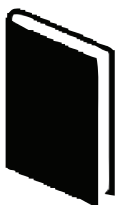


Demenzgerechte Pflege im Krankenhaus

Konzeptentwicklung und
Evaluation in der Pflegepraxis

Reinhold Wolke, Annette Riedel,
Anja Siegle, Karin Schmidt



Jacobs Verlag

1 Einleitung	11
1.1 Relevanz der Thematik und Forschungsstand.....	11
1.2 Forschungsfragen und Ziele des Projektes	14
1.3 Projektdesign und zeitlicher Verlauf.....	15
1.4 Aufbau des Buches.....	16
2 Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen im Krankenhaus.....	18
2.1 Demenz	18
2.1.1 Demenziell erkrankte Menschen im Krankenhaus.....	18
2.1.2 Kognitive Einschränkung, Demenz und Delir	20
2.1.3 Prävalenz von Patientinnen und Patienten mit Demenz und kognitiven Einschränkungen	21
2.2 Einflussfaktoren auf eine demenzgerechte Versorgung	23
2.2.1 Spezifische Herausforderungen in der Pflege	23
2.2.2 Beeinflussende und begleitende Faktoren.....	25
2.2.3 Alltagspraktische Fähigkeiten	28
2.2.4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Wohlbefinden.....	29
2.2.5 Schmerz und Schmerzerfassung.....	32
2.2.6 Delir in Abgrenzung zur Demenz	36
2.2.7 Herausforderndes Verhalten.....	38
2.2.8 Medikamentöse Versorgung	41
2.3 Spezifika im Setting Krankenhaus	44
2.3.1 Segregative oder integrative Versorgung	44
2.3.2 Spezifische Aspekte der Vergütung von Krankenhausleistungen.....	46
2.3.3 Verschlüsseln von „motorische oder kognitive Einschränkungen“ im DRG-System	49
2.3.4 Knappe Ressource Zeit im Setting Krankenhaus	56
2.4. Fazit und Relevanz für die Konzeptentwicklung	60
3 Intervention: Konzeptentwicklung und -implementierung.....	63
3.1 Kooperationspartner	63
3.2 Grundlagen der Konzeptentwicklung.....	68
3.3 Experteninterviews im Rahmen der Problemanalyse.....	70
3.3.1 Grundlagen / Methodische Hinführung.....	70

3.3.2 Erfassen der Zielgruppe	73
3.3.3 Herausforderungen in der Versorgung der Zielgruppe	74
3.3.4 Sicherheit und Orientierung	76
3.3.5 Wohlbefinden	77
3.3.6 Herausforderndes Verhalten	78
3.3.7 Delir	80
3.3.8 Grad an Selbstständigkeit und alltagspraktische Fähigkeiten	81
3.3.9 Angehörige	82
3.3.10 Zukünftige Versorgung	83
3.3.11 Zusammenfassende Erkenntnisse für die Konzeptentwicklung	84
3.4 Konkretion des Konzeptgegenstandes	88
3.4.1 Entstehung des Konzeptes	88
3.4.2 Theoretische Fundierung des Konzeptes	92
3.4.3 Instrumente des Konzeptes	97
3.4.4 Rahmenbedingungen und Ressourcen	102
3.4.5 Schulung des Pflegepersonals zum Konzept	103
3.5 Implementierung	109
3.5.1 Definition von Implementierung, Dissemination und Research Utilisation	109
3.5.2 Inhalte und theoretische Grundlage der Implementierung	110
3.5.3 Implementierung des Konzeptes auf der Interventionsstation	115
3.5.4 Diskussion der Implementierung und Empfehlungen	118
4 Ethische Aspekte bei Patientinnen und Patienten mit kognitiven	
Einschränkungen bei der Ethikantragstellung	120
4.1 Einbindung vulnerabler Personen in Forschung	120
4.2 Nutzen vs. Risiken	121
4.3 Vulnerabilität der Studienteilnehmenden	122
4.4 Informierte Zustimmung	123
4.5 Ethikvotum	124

