

Z Gerontol Geriat 2019 · 52 (Suppl 4):S291–S296

<https://doi.org/10.1007/s00391-019-01631-2>

Eingegangen: 28. Juni 2019

Angenommen: 17. September 2019

Online publiziert: 18. Oktober 2019

© Der/die Autor(en) 2019, korrigierte

Publikation 2020



Sabine Kirchen Peters · Elisabeth Krupp

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V., Saarbrücken, Deutschland

Demenzsensibilität in Akutkrankenhäusern

Warum die Umsetzung so schwierig ist, und wie sie dennoch gelingen kann

Hintergrund

Mit dem Alter steigt das Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Aufgrund der demografischen Entwicklung leben daher in Deutschland immer mehr Menschen mit Demenz. Automatisch steigt damit auch der Anteil an Menschen mit kognitiven Einschränkungen in den deutschen Akutkrankenhäusern. Dabei kommt erschwerend hinzu, dass Demenzkranke häufiger in Kliniken eingewiesen werden als ältere Patienten ohne kognitive Einschränkungen [10]. Dies wird u. a. darauf zurückgeführt, dass auch kleinere somatische Erkrankungen bei Demenzkranken aufgrund von Komplikationen schwerwiegender ausfallen können, und dass Hausärzte häufiger zu Einweisungen neigen, wenn eine Symptomatik aufgrund der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit der Patienten nicht sicher eingeordnet werden kann.

Eine im Auftrag der Robert Bosch Stiftung durchgeführte Repräsentativstudie bestätigte, dass Demenzen und kognitive Störungen in Akutkrankenhäusern häufig vorkommen. Nach den Ergebnissen betrug die Gesamtprävalenz einer komorbiden Demenz 18,4%, darunter waren 6,8% der Patienten leicht, 6,6% mittelschwer und 5% schwer erkrankt. Aus den Prävalenzraten lässt sich ableiten, dass in deutschen Akutkrankenhäusern täglich 23.000 demenzkranke Patienten sowie zusätzlich 24.000 ältere Patienten mit leichten kognitiven Störungen behandelt werden [2].

In den Akutkrankenhäusern gehören Menschen mit kognitiven Einschrän-

kungen mittlerweile demnach zum klinischen Alltag und werden dort zu einer besonderen Herausforderung. In einer Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung gaben 82% der Pflegekräfte in Akutkrankenhäusern an, immer häufiger mit demenzkranken Patienten zu tun zu haben. Aber nur 30% dieser Befragten fühlen sich für den Umgang mit Demenzkranken ausreichend qualifiziert [9]. Auch andere Studien beklagen erhebliche Wissenslücken bei pflegerischem und ärztlichem Personal der Kliniken [1, 3, 5].

Doch nicht nur das Personal ist mit seinen Qualifikationen und Kompetenzen unzureichend auf Demenzkranke vorbereitet, auch die Rahmenbedingungen im Allgemeinkrankenhaus sind nicht ausreichend auf demenzkranke Patienten ausgerichtet. Nach gegenwärtigem Forschungsstand wirkt das Krankenhausmilieu für Demenzkranke mit ihrer stark verminderten Anpassungsfähigkeit geradezu symptomfördernd [6]:

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

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

Wie in verschiedenen Untersuchungen gezeigt werden konnte, sind Krankenhausaufenthalte deshalb für Demenzkranke mit vielfältigen Risiken verbunden, die nicht aus ihrer somatischen Grunderkrankung, sondern aus den Begleiterscheinungen der Demenz resultieren [1, 4, 8]. Allein der plötzliche Umgebungswechsel stellt für Demenzkranke bereits eine krisenhafte Situation dar, für deren Bewältigung sie eigent-

lich ein optimal auf sie eingestelltes Milieu benötigen würden. Die Strukturen und Prozesse auf die Bedürfnisse demenzkranker Patienten auszurichten, ist jedoch für Akutkrankenhäuser eine anspruchsvolle Herausforderung [6].

