resultiert in einem wesentlichen Paradigma, nämlich dass die Umwelt einen erheblichen Anteil an der Manifestation des herausfordernden Verhaltens haben kann

und deshalb im Umkehrschluss durch geeignete Veränderungen in der Umwelt herausforderndes Verhalten gar nicht erst erzeugt oder zumindest minimiert werden kann (Bartholomeyczik et al., 2006).

Weiter heißt es in den Empfehlungen: „Herausfordernde Verhaltensweisen sind ein Resultat der Unfähigkeit ‚sich verständlich zu machen‘, eine Reaktion auf eine Welt, die einem nicht mehr vertrauensvoll und verlässlich ist.“ (Jantzen Wolfgang et al., 2001).

Als theoretische Grundlage für das Entstehen von herausforderndem Verhalten nennt der Standard das NDB-Modell (Akronym für: need-driven dementia-comprised behaviour). Das Modell wurde 1996 von Algase und Kollegen vorgeschlagen, um störende, Unruhe stiftende Verhaltensweisen („disruptive behaviour“) zu erklären (Algase et al., 1996). Das Modell geht davon aus, dass das veränderte Verhalten von Menschen mit Demenz sich aus zwei Quellen speist: Als Grundlage werden Hintergrundfaktoren betrachtet, die stets oder seit längerem vorliegen und die in Verbindung mit so genannten proximalen Faktoren ein Verhalten auslösen.

Abbildung 1 Konzept des „need-driven dementia-comprised behaviour“-Modells nach Algase et al., 1996, Eigene Darstellung



Als Hintergrundfaktoren beschreiben die Autoren begrenzte Läsionen des Gehirns und Veränderungen im zirkadianen Rhythmus. Auch die motorischen Fähigkeiten bilden einen Hintergrundfaktor. Kognitive Einflüsse wie Aufmerksamkeit und Gedächtnis, Wahrnehmungsfähigkeit und Sensorik oder Sprache gehören ebenso wie eine Gruppe von allgemeinen Gesundheitsparametern zu den Hintergrundfaktoren. Die letzte Gruppe von Hintergrundfaktoren bilden schließlich die psychosozialen Komponenten, wozu die Autoren v.a. auch Persönlichkeitsfaktoren zählen sowie die individuelle Fähigkeit, auf Stress zu reagieren.

Während die Hintergrundfaktoren die Basis bzw. den Nährboden für die herausfordernden Verhaltensweisen bilden, gelten die proximalen Faktoren als deren unmittelbare Auslöser. Basale physiologische Elemente bilden hier die erste Gruppe: Schmerz, Hunger oder Durst können wie Müdigkeit, Toilettendrang oder häufige Schlafunterbrechungen akute Auslöser für herausforderndes Verhalten sein. Funktionelle Leistungsfähigkeit spielt ebenfalls eine Rolle, v.a. auch ihre unnötige Einschränkung z.B. durch Abläufe im Krankenhaus. Auch die physikalische Umgebung ist bei der unmittelbaren Entstehung von herausforderndem Verhalten von Bedeutung: Kälte, Hitze oder Lärm sind belastende Faktoren. Schließlich kann die soziale Umgebung entscheidend beitragen: Einsamkeit und fehlende Zuwendung lösen herausforderndes Verhalten aus oder erhöhen dessen Intensität. Die Autoren nennen hier als Auslöser auch Unruhe und ungünstiges Verhalten, das durch schlecht ausgebildetes Personal in Einrichtungen verursacht wird („unlicensed personnel“).

Zusammenfassend kann man aus dem Konzept des NDB-Modells auch die Maßnahmen ablesen, die sich aus den entsprechenden Verhaltensweisen ableiten lassen: Während die Hintergrundfaktoren in aller Regel nicht oder nicht kurzfristig beeinflussbar sind, ist bei den nahen Faktoren eine Vermeidung des Faktors als Auslöser oder Verstärker des Verhaltens grundsätzlich möglich. In institutionellen Settings, insbesondere in Einrichtungen der Altenhilfe, bedeutet dies v.a. eine den Qualitätsstandards entsprechende Grund- und Behandlungspflege, umfassende Maßnahmen der Milieuthherapie sowie die geeignete Ausgestaltung des psychosozialen Umfeldes. Man darf annehmen, dass bei allen Variablen eine Aus-, Fort- und Weiterbildung mit demenzsensiblen Inhalten einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen leistet. In Akutkrankenhäusern herrscht hier noch Optimierungsbedarf.

Sehr kondensiert und für den Stationsalltag unmittelbar umsetzbar lässt sich das Modell so zusammenfassen:

Jedes Verhalten hat für den Patienten mit Demenz einen Sinn und lässt sich auch als Kommunikationsversuch deuten, der als Herausforderung empfunden wird. Ansätze zur Verringerung oder zur Vermeidung herausfordernder Verhaltensweisen beinhalten, sich auf diese Kommunikationsebene einzustellen und die Ursache des Verhaltens zu erkennen und – wenn möglich - abzustellen.

9.4 Delir

Im Akutkrankenhaus kann vor allem bei älteren Patienten und innerhalb dieser Gruppe besonders bei Patienten mit Demenz das Delir eine Ursache für herausforderndes Verhalten sein. Nach der ICD 10 (DIMDI, 2017) ist das Delir demnach ein

ätiologisch unspezifisches hirnorganisches Syndrom, das charakterisiert ist durch gleichzeitig bestehende Störungen des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Emotionalität und des Schlaf-Wach-Rhythmus. Die Dauer ist sehr unterschiedlich und der Schweregrad reicht von leicht bis zu sehr schwer.

Es handelt sich damit um einen akut auftretenden Verwirrheitszustand mit (hirn-) organischer Ursache. Nicht durch Substanzen hervorgerufenen Delire werden in das Delir ohne Demenz (F5.0) und das Delir bei bestehender Demenz (F5.1) unterschieden. Im Akutkrankenhaus ist weiterhin das postoperative Delir (F5.8) von großer Bedeutung.

Bei einem Delir, das eine Demenz überlagert, steht die notfallmäßige Behandlung des Delirs im Vordergrund.

9.4.1 Symptome eines Delirs bei Demenz

Die Entstehung eines Delirs verläuft über Stunden bis Tage und löst oft Beunruhigung im Umfeld aus. Die Desorientierung ist stärker ausgeprägt als sonst. Des Weiteren lässt die Merk- und Gedächtnisfähigkeit weiter nach. Gedankenflüsse sind für z.B. Angehörige oder das Pflegepersonal nur schwer nachzuvollziehen, es kommt zu unzusammenhängenden Äußerungen. Fragen werden nicht mehr richtig verstanden und nicht sinnvoll beantwortet. Das Verhalten ist nicht mehr der Situation angepasst. Oft werden bekannte Personen und Gegenstände nicht mehr richtig erkannt, und es kommt manchmal zu optischen und akustischen Halluzinationen. Apathie und starke Unruhe können auch im Wechsel auftreten. Das Delir ist oft durch starke Gefühlsschwankungen geprägt. Halluzinationen können auftreten. Der Schlaf-Wach-Rhythmus ist gestört. Physiologische Äußerungen sind z.B. eine Beschleunigung des Pulses, Schweißausbrüche und zitternde Hände.

