

- Manthorpe, J.; Watson, R. (2003): Poorly served? Eating and dementia. *Journal of advanced nursing* 41 (2): 162-169
- Norberg, A., Bäckström, A., Athlin, E., Norberg, B. (1993): Essensverweigerung bei Patienten in Pflegeheimen und was Pflegehelferinnen und Altenpflegerinnen darunter verstehen. *Pflege* 6 (1): 43-45
- Richard, N. (2000): Demenz, Kommunikation und Körpersprache. Integrative Validation (IVA). In: Tackenberg P., Abt- Zegelin A. (Hrsg.): *Demenz und Pflege*. Frankfurt: Mabuse
- Schwerdt, R. (2005): Probleme der Ernährung älterer Menschen mit Demenz: Aktueller Forschungs- und Entwicklungsbedarf. In: *Pflege und Gesellschaft* 10(2)
- Sowinski, C. (1991): Stellenwert der Ekelgefühle im Erleben des Pflegepersonals. *Pflege* 3 (3): 178-187
- Stoudemire, A. (Ed.). (1998): *Human behavior. An introduction for medical students*. Third edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Van der Kooij, C. (2007): *Ein Lächeln im Vorübergehen. Erlebensorientiert Pflegen mit Hilfe der Mäeutik*. Bern: Hans Huber Verlag
- Weyerer, S. (2005). *Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin, Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt, Heft 28

*Detlef Rüsing (MScN), Pflegewissenschaftler, Leiter Dialogzentrum Demenz*  
*Katrin Herder (MScN), Pflegewissenschaftlerin, wissenschaftl. Mitarbeiterin*  
*Christian Müller-Hergl (Dipl. Theol; BPhil), wissenschaftl. Mitarbeiter*  
*Christine Riesner (MScN), Pflegewissenschaftlerin, wissenschaftl. Mitarbeiterin*

Dialogzentrum Demenz im Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke  
 Stockumer Str. 12, 58453 Witten

*Elke Müller, Ilona Dutzi, Ute Hestermann, Peter Oster, Norbert Specht-Leible, Tania Zieschang*

## Herausforderung für die Pflege: Menschen mit Demenz im Krankenhaus

### Bericht über das Interventionsprojekt „Geriatrisch-internistische Station für akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD)“

Challenge for Nursing Care: People with Demementia in Acute Hospitals. Report about the Interventionproject „Geriatric-medical Ward for the Care of People with Dementia in Acute Hospitals (GISAD)“

*This contribution investigates the question whether patients with dementia benefit of a segregative caring concept in case of being taken to hospital because of an acute disease. Referring to this the background of an intervention project in a German Geriatric Hospital, its*

eingereicht 5.8.2008  
 akzeptiert 9.9.2008

## Schwerpunkt

Pflege &amp; Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.4

*theoretical framework, key points, experiences and findings are reported. The main result is that the segregative concept shows one possible way to successful caring for the vulnerable group of patients with dementia in acute hospital.*

### Keywords

Dementia, Acute Hospital, Segregative Care

*Dieser Beitrag befasst sich mit der Frage, inwiefern PatientInnen mit Demenz, die sich wegen einer akuten medizinischen Erkrankung in ein Krankenhaus begeben müssen, von einem segregativen Pflege- und Betreuungskonzept profitieren. Es werden hierzu die Hintergründe eines zu dieser Frage durchgeführten Interventionsprojektes, sein theoretischer und pflegekonzeptioneller Bezugsrahmen, Eckpunkte des Interventionsprojektes an sich sowie Erfahrungen und Ergebnisse dargestellt. Trotz erschwelter Rahmenbedingungen lässt sich sagen, dass sich mit dem segregativen Konzept ein möglicher Weg beschreiten lässt, die Betreuung und Versorgung dieser besonders vulnerablen Personengruppe im Krankenhaus zu verbessern.*

### Schlüsselwörter

Demenz, Krankenhaus, segregative Versorgung

## Einleitung

Der Anteil von an Demenz erkrankten Menschen steigt stetig an, verbunden mit der Aussicht, ein hohes Alter zu erreichen (Bickel 2001). Damit nehmen auch die Anlässe zu, weshalb sich diese Personengruppe wegen altersbedingter Erkrankungen in ein Akutkrankenhaus begeben muss. Dies sind nur in Ausnahmen geriatrisch spezialisierte Kliniken, die Regel ist die Behandlung und Betreuung in Krankenhäusern mit allgemeinem Versorgungsauftrag. Die MitarbeiterInnen dort sind in normalerweise nicht auf die speziellen Betreuungserfordernisse von Menschen mit Demenz vorbereitet – dies betrifft ausnahmslos alle Berufsgruppen. Darüber hinaus lassen die Strukturen eines Krankenhauses, die auf die zügige „Durchschleusung“ (Stichwort Patientenflow!) von PatientInnen in knapp bemessenen Zeittakten ausgerichtet sind, kaum Zeitressourcen geduldigen Arbeitens mit kranken und/oder alten Menschen zu, worauf aber speziell die vulnerable Gruppe der Menschen mit Demenz in besonderer Weise angewiesen wäre, um nicht noch zusätzliche Verschlechterungen ihrer Gesamtsituation zu erleiden. Die Realität dagegen ist, dass PatientInnen mit Demenz zwischen Akutkrankenhaus und Gerontopsychiatrie oder anderen Betreuungsinstanzen „hin- und hergereicht werden“ und damit Versorgungsbrüchen aufgrund fehlender oder lückenhafter Informationsströme ausgeliefert sind. Es scheint, als würden die damit einhergehenden kognitiven und gesundheitlichen Einbußen billigend in Kauf genommen. Das Interventionsprojekt „Geriatrisch-internistische Station für akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD)“ soll nachfolgend als ein Modell vorgestellt werden, die umrissenen Probleme optimaler zu lösen.

## 1. Hintergrund des Projektes

### 1.1 Vorarbeiten zur Entwicklung des Versorgungskonzeptes GISAD

Auch und vor allem das Bethanien-Krankenhaus Heidelberg hat zunehmend mit der Betreuung dieser Personengruppe zu tun. Trotz der geriatrischen Spezialisierung der Einrichtung und trotz einer gut entwickelten Besprechungskultur zwischen den Mitgliedern der therapeutischen Teams kam es dennoch immer wieder vor, dass PatientInnen „herausforderndes Verhalten“ zeigten und damit sich selbst, MitpatientInnen und MitarbeiterInnen auf eine große Geduldssprobe stellten. Dies führte schließlich zur Entwicklung eines speziell auf diese Zielgruppe zugeschnittenen segregativen Betreuungskonzeptes und zur Einrichtung der Geriatrisch-internistischen Station für akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD). Die durch die Otto und Edith Mühlshlegel Stiftung geförderte Projektphase von 2005 bis 2007 betraf vor allem die Intervention mit ihrer Vor- und Nachbereitungsphase.

