



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Stefan Berger

Demenzgerechte Versorgung in den Spitälern und Kliniken

Bestandesaufnahme im Rahmen von Projekt 3.4 der Nationalen Demenzstrategie 2014–2019

Bern, September 2017



H+ Die Spitäler der Schweiz

Geschäftsstelle

Lorrainestrasse 4 A

3013 Bern

T 031 335 11 11

F 031 335 11 70

geschaeftsstelle@hplus.ch

www.hplus.ch

Autor: Stefan Berger

Übersetzungen: Marlyse Aubert (fr), Claudia Radczuweit (it)

Foto Titelbild: Shutterstock, Alexander Raths

Gestaltung: TOUCHPOINT Communication AG, Luzern



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
Zusammenfassung	3
Résumé	7
Riassunto	11
1 Einleitung	16
2 Das Sample	18
2.1 Aufnahmebereitschaft	19
2.2 Kennzahlen	20
3 Eintritt	21
3.1 Expertise	21
3.2 Empirische Befunde Gesamtbranche	22
3.3 Empirische Befunde Akutspitäler	23
4 Behandlungspfad und Outcome	25
4.1 Kriterien für einen demenzspezifischen Behandlungspfad	25
4.2 Spezifischer Behandlungspfad für ältere Patienten	25
4.2.1 Welche Gründe sprechen gegen einen Pfad für ältere Patienten?	26
4.3 Spezifischer Behandlungspfad für Patienten mit Demenz	26
4.3.1 Welche Gründe sprechen gegen einen Demenzpfad?	27
4.4 Outcome	27
4.4.1 Outcome bei An- und Abwesenheit eines Demenzpfades	28
4.4.2 Kritik	29
4.4.3 Empirische Befunde Akutspitäler	29
5 Behandlungsprozess	30
5.1 Entscheid über das Behandlungsziel	30
5.2 Guidelines und Empfehlungen	31
5.3 Delirprävention	33
5.4 Sturzprävention	34
5.5 Medikamente	35
5.5.1 Häufigkeit der Verabreichung bestimmter Medikamente	36
5.5.2 Unerwünschte Neben- oder Wechselwirkungen von Medikamenten	36
5.6 Nicht-medikamentöse Therapien	37
5.7 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	38
5.7.1 Wann sind freiheitsbeschränkende Massnahmen notwendig?	39
5.7.2 Diskussion	39
5.8 Fazit Behandlungsprozess	40
6 Infrastruktur	41
6.1 Expertise	41
6.2 Empirische Befunde	41
6.3 Fazit	43
7 Personal	44
7.1 Einleitung	44
7.2 Demenzspezifische Kompetenzen	44

7.2.1	Demenzgeschultes Personal pro Berufskategorie	44
7.2.2	Einschätzung des allgemeinen Wissensstandes über Demenz	45
7.3	Massnahmen der Betriebe	46
7.3.1	Sensibilisierung	46
7.3.2	Aktivitäten in der Weiter- und Fortbildung	46
7.3.3	Weitere Massnahmen im Bereich Personal	47
7.4	Unterstützende Dienste	48
7.4.1	Akutspitäler	48
7.4.2	Erwünschte Förderung unterstützender Dienste	49
7.5	Fazit	49
8	Austritt	51
8.1	Planung und Koordination	51
8.2	Kommunikation bei Austritt	52
8.2.1	Fazit	53
9	Nahestehende Bezugspersonen	54
9.1	Einbezug in Prozesse während des Spitalaufenthalts	54
9.2	Einbezug in die Austrittsplanung	55
9.3	Fazit	55
10	Handlungsbedarf aus Sicht der antwortenden Betriebe	56
10.1	Eigener Handlungsbedarf	56
10.2	Finanzierungsbedarf	56
10.3	Weitere Rahmenbedingungen	58
10.3.1	Präferenzen bezüglich der schweizweiten Vergabe von Leistungsaufträgen	58
10.3.2	Soll H+ aktiv werden?	59
10.4	Fazit	59
11	Schlussfolgerungen	61
Exkurs 1:	Patienten mit Demenz im Akutspital	63
Exkurs 2:	Patienten mit Demenz in der Rehabilitation	70
Exkurs 3:	Patienten mit Demenz in der Psychiatrie	75
Anhang 1:	Medizinische Statistik 2015	84
Anhang 2:	Tabellen und Abbildungen	85
Anhang 3:	Praxisbeispiele	87
	Quellenverzeichnis	88

Abstract

Im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie hat H+ bei seinen Mitgliedern, den Spitälern und Kliniken der Schweiz, eine Befragung zum Thema «Demenzgerechte Versorgung» durchgeführt. Die Mehrheit der antwortenden Betriebe und Betriebseinheiten sieht sich heute grundsätzlich in der Lage, Patientinnen und Patienten mit Demenz deren Bedürfnissen entsprechend zu versorgen. Von zentraler Bedeutung erweist sich die Existenz eines spezifischen Behandlungspfads für demenzbetroffene Patienten. Betriebe mit einem Demenzpfad berichten im Schnitt von einem besseren Behandlungsergebnis (Outcome) als Betriebe ohne Demenzpfad, insbesondere in Bezug auf die kognitiven Fähigkeiten des Patienten. Damit Demenzpfade weitere Verbreitung finden, braucht es Investitionen ins Personal, in die Infrastruktur und in die koordinierte Versorgung. Eine adäquate Abgeltung des Mehraufwands ist notwendig, um die bedarfsgerechte Versorgung von Patienten mit Demenz im Spital auch in Zukunft sicherzustellen. Dafür sollten die bestehenden Tarifstrukturen überprüft und ggf. angepasst werden.

Zusammenfassung

Einleitung

Der vorliegende Bericht basiert auf einer Mitgliederbefragung vom Frühjahr 2017 und ist im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie NDS 2014 – 2019 erstellt worden (Teilprojekt 3.4 «Förderung der demenzgerechten Versorgung in Akutspitälern»). Oberstes Ziel der NDS ist die Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten mit Demenz und der nahestehenden Bezugspersonen. Die mit der Krankheit einhergehenden Belastungen sollen reduziert werden, indem «flexible, koordinierte, qualitativ hochstehende und bedarfsgerechte Angebote während des gesamten Krankheitsverlaufs» sichergestellt werden (Broschüre NDS 2014-2019, S. 33).

Spitalaufenthalte aufgrund der *Hauptdiagnose* Demenz sind relativ selten. Weitaus häufiger kommt es vor, dass Patienten wegen eines anderen Leidens oder Gebrechens mit Demenz als Begleiterkrankung eintreten. Menschen mit Demenz im Spital sind also in den meisten Fällen *multimorbid*. Die Mitgliederbefragung soll ein möglichst umfassendes Abbild davon liefern, wo die Spitäler und Kliniken in der demenzgerechten Versorgung stehen. Der Fragebogen nimmt den *State of the Art* in der demenzgerechten Versorgung auf, lässt jedoch auch Raum für neue Aspekte. Angesprochen sind Mitglieder aller Spitalkategorien, nebst Akutspitälern also auch Institutionen der Psychiatrie, der Geriatrie, der Rehabilitation und anderer Spezialgebiete.

Sample

Von insgesamt 311 Fragebögen sind 74 retourniert worden, was einer Teilnahmequote von 24% entspricht. Alle Sprachregionen sind im Sample vertreten. 88% aller Antwortenden nehmen erklärermassen Patienten mit Demenz auf, wobei 70% über eine Notfallaufnahme verfügen, also aufnahmepflichtig sind. Drei Fünftel der Antworten stammen von Akutspitälern.

Gemäss Angaben von 40 Spitälern und Kliniken sind dort 2015 insgesamt 14'772 Patienten mit Demenz (PmD) statistisch erfasst worden, wovon 3'101 (21%) mit Hauptdiagnose und 11'671 (79%) mit Nebendiagnose Demenz. Der Anteil der PmD am Total der Hospitalisationen dieser Betriebe beträgt 5,5%. PmD sind im Schnitt 80,7 Jahre alt und zu 56% weiblich. 74% von ihnen treten über den Notfall ein. Die durchschnittliche Verweildauer der PmD beträgt 21,7 Tage (40 Betriebe); in Akutspitälern (20 Betriebe) liegt sie bei 11,8 Tagen.

Eintritt

Die demenzgerechte Behandlung im Spital setzt voraus, dass die Demenz entweder vorbekannt ist oder bei Eintritt erkannt wird. Ist beides nicht der Fall, besteht für Patienten mit Demenz während des Spitalaufenthalts ein erhöhtes Delirrisiko, mit entsprechend negativen Folgen für die kognitive Situation. Zur Abklärung stehen verschiedene Verfahren zur Verfügung, vom kognitiven Screening bis zum multidimensionalen Assessment. Das kognitive Screening scheint in der Praxis der Spitäler und Kliniken am besten verankert zu sein. 92% geben an, ein solches bei älteren Patienten systematisch (51%) oder in bestimmten Fällen (41%) durchzuführen. Die anderen Abklärungsarten – geriatrisches, gerontopsychiatrisches sowie neuropsychologisches Assessment – erreichen Quoten von je mindestens 50% Anwendung. Am häufigsten abgeklärt werden ältere Patienten bei Demenzverdacht und bei akuter Verwirrtheit oder Desorientiertheit (je über 75% «immer» oder «häufig»); geplante Eintritte werden erklärtermassen öfter abgeklärt (48% «immer»/«häufig») als Notfalleintritte (40% «immer»/«häufig»).

Behandlungspfad

Als Kriterien für einen spezifischen Behandlungspfad für Patientinnen und Patienten mit Demenz gelten im Rahmen dieser Befragung:

- die Anpassung des Behandlungsziels auf die Bedürfnisse der PmD,
- die räumliche Trennung der PmD von den übrigen Patienten,
- die Zuweisung der PmD an spezifisch geschultes Personal einer bestimmten Fachrichtung (primär: geriatrisch oder gerontopsychiatrisch) bzw. an ein interdisziplinär zusammengesetztes Team und
- die Koordination mit vor- und nachgelagerten Institutionen.

52% der Antwortenden sehen erklärtermassen einen spezifischen Behandlungspfad für Patienten mit Demenz vor. Die Mehrheit der betreffenden Betriebe, resp. ein Drittel aller Antwortenden, erklärt, einen solchen Pfad intern *und* koordiniert mit vor- bzw. nachgelagerten Institutionen zu beschreiten. 44% aller Antwortenden beantworten die Frage nach einem spezifischen Demenzpfad mit «nein», 4% geben keine klare Antwort. Akutspitäler halten gemäss eigenen Angaben zu 40% einen Demenzpfad bereit.

Outcome

Die Betriebe beurteilen *aus ihrer Sicht* den durchschnittlichen Behandlungs-Outcome bei Patienten mit Demenz nach jedem der vier Kriterien Kognition, Mobilität, Selbständigkeit und Allgemeiner Gesundheitszustand auf einer Skala von -3 (stark verschlechtert) bis +3 (stark verbessert). An dieser Stelle sei das Ergebnis für *Kognition* aufgeführt: 54% der Antwortenden meinen, die kognitive Situation von Patienten mit Demenz verbessere sich im Lauf der Behandlung. 27% halten sie für gleichbleibend, und 19% sind der Meinung, sie verschlechtere sich.

Die Ergebnisse unterscheiden sich, wenn auf An- oder Abwesenheit eines Demenzpfades geprüft wird: 40% der Betriebe *ohne* Demenzpfad schätzen, dass sich die kognitive Situation der PmD verbessert; 32% sehen eine Verschlechterung. Demgegenüber schätzen 65% der Betriebe *mit* Demenzpfad, dass sich die kognitive Situation der PmD verbessert, während nur 9% von ihnen eine Verschlechterung sehen.

Behandlungsprozess

Patienten mit Demenz und die ihnen nahestehenden Bezugspersonen werden, wenn immer möglich, in die Entscheidung über das Behandlungsziel einbezogen – erstere abhängig von der Urteilsfähigkeit. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird dabei weitherum praktiziert. Positiv fällt auch der relativ hohe Anteil der Antwortenden auf, die die Guidelines zur Delirpräven-

tion, zur Sturzprävention und zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen umsetzen. Benzodiazepine zwecks Sedierung des Patienten mit Demenz werden zurückhaltend eingesetzt. Die meisten antwortenden Betriebe haben ein Angebot an nicht-medikamentösen Therapien für Patienten mit Demenz, wobei dieses von rund der Hälfte noch unsystematisch angewandt wird. Gerade Akutspitäler haben hierbei – wie auch beim systematischen Medikationsabgleich – noch einen gewissen Nachholbedarf.

Als meistgenannte Herausforderung bei der demenzgerechten Versorgung erweist sich der Umgang mit belastenden Symptomen und irritierenden Verhaltensweisen (BPSD). Doch die Guidelines zur Diagnostik, Behandlung und Therapie von BPSD werden von einem Grossteil der antwortenden Betriebe bestenfalls punktuell angewandt. Dabei scheint eine konsequente Anwendung geeignet, ein besseres Behandlungsergebnis herbeizuführen. Dasselbe gilt für den systematischen Medikationsabgleich, mittels dem das Risiko von Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten reduziert werden kann. Schliesslich könnte eine noch bessere Anwendung der Empfehlungen zur Sturzprävention helfen, die Sturzhäufigkeit bei Patienten mit Demenz weiter zu reduzieren.

Infrastruktur

34% der Antwortenden verfügen erklärtermassen über eine Abteilung oder zumindest über einzelne Zimmer bzw. Betten eigens für Patienten mit Demenz. Annähernd so viele verfügen über eine geschlossene Abteilung (nicht nur für PmD), reiz- und lärmabgeschirmte Zimmer, geschützte Aufenthaltsräume im Innern und geschützte Aussenräume. 35% stellen Angehörigen ein Rooming-in zur Verfügung. Eine Vielzahl weiterer Einrichtungen wird genannt, die bei der Gestaltung des bedarfsgerechten räumlichen Settings für PmD hilfreich sein können. Die demenzgerechte Infrastruktur ist aber vielerorts noch ausbaufähig.

Personal

Die Hälfte der Antwortenden zieht erklärtermassen eine in Demenz geschulte Fachperson bei, die die Patientin mit Demenz von Anfang bis Ende des Spitalaufenthalts begleitet. Drei Fünftel erklären, situativ (d.h. vor allem nachts) auf die Eins-zu-eins-Betreuung zurückzugreifen. Solche Massnahmen gehen, gemäss Angaben der Betriebe, meist einher mit einer Erhöhung des Personalschlüssels.

Nur eine Minderheit, nämlich 45%, hält das innerbetrieblich vorhandene Wissen über Demenz für ausreichend. Akutspitäler schätzen das Wissen beim Personal etwas positiver ein als Spezialkliniken. Bei der Frage, welche Berufsgruppe mit welchen Anteilen über speziell geschultes Personal verfügt, schneidet der Sozialdienst in den Augen der Antwortenden am besten ab mit einem durchschnittlichen Anteil von 50%. Allerdings ist die Zahl der verwertbaren Angaben tief, weshalb von einem Bias auszugehen ist. Ärzten, Pflegenden und Therapeuten wird im Schnitt je ein Anteil von 20% zugeschrieben.

Die Mehrheit der antwortenden Betriebe bietet eigene fachspezifische Weiterbildungen an oder finanziert diese extern. Auch werden unterstützende Dienste, insbesondere Konsiliardienste, rege genutzt. Allen Anstrengungen zum Trotz scheint ein gewisses Ressourcenproblem bestehen zu bleiben, denn drei Fünftel der Antwortenden sehen beim Personal am ehesten Optimierungsbedarf.

Austritt

Die Frage, wie häufig Patienten mit Demenz nach dem Spitalaufenthalt eine gute Anschlusslösung finden, beantworten die Mitglieder wie folgt: 12% «immer», 63% «häufig», 22% «manchmal» und 3% «selten». Am häufigsten (von fast 90% «immer» oder «häufig») wird der Pflegedienst mit der Planung und Koordinierung des Austritts betraut. Dahinter folgen der spitalinterne

Sozialdienst und die behandelnde Ärztin. Oft arbeiten diese drei Akteure auch zusammen. Ebenfalls meist einbezogen werden der Patient selber und die nahestehende Bezugsperson (von über 95% «immer» oder «häufig»). Überwiegend «häufig», wenngleich nicht «immer» einbezogen werden das Pflegeheim und die Spitex.

In Bezug auf die Kommunikation bei Spitalaustritt scheinen die schriftliche Information und die Abgabe einer Medikamentenliste grossmehrheitlich Standard zu sein. Die mündliche Kommunikation hingegen gehört allem Anschein nach nicht überall zur gelebten Praxis.

Nahestehende Bezugspersonen

Nahestehende Bezugspersonen dienen praktisch immer als Informationsquelle. Sie werden vielfältig in Entscheid-, Behandlungs-, Pflege- und Betreuungsprozesse einbezogen. Der Einbezug wird zumeist positiv beurteilt. Da und dort scheint eine gewisse Diskrepanz zu bestehen zwischen erklärtem oder gewünschtem Einbezug in Prozesse einerseits, vorhandener Infrastruktur (Rooming-in, siehe oben) bzw. Pflege der Kommunikation (Austrittsplanung) andererseits. Knapp die Hälfte der Antwortenden berichten von gemeinsamen Gesprächen mit dem Patienten und den nahestehenden Bezugspersonen bei Austritt.

Handlungsbedarf aus Sicht der antwortenden Betriebe

99% der Antwortenden bejahen die Frage, ob Patienten mit Demenz generell mehr Aufwand benötigen als Patienten ohne Demenz. Wie erwähnt bekundet eine Mehrheit von ihnen Mühe, eine genügende Anzahl Berufspersonen zu stellen, die im Umgang mit Patienten mit Demenz ausreichend geschult und mit der notwendigen Erfahrung und Sensitivität ausgerüstet sind.

67% der Antwortenden sind der Meinung, die Kosten für die Behandlung von *Patienten mit Demenz* seien im geltenden Abrechnungssystem (in der Mehrzahl der Fälle: SwissDRG) nicht sachgerecht abgebildet. Gemeint ist insbesondere der Mehraufwand für Pflege, Therapie, Betreuung und Aufsicht. Ganz allgemein halten 76% die Behandlung von *älteren, polymorbiden Patienten* heute nicht für ausreichend finanziert. Mögliche Lösungsansätze deuten eher auf eine Anpassung der bestehenden Tarifstrukturen hin denn auf alternative Abrechnungsformen. Genannt werden etwa Zusatzentgelte für komplexe multimorbide Krankheitsbilder.

70% befürworten in Bezug auf die demenzgerechte Versorgung national einheitliche Regeln, am ehesten medizinische Empfehlungen. Ebenso viele würden es begrüssen, wenn für Akutgeriatrie und Gerontopsychiatrie schweizweit Leistungsaufträge vergeben würden.

Schlussfolgerungen

Die Mehrheit der antwortenden Spitäler und Kliniken sieht sich heute grundsätzlich in der Lage, Patientinnen und Patienten mit Demenz deren Bedürfnissen entsprechend zu versorgen. Von zentraler Bedeutung erweist sich die Existenz eines spezifischen Behandlungspfads für diese Patienten. Betriebe mit einem Demenzpfad berichten im Schnitt von einem besseren Behandlungsergebnis (Outcome) als Betriebe ohne Demenzpfad. Sie klären ältere Patienten häufiger auf Demenz ab und wenden die Empfehlungen der Fachgesellschaften zu Behandlung, Pflege und Betreuung von Demenzkranken systematischer an.

Damit Demenzpfade weitere Verbreitung finden, braucht es Investitionen ins Personal, in die Infrastruktur und in die koordinierte Versorgung. Eine adäquate Abgeltung des Mehraufwands ist notwendig, um die bedarfsgerechte Versorgung von Patienten mit Demenz im Spital auch in Zukunft sicherzustellen. Dafür sollten die bestehenden Tarifstrukturen überprüft und ggf. angepasst werden.

Résumé

Introduction

Le présent rapport repose sur une enquête auprès des membres de H+ réalisée durant le printemps 2017. Il a été élaboré dans le cadre de la Stratégie nationale en matière de démence (SND) 2014-2017 (Projet 3.4 Promotion de soins appropriés à la démence dans les hôpitaux pour soins aigus). L'objectif premier de la SND est d'améliorer la qualité de vie des patients et des aidants naturels. La charge liée à cette maladie doit être réduite, en assurant «des offres de soins flexibles, de qualité et adaptées au besoin tout au long de la chaîne de la prise en charge» (Brochure SND 2014-2019, p. 33).

Les hospitalisations en raison d'un *diagnostic principal* de démence sont relativement rares. Il est beaucoup plus fréquent de voir les patients admis à cause d'une autre affection ou d'une autre déficience, mais avec la démence pour diagnostic secondaire. Dans la plupart des cas, les patients atteints de démence sont *polymorbides*. L'enquête auprès des membres de H+ vise à livrer une image aussi complète que possible de la situation des hôpitaux et cliniques par rapport aux soins appropriés à la démence. Le questionnaire dresse un tableau de la situation, mais explore également de nouveaux aspects. L'enquête ne s'adresse pas seulement aux hôpitaux de soins aigus, mais aussi aux institutions psychiatriques, gériatriques, de réadaptation ou à d'autres structures spécialisées.

Echantillon

Sur 311 questionnaires adressés, 74 ont été retournés, soit une participation de 24%. Toutes les régions linguistiques sont représentées dans l'échantillon. 88% de l'ensemble des répondants déclarent accueillir des patients atteints de démence, alors que 70% disposent d'un service d'urgences et ont donc une obligation de prise en charge. Trois cinquièmes des réponses proviennent d'hôpitaux de soins aigus.

Selon les indications de 40 hôpitaux et cliniques, 14'772 patients atteints de démence ont été répertoriés en 2015 dans la statistique. Parmi eux, 3'101 (21%) présentaient la démence pour diagnostic principal et 11'671 (79%) pour diagnostic secondaire. La part des patients atteints de démence rapportée au total des hospitalisations de ces institutions s'élève à 5,5%. En moyenne, les personnes atteintes de démence ont 80,7 ans. 56% sont des femmes. 74% des personnes atteintes de démence sont admises en urgence. Leur durée moyenne de séjour est de 21,7 jours (40 institutions); dans les hôpitaux de soins aigus (20 établissements), elle est de 11,8 jours.

Admission

Pour qu'un hôpital puisse traiter la démence de manière appropriée, il doit avoir connaissance du diagnostic à l'avance ou le déterminer à l'admission. Si ce n'est pas le cas, le risque pour le patient de développer un délirium est plus élevé, avec les conséquences négatives que cela entraîne pour la situation cognitive. Diverses procédures sont à disposition, du screening des capacités cognitives à l'assessment multidimensionnel. Le screening des capacités cognitives semble être le plus répandu en pratique dans les hôpitaux et les cliniques. 92% indiquent le réaliser «systématiquement» (51%) ou «dans certains cas» (41%) sur les patients d'un certain âge. Les autres types de bilan – gériatrique, géronto-psychiatrique, neuropsychologique – atteignent des taux d'au moins 50%. Il apparaît qu'en cas de suspicion de démence, d'état confusionnel aigu ou de désorientation, une majorité de plus de 75% des répondants réalisent «toujours» ou «souvent» des bilans. Lors d'admissions planifiées, les screenings ou les assessments sont effectués de manière plus régulière (48% de «toujours» ou de «souvent») que lors d'entrées en urgence (40% de «toujours» ou de «souvent»).

Filière de traitement

Dans le cadre de ce sondage, une filière de traitement spécifique pour les patients atteints de démence correspond aux critères suivants:

- l'adaptation des objectifs de traitements aux besoins des patients atteints de démence,
- la séparation spatiale entre les patients atteints de démence et les autres patients,
- l'attribution des patients atteints de démence à du personnel spécialement formé dans une discipline particulière (avant tout gériatrique ou géronto-psychiatrique), resp. à une équipe interdisciplinaire et
- la coordination avec des institutions en amont et en aval.

52% des répondants prévoient une filière de traitement spécifique pour les patients atteints de démence. La majorité de ces établissements, soit un tiers des répondants, déclarent disposer d'une telle filière à l'interne *et* coordonnée avec les institutions en amont et en aval. 44% de tous les répondants affirment ne pas avoir de filière spécifique à la démence, 4% ne fournissent pas une réponse claire. Les hôpitaux de soins aigus sont 40% à indiquer en avoir une.

Résultat

Les établissements donnent leur propre évaluation de la moyenne des résultats de traitement des patients atteints de démence, pour chacun des quatre critères: situation cognitive, mobilité, autonomie et état de santé général sur une échelle allant de -3 (beaucoup moins bonne) à +3 (bien meilleure). Il convient ici de préciser le résultat pour la *situation cognitive*: 54% des répondants estiment qu'elle s'améliore au cours du traitement, 27% jugent qu'elle est stable et 19% qu'elle se péjore.

Les résultats présentent des différences selon que l'institution ait ou non une filière de traitement spécifique: 40% des établissements *ne disposant pas* d'une filière estiment que la situation cognitive des patients atteints de démence s'est améliorée, alors que 32% constatent une aggravation. Quant aux institutions *disposant* d'une filière, elles sont 65% à répondre que la situation cognitive s'est améliorée, alors que 9% d'entre elles seulement pensent qu'elle s'est péjorée.

Processus de traitement

Dans la mesure du possible, les patients atteints de démence et leurs aidants naturels sont impliqués dans la prise de décision, en tenant compte pour les premiers de leur capacité de discernement. La fixation de l'objectif du traitement est surtout le fait d'une collaboration interdisciplinaire. Autre point positif: la proportion relativement élevée de répondants qui appliquent les directives concernant la prévention du délirium, des chutes et la gestion des mesures limitant la liberté de mouvement. Les benzodiazépines sont utilisés avec parcimonie pour la sédation du patient atteint de démence. La plupart des établissements ayant répondu disposent d'une offre thérapeutique non médicamenteuse, mais la moitié d'entre eux n'y recourent pas systématiquement. Les hôpitaux de soins somatiques aigus en particulier ont un rattrapage à effectuer à cet égard, ainsi que dans la vérification systématique de la médication.

Le principal défi à relever pour la dispensation de soins appropriés à la démence concerne la gestion des symptômes lourds et des comportements irritants (SCPD). Mais les recommandations pour le diagnostic, le traitement et la thérapie des SCPD sont au mieux utilisés de manière ponctuelle par une grande partie des établissements ayant répondu. Une utilisation systématique paraît pourtant appropriée afin d'obtenir un meilleur résultat de traitement. Il en va de même de la vérification systématique des médicaments, qui peut réduire le risque d'effets secondaires et d'interactions. Enfin, une amélioration de l'application des recommandations concernant la prévention des chutes pourrait contribuer à diminuer la fréquence de ces dernières.

Infrastructure

34% des répondants déclarent disposer d'un service ou au moins de chambres ou de lits dédiés aux patients atteints de démence. Dans des proportions proches, ils déclarent avoir une unité fermée (pas consacrée exclusivement aux patients atteints de démence), des chambres isolées phoniquement et prévenant les distorsions perceptuelles, des lieux de séjour intérieurs protégés et des espaces extérieurs protégés. 35% proposent un «rooming-in» aux aidants naturels. Divers autres aménagements qui peuvent être utiles pour les patients atteints de démence sont également cités. L'infrastructure appropriée aux patients atteints de démence pourrait cependant être améliorée en maints endroits.

Personnel

La moitié des répondants affirment confier le patient atteint de démence du début à la fin du séjour à l'hôpital à un professionnel formé à cette maladie. Trois cinquièmes déclarent recourir selon la situation à une prise en charge 1:1 (en particulier la nuit). Les établissements indiquent que de telles mesures impliquent le plus souvent une hausse de la dotation en personnel.

Seule une minorité (45%) juge qu'à l'interne, les connaissances sur la démence sont suffisantes. A ce sujet, les hôpitaux de soins aigus livrent une estimation plus positive que les cliniques spécialisées. Par groupe professionnel, les répondants estiment que c'est le service social qui dispose de la plus forte proportion de personnel spécialement formé (50%). A noter que, sur ce point, le nombre de réponses utilisables est faible, ce qui déforme probablement le résultat. Les médecins, le personnel soignant et les thérapeutes sont crédités en moyenne d'un taux de personnel spécialement formé de 20%.

La majorité des établissements ayant répondu proposent des formations continues spécialisées ou en financent à l'externe. Il est également fait recours à des services de soutien, en particulier à des services de consultation. En dépit des efforts déployés, des problèmes de ressources semblent persister: trois cinquièmes des répondants estiment que le principal potentiel d'amélioration concerne le personnel.

Sortie

A la question de savoir dans quelle mesure les patients atteints de démence trouvent une bonne solution à l'issue de leur séjour hospitalier, les réponses sont les suivantes: 12% «toujours», 63% «souvent», 22% «parfois» et 3% «rarement». Le plus fréquemment (près de 90% répondent «toujours» ou «souvent»), c'est le service des soins qui planifie et coordonne la sortie. Suivent le service social (interne) et le médecin traitant. Il est courant que ces trois acteurs collaborent. Le patient lui-même et l'aidant naturel sont également le plus fréquemment associés (plus de 95% répondent «toujours» ou «souvent»). Par contre, la réponse «souvent» prédomine concernant l'implication du home et de l'aide et soins à domicile.

Pour une large majorité des répondants, une communication d'informations par écrit et une liste de médicaments semblent être la règle au moment de la sortie. De toute évidence, la communication orale n'est en revanche pas pratiquée partout.

Aidants naturels

Les aidants naturels sont presque toujours une source d'information. Très fréquemment, ils sont aussi diversement impliqués dans les processus de décision, de traitement, de soins et d'accompagnement. Cette intégration est la plupart du temps considérée comme positive. Ici ou là, on décèle un décalage entre l'implication dans les processus décrite et souhaitée d'une part et d'autre part les infrastructures disponibles (rooming-in, lire ci-dessus) et la communication (planification de la sortie). Une petite moitié des répondants rapportent avoir des entretiens avec les patients et les aidants naturels à la sortie.

Mesures à prendre du point de vue des établissements

Pour 99% des répondants, les patients atteints de démence nécessitent en général un investissement plus important que ceux qui ne souffrent pas de cette affection. Comme déjà relevé plus haut, une majorité déclare avoir de la difficulté à disposer d'assez de personnel suffisamment formé à la prise en charge des personnes atteintes de démence et doté de l'expérience et de la sensibilité nécessaires.

67% des répondants jugent que les coûts du traitement des *patients atteints de démence* ne sont pas représentés de manière appropriée selon le système actuel de rémunération (dans la majorité des cas: SwissDRG). Cela concerne en particulier les soins infirmiers, la thérapie, la prise en charge et la surveillance. De manière plus générale, 76% considèrent que le traitement des *patients âgé et polymorbides* n'est pas suffisamment financé. Comme solution possible, une adaptation des structures tarifaires existantes est préférée à des formes alternatives de facturation. Il est fait mention de rémunérations supplémentaires pour les tableaux cliniques complexes multimorbides.

Pour les soins appropriés à la démence, 70% des répondants sont ouverts à la fixation de règles uniformes pour toute la Suisse, et particulièrement à des recommandations médicales. Beaucoup seraient également favorables à des mandats de prestations au niveau national pour la gériatrie aiguë et la géronto-psychiatrie.

Conclusion

La majorité des hôpitaux et cliniques ayant participé estiment être en principe en mesure de soigner les patients atteints de démence répondant à leurs besoins. L'existence d'une filière spécifique de traitement pour ces patients apparaît centrale. Les établissements disposant d'un tel itinéraire «démence» font en moyenne état d'un meilleur résultat de traitement (outcome) que ceux qui n'en ont pas. Ils procèdent plus souvent à un dépistage de la démence chez les personnes âgées et appliquent plus systématiquement les recommandations des sociétés de discipline médicale pour le traitement, les soins et la prise en charge des personnes atteintes de démence.

Pour développer davantage de telles filières, il est nécessaire de procéder à des investissements dans le personnel, dans l'infrastructure et dans les soins coordonnés. Une indemnisation adéquate de cette charge supplémentaire est nécessaire afin que les hôpitaux puissent continuer d'offrir aux patients atteints de démence des soins conformes à leurs besoins. Pour ce faire, les structures tarifaires actuelles devraient être réexaminées et éventuellement adaptées.

Vous trouverez à la page suivante un exemple concret du service de gériatrie et de réadaptation gériatrique du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

Gériatrie aiguë et réadaptation gériatrique (CHUV Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne)

Le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) dispose d'un service de gériatrie et de réadaptation gériatrique. Il s'agit, pour quelque 600 patients âgés vulnérables par an (dès 75 ans), de réduire le risque de déclin fonctionnel, de réhospitalisation ou de placement prématuré en EMS. Et cela sachant que, dans plus de 90% des cas, l'admission se fait en urgence (95% viennent de leur domicile, 4-5% via le CHUV). Un assessment gériatrique se déroule à chaque admission. En cas d'indication correspondante, le patient reste dans le service de gériatrie¹ où il est pris en charge par une équipe interdisciplinaire. Près de trois patients sur cinq souffrent de limitations cognitives, 35% sont dans un état confusionnel aigu. 46% rentrent chez eux après le séjour.

Durant le traitement, les limitations cognitives du patient sont documentées et évaluées de manière systématique; les mesures prises (au niveau médical, des soins, de la médication, etc.) sont également consignées et examinées. Des colloques interdisciplinaires sont organisés deux fois par semaine. Le service de gériatrie collabore étroitement avec le service de liaison psycho-gériatrique. L'offre doit être constamment réexaminée et le cas échéant adaptée en fonction des besoins de la population.

Riassunto

Introduzione

Il presente rapporto si basa su un'inchiesta tra i membri effettuata nella primavera del 2017 ed è stato allestito nel quadro della Strategia nazionale sulla demenza SND 2014-2019 (progetto parziale 3.4 "Promozione di un'assistenza conforme alle esigenze in materia di demenza negli ospedali per cure acute"). L'obiettivo primario della SND è il miglioramento della qualità di vita dei pazienti affetti da demenza e delle persone di riferimento ad essi vicine. I carichi che vanno di pari passo con la malattia dovranno essere ridotti, assicurando "offerte di presa a carico flessibili, coordinate, di elevata qualità e conformi al bisogno lungo tutto il percorso terapeutico" (Opuscolo SND 2014-2019, p. 32).

Le degenze ospedaliere dovute alla *diagnosi principale* demenza sono relativamente rare. Sono molto più frequenti i casi di pazienti ricoverati a causa di un'altra affezione o infermità, con la demenza quale malattia concomitante. Nella maggior parte dei casi le persone affette da demenza negli ospedali sono dunque affette da diverse malattie (multimorbilità). L'inchiesta tra i membri dovrà fornire una raffigurazione possibilmente completa sulla situazione attuale dell'assistenza conforme alle esigenze in materia di demenza negli ospedali e nelle cliniche. Il questionario riprende lo *State of the art* nell'assistenza conforme alle esigenze in materia di demenza, lascia però spazio anche a nuovi aspetti. Esso si rivolge a membri di tutte le categorie ospedaliere, oltre agli ospedali di cure acute dunque pure agli istituti di psichiatria, geriatria, riabilitazione e altri settori specializzati.

Campione

Su 311 questionari in totale, ne sono ritornati 74, corrispondenti a una quota di partecipazione del 24%. Nel campione sono rappresentate tutte le regioni linguistiche. L'88% delle persone che hanno risposto dichiarano di accogliere pazienti affetti da demenza, ove il 70% di essi dispone di un reparto di pronto soccorso, vale a dire è tenuto ad ammettere i pazienti. I tre quinti delle risposte provengono da ospedali di cure acute.

¹ Critères d'admission: chutes à répétition dans les douze derniers mois, troubles de la marche et de l'équilibre, limitations cognitives (qui doivent être diagnostiquées de manière plus approfondie), état confusionnel aigu, sous-alimentation, pathologies multiples, médicaments multiples. Les patients très instables physiquement (par ex. hémorragie interne, angine de poitrine, septicémie sévère) ou psychiquement (par ex. forte tendance à se sauver, risque de suicide) ainsi que les patients au comportement très agressif ne sont pas pris en charge.

Secondo le informazioni ricevute da 40 ospedali e cliniche, nel 2015 le statistiche hanno registrato 14'772 pazienti affetti da demenza (pad), di cui 3'101 (il 21%) con diagnosi principale demenza e 11'671 (il 79%) con diagnosi secondaria demenza. In queste aziende la quota parte dei pad del totale di tutti i ricoveri costituisce il 5,5%. In media i pad hanno 80,7 anni e il 56% di essi è di sesso femminile. Il 74% di essi vengono ricoverati in regime d'urgenza. La durata media di permanenza dei pad è di 21,7 giornate (40 aziende); negli ospedali di cure acute (20 aziende) sono 11,8 giornate.

Ammissione

Il trattamento conforme alle esigenze in materia di demenza presuppone che la demenza sia nota prima dell'ammissione o che venga riconosciuta al momento dell'ammissione. In assenza di entrambe le condizioni, durante la loro degenza ospedaliera i pazienti affetti da demenza corrono un rischio accresciuto di delirio, con conseguenze negative corrispondenti per la situazione cognitiva. Per effettuare degli accertamenti sulla demenza sono disponibili diverse procedure, dallo screening cognitivo all'assessment multidimensionale. Tra tutte queste procedure sembrerebbe che lo screening cognitivo sia quella più utilizzata nella prassi degli ospedali e delle cliniche. Il 92% di essi afferma di effettuarlo sistematicamente nei pazienti più anziani (il 51%) o in determinati casi (il 41%). Le altre tipologie di accertamenti – assessment geriatrico, gerontopsichiatrico e neuropsicologico – raggiungono quote di almeno il 50% ognuna. Gli accertamenti vengono effettuati con maggior frequenza nei pazienti più anziani in caso di sospetta demenza e di stato confusionale o disorientamento (per ognuno oltre il 75% di risposte "sempre" o "spesso"); gli istituti dichiarano che gli accertamenti vengono effettuati più frequentemente nei casi di ricoveri pianificati (il 48% "sempre"/ "spesso") rispetto invece ai ricoveri d'urgenza (il 40% "sempre"/"spesso").

Percorso assistenziale

Nell'ambito della presente inchiesta quali criteri per un percorso assistenziale specifico per pazienti affetti da demenza s'intendono:

- l'adeguamento dell'obiettivo di trattamento ai bisogni della pad,
- la separazione spaziale delle pad dagli altri pazienti,
- l'attribuzione delle pad a personale specificamente formato di un determinato indirizzo (primariamente: geriatrico oppure gerontopsichiatrico) risp. a un'equipe interdisciplinare e
- il coordinamento con istituzioni ante- o postposte.

Il 52% delle aziende che hanno risposto dichiarano di prevedere un percorso assistenziale specifico per i pazienti affetti da demenza. La maggioranza delle aziende, vale a dire un terzo di tutte le aziende che hanno risposto, dichiara di seguire un tale percorso *sia internamente sia* in modo coordinato con istituzioni ante- e postposte. Il 44% di tutte le risposte riguardanti la domanda su un percorso specifico per la demenza era "no", il 4% non fornisce alcuna risposta chiara. Il 40% degli ospedali di cure acute, secondo le proprie informazioni, dispone di un percorso per pazienti affetti da demenza.

Outcome

Le aziende valutano dal proprio punto di vista l'outcome medio del trattamento dei pazienti affetti da demenza secondo ognuno dei quattro criteri di cognizione, mobilità, autonomia, stato generale di salute, su una scala da -3 (molto peggiorato) a +3 (molto migliorato). Inseriamo a questo punto il risultato per cognizione: il 54% delle risposte affermano che la situazione cognitiva di pazienti affetti da demenza migliora nel corso del trattamento. Secondo il 27% rimane stabile e il 19% è dell'avviso che peggiori.

I risultati sono diversi quando si verifica la presenza o l'assenza di un percorso per pazienti affetti da demenza: il 40% delle aziende che non dispongono di un percorso per pazienti affetti da demenza stimano che la situazione cognitiva delle pad migliora; il 32% nota un peggioramento. Il 65% delle aziende che dispongono di un percorso per pazienti affetti da demenza pensa invece che la situazione cognitiva dei pad migliora, mentre soltanto il 9% di esse nota un peggioramento.

Processo di cura

I pazienti affetti da demenza e le persone di riferimento a loro vicine vengono coinvolte per quanto possibile nella decisione – i primi a seconda della capacità di discernimento ancora esistente. Per quanto riguarda la decisione sull'obiettivo del trattamento, numerosi ospedali e cliniche praticano la collaborazione interprofessionale. Un aspetto positivo è pure la quota di risposte relativamente elevata per quanto concerne l'attuazione delle linee guida relative alla prevenzione del delirio, alla prevenzione delle cadute e alla gestione delle misure restrittive della libertà. L'impiego delle benzodiazepine allo scopo di sedare il paziente affetto da demenza è assai raro. La maggior parte delle aziende che hanno risposto offrono terapie non medicamentose per pazienti affetti da demenza, la metà delle aziende applica però in maniera poco sistematica tale offerta. Proprio gli ospedali di cure acute in tale contesto hanno ancora un certo bisogno di recuperare, lo stesso vale per la verifica sistematica della farmacoterapia.

