

Aus dem Institut der Sozialmedizin – Sektion für Lehre und Forschung in der Pflege
an der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Sektionsleitung: Prof. Dr. phil. Sascha Köpke

**Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus – Erfahrungen und Einstellungen
behandelnder Ärztinnen und Ärzte – eine Querschnittstudie in
Schleswig-Holstein**

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
- Aus der Sektion der Medizin –

vorlegt von
Lena Schade
aus Friesoythe

Lübeck 2016

1. Berichterstatter:	Prof. Dr. phil. Sascha Köpke
2. Berichterstatter:	Priv.-Doz. Dr. med. Kamila Jauch-Chara
Tag der mündlichen Prüfung:	21.08.2017
zum Druck genehmigt. Lübeck, den	21.08.2017
- Promotionskommission der Sektion Medizin –	

Inhalt

Tabellenverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
2 Hintergrund.....	3
2.1 Definition der Demenz	3
2.2 Einteilung der Demenzen	4
2.3 Pathogenese.....	5
2.4 Risikofaktoren	6
2.5 Epidemiologie.....	6
2.5.1 Epidemiologie allgemein	6
2.5.2 Patienten mit Demenz im Krankenhaus.....	9
2.6 Klinisches Bild	9
2.6.1 Symptome	9
2.6.2 Schweregrade der Demenz	10
2.7 Diagnostik.....	11
2.8 Therapie	14
2.8.1 Pharmakologische Therapie:.....	14
2.8.2 Nicht pharmakologische Therapie	16
2.9 Überblick: Versorgung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus.....	16
3 Systematische Übersichtsarbeit	19
3.1 Material und Methoden.....	19
3.2 Ergebnisse	20
3.2.1 Systematische Übersichtsarbeit	20
3.2.2 Beobachtungsstudien.....	22
3.2.3 Zusammenfassende Beurteilung der Beobachtungsstudien	22
3.2.4 Interventionsstudien	28
3.2.5 Zusammenfassende Beurteilung der Interventionsstudien.....	28
3.3 Qualitätsanalyse	30
3.3.1 Analyse der systematische Übersichtsarbeit	30
3.3.2 Analyse der Beobachtungsstudien	30
3.3.3 Analyse der Interventionsstudien	31
4 Querschnittstudie.....	33
4.1 Hypothesen	33
4.2 Material und Methoden.....	34
4.2.1 Entwicklung des Fragebogens	34
4.2.2 Vorgehen der Datenerhebung	35
4.2.3 Pretestung des Fragebogens und des Vorgehens.....	37
4.2.4 Auswahl und Rekrutierung der teilnehmenden Krankenhäuser und Ärzte.....	37
4.2.5 Datenschutz.....	38
4.2.6 Ethik und Finanzierung.....	39
4.3 Statistik und Auswertung	39
4.4 Ergebnisse	40
4.4.1 Deskriptive Auswertung.....	40
4.4.1.1 Rücklauf.....	40

4.4.1.2	Studienpopulation	40
4.4.1.3	Erfassung des kognitiven Status	42
4.4.1.4	Entwicklung des Anteils an Patienten mit Demenz	43
4.4.1.5	Umgang mit Patienten mit Demenz	44
4.4.1.6	Arbeitsbelastung.....	45
4.4.1.7	Herausforderungen.....	46
4.4.1.8	Häufigkeiten ausgewählter Situationen.....	46
4.4.1.9	Zusammenarbeit	47
4.4.1.10	Nachstationäre Versorgung	48
4.4.1.11	Fort- und Weiterbildung	48
4.4.2	Überprüfung der Hypothesen	49
4.4.3	Regressionsanalyse für zwei Variablen von besonderem Interesse	52
5	Diskussion	54
5.1	Erfassung des kognitiven Status.....	54
5.2	Sicherheit im Umgang	56
5.3	Arbeitsbelastung und Herausforderungen im Umgang	57
5.4	Zusammenarbeit mit Angehörigen und anderen Berufsgruppen	59
5.5	Fort- und Weiterbildungen	61
5.6	Zusammenfassende Betrachtung.....	62
5.7	Stärken und Schwächen der Studie.....	64
5.8	Fazit und Ausblick.....	65
6	Zusammenfassung.....	67
7	Literaturverzeichnis	68
	Anhang	78
	Danksagung.....	91
	Lebenslauf.....	92
	Publikation.....	93
	Eidesstattliche Erklärung.....	94

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Prävalenz von Demenzerkrankungen in Deutschland (Bickel, 2014)	7
Tabelle 2.2: Inzidenz von Demenzerkrankungen in Deutschland (Bickel, 2014)	7
Tabelle 3.1: Übersicht der Beobachtungsstudien	23
Tabelle 3.2: Übersicht der Interventionsstudien	29
Tabelle 3.3: Bewertung der systematischen Übersichtsarbeit anhand der AMSTAR-Kriterien.....	30
Tabelle 3.4: Bewertung der Beobachtungsstudien mit dem "STROBE-Statement"	31
Tabelle 3.5: Bewertung der Interventionsstudien mit dem „Cochrane Risk of Bias Tool“	32
Tabelle 4.1: Fragebogenhintergrund.....	36
Tabelle 4.2: Charakteristika der Studienpopulation	41
Tabelle 4.3: Erfassung des kognitiven Status	42
Tabelle 4.4: Häufigkeit der Diagnose Demenz	43
Tabelle 4.5: Fortbildungsinteresse	49
Tabelle 4.6: Korrelationsanalysen der prädefinierten Hypothesen	49
Tabelle 4.7: Lineares Regressionsmodell der Variablen „Sicherheit im Umgang mit PmD“	52
Tabelle 4.8: lineares Regressionsmodell der Variablen „Zeitliche Arbeitsbelastung“	53
Tabelle 4.9: Lineares Regressionsmodell der Variablen „Psychische Arbeitsbelastung“	53

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1: Demenzprävalenz in den GKV-Daten für das Jahr 2002 und in verschiedenen Meta-Studien (nach Ziegler und Doblhammer, 2009)	8
Abbildung 3.1: Fluss-Diagramm der systematischen Literaturrecherche (PRISMA Recherche-Flow-Diagram)	21
Abbildung 4.1: Rekrutierung der Teilnehmer	40
Abbildung 4.2: Übersicht der Fachabteilungen.....	41
Abbildung 4.3: Informationsquellen zur Anamneseerhebung.....	44
Abbildung 4.4: Sicherheit bei ausgewählten Aspekten.....	45
Abbildung 4.5: Herausforderungen im Umgang mit Patienten mit Demenz.....	46
Abbildung 4.6: Häufigkeiten ausgewählter Situationen	47
Abbildung 4.7: Häufigkeit der Probleme aufgrund mangelnder Compliance	48
Abbildung 4.8: Streudiagramm der Korrelation der zeitlichen Arbeitsbelastung und des Anteils an Patienten mit Demenz.....	51
Abbildung 4.9: Streudiagramm der Korrelation der psychischen Arbeitsbelastung und des Anteils an Patienten mit Demenz.....	51
Abbildung 5.1: Schulungsinhalte und Veränderungsmaßnahmen auf der Schulungs- und Strukturebene (eigene Darstellung).....	63

Abkürzungsverzeichnis

CERAD	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's disease
CSQ	Caregiver Scenario Questionnaire
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DemTect	Demenzdektionstest
DiAG	Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser
DIP	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung
DRG	Diagnosis Related Groups
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5.Auflage
EuroCoDe	European Collaboration on Dementia
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KAMA	Knowledge and Management of Elder Abuse – Questionnaire
KOMPIDEM	Kompetenzen für die interprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz
LinDe	Landesinitiative Demenz
MCI	Mild Cognitive Impairment
MMST	Mini Mental Status Test
MoCA	The Montreal Cognitive Assessment
Panda	Parkinson Neuropsychometric Dementia Assessment
PmD	Patienten mit Demenz
TFDD	Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung
TSH	Thyreoidea stimulierendes Hormon
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

Patienten mit Demenz (PmD) im Krankenhaus sind eine besonders vulnerable Patientengruppe. Sie sind in einer fremden Umgebung oftmals verunsichert, da sie zunehmend auf vertraute Umgebung und Alltagsroutinen angewiesen sind. Im Krankenhaus verlieren sie ihren bisherigen Bezugsrahmen, Gewohnheiten und Rituale können nicht mehr wie bisher im Alltag gepflegt werden, Orientierungshilfen fehlen. Oftmals treten erste Zeichen einer Demenz deshalb erst im Krankenhaus auf, da die Betroffenen zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung Defizite und kognitive Einbußen gut kompensieren konnten (Harwood, 2012; Ehlenbach *et al.*, 2010). Oft werden PmD nicht wegen ihrer Demenz im Krankenhaus behandelt, aber diese bestimmt maßgeblich ihren Unterstützungsbedarf (Pinkert und Holle, 2012).

In der Literatur deutet sich an, dass eine signifikante Anzahl an Patienten im Krankenhaus eine Demenz haben (Gurlit *et al.*, 2013) und dass der Anteil in den nächsten Jahren ansteigen wird (Bickel, 2014).

Strukturelle Rahmenbedingungen und standardisierte Behandlungsabläufe entsprechen nur unzureichend den Bedürfnissen dieser Patienten (Pinkert und Holle, 2012). Diese Situation kann traumatisierende Erfahrungen auslösen, den Behandlungs- und Regenerationsprozess verzögern und die Demenz verschlechtern. PmD haben ein hohes Risiko während des Krankenhausaufenthaltes Komplikationen zu erleiden (Glover *et al.*, 2014; Watkin *et al.*, 2012).

Die Behandlung und Versorgung von PmD ist für alle Beteiligten im Krankenhaus mit beträchtlichen Herausforderungen verbunden, nicht nur aufgrund der kognitiven Einschränkungen des Patienten, sondern auch aufgrund der häufig im Krankheitsverlauf auftretenden herausfordernden Verhaltensweisen wie Agitiertheit, depressive Verstimmungen, aber auch Aggressivität, Apathie und Schlafstörungen (Kales *et al.*, 2015). Pflegende und Ärzte sind kaum auf deren Versorgung vorbereitet (Balzer *et al.*, 2013b; Cohen-Mansfield *et al.*, 2012).

In der nationalen und internationalen Literatur zeigt sich, dass Pflegende erheblich durch die Versorgung von PmD belastet sind und die Behandlung Betroffener oft nicht leitliniengerecht erfolgt (Skoldunger *et al.*, 2015; Balzer *et al.*, 2013a; Köpke *et al.*, 2012).

Eine Befragung des Pflegepersonals am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Lübeck zeigte bereits einen deutlichen Bedarf an Verbesserung der pflegerischen Kompetenzen zu bestimmten Handlungsaspekten (Balzer *et al.*, 2013b). Auch im ambulanten Bereich existieren bereits verschiedenste Ansätze zur Unterstützung der Betreuung von Menschen mit Demenz im Rahmen des Sozialgesetzbuch (SGB) XI und der Anpassung des Pflegestärkungsgesetz. Durch Neudefinierung des Begriffs Pflegebedürftigkeit sind aktuell für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit neben den Beeinträchtigungen der Selbständigkeit auch kognitive Einschränkungen maßgeblich (SGB XI,

2015). Die Krankenhausversorgung wurde bisher wenig thematisiert und rückt nun durch die demographische Entwicklung in den Vordergrund.

Die Einstellung und das Wissen von Ärzten¹ im Krankenhaus zum Umgang mit PmD ist bislang unzureichend untersucht, könnte jedoch eine wichtige Determinante im Verlauf der Krankenhausbehandlung von PmD darstellen (DiAG und dip, 2012).

Ziel dieser Arbeit ist die Erhebung der Erfahrungen und Einstellungen der behandelnden Ärzte, der selbst eingeschätzten Sicherheit von Ärzten im Umgang mit PmD im Krankenhaus und der damit einhergehenden Arbeitsbelastung. Die Ergebnisse dieser Befragung sollen mögliche Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung von PmD im Krankenhaus zeigen, in dem sie die Problembereiche zunächst sichtbar machen.

Um einen umfassenden Überblick der Situation der Ärzte im Umgang mit PmD im Krankenhaus zu erhalten, wurde in dieser Arbeit zunächst eine systematische Literaturrecherche zu dem Thema durchgeführt. Auf Basis dieser wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt, pilotiert und anschließend eine Querschnittstudie in ausgewählten Krankenhäusern in Schleswig-Holstein durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragung werden im Kontext der aktuellen Literatur diskutiert um mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation der PmD daraus abzuleiten. Die Ergebnisse können als Grundlage für ein Fort- und Weiterbildungskonzept genutzt werden.

¹ Zur Vereinfachung der Darstellung schließen alle Angaben zu den Geschlechtern Männer und Frauen ein und es wird die männliche Form verwendet.

2 Hintergrund

Für das weitere Verständnis der Auswertungen der Arbeit ist das Wissen über die klinische Situation der Demenz wichtig. Daher werden im Folgenden die Hintergründe der Erkrankung näher besprochen.

2.1 Definition der Demenz

Die Demenz ist ein, vorwiegend im höheren Alter auftretendes, klinisches Syndrom unterschiedlicher Genese, geprägt durch eine fortschreitende Gedächtnisstörung und die Verschlechterung einer weiteren kognitiven Funktion, die zu einer Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung führen und mehr als 6 Monate anhalten (Kopf und Rosler, 2013). Die Demenz manifestiert sich in einem meist chronisch fortschreitendem erworbenem Verlust höherer kortikaler Funktionen einschließlich intellektueller Fähigkeiten mit Abnahme des Gedächtnisses, des Denkvermögens, der Orientierung, der Auffassung, des Rechnens, der Lernfähigkeit, der Sprache und des Urteilsvermögens im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Man beobachtet sowohl depressive Hemmung als auch euphorische Enthemmung mit Störungen der Affektkontrolle und des Verhaltens.

Im klinischen Gebrauch und für die Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen ist in Deutschland der Diagnoseschlüssel des ICD-10 vorgegeben. Die deutsche Version des ICD-10 benennt folgende Kriterien, die zum Vorliegen der Diagnose Demenz erfüllt sein müssen (World Health Organisation, 2016):

1. Verschlechterung des Gedächtnisses, zunächst vor allem des Erlernens neuer Gedächtnisinhalte und Verschlechterung weiterer kognitiver Funktionen, z. B. der Urteilsfähigkeit oder Planung, in einem Maße, das Alltagsfunktionen beeinträchtigt
2. keine Bewusstseinsbeeinträchtigung
3. Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, der Motivation oder Veränderung des Sozialverhaltens
4. Dauer von Kriterium 1 mindestens 6 Monate.

Der internationale Standard für die Klassifikation der Demenzen ist die DSM V (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) (American Psychiatric Assoziation, 2013). Damit wird eine Demenz diagnostiziert, wenn mehrere kognitive Defizite vorliegen, die sich in einer Gedächtnisbeeinträchtigung plus mindestens einer der folgenden Störungen zeigen:

- Aphasie: Störung der Sprache
- Apraxie: beeinträchtigte Fähigkeit, motorische Aktivitäten auszuführen
- Agnosie: Unfähigkeit, Gegenstände zu identifizieren bzw. wiederzuerkennen
- Störung der Exekutivfunktionen, d.h. Planen, Organisieren, Einhalten einer Reihenfolge

Durch die verschiedenen diagnostischen Leitfäden, deren Kardinalsymptom zwar die Gedächtnisdefizite sind, führt die entsprechende Verwendung unterschiedlicher Diagnosekriterien auch zu unterschiedlichen Krankheitshäufigkeiten (Erkinjuntti *et al.*, 1997).

2.2 Einteilung der Demenzen

Differentialdiagnostisch wichtig sind folgende ätiologisch eingeteilten Demenzformen: Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz, gemischte Demenz, Demenz bei Parkinson-Syndrom, Lewy-Körperchen-Demenz, frontotemporale Demenz und Demenz im Zusammenhang mit der Alkoholkrankheit.

Die Alzheimer-Demenz gilt als häufigste Demenzform mit einem Anteil von deutlich über 50% aller Patienten, gefolgt von der vaskulären und der gemischten Demenz mit jeweils ca. 15 - 25%. Andere Demenzformen machen einen Anteil von < 10 % aus (Kopf und Rosler, 2013; Qiu *et al.*, 2007). Die Ursachen der Demenz sind vielfältig und zum Teil noch ungeklärt.

Abgrenzung zur milden kognitiven Einschränkung (Mild Cognitive Impairment (MCI))

Auch beim gesunden Altern ist das Gehirn Alterungsprozessen unterlegen. Die Synapsendichte nimmt ab, die Zahl an Neurofibrillen und Plaques steigt (Haug, 1985). Dennoch zeigt sich kein genereller Leistungsabfall, sondern in einzelnen Leistungsbereichen ergibt sich eine nachlassende Fähigkeit. Teilbereiche des Gedächtnisses sind betroffen, andere Bereiche bleiben konstant. Hier lässt sich die milde kognitive Einschränkung von der Demenz abgrenzen. Derzeit am meisten verwendet werden die diagnostischen Richtlinien nach Petersen (2004). Personen mit MCI weisen auf, dass die Defizite nur auf das Gedächtnis begrenzt sind und in ihrem Ausmaß zwar über den normalen Alterseffekten liegen, aber zu keiner Beeinträchtigung führen. Ein MCI kann jedoch ein Vorstadium einer dementiellen Erkrankung sein und stellt einen Risikofaktor dar (Petersen *et al.*, 2001). Eine regelmäßige Verlaufskontrolle ist empfohlen, allerdings fehlen noch kontrollierte Studien (Mitchell und Shiri-Feshki, 2009; Petersen und Negash, 2008; Lautenschlager, 2002).

2.3 Pathogenese

Es werden zwei wichtige Mechanismen in der Pathogenese der Demenz unterschieden: die neurodegenerativen und die vaskulären Prozesse. Die neurodegenerativen Prozesse gehen in der Regel mit einer multifaktoriellen Stoffwechselstörung in den Neuronen einher, die zur Ansammlung von neurotoxischen Stoffen und damit zum Zelluntergang der Neurone führt (Kopf und Rosler, 2013).

1906 beschrieb Alois Alzheimer erstmals die Demenz, nachdem er die Patientin Auguste Deter in der Frankfurter Nervenlinik über Jahre beobachtet und ihr Gehirn nach ihrem Tod histologisch untersucht hatte. Die Patientin litt unter einem zunehmenden Gedächtnisverlust, Sprachstörungen und Persönlichkeitsveränderungen. Alzheimer beschrieb eine „eigenartige Erkrankung der Hirnrinde“ (Alzheimer, 1907). Histopathologisch fand er Eiweißablagerungen in der Hirnrinde, sogenannte Amyloidplaques und einen zahlreichen Untergang von Nervenzellen und Bildung von Neurofibrillen an dieser Stelle. Amyloid wird aus dem „amyloid precursor protein“ in verschiedenen Schritten durch Enzyme namens Alpha-, Beta-, oder Gammasekretasen gespalten. Durch einen Fehlmetabolismus dieser Sekretasen werden pathologische Bruchstücke produziert, die zu den typischen Plaques aggregieren, sich zwischen die Synapsen schieben und Entzündungsreaktionen hervorrufen (Steiner *et al.*, 1999). In den seltenen Fällen von familiärem Morbus Alzheimer liegen Störungen in Form einer Punktmutation auf Chromosomenebene vor allem im Präsenilingen vor, die zur Fehlfunktion der Gammasekretase führen. Außerdem treten gehäuft sogenannte Alzheimer'sche Fibrillen auf. Diese fibrillären Zellveränderungen in den Neuronen bestehen aus Tau-Protein-Konglomeraten. Die physiologische Aufgabe des Tau-Proteins besteht in der Stabilisierung der Mikrotubuli. Bei der Alzheimerkrankheit kommt es zu einer Überphosphorylierung des Taus. Dadurch verliert Tau seine Affinität zu den Mikrotubuli und wird unlöslich. Der axonale Transport ist gestört und das Axon degeneriert schließlich.

Die Ursachen der vaskulären Demenz hingegen sind mikro- oder makroangiopathische Veränderungen mit darauffolgenden zerebrovaskulären Läsionen und fortschreitender Hirnatrophie. Es entstehen häufig lakunäre Infarkte vor allem in den Stammganglien. Größter Risikofaktor ist die arterielle Hypertonie.

Bei den weiteren oben genannten Demenzformen sind andere Stoffwechselwege gestört. Synuklein spielt bei der Parkinson- und Lewy-Körperchendemenz eine Rolle und Progranulin bei der frontotemporalen Demenz (Kopf und Rosler, 2013). Bei der Demenz im Zusammenhang mit der Alkoholkrankheit spielen neurologische Veränderungen im Sinne einer Wernicke-Enzephalopathie eine Rolle, aber auch Folat- und Thiaminmangel durch die häufig auftretende

Mangelernährung rufen das klinische Bild einer Demenz hervor, der Alkohol selbst nimmt eine untergeordnete Rolle ein.

2.4 Risikofaktoren

Der stärkste Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz ist das Alter (Weyerer, 2005; Fratiglioni *et al.*, 1999). Abgeleitet von der Pathogenese ist das Auftreten einer Demenz bei Verwandten ersten Grades ebenfalls ein wichtiger Risikofaktor. Ein Lebensstil mit regelmäßiger körperlicher Aktivität, gesunder (z.B. mediterraner) Ernährung, geistiger Bildung und moderatem Alkoholkonsum kann einen protektiven Effekt haben. Wie bereits beschrieben kann die milde kognitive Einschränkung eine Vorstufe einer Demenz sein und stellt damit einen Risikofaktor da. Neurologische Erkrankungen wie der Morbus Parkinson oder das Down-Syndrom gehen mit dem erhöhten Auftreten einer Demenz einher. Das vaskuläre Risikoprofil (arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus und Nikotinabusus) spielt in der Pathogenese der vaskulären Demenz eine große Rolle.

Weitere in der Literatur beschriebene, aber in Studien nicht eindeutig verifizierte Risikofaktoren sind das weibliche Geschlecht aufgrund der höheren Lebenserwartung (World Health Organisation, 2012), ein niedriges Körpergewicht bei weiblichen Patienten und vorausgegangene Kopfverletzungen wie Schädelhirntraumata (Knopman *et al.*, 2007; Mortimer *et al.*, 1991).

2.5 Epidemiologie

2.5.1 Epidemiologie allgemein

Weltweit lebten im Jahr 2010 ca. 35,6 Millionen Menschen mit einer Demenz und Prognosen deuten an, dass sich die Zahl 2030 verdoppeln wird auf 65,7 Millionen Menschen (Prince *et al.*, 2013; Wimo und Prince, 2010; Ferri *et al.*, 2005). Die WHO schätzt pro Jahr 7,7 Millionen Neuerkrankungen an Demenz weltweit (World Health Organisation, 2012).

In Deutschland leben zurzeit 1,5 Millionen Menschen mit einer Demenz. Pro Jahr wird mit knapp 300.000 Neuerkrankungen gerechnet (Bickel, 2014). Über 50% der Erkrankten sind von der Alzheimer-Demenz betroffen. Die Anzahl der Demenzbetroffenen wird sich im Jahr 2060 auf 2,5 Millionen Demenzerkrankte verdoppeln (Rothgang *et al.*, 2010).

Die Angaben zu Inzidenz und Prävalenz sind jedoch begrenzt belastbar, da sie auf Schätzungen beruhen und zum Teil schon über 10 Jahre alt sind. Das liegt zum einen an der Schwierigkeit leicht-

te Demenzen zu diagnostizieren, zum anderen werden bei empirischen Erhebungen oft relativ kleine Stichproben untersucht.

Die Tabelle 2.1 zeigt die Prävalenz der Demenzerkrankung in Deutschland an. Sie verdoppelt sich im Altersabstand von 5 Jahren und nimmt von 1,6% in der Altersgruppe der 65 - 69 Jährigen auf rund 40% in der Altersgruppe der über 90-Jährigen zu. Frauen erkranken häufiger, was unter anderem in der höheren Lebenserwartung der Frauen begründet liegt (World Health Organisation, 2012). Im mittleren Lebensalter (45-64 Jahre) sind Demenzen vergleichsweise selten. Weniger als 2% der Erkrankungen entfallen auf ein Alter von weniger als 65 Jahren.

Die Tabelle 2.2 gibt die Inzidenz der Demenz in Deutschland an. Analog zur Prävalenz nimmt auch die Neuerkrankungsrate mit dem Alter zu auf bis 10% bei den Höchstbetagten.

Tabelle 2.1: Prävalenz von Demenzerkrankungen in Deutschland (Bickel, 2014)

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate nach EuroCoDe* (%)			Geschätzte Zahl an Erkrankten in Deutschland Ende des Jahres 2012		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
65-69	1,8	1,4	1,6	33.700	29.200	62.900
70-74	3,2	3,7	3,5	72.300	97.000	169.300
75-79	6,9	7,7	7,3	109.100	155.600	264.700
80-84	14,4	16,4	15,6	129.900	223.000	362.900
85-89	20,9	28,4	26,1	85.000	271.800	356.800
90 und älter	29,2	44,2	41,0	39.300	217.200	256.000
65 und älter	6,6	10,5	8,8	469.200	1.003.900	1.473.000

* European Collaboration on Dementia

Tabelle 2.2: Inzidenz von Demenzerkrankungen in Deutschland (Bickel, 2014)

Altersgruppe	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr (%)	Geschätzte Zahl an Erkrankten in Deutschland Ende des Jahres 2013
65-69	0,4	15.500
70-74	0,9	42.000
75-79	1,9	63.800
80-84	4,1	80.500
85-89	6,5	65.600
90 und älter	10,1	37.400
65 und älter	1,9	304.800

Die Abbildung 2.1 fasst Ergebnisse epidemiologischer Studien zusammen und verdeutlicht den Zusammenhang des höheren Lebensalters mit der Prävalenz der Erkrankung (Ziegler und Doblhammer, 2009).

Eine aktuelle Studie von Doblhammer *et al.* (2015) zeigt jedoch, dass die Prävalenz der Demenz in der Altersgruppe der 75 - 85 Jährigen signifikant gesunken ist. Diesen Trend bestätigen voran-

gegangene Studien (Rocca *et al.*, 2011; Langa *et al.*, 2008). Neuere Ergebnisse lassen vermuten, dass unter anderem aufgrund zunehmender primärpräventiver Maßnahmen und eines veränderten Lebensstils die Entwicklung der Prävalenz der Demenz eventuell nicht in dem Maße zunehmen wird wie bislang angenommen (Matthews *et al.*, 2013). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass präventive Maßnahmen wie z.B. die Herzinfarktprävention und frühe Bildung im Kindes- und Jugendalter im Hinblick auf die Entwicklung einer Demenz sinnvoll erscheinen (Banerjee, 2013; Meng und D'Arcy, 2012). Die CFAS I- und II-Studien haben gezeigt, dass später geborene Populationen in England ein niedrigeres Risiko für eine Demenzerkrankung haben als früher geborene Populationen (Matthews *et al.*, 2013). Larson *et al.* (2013) fassten die internationalen Trends der Evidenz für die Prävalenz der Demenz zusammen und wiesen darauf hin, dass bessere Bildung und höherer wirtschaftlicher Wohlstand die Lebenserwartung steigern und das Risiko an einer Altersdemenz aufgrund des höheren Lebensalters zu erkranken reduzieren.

Dennoch bleibt die Erkrankung Demenz eine der größten Herausforderungen für das Gesundheitssystem sowohl in Ländern mit niedrigem Einkommen als auch in westlichen Ländern (World Health Organisation, 2012).

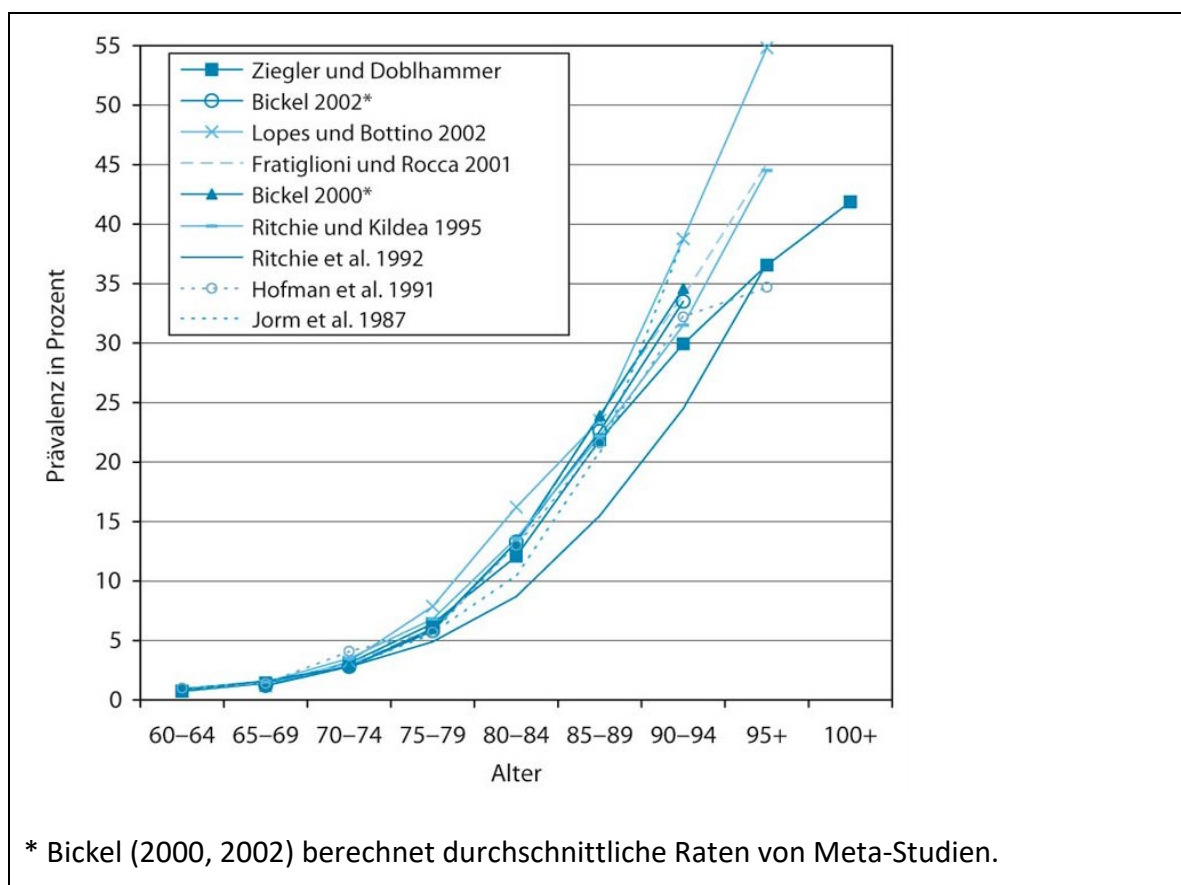


Abbildung 2.1: Demenzprävalenz in den GKV-Daten für das Jahr 2002 und in verschiedenen Meta-Studien (nach Ziegler und Doblhammer, 2009)

2.5.2 Patienten mit Demenz im Krankenhaus

Die Anzahl der PmD im Krankenhaus in Deutschland ist gegenwärtig nicht zuverlässig anzugeben (Pinkert und Holle, 2012). Für den deutschsprachigen Raum liegen zwei Studien vor, in denen die Prävalenz mit 11 - 28% angegeben ist (Tauschke *et al.*, 2009; Arolt *et al.*, 1997). International ist die Studienlage unbefriedigend und durch eine große Heterogenität gekennzeichnet, die Prävalenzen reichen hier von 3,4 - 43% (Pinkert und Holle, 2012). Basieren die Daten auf der Entlassungsdiagnose ist die Prävalenzrate vergleichsweise gering, wohingegen die Prävalenz auf Basis von Screeningstools und ausführlichen Assessments höher ist. Auch in Deutschland wird die Diagnose Demenz im Krankenhaus untercodiert (Hofmann, 2013; Rudolph *et al.*, 2010; Sampson *et al.*, 2009). Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass zum einen die Nebendiagnose Demenz wenig erlösrelevant ist, zum anderen, dass in der Regel nicht die Demenz selbst, sondern somatische Komorbiditäten und Akutereignisse wie Stürze zu einer Krankenhauseinweisung führen (Pinkert und Holle, 2012). Die Diagnose Demenz findet aufgrund dessen wenig Beachtung. In Studien, die die Hospitalisierungsrate von Menschen mit Demenz untersucht haben, wurde festgestellt, dass ein nicht geringer Anteil von Krankenhauspatienten Menschen mit Demenz sind. Der Anteil liegt zwischen 16,7 und 66% (Rudolph *et al.*, 2010; Mitchell *et al.*, 2009).

Weitere Studien zeigten, dass Menschen mit Demenz häufiger als Notfall ins Krankenhaus eingewiesen werden als Menschen ohne Demenz (Phelan *et al.*, 2012; Thies und Bleier, 2012). Ein Drittel der Menschen mit Demenz sind mindestens ein Mal pro Jahr im Krankenhaus (Natalwala *et al.*, 2008). Zurückhaltend schätzen Pinkert und Holle (2012), dass ungefähr jeder fünfte ältere Krankenhauspatient dementielle Veränderungen aufweist.

