



universität  
wien

# Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

**„Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus“**

Eine systematische Literaturanalyse

Verfasserin

**Julia Zottl, BA, MA**

angestrebter akademischer Grad

**Magistra (Mag.)**

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin: Univ.- Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

## DANKSAGUNG

Einigen für mich sehr wichtigen Personen, die mich am Weg meiner Diplomarbeit begleitet und unterstützt haben, soll hier mein tiefster Dank ausgesprochen werden.

An erster Stelle danke ich meiner Diplomarbeitsbetreuerin und sehr geschätzten Arbeitgeberin Frau Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer. Großer Dank gilt dabei vor allem ihren überaus konstruktiven Inputs und der mir zur Verfügung gestellten Zeit, wann immer ich auch Fragen an sie hatte. Zudem danke ich ihr für ihre stets anregenden und motivierenden Worte und das mir entgegengebrachte Vertrauen.

Ich möchte an dieser Stelle auch meiner geliebten Familie danken, allen voran meinen Eltern Anna und Leopold Zottl. Ich danke ihnen dafür, dass sie mir während meines gesamten Studiums hindurch eine so unglaublich große und bedingungslose Stütze waren. Neben einer finanziellen Unterstützung, danke ich ihnen aber vor allem für ihre stets aufmunternden und verständnisvollen Worte sowie ihr rücksichtsvolles Verhalten in so manch stressigen Lernsituationen. Ihnen und meinen lieben Brüdern Matthias und Markus Zottl danke ich für das Einfühlungsvermögen, das stets vorhandene Verständnis, den oftmals nötigen Humor sowie das tiefste Vertrauen in mich.

## KURZFASSUNG

Statistiken weisen bereits seit geraumer Zeit darauf hin, dass die Anzahl älterer Menschen in der Bevölkerung steigt und weiter steigen wird. Zugleich zeigt sich das mit dem Älterwerden einhergehende Problem der Morbidität, wobei vor allem chronische Krankheiten im Vordergrund stehen. Ein hohes Alter sowie die damit verbundene Häufigkeit von auftretenden Krankheiten, können zu einem vermehrten Spitalsaufenthalt dieser Personen führen. Ein weiterer Umstand der bei älteren Menschen eintritt, ist die Betroffenheit einer Demenz.

Muss eine demente Person aufgrund einer akut aufgetreten Erkrankung in einem Akutkrankenhaus behandelt werden, zieht dies meist weitreichende Probleme mit sich. DemenzpatientInnen finden sich in einer neuen, für sie ungewöhnlichen Umgebung wieder und stoßen dabei auf sowohl ärztlich- als auch pflegerisch demenzungeschultes Personal sowie auf ein nicht demenzgerechtes Milieu. Als Folge der nicht berücksichtigten Bedürfnisse kann ein Abwehrverhalten sowie eine Verschlechterung des Status der DemenzpatientInnen wahrgenommen werden, der den Pflegealltag mit seinen Routinen durcheinanderbringt.

Obwohl sich in der Literatur bereits Hinweise zu dieser Problematik finden, fehlt es an einer aktuellen, systematisch vorgenommenen Zusammenfassung des Forschungsstandes. Dieser Forschungslücke nimmt sich die vorliegende Arbeit an, indem sie die besonderen Aspekte in der Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus und die Empfehlungen aufgrund wissenschaftlicher Literatur diskutiert.

Die Ergebnisse der Arbeit zeigen, dass die Pflegepraxis dementer Personen im Akutkrankenhaus durch Überwachung, eine Fokussierung der Akutsituation, dem Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen, der Zusammenarbeit mit Angehörigen, fehlendem Demenzwissen des Pflegepersonals sowie negativer Gefühle dieser charakterisiert ist.

Empfehlungen hingegen beziehen sich auf das schnellstmögliche Einholen von Informationen über die PatientInnen, einen Beziehungsaufbau, eine adäquate Milieugestaltung, eine Qualifizierung des Personals, sowie organisationsspezifische Veränderungen im Akutkrankenhaus.

## **ABSTRACT**

Statistics have already pointed out that the number of older people in the population is growing and will continue to rise. Coinstantaneous older age is associated with a higher occurrence of morbidity, especially chronic diseases and also the chance for hospital stays increases. Another circumstance which might occur in older people is dementia.

When older people with dementia are committed to an acute care hospital because of an acute illness their stay often takes far-reaching problems. Dementia patients find themselves in a new and unusual environment and in an inadequate hospital design and moreover come across with both medical and nursing staff which is not trained in dementia care. As a result of unrecognized needs, a defensive behavior and deterioration in the status of dementia patients can be suspected. This in further consequence provokes problems in the daily routines of the nursing staff that have to care for non-cognitive impaired patients either and who on the other hand have limited possibilities because of the structure of an acute care hospital.

Although the literature provides some hints on the specific issue of caring for demented persons in acute care, there is a lack of an up-to-date and systematically carried out summary of this issue. The paper takes this research gap up by discussing the specific aspects of care for people with dementia in the acute hospital and the recommendations based on scientific literature.

The results of the study show that caring for people with dementia in an acute setting is characterized by monitoring these persons, focusing their acute illness, the use of restrictive methods, working with families, lack of knowledge of dementia care as well as negative staff emotions. Recommendations refer to collection of information about the patient as soon as possible, relationship building, an adequate environment design, qualification of personnel and organization-specific changes in the acute hospital.

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Thema und Problem der Arbeit	1
1.2	Zielsetzung und Forschungsfrage	3
1.3	Vorgehensweise	5
I.	Theoretischer Teil	6
2	Demenz	6
2.1	Definition	6
2.2	Epidemiologie	7
2.2.1	Prävalenz	7
2.2.2	Inzidenz	11
2.2.3	Zusammenfassung	13
2.3	Formen der Demenz	15
2.3.1	Primäre Demenz	15
2.3.2	Sekundäre Demenz	16
2.4	Schweregrade und Verlaufsstadien sowie Krankheitsdauer und Mortalitätsrisiko der Demenz	17
2.4.1	Schweregrade und Verlaufsstadien	17
2.4.2	Krankheitsdauer- und Mortalitätsrisiko	19
2.5	Begleitsymptome der Demenz	19
2.5.1	Kognitive Symptome	20
2.5.2	Psychische Störungen und Verhaltensänderungen	21
2.5.3	Körperliche Symptome	27
2.6	Abgrenzung des Demenzsyndroms von anderen kognitiven Symptomen	28
2.6.1	Altersbedingte kognitive Beeinträchtigungen	29
2.6.2	Depression	30
2.6.3	Delir	31
2.7	Pflege dementer Personen	33
2.7.1	Betreuungsmöglichkeiten dementer Personen	34
2.7.2	Besondere Aspekte in der Pflege dementer Personen	37
2.8	Zusammenfassung	40

---

3	Pflege dementer PatientInnen im Akutkrankenhaus	42
3.1	Demenz im Akutkrankenhaus	43
3.1.1	Aufnahmegründe	43
3.1.2	Folgen durch die Aufnahme in ein Akutkrankenhaus	44
II.	Empirischer Teil	48
4	Pflege dementer PatientInnen im Akutkrankenhaus	48
4.1	Forschungsstand	48
4.2	Systematischer Review	50
4.2.1	Literaturrecherche	52
4.2.2	Literatursynthese	59
4.3	Ergebnisse	61
4.3.1	Deskriptive Darstellung der Ergebnisse	61
4.3.2	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	73
4.3.3	Beantwortung der Forschungsfragen	80
5	Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick	84
5.1	Zusammenfassung	85
5.2	Diskussion	87
5.2.1	Methodische Reflexion	91
5.3	Ausblick	91
6	Verzeichnisse	93
6.1	Literaturverzeichnis	93
6.2	Abbildungsverzeichnis	104
6.3	Tabellenverzeichnis	104

# 1 EINLEITUNG

## 1.1 Thema und Problem der Arbeit

Dass die Zahl älterer Menschen, das heißt Menschen ab dem 60. Lebensjahr (Statistik Austria, 2012, [www](#)), in der Bevölkerung rasant steigt und der Trend weiter steigend ist, ist eine bereits bekannte Tatsache. Daten dazu liefert beispielsweise die Statistik Austria (ebd.): Während die Zahl der Menschen ab dem 60. Lebensjahr im Jahr 2000 in der österreichischen Bevölkerung noch 1.651.399 Personen umfasste, waren es im Jahr 2011 bereits 1.967.858 Personen, was einem Anstieg von rund 19 % entspricht.

Ein mit dem Alter einhergehendes Problem ist die Morbidität, wobei vor allem chronische Krankheiten in dieser Altersklasse im Steigen sind. So leiden Menschen ab dem 75. Lebensjahr bereits zu 91,5 % an mindestens einer chronischen Krankheit (ebd., 2009, [www](#)). Das hohe Alter und die damit häufig verbundenen Krankheiten führen wiederum zu einem gehäuften Spitalsaufenthalt dieser Personengruppe. So verzeichnete die Statistik Austria (ebd., 2011) für das Jahr 2010 für die Altersgruppe 40-60 rund 130.000 bis 178.000 Spitalsentlassungen aus Akutkrankenanstalten, während es bei den 60 – 89 jährigen bereits rund 202.000 Entlassungen waren ([www](#)).

Ein vermehrt in hohem Alter auftretendes Syndrom ist die Demenz. So wird davon ausgegangen, dass im Jahre 2010 108.000 Personen in Österreich von der Demenz betroffen waren (Gleichweit&Rossa, 2009, S. 18). Bezugnehmend zu der oben genannten häufigen Morbidität bei alten Menschen, zeigen Daten der Statistik Austria (2011), dass Demenzkranke auch oft Krankenhäuser aufsuchen, wobei bei rund 11.000 Personen über 65 Jahren die Hauptdiagnose bei Spitalsentlassungen aus einer Akutkrankenanstalt „Demenz“ lautete ([www](#)). Besonders jene Abteilungen, in denen der Großteil der PatientInnen ältere Menschen sind (Innere Medizin, Chirurgie), sind mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen wie der Demenz, konfrontiert (Kirchen-Peters, 2005, S. 11). Dabei ist nur selten die

Demenzkrankung an sich der Grund für die Krankenhausbehandlung (Pinkert&Holle, 2012, S. 729). Die Einweisungsgründe liegen meist bei Stürzen (mit/ohne Fraktur), Verhaltensauffälligkeiten, Störungen des Ernährungszustandes, Herz-Atemwegs- oder gastrointestinalen Erkrankungen und Infektionen (ebd.).

Die Demenz kommt dann bei der Behandlung der akuten Erkrankungen meist als „Störfaktor“ hinzu (Kirchen-Peters, 2005, S. 11). Gründe dafür können in den Symptomen einer Demenz gefunden werden. Neben den kognitiven Symptomen (z.B. gestörte Handlungsabläufe, Wiedererkennungstörungen, Veränderungen der Urteilsbildung) und körperlichen Symptomen (z.B. gestörter Schlaf-Wachrhythmus, Schluck- und Essstörungen), sind es auch die psychischen Störungen und Verhaltensänderungen (z.B. Halluzinationen, Rufen/Schreien, Aggressivität und Umherlaufen), die bei dementen Menschen auftreten und die Pflege erschweren können (Haberstroh, 2010, S. 461).

Die Literatur bietet Hinweise, dass die Abläufe in Akutkrankenhäusern den Bedürfnissen demenzkranker PatientInnen nicht gerecht werden. So beschreiben Pinkert und Holle (2012) beispielsweise das Krankenhaus als eine Organisation die darauf ausgerichtet ist, vorwiegend PatientInnen mit somatischen Erkrankungen zu behandeln, wobei die Versorgungsabläufe größtenteils standardisiert ablaufen (S.728). Auch Kirchen-Peters (2012) beschreibt das Krankenhaus als Ablauf,- anstatt PatientInnenorientiert, erwähnt eine angespannte Personalsituation, enorme Hektik und hohen Druck (www). Gefolgt wird dies von einem fehlenden Interesse sowie einer beruflichen Orientierung an einer „Spitzenmedizin“ für junge Akutfälle (ebd.). Diese Rahmenbedingungen eignen sich nicht für die Versorgung Demenzkranker, da diese Menschen vor allem Vertrautheit und Orientierung benötigen (Pinkert&Holle, 2012, S.728). Die Pflege Demenzkranker sollte u.a. durch Wertschätzung, Einfühlung, deutlicher Kommunikation, der Vermeidung neuer Situationen und im besten Falle durch einen ganzheitlichen Pflegezugang charakterisiert sein (Kastner&Löbach, 2007, S. 136-37; Grond, 2005, S. 65).

Die speziellen Anforderungen an die Pflege Demenzkranker, verbunden mit fehlendem gerontopsychiatrischen Wissen bei ärztlichem und pflegerischem Personal, der Charakteristik und den Handlungsabläufen eines Akutkrankenhauses birgt die Gefahr einer Krisensituation für die demenzkranken PatientInnen, die in

weiterer Folge zu einer Verschlimmerung der Symptomatik führt (Kirchen-Peters, 2005, S. 12). So ist die Behandlung Demenzkranker im Akutkrankenhaus mit erheblichen psychischen Belastungen für sie verbunden (Angerhausen, 2008a, S. 461). Aufgrund der neuen Umgebung und den ungewohnten Abläufen werden sie zunehmend ängstlich und unruhig (ebd.). Um die PatientInnen ruhig zu halten und den üblichen Routinetätigkeiten folgen zu können, werden meist Fixierungsmaßnahmen und sedierende Medikamente eingesetzt (ebd.). Diese Maßnahmen führen jedoch zu einer zunehmenden Passivität der PatientInnen und gehen mit einer Verschlechterung ihres Zustandes einher (Kleina&Wingenfeld, 2007, S. 6). Auch wird von der erhöhten Wahrscheinlichkeit nosokomialer Infekte und dem Auftreten eines Delirs berichtet (ebd., S. 7).

Neben diesen Gefahren für demente Menschen, sieht sich jedoch auch das Pflegepersonal erheblichen Belastungen in der Pflege dieser PatientInnengruppe ausgesetzt. Herkömmliche Pflegetätigkeiten werden durch kognitive Einschränkungen und demenzspezifische Verhaltensweisen beeinflusst, die die Planung und Durchführung der Pflege erschweren (ebd., S. 8). Wird den individuellen Bedürfnissen der DemenzpatientInnen nicht nachgegangen, nehmen die herausfordernden Verhaltensweisen zu und die Pflegenden stoßen auf Abwehrverhalten. In einem Akutkrankenhaus, in dem auch noch weitere PatientInnen versorgt werden müssen und die gegebenen Strukturen nur wenig Handlungsspielraum ermöglichen, ist davon auszugehen, dass der Aufenthalt der DemenzpatientInnen für die Pflegenden eine besonders hohe Belastung darstellt und erhöhten Pflegebedarf fordert.

## **1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage**

Vor dem eben geschilderten Hintergrund ergibt sich auf Seiten der Pflegewissenschaft Handlungsrelevanz. Die Literatur bietet zwar einzelne Hinweise zu oben genannter Problematik, jedoch liegt keine aktuelle, systematisch vorgenommene Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes zu diesem Thema vor.

Ziel der Diplomarbeit besteht nun darin diese Forschungslücke zu schließen, indem ein systematischer Review vorgenommen wird, dessen Ziel in der Produktion der bestmöglichen verfügbaren Beweislage besteht, auf der die Praxis aufbauen kann (Mayer, 2011, S. 362).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit bedeutet dies eine, nach vorab festgelegten Kriterien, systematische Suche und Auswertung aktueller, wissenschaftlicher Literatur, wobei folgende zwei Forschungsfragen im Mittelpunkt stehen:

- Durch welche Aspekte ist die Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus charakterisiert?
- Welche Empfehlungen lassen sich zur Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus finden?

Ziel ist, durch die systematische Beantwortung dieser beiden Forschungsfragen eine Zusammenfassung des aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstandes vorzunehmen. Während sich die erste Forschungsfrage noch mit der generellen Problematik oder den Besonderheiten in der Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus befasst, geht die zweite Forschungsfrage einen Schritt weiter und soll die gegenwärtigen, wissenschaftlichen Empfehlungen zu dieser Thematik aufzeigen.

Übergeordnetes Ziel besteht darin, den für die Versorgung dementer Personen Verantwortlichen, angefangen beim Pflegepersonal bis hin zu den in der gesundheitspolitischen Ebene Tätigen, darzulegen, welche Aspekte die Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus aktuell tatsächlich charakterisieren und welche Maßnahmen unternommen werden können, um die gegenwärtige Situation zu verbessern.

Erst wenn wissenschaftlich begründete Ergebnisse vorliegen, kann in einer Zeit wie heute, in der die effiziente Verteilung der Ressourcen wichtiger denn je ist, davon ausgegangen werden, dass dieses Thema mehr Beachtung erhält und Maßnahmen zur Optimierung vorgenommen werden.

### 1.3 Vorgehensweise

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in drei Teile, nämlich die Einleitung, den Hauptteil und den Schluss.

Auf das aktuelle Kapitel folgt *Kapitel 2*, in dem eine Einführung in das Thema „Demenz“ vorgenommen wird. Dies beinhaltet eine Erklärung des Begriffes, das Aufzeigen aktueller epidemiologischer Daten, eine grundlegende Erklärung des Syndroms inklusive seiner Formen, Schweregrade, Begleitsymptome, Krankheitsdauer und Mortalitätsrisiko, seinen Begleitsymptomen, dessen Abgrenzung zu anderen kognitiven Beeinträchtigungen sowie einen Einblick in die Betreuungsmöglichkeiten und besonderen Anforderungen in der Pflege dieser Personengruppe.

Im darauffolgenden Kapitel, *Kapitel 3*, wird konkret auf die Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus eingegangen, wobei vor allem die Aufnahmegründe sowie die Folgen durch die Aufnahme, sowohl für die DemenzpatientInnen als auch für das Pflegepersonal dargelegt werden.

*Kapitel 4* wiederum, der empirische Teil der Arbeit, wendet sich in einem ersten Schritt dem Forschungsstand zur Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus zu. Danach folgt die Beschreibung der vorgenommenen Methode, mit der die beiden Forschungsfragen beantwortet werden sollen. Das Kapitel endet mit der deskriptiven Darstellungen, der Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse sowie mit der Beantwortung der Forschungsfragen.

Im letzten Kapitel, *Kapitel 5*, wird die Arbeit nochmals zusammengefasst und die Ergebnisse werden im Lichte weiterer Literatur diskutiert. Ebenso werden in diesem Kapitel eine methodische Reflexion sowie ein Ausblick für weitere, notwendige Schritte vorgenommen.

# I. THEORETISCHER TEIL

## 2 DEMENZ

### 2.1 Definition

Der Begriff „Demenz“ stammt aus dem Lateinischen und setzt sich aus den beiden Wortteilen „de“ (=„abnehmend“) und „mens“ („Verstand“) zusammen, was wortwörtlich übersetzt „abnehmender Verstand“ bedeutet (Messer, 2007, S. 14). Was in seinem wörtlichen Ursprung als solch ein „abnehmender Verstand“ definiert wird, meint eine „erworbene, meist chronische und fortschreitende Verminderung kognitiver Leistungen, die zu funktionell relevanten Einbussen der Alltagsaktivität führen“ (Gasser&Förstl, 2006, S. 97). Begleitet werden diese Veränderungen meist durch Störungen des Affektes, des Verhaltens und der Persönlichkeit (ebd.).

Eine detaillierte Definition der Demenz findet sich in der 10. Revision der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD-10), zu Deutsch der Internationalen Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, der World Health Organization (WHO) (2010), zu Deutsch Weltgesundheitsorganisation. Diese definiert Demenz als ein Syndrom, hervorgerufen durch eine Gehirnerkrankung (meist chronischen oder progressiven Charakters), bei der es zu Störungen höherer Hirnfunktionen kommt. Dies inkludiert Störungen des Gedächtnisses, des Denkens, der Orientierung, des Verstehens, des Rechnens, der Lernfähigkeit, der Sprache und des Urteilsvermögens, schließt eine Bewusstseinsstrübung jedoch aus. Diese Beeinträchtigungen der kognitiven Funktionen sind meist begleitet (oder werden vorangegangen) von Verschlechterungen der emotionalen Kontrolle, des sozialen Verhaltens oder der Motivation (ebd., www).

Der von der WHO verwendete Begriff „Syndrom“ verweist bereits darauf, dass Demenz nicht eine einzelne Krankheit, sondern viel mehr das Auftreten verschiedener Krankheitszeichen (auch Symptome genannt) meint, womit sich auch

der in der Literatur (Falk, 2004, S. 32; Schlegl, 2005, S. 43) oftmals erwähnte Begriff „dementielles Syndrom“ erklären lässt (Grillparzer, 2010, S. 2).

## **2.2 Epidemiologie**

Um das internationale und nationale Ausmaß des dementiellen Syndroms aufzeigen zu können, werden in folgendem Kapitel sowohl die Prävalenz als auch die Inzidenz dargestellt. Das Aufzeigen der Verteilungs- und Neuerkrankungsrate trägt dazu bei aufzeigen zu können, dass die Demenz ein weit verbreitetes Syndrom ist und das Thema dieser Arbeit somit hohen Stellenwert einnimmt.

### **2.2.1 Prävalenz**

Unter dem Begriff „Prävalenz“ wird die Häufigkeit einer Erkrankung in einer bestimmten Population und zu einem bestimmten Zeitpunkt verstanden (Reuter, 2005, S. 469). Im Folgenden werden sowohl internationale Daten, basierend auf dem Weltzheimer-Report (2009), als auch österreichische Daten, basierend auf dem Ersten Österreichischen Demenzbericht (Gleichweit&Rossa, 2009) und auf weiteren Studien, präsentiert.

#### *2.2.1.1 Internationale Prävalenz*

Im World Alzheimers' Report (zu Deutsch: Weltzheimer- Report) von 2009 konnte aufgrund einer systematischen Analyse weltweiter Literatur zu Prävalenzerhebungen in dem Zeitraum 1980 bis 2004, ein Überblick zur weltweit geschätzten Prävalenz der Demenz geboten werden.

Die Ergebnisse der Analyse wurden in nachstehender Tabelle (s. Tabelle 1) zusammengefasst:

**Total population over 60, crude estimated prevalence of dementia (2010), estimated number of people with dementia (2010, 2030 and 2050) and proportionate increases (2010-2030 and 2010-2050) by GBD world region**

GBD Region	Over 60 population (millions)	Crude estimated prevalence (%)	Number of people with dementia (millions)			Proportionate increases (%)	
	2010	2010	2010	2030	2050	2010-2030	2010-2050
<b>ASIA</b>	<b>406.55</b>	<b>3.9</b>	<b>15.94</b>	<b>33.04</b>	<b>60.92</b>	<b>107</b>	<b>282</b>
Australasia	4.82	6.4	0.31	0.53	0.79	71	157
Asia Pacific	46.63	6.1	2.83	5.36	7.03	89	148
Oceania	0.49	4.0	0.02	0.04	0.10	100	400
Asia, Central	7.16	4.6	0.33	0.56	1.19	70	261
Asia, East	171.61	3.2	5.49	11.93	22.54	117	311
Asia, South	124.61	3.6	4.48	9.31	18.12	108	304
Asia, Southeast	51.22	4.8	2.48	5.30	11.13	114	349
<b>EUROPE</b>	<b>160.18</b>	<b>6.2</b>	<b>9.95</b>	<b>13.95</b>	<b>18.65</b>	<b>40</b>	<b>87</b>
Europe, Western	97.27	7.2	6.98	10.03	13.44	44	93
Europe, Central	23.61	4.7	1.10	1.57	2.10	43	91
Europe, East	39.30	4.8	1.87	2.36	3.10	26	66
<b>THE AMERICAS</b>	<b>120.74</b>	<b>6.5</b>	<b>7.82</b>	<b>14.78</b>	<b>27.08</b>	<b>89</b>	<b>246</b>
North America	63.67	6.9	4.38	7.13	11.01	63	151
Caribbean	5.06	6.5	0.33	0.62	1.04	88	215
Latin America, Andean	4.51	5.6	0.25	0.59	1.29	136	416
Latin America, Central	19.54	6.1	1.19	2.79	6.37	134	435
Latin America, Southern	8.74	7.0	0.61	1.08	1.83	77	200
Latin America, Tropical	19.23	5.5	1.05	2.58	5.54	146	428
<b>AFRICA</b>	<b>71.07</b>	<b>2.6</b>	<b>1.86</b>	<b>3.92</b>	<b>8.74</b>	<b>111</b>	<b>370</b>
North Africa / Middle East	31.11	3.7	1.15	2.59	6.19	125	438
Sub-Saharan Africa, Central	3.93	1.8	0.07	0.12	0.24	71	243
Sub-Saharan Africa, East	16.03	2.3	0.36	0.69	1.38	92	283
Sub-Saharan Africa, Southern	4.66	2.1	0.10	0.17	0.20	70	100
Sub-Saharan Africa, West	15.33	1.2	0.18	0.35	0.72	94	300
<b>WORLD</b>	<b>758.54</b>	<b>4.7</b>	<b>35.56</b>	<b>65.69</b>	<b>115.38</b>	<b>85</b>	<b>225</b>

**Tabelle 1: Zusammenfassung der Analyse der geschätzten Prävalenz in den GBD-Regionen (Alzheimer's Disease International, 2009, S. 6)**

Die Angaben in der Tabelle beziehen sich auf folgende Kriterien: Gesamtbevölkerung über 60 Jahre, eine grob geschätzte Prävalenz der weltweiten Demenz im Jahr 2010 (ausgedrückt in %), die geschätzte Anzahl von Menschen mit Demenz in den Jahren 2010, 2030 und 2050 (ausgedrückt in absoluten Zahlen) sowie die proportionale Erhöhung der Demenzprävalenz zwischen den beiden Zeiträumen 2010 bis 2030 sowie 2010 und 2050 (Prince&Jackson, 2009, S.6).

Die Analyse fokussierte auf 11 von 21 der so genannten „Global Burden of Diseases“ (GBD) Regionen (ebd.). Bei dem von der WHO initiierten „Global Burden of Disease“ (zu Deutsch „weltweite Krankheitslast“) Analysekonzept handelt es sich um ein Konzept zur Messung der Mortalität und des Gesundheitsverlustes infolge von Krankheiten, Verletzungen und Risikofaktoren weltweit und für alle Regionen (WHO, 2012, www). 1990 wurde die erste GBD-Studie von der WHO in Auftrag gegeben, wobei 6 Regionen weltweit eingeschätzt wurden. 20 Jahre später, im Jahre 2010, wurde eine weitere GBD-Studie durchgeführt, diesmal jedoch mit Fokus auf 21 Regionen (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2012, www). Auf Basis von Studienanzahl und Studienqualität konnte letztendlich eine Metaanalyse für 11 der 21 Regionen durchgeführt werden (Alzheimer’s Disease International, 2009, S.6).

Laut Tabelle (s. Tabelle 1) leben die meisten Menschen mit einem Alter von über 60 Jahre in Asien, wobei von ca. 406 Millionen ausgegangen wird. Gefolgt wird diese Zahl von ca. 160 Millionen Menschen diesen Alters in Europa (ebd. S. 15). Die höchst geschätzte Prävalenz an Demenzkranken liegt mit 6,5% in Amerika, gefolgt von 6,2% in Europa. Die niedrigste Prävalenzrate wird hingegen für Afrika geschätzt. Die höchst geschätzte Rate an im Jahr 2010 an Demenz Leidenden (in absoluten Zahlen ausgedrückt), liegt mit ca. 16 Millionen am Höchsten in Asien gefolgt von ca. 10 Millionen in Europa (ebd.). Sowohl in den Jahren 2030 als auch 2050 wird die tatsächliche Rate an Demenzerkrankten am Höchsten in Asien und Amerika geschätzt.

### 2.2.1.2 *Österreichische Prävalenz*

Aufgrund fehlender Primärdaten muss für die Darstellung österreichischer Daten auf Hochrechnungen und Schätzungen zurückgegriffen werden (Gleichweit&Rossa, 2009, S. 13).

So wird beispielsweise im ersten österreichischen Demenzbericht (ebd.), im sogenannten „Dementia Yearbook“ (Alzheimer Europe, 2006) sowie in den „Medizinischen Leitlinien zur Versorgung Demenzkranker“ (Dorner, Rieder & Stein, 2011) bei der Darstellung österreichischer Prävalenzdaten auf die europäische Erhebung der „European Community Concerted Action on the Epidemiology and

Prevention of Dementia group“ (EURODEM) (Hofmann et al., in Alzheimer Europe, 2006, S. 49) zurückgegriffen, in der ein Review von 11 Prävalenzstudien aus dem Zeitraum zwischen 1980 und 1990 erstellt wurde. Die Ergebnisse der damals vorgenommenen Hochrechnungen besagen, dass im Jahr 2005 ca. 104.000 Menschen mit Demenz in Österreich lebten, was einer Prävalenz von 1,15% entspricht (Hofman et al., in ebd.).

Weiters wurde in den oben genannten Publikationen auf eine Studie aus dem Jahr 2005 (Ferri et al., in ebd.) zurückgegriffen, in der 12 ExpertInnen Prävalenz-Schätzungen für verschiedene WHO Regionen aufgrund publizierter Demenzstudien abgeben sollten. Die AutorInnen schätzten die Zahl der im Jahr 2005 in Österreich lebenden Demenzkranken auf ca. 94.000 Menschen mit einer Prävalenz von 1,27% ein (Ferri et al., in ebd.). Beide Prävalenzraten werden somit im Europäischen Unions- Durchschnitt geschätzt (Alzheimer Europe, 2006, S. 49).

In einer Studie von Wancata, Krautgartner, Berner und Alexandrowicz (2003) konnte weiters der Verlauf der Prävalenz demenzieller Erkrankungen in dem Zeitraum zwischen 1951 und 2050 berechnet werden, wobei auf Daten der Statistik Austria zurückgegriffen wurde (S.33). Während es in Österreich im Jahr 1951 noch rund 35.000 Demenzkranke gab, waren es im Jahr 2000 bereits 90.000 und im Jahr 2010 108.000 Betroffene. Im Jahr 2050 wird die Anzahl Demenzkranker hingegen bereits rund 234.000 Menschen umfassen.

Gleichweit und Rossa (2009) weisen im ersten österreichischen Demenzbericht jedoch darauf hin, dass sich die durch Wancata et al. errechneten Prognosen nur teilweise erfüllten, wodurch eigene aktuelle Hochrechnungen vorgenommen wurden (S. 18). Dazu wurden die Ergebnisse von Wancata et al. auf Basis aktuellerer bevölkerungsprognostischer Daten der Statistik Austria hochgerechnet (ebd.). Analog zu den Ergebnissen von Wancata et al. wurde auch hier von ca. 90.000 Demenzkranken ab einem Alter von 60 Jahren im Jahr 2000 und von 180.000 Betroffenen im Jahre 2010 ausgegangen (ebd.). Jedoch liegen die Schätzungen bezogen auf das Jahr 2050 um einiges höher als bei Wancata et al. angenommen, da zu diesem Zeitpunkt bereits rund 270.000 Menschen von der Demenz betroffen sein werden.

## 2.2.2 Inzidenz

Die Inzidenz, auch „Neuerkrankungsziffer“ genannt, ist eine epidemiologische Kennzahl, welche die Anzahl der Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum aufzeigt (Stumm&Pritz, 2009, S. 335).

### 2.2.2.1 Internationale Inzidenz

Zur Darstellung internationaler Inzidenzraten kann erneut auf eine Analyse der EURODEM zurückgegriffen werden. Im Jahr 2000 wurde eine Meta-Analyse von 8 Studien aus 7 europäischen Ländern (Finnland, Schweden, Dänemark, England, Frankreich, Spanien) durchgeführt und unter anderem versucht, die Inzidenzrate der Demenz darzustellen (Fratiglioni, Launer, Andersen, Breteler, Copeland, Dartigues, Lobo, Martinez-Lage, Soininen & Hofman, 2000, S.10). Die AutorInnen kamen dabei zu folgendem Ergebnis: Bei den 65-70 Jährigen konnte eine Inzidenz von 0,24% jährlich nachgewiesen werden (zu den 60-65 Jährigen liegen keine Daten vor). Bei den 70-75 Jährigen beträgt die Inzidenz 0,55%, bei den 80-85Jährigen 3,05% und steigt bei den 85-89 Jährigen auf 4,86%. Bei den 90-95 Jährigen beträgt sie bereits 7,02% (ebd., in Wancata, Meise, Marksteiner, 2003, S. 31).

Eine weitere erwähnenswerte Studie ist die von Gao, Hendrie, Hall und Hui (1998) durchgeführte Meta Analyse von 13 Studien aus dem Zeitraum 1991 bis 1997 aus Europa, den USA und Ostasien. Während die Inzidenzrate bei den 60-64 Jährigen jährlich noch bei 0,03% liegt, liegt sie bei den 65-69 Jährigen bei 0,33%. Bei den 70-75Jährigen beträgt sie 0,84% und steigt bei den 80-84 auf 3,36%. Bei den 85-89 Jährigen beträgt die Inzidenz bereits 5,3% und bei den 90-94 Jährigen 7,29% (ebd.).

Zusammengefasst können die Inzidenzraten beider Studien in folgender Tabelle (s. Tabelle 2) zusammengefasst dargestellt werden:

	<b>Fratiglioni et al. (2000)</b> (%)	<b>Gao et al. (1998)</b> (%)
<b>Alter</b>		
60-65	-	0,03

65-70	0,24	0,33
70-75	0,55	0,84
75-80	1,60	1,82
80-85	3,05	3,36
85-90	4,86	5,3
90-95	7,02	7,29
95+	7,02	8,68

**Tabelle 2: Jährliche Inzidenz nach Altersklassen (eigene Darstellung, 2012, in Anlehnung an Wancata et al., 2003, S. 31)**

Bei Betrachtung der Tabelle (s. Tabelle 2) zeigen sich ähnliche Ergebnisse der beiden Studien. Das wohl aussagekräftigste Ergebnis liegt darin, dass die Neuerkrankung an Demenz mit dem Alter massiv steigt. Während die Neuerkrankungen bei den untersuchten Personen zwischen dem 60. – und dem 75. Lebensjahr noch weitgehend gering sind, nehmen sie ab dem 75. Lebensjahr in stetigem Maße zu.

#### 2.2.2.2 *Österreichische Inzidenz*

Bei der Darstellung österreichischer Inzidenzdaten kann erneut auf die Studie von Wancata et al. (2003) zurückgegriffen werden. Ebenso wie bei der Berechnung von Prävalenzdaten nahmen die AutorInnen, basierend auf Daten der Statistik Austria, Berechnungen für den Zeitraum von 1951 bis 2050 vor und kamen dabei zu folgenden Inzidenzzahlen für Österreich: 1951 betrug die jährliche Inzidenzrate noch 9.600 und stieg im Jahr 2000 bereits auf 24.000. 2010 umfasste sie 28.000, im Jahr 2030 soll sie 42.000 umfassen um im Jahr 2050 sogar 59.500 (ebd., S. 33).

Da sich, wie bereits bei den Prävalenzdaten für Österreich erwähnt, die Prognosen von Wancata et al. (ebd.) nur teilweise erfüllten, wurden im Österreichischen Demenzbericht (Gleichweit&Rossa, 2009) die Daten von Wancata et al. auf Basis der Bevölkerungsprognosen der Statistik Austria aus dem Jahr 2007 hochgerechnet. Ergebnisse dieser Hochrechnung waren Folgende: Im Jahr 2000 waren es pro Jahr

24.900 Neuerkrankungen, im Jahr 2010 rund 30.000, im Jahr 2030 werden es 45.000 und im Jahr 2050 74.500 sein (ebd., S. 21).

Die nachfolgende Tabelle (s. Tabelle 3) bietet einen Überblick über die österreichischen Prävalenzdaten unterschiedlicher AutorInnen:

	<b>Wancata et al. (2003) (Personen)</b>	<b>Gleichweit&amp;Rossa (2009) (Personen)</b>
<b>Jahr</b>		
1951	9.600	-
2000	23.600	24.923
2010	28.100	29.864
2030	42.000	45.200
2050	59.500	74.564

**Tabelle 3: Jährliche Inzidenz in ausgewählten Jahren (eigene Darstellung, 2012, in Anlehnung an Gleichweit&Rossa, 2009, S. 21)**

Die Tabelle macht den Anstieg der Demenzneuerkrankungen im Laufe der Jahrzehnte deutlich. Zwischen der linken und der rechten Spalte zeigen sich Unterschiede in der Berechnung vor allem ab 2030. Nach der Hochrechnung von Gleichweit und Rossa (ebd.) werden in den Jahren 2030 ca. 3000 mehr Neuerkrankungen auftreten als nach den Berechnungen von Wancata et al. (2003) und im Jahr 2050 ca. 14.000.

### **2.2.3 Zusammenfassung**

Zur internationalen Prävalenzrate kann festgehalten werden, dass diese im Jahr 2010 in Amerika und Westeuropa am Höchsten lag. Die geringste Prävalenzrate wurde hingegen in Afrika berechnet. Wie die Inzidenzraten zeigen konnten, tritt das dementielle Syndrom vor allem im höheren Lebensalter auf. Vor diesem Hintergrund kann die Erklärung für eine erhöhte Prävalenz in Amerika und Westeuropa und die geringste Prävalenz in Afrika, höchstwahrscheinlich in den unterschiedlichen,

gesundheitlichen Versorgungsmöglichkeiten und der damit verbundenen Lebenserwartung gefunden werden.

Studien zur internationalen Inzidenz zeigen auf, dass die Inzidenz mit höherem Alter steigt und ab dem 75. Lebensjahr zwischen 1,60% und 1,80% liegt und bei einem Alter von 85 Jahren bereits zwischen 4% und 5% liegt.

Die in Österreich geschätzte Prävalenz wird zwischen 1,15% und 1,27% geschätzt und umfasste im Jahr 2010 rund 108.000 Betroffene. Weitere Studien und eigene Hochrechnungen im Ersten österreichischen Demenzbericht (Gleichweit&Rossa, 2009) konnten weiters zeigen, dass die Anzahl Demenzkranker im Laufe der Zeit in Österreich gestiegen ist und weiter steigen wird.

Auch die österreichischen Inzidenzraten zeigen, dass es sich bei der Demenz um eine „Erkrankung des Alters“ handelt da auch hier die Neuerkrankungsrate mit steigendem Lebensalter stetig zunimmt. Diese Berechnungen ermöglichten zudem aufgrund der Darstellung absoluter Zahlen, ein Gefühl für das Ausmaß der Erkrankung zu erhalten. So waren es laut Hochrechnungen von Gleichweit und Rossa (2009) im Jahr 2010 fast 30.000 Neuerkrankungen, wobei im Jahr 2050 von rund 74.000 Neuerkrankungen ausgegangen wird.

Ausschließlich alle der in diesem Kapitel zitierten Studien waren Meta-Analysen von Primärstudien zu Prävalenz- und Inzidenzerhebungen. Es muss erwähnt werden, dass es sich dabei um nicht-aktuelle Meta-Analysen handelte, da sie meist 10 Jahre und mehr zurückliegen. Die aktuellste Hochrechnung der Prävalenz- und Inzidenz der Demenz in Österreich wurde in dem Österreichischen Demenzbericht (ebd.) vorgenommen, da die bisherigen Hochrechnungen auf der österreichischen Bevölkerungsstatistik von 2007 basierten. Jedoch wurden auch hier lediglich Hochrechnungen und keine Primärerhebungen vorgenommen was zu dem Schluss führt, dass die präsentierten Daten als Schätzungen und als keine zu hundert Prozent belegten Daten angesehen werden dürfen.

## 2.3 Formen der Demenz

Im folgenden Kapitel werden die unterschiedlichen Demenzformen aufgezeigt. Diese umfassen: die primäre Demenz (inklusive degenerative und vaskuläre Demenz sowie eine Mischform dieser beiden) und die sekundäre Demenz, wobei deren wichtigster Unterscheidungspunkt in der unterschiedlichen Entstehungsursache liegt.

### 2.3.1 Primäre Demenz

Zu der primären Demenz, die rund 80-90 % der Demenzfälle ausmacht, zählen nach Pschyrembel (Margraf&Maier, 2012) die degenerative Demenz, die vaskuläre Demenz sowie eine Mischform dieser beiden (S. 185).

Bei dieser Art von Demenzen handelt es sich um jene, bei denen der geistige Abbau der Betroffenen führendes Krankheitszeichen ist und nicht in Folge anderer, vielleicht heilbarer, Krankheiten aufgetreten ist (Krämer&Förstl, 2008, S.31).

#### 2.3.1.1 *Degenerative Demenz*

Laut der Definition nach Krämer und Förstl (ebd.) ist mit dem Wort „degenerativ“ ein Abbau von Zellbestandteilen, Zellen oder Organen und eine damit einhergehende Fehlfunktion oder ein Funktionsverlust gemeint. Die degenerative Demenz ist aufgrund des Verlustes von Nervenzellen des Gehirns, ursächlich in sich begründet (ebd.). Die degenerative Demenz ist somit als abbaubedingte Demenz zu verstehen (Grond, 2005, S. 18).

