Z Gerontol Geriat 2019 · 52:598–606
<https://doi.org/10.1007/s00391-018-1439-z>
 Eingegangen: 24. Februar 2018
 Überarbeitet: 18. Mai 2018
 Angenommen: 7. August 2018
 Online publiziert: 3. September 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2018

Tania Zieschang¹ · Jürgen Bauer¹ · Daniel Kopf² · Alexander Rösler³

¹ Geriatriisches Zentrum der Universität Heidelberg, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

² Kath. Marienkrankenhaus gGmbH, Hamburg, Deutschland

³ Bethesda Krankenhaus Bergedorf, Hamburg, Deutschland

Spezialstationen für Patienten mit kognitiver Einschränkung

Ergebnisse einer Umfrage in Kliniken für Geriatrie in Deutschland

Hintergrund

Die Frage nach einer adäquaten medizinischen Versorgung von Menschen mit Demenz im Falle einer akuten somatischen Erkrankung nimmt in der Öffentlichkeit einen zunehmenden Raum ein. Dementsprechend häufen sich Anfragen an die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) nach einer Übersicht von Krankenhäusern mit spezifischen Angeboten für Menschen mit Demenz. Das Risiko für Komplikationen während eines Krankenhausaufenthalts für Menschen mit Demenz ist erhöht [21], ebenso wie deren Krankenhaussterblichkeit [13]. Ein weiterer funktioneller und kognitiver Abbau führt dabei zu einer erhöhten Rate an Pflegeheimweisungen [8]. Der pflegerische Aufwand für diese Patienten ist erhöht. Starke Belastungen des Pflegepersonals entstehen insbesondere durch das Auftreten herausfordernder Verhaltensweisen [5].

In Anbetracht einer Prävalenz kognitiver Einschränkungen von etwa 40 % bei älteren Patienten in Allgemeinkrankenhäusern [4], ist es sehr zu begrüßen, dass sich eine wachsende Anzahl an Krankenhäusern auf den Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus macht [1, 2, 10].

In geriatrischen Kliniken liegt der Anteil an Patienten mit kognitiven Einschränkungen noch höher. Viele Maßnahmen, die als „demenzsensibel“ oder delirpräventiv gelten, sind in geriatrischen Abteilungen bereits etabliert. Dazu gehören der Einsatz von Assess-

ment- und Screeninginstrumenten zur Identifizierung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen, Schulungen zu den Themen Demenz und Delir, frühe Mobilisation und kritische Medikamentendurchsicht. Als zusätzliches Angebot für Patienten, denen die Anpassung an den Stationsalltag schwerfällt, wurden in einigen geriatrischen Kliniken segregative Spezialstationen für Menschen mit Demenz oder mit Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen eines Delirs aufgebaut [9, 12, 17, 20, 22, 23]. Eine erste zusammenfassende Beschreibung dieser Einrichtungen in Deutschland wurde 2010 publiziert [11]. Sie beruhte jedoch nicht auf einer systematischen Befragung aller Kliniken für Geriatrie in Deutschland.

Um die Versorgung von Menschen mit Demenz in Krankenhäusern zu optimieren, ist zum einen eine Veröffentlichung der Versorgungsstrukturen notwendig, sodass Einweiser, Patienten und Angehörige sich regional über spezifische Angebote informieren können. Andererseits ist der kollegiale Austausch über die Erfahrungen mit demenzsensiblen und delirpräventiven Maßnahmen erforderlich. Seitens der Arbeitsgemeinschaft (AG) Demenz der DGG haben wir uns als ersten Schritt das Ziel gesetzt, eine möglichst umfassende Erhebung von Spezialbereichen für Patienten mit Demenz in den geriatrischen Abteilungen in Deutschland durchzuführen. Über diese berichten wir in der vorliegenden Arbeit.

Methoden

Mit einem Online-Fragebogen, der mithilfe der Software von SurveyMonkey® (San Mateo, CA, USA) erstellt wurde, wurden Mitte September 2017 alle 495 Weiterbildner im Fach Geriatrie mit einer Weiterbildungsermächtigung von mindestens 12 Monaten anhand der Liste der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) kontaktiert. Um den Rücklauf zu erhöhen, erfolgte nach einem Monat mittels eines Newsletters der DGG ein weiterer Aufruf zur Beantwortung des Fragebogens mit Angabe des zugehörigen Weblinks. Einrichtungen mit uns bekannten Spezialstationen, die nicht auf die Umfrage antworteten, wurden von den Autoren gezielt kontaktiert. Die erhobenen Daten wurden anonymisiert ausgewertet.

Ergebnisse

Initial beantworteten 118 Einrichtungen (23,8 % der kontaktierten Personen) die Umfrage. Über den Weblink des Newsletters der DGG erfolgte ein Rücklauf von weiteren 68 Antworten. Davon wurden 11 Doppelantworten entfernt. Dreizehn Einrichtungen waren nicht im ursprünglichen Verteiler enthalten. Von den 12 Spezialstationen, die 2010 in die Publikation [11] aufgenommen worden waren, und den weiteren 10 Spezialstationen, die in den Folgejahren der AG Demenz der DGG bekannt gegeben wurden, antworteten 9 nicht im Rahmen der beiden Anfragen. Von 4 weiteren Spe-

Tab. 1 Übersicht der geriatrischen Abteilungen/Kliniken mit Spezialstationen für Patienten mit kognitiver Einschränkung. Eine weitere Spezialstation wurde in die Analyse eingeschlossen, der namentlichen Nennung wurde jedoch nicht zugestimmt. Zwei Stationen haben erst 2018 eröffnet, die Daten wurden in die Analyse nicht eingeschlossen