Die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie hat im Jahr 2013 eine kompakte und dennoch umfassende Handreichung erstellt, die im Internet frei abrufbar ist, und auf die wir uns mehrfach beziehen: „Delir 2. überarbeitete und ergänzte Auflage 2017, Ein häufiges Syndrom im Alter – eine interdisziplinäre Herausforderung“. Dort sind die Symptome wie folgt übersichtlich dargestellt:

Abbildung 2 Symptome des Delirs. Aus: Delir 2. überarbeitete und ergänzte Auflage 2017, Ein häufiges Syndrom im Alter – eine interdisziplinäre Herausforderung, S. 17; http://www.alterspsychiatrie.at/bilder/publikationen/expertpapiere/2017_Delir_Folder.pdf

Symptome des Delirs akuter Beginn, deutliche tageszeitliche Fluktuation!	
Trübung des Bewusstseins – Störung der Bewusstheit der Umgebung	Affektstörung ängstlich – depressiv ärgerlich – euphorisch situationsinadäquat
	Denkstörung formal: tangential, umständlich assoziativ: gelockert, inkohärent inhaltlich: paranoide Ideen
	diffuse kognitive Defizite Aufmerksamkeit Orientierung fragmentierter Gedankenduktus Gedächtnis (Kurz-, Langzeit) Visuokonstruktivität Exekutivfunktionen
	Schlaf-Wach-Zyklusstörung fragmentierter 24-Std.-Rhythmus Umkehr des normalen Rhythmus Schlaflosigkeit
	Sprachstörung Wortfindungsstörung, Dysnomie, Paraphasie, Dysgraphie, veränderte Semantik
	Störung der Psychomotorik hyperaktiv hypoaktiv gemischt
	Wahrnehmungsstörung erhöhte Suggestibilität illusionäre Verkennung Metamorphosen Halluzinationen
<i>Quelle: nach Kapfhammer HP, 2008</i>	

9.4.2 Auslöser eines Delirs

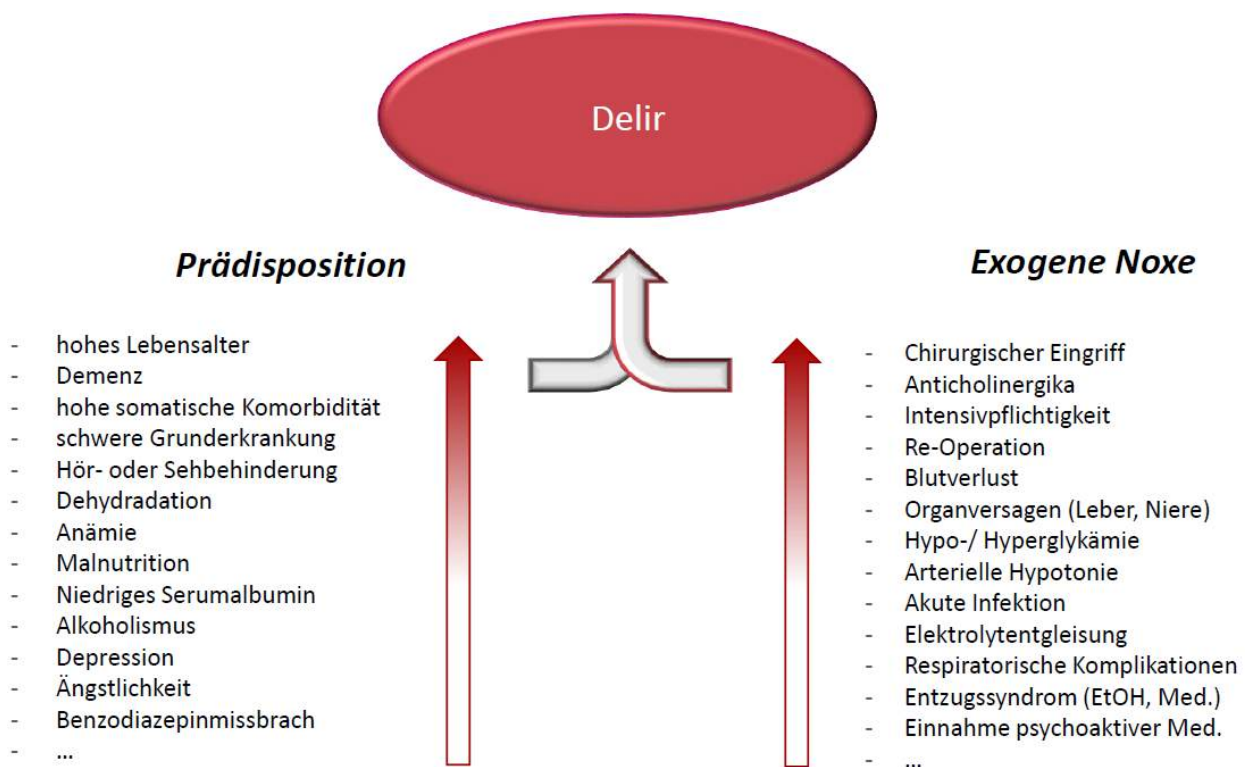
Dem Delir liegt immer eine organische bzw. äußerliche Ursache zugrunde. Vorangehende Erkrankungen oder externe Einflüsse bringen u.a. die Balance von den Neurotransmittern ins Schwanken. Einige Beispiele sind Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Tumorerkrankungen, Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes, Stoffwechselstörungen, Infektionen, operative Eingriffe, Medikamente, Drogen oder Sauerstoffmangel. Chronischer Schlafentzug, psychische Vorerkrankungen, andauernde Schmerzen und vermindertes Hör- und Sehvermögen können auch die Entstehung eines Delirs begünstigen. Das Delir ist stets als multifaktorieller Prozess zu verstehen.

Daher ist die Erforschung der Ursachen eines Delirs -und damit häufig von herausforderndem Verhalten – nur in enger Abstimmung zwischen Pflege und ärztlichem Personal unter Beachtung

sämtlicher medizinischer Informationen inklusive bestehender Diagnosen, Laborwerte und Medikamentenpläne möglich. Dies erfolgt idealerweise in einer interprofessionellen Fallbesprechung (vgl. Abschnitt 9.6.2).

Inouye hat ein Konzept zur Entstehung des Delirs vorgestellt, das dem des herausfordernden Verhaltens sehr ähnlich ist (vgl. Abbildung 3)

Abbildung 3 Modell der multifaktoriellen Delirentstehung. Die prädisponierenden Faktoren und unmittelbaren Auslöser (exogene Noxen) sind von oben nach unten im Hinblick auf Vulnerabilität und Potenz angeordnet. Eigene Darstellung nach Inouye (2006) SK: Delirium in older persons. NEJM 2006; 354: 1157–65



9.4.3 Delirprävention

Zuallererst muss entschieden werden, ob ein Krankenhausaufenthalt für den Patienten mit Demenz tatsächlich unumgänglich ist. Falls nötig, sollte während des Krankenhausaufenthalts darauf geachtet werden, dass das therapeutische und diagnostische Vorgehen unter Hinzuziehung von geriatrischer, gerontopsychiatrischer oder gerontologischer Fachkompetenz ausgewogen ist. Prodromalsymptome eines Delirs (z.B. Schlaflosigkeit, passagere Halluzinationen) sollen frühzeitig erkannt werden. Besonders wertvoll ist der Hinweis auf ein in der Vergangenheit durchlebtes Delir als prognostischer Faktor. Eine geriatrische Betreuung während des Krankenhausaufenthalts ist von Vorteil. Ständige Begleitung wäre wünschenswert, da diese als Bezugsperson für den Menschen mit Demenz fungiert. Diese Bezugsperson sollte - wenn möglich - den Patienten mit Demenz

durch alle Untersuchungen bzw. auch bei operativen Interventionen perioperativ begleiten. Dies können speziell ausgebildete Krankenhaus-Mitarbeiter sein, Angehörige (auch im Sinne von Rooming-in), aber auch ehrenamtliche Helfer. Die Anwesenheit von Personen, die Zeit und Verständnis einbringen, schafft Geborgenheit und Sicherheit (Gurlit und Möllmann, 2008).

Notwendig sind unter anderem Delirscreening und geriatrisches Konsil, des Weiteren sollte eine Schmerz-, Schlaf- und Nikotinanamnese durchgeführt werden. Ein besonderes Augenmerk sollte auf das Informationsmanagement gelegt werden. Frühzeitiges Informieren des Personals in den Funktionsbereichen über den kognitiven Status des Patienten vermindert das Risiko an Störungen von Handlungsabläufen und zeitlichem Mehraufwand.

