



Demenz als pflegerische Herausforderung im Krankenhaus

Sabine Kirchen-Peters

Inhaltsverzeichnis

- 7.1 Relevanz der Thematik – 108**
- 7.2 Herausforderungen hinsichtlich Pflege- und Betreuungsaufwand – 109**
- 7.3 Handlungsansätze zum Aufbau von Demenzsensibilität im Krankenhaus – 110**
 - 7.3.1 Erhöhung der Fachlichkeit im Umgang mit demenzkranken Personen – 111**
 - 7.3.2 Ausgewählte Handlungskonzepte auf der Ebene des Krankenhausmanagements – 115**
- 7.4 Fazit und Diskussion der Ergebnisse – 117**
- Literatur – 118**

■ ■ Zusammenfassung

Krankenhäuser sehen sich mit der Anforderung konfrontiert, in zunehmendem Maße Menschen mit Demenz zu behandeln. Wie aus Modellprojekten und Evaluationen hervorgeht, stellt das Krankenhaus mit seinen Rahmenbedingungen jedoch ein geradezu demenzförderndes Milieu dar. Menschen mit Demenz, die im straff organisierten Krankenhausalltag ohne Beschäftigung und Ansprache auf sich alleine gestellt sind, zeigen häufig z. B. ein so genanntes herausforderndes Verhalten, das für alle Beteiligten zur nervlichen Zerreißprobe werden kann und für die Patientinnen und Patienten nicht selten mit gravierenden Folgen verbunden ist. Vor dem Hintergrund der steigenden Belastung des klinischen Personals ist der Handlungsbedarf groß. Für die Etablierung demenzsensibler Handlungskonzepte in Krankenhäusern gibt es aber keine einfachen Rezepte. Ein wesentlicher Schritt besteht darin, die Handlungssicherheit der Beschäftigten im Umgang mit Menschen mit Demenz zu stärken. Neben Fragen des allgemeinen Umgangs und der Anpassung kommunikativer Techniken sind spezielle Empfehlungen für den Umgang mit herausforderndem Verhalten sowie für das Ernährungs- und Schmerzmanagement hilfreich. Die Leitungskräfte nehmen für einen geregelten Wissensaufbau über die bestehenden Fachkonzepte eine Schlüsselrolle ein. Zudem sind sie gehalten, für einen sukzessiven Aufbau und eine nachhaltige Etablierung demenzsensibler Strukturen und Prozesse Sorge zu tragen.

Hospitals are increasingly being confronted with the challenge of treating people with dementia. However, as pilot projects and evaluations show, the hospital environment is one that can actually exacerbate dementia symptoms. For instance, people with dementia who are left to their own devices in the tightly organised hospital routine, with nothing to do and no one to talk to, often display challenging behaviour which can become a real test of nerves for everyone involved and is some-

times associated with serious consequences for the patients. In view of the increasing stress on clinical staff, there is an urgent need for action. However, there are no simple recipes for establishing dementia-sensitive action plans in hospitals. An important step is to strengthen the confidence of employees in dealing with people with dementia. Apart from questions of general interaction and the adaptation of communicative techniques, special recommendations for dealing with challenging behaviour as well as for nutrition and pain management are helpful. In this context, the management plays a key role in ensuring that knowledge is built up in a regulated manner using the existing specialist concepts. They are also required to ensure that dementia-sensitive structures and processes are gradually and sustainably established.

7.1 Relevanz der Thematik

Aufgrund des demographischen Wandels sind Krankenhäuser von einem „Geriatrisierungsschub“ betroffen mit der Folge, dass auch immer mehr Menschen mit Demenz dort Hilfe suchen. Hinzu kommt, dass Demenzkranke häufiger in Kliniken eingewiesen werden als ältere Menschen ohne kognitive Einschränkungen. 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 einer eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit nicht sicher eingeordnet werden kann (Phelan et al. 2012). Die häufigsten Gründe für eine Krankenhauseinweisung von Menschen mit Demenz sind Infektions- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gefolgt von Stürzen, Verletzungen, Vergiftungen und Frakturen (Stiefler et al. 2023).

Die im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung durchgeführte GHoSt-Studie bestätigte, dass Demenzen und kognitive Störungen in Akut-

krankenhäusern mittlerweile zum Arbeitsalltag gehören. Von den rund 1.500 untersuchten über 65-jährigen Patientinnen und Patienten zeigten 19,8 % leichte und 20,2 % schwere kognitive Beeinträchtigungen. Die Gesamtprävalenz einer komorbiden Demenz betrug 18,4 %, darunter waren 6,8 % der Untersuchten leicht, 6,6 % mittelschwer und 5 % schwer erkrankt. Umgerechnet bedeutet dies, dass in deutschen Krankenhäusern täglich 23.000 Personen mit manifester Demenz und zusätzlich 24.000 Personen mit leichten kognitiven Störungen behandelt werden (Bickel et al. 2019).

Im Rahmen einer Prüfung des Umsetzungsstands der Nationalen Demenzstrategie hat das Deutsche Krankenhausinstitut die Einschätzung des Patientenaufkommens mit dem Krankheitsbild Demenz bzw. mit kognitiven Störungen mittels einer repräsentativen schriftlichen Befragung aktualisiert (DKI 2022). Auf der Grundlage von Kodierdaten oder alternativ nach Schätzung der Kliniken lag die Gesamtprävalenz in den Allgemeinkrankenhäusern bei 16,2 % für das Jahr 2020. Dabei lässt sich die etwas niedrigere Rate im Vergleich zur GHoSt-Studie vermutlich auf fehlerhafte Schätzungen durch die Befragten zurückführen und darauf, dass kognitive Störungen nur kodiert werden, wenn sie im Stationsalltag auffallen. Überdies bezog sich die Abfrage auf Personen ab 80 Jahre, während die GHoSt Studie die Personen über 65 Jahre erfasste.