Nr.	Ort (alpha-betisch)	Einrichtung	Bettenzahl Akutgeriatrie	Bettenzahl geriatr. Reha	Bezeichnung	Eröffnung der Spezialstation	Bettenzahl der Spezialstation	Türsicherung
1	Arnsberg	St. Johannes Hospital	k. A.	k. A.	Kognitive Geriatrie	2010	10	Ausgangstür kaschiert
2	Bad Kreuznach	Geriatrische Fachklinik Rheinhessen	35	80	Tandem-Station in geriatrischer Reha	2012	14	Nein
3	Berlin	Ev. Johannesstift Wichernkrankenhaus	96	0	–	2015	8	Nein
4	Berlin	Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge GmbH, Abteilung für Geriatrie	62	0	GE03	2016	10	Ausgangstür kaschiert
5	Berlin	Krankenhaus Hedwigshöhe, Klinik für Innere Medizin und Geriatrie, Schwerpunkt Geriatrie	30	0	St. Balthasar – interdisziplinäre Modellstation Geriatrie und Gerontopsychiatrie	2016	30	Stationstüren lassen sich mit einem Transponder öffnen, der nicht an alle Patienten ausgehändigt wird
6	Bremen	Klinikum Bremen Ost gGmbH	70	0	Rückenwind	2016	17	ja
7	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	91	0	GESAD (Geriatrische Spezialstation für akuterkrankte Demenzpatienten)	22.01.2018	13	Zahlencode und Ausgangstür kaschiert
8	Düsseldorf	St. Martinus-Krankenhaus, Abteilung Geriatrie	96	0	Kognitive Geriatrie	2015	12	Signal auf Displays der Pflegekräfte, wenn Patient durch Zugangstür tritt
9	Emmerich	St. Willibrod Spital	60	0	Memory-Station	2012	16	Ausgangstür kaschiert. Alarmton beim Öffnen
10	Essen	Elisabeth-Krankenhaus, Haus Berge	94	0	3D	1990	18	Alarmton beim Öffnen der Tür
11	Essen	Kliniken Essen Mitte – Knappschafts-Krankenhaus Geriatrie	65	15	–	>10 Jahre	15	Nein
12	Eutin	St. Elisabeth Krankenhaus, Innere Medizin	83	0	–	k. A.	k. A.	k. A.
13	Flensburg	Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital	106	0	SILVIA	2015	10	Optische Barrieren
14	Freiburg	St. Josefskrankenhaus	19	0	Geschützter Bereich der IDA (InterDisziplinäre Altersmedizin)	2010	6	Nein
15	Fürth	Klinikum Fürth	31	36	–	2014	6	Nein
16	Haag	Klinik Haag in Oberbayern, Zentrum für Altersmedizin	60	40	–	2011	11	Nein
17	Hamburg	AGAPLESION Diakonie-Klinik	115	0	Siloah	2007	22	Nein
18	Hamburg	Albertinen-Haus	108	–	Kognitive Geriatrie	2009	23	k. A.
19	Hamburg	Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf	–	–	Station DAVID In Abteilung für Innere Medizin	2011	14	Ausgangstür kaschiert. Versteckter Schalter. Patientenarmband mit Signal bei Verlassen der Tür geplant

zialstationen erfuhren wir aus anderen Quellen. Mittels einer direkten Kontaktaufnahme durch die Autoren konnten von 10 Einrichtungen die aktuellen Informationen erhalten werden; bei einer weiteren konnten detaillierte Informationen der Website des Krankenhauses entnommen werden.

Insgesamt lagen 178 Antworten vor, unter denen 2 gerontopsychiatrische Abteilungen in der weiteren Analyse nicht berücksichtigt wurden. Von den ursprünglich 495 angeschriebenen Einrichtungen antworteten somit insgesamt 161, einer Rücklastrate von 32,5 % entsprechend.

Von den 176 in die Analyse eingeschlossenen Einrichtungen führten 154 eine Akutgeriatrie, 49 eine geriatrische Rehabilitation und 34 beide Versorgungsstrukturen. Die durchschnittliche Anzahl an Betten in der Akutgeriatrie lag bei $55,1 \pm 34,8$ (Median 465, 10–180), in der geriatrischen Rehabilitation bei $53,0 \pm 27,8$ (Median 45, 5–130).

Spezialstationen

Von 176 geriatrischen Abteilungen verfügten 41 (23,3 %) im Jahre 2017 über eine segregative Spezialstation (■ Tab. 1); eine weitere Spezialstation ist in einer Abteilung für innere Medizin etabliert. Fünfzehn weitere Einrichtungen gaben an, eine Spezialstation eröffnen zu wollen, 5 mit konkreten Plänen für 2018. Die bereits existierenden Spezialstationen wurden zwischen 1990 und 2017 eröffnet. Deren durchschnittliche Größe lag in unserer Umfrage bei $13,5 \pm 4,7$ Betten (Median 14, 6–23).

Die mittlere Verweildauer der Patienten betrug für 29 der 41 Spezialstationen (75,7 %) 14 bis 21 Tage, für 5 (10,8 %) 7 bis 14 Tage und in einer Einrichtung >21 Tage. Vier machten diesbezüglich keine Angabe. Ein Großteil der Krankenhäuser (21/41) rechnet über 70 % der Patienten der Spezialstation über die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung ab.

Auf 25 der 41 Spezialstationen wurde der Pflegeschlüssel gegenüber der Normalstation erhöht. Häufig wurde zusätzliches Personal (Betreuungskräfte, Alltagsbegleiter) eingesetzt, teilweise auch

Z Gerontol Geriat 2019 · 52:598–606 <https://doi.org/10.1007/s00391-018-1439-z>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

T. Zieschang · J. Bauer · D. Kopf · A. Rösler

Spezialstationen für Patienten mit kognitiver Einschränkung. Ergebnisse einer Umfrage in Kliniken für Geriatrie in Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund. In Kliniken für Geriatrie wird eine große Zahl von akut erkrankten Patienten mit kognitiver Einschränkung behandelt. Seit 1990 bestehen in Deutschland geriatrische Einrichtungen mit Spezialstationen für diese Patientengruppe. Eine erste Bestandsaufnahme war 2010 erfolgt, jedoch nicht im Rahmen einer nationalen Umfrage.