Zur degenerativen Demenz zählen unter anderen die mit der höchsten Häufigkeit auftretende Alzheimer- Demenz, die frontotemporale Demenz sowie die Lewy-Körperchen Demenz (ebd.).

#### 2.3.1.2 *Vaskuläre Demenz*

Im Gegensatz zur abbaubedingten degenerativen Demenz entwickelt sich die vaskuläre Demenz aufgrund auftretender Durchblutungsstörungen im Gehirn, die

meist in Folge einer Arteriosklerose der Hirnarterien entstehen (Andreae, 2008, S. 1314). Auch Gefäßverschlüsse durch Blutgerinnsel können, wenn auch mit geringerer Wahrscheinlichkeit, als Ursache einer vaskulären Demenz gedeutet werden (ebd.). Die dadurch auftretenden Gefäßveränderungen können in Folge zu kleineren und mittleren Infarkten im gesamten Gehirn führen, wodurch auch meist der Begriff „Multiinfarktdemenz“ verwendet wird (ebd.). In weiterer Konsequenz wird Hirngewebe abgebaut und geht verloren. Eine dazu zählende Demenzform ist die so genannte „Morbus Binswanger“ (Diener, 2006, S. 165).

#### 2.3.1.3 *Mischformen degenerativer und vaskulärer Demenz*

Eine Mischform der degenerativen und vaskulären Demenz liegt vor, wenn vaskuläre Läsionen eintreten und „sekundär einen der Alzheimer-Krankheit ähnlichen, degenerativen Prozess verursachen“ (Smekal&Mielke, 2012, S. 170).

### 2.3.2 **Sekundäre Demenz**

Im Gegensatz zur primären, in sich ursächlich begründeten Demenz, tritt die sekundäre Demenz in Folge einer anderen, behandelbar oder sogar heilbaren, Krankheit auf (Krämer&Förstl, 2008, S. 33).

Dilling, Mombour, Schmidt und Schulte-Markwort (2006) zählen dazu folgende Demenzen: Demenz bei Pick-Krankheit, Demenz bei Creutzfeld-Jacob-Krankheit, Demenz bei Chorea-Huntington, Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom, Demenz bei HIV-Krankheit und Demenz bei sonstigen, nicht näher bezeichneten Krankheiten (S. 56-58).

## 2.4 Schweregrade und Verlaufsstadien sowie Krankheitsdauer und Mortalitätsrisiko der Demenz

### 2.4.1 Schweregrade und Verlaufsstadien

In der Literatur (Grond, 2005, S. 46; Weyerer&Bickel, 2007, S.59) wird eine Einteilung in drei Schweregrade der Demenz vorgenommen. Grond (2005) beispielsweise benennt diese folgendermaßen: Das Früh-oder Vergessensstadium, das mittlere oder Verwirrtheitsstadium und das fortgeschrittene Hilflosigkeits- oder Spätstadium (S.46). Folgend werden die von Grond (ebd.) genannten Schweregrade der Demenz vorgestellt.

#### 2.4.1.1 *Früh- oder Vergessensstadium*

In diesem Stadium vergessen die Personen, finden die passenden Worte nicht oder können sich in der Fremde nicht zurechtfinden (ebd.). Das Ausführen gewohnter Tätigkeiten, das Erlernen neuer Inhalte sowie die Fähigkeit zu Urteilen und Schlussfolgerungen zu ziehen, fällt den Personen schwer. Als Folgen auf das Erkennen dieser Merkmale folgen Depressivität, Inaktivität sowie das Suchen nach Ausreden (ebd.). Zum ersten Stadium der Demenz fügen Weyrer und Bickel (2007) hinzu, dass trotz des Auftretens dieser ersten Schwierigkeiten, noch kein Bedarf an Hilfe von dritten Personen besteht (S. 59).

#### 2.4.1.2 *Mittleres- oder Verwirrtheitsstadium*

Trotz einer aufrecht bleibenden körperlichen Fitness, treten zeitliche, örtliche und situative Verwirrungen auf. Dieses ist auch jenes Stadium in dem die Hilfe dritter Personen zum ersten Mal benötigt wird (Grond, 2005, S. 46). Aufgrund vernachlässigter Alltagsfunktionen, Herumirren, verlorengangener Rechenkompetenz und sozial auffälligem Verhalten benötigt der/die Betroffene Unterstützung anderer Personen. Auf die geschwundenen Kompetenzen reagieren die PatientInnen meist mit Ungeduld und Aggressivität (ebd.). Ist eine Unterstützung

anderer Personen nicht gegeben, so scheint in diesem Stadium die Einweisung in ein Pflegeheim unvermeidlich (Weyrer&Bickel, 2007, S. 59).

### 2.4.1.3 Fortgeschrittenes Hilflosigkeits- oder Spätstadium

Im dritten und letzten Stadium gehen die letzten verbliebenen Alltagsfunktionen komplett verloren (ebd.). Schwierigkeiten beim Essen, Schlucken, Bewegen und bei dem Ausführen einfacher Tätigkeiten machen die Betroffenen zur Gänze abhängig von anderen Personen (Grond, 2005, S. 46). Hinzu kommen Halluzinationen, immer weniger werdendes Sprechen, nicht-erkennen der Angehörigen mit teilweise verbal aggressivem Verhalten diesen gegenüber, selten auch Krampfanfälle, Inkontinenz und erhöhte Sturzgefahr (ebd.). Das Ende dieses Stadiums fasst Grond (ebd.) in folgenden Worten zusammen: „Schließlich wird die demenzkranke Person unfähig, wahrzunehmen, zu denken, zu sprechen oder zu stehen, zu sitzen oder zuletzt den Kopf zu heben. Sie stirbt monatelang in zunehmender Schwäche und braucht Palliativpflege“.

Grafisch lassen sich die Schweregrade der Demenz und die damit einhergehenden Einschränkungen in folgender Grafik darstellen:

Leichte Demenz	mittelschwere Demenz	schwere Demenz
Unfähig zu komplexen ATL z. B. Umgang mit Geld	unfähig zu einfachen ATL z. B. Einkaufen, Kochen verwirrt	unfähig zu basalen ATL = hilflos z. B. Waschen, Essen.
braucht Anleitung zur Selbstpflege	teilweise kompensatorische Pflege	braucht vollständige Fremdpflege

Abbildung 1: Demenzverlauf (Grond, 2005, S. 50)

Die hier dargestellten Einschränkungen beziehen sich auf die so genannten „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL). Diese werden als grundlegende Alltagsfähigkeiten definiert, die eine Mensch an sich selbst umsetzt, wie zum Beispiel Waschen, Baden, Essen, Anziehen, Toilettenbenutzung sowie Harn- und

Stuhlkontrolle (Pfisterer&Oster, 2007, S. 18). Mit dem Schweregrad der Demenz kommt es zu einer proportionalen Abnahme der ATL was in gleichem Zuge eine schrittweise Abhängigkeit von Personen mit sich zieht.

#### **2.4.2 Krankheitsdauer- und Mortalitätsrisiko**

Die eben genannten Schweregrade und die darin beschriebene Symptomatik der Demenz zeigen, dass Demenz progredient ist und den Zustand der Betroffenen im Laufe der Zeit erheblich verschlechtern kann. Dieser irreversibel chronisch progredienter Verlauf endet meist mit dem Tod (Bickel, 2012, S. 24). Mortalitätsstudien weisen in diesem Zusammenhang auf eine verkürzte, verbleibende Lebenserwartung hin und auch im Vergleich mit nicht dementen Personen ist die Mortalität um ein Zwei- bis Fünffaches erhöht (ebd.).

Die Bestimmung der Krankheitsdauer ist aufgrund eines schleichenden Beginnes meist schwierig zu bestimmen (ebd.). Es besteht jedoch die Annahme, dass die Krankheitsdauer bei der Demenz vom Alzheimer Typ sieben bis achte Jahre und bei den vaskulären Demenzen in etwa vier bis acht Jahre umfasst, wobei die Dauer vom Auftreten der ersten Symptome bis hin zum Tod gemeint ist (Wetterling, 2001, S. 60). Da der Beginn, wie oben erwähnt, meist schleichend ist kann grundsätzlich von einer längeren Krankheitsdauer ausgegangen werden.

### **2.5 Begleitsymptome der Demenz**

Obwohl bereits im Kapitel zu den Verlaufsstadien (s. Kapitel 2.4) die mit einer Demenz einhergehenden Veränderungen kurz genannt wurden, soll im folgenden Kapitel ein spezifischer Fokus auf die Symptome einer Demenz gelenkt werden. So werden vor allem die mit dementiellen Veränderungen in Zusammenhang stehenden „herausfordernden Verhaltensweisen“ als Grund für eine erheblich zeitintensive und emotional belastende und anstrengend empfundene Pflege betrachtet (Höwler, 2008, S. 114). Neben den herausfordernden Verhaltensweisen sollen aber auch andere demenzbegleitende Symptome genannt werden um einen Einblick in die spezielle Situation der DemenzpatientInnen zu erhalten.

Die Präsentation dieser Symptome erfolgt in Anlehnung an die Symptomeinteilung nach Kastner und Löbach (2007), da die AutorInnen einen breiten Überblick bieten. Folgende Symptomgruppen werden nach der Reihe vorgestellt:

1. Kognitive Symptome
2. Psychische Störungen und Verhaltensänderungen
  - a) Psychische Symptome
  - b) Verhaltensänderungen
3. Körperliche Symptome

(S. 10).

### **2.5.1 Kognitive Symptome**

Pace, Treloar und Scott (2011) beschreiben das Auftreten kognitiver Symptome durch das Zusammenspiel der zwei Aspekte „kognitive Leistungsfähigkeit“ und „kognitive Beanspruchung“ (S. 15). Die „kognitive Leistungsfähigkeit“ beschreibt die Fähigkeit Informationen zu erwerben, zu verarbeiten, wiederzugeben und diese anzuwenden. Zweites hingegen meint die Beanspruchung eben dieser kognitiven Leistungsfähigkeit, wie zum Beispiel beim Erlernen neuer Aufgaben (ebd.). Kognitive Symptome, wie sie im Folgenden aufgezeigt werden, treten bei dementen PatientInnen auf, wenn die kognitive Beanspruchung die kognitive Leistungsfähigkeit übersteigt.

Im Anfangsstadium einer Demenz treten erste Veränderungen in der Merkfähigkeit auf. Ebenfalls im Frühstadium fallen erste Sprachstörungen auf, die im Fachjargon als „Aphasien“ bezeichnet werden (ebd. S. 11). Während es im Frühstadium noch daran mangelt, die „richtigen Worte zu finden“, kommt es im Laufe der Zeit zu Schwierigkeiten, komplizierte Sätze zu verstehen und zu formulieren (Falk, 2004, S. 82). In späteren Stadien kommt es zu einer Zunahme der Wortfindungsstörungen bis hin zur Verwechslung mit klangähnlichen Wörtern und der Unfähigkeit, das Gedachte in Worte zu fassen (ebd.).

Neben der Aphasie wird zu den kognitiven Symptomen auch die so genannte Apraxie gezählt, wobei es zu Störungen der Handlungsabläufe kommt (Kastner&Löbich, 2007, S. 12). Dies zeigt sich in der Unfähigkeit, alltägliches Werkzeug zu benutzen (z.B. Bedienung des Besteckes).

Gefolgt werden die Aphasie und die Apraxie von Wiedererkennungstörungen, der so genannten Agnosie. Dies umfasst beispielsweise das Nichterkennen von Personen, dem eigenen Krankheitsbild oder sogar des eigenen Wohnraums (ebd.).

Zusätzlich folgen allgemeine Veränderungen der Gedächtnisleistung, der Aufmerksamkeit wie Konzentration, der Urteilsbildung sowie der Orientierungsstörung im Spätstadium (ebd., S. 10-11).

## **2.5.2 Psychische Störungen und Verhaltensänderungen**

Für diese Art von Symptomen hat sich der englische Begriff BPSD, die Abkürzung zu „Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia“, zu Deutsch Verhaltensbezogene und psychische Symptome der Demenz, durchgesetzt, wobei sich in der Pflegewissenschaft vor allem den Begriff „Herausforderndes Verhalten“ wiederfindet (ebd., S. 13).

Da es vor allem diese Symptome sind, die die Pflege einer dementen Person, erheblich erschweren (ebd., Haberstroh, 2010, S. 461), wird ihnen im Folgenden besondere Beachtung geschenkt.

### **2.5.2.1 Psychische Symptome**

Im Gegensatz zu den kognitiven Symptomen, verstärken sich psychische Symptome bei DemenzpatientInnen nicht, sondern werden über längere Phasen beobachtet (Kastner&Löbich, 2007, S. 13). Außerdem kann nach langen Phasen voll von z.B. Angst und Depression wieder eine ausgeglichene Stimmung eintreten, auch ohne Einsatz von Medikamenten (ebd. S. 13-14). Zu den psychischen Störungen und Verhaltensweisen zählen Kastner und Löbach (ebd.) beispielsweise: Angst, Depressivität, Halluzinationen und Verkennungen (S. 14). Pace, Treloar & Scott

(2011) nennen in diesem Zusammenhang noch weiters die Wahnvorstellungen (S.17).

Angst meint bei DemenzpatientInnen meist generalisierte Ängste, also jene Ängste die nicht aufgrund eines bestimmten Objektes oder einer bestimmten Situation entstehen. Grond (2005) berichtet davon, dass Angst bei fast jedem/jeder Demenzkranken auftritt (S.26).

Auch Depressivität kann als eine Form der psychischen Symptome auftreten. Der Grund dafür liegt in den erlebten Einbußen, in der organischen Krankheit oder aber in dem unabhängigen Vorhandensein einer Depression (Kastner&Löbich, 2007, S. 14). Depressionen spielen auch in der Differentialdiagnose der Demenz eine wichtige Rolle und werden in Kapitel 2.6 thematisiert.

Mit Halluzinationen wiederum sind Sinnestäuschungen gemeint (Reuter, 2005, S. 220). Sie kommen bei demenzkranken Personen sehr häufig vor, wobei Grond (2005) davon berichtet, dass diese bereits bei jedem/r dritten DemenzpatientIn beobachtbar sind (S. 26). Obwohl sie sich meist auf das Sehen und Hören beziehen, können prinzipiell alle Sinne im Rahmen einer Halluzination betroffen sein können (Pace, Treloar & Scott, 2011, S. 17).

Die Verkennung oder „Illusion“ hingegen beschreibt die Verkennung eines realen Objektes, wobei beispielsweise ein Riss im Boden als Schlange wahrgenommen wird (ebd.). Illusionen äußern sich meist bei geringem sensorischen Input, wie beispielsweise bei gedämpftem Licht, kurz vor dem Schlafgehen aber auch im Rahmen eines Delirs (s. Kapitel 2.5.1.3) (ebd.).

Eine Wahnvorstellung beschreibt eine „objektive falsche Überzeugungen, die gegen alle vernünftigen Einwände aufrecht erhalten wird“ (Reuter, 2005, S. 621). Zu den gängigsten zählen die irrtümliche Überzeugung Opfer eines Diebstahls geworden zu sein, Eindringlinge im Haus zu haben sowie mit anderen Personen/Gegebenheiten zu tun zu haben, als dies der Fall ist (z.B. Missidentifikation anderer Personen, der eigenen Person oder diverser Bilder im Fernsehen) (Pace, Treloar & Scott, 2011, S. 17).

### 2.5.2.2 *Verhaltensänderungen*

Zu den Verhaltensänderungen zählen Unruhe und Agitiertheit, Aggressivität, Sammeln und Sexualität (Kastner&Löbach, 2007, S. 16-19).

Unruhezustände umfassen Rufen/Schreien, Apathie und Antriebslosigkeit, Agitiertheit mit und ohne Aggressivität sowie Wandern und Weglaufen (ebd., S. 16). Vor allem Wandern ist bei DemenzpatientInnen oft zu beobachten, wobei dieses selten, obwohl oft angenommen, ziellos ist. Jedoch vergessen die Betroffenen wohin sie gehen wollten und was sie erledigen wollten (Braas, Croy, Diener, Förtsch, Freter, Goettschalckx, Gove, Henry, Jansen, Schneider-Schelte & Wolfensberger, 2005, S. 57). So irren die Betroffenen beispielsweise im Haus herum und wollen das Haus in der Nacht verlassen (ebd.). Die mit dem Wandern verbundene Verirrung in fremden Umgebungen, damit einhergehende erhöhte Gefährdung im Straßenverkehr sowie mögliche Stürze und Verletzungen machen dieses Thema zu einem besonderen Gefahrenthema. Ein besonderes zu beobachtendes Phänomen bei DemenzpatientInnen, im Zusammenhang mit erhöhter Agitiertheit, ist das so genannte „Sun-Downing“ – bzw. zu Deutsch „Sonnenuntergangsphänomen“. Dabei lässt sich eine vermehrte Desorientiertheit und Agitiertheit von DemenzpatientInnen in den Abendstunden feststellen (Kastner&Löbach, 2007, S. 17). Die Auslöser dafür sind nicht zu hundert Prozent belegt, Gründe werden jedoch in veränderten hormonellen Veränderungen in der Tagesrhythmik und der Ermüdung angenommen (ebd.).

Vor allem Aggressivität, die meist in späteren Stadien der Demenz zu Tage tritt, stellt in der Pflege und Betreuung dementer Personen eines der größten Probleme dar. So zeigen Untersuchungsergebnisse eine Prävalenzrate zwischen 20 und 100% von aggressivem Verhalten dementer Personen im klinischen Setting (Halek& Bartholomeyczik, 2006, S. 39). Obwohl Aggressivität meist nicht gezielt oder geplant ist und meist auf einer emotionalen Instabilität und einem Verlust der Impulskontrolle basiert, kann in Einzelfällen auch gezielte Aggressivität beobachtet werden (Kastner&Löbach, 2007, S. 18). Erschwert wird diese Situation durch die fehlende Möglichkeit, allgemein übliche Konfliktlösungsstrategien anzuwenden, da es dementen Personen nicht mehr möglich ist, auf dieser Abstraktionsebene zu kommunizieren (Schnabel, 2005, S. 79).

Zu den Verhaltensänderungen zählt auch das Sammelverhalten dementer Personen: Müll, Zeitungen und Essensbestandteile sind nur Einige aus dem Sammelrepertoire, die hier genannt werden (Kastner&Löbach, 2007, S. 18). Meist ist das Sammelverhalten ein sehr zwanghaftes und Versuche, die Betroffenen davon abzuhalten, scheitern meist (ebd.).

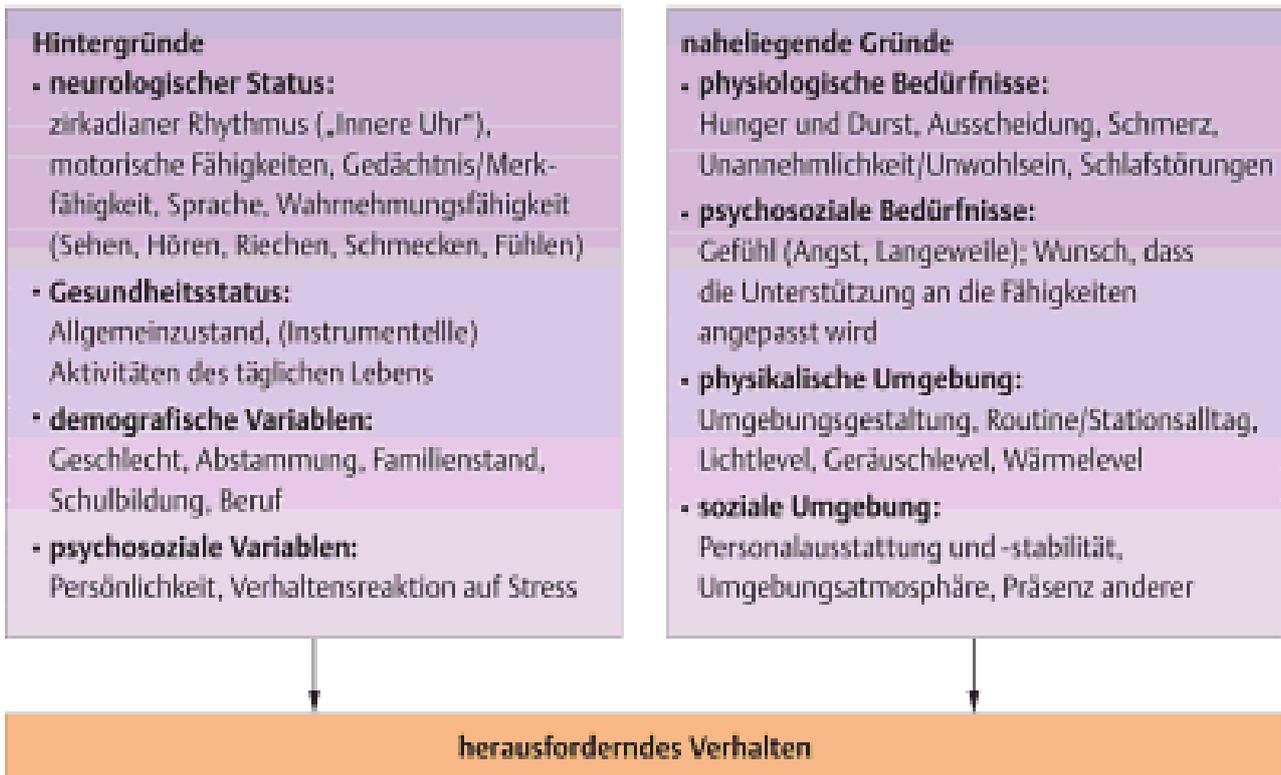
An letzter Stelle sei die Sexualität zu nennen. Bedingt durch die hirnorganische Erkrankung können in weiterer Folge Veränderungen im Sexualverhalten auftreten. Diese können sich in öffentlicher Masturbation, dem öffentlichen Entkleiden oder aber dem Einsatz vulgärer Wörter widerspiegeln (ebd., S. 19). Der Grund dafür kann beispielsweise in der Missinterpretation des körperlichen Kontaktes durch die Pflegepersonen gefunden werden.

### 2.5.2.3 Gründe für „herausforderndes Verhalten“

Psychische Störungen und herausfordernde Verhaltensweisen können auf Basis pathologischer Prozesse, auf Basis der Persönlichkeit der Betroffenen sowie auf der Reaktion der Mitmenschen auf die Demenz gründen (Pace, Treloar & Scott, 2011, S. 17). Psychische Störungen und herausfordernde Verhaltensweisen werden also nicht als zum Krankheitsbild notgedrungen dazugehörig, sondern oft als menschliche Reaktion auf unerwartete oder überfordernde Situationen, verstanden (Haberstroh, 2010, S. 461).

In der Vergangenheit wurden Bemühungen unternommen, Erklärungsmodelle für die Entstehung des herausfordernden Verhaltens zu entwickeln, mit dem Ziel wirksame Maßnahmen diesbezüglich ergreifen zu können (Halek&Bartholomeyczik, 2006, S. 47). Vor allem die internationale Pflegeforschung hat demenzspezifische Verhaltensweisen seit den Neunzigern in den Mittelpunkt des Interesses gestellt. In diesem Zusammenhang wurden von WissenschaftlerInnen verschiedene Forschungsansätze zusammengeführt, dessen Ergebnis ein Modell zur Erklärung demenzspezifischer Verhaltensweisen darstellt mit dem Namen „Bedürfnis bedingtes Verhaltensmodell bei Demenz“, auch bekannt unter dem englischen Ausdruck „need driven dementia-compromised behaviour model“/ NDB-Model (ebd. S. 49-50).

Die Basis des NDB-Modells bildet die Annahme, dass herausforderndes Verhalten ein Indikator für unerfüllte Bedürfnisse ist. Herausforderndes Verhalten entsteht unter dieser Annahme, wenn Pflegende und Angehörige die Bedürfnisse der dementen Person nicht erkennen (ebd. S. 51). Als Erklärung für die Entstehung des Verhaltens werden zwei Faktorengruppen genannt: die so genannten „Hintergrundfaktoren“ und die „nahen Faktoren“. Erstere stehen für die individuellen Merkmale der Person, die das Risiko für das Auftreten herausfordernden Verhaltens bestimmen (ebd.). Zu ihnen zählen der neurologische Status (z.B. Gedächtnis/Merkfähigkeit, Wahrnehmungsfähigkeit), der Gesundheitsstatus (inklusive dem Allgemeinzustand und den alltäglichen Aktivitäten), demografische Variablen (z.B. Geschlecht, Schulbildung) sowie psychosoziale Variablen (inklusive Persönlichkeit und Verhaltensreaktion auf Stress) (Haberstroh, 2010, S. 462). „Nahe Faktoren“ wiederum sind jene Faktoren, die das Verhalten unmittelbar auslösen und somit veränderbar sind. Sie umfassen physiologische Bedürfnisse (z.B. Hunger, Durst, Schmerz), psychosoziale Bedürfnisse (Wunsch nach Anpassung der Unterstützung an die Fähigkeiten), physikalische Umgebung (z.B. Routine/Stationsalltag, Geräuschlevel, Lichtlevel) und zuletzt die soziale Umgebung (z.B. Personalausstattung und Personalpräsenz) (ebd.). Die Interaktion der Hintergrund-, und der nahen Faktoren führt schlussendlich zum herausfordernden Verhalten. Eine Grafik des Modells findet sich beispielsweise bei Haberstroh (2010, S. 462).



**Abbildung 2: Bedürfnisorientiertes Verhaltensmodell bei Demenz (Haberstroh, 2010, S. 462)**

Um die Bedürfnisse der Demenzbetroffenen erfüllen zu können, müssen Pflegende und/oder Angehörige ihre Interventionen auf die veränderbaren, nahen Faktoren fokussieren. Die Hintergrundfaktoren hingegen sind nicht veränderbar, können jedoch als Risikofaktoren gesehen werden, die dabei helfen können einzuschätzen, ob die Entwicklung eines herausfordernden Verhalten als wahrscheinlich anzunehmen ist oder nicht (Halek&Bartholomeyczik, 2006, S. 51). Bei Vorhandensein eines/r „Risikopatienten/in“ können die nahen, veränderbaren Faktoren dann dementsprechend präventiv angepasst werden.

Schon bereits bei der Beschreibung der kognitiven Symptomen (s. Kapitel 2.5.1) wurde erwähnt, dass die Demenz Sprachstörungen mit sich zieht, die sich im Laufe der Zeit verschlimmern können. Haberstroh (2010) schreibt, dass herausfordernde Verhaltensweisen bei dementen Personen oft dann auftreten, wenn diese versuchen sich verständlich zu machen, ihnen dies jedoch nicht gelingt (S. 462). Verlieren die Betroffenen also die Fähigkeit, sich mit Worten mitzuteilen, verändern sie ihre Verhaltensweisen um so auf ihre Bedürfnisse aufmerksam zu machen. Auch

Störungen des Tagesrhythmus sowie akute Notfälle und Krankenhausaufenthalte werden als Gründe für das Auftreten herausfordernder Verhaltensweisen gesehen (Kastner&Löbach, 2007, S. 13)

### **2.5.3 Körperliche Symptome**

Körperliche Symptome betreffen alle dementen PatientInnen und bei den meisten Demenzformen deutet deren Auftreten auf einen Übergang in ein späteres Stadium hin (ebd. S. 20). Meist sind vorhandene körperliche Symptome, neben Aggressivität und starker Unruhe Einweisungsründe in ein Pflegeheim (ebd.).

Zu den körperlichen Symptomen zählen ein gestörter Schlaf-Wachrhythmus, Mobilitätseinschränkungen, Schmerzen- und Sensibilitätsstörungen, Harninkontinenz sowie Schluck- und Essstörungen (ebd.).

Ein gestörter Schlaf-Wachrhythmus bedeutet, dass DemenzpatientInnen am Tag meist schlafen und wenig aktiv sind und ihre aktiven Phasen in der Nacht eintreten (Schnabel, 2005, S. 75).

Mobilitätseinschränkungen umfassen Einschränkungen des Gangbildes, Unsicherheiten beim Drehen oder bei Weghindernissen oder Probleme beim Sitzen, wodurch der Gebrauch von Hilfsmitteln wie z.B. einem Rollator, nötig wird oder aber komplette Bettlägrigkeit eintritt (Kastner&Löbach, 2007, S. 21).

Die Schmerz- und Sensibilitätssymptomatik kann bei dementen PatientInnen unterschiedlich ausfallen. Während eine PatientInnengruppe eine erhöhte Schmerzempfindung und Übersensibilität entwickelt, kann bei einer anderen PatientInnengruppe verminderte Schmerzempfindung und Sensibilität vorliegen, wodurch beispielsweise Frakturen oftmals nicht erkannt werden (ebd.).

Zur Harninkontinenz zählt beispielsweise die so genannte „kognitive Inkontinenz“. Dabei werden, aufgrund agnostischer Veränderungen, Toiletten nicht rechtzeitig gefunden oder aber andere Gegenstände oder Behältnisse als Toilette verwendet (ebd.).

Beeinträchtigungen des Essverhaltens können unterschiedliche Gründe haben. Beispielsweise führen praktische Veränderungen wie z.B. Probleme beim Halten von

Besteck oder Probleme sitzen zu bleiben, zu Schwierigkeiten im Essverhalten. Aber auch physiologische Veränderungen (z.B. verminderter Geruchs- und Geschmacksverlust), emotionale Veränderungen (z.B. Abgelenkt sein vom Essen, Vergessen zu Essen) und Veränderungen aufgrund von Depressionen und Wahnvorstellungen (z.B. Interessensverlust am Essen, Misstrauen gegenüber dem Essen) führen zu beeinträchtigtem Essverhalten bei dementen Menschen (ebd. S. 22). Berichtet wird weiters von Schluckstörungen dementer PatientInnen, was sich beispielsweise bei auftretenden Husten- oder Erstickungsanfällen zeigt (ebd.).

## **2.6 Abgrenzung des Demenzsyndroms von anderen kognitiven Symptomen**

Die Abgrenzung des Demenzsyndroms von anderen (kognitiven) Störungen nimmt vor allem in der Demenzdiagnostik einen wichtigen Stellenwert ein. So nennt Schmitdke (2006) beispielsweise folgende drei Fragen die im Vorfeld jeder Demenzdiagnostik gestellt werden müssen: Besteht überhaupt ein Defizit? Ist das Nachlassen der Gedächtnisleistungen bei einem älteren Menschen noch normal oder bereits pathologisch? Bei bestehen einer relevanten Beeinträchtigung: Basiert diese auf einer organischen Erkrankung oder ist sie die Folge einer psychischen Störung? (S. 30-31).

Diese Fragen deuten darauf hin, dass die Diagnosestellung einer Demenz das Ausschließen weiterer Störungen impliziert. Dass dies für die klinischen Verantwortlichen eine Herausforderung darstellt liegt in der Tatsache, dass viele körperlich aber auch psychisch kranke Menschen über Gedächtnisstörungen, Vergesslichkeit oder Lernschwierigkeiten klagen (Wetterling, 2002, S. 277). Dennoch sollten alle differentialdiagnostischen Möglichkeiten in Erwägung gezogen werden, um die Demenz von anderen Symptomen zu unterscheiden.

Im Folgenden sollen drei von der Demenz abzugrenzende Störungen genannt werden, da vor allem diese aufgrund ähnlicher Symptomatik zu einer Verwechslung mit der Demenz führen können, nämlich die altersbedingte kognitive Beeinträchtigung, die Depression und das Delir (Falk, 2004, S. 27).

## 2.6.1 Altersbedingte kognitive Beeinträchtigungen

Martin und Schelling (2005) schreiben, dass die im Alter subjektiv empfundenen Gedächtnisschwierigkeiten häufig dazu führen, dass Betroffene ärztliche Hilfe aufsuchen, wie zum Beispiel bei einem Neurologen oder in einer Gedächtnisambulanz (S. 49). Bei dem ärztlichen Personal liegt sodann die schwierige Aufgabe, zwischen natürlichen, altersbedingten Gedächtnisschwierigkeiten und pathologischen Erscheinungen zu unterscheiden. Die besondere Schwierigkeit liegt darin, dass frühe Symptome der Demenz nur sehr schwer zu entdecken sind, da diese bei den Betroffenen in unterschiedlicher Art und Weise auftreten (ebd.). Die Diagnose, ob eine altersbedingte Leistungsverminderung oder doch bereits erste Anzeichen einer Demenz vorliegen verlangt dabei viel Expertise und vor allem ein besonderes Feinspitzengefühl (ebd.).

Falk (2004) nennt die gegenwärtig vorherrschende Vorstellung, dass Gedächtniseinbußen im Alter als „normal“ anzusehen sind (S. 28). Sie widerlegt dies jedoch mit der Erklärung, dass es nicht um das Verlorengelassen vorhandener Gedächtnisfähigkeiten geht, sondern vielmehr um Verlangsamungen in der Schnelligkeit und Flexibilität der Informationsverarbeitung aufgrund altersbedingter, physiologischer Prozesse (ebd.).

Ein Begriff der im Bezug auf altersbedingte kognitive Veränderungen vorkommt, ist der der „leichten kognitiven Beeinträchtigung“ (auch meist bekannt unter seinem englischen Ausdruck „Mild cognitive Impairment“, abgekürzt: MCI) (Martin&Schelling, 2005, S. 50). Es handelt sich dabei um eine, wie der Begriff bereits verrät, leichte Form der kognitiven Beeinträchtigung, die den Grad einer Demenz nicht erfüllt und den Betroffenen noch eine Alltagsbewältigung und Selbstständigkeit gewährt, jedoch über das normale Nachlassen geistiger Leistungsfähigkeit im Alltag, wie oben von Falk (2004) beschreiben, hinausgeht (Schmidtke, 2005, S. 84). Die Abgrenzung von der Demenz fällt sehr schwer und bedarf laut Stoppe (2007) einer Verlaufsuntersuchung von sechs bis zwölf Monaten (S. 52).

Erwähnt sei, dass das MCI bei vielen Betroffenen ein Vorstadium zu der Demenz darstellt und somit als Risikofaktor für eine Demenz gesehen wird (ebd. S. 53).

## 2.6.2 Depression

Die Depression wird definiert als eine psychische Störung des Erlebens und des Empfindens, wobei es zu einem gestörten Werterleben und einer zurückhaltenden Haltung zum Leben kommt (Stumm&Pritz, 2009, S. 124). Sie zählt zu den am häufigsten auftretenden psychischen Erkrankungen und zieht krankheitsbedingte Ausfallszeiten, Schwierigkeiten im sozialen Funktionieren sowie weitere psychische Störungen mit sich (Hautzinger&Bronisch, 2007, S. 1).

Es wird davon berichtet, dass auch Depressionen mit kognitiven Defiziten einhergehen (Martin&Schelling, 2005, S. 52). So äußern depressive Menschen beispielsweise Aufmerksamkeitsdefizite sowie Probleme bei der Informationsspeicherung und dem Informationsabruf, wobei dies vorrangig bei schwer depressiven Menschen auftritt (ebd.). Wichtig erscheint eine Abgrenzung der Demenz von einer Depression vor allem deshalb, da die Gedächtniseinbußen bei einer Depression, im Gegensatz zu denen einer Demenz (zumindest die zu 80-90% auftretenden primären Demenzen), reversibel sind (ebd. S. 53). So lassen sich die depressionsbedingten Gedächtniseinbußen bei einer Reduktion der depressiven Symptome, durch Psychopharmaka und Psychotherapien, reduzieren (ebd.). Es ist daher besonders wichtig im Rahmen der Diagnose festzustellen, ob die wahrgenommenen Symptome aufgrund einer Demenz oder einer Depression aufgetreten sind und bei Vorliegen einer Depression psychopharmakologisch und/oder psychotherapeutisch adäquat zu intervenieren, um im gleichen Zuge durch die Depression begünstigte kognitive Defizite zu minimieren.

In der Praxis erscheint eine Unterscheidung jedoch schwerer als in der Theorie, da eine Demenz und eine Depression miteinander einhergehen können. Wie bereits im Epidemiologie-Kapitel (s. Kapitel 2.2) dargelegt, tritt Demenz vorrangig im höheren Lebensalter auf. Auch bei der Depression handelt es sich um eine psychische Erkrankung, die am häufigsten im hohen Lebensalter auftritt, was eine Differentialdiagnose erschwert (Stoppe, 2007, S. 32). Ein weiterer Faktor welcher die Differentialdiagnose erschwert ist einerseits das beobachtete Risiko einer Demenzentwicklung bei Vorhandensein einer Depression sowie andererseits die erhöhte Wahrscheinlichkeit zu einer Depression bei Vorliegen einer Demenz. So konnte in diversen Längsschnittstudien nachgewiesen werden, dass jene Menschen

höheren Alters, die an einer Depression litten, im weiteren Lebensverlauf ein erhöhtes Risiko aufwiesen, an einer Demenz zu erkranken (ebd. S. 33). Dies vor allem dann, wenn die depressionsbegleitenden kognitive Defizite denen einer Demenz sehr ähnlich sind. Umgekehrt zeigt sich auch, dass Depressionen im Rahmen einer Demenz entstehen können (ebd. S. 34). So weisen bis zu 90% dementer Personen mindestens ein depressives Symptom auf (ebd.). Während sich zu Beginn der Demenz eine emotionale Irritabilität wie beispielweise Herabgestimmtheit oder Ängstlichkeit zeigt, können im weiteren Demenzverlauf Antriebsstörungen sowie Konzentrationsstörungen auftreten (ebd.).

### **2.6.3 Delir**

Der Begriff „Delir“, im deutschsprachigen Raum auch oftmals als „akuter Verwirrtheitszustand“ bezeichnet, umfasst alle akuten psychischen Störungen, die eine organische Ursache haben und eine Bewusstseinsintrübung sowie kognitive Störungen mit sich ziehen (Wetterling, 2001, S. 42).

Wie der Ausdruck „akute psychische Störung“ bereits darauf hindeutet, tritt ein Delir meist sehr rasch auf und vergeht wieder (Fischer, 1996, S. 157). Im Unterschied zur Demenz handelt es sich beim Delir um eine akute psychischen Störung, die auf organischen Erkrankungen basiert (Falk, 2004, S. 30). Dazu zählen Hirnfunktionsstörungen und extracerebrale Erkrankungen der Organsysteme wie z.B. Infektionen, Exsikkose, Herz,-Leber,-Niereninsuffizienz oder Anämien (ebd.). Einem Delir können jedoch auch übermäßiger Alkoholkonsum oder die Einnahme psychotroper Medikamente zugrunde liegen (Falk, 2004, S. 31). Ein Alkohol- oder medikamentenabhängiges Delir wird im Folgenden jedoch nicht diskutiert.

Laut Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort (2006) umfasst das, nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen hervorgerufene, Delir Bewusstseinsstörungen (z.B. verminderte Klarheit in der Umgebungswahrnehmung), Kognitionsstörungen (Beeinträchtigung der unmittelbaren Informationswiedergabe und des Kurzzeitgedächtnisses sowie Desorientiertheit zu Zeit, Ort oder Person) und mindestens einer der folgenden Störungen: rascher Wechsel zwischen Hypo- und Hyperaktivität, verlängerte Reaktionszeit, vermehrter oder verminderter Redefluss,

verstärkte Schreckreaktion (S. 60). Hinzu kommen Störungen des Schlafs oder des Schlaf-Wach-Rhythmus sowie ein plötzlicher Beginn und Veränderung der Symptomausprägung im Tagesverlauf (ebd.).

Dem Auftreten eines Delirs geht laut Stoppe (2007) meist ein Auslöser voraus, wie z.B. Operationen oder ein Umgebungswechsel (S. 54). Generell lässt sich sagen, dass ein Delir dann auftritt, wenn es zu einem Ungleichgewicht zwischen der Menge an Stressoren und der vorhandenen Verarbeitungskapazität kommt (ebd.). Obwohl ein Delir in jedem Lebensalter auftreten kann, kommt es bei geriatrischen PatientInnen am häufigsten vor, wobei frühere Untersuchungen zeigen, dass ein Delir bei 14-56% der älteren, hospitalisierten PatientInnen auftritt (Inouye, 1999 in Maschke&Diener, 2006, S. 237). Auch Stoppe (2007) berichtet von Studien in denen nachgewiesen werden konnte, dass 50% der älteren, gebrechlichen Menschen im Spital ein Delir entwickeln, welches in Folge zu einem schlechteren Verlauf und zu einer höheren Mortalität führt (Cole, 2004 in ebd., S. 55).

