

# Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Eckpunkte und Basis zur Konzeptentwicklung

Conceptual Review zu internationalen Schwerpunkten im Rahmen des BMBF-Projekts »Entwicklung, Umsetzung und gesundheitsökonomische Evaluation eines Konzeptes zur demenzgerechten Versorgung von dementiell erkrankten Patientinnen und Patienten im Krankenhaus«

# Inhaltsverzeichnis

<b>I</b>	<b>Theoretische Fundierung</b>	<b>11</b>
<b>1</b>	<b>Überblick über die vorliegende Arbeit</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>Vom Phänomen zum Konzept</b>	<b>13</b>
2.1	Konzepte in der Pflege . . . . .	13
2.1.1	Anlässe zur Konzeptentwicklung . . . . .	14
2.1.2	Forschungsstand . . . . .	15
2.2	Phasen der Konzeptentwicklung . . . . .	15
2.2.1	8M und Ursache-Wirkungs-Diagramm . . . . .	18
2.2.2	Phänomene . . . . .	20
2.3	Zusammenfassung . . . . .	20
<b>3</b>	<b>Methodisches Vorgehen</b>	<b>22</b>
3.1	Methodenfindung . . . . .	22
3.2	Entwicklung der Review-Frage . . . . .	25
3.3	Methode des Conceptual Review . . . . .	27
3.3.1	Ziele . . . . .	27
3.3.2	Suche . . . . .	28
3.4	Analyse und Beurteilung der Evidenz . . . . .	31
3.4.1	GRADE-System der Bewertung . . . . .	31
3.4.2	Vorteile des GRADE-Systems . . . . .	32
3.5	Zusammenfassung des methodischen Vorgehens . . . . .	38
<b>II</b>	<b>Ergebnisdarstellung</b>	<b>39</b>
<b>4</b>	<b>Ergebnisdarstellung</b>	<b>40</b>
4.1	Darstellung der Ergebnisse . . . . .	40
4.1.1	Mensch . . . . .	42
4.1.2	Maschine (technology) . . . . .	47
4.1.3	Milieu . . . . .	49
4.1.4	Management . . . . .	53
4.1.5	Material . . . . .	60
4.1.6	Methoden . . . . .	63
4.1.7	Messung (Indikatoren) . . . . .	71
4.1.8	Money . . . . .	75
4.2	Zusammenfassung der Ergebnisse . . . . .	76

<b>5</b>	<b>Reflexion der Methode</b>	<b>78</b>
5.1	Reflexion der Inhalte . . . . .	78
5.2	Reflexion des methodischen Vorgehens . . . . .	78
5.3	Kritische Betrachtung des Forschungsprozesses . . . . .	79
<b>6</b>	<b>Ausblick</b>	<b>81</b>
<b>III</b>	<b>Anhang</b>	<b>85</b>
<b>A</b>	<b>Abkürzungen in der internationalen Literatur</b>	<b>86</b>
<b>B</b>	<b>Ansätze der Praxis</b>	<b>87</b>
B.1	Best Practice Quellen im Internet . . . . .	87
B.2	Recherche-Quellen . . . . .	87
B.3	Zentrale NICE-Standards . . . . .	88
B.4	Recherche auf Ebene von Berufsverbänden . . . . .	88
B.4.1	Weltweite Recherche je Nation . . . . .	88
B.4.2	Alzheimer-Gesellschaften . . . . .	89
<b>C</b>	<b>Methodisches Vorgehen</b>	<b>90</b>
C.1	Auswahl von Datenbanken . . . . .	90
C.2	Suchphrasen zum Vergleich von Datenbanken . . . . .	93
C.3	Vergleich der Trefferzahlen . . . . .	93
C.4	Ausschluss von Datenbanken . . . . .	93
C.5	Generierung von Suchverbindungen . . . . .	94
C.5.1	Menschen mit Demenz . . . . .	94
C.5.2	Professionell Pflegende . . . . .	95
C.5.3	Allgemeinkrankenhaus . . . . .	96
C.5.4	Phänomene (nicht verwendet) . . . . .	96
C.5.5	Vorläufige Suchverbindung . . . . .	97
C.6	Spezifitätsprüfung: Auswertung der Treffer nach Titel und Abstract . . . . .	98
C.7	Sensitivitätsprüfung: Abgleich mit Inhaltsverzeichnissen von Zeitschriften . . . . .	100
C.7.1	Ergänzung der Suchverbindung . . . . .	102
C.8	Finale Suchverbindung . . . . .	103
C.9	Zusätzliche Rechercheergebnisse der finalen Suchverbindung . . . . .	103
<b>D</b>	<b>Recherche</b>	<b>107</b>
D.1	Suchanfragen . . . . .	107
D.2	Rechercheergebnis . . . . .	111
D.3	Extraktion potenziell relevanter Ressourcen (Schneeballrecherche) . . . . .	120

<b>E</b>	<b>Erläuterungen zur Ergebnisdarstellung</b>	<b>126</b>
E.1	Mensch . . . . .	126
E.2	Maschine (technology) . . . . .	129
E.3	Milieu . . . . .	129
E.4	Management . . . . .	130
E.5	Material . . . . .	133
E.6	Methoden . . . . .	134
E.7	Messung (Indikatoren) . . . . .	136
E.8	Money . . . . .	137
<b>F</b>	<b>Verwendete Instrumente zur Bewertung und Auswertung</b>	<b>139</b>
F.1	Auswertung von Texten . . . . .	139

## Tabellenverzeichnis

2.1	Analysefragen zur Bewertung bestehender Praxisprobleme . . . . .	17
2.2	Phänomene als Zeichen der Konzeptlosigkeit . . . . .	21
3.1	Schematische Gegenüberstellung von Konzeptentwicklung, EbN-methode und Leitlinienentwicklung . . . . .	23
3.2	Gegenüberstellung verschiedener Ansätze für Übersichtsarbeiten . . . . .	24
3.3	Übersicht - Conceptual, Narratve und Rapid Review . . . . .	25
3.4	Reviewfrage im PICO-Format . . . . .	27
3.5	GADE: Empfehlungsstärke . . . . .	34
3.6	GRADE Faktor 1: Evidenz . . . . .	35
3.7	GRADE Faktor 2: Netto-Nutzen . . . . .	36
3.8	GRADE Faktor 3: Wertvorstellungen . . . . .	37
3.9	GRADE Faktor 4: Ressourcen . . . . .	37
4.1	Erläuterung zur Kurzformdarstellung der GRADE-Systematik . . . . .	41
4.2	Zusammenfassung der Ergebnisse und Bewertungsfaktoren . . . . .	77
A.1	Abkürzungen in der internationalen Literatur . . . . .	86
B.1	Best Practice Quellen im Internet . . . . .	87
B.2	Recherche-Quellen . . . . .	87
B.3	Zentrale NICE-Standards . . . . .	88
B.4	Emergierende Recherchequellen . . . . .	89
B.5	Google-Recherche . . . . .	89
C.1	Pflegerelevante Datenbanken auf DBIS . . . . .	90
C.3	Erstellung der Suchverbindung für »Begegnung mit Menschen mit Demenz« . . . . .	94
C.2	Review-Frage im PICO-Format . . . . .	94
C.4	Erstellung der Suchverbindung für »professionell Pflegende« . . . . .	95
C.5	Erstellung der Suchverbindung für »Allgemeinkrankenhaus« . . . . .	96
C.6	Erstellung der (nicht verwendeten) Suchverbindung für »Phänomene« . . . . .	97
C.7	Erste, vorläufige Suchverbindung vor der Spezifitäts- und Sensitivitätsprüfung . . . . .	97
C.8	Spezifitätsprüfung: Auflistung recherchierter Titel . . . . .	98
C.9	Zuordnung der Treffer zu Zeitschriften zur Vorbereitung der Sensitivitätsprüfung . . . . .	100
C.10	Sensitivitätsprüfung in »Nursing older People« . . . . .	101
C.11	Sensitivitätsprüfung in »Nursing Standard« . . . . .	102
C.12	Ergänzung der Suchverbindung . . . . .	102
C.13	Ergänzte, endgültige Suchverbindung . . . . .	103
C.14	Zusätzliche Rechercheergebnisse der finalen Suchverbindung . . . . .	103
C.15	Zum Vergleich ausgewählter Datenbanken verwendete Suchphrasen . . . . .	104
C.16	Trefferzahlen vergleichbarer Recherchen in ausgewählten Datenbanken . . . . .	105
C.17	Gründe für den Ausschluss potenziell relevanter Datenbanken . . . . .	106

D.1	Einschränkung der CINAHL-Recherche auf Reviews . . . . .	107
D.2	Recherche nach Reviews aus den Jahren 2012 und 2013 . . . . .	108
D.3	Recherche zur Vervollständigung der Phänomene . . . . .	109
D.4	Recherchierte Texte und deren Qualität im Überblick . . . . .	112
D.5	Auflistung demenzbezogener Ressourcen zur Schneeballrecherche . . . . .	120
E.1	Erläuterung zur Kurzformdarstellung der GRADE-Systematik . . . . .	127
F.1	<b>Screening:</b> Registrierung und Ausschluss von Texten auf Basis der Quellangaben . . . . .	139
F.2	<b>Screening:</b> Einstufung der thematischen Relevanz auf Basis der Forschungsfrage . . . . .	140
F.3	<b>Screening:</b> Erfassen der Zielsetzung des Textes . . . . .	141
F.4	<b>Screening:</b> Erfassen der Methoden des Textes . . . . .	141
F.5	<b>Screening:</b> Erfassen der Perspektiven des Textes . . . . .	141
F.6	<b>Bewertung:</b> Abwertung von RCTs . . . . .	142
F.7	<b>Bewertung:</b> Aufwertung von Beobachtungsstudien . . . . .	143
F.8	<b>Bewertung:</b> Bewertung qualitativer Studien . . . . .	144
F.9	<b>Bewertung:</b> Bewertung von Standards und Leitlinien . . . . .	145
F.10	<b>Bewertung:</b> Bewertung von Übersichtsarbeiten . . . . .	146
F.11	Sammeln von Phänomenen . . . . .	147
F.12	Sammeln von Lösungsansätzen . . . . .	148
F.13	Bewertung der Phänomene in ihrer Relevanz . . . . .	149

## Abbildungsverzeichnis

2.1 Prozess der Entwicklung von Pflegekonzepten . . . . .	16
3.1 Prozess der Festlegung der Suchverbindung . . . . .	29
3.2 Vorliegende und im Rahmen der Konzeptentwicklung zusätzlich erforderliche Recherchen	30
3.3 GRADE-System der Bewertung und Empfehlung . . . . .	32
3.4 Recherche-, Auswertungs- und Bewertungsprozess . . . . .	38
6.1 Zusammenfassende Darstellung der Phänomene aus Perspektive Pflegender in der internationalen Literatur (Schwerpunkt 2008–2013) . . . . .	82
6.2 Zusammenfassende Darstellung der Phänomene zu denen aktuelle Lösungsansätze in der Praxis existieren . . . . .	83
6.3 Zusammenfassende Darstellung der Phänomene zu denen Instrumente in der Praxis existieren . . . . .	84

## Abkürzungsverzeichnis

BPSD	behavioural and psychological symptoms of dementia
bzw.	beziehungsweise
EbN	Evidence based Nursing
EHE	Enhancing the Healing Environment
et al.	et alii, et aliae, et alia: und andere
ggf.	gegebenenfalls
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
NHS	National Health Service
RU / EBPP	Research Utilisation / Evidence Based Policy and Practice
sic!	»wirklich so«, weist auf sensible Begriffe hin
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel





## Abstract

*Hintergrund:* Ein bedeutender Anteil der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus ist von dementiellen Erkrankungen betroffen. Dies führt sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für das Krankenhauspersonal zu erheblichen zusätzlichen Belastungen. Durch die »Entwicklung, Umsetzung und gesundheitsökonomische Evaluation eines Konzepts zur demenzgerechten Versorgung von dementiell erkrankten Patientinnen und Patienten im Krankenhaus« soll ein Beitrag zu einer besseren Versorgung kognitiv beeinträchtigter Patientinnen und Patienten geleistet werden. Das gleichlautende Projekt an der Hochschule Esslingen wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Diese Masterarbeit trägt mit der Aufbereitung relevanter Eckpunkte vorbereitend zur Konzeptentwicklung bei.

*Methoden:* Mit dem Verfahren des Conceptual Review werden die Datenbanken CINAHL, Academic Search Elite und PsycINFO für den Zeitraum 2008–2013 hinsichtlich der wichtigsten Phänomene (Ideen, Modelle und Debatten) zum Thema Demenz im Krankenhaus ausgewertet. Diese Phänomene werden aus der Perspektive Pflegender nach ergänzender Recherche hinsichtlich ihrer Relevanz, Problemdimension, Beeinflussbarkeit und mit ihnen zusammenhängenden Themen als Eckpunkte überblicksartig bewertet.

*Ergebnisse:* Wesentliche Eckpunkte für die Entwicklung eines Konzepts zur besseren Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus sind auf operationaler Ebene herausforderndes Verhalten, emotionale Bedürfnisse der Betroffenen, Stigmatisierung, Umgang mit technischen Hilfsmitteln, Milieugestaltung, Kommunikation, Bewegung und Ernährung, Einbezug von Angehörigen und Beziehungsgestaltung sowie die Identifikation der Menschen mit Demenz und der sie begleitenden Risiken und Krankheiten. Auf organisationaler Ebene sind die wesentlichen Eckpunkte begrenzte Ressourcen, Wissen und Fertigkeiten des Personals, Umgang mit Leit- und Richtlinien, Organisationskultur sowie die Kommunikation innerhalb einer und zwischen mehreren Abteilungen oder Organisationen.

*Zusammenfassung:* Die vorliegende Masterarbeit stellt im internationalen Kontext gesammelte Eckpunkte dar, die bei der lokalen Konzeptentwicklung ergänzend oder reflektierend zur Zielsetzung des Konzepts beitragen können. Mit der Ausarbeitung und Testung einer Methode zur Erfassung der Perspektive Betroffener liegt eine Basis zur Integration der Bedürfnisse der Menschen mit Demenz in die Konzeptentwicklung vor.

Schlüsselbegriffe:

*Demenz, Krankenhaus, Konzept, Eckpunkte, conceptual review*

## **Teil I**

### **Theoretische Fundierung**

# 1 Überblick über die vorliegende Arbeit

Das Pflege thermometer 2014 widmet sich in einer Befragung leitender Pflegekräfte der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus (Isfort et al. 2014). Bereits heute ist auf einer beliebigen bettenführenden Abteilung nur noch in Ausnahmefällen niemand aus der Gruppe der Patientinnen und Patienten dementiell erkrankt. Für die Zukunft wird der Anteil älterer Menschen wie auch der Anteil von Menschen mit Demenz im Krankenhaus als weiterhin steigend angenommen. Dennoch werden hinsichtlich der derzeitigen und auch zukünftigen Versorgung von Menschen mit Demenz Defizite und vermeidbare Risikolagen festgestellt, die die Verantwortlichen dazu auffordern, schnell und wirksam zu Handeln. Die Barrieren zur Umsetzung entsprechender Konzepte werden vor allem in der Finanzierung von Krankenhaus und pflegerischer Versorgung gesehen: Die Vergütungsform der DRGs wird an dieser Stelle als innovationshemmend eingestuft. Dennoch kann in einzelnen Projekten nachgewiesen werden, dass sich ein Engagement auch wirtschaftlich lohnt, z. B. durch die Senkung der Verweildauer und der begleitenden Mehrkosten (vgl. Isfort et al. 2014, S. 6–8, 71–76)

»Ganz offensichtlich gibt es aber auch ein Informationsdefizit vor Ort, gerade was innovative Ansätze und Konzepte zur Betreuung dieser besonderen Patientengruppen angeht.« (Isfort et al. 2014, S. 76)

Die vorliegende Arbeit kann dazu beitragen, die Fülle vorhandener Informationen schnell aufzugreifen. Sie strukturiert mit den Abbildungen 6.1, 6.2 und 6.3 Literatur aus dem englischsprachig-internationalen Raum und benennt Handlungsfelder, in denen die Praxis Erfahrungen und Instrumente aufweist. Im Kapitel 4 können die Themenfelder vertiefend betrachtet werden. Neben der Relevanz und Problemdimensionen einzelner Themenfelder sind für die konzeptionelle Bearbeitung insbesondere die Beeinflussbarkeit und der Zusammenhang mit anderen Themenfeldern von Interesse. Schlüsselbegriffe erleichtern die weiterführende Recherche. Zudem werden auch Lösungswege dargestellt, die in Studien aufgezeigt werden. Die Auseinandersetzung mit der Thematik zeigt auch hinsichtlich des Pflege thermometer 2014, dass die Herausforderungen in Deutschland mit denen aus anderen Kulturen und Gesundheitssystemen vergleichbar sind. Lösungsstrategien sind adaptierbar. Die Methode des Conceptual Review, die in Kapitel 3 vorgestellt wird, erlaubt ein schnelles, fundiertes und nachhaltiges Erschließen relevanten Wissens. Die konsequente Dokumentation von Suchanfragen und Suchergebnissen erleichtert die Überprüfung, Ergänzung und Aktualisierung der vorliegenden Erkenntnisse. Damit kann die konzeptionelle Arbeit, die in Kapitel 2 einleitend vorgestellt wird, nachhaltig in der Institution umgesetzt werden. Der Anhang, der den Umfang der Arbeit verdoppelt liefert ergänzende Recherchequellen, Begriffe und weitere Erläuterungen zu den Details der Methoden.

## 2 Vom Phänomen zum Konzept

Das Projekt »Entwicklung, Umsetzung und gesundheitsökonomische Evaluation eines Konzepts zur demenzgerechten Versorgung von dementiell erkrankten Patientinnen und Patienten im Krankenhaus« hat zum Ziel, die Versorgung kognitiv beeinträchtigter Menschen im Krankenhaus durch die Implementierung eines Konzepts zu verbessern. Deshalb werden im Folgenden der Begriff des Konzepts, Anlässe zur Konzeptentwicklung in der Pflege sowie die Phasen der Konzeptentwicklung und die dabei verwendete Methode des Ursache-Wirkungs-Diagramms erläutert. Abschließend wird der Begriff der Phänomene bestimmt, der die Konzeptentwicklung mit der Forschungsfrage verbindet.

### 2.1 Konzepte in der Pflege

Konzepte sind als Handlungs- und Begründungspläne, Grundlage für die Implementierung von Instrumenten und Verfahren in der Pflegepraxis. Sie unterstützen Pflegende dabei, mit den komplexen Problemlagen dementiell erkrankter Menschen, aber auch der Vielschichtigkeit der Prozesse und Abläufe im Krankenhaus zurecht zu kommen. Schon um den umfangreichen Anforderungen des Krankenhausalltags gerecht zu werden, bedarf es, ungeachtet anderer Gründe, durchdachter Arbeitsplanungen und -absprachen. Zudem haben Leitungspersonen und Organisationen die Aufgabe, professionelles Handeln zu planen und vorausschauend Rahmenbedingungen und Instrumente bereitzustellen. Es gilt, Themen- und Problemstellungen zu identifizieren, die häufig auftreten, welche für die Institution schwierig in der fachlichen Bearbeitung sind und die für die Beteiligten emotional beanspruchend sind und / oder komplexe Handlungsstrategien erfordern (vgl. Elsbernd 2008, S. 52–53; vgl. Elsbernd 2013, S. 13–14). Diese und weitere Herausforderungen bedürfen der Weiterentwicklungen in der Pflegepraxis in Form von Instrumenten und Verfahren, die Arbeitsschwerpunkte, Arbeitsabläufe und Qualitätsniveaus festlegen. Instrumente richten theoretisches Wissen an den Bedingungen der Praxis aus und sorgen damit für den notwendigen Wissenstransfer. Die Anwendung von Instrumenten und Verfahren erfordert einen Handlungs- und Begründungsplan, der die Anwendung spezifisch begründet und die spezifischen Anforderungen der Praxis berücksichtigt. Dieser Handlungs- und Begründungsplan stellt in Form von Konzepten einen Sinnzusammenhang zwischen Problemen (für die Instrumente entwickelt wurden) und Lösungen (die durch Instrumente und Verfahren gefunden werden oder Instrumente und Verfahren, die die Lösung von Problemen sind) her. Dies begründet die eingangs erwähnte Rolle von Konzepten als Grundlage für die Implementierung von Instrumenten und Verfahren in der Praxis. Handlungs- und Begründungspläne sind ein notwendiger Bestandteil für eine theoretisch fundierte und systematisierte Pflegearbeit. Konzepte sind nicht nur in der Pflege oder im Gesundheitswesen relevant. Ihre Relevanz wird besonders durch ihre Rolle in der Flugsicherheit bewusst: Durch den Einsatz von Konzepten werden Negativziele vermieden und statt globalen Erwartungshorizonten werden konkrete, positive Ziele gesetzt. Damit reicht der Blick in Entscheidungssituationen über die pauschalen Erfordernisse des Augenblicks hinaus. Eine Ausrichtung allein an diesen momentanen Notwendigkeiten führt zu Konzeptlosigkeit, Unsicherheit und möglicherweise zum Lösen der falschen (z. B. in der vorliegenden Situation irrelevanten oder nur peripher bedeutsamen) Probleme. Weil Entscheidungsprozesse oft gefährdet sind, ist es in unübersichtlichen und komplexen Situationen für die Crew wichtig, sich an ein Entscheidungs-

modell zu halten. Störfaktoren, die durch Umfeld, Individuum oder Crew hervorgerufen werden, führen zu Unübersichtlichkeit und damit zu Stress, Überforderung und Versagensangst (vgl. Bühler et al. 2011, S. 163–164, 170). Diesen Risiken wird in der Flugsicherheit durch Konzepte (z. B. PSR, CRM, Redundanzkonzepte, Kommunikationskonzepte) und Entscheidungsmodelle für Routine-Entscheidungen und komplexe Non-Standard-Situationen (z. B. FORDEC) begegnet (vgl. Bühler et al. 2011, S. 166, 171; vgl. Ebermann und Jordan 2011, S. 14, 35; vgl. Olthoff und Hinsch 2013, S. 205–206). Auch in der Pflege ist der Begriff des Konzepts geläufig, allerdings gibt es nur wenige Definitionen und Literatur hierzu im Pflegesektor. Deshalb wird im Wesentlichen auf die Literatur von Elsbernd zurückgegriffen (vgl. Elsbernd 2008, S. 54–55; vgl. Elsbernd 2013, S. 13–14). Elsbernd definiert Pflegekonzepte wie folgt:

»In Pflegekonzepten werden gedanklich theoretische Begriffe und Zusammenhänge, Erklärungen und Annahmen zusammengeführt und Handlungspläne entwickelt, um sich gedankliche und theoretische Klarheit zu einem Themenkomplex zu verschaffen und darauf aufbauend das Handeln in der Praxis sinnvoll zu strukturieren. Neben Zielen und Inhalten enthalten Pflegekonzepte auch Aussagen zu geeigneten methodischen Vorgehensweisen. Im Zentrum von Pflegekonzepten stehen Handlungspläne, die einen Entwurf zukünftigen Handelns darstellen. Pflegekonzepte sind daher Handlungskonzepte, die sich auf Einrichtungen (stationäre oder ambulante), Zielgruppen oder spezifische Situationen beziehen.« (Elsbernd 2003 in Elsbernd et al. 2010, S. 58, auch in Elsbernd 2013, S. 15)

Konzepte sind also qualitätsentwickelnde und qualitätssichernde Maßnahmen, sie stellen Klarheit und Transparenz bezüglich des pflegerischen Handelns her. Wesentlicher Aspekt dabei ist die Strukturierung eines Themas, die es erleichtert, Wissen aus Theorie und Wissenschaft für die Praxis nutzbar zu machen. Neben *Einrichtungskonzepten*, die die grundsätzliche Ausrichtung pflegerischer Arbeit, übergeordnete Themen und inhaltliche Schwerpunkte festlegen oder vielfältige Leistungen koordinieren und auf ein gemeinsames Ziel hin ausrichten, lassen sich zielgruppenspezifische und situationsspezifische Konzepte unterscheiden. *Zielgruppenspezifische Pflegekonzepte* nehmen die Bedarfe und Problemlagen spezieller Gruppen (z. B. Menschen mit Demenz) in den Blick. Sie helfen, in komplexen Situationen zurechtzukommen oder verschiedene Interventionsangebote aufeinander abzustimmen. Wiederkehrende, komplexe, besonders schwierig zu bewältigende oder anders bedeutsame Situationen werden mit *situationsbezogenen Konzepten* inhaltlich vorkonzipiert. Dies kann Pflegenden bei Eintreten der Situation (z. B. Konfrontation mit herausforderndem Verhalten) Orientierung geben, wie und mit welchen Instrumenten gehandelt werden kann (vgl. Elsbernd 2008, S. 56–57; vgl. Elsbernd 2013, S. 15–16).

### 2.1.1 Anlässe zur Konzeptentwicklung

Bevor sich Konzepte in der Verbesserung der Pflegepraxis widerspiegeln, stehen eine anspruchsvolle und oftmals auch zeitintensive Arbeit sowie ein Implementierungsprozess. Dem Entschluss, ein Konzept zu entwickeln, liegen unterschiedliche Anlässe zu Grunde. Für die Entwicklung eines Konzepts zum Thema Menschen mit Demenz können folgende Gründe sprechen (vgl. Elsbernd 2013, S. 17–18, 37):

- Pflegenden haben unterschiedliches Wissen und Verständnis über das notwendige Qualitätsniveau zu einem zentralen Thema der Einrichtung.
- Pflegenden haben unterschiedliche Wertehaltungen zu einem zentralen Thema der Einrichtung.

- Rahmenbedingungen verändern sich und wirken sich in erheblichem Maße auf die Arbeit aus und verändern diese.

Ausgewählte Hinweise auf Konzeptlosigkeit können laut Elsbernd sein:

- Der pflegerische Betreuungsablauf weist Diskontinuität auf.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter problematisieren Themen und Grenzsituationen.

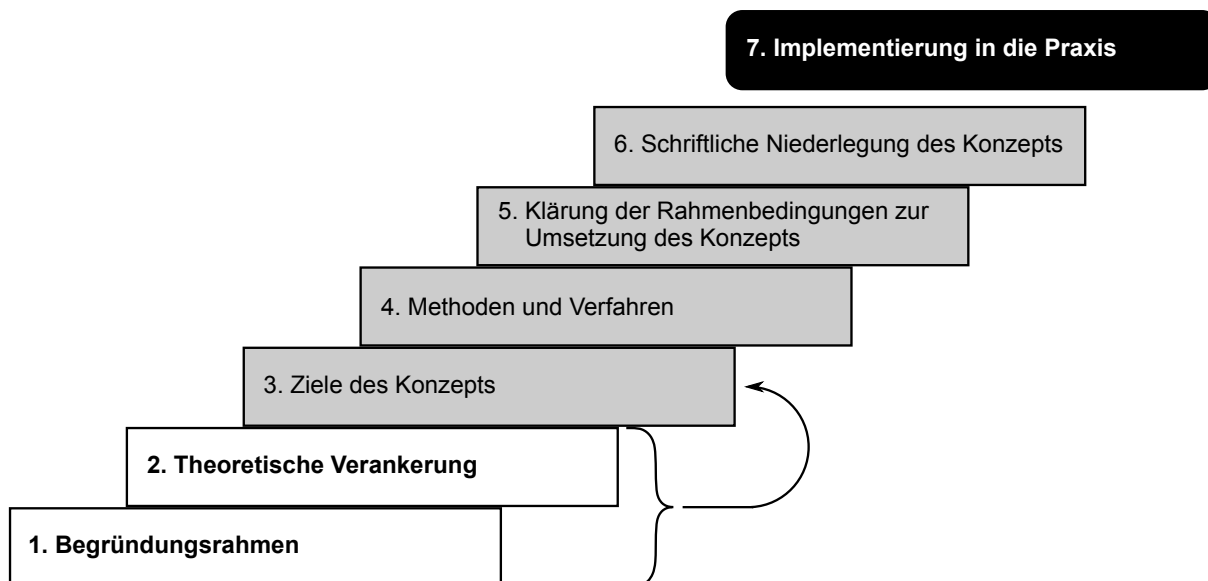
### 2.1.2 Forschungsstand

Das Thema Demenz ist in der nationalen und internationalen Forschung umfangreich beleuchtet. Bereits in den Jahren 2006 bis 2008 sind international 228 nicht auf Medikamentengebrauch ausgerichtete Studien publiziert, davon acht in Deutschland. Diese Studien berücksichtigen zwei wesentliche Aspekte jedoch oft nicht explizit: Inwiefern sind die Ziele der Interventionen für das Alltagsleben der Menschen mit Demenz und ihrer Angehöriger relevant und inwieweit sind die eingesetzten Instrumente geeignet, eine Veränderung bei den untersuchten Behandlungszielen festzustellen (vgl. BMG 2011, S. 42). Auch in der Erarbeitung und Umsetzung von Konzepten existiert eine breite Wissensbasis. Bei einer Auftaktveranstaltung »Menschen mit Demenz im Krankenhaus« zum gleichnamigen Förderprogramm der Robert-Bosch-Stiftung wird die Entwicklung und Umsetzung vorbildlicher Pflegeansätze aus England und Schottland präsentiert. Dieses Projekt fördert explizit die Entwicklung von entsprechenden Konzepten (vgl. Robert Bosch Stiftung 2012a; vgl. Robert Bosch Stiftung 2012b). Mit der Publikation »Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus« (Kleina und Wingefeld 2007) liegt eine nationale Studie vor, die der Zielsetzung der vorliegenden Arbeit im nationalen Kontext entspricht. Kirchen-Peters (2013) erläutert Barrieren für die Einführung von Konzepten in Deutschland. Darüber hinaus existieren zahlreiche weitere Projekte (vgl. Robert Bosch Stiftung 2012c). International liegen von Berufsverbänden und Alzheimergesellschaften zahlreiche Sammlungen von Eckpunkten vor, auf die in der vorliegenden Arbeit verwiesen wird. Mit der systematischen Ermittlung von Eckpunkten schlägt die vorliegende Arbeit eine Brücke zwischen Konzeptpapieren, die viele Eckpunkte aufzeigen und spezieller Forschung, die sich auf einen Themenbereich konzentriert. Die vorliegende Arbeit schließt eine Forschungslücke, indem sie der Praxis einen Überblick relevanter Eckpunkte bietet, die über eine Schlagwortsammlung hinausgeht. Gleichzeitig bietet sie Methoden, diesen Überblick systematisch zu ergänzen und mit lokalen Gegebenheiten abzustimmen.

## 2.2 Phasen der Konzeptentwicklung

Die Konzeptentwicklung verläuft in mehreren Phasen, die an dieser Stelle nur schemenhaft umrissen und in Abbildung 2.1 zusammenfassend dargestellt werden können. Die vorliegende Arbeit leistet mit der Exploration der Phänomene, die für ein Konzept relevant sind, einen Beitrag zu den ersten beiden Schritten der Konzeptentwicklung. Diese Schritte bilden den konstitutiven Rahmen für die Zielsetzung eines Konzepts und wirken damit auf den Kern der Konzeptentwicklung. Im dritten Schritt, der Zielformulierung, werden bewusst die Prioritäten der künftigen Arbeit gesetzt (vgl. Elsbernd 2008, S. 58, 60). Von dieser Ziel- und Prioritätensetzung ausgehend werden im vierten Schritt der Konzeptentwicklung Instrumente und Verfahren konstruiert, mit denen Aktivitäten festgelegt und deren Umsetzung geplant wird (vgl. Elsbernd 2008, S. 61–63). Im fünften Schritt werden die Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Konzepts herausgearbeitet, die als zwingende Voraussetzung für einen Implementierungsprozess betrachtet werden (vgl. Elsbernd 2008, S. 63). Die schriftliche Fassung des Berichts im sechsten Schritt dient dem

Abbildung 2.1: Prozess der Entwicklung von Pflegekonzepten



(vgl. Elsbernd 2008, S. 58; vgl. Elsbernd 2013, S. 19)

Transfer des Wissens und der Vereinbarung, die für das Konzept als wesentlich angesehen werden. Ziel ist es, den nicht an der Entwicklung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Sinn und Ziele des Konzepts greifbar zu machen (vgl. Elsbernd 2008, S. 63). Die schriftliche Niederlegung des Konzepts bildet einen Grundstein für die Überzeugungsarbeit, die im siebten Schritt, der Implementierung in der Praxis, geleistet werden muss (vgl. Elsbernd 2008, S. 63–64). In Abbildung 2.1 werden die für die vorliegende Arbeit wichtigen ersten beiden Schritte der Konzeptentwicklung, Begründungsrahmen und theoretische Verankerung, im Detail dargestellt. Im *Begründungsrahmen* arbeiten Konzeptentwicklungs- und Leitungsteams durch eine umfassende, systematische und methodisch geleitete Problemanalyse heraus, welche Problemstellungen auftreten und mit welchen Instrumenten sie gelöst werden können. Hierbei werden auch die Ursachen der Problemstellungen identifiziert. Die Problemanalyse kann unterstützt werden durch bekannte Verfahren und Instrumente der Problemidentifikation, wie etwa dem Ursache-Wirkungs-Diagramm. Die Problembewertung erläutert, weshalb Pflegende und deren Leitungspersonen das Problem als relevant einstufen. Die hierzu geführte Wertediskussion greift zentrale Problemlagen der Betroffenen und ihrer Angehörigen auf, aber auch Qualitätsdimensionen und ethische Aspekte, die durch das Problem berührt werden. Ergebnis des Begründungsrahmens ist das Festhalten von Problemstellungen, die für eine Konzeptentwicklung als relevant eingestuft wurden. Diese Relevanzsetzung ist so zu begründen, dass andere, z. B. weitere Berufsgruppen, Betroffene und nicht beteiligte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, verstehen können, weshalb eine nachhaltige Veränderung zu eben dieser Thematik erreicht werden soll. Die Problemstellung wird dabei detailliert beschrieben. Sie beinhaltet die Dimensionen Relevanz, Problemdimension, Beeinflussbarkeit des Problems und korrelierende Themen und Probleme. Diese Dimensionen können durch die in Tabelle 2.1 dargestellten Fragen vertiefend analysiert werden (vgl. Elsbernd 2008, S. 59; vgl. Elsbernd 2013, S. 19–21).

Aussagen, in welchem Ausmaß die Problemlösung in der Einrichtung langfristig möglich ist, werden durch die *theoretische Verankerung* des Problemfeldes ermöglicht. Auf Basis einer Litera-



Tabelle 2.1: Analysefragen zur Bewertung bestehender Praxisprobleme

Relevanz	Welche Folgen hat das Nicht-Lösen des Problems für Betroffene, Pflegende, andere Berufs- oder Personengruppen und den Leistungsprozess?
	Welche Folgen hat das Nicht-Lösen des Problems für die Zusammenarbeit im Team, mit anderen Berufs- und Personengruppen?
Problemdimension	Wie tief greift das Problem in den Leistungsprozess und in das Arbeitsgeschehen ein?
	Wie lange wird das Problem anhalten und welche potentiellen Folgen sind damit möglicherweise verbunden?
Beeinflussbarkeit	Wer kann das Problem beeinflussen und ist es überhaupt aus der Einrichtung heraus zu beeinflussen?
	Ist es eher von Führungspersonen und / oder von Mitarbeitenden auf den Abteilungen und Stationen zu beeinflussen und zu steuern?
Korrelierende Themen und Probleme	In welche anderen Bereiche und Prozesse reicht das Problem mit hinein?
	Gibt es Prozesse, die ein Lösen des Problems behindern oder fördern?

(vgl. Elsbernd 2013, S. 20)

turanalyse wird das Thema durch die vorhandene Literatur aufbereitet und die Breite und Tiefe eines Themas eruiert. Dabei sollen Begriffe neu erschlossen, inhaltlich konsentiert und eindeutig definiert werden. Die unterschiedlichen Themengebiete werden als Unterthemen identifiziert und bereits existierende Theorien, Modelle, Konzepte und Forschungsergebnisse, gegebenenfalls auch Erkenntnisse und Handlungsfelder anderer Berufsgruppen, erkundet. Hierbei werden etwa die Dimensionen Gründe, Ursachen und Anzeichen von Problemen, die mit dem Thema zusammenhängen, sowie Lösungen und Interventionsarten, ethische und rechtliche Dimensionen beleuchtet. Mit der Analyse wird ebenfalls untersucht, ob bereits relevante und idealerweise bewährte Instrumente zum Thema vorliegen. Ebenso wird mit Recherchen im Internet nach Best-Practice Lösungen gesucht. Die Analyse prüft, ob es bereits Empfehlungen zu Instrumenten und Verfahren gibt, welche Konzepte bereits entwickelt wurden oder welche rechtlichen und fachlichen Empfehlungen berücksichtigt werden können oder zu beachten sind. Ergebnis der Literaturanalyse sind zusammengefasste relevante Erkenntnisse und konsentierte Begriffe und Definitionen, die Pflegenden dabei helfen, das zu entwickelnde Konzept vor dem Hintergrund der bestehenden Wissenslage zu reflektieren. Das Team hat weiter Kenntnis darüber, ob es bereits zuverlässige Instrumente und Verfahren gibt, die in das Konzept eingearbeitet werden können (vgl. Elsbernd 2008, S. 59–60; vgl. Elsbernd 2013, S. 22–25). Liegen Begründungsrahmen und theoretische Verankerung vor, können die *Ziele des Konzepts* und deren Reichweite festgelegt und beschrieben werden. Die Ziele verbinden dabei die Problemstellungen der Praxis mit der Theorie und deren Wissen um die Problemstellungen, sie richten das Konzept inhaltlich aus und spezifizieren es. Die Ziele sind eindeutig, das heißt quantifizierbar, konkret und realistisch formuliert und beinhalten einen Zeithorizont. Damit ist sichergestellt, dass sie in der Praxis evaluiert werden können. Die unterschiedlichen Ziele sind widerspruchsfrei und zueinander kompatibel, allen Beteiligten (Pflegende und Leitungsebene) transparent und verbindlich sowie mit expliziter Zustimmung der Leitungsebene verabschiedet (vgl. Elsbernd 2008, S. 60–61; vgl. Elsbernd 2013, S. 25–27).

### 2.2.1 8M und Ursache-Wirkungs-Diagramm

Das Ursache-Wirkungs-Diagramm (auch: Ishikawa-, Fehlerbaum-, Fischgräten- oder UW-Diagramm) kann die Problemanalyse unterstützen (vgl. Elsbernd 2013, S. 19–21). Es zählt zu den sieben statistischen Werkzeugen der Qualitätskontrolle und hilft, Probleme und deren Ursachen herauszuarbeiten. Das Ursache-Wirkungs-Diagramm ist ausgerichtet auf die Ziele Fehler zu vermeiden, Prozesse gegen Störgrößen unempfindlich zu machen, die Wünsche von Kundinnen und Kunden zu berücksichtigen sowie das Streuungsverhalten (Varianz) von Prozessen zu überwachen. Mit diesen Zielen wird es in der Konzeptentwicklung zur Fehleranalyse im Begründungsrahmen angewendet. Dabei ist es unverzichtbar, dass alle am Prozess Beteiligten bei der Problemlösung mitwirken (vgl. Syska 2006, S. 63; vgl. Lippmann 2013, S. 90–91). Dazu abweichend wird das Ursache-Wirkungs-Diagramm im Rahmen der vorliegenden Arbeit als vorbereitende Sequenz dazu genutzt, um auf theoretischer Ebene eine Vielzahl von Perspektiven einzuholen. Das Ursache-Wirkungs-Diagramm dient zur genauen Definition von konkreten Problemen. In der vorliegenden Arbeit wird es bezogen auf die weitgehend abstrakte Begegnung mit Menschen mit Demenz, was mit dem Ziel einer genauen Definition nicht vereinbar ist. Dennoch können Hauptursachen des vorliegenden Problembereichs, die wesentlichen Phänomene in der Begegnung mit Menschen mit Demenz, an den Gräten des Diagramms eingetragen werden. So können die Hauptursachen näher beschrieben werden und als Vorarbeit für eine spätere genaue Definition ausgewählter Probleme dienen. Als Haupteinflussgrößen werden die so genannten 8M vorgegeben. 8M ist ein Akronym für die Worte Mensch, Material, Methode, Maschine, Messung, Milieu, Management und Money. Häufig wird auch nur von 4M, 5M oder 6M gesprochen

– entsprechend werden nur bestimmte Bereiche betrachtet. Im weiteren Prozess, der nicht Teil dieser Arbeit ist, werden die Phänomene analog zur Fünf-Warum-Technik in ihren Problemdimensionen beschrieben (vgl. Syska 2006, S. 63–64). Das durch die 8M vorgegebene Raster wird für die vorliegende Arbeit wie folgt definiert. Diese Begriffsklärungen sind aus der Perspektive der Organisation formuliert. Sie schließen die Perspektive aller beteiligten – insbesondere der Menschen mit Demenz – immer mit ein.

**Mensch:** steht für die zu erbringende Arbeitsleistung und den dafür einzuplanenden Arbeitsaufwand (vgl. Schreiter 2009, S. 178). In der vorliegenden Arbeit werden auch Patientinnen und Patienten als Koproduzenten im Dienstleistungsprozess in diese Kategorie mit aufgenommen (vgl. Zollondz 2011, S. 170–171). Qualifikation, Motivation, Fairness und Verantwortungsbewusstsein werden dem Bereich »Management« zugeordnet, um auf den bei der »Begegnung mit Menschen mit Demenz« homogenen Charakter der Pflegenden bzw. des Personals als menschliche Wesen einzugehen und die Bedeutung der Teamarbeit zu unterstreichen (vgl. Schreiter 2009, S. 178).

**Material:** bezeichnet alle benötigten Materialressourcen wie Verbrauchsartikel, Büromaterialien, Verbandmittel, Medikamente und Nahrungsmittel (vgl. Schreiter 2009, S. 178).

**Methode:** bezeichnet die Arbeitsweise und damit das Verfahren wie Arbeit geschehen soll. Die Methode zeigt auf, welche Materialien, Menschen und Maschinen zur Gewährleistung der Erfordernisse des Arbeitsfeldes benötigt werden. Sie gibt Arbeitsabläufe an und strukturiert sowie routiniert den Ablauf wiederkehrender Arbeitspakete (vgl. Schreiter 2009, S. 178).

**Maschine:** steht für Hilfsmittel, Hardware, Werkzeuge und Geräte, die zum Einsatz kommen (vgl. Schreiter 2009, S. 178). Hierzu zählen im Pflegesektor Medizinprodukte und Einrichtungsgegenstände, die keine Verbrauchsgüter sind.

**Messung:** steht für die Prüfung von Qualität und Quantität der erbrachten Arbeit. Hierunter fallen Messmittel und Messmethoden (vgl. Schreiter 2009, S. 178). Im Pflegesektor sind dies neben technischen Messinstrumenten Screening- und Assessmentinstrumente sowie Qualitätsindikatoren.

**Milieu:** erfasst die Arbeits- und Pflegeumwelt mit allen dazugehörigen Faktoren (vgl. Schreiter 2009, S. 178).

**Management:** Die Auswirkungen der demenziellen Erkrankungen auf das Krankenhauswesen sowie die Konzeptentwicklung können angepasstes Management erfordern. Dieses ist im Besonderen in Bezug auf besondere Erwartungen, Zielformulierungen und Teamwork von Bedeutung. Auch die Verpflichtung des Managements gegenüber dem Prinzip der Dienstleistungsqualität, die Standardisierung von Aufgaben und die Bewertung der Durchführbarkeit können eine Veränderung des Managements erfordern (vgl. Bruhn 2008, S. 96–99). Damit kann das Management nicht, wie im Allgemeinen, als statisch betrachtet werden (vgl. Schreiter 2009, S. 178) und beschreibt die organisationale »Architektur« um alle Dienstleistungsprozesse herum.

**Money:** betrifft die zur Verfügung stehenden Ressourcen, die Allgemeinen als statisch betrachtet werden (vgl. Schreiter 2009, S. 178). Sie umfassen auch alle Entscheidungen, die mit der Knappheit der Mittel und deren Einsatz bzw. Rationierung (vgl. Greiner 2011, S.

331–332). In der Pflege sollte dies mit Blick auf selektive Leistungsallokation, insbesondere in Form verdeckter Leistungsallokation (vgl. Bauer und Büscher 2008, S. 20) ethisch, fachlich und organisatorisch hinterfragt werden. Bei verdeckter Leistungsallokation sind Zuteilungskriterien nicht offen dargelegt, sondern implizit, gegebenenfalls auch individuell bestimmt und etwa an ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital gebunden. Als Beispiel können Leistungen dienen, die nicht in Anspruch genommen werden, weil Betroffenen, Angehörigen oder aber auch einer Berufsgruppe das Wissen um diese Option fehlt (vgl. Bauer und Büscher 2008, S. 20). Der Bereich Money betrifft damit nicht nur die Menge und Qualifikation bzw. Qualität von Ressourcen wie Personal oder Material, sondern auch die Steuerung der Zuweisung dieser Mittel innerhalb des Leistungsgeschehens im Krankenhaus im Gesamten und auch im Handlungsspielraum der Pflege im Speziellen.

## 2.2.2 Phänomene

Die vorliegende Arbeit zielt darauf ab, relevante Phänomene für die Entwicklung eines Konzepts darzustellen. Die Phänomenologie sieht Phänomene als das Abbild von Gegenständen im menschlichen Bewusstsein (vgl. Held und Husserl in Godina 2012, S. 30). Dass diese Gegenstände nicht nur körperlich-materieller Natur sind, zeigt die Definition sozialer Phänomene als Handlungszusammenhänge (vgl. Balog 2006, S. 39). Dieses breite Begriffsverständnis der Erscheinung wird angesichts des umfassenden Arbeitsfeldes der Demenz durch die Fragestellung aufgegriffen. Hierzu wird ausschließlich für das Feld der Konzeptentwicklung nach Phänomenen gesucht. Ausgehend vom Gegenteil, von der Konzeptlosigkeit, kann ein Rahmen um die Phänomene gezogen werden, die für eine Konzeptentwicklung von Interesse sind. Konzeptlosigkeit zeigt sich in der alltäglichen Arbeit auf verschiedenen Ebenen. Auf Organisationsebene wird eine gewisse Diskontinuität in der Arbeitsplanung, im Arbeitsvollzug und im Entwickeln und Nutzen geeigneter Instrumente festgestellt (vgl. Elsbernd 2008, S. 53–54). Im Zusammenhang mit Instrumenten ist die Zielsetzung zu bedenken. Diese wird über das Soll-Niveau messbar gemacht und kann mit Qualitätsindikatoren überprüft werden (vgl. Elsbernd et al. 2010, S. 21–27). Auf Personalebene zeigen sich Diskontinuität in den Arbeitsvollzügen, wechselnde Handlungsstrategien und damit auch Ineffizienz, Ineffektivität und Unzufriedenheit mit der eigenen Arbeit; möglicherweise werden andere Professionen (mit deren Möglichkeiten und Handlungsweisen) in die Problemlösung mit einbezogen. Konzeptlosigkeit kann auch dazu führen, dass Betroffene nicht die pflegerischen Leistungen erhalten, die vor dem fachlichen Hintergrund möglich wären. Auf Ebene der Patientinnen und Patienten zeigen sich Qualitätsprobleme und eine gewisse Hilflosigkeit, die sich in Aggression oder auch sozialem Rückzug ausdrücken können (vgl. Elsbernd 2008, S. 53–54). Phänomene, die für die Konzeptentwicklung relevant sind beschreiben also Handlungsfelder, Handlungsbedarf sowie deren Auslöser auf verschiedenen Ebenen. An den Qualitätsdimensionen nach Donabedian orientiert, lassen sich Phänomene den Feldern der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zuordnen. Externe Faktoren, die von Donabedian nicht aufgeführt werden, können für die Dienstleistungen im Krankenhaus elementar sein. Deshalb werden diese inhaltlich der Strukturqualität als Basis für den Dienstleistungsprozess zugeordnet. Zu externen Faktoren zählen im Besonderen Patientinnen und Patienten, die als Koproduzenten in ihrer Ganzheit und Würde als Mensch zu achten sind (vgl. Zollondz 2011, S. 170–171; vgl. Fleßa 2013, S. 228–231).

## 2.3 Zusammenfassung

Die Konzepterstellung und Implementierung ist eine anspruchsvolle und zeitintensive Arbeit und erfordert Überzeugungsarbeit bei den betroffenen Personen- und Berufsgruppen. Die Problem-

Tabelle 2.2: Phänomene als Zeichen der Konzeptlosigkeit

	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Entwicklung und Nutzung von Instrumenten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Diskontinuität in der Arbeitsplanung</li> <li>· Diskontinuität im Arbeitsvollzug</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Soll-Niveau</li> <li>· Indikatoren</li> </ul>
Pflegerisches Handeln	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Handlungsstrategien</li> <li>· Einbezug anderer Professionen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Arbeitsvollzüge</li> <li>· Ineffizienz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Unzufriedenheit</li> <li>· Ineffektivität</li> <li>· Unter- oder Fehlversorgung</li> </ul>
Stakeholder <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Externe Faktoren</li> <li>· Hilflosigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Aggression</li> <li>· Rückzug</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Qualitätsprobleme</li> </ul>

<sup>1</sup> Patientinnen und Patienten, Angehörige

analyse und theoretische Verankerung verfolgen das Ziel, diesen Aufwand effizient einzusetzen und helfen, fundiert Ziele für das Konzept zu setzen. Mit Hilfe des Ursache-Wirkungs-Diagramms werden Problemfelder analysiert. Als Konzeptlosigkeit können diese Phänomene auf Ebene der Organisation, des pflegerischen Handelns oder auch bei Stakeholdern wie Patientinnen und Patienten oder Angehörigen gefunden werden. Sie lassen sich weiter durch das Moment ihres Entstehens den Bereichen Strukturqualität, Prozessqualität oder Ergebnisqualität zuordnen. Dieses Raster ermöglicht, den breiten Begriff der Phänomene als das »in Erscheinung tretende« auf den Fokus der Konzepterstellung auszurichten. Durch die systematische Aufarbeitung auftretender Phänomene aus unterschiedlichen Perspektiven und auf unterschiedlichen Ebenen kann begründet festgelegt werden, welcher Art das Konzept sein soll, welche Inhalte enthalten sein müssen und welche konkreten Ziele es verfolgt.

Mit der Betrachtung demenzieller Erkrankungen, dem Krankenhauswesen und den Grundlagen der Konzeptentwicklung werden in den folgenden Teilen der Arbeit zuerst die Perspektive Pflegender auf Basis einer Literaturrecherche erhoben. Auf diesem Vorwissend Aufbauend folgt die Bearbeitung aus Perspektive der Pflegenden. Eine überblicksartige Zusammenfassung der Ergebnisse findet sich im abschließenden Teil der Arbeit.

## 3 Methodisches Vorgehen

### 3.1 Methodenfindung

Die eingangs erläuterte Hauptfragestellung nach den relevanten Phänomenen für die Entwicklung eines Konzepts zum Thema »Menschen mit Demenz im Krankenhaus« wird im Folgenden Teil mit Fokussierung auf die Perspektive Pflegender bearbeitet. Hierzu wird zunächst die Methodenwahl erläutert.

Im Begründungsrahmen der Konzepte deutet sich an, was in der theoretischen Verankerung und im Prozess der Konzeptentwicklung manifest wird: Konzeptentwicklung kann als Verkettung einzelner pflegerischer Handlungen zu pflegerischen Strategien und organisatorischen Zweckgebilden Evidence based Nursing anstreben. Evidence based Nursing (EbN) wird definiert als eine Pflegepraxis, welche die derzeit am besten überprüften Erfahrungen Dritter im Arbeitsbündnis zwischen pflegebedürftigen Klientinnen und Klienten und professionell Pflegenden nutzt. Ziel dieser Praxis ist es, die individuellen Bedürfnisse der Klienten in pflegerischen Interventionsentscheidungen zu verwirklichen (vgl. Behrens 2011, S. 151). Das gemeinsame Ziel liegt damit im Anspruch, praktisches Handeln zu begründen und am Stand des Wissens anzulehnen (vgl. Elsbernd 2008, S. 56). Konzeptentwicklung und EbN-Methode ähneln sich sowohl in der Gesamtstruktur des Vorgehens als auch im Detail, etwa in der der Beleuchtung von Gründen, Ursachen und Anzeichen von Problemen, Lösungen und Interventionsarten, ethischer und rechtlicher Dimensionen (vgl. Elsbernd 2008, S. 60; vgl. Behrens 2011, S. 152–153). Tabelle 3.1 zeigt in stark vereinfachender Gegenüberstellung die Grundstrukturen der Konzeptentwicklung, EbN-Methode und der Leitlinienentwicklung auf. In Fettschrift hervorgehoben sind dabei die für die vorliegende Arbeit relevanten Prozessschritte, die dem Begründungsrahmen und der theoretischen Verankerung entsprechen. Die tabellarische Darstellung zeigt nicht die Rückkopplungsschleifen der einzelnen Prozesse auf. Ziel ist die Darstellung der Schwerpunktsetzung in den einzelnen Prozessen. Deutlich wird, dass die für die vorliegende Arbeit wesentlichen Prozessschritte am detailliertesten in der Leitlinienentwicklung beschrieben sind. Deshalb wird im Folgenden auf die Methoden der Leitlinienentwicklung zurückgegriffen. Die Fachliteratur offenbart in der Konzeptentwicklung einen großen Nachholbedarf auf methodischer, fachlicher und praktischer Ebene (vgl. Elsbernd 2013, S. 37). Damit liefert die Adaptierung von Methoden aus der Leitlinienentwicklung insbesondere für die theoretische Verankerung einen konkretisierenden Beitrag für die Wissenschaft und die Praxis, die sich derzeit auf dem Weg zur systematischen Konzeptentwicklung befindet (vgl. Elsbernd 2013, S. 37). Um die Breite und Tiefe des Themas »Demenz im Krankenhaus« für die Pflege aus theoretischer Perspektive zu erfassen (vgl. Elsbernd 2013, S. 22), wird die Hauptfragestellung, welche Phänomene für die Entwicklung eines Konzepts aus der Perspektive Pflegender zum Thema »Menschen mit Demenz« in Allgemeinkrankenhäusern relevant sind, präzisiert. Bestimmend für die Einschränkung auf die Perspektive der professionell Pflegenden ist die Tatsache, dass eben diese Gruppe im Fokus der Konzeptentwicklung steht. Leitend ist die Frage:

Welche Phänomene werden aus Sicht der professionellen Pflege in Allgemeinkrankenhäusern bei der Begegnung mit Menschen mit Demenz beschrieben?

Tabelle 3.1: Schematische Gegenüberstellung von Konzeptentwicklung, EbN-methode und Leitlinienentwicklung

Konzeptentwicklung (vgl. Elsbernd 2013, S. 19)	EbN-Methode (vgl. Behrens 2011, S. 155)	Leitlinienentwicklung (vgl. Schünemann 2009, S. 395)
<b>Begründungsrahmen</b>	<b>Auftragsklärung</b>	
	<b>Fragestellung</b>	<b>Fragestellung</b>
<b>Theoretische Verankerung</b>	<b>Literaturrecherche</b>	<b>Recherche</b>
	<b>Kritische Beurteilung</b>	<b>Qualitätsbeurteilung einzelner Studien</b>
		<b>Bewertung der Qualität für die gesamte Evidenzlage</b>
		<b>Beurteilung und Abwägungen für Handlungsempfehlungen</b>
		<b>Entscheidung über Richtung und Stärke der Empfehlungen</b>
Ziele des Konzepts		
Instrumente und Verfahren		
Rahmenbedingungen und Ressourcen		
Schriftliche Darstellung des Konzepts		
Implementierung	Implementierung und Adaption	
	Evaluation	

Tabelle 3.2: Gegenüberstellung verschiedener Ansätze für Übersichtsarbeiten

	Selektive Literaturübersicht	Systematische Übersichtsarbeit	Metaanalyse publizierter Daten	Gepoolte Reanalyse	Prospektiv geplante Metaanalyse
Erstellung eines detaillierten Studienprotokolls und Auswertungsplans	-	+	+	+	+
Literaturrecherche geeigneter Studien nach a priori definierten Ein- und Ausschlusskriterien	-	+	+	+	+
quantitative Zusammenfassung der Ergebnisse (Berechnung gepoolter Schätzer, Untersuchung der Heterogenität, Sensitivitätsanalysen)	-	-	+	+	+
Analyse von Individualdaten	-	-	-	+	+
gemeinsames Studienprotokoll der Einzelstudien und prospektiv geplante Auswertung	-	-	-	-	+
Legende:	+	erfüllt die Anforderungen			
	-	Erfüllt die Anforderung nicht			

(vgl. Ressing et al. 2009, S. 457)

Eine sondierende Recherche im nationalen Sektor mit der Verknüpfung »tit=krankenh\* and (tit=demen\* or tit=alzheim)« ergibt in der Deutschen Nationalbibliothek 13 Treffer (darunter 3 relevante Treffer: Ankündigung »Akutmedizin in der Demenzkrise?« Kirchen-Peters, 2013, »Patienten mit Gedächtnisstörungen im Krankenhaus / Zukunftsforum Demenz«, Füsgen, Lutz, 2012 und »Menschen mit Demenz im Krankenhaus«, Archibald, 2007). Auf CareLit finden sich mit der Verknüpfung »TITEL=krankenh\* UND (TITEL=demen\* ODER TITEL=alzheim\*)« 15 Treffer, davon 7 im Bestand. Im internationalen Sektor ergibt eine entsprechende Recherche auf CINAHL mit »TI (demen\* OR alzheim\*) AND TI hospita\*« 241 Treffer, von denen 53 im Volltext verfügbar sind (Stand: 1.5.2013). Mit Blick auf die wenigen und teils stark spezialisierten Artikel aus dem nationalen Sektor und die im Rahmen des Forschungsprojekts bereits erfolgte nationale Recherche, konzentriert sich die vorliegende Arbeit auf die Recherche im englischsprachigen Raum. Um diese vorhandenen Forschungsergebnisse zu erkunden und schließlich wesentliche Phänomene, die im nationalen Kontext von Bedeutung sind darzustellen, bietet sich eine Übersichtsarbeit an, die als narratives Review, systematische Übersichtsarbeit, Metaanalyse publizierter Daten, gepoolter Reanalyse oder einer prospektiv geplanten Metaanalyse angelegt sein kann. Tabelle 3.2 macht die Unterschiede deutlich (vgl. Ressing et al. 2009, S. 356–457).