La sfida più citata concernente l'assistenza conforme alle esigenze in materia di demenza è la gestione di sintomi gravi e di comportamenti irritanti (BPSD). Gran parte delle aziende che hanno risposto al questionario applica tutt'al più in maniera puntuale le linee guida riguardanti la diagnostica, il trattamento e la terapia di BPSD. Un'applicazione coerente appare invece utile, per un migliore risultato del trattamento. Il medesimo discorso vale per la verifica sistematica della farmacoterapia, che permette di ridurre il rischio di effetti collaterali e interazioni di medicinali. Un'applicazione ancora migliore delle raccomandazioni relative alla prevenzione delle cadute infine potrebbe aiutare a ridurre la frequenza delle cadute nei pazienti affetti da demenza.

Infrastruttura

Nel 34% delle risposte le aziende dichiarano di disporre di un apposito reparto o perlomeno di singole camere risp. letti per pazienti affetti da demenza. Quasi il medesimo numero di aziende dispone di un reparto chiuso (non solamente per pad), camere isolate contro gli stimoli e i rumori, locali soggiorno interni protetti e locali esterni protetti. Il 35% mette a disposizione dei pazienti il rooming-in. Viene elencato un gran numero di ulteriori istituzioni che possono essere utili nell'organizzazione del setting dei locali conforme alle esigenze in materia di demenza per i pad. In molte strutture l'infrastruttura conforme alle esigenze in materia di demenza può però ancora essere migliorata.

Personale

La metà delle aziende che hanno risposto dichiara di coinvolgere uno specialista formato in materia di demenza, che accompagna il/la paziente affetto/a da demenza dall'inizio alla fine della sua degenza ospedaliera. I tre quinti dichiarano di far capo in modo situativo (vale a dire soprattutto di notte) all'assistenza individuale. Tali provvedimenti, secondo le indicazioni delle aziende, di solito vanno di pari passo con un aumento del personale.

Solamente una minoranza, vale a dire il 45%, considera che le conoscenze esistenti in materia di demenza siano sufficienti. Gli ospedali di cure acute valutano le conoscenze del personale in modo leggermente più positivo rispetto alle cliniche specializzate. Per quanto riguarda la domanda a sapere quale gruppo professionale dispone di quale quota di personale formato, il servizio sociale raggiunge la migliore valutazione, con una quota parte media del 50%. Sono però

poche le informazioni utilizzabili, ragione per cui occorre partire dal presupposto che vi sia un errore. Medici, personale curante e terapisti in media raggiungono ciascuno una quota del 20%.

La maggioranza delle aziende che ha risposto offre corsi di perfezionamento specifici o finanzia corsi esterni. Le istituzioni fanno inoltre assiduo ricorso ai servizi di sostegno, in particolare ai servizi di consulenza. Nonostante tutti gli sforzi sembra permanere qualche problema di risorse, visto che secondo i tre quinti delle aziende che hanno risposto la maggiore necessità di ottimizzazione è nel settore del personale.

Dimissioni

Alla domanda a sapere con quale frequenza i pazienti affetti da demenza trovano una buona soluzione successiva alla degenza ospedaliera, le aziende rispondono come segue: il 12% "sempre", il 63% "spesso", il 22% "talvolta" e il 3% "raramente". Nella maggior parte dei casi (quasi il 90% di risposte per "sempre" o "spesso") è il servizio di cure infermieristiche ad essere incaricato della pianificazione e del coordinamento delle dimissioni. Seguono il servizio sociale interno dell'ospedale e il medico curante. Spesso questi tre attori si trovano pure a collaborare. Nella maggior parte dei casi vengono coinvolti anche il paziente stesso e la persona di riferimento ad esso vicina (oltre il 95% di risposte per "sempre" o "spesso"). Prevalentemente "spesso" vengono coinvolti l'istituto di cura e lo spitex.

Per quanto riguarda la comunicazione al momento delle dimissioni dall'ospedale, nella maggior parte dei casi lo standard sembra essere rappresentato dall'informazione scritta e dalla consegna di un elenco di medicinali. La comunicazione orale non sembra invece far parte ovunque della prassi vissuta.

Persone di riferimento vicine

Quasi sempre le persone di riferimento vicine fungono quale fonte d'informazione. Esse vengono coinvolte in maniere diverse nei processi decisionali, relativi alle terapie, alle cure e all'assistenza. Nella maggior parte dei casi il coinvolgimento è valutato positivamente. Qua e là sembra esserci una certa discrepanza tra il coinvolgimento nei processi dichiarato o desiderato da una parte e l'infrastruttura disponibile (rooming-in, vedi sopra) risp. la gestione della comunicazione (pianificazione delle dimissioni) dall'altra. Poco meno della metà delle risposte riferiscono di colloqui con il paziente e le persone di riferimento vicine al momento della dimissione.

Bisogno di agire dal punto di vista delle aziende che hanno risposto

Il 99% delle aziende hanno risposto affermativamente alla domanda a sapere se in generale per i pazienti affetti da demenza è necessario un dispendio maggiore rispetto ai pazienti non affetti da demenza. Come già menzionato, una maggioranza di essi afferma di avere difficoltà nel mettere a disposizione un numero sufficiente di professionisti sufficientemente formati nella gestione dei pazienti affetti da demenza e dotati della necessaria esperienza e sensibilità.

Secondo il 67% delle aziende che hanno risposto, l'attuale sistema di fatturazione (nella maggioranza dei casi si tratta di SwissDRG) non raffigurerebbe in maniera appropriata i costi per il trattamento di *pazienti affetti da demenza*. Il riferimento va in particolare al dispendio supplementare per le cure, le terapie, l'assistenza e la sorveglianza. In generale il 76% è dell'avviso che attualmente il finanziamento delle cure di *pazienti anziani con polimorbidità* non sarebbe sufficiente. Possibili approcci alla soluzione indicano un adeguamento delle strutture tariffali esistenti piuttosto che forme alternative di fatturazione. Si citano ad esempio remunerazioni supplementari per quadri clinici complessi, di multimorbidità.

Il 70%, per quanto riguarda l'assistenza conforme alle esigenze in materia di demenza, accoglierebbe favorevolmente delle regole unitarie a livello nazionale, soprattutto raccomandazioni

medico-sanitarie. La medesima percentuale sarebbe lieta se per la geriatria acuta e la gerontopsichiatria venissero conferiti mandati di prestazioni a livello svizzero.

Conclusioni

Attualmente la maggioranza degli ospedali e delle cliniche che hanno risposto al questionario fondamentalmente si considera in grado di assistere i pazienti affetti da demenza secondo i loro bisogni. L'esistenza di un percorso assistenziale specifico per questi pazienti si rivela essere di centrale importanza. Mediamente le aziende dotate di un percorso assistenziale per persone affette da demenza riferiscono di un risultato migliore del trattamento (outcome) rispetto alle aziende che non dispongono di tale percorso. Essi effettuano più frequentemente degli accertamenti relativi alla demenza sui pazienti anziani e applicano in modo più sistematico le raccomandazioni delle società specialistiche per quanto riguarda il trattamento, le cure e l'assistenza di pazienti affetti da demenza.

Per diffondere maggiormente i percorsi assistenziali per persone affette da demenza, occorre investire nel personale, nell'infrastruttura e nell'assistenza coordinata. Una remunerazione adeguata del dispendio supplementare è necessaria per garantire anche in futuro che negli ospedali i pazienti affetti da demenza siano assistiti conformemente alle loro esigenze. A tale scopo sarebbe necessario verificare le strutture tariffali esistenti ed eventualmente adeguarle.

1 Einleitung

Vor dem Hintergrund der demografischen Alterung und der absehbar starken Zunahme der Anzahl Menschen mit Demenz haben Bund und Kantone die Nationale Demenzstrategie NDS 2014 – 2019 lanciert.² Oberstes Ziel der NDS ist die Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und der nahestehenden Bezugspersonen. Die mit der Krankheit einhergehenden Belastungen sollen reduziert werden, indem «flexible, koordinierte, qualitativ hochstehende und bedarfsgerechte Angebote während des gesamten Krankheitsverlaufs» sichergestellt werden (Broschüre Nationale Demenzstrategie NDS 2014-2019, S. 33).

Spitalaufenthalte aufgrund der Hauptdiagnose Demenz sind relativ selten. Weitaus häufiger kommt es vor, dass Patienten³ wegen eines anderen Leidens oder Gebrechens mit Demenz als Begleiterkrankung eintreten. Menschen mit Demenz im Spital sind also in den meisten Fällen multimorbid. Wie internationale Untersuchungen zeigen, ist die Behandlung und Pflege von Patienten mit Demenz (PmD) im Spital aufwändiger und zeitintensiver als jene der Patientinnen ohne Demenz. Gemäss der *General Hospital Study* (GhoSt) der Robert Bosch Stiftung aus Baden-Württemberg von 2016 leidet fast jeder fünfte Krankenhauspatient über 65 Jahre an Demenz. Bei über der Hälfte der Betroffenen ist die Krankheit bei Eintritt nicht bekannt, was das Risiko von Komplikationen (Auftreten von Delir, Sturz, etc.) nachweislich erhöht. Vier von fünf PmD zeigen während des Spitalaufenthalts herausforderndes Verhalten wie etwa Nachtaktivität, Weglauftendenz, Angstzustände oder Aggressionen, was sich ebenfalls negativ auf das Behandlungsergebnis auswirken kann. In der Fachwelt spricht man von *Behavioralen und Psychologischen Symptomen der Demenz* (BPSD). Auch in Schweizer Akutspitälern messen Ärztinnen und Ärzte dem optimierten Umgang mit BPSD höchste Priorität bei, wie eine Befragung der Schweizerischen Alzheimervereinigung von 2015 ergab.⁴

Umso wichtiger erscheint vor diesem Hintergrund die Existenz eines spezifischen Behandlungspfades, der auf die Eigenheiten und Bedürfnisse von Patienten mit Demenz ausgerichtet ist. Dies beinhaltet vier wesentliche Aspekte: Erstens eine Anpassung des Behandlungsziels und der zu ergreifenden Massnahmen auf Bedarf und Situation der Patientin mit Demenz; zweitens die Zuweisung an spezifisch geschultes Personal, das im Umgang mit Demenz erfahren und mit der nötigen Sensitivität ausgestattet ist; drittens Räumlichkeiten, die auf Patienten mit Demenz zugeschnitten sind; viertens eine gute Austrittsplanung, möglichst koordiniert mit nachgelagerten Akteuren.

Wie meistern die Spitäler und Kliniken die Herausforderungen? Genügen die bestehenden Strukturen und Prozesse, um Behandlungsqualität und Sicherheit auch für Patienten mit Demenz zu gewährleisten? Entspricht die räumliche Situation den spezifischen Bedürfnissen von PmD? Ist ausreichend Personal vorhanden, sowohl an Zahl als auch in Bezug auf die Qualität? Funktioniert das Schnittstellenmanagement? Und *last but not least*: ist die angemessene Entschädigung einer bedarfsgerechten Behandlung von Patientinnen mit Demenz gewährleistet?

Um Antworten auf diese Fragen zu finden, hat H+ im Frühjahr 2017 seine Mitglieder befragt. Die Befragung sollte ein möglichst umfassendes Abbild davon liefern, wo die Spitäler und Kliniken in der demenzgerechten Versorgung heute stehen. Der Fragebogen war in Zusammenarbeit mit einer eigens für diese Umfrage einberufenen Expertengruppe entwickelt worden.⁵ Er nahm den *State of the Art* in der demenzgerechten Versorgung auf, liess jedoch auch Raum für neue Aspekte. Die Fragen waren mehrheitlich quantitativer, zu einem kleineren Teil qualitativer

² Nach Schätzungen leben in der Schweiz derzeit rund 110'000 Menschen mit Demenz, Tendenz steigend. Bis 2030 dürfte ihre Zahl wegen der demografischen Alterung auf über 190'000 angewachsen sein. Denn die Häufigkeit steigt nach dem 65. Altersjahr steil an. (Broschüre Nationale Demenzstrategie NDS 2014-2019, S. 18f.)

³ Nachfolgend sind Frauen immer mitgemeint, auch wenn nur die männliche Form verwendet wird. Umgekehrt gilt dasselbe. Je nach Situation wird auch das Kürzel PmD für *Patientinnen und Patienten mit Demenz* verwendet.

⁴ Demenz im Akutspital. Factsheet der Schweizerischen Alzheimervereinigung, Yverdon, 2015.

⁵ Die Gruppe besteht aus 17 Personen, inkl. des Autors dieses Berichts. Sie ist interdisziplinär und interprofessionell zusammengesetzt, und die verschiedenen Regionen der Schweiz sind vertreten.

Natur. Angesprochen waren Mitglieder aller Spitalkategorien, nebst Akutspitälern also auch Institutionen der Psychiatrie, der Geriatrie, der Rehabilitation und anderer Spezialgebiete.

Der vorliegende Bericht beruht auf der Selbstdeklaration der antwortenden Institutionen. Zu Beginn wird das Sample beschrieben, inklusive Kennzahlen der medizinischen Statistik, die für die Demenzthematik relevant sind. Es folgen die zentralen Themen Eintrittsmanagement, Behandlungspfad und Outcome. Gibt es Zusammenhänge, und wenn ja, welcher Art? Weiter werden die verschiedenen Aspekte beleuchtet, die die demenzgerechte Versorgung ausmachen: der Behandlungsprozess, die Infrastruktur, das Personal, einschliesslich Angebot und Inanspruchnahme von unterstützenden Diensten wie z.B. Konsiliardiensten, sowie das Austrittsmanagement. Der Einbezug der nahestehenden Bezugspersonen wird speziell thematisiert. Im vorletzten Kapitel des Hauptteils wird der Handlungsbedarf aus Sicht der antwortenden Betriebe aufgezeigt – für sich selbst und in Bezug auf die Rahmenbedingungen einschliesslich Finanzierung. Das letzte Kapitel des Hauptteils enthält die Schlussfolgerungen aus Sicht des Verfassers.

Die Gesamtbetrachtung wird ergänzt durch je einen Exkurs zur Situation in den Akutspitälern, in den Institutionen der Rehabilitation und in den psychiatrischen Kliniken. Alle genannten Kategorien sind von der Demenzthematik auf je ihre spezifische Weise betroffen. Auf die Akutsomatik richtet die Nationale Demenzstrategie ihr Augenmerk im Speziellen. Nennenswerte Abweichungen zur Gesamtheit der Spitäler und Kliniken werden im Hauptteil laufend ergänzt und diskutiert. Im Anhang befindet sich die Medizinische Statistik 2015, gefolgt von einem Tabellen- und Abbildungsverzeichnis sowie einem Quellenverzeichnis.

Bei der Auswertung der Ergebnisse wird jeweils auf die Anzahl Antworten pro Frage bzw. Frageblock abgestützt. Dabei wird das Total immer mit «N» bezeichnet, und dieses kann unterschiedlich ausfallen. Die Prozentangaben beziehen sich also auf das Total des jeweiligen Teilsamples und *nicht* auf das Total aller Antwortenden, ausser wenn anders vermerkt.

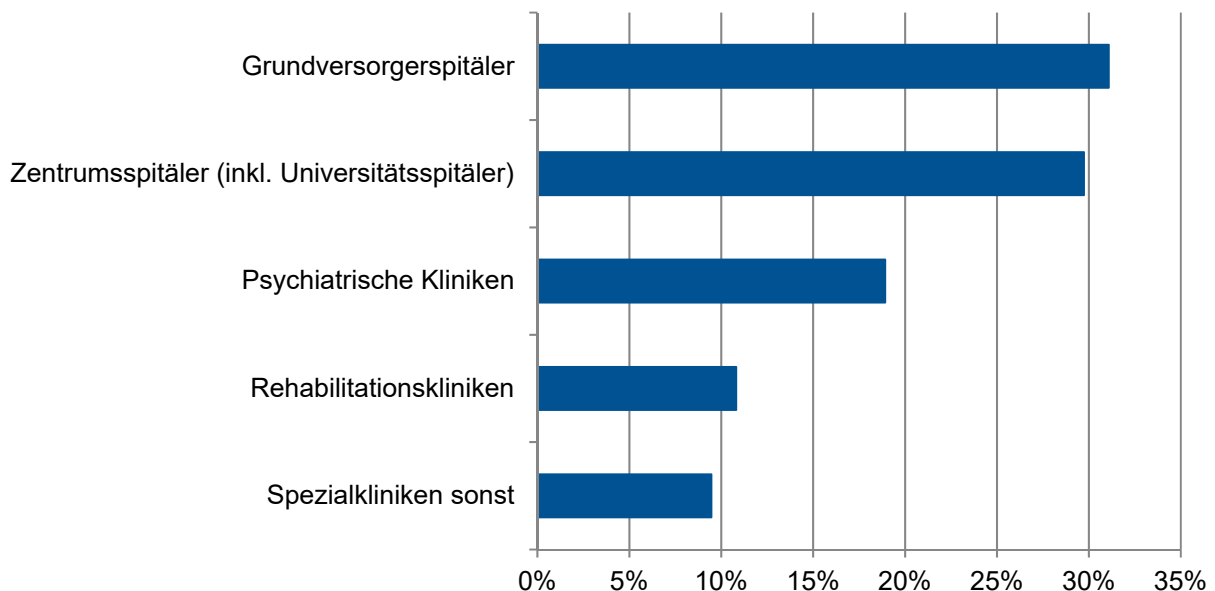
2 Das Sample

Die Mitgliederbefragung fand von Februar bis April 2017 online statt. Jedes Mitglied erhielt einen individuellen Link zum Fragebogen zugeschickt. Grundsätzlich richtete sich der Fragebogen immer an die Gesamteinstitution. Insbesondere bei Spitalgruppen und/oder Mehrspartenbetrieben lag es jedoch nahe, dass die Sichtweisen der verschiedenen Standorte und Abteilungen einfließen sollten. Pro Spitalgruppe resp. Mehrspartenbetrieb konnten daher auch mehrere Fragebögen beantwortet werden, wenn sich die beteiligten Sparten stark voneinander unterscheiden (z.B. Akutspital mit angeschlossener psychiatrischer Klinik, Akutspital mit angeschlossener Rehabilitationsklinik, etc.). Letztlich machten sieben Mitglieder von der Möglichkeit Gebrauch, den Fragebogen aus Sicht verschiedener Betriebseinheiten zu beantworten.⁶

Von 311 verschickten Fragebögen wurden 74 retourniert, was einer Teilnahmequote von 24% entspricht. Alle Sprachregionen einschliesslich der rätoromanischen sind vertreten. Nach Anzahl ausgefüllter Fragebögen macht die Ostschweiz inklusive Graubünden den grössten Anteil aus (22% der Antwortenden), gefolgt von der Nordwestschweiz (19%), dem Espace Mittelland und der Genferseeregion (je 16%), Zürich (15%) und der Zentralschweiz (11%). Das Tessin ist mit einer Spitalgruppe im Sample vertreten.

Drei Fünftel der retournierten Fragebögen stammen von Akutspitalern, zu fast gleichen Teilen von Grundversorgern und Zentrumsversorgern. Verglichen mit der BFS-Krankenhausstatistik von 2015 sind Akutspitäler im Antwortsample etwas stärker vertreten als in der Grundgesamtheit, Rehabilitationskliniken und andere Spezialkliniken etwas schwächer (siehe Abbildung 1). Zu den 22 Teilnehmenden der Kategorie Zentrumsspitäler (30% des Samples) zählen auch vier Universitätsspitäler mit insgesamt zehn retournierten Fragebögen. Von diesen zehn Antworten stammen sieben aus spezialisierten Abteilungen, nämlich Neurologie (eine), geriatrische Rehabilitation (zwei) und Psychogeriatric (vier). Unter den sieben sonstigen Spezialkliniken (9% des Samples) befinden sich drei chirurgische, zwei geriatrische, eine Augen- und eine Palliativklinik.

Abbildung 1: Teilnahme nach Spitalkategorie (N=74)



Blickt man auf die Anzahl Leistungsaufträge pro Fachbereich (siehe Tabelle 1 nachfolgend), so zeigt sich, dass je knapp die Hälfte von 69 Antwortenden einen Leistungsauftrag in Akutmedizin und in Chirurgie aufweisen. Zwei Fünftel verfügen über einen Auftrag in Akutgeriatrie. Dahinter

⁶ Spitalgruppen und Mehrspartenbetriebe haben wir im Vorfeld der Online-Befragung angefragt, uns die Koordinaten der für den einzelnen Standort resp. die jeweilige Abteilung zuständigen Person zu senden. Diese Personen erhielten dann ebenfalls je einen individuellen Link zum Fragebogen.

folgen die Fachbereiche Palliative Care, Neurologie, Gerontopsychiatrie und Psychiatrie allgemein mit Anteilen zwischen 25 und 30 Prozent. Auffallend die relativ starke Vertretung der Betriebe mit einem Auftrag in Palliative Care: Machen diese in der Grundgesamtheit nur etwa einen Zehntel aus, erreichen sie im vorliegenden Sample fast einen Drittel Anteil.

Der Anteil Betriebe mit (geronto-)psychiatrischem Auftrag ist leicht höher als der Anteil psychiatrischer Kliniken gemäss BFS-Typologie. Auch Betriebe mit einem Auftrag in Rehabilitation, insbesondere muskuloskelettaler und/oder geriatrischer Rehabilitation, sind anteilmässig stärker vertreten als die Rehabilitationskliniken nach BFS. Bezüglich beider Fachbereiche kommen also Mehrspartenbetriebe mit einem (zusätzlichen) Leistungsauftrag in Psychiatrie bzw. Rehabilitation hinzu.

Es bleiben die beiden relativ jungen Disziplinen Psychogeriatric und Gerontotraumatologie, die beide mit substantiellen Anteilen vertreten sind (10% resp. 6% der Antwortenden). Weiter unten werden wir sehen, dass gerade diesen Fachbereichen eine gewisse Eignung zugesprochen wird, Patienten mit Demenz entsprechend ihrem Bedarf zu versorgen (siehe Abschnitt 10.3).

Tabelle 1: Anzahl Leistungsaufträge pro Fachbereich (N=69)

	Anzahl	In Prozent des Totals
Akutmedizin*	33	48%
Chirurgie	31	45%
Akutgeriatrie	28	41%
Palliative Care	21	30%
Neurologie	19	27%
Gerontopsychiatrie	17	25%
Psychiatrie allgemein	17	25%
Muskuloskelettale Rehabilitation	13	19%
Geriatrische Rehabilitation	11	16%
Rehabilitation andere**	8	12%
Psychogeriatric	7	10%
Neurologische Rehabilitation	6	9%
Gerontotraumatologie	4	6%
Andere***: Langzeitpflege	2	3%
Total der Antwortenden	69	100%

*) darunter u.a.: Innere Medizin, Intensivpflege, Onkologie, Gynäkologie, Alkoholentzug

**) darunter: internistisch, kardial, kardiovaskulär, pulmonal, onkologisch

***) zusätzlich zum Leistungsauftrag Akutmedizin

Für die Auswertung des Bereichs Akutspitäler werden die Antworten der nicht-universitären Zentrumsspitäler, der Grundversorgerspitäler und – aufgrund ihrer Nähe zur Akutsomatik – auch der sonstigen Spezialkliniken berücksichtigt (Chirurgie, Akutgeriatrie, Ophtalmologie, Palliative Care). Dies ergibt ein Teilsample von 42 Häusern und Abteilungen. Die Antworten der Kategorie Universitätsspitäler finden dagegen nicht Eingang in dieses Teilsample – aufgrund des dortigen hohen Anteils spezialisierter Einheiten (Psychogeriatric, Rehabilitation, Neurologie).⁷

2.1 Aufnahmebereitschaft

65 Betriebe und Betriebseinheiten (88% aller Antwortenden) nehmen erklärermassen Patientinnen mit Demenz auf, wobei 52 (70%) über eine Notfallaufnahme verfügen, also aufnahmepflichtig sind. Die aufnehmenden Betriebe haben einen expliziten (35%) oder impliziten (53%) Leistungsauftrag zur Behandlung dieser Patienten. Neun Antwortende (12%) erklären, Patienten mit Demenz derzeit eher nicht aufzunehmen. Dabei handelt es sich aber kaum je um ein kategor-

⁷ Die Trennlinie zwischen «Akutspital» und «Spezialklinik» ist nicht eindeutig zu ziehen. So kann man Palliative Care mit gutem Grund als Spezialbereich auffassen und umgekehrt Neurologie und Psychogeriatric auch zum Akutbereich zählen. Die Unterscheidung erfolgt hier mit Blick auf die Demenzthematik.

isches «Nein». Aus den Anmerkungen und dem weiteren Antwortverhalten⁸ geht vielmehr hervor, dass auch diese Betriebe zumindest ausnahmsweise PmD behandeln – insbesondere wenn die Demenz noch nicht zu weit fortgeschritten ist.

Eine Rehabilitationsklinik erklärt, Patienten mit Nebendiagnose Demenz ggf. «im Rahmen einer akuten oder subakuten Hirnschädigung» wie Parkinson, Multiple Sklerose etc. aufzunehmen; die Nebendiagnose werde aber nicht immer erfasst. Für eine andere Rehabilitationsklinik stehen bestimmte kantonale Vorgaben im Weg. Eine Palliativklinik schreibt, sie sei architektonisch nicht auf Patienten mit z.B. Weglauftendenz eingerichtet; ggf. könne sie aber Patienten mit Demenz am Lebensende aufnehmen.

2.2 Kennzahlen

Die Mitglieder wurden gebeten, bestimmte Kennzahlen der Medizinischen Statistik des BFS aus dem Erhebungsjahr 2015 anzugeben. 40 Spitäler und Kliniken machten entsprechende Angaben. 2015 wurden dort insgesamt 14'772 Patienten mit Demenz statistisch erfasst (Anzahl Hospitalisationen), wovon 21% mit Hauptdiagnose und 79% mit Nebendiagnose Demenz.⁹ Eine Auswahl der Kennzahlen sind in Tabelle 2 aufgeführt, sowohl für die Gesamtbranche als auch für die Akutspitäler. Alle abgefragten Kennzahlen befinden sich im Anhang 1.

Tabelle 2: Kennzahlen PmD: Medizinische Statistik des BFS, Jahr 2015

	Gesamtbranche (N=40)	Akutspitäler (N=20)
Anzahl Patienten mit Demenz (PmD)*	14'772	8'419
davon Hauptdiagnose	3'101 (21%)	1'560 (19%)
davon Nebendiagnose	11'671 (79%)	6'859 (81%)
Anteil Frauen mit Demenz	56%	51%
Anteil Notfalleintritte PmD	74%	66%
Anteil PmD an Patienten über 64jährig	14%	14%
Anteil PmD an Patienten insgesamt	5,5%	5,2%
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer PmD	21,7 Tage	11,8 Tage
Durchschnittsalter PmD	80,7 Jahre	82,6 Jahre

*) Anzahl Hospitalisationen. Der Anteil PmD mit zwei und mehr Hospitalisationen beträgt rund 20%, sowohl in der Gesamtbranche als auch innerhalb der Akutspitäler (vgl. Anhang 1.2).

Die relativ hohe durchschnittliche Verweildauer von PmD in der Gesamtbranche erklärt sich dadurch, dass die Hälfte der 40 antwortenden Betriebe den Kategorien Psychiatrie oder Rehabilitation angehört. In den Akutspitälern verweilen die Patienten annähernd halb so lange. Abgesehen davon zeigen sich in den aufgeführten Kennzahlen nur geringfügige Unterschiede.

Drei Mitglieder stellen die Datenqualität zum Thema Demenz wegen der ihrer Meinung nach inadäquaten Kodierung in Frage. Ein Mitglied bringt dies so zum Ausdruck:

«Nach den heutigen Regeln des ICD 10 GM werden die Demenzen diffus und falsch in sehr vielen verschiedenen somatischen oder neurologischen Codes erfasst, in denen die psychiatrischen Komplikationen [...] nicht kodiert sind. Das verfälscht die Demenzstatistik und führt zu Fehlplanungen und Fehlfinanzierungen. [...]»

Ob man diese Einschätzung teilt oder nicht – Tatsache ist, dass die Anzahl der antwortenden Betriebe relativ klein ausfällt und ihre Zusammensetzung nach Spitalkategorien nicht derjenigen der Grundgesamtheit entspricht: Akutspitäler sind unterrepräsentiert. Von daher ist kaum davon auszugehen, dass die aufgeführten Zahlen die Realität, bezogen auf Patienten mit Demenz, eins zu eins wiedergeben. Bestenfalls geben sie einen Anhaltspunkt über die ungefähren Grössenverhältnisse.

⁸ Zuweilen beträgt das Total bei den nachfolgenden Frageblöcken mehr als 65, was zeigt, dass auch Betriebe, die Patienten mit Demenz «eher nicht» aufnehmen, sich an der Beantwortung dieser Fragen beteiligen.

⁹ Die Gruppe «Patienten mit Demenz» (Frauen waren jeweils mitgemeint) umfasste alle Hospitalisationen mit ICD-10-GM Codes F00-F03, G300-G309, G310 sowie G3182. Gefragt waren Haupt- und Nebendiagnose entsprechend den Variablen 1.6.V01 bis 1.6.V10 der Medizinischen Statistik des BFS.

3 Eintritt

Die erste Herausforderung liegt im Erkennen der Demenz. Der Deutsche Ethikrat (2016: 103ff.) konstatiert, dass Krankenhäuser anlässlich der Aufnahme von Patienten mit Demenz «oftmals» weder den Grad der demenziellen Erkrankung noch das genaue Profil der noch vorhandenen Fähigkeiten, Selbstbestimmungskompetenzen und Besonderheiten erfassen. Wenn als Folge davon im Behandlungsverlauf gravierende Fehler in der Kommunikation mit PmD passieren, könne dies bei ihnen zu zusätzlicher Verwirrung führen, ev. zu Delir (siehe weiter unten). Dies wiederum erhöhe das Risiko, dass Fähigkeiten, die zuvor noch bestanden hätten, verlernt würden und nach dem Krankenhausaufenthalt nur mühsam wiedererlangt werden könnten.

Experten wie zum Beispiel die an der erwähnten GHoSt Beteiligten empfehlen deshalb die systematische Durchführung kognitiver Screenings und Assessments bei Eintritt älterer Patienten, mit denen auch leichte demenzielle Störungen zuverlässig erkannt werden können. Im Hinblick auf die Delirprävention sollten die Tests auf weitere Risikofaktoren fokussieren, etwa Medikamenteneinnahme oder Schmerzempfinden. Denn «je besser Patientengruppen identifiziert und eingegrenzt werden, die besonders intensiver Betreuung und Pflege bedürfen, umso leichter lassen sich vorhandene Ressourcen bündeln und fachübergreifende Versorgungsschwerpunkte mit speziell geschultem Personal einrichten.» (GHoSt 2016, S. 6).

3.1 Expertise

Welche Expertise, bzw. welche Kombination von Expertisen ist bei der Diagnose, Behandlung und Therapie von Patienten mit Demenz speziell gefragt? Eine eingehende Diskussion dieser Frage muss aus Platzgründen unterbleiben. An dieser Stelle fokussieren wir auf drei Disziplinen: die Geriatrie, die Gerontopsychiatrie und die Neurologie. Zwischen diesen dreien bestehen in der Realität viele Schnittmengen und Austauschbeziehungen. Auch sind im Lauf der Zeit daraus neue Fachrichtungen entstanden, so etwa die Neuropsychiatrie oder die Psychogeriatric.

Geriatrie ist «diejenige medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst» – bei der akutsomatischen Behandlung, bei der Prävention, bei der Rehabilitation und bei der palliativmedizinischen Behandlung.¹⁰ Das Hauptziel der geriatrischen Behandlung besteht in der Optimierung des funktionellen Status des älteren Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie. Geriatrische Medizin geht über einen organzentrierten Zugang hinaus und bietet polymorbiden älteren Patientinnen eine umfassende Betreuung in einem interdisziplinären Team. Daher werden Geriaterinnen und Geriater vorzugsweise auch bei der Diagnose und Behandlung von Patienten mit Demenz beigezogen. Geriatrisches Wissen fliesst in praktisch alle anderen Fachbereiche und Spitalkategorien ein.¹¹

Auch die *Gerontopsychiatrie* beschäftigt sich mit dem älteren Menschen, fokussiert dabei aber auf seine psychischen Erkrankungen.¹² Demenz und die im fortgeschrittenen Stadium öfter auftretenden schweren Verhaltensauffälligkeiten gehören zu den häufigsten Hauptdiagnosen der Gerontopsychiatrie, wobei meist somatische Begleiterkrankungen vorliegen. Die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) erachtet die Behandlung,

¹⁰ Der Wortlaut ist angelehnt an die Definition der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten (UEMS), siehe: <http://www.sfgg.ch/pages/de/definition-der-geriatrie.php>.

¹¹ Schweizweit gibt es drei rechtlich selbständige Spezialkliniken für Geriatrie und eine Vielzahl von geriatrischen Abteilungen von Akutspitälern, die sich zum Teil weiter ausdifferenzieren: Akutgeriatrie, Gerontotraumatologie, Psychogeriatric, geriatrische Rehabilitation, etc.

¹² Gemäss der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) handelt es sich bei der Gerontopsychiatrie um einen eigenständigen Teilbereich der Psychiatrie, der unter Einbezug der Forschungsergebnisse der Gerontologie und der Geriatrie ihre eigenen präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Strategien entwickelt. Siehe Grundposition der DGGPP zu Aufgaben und Zielen der Gerontopsychiatrie (2007). Schweizweit gibt es etwa 40 Einrichtungen für Gerontopsychiatrie, meist als separate Abteilung einer psychiatrischen (Universitäts-)Klinik.

Pflege und Therapie von Demenzkranken denn auch als zentrale Aufgabe der Gerontopsychiatrie – schon aufgrund der psychischen und Verhaltensveränderungen im Krankheitsverlauf.¹³ Wie erwähnt besteht aber aufgrund der Multimorbidität dieser Patientinnen eine breite Überlappung der fachlichen Zuständigkeit insbesondere mit der Geriatrie und der Neurologie. Die regelmässigen Wechselwirkungen zwischen demenziellen, psychischen und körperlichen Syndromen legen gemäss Erlinger und Bergmann (2016) eine enge Zusammenarbeit zwischen Gerontopsychiatrie und Geriatrie nahe.

Die *Neurologie* befasst sich mit Erkrankungen des Zentralnervensystems, also von Gehirn und Rückenmark, sowie des peripheren Nervensystems. Demenzielle Erkrankungen befinden sich auch im Fokus der Neurologie, wobei die Grenze zur Psychiatrie fließend ist.¹⁴ Die Disziplin leistet einen bedeutenden Beitrag zur Diagnostik, zur Akutbehandlung und zur Rehabilitation von Patienten mit Demenz. Mittels neurologischer bzw. neuropsychologischer Assessments lassen sich Einschränkungen der Hirnfunktion präzise identifizieren und zuordnen, wodurch Demenz von anderen somatischen und psychiatrischen Syndromen abgegrenzt wird. Allerdings sind die Behandlungsmöglichkeiten der Demenz bis heute sehr begrenzt, und Heilung ist ausgeschlossen.

Wie werden ältere Patienten bei Spitaleintritt abgeklärt? Zur Erfassung einer Demenz gibt es verschiedene Arten von Screening-Tests, die aufgrund ihrer diagnostischen Performance empfehlenswert sind (Tsoi et al. 2015). Gemäss verschiedenen Quellen wird dabei der Mini-Mental-State-Test (MMST) oder Uhrentest am häufigsten eingesetzt. Er erlaubt es, wichtige kognitive (Dys-)Funktionen auf einfache und standardisierte Weise zu prüfen. Als weitere Methoden kommen beispielsweise der Mini-Cog, der ACE-R, der MOCA (zur Erfassung einer milden kognitiven Beeinträchtigung), FIM, DOS (Delirium Observation Screening), CAM, GDS (Mobilität), CIRS (Kommorbiditäten), NRS, der Aufmerksamkeitstest, der Sturzrisiko Score etc. zur Anwendung. Derartige Screenings sind auch Bestandteil von neuropsychologischen Assessments, jedoch in einem grösseren Kontext: nebst den kognitiven Beeinträchtigungen werden auch die emotionalen, motivationalen und behavioralen Folgen von Dysfunktionen des Gehirns bezüglich ihrer Art, Ausprägung und Dauer erfasst.

Für noch umfassendere Abklärungen, die auch die Austrittsplanung einschliessen, werden multidimensionale Assessments geriatrischer oder gerontopsychiatrischer Spezifität angewandt.¹⁵ Mit «multidimensional» sind die fünf Dimensionen des Gesundheitszustands gemäss WHO gemeint: die körperliche, psychische, soziale, ökonomische und die funktionelle Dimension. Der «Konsensus 2012 zur Diagnostik und Therapie von demenzkranken Menschen in der Schweiz» enthält eine Liste von Indikationen für ein weitergehendes fachärztliches bzw. interdisziplinäres Assessment (Monsch et al. 2012).

3.2 Empirische Befunde Gesamtbranche

Die Frage an die Mitglieder lautet, ob sie bei Patienten ab einem gewissen Alter¹⁶ spezifische Abklärungen durchführen, und wenn ja, ob systematisch, in bestimmten Fällen oder ausnahmsweise. Die nachfolgende Tabelle fasst die Antworten zusammen (n=66).

¹³ Diese Einschätzung wird von Vertreterinnen und Vertretern der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und –psychotherapie (SGAP) geteilt. Von Gunten (2013 zitiert nach NZZ) zufolge ist Demenz eine Hirnkrankheit, die sich im psychiatrischen Feld – in Kognition, Emotionen und Verhaltensänderungen – kundtut und damit ebenfalls zur Psychiatrie gehört.

¹⁴ Siehe z.B. Marco Mumenthaler, Heinrich Mattle: *Neurologie*. Thieme, Stuttgart 2008

¹⁵ Fürs geriatrische multidimensionale Assessment siehe z.B. das St. Galler Geriatriekonzept (Münzer 2008). Fürs gerontopsychiatrische multidimensionale Assessment siehe z.B. Kipp (2002).

¹⁶ Es wird hier bewusst keine Altersgrenze angegeben oder abgefragt. Eine entsprechende Frage wird im Zusammenhang mit den Patientenpfaden gestellt (siehe weiter unten).

Tabelle 3: Abklärungen bei Eintritt: Häufigkeit nach Art der Abklärung (N=66)*

	systematisch	in bestimmten Fällen	ausnahmsweise	nie	weiss nicht
kognitives Screening	51%	41%	3%	5%	0%
geriatrisches multidimensionales Assessment	26%	39%	11%	15%	9%
gerontopsychiatrisches multidimensionales Assessment	24%	26%	15%	23%	12%
neuropsychologisches Assessment	6%	47%	11%	18%	18%

*) **Lesebeispiel:** Von 66 Betrieben bzw. Betriebseinheiten, die Angaben zum kognitiven Screening machen, antworten 51%, sie führten ein solches «systematisch» durch.

Das kognitive Screening scheint in der Praxis der Spitäler und Kliniken am besten verankert zu sein. Von 66 Antwortenden geben 92% an, ein solches systematisch (51%) oder in bestimmten Fällen (41%) durchzuführen. Der Anteil derjenigen, die erklärtermassen «nie» ein kognitives Screening durchführen, liegt bei 5%. Die anderen Abklärungsarten – geriatrisches, gerontopsychiatrisches sowie neuropsychologisches Assessment – finden weniger verbreitet Anwendung, erreichen aber immer noch Quoten von je mindestens 50% «systematisch» oder «in bestimmten Fällen».

In welchen Fällen wird ein Screening oder Assessment durchgeführt? Das Antwortmuster zeigt, dass die überwiegende Mehrheit bei *Demenzverdacht* und bei *akuter Verwirrtheit oder Desorientiertheit* Abklärungen erklärtermassen «immer» oder «häufig» durchführt (80% bzw. 76%). Bei Multimorbidität und psychischer Instabilität sind es noch je 55% «immer» oder «häufig». Andere Kriterien (körperliche Instabilität, Polymedikation, Verdacht auf Schmerzen, Verdacht auf Fraktur) erreichen je eine Quote zwischen 32% und 45% «immer»/«häufig». Ferner werden bei geplanten Eintritten Screenings oder Assessments öfter durchgeführt (48% «immer» oder «häufig») als bei Notfalleintritten (40% «immer» oder «häufig»¹⁷).

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Durchführung von Screenings und Assessments einerseits, dem Aufkommen von Delir während der Behandlung und dem Outcome bezüglich der kognitiven Situation des Patienten andererseits? Diese Fragen werden an geeigneter Stelle ausführlich diskutiert. Hier sei vorweggenommen, dass in Bezug auf die Delirhäufigkeit ein Zusammenhang kaum ersichtlich ist; hingegen gibt es Indizien, dass solche Abklärungen einen Einfluss auf das Outcome haben könnten.