Neben erhöhtem Lebensalter ist aber auch das Vorhandensein einer Demenz als Risikofaktor für das Auftreten eines Delirs zu sehen (Eisfeld& Ebert, 2012, S. 316). Erklärt wird dies durch die mit der Demenzerkrankung einhergehenden somatischen Vulnerabilität (Kratz, 2011, S. 399). So können banale somatische Erkrankungen wie z.B. Harnwegsinfekte oder mit Juckreiz verbundene Hauterkrankungen zu akuten Verwirrtheitszuständen bei DemenzpatientInnen führen (ebd.). Wichtig ist es sodann den auslösenden Trigger des Delirs zu erkennen und adäquat zu behandeln (ebd.). Eisfeld und Ebert (2012) berichten von Studien in denen nachgewiesen werden konnte, dass eine Demenz den bedeutendsten Risikofaktor für das Auftreten eines Delirs bei älteren, hospitalisierten Menschen darstellt (S. 316). In einer weiteren Studie konnte gezeigt werden, dass ein Delir bei 89% der hospitalisierten DemenzpatientInnen auftritt (ebd.).

Obwohl sich die meisten PatientInnen von einem Delir erholen, kann ein solcher zu Starrzuständen des Körpers, zu einem Koma, zu epileptischen Anfällen oder gar zum Tod führen (ebd.). Bei älteren Menschen erscheint eine komplette Genesung vom Delir unwahrscheinlich, wobei von lediglich 4-40% einer vollständiger Erholung von einem Delir bei der Entlassung auszugehen ist (ebd.).

Die wesentliche Unterscheidung ob eine Demenz, ein Delir oder ein demenzbedingtes Delir vorliegt, bringt die Anamnese (Fischer, 1996, 161). Wie bereits weiter oben erwähnt nimmt das Delir einen akuten Beginn, tritt meist in der Nacht zum ersten Mal auf und führt zu starken Fluktuationen des Zustandes innerhalb des Tages (ebd.). Die Demenz hingegen beginnt meist schleichend und der Zustand der PatientInnen bleibt über Tage und Wochen relativ stabil (ebd.).

Eine Unterscheidung der Demenz vom Delir ist aus zweierlei Gründen von hoher Wichtigkeit: Zum einen stellt ein Delir ein akutes, vital gefährdendes Krankheitsbild dar, welches bei Erkennung des Triggers meist gut behandelbar ist (Perrar, Sirsch & Kutschke, 2007, S. 126). In diesem Zusammenhang wird erwähnt, dass in einer Akutsituation mit Problemen der differentialdiagnostischen Entscheidungen vorerst ein Delir angenommen werden und adäquat behandelt werden sollte (Eisfeld&Ebert, 2012, S. 327). Umgekehrt führt die Fehldiagnose „Demenz“ bei eigentlich vorliegendem Delir dazu, dass der Zustand der PatientInnen hingenommen wird und in seiner eigentlichen Ursache, dem Delir, unbehandelt bleibt (Kuratorium Deutsche Altershilfe, o.J. in Messer, 2007, S. 19).

## **2.7 Pflege dementer Personen**

Bereits in dem Kapitel zu den Verlaufsstadien der Demenz (s. Kapitel 2.4) wurde aufgezeigt, dass der chronisch progrediente Verlauf der Demenz die Betroffenen ab etwa dem mittleren Stadium auf die Hilfe anderer Personen abhängig macht. Vor allem im letzten Stadium sind DemenzpatientInnen aufgrund der Unfähigkeit allgemeine Aktivitäten des Lebens alleine durchzuführen, vollständig auf die Hilfe anderer Personen angewiesen. Im Folgenden werden die unterschiedlichen Betreuungsmöglichkeiten dementer Personen sowie die besonderen Aspekte bei der Pflege dieser PatientInnengruppe thematisiert. Die präsentierten Möglichkeiten zur Pflege dementer Personen orientieren sich an den im ersten Österreichischen Demenzbericht (Gleichweit&Rossa, 2009) dargelegten Optionen.

## 2.7.1 Betreuungsmöglichkeiten dementer Personen

### 2.7.1.1 *Pflege durch Angehörige*

Ein hoher Prozentsatz von dementen Personen wird von Angehörigen gepflegt (Gleichweit & Rossa, 2009, S. 43). Angehörigenpflege nimmt vor dem Hintergrund, dass die Heimeinweisung als etwas gesehen wird, das vermieden werden sollte, einen wichtigen Stellenwert ein (Stoppe, 2007, S. 164). Die Tätigkeiten, die die Angehörigen in der Pflege dementer Personen erbringen werden im ersten Österreichischen Demenzbericht (Gleichweit&Rossa, 2009) als folgende identifiziert: Informationsbeschaffung (betreffend unter anderem: Information über finanzielle Unterstützungen, mobile Dienste, Ergotherapie), pflegerische Tätigkeiten (z.B. Körperpflege, Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, Medikamentenmanagement), psychische Betreuung, Tätigkeiten im therapeutischen (z.B. Gedächtnistraining) und medizinischen (z.B. Besuche bei ÄrztInnen, Besorgung von Medikamenten) Bereich, administrative Tätigkeiten (z.B. Ansuchen um Bewilligung von Pflegegeld), Tätigkeiten im logistischen Bereich (z.B. Koordination von Transportdiensten) sowie architektonische Arbeiten (z.B. adäquate Wohnraumanpassung) (S. 45-46).

Diese Liste von Aktivitäten zeigt, dass Angehörige ein breites Spektrum an Aufgaben in der Pflege dementer Personen übernehmen. Meist sind es dabei Frauen die pflegen, wobei pflegende Angehörige mit objektiven und subjektiven Überlastungen konfrontiert sind (Grond, 2005, S. 147). Objektive Belastungen umfassen beispielsweise zeitliche Überlastungen, soziale Benachteiligungen sowie finanzielle Belastungen, beispielsweise bei Nichtbewilligung dienlicher Pflegehilfsmittel der Krankenkassen (ebd.). Bei den subjektiven Überlastungen werden beispielsweise fehlende Zeit für sich selbst, fehlender Dank oder das Gefühl alleine gelassen zu werden, genannt (ebd.). Diese Belastungen mögen neben vielen Anderen Gründe dafür sein, warum letztendlich die Endphase einer Demenz in mehr als der Hälfte der Fälle von den DemenzpatientInnen im Heim verbracht wird (Stoppe, 2007, S. 164).

### 2.7.1.2 *Professionelle Pflege im extramuralen Bereich*

Eine Unterstützung für demente Personen, welche daheim leben, kann weiters durch ambulante, professionelle Pflege geboten werden, wobei vor allem die mobile Hauskrankenpflege einen wichtigen Stellenwert einnimmt. Die mobile Hauskrankenpflege wird meist von Pflegenden mit einem allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegediplom ausgeführt (Gleichweit&Rossa, 2009, S. 40). Stoßen diese in der Pflege dementer Personen an ihre Grenzen, können so genannte „DemenzspezialistInnen“ hinzugezogen werden oder durch diese ersetzt werden. Auch hier handelt es sich um Personen mit einem allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegediplom, jedoch weisen sie eine Spezialschulung im Bereich Demenz auf (ebd.).

Die Tätigkeiten der im extramuralen Bereich Pflegenden reicht dabei von Beratung, Assessmentdurchführung und Koordination eines Helferteams und Vernetzung nach außen, bis hin zu Anleitung der MitarbeiterInnen und Angehörigen sowie zur Funktion als Bezugsperson für alle Betroffenen (ebd. S. 41-43).

### 2.7.1.3 *Pflege im teilstationären Bereich*

Zum teilstationären Bereich zählen so genannte Tageszentren. Sie bieten enorme Entlastung pflegender Angehöriger und helfen die stationäre Unterbringung in einem Pflegeheim zu verhindern oder raus zu zögern (ebd. S. 54). Tageszentren bieten tagsüber individuelle Betreuung älterer, gebrechlicher Personen, wobei eine gewisse Mobilität Voraussetzung ist, denn bettlägrige Personen können hier nicht aufgenommen werden (ebd.). Folgende Elemente sollten in einem Tageszentrum unter anderem angeboten werden: Pflegemaßnahmen, Bereitstellung von Mahlzeiten, Biografiearbeit, Validation sowie aktivierende Programme unter Einsatz von Bewegung und Musik (ebd. S. 55).

Besonders wichtig, obwohl im deutschsprachigen Raum kaum verbreitet, wäre eine so genannte „Nachtpflege“, da pflegende Angehörige durch den gestörten Schlaf-Wachrhythmus der DemenzpatientInnen stark belastet sind (ebd. S. 54).

#### 2.7.1.4 *Pflege im stationären Bereich*

Zum stationären Bereich zählen u.a. Akuteinrichtungen, Geriatriezentren beziehungsweise Wohn- und Pflegeheime sowie die so genannte Kurzzeitpflege (ebd. S. 55-60).

Bei den Akuteinrichtungen muss unterschieden werden, ob eine demente Person aufgrund einer akut körperlichen Erkrankung oder aber aufgrund akuter Symptome der Demenzerkrankung diese Einrichtung aufsucht (ebd. S. 55). Stehen akute, körperliche im Vordergrund des Besuches, so werden die PatientInnen auf Abteilungen der Akutkrankenanstalten aufgenommen, wie z.B. Abteilungen für Innere Medizin oder chirurgische Notfallstationen. Sind es jedoch die akuten Symptome im Verhaltensbereich die den Grund für den Besuch einer Akuteinrichtung darstellen, werden die PatientInnen auf psychiatrischen oder neurologischen Abteilungen versorgt (ebd.).

Im stationären Langzeitbereich, gibt es beispielsweise Heime mit Demenzstationen, die speziell auf die besonderen Bedürfnisse dementer PatientInnen ausgerichtet sind. Im Therapieangebot sind unterschiedliche pflegerische Konzepte (z.B. Validation) sowie beispielsweise Physio-, Ergo-, und Tiertherapie enthalten (ebd. S. 58-59). Von den Heimen mit Demenzstationen sind Heime mit spezieller Tagesbetreuung oder Heime mit Haus- bzw. Wohngemeinschaften abzugrenzen. In Heimen mit spezieller Tagesbetreuung stehen den DemenzpatientInnen speziell gestaltete Räume zur Verfügung in denen sie individuell beschäftigt werden, wobei das Ziel in der Entlastung des Stationsbetriebes besteht (ebd. S. 59). Heime mit Haus- bzw. Wohngemeinschaften bieten die Möglichkeit, demente Personen in der Alltagsbewältigung zu unterstützen, wobei so genannte AlltagsmanagerInnen zum Einsatz kommen (ebd.).

Im stationären Bereich ist zuletzt die so genannte „Kurzzeitpflege“ zu erwähnen. Dabei werden pflegebedürftige Menschen für einen limitierten (meist vier bis sechs Wochen) und vorab festgelegten Zeitraum in Einrichtungen der Langzeitpflege betreut (ebd. S. 60). Sinn ist auch hier abermals die Entlastung pflegender Angehöriger, damit diese in der Zwischenzeit z.B. einen Urlaub oder einen Kuraufenthalt in Anspruch nehmen können. Mitunter wird unter dem Begriff Kurzzeitpflege auch ein Rehabilitationsangebot bzw. eine Überbrückungsmöglichkeit

nach einem Krankenhausaufenthalt bis hin zur Entlassung in die häusliche Pflege verstanden, mit einer maximalen Aufenthaltsdauer von drei Monaten (ebd.).

## **2.7.2 Besondere Aspekte in der Pflege dementer Personen**

Prinzipiell beschreiben Pflegekräfte die Pflege dementer Personen als sehr anstrengend (Newerla, 2012, S. 158). Der Grund dafür liegt in den zusätzlich zu den eigentlichen pflegerischen Aufgaben hinzukommenden emotionale Belastungen, psychischen Herausforderungen sowie der Nicht-Nachvollziehbarkeit der Handlungen Demenzkranker (ebd.). Newerla (ebd.) drückt dies zusammenfassend folgendermaßen aus: „Das Umsetzen (routinierter) Pflegearbeit wird durch die Andersartigkeit der Situation im Umgang mit BewohnerInnen mit Demenz zu einem Problem“ (S. 22). Pflegekräfte müssen sich an die Handlungsweisen dementer PatientInnen anpassen und müssen lernen damit umzugehen, um die Pflege dieser Personengruppe individuell und spontan gestalten zu können, da demente PatientInnen dazu neigen sich bei der Durchführung routinierter pflegerischer Aufgaben zur Wehr zu setzen (ebd. S. 158-159).

Im Ersten Österreichischen Demenzbericht (Gleichweit&Rossa, 2009) wurde bereits darauf hingewiesen, dass Pflegenden, beispielsweise des extramuralen Bereichs, in der Pflege dementer Personen an ihre Grenzen stoßen, was in Folge den Bedarf einer/s demenzspezifisch-geschulten Personals bedarf (S. 40).

Um den Demenzkranken in einer adäquaten Form zu begegnen, wurden Leitlinien zur Beziehungsgestaltung und zur Pflege von und mit Menschen von Demenz entwickelt, die bei Kastner und Löbach (2007) zu finden sind.

Diese sind u.a.:

- Kommunizieren Sie deutlich und eindeutig, was bedeutet, dass verbale und nonverbale Botschaften übereinstimmen müssen
- Drücken Sie Wertschätzung aus, indem Sie Blickkontakt aufnehmen und halten, mit Ihrer Stimme und mit Ihrer auf die Person gerichteten Aufmerksamkeit
- Versuchen Sie sich in die betroffene Person einzufühlen

- Informieren Sie sich über die Biographie der betroffenen Person
- Beobachten Sie das Verhalten, Gestik, Mimik der betroffenen Person auf Zeichen von Stress bzw. Wohlbefinden
- Verhalten Sie sich im Kontakt mit der betroffenen Person echt und ehrlich

(S. 136).

Neben diesen Leitlinien wurde speziell auf die Pflegeintervention „Demenz Management“ eingegangen, um für die dementen Personen eine angepasste Umgebung zu schaffen. Zu diesen zählen unter anderen:

- Einbezug der Angehörigen in die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege
- Biografie ermitteln und dabei physische, soziale und psychologische, Gewohnheiten und Routinen berücksichtigen
- Niedrig stimulierendes Milieu herstellen (ruhig, aber anregend, überschaubar, vertraute Möbel,...)
- Indirekte, blendfreie aber helle Beleuchtung
- Identifikationsarmband anbringen
- Mit Augen- und gegebenenfalls angemessenem Körperkontakt interagieren
- Lediglich einfache Anweisungen geben
- Wertschätzung nicht an Bedingungen knüpfen, sondern verlässlich und bedingungslos anbieten
- Unpersönliche, neue Situationen und Wechsel vermeiden, wenn diese Angst/Stress hervorrufen
- Raum zum sicheren Umherlaufen bieten
- Zusätzlich zur Schrift Symbole zur Orientierung verwenden
- Wirkung von Spiegeln überwachen und gegebenenfalls bei Angst oder Beunruhigung abdecken oder entfernen

(ebd. S. 137-138).

Pflege sollte bei demenzkranken PatientInnen vor allem ganzheitliche Pflege sein und folgende Elemente enthalten:

- Körperliche Pflege mit Fokus auf Rehabilitation der Restfähigkeiten, Entspannung und Linderung quälender Symptome
- Psychische Begleitung mit Wertschätzung und Verstehen der Person aus ihrer Biografie
- Spirituelle Begleitung durch SeelsorgerInnen
- Soziale Beratung von Angehörigen und Ehrenamtlichen
- Wohnliche Lebensgestaltung

(Grond, 2005, S. 65).

Dabei sind es vor allem die Begriffe „Biografie“ und „Wertschätzung“ die im Rahmen der Pflegearbeit oft thematisiert werden. Damit zusammenhängende Konzepte sind die so genannte Validation und die Erlebnis- oder Biografiearbeit. Die Validation beschreibt eine spezielle Kommunikationsmethode mit Demenzkranken, bei der „mittels geäußerter Wertschätzung, Verständnis und Akzeptanz die Lebensqualität von desorientierten, alten Menschen gezielt verbessert werden soll“ (Kastner&Löbach, 2007, S. 139). Dabei werden die Gefühle der Betroffenen verbalisiert, in der Annahme, dass die Gefühle eines Menschen immer „wahr“ sind, ganz gleich ob eine Person verwirrt ist oder nicht (ebd.). Die Grundidee dahinter ist, dass nicht wahrgenommene Gefühle der PatientInnen zu einem inneren Rückzug führen, während offen dargelegte Gefühle abschwächen (ebd.). Weitere Techniken der Validation sind: Vermeidung von Warum-Fragen um Überforderungen zu umgehen, Anpassung des Sprechrhythmus an die Betroffenen sowie Anpassung der eigenen Mimik, Körperhaltung und Gestik an das nonverbale Verhalten des Gegenübers (ebd. S. 139-140). Mit der Methode der Validation soll eine gemeinsame Kommunikationsebene zwischen orientierten und nicht-orientierten Menschen geschaffen werden, auf deren Basis es zu einer Verständigung kommen kann (ebd.). Vor dem Hintergrund, dass die Verbalisierung der Gefühle vor allem das Kennen der individuellen Symbole, Schlüsselbegriffe, Rituale und Zeitgeistwörter des Betroffenen voraussetzt, muss die Biografiearbeit als integrativer Bestandteil der Validation angesehen werden (ebd.). Biografiearbeit inkludiert dabei das Kennen der Gesetze,

Regeln und Konformitäten des Alltagslebens der Generation der Betroffenen (Martin&Schelling, 2005, S. 194). Das Ziel der Biografiearbeit liegt im besseren Verstehen des Betroffenen, wobei Zeit und Raum zum Zuhören und Verstehen sowie Vertrauen Voraussetzungen dafür sind (Kastner&Löbach, 2007, S. 69).

## 2.8 Zusammenfassung

Demenz, aus dem lateinischen „de“ und „mens“, übersetzt „abnehmender Verstand“, beschreibt ein Syndrom mit unterschiedlichen Ursachen und unterschiedlichen Symptomen denen aber eines gemein ist: die Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit.

Es existieren unterschiedliche Demenzformen wobei eine grundlegende Unterteilung in primäre und sekundäre Demenzen vorgenommen wird. Die primäre Demenz zu denen die degenerative, die vaskuläre und eine Mischform dieser beiden gezählt wird, basiert einerseits auf der Abnahme von Zellbestandteilen des Gehirns oder aber auf aufgetretenen Gehirndurchblutungsstörungen. Der sekundären Demenz hingegen geht eine andere Erkrankung voraus, wodurch diese Art der Demenz, nach Behandlung der ursprünglichen Krankheit, im Gegensatz zur primären Demenz, reversibel ist. In Österreich waren im Jahre 2010 rund 108.000 Personen von der Demenz betroffen, was in etwa 1,15-1,27% der österreichischen Bevölkerung betrifft. Es konnte nachgewiesen werden, dass die Anzahl von Demenzkranken im Laufe der Jahre gestiegen ist und auch weiter steigen wird. Außerdem handelt es sich bei der Demenz um ein Alterssyndrom, da Neuerkrankungen mit höherem Lebensalter steigen.

Die Symptome einer Demenz werden in kognitive, nicht-kognitive/psychisch sowie in körperliche Symptome unterteilt. Kognitive Symptome umfassen unter anderem eine abnehmende Merkfähigkeit, Sprachstörungen sowie allgemeine Verschlechterungen der Gedächtnisleistung wie beispielsweise reduzierte Aufmerksamkeit, reduzierte Konzentration und reduzierte Urteilsfähigkeit. Zu den körperlichen Symptomen hingegen zählen ein gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus, Mobilitätseinschränkungen, Schmerzen und Sensibilitätsstörungen und Schluck- und Essbeschwerden. Zu den psychischen Symptome und den Verhaltensänderungen (zu denen sich auch der

Begriff „herausforderndes Verhalten“ gebildet hat) gehören u.a. depressive Symptome, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Aggressivität, Agitiertheit, Wandern sowie sexuell unangebrachtes Verhalten. Die Erklärung für die Entstehung eines solchen Verhaltens kann beispielsweise durch das „Bedürfnisbedingte Verhaltensmodell bei Demenz“ erfolgen. Dabei besteht die Grundannahme, dass herausforderndes Verhalten aufgrund unerfüllter Bedürfnisse entsteht. Das Verhalten ist das Ergebnis einer Interaktion persönlicher Merkmale (z.B. Allgemeinzustand, körperliche Funktionsfähigkeit) und veränderbarer Faktoren, wie beispielsweise Schmerz, Hunger/Durst oder Lichtstärke und Lärmpegel. Um geeignete Maßnahmen hinsichtlich des herausfordernden Verhaltens setzen zu können, müssen Interventionen auf den veränderbaren Faktoren ansetzen und die nicht veränderbaren und persönlichen Merkmale müssen als mögliche Risikofaktoren für das Auftreten eines herausfordernden Verhaltens gedeutet werden.

Die Demenz wird in drei Schwerestadien eingeteilt, denen ein chronisch progredienter Verlauf zu Grunde liegt. Während anfangs lediglich einzelne Wörter vergessen werden, das Erlernen neuer Inhalte schwer fällt und Hilfe anderer Personen nicht benötigt wird, verschlechtert sich der Zustand im Laufe der Zeit erheblich. Angefangen bei der Vernachlässigung von Alltagsfunktionen, über auffälliges Verhalten bis hin zu Schwierigkeiten beim Essen, Bewegen oder Ausführen einfacher Tätigkeiten, werden die Betroffenen mehr und mehr abhängig von der Hilfe Anderer. Demenz endet mit dem Tod wobei davon ausgegangen wird, dass das Mortalitätsrisiko bei dementen Personen im Vergleich zu nicht dementen Personen um ein Zwei- bis Fünffaches höher liegt.

Unterschieden werden muss die Demenz von anderen Symptomen, wie beispielsweise dem altersbedingten kognitiven Abbau, der Depression und dem Delir. Vor allem die Unterscheidung eines Delir von einer Depression ist wichtig: Die Verwechslung einer Demenz mit einem eigentlich vorliegenden Delir kann zu einer vitalen Bedrohung des Körpers führen und umgekehrt kann das Ausschalten des delirauslösenden Triggers die Verwirrtheit mildern. Dasselbe gilt für das Vorhandensein einer Depression: Ist es im Grunde die Depression, welche die kognitiven Defizite begünstigt, muss diese im Rahmen pharmakologischer und psychotherapeutischer Vorgehensweise behandelt werden.

Der progrediente Verlauf der Demenz führt dazu, dass die Betroffenen in späteren Stadien der Demenz auf die Hilfe anderer Personen angewiesen sind. Betreuung kann hierbei von Angehörigen sowie professionell Pflegenden im extramuralen, stationären und teilstationären Bereich gewährt werden. Die Pflege Demenzkranker wird dabei als sehr anstrengend empfunden, da zu den eigentlichen pflegerischen Aufgaben emotionale Belastungen und psychische Herausforderungen sowie ein Abwehrverhalten der dementen Personen gegenüber den Pflegeaktivitäten hinzukommt. Die Pflege dementer Personen sollte ganzheitlich sein und neben den körperlichen Bedürfnissen vor allem die psychischen Bedürfnisse fokussieren. Weiters werden u.a. Wertschätzung, Einfühlungsvermögen, Beobachtung des Verhaltens, der Einbezug Angehöriger, der Einsatz von Augen-, und angemessenem Körperkontakt, die Vermeidung neuer Situationen, sowie die Bereitstellung eigener Räume zur Gewährleistung sicheren Herumlauftens als wichtige Aspekte der Pflege betrachtet. Zur Förderung der Wertschätzung der PatientInnen, wird die Validationsmethode genannt, die eine Kommunikationsebene zur Verständigung orientierter und nicht orientierter Personen schaffen soll. Bestandteil der Validationstherapie ist die Biografiearbeit, in der der Biografie der DemenzpatientInnen (inklusive der zu ihrer Generation gehörenden Werte, Regeln) Beachtung geschenkt wird, um die Symbole und diverse Zeitgeister in der Validation richtig deuten zu können.

### **3 PFLEGE DEMENTER PATIENTINNEN IM AKUTKRANKENHAUS**

Rückblickend auf das Kapitel zu den Begleitsymptomen (s. Kapitel 2.5) sowie zu den besonderen Pflegeaspekten dementer Personen (s. Kapitel 2.7.2), kann die Pflege dementer Personen als eine herausfordernde Aufgabe gedeutet werden. Die besonderen kognitiven Symptome, verknüpft mit den herausfordernden Verhaltensweisen, fordern ein pflegerisches Vorgehen geprägt von Einfühlung, Wertschätzung und damit verbundener Zuwendung.

Pflegeinstitutionen mit adäquat ausgebildetem sowie genügend zusätzlichem, aktivierenden Personal oder pflegende Angehörige, die den/die Betroffenen gut

kennen und eventuell sogar dahingehend geschulte Hauskrankenpflege oder unterstützende Betreuung welcher Art auch immer nutzen, mögen diesem besonderen Pflegebedarf gerecht werden.

Was passiert jedoch, wenn demente PatientInnen aufgrund einer akut aufgetretenen Krankheit ihre gewohnte Umgebung verlassen und ein Akutkrankenhaus zur Behandlung der Erkrankung aufsuchen müssen? Welche Gründe führen zu einer Akutaufnahme dementer Personen? Mit welchem besonderen Aspekten sieht sich die Pflege in einer solchen Situation konfrontiert? Diese Fragen werden im Folgenden geklärt.

## **3.1 Demenz im Akutkrankenhaus**

### **3.1.1 Aufnahmegründe**

Da Demenz vorrangig in höherem Lebensalter auftritt, ist auch von einer generell höheren Erkrankungsrate von DemenzpatientInnen auszugehen. Der Grund dafür liegt in dem erhöhten Morbiditätsrisiko älterer Menschen. Denn laut Statistik Austria (2009) leiden bereits 91,5 % Menschen ab dem 75. Lebensjahr an zumindest einer chronischen Krankheit (www). Das hohe Alter und die damit häufig verbundenen Krankheiten führen wiederum zu einem gehäuftem Spitalsaufenthalt dieser Personengruppe. So verzeichnete die Statistik Austria (ebd., 2011) für das Jahr 2010 für die Altersgruppe 40-60 rund 130.000 bis 178.000 Spitalsentlassungen aus Akutkrankenanstalten, während es bei den 60 – 89 jährigen bereits rund 202.000 Entlassungen waren (www). Für das Jahr 2005 konnte nachgewiesen werden, dass 9.654 Personen mit der Diagnose Demenz in ein Krankenhaus aufgenommen wurden, wobei 95 % der dokumentierten Spitalsentlassungen Personen über 65 Jahre waren, von denen insgesamt rund 2,5 % der Betroffenen in der Krankenanstalt verstarben (Gleichweit & Rossa, 2009, S. 22). Da bei vielen PatientInnen bei der Krankenhausaufnahme jedoch keine exakte Diagnose vorliegt und auch während des Aufenthaltes in dem Akutkrankenhaus eine genauere diagnostische Abklärung nur selten vorgenommen wird (Kleina&Wingenfeld, 2007, S. 5), ist die Dunkelziffer dementer Menschen im Akutkrankenhaus weit höher einzuschätzen.

Bei Menschen mit Demenz ist es in den seltensten Fällen die Demenz an sich, die die Einweisung in ein Akutkrankenhaus bedingt, sondern vielmehr eine akut eintretende Erkrankung (Pinkert&Holle, S. 729). Ein erhöhtes Unfallrisiko, eine mit der Schwere der Demenz einhergehende medizinische Unterversorgung sowie demenzbegleitende körperliche Symptome können zum Auftreten eines akuten, behandlungsbedürftigen Ereignisses und damit zu einer Einweisung in ein Akutkrankenhaus beitragen (Angerhausen, 2008a, S. 461). Pinkert und Holle (ebd.) haben im Rahmen einer Literaturstudie die häufigsten Einweisungsgründe dementer PatientInnen in ein Akutkrankenhaus identifiziert, nämlich Stürze mit/ohne Frakturen, Störungen des Ernährungszustandes, Herz-Atemwegs-oder gastrointestinale Erkrankungen sowie Infektionen. Eine vorhandene Komorbidität und vorangegangene Krankenhausaufenthalte im Jahr zuvor werden als weitere Risikofaktoren für eine Krankenseinweisung gesehen (ebd.).

### **3.1.2 Folgen durch die Aufnahme in ein Akutkrankenhaus**

Um die Folgen eines Aufenthaltes im Akutkrankenhaus darstellen zu können, empfiehlt es sich nochmal auf die Begleitsymptome (s. Kapitel 2.5) und die besonderen pflegerischen Aspekte in der Pflege (s. Kapitel 2.7.2) dieser Personengruppe zurückzublicken.

In dem Kapitel zu den Begleitsymptomen wurden die körperlichen, kognitiven und psychischen Symptome einer Demenz sowie die herausfordernden Verhaltensweisen thematisiert. Dabei wurde erwähnt, dass es besonders die psychischen Symptome und die Verhaltensänderungen sind, die die Pflege dieser PatientInnengruppe erschwert. Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Aggressivität, Desorientiertheit, Agitiertheit und vermehrte Unruhe sind nur einige der psychischen Symptome und der Verhaltensänderungen, die eine Demenzerkrankung mit sich zieht. Diese Symptome machen DemenzpatientInnen zu einer besonders vulnerablen Zielgruppe, wobei vor allem in der Pflege besondere Aspekte zu beachten sind. Die Andersartigkeit dementer Menschen führt dazu, ihnen eine individuelle und oftmals spontan geplante Pflege zukommen zu lassen. So müssen sich Pflegende an die Handlungsweisen der DemenzpatientInnen anpassen, da die

Betroffenen dazu neigen, sich bei der Durchführung routinierter pflegerischer Aufgaben zur Wehr zu setzen (Newerla, 2012, S. 159). Auch in den Leitlinien zur Pflege dieser besonders vulnerablen PatientInnengruppe finden sich Hinweise zu der Notwendigkeit einer besonders wertschätzenden, einführenden, biografieorientierten und stark beobachtungsbasierten Pflege. Die Pflegeintervention „Demenz Management“ appelliert beispielsweise für die Herstellung eines niedrig stimulierenden Milieus, einen angemessenen Augen- und Körperkontakt, die Vermeidung unnötiger Situationswechsel oder das Geben einfacher Anweisungen (Kastner&Löbach, 2007, S. 137-138).

Die Besonderheiten dementer Menschen sowie die dafür nötigen, adäquaten Pflegeaspekte lassen die Vermutung zu, dass die Pflege sehr zeitintensiv ist. So werden vor allem die, dem herausfordernde Verhalten entgegengebrachten Bemühungen als sehr zeitintensiv beschrieben (Halek&Bartholomeyczik, 2006, S. 10). Laut Newerla (2012) wird die Pflege dementer Personen in diesem Zusammenhang auch als besonders emotional belastend und psychisch herausfordernd identifiziert (S. 158). Wie bereits erwähnt, sollten Demenzpflegende auch spezielle Schulungen und Wissen im Bereich Demenz vorweisen, um dem Syndrom in adäquatem Vorgehen zu begegnen.

Ein Ort, an dem die eben genannten Forderungen nur in begrenztem Ausmaß umgesetzt werden können, ist das Akutkrankenhaus (Moyle, Olorenshaw, Wallis & Borbasi, 2008, S. 122). Gründe dafür können in den strategischen Ausrichtungen eines Akutkrankenhauses gefunden werden: Ziel eines Akutkrankenhauses liegt in der effizienten Versorgung von PatientInnen mit vorwiegend somatischen Erkrankungen (Pinkert&Holle, 2012, S. 728). Auch Zapp und Dorenkamp (2002) meinen, dass Prozesse im Krankenhaus auf eine Statusveränderung, nämlich auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der PatientInnen abzielen (S.19). Die Versorgungsabläufe in Krankenhäusern laufen dabei vorrangig standardisiert ab. Diese Rahmenbedingungen ermöglichen in weiterer Folge keine individuellen, auf die Bedürfnisse einzelner Personen zugeschnittene Versorgungsstrategien, sondern setzen die aktive Mitgestaltung des Behandlungsablaufes der PatientInnen voraus (Pinkert&Holle, 2012, S. 728). Für Menschen mit Demenz stellen derartige Rahmenbedingungen des Akutkrankenhauses keine förderliche Umgebung dar, sind es doch gerade jene PatientInnen, die Vertrautheit und Orientierung und ein mit

Kreativität, Flexibilität und hohen Kommunikationskompetenzen ausgestattetes Personal um sich benötigen.

Für demente Menschen, denen die Alltagsbewältigung bereits in ihrem gewohnten Umfeld schwer fällt, kann der Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus zu einer enormen Belastung werden (Heath, Sturdy & Wilcock, 2010, S. 3). Aufgrund fehlender Bezugspersonen, einer veränderten Umgebung, einer ungewohnten Tagesstruktur sowie einer lauten und hektischen Umgebung, nehmen die Orientierungsdefizite zu und herausforderndes Verhalten verstärkt sich oder tritt sogar zum ersten Mal auf (Kleina&Wingenfeld, 2007, S. 6). Die bei herausfordernden Verhaltensweisen eingesetzten Beruhigungsmedikamente wiederum ziehen eine zunehmende Passivität und eine damit einhergehende Verschlechterung des Zustandes mit sich, wobei es beispielsweise zu einer weiteren Abnahme des kognitiven Status kommt (ebd.). Die sonst so wichtige, regelmäßige Aktivierung der noch vorhandenen Alltagskompetenzen ist aufgrund der fremden Umgebung und der erzwungenen Untätigkeit nicht mehr möglich, wodurch selbst die noch wenig vorhandenen Alltagskompetenzen verloren gehen (ebd.). Weiters wird durch den Aufenthalt in dem Akutkrankenhaus das Risiko für das Auftreten eines Delirs erhöht, aufgrund der neuen Umgebung und der Einnahme bestimmter Medikamente. Ebenso wird von verstärktem Auftreten nosokomialer Infekte berichtet, da das Hygieneverständnis für Katheter, Infusionen und dergleichen fehlt und der Einsatz dieser abgelehnt wird (ebd. S. 7).

Erschwert wird dieser Zustand durch das, auf diese Verhaltensweisen und Besonderheiten, nicht vorbereitete Krankenhauspersonal (ebd. S. 8). Das Problem liegt in dem Umstand, dass Krankenhäuser prinzipiell nicht auf die Betreuung demenziell erkrankter Menschen eingerichtet sind, es sei denn es handelt sich um ein psychiatrisches Krankenhaus (Schaade, 2009, S. 2). Zu den eigentlichen pflegerischen Tätigkeiten kommen komplizierte kognitive Einschränkungen hinzu, gekoppelt mit demenzspezifischen Verhaltensweisen, die die Planung und Durchführung der Versorgung erschweren und somit eine individuelle Anpassung der alltäglichen Routinen an die DemenzpatientInnen bedürfen (Kleina&Wingenfeld, 2007, S. 8). Wird den individuellen Bedürfnissen nicht nachgegangen, nehmen die herausfordernden Verhaltensweisen zu und eine Zusammenarbeit von dem/der PatientIn wird verweigert (ebd.). Ein weiteres Problem lässt sich in der für

DemenzpatientInnen als so wichtige erachteten personellen Kontinuität suchen, da diese aufgrund der Strukturen eines Krankenhauses nicht gewährt werden kann (ebd. S. 9). Aufgrund weiterer struktureller Veränderungen im Gesundheitswesen, vor allem geplanter Sparmaßnahmen auf allen Ebenen und einer gleichzeitigen Zunahme demenziell erkrankter Menschen aufgrund demografischer Entwicklungen, muss von weiteren Verschlechterungen in diesem Bereich ausgegangen werden.

Diese Umstände legen dar, dass ein Krankenhaus nur ein vorübergehender Ort für demenziell erkrankte Menschen sein sollte, da diese Situation für alle Beteiligten Probleme mit sich zieht (Schaade, 2009, S. 2).

Im Folgenden wird auf die spezifische Pflegesituation dementer Menschen im Akutkrankenhaus eingegangen, da vor allem das Pflegepersonal größtenteils für die Betreuung der DemenzpatientInnen während ihres Krankenhausaufenthaltes zuständig sind und vor allem Pflegenden diejenigen sind, die sich in der Arbeit mit dementen Menschen besonders belastet fühlen (Kleina&Wingenfeld, 2007, S. 8).

## **II. EMPIRISCHER TEIL**

### **4 PFLEGE DEMENTER PATIENTINNEN IM AKUTKRANKENHAUS**

#### **4.1 Forschungsstand**

Wie bereits erwähnt, wird die Pflege dementer Personen im Allgemeinen als sehr anstrengend empfunden (Newerla, 2012, S. 158). Zu den eigentlichen pflegerischen Tätigkeiten hinzukommende psychische Herausforderungen, zum Beispiel hervorgerufen durch Aggressivität der PatientInnen, Wahnvorstellungen, Agitiertheit und Abwehrverhalten, erschweren die Arbeit der Pflegenden enorm.

Stellt also die Pflege dementer PatientInnen im Allgemeinen bereits ein schwieriges Unterfangen dar, so muss in einem Akutkrankenhaus von einer zusätzlichen Belastung ausgegangen werden. Neben eben genannten Gründen, ist ein weiterer Grund für erhöhten Druck in den Routinen eines Akutkrankenhauses zu finden. Um eine hohe Anzahl von PatientInnen mit somatischen Erkrankungen effektiv und effizient versorgen zu können, bedarf es standardisierten Abläufen und einer gewissen Alltagsroutine. Diese Alltagsroutinen werden jedoch durch den Aufenthalt eines/r DemenzpatientIn unterbrochen, da diese einer besonderen Zuwendung und Beobachtung bedürfen. Kann ein individueller Zugang zu den Betroffenen nicht gewährt werden, muss von Abwehrverhalten und dem Auftreten herausfordernder Verhaltensweisen ausgegangen werden (Kleina&Wingenfeld, 2007, S. 8). In der Folge ist erhöhter Stress der Pflegenden zu vermuten, da neben DemenzpatientInnen weitere, nicht demente PatientInnen betreut werden müssen.

Obwohl die Versorgungsproblematik dementer PatientInnen im Akutkrankenhaus bekannt ist, bestehen nur wenige Überlegungen dazu, wie eine angemessene Versorgung demenzkranker PatientInnen gestaltet sein sollte (Angerhausen, 2008a, S. 460). Vor allem Pflegende fühlen sich häufig überfordert und sehen bei sich selbst fachliche Defizite (Kleina&Wingenfeld, 2007, S. 8). In Pflegeheimen gegenwärtige Konzepte zur Kommunikationsverbesserung und zur Verbesserung des Umgangs

mit demensspezifischen Verhaltensweisen, sind den Pflegenden von Akuteinrichtungen wenig vertraut (ebd.).

Teilweise gelangen Pflegende in ethische Konflikte, da sie die Verhaltensweisen von DemenzpatientInnen nicht deuten können und daher Unsicherheit besteht, ob gesetzte Pflegehandlungen gegen den Willen des/der PatientIn laufen (z.B. Medikamentengabe) (Eriksson & Saveman, 2002, S. 81).

Heath, Sturdy und Wilcock (2010) beziehen sich auf eine Studie, in der nachgewiesen werden konnte, dass neun von zehn Pflegenden in Akutkrankenhäusern den Umgang mit DemenzpatientInnen als sehr anstrengend empfinden (S. 3). Vor allem der Umgang mit herausforderndem Verhalten, die spezielle Kommunikation, das Umherwandern und die Verantwortung für deren Sicherheit werden als belastend empfunden (ebd.). Weitere Studien zeigen, dass Pflegende sich wünschen würden, diesen PatientInnen optimale Pflege zukommen zu lassen, dies jedoch nur schwer erreichbar scheint (ebd. S. 4).

Andere Studien sprechen weitere Aspekte an, wie beispielsweise grundlegende Probleme aufgrund des Krankenhausmilieus (Moyle, Borbasi, Wallis, Olorenshaw & Gracia, 2010, S. 423), Einteilung der PatientInnen in „angenehme“ und „unangenehme“ PatientInnen und darauf aufbauendes Verhalten ihnen gegenüber (Norman, 2006, S. 458), Mangel an spezifischem Demenzwissen (Cowdell, 2010, S. 88) sowie ein persönliches Berührt-sein durch die Vulnerabilität der PatientInnen (Bryon, Dierckx de Casterlé & Gastmans, 2011, S. 288).

Im Umgang mit Demenzkranken wird in der Literatur die Wichtigkeit der frühen Erkennung und Prävention eines Delirs, spezifisches Demenzwissen der Pflegenden, fokussierte Kommunikation, sowie eine Reduktion von Stressoren empfohlen (Moyle et al., 2010, S. 421). Andere Studien empfehlen unter anderem adäquate Kommunikation mit DemenzpatientInnen und sprechen sich für eine spezielle Schulung des Pflegepersonals aus (Clevenger et al., 2012, S. 1745).

