



Krankenhauspolitik

**Betreuung von demenzkranken Menschen
im Allgemeinkrankenhaus**

**20 Empfehlungen für Krankenhausträger
zur verbesserten Versorgung
von Patienten mit kognitiven Einschränkungen**

entwickelt von der Arbeitsgruppe „Versorgung von Patienten mit kognitiven
Einschränkungen im Krankenhaus“ des Expertenkreises Geriatrie
am Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit

Empfehlungen für Krankenhausträger zur verbesserten Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen¹

(Entsprechend dem Votum des Krankenhausplanungsausschusses vom 16.05.2011)

1 Einleitung

Die Anzahl älterer Menschen im Krankenhaus steigt. So wurden im Jahr 2008 in den bayerischen Krankenhäusern 392.000 Menschen behandelt, die älter als 80 Jahre waren. 2020 werden es nach Vorausberechnungen des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung rd. 545.000 Patienten in dieser Altersgruppe sein.

Nach Schätzungen sind heute ca. 10 - 15 % der Krankenhauspatienten, die wegen einer somatischen Erkrankungen im Krankenhaus behandelt werden, an Demenz erkrankt. Da Demenzen zum weit überwiegenden Anteil altersabhängige Erkrankungen darstellen, wird sich die Anzahl der demenzkranken Patienten in Krankenhäusern analog der demografischen Entwicklung weiter erhöhen.

Demenzielle Symptome können auch von anderen Erkrankungen als Altersdemenzen hervorgerufen werden. Deren Auftreten darf nicht ohne sorgfältige Diagnose mit einer Demenzerkrankung gleichgesetzt werden. Deshalb wird in diesen Empfehlungen allgemein von Patienten mit kognitiven Einschränkungen gesprochen.

Ältere Patienten mit einer kognitiven Einschränkung, die wegen einer somatischen Erkrankung im Krankenhaus behandelt werden, benötigen eine besondere Fürsorge.

Die Empfehlungen richten sich an die Träger von Allgemeinkrankenhäusern und nicht an die Träger von psychiatrischen Fachkrankenhäusern.

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im Text auf die weibliche Sprachform verzichtet. Selbstverständlich sind aber trotz der Vereinfachung beide Geschlechter ausdrücklich gemeint.

2 Ziel

Die Empfehlungen sollen die Krankenhausträger für die Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen sensibilisieren. Es werden Maßnahmen aufgezeigt, wie der Krankenhausaufenthalt für Patienten mit kognitiven Einschränkungen angenehmer gestaltet werden kann, so dass im Klinikalltag belastende Situationen für die Patienten, Angehörigen und das Klinikpersonal reduziert werden können.

Gleichzeitig werden auch Maßnahmen aufgezeigt, wie Patienten mit noch nicht diagnostizierten kognitiven Einschränkungen frühzeitig bei Aufnahme ins Krankenhaus identifiziert werden können.

3 Maßnahmen

Die Maßnahmen betreffen alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen. Besonderes Augenmerk kommt neben der ärztlichen Versorgung der Pflege zu, da sie zeitlich am intensivsten in die Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen eingebunden ist. Ziel muss sein, bei der Versorgung von und im Umgang mit Patienten mit kognitiven Einschränkungen eine Sensibilisierung des Krankenhauspersonals für die besonderen Bedürfnisse dieser Patienten zu erreichen, das sich in den täglichen Behandlungs- und Arbeitsabläufen widerspiegelt.

3.1 (Niederschwellige) Fortbildung / Schulung

Die Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen erfordert spezielle Umgangsformen. Eine (niederschwellige) Fortbildung / Schulung der relevanten Berufsgruppen im Krankenhaus (z. B. Ärzte, Pflegefachkräfte, Therapeuten, Verwaltungspersonal) weckt ein Grundverständnis für Patienten mit kognitiven Einschränkungen und ermöglicht, einfache Verhaltensregeln zu erlernen und im klinischen Alltag umzusetzen. Auch ehrenamtliche Helfer, die in die Betreuung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen eingebunden werden (siehe Ziffer 3.3.3), sind auf die Aufgabe vorzubereiten.