5 Patientenbezogene, mitarbeiterbezogene und ökonomische Evaluation	125
5.1 Ziel der Evaluation und Forschungsfragen	125
5.2 Forschungsdesign der Evaluation.....	126
5.3 Instrumente der Datenerhebung	128
5.3.1 Auswahlkriterien der Erhebungsinstrumente	128
5.3.2 Instrumente zur Messung kognitiver Leistungsfähigkeiten/Identifikation der Zielgruppe	133
5.3.4 Alltagspraktische Fähigkeiten	137
5.3.5 Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	139
5.3.6 Wohlbefinden	142
5.3.7 Instrumente zur Schmerzerfassung	145
5.3.8 Instrument zur Delirerfassung	150
5.3.9 Instrument zur Erfassung von herausforderndem Verhalten.....	152
5.3.10 Belastungen des Pflegepersonals.....	155
5.3.11 Zusammenfassung	158
5.4 Vorgehen bei der Datenerhebung und -auswertung	158
5.4.1 Datenerhebung	158
5.4.2 Datenauswertung	160
6 Zentrale Ergebnisse der Evaluation	162
6.1 Patientenbezogene Ergebnisse	162
6.1.1 Ausgangssituation: Beschreibung der Stichprobe	162
6.1.2 Ausgangssituation: Evaluation der Outcomeparameter vor Konzept Einführung	168
6.1.3 Folgerhebung: Beschreibung der Stichprobe	182
6.1.4 Folgerhebung: Evaluation der Outcomeparameter nach Konzept Einführung	187
6.1.3 Zusammenfassung der patientenbezogenen Ergebnisse.....	207
6.2 Mitarbeiterbezogene Ergebnisse	208
6.2.1 Hintergrund	208
6.2.2 Ausgangssituation der Pflegenden der Interventionsstation T ₀	209
6.2.3 Folgerhebung der Pflegenden der Interventionsstation – Vergleich mit der Ausgangserhebung	214
6.2.4 Zusammenfassung der mitarbeiterbezogenen Ergebnisse.....	219
6.3 Ökonomische Analysen.....	219
6.3.1 Grundlagen ökonomischer Evaluation	219

6.3.2 Ermittlung der Kostensätze zur monetären Bewertung.....	224
6.3.3 Kosten der Entwicklung des Konzeptes zur demenzgerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten	225
6.3.4 Kosten der Schulung und Einführung des Konzeptes	227
6.3.5 Kosten des Konzeptes im Routinebetrieb	231
6.3.6 Analyse der Effekte aus ökonomischer Perspektive	235
6.4 Erfahrungen mit den angewendeten Instrumenten.....	242
7 Diskussion der Ergebnisse und Empfehlungen.....	246
7.1 Hat sich der Grad der Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen nach Konzept Einführung verbessert?.....	247
7.2 Hat sich die tatsächliche Verweildauer verglichen mit der durchschnittlichen DRG- Verweildauer der Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen nach Konzept Einführung angenähert?.....	249
7.3 Ist die Sturzrate der Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen nach Konzept Einführung gesunken?.....	251
7.4 Hat das Auftreten von herausforderndem Verhalten nach Konzept Einführung abgenommen?	251
7.5 Hat sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Konzept Einführung verbessert	252
7.6 Haben sich die Schmerzen bei Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen nach Konzept Einführung verringert?	253
7.7 Sind die Pflegenden nach Schulung und Umsetzung des Konzeptes in ihrem Arbeitsalltag weniger belastet?	256
Literaturverzeichnis.....	259
Anhang	288