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass Pflegende in Akutkrankenhäusern im Umgang mit DemenzpatientInnen großen Belastungen ausgesetzt sind, wobei sich auch einzelne Empfehlungen zur Verbesserung dieser Situation finden. Da jedoch keine aktuelle und systematische vorgenommene Zusammenfassung des Forschungsstandes zu diesem Thema vorliegt, soll die Diplomarbeit dazu genützt

werden, die besonderen Aspekte in der Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus sowie existierende Empfehlungen systematisch auszuarbeiten. Umgesetzt wird dieses Vorhaben mithilfe eines systematischen Reviews, welches im Folgenden erläutert wird.

## 4.2 Systematischer Review

Ein Review (zu deutsch „Übersichtsarbeit“) ist eine wissenschaftliche Forschungsmethode, in der eine Analyse und Interpretation vorhandener Literatur zu einem bestimmten Thema vorgenommen wird (Aveyard, 2007, S. 1). Diese Art der wissenschaftlichen Methode nimmt vor dem Hintergrund einer wachsenden Anzahl von Literatur einen hohen Stellenwert ein, da sie ExpertInnen einen Überblick zum aktuellen, wissenschaftlichen Stand eines Themas gewährt (ebd. S. 6). Mayer (2011) schreibt in diesem Zusammenhang von einer „Erleichterung“ der ForschungsanwenderInnen, „weil das Suchen, Lesen und Bewerten der einzelnen Arbeiten wegfällt“ (S. 362).

Im Rahmen eines Literaturreviews wird zwischen einem systematischen und einem narrativen Zugang unterschieden. Der Unterschied liegt in den unterschiedlichen Vorgehensweisen: Die in systematischen Reviews dargestellten Ergebnisse werden, im Gegensatz zu einem narrativen Review, nach klar definierten Kriterien ausgewählt und bewertet (ebd.).

Am Anfang eines jeden systematischen Reviews steht eine bestimmte Forschungsfrage, die es zu untersuchen gilt. Darauf folgen eine gründliche Literaturrecherche und die Auswahl bestimmter Studien (ebd.). Anschließend wird eine kritische Bewertung jeder einzelnen Studie, eine Extraktion der einzelnen Ergebnisse und schlussendlich eine Synthese dieser Ergebnisse vorgenommen (ebd.). Die bekannteste Vorgehensweise zur Durchführung eines systematischen Reviews folgt den Vorgaben der so genannten „Cochrane Collaboration“ (Aveyard, 2007, S. 11). Es handelt sich hierbei um ein internationales Netzwerk, dessen Ziel in der Unterstützung systematischer Reviews zum wissenschaftlichen Evidenznachweis einzelner Therapien besteht (ebd.). Die vorgegebenen Richtlinie der Cochrane Collaboration zur Durchführung eines systematischen Reviews sind dabei sehr

streng gehalten, wobei die ForscherInnen einem strikten Protokoll zu folgen haben. So sollten Reviews beispielsweise nur Literatur mit hohen Evidenzgraden beinhalten, wie beispielsweise randomisiert kontrollierte Studien.

Narrative Reviews hingegen folgen keiner vorab definierten Methode und weisen somit keine systematische Herangehensweise auf (ebd. S. 14). Es werden keine Angaben zur Durchführung des Reviews gegeben, wodurch das methodische Vorgehen nicht wiederholbar und die Ergebnisdarstellung in Folge womöglich falsch oder ungenau ist (ebd.).

Aveyard (ebd.) fasst die Unterschiede zwischen einem systematischen und einem narrativen Review in verständlicher Weise zusammen:

- Systematische Reviews: klar definierte Forschungsfrage, fokussierte Suchstrategie auf Basis explizit gemachter Methoden, strenge Methoden der Bewertung und Synthese der Literatur, gesamter Review ist explizit und wiederholbar
- Narrativer Review: keine fokussierte Forschungsfrage und Suchstrategie, keine explizite Bewertungs-, und Synthesestrategie, nicht leicht wiederholbar

(S. 15-16).

Narrative Reviews sollten wenn möglich vermieden und systematische Reviews favorisiert werden (ebd. S. 16).

Systematische Reviews müssen dabei aber nicht immer den strengen Regeln der Cochrane Collaboration folgen. Wie bereits erwähnt, verfolgt die Cochrane Collaboration das Ziel, die Evidenz einer bestimmten Therapie oder Vorgehensweise darzustellen indem beispielsweise nur Literatur mit einem hohen Evidenzgrad (z.B. Randomisiert kontrollierte Studien) favorisiert wird.

Auch sollte bei einem nach dem Stil der Cochrane-Collaboration durchgeführten systematischen Review, wenn möglich die gesamte vorhandene Literatur analysiert werden und es sollte ein Team an ForscherInnen daran beteiligt sein (ebd. S. 84). Bei der Untersuchung von Forschungsfragen, die keinen Evidenznachweis anstreben, kann auf, in der Evidenzhierarchie niedrig eingestufte Literatur, zurückgegriffen werden, wie beispielsweise qualitative Studien oder ExpertInnenartikel. Auch kann ein systematischer Review von nur einem/einer

ForscherIn durchgeführt werden und es muss nicht die gesamte vorhandene Literatur einbezogen werden (ebd.).

In vorliegender Arbeit wurde ein solcher nicht auf die Darstellung von Evidenz zielender, systematischer Vorgang gewählt. Der Grund dafür liegt in dem formulierten Ziel der Diplomarbeit, in dem es darum geht einen Überblick über die besonderen Aspekte und Empfehlungen in der Pflege dementer Personen zu geben.

Da ein Review als Forschungsmethode aber dennoch einem bestimmten systematischen Vorgehen folgen soll, müssen die grundlegenden Prinzipien einer systematischen Literaturrecherche,- Kritik,- und Synthese eingehalten werden (ebd. S. 13). Als wesentliche Bestandteile eines systematischen Reviews werden folgende genannt:

- 1) Die Definition der Forschungsfragen(n)
- 2) Eine klar dokumentierte methodische Vorgehensweise
- 3) Eine Präsentation der Daten und eine Analyse dieser
- 4) Ein Diskussionsteil, in dem Schlussfolgerungen und Empfehlungen gegeben werden

(ebd. S. 17).

#### **4.2.1 Literaturrecherche**

Nach der Formulierung der Forschungsfrage(n), die ja bereits in Kapitel 1 vorgenommen wurde, folgt als nächster Schritt die Durchführung der Literaturrecherche. Als Basis zur Durchführung der Literaturrecherche wurde das Werk von Kleiber und Mayer (2005) hinzugezogen.

##### *4.2.1.1 Auswahl der Suchhilfe*

Als erster Schritt der Literaturrecherche wurde die geeignete Suchhilfe festgelegt, wobei Suchhilfen „Instrumente“ beschreiben, mit deren Hilfe man zu den gewünschten Literaturangaben kommt (Mayer, 2011, S. 277). In vorliegender Arbeit

wurden Datenbanken als Suchhilfe gewählt. Datenbanken sind elektronische Systeme, in denen mit Hilfe einer Abfragesprache eine große Menge an Daten gefunden werden kann (Kleibel&Mayer, 2005, S. 28). Für die Pflege sind u.a. die Datenbanken „Medline“ und „CINAHL“ (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) von hoher Wichtigkeit (ebd. S. 29). Medline stellt die weltweit größte medizinische Datenbank dar und bezieht ihre Literaturzitate aus internationalen Fachzeitschriften (ebd. S. 144). Ebenso wie Medline ist auch CINAHL eine große englische Datenbank mit Literaturziten aus Pflege und angrenzenden Gesundheitsbereichen (ebd. S. 145). Zusätzlich zu Medline und CINAHL erfolgte die Literaturrecherche in der Datenbank „Pubmed“.

#### 4.2.1.2 Auswahl der Suchbegriffe

An die Auswahl der Suchhilfen erfolgte die Festlegung der Suchbegriffe. Mayer (2011) definiert Suchbegriffe als „Worte, die den gewünschten Inhalt repräsentieren und mit deren Hilfe man zu den entsprechenden Literaturziten“ kommt (S. 277). Zur Festlegung der Suchbegriffe werden folgende drei Schritte vorgeschlagen:

- 1) Zerlegen des Informationsproblem in einzelne Komponenten
- 2) Begriffzuordnung zu den einzelnen Komponenten und bei Suche in englischen Datenbanken, Übersetzung dieser in die englische Bezeichnung
- 3) Synonyme zu den einzelnen Begriffen finden

(Kleibel&Mayer, 2005. S. 34).

In vorliegender Arbeit wurde die Auswahl der Suchbegriffe in Anlehnung an diese drei Punkte vorgenommen, wobei folgende Suchbegriffe in die Literaturrecherche inkludiert wurden: *alzheimer, dementia, acute care, acute care hospital, emergency, care, nursing*. Auf die Begriffe „besondere Aspekte“ und „Empfehlungen“ wurde, obwohl diese den Fokus der Forschungsfrage bilden, bewusst verzichtet, da mit dessen Einbezug eine mögliche Einschränkung der Suchergebnisse vermutet wurde.

Innerhalb der Festlegung der Suchbegriffe, gilt es weiters so genannte Ein- und Ausschlusskriterien festzulegen (Mayer, 2011, S. 278). Ein- und Ausschlusskriterien helfen dabei, die zur Beantwortung der Forschungsfragen nützliche Literatur zu

identifizieren, indem ein weiterer Fokus gesetzt wird (Aveyard, 2007, S. 59). In vorliegender Arbeit wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt:

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<b>Setting:</b> Krankenhaus	<b>Setting:</b> geriatrische Einrichtungen (z.B. Pflegeheime, Tageszentren etc.), spezifische Einrichtungen in Krankenhäusern für geriatrische PatientInnen
<b>Personengruppe:</b> demente Personen	<b>Personengruppe:</b> geriatrische PatientInnen im Allgemeinen, delirante PatientInnen, Menschen mit Fokus auf auffälligem Verhalten, behinderte Menschen
<b>Berufsgruppe:</b> Pflegende	<b>Berufsgruppe:</b> ÄrztInnen, nicht-medizinisches Personal, MTD's, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen
<b>Fokus:</b> Probleme, Schwierigkeiten, besondere Anforderungen an die Pflege, Lösungsstrategien, Empfehlungen	<b>Fokus:</b> Epidemiologie, Kostenstudien, Sicht der DemenzpatientInnen

**Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung, 2012)**

Literatur, welche den Fokus ausschließlich auf delirante Personen sowie Personen mit „herausfordernden Verhaltensweisen“ legte, wurde ausgeschlossen. Wurden das Delir und das herausfordernde Verhalten jedoch als Teilaspekt im Rahmen der Demenz thematisiert, wurde die Literatur eingeschlossen.

Literatur, dessen Fokus ausschließlich auf der Berufsgruppe der ÄrztInnen, nicht-medizinischen, medizinisch-technischen Personals, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen u.ä. lag, wurde ebenfalls ausgeschlossen.

Da die Beantwortung der Forschungsfrage auf keinen Evidenznachweis abzielt, konnten qualitative Studien, quantitative Studien, Reviews sowie Methoden- und Programmbeschreibungen eingeschlossen werden.

Weitere Einschlusskriterien waren: Artikel mit deutscher und englischer Sprache, Publikationszeitraum der letzten zehn Jahre.

#### 4.2.1.3 *Festlegen der Suchstrategien*

Die Suche erfolgte in allen Fällen durch die so genannte Schnellsuche. Sie dient dazu rasch etwas über ein Thema zu erfahren, wobei die festgelegten Begriffe in der Eingabezeile des Suchformulars eingegeben werden (Mayer, 2011, S. 280).

Zur Spezifizierung der Suche wurde weiters der Einsatz von Trunkierungen und Operatoren gewählt. Eine Trunkierung meint die Verwendung eines Symbols im Anschluss an einen abgekürzten Suchbegriff (ebd.). Trunkierungen können dabei helfen, einen Wortstamm mit unterschiedlichen Endungen zu finden, wobei ein weit verbreitetes Zeichen der Stern (\*) ist (Kleibel&Mayer, 2005, S. 39). Um die Suche weiter zu spezifizieren, wurden die Suchbegriffe zusätzlich mit den so genannten „Bool’schen Operatoren“ UND, ODER sowie NICHT verknüpft, wobei die englischen Begriffe AND, OR und NOT verwendet wurden.

Kleibel und Mayer (ebd.) erwähnen noch die Wichtigkeit ein Suchprotokoll anzulegen, in dem u.a. die das Suchinstrument, die Sucheingabe, die Treffer und die relevanten Treffer festgehalten werden sollen, um die Suche nachvollziehbar machen zu können (S. 58). Das gesamte Suchprotokoll kann im Anhang (s. Anhang A) nachgelesen werden.

Zusammengefasst kann die tatsächlich durchgeführte Literaturrecherche in folgenden Schritten zusammengefasst werden:

- 1) In den Datenbanken Medline, CINAHL und Pubmed wurden die gleichen Suchbegriffe inklusive Trunkierung und Bool’schen Operatoren eingegeben
- 2) Der erste Treffer wurde, unabhängig der Anzahl der Ergebnisse, hinsichtlich Publikationszeitraum (letzten zehn Jahre/ 2002-2012) und Sprache (Englisch/Deutsch) eingeschränkt
- 3) Je nach Trefferanzahl wurde ein unterschiedliches weiteres Vorgehen (a oder b) gewählt und anschließend bei Schritt 4 fortgesetzt:
  - a) Lag die Trefferanzahl nach dieser ersten Einschränkung unter der Zahl 200, wurde Titel für Titel der Treffer gelesen

- b) Lag die Trefferanzahl über 200 wurden weitere Einschränkungsmöglichkeiten der Datenbank in Anspruch genommen oder weitere Einschränkungen mittels der Bool'schen Operatoren eingesetzt.
- 4) Von jenen Titeln die so klangen als würden sie zum Forschungsthema passen, wurde das Abstract gelesen (zusätzlich wurde mittels der Suchfunktionstaste STRG+F kontrolliert, ob der Titel bereits in das Suchprotokoll aufgenommen wurde)
  - 5) Die Brauchbarkeit des Abstracts für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde auf Basis der vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien bewertet
  - 6) Entsprach das Abstract den Einschlusskriterien, wurde die Studie/der Artikel in das Suchprotokoll aufgenommen
  - 7) Anschließend wurde in der elektronischen Zeitschriftenbank der Universität Wien sowie der Medizinischen Universität nach dem jeweiligen Journal mit dieser Studie/dem Artikel gesucht
  - 8) Die Studie/der Artikel wurde sodann gesamt durchgesehen und es wurde eine letzte Entscheidung getroffen, ob die Studie/der Artikel hinsichtlich ihres/seines Themas in das Review aufgenommen wird

#### 4.2.1.4 Ergebnis der Literaturrecherche

Die Ergebnisse der Literaturrecherche können zusammengefasst in folgender Tabelle dargestellt werden:

Datenbank	Suchbegriff	Treffer ohne Einschränkung	Einschränkungen	Gesamttreffer nach Einschränkungen
<b>CINAHL</b>	(dement* OR alzheimer*) AND „acute care“	198	2002-2012, Englisch/Deutsch	161
	(dement* OR Alzheimer*) AND “acute care hospital”	9	2002-2012, Englisch/Deutsch	9
	(dement* OR alzheimer*)	686	1: NOT (nursing home OR	1: 450

	AND (acute OR emergency) AND (car* OR nurs*)		residential* OR geriatric*) 2: 2002-2012, Englisch/Deutsch 3: abstract available	2: 234 3: 154
	(dement* OR alzheimer*) AND hospital* AND (car* OR nurs*)	1.524	1: NOT (nursing home OR residential* OR geriatric*) 2: 2002-2012, Englisch/Deutsch 3: abstract available 4: All adult	1: 768 2: 557 3: 338 4: 277
<b>Pubmed</b>	(dement* OR alzheimer*) AND „acute care“	213	Letzten 10 Jahre, Englisch/Deutsch	122
	(dement* OR Alzheimer*) AND “acute care hospital”	30	Letzten 10 Jahre, Englisch/Deutsch	16
	(dementia OR demented OR alzheimer) AND (acute OR emergency) AND (care OR caring AND nurse OR nursing) <sup>1</sup>	1.168	1: NOT (nursing home OR residential care OR geriatric) 2: Letzten 10 Jahre, Englisch/Deutsch 3: Abstract available	1: 635 2: 323 3: 309
	(dementia OR demented OR alzheimer) AND hospital AND (care OR caring OR nurse OR nursing) <sup>2</sup>	4.475	1: NOT (nursing home OR residential OR geriatric OR long-term) 2: Letzten 10 Jahre, Englisch/Deutsch 3: Abstract available 4: Nursing	1: 2111 2: 1002 3: 918 4: 102

<sup>1</sup> Hier mussten die einzelnen Begriffe ausgeschrieben werden, da Pubmed sonst nicht in allen Variationen gesucht hätte

<sup>2</sup> Siehe Information Fußnote 1

			Journals	
<b>Medline</b>	(dement* OR alzheimer*) AND „acute care“	204	2002-2012, Englisch/Deutsch	126
	(dement* OR alzheimer*) AND „acute care hospital“	29	2002-2012, Englisch/Deutsch	15
	(dement* OR alzheimer*) AND (acute care OR emergency) AND (car* OR nurs*)	1.675	1: NOT (nursing home OR resident* OR geriatric) 2: Englisch/Deutsch, 2002-2012 3: Research Area: Nursing	1: 1.136 2: 592 3: 45
	(dement* OR alzheimer*) AND hospital* AND (car* OR nurs*)	3.732	1: NOT (nursing home OR resident* OR geriatric) 2: Englisch/Deutsch, 2002-2012 3: Research Area: Nursing	1: 1998 2: 866 3: 105

**Tabelle 5: Zusammenfassende Darstellung der Suchstrategie (eigene Darstellung, 2012)**

Eine detaillierte Darstellung des Suchprotokolls inklusive der eingeschlossenen und ausgeschlossenen Literatur kann im Anhang (s. Anhang A) nachgelesen werden.

Letztendlich wurden 20 Treffer in das Review einbezogen. Diese beinhalten 9 qualitative Studien, 3 quantitative Studien, 3 Reviews sowie 5 Methoden- bzw. Programmbeschreibungen. Ein Review und eine Methoden-bzw. Programmbeschreibung beziehen sich auf Notfallambulanzen. Dies ergibt sich aus dem Umstand, dass auch der Begriff „emergency“ in die Suche einbezogen wurde. Grund dafür liegt in der Tatsache, dass Notfalleinrichtungen meist den ersten Kontakt zu einem Krankenhaus darstellen und diese bereits einen großen Einfluss auf die DemenzpatientInnen nehmen können.

#### 4.2.1.5 *Kritische Bewertung der Literatur*

Kritische Bewertung in einem systematischen Review bedeutet, Artikel und Studien hinsichtlich ihrer Stärken und Schwächen zu beurteilen, wobei je nach Art der Literatur unterschiedliche Beurteilungskriterien betrachtet werden (Aveyard, 2007, S. 77). Die Beurteilung ist durch einen groben Überblick über die Qualität der Studie charakterisiert (ebd. S. 105).

Die kritische Beurteilung der inkludierten qualitativen und quantitativen Studien erfolgte in Anlehnung an die von Mayer (2011) präsentierten Kriterien (S. 360-361; S. 357-359). Die Beurteilung der Reviews erfolgt in Anlehnung an die von Dickson (1999) dargelegten Kriterien dafür (S. 54-56). Die Beurteilung der Methoden- bzw. Programme erfolgte in Anlehnung an Aveyard (2007, S. 102-103). Wie die einzelnen Studien und Artikel bewertet wurden, kann im Anhang (s. Anhang B) im Ergebnisprotokoll nachgelesen werden.

Alle Studien und Artikel wiesen adäquate methodische Vorgehensweisen auf, sodass alle von ihnen in das Review inkludiert wurden. Laut Mayer (2011) darf nicht erwartet werden, perfekte Arbeiten zu finden (S. 361). Jedoch sollte eine Anhäufung von Ungereimtheiten hellhörig machen (ebd.). Auch einige der hier inkludierten Studien/Artikel wiesen Ungenauigkeiten auf, jedoch in einem derart geringen und nicht bedeutsamen Ausmaß, sodass alle inkludiert werden konnten.

#### **4.2.2 Literatursynthese**

An die kritische Bewertung der Literatur folgt in einem nächsten Schritt die Synthese der Literatur.

Da die gängigsten Synthesemethoden, die Metasynthese oder die Metaanalyse, eine Ergebniskombination unterschiedlicher Studienmethoden (quantitativ oder qualitativ) nicht erlauben, erfolgte die hier vorgenommene Synthese in Anlehnung an Aveyard (2007), da ihr präsentiertes Vorgehen die Kombination unterschiedlicher Art von Literatur ermöglicht.

Der erste Schritt besteht laut Aveyard (ebd.) in der Erstellung eines Ergebnisprotokolls, in dem die Ergebnisse der einzelnen Studien und Ergebnisse

festgehalten sind (S. 112). Das für diese Diplomarbeit erstellte Ergebnisprotokoll kann im Anhang (s. Anhang B) nachgelesen werden.

Die eigentliche Vorgehensweise einer Literatursynthese besteht sodann in der Erstellung einzelner Kategorien (ebd. S. 113). In einem ersten Schritt wird dabei jedem Ergebnis aus jeder Studie/Artikel ein „Code“ zugeordnet, der das Ergebnis in einem Wort oder mehreren Wörtern beschreibt.

In einem nächsten Schritt werden dann die so genannten Kategorien erstellt (ebd.). Dabei werden alle gleichen oder ähnlichen Codes zu einer Kategorie zusammengefasst, deren Bezeichnung den Inhalt der Codes repräsentieren sollte.

Um sicherzugehen, dass Codes nicht zu unpassenden Kategorien zugeordnet wurden, gilt es, die einzelnen Kategoriennamen nochmals zu betrachten und zu kontrollieren, ob der Kategoriename alle enthaltenen Codes ausreichend beschreibt. Im Gegenzug muss überprüft werden, ob die zu einer Kategorie zugeordneten Codes nicht eher zu einer anderen Kategorie passen würden (ebd. S. 114).

Das Ergebnis des Literaturreviews bilden schlussendlich Kategorien, die in Folge die Basis zur Beantwortung der Forschungsfrage(n) darstellen (ebd. S. 118).

Im Rahmen der Literatursynthese konnten sechs Gruppen an Kategorien gebildet werden. Da es sich um eine Fülle an Codes handelte, wurden zu den einzelnen Kategorien zusätzliche Unterkategorien erstellt. Dazu wurden die Codeinhalte nochmals genau fokussiert und, bei Bedarf, zu weiterem Verständnis auf die Studie/den Artikel zurückgegriffen.

Sowohl die Codes als auch die Kategorien können im Anhang der Arbeit (s. Anhang C) nachgelesen werden (die neben den Codes angeführten Zahlen dienen als Identifizierungsnummer der einzelnen Studien/Artikel, sodass bei etwaigen Unklarheiten und bei der Ergebnisdarstellung rasch auf die jeweilige Studie/Artikel zurückgegriffen werden konnte).

## 4.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden zuerst deskriptiv dargestellt und anschließend zusammengefasst und interpretiert.

### 4.3.1 Deskriptive Darstellung der Ergebnisse

Die gefundenen Kategorien beziehen sich auf die Gefühle der Pflegenden sowie deren Einstellung, auf die Kompetenz bzw. das Wissen der Pflegenden und auf die Pflegepraxis an sich. Weiters konnten direkt aus den Studien Empfehlungen abgeleitet werden, wodurch eine weitere Kategorie sich ausschließlich mit Empfehlungen beschäftigt.

#### 4.3.1.1 *Gefühle und Einstellungen der Pflegenden*

In sieben der inkludierten Studien wurden die Gefühle der Pflegenden thematisiert. Dabei handelt es sich um Empfindungen die sich entweder direkt auf die PatientInnen oder auf deren Zustand bezogen oder aber auf die Praxisgegebenheiten.

Die Gefühle den DemenzpatientInnen bzw. deren Zustand gegenüber variierte. Auf der einen Seite wurde von Pflegenden berichtet, die den PatientInnen ein starkes Mitgefühl entgegenbrachten, indem sie sich in die Betroffenen hineinversetzten, was zu einer „persönlichen Betroffenheit“ der Pflegenden führte (Bryon et al., 2011). Dabei war es vor allem die Vulnerabilität, gekennzeichnet durch deren Hilflosigkeit, Gebrechlichkeit und Abhängigkeit, sowie eine eventuelle Verschlechterung des Zustandes, die zu eben genannter persönlicher Betroffenheit führte. Das Mitgefühl führte zu dem persönlichen Ziel der Pflegenden, diesen PatientInnen die bestmögliche Pflege zukommen zu lassen, wodurch bei einer geglückten Bedürfnisbefriedigung von einer „inneren Zufriedenheit“ der Pflegenden berichtet wurde (ebd.). Weiters waren es auch die Pflegenden dieser Studie, die sich bei einem Abwehrverhalten der PatientInnen besonders betroffen fühlten.

Dass nicht alle Pflegenden ein solches Mitgefühl DemenzpatientInnen gegenüberbringen, wurde in der Studie von Borbasi, Jones, Lockwood und Emden (2006) thematisiert. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass Pflegenden aus dem chirurgischen Bereich DemenzpatientInnen am wenigsten mitfühlend gegenüber treten.

In einer weiteren Studie wurde darauf hingewiesen, dass aggressive DemenzpatientInnen bei den Pflegenden Angst hervorrufen (Nolan, 2007). Dieses Gefühl nahm weitere Auswirkungen auf den Pflegezugang zu den PatientInnen. Während bei nicht aggressiven PatientInnen die Möglichkeit eines partizipatorischen Pflegezuganges genannt wurde, wurde der Zugang zu aggressiven PatientInnen als zurückhaltend beschrieben (ebd.).

In einer weiteren Studie wurde von „Frustgefühlen“ berichtet, die sich aufgrund des Wissens, dass DemenzpatientInnen einer besonders zeitintensiven Pflege bedürfen, dies im Akutkrankenhaus jedoch nicht umsetzbar ist, entwickelten (Byers & France, 2008). Eine Pflegende beschrieb dieses Gefühl mit folgenden Worten „It’s the worst feeling in the world when you come home and you feel like ... I did not do my job good today“ (ebd.) (zu Deutsch: „Es ist das schlimmste Gefühle nachhause zu kommen und zu wissen... dass ich meinen Job heute nicht gut ausgeführt habe“). Auch eine weitere Studie berichtet vom „Frust“ der Pflegenden, DemenzpatientInnen nicht die Pflege zukommen zu lassen, die sie beispielsweise in Pflegeheimen erhalten (Nolan, 2007).

Weiters wurde von „Schuldgefühlen“ berichtet (ebd). Diese ergaben sich durch den Umstand, dass herumwandernden DemenzpatientInnen nicht die Möglichkeit geboten werden durfte umherzugehen, aus Gründen der Sicherheit.

Gefühle des „Missverhaltens“, der „Machtlosigkeit“ sowie „Versagensängste“ wurden weiters aufgrund der Diskrepanz der für diese Personengruppe nötigen Pflege und den Gegebenheiten des Akutkrankenhauses mit seiner Routine genannt (Eriksson&Saveman, 2002).

In den inkludierten Studien konnten gewisse Sichtweisen der Pflegenden den PatientInnen bzw. ihrem Umstand gegenüber identifiziert werden. Dabei wurden generell positive und negative Einstellungen festgestellt.

In der quantitativen Studie von Kang, Moyle und Venturato (2011) konnte nachgewiesen werden, dass Pflegende in Akutkrankenhäusern DemenzpatientInnen gegenüber eine prinzipiell positive Einstellung einnehmen. Ebenfalls konnte nachgewiesen werden, dass Pflegende von chirurgischen Stationen DemenzpatientInnen gegenüber negativ eingestellt sind.

Von einer negativen Einstellung wird auch in der qualitativen Untersuchung von Moyle et al. (2010) berichtet. Die Pflegenden berichten davon, dass es im Akutkrankenhaus Wichtigeres zu tun gäbe, als die Aggression der DemenzpatientInnen zu bändigen, wodurch dieser PatientInnengruppe eine grundlegend negative Einstellung entgegengebracht wird. In Folge wird DemenzpatientInnen die Schuld für das Anwenden freiheitsbeschränkender Maßnahmen zugeschrieben.

Welche Gründe zu der Entwicklung einer positiven oder negativen Einstellung führen, konnte in einer Beobachtungsstudie von Norman (2006) nachgewiesen werden. Basis für die Entwicklung einer positiven oder negativen Einstellung bilden die vorangegangenen Erfahrungen in der Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus. Aufgrund dieser Erfahrungen nehmen Pflegende eine Einteilung der DemenzpatientInnen in „positive und akzeptable“ und in „negative und unakzeptable“ PatientInnen vor, was in weiterer Folge auch den Umgang mit diesen PatientInnen beeinflusst (ebd.).

Ein weiterer Grund für die Einnahme einer positiven oder negativen Einstellung ist in der Stationskultur und deren Sichtweise auf diese PatientInnengruppe zu finden (Cowdell, 2010). So werden die PatientInnen auf den Stationen beispielsweise in die beiden Kategorien „liebvoll“ oder „schwierig“ eingeteilt, abhängig von ihrem Verhalten auf der Station. Je nachdem mit welcher dieser beiden Eigenschaften die PatientInnen charakterisiert werden, beeinflusst dies die Einstellung aller Pflegenden auf der Station.

#### 4.3.1.2 *Kompetenz der Pflegenden*

Eine weitere stark thematisierte Kategorie beschäftigt sich mit der Kompetenz der Pflegenden bzw. mit deren Wissen bezüglich dem Thema „Demenz“. Zur Kompetenz

der Pflegenden konnten drei Unterkategorien gebildet werden, nämlich der Stand zum aktuellen Wissen, der Wunsch nach mehr Wissen und das besondere Wissensdefizit zur Unterscheidung der Demenz von einem Delir.

Zum aktuellen Wissensstand der Pflegenden im Akutkrankenhaus zur Demenz kann festgehalten werden, dass dieser prinzipiell sehr gering ist. Die mangelnde Kompetenz nimmt in weiterer Folge Einfluss auf den Pflegeprozess (Moyle et al., 2008).

In der qualitativen Studie von Borbasi et al. (2010) wurde beispielsweise auf das fehlende Demenzwissen des Personals hingewiesen, was in weiterer Folge zu einem nicht Erkennen früher Demenzsymptome führt, obwohl es gerade dieses Stadium der Demenz ist, in dem Medikamente helfen könnten.

Das fehlende Demenzwissen führt weiters dazu, dass Pflegende sich vermehrt auf die physische anstatt psychosoziale Pflege konzentrieren, um dennoch gewissen Pflegestandards gerecht werden zu können (Cowdell, 2010). Neben dem für einige Pflegenden generellen Problem der fehlenden Ausbildung im Bereich der Demenz, wurde in der Studie von Cowdell (ebd.) auch darauf hingewiesen, dass jene Pflegende, die etwas über Demenz gelernt hatten, nicht wussten, wie sie dies in der Praxis umsetzen könnten.

Im Gegensatz zu diesen Studienergebnissen konnte in der quantitativen Studie von Lin, Hsieh und Lin (2012) ein durchaus akkurates Wissen zur Demenzpflege bei Pflegenden im Akutkrankenhaus nachgewiesen werden. Ebenso war es den StudienteilnehmerInnen möglich, die Pflegebedürfnisse der DemenzpatientInnen in unterschiedlichen Demenzstadien zu erkennen, wobei dieses Wissen bei praxiserfahrenen Pflegenden am höchsten lag. In gleicher Studie konnte jedoch interessanterweise auch aufgezeigt werden, dass es den Pflegenden schwer fällt zwischen Demenz und Delir zu unterscheiden.

Die Schwierigkeit zur Differenzierung der Demenz von einem Delir wurde auch in zwei weiteren Studien (Moyle et al., 2010; Moyle et al., 2008) thematisiert.

In den meisten der Studien, in denen ein fehlendes Demenzwissen der Pflegenden genannt wurde, wurde auch der Wunsch nach mehr Schulungsmöglichkeiten zur

Verbesserung des Wissensstandes ausgesprochen (Borbasi et al., 2006; Cowdell, 2010; Moyle et al., 2008).

#### 4.3.1.3 *Pflegepraxis*

Eine weitere Kategorie umfasst die Pflegepraxis dementer Personen im Akutkrankenhaus.

Auf der Praxisebene wurde vor allem das Thema „Überwachung“ der DemenzpatientInnen auf der Akutstation thematisiert (Borbasi et al., 2006; Nolan, 2007; Moyle et al., 2010). Eine ständige Überwachung des Zustandes der PatientInnen (vor allem in der Nacht) (Borbasi et al., 2006) sowie eine exzessive Überwachung der Aktivitäten, vor allem von herumwandernden PatientInnen, um sicherzustellen, dass diese nicht die Station verlassen (Nolan, 2006) sowie deren generelle Sicherheit zu gewähren (Moyle et al., 2010).

Um Sicherheit zu gewährleisten wurde neben der exzessiven Beobachtung auch der Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen genannt. In der Studie von Borbasi et al. (2006) wurde der Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen von allen StudienteilnehmerInnen genannt, wobei sowohl pharmakologische als auch mechanische Maßnahmen angewandt werden. Die Verabreichung sedierender Medikamente um die dementen PatientInnen ruhig zu halten, wurde auch von den TeilnehmerInnen der Studie von Eriksson und Saveman (2002) genannt. In dieser Studie wurde auch darauf hingewiesen, dass die Verabreichung von Medikamenten meist gegen den Willen der PatientInnen geschieht, wodurch Pflegenden sich oftmals in ethisch schwierigen Situationen wiederfinden.

Als weitere Charakteristik der Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus wurde die Fokussierung auf die Akutsituation der PatientInnen genannt (Borbasi et al., 2006; Moyle et al., 2008). Ebenfalls in diesem Zusammenhang wurde die Verschiebung einer fördernden Pflege zu einer erhaltenden Pflege (Moyle et al., 2010) sowie die vorrangige Beachtung einer körperlichen Bedürfnisbefriedigung (Cowdell, 2010) erwähnt.

In der quantitativen Studie, in der der Pflegebedarf von DemenzpatientInnen und nicht dementen PatientInnen verglichen wurde konnte nachgewiesen werden, dass

Pflegende DemenzpatientInnen bei Tätigkeiten wie beispielsweise Mobilisieren, Duschen oder Toilettengang weitaus mehr unterstützen mussten (O'Connell, Orr, Ostaszkiwicz & Gaskin, 2012). Auch weitere Studien (Nolan, 2007; 2008) zeigen, dass DemenzpatientInnen weitaus mehr Zeit der Pflegenden beanspruchen als nicht dementen Personen, wodurch das Problem entsteht, nicht allen PatientInnen auf einer Station in gleichem Maße gerecht zu werden.

Auf der Praxisebene wurde von ExpertInnen die Wichtigkeit einer personenzentrierten Pflege diskutiert (Webster, 2011; Armstrong&Byrne, 2011). Gleichzeitig wurde jedoch darauf hingewiesen, dass diese Art der Pflege in einem Akutkrankenhaus nur sehr schwer umsetzbar erscheint. Der Gründe dafür können in dem Organisationscharakter, den politischen Zielen sowie in der vorherrschenden Altersdiskriminierung eines Akutkrankenhauses gefunden werden (Webster, 2011).

Im Allgemeinen wurde die Pflegepraxis dementer Personen als Herausforderung beschrieben, die in weiterer Folge das Ausführen der Routinetätigkeiten im Krankenhaus beeinträchtigt (Moyle et al., 2010; Eriksson&Saveman, 2002).

Auf der Praxisebene wurde auch die Zusammenarbeit mit den Angehörigen als wichtig empfunden. Aufgrund der Tatsache, dass DemenzpatientInnen nicht dazu in der Lage sind, Informationen über ihr Leben, ihre Vorlieben und ihre Abneigungen zu geben, empfanden es die StudienteilnehmerInnen in der Studie von Nolan (2006) als besonders wichtig, mit Familien bzw. Angehörigen zusammenzuarbeiten, da es genau jene Informationen die für einen Beziehungsaufbau mit den DemenzpatientInnen benötigt werden. Das Wissen der Familie bzw. der Angehörigen wurden als wichtige Ressource erachtet die dazu beiträgt, die DemenzpatientInnen im Krankenhausalltag partizipieren zu lassen. In selber Studie erkannten die Pflegenden die Notwendigkeit, sich auch um die Angehörigen kümmern zu müssen, da diese meist den Verlust des ursprünglichen Seins der Person bedauern, sich für das Verhalten der PatientInnen entschuldigen und die Einweisung in ein Akutkrankenhaus mit großer Angst für sie verbunden sein kann. In dem Anerkennen der Angehörigen als aktive Partner in der Pflegebeziehung wurde somit die Möglichkeit gesehen, sowohl den DemenzpatientInnen als auch den Angehörigen helfen zu können (ebd.).

Auch in dem Review von Moyle et al. (2008) kamen die AutorInnen zu dem Ergebnis, dass der Einbezug eines/r Angehörigen in die Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus Vorteile mit sich bringt, wobei vor allem der Informationsaustausch im Mittelpunkt stehen sollte. Diese Informationen ermöglichen eine Angleichung an die Gewohnheiten der PatientInnen und bilden zugleich die Basis für einen individuellen Pflegeplan.

In der Studie von Borbasi et al. (2006) wurde der Einbezug der Familie in den Pflegeprozess ebenfalls als hilfreich empfunden. In gleicher Studie wurde jedoch auch darauf hingewiesen, dass der Einbezug von Angehörigen auch Probleme mit sich ziehen kann. Dies beispielsweise dann, wenn die Empfehlungen des Personals nicht mit dem Wunsch der Angehörigen, die ja oftmals für deren Angehörige/n Entscheidungen treffen müssen, einhergeht.

Angehörige sind generell in der Lage, Informationen über Gewohnheiten und Bedürfnisse der DemenzpatientInnen zu geben. Außerdem lässt die Anwesenheit der Angehörigen den Aufenthalt für die Betroffenen angenehmer erscheinen (Borbasi et al., 2006).

#### 4.3.1.4 *Organisations,- und Führungsebene*

Die Führungsebene des Krankenhauses bildet ebenfalls eine Kategorie des Reviews. Auch wenn nur zwei explizit erwähnte Aspekte im Rahmen der Organisation thematisiert wurden, gilt es, diese aufzuzeigen.

In einer Studie berichteten PflegehelferInnen von dem Desinteresse des Managements bezüglich der von den DemenzpatientInnen entgegengebrachten Aggressivität (Moyle et al., 2010). Das fehlende Interesse und die fehlende Besorgnis der Führungsebene zu diesem Thema rief Enttäuschung beim Personal hervor.

Weiter oben wurde bereits berichtet, dass die für die Pflege dementer Personen als wichtig erachtete personenzentrierte Pflege, in einem Akutkrankenhaus, aufgrund dessen Organisationscharakteristik, der politischen Ziele und der Altersdiskriminierung, schwer durchführbar scheint (Webster, 2011). Erschwert wird dies beispielsweise durch das Vorherrschen eines biomedizinischen Modells, das

sich ausschließlich auf das System an sich und Krankheiten konzentriert (ebd.). Das für die Pflege dementer Personen festgelegte Ziel der Erhöhung der PatientInnenoutcomes, der PatientInnensicherheit und der Qualität der Pflege, konkurriert mit den Anforderungen und Zielen eines Akutkrankenhauses, wie zum Beispiel einer Bettenreduktion bei gleichzeitiger Erhöhung der PatientInnenzahl. Außerdem liegt der Fokus eines Akutkrankenhauses auf der Linderung akuter Symptome und einer damit einhergehenden, wenn auch nicht immer gleich sichtbaren, Altersdiskriminierung, was für Menschen mit Demenz einen großen Nachteil darstellt.

#### 4.3.1.5 *Empfehlungen*

Da in fast jeder Studie und in jedem Artikel Empfehlungen zur Verbesserung der Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus genannt wurden, konnte eine eigene Kategorie „Empfehlung“ gebildet werden, mit folgenden Unterkategorien: Empfehlungen auf der Organisationsebene, auf der Praxisebene sowie auf der Kompetenzebene.

##### 4.3.1.5.1 Empfehlungen auf der Organisation,- bzw. Führungsebene

Empfehlungen auf der Organisationsebene wurden von zwei Studien gegeben (Byers et al., 2008; Moyle et al., 2010).

In der qualitativen Studie von Byers et al. (2008) weisen Pflegende auf die Notwendigkeit einer adäquaten PatientInnen- Pflegenden Ratio hin. Da DemenzpatientInnen mehr Zuwendung und Beobachtung als andere nicht-kognitiv beeinträchtigte PatientInnen benötigen, wird empfohlen, dass bei dem Vorhandensein eines/r DemenzpatientInnen mehr Personal eingesetzt wird.