Eine quantitative Auswertung von Ergebnissen, wie in einer Metaanalyse und einer gepoolter Reanalyse, reicht weit über das Ziel der Fragestellung hinaus und widersetzt sich dem qualitativen Ansatz der Forschungsfrage. Metaanalysen und gepoolte Reanalysen werden daher als mögliche methodische Grundlage ausgeschlossen. Systematische Übersichtsarbeiten haben unter Anwendung vorher definierter Ein- und Ausschlusskriterien den Anspruch, nach Möglichkeit alle publizierten Studien zu einem bestimmten Thema zu berücksichtigen. Relevante Informationen



Tabelle 3.3: Übersicht - Conceptual, Narrative und Rapid Review

Conceptual Synthesis / Conceptual Review	Das Conceptual Review stellt die Bereiche begrifflich-konzeptuellen Wissens dar, um zu einem besseren Verständnis wesentlicher Fragen beizutragen. Das Ziel eines solchen begrifflich-konzeptuellen Reviews ist es, einen Überblick über die Literatur in einem bestimmten Bereich, einschließlich der wichtigsten Ideen, Modelle und Debatten zu ermöglichen (vgl. Petticrew und Roberts 2006, S. 39).
Narrative Review	Das Narrative Review zeichnet sich durch Selektion aus. Die Selektion kann die Auswahl der Studien oder die Zusammenfassung der Studien betreffen. Während im einen Fall alle Ergebnisse einer begrenzten Studienzahl dargestellt werden, werden im anderen Fall nur ausgewählte Ergebnisse aller Studien dargestellt (vgl. Petticrew und Roberts 2006, S. 39).
Rapid Review	Im Rapid Review wird eine oft systematische Literaturrecherche innerhalb einer begrenzten Zeit (manchmal innert Wochen oder weniger Monate) durchgeführt. Dabei wird die Breite der Suche eingeschränkt (z. B. für Jahr oder Land) (vgl. Petticrew und Roberts 2006, S. 40).

werden systematisch aus den Publikationen extrahiert. Von Bedeutung sind dabei die Beurteilung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Veröffentlichungen und eine Untersuchung der Gründe für mögliche Unterschiede in den Ergebnissen der einzelnen Studien. Die Resultate jeder Studie werden dargestellt und nach festgelegten Kriterien wie Studiendesign und Rekrutierungsmodus bewertet (vgl. Ressing et al. 2009, S. 457). Gegen die Durchführung eines Reviews spricht jedoch bereits die Begrenzung der Ressourcen, die im Rahmen einer Masterarbeit finanziell und zeitlich zur Verfügung stehen (vgl. Petticrew und Roberts 2006, S. 29). Neben der selektiven Literaturübersicht (Narratives Review) (vgl. Ressing et al. 2009, S. 457) sind auch das »Conceptual Review« und das »Rapid Review« als Option für das methodische Vorgehen denkbar (vgl. Petticrew und Roberts 2006, S. 39), die in Tabelle 3.3 Erläuterung finden.

Hinsichtlich der Strukturiertheit ist das Conceptual Review dem narrativen Review überlegen und verbessert die Nachvollziehbarkeit der Arbeit. Gegenüber der Zielsetzung, Eckpunkte für eine Konzeptentwicklung zu beschreiben, ist das Conceptual Review auch dem Rapid Review überlegen. Es bietet in seiner Struktur an, die wichtigsten Themen abzudecken, die durch eine Einschränkung der Breite im Rapid Review verloren gehen könnten. Deshalb wird das Conceptual Review als bestmögliche Methode für die vorliegende Zielsetzung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen betrachtet und eingesetzt.

### 3.2 Entwicklung der Review-Frage

Ausgangspunkt der Recherche ist eine Fragestellung im PICO-Format (vgl. Kunz et al. 2009, S. 10), auf die im Zuge der Bewertung der Studie wieder zurückgegriffen werden wird (vgl. Schünemann 2009, S. 393). Hierzu werden Population, Intervention bzw. Exposition, Vergleich (Comparison) und Endpunkte (Outcomes) definiert (vgl. Kunz et al. 2009, S. 10–11; vgl. Petticrew und Roberts 2006, S. 42). Der *Kontext* legt das Setting fest, in dem eine Fragestellung geklärt werden soll (vgl. Petticrew und Roberts 2006, S. 42–43). In der vorliegenden Arbeit ist

dies das Setting »Allgemeinkrankenhaus«. Damit wird die akutstationäre Versorgung im somatischen Sektor bezeichnet und grenzt das Setting damit von ausschließlich psychiatrischer und ambulanter Versorgung ab. Eine wesentliche Abgrenzung erfolgt auch von der Langzeitpflege, in der bereits vielfältige Konzepte zum Thema Demenz institutionsübergreifend vorliegen. *Outcomes* beschreiben als Endpunkte oder Ergebnisse die Kenngrößen, die im Fokus des Interesses liegen (vgl. Kunz et al. 2009, S. 11; vgl. Petticrew und Roberts 2006, S. 42). Das Ziel, zum Begründungsrahmen und zur theoretischen Verankerung beizutragen, stellt Phänomene, die in Allgemeinkrankenhäusern auftreten ins Zentrum des Interesses. *Phänomene* werden entsprechend der explorierenden Haltung der Forschungsarbeit dabei nicht explizit beschrieben, vielmehr legen die auf Seite 14 beschriebenen Anzeichen der Konzeptlosigkeit einen ungefähren Erwartungsrahmen fest. Der Begriff der *Population* bezeichnet die Gruppe, für die das Review Evidenz liefern soll (vgl. Kunz et al. 2009, S. 11; vgl. Petticrew und Roberts 2006, S. 42). Dass als Zielgruppe die leistungserbringenden professionell Pflegenden festgelegt sind, ist darin begründet, dass die Phänomene sowohl in eben dieser Gruppe auftreten als auch darin, dass die Ausrichtung der Fragestellung auf Pflegende fokussiert ist. Mit professionell Pflegenden werden pflegende Angehörige oder Ehrenamtliche aus der Population ausgeschlossen. Mit Blick auf die international vielfältigen Kompetenzen und Handlungsfelder Pflegender schließt der Begriff »professionell Pflegende« unterschiedlichste Abschlüsse ein. Auf den deutschen Kontext übertragen sind so neben pflegerischem Fachpersonal auch pflegerische Hilfskräfte mit eingeschlossen. »Professionell Pflegende« wird deshalb operationalisiert durch zwei zu erfüllende Bedingungen: Die Pflegenden sind zum einen dauerhaft in einem Allgemeinkrankenhaus beruflich tätig und sind zum anderen für die pflegerische Versorgung wechselnder Klientinnen und Klienten zuständig. Intervention bzw. *Exposition* beschreiben Maßnahmen oder Ereignisse, die auf die Population wirken (vgl. Kunz et al. 2009, S. 11; vgl. Petticrew und Roberts 2006, S. 42). Als Exposition gilt im Rahmen der Review-Frage die Begegnung mit Menschen mit Demenz nicht nur im Sinne ihrer Pflege und Betreuung. Darüber hinaus kommt durch die Verantwortlichkeit der Pflegenden für andere Menschen im Pflegesetting auch indirekte Betroffenheit zum Tragen. Indirekte Betroffenheit bezeichnet Konsequenzen für die Pflege, die sich aus der Begegnung Dritter mit Menschen mit Demenz ergeben. Die Verwendung des in der Pflege weniger gebräuchlichen Begriffs der Begegnung zielt darauf ab, bewusst zu machen, dass es an dieser Stelle der Recherche um die Phänomene geht, die irritierend wirken, von subjektiver »Normalität« abweichen oder die für Pflegende belastend sind. Die Verwendung des Begriffs »Exposition« lässt auch die Lesart zu, dass professionell Pflegende Menschen mit Demenz »ausgesetzt« sind. Diese Formulierung ist mit Blick auf die Würde der Menschen mit Demenz äußerst bedenklich – und spiegelt damit möglicherweise gleichzeitig auch die Situation Pflegender im Krankenhaus wieder und verdeutlicht die Notwendigkeit einer Konzeptentwicklung. Krankenhäuser sind strukturell nicht auf Menschen vorbereitet, die den Behandlungsverlauf nicht aktiv mitgestalten können (vgl. Pinkert und Holle 2012, S. 728, 734). Wird also gelesen, dass professionell Pflegende den Menschen mit Demenz »ausgesetzt« sind, so sollte bedacht werden, dass das »ausgesetzt sein« nicht von Menschen mit Demenz ausgeht – sondern von Strukturen, die sowohl Pflegende als auch Patientinnen und Patienten miteinander in Beziehung setzen. *Vergleich* bezeichnet Kohorten, Situationen, Interventionen oder Expositionen, mit denen die im Fokus stehende Intervention bzw. Exposition verglichen werden soll (vgl. Petticrew und Roberts 2006, S. 42). Wenn Pflegende speziell von der Begegnung mit Menschen mit Demenz berichten, vergleichen sie die Erfahrungen einer speziellen Gruppe mit einer allgemeinen Gruppe. Dies können etwa alle anderen Patientinnen und Patienten oder auch andere spezielle Gruppen sein, etwa Menschen, die den Behandlungsverlauf aktiv mitgestalten können.

Tabelle 3.4: Reviewfrage im PICO-Format

Population:	<i>Professionell Pflegende</i>
Exposition:	<i>Begegnung mit Menschen mit Demenz</i>
Vergleichsgruppe:	<i>— Nicht expliziert, emergiert ggf. aus der Literaturarbeit —</i>
Outcomes:	<i>Phänomene</i>
Kontext:	<i>Allgemeinkrankenhaus</i>

Dieser Prozess ist ein Bewertungsprozess und nicht notwendigerweise transparent (vgl. Beywl und Widmer 2009, S. 13). Tabelle 3.4 fasst die Fragestellung im PICO-Format zusammen.

### 3.3 Methode des Conceptual Review

Von den durch Petticrew und Roberts angebotenen Begriffen »Conceptual Synthesis« und »Conceptual Review« wird der letztgenannte Terminus benutzt. Der Begriff der »Conceptual Synthesis« wird auch von Edward Craig für einen neuen Ansatz der »Conceptual Analysis« im Bereich der empiristischen Konstruktion verwendet (vgl. MacBain 2004, S. 193–194). Durch die Verwendung des Begriffs »Conceptual Review« wird dagegen der darstellende Charakter der Methode verdeutlicht. Von einer Übersetzung des Begriffs ins Deutsche wird abgesehen, um dem Risiko der Verwässerung des bestehenden Begriffs zu begegnen. Abweichend zu den Vorgaben wird der Begriff »RU / EBPP« (Research Utilisation / Evidence Based Policy and Practice) durch den Begriff Evidence based Nursing, der sowohl der Forschungsanwendung (Research Utilisation) und der Evidenzbasierung von Leitlinien (Policies) und der Praxis (Practice) gerecht wird (vgl. Nutley et al. 2002, S. 2). In diesem Fall wird die von Sommerfeld (2007) kritisierte unscharfe Abgrenzung des Begriffs EbN von Parallelbegriffen wie »best practice« oder »evidence-based practice« gezielt genutzt, um den Kontext der Pflege hervorzuheben (vgl. Schwarz 2009, S. 96).

#### 3.3.1 Ziele

Das Conceptual Review zielt darauf ab, einen Überblick über die Literatur im Forschungsfeld zu geben und schließt dabei wesentlichen Ideen, Modelle und Debatten mit ein. Es arbeitet die Auswirkungen dieser wesentlichen Ideen, Modelle und Debatten heraus und überprüft, ob die Ideen aus dem Feld bereits angewendet wurden, um Implementierungsprobleme in Bezug auf Anwendung der Forschungsergebnisse bzw. evidenzbasierter Leitlinien und Praktiken zu verstehen. Das Conceptual Review versucht darüber hinaus zu verstehen, welche Schlussfolgerungen aus dieser möglichen Praxis gezogen wurden. Explizit wird darauf hingewiesen, dass die vorhandene Literatur durch das Conceptual Review nicht erschöpfend erfasst werden soll (vgl. Nutley et al. 2002, S. 2).

Aus den Zielen des Conceptual Review und der Forschungsfrage ergeben sich die Ziele der Recherche:

- Die wesentlichen Phänomene werden im Ursache-Wirkungs-Diagramm in den Kategorien der 8M – oder diese erweiternd – dargestellt.
- Reaktionen der Praxis auf diese Phänomene werden in den Kategorien der 8M – oder diese erweiternd – dargestellt.
- Wenig- oder nicht beschriebene Bereiche des Ursache-Wirkungs-Diagramms sind beschrieben.

### 3.3.2 Suche

Basierend auf der Review-Frage werden Suchbegriffe generiert (vgl. Findley 1989, S. 99). Hierzu werden neben den deutschsprachigen Begriffen und Quasi-Synonymen auch entsprechende englischsprachige Übersetzungen und mittels Trunkierung auch entsprechende Singular- und Pluralformen abgeleitet (vgl. Rost 2012, S. 162–163, 164–167). Diese Begriffe werden einzeln am Kriterium der Trefferzahl im Vergleich zu anderen Suchbegriffen auf ihre Eignung überprüft. Die einzelnen Begriffe werden über Boole'sche Operatoren miteinander zu Abfragen verknüpft. Die Breite der Recherche wird mit der Ausweitung und Einschränkung der Suchbegriffe in den Suchfeldern (z. B. Titel, Schlagwort, Freitext) gesteuert. Zusätzliche Limitationen werden vermieden, da diese Fehler begünstigen (vgl. Guba 2008, S. 64–67). Mit Blick auf die für unsere Arbeit zur Verfügung stehenden Mittel wird nur im Bereich der für Studierende kostenlos zugänglichen Volltexte gesucht. Für den internationalen Sektor wird als primäre Datenbank CINAHL benutzt, die durch PsycINFO und Academic Search Elite erweitert wird. Eine detaillierte Beschreibung der Recherche findet sich in Kapitel C. Die Suchverbindungen werden in einem mehrstufigen Verfahren entwickelt:

1. Ausgehend von den möglichst breit angelegten Suchverknüpfungen beschränkt sich die erste Suche auf den Zeitraum des laufenden Jahres. Dieser Zeitraum wird so lange um jeweils ein Jahr erweitert, bis mindestens 30 Treffer gelistet werden oder der Zeitraum von 5 Jahren überschritten wird (vgl. Findley 1989, S. 100).
2. Die thematische Relevanz dieser Treffer wird in Relation zur PICO-Fragestellung an deren Titel beurteilt. Sind weniger als 30 % aller Treffer potenziell relevant, werden die Schlag- und Stichworte der hoch relevanten Artikel überprüft und die Spezifität der Suchverbindung erhöht (vgl. Findley 1989, S. 100).
3. Treffer die mittels Titel als thematisch potentiell relevant eingestuft sind, werden auf Basis des Abstracts als hoch relevant, relevant, möglicherweise relevant und nicht relevant eingestuft. Liegt der Anteil der nicht relevanten Treffer gemessen an der Zahl aller Treffer bei mehr als 70 %, wird die Suchverbindung präzisiert. Hierzu werden die Schlag- und Stichworte überprüft und die Spezifität der Suchverbindung erhöht (vgl. Findley 1989, S. 100–101; vgl. Nutley et al. 2002, S. 2).
4. Die zwei oder drei Zeitschriften, welche die meisten Artikel der Gruppe »möglicherweise Relevant«, »relevant« oder »hoch relevant« zur Trefferliste beisteuern, werden ermittelt. Die Inhaltsverzeichnisse dieser Zeitschriften werden für die zurückliegenden zwölf Monate gesichtet und relevante Artikel anhand von Titel und Abstract identifiziert. Können all diese Artikel aus der Handsuche in der Trefferliste der Datenbank mit den verwendeten Suchverbindungen gefunden werden, kann diese weiter verwendet werden. Anderenfalls muss auf Basis der Schlag- und Stichworte der Artikel aus der Handsuche die Sensitivität der Suchverbindung erhöht werden (vgl. Findley 1989, S. 101; vgl. Nutley et al. 2002, S. 2).

Die Texte werden in Anlehnung an ein von der Research Unit for Research Utilisation entwickelten Rahmen formal und inhaltlich analysiert (vgl. Nutley et al. 2002, S. 3). Die Inhalte der Texte werden dem 8M-Raster zugeordnet. Innerhalb des 8M-Rasters werden die zur Beschreibung der Problemstellung verwendeten Dimensionen Relevanz, Problemdimension, Beeinflussbarkeit des Problems und korrelierender Themen und Probleme zugeordnet. Lösungsansätze werden dabei separat aufgeführt. Für künftige Recherchen werden Schlüsselbegriffe gesammelt. In wenig beschriebenen Bereichen des 8M-Rasters werden Schlüsseltexte ausgewählt, von denen

Abbildung 3.1: Prozess der Festlegung der Suchverbindung

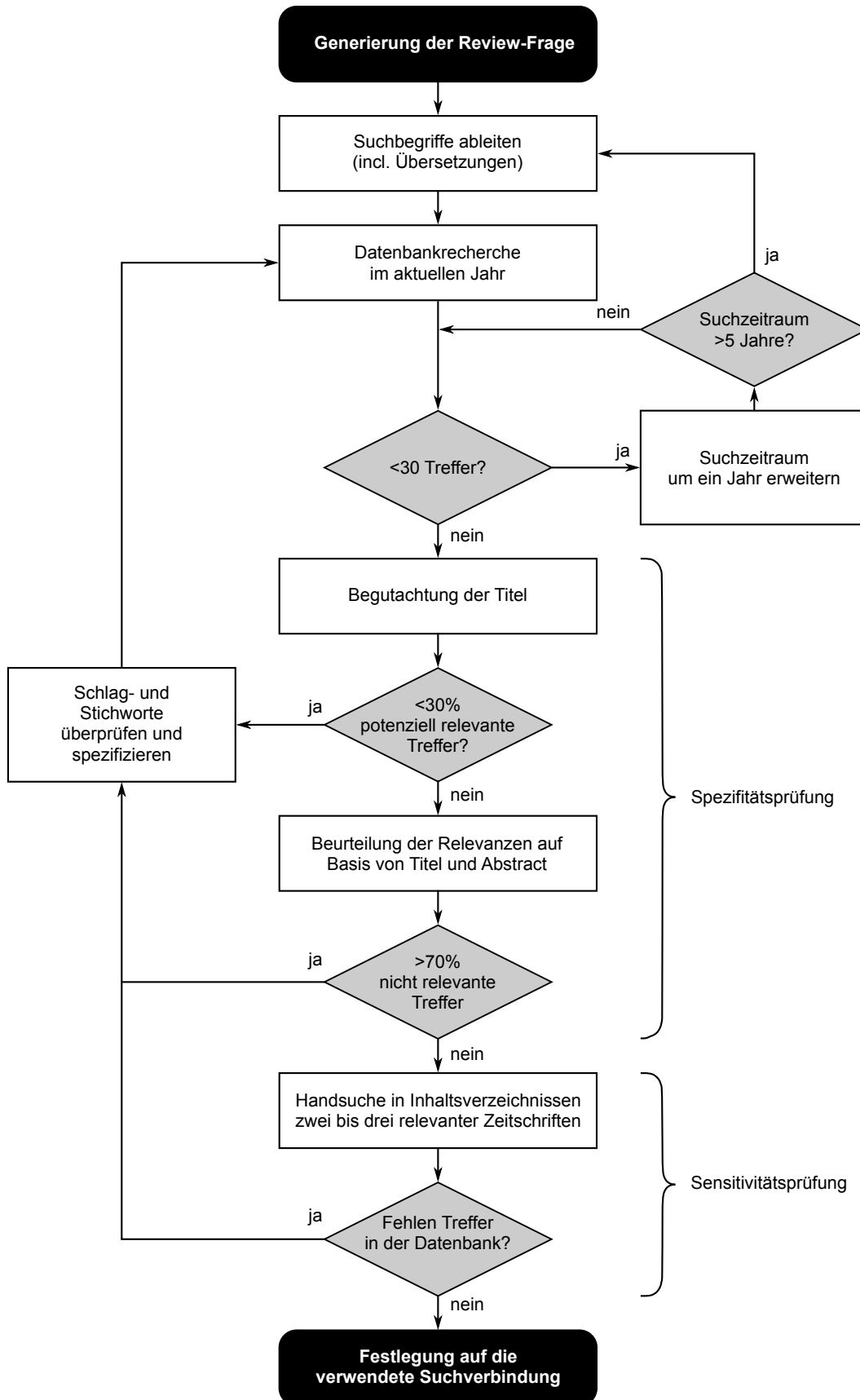
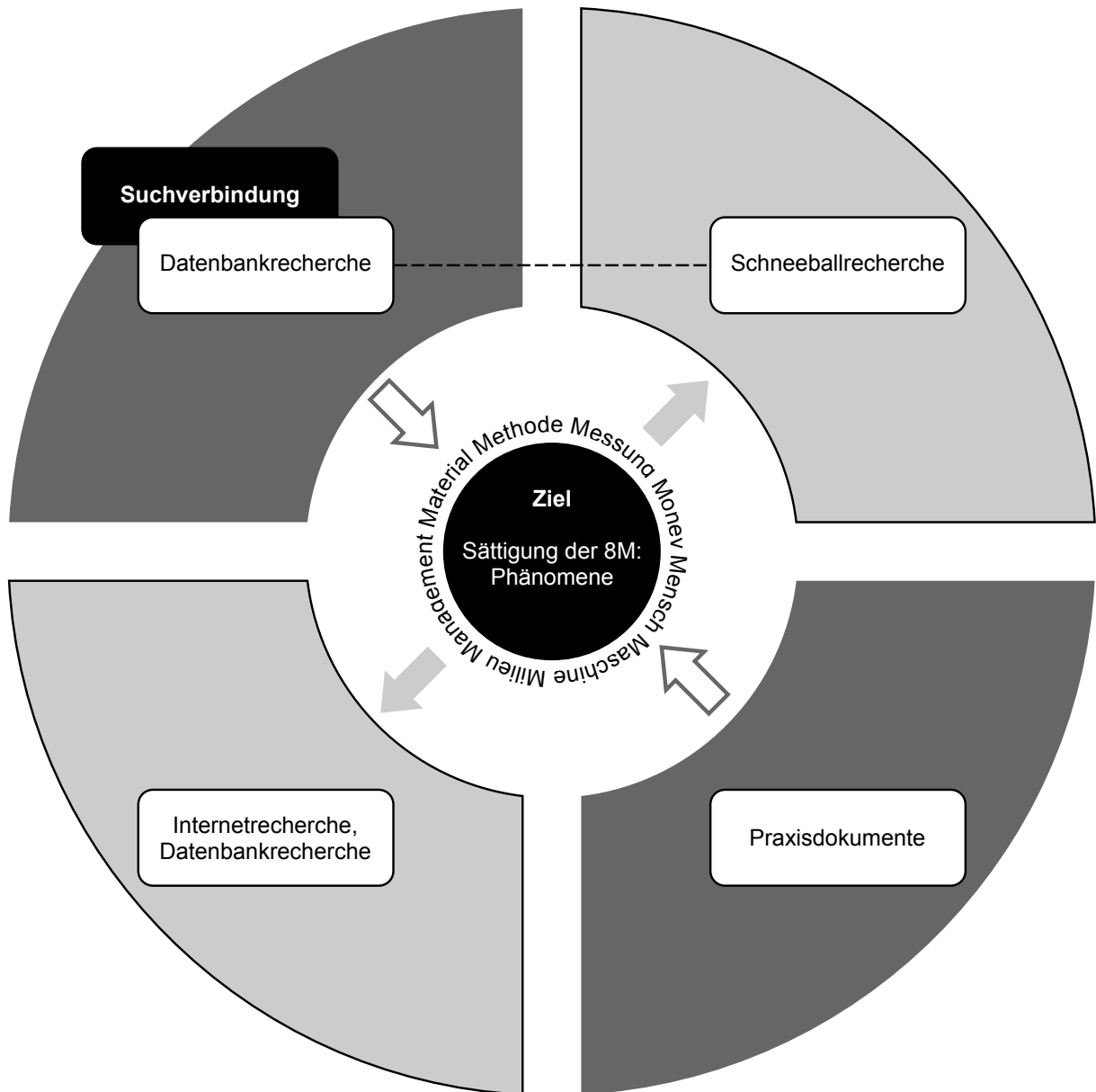


Abbildung 3.2: Vorliegende und im Rahmen der Konzeptentwicklung zusätzlich erforderliche Recherchen



per Schneeballsystem durch Literaturlisten, Autoren und Zitaten nach zusätzlichen wichtigen Texten gesucht wird (vgl. Nutley et al. 2002, S. 2; vgl. Findley 1989, S. 101), so kann einem der Nachteile einer rein zeitlich limitierten Recherche begegnet werden und auf das jeweils aktuellste Wissen zu einem Themengebiet zurückgegriffen werden. Um die Reaktionen der Praxis auf die ermittelten Phänomene zu erkunden, wird eine sondierende Recherche im Internet (»visible Web«), in Datenbanken und gezielt über Berufsverbände und Pflegenetzwerke eingeleitet (vgl. Nutley et al. 2002, S. 2). Die Recherche entwickelt sich nach der systematischen Festlegung der Suchverbindungen zunehmend zu einem iterativen Prozess, der die Sättigung relevanter Bereiche im 8M-Modell anstrebt. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die Datenbankrecherche und recherchiert in begrenztem Rahmen nach Praxisdokumenten im Internet. Hierzu werden systematisch Webseiten von Berufsverbänden und Alzheimergesellschaften nach wichtigen Dokumenten durchsucht. Diese Rechercheprotokolle sind in Kapitel B.4 abgebildet. Die verwendeten Instrumente finden sich in Kapitel F.

### **3.4 Analyse und Beurteilung der Evidenz**

Die Auswertung der Texte erfolgt in Anlehnung eines von der Research Unit for Research Utilisation entwickelten Rahmens (vgl. Nutley et al. 2002, S. 3; vgl. Findley 1989, S. 101). Hierbei werden formale und inhaltliche Aspekte der einzelnen Studien erfasst und schließlich die Evidenz der einzelnen Outcomes bewertet. Die entsprechenden Instrumente für diesen Prozess finden sich in Kapitel F. Die Bewertung der Evidenz erfolgt, entsprechend der Empfehlung des deutschen Cochrane-Zentrums über das GRADE-System (vgl. Deutsches Cochrane Zentrum 2010). Im Analyseprozess und bei der Beurteilung der Evidenz ist zu beachten, dass in der vorliegenden Arbeit nur Artikel über Studien vorliegen. Der Einblick in vollständige Studien, der für eine hinreichende Beurteilung notwendig ist, beschränkt sich auf einen einzigen Ausnahmefall. Eine Beurteilung auf der Basis von Artikeln ermöglicht dagegen immerhin im begrenzten Maße Aussagen zur Evidenz und zur Forschungssituation zu treffen. Diese Option ist durch die explizite, kritische Reflexion der wissenschaftlichen Arbeit durch die jeweiligen Autoren eröffnet.

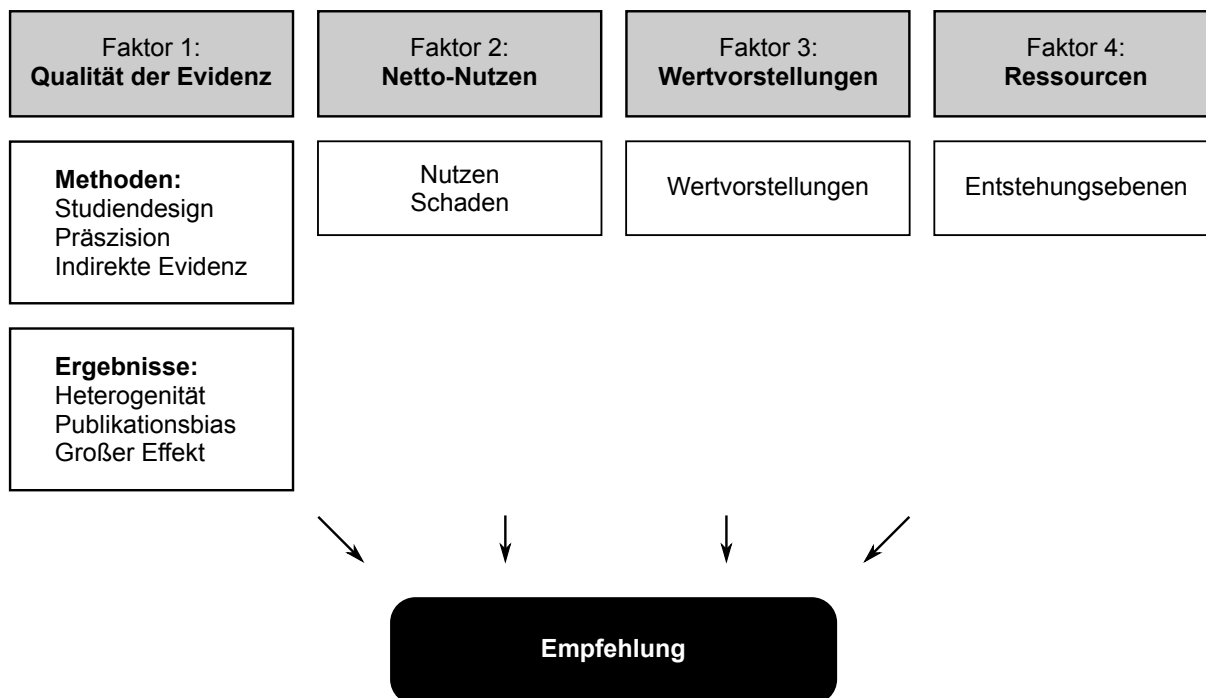
#### **3.4.1 GRADE-System der Bewertung**

Die Heterogenität und mangelnde Transparenz der Systeme zur Darstellung der Qualität von Evidenz sorgt für Schwierigkeiten, Leitlinien verschiedener Arbeitsgruppen und die Entscheidungen der Gruppen zu vergleichen. Dies lieferte im Jahr 2000 den Ausschlag für die Entstehung der GRADE<sup>1</sup> Working Group, einer internationalen Gruppe von Expertinnen und Experten in Sachen Leitlinien, Methoden und Klinik, die sich die Entwicklung eines umfassenden und in sich konsistenten Konzepts zur Erstellung von Leitlinien auf die Agenda gesetzt hat (vgl. Kunz et al. 2008, S. 673). Inzwischen findet das GRADE-System im Gesundheitssystem und im Pflegekontext breite Anwendung, etwa durch die World Health Organisation (WHO), Cochrane Collaboration, Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) (vgl. Schünemann 2009, S. 392), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), German Center for Evidence based Nursing (vgl. Behrens 2011, S. 160) und FIT-Nursing Care (vgl. Panfil 2011, S. VII). GRADE begegnet der Heterogenität der vielen, selten von mehr als einer Organisation benutzten Systeme durch die internationale Zusammenarbeit vieler verschiedener Organisationen, die in der Entwicklung und Evaluation von GRADE beteiligt sind. Mangelnder Transparenz, die lediglich impliziten Definitionen und Kriterien folgt, wird durch explizite Definitionen und Be-

---

<sup>1</sup>GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

Abbildung 3.3: GRADE-System der Bewertung und Empfehlung



wertungen begegnet. So soll das GRADE-System konsistentere Bewertungen ermöglichen und durch transparente Kommunikation helfen, besser informiert Entscheidungen im Gesundheitssystem zu fällen (vgl. Falck-Ytter et al. 2004a, S. 3).

### 3.4.2 Vorteile des GRADE-Systems

Das GRADE-System zeichnet sich gegenüber anderen Systemen in folgenden Punkten aus:

- GRADE wurde von einer weitgehend repräsentativen Gruppe internationaler Leitlinienentwicklerinnen und -entwicklern konzipiert.
- GRADE trennt klar zwischen dem Evidenzlevel (quality of evidence) und der Empfehlungsstärke (strength of recommendations).
- GRADE beurteilt explizit die Bedeutung der Ergebnisse alternativer Handlungsstrategien (management strategies).
- GRADE beinhaltet explizite und umfassende Kriterien zur Auf- und Abwertung des Evidenzlevels.
- GRADE geht in einem transparenten Prozess von der Evidenz zur Empfehlung über.
- GRADE erkennt ausdrücklich Werte und Präferenzen an.
- GRADE beinhaltet eine klare und pragmatische Darstellung von starken und schwachen Empfehlungen.
- GRADE ist nützlich für die Erstellung systematischer Reviews, Assessments im Gesundheitswesen und Richtlinien (vgl. Guyatt et al. 2008, S. 924; vgl. Falck-Ytter et al. 2004a, S. 3).



## Überblick zur Anwendung:

Ziel des GRADE-Systems ist das Aussprechen von Handlungsempfehlungen in Leitlinien (vgl. Schünemann 2009, S. 395). Auf das Aussprechen von Empfehlungen nehmen im GRADE-System vier Faktoren Einfluss: Die *Qualität der Evidenz* beurteilt auf Basis methodischer Kriterien die Glaubwürdigkeit der Wissenslage insgesamt. Das *Abwägen wünschenswerter und unerwünschter Behandlungsfolgen* beurteilt das Nutzen-Risiko-Verhältnis einer Maßnahme. *(Un)sicherheiten bei Werten und Präferenzen* beleuchten, inwiefern sich Betroffene im Allgemeinen eine Handlungsempfehlung teilen oder sich in Einzelfällen sehr unterschiedlich zu einer Handlungsempfehlung positionieren. *Auswirkungen auf die Ressourcen* sind, verglichen mit den bisher genannten Faktoren über einen Zeitraum oder geographische Regionen hinweg weniger stabil und damit sehr kontextsensitiv. Sie beschreiben den Verbrauch an Ressourcen bzw. die Kosten einer Intervention (vgl. Kunz et al. 2008, S. 674–676). GRADE expliziert lediglich für den Faktor der Qualität der Evidenz Kriterien und räumt ein, dass neben den bestehenden Grauschattierungen für diesen Faktor auch eine unterschiedliche Diskussion zu den anderen drei Faktoren zu entsprechend unterschiedlichen Handlungsempfehlungen führen kann. Aus diesem Grund ist die Transparenz bei der Entscheidungsfindung ein elementarer Bestandteil bei der Generierung von Handlungsempfehlungen (vgl. Kunz et al. 2008, S. 678–677).

Konzepte sollen auf einem ansprechenden Evidenzlevel abgesichert werden (vgl. Elsbernd 2013, S. 23). GRADE gibt, für die Bewertung der Evidenz, ein methodisches Gerüst vor, dessen Berücksichtigung zu mehr Transparenz und zu einer international einheitlichen Systematik bei der Bewertung der Evidenz beiträgt (vgl. Kunz et al. 2008, S. 679). Für die Bewertung der Qualität der Evidenz sind die für die Betroffenen relevanten Endpunkte jedoch bereits vor Beginn des Bewertungsprozesses festzulegen (vgl. Kunz et al. 2008, S. 676), was im Rahmen der qualitativ-explorativen Fragestellung mit der 8M-Systematik lediglich auf abstrakter Ebene gegeben ist. Der hohe Abstraktionsgrad könnte in einzelnen Fällen die Einzelbewertung von Studien erfordern, wofür das GRADE-System nicht vorgesehen ist. Ein solches Vorgehen wird allerdings auch in FIT-Nursing-Care (einer schweizerischen Internetplattform zur Unterstützung von Evidence-based Nursing) beschrieben, bei dessen Erarbeitung auch ein Mitglied der GRADE Working Group vertreten war (vgl. Panfil 2011, S. VII). Weiter beschränkt sich das GRADE-System auf die Bewertung von randomisiert-kontrollierten Studien und Beobachtungsstudien. Trotz der vorliegenden Einschränkungen soll der Vorteil der expliziten Kriterien zur Bewertung und Entscheidungsfindung genutzt werden, wenngleich das Ergebnis nicht wie für GRADE üblich in direkten Handlungsempfehlungen münden kann. Vielmehr soll die Transparenz des GRADE-Systems dazu dienen, auch nach ergänzenden Recherchen und dem Hinzufügen neuen Wissens Entscheidungen treffen zu können. Damit soll den Lesenden letztlich die Priorisierung einzelner Eckpunkte für die Konzeptentwicklung ermöglicht werden. Im Folgenden werden die Bausteine des GRADE-Systems vorgestellt.

## Das GRADE-System spricht starke und abgeschwächte Empfehlungen aus:

Für starke Empfehlungen (siehe auch Tabelle 3.5) wird davon ausgegangen, dass die Mehrzahl aller Betroffenen bei voller Informiertheit die gleiche Wahl treffen würde. Entscheidungsträger können die Befolgung der Empfehlung als Qualitätsindikator nutzen. Bei abgeschwächten Empfehlungen ist anzunehmen, dass zwar die Mehrheit der Betroffenen bei voller Informiertheit der Empfehlung folgen würde, ein nicht unerheblicher Anteil jedoch Alternativen wählen würde. Für professionelle Pflegekräfte bedeutet dies, dass hinsichtlich der verbleibenden Unsicherheit Abweichungen in größerem Umfang gerechtfertigt sein können. Für Entscheidungsträger können

Tabelle 3.5: GRADE: Empfehlungsstärke

Definition:	»Die Stärke der Empfehlung ist ein Gradmesser für die Zuversicht, dass das Umsetzen der Empfehlung mehr nutzt als schadet.« (Falck-Ytter et al. 2004b, S. 1)
Starke Empfehlung	Die positiven Konsequenzen einer Maßnahme überwiegen die unerwünschten klar. Die Empfehlung »Tun« (»Do it«) oder »Nicht tun« (»dont do it«) beschreibt eine Entscheidung, die die meisten, gut informierten Personen treffen würden.
Abgeschwächte Empfehlung	Die positiven Konsequenzen einer Maßnahme werden die unerwünschten vermutlich überwiegen. Der Gesamtnutzen ist aber weniger eindeutig. Die Empfehlung »wahrscheinlich tun« (»Probably do it«) oder »wahrscheinlich nicht tun« (»probably dont do it«) beschreibt eine Entscheidung, die eine gut informierte Mehrheit treffen würde, jedoch eine ebenso gut informierte, deutliche Minderheit nicht.

(vgl. Kunz et al. 2008, S. 674; vgl. Falck-Ytter et al. 2004b, S. 7)

diese abgeschwächten Empfehlungen nur insofern als Qualitätskriterium übernommen werden, als dass in diesem Feld eine intensive Auseinandersetzung mit dem gewählten Weg stattfinden muss (vgl. Kunz et al. 2008, S. 676).

### Faktor 1 – Qualität der Evidenz

Die GRADE-Working-Group geht davon aus, dass in der Regel Evidenz zu einer Fragestellung vorliegt. Die Aufgabe einer Übersichtsarbeit ist damit, zu beurteilen, wie gut und vollständig die Evidenz ist. Es muss gegebenenfalls beurteilt werden, wie indirekt oder übertragbar die allgemeine Evidenzlage zur Beantwortung einer Fragestellung ist (vgl. Schünemann 2009, S. 393). Vor der Anwendung des GRADE-Systems steht damit idealerweise eine systematische Übersichtsarbeit oder eine pragmatische Literatursuche. Im nächsten Schritt wird endpunktspezifisch und studienübergreifend die Qualität der Evidenz für die einzelnen Endpunkte bewertet (vgl. Schünemann 2009, S. 396). In dieser Beurteilung liegt der Fokus auf der Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, dass systematische Fehler vorliegen oder dass die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Kontexte außerhalb der Studie ungewiss ist. Die GRADE-Working-Group sieht Randomisierung als die sicherste Methode zur Vermeidung von systematischen Fehlern und »Confounding« (Störfaktoren). Randomisierung wird deshalb als Referenzstandard für die Beurteilung der Evidenzqualität herangezogen (vgl. Schünemann 2009, S. 396). Deshalb ist der Ausgangspunkt für die Qualitätsbewertung das Studiendesign. Randomisiert-Kontrollierte Studien werden als glaubwürdig und robust betrachtet und werden grundsätzlich als qualitativ hochwertig betrachtet und gegebenenfalls abgewertet. Beobachtungsstudien werden als weniger valide und robust betrachtet und deshalb ausgehend von niedriger Qualität beurteilt (vgl. Kunz et al. 2008, S. 677).

Das GRADE-System stellt klar, dass Evidenz auch aus nicht randomisierten Studien unter besonderen Umständen als hohe Qualität eingestuft werden kann und berücksichtigt, dass Randomisierung nicht immer, etwa aus ethischen Gründen, durchgeführt wird (vgl. Schünemann 2009, S. 396). Dieser Prozess vollzieht sich mit der kriteriengeleiteten Option zur Heraufstufung von Beobachtungsstudien bzw. der Herabstufung randomisiert-kontrollierter Studien. Die Kriterien werden im Cochrane-Handbuch ausführlich beschrieben (vgl. Kunz et al. 2008, S. 678;

Tabelle 3.6: GRADE Faktor 1: Evidenz

Definition:	»Die Qualität der Evidenz ist ein Gradmesser für die Zuversicht, dass ein ermittelter Effekt korrekt ist.« (Falck-Ytter et al. 2004b, S. 1)
<b>Evidenzstufe<sup>1</sup></b>	<b>Definition</b>
Hohe Qualität	Es ist sehr unwahrscheinlich, dass weitere Forschung das Vertrauen <sup>2</sup> in den beobachteten Behandlungseffekt verändert. <i>Randomisiert-Kontrollierte Studien werden ausgehend von dieser Evidenzstufe bewertet.</i>
Moderate Qualität	Weitere Forschung wird sich vermutlich erheblich auf unser Vertrauen in den beobachteten Behandlungseffekt auswirken. Möglicherweise ändert sich der Behandlungseffekt.
Niedrige Qualität	Weitere Forschung wird sich sehr wahrscheinlich auf unser Vertrauen in den beobachteten Behandlungseffekt auswirken. Wahrscheinlich ändert sich der Behandlungseffekt. <i>Beobachtungsstudien werden ausgehend von dieser Evidenzstufe bewertet.</i>
Sehr niedrige Qualität	Der beobachtete Behandlungseffekt ist mit sehr großer Unsicherheit behaftet. <i>Fallstudien und Fallberichte werden ausgehend von dieser Evidenzstufe bewertet.</i>

(vgl. Schönemann 2009, S. 396; Kunz et al. 2008, S. 677; Falck-Ytter et al. 2004a, S. 4; Higgins und Green 2011, 12.2.a)

<sup>1</sup> Expertenmeinung stellt keine Evidenzstufe dar, es handelt sich vielmehr um eine Interpretation von vorliegender Evidenz, die sowohl randomisierte als auch beobachtende Studien (manchmal nur in Form von wenigen beobachteten Fällen) einschließt.

<sup>2</sup> Im Original »Confidence« wird auch als »Einschätzung« übersetzt (vgl. Guyatt et al. 2008, S. 926; vgl. Falck-Ytter et al. 2004b, S. 3).

vgl. Higgins und Green 2011, 12.2.a) und finden sich in den Instrumenten zur Abwertung von randomisierten Studien und zur Aufwertung von Beobachtungsstudien. Der Prozess der Evidenzbewertung findet Endpunktbezogen über alle Studien hinweg statt. Die Gründe für eine Herabstufung oder Hochstufung der Qualität werden explizit beschrieben, die Herab- bzw. Hochstufungen wirken kumulativ. Studien können auch doppelt auf- oder abgewertet werden, wenn in mehreren Dimensionen hinreichend Kriterien erfüllt sind (vgl. Falck-Ytter et al. 2004a, S. 2, 5). In der vorliegenden Arbeit werden die aufgeführten, methodenbezogenen Rahmenkriterien in einem Zwischenschritt an Einzelstudien angelegt, um die Transparenz der übergreifenden Bewertung zu erhöhen. Das durch GRADE eingeschlossene Bewertungssystem für randomisierte Studien und Beobachtungsstudien wird durch Instrumente für qualitative Studien, Standards und Leitlinien sowie Übersichtsarbeiten ergänzt. Diese Instrumente basieren auf Behrens und Langer (2010) und sind den Instrumenten zur kritischen Beurteilung von Studien des German Center for Evidence-based Nursing sowie FIT-Nursing Care entnommen. Diese Instrumente sind im Kapitel F abgebildet. Nach der Beurteilung der Methodik der einzelnen Studien werden die Ergebnisse aller Studien in ihrer Gesamtheit bewertet. Auf Basis dieser Teilbewertungen und

Tabelle 3.7: GRADE Faktor 2: Netto-Nutzen

Netto-Nutzen	Eindeutig größerer Nutzen als Schaden.
Abwägung notwendig	Ein Abwägen ergibt sowohl wesentlichen Nutzen als auch wesentlichen Schaden.
Abwägung unsicher	Es ist nicht klar, inwieweit der Nutzen den Schaden überwiegt.
Kein Netto-Nutzen	Eindeutig größerer Schaden als Nutzen.

(vgl. Falk 2009, S. 6)

bezogen auf die Qualität aller für die Betroffenen relevanten Endpunkte wird die Evidenz der gesamten Datenlage bewertet. Diese Evidenz kann von verschiedenen Studiendesigns und systematischen Übersichtsarbeiten stammen, wenn nicht alle relevanten Endpunkte gleichmäßig beschrieben und erfasst sind (vgl. Kunz et al. 2008, S. 678). Als relevant gelten sowohl physiologische Endpunkte, Surrogat- und Prozessparameter (als indirekte Evidenzen) und betroffenen-relevante Endpunkte. Sie werden unterschieden als »für die Entscheidungsfindung essentiell«, »wichtig« und »von begrenzter Bedeutung« (vgl. Kunz et al. 2008, S. 676). In der abschließenden Bewertung der Evidenz wird die niedrigste Evidenzstufe der einzelnen essentiellen und wichtigen Endpunkte herangezogen, um keine falsche Sicherheit bei der integrativen Beurteilung der Evidenz zu suggerieren (vgl. Schönemann 2009, S. 396; vgl. Falck-Ytter et al. 2004a, S. 2). Auf- und Abwertungen der Evidenzstufe werden transparent begründet (vgl. Higgins und Green 2011, S. 12.2.2). Die Bewertung der Evidenz beschränkt sich im Rahmen der vorliegenden Arbeit bedingt durch die abstrakte Fragestellung und das begrenzte Datenmaterial auf eine Bewertung auf Grundlage der Zahl und der Qualität der Quellen.

### **Faktor 2 – Abwägung wünschenswerter und unerwünschter Behandlungsfolgen**

Es ist häufig schwer zu entscheiden, welche Gewichtung einzelnen Outcomes zuzuschreiben ist, da unterschiedliche Menschen häufig auch unterschiedliche Wertevorstellungen haben. Werden Bewertungen im Namen Dritter durchgeführt, etwa für die von einer Intervention betroffenen Gruppe, so werden diese auf eine solidere Grundlage gestellt, wenn Erkenntnisse über die Wertvorstellungen dieser Personen einbezogen werden. Diese Bewertung berücksichtigt nicht die Kosten einer Maßnahme (vgl. Falck-Ytter et al. 2004a, S. 6)

### **Faktor 3 – Unsicherheit bei den Werten und Präferenzen**

Einheitliche Wertvorstellungen hinsichtlich einer Entscheidung der Betroffenen zwischen Nutzen und Risiko rechtfertigen eine starke Empfehlung. Unterschiedliche Präferenzen der Betroffenen führen, trotz hochwertiger Evidenzlage, zu einer abgeschwächten Empfehlung (vgl. Kunz et al. 2008, S. 676). Daraus abgeleitet wird überprüft, ob aus den vorliegenden Daten Hinweise zu den Wertvorstellungen der Betroffenen emergieren:

Tabelle 3.8: GRADE Faktor 3: Wertvorstellungen

Einheitliche Wertvorstellungen	Einheitliche Wertvorstellungen sind konkret nachweisbar oder aus dem Kontext intersubjektiv nachvollziehbar.
Unklare Wertvorstellungen	Zu Wertvorstellungen können keine Aussagen getroffen werden.
Divergierende Wertvorstellungen	Divergierende Wertvorstellungen sind konkret nachweisbar oder aus dem Kontext intersubjektiv nachvollziehbar.

(Huber, in Anlehnung an Kunz et al. 2008, S. 676)

#### Faktor 4 – Auswirkungen auf die Ressourcen

Die Durchführung von Maßnahmen bedeutet im Kontext begrenzter Ressourcen eine Verringerung der Mittel an anderer Stelle. Diese Kosten verhalten sich kontextspezifisch, verändern sich mit der Zeit und ihre Größenordnung kann schwer zu ermitteln sein (vgl. Falck-Ytter et al. 2004a, S. 7). Vor diesem Hintergrund werden nicht die Kosten in ihrem Betrag konkret und direkt, sondern die Ebenen Ihrer Entstehung, verortet in Anlehnung an Donabedian, abstrakt eingeschätzt (Tabelle 3.9).

Tabelle 3.9: GRADE Faktor 4: Ressourcen

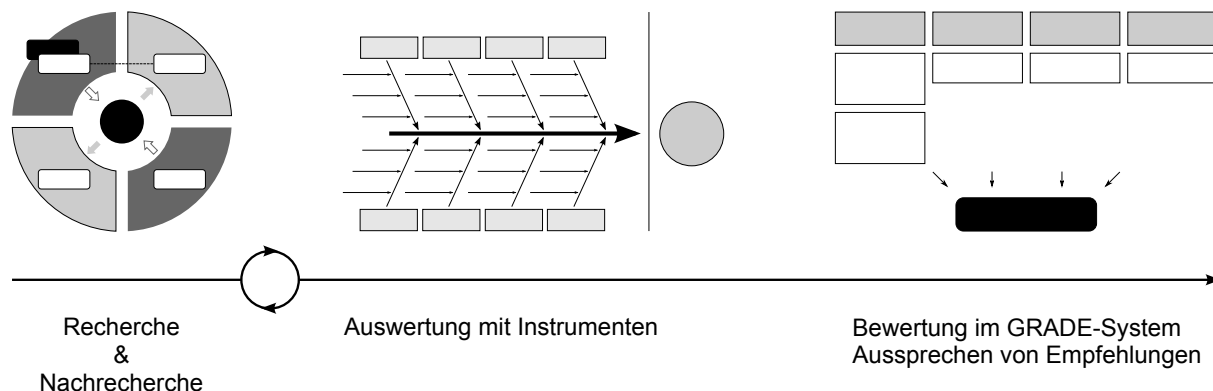
Keine Aussage	Aussagen zu Kosten können nicht getroffen werden.
Strukturebene	Kosten entstehen bei der Bereitstellung von Strukturen zur Durchführung der Maßnahme: Auf Ebene der Organisation Auf Ebene der Pflegenden
Prozessebene	Kosten entstehen im Prozess der Durchführung der Maßnahme: Auf Ebene der Organisation Auf Ebene der Pflegenden
Ergebnisebene	Kosten entstehen im Ergebnis oder bei der Evaluation der Maßnahme: Auf Ebene der Organisation Auf Ebene der Pflegenden

(Huber, in Anlehnung an Falck-Ytter et al. 2004a, S. 7; Zollondz 2011, S. 170–171)

#### Zusammenfassung des GRADE-Bewertungssystems

Das Ergebnis der Beurteilung der Studien ist ein Überblick wesentlicher Ideen, Modelle und Debatten zu den 8M in der Konzeptentwicklung, die die Phänomene expliziert, die im Bereich der Pflege bei der Begegnung mit Menschen mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus beschrieben werden. Mit der Einschätzung der Evidenzstufe, des Netto-Nutzens, den Einschätzungen zu den Wertvorstellungen der Betroffenen und den Kosten werden Lesende in die Lage versetzt, erste Einschätzungen zur Relevanz aus theoretischer Perspektive zu treffen. Das vorliegende System versucht, ein Gleichgewicht zwischen Einfachheit und Eindeutigkeit zu finden. Die Transparenz

Abbildung 3.4: Recherche-, Auswertungs- und Bewertungsprozess



soll sich dabei in einem Rahmen bewegen, der einen schnellen Überblick zulässt (vgl. Falck-Ytter et al. 2004a, S. 8).

### 3.5 Zusammenfassung des methodischen Vorgehens

Die Beantwortung der Fragestellung, welche Phänomene aus Sicht der professionellen Pflege im Allgemeinkrankenhaus bei der Begegnung mit Menschen mit Demenz beschrieben werden, wird in vier Schritten gelöst. Mit der Methode des Conceptual Review werden im ersten Schritt Studien gefunden, die dazu beitragen, die wesentlichen Ideen, Modelle und Debatten zu überblicken. Abbildung 3.4 fasst die instrumentengeleitete Bewertung und Auswertung dieser Studien im mittleren Teil der Grafik zusammen und veranschaulicht die Rückkoppelung an den Rechercheprozess. Die Methodik der einzelnen Studien wird nach der Erfassung derer Fragestellung, Ziele, Methoden und Perspektiven bewertet. Leitend hierbei sind die Dimensionen des GRADE-Systems: Studiendesign und Durchführung, Konsistenz der Ergebnisse, Direktheit der Evidenz, Präzision der Ergebnisse und Publikationsbias. Diesen Dimensionen der Evidenzbeurteilung werden Kriterien des German Center for Evidence-based Nursing beziehungsweise des FIT-Nursing Care Methodenpapiers zugeordnet und damit auf das bestehende Recherchefeld und dessen Studienlage adaptiert. Im dritten Schritt werden Phänomene und Lösungsansätze gesammelt und strukturiert. Im abschließenden vierten Schritt wird auf Basis der Evidenz, des Netto-Nutzens denkbarer Interventionen, Wertvorstellungen und Ressourcen eine Empfehlung für oder gegen eine konzeptionelle Aufarbeitung der Phänomene für die Bereiche des 8M-Modells ausgesprochen.

## **Teil II**

### **Ergebnisdarstellung**

## 4 Ergebnisdarstellung

### 4.1 Darstellung der Ergebnisse

Ausgehend von einer Recherche nach Reviews aus den Jahren 2008–2013 (Recherche Nr. 2) und Texten aus den Jahren 2012 und 2013 (Recherche Nr. 3 in Tabelle D.2), werden 13 Texte (siehe Tabelle D.4) als hoch relevant eingestuft und vor dem Hintergrund der Fragestellung nach Phänomenen und Lösungswegen für implizite Phänomene analysiert. Die gewonnenen rund 180 Phänomene und Lösungswege werden den 8M Kriterien zugeordnet. Auf Basis der so entstandenen Struktur werden die Phänomene gesammelt und in Schriftform aufbereitet. Die unter *Schlüsselbegriffe* genannten Worte sind aus den verwendeten Texten aufgegriffen und stellen gemeinsam mit den deutschen Übersetzungen Impulse für weitere Recherchen dar. Durch die Übersetzungen soll die Transparenz beim Nachlesen im Originaltext erhöht werden. *Begriffsklärung* bezieht sich auf eine Auseinandersetzung mit der primär deutschsprachigen Literatur. Sie soll nicht der erschließenden oder fokussierenden Definition dienen, sondern Rückschlüsse zur Relevanz im deutschsprachigen Raum und Spielraum für eine Ausweitung des Begriffsfeldes eröffnen. Für die Bereiche Relevanz, Problemdimension, Beeinflussbarkeit, korrelierende Themen und Probleme sowie Lösungen werden elementare Begriffe hervorgehoben. Zusätzliche Angaben zu *Literatur* und zu *Indikatoren* sind als Nebenprodukte der Recherche ergänzend erwähnt. Die Bewertung im GRADE-System ist in Kurzform angegeben, Erläuterungen zur Bewertung finden sich in Kapitel E. Die Bedeutung der in der Kurzformdarstellung verwendeten Symbole ist in Tabelle 4.1 erläutert.