Insgesamt wird deutlich, dass die Zahl der PmD im Krankenhaus eine zunehmende Rolle spielt und durch die mangelnde Detektion der Anteil an PmD möglicherweise höher ist als bisher angenommen.

2.6 Klinisches Bild

2.6.1 Symptome

Die Symptomatik der Demenz ist sehr vielgestaltig. Zu Beginn der Erkrankung ist es oft schwierig, eine klinische Diagnose zu stellen, weil die Symptome uncharakteristisch sind. Die typischen Symptome einer Demenz sind aber die Abnahme des Erinnerungsvermögens und die Fähigkeit Zusammenhänge zu erfassen.

Neben kognitiven Symptomen wie Gedächtnisstörung und Leistungsminderung äußert sich die Demenz vor allem im Krankenhaus auch durch nicht kognitive Symptome wie Unruhe, Agitiertheit

und Aggression sowie durch wahnhafte Überzeugungen und Halluzinationen (Kales *et al.*, 2015; Herrmann, 2001). Die Auslöser hierfür können Operationen inklusive Narkosen, Medikamente, somatische Begleiterkrankungen, Schmerzen, Veränderung der Umgebung, Alleinsein oder Reizüberflutung durch die Anwesenheit vieler zum Teil unbekannter Menschen sein. Diese Umstände sind im Krankenhaus in besonderem Maße gegeben. Häufig werden die Patienten auch im Krankenhaus das erste Mal auffällig, weil sie die Defizite zu Hause in vertrauter Umgebung sehr gut kompensieren konnten (Harwood, 2012). Hier ist die Abgrenzung zum Delir wichtig. Ein Delir kann aber auch eine Demenz hervorrufen bzw. verschlechtern (Fong *et al.*, 2012; Fick *et al.*, 2002). Zudem bekommen Patienten mit einer Demenz tendenziell häufiger ein Delir im Krankenhaus (Rahn, 2008; Heckelmann, 2004).

Darüber hinaus besteht für Patienten mit Demenz ein erhöhtes Risiko für zusätzliche Gesundheitsstörungen wie z.B. Schmerzen, Infektionen oder auch atypische Krankheitssymptome (Li *et al.*, 2004). Harnwegsinfektionen und Pneumonien sind einer der Hauptgründe für stationäre Aufnahmen von PmD (Sampson *et al.*, 2009). PmD weisen auch eine erhöhte Sturzgefahr auf (Borbasi *et al.*, 2006).

PmD fällt der Umgang mit technischen Geräten zunehmend schwerer, Termine und Inhalte von kurz zurückliegenden Gesprächen werden vergessen. Der Betroffene fällt häufig durch Doppelterzählen auf, aber auch langsamer unerklärter Gewichtsverlust und Schwindel sollten an eine Demenz denken lassen. Die Ursachen des Gewichtsverlusts können hier zum einen der Appetitsverlust, aber auch eine frühauftretende Anosmie oder die zunehmenden Schwierigkeiten bei der Essenszubereitung durch die kognitive Einschränkung sein. In späteren Stadien der Demenz kommen unangemessenes Verhalten in sozialen Situationen und Schwierigkeiten bei der Körperpflege hinzu. Nichtkognitive Symptome wie Bewegungsdrang, Weglauftendenzen und Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus sind für Angehörige sehr belastend (Kopf und Rosler, 2013). Ein großer Anteil der Betroffenen bemerkt die Symptome selbst nicht, sodass eine Fremdanamnese immer wichtig ist. Hingegen bleibt das emotionale Gedächtnis bei Patienten mit Demenz lange Zeit erhalten, eine wichtige und wertvolle Information für den Umgang von PmD im Krankenhaus (Blessing *et al.*, 2006). Die vaskuläre Demenz beginnt eher plötzlich und fluktuiert in der Symptomatik stärker.

2.6.2 Schweregrade der Demenz

Die Ausprägung der Demenz wird in drei Schweregrade eingeteilt (Weyerer, 2005). Die quantitative Abschätzung speziell der Alzheimer Demenz erfolgt mit dem Mini-Mental-Status-Test (MMST). Eine „leichtgradige“ Demenz ist charakterisiert durch eine Einschränkung kognitiver Leistungen insbesondere der Gedächtnisleistung und Informationsverarbeitung, so dass die Bewältigung

schwieriger Aufgaben eingeschränkt ist, aber Betroffene nicht von anderen Personen im Alltag abhängig sind.

Von einer „mittelgradigen“ Demenz wird gesprochen, wenn Patienten ohne fremde Hilfe nicht mehr zurechtkommen. Einfache Alltagsanforderungen wie Ankleiden und Körperpflege sind ohne fremde Hilfe nicht zu bewerkstelligen. In diesem Stadium verarmt der sprachliche Ausdruck und die Erinnerung alter Informationen geht verloren. Es treten gehäuft Verhaltensauffälligkeiten wie zielloses Umherwandern, Agitiertheit, Apathie sowie auch Wahnvorstellungen und Halluzinationen auf.

Das Stadium der „schweren“ Demenz ist durch den Verlust höherer kognitiver und psychischer Funktionen gekennzeichnet. Patienten verlieren die Kontrolle über körperliche Funktionen. Permanente grundpflegerische Versorgung ist nötig, meist besteht eine Harninkontinenz, Bettlägerigkeit, die Patienten sind schwerstpflegebedürftig und damit dem hohen Risiko daraus resultierender Folgeerkrankungen ausgesetzt.

2.7 Diagnostik

Der diagnostische Prozess sollte im Allgemeinen sechs Schritte beinhalten: Eigenanamnese, Fremdanamnese, körperliche Untersuchung, kognitive Kurztests, grundlegende Labordiagnostik und eine zerebrale Bildgebung (Feldman *et al.*, 2008). Im klinischen Gebrauch und für die Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen ist in Deutschland der oben genannte Diagnoseschlüssel des ICD-10 vorgegeben. Anhand der Kriterien wird deutlich, dass die Diagnose der Demenz eine klinische ist, in der apparative Zusatzuntersuchungen vornehmlich stützende Funktion bzw. differenzialdiagnostische Bedeutung zum Ausschluss anderer Demenzursachen und abwendbar gefährlicher Verläufe haben.

Die Eigenanamnese kann erste Hinweise auf den Schweregrad einer Demenz liefern. Die Anamnese sollte die Symptomentwicklung in den Bereichen Kognition, Verhalten und Alltagsbewältigung beinhalten mit zeitlicher Dynamik, die vegetative Anamnese, Vorerkrankungen, Medikamentenanamnese und Familienanamnese enthalten, soweit der Patient dies adäquat beantworten kann. Deshalb ist die Fremdanamnese von zentraler Bedeutung und in jedem Fall durchzuführen. Diese sollte oben genannte Punkte vervollständigen. Empfehlenswert ist ein separates Gespräch ohne den Betroffenen, denn bspw. bei der frontotemporalen Demenz werden Beschreibungen über beschämendes Verhalten oftmals nicht erwähnt, wenn der Patient anwesend ist. Wichtig sind Fragen nach Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens des Patienten. In der Frühphase äußern sich die Symptome einer Demenz eher in einer Verschlechterung von „höheren Funktionen“ wie finanzielle Regelungen, Autofahren oder vernachlässigen von Hobbies. Diese

Phase ist in der Eigenanamnese selten zu erfassen. Dieses Gespräch ist sekundär eine Möglichkeit, dem Angehörigen Hilfe in der weiteren Versorgung, auch bei Verschlechterung des Zustandes anzubieten (Feldman *et al.*, 2008). Die körperliche Untersuchung dient insbesondere dem Ausschluss von Differentialdiagnosen wie Hirninfarkt, Hirnblutungen, Delir und damit abwendbar gefährlichen Verläufen. Gleichzeitig kann sie auf Krankheiten, die als primäre Ursache der Demenz gelten, hinweisen wie z.B. Symptome eines Parkinsonsyndroms (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2015).

Die kognitiven Kurztests sind geeignete Hilfsmittel kognitive Einschränkungen festzustellen und damit eine Demenz zu detektieren. Auch der Verlauf einer Demenz ist damit dokumentierbar. Die Kurztests haben jedoch eine geringere Sensitivität als die neuropsychologischen Testverfahren wie exemplarisch die Testbatterie des amerikanischen „Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s disease“ (CERAD) (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2015; Morris *et al.*, 1989). Aufgrund der Relevanz für die spätere Befragung dieser Arbeit werden die kognitiven Tests kurz vorgestellt.

Der MMST ist das am häufigsten verwendete Instrument mit einer hohen Sensitivität und Spezifität für die Detektion mittel- bis schwergradiger Demenzen (Folstein *et al.*, 1975). Verläufe der Demenzen können gut dokumentiert werden, unbehandelte Patienten weisen einen Punkteverlust von ca. 4 Punkten pro Jahr auf (Holsinger *et al.*, 2007). Die Schweregrade einer Alzheimer-Demenz werden anhand dieses Testes eingeteilt. Der Test dauert 10 - 15 Minuten.

Der Uhrentest evaluiert exekutive Funktionen des Frontallappens und zeigt visuell konstruktive Defizite auf (Shulman *et al.*, 1993). Der Patient wird dazu aufgefordert, ein Ziffernblatt zu zeichnen, welches die Uhrzeit „10 nach 11“ darstellt. Der Test ist alltagspraktisch und schnell durchführbar. Er wird häufig als zusätzliches Screeninginstrument verwendet. Zur Abgrenzung einer leichten kognitiven Einschränkung ist sein Nutzen fraglich (Powlishta *et al.*, 2002; Lee *et al.*, 1996). Der Test dauert 5 Minuten.

Der Demenzdektionstest (DemTect) ist besonders zur Detektion leichter Demenzen geeignet (Kessler *et al.*, 2000). Er beinhaltet mit 10 Wörtern eine längere Erinnerungsliste als der MMST, enthält aber keine Zeichenaufgabe. Er hat sich in Deutschland bewährt, findet international aber wenig Anwendung (Milne *et al.*, 2008). Der Test dauert 10 Minuten.

Der zweigeteilte Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD) besteht aus einem Teil mit Items zur Früherkennung von Demenzen und erfasst Erinnerungsvermögen und Orientierung und enthält den Uhrentest (Ihl *et al.*, 2000). Der zweite Teil beinhaltet zwei Fragen zur Depression. Der kognitive Teil ist bereits sehr gut zur Abgrenzung der Demenz und Depression geeignet, da depressive Patienten die Aufgaben noch relativ gut bewältigen können. Der Test dauert 5 - 7 Minuten.

The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ist besonders für leichte kognitive Einschränkungen geeignet (Nasreddine *et al.*, 2005). Es berücksichtigt unterschiedliche kognitive Bereiche wie z.B. Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Sprache, Orientierung. Der Test eignet sich besonders gut bei frontalen Läsionen des Gehirns und dauert 10 Minuten.

Der Six-Item Screener stellt sechs Fragen zum Jahr, Monat, Tageszeit, Rückwärtszählen von 20 bis 1, Aufzählung der Monate des Jahres rückwärts, Erinnerung einer vorab genannten Adresse aus 5 Komponenten und dauert 5 Minuten (Callahan *et al.*, 2002).

Das CERAD ist ein neuropsychologisches Testverfahren bestehend aus mehreren Einzeltests. Dieser erlaubt die Differenzierung verschiedener MCI-Formen (Petersen und Negash, 2008). Aufgrund seiner Durchlaufdauer von 30-45 Minuten wird er nur selten im Akutkrankenhaus eingesetzt.

Der Panda-Test (Parkinson Neuropsychometric Dementia Assessment) wird nur selten im Rahmen der Demenzdiagnostik eingesetzt.

Die Labordiagnostik dient vor allem dem Ausschluss der Differentialdiagnosen von Demenzerkrankungen. Bei allen Patienten, die klinisch eine kognitive Einschränkung präsentieren, sollte eine Basislabordiagnostik durchgeführt werden. Bei einem Demenzverdacht empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2008) die Untersuchung folgender Laborparameter:

- Blutbild zum Ausschluss einer Anämie
- TSH zum Ausschluss einer Hyper- oder Hypothyreose
- Elektrolyte wie Natrium, Kalium, Calcium, Chlorid z.B. zum Ausschluss einer Hyponatriämie und chronischen Nierenerkrankungen
- Blutzucker zum Ausschluss einer Hyperglykämie
- Vitamin B12 zum Ausschluss von Vitamin B12-Mangel

Spezielle Untersuchungen wie die Bestimmung des Apolipoprotein-E-Genotyps und die Liquordiagnostik mit Bestimmung von erhöhtem Phospho-Tau-Protein und erniedrigten Beta-Amyloid zur ätiologischen Diagnostik der Demenz spielen eine untergeordnete Rolle (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2008).

Bildgebende Verfahren werden nicht für ein allgemeines Demenzscreening empfohlen. Die kraniale Computertomographie und Magnetresonanztomographie sind geeignet um sekundäre behandelbare Ursachen einer Demenz wie z.B. subdurale Hämatome, Hirntumore oder Normaldruckhydrozephalus nachzuweisen. Die Bildgebung wird empfohlen, wenn eines oder mehrere der folgenden Kriterien vorliegen: Patient ist jünger als 65 Jahre, unklarer, untypischer oder rasch progredienter Verlauf.

Im Rahmen der Demenzdiagnostik sollten Differentialdiagnosen abgegrenzt und ausgeschlossen werden: Die wichtigsten Differentialdiagnosen sind das Delir und die Depression, da beide Erkrankungen kausal behandelbar sind. Das Delir geht immer mit einer Eintrübung des Bewusstseins einher. Ein Delir ist jedoch nicht selten die erste klinische Manifestation der Entwicklung einer Demenz (Kopf und Rosler, 2013). Wenn ein Patient ausschließlich subjektive Beschwerden ohne nachweisbare Defizite bzw. ohne bestätigende Fremdanamnese angibt, sollte eine Depression in Betracht gezogen werden.

Zusammenfassend wird deutlich, dass die Diagnostik einer Demenz aufwändig, vielgestaltig und umfassend erscheint und die Fremdanamnese eine wichtige Rolle spielt. Schwierigkeiten sind unter anderem in der Abgrenzung eines Delirs zu sehen.

2.8 Therapie

Die Therapie des dementiellen Syndroms richtet sich zum einen nach der Ätiologie der Demenz zum anderen dessen Schweregrad. Sie umfasst die pharmakologische Behandlung und psychosoziale Interventionen im Rahmen eines individuellen Gesamtbehandlungsplans. Eine kausale Therapie der Demenz, die den Neuronenverlust verhindert, ist bislang nicht verfügbar. Ziele der Therapie sind eine Verzögerung der Progression, Erhalt von alltäglichen Fähigkeiten und die Verbesserung der Versorgungssituation von Patienten und Angehörigen. Die Behandlung und Betreuung von PmD fällt in erster Linie in den Aufgabenbereich des Hausarztes, die Behandlung von nicht kognitiven Symptomen spielt jedoch vor allem im Krankenhaus eine Rolle.

2.8.1 Pharmakologische Therapie:

Grundlage der pharmakologischen Therapie der Demenz in Deutschland bildet die S3-Leitlinie „Demenzen“ (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2015).

Die medikamentösen Therapiemöglichkeiten der kognitiven Symptome bestehen in einem Ausgleich der fehlenden Neurotransmitter vor allem einem Mangel an Acetylcholin. Der pharmakologische Angriffspunkt der Antidementiva sind zum einen Acetylcholinesterasehemmer. Zurzeit sind in Deutschland für die Therapie der leichten bis mittelgradigen Demenz drei Cholinesterasehemmer namens Donepezil, Rivastigmin und Galantamin zugelassen. Donepezil ist die am besten untersuchte Substanz. Die Medikamente haben einen ähnlichen Grad der Effektivität (National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2011; Hogan *et al.*, 2008; Raina *et al.*, 2008). Rivastigmin ist auch als transdermale Applikation erhältlich.

Cholinesterasehemmer werden in Deutschland von der gesetzlichen Krankenkasse in der Regel nur erstattet, wenn ein Patient unter 24 und über 10 Punkte im MMST aufweist. Die Wirkung sollte alle 3 - 6 Monate unter Zuhilfenahme von Testverfahren evaluiert werden und bei rascher Progredienz überdacht werden (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2015; Hogan *et al.*, 2008). Die Number needed to treat liegt bei 12 zeigte eine Metaanalyse von 16 randomisiert kontrollierten Studien mit Cholinesterasehemmern (Lanctot *et al.*, 2003). Häufige Nebenwirkungen sind gastrointestinale Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoen und Gewichtsverlust, aber auch ein erhöhtes Risiko für Urininkontinenz wurde beschrieben (Gill *et al.*, 2005). Im schweren Stadium der Demenz ist der Cholinesteraseinhibitor abzusetzen.

Zur Therapie der mittelschweren bis schweren Alzheimer Demenz ist der Wirkstoff Memantine zugelassen, ein N-Methyl-D-Aspartat-Rezeptorantagonist (McShane *et al.*, 2006).

In der Behandlung der vaskulären Demenz ist sowohl die Behandlung der Hypertonie als auch die Behandlung weiterer kardiovaskulärer Risikofaktoren zur Prävention mikroangiopathischer Läsionen und Makroinfarkte essentiell (Vermeer *et al.*, 2003). Für Antidementiva zeigte sich ein signifikanter Effekt auf die kognitive Leistungsfähigkeit, die Effekte waren insgesamt allerdings geringer als bei der Alzheimer Demenz (Kavirajan und Schneider, 2007).

Für die Therapie seltenerer Formen der Demenz wird an dieser Stelle auf die aktuellen Leitlinien der DEGAM und die S3-Leitlinie verwiesen (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2008; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2015).

Zu den nicht empfohlenen Medikamenten gehört unter anderem Ginkgo biloba. In Studien konnte keine Wirksamkeit belegt werden (Kopf und Rosler, 2013; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2008).

Die pharmakologische Therapie nicht kognitiver Symptome und herausfordernder Verhaltensweisen wie Unruhe, Agitiertheit und Aggression ist im Krankenhaus von besonderer Bedeutung, weil körperliche Symptome (z.B. Schmerzen) und Umweltbedingungen (z.B. fremde Umgebung) als ursächlich identifiziert werden. Die Evidenzbasis für eindeutige Empfehlungen einer Pharmakotherapie ist schmal (Kales *et al.*, 2015). Medikamente der Wahl sind Antipsychotika wie Haloperidol und Risperidon. Antikonvulsiva werden bei mangelnder Wirksamkeit der Antipsychotika eingesetzt. Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus treten häufig bei Demenzerkrankten auf. Leicht sedierende Neuroleptika (z.B. Melperon) können, niedrig dosiert, für die Behandlung eingesetzt werden. Auf Benzodiazepine sollte aufgrund des Nebenwirkungsprofils wie z.B. der verlängerten Halbwertszeit und der Verschlechterung der Demenz bei älteren Patienten verzichtet werden (Howard *et al.*, 2001). Eine Studie zeigte die Wirksamkeit von Risperidon in der

Abnahme motorischer Aktivität in der Nacht (Meguro *et al.*, 2004). Die pharmakologische Therapie sollte immer in niedrigen Dosen begonnen und nur vorsichtig titriert werden (Herrmann, 2001).

Insgesamt sollte die pharmakologische Therapie in ein Gesamtkonzept eingebettet sein und in enger regelmäßiger Kontrolle mit dem Hausarzt stehen.

2.8.2 Nicht pharmakologische Therapie

Die nicht pharmakologische Therapie mit psychosozialen Interventionen ist integraler Bestandteil in der Behandlung von PmD laut S3-Leitlinie „Demenzen“ (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2015). Die Hauptdomäne ist hierbei die Behandlung nicht kognitiver Symptome. Mit Hilfe individueller Biographie, Bewegungs- und Beschäftigungsangeboten gegen die Unruhe und Aggression sowie Validation können Verhaltensauffälligkeiten behandelt werden. Die Gestaltung einer sicheren, vertrauensvollen Umgebung mit einer klaren, regelmäßigen Tagesstruktur und Orientierungshilfen sind zentrale Elemente, die dem Betroffenen Sicherheit und Hilfe im täglichen Leben geben. Im stationären Bereich ist die Entwicklung von speziellen Demenzstationen ein Schritt in diese Richtung. Der Einsatz nicht medikamentöser Maßnahmen beim Demenzerkrankten versucht, bestehende Fähigkeiten zu erhalten und auszubauen. Das Training von alltäglichen Fähigkeiten hat nachweislich einen vorteilhaften Einfluss auf den Krankheitsverlauf (Hogan *et al.*, 2008; Cohen-Mansfield, 2001). Die Einbeziehung der Angehörigen in der Therapie ist essentiell. Dazu gehört das Angehörigentraining mit Aufklärung über die Krankheit, Verhaltensmanagement und Stressbewältigung.

Im Spätstadium der Demenz treten gehäuft Komplikationen wie Stürze, Pneumonien, Kachexie und Exsikkose auf. Präventiv wirksam sind das körperliche Training und die frühzeitige Schluckdiagnostik (Kopf und Rosler, 2013). Aktuell werden auch palliative Versorgungskonzepte speziell für Menschen mit Demenz entwickelt.

Deutlich erkennt man den Aufwand der Pflege und Betreuung des PmD. Die Betroffenen brauchen eine vertraute sichere Umgebung, die im Krankenhaus häufig nicht gegeben ist. Im nächsten Abschnitt erfolgt ein Überblick über die derzeitige Versorgung von PmD im Krankenhaus.

2.9 Überblick: Versorgung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus

Die Organisation Krankenhaus ist primär darauf ausgerichtet, Patienten mit somatischen Erkrankungen zu behandeln (Pinkert und Holle, 2012). Von diesen wird erwartet, dass sie den Behandlungsablauf aktiv mitgestalten. Versorgungsabläufe sind häufig standardisiert und bieten wenig

Platz für individuelle Bedürfnisse. Für Menschen mit Demenz sind diese Rahmenbedingungen schwierig. Sie brauchen Vertrautheit, Orientierung und eine hohe Fachkompetenz im Umgang. Gründe für eine Krankenhauseinweisung sind häufig Stürze mit oder ohne Fraktur, Störungen des Ernährungszustandes, Herz-, Atemwegs- oder gastrointestinale Erkrankungen und Infektionen (Sampson *et al.*, 2013; Pinkert und Holle, 2012). In seltenen Fällen ist es die Demenz selbst, die zur Einweisung ins Krankenhaus führt, aber die Diagnose bestimmt maßgeblich den benötigten Unterstützungsbedarf. Stärkster Risikofaktor für eine Krankenhauseinweisung bei Menschen mit Demenz ist eine vorhandene Komorbidität (Rudolph *et al.*, 2010).

Es handelt sich um eine vulnerable Patientengruppe mit einem hohen Risiko während eines Krankenhausaufenthaltes Komplikationen zu erleiden. Möglicherweise kommt es zum weiteren Selbstständigkeitsverlust, zur Verschlechterung des kognitiven Status und zum vermehrten Auftreten herausfordernder Verhaltensweisen. Jedoch wird die Demenz häufig nicht als solche erkannt und folglich entsprechende Maßnahmen nicht eingeleitet und bei der Therapie berücksichtigt. Die Verweildauer erhöht sich, was sich für den Patienten mit Demenz wiederum negativ auf den Krankheitsverlauf auswirkt (Gurlit *et al.*, 2013). Darüber hinaus besteht für PmD ein erhöhtes Risiko für zusätzliche Gesundheitsstörungen wie Delir, Schmerzen, Infektionen oder auch atypische Krankheitssymptome (Li *et al.*, 2004). Durch mangelnde Lösungsansätze kann der Einsatz von mechanischen wie auch chemischen freiheitsentziehenden Maßnahmen bei PmD erforderlich werden (Krüger *et al.*, 2010). Angehörige sind häufig schockiert dadurch.

Ärzte zögern häufig unbewusst, Patienten die Diagnose Demenz zu stellen (Downs und Bowers, 2008). Außerdem hat der diagnostische Prozess viele Schritte und eine frühe Erkennung ist nicht einfach, da die Symptome häufig variabel und unspezifisch sind (Burns und Iliffe, 2009). Ärzte geben an, unzureichend für den Umgang mit PmD im Krankenhaus ausgebildet zu sein (Young *et al.*, 2011).

Die im folgenden Abschnitt beschriebenen Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche lassen vermuten, dass Ärzte sich häufig unsicher im Umgang mit PmD fühlen. Situationen mit herausforderndem Verhalten von Demenzbetroffenen gestalten sich schwierig und Diagnosestellungen und Therapien werden verzögert. Daher wird häufig empfohlen, Krankenhauseinweisungen bei Demenz zu vermeiden und alternative Behandlungsmöglichkeiten zu entwickeln (Lyketsos, 2012).

Bessere Kenntnisse hinsichtlich des vorhandenen Wissens, der Einstellung zum Thema Demenz, des Umgangs mit PmD im Krankenhaus und der Arbeitsbelastung behandelnder Ärzte können mögliche Problemfelder aufdecken. Diese bieten Ansatzpunkte für gezielte Interventionen zum Beispiel in Form von Informationsmaterial oder speziellen Schulungen für Ärzte. Dies könnte den

Krankheitsverlauf der Patienten möglicherweise positiv beeinflussen z.B. durch kürzere Verweildauer (Gurlit *et al.*, 2013).

3 Systematische Übersichtsarbeit

Die Fragestellungen der systematischen Literaturrecherche zum Thema PmD im Akutkrankenhaus lauteten:

1. Wie ist der Kenntnistand der behandelnden Ärzte über die Erkrankung?
2. Wie ist der Einfluss der Arbeit mit PmD auf die Arbeitsbelastung der behandelnden Ärzte?
3. Welche Unsicherheiten bestehen seitens der behandelnden Ärzte im Umgang mit PmD?

Das Ziel der Literaturrecherche war es darüber hinaus, einen möglichst vollständigen Überblick über das bisherige Wissen zu Schulungsprogrammen für Ärzte, in Bezug auf Patienten mit Demenz im Krankenhaus zu erlangen.

3.1 Material und Methoden

Die zwischen Oktober 2012 und September 2013 durchsuchten Datenbanken waren MEDLINE, PsychINFO und die Cochrane Library. Ergänzend fand eine Suche in Google Scholar und der Deutschen Nationalbibliothek (Dissertationsdatenbank) statt.

Freitextsuchbegriffe waren: hospital, acute care, patient, inpatient, physician, clinician, dementia, dement, Alzheimer disease, Alzheimer, delirium, cognitive impairment.

MeSH-Terms waren: dementia, medical staff, hospital.

Es wurde eine systematische Suchstrategie entwickelt, die für jede Datenbank dokumentiert ist (s. Anhang). Darauf folgte eine weitere Eingrenzung der Suche. Das Screening der Abstracts erfolgte nach folgenden definierten Ein- und Ausschlusskriterien.

Einschlusskriterien:

- Originalarbeit
- Literaturreview
- Thema: PmD im Krankenhaus bzw. ältere Menschen mit (neu aufgetretenen) kognitiven Einschränkungen
 - Wissen und Einstellung von Ärzten
 - Umgang von Ärzten mit PmD
 - Schulungen und/oder Informationsmaterialien für Ärzte
 - potenzielle Probleme, die aus ärztlicher Sicht existieren oder entstehen
- Sprache: englisch, deutsch
- Publikationsjahr nicht älter als 2000

Ausschlusskriterien:

- Meinungsartikel, Expertenreviews
- Fallberichte
- Thema:
 - Delirscreening
 - ausschließliche Testung von Assessmentinstrumenten

Die entwickelte Suchstrategie musste durch die vorgegebenen Suchmasken und -möglichkeiten der einzelnen Datenbanken angepasst werden.

Die Titel und Abstracts der insgesamt 4729 Treffer wurden nach den oben genannten Kriterien von zwei Gutachtern geprüft und 4698 Treffer ausgeschlossen. Die anschließende Volltextanalyse ergab einen Einschluss von 12 Studien.

Die systematische Recherche wurde an die Leitlinie „PRISMA- Transparent reporting of systematic reviews and metanalysis“ angelehnt und die Studien wurden anhand der Checkliste dieser Leitlinie beurteilt (Moher *et al.*, 2009).

Im Oktober 2013 fand eine Update-Recherche in MEDLINE statt, 138 neue Abstracts wurden durchgesehen, bei der 5 weitere Artikel als Volltext gescreent wurden und davon 2 in die systematische Übersichtsarbeit eingeschlossen wurden. Insgesamt wurden also 4867 Abstracts gescreent, 37 Volltextartikel angesehen und insgesamt 14 Studien eingeschlossen. Abbildung 3.1 gibt einen kompletten Überblick der Literaturrecherche.

3.2 Ergebnisse

Das Ergebnis der Literaturrecherche lässt sich anhand der Studiendesigns in drei wesentliche Teile gliedern, in die Beobachtungs- und Interventionsstudien und die systematische Übersichtsarbeit. Zunächst wird das Ergebnis der systematischen Übersichtsarbeit dargestellt, anschließend das Ergebnis der Beobachtungs- und Interventionsstudien.

3.2.1 Systematische Übersichtsarbeit

Die systematische Übersichtsarbeit von Teodorczuk *et al.* (2010) hatte das Ziel, die Lernbedürfnisse von medizinischem Personal im Krankenhaus im Hinblick auf die Betreuung von älteren Patienten mit Verwirrheitszuständen zu überprüfen um wirksame Schulungsansätze zu formulieren. Die Analyse von 13 Interventions- und 23 Beobachtungsstudien ergibt, dass bereits viele Übersichtsarbeiten über Schulungsprogramme für die Langzeitpflege existieren in Relation zu wenigen Schulungen für Mitarbeiter im Krankenhaus. Betrachtet man nur die Studien, deren Zielgruppe Ärzte waren, so gibt es lediglich 4 Interventions- und 3 Beobachtungsstudien, die jedoch alle bis auf eine vor dem Jahr 2000 publiziert sind.

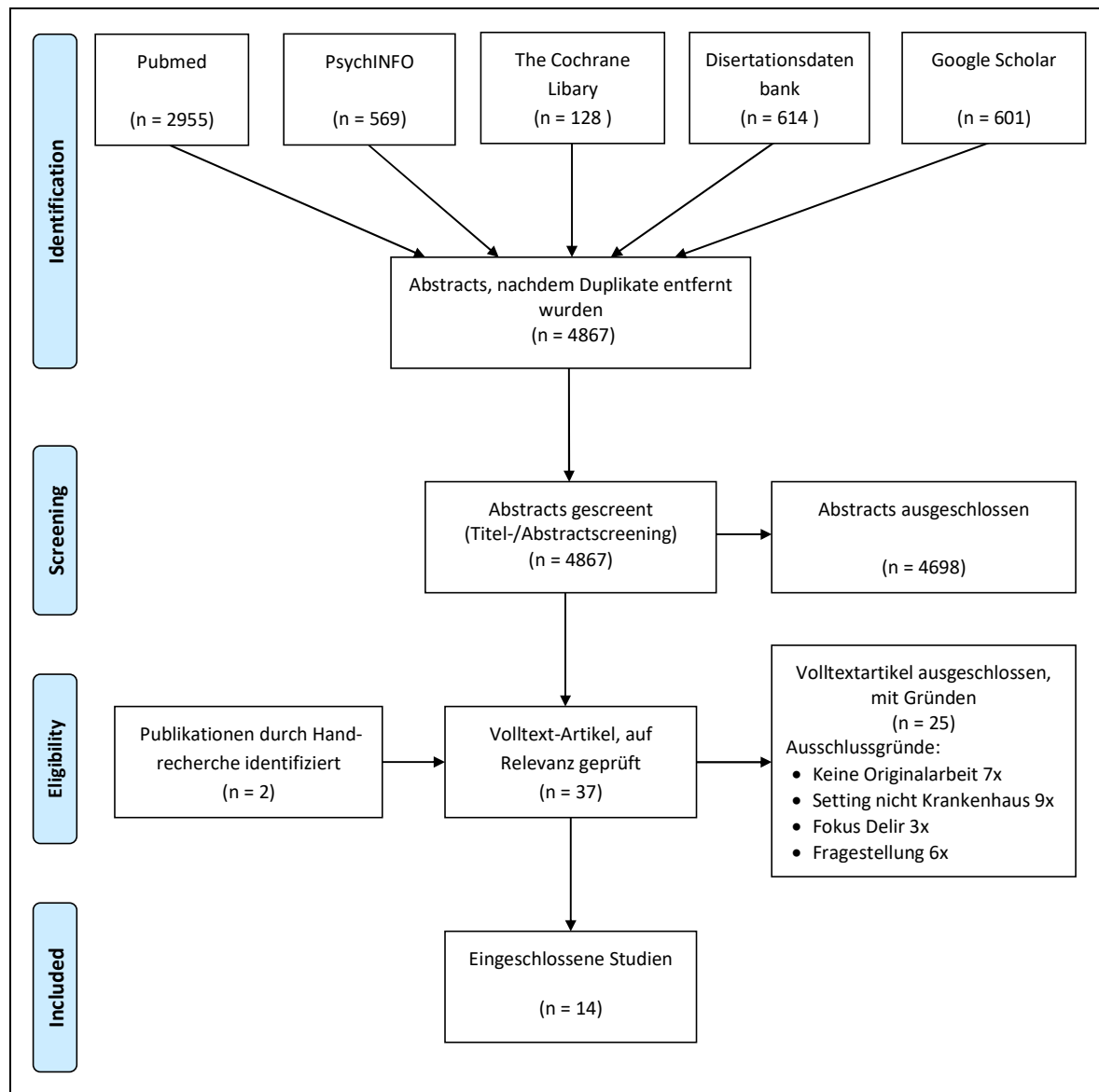


Abbildung 3.1: Fluss-Diagramm der systematischen Literaturrecherche (PRISMA Recherche-Flow-Diagramm)

Die Autoren schlussfolgern, dass das Erkennen und die Diagnostik der kognitiven Einschränkung seitens der Ärzte und der Pflege eine Barriere zur guten Behandlung und Betreuung älterer Menschen mit Demenz darstellt (Teodorczuk *et al.*, 2010). Eine genauere Betrachtung der Situation Menschen mit Demenz kann in dieser Arbeit nicht erfolgen, da die Datenlage unzureichend ist. Der Großteil der Interventionen hatte als Ziel die Prävention von Delir. Die zukünftige Forschung sollte die Lernbedürfnisse aller Berufsgruppen im Krankenhaushaus berücksichtigen um interprofessionelle Maßnahmen zu entwickeln.