Die bereits hohe und perspektivisch steigende Zahl von Menschen mit Demenz, die sich einer Krankenhausbehandlung unterziehen, ist jedoch nur eine Seite der Medaille. Krankenhäuser sind „gefährliche Orte“ für Demenzkranke – diese Einschätzung setzt sich in Fachkreisen, aber auch in den Medien zunehmend durch. Denn das Krankenhaus stellt mit einem für die Demenzkrankenversorgung nicht ausreichend geschulten Personal in ständigem Zeitdruck, mit einer unübersichtlichen Architektur, mit fehlender Tagesstrukturierung und mit starren, an der Krankenhausroutine ausgerichteten Abläufen ein geradezu demenzförderndes Milieu dar (Kirchen-Peters und Diefenbacher 2014).

7.2 Herausforderungen hinsichtlich Pflege- und Betreuungsaufwand

Ein Krankenhausaufenthalt ist in der Regel nicht erfreulich – bei Menschen mit Demenz bedeutet diese besondere Situation in fremder Umgebung und ohne Bezugspersonen einen kaum erträglichen Ausnahmezustand. Bei Demenzkranken, die im straff organisierten Krankenhausalltag ohne Beschäftigung und Ansprache auf sich alleine gestellt sind, entwickeln sich in der Folge häufig eskalative Situationen und unerwünschte Vorkommnisse. Die Patientinnen und Patienten beschließen z. B., nach Hause zu gehen, rufen ständig oder sie lösen sich aus Langeweile die Verbände. Damit gefährden sie sich selbst und stellen den Behandlungserfolg in Frage. Solche Situationen sind für die Betroffenen, das Personal und beteiligte Angehörigen sehr belastend und können negative Konsequenzen für die Patientensicherheit haben. Zudem kann die Würde der Demenzkranken Schaden nehmen, wenn Behandlungen mit Fixierungen oder Sedierungen erzwungen werden. Insbesondere Pflegekräfte, die den intensivsten Kontakt zu Patientinnen und Patienten mit Demenz haben, sind bei ihrer täglichen Arbeit somit mit vielfältigen Belastungen konfrontiert. In einer Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung gaben 82 % der Pflegekräfte in Akutkrankenhäusern an, immer häufiger mit demenzkranken Menschen zu tun zu haben. Aber nur 30 % dieser Befragten fühlten sich für den Umgang mit dieser Personengruppe ausreichend qualifiziert (Nock et al. 2013).

Unsicherheiten treten vor allem bei nicht kognitiven Symptomen auf, die auch als „herausforderndes Verhalten“ bezeichnet werden und die zu den am schwierigsten zu bewältigenden Pflegesituationen zählen (BMG 2006). Rund vier von fünf Personen mit Demenz zeigen im Akutkrankenhaus ein solches Verhalten. Dabei treten sogenannte expansive Symptome wie Schlafstörungen, motorische Unruhe, Reizbarkeit und Aggressivität besonders

häufig auf. Die höchste Belastung des Personals geht von psychotischen Symptomen, darunter vor allem von Wahnvorstellungen, aus. Diese kommen jedoch mit weniger als 10 % der Demenzkranken deutlich seltener vor (Bickel et al. 2019).

Das Modellprojekt „Sektorenübergreifen der Einsatz von Betreuungskräften an der Schnittstelle von Krankenhaus und ambulanter Versorgung“ (SEBKam), das von 2017 bis 2020 vom GKV-Spitzenverband gefördert wurde, setzte an diesen Herausforderungen an (Kirchen-Peters et al. 2020). Die Ergebnisse einer Analyse zur Patientensicherheit zeigten, wie häufig unerwünschte Vorkommnisse den Stationsalltag belasten. In der beteiligten unfallchirurgischen Abteilung traten in der Wartelistengruppe vor Installierung der Betreuung im Durchschnitt fast 28 unerwünschte Vorkommnisse pro Person und Aufenthalt auf. Ein Vergleich zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe zeigte einen Rückgang der zuvor konstatierten Ereignisse um zwei Drittel. Dabei waren diese Ereignisse vielschichtig: Während ein Teil erhebliche Gefährdungen der Patientensicherheit darstellten, etwa im Fall von Stürzen, Delirien oder beim Entfernen von Kathetern oder Zugängen, führten andere zu deutlichem Mehraufwand in Pflege und Behandlung, etwa wenn sich Patientinnen und Patienten immer wieder an- oder auskleideten oder ihren Kot verteilten. Auch ständiges Rufen oder Schreien, das oft im Laufe des Aufenthalts mehrmals auftretende Weglaufen oder die Abwehr notwendiger Verrichtungen führten zu sehr angespannten Situationen, die mitunter in unerwünschte Interventionen wie Sedierungen oder Fixierungen mündeten.

Durch demenzsensible Ansätze wie die Betreuungsangebote im Rahmen von SEBKam werden Menschen mit Demenz auf präventive Weise vor solchen unerwünschten Vorkommnissen während eines Krankenhausaufenthalts geschützt. Damit sind diese Aufenthalte für Betroffene und ihre Bezugspersonen weniger belastend und negative Outcomes können reduziert werden. Als wichtiger Nebeneffekt wird zudem das Krankenhauspersonal entlas-

tet, was auch vor dem Hintergrund des allgegenwärtigen Personalmangels an Bedeutung gewinnt. In der Folge sollen deshalb Handlungsansätze zur Erhöhung von Demenzsensibilität im Mittelpunkt der Darstellung stehen. Die Darstellungen beziehen sich in wesentlichen Punkten auf den iso-Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser, in dem sich weiterführende Hinweise und Empfehlungen befinden.