Menschen mit Demenz stellen somit eine wichtige Patientengruppe von Akutkrankenhäusern dar, aber es stellt sich die Frage, warum die deutschen Kliniken ihre Strukturen und Prozesse immer noch nicht ausreichend auf deren Bedürfnisse eingestellt haben.

Ziel des Beitrags

Die vorliegende Arbeit systematisiert und beschreibt Umsetzungsbarrieren in Form einer Übersicht. Dabei wird unterschieden zwischen Barrieren auf der individuellen Ebene des einzelnen Beschäftigten, auf der institutionellen Ebene des Krankenhauses sowie auf der übergeordneten Ebene des Gesundheitssystems und der Finanzierungsbedingungen. Auf der Basis der aufgezeigten Erschwernisse werden Wege zu einer besseren Praxis sowie förderliche Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Demenzsensibilität aufgezeigt.

Material und Methoden

In einem früheren Projekt des iso-Instituts im Auftrag der Deutschen Alzheimer Gesellschaft wurde bereits vertiefend analysiert, was die Verbreitung demenzsensibler Konzepte verhindert oder erschwert [5]. Zum damaligen Zeitpunkt lagen jedoch noch wenige Erfahrungen mit guter Praxis vor. Durch das Förderprogramm „Demenz im Krankenhaus“ der Robert Bosch Stiftung konnte der Erfahrungshintergrund über Ansätze guter Praxis nun erweitert, aber es konnten auch neue Erkenntnisse über hemmende und förderliche Faktoren zur Etablierung von Demenzsensibilität in Akutkrankenhäusern gesammelt werden. Die Stiftung hat in 17 Krankenhäusern verschiedene Projekte zum Thema „Demenz im Krankenhaus“ mit einer Laufzeit von jeweils 3 Jahren gefördert. Die erste Förderrunde, an der 5 Krankenhäuser teilnahmen, begann im Jahr 2012. Eine zweite Förderrunde mit 7 Krankenhäusern wurde im

Jahr 2014 aufgelegt. In die dritte Förderrunde, die im Jahr 2017 startete, waren 5 Krankenhäuser eingebunden.

Die Analyse des Förderprogramms basiert auf einer Dokumentenanalyse, auf der Auswertung einer Fokusgruppe und mehreren Vernetzungstreffen, auf 15 Experteninterviews und auf 17 Interviews mit den Projektbeteiligten. In der Dokumentenanalyse wurden alle Materialien aus den Förderprojekten, Literatur und Forschungsberichte sowie Unterlagen zu nationalen und internationalen Demenzstrategien gesichtet und im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse mithilfe des Programms MAXQDA codiert und analysiert. Die Experteninterviews bezogen sich u. a. auf Bausteine eines demenzsensiblen Krankenhauses, auf Barrieren und Gelingensfaktoren für die Umsetzung und Nachhaltigkeit sowie auf Kriterien zur Bewertung von Demenzsensibilität. In den Interviews mit den Projektbeteiligten wurde nach Ansätzen guter Praxis, nach fördernden und hemmenden Faktoren bei der Umsetzung sowie nach den größten Herausforderungen auf dem Weg zur Demenzsensibilität gefragt. Die integrierten Ergebnisse aller Arbeitsschritte sind in einem umfassenden Praxisleitfaden aufbereitet worden.

Ergebnisse

Aus den Erfahrungen der Modellprojekte lassen sich typische Barrieren für eine demenzsensible Ausrichtung von Akutkrankenhäusern auf individueller, arbeitsorganisatorischer und übergeordneter Ebene beschreiben. Deren Analysen und Beschreibung ermöglichen es Krankenhäusern, die Umsetzungsprobleme zu bearbeiten und Ansatzpunkte zur Überwindung dieser Hürden zu finden. Im Folgenden werden die Erkenntnisse über Erschwernisse für die Etablierung von Demenzsensibilität entlang der ermittelten 3 Ebenen dargestellt.