Im Bethanien-Krankenhaus Heidelberg wurden zum Zeitpunkt der ersten Überlegungen pro Jahr ca. 3000 geriatrische PatientInnen behandelt. Etwa 40% der PatientInnen waren demenzkrank, davon zeigten ca. 9% während des stationären Aufenthalts schwere Verhaltensauffälligkeiten. Wiederholt mussten PatientInnen wegen massiver Verhaltensstörung in eine gerontopsychiatrische Einrichtung verlegt werden, obwohl akute internistische bzw. geriatrische Probleme im Vordergrund standen. Dies führte zwangsläufig und infolge zu Rückverlegungen in das Bethanien-Krankenhaus (Bethanien-Krankenhaus 2005). Mit Blick auf die reduzierten funktionellen und kognitiven Reserven vieler geriatrischer Patienten war nicht selten die Verschlechterung der kognitiven Leistung absehbar, sei es im Rahmen der Grunderkrankung an sich, sei es im Rahmen einer Demenz oder eines akuten Delirs (ebda.). Ein weiteres Problem bestand darin, dass PatientInnen entweder in den frühen Morgen- oder Abendstunden das Krankenhaus unbemerkt verließen, weil sie dringend einen ihnen vertrauten Ort aufzusuchen beabsichtigten. In einigen Fällen mussten sie dann polizeilich gesucht werden.

Eine hausintern durchgeführte Befragung von Pflege(fach)kräften und ÄrztInnen im Jahr 2002 legte den hohen „Leidensdruck“ in der Betreuung von PatientInnen mit „herausforderndem Verhalten“ offen. Das Bedürfnis nach Einrichtung eines Spezialbereichs für deren Betreuung wurde klar als Wunsch formuliert, um diesen PatientInnen einen geschützten Rahmen zu bieten und für die Beruhigung der Gesamtsituation zu sorgen. Dies beinhaltete mit wenigen Ausnahmen auch den Verzicht auf ruhigstellende Medikamente, um Risiken wie Stürze, Immobilisation und Übersiedierung zu vermeiden (Müller, Dutzi, Zieschang et al. 2007)

### 1.2 Theoretische und pflegekonzeptionelle Bezugspunkte

Menschen mit Demenz, die zugleich unter anderen akuten oder chronischen Erkrankungen leiden, erleben einen damit einhergehenden Krankenhausaufenthalt oftmals als Situation, in der sie sich in ihren Bedürfnissen existenziell bedroht fühlen. Sie rea-

## Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.4

gieren darauf mit Unruheverhalten. Das Bestreben war daher, die mit „herausforderndem Verhalten“ besetzten Situationen aus der Perspektive der Menschen mit Demenz zu denken. Die zu diesem Zweck in die engere Wahl gezogenen Konzepte sollen nachfolgend vorgestellt werden. Einige standen bei Förderbeginn des Projektes bereits fest, andere wurden als Folie für verschiedene Entwicklungsschritte vor allem während der Schulung in der Interventionsphase aufgegriffen und präzisiert. Als erste Navigationshilfe diente die englischsprachige Version des von Carole Archibald (2003) veröffentlichten Arbeitsbuches für Pflegefachkräfte „Patients with Dementia in Acute Hospitals“.

Eine vor der Förderphase des Projektes getroffene Entscheidung war die Festlegung auf ein segregatives Versorgungskonzept. Die fachliche Diskussion über das Für und Wider segregativer versus integrativer Betreuungsangebote ist noch nicht abgeschlossen (Weyerer, Schäufele & Hendlmeier 2005), zumal sich diese nahezu ausschließlich auf Langzeitpflegeszenarien konzentriert. Der segregative Aspekt wurde in diesem Projekt gewählt, da die PatientInnen mit Demenz, die kein Unruheverhalten zeigen, im Bethanien-Krankenhaus auf allen geriatrisch-internistischen Stationen ohnehin integrativ versorgt werden. Auf die GISAD aufgenommen werden dagegen PatientInnen mit herausforderndem Verhalten nur dann, um sie in einem besonders geschützten Rahmen zu betreuen und den Faktoren dieser Entwicklung in diesem Rahmen besser auf den Grund gehen zu können. Der abgeschlossene Teil dieser Station ist daher in erster Linie als Schutzort zu verstehen, wiewohl die Grenzen zum sog. Wegsperrern fließend sind. Im Vordergrund steht bis heute allerdings ein Abwägen zwischen der Situation der PatientInnen mit Demenz plus herausforderndem Verhalten einerseits und der Entlastung von MitpatientInnen und MitarbeiterInnen andererseits. Erste bauliche Veränderungen galten daher dem Zuschnitt auf diese Anforderung: der spezielle Betreuungsbereich liegt endständig zum Flur einer internistischen Krankenstation und ist mit einer Holztür zu dieser Krankenstation abgetrennt, die nur über einen Sicherheitscode geöffnet werden kann. Die Anweisung dazu ist über dem Codekasten angebracht, so dass garantiert ist, dass nur Personen die Station verlassen, die die Anweisung auch umsetzen können. Ein weiterer Zugang ist über eine Seitentür vom Personalbereich der Station aus möglich. In einem Zweibett- und einem Vierbettzimmer mit eigenen Nasszellenbereichen sowie in einem als Wohnzimmer umfunktionierten Büroraum wurden sämtliche Fenster mit einer Verriegelung ausgestattet. Das Wohnzimmer ist mit einem Schrank, Tischen und Stühlen ausgestattet und ist der zentrale Begegnungsraum für alle tagesstrukturierenden Angebote. In sämtlichen Räumen mussten Kompromisse zwischen biografisch orientierter Behaglichkeit und der Funktionalität eines Krankenhauses geschlossen werden, dessen Entwicklungsprozess bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt anhält.

Die durch Tom Kitwood (2004) inspirierte Auseinandersetzung mit Momenten der „malignen Sozialpsychologie“ diente im Rahmen der Schulungen als Reflexionsangebot über den eigenen Pflegealltag. In einem zweiten Schritt konnten Aspekte der „positiven und interaktiven Arbeit an der Person“ im Sinne zugewandter und wertschätzender Betreuung entwickelt werden und die von Kitwood (ebda) beschriebenen Kriterien

ebenfalls als Hilfe zu Veränderungen vor Ort herangezogen werden. In Ergänzung dazu wurde der von Corrie Bosch (1998) beschriebene Vertrauheitsaspekt sowohl für die Gestaltung der Beziehungsarbeit als auch zur Umgebungsgestaltung auf GISAD einbezogen.