3.1.1. (Niederschwellige) Fortbildung / Schulung des Krankenhauspersonals

Für Krankenhauspersonal, das nicht unmittelbar in die Behandlung und Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen eingebunden ist (z. B. Verwaltungspersonal), reichen schon zweistündige Kurse aus, um ein Grundverständnis für Patienten mit kognitiven Einschränkungen zu erlangen und Grundregeln für den Umgang mit diesen Patienten zu erlernen.

Für Ärzte, Therapeuten und insbesondere Pflegefachkräfte, die intensiv in die Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen eingebunden sind, eignen sich mehrstündige Fortbildungen (z. B. im Rahmen der internen Fortbildung).

3.1.2 Schulung von ehrenamtlichen Helfern

In Ziffer 3.3.3 werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie ehrenamtliche Helfer bei der Betreuung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen eingesetzt werden können. Niederschwellige Schulungen für ehrenamtliche Helfer dienen dazu, diese auf die Aufgabe vorzubereiten.

3.2 Strukturelle Maßnahmen

3.2.1 Sprechstunde für pflegende Angehörige

Eine Sprechstunde für pflegende Angehörige dient als Anlaufstelle für Probleme rund um den Krankenhausaufenthalt von Patienten mit kognitiven Einschränkungen. Die Sprechstunde kann von örtlichen Vereinen und Verbänden (z. B. regionalen Alzheimer Gesellschaften, Patientenfürsprachestellen, Wohlfahrtsverbänden, Fachstellen für pflegende Angehörige, etc.) angeboten werden. Die Sprechstunde ist gleichzeitig auch ein Angebot an die Angehörigen, sich über Möglichkeiten der Betreuung und der Unterstützung bei der Pflege von Patienten mit kognitiven Einschränkungen zu informieren. Beratung und Information für Angehörige gelten als wichtigste psychosoziale Maßnahme beim Vorliegen demenzieller Erkrankungen.

3.2.2 Supervision

Die Supervision ist eine Form der Beratung, die Einzelnen oder Teams hilft, ihr privates, berufliches oder ehrenamtliches Handeln durch Selbstreflexion zu verbessern. Thema der Supervision sind z. B. die Zusammenarbeit im Team oder die Diskussion über einzelne Fälle. Eine Supervision des ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Personals, z. B. durch interdisziplinäre Fallbesprechungen, verbessert die Betreuung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen.

Eine Supervision ehrenamtlicher Helfer kann im Rahmen von regelmäßigen Gesprächen zusammen mit Vertretern des Krankenhauses durchgeführt werden kann.

3.2.3 Altenpflegekräfte

Derzeit wird in Schulversuchen (Modellprojekten) die generalistische Pflegeausbildung, also die gemeinsame Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege, erprobt und umgesetzt. Bis zur Einführung der generalistischen Pflegeausbildung auf Bundesebene kann auf Stationen mit einem hohen Anteil an Patienten mit kognitiven Einschränkungen das Wissen und die praktische Erfahrung aus der Altenpflege genutzt werden.

3.2.4 *Gerontopsychiatrische Fachkräfte*

Auf Stationen mit einem hohen Anteil an Patienten mit kognitiven Einschränkungen können gerontopsychiatrische Fachkräfte (entsprechend dem vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen erarbeiteten Curriculum)² die Versorgung dieser Patienten verbessern.

Gerontopsychiatrische Fachkräfte können auch als Mentoren eingesetzt werden. Als Ergänzung des theoretischen Fortbildungsangebotes geben Mentoren dem Pflegepersonal bei praktisch auftretenden Problemen Hilfestellung. Idealerweise wird pro Station mit einem hohen Anteil an Patienten mit kognitiven Einschränkungen ein Mentor als Ansprechpartner für das Pflegepersonal eingesetzt.

Es ist auch möglich, weniger Mentoren im Krankenhaus einzusetzen, wenn diese im Rahmen eines Konsils angefordert werden können.