7.3 Handlungsansätze zum Aufbau von Demenzsensibilität im Krankenhaus

Hauptmerkmal der Demenz ist eine Einschränkung mehrerer kognitiver Funktionen mit Auswirkungen auf Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprache, Auffassungsgabe, Denkvermögen und Orientierungssinn. Neben den kognitiven Einbußen kommen Veränderungen im sozialen Verhalten, im Antrieb und in der Stimmung hinzu. Schwierig zu meisternde Situationen können im Krankenhaus entstehen, wenn der Wirklichkeitsbezug der Menschen mit Demenz verändert ist. Dann werden Behandlungen nicht verstanden, falsch interpretiert und ggf. als Bedrohung erlebt (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2019). Aufgrund der beschriebenen Veränderungen stellt der Umgang mit Menschen mit Demenz die Kommunikationsfähigkeit von Beschäftigten im Gesundheitswesen auf eine besondere Probe. Im ► Abschn. 7.3.1 werden deshalb verschiedene Formen von Umgangskonzepten vorgestellt.

Der Aufbau eines demenzsensiblen Krankenhauses erfordert jedoch mehr Initiative, als die Handlungskompetenzen der einzelnen Mitarbeitenden zu stärken. Die Etablierung demenzsensibler Strukturen und Prozesse ist eine kontinuierliche Managementaufgabe, bei der die Leitungskräfte für die erfolgreiche Umsetzung und nachhaltigen Verankerung eine Schlüsselrolle einnehmen. In ► Abschn. 7.3.2 werden ausgewählte Konzepte auf der Ebene des Krankenhausmanagements beschrie-

ben. Dabei wird auf die Darstellung des Delir-Managements verzichtet, weil diesem wichtigen Thema im Krankenhaus-Report ein gesonderter Beitrag gewidmet ist (s. den Beitrag von Halzl-Yürek et al. in diesem Band).

7.3.1 Erhöhung der Fachlichkeit im Umgang mit demenzkranken Personen

Mangelndes Wissen über Erscheinungsformen und Auswirkungen der Krankheit führen bei Beschäftigten im Krankenhaus nicht nur zu einer großen Ratlosigkeit, sondern auch zu Aggressionen, wenn etwa bestimmte Verhaltensweisen nicht als typischer Ausdruck der Demenz, sondern als bewusst gesteuerte Böswilligkeit fehlinterpretiert werden. Andererseits kann das gut gemeinte Bemühen, die demenzkranken Menschen durch ständige Richtigstellungen wieder an die „Normalität“ heranzuführen, bei den Kranken zu Aggressionen führen und die Symptome der Demenz sogar verstärken. Um die Handlungssicherheit im Umgang mit Menschen mit Demenz zu stärken, ist demnach ein Wissensaufbau für alle Beschäftigten erforderlich. Die folgende Darstellung konzentriert sich auf wichtige Fachkonzepte für Beschäftigte im Gesundheitswesen, auf spezielle Empfehlungen für den Umgang mit herausforderndem Verhalten sowie auf Konzepte für das Ernährungs- und Schmerzmanagement.

■ ■ Fachkonzepte für Beschäftigte im Gesundheitswesen

In niedrigschwelligen Schulungsformaten wie der Demenzpartner-Initiative der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, die sich eher an Laien richtet, wird mittlerweile Grundlagenwissen über Demenzen und über hilfreiche Umgangsstrategien vermittelt (Giel 2021). Für beruflich mit der Personengruppe Befasste gibt es darüber hinaus fachlich basierte Umgangskonzepte, die zu mehr Handlungssicherheit im Umgang beitragen sollen. Eine Hauptströmung solcher Umgangskonzepte ist die Vali-

dation, unter der man eine wertschätzende und akzeptierende Grundhaltung im Umgang mit demenzkranken Menschen versteht. Wichtige Elemente des Ansatzes sind die Bestätigung von Gefühlen wie Kummer oder Misstrauen, die verständnisvolle Anerkennung von Antrieben wie Ordnungssinn oder Pflichtbewusstsein sowie das Mitgehen in die Gefühlswelt der Demenzkranken (Richard und Richard 2016).

Ein weiteres bedeutsames Konzept stellt die Person-zentrierte Pflege nach Kitwood (2013) dar, bei der die **Person** mit Demenz in den Mittelpunkt des Geschehens rückt und nicht die Person mit **Demenz**. Die Bedürfnisse der Menschen sollen ermittelt werden und als Grundlage einer verstehenden Pflege und Betreuung dienen. Somit wird die Gefühls- und Beziehungsarbeit zwischen Demenzkranken und Pflegepersonen zum entscheidenden Faktor.

Neben den beschriebenen Ansätzen können im Akutkrankenhaus auch Elemente anderer Pflegekonzepte in Anteilen in den Umgang mit den kognitiv eingeschränkten Menschen sinnvoll eingebunden werden. Zu nennen sind z. B. die Mäeutik (Van der Kooij 2017), die stark auf intuitive Elemente setzt, die Basale Stimulation (Bienstein und Fröhlich 2012), in deren Zentrum die Berührung steht, sowie die Biographiearbeit (Böhm 2009). Zudem sind im Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (DNQP 2018) weitere wichtige Hinweise verarbeitet.

