

Masterarbeit

**Anleitung, Schulung und Beratung von Pflegepersonen  
und Angehörigen im Umgang mit Menschen mit  
Gedächtnis- und Orientierungsstörungen im akut-  
stationären Bereich**

eingereicht von

**Sabrina Abel, BSc**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science (MSc)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Pflegewissenschaft**

unter der Anleitung von Betreuerin

Mag. Brigitte Walzl, MPH

Zweitbetreuerin: Univ. Prof. Dr.rer.cur. Christa Lohrmann

Graz, 11.01.2016

## Eidesstattliche Erklärung

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

Graz, 11.01.2016

Abel Sabrina, BSc eh.

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei Frau Mag. Brigitte Walzl, MPH für die kompetente Betreuung meiner Masterarbeit bedanken. Sie hatte immer ein offenes Ohr für meine Fragen und stand mir mit ihrem fachkundigen Rat zur Seite.

Ein großer Dank gilt auch meiner Stationsleitung DGKS Roswitha Weiss, die mir meinen Dienstplan nach meinen Wünschen gestaltete, damit ich auch aufgrund der Berufstätigkeit dieses Studium absolvieren konnte. Weiteres möchte ich auch meinen Kolleginnen und Kollegen danken, die mit mir den einen oder anderen Dienst getauscht haben.

Herzlich bedanken möchte ich mich auch bei Frau Ursula Cimzar für das Korrekturlesen dieser Arbeit und ihr konstruktives Feedback.

Der größte Dank gilt meiner Familie und meinen Freunden, die mich während meines Studiums und bei der Erstellung dieser Masterarbeit unterstützt und motiviert haben und mir tatkräftig zur Seite gestanden sind.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Eidesstattliche Erklärung</b> .....	<b>I</b>
<b>Danksagung</b> .....	<b>II</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>III</b>
<b>Glossar</b> .....	<b>V</b>
<b>I. Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>X</b>
<b>II. Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>XI</b>
<b>III. Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>XI</b>
<b>IV. Zusammenfassung</b> .....	<b>XII</b>
<b>V. Abstract</b> .....	<b>XIII</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Epidemiologie der Demenz .....	2
1.2 Stationäre Versorgung .....	4
1.3 Demenz nach ICD-10 .....	6
1.4 Formen der Demenz .....	9
1.5 Differentialdiagnosen der Demenz .....	14
1.6 Herausforderungen der Erkrankung Demenz für die Pflege .....	18
1.6 Ziel der Arbeit .....	20
<b>2. Methode</b> .....	<b>21</b>
2.1 Design .....	21
2.2 Literaturrecherche .....	21
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien .....	22
2.4 Auswahl der Artikel .....	22
2.5 Bewertung der Artikel .....	23
<b>3. Ergebnisse</b> .....	<b>25</b>
3.2 Pflegepersonen haben Wissensdefizite und einen Mangel an Kompetenzen .....	37
3.3 Teilnahme an demenzspezifischen Fortbildungen steigern das Wissen .	40
3.3 Angehörige .....	43
3.4 Kompetenzen und Qualifikationsprofil für Pflegefachkräfte .....	49

3.5	Unterstützung pflegender Angehöriger.....	51
<b>4.</b>	<b>Fortbildung .....</b>	<b>54</b>
4.1	Problematik und Ausgangssituation .....	54
4.2	Bedingungsanalyse .....	55
4.2	Didaktische Strukturierung .....	56
<b>5.</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>65</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>69</b>
<b>6.</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>77</b>
	<b>Anhang 1: Übersicht der Literaturrecherche .....</b>	<b>77</b>
	<b>Anhang 2: Bewertung der Studien.....</b>	<b>79</b>
	<b>Anhang 3: Eingeschlossene Studien der Literaturrecherche .....</b>	<b>101</b>
	<b>Anhang 4: Tabellarischer Stundenverlauf.....</b>	<b>111</b>
	<b>Anhang 5: Fragebogen zur Evaluation der Fortbildung.....</b>	<b>115</b>
	<b>Anhang 6: Anamnesebogen Alzheimer Association.....</b>	<b>117</b>

## Glossar

**Acetylcholin:** Neurotransmitter, ist eine Substanz, die die Nervenerregung an den Synapsen ins zentrale und periphere Nervensystem überträgt (Pschyrembel 2014).

**Amnesie:** Gedächtnisverlust, der durch eine Beeinträchtigung des Gehirns oder durch eine emotionale Krise entstanden ist (Pschyrembel 2014).

**Antidementiva:** sind Arzneimittel, die die kognitive Leistungsfähigkeit verbessern und das Voranschreiten einer Demenz verzögern (Pschyrembel 2014).

**Antipsychotika:** sind Arzneimittel, die zur Behandlung von psychischen Erkrankungen eingesetzt werden (Pschyrembel 2014).

**Apathie:** Teilnahmslosigkeit (Pschyrembel 2014).

**Audit:** planmäßiges, unabhängiges und dokumentiertes Verfahren, das ermittelt, inwiefern Qualitätskriterien erfüllt sind. Audits werden verwendet, um die Wirkung des Qualitätsmanagement-Systems zu erkennen, um damit mögliche Verbesserungsvorschläge zu geben (Pschyrembel 2014).

**Bool'sche Operatoren:** Einschränkung oder Erweiterung einer Suche in Datenbanken durch Operatoren wie AND, OR; NOT (Polit & Beck 2012).

**chi<sup>2</sup>-test:** Analyse von signifikanten Unterschieden zwischen beobachteten Häufigkeiten und den zu erwarteten Häufigkeiten (Burns & Grove 2005).

**Cronbach's Alpha:** ist ein Test der internen Konsistenz, der untersucht, ob alle Items des Instruments konstant das Konstrukt messen. Die Werte liegen zwischen 0 und +1. Exzellente Werte sind beispielsweise 0,9 und darüber (Polit & Beck 2012).

**Deskriptive Statistik:** Statistik, die Daten zusammenfasst und beschreibt (Polit & Beck 2012).

**Exsikkose:** unzureichende Flüssigkeitsversorgung des Organismus, die zur Austrocknung führt (Pschyrembel 2014).

**Gliom:** Tumor des Gehirns (Pschyrembel 2014).

**Halluzination:** Sinnestäuschung; Wahrnehmung von realen Sinneseindrücken, ohne dass ein Außenreiz vorliegt (Pschyrembel 2014).

**Hydrozephalus:** Erweiterung der Liquorräume im Gehirn aufgrund einer Abflussstörung (Pschyrembel 2014).

**Hyperkalzämie:** erhöhte Kalziumkonzentration im Blut (Pschyrembel 2014).

**Hypothyreose:** verminderte Schilddrüsenfunktion, die zu einer Unterversorgung der Schilddrüse führt (Pschyrembel 2014).

**Informed consent:** informierte Zustimmung; Teilnehmerinnen und Teilnehmer müssen über die Risiken und Vorteile einer Studie informiert werden und ihr Einverständnis dazu geben (Polit & Beck 2012).

**Informelle Pflege:** Die Pflege erfolgt durch Angehörige, durch Familienmitglieder und Freunde, etc. die keine pflegerische Ausbildung haben (Wimo et al. 2011).

**Inkontinenz:** spontaner Harn- oder Stuhlabgang, der nicht mehr kontrollierbar ist (Pschyrembel 2014).

**Inzidenz:** bezeichnet alle Neuerkrankungen in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitraum (Kastner & Löbach 2010).

**Lineare Regressionsanalyse:** Statistische Methode zur Vorhersage eines Wertes einer abhängigen Variable, bei der bereits bekannte Werte von einer oder mehreren Variablen verwendet werden (Burns & Grove 2005).

**Limitationen:** Methodische oder theoretische Einschränkungen einer Studie, die die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse, wie auch deren Übertragbarkeit auf die Praxis einschränken (Polit & Beck 2012).

**Literature review:** Kritische Zusammenfassung von Literatur zu einem bestimmten Thema bzw. Problem (Polit & Beck 2012).

**Makroangiopathie:** Schädigung der großen Blutgefäße (Gefäße an Extremitäten, Herz, Abdomen, etc.) (Pschyrembel 2014).

**Mann-Whitney U-Test:** Ist ein nichtparametrischer Test zur Überprüfung, ob die zentrale Tendenz von zwei unabhängigen Gruppen unterschiedlich ist (Polit & Beck 2012).

**Mikroangiopathie:** Schädigung der kleinen Blutgefäße (Nieren, Augen, etc.) (Pschyrembel 2014).

**Meningeom:** gutartiger Tumor des Gehirns (Pschyrembel 2014).

**Mortalität:** Sterberate (Pschyrembel 2014).

**Multimorbidität:** Auftreten von mehreren Krankheiten zu einem Zeitpunkt (Pschyrembel 2014).

**Neurofibrillen:** kleinste Fasern in Nervenzellen (Pschyrembel 2014).

**Senile Plaques:** auch Amyloidplaques genannt, sind extrazelluläre Ablagerungen von B-Amyloid (Eiweißmolekül) im zentralen Nervensystem (Pschyrembel 2014).

**Polypharmazie:** gleichzeitige Einnahme von mehr als 5 Medikamenten über einer längere Zeitspanne (Pschyrembel 2014).

**Prävalenz:** ist der Anteil der Personen in einer Bevölkerung, die an einer bestimmten Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt erkrankt sind (Kastner & Löbach 2010).

**Synapsen:** Übertragung der Erregung von einer Nervenzelle auf eine andere Nervenzelle mittels chemischer Substanzen, sogenannter Neurotransmitter (Pschyrembel 2014).

**t-test:** Eine Analyse bei der zwei Stichproben auf signifikante Unterschiede untersucht werden (Burns & Grove 2005).

**zerebral:** das Gehirn betreffend (Pschyrembel 2014).

## I. Abkürzungsverzeichnis

&	und
%	Prozent
ADKS	Alzheimer Disease Knowledge Test
Abb.	Abbildung
bzw.	beziehungsweise
CCT	Craniale Computertomographie
DFHI	Dementia friendly hospital initiative
et al.	und andere (et alli)
etc.	et cetera
ICD	International Classification of Diseases
Tab.	Tabelle
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel
zit.n.	zitiert nach

## II. **Abbildungsverzeichnis**

Abb.1: Bevölkerungspyramide.....	S.2
Abb.2: Relevanzprüfung.....	S.23
Abb.3: Belastungserleben des Pflegepersonals.....	S.30
Abb.4: Die zehn am häufigsten auftretenden Problemsituationen.....	S.33
Abb.5: Eigene Darstellung des STI-Modells.....	S.35

## III. **Tabellenverzeichnis**

Tab.1: Maßnahmen bei problematischem Verhalten.....	S.32
Tab 2: Modul Basiswissen Krankheitsbilder (Lernziele)....	S.57
Tab 3: Modul Unangemessene Verhaltensweisen (Lernziele).....	S.58
Tab. 4: Modul Kommunikation (Lernziele).....	S.58
Tab. 5: Modul Basiswissen Krankheitsbilder (Inhalt).....	S.60
Tab. 6: Modul Basiswissen Unangemessene Verhaltensweisen (Inhalt).....	S.61
Tab. 7: Modul Kommunikation (Inhalt).....	S.61

## IV. Zusammenfassung

**Hintergrund/Einleitung:** Aufgrund der demografischen Entwicklung ist unsere Gesellschaft massiven Umbrüchen ausgesetzt (Gleichweit & Rossa 2009). Durch die erhöhte Lebenserwartung und die immer älter werdende Bevölkerung, stellt die Demenz eine besondere Herausforderung dar. Das Akut-Krankenhaus ist auf die Versorgung von Menschen mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen nicht eingestellt (Kricheldorf & Hofmann 2013). Die Betroffenen werden meist nicht aufgrund einer Demenz in ein Krankenhaus eingewiesen, sondern aufgrund eines somatischen Gesundheitsproblems. Im Mittelpunkt steht meist das akute Gesundheitsproblem und nicht die kognitive Beeinträchtigung (Schäffer & Wingenfeld 2008). Wird ein kognitiv beeinträchtigter Mensch aufgrund einer akuten Erkrankung ins Krankenhaus eingewiesen, reagiert er auf die fremde Umgebung mit Hektik, Angst und Wutausbrüchen. Zwei Drittel der Pflegepersonen geben an, im Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten nicht ausreichend geschult zu sein (Kricheldorf & Hofmann 2013). Sowohl von Seiten der Pflege als auch von der Medizin bestehen Wissens- und Qualifikationsdefizite bezüglich der Erkrankung Demenz (Schäffer & Wingenfeld 2008).

**Ziel:** Ziel der Arbeit ist es, anhand einer systematischen Literaturrecherche die Probleme und Anforderungen, die im Umgang mit Menschen mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen entstehen, aufzuzeigen, um entsprechende Lösungsvorschläge für das Pflegepersonal geben zu können. Des Weiteren gilt es zu erheben, welche Kompetenzen Pflegepersonen im Umgang mit dementen Patientinnen und Patienten im akut-stationären Bereich benötigen, und wie sie vor allem deren pflegenden Angehörigen beratend zur Seite stehen können.

**Methode:** Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed Advanced, Embase, Cinahl und Cochrane Database of Systematic Reviews durchgeführt. Es wurde nach Studien und Artikel gesucht, die im Zeitraum 2005 bis 2015 in englischer und deutscher Sprache verfasst und veröffentlicht wurden. Zusätzlich wurde über den Onlinebibliothekskatalog der Medizinischen Universität Graz, der Karl-Franzens-Universität Graz, der Fakultätsbibliothek für Theologie und Erziehungswissenschaften nach relevanten

Büchern passend zur Fragestellung gesucht. Des Weiteren wurde eine Internetrecherche im „Google“ durchgeführt und es erfolgte eine Handsuche in den Referenzlisten der eingeschlossenen und kritisch bewerteten Studien.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen, dass das Wissen bezüglich der Demenz zu gering ist, um die Herausforderungen, die im Umgang mit dementen Patientinnen und Patienten entstehen, zu meistern. Besonders herausfordernd empfinden Pflegepersonen den Weglaufdrang, unangemessenes Verhalten der dementen Patientinnen und Patienten und Störungen in der Orientierung. Weiteres haben Pflegepersonen Schwierigkeiten mit Demenzkranken zu kommunizieren und es mangelt ihnen an effektiven Kommunikationsstrategien. Um diese Lücke zu schließen, ist es erforderlich das Pflegepersonal zu schulen, um Belastungen zu reduzieren. Aufgrund dieser Ergebnislage, wurde eine zweitägige Fortbildung für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Pflegehelferinnen und Pflegehelfer entwickelt, die aufzeigt, welche Kompetenzen Pflegepersonen für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen benötigen.

**Diskussion:** Pflegepersonen im akut-stationären Bereich haben nicht genügend Kompetenzen im Umgang mit dementen Patientinnen und Patienten. Zusätzliche fachspezifische Ausbildung ist nötig, um mit dieser Personengruppe umgehen zu können. Im Zuge der Akademisierung der Pflege könnten speziell geschulte Demenzexpertinnen und –experten in Zukunft auf den Stationen eingesetzt werden (Hynninen et al. 2014). Weiteres ist die Einbeziehung von Angehörigen essentiell, da sie Vertrauen vermitteln und die Demenzkranken bei der Aufnahme in eine Akutkrankenanstalt unterstützen. Da dieser Thematik bislang zu wenig Betrachtung geschenkt wurde, ist es erforderlich Studien durchzuführen, die diese Fragestellung bearbeiten.

## V. Abstract

**Introduction:** Because of massive upheavals in society, for example, increased life expectancy, the aging of the population challenges a country's healthcare (Gleichweit & Rossa 2009) Illnesses such as dementia need to be addressed with

special attention because the acute care hospitals in Austria are not provided with facilities and specially trained staff to take care of people who suffer from memory and orientation disorders (Kricheldorff & Hofmann 2013). Whenever persons suffering from dementia get to hospital their illness needs to be considered by caregivers. The Nursing staff in Austria complain that they did not receive sufficient training to nurse patients with memory and orientation disorders according to their needs (Kricheldorff & Hofmann 2013). If people are taken to hospital the reasons are mostly somatic problems (Schäffer & Wingenfeld 2008). Admissions to hospitals are always exciting for patients. If cognitively impaired persons are hospitalized due to an acute illness, they respond to the unfamiliar environment with frantic behaviour, anxiety and rage (Kricheldorff & Hofmann 2013).

**Aim:** The aim of this thesis is to describe the problems and requirements arising in dealing with people with memory and orientation disorders through a systematic literature review and to provide appropriate solutions for the nursing staff. Furthermore, the skills carers in the acute hospital need to nurse patients with dementia efficiently and how they can advise patients' families in dealing with family members suffering from memory and orientation disorders.

**Method:** To answer the research questions a literature search was conducted in the databases PubMed Advances, Embase, CINAHL and Cochrane Database of Systematic reviews. The author has searched for studies and articles that have been written in English and German published from 2005 to 2015. The search was also conducted in the online library of the medical university of Graz, the Karl-Franzens University Graz and the faculty library of theology and education to find relevant books that answer the research questions. Furthermore, internet searches via the search engine „Google“ were performed and reference lists of critically assessed and included studies were taken into consideration.

**Results:** The researches' results show that nursing personnel lack knowledge regarding treating patients suffering from dementia. Dealing appropriately with patients who suffer from memory and orientation disorders is challenging for the nursing staff because they are confronted with patients behaving inappropriately and confused. It is also difficult to communicate with people who suffer(s) from

dementia because the carers haven't learned effective communication strategies so far. To close this gap, it is necessary to train the nursing staff in order to reduce miscommunication. To reduce the lack of training and knowledge, a two-day training for nursing staff was conducted which provided strategies in taking care of people with memory and orientations disorders.

**Discussion:** Carers in the acute care setting did not have sufficiently developed skills in dealing with dementia patients. Additionally specialized training is needed to deal with this group of people. Due to the academization of nursing, specially trained dementia experts are needed in (the) future in the hospital wards (Hynninen et al. 2014). The involvement of patients' relatives is essential because they give confidence and assist their ill relatives in acute admission to hospital. Further studies are needed to provide more strategies and knowledge in dealing with patients suffering from dementia.

## 1. Einleitung

Die Gesamtbevölkerung wird sich in den nächsten Jahrzehnten stark verändern. Der Anteil der unter 20-Jährigen wird gleich bleiben, wird aber bezogen auf die Gesamtbevölkerung sinken. Hingegen wird die Zahl der Menschen im Alter von 65 Jahren und älter steigen, im Gegensatz zur erwerbstätigen Bevölkerung im Alter von 20 bis unter 65 Jahren. 2012 ergab sich bei den 65-Jährigen und älteren ein Bevölkerungsstand von 1,51 Millionen in Österreich. Bis zum Jahre 2030 werden diese Zahlen stark ansteigen und es ist mit einem Zuwachs von 43% der über 65-jährigen zu rechnen. 2060 wird die Bevölkerung der über 65-Jährigen auf 2,70 Millionen geschätzt, was ein Plus von 79% bedeuten würde. Langfristig gesehen ist das nahezu das Doppelte im Vergleich zur derzeitigen Ausgangssituation. Die Altersgruppe von 56-79 Jahren, die auch als die „jungen Alten“ bezeichnet werden, stellt aufgrund ihres besseren Gesundheitszustands und ihres erreichten Wohlstands im Gegensatz zu früher eine besondere ökonomische Zielgruppe dar. Die Zahl dieser Bevölkerungsgruppe steigt jedes Jahr um 25.000 Bürger an. Diese Altersgruppe ergab im Jahr 2013 einen Bevölkerungsstand von 1,52 Millionen, was im Vergleich zum Jahr 2012 einen Zuwachs von 39% bedeutet. Durch die ständig steigende Lebenserwartung, vor allem auch durch die geburtenstarken Jahrgänge im Jahre 1940 und 1960, steigt der Anteil der hochbetagten alten Menschen, die über 80 Jahre sind. Alle Arten von Alten- und Betreuungseinrichtungen sind stark von der demografischen Entwicklung dieser Altersgruppe betroffen. Derzeit leben in Österreich zirka 431.000 über 80-jährige Personen. Werden diese Zahlen mit dem Bevölkerungsstand aus dem Jahr 1975 (202.000) verglichen, so ist zu erkennen, dass sich die Zahl der über 80-Jährigen in Zukunft verdreifachen wird (Statistik Austria 2013). Die nachfolgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Bevölkerung bis zum Jahr 2060.

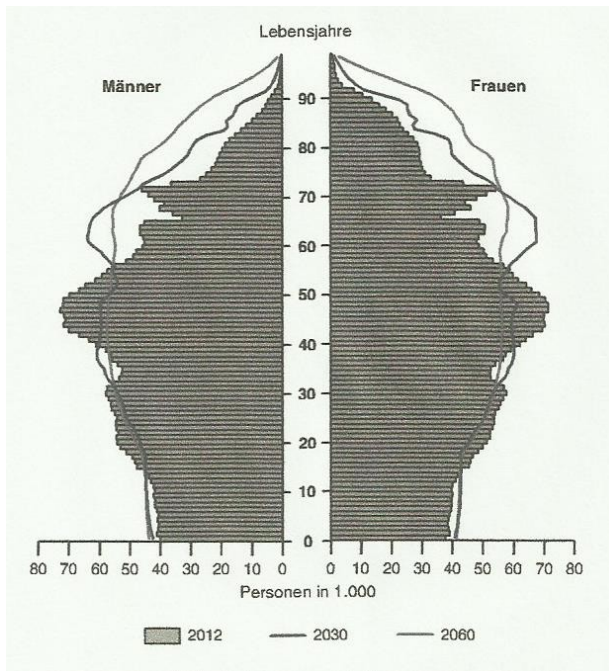


Abb. 1: Bevölkerungspyramide (Statistik Austria 2013)

## 1.1 Epidemiologie der Demenz

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist unsere Gesellschaft massiven Umbrüchen ausgesetzt. Durch die erhöhte Lebenserwartung und die immer älter werdende Bevölkerung rückt auch die Problematik der Erkrankungen, die hauptsächlich im letzten Lebensdrittel auftreten, in den Fokus. Eine besondere Herausforderung für das Gesundheits- und Sozialsystem stellt die Demenz dar. In der von Ferri et al. (2005) durchgeführten Erhebung wurde ermittelt, dass in Österreich ca. 100.000 Menschen an einer Demenz erkrankt sind, was einer Gesamtprävalenz von zirka 1,15 bis 1,27 % entspricht (Gleichweit & Rossa 2009 zit. n. Ferri et al. 2005). Es ist aber anzunehmen, dass aufgrund mangelnder Bevölkerungsdaten von Personen über 95 Jahren das tatsächliche Ausmaß der Prävalenz sogar noch darüber liegt und bisher unterschätzt wurde. Da die Prävalenz mit dem Alter ansteigt, ist daher 2050 mit einer Prävalenz von 235.000 Erkrankten zu rechnen. Frauen sind häufiger betroffen als Männer, was laut Literatur vor allem auf das erhöhte Erkrankungsrisiko im fortgeschrittenen Lebensalter zurückzuführen ist und im Zusammenhang mit der höheren Lebenserwartung der Frauen steht. Frauen, die an Demenz erkrankt sind,

überleben im Durchschnitt 7,2 Jahre mit der Erkrankung, Männer hingegen nur 5,7 (Gleichweit & Rossa 2009).

Bei den über 90-Jährigen sind bereits 30% an einer Demenz erkrankt (Kastner & Löbach 2014). Der Hauptrisikofaktor für eine Demenzerkrankung ist das Alter. Auch kardiovaskuläre Erkrankungen begünstigen die Entwicklung einer Demenz. Speziell in diesem Bereich sollten präventive Maßnahmen gesetzt werden. Soziodemografische Faktoren wie die Schulbildung bzw. die Ausübung des Berufs können auch eine Demenz reduzieren bzw. verstärken. Bislang wurde präventiven Ansätzen bei Demenz wenig Beachtung geschenkt (Gleichweit & Rossa 2009). Der Grund für die Zunahme der Demenzerkrankungen in den letzten Jahren liegt wahrscheinlich daran, dass die Erkrankung heutzutage früher erkannt und behandelt wird. Zurzeit liegen laut aktueller Literatur keine gesicherten Daten zur Erhöhung des Erkrankungsrisikos vor (Kastner & Löbach 2014).

Während es zur Prävalenz bei Demenz einige Daten aus Meta-Analysen, Reviews und internationalen Studien gibt, wurde der Inzidenz wenig Beachtung geschenkt. Grundsätzlich kann die Aussage getroffen werden, dass die Inzidenz der Demenz mit dem Alter steigt und besonders ausgeprägt im Alter von 80 Jahren auftritt. Laut Wancata et al. (2003) lag die Inzidenz der Demenz in Österreich 2000 noch bei 24.000 Fällen und wird sich bis zum Jahr 2050 auf 60.000 Fälle erhöhen. Würde das durchschnittlich ermittelte Lebensalter in Zukunft jedoch noch höher steigen als prognostiziert wurde, müsste von einer noch höheren Erkrankungsrate ausgegangen werden. Im Jahr 2003 wurden Berechnungen für den Zeitraum 2000 bis 2050 durchgeführt. Diese ergaben eine Prognose von 16,2 Millionen Erkrankten in Europa in den nächsten 50 Jahren. Lag die Zahl der Neuerkrankten im Jahr 2000 bei 1,9 Millionen, wird diese Zahl im Jahr 2050 auf 4,1 Millionen ansteigen (Wancata et al. 2003).

Außerdem sind die Kosten bezogen auf die Demenz für die Gesellschaft sehr hoch und beeinflussen unser Gesundheits- und Sozialsystem enorm. Sie werden aufgeteilt in direkte und medizinische Kosten und in Kosten für die informelle Pflege (Wimo & Prince 2010). Direkte Kosten sind jene, die in der medizinischen

Versorgung bei Patientinnen und Patienten anfallen, wie beispielsweise die Krankenhausbehandlung oder auch die professionelle Pflege zu Hause. Im Jahr 2008 wurde von Wimo et al. eine Studie über die ökonomischen Auswirkungen der Erkrankung Demenz in Europa durchgeführt, was direkte Kosten von € 9925 und € 12270 für die informelle Pflege ergab. Europaweit ergibt diese eine Summe von 160,3 Millionen € (Wimo et al. 2011). Jährlich fallen in Österreich zirka 1 Milliarde € für die Versorgung von Menschen mit Demenz an. Diese Kosten teilen sich zu, 25 % in medizinische, 75 % in nicht-medizinische, 6% fallen für Medikamente an (Österreichische Alzheimergesellschaft 2013).

## 1.2 Stationäre Versorgung

Da in dieser Arbeit immer wieder von einer Akut-Krankenanstalt die Rede ist, möchte ich vorweg diesen Begriff erläutern und die verschiedenen Arten der Krankenanstalten definieren.

Laut dem Steiermärkischen Krankenanstaltengesetz aus der Fassung vom 18.03.2015 wird eine Krankenanstalt wie folgt definiert:

*§ 1(1) Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die*

- 1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung,*
- 2. zur Vornahme operativer Eingriffe,*
- 3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,*
- 4. zur Entbindung oder*
- 5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe bestimmt sind.*

*(2) Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderer Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind (RIS, Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012).*

Nach dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz werden die österreichischen Krankenanstalten weiters nach Versorgungsbereichen und spezifischen Merkmalen eingeteilt:

- Allgemeine Krankenanstalten sind Krankenanstalten, die alle Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung aufnehmen und behandeln.
- Sonderkrankenanstalten sind jene Krankenanstalten, die sich mit der Untersuchung und Behandlung von spezifischen Krankheiten oder Personen bestimmten Alters beschäftigen.
- Pflegeanstalten, sind Einrichtungen für chronisch Kranke, die sich selbst nicht mehr ausreichend versorgen können und auf ärztliche und pflegerische Betreuung angewiesen sind.
- Sanatorien sind Krankenanstalten, die bezüglich ihrer räumlichen Gegebenheiten und Verpflegung besser ausgestattet sind, als Allgemeinkrankenanstalten.
- Selbstständige Ambulatorien sind Einrichtungen, die zur Untersuchung bzw. Behandlung von Krankheiten dienen, die nicht der stationären Aufnahme bedürfen (GÖG 2012).

### 1.2.1 Krankenhausverweildauer

„Die Krankenhausverweildauer errechnet sich aus der Anzahl an Belagstagen, die eine Patientin oder ein Patient im Durchschnitt in stationärer Behandlung verbringt“ (GÖG 2013, S. 63). Davon auszuschließen sind 0-Tagesaufenthalte, das sind jene Aufenthalte, die sich auf einen Kalendertag beschränken und diesen nicht überschreiten. Dazu zählen beispielsweise kleine chirurgische Eingriffe, die tagesklinisch durchgeführt werden können. Der Durchschnitt der Belagstage kann als Effizienz betrachtet werden, wenn die Ergebnisse der Behandlung bei verkürzter Verweildauer zu gleichen Resultaten führen. Bei verkürzter Aufenthaltsdauer kann es sein, dass Behandlungsziele nicht erreicht werden. In den letzten Jahren geht die Tendenz immer mehr zu tagesklinischen Aufenthalten, die sich in einem Rückgang der durchschnittlichen Belagsdauer zeigt. Im Zeitraum 2000 bis 2010 sank diese von 7,6 auf 6,6 Tage (GÖG 2012).

Eine Demenzerkrankung kann die Verweildauer in verschiedenen Aspekten beeinflussen:

- Sie führt zu einer Verlängerung der Verweildauer, wenn die medizinischen Maßnahmen aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten oder zu klärender Rechtsfragen trotzdem durchgeführt werden.
- Es kommt zu einer verkürzten Verweildauer, wenn sich die Betroffenen nicht an der Behandlung beteiligen (Kleina & Wingenfeld 2007).