3.2.2 Beobachtungsstudien

Insgesamt wurden 9 Beobachtungsstudien (Surveys) identifiziert, von denen 2 in Deutschland, 3 in Großbritannien, eine in Amerika, eine in Irland und eine in Australien durchgeführt wurde. Eine weitere Studie schloss 5 Länder aus Europa ein. Tabelle 3.1 zeigt eine Übersicht.

Die Stichprobengröße variiert zwischen einem Minimum von 67 und einem Maximum von 282 befragten Ärzten. Befragt wurden Ärzte der Notaufnahme, Internisten, Hausärzte, Psychiater, Neurologen und Geriater, wobei nur wenige deutsche Krankenhausärzte befragt wurden. Das Setting ist in allen Studien das Krankenhaus. Die Studien aus Deutschland zeigen eine Stichprobengröße von 67 bzw. 131 Ärzten (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012; DiAG und dip, 2012).

Themen der Studien waren unter anderem der Einsatz von Psychopharmaka bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen bzw. Delir, die Prävalenz von Patienten mit kognitiven Einschränkungen oder Delir in der Notaufnahme und den dort häufig benutzten Assessmentinstrumenten und Einstellung der Ärzte zum Thema Demenz. Auch die Frage nach der Rolle der Familie und Betreuer wurde thematisiert. In einer Studie wurde der Fortbildungsbedarf in Bezug auf die Behandlung von PmD und das Interesse daran analysiert (DiAG und dip, 2012).

Das nationales Audit aus Großbritannien von Young *et al.* (2011) beschäftigte sich mit der Kernfrage, über welche Strukturen und Ressourcen Krankenhäuser verfügen, um die Bedürfnisse von PmD zu erfassen. Themen des Audits waren unter anderem der Umgang mit herausforderndem Verhalten, die Kommunikation mit Demenzerkrankten, das Wissen über das Krankheitsbild und Ernährungsfragen bei Demenzbetroffenen. Das Wissen über das Krankheitsbild Demenz wurde in mehreren Studien erfasst.

3.2.3 Zusammenfassende Beurteilung der Beobachtungsstudien

Das Ergebnis zeigt eine insgesamt sehr heterogene Studienlage. Die Zielparameter der Studien lassen sich in folgende Kernkategorien unterteilen: Wissen und Einstellung, Umgang und Erfahrung, Fähigkeiten und mögliche Lösungsstrategien der Ärzte hinsichtlich des Umgangs mit PmD im Krankenhaus.

Die vorgestellten Arbeiten verdeutlichen, dass das Thema PmD im Akutkrankenhaus eine zunehmende Rolle im Arbeitsalltag spielt. Jede Befragung hat ihren Schwerpunkt etwas anders gesetzt.

Wissen und Einstellung

In der ältesten hier zitierten Studie wurde der Schwerpunkt noch auf das Thema medikamentöse Behandlung von Delir und akuten Verwirrheitszuständen gelegt (Carnes *et al.*, 2003). Zur Behandlung einer akut aufgetretenen Verwirrtheit wählten weniger als die Hälfte der Befragten den emp-

Tabelle 3.1: Übersicht der Beobachtungsstudien

Erstautor (Land)	Design	Stichprobe	Untersuchtes Thema	Kernaussagen
Bremer Landesinitiative Demenz, 2012 (Deutschland)	Survey	67 Ärzte u.a. (Rücklauf 48%)	Umgang, Erfahrung und Probleme mit PmD* im Krankenhaus	• Hohe Relevanz des Themas Demenz im Krankenhaus • Diagnostik der Demenz unzureichend • Fortbildungen gewünscht
Carnes <i>et al.</i> , 2003 (USA)	Survey	286 Ärzte (Internisten, Hausärzte, Psychiater) (Rücklauf 66%)	Behandlung deliranter Patienten im Krankenhaus mit Fokus auf das medikamentöse Management	• Weniger als die Hälfte wählen „best practice“ (empfohlener Standard) in der Behandlung von Delir
DiAG & dip, 2012 (Deutschland)	Survey	131 Chef- und Oberärzte (Rücklauf 48%)	Wissen, Erfahrungen und Probleme im Umgang und Management von PmD im Krankenhaus	• Steigende Arbeitsbelastung durch PmD im Krankenhaus • Problem der unzureichenden nachstationären Versorgungsmöglichkeiten • Ärzte geben Schulungsbedarf an
Griffiths <i>et al.</i> , 2013 (Großbritannien)	Survey/ Interview	60 Krankenhaus- mitarbeiter, darunter 15 Ärzte (Rücklauf nicht berichtet)	Wissen und Umgang der Mitarbeiter mit älteren verwirrten Patienten im Krankenhaus	• Ärzte beklagen schwieriges Assessment und inadäquates Wissen über psychische Erkrankungen und Unterscheidung von Demenz und Delir • Ärzte haben den Wunsch nach Leitfäden
Kennelly <i>et al.</i> , 2013 (Irland)	Survey	76 Ärzte aus der Notaufnahme (Rücklauf 78%)	Wissen, Fähigkeiten und Einstellung von Ärzten aus Notaufnahme zum Thema Erfassung des kognitiven Status älterer Pat. in der Notaufnahme	• Screening wird als wichtig erachtet • Wissen, Assessmentinstrumente, Zeit und Umfeld fehlen

Erstautor (Land)	Design	Stichprobe	Untersuchtes Thema	Kernaussagen
Martinez-Lage et al., 2010 (Europa: Deutschland, Spanien, Frankreich, Italien Großbritannien)	Survey	500 Ärzte (Fachärzte & Allgemeinärzte) - davon 100 Ärzte aus Deutschland (Rücklauf nicht berichtet)	Wissen, Einstellung und Wahrnehmung der Ärzte in Europa über Demenz	• Wissen über Demenz defizitär • Demenz wird überwiegend nicht erkannt und nicht gut behandelt
Smyth et al., 2013 (Australien)	Survey	360 Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes (Rücklauf 22%), darunter 11 Ärzte	Wissenstand des Personals zum Thema Alzheimer-Demenz mittels Alzheimer-Disease-Knowledge-Scale	• Allgemeines Wissen über Alzheimer-Demenz ist moderat • Wissen der Personen mit demenzspezifischem Training ist höher • Empfehlung von Lernprogrammen
Teodorczuk et al., 2010 (Großbritannien)	Systematische Übersichtsarbeit	13 Interventionsstudien 23 Beobachtungsstudien (Rücklauf nicht berichtet)	Lernbedarf in Bezug auf die Versorgung älterer verwirrter Menschen im Krankenhaus	• Diagnostik der Ärzte unzureichend • Demenz und Delir immer Lernfokus
Young et al., 2011 (Großbritannien)	Survey	2211 Krankenhausmitarbeiter, davon 272 Ärzte (Rücklauf nicht berichtet)	Einstellung und Umgang mit PmD	• Unsicherheit im Umgang mit PmD • Assessmentstrategien vorhanden, aber nicht regelmäßig durchgeführt • Lernbedarf der Ärzte wird als hoch eingeschätzt
Young et al., 2013 (Großbritannien)	Survey	210 Krankenhäuser (Rücklauf nicht berichtet)	Einstellung und Umgang mit PmD	• Ca. 50% der Krankenhäuser haben Leitlinie für das Assessment von Demenz und Delir • Knapp 60 % bieten Training zur Verbesserung des Umgangs von PmD an

*PmD = Patienten mit Demenz

fohlenen Standard und setzten höhere Dosen an Psychopharmaka als notwendig ein (Carnes *et al.*, 2003). Betrachtet man im Vergleich die neueren Studien kristallisiert sich eine Veränderung der Schwerpunkte heraus. In fünf Studien wurde das Assessment und die Diagnostik der Demenz als Problemfeld angegeben (Kennelly *et al.*, 2013; Bremer Landesinitiative Demenz, 2012; DiAG und dip, 2012; Young *et al.*, 2011; Martinez-Lage *et al.*, 2010). Weitere Barrieren sind das Unwissen über Therapiemöglichkeiten akuter und chronischer Verwirrheitszustände. Potenzielle Mängel von Wissen, Fähigkeiten und Einstellung der Ärzte tragen zur inadäquaten Detektion der Demenz bei (Griffiths *et al.*, 2013; Kennelly *et al.*, 2013; Smyth *et al.*, 2013; Martinez-Lage *et al.*, 2010). In einer Studie glauben 75% der Ärzte, dass Ärzte aufgrund der Unsicherheit der Diagnostik der frühen Stadien der Erkrankung zögern, die Diagnose zu stellen (Martinez-Lage *et al.*, 2010). Das Wissen über die Differenzierung von ersten Symptomen der Alzheimer-Krankheit und normalem Altern ist unzureichend. Demenz-spezifisches Training könnte das Wissen der Ärzte über die Erkrankung verbessern (Smyth *et al.*, 2013).

Zum Thema Therapie der Alzheimer-Krankheit zeigt sich eine einheitliche Meinung der Ärzte. Die Mehrheit gibt an, dass die Erkrankung in ihrem Land nicht adäquat behandelt wird. Einige Ärzte sind davon überzeugt, dass eine frühe Behandlung den Krankheitsverlauf verzögern kann (Martinez-Lage *et al.*, 2010).

Die Relevanz des Themas Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus wird in einer Studie von zwei Drittel der Ärzte bestätigt. Am häufigsten geben Mitarbeiter der Inneren Medizin eine besondere Relevanz an (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012).

Fähigkeiten (Assessment, Diagnostik)

Sechs Studien betrachten den Endpunkt Diagnostik und Umgang mit Assessmentinstrumenten. Viele Ärzte berichten Schwierigkeiten bei der Erfassung des kognitiven Status und sind unsicher, welche Assessmentinstrumente bei welchen Patienten eingesetzt werden sollen (Griffiths *et al.*, 2013; Bremer Landesinitiative Demenz, 2012). Wenige Ärzte geben an, Erfahrungen mit Assessmentinstrumenten zu haben, diese finden vor allem Anwendung in der Psychiatrie und der Geriatrie (Griffiths *et al.*, 2013; Bremer Landesinitiative Demenz, 2012). Die Ärzte räumen eine mangelnde Expertise im Umgang mit den Assessmentinstrumenten ein (Kennelly *et al.*, 2013). Nur wenige Krankenhäuser berichten, dass regelmäßig ein kognitives Assessment bei allen Patienten über 65 Jahren durchgeführt wird (Young *et al.*, 2011). Der Großteil der Ärzte aus der Notaufnahme erachtet die Erfassung des kognitiven Status als wichtig, jedoch erschweren Umgebungsfaktoren in der Notaufnahme wie Unruhe, Fehlen von Privatsphäre und wenig Zeit für den einzelnen Patienten das Screening (Kennelly *et al.*, 2013).

Es sind Unterschiede in der Häufigkeit der Anwendung der Assessmentinstrumente zu erkennen. In einer Studie wird der MMST als häufigstes Screeningmittel angeführt (42%), der Six-Item Screener und der Uhrentest werden wenig bis gar nicht genutzt (Kennelly *et al.*, 2013). In einer anderen Studie ist der DemTect der am häufigsten genannte Test (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012). Diese Vielfalt zeigt, dass es kein einheitliches Standardscreeningprogramm gibt, was auch von den Ärzten bemängelt wird. Außerdem glauben 66% befragter Ärzte, dass Familienmitglieder am ehesten Frühsymptome einer beginnenden Demenz erkennen können. Aber ein ähnlicher hoher Prozentsatz glaubt auch, dass viele Angehörige Schwierigkeiten haben, frühe Symptome der Erkrankung vom normalen Altern zu unterscheiden (Martinez-Lage *et al.*, 2010). Vor allem in den Studien aus Deutschland gibt es die Übereinstimmung, dass die Diagnose Demenz im Krankenhaus aus oben genannten Gründen häufig übersehen wird, das Krankheitsbild aber eine große Relevanz in Bezug auf die Verweildauer und Rekonvaleszenz des Patienten hat, aber auch in Bezug auf die Arbeitsbelastung der Ärzte im Krankenhaus (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012; DiAG und dip, 2012).

Umgang und Erfahrung

Vier Studien legen den Fokus auf Umgang und Erfahrung mit PmD im Krankenhaus. Weniger als die Hälfte der Befragten fühlt sich sicher im Umgang mit PmD (Young *et al.*, 2011). Ein Drittel der Ärzte gibt an, schon einmal eine medikamentöse Sedierung aufgrund fehlender pflegerischer Beobachtungsmöglichkeiten angeordnet zu haben (DiAG und dip, 2012). Der erhöhte Zeitaufwand für die Betreuung vor allem nachts, die Verzögerung in der Diagnostik und Therapie durch eine fehlende Compliance stellen Problembereiche im täglichen Arbeitslauf für die befragten Ärzte dar. Patienten halten die verordnete Bettruhe nicht ein, was sich auf operative Therapiestrategien und die generelle Therapiefähigkeit auswirkt.

Die Rolle der Familien in der Behandlung von PmD wird als wichtig erachtet (Martinez-Lage *et al.*, 2010). In der Frage nach Konzepten zur Einbeziehung von Angehörigen wird die „Angehörigenberatung“ von den Ärzten am häufigsten genannt. Was dies beinhaltet ist jedoch nicht bekannt, so dass man keine weitere Aussage zur Qualität und Quantität treffen kann. Die Frage nach vorhandenen speziellen Angeboten für Demenzerkrankte auf der Station wurde von 93% mit „nein“ beantwortet (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012).

Lediglich ein Drittel der Ärzte gibt an, bereits bei der Aufnahme über eine bestehende Demenz des Patienten informiert zu sein (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012).

Die Mitarbeiterzufriedenheit ist niedrig und gleichzeitig ist die psychische Belastung hoch (Griffiths *et al.*, 2013). Die Ergebnisse lassen vermuten, dass Ärzte sich unsicher im Umgang mit PmD fühlen. Vor allem die Studien aus Deutschland zeigen, dass Situationen mit herausfordern-

dem Verhalten von PmD sich schwierig gestalten und Diagnosestellungen und Therapien verzögert werden (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012; DiAG und dip, 2012).

Mögliche Lösungsansätze

6 der 9 Studien schlugen konkrete Lösungsansätze vor. Gezieltes Training der Ärzte zu Themen wie Kommunikation mit Betroffenen und der Familie über die Diagnose (Martinez-Lage *et al.*, 2010) und Umgang mit Assessmentinstrumenten (Kennelly *et al.*, 2013) wurden häufig genannt.

Der Wunsch nach Fortbildungsthemen wie spezifisches Fachwissen über die Demenzerkrankung lässt vermuten, dass ein Wissensdefizit hinsichtlich der Erkrankung besteht. Die Ärzte wünschen Fortbildungen insbesondere zu Themen wie Diagnosestellung, Umgang mit herausforderndem Verhalten, Ernährungsfragen, Einbeziehung der Angehörigen (Young *et al.*, 2011), Schmerzdiagnostik und -therapie bei erkrankten Patienten und rechtlicher Umgang mit freiheitseinziehenden Maßnahmen wie z.B. Handfixierungen (DiAG und dip, 2012). Erhebliche Probleme sehen die befragten Ärzte bei der Aufklärung über diagnostische und therapeutische Interventionen, hierbei belasten sie besonders die rechtlichen Bedenken, da durch die eingeschränkte Kommunikation die Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit oftmals schwierig ist (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012). Es scheinen nur wenige Konzepte zur Verhinderung freiheitseinschränkender Maßnahmen, zum Umgang mit Psychopharmaka und zur Diagnostik der Demenz zu existieren. Als weitere wünschenswerte Lösungsstrategien führten die Befragten die Einführung von hausinternen Standards zum Einsatz von Psychopharmaka und die Entwicklung von Konzepten zur Verhinderung des Einsatzes freiheitseinschränkender Maßnahmen an.

Mehr als die Hälfte der Ärzte geben die nachstationäre Versorgung und die Zusammenarbeit mit dem Betreuer als ein Problemfeld an. Nachbehandlungsvorschläge werden nicht eingehalten und damit hat die Demenzerkrankung auch erheblichen Einfluss auf die Rehabilitation (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012; DiAG und dip, 2012). Das Entlassungsmanagement wird in der Versorgung von PmD als unerlässlich betrachtet (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012). Wichtig sei es, frühzeitig den Sozialdienst einzuschalten um eine nachstationäre Versorgungsproblematik zu verhindern (DiAG und dip, 2012). Nur wenige Ärzte bestätigen Kooperationen mit nachsorgenden Einrichtungen, grundsätzlich werden standardisierte Verfahren bei der Entlassung positiv bewertet. Die Einbeziehung der Angehörigen bei der Entlassungsplanung nimmt eine wichtige Rolle ein (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012). Institutionelle Ressourcen wie z.B. ein Liaisondienst mit der Psychiatrie werden einerseits positiv bewertet, andererseits wird bemängelt, dass dieser nicht am Wochenende und in der Nacht verfügbar sei (Young *et al.*, 2011). Vor allem junge Ärzte wünschen sich Hilfe von Spezialisten, fühlen sich in deren Abwesenheit unter Druck, Patienten z.B. bei Unruhe nachts zu sedieren (Griffiths *et al.*, 2013).

Alle Studien zeigten, dass sich das ärztliche Personal mehr Aus- und Fortbildung wünscht. Ärzte fordern Leitfäden oder Richtlinien als Hilfe für die Anwendung der Assessmentinstrumente und der Behandlung von PmD im Krankenhaus (Griffiths *et al.*, 2013).

Es wird deutlich, dass eine Intensivierung der Arbeit mit PmD im Krankenhaus zu beobachten ist, die Prävalenz der Erkrankung wird als hoch angegeben.

3.2.4 Interventionsstudien

Es wurden 4 Interventionsstudien identifiziert, in denen Ärzte oder Medizinstudenten zum Thema Demenz eine besondere Schulung erhielten. Eine Übersicht gibt Tabelle 3.2.

Zwei der Interventionsstudien richten sich an Medizinstudierende, „The Buddy Program“ mit n=96 Studierenden (Morhardt, 2006) und das „PAIRS-Program“ in Anlehnung an die vorherige Studie mit n=45 Studierenden (Jefferson *et al.*, 2012). In beiden Studien wurde vorab eine Bestandsaufnahme des Wissens der Studenten über Demenz mittels eines Fragebogens erhoben. Dieser zeigte, dass Medizinstudenten wenig Wissen über die Erkrankung und Interesse an der Versorgung älterer Menschen hatten. Die Studenten begleiteten ein Jahr lang einen an Demenz erkrankten Patienten. In beiden Studien gewannen die Studenten gutes Basiswissen über die Erkrankung Demenz, verbesserten ihre kommunikativen Fähigkeiten im Allgemeinen mit älteren Menschen und erlangten einen Einblick in das Fach Geriatrie (Jefferson *et al.*, 2012; Morhardt, 2006).

Die Studie von Cooper *et al.* (2012) richtete sich an Assistenzärzte der Psychiatrie mit dem Thema Gewalt gegen ältere Menschen. Die Studie zeigte, dass die Teilnehmer nach der Intervention ein größeres Wissen hatten, in der Praxis mehr Fälle von Gewalt gegen ältere Menschen erkannt haben und sich sicherer und selbstbewusster im Umgang mit dem Thema fühlten. Das Wissen hatte sich verbessert, aber nicht die Umsetzung in die Praxis.

In dem Programm Aging Q³ lernten Mitarbeiter, die Demenz von anderen Krankheitsbildern abzugrenzen, den sicheren Umgang mit Screeninginstrumenten, Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen und Einbeziehung von Angehörigen. Die Studie zeigte, dass möglichst nicht nur Ärzte sondern auch Pflegende in den Lernprozess integriert werden sollten (Moran *et al.*, 2012).

3.2.5 Zusammenfassende Beurteilung der Interventionsstudien

Bisher gibt es wenige Schulungen bzw. Interventionen zur Verbesserung des Umgangs mit Demenzpatienten, die an das ärztliche Personal gerichtet sind. In der neueren Literatur sind lediglich vier Studien zu finden, wobei zwei Studien davon an Medizinstudierende gerichtet sind und nicht die Situation der PmD im Akutkrankenhaus betrachtet wird.

Die Studien lassen vermuten, dass bereits im Studium das Wissen über die Erkrankung Demenz unzureichend Beachtung findet. Die Ergebnisse der Programme zeigen, dass Studenten während der Ausbildung hinsichtlich ihres Wissens und des Umgangs mit älteren Menschen profitieren.

Tabelle 3.2: Übersicht der Interventionsstudien

Erstautor (Land)	Design	Stichprobe	Intervention	Ergebnisse
Cooper <i>et al.</i> , 2012 (Großbritannien)	Pre-Post-Test mit KAMA* und CSQ**	40 Assistenzärzte der Psychiatrie	Gruppenlern-Session mit 20 min Slide-Präsentation, 8 min. Film und Fallvignetten in einem Fragebogen	- verbessertes Wissen und Bewusstsein für das Thema - Keine Verbesserung der praktischen Umsetzung im Klinikalltag - Folgerung: Fokus auf Kommunikation legen
Jefferson <i>et al.</i> , 2012 (USA)	Pre-Post-Test	45 Medizinstudenten	PAIRS-Programm: 1 Jahr lang begleiteten Studenten einen Patienten mit Alzheimer Demenz	- Studenten gewannen neues Wissen über die Erkrankung Demenz und über Kommunikationsstrategien - Studenten bekamen einen Einblick in das Fach Geriatrie
Morhardt, 2006 (USA)	Pre-Post-Test	96 Medizinstudenten	The Buddy Program: Medizinstudenten im 1. Jahr begleiteten 1 Jahr lang einen an Demenzbetroffenen	- Studenten erhielten mehr Basiswissen - machten eigene Erfahrungen mit der Erkrankung - verbesserten ihre kommunikativen Fähigkeiten insgesamt im Umgang mit Älteren
Moran <i>et al.</i> , 2012 (USA)	Prozess-evaluation	nicht angegeben	Aging Q ³ : Hauptthemen waren u.a. Betreuung von PmD im Krankenhaus.	Einbeziehung der Ärzte und Pflege in den Lernprozess notwendig

* KAMA: Knowledge and Management of Elder Abuse - Questionnaire

** CSQ: Caregiver Scenario Questionnaire

Defizite in der Umsetzung des neu erlangten Wissens trotz steigender Prävalenz der Demenz verhindern offenbar einen langfristigen Erfolg (Cooper *et al.*, 2012). Es wird deutlich, dass eine Bereitschaft zur Teilnahme vorhanden ist und Schulungen einen Erfolg zeigen können, die Ergebnisse jedoch verbesserungsfähig sind. Weitere Schulungen und Interventionen sind nötig um ein umfassendes Wissen und Handlungsrichtlinien zu vermitteln und damit die Situation des PmD im Krankenhaus zu verbessern. Aus Deutschland liegen zurzeit keine Daten solcher Interventionsstudien vor.

3.3 Qualitätsanalyse

Die Qualität der Studien wurde anhand dreier Methoden geprüft. Die identifizierte systematische Übersichtsarbeit wurde mit den AMSTAR-Kriterien bewertet (Shea *et al.*, 2007). Die Beobachtungsstudien wurden mit dem STROBE-Tool (von Elm *et al.*, 2008) und die Interventionsstudien mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (Higgins *et al.*, 2011) begutachtet.

3.3.1 Analyse der systematische Übersichtsarbeit

Die methodische Qualität der systematischen Übersichtsarbeit ist als durchschnittlich zu bewerten. Wichtige Aspekte wie z.B. zwei unabhängige Reviewer zur Auswahl der Studien oder die Bereitstellung einer Liste der ausgeschlossenen Studien sind nicht erfüllt (s. Tabelle 3.3).

Tabelle 3.3: Bewertung der systematischen Übersichtsarbeit anhand der AMSTAR-Kriterien

Kriterium	Teodorczuk <i>et al.</i> , 2010
Was an 'a priori' design provided?	+
Was there duplicate study selection and data extraction?	-
Was a comprehensive literature search performed?	+
Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion?	-
Was a list of studies (included and excluded) provided?	-
Were the characteristics of the included studies provided?	+
Was the scientific quality of the included studies assessed and documented?	+
Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?	+
Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?	+
Was the likelihood of publication bias assessed?	-
Was the conflict of interest stated?	-

+ = erfüllt

- = nicht erfüllt

3.3.2 Analyse der Beobachtungsstudien

Die Berichterstattung ist bei der Mehrzahl der Studien unzureichend und somit kann ein Verzerrungsrisiko bei den Studien nicht sicher identifiziert werden. Das Ausmaß der Verzerrung der Daten kann allerdings anhand der Kriterien nicht direkt bestimmt werden (s. Tabelle 3.4).

Tabelle 3.4: Bewertung der Beobachtungsstudien mit dem "STROBE-Statement"

Nr.	Kriterium	Carnes <i>et al.</i> , 2003	DIAG & dip, 2012	Griffith <i>et al.</i> , 2013	Kennelly <i>et al.</i> , 2012	LinDe, 2012	Martinez-Lage <i>et al.</i> , 2010	Smyth <i>et al.</i> , 2013	Young <i>et al.</i> , 2011	Young <i>et al.</i> , 2013
1	Titel und Abstract	+	-	+	+	-	?	+	-	-
2	Hintergrund	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3	Zielsetzungen	+	+	-	+	+	+	+	+	+
4	Studiendesign	+	-	+	+	+	+	+	-	-
5	Rahmen	+	+	+	+	+	+	+	+	+
6	Studienteilnehmer	+	-	+	+	+	+	+	-	-
7	Variablen	-	+	+	+	+	-	+	+	+
8	Datenquellen/ Messmethoden	-	-	+	-	-	-	+	?	?
9	Bias	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	Studiengröße	+	-	-	-	+	-	+	+	+
11	quantitative Variablen	-	-	+	+	-	-	+	-	-
12	statistische Methode	+	-	+	+	-	-	+	+	+
13	Ergebnisse: Teilnehmer	+	+	+	+	-	-	+	+	+
14	deskriptive Daten	+	-	-	+	-	+	+	+	+
15	Ergebnisdaten	+	-	-	+	-	+	+	+	+
16	Hauptergebnisse	+	+	+	+	+	+	+	+	+
17	weitere Auswertungen	-	-	-	-	-	-	-	+	+
18	Diskussion: Hauptergebnisse	+	+	+	+	+	+	+	+	+
19	Einschränkungen	+	-	+	+	-	-	+	-	-
20	Interpretation	+	+	+	+	+	-	+	-	-
21	Übertragbarkeit	+	-	+	+	-	-	+	-	-
22	Finanzierung	-	-	+	-	-	-	+	+	+

+ = erfüllt

- = nicht erfüllt

? = unklar

3.3.3 Analyse der Interventionsstudien

Die methodische Qualität der Interventionsstudien nach dem „Cochrane Risk of Bias Tool“ ist als mangelhaft zu bewerten. Die Qualitätsanalyse von drei der vier Studien deutet auf ein hohes Risiko für Verzerrung hin (s. Tabelle 3.5). Das Risiko einiger Kriterien bleibt unklar. Die weitere Studie von Moran *et al.* (2012) ist nicht mit diesem Bewertungssystem zu analysieren, da es sich um eine

Prozessevaluation handelt. Die Kriterien treffen im Allgemeinen nicht auf die Studie zu bzw. sind nicht relevant oder zu beurteilen.

Tabelle 3.5: Bewertung der Interventionsstudien mit dem „Cochrane Risk of Bias Tool“

Bias \ Studie	Morhardt, 2006	Jefferson <i>et al.</i> , 2012	Cooper <i>et al.</i> , 2012
Random sequence generation (RCT)	?	?	?
Allocation concealment	?	?	?
Blinding of participants and personnel	?	?	?
Blinding of outcome assessment	-	-	-
Incomplete outcome data	- (75% beendeten die Studie)	+ (100% beendeten die Studie)	+ (100% beendeten die Studie)
Selective reporting	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant
Other bias	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant

- hohes Risiko

+ niedriges Risiko

? unklares Risiko

4 Querschnittstudie

Die systematische Literaturrecherche zeigt, dass der Umgang von Ärzten mit PmD im Krankenhaus sowohl international als auch in Deutschland bislang nicht hinreichend untersucht wurde.

Ziel dieser Querschnittstudie ist die Untersuchung des Wissens und der Einstellung von Krankenhausärzten zum Krankheitsbild Demenz und Umgang mit PmD im Krankenhaus, die Erfassung des Ausmaßes der wahrgenommenen Belastung durch PmD im Krankenhaus und der zugehörigen Einflussfaktoren sowie der Herausforderungen im Umgang mit den betroffenen Patienten. Weiterhin soll der Bedarf an möglichen Maßnahmen zur Intervention und Verbesserung der Situation hinsichtlich der Arbeitsbelastung und Versorgung der Patienten erfasst werden.

Auf Basis der vorliegenden Erkenntnisse wurden die im folgenden Abschnitt dargestellten Hypothesen formuliert. Angesichts der bislang kaum untersuchten Fragestellung und fehlender validierter Instrumente, handelt es sich eher um eine explorative, Hypothesen-generierende Studie, deren Ergebnisse Grundlage weiterer Forschung sein könnten.

4.1 Hypothesen

Es wurde erwartet, dass erhebliche Problemfelder in der Diagnostik berichtet werden, die eine adäquate Behandlung erschweren und verzögern. Wissensdefizite im Umgang mit PmD im Krankenhaus könnten zu einer hohen Belastung führen. Die Ergebnisse dieser Befragung sollen Hinweise geben, welche Ansatzpunkte zur Verbesserung der Situation von PmD im Krankenhaus bestehen und welche Interventionsangebote auf ärztlicher Seite sinnvoll erscheinen.

Im Folgenden werden verschiedene Hypothesen im Rahmen der Befragung überprüft.

Primäre Hypothesen:

- (1) Ärzte mit längerer Berufserfahrung fühlen sich sicherer im Umgang mit PmD im Krankenhaus.
- (2) Ärzte mit längerer Berufserfahrung sind zeitlich stärker durch die Behandlung von PmD belastet.
- (3) Ärzte mit längerer Berufserfahrung sind psychisch stärker durch die Behandlung von PmD belastet.
- (4) Die zeitliche Arbeitsbelastung ist mit einem höheren Anteil an PmD in der Abteilung assoziiert.
- (5) Die psychische Arbeitsbelastung ist mit einem höheren Anteil an PmD in der Abteilung assoziiert.

- (6) Die zeitliche Arbeitsbelastung durch die Behandlung von PmD ist in den operativen Fachabteilungen höher als in den nicht operativen Fachabteilungen.
- (7) Die psychische Arbeitsbelastung durch die Behandlung von PmD ist in den operativen Fachabteilungen höher als in nicht operativen Fachabteilungen.

Sekundäre Hypothesen:

- (1) Ärzte in Kliniken ohne geriatrische Abteilung geben häufiger eine erschwerte nachstationäre Versorgung für PmD an als Ärzte in Kliniken mit geriatrischer Abteilung.
- (2) Wenn der kognitive Status des Patienten bei Aufnahme erfasst wird, dann wird häufiger die Diagnose Demenz während des Aufenthaltes gestellt als wenn keine Erfassung erfolgt.

4.2 Material und Methoden

4.2.1 Entwicklung des Fragebogens

International liegen einige Instrumente vor, welche die Situation der Ärzte im Umgang mit Demenzerkrankten im Krankenhaus erfassen (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012; DiAG und dip, 2012; Martinez-Lage, 2012). Keines erschien jedoch vollständig auf diese Befragung übertragbar, weil die Fragebögen entweder sehr lang waren (z.T. über 60 Items), sich die abgefragten Themen vor allem auf die Erkennung und Behandlung des Delirs bezogen haben oder die Befragung an spezielle Fachärzte gerichtet war, die den Patienten über einen längeren Zeitraum betreuten als über einen kurzen Zeitraum im Rahmen eines stationären Aufenthaltes.