Eine ausreichende Versorgung mit Flüssigkeiten prä- und perioperativ sowie das Verhindern von Auskühlen der Patienten durch Wärmedecken kann hilfreich sein.

Die nicht-medikamentösen Interventionen (vgl. Abschnitt 9.4.6) sind zur Prophylaxe ebenso wertvoll wie zum Management des bereits eingetretenen Delirs.

Die Delirprävention ist damit erneut die Aufgabe des gesamten Behandlungsteams, also multiprofessionell ebenso wie auf medizinischer Seite interdisziplinär.

9.4.4 Delirscreening und Assessment

Es existieren verschiedene Instrumente, um ein Delir zu erfassen oder zu identifizieren. Ein Delir sollte so früh wie möglich erkannt werden. In der Regel wird man das Delir durch konsequente Patientenbeobachtungen über einen längeren Zeitraum (i.d.R. drei Tage) identifizieren, um auch die kognitiven Fluktuationen zu erfassen. Hierfür eignen sich zum Beispiel die Delirium Observation Scale (DOS, Schuurmans et al., 2003) und die Intensiv Care Screening Checklist (ICDSC, Radtke et al., 2009). Eine andere Möglichkeit bietet ein strukturiertes Interview, zum Beispiel durch die Confusion Assessment Method (CAM, Confusion assessment Method; Inouye et.al, 1990) oder Confusion Assessment Method Intensiv Care Unit (CAM-ICU, Ely,E. et. al, 2001).

9.4.5 Medikamentöses Delirmanagement

Manchmal ist eine symptomatische medikamentöse Therapie als Akutintervention neben der kausalen Therapie der dem Delir zugrunde liegenden organischen Störung nicht zu vermeiden. Grundsätzlich sollten psychopharmakologische Maßnahmen minimiert oder am besten vermieden werden. Falls diese doch notwendig sein sollten, nennt die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie folgende Beispiele:

Abbildung 4 Beispiele für symptomatische medikamentöse Therapie. Aus: Delir 2. überarbeitete und ergänzte Auflage 2017, Ein häufiges Syndrom im Alter – eine interdisziplinäre Herausforderung, S. 34;
http://www.alterspsychiatrie.at/bilder/publikationen/expertpapiere/2017_Delir_Folder.pdf

Intervention & Therapie			
Beispiele für symptomatische medikamentöse Therapie			
Medikament	Dosierung	UAW	Kommentar
Typische Antipsychotika			
Haloperidol	0,5–1,0mg p.o. 2x tgl. od. alle 4–6 Std. (max. Wirkung nach 4–6 Std.)	<ul style="list-style-type: none"> extrapyramidale Symptome, insb. wenn >3mg/Tag im EKG QTc-Verlängerung 	<ul style="list-style-type: none"> Mittel der Wahl Wirksamkeit in RCTs bestätigt keine i.v.-Gabel
Atypische Antipsychotika			
Risperidon	0,5mg–1,0mg/Tag	<ul style="list-style-type: none"> extrapyramidale Symptome im EKG QTc-Verlängerung 	<ul style="list-style-type: none"> nur kleine nicht kontrollierte Studien
Quetiapin	25–50mg/Tag	<ul style="list-style-type: none"> extrapyramidale Symptome etwas weniger ausgeprägt im EKG QTc-Verlängerung 	<ul style="list-style-type: none"> nur kleine nicht kontrollierte Studien mit niedriger Dosis (12,5mg) beginnen
Benzodiazepine			
Lorazepam	0,5–1,0mg p.o., bei Bedarf alle 4 Std.	<ul style="list-style-type: none"> Übersedierung paradoxe Erregung Atemdepression 	<ul style="list-style-type: none"> Mittel der 2. Wahl (außer beim „Entzugsdelir“), wenn rasche Symptomkontrolle nötig (Sedierung) Verlängerung und Verschlechterung des Delirs, da selbst „delirogen“

Inouye SK (2006): Delirium in older persons. *N Engl J Med*; 354(11): 1157–1165

Pascala JT, Sullivan GM eds. (2010): *Geriatric Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine*. 7th ed American Geriatrics Society
 Hammann F, Drewe J (2010): Medikamentöse Therapieansätze des Delirs. *Therapeutische Umschau*; 67(2): 91–94

9.4.6 Psychosoziale Interventionen

Psychosoziale Interventionen sind in ihren Ansätzen und Zielen breiter gefächert als die medikamentösen Interventionen. Vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten sollen stabilisiert werden und das körperliche und psychische Wohlbefinden gesteigert werden. Welcher Interventionstyp eingesetzt wird, ist unter anderem von der Art der Demenz und den Bedürfnissen des Menschen mit Demenz abhängig. Überforderungen sind auf jeden Fall zu vermeiden, da diese zu Frustration führen.

Man unterscheidet zwischen folgenden Interventionstypen:

- Kognitive Verfahren
- Ergotherapie
- Verhaltenstherapie
- Körperliche Aktivität z.B. Physiotherapie
- Künstlerische Therapie z.B. Musiktherapie, Kunsttherapie, Tanztherapie
- Sensorische Verfahren z.B. Aromatherapie, Snoezelen, Lichttherapie, Massagen

9.5 Schmerzerfassung

Die Erfassung von Schmerz hat bei Menschen mit Demenz eine große Bedeutung, gerade auch bei der Suche nach Ursachen von herausforderndem Verhalten. Wenn möglich, sollte das Ausmaß von Schmerz durch den Menschen mit Demenz selbst angegeben werden. Ist dies jedoch nicht mehr möglich, sollte auf ein Fremdbeobachtungsinstrument wie zum Beispiel Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD) zurückgegriffen werden. Wurde ein operativer Eingriff durchgeführt usw., geht man i.d.R. davon aus, dass der Patient entsprechende Schmerzen hat. Allerdings zeigt sich auch, dass die multimorbiden, geriatrischen Patienten oft an chronischen Schmerzen im Sinne von degenerativen Erkrankungen, wie z.B. Arthrosen leiden, die nicht unmittelbar in Zusammenhang mit dem Einweisungsgrund stehen müssen. Einen wichtigen Beitrag hierzu leisten die Arbeiten von Bettina Husebo (Husebo B, 2016), die auch ein Beobachtungsinstrument zum Schmerzassessment für Menschen mit Demenz in fortgeschrittenen Stadien (Mobid-2, Husebo, B. et al., 2014) erarbeitet hat. Die Mobid-2-Skala ist auch auf Deutsch verfügbar.

9.6 Pflegerisches Handeln – Bedürfnisse von Menschen mit Demenz in der Pflege und Betreuung

Zum allgemeinen pflegerischen Handeln beim Umgang mit Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus verweisen wir auf die „Handreichung zur Gestaltung eines Demenzkonzeptes“ (vgl. Abschnitt 8). Als wesentliche Elemente im Zusammenhang mit herausfordernden Verhaltensweisen werden zusätzlich im vorliegenden Projekt „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ des Landesverbandes Bayern der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Fallbesprechungen und Coachings (Praxisbegleitung) thematisiert.

9.6.1 Kommunikationsstrategien und validierender Umgang

Validierende Interventionen stellen die wertschätzende Grundhaltung in Kombination mit biografieorientierten Ansätzen in den Mittelpunkt einer gelungenen Kommunikation. Sie greifen wiederum die These aus Abschnitt 9.3 auf, dass herausfordernde Verhaltensweisen einen Versuch zur Kommunikation darstellen können. Im Mittelpunkt dieser Verfahren steht bei der verbalen Kommunikation eine Abwendung von der Sachebene hin zu einer Wahrnehmung und Ansprache der emotionalen Ebene. Ziel ist es hierbei, beginnende Krisensituationen durch Wahrnehmung, Ansprache und Spiegelung der Gefühlsebene des Patienten zu entlasten. Sie erfordern ein Ver-

ständnis und Einfühlungsvermögen in die Situation des Menschen mit Demenz, die Akzeptanz der Erkrankung und die daraus entstehenden Verhaltensweisen.