1 Einleitung

1.1 Relevanz der Thematik und Forschungsstand

In Deutschland leben zunehmend mehr Menschen, die demenziell erkrankt sind. Derzeit rechnet man mit etwa 1,4 Millionen Betroffenen (BMG 2014). Jährlich wird von mehr als 200.000 Neuerkrankungen ausgegangen (Gesundheitsberichterstattung 2006). Laut Bundesministerium für Gesundheit (BMG) könnte sich die Zahl der demenziell Erkrankten bis zum Jahr 2030 auf 2,2 Millionen erhöhen (BMG 2014). Hauptgrund für diese Zunahme ist die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung. Wichtigster Risikofaktor für eine Erkrankung an Demenz vom Alzheimer-Typ, die mit circa 60 Prozent die größte Gruppe der Betroffenen ausmacht, ist das Lebensalter. Je höher das Lebensalter, desto größer ist das Risiko an einer Demenz diesen Typus zu erkranken (Gesundheitsberichterstattung 2006). Gleichzeitig nimmt die Zahl der älteren Personen im Krankenhaus zu. Im Jahr 2013 waren bereits 43,2 Prozent der Krankenhauspatientinnen und -patienten über 65 Jahre alt, mit steigender Tendenz (Gesundheitsberichterstattung 2015). Die Prävalenz von kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten im Krankenhaus liegt derzeit etwa bei 20,0 Prozent. Es ist jedoch auf Grund des demografischen Wandels mit einer Zunahme dieser Patientinnen und Patienten zu rechnen (Pinkert, Holle 2012, S. 2). In Ländern der ersten Welt ist Demenz die vierthäufigste Todesursache (Ziegler, Doblhammer 2009, S. 5). Auf geriatrischen Stationen liegt ihr Anteil unter allen Behandelten bereits heute bei bis zu 40,0 Prozent (Hofman et al. 2014, S. 136). Eine regelmäßige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Gedächtnisstörungen findet in der Inneren Medizin (62,0%), der Chirurgie (59,0%), gefolgt von Neurologie (33,0%), Geriatrie (29,0%) und Psychiatrie (16,0%) statt (Schütz, Füsgen 2012, S. 11).

Mit fortschreitender Demenz nehmen medizinisch relevante Veränderungen zu, wie beispielsweise starke Abmagerung, Gebrechlichkeit und Kräfteverfall. Dies erklärt, dass 50 Prozent aller demenzerkrankten Personen mindestens einmal im Jahr stürzen (Weyerer 2005, S. 15-16). Da Demenzkranke also ein höheres Unfall- und Sturzrisiko sowie ein höheres Erkrankungsrisiko aufweisen (Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH 2008, S. 5), ist zu vermuten, dass ihr Anteil in Krankenhäusern zukünftig überproportional steigen wird. Obwohl demenzkranke Patientinnen und Patienten vordergründig nicht wegen ihrer Demenzerkrankung stationär in Allgemeinkrankenhäusern behandelt werden – der statistische Anteil der Demenz in den Hauptdiagnosen liegt bei nur 0,2 Prozent bis 6,0 Prozent – steht sie häufig in engem Zusammenhang mit der Klinikweisung (Hofman et al. 2014, S. 136).