Aufgrund dessen wurde auf Basis der systematischen Literaturrecherche ein eigener Fragebogen für diese Erhebung entwickelt. Dieser nutzt Teile bestehender Instrumente; einerseits vom Instrument der Befragung des deutschen Instituts für angewandte Pflege (DiAG und dip, 2012) sowie von der Befragung von Pflegenden am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Lübeck 2012 (Balzer *et al.*, 2013b), andererseits von der Befragung der Arbeitsgruppe Landesinitiative Demenz (LinDe) aus Bremen (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012). Darüberhinaus enthält der Fragebogen eigene Items.

Bei der Erstellung des Fragebogens bestand das Ziel darin, dass die aktuelle Situation des ärztlichen Personals im Umgang mit PmD im Krankenhaus deutlich wird. Generell gestaltet es sich schwierig ärztliches Personal zu befragen aufgrund mangelnder Zeit im Stationsalltag und Verdichtung des Arbeitsaufkommens. Deshalb sollte die Anzahl der Fragen begrenzt sein, so dass die Bearbeitung des Fragebogens nicht zu viel Zeit in Anspruch nehmen wird. Der Fragebogen wurde aus Einzelantworten, Mehrfachnennungen und offenen Fragen erstellt und war online auszufüllen

um eine zusätzliche postalische Versendung und damit einen erhöhten Zeitaufwand für die Befragten zu vermeiden.

Die erste Version des Fragebogens unter anderem auf Basis der vorangegangenen drei Befragungen aus Deutschland (Balzer *et al.*, 2013b; Bremer Landesinitiative Demenz, 2012; DiAG und dip, 2012) wurde fünf Wissenschaftlern der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege an der Universität zu Lübeck mit der Bitte um kritische Rückmeldung vorgelegt. Auf Basis der Rückmeldungen und anschließender Diskussion wurde der Fragebogen in mehreren Arbeitsschritten verändert und angepasst. Hierbei standen vor allem die selbst entwickelten Fragen im Fokus (s. Tabelle 4.1). Im zweiten Schritt wurden 4 Ärzte im Rahmen von 30- bis 60 minütigen kognitiven Interviews (Willis and Artino, 2013; Faulbaum *et al.*, 2009; Drennan, 2003) gebeten, den Fragebogen zu lesen und die Fragen zu paraphrasieren. Außerdem wurde der Zeitaufwand erfragt. Unter den Ärzten waren ein Internist, ein Allgemeinmediziner, ein Palliativmediziner und eine Geriaterin. Die Teilnehmer repräsentierten einerseits einen Teil der Population der Befragung, andererseits gibt es im Tätigkeitsfeld dieser praktizierenden Ärzte vermehrt Berührungen mit dem Thema PmD. Die Interviews wurden aufgezeichnet und die Ergebnisse mit zwei erfahrenen Wissenschaftlern in der Sektion für Lehre und Forschung in der Pflege Lübeck diskutiert. Es ergaben sich keine wesentlichen inhaltlichen Veränderungen. Lediglich formale Modifikationen zur besseren Verständlichkeit und die Vereinfachung der Likertskala einer Frage von 6 auf 4 Items wurden verändert. Die Länge des Fragebogens wurde als angemessen bewertet und mit einer Bearbeitungszeit von ca. 10 Minuten angegeben. Der endgültige Fragebogen umfasst 20 Themenkomplexe mit insgesamt 29 Fragen. Die nachfolgende Tabelle 4.1 gibt einen Überblick über die Themenkomplexe und die Hintergründe der Fragen aus den bisherigen Instrumenten. Der gesamte Fragebogen findet sich im Anhang dieser Arbeit.

4.2.2 Vorgehen der Datenerhebung

Die Befragung wurde mittels eines Fragebogensurveys bei Krankenhausärzten in Schleswig-Holstein durchgeführt. Die Befragung erfolgte online mit der Software Enterprise Feedback Suite (EFS) Survey 8.0 (Globalpark), einer Umfragesoftware zur Erstellung von Online-Befragungen und der Onlineplattform www.unipark.info. Der Link zum Fragebogen wurde per Email verschickt. Jeder Teilnehmer erhielt einen personalisierten Link, so dass eine Verfolgung des Rücklaufs nachvollziehbar war. Die Einschlusskriterien für die Auswahl der Teilnehmer werden im Kapitel 4.2.4 genau erläutert.

Da die Studie explorativ angelegt war, gab es keinen validen Anhaltspunkt für eine Stichprobenkalkulation. Auch erlaubte die mangelnde Erfahrung mit dem Erhebungsinstrument keine Annah-

Tabelle 4.1: Fragebogenhintergrund

Themenkomplexe	Hintergrund	Referenz
Angaben zur Person (Geschlecht, Berufserfahrung, Qualifikation, Funktion)	Allgemeine Angaben	
Fachrichtung	Allgemeine Angaben	
Angaben zur Klinik	Allgemeine Angaben	
Anteil an Patienten mit Demenz	Anlehnung an die UKSH-Pflege-Befragung Frage Nr. 1	Balzer <i>et al.</i> (2013b)
Entwicklung des Anteils an PmD in der Abteilung	Eigene Frage, in Anlehnung an den DIP-Fragebogen Fragenkomplex Nr. 5	DiAG und dip (2012)
Diagnose der Demenz	Anlehnung an die UKSH-Pflege-Befragung Frage Nr. 2	Balzer <i>et al.</i> (2013b)
Erfassung des kognitiven Status	Selbst entwickelte Frage	
Erfassungsinstrumente	Anlehnung an die LinDe-Befragung Nr. 2.1	Bremer Landesinitiative Demenz (2012)
Information über den Patienten/Anamnese	Anlehnung an DIP-Befragung Fragenkomplex Nr. 10	DiAG und dip (2012)
Umgang mit Demenz	Anlehnung an DIP-Befragung Frage Nr. 7	DiAG und dip (2012)
Arbeitsbelastung	Anlehnung an die UKSH-Pflege-Befragung Frage Nr. 5	Balzer <i>et al.</i> (2013b)
Häufigkeit ausgewählter Situationen	Anlehnung an DIP-Befragung Frage Nr. 8	DiAG und dip (2012)
Herausforderungen	Anlehnung an die UKSH-Pflege-Befragung Frage Nr. 6 und an die LinDe-Befragung Nr. 2.2.2	Balzer <i>et al.</i> (2013b)
Zusammenarbeit	Anlehnung an die UKSH-Pflege-Befragung Frage Nr. 8	Balzer <i>et al.</i> (2013b)
Compliance der Patienten	Anlehnung an DIP-Befragung Fragenkomplex Nr. 8	DiAG und dip (2012)
Sicherheit bei ausgewählten Aspekten	Anlehnung an die UKSH-Pflege-Befragung Frage Nr. 4	Balzer <i>et al.</i> (2013b)
Nachstationäre Versorgung	Selbst entwickelte Frage	
Fortbildungsinteresse	Anlehnung an DIP-Befragung Frage Nr. 12	DiAG und dip, 2012
Fortbildungsrahmen	Selbst entwickelte Frage	
Offene Aspekte	Die Befragten erhalten die Möglichkeit Anregungen zu formulieren und noch nicht angesprochene Themen zu äußern.	

men über die Werteverteilung in der Population. Die gewählte Stichprobe wurde jedoch so kalkuliert, dass hinreichend aussagekräftige Ergebnisse zu erwarten werden konnten. Im Vordergrund stand hierbei ein ausreichender Rücklauf. Das Ziel war eine Rekrutierung von ca. 250 Teilnehmern. Der Rücklauf der vergangenen zwei Befragungen in Deutschland betrug knapp 50 %, sodass 500 Teilnehmer angeschrieben werden sollten. Um eine möglichst repräsentative Auswahl zu erreichen, wurden Krankenhäuser unterschiedlicher Bettengröße ausgewählt.

4.2.3 Pretestung des Fragebogens und des Vorgehens

Nach der Entwicklung wurden in einem dritten Schritt der Fragebogen und das Vorgehen der Datenerhebung mit einer Ärztesgruppe aus Niedersachsen getestet. Insgesamt 22 von 39 angeschriebenen Ärzten nahmen teil, was einem Rücklauf von 56% entspricht. Für die Auswahl der Teilnehmer galten die gleichen Kriterien, wie für die zu befragende Population in der Region Schleswig-Holstein (s. Kapitel 4.2.4). Der Fragebogen wurde per Email an jeden einzelnen Teilnehmer mit einem personalisierten Link zum Fragebogen verschickt. Das Verfahren mit dem Programm Unipark erwies sich als durchführbar und die Fragen als beantwortbar.

Lediglich kleine formale Modifikationen einiger Fragen wurden vorgenommen. Eine Frage wurde entfernt. Hierbei handelte es sich um die Frage zur Erfassung des Fortbildungsinteresses, welche zunächst in Fortbildungsbedarf und -interesse auf gesplittet war. Die Rückmeldung einiger Teilnehmer ergab, dass sich diese beiden Fragen inhaltlich kaum unterscheiden. Aufgrund dieser Veränderung wurden die Ergebnisse des Pretests nicht mit in die Endauswertung der Studie aufgenommen. Die Bearbeitungszeit des Fragebogens betrug wie angenommen im Durchschnitt 10 Minuten.

4.2.4 Auswahl und Rekrutierung der teilnehmenden Krankenhäuser und Ärzte

Zu Beginn erfolgte eine Aufstellung aller Krankenhäuser Schleswig-Holsteins auf Basis vorliegender Klinikverzeichnisse.

Es wurde eine Auswahl der Teilnehmer auf drei Ebenen nach folgenden Kriterien angestrebt:

- (1) Krankenhäuser: Eingeschlossen wurden Krankenhäuser mit mindestens einer internistischen und einer chirurgischen Abteilung. Ausgeschlossen wurden psychiatrische Krankenhäuser, da die Vermutung nahe liegt, dass hier umfassende Konzepte zum Thema Umgang mit PmD im Krankenhaus bereits vorhanden sind. Darüber hinaus ist die Demenz hier häufig eine Hauptdiagnose und Grund für die Krankenhauseinweisung im Gegensatz zum Akutkrankenhaus.
- (2) Abteilungen: Es wurden alle Abteilungen eingeschlossen, die potentiell PmD betreuen können, daher wurden die Abteilungen für Pädiatrie und Geburtshilfe ausgeschlossen.
- (3) Ärzte: Es sollten Krankenhausärzte unterschiedlicher Positionen, d.h. sowohl Chef- als auch Ober- und Assistenzärzte befragt werden. Belegärzte wurden ausgeschlossen.

Die genannten Kriterien galten ebenfalls für die Teilnehmer der Pretestung des Fragebogens.

Die Rekrutierung im Allgemeinen erfolgte stets über die Kontaktaufnahme mit den Chefärzten bzw. Chefarztsekretariaten als Multiplikator für die jeweilige Abteilung. Hierbei erhielt jeder Chef-

arzt eine E-Mail mit Informationen zur geplanten Studie und der Bitte um Zusendung der Email-Adressen des ärztlichen Teams ihrer Abteilung.

Aufgrund der erhöhten Reichweite und der potentiell gesteigerten Aufmerksamkeit wurde diese zunächst im Dezember 2013 über die Ärztekammer Schleswig-Holstein an alle dort registrierten Chefärzte und ärztlichen Direktoren versandt, wobei die Einhaltung der oben genannten Auswahlkriterien nicht gesichert war. Anschließend erfolgte auf Basis einer eigenen Online-Recherche die Rekrutierung weiterer Krankenhäuser und Abteilungen nach genannten Auswahlkriterien. Die Auswahl schloss vor allem Krankenhäuser im Umkreis von Lübeck ein, bis eine Rekrutierung von ca. 500 Teilnehmern unterschiedlicher Fachrichtungen erreicht war. Die Studieninformation an die Chefärzte befindet sich im Anhang der Arbeit. Nach Zusendung der Kontaktdaten durch die Chefärzte erhielt das Team selbst eine E-Mail mit dem Fragebogenlink. Die Email an die Chefärzte enthielt bereits einen personalisierten Link für die Chefärzte selbst.

Insgesamt wurden 665 Ärzte in 9 Krankenhäusern unterschiedlicher Bettengröße rekrutiert. Darunter befanden sich eine Universitätsklinik, 4 Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung und 4 Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung.

Jeder Teilnehmer erhielt einen personalisierten Link mit dessen Hilfe der Status der Befragung verfolgt werden konnte. Aufgrund der Wahrung der Anonymität konnten keine Rückschlüsse auf die Richtigkeit der Antworten der Teilnehmer gezogen, sondern lediglich eingesehen werden, ob der Teilnehmer die Befragung angesehen, begonnen, abgebrochen oder vollständig ausgefüllt hat. Damit lassen sich keine Aussagen über inhaltliche Aspekte z.B. welches Krankenhaus oder welche Fachabteilung der Teilnehmer angegeben hat, ableiten. Eine Bezugnahme auf bestimmte Cluster ist nicht möglich.

Zur Erhöhung des Rücklaufs wurden eine strukturierte Rückmeldung der Ergebnisse auf Wunsch der Teilnehmer und gegebenenfalls ein persönlicher Kontakt zu den teilnehmenden Kliniken angekündigt.

Nach drei und sechs Wochen erhielten die Teilnehmer, die noch nicht geantwortet hatten, eine Erinnerung per E-Mail.

Die Studie umfasste den Zeitraum vom 22.01.2014 bis zum 31.03.2014 (10 Wochen).

4.2.5 Datenschutz

Die Erhebung erfolgte pseudonymisiert. Jeder Teilnehmer erhielt eine Codenummer, die lediglich dazu diente, eine Nachfragemöglichkeit zu haben, falls keine Antwort erfolgte. Ein solches Verfahren wurde kürzlich für eine Befragung von Krankenhauspersonal gewählt und führte in Kombination mit anderen Maßnahmen zu einem Rücklauf von ca. 75% (Köpke *et al.*, 2013). Das Ausfüllen und Absenden des Fragebogens wurde als Einwilligung zur Teilnahme an der Studie verstanden.

Die Daten aus den Fragebögen wurden anonymisiert in das Statistikprogramm SPSS 20.0 exportiert, ausgewertet und gespeichert.

4.2.6 Ethik und Finanzierung

Das Studienprotokoll wurde der Ethikkommission der Universität zu Lübeck vorgelegt und positiv begutachtet (Ref.-Nr.13-237). Die Finanzierung erfolgte aus Eigenmitteln.

4.3 Statistik und Auswertung

Die ausführliche deskriptive Analyse der vorliegenden Daten erfolgte ebenfalls mit dem Programm SPSS 20.0 und 22.0. Die Häufigkeiten der entsprechenden Variablen wurden erfasst und in Tabellen dargestellt. Für stetige Variablen wurden Lage- und Streuungsmaße berechnet (z.B. Mittelwert und Standardabweichung, Median).

Zur Analyse der vorher aufgestellten Hypothesen kamen verschiedene Korrelationstests zum Einsatz, die einen Zusammenhang zwischen den einzelnen Variablen zeigen oder widerlegen. Bei ordinalskalierten Daten wurde der Spearman-Korrelationstest bei linearen bzw. intervallskalierten Daten der Pearson-Korrelationstest verwendet. Bei dichotomen Variablen wurden der Mittelwertvergleich und der Chi-Quadrat-Test eingesetzt. Es wurde von einer Normalverteilung der Daten ausgegangen.

Für alle statistischen Analysen wurde das Signifikanzniveau auf 5% ($\alpha = 0,05$) gesetzt. Auf eine Adjustierung bezüglich multiplen Testens wurde aufgrund des explorativen Charakters der Studie verzichtet.

Um mögliche Einflussfaktoren der Arbeitsbelastung und der Sicherheit im Umgang mit PmD genauer darstellen und beurteilen zu können, kam die Regressionsanalyse zum Einsatz. Mittels linearer Regression unter der Einschlussmethode wurden folgende wichtige Einflussfaktoren auf die selbst eingeschätzte Sicherheit im Umgang mit PmD und der Arbeitsbelastung einbezogen: Geschlecht, Funktion des Arztes, Entwicklung des Anteils an Patienten mit Demenz, Zusammenarbeit mit Angehörigen, Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, Berufserfahrung und der geschätzte Anteil an PmD in den Abteilungen. Die psychische und zeitliche Arbeitsbelastung wurden jeweils analog in einem separaten Modell betrachtet.

Bei der Variablen „Sicherheit im Umgang von PmD“ wurde eine Äquidistanz der Kategorien sehr sicher, sicher usw. angenommen. Das Vorgehen resultiert aus der Tatsache, dass die Vorgabe bei der linearen Regression ist, dass Einflussfaktoren als metrische Variablen vorliegen (Hatzinger und Nagel, 2009). Ausgewählte Ergebnisse wurden in Microsoft Office Excel 2007 überführt und graphisch dargestellt.

4.4 Ergebnisse

4.4.1 Deskriptive Auswertung

4.4.1.1 Rücklauf

Von 9 angeschriebenen Krankenhäusern nahmen insgesamt 8 teil. Abbildung 4.1 zeigt in einem Flowchart die Rekrutierung der Teilnehmer.

Nach einer Rücklaufzeit von 10 Wochen hatten 33% (198 Teilnehmer) der Befragten den Fragebogen angesehen und 32% (192 Teilnehmer) den Fragebogen ausgefüllt. 181 Teilnehmer füllten den Fragebogen vollständig aus (30%).

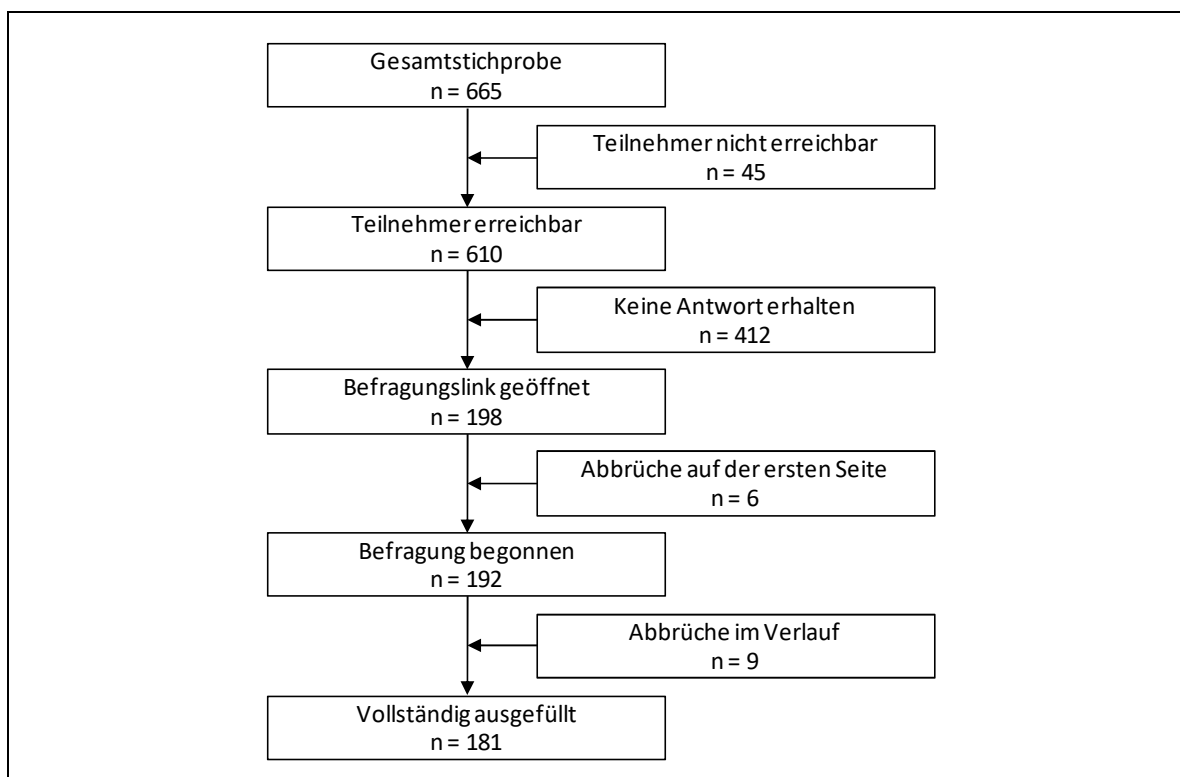


Abbildung 4.1: Rekrutierung der Teilnehmer

4.4.1.2 Studienpopulation

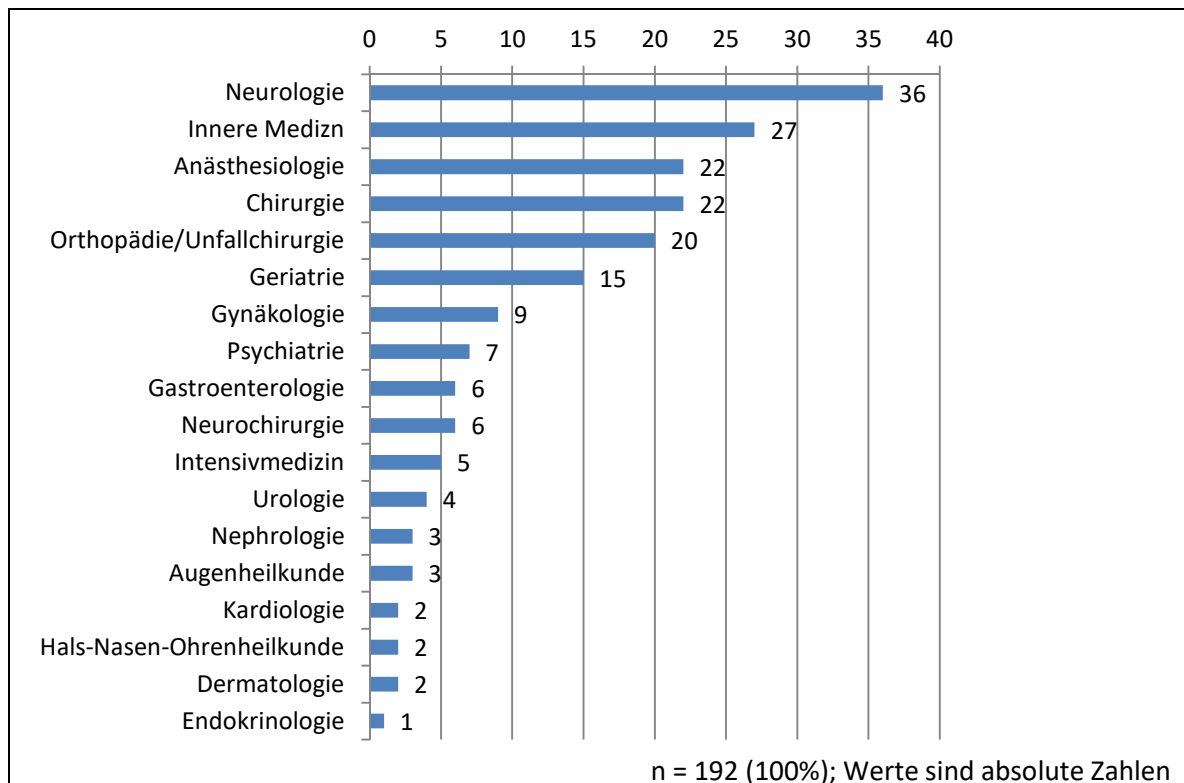
Die Tabelle 4.2 gibt einen Überblick über die Charakteristika der Teilnehmer. Von den Teilnehmenden sind 53,6% männlich und 44,3 % weiblich. Die durchschnittliche Berufserfahrung beträgt 14 ± 9 Jahre (Range von 1 - 39 Jahren). 129 Teilnehmer hatten zum Zeitpunkt der Befragung eine abgeschlossene Facharztausbildung. 98 Ärzte waren als Chef- bzw. Oberarzt tätig, 92 Ärzte als Assistenzarzt. Die Fachrichtungen waren unterschiedlich stark vertreten. Eine detaillierte Darstellung findet sich in Abbildung 4.2.

Tabelle 4.2: Charakteristika der Studienpopulation

Gesamtteilnehmer	n = 192 (100%)
Geschlecht	
Männlich	103 (53,6)
Weiblich	85 (44,3)
Nicht angegeben	4 (2,1)
Berufserfahrung in Jahren (MW±SD)*	14,07 ± 9,94
Facharzt	
Ja	129 (67,2)
Nein	61 (31,8)
Nicht angegeben	2 (1)
Funktion	
Assistenzarzt	92 (47,9)
Oberarzt	72 (37,5)
Chefarzt	26 (13,5)
Nicht angegeben	2 (1)
Versorgungsstufe	
Universitätsklinikum	99 (51,6)
Erweiterte Grundversorgung	60 (31,3)
Grundversorgung	31 (16,1)
Fehlend	2 (1)
Geriatrische Fachabteilung vorhanden	
Ja	71 (37)
Nein	120 (62,5)
Nicht angegeben	1 (0,5)
Tätigkeitsbereich	
Operative Fachabteilung	90 (46,9)
Nicht operative Fachabteilung	102 (53,1)
Anteil Patienten mit Demenz pro Station in Prozent (MW±SD)	23,19 ± 16,74

Werte sind absolute Zahlen (%), falls nicht anders angegeben

*n= 186

**Abbildung 4.2: Übersicht der Fachabteilungen**

Zwei Drittel der teilnehmenden Häuser verfügt nicht über eine geriatrische Abteilung. Insgesamt arbeiten 102 Teilnehmer in einer nicht operativen Fachabteilung und 90 Teilnehmer in einer operativen Fachabteilung. Dabei zählen zu den operativen Einheiten die Fächer Anästhesiologie, Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Intensivmedizin, Urologie, Gynäkologie, Neurochirurgie und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

Der Anteil der Patienten mit kognitiven Einschränkungen bzw. Demenz wird im Durchschnitt mit $23,2 \pm 16,7 \%$ angegeben (Range 1% bis 80%).

4.4.1.3 Erfassung des kognitiven Status

Knapp 60% (n=111) der Befragten gibt an, dass der kognitive Status des Patienten bei Aufnahme routinemäßig erfasst wird. Wenn der kognitive Status des Patienten erfasst wird, werden unterschiedliche Instrumente dafür eingesetzt. 73 Teilnehmer (66,4%) verwenden den MMST, 49 (44,5%) den Uhrentest und 48 (43,6%) den DemTect. 41 Teilnehmer (37,3%) erfassen den kognitiven Status des Patienten durch einen formlosen Test oder klinische Beobachtung. Zu den seltener eingesetzten Tests gehören TFDD, MoCA, Six-Item Screener, Panda und CERAD.

Die Frage, bei welchen Patienten diese Instrumente zum Einsatz kommen, wird unterschiedlich beantwortet. In 70% der Fälle werden die Instrumente bei Patienten mit auffälligen Verhaltensweisen oder anamnestischen Hinweisen eingesetzt. 20% der Ärzte setzen die Instrumente bei allen Patienten ein. Eine Übersicht zeigt Tabelle 4.3.

Die Frage danach, wie sicher die Teilnehmer sind, dass das angewandte Instrument den kognitiven Status auch ausreichend genau erfasst, wurde nur von 16,8% der Teilnehmer mit sehr sicher bis sicher beantwortet. 53,3% der Teilnehmer antworteten mit eher sicher, 30% der Befragten sind eher unsicher bis sehr unsicher, dass der Status ausreichend genau erfasst wird.

Tabelle 4.3: Erfassung des kognitiven Status

routinemäßige Erfassung des kognitiven Status	n = 192 (100)
ja	111 (57,8)
nein	75 (39,1)
nicht angegeben	6 (3,1)
Verwendetes Erfassungsinstrument	n = 110 (100)
MMST	73 (66,4)
Uhrentest	49 (44,5)
DemTect	48 (43,6)
formloser Test	34 (30,9)
Sonstige:	29 (26,3)
• Klinische Beobachtung	7 (6,4)
• MoCA	6 (5,5)
• Six-Item-Screener	4 (3,6)
• PANDA	3 (2,7)
• CERAD	2 (1,8)
• TFDD	2 (1,8)
• nicht näher erläutert	5 (4,5)

Einsatz der Erfassungsinstrumente	n= 113 (100)
Bei allen Patienten	25 (22,1)
Bei allen älteren Patienten (z.B. >65 Jahre)	3 (2,7)
Bei „auffälligem“ Verhalten	47(41,6)
Bei anamnestischen Hinweisen	33 (29,2)
Bei anderen Vorerkrankungen	5 (4,4)

Werte sind absolute Zahlen (%); Mehrfachnennung möglich

MMST = Mini Mental Status Test

DemTect = Demenzdektionstest

TFDD =Test zur Früherkennung von Demenz mit Depressionsabgrenzung

MoCA = The Montreal Cognitive Assessment

PANDA = Parkinson Neuropsychometric Dementia Assessment

CERAD = Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease

4.4.1.4 Entwicklung des Anteils an Patienten mit Demenz

55% der Teilnehmer schätzen den Anteil dementer Patienten in den letzten drei Jahren als mäßig bis stark ansteigend ein und 45% der Befragten geben eine gleich bleibende Entwicklung an. Kein Teilnehmer nimmt einen Rückgang an.

Betrachtet man die Häufigkeitsangaben der Diagnose Demenz, so wird deutlich, dass bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen die Diagnose Demenz in unterschiedlichem Maße bei Aufnahme bereits besteht. Tabelle 4.4 gibt einen Überblick der Ergebnisse.

Knapp ein Drittel der Befragten gibt an, dass in 61-80% der Fälle die Diagnose Demenz bei Aufnahme bereits besteht. Insgesamt wird die Diagnose nur selten während des Aufenthaltes gestellt.

Tabelle 4.4: Häufigkeit der Diagnose Demenz

Wie häufig kommt bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz vor, dass...	81-100% der Fälle	61-80% der Fälle	41-60% der Fälle	21-40% der Fälle	0-20% der Fälle
...die Diagnose Demenz bei der Aufnahme bereits besteht. (n=181)	20 (11,0)	56 (30,9)	49 (27,1)	35 (19,3)	21 (11,6)
...noch keine Diagnose Demenz dokumentiert ist, Sie sie jedoch vermuten, aber nicht sichern. (n=180)	2 (1,1)	11 (6,1)	20 (11,1)	51 (28,3)	96 (53,3)
...die Diagnose Demenz während des Aufenthaltes gestellt wird. (n=177)	1 (0,6)	10 (5,6)	22(19,2)	34 (19,2)	110 (62,1)

Werte sind absolute Zahlen (%)

4.4.1.5 Umgang mit Patienten mit Demenz

Anamnese

Die Eigenanamnese eines Patienten mit kognitiven Einschränkungen bzw. Demenz gestaltet sich oftmals schwierig. Bei fehlender Orientierung zu Zeit, Ort, Person und/oder Situation ist es hilfreich auf andere Informationsquellen zurück greifen zu können.

Hier steht eine Reihe von Informationsquellen zur Verfügung. Abbildung 4.3 gibt eine Übersicht über die am häufigsten gewählten Informationsquellen.

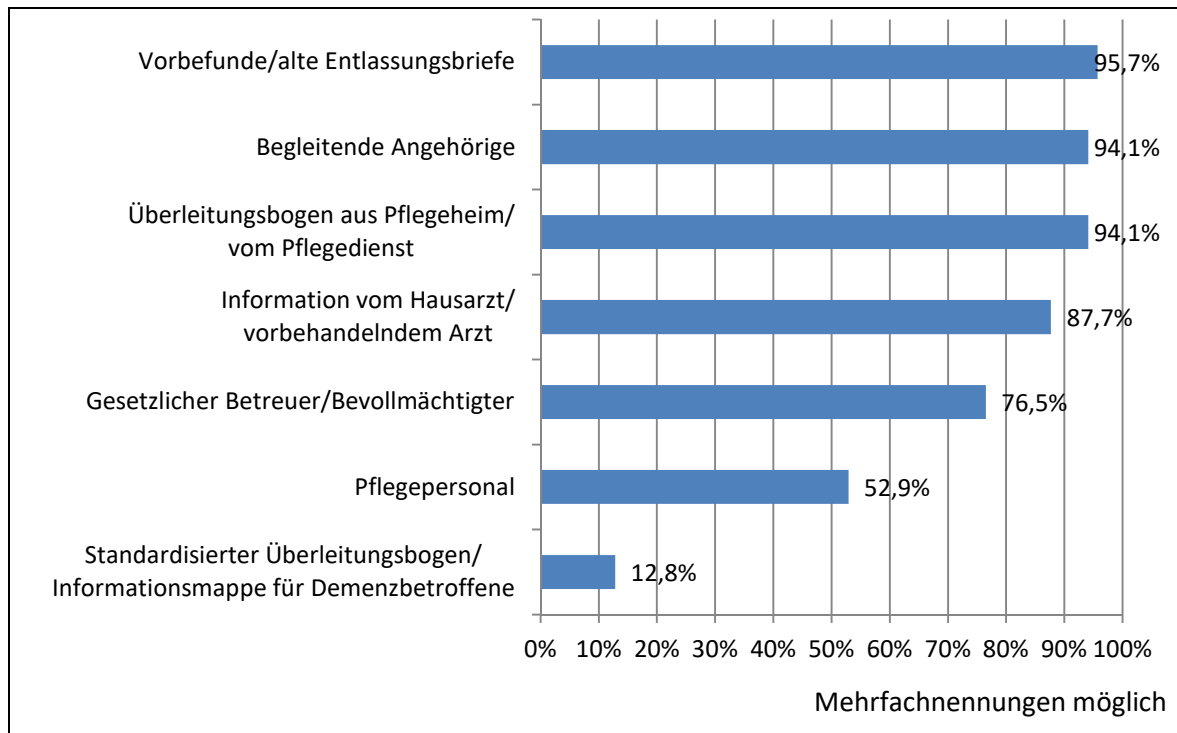


Abbildung 4.3: Informationsquellen zur Anamneseerhebung

Sicherheit im Umgang mit Patienten mit Demenz

Nur 1,6% der Befragten fühlen sich sehr sicher im Umgang mit Patienten mit Demenz. 33% der Befragten fühlen sich sicher. Lediglich 45,9% der Teilnehmer fühlen sich eher sicher, 19,5% der Teilnehmer fühlen sich eher unsicher bis sehr unsicher.