3.2.5 *Patientenbegleiteteam*

Patienten mit kognitiven Einschränkungen und Risiken neigen vor allem nach einer Narkose verstärkt zu postoperativen Altersdelirien. Postoperative Altersdelirien können durch die Einrichtung eines Patientenbegleitetams reduziert werden. Das Patientenbegleiteteam besteht z. B. aus geriatrisch versierten Pflegekräften und Sozialarbeitern. Hauptaufgabe des Patientenbegleitetams ist die „Rund-um-Betreuung“ bei einer Operation (Betreuung während der Voruntersuchung, der Operation, der Zeit auf der Intensivstation / dem Aufwachraum und während der Tage nach der Operation bis zur Überleitung in nachfolgende Strukturen).

3.2.6 *Gerontopsychiatrischer Konsiliardienst / Liaisondienst*

Die Behandlung und Diagnostik von Patienten mit kognitiven Einschränkungen verbessert ein regelmäßiger gerontopsychiatrischer Konsiliardienst / gerontopsychiatrischer Liaisondienst.

Der Liaisondienst kann zu einem multiprofessionellen Team ausgebaut werden (Facharzt, Pflegefachkraft, Ergotherapie, Schreibkraft, etc.), das Patienten mit kognitiven Einschränkungen multidisziplinär mitbehandelt.

² Das Curriculum zur Weiterbildung „Gerontopsychiatrische Pflege“ ist abrufbar unter folgendem Link:
www.stmas.bayern.de/pflege/konzept/konzgero.pdf

3.2.7 Geriatrischer Konsiliardienst / Liaisondienst

Aufgrund der bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen in aller Regel vorliegenden Multimorbidität verbessert ein regelmäßiger geriatrischer Konsiliardienst / geriatrischer Liaisondienst die Behandlung und Diagnostik weiterer Begleiterkrankungen.

Der Liaisondienst kann zu einem multiprofessionellen Team ausgebaut werden (Facharzt, Pflegefachkraft, Ergotherapie, Schreibkraft, etc.), das Patienten mit kognitiven Einschränkungen multidisziplinär mitbehandelt.

3.2.8 Koordinationsstelle

Die Koordinationsstelle dient dazu, schon im Vorfeld des Krankenhausaufenthaltes von Patienten mit bekannten kognitiven Einschränkungen den Gesamtprozess von der Aufnahme bis zur Entlassung zu planen. Die Koordinationsstelle wird von einer „Fachschwester Demenz“ geleitet, die für die Kommunikation mit und Beratung der Angehörigen zur Verfügung steht. Z. B. kann durch Berücksichtigung der Biographie des Patienten der Behandlungsprozess unterstützt werden.

3.2.9 Interdisziplinäre Station

Es ist auch möglich, für die Behandlung multimorbider Patienten mit kognitiven Einschränkungen und Risiken (Demenz, Delirgefährdung, etc.) im Krankenhaus eine interdisziplinäre Station einzurichten z. B. mit geriatrisch und (geronto)psychiatrischem Schwerpunkt. Auf der Station ist dabei speziell geschultes Personal tätig. Das Team ist multiprofessionell. Besonderheit der Station ist, dass tagesstrukturierende Maßnahmen, Aktivierungs- und Beschäftigungsangebote eingerichtet sind, die Weiterversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt geklärt und insbesondere auch die Bezugspersonen, Hausärzte und Pflegeheime regelmäßig und intensiv eingebunden werden.

3.2.10 Demenzsensible Milieugestaltung und Architektur

Bauliche und räumliche Gegebenheiten, die an die Bedürfnisse von Patienten mit kognitiven Einschränkungen angepasst werden, erleichtern den Krankenhausaufenthalt dieser Patienten. Ähnliche Konzepte haben sich insbesondere in der Altenhilfe sehr bewährt. Teilweise können sie auch in Krankenhäusern umgesetzt werden. Sie reichen von Orientierungshilfen über Sanierungsmaßnahmen bis zu größeren baulichen Maßnahmen. Zu den leicht umsetzbaren Maßnahmen gehören z. B. spezielle Farb- und Lichtgestaltung, das Vermeiden von Glastüren an Stationsein- und -ausgängen, Halteplätze und Aufenthaltsräume für gemeinsames Essen und Beschäftigung auf der Station, Orientierungshilfen.