■ ■ Spezielle Handlungskonzepte für den Umgang mit herausforderndem Verhalten

Der Umgang mit herausforderndem Verhalten ist eine der anspruchsvollsten Aufgaben bei der Pflege von Menschen mit Demenz und stellt eine hohe Belastung für Pflegenden, Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige dar (Kratz 2017). Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen müssen zudem intensiv betreut werden (Fischer et al. 2008). Das Bundesgesundheitsministerium hat bereits im Jahr 2006 Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe her-

ausgegeben, die sich auf den akutstationären Bereich übertragen lassen (Bartholomeyczik et al. 2006). Empfohlen werden u. a. eine verstehende Diagnostik zur Identifizierung von Bedingungsfaktoren und der Einsatz von Assessment-Instrumenten zur systematischen Aufdeckung und Dokumentation von herausforderndem Verhalten. Weitere Empfehlungen u. a. für Diagnostik und Therapie sind den aktuellen S3-Leitlinien Demenzen (DGPPN und DGN 2023) zu entnehmen.

Leider gibt es für den Umgang mit herausforderndem Verhalten jedoch keine einfachen Rezepte. Es handelt sich um ein besonderes „Ausdrucksverhalten“ als Reaktion auf verschiedenste Formen von Unwohlsein oder Unbehagen (Kassing 2024). Mögliche Ursachen sind z. B. unentdeckte Schmerzen, Hunger und Durst, Stress und beängstigende Umgebungsfaktoren, soziokulturelle Hintergründe, Situationen pflegerischer Unterversorgung, Nebenwirkungen einer ungeeigneten Medikation oder eine inadäquate Kommunikation. Da Menschen mit Demenz kaum in der Lage sind, Gründe für ihr Verhalten zu verbalisieren, müssen die Ursachen für das herausfordernde Verhalten auf dem Hintergrund eines speziellen Fachwissens und angepassten Rahmenbedingungen ermittelt werden, um gezielt und angemessen reagieren zu können.

Für die Einordnung von herausforderndem Verhalten ist eine Vielzahl von Assessments mit unterschiedlichen Schwerpunkten entwickelt worden (Halek und Rüsing 2011). Gut handhabbar erscheint die „Serial Trial Intervention“ (STI), die bereits in einigen Krankenhäusern, aber auch in Pflegeeinrichtungen eingesetzt wird. Die STI ist theoretisch fundiert und ermöglicht die Erkennung unbefriedigter Bedürfnisse und daraus resultierender herausfordernder Verhaltensweisen. Auch eine deutsche Version des Verfahrens (STI-D) liegt vor (Fischer et al. 2008). Die STI-D besteht aus einer strukturierten Abfolge von Assessments und Interventionen mit Begleitmanual und beginnt mit der Erfassung spezifischer Verhaltensänderungen. Zu den Zielen der STI-Methode gehören neben der systematischen

Erkennung von herausfordernden Verhaltensweisen und deren Ursachen die Bedürfnisbefriedigung, eine Reduktion der Verabreichung von Psychopharmaka und eine Reduktion von Schmerzen (Fischer et al. 2008).

Bei der Anwendung der STI steht meist am Anfang, zu prüfen, ob basale körperliche Bedürfnisse unbefriedigt sind. Dazu zählen z. B. Hunger bzw. Durst, Obstipationsprobleme oder Schmerzen. Zu berücksichtigen ist auch, ob sich Vitalwerte im Normbereich bewegen, sich Infekte ankündigen oder ob Medikamente Unwohlsein erzeugen. In einem weiteren Schritt können Auslöser in der Umgebung gesucht werden, wie z. B. zu grelles Licht oder eine zu starke Geräuschkulisse. Auch eine Fremdanamnese kann bei der Suche nach Ursachen herausfordernden Verhaltens eine hilfreiche Strategie sein (Kassing 2024).

Wenn das herausfordernde Verhalten durch systematische Assessments und Verhaltensbeobachtungen sorgfältig exploriert wurde, kann eine Behandlung erfolgen. Eine nichtmedikamentöse Behandlung von herausforderndem Verhalten sollte der medikamentösen Therapie mit Psychopharmaka vorgezogen werden (Kratz 2017). In der Praxis werden medikamentöse Ansätze häufig mit nichtmedikamentösen kombiniert. Die medikamentösen Interventionen dienen in der Regel dazu, störende Symptome zu behandeln (Fischer et al. 2008). Der Ansatz der nichtmedikamentösen Behandlung besteht hingegen darin, die auslösenden Kriterien und Situationen, die zu herausforderndem Verhalten führen, zu ergründen und zu vermeiden (Kratz 2017).

Zu den wichtigsten nichtpharmakologischen Interventionen zählen Maßnahmen, die die Zeiträume verringern, in denen die Patientinnen und Patienten sich selbst überlassen sind. Es bieten sich u. a. der Einsatz geschulter Begleitpersonen oder sonstiger tagesstrukturierender Angebote an sowie die Verwendung von Beschäftigungskisten, das Angebot von Mobilisationsmaßnahmen oder die Einbindung Angehöriger. Im Falle von Hinlauftendenzen sollte die Person in der Nähe des Stationsmittelpunktes untergebracht werden.