Sicherheit bei ausgewählten Aspekten

Im folgenden Fragenkomplex wurden die Teilnehmer gebeten, ihre Sicherheit bei ausgewählten Aspekten einzuschätzen. Die Mehrheit der Befragten fühlt sich in den angegebenen Aspekten „eher sicher“ mit geringen Abweichungen (s. Abbildung 4.4).

Wie sicher fühlen Sie sich hinsichtlich folgender Aspekte bei der Behandlung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz?

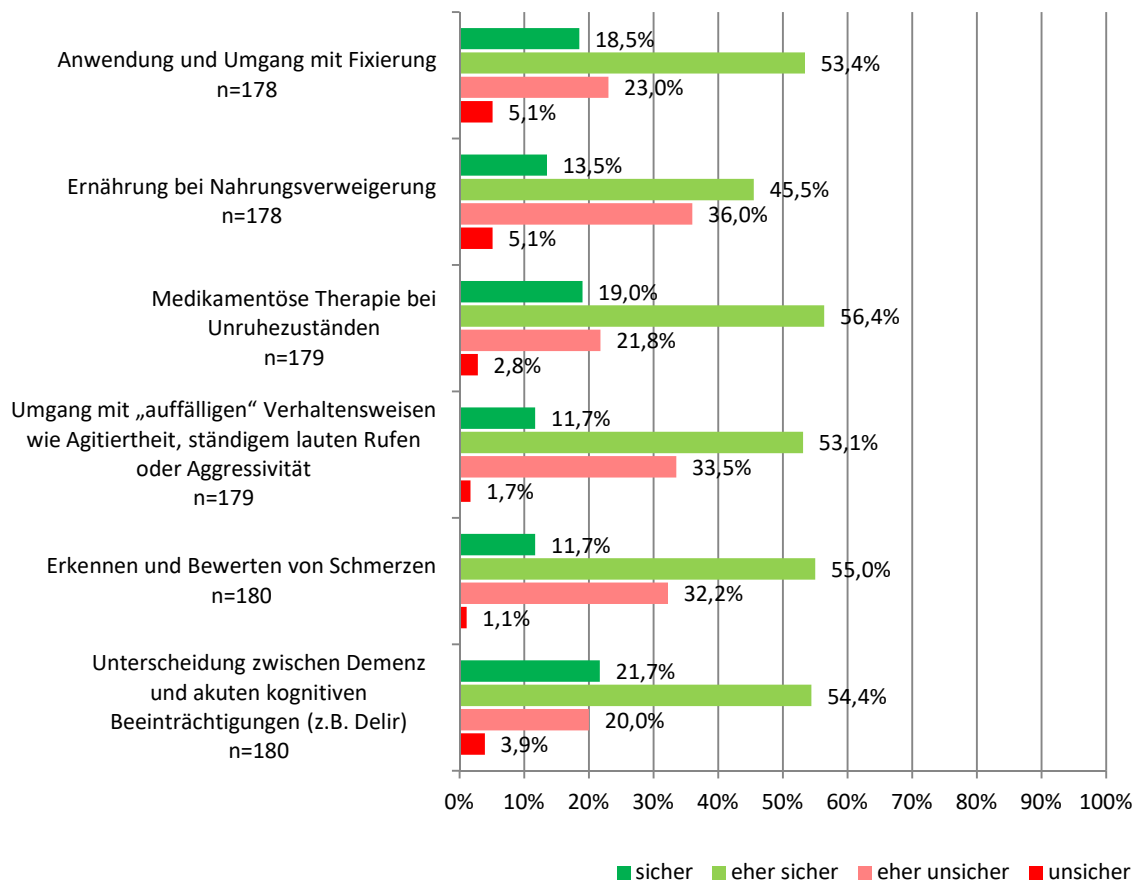


Abbildung 4.4: Sicherheit bei ausgewählten Aspekten

4.4.1.6 Arbeitsbelastung

Der Anteil der psychischen Arbeitsbelastung an der Gesamtarbeitsbelastung durch die Behandlung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen bzw. Demenz wurde durchschnittlich auf $7,8 \pm 7,2\%$ geschätzt. Der Anteil der zeitlichen Arbeitsbelastung wurde mit $14,5 \pm 12,4\%$ angegeben und ist damit etwa doppelt so hoch wie die psychische Belastung.

Die Frage danach, was am stärksten zu dieser Belastung beiträgt, bestätigt die obigen Angaben. Hier wurde an erster Stelle der hohe Zeitaufwand mit 48 Nennungen (14,5%) aufgeführt. Auch die schwierige Anamneseerhebung trägt maßgeblich zur Belastung bei. Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen des zu behandelnden Patienten, die mangelnde Compliance und die Kommunikation gehören außerdem zu den fünf häufigsten genannten Belastungsfaktoren. Weitere genannte Faktoren der Arbeitsbelastung sind nachstationäre Versorgungsprobleme, Zusammenarbeit mit dem Betreuer, schwierige Aufklärung, Weglauftendenzen, Unruhe, aggressives Verhalten und ethische Aspekte.

4.4.1.7 Herausforderungen

Bezüglich der Herausforderungen im Umgang mit Patienten mit kognitiven Einschränkungen bzw. Demenz wurde der hohe Zeit- und Betreuungsaufwand mit Abstand am häufigsten genannt (70%). Weitere Herausforderungen werden unter anderem in der Kommunikation und im Weglaufen/Herumirren der Patienten gesehen (s. Abbildung 4.5).

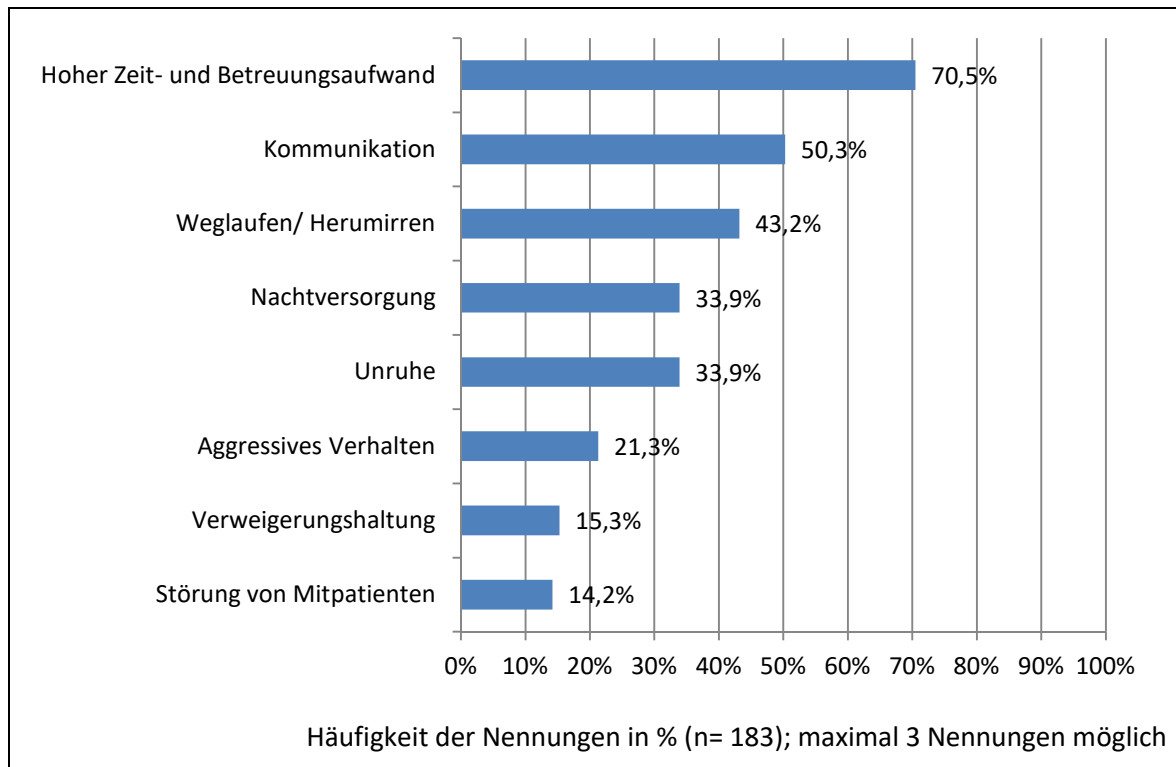


Abbildung 4.5: Herausforderungen im Umgang mit Patienten mit Demenz

4.4.1.8 Häufigkeiten ausgewählter Situationen

Abbildung 4.6 gibt einen Überblick über die wahrgenommene Häufigkeit spezifischer Problembe-
reiche. Als häufiges Problem hinsichtlich der ärztlichen Therapieführung wird angegeben, dass
Patienten mit einer Demenz eine medizinisch verordnete Bettruhe häufig nicht einhalten. Auch
der Umgang mit der Geschäftsfähigkeit der Patienten wird problematisiert. So mussten häufig bis
sehr häufig notwendige Behandlungen wegen fehlender Geschäftsfähigkeit des Patienten ver-
schoben werden und von den Ärzten häufig ein Betreuungsverfahren eingeleitet werden.

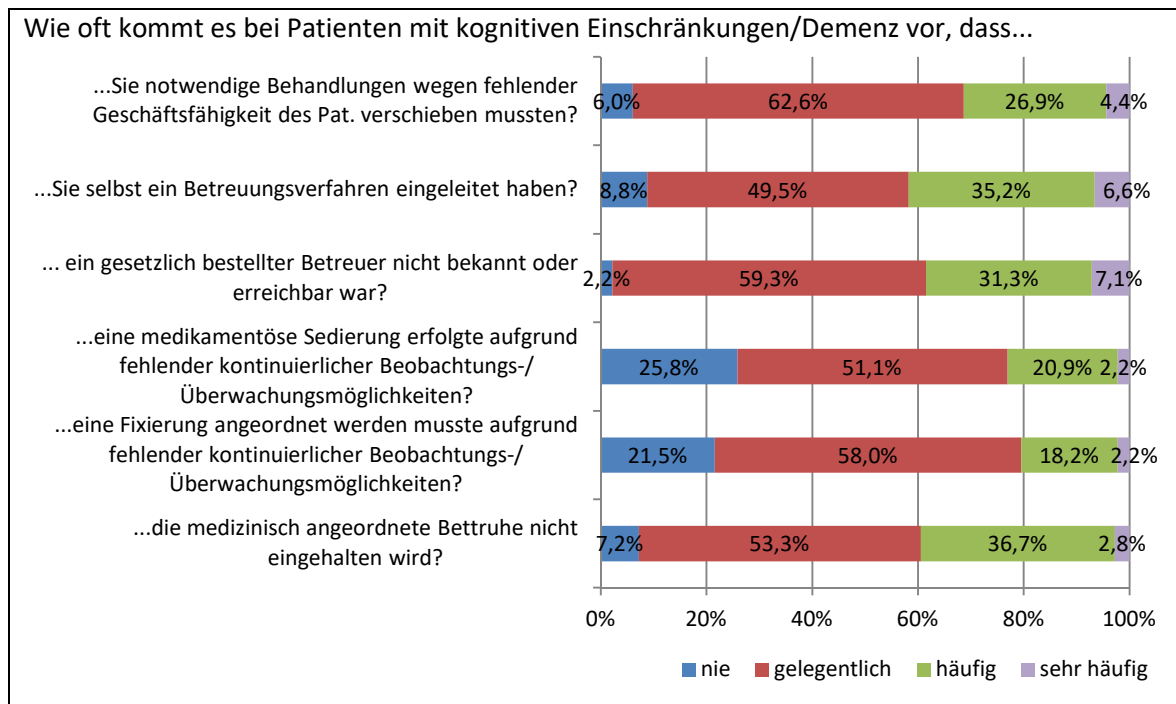


Abbildung 4.6: Häufigkeiten ausgewählter Situationen

4.4.1.9 Zusammenarbeit

Zusammenarbeit mit Angehörigen und anderen Berufsgruppen

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen wurde prinzipiell eher positiv bewertet. 44,2% der Befragten schätzten sie als eher gut, 34,3% als gut ein.

Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wurde von 13,3% der Teilnehmer als sehr gut bewertet. 50,6% schätzten die Zusammenarbeit als gut ein, 28,3% der Teilnehmer als eher gut. In beiden Bereichen wurde die Zusammenarbeit nur von wenigen Teilnehmern als problematisch erachtet.

Compliance des Patienten

In diesem Zusammenhang ist auch die Zusammenarbeit mit dem Patienten selbst zu betrachten. Jeder zweite Befragte gibt an, dass es durch eingeschränkte bzw. fehlende Compliance des Patienten häufig zu Diagnostik- und Therapieverzögerungen kommt. Ein Viertel der Befragten schätzt Komplikationen aufgrund fehlender Compliance des Patienten als häufig ein (s. Abbildung 4.7).

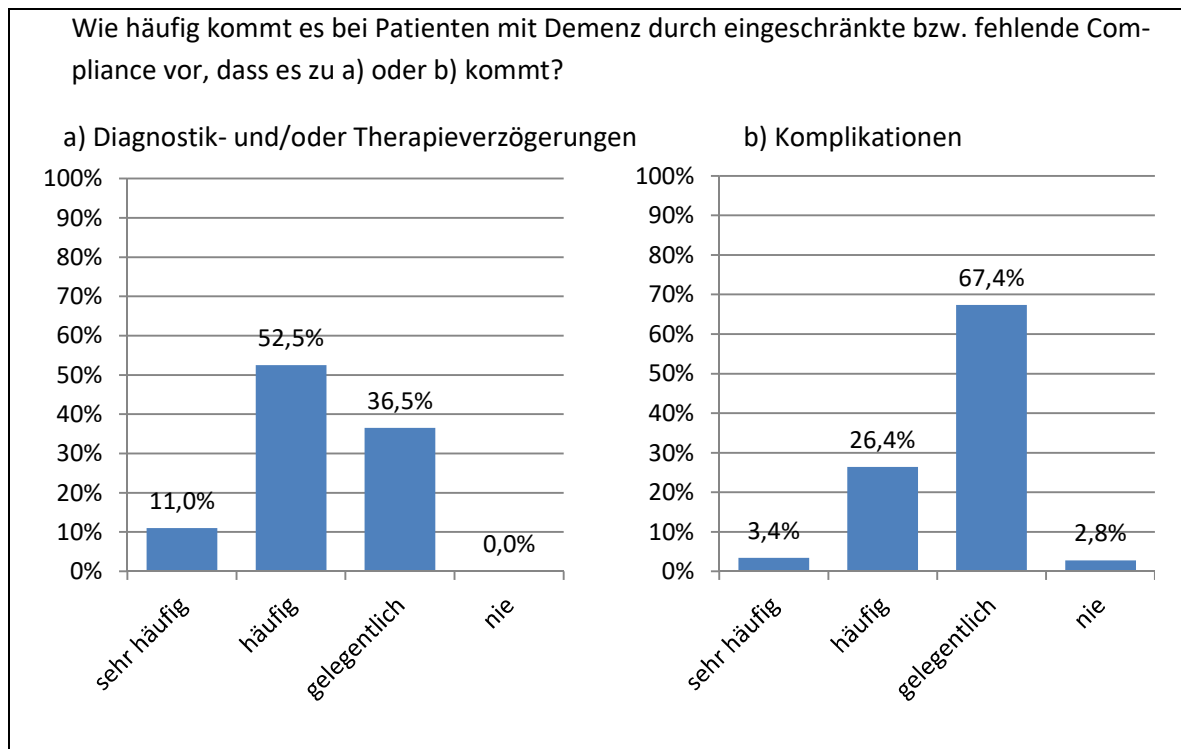


Abbildung 4.7: Häufigkeit der Probleme aufgrund mangelnder Compliance

4.4.1.10 Nachstationäre Versorgung

Der Anteil der Patienten, der wegen fehlender nachstationärer Versorgung im letzten Jahr nicht wie geplant entlassen werden konnte, wurde im Durchschnitt mit $26,3 \pm 23,3\%$ angegeben. Knapp 25% der Befragten gibt an, dass der Anteil bei 50% und mehr liegt. Jeder vierte Patient kann aufgrund fehlender nachstationärer Versorgung nicht zum geplanten Zeitpunkt entlassen werden.

Die Einbeziehung der Angehörigen bei der Therapie- und Entlassungsplanung spielt eine wichtige Rolle. Über 90% der Befragten betrachten die Zusammenarbeit mit den Angehörigen in dieser Situation als wichtig, 60% sogar als sehr wichtig.

4.4.1.11 Fort- und Weiterbildung

Im Hinblick auf potentielle Verbesserungsmaßnahmen wurde nach dem Fortbildungsinteresse der Teilnehmer zum Thema Demenz gefragt. Bis auf einen Teilnehmer gaben alle ein Interesse an Fortbildung an. Im Vordergrund standen hier (1) Fortbildungen zu rechtlichen Aspekten der Versorgung wie z.B. Umgang mit Fixierung etc. (2) zu medikamentösen Therapien/Polypharmazie und (3) zum Fachwissen über Demenz. Auch ethische Fragestellungen bei der Behandlung und Kommunikationsstrategien wurden genannt (s. Tabelle 4.5). Als Fortbildungsformat wurden am häufigsten klinikinterne Fortbildungen ($n=115$) und wiederholte Fortbildungen durch Spezialisten ($n=71$) gewünscht (Daten nicht gezeigt).

Tabelle 4.5: Fortbildungsinteresse

Fortbildungsthema	n=181 (100%)
Rechtliche Aspekte der Versorgung (Umgang mit Fixierung etc.)	95 (52,5)
Medikamentöse Therapien/Polypharmazie	91 (50,3)
Fachwissen über Demenz	79 (43,6)
Ethische Fragestellungen bei der Behandlung	70 (38,7)
Kommunikationsstrategien	66 (36,5)
Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie	58 (32,0)
Interventionen bei herausforderndem Verhalten und Apathie	57 (31,5)
Palliative Behandlung	39 (21,5)
Versorgungsstrategien (nach stationärer Behandlung)	30 (16,6)
Sonstige: OP-Einwilligung	1 (0,5)

Werte sind absolute Zahlen (%); Mehrfachnennung möglich

4.4.2 Überprüfung der Hypothesen

Die Befragung ließ auch die Überprüfung der vorher aufgestellten Hypothesen zu. Insgesamt können für 6 der 9 Hypothesen statistisch signifikante Zusammenhänge gezeigt werden. Tabelle 4.6 gibt einen Überblick der Ergebnisse.

Tabelle 4.6: Korrelationsanalysen der prädefinierten Hypothesen

Hypothese		Regressionskoeffizient [95%-Konfidenzintervall]	Signifi- kanz p
1	Ärzte mit längerer Berufserfahrung fühlen sich sicherer im Umgang mit PmD. *	-0,14 [-0,29; 0,02]	0,070
2	Ärzte mit längerer Berufserfahrung sind zeitlich stärker durch die Behandlung von Patienten mit Demenz belastet. **	-0,28 [-0,39; -0,14]	< 0,005
3	Ärzte mit längerer Berufserfahrung sind psychisch stärker durch die Behandlung von Patienten mit Demenz belastet. **	-0,12 [-0,26; 0,02]	0,114
4	Die zeitliche Arbeitsbelastung ist mit einem höheren Anteil an PmD in der Abteilung assoziiert. **	0,42 [0,34; 0,56]	<0,005
5	Die psychische Arbeitsbelastung ist mit einem höheren Anteil an PmD in der Abteilung assoziiert. **	0,30 [0,13; 0,43]	<0,005
6	Die zeitliche Arbeitsbelastung durch die Behandlung von PmD ist in den operativen Fachabteilungen höher als in nicht operativen Fachabteilungen. ***	T-Wert: -2,98 [-8,75; -1,79]	<0,005
7	Die psychische Arbeitsbelastung durch die Behandlung von PmD ist in den operativen Fachabteilungen höher als in nicht operativen Fachabteilungen. ***	T-Wert: -2,63 [-4,70; -0,67]	0,009
Sek. 1	Ärzte in Kliniken ohne geriatrische Abteilung geben häufiger eine erschwerte nachstationäre Versorgung für PmD an als Ärzte in Kliniken mit geriatrischer Abteilung. ***	T-Wert: -2,98 [-11,33; 3,08]	0,259
Sek. 2	Wenn der kognitive Status des Patienten bei Aufnahme erfasst wird, dann wird häufiger die Diagnose Demenz während des Aufenthaltes gestellt als wenn keine Erfassung erfolgt. ****	Pearson- Chi ² : 4,24	0,039

* Spearman-Test

** Pearson-Test

*** T-Test

**** Chi-Quadrat

1. Hypothese

Hier zeigt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen längerer Berufserfahrung der Ärzte und sicherer Umgang mit PmD. Es zeigt sich jedoch ein Trend ($p=0,07$), der auf eine verstärkte Sicherheit der Ärzte im Umgang mit PmD mit längerer Berufserfahrung hinweist.

2. Hypothese

Anders als angenommen, fühlen sich Ärzte mit längerer Berufserfahrung zeitlich weniger stark durch die Behandlung von Patienten mit Demenz belastet.

3. Hypothese

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang, dass Ärzte mit längerer Berufserfahrung psychisch stärker durch die Behandlung von PmD belastet sind.

4. und 5. Hypothese

Es bestehen deutliche Zusammenhänge zwischen der gefühlten Arbeitsbelastung und dem Anteil an PmD in der Abteilung. Dies gilt sowohl für die zeitliche als auch für die psychische Arbeitsbelastung (s. Abbildung 4.8 und Abbildung 4.9).

6. und 7. Hypothese

Entgegen der Hypothesen konnten statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen einer höheren Belastung und einem nicht-operativen Arbeitsfeld gezeigt werden.

Sekundäre Hypothese 1

Es konnte kein Zusammenhang zwischen dem Fehlen einer geriatrischen Abteilung in der Klinik und der häufigeren Angabe der Ärzte der erschwerten nachstationären Versorgung gezeigt werden ($p=0,259$). Die Ergebnisse des T-Tests waren nicht signifikant.

Sekundäre Hypothese 2

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zeigte sich entsprechend der Hypothese, dass wenn der kognitive Status des Patienten bei Aufnahme erfasst wird, tendenziell häufiger die Diagnose Demenz während des Aufenthaltes gestellt wird ($p=0,039$).

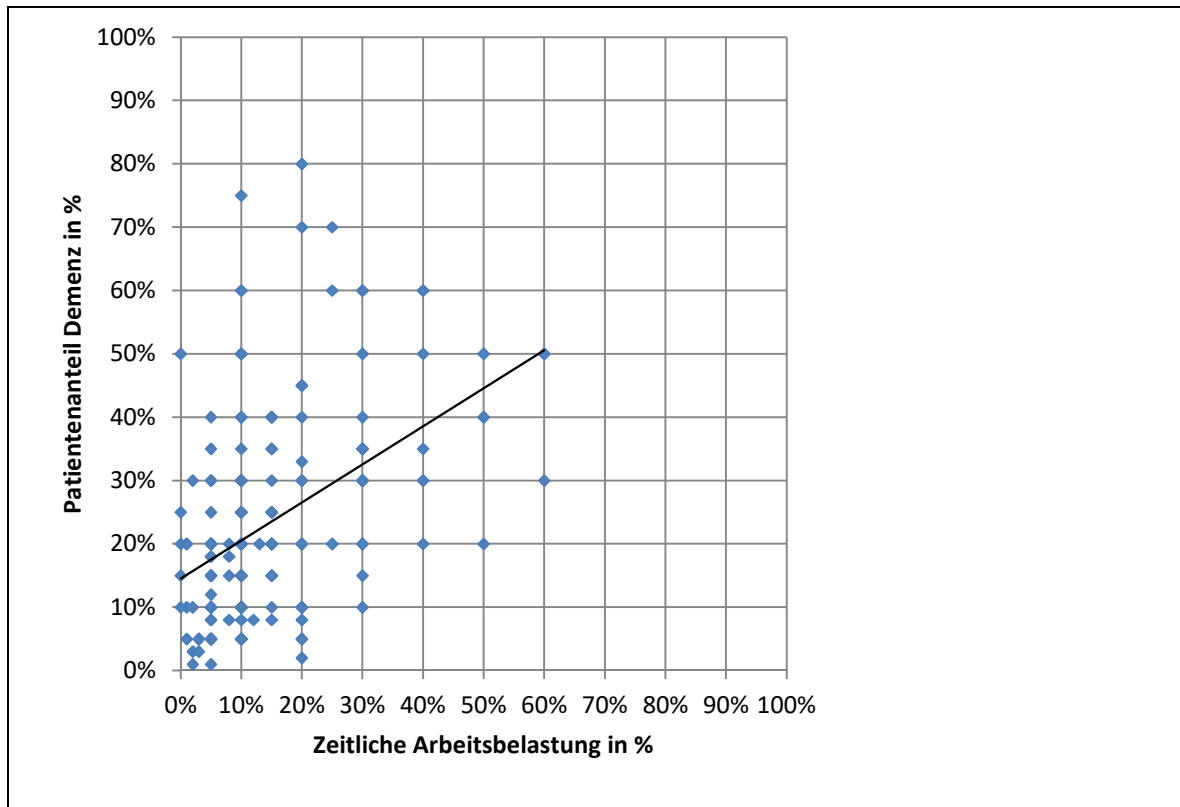


Abbildung 4.8: Streudiagramm der Korrelation der zeitlichen Arbeitsbelastung und des Anteils an Patienten mit Demenz

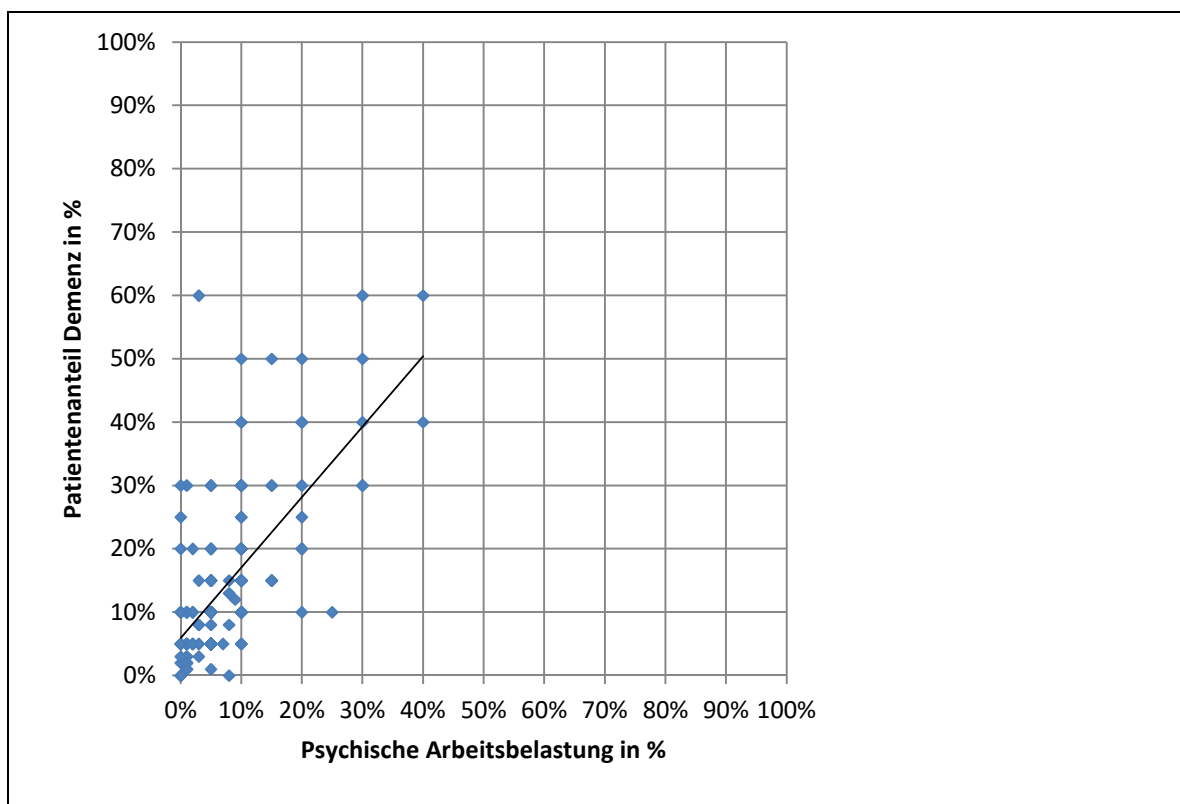


Abbildung 4.9: Streudiagramm der Korrelation der psychischen Arbeitsbelastung und des Anteils an Patienten mit Demenz

4.4.3 Regressionsanalyse für zwei Variablen von besonderem Interesse

Für die Variablen „Sicherheit im Umgang mit PmD“ und „Arbeitsbelastung“ wurde in ergänzenden Analysen versucht, Einflussfaktoren zu identifizieren. Hier liegen eventuell Ansatzpunkte einerseits zur Senkung der Arbeitsbelastung und andererseits für Verbesserungsmaßnahmen im Umgang mit PmD, wie zum Beispiel die vermehrte Schulung von weniger erfahrenen Ärzten. Die Regressionsanalyse kann Hinweise geben, ob unter anderem das Geschlecht, die Funktion des Arztes oder die Berufserfahrung Einflüsse auf die Sicherheit oder Arbeitsbelastung haben.

Das lineare Regressionsmodell der Variablen „Sicherheit im Umgang mit PmD“ wurde unter Berücksichtigung der in Kapitel 4.3 sieben genannten Variablen erstellt. Das Gesamtmodell ist signifikant ($p < 0,005$). Das bedeutet, dass die Summe der untersuchten Variablen signifikanten Einfluss auf die Sicherheit hat: Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ($p < 0,005$) und der Anteil an PmD in der Abteilung ($p < 0,005$) zeigen einen individuellen Einfluss.

Je schlechter die Einschätzung der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ist, desto unsicherer fühlen sich die Ärzte. Steigt der prozentuale Anteil an PmD in der Abteilung, steigt die Sicherheit im Umgang mit PmD.

Allerdings lassen sich lediglich 10% der Varianz der Sicherheit im Umgang mit Patienten mit Demenz mit diesem Modell erklären ($R^2 = 0,10$). Weitere Faktoren zur Erklärung der Sicherheit im Umgang mit PmD sind in Betracht zu ziehen. Die Tabelle 4.7 zeigt einen Überblick der Ergebnisse. Die Residuen sind normalverteilt.

Tabelle 4.7: Lineares Regressionsmodell der Variablen „Sicherheit im Umgang mit PmD“

Einflussfaktor	Regressionskoeffizient [95%-Konfidenzintervall]		Signifikanz p
Geschlecht	0,01	[-0,26; 0,27]	0,965
Funktion (Assistenzarzt, Oberarzt, Chefarzt)	0,11	[-0,15; 0,36]	0,417
Entwicklung des Anteils an PmD in der Abteilung	0,19	[-0,31; 0,07]	0,230
Zusammenarbeit mit Angehörigen (6er Likert-Skala)	0,04	[-0,20; 0,13]	0,665
Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (6er Likert-Skala)	0,26	[0,08; 0,44]	0,005
Berufserfahrung in Jahren	-0,01	[-0,03; 0,01]	0,149
Anteil an PmD in der Abteilung in Prozent	-0,01	[-0,02; -0,003]	0,005

Die Arbeitsbelastung wurde in die psychische und zeitliche Belastung aufgeteilt. Für beide Variablen wurde jeweils eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt.