3.2.11 *Rooming-In*

Bezugspersonen nehmen bei der Betreuung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen eine zentrale Rolle ein. Die Gegenwart von Bezugspersonen - möglichst rund um die Uhr (also auch nachts) - reduziert bzw. vermeidet bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen Angstzustände. Gleichzeitig wird den Bezugspersonen ermöglicht, sich bei der Pflege von Patienten mit kognitiven Einschränkungen als Ansprechpartner unterstützend einzubringen.

3.3 Maßnahmen im Prozessablauf

3.3.1 *Screening bei Krankenhausaufnahme*

Ältere Patienten können durch einen Ortswechsel, z. B. durch eine Aufnahme ins Krankenhaus, destabilisiert werden. Ein Screening hilft, eine evtl. vorliegende kognitive Einschränkung frühzeitig zu identifizieren.

Jedes Krankenhaus kann selbst ein einfaches Screening entwickeln, das nur bei einem fest definierten Personenkreis angewandt wird (z. B. Patienten ab 75 Jahre und gleichzeitige Einnahme von 5 verschiedenen Medikamenten). Die Durchführung des Screenings ist auch von speziell geschulten Pflegefachkräften oder weitergebildeten Arzthelfern möglich. Wird bereits ein geriatrisches Screening nach Ziffer 5.2.3 des Fachprogramms Akutgeriatrie³ eingesetzt, kann dieses Screening um einen weiteren Punkt zur Abklärung einer kognitiven Einschränkung ergänzt werden.

Ist das Ergebnis des Screenings positiv, muss eine ärztliche Entscheidung über die weitere diagnostische Abklärung bzw. die Einleitung einer medizinischen Behandlung folgen. Es ist zu entscheiden, ob die kognitive Einschränkung noch im Krankenhaus diagnostiziert und eine Behandlung eingeleitet werden muss, da die kognitive Einschränkung für die Behandlung der somatischen Erkrankung von Bedeutung ist, oder ob es genügt, die kognitive Einschränkung erst nach dem Krankenhausaufenthalt zu diagnostizieren und therapieren.

3.3.2 *Einbindung von Bezugspersonen*

Bezugspersonen bzw. das Personal von Pflegeheimen nehmen bei der Betreuung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen eine zentrale Rolle ein. Bezugspersonen können daher beispielsweise in folgenden Bereichen in die Betreuung und Behandlung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen eingebunden werden:

³ Das Fachprogramm Akutgeriatrie wurde am 23.09.2009 vom Bayerischen Krankenhausplanungsausschuss verabschiedet und ist abrufbar unter:

www.stmug.bayern.de/gesundheit/krankenhaus/behandlungszentren/geriatrie/fachprog_akutgeriatrie.htm

- Bei der Aufnahme ins Krankenhaus, besonders bei Notfällen, da Bezugspersonen die Verwirrtheit des Patienten besser einschätzen können.
 - Bei der Krankenhausaufnahme verbessert insbesondere die Nutzung von Überleitungsbögen⁴ den Informationsfluss und ermöglicht es Krankenhausmitarbeitern, sich ein spezifischeres Bild über den zu versorgenden Patienten zu machen. Durch die Überleitungsbögen können grundlegende biografische Kenntnisse dem Team zugänglich gemacht werden.
- Bei der Pflege:
 - da Bezugspersonen Ängste und Reaktionen des Patienten kennen und gleichzeitig wissen, wie mit Angstzuständen und anderen herausfordernden Verhaltensmustern umgegangen werden kann.
 - da Bezugspersonen auch Vorlieben und Gewohnheiten kennen.
- Bei der Betreuung und Versorgung:
 - da Patienten mit kognitiven Einschränkungen einen wesentlich höheren, von der Pflege im eigentlichen Sinne unabhängigen Betreuungsaufwand benötigen (Beaufsichtigung, Beschäftigung).