Die dem Konzept der Integrativen Validation nach Nicole Richard (1994) entlehnten Grundsätze, in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz die vorherrschende Gefühls- und Mitteilungsebene vor allem dann herauszudeuten, wenn eine Situation durch Unruheverhalten zu eskalieren droht, sollte als Vorgehen genutzt werden, rechtzeitig zu intervenieren bzw. der Entstehung solcher Situationen vorzubeugen (Richard ebda.).

Menschen mit Demenz können oftmals ihre Orientierung zur aktuellen Wirklichkeit nicht aufrecht erhalten und greifen daher auf sicherheitsvermittelnde Bezugspunkte in ihrer Biografie zurück. Ihre Beziehung zu Menschen in ihrer Umgebung äußert sich dann häufig über Verhaltensweisen, die von der Umgebung als irritierend, herausfordernd, boshaft, schikanös oder aggressiv wahrgenommen werden (Göschel 2001). Dies gilt in besonderem Maße für solche Situationen, in denen Menschen mit Demenz aus ihrer gewohnten Umgebung in die „fremde Welt Krankenhaus“ eingewiesen werden. Das Moment des „herausforderndes Verhalten“, das sich in einem von außen betrachteten ziellosen Umherirren/Umherlaufen äußern kann, mit starker Unruhe bis hin zur Aggression einhergeht oder sich durch lautes Rufen oder durch das Aufsuchen fremder Betten und Räume äußert, sollte in diesem Projekt in zweierlei Hinsicht betrachtet werden: a) als „Herausforderung“ im Sinne des provozierenden Verhaltens der Menschen mit Demenz gegenüber den beruflichen AkteurInnen, b) als „Herausforderung“ im Sinne eines Appells an die beruflichen AkteurInnen, das sich dahinter versteckende Anliegen der dementen Person, die dieses Anliegen jedoch nicht mehr anders als durch auf sich aufmerksam machendes Verhalten kommunizieren kann, zu verstehen und mit geeigneten Verhaltensweisen darauf zu antworten (Chapman, Jackson, McDonald 2004, Kitwood 2004).

Ortswechsel, wie sie grundsätzlich durch die Einweisung in ein Krankenhaus entstehen, können von Menschen mit Demenz nicht mehr in der aktuellen Wirklichkeit verortet werden, weil Ressourcen zur schnellen Neuorientierung nicht mehr abgerufen werden können: sich dort zurecht zu finden, würde die Nähe vertrauter Personen und das gewohnte Umfeld voraussetzen. Diese Situation ist realiter daher einer Entwurzelung vergleichbar. Der einzige Halt ist dann die Bezugnahme auf Vertrautes und Bekanntes (Bosch 1998), der durch die Rückkehr in die gewohnte Umgebung gefestigt werden soll. Was aus der Sicht der verständnislosen beruflichen AkteurInnen als „Weglauf tendenz“ etikettiert wird, ist aus der Sicht der Menschen mit Demenz viel eher als „Hinlauf tendenz“ zu diesen vertrauten Orten (das Zuhause, der Arbeitsplatz) zu verstehen, die in vielen Fällen auch konkret benannt werden können. Im GISAD Projekt wurde daher der Anregung der Deutschen Alzheimergesellschaft (2003) gefolgt, die Tendenz, den aktuellen Ort verlassen zu wollen, als Hinlauf tendenz zu beschreiben.

## 2. Das Interventionsprojekt GISAD

### 2.1 Fragestellung und Zielsetzung

Die zentralen Fragen lassen sich auf folgende Aspekte verdichten:

- Inwiefern profitieren PatientInnen mit Demenz und gleichzeitig herausforderndem Verhalten in einem Krankenhaus von einem segregativen Betreuungs- und Versorgungskonzept?
- Können andere Bereiche eines Krankenhauses dadurch entlastet werden?
- Welchen Schulungsbedarf aller im Krankenhaus patientInnenbezogen arbeitenden MitarbeiterInnen gibt es?
- Welche strukturellen und personellen Voraussetzungen eines Akutkrankenhauses sind relevant?
- Wie lassen sich die zusätzlich erbrachten Leistungen im DRG-System adäquat abbilden?

Die Qualität der Pflege und Betreuung von PatientInnen mit herausforderndem Verhalten soll verbessert, die Zufriedenheit von PatientInnen, MitpatientInnen, Angehörigen und MitarbeiterInnen erhöht und ein innovatives, DRG-fähig abrechenbares Versorgungsmodell etabliert werden.

### 2.2 Projektphasen

Das GISAD-Projekt war als Interventionsstudie mit folgenden klassischen Phasen zugeschnitten:

- a) Basiserhebung zur Erfassung von für die Intervention relevanten Ausgangsdaten (Situation der PatientInnen, Versorgungsabläufe)
- b) Intervention zur Entwicklung und Erprobung eines Schulungskonzeptes für MitarbeiterInnen der Projektstation, Entwicklung und Erprobung von GISAD-kompatiblen Assessmentverfahren zur differenzierenden Einschätzung herausfordernden Verhaltens
- c) Postinterventionserhebung zur Erfassung stattgefundenen Veränderungen: Vergleich vorher – nachher.

## 3. Methoden und Instrumente

### 3.1 Qualitative Methoden

Zur Ermittlung der Versorgungs- und Pflegewirklichkeit stand die Methode der teilnehmenden Beobachtung im Vordergrund, ergänzt durch Kurzinterviews und Gruppengespräche (Lamnek 2005, Flick 2007). Auch wenn diese Verfahren selbst überwiegend in pflegerischen Situationen zum Einsatz kamen, wurden sie ebenso in interdisziplinären Gruppenkonstellationen angewendet, wenn berufsgruppenübergreifende Aspekte von Bedeutung waren (z.B. Kommunikations- und Informationsaspekte). Damit wurden a) Daten zur (pflegerischen) Versorgung und Betreuung vor und nach

der Intervention gesammelt, um darüber Effekte der Schulungen im direkten pflegerischen Geschehen zu erfassen und b) die vor der Intervention gesammelten Daten gleichzeitig als didaktisches Reflexionsmoment in den Schulungen einzusetzen. In diesen wiederum wurde auf das Modell des reflektierenden Erfahrungslernen (Kolb 1984, Kolb & Kolb 2006, Krohwinkel 2007) zurückgegriffen, das die Einbeziehung der Handlungswirklichkeit der AkteurInnen ausdrücklich als Ausgangspunkt für Veränderungen vorsieht.