In Krisensituationen kann das klare Setzen einer Grenze hilfreich sein (verbal und durch Gesten).

9.6.2 Fallbesprechungen

Bei der Fallbesprechung zum herausfordernden Verhalten handelt es sich um ein personenzentriertes lösungsorientiertes Gespräch im Gesamtteam, d.h. mit Vertretern aller an der Versorgung des Patienten beteiligten Berufsgruppen. Die pflegebedürftige Person und ihre medizinische und pflegerische Situation stehen dabei im Mittelpunkt des kollegialen und interprofessionellen Austauschs. Die Anwesenheit von Ärzten ist in Bezug auf Informationen zu medizinischen Daten und Absprachen im Team dringend erwünscht. Die entwickelten Lösungen sollen die weitere Beratung in einzelnen, näher zu betrachtenden Fällen unterstützen. Der Informations- und der Erfahrungsaustausch sollen die entwickelten Lösungsoptionen im Team für weitere ähnlich gelagerte Fälle festigen und die Handlungskompetenz der Teilnehmer steigern.

Ein wesentliches Ziel ist es, auch eine Reflektion des eigenen Handelns zu erzielen und fördernde und hemmende Interaktionen zu identifizieren. Zur Unterstützung kann der von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern entwickelte Erfassungsbogen (vgl. Anhang) zum herausfordernden Verhalten genutzt werden. Der Erfassungsbogen dient dazu, das Verhalten zunächst – möglichst durch die Person, die das Verhalten beobachtet hat- zu beschreiben, häufige Ursachen zu hinterfragen und anschließend im Team zu analysieren. Ziel ist die Erarbeitung von Lösungsvorschlägen zu Interventionen im beschriebenen Fall sowie für möglicherweise ähnliche gelagerte Fälle in der Zukunft. Die nachfolgend exemplarisch dargestellten Fragen (Problembeschreibung und Problemanalyse) sollen anhand des Bogens beantwortet werden.

Die Serial-Trial-Intervention (STI, Fischer, Spahn und Kovach, 2007) beschreibt ein Modell zur inhaltlichen Strukturierung des Pflegeprozesses bei Personen mit herausfordernden Verhaltensweisen. Zielgruppe der STI sind Menschen mit mittlerer bis schwerer Demenz, die oft nicht mehr in der Lage sind, ihre Bedürfnisse klar zu artikulieren. Das Verfahren zielt darauf

- Herausfordernde Verhaltensweisen zu erkennen.
- Die Verhaltensweisen als Ausdruck unbefriedigter Bedürfnisse zu begreifen.
- Die Verhaltensweisen zu beurteilen.
- Die Verhaltensweisen zu behandeln, indem das ihnen zugrunde liegende Bedürfnis befriedigt wird.

STI kann auch bei der Strukturierung von Fallbesprechungen zu herausforderndem Verhalten hilfreich sein.

Zur Fallbesprechung wird ein mindestens stichpunktartiges Protokoll geführt.

Phasen und Regeln der Fallbesprechung im Modellprojekt „Herausforderndes Verhalten“ (Auswahl):

Problembeschreibung und Problemanalyse

- Aufnahmegrund im Krankenhaus
- Welche weiteren Diagnosen bestehen?
- Welche Medikamente erhält der Patient?
- Welche Nebenwirkungen können dadurch entstehen?
- Bestehen Auffälligkeiten bei den Laborwerten (Elektrolyte, HB, Entzündungsparameter usw.)?
- Wie ist das häusliche Umfeld
- Lebt der Patient in einem Pflegeheim oder noch selbstständig im eigenen Haus/Wohnung?
- Wann tritt das HV auf?
- Gibt es wahrscheinliche oder erkennbare Ursachen des HV?
- Wie wurde gehandelt/reagiert?
- Wurde eine Demenz diagnostiziert?
- Gibt es Hinweise auf ein Delir?

Ziele definieren, z.B.

- Schmerzen kontrollieren
- Sicherheit vermittelnde Umgebung und Geborgenheit herstellen
- Sinnstiftende Beschäftigung ermöglichen

Ziele operationalisieren, z.B.:

- Mit dem Stationsarzt Schmerztherapie besprechen und optimieren
- Angehörige bitten, persönliche Gegenstände mitzubringen
- Ehrenamtliche Helfer einbinden

9.6.3 Coaching

Während der Phase III des Projektes „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ wurden auch Praxisbegleitungen von Mitarbeitern der Projektstationen angeboten. Sie wurden als „Coaching“ bezeichnet und hatten im Wesentlichen zum Inhalt, die Kommunikationsansätze zwischen Patient und Pflegern, Therapeuten und Ärzten zu beleuchten. Unmittelbar nach der begleiteten Situation wurde den Mitarbeitern eine Rückmeldung zu deren Verhalten und ggf. vorhandenen Optimierungspotenzialen gegeben.

Ziel der Praxisbegleitungen war es vor allem, Unsicherheiten im Umgang mit Patienten mit Demenz zu erkennen und aufzufangen. Die praktische Begleitung erweitert hier die Schulungs- bzw.



Fortbildungsinhalte um alltagspraktische Komponenten. Außerhalb des Projektes können solche Begleitungen und Anleitungen z.B. durch pflegerische gerontopsychiatrische Konsiliarfunktionen wahrgenommen werden.

9.6.4 Schulungen

Übergreifend über alle an der Versorgung beteiligten Professionen sollten in regelmäßigen Abständen umfassende, spezifische Schulungen zum Krankheitsbild und zu nichtmedikamentösen Interventionen angeboten werden. Wesentliches Ziel der Schulungen ist, in allen Berufsgruppen eine Haltungsänderung zugunsten einer wertschätzenden und verstehenden Diagnostik aufzubauen und diese Haltung mittelfristig zu stärken.

9.7 Ehrenamtliche Helfer

Ehrenamtliche Helfer sind nach den Erfahrungen des Projektes eine Ressource von großem Wert in der Betreuung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Ihre Aufgabe besteht in erster Linie darin, den Patienten eine psychosoziale Begleitung anzubieten und so Ängste zu nehmen sowie das Gefühl von Geborgenheit aufzubauen. Zuwendung, Verständnis, Anerkennung und Beschäftigung sowie aktives Zuhören bieten Sicherheit und unterstützen bei der zeitlichen, räumlichen und situativen Orientierung, v.a. im Sinne von Orientiertsein.

Ehrenamtliche Helfer können sowohl in der Delirprophylaxe und Behandlung als auch zur Prophylaxe von und bei der Intervention bereits bestehender herausfordernder Verhaltensweisen eine wertvolle Hilfe sein. Ein bekanntes multimodales Programm zur Delirprophylaxe ist das „Hospital Elder Life Program“ (HELP), das bereits in einer Reihe auch von Deutschen Krankenhäusern erfolgreich umgesetzt wird (Singler und Thomas, 2017).

Aufgrund der besonderen Situation im Krankenhaus benötigen die ehrenamtlichen Helfer eine umfassende Schulung zu Demenz und Delir und den entsprechenden Handlungskompetenzen ebenso, wie zum Umfeld Krankenhaus mit den besonderen Aspekten von z.B. Integration in den Stationsalltag, Hygiene oder Datenschutz.

Eine Handreichung zu ehrenamtlichen Helferkreisen bietet die Deutsche Krankenhausgesellschaft an (DKG, 2016).

10 Literaturverzeichnis

Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (2011): Betreuung von demenzkranken Menschen im Allgemeinkrankenhaus – 20 Empfehlungen für Krankenhausträger zur verbesserten Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen, München

BMFSFJ und BMG (2014), Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Berlin 11. Auflage https://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/pdf/140603_Aktive_PDF_Charta.pdf
Zuletzt aufgerufen 29. September 2017

Cummings, J. (1997) The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*, 48, S10-6.