3.3 Empirische Befunde Akutspitäler

36 von 37 antwortenden Betrieben und Betriebseinheiten (97%) führen bei Eintritt von älteren Patienten erklärtermassen «systematisch» oder «in bestimmten Fällen» (je 48,5%) ein kognitives Screening durch. 78% unterziehen ältere Patienten eigenen Angaben zufolge «systematisch» (27%) oder «in bestimmten Fällen» (51%) einem geriatrischen multidimensionalen Assessment. Diese Anteile sind bei den Akutspitälern also etwas höher als im Gesamtsample. Erneut erweisen sich Demenzverdacht und akute Verwirrtheit als die hauptsächlichen Anlässe, bei denen solche Abklärungen erklärtermassen durchgeführt werden (je 92% «immer» oder «häufig»). Wiederum niedrig fällt jedoch die Quote aus, mit der Notfalleintritte immer oder häufig auf kognitive Defizite abgeklärt werden – mit 33% sogar noch tiefer als im Gesamtsample. Demgegenüber erreichen geplante Eintritte einen Anteil von 46%, also fast gleich wie im Gesamtsample.

¹⁷ Bei der Frage nach der Häufigkeit von Notfallabklärungen wurde das Total (100%) auf die 52 Betriebe festgelegt, die erklärtermassen über eine Notfallaufnahme verfügen.

Ein Regionalspital fasst seine Praxis betreffend Abklärungen bei Eintritt älterer Patienten wie folgt zusammen:

Eine vertiefte neuropsychologische Abklärung wird stationär nur bei Demenzverdacht durchgeführt. MMS/Uhrentest wird bei allen Patienten durchgeführt, wenn ein Verdacht auf Delir besteht, wird CAM durchgeführt. Bei allen Patienten über 70 Jahren wird von der Pflege im gesamten Spital (auch von den anderen Kliniken) ein (DOS) in den ersten drei Tagen durchgeführt.

Zum selben Thema führt ein Universitätsspital aus:

Auf der *Notfallstation* bekommen alle Patienten über 65 Jahren eine Aufmerksamkeitstestung und weiterführende Abklärung, falls auffällig für Delirprävention. [...] *Abteilung Medizin*: Jeder Patient ab 70 erhält Uhrentest, DOS. *Chirurgie*: DOS ab 65 die ersten 3 Tage Delirkonsildienst. *Pflege*: mCAM-ED. *Multiprofessioneller Geriatischer Konsildienst* (APN und Geriater): Kognitionsabklärung entsprechend Fragestellung. *Alterstraumatologie*: Jeder Patient wird vom Geriater und/oder APN gesehen.

4 Behandlungspfad und Outcome

4.1 Kriterien für einen demenzspezifischen Behandlungspfad

Im jüngst erschienenen Buch «demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven» fassen Daniel Grob und Irene Bopp-Kistler (S. 391ff.) aus gerontologisch-ärztlicher Sicht die Anforderungen für eine demenzgerechte Spitalbehandlung zusammen. Jeder Routineeingriff – und vor allem die Abklärungen davor und die Pflege und Betreuung danach – sei bei Demenzkranken eine besondere Herausforderung und in der Gesamtheit kaum vorhersehbar. Von zentraler Bedeutung sei die Verfolgung eines interprofessionellen Behandlungspfads und -ziels,¹⁸ eine Medizin mit Augenmass und die Bereitschaft, das Behandlungsziel auf die spezifischen Bedürfnisse der Patienten mit Demenz abzustimmen. Diese müssten nicht jede mögliche Medizin erhalten, sondern eine situationsbezogene und dem jeweiligen Krankheitsstadium angemessene Medizin.

Weiter beinhalte ein demenzspezifischer Behandlungspfad zwingend ein räumliches und personales Setting, das auf diese Patienten speziell zugeschnitten sei (siehe auch Ethikrat 2016: 103ff.). Das Räumliche betrifft Aspekte wie Reiz- und Lärmabschirmung, Orientierungshilfe und Bewegungsfreiheit, das Personelle die fachlich-professionelle und persönliche Eignung derjenigen, die mit der demenzbetroffenen Patientin zu tun haben. Die Themen Infrastruktur und Personal werden in nachfolgenden Kapiteln ausführlich diskutiert.

Als Kriterien für einen spezifischen Behandlungspfad für ältere Patienten, bzw. für Patientinnen mit Demenz gelten im Rahmen der vorliegenden Befragung demnach:

- die Anpassung des Behandlungsziels auf die Bedürfnisse der betroffenen Patientin,
- die räumliche Trennung des Patienten,
- die Zuweisung der Patientin an spezifisch geschultes Personal einer bestimmten Fachrichtung bzw. an ein interdisziplinär zusammengesetztes Team und
- die Koordination mit vor- und nachgelagerten Institutionen.

In diesem Kapitel konzentrieren wir uns auf die Aspekte «räumliche Trennung» und «Zuweisung an spezifisch geschultes Personal». Was die Spezifität der Schulung betrifft, so grenzen wir das Spektrum ein auf die Fachrichtungen «geriatrisch», «gerontotraumatologisch», «gerontopsychiatrisch» und «neuropsychiatrisch». Als weiterer (alternativer) Aspekt steht die Frage im Raum, ob Patienten mit Demenz einem interdisziplinären, geriatrisch-gerontopsychiatrischen Team zugewiesen werden. Schliesslich haben die Befragten die Möglichkeit, eine Kategorie «Anders» anzukreuzen, verbunden mit der Bitte, dies näher zu bezeichnen. Die Antwortbatterie ist so angelegt, dass jeweils nur eine Antwort angekreuzt werden kann.

Mit Blick auf Patienten mit Demenz stellen wir zusätzlich die Frage, ob der Behandlungspfad nur spitalintern oder auch koordiniert mit vor- und nachgelagerten Institutionen beschritten wird. Der Entscheid über das Behandlungsziel bei Patientinnen mit Demenz resp. die Frage, wer in den Entscheidungsprozess einbezogen wird, wird im Rahmen des Kapitels «Behandlungsprozess» abgehandelt.

Weitergehende Ein- und Ausschlusskriterien für die Existenz bzw. Nichtexistenz eines spezifischen Behandlungspfads sind nicht Gegenstand dieser Befragung.

4.2 Spezifischer Behandlungspfad für ältere Patienten

64% der insgesamt 69 Antwortenden erklären, sie hätten einen spezifischen Behandlungspfad für ältere Patienten; 36% verneinen dies. Von den 44 Antwortenden, die die Frage nach dem

¹⁸ Bopp-Kistler 2017, S. 399. – Siehe auch: «Heterogenität als Chance nutzen. Führungsaspekte für eine erfolgreiche interprofessionelle Kooperation im Spital», Krankenpflege 9/2016, S. 12ff.

Pfad für ältere Patienten bejahen, nennen 22 eine untere Altersgrenze: Der Mittelwert der Nennungen beträgt 65 Jahre. Gemäss 43% aller Antwortenden wird ein Pfad für ältere Patienten «abhängig vom vorliegenden Krankheitsbild» beschriftet; als Beispiele für relevante Krankheitsbilder werden etwa *Frailty* (Gebrechlichkeit), Delir, Altersfraktur, erhöhtes Sturzrisiko sowie neurologische Erkrankungen genannt. Seltener wird erklärt, dies geschehe «generell für ältere Patienten» (25%) und «sofern mehrere Krankheiten oder Gebrechen vorliegen» (18%).¹⁹

Auf die Frage, worin sich dieser Pfad von den übrigen Patientenpfaden unterscheide, erklären 58% aller Antwortenden, die älteren Patienten würden spezifisch geschultem Personal zugewiesen. 27% nennen dabei ein interdisziplinäres, geriatrisch-gerontopsychiatrisches Team, 18% gerontopsychiatrisch und/oder neuropsychiatrisch und 13% geriatrisch und/oder gerontotraumatologisch geschultes Personal. Das Kriterium der räumlichen Trennung nennen 36%, meist zusätzlich zu den oben erwähnten Kriterien.

4.2.1 Welche Gründe sprechen gegen einen Pfad für ältere Patienten?

Verschiedentlich wird angemerkt, dass das Alter allein kein Kriterium für das Beschreiten eines spezifischen Behandlungspfades sei. Jeder Patient müsse individuell angeschaut werden. Es brauche eine umfassende Beurteilung der Patientin und ihres Gesundheitszustandes, um daraus die nötigen Massnahmen abzuleiten. Aber nicht jeder ältere Patient brauche spezifische Abklärungen.

Aus Sicht einer Palliativklinik liegt die Priorität auf dem Erhalt der Lebensqualität für die letzten Tage, die einer Patientin noch bleibe, unbesehen vom Alter oder vom Krankheitsbild. Manchmal gebe es Kurzaufenthalter – selten Demenzbetroffene – bei denen man die schweren Symptome behandle, damit sie wieder nach Hause zurückkehren könnten.

Andererseits wird auch die Meinung geäussert, es sei durchaus wünschenswert, Behandlungspfade für ältere, multimorbide und kognitiv eingeschränkte Patienten zu generieren, bzw. die Abläufe zu optimieren. Ein Betrieb schreibt, man arbeite an der Schaffung eines regionalen Pools, dank dem diese Patienten vor Spitaleintritt triagiert werden könnten. Für Patientinnen mit Demenz sei man darauf bedacht, die nötige Fachexpertise einzuholen (Beizug eines Geriaters bzw. einer Gerontopsychiaterin, Planung einer geriatrischen Station etc.), dies insbesondere im Hinblick auf die Delirprävention.

4.3 Spezifischer Behandlungspfad für Patienten mit Demenz

36 von 69 Antwortenden (52%) sehen erklärtermassen einen spezifischen Behandlungspfad für Patienten mit Demenz vor. Die Mehrheit der betreffenden Betriebe und Betriebseinheiten, resp. ein Drittel aller Antwortenden, erklärt, einen solchen Pfad intern *und* koordiniert mit vor- bzw. nachgelagerten Institutionen zu beschreiten. Zu den letztgenannten zählen etwa Spitex, Hausärztl., Pflegeheim, Akutspital, Psychiatrische Klinik, Rehabilitationsklinik, etc. Rund ein Fünftel aller Antwortenden verfügt erklärtermassen nur hausintern über einen Demenzpfad. 30 Betriebe und Betriebseinheiten (44%) beantworten die Frage nach einem spezifischen Demenzpfad mit «nein», drei Betriebe (4%) geben keine klare Antwort.

Alle Betriebe *mit* Demenzpfad weisen Patienten mit Demenz erklärtermassen spezifisch geschultem Personal zu. Die Zuweisung erfolgt bei 25% der Antwortenden an ein interdisziplinäres, geriatrisch-gerontopsychiatrisches Team; 27% nennen entweder gerontopsychiatrisch bzw. neuropsychiatrisch oder geriatrisch bzw. gerontotraumatologisch geschultes Personal als zuständig. 25% aller Antwortenden erklären, Patienten mit Demenz von den übrigen Patienten räumlich zu trennen.²⁰

¹⁹ Bei dieser Frage können mehrere Antworten angekreuzt werden (Anmerkung des Verfassers).

²⁰ Zwei Antwortende nennen inhaltliche Kriterien des Patientenpfades: systematische Erfassung des Ist-Zustands, Anpassung der Medikation und der Medikamentenreserve.

4.3.1 Welche Gründe sprechen gegen einen Demenzpfad?

Wiederum wird es von verschiedener Seite als wünschenswert erachtet, einen spezifischen Behandlungspfad für Patientinnen mit Demenz zu beschreiten. Zur Begründung, weshalb sie selber (noch) keinen solchen Pfad aufweisen, führen manche Betriebe fehlende Ressourcen und Strukturen ins Feld (z.B. fehlende Räumlichkeiten, hohe Bettenauslastung²¹); weiter die zu geringe Zahl und zu kurze Verweildauer von Patienten mit Demenz bzw. die bisher fehlende Notwendigkeit für standardisierte Prozesse eigens für diese Patienten. Hinderlich sei auch, dass die Diagnose Demenz häufig nicht bekannt bzw. die Information darüber nicht vorhanden sei. Ein Betrieb schreibt, es sei zuweilen unklar, welches spezifische Fachwissen (geriatrisch, gerontopsychiatrisch, anderes) man ggf. beiziehen könnte.

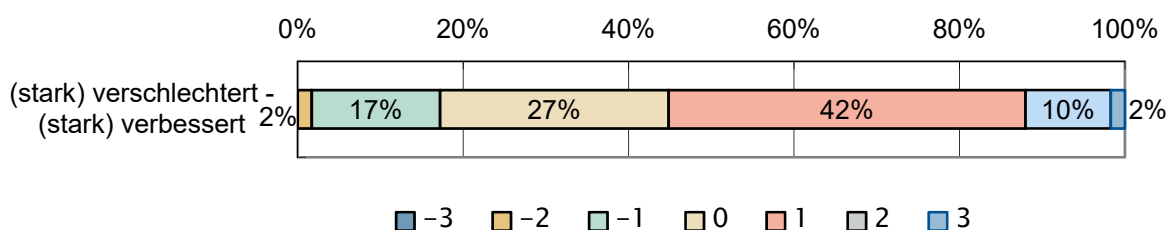
Weiter wird argumentiert, Patienten träten nicht wegen der Demenz ein, sondern aufgrund einer anderen Krankheit bzw. eines Unfalls; darauf richte sich dann der Patientenpfad aus. Eine Institution erklärt, Symptome einer Demenzerkrankung seien denjenigen einer neurologischen Erkrankung ähnlich, weshalb sie in den bestehenden neurologischen Pfaden erfasst würden. Eine andere Institution legt Wert darauf, dass man die Ausgrenzung der demenzkranken Patienten vermeiden wolle und aus diesem Grund auf einen spezifischen Demenzpfad verzichte.

4.4 Outcome

Die Mitglieder sind gebeten, den durchschnittlichen Behandlungs-Outcome bei Patienten mit Demenz nach jedem der vier Kriterien *Kognition*, *Mobilität*, *Selbstständigkeit* und *Allgemeiner Gesundheitszustand* auf einer Skala von -3 (stark verschlechtert) bis +3 (stark verbessert) zu beurteilen. Die Beurteilung beruht einzig auf der Selbstdeklaration und ist daher subjektiv. Die Antwortenden brauchen ihre Einschätzung nicht zu begründen.

Die Fragen nach dem Outcome werden von 61 Betrieben und Betriebseinheiten beantwortet. 13 Betriebe lassen diese Fragen unbeantwortet.

Abbildung 2: Kognitive Situation von Patienten mit Demenz (N=61)



54% der Antwortenden meinen, die *kognitive Situation* von Patienten mit Demenz habe sich im Lauf der Behandlung leicht (+1) bis stark (+3) verbessert. 27% halten die kognitive Situation für gleichbleibend, und 19% sind der Meinung, diese habe sich leicht (-1) bis mittel (-2) verschlechtert. Keiner der Antwortenden sieht eine starke (-3) Verschlechterung der kognitiven Situation.

Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn nach der *Selbstständigkeit im Alltag* am Ende des Spitalaufenthalts gefragt wird: 56 Prozent erklären, diese habe sich leicht (35%) bis mittel (21%) verbessert. 26 Prozent meinen, sie sei gleichgeblieben und 18 Prozent erklären, sie habe sich verschlechtert.

²¹ Ein Akutspital schreibt, das interdisziplinäre Bettenmanagement verunmögliche eine Zuteilung von Patienten mit schwererer Demenz. Einzig Patienten mit leichter Demenz könnten der Akutgeriatrie zugewiesen werden.

Noch vorteilhafter fällt in der Eigenwahrnehmung das Ergebnis aus, wenn nach der *Mobilität* und dem *allgemeinen Gesundheitszustand* von Patienten mit Demenz bei Austritt aus dem Spital gefragt wird:

- *Mobilität von Patienten mit Demenz*: 77 Prozent erklären, diese habe sich leicht (44%), mittel (30%) bis stark (3%) verbessert. 10 Prozent meinen, sie sei gleichgeblieben und 13 Prozent meinen, sie habe sich verschlechtert.
- *Allgemeiner Gesundheitszustand*: 76% der Antwortenden meinen, er habe sich im Lauf der Behandlung leicht bis stark verbessert. 17% halten den Outcome für gleichbleibend, und 7% sind der Meinung, dieser habe sich verschlechtert.

4.4.1 Outcome bei An- und Abwesenheit eines Demenzpfades

Gibt es Unterschiede in den Ergebnissen, wenn auf An- oder Abwesenheit eines Demenzpfades geprüft wird? Dazu untersuchen wir zum einen die 33 Betriebe und Betriebseinheiten, die die Frage nach Bestehen eines Demenzpfades mit «nein» oder «weiss nicht» beantwortet haben, und im Vergleich dazu die 36 Betriebe und Betriebseinheiten, die diese Frage bejaht haben.

Die Befunde lauten wie folgt:

- 40% der Betriebe *ohne* Demenzpfad schätzen, dass sich die kognitive Situation der PmD verbessert; 32% sehen eine Verschlechterung. Demgegenüber schätzen 65% der Betriebe *mit* Demenzpfad, dass sich die kognitive Situation der PmD verbessert, während 9% von ihnen eine Verschlechterung sehen.
- Bei den übrigen Outcome-Messungen (Mobilität, Selbständigkeit, Allgemeinzustand) ergeben sich ebenfalls Abweichungen. Betriebe ohne Demenzpfad schätzen das Outcome tendenziell schlechter ein als Betriebe mit Demenzpfad (siehe Anhang).
- Auf die Frage, in welchem Bereich sie für sich am ehesten Optimierungsbedarf sehen, nennen 23% der antwortenden Betriebe *ohne* Demenzpfad den Behandlungsprozess im Allgemeinen (gegenüber 15% der antwortenden Betriebe insgesamt, siehe Kapitel 10).
- Institutionen ohne Demenzpfad wenden Guidelines und Empfehlungen für die Behandlung von PmD erklärtermassen weniger häufig an als Institutionen mit einem Demenzpfad (siehe Abschnitt 6.2 des nachfolgenden Kapitels).

Von verschiedenen Institutionen wird angemerkt, das Outcome sei ohne systematische Durchführung von Ein- und Austrittserhebungen schwierig abzuschätzen. Es zeigt sich, dass Betriebe ohne Demenzpfad generell weniger häufig Screenings und Assessments zur Abklärung einer möglichen Demenz durchführen als Betriebe mit einem Demenzpfad. Zugleich liegt der Anteil derjenigen (39%), die das Erkennen einer Demenz zu den grössten Herausforderungen zählen, um rund 10% höher als im Gesamtsample (vgl. Kapitel 10).

Demgegenüber stellen Betriebe, die erklärtermassen systematisch ein geriatrisches, gerontopsychiatrisches oder neuropsychologisches Assessment beim Eintritt von älteren Patienten durchführen, zu 67% eine Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten von Patienten mit Demenz am Ende des Aufenthalts fest; eine Verschlechterung sehen lediglich 13% von ihnen.

Die systematische Durchführung von Eintrittsassessments bei älteren Patienten und das Vorliegen eines Demenzpfades gehen also einher mit einem – gemäss Selbstdeklaration – besseren Outcome für Patienten mit Demenz. Über die Kausalität und die Stärke des Zusammenhangs lässt sich aufgrund der vorliegenden Untersuchung nur mutmassen, jedoch keine wissenschaftlich fundierte Schlussfolgerung ziehen. Dazu wären weitere Analysen notwendig.

4.4.2 Kritik

Die Frage sei erlaubt: stimmen die positiven Einschätzungen des Outcomes mit der Realität überein? Zentral für die – subjektive – Wertung der antwortenden Betriebe ist die Wahl des Referenzwerts: Situation vor Spitaleintritt, Delirvorkommen während des Aufenthalts etc. Verschiedentlich wird angemerkt, dass sich Outcome-Messungen in der Akutsummatik vordringlich auf die Beurteilung der Behandlung der Primärerkrankung (Hauptdiagnose) bezögen und nicht (oder nur sekundär) auf die Demenz als solche.

Nicht auszuschliessen ist zudem, dass im Sample ein gewisses Bias zugunsten spezialisierter Fachbereiche vorliegen könnte. Gewisse Akutspitäler mit Spezialabteilungen der Neurologie oder der Akutgeriatrie machen geltend, sie beurteilten die kognitiven Aspekte sowohl bei Eintritt, während der Behandlung als auch bei Austritt sehr genau. Eine psychiatrische Klinik erklärt, bei den meisten ihrer Patienten werde durch geeignete Therapien eine Verbesserung der Verhaltensstörungen, des Tag-Nacht-Rhythmus und damit der Tagesaktivität und Vigilanz sowie der Lebensqualität insgesamt erreicht.

Eine geriatriische Klinik präzisiert, aus ihrer Sicht sei es schon positiv zu werten, wenn der kognitive Zustand stabil bleibe. Die Antworten seien abhängig vom Vorkommen eines Delirs und vom Schweregrad der Demenz. Folgt man dieser Argumentation, so kann eine deklarierte «leichte Verbesserung» der kognitiven Situation (+1) auch als «Stabilisierung» gedeutet werden.

4.4.3 Empirische Befunde Akutspitäler

Zwei von fünf Akutspitälern resp. 41% von insgesamt 39 Antwortenden, halten erklärermassen einen spezifischen Pfad für Patienten mit Demenz bereit. Die Zuweisung an ein interdisziplinäres, geriatrisch-gerontopsychiatrisches Team erweist sich erneut als hauptsächliches Charakteristikum solcher Pfade, so sie denn beschritten werden. 44% der Antwortenden stellen bei Patienten mit Demenz eine leichte bis starke Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten fest. Das sind 10% weniger als im Gesamtsample. 29% erklären, die kognitiven Fähigkeiten seien gleichgeblieben, und 27% stellen eine Verschlechterung fest. Bezüglich Selbständigkeit meinen 41%, diese habe sich verbessert – 15% weniger als im Gesamtsample – und 21% stellen eine Verschlechterung fest (gegenüber 19% im Gesamtsample).

Die übrigen Aspekte des Outcomes werden ähnlich positiv bewertet wie im Sample insgesamt. Anhand der Outcomes für *kognitive Situation* und *Selbständigkeit* lässt sich dennoch feststellen:

- Es gibt im Gesamtsample ein Bias zugunsten spezialisierter Fachbereiche.
- Die An- bzw. Abwesenheit eines Demenzpfades erweist sich erneut als bedeutsam. Denn der Anteil der Akutspitäler, die einen solchen aufweisen, ist im Vergleich zum Gesamtsample kleiner. Das schlägt sich auch im Outcome nieder: Nur 24% der Akutspitäler *ohne* Demenzpfad (n=21) erklären, die kognitive Situation von Patienten mit Demenz habe sich verbessert. Hingegen stellen 42% von ihnen eine Verschlechterung fest.

5 Behandlungsprozess

In diesem Kapitel werden einige Aspekte besprochen, die für die Qualität der Behandlung und die Sicherheit von Patienten mit Demenz einen wesentlichen Beitrag leisten können. Allen voran stellt sich die Frage, wer über das Behandlungs- resp. Therapieziel entscheidet, und wer in den Entscheid einbezogen wird. Zweitens interessiert die Frage, wie systematisch die Betriebe Guidelines und Empfehlungen der Fachgesellschaften anwenden. Drittens die Frage, ob und wie häufig Massnahmen der Delirprävention und der Sturzprävention angewandt werden, und inwieweit dies die Delirhäufigkeit bzw. Sturzhäufigkeit zu beeinflussen vermag. Viertens die Frage, welche Medikamentengruppen wie eingesetzt werden, und inwieweit unerwünschte Neben- oder Wechselwirkungen auftreten. Fünftens die Anwendung nicht-medikamentöser Therapien und sechstens der Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen.

5.1 Entscheid über das Behandlungsziel

Wie eingangs erwähnt, treten Patienten meist nicht wegen der Demenz ins Spital ein, sondern wegen einem anderen akuten Problem. Bei der Lösung des primären Gesundheitsproblems ist die Demenz aber zwingend mit zu berücksichtigen. Ist eine Operation wirklich notwendig, oder gibt es auch sanftere Massnahmen? Schadet diese oder jene Massnahme der Patientin ggf. mehr, als sie nützt, bezogen auf ihre demenzbedingten Einschränkungen? Erinnert sei an die gerontologisch fundierte Aussage, dass Demenzkranke nicht jede mögliche Medizin brauchen, sondern eine situationsbezogene und dem Krankheitsstadium angemessene Medizin.

Von Bedeutung ist daher die Art und Weise, wie der Entscheid über das Behandlungsziel zustande kommt. Wer entscheidet? Und wer wird in den Entscheid einbezogen? Geht man davon aus, dass der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin immer Entscheidungsträger/in ist, so stellt sich die Frage, wer ausser ihm/ihr über das Behandlungs- resp. Therapieziel bei Patienten mit Demenz mitentscheidet. Primär sollten der Patient und/oder die ihm nahestehende Bezugsperson dazu gehören. Ist der Patient selber in Bezug auf die zu treffende Entscheidung nicht mehr urteilsfähig, ist gemäss neuem Erwachsenenschutzrecht dessen *mutmasslicher* Wille massgebend. Dieser kann in Form z.B. einer Patientenverfügung vorliegen oder – falls ein solches Dokument fehlt – durch die vertretungsberechtigte, d.h. nahestehende Bezugsperson geäussert werden.²²

Das Antwortmuster auf diese Frage lautet wie folgt:

Tabelle 4: Wer entscheidet über das Behandlungs- resp. Therapieziel mit? (N=65)

	immer	häufig	selten	nie	weiss nicht
medizinisch-pflegerisch-therapeutisches Personal, soweit in den Behandlungsprozess involviert	68%	22%	9%	0%	1%
nahestehende Bezugspersonen des Patienten/der Patientin	54%	37%	6%	0%	3%
Patient/Patientin	48%	32%	14%	0%	6%
weiteres ärztliches Personal, soweit in den Behandlungsprozess involviert	42%	34%	12%	1%	11%
medizinisch-therapeutische Leitung	23%	3%	26%	20%	28%
Pflegedienstleitung	12%	6%	23%	36%	23%

²² Zuweilen muss im objektiven Interesse des Patienten (best interest) entschieden werden, da der mutmassliche Wille nicht immer ermittelt werden kann (Entwurf SAMW-Richtlinien zur Behandlung von Menschen mit Demenz, S. 6f. <http://www.samw.ch/de/Ethik/Vulnerable-Patientengruppen/Behandlung-und-Betreuung-von-Menschen-mit-Demenz.html>).

Patienten mit Demenz und die ihnen nahestehenden Bezugspersonen werden von rund der Hälfte der Antwortenden erklärermassen «immer» und von ca. einem Drittel «häufig» in die Entscheidung über das Behandlungsziel einbezogen. «Häufig» kann gemäss diversen Anmerkungen «so weit wie möglich» heissen: Der Patient entscheidet «abhängig von der Urteilsfähigkeit» über das Behandlungsziel mit, wie ein Betrieb anfügt. Dass auch nahestehende Bezugspersonen nicht immer in die Entscheidung einbezogen werden, wird wie folgt begründet:

- Wenn die mental-psychische Verfassung der betreffenden Person dies nicht zulässt.
- Wenn Interessenkonflikte vorliegen.
- Wenn nicht klar ist, welche rechtliche Stellung die Bezugsperson hat, in welchem Verhältnis sie zum Patienten steht etc.

Blickt man auf die übrigen Akteure, so scheint der Entscheidungsprozess eher eine Sache des interprofessionellen Teamworks zu sein, statt dass eine Fachperson oder eine Berufsgruppe alleine entscheiden würde. So erklären neun von zehn Antwortenden, dass das medizinisch-pflegerisch-therapeutische Personal als Ganzes «immer» oder «häufig» entscheidet, insoweit es in den Behandlungsprozess involviert ist. «Weiteres ärztliches Personal, soweit in den Behandlungsprozess involviert» erscheint demgegenüber als zwar wichtiger, aber nicht *der* wichtigste Mitentscheidungssträger. Demgegenüber scheint der Pflegedienstleitung wie auch der medizinisch-therapeutischen Leitung *als Einzelakteure* beim Entscheid über das Behandlungsziel eine untergeordnete Bedeutung zuzukommen.

Das skizzierte Antwortmuster weist keine nennenswerten Unterschiede auf, wenn nur Akutspitäler betrachtet werden – weder in Bezug auf Patientin und nahestehende Bezugspersonen noch hinsichtlich der Berufsgruppen.

Ein Zentrumsversorger verweist zum Thema Interprofessionalität auf die Bedeutung von Fallbesprechungen, und sieht in Bezug auf die eigene Institution auch Defizite: «Was fehlt, ist eine Besprechungssituation, in der sich ggf. die Spezialisten mit einem Geriater oder dem geriatrischen Konsiliardienst zusammensetzen, um die weitere Diagnostik oder Interventionen im einzelnen Fall zu besprechen; so könnte eine Unter- oder Überversorgung vermieden werden.»

Andere als die genannten Akteure können ebenfalls in die Entscheidung über das Behandlungsziel involviert sein, wie zwölf Betriebe anmerken. Genannt werden etwa: externer Facharzt; externe oder interne Pflegeexpertin; interprofessionelle Visite inkl. Sozialdienst; Beistand; Bezugspflegende; Hausarzt bzw. Hausärztin; Pflegeheim; Spitex. Wiederum zeigt sich, dass der Entscheid über das Behandlungsziel keineswegs in die alleinige Domäne des ärztlichen Personals fällt. Vielmehr werden Pflegepersonen, vor- und nachsorgende Stellen und das soziale Umfeld mit einbezogen.

5.2 Guidelines und Empfehlungen

In Bezug auf die demenzgerechte Behandlung im Spital haben die Stiftung für Patientensicherheit und die medizinischen Fachgesellschaften in den letzten Jahren verschiedene Guidelines und Empfehlungen publiziert. Hierzu eine Auswahl, in alphabetischer Reihenfolge:

- Patientensicherheit Schweiz (2008): *Sturzprävention*. Schriftenreihe Nr. 2. Zürich.
- Patientensicherheit Schweiz (2015): *Der systematische Medikationsabgleich im Akutspital*. Schriftenreihe Nr. 7. Zürich.
- Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (2011): *Behandlung von häufigen Verhaltensauffälligkeiten bei Dementen (BPSD behavioural and psychological symptoms of dementia)*.
- Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (2011): *Empfehlungen zum Umgang mit Freiheitsbeschränkenden Massnahmen*. Komplette überarbeitete Neuauflage.
- Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (2013): *Vorschlag für ein Sturzprotokoll*.
- Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie et al. (2014): *Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Behavioralen und Psychologischen Symptome der Demenz (BPSD)*.

- Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie et al. (2016): *Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter*.

Inwieweit finden diese Empfehlungen Anwendung in der Praxis? Systematisch, von Fall zu Fall, ausnahmsweise oder nie? Die Antworten zeigt Tabelle 5 (nächste Seite). In Bezug auf «Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen», «Sturzprävention», «Delirprävention, -diagnostik und -therapie», und «Vorschlag Sturzprotokoll» berichtet mindestens die Hälfte der Antwortenden von einer systematischen Anwendung. Bei den Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FM) fällt allerdings der relativ hohe Anteil derjenigen auf, die auf eine Antwort verzichten bzw. «weiss nicht» ankreuzen. Bezüglich der Empfehlungen zum Medikationsabgleich sowie zu Behandlung, Diagnostik und Therapie von BPSD scheint aufgrund der gegebenen Antworten eine eher punktuelle denn systematische Anwendung vorzuherrschen.

Tabelle 5: Anwendung von Guidelines und Empfehlungen (N=67)

	systematisch	in bestimmten Fällen	Ausnahmsweise	nie	weiss nicht
Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen (SFGG)	57%	18%	1%	9%	15%
Sturzprävention (Patientensicherheit Schweiz)	55%	26%	3%	6%	10%
Delirprävention, -diagnostik und -therapie (SGAP et al.)	50%	31%	2%	13%	4%
Vorschlag Sturzprotokoll (SFGG)	48%	22%	5%	10%	15%
systematischer Medikationsabgleich (Patientensicherheit Schweiz)	34%	33%	2%	13%	18%
Diagnostik und Therapie von BPSD (SGAP et al.)	27%	24%	5%	22%	22%
Behandlung von BPSD (SFGG)	20%	30%	10%	18%	22%

Rund zehn Betriebe nennen zusätzliche Quellen sowie eigene Guidelines, die in Bezug auf die genannten Problembereiche angewandt werden. Besonders erwähnenswert sind

- das Basler Demenz-Delir-Programm zur Delirprävention bei Patienten mit Demenz (wird noch näher erläutert),
- die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)²³, insbesondere zu Zwangsmassnahmen,
- die Prävalenzmessungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), insbesondere zu Sturz und Dekubitus.²⁴
- Weiter genannt werden: Leitlinie Demenz DGPPN; Sturzprotokoll nach National Patient Safety Agency (NPSA); MediQ Medikamenten-Interventionsprogramm; etc.

Akutspitäler unterscheiden sich in ihrer Anwendung der Guidelines von der Gesamtbranche: «Delirprävention» und «Medikationsabgleich» werden nach eigenem Bekunden weniger systematisch angewandt. Dafür erklärt ein grösserer Anteil, «Sturzprävention», «Sturzprotokoll» und «Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen» systematisch anzuwenden. Bezüglich

²³ Die SAMW hat zusammen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie im Rahmen der nationalen Demenzstrategie auch *medizinisch-ethische Richtlinien zur Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz* entwickelt. Der Entwurf wurde öffentlich vernehmlassert (siehe Weblink Fussnote 21). Die definitiven Richtlinien werden voraussichtlich Ende 2017 vorliegen.

²⁴ Die Prävalenzmessungen des ANQ zu Sturz und Dekubitus sind fester Bestandteil des ANQ-Messplans Akutspitalatik, und die entsprechenden Daten sind von den Spitälern und Kliniken jährlich zu erfassen. Die Prävalenz freiheitsbeschränkender Massnahmen (FM) wird im Rahmen des ANQ-Messplans Psychiatrie ebenfalls jährlich ermittelt. Für Akutspitäler ist die Datenerfassung in Bezug auf FM freiwillig.

der Empfehlungen zum Umgang mit BPSD fällt der Anteil der systematischen Anwendung bei den Akutspitälern noch geringer aus als in der Gesamtbranche.

5.3 Delirprävention

Das Aufkommen akuter Verwirrtheit und Desorientiertheit, genannt Delir, ist eine ebenso häufige wie gravierende Begleiterscheinung bei der Behandlung von Patienten mit Demenz. Als bedeutende Risikofaktoren neben der Demenz (und dem oft hohen Alter der Patienten) gelten Infektionen (z.B. Harnwegsinfekte), Dehydrierung und Mangelernährung. Auslöser eines Delirs können auch starke Schmerzen, Atemnot, Stress (verursacht z.B. durch häufige Wechsel der Pflegepersonen), Angst und andere belastende Symptome sein. Die betroffenen Patienten kommen durch den «häufig [mit Delir] verbundenen Gehirnsabbau nicht mehr auf die vor dem Eintritt dagewesenen kognitiven Fähigkeiten und ATL-Fähigkeiten.» (Hasemann 2016²⁵). Weitere möglichen Folgen sind erhöhte Sturzgefahr, eine längere Verweildauer und generell ein schlechter klinischer Outcome. Ein gewisser Teil der Patienten überlebt das Delir nicht.²⁶

Das Universitätsspital Basel hat aufgrund dieser Befunde ein Programm eigens für die Demenz-Delir-Problematik entwickelt (Hasemann et al. 2015, siehe Kasten).

Das Basler Demenz-Delir-Management-Programm (Universitätsspital Basel)

Ausgangspunkt des Programms war die evidenzbasierte Erkenntnis, dass durch präventive Massnahmen etwa ein Drittel der Delirien bei Patienten mit Demenz verhindert werden können. Als Intervention wurden Delir-Präventionsmassnahmen entwickelt, ein systematisches Delir-Screening insbesondere bei Eintritt etabliert und Ressourcenpflegende als Multiplikatoren ausgebildet. In der Tat konnte mit diesem Massnahmenbündel die Häufigkeit des Delirvorkommens markant gesenkt werden. Ursprünglich als interdisziplinäres Projekt auf einer Pilotabteilung des USB lanciert, wurde es auf weitere Fachbereiche wie die Neurologie und die Intensivmedizin ausgeweitet und später auch auf die Notfallstation, die innere Medizin und die Chirurgie. Beim medizinisch-pflegerischen Fachpersonal stösst das Programm insgesamt auf grosse Akzeptanz. Das Demenz-Delir-Management ist interdisziplinär und interprofessionell ausgerichtet und umfasst auch das Schnittstellenmanagement. Davon profitieren Patienten, Pflegende, Ärzte und nachsorgende Institutionen gleichermassen.

Die Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter (SGAP et al.) legen Wert auf den zurückhaltenden Einsatz von Medikamenten und das vorbeugende und begleitende Angebot von nicht-medikamentösen Therapien. Diese beiden Themen werden weiter unten besprochen. Weiter enthalten die Empfehlungen einen Katalog von Massnahmen, von denen folgende für die vorliegende Befragung aufgegriffen wurden:

- Verhaltensveränderungen beachten
- Schlaf-Wach-Rhythmus regulieren
- Hydratierung und Ernährung aufrechterhalten, inkl. Elektrolytenhaushalt
- Harn- und Stuhlausscheidung regulieren
- rasche Mobilisierung nach chirurgischen Eingriffen

Die aufgeführten Massnahmen werden von über 90% der Antwortenden (n=67) erklärtermassen «immer» oder «häufig» angewandt. Die höchsten Anwendungsquoten erreichen: Verhaltensveränderungen beachten (86% «immer») und Hydratierung und Ernährung aufrechterhalten, inkl. Elektrolytenhaushalt (80% «immer»). Etwas geringer fällt die «immer»-Anwendungsquote aus für: rasche Mobilisierung nach chirurgischen Eingriffen (74%), Harn- und Stuhlausscheidung regulieren (73%), Schlaf-Wach-Rhythmus regulieren (67%). Bei Akutspitälern liegen die Quoten je etwas unter denjenigen der Gesamtbranche, ausser bei der raschen Mobilisierung (82% «immer», n=38) und bei der Harn- und Stuhlausscheidung (74% «immer»).

²⁵ Unter «ATL» versteht man *Aktivitäten des täglichen Lebens*; häufig wird dafür auch das englische Kürzel ADL verwendet (*Activities of daily life*).

²⁶ Die Mortalitätsrate kann gemäss einer aktuellen Studie (Kratz et al. 2015) ein Drittel betragen.

17 Antwortende nennen weitere geeignete Massnahmen, zum Beispiel: Orientierungshilfen (persönliche Gegenstände, Hör- und Sehhilfen etc.), Schmerzerfassung und –therapie, Vermeidung von Polymedikation, Reiz- und Lärmabschirmung, Identifizierung von Risikopatienten, aktivierende Therapien, Bezugspflege, Infektionsbehandlung, Analgesie, Vermeidung von Verlegungen, etc. Ein Teil dieser Massnahmen wird weiter unten besprochen.

Wie häufig erleiden Patientinnen mit Demenz während des Spitalaufenthalts ein Delir? Der entsprechende Anteil wird von ca. drei Fünftel der Antwortenden (n=68) auf 40% und darunter geschätzt. Der Median liegt bei 31-40%.²⁷ Drei von zehn Antwortenden schätzen den Anteil auf höher als 40%. Einer von zehn wagt keine Schätzung abzugeben. Gemessen an früheren Befunden, die von einer Delirhäufigkeit bei Patienten mit Demenz von 50% und mehr ausgehen, erscheint die geschätzte Quote in dieser Befragung eher gering. Auch die Akutspitäler (n=39) schätzen sie im Schnitt nicht höher als 40% ein.²⁸ Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die oben erwähnten Massnahmen nicht nur regelmässig angewandt werden, sondern auch greifen.

Die Frage drängt sich auf, ob eine noch konsequentere Anwendung der Empfehlungen zur Delirprävention helfen könnte, die Delirhäufigkeit weiter zu senken. Wir haben das Sample auf diejenigen Betriebe reduziert, die die Frage betreffend Anwendung der Guideline von SGAP et al. mit «systematisch» beantwortet haben. Die Reduktion hat kaum einen Effekt: Weder der Median noch die Anteile für «über» bzw. «unter» 40%-Häufigkeit verändern sich wesentlich. Das gilt sowohl für die Gesamtbranche als auch für die Akutspitäler.²⁹

Wir haben weitere mögliche Einflussgrössen für die Delirhäufigkeit untersucht: Durchführung von Abklärungen bei Eintritt, gewählte Methode der Abklärung, Existenz eines Demenzpfades usw. Die Analyse ergibt punktuell Effekte. So geben Spitäler, die Notfalleintritte selten oder nie auf Demenz abklären, vermehrt Delirhäufigkeiten von über 40% an. Dasselbe trifft zu in Bezug auf geplante Eintritte, Fälle von Polymedikation, psychischer sowie körperlicher Instabilität. Im Grossen und Ganzen bleiben die Unterschiede aber gering im Vergleich zum Gesamtsample.

Dreierlei lässt sich aus der Analyse schliessen: Erstens werden die empfohlenen Massnahmen von den Spitälern und Kliniken im Sample weitverbreitet angewendet – zumindest, wenn man deren Selbstdeklaration zum Massstab nimmt. Zweitens scheinen sie geeignet, um die Häufigkeit des Delirvorkommens bis zu einem gewissen Grad zu reduzieren. Drittens lässt sich selbst bei konsequentester Delirprävention kaum verhindern, dass weiterhin ein bedeutender Teil der Patienten mit Demenz während des Aufenthalts von einem Delir betroffen ist.