### 3.2 Quantitative Methoden

Im Vordergrund standen hier folgende standardisierte Erhebungen:

- Erfassung von Stamm- und Entlassungsdaten der PatientInnen auf GISAD zur Erstellung von projektbezogenen PatientInnenprofilen (z.B. Einweisungsdiagnosen, Behandlungs- und Versorgungsangebote, Entlassungsdiagnosen)
- Befragung der MitarbeiterInnen der Projektstation zu den Effekten der Schulung auf ihre Praxis (vor/nach der Intervention) und zu psychischen Belastungen, Befragung von ÄrztInnen und Stationsleitungen des Bethanien-Krankenhauses zur GISAD vor Projektbeginn und nach der Intervention – Fokus: Entlastung durch GISAD
- Befragung von Angehörigen zur Betreuung ihres Familienmitgliedes auf GISAD

## 4. Ausgewählte Interventionsaspekte

### 4.1 Schulungsprogramm und -konzeption

Das Schulungsprogramm wurde auf der Grundlage der erhobenen Basisdaten zusammengestellt und mit dem Themenspektrum aus Archibalds (2003) Lern- und Arbeitsbuch „People with Dementia in Acute Hospitals“, das in seiner englischen Sprachvariante zugleich das Übersetzungsverfahren ins Deutsche flankierte<sup>1</sup>, abgeglichen. Als für GISAD besonders relevante Themen und Problembereiche kristallisierten sich heraus:

- Reflexion eigener Praxiserfahrungen im Umgang mit Menschen mit Demenz – in der Einrichtung und im eigenen Einsatzbereich vorherrschende Pflegeleitbilder zum Thema
- Der Pflegeprozess bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus
- Demenz und Demenzformen, Differenzierung von anderen ähnlichen Erscheinungsformen mit anderen Ursachen (z.B. Delir, Delir bei Demenz, Schmerz, Kontinenzprobleme)
- Das Moment des „herausfordernden Verhaltens“
- Arbeit mit Angehörigen: deren Einbeziehung in den stationären Ablauf v.a. im Rahmen tagesstrukturierender Angebote

<sup>1</sup> Die Übersetzung erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) Köln.



## Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.4

- Spezielle somatisch-pflegerische Aspekte an den Beispielen Körperpflege, Essen und Trinken, Ausscheidung

Die Teilnahme an den Schulungen zu diesen Themen war für alle GISAD-MitarbeiterInnen verpflichtend. Sie wurden im Rahmen des Projektes auf diese Zielgruppe speziell zugeschnitten und auf 2 x 7 Fortbildungstage (9:00 bis 16:00 Uhr) verteilt, d.h., jedes Thema wurde zweimal angeboten, um möglichst vielen MitarbeiterInnen die Teilnahme zu ermöglichen. Im Durchschnitt konnte die Teilnahme mit 6 bis 10 pflegerischen MitarbeiterInnen etwa konstant durchgehalten werden.

Darüber hinaus bestand die Möglichkeit, an Angeboten der dem Bethanien-Krankenhaus Heidelberg angeschlossenen Akademie teilzunehmen – diese hat seit Jahren ein breites Angebot zur Pflege und Betreuung von alten Menschen im Programm. An drei Terminen mit zweitägiger Dauer wurden folgende Angebote im Durchschnitt von 3 bis 4 MitarbeiterInnen der GISAD genutzt:

- Menschen mit Demenz – der person-zentrierte Ansatz nach Tom Kitwood
- Integrative Validation (IVA) nach Richard – Grundkurs
- Gewalterfahrungen im Leben alter Frauen und Männer

Insgesamt wurden in 10 Monaten 10 Schulungen angeboten. Gerade die erstbeschriebene Variante (projektbezogene Schulungen) diente neben der Vermittlung von Wissensinhalten und der Reflexion tatsächlicher Praxis der Initiierung von Lernprozessen, wie Kolb & Kolb (2006) diese in ihrem Konzept des reflektierenden Erfahrungslernen entwickelten. Dieses mehrschichtige Vorgehen verbindet sich mit der Möglichkeit, Veränderungsprozesse vor allem unter dem Aspekt der Verstetigung in Gang zu setzen. Unabdingbare Voraussetzung ist, dass Anlässe aus der Alltagswirklichkeit der beruflichen AkteurInnen verfügbar sind, damit diese reflektiert und bearbeitet werden können.

## 4.2 Durch die Intervention initiierte Veränderungen

### *Tagesstrukturierende Angebote*

Die Daten der Basiserhebung haben deutlich werden lassen, dass sich Situationen „herausfordernden Verhaltens“ bei Menschen mit Demenz vor allem dann entwickeln, wenn diese sich über einen längeren Zeitraum selbst überlassen sind und weder Ansprache noch sonstige Anregungen aus der Umgebung erhalten. Auf GISAD konnten diese Zeiträume vor der Intervention bis zu zwei oder drei Stunden betragen. Vor allem an Nachmittagen oder in den frühen Abendstunden, wenn PatientInnen als besonders anstrengend empfunden wurden, suchten einige der pflegerischen MitarbeiterInnen Entlastung, in dem sie andere KollegInnen, die der benachbarten internistischen Station zugeteilt waren, in ihrer Arbeit unterstützten. Bevorzugte Aufgabenübernahme war das Richten von Medikamenten für den Folgetag. Solche Ausweichversuche werden in der Fachliteratur wiederholt beschrieben (z.B. Bartholomeyczik, Halek, Riesner et al. in BMG 2006). In den meisten Fällen sind sie Ausdruck fachlicher oder psychisch-physischer Überforderung, die dann mit der Übernahme von



„Anstelle-von-Aufgaben“ legitimiert werden. Um solchen Situationen vorzubeugen, wurden verschiedene Wege zur Gestaltung tagesstrukturierender Angebote beschritten, dabei wurden bereits bestehende interdisziplinäre Angebote weiterentwickelt und ausdifferenziert:

a) Therapeutische Angebote: sowohl über den Tag als auch über die Woche verteilt wurde ein Programm zu tagesstrukturierenden Angeboten zusammengestellt, die sich unterschiedliche therapeutische Berufsgruppen z.T. rotierend aufteilen. Das Ziel dieses Angebotes ist die Kompetenzerhaltung und -förderung. Es beinhaltet:

- Frühstücksrunde: an allen Werktagen der Woche ((Physio- und ErgotherapeutInnen sowie LogopädInnen, je nach Anzahl der PatientInnen ein bis zwei TherapeutInnen)
- Gedächtnistraining: Psychologin 1 bis 2 x/Woche am frühen Nachmittag
- Gedächtnistraining und Liedersingen: Musiktherapeutin 1 x/Woche vormittags und nachmittags im Wechsel
- Einzel- und Gruppengymnastik nach Bedarf (Physiotherapie) am Vormittag

b) Beschäftigungsangebote durch zwei Präsenzkkräfte auf 400 €Basis mit dem primären Ziel des Zeitvertreibs und mit dem sekundären Ziel der Erhaltung und Förderung individueller Alltagskompetenzen möglichst einmal am Tag entweder vormittags oder nachmittags (in Absprache mit den therapeutischen Berufsgruppen), auch an Samstagen. Das Angebotsspektrum beinhaltet Malen, Basteln, Singen, Geschichten erzählen, Wäsche legen, Vorlesen, Gesellschaftsspiele.