Destatis, Statistisches Bundesamt (2017) 19 049 Patientinnen und Patienten wegen Alzheimer im Krankenhaus behandelt Zahl der Woche vom 19.7.2017, https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2017/PD17_38_p002pdf.pdf?__blob=publicationFile Zuletzt aufgerufen 29. September 2017

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2016a) Informationsblatt 1 Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf Zuletzt aufgerufen 29. September 2017

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2016b) Demenz Das Wichtigste. Ein kompakter Ratgeber. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/broschueren/das_wichtigste_ueber_alzheimer_und_demenzen.pdf
Zuletzt aufgerufen 29. September 2017

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2017) Mit Demenz im Krankenhaus Informationen für Angehörige von Menschen mit Demenz https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/broschueren/mit_demenz_krankenhaus_angehoerige_web.pdf
Zuletzt aufgerufen 29. September 2017

DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2017). <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/block-f00-f09.htm> Zuletzt aufgerufen 29. September 2017

DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2016) Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur ehrenamtlichen Krankenhaus-Hilfe Stand: 6. Juli 2016 http://www.dkgev.de/media/file/33761.Anlage_Empfehlung_der_DKG_zur_ehrenamtlichen_Krankenhaus-Hilfe_online.pdf, Zuletzt aufgerufen 29. September 2017

DEKV Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (2017) Wissenstransfer – Aus dem Weg zu einem demenzsensiblen Krankenhaus Empfehlungspapier http://www.dekv.de/fileadmin/user_upload/downloads/Internet/DEKV_Empfehlung_demenzsensibles_Krankenhaus_online_2017.pdf Zuletzt aufgerufen 29. September 2017

Ely, E. W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, R., ... & Inouye, S. K. (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical care medicine*, 29(7), 1370-1379.

Fiedler, C., & Piltz, C. (2017). Sturz und Sturzprophylaxe. In *Pflegewissen Stroke Unit* (pp. 179-190). Springer Berlin Heidelberg

Fischer, Thomas/ Spahn, Claudia/ Kovach, Christiane (2007): Gezielter Umgang bei herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz. Die „Serial Trial Intervention“ (STI). In: *Pflegezeitschrift* 7/2007, S. 370-373.

Gurlit, S., und Möllmann, M. (2008). How to prevent perioperative delirium in the elderly?. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41(6), 447-452.

Halek, M. & Bartholomexczik S. (2009). Assessmentinstrument für die verstehende Diagnostik bei Demenz: Innovatives demenzorientiertes Assessmentsystem (IdA). In: Bartholomexczik, S. & Halek, M. (eds.) *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen*. Hannover: Schlütersche.

Hessler, J.; Schäufele, M.; Hendlmeier, I.; Junge, M. N.; Leonhardt, S.; Weber, J.; Bickel, H. (2017): Behavioural and psychological symptoms in general hospital patients with dementia, distress for nursing staff and complications in care: results of the General Hospital Study. In: *Epidemiology and psychiatric sciences* S. 1-10.

Hessler, J. B., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Nora Junge, M., Leonhardt, S., Weber, J., & Bickel, H. (2017). The 6-Item Cognitive Impairment Test as a bedside screening for dementia in general hospital patients: results of the General Hospital Study (GHoSt). *International journal of geriatric psychiatry*, 32(7), 726-733

Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Ljunggren AE. Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the MOBID-2 Pain Scale in a clinical setting. *Scand J Caring Sci* 2010;24(2):380-391.

Husebo, B. S., Achterberg, W., & Flo, E. (2016). Identifying and managing pain in people with Alzheimer's disease and other types of dementia: a systematic review. *CNS drugs*, 30(6), 481-497.

Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine*, 354(11), 1157-1165

Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: The confusion assessment method a new method for detection of delirium. *Annals of internal medicine*, 113(12), 941-948.

Kirchen-Peters, S. und Diefenbacher, A. (2014). Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(7), 595-604.

Kitwood, T. (2004). Demenz. Der person-zentrierte Ansatz mit verwirrten Menschen. (3. erweiterte Aufl.). Deutschsprachige Ausgabe hrsg. von C. Müller-Hergl. Bern: Huber

- Lexa, N., & Kirsch, S. (2012). Der Werdenfelser Weg. Zeitschrift für Palliativmedizin, 13(05), FV30.
- Morton, I. (2002). Die Würde wahren. Personenzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Aus dem Englischen von Maren Klostermann. Stuttgart: Klett-Cotta
- Müller-Hergl, C. (2000). Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden: Positive Personarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping. In: P. Tackenberg, A. Abt-Zegelin (Hrst.), Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung (S. 248-261). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (2013). Delir 2013. Ein häufiges Syndrom im Alter – eine interdisziplinäre Herausforderung. Linz: Medizin Medien Austria GmbH.
- Pinkert, Christiane und Holle, Bernhard (2012): Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literaturübersicht zur Prävalenz und Einweisungsgründe. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Dezember 2012, Ausgabe 8, S. 728–734.
- Radtke, F. M., Franck, M., Oppermann, S., Lütz, A., Seeling, M., Heymann, A., ... & Spies, C. D. (2009). Die Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)–Richtlinienkonforme Übersetzung und Validierung einer intensivmedizinischen Delirium–Checkliste. AINS-Anästhesiologie· Intensivmedizin· Notfallmedizin· Schmerztherapie, 44(02), 80-8
- Robert Bosch Stiftung (2016): General Hospital Study - GHoSt. Zusammenfassung einer repräsentativen Studie zu kognitiven Störungen und Demenz in den Allgemeinkrankenhäusern von Baden-Württemberg und Bayern. Stuttgart.
- Sampson, E. L., White, N., Leurent, B., Scott, S., Lord, K., Round, J., & Jones, L. (2014). Behavioural and psychiatric symptoms in people with dementia admitted to the acute hospital: prospective cohort study. The British Journal of Psychiatry, 205(3), 189-196.
- Singler, K., & Thomas, C. (2017). HELP–Hospital Elder Life Program–ein multimodales Interventionsprogramm zur Delirprävention bei älteren Patienten. Der Internist, 58(2), 125-131.
- Siafarikas N. und Preuss U. (2014) Delir bei Demenz Fortschr Neurol Psychiatr 82: 492–501
- Schuermans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., & Duursma, S. A. (2003). The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium. Research and theory for nursing practice, 17(1), 31.
- Teschauer, W. (2013): Belastungserleben des Pflegepersonals bei der Versorgung von Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus. Unveröffentlichte Masterarbeit. Erlangen.
- Wingenfeld, K., Steinke, M., Ostendorf, A. und Ammann, A. (2013) Die Tagesbetreuung kognitiv beeinträchtigter Krankenhauspatientinnen und -patienten. Eine wissenschaftliche Auswertung. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.)

11 Anhang

11.1 Fragebogen Eingang-/Abschlussbefragung Mitarbeiter Modul I

**Evaluation des Projektes
„Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus“
der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Bayern
Eingangsbefragung**

Ihr Kennwort: _ _ _ _ _

Ihre Tätigkeit und Ausbildung

1. An welchem Projektstandort sind Sie tätig?
 Donauwörth/Nördlingen Illertissen Krumbach
 München Roth Vilshofen

2. Welche Funktion haben Sie auf der Station bzw. welche Aus- bzw. Weiterbildung haben Sie absolviert (z.B. Pflegefachkraft, Assistenzarzt, Physiotherapeut)?