Vor allem auf Krankenhausstationen, deren Patientinnen und Patienten einen hohen Altersdurchschnitt aufweisen, spielt die Nebendiagnose Demenz bereits heute eine bedeutende Rolle (Kirchen-Peters 2009, S. 5). Da das Krankenhaus strukturell, baulich und personell nicht auf demenzerkrankte Patientinnen und Patienten ausgerichtet ist, zeigt sich auch das Personal oft überfordert mit den besonderen Bedürfnissen und Bedarfen dieser Patientinnen und Patienten. Die Pflegekräfte im Krankenhaus leiden selbst unter Hilflosigkeit, emotionaler Belastung und mangelnden Handlungsmöglichkeiten bei der Versorgung von demenzkranken Patientinnen und Patienten (Kleina, Wingenfeld 2007, S. 71-73; Isfort et al. 2014, S. 43). Demenziell erkrankte Personen kommen vor allem mit den reibungslosen und schnellen Abläufen innerhalb einer Klinikroutine und mit frühen Entlassungen, die innerhalb eines DRG-Systems angestrebt werden, nur schwer zurecht (Kleina, Wingenfeld 2007, S. 10). Nicht selten reagieren die demenzerkrankten Patientinnen und Patienten auf diesen Stress mit herausfordernden Verhaltensweisen, denen im Krankenhaus wiederum häufig mit Sedierung, dem Einsatz von Psychopharmaka und Fixierung begegnet wird. Dies erhöht die Sturzgefahr der demenzerkrankten Patientinnen und Patienten, verzögert eine Genesung und schränkt deren Lebensqualität erheblich ein (Kirchen-Peters 2014, S. 7; Kuratorium Deutsche Altershilfe 2007, S. 1; Kirchen-Peters 2009, S. 4). Insgesamt stellt ein Krankenhausaufenthalt für demenzerkrankte Menschen aufgrund ihrer Orientierungsschwierigkeiten eine besondere Herausforderung und meist eine starke Belastung dar (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2007, S. 1; Kirchen-Peters 2009, S. 5; Kirchen-Peters 2014, S. 5-6). Demenzerkrankte Patientinnen und Patienten weisen dabei nicht nur eine doppelt so lange Liegezeit wie andere Patientinnen und Patienten auf, sondern sind auch von deutlich mehr Wiedereinweisungen und Delir betroffen, was wiederum eine deutlich erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsrate zur Folge hat (Kleina, Wingenfeld 2007, S. 9; Woodford, George 2007, S. 469; Kirchen-Peters 2009, S. 4-5). Das Auftreten eines Delirs wird als häufigste Komplikation während eines stationären Aufenthaltes in Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung beschrieben (Kirchen-Peters 2009, S. 5). Um demenzerkrankte Patientinnen und Patienten im Krankenhaus besser und professioneller zu versorgen und das Personal zu unterstützen, besteht ein dringender Handlungsbedarf dahingehend, demenzgerechte Versorgungskonzepte in Krankenhäusern zu etablieren.

In der stationären und teilstationären Altenhilfe gibt es bereits langjährige Erfahrungen und die Maßnahmen zum Erhalt der Selbstständigkeit und der alltagspraktischen Fähigkeiten sind entsprechend vielfältig. Zu unterscheiden sind allgemeine, sogenannte milieutherapeutische Maßnahmen, die die verminderte Umweltkompetenz der Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz kompensieren beziehungsweise ungünstige soziale, räumliche, organisatorische Umweltfaktoren reduzieren (z. B. räumliche Orientierungshilfen, angepasste Kommunikation der Pflegekräfte, Einsatz von Ehrenamtlichen, Tagesstrukturierung). Demgegenüber stehen individuelle Maßnahmen, die explizit der oder dem einzelnen

Betroffenen dienen. Für individuelle Maßnahmen ist ein pflegerisches Assessment unabdingbar, mit dem die individuellen Fähigkeiten und Defizite der Betroffenen zunächst eingeschätzt werden. Im Anschluss daran können gezielt pflegerische Maßnahmen geplant und durchgeführt werden. Um der Komplexität einer demenzgerechten Versorgung gerecht werden zu können, sind psychosoziale Begleitung, individuelle Formen der Orientierungshilfe, Essen und Trinken, Mobilität sowie Kontinenzförderung wesentliche Felder, die beachtet werden müssen. Die Entwicklung eines handlungsleitenden interdisziplinären Einrichtungs- sowie Pflegekonzeptes mit dem Ziel einer demenzgerechten Versorgung ist zu empfehlen, um sowohl den spezifischen strukturellen wie auch auch den individuellen Anforderungen konsequent Rechnung zu tragen (Hofman et al. 2014, S. 136).