## 5. Erfahrungen und Ergebnisse

Exemplarisch seien einige Aspekte herausgegriffen, an denen in besonderer Weise Veränderungen abgebildet werden können.

### 5.1 Profile der auf GISAD betreuten PatientInnen

Eine direkte Befragung der PatientInnen auf GISAD konnte nicht stattfinden, da deren Verfasstheit diesem Vorhaben in der Regel im Wege stand. So musste auf indirekte Indikatoren zurückgegriffen werden, die insbesondere Äußerungen von Angehörigen betreffen oder sich auf quantitativ erhobene Daten beziehen, die auf dem Umweg der Verlaufsbeschreibung und der Verweildauer der PatientInnen Aussagen zulassen.

In die Datenbank aufgenommen wurden PatientInnendaten zwischen November 2004 und April 2007<sup>2</sup>. 236 (71%) der PatientInnen waren Frauen (N = 332 = 100%), das durchschnittliche Alter betrug  $82 \pm 7$  Jahre: für die Frauen  $83 \pm 7$ , für die Männer  $80 \pm 7$ . Nach der Dokumentation der StationsärztInnen lag bei 280 (84%) der PatientInnen

2 Die Berücksichtigung des Zeitraums zwischen November 2004 und Juni 2005 erfolgte mit der Begründung, dass dies die unmittelbare Vorlaufphase zur geförderten Projektphase betrifft, in der die Daten bereits unter Projektbedingungen erhoben wurden und damit relevant für die Vergleichsfolie waren.

## Schwerpunkt

Pflege &amp; Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.4

tInnen die Diagnose einer Demenz vor, bei 182 (55%) die Diagnose eines Delirs, 56% der PatientInnen mit Demenz hatten zusätzlich ein Delir. Die durchschnittliche Verweildauer der GISAD-PatientInnen von  $15.3 \pm 8.3$  Tagen unterscheidet sich nicht von der durchschnittlichen Verweildauer von  $15.0 \pm 10.3$  Tagen aller Krankenhaus-PatientInnen, die im selben Zeitraum im Akutkrankenhaus behandelt wurden.

Von 243 PatientInnen, die zuvor allein oder mit Betreuung zu Hause wohnten, kehrten 129 (53%) in ihr häusliches Umfeld zurück, 47 (19%) wurden neu in einem Pflegeheim untergebracht.

Durchschnittlich verbesserte sich die Funktion in den Aktivitäten des täglichen Lebens (Barthel-Index) um 9 Punkte von 34 auf 43, zu einer funktionellen Verschlechterung kam es bei 24 (7,2%) PatientInnen.

Abgesehen von Bettgittern bei 28 (11,7%) PatientInnen wurden keine mechanischen Fixierungen verwendet. Leider können wir nicht nachvollziehen, ob unser Ziel, den Psychopharmakaeinsatz zu reduzieren, erreicht wurde, auch wenn der Einsatz psychotroper Substanzen jeweils kritisch hinterfragt wird. Es wurden jedoch 55% der PatientInnen mit Neuroleptika in der Therapie entlassen. Von diesen PatientInnen hatten wiederum 55% Neuroleptika schon bei Aufnahme. 26% der PatientInnen, die bei Aufnahme Neuroleptika erhielten, konnten ohne eine entsprechende Medikation entlassen werden.

Stürze während des stationären Aufenthaltes traten bei 88 (27%) PatientInnen auf, es mussten zwei PatientInnen wegen einer hüftnahen Fraktur verlegt werden.

Bei Aufnahme alleine gehfähig waren 172 (52%) PatientInnen, von diesen hatten fremdanamnestisch schon vor dem Aufenthalt 98 (57%) PatientInnen die Tendenz des unruhigen Umherwanderns, nach Einschätzung der Stationsärztin während des stationären Aufenthalts 109 (63%), bei Entlassung noch 65 (38%).

Schon vor Aufnahme hatten etwa 60% der PatientInnen eine gesetzliche Betreuung, bei 40% wurde diese durch den Sozialdienst neu eingerichtet.

17 (6,3%) PatientInnen starben auf GISAD, die Mortalitätsrate im Akutkrankenhaus allgemein liegt bei 12,5%.

## 5.2 Aussagen von Angehörigen

Insgesamt gestaltete sich die Gewinnung von Angehörigen für die Durchführung strukturierter Interviews aus verschiedenen Gründen schwierig: Unter den auf GISAD behandelten PatientInnen gab es eine große Gruppe von Personen, die entweder keine Angehörigen mehr hatten oder die keine Angehörigen hatten, die sich um sie kümmerten und regelmäßig zu Besuch gekommen wären wie z.B. bei allein stehenden, verwitweten und kinderlosen Personen oder Personen, deren Kinder nicht ortsnah wohnten und daher nur selten zu Besuch kommen konnten. Außerdem ist die Teilnahme an einer freiwilligen Befragung immer motivationsabhängig und viele Angehörige waren

durch die akute Erkrankung des Familienmitgliedes und den damit verbundenen organisatorischen Aufgaben emotional und zeitlich stark gefordert. Vor diesem Hintergrund kann die Teilnahmequote der verbleibenden Angehörigen als zufrieden stellend eingestuft werden: Auswertbare Protokolle liegen von 16 Personen vor, das entspricht einem Anteil von etwas mehr als 25 % (N = 63).

Die Rückmeldungen der Angehörigen waren zum gegebenen Zeitpunkt ermutigend. Vor allem diejenigen, die bereits Aufenthalte in anderen Krankenhäusern miterlebt hatten, äußerten sich sehr positiv über den Umgang des Personals mit den PatientInnen. GISAD als segregativer Bereich wurde besonders bei solchen PatientInnen, die, bedingt durch die Demenz oder das Delir, Unruheverhalten und „Laftendenz“ zeigten, als entlastend und schützend empfunden. Wichtig für Angehörige war außerdem, dass die dementen Familienmitglieder die GISAD in deren Begleitung verlassen konnten. So war gerade bei diesen PatientInnen sichergestellt, dass sie ihrem Bewegungsdrang nachgehen konnten, ohne sich zu verlaufen. Außerdem wurden die tagesstrukturierenden Angebote als wirkungsvolle Besonderheit wahrgenommen und gewürdigt.

Kritische Rückmeldungen betrafen Schwachpunkte, die zum Teil auch in der teilnehmenden Beobachtung offenkundig wurden. Zu nennen sind vor allem organisatorische Mängel und personelle Engpässe, die dazu führten, dass zeitweise keine ständige Präsenz auf GISAD gewährleistet werden konnte oder dass das Pflegepersonal oft wechselte und somit eine kontinuierlich gut informierte Ansprechperson für die Angehörigen fehlte.