Bei dieser Bewertung ist zu beachten, dass sich die subjektiv eingeschätzte Bewertung ausschließlich auf die Bewertung des Phänomens als Eckpunkt für ein Konzept und nicht auf die inhaltliche Darstellung des Phänomens in der vorliegenden Arbeit bezieht. Zur Inhaltlichen Bewertung eines Eckpunktes muss dies inhaltlich konkretisiert und präzisiert werden. Diese Schritte sind im Rahmen einer Konzepterstellung notwendig und werden im Zielsetzungsprozess sowie nach der Zielsetzung umgesetzt. Einschränkend zur Bewertung ist anzumerken, dass sie auf Basis von Zeitschriftenaufsätzen, die in ihrem Umfang limitiert sind, statt Studienvolltexten erfolgt und entsprechende Grenzen aufweist.

Im Folgenden werden die wesentlichen Phänomene aus der recherchierten Literatur dargestellt. Durch den Anspruch, Phänomene auch losgelöst von den Anderen betrachten zu können kommt es in wenigen Fällen zu inhaltlichen Doppelungen. Die Darstellung erfolgt in der notwendigen Kürze und hält die Formulierung im Zweifel eng an den englischsprachigen Originaltexten, was zu ergänzenden Originalbegriffen aber auch Einschränkungen in der Lesbarkeit führen kann. Damit wird bewusst die Priorität gesetzt, Verzerrungen zu vermeiden, auch wenn damit der Lesefluss eingeschränkt sein kann. In wenigen Fällen wird Bezug auf Kontexte außerhalb des Krankenhauses genommen, worauf entsprechend hingewiesen wird. Dem sensiblen Umgang mit Sprache wird in der Darstellung der Phänomene Raum gegeben, indem stark bewertende Begriffe mit einem »sic!« ergänzt werden. Damit soll an bestehende<sup>1</sup> oder notwendige Diskussionen

---

<sup>1</sup>Besonders die Verwendung des Begriffs der Aggression fällt in den verwendeten Texten auf. Er wird hinsichtlich der Frage, ob Aggression eine schädigende Absicht beinhaltet kontrovers diskutiert. Für eine Vertiefung wird hierzu verwiesen auf Diskussionen um die Begriffe von Gewalt und Aggression, dargestellt in Christiane Micus



Tabelle 4.1: Erläuterung zur Kurzformdarstellung der GRADE-Systematik

<i>Evidenz</i>	●○○○	Das Phänomen ist mit sehr großer Unsicherheit hinsichtlich der Relevanz als Eckpunkt für die Konzeptentwicklung behaftet.
	●●○○	Es ist sehr wahrscheinlich, dass weitere Recherchen die Relevanz dieses Phänomens als Eckpunkt für die Konzeptentwicklung abschwächen. Wahrscheinlich ändert sich die inhaltliche Ausrichtung des Phänomens.
	●●●○	Es ist wahrscheinlich, dass weitere Recherchen die Relevanz dieses Phänomens als Eckpunkt für die Konzeptentwicklung abschwächen. Möglicherweise ändert sich die inhaltliche Ausrichtung des Phänomens.
	●●●●	Es ist sehr unwahrscheinlich, dass weitere Recherchen die Relevanz dieses Phänomens als Eckpunkt für eine Konzeptentwicklung abschwächen.
<i>Netto-Nutzen</i>	●○○○	Konzepte zum Phänomen bewirken in der Umsetzung eindeutig größeren Schaden als Nutzen.
	●●○○	Es ist nicht klar, inwieweit der Nutzen in der Umsetzung von Konzepten zum Phänomen deren Schaden überwiegt.
	●●●○	Ein Abwägen ergibt sowohl wesentlichen Nutzen als auch wesentlichen Schaden in der Umsetzung von Konzepten zum Phänomen.
	●●●●	Konzepte zum Phänomen bringen eindeutig größeren Nutzen als Schaden.
<i>Werte<sup>2</sup></i>	●○○	Divergierende Wertvorstellungen hinsichtlich des Phänomens sind konkret nachweisbar oder aus dem Kontext intersubjektiv nachvollziehbar.
	●●○	Zu Wertvorstellungen hinsichtlich des Phänomens können keine Aussagen getroffen werden.
	●●●	Einheitliche Wertvorstellungen hinsichtlich des Phänomens sind konkret nachweisbar oder aus dem Kontext intersubjektiv nachvollziehbar.
<i>Ressourcen<sup>3</sup></i>	■□□	Durch die Konzeptumsetzung entstehen Kosten auf struktureller Ebene (Pflegerische / Organisation)
	□■□	Durch die Konzeptumsetzung entstehen Kosten auf Prozessebene (Pflegerische / Organisation)
	□□■	Durch die Konzeptumsetzung entstehen Kosten auf Ergebnisebene (Pflegerische / Organisation)
<i>Empfehlung</i>	●○	Die positiven Konsequenzen eines Konzeptes werden die unerwünschten vermutlich überwiegen, der Gesamtnutzen ist aber weniger eindeutig.
	●●	Die positiven Konsequenzen eines Konzeptes überwiegen die unerwünschten klar.

(vgl. Schönemann 2009, S. 396; vgl. Kunz et al. 2008, S. 674, 676, 677; vgl. Falck-Ytter et al. 2004b, S. 4, 6, 7; vgl. Higgins und Green 2011, 12.2.a)

<sup>1</sup> Grau markierte Bewertungselemente drücken einen Diskussionsbedarf oder Varianzen aus, die im Anhang erläutert sind.

<sup>2</sup> Huber, in Anlehnung an Kunz et al. 2008, S. 676

<sup>3</sup> Huber, in Anlehnung an Falck-Ytter et al. 2004b, S. 7 und Zollondz 2011, S. 170–171

erinnert werden. Eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse findet sich in tabellarischer Form auf Seite 77 und im 8M-Schema auf Seite 82.

#### 4.1.1 Mensch

##### Herausforderndes Verhalten (challenging behaviour)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●●●	□■	●●

**Schlüsselbegriffe:** behaviour (Verhalten), aggressive (aggressiv), difficult (schwierig), inappropriate (unangemessen), disruptive (störend), problematic (problematisch), behavioural disturbance (Verhaltensstörung), maladaptive (unangepasst), dysfunctional (nichtzweckmäßig), aberrant (abnorm), disordered (gestört), agitated (agitiert), BPSD (behavioural and psychological symptoms of Dementia – Verhaltenssymptome und psychische Symptome bei Demenz) | non-cognitive symptoms, mutuality (Gegenseitigkeit), collaboration (Zusammenarbeit), partnership (Partnerschaft), aggression (Aggression), perception (Sichtweise, Wahrnehmung), experience (Erfahrung)

**Begriffsklärung:** Der Begriff des herausfordernden Verhaltens beschreibt Verhalten, das im interpersonellen Kontext als herausfordernd erlebt wird, ohne eine negative Bedeutung oder Zuschreibung zu implizieren. Als herausfordernd wird Verhalten bezeichnet, dessen Intensität, Dauer oder Häufigkeit die körperliche Sicherheit der Person selbst oder auch anderer bedroht oder aufgrund dessen den Betroffenen der Zugang zu kommunalen Einrichtungen eingeschränkt oder verweigert wird. Die Bezeichnung herausforderndes Verhalten macht deutlich, dass es an der Interpretation des Gegenübers eines Menschen mit Demenz liegt, ob ein Verhalten als herausfordernd empfunden wird und nicht primär an den Menschen mit Demenz selbst (vgl. Halek und Bartholomeyczik 2006, S. 22; vgl. Höwler 2008, S. 17–21). Beispiele für herausforderndes Verhalten können physische Aggression (sic!), Schreien, Agitiertheit (z. B. Umhergehen, Sammeln, Fluchen, Beschatten, sexuelle Hemmungslosigkeit), Angst, depressive Stimmungslagen, Davonlaufen, nächtliche Unruhe, Passivität, Apathie, Misstrauen, Wahn, Illusionen oder Halluzinationen sein (vgl. Höwler 2008, S. 17–18; vgl. Haberstroh und Neumeyer 2011a, S. 72–75).

**Relevanz:** Herausforderndes Verhalten kann in seinen aktiven Ausdrucksformen *störend* auf Personal und andere Patientinnen und Patienten wirken und zu *eskalierenden* Situationen führen. Insbesondere, wenn keine erklärenden Ursachen für das Verhalten gefunden werden (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1141). Es besteht das Risiko, dass dieses Verhalten mit Medikamenten *gedämpft* wird (vgl. Kwasny et al. 2006 und CSCI 2007 in Doherty und Collier 2009, S. 30; vgl. Banerjee 2009 in Gandesha et al. 2012, S. 29).

**Problemdimension:** Werden die Ursachen herausfordernden Verhaltens nicht aufgedeckt, wird die Pflege häufig *reaktiv*. Personal muss in eskalierten Situationen eingreifen, ohne auf helfenden Einblicke und Stützen für die Interpretation zurückgreifen zu können (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1141). Befriedigt das Personal nicht proaktiv die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, wird dadurch das *Wiederauftreten* schwieriger Situationen nicht verhindert (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1141).

---

(2002). »Friedfertige Frauen und wütende Männer? Theorien und Ergebnisse zum Umgang der Geschlechter mit Aggression.« Weinheim, München: Juventa, S. 18–21.

**Beeinflussbarkeit:** Die Probleme der Pflegenden liegen größtenteils darin, dass sie die Realität der Patientinnen und Patienten nicht verstehen, deren Verhalten persönlich nehmen und so Beziehungen nicht als reziprok angesehen werden (vgl. Andersson et al. 2003 in Doherty und Collier 2009, S. 30). Wahrnehmung ist nicht durch rein kognitiv-reflexive Informationsverarbeitung (Denken und Entscheiden), sondern weitgehend durch impulsive Informationsverarbeitung bestimmt, die automatisch motorische Schemen und assoziierte Gefühle anregt (vgl. Asendorpf und Neyer 2012, S. 34–36). Zudem können auch Umwelt (soziale Konstruktionen) und Stress die Wahrnehmung aller Beteiligten verzerren (vgl. Schaub 2012, S. 77–78). Damit ist der Umgang mit herausforderndem Verhalten nicht nur Aufgabe operativ Handelnder in der *Pflege*, sondern auch des *Managements*, welches das Handlungsumfeld gestaltet. In der Praxis kann Gegenseitigkeit und Partnerschaft im Kontrast zu herausforderndem Verhalten jeweils dort auftreten, wo dies als lohnend erachtet und Sensibilität für Würde sowohl zu Patientinnen und Patienten als auch vom Personal als wichtig betrachtet wird (vgl. Berg et al. 1998 in Doherty und Collier 2009, S. 29).

**Korrelierende Themen und Probleme:** Der Umgang mit herausforderndem Verhalten kann sich auf die *Medikation* der Betroffenen auswirken. Der Gebrauch von Medikamenten ist möglicherweise ein Beleg für die Dominanz medizinischer Interventionen in manchen Pflegesettings (vgl. Norman 2006 in Doherty und Collier 2009, S. 30). Herausforderndes Verhalten kann sich bei *Stress und Zeitdruck* selbst verstärken. Pflegende haben das Gefühl, nicht genügend Zeit zu haben, um eine sinnvolle Pflegebeziehung aufzubauen (vgl. Goff 2000 in Doherty und Collier 2009, S. 30). Neben Zeit- und Personalmangel tritt Stress bei Personal auf, wenn es verschiedene Belange ausbalancieren muss (vgl. Athlin und Norberg 1987 in Doherty und Collier 2009, S. 29). Mit dem Stresslevel des Personals steigt auch der Aggressionslevel (sic!) der Patientinnen und Patienten. Die Auffassung von Verhalten als aggressiv beeinflusst wiederum die Reaktion des Personals und erhöht den Stress weiter (vgl. Fessey 2007 in Doherty und Collier 2009, S. 29). Auch in der *Kommunikation* kann mangels Rückmeldung von Seiten der zu Pflegenden Stress erzeugt werden (vgl. Athlin und Norberg 1987 in Doherty und Collier 2009, S. 29). Herausforderndes Verhalten steht auch in Verbindung mit dem Unvermögen der Betroffenen, unerfüllte Bedürfnisse wie unerkannten Schmerz, Orientierungslosigkeit oder Unbehagen zu kommunizieren (vgl. Alzheimers Society 2009 in Gandesha et al. 2012, S. 29).

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** Als wesentlich für den Umgang mit herausforderndem Verhalten wird das *Verstehen der Ursachen* berichtet. Auf dieser Basis soll versucht werden, den Stress der Patientinnen und Patienten zu reduzieren (vgl. Cunningham 2006 in Doherty und Collier 2009, S. 29). Dabei helfen *Schulungen* über neurologische Beeinträchtigungen (vgl. Aveyard 2001 in Doherty und Collier 2009, S. 31) und Schulungen im Umgang mit aggressivem (sic!) Verhalten (vgl. Bowe und Loveday 1995 in Doherty und Collier 2009, S. 31). Eskalierendem Verhalten kann darüber hinaus durch *Präsenz und Verfügbarkeit* proaktiv begegnet werden (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1141). Über Nähe zum Geschehen können Pflegende so einen Schritt voraus sein (vgl. Edberg und Edfors 2008 in Edvardsson et al. 2012, S. 1141) und bedarfsgerecht handeln.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup>Weiterführende Literatur:

Bartholomeyczik, Sabine (2013). »Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz verstehen.« Weinheim: Beltz Juventa.

James, Ian Andrew (2013). »Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz.« Bern: Huber.

## Emotionale Bedürfnisse (emotional needs)

---

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●●●	□■	●○

---

**Schlüsselbegriffe:** emotional care (emotionale Betreuung), health-related quality of life (HR-QoL, Gesundheitsbezogene Lebensqualität), Hierarchy Modell of Needs in Dementia (HMND – Bedürfnispyramide bei Demenz), stress thresholds theory (*Stressschwellen-Theorie*), Progressive Lowered Stress Threshold Model (PLST – Modell der stetig unterschrittenen Stressschwelle), meaningful activities (sinnvolle Tätigkeiten), safety (innere Sicherheit), security (Schutz gegenüber äußeren Einflüssen), identity (Persönlichkeit), roles (Rollen), self-esteem (Selbstachtung), pleasure (Vergnügen), comfort (Behaglichkeit), humor (Gemütsverfassung), autonomy (Eigenständigkeit), independence (Unabhängigkeit), control of the situation (Situationskontrolle), competence (Zurechtkommen) and mastery (Beherrschung) of skills and objects (Fähigkeiten und Dingen), success (Erfolg), social engagement (soziale Bindungen), need to contribute (Teilhabe), affection (Zuneigung), friendship (Freundschaft), family tie (familiäre Bindung), spiritual change (spirituelle (esoterisch/gläubige) bzw. geistige (biologisch/psychologische) Veränderung)

**Begriffsklärung:** Die emotionalen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz entsprechen denen aller anderen Menschen. Die dementielle Erkrankung erschwert es jedoch, diese Bedürfnisse zu befriedigen. Emotionale Bedürfnisse zu erkennen und zu befriedigen bedeutet eine Verbesserung der Lebensqualität und reduziert Verhaltenssymptome, die auf unerfüllte Bedürfnisse zurückzuführen sind. Zu den emotionalen Bedürfnissen zählen die Bedürfnisse nach Schutz, Sicherheit, Persönlichkeit, Rollen, Selbstachtung, Behaglichkeit, Gemütsverfassung, Eigenständigkeit, Unabhängigkeit, Zurechtkommen mit und Beherrschung von Fähigkeiten und Dingen, soziale Bindungen und Teilhabe, Zuneigung, Freundschaft und Familie sowie spiritueller/geistiger Veränderung (spiritual change) im Krankheitsverlauf. Bedürfnisse zu befriedigen ist nicht greifbar, es wird daher in aller Regel nicht dokumentiert und sie können in einem hochfunktionalen System untergehen (vgl. Mace 2005, S. 253). Die Abwesenheit von positiven Gefühlen kann zu Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Verlust von Selbstachtung, Ärger, Frust, geringer Lebensqualität oder auffälligem (sic!) Verhalten führen (vgl. Mace 2005, S. 255). Ein Schema zur Erfassung von Bedürfnissen und den Konsequenzen ihrer Nichterfüllung bietet das Hierarchy Model of Needs in Dementia (HMND) (vgl. Schölzel-Dorenbos et al. 2010, S. 117).

**Relevanz:** Menschen mit Demenz mangelt es oft an Zuwendung, weil der Schwerpunkt der Pflege im somatischen Bereich liegt (vgl. Baillie et al. 2012a, S. 35; Cowdell 2010 in Baillie et al. 2012a, S. 36). Werden keine sinnvollen Tätigkeiten gefördert, kann es sein, dass Menschen mit Demenz *unterfordert* sind. Sie sitzen allein in ihren Zimmern, starren auf die Wand und tun nichts (vgl. Waller 2012, S. 19). Pflegende und zu Pflegenden haben unterschiedliche Perspektiven. Einige Bereiche werden von Pflegenden nicht erkannt oder nicht in Instrumenten definiert (selected) (vgl. Schölzel-Dorenbos et al. 2010, S. 115–116).

**Problemdimension:** Ältere Menschen tolerieren offenbar ungedeckte Bedürfnisse, bei dementieller Erkrankung treten jedoch Folgeerscheinungen auf. Zu viele ungedeckte Bedürfnisse erzeugen neue Bedürfnisse und Verhaltenssymptome. Ungedekzte Bedürfnisse beeinflussen die gesundheitsbezogene *Lebensqualität* (HRQoL) mit Auswirkungen für die Pflege und die Pflegenden sowie steigendem Risiko für eine *Einweisung ins Krankenhaus* (vgl. Smith

und Orrell 2007 und Kovach et al. 2005 in Schölzel-Dorenbos et al. 2010, S. 117). Weiter stehen ungedeckte Bedürfnisse in Verbindung mit psychologischen Problemen wie *Angst* und *Depression*, welche die gesundheitsbezogene Lebensqualität verringern (vgl. Hancock et al. 2006 in Schölzel-Dorenbos et al. 2010, S. 117).

**Beeinflussbarkeit:** Pflege, die diese Bedürfnisse deckt, wurde entwickelt und die Wirksamkeit in geringem Ausmaß evaluiert. Pflegende sollten sich bewusst sein, dass im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen oftmals nur Teile grundlegender Bedürfnisse erfüllt werden und viele Bedürfnisse unbefriedigt bleiben (vgl. Hancock et al. 2006 in Schölzel-Dorenbos et al. 2010, S. 117). Pflege muss über die Erfüllung basaler Bedürfnisse mehr und mehr komplexe (z. B. emotionale und soziale) Bedürfnisse *identifizieren*, *priorisieren* und *auf sie eingehen* (vgl. Schölzel-Dorenbos et al. 2010, S. 117–118).

**Korrelierende Themen und Probleme:** Das Personal muss sowohl genügend *Zeit* zur Pflege haben, als auch *informiert* und *befähigt* zur Pflege sein (vgl. Royal College of Nursing 2011 in Gandesha et al. 2012, S. 31). Organisatorisch sind Krankenhäuser oft nicht auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz eingestellt. Sie sind unpersönlich, verwirrend und es fehlt an Bereichen für soziale Interaktion (vgl. RCP 2011 in Baillie et al. 2012a, S. 36).

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** Die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz können mit dem Camberwell Assessment of Need for the Elderly (*CANE*) und dem Care needs assessment pack for Dementia (*CareNapD*) erfasst werden (vgl. Schölzel-Dorenbos et al. 2010, S. 114).

### Stigmatisierung (stigmatization, stigmatisation)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●○	●●●●	●●●	■□□	●○

**Schlüsselbegriffe:** stigma (Stigma), labeling (Etikettierung), discrimination (Diskriminierung) | abuse (Schmähung), neglect (Gleichgültigkeit), fear (Beängstigung), avoidance (Abwendung), specialling (Delegation an weniger qualifiziertes Personal)

**Begriffsklärung:** Stigma ist ein Sonderfall eines sozialen Vorurteils gegenüber bestimmten Menschen, es ist ein persönliches Attribut, das einen gesellschaftlich unerwünschten und negativen Symbolwert besitzt und affektiv besetzt ist. Von diesem Merkmal werden negative Rückschlüsse auf die ganze Person abgeleitet (vgl. Hartmann 2000, S. 163; vgl. WHO/WPA 2002, S. 7). Stigmata strukturieren Situationen im Voraus, verringern Unsicherheit, bieten Entscheidungshilfen und beeinflussen auch die Wahrnehmung in Richtung Selektion und Verzerrung. Ebenso kann das Sammeln von neuen Erfahrungen behindert werden (vgl. Hartmann 2000, S. 166; vgl. Becker 2010, S. 52).

**Relevanz:** Menschen mit psychischen Erkrankungen erhalten nicht die gleiche *Pflegequalität* wie Menschen ohne psychische Erkrankungen (vgl. Atkin et al. 2005 in Doherty und Collier 2009, S. 30; vgl. Calnan et al. 2010 in Baillie et al. 2012a, S. 36) und erzielen oft *schlechtere Ergebnisse* als andere Menschen: sie verbleiben länger im Krankenhaus und erleben Pflege schlechter. Zudem versteht das Personal die demenzielle Erkrankung oft nicht und leistet deshalb nicht die richtige Pflege (vgl. Thompson in Sprinks 2012, S. 12). Menschen mit Demenz werden vom Personal auch *abgelehnt*, weil dieses glaubt, es wären die älteren Menschen, die am *falschen Platz* sind (vgl. Calnan et al. 2010 in Baillie et al. 2012a,

S. 36). *Specialling*,<sup>3</sup> das Delegieren an neue Teammitglieder oder Auszubildende, um sich auf als wichtiger bewertete Patientinnen und Patienten zu kümmern (vgl. Moyle et al. 2010 in Baillie et al. 2012a, S. 37; vgl. Baillie et al. 2012a, S. 37) ignoriert die Beachtung der Komplexität der Pflege für Menschen mit Demenz (Chan und Chan 2006, Manthorpe et al. 2010 in Baillie et al. 2012a, S. 37). Durch die Abwendung der Pflegenden von Aspekten psychischer Krankheiten wird psychiatrisch Relevantes nur dokumentiert, wenn es andere Probleme auf den Stationen verursacht (vgl. Tolson et al. 1999 in Doherty und Collier 2009, S. 30). Allgemeinärzte (General Practicioners) haben Bedenken, über Diagnosen zu *informieren*, weil Abstempelung und Stigmatisierung die Beziehungen zwischen Betroffenen und Dritten verändern können. Das führt zu Bedenken, dass Allgemeinärzte auch über andere Krankheiten hinweggehen könnten (Iliffe et al. 2003 in Thomas 2010, S. 26).

**Problemdimension:** Stigmatisierung greift auf verschiedenen Ebenen ins Leistungsgeschehen ein. In der Selbst-Stigmatisierung, einem Prozess, bei dem Menschen mit Demenz bestehende Stigmata aufnehmen, beginnen die Betroffenen, sich unsichtbar zu machen und sich aus sozialen Kontakten *zurückzuziehen*. Dies stellt eine Barriere für die Hilfesuche und den Zugang zu Unterstützungsangeboten, Behandlung und Information dar (vgl. Milne und Peet, 2008, Alzheimers Society 2008 und Iliffe et al. 2005 in Milne 2010, S. 228). Zu dem Stigma der geistigen Beeinträchtigung kommt auch eine altersbedingte Diskriminierung (vgl. Godfrey et al. 2005 in Milne 2010, S. 228). Die *Sprache*, mit der die Verfassung von Menschen mit Demenz beschrieben wird und die Umgebung, die für sie geschaffen wird entmachtet (disempower), entmenschlicht (dehumanize) marginalisiert und stigmatisiert. Es ist nicht die Verfassung der Menschen selbst, die entmachtend wirkt (vgl. Cantley und Bowes 2004 in Milne 2010, S. 229–231).

**Beeinflussbarkeit:** Ein Teil des Krankenhauspersonals kann nicht hinter die dementielle Erkrankung blicken (vgl. Cowdell 2010 in Baillie et al. 2012a, S. 36), was im Rückschluss vermuten lässt, dass es Faktoren auf menschlicher Ebene gibt, die das Problem der Stigmatisierung beheben können. Die Forderung nach *Schulung* und *Training* bestätigt dies (vgl. Milne 2010, S. 230).

**Korrelierende Themen und Probleme:** Mit Menschen mit demenzieller Erkrankung oder Sinnesbeeinträchtigungen wird am wenigsten *kommuniziert*, was das Abwenden der Pflegenden von denen, die nicht verstanden werden oder mit denen nicht effektiv kommuniziert werden kann hervorhebt (vgl. Burgess und Page 2003 in Doherty und Collier 2009, S. 29). Die Verwendung von *Kennzeichnungssystemen* wie das Butterfly-Scheme oder rote Tabletts (vgl. Duffin 2013, S. 17; vgl. Andrews 2012b, S. 19; vgl. Andrews 2012a, S. 19) sind durch ihre Sichtbarkeit für Dritte ebenfalls vor dem Hintergrund der Stigmatisierung abzuwägen.

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** Die britische *Regierung* hat Angela Rippon, eine Fernsehmoderatorin beauftragt, das Stigma um die demenzielle Erkrankungen zu bewältigen (vgl. Gillen 2012, S. 10). Auch in Japan wurde eine Kampagne durchgeführt, um

---

<sup>3</sup>Der Begriff des Specialling findet sich bei einer Recherche im Internet in zahlreichen Specialling Polycys und Procedures. Er ist dort durch die strukturelle Verankerung legitimiert und erscheint dadurch positiv konnotiert. Specialling steht im Zusammenhang mit kognitiven Beeinträchtigungen und deligiert Pflegeaufgaben in begrenztem Rahmen an Assistant nurses, Enrolled Nurses, Undergraduate oder Assistans in Nursing (vgl. Carestaff Nursing Services Pty Ltd. 2013; vgl. The childrens hospital at Westmead 2012; vgl. Canterbury District Health Board 2009).

das Verständnis und Bewusstsein für dementielle Erkrankungen zu stärken. Dabei wurde der Demenzbegriff von *Chiho* (einer unheilbaren Störung geistiger Aktivitäten und senilem Irrsinn) in *Ninchisho* (mit Hoffnung auf Behandlung und Prävention durch Computerspiele, Bewegung und gesundem Herz-Kreislauf) transformiert. Der Schwerpunkt wurde von einer ausschließenden Langzeitpflege hin zur Inklusion und gemeindenahen Versorgung gelegt (vgl. Livingstone und Cooper 2013, S. 5). Ein Stigma durchdringt jede Dimension menschlichen Daseins und so ist es unumstößlich, dass eine Gegenstrategie vielschichtig und breit angelegt sein muss. Deshalb muss auch die *Qualität der Versorgung und Behandlung* von Menschen mit Demenz verbessert werden sowie Benachteiligung und Diskriminierung aufgelöst werden. Außerdem muss das *Personal befähigt* werden und die Zufriedenheit im Beruf sowie Status und Bild von der Arbeit mit Menschen mit Demenz verbessert werden (vgl. Department of Health 2009, Brodaty et al. 2003 und Clare et al. 2008 in Milne 2010, S. 229–230). Weiter muss der *Selbst-Stigmatisierung*, etwa durch Verhaltenstherapie, begegnet werden. Durch personenzentrierte Pflege können stigmatisierende Haltungen und Praktiken identifiziert und ihnen begegnet werden (vgl. Milne 2010, S. 231).

#### 4.1.2 Maschine (technology)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●○○	●○○	■ ■ ■	●●

**Schlüsselbegriffe:** technological advances (technischer Fortschritt), assistive technology (technische Hilfsmittel), Health Technology Assessment (HTA – Assessment für Gesundheitstechnologie) | devices (Geräte), equipment (Ausrüstung), instruments (Instrumente), software (Programme), sensors (Sensoren), locator devices (positionsgebende Geräte)

**Begriffsklärung:** Technische Hilfsmittel dürfen vom Grundsatz keinen Ersatz für menschliche Zuwendung darstellen. In Abhängigkeit von der Schwere einer dementiellen Erkrankung sollen sie im ambulanten Sektor noch vorhandene Alltagskompetenzen unterstützen und Selbständigkeit erhalten. Im mittleren Stadium treten Sicherheitsaspekte in den Vordergrund, die aktiv, d. h. auf das Handeln Betroffener ausgerichtet sind. Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz benötigen hingegen passive Technik (vgl. Cofone und Spahn 2005, S. 234). Darüber hinaus ist ihr Einsatz abhängig von der Komplexität der Geräte. Technik erstreckt sich im stationären Bereich von Beleuchtungstechnik, Kommunikationstechnik (Rufanlagen, Telefontechnik, Notrufsysteme), Sicherheitstechnik (Brandmelder, Schließanlagen) bis hin zur Küchentechnik (Herde, Kaffeemaschinen). Der Einsatz von technischen Hilfsmitteln muss an der persönlichen Autonomie, Privatheit und der Würde dementiell erkrankter Menschen orientiert sein und beinhaltet den Erhalt der Kompetenzen, des Wohlbefindens, der Sicherheit und der Identität der Betroffenen. Damit soll sinnerfüllte Beschäftigung mit Freude, Anregung und sozialem Austausch ermöglicht und Desorientierung, herausforderndes Verhalten, Unruhe und *Wandern* ausgeglichen werden (vgl. Gögel und Walther 2009, S. 81). Es können Systeme, die das Ziel der Prävention und der Unterstützung haben, unterschieden werden. Präventionssysteme helfen Betroffenen automatisiert, unerwünschten Ereignissen vorzubeugen, wie etwa durch intelligente Lichtschaltungen, oder informieren Pflegende beispielsweise mittels Armband oder Sensormatte. Unterstützende Systeme sollen Betroffenen im Alltag helfen, etwa als Geisterstimme, die über die Uhrzeit informiert, Bildschirme, die Bilder zur Erinnerung anzeigen,

Suchhilfen, die das Auffinden verlegter Gegenstände erleichtern oder Geräte oder Computerprogramme, welche die Sinne stimulieren. Die Geräte können stark technisiert sein, wie etwa Schmuseroboter, oder aber einfach, wie gepolsterte Hosen oder Sturzhelme (vgl. Gögel und Walther 2009, S. 82–83, 100).

**Relevanz:** Vor dem Hintergrund der weltweit zu erwartenden demographischen Entwicklung in Zusammenhang mit Demenz und dem Wegfall informell Pflegender und fehlender Heilungsmöglichkeit, werden technologische Interventionen künftig als integraler Bestandteil der häuslichen Versorgung betrachtet (vgl. Cahill et al. 2007, S. 56, 58, 59). Dagegen muss bemerkt werden, dass der Einsatz technischer Hilfsmittel einem individuellen Assessment folgen soll und evidenzbasiertes Wissen über Nutzen oder Schaden, Probleme, Kosten und Alternativen in eine Entscheidung über den Einsatz einbezogen werden sollten. Es sind derzeit aber nur wenige der Produkte auf dem Markt untersucht und auch bei vorhandenen Reviews ist der *Evidenzlevel unklar oder gering*. Insbesondere mögliche schädigende Wirkungen werden selten berichtet (vgl. Anttila et al. 2012, S. 10, 42–43). *Ethische Belange* sind nur in wenigen Artikeln diskutiert (vgl. Saarni et al. 2008, S. 618, 620).

**Problemdimension:** Es ist allgemein anerkannt, dass Technik *Einfluss* auf soziale, ethische, juristische und andere Systeme hat. Die Bedeutung der Gesundheitstechnologien für die Ethik basiert auf drei Erkenntnissen: Erstens kann die Einführung von Technologien *moralische Konsequenzen* haben, zweitens birgt Technologie *Werte* in sich, die bestehende Werte, Normen und Regeln herausfordern können und drittens ist bereits der Gedanke der Gesundheitstechnologie wertegeladen, weil das Gesundheitswesen Werte in sich birgt (etwa das Wohlbefinden der Menschen zu verbessern) (vgl. Saarni et al. 2008, S. 617–618). Wenn *Ethik* jedoch als ein Zusatz (*add on*) gesehen wird, mit dem moralische Fragen einer Technologie gelöst werden sollen, hat sie nur eine geringe Wirkung auf die Implementierung von Technologien. Sie wird dann isoliert von anderen Prozessen betrachtet und *kommt zu spät*, um wirksam zu sein (vgl. Saarni et al. 2008, S. 620).

**Beeinflussbarkeit:** Menschen mit Demenz sollen *sicher* (safe) sein, aber sie sollen nicht überzogen geschützt werden (vgl. Wood in Duffin 2013, S. 17). Gesundheitstechnologie kann als ein einflussnehmender (imperialistic) Ansatz gesehen werden, der anders als bestehende Anschauungen als rational, mechanisch, nicht-intuitiv und unemotional gilt. Auch wenn dies als wahr angenommen wird, können Ethik und ein integriertes Assessment für Gesundheitstechnologien verhindern, dass Pflegende auf diese Weise *denken* (vgl. Saarni et al. 2008, S. 620).

**Korrelierende Themen und Probleme:** Technologien sind soziale Resultate von Verhalten und Denken und prägen wiederum Verhalten und Denken. Rahmenbedingungen und Settings der Sozialisation werden über technische *Umwelten* gestaltet (vgl. Tully 2003, S. 99). Deshalb ist es wichtig, bei Überlegungen zum Einsatz von Technik die *Ziel- und Handlungsebene* mit zu bedenken und die Einflüsse auf *Methoden, Wahrnehmung* und *Kommunikation* besonders abzuschätzen. Auch ethische Aspekte sind über die Frage der Allokation von Zeit und Finanzen hinaus von Bedeutung, denn gerade der Einsatz von Technik wirft die Frage auf, wer hierfür die *Verantwortung* trägt (vgl. Höffe 2013, S. 111–112).

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** In Bezug auf die *Sturzgefahr* kann elastisches Bodenmaterial Stürze abfedern. Gummierte Socken können die Bodenhaftung verbessern (vgl. Duffin 2013, S. 17). Mit Blick auf *Weglauftendenzen* (sic!) werden Identifikations-



und Lokalisationssensoren eingesetzt, das Pflegepersonal informieren, wenn Menschen mit Demenz die Station verlassen. Pflegende müssen hierzu die Betroffenen nicht zurückhalten, sie können aber beaufsichtigt und / oder gefunden werden, wenn sie zu weit fort laufen (vgl. Duffin 2013, S. 17; vgl. Andrews 2012b, S. 19; vgl. Andrews 2012a, S. 19). Auch Armbänder können helfen, über die besonderen *Bedürfnisse* der Menschen aufzuklären und dazu beitragen, dass die Station informiert werden kann, wo die Person ist, wenn sie Hilfe benötigt (vgl. Duffin 2013, S. 17).

#### 4.1.3 Milieu

##### Emotionale Umwelt (emotional Tone)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●●●	■□□	●●

**Schlüsselbegriffe:** social environment (Soziale Umwelt), environment (Umwelt), at-homeness (*Daheim sein*), homelessness (*Heimatlosigkeit*), volatility (*Unbeständigkeit*), surrounding (Umgebung), emotional tone (emotionale Tönung) | reliance (Vertrauen), environment-based quality of life (Umgebungsbezogene Lebensqualität), personal family photographs (persönliche Familienfotos), safe (sicher), secure (geschützt), sharing place and moment (Teilen von Ort und Momenten), home (häuslich), unmet needs (unbefriedigte Bedürfnisse)

**Begriffsklärung:** Die öffentliche, physisch-greifbare Umwelt bekommt bereits mit ihrer Klassifizierung, entsprechend der Eigentümerschaft in primäre, sekundäre und tertiäre Territorien eine personalisierende, soziale und emotionale Komponente (vgl. Hellbrück und Klas 2012, S. 80–81). Jenseits der Verteilungsfrage treten bei konkurrierender Interessensverfolgung auch Fragen um die Legitimität von Gerechtigkeitsvorstellung und die Anerkennung kultureller, geschlechtlicher, alterskohortenspezifischer oder ethnischer Differenzen auf. Solche wertgesteuerten, identitären Konflikte entstehen, weil normative Erwartungen verletzt oder enttäuscht werden. Sie kreisen um die Frage, welche sozialen Akteure oder Gruppen illegitimer Weise soziale Missachtung erfahren beziehungsweise inwiefern ihre Leistungen, Wertorientierungen und Lebensweisen gesellschaftlich anerkannt werden. Durch diese Konflikte werden sowohl die soziale Identität der Konfliktparteien nach innen als auch die Legitimität ihrer Ansprüche nach sozialer Anerkennung, Gerechtigkeit und Wertschätzung nach außen gefestigt. So kommt ihnen eine hohe symbolische Funktion zu (vgl. Kraemer 2008, S. 225–226). Emotionale Umwelt bezeichnet damit die Gefühlswelt, die sich bei Menschen mit Demenz in Reaktion auf die sie umgebenden Prozesse und Räume aufbaut.

**Relevanz:** Wenn Menschen mit Demenz wegen eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten Schwierigkeiten haben, ihre Umgebung zu *erfassen*, sind sie auf ihr emotionales Empfinden angewiesen. Die dabei aufkommenden Gefühle können über die Erinnerung an das auslösende Ereignis hinaus anhalten (vgl. Norberg 1998, Feinstein et al. 2010 in Edvardsson et al. 2012, S. 1137). Die Atmosphäre oder das Klima von Pflegeeinrichtungen beeinflusst das *Erleben* von Gesund- und Kranksein (vgl. Edvardsson und Street 2007, Rasmussen und Edvardsson 2007, Edvardsson 2008 in Edvardsson et al. 2012, S. 1137; vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1138). Es ist sehr wichtig für das Wohlbefinden, da emotionale Interpretationen von Umgebung und Situationen für Menschen mit Demenz zugänglicher sind als kognitive Interpretationen (vgl. Norberg 1998 in Edvardsson et al. 2012, S. 1137; vgl. Feinstein et al. 2010 in Edvardsson et al. 2012, S. 1141). Das Stationsklima kann das Gefühl der

*Verortung* im *Daheim-Sein* (at-homeness) wie auch der *Heimatlosigkeit* (homelessness) beeinflussen (vgl. Zingmark et al. 1995 in Edvardsson et al. 2012, S. 1137). Wenn das Klima in einen Zustand der Heimatlosigkeit verfällt (wenn Pflegende durch Kaffeepausen oder Übergaben (handovers) weder präsent noch verfügbar sind oder grundlegende menschliche Bedürfnisse wie Hunger, Kälte, Ausscheidungen oder Einsamkeit unbefriedigt bleiben), überträgt sich das Verhalten von einzelnen Patienten auf die Umgebenden und verstärkt sich. Patientinnen und Patienten zeigen vor allem ängstliches Verhalten, wandern herum und stören verbal (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1138, 1140–1141). Sind Pflegende zwar präsent aber nicht verfügbar (sharing place but not moment), ist das Klima *unbeständig*, es ist abhängig davon, wie sich Situationen entwickeln und entwickelt sich schnell zu einem Klima des Daheim seins oder einem Klima der Heimatlosigkeit. Zu Pflegende und Personal scheinen in verschiedenen Welten zu sein – die Welt des Personals und die Welt der zu Pflegenden. Die Rolle der Pflegenden ist mehr beaufsichtigend (supervising) als mitwirkend. Das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten wird dem Zufall überlassen, wenn das Personal etwa von Tätigkeiten vereinnahmt ist (z. B. Bearbeiten ärztlicher Anordnung, Vorbereitung von Medikamenten oder Mahlzeiten, Putzen, Aufräumen, Dokumentation, Diskussionen untereinander) oder Gespräche untereinander führt, bei denen zu Pflegende nicht einbezogen oder sogar ignoriert werden, wenn Begegnungen im Flur groß- und notizlos verlaufen oder wenn zu Pflegende sich selbst überlassen werden (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1139–1140).

**Problemdimension:** *Best Practice* in der Pflege dementiell Erkrankter schließt ein, einen Schritt voraus zu sein, nah zu sein und eine ruhige und positive Atmosphäre zu schaffen (vgl. Edberg & Edfors 2008 in Edvardsson et al. 2012, S. 1137, vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1141). Lachen und freudevolle Kommunikation wird von Menschen mit Demenz aufgegriffen. Ist das Personal abwesend, setzen einzelne zu Pflegende den emotionalen Ton, was zu Angst, Herumwandern, Hilferufen und Schreien führen kann (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1138). Dagegen wird Interaktion oft auf eine unnatürliche Beobachtung von Patientinnen und Patienten begrenzt (vgl. Moyle et al. 2010, S. 423).

**Beeinflussbarkeit:** Die emotionale Umwelt kann von *Pflegenden* gestaltet werden. Personal muss präsent sein, um eine positive Atmosphäre zu schaffen (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1141), es ist ein Katalysator für das Klima auf Station. Der emotionale Ton wird im Wesentlichen durch das Personal gesetzt und von verschiedenen Formen der *An- bzw. Abwesenheit* beeinflusst (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1138). Pflegende haben damit durch ihre Präsenz, ihr Tun und ihr Sein eine entscheidende Rolle im Schaffen und Aufrechterhalten eines positiven Klimas (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1141). Fehlende Präsenz oder Verfügbarkeit kann dabei nicht zwingend auf Stellenstreichungen oder hohe Arbeitsdichte zurückgeführt werden. Sie geht vielmehr von einer Fokussierung auf Routinearbeiten und Aufgaben aus (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1142).

**Korrelierende Themen und Probleme:** Es ist wichtig zu unterscheiden zwischen *wie zu Hause* (homelike; *physische Umwelt*) und *Daheim sein* (home; *emotionale Umwelt*). Auch wenn ein Pflegesetting physisch *wie zu Hause* gestaltet ist, bedeutet das nicht zwangsläufig, dass das Erleben emotional als Daheim sein auftritt (vgl. Zingmark et al. 2002, Edvardsson et al. 2005 in Edvardsson et al. 2012, S. 1141). Auch wenn die physische Umgebung eher institutionell ist, kann das Gefühl des Daheim seins auftreten (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1141). Gute *Pflege* ist beziehungsbezogen (relationship-centered) und bindet zu Pflegende mit ein. Das kann das Gefühl des Daheim seins bewirken (vgl. Zingmark et al.

2002 in Edvardsson et al. 2012, S. 1141; vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1141). Ein positives Stationsklima enthält die Möglichkeit, soziale Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten (vgl. Edvardsson et al. 2005 in Edvardsson et al. 2012, S. 1137). Wenn das Personal nicht nahe am Geschehen ist, wird ihm das notwendige Verstehen fehlen, um einen Schritt voraus zu sein. Interpretationen sind dann von der Situation abgeschirmt sein und in der Konsequenz leiden sowohl die Qualität der Pflege, das psychosoziale Klima und das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1141). Für die *Organisationskultur* bedeutet die Gestaltung emotionaler Umwelt das Bewusstsein für die enge Verbindung zwischen Präsenz und Wohlbefinden von zu Pflegenden. Es erfordert die Übernahme ethischer Verantwortung, um Routinen zu hinterfragen, die das Personal von Patientinnen und Patienten fernhält oder Interaktionen auf ein Minimum beschränken (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1142). Ein positives Stationsklima verlangt nach Ruhe (calm atmosphere), eine gemeinsame Pflegephilosophie und die Bereitschaft, behilflich und einladend zu sein (vgl. Edvardsson et al. 2005 in Edvardsson et al. 2012, S. 1137). Das Personal muss sich über den bedeutsamen Einfluss ihrer Präsenz auf das psychosoziale Klima und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten *bewusst sein* (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1142).

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** Eine emotional ansprechende Umwelt kann durch Präsenz und Verfügbarkeit, freudvolle Kommunikation und Nähe zu den Patientinnen und Patienten erreicht werden. Die Pflege ist dem Geschehen einen Schritt voraus – übernimmt also eine proaktive und planende Rolle in der Steuerung der Emotionalen Umwelt (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1138, 1141). Wenn sich das Personal jedoch von der Umgebung eingeschränkt fühlt, stützt das ein Pflegehandeln, das Sicherheit der Pflegenden anstrebt und begrenzt Interventionen, die physische, soziale und emotionale Bedürfnisse von Menschen mit Demenz einschließen (vgl. Moyle et al. 2010, S. 426).

### Physikalische Umwelt (physical environment)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●○○	■□□	●●

**Schlüsselbegriffe:** environment (Umgebung), surrounding (Umgebung) | sign (Schilder), clock (Uhr), color / colour (Farbe), homelike (wie zu Hause)

**Begriffsklärung:** Der Begriff der Umwelt bezeichnet die Gesamtheit aller Prozesse und Räume, in denen sich Wechselwirkungen, also das gegenseitige aufeinander Einwirken zwischen Natur und Zivilisation abspielen, er geht auf den Umweltbegriff Jakobs von Uexkülls (1864–1944) zurück, der mit Umwelt den Ausschnitt aus der physischen Welt bezeichnet, der für ein Lebewesen bzw. die jeweilige Spezies Bedeutung besitzt. Damit wird auch für die physische Umwelt deutlich, dass ein und dieselbe physische Gegebenheit unterschiedliche Bedeutungen für unterschiedliche Akteure annehmen kann (vgl. Hellbrück und Klas 2012, S. 14). Räume sind dabei im psychologischen Sinne mehr als rein bauliche Gebilde, sie gestalten und reflektieren Verhalten und Handeln der Menschen – sie bringen ein kulturelles Erbe mit sich, das von Ortsfremden verstanden und erschlossen werden muss, um das *richtige* Verhalten im Umgang mit den Nutzern eines solchen Raumes erlernen zu können (vgl. Hellbrück und Klas 2012, S. 16).

**Relevanz:** Die physikalische Umgebung im Krankenhaus ist *ungeeignet* für die Pflege älterer Menschen mit Demenz, sie können nicht frei und sicher im Krankenhaus laufen, es gibt einen Mangel an sozialen Flächen, begrenzte Möglichkeiten für Interaktion und Aktivität. Wenn Menschen mit Demenz etwa auf Grund einer Infektion isoliert werden müssen, verschlimmert sich die Situation (vgl. Baillie et al. 2012a, S. 34; vgl. Cowdell 2010, RCP 2011, Calnan et al. 2012 in Baillie et al. 2012a, S. 36; vgl. Moyle et al. 2010, S. 423). Bei kognitiven Schwierigkeiten, die Umgebung zu erfassen, wirkt die *emotionale Wahrnehmung*, die über auslösende Faktoren hinaus anhaltende Gefühle erzeugen kann (vgl. Norberg 1998, Feinstein et al. 2010 in Edvardsson et al. 2012, S. 1137). Der Einfluss der Umwelt, etwa im EHE-Programm, wirkt sich auf das *System* (scheme), die *Zufriedenheit* der zu Pflegenden und des Personals, als auch auf die Haltung und das *Besitzergreifen* (own) des Personals von der Umgebung aus (Francis et al. 2003 und Arthur et al. 2010 in Waller 2012, S. 19). Gut gestaltete Krankenhäuser gehen über die Notwendigkeit von Sauberkeit und Infektionskontrolle und dem Erhalt von Privatsphäre und Würde hinaus und schaffen Bereiche die zweckdienlich und angenehm sind (vgl. Waller 2012, S. 18). Das kann *positive Effekte* auf Besuchende, zu Pflegende und Personal haben (vgl. Lawson et al. 2003 in Waller 2012, S. 18).

**Problemdimension:** Eine für Menschen mit Demenz geeignete Umgebung kann Unabhängigkeit *fördern*, Agitation, herausforderndes Verhalten und die Verschreibung antipsychotischer Medikation *reduzieren*, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme *verbessern*, die Beschäftigung mit sinnvollen Tätigkeiten fördern, zu breiterem Einbezug pflegender Angehöriger ermuntern und die Arbeitsmoral, Anwerbung und Bindung von Personal verbessern (vgl. RCP 2011 in Waller 2012, S. 18).

**Beeinflussbarkeit:** Das *Management* kann über die physische Ausstattung des Pflegesettings visuell (Beleuchtung, sichtbare Uhren, Gestaltung von Sanitarräumen) und akustisch (Lärmverringerung durch leise Mülleimer, Kopfhörer, Veränderung des Pflegerufs hin zu vibrierenden Meldern) verändern, aber auch *Pflegende* können die vorhandene Infrastruktur anpassen (etwa Telefone nachts lautlos stellen) (vgl. Andrews 2012b, S. 20; vgl. Andrews 2012a, S. 20).

**Korrelierende Themen und Probleme:** Es ist wichtig zu unterscheiden zwischen *wie zu Hause* (homelike; physische Umwelt) und *Daheim sein* (home; *emotionale Umwelt*). Auch wenn ein Pflegesetting physisch *wie zu Hause* gestaltet ist, bedeutet das nicht zwangsläufig, dass das Erleben emotional als *Daheim sein* auftritt (vgl. Zingmark et al. 2002, Edvardsson et al. 2005 in Edvardsson et al. 2012, S. 1141). Auch wenn die physische Umgebung eher institutionell ist, kann das Gefühl des Daheim seins auftreten (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1141). »You can have the best designed ward in the world, but if the staff do not *understand* dementia then it will not make the slightest difference. We must have properly trained staff as well«, sagt Jeni Bell, Admiral Nurse (in Sprinks 2012, S. 13). Die Pflegeumgebung sollte Erholung, gutes *Essen und Trinken* und wenig Unruhe bieten (vgl. Andrews 2012b, S. 20; vgl. Andrews 2012a, S. 20). Die Umgebung bindet *Ressourcen*: Beim Aufräumen stellt sich heraus, dass Flächen benutzt werden, um nicht benötigtes Material zu lagern (vgl. Waller 2012, S. 20).

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** Illustrierte *Beschilderung und Uhren*, die auch den Wochentag anzeigen, die aus der Distanz gelesen werden können, können Orientierung

und das Gefühl von Sicherheit und des Daheim seins fördern und herausforderndes Verhalten verringern (vgl. Borbasi et al. 2006 in Doherty und Collier 2009, S. 29; vgl. Duffin 2013, S. 17; vgl. Diaz-Moore 1999, McAllister und Silverman 1999, Morgan und Stewart 1999, Zingmark et al. 2002, Ziesel et al. 2003 in Edvardsson et al. 2012, S. 1137, vgl. Sprinks 2012, S. 12; vgl. Waller 2012, S. 20). *Farbgebung*, im Besonderen *Kontrastierung*, kennzeichnen verschiedene Bereiche, erleichtern das Erkennen und die Orientierung (vgl. Duffin 2013, S. 17; vgl. Sprinks 2012, S. 12; vgl. Waller 2012, S. 19–20). *Besondere Bereiche*, die geschaffen wurden, um auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz einzugehen, hatten positive Auswirkungen auf die zu Pflegenden und das Personal (vgl. Traynor et al. 2005 in Doherty und Collier 2009, S. 29–30). An zentralen Punkten können Patientinnen und Patienten etwa Musik hören, plaudern, Personal treffen oder Mahlzeiten einnehmen. Es wurde ein zentrales Stationszimmer entfernt, Cafés sowie offene und einladende Eingänge geschaffen und Gärten und Flächen zum gezielten Gehen und für Aktivitäten eingerichtet (vgl. Sprinks 2012, S. 12; vgl. Waller 2012, S. 19–20). Ein Review aus 70 Studien zwischen 1981 und 1995 zeigt eine geringe *Größe* der Station, *Außenbereiche* und *nichtinstitutionelle Gestaltung* als gewinnbringend für Menschen mit Demenz auf (vgl. Day et al. 2000 in Edvardsson et al. 2012, S. 1137). Große Bereiche sind unterteilt, um Lärm und Verwirrung zu vermeiden (vgl. Waller 2012, S. 20). Passendes Verhalten und das Gefühl von Sicherheit und des Daheim seins kann in Pflegeheimen gefördert werden durch Gemütlichkeit bzw. Gestaltung wie zu Hause (homelikeness) (vgl. Diaz-Moore 1999, McAllister und Silverman 1999, Morgan und Stewart 1999, Zingmark et al. 2002, Ziesel et al. 2003 in Edvardsson et al. 2012, S. 1137). Dabei müssen sowohl die Bedürfnisse der zu Pflegenden als auch klinische Anforderungen erfüllt werden (vgl. Waller 2012, S. 19). Verbesserte und flexible *Beleuchtungsschemen* simulieren Tageslicht und unterstützen normale Schlafmuster. Im Zusammenhang mit Bodenbelägen wird darauf geachtet, dass der Boden für Menschen mit visuellen Beeinträchtigungen nicht feucht oder rutschig erscheint (vgl. Waller 2012, S. 20). Das Personal kann geschult werden, um Tipps zur Überarbeitung des Milieus zu geben. Hierzu bietet die Dementia Design School der University of Stirling Trainingsprogramme an (vgl. Andrews 2012b, S. 20; vgl. Andrews 2012a, S. 20).

#### 4.1.4 Management

##### Kompetenzen, Wissen, Können

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●●○	■●●	●●

**Schlüsselbegriffe:** lacking (Mangel), diagnosing (erkennen und benennen)

**Begriffsklärung:** Der Begriff der Kompetenz wird zum Teil auch auf wissenschaftlichem Territorium unpräzise in einem Alltagssprachlichen Verständnis gebraucht, so dass ein Spektrum vermeintlich unterschiedlicher Kompetenzbegriffe entsteht, vor deren Hintergrund eine eindeutige Definition kaum noch möglich ist. Kompetenzen bezeichnen ein menschliches Vermögen, das prozesshaft über den gesamten Lebensverlauf hinweg erwerb und veränderbar ist. (Handlungs-)Kompetenz lässt sich Dimensionieren in Sach-, Methoden-, Selbst- und Sozialkompetenz (vgl. Grunert 2012, S. 62, 77). Kompetenzen sind Individualitätsmerkmale und stets handlungsbezogen. Sie befähigen nicht nur dazu, eine immer wiederkehrende Aufgabe erfolgreich zu bearbeiten, sondern auch mit zunächst unbekanntem Aufgaben an gemessen zurechtzukommen (vgl. Wins et al. 2008, S. 52–53). Expertinnen und Experten

schaffen es, die wesentlichen Informationen so gezielt zu erfassen, dass damit weitreichende Aussagen möglich werden. Sie sind sich über die Querverbindungen der von ihnen erfassten und anderer vorliegender Daten bewusst, sie reflektieren das eigene Vorgehen und die getroffenen Schlussfolgerungen kritisch und systematisch und verfeinern so die eigenen Wissensstrukturen in immer stärkerem Maße (vgl. Wins et al. 2008, S. 61–62).

**Relevanz:** Wo begrenztes Wissen um den Krankheitsprozess das Personal an der Pflege und im Verstehen des Verhaltens der Patienten hinderte, hatte das Personal das Gefühl die Kontrolle zu verlieren (vgl. Hellzen et al. 1999 in Doherty und Collier 2009, S. 29). Wenn Pflegende mit schwierigem Verhalten konfrontiert sind, führt Kompetenzmangel zu *Kraftlosigkeit, Frustration, Gefühlen des Scheiterns* und weiter zu erhöhter Medikation, um das Verhalten zu dämpfen (Eriksson und Saveman 2002 in Doherty und Collier 2009, S. 30). Gegensätzliche Anweisungen erzeugen Unbehagen bei Schülerinnen und Schülern (vgl. Baillie et al. 2012a, S. 36) und Pflegende sind sich unsicher, ob sie Menschen mit Demenz helfen oder sie verletzen (vgl. Norberg und Asplund 1990 in Doherty und Collier 2009, S. 29). Für Betroffene führen unbehandelte Delirien, zu größerer *Abhängigkeit* (vgl. Andrews 2012b, S. 19; vgl. Andrews 2012a, S. 19). *Lernen* über dementielle Erkrankungen erfolgt experimentell über Versuch und Irrtum (vgl. Gandesha et al. 2012, S. 27–28) und der Wissensmangel beeinflusst die *Haltung* der Pflegenden. Einige pflegen Menschen mit Demenz sehr begeistert, andere behandeln sie wie Menschen zweiter Klasse oder sie möchten verwirrte Patientinnen und Patienten nicht hinnehmen, weil sie zusätzliche Arbeit bedeuten oder betrachten sie als nicht *passend* (vgl. Baillie et al. 2012a, S. 35). Dabei besteht auch ein Mangel im Verständnis für die Unterschiede zwischen akuter und chronischer Verwirrung (vgl. Moyle et al. 2010, S. 425). Pflegende wünschen sich in der Praxis *Schulungen* (vgl. Atkin et al. 2005, Alzheimer Europe 2008 in Doherty und Collier 2009, S. 28; Nolan 2006 in Doherty und Collier 2009, S. 30)doherty200931; vgl. Mental Health Foundation 2007, Sibbald et al. 1996 in Thomas 2010, S. 25–26; vgl. Thomas 2010, S. 27; vgl. Baillie et al. 2012a, S. 35, 36; vgl. Waller 2012, S. 21; vgl. Sprinks 2012, S. 12).