3. Wie lange arbeiten Sie bereits in ihrem Beruf?
 weniger als 2 Jahre zwei bis fünf Jahre sechs bis zehn 10 Jahre
 mehr als 10 Jahre

4. Haben Sie Fortbildungen (z.B. Seminar, Vortrag, Kongress) besucht, die den Umgang mit älteren Patienten, verwirrten Patienten oder Patienten mit herausfordernden Verhalten zum Inhalt hatten? Falls ja, bitte erläutern Sie stichpunktartig die Art der Veranstaltung:
 nein ja, _____

Patienten auf Ihrer Station: Ältere Patienten und herausforderndes Verhalten

5. Wenn Sie den Betrieb auf Ihrer Station für einen längeren Zeitraum- ca. ein halbes Jahr- Revue passieren lassen, gibt es Patienten, an die sie sich besonders erinnern, weil sie mehr oder weniger stark verwirrt waren?
 ja nein weiß nicht

6. Wie hoch *schätzen** Sie den Anteil solcher Patienten auf Ihrer Station?
____ % weiß nicht

7. Wie hoch *schätzen** Sie den Anteil von Patienten über 65 Jahren auf Ihrer Station?
____ % weiß nicht

8. Im Zusammenhang mit demenziellen Veränderungen wird oft der Begriff des „Herausfordernden Verhaltens“ verwendet. Was verbinden Sie mit diesem Begriff?

* Bitte schätzen Sie die Anteile aus Ihrer täglichen Arbeit heraus. Die Abgaben sollen Ihren *persönlichen Eindruck* wiedergeben.

Fragebogen „Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus Eingangsbefragung Modul I“
© Deutsche Alzheimer Gesellschaft - Landesverband Bayern, Dr. W. Teschauer, 2014

Seite 1 von 5

Im folgenden Teil des Fragebogens sind Eigenschaften und Verhaltensweisen aufgelistet, die bei Menschen mit Demenz möglicherweise in der täglichen Pflege wahrgenommen werden. Bitte geben Sie an, wie leicht oder schwer es Ihnen fällt, mit dieser Eigenschaft oder diesem Verhalten umzugehen. Falls Sie das Verhalten oder die Eigenschaft in Ihrer Pflegepraxis nicht kennengelernt haben, wählen Sie bitte die Option „trifft nicht zu“. *

Menschen mit Demenz	Der Umgang fällt mir				
	sehr leicht	leicht	schwer	sehr schwer	trifft nicht zu
9. scheinen sich oft komplett planlos zu verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. sind ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. sind unberechenbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. sind apathisch, scheinen eingeschränkte Emotionen zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. sind egoistisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. sind paranoid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. suchen oft Aufmerksamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. sind manipulierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. sind undankbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. sind verletzlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. sind einsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. sind oft absichtlich schwierig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. brauchen die ganze Zeit jemanden in der Nähe, sind fordernd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. haben ein leeres Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. sind stur und eigensinnig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. sind aggressiv und feindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Fragen 9 - 24 in Anlehnung an Hrnčir, 2009

Fragebogen „Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus Eingangsbefragung Modul I“
© Deutsche Alzheimer Gesellschaft - Landesverband Bayern, Dr. W. Teschauer, 2014

Seite 2 von 5



25. Welche besonderen Situationen traten bei der Versorgung dieser verwirrten Personen häufig auf? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schreiattacken | <input type="checkbox"/> Enthemmung | <input type="checkbox"/> Apathie (Passivität) |
| <input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen | <input type="checkbox"/> Hilferufe | <input type="checkbox"/> zielloses Herumlaufen |
| <input type="checkbox"/> verbale Aggression | <input type="checkbox"/> körperliche Aggression | <input type="checkbox"/> nächtliche Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | | |

26. Wie häufig treten diese besonderen Situationen im Stationsalltag auf?

- täglich zweimal / Woche einmal / Woche seltener weiß nicht

27. Welche Maßnahmen werden in diesen Situationen üblicherweise getroffen?

Deeskalierende Maßnahmen (z.B. auf Gefühle des Patienten eingehen):

- häufig gelegentlich nie weiß nicht

Einbindung von Angehörigen (z.B. Hinzuziehen, Rooming-In)

- häufig gelegentlich nie weiß nicht

Hinzuziehen Dritter (z.B. Sitzwache, Ehrenamtliche Helfer)

- häufig gelegentlich nie weiß nicht

Gabe von Medikamenten

- häufig gelegentlich nie weiß nicht

Freiheitsentziehende Maßnahmen

- häufig gelegentlich nie weiß nicht

Sonstige: _____

- häufig gelegentlich nie weiß nicht

28. Welche anderen Lösungswege könnten Sie sich vorstellen?

- _____
- keine weiß nicht

29. Warum werden diese anderen Lösungen nach Ihrer Meinung nicht angewendet?

- _____ weiß nicht

Patienten mit kognitiven Risiken

30. Sind i.d.R. die Informationen über ein bestehendes kognitives Risiko beim Patienten bereits bei der Aufnahme bekannt?

- ja nein weiß nicht

31. Wie häufig finden konsiliarische Untersuchungen (Neurologie / Psychiatrie) wegen kognitiver Risiken statt?

- täglich zweimal / Woche einmal pro Woche seltener nie
- weiß nicht

32. Treffen Sie besondere Maßnahmen, wenn Patienten mit kognitiven Risiken von Ihrer Station aus zu anderen Zielen im Haus gehen oder gebracht wird (z.B. Begleitedienst, Ankündigung)?
 ja nein Weiß nicht
33. Werden besondere Pflegesituationen im Pflorgeteam besprochen (Fallbesprechungen)?
 ja nein Weiß nicht
34. Gibt es zu Patienten mit kognitiven Risiken interdisziplinäre Fallbesprechungen?
 ja nein Weiß nicht
35. Falls Fallbesprechungen durchgeführt werden: Worin liegen aus Ihrer Sicht die wesentlichen Vorteile (Stichworte)?
_____ Weiß nicht
36. Falls nein: Würden Sie sich solche interdisziplinären Fallbesprechungen wünschen?
 ja nein Weiß nicht
37. Welche Hoffnungen knüpfen Sie daran (Stichworte)?
_____ Weiß nicht
38. Wie häufig treten nach Ihrer Meinung Delirien bzw. Durchgangssyndrome auf Ihrer Station auf?
 täglich zweimal / Woche einmal / Woche
 einmal / Monat seltener nie Weiß nicht

Patienten mit Nebendiagnose Demenz

39. Wie hoch *schätzen** Sie den Anteil von Patienten auf ihrer Station bei denen eine Demenz als Diagnose in der Krankenakte vermerkt ist.
____ % weiß nicht
40. Wie hoch *schätzen** Sie den Anteil von Patienten, die nach Ihrer Auffassung an einer Demenzerkrankung leiden, aber keine Diagnose in Ihrer Krankenakte aufweisen?
____ % weiß nicht
41. Können Sie sich Veränderungen bei der klinischen Versorgung Demenzkranker vorstellen?
 nein ja und zwar _____
_____ weiß nicht

Einbindung Ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer

42. Besteht in ihrem Haus / ihrer Station ein ehrenamtlicher Helferkreis (z.B. Grüne Damen, Hospizverein, Besuchsdienst)?
 nein, kein Helferkreis im Haus ➔ **Frage 43** ja, Helferkreis vorhanden ➔ **Frage 46**
43. In einigen Krankenhäusern gibt es gute Erfahrungen mit dem Einsatz von Ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern (EAH). Wie stehen Sie persönlich zu diesem Modell?
 kann ich mir gar nicht vorstellen wäre ggf. möglich
 kann ich mir gut vorstellen in jedem Fall eine Bereicherung weiß nicht

* Bitte schätzen Sie die Anteile aus Ihrer täglichen Arbeit heraus. Die Abgaben sollen Ihren *persönlichen Eindruck* wiedergeben.

44. Worin sehen Sie die wesentlichen Hindernisse beim Einsatz von EAH auf Ihrer Station?

_____ Weiß nicht

45. Welche Verbesserungspotenziale sehen Sie durch den Einsatz von EAH?

_____ weiß nicht

➔ **Ende des Fragebogens**

46. In Ihrem Haus / in Ihrer Station werden u.a. auch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer (EAH) eingesetzt. Haben Sie in den vergangenen drei Monaten Patienten versorgt, die auch Besuch von EAH erhielten?

ja nein weiß nicht

47. Ist die Zahl der durch die EAH betreuten Patienten:

zu niedrig genau richtig zu hoch weiß nicht

48. Als wie hilfreich für ihre Arbeit würden Sie den Einsatz von EAH beschreiben?

gar nicht wenig hilfreich hilfreich weiß nicht

Würden Sie Ihre Antwort kurz begründen?