Die durchschnittliche Verweildauer bei dementen Patientinnen und Patienten liegt bei 8,3 Tagen, die oft um 3,7 Tage überschritten wird und somit einen großen Kostenfaktor darstellt (Kirchen-Peters 2011).

### 1.3 Demenz nach ICD-10

Der Begriff Demenz leitet sich vom lateinischen Wort „de-mens“ ab und bedeutet „weg vom Geist“. Die Diagnosestellung einer Demenz soll nach den internationalen Krankheitsklassifikationskriterien des ICD-10 erfolgen. Die Voraussetzung für die Diagnose Demenz ist der Nachweis, der Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit und des Denkvermögens, die zu einer sozialen Beeinträchtigung führt und die Betroffenen in ihren täglichen Aktivitäten des Lebens einschränkt (Pohanka 2013).

Nach der allgemein anerkannten ICD-10-Klassifikation wird Demenz wie folgt definiert:

*„Demenz ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei*

*zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen“ (Krollner, ICD-Code 2014).*

Nach der internationalen Krankheitsklassifikation wurden von der WHO 1993 folgende G1-G4 Kriterien für die Diagnosestellung einer Demenz definiert:

**G1:** Folgende Merkmale müssen vorhanden sein:

- 1: Ein Rückgang des Gedächtnisses, vor allem beim Lernen neuer Informationen, bei schweren Fällen beim Abrufen früher erlernter Informationen. Die Gedächtnisstörung betrifft verbale und nonverbale Inhalte. Die Einteilung erfolgt in drei Schweregrade:

Leicht: Ein unabhängiges Leben ist nach wie vor möglich, die Bewältigung von Alltagsaktivitäten ist eingeschränkt. Durch den Gedächtnisverlust wissen Betroffene nicht mehr, wo sie Gegenstände abgelegt haben, vergessen Termine und neu gewonnene Informationen.

Mittel: An neu gewonnenen Informationen fällt die Erinnerung schwer, Altes, Vertrautes wird behalten. Betroffene sind nicht mehr in der Lage, sich an Namen vertrauter Personen zu erinnern und wissen nicht mehr, wo sie wohnen.

Schwer: Schwerer Verlust des Gedächtnisses, Betroffene sind unfähig sich neue Informationen zu merken, bereits nahestehende Angehörige werden nicht mehr erkannt.

- 2: Ein Rückgang anderer kognitiver Fähigkeiten, der charakterisiert ist durch eine Abnahme der Urteilsfähigkeit, des Denkvermögens und der Weiterverarbeitung von Informationen. Dies zeigt sich wie folgt:

Leicht: Betroffene sind noch nicht von anderen abhängig, komplizierte Alltagsaktivitäten wie beispielsweise Freizeitbeschäftigungen können nicht mehr ausgeführt werden.

Mittel: Die Betroffenen sind auf Hilfe von anderen angewiesen, benötigen Unterstützung bei alltäglichen Dingen, wie Einkaufen und den Umgang mit Geld. Einfache häusliche Tätigkeiten sind noch möglich.

Schwer: Logische und nachvollziehbare Gedankengänge fehlen.

Zusatzmerkmale für G1: Tritt ein Gedächtnisverlust ein, der die täglichen Lebensaktivitäten beeinflusst bzw. zu einem Rückgang der kognitiven Fähigkeiten führt, danach wird der Schweregrad der Demenz bestimmt.

**G2:** Die Wahrnehmung der Umwelt muss solange erhalten bleiben, bis die Bedingungen nach G1 nachgewiesen werden. Bei Bestehen eines Delirs muss die Diagnose Demenz aufgeschoben werden.

**G3:** Die Störung der Affektkontrolle, des Impulses oder des sozialen Verhaltens zeigt sich in mindestens einer der folgenden Bereiche: emotionale Unsicherheit, Erregbarkeit, Passivität oder Veränderung des Sozialverhaltens.

**G4:** Für eine sichere klinische Diagnosestellung sollte G1 mindestens 6 Monate bestehen (WHO 1993).

Nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen handelt es sich um ein Demenzsyndrom, wenn die oben angeführten Kriterien bestehen. Nach ICD-10 muss neben dem Rückgang des Gedächtnisses auch zusätzlich die Abnahme der kognitiven Fähigkeiten eintreten, was sich in einer Beeinträchtigung des Denkvermögens, des Planens und der Urteilsfähigkeit zeigt. Eine herabgesetzte Leistungsfähigkeit bedeutet nicht gleich, dass eine dementielle Erkrankung besteht. Gründe dafür könnte ein akuter Verwirrheitszustand sein, der aufgrund vielfältiger Ursachen eintreten kann und dadurch die Diagnosestellung verschleiert. Deshalb ist zur Abgrenzung anderer psychischer Beeinträchtigungen eine Mindestdauer von 6 Monaten vorgeschrieben (Förstl 2011). Dieselben Kriterien werden auch für die Diagnose der Alzheimer Demenz beschrieben. Es darf auch keinen Nachweis aus der Krankengeschichte, der körperlichen Untersuchung und anderer diagnostischer Untersuchungsmöglichkeiten für eine andere Ursache der Demenz wie folgende Erkrankungen (z.B.: Morbus Parkinson, vaskuläre Geschehen, Hypothyreose, Vit.B12- oder Folsäuremangel, Hyperkalzämie, sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch) geben. Die Sicherung der Diagnose kann erst nach dem Tod erfolgen, indem Anzeichen für Neurofibrillen bzw. die Ansammlung von senilen Plaques festgestellt werden (WHO 1993).

## 1.4 Formen der Demenz

Die Einteilung des Demenzsyndroms erfolgt in primäre und sekundäre Demenzformen. Um eine primäre Demenz feststellen zu können, muss eine sekundäre Demenz ausgeschlossen werden. Primäre Demenzformen lassen sich wiederum in degenerative und nicht degenerative Formen unterteilen, je nachdem, ob es sich um eine einmalige Schädigung des Gehirns handelt oder ob der Abbauprozess kontinuierlich fortschreitet. Zu den degenerativen Demenzformen gehören die Alzheimer-Krankheit, die Vaskuläre Demenz, die Frontotemporale Demenz, die Lewy-Körperchen Demenz sowie die Demenz bei Morbus Parkinson. In zirka 80% der Fälle treten diese genannten Formen auf (Kastner & Löbach 2014). Zirka 60-80% der Betroffenen leiden an einer Alzheimer-Krankheit, 15-20% weisen eine vaskuläre Demenz auf und 7-20% eine Demenz mit Lewy-Körperchen. Andere Demenzformen sind eher selten, häufig dagegen treten Mischformen auf (Österreichische Alzheimer Gesellschaft 2013). Das Auftreten eines Hirntumors, ein Schädel-Hirn-Traumata, Hydrozephalus sowie Gefäßentzündungen können nicht-degenerative Demenzen auslösen. Werden diese Erkrankungen früh genug erkannt und behandelt, dann sind diese Demenzen zumindest teilweise reversibel bzw. kann deren Voranschreiten hinausgezögert werden (Kastner & Löbach 2014).

Sekundäre Demenzformen werden durch andere Erkrankungen, die nicht das Gehirn betreffen, ausgelöst. Typische Auslöser dafür sind Medikamentenintoxikationen, psychiatrische Erkrankungen (Depression, Schizophrenie), neurologische Erkrankungen (Multiple Sklerose, Epilepsie), Stoffwechselerkrankungen (Hypothyreose), Tumore (Gliome, Meningeome), Vergiftung, Alkohol etc. (Kastner & Löbach 2014).

### 1.4.1 Alzheimer-Demenz

Nach der allgemein anerkannten ICD-10-Klassifikation wird die Demenz bei Alzheimer-Krankheit wie folgt definiert:

*„Die Alzheimer-Krankheit ist eine primär degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie und charakteristischen neuropathologischen und*

*neurochemischen Merkmalen. Sie beginnt meist schleichend und entwickelt sich langsam aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren.“ (Krollner, ICD-Code 2014).*

Alois Alzheimer hat sich 1901 erstmals mit der Krankheit auseinandergesetzt, indem er die Krankengeschichte der damals 51-jährigen Auguste Deter verfolgte. Zu diesem Zeitpunkt wies sie einen sehr hohen Grad an Vergesslichkeit auf, war zeitlich und örtlich desorientiert und hatte Probleme beim Sprechen und Schreiben. 1906 starb Auguste, Alois Alzheimer untersuchte daraufhin ihr Gehirn auf mögliche Abbauerscheinungen und entdeckte dadurch eine Form der präsenilen Demenz, die vor dem 65. Lebensjahr auftritt (Pohanka 2013). In der heutigen Zeit sind Forscherinnen und Forscher zur Erkenntnis gekommen, dass zwischen zwei Formen unterschieden werden muss, dem Typ mit dem frühen Beginn (unter 65 Jahre, präsenil) und dem Typ mit einem späten Beginn (über 65 Jahre, senil). Mit dem Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung und der damit älter werdenden Bevölkerung steigt auch die Zahl der Neuerkrankungen im hohen Alter (Kaster & Löbach 2014). Die Diagnose der Alzheimer-Demenz wird bei zirka 60% der Betroffenen gestellt und ist somit die häufigste Form (Fürstl 2011).

Bei der Alzheimer-Krankheit kommt es zu einem Absterben der Gehirnzellen und dadurch zu einem Rückgang der Gehirnmasse, zu einer sogenannten Gehirnatrophie. Schädliche Eiweißmoleküle (Beta-Amyloid) lagern sich dabei in der Hirnrinde ab, verklumpen und bilden Plaques. Dabei schädigen sie die Nervenzellen und die Verbindung zwischen den Synapsen und stören dadurch die Informationsweiterleitung. Vermindert ist dabei der Botenstoff Acetylcholin, der dadurch Lücken bei der Informationsweiterleitung entstehen lässt. Das Gehirn ist nicht mehr in der Lage, gespeicherte Informationen abzurufen und neue Informationen mit ausreichender Kapazität zu speichern. Bei der Alzheimer-Demenz wird der Botenstoff zwar weiterhin abgebaut, jedoch nicht mehr ausreichend gebildet, was dazu führt, dass die Informationsweiterleitung immer schlechter bis gar nicht mehr funktioniert. Dabei treten die typischen Symptome wie Vergesslichkeit, Störungen des Gedächtnisses und der Orientierung auf. Mit dem Einsatz eines Medikaments, das den Abbau von Acetylcholin verringert, kann

der Erkrankung zumindest vorübergehend entgegen gewirkt werden (Schäfer & Rüter 2004).

Hauptrisikofaktor für das Entstehen einer Alzheimer-Demenz ist das Alter. Weitere Faktoren sind das Geschlecht (im höheren Alter sind Frauen häufiger betroffen), niedriges Bildungsniveau, genetische Prädisposition, Vorerkrankungen wie Diabetes Mellitus, Morbus Parkinson, Depression, Schädel-Hirn Traumata, Rauchen, sowie Fehlernährung und übermäßiger Alkoholkonsum. Zu Beginn ist die Erkrankung gekennzeichnet durch Emotionsstörungen. Im weiteren Verlauf sind kognitive und geistige Fähigkeiten zunehmend beeinträchtigt, die sich in Form von Denkstörungen, Orientierungslosigkeit, mangelnder Urteilsfähigkeit und Störungen in der Sprache und der Kommunikation zeigen. Des Weiteren treten Störungen in der Bewegung auf, die Nahrungsaufnahme ist beeinträchtigt und die Betroffenen werden inkontinent (Gleichweit & Rossa 2009). Bei zirka 60-80% der Erkrankten treten Verhaltensstörungen wie Antriebslosigkeit, Depression, Unruhe, Tag-Nacht-Umkehr, Angststörungen, Halluzinationen bis hin zum wahnhaften Verhalten auf (Grond 2014). Die Alzheimer-Demenz zählt zu den chronisch degenerativen Erkrankungen und verläuft letztendlich tödlich. Die Betroffenen versterben meist an den Folgen verminderter Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr, an Herz-Kreislaufversagen, sowie an Infektionen (Gleichweit & Rossa 2009). Im Vordergrund der Behandlung bei der Alzheimer-Demenz steht die Reduktion der Symptome, um somit das Fortschreiten der Erkrankung hinauszuzögern (Kastner & Löbach 2014).

#### **1.4.2 Vaskuläre Demenz**

Die vaskuläre Demenz ist die zweithäufigste Demenzerkrankung nach der Alzheimer-Demenz (Kastner & Löbach 2014). Mit zirka 10-30% stehen zerebrale Durchblutungsstörungen als Auslöser für eine Demenz an zweiter Stelle, in Asien mit 50% an erster Stelle (Förstl 2011). Im Gegensatz zur Alzheimer-Demenz, die einen langsamen, schleichenden Krankheitsverlauf zur Folge hat, tritt die vaskuläre Demenz meist plötzlich im Zusammenhang mit einem Hirninfarkt auf, gefolgt von einer stufenhaften Verschlechterung, die durch weitere Ischämien gekennzeichnet ist. Bei einer Ischämie kommt es aufgrund mangelnder Blutzufuhr

zu einer Unterversorgung des Gehirns, die durch einen Verschluss eines Gefäßes ausgelöst wird (Kastner & Löbach 2014). Es kommt zum Absterben ganzer Abschnitte im Gehirn. Je nachdem welcher Abschnitt im Gehirn betroffen ist, sind die Symptome unterschiedlich, und es kommt zu kognitiven und motorischen Einschränkungen. Dazu zählen Schwäche oder Unbeholfenheit, Störungen in der Sprache und im Sprechen, Amnesien und Störungen des Verhaltens und der Entscheidungsfindung (Gleichweit & Rossa 2009). Je nachdem, wo die Gewebeschäden lokalisiert sind, wird zwischen einer Mikro- und Makroangiopathie unterschieden. Auffallend ist, dass bei der Makroangiopathie vor allem neurologische Symptome im Vordergrund stehen, hingegen die Mikroangiopathie durch einen langsamen Abbau kognitiver Funktionen gekennzeichnet ist (Abholz et al. 2004). Laut Förstl und Kleinschmidt (2011) tritt die Mikroangiopathie häufiger auf (Förstl & Kleinschmidt 2011).

Zur Diagnosesicherung einer vaskulären Demenz muss ein Demenzsyndrom nach den ICD-10 Kriterien vorliegen und der Nachweis einer zerebrovaskulären Erkrankung bestätigt sein (Abholz et al. 2004).

Zu den Risikofaktoren zählen Bluthochdruck, Diabetes mellitus, sowie erhöhte Cholesterinwerte (Pohanka 2013). Männer sind im Gegensatz zur Alzheimer-Demenz häufiger betroffen als Frauen (Förstl 2011, zit. n. Roman et al. 1993).

Den Unterschied zwischen einer Alzheimer-Demenz und einer vaskulären Demenz anhand von psychischen Symptomen zu erkennen, ist schwierig. Allerdings treten bei der Alzheimer-Demenz Störungen in der Mobilität, wie Gangunsicherheit und auch Inkontinenz, häufiger und früher auf. Diagnostisch lässt sich mit Hilfe einer bildgebenden Untersuchung wie der CCT ein Verschluss eines Gefäßes, der einen Infarkt auslöst, erkennen. Ist die Erkrankung jedoch weit fortgeschritten, ist der Unterschied zwischen einer vaskulären und einer Alzheimer-Demenz nicht mehr möglich, und man spricht von einer Mischform (Kastner & Löbach 2014). Die Lebenserwartung scheint bei der vaskulären Demenz niedriger zu sein, als bei der Alzheimer-Demenz, da es bei dieser aufgrund des zerebrovaskulären Geschehens zu Rezidivschlaganfällen und Herzinfarkten kommen kann (Gleichweit & Rossa 2009). Im Vordergrund der therapeutischen Behandlung steht dabei die Behandlung der vaskulären Grunderkrankung, um das Auftreten von erneuten Schlaganfällen zu verhindern,

und damit das Demenz-Risiko zu senken. Antidementiva, die auch bei Patientinnen und Patienten mit Alzheimer eingesetzt werden, sind für reine vaskuläre Geschehen nicht zulässig. Diese können nur bei einer Mischform eingesetzt werden (Förstl & Kleinschmidt 2011).

### **1.4.3 Lewy-Körperchen-Demenz**

Mit 10% ist die Lewy-Körperchen-Demenz nach der vaskulären Demenz die dritthäufigste Form der Demenzerkrankungen (Pohanka 2013). Die Demenz mit Lewy-Körperchen ist der Alzheimer-Demenz sehr ähnlich, da sich bei beiden Erkrankungen Plaques, Neurofibrillen und zusätzlich Lewy-Körperchen ablagern (Förstl & Kleinschmidt 2011). Die Ursache ist unbekannt, jedoch weiß man, dass sich sogenannte „Lewy-Bodys“ im Gehirn ablagern. Die Symptome sind die gleichen wie bei der Alzheimer-Demenz. Als Begleitsymptome treten Depressionen, vermehrte Stürze, Schluckstörungen und Halluzinationen auf (Steidl & Nigg 2011). Der Körper der Betroffenen ist ähnlich eingeschränkt wie beim Morbus Parkinson. Die Bewegungen sind verlangsamt und steif, und es treten Störungen in der Bewegung aufgrund von Gleichgewichtsstörungen auf (Pohanka 2013). Bezüglich der Behandlung der Lewy-Körperchen-Demenz gibt es bislang wenig Erfahrung. Fakt ist, dass die Behandlung mit Antipsychotika die Beweglichkeit der Betroffenen verschlechtert und Antidementiva das Demenzsyndrom und die Halluzinationen verbessern können (Kastner & Löbach 2014).

### **1.4.4 Frontotemporale Demenz (FTD) / Morbus Pick**

Bei dieser Form der Demenz tritt eine Veränderung im Bereich des Vorderhirns auf, besonders im Bereich der Stirn- und Schläfengehirnlappen (Pohanka 2013). Typische Ursachen dafür können Durchblutungsstörungen, Hirntumore oder Entzündungen sein. Im Vergleich zur Alzheimer-Demenz weisen die Betroffenen bei der frontotemporalen Demenz sehr früh psychische Veränderungen auf. Kognitive Einschränkungen, wie beispielsweise Störungen des Gedächtnisses, treten eher selten auf (Kastner & Löbach 2014).

Im Mittelpunkt der Erkrankung stehen Veränderungen der Persönlichkeit und Störungen des sozialen Verhaltens. Es kommt zur Missachtung von Normen, Unzuverlässigkeit, Indiskretion, verändertem Sexualverhalten und zu kriminellen Handlungen. Zur Steuerung dieses Verhaltens ziehen sich die Betroffenen zurück, sind unruhig, apathisch, aber auch hyperaktiv und weisen einen verstärkten Wandertrieb auf. Aufgrund fehlender Krankheitseinsicht der Betroffenen kommt es oft zur falschen Diagnose und zur Verwechslung mit anderen psychischen Erkrankungen (Förstl 2011). Typische Verhaltensweisen sind weiteres Vernachlässigung der Körperpflege, Veränderung der Essgewohnheiten, veränderte Sprache, Inkontinenz, primitives Verhalten wie Nachgreifen, etc. (Förstl & Kleinschmidt 2011). Meist beginnt die Erkrankung schleichend mit dem 50. und 60. Lebensjahr und kann vererbt werden. Frauen sind zweimal häufiger davon betroffen als Männer (Steidl & Nigg 2011). Eine kausale Therapie bei frontotemporalen Demenzen gibt es nicht. Im Vordergrund der therapeutischen Behandlung steht die Bekämpfung der psychischen Symptome und der Verhaltensweisen (Kastner & Löbach 2014).

## **1.5 Differentialdiagnosen der Demenz**

Es gibt einige Krankheitsbilder, die ähnliche Symptome wie die einer Demenz aufweisen, deren Ursache aber nicht in einer organischen Schädigung des Gehirns liegen. Differentialdiagnosen können beispielsweise Schädel-Hirn-Traumata, Hirntumore, akute Verwirrtheitszustände wie beispielsweise ein Delir, Angststörungen, Nebenwirkungen von Medikamenten, Depressionen, eine leichte kognitive Beeinträchtigung wie die „normale Altersvergesslichkeit“ etc. sein (Kastner & Löbach 2014). Die drei häufigsten Differentialdiagnosen möchte ich in diesem Kapitel besprechen.

### **1.5.1 Leichte kognitive Beeinträchtigung**

Der Unterschied zwischen einer Beeinträchtigung, die im Alterungsprozess normal ist, und einer tatsächlich diagnostizierten dementiellen Erkrankung erweist sich als schwierig. In den letzten Jahren wurde versucht, die Demenz zur

Altersvergesslichkeit abzugrenzen und neu zu definieren. Etabliert hat sich der Begriff mild „cognitive impairment“, abgekürzt als MCI, der aus dem angloamerikanischen Sprachraum stammt (Förstl 2011). Gekennzeichnet ist diese durch ein Nachlassen der geistigen Leistungsfähigkeit, wobei die normalen Aktivitäten des alltäglichen Lebens aber noch nicht wesentlich beeinträchtigt sind (Kastner & Löbach 2014). Typische Veränderungen sind Vergesslichkeit, Gegenstände werden wo hingelegt und nicht mehr gefunden, Betroffene isolieren sich von ihrem sozialen Umfeld, die Motivation sinkt, Tätigkeiten, die geistig anspruchsvoll sind, werden vermieden und geliebte Hobbys werden aufgegeben. Kognitive Störungen treten vor allem im Bereich der Auffassung, der Aufmerksamkeit und des Kurzzeitgedächtnisses auf (Förstl & Kleinschmidt 2011). Der Rückgang kognitiver Prozesse erhöht das Risiko, an einer manifestierten Demenz zu erkranken, deutlich. Ergebnisse aus Studien zeigen, dass bei 10-15% der Patientinnen und Patienten mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen nach einem Jahr eine Alzheimer-Demenz diagnostiziert wird (Seidl 2007, zit. n. Pantel & Schröder 2006).

### **1.5.2 Demenzsyndrom bei Depression**

Bei einer Depression oder einer anderen länger andauernden psychischen Erkrankung können Symptome auftreten, die jene einer demenziellen Erkrankung repräsentieren. Diese beginnen meist schleichend über mehrere Wochen und äußern sich in Störungen des Gedächtnisses. Hinter diesen Gedächtnisstörungen verbergen sich jedoch meist Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen. Betroffene sind sehr nervös und unruhig, zeigen typisches depressives Verhalten, haben Schlafstörungen und zerbrechen sich ständig den Kopf über banale Dinge (Kastner & Löbach 2014). Die Depression im Alter tritt häufig gleichzeitig mit anderen somatischen Krankheiten, wie beispielsweise nach einem Herzinfarkt oder Schlaganfall auf. Differentialdiagnostisch ist die Depression schwer von der Demenz abzugrenzen, da sich die Symptome zu Beginn stark ähneln (Stoppe 2008). Erleiden Betroffene eine Depression im Laufe ihres Lebens, haben sie ein doppeltes Risiko im Alter an einer Alzheimer Demenz zu leiden (Raymond et al. 2006). Ältere Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund einer somatischen Erkrankung einer stationären

Behandlung unterziehen müssen, haben eine hohe Prävalenz, eine Depression zu erleiden (Hummel et al.2012). Die richtige Diagnosestellung zwischen Demenz und Depression ist ein komplexes Krankheitsbild, dem bis jetzt noch zu wenig Beachtung geschenkt wurde (Stoppe 2008). Der Unterschied zwischen einer Demenz und einer Depression liegt in der Behandlung. Die Depression kann mit Antidepressiva behandelt werden und verschwindet dann wieder (Pohanka 2013).

### **1.5.3 Akuter Verwirrheitszustand (Delir)**

Der Begriff „Delir“ wurde früher für verschiedenste psychiatrische Krankheitsbilder verwendet. Zahlreiche Synonyme werden für den Begriff „Delir“ verwendet, wie beispielsweise Durchgangssyndrom oder akutes hirnorganisches Syndrom, etc. Im deutschen Sprachraum hat sich zunehmend der Begriff „akuter Verwirrheitszustand“ etabliert und in der Literatur durchgesetzt (Kratz 2007). Unter einem „Delir“ werden alle akut auftretenden Denk-, Wahrnehmungs- und Bewusstseinsstörungen bezeichnet, die mit einem akuten Verwirrheitszustand einhergehen (Rahn 2008). Vor allem bei geriatrischen Patientinnen und Patienten ist das Delir eine der am häufigsten auftretenden psychiatrischen Störungen und führt mit dessen Folgen zu einer Vielzahl von Verhaltensänderungen. Dabei kommt es zu einer akuten psychiatrischen Störung, die organisch bedingt ist und dadurch zu einer Beeinträchtigung der Gehirnfunktionen führt. Dadurch sind die Betroffenen nicht mehr in der Lage, auf Reize aus der Umwelt entsprechend zu reagieren, was sich vor allem in einem desorientierten Verhalten zeigt (Gosch & Hoffmann 2014). Je älter die Patientinnen und Patienten sind, desto höher ist das Risiko der Entstehung eines Delirs. Vor allem im akut stationären Bereich stellt dies eine große Problematik dar. Die delirante Symptomatik kann Grund für die Aufnahme in ein Krankenhaus sein, kann sich akut bei der Aufnahme entwickeln oder auch während des stationären Aufenthalts entstehen (Rahn 2008). Neben dem höheren Lebensalter sind die Multimorbidität, bereits bestehende kognitive Beeinträchtigungen, Einschränkungen im Seh- und Gehörsinn, Einnahme von Psychopharmaka, akute chirurgische Eingriffe und präoperative Entzündungszeichen weitere Risikofaktoren (Deuschl & Reichmann 2006). Die Inzidenz der Erkrankung beträgt bis zu 50% bei Patientinnen und Patienten, die einer akut-stationären Behandlung bedürfen, bis zu 60% bei Patientinnen und

Patienten, die sich einem chirurgischen Eingriff wie beispielsweise einer Herz- oder Hüftoperation mit Allgemeinanästhesie unterziehen müssen. Hier tritt das Delir vor allem postoperativ auf. 70-90% der Delirien treten auf Intensivstationen auf (Frühwald et al. 2014). Liegt bereits eine Demenz oder eine kognitive Beeinträchtigung vor, steigt das Risiko der Entstehung eines Delirs deutlich (Kratz 2007).

Nach der internationalen Krankheitsklassifikation (F05) wurden für das Delir nach ICD 10 folgende Merkmale festgelegt:

- A)** Vorliegen einer Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit (eingeschränkte Wahrnehmung des Umfelds, Betroffene sind nicht mehr in der Lage, die Aufmerksamkeit auf etwas zu richten und diese aufrecht zu erhalten)
- B)** Kognitive Beeinträchtigung und Störungen des sensorischen Gedächtnisses, sowie Desorientiertheit bezogen auf Zeit, Ort und Person
- C)** Auftreten von mindestens einer der folgenden Eigenschaften: abwechselndes Auftreten von Hypo- und Hyperaktivität, gesteigerter oder verminderter Redefluss, verlangsamte Reaktionszeit, Schreckhaftigkeit.
- D)** Vorliegen einer Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus mit mindestens einer der folgenden Eigenschaften: Schlaflosigkeit, Verschlimmerung der Symptome nachts, beunruhigende Träume und Albträume, die sich als Halluzinationen und Illusionen nach dem Erwachen fortsetzen können
- E)** Schnelles Einsetzen und Schwankungen der Symptome im Tagesverlauf
- F)** Aus der Anamnese, der klinischen Untersuchung oder aus Laborbefunden ergibt sich der Hinweis auf eine organische Ursache (WHO 1993).

Zusammenfassend sind vor allem hospitalisierende Faktoren für die Entstehung eines Delirs verantwortlich. Dazu gehören die Immobilität, die aufgrund einer körperlichen Erkrankung eintritt, die Fehlernährung, die Polypharmazie, das Vorhandensein eines Blasenverweilkatheters, Exsikkose, eine ungewohnte Umgebung, Stressfaktoren, etc. (Kratz 2007). Laut Inouye et al. (2014) sind die Folgen des Delirs gravierender und häufiger, wenn es nicht behandelt wird. Die

Aufenthaltsdauer im stationären Bereich wird verlängert, es kommt zu einem vermehrten Auftreten von Stürzen und Infektionen, zu einer Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten und dadurch zu einem erhöhten Betreuungs- und Pflegebedarf (Frühwald et al. 2014, zit. n. Inouye et al. 2014). Das Delir wird als eine lebensbedrohliche Erkrankung bezeichnet, für die es keine spezielle Therapie gibt. Zu Beginn sind immer die auslösenden Faktoren zu eruieren, wobei es speziell um die Diagnosesicherung und Behandlung der Grunderkrankung geht. Neben der Demenz bestehen meist noch andere Auslöser, wie beispielsweise ein durch eine Infektion entstehender Harnwegsinfekt, das Auftreten einer Pneumonie oder eines Dekubitus. Wichtig ist auch die genaue Analyse der Medikamente, um ungeeignete abzusetzen. Eine Stabilisierung des Elektrolyt- und Wasserhaushalts ist beim alten Menschen von besonderer Bedeutung, da auch dies häufig Grund für die Entstehung eines Delirs ist. Patientinnen und Patienten die an einem Delir leiden, müssen intensiv pflegerisch und ärztlich betreut werden, da es sich um einen lebensbedrohlichen Zustand handelt (Kratz 2007).