Der Einsatz fachlicher Handlungskonzepte zum Umgang mit herausforderndem Verhalten ist im Krankenhaus von hoher Bedeutung. Werden die Verhaltensauffälligkeiten ignoriert und nicht durch professionelle Interaktion adressiert, kann es zu schwer handhabbaren eskalativen Situationen kommen. Für die Betroffenen, das Personal und die beteiligten Angehörigen sind solche Eskalationen sehr belastend und sie führen nicht selten zu Folgekosten wie längeren Verweildauern, Verlegungen in psychiatrische Fachkrankenhäuser oder frühzeitigen Heimunterbringungen (Kirchen-Peters et al. 2020).

■ Konzepte für das Ernährungs- und Schmerzmanagement

Da Hunger, Durst oder Schmerzen häufig unerkannte Ursachen für herausforderndes Verhalten sind, sollen hier auch Konzepte für ein fachlich hochwertiges Ernährungs- und Schmerzmanagement thematisiert werden.

Dem **Ernährungsmanagement** älterer Patientinnen und Patienten kommt im Krankenhaus eine wichtige Rolle zu und es sollte im Fortbildungsplan verankert werden. Denn das Ess- und Trinkverhalten kann bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen erheblich beeinträchtigt sein und eine Herausforderung für alle am Versorgungsprozess beteiligten Personen darstellen. Die Ursachen problematischen Essverhaltens können bei Menschen mit Demenz vielfältig sein und müssen zuerst abgeklärt werden (Rüsing 2007). Als Ursache kommt u. a. eine Abnahme von Erinnerung, Koordination und Mobilität infrage. Einschränkungen bei der zeitlichen Orientierung, bei der Seh-, Kau-, Schluck- und Sprachfähigkeit oder ein reduzierter Geruchs- und Geschmackssinn können ebenso zu den Ursachen gehören (Kirchen-Peters und Krupp 2019).

Demenzkranken sind häufig nicht in der Lage, sich zu erinnern, ob, wann oder was sie gegessen oder getrunken haben. Bei reduzierter Koordination können zudem Arbeitsschritte der Nahrungszubereitung und -aufnahme wie der Umgang mit Messer und Gabel oder das Befüllen eines Glases nicht mehr selbststän-

dig durchgeführt werden. Seheinschränkungen erschweren das Erkennen und Zuordnen von Speisen; so wird ein helles Nahrungsmittel auf einem weißen Teller oft nicht erkannt. Ein schlechtsitzendes Gebiss führt oft zu Schmerzen beim Kauen und zur Nahrungsverweigerung. Aufgrund einer Sprachstörung kann die Mitteilungsfähigkeit, ob und worauf der Demenzkranke Appetit hat, eingeschränkt sein (Kaus 2019). Bei der Beeinträchtigung des Geschmackssinns gehen sensorische Empfindungen von süß, sauer, salzig oder bitter und damit schlichtweg die Lust am Essen oder Trinken verloren. In der Klinik sind neben der Ursachenklärung die Erfassung des Ernährungszustands und die Kontrolle der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sehr wichtig, um eine Mangelernährung zu verhindern. Insgesamt müssen kreative Lösungen gesucht werden, um Menschen mit kognitiven Einschränkungen zur vermehrten Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu animieren.

Zur Verbesserung der Nahrungsaufnahme sind folgende Maßnahmen hilfreich (Kirchen-Peters und Krupp 2019):

- Schaffen einer ruhigen, angenehmen Atmosphäre ohne Ablenkung
- hohe Erkennbarkeit der Speisen, Getränke und des Geschirrs (farblich kontrastreich)
- freie Auswahl und Ausweitung des Essensangebots (z. B. Smoothies, Süßspeisen)
- Servieren von püriertem Essen in Speisenoptik und appetitliches Anrichten
- Anreichen von Fingerfood und weicher Kost
- Bereitstellung vertrauter Speisen und Gewürze
- Angebot von kleinen Portionen und Nachtmahlzeiten

Wenn Menschen mit Demenz Essen ablehnen, sollte auch an mögliche Probleme mit Obstipation nachgedacht werden. Um unnötige und belastende Interventionen zu vermeiden, ist es sinnvoll, Stuhlgänge während des Krankenhausaufenthalts sorgfältig zu dokumentieren. Bei Aufnahme sollte darüber hinaus nachgefragt werden, wann die letzten Ausschei-

dungen stattgefunden haben. Hilfreich ist zudem zu ergründen, ob es bestimmte Ausscheidungsrituale gibt und wie häufig die Patientinnen und Patienten zu Hause ausscheiden.

Eine systematische Schmerzerfassung ist Voraussetzung für ein gelingendes **Schmerzmanagement** (Sirsch 2019). Solange sich eine Person mitteilen und verstehen kann, was mit Schmerzen gemeint ist, stellt die Erfassung kein Problem dar. Aber gerade bei Menschen mit Demenz ist je nach Stadium die Mitteilungsfähigkeit, die zur Schmerzerfassung benötigt wird, stark eingeschränkt. Dann können Schmerzen nur in indirekter Form ermittelt werden, beispielsweise durch Beobachtung von Unruhe, Schwitzen oder herausforderndem Verhalten (Kirchen-Peters und Krupp 2019). Verhaltensauffälligkeiten und Äußerungen müssen von geschulten Pflegenden und Ärzten erfasst, gedeutet und als Ausprägung von Schmerzen erkannt werden, damit passende Interventionen erfolgen können. Durch eine dokumentierte Verlaufskontrolle lassen sich Schmerzverläufe für alle nachvollziehbar darstellen und die Wirkung von Interventionen evaluieren. Oft übernehmen Pflegende aufgrund ihrer Patientennähe eine wichtige Rolle in der schmerztherapeutischen Versorgung, sind jedoch für ein strukturiertes Schmerzmanagement bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen in der Regel nicht ausreichend qualifiziert (Sirsch 2019).