49. Wie würden Sie aus Ihrer Sicht die Aufgaben der EAH beschreiben?

_____ weiß nicht

50. Welche Aufgaben haben die EAH übernommen?

_____ weiß nicht

51. Glauben Sie, dass Patienten mit kognitiven Risiken besonders vom Einsatz von EAH profitieren?

ja nein weiß nicht

Bemerkungen zu Fragebogen:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen „Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus Eingangsbefragung Modul I“
© Deutsche Alzheimer Gesellschaft - Landesverband Bayern, Dr. W. Teschauer, 2014

Seite 5 von 5

11.2 Ärztebefragung

**Abschlussevaluation des Projektes
„Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus“
der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Bayern
Abschlussbefragung Ärztebefragung**

Ihr Kennwort: _ _ _ _ _

1. An welchem Projektstandort sind Sie tätig?
 Augsburg Donauwörth Illertissen
 Ingolstadt Krumbach Münchberg-Naila
 Roth Vilshofen Weißenburg-Gunzenhausen

2. Haben Sie innerhalb des Projektes an einer Schulung für Ärzte durch die Alzheimer Gesellschaft teilgenommen?
→ Falls Sie nicht an einer Schulung teilgenommen haben, weiter mit Frage 9
 ja nein
3. An welchen Schulungen haben Sie teilgenommen?
 Einführung Medikamente und Delir
 Schmerz und Demenz Frei gewähltes Thema, welches _____
4. Empfinden Sie die Inhalte der Schulung als hilfreich im Umgang mit Menschen mit Demenz?
 sehr hilfreich teilweise hilfreich
 nicht hilfreich weiß nicht
5. Dauer der Fortbildungen.
 zu kurz genau richtig zu lang
6. Aufbau und Systematik der Fortbildungen
Einführung
Inhalt: angemessen teils-teils nicht angemessen
Qualität: angemessen teils-teils nicht angemessen
Medikamente und Delir
Inhalt: angemessen teils-teils nicht angemessen
Qualität: angemessen teils-teils nicht angemessen
Schmerz und Demenz
Inhalt: angemessen teils-teils nicht angemessen
Qualität: angemessen teils-teils nicht angemessen
Frei gewähltes Thema
Inhalt: angemessen teils-teils nicht angemessen
Qualität: angemessen teils-teils nicht angemessen
7. Welche Teilbereiche aus den Schulungen haben sich als besonders hilfreich im Umgang mit Demenzkranken erwiesen?

8. Wünschen Sie sich weitere Schulungen zu dem Thema Demenz?
 ja nein
weil / Thema _____

Fragebogen „Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus Ärztefortbildungen“
© Deutsche Alzheimer Gesellschaft - Landesverband Bayern, Dr. W. Teschauer, 2017



9. Fallbesprechung

→ Falls Sie nicht an einer Fallbesprechung teilgenommen haben, weiter mit Frage 10

- a. Wie oft haben Sie an den Fallbesprechungen teilgenommen?
 ich habe _____ Mal teilgenommen
- b. Wie bewerten Sie die Fallbesprechungen allgemein?
 sehr gut eher Gut eher schlecht sehr schlecht
- c. Durch die Fallbesprechungen sehe ich das Herausfordernde Verhalten aus einer anderen Perspektive.
 vollständig teilweise gar nicht weiß nicht
- d. Seit den Fallbesprechungen kann ich das Herausfordernde Verhalten besser verstehen.
 stimme voll und ganz zu stimme eher zu teils-teils
 stimme eher nicht zu stimme gar nicht zu
- e. Herausforderndes Verhalten belastet mich seit der Einführung der Fallbesprechungen weniger.
 trifft zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft nicht zu
- f. Ein gewinnbringender kollegialer Austausch findet statt.
 trifft zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft nicht zu
- g. Fallbezogene Erarbeitung von Lösungsoptionen erfolgt.
 trifft zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft nicht zu
- h. Das eigene Wissen wird in den Fallbesprechungen erweitert.
 trifft zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft nicht zu
- i. Die Dauer der Fallbesprechungen empfand ich als
 zu lang genau richtig zu kurz
- j. Zeitlicher Abstand der Fallbesprechungen.
 zu lang genau richtig zu kurz
- k. Aufbau und Systematik.
 angemessen teils-teils nicht angemessen
10. Von welchen weitergehenden Veränderungen könnten Demenzkranke in Ihrem Krankenhaus profitieren?

_____ weiß nicht

11. Hat sich Ihre Haltung gegenüber Demenzkranken durch das Projekt verändert?

ja nein
weil _____
_____ weiß nicht

12. Welche Veränderungen hat Ihrer Meinung nach das Projekt „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ in Ihrem Krankenhaus bewirkt?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!!!

Raum für Bemerkungen / Kommentare / Antworten

Fragebogen „Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus Ärztefortbildungen“
© Deutsche Alzheimer Gesellschaft - Landesverband Bayern, Dr. W. Teschauer, 2017



11.3 Fragebogen Abschlussbefragung Mitarbeiter Modul II

**Abschlussevaluation des Projektes
„Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus“
der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Bayern
Abschlussbefragung Herausforderndes Verhalten**

Ihr Kennwort: _ _ _ _ _

Ihre Tätigkeit und Ausbildung

1. An welchem Projektstandort sind Sie tätig?
 Augsburg Donauwörth Illertissen
 Ingolstadt Krumbach Münchberg-Naila
 Roth Vilshofen Weißenburg-Gunzenhausen
2. Welche Funktion haben Sie auf der Station bzw. welche Aus- bzw. Weiterbildung haben Sie absolviert (z.B. Pflegefachkraft, Assistenzarzt, Physiotherapeut)?

3. Wie lange arbeiten Sie bereits in ihrem Beruf?
 weniger als zwei Jahre zwei bis fünf Jahre
 sechs bis zehn Jahre mehr als zehn Jahre

Workshops Herausforderndes Verhalten

4. Wurden Ihre Erwartungen im Hinblick auf die Inhalte der Workshops erfüllt?
 voll erfüllt eher erfüllt weniger erfüllt gar nicht erfüllt
5. Die Inhalte der Workshops haben eine Haltungsänderung insbesondere beim Umgang mit Herausforderndem Verhalten bei mir erreicht.
 trifft zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft nicht zu
6. Die besprochenen Inhalte sind in die Praxis übertragbar
 trifft zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft nicht zu
7. Die Themen (Handlungskompetenzen und Wissen und Verstehen) wurden ausreichend besprochen
 trifft zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft nicht zu



Erfassungsinstrument „Herausforderndes Verhalten“

→ Falls Sie das Erfassungsinstrument nicht benutzt / ausgefüllt haben weiter mit Frage 12

8. Wie bewerten Sie das Erfassungsinstrument Herausforderndes Verhaltensweisen allgemein?
- sehr gut eher gut eher schlecht sehr schlecht
9. Durch das Erfassungsinstrument wurde ich angeregt, intensiver über das Verhalten der Patienten nachzudenken.
- zutreffend ziemlich zutreffend wenig zutreffend unzutreffend
10. Durch das Erfassungsinstrument wurde ich angeregt, intensiver über mein Verhalten den Patienten gegenüber nachzudenken.
- zutreffend ziemlich zutreffend wenig zutreffend unzutreffend
11. Das Instrument enthält Aspekte, an die ich im Zusammenhang mit dem Herausfordernden Verhalten zunächst nicht gedacht habe.
- zutreffend ziemlich zutreffend wenig zutreffend unzutreffend