Die in der Studie von Moyle et al. (2010) befragten Pflegenden sprechen sich wiederum für eine allgemeine Verringerung des Arbeitspensums sowie für eine Fokussierung auf die Qualität anstatt auf die Kosten aus.

Ebenfalls wurde die Verantwortung des leitenden Pflegepersonals für die Schaffung einer demenzfreundlichen Stationskultur thematisiert (Byers et al., 2008). So wird es als Aufgabe der Oberschwester gesehen, eine spezielle Ausbildung hinsichtlich der

besonderen Bedürfnisse von DemenzpatientInnen zu erhalten, damit Pflegende in einem nächsten Schritt eine demenzfreundliche Pflege gewähren können.

#### 4.3.1.5.2 Empfehlungen auf der Praxisebene

Auf der Praxisebene wurden folgende Aspekte thematisiert: Die adäquate Milieugestaltung für DemenzpatientInnen, die Kompetenzförderung der Pflegenden, die angemessene Informationsgenerierung, der besondere Zugang zu den DemenzpatientInnen, der Einbezug der Angehörigen und weitere spezifische Pflegeleistungen.

Direkt auf der Station sollte laut Aussagen der Pflegenden ein eigener Bereich für Demenzkranke eingerichtet werden (ebd; Moyle et al., 2008). Diese so genannten „Dementia Special Care Units“ werden als Vorteil für die DemenzpatientInnen, deren Familien und das Personal gesehen. In einem Akutkrankenhaus wurde beispielsweise eine solche Abteilung mit acht Betten eingerichtet sowie für die Eingliederung eines/r Seelsorgers/in sowie eines multidisziplinären Teams gesorgt. Vorteile dieser Unit liegen zum Beispiel in der geringeren Notwendigkeit freiheitsbeschränkender Maßnahmen sowie in einem nachweisbaren geringerem Gewichts- und Funktionalitätsverlust der DemenzpatientInnen.

Neben der Einrichtung spezieller Bereiche, wurden zahlreiche Empfehlungen für eine angemessene Milieugestaltung der Krankenhausstationen abgegeben. Hierzu zählt beispielsweise Geräusche auf den Stationen zu minimieren (James&Hodnett, 2009; Andrews, 2012; Cunningham, 2006; Moyle et al., 2008). Ruhe ist wichtig, da demente Menschen auf ungewohnte Geräusche wie ständiges Telefonläuten und Alarmtöne gestresst reagieren und ängstlich werden (James&Hodnett, 2009). Bei Lärm und Unruhe empfehlen ExpertInnen das Bereitstellen von Ablenkungshilfen, wie z.B. Softbällen oder Discmans (ebd., S. 10).

Als wichtig wird es auch erachtet für ausreichend Licht zu sorgen (Andrews, 2012; Cunningham, 2006; Moyle et al., 2008). Demente Menschen benötigen ausreichende Beleuchtung in ihrer Umgebung, um gut zu sehen und sich orientieren zu können (Cunningham, 2006, S. 43). Aufgrund unterschiedlicher Farbwahrnehmung im Alter wird auch für eine gut überlegte Farbwahl in den Räumen appelliert (ebd., Moyle et al., 2008). So wird von ExpertInnen davon ausgegangen, dass die Farben rot,

orange und gelb leichter wahrgenommen werden und somit eine wichtige Orientierungshilfe darstellen (Cunningham, 2006, S. 43).

Neben Ruhe, adäquaten Lichtverhältnissen und dem Einsatz leicht wahrnehmbarer Farben, wird auch die klare Ausschilderung von Duschen oder Toiletten befürwortet, wobei beispielsweise auf den Einsatz von Bildern verwiesen wird (Andrews, 2012; James&Hodnett, 2009). Vor allem die klare Ausschilderung von Toiletten wird von ExpertInnen als besonders wichtig erachtet. Für demente Menschen, die sich in einer ungewohnten und furchterregenden Umgebung wiederfinden, kann das nicht Auffinden von Toiletten zu weiteren unangenehmen Situationen führen (James&Hodnett, 2009, S. 11).

Auch das Anbringen von Gedächtnisstützen wie beispielsweise Uhren, Kalender oder Fotos wird von mehreren Seiten empfohlen (Moyle et al., 2008; Cunningham, 2006; Andrews, 2012).

Daneben wird noch auf die Vermeidung von Unordnung sowie von unnötigen Veränderungen hingewiesen, da diese als zusätzliche Belastung für die DemenzpatientInnen dienen können (Moyle et al., 2008).

Ein immer wieder in den Studien und Artikeln diskutiertes Thema war dies der Informationsgenerierung, sei es im Rahmen von Assessments, der Weitergabe von Wissen innerhalb des Teams oder aber bei der Informationseinholung von dem Heim, aus dem der/die DemenzpatientIn kommt. In den Studien wird davon berichtet, dass die Demenz so schnell als möglich erkannt werden muss und in Zweifelsfällen ein Assessment durchzuführen ist, um in Folge den Pflegeprozess verbessern zu können (Andrews, 2012; Clevenger et al., 2012). Bei HeimpatientInnen hingegen gilt es, so schnell als möglich das Heim zu kontaktieren und Informationen bezüglich einer möglichen Demenz einzuholen (Andrews, 2012). In der Folge muss sichergestellt sein, dass das gesamte Pflegepersonal über eine etwaige Demenz Bescheid weiß (ebd.). Zur Informationsgenerierung bezüglich möglicher Beschwerden von Angehörigen wird auch das Hinzuziehen von Ehrenamtlichen empfohlen, die als Kommunikationsglied zwischen Pflegenden und Angehörigen fungieren können (James&Hodnett, 2009). Spezifische Empfehlungen zur Informationsgenerierung wurde im Hinblick auf herausforderndes Verhalten gegeben: Um herausforderndes Verhalten verstehen zu können, wird beispielsweise der

Einsatz der, bereits weiter oben genannten, ABC- Analyse empfohlen, wobei auf Basis der Beobachtungen der Pflegenden der Auslöser des Verhaltens, das Verhalten an sich und dessen Konsequenzen analysiert werden, wodurch ein weiteres Auftreten dieses Verhaltens im besten Fall verhindert werden kann (Cunningham, 2006). Auch Armstrong und Byrne (2011) diskutieren das Informationseinholen bezüglich herausforderndem Verhalten, in dem sie beispielsweise vorschlagen, die Gründe für herausforderndes Verhalten auf einem Verhaltensdiagramm (mit Hinweisen auf den Auslöser und die vorgenommenen Aktivitäten) ausfindig zu machen.

Auf der Praxisebene werden weiters Empfehlungen zu einem besonderen Zugang zu DemenzpatientInnen gegeben. Dabei wird es beispielsweise als wichtig erachtet, die besonderen Bedürfnisse und Wünsche der DemenzpatientInnen stets im Auge zu behalten, was einen personenzentrierten Zugang zu den PatientInnen meint (Webster, 2011). Dies inkludiert den Fokus stets auf einen Beziehungsaufbau zu legen, wobei dies nicht ohne der Vertretung bestimmter Grundwerte (wie z.B. DemenzpatientInnen als vollwertige Menschen anzuerkennen, mit ihnen zusammenarbeiten zu wollen) möglich ist (ebd.). Da es jedoch nicht allen Pflegenden gelingen kann, eine emotional tiefe Beziehung zu den PatientInnen aufzubauen, sollte generell auf Freundlichkeit und Professionalität geachtet werden, da DemenzpatientInnen schneller als andere PatientInnen den Gemütszustand erfassen können. Zuletzt wurde noch darauf hingewiesen, im Umgang mit DemenzpatientInnen spezifische Kommunikationsmuster anzuwenden (Clevenger et al., 2012). Dies inkludiert die Anwendung einfacher Kommunikationsmuster wie beispielsweise den Einsatz einfacher Wörter, Halten von Augenkontakt oder den zusätzlichen Einsatz von Körperkontakt.

Auch bezogen sich einige Praxisempfehlungen auf den Einbezug von Angehörigen. So wurde die Empfehlung ausgesprochen Angehörige einzubeziehen um sowohl den Umgang mit den DemenzpatientInnen als auch den Pflegeprozess zu verbessern (Moyle et al., 2008; Cunningham, 2006; Andrews, 2012). Andrews (2012) weist sogar ausdrücklich darauf hin, dass die Besuchszeiten einer Station auf Basis der zeitlichen Möglichkeiten der Angehörigen geändert werden sollen.

Weitere Empfehlungen zur Pflegepraxis bezogen sich beispielsweise auf den gezielten Einsatz von Analgetika. So wurden Schmerzmittel als Möglichkeit gesehen die Angst der DemenzpatientInnen bei therapeutischen Eingriffen so gering als möglich zu halten (James&Hodnett, 2009). Empfohlen wird in diesem Zusammenhang auch auf alternative Schmerzmittel zurückzugreifen, wie z.B. in Form von Schleckern. Bei der Anwendung von Betäubungsgels wiederum kann die Einwirkzeit genutzt werden, um die DemenzpatientInnen im Rahmen eines Aufklärungsgespräches auf den Eingriff vorzubereiten (ebd.). Solche präventive Strategien werden generell als wichtig erachtet, um z.B. so genannte „Adverse Events“ also unerwünschte Zwischenfälle, so gering als möglich zu halten. Auch wurde darauf hingewiesen, den DemenzpatientInnen in einer sicheren Umgebung Bewegungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen, da Bewegung bei DemenzpatientInnen u.a. zu einer Verbesserung der Stimmungslage sowie der kognitiven Funktionen führt (Andrews, 2012). Um eine sichere Bewegung zu ermöglichen sollten Hilfspersonen sowie Hilfsmaterialien (z.B. Rollator) eingesetzt werden. Weitere Empfehlungen bezogen sich auf den Einsatz des so genannten Butterfly-Programmes (Cunningham, 2006; Williams, 2011). Das Butterfly Programm ist ein demenzspezifisches Spitalsprogramm, welches aus zwei speziellen Elementen besteht: Zum einen aus einem 5-Punkte System, eine Art Gedächtnisstütze, das das Personal an die wichtigsten Dinge im Umgang mit DemenzpatientInnen erinnern soll (z.B. adäquate Gestaltung der Umwelt, Kontrolle des Wohlbefindens, Informationseinholung der Angehörigen etc.). Zusätzlich wird, bei Zustimmung der PatientInnen, ein Schmetterlingssymbol am Bett der PatientInnen angebracht, sodass das Personal auf die kognitive Beeinträchtigung erinnert wird und dementsprechende Aktivitäten berücksichtigt, in Anlehnung an das fünf-Punkte System. Eine weitere Empfehlung bezog sich auf die Verstärkung einer disziplinären Zusammenarbeit in der Pflege dementer Personen, um die PatientInnen beispielsweise hinsichtlich der Wartezeiten für eine Behandlung zu entlasten (Borbasi et al., 2006).

#### 4.3.1.5.3 Empfehlungen auf der Kompetenzebene

Bereits in Kapitel 4.3.1.2 wurde die meist fehlende Kompetenz der Pflegenden in Akutkrankenhäusern hinsichtlich der Pflege dementer Personen genannt. So scheint

es nicht verwunderlich, dass ein Großteil der Studien und Artikel sich für eine Kompetenzförderung in diesem Bereich aussprach. Die Empfehlungen bezogen sich dabei auf unterschiedliche Aspekte, wie z.B. Schulungen zur Erkennung weniger offensichtlicher Schmerzverhaltensweisen (James&Hodnett, 2009), Ausbildung eines Personalmitgliedes in demenzfreundlicher Umgebungsgestaltung und Demenzschulung des gesamten Personals mit Fokus auf schnellen Beziehungsaufbau (Andrews, 2012), sowie dem allgemeinen Wunsch nach mehr Schulung in diesem Bereich (Borbasi et al., 2006; Moyle et al., 2010; Cowdell, 2010; Moyle et al., 2008; Clevenger et al., 2012)

### **4.3.2 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse**

Die eben vorgenommene deskriptive Darstellung der Ergebnisse weist auf eine Vielzahl an unterschiedlichen Aspekten in der Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus hin. Im Folgenden Kapitel soll nun eine Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse vorgenommen werden.

#### *4.3.2.1 Charakteristika in der Pflege dementer Personen*

Bei Betrachtung der Praxis lässt sich hauptsächlich eine exzessive Überwachung der DemenzpatientInnen, der Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen sowie die Fokussierung der Akutsituation der DemenzpatientInnen feststellen. Interessant erscheint dabei die Tatsache, dass alle oder zumindest einige dieser Aspekte in jenen Studien erwähnt wurden, in denen auch gleichzeitig auf die geringe Kompetenz der Pflegenden in der Demenzpflege hingewiesen wurde. Dies lässt den Zusammenhang vermuten, dass die Überwachung und der Einsatz der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen verwendet werden, um die, aufgrund des fehlenden Wissens und des daraus resultierenden inadäquaten Umgangs zu Stande gekommene, komplexe Situation unter Kontrolle zu halten. Der verstärkte Fokus auf die Akutsituation mag sich wiederum mit dem Wunsch der Pflegenden erklären lassen, trotz des geringen Wissens zur Demenzpflege, dennoch gewissen Pflegestandards gerecht werden und den/die DemenzpatientIn zumindest körperlich

adäquat versorgen zu können. Auffällig ist auch, dass die Empfehlungen bzw. Forderung nach der Kompetenzsteigerung im Umgang und in der Pflege dementer Personen auch vorrangig in eben genannten Studien thematisiert wurden. Dies zeigt, dass jene Pflegenden, die den Kompetenzmangel als solchen erkennen, auch gleichzeitig den Wunsch nach einer Verbesserung anstreben.

Eine Fokussierung der Akutsituation, sowie eine exzessive Überwachung und das Einsetzen freiheitsbeschränkender Maßnahmen sind wohl nicht nur auf fehlendes Wissen zurückzuführen. So wurde in den Studien darauf hingewiesen, dass die Pflege dementer Personen eine große Herausforderung darstellt, da DemenzpatientInnen mehr Zeit beanspruchen als andere PatientInnen und durch die Zuwendung, Zeit für andere Routinetätigkeiten fehlt (Nolan 2007; 2008; Moyle, 2008; Eriksson&Saveman, 2002). Dies zeigt, dass die Arbeit in einem Akutkrankenhaus durch einen generellen Zeitmangel charakterisiert ist. Kommen nun PatientInnen mit kognitiven Beeinträchtigungen und herausfordernden Verhaltensweisen hinzu, so scheinen eine exzessive Überwachung, freiheitsbeschränkende Maßnahmen sowie die Fokussierung der Akutsituation als Maßnahmen zu gelten, die PatientInnen in einem von Stress dominierten Umfeld so gut als möglich „unter Kontrolle“ zu halten und ihre Sicherheit zu gewähren. Auch können diese, für die DemenzpatientInnen unangenehmen, Maßnahmen in Rückblick auf Websters (2011) Artikel als Folge der Altersdiskriminierung eines Akutkrankenhauses gewertet werden. Eine Altersdiskriminierung, die das Einstellen auf die Bedürfnisse alter Menschen als nicht wichtig erachten mag.

Trotz des meist geringen Wissens der Pflegenden in dem Bereich Demenz, konnte in der Studie von Lin et al. (2012) ein akkurates Wissen (Ausnahme: Unterscheidung Demenz/Delir) und eine damit einhergehende Erkennung der Bedürfnisse der DemenzpatientInnen auf Seiten der Pflegenden nachgewiesen werden. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang auch die Tatsache, dass in der Studie von Kang et al. (2011), neben der prinzipiell negativen Einstellung des chirurgischen Pflegepersonals, eine generell positive Einstellung beim restlichen Pflegepersonal nachgewiesen werden konnte. Aus diesen beiden Ergebnissen lässt sich die Idee ableiten, dass ostasiatische Staaten eine generell andere Haltung DemenzpatientInnen in Akutkrankenhäusern entgegen einnehmen, als beispielsweise amerikanische Staaten, in denen der Rest der hier inkludierten

Studien durchgeführt wurde. Diese generell unterschiedliche Haltung kann sich sowohl auf die Sichtweise alten Menschen gegenüber als auch auf die damit verbundene Wichtigkeitsbewertung der Demenzschulung der Pflegenden in Akutkrankenhäusern beziehen. Dies bedeutet wiederum, dass womöglich geografische Gegebenheiten und die dort vorherrschenden Sichtweisen einen Einfluss auf die Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus nehmen.

Das in den Studien hervorgegangene Problem, nicht zwischen Demenz und Delir unterscheiden zu können geht mit dem in der Literatur und der vorliegenden Arbeit (s. Kapitel 2.6.1.3) präsentierten Problem einher. Ähnliche Symptome erschweren eine Grenzziehung zwischen der Demenz und dem Delir. Dabei kann dies auch als Folge der mangelnden Demenzschulung gesehen werden, denn eine adäquate Ausbildung im Demenzbereich, würde höchstwahrscheinlich die Differenzierung zwischen einer Demenz und einem Delir erleichtern.

Auf Ebene der Pflegepraxis wurde weiters der personenzentrierte Zugang zu den DemenzpatientInnen thematisiert. Erwähnenswert dabei ist, dass die Wichtigkeit der personenzentrierten Pflege auf Meinung von ExpertInnen diskutiert wurde. In keiner der Studien gingen die Pflegenden explizit auf dieses Thema ein. So konnten lediglich Ansätze in den Studien erkannt werden, die auf eine personenzentrierte Pflege hinweisen lassen. So wird in der Studie von Nolan (2006) beispielsweise berichtet, dass Pflegenden die Diagnose Demenz hinter dem Menschen anreihen, da dieser im Mittelpunkt des Pflegeprozesses steht. Weitere Ansätze zu einer, wenn auch nicht explizit erwähnten, Umsetzung der personenzentrierten Pflege lassen sich in der Zusammenarbeit der Pflegenden mit den Angehörigen der DemenzpatientInnen finden (ebd., Moyle, 2008). Der Kontakt mit den Angehörigen wurde in diesen Studien als wichtig erachtet, um eine Beziehung mit den DemenzpatientInnen aufzubauen und deren Gewohnheiten ausfindig zu machen, um in Folge den Pflegeprozess verbessern zu können. Angehörige sind vor allem auch vor dem Hintergrund, dass sie durch ihre Anwesenheit den Aufenthalt für die DemenzpatientInnen erleichtern, als wichtige Ressource anzusehen. Das Einbeziehen der Angehörigen um weitere Informationen über die DemenzpatientInnen und deren Gewohnheiten zu erhalten kann in diesem Zusammenhang als Ansatz einer personenzentrierten Pflege gesehen werden, da bei einer personenzentrierten Pflege u.a. die Bedürfnisse der PatientInnen unter

anderem im Vordergrund stehen (Messer, 2007, S. 56). Die Möglichkeit eines derartigen personenzentrierten Zuganges zu den DemenzpatientInnen wurde jedoch in einem Akutkrankenhaus als begrenzt angesehen.

Der Kontakt mit Angehörigen wurde in einer Studie (Borbasi et al., 2006) auch als schwierig angesehen. So besteht die Annahme, dass sich Konflikte entwickeln können, wenn Angehörige andere Sichtweisen als das medizinische und pflegerische Personal vertreten.

Jene Pflegende die merken, dass sie den DemenzpatientInnen keine adäquate, für sie bestimmte, Pflege bieten können, entwickeln bestimmte Gefühle. So wurde in diesen Studien beispielsweise von „Schuldgefühlen“ oder „Frustgefühlen“ und dergleichen berichtet, die sich aus dem Umstand ergeben, den DemenzpatientInnen im Akutkrankenhaus nicht die Pflege gewähren zu können, die sie in Anbetracht ihrer speziellen vulnerablen Situation so dringend nötig hätten. Gefühle können sich aber nicht nur auf Basis der Praxis, sondern auch auf Basis der Gegebenheiten der PatientInnen entwickeln. So wurde in einer weiteren Studie (Bryon et al., 2011) wurde von einem besonders starken Mitgefühl der Pflegenden den DemenzpatientInnen gegenüber berichtet. Hervorgerufen wurde dieses durch die besondere Vulnerabilität der PatientInnen, was zu dem Ziel führte, für diese Menschen die besten Pflegeentscheidungen zu treffen.

In der Studie von Borbasi et al. (2006) wurde wiederum ein besonders geringes Mitgefühl des chirurgischen Personals DemenzpatientInnen gegenüber erwähnt. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang auch die Studie von Kang et al. (2011), in der die Einstellungen der Pflegenden den DemenzpatientInnen gegenüber gemessen wurden. Das Ergebnis war, dass Pflegende des chirurgischen Personals eine prinzipiell negative Haltung dieser PatientInnengruppe gegenüber einnehmen. Obwohl in beiden Studien keine expliziten Gründe für das sowohl geringe Mitgefühl als auch die negative Einstellung gegeben wurden, lässt sich ein möglicher Grund in der Arbeitsaufgabe einer chirurgischen Station suchen. Aufgrund vorgenommener oder geplanter Operationen ist von einer großen Anzahl an PatientInnen mit Kathetern, Infusionen, frischen Wunden, starken Schmerzen und Ähnlichem auszugehen, was auf der Seite der Pflegenden besondere Wachsamkeit und schnelles Reaktionsvermögen voraussetzt. In einem derart sensiblen Umfeld ist

beispielsweise bei auftretendem herausfordernden Verhalten, sowohl eine erhöhte Selbstgefährdung der DemenzpatientInnen als auch deren MitpatientInnen mit schwerwiegenden Folgen zu vermuten. Der vermehrte Fokus auf die Sicherheit und die fatalen Folgen bei unangenehmen Verhalten mögen als Grund für eine prinzipiell negative Einstellung bzw. ein geringes Mitgefühl gedeutet werden. Auch sind Pflegende aus dem chirurgischen Bereich wohl jene, die mit besonderem Abwehrverhalten der DemenzpatientInnen rechnen müssen, hervorgerufen durch beispielsweise Schmerzen der PatientInnen oder aber Überforderung und Angstentwicklung dieser aufgrund der vermehrt gesetzten therapeutischen Aktivitäten.

Weitere Studien in denen u.a. die Gefühle oder Einstellungen der Pflegenden thematisiert wurden, waren beispielsweise die von Nolan (2007) in der von der Angst vor aggressiven DemenzpatientInnen berichtet wurde. Auch Moyle et al. (2010) kamen in ihrem Review zu dem Ergebnis, dass Pflegende in Akutkrankenhäusern DemenzpatientInnen als Belastung wahrnehmen und es gilt, diese PatientInnen so schnell als möglich aus dem Krankenhaus zu entlassen. Es besteht die Annahme, dass die Gründe für diese Belastung, bei Ansicht der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, sehr umfassend sein können und sich beispielsweise aus dem vermehrten Stress, dem Mitleid, dem Erkennen einer inadäquaten Vorgehensweise und den geringen Möglichkeiten etwas dazu unternehmen oder den Angstgefühlen ergeben können.

#### 4.3.2.2 *Empfehlungen zur Pflege dementer Personen*

Um den Aufenthalt dementer Personen in einem Akutkrankenhaus dennoch so angenehm als möglich zu gestalten und somit auch mögliche Belastungen der Pflegenden gering zu halten wurde einige Empfehlungen abgegeben, die im Folgenden nochmals genauer betrachtet werden.

Es wurde als wichtig erachtet, so schnell als möglich Informationen über den/die DemenzpatientIn (Diagnose, Vorlieben, etc.) zu erhalten, entweder im Rahmen von Assessments oder eben durch Angehörigengespräche. Dies scheint sowohl für die Pflegenden aber auch für die DemenzpatientInnen sehr wichtig zu sein.

Informationen können Pflegende dabei unterstützen einen für die DemenzpatientInnen individuellen Pflegeplan zu erstellen und somit den Pflegeprozess im Ganzen zu verbessern. Das Berücksichtigen der individuellen Bedürfnisse wiederum kann die Wahrscheinlichkeit herausfordernder Verhaltensweisen auf Seiten der PatientInnen minimieren und somit auch die Arbeit der Pflegenden erleichtern. Besondere Empfehlungen hinsichtlich des Einholens von Informationen wurde in Hinblick auf herausforderndes Verhalten gegeben. Dabei werden die so genannte ABC- Analyse sowie bestimmte Verhaltensdiagramme empfohlen, um die Gründe für dieses Verhalten ausfindig zu machen.

Neben der Zusammenarbeit mit Angehörigen wurde auch auf die Wichtigkeit eines Beziehungsaufbaus zu den dementen Menschen thematisiert, wobei der Fokus auf einen personenzentrierten Zugang gelegt werden sollte sowie auf spezifische Kommunikationsmuster (z.B. Einsatz einfacher Wörter, Kombination von Augen- und Körperkontakt). Da es jedoch nicht möglich ist, zu jedem der PatientInnen eine emotionale Beziehung aufzubauen wurde es als essentiell gesehen, zumindest freundlich und professionell zu sein, da demente Menschen dazu neigen, die Missgestimmtheit bzw. das nonverbale Verhalten einer Person schnell zu verstehen.

Andere Empfehlungen umfassten den Einsatz von Schmerzmitteln mit dem Fokus auf alternative Formen dieser (z.B. in Form von Schleckern), die Förderung der körperlichen Aktivität mit Hilfe bestimmter Hilfsmittel (z.B. Rollator) und anderer Personen (z.B. Ehrenamtliche), den Einsatz spezifischer Demenzprogramme (z.B. Butterfly-Programm, 5-Punkte-System) sowie die Förderung der disziplinären Zusammenarbeit. Weitere Empfehlungen bezogen sich die Einrichtung eines eigenen Bereichs für Demenzkranke sowie die angemessene Milieugestaltung. Auch wurde in den Studien beispielsweise die Minimierung von Geräuschen, die Vermeidung von Unruhe, das Anbringen von Gedächtnisstützen (Uhren, Fotos, Kalender) sowie das klare Ausschildern von Toiletten/Duschen befürwortet.

Auch wurde der Stellenwert der Organisation beziehungsweise der Führungsebene angesprochen. Zum einen wurde ein Desinteresse des Managements der den Pflegenden entgegengebrachten Aggressivität thematisiert (Moyle et al., 2010). In einer anderen Studie wurde wiederum der Einfluss der Stationssichtweise auf die eigene Einstellung den PatientInnen gegenüber genannt (Cowdell, 2010). Zuletzt

wurde darauf hingewiesen, dass eine personenzentrierte Pflege aufgrund des in einem Akutkrankenhaus vorherrschenden biomedizinischen Modells sowie organisationsbedingter Vorgaben (inkl. politischer Ziele) nur schwer umsetzbar scheint (Webster, 2011). Weiters wurden spezifische Empfehlungen gegeben, die sich an die Organisation wenden, wie zum Beispiel für ein angemessenes Größenverhältnis zwischen Pflegenden und PatientInnen zu sorgen und das Arbeitspensum zu minimieren. Auch wurde an die Oberschwester appelliert, sich um eine demenzfreundliche Demenzkultur auf der Station zu bemühen. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Organisation eines Akutkrankenhauses und die Praxis der Pflegenden nicht getrennt voneinander betrachtet werden können. So kann beispielsweise keine personenzentrierte Pflege durchgeführt werden, so lange die Führungsebene zeitliche und personelle Beschränkungen vorgibt. Auch kann die Demenzfreundlichkeit des Pflegepersonals nicht vorausgesetzt werden, wenn diese keine Unterstützung der Führung bekommt oder nicht das Gefühl erhält, dass diese hinter ihnen steht und sie bei Problemen unterstützt (z.B. bei Aggressivität). Um eine angemessene Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus zu erreichen, müssen also auch die Organisation und die Führungsebene ihren Teil dazu beitragen, indem beispielsweise Schulungsmöglichkeiten, mehr Personalmöglichkeiten und dergleichen angeboten werden. Wichtig erscheint dies vor allem auch vor dem Hintergrund, dass jedes Krankenhaus danach strebt, PatientInnenoutcomes und die Sicherheit der PatientInnen so hoch als möglich zu halten. Wird jedoch dem Pflegepersonal keine Möglichkeit gegeben, dementen Menschen eine angemessene Pflege zukommen zu lassen, muss auf der Seite dieser PatientInnengruppe mit schlechten Outcomes gerechnet werden. Ein Beitrag zur Demenzfreundlichkeit von Seiten der Organisation scheint auch deshalb wichtig, damit die Pflegenden keine schlechten Erfahrungen mit DemenzpatientInnen machen, da in der Studie von Norman (2002) darauf hingewiesen wurde, dass Pflegende DemenzpatientInnen aufgrund bisheriger Pflegeerfahrungen bewerten und auch den Pflegeprozess dementsprechend ausrichten. Aber nicht nur die dementen PatientInnen sondern auch das Pflegepersonal kann bei fehlendem Einsatz der Organisation als bedroht betrachtet werden. Zu betrachten sind in diesem Zusammenhang beispielsweise die erdrückenden Gefühle, die Pflegende teilweise bei der Pflege dementer Personen empfinden, oder der vermehrte Stress bei Vorhandensein einer dementen Person

auf der Station, aufgrund der beschränkten Möglichkeit den PatientInnen die für sie nötige Pflege zukommen zu lassen, was im Laufe der Zeit zu einem Burn-Out und damit einhergehenden Krankenständen der Pflegenden führen kann.

### 4.3.3 Beantwortung der Forschungsfragen

Nachdem der systematische Review zur Gänze durchgeführt wurde, kann in einem nächsten Schritt die Beantwortung der Forschungsfragen vorgenommen werden.

#### 4.3.3.1 *„Durch welche Aspekte ist die Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus charakterisiert?“*

Besondere Aspekte in der Pflege dementer Personen lassen sich auf einer Gefühls-/Einstellungs-, Praxis,- und Kompetenzebene finden, wobei diese in Verbindung zueinander stehen und von der Organisationscharakteristik eines Akutkrankenhauses beeinflusst werden.

Die Gefühle die die Pflegenden den DemenzpatientInnen gegenüber empfinden variieren. Einige Pflegende erkannten, dass die den DemenzpatientInnen entgegengebrachte Pflege im Akutkrankenhaus, aufgrund seiner Organisationscharakteristik, nicht demenzgerecht ist und dass diese Personengruppe einer besonderen Art der Pflege bedarf. Das Erkennen, DemenzpatientInnen nicht jene Pflege zu bieten, die sie brauchen würden, führt zu der Entwicklung bestimmter Gefühle, wie z.B. Frust,- oder Schuldgefühle. Andere Pflegende berichten wieder von einem starken Mitgefühl den DemenzpatientInnen gegenüber, wobei es vor allem die Vulnerabilität dieser Personen (Hilflosigkeit, Gebrechlichkeit, Abhängigkeit) ist, die zu einer persönlichen Betroffenheit der Pflegenden führt. Auch wird von Angstgefühlen der Pflegenden berichtet, die zB. bei dem Auftreten von Aggression aufkommt.

Chirurgischem Pflegepersonal wurde prinzipiell geringes Mitgefühl sowie eine negative Einstellung den DemenzpatientInnen gegenüber nachgesagt bzw. nachgewiesen. Obwohl keine expliziten Gründe dafür angegeben wurden, können diese in der Aufgabe einer chirurgischen Station angenommen werden. Aufgrund von

frisch operierten PatientInnen (inklusive offenen Wunden, Kathetern, Infusionen), PatientInnen mit Schmerzen, NotfallpatientInnen und dergleichen, ist die Arbeit auf einer chirurgischen Station mit einer besonderen Forderung nach Wachsamkeit und Sensibilität verbunden. Ein/e DemenzpatientIn kann auf derartigen Stationen für besonderes Durcheinander und Probleme sorgen, beispielsweise bei Auftreten herausfordernder Verhaltensweisen und der Belästigung der MitpatientInnen. Außerdem kann davon ausgegangen werden, dass die besonderen und für diese Station üblichen, von dem chirurgischen Pflegepersonal vorgenommenen pflegerischen Tätigkeiten vor allem bei DemenzpatientInnen zu einem Abwehrverhalten führen.

Diese Erfahrungen mit DemenzpatientInnen kann die weitere Einstellung, die das Pflegepersonal den DemenzpatientInnen gegenüber einnimmt enorm beeinflussen, wodurch eine positive oder negative Einstellung vorgenommen wird. Die Einstellungen der Pflegenden variieren also genauso wie die Gefühle. So wird in manchen Studien von positiven und in anderen wiederum von negativen Einstellungen berichtet.

Die Pflegepraxis dementer Personen ist durch eine exzessive Überwachung, dem Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen sowie einer Fokussierung der Akutsituation charakterisiert. Der Einsatz dieser Maßnahmen konnte vor allem in jenen Studien nachgewiesen werden, in denen auch die geringe Kompetenz der Pflegenden in der Demenzpflege thematisiert wurde. Dies lässt Raum zur Interpretation, dass geringes Wissen den Wunsch hervorruft, dennoch einem gewissen Pflegestandard gerecht zu werden, indem die PatientInnen zumindest körperlich adäquat versorgt werden und für ihre Sicherheit gesorgt wird. Neben nicht, oder nur sehr gering, vorhandenem Wissen muss der Grund für eine derartige Pflegepraxis auch in der bereits genannten Organisationscharakteristik des Akutkrankenhauses gesucht werden. So kann eine Überwachung, der Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen als auch die Betrachtung der Akutsituation als ein Weg gesehen werden, die PatientInnen in einem von Stress dominierten und nicht altersgerechten Umfeld „unter Kontrolle“ zu halten.

Fehlendes Wissen im Bereich der Demenzpflege zeigt sich auch in der Unfähigkeit zwischen Demenz und Delir zu unterscheiden.

Neben Überwachungen, freiheitsbeschränkender Maßnahmen und der besonderen Betrachtung der Akutsituation, ist die Pflegepraxis jedoch auch durch eine Zusammenarbeit mit den Angehörigen der DemenzpatientInnen charakterisiert. Diese Zusammenarbeit wird als wichtig erachtet, um die Gewohnheiten der DemenzpatientInnen ausfindig zu machen, eine Beziehung mit ihnen aufzubauen und in Folge den Pflegeprozess verbessern zu können. Angehörige sind auch vor dem Hintergrund, dass sie durch ihre Anwesenheit den Aufenthalt für die Betroffenen erleichtern, als wichtige Ressource zu sehen.

Obwohl nicht explizit erwähnt, kann die Zusammenarbeit mit den Angehörigen als Ansatz einer personenzentrierten Pflege gedeutet werden. Es muss jedoch auch bedacht werden, dass das Zusammenarbeiten mit Angehörigen ein gewisses Konfliktpotential in sich birgt, beispielsweise dann wenn das medizinische und pflegerische Personal eine andere Sichtweise als die Angehörigen vertritt.

#### 4.3.3.2 *„Welche Empfehlungen lassen sich zur Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus finden?“*

Empfehlungen zur Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus finden sich speziell auf der Praxisebene (Einholen von Informationen, Zusammenarbeit mit den Angehörigen, Bemühungen zu einem Beziehungsaufbau mit den PatientInnen, eine adäquate Milieugestaltung) auf der Kompetenzebene (Steigerung der Kompetenz der Pflegenden) sowie auf der Organisations,- bzw. Führungsebene (Verantwortungsübernahme der Organisation bzw. der Führungsebene).

Das schnellstmögliche Einholen von Informationen über die DemenzpatientInnen, wie z.B. Informationen zum Vorliegen einer Diagnose oder bestimmte Gewohnheiten der PatientInnen, wird als wichtig erachtet, um die Bedürfnisse dieser PatientInnen leichter zu erkennen, einen individuellen Pflegeplan erstellen und somit den gesamten Pflegeprozess verbessern zu können. Die Generierung der Information kann hierbei in Form von spezifischen Demenz- Assessments, durch Gespräche mit Angehörigen oder aber durch das in Kontakt treten mit dem Pflegeheim der DemenzpatientInnen erfolgen.

Passend zum schnellstmöglichen Einholen von Informationen, empfiehlt sich auch eine Zusammenarbeit mit den Angehörigen der DemenzpatientInnen. Diese werden als wichtige Ressource erachtet, dem Pflegepersonal wichtige Informationen über die Betroffenen zukommen zu lassen. Zudem erleichtert die Anwesenheit der Angehörigen den Aufenthalt für die DemenzpatientInnen in dem Akutkrankenhaus.

Appelliert wird auch dafür, eine Beziehung zu den PatientInnen aufzubauen und einen personenzentrierten Zugang zu wählen sowie spezifische Kommunikationsmuster im Umgang mit den DemenzpatientInnen zu wählen, wie beispielsweise einfache Wörter zu wählen sowie Augen- und Körperkontakt (z.B. Hände berühren) zu kombinieren. Da es realistischerweise nicht gelingen kann, zu jedem/r DemenzpatientIn eine emotionale Beziehung aufzubauen, wird vordergründig eine grundlegende Freundlichkeit sowie Professionalität empfohlen. Wichtig ist dies vor dem Hintergrund, dass DemenzpatientInnen, mehr als andere PatientInnen, dazu neigen die Missgestimmtheit der Pflegenden sowie dahingehende nonverbale Kommunikationsmuster zu erkennen.

Viele Empfehlungen beziehen sich weiters auf eine demenzadäquate Umgebungsgestaltung. Dies inkludiert beispielsweise das Minimieren von Unruhe und Lärm sowie das Vermeiden von Veränderungen. Dies ist wichtig, da demente Menschen auf ungewohnte Umgebungsgeräusche sowie plötzliche Veränderungen mit Angst und Unsicherheit reagieren. Zusätzlich wird empfohlen, für ausreichend Licht und eine angemessene Farbwahl (z.B. rot, gelb, orange) zu sorgen, um den Betroffenen eine bestmögliche Orientierung bieten zu können. Die Förderung der Orientierung inkludiert weiters das Ausschildern von Toiletten oder Duschen mit Einsatz von Bildern, da das Nichtauffinden von z.B. Toiletten für die PatientInnen zu unangenehmen Situationen führen kann. Auch das Anbringen von Gedächtnisstützen (z.B. Uhren, Kalender, Fotos) wird empfohlen.

Weitere spezifische Praxisempfehlungen beziehen sich auf den Einsatz alternativer Analgetika, das Anwenden besonderer Demenzprogramme (z.B. Butterfly-Programm, Fünf-Punkte-System) sowie die Förderung von Bewegung der PatientInnen.

Weiters wird empfohlen, die Kompetenz bzw. das Wissen der Pflegenden im Bereich Demenz zu erhöhen, was beispielsweise im Rahmen von Schulungen erfolgen kann.

Die Erhöhung der Kompetenz kann dabei auf unterschiedlichen Bereichen erfolgen: Schulungen zur Erkennung nicht eindeutiger Schmerzverhaltensweisen, allgemeine Schulungen zum Thema Demenz/Demenzpflege, Schulungen mit Fokus auf schnellen Beziehungsaufbau sowie beispielsweise die Ausbildung eines Personalmitglieds zur demenzfreundlichen Umgebungsgestaltung.

Als besonders hilfreich wird auf Seiten der Pflegenden das Einrichten eines eigenen demenzspezifischen Bereiches genannt. Diese „Dementia Special Care Units“ (in Deutsch: spezielle Demenzpflege-Abteilungen) sind eigene Abteilungen in Akutkrankenhäusern in denen ausschließlich DemenzpatientInnen betreut werden. Charakterisiert sind sie beispielsweise durch den Einsatz eines disziplinären Teams sowie die Mithilfe von SeelsorgerInnen oder Ehrenamtlichen.

Da die Entscheidung zur Einrichtung einer solchen Demenzabteilung wohl in den Entscheidungsbereich der Organisation fällt, soll an dieser Stelle an den Empfehlungen an die Organisation bzw. die Führungsebene eines Akutkrankenhauses angeschlossen werden. Um sich DemenzpatientInnen ausreichend zuwenden zu können, fordern Pflegende ein angemessenes PatientInnen-Personal-Größenverhältnis auf der Station bei Vorhandensein eines/r DemenzpatientIn. In diesem Zusammenhang werden zugleich die Reduzierung des allgemeinen Arbeitspensums und die Fokussierung der Qualität anstatt der Kosten gefordert. Außerdem wird gefordert, dass sich leitendes Personal, wie z.B. Oberschwester, sich für eine demenzfreundliche Kultur einsetzen, damit das restliche Personal eine demenzadäquate Pflege bieten kann.

## **5 ZUSAMMENFASSUNG, DISKUSSION UND AUSBLICK**

Im letzten Teil der Arbeit soll eine Zusammenfassung der Problematik vorgenommen und nochmals kurz auf die Ergebnisse des systematischen Reviews eingegangen werden, da diese auch für das Kapitel „Diskussion“ wichtig sind. Abgeschlossen wird die Arbeit durch einen Ausblick und weitere Empfehlungen.