Ziel der Arbeit. Bundesweite strukturierte Erfassung von Spezialbereichen für Patienten mit kognitiver Beeinträchtigung in geriatrischen Einrichtungen.

Methoden. Mit einem Online-Fragebogen (SurveyMonkey®, San Mateo, CA, USA) wurden alle Weiterbildungsbefugten des Faches Geriatrie mit einer Weiterbildungs-ermächtigung von mindestens 12 Monaten befragt.

Ergebnisse. Bundesweit wurden 495 geriatrische Einrichtungen angeschrieben, von denen 161 (32,5 %) antworteten. Weitere 13 Einrichtungen antworteten über einen Weblink, der in einem Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

(DGG) versandt wurde. Im Jahr 2017 waren 42 Spezialstationen mit einer Größe von durchschnittlich $13,5 \pm 4,7$ Betten in Betrieb. Fünfzehn weitere Einrichtungen planten die zeitnahe Eröffnung eines Spezialbereiches, davon 5 im Jahr 2018. Vier Spezialbereiche wurden wieder aufgelöst. Alle Spezialbereiche wiesen architektonische, strukturelle und personelle Besonderheiten auf, die den Empfehlungen des Positionspapiers der DGG entsprechen. Vereinzelt Evaluationen weisen auf positive Effekte bezüglich Mobilität und Verhaltensauffälligkeiten hin.

Schlussfolgerung. Es zeigt sich eine Zunahme an Neueröffnungen von Spezialbereichen in den letzten Jahren. Eine methodisch optimierte Evaluation hinsichtlich des klinischen Verlaufs der Patienten, incl. Follow-up und Kosteneffektivität, fehlt und sollte in naher Zukunft erfolgen.

Schlüsselwörter

Demenz · Kognitive Einschränkung · Akutgeriatrie · Spezialstation

Special care units for patients with cognitive impairment. Results of a nationwide survey in geriatric hospitals in Germany

Abstract

Background. A large number of older acutely ill patients with cognitive impairment are treated in geriatric care units. Since 1990 some geriatric departments in Germany have established special care units (SCU) for this patient population. In 2010 the first inventory of SCUs in Germany was carried out, which was not based on a nationwide systematic survey.

Objective. Nationwide systematic survey of SCUs for patients with cognitive impairment in geriatric institutions in Germany.

Methods. An online questionnaire (SurveyMonkey®, San Mateo, CA, USA) was sent to all heads of geriatric departments that provide advanced education in geriatric medicine of at least 12 months as registered by the German Society for Geriatric Medicine (DGG).

Results. The questionnaire was sent to 495 geriatric institutions of which 161 answered (response rate 32.5%). Additionally,

13 institutions answered through a weblink sent in a newsletter by the DGG. In 2017 a total of 42 SCUs existed with a mean size of 13.5 ± 4.7 beds. A further 15 hospitals plan to install an SCU in the near future, 5 probably in 2018. In four geriatric departments an existing SCU was closed down. All SCUs implemented special architectural, structural and personnel measures as recommended by the position paper of the DGG. The few conducted evaluations indicated beneficial results for mobility and disruptive behavior. **Conclusion.** In recent years the number of SCUs has increased considerably. A methodologically sound evaluation with respect to patient-related outcomes including follow-up and cost-effectiveness is lacking and should be carried out in the near future.

Keywords

Dementia · Cognitive dysfunction · Special care unit · Geriatrics

Tab. 1 (Fortsetzung)

Nr.	Ort (alpha- betisch)	Einrichtung	Bettenzahl Akutgeria- trie	Bettenzahl geriatr. Reha	Bezeichnung	Eröffnung der Spezi- alstation	Bettenzahl der Spezi- alstation	Türsicherung
20	Hamburg	Asklepios Klinik Wandsbek ^a	k. A.	0	Gedächtnisstation	2008	31	Ausgangstür kaschiert
21	Hamburg	Katholisches Marien- krankenhaus	122	0	Kognitive Geriatrie	2011	14	Zwei kombiniert zu drückende Schalter
22	Hamburg	Wilhelmsburger Krankenhaus Groß Sand	101	0	–	2016	12	Ausgangstür kaschiert, Alarmmelder zum Treppenhaus
23	Heidelberg	AGAPESION Bethani- en Krankenhaus	100	66	GISAD (Geriatrisch-in- ternistische Station für akuterkrankte Demenzpatienten)	2004	6	Codegeschützte Tür
24	Hofgeismar	Evangelisches Kran- kenhaus Gesund- brunnen	105	0	Memory-Station	2015	12	Kurz vor oder nach Öffnen der Tür muss Wandschalter betätigt werden, sonst Signal- ton
25	Kiel	Städtisches Kran- kenhaus Kiel GmbH, Geriatrie	100	0	Insel	2014	14	Ausgangstür kaschiert. Funkarmbänder ge- ben optisches und akustisches Signal bei Verlassen des Bereichs ab
26	Köln	Malteser Kranken- haus St. Hildegardis	74	0	Station Silvia	2009	8	Nein
27	Köln	St. Marien-Hospital	127	43	C1	2014	20	Hinlaufschutz mit Transpondern
28	Krefeld-Hüls	HELIOS Cäcilien Hos- pital Hüls, Geriatri- sche Klinik	70	0	Memory-Station	2011	20	Codegeschützte Tür
29	Lübeck	Krankenhaus Rotes Kreuz, Geriatriezen- trum	164	0	–	2015	15	Ausgangstür kaschiert
30	Meiningen	Geriatrische Fachkli- nik „Georgenhaus“	124	0	3.2	2014	16	Ausgangstür kaschiert, Türöffner befindet sich in Überkopfhöhe
31	Middelburg	Sanakliniken Osthol- stein, Middelburg	67	0	Dementengerechte Station (Station D1)	2015	20	Nein
32	Münster	Evangelisches Kran- kenhaus Johannisstift	58	0	Station 2D	2010	7	Schwer zu öffnender Türknauf
33	Neumünster	Friedrich-Ebert- Krankenhaus, Geri- atrie	87	0	A30	2009	12	Ausgangstür kaschiert, dunkle Intarsie am Fußboden, Beleuch- tung herabgedimmt
34	Osnabrück	Klinikum Osnabrück GmbH	52	12	Reisberg	2014	10	Die Patienten tragen einen Sensor, bei des- sen Annäherung die Tür schließt
35	Prenzlau	Klinik für Altersmedi- zin am Kreiskranken- haus Prenzlau	38	0	–	2014	15	Nein
36	Ratzeburg	Klinik für Geriatrie Ratzeburg GmbH	69	0	–	2017	9	Ja
37	Rheine	Jakobi-Krankenhaus Rheine	88	0	Segregative Einheit	2004	10 (16 ab 05/18)	Ja