Das lineare Regressionsmodell der Variablen „zeitliche Arbeitsbelastung“ wurde ebenfalls unter Berücksichtigung oben genannten sieben Variablen erstellt. Das Gesamtmodell ist signifikant ($p < 0,005$). Jedoch hat nur der Anteil an PmD einen signifikanten Einfluss auf die zeitliche Arbeitsbelastung ($p < 0,001$). Einen Überblick der Ergebnisse gibt Tabelle 4.8.

Ca. 21% der Varianz der zeitlichen Arbeitsbelastung lassen sich mit diesem Modell erklären ($R^2 = 0,21$). Die Residuen sind normalverteilt.

Tabelle 4.8: lineares Regressionsmodell der Variablen „Zeitliche Arbeitsbelastung“

Einflussfaktor	Regressionskoeffizient [95%-Konfidenzintervall]		Signifikanz p
Geschlecht	-2,30	[-1,23; 5,83]	0,200
Funktion (Assistenzarzt, Oberarzt, Chefarzt)	-2,30	[-6,46; 0,47]	0,090
Entwicklung des Anteils an PmD in der Abteilung	-1,72	[-4,34; 0,91]	0,199
Zusammenarbeit mit Angehörigen (6er Likert-Skala)	0,96	[-1,27; 3,19]	0,397
Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (6er Likert-Skala)	-1,12	[-3,60; 1,35]	0,372
Berufserfahrung in Jahren	-0,10	[-0,35; 0,14]	0,401
Anteil an PmD in der Abteilung in Prozent	0,22	[0,11; 0,32]	0,001

Auch das Gesamtmodell der „psychischen Arbeitsbelastung“ ist signifikant ($p=0,009$). Auch hier hat jedoch nur der Anteil an PmD in der Abteilung einen signifikanten Einfluss ($p<0,001$). Tabelle 4.9 gibt einen Überblick der Ergebnisse.

Ungefähr 10% der Varianz der psychischen Arbeitsbelastung lassen sich mit diesem Modell erklären ($R^2 = 0,097$). Die Residuen sind normalverteilt.

Tabelle 4.9: Lineares Regressionsmodell der Variablen „Psychische Arbeitsbelastung“

Einflussfaktor	Regressionskoeffizient [95%-Konfidenzintervall]		Signifikanz p
Geschlecht	-0,69	[-3,08; 1,70]	0,569
Funktion (Assistenzarzt, Oberarzt, Chefarzt)	-1,09	[-3,43; 1,25]	0,359
Entwicklung des Anteils an PmD in der Abteilung	-0,91	[-2,70; 0,87]	0,313
Zusammenarbeit mit Angehörigen (6er Likert-Skala)	1,46	[-0,07; 2,98]	0,062
Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (6er Likert-Skala)	-1,09	[-2,78; 0,60]	0,205
Berufserfahrung in Jahren	-0,01	[-0,18; 0,16]	0,911
Anteil an PmD in der Abteilung in Prozent	0,13	[0,06; 0,20]	0,001

5 Diskussion

Die vorliegende Studie berichtet die Ergebnisse einer systematischen Literaturübersicht und einer Befragung von Ärzten in Krankenhäusern in Schleswig-Holstein zum Thema Versorgung von PmD im Akutkrankenhaus. Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse anhand von Schwerpunkten der Befragung diskutiert.

5.1 Erfassung des kognitiven Status

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass der kognitive Status des Patienten bei Aufnahme nicht routinemäßig erfasst wird. Dies entspricht den Ergebnissen bisher international veröffentlichter Studien (Young *et al.*, 2011; Welz-Barth *et al.*, 2007). Wenn der kognitive Status erhoben wird, kommen unterschiedliche Instrumente zum Einsatz, wobei gemäß dieser Studie der MMST und der DemTect am häufigsten eingesetzt wurde. Auch dieses Ergebnis deckt sich mit nationalen und internationalen Befunden (Kennelly *et al.*, 2013; Bremer Landesinitiative Demenz, 2012). Überraschenderweise sind sich nur wenige Ärzte sicher, dass das jeweilige Instrument den kognitiven Status ausreichend genau erfasst. Dies ist ein möglicher Grund für den berichteten unregelmäßigen und inkonsistenten Einsatz dieser Assessmentinstrumente.

In der Befragung fällt auf, dass die Diagnose Demenz nur selten während des Klinikaufenthaltes gestellt wird, obwohl sie vermutet wird. Aus der Literatur lassen sich hierfür mehrere Gründe ableiten:

Die Unterscheidung von Demenz und Delir im Krankenhaus ist schwierig, da sich die Symptome überschneiden und Demenz und Delir einander beeinflussen. Die Anzeichen der Demenz werden daher eventuell durch das im Vordergrund stehende Delir nicht erkannt. Hinzu kommt vermutlich häufig mangelndes Wissen über Diagnosekriterien. Die Diagnose Demenz bleibt daher häufig undetektiert (Cairns *et al.*, 2004). Auch die aktuelle Befragung zeigt, dass sich Ärzte unsicher bei der Unterscheidung zwischen Demenz und akuten kognitiven Einschränkungen fühlen (s. Kapitel 4.4.1.5).

Die Demenz ist in der Regel nur eine Nebendiagnose, es existiert keine mögliche Abrechnung dieser Diagnose. Somit wird eventuell kein verstärktes Augenmerk auf die Codierung in den DRGs gelegt (Pinkert und Holle, 2012; Angerhausen, 2008; Kleina und Wingenfeld, 2007). Außerdem zögern Ärzte häufig unbewusst, die Diagnose Demenz zu stellen (Downs und Bowers, 2008). Desweiteren ist der stationäre Aufenthalt häufig zu kurz um eine ausführliche Diagnostik durchzuführen und primär fällt die Diagnostik der Demenz in den Aufgabenbereich der niedergelassenen

Ärzte bzw. Spezialambulanzen. Jedoch werden die Patienten im Akutkrankenhaus aufgrund der fremden Umgebung und der Komorbidität möglicherweise erstmals auffällig und die Krankenhausärzte stehen vor der Herausforderung einer Demenzdiagnostik bei eigentlich anderer Aufnahmediagnose.

Die Assessmentinstrumente werden laut der Befragung am häufigsten bei „auffälligem“ Verhalten und anamnestischen Hinweisen eingesetzt. Dies entspricht Ergebnissen aus der Bremer Befragung (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012). In einem neueren Audit aus Großbritannien geben lediglich 28% der Krankenhäuser an, dass sie ein Screening bei Patienten über 65 Jahren durchführen (Young *et al.*, 2011). In der aktuellen S3-Leitlinie „Demenzen“ werden der MMST, DemTect und Uhrentest empfohlen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2015). In der Geriatrie wird im Rahmen des geriatrischen Assessments der kognitive Status mithilfe der oben genannten Tests routinemäßig erfasst. Trotz der Unsicherheit der genauen Erfassung des Instruments werden sie zur Erfassung des kognitiven Status eingesetzt. Hierbei sollte angemerkt werden, dass eine kritische Evaluation der Testergebnisse nötig ist. Wie in Kapitel 2.7 erwähnt, eignet sich z.B. der MMST nicht zur Erfassung von milden kognitiven Einschränkungen.

Aktuell gibt es in Deutschland keinen Standard, bei welchen Patienten der kognitive Status routinemäßig erfasst werden soll. Lediglich Hinweise geben die S3-Leitlinie „Demenzen“ und die DEGAM-Leitlinie (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2015; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2008). Diese sind allerdings nicht speziell auf das Akutkrankenhaus ausgerichtet. Somit besteht die Gefahr, dass die Diagnose Demenz bei Patienten im Krankenhaus nicht erkannt wird. Die Korrelationsanalyse zeigt, dass tendenziell häufiger die Diagnose Demenz gestellt wird, wenn der kognitive Status des Patienten bei Aufnahme erfasst wird. Dies verdeutlicht den Stellenwert der Erfassung des Status. Bei fehlender Kenntnis über die Diagnose Demenz können sich Ärzte und Pflegende gegebenenfalls nur unzureichend auf die Bedürfnisse des Patienten einstellen, so dass geeignete Interventionen nicht angeboten werden können und weitere gesundheitliche Probleme in Form eines Delirs bei invasiven Maßnahmen z.B. mit Narkose auftreten können (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012). Um das Risiko unerkannter Demenzen zu minimieren, wären daher ein Leitfaden zur Erfassung des kognitiven Status und eine Schulung der Ärzte im Umgang mit den Assessmentinstrumenten sinnvoll (Griffiths *et al.*, 2013).

5.2 Sicherheit im Umgang

Insgesamt geben nur 35% der Befragten an, sich sehr sicher bis sicher im Umgang mit PmD insgesamt zu fühlen. Die Mehrheit der Befragten gibt in bestimmten Aspekten Einschränkungen in der Sicherheit an.

Relativ häufige Bereiche der Unsicherheit in der Versorgung betroffener Patienten sind Ernährung bei Nahrungsverweigerung und das Erkennen und Bewerten von Schmerzen (>30% der Befragten mit berichteter Unsicherheit). Die Ergebnisse stehen im Einklang mit bisherigen Studien (DiAG und dip, 2012; Young *et al.*, 2011). Durch die Unsicherheit in diesen Situationen wird die adäquate Behandlung von PmD im Krankenhaus erschwert. Ein weiterer Unsicherheitsfaktor ist der Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen (Griffiths *et al.*, 2013; DiAG und dip, 2012; Young *et al.*, 2011). Es steht zur Diskussion, ob mangelnde Erfahrung im Umgang mit diesen eine häufige Anwendung von Fixierung oder Sedierung des Patienten bei Unruhezuständen zur Folge hat. Die Ergebnisse hierzu sind uneindeutig. Es konnte gezeigt werden, dass inadäquates Management herausfordernder Verhaltensweisen mit schlechterem Outcome der Patienten assoziiert ist (White *et al.*, 2016).

Die Faktoren der Unsicherheit können als Ansatzpunkte zur Verbesserung dienen. Zur Reduktion von Unsicherheiten im Umgang mit PmD könnten z.B. einschlägige Fortbildungen und möglicherweise Schulungen beitragen. Dies wird durch den Wunsch nach Fortbildung zu ethischen Fragestellungen zum Beispiel in Bezug auf die Bestimmung des mutmaßlichen Willens des Patienten bestätigt. Auch Themen wie Ernährung bei Nahrungsverweigerung und Einsatz medikamentöser Therapien bei Unruhezuständen und nicht-pharmakologische Alternativen könnten in diesem Rahmen thematisiert werden.

Das lineare Regressionsmodell zeigt sowohl für eine gute Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen als auch für einen höheren Anteil von PmD in der Abteilung einen signifikant positiven Einfluss auf die Sicherheit im Umgang mit PmD. Es ist zu vermuten, dass die befragten Ärzte durch den erhöhten Anteil an PmD eine gewisse Routine im Umgang mit PmD entwickeln und durch mehr Erfahrung mit demenzspezifischen Themen mehr Sicherheit und Wissen erlangen. Das spricht für die Einrichtung von Demenzstationen, auf denen geschulte Pflegekräfte und Ärzte speziell und ausschließlich PmD im Akutkrankenhaus versorgen. Die Stationen sind räumlich und personell auf die Bedürfnisse des betroffenen Patienten angepasst und können diesen gerecht werden (von Renteln-Kruse *et al.*, 2015). Die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit scheint gleichermaßen ein wichtiger Faktor für Sicherheit in der Versorgung von PmD zu sein und legt nahe, diese Zusammenarbeit in interdisziplinären Fortbildungen zu vertiefen und zu optimieren.

5.3 Arbeitsbelastung und Herausforderungen im Umgang

Der Anteil der zeitlichen Belastung an der Gesamtarbeitsbelastung durch die Versorgung von PmD wurde im Mittel mit 14,5% (SD 12,4) angegeben. Der Anteil der psychischen Arbeitsbelastung wurde dabei als deutlich geringer eingeschätzt (7,8% (SD 7,2)). Die am häufigsten genannten spezifischen Faktoren der Arbeitsbelastung sind der hohe Zeitaufwand und die schwierige Anamneseerhebung. Auch die Zusammenarbeit mit den Angehörigen stellt einen Faktor der Belastung dar. Gleichzeitig empfinden über 90% der Ärzte die Einbeziehung der Angehörigen bei der Therapie- und Entlassungsplanung als wichtig bis sehr wichtig. Deutlich wird in jedem Fall die Rolle der Zusammenarbeit mit Angehörigen in der Behandlung von PmD, die näher in Kapitel 5.4 betrachtet wird.

Mangelnde Compliance der Patienten und schwierige Kommunikation werden ebenso als Gründe für erhöhte Arbeitsbelastung angeführt. Die Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen der Kölner Arbeitsgemeinschaft (DiAG und dip, 2012). Durch den steigenden Anteil an PmD im Krankenhaus empfinden Ärzte die damit einhergehenden Herausforderungen als belastend. In der aktuellen Befragung konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem steigenden Anteil von PmD in der Abteilung und der steigenden psychischen und zeitlichen Arbeitsbelastung gezeigt werden. Gründe hierfür könnten die fehlenden Ressourcen für die Behandlung und Begleitung dieser besonders vulnerablen Patientengruppe sein. Auf den im letzten Abschnitt angesprochenen Demenzstationen finden sich natürlich vorwiegend PmD, allerdings wird dort diesem Umstand mit größeren personellen und strukturellen Ressourcen sowie spezialisierter Ausbildung der Mitarbeiter entgegen gewirkt.

Auf Basis der Literatur wurde vermutet, dass durch die Folge von postoperativem Delir sich tendenziell häufiger die Diagnose Demenz manifestiert und damit der Anteil an PmD und kognitiven Einschränkungen in den operativen Fachabteilungen höher ist. Außerdem sind Stürze mit der Konsequenz einer Operation ein häufiger Aufnahmegrund von PmD (Rudolph *et al.*, 2010; Borbasi *et al.*, 2006; Andrieu *et al.*, 2002), weshalb auf chirurgischen Stationen mit einer überdurchschnittlichen Anzahl von PmD gerechnet wurde. Die Hypothese der erhöhten Arbeitsbelastung in operativen Fächern hat sich in dieser Befragung jedoch nicht bestätigt. Ein möglicher Grund könnte sein, dass Patienten mit der Begleitdiagnose Demenz auch häufig mit internistischen Krankheitsbildern wie Harnwegsinfekten, Exsikkose und Pneumonien ins Krankenhaus eingewiesen werden (Sampson *et al.*, 2009).

Die aktuelle Literatur zeigt keine vergleichbaren Daten zur Arbeitsbelastung der Ärzte durch die Betreuung von PmD. Eine frühere Befragung von Pflegenden am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Lübeck zeigte eine demenzspezifische Arbeitsbelastung der Pflegenden von durch-

schnittlich 37,5%. Hier wurden vor allem herausfordernde Verhaltensweisen, aber auch hoher pflegerischer Aufwand als Belastung dargestellt (Balzer *et al.*, 2013b). Der Vergleich mit der ärztlichen Arbeitsbelastung von 14,5% legt nahe, dass die Pflegenden durch PmD deutlich stärker belastet sind als die ärztlichen Kollegen. Eine Begründung dafür könnte der engere Kontakt der Pflegenden mit PmD sein. Pflegende betreuen den Patienten rund um die Uhr, wohingegen das ärztliche Personal den Patienten möglicherweise nur einmal täglich bei der Visite kontaktiert. Eine neuere Studie zeigt zudem, dass PmD während der Visite sehr aufmerksam sind und ihre mentalen und kognitiven Einschränkungen verbergen, wenn Ärzte anwesend sind (Hynninen *et al.*, 2015).

In der aktuellen Befragung wurden als Herausforderungen im Umgang mit PmD im Krankenhaus am häufigsten der erhöhte Zeit- und Betreuungsaufwand genannt (70%). Dies ist auch der am häufigsten genannte Faktor der Arbeitsbelastung. An zweiter Stelle steht die erschwerte Kommunikation. Dies deckt sich mit den bisherigen Literaturdaten (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012). Ziel dieses Teils der Befragung war es, erste Hinweise und Ansatzpunkte für mögliche Verbesserungen der Versorgungssituation von PmD im Krankenhaus zu liefern. Dies beginnt bereits mit der erschwerten Kommunikation bei der Anamneseerhebung, sodass Vorbefunden, begleitenden Angehörigen und Überleitungsbögen aus Pflegeheimen als Informationsquelle offenbar eine elementare Rolle zukommt.

Als spezifischer Problembereich wurde am häufigsten die Nichteinhaltung der medizinisch angeordneten Bettruhe angegeben. Dies spielt bei der prä- und postoperativen Behandlung eine entscheidende Rolle und bestimmt maßgeblich die Therapie (z.B. zementierte Endoprothetik bei mangelnder Fähigkeit zur Teilbelastung der Extremität).

Die häufig fehlende rechtliche Betreuung führte zu Behandlungsverzögerungen und damit zu längerer Verweildauer der Patienten im Krankenhaus. Immerhin die Hälfte der Befragten gab an, dass gelegentlich eine medikamentöse Sedierung aufgrund fehlender pflegerischer Betreuung angeordnet werden musste. Die oben genannte Unsicherheit im Umgang mit PmD kann dabei eine entscheidende Rolle spielen. Diese Bereiche stellen erhebliche Probleme in der Versorgung von PmD im Krankenhaus dar. Die Ergebnisse stehen im Einklang mit bisherigen Studien (Moonga und Likupe, 2016; DiAG und dip, 2012; Hu *et al.*, 2012; Krüger *et al.*, 2010; McCloskey, 2004).

Es zeigt sich, dass PmD im Krankenhaus für Ärzte eine Herausforderung darstellen und ein Krankenhausaufenthalt zu problematischen Verhaltensweisen mit unzureichender, möglicherweise falscher Therapie führen kann, z.B. Sedierung bei fehlender Überwachung des Patienten. Die Ergebnisse dieser Befragung legen nahe, dass Ärzte nur unzureichend auf den Umgang mit diesen Herausforderungen vorbereitet sind.

Wie bereits dargestellt, erscheinen hier Fortbildungen hinsichtlich des Umgangs mit PmD bzw. der hierbei entstehenden spezifischen Herausforderungen sinnvoll.

5.4 Zusammenarbeit mit Angehörigen und anderen Berufsgruppen

Die Einbeziehung von Angehörigen wurde von fast allen Befragten als wichtig eingeschätzt, allerdings wurde die Zusammenarbeit mit Angehörigen durchschnittlich nur als „eher gut“ beurteilt.

Andere Arbeiten zeigten bereits, dass die Zusammenarbeit mit den Angehörigen ein zentrales Thema in der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus ist und zur Verbesserung der Versorgungssituation des Patienten im Krankenhaus beitragen kann (Horneber und Brandt, 2014). Die Ergebnisse der aktuellen Befragung zeigen jedoch auch, dass die Zusammenarbeit mit Angehörigen einen Faktor der erhöhten Arbeitsbelastung darstellen kann. Ein naheliegender Grund hierfür ist die aufgrund der mangelnden Entscheidungsfähigkeit des Patienten notwendige Kontaktaufnahme mit den Angehörigen zur Festlegung von Diagnostik und Therapie, welche einen erhöhten Arbeitsaufwand bedeutet. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass es häufig vorkommt, dass zunächst ein Betreuungsverfahren eingeleitet werden muss oder der bestellte Betreuer nicht erreichbar ist. Diese Problemfelder sind vermutlich nicht im Rahmen von Schulungen zu verbessern, sondern bedürfen struktureller Veränderungen möglicherweise bereits auf Ebene der ambulanten Versorgung zum Beispiel durch die Implementierung eines „Advanced Care Planning“ (In der Schmitt *et al.*, 2014).

Auch die Erkrankung selber scheint hier von Bedeutung, da die Demenz häufig bis zum Krankenhausaufenthalt gar nicht bekannt ist (Lindsay J. *et al.*, 2009) und Angehörige überrascht, verunsichert und möglicherweise überfordert sind. Das könnte die Zusammenarbeit zunächst erschweren. In der Regel jedoch kennen die Angehörigen den Patienten mit seiner Demenzerkrankung oftmals sehr gut, spüren eine unzureichende Versorgung im Akutkrankenhaus und fordern Aufmerksamkeit seitens der Ärzte und des Pflegepersonals ein. Dies birgt Konfliktpotential (Horneber und Brandt, 2014). Die gute Kenntnis kann jedoch auch positiv als Synergie für den Patienten genutzt werden, indem Angehörige Vertrautheit und Sicherheit vermitteln.

Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wurde prinzipiell als gut bewertet, was eine gute Voraussetzung zur optimalen Betreuung des Patienten im Akutkrankenhaus ist. Dieses Ergebnis bildet jedoch nur eine Gesamtbeurteilung bezüglich aller Berufsgruppen ab. Die Zusammenarbeit mit einzelnen Berufsgruppen kann durch diese Frage nicht beantwortet werden. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse zeigen, dass die Sicherheit der Ärzte im Umgang von PmD durch eine gute

Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen bedingt wird. Eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit könnte die Versorgung der Betroffenen also verbessern und die Arbeitsbelastung möglicherweise senken. Die Notwendigkeit einer guten Zusammenarbeit wird in der Literatur von beiden Berufsgruppen ebenfalls betont (Bryon *et al.*, 2012).

Empirische Befunde zeigen, dass die Versorgung und Behandlung von PmD oft nicht leitliniengerecht erfolgt (Balzer *et al.*, 2013b; Schütz und Füsgen, 2013). Indikatoren hierfür sind der unangemessene Einsatz von Psychopharmaka und der vermehrte Einsatz von freiheitseinschränkenden Maßnahmen (Krüger *et al.*, 2010). Sowohl Pflegekräfte als auch Ärzte empfinden diese Versorgung verbesserungsfähig (Nolan, 2007; Borbasi *et al.*, 2006). Neben den krankheitsspezifischen Problemen der Demenz werden auch Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit und Kooperation der Pflegekräfte und Ärzte deutlich, z.B. bei der Wahl im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen oder gestörtem Tag-Nacht-Rhythmus (Schütz und Füsgen, 2013; Rüsing *et al.*, 2008). Die schwierige Kooperation beruht möglicherweise auf einem ungenügenden Verständnis der Perspektive der jeweils anderen Berufsgruppe. Aktuelle Bestrebungen zur Verbesserung dieser Situation zeigen sich unter anderem in einer interprofessionellen Lerneinheit für Ärzte und Pflegekräfte. Ein Beispiel ist das Projekt KOMPIDEM (Kompetenzen für die interprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz), das Lehreinheiten für Medizinstudierende und Gesundheits- und Krankenpflege-Auszubildende vereint. Derartige Projekte zielen darauf, das Verständnis für spezifische Herausforderungen der jeweils anderen Berufsgruppen zu verbessern, die Handlungssicherheit beider Berufsgruppen zu erhöhen und Möglichkeiten zur pflegerisch-ärztlichen Abstimmung von Behandlungs- und Pflegestrategien aufzuzeigen (Balzer *et al.*, 2016; Teodorczuk *et al.*, 2014).

Auch die Compliance des Patienten hat einen Einfluss auf den Therapieverlauf und die Rekonvaleszenz des Patienten. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass es bei PmD häufig zu Diagnostik- und Therapieverzögerungen kommt, sei es, dass notwendige Behandlungen wegen fehlender Geschäftsfähigkeit des Patienten nicht durchführbar waren, die verordnete Bettruhe nicht eingehalten wurde oder der Betreuer nicht bekannt oder erreichbar war. Diese Ergebnisse decken sich mit den Literaturdaten (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012; DiAG und dip, 2012). Die Häufigkeit der genannten Situationen zeigt die erschwerte Versorgung von PmD in dem schnellen und standardisierten Ablauf der Krankenhausversorgung. Hieraus resultiert regelmäßig eine längere Verweildauer des Patienten mit der Konsequenz der Verschlechterung des kognitiven Status durch Bestehenbleiben der fremden Umgebung für den Patienten. Für den Patienten entsteht ein Circulus vitiosus. Die Patienten erleben aufgrund der fremden Umgebung häufig weitere Verluste ihrer ohnehin schon eingeschränkten alltagspraktischen Fähigkeiten (Pedone *et al.*, 2005; Hansen

et al., 1999). In der Befragung zeigt sich, dass jeder vierte betroffene Patient aufgrund mangelnder nachstationärer Versorgung nicht zum geplanten Zeitpunkt entlassen werden kann.

Daher ist eine möglichst schnelle Entlassung aus dem Krankenhaus anzustreben. Diese erfordert eine gute und rechtzeitige Entlassungsplanung um die nachstationäre Versorgung zu gewährleisten. Es existieren bereits verschiedene Konzepte des Entlassungsmanagements in der Regel unter Einbeziehung des Sozialdienstes (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012). Die Ergebnisse der Studie zeigen allerdings, dass hier Verbesserungspotential besteht und möglicherweise ein besonderes Konzept für PmD nötig ist. Vorhandene geriatrische Abteilungen lassen vermuten, dass bereits ein strukturiertes Entlassungsmanagement für den älteren Patienten etabliert ist und demenzspezifische Versorgungsangebote bestehen. Dennoch zeigte sich in der Befragung kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Fehlen einer geriatrischen Abteilung und dem erhöhten Anteil an PmD, die nicht zum geplanten Zeitpunkt entlassen werden konnten.

5.5 Fort- und Weiterbildungen

Die Studie zeigte ein großes Fortbildungsinteresse zum Thema PmD im Krankenhaus. Themen von größtem Interesse waren rechtliche Aspekte der Versorgung z.B. Umgang mit Fixierung und Aufklärungen. Diese Themen stellen Bereiche dar, in denen Probleme in der klinischen Versorgung bestehen. Medikamentöse Therapien, besonders bei herausfordernden Verhaltensweisen und ethische Fragestellungen waren ebenfalls ein häufig genanntes Thema für Fortbildungen, ebenso wie Fachwissen über Demenz und Kommunikationsstrategien. Vorangegangene Studien bestätigen dieses (Griffiths *et al.*, 2013; Bremer Landesinitiative Demenz, 2012; DiAG und dip, 2012). Als Rahmen für die Fortbildungen wurden klinikinterne Fortbildungen genannt. Aber auch regelmäßige Fortbildungen durch Spezialisten waren gefragt im Gegensatz zu einmaligen Veranstaltungen dieser Art.

Aus den Befragungsergebnissen geht jedoch hervor, dass Fortbildungsmaßnahmen allein nicht geeignet sind, in allen Problembereichen der Versorgung von PmD im Krankenhaus Verbesserungen zu erzielen. Zum Beispiel bleiben der hohe Zeitaufwand und die schwierige Anamneseerhebung bestehen. Diese Bereiche sind nur durch Veränderungen auf der Struktur- und Prozessebene anzugehen.

Hier ist ein Blick auf die geförderten Projekte der Robert-Bosch-Stiftung zu richten. Die Stiftung fördert aktuell in Deutschland die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten, die gezielt auf die Bedürfnisse von PmD im Krankenhaus eingehen. Die aktuell geförderten Projekte beinhalten z.B. segregative Konzepte (überschaubare Behandlungseinheiten für PmD mit beschützender Umgebung) zur Gestaltung eines „demenzsensiblen Krankenhauses“ oder Strukturkonzepte für interdis-

zipliniäre Demenzstationen inklusive Raumgestaltung mit Orientierungsmöglichkeiten für PmD. Änderungsansätze auf der Strukturebene in den Projekten sind z.B. eine verbesserte Vernetzung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, geriatrisch heimärztliche Versorgung um Notfall-einweisungen zu minimieren sowie ein verbessertes Aufnahmemanagement im Falle von Krankenhauseinweisungen. Aber auch Schulungsmodule, Implementierung von Assessments zur Schmerzerfassung oder allgemeingültige Behandlungspfade für PmD im Krankenhaus werden in den geförderten Projekten adressiert. Die Ergebnisse der Projekte stehen noch aus, können jedoch wegweisende Informationen für eine bessere Versorgung von PmD geben (Robert-Bosch-Stiftung, 2016).

Ein wichtiger Punkt stellt außerdem die Einbeziehung der Angehörigen und gegebenenfalls zuweisender Einrichtungen wie Pflegeheime etwa bei der Anamneseerhebung dar. Standardisierte Überleitungs- und Informationsbögen über den Patienten können bei nicht zu erhebender Anamnese hilfreich sein, denn oftmals erfolgt die stationäre Aufnahme des Patienten nicht elektiv mit Vorbereitung aller Beteiligten auf den Aufenthalt, sondern notfallmäßig (Pinkert und Holle, 2012). Wichtige Informationen über den Patienten liegen im Notfall möglicherweise nicht vor und können so zu verzögerter oder sogar falscher Behandlung führen. Erste Ansatzpunkte hierfür sind die Nutzung spezieller Überleitungsbögen für Demenzpatienten (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2016; DiAG & dip, 2012).

Im Hinblick auf interdisziplinäre Fortbildungsangebote ist das bereits oben genannte Projekt KOMPIDEM anzuführen, eine Lehreinheit für Medizin-Studierende und Pflege-Auszubildende (Balzer *et al.*, 2016). Bisherige Lehrkonzepte sind größtenteils monoprofessionell ausgerichtet. Eine Ausnahme bildet z.B. der kürzlich an der Universität Witten/Herdecke gestartete interdisziplinäre Masterstudiengang zur „multiprofessionellen Versorgung von Menschen mit Demenz und chronischen Einschränkungen“.

5.6 Zusammenfassende Betrachtung

Um die wesentlichen Aspekte in der Betreuung von PmD im Krankenhaus zusammenzufassen und Schwerpunkte für Änderungsmaßnahmen deutlich zu machen, bietet Abbildung 5.1 als Schaubild eine Übersicht. Verbesserungen sind sowohl auf der Ebene von Schulungsprogrammen als auch auf der Strukturebene anzugehen.

Schulungen beziehungsweise Fortbildungsmaßnahmen zur Verbesserung der Einstellungen und Kompetenzen der Ärzte sollten folgende Schwerpunkte bzw. Themen enthalten:

- Entwicklung von Strategien zur Vermeidung und adäquater Bewältigung herausfordernder Verhaltensweisen inklusive Umgang mit Fixierungsmaßnahmen

- Behandlung von Aggressionen, Unruhezuständen und Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus insbesondere der sinnvolle Einsatz von sedierenden Medikamenten
- Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen
- Wahrnehmung der Rolle der Angehörigen als Ressource und Einbindung dieser in die Therapie- und Entlassungsplanung
- Anwendung von Assessmentinstrumenten zur Verbesserung der Diagnosestellung

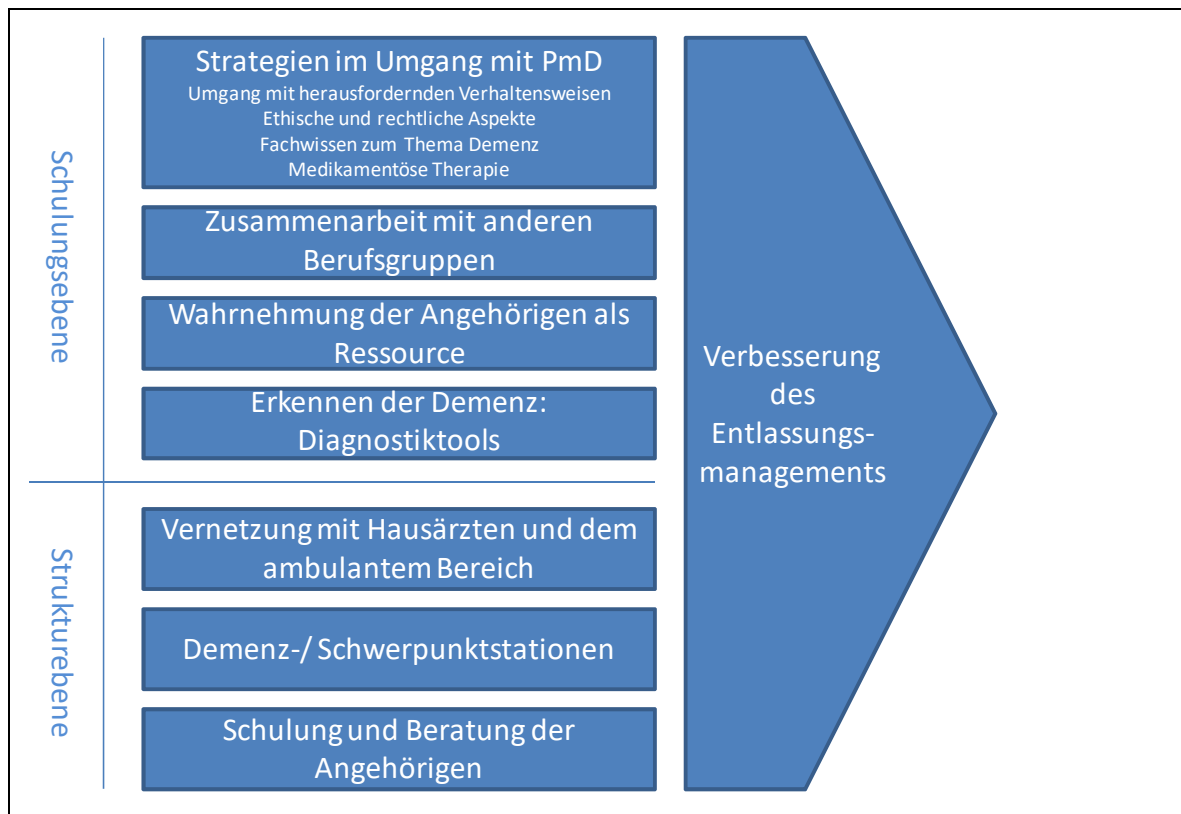


Abbildung 5.1: Schulungsinhalte und Veränderungsmaßnahmen auf der Schulungs- und Strukturebene (eigene Darstellung)

Das Verhalten der PmD auf die standardisierten und strukturellen Rahmenbedingungen ist auch eine Reaktion auf das System Akutkrankenhaus und nur bedingt zu verhindern. Zur Verbesserung der Versorgungsqualität sollten sich auch Strukturen und Abläufe des Systems selbst ändern. Folgende Veränderungen auf der Strukturebene können zu einer besseren Versorgung des PmD im Krankenhaus führen:

- Vernetzung mit Hausärzten und dem ambulanten Bereich (In der Schmitt *et al.*, 2014)
- Einrichtung von Demenz-/Schwerpunktstationen, die räumlich und personell an die Bedürfnisse des Patienten angepasst sind (Hermann *et al.*, 2015; von Renteln-Kruse *et al.*, 2015; Wolter und Gutzmann, 2015)
- Aufklärung und Beratung der Angehörigen (über Netzwerke, Selbsthilfegruppen, eventuell schon vom Hausarzt über Vorsorgevollmachten, ambulante und stationäre Versorgungsangebote) (Reichert *et al.*, 2016)

- Verbesserung des Entlassungsmanagements unter enger Einbeziehung des Sozialdienstes zur Reduktion der Krankenhausverweildauer (Gonçalves-Bradley et al., 2016)

Gemeinsames Ergebnis der Prozesse soll u.a. auch die Reduktion der von Ärzten und anderen Mitarbeitern wahrgenommenen Belastungen durch die Versorgung von PmD sein.