## 5.1 Zusammenfassung

Aufgrund demografischer Veränderung ist von einem zunehmend großen Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung auszugehen. Ein häufig in höherem Alter auftretendes Syndrom ist die Demenz, wobei kognitive Einbußen mit körperlichen (z.B. Mobilitätseinschränkungen, Schmerz- und Sensibilitätsstörungen, gestörter Schlaf-Wachrhythmus) Symptomen und psychischen Störungen und Verhaltensänderungen (z.B. Depressionen, Halluzinationen, Agitiertheit, Aggressivität) einhergehen.

Statistiken weisen zudem auf eine höhere Morbidität älterer Menschen hin, wodurch sich auch die Wahrscheinlichkeit eines Spitalsaufenthaltes erhöht. Bei dementen Personen ist es dabei meist ein akut auftretendes Ereignis (z.B. Stürze, Herz-/Atemwegserkrankungen), und viel weniger die Demenz an sich, die zu einer Einweisung in ein Krankenhaus führen.

Muss eine demente Person aufgrund eines akut auftretenden Ereignisses nun ein Krankenhaus aufsuchen, ergeben sich sowohl für sie als auch für das Pflegepersonal unangenehme Folgen. Fehlende Bezugspersonen, eine veränderte Tagesstruktur sowie die laute, hektische Umgebung eines Akutkrankenhauses können bei den DemenzpatientInnen zu einer Zunahme von Orientierungsdefiziten und dem Auftreten herausfordernder Verhaltensweisen führen. Zugleich treffen die Betroffenen im Akutkrankenhaus auf ein Personal, das wenig bis gar kein spezifisches Demenzpflegewissen aufweist, da Akutkrankenhäuser nicht auf die Betreuung demenziell erkrankter Menschen ausgerichtet. Das Pflegepersonal sieht sich nun mit kognitiven Einschränkungen und demenzspezifischen Verhaltensweisen der DemenzpatientInnen konfrontiert, die die Durchführung alltäglicher Routinen beeinträchtigen.

Obwohl in der Literatur bereits Hinweise zu diesem Thema existieren, liegt keine aktuelle und systematische Zusammenfassung zu den Aspekten und Empfehlungen in der Pflege dementer Personen vor. Um diese Forschungslücke zu schließen, wurde in vorliegender Arbeit ein systematischer Review durchgeführt.

Im Detail war der systematische Review durch eine systematische Literatursuche, eine kritische Literaturbewertung sowie durch eine systematische Literatursynthese

charakterisiert. Die Ergebnisse wurden im ersten Schritt deskriptiv dargestellt und in einem darauffolgenden Schritt zusammengefasst und interpretiert. Ziel bestand in der Beantwortung der zu Beginn der Arbeit formulierten Forschungsfragen, die da folgendermaßen lauteten:

- „Durch welche Aspekte ist die Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus charakterisiert?“
- „Welche Empfehlungen lassen sich zur Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus finden?“

Besondere Aspekte in der Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus ließen sich auf einer Gefühls-/Einstellungs-, Kompetenz-, und Praxisebene finden, wobei diese in Verbindung zueinander stehen und von der Organisationscharakteristik des Akutkrankenhauses beeinflusst werden.

Die Gefühle, die die Pflegenden in dem Zusammentreffen mit dementen Personen empfinden variieren. Während einige von einem starken Mitgefühl aufgrund der Vulnerabilität der PatientInnen berichten, entwickeln andere wiederum Gefühle der Schuld oder des Frustes, dementen PatientInnen nicht jene Pflege bieten zu können, die sie so dringend nötig hätten. Andere wiederum berichten von Angst (aufgrund von Aggressivität). Chirurgischem Personal wurde ein besonderes geringes Mitgefühl und eine grundlegend negative Einstellung DemenzpatientInnen gegenüber erwähnt bzw. nachgewiesen.

Die Pflegepraxis ist durch eine exzessive Überwachung, dem Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen und der Fokussierung der Akutsituation charakterisiert. Gründe dafür können in einem geringen Wissen zur Demenzpflege aber auch in der Organisationscharakteristik des Akutkrankenhauses gefunden werden. Fehlendes Wissen zeigt sich vor allem bei Problemen zwischen Demenz und Delir zu unterscheiden.

Neben diesen ist es vor allem die Zusammenarbeit mit den Angehörigen der DemenzpatientInnen, um Informationen zu den Gewohnheiten und Bedürfnissen der PatientInnen zu erhalten, was als Ansatz zu einer personenzentrierten Pflege gedeutet werden kann. Die Zusammenarbeit mit Angehörigen kann jedoch auch ein Konfliktpotential darstellen.

Die Empfehlungen lassen sich auf einer Praxis,- Kompetenz,- und Organisations,- bzw. Führungsebene finden.

Auf der Praxisebene wird das schnellstmögliche Informationseinholen über die PatientInnen genannt, um in Folge den Pflegeprozess verbessern zu können. Weitere Empfehlungen auf der Praxisebene umfassen die Zusammenarbeit mit Angehörigen, den Beziehungsaufbau mit Fokus auf einfache Kommunikation, die Fokussierung eines personenzentrierten Umgangs, die Gestaltung einer demenzadäquaten Umgebung, wobei vor allem eigene Bereiche für Demenzkranke empfohlen werden sowie der Einsatz alternativer Analgetika, der Einsatz besonderer Demenzprogramme, sowie Bewegungsförderung der Betroffenen.

Auf der Kompetenzebene wird eine Steigerung der Kompetenz der Pflegenden gefordert, was sich auf unterschiedliche Bereiche beziehen kann: z.B. Schulungen zur Erkennung nicht eindeutiger Schmerzverhaltensweisen, allgemeine Schulungen zum Thema Demenz/Demenzpflege sowie Schulungen mit Fokus auf schnellen Beziehungsaufbau.

Auf der Organisationsebene wird die Umsetzung einer angemessenen PatientInnen-Pflegenden Ratio, eine Verringerung des Arbeitspensums und eine Fokussierung auf Qualität statt Kosten gefordert. Zugleich wird auf die Verantwortung des führenden Personals, z.B. Oberschwester, hingewiesen, sich für eine demenzfreundliche Kultur einzusetzen.

## **5.2 Diskussion**

Es fällt auf, dass die in der Arbeit präsentierten Ergebnisse zu den Gefühle der Pflegenden, sowie zu der Einstellung des chirurgischen Personals, mit keiner weiteren Literatur bestätigt werden konnte. Die fehlende Thematisierung dieser Aspekte kann als Indiz dafür gesehen werden, dass diese als noch nicht essentiell im Kontext des Gesamtthemas gesehen werden und dadurch noch keiner weiteren Forschung unterzogen wurden. Dabei dürfen die durch einen Beruf verursachten Gefühle nicht missachtet werden, da es vor allem die Unzufriedenheit ist, die den Weg zu einem Burn-Out bahnen kann (Bergner, 2010, S. 145). Auch muss die Einstellung des chirurgischen (Pflege)Personals gegenüber DemenzpatientInnen

weiter untersucht werden. Grundlage für diese Annahme bieten die Ergebnisse des Modellprojektes „Blickwechsel Nebendiagnose Demenz“, ein von 2005-2008 in Deutschland durchgeführtes Projekt zu dem Thema Versorgung demenzkranker Menschen im Akutkrankenhaus. In der Studie geben 59% des Pflegepersonals an, dass Menschen mit Demenz regelmäßig auf chirurgischen Abteilungen behandelt werden (Schütz&Füsgen, 2012, S. 25). Sollten weitere Studien ebenfalls Hinweise bieten, dass chirurgisches (Pflege)Personal eine negative Grundhaltung zu dem Thema Demenz hat, müssen hier zum Wohle der PatientInnen Interventionen vorgenommen werden.

Einstellungen der Pflegenden konnten nur in Studien nachgelesen werden, die sich nicht speziell auf das Akutkrankenhaus beziehen, jedoch konnte gezeigt werden, dass die Einstellung den Pflegeprozess beeinflusst. So kommen beispielsweise Norbergh, Helin, Dahl, Hellzén und Asplund (2006) zu dem Schluss, dass die Einstellungen der Pflegenden und die individuelle Einstellung den gesamten Pflegeprozess beeinflussen kann (S. 270). Die Tatsache, dass Einstellungen Einfluss auf den weiteren Pflegeprozess nehmen, gibt Anlass zu der Forderung, hier weitere Studien durchzuführen. Thompson und Heath (2011) beispielsweise beschäftigten sich zwar nicht mit den Einstellungstendenzen an sich, zeigen jedoch auch, dass die Einstellung der Pflegenden im Allgemeinen die Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus beeinflusst (S.4).

Ähnlich zu den in den Ergebnissen genannten auftretenden Angstgefühlen bei Aggressivität, ergründen auch Schütz und Füsgen (2012), dass aggressives Verhalten der DemenzpatientInnen bei dem Pflegepersonal hohe Beachtung einnimmt (S. 31).

Die Tatsache, dass Pflegende in Akutkrankenhäusern freiheitsbeschränkende Maßnahmen anwenden, ist bereits bekannt. So berichtet Angerhausen (2008b), dass Pflegende in Akutkrankenhäusern freiheitsbeschränkende Maßnahmen einsetzen, um die Sicherheit der DemenzpatientInnen zu gewährleisten (S. 23). Auch Schütz und Füsgen (2012, S. 37) sowie Kleina und Wingenfeld (2007, S. 49) berichten vom Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen.

Das weitere Ergebnis auf der Praxisebene, dass Pflegende DemenzpatientInnen im Pflegealltag beobachten müssen, unterstreichen auch Kleina und Wingenfeld (2007),

wenn sie davon berichten, dass das Herumwandern der PatientInnen vor allem Beobachtung auf Seiten der Pflegenden benötigt (S. 46). Ebenso berichten die AutorInnen von der Fokussierung der Akutsituation der PatientInnen (ebd., S. 6).

Auch wird von ExpertInnen das fehlende Wissen des Personals im Umgang mit Demenzkranken thematisiert (Kirchen-Peters, 2012, o.S.). Hinsichtlich dem fehlenden Wissen zur Unterscheidung einer Demenz von einem Delir konnten Hare, McGowan, Wynaden, Speed und Landsborough (2008) auf Basis einer Analyse von Krankenakten nachweisen, dass Pflegende kognitive und verhaltensbedingte Veränderungen lediglich mit dem Begriff „Verwirrung“ beschreiben, was darauf hindeutet, dass keine Unterscheidung zwischen den einzelnen Veränderungen vorgenommen wird, was das Erkennen eines Delirs erschwert (S.23). Einhergehend mit den Empfehlungen dieser Arbeit weisen auch weitere ExpertInnen auf die Wichtigkeit hin, das Pflegepersonal für den Umgang mit dementen Menschen zu qualifizieren, hin (Young, Hood, Woolley, Gandesha & Souza, 2011, S. 109; Angerhausen, 2008b, S. 27).

Dass das Pflegepersonal in einem Akutkrankenhaus mit den Angehörigen der DemenzpatientInnen arbeitet um die Gesamtsituation zu verbessern, konnte auch in der Studie von Thompson und Heath (2011) nachgewiesen werden (S. 4). Kleina und Wingenfeld (2007) berichten ebenfalls davon, dass die Pflegepraxis dementer Personen im Akutkrankenhaus gegenwärtig durch das Hinzuziehen von Angehörigen charakterisiert ist, um Informationen über den/die DemenzpatientIn zu erhalten (S. 33). Auch im National Audit Report zur Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus wird empfohlen dafür zu sorgen, dass die Familie in den Pflegeprozess einbezogen wird (Young, Hood, Woolley, Gandesha & Souza, 2011, S. 109). Angerhausen (2008b) berichtet ebenso von der Bedeutsamkeit der Angehörigen, da diese die DemenzpatientInnen am besten kennen und daher in die Versorgung einbezogen werden sollten (S. 31). Ähnlich zu den Ergebnissen der Studie von Borbasi et al. (2006), in denen davon ausgegangen wird, dass der Umgang mit Angehörigen auch Konflikte in sich bergen kann, erkennt auch Angerhausen (2008b) diese Möglichkeit und empfiehlt, bereits im ersten Gespräch mit den Angehörigen zu ergründen, ob der/die Angehörige sich als Pflegepartner/in eignet oder nicht.

Das Integrieren der Angehörigen nimmt, wie bereits erwähnt, vor allem in der Informationserlangung einen beachtlichen Stellenwert ein. Neben der Nutzung der Angehörigen als Informationsquelle, wurden in der vorliegenden Arbeit auch weitere Möglichkeiten genannt, um Informationen zu erhalten, wie z.B. der Einsatz spezifischer Assessment-Instrumente oder aber das in Kontakt treten mit dem Pflegeheim, aus dem die PatientInnen kommen. Empfehlungen zu physischen, mentalen und sozialen Assessment der Demenzkranken in Form von kurzen, überschaubaren Tools sprechen auch Young, Hood, Woolley, Gandesha und Souza (2011) aus (S. 73).

Äquivalent zu den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit, weisen Kleina und Wingenfeld (2007) auf die Wichtigkeit des Beziehungsaufbaus mit den DemenzpatientInnen hin, um diesen eine Orientierung in pflegerischen Maßnahmen zu ermöglichen und ihnen dadurch ein Sicherheitsgefühl vermitteln zu können (S.51). Als Grundlage zur Schaffung einer Beziehung wird eine personelle Kontinuität angenommen, da diese ein besseres Kennenlernen der PatientInnen und dadurch das bessere Erkennen von Veränderungen im kognitiven Status oder im Verhalten erlaubt (ebd.).

Viele den Ergebnissen dieser Arbeit ähnlichen Empfehlungen zu einer adäquaten Milieugestaltung, u.a. auch die Bildung demenzspezifischer Schwerpunktstationen, finden sich beispielsweise bei Andrews (2012, o.S.), Brooker (2012, o.S.) oder Angerhausen (2008b, S. 39; 2008a, S. 463-464).

Der in den Ergebnissen diskutierte Charakteristik eines Akutkrankenhauses und der damit einhergehenden Barrieren in der Pflege dementer PatientInnen, wendet sich auch Kirchen-Peters (2012) zu: Sie beschreibt das Krankenhaus als Ablauf,- anstatt PatientInnenorientiert und nennt eine angespannte Personalsituation, enorme Hektik und hohen Druck sowie eine fehlende Gegenfinanzierung des Aufwandes (o.S.). Gefolgt wird dies von einem fehlendes Interesse sowie einer beruflichen Orientierung auf „Spitzenmedizin“ für junge Akutfälle (ebd.). Zur Verbesserung dieser Situation schlägt sie vor, Fragen zur generellen Haltung zu thematisieren sowie das Thema Demenz zu einem Leitungsthema zu machen (ebd.).

Es zeigt sich, dass die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit den Hinweisen in der Literatur zu diesem Thema einhergehen. Lediglich die Gefühle der Pflegenden in

Akutkrankenhäusern bei der Pflege dementer Personen, mit spezifischem Fokus auf das chirurgische Personal mit seinen Einstellungen und Gefühlen, konnten in der Literatur nicht aufgefunden werden.

### **5.2.1 Methodische Reflexion**

In methodischer Hinsicht gilt es einerseits den Zeitraum der inkludierten Literatur zu thematisieren. Der Zeitraum belief sich auf die Jahre von 2002-2012. Das bedeutet, dass alle davor verfassten Studien und auch die zu Beginn des Jahres 2013 verfassten Studien nicht in dem Review enthalten sind.

Weiters sollte bei vorliegender Arbeit eine Einschränkung der Ergebnisse aufgrund der gewählten Suchbegriffe in Erwägung gezogen werden. Es könnte sein, dass andere oder mehrere Suchbegriffe zu einem höheren Ergebnis an Studien geführt hätten.

Auch wurde das so genannte „Schneeball-Verfahren“, bei dem in der bereits gefundenen Literatur nach weiteren Literaturhinweisen gesucht wird, nicht angewandt. Da dieses als weniger systematisch betrachtet wird, wurde es in vorliegender Arbeit nicht eingesetzt.

Zusammenfassend kann die Arbeit dennoch als wertvoller Beitrag gesehen werden, einen aktuellen Überblick zu den besonderen Aspekten und Empfehlungen in der Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus zu bieten. Der Review wurde systematisch durchgeführt und jeder der unternommenen Schritte wurde klar und nachvollziehbar dargelegt.

## **5.3 Ausblick**

Da die Anzahl älterer Menschen steigen wird und damit auch ein Anstieg an Demenzkranken im Akutkrankenhaus zu erwarten ist, muss dem Thema „Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus“ weiter Beachtung geschenkt werden. Obwohl bereits als Problemfeld erkannt, müssen weitere Schritte unternommen werden, um die Versorgung Demenzkranker im Akutkrankenhaus zu optimieren.

Auf wissenschaftlicher Seite wird empfohlen, nationale Erhebungen zur aktuellen Prävalenz demenzkranker Menschen im Krankenhaus vorzunehmen. Bereits in dem Kapitel zur Epidemiologie (s. Kapitel 2.2) wurde darauf hingewiesen, dass zurzeit noch aktuellen nationalen Zahlen zu diesem Phänomen existieren. Das Vorlegen aktueller Zahlen ist für weiteres Vorgehen jedoch von ungemeiner Bedeutsamkeit. Pinkert und Holle (2012) schreiben beispielsweise, dass es Krankenhäusern aufgrund der mangelnden Prävalenzzahlen schwer fällt, Versorgungskonzepte zu entwickeln und die benötigten Ressourcen abzuschätzen (S. 733). Hochrechnungen zu einem aktuellen Problem mögen zwar dazu dienen, einen ersten Überblick über ein Thema zu geben, jedoch benötigt es fundierte, aktuelle Zahlen um tatsächlich eine Optimierung vorzunehmen. Gerade in Zeiten, in denen die effiziente Ressourcenverteilung mehr denn je diskutiert wird, muss sichergestellt sein, dass Umstrukturierungen auch wirklich sinnvoll und nötig sind.

Auch muss die in der Arbeit an manchen Stellen genannte, anzunehmende Altersdiskriminierung der Krankenhäuser diskutiert werden. Solange Krankenhäuser eine grundlegend altersdiskriminierende Haltung alten Menschen gegenüber einnehmen, kann von einer Optimierung der Situation Demenzkranker nicht ausgegangen werden. Es bedarf einem generellen Sichtwechsel auf alte Menschen, wobei sich vor allem die Führungsebene eines Krankenhauses angesprochen fühlen soll. Erst wenn PraktikerInnen eine demenzfreundliche Kultur erfahren, werden sie in der Lage sein, in dementsprechendem Maße alte und in Folge demenzkranke Menschen adäquat zu versorgen.

Da eine Organisationsentwicklung nicht innerhalb einiger Tage oder Wochen vonstatten geht, sondern ein Mehr an Zeit beansprucht, können die hier präsentierten Empfehlungen in der Pflegepraxis hinzugezogen werden, um den Umgang mit dementen Personen zumindest gegenwärtig und in Akutfällen verbessern zu können. Jedoch dürfen diese Empfehlungen nicht dafür benutzt werden, weitere Vorgehensweisen hinauszuzögern.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Versorgung bzw. die Pflege dementer Personen durch viele unterschiedliche Aspekte beeinflusst wird, wobei allen von ihnen Beachtung geschenkt werden muss, um DemenzpatientInnen im Akutkrankenhaus einen würdevollen Aufenthalt zu ermöglichen.

## 6 VERZEICHNISSE

### 6.1 Literaturverzeichnis

- Alzheimer Europe (2006). *Dementia in Europe: Yearbook 2006* (Alzheimer Europe, Hrsg.). Luxemburg. Verfügbar unter:  
[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_information/reporting/docs/2006\\_dementiayearbook\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/reporting/docs/2006_dementiayearbook_en.pdf) [05.11.2012].
- Amberger, S. & Roll, S. (Hrsg.). (2010). *Psychiatriepflege und Psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Andrae, S. (2008). *Lexikon der Krankheiten und Untersuchungen* (2.neubearbeitete Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Andrews, J. (2012). How acute care managers can support patients with dementia. *Nursing Management*, 19 (2), 18-20.
- Angerhausen, D. (2008a). Demenz- eine Nebendiagnose im Akutkrankenhaus oder mehr? Maßnahmen für eine bessere Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41 (6), 460-466.
- Angerhausen, D. (2008b). *Projekt „Blickwechsel- Nebendiagnose Demenz“* (GSP-Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte, Hrsg.). Wuppertal. Verfügbar unter:  
[http://www.blickwechselfdemenz.de/content/e964/e1583/ProjektBlickwechsel\\_A4.pdf](http://www.blickwechselfdemenz.de/content/e964/e1583/ProjektBlickwechsel_A4.pdf) [12.02.2013].
- Armstrong, D. & Byrne, G. (2011). Improving person-centred care in dementia. *Nursing Times*, 107 (46), 12-14.
- Aveyard, H. (2007). *Doing a Literature Review in health & social care: a practical guide*. Maidenhead: Open University Press.

- Bergner, T. (2010). *Burn-out Prävention: Sich selbst helfen- Das 12 Stufen Programm* (2. neubearbeitete Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Bickel, H. (2012). Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In C. Wallesch & H. Förstl, (Hrsg.), *Demenzen* (S. 18-35). (2. neubearbeitete Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Borbasi, S., Jones, J., Lockwood, C. & Emden, C. (2006). Health Professionals' Perspectives of Providing Care to People with Dementia in the Acute Setting: Toward Better Practice. *Geriatric Nursing*, 27 (5), 300-308.
- Braas, D., Croy, A., Diener, O., Förtsch, B., Freter, H., Goettschalckx, C., Gove, D., Henry, S., Jansen, S., Schneider-Schelte, H. & Wolfensberger, M. (2005). *Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer-Patienten* (2. neubearbeitete Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Bryon, E., Dierckx de Casterlé, B. & Gastmans, C. (2011). Because we see them naked: Nurses' experiences in caring for hospitalized patients with dementia: considering artificial nutrition or hydration. *Bioethics*, 26 (6), 285-295.
- Byers, D. & France, N. (2008). The Lived Experience of Registered Nurses Providing Care to Patients with Dementia in the Acute Care Setting: A Phenomenological Study. *International Journal of Human Caring*, 12 (4), 44-49.
- Clevenger, C., Chu, T., Yang, Z., Hepburn, K. (2012). Clinical Care of Persons with Dementia in the Emergency Department: A Review of the Literature and Agenda for Research. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60 (9), 1742-1748.
- Cowdell, F. (2010). The care of older people with dementia in acute hospitals. *International Journal of Older People Nursing*, 5 (2), 83-92.
- Cunningham, C. (2006). Understanding challenging behavior in patients with dementia. *Nursing Standard*, 20 (47), 42-45.

- Deuschl, G. & Reichmann, H. (Hrsg.). (2006). *Gerontoneurologie*. Stuttgart: Thieme.
- Diener, H. (2006). Demenzen. In V. Limmroth & H. Diener (Hrsg.), *Neurologie für Praktiker* (S. 151-168). (2. neubearbeitete Aufl.). Darmstadt: Steinkopff.
- Dilling, H., Mambour, W., Schmidt, M. & Schulte-Markwort, E. (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F)* (4. neubearbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Dorner, T., Rieder, A. & Stein, V. (2011). *Medizinische Leitlinien für die integrierte Versorgung Demenzkranker* (Wiener Gebietskrankenkasse, Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: [http://www.hauptverband.at/mediaDB/769272\\_Medizinische\\_Leitlinie\\_-\\_Besser\\_leben\\_mit\\_Demenz.pdf](http://www.hauptverband.at/mediaDB/769272_Medizinische_Leitlinie_-_Besser_leben_mit_Demenz.pdf) [05.11.2012].
- Eisfeld, I. & Ebert, A. (2012). Demenz und Verwirrtheit (Delir). In C. Wallesch & H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen* (S. 316-330). (2. neubearbeitete Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Eriksson, C. & Saveman B. (2002). Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16 (1), 79-85.
- Falk, J. (2004). *Basiswissen Demenz: Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität*. Weinheim: Juventa.
- Fischer, P. (1996). Die organisch bedingten Psychosen. In H. Zapotoczky & P. Fischhof (Hrsg.), *Handbuch der Gerontopsychiatrie* (S. 156-201). Wien: Springer.
- Förstl, H. (Hrsg.). (2011). *Demenzen in Theorie und Praxis* (3. neubearbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Fratiglioni, L., Launer, L., Andersen, K., Breteler, M., Copeland, J., Dartigues, J., Lobo, A., Martinez-Lage, J., Soininen, H. & Hofman A. (2000). Incidence of dementia and

major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts.  
*Neurology*, 54 (11), 10-15.

Gao, S., Hendrie, H., Hall, K. & Hui, S. (1998). The Relationship between Age, Sex, and the Incidence of Dementia and Alzheimer Disease. *Archives of general Psychiatry*, 55 (9), 809-815.

Gasser, T. & Förstl, H. (2006). Demenz und Delir. In G. Deuschl & H. Reichmann (Hrsg.), *Gerontoneurologie* (S. 97- 115). Stuttgart: Thieme.

Gleichweit, S. & Rossa, M. (2009). *Erster Österreichischer Demenzbericht – Teil 1: Analyse zur Versorgungssituation durch das CC integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung* (Wiener Gebietskrankenkasse, Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: [http://www.wgkk.at/mediaDB/615271\\_Demenzbericht.pdf](http://www.wgkk.at/mediaDB/615271_Demenzbericht.pdf) [24.11.2012].

Grillparzer, F. (2010). Demenz: Der Verstand und die Fähigkeit, ihn zu gebrauchen, sind zweierlei Fähigkeiten. In S. Schmidt & M. Döbele (Hrsg.), *Demenzbegleiter: Leitfaden für zusätzliche Betreuungskräfte* (S. 1-14). Berlin&Heidelberg: Springer.

Grond, E. (2005). *Pflege Demenzkranker* (3. neubearbeitete Aufl.). Hannover: Brigitte Kunz.

Haberstroh, J. (2010). Psychiatrische Fachpflege bei Demenz. In S. Amberger & S. Roll (Hrsg.), *Psychiatriepflege und Psychotherapie* (S. 461-463). Stuttgart: Georg Thieme.

Halek, M. & Bartholomeyczik, S. (2006). *Verstehen und Handeln: Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten*. Hannover: Schlütersche.

Hansen, W. (Hrsg.). (2007). *Medizin des Alterns und des alten Menschen*. Stuttgart: Schattauer.

- Hare, M., McGowan, S., Wynaden, D., Speed, G. & Landsborough, I. (2008). Nurses' descriptions of changes in cognitive function in the acute care setting. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26 (1), 21-25.
- Hautzinger, M. & Bronisch, T. (2007). Symptomatik, Diagnostik und Epidemiologie . In H. Schauenburg & B. Hofmann (Hrsg.), *Psychotherapie der Depression: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis- störungsspezifisch und schulübergreifend* (S. 1-12). (2. neubearbeitete Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Heath, H., Sturdy, D. & Wilcock, G. (2010). *Improving quality of care for people with dementia in general hospitals* (RCN Publishing Company, Hrsg). London. Verfügbar unter: [http://www.hospitaldr.co.uk/Dementia%20care\\_EN\\_1.pdf](http://www.hospitaldr.co.uk/Dementia%20care_EN_1.pdf) [18.11.2012].
- Höwler, E. (2008). *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz: Erleben und Strategien Pflegender*. Stuttgart: Kohlhammer.
- James, J. & Hondett, C. (2009). Taking the anxiety out of dementia. *Emergency Nurse*, 16 (9), 10-13.
- Kang, Y., Moyle, W. & Venturato, L. (2011). Korean nurses' attitudes towards older people with dementia in acute care settings. *International Journal of Older People Nursing*, 6 (2), 143-152.
- Kastner, U. & Löbach, R. (2007). *Handbuch Demenz*. München: Elsevier.
- Kirchen-Peters, S. (2005). *Der Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes "Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst"* (Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. Saarbrücken (ISO), Hrsg.). Saarbrücken. Verfügbar unter: [http://www.iso-institut.de/download/Kaufbeurenbericht\\_2005.pdf](http://www.iso-institut.de/download/Kaufbeurenbericht_2005.pdf) [12.11.2012].
- Kleibel, V. & Mayer, H. (2005). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe*. Wien: Facultas.

- Kleina, T. & Wingefeld, K. (2007). *Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus* (Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Hrsg.). Bielefeld. Verfügbar unter: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-135.pdf> [05.01.2013].
- Krämer, G. & Förstl, H. (2008). *Alzheimer & andere Demenzformen: Antworten auf die häufigsten Fragen* (5. neubearbeitete Aufl.). Stuttgart: Trias.
- Kratz, T. (2011). Konsil- und Liaisonpsychiatrie bei Demenz. In H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen in Theorie und Praxis* (S. 395-418). (3. neubearbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Limmroth, V. & Diener, H. (Hrsg.). (2006). *Neurologie für Praktiker* (2. neubearbeitete Aufl.). Darmstadt: Steinkopff.
- Lin, P., Hsieh, M. & Lin, L. (2012). Hospital Nurse Knowledge of and Approach to Dementia Care. *The Journal of Nursing Research*, 20 (3), 197-206.
- Martin, M. & Schelling, H. (2005). *Demenz in Schlüsselbegriffen: Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige*. Bern: Hans Huber.
- Maschke, M. & Diener, H. (2006). Differenzialdiagnosen neurologischer Notfälle im Alter. In G. Deuschl & H. Reichmann (Hrsg.), *Gerontoneurologie* (S. 237-242). Stuttgart: Thieme
- Mayer, H. (2011). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung* (3. neubearbeitete Aufl.). Wien: Facultas.
- Messer, B. (2007). *Pflegeplanung für Menschen mit Demenz: Was Sie schreiben können und wie Sie es schreiben sollten* (2. neubearbeitete Aufl.). Hannover: Schönlitersche Verlagsgesellschaft.

- Moyle, W., Borbasi, S., Wallis, M., Olorenshaw, R. & Gracia, N. (2010). Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (3-4), 420-428.
- 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*, 3 (2), 121-130.
- Newerla, A. (2012). *Verwirrte Pflegen, verwirrte Pflege? Handlungsprobleme und Handlungsstrategien in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz: eine ethnographische Studie*. Berlin: Lit.
- Nolan, L. (2007). Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses' views. *British Journal of Nursing*, 17 (7), 419-422.
- Nolan, L. (2006). Caring connections with older persons with dementia in an acute hospital setting: a hermeneutic interpretation of the staff nurse's experience. *International Journal of Older People Nursing*, 1 (4), 208-215.
- Norbergh, K., Helin, Y., Dahl, A., Hellzén, O. & Asplund, K. (2006). Nurses' Attitudes Towards People with Dementia: the semantic differential technique. *Nursing Ethics*, 13 (3), 264-274.
- Norman, R. (2006). Observations of the experiences of people with dementia on general hospital wards. *Journal of Research in Nursing*, 11 (5), 453-465.
- O'Connell, B., Orr, J., Ostaszkiwicz, J & Gaskin, C. (2011). Nursing care needs of patients with and without dementia admitted to hospital with fractured neck of femur. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 15 (3), 136-144.
- Pace, V., Treloar, A. & Scott, S. (2011). *Dementia: from advanced disease to bereavement*. New York: Oxford University Press.

- Perrar, K., Sirsch, E. & Kutschke, A. (2007). *Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe*. Stuttgart: Thieme.
- Pfisterer, M. & Oster, P. (2007). Geriatrische Assessments. In W. Hansen (Hrsg.), *Medizin des Alterns und des alten Menschen* (S. 15-39). Stuttgart: Schattauer.
- Pinkert, C. & Holle, B. (2012). Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus: Literaturübersicht zur Prävalenz und Einweisungsgründen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45 (8), 728-734.
- Prince, M. & Jackson, J. (2009). *Weltalzheimerbericht 2009: Kurzfassung* (Alzheimer's Disease International, Hrsg.). London. Verfügbar unter: <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport-Deutsch.pdf> [05.11.2013].
- Margraf, J. & Maier, W. (2012). *Psychrembel: Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie* (2. neubearbeitete Aufl.). Berlin: De Gruyter.
- Reuter, P. (2005). *Springer Taschenwörterbuch Medizin: 29.000 Fachbegriffe auf über 600 Seiten, Bedeutung, neue Rechtschreibung mit Alternativen* (2. neubearbeitete Aufl.). Berlin: Springer.
- Schaade, G. (2009). *Demenz: Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung*. Heidelberg: Springer.
- Schauenburg, H. & Hofmann, B. (Hrsg.). (2007). *Psychotherapie der Depression: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis- störungsspezifisch und schulenübergreifend* (2. neubearbeitete Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Schlegl, J. (2005). Neuropathologie der Demenzen. In C. Wallesch & H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen* (S. 43-58). (2. neubearbeitete Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Schmidt, S. & Döbele, M. (Hrsg.). (2010). *Demenzbegleiter: Leitfaden für zusätzliche Betreuungskräfte*. Berlin&Heidelberg: Springer.

- Schmidtke, K. (2005). *Demenzen: Untersuchung und Behandlung in der Facharztpraxis und Gedächtnissprechstunde*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schnabel, M. (2005). *Umgang mit Demenzkranken: Entwicklung eines Lernfeldes auf Basis empirischer Daten aus der Berufspraxis der Pflege*. Hannover: Schlütersche.
- Schütz, D. & Füsgen, I. (2012). *Patienten mit Gedächtnisstörungen im Krankenhaus: Umgang mit therapeutischen und pflegerischen Problemen*. Wiesbaden: Medical Tribune.
- Smekal, U. & Mielke, R. (2012). Strukturell bildgebende Diagnostik. In C. Wallesch & H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen* (S. 161-177). (2. neubearbeitete Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Stoppe, G. (2007). *Demenz* (2. neubearbeitete Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Stumm, G. & Pritz, A. (2009). *Wörterbuch der Psychotherapie* (2. neubearbeitete Aufl.). Wien: Springer.
- Thompson, R. & Heath, H. (2011). *Dignity in Dementia: transforming general hospital care* (Royal College of Nursing, Hrsg.). Cardiff. Verfügbar unter:  
[https://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/397564/RCN\\_Dementia\\_project\\_Summary\\_of\\_findings\\_from\\_carer\\_and\\_patient\\_survey\\_July\\_26\\_2011-11.pdf](https://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0007/397564/RCN_Dementia_project_Summary_of_findings_from_carer_and_patient_survey_July_26_2011-11.pdf)  
[12.02.2013].
- Wancata, J., Krautgartner, M., Berner, J. & Alexandrowicz, R. (2003). Epidemiologie und gesellschaftliche Belastungen von Demenzerkrankungen in verschiedenen europäischen Ländern. In J. Wancata, U. Meise & J. Marksteiner (Hrsg.), *Grauzone: Die Versorgung älterer psychisch Kranker* (S. 29- 43). Innsbruck: Integrative Psychiatrie.
- Wancata, J., Meise, U. & Marksteiner, J. (Hrsg.). (2003). *Grauzone: Die Versorgung älterer psychisch Kranker*. Innsbruck: Integrative Psychiatrie.

- Wallesch, C. & Förstl, H. (Hrsg.). (2012). *Demenzen* (2. neubearbeitete Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Webster, J. (2011). Improving care for people with dementia in acute hospital: the role of person-centred assessment. *Quality in Ageing and Older Adults*, 12 (2), 86-94.
- Wetterling, T. (2002). *Organisch psychische Störungen*. Darmstadt: Steinkopff.
- Wetterling, T. (2001). *Gerontopsychiatrie: Ein Leitfaden für Diagnostik und Therapie*. Berlin: Springer.
- Weyerer, S. & Bickel, H. (2007). *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Williams, R. (2011). Hospital Programme for Dementia-Specific Care. *Nursing Older People*, 23 (7), 14-17.
- Young, J., Hood, C., Woolley, R., Gandesha, A. & Souza, R. (2011). *Report of the National Audit of Dementia Care in General Hospitals* (Royal College of Psychiatrists, Hrsg.). London. Verfügbar unter: <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/NATIONAL%20REPORT%20-%20Full%20Report%201201122.pdf> [14.02.2013].
- Zapotoczky, H. & Fischhof, P. (Hrsg.). (1996). *Handbuch der Gerontopsychiatrie*. Wien: Springer.
- Zapp, W. & Dorenkamp, A. (2002). Anwendungsorientierte Prozessgestaltung im Krankenhaus: Bericht über ein Forschungsprojekt. In W. Zapp (Hrsg.), *Prozessgestaltung im Krankenhaus* (S. 1-136). Heidelberg: Economica.
- Zapp, W. (Hrsg.). (2002). *Prozessgestaltung im Krankenhaus*. Heidelberg: Economica.

## Internetseiten

Andrews, J. (2012). *Das Aussehen eines demenzsensiblen Krankenhauses*. Verfügbar unter: [http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Andrews\\_deutsch.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Andrews_deutsch.pdf) [10.02.2013].

Brooker, D. (2012). *Exzellente Pflege in einem demenzfreundlichen Akutkrankenhaus*. Verfügbar unter: [http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Brooker\\_2012\\_deutsch.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Brooker_2012_deutsch.pdf) [10.02.2013].

Institute for Health Metrics an Evaluation (2012): *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2010 Study*. Verfügbar unter: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/research/project/global-burden-diseases-injuries-and-risk-factors-2010-study> [19.11.2012].

Kirchen-Peters, S. (2012). *Handlungsfelder zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*. Verfügbar unter: [http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Praesentation\\_Kirchen-Peters.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Praesentation_Kirchen-Peters.pdf) [12.02.2013].

Statistik Austria (2012). *Bevölkerung seit 1869 nach Geschlecht bzw. breiten Altersgruppen*. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_alter\\_geschlecht/031384.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/031384.html) [05.01.2013].

Statistik Austria (2011). *Spitalsentlassungen 2010 aus Akutkrankenanstalten nach Hauptdiagnosen, Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer und Standort der Krankenanstalten: Österreich und Bundesländer*. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/stationaere\\_aufenthalte/spitalsentlassungen\\_nach\\_ausgewaehlten\\_diagnosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_nach_ausgewaehlten_diagnosen/index.html) [05.01.2013].

Statistik Austria (2009). *Prävalenz von mindestens einer chronischen Krankheit 2006/2007*. Verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/chronische\\_krankheiten/022227.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/022227.html) [05.01.2013].

WHO (2012): *Global burden of disease*. Verfügbar unter:

[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/) [19.11.2012].

WHO (2010): *ICD – 10 Version: 2010*. Verfügbar unter:

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F00> [02.11.2012].