## **1.6 Herausforderungen der Erkrankung Demenz für die Pflege**

Das Akut-Krankenhaus ist auf die Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen, insbesondere der Demenz, im klinischen Alltag nicht eingestellt (Kricheldorf & Hofmann 2013). Demenz ist laut Schäffer und Wingenfeld (2008) eine „nursing disease“, eine Erkrankung, bei der die Pflegenden, die Hauptrolle für die Betreuung und Versorgung übernehmen (Schäffer & Wingenfeld 2008).

Demenzranke stoßen in den Akutkrankenanstalten auf eine strukturell bedingte Schieflage, die sich aufgrund der Einführung des DRG-Systems noch verschlechtert hat (Kleina & Wingenfeld 2007). Die Betroffenen werden nicht aufgrund einer Demenz in eine Krankenanstalt eingewiesen, sondern aufgrund eines somatischen Gesundheitsproblems. Im Mittelpunkt der Behandlung steht meist das akute Gesundheitsproblem und nicht die Demenz. Diese ist zweitrangig, bestimmt jedoch den Versorgungsalltag, da die Patientinnen und Patienten mehr Unterstützung benötigen, als andere ohne die Nebendiagnose Demenz (Schäffer & Wingenfeld 2008). Problematisch ist auch, dass die "Diagnose Demenz" nur bei

etwa der Hälfte der Betroffenen diagnostiziert ist, sie jedoch bereits beim Eintritt ins Krankenhaus vorliegt (Hofmann 2013). Auf Grund der strukturellen Schieflage ist es schwierig, die Versorgung Demenzkranker im akutstationären Bereich zu gewährleisten. Die meisten Einrichtungen verfügen über keine ausreichenden räumlichen Gegebenheiten, die zur Errichtung von Beschäftigungsangeboten nötig wären. Die Durchführung pflegerischer und diagnostischer Maßnahmen bei dementen Patientinnen und Patienten benötigt viel Zeit und Personal (Schäffer & Wingenfeld 2008). Wird ein kognitiv beeinträchtigter Mensch aufgrund einer akuten Erkrankung ins Krankenhaus eingewiesen, reagiert er auf die fremde Umgebung mit Hektik, Angst, Unruhe und Wutausbrüchen. Zwei Drittel des Pflegepersonals gibt an, im Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten, nicht ausreichend geschult zu sein. Ist dies der Fall, drohen unfreundliche Verhaltensweisen, wie etwa in Form medikamentöser Behandlungen und Freiheitsbeschränkungen. Deshalb sind umso mehr nichtmedizinische Maßnahmen gefragt (Kricheldorf & Hofmann 2013). Sowohl von Seiten der Pflege als auch von der Medizin bestehen Wissens- und Qualifikationsdefizite bezüglich der Erkrankung Demenz. Pflegepersonen mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung oder spezielle Konzepte im Umgang mit dementen Patientinnen und Patienten, wie sie in psychiatrischen Krankenanstalten stattfinden, kommen im akutstationären Sektor eher selten zum Einsatz (Schäffer & Wingenfeld 2008).

Bezieht man sich dabei auf das Curriculum der Gesundheits- und Krankenpflege, so lässt sich feststellen, dass demenzspezifisches Fachwissen zwar vermittelt wird, den benötigten Kompetenzen, wie beispielsweise Umgang bei schwierigen Verhaltensweisen, Kommunikation mit Demenzkranken und deren Angehörigen, etc. eher wenig Betrachtung geschenkt wird (ÖBIG 2003). Deshalb sind Schulung und Coaching der Pflegepersonen, wie auch die Einbeziehung der Angehörigen essentiell. Denn sie sind es, die einen kommunikativen Zugang zu den Betroffenen finden und auf deren Verhaltensweisen angemessen reagieren können (Kleina & Wingenfeld 2007). Die "Demenz" im Akutkrankenhaus greift deshalb eine wichtige Forschungslücke auf, die bislang noch zu wenig beachtet wurde.

## 1.6 Ziel der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, anhand einer systematischen Literaturrecherche die Probleme und Anforderungen, im Umgang mit Menschen mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen entstehen, aufzuzeigen, um entsprechende Lösungsvorschläge für das Pflegepersonal geben zu können. Des Weiteren gilt es zu erheben, welche Kompetenzen Pflegepersonen im Umgang mit dementen Patientinnen und Patienten im akut-stationären Bereich benötigen, und wie sie vor allem deren pflegenden Angehörigen beratend zur Seite stehen können.

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

- Welche Belastungen entstehen im Umgang mit Menschen mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen im akut-stationären Bereich für das Pflegepersonal?
- Welche Kompetenzen benötigt das Pflegepersonal für die Beratung, Schulung und Anleitung von Menschen mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen und deren Angehörigen?
- Inwiefern können Angehörige im akut-stationären Bereich im Umgang mit Menschen mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen miteinbezogen werden?

## 2. Methode

Genauer Verlauf der Literaturrecherche wird dargestellt und beschrieben.

### 2.1 Design

Das Design der vorliegenden Masterarbeit ist ein Literaturüberblick, der alle aktuellen empirischen Erkenntnisse über ein bestimmtes Problem, das bekannt oder auch nicht bekannt ist, zusammenfasst, um neue Erkenntnisse für die Praxis zu liefern (Burns & Grove 2005).

### 2.2 Literaturrecherche

Eine systematische Literaturrecherche wurde im Zeitraum von März 2015 bis April 2015 in den Datenbanken PubMed Advanced, Embase, Cinahl und Cochrane Database of Systematic Reviews der medizinischen Universität Graz durchgeführt. Durch die Suche in den internationalen Datenbanken werden der aktuelle Wissensstand zu den Belastungen des Pflegepersonals im akut-stationären Bereich und die Kompetenzen und Möglichkeiten der Einbeziehung von Angehörigen erhoben. Die Recherche erfolgte mittels englischer Keywords, deren Suche mittels Bool'scher Operatoren AND und OR und dem Einsatz von Trunkierungen eingeschränkt wurde.

*Es wurden folgende Keywords verwendet:*

- ✓ Deutsche Keywords: Belastung, Demenz, Pflege/-personal, Akutkrankenhaus, Angehörige, Kompetenzen, Anleitung, Schulung und Beratung
- ✓ Englische Keywords: burden, caregiver burden, nursing care, nursing staff, professional caregiver, hospital, relatives, skills, introduction, training and advice

Weiteres wurden bei der Suche in den Datenbanken Limitationen gesetzt. Es wurde nur nach Studien gesucht, die im Zeitraum 2005-2015 in englischer und deutscher Sprache verfasst und veröffentlicht wurden. Des Weiteren wurden die Keywords im Titel und / oder im Abstract gesucht.

Zusätzlich wurde über den Onlinebibliothekskatalog der Medizinischen Universität Graz, der Karl-Franzens-Universität Graz, der Fakultätsbibliothek für Theologie und Erziehungswissenschaften nach relevanten Büchern passend zur Fragestellung gesucht. Des Weiteren wurde eine Internetrecherche im „google“ durchgeführt und es erfolgte eine Handsuche in den Referenzlisten der eingeschlossenen und kritisch bewerteten Studien.

### **2.3 Ein- und Ausschlusskriterien**

Eingeschlossen wurden sowohl qualitative und quantitative Artikel, als auch systematische Literaturübersichtsarbeiten, die sich mit dem Thema beschäftigen. Miteinbezogen wurden Studien, in der die Betroffenen an einer Form der Demenz erkrankt sind, es sich um das Setting „Akutkrankenhaus“ handelt, die Belastungen und Probleme im Umgang mit Demenzkranken aufgezeigt werden und / oder die Einbeziehung von Angehörigen stattfindet. Um den Bereich der Kompetenzen abzudecken, wurden Studien eingeschlossen, die das Wissen von Pflegepersonen über die Erkrankung Demenz erheben. Ausgeschlossen wurden Studien, die die Erkrankung Demenz im Langzeitbereich, wie beispielsweise in Pflegeheimen, behandeln, da aufgrund der bestehenden Forschungslücke, gerade im akutstationären Bereich Probleme im Umgang mit Demenzkranken auftreten und dementsprechend Lösungsvorschläge gegeben werden müssen.

### **2.4 Auswahl der Artikel**

In der folgenden Abbildung wird ein Überblick über die Literaturrecherche gegeben.

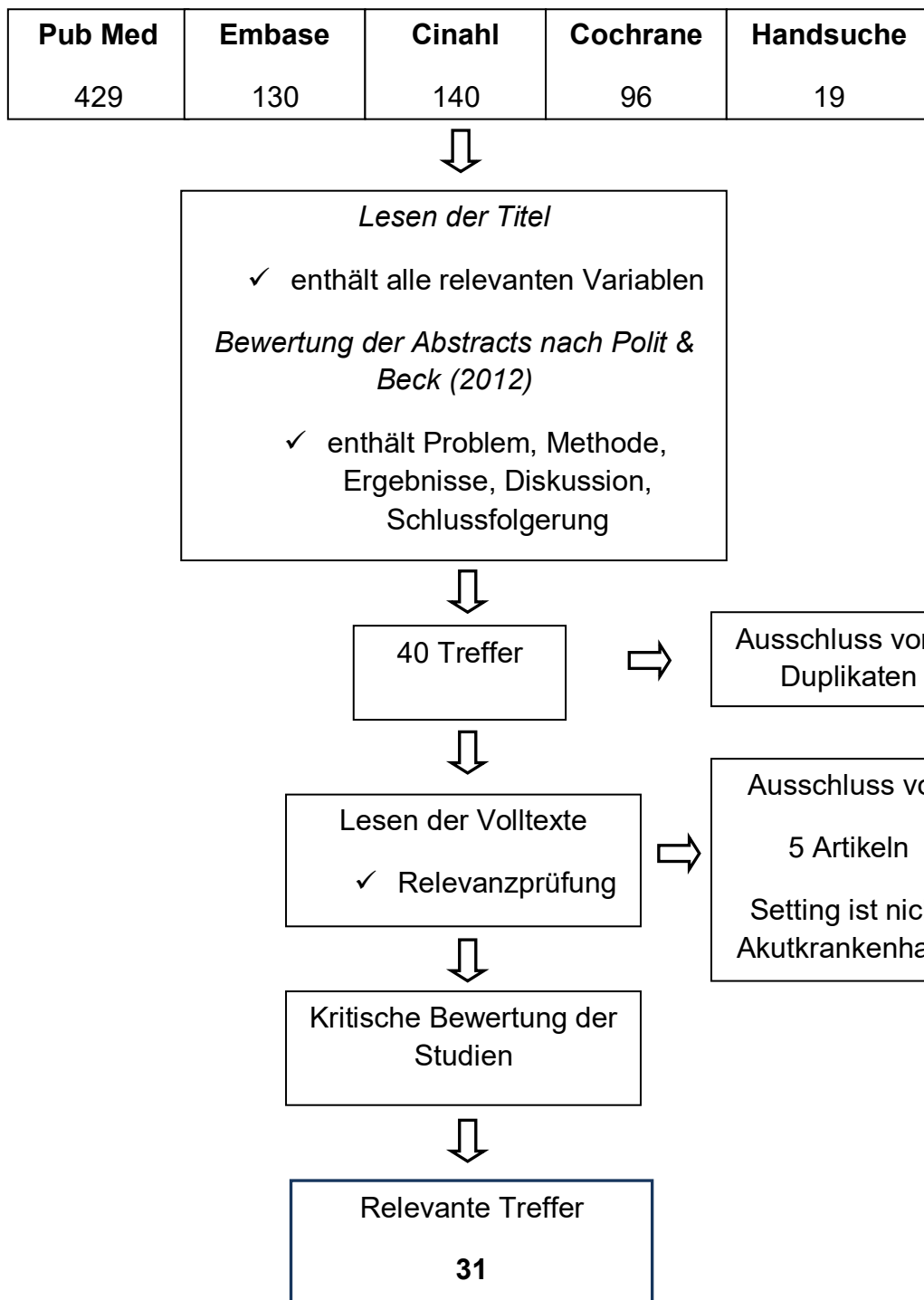


Abb.2: Relevanzprüfung

## 2.5 Bewertung der Artikel

Alle Artikel, die die Relevanz und die Einschlusskriterien erfüllten, wurden von der Autorin nach verschiedenen Bewertungsbögen je nach der Art des Artikels bewertet. Einbezogen wurden qualitative, quantitative und auch systematische Literaturübersichtsarbeiten.

Qualitative Artikel wurden nach dem „Critical Appraisal Skills Programm“ (CASP) bewertet. Folgende Kriterien wurden bewertet: Ziel und Relevanz der Studie, Forschungsdesign, Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, Datensammlung, Datenanalyse und Datensättigung, ethische Überlegungen, Darstellung der Ergebnisse, Übertragbarkeit der Ergebnisse und Empfehlungen für die Pflegepraxis.

Quantitative Artikel wurden nach dem „Critical Appraisal Guide for Quantitative Studies“ nach Melynck & Finout-Overholt (2011) bewertet. Folgende Kriterien wurden dabei bewertet: Ziel und Zweck der Studie, Aussage über die Stichprobe, Validität und Reliabilität der Messinstrumente, Datenanalyse, Ausfallrate, Vergleich der Ergebnisse mit bereits vorhandenen Forschungsergebnissen und die Bedeutung der Ergebnisse für die Pflegepraxis.

Die systematischen Übersichtsarbeiten wurden mittels des Bewertungsinstruments AMSTAR, das die methodische Qualität von Studien beurteilt, bewertet (Shea et al. 2007). Folgende Kriterien werden dabei bewertet: Glaubwürdigkeit in Bezug auf Fragestellung, Ein- und Ausschlusskriterien, Literaturrecherche, Studienauswahl, Bewertung der Qualität der Studien, Beurteilung von Bias, Übertragbarkeit der Ergebnisse und Empfehlungen für die Forschung bzw. Pflegepraxis

Antwortmöglichkeiten der qualitativen und quantitativen Artikel waren „Ja“, „Nein“, „Kann ich nicht sagen“. „Ja“ bedeutet, dass die angeführten Kriterien der Fragestellung im Artikel vorhanden sind. „Nein“ bedeutet, dass die angeführten Kriterien der Fragestellung im Artikel nicht vorhanden sind und „Kann ich nicht sagen“ bedeutet, dass die angeführten Kriterien der Fragestellung nicht eindeutig angeführt sind. Bei der Bewertung der systematischen Übersichtsarbeiten gab es noch zusätzlich die Antwortmöglichkeit „nicht zutreffend“.

Nach erfolgreicher Bewertung wurde die Qualität der Artikel nach einer Benotung von 1-6 beurteilt. Die Note 1 bedeutet „sehr gute Qualität“, Note 2 „gute Qualität“, Note 3 „befriedigende Qualität“, Note 4 „ausreichende Qualität“, Note 5 „mangelhafte Qualität“ und Note 6 bedeutet eine „ungenügende Qualität“.

Die kritische Bewertung der einzelnen Studien ist im Anhang 2 in alphabetischer Reihenfolge aufgelistet.

### **3. Ergebnisse**

In diesem Teil der Arbeit werden die Forschungsfragen beantwortet.

#### **3.1 Belastungserleben der Pflegepersonen**

Grund für einen stationären Aufenthalt ist meist nicht die Demenz selbst, sondern eine andere somatische Erkrankung, die einer Behandlung bedarf. Die diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen fokussieren sich auf die akute Erkrankung, die demenzielle Erkrankung ist meist nebensächlich. Die Folgen und Verhaltensweisen der Demenz bestimmen jedoch den Betreuungsbedarf während des stationären Aufenthalts und stellen das medizinische- und Pflegepersonal vor eine große Herausforderung. Der Nebendiagnose Demenz wird erst dann Aufmerksamkeit geschenkt, wenn es aufgrund der Erkrankung zu Problemen bei der Behandlung der akuten Diagnose kommt (Kleina & Wingenfeld 2007; Kirchen-Peters 2011). Bei der Demenz kommt es zu einem Verlust der Selbstständigkeit, da es durch den zeitgedrängten Stationsalltag nicht möglich ist, vorhandene Alltagskompetenzen aufrecht zu erhalten. Um problematische Verhaltensweisen zu kompensieren, werden medikamentöse Maßnahmen eingesetzt, was wiederum zu Apathie bei den Betroffenen führt. Demenzkranke, die zu Hause noch relativ unabhängig waren und ihm Alltag gut zurechtkamen, verlieren durch den hektischen Stationsalltag, durch die Abwesenheit ihrer Bezugspersonen und durch die ungewohnte Umgebung völlig die Orientierung (Eichhorn & Nißle 2005; Kirchen-Peters 2005).

Ältere Menschen, die bei der Einweisung in eine Akutkrankenanstalt meist einen schlechten Allgemeinzustand aufweisen und eine Vielzahl von Medikamenten einnehmen, haben ein höheres Risiko, ein postoperatives Delir zu erleiden. Um die Sicherheit dieser Personengruppe zu gewährleisten, ist es erforderlich, Risiken, die im Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt entstehen, zu

vermeiden. Ziel ist es, Störungen in der Orientierung zu verhindern, die Mobilität trotz Abnahme der Muskelmasse im Alter zu erhalten und Funktionseinschränkungen bei Alltagsaktivitäten entgegen zu wirken. In weiterer Folge ist es nötig, auch Angehörige und deren Patientinnen und Patienten auf die Versorgung zu Hause vorzubereiten (Isfort et al. 2014).

Die Probleme, die im Umgang mit Demenzkranken auftreten, können je nach Demenzform mit dem Krankheitsverlauf zusammenhängen und lösen Schwierigkeiten bei den Menschen aus, die sich mit dieser Personengruppe beschäftigen, wie beispielsweise pflegende Angehörige, nahe Bezugs- und Pflegepersonen. Menschen mit demenziellen Erkrankungen benötigen meist Unterstützung bei Alltagsaktivitäten, wie der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme und der Begleitung zur Toilette. Auch die Einnahme der verschriebenen Medikamente können sie nicht mehr ohne fremde Hilfe durchführen. Diese Tätigkeiten, die von der Pflege übernommen werden, sind zwar sehr zeitintensiv, jedoch kein Problem, wenn die Patientinnen und Patienten compliant sind, so die Aussage der Pflegenden (Kleina & Wingenfeld 2007). Im Folgenden werden die Belastungen, die Pflegenden im Umgang mit dementen Patientinnen und Patienten erleben, mittels empirischer Ergebnisse aufgezeigt.

### **3.1.1 Kommunikation mit dementen Patientinnen und Patienten**

Sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Pflegepersonen geben Kommunikationsprobleme im Umgang mit dementen Patientinnen und Patienten an, was vor allem zu Problemen in der Diagnostik (89,1%) und der Behandlung (86,1%) führt (Kirchen-Peters 2011). Kommunikationsschwierigkeiten können das Risiko von Komplikationen und Fehlbehandlungen erhöhen. Für das Pflegepersonal ist es schwierig, den Patientinnen und Patienten klar zu machen, dass sie die medizinischen bzw. pflegerischen Maßnahmen benötigen und ihr Einverständnis dazu geben sollen. Methoden der Aufklärung, die bei anderen kranken Patientinnen und Patienten Erfolge erzielen, sind bei Demenzkranken meist erfolglos. Können das medizinische Personal und Pflegepersonen die Demenzkranken nicht überzeugen, versucht man, nahestehende Bezugspersonen

hinzuzuziehen. Probleme in dieser Form treten vor allem bei der Einnahme der Medikamente, bei der Durchführung von Injektionen oder anderer diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen auf. Die Verweigerung der Körperpflege scheint dabei seltener vorzukommen und wird von den Pflegepersonen als weniger problematisch betrachtet. Können die Betroffenen Entscheidungen aufgrund ihrer kognitiven Einschränkung nicht mehr selbst treffen, ist es erforderlich, einen rechtlichen Vertreter für diese zu finden (Kleina & Wingenfeld 2007). Wenn ein Mensch seine Angelegenheiten trotz psychischer Krankheit oder geistiger Behinderung mithilfe nahestehenden Angehörigen oder anderen Hilfsdiensten meistern kann, darf kein Sachwalter hinzugezogen werden. Das gilt auch bei Mitgliedern aus der Familie und bei Vorsorgebevollmächtigten. Ist die Person aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht mehr einsichts- und urteilsfähig, ist ein Sachwalter heranzuziehen. Die Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit wird von der behandelten Ärztin bzw. des zu behandelten Arztes getroffen. Im Zweifelsfall ist ein psychiatrisches Konsilium einzuholen. Bei der Durchführung von einfachen medizinischen Behandlungen oder Untersuchungen wie Blutabnahmen, Impfungen, zahnärztliche Termine, etc. ist die Zustimmung des Sachwalters erforderlich, sofern die betroffene Person aufgrund ihres geistigen Gesundheitszustandes die Entscheidung nicht selbst treffen kann. Handelt es sich um besondere medizinische Behandlungen wie die Durchführung einer Operation oder einer Strahlen- bzw. Chemotherapie, muss ein ärztliches Zeugnis ausgestellt werden, in dem die Notwendigkeit der Behandlung aufgezeigt wird und die Zustimmung der betroffenen Person, aufgrund der fehlenden Einsichts- und Urteilsfähigkeit nicht möglich ist. Wenn die betroffene Person die medizinische Behandlung verweigert und auch kein ärztliches Zeugnis vorhanden ist, dann wird die Zustimmung des Sachwalters durch das Pflschaftsgericht entschieden. Handelt es sich um einen bedrohlichen Gesundheitszustand, sind die behandelten Ärztinnen und Ärzte verpflichtet eine medizinische Behandlung ohne Zustimmung einzuleiten (Kind 2014).

Demenz beeinträchtigt die Fähigkeit zu kommunizieren und sich auszudrücken, deshalb nennen Moyle et al. (2008) und Joosse, Palmer & Lang (2013) Strategien, die die Kommunikation mit Demenzkranken erleichtern sollen:

- ✓ Den Patientinnen und Patienten ruhig, sanft und entspannt begegnen.
  - ✓ Sich vergewissern, ob Sehbehelfe und Hörgeräte richtig sitzen und auch funktionieren
  - ✓ Ruhig bleiben, auch wenn die Patientinnen und Patienten unruhiges Verhalten zeigen
  - ✓ Während der Kommunikation Störung durch externe Umgebungsreize vermeiden
  - ✓ Zeit zum Überlegen geben, bevor die Information wiederholt wird
  - ✓ Verbale und non-verbale Kommunikation
  - ✓ Patientinnen und Patienten direkt mit Namen ansprechen
  - ✓ Sich während der Kommunikation nicht im Raum bewegen, sondern an einem Standpunkt bleiben
  - ✓ Zeit geben für deren Antwort, erst dann Fragen wiederholen
  - ✓ Langsam sprechen, Sätze und Wörter wiederholen
  - ✓ Einfache Fragen stellen, die mit ja oder nein zu beantworten sind
  - ✓ Kurze, einfache Redewendungen
- (Moyle et al. 2008; Joesse, Palmer & Lang 2013).

### 3.1.2 Desorientierung und motorische Unruhe

Besonders herausfordernd empfinden Pflegepersonen den „Weglaufdrang“, Störungen in der Orientierung und unangemessenes Verhalten der dementen Patientinnen und Patienten. Einschränkungen in der Orientierung erfordern ein hohes Maß an individueller Betreuung und vor allem Begleitung bei der Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, die mit einem hohen Zeitaufwand einhergehen. Die motorische Unruhe wird durch den hektischen und lauten Krankenhausalltag nur noch verstärkt und wirkt sich negativ auf bereits bestehende Verhaltensweisen aus. Für die Pflegenden ist es weniger problematisch, dass die Demenzkranken die Station verlassen oder ihr Zimmer nicht mehr finden, sondern eher das Gefühl, ihnen nicht die Sicherheit geben zu können, für die sie verantwortlich sind. Der strukturelle Aufbau der Stationen, die durchzuführenden Tätigkeiten und die durch Zeitdruck entstehenden Belastungen machen dies unmöglich. Die sogenannten Wanderungstendenzen und das unruhige Verhalten zeigen sich besonders in der Nacht, wenn es der niedrige

Personalstand schwer möglich macht, diese Verhaltensweisen zu kompensieren (Kirchen-Peters 2011; Kleina & Wingenfeld 2007).

Wie in der Studie von Schütz und Füsgen (2013) aufgezeigt, bereiten die nächtlichen Unruhen die größten Probleme, da der Personalschlüssel in der Nacht meist nicht ausreichend ist und somit die Versorgungsqualität nicht gewährleistet ist. Nachtwachen bei dementen Patientinnen und Patienten beanspruchen Zeit, und die Versorgung der anderen Patientinnen und Patienten auf der Station ist somit nicht gewährleistet. Weiters ergab die Studie, dass sehr oft sedierende Medikamente und Fixierungsmaßnahmen bei unruhigen Patientinnen und Patienten zum Einsatz kommen.

Im akut-stationären Bereich sind Demenzkranke einer lauten, hektischen und nicht vertrauten Umgebung mit anderen Tagesabläufen ausgesetzt. Für Betroffene ist es schwierig, sich an diese Abläufe anzupassen und diese entsprechend zu kompensieren, was sich wiederum durch unruhiges Verhalten zeigt, welches für das Pflegepersonal schwer zu handhaben ist (Hynninen, Saarnio & Isola 2014 zit. n. McCloskey 2004; Weitzel et al. 2011). Grund dafür ist, dass in der Schulung von Pflegepersonen bezüglich der Erkrankung Demenz eine große Lücke besteht, und Pflegepersonen im Umgang mit diesen Patientinnen und Patienten unzureichend bis gar nicht geschult sind (Hynninen, Saarnio & Isola 2014 zit. n. Leung & Todd 2010).

Neben den problematischen Situationen, die im Umgang mit dementen Patientinnen und Patienten auftreten, wurden auch die Belastungen untersucht, die eine Pflegeperson im Berufsalltag erlebt. Im Gegensatz zur Studie von Kirchen-Peters (2011) und Kleina & Wingenfeld (2007) ist laut Isfort et al. 2014 die größte Sorge des Pflegepersonals, dass demente Patientinnen und Patienten aufgrund des Bewegungsdrangs unbemerkt die Station verlassen und sich verlaufen. Diese Situation birgt auch die Gefahr eines Sturzes. Kirchen-Peters (2011) und Kleina & Wingenfeld (2007) betonen, dass es nicht das Verlassen der Station ist, das als belastend empfunden wird, sondern eher das Gefühl, den Patientinnen und Patienten nicht die Sicherheit geben zu können für die sie

verantwortlich sind (Kirchen-Peters 2011; Kleina & Wingefeld 2007). Weiteres benötigt die intensive Auseinandersetzung und Betreuung von dementen Patientinnen und Patienten Zeit, die in den täglichen Arbeitsablauf jedoch nicht eingeplant ist und somit andere Tätigkeiten vernachlässigt werden müssen. Werden die erlebten Belastungen aus Abbildung 3 in ihrer Gesamtheit betrachtet, so ist zu erkennen, dass nicht die persönlichen Fertigkeiten, wie der richtige Umgang bei herausfordernden Situationen, bei aggressivem Verhalten gegenüber dem Pflegepersonal in Frage gestellt werden, sondern, dass die Angst besteht, dass die Versorgung und Betreuung, die durchgeführt wird, für demente Patientinnen und Patienten nicht ausreichend ist (Isfort et al. 2014).

#### Belastungserleben (Einschätzen der Kategorie „starke Belastung“)

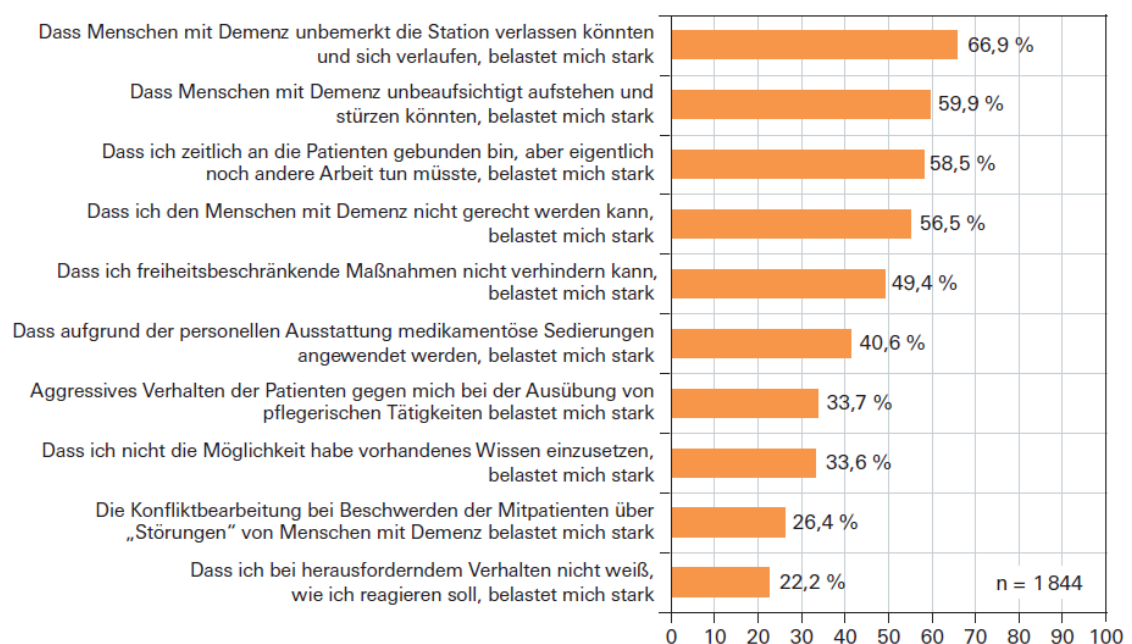


Abb. 3: Belastungserleben des Pflegepersonals (Isfort et al. 2014, S.746)

### 3.1.3 Unangemessene Verhaltensweisen

Bei der Arbeit mit dementen Patientinnen und Patienten treten eine Reihe von Verhaltensweisen auf, die den Stationsablauf stören und andere Patientinnen und Patienten, die Betroffenen selbst und das Pflegepersonal gefährden können. Einige Beispiele dafür sind das Urinieren am Gang, sowie das Ausziehen der Kleidung, und auch aggressives Verhalten gegenüber pflegerischen Handlungen,

verbale Beschimpfungen und persönliche Übergriffe in die Privatsphäre anderer Menschen. In solchen Situationen ist das Pflegepersonal besonders gefordert, diese Übergriffe abzuwehren und einzugreifen. Jedoch erweist es sich als sehr schwierig, solche Verhaltensweisen von Seiten der Pflegenden zu kompensieren und entsprechende Maßnahmen zu setzen, die nicht zu den freiheitsrechtlichen Maßnahmen zählen. Es werden jedoch sehr oft Ärztinnen und Ärzte hinzugezogen, um entsprechende Medikamente einzusetzen und die Anordnung für freiheitsbegrenzenden Maßnahmen zu erhalten. Kommt eine Gabe von Medikamenten bei verhaltensauffälligen dementen Patientinnen und Patienten zum Einsatz, werden nur selten Konsiliarärztinnen und Konsiliarärzte bestellt, die die notwendige Expertise haben. In der Regel werden die Medikamente von den Ärztinnen und Ärzten auf Station verordnet (Kleina & Wingenfeld 2007).