5.4 Sturzprävention

In der Schweiz stürzt etwa ein Drittel der über 65-jährigen Menschen mindestens einmal im Jahr. Stürze haben oft schwere Verletzungen zur Folge. Die 2011 im Rahmen des nationalen Qualitätsvertrags eingeführte *ANQ Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus* (siehe oben) zeigt unter anderem auf, wie häufig im Spital Stürze bei der Gesamtheit der Patienten vorkommen. Die entsprechende Rate lag 2015 bei 3,0% (ANQ 2016).³⁰ Verwirrte und demente Patienten haben jedoch ein höheres Sturzrisiko, wie das folgende Beispiel aufzeigt:

Am Spital Herisau wurde 2015 ein Programm zur Sturzprophylaxe durchgeführt. Als sinnvoll erwies sich insbesondere, das Sturzrisiko bei jedem Patienten individuell und regelmässig einzuschätzen und entsprechende Vorkehrungen zur Sturzprävention zu treffen. Trotz dieser und anderer Massnahmen waren bei Patienten mit Demenz Stürze häufiger zu verzeichnen als bei den übrigen Patienten (Krankenpflege 8/2016, S. 19ff.).

²⁷ Die geschätzten Häufigkeiten konnten bei dieser Frage in Zehnerintervallen angegeben werden.

²⁸ Allerdings melden vier von zehn Akutspitälern, klar mehr als im Gesamtsample, über 40% Delirvorkommen bei Patienten mit Demenz. Dafür gibt es praktisch keine «weiss nicht»-Antworten.

²⁹ Dasselbe Verfahren haben wir auch bezüglich der einzelnen Massnahmen durchgeführt, mit demselben Ergebnis.

³⁰ Es handelt sich um einen Durchschnittswert. Die Sturzquote variiert innerhalb der Spitaltypen zwischen 2,7 und 3,3%. In den Spezialkliniken wird die höchste verzeichnet (ANQ, September 2016, S. 5).

Patientensicherheit Schweiz hat wie erwähnt Empfehlungen zur Sturzprävention für stationäre und ambulante Leistungserbringer entwickelt. Aus diesen sowie dem Vorschlag Sturzprotokoll der SFGG haben wir folgende Massnahmen herausgegriffen:

- Orientierungshilfen: räumlich, zeitlich, kommunikativ, Seh- und Hörhilfen
- spezifische Zimmereinrichtung, z.B. Alarmmatten, ebenerdige Betten
- spezifische Kleidung, z.B. Noppensocken, Hüftschutzhosen
- Balanceübungen, z.B. Tanzen
- Übungen der Muskelkraft

Die genannten Massnahmen werden unterschiedlich häufig angewandt. Am häufigsten sind *Orientierungshilfen* sowie *spezifische Zimmereinrichtung*. Beide Massnahmen werden von über 60% der Antwortenden erklärermassen «immer» und von über 30% «häufig» angewandt (n=67). *Spezifische Kleidung* wenden 60% «immer» und 26% «häufig» an, 14% «selten». *Übungen der Muskelkraft* erzielen Anwendungsquoten von 31% «immer» und 48% «häufig», bei 21% «selten». Am geringsten fallen die Quoten aus für *Balanceübungen* mit 25% «immer» und 35% «häufig», bei 31% «selten» und 9% «nie».

Weitere geeignete Massnahmen zur Sturzprävention sind gemäss Angaben verschiedener Betriebe: Physiotherapie, Ergotherapie, Überprüfen der Medikation, Schellong-Test, Gehhilfen, Gehtraining mit und ohne Hilfsmittel, Anpassung der Lichtverhältnisse auf der Station, Überprüfung des Schuhwerks. Sie werden teils weiter unten besprochen.

Der Anteil der Patienten mit Demenz, die während des Aufenthalts einen Sturz erleiden, wird von rund der Hälfte der Antwortenden auf 20% und darunter geschätzt (n=69). Drei von zehn Antwortenden schätzen sie auf zwischen 20% und 50%, drei Prozent auf über 70%. Einer von sechs (16,5%) wagt keine Schätzung abzugeben. Dieses Antwortmuster findet – mit wenigen Abweichungen – seine Entsprechung bei den Akutspitälern.

Alles in allem werden spezifische Massnahmen im Bereich Sturzprävention weniger konsequent angewandt als im Bereich Delirprävention. Zwar scheinen bei Patienten mit Demenz gemäss Selbstdeklaration der Betriebe Stürze seltener vorzukommen als Delir. Die Sturzhäufigkeit liegt jedoch im Schnitt deutlich höher als bei der Gesamtheit der Patienten gemäss ANQ-Messung von 2016.

Betriebe, die erklären, die Empfehlungen zur Sturzprävention «systematisch» anzuwenden, geben nur eine geringfügig tiefere Sturzquote an. Die systematische Anwendung der Empfehlungen («immer» oder «häufig») bezieht sich bei ihnen primär auf Orientierungshilfen, Zimmereinrichtung und Kleidung, während Balance- und Muskelkraftübungen kaum öfter angewandt werden als von der Gesamtheit der Antwortenden.

5.5 Medikamente

Demenz ist nach heutigem Wissensstand nicht heilbar. Sogenannte Antidementiva können zwar den kognitiven Abbau verlangsamen und psychische Begleitsymptome mildern. Sie haben aber insbesondere bei multimorbiden Patienten erhebliche Nebenwirkungen sowie Wechselwirkung mit anderen Medikamenten.³¹ Ferner werden zur Abmilderung der psychischen Begleitsymptome von Demenz – der erwähnten BPSD – häufig Neuroleptika und Benzodiazepine eingesetzt. Die Sedierung mittels solcher Medikamente kann in akuten Unruhephasen notwendig sein, für Patienten mit Demenz und für das Umfeld Erleichterung bringen und damit die Lebensqualität kurzfristig verbessern. Doch die Nebenwirkungen sind bedenklich, denn sie erhöhen nachweislich das Sturzrisiko und beschleunigen den kognitiven Abbau. Gemäss SGAP et al. (2016) ist die Verabreichung von Medikamenten «bei richtiger Indikation und unter Berücksichtigung von möglichen Interaktionen und Nebenwirkungen» oft notwendig. Die Verabreichung sei aber unbedingt ärztlich zu kontrollieren, und zwar regelmässig.

³¹ Neue Zürcher Zeitung. «Gefährliche Psychopharmaka». 13.5.2015.

Ein Betrieb führt im Rahmen dieser Befragung zum Einsatz von Medikamenten folgendes aus:

Wenn der Patient schon Antidementiva bei sich hat, dann bekommt er sie weiter. Wenn er keine auf sich trägt, erhält er sie fallweise: wenn schon schwer dement, dann eher nicht, wenn leicht bis mittelschwer, dann beginnen wir neu.

Antidepressiva erhält er auch nur, wenn der Affekt sehr schlecht ist und an der Tagesstruktur schon gearbeitet wurde. Oft ist der Effekt eher gering. Antidepressiva wie Trazodone und Mirtazapin werden bei unruhigem Schlaf verabreicht, Neuroleptika nur bei Delir oder BPSD, d.h. also nur in bestimmten Fällen. Benzodiazepine werden eigentlich nicht verabreicht; nur wenn der Patient diese gewohnt ist, muss man sie manchmal einsetzen.

Demente Patienten sind mit Schmerzmitteln oft nicht gut therapiert; zudem ist der Schmerz eine häufige Ursache für Unruhe, d.h. da sind wir grosszügig. Antibiotika werden verabreicht, falls eine Infektion besteht und der Wunsch besteht, diese zu therapieren.

Neu setzen wir Melatonin zur Stabilisation des Tag-Nacht-Rhythmus ein.

Insbesondere bei Spitaleintritt und -austritt empfiehlt sich gemäss Patientensicherheit Schweiz ein *systematischer Medikationsabgleich*, um etwalichen Medikationsfehlern vorzubeugen (siehe Abschnitt 5.2). Denn die unvollständige Erfassung der vorbestehenden medikamentösen Therapie kann dazu führen, dass Medikamente fälschlicherweise weggelassen, hinzugefügt oder falsch dosiert werden. Auch kommt es vor, dass Patientinnen bei Austritt Generika verordnet erhalten – zwar mit den gleichen Wirkstoffen wie Originalpräparate, aber unter anderem Namen. Ein interprofessioneller Behandlungspfad über Schnittstellen hinweg vermag solchen Fehlern und Missverständnissen zusätzlich vorzubeugen.

5.5.1 Häufigkeit der Verabreichung bestimmter Medikamente

In Anlehnung an die obige Diskussion befragen wir die Mitglieder erstens nach der Häufigkeit der Anwendung von Antidementiva, von Antidepressiva, von Neuroleptika, von Benzodiazepinen, von Schmerzmitteln und von Antibiotika. Daran anschliessend stellen wir die Frage nach der Häufigkeit von Neben- oder Wechselwirkungen.

Die Mehrheit der Antwortenden (n=66) wendet die genannten Medikamente erklärtermassen «in bestimmten Fällen» an (Anteile zwischen 66% und 75%). Eine Ausnahme bilden Benzodiazepine, die gemäss Angaben einer Mehrheit (63%) «ausnahmsweise» oder «nie» eingesetzt werden. Am meisten «systematische» Anwendung finden Schmerzmittel (21% der Antwortenden), gefolgt von Antidementiva und Antibiotika (je 11%). Neuroleptika finden erklärtermassen bei 5% systematische Anwendung und Antidepressiva bei 3%. Benzodiazepine werden eigenen Angaben zufolge von keinem antwortenden Betrieb systematisch eingesetzt.³²

Die Akutspitäler im Sample unterscheiden sich in ihrem Antwortmuster kaum von der Gesamtheit der antwortenden Betriebe.

5.5.2 Unerwünschte Neben- oder Wechselwirkungen von Medikamenten

Paradoxe Wirkungen, namentlich Delir, kommen nach Aussagen verschiedener Betriebe relativ häufig bei Benzodiazepinen vor, können aber auch bei Neuroleptika und Antibiotika eintreten. Die Bereitschaft, Medikamente zurückhaltend einzusetzen und Polymedikation möglichst zu vermeiden, wird verschiedentlich geäussert.

Eine psychiatrische Klinik meint, man beachte auch die – «meist ungefährlichen» – Nebenwirkungen bei der Neueinstellung von Medikamenten und passe die Medikation ggf. an. Bei Unverträglichkeit über einen gewissen Zeitraum werde die Medikation umgestellt.

³² Weitere Medikamentengruppen, die eingesetzt werden, sind (ohne Angabe der Häufigkeit): Circadin, pflanzliche Schlaf- und Beruhigungsmittel, Laxantien, Melatonin (zwecks Stabilisierung des Tag-Nacht-Rhythmus, s.o.).

Rund die Hälfte der Antwortenden schätzt den Anteil der unerwünschten Neben- oder Wechselwirkungen von Medikamenten auf 30% und darunter – einer von sieben Antwortenden auf maximal 10%. Drei von zehn schätzen ihn auf zwischen 30% und 50%, während einer von fünf keine Schätzung abzugeben wagt.³³

Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen der Anwendung der Empfehlungen zum systematischen Medikationsabgleich (Patientensicherheit Schweiz) und der Häufigkeit von Neben- und Wechselwirkungen? Und inwieweit hängt diese Häufigkeit mit der Anwendung der Empfehlungen zu BPSD (SFGG, SGAP et al.) zusammen? Fokussiert man auf diejenigen Betriebe, die diese Empfehlungen erklärtermassen «systematisch» anwenden (je n=22), so zeigen sich frappante Unterschiede:

- Fast zwei Drittel (65%) derjenigen, die Empfehlungen zum systematischen Medikationsabgleich «systematisch» anwenden, vermögen die Häufigkeitsquote betreffend Neben- oder Wechselwirkungen bei Patienten mit Demenz unter 30% zu halten.
- Ausserdem stellen diese Betriebe zu 70% einen leicht bis mittel verbesserten Outcome bezüglich der kognitiven Fähigkeiten der Patienten mit Demenz fest.
- Sogar über zwei Drittel (69%) derjenigen, die eine der beiden Guidelines zu BPSD anwenden (oder beide), erzielen Häufigkeitsquoten von Neben- und Wechselwirkungen unter 30%. Bezüglich Outcome der kognitiven Fähigkeiten beträgt die Antwortquote «leicht bis mittel verbessert» 83%.³⁴

Entsprechend weniger günstig fällt das Resultat für diejenigen Betriebe aus, die die genannten Empfehlungen nur «in bestimmten Fällen», «ausnahmsweise» oder «nie» anwenden.

5.6 Nicht-medikamentöse Therapien

Gemäss den Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften (SFGG, SGAP et al.) sollen Medikamente zur Behandlung von BPSD erst eingesetzt werden, wenn alle nichtmedikamentösen Methoden ausgeschöpft sind. Die Anwendung nichtmedikamentöser Therapien kann gemäss verschiedenen Studien aus dem In- und Ausland zu einer markanten Senkung der Antipsychotika-Abgabe führen – teilweise um bis zu 19%.

Eine Untersuchung aus Deutschland (Wingenfeld/Steinke 2013) förderte jüngst den Nutzen eines Angebots der Tagesbetreuung für ältere, kognitiv beeinträchtigte Patienten im Akutkrankenhaus zutage: Bei über zwei Drittel dieser Patienten konnten Mobilität, Kognition und Verhalten stabilisiert werden, bei elf bis 19 Prozent verbesserten sich diese Fähigkeiten und bei weniger als zehn Prozent verschlechterten sie sich. Ohne Tagesbetreuung büssten dagegen 20 bis 30 Prozent der Patienten während des Spitalaufenthalts an Selbständigkeit ein.

Welche Methoden kommen vorzugsweise zur Anwendung? Es handelt sich um pflegerische und therapeutische Massnahmen, die beruhigen, Beschwerden lindern, mobilisieren und Orientierung geben. Beispiele dafür sind (nicht abschliessend):

Aktivierende Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie,
Basale Stimulation, Snoezelen, Musiktherapie, Malthérapie, Aromatherapie (ätherische Öle etc.),
Tiergestützte Therapie, Humorthérapie, Tanztherapie.

93 Prozent der Antwortenden (n=69) bieten Patienten mit Demenz erklärtermassen nicht-medikamentöse Therapien an – 52% «systematisch» und 41% «in bestimmten Fällen». Die häufigste Anwendung finden gemäss Angaben von jeweils über 80% der Antwortenden Physiothe-

³³ Bei Fokussierung auf Akutspitäler zeigen sich nur geringfügige Unterschiede: zwei Fünftel von ihnen nennen Anteile unerwünschter Neben- und Wechselwirkungen von bis zu 30%, ein Drittel solche zwischen 30% und 50%. Ein Viertel verzichtet auf eine Schätzung.

³⁴ In der Mehrheit handelt es sich um Betriebe oder Betriebseinheiten mit einer Spezialisierung in Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Geriatrie oder Psychogeriatrie.

rapie, aktivierende Pflege und Ergotherapie. Akutspitäler wenden nicht-medikamentöse Therapien zu 36% «systematisch» und zu 56% «in bestimmten Fällen» an. Stichhaltige Gründe, die gegen die Anwendung nicht-medikamentöser Therapien sprechen, gibt es aus Sicht der Antwortenden keine. Ein Betrieb macht mangelnde Ressourcen und fehlende Eigeninitiative geltend.

Diejenigen, die nicht-medikamentöse Therapien erklärtermassen «systematisch» anwenden, weisen eine im Vergleich zum Gesamtsample bessere Bilanz der Sturzhäufigkeit auf (drei Fünftel registrieren maximal 20%), ebenso eine bessere Bilanz der Häufigkeit von Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten (drei Fünftel registrieren maximal 30%). Sie weisen überdurchschnittlich oft einen Demenzzpfad auf und wenden auch die Guidelines zu BPSD überdurchschnittlich häufig an. Entsprechend vorteilhaft sind die Werte für den Outcome: Zwei Drittel stellen eine Verbesserung der kognitiven Situation der Patienten mit Demenz fest, während nur einer von zehn erklärt, diese habe sich verschlechtert. Bei der Selbständigkeit registrieren drei Viertel eine Verbesserung und bei der Mobilität fast neun von zehn Antwortenden.

5.7 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Einschränkungen der Bewegungsfreiheit benötigen eine gesetzliche Grundlage. Spitäler und Kliniken müssen jede freiheitsbeschränkende Massnahme dokumentieren und begründen. Es muss eine «ernsthafte Gefahr für das Leben oder die körperliche Integrität der betroffenen Person oder dritter» oder eine «schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens» vorliegen (Neues Erwachsenenschutzrecht der Schweiz, in Kraft seit 1.1.2013).

Aufgrund der neuen gesetzlichen Bestimmungen hat die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) ihre Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen im Jahr 2011 komplett überarbeitet. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat 2016 seinerseits medizinisch-ethische Richtlinien zu Zwangsmassnahmen in der Medizin publiziert. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) führt in Akutspitälern auf freiwilliger Basis Prävalenzmessungen zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen durch; im Bereich Psychiatrie sind diese Messungen obligatorisch (siehe Exkurs «Patienten mit Demenz in der Psychiatrie»).

Im Rahmen dieser Befragung werden die Mitglieder zunächst gefragt, ob sie freiheitsbeschränkende Massnahmen wie z.B. Bettfixation anwenden, wenn Patienten sich nicht kooperativ verhalten. Anschliessend sollen sie den Anteil der nicht-kooperativen Situationen schätzen, in denen eine freiheitsbeschränkende Massnahme erfolgt.

18 Prozent aller Antwortenden (n=69) erklären, freiheitsbeschränkende Massnahmen bei nicht-kooperativem Verhalten der Patienten «nie» anzuwenden. 71 Prozent tun dies nach eigenem Bekunden «selten» und sieben Prozent «häufig». Vier Prozent geben keine klare Antwort auf diese Frage. Auf die Anschlussfrage «Wie häufig?» nennt rund die Hälfte der Antwortenden einen Anteil der nicht-kooperativen Situationen von zehn Prozent und weniger. Jeder Fünfte nennt Anteile zwischen zehn und 40 Prozent, jeder Zwanzigste solche von über 40 Prozent. Allerdings enthält sich bei dieser Frage fast jeder Vierte der Stimme, bzw. wählt die Option «keine Antwort/weiss nicht». Das Antwortmuster findet seine Entsprechung, wenn nur Akutspitäler betrachtet werden.

Untersucht man diejenigen Betriebe, die die Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen erklärtermassen «systematisch» anwenden (n=38), so zeigt sich, dass fast zwei Drittel von ihnen einen Anteil an unkooperativen Situationen von zehn Prozent und weniger erzielen. Jeder Vierte nennt Anteile zwischen zehn und 40 Prozent, ein einziger Betrieb einen solchen von über 40 Prozent. Diesmal enthält sich nur jeder Elfte (9% der Antwortenden) der Stimme.

5.7.1 Wann sind freiheitsbeschränkende Massnahmen notwendig?

34 Betriebe oder Betriebseinheiten benennen die Situationen, in denen freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) aus ihrer Sicht notwendig sind. Praktisch immer wird – implizit oder explizit – mit der Selbstgefährdung und/oder der Fremdgefährdung argumentiert. Eine psychiatrische Klinik fasst ihre Gesamtsicht so zusammen:

Nicht-kooperative Situationen sind aufgrund des Krankheitsbildes bei Eintritt häufig. Auf unserer Demenz/ Delir-Station treten Patienten ein, die ein hohes Mass an Selbstgefährdung haben (Verwirrtheit, Desorientiertheit, Weglauftendenz) oder auch fremdaggressiv werden können. Im weiteren Verlauf der Behandlung gibt sich das meist recht schnell.

Als mögliche Situationen der Selbstgefährdung gelten aus Sicht der Antwortenden, nebst den erwähnten Fällen von Verwirrtheit, Desorientiertheit und Weglauftendenz:

- Gefahr des Lebens: FM als lebensnotwendige Massnahme oder Begleitmassnahme
- Wenn der Patient notwendige Installationen wie Infusionen, Katheter etc. ziehen möchte
- Verweigerung von vitalen Medikamenten oder Therapien
- Verweigerung der Wundversorgung sowie anderer Hygienemassnahmen
- Sturzgefahr

Beispiele für Fremdgefährdung aus Sicht der Antwortenden sind Fälle physischer Aggression gegen Pflegende oder andere Patienten. Vereinzelt wird bereits das «Stören» von Mitpatienten infolge starker Unruhe als möglichen Grund für eine FM angegeben, wobei offengelassen wird, wie schwerwiegend dieses Stören sein muss.

Verschiedentlich wird die Frage thematisiert, was als freiheitsbeschränkende Massnahme gelte und was nicht. Ist die Einrichtung eines Alarmsystems, um die Aufmerksamkeit auf den Patienten zu lenken, bereits eine FM? Gehören Reizabschirmung und Isolation dazu oder schlicht der Aufenthalt auf einer geschlossenen Station? Weiter wird für den Einsatz der mildestmöglichen Massnahme plädiert, z.B. Zewidecke statt Bettgitter, und dafür, dass die FM nicht länger als notwendig aufrechterhalten werden solle. Denn gerade in postoperativen Situationen sei eine möglichst frühzeitige Mobilisation der Patientin zentral. Ein Mitglied legt Wert darauf, dass FM nur auf Wunsch der Patientin oder des gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden. Ein anderes Mitglied zieht die Trennlinie von Zulässigkeit und Nichtzulässigkeit von FM wie folgt:

Die individuelle Situationsanalyse ist wichtig, damit freiheitsbeschränkende Massnahmen so wenig wie möglich zum Einsatz kommen. Bei multifaktorieller Mobilitätseinschränkung und in Abhängigkeit der Kognition zur Vermeidung von wiederholten Stürzen sind sie manchmal notwendig. Allein das Fehlen personeller Ressourcen rechtfertigt sie aber nicht.

5.7.2 Diskussion

Den antwortenden Betrieben und Betriebseinheiten kann bezüglich Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen mehrheitlich ein gutes Zeugnis ausgestellt werden. Über die Hälfte gibt an, die von der SFGG empfohlenen Massnahmen systematisch umzusetzen. Dies findet seine Entsprechung in der Einschätzung der FM-Anwendungsquote vieler dieser Betriebe von unter 10 Prozent nicht-kooperativen Situationen. Kritisch zu würdigen ist dagegen die Tatsache, dass mehr als ein Viertel der Betriebe entweder eine FM-Anwendungsquote von über 40% angeben oder auf eine Schätzung verzichten.

Mit Blick auf die Befragung als solche mag man zu Recht einwenden, dass die blossе Zahl der FM, bzw. die Anwendungsquote in Bezug auf nicht-kooperative Situationen, noch nichts über die Qualität der angewandten FM besagt. Ist der relativ häufige Einsatz kurzer, einmaliger FM per se «schlechter» als die relativ seltene Anwendung von FM, die dafür länger andauern oder am gleichen Patienten mehrmals angewandt werden? In der Praxis sind beide Anwendungsmuster zu beobachten. Für eine Gesamtbeurteilung der Qualität wäre nebst dem Anteil an

nicht-kooperativen Situationen daher auch die Häufigkeit der FM pro Fall (einmal oder mehrmals), sowie die Kombination mehrerer FM zum selben Zeitpunkt zu erfragen. Sodann lässt sich aufgrund der vorliegenden Befragung keine Aussage zur Dokumentationstätigkeit bezüglich FM machen. Zu den Reflexionen darüber, was eine FM sei, lässt sich anmerken, dass die Richtlinien der SAMW dies relativ klar umreissen. Demnach sind auch Massnahmen der permanenten elektronischen Überwachung als freiheitsbeschränkend einzustufen.

Nichtsdestoweniger findet im Rahmen dieser Befragung eine differenzierte Auseinandersetzung bezüglich Opportunität und Notwendigkeit des Einsatzes von FM statt. Die ins Feld geführten Begründungen überzeugen zumeist und scheinen soweit auch in Einklang mit den Vorgaben des neuen Erwachsenenschutzrechts zu sein.

5.8 Fazit Behandlungsprozess

Patienten mit Demenz und die ihnen nahestehenden Bezugspersonen werden, wenn immer möglich, in die Entscheidung über das Behandlungsziel einbezogen – erstere abhängig von der Urteilsfähigkeit. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird dabei weitherum praktiziert. Positiv fällt auch der relativ hohe Anteil der Antwortenden auf, die die Guidelines zur Delirprävention, zur Sturzprävention und zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen umsetzen – nicht nur auf dem Papier, sondern erklärermassen auch in der täglichen Praxis. In den meisten antwortenden Betrieben besteht zudem ein Angebot an nicht-medikamentösen Therapien für Patientinnen mit Demenz, auch wenn dieses in rund der Hälfte der Fälle noch unsystematisch angewandt wird. Gerade Akutspitäler haben hierbei – wie auch beim systematischen Medikationsabgleich – noch einen gewissen Nachholbedarf. Immerhin sei angemerkt, dass etwa Benzodiazepine zwecks Sedierung des Patienten mit Demenz von den meisten zurückhaltend eingesetzt werden.

Als meistgenannte Herausforderung bei der demenzgerechten Versorgung erweist sich der Umgang mit belastenden Symptomen und irritierenden Verhaltensweisen (siehe weiter unten, Kapitel 11). Im Lichte dieses Befunds erstaunt die doch eher punktuelle Anwendung der Guidelines zur Diagnostik, Behandlung und Therapie von BPSD bei einem Grossteil der antwortenden Betriebe. Denn gerade in diesem Bereich scheint eine konsequente Anwendung besonders hilfreich, um ein besseres Ergebnis der kognitiven Situation der Patientin herbeizuführen. Dasselbe gilt für die Anwendung des systematischen Medikationsabgleichs, mittels der das Risiko von Neben- und Wechselwirkungen – und mittelbar einer Verschlechterung des kognitiven Outcomes – reduziert werden kann.

Schliesslich könnte eine noch konsequentere Anwendung der Empfehlungen zur Sturzprävention helfen, die Sturzhäufigkeit bei Patienten mit Demenz weiter zu reduzieren und dem Niveau der Grundgesamtheit der Patienten anzunähern.

6 Infrastruktur

6.1 Expertise

Die Ausrichtung und Ausgestaltung des Behandlungsprozesses hat Auswirkungen auf die Lebensqualität und Sicherheit der Patientin mit Demenz, wie wir im vorhergehenden Kapitel gesehen haben. In diesem Kapitel rückt die Spitalinfrastruktur in den Fokus. Denn auch Architektur und Design von Spitälern beeinflussen das Verhalten, die Sicherheit, die Lebensqualität und die Genesung des Patienten wesentlich, wie zahlreiche Expertinnen aus unterschiedlichen Berufsfeldern bestätigen (Kobler/ Schwappach 2017). Diese Erkenntnis ist gerade auch in Bezug auf Patientinnen mit Demenz von Bedeutung, was anhand folgender Beispiele erläutert werden soll.

Reiz- und Lärmabschirmung: Die Fachwelt misst der Möglichkeit von Reiz- und Lärmabschirmung zentrale Bedeutung bei, und zwar aus zwei Gründen. Patienten mit Demenz reagieren in der Regel empfindlich auf Hektik, Stress, Lärm und andere äussere Reize. Andererseits können sie selber Stress bei anderen Patienten auslösen, zum Beispiel durch lautes Schreien, insbesondere nachts. Zu denken sei an separate Räume – auch und gerade auf der Notfallstation – an geschlossene Abteilungen oder im besten Fall an auf Demenz spezialisierte Abteilungen.

Geschützte Innen- und Aussenräume: Patienten mit Demenz zeigen oft übermässigen Bewegungsdrang; gleichzeitig ist ihr Orientierungssinn eingeschränkt. Daher sind gemäss Grob und Bopp-Kistler (2016: 396ff.) Massnahmen sinnvoll, mittels derer zwar die freie Bewegung auf einer Abteilung gewährleistet ist, das Weglaufen aber verhindert werden kann. Idealerweise stehen geschützte Innenräume oder offene, grosszügig angelegte und geschützte Aussenräume zur Verfügung, in denen sich Patientinnen mit Demenz mit Hilfe von Rollstühlen, Rollatoren etc. gut bewegen können. Wichtig seien der hindernisfreie, d.h. ebenerdige Zugang zu diesen Räumen und die Bodenbeschaffenheit. Stossdämpfender, unversiegelter Bodenbelag, der zudem frei von Mustern sei, diene der Sturzprophylaxe wie auch der Orientierungshilfe.

Geschützte Aussenräume haben den zusätzlichen Vorteil, dass der *Zugang zur Natur* gewährleistet ist. Gemäss Kobler und Schwappach (2017: 10) ist der positive Zusammenhang zwischen dem Zugang zur Natur und dem Behandlungs-Outcome erwiesen.³⁵

Nudging: Beim Nudging-Ansatz wird ein kleiner «Schubs» hin zur «richtigen Entscheidung» gegeben, ausgelöst etwa durch Designmassnahmen. «Ein *Nudge* ist jeder Aspekt der Entscheidungsarchitektur, der das menschliche Verhalten in einer vorhersehbaren Art und Weise verändert, ohne dass irgendeine Option verboten wird.» (Kobler/Schwappach 2017: 25). Ein Beispiel für Nudging ist das Legen einer Lichtspur, die gleichsam der Orientierung dient, wobei die Bewegungsfreiheit des Patienten gewahrt bleibt. Das Zentrum der Helligkeit ist dort positioniert, wo tendenziell desorientierte Patienten sich hinbewegen sollen (Grob/Bopp-Kistler 2016).

Elektronische Hilfsmittel schliesslich ermöglichen das Orten der Patientin und ihrer Bewegungen. Dadurch können «härtere» freiheitsbeschränkende Massnahmen wie Bettfixation vermieden werden (vgl. Abschnitt 5.7).

6.2 Empirische Befunde

23 von 68 Antwortenden (34%) verfügen gemäss eigenen Angaben über eine Abteilung oder zumindest über einzelne Zimmer bzw. Betten eigens für Patienten mit Demenz. Soweit die Betriebe Zahlen nennen (n=17), umfasst eine solche Abteilung im Schnitt 15 Betten, im Minimum drei, im Maximum 28 Betten. Unter den 23 Antwortenden befinden sich auch sechs Akutspitäler; zwei weitere erklären, eine solche zu planen.

³⁵ Studien hätten gezeigt, dass bereits der Aufenthalt in einem Zimmer mit Fenstern hin zu einer begrünten Umgebung einen positiven Impact auf die kürzere Verweildauer, die reduzierte Einnahme von Schmerzmedikamenten und die geringere Anzahl Komplikationen habe (a.a.O.).

Auch ohne eigentliche «Demenzabteilung» können Betriebe über geeignete Einrichtungen verfügen, die auf die speziellen Bedürfnisse von Patientinnen mit Demenz ausgerichtet sind. Die Befragung fokussiert auf fünf Arten der Einrichtung: Geschlossene Abteilung (nicht nur, aber auch für Patienten mit Demenz), reiz- und lärmabgeschirmte Zimmer, geschützte Aufenthaltsräume im Innern, geschützte Aussenräume sowie Rooming-in für Angehörige. Auf den letzten Punkt wird in Kapitel 10 näher eingegangen.

Auf 68 Betriebe und Betriebseinheiten, die Angaben zu ihrer Infrastruktur machen, ergeben sich folgende Anteile:

- 20 Antwortende (29%) verfügen über eine geschlossene Abteilung, davon 19 über solche, die tagsüber und nachts zugänglich ist.
- 23 Antwortende (34%) verfügen über reiz- und lärmabgeschirmte Zimmer, davon 21 über solche, die tagsüber und nachts zugänglich sind. Weitere fünf Antwortende planen reiz- und lärmabgeschirmte Zimmer.
- 24 Antwortende (35%) verfügen über geschützte Aufenthaltsräume im Innern, davon 20 über solche, die tagsüber und nachts zugänglich sind. Weitere vier Antwortende planen geschützte Aufenthaltsräume.
- 18 Antwortende (26%) verfügen über geschützte Aussenräume, davon elf über solche, die tagsüber und nachts zugänglich sind. Ein weiterer Betrieb plant einen geschützten Aussenraum.

Von den antwortenden Akutspitälern verfügen erklärermassen zwischen zehn und 20 Prozent über solche Einrichtungen.

Welche weiteren Einrichtungen können zur demenzgerechten Versorgung beitragen? Auf diese Frage liegen Antworten von 50 Betrieben und Betriebseinheiten vor. Diese seien hier zusammengefasst wiedergegeben, unterteilt nach Art der Einrichtung:

Orientierungshilfen, z.B.: Hörhilfe, Signaletik, Wegweiser, Zimmerbeschriftungen / Name am Zimmer, Wanduhr, spezielle Kalenderuhren, Wandfarben, grosser Wochenplan, Whiteboards mit Ansprechpartner.

Zimmereinrichtung, z.B.: spezielle Betten, Ganzkörperspiegel, Aroma-Duftlampen, grosszügige Raumaufteilung mit Rundlauf, einladender Handlauf, ebenerdiger freier Zugang in einen geschützten Garten.

Bodenbeschaffenheit, z.B.: Bodenpflege (Betten auf ganz tiefem Niveau), rutschfeste Böden, keine Muster.

Beleuchtung, z.B.: Lichtspur als *Nudge*, Lichtkonzept, indirekte Beleuchtung (*éclairage indirecte*).

Elektronische Hilfsmittel zur Überwachung von weglaufgefährdeten Patienten, z.B.: Mobility Monitor, Babyphone, Alarmmatten, Bodenmatten, Bewegungssensoren, Domotika, Signalsysteme mit Körperdruckmeldung, Demenzanlage (bei der der Patient einen Badge trägt, der mit der Lichtanlage verknüpft ist).

Innenräume sonst: Beseitigung von Sturzquellen, Zimmer mit Geräuschabschirmung, Möglichkeit der Bettenpositionierung, demenzgerechter Umlauf auf Station.

Sturzprophylaxe sonst: Antirutschsocken, Bucinatoren.

Aussenräume: Demenzgerechter Garten, Therapiebad.

6.3 Fazit

In der Praxis besteht eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze und Einrichtungen, die bei der Gestaltung des bedarfsgerechten räumlichen Settings für Patienten mit Demenz hilfreich sind. Die Ausstattung mit geeigneten Räumlichkeiten – geschützte Aufenthaltsräume, geschützte Außenräume, lärm- und reizabgeschirmte Zimmer bis hin zu eigentlichen Demenzabteilungen – ist vielerorts noch ausbaufähig, insbesondere in Akutspitälern. Festzuhalten ist, dass jede Patientin mit Demenz individuelle Bedürfnisse hat, die sich zum Teil diametral voneinander unterscheiden (z.B. Ruhebedürfnis vs. Bewegungsdrang). Diese können sich im Lauf eines Spitalaufenthalts auch bei ein und derselben Person verändern. Letztlich gibt es daher kein Patentrezept hinsichtlich der demenzgerechten Infrastruktur.

7 Personal

7.1 Einleitung

Ein demenzspezifischer Behandlungspfad beinhaltet nicht nur ein geeignetes räumliches Setting, sondern auch den Einsatz von speziell geschultem, erfahrenem und sensitivem medizinisch-pflegerischem Personal. Darauf wurde weiter oben bereits hingewiesen. Gestützt auf empirische Befunde (z.B. Chirurgische Klinik St. Franziskus-Spital in Münster) empfiehlt der deutsche Ethikrat die Zuweisung des Patienten an eine Pflegefachperson, die ihn von Anfang bis Ende des Spitalaufenthalts begleiten solle. Patientinnen mit Demenz bräuchten ausserdem Beschäftigungs- und Bewegungsmöglichkeiten und in bestimmten Situationen auch eine Eins-zu-eins-Betreuung, was im Personalschlüssel einkalkuliert werden solle.

Aufgrund der erschwerten Kommunikation mit dem demenzbetroffenen Patienten besteht immer die Gefahr von fatalen Missverständnissen. Zur Vorbeugung ist gemäss Ethikrat (2016: 103ff.) die Kommunikation systematisch zu trainieren. Anhand von Fallbesprechungen und Best-Practice-Beispielen könnten problematische Standardsituationen wie etwa Weglaufen, Demenz und Nachtaktivität lösungsorientiert thematisiert werden. Damit rückt erneut die Bedeutung der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit ins Blickfeld. Zur Vorbeugung eines Delirs schliesslich seien Verhaltensveränderungen zu beachten, um bei Bedarf adäquate Massnahmen einzuleiten (vgl. Abschnitt 5.3). Dies bedinge, dass das Personal mit den Auslösern von Delir vertraut sei und die Symptome richtig zu deuten vermöge.

Einen wichtigen Aspekt des Themenkomplexes «Personal» bildet die Entsendung bzw. Nutzung bestimmter unterstützender Dienste, die im Hinblick auf den Aufenthalt von Patientinnen mit Demenz – konsiliarisch oder (mit)betreuerisch – eingesetzt bzw. angerufen werden. Es handelt sich um bestimmte Fachpersonen und Teams, die bei Bedarf zur Verfügung stehen und aufgrund ihres speziellen Fachwissens einen wesentlichen Beitrag zum Behandlungserfolg leisten können.

In diesem Kapitel fragen wir zunächst nach der vorhandenen Kompetenz im Umgang mit Patienten mit Demenz: Anteile des speziell geschulten Personals nach bestimmten Berufskategorien sowie Einschätzung des allgemeinen Wissensstands zum Thema Demenz. Zweitens interessiert, was die Betriebe selber unternehmen, um die Kompetenz beim Personal zu verbessern; drittens, welche Massnahmen aus ihrer Sicht sonst geeignet sind, um die Behandlung von Patienten mit Demenz zu optimieren. Der vierte Teil ist den unterstützenden Diensten gewidmet, die bei Bedarf angerufen oder Dritten zur Verfügung gestellt werden: Konsiliardienste, Liaisondienste, Krisenequipen und mobile Dienste. Das Kapitel schliesst mit einem allgemeinen Fazit zur Personalsituation in Spitälern und Kliniken hinsichtlich der demenzgerechten Versorgung.

Es sei erneut daran erinnert, dass die Aussagen einzig auf der Selbstdeklaration der antwortenden Betriebe und Betriebseinheiten beruhen. Insbesondere bei quantitativen Angaben kann kein Anspruch auf Objektivität geltend gemacht werden.

7.2 Demenzspezifische Kompetenzen

7.2.1 Demenzgeschultes Personal pro Berufskategorie

In welchen Berufen ist speziell in Demenz geschultes Personal vorhanden, und mit welchem Anteil? Die Frage bezieht sich primär auf bestimmte Berufskategorien, von denen anzunehmen ist, dass sie aufgrund ihres Profils besonders «nahe» am Patienten mit Demenz sind: Ärzteschaft, Pflegepersonal, medizinisch-therapeutisches Personal und spitalinterner Sozialdienst. Jedoch können die Befragten auch weitere Kategorien anfügen.

64 Betriebe und Betriebseinheiten beantworten die Frage nach Vorhandensein von demenzgeschultem Personal je Berufskategorie. Am häufigsten genannt wird das Pflegepersonal (75%

der Antwortenden erklären, geschultes Pflegepersonal sei vorhanden), gefolgt von der Ärzteschaft (72%), dem medizinisch-therapeutischen Personal (52%) und dem Sozialdienst (47%). Weitere Kategorien werden genannt, so z.B. Gerontolog/in als Demenzfachverantwortliche/n, Pflegeexpertin, Psychogeriatr/in als Supervisor anderer (nicht spezifisch geschulter) Ärztinnen und Ärzte, Konsiliardienstpersonen etc.³⁶ 19% nennen keine Berufskategorie und antworten stattdessen mit «weiss nicht». Bei den Akutspitälern ergeben sich im Vergleich zur Gesamtbranche kaum Abweichungen.

Wie hoch schätzen die Antwortenden den *Anteil* an spezifisch geschultem Personal pro Berufskategorie, in Prozent des jeweiligen Totals, ein? Verwertbare Angaben machen 22 Betriebe bezüglich Sozialdienst, 25 hinsichtlich medizinisch-therapeutischem Personal und 36 bezüglich Ärzteschaft und Pflegepersonal. Die Bandbreite der Schätzungen reicht in jeder Kategorie von einem bis 100 Prozent. Im Schnitt am höchsten eingeschätzt wird die Kompetenz in der Kategorie Sozialdienst, mit Mittelwerten von 48% (arithmetisches Mittel) und 50% (Median); allerdings weist diese Kategorie auch die tiefste Anzahl verwertbarer Angaben auf. Die Ärzteschaft, das Pflegepersonal und das medizinisch-therapeutische Personal erreichen arithmetische Mittel von zwischen 31% und 36% sowie je einen Median von 20%, d.h. es gibt bezüglich jeder der genannten Kategorien Verzerrungen nach oben.³⁷

7.2.2 Einschätzung des allgemeinen Wissensstandes über Demenz

Wie wird das Wissen über Demenz beim eigenen Personal generell beurteilt, insgesamt und pro Berufskategorie? Halten die Mitglieder es für voll und ganz, eher, eher nicht oder gar nicht ausreichend? Die Einschätzungen – Prozent der Antworten pro Kategorie – sind in Tabelle 6 abzulesen (nachfolgende Seite).