**Problemdimension:** Schulung hat größeren Einfluss auf das *Bewusstsein* und das *Anwenden* von personenzentrierten Ansätzen durch Pflegende als Praxiserfahrung. Pflegende mit einer Schulung für Fortgeschrittene (Post-Basic) nutzen personenzentrierte Ansätze öfter als Pflegende ohne diese Schulung (vgl. Norman et al. 1999 in Doherty und Collier 2009, S. 31). Schulungen und klinisches Wissen wurden in einer Vielzahl von Artikeln als *der Weg* beschrieben, Sicherheit in Verständnis und Reaktion auf dementielle Erkrankungen zu entwickeln (vgl. Iliffe 1997, 2000, 2003, Nolan et al. 2002, Iliffe und Manthorpe 2004, Norman 2005 in Thomas 2010, S. 27). Viele Menschen mit Demenz haben keine Diagnose, weil die anfänglichen Symptome dementieller Erkrankungen mild sind und nicht von Practice Nurses erkannt werden, die sich im Wesentlichen mit *somatischen Problemen* beschäftigen (vgl. Thomas 2010, S. 26). Die Schwierigkeiten, dementielle Erkrankungen zu erkennen (diagnosing), unterscheiden sich nach *Qualifikation*. 13 % der Community mental Health Nurses (CMHNs), 54 % der Community Nurses (CNs) und 58 % der Practice Nurses (PNs) haben Schwierigkeiten bei der Diagnose von Demenz erlebt (vgl. Manthorpe et al. 2003a, 2003b in Thomas 2010, S. 26).

**Beeinflussbarkeit:** Der inhaltliche Einflussbereich liegt bei *Dozierenden* und den *Pflegenden* als Schulungsteilnehmende. Pflegende benötigen offizielle Schulungen bereits vor dem Eintritt in die Pflegekammer (pre-registration) und müssen wissen, wie Menschen mit Demenz in akuten Settings gepflegt werden (vgl. Doherty und Collier 2009, S. 31), sie benötigen

praktische Erfahrung in der Pflege von Menschen mit Demenz in unterschiedlichen Settings bereits während der Ausbildung, so dass sie Theorie und Praxis verknüpfen können (vgl. Doherty und Collier 2009, S. 31). Bildungsprogramme müssen sicherstellen dass die *National Dementia Strategy* for England (Department of Health 200) die treibende Kraft ist und Partnerschaften zwischen akademischen Institutionen und lokalen Einrichtungen eingegangen werden, um Pflege bei Demenz weiter zu entwickeln (vgl. Doherty und Collier 2009, S. 31). Dabei ist zu reflektieren, dass sich traditionelles Training von Pflegenden und anderem Personal in der Pflege für ältere Menschen als ineffektiv gezeigt hat (vgl. Duffin 2013, S. 14). Für das *Management* gilt, dass Schulungen leicht zugänglich sein müssen (vgl. Royal College of Nursing 2011 in Gandesha et al. 2012, S. 31). *Forschung und Lehre*: Das Demenz-Curriculum, das von Pulsford et al. (2006) entwickelt wurde, muss als Rahmen für Demenzschulungen über alle akademischen Grade adaptiert werden (vgl. Doherty und Collier 2009, S. 31).

**Korrelierende Themen und Probleme:** Pflegende nennen als Bereiche mit Schulungsbedarf *herausforderndes Verhalten* sowie Prävention und Umgang mit gewalttätigen Vorfällen. Sie wünschen sich Basis-Arbeitswissen über psychiatrische *Medikamente* und deren unerwünschten Wirkungen sowie dem Nutzen und Anwenden von *Assessmentinstrumenten* (vgl. Atkin et al. 2005 in Doherty und Collier 2009, S. 30).

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** Das gesamte Personal, das mit älteren Menschen arbeitet soll *Trainings* entsprechend ihrer Rollen und Verantwortlichkeiten erhalten (The National Institute for Health and Clinical Excellence in Gandesha et al. 2012, S. 29). Verbesserte *Schulungen* werden empfohlen (vgl. Law 2008, Sampson et al. 2009, Cowdell 2010, RCP 2011, Calnan et al. 2012 in Baillie et al. 2012a, S. 36–37), sie sprechen im Guys and St. Thomas Krankenhaus *alle Sinne* an. Eine DVD zeigt den Krankenhausaufenthalt aus Sicht einer Patientin, im begleitenden Training kommen spezielle Brillen und Jacken zum Einsatz, die dem Personal das Erleben der physischen Einschränkungen älterer Menschen ermöglichen (vgl. Duffin 2013, S. 16). Schulungen müssen über die Bildung von Individuen hinausgehen und einen positiven *Organisationswandel* einleiten, wenn sie nachhaltig sein sollen (vgl. Moyle et al. 2010, S. 426). Eine Admiral Nurse, die für gewöhnlich Familien und pflegenden Angehörigen hilft, dementielle Erkrankungen zu verstehen, *unterstützt* jetzt Personal im Krankenhaus, sie bietet Programme an, die helfen Distress zu erkennen (vgl. Sprinks 2012, S. 13). Im öffentlichen Rahmen unterstützen Kampagnen das Bewusstsein des Themas Demenz, etwa in der *Lets Respect campaign* (National Mental Health Development Unit 2009 in Doherty und Collier 2009, S. 28).

### Leitlinien und Richtlinien (Guidelines, Policy)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●●	●●●●●	●○○	■●●	●●

**Schlüsselbegriffe:** guidance (Leitlinie), standard (Anforderung), practice (Methode, Standard), procedure (Verfahren, Methode) | facilitators (Unterstützer), barriers (Hemmnisse)

**Begriffsklärung:** Mit der S3-Leitlinie Demenz (2009) wurden erstmals detailliert für Deutschland Standards der wissenschaftlichen und klinischen Fachgesellschaften für diese wichtige Erkrankung festgeschrieben. Es werden wichtige Lücken in der Qualität der Behandlung psychisch Kranker geschlossen. Die Finanzierung entsprechender Leitlinien erfolgt in der

Regel ausschließlich durch die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) und ohne jede Beteiligung der Industrie (vgl. Schneider et al. 2011, S. 40). Handlungsempfehlungen für die Praxis werden in der Pflege häufig als Richtlinien und in der Medizin als Leitlinie definiert. Sie unterscheiden sich jedoch in ihrer Reichweite. Richtlinien sind für eine Einrichtung (ggf. Abteilung) verbindlich, Leitlinien haben Empfehlungscharakter und sind einrichtungs- und sektoreunabhängig. Pflegestandards hingegen legen ein Qualitätsniveau fest. Unterschieden werden Experten- und Praxisstandards (vgl. Elsbernd et al. 2010, S. 22, 28). Die Leitliniensystematik umfasst fünf Kriterien: klinischer Algorithmus, formale und transparente Konsensfindung, Evidenzbasierung, formale Outcome-Analyse und Analyse der Kosten-Effektivität. S3-Leitlinien erfüllen diese fünf Kriterien (vgl. Roes 2006, S. 62).

**Relevanz:** Die Implementierung von Leit- und Richtlinien ist schwierig, weil die Pflegenden begrenzte Möglichkeiten haben, ihr Wissen zu erweitern und der Zugang zu *Schulungen* sowie die *Qualifikation* der Dozierenden unterschiedlich sind (vgl. Norman 2003 in Doherty und Collier 2009, S. 28). Außerhalb des Themas Demenz zeigt dieses Phänomen, dass es übergreifende Faktoren gibt, die unterstützend wirken oder hinderlich sind (facilitators und barriers) (vgl. Davies et al. 2008, S. 9).

**Problemdimension:** Bei der Implementierung einer Ernährungsleitlinie zeigt sich, dass sich das Screening verbessert, der Anteil der Patientinnen und Patienten, die eine entsprechende *Behandlung* bekommen, steigt jedoch nicht an (vgl. Tangvik et al. 2012, S. 390–391). Auch über verschiedene Leitlinien hinweg zeigt sich, dass ein erheblicher Anteil der Patientinnen und Patienten nicht die angestrebten Leistungen erhält. In einem weiten Teil der Indikatoren zeigen sich keine Veränderungen. Es gibt jedoch bei einzelnen Indikatoren bedeutsame Verbesserungen. Dies bestätigt die allgemeine Studienlage (vgl. Davies et al. 2008, S. 9–10).

**Beeinflussbarkeit:** Die Ursachen mangelhafter *Verbesserung* der Versorgung durch Leitlinienentwicklung werden im Informationsfluss vermutet: es ist möglich, dass die Ergebnisse von Screenings nicht die Behandelnden erreichen. Hinzu können eine mangelnde Personalausstattung und eine mangelnde Priorisierung des Themas kommen (vgl. Tangvik et al. 2012, S. 391). Als übergreifende Hemmnisse werden Arbeitsbelastung, Zeitdruck, konkurrierende Leistungen, Widerstand des Personals, fehlende externe Unterstützung (lack of buy-in), fehlende Unterstützung von anderen Organisationsebenen und Veränderungen in der Organisation genannt. Zusätzlich können kurze Liegedauern, fehlende ärztliche Unterstützung und Mängel durch unveränderte Dokumentation einrichtungsspezifische (specific to the implementation sites) Barrieren sein (vgl. Davies et al. 2008, S. 9). Es ist folglich die Aufgabe des *Managements*, förderliche Strukturen bereitzustellen.

**Korrelierende Themen und Probleme:** Screenings sind der erste Schritt hin zu einer individualisierten Behandlung. Ein Grund, sie nicht ein- oder umzusetzen ist ein Mangel an *Zeit* (vgl. Tangvik et al. 2012, S. 391–392). Neben der Thematik der begrenzten Ressourcen sind im besonderen *Organisationskultur* und Kommunikation innerhalb der Organisation (*Informationsweitergabe* und *Feedback*) und der Zugang zu *Schulungen* von besonderer Bedeutung (vgl. Davies et al. 2008, S. 9, 11).

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** Ansätze zur Verbesserung der Wirksamkeit von Leitlinien werden in der *Schulung* von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (mit der die Bedeutsamkeit der Themen hervorgehoben werden kann) und Audits (die den Umsetzungsstand der Leitlinie prüfen) gesehen. Darüber hinaus sind *Feedback* geben und



*ökonomische Anreize*, wie eine Vergütung über Diagnosis Related Groups (DRGs) Möglichkeiten, die Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus zu verbessern (vgl. Tangvik et al. 2012, S. 391; vgl. Davies et al. 2008, S. 11). Verhindert Zeitmangel die Umsetzung von Screenings, kann überprüft werden, ob weniger aufwändige *Verfahren* nicht ebenso geeignet sind (vgl. Tangvik et al. 2012, S. 391–392). Als begünstigende Faktoren für die Implementierung von Leitlinien werden Schulungen, fachliche, organisatorische und administrative *Unterstützung*, der Einbezug von Stakeholdern, Team- und Zusammenarbeit, Verfügbarkeit spezieller Ressourcen (wie Fachberatungsstellen) und Verfügbarkeit benötigter Materialien angesehen (vgl. Davies et al. 2008, S. 9). Schulungen sollen praktisch orientiert sein (hands-on skill practice sessions), bei denen Techniken und Mittel ausprobiert und angewendet werden können. Weiter werden *Broschüren* und Instrumente der *Patientenedukation* als hilfreich angesehen (vgl. Davies et al. 2008, S. 11).<sup>4</sup>

### Organisationskultur (culture)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●○○	■ ■ ■	●●

**Schlüsselbegriffe:** comprehensibility (Verstehbarkeit), manageability (Handhabbarkeit), meaningfulness (Sinnhaftigkeit, Bedeutsamkeit), flexible and creative approaches (flexible und kreative Ansätze), core business (Kernaufgabe)

**Begriffsklärung:** Die Qualität der Führung, die Unternehmenskultur und Werte, die im Krankenhaus unmittelbar gelebt werden, sind Handlungsfelder, die wesentlich für die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit sind. Es geht etwa um den Aufbau und Erhalt eines guten und wertschätzenden Betriebsklimas, um gesunde und leistungsfördernde Arbeitsbedingungen und Weiterbildungsmöglichkeiten. Das Verständnis von Kollegialität und wie Hierarchie innerhalb und zwischen Professionen gelebt wird, nehmen Einfluss auf die Organisationskultur. In Krankenhäusern wird diesen Softskills noch zu wenig Bedeutung beigemessen. Dies betrifft sowohl den Umgang mit der Belegschaft als auch den Umgang mit Patientinnen und Patienten (vgl. Schönberg 2012, S. 247–248; vgl. North et al. 2009, S. 126). Organisationskultur schlägt sich in der Wechselwirkung zwischen Personen und Situationen nieder in Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit der Arbeit und Abläufe. Sie zeigt sich in Werten, Normen, Zielen und Aufgaben (vgl. Kastner 2013, S. 535–538). Eine kommunikative, aufgeschlossene Unternehmenskultur ist Voraussetzung für eine kontinuierliche Verbesserung und damit eine Voraussetzung für die Zukunftsfähigkeit von Kliniken (vgl. Greiling 2013, S. 127)luethy2012184.

**Relevanz:** Die Vielzahl an Verlegungen verursacht bei Menschen mit Demenz *Stress* und verstärkt *Verwirrung* (vgl. Cunningham und Archibald 2006 in Doherty und Collier 2009, S. 29; vgl. Baillie et al. 2012a, S. 34, 36; vgl. Sprinks 2012, S. 12). Krankenhäuser sind in ihrer Kultur medizinischer ausgerichtet als Einrichtungen der Altenhilfe. *Gute Pflege* wird eher als Übernahme (doing for) wie Beobachtung, Behandlung und Evaluation denn als Unterstützung (being with) gesehen, wie Präsenz und Verfügbarkeit (sharing place and moment), Beschäftigung und Tagesgestaltung (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1142). Die

<sup>4</sup>Weiterführende Literatur:

Kirchen-Peters, Sabine (2013). »Akutmedizin in der Demenzkrise? Chancen und Barrieren für das demenzsensible Krankenhaus.« Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.

*Priorität* haben akut kranke Menschen (vgl. Baillie et al. 2012a, S. 34). Schülerinnen und Schüler bestätigen, dass das Personal sich auf das Angebot spezieller Pflege konzentriert (vgl. Baillie et al. 2012a, S. 36). Menschen mit Demenz, die keine akute Pflege benötigen, werden als weniger wichtig und zum Teil als lästig eingestuft (vgl. Moyle et al. 2010, Cowdell 2010 in Baillie et al. 2012a, S. 36). Die Organisationskultur in Krankenhäusern ist nicht geeignet für die Pflege älterer Menschen mit Demenz. Es überwiegt der Eindruck, dass Menschen mit Demenz nicht mit Respekt oder Würde behandelt werden, was durch einen Mangel an Verständnis und Zeit erklärt wird. Die Pflege für Menschen mit Demenz benötigt viel Zeit und viele Pflegenden sind *frustriert* und handeln *gleichgültig* (vgl. Baillie et al. 2012a, S. 34). Die Priorität liegt darin, die Patientinnen und Patienten schnell durch das System zu schleusen. Die Organisationskultur schätzt *Geschwindigkeit* (vgl. Baillie et al. 2012a, S. 34; vgl. Andrews 2012b, S. 18, 19; vgl. Andrews 2012a, S. 19).

**Problemdimension:** Pflegende weisen Menschen mit Demenz für eine gesamte Schicht Schülerinnen oder Schülern ohne Unterstützung oder Anleitung zu (vgl. Baillie et al. 2012a, S. 35, 36). Die Betreuung wird auch an neue Teammitglieder delegiert, damit sich das Personal auf als wichtiger bewertete Patientinnen und Patienten konzentrieren kann, dies nennt sich *Specialling* (vgl. Moyle et al. 2010 in Baillie et al. 2012a, S. 37; vgl. Moyle et al. 2010, S. 423). Personal begegnet flexiblen und kreativen Ansätzen oder dem Hinterfragen von *Routine* mit Unbehagen und Ablehnung (vgl. Baillie et al. 2012b, S. 24). Grundsätzlich wird Stationsroutinen Priorität gegenüber dem Eingehen auf individuelle Bedürfnisse der Betroffenen gegeben (vgl. Baillie et al. 2012b, S. 25). Die Pflege für Menschen mit Demenz sollte jedoch eher auf das Erkennen als auf das Erzwingen ausgelegt sein (vgl. Norman 2006 in Baillie et al. 2012b, S. 26).

**Beeinflussbarkeit:** Die Ergebnisse zu Präsenz und Verfügbarkeit haben Konsequenzen für *Personal* und *Führung* (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1143). Das Management sollte die Pflege älterer Menschen als Kernaufgabe sehen, denn diese Gruppe macht einen Großteil der Patientinnen und Patienten aus (vgl. Thompson in Gillen 2012, S. 10). Gute, personenzentrierte Pflege bei demenziellen Erkrankungen erfordert also eine Veränderung der Prioritätensetzung des Personals hin zu Interaktion und Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohnern (resident) über die Routinen und Aufgaben hinaus. Mehr Personal führt jedoch nicht zwangsläufig zu besserer Pflege (vgl. Cohen-Mansfield und Bester 2006 in Edvardsson et al. 2012, S. 1142).

**Korrelierende Themen und Probleme:** Handlungen und Prozesse können *stigmatisierend* sein. Die Einstufung von Menschen mit Demenz als weniger wichtig steht im Gegensatz zu deren Wertschätzung, die notwendig für einen personenzentrierten Ansatz der Pflege ist (vgl. Brooker 2004, 2007 in Baillie et al. 2012a, S. 36). Oftmals werden ältere Menschen mit verschiedenen chronischen Erkrankungen verlegt, weil sie auf kein spezialisiertes Setting *passen* (vgl. Calnan et al. 2012 in Baillie et al. 2012a, S. 36). Verlegungen trennen Beziehungen zum Personal und beeinflussen damit das Krankenhauserleben der älteren Menschen nachteilig (vgl. Nolan 2006, Bridges et al. 2010 in Baillie et al. 2012a, S. 36). Das EHE-Programm baut auf *Zusammenarbeit* und fördert die Prinzipien von Unterstützung und verbindlicher Absprache (consultation, engagement) mit Wohlfahrtsorganisationen und Gruppen, was die Zusammenarbeit mit der Bevölkerung erleichtert hat und hilft, das öffentliche Bewusstsein für demenzielle Erkrankungen zu stärken (vgl. Waller 2012, S. 20).

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** Ein personenzentrierter Ansatz ist in Schu- lungen wichtig, um institutionelle *Grenzen* für personenzentrierte Pflege zu erkennen (vgl. Packer 2000 in Doherty und Collier 2009, S. 31). Gute Pflege bei dementiellen Erkrankun- gen erfordert in verschiedenen Settings, dass Unterstützung (being with) so viel *Priorität* beigemessen wird, wie der Übernahme (doing for) bei Tätigkeiten und Verrichtungen (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1142–1143). Schülerinnen und Schüler durchbrechen Routinen mit dem *Übertragen* von Praktiken aus der Altenhilfe. Manchmal mussten sie dabei an- kerkannte Praktiken der Station herausfordern (vgl. Baillie et al. 2012b, S. 25). Einige Pflegekräfte unterstützen flexible *Stationsroutinen*, andere beharren eher auf Routinen (vgl. Baillie et al. 2012b, S. 25). Menschen mit Demenz werden nur *verlegt*, wenn dies me- dizinisch notwendig ist (vgl. Andrews 2012b, S. 19; vgl. Andrews 2012a, S. 18–19). Wie für Menschen mit Infektionen werden *Räume* für Menschen mit demenziellen Erkrankungen ausgewiesen (vgl. Andrews 2012b, S. 19; vgl. Andrews 2012a, S. 19).

### Schnittstellenmanagement (interworking, collaboration)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●○	●●●●	●○○	■□□	●●

**Schlüsselbegriffe:** Butterfly-Scheme; forget-me-not; red tray (rotes Tablett)

**Begriffsklärung:** Fehlende Kommunikation und unzureichend aufeinander abgestimmte Prozess- schritte führen in Krankenhäusern zu Informationsverlusten und Wartezeiten für die be- teiligten Personen. Bei der Ressourcenplanung müssen sich die Mitarbeiterinnen und Mit- arbeiter der Krankenhäuser als Dienstleistungsunternehmen der besonderen Problematik stellen, Patientinnen und Patienten als externen Faktor mit in die ablaufenden Prozesse zu integrieren und diese gezielt zu steuern. Auch diese Koordination erfordert Kommuni- kation an Schnittstellen und zwischen den verschiedenen Professionen (vgl. Schubert 2013, S. 37–38, 57; vgl. Zühlke-Robinet 2013, S. 166–167). Dabei ist auch mit Blick auf die Di- versität des Personals im Krankenhaus auf Kommunikation und Sprache als Hemmschuh bei der Zusammenarbeit zu achten (vgl. Trummer 2013, S. 336–337).

**Relevanz:** Misslungene Kommunikation bei Verlegungen (zwischen verschiedenen Organisatio- nen) sorgt für *Frustration*. Wenn das Patientenmanagement (discharge planner) nur mini- mal bezüglich der Verlegung kommuniziert, kann es zu Wiederaufnahmen und Vorwürfen der Inkompetenz oder Nachlässigkeit (uncaring) führen. Wenn Personal somit als unehrlich wahrgenommen wird, kann Misstrauen aufkommen und die Kommunikation noch weiter *eingeschränkt* werden (vgl. Tew 2012, S. 109–110). Auch innerhalb einer Einrichtung ist Kommunikation von Bedeutung, so führen Kommunikationsabbrüche zu 43 % der chirurgi- schen *Fehler* (vgl. Gawande et al. 2003 in Rice et al. 2010, S. 351). Es kommt vor, dass das Personal sich nicht namentlich kennt und nur begrenzt über Fähigkeiten und Kompetenzen anderer informiert ist. Interprofessionelle Zusammenarbeit findet außerhalb strukturierter Prozeduren kaum Beachtung (vgl. Rice et al. 2010, S. 351–352).

**Problemdimension:** Bei Verlegungen (zwischen Organisationen) können aufgrund der Instabi- lität von Menschen mit Demenz Veränderungen auftreten, die zur *Rückverlegung* führen können (vgl. Tew 2012, S. 109). Im Gesundheitsbereich ist Informationsaustausch, auch innerhalb einer Einrichtung, von Angesicht zu Angesicht selten und *unpersönlich* (vgl. Rice

et al. 2010, S. 350, 351). Dadurch besteht das Risiko, dass Kommunikation nur in einer Richtung verläuft und Feedback ausbleibt – Missverständnisse sind eine denkbare Folge.

**Beeinflussbarkeit:** Bei Verlegungen (zwischen Organisationen) ist bidirektionale Kommunikation notwendig. Klare Kommunikation, ausführliche Übergaben, Tipps und telefonische Begleitung nach der Verlegung, auch durch speziell ausgebildetes *Personal*, verbessert Übergänge (vgl. Tew 2012, S. 111). Hierarchien und die schnell getaktete Umgebung werden als Gründe benannt, weshalb ein eigens entwickeltes Kommunikationsverfahren nicht angewandt wird. Wie auf einer parallel untersuchten Vergleichsstation verläuft Kommunikation abgelöst und anonym. Es ist *unklar*, wie interprofessionelle Kommunikation verbessert werden kann (vgl. Rice et al. 2010, S. 355–356, 357–359).

**Korrelierende Themen und Probleme:** *Stigmata* strukturieren Situationen im Voraus, verringern Unsicherheit, bieten Entscheidungshilfen und beeinflussen auch die Wahrnehmung in Richtung Selektion und Verzerrung. Ebenso kann das Sammeln von neuen Erfahrungen behindert werden (vgl. Hartmann 2000, S. 166; vgl. Becker 2010, S. 52). In diesem Sinne entsteht durch die Anwendung des Butterfly-Schemas die ethische Gefahr der Stigmatisierung von Menschen mit Demenz. Dies kommt zum Tragen, wenn die in der Strukturierung liegende Routine zu kritischer Routine wird. Sensibilisiertes Personal kann kritische Routine unterbrechen um sie in individueller Entscheidung weiterzuführen (vgl. Pierre et al. 2005, S. 5–6, 76, 171). Um die interprofessionelle Kommunikation zu verbessern, müsste Kommunikation in der *Ausbildung* aufgewertet und ein Klima geschaffen werden, in der Kommunikation gefördert wird (vgl. Rice et al. 2010, S. 358).

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** Spezielles Personal (Transitions nurse) kümmert sich um die Kommunikation zwischen Organisationen. Das *Symbol* eines Vergissmeinnicht / Schmetterlings ist über dem Bett aller Menschen mit Demenz platziert. Das gleiche Symbol findet sich auch in den Akten, so dass das gesamte Personal sich bewusst über die Verfassung der betroffenen Patientinnen und Patienten ist (vgl. Duffin 2013, S. 2013; vgl. Andrews 2012b, S. 19; vgl. Andrews 2012a, S. 19). Gegebenenfalls liegen Informationen zu dementiellen Erkrankungen aus vorangegangenen Aufenthalten vor (vgl. Andrews 2012a, S. 18). Menschen mit Demenz erhalten ihr Essen auf einem *roten Tablett*, so dass das Personal auf die besonderen Bedürfnisse der zu Pflegenden aufmerksam gemacht wird (vgl. Duffin 2013, S. 17).

#### 4.1.5 Material

##### Medikamente (medication)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●○	●●●●	●○○	□■□	○○

**Schlüsselbegriffe:** antipsychotic drugs (Neuroleptika), neuroleptic drugs (Neuroleptika), typical antipsychotics (typische Neuroleptika: Chlorpromazine, Haloperidol, Stelazine, Promazine, Thioridazine), atypical antipsychotics (atypische Neuroleptika: Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, Aripiprazole, Clozapine) | drug-induced dementia (drogeninduzierte Demenz), delirium (Delir)

**Begriffsklärung:** Kognitionsdefizite sind eine große Bürde des Alters. Bei demenziellen Erkrankungen ist derzeit medikamentös lediglich begrenzte symptomatische Therapie möglich.

Arzneimittel sind an etwa einem Drittel der Delirien beteiligt und gelten (besonders Polypharmazie) als wichtigste vermeidbare Ursache reversibler kognitiver Störungen bei älteren Menschen, denn sie kommen bei Multimorbidität zum Einsatz und wirken bei verändertem Metabolismus (vgl. Wehling 2012, S. 1240–1241). Insbesondere psychotrope Pharmaka (Benzodiazepine, Opiate, trizyklische Antidepressiva und typische Neuroleptika) gelten als delirogene Substanzen. Deshalb sind Psychopharmaka bei älteren Menschen immer als kritisch zu betrachten. Eine nichtmedikamentöse Prävention des Delirs kann durch Vorbeugung von Dehydration, durch Musiktherapie, Schlafförderung oder Orientierungstraining verhindert werden. Bereits eine Uhr im Raum kann Delirien verhindern (vgl. Wehling 2012, S. 1246–1247).

**Relevanz:** Medikationsfehler sind gut publiziert (vgl. Andrews 2012b, S. 19; vgl. Andrews 2012a, S. 19). Neuroleptika haben ihren Platz in der Behandlung, es herrscht jedoch ein blindes Vertrauen in Medikamentenanordnungen vor. Von 180.000 Menschen die in Großbritannien Neuroleptika einnehmen, haben 36.000 einen Nutzen davon. Mit *Übermedikation* wird das Potenzial für gute *Pflege* verdeckt (vgl. Sturdy et al. 2012, S. 3–4).

**Problemdimension:** Obwohl Neuroleptika nicht für die Behandlung von Agitation bei dementiellen Erkrankungen zugelassen sind, werden sie weit verbreitet genutzt (vgl. Sturdy et al. 2012, S. 3–4). Die Forschung zu Vor- und Nachteilen medikamentöser Behandlung ist noch lückenhaft, so dass Zusammenhänge nur vorsichtig formuliert werden können. Zu den *Nebenwirkungen*, die direkt auf die Einnahme von Neuroleptika (durch 180.000 Menschen mit Demenz) zurückzuführen sind, kommen jährlich zusätzlich 1.800 Todesfälle und 1.620 Fälle mit negativen Auswirkungen auf das Gehirn. Der starke Gebrauch von Neuroleptika zeigt, dass der potentielle Nutzen in speziellen Fällen den unerwünschten Wirkungen – die bei älteren Menschen größer sind – im Allgemeinen vorgezogen wird (vgl. Banerjee 2009 in Sturdy et al. 2012, S. 5).

**Beeinflussbarkeit:** Das Ansprechen auf Placebos liegt in Versuchen bei rund 30 %, was darauf schließen lässt, dass die Tatsache, an einem Versuch teilzunehmen (also regelmäßig in Kontakt mit Menschen zu sein, befragt zu werden, wie es geht und eine Tablette einzunehmen) einen positiven Effekt hat. Ansätze, Medikation zu reduzieren fokussieren deshalb auf das Verstehen von Menschen mit Demenz, Umgebungsgestaltung sowie dem Erkennen und Verstehen von ungedeckten Bedürfnissen und herausforderndes Verhalten (vgl. Sturdy et al. 2012, S. 5–6), es kann folglich von *Pflegenden* beeinflusst werden.

**Korrelierende Themen und Probleme:** Im Zusammenhang mit der Medikation stehen vor allem die Themen des *herausfordernden Verhaltens*, *emotionale Bedürfnisse*, *Kommunikation* und *Umgebungsgestaltung* (vgl. Sturdy et al. 2012, S. 5–6)

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** Medikamente sollten proportional zur Schwere einer dementiellen Erkrankung *reduziert* werden, weil die normalen Dosen zu viel für ein geschwächtes Gehirn sind (vgl. Thompson in Gillen 2012, S. 10). Die Lösungswege sind vielfältig, sie basieren auf dem *ABC-Assessment* (antecedents, behaviours, consequences: Vorgeschichte – Verhalten – Konsequenz), der *STAR-Campaign* (Stop, Think, Assess, Review) oder dem Leitsatz »*Person first – dementia second*« auf das Verständnis für das Geschehen und Ursachenbeseitigung. Sie bieten damit eine Alternative zur medikamentösen Symptombekämpfung (vgl. Sturdy et al. 2012, S. 11–14). Beispiele für greifbare Maßnahmen sind: Aromatherapie / Massage, Lichttherapie, entspannende Aktivitäten, simulierte

Präsenz (simulated presence), multisensorische Stimulation, Musiktherapie sowie tier- oder puppengestützte Therapien (vgl. Sturdy et al. 2012, S. 11).

## Essen (food)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●●○	■□	●●

**Schlüsselbegriffe:** protein energy malnutrition (PEM, Protein-Energie-Mangel), diet diversity (Lebensmittelzusammenstellung), good food (gutes Essen); good nutrition (gute Ernährung), grocery/groceries, comestible, estables, edibles, esculent, foodstuffs, provisions, vi-and, victuals (Lebensmittel), healthy food (gesundes Essen), finger food (Fingerfood)

**Begriffsklärung:** In reichen Ländern wird Lebensmittelqualität durch eine *gute* Zubereitung, Geschmack oder Beigabe geschätzter Zutaten definiert. In Ländern mit Ernährungsproblemen hingegen bedeutet Qualität in erster Linie die Menge an essentiellen, lebensnotwendigen Mikronährstoffen (Vitaminen, Spurenelementen) und Aminosäuren (Eiweißbausteinen) in einem Lebensmittel. Das Verhältnis dieser essentiellen Inhaltsstoffe (in Prozent der Empfehlung für diese Inhaltsstoffe) zum Energiegehalt (in Prozent der täglichen Empfehlung) wird als Nährstoffdichte bezeichnet. Sie ermöglicht, die Nährstoffversorgung ganzer Gruppen oder aber einzelner Individuen zu ermitteln (vgl. Biesalski 2013, S. 57, 59–62). Mit Blick auf Demenz sprechen bisher vorhandene Studien dafür, dass eine intensive Beziehung zwischen Leistungsfähigkeit und Demenzrisiko und dem Verzehr von Gemüse und Obst besteht. Die Evidenz für eine Absenkung des Risikos, bei der dem Verzehr von Gemüse eine bedeutendere Rolle zukommt als dem Verzehr von Obst, kann aufgrund der begrenzten Studienzahl jedoch nur als möglich bewertet werden (vgl. Boeing et al. 2012, S. 33). Zu den häufigsten Formen der Mangelernährung bei älteren Menschen zählt der Protein-Energie-Mangel. Inadäquate Ernährung kann die Entstehung altersassoziierter Erkrankungen wie auch Demenz fördern. Es ist von besonderer Bedeutung, bereits in jungen Jahren auf eine ausgewogene Ernährung zu achten (vgl. Grune und Stein 2013, S. 147–148, 156, 158). Das Vorliegen einer Demenz beeinflusst bei Frauen die Nährstoffversorgung. Bei Menschen mit Demenz ist der BMI signifikant niedriger als bei Menschen ohne kognitive Einschränkungen (vgl. DGE 2013).

**Relevanz:** Die Relevanz des Themas kann nicht bzw. nur unzureichend aus den Ergebnissen der sondierenden Recherche bearbeitet werden. Gleiches gilt für Beeinflussbarkeit oder Lösungswege. Das ist insofern überraschend, als dass die Qualität des Essens in verschiedenen Studien angesprochen und auch im Report of the National Audit of Dementia Care in General Hospital (Royal College of Psychiatrists 2011) erwähnt wird. Im deutschsprachigen Raum findet sich in der Altenhilfe besonders unter den Schlagworten *Fingerfood* und *Smoothfood* einschlägige, besonders praxisorientierte Literatur.

**Problemdimension:** Einige Familien brachten Essen mit, das die Patientinnen oder Patienten mochten und positive Reaktionen hervorrief (vgl. Baillie et al. 2012b, S. 24). Im Krankenhaus wird das Essen als kalt (vgl. Baillie et al. 2012a, S. 35, 36) oder als schlecht präsentiert beschrieben (vgl. Hallpike 2008, S. 37).

**Beeinflussbarkeit:** — Eine Diskussion kann mit bestehender Recherche nicht aufgegriffen werden —

**Korrelierende Themen und Probleme:** Essen ist gekoppelt an das Thema der Ernährung und wird an dieser Stelle vertieft.

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** Gutes Essen und Trinken auf kleinen Snack-Wagen fördert aktiv und erinnert an gute Ernährung (vgl. Waller 2012, S. 20).<sup>5</sup>

#### 4.1.6 Methoden

##### Kommunikation (communication)

---

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●●●	■□□	●●

---

**Schlüsselbegriffe:** three-minutes-relationships (3-Minuten-Beziehungen), verbal (verbal), non-verbal (nonverbal), gesture (Gestik), facial expression (Mimik), body language (Körpersprache, körperliche Haltung), tone of voice (Tonfall), acting (Handlung), elderspeak (*Sprache der Älteren*) | memory Book (Erinnerungsbuch)

**Begriffsklärung:** Kommunikation ist der Austausch von Mitteilungen zwischen Individuen. Sie beinhaltet, dass ein sogenannter Sender ganz gezielt Informationen an einen sogenannten Empfänger weitergibt. Sender und Empfänger wechseln im Verlauf einer Kommunikation ständig ihre Rollen. Kommunikation besteht nicht nur aus verbaler Artikulation, sondern auch aus nonverbalen Zeichen wie Gestik, Mimik und Handlungen wie Sich-Wegdrehen oder Nicht-Antworten (vgl. Haberstroh und Neumeyer 2011b, S. 28).

**Relevanz:** Pflegende von Menschen mit Demenz sprechen Krankenhäusern schlechte Kommunikation zu (vgl. Douglas-Dunbar und Gardiner 2007 in Baillie et al. 2012b, S. 26). Der Umgang mit *Aggressionen* (sic!) oder Angst fällt Schülerinnen und Schülern schwer (vgl. Baillie et al. 2012a, S. 36). Wenn die Kommunikation nicht gelingt, bemerken die Menschen mit Demenz den *Frust* der Pflegenden und *lehnen* Ihre Dienste *ab*, weil sie Angst haben. Deshalb müssen Pflegende die Kontrolle über die Kommunikation haben (vgl. Andrews 2012b, S. 20; vgl. Andrews 2012a, S. 20). Gelingt dies nicht, kommt es zum Tragen, dass Menschen mit Demenz mehr als andere auf *nonverbale Kommunikation*, Stimme und Tonfall (tone of voice) und Körpersprache bauen. Wenn Pflegende sich schlecht fühlen, nehmen Menschen mit Demenz das stärker wahr als Menschen, die auf verbale Kommunikation bauen (vgl. Andrews 2012b, S. 20; vgl. Andrews 2012a, S. 20).

**Problemdimension:** Kommunikation ist notwendig, um Beziehungen in der Pflege *aufzubauen*, Menschen mit Demenz zu positiven sozialen Aktivitäten zu ermutigen, verbliebene Gedächtnis- und Kommunikationsfähigkeiten zu *erhalten* und die Auswirkungen (impact) auf herausforderndes Verhalten zu *reduzieren* (vgl. Broughton et al. 2011, Smith et al. 2011 und Potkins et al. 2003 in Vries 2013, S. 30). Das *Bewusstsein* für die Bandbreite der möglichen Schwierigkeiten, die ältere Menschen durch eine dementielle Erkrankung erfahren, ist wichtig, wenn Möglichkeiten zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegenden

---

<sup>5</sup>Weiterführende Literatur:

Biedermann, Markus (2011). »Essen als basale Stimulation. Fingerfood, eat by Walking etc.« 3., überarbeitete Auflage. Hannover: Vincentz Network.

Biedermann, Markus; Furer-Fawer, Sandra; Thill, Herbert (2010). »Smoothfood. 5 Sterne für die Heimküche.« Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

und Betroffenen erwogen werden. Dies benötigt ein vorsichtiges *Assessment* der spezifischen Sprachdefizite und Kommunikationsmuster durch Beobachtung und Erfahrungen der Familie (vgl. Frazier-Rios und Zembrzuski 2004 in Vries 2013, S. 31).

**Beeinflussbarkeit:** Die unten erläuterten Lösungswege deuten auf eine Beeinflussbarkeit durch die *Pflege* hin, die durch das Management in Form von Schulungen unterstützt wird.

**Korrelierende Themen und Probleme:** Mit Blick auf die begrenzten *Ressourcen* ist es nicht realistisch, von Pflegenden eine emotionale Bindung zu allen Patientinnen und Patienten zu erwarten (vgl. Andrews 2012b, S. 20; vgl. Andrews 2012a, S. 20).

**Lösungswege, die in Studien aufkay de vriesgezeigt werden:** Wohlbefinden benötigt eine *ruhige Art* der Kommunikation mit freundlichem Ton und freundlicher Mimik (vgl. Baillie et al. 2012b, S. 24). Darüber hinaus kann methodisch, wenn die Zeit knapp ist, eine *3-Minuten-Beziehung* aufgebaut werden. Dabei werden verbale und nonverbale Fähigkeiten genutzt, um schnell mit Menschen in Kontakt zu kommen, sie in Ruhe zu versetzen und mit voller Aufmerksamkeit für wenige Minuten mit ihnen zu kommunizieren (vgl. Andrews 2012b, S. 20; vgl. Andrews 2012a, S. 20). Pflegende können lächeln und sich bemühen, schnell eine *Atmosphäre* von Nähe und Vertrauen aufzubauen, besonders, wenn die zu Pflegenden dementiell erkrankt sind. Dabei müssen sie aufrichtig sein, dürfen aber nicht von externem Druck geleitet werden. Sie sollen höflich sein und nicht über Dinge wie ihr persönliches Leben, fehlende Pausen oder viel zu tun zu haben sprechen (vgl. Andrews 2012b, S. 20; vgl. Andrews 2012a, S. 20). Eine Möglichkeit, Details zur Kommunikation zu sammeln, liegt in Memory Books oder im Lebensgeschichtsansatz (vgl. Bourgeois et al. 2001, Burgio et al. 2001, Keady und Jones 2010 in Vries 2013, S. 31). Für die Kommunikation von Bedeutung ist das *Zuhören* als kognitiver, affektiver und behaviouristischer Prozess die Aufmerksamkeit nicht nur auf Worte, sondern auch auf Emotionen legt. Kommunikation muss *reflektiert* werden, etwa durch Kolleginnen und Kollegen. Kommunikation soll den Kernprinzipien *ethischer Pflege* (Achtsamkeit, Verantwortung, Fachlichkeit (competence), Verfügbarkeit (responsiveness) und Vertrauen) folgen – insbesondere wenn Menschen Sprache nicht verstehen und nonverbal kommuniziert wird (vgl. Vries 2013, S. 32–33). *Schulungen* helfen, Kommunikation zu fördern (Acton et al. 2007, McGilton et al. 2009, Egan et al. 2010, Vasse et al. 2010 in Vries 2013, S. 34–36).

### Bewegung (exercise)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●○○	■●□	●●

**Schlüsselbegriffe:** activity (Aktivität), benign wandering (Herumwandern), wandering (potentiell negativ-symptomatisches Herumwandern), stretching (Bewegen, Dehnen)

**Begriffsklärung:** Immobilität reduziert das Hungergefühl. Durch die Abnahme von stoffwechsellaktivem Muskelgewebe sinkt der Energieverbrauch, Appetit und Nahrungsaufnahme werden reduziert und das Risiko für Mangelernährung steigt. Chronischer Bewegungsmangel beschleunigt den Muskelabbau und den damit verbundenen Kräfterverlust (vgl. Steigele 2012, S. 41). Muskelschwund kann (in der Unfallchirurgie) bei Minderbelastung, selbst nach anschließendem intensivem Krafttraining, noch über Jahre nachweisbar bleiben. Bei vollständiger Immobilisation (z. B. Bettruhe) geht bereits am ersten Tag mitochondriale



Kapazität verloren (vgl. Schönle 2004, S. 94). Manche Menschen mit Demenz haben dagegen großen Bewegungsdrang. Ihr Herumwandern erscheint von außen betrachtet ziellos und rastlos, erfüllt aber den Zweck, selbständig Bedürfnisse umzusetzen, es kann auch Unbehagen oder ein konkretes Problem ausdrücken (vgl. Haas et al. 2009, S. 1).

**Relevanz:** Wenn Patientinnen und Patienten nur herumsitzen, macht es sie *körperlich* schwächer und es wird für sie zunehmend schwieriger, sich auf den Beinen zu halten. Wenn sie über das Wochenende nicht mobilisiert werden, sind sie montags bei der Physiotherapie wieder entkräftet (vgl. Duffin 2013, S. 17). Es sind auch *psychische Folgen* zu verzeichnen, so verbessert Bewegung das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz, die Kognition sowie den Schlaf und bietet körperliche Vorteile für das Herz-Kreislauf-System (vgl. Alzheimers Society 2010 in Andrews 2012b, S. 19, Andrews 2012a, S. 19).

**Problemdimension:** Personal kann eigenständige Bewegung von Menschen mit Demenz als riskant in Bezug auf Sicherheit und Stürze oder als lästig betrachten und sie bitten, zurück ins Bett zu gehen. *Bewegung* einzuschränken, vergrößert jedoch die Symptome der demenziellen Erkrankung und erzeugt größere *Risiken*, die den Aufenthalt der zu Pflegenden im Krankenhaus ausdehnen können und dadurch geistige und psychische Gesundheit nachteilig beeinflussen (vgl. Andrews 2012b, S. 19; vgl. Andrews 2012a, S. 19; vgl. Baillie et al. 2012a, S. 35). *Bewegung* dagegen *reduziert* Agitiertheit, *erzeugt* gesunden Schlaf und *verbessert* die Stimmung und kognitive Funktionen (vgl. Andrews 2012b, S. 19; vgl. Andrews 2012a, S. 19).

**Beeinflussbarkeit:** Das *Personal* sollte geschult werden, das Risiko des Herumlauftens einzuschätzen. Es ist zu unterscheiden zwischen benignem Herumlaufen (um die Beine zu bewegen [stretching the legs], aus Neugierde, um sich bewusst anzustrengen [exercise] oder um die Umgebung zu wechseln) und negativ-symptomatischem Herumlaufen (getrieben von Schmerz und Unbehagen, auf der Suche nach einer Toilette, die nicht gefunden wird, hilfesuchend [crying out] oder Agitiertheit) (vgl. Andrews 2012b, S. 19). Das *Management* kann bauliche Maßnahmen wie die Installation von Sitzgelegenheiten und Handläufe einleiten (vgl. Waller 2012, S. 20).

**Korrelierende Themen und Probleme:** Das Nationale Audit des RCP (2011) stellt fest, dass die meisten Stationen als *physischen Umwelt* über angemessene Bereiche verfügen, in denen sich Patientinnen und Patienten sicher bewegen können. Die Kommentare der Schülerinnen und Schüler und des Personals deuten (zeitlich teils vor dem Audit des RCP erhoben) auf das Gegenteil hin (Baillie et al. 2012a, S. 3636; vgl. Norman 2006 in Baillie et al. 2012a, S. 36). Auch die offene Gestaltung der Stationen ist problematisch: Pflegende sind der Auffassung, Menschen mit Demenz beobachten zu müssen, weil diese die Station verlassen könnten (vgl. Baillie et al. 2012a, S. 35).

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** Trainierte Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Healthcare assistants) helfen Menschen mit Demenz aktiv zu bleiben, herumzulaufen und leichte *Übungen* zu machen. Das ist besonders wichtig bei Personen, die erst kürzlich gestürzt sind (vgl. Duffin 2013, S. 17). Zudem können bereits einfache Maßnahmen *Bewegung fördern*, wie das Essen auf einem Tisch anzurichten, zu dem die Patientinnen oder Patienten hingehen müssen (vgl. Andrews 2012b, S. 19; vgl. Andrews 2012a, S. 19). Weitere Möglichkeiten kann die Raumausstattung bieten, wenn Patientinnen und Patienten angemessener Raum und Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, um sich physisch

und geistig zu stimulieren. In den Fluren können *Handläufe* und kleine *Sitzgelegenheiten* angebracht sein (vgl. Waller 2012, S. 20).

## Ernährung (nutrition)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●●●	■ ■ □	●●

**Schlüsselbegriffe:** eat, eating (essen), drink (trinken), mealtime (Essenszeit), feeding (Ernährung) | reluctant (widerstrebend), refusing (verweigern, ablehnen), malnutrition (Fehl-, Mangel-, Unterernährung), artificial nutrition or hydration (ANH – künstliche Ernährung), nasogastric feeding (Sondenernährung), emaciation (Kachexie)

**Begriffsklärung:** Bedingt durch Unruhe, kann der Nährstoffbedarf bei Menschen mit Demenz auf 3.000 bis 4.000 Kilokalorien pro Tag und mehr ansteigen. Dies steht im Kontrast zu den von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung empfohlenen 1.800 Kilokalorien. Hinzu kommt, dass einige Betroffene sich immer gesättigt fühlen, während andere andauernd Hunger haben. Körpersignale wie Magenknurren oder Übelkeit werden nicht gedeutet. Die Einsicht der Notwendigkeit von Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme fehlt. Nahrungsangebote können auch zu Aggressionen (sic!) führen (vgl. Menebröcker et al. 2008, S. 9; vgl. Anderson 2010, S. 25–26). Im Krankenhaus besteht die größte Gefahr darin, nicht mit einer angemessenen und ausreichenden Therapie auf die Probleme reagieren zu können, wenn das Pflegepersonal nicht vollumfänglich über individuelle Besonderheiten und Vorlieben der Menschen mit Demenz informiert ist (vgl. Anderson 2010, S. 26). Ein guter Ernährungszustand trägt entscheidend dazu bei, Infektionen und andere Akutereignisse wie Krankenhausaufenthalte besser zu überstehen und die Gesundheit länger zu erhalten (vgl. DGE 2013).

**Relevanz:** Ernährung im Krankenhaus gehört zu den wichtigsten Bereichen, die vom Department of Health hervorgehoben werden. Ältere Menschen sind gefährdet, *mangelernährt* zu sein, besonders wenn sie dementiell erkrankt sind. Menschen mit Demenz beim Essen zu helfen ist oftmals komplex, zeitintensiv und im Krankheitsverlauf zunehmend schwieriger (vgl. Cole 2012, S. 41–42). Es mangelt den Betroffenen am Verständnis oder der Fähigkeit, die *Nahrungsaufnahme* zu *beginnen* oder *abzuschließen* (continue). Die Schwierigkeiten liegen in der Selbständigkeit (self-feeding), Kauen, Essen zum Mund zu führen und Schlucken. Zusätzlich zeigen Menschen mit Demenz oftmals »resistives« (sic!) Verhalten, lehnen Essen ab, drehen ihren Kopf zur Seite oder beißen ihre Zähne aufeinander. Was wie Gleichgültigkeit am Essen erscheint, kann zu *Gewichtsverlust* und tödlichem Verfall (*terminal decline*) führen (vgl. Chang and Roberts 2008 und Berkhout et al. 1998 in Cole 2012, S. 42, vgl. auch Baillie et al. 2012b, S. 23). Weitere wesentliche Probleme liegen darin, dass *Personal* nicht in der Lage ist, bei der Ernährung zu helfen, die Auswahl des Essens nicht sichergestellt ist und das Essen kalt wird (vgl. RCP 2011 in Baillie et al. 2012a, S. 36).

**Problemdimension:** Einige Pflegende betrachten es als Scheitern, wenn ihre Patientinnen und Patienten nicht genügend gegessen haben (vgl. Pasma et al. 2003 in Cole 2012, S. 47). Das Thema der Ernährung muss gründlich und breit untersucht werden, denn Gewichtsverlust ist Teil der demenzieller Erkrankungen, künstliche Ernährung wirft ethische Fragen auf

und Gewichtsverlust kann, wie oben erwähnt, zum Tod führen (vgl. Cole 2012, S. 42, 47–48).

**Beeinflussbarkeit:** Es besteht eine Verbindung zwischen einem Mangel an Selbständigkeit beim Essen und Gewichtsverlust (vgl. Berkhout et al. 1998 und Westergreen et al. 2002 in Cole 2012, S. 45). Depressive Begleiterscheinungen können trotz körperlicher Fertigkeit ebenfalls zu Gewichtsverlust führen (vgl. Cole 2012, S. 45). Ist das Essen für zu Pflegenden nicht attraktiv, fehlt der Appetit oder haben sich Ernährungsgewohnheiten geändert, kann dies zu verringerter Nahrungsaufnahme führen (vgl. Westergreen et al. 2002 und Ikeda et al. 2002 in Cole 2012, S. 45–46). Patienten mit geringfügigen Problemen bei der Nahrungsaufnahme werden von Pflegenden vernachlässigt (ignored and left to their own devices) und hatten eine schlechtere Nahrungsaufnahme als Menschen mit größeren Problemen, die von Pflegenden unterstützt wurden. Menschen, die von ihren Angehörigen bei der Nahrungsaufnahme unterstützt wurden, hatten die größte Nahrungsaufnahme (vgl. Lin et al. 2010 in Cole 2012, S. 46). Der Einfluss der Pflege auf die Nahrungsaufnahme bestätigt sich in der Gewichtszunahme nach einer Schulung, die ohne Nahrungsergänzung bei 40 % der Kontrollgruppe, sowie bei 70 % der Menschen, die mit Nahrungsergänzungsmitteln versorgt wurde messbar waren (vgl. Lauque et al. 2004 in Cole 2012, S. 46). Kontrovers hierzu führen Nahrungsergänzungen bei Patientinnen und Patienten mit niedrigem Body-Mass-Index weniger zu Gewichtszunahme. Sie tendieren dazu nach einer morgendlichen Einnahme des Supplements weniger zu essen (vgl. Young et al. 2004 in Cole 2012, S. 46). Musik und eine gemütliche (homely) Umgebung bewirken, dass Personal und zu Pflegenden länger im Speisesaal bleiben (vgl. Thomas und Smith 2009, Mamhidir et al. 2007, Keller et al. 2003 in Cole 2012, S. 46). Die Präsenz von *Pflegenden* bei Mahlzeiten ist nicht nur bedeutsam für die Unterstützung beim Essen, sondern auch für die Beobachtung derer, die Probleme beim Essen entwickeln (vgl. Cole 2012, S. 48). Neben den Pflegenden ist, auch das *Management* bzw. die *Küche* gefordert, geeignete Speisen zur Verfügung zu stellen.

**Korrelierende Themen und Probleme:** Menschen mit Demenz beim Essen zu unterstützen benötigt *Zeit* und *Geduld*, woran es mangelt (vgl. Baillie et al. 2012a, S. 35). Im NHS-System sind Essenszeiten teils geschützt und schließen Besuche zu dieser Zeit aus, was dort den *Einbezug pflegender Angehöriger* verhindert. Verbesserte Personalausstattung, die ermöglicht, ausreichend Zeit für die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme zu haben, erzeugt einen Konflikt zwischen Pflegequalität und den *Kosten* solcher Maßnahmen (vgl. Cole 2012, S. 47).

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** Menschen mit Demenz erhalten ihr Essen auf einem *roten Tablett*, so dass das Personal auf die besonderen Bedürfnisse der zu Pflegenden aufmerksam gemacht wird (vgl. Duffin 2013, S. 17). Pflegenden können auch *gemeinsam* mit Patientinnen und Patienten an einen Tisch sitzen und mit ihnen essen und trinken (vgl. Andrews 2012b, S. 20; vgl. Andrews 2012a, S. 20). Möglich ist auch, mit gutem Essen und Trinken auf kleinen *Snack-Wagen* Ernährung aktiv zu fördern und so an Essen und Trinken zu erinnern (vgl. Waller 2012, S. 20). Geschulte Freiwillige / Ehrenamtliche (*volunteers*) wurden in verschiedenen Krankenhäusern eingestellt und helfen Patientinnen und Patienten, ihren Ernährungsstatus im Krankenhaus zu halten (vgl. Brown und Jones 2009, Sneddon und Best 2011 in Cole 2012, S. 47).

## Einbezug von Pflege- und Bezugspersonen (caregivers)

---

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●○	●●●●	●●○	□□□	●○

---

**Schlüsselbegriffe:** relatives (Angehörige), informal caregivers (informell Pflegende), families (Familien), significant others (wichtige Personen)

**Begriffsklärung:** Bezugspersonen können als Informationsquelle im Krankenhaus genutzt werden. Als Bezugspersonen gelten Menschen, die für den Lebensalltag der zu Pflegenden von Bedeutung sind. Dies können neben Angehörigen (Kinder, Schwiegerkinder, (Ehe-)Partnerinnen und -Partner) auch Nachbarn oder Freunde, ehrenamtlich oder professionell Helfende wie Personal von Sozialstationen, ambulant Pflegende oder außerhalb des häuslichen Settings stationär Pflegende sein (vgl. Sirsch 2011, S. 108; vgl. Schäufele et al. 2008, S. 119).

**Relevanz:** Es ist wichtig, mit den Familien der Menschen mit Demenz zu arbeiten (vgl. Nolan 2006 in Baillie et al. 2012b, S. 26). Deren *Wissen* wird in Krankenhäusern jedoch oft ignoriert (vgl. Douglas-Dunbar und Gardiner 2007 in Baillie et al. 2012b, S. 26), obwohl dieses dem Personal langfristig viel *Zeit* sparen würde (vgl. Andrews 2012b, S. 19; vgl. Andrews 2012a, S. 19). Pflegende Angehörige tendieren zur Annahme, dass Pflegende mehr über demenzielle Erkrankungen wissen als sie selbst. Es muss sichergestellt sein, dass das Personal, das nur wenig über demenzielle Erkrankungen weiß, nicht unbeabsichtigt pflegende Angehörige *degradiert*, indem ihre Art zu Pflegen als unangemessen und für das Krankenhaus als nicht akzeptabel bewertet wird (vgl. Andrews 2012b, S. 19; vgl. Andrews 2012a, S. 19)

**Problemdimension:** Familien *wissen*, welche Pflege bei ihren zu Pflegenden ankommt, können *Tipps* geben und wissen um die Vorlieben bei Fernsehen, Essen und Trinken und wie die zu Pflegenden zum Essen ermuntert werden können (vgl. Baillie et al. 2012b, S. 23). Dieses Wissen hilft Schülerinnen und Schülern und sie können verstehen, wie Pflege am besten angeboten wird (vgl. Baillie et al. 2012b, S. 26). Es ist ein verbreitetes *Vorurteil*, dass Angehörige froh sind, Menschen mit Demenz ins Krankenhaus *abzuschieben*. Angehörige sind aber oft sehr stark auf die Pflege ausgerichtet und sie können sich über gut publizierte Risiken (Medikationsfehler, Mangelernährung, Entwicklung eines unbehandelten Delirien) Sorgen machen (vgl. Andrews 2012b, S. 19; vgl. Andrews 2012a, S. 19).