Demenzkranke entfernen sich Verbände, Blasenverweilkatheter, halten sich nicht an Anweisungen, bzw. verstehen bestimmte Pflegehandlungen nicht. Haben die Patientinnen und Patienten Angst, werden sie noch verhaltensauffälliger, was beispielsweise mit einem gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus einhergeht. Demenzkranke haben einen starken Eigenwillen und verweigern Pflegetätigkeiten, wie beispielsweise den Verbandswechsel oder die Einnahme von Medikamenten (Hynninen, Saarnio & Isola 2014).

Die von Schütz und Füsgen (2013) durchgeführte Studie, bei der in 500 Allgemeinkrankenanstalten Fragebögen ausgesendet wurden, um zu eruieren, inwieweit diese auf den Umgang mit der steigenden Anzahl kognitiv beeinträchtigter Patientinnen und Patienten vorbereitet sind, ergab folgende Ergebnisse.

Diese fünf Verhaltensweisen in Akutkrankenanstalten wurden von den Pflegepersonen als starke Belastung empfunden:

1. nächtliche Unruhen (91%),
2. das Verirren auf Station (85%),
3. die Verweigerung der Nahrung (79%),
4. aggressives Verhalten gegenüber dem Pflegepersonal (71%)
5. und das Verlegen von Gegenständen durch die Patientinnen und Patienten (60%) (Schütz & Füsgen 2013).

Weiteres wurden den Pflegepersonen fünf Maßnahmen im Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten vorgeschlagen, welche in Tabelle 1 ersichtlich sind. Angehörige hinzuziehen und als Vermittler einzusetzen, Patientinnen und Patienten abzulenken und das Führen beruhigender Gespräche zeigt eine gleiche Verteilung zwischen den Krankenanstalten „mit“ und „ohne“ Demenzfach. Mit Demenzfach waren jene Krankenanstalten, die Spezialstationen, wie Neurologie, Psychiatrie und Gerontologie aufweisen. Die Antworten bezüglich Fixierungsmaßnahmen zeigen, dass diese häufiger in Krankenanstalten mit Demenzfach angewendet werden. Gleiches gilt für die Medikamentengabe, die generell häufig angewendet wird (Schütz & Füsgen 2013).

Tab.1: Maßnahmen bei problematischem Verhalten

<b>„Demenzfach“ ja/nein</b>	<b>nie (%)</b>	<b>gelegentlich (%)</b>	<b>häufig (%)</b>	<b>immer (%)</b>
<i>Angehörige als Vermittler einsetzen</i>				
ja	0	29	58	13
nein	0	36	54	11
<i>Ablenkung der Patientinnen und Patienten</i>				
ja	0	44	50	6
nein	3	32	60	5
<i>Beruhigendes Gespräch</i>				
ja	0	16	56	27
nein	0	13	57	30
<i>Fixierungsmaßnahmen</i>				
ja	22	64	13	2
nein	20	77	4	0
<i>Medikamentengabe</i>				
ja	4	58	35	4
nein	5	67	28	0

(Quelle: eigene Darstellung nach Schütz & Füsgen 2013, S.206)

In der Studie von Isfort et al. (2014) wurden Stationsleitungen zur Versorgungssicherheit auf der Station befragt und inwiefern sich diese zu unterschiedlichen Tageszeiten und bei Schichtwechsel verändert. Aus der Befragung geht hervor, dass die nächtliche Betreuung unzureichend ist. Tagsüber gibt es kaum Unterschiede zwischen den Wochentagen und den Wochenenden. Jedoch sind auch die Spätdienste laut Angaben der Stationsleitungen nicht ausreichend auf die Betreuung Demenzkranker ausgerichtet. Des Weiteren wurden auch real auftretende Problemsituationen mit Demenzkranken erhoben, die in den letzten sieben Tagen passiert waren. Die zehn am häufigsten aufgetretenen Problemsituationen im Umgang mit demenzkranken Patientinnen und Patienten sind in folgender Abbildung ersichtlich.

So häufig ist in den letzten sieben Arbeitstagen vorgekommen, dass ...

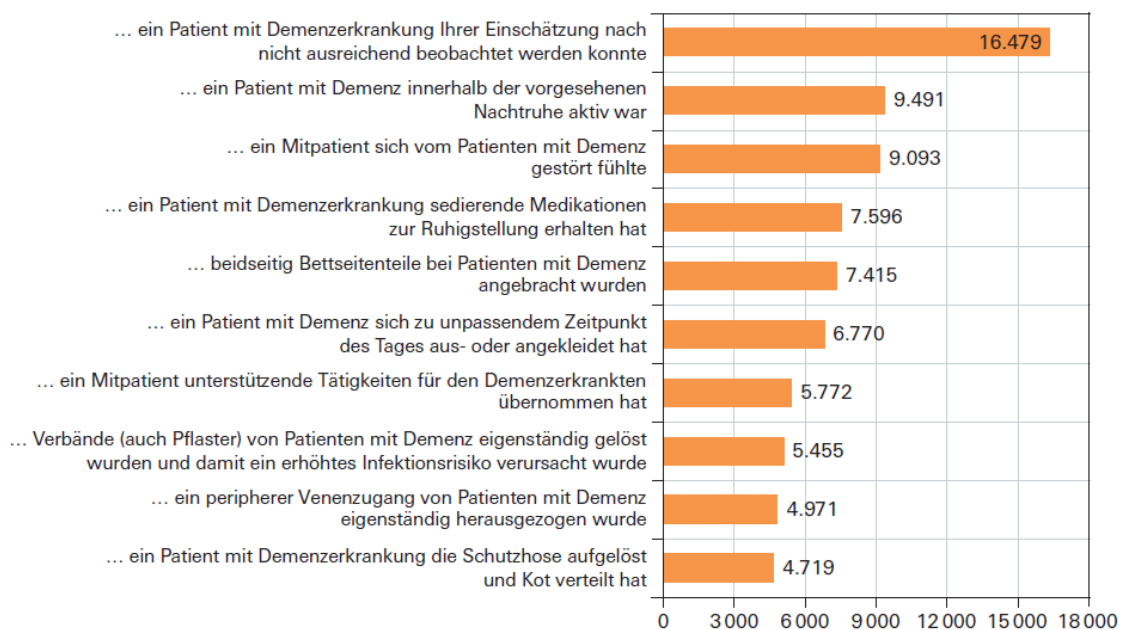


Abb. 4: Die zehn am häufigsten auftretenden Problemsituationen (Isfort et al. 2014, S.745)

### 3.3.1 Das STI-Modell

Bei herausfordernden Verhaltensweisen könnte das STI-Modell (Serial Trial Intervention), ein Verfahren, das im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz angewandt wird, eingesetzt werden.

Es besagt, dass unangemessene Verhaltensweisen durch unbefriedigende Bedürfnisse entstehen. Die Betroffenen können ihre Bedürfnisse aufgrund ihrer Erkrankung nicht verbal äußern, was sich in herausfordernden Verhaltensweisen zeigt. Verantwortlich dafür können neurologische Defizite, sowie auch physiologische (Grundbedürfnisse wie Hunger, Durst, Ausscheidung, Schmerz, etc.) und psychosoziale (Emotionen, Gemütsregungen) Faktoren sein. Weiteres spielen auch soziale und physikalische Faktoren eine bedeutende Rolle. Ziele dieses Modells sind in erster Linie die Befriedigung der Bedürfnisse, die Reduktion herausfordernder Verhaltensweisen, die Verringerung von Schmerzen und die Verabreichung von Psychopharmaka so weit als möglich zu vermeiden (Fischer et al. 2008).

#### Ablauf des STI:

In erster Linie wird geklärt, ob eine körperliche Ursache (wie beispielsweise Stuhl- oder Harndrang) das unangemessene Verhalten auslöst. Trifft dies zu, wird dieses Bedürfnis befriedigt. Handelt es sich um keine körperliche Ursache, muss geklärt werden, ob es sich um psychosoziale Ursachen (Affekte, Emotionen) handelt. Ist auch diese Maßnahme erfolglos, kommen nicht-medikamentöse Maßnahmen wie beispielsweise Massagen, Aromatherapie, etc.) zum Einsatz. Werden auch damit keine Erfolge erreicht, wird ein Schmerzmittel verabreicht. Erzielt auch diese Maßnahme keine Fortschritte, werden als allerletzte Intervention Psychopharmaka verabreicht. Durchgeführt wird das STI von diplomierten Pflegepersonen in Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten. Welche Interventionen von den Pflegepersonen durchzuführen sind, wird nicht vorgegeben, entschieden wird individuell nach der Situation der Patientinnen und Patienten. Zur Anwendung kommt dieses Modell nur bei herausfordernden Verhaltensweisen von Demenzkranken (Fischer et al. 2008).

Zum einfacheren Verständnis dieses Modells, wird dies in folgender Abbildung grafisch dargestellt:

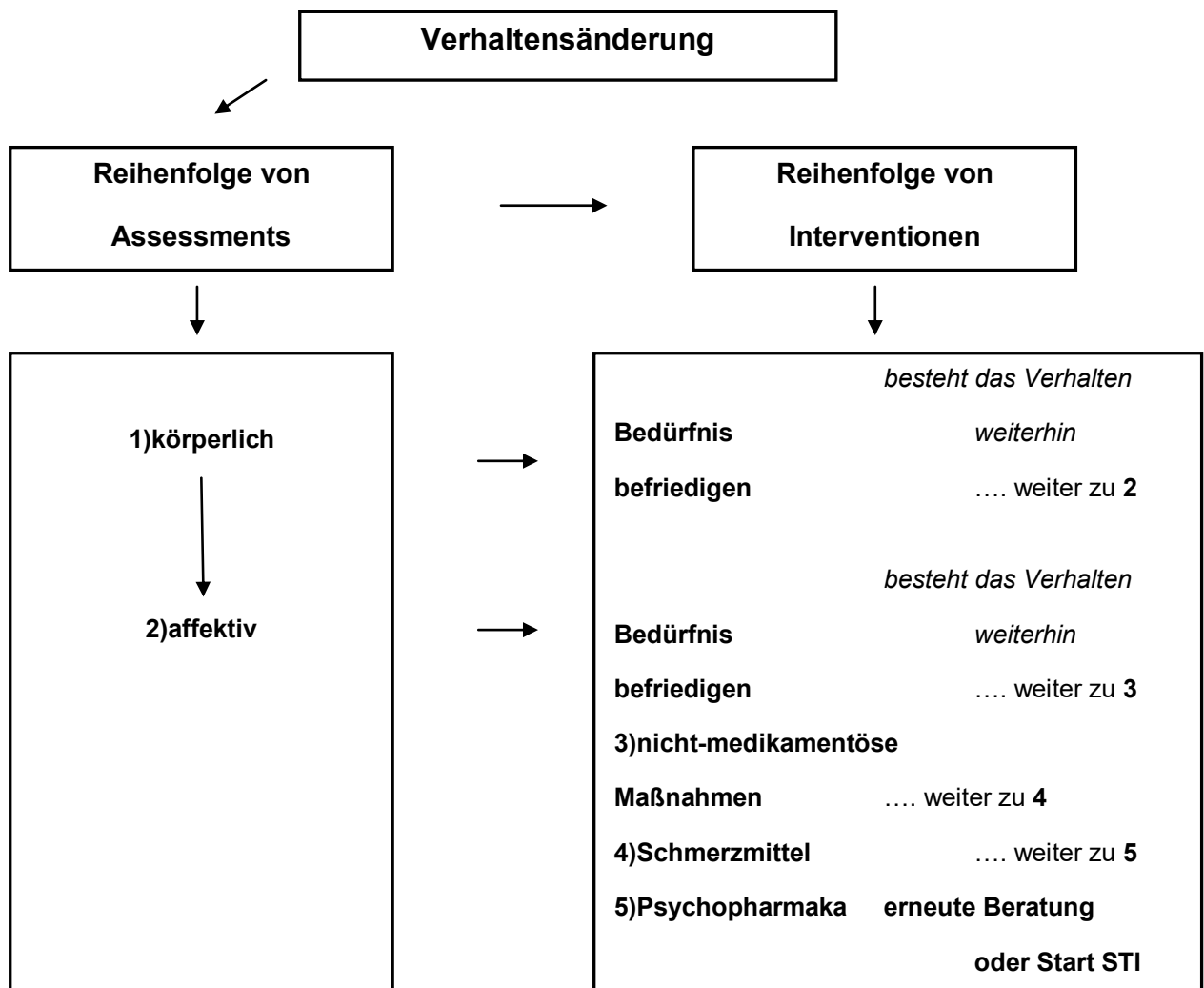


Abb. 5: Eigene Darstellung des STI-Modells in Anlehnung an Fischer et al. 2008, S.10.

### 3.1.4 Freiheitseinschränkende Maßnahmen

Im HeimAufG ist laut § 1 (1) der Schutz der persönlichen Freiheit von Menschen geregelt, die aufgrund ihres Alters, ihrer Behinderung und ihrer Erkrankung besonderer Pflege bedürfen. Freiheitsbeschränkungen müssen laut § 1 (2) im Verfassungsrecht, im Bundesgesetz und in anderen gesetzlichen Vorschriften verankert sein, damit diese Gültigkeit haben. Anwendung findet dieses Bundesgesetz laut § 2 (1) in Pflegeheimen, Einrichtungen für geistig Behinderte und in Krankenanstalten. In Krankenanstalten darf dieses Gesetz nur bei

Menschen, die an einer psychischen oder geistigen Erkrankung leiden, und deshalb besonderer Pflege und Betreuung bedürfen, angewendet werden. Eine Freiheitsbeschränkung nach § 3 (1) liegt dann vor, wenn....“ *eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln, insbesondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen, oder durch deren Androhung unterbunden wird*“. (HeimAufG, RIS 2015 § 1-3).

Weiteres darf sie nur dann durchgeführt werden, wenn diese Person ihr Leben bzw. ihren Gesundheitszustand oder das Leben anderer gefährdet und der Gefährdung nicht durch andere Pflege- und Betreuungsmethoden entgegen gewirkt werden kann (RIS 2015). Die Beeinflussung des Bewegungsdrangs durch sedierende Medikamente ist nur dann als Freiheitsbeschränkung zu betrachten, wenn durch diese der Bewegungsdrang unterdrückt wird, nicht aber, wenn die Reduzierung des Bewegungsdrangs eine unumgängliche Nebenwirkung darstellt, da eigentlich ein anderes therapeutisches Ziel verfolgt wird. Inwiefern Medikamente den Bewegungsdrang absichtlich reduzieren oder als eine unumgängliche Nebenwirkung zur Erlangung eines therapeutischen Ziels ist, bleibt jedoch eine Streitfrage (Bürger et. al 2011).

Im Stationsalltag einer Akutkrankenanstalt kommt es immer wieder zu Situationen, in der sich demente Patientinnen und Patienten selbst gefährden und dadurch freiheitsbeschränkende Maßnahmen zum Einsatz kommen. Als Selbstgefährdung gelten Situationen, wie beispielsweise ein Nichteinhalten der verordneten Bettruhe, Entfernung von Katheter und Nadeln, das Verlassen der Station durch den vermehrten Bewegungsdrang, etc. Zu erwähnen ist auch, dass ein niedriger Personalstand Grund dafür sein kann, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen eingesetzt werden (Kleina & Wingenfeld 2007).

Die Verabreichung sedierender und dämpfender Medikamente wird sehr oft zur symptomatischen Behandlung von Unruhezuständen und Verhaltensauffälligkeiten eingesetzt. Ferner ist zu erheben, ob die medikamentöse Therapie zum Ziel hat, den Bewegungsdrang zu unterdrücken oder ein anderes therapeutisches Ziel verfolgt. Werden Medikamente bei psychischen Krankheiten verabreicht, die einen Bewegungsdrang dämpfen sollen, liegt eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung vor. Die Verabreichung von Medikamenten durch das

diplomiertes Pflegepersonal, darf nur nach ärztlicher Anordnung erfolgen bzw. müssen die Menge, die Dosis, der Zeitpunkt der Verabreichung in der Fieberkurve und auch in der Pflegedokumentation vermerkt werden. Weiteres führen auch die strukturellen und personellen Konstellationen in Krankenanstalten dazu, freiheitsbeschränkende Maßnahmen einzusetzen. Werden sedierende Medikamente wie Schlafmedikamente, Neuroleptika oder andere Psychopharmaka eingesetzt, handelt es sich um eine Freiheitsbeschränkung, wenn dadurch gezielt der Weglaufdrang unterdrückt wird, oder um die Pflege für das Personal zu erleichtern, um Ruhe auf der Station herzustellen. Es handelt sich auch um eine Freiheitsbeschränkung, wenn die Habitualnorm der Patientinnen und Patienten nicht beachtet wird und beispielsweise der Schlaf zu einem bestimmten Zeitpunkt medikamentös eingeleitet wird (Bürger et. al 2011).

### **3.2 Pflegepersonen haben Wissensdefizite und einen Mangel an Kompetenzen**

Aufgrund der zunehmenden Medizinalisierung kommt es zu einer Zunahme der diagnostischen Untersuchungen und der damit verbundenen therapeutischen Behandlungen. Pflegepersonen assistieren bei ärztlichen Tätigkeiten und führen die Therapie auf der Station weiter. Somit ergeben sich mehr Arbeit und mehr Zeitaufwand für das Pflegepersonal. Die Verweildauer wird kürzer, der Pflege- und Betreuungsbedarf höher. Kernbereiche der pflegerischen Versorgung können nicht mehr adäquat erfüllt werden (Isfort et al. 2014). Menschen mit Demenz, die in einer akut-stationären Einrichtung aufgenommen werden, haben andere Bedürfnisse als Menschen ohne Demenz. Sie sind dem Risiko ausgesetzt, aufgrund von Wissensdefizite des Pflegepersonals nicht adäquat betreut zu werden. Das Hauptaugenmerk der Pflegepersonen liegt in der konservativen und operativen Pflege. Der Pflege von kognitiven Beeinträchtigungen, wie die der Demenz, wird wenig Beachtung geschenkt. Die Betreuung von Demenzkranken ist jedoch sowohl für das Pflegepersonal als auch für die Angehörigen sehr komplex und führt zur finanziellen und auch emotionalen Belastung (Joose, Palmer & Lang 213). Pflegepersonen weisen Wissensdefizite in der Pflege von Demenzkranken auf und können dadurch keine qualitativ hochwertige Pflege durchführen. Sie geben auch an, dass die Pflege von dementen Patientinnen und

Patienten sehr viel Kraft kostet und sie Angst vor der Pflege dieser Patientengruppe haben. Dies lässt sich beispielsweise auf mangelnde Kompetenzen und mangelndes Selbstvertrauen zurückzuführen. In Langzeitpflegeeinrichtungen fällt es Pflegepersonen leichter, auf die Bedürfnisse von Demenzkranken einzugehen, da sie tagtäglich mit dieser Personengruppe arbeiten. Im Gegensatz dazu ist das Pflegepersonal im akut-stationären Bereich nicht auf die Arbeit mit Demenzkranken eingestellt und auch nicht adäquat ausgebildet (Moyle et al. 2008). Die Pflege und Betreuung von dementen Patientinnen und Patienten über einen Zeitraum von einem Jahr kann emotional sehr belastend sein und ein Burn-out-Syndrom hervorrufen (Zieschang et al. 2008, Moyle et al. 2008).

Als größte Herausforderung nennen laut Galvin et al. (2010) Pflegepersonen das Schaffen einer sicheren Umgebung, die richtige Kommunikation mit Demenzkranken, Zeitmangel, um adäquate Betreuung zu gewährleisten, unruhige Verhaltensweisen, den Umgang mit Verwirrung und die unzureichende Ausbildung, um mit diesen Situationen klarzukommen (Galvin et al. 2010). Die Studie von Marx et al. (2014) kam zu ähnlichen Ergebnissen. 80% der Pflegepersonen geben an, dass die Pflege von Demenzkranken eine große Herausforderung darstellt und dies bei 75,7 % zu Frustration führt. Als größte Herausforderung geben 69,2 % der Pflegepersonen Schwierigkeiten in der Kommunikation an. Aufgrund der Herausforderungen, die mit der steigenden Anzahl von Menschen mit Demenz einhergehen, ist es dringend erforderlich, Pflegepersonen das notwendige Wissen und die nötigen Kompetenzen zu vermitteln (Marx et al. 2014). So ergab auch ein Audit, das in England und Wales vom Royal College of Psychiatrist durchgeführt wurde, dass sich ein Drittel des Pflegepersonals im Umgang mit Menschen mit Demenz nicht adäquat ausgebildet fühlt. 54 % der Pflegepersonen geben an, dass ihnen die notwendige Kompetenz fehlt, mit schwierigen und herausfordernden Verhaltensweisen umzugehen. Auch mangelt es an wichtigen Fähigkeiten in der Kommunikation, um mit den Demenzkranken kommunizieren zu können (Limb 2011).

In der von Coeffey et al. (2014) durchgeführten Pilotstudie geben nur 16% der befragten Pflegepersonen an, dass sie sich im Umgang mit Demenzkranken ausreichend geschult fühlen. 64% fühlen sich inkompetent in der Einschätzung von kognitiven Fähigkeiten von Demenzkranken und 70% finden, dass ihre Kommunikationsstrategien mangelhaft sind. 90% der Pflegepersonen geben an zu wissen, inwiefern die Demenz das Verhalten einer Person und deren Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigen kann. Nur weniger als die Hälfte der befragten Pflegepersonen kennen die verschiedenen Demenzarten. 97% der Pflegepersonen geben an, dass sie sich Schulungen in Bezug auf Demenz wünschen. Die Ergebnisse der Studie von Coffey et al. (2014) zeigen, dass das Wissen des Pflegepersonals bezüglich der Erkrankung Demenz in akut-stationären Einrichtungen mangelhaft und deren Ausbildungsstatus im Umgang mit dieser Personengruppe nicht ausreichend ist. Weniger als die Hälfte der Pflegepersonen kennt die verschiedenen Arten der Demenz und deren Auswirkungen und weiß nicht, wie sie mit schwierigen Verhaltensweisen umgehen soll. Falsche Interpretationen in der Kommunikation und dadurch entstehende Missverständnisse können Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzkranken auslösen. Spezifisches Wissen und Fähigkeiten im Umgang mit Demenzkranken sind jedoch erforderlich, um gute Pflegequalität im akut-stationären Bereich zu gewährleisten (Coffey et al. 2014).

Ein Mangel an Kompetenzen führt zu körperlicher und geistiger Erschöpfung. Pflegepersonen geben an, sich im Umgang mit Demenzkranken unzureichend geschult zu fühlen und dass die Pflege dieser Personengruppe eine zusätzliche Ausbildung benötigt. Sie fühlen sich gestresst in der Betreuung, da sie zu wenig Zeitressourcen haben, um adäquat auf die Bedürfnisse dieser eingehen zu können. Körperliche und medikamentöse Beschränkungen sind dann meist nicht vermeidbar und werden dann eingesetzt, wenn die Betroffenen beispielsweise absolute Bettruhe einhalten müssen. Die Sicherheit steht dabei im Vordergrund, um die Patientinnen und Patienten vor Stürzen und Komplikationen beispielsweise nach Operationen zu bewahren (Hynninen, Saarnio & Isola 2014).

Laut Joosse, Palmer & Lang (2013) brauchen Pflegepersonen Strategien, die sie im Umgang mit Demenzkranken einsetzen können. Dazu gehört richtige

Kommunikation, Einbeziehung von Angehörigen, Reduktion von Stress, Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen, wie Unruhe und nächtliches Wandern, etc. (Joosse, Palmer & Lang 2013; Hynninen, Saarnio & Isola 2014).

Laut Marx et al. (2014) wünschen sich Pflegepersonen mehr Kompetenz im Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen und in der Kommunikation mit Demenzkranken. Pflegepersonen geben an, dass sie zwar über Wissen bezüglich Demenz verfügen, ihnen aber die notwendigen Strategien und Methoden fehlen, dieses umzusetzen, um adäquate Pflege durchführen zu können (Marx et al. 2014). Auch Hynninen, Saarnio & Isola (2014) geben an, dass Schulung in den Bereichen Kommunikation und Umgang bei unruhigen Verhaltensweisen erforderlich ist (Hynninen, Saarnio & Isola 2014). Auch Gavin et al. (2010) gibt an, dass die Schulung von Pflegepersonen unabdingbar ist und diese Strategien zur Verbesserung der Kommunikation mit den Betroffenen und deren Angehörigen benötigen. Pflegepersonen wünschen sich die Einbeziehung der Angehörigen bereits bei der Aufnahme in das Akut-Krankenhaus (Galvin et al. 2010).

### **3.3 Teilnahme an demenzspezifischen Fortbildungen steigern das Wissen**

Die Studie von Smyth et al. (2013) ergab, dass der Großteil des Personals große Wissensdefizite in Bezug auf die Erkrankung Demenz aufweist, die Teilnahme an demenzspezifischen Workshops aber das Wissen verbessert (Smyth et al. 2013). Pflegepersonen, die nicht adäquat geschult sind, fällt es schwer, mit schwierigen Verhaltensweisen umzugehen (Smyth et al. 2013 zit. n. Eriksson & Saveman 2002). Mittels des ADKS wurde das Wissen folgender 7 Schwerpunkte gemessen: Auswirkung der Erkrankung auf das Leben der Betroffenen, Diagnosestellung, Behandlung, Risikofaktoren und Symptome und der Verlauf der Erkrankung. Pflegepersonen weisen Defizite vor allem in den Bereichen Erkennen von Risikofaktoren und dem Verlauf der Erkrankung auf. Das Erkennen von Risikofaktoren und das Verstehen des Verlaufs der Erkrankung sind wichtig für die Qualität in der Pflege. Pflegepersonen, die mit Patientinnen und Patienten mit Demenz arbeiten, benötigen spezielle Fähigkeiten, um qualitative Pflege im akutstationären Bereich durchführen zu können (Smyth et al. 2013). So auch die

Ergebnisse von Moyle et al. (2008), die bestätigen, dass durch demenzspezifische Ausbildung die Pflegepersonen mehr Kompetenz und Selbstvertrauen im Umgang mit Demenzkranken erhalten.

In der Studie von Zieschang et al. (2008) geben Pflegepersonen nach der Teilnahme an einem Ausbildungsprogramm bezüglich Demenz an, dass die neu gewonnenen Informationen wichtig für ihre tägliche Pflegepraxis sind. Auch ihre Einstellungen bezüglich der Arbeit mit Demenzkranken haben sich zum Positiven geändert, und die Pflege wird nicht mehr als problematisch angesehen. Pflege von Menschen mit Demenz ist sehr anspruchsvoll und benötigt fachspezifische Kompetenz, wie auch richtige Kommunikationsstrategien. Pflegepersonen geben an, dass sich nach der Teilnahme an dem Ausbildungsprogramm ihr Wissen bezüglich der Erkrankung Demenz verbessert hat (Zieschang et al. 2008).

In der Studie von Palmer et al. (2014) wurde ein Fortbildungsprogramm evaluiert, das an fünf verschiedenen Krankenhäusern stattgefunden hat. 355 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, darunter 221 Pflegepersonen, nahmen an der Fortbildung teil. Das „DFHI-Programm“ besteht aus fünf Modulen, das Wissen mittels verschiedenster didaktischer Lehrmethoden, wie Powerpoint-Folien, Videos, praktischer Übungen und Handouts durch Demenzexpertinnen und Demenzexperten bzw. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Alzheimer Gesellschaft vermittelt. Zu den Inhalten der Module gehören die Definition der Demenz, der Unterschied zwischen Demenz, Delir und Depression, der Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen, die Einbeziehung von Angehörigen, etc. Eine Evaluation des Programms wurde durchgeführt, um zu sehen, inwiefern sich das Wissen, das Selbstvertrauen und die Haltung der Pflegepersonen bezüglich Demenz verändert hat. Die Ergebnisse zeigen, dass sich das Selbstvertrauen im Umgang mit Demenzkranken vor allem in der Kommunikation mit Demenzkranken und mit deren Angehörigen, nach der Absolvierung des Fortbildungsprogramms signifikant gesteigert hat. Weiteres fällt es den Pflegepersonen leichter eine Demenz zu erkennen, eine Demenz von einem Delir zu unterscheiden und mit übermäßiger motorischer Aktivität die eine Demenzerkrankung mit sich bringt,

besser umzugehen. Pflegepersonen fühlen sich nach Absolvierung der Fortbildung kompetenter im Umgang mit Demenzkranken und geben an, dass das vermittelte Wissen hilfreich für ihre tägliche Pflegepraxis ist und ihre Haltung und ihr Selbstvertrauen verbessert hat. (Palmer et al. 2014).