## 6.2 Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: DEMENZVERLAUF (GROND, 2005, S. 50)	18
ABBILDUNG 2: BEDÜRFNISORIENTIERTES VERHALTENSMODELL BEI DEMENZ (HABERSTROH, 2010, S. 462)	26

## 6.3 Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: ZUSAMMENFASSUNG DER ANALYSE DER GESCHÄTZTEN PRÄVALENZ IN DEN GBD-REGIONEN (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2009, S. 6)	8
TABELLE 2: JÄHRLICHE INZIDENZ NACH ALTERSKLASSEN (EIGENE DARSTELLUNG, 2012, IN ANLEHNUNG AN WANCATA ET AL., 2003, S. 31)	12
TABELLE 3: JÄHRLICHE INZIDENZ IN AUSGEWÄHLTEN JAHREN (EIGENE DARSTELLUNG, 2012, IN ANLEHNUNG AN GLEICHWEIT&ROSSA, 2009, S. 21)	13
TABELLE 4: EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN (EIGENE DARSTELLUNG, 2012)	54
TABELLE 5: ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG DER SUCHSTRATEGIE (EIGENE DARSTELLUNG, 2012)	58

Datenbank (inkl. Datum)	Suchbegriffe	Treffer o. E.	Einschränkungen	Gesamttreffer nach E.	Relevante Artikel nach Abstract- Durchsicht	Relevanz nach Gesamt- durchsicht	Bemerkungen
CINAHL 11.10.2012	(dement* OR alzheimer*) AND „acute care“	198	2002-2012, Englisch/Deutsch	161	The NICHE geriatric resource nurse model: improving the care of older adults with Alzheimer's disease and other dementias		Nein; Fokus auf geriatrische PatientInnen
					How acute care managers can support patients with dementia	x	
					Supporting people with dementia in acute hospital settings		geringer Fokus auf Pflege
					Improving care for people with dementia in acute hospital: the role of person- centered assesment	x	
					Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective	x	
					The creation of a Dementia Nurse Specialist role in an acute general hospital		Nein; Best Practice nicht deutschsprachig er Raum
					The care of older people with dementia in acute hospitals	x	

					Nursing needs of patients with and without dementia admitted to hospital with fractured neck of femur	X	
					Right place-wrong person: dignity in the acute care of older people		Nein; Fokus auf würdevolle Pflege alter Menschen
					Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: a review of the literature	x	
					The lived experience of registered nurses providing care to patients with dementia in the acute care setting: a phenomenological study	x	
					Health professionals' perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: toward better practice	X	
					Dementia related aggression in the acute sector: is a code black really the answer?		Nein; repräsentiert Ergebnisse aus "Health professionals' perspectives of providing care to people with dementia in the

							acute setting: toward better practice”
					Clinical usefulness and feasibility of using Reality Orientation with patients who have dementia in acute care settings		Nein; nicht auf Pflege bezogen
					Developing person- centred dementia care in acute settings: findings from a study tour in Australia.		Nein; ungenaue Methodenbeschr eibung, Tourdauer: 2 Tage (zu kurz!)
					Nurses' descriptions of changes in cognitive function in the acute care setting.		Nein; Fokus: Wurde Delirium erkannt?
					Caring connections with older persons with dementia in an acute hospital setting -- a hermeneutic interpretation of the staff nurse's experience.	x	
					Nurses' experiences of abusive/non- abusive caring for demented patients in acute care settings	x	
					Caring for patients with dementia in an acute care environment.		Nein; Fokus auf geriatrische PatientInnen
					Delirium and dementia in acute		Nein; Fokus: Erwartungen des

					hospitals: the impact of RMN impact		(gesamten) Personals an eine RMN
					Skilled dementia care must not become the preserve of specialists		Nein, zu kurz, zu allgemein
					Poole's algorithm: nursing management of disturbed behaviour in older people - the evidence		Nein; Demenz nicht im Vordergrund sondern: psychische Verhaltensauffälligkeiten im Allgemeinen
					The 'Dignifying dementia' project in acute care settings		Nein; bei Ergebnisdarstellung fehlende Unterscheidung zwischen ÄrztInnen, Pflegenden, PatientInnen, Angehörigen
					Understanding challenging behaviour in patients with dementia	x	
CINAHL 13.10.2012	(dement* OR alzheimer*) AND „acute care hospital“	9	2002-2012, Englisch/Deutsch	9	-		
CINAHL 25.10.2012	(dement* OR alzheimer*) AND (acute OR emergency) AND (car* OR nurs*)	686	1: NOT (nursing home OR residential* OR geriatric*) 2: 2002-2012, Englisch/Deutsch 3: abstract available	1: 450 2: 234 3: 154	Hospital Nurse Knowledge of and Approach to Dementia Care	x	

					Investigating the causes of behaviours that challenge in people with dementia		Nein, fehlender Bezug zu Akutpflege
					Clinical Care of Persons with Dementia in the Emergency Department: A Review of the Literature and Agenda for Research	x	
					Exploring functions of the lost seeking devices for people with dementia.		Nein; fehlender Fokus auf Akutpflege
					Improving person-centred care in dementia	x	
					Caring for people with dementia in the acute setting: study of nurses' views	x	
					Taking the anxiety out of dementia	x	
					Practice development: providing benefits for both managers and older patients with delerium [sic] and dementia		Nein; nicht nur auf Pflege fokussiert; Fokus: Theorie-Praxis Probleme und Umsetzung von Schulungen
					Patients who present with dementia: exploring the knowledge of hospital nurses		Nein; Präsentation Ergebnisse einer Masterstudie

					Empowered or overpowered? Service use, needs, wants and demands in elderly patients with cognitive impairments		Nein; fehlender Fokus auf Demenz und Pflege
					Evaluating hospital care for individuals with Alzheimer's disease using inpatient quality indicators		Nein; Fokus: Sterberate von Demenzpatienten im Akutkrankenhaus
CINAHL 08.11.2012	(dement* OR alzheimer*) AND hospital* AND (car* OR nurs*)	1.524	1: NOT (nursing home OR resident* OR geriatric*) 2: 2002-2012, Englisch/Deutsch 3: Abstract available 4: All Adult	1: 768 2: 557 3: 338 4: 277	Patient and proxy measurement of quality of life among general hospital inpatients with dementia		Nein; Fokus Demenzpatienten Lebensqualität im Spital
					Hospital Programme for dementia-specific care	x	
					Nursing needs of acutely ill older people		Fehlender Fokus auf Demenz
					Care and outcomes in patients with ischemic stroke with and without preexisting dementia		Nein; Fokus: medizinische Gesichtspunkte
					Observations of the experiences of people with dementia on general hospital wards	x	
PUBMED 18.10.2012	(dementia OR demented OR alzheimer) AND	213	Letzten 10 Jahre, Englisch/Deutsch	122	Korean nurses' attitudes towards older people with	x	

	„acute care“				dementia in acute care settings		
					Dementia--a secondary diagnosis in acute hospital care or more? Measures for improving care of hospitalized dementia patients		Nein; fehlender Fokus auf Pflege
					Delirium and older people: what are the constraints to best practice in acute care?		Nein; Fokus auf Delirium
					PITFALLS AND RECOMMENDATIONS REGARDING THE MANAGEMENT OF ACUTE PAIN AMONG HOSPITALIZED PATIENTS WITH DEMENTIA		Nein; Fokus: medizinische Gesichtspunkte
PUBMED 20.10.2012	(dementia OR demented OR alzheimer) AND „acute care hospital“	30	Letzten 10 Jahre, Englisch/Deutsch	16	-		
PUBMED 20.10.2012	(dementia OR demented OR alzheimer) AND (acute OR emergency) AND (care OR caring AND nurse OR	1.168	1: NOT (nursing home OR residential care OR geriatric) 2: Letzten 10 Jahre, Englisch/Deutsch 3: Abstract available	1: 635 2: 323 3: 309	SITUATED CLINICAL REASONING: DISTINGUISHING		Nein; passt zu keiner FF

	nursing)				ACUTE CONFUSION FROM DEMENTIA IN HOSPITALIZED OLDER ADULTS		
PUBMED 21.10.2012	(dementia OR demented OR alzheimer) AND hospital AND (care OR caring OR nurse OR nursing)	4.475	1: NOT (nursing home OR residential OR geriatric OR long-term) 2: Letzten 10 Jahre, Englisch/Deutsch 3: Abstract available 4: Nursing Journals	1: 2111 2: 1002 3: 918 4: 102	Recognition of dementia in hospitalized older adults		Nein; Fokus: Diagnosestellung
MEDLINE 19.10.2012	(dement* OR alzheimer*) AND „acute care“	204	2002-2012, Englisch/Deutsch	126	Improving care for patients with dementia hospitalized for acute somatic illness in a specialized care unit: a feasibility study		Nein, nicht auf Pflege bezogen
MEDLINE 19.10.2012	(dement* OR alzheimer*) AND „acute care hospital“	29	2002-2012, Englisch/Deutsch	15	-		
MEDLINE 19.10.2012	(dement* OR alzheimer*) AND (acute care OR emergency) AND (car* OR nurs*)	1.675	1: NOT (nursing home OR resident* OR geriatric) 2: Englisch/Deutsch, 2002-2012 3: Research Area: Nursing	1: 1.136 2: 592 3: 45	Notlügen in der Pflege demenziell erkrankter Menschen: "Frau Meier, Telefon!"		Nein; nicht auf Krankenhaus bezogen
MEDLINE 15.11.2012	(dement* OR alzheimer*) AND hospital* AND (car* OR nurs*)	3.732	1: NOT (nursing home OR resident* OR geriatric) 2: Englisch/Deutsch, 2002-2012	1: 1998 2: 866 3: 105	'Because we see them naked' - nurses' experiences in caring for hospitalized patients with	x	qualitative Studie

			3: Research Area: Nursing		dementia: considering artificial nutrition or hydration (ANH)		
					Two thirds of hospital staff think their training in dementia is inadequate		Nein; fehlender Fokus auf Pflege

#	Titel/AutorIn/ Datum	Ziel	Ergebnisse	Kritik		
				Kriterien	✓	keine Angabe
<b>Qualitative Studien</b>						
1	<p>„Because we see them naked – Nurses experiences in caring for hospitalized patients with dementia: considering artificial nutrition or hydration”</p> <p>Bryon et al., 2011</p>	<p>Beschreibung der Erfahrung Pflegender bei der Entscheidungsfindung bezüglich künstlicher Ernährung bei dementen PatientInnen im Krankenhaus</p>	<p>- Oberstes Ziel der Pflegenden: PatientInnen gute Pflege zukommen zu lassen aufgrund der persönlichen Berührtheit durch die Vulnerabilität der PatientInnen (Fragilität, Abhängigkeit dieser PatientInnengruppe)</p> <p>- Zunahme der Berührtheit im Laufe des Aufenthaltes aufgrund näheren Kennenlernens und dem Erkennen des schlechter werdenden Zustandes</p> <p>- starke Empathie/Mitgefühl den PatientInnen gegenüber, die in weiterer Folge den Wunsch für eine, für den Patienten/die Patientin zufriedenstellende, Entscheidungsfindung verstärkt</p> <p>- persönliche Betroffenheit bei speziellem Abwehrverhalten der PatientInnen (Nahrungsverweigerung, abwehrendes Verhalten, Apathie)</p>	<p>A) <u>Einleitung:</u></p> <p>A1) Problem</p> <p>1. ✓</p> <p>A2) Ziele</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>A3) Forschungsfrage</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>A4) Theoretischer Teil</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>3. ✓</p> <p>B) <u>Empirischer Teil:</u></p> <p>B1) Stichprobe</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>B2) Erhebung</p>	<p>✓</p>	<p>✓</p>



				Diskussion zur Sicherung der wissenschaftlichen Güte, jedoch aus den allgemeinen Beschreibungen der Studie einsehbar		
2	<p>„Health Professionals’ Perspectives of Providing Care to People with Dementia in the Acute Setting: Toward Better Practice”</p> <p>Borbasi et al., 2006</p>	Erfahrungen des medizinischen Personals im Umgang mit dementen Personen im Akutkrankenhaus sowie die gängige Praxis und Best Practice aufzeigen	<p>5 Hauptkategorien:</p> <p>1. <u>Die Einrichtung „Akutkrankenhaus“:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Das Akutkrankenhaus wird als unpassend, ungewohnt und gefährlich für demente Personen empfunden, die bauliche Anordnung innerhalb des Akutkrankenhauses ist inadäquat (Toiletten und Bad zu weit von den Zimmern entfernt und Schwierigkeiten wieder zurückzufinden)</li> <li>➤ Desorientiertheit aufgrund der linearen Bauweise</li> </ul> <p>2. <u>Die Prozesse innerhalb des Akutkrankenhauses:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ dominiert von Stress</li> <li>➤ daraus fehlende Zeit für das Durchführen wichtiger Assessments und das Erkennen von Symptomen</li> <li>➤ Nicht-Erkennen der Symptome auch aufgrund ungeschulten Personals sowie</li> <li>➤ dem Fokus auf die Akutsituation der PatientInnen, viel Zeit nötig zur Suche eines geeigneten Heimplatzes</li> </ul> <p>3. <u>Hauptakteure: PatientIn, Angehörige, Personal</u> <u>PatientIn:</u></p>	<p><u>A) Einleitung:</u></p> <p>A1) Problem</p> <p>1. ✓</p> <p>A2) Ziele</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>A3) Forschungsfrage</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>A4) Theoretischer Teil</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>3. ✓</p> <p><u>B) Empirischer Teil:</u></p> <p>B1) Stichprobe</p> <p>1. ✓</p>	✓	✓

			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ braucht mehr Zeit und Zuwendung</li> <li>➤ werden leicht übersehen durch den Stress was die Gefahr für Komplikationen aufgrund nicht erkannter Risiken erhöht</li> <li>➤ benötigen ein interdisziplinäres Team (ÄrztInnen, Pflegende, PhysiotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, Sicherheitspersonal)</li> </ul> <p><u>Familie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ wirkt prinzipiell unterstützend</li> <li>➤ geht jedoch manchmal nicht mit der Meinung der Pflegenden/ÄrztInnen konform was Konfliktpotential in sich birgt</li> <li>➤ nützt die Situation des/r PatientIn aus um deren Zustand zu verschlechtern</li> </ul> <p><u>Personal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lange beschäftigte Pflegende sind in der Förderung der interdisziplinären Arbeit sehr wichtig</li> <li>➤ missachten oftmals die unterschiedlichen Typen von Demenz</li> <li>➤ bringen den PatientInnen Vorurteile entgegen</li> <li>➤ OP-Pflegende werden als am wenigsten mitfühlend für diese PatientInnengruppe empfunden</li> </ul> <p>4. <u>Gegenwärtige Pflege dementer Personen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Freiheitsbeschränkende Maßnahmen (physisch, mechanisch) wurden von allen Teilnehmenden thematisiert da sie für die Sicherheit der PatientInnen sorgen</li> <li>➤ PatientInnen benötigen ständige Überwachung</li> <li>➤ Versuche die Umgebung so angenehm wie möglich zu gestalten (Bilder aufgehängt, Uhren angebracht, Familienmitglieder in die Pflege mit einbeziehen)</li> <li>➤ demenz-geschultes Personal sehr hilfreich aber zu wenig vorhanden, innerbetriebliche Fortbildungen appellieren</li> </ul>	<p>2.</p> <p>B2) Erhebung</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>3. ✓</p> <p>B3) Auswertung</p> <p>1. ✓</p> <p>B4) Ethische Diskussion</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>B5) Wiss. Güte</p> <p>1. ✓</p> <p>B6) Ergebnisdarstellung</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>B7) Schlussfolgerungen</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>B8) Literaturangaben</p> <p>1. ✓</p> <p><u>Anmerkungen:</u> nicht eindeutig, ob alle Personen der Stichprobe das Phänomen selbst</p>	-	
--	--	--	---	---	---	--

			<p>Themen die aufgrund der geringen Ressourcen schwer umsetzbar erscheinen</p> <p>5. <u>Empfehlungen für die Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Einrichtung einer eigenen Abteilung (mit hohem Personalstand und akuten Behandlungsmöglichkeiten)</li> <li>➤ mehr geschultes Personal das sich Zeit nehmen kann und mit dem Verhalten der PatientInnen umgehen kann</li> </ul>	<p>erlebt haben (z.B. stellvertretende/r Pflegedirektor/in), Ergebnisse nicht nur auf Basis von Antworten Pflegender, keine Forschungsfrage (jedoch aus Ziel ableitbar)</p>		
3	<p>„The Lived Experience of Registered Nurses Providing Care to Patients with Dementia in the Acute Setting: A Phenomenological Study”</p> <p>Byers et al., 2008</p>	<p>Aufzeigen der Erfahrung Pflegender in der Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus</p>	<p>- Pflegende empfinden Missmut, da sie aufgrund Zeitmangels und fehlenden Personals nicht die Art von Pflege erbringen können, die demente Personen benötigen würden</p> <p>- Pflegende bräuchten mehr Zeit mit den dementen PatientInnen um eine ganzheitliche Pflege zu gewähren</p> <p>- Um sichere und ganzheitliche Pflege erbringen zu können müssen Pflegende die Möglichkeit erhalten die PatientInnen und deren Familien zu kennen und eine Bindung zu ihnen aufzubauen</p> <p>- Empfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ein angemessenes Personal-PatientInnen Größenverhältnis</li> <li>➤ Pflegende muss Zeit haben für diese PatientInnen und deren Angehörigen um eine sichere und würdige Pflege zu ermöglichen</li> <li>➤ Leitende Pflegende an der Station müssen sich für eine Kultur bemühen, die es den Pflegenden ermöglicht sich vollständig in die Pflege dieser PatientInnen einzubinden um Unzufriedenheit der Pflegenden zu vermeiden</li> <li>➤ Leitende Pflegende an der Station benötigen Wissen über die Umwelt</li> </ul>	<p><u>A) Einleitung:</u></p> <p>A1) Problem</p> <p>1. ✓</p> <p>A2) Ziele</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>A3) Forschungsfrage</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>A4) Theoretischer Teil</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>3. ✓</p> <p><u>B) Empirischer Teil:</u></p> <p>B1) Stichprobe</p> <p>1. ✓</p>		

			die die Pflege Dementer benötigt	2. B2) Erhebung 1. 2. 3. B3) Auswertung 1. B4) Ethische Diskussion 1. 2. B5) Wiss. Güte 1. B6) Ergebnis- darstellung 1. 2. B7) Schluss- folgerungen 1. 2. B8) Literaturangaben 1.  <u>Anmerkungen:</u> fehlende Diskussion zur Sicherung der wissenschaftliche n Güte, jedoch	✓  ✓ ✓ ✓  ✓  ✓ ✓  ✓ ✓  ✓ ✓  ✓  ✓ ✓  ✓	✓
--	--	--	----------------------------------	---	---	---

				aus den allgemeinen Beschreibungen der Studie einsehbar		
4	„Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses’ views”  Nolan, 2007	Aufzeigen der Erfahrung Pflegender in der Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus	3 Kategorien:  1. <u>Der Pflegealltag:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ständige Beobachtung vor allem Herumwandernder Dementer (dass sie Station nicht verlassen und ihre Sicherheit nicht gefährdet ist)</li> <li>➤ verminderte Pflegemöglichkeit für nicht-kognitiv eingeschränkte PatientInnen aufgrund der ständigen Beobachtung</li> <li>➤ Schuldgefühle dass PatientInnen nicht herumgehen können wenn ihnen der Wunsch danach steht</li> </ul> 2. <u>Pflege für unruhige/aggressive demente PatientInnen vs. Pflege für ruhige/nicht-aggressive PatientInnen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pflegende fühlen sich sicherer bei nicht-aggressiven PatientInnen und es fällt ihnen leichter bei diesen einen partizipativen Pflegeansatz zu wählen</li> <li>➤ für unruhige bzw. aggressive PatientInnen benötigt es jedoch ein Mehr an Zeit um ihren Bedürfnissen gerecht zu werden, wodurch das unangenehme Gefühl entsteht, dass nicht die Bedürfnisse aller dementer Personen in gleichem Maße berücksichtigt werden</li> </ul> 3. <u>Die Bedeutung der Pflege Demenzkranker im Akutkrankenhaus:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Für die Pflegenden der Akutstation bedeutet „Pflege“ im</li> </ul>	A) <u>Einleitung:</u> A1) Problem 1. ✓ A2) Ziele 1. ✓ 2. ✓ A3) Forschungsfrage 1. ✓ 2. ✓ A4) Theoretischer Teil 1. ✓ 2. ✓ 3. ✓  B) <u>Empirischer                  Teil:</u> B1) Stichprobe 1. ✓ 2. ✓ B2) Erhebung 1. ✓ 2. ✓ 3. ✓		

			<p>Allgemeines alles zu tun um jemandem Anderen zu helfen sowie eine Vertrauensbeziehung zu den PatientInnen aufzubauen (hier werden keine Unterschiede zwischen Dementen und nicht-Dementen gezogen)</p> <p>➤ Pflegende die genau wussten wie Demenzpflege auszusehen hätte waren unzufrieden, weil sie dies (v.a. hinsichtlich der Bedeutung von Pflege) in der Akuteinrichtung nicht umsetzen können</p>	<p>B3) Auswertung 1. ✓</p> <p>B4) Ethische Diskussion 1. ✓ 2. ✓</p> <p>B5) Wiss. Güte 1. ✓</p> <p>B6) Ergebnisdarstellung 1. ✓ 2. ✓</p> <p>B7) Schlussfolgerungen 1. ✓ 2. ✓</p> <p>B8) Literaturangaben 1. ✓</p> <p><u>Anmerkungen:</u> Problem wurde zwar dargestellt aber äußerst gering, keine Forschungsfrage (aber aus Ziel ableitbar), betreffend das Ziel der Studie werden keine</p>	<p>✓</p>	<p>✓</p>
--	--	--	---	--	---	----------

				<p>aktuellen Forschungsergebnisse in der Einleitung diskutiert, fehlende Beschreibung zur Auswahl der Stichprobe, Ethische Diskussion äußerst kurz, keine Angabe zur Information der TeilnehmerInnen, keine expliziten Angaben zur wissenschaftlichen Güte</p>		
5	<p><i>“Nurses experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings”</i></p> <p>Eriksson &amp; Saveman, 2002</p>	<p>Beschreibung der Erfahrungen Pflegender hinsichtlich der Probleme bei der Pflege dementer Personen in Akuteinrichtungen</p>	<p>3 Kategorien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Ethisch schwierige Situationen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Erleben ethisch schwieriger Situationen: Verabreichen von Medikamenten gegen den Willen der PatientInnen (meist sedierende Medikamente um für andere PatientInnen mehr Zeit zu haben)</li> <li>➤ aufgrund fehlender Fähigkeit der PatientInnen Wünsche zu äußern handeln Pflegende oft würdelos</li> <li>➤ Zusammentreffen mit PatientInnen sehr belastend und wird lange mit sich herumgetragen</li> </ul> </li> </ol>	<p><u>A) Einleitung:</u></p> <p>A1) Problem</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ✓</li> </ol> <p>A2) Ziele</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ✓</li> <li>2. ✓</li> </ol> <p>A3) Forschungsfrage</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ✓</li> <li>2. ✓</li> </ol> <p>A4) Theoretischer</p>		✓

			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ geschlossene Eingangstüren zur Station verwirren zwar die MitpatientInnen jedoch fehlt die Zeit die PatientInnen ständig zu beobachten und wenn geöffnet wird, dann müssen sie ständig beobachtet werden</li> </ul>	Teil 1. ✓ 2. ✓ 3. ✓	
			2. <u>Probleme bezogen auf das störende Verhalten der PatientInnen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ PatientInnen sind teilweise gewalttätig und beschuldigen das Personal des Diebstahls</li> <li>➤ PatientInnen haben teilweise Zornausbrüche und entwickeln dann starke Kräfte sodass jeder Zugang zu ihnen, jede Behandlung und jede Untersuchung schwer fällt</li> <li>➤ die fehlende Zusammenarbeit mit den PatientInnen belastet (so kann z.B. nicht eingeschätzt werden ob die PatientInnen unter Schmerzen leiden was zu falscher Analgetikagabe führt),</li> <li>➤ Belastend, dass gegen das störende Verhalten auf der Station und den MitpatientInnen nichts konkretes unternommen werden kann</li> </ul>	<u>B) Empirischer Teil:</u> B1) Stichprobe 1. ✓ 2. ✓ B2) Erhebung 1. ✓ 2. ✓ 3. ✓ B3) Auswertung 1. ✓ B4) Ethische Diskussion 1. ✓ 2. ✓ B5) Wiss. Güte 1. ✓ B6) Ergebnisdarstellung 1. ✓ 2. ✓ B7) Schlussfolgerungen 1. ✓ 2. ✓ B8)	
			3. <u>Probleme bezogen auf die Organisation des Akutkrankenhauses:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Belastend nichts gegen den häufigen Transfer der PatientInnen zwischen den Abteilungen unternehmen zu können</li> <li>➤ Belastend aufgrund fehlender Zeit (Vorgabe durch das Management) sich auf die PatientInnen und deren Bedürfnisse nicht einstellen zu können, wodurch nach dem besten Glauben gehandelt wird und die Angst entsteht, dass PatientInnen glauben könnten sie werden misshandelt</li> <li>➤ aufgrund fehlender Zeit kann den normalen Routinetätigkeiten schwer nachgegangen werden</li> <li>➤ fehlende Zusammenarbeit zwischen all den beteiligten Pflegenden hinsichtlich des Normalzustandes sowie der</li> </ul>		

			Biografie der PatientInnen	Literaturangaben 1. ✓  <u>Anmerkungen:</u> keine Forschungsfrage (jedoch aus Ziel ableitbar)	
6	<p><i>“Observations of the experience of people with dementia on general hospital wards”</i></p> <p>Norman, 2006</p>	<p>Aufzeigen der Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus</p>	<p>- DemenzpatientInnen werden von den Pflegenden auf der Basis bisheriger Erfahrungen, Emotionen mit dieser PatientInnengruppe wahrgenommen wodurch die Einteilung in „positive und akzeptable“ sowie „negative und unakzeptable“ DemenzpatientInnen vorgenommen wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Positive PatientInnen werden mehr „als ganzer Menschen“ wahrgenommen und sind unabhängig und compliant und ihre Wünsche und Entscheidungen werden prinzipiell respektiert;</li> <li>➤ Pflege an negativen PatientInnen, jene die weniger unabhängig und compliant sind, hingegen wird mehr als eine „zu erledigende“ Aufgabe gesehen und erleben mehr das Anwenden von freiheitseinschränkenden Maßnahmen; diese Grundhaltung der Pflegenden kann sich jedoch auch ändern;</li> </ul>	<p><u>A) Einleitung:</u></p> <p>A1) Problem 1. ✓ 2. ✓</p> <p>A2) Ziele 1. ✓ 2. ✓</p> <p>A3) Forschungsfrage 1. ✓ 2. ✓</p> <p>A4) Theoretischer Teil 1. ✓ 2. ✓ 3. ✓</p> <p><u>B) Empirischer Teil:</u></p> <p>B1) Stichprobe 1. ✓ 2. ✓</p>	



				Implikationen werden nur äußerst kurz erwähnt		
7	<p><i>“Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective”</i></p> <p>Moyle et al., 2010</p>	<p>- Aufzeigen der gängigen Pflegepraxis dementer Personen im Akutkrankenhaus aus der Sicht des Personals</p>	<p>5 Hauptthemen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Festlegen der „Verwirrung“:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Schwierigkeiten zwischen Verwirrung/Demenz zu unterscheiden</li> <li>➤ Personal fühlt sich unsicher, wie Demenz zu untersuchen bzw. diese zu behandeln</li> </ul> </li> <li>2. <u>Tägliche Herausforderungen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ PflegehelferInnen erleben die Tätigkeiten an diesen Personen als sehr schwierig, vor allem die Aggressivität (diese zu bändigen wird als „Zeitraub“ gesehen)</li> <li>➤ schlechte Einstellung diesen PatientInnen gegenüber</li> <li>➤ für das Durchführen freiheitsbeschränkender Maßnahmen werden die PatientInnen als selbst verantwortlich gesehen;</li> <li>➤ PflegehelferInnen denken, dass sich das Management nicht darum kümmert ob die Pflegenden mit Aggressivität zu kämpfen haben oder nicht</li> </ul> </li> <li>3. <u>Organisationskulturelle Barrieren:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Der Fokus liegt auf akuten Problemen und für die Beschäftigung mit Demenzen fehlt die Zeit; auch für ÄrztInnen nehmen die Bedürfnisse der Demenzen eine geringe Wichtigkeit ein</li> <li>➤ ein Akutkrankenhaus wird nicht als richtiger Ort gesehen um optimale Pflege zu bieten; der Fokus liegt auf der exzessiven Überwachung der PatientInnen</li> <li>➤ Der Hauptfokus liegt auf Sicherheit; Bei chronischer</li> </ul> </li> </ol>	<p><u>A) Einleitung:</u></p> <p>A1) Problem</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ✓</li> </ol> <p>A2) Ziele</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ✓</li> <li>2. ✓</li> </ol> <p>A3) Forschungsfrage</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ✓</li> <li>2. ✓</li> </ol> <p>A4) Theoretischer Teil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ✓</li> <li>2. ✓</li> <li>3. ✓</li> </ol> <p><u>B) Empirischer Teil:</u></p> <p>B2) Stichprobe</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ✓</li> <li>2. ✓</li> </ol> <p>B3) Erhebung</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ✓</li> <li>2. ✓</li> <li>3. ✓</li> </ol> <p>B4) Auswertung</p>		

			<p>Verwirrtheit Verschiebung von fördernder Pflege hin zu erhaltender Pflege; Übersehen der personen-zentrierten Pflege; sie werden als eine Belastung gesehen und es gilt sie so schnell wie möglich in eine andere Abteilung zu bringen:</p> <p>4. <u>Pflegepraxis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prinzipielle Unzufriedenheit mit der gängigen Pflege Demenzkranker</li> <li>➤ Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen wenn PatientInnen aggressiv oder gewalttätig werden</li> <li>➤ Empfehlungen: geriatrischen Service, Verringerung der Arbeitspensums, eine eigene Abteilung, Personalausbildung, Fokus auf qualitative Pflege anstatt Kosteneinsparungen</li> </ul>	<p>1. B5) Ethische Diskussion</p> <p>1. 2.</p> <p>B6) Wiss. Güte</p> <p>1. B7) Ergebnisdarstellung</p> <p>1. 2.</p> <p>B8) Schlussfolgerungen</p> <p>1. 2.</p> <p>B9) Literaturangaben</p> <p>1.</p> <p><u>Anmerkungen:</u> teilweise keine Unterscheidung zwischen Demenz/Verwirrtheit, fehlende Diskussion zur Sicherung der wissenschaftlichen Güte, jedoch aus den</p>	<p>✓</p>	<p>✓</p>
--	--	--	---	--	---	----------

				allgemeinen Beschreibungen der Studie einsehbar		
8	<p><i>"The care of older people with dementia in acute hospitals"</i></p> <p>Cowdell, 2010</p>	<p>Die Erfahrungen von DemenzpatientInnen und Pflegenden betreffend der Pflege im Akutkrankenhaus erfragen</p>	<p>3 Hauptthemen (betreffend die Erfahrung des Pflegepersonals):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Pflegephilosophie bei DemenzpatientInnen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Die in der Stationskultur vorherrschende Wahrnehmung dieser PatientInnen hat einen Einfluss darauf, wie diese PatientInnengruppe gesehen wird: „nur sozial“ (akute Krankheit stärker als Demenz, noch relativ unabhängig), „süß“ (genügsam, compliant, dankbar), „Schwierig“ (nicht fügsam, schwieriges Verhalten);</li> </ul> </li> <li>2. <u>Wert den die Pflegenden ihrer Arbeit beimessen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ die Pflege für Demente wird als ungeschult, banal und nicht-vorzeigewürdig beschrieben;</li> <li>➤ fehlendes Spezialwissen und dadurch lediglich die Ausführung der nötigen Arbeit</li> </ul> </li> <li>3. <u>Die Möglichkeit zu pflegen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ fehlendes Wissen führt dazu die körperliche Pflege zu fokussieren</li> <li>➤ Unwissen darüber, wie (wenig) zu diesem Thema Gelerntes praktisch umgesetzt werden kann</li> <li>➤ Bewusstsein über die fehlende Ausbildung sowie Offenheit gegenüber mehr Schulung und Verbesserung der Pflege</li> </ul> </li> </ol>	<p><u>A) Einleitung:</u></p> <p>A1) Problem</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ✓</li> </ol> <p>A2) Ziele</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ✓</li> <li>2. ✓</li> </ol> <p>A3) Forschungsfrage</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ✓</li> <li>2. ✓</li> </ol> <p>A4) Theoretischer Teil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ✓</li> <li>2. ✓</li> <li>3. ✓</li> </ol> <p><u>B) Empirischer Teil:</u></p> <p>B1) Stichprobe</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ✓</li> <li>2. ✓</li> </ol>		<p>✓</p> <p>✓</p>

			➤ Bemühung dass körperliche Bedürfnisse gestillt sind, um aufzeigen zu können das standardgerecht gehandelt wird	B2) Erhebung 1. ✓ 2. ✓ 3. ✓ B3) Auswertung 1. ✓ B4) Ethische Diskussion 1. ✓ 2. ✓ B5) Wiss. Güte 1. ✓ B6) Ergebnisdarstellung 1. ✓ 2. ✓ B7) Schlussfolgerungen 1. ✓ 2. ✓ B8) Literaturangaben 1. ✓	
				Anmerkungen: keine genauen Angaben zur Durchführung der Interviews, Ergebnisdarstellung unterscheidet	

				oftmals nicht zwischen beobachteten und Interview-basierten Daten, fehlende Formulierung der Forschungsfrage (jedoch aus Ziel ableitbar), fehlende Angabe zum Auswahlprozess der Stichprobe		
9	<p><i>“Caring connections with older persons with dementia in an acute hospital setting – a hermeneutic interpretation of the staff nurse’s experience”</i></p> <p>Nolan, 2006</p>	<p>Aufzeigen der Erfahrung Pflegender in der Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus</p>	<p>3 Hauptthemen:</p> <p>Übergreifend: Dem Patienten als Mensch begegnen und seine Diagnose hinten anreihen</p> <p>1. <u>Ethische Pflege:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ diese unter den Bedingungen im Akutkrankenhaus schwierig zu erreichen</li> <li>➤ Schwierigkeit den Bedürfnisse von Demnz- und nicht-DemenzpatientInnen gleichermaßen gerecht zu werden</li> <li>➤ Bedenken der Interviewten, dass nicht das ganze Personal offenen Zugang wählt (Stigmatisierung der PatientInnen!) und es somit gilt diese PatientInnen zu schützen</li> </ul> <p>2. <u>Beziehungsaufbau:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Beziehungsaufbau als Voraussetzung um ethisch vertretbare</li> </ul>	<p><u>A) Einleitung:</u></p> <p>A1) Problem</p> <p>1. ✓</p> <p>A2) Ziele</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>A3) Forschungsfrage</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>A4) Theoretischer Teil</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>3. ✓</p>		<p>✓</p>



				Forschungsfrage (aber aus Zielen ableitbar), fehlendes Aufzeigen der Studienlimitierung		
<b>Quantitative Studien</b>						
10	“Korean nurses’ attitudes towards older people with dementia in acute care settings” Kang et al., 2010	Erhebung der Einstellung koreanischer Pfleger gegenüber DemenzpatientInnen im Akutkrankenhaus	- grundsätzlich positive Einstellung der Pflegenden DemenzpatientInnen gegenüber  - Pflegende von chirurgischen Stationen wiesen eine weniger positive Einstellung auf als jene anderer medizinischer Stationen	A) Einleitung: A1) Problem 1. 2. A2) Ziele 1. 2. A3) Forschungsfrage 1. A4) Theoretischer Rahmen 1. 2. 3. A5) Variablen 1. 2. A6) Hypothese 1. 2.	✓ ✓ ✓ ✓  ✓  ✓ ✓ ✓  ✓ ✓	✓       ✓ ✓



				2. ✓ 3. ✓ B9) Literaturangaben 1. ✓ 2. ✓ 3. ✓  <u>Anmerkungen:</u> keine Gründe für die Auswahl des Forschungsdesign s, keine Forschungsfrage (aber aus Ziel ableitbar), ethische Implikationen äußerst gering diskutiert, Ergebnisdarstellu ng bezieht sich auf Ziel (da keine Hypothese/Forsch ungsfrage), keine Angabe des Signifikanz- Niveaus		
11	<i>“Nursing care need of patients</i>	Aufzeigen des Pflegebedarfs	Alle hier genannten Ergebnisse stehen im Vergleich zu PatientInnen mit Oberschenkelhalsbruch aber ohne Demenz:	<u>A) Einleitung:</u> A1) Problem		

	<p><i>with and without dementia admitted to hospital with fractured neck of femur</i></p> <p>O'Connell et al., 2011</p>	<p>dementer PatientInnen mit Oberschenkelhalsbruch im Gegensatz zu PatientInnen ohne Demenz mit Oberschenkelhalsbruch</p>	<p>- DemenzpatientInnen benötigen mehr Überwachung/Unterstützung bei/m</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mobilisieren</li> <li>b) Transfer zu einem Sessel/Bett</li> <li>c) Duschen</li> <li>d) Ankleiden</li> <li>e) Toilettgang</li> <li>f) Essen</li> </ul> <p>- (Medizinische) Merkmale der DemenzpatientInnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Hautverletzungen</li> <li>b) Inkontinenz</li> <li>c) unruhig</li> <li>d) verwirrt</li> <li>e) größere hygienische Bedürfnisse</li> <li>f) Probleme beim Essen/Trinken postoperativ</li> <li>g) mehr Bedarf nach postoperativen intravenösen Kanülen</li> </ul>	<p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>A2) Ziele</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>A3) Forschungsfrage</p> <p>1. ✓</p> <p>A4) Theoretischer Rahmen</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>3. ✓</p> <p>A5) Variablen</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>A6) Hypothese</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>3. ✓</p> <p><u>B) Empirischer Teil:</u></p> <p>B1) Design</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>B2) Erhebung</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>3. ✓</p> <p>4. ✓</p>		
--	---	---	--	--	--	--



				ableitbar), keine expliziten Angaben zur Reliabilität und Validität, fehlende Angabe des Signifikanz-Niveaus		
12	<p><i>“Hospital Nurse Knowledge of and Approach to Dementia Care”</i></p> <p>Lin et al., 2012</p>	<p>Erhebung des Wissens Pflegender im Akutkrankenhauses zu dem Thema Demenz und dem Zugang dazu sowie dies im Zusammenhang mit demografischen Daten der Pflegenden</p>	<p>- Die meisten Pflegenden weisen akkurates Wissen zur Demenzpflege auf und sind in der Lage, die Pflegebedürfnisse von Personen unterschiedlicher Demenzschweregrade zu erkennen (je länger die Berufserfahrung ist, desto höher ist das Wissen)</p> <p>- Probleme zwischen Demenz und Delirium zu unterscheiden</p>	<p><u>A) Einleitung:</u></p> <p>A1) Problem</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>A2) Ziele</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>A3) Forschungsfrage</p> <p>1. ✓</p> <p>A4) Theoretischer Rahmen</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>3. ✓</p> <p>A5) Variablen</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>A6) Hypothese</p> <p>1. ✓</p> <p>2. ✓</p> <p>3. ✓</p>		

				B) Empirischer <u>Teil:</u> B1) Design 1. ✓ 2. ✓ B2) Erhebung 1. ✓ 2. ✓ 3. 4. ✓ ✓ B3) Stichprobe 1. ✓ 2. ✓ B4) Ethische Diskussion 1. ✓ 2. ✓ B5) Auswertung 1. ✓ 2. ✓ B7) Ergebnis- darstellung 1. ✓ 2. ✓ 3. ✓ B8) Schluss- folgerungen 1. ✓ 2. ✓ 3. ✓	✓
--	--	--	--	---	---

				<p>4. B9) Literaturangaben</p> <p>1. ✓ 2. ✓ 3. ✓</p> <p><u>Anmerkungen:</u> keine Forschungsfrage (aber aus Ziel ableitbar), keine Hypothese, keine ethische Diskussion, keine expliziten Angaben zur Reliabilität</p>	✓	
<b>Reviews</b>						
13	<p>„Improving care for people with dementia in acute hospital: the role of person-centred assessment“  Webster, 2011</p>	<p>Aufzeigen der/s personenzentrierten Assessments und Pflege sowie deren Vorteil im Einsatz bei dementen Personen im Akutkrankenhaus</p>	<p>- Personenzentriertes Assessment und in Folge personenzentrierte Pflege als Schlüsselement in der Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus</p> <p>- Personenzentrierte Pflege und personenzentriertes Assessment Dementer im Akutkrankenhaus umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Demente Person und seine Bedürfnisse/Wünsche sowie den Beziehungsaufbau zu der Person inkl. Angehörige in den Mittelpunkt aller Tätigkeiten stellen</li> <li>➤ Holistischen Zugang bei der Erhebung wählen (physische/kognitive Defizite und Stärken, Coping-Strategien, Sozialnetz)</li> </ul>	<p>A) Fragestellung</p> <p>B) ausreichende Bemühungen zur Literatur- recherche</p> <p>C) Ein- und Aus- schlusskriterien</p>	✓  ✓  ✓	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voraussetzung: Vertretung bestimmter Werte (Dementer ist vollständige Person, Priorität liegt bei deren Wünschen und Bedürfnissen, Zusammenarbeit mit ihnen und ihren Angehörigen)</li> <li>➤ Informationen aus der Biografiearbeit in die Pflege zu überführen mildert herausforderndes Verhalten, erhöht die Behandlungsziele, ermöglicht Verstehen des Verhaltens, beruhigt PatientInnen (da Dinge aus dem Alltag umgesetzt werden können), erhöht die Jobzufriedenheit der Pflegenden</li> <li>➤ Schwierig einzuführen im Akutkrankenhaus aufgrund der Organisationscharakteristik, der politisch vorgegebenen Ziele (Bettenreduktion, Reduktion der Aufenthaltsdauer etc.), sowie der nicht direkt sichtbaren Altersdiskriminierung; deshalb wird eine Organisationsveränderung (z.B. mehr Zusammenarbeit mit Angehörigen, Anerkennung der personenzentrierten Pflege) gefordert da die personenzentrierte Pflege in Summe zu Zeitersparnissen führt</li> </ul>	<p>D) Kriterien</p> <p>E) Informationen</p> <p>F) Kombination der Ergebnisse</p> <p><u>Anmerkungen:</u> narratives Review</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>
14	<p>„Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: a review of the literature“</p> <p>Moyle et al., 2008</p>	<p>- Aufzeigen der Grundsätze auf denen die Best-Practice Empfehlungen für die Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus basieren</p>	<p>- <u>Prinzipien die sich durch die Pflege von Menschen mit Akutkrankenhaus im Akutsetting ziehen:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Feststellung und Assessment:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Unfähigkeit Demenz und Delir festzustellen beeinflusst die Wahl der angewandten Strategien in der Versorgung dieser Menschen</li> <li>➤ Es gibt genügend Assessment-Instrumente die genutzt werden können, wichtig ist jedoch eine Sicherheit im Umgang mit diesen</li> </ul> </li> <li>2. <u>Wissen und Einstellungen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pflegenden fehlt spezifisches Wissen über Demenz, was den Pflegeprozess erschwert</li> <li>➤ Störendes Verhalten beeinflusst Zeitmanagement und</li> </ul> </li> </ol>	<p>A) Fragestellung</p> <p>B) Bemühungen zur Literaturrecherche</p> <p>C) Ein- und Ausschlusskriterien</p> <p>D) Kriterien</p> <p>E) Informationen</p> <p>F) Kombination</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>