Die Rückmeldungen wurden als Veränderungsvorschläge organisatorischer Art in das GISAD-Forum (monatlich stattfindende interdisziplinäre Dienstbesprechung) eingebracht, um dort, soweit es auf dieser Entscheidungsebene möglich war, nach konkreten Lösungen zu suchen und diese umzusetzen. So wurde z.B. der Informationsflyer für Angehörige überarbeitet, und es wurden klare Richtlinien festgelegt, wer diesen wann an die Angehörigen weitergeben soll. An der Eingangstür zur GISAD wurden Aushänge zum dortigen Tagesablauf sowie zu verbindlichen Kontaktmöglichkeiten mit verschiedenen AnsprechpartnerInnen (pflegerische Bezugsperson, Stationsärztin, Sozialdienst) angebracht.

### 5.3 Schulungseffekte

Das Modell des reflektierenden Erfahrungslernen ließ sich vor allem in den Schritten *Praxiserfahrungen erbellen – ihre Reflexion – neues Problembewusstsein – Erarbeitung von Problemlösungen* (Kolb & Kolb 2006) sehr gut umsetzen. Die TeilnehmerInnen brachten darin ihren sehr unterschiedlichen Erfahrungsschatz ein, der zum Teil untereinander bis zu jenem Zeitpunkt nur selten und dann nur zufällig kommuniziert worden war. Sie zeigten eine hohe Bereitschaft, sich auf die Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung zu „ihrer Pflegepraxis“ einzulassen. Sie bewiesen darüber hinaus, dass sie zur Entfaltung kreativer Neuansätze in der Lage waren. Vor allem zum Thema „Arbeit mit

## Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.4

Angehörigen“ wurden Ideen eingebracht, das Miteinander mit persönlichen Bezugspersonen der PatientInnen effektiver zu gestalten. Diese mündeten schließlich in die Erarbeitung eines entsprechenden Handlungsleitfadens, dessen Erstellung am Ende des Projektes noch nicht abgeschlossen war. Die Schritte *Aktives Erproben in der Praxis – Evaluierung der neuen Erfahrungen*, in denen die Begleitung der Umsetzung neu erworbenen Wissens oder veränderter Verhaltensgrundsätze hätte eingeübt werden sollen, konnten dagegen nur mit einzelnen TeilnehmerInnen in vereinzelt Situationen – und dann auch nur ansatzweise – realisiert werden. Personalknappheit und Angst vor Kontrolle sind einige der zu nennenden Gründe. Aus der Sicht der MitarbeiterInnen stellt sich die Einschätzung der durch die Intervention herbeigeführten Veränderungen dennoch wie folgt dar:

- Der Wissensfundus ist nach wie vor sehr heterogen, mit bedingt durch Verschiebungen in der Stellenbesetzung: diese hätte prinzipiell die Nachschulung neuer MitarbeiterInnen erfordert, was aber aufgrund zeitlich begrenzten Rahmens Aufgabe der Personalförderung nach Projektende sein muss: *„Ich würd’ ja gerne auf der GISAD arbeiten, das stelle ich mir ganz schön interessant vor. Aber so ganz ohne Fortbildung traue ich mir das eigentlich nicht zu“* (VWT13<sup>3</sup>). Innerhalb des verbliebenen Teams ist davon auszugehen, dass sich die Heterogenität aktuell auf einem höheren Wissenslevel fortsetzt, wie eine Mitarbeiterin feststellt: *„Jetzt wissen wir zwar, wie es richtig gehen müsste, aber alles lässt sich nun wirklich nicht umsetzen“* (ESH17).
- Vorhandenes Wissen wird nach wie vor nicht durchgängig in der Praxis angewendet; vor allem Zeitknappheit führt immer wieder dazu, dass auf unreflektierte Routinen zurückgegriffen wird: *„Du kannst nicht immer so arbeiten, wie Du es in den Schulungen gelernt hast, weil – oft geht hier so die Post ab, dass Du nur knapp das Nötigste erledigen kannst“* (HLB16)
- Validierende Konzepte werden auch nach der Intervention eher zufällig als zielführend eingesetzt. Ein Grund liegt darin, dass die vertiefende Einübung nach erfolgter Schulung ausblieb. Eine Mitarbeiterin versuchte dennoch, ohne begleitende Unterstützung mit dem Konzept der integrativen Validation (IVA) zu experimentieren, gab aber sehr schnell auf, weil sie keine Erfolge sah: *„Heute habe ich Schiffbruch erlitten – ich wollte eine Patientin validieren, das hat aber nicht geklappt. Es war furchtbar“* (JER14)
- Die Bedeutung von Angehörigen für die PatientInnen auf GISAD und deren Einbeziehung in das Betreuungskonzept hat merklich zugenommen, wenn geäußert wird: *„Ich hätte nicht gedacht, dass man von Angehörigen so viele wichtige Informationen bekommt. Das erleichtert einem wirklich die Einschätzung von jemand: warum ist ‘der’ jetzt so oder warum benimmt ‘die’ sich jetzt so? Echt wertvoll, solche Informationen“* (HUG21). Solche Einstellungsänderungen gegenüber Angehörigen zeigen sich durch den beobachtbaren Wechsel von eher abwartenden Verhaltensweisen zu zugehenden Gesprächsangeboten mit den Angehörigen.

3 Die personenbezogene Kodierung der Aussagen folgte nach dem Grundsatz: erster Buchstabe – Vorname Vater – Vorname Mutter – Geburtsort – Geburtstag (= 3 Buchstaben und 2 Zahlen – bei einstelliger Geburtstagszahl + eine Null vor die Zahl) und bezieht sich auf Äußerungen in Kurzinterviews, die in unmittelbarem Anschluss an die teilnehmende Beobachtung geführt wurden.

#### 5.4 Der Alltag auf GISAD

Auch wenn auf der gesamten Station offiziell nach Prinzipien der Bereichspflege gearbeitet wird, so zeigte sich in allen Projektphasen, dass bei zeitlichen und personellen Engpässen zu Mustern funktionalistischer Arbeitsmodelle (Elkeles 1994) zurückgegangen wurde. So waren Stellen – zusätzlich zur tariflich bedingten Reduktion des Personalschlüssels – aufgrund personeller Fluktuationen zeitweise nicht besetzt. Hinzu kamen in den Wintermonaten 2006/07 sowohl PatientInnen als auch MitarbeiterInnen, die von Infektionen mit Krankenhauskeimen betroffen waren. Entgegen üblicher Regelungen, in derartigen Projekten die Veränderungsprozesse mit einer personellen Stellenaufstockung zu flankieren bzw. Engpässe zu kompensieren, legte die Geschäftsleitung großen Wert darauf, das Projekt unter „Realbedingungen“ zu realisieren, um in jedem Fall Erkenntnisse unter dem Aspekt der Machbarkeit zu erhalten.