Ausbildung und Schulung von Pflegepersonen ist nötig, um die Qualität der Pflege von Demenzkranken im akut-stationären-Sektor zu verbessern. Demenzspezifische Schulungsprogramme zeigen, dass das Wissen des Pflegepersonals bezüglich der Erkrankung verbessert wird, die Einstellung der Pflegepersonen sich verändert und das Selbstvertrauen der Pflegenden sich steigert (Nayton et al. 2014 zit. n. Beer, Hutchinson & Skala-Cordes 2012). Durchgeführte Studien von Millard, Kennedy und Baune (2011) zeigen, dass das Wissen der Pflegepersonen bezüglich der Demenz sehr niedrig ist bzw. diese keine demenzspezifischen Fortbildungen aufweisen (Nayton et al. 2014 zit. n. Millard, Kennedy & Baune 2011).

Ähnliche Ergebnisse ergab auch die Studie von Nayton et al. (2014). Ziel war es, Wissen bezüglich Demenz zu vermitteln, mögliche Kommunikationsstrategien aufzuzeigen und Interventionsstrategien zu vermitteln, die in der täglichen Pflegepraxis umgesetzt werden können. Vor Absolvierung der Fortbildung geben die Pflegepersonen an, dass die Pflege von Demenzkranken aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten, unangemessenen Verhaltensweisen und fehlender Ausbildung sehr belastend ist. Nach Absolvierung der Fortbildung geben die Pflegenden an, dass ihnen die Pflege von Demenzkranken leichter fällt und sie sich kompetenter im Umgang mit dieser Personengruppe fühlen (Nayton et al. 2014).

In der Pilotstudie von Galvin et al. (2010) geben die Pflegepersonen nach Beendigung des Schulungsprogramms eine signifikante Verbesserung ihres Selbstvertrauens bezüglich der Erkennung von Demenz, den Umgang mit Demenz, der Abgrenzung von Demenz und Delir, der Kommunikation mit Demenzkranken und deren Angehörigen, an. Sie geben auch an, dass sie die Hilfe von Familienmitgliedern und nahestehenden Bezugspersonen sehr schätzen. 89 % der Pflegepersonen geben an, dass die Teilnahme an der Schulung neue

Möglichkeiten zur Verbesserung der Kommunikation mit Demenzkranken und deren Angehörigen eröffnete. Weiteres konnten sie neue Erfahrungen bezüglich der Umgebungsgestaltung gewinnen und diese an die Bedürfnisse der Dementen anpassen. 71 % der Pflegepersonen gibt an, mit störenden Verhaltensweisen und Unruhe besser umgehen zu können und 81% können eine sichere Umgebung schaffen, um die Risiken zu minimieren (Galvin et al. 2010).

### 3.3 Angehörige

Angehörige und nahestehende Bezugspersonen spielen eine wichtige Rolle bei der Versorgung von demenzkranken Patientinnen und Patienten, da sie die täglichen Begleiter sind und wichtige Tätigkeiten für die Betroffenen übernehmen. Sie sollen in den täglichen Versorgungsprozess miteinbezogen werden und ihre, durch die Betreuung entwickelte Pflegekompetenz, soll als ein wichtiges Hilfsmittel angesehen werden (Nationale Demenzstrategie 2014-2017).

In Deutschland wurde ein Modellprojekt zur „Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus“ durchgeführt. Dabei wurden 21 leitfadengestützte Interviews mit medizinischem und pflegerischem Personal und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Entlassungsmanagements durchgeführt. Der Einbezug der Angehörigen bei der Anamnese zur Informationsbeschaffung wurde als sehr positiv bei den Interviewten empfunden. Bei kognitiv beeinträchtigten und verhaltensauffälligen Patientinnen und Patienten ist dies besonders wichtig, da durch die Angehörigen wichtige Informationen erhoben werden können und der Versorgungsbedarf dadurch besser ermittelt werden kann. Pflegepersonen können sich dadurch bereits im Voraus auf besondere Bedingungen einstellen. Jedoch sind bei der Aufnahme in ein Krankenhaus nicht immer Angehörige verfügbar, da die Einweisung oft aufgrund akuter Gesundheitsprobleme erfolgt. Viele der dementen Patientinnen und Patienten haben aufgrund des bereits hohen Lebensalters keine Angehörigen mehr oder sie sind nicht mehr in der Lage, sie in das Krankenhaus zu begleiten. Bei der Erhebung des Pflegebedarfs durch das Pflegepersonal stehen körperliche Einschränkungen im Vordergrund, um den Pflegebedarf zu eruieren. Im Hintergrund stehen kognitive Einschränkungen wie Störungen in der Orientierung

und unruhiges Verhalten. Angehörige werden als gute Informanten betrachtet, jedoch sind diese Informationen oft nicht ausreichend, um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten (Kleina & Wingenfeld 2007). Kognitive Beeinträchtigungen werden bei der Pflegeanamnese oft nicht erkannt, da die Patientinnen und Patienten eine Fassade errichten und einen unauffälligen Eindruck hinterlassen. Bemerkbar werden die kognitiven Einbußen meist erst dann, wenn die Patientinnen und Patienten ihre Medikamente nicht richtig einnehmen, sie Dinge verlegen, sich apathisch verhalten, keine Nahrung zu sich nehmen wollen oder sich nicht mehr äußern können, wie beispielsweise keine Angaben über das Schmerzempfinden geben können (Isfort 2010). Gibt es keine Informationen von Angehörigen, werden die kognitiven Beeinträchtigungen erst im Laufe des Aufenthalts sichtbar. Informationslücken werden von Pflegepersonen als belastend empfunden, da sie sich dadurch nicht auf die Pflege und Betreuung der Demenzkranken einstellen können (Kleina & Wingenfeld 2007).

Aus Sicht der Pflegepersonen gibt es zwei Gruppen von Angehörigen:

- Die erste Gruppe ist jene, die sich aktiv am Versorgungsgeschehen beteiligt, indem sie Pflegetätigkeiten übernimmt und die meiste Zeit anwesend ist. Die Pflegepersonen fühlen sich in dieser Hinsicht unterstützt, da die Angehörigen durch ihre Anwesenheit die Beaufsichtigung der Betroffenen übernehmen. Dies wird als sehr positiv und hilfreich empfunden.
- Die zweite Gruppe ist jene, die sich überhaupt nicht oder widerwillig am Versorgungsgeschehen beteiligt. Dies sind meist jene, die die Betroffenen zu Hause pflegen und den Krankenhausaufenthalt als eine Entlastung sehen. Jene Angehörigen, die zu Hause nicht mit der Pflege und Betreuung von dementen Patientinnen und Patienten belastet sind, da diese in einer Langzeitpflegeeinrichtung untergebracht sind, werden von den Pflegenden durch ihre geringe Beteiligung als inkompetent betrachtet (Kleina & Wingenfeld 2007).

Bei der Frage, inwiefern Angehörige im akut-stationären Bereich im Umgang mit dementen Patientinnen und Patienten miteinbezogen werden, liefern die Studien folgende Ergebnisse:

Zur Integration von Angehörigen kommt es meist nur dann, wenn diese selbst die Initiative ergreifen. Die Einbeziehung von Seiten der Pflegenden erfolgt erst dann, wenn es zu problematischen Situationen kommt, in denen sie selbst nicht mehr in der Lage sind, eine adäquate Versorgung zu gewährleisten. Generell werden von den Pflegenden die räumlichen und strukturellen Gegebenheiten des akutstationären Bereichs als weniger einladend für Angehörige betrachtet (Kleina & Wingefeld 2007). In der Studie von Marx et al. (2014) geben 53,6 % der Pflegepersonen an, sich von Angehörigen der Demenzkranken missachtet zu fühlen. Die Begleitung der dementen Patientinnen und Patienten durch ihre Angehörigen bei Untersuchungen findet in Einzelfällen zwar bereits statt und wird von den Angehörigen auch gerne angenommen, jedoch ist dies aufgrund der zeitlichen Abläufe der diversen Fachbereiche nicht immer planbar. Geplante Gespräche, in denen es um die Integration der Angehörigen in den täglichen Versorgungsprozess im Stationsalltag geht, sind in der Regel eher selten. Von den Pflegenden werden hier eher die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter eingeschaltet, die den Versorgungsbedarf ermitteln und gegebenenfalls die notwendige Pflege und Betreuung für zu Hause organisieren. Informationen von den Angehörigen bezüglich des Betroffenen werden von den Pflegenden zwar sehr gerne angenommen und als hilfreich angesehen, jedoch viel zu selten in Betracht gezogen (Kleina & Wingefeld 2007).

Die Studie von Nufer und Spichinger (2011) ergab, dass sich die Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und Angehörigen positiv auf die Betreuung von dementen Patientinnen und Patienten im akutstationären Bereich auswirkt. Bei der von ihnen durchgeführten Studie wurden zwölf Angehörige von elf dementen Patientinnen und Patienten zu verschiedenen Kategorien befragt. Eine der Kategorien war „Einen guten Informationsaustausch mit Fachpersonen erfahren.“ Die Angehörigen gaben an, dass der gegenseitige Informationsaustausch sehr gut funktionierte, da die Pflegenden sich über die Bedürfnisse und Gewohnheiten der Patientinnen und Patienten informierten, um die Pflege bestmöglich planen zu können. Andersherum erhielten auch die Angehörigen Informationen von den Pflegenden, wenn es um gesundheitsrelevante Fragestellungen ging, die die Betroffenen aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen nicht mehr adäquat beantworten könnten. In einer weiteren Kategorie „Informationen durch Fachpersonen vermissen“ kam heraus, dass die Angehörigen nicht automatisch

über Untersuchungen und durchgeführte Maßnahmen informiert wurden, sondern dass sie diese Informationen eher durch selbstständiges Nachfragen erhielten. In der Kategorie „Eine persönliche Beziehung zu Fachpersonen erfahren“ erlebten die Angehörigen diese als sehr positiv, wenn die Pflegeperson von sich aus auf die Angehörigen zugeht, ihre Sorgen und Ängste bemerkt und ihnen Anerkennung für das, was sie tun, schenkt. Es wurde als positiv erachtet, wenn sich die Pflegeperson mit Namen und Funktion bei den Angehörigen vorstellte. Weiteres wurde auch die Einbeziehung der Angehörigen bei Pflegetätigkeiten als sehr positiv empfunden. Einige Angehörige fühlten sich verpflichtet, Pflegetätigkeiten auch während des stationären Aufenthalts durchzuführen, waren dann aber erleichtert, wenn ihnen die Pflegepersonen mit Verständnis begegneten und es in Ordnung war, sich auch einmal zu erholen und die Pflege an andere zu übergeben. Die letzte Kategorie lautete „Eine Beziehung zu Fachpersonen vermissen“. Manche hatten das Gefühl, nicht wahrgenommen zu werden, empfanden es als schwierig, Kontakt zu den Pflegepersonen aufzunehmen und wussten nicht, welche Pflegepersonen für ihre zu pflegenden Angehörigen zuständig waren und welche Funktion diese hatten. Diese Studie liefert die Erkenntnis, dass die Zusammenarbeit mit den Pflegenden stark vom Erleben der Angehörigen abhängt, dass jedoch die positiven Erfahrungen überwiegen. Sie fühlten sich erleichtert, wenn sie in die tägliche Pflege miteinbezogen wurden, waren aber auch enttäuscht, wenn ihnen keine Beachtung geschenkt wurde (Nufer & Spichiger 2011).

In der Studie von Coffey et al. (2014) geben 46 Prozent der Pflegepersonen an, dass sie Angehörige in den täglichen Versorgungsprozess miteinbeziehen und ihnen Informationen über den Krankheitsprozess geben. Sie geben an, dass es für jede Patientin und jeden Patient auf Station eine Pflegeperson gibt, die als Ansprechperson für die Demenzkranke oder den Demenzkranke gibt (Coffey et al. 2014). Ebenso spielen in der Studie von Hynninen, Saarnio & Isola (2014) Angehörige laut Pflegepersonen, Ärztinnen und Ärzten eine Schlüsselrolle in der Versorgung von Demenzkranken. Sie werden in den Entscheidungsprozess miteinbezogen und als wichtige Informanten gesehen (Hynninen et al. 2014). Auch die Ergebnisse von Clissett et al. (2013) zeigen, dass pflegende Angehörige, wie

auch Familienmitglieder eine wichtige Rolle in der Betreuung von Demenzkranken spielen, da sie wichtige Informantinnen und Informanten sind und als Schlüssel dienen, um adäquate Versorgung gewährleisten zu können (Clissett et al. 2013 zit. n. Goff 2000, Edvardsson et al. 2010, Moyle et al. 2011).

Das Hauptproblem bei der Aufnahme in ein Akutkrankenhaus ist laut pflegenden Angehörigen die Unterbrechung der normalen Routine des Demenzkranken. Angehörige wollen bei der Aufnahme die Kontrolle für den Betroffenen übernehmen und versuchen, durch Kommunikation mit dem Pflegepersonal die Pflege zu planen, und zeigen dem Pflegepersonal, wie sie wichtige Pflegemaßnahmen durchführen sollen. Dadurch versuchen sie die täglichen Rituale, die zu Hause gemacht werden, aufrecht zu erhalten. Angehörige betonen, wie wichtig Kommunikation zwischen Pflegepersonen und pflegenden Angehörigen ist. Die Angehörigen wünschen sich, dass sie in die Pflege miteinbezogen werden und erwarten sich eine bessere Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal. Demenzkranken fällt es oft schwer zu kommunizieren und deshalb ist es erforderlich, Angehörige oder nahe stehende Bezugspersonen in die Pflege mit einzubeziehen. Angehörige sollen als wichtige Expertinnen und Experten gesehen werden, die die Bedürfnisse der Betroffenen kennen (Clissett et al. 2013).

Angehörige von Demenzkranken sind diejenigen, die informelle Pflege betreiben und sollten als wichtige Ressource bei der Aufnahme der Betroffenen in ein Akutkrankenhaus gesehen werden (Bradway 2008). Hall und Maslow (2007) haben ein Pflegemodell entwickelt, das Empfehlungen gibt, inwiefern durch die Zusammenarbeit mit Familien im akutstationären Bereich Komplikationen minimiert und Ergebnisse verbessert werden können. Als erste Empfehlung nennen sie die Einbeziehung von Angehörigen in die Pflege. Angehörige werden meist nicht in den Entscheidungsfindungsprozess miteinbezogen und auch nicht gefragt, welche Vorlieben die Betroffenen haben und wie diese zu Hause gepflegt werden (Hall & Maslow 2007). Laut Bradway (2008) wollen Angehörige aber im akut-stationären Bereich in die Pflege miteinbezogen werden, vor allem dann wenn eine Demenz vorliegt, da Tagesabläufe, die zu Hause durchgeführt werden, durch Hilfe von Angehörigen in den akut-stationären Bereich übertragen werden

können. Es gibt aber auch Angehörige, die nicht miteinbezogen werden wollen und den Krankenhausaufenthalt als Entlastung sehen. Besteht keine Möglichkeit der Einbeziehung von Angehörigen, so können eventuell andere Personen, wie Nachbarn oder nahestehende Bezugspersonen gefragt werden. Als weiteren wichtigen Punkt nennen sie die Information und Schulung von Angehörigen. Angehörige wollen Informationen über die akute Erkrankung haben und wollen wissen, inwiefern diese die Demenz beeinflusst. Bereits bei der Aufnahme im akutstationären Bereich ist es erforderlich zu erheben, inwiefern die Betroffenen zu Hause versorgt sind, bzw. ob eine Betreuung zu Hause durch professionelle Pflegekräfte erforderlich ist. Pflegepersonen sollen anleitend und schulend tätig sein und bereits während des stationären Aufenthalts wichtige Pflegetätigkeiten wie Verbandswechsel, Lagerungswechsel, etc. demonstrieren (Bradway 2008).

Auch die Ergebnisse von Joosse, Palmer & Lang (2013) befürworten die Integration von Angehörigen in die akutstationäre Pflegepraxis. Angehörige sollen vor allem in schwierigen Situationen, in denen sich Veränderungen im Verhalten der Patientinnen und Patienten zeigen, hinzugezogen werden. Beispielsweise können sie die Patientinnen und Patienten in deren eingeschränkten Lebensaktivitäten unterstützen, um dadurch die noch vorhandenen Ressourcen zu nützen, beispielsweise bei der Unterstützung der Körperpflege, bei der Hilfestellung der Toilettenbenützung, bei der Nahrungsaufnahme, etc. Angehörige werden auch gebeten, Bilder oder vertraute Gegenstände von zu Hause mitzubringen, um den Demenzkranken dadurch Heimatgefühl zu vermitteln (Joosse, Palmer & Lang 2013).

Das „Hartfort Institut for Geriatric Nursing and the Alzheimer’s Association“ hat einen Anamnesebogen entwickelt, der bei der Aufnahme speziell für Menschen mit Demenz von den Angehörigen ausgefüllt werden kann. Ziel dabei ist es, Informationen über die Schwere der kognitiven Beeinträchtigung zu erhalten und damit individuelle Pflegeplanung durchführen zu können, die auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt werden können (Hall & Maslow 2007). Dieses Aufnahmeformular, das speziell für Patientinnen und Patienten mit Demenz

entwickelt wurde, ist im Anhang dieser Arbeit zu finden und könnte nach deutscher Übersetzung auch in österreichischen Akutkrankenhäusern eingesetzt werden.

Auch die Ergebnisse von Moyle et al. (2008) zeigen, dass die Integration von Angehörigen im akutstationären Bereich eine große Rolle spielt. Informationsaustausch mit Angehörigen ermöglicht eine bessere Pflegeplanung, Verhaltensmuster können besser gedeutet werden, und die Betroffenen fühlen sich sicherer in der neuen Umgebung (Moyle et al. 2008). Er nennt in seiner Studie das „CARE-Modell“ von Li et al. (2003), das versucht, Angehörige in der Betreuung von kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten während des akutstationären Aufenthalts miteinzubeziehen. Die Angehörigen erhalten Informationen über Verhaltensweisen, die bei einem stationären Aufenthalt entstehen können und bekommen Tipps, wie sie diesen durch eine aktive Teilnahme im Versorgungsprozess entgegen wirken können. Die Informationen werden mündlich und schriftlich durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen vermittelt. Gemeinsam mit den Angehörigen und den Patientinnen und Patienten werden die Tätigkeiten vereinbart, die die Angehörigen während des stationären Aufenthalts durchführen. Angehörige, die in die Pflege miteinbezogen wurden, stärkten ihr Selbstvertrauen und verbesserten ihr Wissen bezüglich der Pflege und Betreuung, was sich wiederum positiv auf Patientinnen und Patienten auswirkt (Moyle et al. 2008 zit. n. Li et al. 2003).

### **3.4 Kompetenzen und Qualifikationsprofil für Pflegefachkräfte**

Das österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen schreibt vor, dass Pflegepersonen in der Ausübung ihrer Profession verschiedene Rollen einnehmen müssen, um dem Anforderungsprofil ihres Berufes gerecht zu werden. Folgende vier Kompetenzen sind dafür erforderlich:

- ✓ Selbstkompetenz
- ✓ Sozial-kommunikative Kompetenz
- ✓ Methodische Fachkompetenz

- ✓ Instrumentell-technische Fachkompetenz (ÖBIG 2003 zit. n. Oelke 1998).

### **3.4.1 Selbstkompetenz**

Als Selbstkompetenz wird die Fähigkeit verstanden, sich in seinem Tätigkeitsfeld weiterzuentwickeln, seine Fertigkeiten zu verbessern, um dadurch die persönliche Leistungsbereitschaft zu steigern. Dazu zählt die eigene Reflexion, sich Stärken und Schwächen einzugestehen, Verantwortung zu tragen, Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen und Selbstbestimmung zu haben (ÖBIG 2003 zit. n. Oelke 1998).

### **3.4.2 Sozial-kommunikative Kompetenz**

Als sozial-kommunikative Kompetenz wird die Fähigkeit verstanden, sich mit anderen Personen auseinanderzusetzen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Bildungsstatus und Ursprung. Dazu gehören Einfühlungsvermögen, Bereitschaft zur Führung von Gesprächen, die Durchführung von beratenden Tätigkeiten, die Fähigkeit Kritik anzunehmen und Konflikte zu lösen, argumentieren und sich artikulieren zu können, des Weiteren auch Frustrationstoleranz und Rollendistanz (ÖBIG 2003 zit. n. Oelke 1998).

### **3.4.3 Methodische Fachkompetenz**

Als methodische Fachkompetenz wird die Fähigkeit verstanden, als Pflegeperson eigene Lösungswege zu finden, da man in der Pflegepraxis mit Situationen konfrontiert wird, die nicht nach einem vorgefertigten Schema abzuhandeln sind. Dazu zählen die eigenständige Planung und Organisation, das Treffen von Entscheidungen, die Fähigkeit Probleme zu lösen, sich selbst Lerntechniken und Wissen anzueignen, um lebenslanges Lernen zu fördern (ÖBIG 2003 zit. n. Oelke 1998).

### **3.4.4 Instrumentell-technische Fachkompetenz**

Als instrumentell-technische Fachkompetenz wird die Fähigkeit verstanden, Tätigkeiten nach fachlichem und methodischem Wissen ordnungsgemäß

durchzuführen. Diese Fähigkeit entwickelt sich im Laufe der praktischen Ausbildung durch die Durchführung der praktischen Tätigkeiten. Pflegepersonen sollen dabei für folgende fünf Dimensionen qualifiziert sein: „*Verrichtungs-, Symptom-, Krankheits-, Verhaltens- und Handlungsorientierung*“ (ÖBIG 2003, S. 32, zit. n. Oelke 1998).

### **3.5 Unterstützung pflegender Angehöriger**

Die Unterstützung pflegender Angehöriger durch das Pflegepersonal kann durch verschiedene pädagogische Interventionen, wie Information, Schulung/Anleitung, sowie Beratung erfolgen. Es gibt keine einheitliche Benennung für diese Begriffe, meist werden sie unter dem Begriff „Patientinnenedukation und Patientenedukation“ zusammengefasst. Darunter wird laut Ewers (2001) ein gezielter und geplanter Lernprozess verstanden, in dem informierende, beratende und verhaltensorientierte Maßnahmen eingesetzt werden. Der Begriff „Patientinnen- und Patientenedukation“ kommt aus dem englischen „patienteducation“ und wird deshalb gern mit dem deutschen Begriff „Patientinnen- und Patientenerziehung“ übersetzt. Dieser Begriff wird jedoch oft mit schulischer Erziehung in Verbindung gebracht und nicht mit der Erwachsenenbildung (Ewers 2001 zit. n. Bücken 2009). Der Begriff der Edukation wird mit der Beratung in Beziehung gebracht, da er als Sammelbegriff für informierende, schulende und beratende Aspekte steht (Petter-Schweiger 2011). Ziel dieser genannten pädagogischen Interventionen ist es, die Kompetenz von Angehörigen und deren Betroffenen zu stärken, damit diese in herausfordernden Situationen, beispielsweise im Umgang mit dementen Patientinnen und Patienten angemessen reagieren können (Bücken 2009).

#### **3.5.1 Information – Anleitung – Beratung**

Betrachtet man den Tätigkeitsbereich der Pflege, so ist die Beratung bereits ein fixer Bestandteil im täglichen Berufsalltag. Patientinnen und Patienten werden über die Organisation des Stationsalltags, über Pflegehandlungen und der Möglichkeit, Schmerzen zu lindern, aufgeklärt. Weiteres übersetzen sie die

medizinische Fachsprache für Patientinnen und Patienten, geben Anleitung bezüglich Körperpflege nach einer OP und Verbandswechsel, nehmen sich Zeit für Gespräche und bauen eine vertrauenswürde Beziehung auf. Informieren und Anleiten sind wichtige Tätigkeiten, die automatisch in den Pflegealltag eingebaut werden (Koch-Straube 2008).

Im Folgenden werden die Begriffe Information, Schulung/Anleitung und Beratung näher erläutert.

### **Kompetenzförderung durch Information**

Ziel ist es, durch Vermittlung von Information bestehende Wissenslücken zu schließen bzw. Wissen zu erweitern. Werden die Informationen angenommen oder nicht, entscheiden die Nutzerinnen und Nutzer (Bücker 2009). Durch Information wird Wissen bereitgestellt, und es werden Daten, Fakten und Kenntnisse vermittelt, die den kognitiven Lernprozess beeinflussen (Petter-Schweiger 2011). Die Informationsvermittlung kann mündlich oder auch schriftlich und durch verschiedene Medien wie Zeitschriften, Bücher, Internet oder auch Filme erfolgen (Petter-Schweiger 2011; Bücker 2009). Informationsvermittlung soll nur dann stattfinden, wenn die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufnahmebereit und interessiert sind. Durch Vermittlung von Informationen alleine wird noch keine Handlungskompetenz erreicht, sie ersetzt auch nicht die Beratung und Schulung, kann aber ergänzend stattfinden (Bücker 2009).

### **Kompetenzförderung durch Schulung und Anleitung**

Die Begriffe Schulung und Anleitung werden meist synonym verwendet, da sie die gleichen Ziele verfolgen und in ihrem Vorgehen ähnlich sind. Eine **Schulung** basiert auf pädagogisch-didaktischen Erkenntnissen und hat bestimmte Lernziele, die am Ende zu erreichen sind. Primäres Ziel dabei ist die Verhaltensänderung durch die Gewinnung von neuem Wissen oder das Erlernen spezieller Fähigkeiten. Schulungen finden in Gruppen oder auch bei Einzelpersonen statt (Bücker 2009). Anwendung finden Schulungen im Gesundheitsbereich und bei Menschen mit gleichen Erkrankungen, wie beispielsweise die Diabetesschulung. Am Ende einer Schulung steht meist eine Reflektion durch die Teilnehmerinnen

und Teilnehmer, um das Gelernte zu überprüfen und zu festigen. Gegebenenfalls wird dadurch der weitere Schulungs- und Beratungsbedarf aufgezeigt. In sogenannten Mikroschulungen, die zirka 15 min. dauern und in denen Einzelpersonen, beispielsweise Angehörige, geschult werden, werden diese Schritt für Schritt herangeführt, um die Betroffenen auf die neuen Herausforderungen vorzubereiten. Diese finden meist im Rahmen des Entlassungsmanagements bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten statt (Petter-Schwaiger 2011).

Wie bei der Schulung, steht auch bei der **Anleitung** die Vermittlung von Handlungskompetenzen im Vordergrund, sowie das Erlernen von technisch-instrumentellen Fähigkeiten (Bücker 2009). Anleitung findet im Pflegealltag täglich statt, wie beispielsweise bei der Mobilisation eines Pflegebedürftigen oder auch das selbstständige Spritzen von Insulin und das Anziehen von Kompressionsstrümpfen (Petter-Schwaiger 2011). Doch auch diese Tätigkeiten können ohne vorab vermitteltes Wissen nicht durchgeführt werden. (Bücker 2009).

### **Kompetenzförderung durch Beratung**

Andere Ziele, als bisher erwähnt, verfolgt die Beratung. Auch hier lassen sich in der Literatur keine einheitlichen Begriffsdefinitionen belegen, da sich verschiedene Disziplinen mit Beratung beschäftigen und dadurch unterschiedliche Beratungsansätze zum Einsatz kommen (Bücker 2009).

Die Autoren Doll und Hummel-Gaatz haben Beratung wie folgt definiert:

*„Beratung in der Pflege ist ein Beziehungsprozess zwischen Pflegenden und Patienten bzw. seinen Bezugspersonen mit dem Ziel, sie bei der Krankheits- und Krisenbewältigung zu unterstützen. Dies geschieht durch Unterstützen beim Bewältigen von Problemen, Unterstützung beim Finden von Entscheidungen, Fördern, Entdecken und Erhalten von Ressourcen, Unterstützen beim Auseinandersetzen mit veränderten Lebensumständen und den daraus resultierenden Emotionen.“ (Doll & Hummel-Gaatz 2006, S. 208).*

Beratung ist ein vielseitig verwendeter Begriff, der auch im Alltag Anwendung findet, wie beim Kauf einer Ware oder bei der Auswahl eines Kleidungsstücks, bei dem wir uns von Freundinnen und Freunden beraten lassen. Professionelle

Beratung setzt dann ein, wenn die persönlichen Ressourcen eines Menschen nicht mehr ausreichen, um eine Krise bzw. ein Problem alleine lösen zu können (Koch-Straube 2008). Tschudin klärt, was Beratung nicht ist: „*Ratschläge geben, Informationen geben, trainieren, disziplinieren, leiten, (...)*“ (Koch-Straube 2008, S.66f., zit. n. Tschudin 1998, S.33). Betrachtet man den Begriff Beratung aus der Sicht der Pflege heraus, dann rücken hier Begriffe wie Beruhigen und Trösten in den Vordergrund. Die zuvor genannten Tätigkeiten gehören nicht zur Beratung im engeren Sinne, sondern können zu dieser führen, sind jedoch nicht pflegespezifisch (Koch-Straube 2008).