Tab. 1 (Fortsetzung)

Nr.	Ort (alpha-betisch)	Einrichtung	Bettenzahl Akutgeriatrie	Bettenzahl geriatr. Reha	Bezeichnung	Eröffnung der Spezialstation	Bettenzahl der Spezialstation	Türsicherung
38	Stuttgart	Sana Klinik Bethesda	20	0	Demenzstation Vergissmeinnicht	2016	8	Eine Ausgangstür codegeschützt, eine weitere kaschiert
39	Stuttgart	Robert Bosch Krankenhaus	10	100	Kognitive Geriatrie	2013	10	Nein
40	Tübingen	Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus	90	0	–	01.01.2018	8	Ausgangstür kaschiert
41	Ulm	Klinik für Neurogeriatrie und neurologische Rehabilitation der Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm	40	0	–	2016	16	Nein
42	Unna	Evangelisches Krankenhaus Unna ^a	k. A.	k. A.	Ganzer Mensch	2009	10	k. A.
43	Woltersdorf	Evangelisches Krankenhaus Gottesfriede	134	0	Station E2	2012	14	Ausgangstür kaschiert
44	Würzburg	Universitätsklinikum Würzburg, Neurologische Klinik	20	0	–	2015	20	Nein

^aZwei Stationen haben an der Umfrage nicht teilgenommen und wurden in die Analyse nicht einbezogen. Die dargestellten Informationen stammen aus der vorherigen Publikation [11] bzw. von der Website des Krankenhauses

am Wochenende. Auf über 75 % (31/41) der Spezialstationen wurden Pflegekräfte mit Fachweiterbildung Geriatrie eingesetzt, auf knapp 30 % (12/41) Pflegekräfte mit Fachweiterbildung Gerontopsychiatrie. Zusätzlich bestanden Fortbildungsangebote, insbesondere mit Fokus auf der Kommunikation mit Menschen mit Demenz.

Alle Spezialbereiche wiesen architektonische oder milieuthapeutische Besonderheiten auf (■ Tab. 2). Im Kommentarfeld näher beschrieben wurde insbesondere die „Tarnung“ bzw. „Sicherung“ der Zugangstüren (■ Tab. 1). Die Berufsgruppen, die zusätzlich zu den Pflegenden und dem ärztlichen Dienst eingesetzt wurden, zeigt ■ Tab. 3. In ■ Tab. 4 sind die Dimensionen des geriatrischen Assessments aufgeführt, die standardisiert oder fakultativ erfasst wurden. Die eingesetzten Instrumente werden nur exemplarisch aufgeführt, da sie nur von wenigen Befragten angegeben wurden und daher keine quantitative Auswertung erfolgen kann.

Auflösen von Spezialbereichen

Vier Einrichtungen haben eine Spezialstation wieder aufgelöst. Eine Einrichtung gab einen zuvor gut etablierten Spezialbereich nach dem Umzug in ein neues Gebäude mit ungünstigen räumlichen Bedingungen auf. Eine weitere Einrichtung löste die Spezialstation bei ungünstigen baulichen Gegebenheiten sowie unzureichenden Personalressourcen wieder auf. Zudem trat der Vorwurf der „Ghettoisierung“ in negativen Berichten von Angehörigen auf. Der Druck seitens anderer Stationen, Patienten mit Lauffähigkeit oder anderen Verhaltensauffälligkeiten auf die Spezialstation zu übernehmen, habe zu Unruhe im Haus geführt. Die erneute integrative Behandlung habe einen professionelleren Umgang mit Patienten mit Demenz in der gesamten Institution ermöglicht. In einer dritten Einrichtung mit nur 28 Betten Akutgeriatrie war der Anteil an Patienten mit Weglauftendenz so gering, dass letztendlich viele Patienten in dem Bereich betreut wurden, die von dessen Ausstattung nicht profitierten. Eine weitere Spezialstation

wurde wegen Personalmangels vorübergehend geschlossen.