**Beeinflussbarkeit:** Der Einbezug von Familien ist spontan und der Initiative der Familie überlassen, ohne dass von Seiten der Organisation eine klare Strategie zum Einbezug Angehöriger eingesetzt wird (vgl. Moyle et al. 2010 in Baillie et al. 2012b, S. 26). Es ist nicht auf allen Stationen Routine, bei der Aufnahme Informationen über die Vorlieben von Patientinnen und Patienten zu sammeln (vgl. Baillie et al. 2012b, S. 24). Damit kann eine Veränderung der Situation sowohl durch *Pflegende* im Handeln, als auch geleitet durch das *Management* stattfinden.

**Korrelierende Themen und Probleme:** Durch die Ressource des Wissens der Angehörigen ist deren Einbezug in die Pflege ein omnipräsentes Thema. Besonderen Schwerpunkt findet der Einbezug der Angehörigen in der Organisationskultur, *Haltung* der Pflegenden, in den oben genannten Vorurteilen bzw. im Umgang mit Angehörigen und auch in Regelungen

und Routinen, wie etwa *Besuchszeiten* (vgl. Andrews 2012b, S. 19; vgl. Andrews 2012a, S. 19; vgl. Cole 2012, S. 47).

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** Pflegende Angehörige wissen, was bei ihren Angehörigen funktioniert. Das Personal muss diesem Wissen *Beachtung* schenken (vgl. Andrews 2012b, S. 19; vgl. Andrews 2012a, S. 19). Wenn Patientinnen und Patienten aus einem *Pflegeheim* kommen, muss das Personal dort schnellstmöglich anrufen, um herauszufinden, was die Betroffenen benötigen, um sich wohl zu fühlen und danach organisatorische Fragen zu klären (vgl. Andrews 2012b, S. 19; vgl. Andrews 2012a, S. 19).

### Beziehungsgestaltung (relationship)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●○	●●●●	●●○	□■□	●○

**Schlüsselbegriffe:** relationship-centered (beziehungsorientiert), life-story-work (Biographiearbeit).

**Begriffsklärung:** Die sich aus der Pflegebeziehung ergebenden Pflegeaufgaben können mit den Pflegekompetenzen *wahrnehmen*, *verstehen* und *schützen* entdeckt und greifbar gemacht werden (vgl. Student und Napiwotzky 2011, S. 25). Beziehungen können als soziale, intime oder therapeutische Beziehungen unterschieden werden. Soziale Beziehungen sind ausgeprägt in Gefühlen, gemeinsamen Tätigkeiten, Umgangsformen, Gemeinsamkeiten in Umwelt, Erleben und Zielen. Therapeutische Beziehungen, wie die pflegerische, sind geplant und zeitlich begrenzt, zu Pflegende befinden sich in einer (nicht exklusiven) Abhängigkeitsposition. Die Pflegebeziehung ist zweckgebunden und durchläuft die Phasen der Orientierung, Identifikation, Nutzung, Ablösung und Abschied. Patientinnen und Patienten sind nicht persönlich mit der Pflegeperson verbunden und dadurch gering emotional an der Beziehung beteiligt (vgl. Kropp 2010, S. 99–100). Letzteres wird durch die primär emotionale Wahrnehmung von Menschen mit Demenz kontrastiert (vgl. Norberg 1998, Feinstein et al. 2010 in Edvardsson et al. 2012, S. 1137).

**Relevanz:** Beziehungsgestaltung zählt in der aktuellen Praxis nicht zu den priorisierten Aufgaben der Pflege. Es liegt an den Schülerinnen und Schülern, sich Zeit zu nehmen und Beziehungen zu Patientinnen und Patienten aufzubauen, mit denen das Personal Schwierigkeiten (sic!) hat (vgl. Baillie et al. 2012b, S. 23). Die Betreuung von Menschen mit Demenz wird an Schülerinnen und Schüler sowie neue Teammitglieder delegiert, damit sich das Personal auf als wichtiger bewertete Patientinnen und Patienten konzentrieren kann. Dies nennt man *Specialling* (vgl. Moyle et al. 2010 in Baillie et al. 2012a, S. 37) moyle2010423.

**Problemdimension:** Pflegende, welche die Person mit dementieller Erkrankung kennen, können besser *Konversationen* oder sinnvolle Tätigkeiten einleiten (vgl. Edvardsson et al. 2010 in Baillie et al. 2012b, S. 25). Biographiearbeit (Life story work) kann es Pflegenden, im Krankenhaus reduziert auf die Basis wichtiger Aspekte, ermöglichen, den Charakter hinter der Patientin oder dem Patienten zu sehen (vgl. Baillie et al. 2012b, S. 25; vgl. McKeown et al. 2010 in Baillie et al. 2012b, S. 25). Das Personal in Akutsettings sollte versuchen, die Individualität und *Gesamtheit der Menschen* mit Demenz beim ersten Kontakt zu erkennen (vgl. Norman 2006 in Baillie et al. 2012b, S. 25). Schülerinnen und Schüler bestätigen, dass das Personal proaktiv Informationen wie etwa Vorlieben über Essen oder Aktivitäten

einholen sollte (vgl. Baillie et al. 2012b, S. 25). Sie begreifen die Vorteile, die darin liegen, Zeit mit Patientinnen und Patienten zu verbringen. Zudem bietet ihnen die persönliche Pflege Gelegenheit zur Konversation (vgl. Baillie et al. 2012b, S. 23).

**Beeinflussbarkeit:** Es fehlt an Erfahrung in der Entwicklung therapeutischer Beziehungen zu Menschen mit Demenz (vgl. Nolan 2006 in Doherty und Collier 2009, S. 30). Schülerinnen und Schüler übergeben jedoch das aus der Beziehungsarbeit gewonnene Wissen (vgl. Baillie et al. 2012b, S. 23) und schaffen damit Ansätze, schnell eine Beziehung zu Menschen mit Demenz aufzubauen, was ein wichtiger Teil des Umgangs mit Menschen mit Demenz ist (vgl. Andrews 2012b, S. 20; vgl. Andrews 2012a, S. 20). *Pflegende* besitzen folglich die Möglichkeit, die Beziehungsgestaltung zu beeinflussen.

**Korrelierende Themen und Probleme:** Die *Umgebung* des Krankenhauses ist wichtig für die Entwicklung einer personenzentrierten Beziehung (vgl. McCormack et al. 2010 in Baillie et al. 2012a, S. 36). Schülerinnen, Schüler und Pflegende, die versuchen personenzentrierte Ansätze zu verfolgen, können frustriert sein, wenn die *Grundhaltung der Station* sie nicht unterstützt (vgl. Baillie et al. 2012a, S. 36). Der Versuch Pflegender, beste Pflege zu leisten, kann vereitelt werden durch Faktoren, die nicht in der Reichweite Pflegender liegen, was zu Frustration und Teilnahmslosigkeit führen kann (vgl. Edberg et al. 2008 in Baillie et al. 2012a, S. 36). Pflegende sollen mit pflegenden *Angehörigen* zusammenarbeiten, um ein Bild des Patienten entwickeln zu können (vgl. Burns in Sprinks 2012, S. 12). Höhere Personalausstattung und geringere Arbeitsbelastung stehen in Verbindung mit höherer Pflegequalität, die oftmals an Negativ-Indikatoren (Harnwegsinfektionen, Todesfälle, Druckgeschwüre) festgemacht wird. Diese *Indikatoren* zeigen jedoch nicht alle Aspekte guter Pflege bei dementiellen Erkrankungen auf. Mehr Personal bedeutet nicht zwangsläufig, dass mehr Zeit mit Patientinnen und Patienten verbracht wird (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1142).

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** »*This is Me*« ist ein Merkblatt der Alzheimers Society, das Platz für Fotos und Informationen bietet, um Menschen mit Demenz im Krankenhaus zu unterstützen. Es sollte in Krankenhäusern eingeführt werden (vgl. RCP 2011 in Baillie et al. 2012b, S. 26). Die Vorteile eines *Patientenpasses* sind offensichtlich (vgl. Baillie et al. 2012b, S. 23). Es ist gut, Patientinnen und Patienten zu Untersuchungen zu begleiten, damit sie jemanden haben, den sie kennen und jemand dabei ist, der die Betroffenen kennt (vgl. Baillie et al. 2012b, S. 24–25). Schülerinnen und Schüler verwenden Strategien, die einem *personenzentrierten Ansatz* ähneln (vgl. Baillie et al. 2012b, S. 25). Ähnlich dem VIPS <sup>6</sup> Rahmen für personenzentrierte Pflege (Brooker 2003, 2007) bemerken Schülerinnen und Schüler, dass die Perspektive der Betroffenen besser verstanden wird, wenn man Zeit mit ihnen verbringt. So kann Pflege angeboten werden, die den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten entspricht (vgl. Baillie et al. 2012b, S. 25).

---

<sup>6</sup>Der VIPS-Rahmen definiert Personenzentrierte Pflege an vier Grundlegenden Elementen: einer Werthaltung gegenüber allem menschlichen Leben (values), dem Individueller Ansatz, der Einzigartigkeit beachtet (individualised), dem Verstehen für die Perspektive der zu Pflegenden (perspective) und das Angebot einer Sozialen Umgebung, das emotionale Bedürfnisse befriedigt (social). (vgl. Brooker, Dawn (2007). *Person centered dementia care. Making services better*. London: Jessica Kingsley Publications, S. 120.)

#### 4.1.7 Messung (Indikatoren)

##### Identifikation von Betroffenen (identify)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●○○	●○○	□■	●●

**Schlüsselbegriffe:** screening (Screening), assessment (Assessment), incapacity (unvermögen), think consent (Einverständnis), think capacity (kognitive Fähigkeiten)

**Begriffsklärung:** Die tatsächliche Prävalenz von Menschen mit Demenz in Krankenhäusern ist unbekannt. Werden Studien berücksichtigt, in denen demenziell erkrankte Menschen mit Screeningverfahren oder ausführlicher medizinischer Diagnostik identifiziert wurden, kann davon ausgegangen werden, dass etwa jede fünfte ältere Person, die im Krankenhaus behandelt wird, dementielle Veränderungen aufweist. Dabei ist zu vermuten, dass es sich bei dementiellen Erkrankungen um Begleitdiagnosen handelt. Um Versorgungsangebote, welche die besonderen Bedürfnisse und Bedarfe der Menschen mit Demenz in Krankenhäusern berücksichtigen, anbieten zu können, ist die Identifikation von Menschen mit kognitiven Einschränkungen notwendig (vgl. Pinkert und Holle 2012, S. 733–734). In Deutschland hatten 2009 20 % der antwortenden Kliniken bei einer Befragung angegeben, ein kognitives Screening in die Pflegeanamnese implementiert zu haben. In Großbritannien sind in 75 % der Krankenhäuser Screenings etabliert, die aber nur in 45 % der Fälle durchgeführt werden. Es besteht eine Kontroverse um das Für und Wider einer Früherkennung und der Diagnostik demenzieller Erkrankungen (vgl. Hofmann 2013, S. 198).

**Relevanz:** Es ist wichtig, Menschen mit Demenz bei Ihrer Aufnahme oder schnellstmöglich danach zu identifizieren, denn sie benötigen besondere Aufmerksamkeit. Die Identifikation kann helfen, vermeidbare und nachteilige Vorfälle zu *verringern* (vgl. Andrews 2012b, S. 18–19; vgl. Andrews 2012a, S. 18). Zur Verbesserung der *Lebensqualität* von Betroffenen und pflegenden Angehörigen ist es wichtig, dementielle Erkrankungen frühzeitig zu erkennen (vgl. Thomas 2010, S. 23; vgl. Banerjee et al. 2007, Mittelman et al. 2007 in Thomas 2010, S. 36). Eine frühzeitige Erkennung einer demenziellen Erkrankung ermöglicht Betroffenen und pflegenden Angehörigen die *Zukunftsplanung* und Einbindung unterstützender Dienste (vgl. Woods et al. 2003 in Thomas 2010, S. 23). Verschiedene amerikanische und europäische Studien belegen, dass 50 % der Menschen mit Demenz keine Diagnose haben (vgl. Iliffe et al. 1991, Eelsting et al. 1996, Olafsdottir et al. 2000, Löppönen et al. 2003, Wilkins et al. 2007 in Thomas 2010, S. 24). Im Krankenhaus ist der Anteil der Menschen mit Demenz möglicherweise höher als in der Gesellschaft, weil demenzielle Erkrankungen die Wahrscheinlichkeit für Krankenhausaufenthalte erhöhen (vgl. Andrews 2012b, S. 18; vgl. Andrews 2012a, S. 18). Das Personal kann Menschen mit *möglicher* Demenz genauso behandeln wie Menschen mit gesicherter Diagnose (vgl. Andrews 2012b, S. 18; vgl. Andrews 2012a, S. 18).

**Problemdimension:** Das Anregen unterstützender Dienste kann Unabhängigkeit fördern, Krankenhaus- oder Heimaufenthalte hinauszögern und Pflegekrisen *vorbeugen* (vgl. Ouldred 2005 in Thomas 2010, S. 23). Die frühzeitige Identifikation demenzieller Erkrankungen ist entscheidend für das Angebot gegenwärtiger und künftiger *Behandlungsmethoden* (vgl. Grober et al. 2008 in Thomas 2010, S. 23). Die Häufigkeit, mit der sich demenzielle Erkrankungen unspezifisch äußern, ist eine der Herausforderungen in der Arbeit mit älteren Menschen (vgl. Curran und Wattis 2004 in Thomas 2010, S. 27).

**Beeinflussbarkeit:** »Practice Nurses« sind am besten geeignet, ein Demenzscreening zu machen (vgl. Trickey et al. 2000, Ouldred 2005, Scanland et al. 2006 in Thomas 2010, S. 26).

**Korrelierende Themen und Probleme:** Es muss sichergestellt werden, dass die identifizierten Menschen mit (möglicher) Demenz nicht im System »verloren« gehen. Das Personal muss sich des Zustands bewusst sein und danach handeln (vgl. Andrews 2012b, S. 19; vgl. Andrews 2012a, S. 18).

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** In Primary Care könnten Pflegende zur Diagnose beitragen (vgl. Hanlon 2001 in Thomas 2010, S. 26). Der »over 75«-Check ist ein Anlass für ein Screening (vgl. Thomas 2010, S. 26). Das »Four-item dementia Screening for use in emergency care« benötigt nur ein kurzes Training und schafft die Möglichkeit zur schnellen Erfassung von Menschen, die »möglicherweise« eine dementielle Erkrankung haben (vgl. Andrews 2012b, S. 18; vgl. Andrews 2012a, S. 18). Je älter die Patientinnen und Patienten sind, desto wichtiger ist es, zu beurteilen, ob möglicherweise eine dementielle Erkrankung vorliegt (vgl. Andrews 2012a, S. 18). Gegebenenfalls liegen Informationen aus vorangegangenen Aufenthalten oder eine gesicherte Diagnose vor. Möglicherweise können Angehörige oder pflegende Angehörige Auskunft geben (vgl. Andrews 2012a, S. 18)

#### Identifikation von Risiken (risks)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●○	●●●○	●○○	□■	●●

**Schlüsselbegriffe:** POCD (Postoperative kognitive Dysfunktionen), death (Tod), hospital mortality (Sterblichkeit im Krankenhaus), acute organ dysfunction (Akutes Organversagen), severe sepsis (schwere Sepsis), delirium (Delir), organ dysfunctions (Organstörungen)

**Begriffsklärung:** Die meisten Krankenhauseinweisungen bei Menschen mit Demenz werden als vermeidbar eingeschätzt. Menschen mit Demenz werden dreimal häufiger akut eingewiesen als andere ältere Menschen. Die Gründe hierfür sind Synkopen, Stürze oder Frakturen, Erkrankungen des Herzens, des Gastrointestinaltrakts, Pneumonie oder Delir. Menschen mit Demenz weisen auch eine signifikant höhere Rate organischer postoperativer Komplikationen auf, für die spezielle Behandlungsprogramme zur Prävention, Identifikation und Reduktion bereits perioperativ gefordert werden (vgl. Hofmann 2013, S. 199). Nach einer Krankenhausbehandlung weisen auch kognitiv völlig gesunde ältere Menschen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit auf, nach dem Krankenhausaufenthalt kognitive Einbußen zu erleiden. Menschen mit Demenz haben ein schlechteres Outcome hinsichtlich Überleben und Heimeinweisung als Menschen ohne kognitive Einschränkungen. Bei 65 % der Menschen mit Demenz tritt während des Krankenhausaufenthalts ein Delir auf, was in den Folgejahren die kognitive Situation verschlimmert (vgl. Hofmann 2013, S. 200). Neben dem Delir besteht für Menschen mit Demenz ein erhöhtes Unfallrisiko, eine Tendenz zur medizinischen Fehl- und Unterversorgung, Mangelernährung und Fehlmedikation (vgl. Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbh 2008, S. 5, 11, 13). Arzneimittel haben für Menschen mit Demenz oft schwerwiegende Nebenwirkungen, beispielsweise cerebrovaskuläre Ereignisse oder Delirien (vgl. Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbh 2008, S. 15, 17).



**Relevanz:** Ist gute Pflege bei dementiellen Erkrankungen personenzentriert und beinhaltet sinnvolle Tätigkeiten und sozialer Teilhabe, genügt es nicht, nur das Auftreten von *Negativindikatoren* wie Harnwegsinfekten, Druckgeschwüren und Todesfällen zu messen, um zu entscheiden, ob sich diese Art der Pflege bewährt hat (vgl. Edvardsson et al. 2012, S. 1142).

**Problemdimension:** Die Abschätzung von Risiken hat Bedeutung für die Entscheidung weiterer Behandlung, insbesondere mit Blick auf lebensverlängernde Maßnahmen (vgl. Shen et al. 2012, S. 4–5). Dies beinhaltet Implikationen für präventive Maßnahmen und ethische Fragestellungen insbesondere im Zusammenhang mit Allokationsentscheidungen.

**Beeinflussbarkeit:** Menschen mit Demenz haben gegenüber nicht demenziell erkrankten Menschen ein höheres Sterberisiko im Krankenhaus, das jedoch mit der Anwendung lebensverlängernder Maßnahmen verringert wird. Das Risiko akuter Organversagen und schwerer Sepsis ist für Menschen mit Demenz erhöht. Die Entwicklung eines akuten Organversagens steht allerdings nicht im Zusammenhang mit Infektionen, insbesondere Pneumonien und Harnwegsinfekten, die die häufigsten Gründe einer Krankenhausaufnahme sind. Ebenfalls erhöht ist das Risiko für Delirien und Organversagen besonders im Herzkreislauf- oder Atemsystem. Diese Zusammenhänge sind für die *Entscheidungsträger* von Bedeutung (vgl. Shen et al. 2012, S. 4–5). Eine unterstützende Rolle kann von Pflegenden in Krankenbeobachtung und Assessment übernommen werden.

**Korrelierende Themen und Probleme:** Das Wissen um Risiken hat Auswirkungen auf Entscheidungsfragen in der weiteren *Behandlung* (vgl. Shen et al. 2012, S. 4–5), was vor dem Hintergrund des Sprechens über Wahrscheinlichkeiten *ethische* Fragestellungen aufwirft.

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** Der Outcome von Menschen mit Demenz kann verbessert werden, indem sowohl öffentliche Gesundheitsfürsorge als auch krankenhausbegleitende Maßnahmen umgesetzt werden, die infektionsbezogene *Krankenhauseinweisungen* und das Auftreten akuter *Organversagen* verringern (vgl. Shen et al. 2012, S. 6).

### Identifikation von Komorbidität (comorbidity)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●○	●●○	□■	●●

**Schlüsselbegriffe:** comorbid mental health conditions (Psychische Komorbidität), comorbid physical condition (Physische Komorbidität), speed functions (Bewegungsgeschwindigkeit), fluid functions (Flüssigkeitshaushalt) | femur fracture (Oberschenkelbrüche), cardiovascular disease (Herz-Kreislauf-Erkrankungen), diabetes (Diabetes), musculoskeletal disorders (Erkrankungen des Bewegungsapparats), genitourinary disorders (Erkrankungen des Urogenitaltrakts), neuropsychiatric comorbidities (neurologische Begleiterkrankungen), apathy (Apathie), depression (Depression), anxiety (Ängstlichkeit), congestive heart failure (Verschlusskrankheiten des Herzens), pneumonia (Lungenentzündung)

**Begriffsklärung:** Eine wichtige psychiatrische Komorbidität bei Demenz ist die depressive Störung (Komorbidität 20–95 % (so im Original!)). Menschen mit einer depressiven Störung haben ein etwa doppelt erhöhtes Risiko, später eine Demenz zu entwickeln. Auch Delirien stehen mit dementiellen Erkrankungen in Verbindung (vgl. Schneider 2012, S. 214, 228). Hinzu kommen körperliche Veränderungen, wie die Reduktion von Muskelmasse und damit veränderter Temperaturregulation, Einschränkungen in der Sinneswahrnehmung sowie

Verlust von Zähnen und Abbau von Knochengewebe. Im Bereich der geistigen Leistungen tritt eine allgemeine Verlangsamung der Informationsverarbeitung auf (die zu altersbedingter Vergesslichkeit führt). Hierbei spielen sekundär auch Faktoren wie Aufmerksamkeit, Wachheit, Konzentrations- und Anpassungsfähigkeit sowie die Flexibilität des Denkens eine wichtige Rolle. Das bedeutet, dass die Informationsaufnahme und die Informationsverarbeitung für ältere Menschen anstrengender ist (vgl. Gatter und Croy 2005, S. 4–6).

**Relevanz:** Viele Menschen mit Demenz haben begleitende psychische Erkrankungen (z. B. Depression) oder körperliche Einschränkungen (hören, sehen, Harnwegsinfektionen), die das *Risiko ungenügender Behandlung* mit sich bringen, wenn sie nicht sicher erkannt werden (vgl. Desai und Grossberg 2005, in Gandesha et al. 2012, S. 29). Die Behandlung von begleitenden Erscheinungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Infektionen, Atemwegserkrankungen, Niereninsuffizienz, Arthritis und Einschränkungen des Hör- und Sehvermögens können die Selbständigkeit (*functionality*) und geistige Leistungsfähigkeit (*cognition*) der Menschen mit Demenz verbessern (vgl. Desai und Grossberg 2005 in Wall 2009, S. 1). Weil dementielle Erkrankungen im Alter auftreten, ist es nicht verwunderlich, dass sie mit Begleiterkrankungen des Alters einhergehen. Mit zunehmender Zahl der Begleiterkrankungen verschlechtert sich das Ergebnis von Mini-Mental State Tests (vgl. Backman et al. 2003 in Wall 2009, S. 2). Begleiterkrankungen sind bei Menschen mit Demenz gegenüber Vergleichsgruppen häufiger und teurer, weil *Krankenhauseinweisungen* häufiger und *Liegedauern* länger sind (vgl. Hill et al. 2002 in Wall 2009, S. 2). Begleiterkrankungen erhöhen darüber hinaus die *Sterblichkeit* von Menschen mit Demenz (vgl. Larson et al. 2004 und Tschanz et al. 2004 in Wall 2009, S. 2).

**Problemdimension:** Im klinischen (clinical) Setting verbessern sich die *Lebensqualität* von Menschen mit Demenz und auch die *Symptome* der Krankheit, wenn Begleiterkrankungen behandelt werden (vgl. Desai und Grossberg 2005 in Wall 2009, S. 2). Im Bereich venter Primary Care liegen durchschnittlich 2,4 Begleiterkrankungen ohne einen Unterschied zwischen Menschen mit oder ohne demenzieller Erkrankung vor (vgl. Schubert et al. 2006, S. 104, 106). Im Gegensatz dazu liegen im Krankenhaus durchschnittlich 7,97 Begleiterkrankungen vor und sie sind bei Menschen mit Demenz altersadjustiert häufiger als bei vergleichbaren Gruppen (vgl. Lyketsos et al. 2003 und Hill et al. 2002 in Wall 2009, S. 2; vgl. Schubert et al. 2006, S. 104). Demenzielle Erkrankungen erschweren die *Diagnose* und *Versorgung*. Ebenso kann die Behandlung kompliziert werden, wenn etwa Begleiterkrankungen wie Harninkontinenz, Schwindel (dizziness) oder Schmerz mit Medikamenten behandelt werden, die anticholinergen wirksam sind. Diese Medikamente können die Wirkung von Cholinesterase-Hemmern beeinflussen. Die gegenseitigen Effekte zwischen demenzieller Erkrankung und Begleiterkrankungen fordern das ohnehin stark beanspruchte Gesundheitssystem weiter heraus (vgl. Lu und Tune 2003, Bynum, Rabins, Weller et al. 2004 und Sloan und Taylor 2002 in Schubert et al. 2006, S. 104).

**Beeinflussbarkeit:** Die Erforschung von Begleiterkrankungen und ethische Diskussionen hierzu grenzen Menschen mit Demenz aus, um diese vulnerable Gruppe zu schützen. Forschung erfolgt für diese Gruppe separat. Wenn Menschen mit Demenz in der Forschung um Begleiterkrankungen unterrepräsentiert oder ausgeschlossen sind, bleibt die optimale und sichere Behandlung entsprechender Erkrankungen für Menschen mit Demenz aber unbekannt. Menschen mit Demenz werden dadurch vor den Risiken der Forschung geschützt. Die möglichen Vorteile der Forschung werden ihnen jedoch ebenfalls vorenthalten (vgl. Wall 2009, S. 1–2). So ist es weniger wahrscheinlich, dass Menschen mit Demenz optimale

*Behandlung* bekommen (vgl. Sloan, Trogdon, Curtis et al. 2004 in Schubert et al. 2006, S. 104). In Primary Care sind die *Ressourcen* für eine geeignete Diagnose, Evaluation, Edukation und Versorgung für Menschen mit Demenz nicht vorhanden (vgl. Boutsani und Callahan und Austrom, Damush, Hartwell et al. 2004 in Schubert et al. 2006, S. 108). Die Herausforderung der Komorbidität kann daher durch *Forschung* und *Management* in der Bereitstellung von Ressourcen sowie von *Ärztenschaft* und *Pflegenden* in der Umsetzung beeinflusst werden.

**Korrelierende Themen und Probleme:** *Medikamente* können konträr wirken (vgl. Lu und Tune 2003 in Schubert et al. 2006, S. 104). Die begrenzten *Ressourcen* im Gesundheitssystem sind stark beansprucht (vgl. Bynum, Rabins, Weller et al. 2004 und Sloan und Taylor 2002 in Schubert et al. 2006, S. 104).

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** Aus den oben genannten Punkten ergibt sich als erster Schritt zur Problemlösung das umfassende Erkennen von Begleiterkrankungen (*Screening, Assessment*). Im Weiteren sind die in der Praxis notwendigen personellen aber auch fachlichen *Ressourcen* zur Behandlung bereitzustellen.

#### 4.1.8 Money

##### Begrenzte Ressourcen (limited Resources)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●○○	●○○	□■□	●●

**Schlüsselbegriffe:** time (Zeit), staffing level (Personalausstattung), staff (Personal) | volunteers (Freiwillige, Ehrenamtliche)

**Begriffsklärung:** Die Ressourcen im deutschen Gesundheitswesen sind begrenzt. Die öffentliche Planung setzt die Rahmenbedingungen für das Verhalten der beteiligten Akteure. Diese streben unter Anwendung kooperativer und marktwirtschaftlicher Instrumente die bestmögliche Allokation verfügbarer Mittel an. Ressourcen bzw. Kosten stehen dabei in Verbindung mit erbrachter Leistung oder Qualität sowie Zeit bzw. Terminen. Eine Veränderung eines Parameters, etwa dem Personalbereich und den damit verbundenen Kosten, wirkt sich damit auch auf einen oder alle anderen Parameter, also Leistung, Qualität, Zeit oder Termine aus. Die Begrenzung der Ressourcen durch die öffentliche Hand führt auch zum Einsatz von betriebswirtschaftlichen Kooperations-, Finanzierungs- und Controllingansätzen, etwa Public Private Partnership (PPP) oder strategischer Ausrichtung mit Hilfe der Balanced Scorecard (BSC) (vgl. Kriegel 2012, S. 21–22, 26). Neben finanziellen und personellen Ressourcen im Sinne verfügbarer Arbeitszeit, könnten die personellen Ressourcen im Sinne der Qualifikation mit Blick auf den Fachkräftemangel auch in Deutschland zum Tragen kommen (vgl. BMG o. J. ).

**Relevanz:** Im Krankenhaus gibt es beträchtlichen *Zeitdruck*. Schülerinnen und Schüler können jedoch mehr Zeit mit Menschen mit Demenz verbringen, weil sie zusätzlich auf Station sind. Mit Unterstützung Seitens erfahrener Pflegekräfte kann das zu wertvollen *Lernerfahrungen* führen (vgl. Nolan 2006 in Baillie et al. 2012b, S. 25). Menschen mit Demenz benötigen viel Zeit, was zu negativen Einstellungen der Pflegenden gegenüber diesen führt. Zeitmangel beeinflusst am meisten das *Erleben* der Patientinnen und Patienten sowie der Pflege (vgl. Nolan 2006, 2007 in Baillie et al. 2012a, S. 36).

**Problemdimension:** Mit eingeschränkten Mitteln konnten im EHE-Programm durch *Verbesserungen* in der Beleuchtung, bei den Bodenbelägen und bei der Beschilderung erzielt werden und damit *bedeutsamen Gewinn* für das Wohlbefinden der Patientinnen schaffen. Sie bewirkten einen *Rückgang* der Sturzzahlen, Vorfälle herausfordernden Verhaltens und Gebrauch psychiatrischer Medikamente und verbesserten die Arbeitsmoral und Personalwerbung (vgl. Waller 2012, S. 21).

**Beeinflussbarkeit:** Das RCN empfiehlt eine *Personalausstattung* von 1:5 (vgl. Sprinks 2012, S. 12) und es gibt einen Leitfaden der Pflegenden helfen soll, für angemessene Personalausstattung zu argumentieren (vgl. Sprinks 2012, S. 13). Abgeschlossene EHE-Projekte haben gezeigt, dass auch in sehr trockenen, herzlosen Umgebungen bezahlbare, offene und angenehme *Bereiche geschaffen* werden können, die das Erleben der Menschen mit Demenz verbessern (vgl. Waller 2012, S. 19).

**Korrelierende Themen und Probleme:** Der Anspruch, Zeit mit Patientinnen und Patienten zu verbringen kollidiert mit einer *Organisationskultur*, in der Geschwindigkeit, die Bedürfnisse akuter Pflege und somatische Behandlung Priorität haben (vgl. Cowdell 2010 in Baillie et al. 2012a, S. 36). Die *gemeinsame* Gestaltung der Pflege mit zu Pflegenden und / oder deren Angehörigen ist ein wichtiger Teil des EHE-Programms (vgl. Waller 2012, S. 19).

**Lösungswege, die in Studien aufgezeigt werden:** Alle Personen, die mit zu Pflegenden gehen können und ihnen zuhören, können eingebunden werden: Angehörige, pflegende Angehörige, Krankenhauseelsorge, Freiwillige (vgl. Andrews 2012b, S. 19; vgl. Andrews 2012a, S. 19). Ebenso können Freiwillige, die mit Menschen mit Demenz Zeit verbringen, geschult werden, um mit ihnen zu reden und Aktivitäten wie Gartenarbeit oder Kunst zu unternehmen. Das kann ein Weg sein, um Pflegenden Zeit zu verschaffen (vgl. Sprinks 2012, S. 13).

## 4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Eine Gegenüberstellung der Bewertung Ergebnisse zeigt eine nur geringe Varianz hinsichtlich der Evidenz der Ergebnisse. Hierbei ist zu beachten, dass die Evidenz der Themen als relevante Eckpunkte – und nicht die Evidenz ihrer Inhaltlichen Bearbeitung dargestellt ist. Hervorzuheben sind die grau hinterlegten Evidenzen von *Essen* und *Identifikation von Risiken*, für die primär indirekte Evidenz nachgewiesen ist. Im Bereich der Nutzen ist das Thema *Medikamente* grau hinterlegt, das nur einen geringen Handlungsspielraum für Pflegende bereitet. Ein deutliche Unterschiede ergeben sich in der Bewertung der Wertevorstellungen. Im Bereich der Ressourcen sind Bereiche Grau hinterlegt, weil dem Ressourcenverbrauch auch Einsparungen gegenüberstehen können (herausforderndes Verhalten, Organisationskultur, Essen, Beziehungsgestaltung), Einzelfallbetrachtungen erforderlich sind (Maschine, Leitlinien und Richtlinien), Kosten durch das beheben gegenwärtiger (Qualitäts-)Defizite entstehen (Kompetenzen, Wissen, Können) oder vernachlässigbar sind (Identifikation von Risiken und Komorbidität). Empfehlungen werden durch graues hinterlegen relativiert, weil sie eine übergreifende Bearbeitung des Themas erfordern (Leitlinien und Richtlinien, Organisationskultur, Schnittstellenmanagement, Identifikation von Risiken), im Zusammenhang mit einem anderen Thema bearbeitet werden sollen (Essen) oder inhärenter Teil der Konzeptentwicklung sind (Ressourcen). Keine Empfehlung konnte für die Bearbeitung des Themas Medikamente ausgesprochen werden, da es hinreichend durch die Themen herausforderndes Verhalten und Organisationskultur abgedeckt ist.

Tabelle 4.2: Zusammenfassung der Ergebnisse und Bewertungsfaktoren

	Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
Herausforderndes Verhalten	●●●●	●●●●	●●●	□■□	●●
Emotionale Bedürfnisse	●●●●	●●●●	●●●	□■□	●○
Stigmatisierung	●●●○	●●●●	●●●	■□□	●○
Maschine	●●●●	●●○○	●○○	■□□	●●
Emotionale Umwelt	●●●●	●●●●	●●●	■□□	●●
Physikalische Umwelt	●●●●	●●●●	●○○	■□□	●●
Kompetenzen, Wissen, Können	●●●●	●●●●	●●○	■□□	●●
Leitlinien und Richtlinien	●●●●	●●●●	●○○	■□□	●●
Organisationskultur	●●●●	●●●●	●○○	■□□	●●
Schnittstellenmanagement	●●●○	●●●●	●○○	■□□	●●
Medikamente	●●●○	●●●●	●○○	□■□	○○
Essen	●●●●	●●●●	●●○	■□□	●●
Kommunikation	●●●●	●●●●	●●●	■□□	●●
Bewegung	●●●●	●●●●	●○○	■□□	●●
Ernährung	●●●●	●●●●	●●●	■□□	●●
Einbezug von Pflege- und Bezugspersonen	●●●○	●●●●	●●○	□□□	●○
Beziehungsgestaltung	●●●○	●●●●	●●○	□■□	●○
Identifikation von Betroffenen	●●●●	●●○○	●○○	□■□	●●
Identifikation von Risiken	●●●○	●●●○	●○○	□■□	●●
Identifikation von Komorbidität	●●●●	●●●○	●●○	□■□	●●
Begrenzte Ressourcen	●●●●	●●○○	●○○	□■□	●●

## **5 Reflexion der Methode**

### **5.1 Reflexion der Inhalte**

Die dargestellten Phänomene stellen überblicksartig die wesentlichen Gedanken, Modelle und Debatten hinsichtlich der Betreuung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus auf internationaler Basis dar, ohne den Anspruch auf unbedingte Generalisierbarkeit zu erheben. Die Inhalte sind insbesondere vor dem Kontext unterschiedlicher Gesundheits- und Pflegesysteme zu reflektieren. In der lokalen Konzeptentwicklung können die dargestellten Phänomene den Fokus in der Zielsetzung lenken. Hierin liegt für die Konzeptentwicklung gleichermaßen die Chance, blinde Flecken zu erkennen aber auch die Gefahr, mit dem Blick auf den beleuchteten Phänomenen zu verharren und dadurch für nationale oder lokale Erfordernisse blind zu werden. Dieser Gefahr kann gegenübergetreten werden, wenn die für die Konzeptentwicklung leitende Fachperson die Ergebnisse der Arbeitsgruppe in der Problembewertung den international bedeutsamen Phänomenen gegenüberstellt (vgl. Elsbernd 2013, S. 35–36). In den zu Grunde liegenden Texten reflektieren die Akteure des Gesundheitswesens, im Speziellen die Profession Pflege, um die Versorgung für Pflegende und Betroffene zu verbessern. Sie stehen damit im Einklang mit den Zielen der Konzeptentwicklung. In der Grundrecherche kommen rund zwei Drittel der verwendeten Texte aus dem Vereinigten Königreich beziehungsweise dessen Länder, während in der Nachrecherche die verwendeten Texte zu gleichen Teilen aus dem internationalen Raum und aus Ländern des Vereinigten Königreichs kommen. Hierdurch kann zwar nicht die Übertragbarkeit der Phänomene auf den internationalen Kontext belegt werden, es kann jedoch ausgeschlossen werden, dass entsprechende Phänomene ausschließlich im Vereinigten Königreich relevant sind. Das Forschungsdesign und die verwendete Methoden sind in der verwendeten Literatur äußerst heterogen, Reviews und Fachartikel sind ebenso wie quantitative und qualitative Forschung oder Expertenmeinungen und Erfahrungsberichte in der Grund- und Nachrecherche eingeschlossen. Dies bedeutet im Zusammenhang mit den breiten Herkunftskontexten und der Breite der Forschungsfrage, dass mit der Vielfalt der Belege einerseits von einer umfassenden Relevanz auszugehen ist und andererseits auch die Gefahr wächst, dass Inhalte miteinander verbunden werden, die mit Blick auf Kontextunterschiede oder Forschungsdesign nicht verbunden werden dürfen. Für die Praxis zeichnet sich ein breites Repertoire an Lösungen und Instrumenten ab, die bereits angewendet werden. Die internationale Debatte bestärkt die Relevanz der Konzeptentwicklung für die Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Die inhaltliche Evidenz und die Evaluation der eingeleiteten Maßnahmen zur Problemlösung muss durch weitere Forschung für den nationalen und internationalen Raum verbessert werden. Im Rahmen der Konzeptentwicklung leisten die genannten Phänomene einen Überblick über mögliche Themen und bieten Unterstützung bei der weiteren Recherche durch gelistete Schlüsselbegriffe und über Vorarbeiten zur Schneeballrecherche.

### **5.2 Reflexion des methodischen Vorgehens**

Die Erhebung der Perspektive Pflegender in der internationalen Pflegeliteratur basiert auf der Annahme, dass die Pflege von Menschen mit Demenz ein humanistisches, auf zwischenmenschliche Beziehungen ausgerichtetes Handeln in einem Interaktionsprozess ist, beziehungsweise durch

Menschen mit Demenz auch in einem somatisch-funktionell orientierten Krankenhaus zu einer zwischenmenschlichen Beziehung gemacht wird (vgl. Höwler 2007, S. 28–29). Bestätigende Indizien für diese Annahme sind die extreme Belastung, die ein Krankenhausaufenthalt für Menschen mit Demenz in der Regel darstellt und die Überforderung Pflegender mit dem Verhaltensmanagement (vgl. Bartholomeyczik et al. 2008, S. 342). Wo diese Annahme nicht gilt, ist die Übertragbarkeit der Phänomene durch die *Kontexte* auf nationaler Ebene durch unterschiedliche Gesundheitssysteme, auf institutioneller Ebene durch verschiedene Ausrichtungen einzelner Organisationen und gesetzter Behandlungsziele und auf personeller Ebene durch unterschiedliche Kompetenzen, Handlungsspielräume und Fähigkeiten limitiert. Das durchgeführte Conceptual Review agiert in einem stark limitierten *Datenpool*. Die Recherche findet im begrenzten Umfang der drei Datenbanken CINAHL, Academic Search Elite und PsycINFO statt. Innerhalb dieser Datenbanken wird ausschließlich auf dort verfügbare Volltexte zugegriffen. Weitere Limitationen ergeben sich aus der Recherche, die durch die Suche nach Reviews, beziehungsweise die Recherche in bestimmten Zeiträumen über die Suchverbindung und Fragestellung hinaus beschränkt ist. Die Ergänzung der pflegespezifischen Datenbank CINAHL durch die allgemeineren Datenbanken Academic Search Elite und PsycINFO führt durch die integrierte Suche auf EBSCO-Host zu effizienterer Suche, höheren Trefferzahlen bzw. höherer Spezifität durch spezifischere Suchverbindungen, verringert jedoch auch gleichzeitig die Sensitivität der Recherche durch damit verbundenes Ausgrenzen. Die Verwendung des Begriffs »Review« in der Recherche limitiert den Datenpool neben inhaltlichen Schlagworten auch durch ein methodisches Schlagwort. Die verwendeten *Daten* umfassen Texte unterschiedlicher Herkunft und Methodik sowie das breite Feld »Phänomene«. Die Texte stammen im Wesentlichen aus Zeitschriften, was sie in ihrem Umfang begrenzt. Lediglich eine einzelne Studie (19/01: Anttila et al. 2012) liegt in Form eines Review-Artikels in einem Umfang vor, der für eine Bewertung der Evidenz mindestens erforderlich ist. Die Bewertung der Evidenz oder das Aussprechen von Empfehlungen im *GRADE-System* ist daher auf die Existenz von Phänomenen beschränkt und schließt deren inhaltliche Evidenz aus. Die abstrakte Ebene der Phänomene führt zu einer Ineffektivität der Evidenzbewertung, da das Widerlegen eines Phänomens entweder falsifizierende Studien oder eine standardisierte Verifizierung aller Phänomene durch Mindestanforderungen in der Belegung erforderte. Die abstrakte Formulierung als Phänomen schwächt im gleichen Sinne die Wirksamkeit der Bewertung des Netto-Nutzens einer Konzeptentwicklung. Solange Zielvariablen nicht konkretisiert worden sind, scheint die konzeptionelle Beschäftigung mit einem Phänomen als nicht sinnvoll. Evidenz und Netto-Nutzen sind im Zweifel deshalb falsch-positiv. Überraschend ist, dass Wertevorstellungen und Ressourcen, die ebenfalls durch die hohe Abstraktion nicht greifbar sind, hinsichtlich des Aussprechens einer Empfehlung gegenüber der sonst stark operationalisierbaren Qualität der Evidenz und des Netto-Nutzens an Bedeutung gewinnen. *Darstellung der Ergebnisse:* Abweichend vom Conceptual Review werden die Ergebnisse statt auf Ebene einer übergreifenden Problemstellung (vgl. Nutley et al. 2002, S. 4) auf Ebene der einzelnen Phänomene in ihren Problemdimensionen formuliert.

### 5.3 Kritische Betrachtung des Forschungsprozesses

Gegenüber der geplanten Methode wird das Verfahren im Forschungsprozess an verschiedenen Stellen modifiziert, an anderen Stellen können Zweifel im Verfahren nicht ausgeräumt werden. Die Aufarbeitung der Phänomene in einem mehrstufigen Verfahren aus *Übersetzung* und Rückübersetzung wird im Forschungsprozess nach ca. 100 erhobenen Phänomendatensätzen angezweifelt, da die Effizienz des Prozesses stark reduziert ist. Die Datensätze beziehen sich auf

4–5 Phänomene und wiederholen sich stark. Das Verfahren wird beibehalten, um den Vorteil der Kleinteiligkeit in der Datenerhebung zu bewahren. Der Vorteil der Entfremdung vom Text durch eine frühzeitige Übersetzung wiegt in der abschließenden Betrachtung die Fehleranfälligkeit der Übersetzung und den Zeitaufwand nicht auf. Der Gefahr der *Interpretation* bei der nicht muttersprachlichen Übersetzung fremder oder stark spezialisierter Begriffe wird im Zweifel durch eine Zitation der englischsprachigen Originalbegriffe in Klammern begegnet. Hinsichtlich der *geschlechtergerechten Sprache* in der Übersetzung werden mit Bezug auf die bessere Lesbarkeit und vor dem Hintergrund der Abstraktion der Phänomene die Ergebnisse verallgemeinernd dargestellt. Statt einer »und / oder«-Formulierung oder dem Einsatz von Gender-Gap oder ähnlichen Formulierungshilfen wird »patients« also als »Patientinnen und Patienten« statt »Patientinnen und / oder Patienten« bzw. »Patient\_innen« übersetzt. Trotz größter Vorsicht besteht damit das Risiko, dass auch verallgemeinert wird, obgleich nur ein Geschlecht betroffen ist. Die *Unterteilung* der Phänomene in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität findet lediglich in der Bewertung von Ressourcen Anwendung. Die Unterscheidung zwischen Betroffenengruppen (Institution / Organisation, Pflegehandeln, Stakeholder) hat sich nicht bewährt und wird nicht weiter verfolgt. Die Unterteilung der Phänomene in Ursache, Wirkung und Anzeichen ist vorteilhaft bei detailreichen Beschreibungen, wird aber in der komprimierten Darstellung der Ergebnisse nicht wiedergegeben. Eine *Schneeballrecherche* wird nicht durchgeführt, da sie auf der abstrakten Ebene der Phänomene nicht dazu beiträgt, wesentliche Ideen, Modelle und Debatten zur Recherche über die bereits in den einzelnen Quellen aufgegriffenen Ideen, Modelle und Debatten aufzugreifen. Stattdessen wird in der Nachrecherche der Datenpool ausgeweitet und mittels zusätzlicher, offenerer Suchverbindungen recherchiert.



## 6 Ausblick

Die vorliegende Arbeit liefert einen Überblick über international erhobene Eckpunkte zur Entwicklung eines Konzepts zur demenzgerechten Versorgung im Krankenhaus. Sie stellen wesentliche Ideen, Modelle und Debatten dar und zeigen auf, an welchen Ideen bereits angewendet wurden und kennzeichnen wenig beschriebene Bereiche. Die Eckpunkte sind subjektiv bewertet und markieren Ausgangspunkt für eine vielschichtige Bewertung und Verdichtung entlang der vier Faktoren des GRADE-Systems. Sie beinhalten Grundlagen zur weiteren Recherche in Form von Schlagwortsammlungen, einer Literaturliste zur Schneeballrecherche sowie einer Zuordnung von Praxisdokumenten zu den Eckpunkten. Durch die konsequent transparente Darstellung aller Rechercheprozesse und des Verfahrens kann eine erweiternde Recherche die gegenwärtige Darstellung sowohl mit Blick auf nicht einbezogene Quellen als auch künftige Neuerscheinungen ergänzt werden. Auf gegenwärtigem Standpunkt ermöglicht sie die kritische Reflexion und das Aufdecken möglicher unentdeckter Mängel im Forschungsprozess. Darüber hinaus liegt ein Verfahren zur Erhebung der Perspektive von Patientinnen und Patienten mit dementieller Erkrankung vor. Dieses Verfahren ist getestet und bietet gemeinsam mit den Eckpunkten Ansätze zur effizienten Strukturierung und damit zur Einbindung der Perspektive Betroffener in die Konzeptentwicklung. Mit dem Verfahren ist die Vorarbeit und mit dem Pretest ein erster Schritt getan, die bestehende Forschungslücke im deutschsprachigen Raum zu schließen. Gleichzeitig bietet diese Methode lokal die Möglichkeit, die Perspektive der Menschen mit Demenz in den Prozess der Konzeptentwicklung einzubeziehen. Die vorliegende Arbeit unterstützt damit die Erstellung eines Begründungsrahmens und die theoretische Verankerung der vor Ort relevanten Themen für die Zielsetzung des Konzepts. Mit der Bereitstellung von Praxisdokumenten wird die Entwicklung von Methoden und Verfahren unterstützt. Mit Blick auf die Limitationen der vorliegenden Arbeit sind ein bewusster Umgang mit den dargelegten Eckpunkten und der damit einhergehenden Fokussierung sowie vertiefende und erweiternde Recherchen nach der Ausdifferenzierung und Konkretisierung einzelner Phänomene und / oder der Zielsetzung im deutschsprachigen und internationalen Raum notwendig. Bei der Erarbeitung und Implementierung von Konzepten empfiehlt es sich, die Barrieren auf individueller, institutioneller und übergeordneter Barrieren und entsprechender Handlungsempfehlungen (vgl. Kirchen-Peters 2013, S. 79–92) vorausschauend zu berücksichtigen.

Abbildung 6.1: Zusammenfassende Darstellung der Phänomene aus Perspektive Pfleger in der internationalen Literatur (Schwerpunkt 2008–2013)

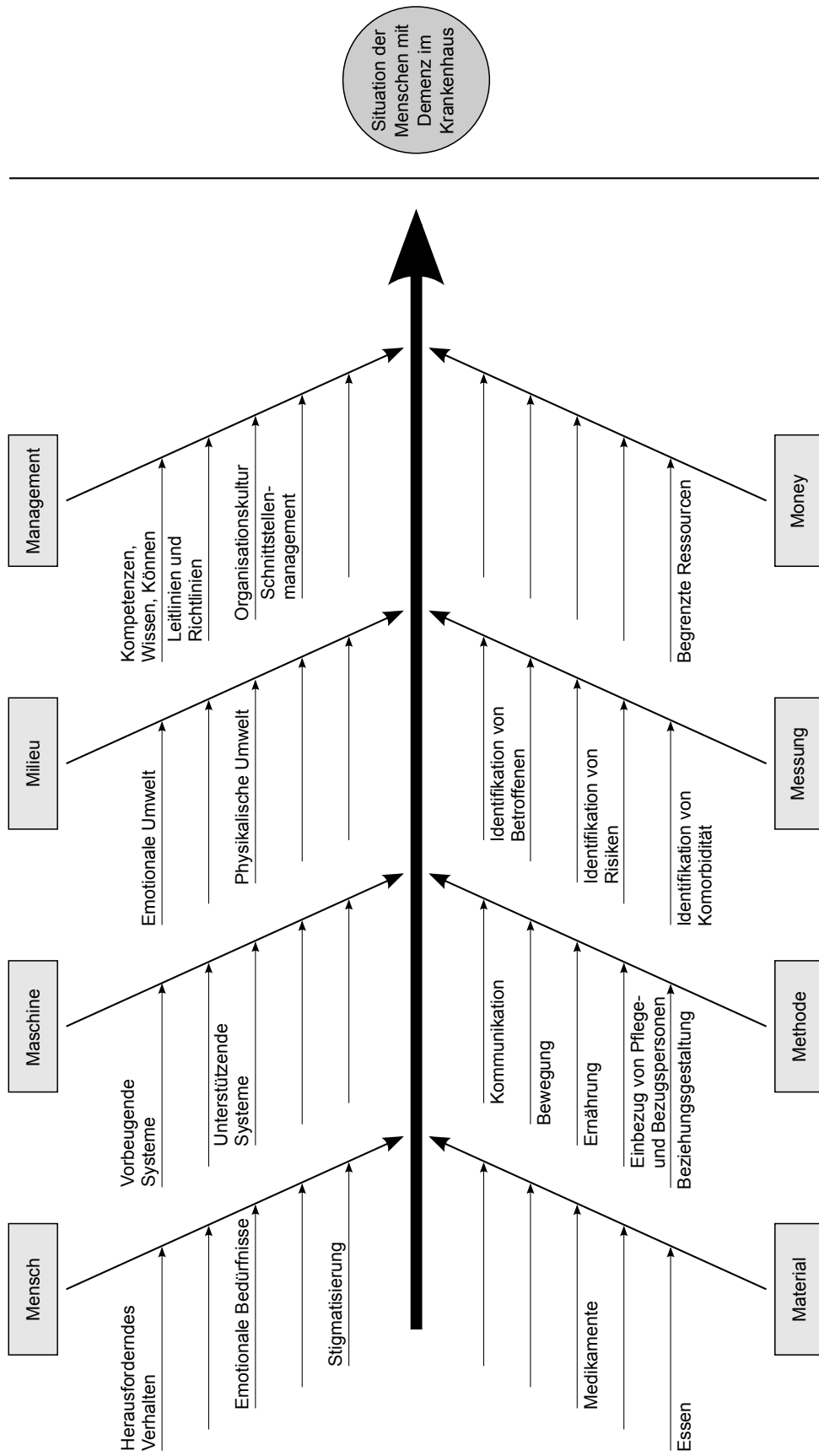


Abbildung 6.2: Zusammenfassende Darstellung der Phänomene zu denen aktuelle Lösungsansätze in der Praxis existieren

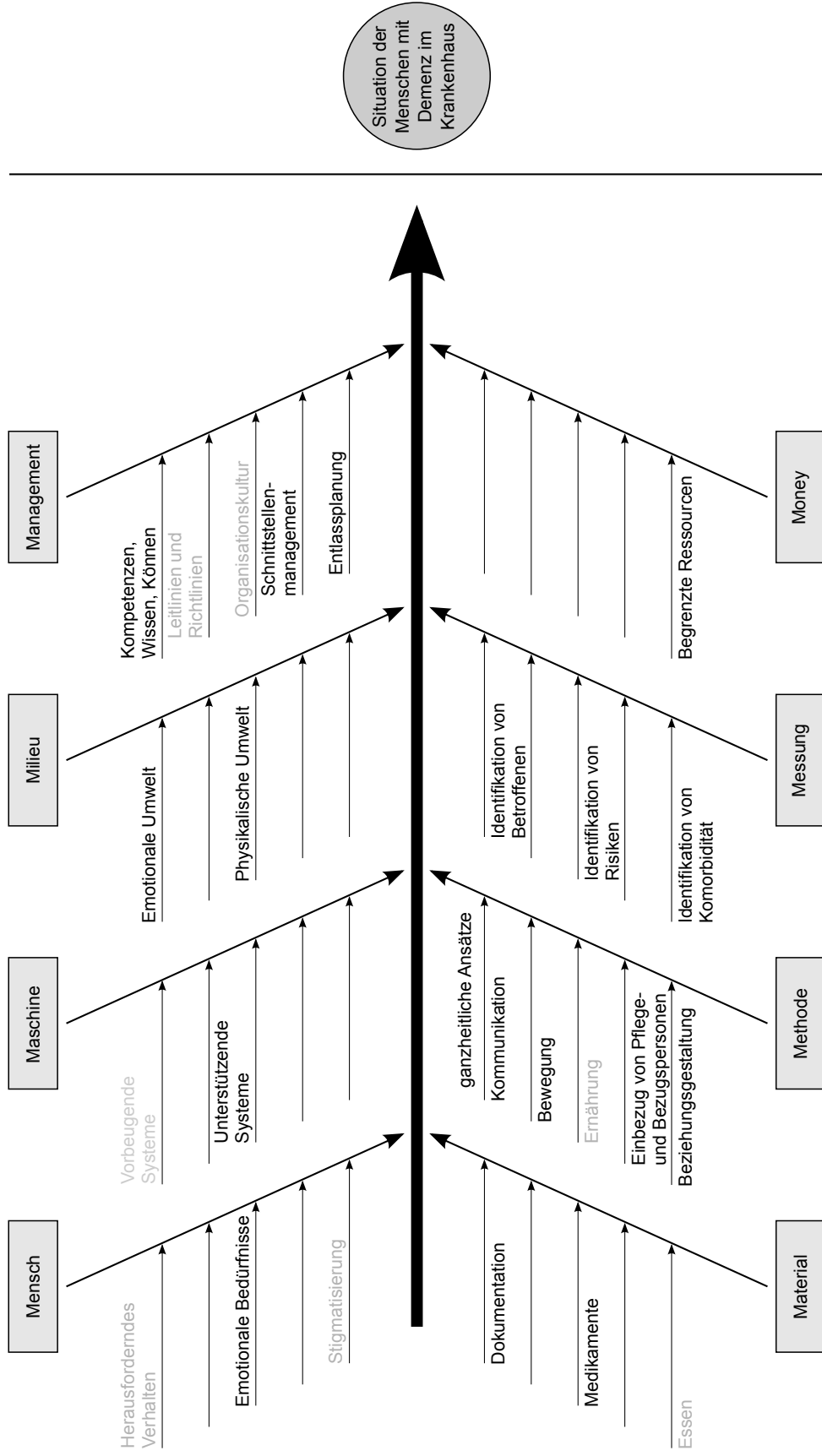
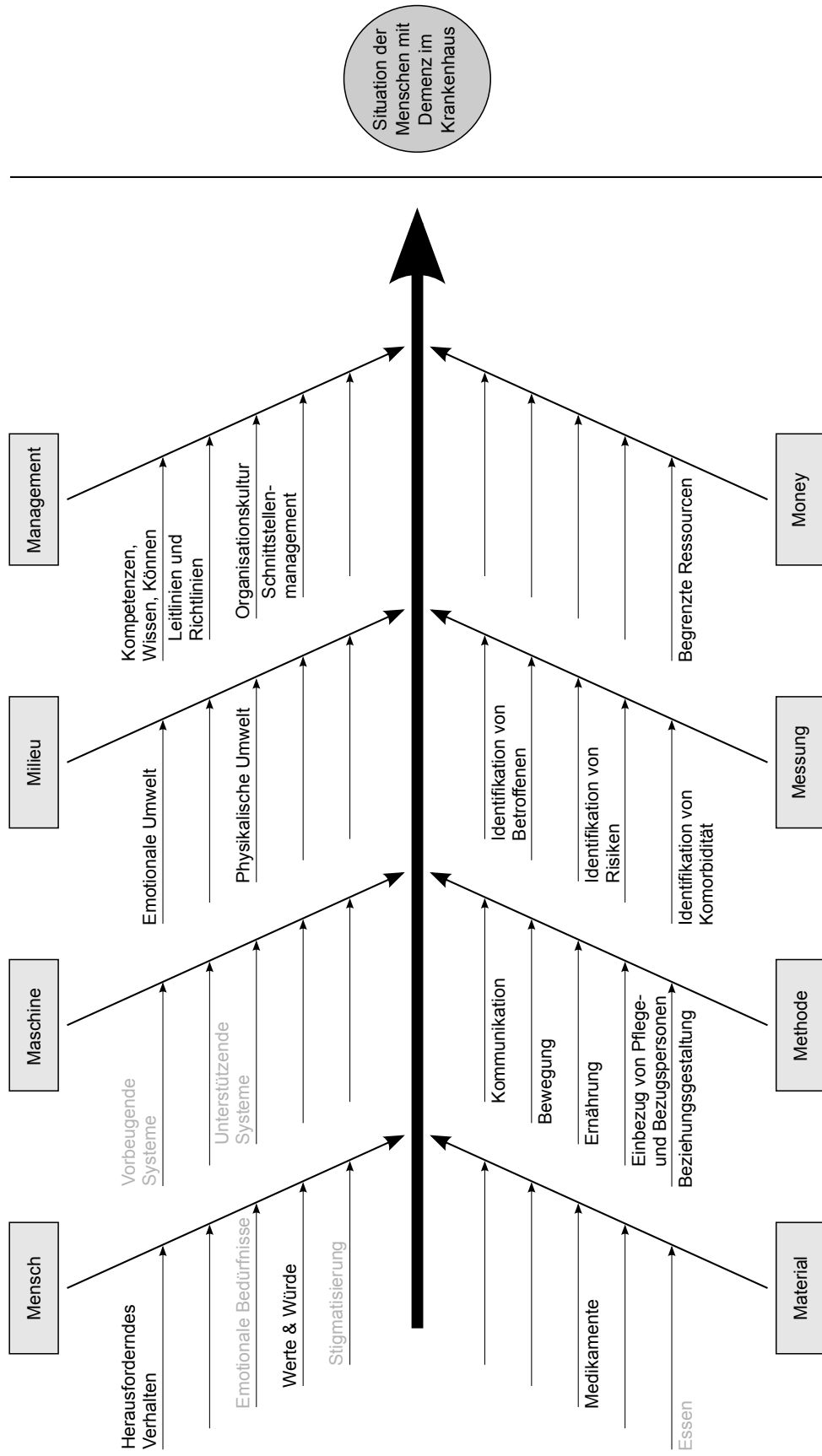


Abbildung 6.3: Zusammenfassende Darstellung der Phänomene zu denen Instrumente in der Praxis existieren



**Teil III**

**Anhang**

## A Abkürzungen in der internationalen Literatur

Tabelle A.1: Abkürzungen in der internationalen Literatur

---

A&E	accident & emergency
ACE	aged care emergency
ACS	aged care services
AGU	geriatric unit
APAC	acute / post acute care
ASET	aged care services in emergency team
BPSD	behavioural and psychological symptoms of dementia
CII	cognitive impairment identifier
DBAMS	dementia behavior assessment and management service
GRACE	geriatric rapid acute care evaluation
HDS	hospital dementia services
OPERA	older persons evaluation, review and assessment
PLST	progressively lowered stress threshold model
RAID	rapid assessment interface discharge
RIR	residential in-reach
SCU	special care unit
SMHSOP	specialist mental health services for older people
t-basis	transitional behavioural assessment and intervention service
TCP	transition care program

---

## B Ansätze der Praxis

### B.1 Best Practice Quellen im Internet

Tabelle B.1: Best Practice Quellen im Internet

---

Royal College of Nurses:	<a href="http://www.rcn.org.uk/dementia">www.rcn.org.uk/dementia</a>
Skills for Care:	<a href="http://www.skillsforcare.org.uk">www.skillsforcare.org.uk</a>
University of Stirling:	<a href="http://www.dementia.stir.ac.uk">http://www.dementia.stir.ac.uk</a>
University of Stirling Shop:	<a href="http://www.dementiashop.co.uk">http://www.dementiashop.co.uk</a>
Progress for providers:	<a href="http://progressforproviders.org">http://progressforproviders.org</a>
Dementia Partnerships:	<a href="http://www.dementiapartnerships.org.uk">http://www.dementiapartnerships.org.uk</a>
SCIE:	<a href="http://www.scie.org.uk">http://www.scie.org.uk</a>
International Dementia Hospital Hub:	<a href="http://www.dementiahospitalhub.org">http://www.dementiahospitalhub.org</a>
Harmfree Care:	<a href="http://harmfreecare.org">http://harmfreecare.org</a>
NICE	<a href="http://www.nice.org.uk">http://www.nice.org.uk</a>
NICE Pathways Demenz:	<a href="http://pathways.nice.org.uk/pathways/dementia">http://pathways.nice.org.uk/pathways/dementia</a>

---

### B.2 Recherche-Quellen

Tabelle B.2: Recherche-Quellen

---

National Center for Biotechnology Information	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov">http://www.ncbi.nlm.nih.gov</a>
BioMed Central	<a href="http://www.biomedcentral.com">http://www.biomedcentral.com</a>
Registered Nurses Association on Ontario	<a href="http://rnao.ca">http://rnao.ca</a>
Agency for Healthcare Research and Quality	<a href="http://www.ahrq.gov">http://www.ahrq.gov</a>
Department of Health (Australia)	<a href="http://www.health.gov.au">http://www.health.gov.au</a>
Department of Health (Vitoria)	<a href="http://www.health.vic.gov.au">http://www.health.vic.gov.au</a>
Royal College of Nurses	<a href="http://rcn.org.uk">http://rcn.org.uk</a>

---

## B.3 Zentrale NICE-Standards

Tabelle B.3: Zentrale NICE-Standards

Comissioning guide 48	NICE support for commissioners of dementia care	Published 01 April 2013
NICE clinical guideline 42	Dementia – supporting people with dementia and their carers in health and social Care (NICE-SCIE guidance on dementia)	Issued: November 2006 last modified: October 2012
NICE clinical guideline 42	Dementia: the use of medication for non-cognitive symptoms, behavior that challenges and behavior control	Issue date: 2009
NICE quality standard 1	Dementia	Issued: June 2010
NICE quality standard 13	End of life care for adults	Issued: August 2011
NICE quality standard 30	Supporting people to live well with dementia	Issued: April 2013
NICE technology appraisal guidance 217	Alzheimers disease – donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine	Issued: March 2011

## B.4 Recherche auf Ebene von Berufsverbänden

### B.4.1 Weltweite Recherche je Nation

Ausgehend vom International Council of Nurses wird dort und auf Ebene der Mitgliedsverbände auf deren Webseiten über google.de nach Dateien des Typs PDF gesucht, die mit den Wortstämmen »demen« oder »alzheimer« verbunden sind. Von 135 verlinkten Mitgliedsverbänden ist für 94 Organisationen auf ein Website verwiesen, die ausgewertet werden kann. Dadurch werden entsprechend der Literaturrecherche die wesentlichen deutsch- und englischsprachigen Begriffe eingeschlossen. Treffer anderer Sprachen werden dabei bei Abweichungen nicht berücksichtigt. Dies wird vor dem Hintergrund des Sprachverständnisses hingenommen. Dabei wird bewusst berücksichtigt, dass diese Recherche keine Rückschlüsse auf die Beschäftigung mit dem Thema Demenz zulässt, sobald die länderspezifischen Begriffe von den Wortstämmen »demen« oder »alzheimer« abweichen. Eine pragmatische Alternative ist die Übersetzung der Begriffe in viele Sprachen und eine verknüpfte Suche, die dann zu einem späteren Zeitpunkt zum Problem der Sprachbarriere führt. Die Suchphrase lautet: »*demen OR alzheimer filetype:pdf site:VOLLSTÄNDIGE URL*«.