Demenz hat nicht nur eine gesundheitliche und soziale, sondern auch eine ökonomische Dimension. Leicht et al. (2011) untersuchten in einer Detailuntersuchung der großen Studie „Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe)“ die Nettokosten von Demenz. Ziel der Untersuchung war es, aus einer gesellschaftlichen Perspektive zuverlässige Schätzungen der Nettokosten von Demenz nach Krankheitsstadien in der eigenen Häuslichkeit zu geben. Dies geschah auf Basis von patientenbezogenen Daten für alle relevanten Kostenkategorien bezogen auf die Erkrankung, inklusive einer umfassenden Erhebung von informeller Laienpflege. Leicht et al. (2011) fanden in ihrer Studie heraus, dass sich die Nettokosten „Cost-of-Illness“ (COI) über die unterschiedlichen Demenzstadien hinweg mehr als verdoppeln. Sie zeigen auf, dass sich die jährlichen Nettokosten von Demenz etwa auf 15.000 € bei beginnender Demenz, auf 32.000 € bei fortgeschrittener Demenz und 42.000 € bei schwerer Demenz belaufen (Leicht et al. 2011, S. 392). Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse von Leicht et al. (2011), dass der größte Anteil dieser Kosten für die Pflege der Demenzkranken entsteht. Das Regressionsmodell für die Kosten und ihre Bestandteile bestätigt, dass 80-90 Prozent der Nettokosten durch Pflege erklärt werden können. Dabei unterscheiden sie jedoch nicht zwischen professioneller und informeller Pflege (Leicht et al. 2011, S. 392). Auch bei der Versorgung im Krankenhaus werden die Kosten für Versorgung und Betreuung der Demenzkranken entsprechend höher sein bzw. je nach Demenzstadium steigen. Dies ist bedeutsam, da eine intensivere pflegerische Betreuung dieses Patientenkontingents und die damit einhergehenden Kosten nicht im DRG System abgedeckt sind.

In der einzigen zuvor in Deutschland durchgeführten Studie von 1998 wurden die „costs-of-illness“ von Demenz auf einen Betrag zwischen 3.594 € und 5.432€ jährlich geschätzt. Dieser vergleichsweise niedrigere Betrag liegt darin begründet, dass die Autoren ausschließlich Kosten berücksichtigten, die durch die Kranken- und Pflegeversicherung übernommen wurden (von Schulenburg et al. 1998 in Leicht et al. 2011, S. 392). Hierdurch wurden die Kosten für die Pflege durch Angehörige nicht berücksichtigt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich für kognitiv eingeschränkte Personen ein Krankenhausaufenthalt schnell zur Krisensituation entwickeln kann. Insbesondere haben kognitiv eingeschränkte Patientinnen und Patienten

- ein höheres Delirrisiko (NICE 2010; Füsgen, Schütz 2012),
- sie haben eine deutlich längere Verweildauer im Krankenhaus (Kleina, Wingenfeld 2007; Kirchen-Peters 2014, S. 64),
- sie erleiden Einbußen von alltagspraktischen Fähigkeiten und Selbstständigkeit (Kirchen-Peters 2012; Wingenfeld 2009) und
- erhalten oft eine mangelnde Schmerztherapie (Bornemann-Cimenti et al. 2012; Busse 2012).

Demenzspezifische Verhaltensweisen beziehungsweise herausforderndes Verhalten können zudem das Pflegepersonal sowie Mitpatientinnen und -patienten belasten (Wingenfeld 2009, S. 217; Kirchen-Peters 2012, S. 6). Vor allem Hin- bzw. Weglauftendenzen und nächtliche Unruhe erschweren die Pflege und Behandlung von kognitiv eingeschränkten Personen.

Dass durch die Pflege von Menschen mit kognitiven Einschränkungen das Pflegepersonal stark beansprucht und belastet ist, wird vielfach beschrieben (Edberg et al. 2008, S. 236; Holle et al. 2011, S. 303-304). Vor allem herausfordernde Verhaltensweisen von Patientinnen und Patienten tragen zu einem ausgeprägten Stresserleben der Pflegenden bei (Edberg 2008, S. 236; Holle et al. 2011, S. 303).

Die aufgezeigte Relevanz des Themas war Anlass zur Durchführung eines Forschungsprojektes zur Entwicklung, Umsetzung und Evaluation einer demenzgerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus.