3.3.3 Einbindung von ehrenamtlichen Helfern (Besuchsdienst)

In vielen Krankenhäusern sind bereits Ehrenamtliche, wie die „Grünen Damen“ oder Hospizhelfer, tätig, die Patienten regelmäßig besuchen oder ihnen im Klinikalltag helfen. Ehrenamtliche können auch für die Betreuung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen eingesetzt werden. Ein koordinierter Besuchsdienst hilft z. B. Patienten mit kognitiven Einschränkungen in ihrer Desorientiertheit oder entlastet auch die Angehörigen dieser Patienten. Einsatzmöglichkeiten sind z. B.:

- regelmäßiger Besuchsdienst
- Begleitung zu Untersuchungen und Behandlungen
- Ansprechpartner für Angehörige
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
- Hilfe bei der Überleitung nach Hause (sog. Brückenfunktion)

Der Einsatz von Ehrenamtlichen bei der Betreuung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen wird von einer entsprechend geschulten Fachkraft (z. B. Pflegefachkraft, Sozialdienst, Fachkraft der Alzheimer Gesellschaft, etc.) koordiniert.

⁴ Z. B. Informationsbogen zum Patient mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (abrufbar unter:

www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Informationsbogen_Krankenhaus_1108.pdf)

3.3.4 *Beteiligung an Netzwerken*

Die Beteiligung an Netzwerken dient der Verbesserung der Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen. Insbesondere eine Zusammenarbeit mit den medizinischen und sozialen Einrichtungen vor Ort (niedergelassenen Ärzten, sozialen Diensten, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, Betroffenengruppen, regionalen Alzheimer Gesellschaften, Patientenberatungsstellen) gewährleistet eine lückenlose Versorgung.

3.3.5 *Flexibilisierung der Behandlungsabläufe*

Um das Risiko der Destabilisierung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen möglichst gering zu halten, müssen die Krankenhausabläufe an die Bedürfnisse des Patienten angepasst werden. Beispielsweise sollten Verlegungen vermieden werden. Eine Flexibilisierung der Krankenhausabläufe kann insbesondere durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- Verpflichtender Vermerk über das Vorliegen einer kognitiven Einschränkung bzw. eines bestehenden Risikos in der Patientenakte.
- Individuelle Planung aller diagnostischer, pflegerischer und therapeutischer Maßnahmen, insbesondere Überprüfung der üblichen Diagnostik auf Therapierelevanz.
- Individuelle Anpassung der Planung von Behandlungen an die tatsächlichen Bedarfe der Patienten (z. B. kurze Wartezeiten).
- Ausbau der Frühmobilisation.
- Anwendung bekannter und wissenschaftlich begründeter Pflegekonzepte, welche die Erhaltung kognitiver, alltagspraktischer und sozialer Kompetenzen fördern und neuropsychiatrische Symptome reduzieren, so dass eine weitestgehende Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen ermöglicht wird.

3.3.6 *Belegungsmanagement*

Ein Belegungsmanagement, das die persönlichen Bedürfnisse von Patienten mit kognitiven Einschränkungen individuell berücksichtigt, vermeidet belastende Situationen für den Patienten selbst und für Mitpatienten (z. B. Entscheidung über Einbett- oder Zweibettzimmer).

3.3.7 *Medizinische und pflegerische Leitlinien und Empfehlungen*

Für eine verbesserte Diagnostik und Behandlung von Menschen mit Demenz bestehen bereits medizinische und pflegerische Leitlinien, z. B. die S3-Leitlinie „Demenzen“⁵, die zur Behandlung herangezogen werden können.