Zur Implementierung eines Schmerzmanagements eignen sich hausinterne Praxisstandards, in denen u. a. Vorgehensweisen, Zuständigkeiten und Kommunikationswege geregelt sind. Daraus sollte hervorgehen, welche Instrumente zu welchem Zeitpunkt zur Schmerzerfassung eingesetzt werden. Die Beschäftigten, die in der strukturierten Schmerzmessung und Schmerztherapie mitwirken, müssen informiert und qualifiziert werden. Ebenso wie das Ernährungsmanagement sollte das Schmerzmanagement für kognitiv eingeschränkte Menschen Bestandteil der Fortbildungsstrategie sein.

Zur Selbst- und Fremdeinschätzung können Screenings, Schmerzinterviews, Assess-

ments und Verlaufsprotokolle genutzt werden. Das Screening im Rahmen der Selbsteinschätzung wird immer am Anfang der Erhebung eingesetzt. Aus dem Ergebnis des Screenings geht lediglich hervor, ob das Risiko eines Schmerzerlebens vorhanden ist. Ein Screening sollte immer mit der Frage beginnen, ob ein Demenzerkrankter in der aktuellen Situation Schmerzen empfindet. Retrospektive Fragen zum Schmerzaufkommen sind zu vermeiden. Gefragt werden muss nach dem Auftreten von Schmerzen im Ruhezustand und während einer Bewegungsphase, da Schmerzen bewegungsabhängig auftreten können (Schuler 2014).

Zur Selbst- und Fremdeinschätzung der Schmerzintensität können verbale und numerische Ratingskalen (VRS/NRS) oder eine visuelle Analogskala (VAS) genutzt werden. Zur Lokalisation des Schmerzes eignen sich graphische Körperdarstellungen, auf denen die Schmerzregion gezeigt oder markiert werden kann. Der Demenzzranke füllt entweder die Skala selbst aus oder er wird von den Pflegenden befragt und seine Angaben werden in die Skala eingetragen. Weiterhin wird in der S3-Leitlinie (DZNE und Deutsche Schmerzgesellschaft 2018) empfohlen, die Auskunftsfähigkeit im Vorfeld mit einem standardisierten Instrument wie z. B. dem Mini-Mental-Status-Test (vgl. auch ► Abschn. 6.4) zu überprüfen und zur Sicherung der Testergebnisse bei Bedarf auf das Tragen von Hörgeräten und Sehhilfen hinzuweisen. Im Unterschied zum Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ wird in der S3-Leitlinie der Einsatz eines Screenings empfohlen.

Bei der Fremdeinschätzung sind laut S3-Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ (DZNE und Deutsche Schmerzgesellschaft 2018) Verhaltensbeobachtungen der Angehörigen mit zu berücksichtigen. Darüber hinaus ist auf schmerzauslösende Erkrankungen sowie auf schmerztypische Symptome und Verhaltensweisen zu achten, von denen die Zeitabstände einer Verlaufsmessung beeinflusst werden (Sirsch 2019). Das Fehlen von typischen Schmerzzeichen ist kein Indiz dafür, dass

kein Schmerz vorhanden ist. Es gibt mehrere Fremdeinschätzungsinstrumente, mit denen unterschiedliche Aspekte bei verschiedenen Zielgruppen erfasst werden können. Zu den gängigen Verfahren gehören die BESD-Skala = Beurteilung von Schmerzen bei Demenz, das BISAD = Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz und die ZOPA = Zürich Observation Pain Assessment (Kirchen-Peters und Krupp 2019).

Sind Schmerzen bei Demenzkranken diagnostiziert worden, müssen sie im Verlauf dokumentiert und behandelt werden. Zudem ist eine Evaluation des Behandlungserfolgs erforderlich. Bei der Verabreichung von Schmerzmitteln sollten Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten bedacht werden. Die Schmerzart, Schmerzstärke, Chronizität und Verträglichkeit sind mit entscheidend für die passende Dosierung. Wenn die Kommunikation stark eingeschränkt ist, muss der Behandler sich iterativ der richtigen Dosierung nähern. In Verlaufsprotokollen kann der Zusammenhang zwischen der Schmerzstärke und der Dosierung von Schmerzmitteln erhoben und bei Bedarf gegengesteuert werden.

7.3.2 Ausgewählte Handlungskonzepte auf der Ebene des Krankenhausmanagements

Auch wenn der Weg zur Umsetzung guter Praxis im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Demenz im Krankenhaus schwierig ist, ist es nach den Erfahrungen in einer steigenden Zahl von Einrichtungen dennoch möglich, Fortschritte zu erzielen und diese nachhaltig zu etablieren. Bei ersten Interviews des iso-Instituts zum Auftakt des Projekts SEBDeM (Sektorenübergreifender Einsatz von Betreuungskräften für Demenzkranke)¹, an dem sich

nahezu alle saarländischen Krankenhäuser beteiligten, zeigten die befragten Pflegeverantwortlichen ein großes Interesse an Weiterentwicklungen in Richtung Demenzsensibilität. Bei der Begründung spielten insbesondere Argumente der Belastungsreduktion und der Personalbindung eine Rolle. Der überwiegende Teil der Befragten berichtete über erste Maßnahmen in den Bereichen Wissensaufbau, Betreuung und Umgebungsgestaltung.