1.2 Forschungsfragen und Ziele des Projektes

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert in der Reihe „Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter (SILQUA-FH)“ die Entwicklung praxisnaher und innovativer Konzepte. Diese Förderlinie hat zum Ziel „Forschungsbeiträge der Fachhochschulen zur Verbesserung der Lebensqualität, der Wahrung von Selbstständigkeit und Würde älterer, vor allem von Alterserkrankungen betroffener Menschen zu initiieren und die einschlägige Forschungskompetenz der Fachhochschulen zu stärken.“ (BMBF 2014) In diesem Rahmen wurde das vorliegende Projekt „Entwicklung, Umsetzung und gesundheitsökonomische Evaluation eines Konzeptes zur demenzgerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus“ mit einer Laufzeit von November 2011 bis August 2015 gefördert. Das Forschungsteam der Hochschule Esslingen dankt dem Bundesministerium für Bildung und Forschung für die Ermöglichung der

praxisnahen Entwicklung und Evaluation des Konzeptes zur demenzgerechten Versorgung im Krankenhaus.

Ziel dieses Projektes ist es, nachhaltig zu einer verbesserten Versorgung von kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten im Krankenhaus beizutragen, denn dieses Patientenklientel stellt nicht nur eine zahlenmäßig zunehmende, sondern insbesondere eine besonders vulnerable Patientengruppe dar.

Folgende Forschungsfragen standen im Mittelpunkt des Projektes:

- Wie kann eine verbesserte und demenzgerechte Versorgung von kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten im Krankenhaus konzeptualisiert und realisiert werden?
- Welche Effekte der Intervention – nämlich eines Pflegekonzeptes zur demenzgerechten Versorgung – lassen sich beobachten (patientInnenbezogen, mitarbeiterInnenbezogen, ökonomisch) und kriteriengeleitet evaluieren?

Diese Forschungsfragen konkretisierten sich in den folgenden Projektzielen:

- Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen werden ab Juli 2014 während ihres Aufenthaltes entsprechend dem kooperativ entwickelten Pflegekonzept im Krankenhaus demenzgerecht versorgt.
- Der Erhalt der Selbstständigkeit im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes ist nachweisbar und die alltagspraktischen Fähigkeiten sind nach Konzept Einführung verbessert. Das Auftreten von herausfordernden Verhaltensformen ist durch die Umsetzung des Pflegekonzeptes zur demenzgerechten Versorgung reduziert. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen ist nach Konzept Einführung erhöht.
- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus sind von demenzspezifischen Herausforderungen bei der Pflege von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen weniger belastet.

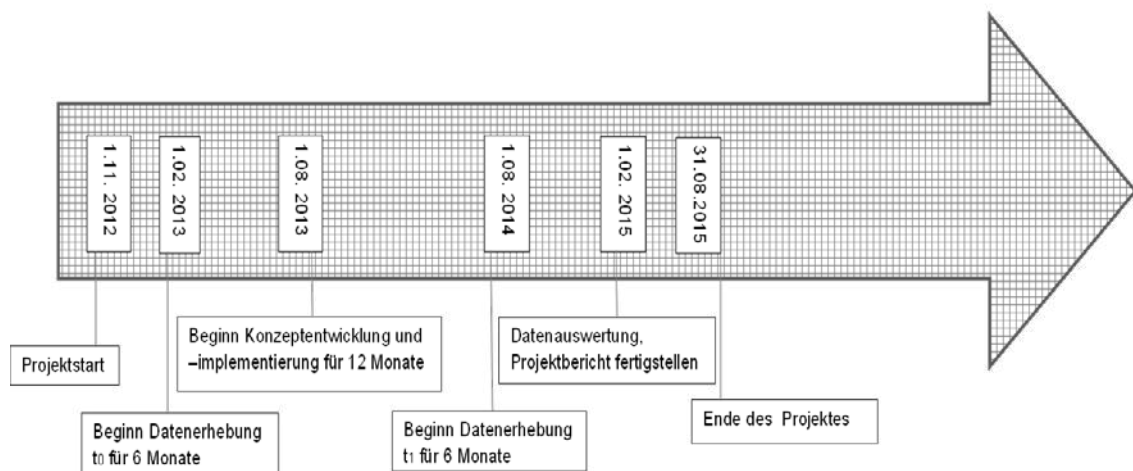
1.3 Projektdesign und zeitlicher Verlauf

Das vorliegende Projekt hat im Kern zwei Bestandteile:

A) Die Intervention: hier wurde ein zielgruppenspezifisches Pflegekonzept zur Verbesserung der Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen entwickelt und auf einer Station im Krankenhaus implementiert.