Am positivsten wird das vorhandene Wissen in Bezug auf das Pflegepersonal, die Ärzteschaft und den Sozialdienst eingeschätzt (73% bis 75% der Antwortenden melden «*eher*» bis «*voll und ganz*» *ausreichend*). Dahinter folgt das medizinisch-therapeutische Personal (68% «*eher*» bis «*voll und ganz*» *ausreichend*). Die übrigen Berufsgruppen weisen je Quoten von zwischen 20 und 30 Prozent «*eher*» bis «*voll und ganz*» *ausreichend* auf. Bezogen auf das Personal insgesamt meinen 45%, das Wissen über Demenz sei «*voll und ganz*» oder «*eher*» *ausreichend*.

Tabelle 6: Wissen über Demenz ausreichend? (N=68)

	voll und ganz	eher ja	eher nein	gar nicht	weiss nicht
Pflegepersonal	13%	62%	25%	0%	0%
Ärzterschaft	15%	59%	22%	1%	3%
Sozialdienst	16%	57%	18%	1%	8%
Medizinisch-therapeutisches Personal	12%	56%	25%	1%	6%
Medizinisch-technisches Personal	3%	24%	44%	10%	19%
Administration (Patientenaufnahme)	5%	19%	38%	16%	22%
Hausdienst	3%	19%	44%	15%	19%
Übriges Personal	5%	16%	29%	7%	43%
Personal insgesamt	5%	40%	32%	1%	22%

³⁶ Vereinzelt als kompetente Professionen genannt werden: Hotellerieangestellte, Hausdienstpersonen sowie «alle Berufsgruppen».

³⁷ Dasselbe trifft zu in Bezug auf den Bereich Akutspitäler, wo die Mediane praktisch gleich ausfallen. Die Verzerrung wird durch einzelne besonders hohe Werte hervorgerufen, die das arithmetische Mittel nach oben verschieben. Der Median ist dagegen als «Mittelwert» im eigentlichen Sinne robuster gegenüber Ausreissern.

Festzuhalten bleibt, dass selbst den vier kompetentesten Berufsgruppen weniger als ein Fünftel der Antwortenden «voll und ganz» ausreichendes Wissen zubilligt. Dies wiederum kann auch im Sinne Sokrates' gedeutet werden: *oîda ouk eidōs*, zu Deutsch: «Ich weiss, dass ich nicht weiss.» Dass niemand allwissend sei und auch die Kompetentesten ihr Wissen immer von neuem hinterfragen sollten. Folgt man diesem Denkansatz, ist dem vorliegenden Antwortmuster nicht notwendigerweise eine (abwertende) Geringschätzung zu entnehmen.

Wie schätzen die *Akutspitäler* die Kenntnisse über Demenz bei ihrem Personal ein? Der Vergleich mit der Gesamtbranche zeigt einen höheren Anteil an Betrieben, die dem Personal ausreichendes Wissen über Demenz zubilligen – ausser in Bezug auf die Ärzteschaft. Insgesamt wird dem Personal gar von 56% der Antwortenden «voll» oder «eher» ausreichendes Wissen bescheinigt, im Vergleich zu 45% im Gesamtsample. Erneut sei aber vor voreiligen Interpretationen gewarnt. Es ist kaum anzunehmen, dass Akutspitäler insgesamt über das kompetentere Personal in der demenzgerechten Versorgung verfügen als beispielsweise psychiatrische Kliniken. Die höheren Quoten zum «ausreichenden Wissen» dürften vielmehr mit unterschiedlichen Massstäben zusammenhängen hinsichtlich dessen, was als «ausreichend» gilt.

7.3 Massnahmen der Betriebe

Was unternehmen die Betriebe, um die Kompetenz beim Personal in Bezug auf die demenzgerechte Versorgung zu verbessern? Konkret stellen sich drei Fragen:

1. Wie sensibilisieren sie das Personal generell auf die Demenzproblematik?
2. Welche Massnahmen ergreifen sie auf dem Gebiet der Weiter- und Fortbildung?
3. Welche weiteren Massnahmen ergreifen sie, um die Behandlung zu optimieren?

7.3.1 Sensibilisierung

69 Betrieben und Betriebseinheiten wenden erklärtermassen Sensibilisierungsmassnahmen in Bezug auf die Demenzthematik an. 90% von ihnen erklären, das Personal über interne Weiterbildungen für den Umgang mit Patienten mit Demenz zu sensibilisieren – sei es auf Ebene Gesamteinstitution, sei es auf Ebene Abteilung. 59% verwenden Flyer und Infobroschüren, z.B. der Schweizerischen Alzheimervereinigung, 53% führen interne Informationsveranstaltungen durch. 27% nennen weitere Massnahmen wie z.B. Fallbesprechungen, Assessments, Supervisionen, Visiten, Rapporte, Beizug von Fachverantwortlichen, Besuch anderer Institutionen, öffentliche Informationsveranstaltungen.

7.3.2 Aktivitäten in der Weiter- und Fortbildung

57% der Antwortenden (n=69) führen erklärtermassen interne Weiter- und Fortbildung in Geriatrie durch, 36% interne Weiter- und Fortbildung in Gerontopsychiatrie.³⁸ Extern finanzieren eigenen Angaben zufolge 10% Weiter- und Fortbildung in Geriatrie und 25% Weiter- und Fortbildung in Gerontopsychiatrie. In Akutspitälern (n=39) wird die interne geriatrische Weiter- und Fortbildung erklärtermassen von 74% der Antwortenden praktiziert und die gerontopsychiatrische Weiter- und Fortbildung von 26%. Extern finanzieren 3% Weiter- und Fortbildung in Geriatrie und 26% solche in Gerontopsychiatrie.³⁹

Verschiedene Antwortende erklären, die fachspezifische, demenzbezogene Weiter- und Fortbildung sowohl intern als auch extern voranzutreiben. Das eigene Personal diene dabei als Multiplikator externer Weiterbildung. Ein Betrieb schreibt:

³⁸ Zum Beispiel in Form von interprofessionellen internen Expertenteams (Delirmanagement, Geriatrie, Gerontopsychiatrie), die konsiliarisch beigezogen werden und Behandlungsteams unterstützen (Anmerkung eines Akutspitals).

³⁹ Die Prozentangaben beziehen sich immer auf die Gesamtzahl der Betriebe und Betriebseinheiten, also 69 für die Gesamtbranche und 39 für die Akutspitäler.

Jede neue mitarbeitende Pflegeperson erhält einen ganzen Schultungstag zum Themenbereich Demenz/Delir. Ausserdem erhalten knapp 100 speziell ausgebildete Pflegefachpersonen als Multiplikatoren (sog. Ressourcenpflegende) eine 5-Tages-Schulung zum Thema Demenz-Delir sowie jährlich einen Thementag und sechs Mal eine Stunde pro Jahr ein Forum zum Austausch. Die Notfallärzte werden in diesem Thema zweimal eine halbe Stunde halbjährlich geschult.

7.3.3 Weitere Massnahmen im Bereich Personal

Den Befragten werden verschiedene Massnahmen zur Optimierung der Behandlung, Pflege und Betreuung vorgeschlagen, wobei sie abschätzen sollen, ob sie diese für «sehr», «eher», «eher nicht» oder «gar nicht» geeignet halten. Es sind dies:

- der Beizug einer Fachperson, zuständig während des gesamten Aufenthalts
- erhöhter Personalschlüssel
- Eins-zu-eins-Betreuung (tagsüber oder auch nachts, in Form einer Sitzwache)
- Bettfixation
- andere

Mit Ausnahme der Bettfixation werden die aufgeführten Massnahmen von der überwiegenden Mehrheit der Antwortenden als «sehr» oder «eher geeignet» für die Betreuung von Patienten mit Demenz angesehen (85% und mehr in diesem Sinne).⁴⁰ Erneut wird auf die Bedeutung der Existenz eines interprofessionellen Demenzpfades mit hoher Kompetenz aller Beteiligten hingewiesen. Anzustreben sei zudem, gemäss Aussagen verschiedener Betriebe:

- die Schaffung eines angstreduzierenden Milieus in Form von Spezialstationen mit kleinen Teams,
- die Schaffung einer Situation, in der sich die Betreuungsperson auf ihre Kernaufgaben konzentrieren könne (möglichst wenig Unterbrechungen durch z.B. administrative Zusatzaufgaben),
- die regelmässige Schulung und das regelmässige Coaching des Personals,
- die gute Strukturierung des Tagesablaufs des Patienten unter Einbezug der nahestehenden Bezugsperson(en),
- weitere geeignete Massnahmen wie Bezugspflege, Einrichtung eines Nachtcafés, etc.

Die Frage, welche Massnahmen auch ergriffen werden, beantworten die Betriebe und Betriebseinheiten gemäss Tabelle 7 (nachfolgende Seite). Zum Stichwort «Bettfixation» führt ein Betrieb aus, man fixiere Patienten nicht *am* Bett, sondern *im* Bett mit entsprechenden Hilfsmitteln (z.B. Zewi-Decke, Overall), und dies auch nur in Ausnahmesituationen; eine andere Institution nennt «Fixation im Rollstuhl» als Variante der Bettfixation. Ein Betrieb zieht jeweils eine Verlegung in Betracht, «wenn die Demenzausprägung zu hoch wird.»

Die antwortenden Akutspitäler weisen eine ähnliche Rangfolge der ergriffenen Massnahmen auf, wenn auch mit teils unterschiedlichen Anteilen. Eine Person als Sitzwache wird hier erklärtermassen von 72%, eine durchwegs zuständige Fachperson von 56% beigezogen. Die Bettfixation wird nach eigenen Angaben seltener angewandt (13%) als im Gesamtsample.

⁴⁰ Bettfixation halten demgegenüber 28% der Antwortenden für «eher nicht» und 70% für «gar nicht» geeignet, bei 2% «weiss nicht».

Tabelle 7: Massnahmen, die im Bereich Personal ergriffen werden (N=69)

	Anzahl	Prozent
Eins-zu-eins-Betreuung, auch nachts (z.B. Sitzwache)	41	59%
Beizug Fachperson, zuständig während des gesamten Aufenthalts	36	52%
Erhöhter Personalschlüssel	33	48%
Eins-zu-eins-Betreuung, tagsüber	32	46%
Bettfixation	12	17%
Keine Antwort / weiss nicht	3	4%
Anderes	18	26%
<i>Total der Antwortenden</i>	<i>69</i>	<i>100%</i>

7.4 Unterstützende Dienste

In diesem Abschnitt steht die Entsendung bzw. Nutzung bestimmter unterstützender Dienste im Fokus, die im Hinblick auf die Behandlung von Patienten mit Demenz eingesetzt bzw. angerufen werden. Es handelt sich um Fachpersonen und Teams, die aufgrund ihres speziellen Fachwissens einen wesentlichen Beitrag zum Behandlungserfolg leisten können. Im Rahmen dieser Befragung lassen sie sich wie folgt umschreiben und eingrenzen:

- *Konsiliardienste* werden von Spital zu Spital gesandt, auf Abruf und von Fall zu Fall. Zweck ist die fachärztliche Beurteilung im Auftrag eines behandelnden Arztes.
- *Liaisondienste* werden regelmässig von Spital zu Spital gesandt. Der Austausch ist im Vergleich zum Konsiliardienst enger und kann auch die fachärztliche Mitbetreuung während eines Spitalaufenthaltes im Auftrag der behandelnden Ärztin umfassen.
- *Krisenequipen* werden in speziellen Krisensituationen eingesetzt bzw. angerufen.
- *Mobile bzw. aufsuchende Dienste* werden bei Bedarf an den Wohnort des Patienten oder ins Pflegeheim entsandt. Sie können als Einheit eines Spitals oder einer Spitex oder auch versorgungsbereichsübergreifend organisiert sein.

74% der Antwortenden (n=69) verfügen nach eigenem Bekunden intern über einen der erwähnten Dienste/Equipen für die Behandlung von Menschen mit Demenz. 41% nehmen extern solche Dienste in Anspruch. Am weitesten verbreitet sowohl bei der internen Verfügbarkeit als auch bei der externen Inanspruchnahme sind Konsiliardienste. 74% verfügen intern über einen Konsiliardienst, wobei dieser anteilmässig ungefähr gleich verteilt ist auf die geriatrische und die gerontopsychiatrische Fachrichtung.⁴¹ Extern nehmen 29% einen Konsiliardienst in Anspruch, und zwar mehrheitlich gerontopsychiatrischer Spezifität. Liaisondienste, Krisenequipen und Mobile Dienste werden deutlich weniger oft eingesetzt bzw. angerufen. In der Mehrheit handelt es sich bei allen genannten Kategorien um gerontopsychiatrische Dienste.⁴²

7.4.1 Akutspitäler

69% der Antwortenden (n=39) verfügen intern über einen der erwähnten Dienste/Equipen für die Behandlung von Menschen mit Demenz. 48% nehmen extern solche Dienste in Anspruch.

⁴¹ Andere Spezifitäten werden genannt. Es sind dies: psychiatrisch, neurologisch, psychologisch, musiktherapeutisch, ergotherapeutisch, palliativ, gerontopsychiatrisches Ambulatorium, Delirteam. Ein Mitglied verfügt über einen pflegerischen Demenz-Delir-Konsiliardienst, eine *Geriatric Emergency Unit* und über ein Altersfrakturenprojekt mit festangestelltem Geriater und geriatrischen *Advance Practice Nurses* (APN).

⁴² Aus Sicht von psychiatrischen Kliniken und Abteilungen können umgekehrt somatische bzw. internistische Konsiliar- und Liaisondienste für Patienten mit körperlichen Komorbiditäten angerufen werden.

Am weitesten verbreitet sowohl bei der internen Verfügbarkeit als auch bei der externen Inanspruchnahme sind Konsiliardienste. 69% verfügen intern über einen Konsiliardienst, wobei anteilmässig die geriatrische Fachrichtung gegenüber der gerontopsychiatrischen überwiegt.⁴³ Extern nehmen 38% einen Konsiliardienst in Anspruch, und zwar mehrheitlich gerontopsychiatrischer Spezifität. Liaisondienste, Krisenequipen und Mobile Dienste werden weniger oft eingesetzt bzw. angerufen.

7.4.2 Erwünschte Förderung unterstützender Dienste⁴⁴

Auf die Frage, welche Dienste/Equipen eigens für Menschen mit Demenz speziell gefördert werden sollten, nennen die Antwortenden (n=69) zuerst, nämlich zu 58% Konsiliardienste, als zweites, nämlich zu 39% Liaisondienste. An dritter Stelle werden mobile Demenzdienste bevorzugt, und zwar mit folgenden Anteilen:

- von 33% der Antwortenden als versorgungsbereichsübergreifende Institution,
- von 25% als Organisationseinheit eines Spitals bzw. einer Klinik und
- von 19% als Organisationseinheit einer Spitex.

Weitere Stimmen fallen auf Krisenequipen (22%) und auf andere Dienste (10%).⁴⁵ 14% äussern keine Präferenz. Ein Mitglied ist der Meinung, dass es keine spezielle Förderung solcher Dienste und Equipen eigens für Menschen mit Demenz brauche.

Die Präferenzen der Akutspitäler verteilen sich anteilmässig analog Gesamtbranche auf Konsiliardienste (59%) und auf mobile Dienste (33% versorgungsbereichsübergreifend, 26% organisiert vom Spital und 18% organisiert von der Spitex). Liaisondienste werden hingegen nur von 26% als besonders förderungswürdig erachtet und Krisenequipen von 13% der Antwortenden.

7.5 Fazit

Wie gesehen, ist die Zuweisung demenzbetroffener Patienten an spezifisch geschultes Personal fester Bestandteil des Behandlungspfads (vgl. Kapitel 4). Etwas mehr als die Hälfte der Antwortenden zieht eine entsprechend geschulte Fachperson bei, die die Patientin mit Demenz von Anfang bis Ende des Spitalaufenthalts begleitet. Die Mehrheit der Antwortenden erklärt zudem, situativ auf die Eins-zu-eins-Betreuung zurückzugreifen. Solches scheint sich vor allem nachts aufzudrängen, da drei von fünf Betrieben nächtliche Sitzwachen einsetzen. Aber auch tagsüber werden in jedem zweiten Betrieb Patienten mit Demenz beizeiten eins zu eins betreut. Ebenfalls jeder zweite Betrieb erhöht erklärtermassen zwecks Optimierung der Behandlung, Pflege und Betreuung von Demenzkranken seinen Personalschlüssel. Die Bettfixation wird von keinem Betrieb als geeignet angesehen, wenngleich etwa jeder achte erklärt, diese zumindest ausnahmsweise anzuwenden.

Nimmt man eine Gesamtbetrachtung aller antwortenden Betriebe mit Bezug auf das Personal vor, so hält nur eine Minderheit das vorhandene Wissen über Demenz für ausreichend. Die Akutspitäler schätzen das Wissen beim Personal etwas positiver ein, wobei hier möglicherweise die Messlatte tiefer liegt für das, was als "ausreichend" erachtet wird. In Bezug auf die Professionen, die unmittelbar in den medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Prozess involviert sind, sehen etwa zwei Drittel bis drei Viertel der Antwortenden ausreichende Kenntnisse über Demenz, während ein Viertel bis ein Drittel den Kenntnisstand als ungenügend erachtet. Dem spitalinternen Sozialdienst wird in ähnlichem Ausmass ausreichende Kenntnis zugebilligt wie der Ärzteschaft, dem Pflegepersonal und dem medizinisch-therapeutischen Personal. Bei der

⁴³ Andere Spezifitäten werden genannt. Vgl. Fussnote 42.

⁴⁴ Bei dieser Frage konnten maximal drei Antworten angekreuzt werden.

⁴⁵ Genannt werden: Interprofessionelles Konsiliarteam, Mobiler Dienst im Spital, Einrichtungen der Tages- und Nachtbetreuung, ambulante Nachbetreuung, geschulte Sitznachtwachen, Spitalpharmazie mit Spezialisten für geriatrische Pharmakotherapie.

Frage, welche Berufsgruppe mit welchen Anteilen über speziell geschultes Personal verfügt, schneidet der Sozialdienst am besten ab mit einem durchschnittlichen Anteil von rund 50%. Allerdings ist die Zahl der verwertbaren Angaben tief, weshalb von einem Bias auszugehen ist. Ärzte, Pflegende und Therapeuten erreichen im Schnitt Anteile um die 20%.

Die Betriebe unternehmen nach eigenem Bekunden einiges, um die Kompetenz beim Personal zu erhöhen. Grossmehrheitlich erklären sie, fachspezifische Weiterbildungen anzubieten oder diese extern zu finanzieren. Auch werden unterstützende Dienste, insbesondere Konsiliardienste, rege genutzt. Allen Anstrengungen zum Trotz scheint aber ein gewisses Ressourcenproblem bestehen zu bleiben. Fragt man die Mitglieder nämlich, in welchem Bereich sie am ehesten Optimierungsbedarf für sich sehen, so nennen drei Fünftel den Bereich Personal. Sie scheinen Mühe zu bekunden, eine genügende Anzahl qualifizierter Fachpersonen für die Betreuung, Pflege und Behandlung von Patienten mit Demenz zu finden. Und wie gesehen, scheint der Wissensstand über Demenz beim Personal allgemein noch verbesserungswürdig. Gefragt ist sodann die Förderung von Konsiliardiensten und – in geringerem Mass – von Liaisondiensten sowie mobilen Diensten.

Es braucht also Investitionen in die Aus- und Weiterbildung und in die Fachexpertise. Damit ist indirekt die Finanzierung angesprochen, worauf weiter unten noch näher einzugehen ist.

8 Austritt

Patienten mit Demenz sind nicht nur während des Spitalaufenthalts auf einen auf sie zugeschnittenen Behandlungspfad angewiesen. Ebenso wichtig ist die Koordination dieses Pfads mit den nachgelagerten Akteuren, also namentlich dem Hausarzt bzw. der Hausärztin, der Spitex, der Pflegeinstitution. Dabei sind der Patient selber und sein Umfeld bestmöglich einzubeziehen. Wie wir weiter oben gesehen haben (Kapitel 4), erklärt rund ein Drittel der antwortenden Betriebe, über einen Demenzpfad zu verfügen, der sowohl spitalintern als auch koordiniert mit nachgelagerten Versorgungsstellen verläuft.

Die Frage, ob Patientinnen mit Demenz nach dem Spitalaufenthalt eine gute Anschlusslösung finden, beantworten die Betriebe bzw. Betriebseinheiten wie folgt:

Tabelle 8: Gute Anschlusslösung nach Spitalaufenthalt

	Gesamtbranche (N=65)	Akutspitäler (N=36)
immer	12%	14%
häufig	63%	61%
manchmal	22%	25%
selten	3%	0%

Bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist zu beachten, dass der Terminologie «Immer» vs. «Häufig» vs. «Manchmal» vs. «Selten» keine Trennschärfe innewohnt. Es bleibt den Antwortenden überlassen, was sie unter den Begriffen genau verstehen. Nichtsdestoweniger darf festgehalten werden, dass sich sowohl in der Gesamtbranche als auch im Bereich Akutspitäler just ein Viertel der antwortenden Betriebe dazu bekennt, für Patienten mit Demenz nur «manchmal» oder «selten» eine gute Anschlusslösung zu finden.

Manche Betriebe berichten von einer eingespielten Koordination des Aus- und Übertritts von Patienten mit Demenz in nachgelagerte Institutionen. Als Partner genannt werden, nebst den bereits erwähnten Akteuren: die Memory Clinic, die gerontopsychiatrische Klinik zur weiteren Demenz- und Delirbehandlung, das spezialisiertes Pflegeheim mit Demenzabteilung etc. Zuweilen führe der Weg auch über mehrere Stationen (Akutsomatik, Akutgeriatrie, Pflegeheim), immer mit dem Ziel, dass die Patientin mit Demenz wieder nach Hause zurückkehre. Dafür versuche man, einen Grossteil der Behandlungen im ambulanten Setting durchzuführen.

Das – nicht auf Demenz spezialisierte – Pflegeheim wird zwar auch als mögliche gute Anschlusslösung genannt. Probleme ergäben sich aber dadurch, dass dieses selten demenzgerecht ausgestattet sei, oder wenn, dann häufig voll ausgelastet sei. Dadurch entstünden Wartezeiten, was den Spitalaufenthalt über Gebühr verlängere. Ein Mitglied plädiert für die gezielte Förderung der Spitex, um Pflegeheimeintritte nach dem Spitalaufenthalt möglichst zu vermeiden. Besonders schwierig sei es, eine gute Anschlusslösung für junge Demenzkranke zu finden sowie für Patienten mit schweren Verhaltensauffälligkeiten.

8.1 Planung und Koordination

Am häufigsten wird – summa summarum – der Pflegedienst mit der Planung und Koordinierung des Austritts betraut. 87% der Antwortenden (n=63) sehen diesen «immer» oder «häufig» in dieser Rolle. Dahinter folgen der spitalinterne Sozialdienst und der behandelnde Arzt mit je 81% Anteilen «immer»/«häufig».⁴⁶ 63% nennen das in den Behandlungsprozess involvierte ärztliche Personal als Ganzes und 29% das medizinisch-therapeutische Personal «immer» oder «häufig» planend und koordinierend. Angemerkt wird verschiedentlich, dass die Austrittsplanung und -koordination interdisziplinär bzw. interprofessionell erfolge, etwa durch Arzt, Pflegedienst und Sozialdienst gemeinsam. Ebenfalls mehrfach genannt wird die Austrittsplanung in Form eines Case Managements.

⁴⁶ Für Akutspitäler (n=35) resultiert eine ähnliche Verteilung. Von ihnen wird der behandelnde Arzt mit einer Quote von 89% «immer» oder «häufig» genannt, vor dem Sozialdienst mit 88% und der Pflegedienst mit 86%.

Überwiegend «immer» in die Planung und Koordination einbezogen werden der Patient selber (75% von total 65 Antwortenden), die nahestehende Bezugsperson (67%), der behandelnde Arzt im Spital (87%) und der hauseigene Pflegedienst (86%). Zählt man jeweils die Anteile für «häufig» hinzu, so ergeben sich Einbezugsraten von annähernd 100% für die genannten Akteure. Überwiegend «häufig» einbezogen werden das Pflegeheim (69%) und die Spitex (77%), wobei zusätzlich 20% der Antwortenden erklären, diese beiden Akteure «immer» einzubeziehen. Weitere wichtige Mitspieler sind: der hausinterne Sozialdienst (88% «immer» oder «häufig»), der Hausarzt bzw. die Hausärztin (78% «immer» oder «häufig»), das übrige in den Behandlungsprozess involvierte ärztliche Personal im Spital (71% «immer» oder «häufig») und der medizinisch-therapeutische Dienst (57% «immer» oder «häufig»)⁴⁷.

Betrachtet man nur die Akutspitäler, so ergibt sich ein insgesamt sehr ähnliches Verteilmuster des Einbezogeneins. Die Quoten verschieben sich teilweise leicht nach oben. Der Patient erreicht eine Quote von 89% «immer», der behandelnde Arzt und der Pflegedienst erlangen je eine von 92% «immer».

8.2 Kommunikation bei Austritt

Die meisten Antwortenden (n=68) erwähnen die schriftliche Information zur weiteren Behandlung, Pflege und Betreuung: am häufigsten bezüglich Hausarzt (ca. 80%) und, mit ca. 65% Erwähnung etwas weniger häufig, bezüglich der nachgelagerten ambulanten und stationären Institutionen (insbesondere Spitex und Pflegeheim). Der ärztliche Bericht kann kurz oder ausführlich ausfallen und auch spezielle Elemente wie Diagnoseliste oder Krisenpass enthalten. Auf den ersten Blick mag erstaunen, dass bei der Kommunikation des Austrittsberichts keine hundertprozentige Quote erreicht wird. Möglicherweise gehört diese aber derart zum Standard, dass sie für selbstverständlich angesehen und daher nicht immer erwähnt wird. Etwas erklärungsbedürftig scheint hingegen die relativ oft (ungefähr zu einem Drittel) fehlende Erwähnung des Überweisungsrapports an die Spitex und das Pflegeheim. Hier könnte – zumindest in gewissen Fällen – tatsächliche Unterlassung der Grund sein. Oder aber der Gesundheitszustand des Patienten wird bei Austritt für derart gut befunden, dass dieser aus Sicht des Spitals keiner nachgelagerten Pflege und Betreuung bedarf.

Wie wird über den schriftlichen Bericht hinaus kommuniziert? Annähernd die Hälfte der Antwortenden berichtet von Austrittsgesprächen mit dem Patienten und nahestehenden Bezugspersonen (mehr dazu im nachfolgenden Kapitel). Ein weiteres Fünftel erwähnt Kontaktadressen (z.B. Notfallnummern) und Informationsbroschüren und Merkblätter (z.B. über Sturz, Dekubitus etc.), die der Patientin abgegeben würden. Circa ein Drittel nennt die mündliche (telefonische) Information an den Hausarzt. Rund zehn Prozent berichten von interprofessionellen bzw. interdisziplinären Austrittsgesprächen, wobei das medizinisch-pflegerisch-therapeutische Team vereinzelt auch als Absender des Austrittsberichts oder eines Zusatzberichts in Erscheinung tritt. Die mündliche Kommunikation mit dem Pflegeheim oder der Spitex wird erklärtermassen von rund einem Viertel der Antwortenden gepflegt – teils in Form einer ausführlichen Besprechung des Behandlungs- und Betreuungsplans. Ein Mitglied berichtet von gelegentlichen Schnuppertagen, die der Patient mit Demenz in einer sozialmedizinischen Institution absolvieren könne.

Die Abgabe einer Medikamentenliste inkl. Einnahmemodalitäten sowie von Rezepten wird von über der Hälfte der Antwortenden erwähnt. Nur vereinzelt ist dagegen die Rede von einer Erklärung der Nebenwirkungen von Medikamenten. Einzelne Mitglieder schreiben, dass eine Kontrolle bereits vorhandener Medikamente und ein Abgleich mit der neuen Verordnung stattfindet, oder dass neu dazu gekommene Medikamente markiert würden. Nicht-medikamentöse Therapien werden erklärtermassen von etwa einem Siebtel der Antwortenden verordnet.

⁴⁷ In Bezug auf die übrigen aufgeführten Akteure erklärt nur eine Minderheit der Antwortenden, dass diese «immer» oder «häufig» einbezogen würden: der externe Sozialdienst (40%), externe Konsiliar- oder Liaisondienste (31%) sowie das Gesundheitszentrum (13%). Weiter genannt werden: gerontopsychiatrische Tagesklinik, Seelsorge, Krebsliga, Case Management Medizin.

8.2.1 Fazit

Die schriftliche Information – mindestens in der Kurzversion – und die Abgabe einer Medikamentenliste scheinen mehrheitlich Standard zu sein. Die mündliche Kommunikation hingegen gehört allem Anschein nach nicht überall zur gelebten Praxis – vor allem nicht in Bezug auf die nachgelagerten Institutionen. Ansätze einer Best Practice bezüglich Kommunikation bei Austritt sind aber vorhanden. Drei Beispiele seien zitiert:

- a) Akutspital: *«Es gibt die Arztvisite und das ärztliche Austrittsgespräch. Alle Patienten erhalten strukturierte und individuelle pflegerische Übertritts- und Austrittsdokumente inkl. Medikamentenkarte. Bei jedem Austritt/ Übertritt findet ein Austrittsgespräch durch die Pflegeperson, mit Patient und/ oder Angehörigen, statt, an dem das Austrittsdokument erklärt wird.»*
- b) Spezialklinik der Geriatrie: *«In einem gemeinsamen Gespräch mit den betreuenden Angehörigen, dem Patienten (sofern gesprächsfähig), dem behandelnden Arzt, der Bezugspflegeperson und der Sozialarbeiterin wird der Austritt vorbesprochen. Das Medikamentenrezept, Angaben zu ambulanten Hilfen (z.B: Spitex, ambulante psychiatrische Dienste, Tagespflegeheim, etc.) werden schriftlich abgegeben. Der Hausarzt erhält einen Kurzaustrittsbericht gefaxt und wird bei dringenden oder schwierigen Fällen telefonisch vorinformiert.»*
- c) Psychiatrische Klinik, im Fall eines Übertritts ins Pflegeheim: *«Es gibt eine Heimanmeldung mit provisorischem Überweisungsrapport der Pflege und ärztlicher Anmeldung. Der vorläufige Austrittsbericht wird zeitnah per Fax übermittelt. Der Pflegedienst nimmt proaktiv mit dem Pflegeheim Kontakt auf, um den Eintrittszeitpunkt sowie offene Fragen zu klären. Bei Austritt gibt es den aktuellen Überweisungsrapport mit Besonderheiten und Austrittsmedikamenten. Die Angehörigen werden von der zuständigen Pflegeperson und dem Arzt mit einbezogen und zeitnah über Veränderungen informiert. Je nachdem wird zusätzlich der Heimarzt oder der Hausarzt bei Austritt kontaktiert.»*

9 Nahestehende Bezugspersonen⁴⁸

Das Thema *Einbezug des Patienten mit Demenz und der ihm nahestehenden Bezugsperson(en)* wurde bereits verschiedentlich gestreift. In diesem Kapitel soll es ausführlich zur Sprache kommen, unter Berücksichtigung aller bereits besprochenen Aspekte des Spitalaufenthalts.

Nahestehende Bezugspersonen von Patienten mit Demenz übernehmen Verantwortung. Sie haben den persönlichen Zugang zum Patienten, erklären und erläutern, was dieser meint und wünscht, und leisten allein schon dadurch einen bedeutenden Beitrag zum Behandlungserfolg. Dies gilt insbesondere:

- bei der Diagnostik, in Form wichtiger Zusatzinformationen, wenn die Patientin ihre Beschwerden nicht adäquat benennen kann,
- für die Entscheidungsfindung darüber, was der Patient mutmasslich will, wenn dieser nicht mehr selber urteilen kann, resp. was ihm zuzumuten ist und was nicht (Entscheid über das Behandlungsziel, über die Durchführung einwilligungspflichtiger Massnahmen etc.)
- bei der Wahl der richtigen Therapie, bzw. des adäquaten Therapiemix und
- bei der Organisation der Abläufe.

Eine besondere Rolle spielen nahestehende Bezugspersonen, wenn ethisch heikle Entscheidungen anstehen (z.B. für oder gegen eine Operation, Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen etc.) und die Patientin nicht oder nur eingeschränkt urteilsfähig ist. Der *mutmassliche Wille* des Patienten muss geklärt werden, anhand der Patientenverfügung – sofern eine solche vorhanden ist – und im Gespräch mit den Bezugspersonen. Wobei hier zusätzlich zu klären ist, wer bei Urteilsunfähigkeit die Stellvertretung ausübt. Gemäss neuem Erwachsenenschutzrecht (in Kraft seit 2013) ist nicht mehr zwingend der Verwandtschaftsgrad ausschlaggebend, sondern primär die Nähe des persönlichen Verhältnisses, in dem eine Person mit dem Patienten steht. Schwierigkeiten ergeben sich für das Spital, wenn die Bezugspersonen sich nicht entscheiden können oder wollen, oder sich über die zu ergreifende Massnahme nicht einig sind. Gegebenenfalls muss im objektiven Interesse (*best interest*) des Patienten entschieden werden (vgl. Abschnitt 5.1).

9.1 Einbezug in Prozesse während des Spitalaufenthalts

Über 90% der Antwortenden (n=68) beurteilen den Einbezug der nahestehenden Bezugspersonen als «hilfreich» sowohl bei der Erreichung des Behandlungsziels (97%, je etwa zur Hälfte «immer» oder «häufig») als auch bei der Einleitung einwilligungspflichtiger Massnahmen (91%, zu 40% «immer» und zu 50% «häufig»). Vereinzelt berichten Betriebe von schwierigen Situationen, zum Beispiel, dass nahestehende Bezugspersonen zuweilen überfordert seien, zerrissen zwischen Wunsch und Verpflichtung einerseits und den Grenzen des Machbaren andererseits. Das Gelingen des Einbezugs sei auch abhängig vom Charakter ihrer Beziehung zum Patienten – ob diese zum Beispiel konfliktbeladen sei. Insgesamt aber scheinen Erschwernisse eher die Ausnahme zu sein, denn nur einzelne Betriebe erklären, diese träten «immer» oder «häufig» auf.

Nahestehende Bezugspersonen dienen praktisch immer als Informationsquelle (für 74% der Antwortenden «immer» und für 26% «häufig»). Sie sind wie erwähnt sehr oft aktiv einbezogen in Entscheidungsprozesse über das Behandlungsziel (62% «immer» und 37% «häufig») und über einwilligungspflichtige Massnahmen (67% «immer» und 27% «häufig»). Auch die Patientin selber wird gemäss Selbstdeklaration der Betriebe so oft wie möglich in diese Fragen mit einbezogen (vgl. Abschnitt 5.1).

⁴⁸ Oft wird allgemein von «Angehörigen» gesprochen, wobei auch Personen gemeint sind, die zwar nicht mit dem Patienten verheiratet oder verwandt sind, aber ihm eben nahestehen. Wir bevorzugen in der Regel den Begriff «Nahestehende Bezugspersonen», verwenden zuweilen aber auch «Angehörige» im Sinne des Leseflusses.

Zwei Drittel der Antwortenden geben an, nahestehende Bezugspersonen «immer» (13%) oder «häufig» (53%) in den Pflegeprozess einzubeziehen. Etwas mehr als die Hälfte nennt Betreuung und ein Drittel Beaufsichtigung (z.B. als Sitzwache) als Feld, in dem sie «immer» oder «häufig» einbezogen würden. Noch stärker als im Gesamtsample fällt der Einbezug der Angehörigen in den Akutspitälern aus.⁴⁹ Ein Betrieb schreibt, die nahestehende Bezugsperson werde auf Wunsch in allen Bereichen involviert, inklusive Begleitung in den Operationssaal bis zur Einleitung der Narkose. In punkto Betreuung sieht ein Mitglied aus der Romandie die Angehörigen vermehrt in der Pflicht:

«Encore beaucoup de travail à faire avec les proches pour les rendre partenaire de l'accompagnement. A l'heure actuelle l'impression est que le résident est placé à l'EMS et ce dernier doit tout faire pour le résident. Il est nécessaire de modifier les visions.»

Wenn Angehörige so häufig in den Pflege- und Betreuungsprozess involviert werden, welche Infrastruktur steht ihnen zur Verfügung? Gibt es beispielsweise ein Rooming-in eigens für sie? Auf die entsprechende Frage antworten 24 Betriebe (35%) mit «ja», wobei 19 erklären, dass dieses tagsüber und nachts zugänglich sei. Zwei weitere Betriebe planen ein Rooming-in. Hierbei zeigt sich eine gewisse Diskrepanz: Fast die Hälfte der Betriebe, die erklären, Angehörige «häufig» aktiv in den Pflegeprozess einzubeziehen, stellen kein Rooming-in für sie zur Verfügung.

9.2 Einbezug in die Austrittsplanung

Wie gesehen, erklären zwei Drittel der Betriebe, nahestehende Bezugspersonen «immer» in die Planung und Koordination des Austritts einzubeziehen. Ein Drittel erklärt, dies «häufig» zu tun. Bei der Anschlussfrage, wie bei Austritt kommuniziert wird, berichtet nur knapp die Hälfte der Antwortenden von gemeinsamen Gesprächen mit Patienten und Angehörigen. Die Frage stellt sich, wie die Kommunikation in allen anderen Fällen verläuft. Mögliche Erklärungen hierzu lauten:

- Die Antwortenden beziehen die nahestehenden Bezugspersonen in die Austrittsplanung ein, unterlassen es aber, dies noch einmal zu erwähnen.
- Die Antwortenden verstehen unter «Einbezug» etwas anderes als das gemeinsame Gespräch. Beispielsweise kann auch die blosse Abgabe der Medikamentenliste, der Verordnung und/oder des Austrittsberichts als «Einbezug» gewertet werden.

9.3 Fazit

Nahestehende Bezugspersonen werden vielfältig in Entscheid-, Behandlungs-, Pflege- und Betreuungsprozesse einbezogen. Der Einbezug wird zumeist positiv beurteilt. Manche Betriebe erklären, Angehörige sehr konsequent in die spitalinternen Abläufe und Prozesse einschliesslich Austrittsplanung einzubeziehen, etwa im Rahmen eines Case Managements oder durch Gewährung der Teilnahme an interdisziplinären Round-Table Gesprächen. Da und dort scheint eine gewisse Diskrepanz zu bestehen zwischen erklärtem oder gewünschtem Einbezug in Prozesse einerseits, vorhandener Infrastruktur (Rooming-in) bzw. Pflege der Kommunikation (Austrittsplanung) andererseits.

⁴⁹ 80% von ihnen erklären, diese «immer» oder «häufig» aktiv in die Betreuung einzubeziehen; 77% nennen die Pflege und 62% die Aufsicht als Aufgabenfeld, in dem Angehörige immer oder häufig einbezogen würden.

10 Handlungsbedarf aus Sicht der antwortenden Betriebe

Im letzten Teil des Fragebogens erhalten die Mitglieder Gelegenheit, anhand von neun Fragen ein Fazit zur demenzgerechten Versorgung zu ziehen – für sich selbst und in Bezug auf die Rahmenbedingungen. 67 Betriebe und Betriebseinheiten tun dies ganz oder teilweise. An verschiedenen Stellen im Bericht wurde bereits Bezug auf einzelne Ergebnisse genommen. Dieses Kapitel liefert die Antworten in der Übersicht und zeigt den Handlungsbedarf aus Sicht der antwortenden Betriebe auf. Wo nichts Anderes erwähnt, gelten die Befunde für die Gesamtbranche und für Akutspitäler gleichermassen. Bei klaren Abweichungen von der Gesamtbranche wird das Ergebnis der Akutspitäler zusätzlich aufgeführt.

10.1 Eigener Handlungsbedarf

99% der Antwortenden (n=67) bejahen die Frage, ob Patienten mit Demenz generell mehr Aufwand benötigen als Patienten ohne Demenz (13% sagen «eher ja»). 97% nennen «besonders» Zeit und/oder Intensität für die Pflege, 51% Zeit/Intensität für die medizinische Behandlung und 48% Zeit/Intensität für die Betreuung. Die Diagnostik wird von 35% als besonders aufwändig angesehen, die Austrittsplanung von 23% und die Zeit/Intensität für die Therapie ebenfalls von 23%. Je einmal genannt werden der Einbezug der Angehörigen bzw. die Delirprophylaxe als besonders aufwändige Aspekte der Behandlung von Patienten mit Demenz.

Als grösste Herausforderung wird der Umgang mit belastenden Symptomen und irritierenden Verhaltensweisen angesehen. 73% äussern sich entsprechend. 44% nennen die Kommunikation mit der Patientin und 34% die Delirprophylaxe. Das Erkennen einer Demenz bei Eintritt und die Polymedikation, also das Verhindern von unerwünschten Neben- oder Wechselwirkungen, werden von je 27% als besondere Herausforderung gesehen.