Die Leitungskräfte nehmen bei der Umsetzung demenzsensibler Handlungskonzepte eine Schlüsselrolle ein. Alle Führungskräfte müssen für einen entsprechenden Innovationsprozess gewonnen werden. Folgende Schritte können dies unterstützen (Kirchen-Peters und Krupp 2019):

- Hilfreich ist es, Ziele und Handlungsprinzipien im Umgang mit Menschen mit Demenz im Unternehmensleitbild zu verankern. Die Strategie darf sich jedoch nicht nur auf dem Papier entfalten, sondern ist z. B. an Belohnungssysteme wie an eine Freistellung für besondere Qualifizierungsmaßnahmen sowie deren Finanzierung oder an die Zuteilung von Verantwortung zu koppeln.
- 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 Projekt-

1 SEBDeM wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF22105 gefördert.

management sinnvoll. Im Rahmen des Projektmanagements sind zu Beginn insbesondere folgende Inhalte zu diskutieren und schriftlich zu fixieren (Kirchen-Peters und Krupp 2019):

- 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, Umsetzungsphase Pilotstation, Ausweitungs- und Verstetigungsphase)
- Ressourcenplanung
- Festlegung des Monitorings
- Personelle Verantwortlichkeiten

Eine projektverantwortliche Person ist zu benennen, der die Planung, Organisation, Steuerung und Überwachung des Projekts übernimmt. Dazu muss sie 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. Am „Runden Tischen Demenz“ sind möglichst viele Berufsgruppen zu beteiligen (z. B. Medizin, Pflege, Physiotherapie, Krankenhausmanagement, Architektur). Eine fachliche Bereicherung kann auch der Einbezug externer Spezialistinnen und Spezialisten z. B. aus Selbsthilfe- oder Angehörigenorganisationen sein. Die „Externen“ können auch temporär für eine Beratung hinzugezogen werden.

Auch 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. Demenzbeauftragte, 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 so-

wie organisatorische Fragen zur Umsetzung des Projekts bearbeiten. Sinnvoll ist auch ein regelmäßiges Bedside-Teaching von gerontopsychiatrisch/geriatriisch versierten Fachpflegekräften, um in der konkreten Arbeitssituation Einstellungs- und Verhaltensänderungen kontinuierlich zu begleiten. In der Fachszene wird diskutiert, inwieweit Pflegeexpertinnen und -experten, etwa Personen mit der Ausbildung Advanced Nursing Practice (ANP), regelhaft eingebunden werden könnten, um die Rolle demenzbezogener Koordination zu übernehmen (Spiegler 2022). Allerdings ist diese akademische Beschäftigtengruppe in den Krankenhäusern noch unterrepräsentiert. In 244 befragten Krankenhäusern waren lediglich 37 Pflegeexpertinnen und -experten beschäftigt, die sich mit Demenzen und Delirien befassten. Nur sechs Krankenhäuser gaben an, dafür eine ANP vorzuhalten (Koloff 2021).

Auch wenn die Planung der Prozesse im Rahmen eines Projektmanagements zunächst Aufwand erzeugt, sollte nicht darauf verzichtet werden. Unnötige Umwege, falsche Weichenstellungen und Misserfolge kosten nicht nur Ressourcen, sondern führen auch bei den Projektbeteiligten zu Motivationsverlust und damit nicht selten zu einem Scheitern des Vorhabens. Projekte sollten inhaltlich von der Unternehmensführung unterstützt und in die Unternehmensstrategie aufgenommen werden.

Die Praxiserfahrung vieler Modellprojekte zeigt überdies, 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 (Kirchen-Peters und Krupp 2019).

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 Eigenevaluationen durchgeführt werden. Dazu sind verschiedene Maßnahmen denkbar. Neben der Befragung von Angehörigen und Beschäftigten mit dem Schwerpunkt auf Zufriedenheitsparametern und weiterem Entwicklungsbedarf 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.

Neben der Frage einer Weiterfinanzierung nach Auslaufen der Projektförderung gibt es auch andere kritische Ereignisse, die Projekterfolge gefährden. Aus den Programm-ergebnissen 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, die häufig im Rahmen von modellhaft finanzierten Stellen üblich sind, möglichst verzichtet werden (Kirchen-Peters und Krupp 2019).

Wenn positive Entwicklungen aus den Projekten Bestand haben sollen, 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 Fort-

schritte 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. Wie die Erfahrungen aus zahlreichen Modellprojekten belegen, sind insbesondere diejenigen Initiativen zur Etablierung von Demenzsensibilität erfolgversprechend, die auf einer Top-Down-Strategie basieren. Hingegen führen Schritte, die hierarchisch ausschließlich „von unten nach oben“ gegangen werden, nur sehr langsam zu sichtbaren Ergebnissen und sind letztlich selten nachhaltig (Kirchen-Peters und Krupp 2019).

7.4 Fazit und Diskussion der Ergebnisse

Krankenhäuser sind von einem eklatanten Personalmangel und einem enormen Anforderungsdruck geprägt. Hinzu kommt, dass die Zahl von Patientinnen und Patienten mit Demenz stetig wächst und die Versorgung dieser Patientengruppe insbesondere für Pflegekräfte mit zusätzlichem Stress verbunden ist. Menschen mit Demenz werden in der Regel als Notfall ohne jegliche Vorinformationen im Krankenhaus untergebracht und es geht bei kurzen Verweildauern darum, die durchgetakteten diagnostischen und therapeutischen Prozeduren reibungslos zu durchlaufen. Dabei wirken Demenzkranke „wie Sand im Getriebe“. In der Patientenversorgung ist überdies eine wachsende Zahl von Fachkräften aus dem Ausland tätig, die aufgrund eigener Sprachbarrieren Verständigungsprobleme mit diesen Patientinnen und Patienten haben.