Individuelle Barrieren

Verkennen der Relevanz. Wie häufig Menschen mit der Nebendiagnose Demenz oder mit Delir in Akutkrankenhäusern behandelt werden, wird

vom Krankenhauspersonal nicht selten unterschätzt. Denn Kommunikationsbarrieren verhindern, dass Pflegekräfte und ärztliches Personal den Leitungskräften offen zur Kenntnis bringen, welche Schwierigkeiten im Umgang mit demenzkranken Patientinnen und Patienten auftreten, und wie hilflos sie sich in eskalierenden Situationen fühlen.

Verdrängung. Der Umgang mit Demenzkranken berührt eine Reihe sehr individueller Aspekte, wie die Beschäftigung mit Ängsten vor dem eigenen Alter oder vor dem Altern der Eltern. Solche Ängste beziehen sich v. a. auf die Vorstellung eines geistigen Abbaus und vor einer daraus resultierenden Abhängigkeit von Dritten. Viele Menschen verdrängen solche Themen auch in professionellen Kontexten und möchten sich nicht aktiv damit beschäftigen.

Kurative Orientierung. Hinzu kommen Fragen des beruflichen Selbstverständnisses. Sind Ärzte oder Pflegekräfte vorwiegend auf Heilung und Spitzenmedizin orientiert, sind Demenzkranke eine eher uninteressante Patientengruppe. Gerade auf ärztlicher Seite fehlt häufig das Interesse, sich intensiver mit der diagnostischen Abklärung von Demenzsyndromen und möglichen präventiven und therapeutischen Strategien zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses für diese Menschen zu befassen. Manche Beschäftigte fühlen sich durch eine zunehmende Beschäftigung mit kognitiv eingeschränkten Menschen sogar von einem beruflichen Statusverlust bedroht. Eine „Spitzenmedizin“ mit hohem Technikeinsatz, die auf eine Heilung von Krankheiten ausgerichtet ist, ist mit einer höheren gesellschaftlichen Wertschätzung verbunden als eine „Spitzenbetreuung“ von chronischen und progredienten Erkrankungen.

Schwierige Patienteninteraktion. Menschen mit Demenz werden von den Beschäftigten primär als besonders aufwendige Patienten und damit als zusätzliche Aufgabe oder Last eingeschätzt. Besonders Patienten mit herausforderndem Verhalten werden als nervenaufreibende Belastung im ohnehin anstrengenden

Z Gerontol Geriat 2019 · 52 (Suppl 4):S291–S296 <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01631-2>
 © Der/die Autor(en) 2019, korrigierte Publikation 2020

S. Kirchen Peters · E. Krupp

Demenzsensibilität in Akutkrankenhäusern. Warum die Umsetzung so schwierig ist, und wie sie dennoch gelingen kann

Zusammenfassung

Hintergrund. In Deutschland stellt sich immer noch die Frage, warum die Demenzsensibilität von Akutkrankenhäusern so wenig verbreitet ist, obwohl bereits fast vor zwei Dekaden die ersten Konzepte erfolgreich erprobt wurden.

Ziel des Beitrags. Die vorliegende Arbeit beschreibt in Form einer Übersicht Umsetzungsbarrieren und zeigt Wege zu einer besseren Praxis auf.

Material und Methoden. Die vorgestellten Ergebnisse der „Analyse zum Modellprogramm Demenz im Krankenhaus“ der Robert Bosch Stiftung basieren auf einer Dokumentenanalyse, auf der Auswertung von Fokusgruppen und Vernetzungstreffen sowie auf Experteninterviews. Zudem fließen Ergebnisse einer früheren Untersuchung

des iso-Instituts für die Deutsche Alzheimer Gesellschaft ein.

Ergebnisse. Aus den Erfahrungen in Modellprojekten lassen sich typische Barrieren für eine demenzsensible Ausrichtung auf individueller, arbeitsorganisatorischer und übergeordneter Ebene beschreiben, deren Systematisierung einen Ansatzpunkt zur Überwindung dieser Hürden liefert. Zudem kann aus den Projekten eine Reihe von Gelingensfaktoren für die Umsetzung guter Praxis herausgearbeitet werden. So hat es sich als entscheidend herausgestellt, an der Haltung des Personals zu Menschen mit kognitiven Einschränkungen zu arbeiten und Abläufe an die besonderen Bedürfnisse dieser Patientengruppe anzupassen. In diesem Zu-

sammenhang spielen die Leitungskräfte sowie eine fachlich fundierte Strukturierung von Veränderungsprozessen eine Schlüsselrolle.