## 4. Fortbildung

### 4.1 Problematik und Ausgangssituation

Aus den Ergebnissen von Galvin et al. (2010) geht hervor, dass das Wissen bezüglich der Demenz zu gering ist, um die Herausforderungen, die im Umgang mit dementen Patientinnen und Patienten entstehen, zu meistern und es deshalb erforderlich ist, das Pflegepersonal im Umgang mit dieser Personengruppen zu schulen, um Belastungen zu reduzieren und Pflegeergebnisse zu verbessern (Galvin et al. 2010). Auch Coffey et al. (2014) betont, dass es dringend nötig ist, in akutstationären Einrichtungen Fortbildungen bezüglich Demenz anzubieten, um Pflegepersonen im Umgang mit dieser Personengruppe adäquat auszubilden, um gute Pflege zu ermöglichen (Coffey et al. 2014). Um die Lücke zu schließen, ist es laut Marx et al. (2014) erforderlich, Fortbildungen anzubieten, die nicht nur theoretisches Wissen vertiefen, sondern vor allem praxisnahe Kompetenzen vermitteln. Dies kann beispielsweise in Form von Rollenspielen, Fallbeispielen und durch Coaching von Expertinnen und Experten erfolgen. Pflegepersonen, die mit Demenzkranken arbeiten, benötigen Kompetenzen, die sie in der täglichen Praxis umsetzen können und adäquate Kommunikationsstrategien, um auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingehen zu können (Marx et al. 2014).

Im Curriculum der Gesundheits- und Krankenpflege werden die vier Kompetenzen erwähnt, die Pflegepersonen bei der Pflege und Betreuung von Menschen mit akuten und chronischen Krankheiten benötigen. Aufgrund der bestehenden

Ergebnisse, die aus der umfassenden Literaturrecherche erworben worden sind, wurde eine zweitägige Fortbildung für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Pflegehelferinnen und Pflegehelfer entwickelt, die aufzeigt, welche Kompetenzen zusätzlich zu den erwähnten Kompetenzen im Curriculum für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Gedächtnis und Orientierungsstörungen benötigt werden.

## **4.2 Bedingungsanalyse**

Bei der Bedingungsanalyse werden die Voraussetzungen beschrieben, von der die Lehrperson bei der Planung ihrer Unterrichtseinheiten ausgeht. Im Vorfeld muss geklärt werden, ob die Lernenden im Stande sind, das, was geplant ist, auch umsetzen zu können (Meyer 2012).

### **4.2.1 Lernvoraussetzungen der Zielgruppe**

Bei der Zielgruppe handelt es sich um Pflegepersonen (diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Pflegehelferinnen und Pflegehelfer), die an der Betreuung und Behandlung von Menschen mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen im akut-stationären Bereich beteiligt sind. Diese Berufsgruppe verfügt bereits über Erfahrungen im Umgang mit Demenzkranken, hat aber keine Zusatzausbildung im Bereich der Demenz.

Die Unterrichtssprache ist Deutsch, stellt für die Lernenden kein Problem dar und ermöglicht allen, den Inhalten folgen zu können. Die verwendeten Unterrichtsmethoden, wie Rollenspiele, Gruppenarbeiten, Gruppendiskussionen, „Blitzlicht“, etc. werden, bevor sie durchgeführt werden, ausführlich von der Vortragenden erklärt, sodass allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern diese Methoden bekannt sind. Aufgrund der bereits absolvierten Grundausbildungen der Berufsgruppen und der eigenständigen Arbeit in ihrem Fachbereich ist es möglich, eine Vielfalt von verschiedenen Methoden anzuwenden.

Da die vermittelten Inhalte in der Praxis zur Anwendung kommen sollen, ist die Schulung sehr praxisorientiert und mit verschiedenen Beispielen untermauert.

Die Fortbildung ist mit einer Teilnehmerzahl von max. 16 Teilnehmerinnen und Teilnehmern begrenzt, da hauptsächlich praktisch und in Kleingruppen gearbeitet wird. Die Fortbildung wird quartalsmäßig an 2 aufeinanderfolgenden Tagen angeboten. Eine UE (Unterrichtseinheit) dauert 45 min. Die gesamte Fortbildung besteht aus 12 UE.

Das Angebot von kürzeren Unterrichtseinheiten wirkt sich positiv auf die Konzentration und Aufmerksamkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus. Ziel ist es, die theoretischen Inhalte präzise auf den Punkt zu bringen und mit praktischen Beispielen zu festigen.

#### **4.2.2 Fachliche Vorgaben für die geplante Schulung**

Die fachliche Vorgabe für die Planung dieser Schulung bezieht sich auf aktuelle wissenschaftliche Ergebnisse, die durch aktuelle Studien und Artikel im Rahmen einer umfassenden Literaturrecherche erhoben worden sind. Die Fachliteratur, die die Lehrperson verwendet, ist im Literaturverzeichnis ersichtlich.

#### **4.2.3 Handlungsspielräume des Vortragenden**

Aus der Bedingungsanalyse ergeben sich die Handlungsspielräume des Vortragenden und der Lernenden, sowie Vermutungen über die Interessenslage der Lernenden. Die Lehrperson versucht an den Bildungsstand der Lernenden anzuknüpfen, um die Inhalte möglichst interessant und praxisnah zu vermitteln. Der Raum, in dem die Schulung stattfindet, ist mit einem Beamer und einem Flipchart ausgestattet.

### **4.2 Didaktische Strukturierung**

#### **4.3.1 Lehrziele der Module**

Für die Planung einer Schulung ist es wichtig, Richtziele, Grobziele und Feinziele zu formulieren und diese für die Methodenauswahl auch in kognitiv, affektiv und

psychomotorisch einzuordnen. Lehrziele helfen der Vortragenden, welche Ziele diese mit Hilfe der zu vermittelten Inhalte erreichen will.

Pflegepersonen haben *Wissensdefizite* bezüglich der Erkrankung Demenz (Joosse, Palmer & Lang 2013; Marx et al. 2014; Coffey et al. 2014; Smyth et al. 2013; Nayton et al. 2014) und verfügen über eine *unzureichende Ausbildung* (Galvin et al. 2010; Coffey et al. 2014; Hynninen, Saarnio & Isola 2014; Nayton et al. 2014), um der Pflege von dementen Patientinnen und Patienten gerecht zu werden.

**Tab. 2: Modul Basiswissen Krankheitsbilder (Lernziele)**

<b>Richtziel</b>	✓ Pflegepersonen kennen die verschiedenen Formen der Demenz, deren Symptome, Ursachen und Verlauf (kognitiv).
<b>Grobziele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pflegepersonen können demenzielle Symptome mit im Alter normal auftretenden kognitiven Beeinträchtigungen unterscheiden (kognitiv).</li> <li>✓ Pflegepersonen kennen den Unterschied zwischen Demenz, Delir und Depression (kognitiv).</li> </ul>
<b>Feinziele</b>	✓ Pflegepersonen können das erworbene Wissen im Umgang mit Demenzkranken anwenden und umsetzen (kognitiv und psychomotorisch)

Besonders herausfordernd empfinden Pflegepersonen den „Weglaufdrang“, *Störungen in der Orientierung* und *unangemessenes Verhalten* der dementen Patientinnen und Patienten (Kirchen-Peters 2011; Kleina & Wingenfeld 2007; Schütz und Füsgen 2013; Hynninen 2014; Isfort et al. 2014; Galvin et al. 2010; Limb 2011).

**Tab. 3: Modul Unangemessene Verhaltensweisen(Lernziele)**

<b>Richtziel</b>	✓ Aufzeigen von Herausforderungen, die im Umgang mit Demenzkranken im akutstationären Bereich entstehen (kognitiv und affektiv)
<b>Grobziele</b>	✓ Kennen der Hintergründe, warum demente Patientinnen und Patientinnen in gewissen Situationen mit bestimmten Verhaltensweisen reagieren (kognitiv)
<b>Feinziele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pflegepersonen wissen, wie sie mit unangemessenen Verhaltensweisen besser umgehen können (kognitiv).</li> <li>✓ Umsetzen von Maßnahmen in den Pflegealltag (psychomotorisch)</li> </ul>

Pflegepersonen haben *Schwierigkeiten*, mit Demenzkranken zu *kommunizieren* (Kirchen-Peters 2011; Marx et al. 2014; Nayton et al. 2014) und es *mangelt* ihnen an *effektiven Kommunikationsstrategien* (Moyle et al. 2008; Joosse, Palmer & Lang 2013; Limb 2011; Coffey et al. 2014).

**Tab. 4: Modul Kommunikation(Lernziele)**

<b>Richtziel</b>	✓ Probleme, die in der Kommunikation mit dementen Patientinnen und Patienten auftreten, aufzeigen und mögliche Lösungsvorschläge geben (kognitiv)
<b>Grobziele</b>	✓ Aufzuzeigen, inwiefern die Erkrankung Demenz, die Fähigkeit zu kommunizieren beeinträchtigt (kognitiv und affektiv)
<b>Feinziele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anwendung von Kommunikationsstrategien im Umgang mit dementen Patientinnen und Patienten (psychomotorisch)</li> <li>✓ Pflegepersonen erkennen Vorteile für ihre Berufspraxis (affektiv)</li> </ul>

### 4.3.2 Begründungszusammenhang von Ziel-, Inhalts- und Methodenentscheidungen

Für die Planung einer Unterrichtseinheit ist es nötig, verschiedene didaktische Modelle heranzuziehen, um einen guten Unterricht zu ermöglichen. Didaktische Modelle sind laut Meyer (2011) „...*erziehungswissenschaftliche Theoriegebilde zur Analyse und Modellierung didaktischen Handelns in schulischen und nichtschulischen Zusammenhängen.*“ (Jank & Meyer 2011, S.35).

Da diese Fortbildung im Rahmen der Erwachsenenbildung abgehalten wird, sind vor allem die konstruktivistische und subjektive Didaktik relevant, da diese speziell in der Erwachsenenbildung Anwendung finden.

Der Konstruktivismus geht davon aus, dass Lernen nicht durch das Lehren von anderen erfolgt, sondern eine eigenständige Leistung ist. Unser Wissen und unsere Erkenntnis, erfolgt nicht durch Wahrnehmung, sondern durch eigenständiges Handeln. Lernende orientieren sich selbst und entwickeln ihre eigenen kognitiven Strukturen. Der Konstruktivismus ist deshalb besonders geeignet für die Erwachsenenbildung und für Menschen, die bereits über Ansichten zu bestimmten Sachverhalten verfügen (Jank & Meyer 2011). Die Pflegenden, die an dieser Fortbildung teilnehmen, verfügen bereits über Erfahrungen im Umgang mit demenzten Patientinnen und Patienten.

Neben der konstruktivistischen Didaktik findet auch die subjektive Didaktik Anwendung, die besagt, dass theoretisches Wissen in Kombination mit praktischen Tätigkeiten zu mehr Erfolg führt als die getrennte Vermittlung von Theorie und Praxis (Jank & Meyer 2011).

Auch die Perspektive der kritisch-kommunikativen Didaktik wird hinzugezogen, in der Kleingruppen, sogenannte Mikrostrukturen, von Face-to-Face-Beziehungen in den Vordergrund treten. Unterricht wird als ein Prozess kommunikativen Handelns gesehen, der von allen Beteiligten in Szene gesetzt wird. Darunter ist ein Interaktionsprozess zwischen Lehrenden und Lernenden zu verstehen, der durch die Beziehungsebene geprägt ist. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden aktiv in den Unterricht miteinbezogen, effektive Kommunikation findet statt und somit ist die Möglichkeit der Selbstdarstellung der Teilnehmerinnen und

Teilnehmer gegeben, um ihr Vorverständnis zu den bestehenden Sachverhalten einbringen zu können (Kron 2008).

### *Einführung in das Thema und Relevanz*

Das Akut-Krankenhaus ist auf die Versorgung von Menschen mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen im klinischen Alltag nicht eingestellt (Kricheldorf & Hofmann 2013). Die Betroffenen werden nicht wegen einer Demenz in eine Krankenanstalt eingewiesen, sondern aufgrund eines somatischen Gesundheitsproblems, das im Mittelpunkt der Behandlung steht. Die Demenz ist meist zweitrangig, bestimmt jedoch den Versorgungsalltag, da diese Patientinnen und Patienten mehr Unterstützung benötigen als andere ohne die Nebendiagnose Demenz. Die Durchführung pflegerischer Maßnahmen bei dieser vulnerablen Personengruppe benötigt mehr Zeit und Personal (Schäffer & Wingefeld 2008). Wird ein kognitiv beeinträchtigter Mensch aufgrund einer akuten Erkrankung ins Krankenhaus eingewiesen, reagiert er auf die fremde Umgebung mit Hektik, Angst, Unruhe und Wutausbrüchen. Zwei Drittel des Personals gibt an, im Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten nicht ausreichend geschult zu sein (Kricheldorf & Hofmann 2013).

### *Inhalt des Unterrichts (Was?)*

#### **Tab.5: Modul Basiswissen Krankheitsbilder (Inhalt)**

<b>Lerninhalte</b>
✓ Kognitive Beeinträchtigungen im Alter
✓ Krankheitsbilder (Symptome, Ursache, Verlauf, Schweregrade, Diagnostik)
✓ Differentialdiagnostik Demenz, Delir, Depression

**Tab. 6: Modul Unangemessene Verhaltensweisen (Inhalt)**

Lerninhalte
✓ Herausforderungen, die im Umgang mit Demenzkranken im akutstationären Bereich entstehen
✓ Faktoren, die unangemessenes Verhalten fördern, reduzieren
✓ Kenntnis über die verschiedenen Verhaltensmuster von dementen Patientinnen und Patienten und deren Gründe
✓ Maßnahmen bei problematischem Verhalten (Angehörige miteinbeziehen, Beschäftigungstherapie, Ruhe vermitteln, etc.)
✓ Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen
✓ Rechtliche Aspekte (Heimaufenthaltsgesetz, Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, etc.)

**Tab 7: Modul Kommunikation (Inhalt)**

Lerninhalte
✓ Erlernen von Umgangsformen bei Demenz
✓ Vermittlung demenzspezifischer Kommunikationsstrategien (Kommunikationsregeln)
✓ Biografisches Arbeiten und Einbeziehung von Angehörigen

*Methoden und Handlungsstruktur (wie und womit?)*

Die Fortbildung soll nicht nur theoretisches Wissen vermitteln, sondern sich auch an der Praxis orientieren. In Form von theoretischen Inputs wird neues Wissen vermittelt und Bildung erworben. Um einen Bezug zur Pflegepraxis herstellen zu können, ist es erforderlich Situationen, aus dem Alltag aufzugreifen und in Form von Fallbeispielen zu lösen.

Folgenden Methoden kommen zum Einsatz:

Um Wissen zu vermitteln und Bildung zu erreichen, wird es zwischendurch immer wieder kurze Sequenzen mit theoretischen Inputs geben. Diese Inhalte werden durch eine Power-Point-Präsentation begleitet. Die Teilnehmenden werden dazu angehalten, bei auftretenden Fragen während des Vortrags zu unterbrechen. Gerne können auch jederzeit Erfahrungen aus der Praxis geteilt werden. Durch

die Methode des „Blitzlichts“ am Beginn der Unterrichtseinheit wird auch das TZI-Modell (Themenzentrierte Interaktion) von Ruth Cohn eingebaut, das die Kommunikation und das gegenseitige wertschätzende Verständnis erleichtern soll. Es ist somit möglich, den Inhalt (ES) mit der Gruppe (WIR) und jeder einzelnen Person der Gruppe (ICH) in Verbindung zu setzen, um so ein angenehmes Arbeiten unter Berücksichtigung aller Bedürfnisse zu ermöglichen (Cohn 2013).

Des Weiteren wird die Methode des Brainstormings verwendet, um gemeinsam Ideen zu sammeln und die Teilnehmer zum aktiven Mitarbeiten zu motivieren.

Weiteres kommt die Methode des „Handlungsorientierten Unterrichts“ (HOL) zum Einsatz, die besagt, dass Lernende nicht nur mit dem Kopf, sondern auch mit den Händen, Füßen, dem Herzen und allen Sinnen lernen. Diese Methode wird als ganzheitlich und aktiv bezeichnet, da durchgeführte Handlungen den Unterricht gestalten und dadurch eine Verbindung zwischen kognitiven und praktischen Tätigkeiten stattfindet. Beim HOL sind die Interessen der Lernenden der Ausgangspunkt des Unterrichts und das gibt ihnen die Möglichkeit, sich durch Handlungen mit dem Problem bzw. Thema zu identifizieren, sich der eigenen Interessen bewusst zu werden und diese weiterzuentwickeln. Ziel dieser Methode ist es, den Lernenden selbst erforschen, entdecken und ausarbeiten zu lassen, um durch selbstständiges Arbeiten zu Wissen zu gelangen (Jank & Meyer 2011). In 4er Gruppen werden Lösungsvorschläge für herausfordernde Verhaltensweisen herausgearbeitet und dann gemeinsam am Flipchart zusammengefasst.

Beendet wird der erste Tag durch das Formulieren einer „Take Home Massage“. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen auf ein Kärtchen schreiben, was sie vom heutigen Tag mitgenommen haben.

Der zweite Tag der Fortbildung beginnt mit einer Wiederholung der Inhalte vom Vortag. Der Vortragende hat Kärtchen im Raum verteilt auf dem ein Begriff steht. Jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer soll sich ein Kärtchen nehmen und sich ein paar Minuten Zeit nehmen und dann den Begriff erklären. Dadurch wird das gelehrte Wissen wieder abgerufen und die Lerninhalte werden gefestigt.

An diesem Tag wird das Thema „Kommunikation mit Menschen mit Gedächtnis und Orientierungsstörungen“ behandelt. Der Einstieg in das Thema erfolgt durch eine kurze Videosequenz mit dem Titel „Was könnte im Kopf eines demenzkranken Menschen vorgehen?“ Das 3-minütige Video zeigt, welchen Reizen ein demenzkranker Mensch ausgesetzt ist. Durch dieses Video soll eine Diskussion in der Gruppe stattfinden.

Erlebnisorientierter Unterricht (EOL) baut auf ganzheitlichen und sinnlichen Erlebnissen auf, die in Form von konkreten, praktischen Lebens- und Interaktionszusammenhängen gemacht werden. Erlebtes muss bewusst gemacht werden, um zu Erfahrungen weiterverarbeitet werden zu können. Um Erlebnisse verarbeiten zu können, bedarf es einer Reflexion, um Vergleiche und Austausch mit anderen Personen zu ermöglichen, was mit Hilfe verschiedenster Symbolisierungsformen wie die der Sprache durchgeführt wird. Das erfolgt in Form von Rollenspielen, Diskussionen, Befragungen, etc. (Jank & Meyer 2011). Real auftretende Situationen werden aus der Pflegepraxis aufgegriffen und mittels Rollenspielen demonstriert. In der Gruppe wird gemeinsam nach Lösungen gesucht. Diskussion und Reflexion finden statt.

Zur Auflockerung findet zwischendurch eine Kommunikationsübung statt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer teilen sich in 4 Gruppen. Jeder dieser 4 Personen bekommt eine Rolle zugeteilt. Eine Person ist demenzkrank, zwei Personen erzählen jeweils eine Geschichte und die vierte Person stellt Fragen. Alle Personen müssen gleichzeitig reden. Die Rollen werden dann getauscht, so dass jeder einmal jede Rolle durchgespielt hat. Im Anschluss daran findet eine Reflexion statt. Wie habe ich mich als Demenzkranke bzw. Demenzkranker gefühlt? Habe ich mir etwas gemerkt was mir diese Personen erzählt haben? Mithilfe dieser Übung wurde ein Anstoß für die nächste Gruppenaufgabe geben.

Teilnehmende gehen in 4er-Gruppen zusammen und erarbeiten Kommunikationsregeln und Stolperfallen der Kommunikation im Umgang mit demenzkranken Patientinnen und Patienten. Dadurch kommt wieder die Methode des HOL zur Anwendung. Die Ergebnisse werden dann mit Plakaten im Plenum präsentiert.

Am Ende der Fortbildung werden die Inhalte gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wiederholt.

#### *Vorüberlegungen zur Auswertung der Unterrichtseinheit*

Abschließend wird eine Feedbackrunde die Fortbildung beenden. Teilnehmende sollen Feedback geben, ob ihre Erwartungen an die Fortbildung erfüllt worden sind und ob die vermittelten Inhalte hilfreich für deren Pflegepraxis sind. Zum Abschluss werde ich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bitten, meinen Evaluationsfragebogen auszufüllen, um Mithilfe dieser Ergebnisse die Inhalte der Fortbildung zu modifizieren. Der Fragebogen ist im Anhang 5 ersichtlich. Weiteres würde ich empfehlen, nach 2 Monaten eine erneute Evaluation durchzuführen, um herauszufinden, ob die Teilnehmerinnen und Teilnehmer das gelernte Wissen auch in der Pflegepraxis umgesetzt haben.

Weiteres könnten noch vertiefende Fortbildungen von besonderem Interesse zu den einzelnen Modulen auf Wunsch stattfinden.

## 5. Diskussion

Ziel dieser Arbeit ist es, anhand einer systematischen Literaturrecherche die Probleme und Anforderungen im Umgang mit Menschen mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen entstehen, aufzuzeigen, um dementsprechend Lösungsvorschläge zu geben, die das Pflegepersonal in der Praxis anwenden kann. Es gilt zu erheben, welche Kompetenzen Pflegepersonen im Umgang mit dieser vulnerablen Gruppe, speziell im akut-stationären Bereich, benötigen und inwiefern Angehörige in die tägliche Pflege und Betreuung miteinbezogen werden können.

Grund für einen stationären Aufenthalt ist meist nicht die Demenz selbst, sondern eine andere somatische Erkrankung, die einer Behandlung bedarf. Die Demenz ist meist nebensächlich, stellt das Pflegepersonal jedoch vor eine große Herausforderung. Die Ergebnisse aus der Literatur besagen, dass Pflegepersonen im Umgang mit dementen Patientinnen und Patienten unzureichend bis gar nicht geschult sind (Hynninen, Saarnio & Isola 2014 zit. n. Leung & Todd 2010). Pflegepersonen weisen fehlendes Wissen in der Pflege von Demenzkranken auf und können dadurch keine qualitativ hochwertige Pflege durchführen. Sie geben an, dass ihnen die Pflege sehr viel Kraft kostet und sie Angst vor dementen Patientinnen und Patienten haben. Dies lässt sich wiederum auf mangelnde Kompetenzen und mangelndes Selbstvertrauen zurückführen (Zieschang et al. 2008; Moyle et al. 2008).

Als größte Herausforderungen nennen Pflegepersonen laut Galvin et al. (2010) das Schaffen einer sicheren Umgebung, die richtige Kommunikation, den Zeitmangel, um adäquate Betreuung zu gewährleisten, unruhige Verhaltensweisen und die unzureichende Ausbildung, um mit diesen Situationen klarzukommen (Galvin et al. 2010). Kommunikationsprobleme mit dementen Patientinnen und Patienten treten sehr häufig auf, dies geben mehr als 70% der Pflegepersonen an (Coffey et al. 2014). Ein Drittel des Pflegepersonals fühlt sich nicht adäquat ausgebildet und gibt an, dass ihnen die notwendige Kompetenz

fehlt, um mit schwierigen und herausfordernden Verhaltensweisen umzugehen (Limb 2011). Pflegepersonen empfinden den „Weglaufdrang“, Störungen in der Orientierung und unangemessene Verhaltensweisen als besonders belastend. Einschränkungen in der Orientierung erfordern ein hohes Maß an individueller Betreuung und vor allem Begleitung bei der Durchführung diagnostischer Maßnahmen, die mit einem hohen Zeitaufwand einhergehen. Wanderungstendenzen und unruhiges Verhalten tritt besonders in der Nacht auf, wenn es der niedrige Personalstand schwer macht, diese Verhaltensweisen zu kompensieren (Kleina & Wingenfeld 2007; Kirchen-Peters 2011). Laut Marx et al. (2014) wünschen sich Pflegepersonen mehr Kompetenz im Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen und in der Kommunikation mit Demenzkranken. Pflegepersonen geben an, dass sie zwar über Wissen bezüglich Demenz verfügen, ihnen aber die notwendigen Strategien und Methoden fehlen, dieses umzusetzen, um adäquate Pflege durchführen zu können (Marx et al. 2014).

Weiteres zeigen die Ergebnisse der Recherche, dass Angehörige und nahestehende Bezugspersonen eine wichtige Rolle bei der Versorgung von dementen Patientinnen und Patienten spielen, da sie die täglichen Begleiter sind und wichtige Tätigkeiten für die Betroffenen übernehmen. Sie sollen in den täglichen Versorgungsprozess miteinbezogen werden und ihre durch die Betreuung entwickelte Pflegekompetenz als ein wichtiges Hilfsmittel angesehen werden (Nationale Demenzstrategie 2014-2017). Zur Integration von Angehörigen kommt es meist erst dann, wenn diese selbst die Initiative ergreifen. Die Einbeziehung von Seiten der Pflegenden erfolgt erst dann, wenn es zu problematischen Situationen kommt, in denen sie selbst nicht mehr in der Lage sind, eine adäquate Versorgung zu gewährleisten. Generell werden von den Pflegenden die räumlichen und strukturellen Gegebenheiten des akutstationären Bereichs als weniger einladend für Angehörige betrachtet. Die Begleitung der dementen Patientinnen und Patienten durch ihre Angehörigen bei Untersuchungen findet in Einzelfällen zwar bereits statt und wird von den Angehörigen auch gerne angenommen, jedoch ist dies aufgrund der zeitlichen Abläufe der diversen Fachbereiche nicht immer planbar. Geplante Gespräche, in denen es um die Integration der Angehörigen in den täglichen

Versorgungsprozess im Stationsalltag geht, sind in der Regel eher selten (Kleina & Wingenfeld 2007). Die Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und Angehörigen wirkt sich positiv auf die Betreuung von dementen Patientinnen und Patienten aus, so Nufer & Spichinger (2011). Angehörige von Demenzkranken sind diejenigen, die informelle Pflege betreiben, und sollen als wichtige Ressource bei der Aufnahme der Betroffenen in ein Akutkrankenhaus gesehen werden (Bradway 2008). Informationsaustausch mit Angehörigen ermöglicht eine bessere Pflegeplanungen, Verhaltensmuster können besser gedeutet werden und Betroffene fühlen sich sicherer in ihrer Umgebung (Moyle et al. 2008).

Mithilfe der Ergebnisse dieser systematischen Literaturübersichtsarbeit wurde ein eintägiges Fortbildungsprogramm für diplomierte Pflegepersonen und Pflegehelfer entwickelt, das als Basisschulung in Akutkrankenhäusern angeboten werden kann. Die Fortbildung soll nicht nur theoretisches Wissen vermitteln, sondern sich auch an der Praxis orientieren. Die Ergebnisse von Smyth et al. (2013), Moyle et al. (2008) und Zieschang et al. (2008) zeigen, dass die Teilnahme an demenzspezifischen Fortbildungen das Wissen der Pflegepersonen verbessert und dass diese dadurch mehr Kompetenzen erlangen und dass ihr Selbstvertrauen dadurch gesteigert wird (Smyth et al. 2013; Moyle et al. 2008; Zieschang et al. 2008). Ausbildung und Schulung von Pflegepersonen ist nötig, um die Qualität der Pflege von Demenzkranken im akutstationären Bereich zu verbessern (Nayton et al. 2014).

### **Implikationen für die Pflegepraxis**

Pflegepersonen im akut-stationären Bereich haben nicht genügend Kompetenzen im Umgang mit dementen Patientinnen und Patienten. Zusätzliche fachspezifische Ausbildung ist nötig, um mit dieser Personengruppe umgehen zu können. Die Entwicklung von Leitlinien ist erforderlich, um schwierige Situationen zu managen und entsprechend Entscheidungen treffen zu können. Durch adäquate Ausbildung und „up-to-date Information“ kann die Pflegequalität enorm verbessert werden (Hynninen et al. 2014).

Pflegepersonen sollen in Bezug auf die Erkrankung Demenz und den Umgang mit dieser Personengruppe geschult werden, um in herausfordernden Situationen richtig handeln zu können. Im Zuge der Akademisierung der Pflege könnten speziell geschulte Demenzexpertinnen und –experten in Zukunft auf den Stationen eingesetzt werden.

Weiteres ist die Einbeziehung von Angehörigen essentiell, da sie Vertrauen vermitteln und den dementen Patientinnen und Patienten bei der Aufnahme in eine Akutkrankenanstalt unterstützen. Da dieser Thematik bislang zu wenig Beachtung geschenkt wurde, ist es erforderlich, Studien durchzuführen, die diese Fragestellung bearbeiten.