##### *Das Pflegeleitbild*

Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Pflegeleitbild“ im Sinne der Reflexion individueller Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit Demenz hat bei einigen MitarbeiterInnen den Stein ins Rollen gebracht: „... *Meine Einstellung zur Arbeit mit Menschen mit Demenz hat sich verändert. Ich sehe die Arbeit nicht mehr so problematisch und erfolglos wie vorher.*“ (ZEA09) oder es wird angemerkt: „*Die Pflege der Patienten mit Demenz kann auch eine Freude und eine Bereicherung sein.*“ (JER14). Dennoch ist nicht auszuschließen, das ist selbstkritisch anzumerken, dass von einigen MitarbeiterInnen trotz der intensiven Schulungen Menschen mit Demenz nach wie vor als unattraktiv und arbeitsaufwändig erlebt werden (Klostermann 2003).

##### *Therapeutische Angebote*

Tagesstrukturierende Angebote werden zwar immer noch bevorzugt anderen Berufsgruppen überlassen, allerdings hat die Wertschätzung des „Zeitverbringens“ mit den PatientInnen bei einzelnen MitarbeiterInnen zugenommen, wenn gesagt wird: „*Man lernt die Leute von einer ganz anderen Seite kennen, wenn man sich auch mal spielerisch mit ihnen beschäftigt – aber leider ist das ja nicht immer möglich*“ (RBE05)

##### *Angebot durch Präsenzkkräfte*

Neben den strukturierenden Angeboten durch die therapeutischen Berufsgruppen wird der Einsatz der Präsenzkkräfte sehr wertgeschätzt und ist aus dem GISAD-Alltag nicht mehr wegzudenken: „*Dass es die Präsenzkkräfte gibt, ist echt ein Segen. Inzwischen sind sie auch gut eingearbeitet und wissen, was sie zu tun haben*“ (ESH17). Die Präsenzkkräfte selber denken darüber nach, mit ihren Angeboten, die zur Zeit überwiegend weibliche Lebenszusammenhänge ansprechen, auf ein spezielles Angebot für Männer auszuweiten (z.B. Skat spielen, Basteln im Sinne von Hämmern, Sägen, reparieren, Technikzeitung lesen).

##### *Organisation pflegerischer Arbeit*

Prioritäten in der Arbeitsgestaltung werden ebenso wie früher eher nach verrichtungsbezogenen Gesichtspunkten als nach personenbezogenen Pflegebedarfen gesetzt, jetzt allerdings begleitet von einem schlechten Gewissen: „*Das ist ganz schön frustrierend,*

*wenn Du nicht so schaffen kannst wie Du selber den Anspruch hast“ (WHP24). „Das ist echt ätzend – vor allem, wenn es fast nur noch so läuft und Du es voll blickst, dass die Patienten dabei auf der Strecke bleiben“ (HLB16).*

## 6. Schlussfolgerungen

Die Erfahrungen lassen insgesamt positive Entwicklungen erkennen, wiewohl noch einiges zu tun bleibt, das Erreichte zu verstetigen. Mit Rieber (2006) lässt sich die Situation am Ende der Projektförderphase (2007) als „Innovationsschub mit (beginnender) Konsolidierung und Weiterentwicklung“ umschreiben.

Im Rückbezug auf die Projektziele ist festzuhalten, dass:

- die Betreuung und Versorgung von PatientInnen mit Demenz im Krankenhaus durch das segregative GISAD-Konzept in wichtigen Teilen verbessert werden konnte (z.B. frühzeitige Stabilisierung von PatientInnen, die Anzeichen herausfordernden Verhaltens zeigten, mehr Kontinuität im Einsatz vor allem der pflegerischen MitarbeiterInnen auf GISAD, Einbeziehung von Angehörigen). So konnten Ereignisse mit herausforderndem Verhalten durch sowohl interdisziplinäre als auch berufsgruppenspezifische Wahrnehmungen frühzeitiger erkannt und gelindert oder behoben werden. Wöchentlich stattfindende fallbezogene Teambesprechungen leisteten hierzu einen wesentlichen Beitrag. Allerdings lässt sich nicht sicher sagen, ob der Einsatz von Psychopharmaka reduziert werden konnte. Unabhängig davon kann aber festgestellt werden, dass sich verschiedene geschützte und zielgruppenspezifische Angebote zur Tagesstrukturierung bewährt haben und fortbestehen bleiben
- zumindest innerhalb des Bethanien-Krankenhauses Versorgungslücken geschlossen werden konnten und vor allem akute Krankheitsverläufe wie akute Verwirrheitszustände und Delirien so beeinflusst werden können, dass sich daraus keine längeren Krankenhausaufenthalte ergaben – einen Beitrag hierzu leisteten die wöchentlichen interdisziplinären Teambesprechungen und die monatlich stattfindenden GISAD-Foren
- die angestrebte Entlastung der MitarbeiterInnen auf GISAD auf der Grundlage von Wissenszuwachsen und einer Bereicherung ihres individuellen und beruflichen Kompetenzprofils in Teilen erreicht werden konnte, Einbrüche aber immer aufgrund der verschärften Rahmenbedingungen gegeben sind
- Hinsichtlich DRG-fähiger Abrechnungsmodalitäten für Menschen mit Demenz im Krankenhaus und eines auf diese Zielgruppe speziell zugeschnittenen Versorgungs- und Behandlungskonzeptes erste Grundlagen geschaffen wurden. Zukünftig gilt es, Vergütungsparameter zu präzisieren und diese mit den verschiedenen Kostenträgern zu verhandeln. Bislang kann zwar ein Teil der GISAD-PatientInnen über die geriatrische Komplexziffer (OPS 8-550) bei hohem Einsatz der auf GISAD üblichen Therapien abgerechnet werden. Wenn aber z.B. gefordert wird, Sonderleistungen des Sozialdienstes als abrechnungsfähigen Faktor einzubeziehen (DIMDI 2008), stellt sich zwangsläufig auch die Frage nach einer vergleichbaren Berücksichtigung pflegerischer Leistungen.