Ausgehend von den 94 Organisationen mit Webseiten werden 29 Webseiten extrahiert, die deutsch- oder englischsprachig aufgebaut sind und so gelesen werden können. Hierzu wird bei nicht deutsch- oder englischsprachigen Webseiten im Header, der Fußzeile und über die Suchfunktion nach »english« bzw. einem Sprachsymbol gesucht. Im Weiteren wird nach Webseiten von Mitgliedsverbänden und Organisationen gesucht. Hierzu wird, wenn vorhanden, auch eine Sitemap benutzt. Eine tabellarische Darstellung vollständig oder teilweise deutsch- und englischsprachiger Mitgliedsverbände findet sich auf dem beigelegten Datenträger. Auf vollständig



deutsch- und englischsprachigen Websites werden Verlinkungen nach PDF-Dokumenten untersucht. Die Suchphrase entspricht der oben genannten.

Da die Ergebnisse der bisherigen Recherche nicht den Ansprüchen, die Praxis abzubilden genügen, werden in einer freien Suche Webseiten gesucht, die Wissensquellen (resources), Best Practice oder Handbücher (handbooks) für registrierte Pflegerinnen anbieten (registered nurses). Die Suchphrase lautet: »*registered nurses AND ("best practice" OR handbook OR guideline OR Resources)*«. Die Domains der Ergebnisse werden gesammelt und entsprechend mit der obigen Suche verknüpft: »*demen OR alzheimer filetype:pdf site:VOLLSTÄNDIGE URL*«. Aus den Suchanfragen emergieren die in Tabelle B.4 dargestellten Webseiten als gewinnversprechende Recherchequellen.

Tabelle B.4: Emergierende Recherchequellen

---

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>  
<http://www.biomedcentral.com>  
<http://rnao.ca>  
<http://www.ahrq.gov>  
<http://www.health.gov.au>  
<http://www.health.vic.gov.au>  
<http://rcn.org.uk>

---

Abschließend werden freie Google-Suchen durchgeführt. Deren ersten 50 Treffer werden hinsichtlich ihrer Relevanz bewertet<sup>1</sup>. Eine Auswertung erfolgt für alle Dokumente aus den Jahren 2012 und 2013, die auf das Setting des Allgemeinkrankenhauses gelten.

Tabelle B.5: Google-Recherche

---

	Suchphrase (25.07.2013)
1	summary dementia hospital filetype:pdf acute OR general
2	guideline dementia hospital filetype:pdf acute OR general
3	demenz standard filetype:pdf

---

#### B.4.2 Alzheimer-Gesellschaften

Ausgehend von Alzheimers Disease International ([www.alz.co.uk](http://www.alz.co.uk)) findet sich eine Sammlung verschiedener Strategien im Umgang mit Demenz auf nationaler, sub-nationaler und Nichtregierungs-Ebene. Eine entsprechende Auflistung vorhandener nationaler Strategien auf europäischer Ebene findet sich auf der Webseite von Alzheimer Europe (<http://www.alzheimer-europe.org>).

---

<sup>1</sup>Anmerkung zur Überarbeitung im August 2014: Dieses Vorgehen ist vor dem wissenschaftlichen Anspruch der Nachvollziehbarkeit als ungenügend einzustufen, da die Suchmaschine Google die Ergebnisse der Recherche individualisiert. Besser sind Suchmaschinen, die nicht dieser Einschränkung unterliegen, wie z. B. Qwant oder DuckDuckGo, gegebenenfalls auch Metasuchmaschinen (hilfreich hier ist die Cluster-Engine Carrot2).

## C Methodisches Vorgehen

### C.1 Auswahl von Datenbanken

Zur Recherche innerhalb dieser Arbeit stehen die über die Hochschule Esslingen zugänglichen Datenbanken, die in DBIS (Datenbank-Infosystem) gelistet sind.

Die Recherche soll mit Blick auf die zur Verfügung stehenden zeitlichen und finanziellen Ressourcen effizient gestaltet werden sowie spezifisch und sensibel auf das Recherchefeld eingehen (vgl. Guba 2008, S. 64; vgl. Findley 1989, S. 100–101). Vor diesem Hintergrund werden die zur Verfügung stehenden Datenbanken hinsichtlich folgender Kriterien untersucht:

1. Ressourcen: Erlaubt die Datenbank Volltextzugriff?
2. Sensitivität: Welche Inhalte bietet die Datenbank ab?
3. Spezifität: Wie viele Fachbereiche integriert die Datenbank?

Das Datenbank-Informationssystem (DBIS) liefert in der Fachübersicht 41 Treffer zum Index »Pflegermanagement/Pflegepädagogik/Pflegewissenschaft«. Diese werden in Tabelle C.1 hinsichtlich der oben genannten Kriterien bewertet und für weitere Recherchen ein- bzw. ausgeschlossen:

Tabelle C.1: Pflegerelevante Datenbanken auf DBIS

Datenbank	Volltext	Inhalt	Fachgebiete	Einschluss
CareLit	Ja	Literatur aus Krankenhausmanagement und Pflege	1	Ja
Karger Journals / Karger Journals Archiv	Ja	104 Artikel – open Access	2	Ja
Lippincott Williams & Wilkins 'LWW Legacy Archive'	Ja	220 Zeitschriften	2	Ja
Informa Healthcare Digital Archive	Ja		3	Ja
Liebert on Line Archive	Ja	59 Zeitschriften	3	Ja
Sage Journals Online / Sage Journals Online Deep Backfile	Ja	613 Titel des Verlags Sage Publications	3	Ja
CINAHL	Ja	Mehr als 3.000 Zeitschriften Fast alle englischsprachigen Pflegezeitschriften	3	Ja

Fortsetzung auf der folgenden Seite

Datenbank	Volltext	Inhalt	Fachgebiete	Einschluss
PsycINFO	Ja	2.000 Zeitschriften 60.000 Neueinträge / Jahr Mit Psychologie verwandte Themen	8	Ja
Thieme Connect / Thieme Zeitschriftenarchive	Ja	36 Zeitschriftentitel	9	Ja
Wiley Online Library / Blackwell Publishing Journal Backfiles	Ja	242 Titel des Verlags	11	Ja
Medline	Ja	Medizinische Fachpublikationen (inklusive Krankenpflege) 5.200 Zeitschriften	11	Ja
Nationallizenzen / Sammlungen - Zeitschriften	Ja	23 Zeitungs – und Zeitschriftenarchive	13	Ja
Science / Science Classic Archiv	Ja	Zeitschrift Science	13	Ja
nature.com / Nature Archives	Ja	Naturwissenschaften	15	Ja
SpringerLink / Springer Online Journal Archives	Ja	1.050 Zeitschriften des Springer Verlags	15	Ja
Academic Search Elite (via EBSCO Host)	Ja	3.400 wissenschaftliche Zeitschriften 2.050 Zeitschriften im Volltext 1.500 Zeitschriften sind Peer-reviewed	22	Ja
MarketLine Advantage	Ja	2.600 Industrieprofile 27.500 Firmenprofile 100 Länderanalysen	10	Ja <sup>1</sup>
BMJ Journals Online Archive	Ja	29 Zeitschriften aus der Medizin	2	Ja <sup>2</sup>
WISO	Ja	Praxistexte	12	Ja <sup>3</sup>
Springer eBooks: Medicine	Ja	eBooks Medizin	2	Nein
Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online	Ja	Aufarbeitung des gesamten Wissens der Erziehungswissenschaft in Form von Handbuchartikeln.	4	Nein

Fortsetzung auf der folgenden Seite

<sup>1</sup>für Konzept-Recherche

<sup>2</sup>zur Kontrolle

<sup>3</sup>zur Nachrecherche

Datenbank	Volltext	Inhalt	Fachgebiete	Einschluss
PubMed	Ja	Medline, kostenpflichtige Volltexte	5	Nein
ACS Legacy Archives	Ja	Chemie	6	Nein
Financial Times Historical Archive	Ja	Financial Times Druckausgaben	7	Nein
Landesrecht Baden-Württemberg	Ja	Verfassungs- und Verwaltungsgesetze des Landes Baden-Württemberg	7	Nein
BioOne / BioOne Online Journals Archiv	Ja	Biowissenschaften	7	Nein
Beck online	Ja	Volltexte zur Rechtswissenschaft	8	Nein
Annual Reviews / Annual Reviews Electronic Back Volume Collection	Ja	Volltexte nicht zugänglich	14	Nein
Statista	k.A.	Sammlung statistischer Daten	15	Ja <sup>4</sup>
BIOSIS Previews	Nein	3,5 Millionen bibliographisch Einträge aus 6.500 Zeitschriften	7	Ja <sup>5</sup>
MEDPILOT	Nein	Suchportal für Datenbanken und Kataloge	4	Ja <sup>6</sup>
SwetsWise	Nein	Inhaltsverzeichnisse	14	Ja <sup>7</sup>
Literaturdatenbank Berufliche Bildung	Nein	56.000 Nachweise überwiegend deutschsprachiger Fachliteratur	2	Nein
World Biographical Information System Online	Nein	Bibliographische Daten	3	Nein
FIS Bildung Literaturdatenbank	Nein		4	Nein
MEDITEC Medizinische Technik	Nein	Fachliteratur biomedizinische Technik	7	Nein

Fortsetzung auf der folgenden Seite

<sup>4</sup> zum Nachschlagen

<sup>5</sup> zur Kontrolle

<sup>6</sup> zur Nachrecherche

<sup>7</sup> zur Nachrecherche

Datenbank	Volltext	Inhalt	Fachgebiete	Einschluss
Römpp Online	Nein	60.000 Stichwörter in einer Enzyklopädie für Chemie und angrenzenden Wissenschaften	12	Nein
BSZ Aufsatzkatalog (SwetScan)	Nein	30 Millionen Zeitschriftenaufsätze aus 20.000 Zeitschriften	14	Nein
SciFinder (Chemical Abstracts)	Nein	Chemische Informationen	Ca. 14	Nein
PONS.eu - das Online-Wörterbuch	Nein	Wörterbuch	18	Nein
Langenscheidt Online-Wörterbuch	Nein	Wörterbuch	26	Nein

Auf Basis dieser Übersicht ergibt sich durch die höchste inhaltliche Sensitivität und hohe fachliche Spezifität für den internationalen Sektor CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) als primäre Datenbank, in der fast alle englischsprachigen Pflegezeitschriften, die Veröffentlichungen der American Nurses' Association (ANA) und der National League for Nursing (NLN) ausgewertet werden (vgl. DBIS 2013a)). Diese Datenbank wird zur Entwicklung und Überprüfung der Suchbegriffe verwendet.

## C.2 Suchphrasen zum Vergleich von Datenbanken

Nach einer groben Sichtung der Potentiale in Kapitel C.1 werden die Datenbanken hinsichtlich ihrer Handhabbarkeit und Trefferzahlen eingeschätzt. Hierzu werden vergleichbare Suchverbindungen entsprechend der Suchalgorithmen der Datenbanken generiert und die Ergebnisse verglichen. Basis dieser Suchverbindungen sind die Begriffe Demenz, Krankenhaus und Review. Die genauen Suchverbindungen sind in Tabelle C.15 auf Seite 104 dargestellt.

## C.3 Vergleich der Trefferzahlen

Die Trefferzahlen der Suchanfragen bewegen sich zwischen den einzelnen Datenbanken in einem Sprekturm von 0 – 18 Treffern. Tabelle C.16 listet die Trefferzahlen auf Seite 105 im Detail auf. In Fettschrift hervorgehoben sind, wie auch in Tabelle C.17 auf Seite 106, Datenbanken zu denen kein Ausschlussgrund vorliegt: CINAHL, PsycINFO, Medline und Academic Search Elite.

## C.4 Ausschluss von Datenbanken

Die Gründe für den Ausschluss von Datenbanken zur Recherche liegen im Wesentlichen in der Handhabbarkeit begründet, wie Tabelle C.17 belegt.

Eine Gegenüberstellung der Treffer aus Ovid (Medline) und EBSCO Host (CINAHL, Academic Search Elite, PsycINFO) zeigt keine zusätzlichen relevanten Ergebnisse. Aus diesem Grund

wird die Recherche auf EBSCO Host beschränkt. Ergänzend werden die Datenbanken SwetsWise zur Recherche nach Literaturangaben und CareLit zur Sondierung im deutschen Sprachraum verwendet.

## C.5 Generierung von Suchverbindungen

Ausgangslage ist die Fragestellung im PICO-Format. Aus ihren Begriffen »professionell Pflegende«, »Menschen mit Demenz«, »Phänomene« und »Allgemeinkrankenhaus« werden im Folgenden Suchbegriffe abgeleitet. Eine Vergleichsgruppe kann nicht berücksichtigt werden, da sie nicht expliziert ist. Die Verwendung des Begriffs »Phänomene« hat zur Folge, dass die Trefferliste auf die Artikel beschränkt ist, die auftretende Phänomene auch mit dem Begriff »Phänomen« bezeichnen. Aus diesem Grund wird der Begriff »Phänomen« aus der Recherche ausgeklammert. Die verbleibenden Begriffe werden in freien assoziieren und über (Fach-)Wörterbücher durch Synonyme erweitert, ins Englische übersetzt (dict.leo.org) und rückübersetzt. Die gewonnenen Treffer werden wo möglich über Trukierungen zusammengefasst. Suchbegriffe werden in CINAHL mit den Einstellungen Search mode: »Boolean / Phrase« und Page Option: »50« getestet. Limitierungen werden dabei im Gegensatz zur späteren Suche bewusst offen gehalten, um breite Rückschlüsse auf die Wortverbindungen zu haben.

### C.5.1 Menschen mit Demenz

Tabelle C.3: Erstellung der Suchverbindung für »Begegnung mit Menschen mit Demenz«

Ausgangsbegriff	Englische Übersetzung (dict.leo.org)	Suchphrase	Treffer am 06.05.2013
Demenz	dementia	demen*	25.071
Dement	demented		
Alzheimer, Krankheit, Alzheimersche Krankheit	alzheimers disease	alzheim*	15.820
	ADRD	adrd	45
(demen* OR alzheim*)			34.955

Tabelle C.2: Review-Frage im PICO-Format

Population:	<i>Professionell Pflegende</i>
Exposition:	<i>Begegnung mit Menschen mit Demenz</i>
Vergleichsgruppe:	<i>— Nicht expliziert, emergiert ggf. aus der Literaturarbeit —</i>
Outcomes:	<i>Phänomene</i>
Kontext:	<i>Allgemeinkrankenhaus</i>

## C.5.2 Professionell Pflegende

Tabelle C.4: Erstellung der Suchverbindung für »professionell Pflegende«

Ausgangsbegriff	Englische Übersetzung (dict.leo.org)	Suchphrase	Treffer am 06.05.2013
Pflege, Pflegen, Pflegende, Pfleger, Pflegerin	care, fosterage, maintenance, nurture, support, tendance, to attend to, to cultivate, to groom, to nourish, to nurse, caregiver, caretaker, conser- vator, curator, nurse, atten- dant, guardian, male-nurse,	pflege*	48
Krankenschwester	nurse, hospital nurse, gra- duated nurse, staff nurse, re- gistered nurse	krankenschwes*	1
Gesundheits- und Krankenpflege	medical and health care, nur- sing, nursing for the sick, sick-nursing, patient care	"gesundheits- und kranken- pflege"	0
Krankenpflege, Krankenpflegerin	Siehe oben	krankenpfle*	5
	care, caretaker, caregiver, ca- ring	care*	661.406
		cari*	31.269
		care* OR cari*	674.298
	fosterage	fostera*	2
	maintenance	maintenan*	21203
	nuture	nutu*	16
	support	suppo*	191295
	tendance	tendanc*	6
	attend, attendant	attend*	25748
	cultivate	cultivat*	1.320
		cultivat* AND demen*	6
	groom	groom*	659
	nourish	nouri*	729
	conservator	conservat*	9571
	curator	curat*	2603
	nurse, male-nurse, hospital nurse, staff nurse, hospital nurse, registered nurse, nur- sing, nursing fort he sick, sick-nursing	nurs*	558.009

Fortsetzung auf der folgenden Seite

Ausgangsbegriff	Englische Übersetzung (dict.leo.org)	Suchphrase	Treffer am 06.05.2013
		*nurs*	558.009
	guardian	guard*	3123
	Medical and health care,	"medical and health care"	95
	patient care	"patient care"	33.071
(pflege* OR care* OR cari* OR maintenanc* OR suppo* OR attend* OR groom* OR nourish* OR conservat* OR curat* OR nurs* OR guard* OR "patient care")			1.134.913

### C.5.3 Allgemeinkrankenhaus

Tabelle C.5: Erstellung der Suchverbindung für »Allgemeinkrankenhaus«

Ausgangsbegriff	Englische Übersetzung (dict.leo.org)	Suchphrase	Treffer am 06.05.2013
Allgemeinkrankenhaus	-	allgemeinkrankenhau*	0
Hospital	hospital, infirmary, hospitalisation, hospitalization, hospital, clinic	krankenhau*	32
		*krankenhau*	32
		klini*	75
		linik*	45
		hospita*	205.940
Station, stationär	ward, inpatient unit	statio*	2.456
		unit	39.951
		unit*	447.479
		unit#	75.995
Organisation	organisation	organisati*	10.949
Institution	institution	instituti*	33.359
	infirmary	infirma*	647
	ward	ward	7.383
		ward*	11.663
		ward#	11.359
	inpatient, inpatients	inpatient	13.182
		inpatient*	63.072
(krankenhau* OR klini* OR hospita* OR statio* OR unit# OR ward* OR inpatient*)			290.719

### C.5.4 Phänomene (nicht verwendet)



Tabelle C.6: Erstellung der (nicht verwendeten) Suchverbindung für »Phänomene«

Ausgangsbegriff	Englische Übersetzung (dict.leo.org)
Phänomen	phenomenon, phenomena, phenomenons
Diskontinuität	discontinuity, break, interface
Instrument	instrument, instruments
Handlungsstrategie, Strategie	action strategy, strategy, policy
Überforderung	excessive demands, excessive demand
Indikator	indicator, tracer
Ineffizienz	inefficiency
Arbeitsvollzug, Durchführung	execution, accomplishment, enforcement, fairlead, performance, procedure, realization, realisation, development, implementation
Aggression	aggression
Rückzug Retreat	withdrawal
Ineffektivität	retreat, withdrawal, pull-out, pullback, retirement, retraction, return, fallback, phase out
Unzufriedenheit	disaffection, discontent, discontentedness, discontentment, displeasement, dissatisfaction, unhappiness
Unterversorgung	under-supply, undersupply, critical shortage
Fehlversorgung	—
Versorgung	provision, supply accomodation, feed, maintenance,
Qualitätsprobleme, Qualität	quality, grade, workmanship,

### C.5.5 Vorläufige Suchverbindung

Für eine erste Recherche werden zunächst die einzelnen Suchverbindungen miteinander verknüpft. Für eine erhöhte Spezifität wird dabei den Begriffen Demenz und Pflege ein Erscheinen im Titel zur Bedingung gemacht.

Tabelle C.7: Erste, vorläufige Suchverbindung vor der Spezifitäts- und Sensitivitätsprüfung

Suchverknüpfung	Treffer	Volltext
TI (demen* OR alzheimer*) AND TI (pflege* OR care* OR cari* OR maintenanc* OR suppo* OR attend* OR groom* OR nour* OR conservat* OR curat* OR nurs* OR guard* OR "patient care") AND (krankenhau* OR klinik* OR hospita* OR statio* OR unit# OR ward* OR inpatient*)	967	212
	davon:	
	seit 2013:	5
	seit 2012:	23
	seit 2011:	45

## C.6 Spezifitätsprüfung: Auswertung der Treffer nach Titel und Abstract

Tabelle C.8: Spezifitätsprüfung: Auflistung recherchierter Titel

Titel	Titel-Prüfung	Abstract-Prüfung
How acute care managers can support patients with dementia.	1	1
Audit reveals lack of hospital staff training in dementia care.	1	0
Caring for older people with dementia in hospital Part one: challenges.	1	1
Caring for older people with dementia in hospital Part two: strategies.	1	1
Workplace aggression experienced by frontline staff in dementia care.	1	0
Implementing innovative models of dementia care: the healthy aging brain center.	1	0
The Enriched Opportunities Programme for people with dementia: A cluster-randomised controlled trial in 10 extra care housing schemes.	0	
Transitions in Care for Older Adults with and without Dementia.	1	1
Clinical digest. PEOPLE WITH DEMENTIA TEND TO THRIVE IN SMALLER CARE HOMES.	0	0
Cost of care for dementia.	1	0
Care Transitions and the Dementia Patient: A Model intervention Builds Communication, Trust - and Better Care.	1	0
Dementia care impeded by workloads.	1	1
Nurses will sign up to improve care in RCN dementia campaign.	1	1
Workloads and staff levels hamper dementia care.	1	0
A palliative approach to care of residents with dementia.	0	0
DEMENTIA CHAMPIONS WILL NEED MORE TRAINING, NURSES WARN.	1	1
People with dementia need care champions.	1	0
Forecasting the ward climate: a study from a dementia care unit.	1	1
Time ethics for persons with dementia in care homes.	0	0
The creation of a Dementia Nurse Specialist role in an acute general hospital.	1	0
Using a practice development project to improve standards of care for people with dementia.	1	0
Emergency admissions ward gives dedicated dementia care.	1	0
Adequacy of training in dementia care for acute hospital staff.	1	0
Hospital Transfers of Nursing Home Residents with Advanced Dementia.	0	0
Psychometric evaluation of a Spanish Language Version of the Screen for Caregiver Burden (SCB) in caregivers of patients with mixed, vascular and Alzheimer's dementia.	0	0

Fortsetzung auf der folgenden Seite

	Titel-Prüfung	Abstract-Prüfung
A caregiver perspective of how Alzheimer's disease and related disorders affect couple intimacy.	0	0
Systematic pain management reduced agitation in nursing home residents with dementia.	0	0
Taking the stigma out of dementia... THE OPINION article by Gwyn Grout in the October issue of Nursing Older People (23, 8, 9).	1	0
Thanks for the refresher on dignity in dementia care... learning zone article on achieving dignity for older people with dementia in hospital (March 23).	1	0
Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective.	1	1
NHS chief calls for better dementia care.	1	1
Dementia care... This practice profile is based on NS585 Bridges J, Wilkinson C (2011) Achieving dignity for older people with dementia in hospital.	1	0
Care home staff can detect the difference between delirium, dementia and depression.	0	0
A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings.	0	0
RCN promises better dementia care for hospital patients.	1	0
Finding Dementia in Primary Care: The Results of a Clinical Demonstration Project.	1	1
INDEPENDENT SECTOR LEADS THE WAY IN DEMENTIA CARE PROVISION.	1	0
Quality care for persons experiencing dementia: The significance of relational ethics.	1	0
Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia.	0	0
Nurses at the forefront of drive to make wards dementia-friendly.	1	1
The experience of lying in dementia care: A qualitative study.	1	0
Ingroup identity as an obstacle to effective multiprofessional and interprofessional teamwork: findings from an ethnographic study of healthcare assistants in dementia care.	1	0
REDESIGNING WARDS TO SUPPORT PEOPLE WITH DEMENTIA IN HOSPITAL.	1	1
Improving the care of people with dementia in hospital.	1	1
HOSPITAL PROGRAMME FOR DEMENTIA-SPECIFIC CARE.	1	1
<b>Total:</b>	<b>34</b>	<b>15</b>

*Legende: 1 = relevant; 0 = nicht relevant*

Die Spezifitätsprüfung ergibt 34 potenziell relevante Treffer (Zellenwert: »1«). Dies entspricht 76% (>30% Soll), was im weiteren Schritt die Beurteilung der Abstracts zulässt. Ist in der Datenbank kein separater Abstract zugänglich, wird aus pragmatischen Gründen der Treffer hinsichtlich des Abstracts als nicht relevant (Zellenwert: »0«) bewertet. Es ergeben sich 15 relevante Treffer, die gegenüber den 34 aus dem Titel heraus potenziell relevanten Treffern eine Trefferquote von mehr etwa 44% ausmachen (nicht Relevante Treffer entsprechend 56% < 70%). Die Präzision der Recherche ist mit den genannten Begriffen damit ausreichend. Im letzten Schritt vor der Festlegung auf die Suchbegriffe wird die Sensitivität überprüft, hierzu werden die Inhaltsverzeichnisse der beiden Zeitschriften, die die meisten relevanten Treffer liefern in der Handsuche für den Zeitraum von Juni 2012 bis Mai 2013 überprüft.

Tabelle C.9: Zuordnung der Treffer zu Zeitschriften zur Vorbereitung der Sensitivitätsprüfung

Zeitschrift	Treffer	Relevante Treffer
ACP J CLUB	1	
AGING MENT HEALTH	3	
AUST NURS J	1	
GENERATIONS	1	
J AM GERIATR SOC	3	2
J CLIN NURS	4	2
J INTERPROF CARE	1	
J PSYCHIATR MENT HEALTH NURS	2	
MENT HEALTH PRACT	1	
NURS ETHICS	3	
NURS MANAGE	1	1
<b>NURS OLDER PEOPLE</b>	<b>12</b>	<b>4</b>
<b>NURS STAND</b>	<b>11</b>	<b>6</b>
SCAND J CARING SCI	1	
Gesamt:	45	15

## C.7 Sensitivitätsprüfung: Abgleich mit Inhaltsverzeichnissen von Zeitschriften

Zur Sensitivitätsprüfung werden die Ergebnisse der Handsuche mit der bestehenden Trefferliste und einer gezielten Recherche nach dem gelisteten Artikel auf EBSCO Host verglichen. Eine optimale Suchverbindung listet jeden in der Handsuche gefundenen Artikel auch in der Trefferliste (entsprechend ist der Zellenwert »1«). Sind Artikel zwar in der gezielten Recherche vorhanden (»1«) nicht jedoch in der Trefferliste (»0«), muss die Suchverbindung hinsichtlich ihrer Sensitivität überarbeitet werden. Sind die Treffer in der gezielten Recherche nicht im Volltext zugänglich (»0«) oder bereits in der Trefferliste (»1«) gelistet, hat dies keine Konsequenzen. Nicht für die vorliegende Arbeit relevante, aber für eine Konzeptentwicklung potentiell interessante Artikel werden in grauer Schrift dargestellt.

## Sensitivitätsprüfung in »Nursing older People«

Tabelle C.10: Sensitivitätsprüfung in »Nursing older People«

<a href="http://nursingolderpeople.rcnpublishing.co.uk/archive/browse-by-volume">http://nursingolderpeople.rcnpublishing.co.uk/archive/browse-by-volume</a>	Trefferliste	Gezielte Recherche
Raising awareness to support people with dementia in hospital Christian, Duffin	0	0
Communicating with older people with dementia Kay, de Vries	0	nicht relevant
The Mental Capacity Act and dementia research 5 Aileen, Murray	0	1
The benefits of groups that provide cognitive stimulation for people with dementia Jackie, Tuppen	0	nicht relevant
How to use web-based information to support people with dementia Margaret, Cook; Glenda, Cook; Fiona, Hutchinson	1	
Caring for older people with dementia in hospital Part two: strategies Lesley, Baillie; Jane, Merritt; Janet, Cox	1	
Using a practice development project to improve standards of care for people with dementia Rose, Elliot	1	
Caring for older people with dementia in hospital. Part one: challenges Lesley, Baillie; Janet, Cox	1	
A nurse manager's guide to support patients with dementia June, Andrews	0	1

## Sensitivitätsprüfung in »Nursing Standard«

Tabelle C.11: Sensitivitätsprüfung in »Nursing Standard«

http://nursingolderpeople.rcnpublishing.co.uk/ archive/browse-by-volume	Trefferliste	Gezielte Recherche
Collaborative health promotion in middle and later stages of dementia Jenkins, Catharine; McKay, Ailsa	0	0
Safeguarding vulnerable older people in hospital Phair, Lynne; Heath Hazel	0	1

### C.7.1 Ergänzung der Suchverbindung

In der Sensitivitätsprüfung ergeben sich Mängel hinsichtlich dreier Treffer. Als Konsequenz werden die Suchbegriffe *akut* und *vulnerabel* geprüft und *akut* in die Suchverbindung mit aufgenommen. Der Begriff *vulnerabel* wird nicht mit aufgenommen, um den Fokus der PICO-Fragestellung nicht aufzulösen:

Tabelle C.12: Ergänzung der Suchverbindung

Ausgangsbegriff	Englische Übersetzung (dict.leo.org)	Suchphrase	Treffer am 06.05.2013
Akutpflege	acute Care	acute*	15.838
		akut*	10
		acute* OR akut	15.843
Vulnerabel	vulnerable	vulnerab*	14.896

## C.8 Finale Suchverbindung

Tabelle C.13: Ergänzte, endgültige Suchverbindung

Suchverknüpfung	Treffer	Volltext
TI (demen* OR alzheimer*) AND TI (pflege* OR care* OR cari* OR maintenanc* OR suppo* OR attend* OR groom* OR nour* OR con-servat* OR curat* OR nurs* OR guard* OR "patient care") AND (krank-enhan* OR klinik* OR hospita* OR statio* OR unit# OR ward* OR inpatient* OR acute* OR akut)	1.000	218
	davon:	
	seit 2013:	5
	seit 2012:	24
	seit 2011:	48

## C.9 Zusätzliche Rechercheergebnisse der finalen Suchverbindung

Tabelle C.14: Zusätzliche Rechercheergebnisse der finalen Suchverbindung

Titel	Titel-Prüfung	Abstract-Prüfung
A nurse manager's guide to support patients with dementia.	1	1
Collaborative project to co-ordinate care for patients with dementia.	1	1
What spouse caregivers know about communication in alzheimer's disease: development of the ad communication knowledge test.	0	0

*Legende: 1 = relevant; 0 = nicht relevant*

Die Erweiterung des Suchbegriffs bringt über alle bereits genannten Treffer zwei zusätzliche relevante Treffer und einen nicht relevanten Treffer (75% potenzielle Treffer nach Überschriftprüfung bzw. 47% Treffer nach Abstractprüfung). Die Handsuche in den Inhaltsverzeichnissen zeigt, dass es relevante und interessante Texte außerhalb der formulierten Fragestellung gibt, die für die Erstellung von Konzepten relevant und hilfreich sind, jedoch im Rahmen der vorliegenden Arbeit jedoch nicht berücksichtigt werden können. Die primäre Suchverbindung wird auf die in Kapitel C.13 genannte Form festgelegt.

Tabelle C.15: Zum Vergleich ausgewählter Datenbanken verwendete Suchphrasen

---

Treffer: Volltexte Suchzeitraum: 1.1.2008–31.3.2013 <sup>1</sup>

---

a	TI (demen* OR alzheimer*) AND TI (pflege* OR care* OR cari* OR maintainan* OR suppo* OR attend* OR groom* OR nour* OR conservat* OR curat* OR nurs* OR guard* OR "patient care") AND (krankenhau* OR klinik* OR hospita* OR statio* OR unit# OR ward* OR inpatient* OR acute* OR akut) AND Review
b	Alle Felder: "Review" Titel: "pflege* ODER care* ODER cari* ODER maintainan* ODER suppo* ODER attend* ODER groom* ODER nour* ODER conservat* ODER curat* ODER nurs* ODER guard* ODER "patient care"
c	(demen* OR alzheimer*) AND (pflege* OR care* OR cari* OR maintainan* OR suppo* OR attend* OR groom* OR nour* OR conservat* OR curat* OR nurs* OR guard* OR "patient care")
d	(demen* OR alzheimer*).m_titl. AND (pflege* OR care* OR cari* OR maintainan* OR suppo* OR attend* OR groom* OR nour* OR conservat* OR curat* OR nurs* OR guard* OR "patient care").m_titl. AND (krankenhau* OR klinik* OR hospita* OR statio* OR unit# OR ward* OR inpatient* OR acute* OR akut) AND Review
e	Article / Chapter title: (demen* OR alzheimer*) AND (pflege* OR care* OR cari* OR maintainan* OR suppo* OR attend* OR groom* OR nour* OR conservat* OR curat* OR nurs* OR guard* OR "patient care") All: (krankenhau* OR klinik* OR hospita* OR statio* OR unit# OR ward* OR inpatient* OR acute* OR akut) Search within results: Review
f	demen* OR alzheimer*
g	Title: demen* OR alzheimer*
h	[TIT] (demen? OR alzheimer?) AND [TIT] (pflege? OR care? OR cari? OR maintainan? OR suppo? OR attend? OR groom? OR nour? OR conservat? OR curat? OR nurs? OR guard? OR "patient care") AND (krankenhau? OR klinik? OR hospita? OR statio? OR unit? OR ward? OR inpatient? OR acute? OR akut) AND review
i	Title: demen* alzheimer* With at least one of the words: pflege* care* cari* maintainan* suppo* attend* groom* nour* conservat* curat* nurs* guard* "patient care"

---

<sup>1</sup> Der Suchzeitraum ist auf das Quartalsende gelegt um maximale Aktualität bei größtmöglicher Vergleichbarkeit für Suchmaschinen, die quartalsweise aktualisiert werden zu ermöglichen; das ist nicht in allen Datenbanken möglich.



Tabelle C.16: Trefferzahlen vergleichbarer Recherchen in ausgewählten Datenbanken

Datenbank:	Suchphrase Nr.	Trefferzahl
CareLit	2	0
Karger Journals / Karger Journals Archiv	3	8
Lippincott Williams & Wilkins 'LWW Legacy Archive'	4	0
Informa Healthcare Digital Archive	5	7
Liebert on Line Archive	6	4
Sage Journals Online / Sage Journals Online Deep Backfile	7	9
<b>CINAHL</b>	<b>1</b>	<b>9</b>
<b>PsycINFO</b>	<b>1</b>	<b>18</b>
Thieme Connect / Thieme Zeitschriftenarchiv	7	0
Wiley Online Library / Blackwell Publishing Journal Backfiles	5	16
<b>Medline</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Nationallizenzen / Sammlungen - Zeitschriften	8	0
Science / Science Classic Archiv	6	14
nature.com / Nature Archives	–	–
SpringerLink / Springer Online Journal Archives	9	0
<b>Academic Search Elite (via EBSCO Host)</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
EBSCO Host: CINAHL, Academic Search Elite, PsycINFO	1	11

Tabelle C.17: Gründe für den Ausschluss potenziell relevanter Datenbanken

Datenbank	Ausschlusskriterium:
CareLit	Gleichzeitige Verwendung von UND und ODER ist nicht zulässig
Karger Journals / Karger Journals Archiv	Suchanfrage ist beschränkt auf 256 Zeichen
Lippincott Williams & Wilkins 'LWW Legacy Archive'	Keine Treffer
Informa Healthcare Digital Archive	Eingeschränkte Suchfunktionen
Liebert on Line Archive	Eingeschränkte Suchfunktionen
Sage Journals Online / Sage Journals Online	Eingeschränkte Suchfunktionen
Deep Backfile	
<b>CINAHL</b>	
<b>PsycINFO</b>	
Thieme Connect / Thieme Zeitschriftenarchiv	Eingeschränkte Suchfunktion
Wiley Online Library / Blackwell Publishing Journal Backfiles	Eingeschränkte Suchfunktion
<b>Medline</b>	
Nationallizenzen / Sammlungen - Zeitschriften	Keine Treffer
Science / Science Classic Archiv	Eingeschränkte Suchfunktion
nature.com / Nature Archives	Seite ist nicht zugänglich
SpringerLink / Springer Online Journal Archives	Keine Treffer
<b>Academic Search Elite (via EBSCO Host)</b>	

## D Recherche

### D.1 Suchanfragen

Im Folgenden sind die verwendeten Suchbegriffe und die Treffer im Volltext nebst Suchoptionen und Suchdaten aufgezeigt. Veränderungen gegenüber der primären Suchverbindung sind in der Darstellung hervorgehoben. Auf CINAHL wird mit im Suchmodus »Boolean / Phrase« gesucht, die Anzeige der Ergebnisse wird auf 50 Treffer je Seite maximiert, um die Zahl redundanter Treffer möglichst gering zu halten. Der Suchzeitraum ist Limitiert auf fünf Jahre (2008–2013).

Die Ergebnisse der Recherche Nr. 2–3 werden entsprechend dem Instrument zur Erhebung von Quellnachweis und Kontextfaktoren strukturiert. Fehlende Daten zu den Texten werden in erster Linie über die Datenbank SwetsWise ergänzt. Nach Aufnahme der Quelle wird geprüft, ob ein Artikel auf Basis des Titels ausgeschlossen wird. Bei allen nicht ausgeschlossenen Studien wird die Fragestellung im PICO-Format beleuchtet. Primäres Ausschlusskriterium ist der Kontext. Alle Texte, die den Kontext »Allgemeinkrankenhaus« nicht wenigstens unter anderem, wenn nicht exklusiv berücksichtigen werden als nicht relevant eingestuft. Dies gilt ebenfalls für Kurzmeldungen wie Buchrezensionen oder Nachrichten. Hoch relevant sind Texte, welche die PICO-Formate »professionell Pflegende« und »Begegnung mit Menschen mit Demenz« einschließen. Dabei ist es unerheblich, ob die Population des Textes dem der Forschungsfrage entspricht (Dies ist bei keinem Text der Fall). Alle anderen Artikel werden nach subjektivem Ermessen bei der Sichtung des Abstracts, gegebenenfalls auch des Methodenteils als relevant oder möglicherweise relevant eingestuft. Abschließend werde Ziele, Methoden und Perspektiven der Texte erhoben, um den Kontext der Studien greifbar zu machen. Es folgt die Auswertung der Texte. Hierzu werden alle durch die Instrumente erfassten Elemente in den Texten mit Farbcodes versehen. Nach Sichtung aller vorliegenden Texte aus den Recherchen 2–3 werden die Phänomene aus den Texten extrahiert, übersetzt und jede Textstelle isoliert einer 8M-Kategorie zugeordnet. Die Option, die 8M-Kategorien zu erweitern wird nicht benötigt. In einem weiteren Schritt werden die Phänomene mit Schlagworten versehen und gebündelt. In einem abschließenden Schritt werden die übersetzten Phänomene den Dimensionen der Konzepterstellung (Relevanz, Problemdimension, Beeinflussbarkeit, korrelierende Themen und Probleme und Lösungsansätze) zugeordnet und unter Rückbezug auf den englischsprachigen Originaltext erneut übersetzt. Das so entstandene Raster wird ergänzt durch gezielte Recherchen. Hierzu wird versucht, den in Recherche

Tabelle D.1: Einschränkung der CINAHL-Recherche auf Reviews

Nr.	Suchverknüpfung	Treffer	Volltext	Datum
1	TI (demen* OR alzheimer*) AND TI (pflege* OR care* OR cari* OR maintenanc* OR support* OR attend* OR groom* OR nouri* OR conservat* OR curat* OR nurs* OR guard* OR "patient care") AND (krankenhau* OR klinik* OR hospita* OR statio* OR unit# OR ward* OR inpatient* OR acute* OR akut) AND <b>Review</b>	43	12	10.06.2013

Tabelle D.2: Recherche nach Reviews aus den Jahren 2012 und 2013

Nr.	Suchverknüpfung	Treffer	Volltext	Datum
2	TI (demen* OR alzheimer*) AND TI (pflege* OR care* OR cari* OR maintainan* OR suppo* OR attend* OR groom* OR nour* OR conservat* OR curat* OR nurs* OR guard* OR "patient care") AND (krankenhau* OR klinik* OR hospita* OR statio* OR unit# OR ward* OR inpatient* OR acute* OR akut) AND <b>Review</b>		37	10.06.2013
3	TI (demen* OR alzheimer*) AND TI (pflege* OR care* OR cari* OR maintainan* OR suppo* OR attend* OR groom* OR nour* OR conservat* OR curat* OR nurs* OR guard* OR "patient care") AND (krankenhau* OR klinik* OR hospita* OR statio* OR unit# OR ward* OR inpatient* OR acute* OR akut)		354	10.06.2013
	— <i>davon 2013</i> —		11	
	— <i>davon 2012</i> —		32	

5 erschlossenen, aber durch den Ausschluss von »residen\*« im Umfang und auch in der Sensitivität (zugunsten erhöhter Spezifität) verkleinerten Textpool beizubehalten. In einigen Fällen (beispielsweise Recherchen Nr. 13, 16 und 17–19) wird dieser Pool jedoch gänzlich verlassen.

Tabelle D.3: Recherche zur Vervollständigung der Phänomene

Nr.	Suchverknüpfung	Treffer	Volltext	Datum
5	TI (demen* OR alzheimer*) AND TI (pflege* OR care* OR cari* OR maintenanc* OR suppo* OR attend* OR groom* OR nouri* OR conservat* OR curat* OR nurs* OR guard* OR "patient care") AND (krankenhau* OR klinik* OR hospita* OR statio* OR unit# OR ward* OR inpatient* OR acute* OR akut) <b>NOT (residen*)</b>	2.214	509	27.06.2013
6	[5] AND TI emotional		5	10.07.2013
7	[5] AND "emotional needs"		0	10.07.2013
8	[5] AND emot* need*		0	10.07.2013
9	[5] AND TI need*		16	10.07.2013
10	[5] AND stigma*		2	10.07.2013
11	[5] AND label*		1	10.07.2013
12	[5] AND abus*		2	10.07.2013
13	TI (demen* AND (stigm* OR label*))		9	10.07.2013
14	[5] AND discrimin*		1	10.07.2013
15	[5] AND TI tech*		4	10.07.2013
16	TI technol* AND (krankenhau* OR klinik* OR hospita* OR statio* OR unit# OR ward* OR inpatient* OR acute* OR akut) AND (demen* OR alzheimer*)		15	10.07.2013
17	TI technol* AND TI ethi* NOT (home OR residen*) AND (pflege* OR care* OR cari* OR maintenanc* OR suppo* OR attend* OR groom* OR nouri* OR conservat* OR curat* OR nurs* OR guard* OR "patient care")		31	10.07.2013
18	technolo* AND ethics* AND dement*		18	10.07.2013
19	TI technol* and TI assist* AND (krankenhau* OR klinik* OR hospita* OR statio* OR unit# OR ward* OR inpatient* OR acute* OR akut) AND review		11	10.07.2013
20	[5] AND (emotion* OR socia*) AND (clim* OR enviro*)		12	11.07.2013
21	[5] AND TI communica*		5	11.07.2013
22	TI communica* AND TI (demen* OR alzheimer*) — <i>davon 2012–2013</i> —		41 12	11.07.2013
23	[5] AND TI (Nutrit* OR food*)		5	11.07.2013
24	TI (demen* OR alzheimer*) AND TI (nutrit* OR food*) AND (krankenhau* OR klinik* OR hospita* OR statio* OR unit# OR ward* OR inpatient* OR acute* OR akut)		19	11.07.2013

Fortsetzung auf der folgenden Seite

Nr.	Suchverknüpfung	Treffer	Volltext	Datum
25	TI (demen* OR alzheim*) AND TI relationsh* AND (krankenhau* OR klinik* OR hospita* OR statio* OR unit# OR ward* OR inpatient* OR acute* OR akut)		31	11.07.2013
26	TI (demen* OR alzheim*) AND TI person-cen* AND (krankenhau* OR klinik* OR hospita* OR statio* OR unit# OR ward* OR inpatient* OR acute* OR akut)			
27	[5] AND TI (polic* OR guidelin* OR standar* OR guidan* OR practic* OR proced*)		17	11.07.2013
28	[5] AND TI Implement* AND (polic* OR guidelin* OR standar* OR guidan* OR practic* OR proced*)		2	11.07.2013
29	TI (polic* OR guidelin* OR standar* OR guidan* OR practic* OR proced*) AND TI (krankenhau* OR Klinik* OR hospita* OR statio* OR unit# OR ward* OR inpatient* OR acute* OR akut) AND (demen* OR alzheim*)		15	11.07.2013
30	[5] AND TI (communica* OR informat*)		5	12.07.2013
31	TI interprof* AND TI communicat* AND (krankenhau* OR klinik* OR hospita* OR statio* OR unit# OR ward* OR inpatient* OR acute* OR akut)		10	12.07.2013
32	TI (demen* OR alzheim*) AND TI medicatio*		52	12.07.2013
33	TI (demen* OR alzheim*) AND TI (medicatio* OR drug*) AND (risk OR risks OR side OR undesirable)		56	12.07.2013
34	TI (demen* OR alzheim*) AND TI (medicatio* OR drug*) AND best practice		3	12.07.2013
35	[5] AND TI (food OR feed* OR nutrit* OR diet)		6	12.07.2013
36	promoting good nutrition		6	12.07.2013
37	TI (demen* OR alzheim*) AND TI (food* OR grocer* OR comestible OR estables OR edibles OR esculent OR provisions OR viand OR victuals)		27	12.07.2013
38	(demen* OR alzheim*) AND (snack* OR diner OR refreshment OR light meal OR Collation)		14	12.07.2013
39	TI (demen* OR alzheim*) AND TI (appeti* OR bit OR morsel OR canapé OR nosh OR noshes OR hors d'oeuvr*)		2	12.07.2013
40	TI ("to go" OR "take away") AND TI (demen* OR alzheim*)		4	12.07.2013
41	[5] AND TI risk		6	12.07.2013

Fortsetzung auf der folgenden Seite

Nr.	Suchverknüpfung	Treffer	Volltext	Datum
42	TI (demen* OR alzheimer*) AND TI risk* AND (krankenhau* OR klinik* OR hospita* OR statio* OR unit# OR ward* OR inpatient* OR acute* OR akut) <i>davon 2012-2013 —</i>		132	12.07.2013
43	[5] AND TI comorbid*		9	12.07.2013
44	TI comorbid* AND TI (demen* OR alzheimer*)		8	12.07.2013

## D.2 Rechercheergebnis

Tabelle D.4 listet die in der Auswertung verwendeten Texte und, so nicht anders angegeben, explizierte Angaben zu Studiendesign, Grenzen und Stärken.