## Literaturverzeichnis

- Abholz, H-H, Freter J, Glaeske, G, Hellweg, R, Kühl, K-P, Pentzek, M, Priester, K, Schneider-Schelte, H, Seidler, A, Winter, M & Wojnar, J, 2004, '*Jahrbuch für kritische Medizin 40: Demenz als Versorgungsproblem*', erste Auflage, Argument-Verlag.
- Bradway, C & Hirschmann K, B 2008, 'Try this: best practices in nursing care for hospitalized older adults - Working with families and hospitalized older adults with dementia', *American journal of nursing*, vol. 108, no. 10, p.52-59.
- Bundesministerium für Gesundheit, *Österreichischer Strukturplan Gesundheit-inklusive Großgeräteplan 2012*', viewed 18 March, 2015, <[http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg\\_2012\\_text\\_ohne\\_matrizen\\_-\\_neue\\_links.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2012_text_ohne_matrizen_-_neue_links.pdf)>
- Bundesamt für Gesundheit BAG 2013, 'Nationale Demenzstrategie 2014-2017', viewed 15 March, 2015, <<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=de>>
- CASP 2013, *Critical Appraisal Skills Programme for qualitative research*, viewed 24 June, 2015, <<http://www.casp-uk.net/>>
- Clissett, P, Porock, D, Harwood, R, H & Gladman J 2013, 'Experiences of family carers of older people with mental health problems in the acut general hospital: a qualitative study', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 96, no. 12, pp. 2707-2716.
- Coffey, A, Tyrrell, M, Buckley, M, Manning, W, Browne, V, Barret, A & Timmons, S 2014, 'A multicentre survey of acute hospital nursing staff training in dementia care', *Sciedu Press*, vol. 2 no. 4, pp. 39-46.
- Cohn, R 2013, *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion*, 17.Auflage, Klett-Cotta, Stuttgart.

- Deuschl, G & Reichmann, H 2006, 'Gerontologie', Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, New York.
- Eichhorn, A & Nißle, K 2005, *Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen im Krankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance?* Dokumentation der Fachtagung im Rahmen des BMG-Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft, viewed 16 March, 2015, <[http://www.iso-institut.de/download/Tagungsband\\_Gerontopsychiatrie\\_05.pdf](http://www.iso-institut.de/download/Tagungsband_Gerontopsychiatrie_05.pdf)>
- Fischer, T, Kuhlmeier, A, Sibbel, R & Nordheim, J 2008, 'Wirksamkeit der deutschen Version der Serial Trial Intervention zur ursachenbezogenen Reduktion von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz (STID)', Charité- Universitätsmedizin Berlin.
- Frühwald, T, Weissenberger-Leduc, M, Jagsch, C, Singer, K, Gurlit, S, Hofmann, W, Böhmendorfer, B & Iglseider, B 2014, 'Delir: Eine interdisziplinäre Herausforderung', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 5, no. 47, pp. 47:425-440.
- Förstl, H, 2011, *Demenzen in Theorie und Praxis*, 3. Auflage, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York.
- Förstl, H, & Kleinschmied, C 2011, *Demenz Diagnose und Therapie: MCI, Alzheimer, Lewy-Körperchen, Frontotemporal, Vaskulär u.a.*, Schattauer GmbH, Germany.
- Förstl, H, & Wallesch C, W 2012, *Demenzen*, 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart.
- Galvin, J, E, Kuntemeier, B, Al-Hammadi, N, Germino, J, Murphy-White, M & McGillick, J 2010, 'Dementia-friendly hospitals: Care not crisis - an educational program designed to improve the care of the hospitalized patient with dementia' *Alzheimer Dis Assoc Disord*, vol.24, no.4, pp.372-379.
- Gleichweit, S, & Rossa, M 2009, *Erster österreichischer Demenzbericht: Analyse zur Versorgungssituation durch das CC Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung*, Abteilung Gesundheitspolitik und

Prävention, 1. Auflage, viewed 26 April, 2014, <<http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkportal/content/contentWindow?&contentid=10008.595154&action=b&cacheability=PAGE>>

Grond, E 2014, *Pflege Demenzkranker - Impulse für wertschätzende Pflege*, 5., aktualisierte Auflage, Brigitte Kunz Verlag, Hannover.

Grunst, S & Sure, U 2010 *Pflegekonkret – Neurologie, Psychiatrie*, 4.Auflage, Urban & Fischer Verlag, München.

Gurlit, S, Thiesemann, R, Wolff, B, Brommer, J & Gogol, M 2013, 'Caring for people with dementia in general hospitals - An education curriculum from the Alzheimer's Society of Lower Saxony, Germany', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 46, pp. 222-225.

Hall, G & Maslow, K 2007, 'Working with families of hospitalized older adults with dementia', *Alzheimer's association*, no.10.

Hofmann, W 2013, 'Demenz im Akutkrankenhaus: Was war neu 2012? Eine Literaturübersicht', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 2, no. 46, pp. 198-202.

Hynninen, N, Saarnio, R & Isola, A 2014, 'The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff und physicians', *Journal of clinical nursing*, vol. 24, pp. 192-201.

Isfort, M, Klostermann, J, Gehlen, H & Siegling, B 2014, 'Im Fokus – Demenz im Akutkrankenhaus, Pflege-Thermometer 2014', *Die Schwester der Pfleger*, vol. 53, no. 8, pp. 741-749.

Jank, W & Meyer, H 2011, *Didaktische Modelle*, 10.Auflage, Cornelsen Verlag, Berlin.

Joosse, L, Palmer D & Lang, N 2013 'Caring for elderly patients with dementia: nursing interventions', *Nursing: Research and Reviews*, vol. 3, pp. 107-117.

Kastner, U & Löbach, R 2014, *Handbuch Demenz: Fachwissen für Pflege und Betreuung*, 3.Auflage, Urban & Fischer Verlag, München.

- Kricheldorf, C & Hofmann, W 2013, 'Demenz im Akutkrankenhaus', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 3, no. 46, pp. 196-197.
- Kind, M 2014; *Mein Recht als Patient: Arztwahl, Krankenkasse, Honorare, Aufklärungs- und Verschwiegenheitspflicht, Krankengeschichte, Arzthaftung, Behandlungsfehler*, 2.Auflage, Holzhausen Druck GmbH, Wien.
- Kirchen-Peters, S 2005, *Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen?*, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft, viewed 15 April, 2015, <[http://www.iso-institut.de/download/Kaufbeurenbericht\\_2005.pdf](http://www.iso-institut.de/download/Kaufbeurenbericht_2005.pdf)>
- Kirchen-Peters, S 2011, *Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern*, Insitut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft, viewed 23 April, 2015, <[https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Endbericht-Kirchen-Peters\\_Oktober2012\\_01.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Endbericht-Kirchen-Peters_Oktober2012_01.pdf)>
- Kleina, T & Wingefeld, K 2007, 'Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus', Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- Kratz, T, 2007, 'Delir bei Demenz', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 2, no. 40, pp. 96-103.
- Krollner, B, ICD Code 2014a, *Definition Demenz*, viewed 29 April, 2015, <[http://www.icd-code.de/icd/code/F00.-\\*.html](http://www.icd-code.de/icd/code/F00.-*.html)>
- Krollner, B, ICD Code 2014b, *Definition Demenz bei Alzheimer Krankheit*, viewed 29 April, 2015, <[http://www.icd-code.de/icd/code/F00.-\\*.html](http://www.icd-code.de/icd/code/F00.-*.html)>
- Kron, F 2008, *Grundwissen Didaktik*, 5.überarbeitet Auflage, Ernst Reinhardt Verlag, München Basel.
- Limb, M 2011, 'Two thirds of hospital staff think their training in dementia is inadequate', *Clinical research education*, vol.343, pp.1.

- Mark, K, Stanley, I, Van Haitsma, K, Moody, J, Alonzi, D, Hansen, B & Gitlin, L 2014, 'Knowing versus doing: education and training needs of staff in a chronic care hospital unit for individuals with dementia', *Journal of gerontological nursing*, vol. 40, no. 12, pp. 26-34.
- Melnik, B & Finout-Overholt, E 2011, *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*, 2<sup>th</sup> Edition, Lippincott, Philadelphia.
- Meyer, H 2012, *Leitfaden Unterrichtsvorbereitung*, 6.Auflage, Cornelsen Verlag, Berlin.
- Moyle, W, Olorenshaw R, Wallis, M & Borbasi S 2008, 'Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: a review of the literature', *International journal of older people nursing*, vol. 3, no. 2, pp. 121-130.
- Nayton, K Fielding, E, Brooks, D, Graham FA & Beattie, E 2014, 'Development of an education program to improve care of patients with dementia in an acute care setting', *Journal of continuing education in nursing*, vol. 45, no. 12, pp. 552-558.
- Nufer, T, W & Spichinger, E 2011, 'Wie Angehörige von PatientInnen mit Demenz deren Aufenthalt auf einer Akutstation und ihre eigene Zusammenarbeit mit Fachpersonen erleben: Eine qualitative Studie', *Pflege*, vol. 24, no. 4, pp. 229-237.
- Österreichische Alzheimer Gesellschaft 2013, *Zahlen und Statistik*, viewed 4 April, 2015, <<http://www.alzheimergesellschaft.at/index.php?id=46>>
- Pohanka, R 2013, *Alzheimer-Demenz: Therapie, wichtige Adressen, Unterstützung*, Verlagshaus der Ärzte, 1. Auflage, Wien.
- Petter-Schwaiger, R 2011, *Beratung in der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*, Cornelsen Verlag, Berlin, 1.Auflage.
- Pschyrembel, W. 2014, *Pschyrembel Premium online – klinisches Wörterbuch*, viewed 7 March, 2015 <<http://www.degruyter.com.pschyrembel.han.medunigraz.at/view/db/pschyrem>>

- Rahn, A 2008, 'Delir-Management im Krankenhaus: Diagnostik und Therapie', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 6, no. 41, pp. 440-446.
- Raymond, L, Ownby, MD, PhD, MBA, Crocco, E, MD, Acevedo, A, PhD, Vineeth, C, MD & Loewenstein, D, PhD, 2006, 'Depression and Risk for Alzheimer Disease', Systematic Review, Meta Analysis and Metaregression Analysis, *Arch Gen Psychiatry*, vol. 63, pp.530-538.
- RIS-Rechtsinformationssystem 2012, *Gesamte Rechtsvorschrift für Stmk. Krankenanstaltengesetz*, viewed 18 March, 2015, <<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20000106>>
- RIS-Rechtsinformationssystem 2012, *Gesamte Rechtsvorschrift für Heimaufenthaltsgesetz*, viewed 2 April, 2015, <<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003231>>
- Schäfer, U & Rüter, E, 2004, *Demenz-Gemeinsam den Alltag bewältigen*. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen.
- Schäffer, D & Wingenfeld, K 2008, 'Qualität der Versorgung Demenzkranker: Strukturelle Probleme und Herausforderungen', *Pflege & Gesellschaft*, vol.13, no.4, pp. 293-305.
- Schütz, D & Füsgen, I, 2013, 'Die Versorgungssituation kognitiv eingeschränkter Patienten im Krankenhaus', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol.3, no. 46, pp. 203-207.
- Seidl, U, Ahlsdorf, E & Toro, P 2007, 'Die leichte kognitive Beeinträchtigung-epidemiologische, neuropsychologische und neurobiologische Aspekte', *Journal of preventive medicine*, vol. 3, pp. 286-293.
- Shea, B, Grimshaw, J, Wells, G, Boers, M, Andersson, N, Hamel, C, Porter, A, Tugwell, P, Moher, D & Bouter, L 2007, 'Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews', *BMC Medical Research Methodology*, vol. 7, no. 10, pp. 1-7.

- Smyth, W, Fielding, E, Beattie, E, Gardner, A, Moyle, W, Franklin, S, Hines, S & MacAndrew M 2013, 'A survey-based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care staff', *BMC Geriatrics*, vol.13, pp.1-8.
- Statistik Austria 2013, *Demographisches Jahrbuch 2012*, Verlag Österreich GmbH, Wien, viewed 30 March, 2014, <[https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_alter\\_geschlecht/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html)>
- Steidl, S & Nigg, B 2011, *Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie – Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe*, 3., überarbeitete Auflage, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.
- Stoppe, G 2008, 'Depressionen im Alter', Universitäre psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz, Springer Medizin Verlag, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, vol. 4, no. 51, pp. 406-410.
- Videsequenz You tube: Dementia - Was könnte im Kopf eines Demenzkranken Menschen vorgehen?, viewed 3 Dezember, 2015, <<https://www.youtube.com/watch?v=ev9LwwbD1Qc&index=1&list=PLEC4891E6171ADCEC>>
- WHO 1993, *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders*, Diagnostic criteria for research, World Health Organization, Geneva, viewed 23 March, 2015 <<http://who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>>
- Wancata, J, Musalek, M, Alexandrowicz, R & Krautgartner, M 2003, 'Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050', *European Psychiatry*, vol.18, no. 6, pp. 306-313.
- Wimo, A, Jönsson, L, Gustavsson, A, McDaid, D, Ersek, K, Georges, J, Gulácsi, L, Karpati, K, Kenigsberg, P & Valtanen, H 2011, 'The economic impact of dementia in Europe in 2008 – cost estimates from the Eurocodeproject', *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 26, no. 8, pp. 825-832.
- Wimo, A & Prince, M 2010, World Alzheimer Report 2010, 'The global economic impact of dementia', *Alzheimer's Disease International*, London, viewed 24

April,

2015,

<<http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>>

## 6. Anhang

### Anhang 1: Übersicht der Literaturrecherche

#### PubmedAdvanced

Datum	Suchstrategie	Treffer	Relevanz
19.03.2015	dementia AND nursing staff AND burden	56	1
19.03.2015	dementia AND nursing care AND burden AND hospital	110	3
19.03.2015	dementia AND professional caregiver AND burden AND hospital	16	1
29.04.2015	relatives AND dementia AND nursing staff AND hospital	64	3
29.04.2015	skills AND nurs* AND dementia AND hospital	42	2
30.04.2015	instruction OR training OR advice AND dementia AND hospital AND nursing staff	141	4

#### Embase 1996 – 2015

Datum	Suchstrategie	Treffer	Relevanz
25.03.2015	dementia AND nursing staff AND burden	27	0
25.03.2015	dementia AND nursing care AND burden AND hospital	11	1
26.03.2015	dementia AND professional caregiver AND burden AND hospital	1	0
29.04.2015	relatives AND dementia AND nursing staff AND hospital	7	0
29.04.2015	Skills AND nurs* AND dementia AND hospital	51	2
30.04.2015	instruction OR training OR advice AND dementia AND hospital AND nursing staff	33	4

## CINAHL

Datum	Suchstrategie	Treffer	Relevanz
09.04.2015	dementia AND nursing staff AND burden	33	0
09.04.2015	dementia AND nursing care AND burden AND hospital	18	2
09.04.2015	dementia AND professional caregiver AND burden AND hospital	5	0
29.04.2015	relatives AND dementia AND nursing staff AND hospital	3	0
29.04.2015	skills AND nurs* AND dementia AND hospital	18	0
30.04.2015	instruction OR training OR advice AND dementia AND hospital AND nursing staff	63	0

## Cochrane Database of systematic reviews

Datum	Suchstrategie	Treffer	Relevanz
09.04.2015	dementia AND nursing staff AND burden	7	0
09.04.2015	dementia AND nursing care AND burden AND hospital	11	0
09.04.2015	dementia AND professional caregiver AND burden AND hospital	0	0
29.04.2015	relatives AND dementia AND nursing staff AND hospital	3	0
29.04.2015	skills AND nurs* AND dementia AND hospital	55	1
30.04.2015	instruction OR training OR advice AND dementia AND hospital AND nursing staff	20	0

## Anhang 2: Bewertung der Studien

Bewertung der qualitativen Studie „**Experiences of family carers of older people with mental health problems in the acute general hospital: a qualitative study**“ (Clissett et al. 2013) nach CASP (Critical Appraisal Skills Programme).

Fragen	ja	nein	kann ich nicht sagen	Anmerkungen
1. Was there a clear statement of the aims of the research?	x			(S. 2708) Ziel klar formuliert
2. Is a qualitative methodology appropriate?	x			(S. 2708) Es wird erhoben, inwiefern Angehörige und deren kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten die Aufnahme in ein Akutkrankenhaus erleben. Es geht um Erfahrung-deshalb qualitativ.
3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?	x			
4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	x			(S. 2708-2709) Rekrutierung detailliert beschrieben
5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?	x			(S. 2709) Datensättigung wurde erreicht
6. Has the relationship	x			(S. 2708-2709)

between researcher and participants been adequately considered?				
7. Have ethical issues been taken into consideration?	x			(S. 2709) Informed consent und Bewilligung durch Ethikkommission erfolgte
8. Was the data analysis sufficiently rigorous?	x			(S. 2709)
9. Is there a clear statement of findings?	x			(S. 2710-2712)
10. How valuable is the research?	x			Bis jetzt gibt es sehr wenige Studien, die sich mit dieser Thematik beschäftigen, weitere Studien sind nötig, um zu weiteren Ergebnissen zu kommen. Ergebnisse sind übertragbar für die Praxis.
Gesamtbenotung der Qualität der Studie	<b>1</b>			

Bewertung der qualitativen Studie „**The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians**“ (Hynninen, Saarnio & Isola 2014) nach CASP (Critical Appraisal Skills Programme).

Fragen	ja	nein	kann ich nicht sagen	Anmerkungen
1. Was there a clear statement of the aims of the research?	x			(S. 194) Forschungsfragen wurden formuliert

<b>2. Is a qualitative methodology appropriate?</b>	x			(S. 194) Die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz auf einer chirurgischen Akutstation aus Sicht der Pflegepersonen zu erheben.
<b>3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?</b>			x	
<b>4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?</b>	x			(S. 194)
<b>5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?</b>	x			(S. 194) Es wurden unstrukturierte Interviews gewählt, um detaillierte Informationen von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu erhalten. Die Interviews dauerten so lange, bis eine Datensättigung erreicht wurde.
<b>6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?</b>		x		
<b>7. Have ethical issues been taken into consideration?</b>	x			(S. 194-195) Studie wurde durch Ethikkommission bewilligt, Teilnehmerinnen und

				Teilnehmer erhielten informed consent.
<b>8. Was the data analysis sufficiently rigorous?</b>	x			(S. 194)
<b>9. Is there a clear statement of findings?</b>	x			(S. 195-198)
<b>10. How valuable is the research?</b>	x			(S. 200) Übertragbarkeit für Pflegepraxis gegeben.
<b>Gesamtbenotung der Qualität der Studie</b>	<b>2</b>			

Bewertung der qualitativen Studie „**How family carers of people with dementia experienced their stay on an acute care facility and their own collaboration with professionals: A qualitative study**“ (Nufer & Spichinger 2011) nach CASP (Critical Appraisal Skills Programme).

<b>Fragen</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>kann ich nicht sagen</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>1. Was there a clear statement of the aims of the research?</b>	x			(S. 230) Es wurde eine Forschungsfrage formuliert.
<b>2. Is a qualitative methodology appropriate?</b>	x			
<b>3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?</b>	x			(S.230)
<b>4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?</b>	x			(S.230-231) Ein- und Ausschlusskriterien definiert.
<b>5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?</b>			x	(S. 231, 236) Stichprobengröße zu klein, k.A. ob Sättigung

				erreicht wurde. Weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer wären wünschenswert.
<b>6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?</b>	x			(S. 231) Zahl der Kontakte wurde beschrieben.
<b>7. Have ethical issues been taken into consideration?</b>	x			(S. 231) Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten informed consent, Bewilligung durch Ethikkommission erfolgt.
<b>8. Was the data analysis sufficiently rigorous?</b>	x			(S. 231) Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring
<b>9. Is there a clear statement of findings?</b>	x			(S.231-235)
<b>10. How valuable is the research?</b>	x			(S.236) Kleine, heterogene Stichprobe, Daten basieren aber auf der nötigen Redundanz. Weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer, mehr Ergebnisse? Weitere Forschung nötig, um weitere Ergebnisse zu erhalten. Ergebnisse bedingt übertragbar.
<b>Gesamtbenotung der</b>			<b>2</b>	

<b>Qualität der Studie</b>	
----------------------------	--

Bewertung der quantitativen Studie „**A multicentre survey of acute hospital nursing staff training in dementia care**“ (Coffey et al. 2014) nach (Melnyk & Fineout-Overholt 2011).

<b>Fragen</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>kann ich nicht sagen</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>1. Why was the study done?</b>	x			(S. 42) Ziel wurde formuliert: Pflegepersonen zu deren Wahrnehmung bezüglich ihres Ausbildungsstatus, ihrer Bereitschaft bei der Pflege von Demenz und der Einbeziehung von Angehörigen zu befragen.
<b>2. What is the sample size?</b>			x	Es wurde keine Power Analyse durchgeführt, daher kann keine Aussage getroffen werden, ob die Stichprobengröße ausreichend war.
<b>3. Are the measurements of major variables valid and reliable?</b>	x			(S. 42)
<b>4. How were the data analyzed?</b>	x			(S. 42) Deskriptive Statistik, Sehr ungenau beschrieben.
<b>5. Were there any untoward</b>		x		

events during the study				
6. How do the results fit with previous research in the area?	x			(S. 39-41, 44-45)
7. What does this research mean for clinical practice?	x			(S. 44-45) Die Studie weist Limitationen in Bezug auf Stichprobengröße und geographischer Verbreitung auf. Die Studie zeigt jedoch, dass das Wissen der Pflegepersonen bezüglich Demenz im akutstationären Sektor mangelhaft ist und diese offen bezüglich Schulungen in diesem Bereich sind. Weitere Forschung in diesem Bereich ist nötig.
Gesamtbenotung der Qualität der Studie	<b>2</b>			

Bewertung der quantitativen Studie „Dementia –friendly hospitals: care not crisis“ An educational program designed to improve the care of the hospitalized patient with dementia“ (Galvin et al. 2010) nach (Melnyk & Fineout-Overholt 2011).

Fragen	ja	nein	kann ich nicht sagen	Anmerkungen
1. Why was the study done?	x			(S. 373) Ziel war die

				Entwicklung und Evaluation eines demenz-spezifischen Fortbildungsprogramms.
<b>2. What is the sample size?</b>			x	Es wurde keine Power-Analyse durchgeführt, daher kann keine Aussage getroffen werden, ob die Stichprobengröße ausreichend war.
<b>3. Are the measurements of major variables valid and reliable?</b>	x			(S. 375).
<b>4. How were the data analyzed?</b>	x			(S. 375) Mittels SPSS Deskriptive Statistik, Lineare Regressionsanalyse
<b>5. Were there any untoward events during the study</b>	x			(S. 377) Genau beschrieben.
<b>6. How do the results fit with previous research in the area?</b>	x			(S. 373, 378-380)
<b>7. What does this research mean for clinical practice?</b>	x			Die geringe Rücklaufquote lässt möglicherweise darauf schließen, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht auf die Umfrage

				geantwortet haben, da sie eine schlechte Einstellung bezüglich Forschung oder zum Thema haben. Eine höhere Rücklaufquote wäre wünschenswert. Ergebnisse bedingt übertragbar.
<b>Gesamtbenotung der Qualität der Studie</b>	<b>2</b>			

Bewertung der quantitativen Studie „**Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus**“ (Isfort et al. 2014) nach (Melnik & Fineout-Overholt 2011).

<b>Fragen</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>kann ich nicht sagen</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>1. Why was the study done?</b>	x			(S.3 0) Ziel: Die Versorgung von Demenzkranken durch Befragung der Abteilungs- und Stationsleitungen im akutstationären Bereich bundesweit zu erheben
<b>2. What is the sample size?</b>	x			(S. 32) Sehr große Stichprobe, Rücklaufquote von 23,5 Prozent, Keine Angabe, ob Stichprobengröße

				ausreichend war.
<b>3. Are the measurements of major variables valid and reliable?</b>	x			(S. 21)
<b>4. How were the data analyzed?</b>	x			(S. 32) mittels SPSS jeder Fragebogen wurde einzeln überprüft, und es wurde eine Plausibilitätsprüfung durchgeführt.
<b>5. Were there any untoward events during the study</b>	x			(S. 32) Ausschluss von 43 Fragebögen, da diese nicht ordnungsgemäß ausgefüllt waren.
<b>6. How do the results fit with previous research in the area?</b>	x			(S. 5-13)
<b>7. What does this research mean for clinical practice?</b>	x			(S. 73) Ergebnisse stellen eine gute Diskussions- und Argumentations- grundlage dar. Weitere Verbreitung der Studie wünschenswert.
<b>Gesamtbenotung der Qualität der Studie</b>	<b>2</b>			

Bewertung der quantitativen Studie „**Knowing versus doing-Education and training needs of staff in a chronic care hospital unit for individuals with dementia**“ (Marx et al. 2014) nach (Melnyk & Fineout-Overholt 2011).

Fragen	ja	nein	kann ich nicht sagen	Anmerkungen
1. Why was the study done?	x			(S. 27) Ziel wurde formuliert: Das Wissen der Pflegepersonen und deren Bedürfnisse in Bezug auf Ausbildung im akutstationären Sektor bezüglich Demenz zu untersuchen.
2. What is the sample size?			x	Es wurde keine Power-Analyse durchgeführt, daher kann keine Aussage getroffen werden, ob die Stichprobengröße ausreichend war.
3. Are the measurements of major variables valid and reliable?	x			(S. 28)
4. How were the data analyzed?	x			(S.28) Mittels SPSS t-test Pearson chi-square-test
5. Were there any untoward events during the study	x			(S. 29) Von 39 Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden

				zwei nicht in weitere Analysen miteinbezogen.
<b>6. How do the results fit with previous research in the area?</b>	x			(S. 26-27, 30-33)
<b>7. What does this research mean for clinical practice?</b>	x			(S. 33) Die Studie führt Limitationen an. Die Umfrage wurde nur in einem Akutkrankenhaus durchgeführt -anderes Setting, andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, andere Ergebnisse? Weitere Forschung nötig: weitere Umfragen in anderen Akutkrankenhäusern mit mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Ergebnisse bedingt übertragbar.
<b>Gesamtbenotung der Qualität der Studie</b>	<b>2</b>			

Bewertung der quantitativen Studie „**Development of an education program to improve care of patients with dementia in an acute care setting**“. (Nayton et al. 2014) nach (Melnyk & Fineout-Overholt 2011).

Fragen	ja	nein	kann ich nicht sagen	Anmerkungen
1. Why was the study done?	x			(S. 553) Ziel: Entwicklung eines Ausbildungsprogramms für die Pflege und Betreuung von dementen Patientinnen und Patienten im akutstationären Bereich.
2. What is the sample size?			x	Es wurde keine Power Analyse durchgeführt, daher kann keine Aussage getroffen werden, ob die Stichprobengröße ausreichend war.
3. Are the measurements of major variables valid and reliable?	x			(S. 554)
4. How were the data analyzed?			x	Keine Angabe
5. Were there any untoward events during the study		x		
6. How do the results fit with previous research in	x			(S. 552-553) Literature review

the area?				wurde durchgeführt. (S. 556-557) Ergebnisse wurden mit bereits vorhandener Literatur verglichen.
7. What does this research mean for clinical practice?	x			(S. 557) Übertragbarkeit auf andere Krankenhäuser anderer Länder gegeben. Erhebung des Wissensstands der Pflegepersonen nötig, um entsprechend Fortbildungen anbieten zu können.
Gesamtbenotung der Qualität der Studie	3			

Bewertung der quantitativen Studie „The Dementia Friendly Hospital Education Program for Acute Care Nurses and Staff“ (Palmer et al. 2014) nach (Melnik & Fineout-Overholt 2011).

Fragen	ja	nein	kann ich nicht sagen	Anmerkungen
1. Why was the study done?	x			Ziel der Studie angeführt. (S. 417) <u>Ziel:</u> Evaluation eines demenz-spezifischen Fortbildungsprogramms
2. What is the sample			x	Es wurde keine

size?				Power- Analyse durchgeführt, daher kann keine Aussage getroffen werden, ob die Stichprobengröße ausreichend war.
3. Are the measurements of major variables valid and reliable?	x			(S. 419)
4. How were the data analyzed?	x			(S. 419) Mittels SPSS Deskriptive Statistik
5. Were there any untoward events during the study		x		
6. How do the results fit with previous research in the area?	x			(S. 416-417, 422-423)
7. What does this research mean for clinical practice?	x			(S. 422-424) Die Studie weist Limitationen bezüglich der Erhebung der Daten auf, da diese durch die Umfrage erhoben worden sind und nicht durch aktuelle objektive Daten. Das Fortbildungsprogramm ist eine Möglichkeit ,Pflegerpersonen im Umgang mit Demenzkranken zu

				<p>schulen.</p> <p>Der Bedarf an solchen Fortbildungsprogrammen wird aufgrund der Zunahme der älteren Bevölkerung steigen.</p> <p>Ergebnisse in die Praxis bedingt übertragbar.</p>
<b>Gesamtbenotung der Qualität der Studie</b>	<b>2</b>			

Bewertung der quantitativen Studie „**A survey-based study of knowledge of Alzheimer’s disease among health care staff**“ (Smyth et al. 2013) nach (Melnik & Fineout-Overholt 2011).