Maßnahmen für ein demenzsensibles Krankenhaus und zur Delirprävention

In 28 von 37 Krankenhäusern mit einer Spezialstation wurden weitere gezielte Maßnahmen eingesetzt, um das Krankenhaus demenzsensibler und delirpräventiv zu gestalten. In drei weiteren Einrichtungen sind entsprechende Maßnahmen geplant. Von den 135 Krankenhäusern ohne Spezialstation geben 100 Einrichtungen an, demenzsensibile respektive delirpräventive Maßnahmen durchzuführen. Sieben weitere haben entsprechende Maßnahmen in Planung. Die Maßnahmen umfassen v. a. Schulungen von Teams oder Einzelpersonen, Miteinbeziehung von Ehrenamtlichen, strukturelle Maßnahmen wie Personalkonstanz sowie bauliche und gestalterische Maßnahmen.

Tab. 2 Architektonische und milieutherapeutische Besonderheiten

Merkmale	Anzahl, Spezialbereiche, n = 37 ^a n (%)
Aufenthaltsraum	37 (100)
Therapieraum innerhalb des Spezialbereichs	20 (54,1)
Besondere Kennzeichnung von Patientenzimmern	31 (83,8)
Besondere Farbgebung	28 (75,7)
Kontrastreiche Farbgebung im Sanitärbereich	14 (37,8)
Lichtkonzept	17 (45,9)
Gesicherter Außenbereich	9 (24,3)
Türsicherung/Schließmechanismus	23 (62,2)
Bewegungsmelder oder andere Sensoren	19 (51,4)
Beschäftigungsangebote	36 (97,3)
Sonstige: Haltestelle mit Sitzgelegenheit und Fahrplan	1 (2,7)

^aVier Einrichtungen ohne Angaben, eine Spezialstation in der inneren Medizin

Tab. 3 Berufsgruppen und therapeutische Angebote in dem Spezialbereich (abgesehen von Pflegekräften und Ärzten)

Berufsgruppen und ihre Angebote auf der Station	Anzahl, Spezialbereiche, n = 36 ^a n (%)
Physiotherapie	36 (100)
Ergotherapie	35 (97,2) ^b
Logopädie	11 (30,6)
Physikalische Therapie	31 (86,1)
Neuropsychologie/Psychologie	31 (86,1)
Musiktherapie	20 (55,6)
Kunst- und Werktherapie	8 (22,2)
Sozialdienst	36 (100)
Seelsorge	32 (88,9)
Betreuungskräfte (von 35 Einrichtungen)	23 (63,9)
Ehrenamtliche	14 (38,9)
Tiergestützte Therapie	6 (16,7)
Roboter Paro o. Ä.	2 (5,6)
Sonstige: Psychiater, Neurologe, Palliativmediziner	1 (2,8)
Sonstige: Sporttherapeuten	1 (2,8)
Sonstige: Therapieclown. Erinnerungsarbeit PC-gestützt mit Virtual-Reality-Brille	1 (2,8)
Sonstige: Ernährungstherapie	1 (2,8)

^aFünf Einrichtungen ohne Angaben, davon gab eine im Freitext den Einsatz von Laienhelfern an

^bEine Spezialstation in der inneren Medizin

Diskussion

Basierend auf dieser aktuellen bundesweiten Umfrage zum Thema Spezialstationen für Patienten mit kognitiven Einschränkungen im Akutkrankenhaus nahm im Verlauf der letzten Jahre die Anzahl der Spezialbereiche deutlich zu. Durch diese Arbeit wurden allein 20 Spezialstationen erfasst, die nach dem Jahre

2013 eröffnet wurden; für 2018 sind weitere 7 geplant.

Limitierend für die Bewertung unserer Daten ist die geringe Rücklaufquote von 32,5 %, die jedoch höher liegt als in 2 früheren Befragungen zum Thema Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen im Akutkrankenhaus mit 26 % [14] bzw. 24 % [7]. Da jedoch einige Einrichtungen mit Spezialstation erst nach direkter Kontaktaufnahme durch

die Autoren antworteten, ist nicht auszuschließen, dass weitere Spezialbereiche durch die Umfrage nicht erfasst wurden. Um den Zeitaufwand für die Beantwortung der Umfrage auf wenige Minuten zu begrenzen, erfolgte keine detaillierte Abfrage von Strukturen, Personaleinsatz oder Fortbildungen. Somit können unsere Daten nur einen eingeschränkten Überblick bieten.

Empfehlungen des Positionspapiers der DGG

Mit Hinblick auf die obligaten Empfehlungen des Positionspapiers der DGG zu Spezialstationen [6] lagen 4 Stationen mit 6 respektive 7 Betten unter der Empfehlung von 8 bis max. 20 Betten. Drei lagen darüber. Einen Aufenthaltsraum und eine etablierte Tagesstruktur hielten fast alle antwortenden Spezialstationen vor. Das geforderte erweiterte Assessment wurde unterschiedlich umgesetzt. Bei der kognitiven Testung sind sehr unterschiedliche Assessmentverfahren im Einsatz, wohingegen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) ausschließlich der Barthel-Index genannt wurde. Auffällig ist, dass standardisiert kaum ein Delirscreening erfolgt. Ein strukturiertes Assessment zur Dysphagie fehlt, wird aber vermutlich in vielen Einrichtungen durch Logopäden durchgeführt. Im Bereich der Sozialanamnese werden oft selbstentwickelte Verfahren eingesetzt.

Von den fakultativen Empfehlungen werden zusätzliche therapeutische und Beschäftigungsangebote in 36 der 37 Spezialstationen eingesetzt. Eine architektonische und technische Milieugestaltung wurde von allen 37 Stationen zumindest teilweise umgesetzt.