Diskussion. Vielfältige Anregungen können Verantwortliche und Beschäftigte aus Akutkrankenhäusern zukünftig einem umfassenden Leitfaden des iso-Instituts zur modularen Implementierung demenzsensibler Krankenhäuser entnehmen, der durch erprobte und wirksame Handlungshilfen, Instrumente, Prozessbeschreibungen usw. unterlegt ist.

Schlüsselwörter

Kognitive Einschränkungen · Patientenversorgung · Barrieren · Gute Klinische Praxis · Programmnachhaltigkeit

Dementia sensitivity in acute care hospitals. Why the implementation is so difficult, and how it can nevertheless succeed

Abstract

Background. In Germany, the question arises as to why the dementia sensitivity of acute care hospitals is still so uncommon even though the first concepts were successfully tested more than 20 years ago.

Objective. The aim of this article is to describe implementation barriers in an overview and to show ways to a better practice.

Material and methods. The results presented are based on a document analysis, the evaluation of focus groups and network meetings as well as on interviews with experts within the framework of a study for the Robert Bosch Foundation. In addition, the results of an earlier investigation of the iso institut for the German Alzheimer Society are included.

Results. Based on the experience gained in model projects, typical barriers for a dementia-sensitive orientation on individual, work organizational and superordinate levels are described. The systematization of the barriers provides a starting point for overcoming these hurdles. In addition, a number of success factors for the implementation of good practice can be worked out from the projects. It has been found to be crucial to work on the attitude of staff towards people with cognitive impairments and to adapt processes to the special needs of this patient group. In this context, management and a professionally sound structuring of change processes play a key role.

Discussion. In the future, managers and employees in acute care hospitals will be able to find a wide range of suggestions in comprehensive guidelines from the iso-Institute on the modular implementation of dementia-sensitive hospitals, which is backed up by tried and tested and effective aids to action, instruments, process descriptions, etc. The guidelines will also be available in the form of a comprehensive list of recommendations.

Keywords

Cognitive impairments · Patient care · Barriers · Good clinical practice · Program sustainability

Arbeitsalltag erlebt. Aus mangelnder Erfahrung mit demenzsensiblen Arbeitsweisen werden die Entlastungspotenziale, die sich aus einem personenorientierten Umgang ergeben, nicht gesehen.

Institutionelle und arbeitsorganisatorische Barrieren

Kein Modellwissen. Als gravierende Barriere für eine demenzbezogene Ausrichtung der Kliniken haben sich man-

gelnde Kenntnisse über demenzsensible Konzepte herauskristallisiert. Mangelndes Wissen darüber, was gute Praxis ausmacht, erschwert die Strukturierung neuer Prozesse, erzeugt Umwege und verschwendet Ressourcen.

Eingefahrene Strukturen. Maßnahmen der Organisationsentwicklung sind mitunter aufgrund eingeschliffener Routinen und Kommunikationsmuster nur schwer umsetzbar. Dabei spielen tra-

ditionelle Hierarchien und berufliche Orientierungen eine große Rolle. Insbesondere eine mangelnde Bereitschaft von Ärzten, sich aktiv mit eigenen Zeiteinheiten an Maßnahmen zur Steigerung der Demenzsensibilität zu beteiligen, wird vielerorts als Umsetzungserschweris beschrieben.

Begrenzte Ressourcen. Ohne Schulung des Personals ist kein Fortschritt in der Demenzsensibilität zu erreichen.