Die wichtigsten Lösungsansätze aus Sicht der antwortenden Betriebe sind:

- Interprofessionalität und Interdisziplinarität (64%)
- Koordination mit vor- und nachgelagerten Versorgungsstellen (56%)
- Förderung demenzspezifischen Wissens beim Personal (52%)
- Multidimensionale Assessments für ältere Patienten (32%)

Wo sehen die Betriebe für sich am ehesten Optimierungsbedarf? Hier lautet die meistgeäusserte Antwort: beim Personal. Eine genügende Anzahl Berufspersonen zur Verfügung zu haben, die im Umgang mit Patienten mit Demenz ausreichend gebildet und geschult und mit der notwendigen Erfahrung und Sensitivität ausgerüstet sind – dieses Ziel sehen 61% der Antwortenden als noch nicht erreicht an. Mit grossem Abstand dahinter folgt das Thema Behandlungsprozess und Behandlungsqualität (von 15% genannt), wobei Betriebe ohne Demenzpfad zu 23% Nachholbedarf auf diesem Gebiet erkennen. Vereinzelt genannt werden Schnittstellenmanagement (9%) und Infrastruktur (7%). Die Diagnostik wird von keinem Betrieb als besonders optimierungsbedürftig angesehen. Ein einziger Betrieb mag für sich selber keinerlei Anpassungsbedarf erkennen.

10.2 Finanzierungsbedarf

Die Frage der angemessenen Finanzierung der Behandlung von Patienten mit Demenz (PmD) wird international breit diskutiert. Mit Blick auf den «hohen Versorgungsbedarf und die notwendigen erheblichen zusätzlichen Aufwendungen» dieser Patientinnen beklagt etwa der Deutsche Ethikrat, dass der Aufwand «weder bei Demenz als Hauptdiagnose noch als Nebendiagnose in den Fallpauschalen ausreichend, das heisst kostendeckend abgebildet» ist. Eine Lösung sieht er in Zusatzentgelten «für bestimmte komplexe multimorbide Krankheitsbilder».

In Bezug auf die Schweiz hat eine Befragung der Kantone von 2013 die Ansicht offenbart, dass sich Finanzierungslücken namentlich aufgrund der Nichterfassung der Betreuungsleistungen im

Krankenversicherungsgesetz (KVG) und in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) ergäben. Ausserdem fehle im KVG eine Grundlage zur Vergütung von (neuro-)psychologischen Leistungen. Aus diesen Gesetzes- und Verordnungslücken resultiere eine zu hohe finanzielle Belastung der Patienten mit Demenz und subsidiär der Kantone, sofern diese Patienten zum Bezug von Ergänzungsleistungen berechtigt seien.

Wie sehen die Spitäler und Kliniken die Finanzierungssituation? Erachten sie die Kosten für die Behandlung von PmD in den geltenden Tarifsyste men sachgerecht abgebildet oder nicht? Und wenn nein, welche Kostenkomponenten sind ihrer Ansicht nach nicht abgebildet? Für welche Leistungen braucht es ggf. eine Zusatzfinanzierung?

Von 67 Antwortenden rechnen 57% PmD in der Regel mit SwissDRG ab (Spitalleistungen nach Art. 49 KVG). 24% verwenden regelmässig stationäre Tarife der Psychiatrie, 18% regelmässig stationäre Tarife der Rehabilitation. Tarife der Übergangspflege und der Pflegefinanzierung (Pflegeleistungen nach Art. 25a KVG) finden selten Anwendung.

67% der Antwortenden (n=67) sind der Meinung, die Kosten für die Behandlung von *Patienten mit Demenz* seien im geltenden Abrechnungssystem (in der Mehrzahl der Fälle: SwissDRG) nicht sachgerecht abgebildet. 16% sind gegenteiliger Ansicht. 17% sind unschlüssig oder äussern keine Meinung. Ganz allgemein halten 76% die Behandlung von *älteren, polymorbiden Patienten* heute nicht für ausreichend finanziert. 15% sind der Meinung, die Finanzierung sei ausreichend. 9% haben keine klare Meinung. Stellvertretend für viele sei hier die Stellungnahme eines Akutspitals mit Leistungsauftrag in Gerontotraumatologie wiedergegeben:

Die Zahl der behandelten Patienten auf unserer Abteilung ist kontinuierlich gestiegen. Allerdings zeigen ökonomische Analysen, dass die Kosten dieses kooperativen und integrativen Behandlungspfad es mit grossem Patientennutzen über das DRG-System nicht gerecht vergütet werden. Es kommt zu massiven Unterdeckungen, was das Angebot stark unter Druck setzt. Ganz allgemein lässt sich sagen, dass gute, patientenzentrierte Angebote, die auch interne Spitalverlegungen mit einschliessen, über das heutige DRG-System unterfinanziert sind.

Aus den spezialisierten Fachbereichen, namentlich Psychiatrie und Rehabilitation, lautet die Stossrichtung ähnlich. Die dortige Situation wird in den beiden Exkursen 2 und 3 des Berichts näher betrachtet.

Die Antwortenden machen zahlreiche Aussagen darüber, welche Kostenkomponenten aktuell nicht sachgerecht abgebildet sind. Am häufigsten genannt werden:

- der Mehraufwand für Pflege, Therapie, Betreuung und Aufsicht der Patienten mit Demenz als Komorbidität (Nebendiagnose), sowohl in zeitlicher als auch in personeller Hinsicht.
- die verlängerte Verweildauer dieser Patienten, z.B. infolge auftretenden Delirs oder anderer Komplikationen.
- der Einbezug der nahestehenden Bezugspersonen, z.B. Unterstützung und Begleitung, Führen notwendiger Gespräche etc.
- spezifische Abklärungen wie z.B.: medizinische Abklärungen, Advanced Care Planning, Abklärung des Umfelds bei Austritt, Beizug eines Konsiliardienstes etc.

Was mögliche Lösungsansätze betrifft, so finden die eingangs erwähnten Zusatzentgelte für komplexe multimorbide Krankheitsbilder ihr Echo im vorliegenden Sample. Dieser Punkt wird oft genannt. Weitere Vorschläge lauten wie folgt:

- Entgelt nach effektivem Zeitaufwand
- genereller Zuschlag für Demenz abgestuft nach Schweregrad der Demenz und/oder Ausprägung der BPSD
- Zuschlag für Beratung und Begleitung von Angehörigen
- Zusatzfinanzierung für Akutdiagnose plus Delir/Demenz-Diagnose

- spezielle DRG bzw. CHOP, z.B. Demenzkomplexbehandlung
- Anhebung der Kostengewichte für geriatrische Komplexbehandlung für PmD
- Nursing DRG (z.B. therapeutische Beratung für Angehörige)
- gemischte Finanzierungsmodelle
- Erstattung der Kosten für Leistungen zu Hause
- genauere Abbildung des Personalaufwands
- genauere Abbildung des Therapie- und Diagnostikbedarfs
- verbesserte Datenqualität durch adäquate Kodierung
- etc.

Die genannten Lösungsvorschläge deuten eher auf eine Anpassung der bestehenden Tarifstrukturen hin denn auf alternative Abrechnungsformen, beispielsweise Tagespauschalen.

10.3 Weitere Rahmenbedingungen

47 von 67 Antwortenden (70%) befürworten national einheitliche Regeln in Bezug auf die demenzgerechte Versorgung. Am häufigsten genannt werden medizinische Empfehlungen (45%). Dahinter folgen Förderprogramme (37%), Qualitätsauflagen (31%) und medizinische Richtlinien (28%). 12% bevorzugen gesetzliche Regelungen und 8% wünschen eine angemessene Finanzierung der vorgeschlagenen Massnahmen. 21% lehnen einheitliche Regeln auf nationaler Ebene ab. 9% äussern keine Meinung.

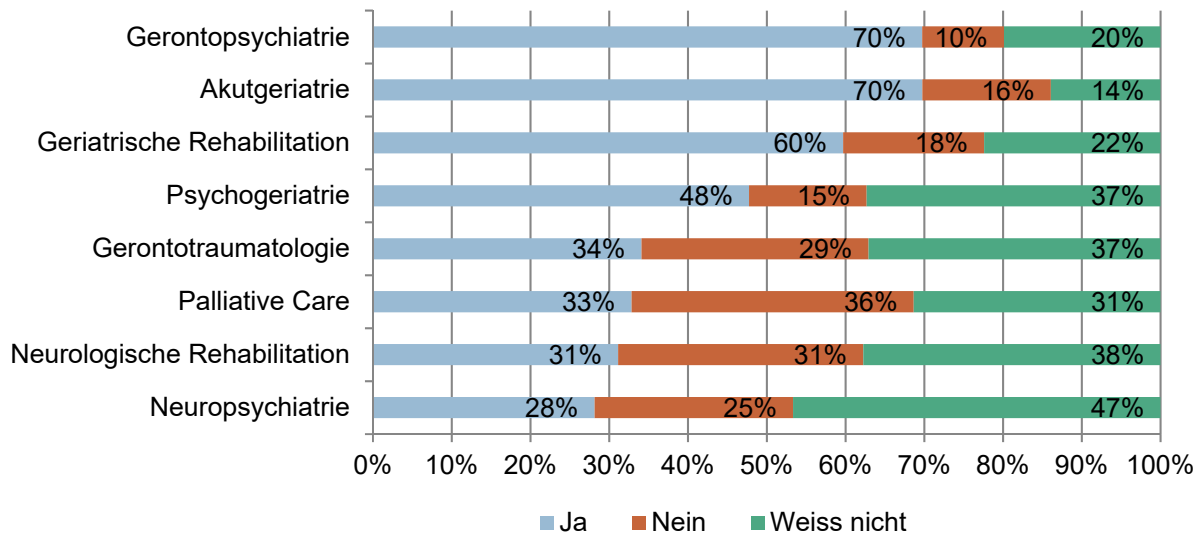
10.3.1 Präferenzen bezüglich der schweizweiten Vergabe von Leistungsaufträgen

In welchen medizinischen Fachbereichen würden die Betriebe – im Hinblick auf die demenzgerechte Versorgung – die schweizweite Vergabe von Leistungsaufträgen befürworten? Die Frage ist im Konjunktiv gestellt, da die Vergabe von Leistungsaufträgen heute in der Kompetenz der Kantone liegt.

Abbildung 3 auf der nachfolgenden Seite zeigt die Verteilung der Ja-, Nein- und Weiss-nicht-Stimmen pro Fachbereich (n=67). Dabei schwingen Gerontopsychiatrie und Akutgeriatrie mit je 70 Prozent «ja» obenauf. Dahinter folgen Geriatrische Rehabilitation (60% «ja») und Psychogeriatrie (48% «ja»). Die übrigen Disziplinen erzielen Ja-Anteile von zwischen 28% und 34%. Für Gerontotraumatologie fällt der Ja-Stimmen-Anteil relativ hoch aus angesichts der Tatsache, dass nur 6% der Betriebe angeben, dafür einen Leistungsauftrag zu besitzen (siehe Abschnitt 2.1). Damit liegt diese junge Disziplin noch vor Palliative Care, für welche nach eigenem Bekunden 30% der Betriebe effektiv einen Leistungsauftrag besitzen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist der Anteil der Unschlüssigen mit zu berücksichtigen, der fast durchwegs bei über 20% liegt.

Abbildung 3: Für die schweizweite Vergabe von Leistungsaufträgen? (N=67)



10.3.2 Soll H+ aktiv werden?

Von 67 Betrieben und Betriebseinheiten antworten 46 mit «ja», acht mit «nein» und 13 mit «weiss nicht». Nimmt man die sieben Häuser hinzu, die den Fragebogen retourniert, sich aber bei dieser Frage nicht beteiligt haben, und zählt man sie zu den «weiss nicht»-Antwortenden, so ergibt sich eine Ja-Mehrheit von 61% bei 11% «nein» und 28% «weiss nicht». Nicht ganz so ausgeprägt fällt die Ja-Mehrheit bei den Akutspitalern aus: dort beträgt das Verhältnis 55% Ja gegenüber 17% Nein und ebenfalls 28% «weiss nicht». Auf die Frage, in welchen Themen H+ aktiv werden sollte, werden am häufigsten genannt (frei, ohne vorgegebene Antwortkategorien):

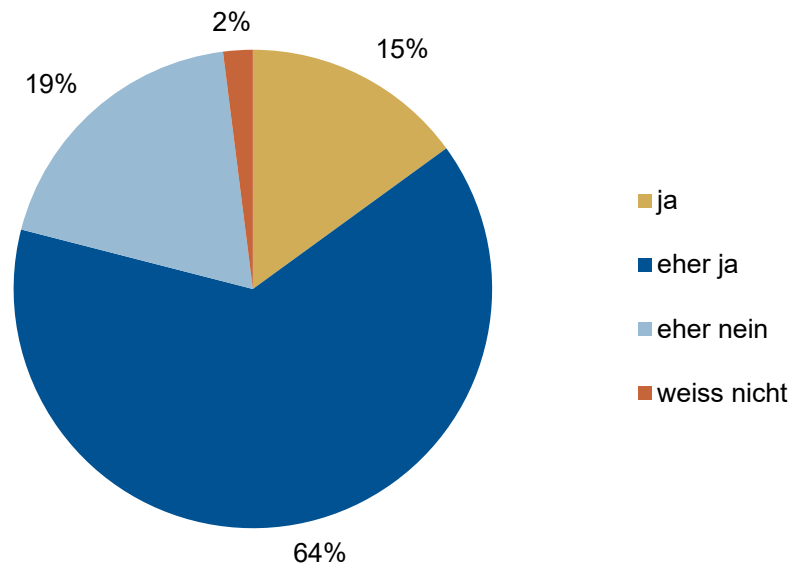
- Leistungsfinanzierung / Anpassung der Tarifsysteme (31% der Antwortenden)
- Qualität / Zertifizierungen / Standards und Empfehlungen (19%)
- Personal (Interdisziplinarität, Weiterbildung, Stellenetat) (12%)
- Anpassung Spitalstrukturen (Infrastruktur, Prozessstruktur) (11%)

Weiter genannt werden die Themen Koordinierte Versorgung, Förderprogramme (z.B. Modelleinrichtungen), Politik allgemein, Sensibilisierung, Netzwerkarbeit (runde Tische etc.), Statistik (Grundlagen, Datenerfassung, Kodierung) sowie Diagnostik.

10.4 Fazit

Anhand einer Abschlussfrage können die Mitglieder ein Fazit in Bezug auf die eigenen Kapazitäten in der demenzgerechten Versorgung ziehen. Die Abschlussfrage – und in gewissem Sinne die Kernfrage – wird überwiegend positiv beantwortet (Abbildung 4, nachfolgende Seite):

Abbildung 4: Sehen Sie sich heute in der Lage, Patienten mit Demenz entsprechend ihrem Bedarf zu versorgen? (N=67)



Aus dem Antwortmuster kann – grob gesagt – eine Dreiteilung abgelesen werden. Die erste Gruppe von Betrieben («ja») sieht sich auf dem Gebiet der demenzgerechten Versorgung voranschreitend und gegenüber den Herausforderungen gut gerüstet. Die zweite Gruppe («eher ja») sieht sich grundsätzlich in der Lage, Patienten mit Demenz bedarfsgerecht zu versorgen, erkennt aber gleichzeitig für sich in verschiedener Hinsicht Nachholbedarf. Sie bildet die Mehrheit der Antwortenden. Die dritte Gruppe («eher nein» / «weiss nicht») erachtet ihre Kapazitäten in der demenzgerechten Versorgung als begrenzt, schliesst ein bedarfsgerechtes Angebot aber auch nicht gänzlich aus.

11 Schlussfolgerungen

Die Schlussfolgerungen stützen sich auf der Selbstdeklaration der antwortenden Mitglieder ab, und sie beziehen sich einzig auf diese. Da nur jeder vierte Befragte den Fragebogen beantwortet hat, sind Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit nur mit äusserster Vorsicht zu ziehen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass das Sample in erster Linie Betriebe enthält, die von der Demenzzematik speziell betroffen und auf diesem Gebiet entsprechend bewandert sind. In diesem Fall wäre von einem Bias auszugehen. Um dies zu überprüfen, bräuchte es eine zweite Befragung mit grösserer Beteiligung.

Patienten mit Demenz brauchen mehr Zeit und Intensität für die Pflege, Behandlung und Betreuung im Spital. Diese Hypothese ist durch mehrere Untersuchungen empirisch erhärtet und auch im Rahmen der vorliegenden Befragung klar bestätigt worden. Nichtsdestotrotz sind die Spitäler und Kliniken bereit, sich den mannigfaltigen Herausforderungen zu stellen, die mit der demenzgerechten Versorgung verbunden sind. Die Tatsache, dass 64% die entsprechende Frage mit «eher ja» beantworten, zeugt von einem gesunden Optimismus: «Wir sind nicht perfekt, wir können und müssen uns noch verbessern, und wir sind dran», so lässt sich das Ergebnis interpretieren.

Von zentraler Bedeutung ist die Existenz eines spezifischen Behandlungspfads. Patienten mit Demenz sind darauf angewiesen, dass sie einem auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen räumlichen und personellen Setting zugewiesen werden. Das Beschreiten eines spezifischen Behandlungspfads bedingt, dass die Demenz entweder vorbekannt ist oder durch geeignete Abklärungsinstrumente wie Screenings und Assessments bei Eintritt erkannt wird. Die diesbezüglichen Befunde sind gemischt. Zwar erklärt eine knappe Mehrheit der Antwortenden, kognitive Screenings bei älteren Patienten systematisch durchzuführen – vor allem bei denjenigen Patienten, bei denen ein Demenzverdacht besteht oder Anzeichen akuter Verwirrtheit bzw. Desorientierung vorliegen. Auf der anderen Seite werden Notfalleintritte, die die Mehrheit der Patienten mit Demenz ausmachen, nur von einer Minderheit der Antwortenden erklärtermassen «immer» oder «häufig» abgeklärt – deutlich weniger häufig als geplante Eintritte.

Etwas mehr als die Hälfte der Antwortenden verfügt heute erklärtermassen über einen Demenzpfad. Es zeigen sich Unterschiede im Vergleich zur anderen Hälfte. Betriebe ohne Demenzpfad führen generell weniger häufig Screenings und Assessments zur Abklärung einer möglichen Demenz durch. Auch wenden sie die etablierten Guidelines und Empfehlungen für die Behandlung, Pflege und Betreuung von Demenzkranken weniger systematisch an. In Bezug auf das Behandlungsergebnis (Outcome) berichten Betriebe *mit* Demenzpfad häufiger von einer Verbesserung bzw. Stabilisierung der kognitiven Situation der Patienten und seltener von einer Verschlechterung, im Vergleich zu Betrieben *ohne* Demenzpfad.

Einem Teil der Betriebe, die erklärtermassen (noch) keinen Demenzpfad aufweisen, ist zugute zu halten, dass sie sich ihres Anpassungsbedarfs bewusst sind. 40% von ihnen halten das *Erkennen einer Demenz* für die grösste Herausforderung, und 23% sehen in Bezug auf den *Behandlungsprozess* am ehesten Optimierungsbedarf. In der Gesamtheit der antwortenden Betriebe betragen die entsprechenden Anteile 30%, bzw. 15%.

Die Existenz eines funktionierenden Demenzpfades setzt voraus, dass passende Räumlichkeiten und geeignetes Personal vorhanden sind – Fachpersonen mit der nötigen Aus-, Weiter- und Fortbildung, Erfahrung und Empathie. Aber auch beim allgemeinen Spital- und Klinikpersonal muss in ausreichendem Mass Verständnis für die Situation von Demenzkranken vorhanden sein. Die Angaben in der vorliegenden Befragung lassen den Schluss zu, dass sowohl beim Personal als auch in Sachen Infrastruktur noch vielerorts Verbesserungsbedarf besteht. Während in Bezug auf die Personalfrage eine Mehrheit der Antwortenden dies auch so sieht, scheint im Bereich Infrastruktur das Problembewusstsein noch nicht ganz so weit gediehen zu sein. Erinnert sei zudem daran, dass zu einem optimierten Demenzpfad auch die Koordination mit nachgelagerten Akteuren gehört. Auch diesbezüglich scheint heute noch nicht alles zum Besten

bestellt, denn über ein Viertel der Antwortenden findet erklärtermassen nur manchmal eine gute Anschlusslösung.

Bezüglich Personal plädieren Experten dafür, dass die Demenz in allen Gesundheitsberufen thematisiert wird, wobei der Einbezug der Fachkompetenz – insbesondere Geriatrie und Gerontopsychiatrie – sicherzustellen sei. Interessant scheint der Ansatz der Ressourcenpflege, indem auf Demenz spezialisierte Personen als Multiplikatorinnen in der Schulung von Kollegen dienen. Ohnehin gewinnt interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit immer mehr an Bedeutung – und wird allem Anschein nach von einem guten Teil der Antwortenden schon heute gelebt, namentlich beim Entscheid über das Behandlungsziel, beim Beschreiten des Behandlungspaths und bei der Austrittsplanung und -koordination. Sehr gefragt – und mehrheitlich als förderungswürdig erachtet – sind zudem Konsiliardienste geriatrischer wie auch gerontopsychiatrischer Provenienz.

Positiv fällt der relativ hohe Anteil von Antwortenden auf, die die Guidelines zur Delirprävention, zur Sturzprävention und zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen umsetzen – nicht nur auf dem Papier, sondern allem Anschein nach auch in der täglichen Praxis. Die Anwendung nicht-medikamentöser Therapien findet ebenfalls relativ weite Verbreitung, auch wenn beispielsweise Akutspitäler hierbei – wie auch beim systematischen Medikationsabgleich – noch einen gewissen Nachholbedarf haben. Immerhin werden etwa Benzodiazepine zwecks Sedierung des Patienten mit Demenz von den meisten zurückhaltend eingesetzt. Wünschenswert wäre eine noch weiter verbreitete Anwendung der Guidelines zur Behandlung, Pflege und Therapie von BPSD, da diese viel zu einem guten Outcome beizutragen vermag.

Letztlich besteht auf allen hier besprochenen Gebieten Optimierungspotenzial. Um dieses auszuschöpfen braucht es Investitionen, und diese kosten Geld. Der unbestreitbare Mehraufwand für die (im weitesten Sinne) Behandlung von Patienten mit Demenz wird nach Meinung der überwiegenden Mehrheit der Antwortenden heute nicht ausreichend abgegolten. Die bestehenden Tarifstrukturen bedürfen demnach der Anpassung, um eine adäquate Abbildung aller Kostenkomponenten herbeizuführen. Gelingt dies nicht, wird eine durch und durch demenzgerechte Versorgung im Spital nur schwer zu erreichen sein.

Exkurs 1: Patienten mit Demenz im Akutspital

E1.1 Einleitung

Die Akutsomatik befasst sich mit der Diagnostik, Behandlung, Pflege und Therapie von körperlichen Erkrankungen und Gebrechen. Es handelt sich um den mit Abstand grössten Bereich der Spitalversorgung. Schweizweit gibt es 185 Akutspitäler, die jährlich über 1,2 Mio. Hospitalisationen verzeichnen, davon 0,5 Mio. über 64-jähriger Patienten. Die zahlenmässig bedeutendsten Fachbereiche sind gemäss Medizinischer Statistik des BFS 2015:

- Chirurgie (500'000 Hospitalisationen, 2,7 Mio. Pflegetage)
- Innere Medizin (365'000 Hospitalisationen, 2,6 Mio. Pflegetage)
- Gynäkologie und Geburtshilfe (210'000 Hospitalisationen, 0,8 Mio. Pflegetage)

Ebenfalls zur Akutsomatik gezählt werden die Geriatrie (22'000 Hospitalisationen, 0,5 Mio. Pflegetage) sowie die Neurologie.⁵⁰ Auf die Bedeutung dieser Disziplinen für die Behandlung, Pflege und Betreuung von älteren, polymorbiden Patienten – insbesondere solche mit Demenz – wurde bereits im Hauptbericht hingewiesen (siehe Kap. 3). Als eigenständiger Fachbereich hat sich zudem, an der Schnittstelle von Geriatrie und Psychiatrie, die Psychogeriatric etabliert.

«Akutspitäler» beschränken ihr Leistungsangebot heute keineswegs auf die Akutsomatik. Vielerorts haben Konzentrationsprozesse stattgefunden, in deren Verlauf vormals eigenständige Spezialkliniken der Psychiatrie, der Rehabilitation und anderer Fachbereiche in Mehrspartenbetriebe integriert wurden. Andererseits haben sich innerhalb einer Institution spezialisierte Einheiten herausgebildet. Abgesehen von ökonomischen Gesichtspunkten sind solche Entwicklungen auch medizinisch sinnvoll. Man holt sich so das fachspezifische Wissen ins Haus und kann Patienten je nach Krankheitsbild entsprechend zuweisen. Dies sei anhand von zwei Beispielen erläutert: der Abteilung für Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation des Universitätsspitals Lausanne (CHUV) und der Abteilung für Alterspsychiatrie am Felix-Platter-Spital in Basel, dem universitären Zentrum für Altersmedizin.

Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation (CHUV, Lausanne)⁵¹

Das Universitätsspital Lausanne (CHUV) verfügt über eine geriatrische Abteilung mit akutgeriatrischem und geriatrisch-rehabilitativem Angebot. Für die jährlich rund 600 betagten Patienten (75 und älter) soll das Risiko eines Verlusts an Fähigkeiten, einer Rehospitalisation oder einer verfrühten Platzierung im Pflegeheim minimiert werden. Dies vor dem Hintergrund, dass über 90% als Notfall eintreten (davon 95% von zu Hause und 4-5% via CHUV). Bei jedem Eintritt findet ein geriatrisches Assessment statt. Bei entsprechender Indikation bleibt der Patient auf der geriatrischen Abteilung,⁵² wo sich ein interdisziplinär zusammengesetztes Team um ihn kümmert. Fast 60% der Patienten sind kognitiv beeinträchtigt, und 35% sind akut verwirrt. Ca. 46% kehren nach dem Aufenthalt nach Hause zurück.

Während des Aufenthalts im CHUV wird der Patient systematisch auf kognitive Beeinträchtigungen abgeklärt. Die Ergebnisse und ergriffenen Massnahmen, einschliesslich Medikation, werden dokumentiert. Zweimal pro Woche finden interdisziplinäre Kolloquien statt. Die geriatrische Abteilung arbeitet eng mit dem psychogeriatrischen Liaisondienst zusammen. Das Angebot soll laufend überprüft und ggf. an die Bedürfnisse der Bevölkerung angepasst werden.

⁵⁰ Die genaue Zahl der Hospitalisationen der Neurologie ist schwer zu ermitteln, da sie sich auf verschiedene Fachgebiete verteilen (Innere Medizin, Neurochirurgie, Neuropsychiatrie, Neurorehabilitation, etc.).

⁵¹ Unter «Résumé» (S. 12) befindet sich der französische Text.

⁵² Nicht aufgenommen, bzw. anders zugewiesen werden körperlich (z.B. innere Blutung, Angina pectoris, schwere Sepsis) oder psychisch (z.B. hohe Weglauftendenz, Suizidgefahr) schwer instabile Patienten sowie Patienten mit sehr aggressivem Verhalten.

Universitäre Altersmedizin und Alterspsychiatrie (Felix Platter-Spital, Basel)

Das Felix Platter-Spital in Basel, das universitäre Zentrum für Altersmedizin, entwickelte ein Modell der aktiven Integration von Demenzkranken in ein alterspsychiatrisches und geriatrisches Umfeld. Alle eintretenden Patienten durchlaufen systematisch ein Basis-Assessment, um mögliche kognitive oder affektive Störungen festzustellen. Für Patienten, bei denen zusätzlich zur Demenz BPSD oder Delir auftreten, bietet das Spital eine alterspsychiatrische Station mit 28 Betten. Diese wird geleitet von Alterspsychiatern in enger Zusammenarbeit mit organisatorisch integrierten Geriatern. Dies vor dem Hintergrund, dass diese Patienten oft selbst- und/oder fremdgefährdend sind und daher intensive Pflege und Betreuung und einen geschützten Rahmen benötigen. Alle Räume und Gärten sind frei begehbar, ebenerdig und gegen aussen abgegrenzt. Das Milieu, der Tagesablauf und die Therapien sind speziell auf die Bedürfnisse der dementen Patienten ausgerichtet. Die Pflegefachkräfte sind spezifisch ausgebildet und werden kontinuierlich fortgebildet, beispielsweise im Umgang mit Aggression. Aktualisierte Demenzkenntnisse werden allen Mitarbeitenden auf allen Abteilungen der Altersmedizin vermittelt. Zusammen mit dem Patienten und nahestehenden Bezugspersonen werden regelmässig Standortbestimmungen und Zukunftsplanungen durchgeführt, sei es im Hinblick auf die Rückkehr nach Hause oder die Platzierung in einem auf Demenz spezialisierten Pflegeheim. Die alterspsychiatrische Station steht auch fortgeschritten Dementen (ohne Krankheitseinsicht) mit somatischen Erkrankungen, Trauma oder postoperativ zur Rehabilitation zur Verfügung.

Als medizinisch ebenfalls eigenständiger Bereich ist die *Palliative Care* strukturell oft bei der Akutsomatik angesiedelt. Sie kommt bei chronisch fortschreitenden Krankheiten zum Tragen, bei denen eine Heilung nicht möglich ist bzw. nicht (mehr) im Vordergrund steht. Vielmehr besteht das Ziel in der Sicherung der optimalen Lebensqualität des Patienten bis zum Tod. In Bezug auf *Demenz* liegen bisher zwar keine spezifischen, allgemein anerkannten Leitlinien oder Qualitätsstandards zur Palliative Care vor (siehe NDS 2014 – 2019, S. 26). Es herrscht aber Konsens darin – und wurde auch in diesem Bericht mehrfach angesprochen – dass die Behandlung des Hospitalisationsgrunds auf die individuellen Bedürfnisse der Patientin im Rahmen ihrer Demenz anzupassen sei.⁵³ Schweizweit gibt es ca. 30 Akutspitäler mit angeschlossener Palliativabteilung; hinzu kommen vier Kliniken, die auf Palliative Care spezialisiert sind.

Im Gegensatz zu den genannten Fachbereichen ist die *Gerontotraumatologie* in der Schweiz noch wenig verbreitet, hat aber Potenzial dazu (vgl. Kapitel 3 und 11 im Hauptbericht). Chirurgische, oder präziser: traumatologische Strukturen und Prozesse werden mit geriatrischen eng verknüpft, und das interdisziplinäre Co-Management folgt einem standardisierten Abklärungs- und Behandlungspfad, auch über den Spitalaustritt hinaus. Weltweit führend auf dem Gebiet der Gerontotraumatologie ist die *International Geriatric Fracture Society* (IGFS). Sie vergibt Zertifikate an Institutionen, die die entsprechenden Kriterien erfüllen.

In der Schweiz ist das Stadtspital Waid in Zürich IGFS-zertifiziert. Der Kasten auf der nachfolgenden Seite beschreibt dessen Zentrum für Gerontotraumatologie (ZGT).

⁵³ Der Entwurf der SAMW-Richtlinien zur Demenzbehandlung (vgl. Kapitel 5) bezieht auch Entscheidungen am Lebensende mit ein. Die Richtlinien besagen, dass «ab Diagnosestellung der Krankheit» die Nationalen Leitlinien Palliative Care der Schweiz zum Tragen kommen – insbesondere das Prinzip «Lebensqualität vor Lebensverlängerung».

Gerontotraumatologie (Stadtspital Waid, Zürich)

Das Stadtspital Waid in Zürich betreibt seit langem die universitäre Klinik für Akutgeriatrie mit über 70 Betten und verfügt seit 2013 auch über ein «Zentrum für Gerontotraumatologie» (ZGT) mit 15 Betten. Dabei handelt es sich um ein kooperatives Versorgungsangebot zwischen Traumatologie und Geriatrie. Zentrale Elemente sind ein klar definierter Patientenpfad und eine designierte Abteilung. Die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten ist kontinuierlich gestiegen (2016: 600). Alle Patienten über 80 Jahre und Patienten über 70 Jahre mit Mehrfacherkrankungen, die als Folge eines Unfalls oder Sturzes notfallmässig eingeliefert werden, werden bereits bei Eintritt auf der Notfallstation durch einen erfahrenen geriatrischen Kaderarzt gesehen und beurteilt. Dazu gehören Abklärungen zum Unfallhergang, zur Medikation, zu möglichen kognitiven Beeinträchtigungen und zu den Lebensumständen der Patientin. Geriatrische Assessmentinstrumente werden eingesetzt. Das chirurgisch-geriatrische Co-Management bleibt über den gesamten Behandlungsprozess bestehen. Es umfasst tägliche Visiten auf der Abteilung, proaktives Verhalten zur Verhütung oder raschen Behandlung von postoperativen Komplikationen und teils zeitintensive Gespräche mit Patientinnen und deren Angehörigen über Therapieziele und Wünsche. In regelmässigen interdisziplinären Rapporten wird der Behandlungsverlauf reflektiert und dokumentiert und über den weiteren Therapieplan entschieden. Ein besonderes Augenmerk richtet sich dabei auf die adäquate Austrittsplanung und Nachbetreuung, welche eine sekundäre Fraktur- und Sturzprophylaxe miteinschliesst. Durch standardisierte Abläufe werden spezifische Massnahmen ergriffen, um Delirien vorzubeugen (z.B. rasch eingeleitete Schmerztherapiekonzepte, rasche Mobilisation, Einbezug von Ernährungsberatung bei mangelernährten Patientinnen, rasches Entfernen von Kathetern und intravenösen Leitungen). Im Durchschnitt bleiben die Patienten eine Woche im ZGT und werden danach an die nachsorgende Instanz überwiesen (nach Hause, Rehabilitation, selten in Übergangspflege), resp. in komplexen Fällen intern verlegt (Akutgeriatrie). Seit Einführung der Gerontotraumatologie ist die Zahl der Delirien und anderer Komplikationen zurückgegangen. Es kommt seltener zu Rehospitalisationen, und die Mortalitätsrate ist ebenfalls rückläufig. Das Spital Waid ist IGFS-zertifiziert.

Die Beispiele zeigen die unterschiedlichen Ansätze, um der Herausforderung einer zunehmenden Zahl polymorbider, kognitiv beeinträchtigter Patienten zu begegnen. Allen gemeinsam sind drei Prozessmerkmale: die systematische Durchführung von geriatrischen multidimensionalen Assessments bei Eintritt, die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit während dem Spitalaufenthalt und die koordinierte Austritts- und Nachsorgeplanung. Mit einem Wort: alle drei genannten Spitäler verfügen über einen demenzspezifischen Behandlungspfad.

Wie aber steht es mit der demenzgerechten Versorgung im Gros der Akutspitäler der Schweiz? Dazu werden erstens die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Hauptbericht zusammengefasst. Zweitens wird – als wesentlicher Bestandteil der Akutspitäler – die Gruppe der Grundversorger-spitäler näher untersucht. Hierbei sollen mögliche Besonderheiten im Vergleich zur Gesamtheit der Akutspitäler ermittelt werden. Der Exkurs endet mit ein paar Schlussfolgerungen.

E1.2 Zusammenfassung der Befunde aus dem Hauptbericht

Die Gruppe der Akutspitäler umfasst 42 Betriebe: 12 Spitäler der Zentrumsversorgung, 23 Spitäler der Grundversorgung sowie sieben Spezialkliniken, die aufgrund ihres Leistungsauftrags der Akutsomatik zugeordnet werden können. Alle im Sample vertretenen Institutionen nehmen Patienten mit Demenz auf. 20 Betriebe machen Angaben zu ihrem Patientenkollektiv. In diesen wurden im Jahr 2015 insgesamt 8'419 Patienten mit Demenz statistisch erfasst (Hospitalisationen), wovon 1'560 (18,5%) mit Hauptdiagnose und 6'859 (81,5%) mit Nebendiagnose Demenz. Patienten mit Demenz sind im Schnitt 82,6 Jahre alt und zu 51% weiblich. Zwei Drittel von ihnen (66,7%) sind Notfalleintritte. Ihre durchschnittliche Verweildauer beträgt 11,8 Tage und liegt damit 2,4 Tage über derjenigen aller Patienten der 20 Akutspitäler (9,4 Tage).

Der Hauptbericht hat – immer gemäss Selbstdeklaration der Betriebe – acht wesentliche Erkenntnisse gebracht:

1. Akutspitäler führen bei Eintritt älterer Patienten mit etwa gleichen Anteilen «systematisch» oder «in bestimmten Fällen» spezifische Abklärungen durch wie das Total der

antwortenden Betriebe. Am häufigsten «systematisch» zur Anwendung kommt das kognitive Screening. Notfalleintritte werden nur von einer Minderheit der Betriebe (36%) «immer» oder «häufig» auf kognitive Defizite abgeklärt.

2. Zwei von fünf Akutspitälern halten erklärtermassen einen spezifischen Behandlungspfad für Patienten mit Demenz bereit. 44% aller Antwortenden stellen bei diesen Patienten am Ende des Spitalaufenthalts eine Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten fest. Doch nur 24% der Akutspitäler *ohne* Demenzpfad erklären, die kognitive Situation von Patienten mit Demenz habe sich verbessert; 42% von ihnen stellen eine Verschlechterung fest.
3. Die Guidelines zur Delirprävention, zur Sturzprävention und zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen werden in etwa gleichem Mass umgesetzt wie vom Total der Antwortenden. Nachholbedarf besteht bei der Anwendung der Empfehlungen zur Behandlung, Pflege und Therapie von BPSD sowie zum systematischen Medikationsabgleich. Nur eine Minderheit erklärt, nicht-medikamentöse Therapien bei Patienten mit Demenz «systematisch» durchzuführen.
4. 15% der Akutspitäler verfügen erklärtermassen über eine Abteilung für Demenzkranke. 10 bis 20 Prozent nennen Einrichtungen wie reiz- und lärmabgeschirmte Zimmer, geschützte Räume (innen und/oder aussen) oder geschlossene Abteilungen. Diese Anteile sind deutlich tiefer im Vergleich zum Gesamtsample. 43% stellen nahestehenden Bezugspersonen ein Rooming-in zur Verfügung (im Gesamtsample: 35%).
5. Das Wissen über Demenz beim Personal wird von einer Mehrheit der Akutspitäler als ausreichend eingeschätzt. Dies im Unterschied zum Gesamtsample, wo nur eine Minderheit so antwortet. Doch hier wie dort sehen 60% im Bereich Personal am ehesten Optimierungsbedarf.
6. 69% der Akutspitäler verfügen intern über unterstützende Dienste/Equipen für die Behandlung von Patienten mit Demenz. 48% nehmen extern solche Dienste in Anspruch. Als besonders förderungswürdig erachtet werden von einer Mehrheit der Antwortenden Konsiliardienste.
7. Der Anteil der Akutspitäler, die erklärtermassen «immer» oder «häufig» eine gute Anschlusslösung für Patienten mit Demenz finden, liegt bei 75% und damit gleich wie im Gesamtsample.
8. Die Behandlung von älteren, polymorbiden Patienten mit Demenz ist nach Meinung von drei Vierteln der Antwortenden nicht ausreichend finanziert. Dennoch sehen sich vier von fünf Betrieben grundsätzlich in der Lage, Patienten mit Demenz ihrem Bedarf entsprechend zu versorgen.

E1.3 Akutspitäler der Grundversorgung

Für dieses Teilsample herangezogen werden die Antworten von Spitälern der BFS-Kategorien 121-123 («Spitäler für allgemeinen Pflege – Grundversorgung») sowie 231–235 («Andere Spezialkliniken»). Es kommen 30 Institutionen zusammen. 20 von ihnen (67%) erklären, über einen Leistungsauftrag in Akutsomatik zu verfügen, 19 (63%) über einen solchen in Chirurgie. Dahinter folgen Akutgeriatrie (16 Nennungen, 53%), Palliative Care (13 Nennungen, 43%) und Neurologie (8 Nennungen, 27%). Erneut fällt der relativ hohe Anteil derjenigen Institutionen auf, die Palliative Care zu ihrem Leistungsangebot zählen.

Nachfolgend werden diejenigen Aspekte dargestellt, bei denen eine mehr oder weniger bedeutsame Abweichung vom *Total der Akutspitäler* (im Folgenden immer: *Total*) zu beobachten ist.

E1.3.1 Kennzahlen

13 Betriebe machen Angaben zu ihrem Patientenkollektiv. In diesen wurden im Jahr 2015 insgesamt 4'304 Patienten mit Demenz statistisch erfasst, wovon 967 (22,5%) mit Hauptdiagnose und 3'337 (77,5%) mit Nebendiagnose Demenz. Der Frauenanteil und der Anteil Notfalleintritte liegen je unter 50%. Ansonsten sind keine nennenswerten Unterschiede im Vergleich zum Total auszumachen.

E1.3.2 Eintritt

Das Antwortmuster ist sehr ähnlich jenem des Totals, mit zwei kleinen Abweichungen. Kognitive Screenings werden erklärtermassen etwas weniger «systematisch» durchgeführt (44% der Antwortenden). Und nebst Notfalleintritten erreichen auch geplante Eintritte weniger als 40% Abklärung «immer» oder «häufig».