Effektivität des Modells

In der internationalen Literatur gibt es nur wenige Artikel zu Spezialstationen für Patienten mit Demenz in somatischen Krankenhäusern. Die Auswertungen sind sowohl in der Zielsetzung als auch in den Patientenkollektiven sehr uneinheitlich. Es wurden eine Station in Toulouse, Frankreich [15, 16, 19], und eine Station in Nottingham, UK [3, 18], beschrieben und evaluiert. Im deutschspra-

Tab. 4 Verwendete Assessmentinstrumente

	Assessmentinstrumente	Anzahl, Spezialbereiche, $n = 37^a$ n (%)	Beispiele verwendeter Instrumente
Obligat	Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)	37 (100)	Barthel-Index
	Kognitionstest	37 (100)	MMST, Uhrentest, MoCA, SMMSE, Short Dementia Questionnaire, SPMSQ, Demtect
	Delirscreening	17 (45,9)	„Delirscreening“, CAM
	Motorischer Test	36 (97,3) ^b	Tinetti, Timed up and go, Esslinger Transfer Skala, DEMMI
	Balance-Test	22 (59,5)	Berg Balance, Tandem-Stand
	Screening auf Depression	35 (94,6)	DIA-S, GDS, Cornell Skala
	Schmerzskala Selbsteinschätzung	18 (48,6)	Numerische Rating Skala
	Schmerzskala Fremdeinschätzung	16 (43,2)	ZOPA
	Ernährungsstatus	5 (13,5)	MNA, „Ernährungsskala“
	Sozialfragebogen	28 (75,7)	Eigener Sozialfragebogen mit 5 Items, basierend auf der Vorlage der LAG – BW, Sozialfragebogen nach Nikolaus
	Weitere	–	Sturzrisiko-Skala, Dekubitusgefährdung Braden-Skala, Inkontinenzassessment, klinische Schluckuntersuchung, Screening durch Logopädie, selbstentworfenen Biografiebogen, Geldzähltest nach Nikolaus, Handkraft
Fakultativ	Kognitionstest	7 (18,9)	Uhrentest, Demtect, MoCA, CERAD (-Plus), AVLT, Rey-Osterrieth-Figur, NPI, RASS
	Delirscreening	14 (37,8)	CAM, RASS, DOS
	Motorischer Test	1 (2,7)	UPDRS
	Balance-Test	5 (13,5)	–
	Verhalten	1 (2,7)	NPI
	Schmerzskala, Selbsteinschätzung	6 (16,2)	VHS
	Schmerzskala, Fremdeinschätzung	13 (35,1)	BESD
	Ernährungsstatus	1 (2,7)	MNA, NRS, MUST
	Weitere	–	Screening nach Lachs, Wunddokumentation, Aachener Aphasietest, FEES

AVLT „auditory verbal learning test“, BESD Beurteilung von Schmerzen bei Demenz, CAM Confusion Assessment Method, CERAD (-Plus) Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease, DEMMI de-Morton-Mobility-Index, Demtect Demenz-Detektions-Verfahren, DIA-S Depression-im-Alter-Skala, DOS Delirium Observation Scale, FEES „flexible endoscopic evaluation of swallowing“, GDS Geriatric Depression Scale, LAG-BW Landesarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg, MMST Minimal Status nach Folstein, MoCA Montreal Cognitive Assessment, MNA Mini-Nutritional Assessment, MUST Malnutrition Universal Screening Tool, NPI Neuropsychiatric Inventory, NRS Nutritional Rating Scale, RASS Richmond Agitation Sedation Scale, SMMSE Severe Mini Mental Status Examination, Short Dementia Questionnaire, SPMSQ „short portable mental status questionnaire“, UPDRS Unified Parkinson Disease Rating Scale, VAS visuelle Analogskala, ZOPA Zürich Observation Pain Assessment

^aVier Einrichtungen ohne Angaben

^bEine Spezialstation in der Inneren Medizin

chigen Raum gibt es Publikationen zu 3 Spezialstationen. Für den Spezialbereich GISAD (Geriatrisch-Internistische Spezialstation für akuterkrankte Demenzpatienten) in Heidelberg (■ Tab. 1) konnte eine gute Akzeptanz bei den Mitarbeitern des Krankenhauses belegt werden [9, 22]. Die patientenbezogenen Daten ($n = 332$) zeigten eine Verbesserung im Prä-post-Vergleich in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und der Mobilität sowie eine Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten [23]. Für die Spezialstation am Albertinen-Haus in Hamburg (■ Tab. 1) wurden Patienten mit proximaler Femurfraktur mit einer Vergleichs-

gruppe aus der Zeit vor Einrichtung der Spezialstation verglichen [12]. Es zeigten sich dabei eine deutlichere Verbesserung der Mobilität und in der Tendenz ein geringerer Antipsychotikagebrauch auf der Spezialstation. Eine Verbesserung alltagsrelevanter Funktion war ebenfalls in einer Kohorte von 2084 Patienten, die von 2009 bis 2014 auf der Spezialstation behandelt wurden, nachweisbar, ebenso wie die Reduktion einer medikamentösen Mehrfachbehandlung sowie einer potenziell inadäquaten Medikation [20]. Ein Prä-post-Vergleich von 235 Patienten der Spezialstation Silvia in Köln (■ Tab. 1) weist ebenfalls auf eine Verbesserung in

den Alltagsaktivitäten und der Mobilität hin [17]. Auch wenn die vorhandenen Evaluationen ein positives Bild darstellen, sind multizentrische und kontrollierte Studien notwendig, um den Nutzen von Spezialstationen zuverlässig zu beurteilen. Hierbei sind die unterschiedlichen Patientengruppen und Charakteristika der jeweiligen Stationen ebenso zu berücksichtigen wie die Auswirkungen auf die Behandlung von geriatrischen Patienten mit kognitiver Einschränkung in anderen Abteilungen der betreffenden Krankenhäuser.