Individuelle Ebene	Institutionelle arbeitsorganisatorische Ebene	Übergeordnete und betriebswirtschaftliche Ebene
<ul style="list-style-type: none"> • Verkennen des Handlungsbedarfs • Berufliche Orientierung auf „Spitzenmedizin“ für junge Akutfälle • Tabuisierung wegen eigener Ängste vor Alter und Abhängigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Unzureichendes Wissen über Demenz/Delir • Mangelndes Wissen über Good Practice • Probleme mit kommunikationsintensiven Organisationsentwicklungsprozessen 	<ul style="list-style-type: none"> • Zunehmender Wirtschaftlichkeits- und Effizienzdruck • Wenig Spielraum für wirtschaftlich riskante Aktivitäten • Enormer Zeitdruck, Hektik • Fehlende Gegenfinanzierung des Aufwands

Abb. 1 ▲ Barrieren für die Umsetzung demenzsensibler Konzepte

Aber Schulungen sind mit einem hohen Ressourceneinsatz verbunden. Für viele Kliniken ist es deshalb schwierig, dem Thema Demenz vor dem Hintergrund der vielen drängenden Anforderungen an Akutkrankenhäuser eine ausreichende Priorität einzuräumen.

Professioneller Tunnelblick. Erschwerend sind darüber hinaus die zunehmende Spezialisierung und Funktionalisierung der Kliniken. Der einseitige Blick auf die Ziele der einzelnen Fachabteilung und dort auf die Behandlung der Hauptdiagnose versperrt einen ganzheitlichen Blick auf die komplexe medizinische, pflegerische und soziale Bedürfnislage der Menschen mit Demenz. Es fehlt insbesondere an einer patientenorientierten Sicht sowie an einer Bereitschaft und an Strukturen für eine interdisziplinäre sowie abteilungs- und sektorenübergreifende Arbeitsweise.

Ablauforientierung. Bei kurzen Verweildauern geht es in erster Linie darum, dass die zu Behandelnden die für den Tag vorgesehenen Prozeduren reibungslos durchlaufen, und auch die finanziellen Anreizsysteme sind diesem Ziel unterworfen. Die „unsichtbare“ und präventive Arbeit mit Demenzkranken, die darauf zielt, unerwünschte Vorkommnisse zu verhindern, wird deshalb von Vorgesetzten sowie Kolleginnen und Kollegen weniger wertgeschätzt.

Übergeordnete und betriebswirtschaftliche Barrieren

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

Arbeitsverdichtung. Durch die finanzielle Rahmensetzung arbeitet das Krankenhauspersonal am Rande der Belastungsgrenzen. Dadurch entsteht eine hektische und gestresste Gesamtatmosphäre. Die tägliche Arbeits- und Problemdichte verhindert Austausch und Kreativität, die für die Entwicklung von Demenzkonzepten notwendig wären.

Zunehmender Wirtschaftlichkeits- und Effizienzdruck. Die Krankenhäuser stehen wirtschaftlich unter einem steigenden Markt- und Überlebensdruck, der wenige Spielräume für finanziell riskante Entscheidungen lässt. Zu nennen ist z. B. der Rückzug der Länder aus der Übernahme von Investitionskosten der Krankenhäuser, die zu einer angespannten Finanzsituation geführt hat.

Die komplexe Struktur der Barrieren für den Aufbau demenzsensibler Kliniken wird in [Abb. 1](#) veranschaulicht.

Gelingensfaktoren für die Umsetzung guter Praxis

Im Rahmen der Analyse des Förderprogramms wurden die Ansätze guter Praxis ausgewertet und in einem Leitfaden veranschaulicht. Darin enthalten sind u. a. Hinweise zum Umgang mit Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus sowie zu speziellen Anforderungen z. B. in den Bereichen Ernährung und Schmerzmanagement. Darüber hinaus erhalten Verantwortliche Planungshilfen zum Aufbau folgender Bausteine eines demenzsensiblen Krankenhauses:

- Wissensaufbau,
- Delirmanagement,
- Erkennen und Behandeln von Demenzen,
- Konsiliar- und Liaisondienste,
- spezielle Abteilungen für Menschen mit Demenz,
- demenzsensible Notaufnahmen,
- Maßnahmen zu Begleitung und Tagesstrukturierung,
- Angehörigenarbeit,
- Umgebungsgestaltung,
- sektorenübergreifende Ansätze.