B) Die Evaluation, also die Überprüfung der Effekte der o.g. Intervention: Ab September 2013 entstand in einem bottom-up Verfahren ein Konzept zur verbesserten Versorgung kognitiv eingeschränkter älterer Patientinnen und Patienten als Intervention. Dieses wurde anschließend auch in den Stationsalltag implementiert. Danach erfolgte erneut im Zeitraum 01.08.2014 bis 15.02.2015 eine Datenerhebung auf dieser Station, um die Versorgungssituation nach der Intervention zu messen und in der Folge Unterschiede vor und nach der Konzeptimplementierung herausstellen zu können. Abbildung 1 gibt einen Überblick über den zeitlichen Projektverlauf. Die Evaluation erfolgte mittels einer Vorher-Nachher-Analyse. Dazu wurden für 6,5 Monate vom 01.02.2013 bis zum 15.08.2013 Daten im Routinebetrieb erhoben, die den unbeeinflussten Ausgangsstatus der Versorgungssituation messen.

Abbildung 1 Zeitlicher Projektverlauf



(Quelle: Eigenerstellung 2015)

1.4 Aufbau des Buches

Das vorliegende Buch richtet sich insbesondere an Pflegende aller Hierarchiestufen im Setting Krankenhaus, die die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen verbessern wollen. Die Erkenntnisse der Evaluation sind insbesondere für das Pflegemanagement von Interesse.

Nach der Einführung in die Relevanz und einen Überblick über das Projekt stehen im ersten Teil des vorliegenden Buches die Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen im Setting Krankenhaus im Mittelpunkt. Insbesondere die relevanten thematischen Bereiche, wie beispielsweise gesundheitsbezogene Lebensqualität, Schmerz und Delir in der Versorgung dieser Patientengruppe

werden auf Grundlage der Literatur beleuchtet. Daneben geht es um die Besonderheiten im Setting Krankenhaus, wie die Frage nach segregativer oder integrativer Versorgung, die Finanzierung und Kodierung im DRG System sowie die Ressourcenverteilung unter diesen Bedingungen. Ziel des ersten Buchteiles ist es, praxisorientiert und theoriefundiert die zentralen Aspekte in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen im Krankenhaus darzulegen. Diese Erkenntnisse sind zugleich grundlegend für den zweiten Teil des Buches.

Im zweiten Teil des Buches steht die Entwicklung und inhaltliche Konkretion der ausgewählten Intervention im Mittelpunkt: Das Konzept zur demenzgerechten Versorgung im Krankenhaus. Im Vorfeld der Konzeptentwicklung wurden Experteninterviews im Kooperationskrankenhaus durchgeführt, um eine Analyse durchzuführen, die auf diese Einrichtung bezogen ist und daraus Empfehlungen zum Umgang mit kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten praxis- und institutionsbezogen abzuleiten. Die Entwicklung des Konzeptes zur demenzgerechten Versorgung im Krankenhaus wird am konkreten Beispiel aufgezeigt und ermöglicht dadurch dessen Nachvollziehbarkeit sowie eine Übertragung auf andere Themen oder andere Krankenhäuser. Die Implementierung dieses Konzeptes wird ebenfalls detailliert beschrieben und analysiert, da diese grundlegend für die Nachhaltigkeit der Umsetzung im Pflegealltag ist. Im Rahmen des Forschungsprozesses wird außerdem auf die ethischen Aspekte im Umgang mit dieser vulnerablen Patientengruppe im Rahmen der Praxisforschung eingegangen.

Der dritte Teil des Buches befasst sich mit der Evaluation des Konzeptes zur demenzgerechten Versorgung im Krankenhaus hinsichtlich der patientenbezogenen, mitarbeiterbezogenen und ökonomischen Ergebnisse und deren Diskussion. Ziel dieses Teils ist die Prüfung der erzielten Effekte anhand dieses Konzeptes.