Die kritischen Stimmen in den Freitextkommentaren dieser Umfrage weisen

auf die Notwendigkeit eines ergebnisoffenen Diskurses hin. Beschrieben wurden eine abnehmende Bereitschaft anderer Stationen, verhaltensauffällige Patienten zu behandeln. Spezialstationen werden zuweilen als „Insellösungen“ betrachtet und könnten auf diese Weise integrative Ansätze behindern. Es erscheint daher wichtig, Risiken und Nebenwirkungen von Spezialstationen herauszuarbeiten, um mögliche negative Effekte auf die Versorgung von Menschen mit Demenz im Gesamt Krankenhaus zu vermeiden, aber auch um die konkrete Gestaltung des Bereichs auf den lokalen Bedarf und die Strukturen des jeweiligen Hauses auszurichten.

Ein segregatives Konzept sollte durch weitere demenzsensible und delirpräventive Maßnahmen in den anderen Fachabteilungen flankiert werden. Die Grundkonzepte, wie eine auf Menschen mit Demenz ausgerichtete Kommunikation, sinnvolle Beschäftigungsangebote, geeignete bauliche und gestalterische Merkmale sowie die kritische Medikamentenrevision sind überall dort, wo Menschen mit Demenz behandelt werden, zu empfehlen. Es bietet sich an, dass das Team der Spezialstation hierbei eine beratende Funktion einnimmt. Nach den Angaben in dieser Umfrage zu urteilen, ist der Einsatz anderer demenzsensibler oder delirpräventiver Maßnahmen in einem Großteil der geriatrischen Einrichtungen etabliert und in weiteren geplant. In Allgemeinkrankenhäusern bzw. Abteilungen außerhalb der Geriatrie oder Gerontopsychiatrie stellen solche Maßnahmen jedoch noch eine Seltenheit dar [4]. Auch wenn in zunehmender Zahl Krankenhäuser demenzsensible Maßnahmen ergreifen und einige geförderte Projekte [1, 2, 10] einen Modellcharakter entwickeln, ist die Etablierung solcher Maßnahmen in der Breite noch nicht gegeben.

Ein weiterer nichtgeklärter Aspekt ist die Darstellung ergänzender Angebote für Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus in der Abrechnung durch das DRG-System („diagnosis related groups“). Eine optimale Versorgung von Menschen mit Demenz ist allerdings nur sektorenübergreifend zu erzielen, sodass eine zukunftsorientierte Kostenanalyse auch sektoren- und damit kostenträger-

übergreifende Aspekte berücksichtigen müsste.

Fazit für die Praxis

- Bis Ende 2017 wurden 41 Spezialstationen für Patienten mit Demenz in geriatrischen Abteilungen erfasst, eine weitere Spezialstation in einer internistischen Abteilung. Somit verfügten etwa 24 % der an der Umfrage teilnehmenden Einrichtungen über eine solche Station.
- In den letzten Jahren ist eine Zunahme an Spezialstationen zu verzeichnen, die sich auch im Jahr 2018 fortsetzen wird.
- Obwohl die Ausrichtung und Zielgruppe dieser Bereiche heterogen sind, sind die Empfehlungen des Positionspapiers der DGG [6] weitestgehend umgesetzt.
- Eine methodisch optimierte, abschließende Evaluation bezüglich der Auswirkung auf die Behandlungsverläufe ist bisher nicht erfolgt. Die vorhandenen Auswertungen von einzelnen Spezialstationen weisen jedoch auf eine Verbesserung in den Bereichen der ADL und der Mobilität sowie auf eine Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten hin.
- Die Kosten von zusätzlichen Angeboten für Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus sind aktuell im DRG-System nicht dargestellt.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Tania Zieschang
Geriatrisches Zentrum der
Universität Heidelberg,
AGAPLESION Bethanien
Krankenhaus Heidelberg
Rohrbacherstraße 149,
69126 Heidelberg,
Deutschland
tzieschang@
bethanien-heidelberg.de

Danksagung. Wir bedanken uns bei allen Kolleginnen und Kollegen, die sich die Zeit genommen haben, an der Umfrage teilzunehmen. Giang Nguyen gilt unser Dank für die Unterstützung beim Erstellen der Verteilerliste.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Zieschang, J. Bauer, D. Kopf und A. Rösler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern (2017) <http://www.alzheimer-bayern.de/hauptseiten/projekte.htm#menschen>. Zugriffen: 23. Febr. 2018
2. Blickwechsel Demenz (2017) <http://www.blickwechseldemenz.de/content/e4358>. Zugriffen: 23. Febr. 2018
3. Goldberg SE, Bradshaw LE, Kearney FC et al (2013) Care in specialist medical and mental health unit compared with standard care for older people with cognitive impairment admitted to general hospital: randomized controlled trial (NIHR TEAM trial). *BMJ* 347:f4132
4. Hendlmeier I, Bickel H, Hessler JB et al (2018) Demenzsensible Versorgungsangebote im Allgemeinkrankenhaus. Representative Ergebnisse aus der General Hospital Study (GHOSt). *Z Gerontol Geriatr* 51:509–516
5. Hessler JB, Schäufele M, Hendlmeier I et al (2018) Behavioral and psychological symptoms in general hospital patients with dementia, distress for nursing staff and complications in care: results of the General Hospital Study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 27(3):278–287
6. Hofmann W, Rösler A, Vogel W, Nehen HG (2014) Spezialstation für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten in Deutschland. Positionspapier. *Z Gerontol Geriatr* 47:136–140
7. Isfort M, Klostermann J, Gehlen D, Siegling B (2014) Pflege-Thermometer 2014. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., Köln
8. Mukadam N, Sampson EL (2011) A systematic review of the prevalence, associations and outcomes of dementia in older general hospital inpatients. *Int Psychogeriatr* 23(3):344–355
9. Müller E, Dutzi I, Hestermann U et al (2008) Herausforderung für die Pflege: Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Bericht über das Interventionsprojekt „Geriatrisch-internistische Station für akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD)“. *Pflege Ges* 4:321–336
10. Robert-Bosch-Stiftung (2017) Förderprogramm Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. <http://www.boschstiftung.de/content/language1/html/62538.asp>. Zugriffen: 27. Okt. 2017
11. Rösler A, Hofmann W, von Renteln-Kruse W (2010) Spezialisierte Stationen zur Behandlung von akut erkrankten geriatrischen Patienten mit zusätzlichen kognitiven Beeinträchtigungen in Deutschland. *Z Gerontol Geriatr* 43:249–253
12. Rösler A, von Renteln-Kruse W, Mühlhan C, Frilling B (2012) Treatment of dementia patients with fracture of the proximal femur in a specialized geriatric care unit compared to conventional geriatric care. *Z Gerontol Geriatr* 45:400–403
13. Sampson EL, Blanchard MR, Jones L et al (2009) Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. *Br J Psychiatry* 195:61–66