Im Rahmen der von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Projekte werden Ansätze sichtbar, in welcher Form die oben genannten strukturellen Veränderungen umgesetzt werden können.

In dieser Arbeit wurde speziell die ärztliche Berufsgruppe betrachtet. Eine eigene Recherche ergab, dass die jeweiligen Landesärztekammern bereits in unterschiedlichem Maße Fortbildungen für Ärzte zum Thema Demenz anbieten. Es handelt sich dabei um Themen wie Basiswissen über Demenz oder Informationen über spezielle Demenzformen. Nur wenige Fortbildungen adressieren die Versorgung von PmD im Krankenhaus inklusive der Behandlung herausfordernder Verhaltensweisen. Das Angebot an Fortbildungen mit einem Fokus auf Herausforderungen und Problemen in der Versorgung von PmD im Krankenhaus sollte sicher erweitert werden.

Wie schon zu Beginn der Arbeit erwähnt, stellt die Schulung der Ärzte selbst eine weitere Herausforderung dar. Aufgrund der zunehmenden Verdichtung des Arbeitsalltags und mangelnder Zeitressourcen der Ärzte sind freiwillige Schulungen außerhalb der Arbeitszeit prinzipiell wenig attraktiv. Ein möglicher Anreiz ist das Angebot zertifizierter Fortbildungen mit dem Erwerb von Fortbildungspunkten. Möglicherweise besteht durch die Nebendiagnose Demenz, die häufig nicht zum Fachgebiet der behandelnden Ärzte gehört, zudem geringes Interesse an einer Weiterbildung zu diesem Thema, da es nicht ausreichend fachbezogen erscheint. Interdisziplinäre klinikinterne Fortbildungen zum Thema PmD werden nach meinem Wissen bislang wenig angeboten, obwohl dies das bei den Teilnehmern dieser Studie meistgewünschte Format darstellt (s. Kapitel 4.4.1.11). Schulungen stellen auch insofern eine Herausforderung dar, dass sie Zeitressourcen beanspruchen und allein keine entscheidende Verbesserung der Versorgung von PmD bewirken können, sondern gleichzeitig strukturelle und prozessorientierte Bedingungsfaktoren geändert werden müssen. Allein die gemeinsame Durchführung dieser Maßnahmen erscheint demnach erfolgversprechend.

5.7 Stärken und Schwächen der Studie

Die Studie hat einige Stärken. Alleinstellungsmerkmal dieser Studie ist, dass bisher keine Befragung dieser Größe zum dem Thema publiziert worden ist. Es konnte ein für Befragungen von Ärzten in Deutschland als angemessen zu betrachtender Rücklauf erreicht werden (Bremer Landesinitiative Demenz, 2012; DiAG und dip, 2012). Hierfür war offenbar das gewählte Vorgehen

von Bedeutung. Die Rekrutierung basierte auf vorgeplanten Strategien mit dem Ziel die Rekrutierung einer selektiven homogenen Stichprobe zu vermeiden. Durch die Bereitstellung des Fragebogens als personalisierter Link per Email war eine gezielte Kontaktaufnahme möglich und der Rücklauf nachvollziehbar. So reflektieren die Ergebnisse eine unvoreingenommene Sicht des einzelnen Teilnehmers. Maßnahmen zur Erhöhung des Rücklaufs waren die Ankündigung einer strukturierter Rückmeldung der Ergebnisse auf Wunsch der Teilnehmer und ein persönlicher Kontakt zu den teilnehmenden Kliniken. Auf „Incentives“ musste aus Ressourcengründen verzichtet werden, jedoch ist deren Bedeutung unklar, wie eine aktuellen Studie anhand einer hausärztlichen Befragung zeigen konnte (Cottrell *et al.*, 2015).

Die Studie hat auch Limitierungen. Eine Limitierung stellt die fehlende Validierung des Gesamtinstruments dar. Da der Fragebogen auf Basis bestehender Fragen aus anderen Instrumenten entwickelt wurde und ein ausführlicher Pretest und sowie Pilotierung im Vorfeld erfolgte, ist jedoch von einer validen Datengrundlage auszugehen, die wichtige Befunde für weitere Forschung generieren konnte.

Darüber hinaus ist eine selektive Auswahl von Teilnehmern prinzipiell nicht auszuschließen, da ein gesteigertes Interesse von Ärzten einzelner Fachabteilungen wie z.B. der Neurologie an der Erkrankung Demenz bestehen könnte und dies zu einer gesteigerten Teilnahmebereitschaft geführt haben könnte. Durch die relativ große Stichprobe und die persönliche und anonyme Datensammlung, sollte die Selektion minimiert werden.

Bei der Analyse der Hypothesen und Auswertung der Ergebnisse sind Clustereffekte zu berücksichtigen. Personen in einer Fachabteilung oder aus einer gemeinsamen Klinik zeigen aufgrund struktureller Gegebenheiten möglicherweise ein ähnliches Antwortverhalten. Angesichts der anonymisierten Datenerhebung war jedoch keine Clusteradjustierung möglich, was somit eine mögliche Schwäche in der Interpretation der Ergebnisse darstellt.

5.8 Fazit und Ausblick

Zusammenfassend wird in dieser Arbeit deutlich, dass angesichts der steigenden Anzahl von PmD im Krankenhaus Ärzte sich in mehreren Aspekten unsicher und belastet im Umgang mit PmD im Krankenhaus fühlen, wobei der hohe Zeit- und Betreuungsaufwand den bedeutendsten Belastungsfaktor darstellt. Das Ergebnis der Studie legt nahe, dass gemäß der Erwartung der befragten Ärzte spezifische Fortbildungen dazu beitragen könnten, durch erhöhte Sicherheit im Umgang mit PmD die Qualität der Betreuung zu erhöhen und somit die Versorgungssituation von PmD im Krankenhaus zu verbessern.

Es scheint ein ausgeprägter Bedarf nach Schulung und Kompetenzsteigerung in den Bereichen Fachwissen über Demenz, Unterscheidung zwischen Demenz und Delir sowie rechtlichen und ethischen Aspekten der Patienten zu bestehen. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass die selbst-wahrgenommene Sicherheit im Umgang mit PmD durch gute interdisziplinäre Zusammenarbeit gesteigert werden kann. Zur Stärkung dieser Kompetenz bieten sich berufsübergreifende Schulungen und Seminare an, in denen die Berufsgruppen unter anderem andere Perspektiven kennenlernen und verstehen können. Die Wahrnehmung der Ressourcen der Angehörigen erscheint als ein weiterer essentieller Punkt dieser Arbeit.

Der hohe wahrgenommene Zeit- und Betreuungsaufwand im Verhältnis zur zunehmenden Arbeitsverdichtung macht deutlich, dass Schulungen alleine nicht ausreichen, sondern auch Anpassungen auf der Prozess- und Strukturebene anzugehen sind. Hier ist eine bessere Vernetzung mit den niedergelassenen Ärzten und dem ambulanten Versorgungsbereich anzustreben.

Aktuell gibt es kaum aussagekräftige Studien über die Situation von Ärzten im Krankenhaus im Umgang mit PmD. Auf Basis der Ergebnisse dieser Studie, der identifizierten Literatur und der schon bestehenden Fortbildungsinhalte für Pflegekräfte ist die Entwicklung eines Schulungsprogramms bzw. Fortbildungskonzepts ein nächster Schritt. Die Literatur gibt Hinweise, dass Schulungsinhalte im Umgang mit PmD bereits während des Studiums der Medizin sinnvoll erscheinen. Dies zeigte auch das bereits genannte Projekt der Universität Lübeck (Balzer *et al.*, 2016).

Offen bleibt die Frage nach leicht zu verwendenden diagnostischen Assessments. Hier könnte die Entwicklung von hausinternen Standards und Leitlinien zur Vereinfachung der Diagnostik eine Lösung bieten. Ein Wunsch der Teilnehmer dieser Studie sind innerklinische Gesamtkonzepte (interdisziplinär, aber auch räumlich und ausstattungstechnisch). Als mögliche Ansatzpunkte sind hier die Schwerpunkt- und Demenzstationen zu nennen, die sich durch einen höheren Personalschlüssel und durch speziell ausgebildete Fachkräfte auszeichnen. Allerdings sind diese bei weitem noch nicht flächendeckend in Krankenhäusern etabliert.

Da derzeit für Deutschland keine verlässlichen aktuellen Zahlen zum Anteil von Patienten mit kognitiven Einschränkungen bzw. Demenz vorliegen, braucht es als Grundlage für weitere Bemühungen, methodisch angemessene quer- und längsschnittliche Erhebungen.

Insgesamt rückt das Thema Menschen mit Demenz im Krankenhaus durch die demographische Entwicklung zunehmend in den Fokus. Für die Entwicklung von Versorgungskonzepten für PmD sind weitere Forschungsaktivitäten nötig, die dazu beitragen können, Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen zu erkennen, die Qualifikation von Mitarbeitenden auf den Versorgungsbedarf abzustimmen und Strategien zu entwickeln, um einen Krankenhausaufenthalt möglichst zu verkürzen oder ganz zu vermeiden, ohne dem Patienten notwendige medizinische Hilfe vorzuenthalten.

6 Zusammenfassung

Patienten mit Demenz (PmD) im Krankenhaus sind eine besonders vulnerable Patientengruppe und stellen für die Versorgung in Akutkrankenhäusern eine besondere Herausforderung dar. Strukturelle Rahmenbedingungen und standardisierte Behandlungsabläufe entsprechen nur unzureichend den Bedürfnissen dieser Patienten. Pflegende und Ärzte sind häufig nicht ausreichend auf deren Versorgung vorbereitet. Ziel dieser Arbeit war die Erfassung der Einstellung und Erfahrung von Ärzten zum Thema PmD im Krankenhaus, die Erhebung der selbst eingeschätzten Sicherheit von Ärzten im Umgang mit PmD und der damit einhergehenden Arbeitsbelastung. Die Ergebnisse dieser Befragung sollen mögliche Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung von PmD im Krankenhaus aufzeigen. Im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche wurden die medizinischen Datenbanken zum Thema PmD im Krankenhaus aus ärztlicher Sicht mit spezieller Suchstrategie durchgesucht. Insgesamt wurden 4867 Abstracts von zwei Reviewern nach definierten Ein- und Ausschlusskriterien gescreent, davon 37 Volltextartikel durchgesehen und insgesamt 14 Studien eingeschlossen. Ergebnisse zeigten, dass es bisher wenige Schulungen bzw. Interventionen zur Verbesserung des Umgangs mit PmD im Krankenhaus gibt.

Auf Basis dieser systematischen Literaturrecherche wurde ein Fragebogen mit 20 Themenkomplexen erstellt. Dieser wurde in mehreren Arbeitsschritten entwickelt pilotiert und per Email an 665 Ärzte in 9 Krankenhäusern unterschiedlicher Bettengröße in Schleswig-Holstein verschickt. Die Auswahl der Krankenhäuser, Abteilungen und Ärzte erfolgte nach vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien. Aspekte der Befragung waren Sicherheit im Umgang mit PmD und daraus resultierende psychische und zeitliche Belastungen, Herausforderungen im Umgang mit PmD sowie die Zusammenarbeit mit Angehörigen und anderen Berufsgruppen. Wichtige Einflussfaktoren wurden mittels linearer Regressionsanalysen bestimmt. Schließlich wurde nach Fortbildungsinteressen im Zusammenhang mit PmD gefragt.

32% der Teilnehmer füllten den Fragebogen aus. Die Mehrheit der Befragten fühlt sich nicht sicher im Umgang mit PmD und die Belastung durch die Versorgung von PmD wird als zunehmend angegeben. Hoher Zeit- und Betreuungsaufwand, schwierige Anamneseerhebung, erschwerte Zusammenarbeit mit Angehörigen und mangelnde Compliance der PmD werden als stärkste Einflussfaktoren identifiziert. Eine gute Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ist mit einer größeren Sicherheit im Umgang assoziiert. Rechtliche, ethische Aspekte und medikamentöse Therapien werden als mögliche Themen für Fortbildungen genannt. Die Ergebnisse dieser Studie geben wichtige Hinweise für die zielgerichtete Konzeption entsprechender Fortbildungsangebote und für Änderungsmaßnahmen auf der Struktur- und Prozessebene.

7 Literaturverzeichnis

Alzheimer, A. (1907) Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. *Allg Z Psychiat Psych-gerichtl Med*, **64**, 146-148.

American Psychiatric Assoziation (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edn). *Amercian Psychiatric Association*. Washington, D.C.

Andrieu, S., Reynish, E., Nourhashemi, F., Shakespeare, A., Moulias, S., Ousset, P. J., Sagnier, P., Richard, A., Albaredo, J. L., Vellas, B. (2002) Predictive factors of acute hospitalization in 134 patients with Alzheimer's disease: a one year prospective study. *Int.J.Geriatr.Psychiatry*, **17**, 422-426.

Angerhausen, S. (2008) Demenz - eine Nebendiagnose im Akutkrankenhaus oder mehr? Maßnahmen für eine bessere Verbesserung demenzkranker Patienten im Krankenhaus. *Z.Gerontol.Geriatr.*, **41**, 460-466.

Arolt, V., Driessen M., Dilling H. (1997) Psychische Störungen bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus. *Deutsches Ärzteblatt*, **94**, A1354-A1358.

Balzer, K., Butz, S., Bentzel, J., Boulkhemair, D., Lüthmann, D. (2013a) Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland [Medical specialist attendance in nursing homes]. DIMDI HTA-Bericht 125. Zugänglich unter: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta298_bericht_de.pdf (zuletzt zugegriffen am 29.03.2016).

Balzer, K., Junghans, A., Brinkmeier, K., Jacobs, B., Kopke, S. (2013b) Pflege von Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus. Aus Barrieren Chancen machen. *Pflege.Z.*, **66**, 204-207.

Balzer, K., Schröder, R., Junghans, A., Stahl, U., Träder, JM., Köpke, S. (2016) Improving competencies in evidence-based dementia care: Results from a pilot study on a novel inter-professional learning programme (the KOMPIDEM project). *GMS Journal for Medical Education*. 33:Doc 35.

Banerjee, S. (2013) Good news on dementia prevalence - we can make a difference. *Lancet*, **382**, 1384-1386.

Bickel, H. (2014) Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, Berlin. Zugänglich unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (zuletzt zugegriffen am 29.03.2016).

Blessing, A., Martin, M., Wenz, M., Zöllig, J. (2006) Emotionen und Gedächtnis bei Patienten mit Demenz. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, **17**, 81-92.

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. *Geriatr.Nurs.m*, **27**, 300-308.

Bremer Landesinitiative Demenz (LinDe) (2012) Demenzkranke im Krankenhaus - Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus - Ergebnisse einer Befragung von Beschäftigten der

Krankenhäuser im Land Bremen. Zugänglich unter: http://www.linde-bremen.de/fileadmin/user_upload/Demenzbericht.pdf (zuletzt zugegriffen am 29.03.2016).

Bryon, E., Gastmans, C., de Casterle, B. D. (2012) Nurse-physician communication concerning artificial nutrition or hydration (ANH) in patients with dementia: a qualitative study. *J.Clin.Nurs.*, **21**, 2975-2984.

Burns, A., Iliffe, S. (2009) Dementia. *BMJ*, **338**, b75.

Cairns, R., Evans, J., Prince, M. (2004) The impact of NICE guidelines on the diagnosis and treatment of Alzheimer's disease among general medical hospital inpatients. *Int.J.Geriatr.Psychiatry*, **19**, 800-802.

Callahan, C. M., Unverzagt, F. W., Hui, S. L., Perkins, A. J., Hendrie, H. C. (2002) Six-item screener to identify cognitive impairment among potential subjects for clinical research. *Med Care*, **40**, 771-781.

Carnes, M., Howell, T., Rosenberg, M., Francis, J., Hildebrand, C., Knuppel, J. (2003) Physicians vary in approaches to the clinical management of delirium. *J Am Geriatr Soc*, **51**, 234-239.

Cohen-Mansfield, J. (2001) Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *Am.J.Geriatr.Psychiatry*, **9**, 361-381.

Cohen-Mansfield, J., Jensen, B., Resnick, B., Norris, M. (2012) Knowledge of and attitudes toward nonpharmacological interventions for treatment of behavior symptoms associated with dementia: a comparison of physicians, psychologists, and nurse practitioners. *Gerontologist*, **52**, 34-45.

Cooper, C., Huzzey, L., Livingston, G. (2012) The effect of an educational intervention on junior doctors' knowledge and practice in detecting and managing elder abuse. *International Psychogeriatrics*, **24**, 1447-1453.

Cottrell, E., Roddy, E., Rathod, T., Thomas, E., Porcheret, M., Foster, N. E. (2015) Maximising response from GPs to questionnaire surveys: do length or incentives make a difference? *BMC.Med Res.Methodol.*, **15**, 3.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2016) Selbsthilfe Demenz. Infobogen Demenz. Zugänglich unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/broschueren/infobogen_krankenhaus.pdf (zuletzt zugegriffen am 29.03.2016)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2008) Demenz - DEGAM-Leitlinie Nr. 12. Düsseldorf.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2015) S3-Leitlinie "Demenzen" (Langversion - 1. Revision, August 2015). Zugänglich unter: https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/REV_S3-leitlinie-demenzen.pdf (zuletzt zugegriffen am 29.03.2016)

DiAG und dip (2012) Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Eine Handreichung der interdisziplinären Arbeitsgruppe der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser (DiAG) in der Erzdiözese Köln. Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser und Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln.

Doblhammer, G., Fink, A., Fritze, T. (2015) Short-term trends in dementia prevalence in Germany between the years 2007 and 2009. *Alzheimers.Dement.*, **11**, 291-299.

- Downs, M., Bowers, B. (2008) Caring for people with dementia. *BMJ*, **336**, 225-226.
- Drennan, J. (2003) Cognitive interviewing: verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *J.Adv.Nurs.*, **42**, 57-63.
- Ehlenbach, W. J., Hough, C. L., Crane, P. K., Haneuse, S. J., Carson, S. S., Curtis, J. R., Larson, E. B. (2010) Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults. *JAMA*, **303**, 763-770.
- Erkinjuntti, T., Ostbye, T., Steenhuis, R., Hachinski, V. (1997) The effect of different diagnostic criteria on the prevalence of dementia. *N.Engl.J.Med*, **337**, 1667-1674.
- Faulbaum, F., Prüfer P., Rexroth M. (2009) *Was ist eine gute Frage? Die systematische Evaluation der Fagenqualität*. Wiesbaden: VS.
- Feldman, H. H., Jacova, C., Robillard, A., Garcia, A., Chow, T., Borrie, M., Schipper, H. M., Blair, M., Kertesz, A., Chertkow, H. (2008) Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. *CMAJ*, **178**, 825-836.
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., Hasegawa, K., Hendrie, H., Huang, Y., Jorm, A., Mathers, C., Menezes, P. R., Rimmer, E., Scazufca, M. (2005) Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, **366**, 2112-2117.
- Fick, D. M., Agostini, J. V., Inouye, S. K. (2002) Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *J.Am.Geriatr.Soc.*, **50**, 1723-1732.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975) "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J.Psychiatr.Res.*, **12**, 189-198.
- Fong, T. G., Jones, R. N., Marcantonio, E. R., Tommet, D., Gross, A. L., Habtemariam, D., Schmitt, E., Yap, L., Inouye, S. K. (2012) Adverse outcomes after hospitalization and delirium in persons with Alzheimer disease. *Ann.Intern.Med*, **156**, 848-56, W296.
- Fratiglioni, L., De, R. D., Aguero-Torres, H. (1999) Worldwide prevalence and incidence of dementia. *Drugs Aging*, **15**, 365-375.
- Gill, S. S., Mamdani, M., Naglie, G., Streiner, D. L., Bronskill, S. E., Kopp, A., Shulman, K. I., Lee, P. E., Rochon, P. A. (2005) A prescribing cascade involving cholinesterase inhibitors and anticholinergic drugs. *Arch.Intern.Med*, **165**, 808-813.
- Glover, A., Bradshaw, L. E., Watson, N., Laithwaite, E., Goldberg, S. E., Whittamore, K. H., Harwood, R. H. (2014) Diagnoses, problems and healthcare interventions amongst older people with an unscheduled hospital admission who have concurrent mental health problems: a prevalence study. *BMC.Geriatr.*, **14**, 43.
- Goncalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L. M., Cameron, I. D., Shepperd, S. (2016) Discharge planning from hospital. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*, **1**, CD000313
- Griffiths, A., Knight, A., Harwood, R., Gladman, J. R. (2013) Preparation to care for confused older patients in general hospitals: a study of UK health professionals. *Age Ageing*, **0**, 1-7.
- Gurlit, S., Thiesemann, R., Wolff, B., Brommer, J., Gogol, M. (2013) Caring for people with dementia in general hospitals: an education curriculum from the Alzheimer's Society of Lower Saxony, Germany. *Z.Gerontol.Geriatr.*, **46**, 222-225.

Hansen, K., Mahoney, J., Palta, M. (1999) Risk factors for lack of recovery of ADL independence after hospital discharge. *J.Am.Geriatr.Soc.*, **47**, 360-365.

Harwood, R. H. (2012) Dementia for hospital physicians. *Clin Med*, **12**, 35-39.

Hatzinger, R., Nagel, H. (2009) *PASW Statistics - Statistische Methoden und Fallbeispiele*. Pearson Education Deutschland GmbH, München.

Haug, M. R. (1985) Home care for the ill elderly--who benefits? *Am.J.Public Health*, **75**, 127-128.

Heckelmann, H. (2004) Demenz oder Delir? Eine häufige Differentialdiagnose bei älteren Patienten. *Med Klin.(München)*, **99**, 77-88.

Hermann, D. M., Muck, S., Nehen, H. G. (2015) Supporting dementia patients in hospital environments: health-related risks, needs and dedicated structures for patientcare. *Eur J Neurol*. **22**, 239-45, e17-8.

Herrmann, N. (2001) Recommendations for the management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Can.J.Neurol.Sci.*, **28 Suppl 1**, S96-107.

Higgins, J. P., Altman, D. G., Gotzsche, P. C., Juni, P., Moher, D., Oxman, A. D., Savovic, J., Schulz, K. F., Weeks, L., Sterne, J. A. (2011) The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, **343**, d5928.

Hofmann, W. (2013) Demenz im Akutkrankenhaus: Was war neu 2012? Eine Literaturübersicht. *Z.Gerontol.Geriatr.*, **46**, 198-202.

Hogan, D. B., Bailey, P., Black, S., Carswell, A., Chertkow, H., Clarke, B., Cohen, C., Fisk, J. D., Forbes, D., Man-Son-Hing, M., Lanctot, K., Morgan, D., Thorpe, L. (2008) Diagnosis and treatment of dementia: 5. Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia. *CMAJ*, **179**, 1019-1026.

Holsinger, T., Deveau, J., Boustani, M., Williams, J. W., Jr. (2007) Does this patient have dementia? *JAMA*, **297**, 2391-2404.

Horneber, K., Brandt, A.-K. (2014) Erwartungen und Erfahrungen der Angehörigen hinsichtlich der Kompetenzen und des Handelns der Pflegenden. Kooperative Masterarbeit im Studiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaft. *Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*.

Howard, R., Ballard, C., O'Brien, J., Burns, A. (2001) Guidelines for the management of agitation in dementia. *Int.J.Geriatr.Psychiatry*, **16**, 714-717.

Hu, C. J., Liao, C. C., Chang, C. C., Wu, C. H., Chen, T. L. (2012) Postoperative adverse outcomes in surgical patients with dementia: a retrospective cohort study. *World J.Surg.*, **36**, 2051-2058.

Hynninen, N., Saarnio, R., Isola, A. (2015) The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians. *J.Clin.Nurs.*, **24**, 192-201.

Ihl, R., Grass-Kapanke, B., Lahrem, P., Brinkmeyer, J., Fischer, S., Gaab, N., Kaupmannsennecke, C. (2000) Entwicklung und Validierung eines Tests zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD). *Fortschr.Neurol.Psychiatr.*, **68**, 413-422.

- In der Schmitt, J., Lex, K., Mellert, C., Rotharmel, S., Wegscheider, K., Marckmann, G. (2014) Implementing an advance care planning program in German nursing homes: results of an inter-regionally controlled intervention trial. *Dtsch.Arztebl.Int.*, **111**, 50-57.
- Jefferson, A. L., Cantwell, N. G., Byerly, L. K., Morhardt, D. (2012) Medical student education program in Alzheimer's disease: the PAIRS Program. *BMC.Med.Educ.*, **12**, 80.
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., Lyketsos, C. G. (2015) Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, **350**, h369.
- Kavirajan, H., Schneider, L. S. (2007) Efficacy and adverse effects of cholinesterase inhibitors and memantine in vascular dementia: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Neurol.*, **6**, 782-792.
- Kennelly, S. P., Morley, D., Coughlan, T., Collins, R., Rochford, M., O'Neill, D. (2013) Knowledge, skills and attitudes of doctors towards assessing cognition in older patients in the emergency department. *Postgrad.Med.J.*, **89**, 137-141.
- Kessler, J., Calabrese, P., Kalbe, E., Berger, F. (2000) DemTect: A new screening method to support diagnosis of dementia. *Psycho*, **26**, 343-347.
- Kleina, T., Wingenfeld, K. (2007) Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Bielefeld. Zugänglich unter: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-135.pdf> (zuletzt zugegriffen am 03.04.2016).
- Knopman, D. S., Edland, S. D., Cha, R. H., Petersen, R. C., Rocca, W. A. (2007) Incident dementia in women is preceded by weight loss by at least a decade. *Neurology*, **69**, 739-746.
- Kopf, D., Rosler, A. (2013) Demenz: Diagnose und Therapie. *Internist (Berl)*, **54**, 827-843.
- Köpke, S., Koch, F., Behncke, A., Balzer, K. (2013) Einstellungen Pflegender in deutschen Krankenhäusern zu einer evidenzbasierten Pflegepraxis. *Pflege*, **26**, 163-175.
- Köpke, S., Muhlhauser, I., Gerlach, A., Haut, A., Haastert, B., Mohler, R., Meyer, G. (2012) Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA*, **307**, 2177-2184.
- Krüger, C., Meyer, G., Hamers, J. (2010) Freiheitsentziehende Maßnahmen im Krankenhaus. Ein systematischer Literaturüberblick. *Z.Gerontol.Geriatr.*, **43**, 291-296.
- Langot, K. L., Herrmann, N., Yau, K. K., Khan, L. R., Liu, B. A., LouLou, M. M., Einarson, T. R. (2003) Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: a meta-analysis. *CMAJ*, **169**, 557-564.
- Langa, K. M., Larson, E. B., Karlawish, J. H., Cutler, D. M., Kabeto, M. U., Kim, S. Y., Rosen, A. B. (2008) Trends in the prevalence and mortality of cognitive impairment in the United States: is there evidence of a compression of cognitive morbidity? *Alzheimers.Dement.*, **4**, 134-144.
- Lautenschlager, N. T. (2002) Von der leichten kognitiven Einschränkung zur Alzheimer-Demenz: Diagnostische Schwierigkeiten und Überlegungen. *Psycho*, **28**, 314-317.
- Lee, H., Swanwick, G. R., Coen, R. F., Lawlor, B. A. (1996) Use of the clock drawing task in the diagnosis of mild and very mild Alzheimer's disease. *Int.Psychogeriatr.*, **8**, 469-476.

- Li, H., Melnyk, B. M., McCann, R. (2004) Review of intervention studies of families with hospitalized elderly relatives. *J.Nurs.Scholarsh.*, **36**, 54-59.
- Lindsay J., Rockwood K., Rolfson D. (2009) Die Epidemiologie des Delirs. In *Akute Verwirrtheit - Delir im Alter*. Lindsay J., Mac Donald A., Rockwood K.(Hrsg.), Huber, Bern, pp. 71-107.
- Lyketsos, C. G. (2012) Prevention of unnecessary hospitalization for patients with dementia: the role of ambulatory care. *JAMA*, **307**, 197-198.
- Martinez-Lage, P., Frolich, L., Knox, S., Berthet, K. (2010) Assessing physician attitudes and perceptions of Alzheimer's disease across Europe. *J Nutr Health Aging*, **14**, 537-544.
- Matthews, F. E., Arthur, A., Barnes, L. E., Bond, J., Jagger, C., Robinson, L., Brayne, C. (2013) A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet*, **382**, 1405-1412.
- McCloskey, R. M. (2004) Caring for patients with dementia in an acute care environment. *Geriatr.Nurs.*, **25**, 139-144.
- McShane, R., Areosa, S. A., Minakaran, N. (2006) Memantine for dementia. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*, (2):CD003154.
- Meguro, K., Meguro, M., Tanaka, Y., Akanuma, K., Yamaguchi, K., Itoh, M. (2004) Risperidone is effective for wandering and disturbed sleep/wake patterns in Alzheimer's disease. *J.Geriatr.Psychiatry Neurol.*, **17**, 61-67.
- Meng, X., D'Arcy, C. (2012) Education and dementia in the context of the cognitive reserve hypothesis: a systematic review with meta-analyses and qualitative analyses. *PLoS.One.*, **7**, e38268.
- Milne, A., Culverwell, A., Guss, R., Tuppen, J., Whelton, R. (2008) Screening for dementia in primary care: a review of the use, efficacy and quality of measures. *Int.Psychogeriatr.*, **20**, 911-926.
- Mitchell, A. J., Shiri-Feshki, M. (2009) Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia - meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta Psychiatr.Scand.*, **119**, 252-265.
- Mitchell, S. L., Teno, J. M., Kiely, D. K., Shaffer, M. L., Jones, R. N., Prigerson, H. G., Volicer, L., Givens, J. L., Hamel, M. B. (2009) The clinical course of advanced dementia. *N.Engl.J.Med*, **361**, 1529-1538.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, DG. (2009) The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, **6**.
- Moonga J., Likupe G. (2016) A systematic literature review on nurses' and health care support workers' experiences of caring for people with dementia on orthopaedic wards. *J Clin Nurs*, **25**: 1789-1804.
- Moran, W. P., Zapka, J., Iverson, P. J., Zhao, Y., Wiley, M. K., Pride, P., Davis, K. S. (2012) Aging Q: An initiative to improve internal medicine residents' geriatrics knowledge, skills, and clinical performance. *Academic Medicine*, **87**, 635-642.