E1.3.3 Behandlungspfad und Outcome

48% der Antwortenden halten erklärtermassen einen spezifischen Pfad für Patienten mit Demenz bereit. Diese Quote ist höher als im Total (41%). 28% erklären, den Pfad mit vor- bzw. nachgelagerten Institutionen zu koordinieren. Spitalintern erweist sich die Zuweisung der PmD an ein interdisziplinäres, geriatrisch-gerontopsychiatrisches Team erneut als hauptsächliches Charakteristikum von Demenzpfaden, so sie denn beschritten werden.

Bezüglich der Outcome-Kriterien seien hier nur die Einschätzungen zur *kognitiven Situation* wiedergegeben. Diese lauten wie folgt:

48% der Antwortenden stellen bei Patienten mit Demenz eine leichte bis mittlere Verbesserung der kognitiven Situation fest. 40% erklären, diese sei gleichgeblieben, und 12% stellen eine Verschlechterung fest. Unterschiede je nach An- und Abwesenheit eines Demenzpfades sind auch hier, wie im Total, evident:

- 61% der Betriebe *mit* Demenzpfad stellen eine Verbesserung der kognitiven Situation der PmD fest, aber nur 12% eine Verschlechterung.
- 33% der Betriebe *ohne* Demenzpfad stellen eine Verbesserung der kognitiven Situation der PmD fest, aber 17% eine Verschlechterung.

E1.3.4 Behandlungsprozess

52% der Antwortenden schätzen den Anteil derjenigen Patienten mit Demenz, die während des Aufenthalts ein Delir erleiden, auf über 40% ein. Diese Antwortquote liegt klar höher als im Total (42%). Unterschiede in der Anwendung der Empfehlungen zur Delirprävention (SGAP et al.) und der einzelnen empfohlenen Massnahmen im Vergleich zum Total sind kaum auszumachen.

Die erklärte Sturzhäufigkeit von Patienten mit Demenz wird anteilmässig gleich eingeschätzt wie von den Antwortenden im Total: die Hälfte nennt 20% und weniger.

37% der Antwortenden schätzen die Häufigkeit unerwünschter Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten bei Patienten mit Demenz auf 30% und darunter. Diese Quote entspricht derjenigen im Total. Ebenfalls vergleichbare Anwendung finden die Empfehlungen zum systematischen Medikationsabgleich (knapp 30% «systematisch»). Benzodiazepine werden gleichsam zurückhaltend eingesetzt.

41% der Antwortenden bieten Patienten mit Demenz «systematisch» nicht-medikamentöse Therapien an, etwas mehr als im Total (36%). Weitere 52% haben «in bestimmten Fällen» nicht-medikamentöse Therapien im Angebot.

Freiheitsbeschränkende Massnahmen werden erklärtermassen selten angewandt. Wie im Total nennen fast zwei Drittel der Antwortenden (63%) einen Anteil nicht-kooperativer Situationen von 10% und weniger.

Nahestehende Bezugspersonen werden vielfältig einbezogen: 90% nennen «immer» oder «häufig» die Pflege, 77% die Betreuung und 62% die Aufsicht als Aufgaben. 52% geben an, ein Rooming-in für die Nahestehenden zur Verfügung zu stellen, gegenüber 43% im Total.

E1.3.5 Infrastruktur

Fünf Betriebe (17%) verfügen über eine Abteilung oder separate Zimmer eigens für Demenz- kranke. Ein weiterer Betrieb erklärt, eine solche zu planen. Je sieben Betriebe (d.h. je 23%) weisen erklärtermassen reiz- und lärmabgeschirmte Zimmer auf sowie geschützte Aufenthalts- räume im Innern; zwei weitere (7%) planen solche Einrichtungen. Vier Betriebe (13%) erklären, PmD geschützte Aussenräume zur Verfügung zu stellen. Drei Betriebe (10%) verfügen erklär- termassen über eine geschlossene Abteilung nicht nur, aber auch für PmD.

E1.3.6 Personal

Die geschätzten Anteile an in Demenz geschultem Personal pro Berufskategorie (Ärzte im Schnitt 20%, Pflegende 20%, Medizinisch-therapeutisch 30%, Sozialdienst 50%) entsprechen denjenigen im Total. Die Datenbasis ist sehr schmal.

Bei der Einschätzung der Kenntnisse über Demenz beim Personal zeigen sich im Vergleich zum Total ebenfalls kaum nennenswerte Unterschiede. Das vorhandene Wissen über Demenz wird von einer Mehrheit als ausreichend eingeschätzt.

Unter Massnahmen, die zur Optimierung der Behandlung von PmD angewandt werden, figuriert die Sitzwache zuoberst mit 78% Nennungen, gefolgt vom Beizug einer Demenz-Fachperson mit 67% Nennungen. Je 56% nennen die Erhöhung des Personalschlüssels und die Eins-zu-eins- Betreuung tagsüber. Die Bettfixation wird erklärtermassen von 15% angewandt. Von der *Rang- folge* der Massnahmen her entspricht das Anwendungsmuster demjenigen im Total, doch fallen die *Anwendungsquoten* durchwegs höher aus.

E1.3.7 Unterstützende Dienste

78% der antwortenden Grundversorgerspitäler verfügen intern über unterstützende Dienste/Equipen für die Behandlung von Menschen mit Demenz. 40% nehmen extern solche Dienste in Anspruch. Wie im Total erachtet die Mehrheit (60%) Konsiliardienste als besonders förderungswürdig.

E1.3.8 Austritt

75% der Antwortenden erklären, immer oder häufig eine gute Anschlusslösung für Patienten mit Demenz zu finden, gleich viel wie im Total. Für die Planung und Koordination zuständig sind ge- mäss je 96% «immer» oder «häufig» der behandelnde Arzt und der Pflegedienst, gemäss 85% der Sozialdienst.

E1.3.9 Handlungsbedarf (Sicht Betriebe)

Das Fazit der Grundversorgerspitäler ist analog demjenigen der Akutspitäler insgesamt. Die meisten Antwortenden (ca. 75%) sehen im Umgang mit belastenden Symptomen und irritierenden Verhaltensweisen die hauptsächliche Herausforderung bei der Behandlung von PmD. Als wichtigste Lösungsansätze genannt werden Interdisziplinarität und Interprofessionalität (70%) sowie Koordination mit vor- und nachgelagerten Versorgungsstellen (60%). Das Personal (Zahl und Qualität) wird gleichsam als diejenige Domäne erkannt, in der am ehesten Optimierungsbedarf bestehe (56% der Antwortenden). Auf übergeordneter Ebene sehen drei Viertel der Antwortenden im Bereich Finanzierung den grössten Handlungsbedarf. Doch die überwiegende Mehrheit (85%) sieht sich heute grundsätzlich in der Lage, Patienten mit Demenz ihrem Bedarf gemäss zu versorgen.

Akutgeriatrische Demenzstation (Spital Affoltern, Affoltern am Albis ZH)

Das Spital Affoltern (ZH) verfügt als Regionalspital sowohl über eine Akutklinik als auch einen psychiatrischen Stützpunkt. Die vorhandene Infrastruktur erlaubt es, bei Eintritt betagter Patienten systematisch multidimensionale geriatrische Assessments gemäss WHO durchzuführen. Für den Aufbau einer akutgeriatrischen Demenzstation mit acht Betten konnten Synergien genutzt werden, in Form eines interdisziplinären Fachärzteteams aus Geriatrie, Psychiatrie und Chirurgie sowie eines interprofessionellen Pflegeteams. Das Spital Affoltern ist auch verantwortlich für die postoperative Behandlung, Pflege und Betreuung polymorbider Patienten, die von anderen kantonalen Akutspitälern zugewiesen werden. Die Mehrzahl der Patienten kehrt nach dem Spitalaufenthalt nach Hause zurück, für eine Minderheit steht eine Langzeitabteilung als Anschlusslösung zur Verfügung.

E1.4 Schlussfolgerungen

Was in Bezug auf die Gesamtheit der Spitäler und Kliniken gesagt wurde, gilt erst recht für die Akutspitäler. Von zentraler Bedeutung erweist sich die Existenz eines spezifischen Behandlungspfads für Patienten mit Demenz. Betriebe mit einem Demenzpfad berichten im Schnitt von einem besseren Behandlungsergebnis (Outcome) als Betriebe ohne Demenzpfad. Sie klären ältere Patienten häufiger auf Demenz ab und wenden die Empfehlungen der Fachgesellschaften zu Behandlung, Pflege und Betreuung von Demenzkranken systematischer an.

Im Rahmen des vorliegenden Samples Akutspitäler brauchen die Grundversorger den Vergleich mit den Zentrumsversorgern nicht zu scheuen. Erstere weisen erklärermassen häufiger einen Demenzpfad auf, mit entsprechend öfter positivem Outcome. Doch auch bei ihnen ist der Nachholbedarf noch relativ gross, und aus dem Befragungsergebnis darf nicht eins zu eins auf die Grundgesamtheit geschlossen werden. Damit Demenzpfade weitere Verbreitung finden, braucht es Investitionen ins Personal, in die Infrastruktur und in die koordinierte Versorgung. Eine adäquate Abgeltung des Mehraufwands ist notwendig, um die bedarfsgerechte Versorgung von Patienten mit Demenz im Akutspital auch in Zukunft sicherzustellen. Dafür sollte die bestehende Tarifstruktur SwissDRG überprüft und ggf. angepasst werden.

Exkurs 2: Patienten mit Demenz in der Rehabilitation

E2.1 Einleitung

Rehabilitation bezeichnet die Bemühungen, einen gesundheitlich angeschlagenen Menschen beim Wiedererlangen seiner körperlichen, psychischen, geistigen und sozialen Funktionen sowie der Selbständigkeit zu unterstützen. (frei nach WHO-Definition, vgl. DefReha Version 1.01). Schweizweit waren gemäss BFS im 2015 80'000 Hospitalisationen im Bereich Rehabilitation zu verzeichnen. Die Tendenz ist seit Jahren steigend.

Demenz als solche indiziert wegen ihres chronisch-fortschreitenden Charakters in der Regel nicht die rehabilitative Behandlung. Die Patienten treten vielmehr mit Demenz als (eine) Komorbidität ein und beanspruchen eine Rehabilitation aufgrund einer oder mehrerer somatisch-organspezifischer Krankheit(en). Die Teilnahme an organspezifischen Therapien erfordert jedoch gewisse kognitive Kompetenzen, über die Patienten mit Demenz nicht oder nur eingeschränkt verfügen. Das ist aus geriatrischer Sicht der Hauptgrund dafür, dass ältere, multimorbide Patienten und insbesondere PmD «nicht auf für sie ungeeignete Angebote der organspezifischen Rehabilitation» verwiesen werden sollten; vielmehr benötigten diese eine *geriatrische* Rehabilitation, welche bestimmte Anforderungen zu erfüllen habe.⁵⁴ Andererseits kann eine Rehabilitation – abhängig von der Schwere der demenziellen Erkrankung und den damit verbundenen Funktionsausfällen – auch als weiterführende stationäre Neurorehabilitation oder als überwachungspflichtige neurologische Rehabilitation angezeigt sein (Def Reha 1.01, S. 33).

Vorab ist bei Patienten mit Demenz zu klären, ob ein ausreichendes Rehabilitationspotential vorhanden ist, und worin das Ziel der rehabilitativen Behandlung und Therapie besteht. PmD sind gerade im Kontext der Rehabilitation auf einen spezifischen Behandlungspfad angewiesen. Nach Meinung von Experten sollten bei Eintritt älterer, polymorbider Patienten systematisch multidimensionale Assessments durchgeführt werden, je nach Krankheitsbild aus verschiedener fachlicher Perspektive. Nach Roy (2014) brauchen PmD sodann «eine ganzheitliche Therapie und gut aufeinander eingespielte Therapiemethoden. Vertreter von Medizin, Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialdienst und Psychologie arbeiten Hand in Hand.»⁵⁵ Aus dieser Argumentation lässt sich die Hypothese ableiten, dass interprofessionelle bzw. interdisziplinäre Zusammenarbeit im Behandlungsprozess wie auch in der Austritts- und Nachsorgeplanung den Outcome positiv beeinflusst. Was letztere angeht, so ist unter anderem zu klären, ob nahestehende Bezugspersonen die Betreuung übernehmen können, ggf. mit medizinisch-pflegerischer Unterstützung durch ambulante Leistungserbringer.

E2.2 Sample Rehabilitation

In diesem Teilsample sind Betriebe enthalten, die erklärtermassen über einen Leistungsauftrag in einem der folgenden Fachbereiche verfügen:

- Geriatrische Rehabilitation
- Muskuloskelettale Rehabilitation
- Neurologische Rehabilitation
- andere Spezifität der Rehabilitation, nämlich: internistische, kardiale, kardiovaskuläre, pulmonale, onkologische.

Es kommen insgesamt 19 Betriebe und Betriebseinheiten zusammen.⁵⁶ Davon gehören acht der BFS-Kategorie Rehabilitation an. Die übrigen elf Häuser sind Akutspitäler mit angeschlossener Rehabilitationsabteilung. Auch eine Spitalgruppe ist im Sample vertreten.

⁵⁴ Anforderungsprofil der stationären geriatrischen Rehabilitation der SFGG (2012). Vgl. DefReha 1.01, S. 17ff.

⁵⁵ Thomas Roy, aarReha Schinznach, zitiert nach Zeitlupe, 1.4.2014.

⁵⁶ Im Abschnitt E2.6 Therapieangebot kommen weitere Betriebe und Betriebseinheiten hinzu, wie noch zu zeigen ist.

13 Häuser nennen statistische Kennzahlen zu ihrem Patientenkollektiv. Demnach wurden dort im Jahr 2015 insgesamt 7'975 Patienten mit Demenz statistisch erfasst (Anzahl Hospitalisationen), wovon 15% mit Hauptdiagnose und 85% mit Nebendiagnose Demenz.⁵⁷ Frauen machen 58% der demenzbetroffenen Patienten aus. PmD sind im Schnitt 82,5 Jahre alt. Der Anteil der über-64-jährigen PmD am Total dieser Altersgruppe beträgt 13%.⁵⁸

E.2.3 Behandlungspfad und Outcome

Dieser Abschnitt handelt die wichtigsten Eckpunkte der Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit Demenz ab: Eintritt, Zielfestlegung, Austritt, Outcome. Vorgängig zur Darstellung der Umfrageergebnisse sei die Erklärung einer Rehabilitationsklinik wiedergegeben, die hinsichtlich des Behandlungspfads einen Best-Practice-Ansatz verfolgt:

Der Behandlungsprozess sieht bei allen älteren Patienten ein interdisziplinäres geriatrisches Assessment bei Eintritt vor, je eine Eintritts- und eine Standort-Ziel-Koordination in der ersten resp. zweiten Woche sowie ein Standortgespräch, eine Nachsorgeplanung und ein Austrittsassessament. Ein substanzieller Teil der Patienten ist kognitiv eingeschränkt, sodass der Behandlungspfad ggf. angepasst werden muss (z.B. mehr Einzeltherapie, mehr Begleitung durch Pflegende, Verzicht auf bestimmte Therapien). Nahestehende Bezugspersonen von Patienten mit kognitiven Einschränkungen werden obligatorisch in den Prozess einbezogen. Das Personal (ärztlich, pflegerisch) ist geriatrisch-rehabilitativ geschult, und es gibt eine Sozialberatung. Bei der Austrittsplanung wird geklärt, wer die Nachsorge übernimmt, und was diese beachten muss (Medikamente, etc.).

Wie weit verbreitet sind spezifische Behandlungspfade in der Rehabilitation? Elf der 19 antwortenden Häuser (58%) verfügen erklärtermassen über einen spezifischen Behandlungspfad für ältere Patienten. Aber nur sieben Betriebe (37%) erklären, einen solchen spezifisch für Patienten mit Demenz zu beschreiten; zwölf Häuser (63%) beantworten die entsprechende Frage mit «Nein» oder «weiss nicht».

79% der Antwortenden führen bei älteren Patienten erklärtermassen «systematisch» (47%) oder «in bestimmten Fällen» (32%) ein kognitives Screening durch. Das geriatrische multidimensionale Assessment findet Anwendung von 69% (davon 42% systematische); andere Abklärungsarten sind weniger verbreitet.

Der Entscheid über das Behandlungsziel erfolgt gemäss 79% der Betriebe «immer» oder «häufig» durch das medizinisch-pflegerisch-therapeutische Personal als Ganzes, also in interprofessioneller Zusammenarbeit. 74% beziehen die Patientin und die nahestehenden Bezugspersonen erklärtermassen «immer» oder «häufig» in die Entscheidung über das Behandlungsziel ein. 80% tun dies gemäss eigener Darstellung bei der Austrittsplanung. Insgesamt ist das Antwortmuster sowohl bei der Frage der Zielfestlegung als auch bezüglich Austrittsplanung und -koordination ähnlich jenem der Gesamtbranche. 11 von 19 Betrieben (58%) finden erklärtermassen «immer» oder «häufig» eine gute Anschlusslösung für PmD. 16% finden eine solche «manchmal», während 26% diese Frage nicht beantworten.

Die Beurteilung des Outcomes der Behandlung von Patienten mit Demenz fällt wie folgt aus:

- Die *kognitive Situation* hat sich gemäss acht Antwortenden verbessert und ist gemäss fünf stabil geblieben. Ein Betrieb berichtet von einer Verschlechterung. Fünf Betriebe beantworten die Frage nicht.
- Die *Mobilität* hat sich gemäss 13 Antwortenden verbessert und ist gemäss einem Betrieb gleichgeblieben. Eine Verschlechterung hat kein Betrieb registriert, wobei wieder von fünf keine Antwort vorliegt.

⁵⁷ In der Zahl 7'975 sind alle demenzbetroffenen Patienten enthalten, die ein Betrieb statistisch erfasst, also auch diejenigen, die auf anderen Abteilung als der Rehabilitation behandelt werden.

⁵⁸ Die darüber hinaus abgefragten Kennzahlen haben eine zu schmale bzw. zu heterogene Basis, sodass sie hier nicht aufgeführt werden.

- Die *Selbständigkeit im Alltag* hat sich gemäss neun Antwortenden verbessert. Drei erklären, sie sei gleichgeblieben, und zwei berichten von einer Verschlechterung.
- Der *allgemeine Gesundheitszustand* hat sich gemäss zwölf Antwortenden verbessert. Je ein Betrieb meldet «gleich geblieben» resp. eine Verschlechterung.

Unterschiede nach Vorhandensein oder Fehlen eines Demenzpfads sind wenige auszumachen. Betriebe mit einem Demenzpfad registrieren allerdings in keinem der abgefragten Bereiche eine Verschlechterung, sondern durchwegs eine Verbesserung oder zumindest Stabilisierung der Situation. Die fünf Betriebe, die die Fragen unbeantwortet lassen, weisen erklärtermassen keinen Demenzpfad auf. Im Übrigen gilt für die Interpretation des Ergebnisses der gleiche Vorbehalt wie in Bezug auf das Gesamtsample: welches ist die Vergleichsgrösse für eine wahrgenommene «Verbesserung» oder «Verschlechterung»? Die Situation bei Eintritt oder bestimmte Ereignisse während des Aufenthalts wie z.B. Delirvorkommen?⁵⁹

E.2.4 Therapieangebot

Inwieweit werden demenzbetroffenen Patienten Standardtherapien der Rehabilitation angeboten? Kommen dabei flankierende Massnahmen zum Tragen? In welchem Mass können geplante Standardtherapien effektiv durchgeführt werden, trotz der kognitiven Einschränkungen des Patienten? Als Standardtherapien der Rehabilitation gelten im Rahmen dieser Befragung namentlich Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Darüber hinaus interessiert das Angebot an ergänzend oder alternativ eingesetzten Therapien.

Die Fragen in diesem Abschnitt werden von 46 Betrieben und Betriebseinheiten beantwortet – rund drei Fünftel des Gesamtsamples. Nebst den Häusern mit explizitem Rehabilitationsauftrag beteiligen sich hier auch psychiatrische Kliniken sowie Akutspitäler ohne expliziten Leistungsauftrag in Rehabilitation.

85% der Antwortenden (n=46) erklären, Patienten mit Demenz Standardtherapien der Rehabilitation *als Einzeltherapie* «immer» (46%) oder «häufig» (39%) anzubieten. 61% bieten Standardtherapien erklärtermassen immer oder häufig *als Gruppentherapie* an. Flankierende Massnahmen wie Unterstützung im Alltag und begleiteter Transport in Therapien wenden die Antwortenden praktisch zu 100 Prozent an: je 74% erklärtermassen «immer» und je 26% «häufig». 86% erklären, die nahestehenden Bezugspersonen «immer» oder «häufig» (zu je 43%) in den Behandlungsprozess einzubeziehen.

Fast die Hälfte der Antwortenden (46%) schätzt, dass in ihrem Betrieb bzw. ihrer Betriebseinheit über 70% der geplanten Standardtherapien bei Patienten mit Demenz durchgeführt werden können, ungeachtet der vorhandenen kognitiven Einschränkungen. Ein Drittel schätzt diesen Anteil auf zwischen 10% und 70%. Ein Fünftel wagt keine Schätzung abzugeben.⁶⁰

40% der Antwortenden erklären, Patienten mit Demenz andere als die Standardtherapien anzubieten, davon 4% «alternativ» und 36% «ergänzend» zu den Standardtherapien. Dabei kommt die ganze Palette der Therapien zum Einsatz, die im Gesamtsample abgefragt worden sind (vgl. Abschnitt 5.6). Am häufigsten genannt werden:

- Aktivierende Pflege (14 Nennungen)
- Aromatherapie (10 Nennungen)
- Maltherapie (8 Nennungen)

⁵⁹ Vier Betriebe schätzen den Anteil von PmD, die während des Aufenthalts ein Delir erleiden, auf über 50%, zwei auf 31-40% und sieben auf 0-20%. Ein Zusammenhang zwischen vorhandenem Demenzpfad und (vermindertem) Delirauftreten ist nicht auszumachen. Die Guideline zur Delirprävention findet in diesem Teilsample vergleichbar gute Anwendung wie in der Gesamtheit der Antwortenden.

⁶⁰ Betrachtet man nur die Häuser mit explizitem Leistungsauftrag in Rehabilitation, so fällt die Bilanz noch vorteilhafter aus: Fast zwei Drittel (63%) erklären, über 70% der geplanten Standardtherapien bei Patienten mit Demenz durchführen zu können, ungeachtet der kognitiven Einschränkungen.

Weiter zur Anwendung kommen gemäss Angaben der Antwortenden: Basale Stimulation, Musiktherapie (je sechs Nennungen), Tanztherapie (vier Nennungen), Snoezelen, Humorthherapie (je drei Nennungen). Vereinzelt genannt werden verschiedene andere Therapien, so zum Beispiel: Kognitives Training, Kognitive Stimulation, Bewegungstherapie, Phytotherapie, Atemtherapie, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), passive Therapien, etc. Eine Rehabilitationsklinik legt Wert auf die Feststellung, dass «das breitgefächerte Therapieprogramm auf alle Patienten individuell anpassbar» sei.

E.2.5 Handlungsbedarf aus Sicht der antwortenden Betriebe

Die antwortenden Spitäler und Kliniken mit explizitem Leistungsauftrag in Rehabilitation (n=19) weisen ein sehr ähnliches Antwortmuster auf wie die Teilnehmenden im Gesamtsample. Die Finanzierung wird ebenfalls mehrheitlich als ungenügend beurteilt, und den grössten Optimierungsbedarf für den eigenen Betrieb ortet man im Bereich Personal. Bestimmte Betriebe drücken ihre Hoffnung auf eine gute Umsetzung des kommenden ST REHA Tarifsystems aus: auf eine sachgerechte Abbildung nach Schweregrad und eine gesonderte Abrechnung aufwändiger Zusatzleistungen. Zwei Drittel der Antwortenden sehen sich heute grundsätzlich in der Lage, Patienten mit Demenz entsprechend ihrem Bedarf zu versorgen.

E.2.6 Schlussfolgerungen

Das vorliegende Teilsample ist zahlenmässig klein, was eine Bewertung und Einordnung der Ergebnisse nicht ganz einfach macht. Für fundierte Aussagen wäre wahrscheinlich eine Nachbefragung notwendig. Die nachfolgenden Ausführungen geben daher einen ersten Eindruck von der Situation im Bereich Rehabilitation wieder und sind nicht als abschliessende Bestandsaufnahme zu verstehen.

Die Grundsätze der demenzgerechten Rehabilitationsbehandlung werden von der Mehrheit der Antwortenden in Bezug auf das Eintrittsmanagement und den Entscheidungsprozess über das Behandlungsziel eingehalten: Ältere Patienten werden zu vier Fünftel auf ihre kognitive Situation abgeklärt, wenn nicht systematisch, so doch in bestimmten Fällen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Festlegung des Behandlungsziels wie auch beim Austrittsprozedere entspricht gelebter Praxis – im Bereich Rehabilitation mindestens so sehr wie in der Gesamtheit der antwortenden Betriebe. Ebenfalls werden die Patientin und die nahestehenden Bezugspersonen in aller Regel in diese Prozesse einbezogen. Wie in anderen Spitälern erfüllen Angehörige auch in der Rehabilitation häufig Aufgaben in der Pflege und Betreuung; doch im Unterschied zu den Antwortenden der Gesamtbranche verfügt die Mehrheit der 19 Betriebe der Rehabilitation erklärermassen über ein Rooming-in für sie.

Einen spezifischen Behandlungspfad für Patienten mit Demenz beschreitet nach eigenem Bekunden nur eine Minderheit der Betriebe. Ob aus der Abwesenheit eines Demenzpfads auch ein schlechteres Behandlungsergebnis resultiert, kann aufgrund der vorliegenden Antworten nicht endgültig beurteilt werden. Dies trotz dem Umstand, dass einzelne Betriebe ohne Demenzpfad von einer Verschlechterung der kognitiven Situation oder der Selbständigkeit im Alltag berichten. Es bleibt der Verweis auf den Hauptbericht, der die Existenz eines spezifischen Behandlungspfads für Patienten mit Demenz als zentral erkannt hat. So gesehen besteht auch im Bereich Rehabilitation Nachholbedarf.

Positiv hervorzuheben ist das Angebot an Therapien der Rehabilitation, das die überwiegende Mehrheit der Antwortenden für Patienten mit Demenz bereithält – wobei zwei von fünf Betrieben das Angebot an Standardtherapien mit einer breiten Palette zusätzlicher Therapien ergänzen. Dass gemäss Eigendeklaration der Betriebe im Schnitt etwa siebenzig Prozent der geplanten Therapien trotz der kognitiven Einschränkungen des Patienten durchgeführt werden können, darf als Erfolg gewertet werden.⁶¹

⁶¹ Bei diesem Themenaspekt sind über 30 Antworten eingegangen, was die Aussagekraft signifikant erhöht.

Im Übrigen scheinen für den Bereich Rehabilitation ganz ähnliche Herausforderungen zu bestehen wie für die Gesamtheit der Spitäler und Kliniken. Spezifische Demenzpfade einschliesslich der Koordination mit nachgelagerten Akteuren sind noch nicht überall Realität. Die Rekrutierung von geeignetem Personal scheint für viele nicht unproblematisch. Und die Finanzierung des Mehraufwands ist im heutigen Tarifsysteem nach Ansicht der Mehrheit nicht ausreichend sichergestellt. Was im Rahmen dieses Teilsamples wie auch in der Gesamtbefragung zum Ausdruck kommt, ist die Bedeutung, die die Antwortenden der geriatrischen Rehabilitation zumessen: eine Mehrheit hält es für wünschenswert, dass gerade für diesen Bereich im Hinblick auf die demenzgerechte Versorgung schweizweit Leistungsaufträge vergeben werden. Dies ist ein Signal an die Adresse derjenigen Kantone, die auf die Vergabe solcher Leistungsaufträge bisher verzichtet haben.

Reflektieren die zweifellos vorhandenen guten Ansätze im Bereich der demenzgerechten Versorgung wirklich die Situation der Branche Rehabilitation insgesamt? Diese Frage muss mit Blick auf die schmale Datenbasis offen bleiben. Für eine schlüssige Antwort wären wie erwähnt zusätzliche Untersuchungen nötig.

Exkurs 3: Patienten mit Demenz in der Psychiatrie

E3.1 Einleitung

Die Psychiatrie ist diejenige medizinische Fachdisziplin, die sich mit der Vorbeugung, Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen beschäftigt. Sie hat sich als eigenständige Disziplin aus der Nervenheilkunde entwickelt, die früher auch das Gebiet der heutigen Neurologie abdeckte. Schweizweit waren gemäss BFS im Jahr 2015 ca. 74'000 Hospitalisationen im Bereich Psychiatrie zu verzeichnen. Die Tendenz ist seit Jahren steigend.

Im Kapitel 3 des Hauptberichts wurde der Fachbereich Gerontopsychiatrie und seine Bedeutung für die Diagnose, Behandlung und Therapie von Patienten mit Demenz erläutert. Kliniken für Gerontopsychiatrie sind am ehesten darauf spezialisiert, Patienten mit *Hauptdiagnose* Demenz zu versorgen, und sie verfügen – wie anzunehmen ist – über entsprechend ausgebildetes Personal und über die geeignete Infrastruktur. Anderweitig spezialisierte psychiatrische Kliniken dürften von Patientinnen mit *Hauptdiagnose* Demenz seltener aufgesucht werden.⁶² Für sie stellen sich ähnliche Herausforderungen wie für Spitäler im Allgemeinen, wenn Patienten wegen eines bestimmten Problems eintreten *und* Demenz als Begleiterkrankung aufweisen:

- die Abklärung bei Eintritt, einschliesslich Abgrenzung zu psychischen Krankheiten wie etwa Depression,
- das Beschreiten des spezifischen Behandlungspfads, inklusive Koordination mit vor- und nachgelagerten Institutionen,
- die spezifischen Massnahmen zu Delirprävention und Sturzprävention,
- der Einsatz von Medikamenten und das Auftreten von unerwünschten Neben- und Wechselwirkungen
- die Durchführung nicht-medikamentöser Therapien sowie
- der Umgang mit Zwangsmassnahmen.

Im Zusammenhang mit der Zuweisung von Patienten mit Demenz an psychiatrische Kliniken steht zusätzlich die Frage im Raum, ob diese immer adäquat ist, oder ob sie ggf. nur deshalb erfolgt, weil andere Institutionen die Pflege und Betreuung nicht (mehr) übernehmen wollen. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung kann diese Frage bestenfalls gestreift, aber nicht vertieft behandelt werden.

E3.2 Sample Psychiatrie

In diesem Teilsample sind Betriebe enthalten, die erklärermassen über einen Leistungsauftrag in Gerontopsychiatrie und/oder Psychiatrie allgemein verfügen. Dies betrifft insgesamt 21 Häuser mit folgendem Auftragsprofil:

- Zwölf psychiatrische Kliniken mit Leistungsauftrag Gerontopsychiatrie *und* Psychiatrie allgemein, wovon drei Universitätskliniken
- Sieben Akutspitäler resp. Spitalgruppen mit zusätzlichem Leistungsauftrag Gerontopsychiatrie und/oder Psychiatrie
- Zwei psychiatrische Kliniken mit anderer als gerontopsychiatrischer Spezialisierung.

14 Häuser nennen statistische Kennzahlen zu ihrem Patientensegment – elf psychiatrische Kliniken und drei Akutspitäler. In diesen Häusern wurden im Jahr 2015 insgesamt 3'415 Patienten mit Demenz statistisch erfasst (Anzahl Hospitalisationen), wovon 45% mit Hauptdiagnose und 55% mit Nebendiagnose Demenz.⁶³ Etwas mehr als die Hälfte der Patienten mit Demenz trat via Notfall ein, und jeder dritte Patient wurde mehr als einmal hospitalisiert. 97% aller Patienten mit Demenz waren über 64 Jahre alt, das Durchschnittsalter betrug 79,1 Jahre. Die Patienten

⁶² Eine Ausnahme betrifft ggf. Patienten, bei denen Demenz im jungen oder mittleren Alter auftritt.

⁶³ In dieser Zahl sind alle demenzbetroffenen Patienten enthalten, die ein Betrieb statistisch erfasst, also auch diejenigen, die auf anderen Abteilungen als der (Geronto-)Psychiatrie behandelt werden.

verweilten im Schnitt 34,6 Tage in der Klinik. Frauen und Männer mit Demenz waren anteilmässig praktisch gleich vertreten.

Betrachtet man nur die elf psychiatrischen Kliniken, die Kennzahlen nennen (und 2015 insgesamt 1'583 Patienten mit Demenz statistisch erfasst haben), so ergeben sich drei wesentliche Abweichungen zu oben genannten Quoten:

1. Eine klare Mehrheit der Patienten, 70%, wurde mit *Hauptdiagnose* Demenz erfasst.
2. Nur jeder siebte Patient bzw. jede siebte Patientin wurde mehr als einmal hospitalisiert.
3. Die Patienten verweilten im Schnitt etwas länger, nämlich 39,0 Tage, in der Klinik.

Zu bedenken bleibt die geringe Anzahl Häuser, sodass sämtliche numerischen Angaben mit Vorsicht zu geniessen sind.

E3.3 Infrastruktur

Zwölf der 21 Betriebe und damit etwas mehr als die Hälfte erklären, über eine Abteilung für Demenz zu verfügen. Zehn der 14 psychiatrischen Kliniken sind erklärtermassen so ausgestattet. Im Schnitt weist eine Demenzabteilung 17,5 Betten auf. 15 Betriebe verfügen über eine Notfallaufnahme.

Die Mehrheit der Antwortenden (n=21) erklärt, für Patientinnen mit Demenz geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung zu haben:

- Geschützte Innen- und Aussenräume: je 67% der Antwortenden.
- Geschlossene Abteilung: 62%.
- Reiz- und lärmabgeschirmte Zimmer: 62%.

Elf psychiatrische Kliniken, alle mit gerontopsychiatrischen Auftrag, verfügen erklärtermassen über jede der genannten Räumlichkeiten.

Was vielerorts noch fehlt, ist ein Rooming-in für Angehörige. Nur fünf von 21 Betrieben (24%) erklären, über ein solches zu verfügen. Zwei weitere Häuser planen die Einrichtung eines Rooming-ins. Allerdings werden Angehörige von PmD in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen auch seltener mit Aufgaben der Pflege, Betreuung und Beaufsichtigung betraut als etwa in Akutspitälern – gemäss Angaben der antwortenden Betriebe.

E3.4 Eintritt

Wie gesehen, trat im Jahr 2015 die Mehrheit der statistisch erfassten Patienten mit Demenz via Notfall ein, d.h. aus einem akuten, ungeplanten psychiatrischen Behandlungsgrund. Nicht selten dürfte dabei Delir eine Rolle gespielt haben. Eine psychiatrische Klinik legt denn auch Wert auf die Feststellung:

«dass die Patienten in der Regel wegen eines Delirs zu uns verlegt werden und nicht erst während des stationären Aufenthaltes bei uns das Delir entwickeln. Das Delir ist zu ca. 50% der Eintritte bei Demenz der Grund für die stationäre Aufnahme auf einer alterspsychiatrischen Akutstation.»

Das gerontopsychiatrische und das neuropsychologische Assessment werden bei Eintritt älterer Patienten wie erwartet systematischer angewandt als im Gesamtsample. 80% der Antwortenden erklären, bei Eintritt älterer Patienten «systematisch» oder «in bestimmten Fällen» ein multidimensionales gerontopsychiatrisches Assessment durchzuführen. Das kognitive Screening

wird erklärtermassen von 90% der Antwortenden in der beschriebenen Weise angewandt und das neuropsychologische Assessment von 75%.⁶⁴

Auf die Frage, in welchen Fällen ältere Patientinnen «immer» oder «häufig» entsprechend abgeklärt werden, lauten die Antworten wie folgt:

Tabelle: Spezifische Abklärungen nach Art des Falles und nach Krankheitsbild (N=21)

	«immer»	«häufig»	«immer» oder «häufig»
Demenzverdacht	70%	15%	85%
akute Verwirrtheit und Desorientiertheit	40%	45%	85%
Notfalleintritte	13%	60%	73%
geplante Eintritte	20%	50%	70%
psychische Instabilität/Störung	35%	35%	70%
körperliche Instabilität	10%	60%	70%
Multimorbidität	15%	45%	60%
Verdacht auf Schmerzen	5%	50%	55%
Polymedikation	10%	40%	50%
Verdacht auf Fraktur	15%	25%	40%

Klar häufiger als im Gesamtsample spezifisch abgeklärt werden Notfalleintritte, ebenfalls geplante Eintritte, allerdings auch nur von 13% resp. 20% der Antwortenden «immer». Nach Krankheitsbilder ergeben sich im Vergleich zum Gesamtsample kaum wesentliche Unterschiede.

E3.5 Behandlungspfad und Outcome

17 von 21 Antwortenden (81%) sehen erklärtermassen einen spezifischen Behandlungspfad für Patienten mit Demenz vor. Darunter sind alle 12 psychiatrischen Kliniken mit Leistungsauftrag in Gerontopsychiatrie. Die Mehrheit der Betriebe mit Demenzpfad, resp. die Hälfte aller Antwortenden, erklärt, einen solchen Pfad intern *und* koordiniert mit vor- bzw. nachgelagerten Institutionen zu beschreiten. Vier Betriebe (19%) beantworten die Frage nach einem spezifischen Demenzpfad mit «nein».

Betriebe *mit* Demenzpfad weisen Patienten mit Demenz erklärtermassen zu über 80% spezifisch geschultem Personal zu. Die Zuweisung erfolgt zu etwa gleichen Teilen an gerontopsychiatrisch geschultes Personal und an ein interdisziplinäres, geriatrisch-gerontopsychiatrisches Team. Rund drei Viertel von ihnen nehmen zusätzlich eine räumliche Trennung der Patienten mit Demenz vor, denn sie verfügen über eine Abteilung oder zumindest über geeignete Räumlichkeiten für Demenzkranke.

Vier von fünf Antwortenden (mit oder ohne Demenzpfad) erklären, die Entscheidung über das Behandlungsziel sei «immer» (57%) oder «häufig» (24%) eine Sache des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Personals als Ganzen. Nahestehende Bezugspersonen werden erklärtermassen von je 38% «immer» oder «häufig» einbezogen, die Patientin selber von 38% «immer» und von 29% «häufig». Betriebe mit Demenzpfad erklären unisono, Nahestehende Patienten immer oder häufig einzubeziehen, ebenso (mit zwei Abweichungen) den Patienten selber.

Mehr als drei Viertel, 77% aller Antwortenden, berichten von einer im Schnitt verbesserten kognitiven Situation der Patienten mit Demenz am Ende des Aufenthalts, ca. ein Sechstel von einer Stabilisierung und ein einziger Betrieb (5%) von einer Verschlechterung. Ganz ähnlich lautet der deklarierte Outcome bezüglich Selbständigkeit, und noch besser fällt es aus, wenn Mobilität und allgemeiner Gesundheitszustand angesprochen sind (88% resp. 100% «verbessert»).

⁶⁴ Etwas mehr als die Hälfte erklärt, das multidimensionale *geriatrische* Assessment «systematisch» oder «in bestimmten Fällen» anzuwenden.

67% der Antwortenden erklären, bei Austritt von Patienten mit Demenz «immer» (14%) oder «häufig» (53%) eine gute Anschlusslösung zu finden. 14% finden erklärermassen «manchmal» und 5% «selten» eine gute Lösung; 14% äussern sich nicht zu dieser Frage. Betriebe mit Demenzpfad erklären zu 90%, «immer» oder «häufig» eine gute Anschlusslösung zu finden.

Das Antwortmuster hinsichtlich der Planung und Koordination des Austritts ist sehr ähnlich jenem im Gesamtsample, bezogen auf die beteiligten Akteure. Was aus den Kommentaren deutlich hervorgeht: Betriebe mit einem Demenzpfad gehen in aller Regel nach einem klar erkennbaren Konzept (Behandlungsplan) vor, das nebst dem schriftlichen Austrittsbericht (und ggf. zusätzlichen Berichten) auch die mündliche (Vor-)Besprechung mit dem Patienten, den Angehörigen und der nachgelagerten Versorgungsstelle enthält sowie die Medikamentenliste mit Einnahmemodalitäten. Auch die Abklärung des Umfelds gehört erklärermassen dazu.

E3.6 Behandlungsprozess

E3.6.1 Delirprävention und -häufigkeit

Die aufgeführten Guidelines zur Delirprävention werden von 75% der Antwortenden erklärermassen «systematisch» (55%) oder «in bestimmten Fällen» (20%) angewandt.⁶⁵ Gleiches gilt für die Anwendung der Guidelines zu Diagnostik und Therapie von BPSD. Aufgrund der vorliegenden Antworten ist von einer systematischeren Anwendung der Guideline *Behandlung und Therapie von BPSD* auszugehen, verglichen mit der Gesamtbranche. Hingegen ist bezüglich *Delirprävention* in etwa dasselbe Antwortmuster wie dort erkennbar, wobei Betriebe mit gerontopsychiatrischer Spezialisierung von einer höheren Anwendungsquote berichten.