⁵ Die S3-Leitlinie „Demenzen“ wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) herausgegeben (abrufbar unter: www.dgn.org/images/stories/dgn/pdf/s3_leitlinie_demenzen.pdf)

4 Umsetzungsmöglichkeiten

4.1 Krankenhausinterne Leitlinien

Krankenhausinterne Leitlinien dienen dazu, die zu ergreifenden Maßnahmen festzuschreiben. Die krankenhaushinterne Leitlinien können die oben genannten Maßnahmen enthalten und stetig fortgeschrieben werden.

4.2 Umsetzungsmöglichkeiten des Maßnahmenkatalogs

Im Folgenden wird dargestellt, welche der unter Ziffer 3 dargestellten Maßnahmen kurzfristig, mittelfristig oder langfristig umgesetzt werden können. Bei der Einstufung wird auch der Einsatz und Aufwand des Krankenhausträgers berücksichtigt.

4.2.1 Kurzfristige Maßnahmen

Für die kurzfristigen Maßnahmen wird zugrunde gelegt, dass sie ohne großen Aufwand im Rahmen der vorhandenen Ressourcen eingeleitet werden können. Sie haben zum Ziel, eine Sensibilisierung für das Thema zu erlangen und erste Verhaltensregeln zu erlernen. Dies sind insbesondere folgende Maßnahmen:

- (Niederschwellige) Fortbildung / Schulung des Krankenhauspersonals: Inhouse-Schulungen / Fortbildungen zum Thema „Demenzversorgung“ im Rahmen der internen Fortbildung (Ziffer 3.1.1)
- Demenzsensible Milieugestaltung (Ziffer 3.2.10)
- Rooming-In (Ziffer 3.2.11)
- Identifizierung von Demenzpatienten (insbesondere durch Nutzung von Überleitungsbögen, siehe Ziffer 3.3.2)
- Einbindung von Bezugspersonen (Ziffer 3.3.2)
- Beteiligung an Netzwerken (Ziffer 3.3.4)
- Belegungsmanagement (Ziffer 3.3.6)
- Medizinische und pflegerische Leitlinien und Empfehlungen (Ziffer 3.3.7)

4.2.2 Mittelfristige Maßnahmen

Mittelfristig umsetzbare Maßnahmen, bieten die Chance, die Verweildauer von Patienten mit kognitiven Einschränkungen zu verkürzen, obwohl sie zunächst einen höheren Einsatz des Personals erfordern. Teilweise müssen sie in Kooperation mit anderen Verbänden / Organisationen eingeleitet und aufgebaut werden. Sie haben insbesondere eine Flexibilisierung der Krankenhausabläufe zum Ziel, die die Versorgung der Patienten weiter verbessert. Solche Maßnahmen sind insbesondere:

- Sprechstunde für pflegende Angehörige (Ziffer 3.2.1)
- Supervision (Ziffer 3.2.2)
- Altenpflegekräfte (Ziffer 3.2.3)
- Gerontopsychiatrische Fachkräfte (Ziffer 3.2.4)
- Gerontopsychiatrischer Konsiliardienst / Liaisondienst (Ziffer 3.2.6)
- Geriatriischer Konsiliardienst / Liaisondienst (Ziffer 3.2.7)
- Koordinationsstelle (Ziffer 3.2.8)
- Demenzsensible Sanierungsmaßnahmen (Ziffer 3.2.10)
- Screening bei Krankenhausaufnahme (Ziffer 3.3.1)
- Einbindung von ehrenamtlichen Helfern (Ziffern 3.1.2 und 3.3.3)
- Flexibilisierung der Behandlungsabläufe (Ziffer 3.3.5)

4.2.3 Langfristige Maßnahmen

Bei den langfristigen Maßnahmen handelt es sich um Maßnahmen mit größeren Eingriffen in die bisherige Struktur. Solche Maßnahmen sind z. B.:

- Patientenbegleiteteam (Ziffer 3.2.5)
- Gerontopsychiatrischer Liaisondienst im multiprofessionellen Team (Ziffer 3.2.6)
- Geriatriischer Liaisondienst im multiprofessionellen Team (Ziffer 3.2.7)
- Interdisziplinäre Station (Ziffer 3.2.9)
- Demenzsensible Architektur (Ziffer 3.2.10)

Dank

Besonderer Dank gilt den Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen im Krankenhaus“, die an der Erarbeitung der Empfehlungen „Betreuung von demenzkranken Menschen im Allgemeinkrankenhaus“ mitgewirkt haben:

Sarah Bille, Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Patientenberatungsstellen, Unabhängige Patientenberatungsstelle München für Oberbayern

Andreas Diehm, Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V.