<b>Fragen</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>kann ich nicht sagen</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>1. Why was the study done?</b>	x			<p>Zweck und Ziele der Studie angeführt (S. 2)</p> <p><u>Ziel:</u> Das Wissen über Demenz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitswesens in Queensland (Australien) zu erheben.</p> <p>Forschungsfragen dazu wurden formuliert.</p>
<b>2. What is the sample size?</b>			x	<p>(S. 3)</p> <p>Es wurde keine Power Analyse durchgeführt, daher kann keine</p>

				Aussage getroffen werden, ob die Stichprobengöße ausreichend war.
<b>3. Are the measurements of major variables valid and reliable?</b>	x			(S. 3)
<b>4. How were the data analyzed?</b>	x			(S. 4) mittels SPSS deskriptive Statistik Lineare Regressionsanalyse
<b>5. Were there any untoward events during the study</b>		x		
<b>6. How do the results fit with previous research in the area?</b>	x			(S. 1-2, 7)
<b>7. What does this research mean for clinical practice?</b>	x			(S. 6) Die Studie weist Limitationen auf, da nur diejenigen an der Studie teilgenommen haben, die Interesse an der Erkrankung Demenz haben. Andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnten nicht erreicht werden.  (S.7) Ergebnisse wichtig für Pflegepraxis, da

				Wissen bezüglich Demenz nötig ist, um qualitativ gute Pflege zu ermöglichen. Die Teilnahme an demenz-spezifischen Fortbildungen verbessert dieses Wissen.
<b>Gesamtbenotung der Qualität der Studie</b>	<b>2</b>			

Bewertung der quantitativen Studie „**A special care unit for acutely ill patients with dementia and challenging behaviour as a model of geriatric care.**“ (Zieschang et al. 2008) nach (Melnyk & Fineout-Overholt 2011).

<b>Fragen</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>kann ich nicht sagen</b>	<b>Anmerkungen</b>
<b>1. Why was the study done?</b>	x			(S. 454) Ziel am Ende der Einleitung formuliert. Ziel: Die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz durch die Entwicklung einer Spezialstation (GISAD) für Demenzkranke im akutstationären Bereich.
<b>2. What is the sample size?</b>			x	Es wurde keine Power-Analyse durchgeführt, daher kann keine Aussage

				getroffen werden, ob die Stichprobengröße ausreichend war.
<b>3. Are the measurements of major variables valid and reliable?</b>			x	Keine Angabe
<b>4. How were the data analyzed?</b>	x			(S. 456) Mittels SPSS Mann-Whitney-U-Test t-test
<b>5. Were there any untoward events during the study</b>		x		
<b>6. How do the results fit with previous research in the area?</b>	x			(S. 454, 457-458)
<b>7. What does this research mean for clinical practice?</b>	x			(S. 458) Die Studie führt Limitationen an: Es gibt keine Kontrollgruppe. Es gibt keine Ergebnisse darüber, welchen Effekt die Ausbildung auf die Pflege der dementen Patientinnen und Patienten hat. Außerdem wäre es interessant, die Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen zu erheben. Weitere

				Forschung wäre nötig, um zu erheben, inwiefern das Modell die Qualität der Pflege beeinflusst.
<b>Gesamtbenotung der Qualität der Studie</b>	<b>3</b>			

Bewertung der systematischen Übersichtsarbeit „Caring for elderly patients with dementia: nursing interventions“ (Joose, Palmer & Lang 2013) nach AMSTAR (Shea et al. 2007).

Fragen	ja	nein	nicht beant- wortbar	nicht zu- treffend	Anmerkungen
1. Was an a priori design provided?	x				(S. 107) 3 Ziele formuliert, keine FF
2. Was there duplicate study selection and data extraction?		x			
3. Was a comprehensive literature search performed?	x				(S. 110)
4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion?	x				(S. 110)
5. Was a list of studies (included and excluded) provided?		x			
6. Were the characteristics of the included studies		x			

provided?					
7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented?		x			
8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?	x				(S. 110-115)
9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?		x			
10. Was the likelihood of publication bias assessed?		x			
11. Was the conflict of interest stated?	x				(S. 115)
Gesamtbenotung der Qualität der Studie	4				

Kritische Bewertung der systematischen Übersichtsarbeit „**Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: a review of the literature (Moyle et al. 2008)** nach AMSTAR (Shea et al. 2007).

Fragen	ja	nein	nicht beantwortbar	nicht zutreffend	Anmerkungen
1. Was an a priori design provided?	x				(S. 122) Ziel formuliert, keine FF
2. Was there duplicate study selection and data extraction?		x			

<b>3. Was a comprehensive literature search performed?</b>	x				(S. 123)
<b>4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion?</b>	x				(S. 122-123)
<b>5. Was a list of studies (included and excluded) provided?</b>		x			
<b>6. Were the characteristics of the included studies provided?</b>		x			
<b>7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented?</b>		x			
<b>8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?</b>	x				(S. 128-129)
<b>9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?</b>		x			
<b>10. Was the likelihood of publication bias assessed?</b>		x			
<b>11. Was the conflict of interest stated?</b>			x		
<b>Gesamtbenotung der Qualität der Studie</b>	<b>4</b>				

### Anhang 3: Eingeschlossene Studien der Literaturrecherche

Autor Land	Population Setting	Design Methode der Datenerhebung	Ziel	Ergebnisse
<p><b>Clissett et al. 2013</b></p> <p>England (U.K.)</p>	<p>34 pflegende Angehörige und deren Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen.</p> <p>Akutkrankenhaus</p>	<p>Qualitativ</p> <p>Beobachtung und halbstrukturierte Interviews</p>	<p>Die Erfahrungen von pflegenden Angehörigen von kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten bei der stationären Aufnahme zu erheben</p>	<p>Pflegende Angehörige, wie auch Familienmitglieder spielen eine wichtige Rolle in der Betreuung von Demenzkranken, da sie wichtige Informantinnen und Informanten sind und als Schlüssel dienen, um adäquate Versorgung gewährleisten zu können.</p> <p>Angehörige betonen, wie wichtig Kommunikation zwischen Pflegepersonen und pflegenden Angehörigen ist. Pflegepersonen sollen mehr auf die Bedürfnisse der Angehörigen eingehen, damit sich die Betroffenen in der hospitalisierten Einrichtung sicherer fühlen. Sie wünschen sich, dass sie in die Pflege miteinbezogen werden und erhoffen sich eine bessere Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal.</p>
<p><b>Coffey et al. 2014</b></p>	<p>151 Pflegepersonen</p>	<p>Quantitativ</p>	<p>Pflegepersonen zu deren Wahrnehmung bezüglich ihres</p>	<p>Nur 16 % der Pflegepersonen geben an, dass sie sich im Umgang mit</p>

Irland	6 Akutkrankenhäuser	Umfrage	Ausbildungsstatus, ihrer Bereitschaft bei der Pflege von Demenz und der Einbeziehung von Angehörigen zu befragen	<p>Demenzkranken ausreichend geschult fühlen.</p> <p>64 % fühlen sich inkompetent in der Einschätzung von kognitiven Fähigkeiten von Demenzkranken.</p> <p>70 % finden, dass ihre Kommunikationsstrategien mit Demenzkranken mangelhaft sind.</p> <p>90 % geben an zu wissen, inwiefern die Demenz das Verhalten einer Person und deren Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigen kann.</p> <p>Nur weniger als die Hälfte der befragten Pflegepersonen kennen die verschiedenen Demenzarten.</p> <p>97 % der Pflegepersonen geben an, dass sie sich Schulungen im Bezug auf Demenz wünschen.</p> <p>46 % der Pflegepersonen geben an, dass sie Angehörige in den täglichen Versorgungsprozess miteinbeziehen und ihnen Informationen über den Krankheitsprozess erteilen.</p>
<b>Galvin et al. 2010</b>	397 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (diplomiertes Pflegepersonal und	Quantitativ Umfrage	Die Entwicklung und Evaluation eines demenzspezifischen Fortbildungsprogramms	Pflegepersonen nennen als größte Herausforderung das Schaffen einer sicheren Umgebung, die richtige

USA	<p>Pflegehelfer, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Seelsorge und Therapeutinnen und Therapeuten)</p> <p>Akutkrankenhaus</p>			<p>Kommunikation mit Demenzkranken, Zeitmangel, um adäquate Betreuung zu gewährleisten, unruhige Verhaltensweisen, den Umgang mit Verwirrung und die unzureichende Ausbildung, um mit diesen Situationen klarzukommen.</p> <p>83 % geben an, dass die Teilnahme an den Workshops die Kommunikationsfähigkeit mit dementen Patientinnen und Patienten verbessert hat.</p>
<p><b>Hynninen, Saarnio &amp; Isola 2014</b></p> <p>Finnland</p>	<p>19 Pflegepersonen und 9 Ärztinnen und Ärzte</p> <p>chirurgische Akutstation</p>	<p>Qualitativ, deskriptiv</p> <p>unstrukturierte Interviews</p>	<p>Die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz auf einer chirurgischen Akutstation aus Sicht der Pflegepersonen zu erheben</p>	<p>Pflegepersonen geben an, dass die Pflege von Menschen mit Demenz sehr belastend ist, sowohl körperlich als auch geistig. Ein Mangel an Kompetenz führe zu körperlicher und geistiger Erschöpfung. Pflegepersonen geben an, sich im Umgang mit Demenzkranken unzureichend geschult zu fühlen und vor allem in den Bereichen Kommunikation und dass sie in der richtigen Umgangsweise bei unruhigem Verhalten mehr Kompetenz benötigen.</p> <p>Angehörige spielen laut Pflegepersonen, Ärztinnen und Ärzten eine Schlüsselrolle in der Versorgung von Demenzkranken.</p>

<p><b>Isfort et al. 2014</b></p> <p>Deutschland</p>	<p>1844 Abteilungs- und Stationsleitungen</p> <p>Akutkrankenhäuser</p>	<p>Quantitativ</p> <p>Querschnittstudie</p> <p>standardisierte Befragung / Fragebogen</p>	<p>Die Versorgung von Demenzkranken durch Befragung der Abteilungs- und Stationsleitungen im akutstationären Bereich bundesweit zu erheben</p>	<p>66,9% der Pflegepersonen geben an, dass es für sie belastend ist, dass demente Patientinnen und Patienten durch den Weglaufdrang unbemerkt die Station verlassen können.</p> <p>33,6% der Pflegepersonen geben an, dass sie sich im Umgang mit Demenzkranken nicht adäquat geschult fühlen.</p> <p>22,2% geben an, dass sie nicht wissen, wie sie mit herausfordernden Verhaltensweisen umgehen sollen.</p>
<p><b>Josse, Palmer &amp; Lang 2013</b></p> <p>USA</p>	<p>60 Studien</p>	<p>Systematische Übersichtsarbeit</p>	<p>Herausforderungen von Menschen mit Demenz in akutstationären Einrichtungen und daraus entstehende Empfehlungen für die Pflegepraxis</p>	<p>Pflegepersonen brauchen Interventionen, die sie im Umgang mit Demenzkranken einsetzen können.</p> <p><u>Dazu gehört:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ richtige Kommunikation,</li> <li>✓ Einbeziehung von Angehörigen,</li> <li>✓ Reduktion von Stress,</li> <li>✓ Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen,</li> <li>✓ etc.</li> </ul> <p>Angehörige sollen vor allem in schwierigen Situationen, in denen sich Veränderungen im Verhalten der Patientinnen und Patienten zeigen, hinzugezogen werden.</p>
<p><b>Marx et al. 2014</b></p>	<p>37 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des</p>	<p>Quantitativ</p>	<p>Das Wissen der Pflegepersonen und deren Bedürfnisse in Bezug</p>	<p>80% der Pflegepersonen geben an, dass die Pflege von Demenzkranken</p>

USA	Gesundheitswesens (15 Pflegepersonen, 22 Therapeutinnen und Therapeuten)  Akutkrankenhaus	Querschnittstudie  Umfrage mittels Fragebogen	auf Ausbildung im akutstationären Sektor bezüglich Demenz zu untersuchen	eine große Herausforderung darstellt und dies bei 75,7 % zu Frustration führt.  Als größte Herausforderung geben 69,2 % der Pflegepersonen Schwierigkeiten in der Kommunikation an.  Pflegepersonen wünschen sich mehr Kompetenz im Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen und in der Kommunikation mit Demenzkranken.
Moyle et al. 2008  UK	31 Studien	Systematische Übersichtsarbeit	Das Wissen der Pflegepersonen, deren Einstellungen, Kommunikationsschwierigkeiten mit Demenzkranken und die Einbeziehung der Angehörigen im akutstationären Bereich zu erheben	Pflegepersonen weisen fehlendes Wissen in der Pflege von Demenzkranken auf und können dadurch keine qualitativ hochwertige Pflege durchführen.  Pflegepersonen geben an, dass ihnen die Pflege sehr viel Kraft kostet und sie Angst vor dementen Patientinnen und Patienten haben. Dies lässt sich auf mangelnde Kompetenzen und mangelndes Selbstvertrauen zurückzuführen.  Das Pflegepersonal im akutstationären Bereich ist auf die Arbeit mit Demenzkranken nicht eingestellt und auch nicht adäquat ausgebildet.

				<p>Durch demenzspezifische Ausbildungen erhalten Pflegepersonen mehr Kompetenz und Selbstvertrauen im Umgang mit Demenzkranken.</p> <p>Informationsaustausch mit Angehörigen ermöglicht eine bessere Pflegeplanung, Verhaltensmuster können besser gedeutet werden und die Betroffenen fühlen sich sicherer in der neuen Umgebung.</p>
<p><b>Nayton et al. 2014</b></p> <p>Australien</p>	<p>49 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens (45 diplomierte Pflegepersonen, 3 Therapeutinnen und Therapeuten, 1 Sozialarbeiter)</p> <p>Akutkrankenhaus</p>	<p>Quantitativ</p> <p>Umfrage</p>	<p>Entwicklung eines Ausbildungsprogramms für die Pflege und Betreuung von dementen Patientinnen und Patienten im akut-stationären Bereich</p>	<p>Vor Absolvierung der Fortbildung geben die Pflegepersonen an, dass die Pflege von Demenzkranken aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten, unangemessenen Verhaltensweisen und fehlender Ausbildung sehr belastend ist.</p> <p>Nach Absolvierung der Fortbildung geben die Pflegenden an, dass ihnen die Pflege von Demenzkranken leichter fällt und sie sich kompetenter im Umgang mit dieser Personengruppe fühlen.</p> <p>Demenzspezifische Schulungsprogramme zeigen, dass die Pflegepersonen ihr Wissen bezüglich der Erkrankung verbessern, die Einstellung der Pflegepersonen sich verändert und das</p>

				Selbstvertrauen der Pflegenden gestärkt wird.
<b>Nufer &amp; Spichinger 2011</b>  Schweiz	12 Angehörige von Menschen mit Demenz  Akutkrankenhaus	Qualitativ  Interviews	Das Erleben von Angehörigen und deren dementen Patientinnen und Patienten in Zusammenarbeit mit Pflegepersonen	Die Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und Angehörigen wirkt sich positiv auf die Betreuung von dementen Patientinnen und Patienten aus. Die Angehörigen gaben an, dass der gegenseitige Informationsaustausch sehr gut funktionierte, da die Pflegenden sich über die Bedürfnisse und Gewohnheiten der Patientinnen und Patienten informierten, um so die Pflege bestmöglich zu planen.  Angehörigen wurden nicht automatisch über Untersuchungen und durchgeführte Maßnahmen informiert, sondern erhielten diese Informationen eher durch selbstständiges Nachfragen.  Der Einbezug der Angehörigen bei Pflegetätigkeiten wurde als sehr positiv empfunden.  Manche hatten das Gefühl, nicht wahrgenommen zu werden, empfanden es als schwierig, Kontakt zu den Pflegepersonen aufzunehmen und wussten nicht, welche Pflegepersonen für ihre zu pflegenden Angehörigen zuständig waren und

				welche Funktion diese hatten.
<b>Palmer et al. 2014</b>	221 diplomierte Pflegepersonen	Quantitativ	Evaluation eines eintägigen demenzspezifischen Fortbildungsprogramms für Pflegepersonen	Das Selbstvertrauen im Umgang mit Demenzkranken hat sich in allen sieben Bereichen nach Absolvierung des Fortbildungsprogramms signifikant (Cronbach's Alpha Koeffizient 0,91) gesteigert.
UK	Akutkrankenhaus	Fragebogen		<p><u>Sieben Bereiche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Erkennen von Demenz,</li> <li>✓ Pflege bei Demenz organisieren,</li> <li>✓ Umgang mit übermäßiger motorischer Aktivität,</li> <li>✓ den Unterschied zwischen Delir und Demenz kennen,</li> <li>✓ Entlassungsplanung,</li> <li>✓ Kommunikation mit Demenzkranken,</li> <li>✓ Kommunikation mit Angehörigen</li> </ul> <p>Pflegepersonen fühlen sich nach Absolvierung der Fortbildung kompetenter im Umgang mit Demenzkranken und geben an, dass das vermittelte Wissen hilfreich für ihre tägliche Pflegepraxis ist und ihre Haltung und ihr Selbstvertrauen verbessert hat.</p>

<p><b>Smyth et al. 2013</b></p> <p>Australien</p>	<p>360 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens (Pflegerinnen, Ärztinnen und Ärzte, medizinisches Hilfspersonal)</p> <p>1 Akutkrankenhaus und kleine regionale Gesundheitseinrichtungen</p>	<p>Quantitativ, Querschnittstudie</p> <p>Online-Umfrage</p>	<p>Das Wissen über Demenz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitswesens zu erheben</p>	<p>Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weisen Wissensdefizite über die Erkrankung Demenz auf.</p> <p>Die Teilnahme an demenz-spezifischen Fortbildungen verbessert das Wissen über die Erkrankung Demenz.</p>
<p><b>Zieschang et al. 2008</b></p> <p>Deutschland</p>	<p>28 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens (12 Ärztinnen und Ärzte, 16 diplomierte Pflegerinnen)</p> <p>Akutkrankenhaus</p>	<p>Quantitativ</p> <p>Fragebogen</p>	<p>Die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz durch die Entwicklung einer Spezialstation für Demenzkranke im akutstationären Bereich</p>	<p>Die Pflege und Betreuung von dementen Patientinnen und Patienten über einen Zeitraum von einem Jahr kann emotional sehr belastend sein und ein Burn-out-Syndrom hervorrufen.</p> <p>Pflegerinnen geben nach der Teilnahme an einem Ausbildungsprogramm bezüglich Demenz an, dass die neu gewonnenen Informationen wichtig für ihre tägliche Pflegepraxis sind.</p> <p>Auch ihre Einstellungen bezüglich der Arbeit mit Demenzkranken haben sich zum Positiven geändert und die Pflege wird nicht mehr als problematisch angesehen.</p> <p>Pflegerinnen geben an, dass sich nach der Teilnahme an dem Ausbildungsprogramm ihr Wissen bezüglich der Erkrankung Demenz</p>

				verbessert hat.
--	--	--	--	-----------------

## Anhang 4: Tabellarischer Stundenverlauf

Zeit	Inhalt	Sozialform / Medien
<b>Tag 1 (7 UE / 315 min)</b>		
08:00-08:10 (10 min.)	Vorstellung meiner Person, Zeitplan, Ablauf, Überblick über Inhalte	Lehrperson
08:10-08:25 (15 min)	Einstieg: „Kennenlernen“ <b>„Blitzlicht“</b> vom ICH über das WIR zum ES <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vorstellungsrunde</li> <li>✓ Persönliche Erwartungen an die Fortbildung</li> </ul>	Lehrperson Plenum Ball
08:25-08:45 (20 min)	Brainstorming „Demenz“	Lehrperson Plenum Flipchart
08:45-09:30 (45 min)	Input „Basiswissen Krankheitsbilder“ <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitive Beeinträchtigungen im Alter</li> <li>• Krankheitsbilder (Symptome, Ursache, Verlauf, Schweregrade, Diagnostik)</li> </ul>	Lehrvortrag PPP
09:30-09:45 (15 min)	PAUSE	
09:45-10:30 (45 min)	Input Fortsetzung „Differentialdiagnosen“ <ul style="list-style-type: none"> <li>• Differentialdiagnostik Demenz, Delir, Depression</li> </ul>	Lehrvortrag PPP
10:30-11:15 (45 min)	Wiederholung der Inhalte „Krankheitsbilder und Differentialdiagnostik“	Lehrperson Plenum

11:15-11:30 (15 min)	PAUSE	
11:30-11:45 (15 min)	„Herausfordernde Verhaltensweisen“ <u>Frage ins Plenum:</u> Welche Herausforderungen treten in der Pflegepraxis auf? ✓ Diskussion und Reflexion	Lehrperson Plenum Flipchart
11:45-12:30 (45 min)	MITTAGSPAUSE	
12:30-13:00 (30 min)	Input „Herausfordernde Verhaltensweisen“ ✓ Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen ✓ Maßnahmen bei problematischen Verhaltensweisen (Angehörige miteinbeziehen, Beschäftigungstherapie, etc.) ✓ Rechtliche Aspekte (Heimaufenthaltsgesetz, Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, etc.)	Lehrvortrag PPP
13:00-13:40 (40 min)	Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen Lösungsvorschläge für herausfordernde Verhaltensweisen herausarbeiten.  4 Gruppen zu je 4 Personen werden gebildet	Gruppenarbeit (HOL) Plakat
13:40-14:10 (30 min)	Präsentation der Lösungsvorschläge durch Teilnehmerinnen und Teilnehmer  Gemeinsame Diskussion der Ergebnisse	Flipchart Plenum Lehrperson
14:10-14:30 (20 min)	Ende Tag 1 Feedbackrunde „Take Home Message“ Was habe ich vom heutigen Tag mitgenommen?	Lehrperson Plenum Kärtchen

Tag 2 (5 UE / 225 min)		
08:00-08:10 (10 min)	Begrüßung, Ablauf, Überblick über Inhalte	Lehrperson Plenum
08:10-08:30 (20 min)	Wiederholung der Inhalte vom Vortag Jede Teilnehmerin / jeder Teilnehmer darf ein Kärtchen ziehen, auf dem ein Begriff steht. Erklärung des Begriffs durch TN	Lehrperson Plenum
08:30-08:40 (10 min)	Einstieg in das Thema Kommunikation: ✓ Video: Was könnte im Kopf eines dementen Menschen vorgehen?  <u>Videsequenz:</u> <a href="https://www.youtube.com/watch?v=ev9LwwbD1Qc&amp;index=1&amp;list=PLEC4891E6171ADCEC">https://www.youtube.com/watch?v=ev9LwwbD1Qc&amp;index=1&amp;list=PLEC4891E6171ADCEC</a>  Diskussion	Lehrperson Plenum Video
08:40-09:30 (50 min)	Kommunikationsprobleme mit dementen Patientinnen und Patienten ✓ Real auftretende Situationen aus der Praxis werden aufgegriffen und demonstriert ✓ Fallbeispiele von der Vortragenden  Gemeinsames Erarbeiten!	Rollenspiel (EOL)
09:30-09:45 (15 min)	PAUSE	
09:45-10:00 (15 min)	Kommunikationsübung Teilnehmerinnen und Teilnehmer bilden 4er Gruppen ✓ Wie habe ich mich als Demenzkranke bzw. Demenzkranker gefühlt? ✓ Habe ich mir etwas gemerkt was mir diese Personen erzählt haben?  Diskussion und Reflexion	Übung (EOL)

<p>10:00-10:45 (45 min)</p>	<p>Effektive Kommunikationsstrategien Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen in 4er Gruppen zusammengehen.  ✓ <i>DO's and DONT's der Kommunikation</i> (Erstellung von Kommunikationsregeln und Stolperfallen der Kommunikation in der Gruppe und anschließende Präsentation im Plenum)</p>	<p>Gruppenarbeit (HOL) Plakat</p>
<p>10:45-11:15 (30 min)</p>	<p>Input „Effektive Kommunikationsstrategien im Umgang mit dementen Patientinnen und Patienten“</p>	<p>Lehrperson PPP</p>
<p>11:15-11:30 (15 min)</p>	<p>Pause</p>	
<p>11:30-12:00 (30 min)</p>	<p>Wiederholung der Inhalte der gesamten Fortbildung</p>	<p>PPP Lehrperson Plenum</p>
<p>12:00-12:15 (15 min)</p>	<p>Feedbackrunde  Haben sich meine Erwartungen an die Fortbildung erfüllt? Kann ich vermittelte Inhalte in die Praxis umsetzen? Offene Fragen an mich?  Schlussworte und Verabschiedung</p>	<p>Lehrperson Plenum</p>

## Anhang 5: Fragebogen zur Evaluation der Fortbildung

*Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer!*

*Ich bitte Sie diesen Fragebogen auszufüllen und an mich zu retournieren, damit ich die Fortbildung Mithilfe von Ihrem Feedback abändern bzw. verbessern kann.*

### Demografische Angaben

**Geschlecht**                     weiblich                     männlich

**Alter**                             20-25                     25-30                     30-40  
     40-50                     ≥ 50

**Seit wie vielen Jahren sind Sie in der Pflege tätig?**

≤ 5 Jahre                     6-10 Jahre                     10-15 Jahre                     ≥ 20 Jahre

**Sind Sie in der Pflegepraxis mit Menschen mit Demenz konfrontiert?**

ja                                     nein

### Inhalte der Fortbildung

Fragen	stimme zu	stimme eher zu	stimme nicht zu
Die Inhalte haben zu einem besseren Verständnis für Menschen mit Gedächtnis und Orientierungsstörungen beigetragen.			
Die Inhalte sind hilfreich für die tägliche Pflegepraxis im Umgang mit Menschen mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen.			
Ich kann die Inhalte in die Pflegepraxis umsetzen.			

Die Inhalte wurden Mithilfe von praktischen Beispielen untermauert.			
Die Inhalte motivieren mich, mich mit diesem Thema weiterhin auseinanderzusetzen.			

**Methodik**

Fragen	stimme zu	stimme eher zu	stimme nicht zu
Die verwendeten Unterrichtsmethoden zum Thema waren passend.			
Die Fortbildung war gut strukturiert, nachvollziehbar und logisch aufgebaut.			
Die Fortbildung wurde abwechslungsreich gestaltet (Frontalunterricht, Gruppenarbeiten, Rollenspiele, Videosequenzen, etc.).			
Die Vortragende hat die Inhalte verständlich vermittelt.			

Welche Inhalte waren für Sie von besonderer Bedeutung?

---



---

Haben Sie Anregungen und Verbesserungsvorschläge?

---



---

***Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Fortbildung und Ihr konstruktives Feedback!***

## Anhang 6: Anamnesebogen Alzheimer Association

### Information for the Hospital Team about a Patient with Memory Problems\*

PATIENT'S NAME: \_\_\_\_\_ What does he or she like to be called? \_\_\_\_\_

Patient lives: \_\_\_\_\_  
(at home? alone, or with you or someone else? in a nursing home or other facility?)

Person completing this form: \_\_\_\_\_  
(name and relationship to the patient)

Home phone: \_\_\_\_\_ Cell phone: \_\_\_\_\_

1. Patient usually drinks these liquids best: \_\_\_\_\_

2. Patient usually drinks from a cup or glass: with a straw? or without a straw? (circle one)

3. Does the patient wear dentures? \_\_\_\_\_ If so, does the patient have the dentures with him/her? \_\_\_\_\_

4. Patient usually eats these foods best: \_\_\_\_\_

5. Patient eats best if he/she: (circle all that apply)

a. is helped with tray set up	d. is reminded to chew and swallow
b. is shown how to use spoon or fork	e. is given smaller portions
c. is given finger foods	f. is fed

6. Does the patient wear glasses? \_\_\_\_\_ If so, are the glasses with him/her? \_\_\_\_\_

7. Does the patient wear hearing aid(s)? \_\_\_\_\_ If so, are the hearing aid(s) with him/her? \_\_\_\_\_

8. Does the patient speak and understand English? \_\_\_\_\_ If not, does the patient speak and understand another language?  
If so, what language? \_\_\_\_\_

9. Does the patient express his or her needs verbally? (thirst, hunger, go to the bathroom?) \_\_\_\_\_

10. Does the patient usually go to the bathroom alone or need help or supervision? \_\_\_\_\_

11. How does the patient usually express pain? \_\_\_\_\_  
(verbally? facial expression? agitated body movements?)

12. Does the patient usually need help with: (Please write yes or no for each activity)

a. Bathing? _____	Usual bath time? _____
b. Brushing teeth and mouth care? _____	
c. Getting from bed to chair and back? _____	
d. Dressing _____	
e. Walking _____	Does he/she usually use a cane, walker, or wheel chair? _____

13. Has the patient fallen recently? \_\_\_\_\_ How often? \_\_\_\_\_ Why? \_\_\_\_\_

14. How does the patient act when he or she is anxious or frightened? \_\_\_\_\_

15. Does the patient get angry or physically aggressive? \_\_\_\_\_

16. What helps to calm or comfort the patient at difficult times? \_\_\_\_\_

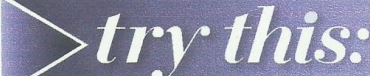
17. Does the patient usually watch TV or listen to the radio? \_\_\_\_\_

18. Does the patient have an advanced directive? \_\_\_\_\_

19. Is there anything else you want us to know about the patient? \_\_\_\_\_

20. What else does the family want to know from the physician or hospital staff? \_\_\_\_\_

\* Adapted from forms developed by the Dementia Responsive Care Initiative, Mission Hospitals, Asheville, NC; and Mittleman, M., & Epstein, C. (2003). *The Alzheimer's health care handbook*, pp. 179-184. NY: Marlowe & Co.

	<small>dementia series</small> <small>Best Practices in Nursing                  Care to Older Adults                  with dementia</small> <small>alzheimer's association</small>	A series provided by The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing EMAIL <a href="mailto:hartford.ign@nyu.edu">hartford.ign@nyu.edu</a> HARTFORD INSTITUTE WEBSITE <a href="http://www.hartfordign.org">www.hartfordign.org</a> CLINICAL NURSING WEBSITE <a href="http://www.ConsultGerIRN.org">www.ConsultGerIRN.org</a>
---	---	--

Quelle: Hall & Maslow 2007, Hartford Institut for Geriatric Nursing and the Alzheimer's association, S.58