Der Anteil der Patienten mit Demenz, die zusätzlich von einem Delir betroffen sind, wird von drei von fünf Antwortenden auf 40% und darunter geschätzt. Der Median liegt zwischen 31% und 40%.⁶⁶ Rund einer von vier Antwortenden schätzt den Anteil auf höher als 40%. Einer von sieben wagt keine Schätzung abzugeben. Damit scheinen Delirien etwa gleich häufig aufzutreten wie in der Gesamtheit der Antwortenden (vgl. Abschnitt 5.3). Wie viele Patienten mit Demenz bereits bei Eintritt ein Delir aufwiesen, und wie viele erst im Lauf des Aufenthalts ein Delir erlitten, liess sich im Rahmen dieser Befragung nicht auseinanderhalten.

E3.6.2 Medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien

65% der Antwortenden erklären, die Empfehlungen zum systematischen Medikationsabgleich «systematisch» (40%) oder «in bestimmten Fällen» (25%) anzuwenden.⁶⁷ Dies entspricht in etwa der Quote im Gesamtsample. Auch bei Eintritt scheint auf Polymedikation im Bereich Psychiatrie nicht wesentlich systematischer abgeklärt zu werden als im Gesamtsample. Etwas mehr als die Hälfte der Antwortenden schätzt den Anteil von unerwünschten Neben- oder Wechselwirkungen auf zwischen null und dreissig Prozent. Jeder Fünfte schätzt ihn auf zwischen 30 und 50 Prozent. Drei von zehn beantworten die Frage nach der Häufigkeit nicht.⁶⁸

Zwei Drittel der Antwortenden bieten Patienten mit Demenz erklärermassen systematisch nicht-medikamentöse Therapien an. Weitere 15 Prozent erklären dies in bestimmten Fällen zu tun. 18 Prozent antworten mit «ausnahmsweise», «nie» oder «weiss nicht». Am häufigsten angewandt werden aktivierende Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie und Aromatherapie. Der Anteil

⁶⁵ Die zur Delirprävention aufgeführten Einzelmassnahmen werden von 90 bis 100 Prozent der Antwortenden «immer» oder «häufig» angewandt, mit Ausnahme von «Harn- und Stuhlausscheidung regulieren» (89%). Ein Betrieb nennt zusätzliche Massnahmen wie: Polypharmazie vermeiden, Reizabschirmung, Risikopatienten identifizieren, aktivierende Therapien, Infektionsbehandlung.

⁶⁶ Die geschätzten Häufigkeiten konnten bei dieser Frage in Zehnerintervallen angegeben werden.

⁶⁷ Ein Betrieb nennt die Anwendung von MediQ Medikamenten-Interventionsprogramm, alternativ zum Systematischen Medikationsabgleich nach Patientensicherheit Schweiz.

⁶⁸ Betriebe mit gerontopsychiatrischer Spezialisierung wenden die Guideline häufiger «systematisch» an. Zwei Drittel von ihnen schätzen den Anteil unerwünschter Nebenwirkungen auf 30% und weniger.

der systematisch anbietenden Betriebe ist im Bereich Psychiatrie höher als im Gesamtsample. Am höchsten (100%) ist er bei Betrieben mit gerontopsychiatrischer Spezialisierung.

E3.6.3 Sturzprävention und -häufigkeit

Die aufgeführten Guidelines zur Sturzprävention werden von 70% bis 75% der Antwortenden erklärermassen «systematisch» oder «in bestimmten Fällen» angewandt.⁶⁹ Drei von fünf Antwortenden schätzen den Anteil der Patientinnen mit Demenz, die während des Aufenthalts einen Sturz erleiden, auf 20% und darunter. Jeder Vierte schätzt ihn auf zwischen 21% und 50%; jeder Sechste wagt keine Schätzung abzugeben.

Sowohl betreffend Massnahmen zur Sturzprävention als auch in Bezug auf die Sturzhäufigkeit sind kaum wesentliche Unterschiede zum Gesamtsample auszumachen.

E3.6.4 Zwangsmassnahmen

Die Prävalenz freiheitsbeschränkender Massnahmen während der Hospitalisation wird im Rahmen des ANQ-Messplans Psychiatrie jährlich ermittelt. Psychiatrische Kliniken haben, im Gegensatz zu Akutspitälern, obligatorisch jede freiheitsbeschränkende Massnahme zu erfassen (vgl. Abschnitt 5.2). Der Umgang mit Zwangsmassnahmen, zu denen auch die fürsorgliche Unterbringung (FU)⁷⁰ gehört, ist in den medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) verbindlich geregelt. Eine FU, also die Einweisung gegen den Willen des Patienten mit Demenz, kann angeordnet werden, wenn diese/r durch z.B. aggressives Verhalten sich selbst oder Dritte gefährdet, oder wenn er/sie schwer verwahrlost ist. Die Fremdgefährdung bzw. «unzumutbare Belastung» der Drittperson(en) kann dabei nur «ein zusätzliches wichtiges Kriterium für die Anordnung einer FU sein; für sich genommen, rechtfertigt sie jedoch keine FU» (SAMW 2015: S. 10f.). Für die medikamentöse Zwangsbehandlung von Patienten in FU gelten strenge Anforderungen.

Gemäss Angaben von zehn psychiatrischen Kliniken befanden sich dort 2015 insgesamt 427 Patienten mit Demenz in fürsorglicher Unterbringung, was einem Anteil von 28,5% aller Patienten mit Demenz in diesen Kliniken entsprach. Dabei traten von Haus zu Haus beträchtliche Schwankungen auf, denn gewisse Kliniken wiesen bis zu drei Viertel Patienten mit Demenz in FU auf.⁷¹

50% der antwortenden Betriebe erklären, die Guideline der SFGG zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen «systematisch» anzuwenden; 30% tun dies erklärermassen «in bestimmten Fällen». Ein Betrieb nennt die oben erwähnten Richtlinien der SAMW zu Zwangsmassnahmen in der Medizin als Guideline. Ein anderer Betrieb schreibt:

«Als Psychiatrische Abteilung haben wir bereichsübergreifend KESR-konforme Standards und Dokumentationen im Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Fixationen sind bei uns verboten, Ausnahmen sind nur über die ärztliche und pflegerische Leitung der Gerontopsychiatrie möglich.»

Wie häufig kommen freiheitsbeschränkende Massnahmen zur Anwendung? Die Frage bezieht sich auf Patienten mit und ohne FU. Eigenen Angaben zufolge beträgt der Anteil nicht-koopera-

⁶⁹ Drei Betriebe nennen interne Konzepte und Projekte der Sturzprävention, z.B. eines zur Evaluation des Sturzrisikos, der Sturzerfassung und des Managements nach Sturz.

⁷⁰ Gemäss SAMW liegt «eine FU dann vor, wenn eine Person gegen ihren Willen zur Behandlung und Betreuung in eine geeignete Institution eingewiesen wird. [...] Eine FU muss nicht zwingend in einer geschlossenen psychiatrischen Station erfolgen, sondern kann auch in einer offenen Station, einem somatischen Akutspital oder einer Wohn- und Pflegeeinrichtung durchgeführt werden. Die Wahl der Institution hängt vom Zweck der FU ab.» (SAMW 2015: S. 10f.)

⁷¹ Im Gesamtsample verzeichneten 28 Häuser insgesamt 594 Patienten mit Demenz in fürsorglicher Unterbringung. Damit befanden sich rund sieben von zehn dieser Patienten in psychiatrischen Kliniken.

tiver Situationen, die eine freiheitsbeschränkende Massnahme zur Folge haben, in 38% der Betriebe zehn Prozent und weniger.⁷² Je 20% berichten von einem Anteil unkooperativer Situationen zwischen elf und 20 Prozent resp. zwischen 21 und 40 Prozent. 24% wagen keine Schätzung abzugeben.

Wie lässt sich dieses Ergebnis einordnen? Einen Anhaltspunkt könnte der nationale Vergleichsbericht ANQ von 2015 liefern, an dem 64 psychiatrische Kliniken teilgenommen haben. 42% dieser Häuser erklärten, keine FM gemäss Definition ANQ angewandt zu haben. 56% haben eigenen Angaben zufolge FM angewandt. Bei 12,5% der Kliniken lag der Anteil deklarerter FM-Anwendungen «signifikant über dem Mittel der Gesamtgruppe, d.h. die [...] Wahrscheinlichkeit, von einer freiheitsbeschränkenden Massnahme betroffen zu sein, war grösser als im Mittel der Gesamtgruppe.» (ANQ 2015: 12ff.).

Zieht man die ANQ-Messung als Vergleich heran, so sind die Anteile «überdurchschnittlich häufiger» Anwendungen von FM im vorliegenden Teilsample etwas höher. Die Ergebnisse sind allerdings nicht direkt vergleichbar, da es im ANQ-Bericht nicht nur um Patienten mit Demenz ging, sondern um die Gesamtheit der Patienten. Zudem wurde dort die Anzahl FM abgefragt anstatt geschätzten Anteilen unkooperativer Situationen. Es kommt hinzu, dass eine niedrige Anzahl FM noch nichts über deren Qualität besagt. Und last but not least haben wir es in dieser Untersuchung mit wesentlich weniger teilnehmenden Betrieben zu tun.

In jedem Fall ist bei der Bewertung der Ergebnisse Vorsicht geboten, da auch in der Psychiatrie in Situationen hoher Selbst- oder Fremdgefährdung freiheitsbeschränkende Massnahmen zum Teil als unumgänglich angesehen werden können (Zu den Begründungen für die Anwendung von FM siehe Hauptbericht, Abschnitt 5.7).

E3.7 Personal

18 Betriebe nehmen Einschätzungen zum Wissen über Demenz beim Personal vor. 39% von ihnen halten dieses Wissen insgesamt für «voll und ganz» oder «eher» ausreichend. Bezüglich Ärzteschaft und Pflegepersonal äussern sich 78% in diesem Sinne, hinsichtlich medizinisch-therapeutischem Personal 72% und bezüglich Sozialdienst 67%. Die Angaben sind in etwa vergleichbar mit denjenigen im Gesamtsample, auch wenn die Bewertung fürs Personal insgesamt im Psychiatriesample etwas strenger ausfällt als dort.

Wie hoch schätzen die Antwortenden den Anteil an spezifisch geschultem Personal pro Berufskategorie, in Prozent des jeweiligen Totals ein? Verwertbare Angaben machen 12 Betriebe bezüglich Sozialdienst und medizinisch-therapeutischem Personal sowie 14 bezüglich Ärzteschaft und Pflegepersonal. Im arithmetischen Mittel werden die Anteile auf je zwischen 34% (medizinisch-therapeutisch) und 37% (Pflegepersonal) geschätzt, im Durchschnitt (Median) auf zwischen 16% und 20%. Diese Werte sind angesichts der schmalen Datenbasis und der grossen Bandbreite der Schätzungen (von 0 bis 100 Prozent) schwer zu interpretieren.⁷³

Bei der Frage, welche Massnahmen als geeignet angesehen werden, um die Behandlung von Patienten mit Demenz zu optimieren, gibt es klare Präferenzen für den Beizug einer für den ganzen Aufenthalt zuständigen Fachperson (67% «sehr geeignet») und für eine Erhöhung des Personalschlüssels (72% «sehr geeignet»). Erstgenannte Massnahme wird von 72% der Antwortenden (n=18) erklärermassen auch angewandt. Ebenfalls mehrheitlich angewandt (zu je 56%) werden Erhöhung des Personalschlüssels sowie Eins-zu-eins-Betreuung tagsüber oder nachts. 39% erklären, teilweise auf Bettfixation zurückzugreifen, obwohl diese Massnahme von keinem der antwortenden Betriebe für geeignet angesehen wird.

⁷² Betriebe mit gerontopsychiatrischer Spezialisierung berichten zu 50% von dieser Häufigkeit.

⁷³ Interessanterweise ist auch unter den Kliniken mit *gerontopsychiatrischer* Spezialisierung die Bandbreite der Schätzungen sehr gross. Vereinzelt ist von unter 10% in Demenz geschultem Personal die Rede.

72% der Betriebe (n=18) erklären, Weiter- und Fortbildung in Gerontopsychiatrie selber durchzuführen; weitere 17% erklären, solche extern zu finanzieren. Auch geriatrische Weiter- und Fortbildung wird erklärtermassen von einer Mehrheit der Antwortenden entweder intern angeboten oder extern finanziert. Verschiedene Betriebe erklären, Weiter- und Fortbildung sowohl intern als auch extern zu gewährleisten.

Drei von vier antwortenden Betrieben verfügen über unterstützende (meist gerontopsychiatrische) Dienste, und jeder sechste Betrieb nimmt erklärtermassen unterstützende Dienste in Anspruch. Je elf Häuser nennen Konsiliar- und Liaisondienste, sechs Betriebe mobile Dienste und ein Betrieb die Krisenequipe als unterstützenden Dienst, den man zur Verfügung hat. Bei der externen Inanspruchnahme sind nebst gerontopsychiatrischen auch somatische (internistische) Dienste sowie Spitex und Hausärzte für die Entlassungsplanung gefragt. Als besonders förderungswürdig wird (von zwei Dritteln der antwortenden Betriebe) der Liaisondienst genannt.

E3.8 Finanzierung

Die meisten Betriebe rechnen, wenig überraschend, mit stationären Tarifen der Psychiatrie ab (87% «immer»). Vereinzelt werden auch SwissDRG, ST Reha und Pflegefinanzierung als «immer» oder «häufig» abrechnungsrelevant genannt.

71% erklären, die Kosten für die Behandlung von Patienten mit Demenz seien im geltenden Abrechnungssystem (eher bis gar) nicht hinreichend abgegolten. Noch klarer, nämlich zu 81%, beantworten die Betriebe die Frage zur ausreichenden Abgeltung von älteren, polymorbiden Patienten mit «eher nein» oder «nein». Als Begründung werden ähnliche Argumente ins Feld geführt wie im Gesamtsample (siehe Abschnitt 10.2). Die Multimorbidität, resp. das gleichzeitige Vorliegen sowohl akutsomatischer als auch psychiatrischer Behandlungsgründe, ist ein zentrales Thema, zum Beispiel in diesem Statement einer psychiatrischen Klinik:

«Der über eine Regelbehandlung hinausgehende höhere Aufwand durch die Behandlung der begleitenden somatischen Erkrankungen, der erhöhte Pflegebedarf durch die Kombination an somatischem *und* psychiatrischem Unterstützungsbedarf, der höhere Aufwand an medizinischen Untersuchungen und der häufig erhöhte Medikamentenbedarf, der erhöhte Koordinationsbedarf in komplexen Helfersystemen und auch in Familiensystemen ist im geltenden Finanzierungssystem und wohl auch in TARPSY Version 1.0 aufgrund der schlechten Datenqualität nicht abgebildet. [...] Aktuell ist es noch möglich durch 'Querfinanzierung' innerhalb des Betriebes Patienten mit Demenz entsprechend ihrem Bedarf zu versorgen. Der Druck steigt. Mit der Einführung von TARPSY könnte sich die Situation verschärfen, da nur der Multiplikator der ersten Phase angemessen den Aufwand abbildet. Patienten mit Demenz fordern aber in der Regel bis zur Entlassung einen höheren Aufwand. Die Datenlage zeigt das aktuell nicht, da der Aufwand bei in der Allgemeinpsychiatrie fehlplatzierten Demenzpatienten nicht entsprechend der Standards betrieben wird. Die Patienten sind dort häufig nicht adäquat diagnostiziert und therapiert.»

Verschiedene Aspekte sind in dieser Aussage enthalten: Multimorbidität; Mehraufwand für Diagnostik, Behandlung, Pflege und Betreuung; erhöhter Medikamentenbedarf; mehr Koordinationsbedarf; schlechte Datenqualität; Fehlplatzierungen von Patienten mit Demenz. Hinzu kommt die Befürchtung, dass mit Einführung des Systems TARPSY eine Verschlechterung der Leistungsabbildung einhergehen könnte.

Die Betriebe machen verschiedene Vorschläge zur Verbesserung der Situation, immer mit speziellem Fokus auf den Bereich Psychiatrie:

- Entgelt nach effektivem Zeitaufwand, genereller Zuschlag für Demenz abgestuft nach Demenzgrad und/oder neuropsychiatrischen Symptomen (BPSD)
- Zuschlag für Beratung und Begleitung von Angehörigen.
- Gemischte Finanzierungsmodelle (Somatik, Psychiatrie, Soziales berücksichtigen)

- Ausreichende Abgeltung der somatischen Komorbiditäten, bzgl. TARPSY evtl. spezielle CHOP Codes für besondere, notwendige Leistungen, bessere Vergütung der insgesamt personalintensiven Therapie bei Demenz
- Höhere Tagessätze für ältere, polymorbide Patienten mit Demenz
- Demenzkomplexbehandlung

Was die Datenlage angeht, so plädieren zwei antwortende Betriebe mit Nachdruck auf eine «Verbesserung der Datenqualität rund um das Thema Demenz durch adäquate Kodierung.» Dabei wird auch die vom Bundesamt für Statistik (BFS) zugelassenen Nomenklatur kritisch beurteilt (vgl. Abschnitt 2.2):

«Nach den heutigen Regeln des ICD 10 GM werden die Demenzen diffus und falsch in sehr vielen verschiedenen somatischen oder neurologischen Kodes erfasst, in denen die psychiatrischen Komplikationen, die als Hauptgrund zur stationären Aufnahme in der Alterspsychiatrie führen, nicht kodiert sind. Das verfälscht die Demenzstatistik und führt zu Fehlplanungen und Fehlfinanzierungen. In der Psychiatrie müsste ICD 10 WHO zur Anwendung kommen, wo auch die BPSD kodiert werden können. Vom BFS ist aber nur der ICD 10 GM zugelassen.»

E3.9 Fazit der antwortenden Betriebe

Auch im Bereich Psychiatrie gilt die Behandlung, Pflege und Betreuung von Patienten mit Demenz als aufwändiger, im Vergleich zu Patienten ohne Demenz. Die grösste Herausforderung wird unisono beim Umgang mit belastenden Symptomen und irritierenden Verhaltensweisen gesehen. Für sich selber sehen die meisten Betriebe im Bereich Personal den grössten Optimierungsbedarf. Auf übergeordneter Ebene wird der grösste Handlungsbedarf bei der Finanzierung, d.h. der Anpassung der bestehenden Tarifstrukturen geortet. Zwei Drittel sehen sich heute grundsätzlich in der Lage, Patienten mit Demenz entsprechend ihrem Bedarf zu versorgen. Damit gleicht das Fazit der Betriebe mit psychiatrischem Leistungsauftrag dem der Spitäler und Kliniken insgesamt.

Klinik für Alterspsychiatrie (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich)

Die Klinik für Alterspsychiatrie der PUK Zürich verfügt über zwei Stationen, auf denen Patienten ab dem 65. Altersjahr mit einer mittelschweren bis schweren Demenz mit Verhaltensauffälligkeiten, psychotischen Symptomen und Delir behandelt werden. In der Regel bleiben die Patienten ca. vier Wochen in der Klinik. Speziell im Bereich Demenz geschulte Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Therapeut/innen und Sozialarbeitende planen auf Grundlage der individuellen Bedürfnisse und Gewohnheiten der Patienten mit Demenz die Therapie. Zu Beginn werden die Ursachen der Demenzerkrankung, die möglichen Auslöser von Verhaltensauffälligkeiten und die körperlichen Erkrankungen gründlich abgeklärt. Die geschützte Umgebung mit altersgerechter Infrastruktur, Terrasse und Garten bieten Sicherheit, Entspannung und Anregung. Gemeinsame Mahlzeiten, Singen und Musizieren vermitteln Geborgenheit. Physiotherapie fördert die Beweglichkeit und Aktivierungstherapie jene Stabilität und Ausgeglichenheit, die es für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung braucht. Für gewisse Patienten stehen Zimmer mit besonderer Reizabschirmung zur Verfügung, deren Einrichtung auch erhöhter Sturzgefahr vorbeugt. Im Lauf der Behandlung finden regelmässig Standortgespräche mit nahestehenden Bezugspersonen und Verantwortlichen von Pflegezentren oder Spitex statt, damit die (Neu-)Organisation der Alltagsversorgung des Patienten mit Demenz nach dem Klinikaufenthalt optimal auf dessen Bedürfnisse abgestimmt werden kann. Die Klinik für Alterspsychiatrie verfügt zudem über ein Ambulatorium mit Memory Clinic für die psychiatrische, neurologische und neuropsychologische Diagnostik, Behandlung und Therapie. Das Ambulatorium beschäftigt auch Fachärzte der inneren Medizin und arbeitet interdisziplinär mit Hausärzten und anderen Kliniken zusammen. Ältere, demenzkranke, psychisch kranke sowie multimorbide Patienten können darüber hinaus auf das Angebot einer Tagesklinik zählen und auf einen aufsuchenden gerontopsychiatrischen Liaisondienst (AGIL), der ihnen interprofessionelle Diagnostik und Behandlung zu Hause und in Alters- und Pflegeheimen anbietet.

E3.10 Schlussfolgerungen

Das vorliegende Teilsample ist zahlenmässig klein und bildet nur etwa einen Drittel aller Betriebe der Sparte Psychiatrie ab. Ein Bias ist nicht auszuschliessen, zumal mehr als die Hälfte der antwortenden Betriebe eine Spezialisierung in Gerontopsychiatrie aufweisen. Die nachfolgenden Ausführungen sind mit diesem Vorbehalt zu lesen.

Der Anteil der Patienten mit Hauptdiagnose Demenz ist in der Psychiatrie überdurchschnittlich; im Bereich Gerontopsychiatrie machen sie sogar über zwei Drittel aller Patienten mit Demenz aus. Vor diesem Hintergrund ist das verbreitete Vorhandensein von spezifischen Behandlungspfaden für Patienten mit Demenz wenig erstaunlich – vier von fünf Betrieben bejahen die entsprechende Frage. Wesentlich öfter als innerhalb der Gesamtbranche berichten die Betriebe denn auch von einem verbesserten Outcome. Sie führen bei Eintritt von älteren Patienten häufiger ein (meist gerontopsychiatrisches) Assessment durch, insbesondere auch bei Notfalleintritten, und wenden die Empfehlungen zur Behandlung und Therapie von BPSD systematischer an. Folgerichtig kommen nicht-medikamentöse Therapien erklärtermassen öfter *systematisch* zur Anwendung. Die Mehrheit der Betriebe berichtet zudem von einer ausgefeilten, mit den nachsorgenden Akteuren koordinierten Austrittsplanung.

Bezüglich der Anwendung der weiteren Guidelines und Empfehlungen – Delirprävention, Sturzprävention, Medikationsabgleich, FM – sind Unterschiede zur Gesamtbranche schwer auszumachen. Allerdings weisen alterspsychiatrische Kliniken hierbei – den Umgang mit FM vielleicht ausgenommen – doch gewisse Vorteile auf, gerade auch was die geschätzte Häufigkeit unerwünschter Ereignisse betrifft.

Ferner legt die Befragung den Schluss nahe, dass die Infrastruktur in der Psychiatrie generell besser auf die Bedürfnisse von Patienten mit Demenz zugeschnitten ist als innerhalb der Gesamtbranche. Rund zwei Drittel der Betriebe verfügen erklärtermassen über geeignete Räumlichkeiten, darunter alle Häuser mit gerontopsychiatrischer Spezialisierung. Anders sieht es hingegen in punkto Personal aus, wo die meisten Antwortenden für sich am ehesten Optimierungsbedarf erkennen. Die demenzspezifische Kompetenz wird insgesamt nicht höher eingeschätzt als in der Gesamtbranche Spital.

Der letzte Punkt erstaunt umso mehr, als dass das gerontopsychiatrische Knowhow dieser Betriebe nicht nur intern, sondern auch von Dritten rege in Anspruch genommen wird – etwa in Form von Konsiliar- oder Liaisondiensten. Letztere werden im Rahmen dieses Teilsample überdurchschnittlich häufig als besonders förderungswürdig bezeichnet. Die Wichtigkeit der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit innerhalb eines Spitals wie auch zwischen verschiedenen Institutionen kommt einmal mehr deutlich zum Ausdruck. Sie erscheint umso dringlicher angesichts der vielerorts fehlenden demenzspezifischen Expertise.

Auch in der Psychiatrie geht in Sachen demenzgerechte Versorgung nichts ohne adäquate Finanzierung – Quintessenz der Voten der antwortenden Betriebe. Nicht nur die Demenz als solche, sondern auch die Multimorbidität scheint in den bestehenden Tarifen nicht sachgerecht abgebildet. Ob die bevorstehende Einführung von TARPSY hier Abhilfe schafft, darüber werden da und dort Zweifel geäussert. Das neue System bedarf demnach der kritischen Begleitung und, falls nötig, der Anpassung.

Anhang 1: Medizinische Statistik 2015

A1.1 Kennzahlen allgemein

40 Betriebe bzw. Betriebseinheiten aller Spitalkategorien beantworten die Fragen zur medizinischen Statistik, bezogen auf das Jahr 2015. Die Zahlen und Prozentangaben in der nachfolgenden Tabelle beziehen sich auf dieses Total.

Die Gruppe «*Patienten mit Demenz*» (Frauen sind jeweils mitgemeint) umfasst alle Hospitalisationen mit ICD-10-GM Codes F00-F03, G300-G309, G310 sowie G3182. Gefragt sind Haupt- und Nebendiagnose entsprechend den Variablen 1.6.V01 bis 1.6.V10 der MS BFS.

Statistische Angaben zu den *Mehrfachhospitalisationen* von PmD und zu den PmD in *fürsorgereicher Unterbringung* befinden sich unter A1.2 und A1.3 (nachfolgende Seiten). Da hierzu deutlich weniger Betriebe Angaben machen, werden diese separat ausgewertet.

Gesamtbranche (N=40)	Kennzahl
Anzahl Hospitalisationen insgesamt	269'992
Anzahl Hospitalisationen Patienten über 64 Jahre	104'727
Anteil Patienten über 64 Jahre an Patienten insgesamt	39%
Anzahl Hospitalisationen Patienten mit Demenz (PmD)	14'772
davon Hauptdiagnose Demenz	3'101
davon Nebendiagnose Demenz	11'671
Anteil PmD an Patienten insgesamt	5,5%
Anteil PmD an Patienten über 64 Jahre	14,1%
Anzahl Hospitalisationen Patienten mit Demenz über 64 Jahre (PmD ü64)	12'856
davon Hauptdiagnose Demenz	2'763
davon Nebendiagnose Demenz	10'093
Anteil PmD ü64 an Patienten insgesamt	4,8%
Anteil PmD ü64 an Patienten über 64 Jahre	12,3%
Anteil PmD ü64 an PmD insgesamt	87%
Anzahl Hospitalisationen Frauen mit Demenz	8'194
Frauenanteil an Patienten mit Demenz	56%
Anzahl Notfalleintritte Patienten mit Demenz	10'887
Anteil Notfalleintritte PmD an PmD insgesamt	74%
durchschnittliche Aufenthaltsdauer Patienten insgesamt in Tagen	20,4
durchschnittliche Aufenthaltsdauer Patienten über 64 Jahre in Tagen	24,7
durchschnittliche Aufenthaltsdauer Patienten mit Demenz in Tagen	21,7
durchschnittsalter Patienten mit Demenz in Jahren	80,7

A1.2 Mehrfachhospitalisationen

Angaben zu Mehrfachhospitalisationen (zwei und mehr desselben Patienten) liegen von 31 Betrieben vor. Als Bezugsgrösse dient die Anzahl PmD innerhalb dieser 31 Betriebe.

Gesamtbranche (N=31)	Kennzahl
Anzahl Hospitalisationen Patienten mit Demenz (PmD)	8'568
Anzahl Mehrfachhospitalisationen Patienten mit Demenz	1'764
davon Hauptdiagnose Demenz	422
davon Nebendiagnose Demenz	1'342
Anteil Mehrfachhospitalisationen PmD an PmD insgesamt	21%

A1.3 Fürsorgerische Unterbringung

28 Betriebe machen Angaben zu Patienten mit Demenz in fürsorgerischer Unterbringung. Als Bezugsgrösse dient die Anzahl PmD innerhalb dieser 28 Betriebe.

Gesamtbranche (N=28)	Kennzahl
Anzahl Hospitalisationen Patienten mit Demenz (PmD)	9'339
davon Hauptdiagnose Demenz	2'023
davon Nebendiagnose Demenz	7'316
Anzahl Hospitalisationen PmD in fürsorgerischer Unterbringung (FU)	594
davon Hauptdiagnose Demenz	386
davon Nebendiagnose Demenz	208
Anteil PmD in FU an PmD insgesamt	6,4%
Anteil PmD in FU an PmD insgesamt (Hauptdiagnose Demenz)	19%
Anteil PmD in FU an PmD insgesamt (Nebendiagnose Demenz)	2,8%

Anhang 2: Tabellen und Abbildungen

Die Abbildungen und Tabellen gemäss A2.1 und A2.2 sind im Lauftext integriert. Weitere Tabellen sind unter A2.3 aufgeführt.

A2.1 Verzeichnis der Abbildungen (im Lauftext integriert)

	Seite
Abbildung 1: Teilnahme nach Spitalkategorie (N=74)	18
Abbildung 2: Kognitive Situation von Patienten mit Demenz (N=61)	27
Abbildung 3: Für die schweizweite Vergabe von Leistungsaufträgen? (N=67)	59
Abbildung 4: Sehen Sie sich heute in der Lage, Patienten mit Demenz entsprechend ihrem Bedarf zu versorgen? (N=67)	60

A2.2 Verzeichnis der Tabellen (im Lauftext integriert)

	Seite
Tabelle 1: Anzahl Leistungsaufträge pro Fachbereich (N=69)	19
Tabelle 2: Kennzahlen PmD: Medizinische Statistik des BFS, Jahr 2015 Gesamtbranche (N=40) Akutspitäler (N=20)	20
Tabelle 3: Abklärungen bei Eintritt: Häufigkeit nach Art der Abklärung (N=66)	23
Tabelle 4: Wer entscheidet über das Behandlungs- resp. Therapieziel mit? (N=65)	30
Tabelle 5: Anwendung von Guidelines und Empfehlungen (N=67)	32
Tabelle 6: Wissen über Demenz ausreichend? (N=68)	45
Tabelle 7: Massnahmen, die im Bereich Personal ergriffen werden (N=69)	48
Tabelle 8: Gute Anschlusslösung nach Spitalaufenthalt Gesamtbranche (N=65) Akutspitäler (N=36)	51

A2.3 Tabellen (nicht im Lauftext integriert)

Die nachfolgenden Tabellen 9, 10 und 11 zeigen den *Handlungsbedarf aus Sicht der antwortenden Betriebe* in der demenzgerechten Versorgung auf (Gesamtbranche). Sie sind nicht im Lauftext integriert.

Tabelle 9: Wo sehen Sie die grössten Herausforderungen? (N=65)

Maximal 3 Antworten sind möglich.

	N	Prozent
Umgang mit belastenden Symptomen und irritierenden Verhaltensweisen	47	72%
Kommunikation mit dem Patienten / der Patientin	29	45%
Delirprophylaxe	22	34%
Eintritt: Erkennen einer Demenz	18	28%
Polymedikation: unerwünschte Neben- oder Wechselwirkungen	18	28%
Austritt: Schnittstellenmanagement	14	21%
Anwendung nicht-medikamentöser Therapien	12	18%
Einleitung einwilligungspflichtiger Massnahmen	10	15%
Sturzprophylaxe	8	12%
Anderes, z.B. Delirtherapie, Ausrichtung Struktur (räumlich/zeitlich, Langzeitpflegeplätze)	9	14%
<i>Total der Antwortenden</i>	<i>65</i>	<i>100%</i>

Tabelle 10: Wo sehen Sie die hauptsächlichen Lösungsansätze? (N=65)

Maximal 3 Antworten sind möglich.

	N	Prozent
Interprofessionalität und Interdisziplinarität	41	63%
Koordination mit vor- und nachgelagerten Versorgungsstellen	37	57%
Förderung demenzspezifischen Wissens beim Personal	33	51%
Multidimensionale Assessments für ältere Patienten	21	32%
Einbezug der nahestehenden Bezugspersonen	18	28%
Förderung von Konsiliar- und Liaisondiensten, mobilen Diensten, Krisenequipen etc.	17	26%
Vollständiges Patientendossier, inklusive Medikation	8	12%
Indikations- und Nebenwirkungsprüfung von Medikamenten	5	8%
Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen	1	1.5%
Anderes, z.B: Ausbildung Personal, Struktur (Demenzabteilungen)	5	8%
<i>Total der Antwortenden</i>	<i>65</i>	<i>100%</i>

Tabelle 11: Wo sehen Sie für sich am ehesten Optimierungsbedarf? (N=66)

Nur eine Antwort ist möglich.

	N	Prozent
Personal (Zahl und Qualität)	40	61%
Behandlungsprozess und Behandlungsqualität	10	15%
Schnittstellenmanagement	6	9%
Infrastruktur	5	8%
Anderes, nämlich: externe Betreuung*	3	4%
Keiner. Wir sind bestens aufgestellt.	1	1.5%
keine Antwort/weiss nicht	1	1.5%
Diagnostik	0	0%
<i>Total der Antwortenden</i>	<i>66</i>	<i>100%</i>

*) ausserdem genannt: Finanzierung, schweizweit einheitliche Vorgaben

Anhang 3: Praxisbeispiele

	Seite
Gériatrie aiguë et réadaptation gériatrique (CHUV, Lausanne)	11
Das Basler Demenz-Delir-Management-Programm (Universitätsspital Basel)	33
Akutgeriatrie und geriatriische Rehabilitation (CHUV, Lausanne)	63
Universitäre Altersmedizin und Alterspsychiatrie (Felix Platter-Spital, Basel)	64
Gerontotraumatologie (Stadtspital Waid, Zürich)	65
Akutgeriatriische Demenzstation (Spital Affoltern, Affoltern am Albis ZH)	69
Klinik für Alterspsychiatrie (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich)	82

Quellenverzeichnis

All Party Parliamentary Group on Dementia (2011): The £20 billion question. An inquiry into improving lives through costeffective dementia services. London.

Basetti C. L. et al. (Hrsg.): Demenz. Ursachen, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten. Eine Schweizer Perspektive. Stuttgart.

Bula, Christophe, P-O Lang, A. Savoie et A. D'Onofrio (2016) : Soins appropriés à la démence dans les hôpitaux pour soins aigus : exemple de l'unité SAS/GERH (CHUV). Lausanne.

Bundesamt für Statistik (2017): Krankenhausstatistik 2015 – Standardtabellen. Definitive Resultate. Neuchâtel.

Bundesamt für Statistik BFS (2017): Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2015 - Standardtabellen. Definitive Resultate. Neuchâtel.

Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Massstab für das Krankenhaus. Stellungnahme vom 5. April 2016. Berlin.

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (2007): Grundpositionen der DGGPP. <http://www.dggpp.de/lit&/positionen.html>

Erlinger, Ulrich und Ingo Bergmann (2016): Alterspsychiatrie und Geriatrie – eine zukunftsweisende Allianz. In: Schweizerische Ärztezeitung 2016 Nr. 97(35), S. 1198-1199.

GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2013). Bestandesaufnahme der Demenzversorgung in den Kantonen. Bericht über die Resultate der Umfrage in den Kantonen. Bern, 21.11.2013.

Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte (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.

Grob, Daniel und Irene Bopp-Kistler (2016): Die demenzgerechte Klinik. In: demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven. Hrsg. Irene Bopp-Kistler. Zürich.

H+ Die Spitäler der Schweiz (2013). DefReha Version 1.01. Stationäre Rehabilitation: Spezialbereiche und Definitionen.

Hasemann, Wolfgang (2016): Demenz-Delir-Management. Basel.

Hasemann, Wolfgang, D. Tolson et al. (2015): A before and after study of a nurse lead comprehensive delirium management programme (DemDel) for older acute care inpatients with cognitive impairment. In: International Journal of Nursing Studies.

Hegglin Irena (2016): «Heterogenität als Chance nutzen. Führungsaspekte für eine erfolgreiche interprofessionelle Kooperation im Spital», Krankenpflege 9/2016, S. 12ff.

Kobler, Irene und David Schwappach (2017): Mehr Patientensicherheit durch Design. Systemische Lösungen fürs Spital. Patientensicherheit Schweiz, Think Tank Nr. 2. Zürich.

Kipp J. (2002): Gerontopsychiatrisches Assessment. In: Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie DGGPP (2002: S. 581-585): Die Gerontopsychiatrie und ihre Nachbardisziplinen. Berlin.

Kleina Th. & Wingefeld K. (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Bielefeld.

Kratz, Torsten, Manuel Heinrich, Eckehard Schlauss, Albert Diefenbacher (2015): Prävention des postoperativen Delirs. In: Deutsches Ärzteblatt 112/17, S. 289-296.

Meier, Christoph und Sascha Beck (2013): Gerontotraumatologie. Modell einer altersgerechten und integrierten Gesundheitsversorgung im Spital.

Monsch, A. U., Büla C. et al. (2012): Schweizer Expertengruppe. Konsensus 2012 zur Diagnostik und Therapie von Demenzkranken in der Schweiz. In: Praxis 101 (19): 1239-1249.

Mumenthaler Marco, Mattle Heinrich (2008): Neurologie. Thieme, Stuttgart.

Münzer, Thomas (2008): Multidimensionales Geriatriisches Assessment. Guidelines St. Galler Geriatriekonzept. Guideline Nummer A-2, Version 1. St. Gallen.

Nationale Demenzstrategie 2014 – 2019. Erreichte Resultate 2014 – 2016 und Prioritäten 2017 – 2019. Schweizerische Eidgenossenschaft. Eidg. Departement des Innern EDI. Bundesamt für Gesundheit. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

Nationale Leitlinien Palliative Care. Hrsg. Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Bern, November 2010.

Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ (2016): Nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus Erwachsene. Kurzfassung Nationaler Vergleichsbericht 2015. Version 1.0

Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ (2015): Nationaler Vergleichsbericht Stationäre Psychiatrie Erwachsene. Indikatoren «Symptombelastung» und «Freiheitsbeschränkende Massnahmen». Erhebungszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2014. Version 1.1

Neue Zürcher Zeitung. «Die Pflegenden anzuprangern, ist unfair». Interview mit Armin von Gunten, Professor für Alterspsychiatrie. 12.3.2013.

Neue Zürcher Zeitung. «Gefährliche Psychopharmaka». 13.5.2015.

Patientensicherheit Schweiz. Sturzprävention. Schriftenreihe Nr. 2. Zürich.

Patientensicherheit Schweiz (2015): Der systematische Medikationsabgleich im Akutspital. Schriftenreihe Nr. 7. Zürich.

Robert Bosch Stiftung (2016): General Hospital Study – GhoSt. Zusammenfassung einer repräsentativen Studie zu kognitiven Störungen und Demenz in den Allgemeinkrankenhäusern von Baden-Württemberg und Bayern. Stuttgart.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2017): Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz. Medizinisch-ethische Richtlinien. Version für die öffentliche Vernehmlassung vom 1. Juni – 31. August 2017. Bern.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2016): Zwangsmassnahmen in der Medizin. Medizinisch-ethische Richtlinien. Bern.

Schweizerische Alzheimervereinigung (2015): Demenz im Akutspital. Factsheet. Yverdon.

- Schweizerische Alzheimervereinigung (2016): Hektischer Alltag im Spital. Memo 2/2016. Yverdon.
- Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (2011): Behandlung von häufigen Verhaltensauffälligkeiten bei Dementen (BPSD behavioural and psychological symptoms of dementia).
- Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (2011): Empfehlungen zum Umgang mit Freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Komplett überarbeitete Neuauflage.
- Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (2012): Anforderungsprofil der stationären geriatrischen Rehabilitation.
- Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (2013): Vorschlag für ein Sturzprotokoll.
- Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie et al. (2014): Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Behavioralen und Psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). November 2014.
- Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie et al. (2016): Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Mai 2016.
- Studer, Andreas im Gespräch mit Patrick Gunti (2014): «Demenz muss in allen Gesundheitsberufen zum Thema werden». In: MyHandicap 06/2014. <https://www.myhandicap.ch/gesundheit/alter/demenz/pflege-alzheimer-demenz/>
- Tsoi Kelvin et al. (2015): Cognitive Tests to Detect Dementia. A Systematic Review and Meta-analysis. <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2301149>
- Wächter, Matthias und Angela Bommer (2014): Mobile Palliative Care-Dienste in der Schweiz – Eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter. Schlussbericht. Hochschule Luzern.
- Wingenfeld, Klaus und Mika Steinke (2013): Die Tagesbetreuung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus. Ergebnisse einer Evaluationsstudie. In: Das Krankenhaus 11/2013.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+: Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+: Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+: Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri

H+ Die Spitäler der Schweiz

Geschäftsstelle
Lorrainestrasse 4 A
3013 Bern
T 031 335 11 11
F 031 335 11 70
geschaeftsstelle@hplus.ch
www.hplus.ch