Irene Hößl, Klinikum Fürth und Bayerische Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Pflegeberufe e.V.

Prof. Dr. Johannes W. Kraft, Klinikum Coburg

Ernst Menacher, Patientenfürsprachestelle am Klinikum Bogenhausen

Prof. Dr. Dipl.-Phys. Matthias Riepe, Bezirkskrankenhaus Günzburg und Lehrstuhl für Gerontopsychiatrie an der Universität Ulm

Rosemarie Rudolph, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Regionalverband DBfK Südost, Bayern-Mitteldeutschland e.V.

Prof. Dr. Cornel Sieber, Klinikum Nürnberg und Lehrstuhl für Geriatrie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Dr. Not-Rupprecht Siegel, Geriatriezentrum Neuburg und Ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern e.V.

Prof. Dr. Albert Standl, Lehrbereich Geriatrie in der Allgemeinmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Dr. Winfried Teschauer, Deutsche Alzheimer Gesellschaft - Landesverband Bayern e.V.

Dr. Wilfried Wüst, Klinikum Neuperlach - Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation

Weiterführende Informationen

Allgemeine Informationen

www.alzheimer-bayern.de

www.gl-m.de/index.php?id=34

www.bkg-online.de/

www.bay-arge-pflege.de/

www.afgib.de/content/

Spezifische Informationen zu

Ziffer 3.1 (Niederschwellige) Fortbildung / Schulung

www.alzheimer-bayern.de/

www.bik-beratung.de/

Ziffer 3.2.5 Patientenbegleitteam

www.sfh-muenster.de/de/pflege-begleitung/geriatrische-betreuung-bei-operationen.html

Ziffer 3.2.6 Gerontopsychiatrischer Konsiliardienst / Liaisondienst

www.bkh-kaufbeuren.de/kooperationen/Liaisondienst/start.html

Ziffer 3.2.8 Koordinationsstelle

<http://gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Projekte%20guter%20Praxis%20110114.pdf>

Ziffer 3.2.9 Interdisziplinäre Station

www.malteser-sthildegardis.de/01.Patienten/01.02.Kliniken_Zentren/Altersmedizin/Altersmedizin.htm

www.d-k-h.de/medizin/geriatrie-b/station-siloah.html

www.bethanien-heidelberg.de/krankenhaus---reha/krankenhaus---reha.html

Ziffer 3.2.10 Demenzsensible Milieugestaltung und Architektur

www.malteser-sthildegardis.de/01.Patienten/01.02.Kliniken_Zentren/Altersmedizin/Altersmedizin.htm

www.d-k-h.de/medizin/geriatrie-b/station-siloah.html

Ziffer 3.2.11 Rooming-In

www.demenz-service-nrw.de/content/artikel_226_64.html

Ziffer 3.3.2 Einbindung von Bezugspersonen (Nutzung von Überleitungsbögen)

www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Informationsbogen_Krankenhaus_1108.pdf

Ziffer 3.3.3 Einbindung von ehrenamtlichen Helfern

www.sana-klinikum-hof.de/ihr-aufenthalt/waehrend-des-aufenthalts/besuchsdienst.html

www.alzheimer-bayern.de/

www.marienkrankenhaus.org/beratung-und-service/gruene-damen.html

Ziffer 3.3.7 Medizinische und pflegerische Leitlinien und Empfehlungen

www.dgn.org/images/stories/dgn/pdf/s3_leitlinie_demenzen.pdf