14. Schütz D, Fügen I (2013) Die Versorgungssituation kognitiv eingeschränkter Patienten im Krankenhaus. *Z Gerontol Geriatr* 46:203–207
15. Soto ME, Andrieu S, Villars H et al (2012) Improving care of older adults with dementia: description of 6299 hospitalizations over 11 years in a special acute care unit. *J Am Med Dir Assoc* 13(5):486.e1–486.e6
16. Soto ME, Nourhashemi F, Arbus C et al (2008) Special acute care unit for older adults with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 23:215–219
17. Sottong U, Hoffmann JG (2017) Nebendiagnose Demenz: Es geht auch ohne Fixierungen. *Dtsch Arztebl* 114(16):778–782
18. Spencer K, Foster P, Whittamore KH et al (2013) Delivering dementia care differently—evaluating the differences and similarities between a specialist medical and mental health unit and standard acute care wards: a qualitative study of family carers' perceptions of quality of care. *BMJ Open* 3:e4198
19. Villars H, Dupuy C, Soler P et al (2013) A follow-up intervention in severely demented patients after discharge from a special Alzheimer acute care unit: impact on early emergency room re-hospitalization rate. *Int J Geriatr Psychiatry* 28:1131–1140
20. von Renteln-Kruse W, Neumann L, Klugmann B et al (2015) Cognitively compromised elderly patients—patient characteristics and treatment results on a specialized ward. *Dtsch Arztebl Int* 112:103–112
21. Watkin L, Blanchard MR, Tookman A, Sampson EL (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
22. Zieschang T, Dutzi I, Müller E et al (2008) A special care unit for acutely ill patients with dementia and challenging behaviour as a model of geriatric care. *Z Gerontol Geriatr* 41:453–459
23. Zieschang T, Dutzi I, Müller E et al (2010) Improving care for patients with dementia hospitalized for acute somatic illness in a specialized care unit: a feasibility study. *Int Psychogeriatr* 22:139–146

Lesetipp

Kulturelle Aspekte des Alter(n)s - die Wirkung von Altersstereotypen auf die Alltagspraxis

Neues Online-Supplement der *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*
H. Fangerau, A. von Hülsen-Esch, D. Schäfer (Hrsg.)

Eine bestimmte Haltung dem Alter und alten Menschen gegenüber fließt oftmals als nicht bewusste Grundannahme in das Regelwerk des gesamtgesellschaftlichen Gefüges ein. Dieser Umgang mit dem Alter ist wiederum geprägt von der Kultur— Kultur aber ist ein schillernder Begriff.

Alter erhält eine Doppelgesichtigkeit. Neben biologisch ermittelbaren Alterungsprozessen, ist die Frage der jeweiligen Interpretation eines Zustands im Sinne einer Einordnung in Symbol- und Deutungswelten einer Gesellschaft bedeutsam.

Die Untersuchung kultureller Aspekte des Alters zielt dabei auf den von Menschen erzeugten Gesamtkomplex aus Vorstellungen, Denkformen, Empfindungsweisen, Werten und Bedeutungen, der sich in Symbolsystemen materialisiert. Einer solchen Begriffsbestimmung zufolge sind nicht nur materiale (z.B. künstlerische) Ausdrucksformen zum Bereich der Kultur zu zählen, sondern auch die sozialen Institutionen und mentalen Dispositionen, die die Hervorbringung solcher Artefakte überhaupt erst ermöglichen.

Es geht darum, das Alter(n) selbst als einen kulturellen Prozess zu begreifen, auch, um starre Altersstereotypen, die beispielsweise sprachlich intergenerationell weitergegeben werden, bewusst zu machen und aufzubrechen

In diesem Sonderheft werden drei Blickweisen auf kulturelle Aspekte des Alters in diesem Sinne zusammengeführt und dabei interdisziplinäre Spezifika des Blicks auf die Kultur illustriert:

-Gehhilfen aus kulturgeschichtlicher Perspektive. Funktionelle und semantische Vielfalt von Assistenzsystemen für die Fortbewegung im Alter (D. Schäfer, A. von Hülsen-Esch, H. Fangerau)

-Cross-Cultural Differences in Attitudes toward Ageing and Older Adults: A Literature Review with a Focus on Arab Culture (C.N.R. Ibrahim, U.J. Bayen)

-Individual consequences of age stereotypes on older workers: A systematic review (J. Weber, P. Angerer, A. Müller)

Abonnenten der Zeitschrift haben kostenfreien Zugriff auf die Inhalte des Supplements und finden dieses im Online-Archiv der Zeitschrift (Jahrgang 2019) unter: www.springermedizin.de/zeitschrift-fuer-gerontologie-und-geriatrie.