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

Die Führungskräfte nehmen bei der Umsetzung demenzsensibler Krankenhäuser überdies eine Schlüsselrolle ein. Alle Führungskräfte müssen für einen entsprechenden Innovationsprozess ge-

wonnen werden. Folgende Schritte können dies unterstützen:

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

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

- kurz-, mittel- und langfristige Ziele des Vorhabens,
- Definition von Bausteinen und Maßnahmen (z. B. Schulung, Umgebungsgestaltung, Beschäftigungsangebote),
- Zeit- und Meilensteinplan mit Phasen (z. B. Vorbereitungsphase, Um-

setzungsphase Pilotstation, Ausweitung- und Verstetigungsphase),

- Ressourcenplanung,
- Festlegung des Monitorings,
- personelle Verantwortlichkeiten.

Ein *Projektverantwortlicher* ist zu benennen, der die Planung, Organisation, Steuerung und Überwachung des Projekts übernimmt. Dazu muss er hierarchisch akzeptiert sein und für die Arbeit über zeitliche Ressourcen verfügen. Zudem sollten Kenntnisse im Projektmanagement vorliegen.

Wichtiges Arbeits- und Verstetigungsinstrument ist ein „runder Tisch Demenz“, in dem die konzeptionellen Weiterentwicklungen diskutiert und die Planungen vorangetrieben werden können. An „runden Tischen Demenz“ sind möglichst viele Berufsgruppen zu beteiligen (z. B. Medizin, Pflege, Physiotherapie, Krankenhausmanagement, Architektur). Eine fachliche Bereicherung kann der Einbezug externer Spezialisten z. B. aus Selbsthilfe- oder Angehörigenorganisationen sein. Die „Externen“ können auch temporär als Berater hinzugezogen werden.

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

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

Unternehmensführung unterstützt und in die Unternehmensstrategie aufgenommen werden.

Nachhaltigkeit einplanen

Die Praxiserfahrung vieler Modellprojekte zeigt, dass sich bereits erzielte Erfolge in der Demenzsensibilität von Akutkrankenhäusern häufig nicht halten lassen und eingeführte Maßnahmen mitunter wieder eingestellt werden müssen. Eine besonders kritische Phase ergibt sich für die meisten Krankenhäuser, wenn über einen begrenzten Zeitraum zur Verfügung gestellte Fördermittel auslaufen und sich die Frage stellt, ob und wie die Maßnahmen in eine nachhaltige Struktur überführt werden sollen. Zu diesem Zeitpunkt wird häufig ein Resümee gezogen, ob und inwieweit sich die bisherigen Anstrengungen „gelohnt“ haben.

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

Ein anderes Instrument ermöglicht eine Selbstevaluation im Hinblick auf den Grad an erreichter Demenzsensibilität. Zu nennen ist hier der Kriterienkatalog PAPAR zur Selbstevaluation demenzsensibler Krankenhäuser von Schmidt [11], der in Anlehnung an das „SPACE Assessment Spidergram“ des Royal College of Nursing in England entwickelt und in

14 deutschen Förderkrankenhäusern der Robert Bosch Stiftung empirisch überprüft wurde.

Neben der Frage einer Weiterfinanzierung nach Auslaufen der Projektförderung gibt es auch andere kritische Ereignisse, die Projekterfolge gefährden. Aus den Programmsergebnissen lässt sich ableiten, dass personelle Wechsel oft zu Rückschritten führen, insbesondere wenn diese Führungskräfte oder Projektverantwortliche betreffen. Deshalb ist es von entscheidender Bedeutung, vor dem Start eines Demenzprojektes das „agreement“ der gesamten Leitung einzuholen und die zu treffenden Regelungen so stabil anzulegen, dass sie auch personelle Wechsel überdauern. Zudem sollte zur Sicherung von Kontinuität auf befristete Verträge möglichst verzichtet werden, die häufig im Rahmen von modellhaft finanzierten Stellen üblich ist.

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

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

Diskussion

Eine demenzsensible Klinik zu entwickeln, ist kein einfaches Unterfangen.