Tabelle D.4: Recherchierte Texte und deren Qualität im Überblick

Literaturangabe	Studie ID	Studiendesign Land	Explizite Limitationen Grenzen im Studiendesign <sup>1</sup>	Explizite Stärken
Andrews, June: How acute care managers can support patients with dementia. In: Nursing Management, Nr. 2, Jg. 19 (2012a), S. 18–20.	57	Fachartikel, basiert auf Evidenz des Dementia Services Development Centre (University of Stirling) UK	— Quellen nur als Literaturverzeichnis angegeben.	—
Andrews, June: A nurse manager's guide to support patients with dementia. In: Nursing older People, Nr. 6, Jg. 24 (2012b), S. 18–20.	58	Fachartikel, Basiert auf Evidenz des Dementia Services Development Centre (University of Stirling) UK	— Quellen nur als Literaturverzeichnis angegeben.	—
Anttila, Heidi; Samuelsson, Kersti; Salminen, Anna-Liisa; Brandt, Åse: Quality of evidence of assistive technology interventions for people with disability: An overview of systematic reviews. In: Technology and Disability. Nr. 1, Jg. 24 (2012), S. 9–48.	19/01	Systematische Übersichtsarbeit International	Wie in jedem Review herrscht keine absolute Sicherheit, dass alle relevanten Reviews identifiziert wurden, einzelne Reviews wurden erst nach der Recherche publiziert. Mögliche schädliche oder unerwünschte Wirkungen wurden selten berichtet. Januar 2000 bis April 2010.	Redundante Literatursuche Große Breite der eingeschlossenen Reviews

Fortsetzung auf der folgenden Seite



Literaturangabe	Studie ID	Studiendesign Land	Explizite Limitationen Grenzen im Studiendesign <sup>2</sup>	Explizite Stärken
Baillie, Lesley; Merritt, Jane; Cox, Janet: Caring for older people with dementia in hospital Part one: challenges. In: Nursing older People, Nr. 8; Jg. 24 (2012a), S. 33–37.	56	Qualitative Befragung von Pfegeschülerinnen und Schülern in Fokusgruppen England	Kleine, ausgewählte Stichprobe. —	Ergebnisse bestätigen andere Forschungen
Baillie, Lesley; Merritt, Jane; Cox, Janet: Caring for older people with dementia in hospital Part two: strategies. In: Nursing older People, Nr. 9, Jg. 24 (2012b), S. 22–26.	55	Qualitative Befragung von Pfegeschülerinnen und Schülern in Fokusgruppen England	Kleine, ausgewählte Stichprobe. —	Ergebnisse bestätigen andere Forschung aus dem Heimsektor für Krankenhäuser
Cahill, Suzanne; Macjauskiene, Jurate; Nygård, Aase-Marit; Faulkner, Jon-Paul; Hagen, Inger: Technology in dementia care. In: Technology and Disability Nr. 2/3, Jg. 19 (2007), S. 55–60.	15/01	Fachartikel Irland, Litauen, Norwegen	—	—
Cole, Delwyn: Optimising nutrition for older people with dementia. In: Nursing Standard, Nr. 20, Jg. 26 (2012) S. 41–48.	24/01	Review International (UK, Taiwan, Schweden, Kanada, Frankreich, USA, Niederlande)	Limitationen der eingeschlossenen Studien: Kleine Stichproben, kurze Beobachtungszeiträume, nicht dokumentierte Nahrungsaufnahme. Englischsprachige Literatur.	Peer reviewed

Fortsetzung auf der folgenden Seite

Literaturangabe	Studie ID	Studien- Land	Studiendesign	Explizite Limitationen Grenzen im Studiendesign <sup>2</sup>	Explizite Stärken
Davies, Barbara; Edwards, Nancy; Ploeg, Jenny; Virani, Tazim: Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings. In: BMC Health Services Research, Nr. 2, Jg. 8 (2008), S. 1–15.	29/02	Qualitative, prospektive Vorher-Nachher-Studie zur Evaluation der Implementierung einer Leitlinie Kanada	Mögliche Stichprobenverzerrung durch Aufruf zur freiwilligen Teilnahme. Fehlende Kontrollgruppe. Fehlende Testung der inter-rater Reliabilität der Auditorinnen und Auditoren. Unsicherheit, ob die Veränderungen durch die Intervention verursacht wurden.	Begleitung einer echten Implementations-	
de Vries, Kay: Communicating with older people with dementia. In: Nursing Older People, Nr. 4, Jg. 25 (2013), S. 30–38.	22/01	Fachartikel Neuseeland, international	—	—	
Doherty, Donna; Collier, Elizabeth: Caring for people with dementia in non-specialist settings. In: Nursing older People, Nr. 6, Jg. 21 (2009), S. 28–31.	17	Selektives Review in Bezug auf Bildungsfragen International	—	Double-blind reviewed. Suchzeitraum 1980–2008. Auswertung nur der Literatur mit größter Relevanz.	
Duffin, Christian: Raising awareness to support people with dementia in hospital. In: Nursing older People, Nr. 5, Jg. 25 (2013), S. 14–17.	53	Erfahrungsbericht UK	—	—	

Fortsetzung auf der folgenden Seite

Literaturangabe	Studie ID	Studiendesign <i>Land</i>	Explizite Limitationen <i>Grenzen im Studiendesign<sup>2</sup></i>	Explizite Stärken
Edvardsson, David; Sandman, Per-Olof; Rasmussen, Birgit: Forecasting the ward climate: a study from a dementia care unit. In: Journal of Clinical Nursing, Nr. 7/8, Jg. 21 (2012), S. 1136–1144.	54	Teilnehmende Patientenbeobachtung, ausgewertet durch Grounded Theory <i>Schweden</i>	Kleine, kontextabhängige Stichproben. Es ist unklar, wie ob die Ergebnisse von Setting oder Klientel abhängig sind. <i>Kontext: Psycho-geriatrische Station.</i> <i>Patienten-Pflege-Verhältnis: 1:1.</i> <i>Die häufigsten Erkrankungen sind demenzielle Erkrankungen.</i>	Redundante Beobachtung
Gandesha, Aarti; Souza, Renata; Chaplin, Robert; Hood, Chloë: Adequacy of training in dementia care for acute hospital staff. In: Nursing older People. Nr. 4, Jg. 24 (2012), S. 26–31	32	Quantitatives, teils vollereshebendes nationales Audit mit Fragebogen und teils offenen Fragen <i>England, Wales</i>	89% Teilnahme der Krankenhäuser (Vollerhebung). Ausschluss von Berufsgruppen, deren Fragebogenrücklauf zu gering war.	Transparente Berichterstattung
Gillen, Sally: Nurse specialists back government drive to transform dementia care. In: Nursing Standard, Nr. 31, Jg. 26 (2012) S. 10.	68	Expertenmeinung <i>UK</i>	—	—
Hallpike, Beverly: Promoting good nutrition in patients with dementia. In: Nursing Standard, Nr. 29, Jg. 22 (2008), S. 37–43.	36/01	Fachartikel <i>UK</i>	—	—

Fortsetzung auf der folgenden Seite

Literaturangabe	Studie ID	Studiendesign Land	Explizite Limitationen Grenzen im Studiendesign <sup>2</sup>	Explizite Stärken
Milne, Alison: The 'D'-word: Reflections on the relationship between stigma, discrimination and dementia. In: Journal of Mental Health, Nr. 3, Jg. 19 (2010), S. 227–233.	13/01	Leitartikel UK	— —	umfangreiche Recherche
Moyle, Wendy; Borbasi, Sally; Wallis, Marianne; Olorenshaw, Rachel; Gracia, Natalie: Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. In: Journal of Clinical Nursing, Nr. 3/4, Jg. 20 (2010), S. 420–428.	20/01	Qualitative semistrukturierte Interviews Australien	Kleine Stichprobe. Qualitativer Ansatz erlaubt die Generalisierung nicht. —	—
Rasquin, S.M.C.; Willems, C.; de Vlieger, S.; Geers, R.P.J.; Soede, M.: The use of technical devices to support outdoor mobility of dementia patients. In: Technology and Disability. Nr. 2/3, Jg. 19 (2007), S. 113–120.	15/02	Qualitative Pilotstudie und Interviews Niederlande	— <i>Einzelfalldesign, Test in einer Situation.</i>	—
Rice, Kathleen; Zwarenstein, Merrick; Conn, Lesley Gotlib; Kenaszchuk, Chris; Russell, Ann; Reeves, Scott: An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: A comparative qualitative study. In: Journal of Interprofessional Care, Nr. 4, Jg. 24 (2010), S. 350–361.	31/01	Qualitative, ethnographische Beobachtungen und Interviews Kanada	Übertragbarkeit der Ergebnisse der Pilotstudie ist nicht gesichert. Vergleichsgruppen wurden nicht untersucht. —	—

Fortsetzung auf der folgenden Seite

Literaturangabe	Studie ID	Studiendesign Land	Explizite Limitationen Grenzen im Studiendesign <sup>2</sup>	Explizite Stärken
Saarni, Samuli I; Hofmann, Bjørn; Lampe, Kristian; Lühmann, Dagmar; Mäkelä, Marjukka; Velasco-Garrido, Marcial; Autti-Rämö, Ilona: Ethical analysis to improve decision-making on health technologies. In: Bulletin of the World Health Organisation. Nr. 8, Jg. 86 (2008), S. 617–623.	17/02	Fachartikel (paper) International	—	—
Schölzel-Dorenbos, Carla J.M.; Meeuwssen, Els J.; Ode Rickkert, Marcel G. M.: Integrating unmet needs into dementia health-related quality of life research and care: Introduction of the Hierarchy Model of Needs in Dementia. In: Aging and Mental Health, Nr. 1, Jg. 14 (2010), S. 113–119.	09/01	Narratives Review PubMed (d. h. International	— Mutmaßlich ohne Trunkierungen re- cherchiert.	Handsuche angewandt
Schubert, Cathy C.; Boustani, Malaz; Callahan, Christopher M.; Perkins, Anthony J.; Carney, Carolinne P.; Fox, Christopher; Unverzagt, Frederick; Hui, Siu; Hendrie, Hugh C.: Comorbidity Profile of Dementia Patients in Primary Care: Are They Sicker? In: Journal of the American Geriatrics Society Nr. 1, Jg. 54 (2006), S. 104–109.	43/01	Quantitative Kohortenstudie USA	Falsch-negative Screening- Ergebnisse können zu unerkannten Dementiellen Erkrankungen in der Vergleichsgruppe führen. Es wurden keine Daten über die Ursachen anticholinergener oder psychiatrischer Medikation abge- fragt. Komorbidität wird auf Aktenlage bestimmt und kann fehlerhaft sein.	—

Fortsetzung auf der folgenden Seite

Literaturangabe	Studie ID	Studiendesign Land	Explizite Limitationen Grenzen im Studiendesign <sup>2</sup>	Explizite Stärken
Shen, Hsiu-Nien; Lu, Chin-Li; Li, Chung-Yi: Dementia Increases the Risks of Acute organ Dysfunction, Severe Sepsis and Mortality in Hospitalized Older Patients: A national Population-Based Study. In: PLoS ONE, Nr. 8; Jg. 7 (2012), S. 1–6.	41/01	Quantitative Kohortenstudie Taiwan	Durch den Rückgriff auf Administrative Daten sind Kodierfehler zu erwarten. Demenzdiagnosen haben geringe Sensitivität und hohe Spezifität.	Peer Reviewed Zufallsstichprobe Vergleichsgruppe
Sprinks, Jennifer: Nurses at the forefront of drive to make wards dementia-friendly. In: Nursing Standard, Nr. 7, Jg. 27 (2012), S. 12–13.	63	Expertenmeinung UK	—	—
Sturdy, Deborah; Heath, Hazel; Ballard, Clive; Burns, Alistair: Antipsychotic drugs in dementia: a best practice guide. In: Nursing Standard, Nr. 1, Jg. 26 (2012), S. 1–16.	34/01	Praxishandbuch (Practice Guide) UK	—	—
Tangvik, R. J.; Guttormsen, A. B.; Tell, G S; Ranhoff, A. H.: Implementation of nutritional guidelines in a university hospital monitored by repeated point prevalence surveys. In: European Journal of Clinical Nutrition, Nr. 3, Jg. 66 (2012), S. 388–393.	29/01	Prospektive, quantitative Evaluation eines Qualitätsverbesserungsprogramms Norwegen	Erhebung findet mehr als 1 Jahr nach der Implementierung, ohne Erhebung vor der Implementierung statt. Intervention und Messinstrumente können sich gegenseitig beeinflussen.	Große, umfassende Stichprobe

Fortsetzung auf der folgenden Seite

Literaturangabe	Studie ID	Studiendesign <i>Land</i>	Explizite Limitationen <i>Grenzen im Studiendesign<sup>2</sup></i>	Explizite Stärken
Tew, James, Jr.: Care Transitions and the Dementia Patient: A Model of Intervention Builds Communication, Trust – and Better Care. In: Generations – San Francisco, Nr. 4; Jg. 36 (2012), S. 109–112.	40	Erfahrungsbericht <i>USA</i>	—	—
Thomas, Hywel: Attitudes of primary care team to diagnosing dementia. In: Nursing older People, Nr. 3, Jg. 22 (2010), S. 23–27	24	Review <i>UK, Europa, Amerika, Australien</i>	— <i>Recherche in englischsprachigen, peer-reviewten Journalen, Büchern und Internet.</i> <i>Recherche von 1988 bis 2008, mit zusätzlicher älterer relevanter Literatur.</i>	—
Wall, Anji: Including Persons with Alzheimer Disease in Research on Comorbid Conditions. In: IRB – Ethics and Human Research Nr. 1, Jg. 31 (2009), S. 1–6.	44/01	<i>Fachartikel</i> —	—	—
Waller, Sarah: Redesigning wards to support people with dementia in hospital. In: Nursing older People, Nr. 2, Jg. 24 (2012), S. 16–21.	74	Fallstudie // Erfahrungsbericht zum Enhancing the Healing Environment (EHE) programme <i>UK</i>	—	—

### D.3 Extraktion potenziell relevanter Ressourcen (Schneeballrecherche)

Nachfolgende Liste sammelt Ressourcen, auf die in den verwendeten Texten verwiesen wird. In der ersten Spalte zeigt sich, wie oft und in welchen Studien auf die Ressourcen verwiesen wird. Die Liste beschränkt sich analog zu den erhobenen Phänomenen auf die verwendeten Texte aus den Recherchen 2, 3, 4.

Tabelle D.5: Auflistung demenzbezogener Ressourcen zur Schneeballrecherche

ID	Autor	Jahr	Titel	Quelle
17	Archibald C	2003	People with Dementia in Acute Hospitals: a Practice Guide for Clinical Support Workers.	Dementia Services Development Centre, University of Stirling
17; 20	Lets Respect Project Team	2006	Lets respect: the mental health needs of older people. Essential guide.	Nursing Standard
17	National Mental Health Development Unit	2009	Lets Respect.	
17;55	Norman R	2006	Observations of the experiences of people with dementia on general hospital Wards.	
17	Pritchard E., Dewing J	2001	Older People with dementia in acute settings.	Nursing Older People
17	Pulsford D., Hope K., Thompson R.	2006	Higher education provision for professionals working with people with dementia: a scoping exercise.	Nursing Education Today
23	Alzheimers New Zealand	2008	Nutrition for Older Adults Affected by Dementia.	
23	Alzheimers Society	2009	Food for thought: Eating and Nutrition.	
23	Aselage MB; Amella EJ	2010	An evolution analysis of meal-time difficulties in older adults with dementia.	Journal of Clinical Nursing
224	Audit Commission	2000	Forget Me Not: Mental Health Services for Older People.	Audit Commission

Fortsetzung auf der folgenden Seite



ID	Autor	Jahr	Titel	Quelle
24	Bahro M, Silber E, Sutherland T	1995	How Do patients with Alzheimers disease cope with their Illness? A clinical experience report.	Journal of the American Geriatrics Society
24; 55; 56; 74	Department of Health	2009	Living well with Dementia: A National Dementia Strategy.	Department of Health
24	Hanlon J	2001	Time for change.	Practice Nurse
24	Norman R	2005	A Resouce for Caring for People with Dementia on Medical and Surgical Wards.	
32; 56; 57; 58; 74	Alzheimers Society	2009	Counting the Cost: Caring for People with Dementia on Hospital Wards.	Alzheimers Society
32	National Institute for Health and Clinical Excellence	2006	Dementia: Supporting People with Dementia and their Carers in Health and Social Care. Clinical Guideline 42.	NICE
32	Royal College of Nursing	2011	Dignity in Dementia: Improving Care in General Hospital.	
32; 56; 74	Royal College of Psychiatrists	2011	Report of the National Audit of Dementia Care in General Hospitals 2011.	Healthcare Quality Improvement Partnership
53	Department of Health	2013	Patients First and Foremost. The Initial Government Response to the Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry.	Department of Health
54	Cohen-Mansfield J; Bester A	2006	Flexibility as a Management principle in dementia care: the Adards example.	Gerontologist
54	Day, K; Carreon D; Stump C	2000	The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of the empirical research.	The Gerontologist

Fortsetzung auf der folgenden Seite

ID	Autor	Jahr	Titel	Quelle
54	Edberg AK, Edfors E	2008	Nursing care for people with frontal-lobe dementia - difficulties and possibilities.	International Psychogeriatrics
54	Edwardsson D	2008	Therapeutic environments for older adults - constituents and meanings.	Journal of Gerontological Nursing
54	Norberg A	1998	Interaction with people suffering severe dementia.	
54	Rytterström P; Cedersund E; Arman, M	2009	Care and caring culture as experienced by nurses working in different care environments: a phenomenological-hermeneutic study.	International Journal of Nursing Studies
55	Alzheimers Society	2010	This is Me.	
55; 56	Alzheimers Society	2012	Dementia 2012: A National Challenge.	
55; 56	Brooker, D	2007	Person-centered Dementia Care: Making Services Better.	Jessica Kingsley
55; 56	Brooker, D	2003	What is person-centered care in dementia.	Reviews in Clinical Gerontology
55; 56	Cowdell F	2010	Care of older people with dementia in an acute hospital setting.	Nursing Standard
55	Hammar L; Emami, A; Engström G et al.	2011	Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care.	Scandinavian Journal of Caring Sciences
55; 56	Moyle W, Borbsi S; Wallis M et al.	2010	Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective.	Journal of Clinical Nursing
55; 56	Nolan L	2006	Caring connections with older persons in an acute hospital setting - a hermeneutic interpretation of the staff nurses experience.	International Journal of Older People Nursing

Fortsetzung auf der folgenden Seite

ID	Autor	Jahr	Titel	Quelle
56	Calnan, M; Tadd, W; Calnan, S. et al.	2012	»I often worry about the older person being in that system«: exploring the key influences on the provision of dignified care for older people in acute hospitals.	Aging and Society
56	Chan, P; Chan, T	2009	The impact of discrimination against older people with dementia and its impact on student nurses professional socialization.	Nurse Education in Practice
56	Department of Health	2005	Research Governance Framework for Health and Social Care. Second edition.	Department of Health
56	Edberg A; Bird M; Richards D et al.	2008	Strain in nursing care of older people with dementia: nurses experience in Australia, Sweden and United Kingdom.	Aging and mental Health
56	Health Foundation	2011	Spotlight on Dementia care. A Health Foundation Improvement Report.	The health Foundation, London
56	Law, E.	2008	Delirium and dementia in acute hospitals: Assessing the impact of RMN input.	Nursing Older People
56	Manthorpe J; Iliffe S., Samsi, K. et al.	2010	Dementia, dignity and quality of life: nursing practice and its dilemmas.	International Journal of Older People Nursing
56	Nolan L	2007	Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses views.	British Journal of Nursing
56	Nolan M; Brown J; Dawies S et al.	2006	The Senses Framework: Improving Care for Older People Through a Relationship-centered Approach. Getting Research into Practice (GRiP) Report No 2.	University of Sheffield
56	Sampson E; Blanchard M, Jones L et al.	2009	Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality.	British Journal of Psychiatry

Fortsetzung auf der folgenden Seite

ID	Autor	Jahr	Titel	Quelle
56	Skills for Care and Skills for Health	2011	Common Core Principles for Supporting People with Dementia: A Guide to Training the Social Care and Health Workforce.	Skills for Care
57; 58	Alzheimers Society	2011	Exercise and Physical Activity for People with Dementia.	
57; 58	Scottish Government Health Directorates Chief Scientist Office	2008	Focus on Research: Validity of the 4-Item Abbreviated Mental Test in Accident & Emergency.	
57; 58	Knapp, M; Prince, M; Albanese, E; et al.	2007	Dementia UK: The Full Report.	Alzheimers Society
57			Dementia Services Development Centre.	
57; 58			free design-audit tool.	
57; 58			butterfly-scheme.	
63			RCN dementia guide.	
63			RCN guide to help charge nurses and war sisters argue for adequate Staffing.	
74	Arthur A; Wilson, E; Hale J, et al.	2010	Environments for Care at End of Life: Evaluation of the Kings Fund Enhancing the Healing Environment Programme.	University of Nottingham
74	Francis S.; Willis, J; Garvey A;	2003	Improving the Patient Experience: Evaluation of the Kings Funds Enhancing the Healing Environment Programme.	Kings Fund
74	Hunt L	2011	Environments designed to heal.	Nursing Older People
74	Lawson B; Phiri M; Wells-Thorpe J.	2003	The Architectural Healthcare Environment and its Effects on Patient Health Outcomes.	NHS Estates
74	National Audit Office	2010	Improving Dementia Services in England: An Interim Report.	NAO

Fortsetzung auf der folgenden Seite

ID	Autor	Jahr	Titel	Quelle
74	Royal College of Nursing	2011	Commitment to the Care of People with Dementia in General Hospitals.	
74	Waller, S; Finn H	2011	Environments for Care at End of Life, The Kings Fund's Enhancing the Healing Environment Programme 2008–2010.	The Kings Fund, London.

## E Erläuterungen zur Ergebnisdarstellung

Die *Evidenz* der Relevanz eines Eckpunktes wird auf Grundlage der Vielzahl der Texte, in denen über das Phänomen berichtet wird als auch deren Qualität (Limitationen, Stärken, Mängel) subjektiv beurteilt. Einfachste CareLit-Suchanfragen, die sich auf das weite Feld der demenzieller Erkrankungen erstrecken und losgelöst sind vom Kontext Krankenhaus ermöglichen im Vergleich eine oberflächliche Abschätzung der Bearbeitung der Themen im deutschen Sprachraum. Der *Netto-Nutzen* der konzeptionellen Bearbeitung eines Eckpunktes wird aus Relevanz, Problemdimensionen und den Lösungsvorschlägen des Phänomens abgeleitet und beruht auf einer subjektiven Einschätzung möglicher Chancen und Grenzen entsprechender Konzepte. *Wertvorstellungen* werden auf Basis genannter oder denkbarer Lösungsansätze abgeschätzt und subjektiv vorausgedacht. *Ressourcen* betrachten die Kosten der Umsetzung phänomenbezogener Konzeptumsetzung – sie schließen Kosten der Konzeptentwicklung, die für jedes Konzept entstehen – aus. Das Aussprechen einer *Empfehlung* beruht auf dem Abwägen aller vier vorausgehender Faktoren und muss mit den lokalen Relevanzen abgeglichen werden. Tabelle F.13 auf Seite 149 erläutert die Symboldarstellung, die als Kurzdarstellung den folgenden Kapiteln vorausgeht.

### E.1 Mensch

#### Herausforderndes Verhalten (challenging behaviour)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●●●	□■	●●

**EVIDENZ:** Herausforderndes Verhalten wird von Edvardsson, Sandman und Rasmussen (2012) in einer kleinen, kontextabhängigen, redundanten Beobachtung untersucht, in einem Review (double-blind reviewed) von Doherty und Collier (2009) international belegt und auch von Gandesha, Souza, Chaplin et al. (2012) in einem nationalen Audit in England und Wales festgestellt. Die Evidenz wird – mit Verweis auf die Diskussion der Thematik in Deutschland (CareLit-Suche »demen\* UND herausfor\*«: 189 Treffer, 18.07.2013) – als hoch eingestuft. **NETTO-NUTZEN:** Herausforderndes Verhalten kann selbstverstärkend wirken. Ihm wird in den Lösungsansätzen ein Verstehen der Ursachen und gegebenenfalls Präsenz entgegengesetzt. Entsprechende Konzepte werden sowohl aus Sicht der Betroffenen als auch aus Sicht der Pflegenden als eindeutig gewinnbringend eingestuft. **WERTEVORSTELLUNGEN** hinsichtlich des Ursachenverständnisses und der Präsenz lassen sich auf Basis vorhandener Leitbilder von Gesundheitsunternehmen einschätzen. Häufig erwähnte Formulierungen wie »Der Mensch im Mittelpunkt« lassen auf gemeinsame Wertvorstellungen schließen. **RESSOURCEN** können auf struktureller Ebene durch Personalaufstockung oder eine Anpassung der Umwelt beansprucht werden. Mit Fokus auf das Verstehen der Ursachen werden diese jedoch nicht beurteilt. Im Prozess entstehen personelle Kosten durch den Zeitaufwand, den Verstehen mit sich bringt. Ebenfalls können mit dem Verstehen der Ursachen Kosten entstehen, die in deren Bewältigung liegen (Ergebnisebene). Diese Kosten proaktiver Handlungen stehen jedoch Prozess und Ergebniskosten des Nicht-Verstehens und daraus resultierenden reaktiver Handlungen entgegen. Entsprechende Kosten sind möglicherweise indifferent und werden deshalb grau hinterlegt. **EMPFEHLUNG:** Insbesondere mit der Annahme geringer

Tabelle E.1: Erläuterung zur Kurzformdarstellung der GRADE-Systematik

<i>Evidenz</i>	●○○○	Das Phänomen ist mit sehr großer Unsicherheit hinsichtlich der Relevanz als Eckpunkt für die Konzeptentwicklung behaftet.
	●●○○	Es ist sehr wahrscheinlich, dass weitere Recherchen die Relevanz dieses Phänomens als Eckpunkt für die Konzeptentwicklung abschwächen. Wahrscheinlich ändert sich die inhaltliche Ausrichtung des Phänomens.
	●●●○	Es ist wahrscheinlich, dass weitere Recherchen die Relevanz dieses Phänomens als Eckpunkt für die Konzeptentwicklung abschwächen. Möglicherweise ändert sich die inhaltliche Ausrichtung des Phänomens.
	●●●●	Es ist sehr unwahrscheinlich, dass weitere Recherchen die Relevanz dieses Phänomens als Eckpunkt für eine Konzeptentwicklung abschwächen.
<i>Netto-Nutzen</i>	●○○○	Konzepte zum Phänomen bewirken in der Umsetzung eindeutig größeren Schaden als Nutzen.
	●●○○	Es ist nicht klar, inwieweit der Nutzen in der Umsetzung von Konzepten zum Phänomen deren Schaden überwiegt.
	●●●○	Ein Abwägen ergibt sowohl wesentlichen Nutzen als auch wesentlichen Schaden in der Umsetzung von Konzepten zum Phänomen.
	●●●●	Konzepte zum Phänomen bringen eindeutig größeren Nutzen als Schaden.
<i>Werte<sup>2</sup></i>	●○○	Divergierende Wertvorstellungen hinsichtlich des Phänomens sind konkret nachweisbar oder aus dem Kontext intersubjektiv nachvollziehbar.
	●●○	Zu Wertvorstellungen hinsichtlich des Phänomens können keine Aussagen getroffen werden.
	●●●	Einheitliche Wertvorstellungen hinsichtlich des Phänomens sind konkret nachweisbar oder aus dem Kontext intersubjektiv nachvollziehbar.
<i>Ressourcen<sup>3</sup></i>	■□□	Durch die Konzeptumsetzung entstehen Kosten auf struktureller Ebene (Pflegerische / Organisation)
	□■□	Durch die Konzeptumsetzung entstehen Kosten auf Prozessebene (Pflegerische / Organisation)
	□□■	Durch die Konzeptumsetzung entstehen Kosten auf Ergebnisebene (Pflegerische / Organisation)
<i>Empfehlung</i>	●○	Die positiven Konsequenzen eines Konzeptes werden die unerwünschten vermutlich überwiegen, der Gesamtnutzen ist aber weniger eindeutig.
	●●	Die positiven Konsequenzen eines Konzeptes überwiegen die unerwünschten klar.

(vgl. Schönemann 2009, S. 396; vgl. Kunz et al. 2008, S. 674, 676, 677; vgl. Falck-Ytter et al. 2004b, S. 4, 6, 7; vgl. Higgins und Green 2011, 12.2.a)

<sup>1</sup> Grau markierte Bewertungselemente drücken einen Diskussionsbedarf oder Varianzen aus, die im Anhang erläutert sind.

<sup>2</sup> Huber, in Anlehnung an Kunz et al. 2008, S. 676

<sup>3</sup> Huber, in Anlehnung an Falck-Ytter et al. 2004b, S. 7 und Zollondz 2011, S. 170–171

Kosten werden dem Phänomen »herausforderndes Verhalten« konzeptionell zu begegnen eine starke Empfehlung ausgesprochen.

### Emotionale Bedürfnisse (emotional needs)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●●●	□■	●○

**EVIDENZ:** Das Phänomen emotionaler Bedürfnisse wird in qualitativen Befragungen von Schülerinnen und Schülern in England durch Baillie, Merritt und Cox (2012a) und dort zitierte Studien festgestellt. Es bestätigt sich in Fallstudien des EHE-Projekts im Vereinigten Königreich (Waller 2012), einem narrativen, internationalen Review durch Schölzel-Dorenbos, Meeuwssen, Ode Rickkert (2010) und im nationalen Audit in England und Wales (Gandesha, Souza, Chaplin et al. 2012). Die Evidenz kann als hoch bewertet werden (CareLit-Suche »demen\* UND emot\*«: 59 Treffer, 18.07.2013). **NETTO-NUTZEN:** Das Eingehen auf emotionale Bedürfnisse wirkt sich auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz aus. Auf die Bedürfnisse dementiell erkrankten Menschen soll durch Identifikation, Priorisierung eingegangen werden. Der Nutzen erfolgreicher Konzepte für Betroffene ist hinsichtlich der Lebensqualität klar gegeben. **WERTEVORSTELLUNGEN** hinsichtlich des Eingehens auf Patientinnen und Patienten und deren Bedürfnisse lassen sich auf Basis vorhandener Leitbilder von Gesundheitsunternehmen einschätzen. Häufig erwähnte Formulierungen wie »Der Mensch im Mittelpunkt« lassen auf gemeinsame Wertvorstellungen schließen. **RESSOURCEN:** Durch das Eingehen auf die emotionalen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz können im Prozess des Ermitteln, Priorisierens und Eingehens auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz zusätzliche Bedarfe entstehen, die auf primär personeller Ebene Kapazitäten erfordern. **EMPFEHLUNG:** Mit Blick auf Allokationsfragen, bei denen auch die Menschen ohne dementielle Erkrankungen und deren Bedarfe berücksichtigt werden, kann nur eine abgeschwächte Empfehlung ausgesprochen werden.

### Stigmatisierung (stigmatization, stigmatisation)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●○	●●●●	●●●	■□□	●○

**EVIDENZ:** Erfahrungsberichte und Fachartikel aus dem Vereinigten Königreich (Duffin 2013, Andrews 21012 a und b, Milne 2010, Sprinks 2012), qualitative Befragungen von Schülerinnen und Schülern in England, ein Review Englischsprachiger Literatur aus Europa, Amerika und Australien durch Thomas (2010) und ein selektives Review (double-blind reviewed) von Doherty und Collier (2009) greifen das Thema der Stigmatisierung auf. Genauer betrachtet werden muss jedoch die Relevanz der Stigmatisierung im Krankenhaus im Speziellen, deshalb ist von einer moderaten Evidenz auszugehen. In Deutschland ist die Berichterstattung hinsichtlich der Stigmatisierung gering (CareLit-Suche »demen\* UND stigma\*«: 4 Treffer, 18.07.2013). **NETTO-NUTZEN:** Stigmatisierung aufzuheben bedeutet sozialem Rückzug vorzubeugen und Schlechterstellung in der Versorgung zu begegnen. Durch die Lösung in der Befähigung des Personals ist für das Krankenhaus eine konzeptionelle Bearbeitung für die Betroffenen von Nutzen. **WERTE:** Auch hinsichtlich der Stigmatisierung finden sich mit Blick auf die Leitbilder in Krankenhäusern als auch hinsichtlich der durch das Grundgesetz geschützte Würde des Menschen Hinweise auf einheitliche Wertvorstellungen. **RESSOURCEN:** Es ist denkbar, dass eine bislang vorherrschende Schlechterversorgung von Menschen mit Demenz einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen Kosten im Prozess erspart, die jedoch hinsichtlich einer anzunehmenden schlechteren Gesamtbi-



lanz nicht bewertet werden. Für Krankenhäuser werden deshalb primär strukturelle Kosten von Bildungsmaßnahmen als bedeutsam angesehen, sie entstehen sowohl auf Struktur als auch auf Personalebene. EMPFEHLUNG: Stigmatisierung zu begegnen ist für die Betroffenen von Bedeutung. Eine isolierte Bearbeitung des Stigmatisierungsphänomens erscheint jedoch im Krankenhaus wenig zielführend. Wirksamer könnte die mittelbare Bearbeitung im Zusammenhang mit Organisationskultur, emotionalen Bedürfnissen oder herausforderndem Verhalten sein, weshalb nur eine abgeschwächte Empfehlung zur Bearbeitung des Phänomens ausgesprochen wird.

## E.2 Maschine (technology)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●○○	●○○	■ ■ ■	●●

**EVIDENZ:** Der Einsatz von Technologie wird in Erfahrungsberichten (Duffin 2013) und Fachartikeln (Cahill, Macijauskienė, Nygård et al. 2007, Saarni, Hofmann, Lampe et al. 2008, Andrews 2012 a und b) für das Vereinigte Königreich, Irland, Litauen und Norwegen erwähnt, er findet zudem Beachtung in einer internationalen systematischen Übersichtsarbeit von Anttila, Samuelsson, Salminen et al. (2012). Auch in Deutschland findet das Thema Beachtung (CareLit-Suche »demen\* UND tech\*«: 54 Treffer, 18.07.2013). Die Evidenz einer konzeptuellen Beschäftigung mit dem Phänomen der Technik ist damit hoch. Explizit sei an dieser Stelle jedoch auf die inhaltliche Evidenz von Technik an sich hingewiesen, die unklar oder gering ist. **NETTO-NUTZEN:** Positiven Erfahrungsberichten zu Technik im speziellen stehen ethischen Diskussionen über Technik im Allgemeinen entgegen. Es ist damit nicht klar, ob der Nutzen von Technik den Schaden überwiegt. **WERTE:** In der ethischen Diskussion zeigt sich deutlich, dass unterschiedliche Wertevorstellungen vorherrschen. **RESSOURCEN:** Technik sorgt primär für strukturelle Kosten auf Ebene der Organisation in der Anschaffung, Bereitstellung und Wartung technischer Mittel. Denkbar sind auch Kosten die im Prozess und Ergebnis auf Personalebene entstehen, wenn die Technik bedeutsame Einflüsse auf die Abläufe und Gestaltung der Arbeit hat. Insbesondere diese Ressourcen sind aber nach Art der Technik nur im konkreten Einzelfall bewertbar. **EMPFEHLUNG:** Hinsichtlich divergierender Wertevorstellungen und unklarem Nutzen der Technik wird stark eine fundierte Auseinandersetzung mit möglichen Technologien und deren konzeptionelle Einbettung empfohlen.

## E.3 Milieu

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●●●	■ □ □	●●

**EVIDENZ:** Die Bedeutsamkeit der emotionalen Umwelt wird im Wesentlichen durch eine teilnehmende Beobachtung durch Edvardsson, Sandman und Rasmussen (2012) in einer kleinen, kontextabhängigen Stichprobe auf einer psychogeriatrischen Station in Schweden dargestellt. Begründet in der Bestätigung der Bedeutsamkeit in der zitierten Literatur und auch durch die qualitativen semistrukturierten Interviews von Moyle, Borbasi, Wallis et al. (2010) aus Australien ist es unwahrscheinlich, dass die Relevanz der emotionalen Umwelt als Eckpunkt für die Konzeptentwicklung durch weitere Recherche abgeschwächt wird (CareLit-Suche »demen\* UND atmosph\*«: 15 Treffer, 18.07.2013). **NETTO-NUTZEN:** Interaktionen mit Patientinnen und Patienten werden teils als konträr zur Best-Praxis beschrieben. Interaktionen gestalten die emotionale Umwelt, die wiederum das Erleben von Gesund- und Kranksein beeinflusst. Der Lösungsvorschlag, Menschen mit Demenz im positiven Sinne einen Schritt voraus zu sein impliziert keinen

Schaden, weshalb der Nutzen konzeptioneller Gestaltung der emotionalen Umwelt für Menschen mit Demenz gegeben ist. WERTE: Hinsichtlich der Werte lässt sich begründet auf verbreitete Leitbilder in Krankenhäusern, die den Menschen in den Mittelpunkt stellen ebenfalls ein gesamtgesellschaftlicher Konsens ableiten. RESSOURCEN: Die Gestaltung emotionaler Umwelt basiert auf Interaktion, die im Wesen der Pflege verankert ist. Lösungsansätze zielen auf die Art der Interaktion und erfordern gegebenenfalls baulich-strukturelle Maßnahmen. Kosten fallen deshalb im Wesentlichen auf struktureller Ebene bei Personal und Organisation an. EMPFEHLUNG: Hinsichtlich der geringen Investitionskosten und des zu erwartenden großen Nutzens für Betroffene, in der Folge jedoch auch für Pflegende, wird eine Auseinandersetzung mit der Gestaltung der emotionalen Umwelt empfohlen.

### Physikalische Umwelt (physical environment)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●○○	■□□	●●

EVIDENZ: Die Gestaltung der physikalischen Umwelt findet in vielfältiger Form und erfährt international Beachtung Neben Fachartikeln und Erfahrungsberichten, die Möglichkeiten der Veränderung beschreiben, wird die Bedeutung der physikalischen Umwelt in qualitativen Studien (Baillie, Merritt und Cox 2012a und Moyle, Borbasi, Wallis et al. 2010) herausgearbeitet. Auch in Deutschland ist das Thema im Gespräch (CareLit-Suche »demen\* UND umwel\*«: 52 Treffer, 18.07.2013). NETTO-NUTZEN: Die Beurteilung, dass die physikalische Umgebung im Krankenhaus ungeeignet für die Pflege von Menschen mit Demenz ist und die positiven Effekte entsprechender Umgebungsgestaltung lassen den Schluss auf großen Nutzen für Menschen mit Demenz bei konzeptioneller Bearbeitung zu. WERTE: Auch wenn innerhalb der einzelnen Gruppen einheitliche Wertevorstellungen vorherrschen mögen, so bestehen divergierende Wertevorstellungen zwischen Pflegenden als im Krankenhaus Arbeitende und Angehörigen, verschiedenen Patientengruppen aber auch Pflegenden in der Fürsorgerolle hinsichtlich optimaler Krankenhausaustaltung. Deshalb werden Wertvorstellungen als divergierend betrachtet. RESSOURCEN: Die Gestaltung der Umgebung bringt im Wesentlichen strukturelle Kosten für die Organisation mit sich. Zu bedenken sind darüber hinaus personelle Kosten bei der Planung der Umgebung. Darüber hinaus kann sich die Umwelt positiv oder negativ auf den Ressourcenbedarf von Prozessen und Ergebnissen auswirken. EMPFEHLUNG: Die Gestaltung der Umwelt kann einen wichtigen Beitrag zur Senkung des Stresslevels von Menschen mit Demenz leisten. Deshalb wird eine konzeptionelle Auseinandersetzung mit der Gestaltung der physikalischen Umwelt stark empfohlen.

## E.4 Management

### Kompetenzen, Wissen, Können

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●●○	■■■	●●

EVIDENZ: Wissen, Kompetenzen und Können der Pflegenden werden in Fachartikeln und Expertenmeinungen in England beschrieben (Andrews 2012a und B, Waller 2012, Sprinks 2012), erscheinen in qualitativen Studien im Vereinigten Königreich und Australien (Baillie, Merritt und Cox 2012a, Moyle, Borbasi, Wallis et al. 2010) sowie im nationalen Audit in England und Wales (Gandesha, Souza, Chaplin et al. 2012) und werden in internationalen Reviews abgebildet (Doherty und Collier 2009, Thomas 2010). Die Evidenz bewerten wird auf dieser Grundlage als hoch

bewertet (CareLit-Suche »demen\* UND kompeten\*«: 51 Treffer, 19.07.2013). **NETTO-NUTZEN:** Auch wenn die Effizienz von Schulungen teils kritisch betrachtet wird oder die Nachhaltigkeit von Schulungen in Frage gestellt wird, kann der Nutzen von Konzepten zur Kompetenz- und Wissenserweiterung als gegeben betrachtet werden. **WERTE:** Es kann davon ausgegangen werden, dass hohes Wissen, Kompetenzen und Können einer einheitlichen gesamtgesellschaftlichen Wertevorstellung hinsichtlich Professionalität entsprechen. Allerdings ist für die Praxis auch denkbar, dass andere Werte größere Priorität einnehmen, und so Lernwiderstände Seitens des Personals oder auch mangelnde Optionen zur nachhaltigen Umsetzung durch das Management gegeben sind. Deshalb kann von effektiv unklaren Wertevorstellungen gesprochen werden. **RESSOURCEN:** Schulungen erzeugen strukturelle Kosten auf Personal- und Organisationsebene. Erwirken Schulungen Veränderung, so ist zunächst mit Einbrüchen in der Performance zu rechnen, was zu zusätzlichem – aber nicht dauerhaftem Ressourcenverbrauch führt. Die Ergebnisqualität kann ebenfalls für zusätzliche Kosten sorgen, wenn die Pflege mit neuem Wissen teurer ist. Die Kosten auf Prozess- und Ergebnisebene sind jedoch weniger auf die Schulung als auf Qualitätslevel und Umbrüche zurückzuführen und sind deshalb grau markiert. **EMPFEHLUNG:** Das Thema der Schulung ist überaus präsent in den vorliegenden Texten, ihm wird eine starke Empfehlung zur konzeptionellen Umsetzung ausgesprochen.

### Leitlinien und Richtlinien (Guidelines, Policy)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●○○	■ ■ ■	●●

**EVIDENZ:** Doherty und Collier (2009) erwähnen die Bedeutung von Leit- und Richtlinien in einem internationalen Review (double-blind reviewed) und Begleitstudien belegen mit unterschiedlichen Einschränkungen in Kanada (Davies, Edwards, Ploeg et al. 2008) und Norwegen (Tangvik, Guttormsen, Tell et al. 2012) die Erkenntnisse. Für den deutschsprachigen Raum sind in dieser Hinsicht Barrieren, die überwiegend noch vor der Implementierung stehen erforscht (Kirchen-Peters, 2013) (CareLit-Suche »demen\* UND leitli\*«: 18 Treffer, 19.07.2013). **NETTO-NUTZEN:** In Implementierungsprozessen müssen grundsätzlich auch entstehende Widerstände und Barrieren mitgedacht werden. Der Nutzen dieser Überlegungen ergibt sich aus dem potenziellen, vermeidbaren, großen Schaden. **WERTE:** Mit Blick auf Allokationsfragen wird von einer diversen Wertevorstellung ausgegangen, solange Wertevorstellung bei Leit- und Richtlinien wie auch Konzepten, hinsichtlich ihres Nutzens und ihres Planungsaufwands unterschiedlich sind. **RESSOURCEN:** Kosten im Implementierungsprozess fallen auf struktureller Ebene bei der Erstellung auf personeller und Organisatorischer Ebene statt. Sie können ebenfalls auf Prozess- und Ergebnisebene entstehen, was jedoch inhaltlich von den zu implementierenden Leit- und Richtlinien sowie Konzepten abhängig ist. **EMPFEHLUNG:** Hinsichtlich erfolgskritischer Faktoren bei Implementierungsprozessen empfehlen es sich den Verantwortlichen stark, sich mit dem Implementierungsprozess auseinanderzusetzen. Die Thematik ist jedoch übergreifend und so nicht als spezifischer Eckpunkt für ein Konzept zur gerechten Versorgung von Menschen mit Demenz zu werten und wird deshalb grau gesetzt.

### Organisationskultur (culture)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●○○	■ ■ ■	●●

EVIDENZ: Die Bedeutsamkeit der Organisationskultur wird in Fachartikeln aus dem Vereinigten Königreich erläutert (Andrews 2012a und b, Sprinks 2012), von Baillie, Merritt und Cox (2012a) und Moyle, Borbasi, Wallis et al. (2010) in qualitativen Studien für England und Australien sowie durch Edvardsson, Sandman und Rasmussen (2012) in einer teilnehmenden Beobachtung in Schweden bestätigt. Ein internationales Review (double-blind reviewed) von Doherty und Collier (2009) unterstreicht die hohe Evidenz (CareLit-Suche »demen\* UND organisat\*«: 55 Treffer, 19.07.2013). NETTO-NUTZEN: Der Nutzen einer konzeptionellen Umsetzung ist für Menschen mit Demenz mit der Aussicht auf höhere Beachtung gegeben. WERTE: Konträr zu Leitbildern, die den Menschen in den Mittelpunkt stellen zeichnet sich die Unterscheidung von »wichtigen« und »unwichtigen« Patientengruppen ab. Es bleibt unklar, ob diese Unterscheidung durch eine konzeptionelle Bearbeitung der Organisationskultur verändert wird. Die Wertevorstellungen sind also unterschiedlich. RESSOURCEN: Die Veränderung der Organisationskultur wirkt sich im Besonderen auf personeller Prozess- und Ergebnisebene aus, wenn Handeln und Verhalten geändert wird. Ob dies Kosten verursacht oder einspart bleibt auf abstrakter Ebene offen. EMPFEHLUNG: Es kann eine starke Empfehlung zur Überprüfung bzw. Anpassung der Organisationskultur im Rahmen einer Konzeptentwicklung ausgesprochen werden.

### Schnittstellenmanagement (interworking, collaboration)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●○	●●●●	●○○	■□□	●●

EVIDENZ: Schnittstellenmanagement in der Organisation ist in Erfahrungsberichten aus den USA (Tew 2012), dem Vereinigten Königreich (Duffin 2013), und Fachartikeln im Vereinigten Königreich (Andrews 2012a und b) erwähnt. Qualitative, ethnographische Beobachtungen und Interviews mit nicht gesicherter Übertragbarkeit aus Kanada (Rice, Zwarenstein, Conn et al. 2010) bestärken diese Eindrücke. Weitere Forschung könnte Änderungen in der inhaltlichen Ausrichtung des Phänomens mit sich bringen (CareLit-Suche »demen\* UND dokum\*«: 55 Treffer, 19.07.2013). NETTO-NUTZEN: Gescheitertes Schnittstellenmanagement führt innerhalb einzelner und zwischen verschiedenen Organisationen zu Frust und Fehlern, der Nutzen einer konzeptionellen Bearbeitung ist also für Beschäftigte und zu Pflegenden gegeben, wenn auftretende Fehler auf entsprechende Kommunikationsmissstände zurückzuführen sind. WERTE: Mit der geschilderten Kommunikation in Form der Kennzeichnung<sup>1</sup> (auf Basis der Fürsorge) kann Stigmatisierung bewirkt werden und die Würde von Menschen mit Demenz beeinträchtigt werden. Dies zeigt eine Möglichkeit für divergierende Werte auf. RESSOURCEN: Ressourcenverbrauch für organisationale Kommunikation ist vor allem auf strukturelle Kosten festgelegt. Es kann davon ausgegangen werden, dass Kosten im Prozess und im Ergebnis, die durch Missverständnisse und deren Folgen entstehen im Durchschnitt höher sind als die Kosten vorausschauenden, gelungenen Schnittstellenmanagements. EMPFEHLUNG: Schnittstellenmanagement schließt Dokumentation mit ein. Im Sinne der Implementierung von Konzepten durch Instrumente in der Dokumentation wird die konzeptionelle Bearbeitung des Themas stark empfohlen. Als übergeordneter Prozess wird es jedoch grau gesetzt.

<sup>1</sup>Diese Diskussion kann lebensnah am Beispiel eines »Blinden-Symbols« (oder allgemein der Kennzeichnung körperlich eingeschränkter Menschen nach §2 Fahrerlaubnis-Verordnung) oder im historischen Kontext in der stigmatisierenden Kennzeichnung im Nationalsozialistischen Regime. Alzheimers Australia gehen auf ethische Belange ein und empfehlen den Gebrauch eines Symbols in Zusammenhang mit Richtlinien und Schulungen (Alzheimers Australia (2013). »Cognitive Impairment Symbol: Creating Dementia Friendly Organisations. A Report for Alzheimers Australia Paper 32.« Sculling, Alzheimers Australia, 2013, S. 9).

## E.5 Material

### Medikamente (medication)

---

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●○	●●●●	●○○	□■□	○○

---

**EVIDENZ:** Der Einsatz von Medikamenten wird von Andrews in einem Fachartikel aufgegriffen (2012a und b) sowie von Sturdy, Heath, Ballard et al. (2012) in einem Praxishandbuch zum Umgang mit Neuroleptika. Weitere Recherche und Forschung kann eine Veränderung der Inhaltlichen Ausrichtung des Eckpunkts mit sich bringen (CareLit-Suche »demen\* UND medika\*«: 85 Treffer, 19.07.2013). **NETTO-NUTZEN:** Auf Basis der unerwünschten Wirkungen von Medikamenten ist eine konzeptionelle Auseinandersetzung für Menschen mit Demenz von Bedeutung, der Nutzen ist jedoch durch den Handlungsspielraum Pfleger hinsichtlich der Medikation begrenzt, weshalb dieser Sektor grau gesetzt ist. **WERTE:** Im Umgang und der Anwendung von Medikamenten können am Beispiel der Sedierung von Menschen mit herausforderndem Verhalten bzw. dem Eingehen auf die Ursache unterschiedliche Wertvorstellungen aufgezeigt werden. **RESSOURCEN:** Die Kosten von Medikamenten müssen konkret geprüft werden, um Kosten auf struktureller Ebene zu bestimmen. Es ist davon auszugehen, dass Medikation auch durch Dienstleistungen ersetzt wird, die sich als Prozesskosten auf personeller Ebene niederschlagen. **EMPFEHLUNG:** Der Umgang mit Medikamenten wird durch die Organisationskultur und Herausforderndes Verhalten abgedeckt. Daher wird keine Empfehlung für oder gegen eine separate Betrachtung von Medikamenten hinsichtlich der Konzeptentwicklung ausgesprochen.

### Essen (food)

---

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●●○	■□□	●●

---

**EVIDENZ:** Essen findet im Zusammenhang mit Ernährung Erwähnung in Fachartikeln (Hallpike 2008, Waller 2012) und einer qualitativen Studie (Baillie, Merritt und Cox 2012b), ist aber im Gegensatz zur Ernährung wenig beleuchtet. Etwas besser stellt sich die Situation in Deutschland dar (CareLit-Suche »demen\* UND fingerf\*«: 6 Treffer, 19.07.2013). Auf Basis der Recherchen zur Begriffsbestimmung gehen kann davon ausgegangen werden, dass Zusammensetzung und Gestaltung der Ernährung relevant sind, allerdings besteht in diesem Feld noch Forschungsbedarf, weshalb die Evidenz in diesem Feld grau gesetzt ist. **NETTO-NUTZEN:** Per Definition überwiegt der Nutzen guter Ernährung dem Schaden schlechter Ernährung. **WERTE:** Ernährung nimmt in der Gesellschaft mit zunehmender Gesundheitsorientierung einen bedeutenden Stellenwert ein, der jedoch von gegensätzlichem Verhalten kontrastiert wird. Deshalb werden die Wertvorstellungen als unklar eingestuft. **RESSOURCEN:** In einschlägiger Literatur werden Fingerfood und Smoothfood als teurer in der Herstellung (personelle Prozess- bzw. Strukturkosten) beschrieben. Es bleibt zu untersuchen, ob durch den Einsatz von Fingerfood und anderen Konzepten personelle Kapazität in der Pflege eingespart werden kann. **EMPFEHLUNG:** Die konzeptionelle Bearbeitung des Essens im Zusammenhang mit der Ernährung wird stark empfohlen.

## E.6 Methoden

### Kommunikation (communication)

---

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●●●	■□□	●●

---

**EVIDENZ:** Kommunikation mit Menschen mit Demenz wird einerseits in Fachartikeln (Andrews 2012a und b, de Vries 2013) für das Vereinigte Königreich und Neuseeland bzw. international bearbeitet, tritt aber auch in qualitativen Befragungen in England auf (Baillie, Merritt und Cox 2012a). Auch in deutschsprachiger Literatur ist Kommunikation von Bedeutung (CareLit-Suche »demen\* UND kommuni\*«: 295 Treffer, 18.07.2013). Es ist unwahrscheinlich, dass eine weitere Recherche Kommunikation als relevanten Eckpunkt für die Konzeptentwicklung entkräftet. **NETTO-NUTZEN:** Über die Bedeutung für Menschen mit Demenz hinaus ist gelungene Kommunikation – und damit auch eine konzeptionelle Auseinandersetzung - auch für Pflegende von Nutzen. **WERTE:** Für Menschen als soziale Wesen ist davon auszugehen, dass der Wunsch nach gelungener Kommunikation allen Werteprofilen entspricht. **RESSOURCEN:** Im Rahmen einer Konzeptentwicklung ist in der Kommunikation mit Menschen mit Schulungskosten auf vorwiegend personeller Ebene zu rechnen. Zeitbedarf im Prozess der Kommunikation ist als indifferent gegenüber missverständnisvoller Kommunikation und deren Folgen zu betrachten. **EMPFEHLUNG:** Als Kern der Interaktion und in der Gesamtbilanz wird die konzeptionelle Bearbeitung des Themas Kommunikation mit Menschen mit Demenz empfohlen.

### Bewegung (exercise)

---

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●○○	■□□	●●

---

**EVIDENZ:** Das Thema Bewegung wird in Fachartikeln (Andrews 2012a und b), Erfahrungsberichten (Duffin 2013, Waller 2012) und einer qualitativen Studie in England bzw. dem Vereinigten Königreich bearbeitet. Auch in Deutschland ist das Thema diskutiert (CareLit-Suche »demen\* UND beweg\*«: 83 Treffer, 18.07.2013). Es ist unwahrscheinlich, dass weitere Recherche das Phänomen Bewegung als Eckpunkt für eine Konzeptentwicklung abschwächt. **NETTO-NUTZEN:** Die umfassenden körperlichen und psychischen Folgen von Bewegung bzw. Bewegungsmangel stehen im Besonderen der Sturzgefahr oder Weglauftendenzen gegenüber. Gerade weil Sturzgefahr und Bewegung in Verbindung stehen, bringt eine konzeptionelle Auseinandersetzung mit dem Thema eindeutig größeren Nutzen als Schaden. **WERTE:** Insbesondere mit Blick auf Sturzgefahr und Bewegungsautonomie konkurrieren die Werte Autonomie und Fürsorge, die vor fachlichem Hintergrund ethisch diskutiert werden müssen. Es herrschen also divergierende Wertevorstellungen vor. **RESSOURCEN:** Die Förderung von Bewegung kann strukturell bauliche Maßnahmen erfordern und im Prozess Personal zur Unterstützung in der Bewegung. **EMPFEHLUNG:** Der Bewegung hinsichtlich ihrer Auswirkungen wird eine starke Empfehlung zur konzeptionellen Bearbeitung ausgesprochen.

### Ernährung (nutrition)

---

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●●	●●●	■□□	●●

---

EVIDENZ ist in hohem Maße durch ein internationales (UK, Taiwan, Schweden, Kanada, Frankreich, USA, Niederlande) Review (peer reviewed) durch Cole (2012) gegeben. Es findet zudem Erwähnung in verschiedenen Erfahrungsberichten und Fachartikeln (CareLit-Suche »demen\* UND ernäh\*«: 130 Treffer, 18.07.2013). NETTO-NUTZEN: Die Folgen von Mangelernährung sind schwerwiegend, aus diesem Grund ist die Verbesserung der Ernährungssituation von Menschen mit Demenz für sie gewinnbringend. WERTE: Essen ist ein Grundbedürfnis und lässt deshalb darauf schließen, dass hierfür gemeinsame Wertevorstellungen innerhalb der Gesellschaft vorliegen. RESSOURCEN: Der Prozess des Essens fordert bei Einschränkungen in der selbständigen Nahrungsaufnahme vor allem personelle Kapazitäten. Gegebenenfalls können durch Hilfsmittel und geeignete Speisen Kosten auf struktureller Ebene entstehen. EMPFEHLUNG: Die Bedeutsamkeit des Themas Ernährung ermöglicht, eine klare Empfehlung für die konzeptionelle Bearbeitung des Themas Ernährung aussprechen.

### Einbezug von Pflege- und Bezugspersonen (caregivers)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●○	●●●●	●●○	□□□	●○

EVIDENZ: Andrews hebt in ihren Fachartikeln (2012a und b) die Bedeutung des Einbezugs von Pflege- und Bezugspersonen hervor, ein Thema, das auch in der qualitativen Studie durch Baillie, Merritt und Cox (2012) und verweisender Literatur bestätigt wird. Eine – nur unscharf gestellte Suchanfrage – ergibt für den deutschsprachigen Raum 22 Treffer (CareLit-Suche »demen\* UND einbez\*«: 22 Treffer, 18.07.2013). Es ist möglich, dass die Bedeutung des Einbezugs von Pflege- und Bezugspersonen sich in weiterer Recherche sowohl bestärkt als auch – bedingt durch die Strukturen im Krankenhaus, die die Möglichkeiten zum Einbezug gegenüber anderen Settings limitieren – entkräftet. NETTO-NUTZEN: Pflegenden können von Bezugspersonen wertvolles Wissen erhalten, was Menschen mit Demenz wie auch Pflegenden zu Gute kommt. WERTE: Es liegt kein gesichertes Wissen vor, in wie fern sich Pflegenden, Betroffene und Bezugspersonen die stärkere Einbindung von Bezugspersonen wünschen. RESSOURCEN: Der Einbezug von Pflege- und Bezugspersonen wird als ressourcenneutral betrachtet, da Zeit, die in den Einbezug investiert wird durch effizientere Praxis wettgemacht wird. EMPFEHLUNG: Trotz potenzieller Vorteile wird der konzeptionellen Bearbeitung des Einbezugs von Pflege- und Bezugspersonen auf Basis möglicher, limitierender Strukturen eine abgeschwächte Empfehlung ausgesprochen.

### Beziehungsgestaltung (relationship)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●○	●●●●	●●○	□■□	●○

EVIDENZ: Baillie, Merritt und Cox (2012b) belegen mit qualitativen Befragungen von Schülerinnen und Schülern in England sowie durch Literaturverweise die Bedeutsamkeit der Beziehungsgestaltung. Moyle, Borbasi, Wallis et al. (2010) ergänzen diese Ergebnisse in Australien. Es ist möglich, dass – bezogen auf Krankenhäuser – die Relevanz dieses Phänomens sowohl bestärkt als auch entkräftet wird. Im deutschsprachigen Raum ist das Thema im Gespräch (CareLit-Suche »demen\* UND beziehu\*«: 22 Treffer, 18.07.2013). NETTO-NUTZEN: Von der Beziehungsgestaltung zwischen Menschen mit Demenz und Pflegenden profitieren beide Seiten, was für den Nutzen einer konzeptionellen Bearbeitung spricht. WERTE: Leitbilder, die den Menschen in den Mittelpunkt stellen, machen es denkbar, dass es keinen Wertekonflikt gibt. Gleichzeitig ist denkbar, dass Anonymität und Distanz eine Strategie ist, mit dem Zeit- und Leistungsdruck in

der Pflege zurechtzukommen. Deshalb wird davon ausgegangen, dass keine klare Aussage über die Werte der Beteiligten getroffen werden kann. RESSOURCEN: in der Beziehungsgestaltung fallen Kosten im Prozess auf Personalebene an, die jedoch möglicherweise von auftretendem Nutzen relativiert werden, weshalb diese Kosten grau eingefärbt werden. EMPFEHLUNG: Die Beziehungsgestaltung wird als ein Thema betrachtet, das begleitend mit Phänomenen wie herausforderndem Verhalten und Kommunikation implizit mitgestaltet wird, und geben insofern nur eine abgeschwächte Empfehlung zur Bearbeitung.