			<p>Routine, ethisches Verhalten (etc.: Ergebnisse aus obigen Studien)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Wissen der Pflegenden muss in einigen Bereichen verbessert werden: besseres Verständnis der klinischen Demenzsyndrome und deren Unterscheidung von Demenz, Erhebung des kognitiven Status, Faktoren die den kognitiven Zustand während der akuten Krankheit und dem Spitalsaufenthalt verschlechtern, Strategien zur Prävention kognitiver Verschlechterung, Umgang mit alten Demenz- oder DelirpatientInnen</li> </ul> <p>3. <u>Kommunikation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kommunikationsprobleme aufgrund der Unfähigkeit Informationen zu geben/verstehen, Gedächtnisverlust, Setting und der akuten Krankheit</li> <li>➤ Störendes Verhalten dient oft als Kommunikation (v.a. hinsichtlich unbefriedigter Bedürfnisse)</li> </ul> <p>4. <u>Externe Stressoren:</u> Spitalsumwelt erzeugt unterschiedliche Stimuli die beunruhigend wirken</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Spitäler sind nicht bestimmt für Demenzkranke jedoch müssen sich diese an alte Menschen anpassen</li> <li>➤ Empfehlungen: Gedächtnisstützen (Kalender, Uhren, Fotos), Reduzieren von Unordnung/unnötigen Gegenständen, Vermeiden unnötiger Veränderungen, Brillen/Hörhilfen in unmittelbarer Reichweite aufheben; adäquate Beleuchtung, Verringerung von Zeichen, bedachte Farbwahl;</li> <li>➤ Eine ideale Umwelt für alte Menschen ist schwer zu erreichen, jedoch sollte der Fokus auf folgendem liegen: ruhige, gut organisierte, familiäre, angemessen stimulierende und sichere Umgebung</li> <li>➤ Steigendes Interesse liegt auf speziellen Demenz-Pflege-Bereichen</li> </ul>	<p>der Ergebnisse</p> <p><u>Anmerkungen:</u> keine Fragestellung (aber aus Ziel ableitbar), fehlende Angaben zur Qualitätsbewertung</p>		
--	--	--	--	---	--	--

			<p>5. <u>Interne Stressoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Interne Stressoren (z.B. Schmerz, Dehydration, inadäquate Ernährung oder Hunger, Immobilität, Fatigue, Seh- und Höreinschränkungen) in Folge von nicht-befriedigten Bedürfnissen (physischer, sozialer und emotionaler Art) können zu Angstzuständen, Funktionsstörungen oder Verwirrung führen</li> <li>➤ empfohlen werden präventive Strategien neben symptomatischer und unterstützender Pflege</li> </ul> <p>6. <u>Einbeziehen der Angehörigen/Pflegenden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Einbezug der Angehörigen/Pflegenden kann die Pflege verbessern</li> <li>➤ diese müssen den Pflegenden auf der Station Informationen zukommen lassen um die Verhaltensmuster der PatientInnen kennenzulernen und so einen individualisierten Pflegeplan erstellen zu können und in Folge den PatientInnen einen Routine zu gewähren, sie zu beruhigen und sicher fühlen zu lassen</li> </ul>			
15	<p>„Clinical Care of Persons with Dementia in the Emergency Department: A review of the Literature and Agenda for Research</p> <p>Clevenger et al.,</p>	<p>Aufzeigen der in der Literatur gegebenen Empfehlungen zur angemessenen Pflege dementer Personen in Notfalleinrichtungen</p>	<p><u>5 Haupt-Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Assessment:</i> kognitive Untersuchungen der (älteren) PatientInnen auf Demenz, um Pflege unabhängig von der medizinischen Diagnose und dem Behandlungsplan zu verbessern</li> <li>- <i>Kommunikation:</i> Anwendung spezifischer Kommunikationsmuster (einfache Anweisungen, Position der SprecherInnen, Berührungen, Wiederholungen, sanfter Stimmeinsatz, angemessene Sprache, Augenkontakt) um die Angst und die kognitiven Defizite so gering als möglich zu halten</li> <li>- Umgang mit „adverse events“ (= verhaltensbezogene und physiologische</li> </ul>	<p>A) Fragestellung</p> <p>B) Bemühungen zur Literaturrecherche</p> <p>C) Ein- und Ausschlusskriterien</p> <p>D) Kriterien</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	<p>✓</p>

	2012"		<p>Komplikationen): Stress reduzieren und das Auftreten ungewollter Ereignisse verhindern, wozu Ablenkung, Schmerzmittel während unterschiedlicher Prozesse sowie nonverbale Schmerzskaleten empfohlen werden; Weitere Empfehlungen: Für physiologische Komplikationen (Dehydrierung, unbehandelter Schmerz, Inkontinenz): Flüssigkeitszufuhr, Gabe von Analgetika sowie klare Toilettenausschilderungen</p> <p>- <i>Umwelt</i>: Forderung spezifischer Umweltgegebenheiten: bestimmte Bereiche/Räume inkl. Genügend Licht für Pflegende, Zimmer neben dem Stützpunkt, Personal speziell zur Orientierungshilfe, spezifisches Design der Toiletten</p> <p>- <i>Personal-Schulungen</i>: Ausbildung in speziellen Kommunikationsstrategien sowie für den Umgang mit herausforderndem Verhalten</p>	<p>E) Informationen</p> <p>F) Kombination der Ergebnisse</p> <p><u>Anmerkungen</u>: keine Fragestellung (aber aus Ziel ableitbar),</p>	✓	✓		
<b>Methoden-/Programmbeschreibungen</b>								
16	<p>"Hospital Programme for Dementia-Specific Care"</p> <p>Williams, 2011</p>	<p>Beschreibung der Entwicklung des "Butterfly"-Programms, einem demenzspezifischen Spitalsprogramm, dass die PatientInnensicherheit und deren Wohlbefinden steigern soll</p>	<p>Hier ausschließlich das Programm an sich relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Basiert auf persönlicher Erfahrung</li> <li>- Idee wurde über zwei Jahre mit PatientInnen und Pflegenden besprochen; besprochen was läuft gut in der Pflege dementer PatientInnen und was nicht</li> <li>- Ergebnis: 5 Punkte-Beachtungssystem „REACH“</li> <li>- DemenzpatientInnen bekommen, nach Zustimmung, ein Schmetterlingssymbol auf Namensschild geklebt</li> <li>- Symbol hilft auch daran zu erinnern, die Angehörigen über Informationen betreffend den/die PatientIn zu fragen</li> <li>- Vorteile: Pflegende Angehörige fühlen sich entlastet wenn die Bedürfnisse ihrer Angehörigen erkannt werden und wie das Personal</li> </ul>	<p>A) Relevanz für die Forschungsfrage</p> <p>B) Glaubwürdigkeit</p> <p>C) Journal</p> <p>D) Qualifikation der AutorInnen</p>	✓	✓	✓	✓

			mit ihnen umgehen soll; Pflegepersonal wird entlastet da es möglich wird qualitativ hochwertige Pflege zu bieten	<u>Anmerkungen:</u> keine Angaben über die Autorin jedoch erbrachte die Internetrecherche die Information, dass es sich um eine wissenschaftliche Autorin (post-doc) handelt mit dem Fokus auf Medizin, Gesundheit und Biologie handelt		
17	„Improving person-centred care in dementia“  Armstrong & Byrne, 2011	Aufzeigen der Möglichkeiten um eine teilnehmende und personenzentrierte-Pflege zu bieten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbesserung der Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus durch Anwendung eines personenzentrierten Zugangs</li> <li>- Dazu auf die Standards der schottischen “ National Dementia Strategy“ stützen: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sicherstellung, dass Personal genügend Informationen über den Patienten hat</li> <li>➤ Verbesserung des Assessments</li> <li>➤ Verbesserung des Informationsflusses, sodass Pflegendе ausreichend Informationen über die Diagnose haben</li> <li>➤ Reduzierung unnötiger Überweisungen</li> </ul> </li> <li>- Gründe für schwieriges Verhalten herausfinden mit Hilfe eines Verhaltens-Diagramms in dem das Verhalten, der Auslöser (wenn bekannt) und die unternommenen Handlungen festgehalten sind; Schwieriges Verhalten= oft die einzige Möglichkeit zu kommunizieren</li> </ul>	<p>A) Relevanz für die Forschungsfrage</p> <p>B) Glaubwürdigkeit</p> <p>C) Journal</p> <p>D) Qualifikation der AutorInnen</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	

18	<p><i>“Understanding challenging behavior in patients with dementia”</i></p> <p>Cunningham, 2006</p>	<p>Diskussion des Umgebungseinflusses einer Akuteinrichtung sowie Empfehlungen für die Verbesserung der Kommunikation mit den DemenzpatientInnen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ideale Umgebung: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ruhig, gut organisiert, vertraut und stimulierend</li> <li>➤ Ausreichend Licht um eine bestmögliche Orientierung zu ermöglichen</li> <li>➤ Bedachte Farbwahl: rot, orange, gelb</li> <li>➤ Anbringen persönlicher Dinge (Bilder, Uhren)</li> </ul> </li> <li>- Informationen von BetreuerInnen kann den Pflegenden helfen den DemenzpatientInnen gegenüber in geeigneter Weise zu reagieren und hilft die DemenzpatientInnen zu beruhigen</li> <li>- Wichtig ist, dass Pflegende frühe Zeichen von Distress erkennen weil dieser zu schwierigem Verhalten führt; <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voraussetzung dafür: Verstehen der PatientInnen und der Situationen die zu diesem Verhalten führen</li> </ul> </li> <li>- Um das Verhalten zu verstehen: ABC-Analyse <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Retrospektive Betrachtung jeder schwierigen Verhaltenssituation hinsichtlich: des Vorläufers (Antecedent – A), des Verhaltens (Behaviour-B) und der Folgen (C-Consequences)</li> <li>➤ Hilft das Problem zu erkennen und weitere Probleme zu vermeiden</li> <li>➤ Genaue Beschreibung erforderlich des Beobachteten (nicht nur z.B. aggressiv)</li> <li>➤ Diese Informationen sollten in einem Diagramm/Tabelle festgehalten sein</li> <li>➤ Die Einstellung der Pflegenden sowie ihr Verstehen der Bedürfnisse beeinflusst das wie schwieriges Verhalten interpretiert wird</li> </ul> </li> </ul>	<p>A) Relevanz für die Forschungsfrage</p> <p>B) Glaubwürdigkeit</p> <p>C) Journal</p> <p>D) Qualifikation der AutorInnen</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	
19	<p><i>„How acute care managers can</i></p>	<p>Kurzer Guide für Oberschwester zu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>„Know your patient“</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Eine mögliche Demenz so schnell wie möglich erkennen:</li> </ul> </li> </ul>	<p>A) Relevanz für die Forschungsfrage</p>	<p>✓</p>	

	<p><i>support patients with dementia</i></p> <p>Andrews, 2012</p>	<p>möglichen Vorgehensweisen basierend auf dem "Dementia Services Development Centre", um die Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus zu verbessern</p>	<p>entweder gleich bei der Aufnahme oder kurz danach</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Wenn dafür keine Informationen aus Pflegeheimen, Angehörigen etc. vorhanden muss selbst ein Test durchgeführt werden</li> <li>➤ Sicherstellen, dass das Personal die (mögliche) Diagnose „Demenz“ kennt und dahingehend handelt</li> <li>➤ Unnötige Verlegungen vermeiden</li> <li>➤ Eigene Zimmer für diese Patienten</li> <li>➤ Anwendung des „Schmetterling“-Programms</li> </ul> <p>- <u>Ratschläge von Angehörigen/Pflegenden beherzigen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pflegende/Angehörige wissen meist was die DemenzpatientInnen benötigen – diese Ressource nützen</li> <li>➤ Eine Anpassung der Besuchszeiten an die zeitlichen Möglichkeiten der Pflegenden/Angehörigen</li> <li>➤ Wenn DemenzpatientInnen von einem Heim kommen: schnellstmögliche Kontaktaufnahme mit diesem um herauszufinden, was die Person benötigt und dies in die Pflegeplanung einfließen lassen</li> </ul> <p>- <u>Aktivitätsförderung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sichere Wege finden damit PatientInnen sich bewegen können anstatt die Bewegung zu unterdrücken, da Bewegung den PatientInnen gut tut; dafür Hilfe der Angehörigen/Pflegenden/Seelsorger/Ehrenamtlichen hinzunehmen die mit ihnen herumgehen sowie die Zuhilfenahme technischer Hilfen (z.B. Sensoren die anzeigen wo die Person ist)</li> </ul> <p>- <u>Umgestaltung der Umgebung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Umgebung so gestalten, dass PatientInnen zur Ruhe kommen und in Ruhe Essen können</li> <li>➤ Ausbildung zumindest eines Personalmitgliedes in demenzfreundlicher Umgebungsgestaltung</li> </ul>	<p>frage</p> <p>B) Glaubwürdigkeit</p> <p>C) Journal</p> <p>D) Qualifikation der AutorInnen</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	
--	---	---	--	---	----------------------------	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ausreichend Licht/ dunkel in der Nacht</li> <li>➤ Geräuschreduzierung (Kopfhörer für PatientInnen die Musik hören, fernsehen)</li> <li>➤ Anbringen einer Uhr</li> <li>➤ Duschen/Toiletten adäquat ausgeschildert</li> </ul> <p>- <u>Beziehungsaufbau:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Personal in Demenzpflegen zu schulen bzw. hinsichtlich der Kommunikationsfähigkeiten ist ein Benefit</li> <li>➤ Da die Zeit oft für eine ausführliche Schulung fehlt, muss den Pflegenden erklärt werden wie sie schnell eine Beziehung aufbauen können (schnell ist wichtig, da DemenzpatientInnen mehr auf nonverbale Kommunikation achten als andere PatientInnen); dazu Fokus auf verbale und nonverbale Fähigkeiten, Aufmerksamkeitssteuerung, etc.</li> <li>➤ Pflegende sollten den DemenzpatientInnen bei der Pflege prinzipiell freundlich und herzlich (aber professionell) entgegentreten aber nicht aus ihrem Privatleben oder über Zeitmangel erzählen</li> <li>➤ Aufbau einer emotionalen Bindung zu jede/m DemenzpatientIn ist unmöglich aber Freundlichkeit und Engagement sollte immer vorhanden sein um Vertrauensbasis zu schaffen</li> </ul>			
20	<p>„Taking the anxiety out of dementia“</p> <p>James&amp;Hodnett, 2009</p>	<p>Entwicklung einer demenzfreundlichen Notfalleinrichtung in Fokussierung auf bestimmte Aspekte, die DemenzpatientInnen beeinflussen (Teil eines Projekts)</p>	<p>- <u>Design der Umgebung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Minimierung der Sinnüberflutung (Geräusche)</li> <li>➤ Maximierung von Ruhe</li> <li>➤ Dafür: Gestaltung eines demenzfreundlichen Raumes Weit genug entfernt von dem Hauptrummel, nah genug beim Stützpunkt, natürlicher Lichteinfall, beruhigende Wandfarben, muss sich abheben von anderen Räumen damit PatientInnen ihn finden, Anbringen vertrauter Bilder - in Anlehnung an die Erinnerungstherapie(z.B. aus der Zeit in der die PatientInnen</li> </ul>	<p>A) Relevanz für die Forschungsfrage</p> <p>B) Glaubwürdigkeit</p> <p>C) Journal</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	

			<p>jung waren), Bilder niedrig anbringen, sodass sie auch vom Rollstuhl aus gesehen werden können, Anbringen einer Uhr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Ablenkungshilfen</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gegenstände zur Verfügung stellen die Ablenkung von den Geräuschen, Überweisungen bieten (z.B. Softbälle, Discman)</li> </ul> </li> <li>- <u>Stressreduzierung während therapeutischer Prozesse</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Therapeutische Eingriffe können Angst verursachen</li> <li>➤ Anwendung von Betäubungsgels und die Zeit bis es wirkt für Erklärungen über das folgende Prozedere nutzen</li> <li>➤ Zur Erinnerung dieses anzuwenden, Aufhängen eines Posters bei dem Equipment</li> </ul> </li> <li>- <u>Toiletten-Beschilderung</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nichtauffinden Können von Toiletten starke psychische Auswirkungen, v.a. für DemenzpatientInnen da sie ohnehin schon Schwierigkeiten haben sich wohl zu fühlen</li> <li>➤ Einheitliche Toilettenschilder: helle Farbe, Bild einer Toilette und das Wort „Toilette“</li> <li>➤ Um eine Verbindung zwischen dem Zeichen und der Toilette herzustellen, die Toilettensitze in der gleichen Farbe halten</li> <li>➤ Hilft Inkontinenz zu vermeiden und menschliche Würde aufrecht zu erhalten</li> <li>➤ Toilettenhöhe adäquat gestalten, Halterungen anbringen und helleres Licht</li> </ul> </li> <li>- <u>Schmerzmanagement</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Veränderungen im Verhalten können auf Schmerz hinweisen, jedoch wird das vom Personal oft nicht erkannt, da sie die PatientInnen nicht gut kennen</li> <li>➤ Anwendung von Schmerzerkennungstools</li> <li>➤ Trainingsprogramme zur Erkennung weniger offensichtlicher schmerzbezogener Verhaltensweisen (z.B. bestimmte Gesichtsausdrücke oder der Versuch die Abteilung zu</li> </ul> </li> </ul>	D) Qualifikation der AutorInnen	✓	
--	--	--	--	---------------------------------	---	--

			verlassen) ➤ Anwendung alternativer Schmerzstilller (z.B. Schlecker, Nasensprays) - <u>Ehrenamtliche</u> ➤ Pflegende können nicht die Pflege bieten die den PatientInnen gut tun würde, aufgrund Zeitmangels, vieler PatientInnen, wenig Personal ➤ Einstellung eine/r Ehrenamtlichen: Gespräche mit Familien und Informationsweitergabe über PatientInnengeschichte an Pflegende, Beschwerdeweitergabe, Stressreduktion der Angehörigen/Pflegenden damit diese sich in der Zwischenzeit um etwas anderes kümmern können - <u>Training Programme:</u> ➤ Wunsch der Pflegenden Pflege zu verbessern und Wunsch nach Strategien dafür ➤ Anbieten eines Schultages mit Fokus auf Kommunikation, Stress, Schmerz, ethische Themen, praktische Anweisungen um mit Stresssituationen umzugehen			
--	--	--	---	--	--	--

**Codes:**

- Berührt-Sein durch Vulnerabilität und Verschlechterung des Zustandes (1)
- Starkes Mitgefühl/Empathie (1)
- Persönliche Betroffenheit bei Abwehrverhalten (1)
- Innere Zufriedenheit bei Bedürfnisbefriedigung (1)
  
- Ungeschultes Personal: Keine Symptomerkennung aufgrund ungeschulten Personals (2)
- Zeitmangel: für Assessments/Symptomwahrnehmung (2)
- Fokus auf Akutsituation(2)
- Brauchen mehr Zuwendung/Zeit (2)
- Interdisziplinarität: Benötigung eines interdisziplinären Teams (2)
- Familie: Unterstützend/Konfliktpotential (2)
- Vorurteile den PatientInnen gegenüber (2)
- Op-Pflegende wenig mitfühlend (2)
- Freiheitsbeschränkungen für mehr Sicherheit (2)
- Ständige Überwachung (2)
- Demenzgeschultes Personal hilfreich aber zu wenig vorhanden (2)
- Wunsch nach einer eigenen Demenzabteilung (2)
- Wunsch nach mehr geschultem Personal (2)
  
- Missmut keine ganzheitliche Pflege erbringen zu können wegen Zeitmangel (3)
- Empfehlung eines angemessenen Patienten-Pflege-Größe-Verhältnisses (3)
- Verantwortung der Oberschwester sich für eine demenzadäquate Pflege zu bemühen (3)
  
- Ständige Beobachtung (vor allem umherwandernder PatientInnen) und daher weniger Zeit für „normale“ PatientInnen (4)
- Schuldgefühle, PatientInnen nicht umhergehen lassen zu dürfen (4)
- Mehr Sicherheitsbefinden bei nicht-aggressiven PatientInnen (4)
- Unzufriedenheit aufgrund nicht adäquater Demenzpflege (4)
  
- Verabreichen von Medikamenten gegen den Willen, meist sedierend (5)
- Belastung aufgrund inadäquater Pflege wegen Zeitmangel, Machtlosigkeit (5)
- Beschränkung normaler Routinetätigkeiten (5)
  
- Einteilung der PatientInnen aufgrund bisheriger Erfahrungen in negative/positive PatientInnen und daraus abgeleitetes Vorgehen (6)
  
- Probleme bei Demenz/Delir unterscheiden (7)
- Schlechte Einstellung DemenzpatientInnen gegenüber (7)
- PatientInnen für freiheitsbeschränkende Maßnahme selbst schuld (7)

- Desinteresse des Managements bzgl. Aggressivität (7)
- Fokus auf Akutsituation (7)
- Exzessive Überwachung (7)
- Sicherheitsfokus (7)
- Verschiebung fördernde Pflege zu erhaltender Pflege (7)
- Prinzipielle Unzufriedenheit wegen inadäquater Pflege (7)
- Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen (7)
- Empfehlung: Verringerung Arbeitspensum (7)
- Empfehlung: eigene Abteilung (7)
- Empfehlung: mehr Ausbildung (7)
- Empfehlung: Fokus auf Qualität anstatt Kosten (7)
  
- Einfluss der Stationssichtweise auf Pflsichtweise (8)
- Ungeschult/fehlendes Spezialwissen: Lediglich nötigste Arbeit aufgrund fehlenden Wissens, Fokus auf körperliche statt psychosoziale Pflege aufgrund fehlenden Wissens (8)
- Unwissen zur Umsetzung des Gelernten (8)
- Wunsch nach mehr Schulung (8)
- Fokus auf körperliche Bedürfnisbefriedigung (8)
  
- Mensch im Vordergrund/Demenz im Hintergrund (9)  
Schwierigkeit dementen- und nicht dementen Personen gleichwertig gerecht zu werden (9)
- Negative Haltung PatientInnen gegenüber (9)
- Beziehungsaufbau als Voraussetzung für Pflegeprozess und Annahme der Pflegehandlungen (9)
- Beziehungsaufbau verlangt Durchhaltevermögen und Authentizität (9)
- Einbezug der Familie zum Beziehungsaufbau weil dafür Informationen aus Leben benötigt werden (9)
- Einbezug der Angehörigen: Auch Angehörige benötigen Betreuung, Einbezug in den Pflegeprozess um deren Angst zu beruhigen (9)
  
- Grundsätzlich positive Einstellung des Pflegepersonals (10)
- Weniger positive Einstellung bei chirurgischem Pflegepersonal (10)
  
- Mehr Beobachtung/Unterstützung bei: Mobilisieren/Duschen/Toilettengang etc. (11)
- PatientInnen mehr unruhig, größere hygienische Bedürfnisse, Probleme beim Essen/Trinken postoperativ (11)
  
- Akkurates Wissen bezüglich Demenzpflege (12)
- Fähigkeit Bedürfnisse unterschiedlicher Demenzgrade zu erkennen (12)
- Probleme Demenz/Delir unterscheiden (12)

- Bedürfnisse/Wünsche fokussieren (13)
- Fokus auf Beziehungsaufbau (13)
- Voraussetzung: Vertretung bestimmter Grundwerte (13)
- Personenzentrierte Pflege/Aassessment schwierig durchzuführen aufgrund Organisationscharakteristik, politischer Ziele und Altersdiskriminierung (13)
  
- Fehlendes Spezialwissen und dadurch Störung des Pflegeprozesses (14)
- Fehlende Unterscheidung Demenz vs. Delir führt zu unterschiedlichen Strategien (14)
- Forderung nach Sicherheit im Umgang mit Assessment-Instrumenten (14)
- Routinebeeinträchtigung aufgrund herausfordernden Verhaltens (14)
- Demenzwissen beeinflusst Patientenoutcomes und Pflegewahrnehmung (14)
- Verbesserung des Demenzwissens nötig (14)
- Kommunikationsprobleme (aufgrund fehlender Informationen, Setting, akuter Krankheit) (14)
- Störendes Verhalten als Kommunikationsweg (14)
- Empfehlungen: Gedächtnisstützen (Uhren/Fotos/Kalender) (14)
- Empfehlung: Vermeiden von Veränderungen (14)
- Empfehlung: Vermeiden von Unordnung (14)
- Empfehlung: Hör/Sehhilfen in Reichweite aufbewahren (14)
- Empfehlung: adäquate Beleuchtung (14)
- Empfehlung: Verringerung von Zeichen (14)
- Empfehlung: bedachte Farbauswahl (14)
- Empfehlung: ruhige, organisierte, stimulierende Umgebung (14)
- Wunsch nach eigenen Demenzabteilungen (14)
- Verwirrung und Angst aufgrund interner Stressoren (14)
- Empfehlung: präventive Strategien neben unterstützender/symptomatischer Pflege (14)
- Einbezug der Angehörigen zur Verbesserung der Pflege (14)
  
- Empfehlung: Assessment auf Demenz um Pflege verbessern zu können (15)
- Empfehlung: Anwenden spezifischer Kommunikationsmuster , um die Angst gering zu halten(15)
- Empfehlung: Adäquate Milieugestaltung (15)
- Empfehlung: Spezielle Ausbildungen des Personals (15)
  
- Einsatz des Butterfly-Programmes (16)
  
- Empfehlung: Anwendung eines personenzentrierten Zuganges (17)
- Herausforderndes Verhalten: Gründe mittels Diagramm ausfindbar machen (17)

- Empfehlung: angemessene Milieugestaltung (ruhig, stimulierend, ausreichend Licht und Orientierungsmöglichkeiten, bedachte Farbwahl, Anbringen persönlicher Dinge) (18)
- Empfehlung: Informationen von Angehörigen/Pflegenden zum adäquaten Umgang (18)
- Empfehlung: Frühes Erkennen von Distress um schwieriges Verhalten zu vermeiden (18)
- Empfehlung: Um Verhalten zu verstehen ABC-Analyse (18)
  
- Empfehlung: Demenz so schnell wie möglich erkennen, wenn nötig eigenes Assessment durchführe (19)
- Empfehlung: Sicherstellen, dass Personal Diagnose kennt (19)
- Empfehlung: Butterfly-Programm (19)
- Empfehlung: Informationen von Angehörigen einbeziehen (19)
- Empfehlung: Besuchszeiten zu Gunsten der Möglichkeiten der Angehörigen ändern (19)
- Empfehlung: Bei HeimpatientInnen so schnell als möglich Informationen von dort besorgen (19)
- Empfehlung: Für Bewegungsmöglichkeit sorgen und Hilfspersonen sowie Hilfsmaterial einbeziehen (19)
- Empfehlung: Demenzadäquate Milieugestaltung (Ruhe zum Essen, Licht/Dunkel in der Nacht, Geräuschreduzierung, Uhr anbringen, Duschen/Toiletten adäquat ausschildern) (19)
- Empfehlung: Ausbildung eines Personalmitglieds in demenzfreundlicher Umgebungsgestaltung (19)
- Empfehlung: Demenzschulung des Personals mit Fokus auf schnellen Beziehungsaufbau (19)
- Empfehlung: Freundliches, professionelles Verhalten den DemenzpatientInnen gegenüber, aber emotionaler Beziehungsaufbau nicht zu jedem Patienten möglich (19)
  
- Empfehlung: Demenzadäquate Milieugestaltung (Minimierung Sinnüberflutung, Maximierung von Ruhe, Gestaltung demenzfreundlicher Raum) (20)
- Empfehlung: Bereitstellen von Ablenkungshilfen (Discman, Softbälle) (20)
- Empfehlung: Anwendung von Betäubungsgels bei therapeutischen Eingriffen und genaue Aufklärung über Vorgehen (20)
- Empfehlung: klare Toilettenausschilderung unter Zuhilfenahme von Bildern, um herausforderndes Verhalten zu minimieren (20)
- Empfehlung: Anwendung alternativer Schmerzmittel (20)
- Empfehlung: Schulung zur Erkennung weniger offensichtlicher Schmerzverhaltensweisen (20)

- Empfehlung: Hinzuziehen von Ehrenamtlichen (Kommunikationsglied zwischen Pflegende/Angehörige, Beschwerdeweitergabe) (20)
- Empfehlung: Anbieten eines Schulungsprogrammes (20)

## **Katgeorien:**

### **Gefühle der Pflegenden**

#### Den PatientInnen/Ihrem Zustand gegenüber

- Berührt-Sein durch Vulnerabilität und Verschlechterung des Zustandes (1)
- Starkes Mitgefühl/Empathie (1)
- Persönliche Betroffenheit bei Abwehrverhalten (1)
- Innere Zufriedenheit bei Bedürfnisbefriedigung (1)
- Op-Pflegende wenig mitfühlend (2)
- Mehr Sicherheitsbefinden bei nicht-aggressiven PatientInnen (4)
- Belastende PatientInnengruppe (7)

#### Auf Grund der Praxis

- Missmut keine ganzheitliche Pflege erbringen zu können wegen Zeitmangel (3)
- Schuldgefühle, PatientInnen nicht umhergehen lassen zu dürfen (4)
- Unzufriedenheit aufgrund nicht adäquater Demenzpflege (4)
- Belastung aufgrund inadäquater Pflege wegen Zeitmangel, Machtlosigkeit (5)

### **Einstellung der Pflegenden den PatientInnen/Ihrem Umstand gegenüber**

#### Positiv:

- Grundsätzlich positive Einstellung des Pflegepersonals (10)

#### Negativ:

- Schlechte Einstellung DemenzpatientInnen gegenüber (7)
- Weniger positive Einstellung bei chirurgischem Pflegepersonal (10)
- PatientInnen für freiheitsbeschränkende Maßnahme selbst schuld (7)
- Negative Haltung PatientInnen gegenüber (9)
- Vorurteile den PatientInnen gegenüber (2)

#### Folgen der Einstellung/Einflüsse auf die Einstellung

- Einteilung der PatientInnen aufgrund bisheriger Erfahrungen in negative/positive PatientInnen und daraus abgeleitetes Vorgehen (6)
- Einfluss der Stationssichtweise auf Pflugsichtweise (8)
- Einstellung als Barriere für optimale Pflege (14)

### **Kompetenz/Wissen der Pflegenden**

### Stand zum aktuellen Wissen

- Ungeschultes Personal: Keine Symptomerkenkung aufgrund ungeschulten Personals (2)
- Ungeschult/fehlendes Spezialwissen: Lediglich nötigste Arbeit aufgrund fehlenden Wissens, Fokus auf körperliche statt psychosoziale Pflege aufgrund fehlenden Wissens (8)
- Unwissen zur Umsetzung des Gelernten (8)
- Fehlendes Spezialwissen und dadurch Störung des Pflegeprozesses (14)
- Akkurates Wissen bezüglich Demenzpflege (12)
- Fähigkeit Bedürfnisse unterschiedlicher Demenzgrade zu erkennen (12)

### Wunsch nach mehr Wissen

- Demenzgeschultes Personal hilfreich aber zu wenig vorhanden (2)
- Wunsch nach mehr geschultem Personal (2)
- Wunsch nach mehr Schulung (8)
- Verbesserung des Demenzwissens nötig (14)

### Bezüglich der Unterscheidung Demenz/Delir

- Probleme bei Demenz/Delir unterscheiden (7)
- Probleme Demenz/Delir unterscheiden (12)
- Fehlende Unterscheidung Demenz vs. Delir führt zu unterschiedlichen Strategien (14)

### **Pflegepraxis**

- Fokus auf Akutsituation(2)
- Fokus auf Akutsituation (7)
- Freiheitsbeschränkungen für mehr Sicherheit (2)
- Ständige Überwachung (2)
- Ständige Beobachtung (vor allem umherwandernder PatientInnen) und Aggressivitäts- Bändigung und daher weniger Zeit für nicht-demente PatientInnen (4)
- Verabreichen von Medikamenten gegen den Willen, meist sedierend (5)
- Exzessive Überwachung (7)
- Sicherheitsfokus (7)
- Verschiebung fördernde Pflege zu erhaltender Pflege (7)
- Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen (7)
- Fokus auf körperliche Bedürfnisbefriedigung (8)
- Mehr Beobachtung/Unterstützung bei: Mobilisieren/Duschen/Toilettengang etc. (11)
- Personenzentrierte Pflege/Assessment schwierig durchzuführen aufgrund Organisationscharakteristik, politischer Ziele und Altersdiskriminierung (13)
- Familie: Unterstützend/Konfliktpotential (2)
- Einbezug der Familie zum Beziehungsaufbau weil dafür Informationen aus Leben benötigt werden (9)

- Einbezug der Angehörigen: Auch Angehörige benötigen Betreuung, Einbezug in den Pflegeprozess um deren Angst zu beruhigen (9)
- Einbezug der Angehörigen zur Verbesserung der Pflege (14)

### Weitere

- Schwierigkeit dementen- und nicht dementen Personen gleichwertig gerecht zu werden (9)
- Routinebeeinträchtigung aufgrund herausfordernden Verhaltens (14)
- Beschränkung normaler Routinetätigkeiten (5)

## **Führungsebene**

- Desinteresse des Managements bzgl. Aggressivität (7)
- Personenzentrierte Pflege/Aassessment schwierig durchzuführen aufgrund Organisationscharakteristik, politischer Ziele und Altersdiskriminierung (13)

## **Empfehlungen**

### Organisationsebene:

- Empfehlung eines angemessenen Patienten-Pflege-Größe-Verhältnisses (3)
- Empfehlung: Verringerung Arbeitspensum (7)
- Verantwortung der Oberschwester sich für eine demenzadäquate Pflege zu bemühen (3)
- Empfehlung: Fokus auf Qualität anstatt Kosten (7)

### Praxisebene:

#### a) Milieugestaltung:

- Empfehlung: Demenzadäquate Milieugestaltung (Minimierung Sinnüberflutung, Maximierung von Ruhe, Gestaltung demenzfreundlicher Raum) (20)
- Empfehlung: Bereitstellen von Ablenkungshilfen (Discman, Softbälle) (20)
- Empfehlung: Demenzadäquate Milieugestaltung (Ruhe zum Essen, Licht/Dunkel in der Nacht, Geräuschreduzierung, Uhr anbringen, Duschen/Toiletten adäquat ausschildern) (19)
- Empfehlung: klare Toilettenausschilderung unter Zuhilfenahme von Bildern, um herausforderndes Verhalten zu minimieren (20)
- Empfehlung: angemessene Milieugestaltung (ruhig, stimulierend, ausreichend Licht und Orientierungsmöglichkeiten, bedachte Farbwahl, Anbringen persönlicher Dinge) (18)
- Empfehlungen: Gedächtnisstützen (Uhren/Fotos/Kalender) (14)
- Empfehlung: Vermeiden von Veränderungen (14)
- Empfehlung: Vermeiden von Unordnung (14)

- Empfehlung: Hör/Sehhilfen in Reichweite aufbewahren (14)
- Empfehlung: adäquate Beleuchtung (14)
- Empfehlung: Verringerung von Zeichen (14)
- Empfehlung: bedachte Farbauswahl (14)
- Empfehlung: ruhige, organisierte, stimulierende Umgebung (14)
- Empfehlung: Adäquate Milieugestaltung (15)
- Wunsch nach einer eigenen Demenzabteilung (2)
- Wunsch nach eigenen Demenzabteilungen (14)
- Empfehlung: eigene Abteilung (7)

**b) Kompetenzförderung:**

- Empfehlung: Schulung zur Erkennung weniger offensichtlicher Schmerzverhaltensweisen (20)
- Empfehlung: Ausbildung eines Personalmitglieds in demenzfreundlicher Umgebungsgestaltung (19)
- Empfehlung: Demenzschulung des Personals mit Fokus auf schnellen Beziehungsaufbau (19)
- Empfehlung: Anbieten eines Schulungsprogrammes (20)
- Empfehlung: Spezielle Ausbildungen des Personals (15)
- Wunsch nach mehr geschultem Personal (2)
- Verbesserung des Demenzwissens nötig (14)
- Empfehlung: mehr Ausbildung (7)
- Wunsch nach mehr Schulung (8)

**c) Informationsgenerierung (Assessment, ...)**

- Empfehlung: Demenz so schnell wie möglich erkennen, wenn nötig eigenes Assessment durchführen (19)
- Empfehlung: Sicherstellen, dass Personal Diagnose kennt (19)
- Empfehlung: Assessment auf Demenz um Pflege verbessern zu können (15)
- Empfehlung: Bei HeimpatientInnen so schnell als möglich Informationen von dort besorgen (19)
- Empfehlung: Um Verhalten zu verstehen ABC-Analyse (18)
- Herausforderndes Verhalten: Gründe mittels Diagramm ausfindbar machen (17)
- Empfehlung: Hinzuziehen von Ehrenamtlichen (Kommunikationsglied zwischen Pflegenden/Angehörigen, Beschwerdeweitergabe) (20)
- Empfehlung: Frühes Erkennen von Distress um schwieriges Verhalten zu vermeiden (18)

**d) Zugang zu den PatientInnen**

- Bedürfnisse/Wünsche fokussieren (13)
- Fokus auf Beziehungsaufbau (13)

- Voraussetzung: Vertretung bestimmter Grundwerte (13)
- Empfehlung: Freundliches, professionelles Verhalten den DemenzpatientInnen gegenüber, aber emotionaler Beziehungsaufbau nicht zu jedem Patienten möglich (19)
- Empfehlung: Anwendung eines personenzentrierten Zuganges (17)
- e) Empfehlung: Anwenden spezifischer Kommunikationsmuster , um die Angst gering zu halten(15)
  
- f) Angehörige:
  - Einbezug der Angehörigen zur Verbesserung der Pflege (14)
  - Empfehlung: Informationen von Angehörigen/Pflegenden zum adäquaten Umgang (18)
  - Empfehlung: Informationen von Angehörigen einbeziehen (19)
  - Empfehlung: Besuchszeiten zu Gunsten der Möglichkeiten der Angehörigen ändern (19)
  
- g) Weitere
  - Empfehlung: Anwendung alternativer Schmerzmittel (20)
  - Empfehlung: Anwendung von Betäubungsgels bei therapeutischen Eingriffen und genaue Aufklärung übers Vorgehen (20)
  - Empfehlung: präventive Strategien neben unterstützender/symptomatischer Pflege (14)
  - Empfehlung: Für Bewegungsmöglichkeit sorgen und Hilfspersonen sowie Hilfsmaterial einbeziehen (19)
  - Empfehlung: Butterfly-Programm (19)
  - Einsatz des Butterfly-Programmes (16)
  - Interdisziplinarität: Benötigung eines interdisziplinären Teams (2)

## EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

„Ich versichere hiermit, dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt habe und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfsmittel bedient habe. Die von mir verwendeten Hilfsmittel habe ich angegeben, Zitate kenntlich gemacht.“

Wien, am 21. Februar 2013

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (Julia Zottl)

# LEBENS LAUF

**Julia Zottl, BA, MA**



## Ausbildung

<b>2006-heute</b>	<b>Diplomstudium <i>Pflegewissenschaft</i></b> Universität Wien (Diplomprüfung: März 2013)
<b>2010-201</b>	<b>Masterstudium <i>Management im Gesundheitswesen</i></b> Fachhochschule Pinkafeld (Abschluss: Juni 2012)
<b>2005-2009</b>	<b>Bachelorstudium <i>Pädagogik</i></b> Universität Wien (Abschluss: Oktober 2009)
<b>2005</b>	<b>Oberstufe AHS – Matura</b> Privatschule Neulandschule Laaerberg (Abschluss: Juni 2005)

## Studienrelevante Berufserfahrung

<b>Sept. 2012-heute</b>	<b>Projektmitarbeiterin:</b> „Versorgung dementer Personen im Akutkrankenhaus“, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien
<b>März 2012-heute</b>	<b>Studienassistentin,</b> Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien
<b>Sept. 2011-März 2012</b>	<b>Projektmitarbeiterin:</b> „Gesundheit hat kein Alter“, Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research
<b>Oktober 2011</b>	<b>Praktikantin/Volontariat,</b> Wissens-und Gesundheitsmanagement , Gesundheits- und Vorsorgezentrum der KFA
<b>April 2011-Sept. 2011</b>	<b>Praktikantin,</b> Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH-WiG

## Zusatzqualifikationen

<b>Sprachkenntnisse</b>	Deutsch (Muttersprache), Englisch (sehr gute Kenntnisse), Kroatisch (gute Kenntnisse)
<b>EDV- Kenntnisse</b>	Microsoft-Office-Paket (Word, Excel, Power-Point), EndNote