- Morhardt, D. (2006) Educating medical students on Alzheimer's disease and related disorders: An overview of the Northwestern University Buddy Program. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, **5**, 448-456.
- Morris, J. C., Heyman, A., Mohs, R. C., Hughes, J. P., van, B. G., Fillenbaum, G., Mellits, E. D., Clark, C. (1989) The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology*, **39**, 1159-1165.
- Mortimer, J. A., van Duijn, C. M., Chandra, V., Fratiglioni, L., Graves, A. B., Heyman, A., Jorm, A. F., Kokmen, E., Kondo, K., Rocca, W. A., . (1991) Head trauma as a risk factor for Alzheimer's disease: a collaborative re-analysis of case-control studies. EURODEM Risk Factors Research Group. *Int.J.Epidemiol.*, **20 Suppl 2**, S28-S35.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., Chertkow, H. (2005) The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J.Am.Geriatr.Soc.*, **53**, 695-699.
- Natalwala, A., Potluri, R., Uppal, H., Heun, R. (2008) Reasons for hospital admissions in dementia patients in Birmingham, UK, during 2002-2007. *Dement.Geriatr.Cogn Disord.*, **26**, 499-505.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2011) Donepezil, Galantamine, Rivastigmine and Memantine for the Treatment of Alzheimer's Disease. NICE Technology Appraisal Guidance 217 (Review of NICE Technology Appraisal Guidance 111).
- Nolan, L. (2007) Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses' views. *Br.J.Nurs.*, **16**, 419-422.
- Pedone, C., Ercolani, S., Catani, M., Maggio, D., Ruggiero, C., Quartesan, R., Senin, U., Mecocci, P., Cherubini, A. (2005) Elderly patients with cognitive impairment have a high risk for functional decline during hospitalization: The GIFA Study. *J.Gerontol.A Biol.Sci.Med Sci.*, **60**, 1576-1580.
- Petersen, R. C. (2004) Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J.Intern.Med*, **256**, 183-194.
- Petersen, R. C., Negash, S. (2008) Mild cognitive impairment: an overview. *CNS.Spectr.*, **13**, 45-53.
- Petersen, R. C., Stevens, J. C., Ganguli, M., Tangalos, E. G., Cummings, J. L., DeKosky, S. T. (2001) Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, **56**, 1133-1142.
- Phelan, E. A., Borson, S., Grothaus, L., Balch, S., Larson, E. B. (2012) Association of incident dementia with hospitalizations. *JAMA*, **307**, 165-172.
- Pinkert, C., Holle, B. (2012) Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen. *Z.Gerontol.Geriatr.*, **45**, 728-734.
- Powlishta, K. K., Von Dras, D. D., Stanford, A., Carr, D. B., Tsering, C., Miller, J. P., Morris, J. C. (2002) The clock drawing test is a poor screen for very mild dementia. *Neurology*, **59**, 898-903.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., Ferri, C. P. (2013) The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers.Dement.*, **9**, 63-75.

- Qiu, C., De, R. D., Fratiglioni, L. (2007) The epidemiology of the dementias: an update. *Curr.Opin.Psychiatry*, **20**, 380-385.
- Rahn, A. (2008) Delir - Management im Krankenhaus: Diagnose und Therapie. *Z.Gerontol.Geriatr.*, **41**, 440-446.
- Raina, P., Santaguida, P., Ismaila, A., Patterson, C., Cowan, D., Levine, M., Booker, L., Oremus, M. (2008) Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. *Ann.Intern.Med*, **148**, 379-397.
- Reichert, M., Hampel, S., Reuter, V. (2016) Mobile Demenzberatung als niedrigschwelliges Angebot für pflegende Angehörige. *Z Gerontol.Geriatr.*, **online**, 1-6.
- Robert-Bosch-Stiftung (2016) Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus - geförderte Projekte der Robert-Bosch-Stiftung. Zugänglich unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/62538.asp> (zuletzt zugegriffen am 03.04.2016).
- Rocca, W. A., Petersen, R. C., Knopman, D. S., Hebert, L. E., Evans, D. A., Hall, K. S., Gao, S., Unverzagt, F. W., Langa, K. M., Larson, E. B., White, L. R. (2011) Trends in the incidence and prevalence of Alzheimer's disease, dementia, and cognitive impairment in the United States. *Alzheimers.Dement.*, **7**, 80-93.
- Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R. (2010) BARMER GEK Pflegereport 2010, Schwerpunkt Thema: Demenz und Pflege. In Asgard-Verlag, St. Augustin.
- Rudolph, J. L., Zanin, N. M., Jones, R. N., Marcantonio, E. R., Fong, T. G., Yang, F. M., Yap, L., Inouye, S. K. (2010) Hospitalization in community-dwelling persons with Alzheimer's disease: frequency and causes. *J.Am.Geriatr.Soc.*, **58**, 1542-1548.
- Rüsing, D., Herder K., Müller-Hergl C., Riesner C. (2008) Umgang mit Menschen mit Demenz in der (teil)stationären, ambulanten und Akutversorgung. *Pflege & Gesellschaft*, **13**, 306-321.
- Sampson, E. L., Blanchard, M. R., Jones, L., Tookman, A., King, M. (2009) Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. *Br.J.Psychiatry*, **195**, 61-66.
- Sampson, E. L., Leurent, B., Blanchard, M. R., Jones, L., King, M. (2013) Survival of people with dementia after unplanned acute hospital admission: a prospective cohort study. *Int.J.Geriatr.Psychiatry*, **28**, 1015-1022.
- Schütz, D., Füsgen, I. (2013) Die Versorgungssituation kognitiv eingeschränkter Patienten im Krankenhaus. *Z.Gerontol.Geriatr.*, **46**, 203-207.
- SGB XI (2015) Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), das zuletzt durch Artikel 1, 2 u. 8 Absatz 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S.2424) geändert worden ist; §14.
- Shea, B. J., Grimshaw, J. M., Wells, G. A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., Porter, A. C., Tugwell, P., Moher, D., Bouter, L. M. (2007) Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC.Med Res.Methodol.*, **7**, 10.
- Shulman, K. I., Gold, D. P., Cohen, C. A., Zuccherro, C. A. (1993) Clock-drawing and dementia in the community: A longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **8**, 487-496.

Skoldunger, A., Fastbom, J., Wimo, A., Fratiglioni, L., Johnell, K. (2015) Impact of Inappropriate Drug Use on Hospitalizations, Mortality, and Costs in Older Persons and Persons with Dementia: Findings from the SNAC Study. *Drugs Aging*, **32**, 671-678.

Smyth, W., Fielding, E., Beattie, E., Gardner, A., Moyle, W., Franklin, S., Hines, S., MacAndrew, M. (2013) A survey-based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care staff. *BMC.Geriatr.*, **13**, 2-8.

Steiner, H., Capell, A., Leimer, U., Haass, C. (1999) Genes and mechanisms involved in beta-amyloid generation and Alzheimer's disease. *Eur.Arch.Psychiatry Clin.Neurosci.*, **249**, 266-270.

Teodorczuk, A., Mukaetova-Ladinska, E., Corbett, S., Welfare, M. (2014) Learning about the patient: an innovative interprofessional dementia and delirium education programme. *Clin Teach*, **11**: 497-502.

Teodorczuk, A., Welfare, M., Corbett, S., Mukaetova-Ladinska, E. (2010) Developing effective educational approaches for Liaison Old Age Psychiatry teams: a literature review of the learning needs of hospital staff in relation to managing the confused older patient. *Int Psychogeriatr.*, **22**, 874-885.

Thies, W., Bleier, L. (2012) 2012 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers.Dement.*, **8**, 131-168.

Trauschke, T., Werner, H., Gerlinger, T. (2009) Zur Diagnostik und Häufigkeit von demenziellen Erkrankungen. Eine Untersuchung im Alltag einer geriatrischen Klinik (Die PAOLA-Studie). *Z.Gerontol.Geriatr.*, **42**, 385-390.

Vermeer, S. E., Prins, N. D., den, H. T., Hofman, A., Koudstaal, P. J., Breteler, M. M. (2003) Silent brain infarcts and the risk of dementia and cognitive decline. *N.Engl.J.Med*, **348**, 1215-1222.

von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gotsche, P. C., Vandenbroucke, J. P. (2008) Das Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE-) Statement. Leitlinien für das Berichten von Beobachtungsstudien. *Internist (Berl)*, **49**, 688-693.

von Renteln-Kruse, W., Neumann, L., Klugmann, B., Liebetrau, A., Golgert, S., Dapp, U., Frilling, B. (2015) Geriatric patients with cognitive impairment. *Dtsch.Arztebl.Int.*, **112**, 103-112.

Watkin, L., Blanchard, M. R., Tookman, A., Sampson, E. L. (2012) Prospective cohort study of adverse events in older people admitted to the acute general hospital: risk factors and the impact of dementia. *Int.J.Geriatr.Psychiatry*, **27**, 76-82.

Welz-Barth, A., Stella, S., Füsgen, I. (2007) Häufigkeit kognitiver Störungen in der geriatrischen Rehabilitation. *Phys Med Rehab Kuror*, **17**, 94-97.

Weyerer, S. (2005) Altersdemenz. *Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Heft 28*.

White, N., Leurent, B., Lord, K., Scott, S., Jones, L., Sampson, EL. (2016) The management of behavioural and psychological symptoms of dementia in the acute general medical hospital: a longitudinal cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry*.

Willis, G. B., Artino, A. R. Jr. (2013) What Do Our Respondents Think We're Asking? Using Cognitive Interviewing to Improve Medical Education Surveys. *J.Grad.Med Educ.*, **5**, 353-356.

Wimo, A., Prince, M. (2010) World Alzheimer Report 2010. In Alzheimer's Disease International, London.

Wolter, D. K., Gutzmann, H. (2015) Demenzstationen stellen keine sinnvolle Spezialisierung dar - Pro und Kontra. *Psychiatr.Prax.*, **42**, 339-340.

World Health Organisation (2016) International Classification of Diseases (ICD), 10th revision. Version 2016.

World Health Organisation (2012) DEMENTIA: A public health Priority. In Alzheimers Disease International. Zugänglich unter: <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf> (zuletzt zugegriffen am 03.04.2016).

Young, J., Hood C., Andesha A., Souza R. (2013) National Audit of Dementia in General Hospitals 2012-2013 - Second Round Audit and Update. Royal College of Psychiatrists.

Young, J., Crome, P., Anderson, D., Barker, A., Brooker, D., Husk, J., Orrell, M., Thompson, R., Woolley, R., Hood, C., Gndesha, A., Souza, R. (2011) Report of the National Audit of Dementia Care in General Hospitals 2011. Royal College of Psychiatrists.

Ziegler, U., Doblhammer, G. (2009) Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. *Gesundheitswesen*, **71**, 281-290.

Anhang

Suchstrategien

MEDLINE-Suche am 01.10.2012

ID	Search item	Hits
1	hospital	2597096
2	acute*	882127
3	clinic*	305753
4	inpatient*	62933
5	patient*	1760236
6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	6169334
7	alzheimer*	90424
8	delirium*	17984
9	dement*	84662
10	dementia [MeSH-Terms]	106194
11	7 or 8 or 9 or 10	166256
12	physician*	403943
13	medical staff, hospital [MeSH Terms]	20314
14	12 or 13	417115
15	6 AND 11 AND 14	3078
16	15 filter: english	2684
17	15 filter: english; german	2817

Psych-INFO-Suche am 02.03.2012

ID	Search item	Hits
1	*dementia/	19041
2	*physicians/	9662
3	hospital.ab,sh,ti.	68159
4	"acute*".ab,sh,ti.	62312
5	"clinic*".ab,sh,ti.	395009
6	"inpatient*".ab,sh,ti.	34383
7	"alzheimer*".ab,sh,ti.	36152
8	delirium.ab,sh,ti.	4529
9	"dement*".ab,sh,ti.	42089
10	"physician*".ab,sh,ti.	46767

ID	Search item	Hits
11	2 or 10	46767
12	1 or 7 or 8 or 9	64694
13	3 or 4 or 5 or 6	501990
14	11 and 12 and 13	741
15	14 and 2000:2013.(sa_year).	569

The Cochrane Library-Suche am 10.03.2013

ID	Search item	Hits
#1	physician:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	13365
#2	physician (Word variations have been searched)	21174
#3	hospital:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	41206
#4	acute:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	54728
#5	inpatient:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	5579
#6	clinic:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	13152
#7	alzheimer:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	4079
#8	delirium:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	604
#9	dement:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	365
#10	dementia (Word variations have been searched)	8828
#11	#1 or #2	21174
#12	#3 or #4 or #5 or #6	101812
#13	#7 or #8 or #9 or #10	10247
#14	#11 and #12 and #13	128

Google Scholar-Suche am 20.09.2013

	Search item	Hits
1 (englisch)	intitle: dementia OR intitle: alzheimer + intitle: physician OR intitle: doctor	148
2 (deutsch)	intitle: demenz OR intitle: alzheimer + arzt OR doktor	453
insgesamt		601

Die Deutsche Nationalbibliothek-Suche am 20.09.2013

Vereinfachte Suchstrategie in der Dissertationsdank aufgrund der vorgegebenen Suchmaske.

	Suchbegriff	Hits
1	Demenz	614

Ergebnis insgesamt: 614 Dissertationen

Studieninformation



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

Direktor: Prof. Dr. Alexander Katalinic

Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege

Leitung: Prof. Dr. phil. Sascha Köpke

Tel.: 0451/500-5467

E-Mail: sascha.koepke@uksh.de

Ansprechpartnerin: Lena Schade

Tel.: 0451/9690651

E-Mail: lena.schade@medizin.uni-luebeck.de

Studieninformation zur Studie: Aktuelle Situation und Herausforderungen im Umgang mit Patienten mit Demenz im Krankenhaus

Ziel der Untersuchung

Für Menschen mit Demenz kann ein Krankenhausaufenthalt eine große Belastung darstellen: Die ungewohnte Umgebung, der Kontakt zu fremden Personen sowie diagnostische und therapeutische Maßnahmen können zu einer Verschlechterung kognitiver Symptome und zu Verhaltensauffälligkeiten führen. Adäquate Behandlungen können erschwert oder verzögert werden. Die Rolle von Ärztinnen und Ärzten hierbei wurde bislang wenig betrachtet.

Ziel der Studie ist daher die Untersuchung der Erfahrungen und der Einstellung von Krankenhausärztinnen und -ärzten zum Umgang mit Patienten mit Demenz im Krankenhaus sowie die wahrgenommenen Herausforderungen im Umgang mit den betroffenen Patienten. Weiterhin soll der Bedarf an möglichen Maßnahmen zur Intervention und Verbesserung der Situation hinsichtlich der Arbeitsbelastung und Versorgung der Patienten erfasst werden.

Die Befragung soll Hinweise geben, um gezielte Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Verbesserung der Situation zu entwickeln. Das heißt, Ihre Erfahrungen und Einschätzungen stehen im Mittelpunkt und geben Ihnen die Möglichkeit Probleme darzulegen und Wünsche zu äußern. Die Studie findet im Rahmen meines Dissertationsvorhabens statt und ist eingebettet in verschiedene Forschungsaktivitäten am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie (Sektion für Pflegeforschung) UKSH Lübeck.

Geplantes Vorgehen

Ärztinnen und Ärzte verschiedener Abteilungen aus zufällig ausgewählten Krankenhäusern in Schleswig-Holstein sollen per Onlinefragebogen befragt werden. Zunächst werden leitende Ärzte angeschrieben und um Unterstützung gebeten. Diese werden gebeten, ihre Mitarbeiter um Teilnahme zu bitten und deren Emailadressen an die Studienleiterin zu senden. Die Befragung erfolgt pseudonymisiert. Es werden keine Informationen erhoben, die einen Rückschluss auf einzelne Person ermöglichen. Die Teilnehmenden erhalten einen Link per Email, über den sie an der Befragung teilnehmen können.

Sollten Sie sich gegen die Teilnahme an der Befragung entscheiden, hat dies natürlich keine negativen Konsequenzen für Sie. Ihre Teilnahme ist absolut freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs des Einverständnisses werden die bereits erhobenen Daten gelöscht. Mit der Absendung des Fragebogens willigen sie in die Befragung ein.

Wir sichern Ihnen zu, alle Datenschutzbestimmungen einzuhalten. Alle an der Studie beteiligten Personen haben sich schriftlich auf die Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet.

Die Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt anonymisiert. Wir garantieren, dass keine Rückschlüsse auf die Teilnehmer/Innen möglich sind. Nach Abschluss der Studie werden lediglich die Daten elektronisch gespeichert.

Lena Schade, Medizinstudentin der Universität zu Lübeck

Email-Anschreiben an die Chefärzte



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

Direktor: Prof. Dr. Alexander Katalinic

Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege

Leitung: Prof. Dr. phil. Sascha Köpke

Tel.: 0451/500-5467

E-Mail: sascha.koepke@uksh.de

Ansprechpartnerin: Lena Schade

Tel.: 0451/9690651

E-Mail: lena.schade@medizin.uni-luebeck.de

Studie: Aktuelle Situation und Herausforderungen im Umgang mit Patienten mit Demenz im Krankenhaus

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen meiner medizinischen Doktorarbeit plane ich eine Querschnittstudie zum Umgang mit Patienten mit Demenz im Krankenhaus, bei der die ärztliche Berufsgruppe im Fokus steht. Es sollen Krankenhausärzte zu Ihrer Einschätzung befragt werden. Geplant ist, alle Ärzte von ausgewählten Abteilungen per Online-Fragebogen zu befragen. Die Befragung wird ca. 10 Minuten in Anspruch nehmen.

Gerne würde ich Sie hierbei um Unterstützung bitten. Für die Befragung bräuchte ich die Emailadressen Ihrer ärztlichen Mitarbeiter/innen. Diese würden dann im Januar 2014 einen individuellen Link erhalten, über den sie auf den Fragebogen zugreifen können. Dies erhöht die Aussagekraft des Rücklaufs. Falls dies nicht möglich ist, würde die Ärztekammer im Februar 2014 eine Aussendung mit einem allgemeinen Link an alle Ärzte schicken.

Die Auswertung und Veröffentlichung erfolgt anonymisiert. Wir garantieren, dass keine Rückschlüsse auf die Teilnehmer/Innen möglich sind. Nach Abschluss der Studie werden lediglich die Daten elektronisch gespeichert. Gerne stellen wir Ihnen die Ergebnisse nach Abschluss der Studie vor. Ich würde mich sehr über eine kurze Antwort freuen und werde versuchen Sie in den nächsten Tagen telefonisch zu erreichen. Gerne stehe für Rückfragen unter der Telefonnummer 0451-9690651 oder per Mail an lena.schade@medizin.uni-luebeck.de zur Verfügung.

Für Ihre Mitwirkung danke Ich Ihnen herzlich im Voraus.

Lena Schade, Medizinstudentin der Universität zu Lübeck

Fragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie sich kurz Zeit nehmen um an der Befragung teilzunehmen.

Im Rahmen meiner medizinischen Doktorarbeit führe ich diese nachfolgende Befragung durch. Ziel der Studie ist die Untersuchung der Erfahrungen und Einstellungen von Krankenhausärztinnen und -ärzten zum Umgang mit Patienten mit Demenz im Krankenhaus.

Es werden keine Informationen erhoben, die einen Rückschluss auf Sie als Person ermöglichen. Die Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt anonymisiert. Nach Abschluss der Studie die Daten elektronisch gespeichert. Ihre Teilnahme ist absolut freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs des Einverständnisses werden die bereits erhobenen Daten gelöscht bzw. anonymisiert weiter verwendet. Mit der Absendung des Fragebogens willigen Sie in die Befragung ein.

Die Befragung dauert **max. 10 Minuten**.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung. (lena.schade@medizin.uni-luebeck.de)

Ihre Daten werden endgültig übermittelt (Abschluss der Befragung), wenn Sie auf der letzten Seite des Fragebogens den Button „Close Window“ betätigen.

Vielen herzlichen Dank für die Unterstützung!

Lena Schade, Medizinstudentin der Universität zu Lübeck

1. Angaben zur Person:

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

- ☐ Männlich
- ☐ Weiblich

Bitte geben Sie die Dauer Ihrer Berufserfahrung in Jahren an.

- ☐ Berufserfahrung : ____Jahre

Haben Sie eine abgeschlossene Facharztausbildung?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

In welcher Funktion sind Sie tätig?

- ☐ Assistenzarzt
- ☐ Oberarzt
- ☐ Chefarzt

2. Fachrichtung

Welche der genannten Fachrichtungen entspricht am ehesten Ihrem Arbeitsbereich? Innere Medizin (allgemein)

- ☐ Gastroenterologie

- ☐ Kardiologie
- ☐ Nephrologie
- ☐ Anästhesiologie
- ☐ Endokrinologie
- ☐ Chirurgie
- ☐ Orthopädie/Unfallchirurgie
- ☐ Geriatrie
- ☐ Intensivmedizin
- ☐ Urologie
- ☐ Gynäkologie
- ☐ Neurologie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Augenheilkunde
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Sonstige: _____

3. Angaben zur Klinik

Welcher Versorgungsstufe ist Ihre Klinik zuzuordnen?

- ☐ Grundversorgung
- ☐ Erweiterte Grundversorgung
- ☐ Universitätsklinikum

Hat Ihr Haus eine geriatrische Abteilung?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

4. Patientenanteil Demenz

Wie hoch ist der Anteil an Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz durchschnittlich unter den von Ihnen betreuten Patienten? (Bitte machen Sie eine geschätzte Angabe in Prozent.)

_____ %

5. Entwicklung Anteil an Patienten mit Demenz

Hat in den letzten 3 Jahren der Anteil an Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz zugenommen?

- ☐ Ja, stark.
- ☐ Ja, mäßig.
- ☐ Nein, gleichbleibend.
- ☐ Nein, mäßig zurückgegangen.
- ☐ Nein, zurückgegangen.

6. Diagnose Demenz

Wie häufig kommt es bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz vor, dass...

	81–100 % der Fälle	61–80 % der Fälle	41–60 % der Fälle	21–40 % der Fälle	0–20 % der Fälle
... diese die Diagnose „Demenz“ bei der Aufnahme bereits besteht?	☐	☐	☐	☐	☐
... noch keine Diagnose „Demenz“ dokumentiert ist, Sie sie jedoch vermuten, aber nicht sichern?	☐	☐	☐	☐	☐
... die Diagnose „Demenz“ während des Aufenthaltes gestellt wird?	☐	☐	☐	☐	☐

7. Kognitiver Status

Wird in Ihrem Bereich der kognitive Status der Patienten bei der Aufnahme erfasst ?

- ☐ Ja (dann weiter mit Frage 8)
☐ Nein (dann weiter mit Frage 9)

8. Erfassungsinstrument

Welches Instrument setzen Sie zur Erfassung einer Demenz ein? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ MMSE (Mini-Mental-Status Test)
☐ Uhrentest
☐ DemTect (Demenzdektionstest)
☐ TFDD (Test zur Früherkennung von Demenz mit Depressionsabgrenzung)
☐ Formloser Test durch Freitext-Dokumentation
☐ Sonstiges: _____

Wann wird das Instrument eingesetzt?

- ☐ Bei allen Patienten
☐ Bei allen älteren Patienten (z.B. über 65 Jahre)
☐ Bei „auffälligem“ Verhalten
☐ Bei anamnestischen Hinweisen
☐ Bei _____

Wie sicher sind Sie, dass das angewendete Instrument den kognitiven Status des Patienten ausreichend genau erfasst?

Sehr sicher Sicher Eher sicher Eher unsicher Unsicher Sehr unsicher

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

9. Information über Patienten

Woher erhalten Sie Informationen zur Anamnese des Patienten, wenn dieser nicht fähig ist, diese Informationen zu geben? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Vorbefunde/alte Entlassungsbriefe
- ☐ Information vom Hausarzt/vorbehandelndem Arzt
- ☐ Überleitungsbogen aus Pflegeheim/ vom Pflegedienst
- ☐ Begleitende Angehörige
- ☐ Pflegepersonal
- ☐ Gesetzlicher Betreuer/ Bevollmächtigter
- ☐ Standardisierter Überleitungsbogen/Informationsmappe für Demenzbetroffene
- ☐ Sonstiges: _____

10. Umgang mit Demenz

Wie sicher fühlen sie sich insgesamt bezüglich des Umgangs mit Patienten mit Demenz?

Sehr sicher	Sicher	Eher sicher	Eher unsicher	Unsicher	Sehr unsi- cher
☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. Gesamtarbeitsbelastung

Welchen Anteil an Ihrer Gesamtarbeitsbelastung hat die psychische Belastung durch die Behandlung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz? (Bitte machen Sie eine geschätzte Angabe in Prozent.)

_____ %

Welchen Anteil an Ihrer Gesamtarbeitsbelastung hat die zeitliche Belastung durch die Behandlung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz? (Bitte machen Sie eine geschätzte Angabe in Prozent.)

_____ %

Welche Faktoren tragen am stärksten zu der Belastung bei? (Bitte machen Sie maximal 3 Angaben)

12. Häufigkeiten ausgewählter Situationen

Wie oft kommt es in Ihrem Bereich bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz vor, dass...

	nie	gelegentlich	häufig	sehr häufig
...Sie notwendige Behandlungen (z.B. OP) wegen fehlender Geschäftsfähigkeit des Pat. verschieben müssen?	☐	☐	☐	☐
...Sie selbst ein Betreuungsverfahren eingeleitet haben?	☐	☐	☐	☐
... ein gesetzlich bestellter Betreuer/Bevollmächtigter nicht bekannt oder nicht erreichbar war?	☐	☐	☐	☐
...medikamentöse Sedierung erfolgt aufgrund fehlender kontinuierlicher Überwachungs-/Beobachtungsmöglichkeiten?	☐	☐	☐	☐
...eine Fixierung angeordnet werden musste aufgrund fehlender kontinuierlicher Überwachungs-/Beobachtungsmöglichkeiten?	☐	☐	☐	☐
...dass die medizinisch angeordnete Bettruhe (z.B. nach OP, Intervention) nicht eingehalten wird?	☐	☐	☐	☐

13. Herausforderungen

Wo sehen Sie vor allem Herausforderungen im Umgang mit Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz in Ihrem Bereich? (Bitte machen Sie maximal 3 Angaben.)

- ☐ Aggressives Verhalten
- ☐ Hoher Zeit- u. Betreuungsaufwand
- ☐ Weglaufen
- ☐ Unruhe / Herumirren
- ☐ Nachtversorgung
- ☐ Kommunikation
- ☐ Störung von Mitpatienten
- ☐ Verweigerungshaltung
- ☐ Anderes, und zwar _____

14. Zusammenarbeit

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit in Bezug auf die Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz....

a)mit Angehörigen der Patienten?

Sehr gut	Gut	Eher gut	Eher problematisch	Problematisch	Sehr problematisch
☐	☐	☐	☐	☐	☐

b) ...mit anderen Berufsgruppen (z.B. Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie)

Sehr gut	Gut	Eher gut	Eher problematisch	Problematisch	Sehr problematisch
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie wichtig ist für Sie die Einbeziehung von Angehörigen bei der Therapie- und Entlassungsplanung?

Sehr wichtig	wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	unwichtig	Sehr unwichtig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

15. Compliance der Patienten

Wie häufig kommt es bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz vor, dass es durch eingeschränkte bzw. fehlende Compliance...

a) zu Diagnostik- oder Therapieverzögerungen kommt?

- ☐ Sehr häufig
- ☐ Häufig
- ☐ Gelegentlich
- ☐ Nie

b) zu Komplikationen kommt?

- ☐ Sehr häufig
- ☐ Häufig
- ☐ Gelegentlich
- ☐ Nie

16. Sicherheit bei ausgewählten Aspekten

Wie sicher fühlen Sie sich hinsichtlich folgender Aspekte bei der Behandlung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz?

	Sehr sicher	Sicher	Eher sicher	Eher unsicher	Unsi- cher	Sehr unsicher
Unterscheidung zwischen Demenz und akuten kognitiven Beeinträchtigungen (z.B. Delir)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Erkennen und Bewerten von Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Umgang mit „auffälligen“ Verhaltensweisen, wie Agitiertheit, ständigem lauten Rufen oder Aggressivität	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Medikamentöse Therapie bei Unruhezuständen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ernährung bei Nahrungsverweigerung	☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. Nachstationäre Versorgung

Wie viele Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz konnten im letzten Jahr aufgrund fehlender nachstationärer Versorgung nicht zum geplanten Zeitpunkt entlassen werden? (Bitte machen Sie eine geschätzte Angabe in Prozent.)

_____ %

18. Fortbildungsinteresse

Zu welchen Themen Zusammenhang mit Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz im Krankenhaus würden Sie eine Fortbildung besuchen? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Fachwissen über Demenz (Demenzformen/Diagnostik/Therapie)
- ☐ Interventionen bei herausforderndem Verhalten und Apathie
- ☐ Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie von Menschen mit Demenz
- ☐ Kommunikationsstrategien
- ☐ Ethische Fragen bei der Behandlung
- ☐ Medikamentöse Therapien/Polypharmazie
- ☐ Rechtliche Aspekte der Versorgung (Umgang mit Fixierung/ Therapieabbruch/ Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung etc.)
- ☐ Palliative Behandlung
- ☐ Versorgungsstrategien (nach stationärer Behandlung)
- ☐ Sonstige: _____

19. Fortbildungsrahmen

In welchem Rahmen würden Sie sich Fortbildungen bzw. Informationen wünschen? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ stationsinterne Fortbildung
- ☐ klinikinterne Fortbildung
- ☐ Supervision
- ☐ Regelmäßige Fortbildung durch Spezialisten (z.B. Geriater, Gerontopsychiater)
- ☐ Einmalige Fortbildung durch Spezialisten (z.B. Geriater, Gerontopsychiater)
- ☐ Schriftliche Informationen (z.B. Informationsbroschüre)
- ☐ Sonstige: _____

20. Offene Aspekte

Gibt es weitere Aspekte, die aus Ihrer Sicht noch nicht genannt wurden oder offen geblieben sind zum Umgang mit Patienten mit kognitiven Einschränkungen/Demenz?

Vielen herzlichen Dank für die Teilnahme und Ihre Unterstützung!!!

Danksagung

Zuallererst möchte ich mich ganz herzlich bei meinem Doktorvater Prof. phil. Sascha Köpke bedanken, der mir dieses interessante Thema zur Erstellung meiner Doktorarbeit anvertraut hat. Auf dem Weg dorthin hat er mich kontinuierlich bei dieser Arbeit unterstützt und mir mit Ratschlägen, Anregungen und neuen Ideen zur Seite gestanden. Bei Fragestellungen hatte er immer ein offenes Ohr und fand eine Lösung für auftretende Probleme, immer mit vielen Grüßen aus verschiedensten Ländern/Aufenthaltsorten. Ohne Ihn wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen.

Ein ganz großer Dank geht an Nora Eisemann, die mich in allen Statistikfragen hervorragend unterstützt und sehr gut beraten hat.

Ein besonderer Dank geht an Frau Balzer, die viele sehr gute Anregungen und Ideen für die Arbeit hatte und bei der Erstellung des Posters sehr mitgewirkt hat. Anja Bencke möchte ich herzlich für die Unterstützung bei Fragen zur SPSS-Datenbearbeitung danken.

Mein Dank geht außerdem an meine Eltern, die mich auf dem Weg meines Studiums immer unterstützt haben. Ein besonderer Dank geht an meine Mutter, die mir bei Fragen aus pflegerischer Sicht immer wieder neue Blickwinkel gezeigt hat.

Zur guter Letzt möchte ich mich außerordentlich herzlich bei meinem Freund Philip bedanken, der nie aufgehört hat mich zu unterstützen und an mich zu glauben und somit maßgeblich an der Vollendung der Arbeit beteiligt ist.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Lena Schade
Geburtsdatum: 22.03.1985
Geburtsort: Friesoythe



Studium

2009 – 2015 Studium der Humanmedizin an der Universität zu Lübeck

07/2011 1. Staatsexamen an der Universität zu Lübeck
10/2014 2. Staatsexamen an der Universität zu Lübeck
12/2015 3. Staatsexamen an der Universität zu Lübeck

Seit 04/2016 Assistenzärztin der Anästhesie in der Regio Klinik Elmshorn

Berufliche Laufbahn

10/ 2004 – 09/2007 Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin im Evangelischen Krankenhaus Oldenburg

10/ 2007 – 09/2009 Gesundheits- und Krankenpflegerin auf der neurochirurgischen Intensivstation im Evangelischen Krankenhaus Oldenburg (Vollzeit)

05/ 2012 – 08/2014 Gesundheits- und Krankenpflegerin auf den Intensivstationen im UKSH Lübeck (Teilzeit)

Schulischer Werdegang

1997 – 2004 Albertus-Magnus-Gymnasium Friesoythe
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

1995 – 1997 Orientierungsstufe Friesoythe

1991 – 1995 Grundschule Gehlenberg

Publikation

Poster:

Schade, L., Balzer, K., Köpke, S. (2015) „Patienten mit Demenz im Krankenhaus – Erfahrungen und Einstellungen behandelnder Ärztinnen und Ärzte – Eine Querschnittstudie in Schleswig-Holstein“ (16. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin, Berlin, 13. & 14. März 2015)

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe angefertigt habe und keine anderen als die in der Arbeit genannten personellen, technischen und sachlichen Hilfen oder Hilfsmittel benutzt habe.

Ich versichere, dass ich nicht vorher oder gleichzeitig andernorts einen Zulassungsantrag gestellt oder die Dissertation vorgelegt habe und dass ich mich bisher noch keinem Promotionsverfahren unterzogen habe.

Ich bestätige, dass die in dieser Arbeit durchgeführte Befragung durch die Ethikkommission der Universität zu Lübeck (Aktenzeichen 13-1237 vom 17.12.2013) genehmigt wurde.

Norderstedt, den 10.10.2016