Führungskräfte stehen wie dargestellt in doppelter Weise in der Verantwortung, das Pflegepersonal vor Überlastung zu schützen: Sie müssen zum einen für einen geregelten

Wissensaufbau über die bestehenden Fachkonzepte für den Umgang mit Demenzerkrankungen sorgen. Zum anderen ist es ihre Aufgabe, für die nachhaltige Etablierung demenzsensibler Strukturen und Prozesse Sorge zu tragen. Geeignete und die Pflege entlastende Handlungskonzepte sind u. a. eine demenzsensible Umgebungsgestaltung, eine geregelte Angehörigenarbeit sowie die Etablierung von Betreuungsangeboten. 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 (Kirchen-Peters und Krupp 2019).

Literatur

- Bartholomeyczik S, Halek M, Sowinski C, Besselmann K, Dürrmann P, Haupt M, Kuhn C, Müller-Hergl C, Perrar KM, Riesner C, Rüsing D, Schwerdt R, van der Kooij C, Zegelin A (2006) Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg), Witten
- 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
- Bienstein C, Fröhlich A (2012) Basale Stimulation in der Pflege: Die Grundlagen, 7. Aufl. Hogrefe, Bern
- Bundesministerium für Gesundheit (2006) Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. BMG, Witten
- Böhm E (2009) Grundlagen, 4. Aufl. Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm, Bd. 1. Maudrich, Wien
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2019) Demenz. Das Wichtigste. Ein kompakter Ratgeber. Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Berlin
- DGPPN/DGN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2023) S3-Leitlinie Demenzen. Langfassung. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-0131_S3_Demenzen-2023-11_1.pdf. Zugriffen: 20. Aug. 2024
- Deutsches Krankenhausinstitut (2022) Umsetzungsstand der Nationalen Demenzstrategie in deutschen Krankenhäusern. DKI, Düsseldorf
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2018) Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Hochschule Osnabrück
- DZNE – Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Deutsche Schmerzgesellschaft (2018) S3-Leitlinie: Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe. https://register.awmf.org/assets/guidelines/145-001m_S3_Schmerzassessment-bei-aelteren-Menschen-in-der-vollstationaeren-Altenhilfe_2018-02-abgelaufen.pdf. Zugriffen: 9. Aug. 2024
- Fischer T, Kuhlmeier A, Sibel R, Nordheim J (2008) Die deutsche Fassung der „Serial Trial Intervention“ (STI-D). Z Gerontopsychologie -psychiatrie 21:199–203. <https://doi.org/10.1024/1011-6877.21.3.199>
- Giel S (2021) Initiative Demenz Partner. Abschlussbericht der Wissenschaftlichen Begleitung 2016–2021. Univation, Berlin
- Halek M, Rüsing D (2011) Verhaltenserfassung bei Demenz. In: Reuschenbach B, Mahler C (Hrsg) Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis, 1. Aufl. Hogrefe, Bern, S 371–399
- Kassing L (2024) Die eine Pille zu viel? Altenpflege-onlinenet 1:26–29
- Kaus M (2019) Ernährung bei Demenz. Alzheimer Info 1:1–2
- Kirchen-Peters S, Diefenbacher A (2014) Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste. Z Gerontol Geriat 47:595–604. <https://doi.org/10.1007/s00391-013-0561-1>
- Kirchen-Peters S, Krupp E (2019) Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
- Kirchen-Peters S, Krupp E, Rößler J (2020) Sektorenübergreifende Betreuung von demenzerkrankten Pflegebedürftigen im Krankenhaus. Die Ergebnisse des Projekts SEBKam (Sektorenübergreifender Einsatz von Betreuungskräften an der Schnittstelle von Krankenhaus und ambulanter Versorgung). Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V., Saarbrücken
- Kitwood T (2013) Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 6. Aufl. Hogrefe, Bern
- Koloff AK (2021) Advanced Nursing Practice: Anspruch und Wirklichkeit. Pflege Z 9:60–62
- Kratz T (2017) Diagnostik und Therapie von Verhaltensstörungen bei Demenz. Dtsch Arztebl 114:447–454
- Nock L, Hielscher V, Kirchen-Peters S (2013) Dienstleistungsarbeit unter Druck. Der Fall Krankenhauspflege. Arbeitspapier 296. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

- Phelan E-A, Borson S, Grothaus L, Balch S, Larson E-B (2012) Association of incident dementia with hospitalisations. *JAMA* 307:165–172
- Richard N, Richard M (2016) Integrative Validation nach Richard®: Menschen mit Demenz wertschätzend begegnen, 2. Aufl. Eigenverlag Institut für Integrative Validation GbR Carlo und Monika Richard, Bollen-dorf
- Rüsing D (2007) Satt sein oder es satt haben ...? Pflegen. *Demenz* 2:4–6
- Schuler M (2014) Wie man Schmerzen auch bei Demenz erkennen kann. *Kognitive Defizite. Dtsch Ärztebl* 41:4–7
- Sirsch E (2019) Schmerz erkennen und beurteilen. *Die Schwest Pflege* 1:30–34
- Spiegler A (2022) Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus versorgen. *Heilberufe* 4:35–37
- Stiefler S, Dunker E, Schmidt A, Friedrich A-C, Donath C, Wolf-Ostermann K (2023) Krankenhauseinweisungsgründe für Menschen mit Demenz – ein Scoping-Review. *Z Gerontol Geriat* 1:42–47
- Van der Kooij C (2017) Das mäuseutische Pflege- und Betreuungsmodell. Darstellung und Dokumentation, 2. Aufl. Hogrefe, Bern

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) 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 Kapitel 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.