## E.7 Messung (Indikatoren)

### Identifikation von Betroffenen (identify)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●○○	●○○	□■	●●

EVIDENZ: Die Rolle der Identifikation von von Menschen mit Demenz wird in Fachartikeln von Andrews (2012a und b) für das Vereinigte Königreich erläutert und einem Review von Thomas (2010) für Europa, Amerika und Australien international begründet. Die Evidenz ist damit als hoch zu beurteilen (CareLit-Suche »demen\* UND identif\*«: 20 Treffer, 19.07.2013). NETTO-NUTZEN: Für Personal ist der Nutzen der Identifikation von Menschen mit Demenz als hoch zu beurteilen, gleichzeitig ist für Betroffene die Kontroverse um die Früherkennung dementieller Erkrankungen zu beachten. Bei befürwortend oder ablehnend zur Diagnostik positionierten Konzepten ist daher nicht klar, ob der Schaden den Nutzen überwiegt. WERTE: Aus der Kontroverse um das Für und Wider der Früherkennung lassen sich gegensätzliche Werthaltungen ableiten. RESSOURCEN: Mit der Identifikation von Menschen mit Demenz hängen personelle Kosten im Prozess – und den aus den Ergebnissen resultierenden Konsequenzen zusammen. EMPFEHLUNG: Bedingt durch die Relevanz der Identifikation von Menschen mit Demenz und der damit zusammenhängenden Wertediskussion wird stark eine ethisch-fachliche konzeptionelle Auseinandersetzung empfohlen.

### Identifikation von Risiken (risks)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●○	●●●○	●○○	□■	●●

EVIDENZ: Shen, Lu und Li (2012) untersuchen in einer quantitativen Kohortenstudie (Peer reviewed) die Gesundheitsrisiken, die für Menschen mit Demenz in Taiwan relevant sind und unterstützen damit die Forderung von Edvardsson, Sandman und Rasmussen (2012, Schweden), (Qualitäts-)Indikatoren hinsichtlich der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz zu überprüfen. Durch die eher medizinische Ausrichtung der Kohortenstudie ist die inhaltliche Evidenz gering. Dies reduziert jedoch nicht die Notwendigkeit der Beschäftigung mit Risiken und Indikatoren, da sie auch in anderen Eckpunkten aufgegriffen werden. Die Evidenz des Phänomens als Eckpunkt wird deshalb grau hinterlegt (CareLit-Suche »demen\* UND indikat\*«: 21 Treffer, 19.07.2013). Der NUTZEN einer Verankerung von Konzepten mittels Indikatoren in der Praxis ist durch die Steuerung von Entscheidungen und Handlungen gegeben, wird jedoch durch indirekte Indikatoren eingeschränkt. WERTE: Zur gesellschaftlichen Einstellung gegenüber Indikatoren liegen keine Erkenntnisse zu Wertvorstellungen vor. RESSOURCEN: Den Prozess der Erhebung von Daten vernachlässigend (grau) treten Kosten im Besonderen durch die Konsequenzen der Ergebnisse, die neue Prozesse mit Personalbedarf einleiten, auf. EMPFEHLUNG: Die Veranke-



rung von Konzepten mittels Instrumenten in der Praxis wird stark empfohlen. Eine alleinige Festlegung von Soll-Niveaus durch Indikatoren widerspricht jedoch dem Sinn von Konzepten, komplexe Situationen zu strukturieren. Deshalb wird die Empfehlung grau hinterlegt.

### Identifikation von Komorbidität (comorbidity)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●●○	●●○	□■	●●

**EVIDENZ:** Für den Bereich von Primary Care werden durch Schubert, Boustani, Callahan et al. (2006) Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne demenzielle Erkrankungen in Primary Care in den Vereinigten Staaten von Amerika mittels einer quantitativen Kohortenstudie untersucht. Ein Erfahrungsbericht (Wall 2009) bestätigt diese Ergebnisse für das Vereinigte Königreich und ein nationales Audit in England und Wales (Gandesha, Souza, Chaplin et al. 2012) zeigt die Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne demenzielle Erkrankungen als noch stärker dar. Die Evidenz der Komorbidität ist als Eckpunkt für die Konzeptentwicklung daher hoch (CareLit-Suche »demen\* UND komorb\*«: 3 Treffer, 19.07.2013). **NETTO-NUTZEN:** Die Behandlung von Begleiterkrankungen wirkt sich auf die Lebensqualität der Betroffenen und die Symptome der demenziellen Erkrankung aus. Nicht ausgeschlossen werden können auf Grundlage bisheriger Recherche Nachteile einer umfassenden Behandlung, so dass der Netto-Nutzen als potenziell schädlich betrachtet wird. **WERTE:** Der Wunsch nach umfassender Versorgung steht der gesetzlich verankerten Versorgung nach ausreichender Versorgung in der Praxis entgegen. Aus diesem Allokationsdilemma lassen sich jedoch nicht zwangsläufig gegensätzliche Werte hinsichtlich der Behandlung von Begleiterkrankungen schließen, so dass die Wertevorstellungen als unklar bewertet werden. **RESSOURCEN:** Den Prozess der Erhebung von Daten vernachlässigend (grau) treten Kosten im Besonderen durch die Konsequenzen der Ergebnisse, die neue Prozesse mit Personalbedarf einleiten, auf. **EMPFEHLUNG:** Vor dem Hintergrund der Auswirkungen von Begleiterkrankungen auf demenzielle Erkrankungen und möglichen Werte- und Ressourcendilemmas, die sich auch auf Pflegende und deren Arbeit auswirken können, wird eine konzeptionelle Auseinandersetzung im Umgang mit Begleiterkrankungen stark empfohlen.

## E.8 Money

### Begrenzte Ressourcen (limited Resources)

Evidenz	Netto-Nutzen	Werte	Ressourcen	Empfehlung
●●●●	●●○○	●○○	□■□	●●

**EVIDENZ:** Begrenzte Ressourcen, insbesondere hinsichtlich zeitlicher oder finanziellen Mitteln werden auch im Kontext der Demenz im Krankenhaus aufgegriffen. Sie kommen in England bzw. im Vereinigten Königreich in einer qualitativen Studie (Baillie, Merritt und Cox 2012a S. 36) bei der Befragung englischer Schülerinnen und Schüler, also auch als Expertenmeinung (Sprinks 2012) und in einer Fallstudie zum Tragen (Waller 2012). Auch in Deutschland ist das Thema von Relevanz (CareLit-Suche »demen\* UND zeit\*«: 302 Treffer, 18.07.2013). Die Evidenz kann deshalb auch hinsichtlich übergreifender Diskussionen um Mittel im Gesundheitswesen als hoch bezeichnet werden. **NETTO-NUTZEN:** Wird mit dem Nutzen effizienter bzw. wirtschaftlicher Mitteleinsatz umschrieben, ist zu bedenken, dass dieser als Verhältnis zwischen Ertrag (Leistung) und Aufwand (benötigte Ressourcen) zu betrachten ist. Neben der Veränderung der Menge zur Verfügung stehender Ressourcen kann auch das angebotene Leistungsspektrum verändert wer-

den. Ob dies für Menschen mit Demenz und/oder Pflegende von Nutzen oder schädlich ist, muss im konkreten Fall beurteilt werden. Auch hinsichtlich der WERTE ist mit Blick auf Allokationsfragen mit divergierenden Vorstellungen zu rechnen. RESSOURCEN: In Bezug auf das oben erwähnte Verhältnis von Ertrag und Aufwand können Kosten in jedem Bereich entstehen. In Studien sind jedoch primär personalbezogene Prozesskosten im Fokus. EMPFEHLUNG: Kern der Konzepterstellung ist es, Leistungen zu strukturieren und zu planen. Umgang mit Ressourcen ist daher ein fest verankerter Bestandteil der Konzepterstellung. Deshalb wird eine starke Empfehlung vor dem Hintergrund der Notwendigkeit einer Auseinandersetzung ausgesprochen.

## F Verwendete Instrumente zur Bewertung und Auswertung

Tabelle F.1: **Screening:** Registrierung und Ausschluss von Texten auf Basis der Quellangaben

---

Titel des Textes:	.....
Autorinnen und Autoren:	.....
Quelle:	.....
Studien-ID:	.....

---

*Ausschluss auf Basis des Titels*

---

### F.1 Auswertung von Texten

Tabelle F.2: **Screening:** Einstufung der thematischen Relevanz auf Basis der Forschungsfrage

---

Population: .....

- Population entspricht »professionell Pflegende«.
- Population wird nicht expliziert.

Intervention / Exposition: .....

- Intervention / Exposition entspricht »Begegnung mit Menschen mit Demenz«.
- Intervention / Exposition wird nicht expliziert.

Vergleichsgruppe: .....

- Vergleichsgruppe steht im Einklang mit einer impliziten Normsetzung durch Pflegende.
- Vergleichsgruppe wird nicht expliziert.

Outcomes: .....

- Outcomes entsprechen »Phänomene«.
- Outcomes werden nicht expliziert.

Kontext: .....

- Kontext entspricht »Allgemeinkrankenhaus«.
- Kontext wird nicht expliziert.

---

*Thematische Relevanz:*

- hoch relevant (»professionell Pflegende« und »Begegnung mit Menschen mit Demenz« sind eingeschlossen)*
- relevant (nach Ermessen)*
- möglicherweise relevant (nach Ermessen)*
- nicht relevant (Der Text deckt den Kontext »Allgemeinkrankenhaus« nicht ab oder der Text ist eine Kurzmeldung)*

---

Tabelle F.3: **Screening:** Erfassen der Zielsetzung des Textes

---

Was sind die wichtigsten Ziele und Zwecke der Untersuchungen im Gebiet? <sup>1</sup>	.....
Zielsetzung ist unklar. <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Trifft zu
In welcher Weise wird das Wissen genutzt? <sup>1</sup>	.....
Zu welchen Zwecken wird das Wissen genutzt? <sup>1</sup>	.....

---

<sup>1</sup> (vgl. Nutley et al. 2002, S. 3)

<sup>2</sup> (vgl. Panfil 2011, S. 10,14, 18)

Tabelle F.4: **Screening:** Erfassen der Methoden des Textes

---

Wie gestalten die Schlüsselautoren den Prozess um die wichtigsten Ziele und Zwecke zu erreichen? <sup>1</sup>	.....
Das Forschungsdesign ist nicht benannt. <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Trifft zu

---

<sup>1</sup> (vgl. Nutley et al. 2002, S. 3)

<sup>2</sup> (vgl. Panfil 2011, S. 10,14, 18)

Tabelle F.5: **Screening:** Erfassen der Perspektiven des Textes

---

Ist der Text quantitativ oder qualitativ forschend? <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Quantitativ <input type="checkbox"/> Qualitativ <input type="checkbox"/> Review
Welche Denkschulen und Traditionen liegen dem Text zugrunde? <sup>1</sup>	.....
Welche Perspektive auf die Welt beinhaltet der Text? <sup>1</sup>	.....
In wie Fern ist der Text auf eine bestimmte Ebene, z.B. Sektor, Organisation oder Einzelpersonen fokussiert? <sup>1</sup>	.....
Für welches Land / Gesundheitssystem gilt der Text?	.....

---

<sup>1</sup> (vgl. Nutley et al. 2002, S. 3)

Tabelle F.6: **Bewertung:** Abwertung von RCTs

Mängel im Studiendesign und Durchführung	<input type="checkbox"/> Unzulängliche Stichprobenbildung. <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Fehlende Maskierung bei der Randomisierung. <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Fehlende Verblindung (besonders bei subjektiven Ergebnissen, die sehr anfällig für Einschätzungs-Bias sind). <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Hohe Patientenverluste. <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Unvollständige Nachbeobachtung. <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Keine Intention-to-Treat (ITT)-Analyse. <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Keine verblindete Endpunkterhebung. <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Selektive Ergebnisdarstellung. <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> etc. <sup>3</sup>
Heterogene oder inkonsistente Ergebnisse	<input type="checkbox"/> Große, nicht erklärte Unterschiede (Heterogenität oder Variabilität) in den Behandlungseffekten der aufgefundenen Studien. <sup>3</sup> Indirekte Evidenz <input type="checkbox"/> Indirekter Vergleich: Nur Placebo-kontrollierte (oder anders kontrolliert, z.B. Nicht-Intervention oder Gold-Standard) Vergleiche zwischen zwei Interventionen, aber kein Kopf-an-Kopf-Vergleich. <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Studienpopulation entspricht nicht genau der PICO-Frage. <input type="checkbox"/> Intervention/Exposition entspricht nicht genau der PICO-Frage. <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Comparator entspricht nicht genau der PICO-Frage. <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Endpunkte (Outcome) entsprechen nicht genau der PICO-Frage. <sup>3</sup>
Fehlende Präzision	<input type="checkbox"/> (Zu) breite Vertrauensintervalle verursacht durch kleine Patientenzahlen und/oder wenige Ergebnisse in den Studien. <sup>3</sup>
Publikationsbias	<input type="checkbox"/> Große Wahrscheinlichkeit für fehlende oder selektive Publikationen mit negativen Studienergebnissen. Das Risiko ist erhöht bei Meta-Analysen aus kleinen und/oder Studien, die ausschließlich von profitorientierten Unternehmen finanziert werden. <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Verdacht auf Publikationsbias kann auch bei Befangenheit der Forschenden entstehen. <sup>3</sup>

<sup>3</sup> (vgl. Schönemann 2009, S. 397; vgl. Kunz et al. 2008, S. 678; vgl. Higgins und Green 2011, S. 12.2.2)

Tabelle F.7: **Bewertung:** Aufwertung von Beobachtungsstudien

---

Großer oder sehr großer Effekt	<input type="checkbox"/> Hochwertige Beobachtungsstudien mit direkter Evidenz. Ein relatives Risiko/Odds Ratio von $>2$ oder $< 0,5$ entspricht einem großen Effekt; ein relatives Risiko/Odds Ratio von $>5$ oder $<0,2$ entspricht einem sehr großen Effekt. <sup>4</sup>
Unwahrscheinliche Erklärung eines Effekts durch confounder	<input type="checkbox"/> Alle verbleibenden plausiblen »Confounder« (Störfaktoren) haben den beobachteten Effekt bereits reduziert oder einen abwesenden Effekt möglicherweise verstärkt. <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Eine Intervention erzielt bei einer schlechter gestellten Population bessere Outcomes als der Goldstandard bei einer vergleichsweise besser gestellten Population. <sup>4</sup>
Dosis-Wirkungsbeziehung	<input type="checkbox"/> Nachweis einer Dosis-Wirkungsbeziehung. <sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> (vgl. Schönemann 2009, S. 397; vgl. Kunz et al. 2008, S. 678; vgl. Higgins und Green 2011, S. 12.2.2)

Tabelle F.8: **Bewertung:** Bewertung qualitativer Studien

Mängel im Studiendesign und Durchführung	<input type="checkbox"/> Die Forschungsfrage ist klar formuliert. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Das Thema wird im Umfeld diskutiert. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Das Ziel der Untersuchung ist definiert. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Das Forschungsdesign ist klar benannt. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Das Forschungsdesign ist für die Forschungsfrage stimmig gewählt. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Das Forschungsdesign ist begründet gewählt. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Eine Literaturrecherche wurde durchgeführt. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Der Zeitpunkt der Literaturrecherche (vor oder nach Datensammlung) ist benannt. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Der Zeitpunkt der Literaturrecherche ist begründet. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Die Datensammlung ist detailliert beschrieben. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Die Methode der Datensammlung passt zum gewählten Design. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Die Datensammlung erfolgte, wenn erforderlich, bis zur Sättigung. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Die Perspektiven der Forschenden sind beschrieben. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Die Methode der Datenanalyse ist beschrieben. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Die Methode der Datenanalyse passt zum gewählten Design. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Gütekriterien werden beachtet. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Intersubjektive Nachvollziehbarkeit. <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Indikation. <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Empirische Verankerung. <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Limitation. <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Reflektierte Subjektivität. <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Kohärenz. <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Relevanz. <sup>8</sup>
Heterogene oder inkonsistente Ergebnisse	— Keine Kriterien —
Indirekte Evidenz	<input type="checkbox"/> Die Stichprobe / Teilnehmenden wurde passend zur Forschungsfrage ausgewählt. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Die Auswahl der Stichprobe/Teilnehmenden wurde begründet. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Die Teilnehmenden sind beschrieben. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Das Umfeld der Teilnehmenden ist beschrieben. <sup>5</sup>
Fehlende Präzision	— Keine Kriterien —
Publikationsbias	<input type="checkbox"/> Die Ergebnisse sind ausführlich dargestellt. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Die Ergebnisse sind nachvollziehbar dargestellt. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Die Ergebnisse sind mit Zitaten belegt. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Validierung: Ergebnisse wurden von Teilnehmenden oder anderen Auswertenden bestätigt. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Befangenheit der Forschenden ist diskutiert. <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Befangenheit der Forschenden liegt vor. <sup>5</sup>

<sup>5</sup> (vgl. Panfil 2011, S. 18–19; vgl. Evidence-Based Nursing o. J. a)

<sup>8</sup> (vgl. Steinke 1999, S. 252–254)



Tabelle F.9: **Bewertung:** Bewertung von Standards und Leitlinien

Mängel im Studiendesign und Durchführung	<input type="checkbox"/> Das Thema ist klar formuliert. <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Das Thema ist hinreichend eingegrenzt. <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Der Prozess der Erstellung ist beschrieben. <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Die Leitlinie / der Standard wurde von Experten begutachtet. <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Die Leitlinie / der Standard wurde von Experten getestet. <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Bei der Recherche wurden Datenbanken benutzt. <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Bei der Recherche wurden Experten befragt. <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Bei der Recherche wurden Quellen analysiert. <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Bei der Recherche wurde eine Handsuche gestartet. <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Die Evidenz der verwendeten Studien wird beurteilt. <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Auf die Stichprobengröße einzelner Studien wird eingegangen. <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Auf Bias der einzelnen Studien wird eingegangen. <sup>6</sup>
Heterogene oder inkonsistente Ergebnisse	<input type="checkbox"/> Alle wichtigen Möglichkeiten und Ergebnisse sind klar beschrieben. <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Alle wichtigen Möglichkeiten und Ergebnisse sind nachvollziehbar beurteilt. <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Alternative Handlungsoptionen sind beleuchtet. <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Die Leitlinie / der Standard bezieht wichtige aktuelle Entwicklungen mit ein. <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Die Ergebnisse verschiedener Studien stimmen überein. <sup>6</sup>
Indirekte Evidenz	— Keine Kriterien —
Fehlende Präzision	— Keine Kriterien —
Publikationsbias	<input type="checkbox"/> Für die Praxis wurden konkrete und wichtige Empfehlungen Ausgesprochen <sup>6</sup>

<sup>6</sup> (vgl. Evidence-Based Nursing o. J. b)

Tabelle F.10: **Bewertung:** Bewertung von Übersichtsarbeiten

Mängel im Studiendesign und Durchführung	<input type="checkbox"/> Die Fragestellung ist präzise formuliert. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Die Fragestellung ist hinreichend eingegrenzt. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Die Einschlusskriterien für die Auswahl von Studien sind transparent. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Die Einschlusskriterien für die Auswahl von Studien sind der Fragestellung angemessen. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Eingeschlossene Studien sind dargestellt. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Der Einschluss von Studien ist begründet. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Ausgeschlossene Studien sind dargestellt. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Ausgeschlossene Studien sind begründet. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Die Auswahl von Studien geschieht durch mehrere Beurteilende. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Die Auswahl von Studien geschieht gegeneinander verblindet. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Das Vorgehen bei nichtübereinstimmender Beurteilung von Primärstudien ist beschrieben. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien wurde mit geeigneten Kriterien eingeschätzt. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Die Beurteilung der verwendeten Studien ist kriteriengeleitet. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Zur Beurteilung der Studien verwendeten Kriterien sind transparent. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Die Beurteilungen werden tabellarisch aufgezeigt. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Die Beurteilungen weisen Quellverweise auf. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Die Beurteilungen sind rein narrativ. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Die Beurteilungen sind zusammenfassend. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Die Suchstrategie ist beschrieben. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Suchbegriffe sind beschrieben. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Suchzeitraum ist beschrieben. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Zur Recherche werden Datenbanken verwendet. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Zur Recherche wird eine Handsuche verwendet. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Zur Recherche sind Expertenfragen durchgeführt. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Zur Recherche werden Referenzlisten ausgewertet. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Test auf Publikationsbias (Eggers Test, Funnel Plot) sind angewandt. <sup>7</sup>
Heterogene oder inkonsistente Ergebnisse	<input type="checkbox"/> Es ist unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Die Forscher stimmen bei der Bewertung der Studien überein. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Übereinstimmungsmaße (Kappa, Prozentual) sind angegeben. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Das Vorgehen bei nicht übereinstimmender Beurteilung der Qualität eingeschlossener Studien ist benannt. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Die verwendeten Studien waren ähnlich. <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Die verwendeten Studien sind unterschiedlich aber durch ausführliche Beschreibung der eingeschlossenen Studien beurteilbar. <sup>7</sup>
Indirekte Evidenz	— Keine Kriterien —
Fehlende Präzision	— Keine Kriterien —
Publikationsbias	— Keine Kriterien —

<sup>7</sup> (vgl. Panfil 2011, S. 14–15; vgl. Evidence-Based Nursing o. J. c)

Tabelle F.11: Sammeln von Phänomenen

---

Phänomen	.....
Kurzbeschreibung:	.....
Quelle (Seite):	.....
Quelle (ID Studie):	.....
Schlüsselbegriffe:	.....
Phänomen ausführliche Beschreibung:	.....
Ursache:	.....
Wirkung:	.....
Anzeichen:	.....

---

Ebene	<input type="checkbox"/> Betrifft Strukturqualität <input type="checkbox"/> Betrifft Prozessqualität <input type="checkbox"/> Betrifft Ergebnisqualität  <input type="checkbox"/> Betrifft Organisation / Institution <input type="checkbox"/> Betrifft Pflegehandeln <input type="checkbox"/> Betrifft Stakeholder
8M	<input type="checkbox"/> Mensch <input type="checkbox"/> Maschine <input type="checkbox"/> Milieu <input type="checkbox"/> Money <input type="checkbox"/> Methoden <input type="checkbox"/> Milieu <input type="checkbox"/> Management <input type="checkbox"/> Material

---

Tabelle F.12: Sammeln von Lösungsansätzen

---

Lösungsansatz	.....
Kurzbeschreibung:	
Quelle (Seite):	.....
Quelle (ID Studie):	.....
Schlüsselbegriffe:	.....
Lösungsansatz ausführliche Beschreibung:	.....

---

Ebene	<input type="checkbox"/> Betrifft Strukturqualität <input type="checkbox"/> Betrifft Prozessqualität <input type="checkbox"/> Betrifft Ergebnisqualität  <input type="checkbox"/> Betrifft Organisation / Institution <input type="checkbox"/> Betrifft Pflegehandeln <input type="checkbox"/> Betrifft Stakeholder
8M	<input type="checkbox"/> Mensch <input type="checkbox"/> Maschine <input type="checkbox"/> Milieu <input type="checkbox"/> Money <input type="checkbox"/> Methoden <input type="checkbox"/> Milieu <input type="checkbox"/> Management <input type="checkbox"/> Material

---

Tabelle F.13: Bewertung der Phänomene in ihrer Relevanz

<i>Evidenz</i>	●○○○	Das Phänomen ist mit sehr großer Unsicherheit hinsichtlich der Relevanz als Eckpunkt für die Konzeptentwicklung behaftet.
	●●○○	Es ist sehr wahrscheinlich, dass weitere Recherchen die Relevanz dieses Phänomens als Eckpunkt für die Konzeptentwicklung abschwächen. Wahrscheinlich ändert sich die inhaltliche Ausrichtung des Phänomens.
	●●●○	Es ist wahrscheinlich, dass weitere Recherchen die Relevanz dieses Phänomens als Eckpunkt für die Konzeptentwicklung abschwächen. Möglicherweise ändert sich die inhaltliche Ausrichtung des Phänomens.
	●●●●	Es ist sehr unwahrscheinlich, dass weitere Recherchen die Relevanz dieses Phänomens als Eckpunkt für eine Konzeptentwicklung abschwächen.
<i>Netto-Nutzen</i>	●○○○	Konzepte zum Phänomen bewirken in der Umsetzung eindeutig größeren Schaden als Nutzen.
	●●○○	Es ist nicht klar, inwieweit der Nutzen in der Umsetzung von Konzepten zum Phänomen deren Schaden überwiegt.
	●●●○	Ein Abwägen ergibt sowohl wesentlichen Nutzen als auch wesentlichen Schaden in der Umsetzung von Konzepten zum Phänomen.
	●●●●	Konzepte zum Phänomen bringen eindeutig größeren Nutzen als Schaden.
<i>Werte<sup>2</sup></i>	●○○	Divergierende Wertvorstellungen hinsichtlich des Phänomens sind konkret nachweisbar oder aus dem Kontext intersubjektiv nachvollziehbar.
	●●○	Zu Wertvorstellungen hinsichtlich des Phänomens können keine Aussagen getroffen werden.
	●●●	Einheitliche Wertvorstellungen hinsichtlich des Phänomens sind konkret nachweisbar oder aus dem Kontext intersubjektiv nachvollziehbar.
<i>Ressourcen<sup>3</sup></i>	■□□	Durch die Konzeptumsetzung entstehen Kosten auf struktureller Ebene (Pfleger / Organisation)
	□■□	Durch die Konzeptumsetzung entstehen Kosten auf Prozessebene (Pfleger / Organisation)
	□□■	Durch die Konzeptumsetzung entstehen Kosten auf Ergebnisebene (Pfleger / Organisation)
<i>Empfehlung</i>	●○	Die positiven Konsequenzen eines Konzeptes werden die unerwünschten vermutlich überwiegen, der Gesamtnutzen ist aber weniger eindeutig.
	●●	Die positiven Konsequenzen eines Konzeptes überwiegen die unerwünschten klar.

(vgl. Schönemann 2009, S. 396; vgl. Kunz et al. 2008, S. 674, 676, 677; vgl. Falck-Ytter et al. 2004b, S. 4, 6, 7; vgl. Higgins und Green 2011, 12.2.a)

<sup>1</sup> Grau markierte Bewertungselemente drücken einen Diskussionsbedarf oder Varianzen aus, die im Anhang erläutert sind.

<sup>2</sup> Huber, in Anlehnung an Kunz et al. 2008, S. 676

<sup>3</sup> Huber, in Anlehnung an Falck-Ytter et al. 2004b, S. 7 und Zollondz 2011, S. 170–171

## Literatur

- Anderson, Dörte (2010). *Demenz und Überleitung zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung. Eine Gesundheitswissenschaftliche Analyse*. Berlin: Lit-Verlag.
- Andrews, June (2012a). »A nurse manager's guide to support patients with dementia.« In: *Nursing older People* 24.6, S. 18–20.
- (2012b). »How acute care managers can support patients with dementia.« In: *Nursing Management* 19.2, S. 18–20.
- Anttila, Heidi, Kersti Samuelsson, Anna-Liisa Salminen und Åse Brandt (2012). »Quality of evidence of assistive technology interventions for people with disability: An overview of systematic reviews.« In: *Technology and Disability. Nr. 1* 24, S. 9–48.
- Asendorpf, Jens B. und Franz J. Neyer (2012). *Psychologie der Persönlichkeit*. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Baillie, Lesley, Jane Merritt und Janet Cox (2012a). »Caring for older people with dementia in hospital Part one: challenges.« In: *Nursing older People* 8 AND Jg. 24, S. 33–37.
- (2012b). »Caring for older people with dementia in hospital Part two: strategies.« In: *Nursing older People* 24.9, S. 22–26.
- Balog, Andreas (2006). *Soziale Phänomene. Identität, Aufbau und Erklärung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bartholomeyczik, Sabine, Margareta Halek, Christian Müller-Hergl, Christine Riesner, Detlef Rüsing, Horst Christian Vollmar und Stefan Wilm (2008). »Institut für Forschung und Transfer in der Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz: Konzept.« In: *Pflege und Gesellschaft Nr. 4* 13, S. 337–349.
- Bauer, Ullrich und Andreas Büscher (2008). »Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung – ein Bezugsrahmen.« In: *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Hrsg. von Ullrich Bauer und Andreas Büscher. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 7–45.
- Becker, Dominik A. (2010). *Sein in der Begegnung. Menschen mit (Alzheimer-)Demenz als Herausforderung theologischer Anthropologie und Ethik. Überarbeitet und herausgegeben von von Georg Plasger*. Berlin: Lit-Verlag.
- Behrens, Johann (2011). »Evidence Based Nursing.« In: *Handbuch Pflegewissenschaft*. Hrsg. von Klaus Schaeffer Doris und Wingenfeld. Weinheim, München: Juventa, S. 151–163.
- Beywl, Wolfgang und Thomas Widmer (2009). »Evaluation in Expansion: Ausgangslage für den intersektoralen Dreiländer-Vergleich.« In: *Evaluation. Ein systematisches Handbuch*. Hrsg. von Thomas Widmer, Wolfgang Beywl und Carlo Fabian. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 13–23.
- Biesalski, Hans Konrad (2013). *Der verborgene Hunger. Satt sein ist nicht genug*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2011). *Leuchtturmprojekt Demenz*. URL: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht\\_Leuchtturmprojekt\\_Demenz.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Leuchtturmprojekt_Demenz.pdf) (besucht am 3. 8. 2013).
- (o. J.). *Pflegefachkräftemangel*. URL: <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegekraefte/pflegefachkraeftemangel.html> (besucht am 5. 7. 2013).

- Boeing, Heiner, Angela Bechthold, Achim Bub, Sabine Ellinger, Dirk Haller, Anja Kroke, Eva Leschik-Bonnet, Manfred J. Müller, Helmut Oberritter, Matthias Schulze, Peter Stehle und Bernhard Watzl (2012). *Gemüse und Obst in der Prävention ausgewählter chronischer Krankheiten. Stellungnahme*. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
- Bruhn, Manfred (2008). *Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden*. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Bühler, Johannes, Hans-Joachim Ebermann, Florian Hamm und Dagmar Reuter-Leahr (2011). »Entscheidungsfindung.« In: *Human Factors im Cockpit. Praxis sicheren Handelns für Piloten*. Hrsg. von Joachim Schneider und Hans-Joachim Ebermann. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 143–173.
- Cahill, Suzanne, Jurate Macijauskienė, Aase-Marit Nygård, Jon-Paul Faulkner und Inger Hagen (2007). »Technology in dementia care.« In: *Technology and Disability Nr. 2/3* 19, S. 55–60.
- Canterbury District Health Board (2009). *Hospital Aide Specialling. Education and Information Package. 09.2009*. URL: <http://www.cdhb.govt.nz/pdu/selflearning/Hospital%20Aide%20Special%20Education%20and%20Information%20Pack.pdf> (besucht am 11. 7. 2013).
- Carestaff Nursing Services Pty Ltd. (2013). *Specialling a Patient. Clinical Policy. 12.01.2013*. URL: <http://www.carestaffnursing.com.au/FILES/Policies%20and%20Procedures%20-%20Specialling%20a%20Patient.pdf> (besucht am 11. 7. 2013).
- Cofone, Marcello und Teising Martin Spahn Claudia (2005). »Die Pflege von Menschen mit demenziellen Veränderungen.« In: *Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 2: Wissenschaftlich fundiertes Pflegehandeln bei ausgewählten Krankheitsbildern*. Hrsg. von Ursula Immenschuh und Spahn Claudia Scheele-Schäfer Jutta. 2., vollständig neu bearbeitete Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, S. 143–242.
- Cole, Delwyn (2012). »Optimising nutrition for older people with dementia.« In: *Nursing Standard* 26.20, S. 41–48.
- Davies, Barbara, Nancy Edwards, Jenny Ploeg und Tazim Virani (2008). »Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings.« In: *BMC Health Services Research* 8.2, S. 1–15.
- DBIS, Datenbank-Infosystem (2013a). *CINAHL*. URL: [http://rzblx10.uni-regensburg.de/dbinfo/detail.php?bib\\_id=hbes&colors=&ocolors=&lett=c&tid=0&titel\\_id=3479](http://rzblx10.uni-regensburg.de/dbinfo/detail.php?bib_id=hbes&colors=&ocolors=&lett=c&tid=0&titel_id=3479) (besucht am 5. 6. 2013).
- Deutsches Cochrane Zentrum (2010). *Vorbemerkung "Cochrane Klassifikation"*. URL: <http://www.cochrane.de/de/vorbemerkung-cochrane-klassifikation> (besucht am 30. 5. 2013).
- DGE, Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2013). *12. Ernährungsbericht 2012. Kapitel 2. Online*. URL: <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=1276> (besucht am 9. 7. 2013).
- Doherty, Donna und Elizabeth Collier (2009). »Caring for people with dementia in non-specialist settings.« In: *Nursing older People* 21.6, S. 28–31.
- Duffin, Christian (2013). »Raising awareness to support people with dementia in hospital.« In: *Nursing older People* 25.5, S. 14–17.
- Ebermann, Hans-Joachim und Patrick Jordan (2011). »Unfallprävention.« In: *Human Factors im Cockpit. Praxis sicheren Handelns für Piloten*. Hrsg. von Joachim Schneider und Hans-Joachim Ebermann. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 1–36.
- Edvardsson, David, Per-Olof Sandman und Birgit Rasmussen (2012). »Forecasting the ward climate: a study from a dementia care unit.« In: *Journal of Clinical Nursing* 21.7/8, S. 1136–1144.

- Elsbernd, Astrid (2008). »Konzeptentwicklung in der Pflege.« In: *Betreuungsrecht und Pflegemanagement. Konzepte – Beratung – Unterstützung*. Hrsg. von Konrad Stolz, Johannes Warmbrunn, Ulrich Schmolz und Astrid Elsbernd. Stuttgart: Georg Thieme, S. 52–65.
- (2013). »Konzepte für die Pflegepraxis: Theoretische Einführung in die Konzeptentwicklung pflegerischer Arbeit.« In: *Einführung von ethischen Fallbesprechungen – Ein Konzept für die Pflegepraxis. Ethisch begründetes Handeln praktizieren*. Hrsg. von Lehmeier Sonja Elsbernd Astrid Riedel Annette. 3., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Lage: Jacobs Verlag, S. 13–38.
- Elsbernd, Astrid, Christine Allgeier und Barbara Lauffer-Spindler (2010). *Praxisstandards und Qualitätsindikatoren in der Pflege. Qualitätsinstrumente am Beispiel der stationären Altenpflege*. Lage: Jacobs Verlag.
- Evidence-Based Nursing, German Center for (o. J. a). *Kritische Beurteilung einer Qualitativen Studie v. 1.3*. URL: [http://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflgewissenschaften/Hallesche\\_Beitr%C3%A4ge\\_und\\_EBN/QualitativeStudie.pdf](http://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflgewissenschaften/Hallesche_Beitr%C3%A4ge_und_EBN/QualitativeStudie.pdf).
- (o. J. b). *Kritische Beurteilung von Standards und Leitlinien v.1.0*. URL: [http://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflgewissenschaften/Hallesche\\_Beitr%C3%A4ge\\_und\\_EBN/StandardsLeitlinien.pdf](http://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflgewissenschaften/Hallesche_Beitr%C3%A4ge_und_EBN/StandardsLeitlinien.pdf) (besucht am 27. 6. 2013).
- (o. J. c). *Kritische Beurteilung von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen v.1.3*. URL: [http://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflgewissenschaften/Hallesche\\_Beitr%C3%A4ge\\_und\\_EBN/Metaanalyse.pdf](http://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflgewissenschaften/Hallesche_Beitr%C3%A4ge_und_EBN/Metaanalyse.pdf) (besucht am 27. 6. 2013).
- Falck-Ytter, Yngve, Gerd Antes, Andrew Oxman und Schünemann Holger Guyatt Gordon (2004a). *Qualität der Evidenz und Stärke von Empfehlungen für medizinische Entscheidungen*. URL: [http://www.gradeworkinggroup.org/\\_DE/docs/GRADE\\_DE\\_2004a.pdf](http://www.gradeworkinggroup.org/_DE/docs/GRADE_DE_2004a.pdf) (besucht am 5. 7. 2013).
- (2004b). *Qualität der Evidenz und Stärke von Empfehlungen für medizinische Entscheidungen*. URL: [http://www.gradeworkinggroup.org/\\_DE/docs/GRADE\\_DE\\_2004a.pdf](http://www.gradeworkinggroup.org/_DE/docs/GRADE_DE_2004a.pdf) (besucht am 27. 6. 2013).
- Falk, Juliane (2009). *Basiswissen Demenz. Lern- und Arbeitsbuch für die berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität*. 2., völlig überarbeitete Auflage. Weinheim und München: Juventa.
- Findley, Thomas W. (1989). »Research in Physical Medicine and Rehabilitation. II. The Conceptual Review of the literature or How to Read More Articles Than Your Ever Want to See in Your Entire Life.« In: *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. Nr. 2 68, S. 97–102.
- Fleßa, Steffen (2013). *Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre*. 3. Auflage. Band 1. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Gandesha, Aarti, Renata Souza, Robert Chaplin und Chloë Hood (2012). »Adequacy of training in dementia care for acute hospital staff.« In: *Nursing older People*. Nr. 4 24, S. 26–31.
- Gatter, Gerald und Antonia Croy (2005). *Leben mit Demenz. Praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung*. Wien: Springer.
- Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbh, GSP. (2008). *Projekt „Blickwechsel – Nebendiagnose Demenz“: Warum sich Krankenhäuser mit dem Thema Demenz beschäftigen sollten und was sie zur Verbesserung der Versorgung demenzkranker Patienten tun können – Sieben Gründe und sieben Empfehlungen*. Wuppertal: Stiftung Wohlfahrtspflege NRW.



- Gillen, Sally (2012). »Nurse specialists back government drive to transform dementia care.« In: *Nursing Standard* 26.31, S. 10.
- Godina, Bojan (2012). *Die phänomenologische Methode Husserls für Sozial- und Geisteswissenschaftler. Ebenen und Schritte der phänomenologischen Reduktion*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Greiling, Michael (2013). »Permanente prozessorientierte Planung der Patientenversorgung.« In: *Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I. Prozesse, Produktivität und Diversität*. Hrsg. von Ricarda B. Bouncken, Mario A. Pfannenstiel und Andreas J. Reuschl. Wiesbaden: Springer, S. 117–128.
- Greiner, Wolfgang (2011). »Gesundheitsökonomie: Über die rationale Allokation knapper Ressourcen im Versorgungsalltag.« In: *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. Hrsg. von Thomas Schott und Claudia Hornberg. Wiesbaden: Springer, S. 329–343.
- Grune, Tilman und Katrin Stein (2013). »Neurodegeneration und Alterungsprozesse.« In: *Biofunktionalität der Lebensmittelinhaltsstoffe*. Hrsg. von Dirk Haller, Tilman Grune und Gerald Rimbach. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 145–159.
- Grunert, Cathleen (2012). *Bildung und Kompetenz. Theoretische und empirische Perspektiven auf außerschulische Handlungsfelder*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Guba, Beate (2008). »Systematische Literatursuche.« In: *Wiener Medizinische Wochenschrift. Nr. 1-2* 158, S. 62–69.
- Guyatt, Gordon H., Andrew D. Oxman, Gunn E. Vist, Regina Kunz, Yngve Flack-Ytter, Pablo Alonso-Coello und Holger J. Schünemann (2008). »GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations.« In: *British Journal of Medicine. Nr. 7650* 336, S. 924–926.
- Gögel, Annette und Melanie Walther (2009). »„Wandern“ bei dementiell erkrankten Menschen als pflegerische Herausforderung im stationären Bereich.« In: *Pflegewissenschaftliche Schriften. Bremer Beiträge zur Berufspädagogik, Klinischen Pflegeexpertise und Familien- und Gesundheitspflege*. Hrsg. von Steve Strupeit und Nina Fleischmann. Norderstedt: Books on Demand, S. 77–113.
- Haas, Jen, Ruth Ritter-Rauch und Christoph Held (2009). *Herumwandern und Weglaufen. Schweizerische Alzheimervereinigung. Online*. URL: [http://www.alz.ch/tl\\_files/PDFs/PDF-D-Infoblatt/163\\_A\\_13\\_IB\\_Weglaufen\\_d.pdf](http://www.alz.ch/tl_files/PDFs/PDF-D-Infoblatt/163_A_13_IB_Weglaufen_d.pdf) (besucht am 5.7.2013).
- Haberstroh, Julia und Pantel Johannes Neumeyer Katharina (2011a). »Inhalte: Kommunikation mit demenzkranken Menschen.« In: Hrsg. von Julia Haberstroh und Johannes: Kommunikation bei Demenz – TANDEM Trainingsmanual. Pantel. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 39–77.
- (2011b). *Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Halek, Margarete und Sabine Bartholomeyczik (2006). *Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Hallpike, Beverly (2008). »Promoting good nutrition in patients with dementia.« In: *Nursing Standard* 22.29, S. 37–43.
- Hartmann, Marlis Glaus (2000). »Stigma.« In: *Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld*. Hrsg. von Silvia Käppeli. Band 3. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, S. 163–182.

- Hellbrück, Jürgen und Elisabeth Klas (2012). *Umweltpsychologie. Basiswissen Psychologie*. Hrsg. von Jürgen Kriz. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Higgins, Julian PT und Sally Green (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Version 5.1.0*. URL: <http://handbook.cochrane.org> (besucht am 30.5.2013).
- Hofmann, Werner (2013). »Demenz im Akutkrankenhaus: Was war neu 2012? Eine Literaturübersicht.« In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Nr. 3* 46, S. 198–202.
- Höffe, Otfried (2013). *Ethik. Eine Einführung*. München: Verlag C.H. Beck.
- Höwler, Elisabeth (2007). *Interaktion zwischen Pflegenden und Personen mit Demenz. Ein pflegedidaktisches Konzept für Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- (2008). *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Erleben und Strategien Pfleger*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Isfort, Michael, Jutta Klostermann, Danny Gehlen und Bianca Siegling (2014). *Pflege-Thermometer 2014. Eine Bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. URL: [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer\\_2014.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf) (besucht am 15.9.2014).
- Kastner, Michael (2013). »Ganzheitliches Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Strategische Bedeutung und Umsetzung im Rahmen des Personalmanagements.« In: *Handbuch Strategisches Personalmanagement*. Hrsg. von Ruth Stock-Homburg. 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Gabler, S. 521–552.
- Kirchen-Peters, Sabine (2013). *Akutmedizin in der Demenzkrise? Chancen und Barrieren für das demenzsensible Krankenhaus*. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
- Kraemer, Klaus (2008). *Die soziale Konstitution der Umwelt*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kriegel, Johannes (2012). *Krankenhauslogistik. Innovative Strategien für die Ressourcenbereitstellung und Prozessoptimierung im Krankenhauswesen*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Kropp, Klemens (2010). »Beziehungsgestaltung zum Patienten.« In: *Psychiatriepflege und Psychotherapie*. Hrsg. von Stephanie Amberger und Sybille C. Roll. Stuttgart: Georg Thieme, S. 97–102.
- Kunz, Regina, Bernard Burnand und Holger J. Schünemann (2008). »Das GRADE-System. Ein internationaler Ansatz zur Vereinheitlichung der Graduierung von Evidenz und Empfehlungen in Leitlinien.« In: *Der Internist Nr 6* 49, S. 673–680. URL: [http://www.gradeworkinggroup.org/\\_DE/docs/Schunemann\\_GRADE\\_Internist2008.pdf](http://www.gradeworkinggroup.org/_DE/docs/Schunemann_GRADE_Internist2008.pdf) (besucht am 29.5.2013).
- Kunz, Regina, Khalid S. Khan, Jos Kleijnen und Gerd Antes (2009). *Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen. Einführung in Instrumente der evidenzbasierten Medizin für Ärzte, klinische Forscher und Experten im Gesundheitswesen*. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Lippmann, Eric D. (2013). *Intervision. Kollegiales Coaching professionell gestalten*. 3., überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Livingstone, Gill und Claudia Cooper (2013). »The need for dementia care services.« In: *Designing and Delivering Dementia Services*. Hrsg. von Hugo de Waal, Constantine Lyketsos, David Ames und John O'Brien. West Sussex: John Wiley & Sons, S. 3–16.
- MacBain, James (2004). »Epistemic Analysis and the Possibility of Good Informants.« In: *Principia Nr. 2, Jg 8*, S. 193–211. URL: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/principia/article/download/14643/13390> (besucht am 30.5.2013).

- Mace, Nancy L. (2005). *Teaching Dementia Care. Skill and Understanding*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Menebröcker, Claudia, Jörn Rebbe und Annette Gross (2008). *Genuss im Alter. Kochen für Menschen mit Demenz*. Norderstedt: Books on Demand.
- Milne, Alison (2010). »The ‘D-word: Reflections on the relationship between stigma, discrimination and dementia.« In: *Journal of Mental Health* 19.3, S. 227–233.
- Moyle, Wendy, Sally Borbasi, Marianne Wallis, Rachel Olorenshaw und Natalie Gracia (2010). »Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective.« In: *Journal of Clinical Nursing* 20.3/4, S. 420–428.
- North, Klaus, Peter Friedrich und Maja Bernhardt (2009). *Die Gesundheitshebel. Partizipative Gesundheitsförderung in der Pflege*. Wiesbaden: Gabler.
- Nutley, Sandra, Davies Huw und Isabel Walter (2002). *Research Unit for Research Utilisation. Briefing Note 1: What is a conceptual synthesis?* URL: <http://www.ruru.ac.uk/pdf/Conceptual%20synthesis.pdf> (besucht am 30. 5. 2013).
- Olthoff, Jens J. und Martin Hinsch (2013). »Crew Resource Management (CRM) – Systematische Beherrschung der menschlichen Leistungsfähigkeit bei Flugzeugbesatzungen.« In: *Impulsgeber Luftfahrt. Industrial Leadership durch luftfahrtspezifische Aufbau- und Ablaufkonzepte*. Hrsg. von Martin Hinsch und Jens Olthoff. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 191–217.
- Panfil Eva-Maria, Ivanovic Nataša: Methodenpapier FIT-Nursing Care. Forschungs- und IT-gestützte Expertennetzwerk-Pfattform zur Unterstützung von Evidence-based Nursing. (2011). URL: [https://www.fit-care.ch/c/document\\_library/get\\_file?uuid=fed4ef2b-27cd-4044-ac2e-f31e12a068c6&groupId=10156](https://www.fit-care.ch/c/document_library/get_file?uuid=fed4ef2b-27cd-4044-ac2e-f31e12a068c6&groupId=10156) (besucht am 29. 5. 2013).
- Petticrew, Mark und Helen Roberts (2006). *Systematic Reviews in the Social Sciences. A Practical Guide*. Maden, Oxford, Victoria: Blackwell Publishing.
- Pierre, Michael St., Gesine Hofinger und Cornelius Buerschaper (2005). *Notfallmanagement. Human Factors in der Akutmedizin*. Heidelberg: Springer.
- Pinkert, Christiane und Bernhard Holle (2012). »Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen.« In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Nr. 8*, S. 728–734.
- Ressing, Meike, Maria Blettner und Stefanie J. Klug (2009). »Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen.« In: *Deutsches Ärzteblatt* 106.27, S. 456–464. URL: <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=65225> (besucht am 30. 5. 2013).
- Rice, Kathleen, Merrick Zwarenstein, Lesley Gotlib Conn, Chris Kenaszchuk, Ann Russell und Scott Reeves (2010). »An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: A comparative qualitative study.« In: *Journal of Interprofessional Care* 24.4, S. 350–361.
- Robert Bosch Stiftung (2012a). *Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Auftaktveranstaltung*. URL: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/37166.asp> (besucht am 3. 8. 2013).
- (2012b). *Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Informationsflyer*. URL: [http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Demenz\\_im\\_Krankenhaus.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Demenz_im_Krankenhaus.pdf) (besucht am 3. 8. 2013).
- (2012c). *Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Verwandte Projekte*. URL: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/37166.asp> (besucht am 3. 8. 2013).
- Roes, Martina (2006). »Strukturen und Angebote in der Akutpflege.« In: *Strategien der Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung. Genesis, Strukturen und künftige Ausrichtung der Qualitätsentwicklung in der Betreuung von Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf*. Hrsg. von

- Steffan Görres, Martina Roes, Barbara Mittnacht, Maria Biehl und Silvia Klün. Heidelberg: C.F. Müller, S. 43–75.
- Rost, Friedrich (2012). *Lern- und Arbeitstechniken für das Studium*. 7., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Springer.
- Saarni, Samuli I, Bjørn Hofmann, Kristian Lampe, Dagmar Lühmann, Marjukka Mäkelä, Marcial Velasco-Garrido und Ilona Autti-Rämö (2008). »Ethical analysis to improve decision-making on health technologies.« In: *Bulletin of the World Health Organisation*. Nr. 8 86, S. 617–623.
- Schaub, Harald (2012). »Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und „Situation Awareness“ (SA).« In: Hrsg. von Petra Badke-Schaub, Gesine Hofinger und Kristina: *Human Factors. Psychologie sicheren Handelns in Risikobereichen*. Lauche. 2., überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 63–81.
- Schneider, Frank (2012). *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schneider, Frank, Peter Falkai und Wolfgang Maier (2011). *Psychiatrie 2020. Perspektiven, Chancen und Herausforderungen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schreiter, Daniel Paul (2009). *Der Event als Projekt. Ein Leitfaden zur Anwendung von Projektmanagement*. Hamburg: Coverport.
- Schubert, Cathy C., Malaz Boustani, Christopher M. Callahan, Anthony J. Perkins, Caroline P. Carney, Christopher Fox, Frederick Unverzagt, Siu Hui und Hugh C. Hendrie (2006). »Comorbidity Profile of Dementia Patients in Primary Care: Are They Sicker?« In: *Journal of the American Geriatrics Society* Nr. 1 54, S. 104–109.
- Schubert, Esther D. (2013). »Die Prozessanalyse mittels Service Blueprinting als Grundlage für ein Redesign der Prozesse eines OP-Bereichs.« In: *Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I. Prozesse, Produktivität und Diversität*. Hrsg. von Ricarda B. Bouncken, Mario A. Pfannenstiel und Andreas J. Reuschl. Wiesbaden: Springer, S. 34–68.
- Schwarz, Renate (2009). *Supervision und professionelles Handeln Pflegender*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schäufele, Martina, Leonore Köhler und Weyerer Siegfried Teufel Sandra (2008). »Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten: Potenziale und Grenzen.« In: *Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. Hrsg. von Ulrich Schneekloth und Hans-Werner Wahl. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, S. 103–146.
- Schölzel-Dorenbos, Carla J.M., Els J. Meeuwssen und Marcel G. M. Ode Rickkert (2010). »Integrating unmet needs into dementia health-related quality of life research and care: Introduction of the Hierarchy Model of Needs in Dementia.« In: *Aging and Mental Health* 14.1, S. 113–119.
- Schönberg, Gerlinde (2012). »Personalentwicklung im demografischen Wandel als Chance für das Krankenhaus.« In: *Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit. Die Verbindung von Prozessoptimierung und strategischem Personalmanagement im Krankenhaus*. Hrsg. von Bettina Dilcher und Lutz Hammerschlag. Wiesbaden: Springer, S. 231–258.
- Schönle, Christoph (2004). *Rehabilitation*. Hrsg. von Joachim Grifka. Reihe: Praxiswissen Halte- und Bewegungsorgane. Stuttgart: Georg Thieme.
- Schünemann, Holger J. (2009). »GRADE: Von der Evidenz zur Empfehlung. Beschreibung des Systems und Lösungsbeitrag zur Übertragbarkeit von Studienergebnissen.« In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* Nr. 6, Jg 103, S. 391–400. URL: [http://www.gradeworkinggroup.org/\\_DE/docs/Schunemann\\_GRADE\\_Zefq2009.pdf](http://www.gradeworkinggroup.org/_DE/docs/Schunemann_GRADE_Zefq2009.pdf) (besucht am 29. 5. 2013).

- Shen, Hsiu-Nien, Chin-Li Lu und Chung-Yi Li (2012). »Dementia Increases the Risks of Acute organ Dysfunction, Severe Sepsis and Mortality in Hospitalized Older Patients: A national Population-Based Study.« In: *PLoS ONE* 8 AND Jg. 7, S. 1–6.
- Sirsch, Erika (2011). »Geriatrische Prävention und Rehabilitation.« In: *Altenpflege*. Hrsg. von Ilka Köther. 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme, S. 99–112.
- Sprinks, Jennifer (2012). »Nurses at the forefront of drive to make wards dementia-friendly.« In: *Nursing Standard* 27.7, S. 12–13.
- Steigele, Waltraud (2012). *Bewegung, Mobilisation und Lagerung in der Pflege. Praxistipps für Bewegungsübungen und Positionswechsel*. Wien: Springer.
- Steinke, Ines (1999). *Kriterien qualitativer Forschung*. Weinheim, München: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung.
- Student, Johann-Cristoph und Annedore Napiwotzky (2011). *Palliative Care. Wahrnehmen – verstehen – schützen*. 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme.
- Sturdy, Deborah, Hazel Heath, Clive Ballard und Alistair Burns (2012). »Antipsychotic drugs in dementia: a best practice guide.« In: *Nursing Standard* 26.1, S. 1–16.
- Syska, Andreas (2006). *Produktionsmanagement. Das A-Z wichtiger Methoden und Konzepte für die Produktion von heute*. Wiesbaden: Gabler.
- Tangvik, R. J., A. B. Guttormsen, G S Tell und A. H. Ranhoff (2012). »Implementation of nutritional guidelines in a university hospital monitored by repeated point prevalence surveys.« In: *European Journal of Clinical Nutrition* 66.3, S. 388–393.
- Tew James, Jr. (2012). »Care Transitions and the Dementia Patient: A Model intervention Builds Communication, Trust – and Better Care.« In: *Generations – San Francisco* 4 AND Jg. 36, S. 109–112.
- The childrens hospital at Westmead (2012). *One to One (1:1) Nursing Care of Patients (Specialling). Policy and Procedure. 12.07.2012*. URL: <http://www.chw.edu.au/about/policies/pdf/2008-8040.pdf>.
- Thomas, Hywel (2010). »Attitudes of primary care team to diagnosing dementia.« In: *Nursing older People* 22.3, S. 23–27.
- Trummer, Ursula (2013). »Diversität am Arbeitsplatz Krankenhaus: Hemmschuh und Chance.« In: *Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I. Prozesse, Produktivität und Diversität*. Hrsg. von Ricarda B. Bouncken, Mario A. Pfannenstiel und Andreas J. Reuschl. Wiesbaden: Springer, S. 327–342.
- Tully, Claus J. (2003). *Mensch – Maschine – Megabyte: Technik in der Alltagskultur. Eine sozialwissenschaftliche Hinführung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Vries, Kay de (2013). »Communicating with older people with dementia.« In: *Nursing Older People* 25.4, S. 30–38.
- Wall, Anji (2009). »Including Persons with Alzheimer Disease in Research on Comorbid Conditions.« In: *IRB – Ethics and Human Research Nr. 1* 31, S. 1–6.
- Waller, Sarah (2012). »Redesigning wards to support people with dementia in hospital.« In: *Nursing older People* 24.2, S. 16–21.
- Wehling, Martin (2012). »Medikation im Alter. Kognitionseinschränkende Pharmaka.« In: *Der Internist Nr. 10* 53, S. 1240–1247.
- WHO/WPA (2002). *Verminderung von Stigma und Diskriminierung von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ein Technical Consensus Statement*. URL: [www.who.int/mental\\_health/media/en/790.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/790.pdf) (besucht am 12.12.2013).

- Wins, Thomas Lang-von, Claas Triebel, Ursula Gisela Buchner und Andrea Sandor (2008). *Potenzialbeurteilung. Diagnostische Kompetenz entwickeln – die Personalauswahl optimieren*. Heidelberg: Springer.
- Zollondz, Hans-Dieter (2011). *Grundlagen Qualitätsmanagement. Einführung in Geschichte, Begriffe und Konzepte*. 3. Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Zühlke-Robinet, Klaus (2013). »Werkzeuge und Vorgehensweisen zur Gestaltung der Dienstleistungsproduktivität – Eine Zwischenbilanz des BMBF-Förderschwerpunkts „Produktivität von Dienstleistungen“.« In: *Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I. Prozesse, Produktivität und Diversität*. Hrsg. von Ricarda B. Bouncken, Mario A. Pfannenstiel und Andreas J. Reuschl. Wiesbaden: Springer, S. 154–172.