Die Verantwortungsübernahme durch die Leitungskräfte sowie eine fachlich fundierte Strukturierung von Veränderungsprozessen spielen eine Schlüsselrolle. Dennoch ist – wie dargestellt – mit vielen Hindernissen auf unterschiedlichen Ebenen zu rechnen. Hilfreich ist es, sich auf diese Hindernisse sowie auf Gegenargumente von Kolleginnen und Kollegen sowie Vorgesetzten vorzubereiten und sich „Verbündete“ zu suchen. Wie sich aus den Modellerfahrungen ableiten lässt, sind in jedem Fall Geduld, Hartnäckigkeit, Frustrationstoleranz und ein langer Atem erforderlich.

Zu berücksichtigen ist darüber hinaus, dass die Arbeit an neuen Strukturen und Prozessen für die ohnehin belasteten Beschäftigten im Krankenhaus eine große Anstrengung darstellt. Eine Sichtbarkeit des Projekts durch interne und externe Öffentlichkeitsarbeit kann helfen, das Engagement zu festigen. Es eignen sich z. B. Auftaktveranstaltungen oder die Präsentation von Zwischenergebnissen als Anlässe für kleinere Events. Eine besondere Aufmerksamkeit ist gesichert, wenn Fremdmittel eingeworben werden können, etwa durch Projektförderungen, Stiftungsgelder oder im Rahmen der Vergabe von Preisgeldern.

Vielfältige Anregungen können Verantwortliche und Beschäftigte aus Akutkrankenhäusern einem umfassenden Leitfaden zur modularen Implementierung demenzsensibler Krankenhäuser entnehmen, den das iso-Institut im Auftrag der Robert Bosch Stiftung erstellt hat [7].

Korrespondenzadresse

Dr. Sabine Kirchen Peters

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V.
Saarbrücken, Deutschland
kirchen-peters@iso-institut.de

Förderung. Die open access-Publikation dieses Beitrags wurde von der Robert Bosch Stiftung unterstützt.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Kirchen Peters und E. Krupp geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

The supplement containing this article is not sponsored by industry.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Angerhausen S (2007) Projekt „Blickwechsel – Nebendiagnose Demenz“. GSP. Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte, Wuppertal
2. Bickel H, Schäufele M, Hendlmeier I, Heßler-Kaufmann JB (2019) Demenz im Allgemeinkrankenhaus. Ergebnisse einer epidemiologischen Feldstudie. General Hospital Study (GHOSt). Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
3. Isfort M, Klostermann J, Gehlen D, Siegling B (2014) Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, Köln
4. Kirchen-Peters S (2005) Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“. iso-Institut, Saarbrücken
5. Kirchen-Peters S (2013) Akutmedizin in der Demenzkrise. Chancen und Barrieren für das demenzsensible Krankenhaus. iso-Institut, Saarbrücken
6. Kirchen-Peters S (2017) Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Von der Diskrepanz zwischen innovativen Ansätzen und Versorgungsrealität. In: Jacobs K et al (Hrsg) Pflege-Report 2017. Springer Nature, Berlin, S 153–163
7. Kirchen-Peters S, Krupp E (2019) Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart (Im Erscheinen)
8. Kleina T, Wingenfeld K (2007) Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Akutkrankenhaus. Institut für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld, Bielefeld
9. Nock L, Hielscher V, Kirchen-Peters S (2013) Dienstleistungsarbeit unter Druck. Der Fall Krankenhauspflege. Ergebnisse einer Befragung von Pflegepersonal im Krankenhaus und vergleichende Analyse zu Befunden aus Altenpflege und Jugendhilfe. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
10. Phelan E-A, Borson S, Grothaus L, Balch S, Larson E-B (2012) Association of incident dementia with hospitalisations. J Am Med Assoc 307:165–172
11. Schmidt M (2017) Der Kriterienkatalog PAPAR zur Selbstevaluation demenzsensibler Krankenhäuser: Bildet PAPAR die Demenzsensibilität des Krankenhauses realistisch ab? GRIN Verlag, Open Publishing GmbH, München