Fallbesprechung

→ Falls Sie nicht an einer Fallbesprechung teilgenommen haben, weiter mit Frage 25

12. Wie oft haben Sie an den Fallbesprechungen teilgenommen?
- ich habe _____ Mal teilgenommen
13. Würden Sie weiterhin gerne an Fallbesprechungen teilnehmen?
- ja nein
14. Haben Sie an Fallbesprechungen teilgenommen, an denen auch Ärzte beteiligt waren?
- ja, und es war zielführend ja und es war nicht zielführend
- nein, es wäre zielführend gewesen nein, es wäre auch nicht zielführend gewesen
15. Wie bewerten Sie die Fallbesprechungen allgemein?
- sehr gut eher Gut eher schlecht sehr schlecht
16. Durch die Fallbesprechungen sehe ich das Herausfordernde Verhalten aus einer anderen Perspektive.
- vollständig teilweise gar nicht weiß nicht
17. Seit den Fallbesprechungen kann ich das Herausfordernde Verhalten besser verstehen.
- stimme voll und ganz zu stimme eher zu teils-teils
- stimme eher nicht zu stimme gar nicht zu
18. Herausforderndes Verhalten belastet mich seit der Einführung der Fallbesprechungen weniger.
- trifft zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft nicht zu

19. Ein gewinnbringender kollegialer Austausch findet statt.
 trifft zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft nicht zu
20. Fallbezogene Erarbeitung von Lösungsoptionen erfolgt.
 trifft zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft nicht zu
21. Das eigene Wissen wird in den Fallbesprechungen erweitert.
 trifft zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft nicht zu
22. Die Dauer der Fallbesprechungen empfand ich als
 zu lang genau richtig zu kurz
23. Zeitlicher Abstand der Fallbesprechungen.
 zu lang genau richtig zu kurz
24. Aufbau und Systematik.
 angemessen teils-teils nicht angemessen

Coaching

→ Falls Sie nicht an einem Coaching teilgenommen haben, weiter mit Frage 37

25. Wie oft haben Sie am Coaching teilgenommen?
 Ich habe ____ Mal teilgenommen
26. Würden Sie weiterhin gerne am Coaching teilnehmen?
 ja nein
27. Wie bewerten Sie das Coaching allgemein?
 sehr gut eher gut eher schlecht sehr schlecht
28. Durch das Coaching sehe ich das Herausfordernde Verhalten aus einer anderen Perspektive.
 vollständig teilweise gar nicht
29. Seit dem Coaching kann ich das Herausfordernde Verhalten besser verstehen.
 trifft zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft nicht zu
30. Herausforderndes Verhalten belastet mich seit der Einführung vom Coaching weniger.
 trifft zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft nicht zu
31. Durch das Coaching habe ich neue Verhaltensweisen erlernt.
 trifft zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft nicht zu
32. Durch das Coaching habe ich unerwünschte Verhaltensweisen abgebaut.
 trifft zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft nicht zu

11.4 Interview Geschäftsführungen

1. Welche Projektbestandteile haben Ihrer Meinung nach die größte Bedeutung?
2. Welche Ergebnisse wurden aus Ihrer Sicht mit dem Projekt in Ihrem Haus erzielt?
3. Welche erwarteten Ziele konnten nicht verwirklicht werden?
4. Welche abgeleiteten Maßnahmen des Projekts werden nach Projektende weitergeführt werden?
5. Werden Sie in Zukunft weiter am Thema „Menschen mit Demenz“ im Krankenhaus weiterarbeiten?
6. Waren Sie mit der Zusammenarbeit mit der Alzheimer Gesellschaft zufrieden?
7. Was haben Sie in der Zusammenarbeit vermisst?
8. Was ist Ihrer Meinung nach während des Projekts gut gelaufen?
9. Was ist Ihrer Meinung nach während des Projekts schlecht gelaufen?
10. Weshalb machen die Krankenhausgesellschaften als Interessensvertretung der Kliniken das Thema Demenz im Krankenhaus nicht stärker zu ihrem Thema?
11. Würden Sie anderen Krankenhäusern die Teilnahme an dem Projekt empfehlen?

11.5 Interview Projektleitungen

Workshops

1. Was haben Ihrer Meinung nach die Teilnehmer von Modul II gelernt?
2. Wenn Sie die verschiedenen Elemente von Modul II betrachten, was konnte umgesetzt werden?
3. Welche neuen Fähigkeiten und Kenntnisse konnten erworben werden?
4. Welche Probleme sind bei der Planung des Projekts aufgetreten?
5. Welche Probleme sind bei der Durchführung des Projekts aufgetreten?
6. Was hat Ihnen besonders gut gefallen?
7. Vergleichen Sie Ertrag und Aufwand. Hat sich für Sie persönlich die Teilnahme am Projekt gelohnt?
8. Warum, glauben Sie, konnten bestimmte Dinge nicht umgesetzt werden? Welche Hindernisse gab es?
9. Welches waren die größten Hürden während des Projekts?
10. Stellen Sie sich vor, Sie dürften etwas an dem Modul II – Herausforderndes Verhalten verändern. Welche Dinge wären das?
11. Hat sich der Umgang mit MmD, die herausforderndes Verhalten zeigen, verändert?
12. Welche Projektbestandteile können nach Projektende weitergeführt werden?
13. Hat sich Ihre Einstellung / die Einstellung Ihrer MA zum Thema „herausforderndes Verhalten“ verändert? Wie?

14. Was hat Sie positiv überrascht?

Erfassungsinstrument

1. War der gemeinsam entwickelte Erhebungsbogen hilfreich, um herausforderndes Verhalten besser einzuschätzen und zu verstehen?
2. Würden Sie an dem Erhebungsbogen Veränderungen vornehmen? Wenn ja, welche?

Fallbesprechung

3. Wie beurteilen Sie die Fallbesprechungen?
4. Haben sie aus Ihrer Sicht zu einer verbesserten Versorgung der Patienten mit Demenz beigetragen?
Ja → Wie genau?
Nein → Warum nicht?
5. Wie war das Engagement der Ärzte? Wie hätte es Ihrer Meinung nach sein müssen?

Coaching

6. Wie beurteilen Sie das Coaching?
7. Haben Ihre MA nach Ihrer Auffassung davon profitiert? Wie genau?

Rahmenbedingungen

8. Erläutern Sie mir bitte die Unterstützung von Geschäftsführung, Ärzten und weiteren Berufsgruppen, die am Modul II beteiligt waren.
9. Was müsste sich Ihrer Meinung nach an den strukturellen Rahmenbedingungen ändern?
10. Was wünschen Sie sich in Bezug auf die Rahmenbedingungen in ihrem Krankenhaus?







Herausgeber:

Deutsche Alzheimer Gesellschaft,
Landesverband Bayern e.V.

Selbsthilfe Demenz

Frauentorgraben 73

90443 Nürnberg

Vorsitzende:

Mia Schunk

Geschäftsführer:

Gerhard Wagner

Autoren:

Dr. rer. nat. Winfried Teschauer

M.Sc. Gerontologie

Wissenschaftlicher Leiter der Ingenium-Stiftung für
Menschen mit Demenz, Ingolstadt

Mitglied des Vorstandes der Deutschen Alzheimer
Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz Berlin und des
Landesverbandes Bayern

Christine Hambloch

M.Sc. Gerontologie, Sozialpädagogin (FH)

Ingenium-Stiftung für Menschen mit Demenz,
Ingolstadt

Gerhard Wagner

Diplom Sozialpädagoge

Geschäftsführer Deutsche Alzheimer Gesellschaft,
Landesverband Bayern e.V.

unter Mitarbeit von:

Christina Derr

M.Sc. Gerontologie, Sozialpädagogin (FH)

Ingenium-Stiftung für Menschen mit Demenz,
Ingolstadt

Silvia Teschauer

M.A. Linguistik

Ingenium-Stiftung für Menschen mit Demenz,
Ingolstadt