## 7. Ausblick

Auch wenn die Förderphase des Interventionsprojektes abgeschlossen ist, stehen wesentliche Arbeitsschritte noch aus und werden seit Ende 2007 schrittweise in Angriff genommen. Dazu gehört, für GISAD das Konzept der Primary Nurse (Manthey 2002) zu realisieren und zugleich Ideen der Intensivpflege in Analogie zu Kitwoods (2004) vertretener Auffassung zu realisieren, dass es sich um die Betreuung von Menschen handelt, die ihre Orientierung an der aktuellen Wirklichkeit verloren haben und daher kontinuierlich auf sicherheitsvermittelnde Bezugspunkte angewiesen sind. Das Konzept der Primary Nurse wird in der Fachliteratur bereits in Ansätzen diskutiert und positiv in seinem Bezug auf die Pflege von Menschen mit Demenz im Krankenhaus bewertet (Klostermann 2003). Es führt folgende Funktionen zusammen und legt daher entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen nahe:

- Fachlich-inhaltliche Gestaltung der Pflegeprozesse (Weiterbildung zur Pflegefachkraft Geronto-Psychiatrie)
- patientInnenbezogene Steuerung des Pflegeprozesses (Weiterbildung zur Primary Nurse)
- Qualitätssicherung (Weiterbildung Qualitätssicherung)
- Casemanagement und pflegerisches Entlassungsmanagement (Weiterbildung Casemanagement)
- Coaching/Praxisanleitung nach berufspädagogischen Gesichtspunkten (Weiterbildung Coaching in der Pflege/Praxisanleitung) (erstellt in Anlehnung an Bartholomeyczik, Halek, Riesner et al. in BMG 2006)
- gezielte Basisschulung aller anderen Pflegefachkräfte (ein- bis zweitägiges Fortbildungsangebot + Eigenstudienzeit) (Müller, Dutzi, Zieschang et al. 2007)

Vor dem Hintergrund der hier dargelegten Ausführungen ist in aller Eindringlichkeit davor zu warnen, ein derartiges Projekt lediglich mit bereits vorhandenen Ressourcen – zusätzlich zu den ohnehin alltäglich hohen Anforderungen – schultern zu wollen. Vielmehr müssen sich zukunftsfähige Konzepte nicht mehr nur an wirtschaftlichen Grundsätzen messen lassen, sondern in erster Linie daran, inwiefern sie eine angemessene und qualitativ anspruchsvolle Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit humanen Arbeitsstrukturen in Einklang zu bringen vermögen.

### Literatur

- Archibald, C. (2003): Patients with Dementia in Acute Hospitals. A Practice Guide for Registered Nurses; University of Stirling, Dementia Services Development Centre (DSDC) Stirling, Schottland
- Archibald, C. (2007): Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Ein Arbeitsbuch für Pflegefachkräfte. Kuratorium Deutsche Altershilfe Köln
- Bethanien-Krankenhaus Heidelberg: Jahresbericht 2004; unveröffentlicht (2005)
- Bickel, H. (2001): Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34:108 - 115
- Bosch, C. FM (1998): Vertrautheit. Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen. Wiesbaden, Ullstein Medical
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem



**Schwerpunkt**

Pflege &amp; Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.4

- Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe; Bartholomeyczik, S.; Halek, M.; Riesner, C. et al. (2006); [http://www.bmg.bund.de/cln\\_041/nn\\_600110/SharedDocs/Publikationen/Forschungsberichte/f007,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/f007.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_600110/SharedDocs/Publikationen/Forschungsberichte/f007/templateId=raw,property=publicationFile.pdf/f007.pdf) abgerufen am 15.08.2007
- Chapman, A., Jackson, FA, McDonad, C (2004): Wenn Verhalten uns herausfordert ... Ein Leitfaden für Pflegekräfte zum Umgang mit Menschen mit Demenz; Demenz Support Stuttgart gGmbH
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft: Alzheimer Info. 2003; <http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=48>, abgerufen am 28.07.2008
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) - Klassifikationen Kooperationszentrum WHO: Änderungsvorschlag für den OPS 2008; [http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/ops/vorschlaege/vorschlaege\\_2008/073-gkbsozialdienst-troegner.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/ops/vorschlaege/vorschlaege_2008/073-gkbsozialdienst-troegner.pdf), abgerufen am 02.09.2008
- Elkeles, T. (1994): Arbeitsorganisation in der Krankenpflege. Zur Kritik der Funktionspflege; Mabuse, Frankfurt/M.
- Flick, U. (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung; Rowohlt Enzyklopädie, Rowohlt, Reinbek
- Göschel, I. (2001): Demenz – „Aspekte der Pflege“; in: Tackenberg, Peter & Abt-Zegelin, Angelika: Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung; Mabuse, Frankfurt/Main, S. 207 - 214
- Kitwood, T. (2004): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen; Hans Huber, Bern
- Klostermann, J. (2003): Menschen mit Demenz im Krankenhaus; Bachelorarbeit an der Universität Witten/Herdecke, Medizinische Fakultät, Institut für Pflegewissenschaft (unveröffentlicht)
- Kolb, A.; Kolb, D. A (2006): Learning Styles and Learning Spaces: A Review of the Multidisciplinary Application of Experiential Learning in Higher Education; in: Sims R & Sims S (Eds.): Learning Styles and Learning: A Key to meeting the Accountability Demands in Education; Hauppauge, NY: Nova Publishers
- Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch; Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Manthey, M. (2002): Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem; Hans Huber, Bern u.a.O.
- Müller, E.; Dutzi, I.; Zieschang, T.; Hestermann, U.; Hestermann, M.; Oster, P. (2007): Geriatrich-internistische Station für akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD); Abschlussbericht; Bethanien-Krankenhaus Heidelberg, Geriatriisches Zentrum; im Auftrag der Otto und Edith Mühlshlegel Stiftung in der Robert Bosch Stiftung Stuttgart
- Richard, N. (1994): Mit Validation finden wir die Lichtungen im Nebel der Verwirrtheit; in: Pflegezeitschrift, 47. Jahrg., Heft 4: 232 - 235
- Rieber, M. (2006): Erfolgsfaktoren für die Umsetzung neuer Pflegekonzepte am Beispiel der Demenzbetreuung der Geriatrich-internistischen Station für akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD) am Bethanien-Krankenhaus Heidelberg – geriatriisches Zentrum; Diplomarbeit an der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt, FB Pflege und Gesundheitswissenschaften (unveröffentlicht)
- Weyerer, S.; Schäufele, M.; Hendlmeier, I. (2005): Lebens- und Betreuungsqualität demenzkranker Menschen in der besonderen stationären Betreuung in Hamburg; segregative und teilsegregative Versorgung im Vergleich; in: Pflege & Gesellschaft, 10. Jahrg., Heft 2: 90 - 96

*Elke Müller: Pflegewissenschaftlerin (Dr. phil.), Projektkoordination*

*Ilona Dutzi: Diplom-Psychologin*

*Ute Hestermann: Ärztin (Dr. med.)*

*Peter Oster: Ärztlicher Leiter Bethanien-Krankenhaus Heidelberg (Prof. Dr. med.)*

*Norbert Specht-Leible: Oberarzt (Dr. med., FA Innere Medizin)*

*Tania Zieschang: Ärztin (Dr. med., FÄ Innere Medizin)*

Bethanien-Krankenhaus Heidelberg, Geriatriisches Zentrum am Klinikum der Universität Heidelberg, Rohrbacher Straße 149; 69126 Heidelberg; [emueller@bethanien-heidelberg.de](mailto:emueller@bethanien-heidelberg.de)